



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 4

คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

นำเสนอโดย

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4
15 กันยายน 2568



ตัวชี้วัดที่ 1

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

- ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 20.18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ตัวชี้วัดที่ 1

ผลการดำเนินงาน

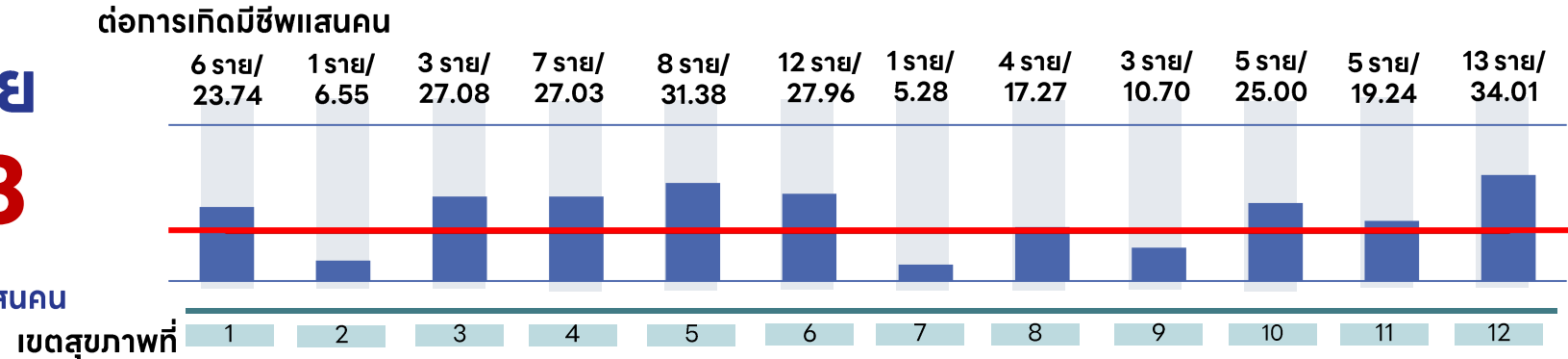
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เดือน ต.ค.67-ก.ค.68)

เป้าหมาย รอบที่ 2

ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

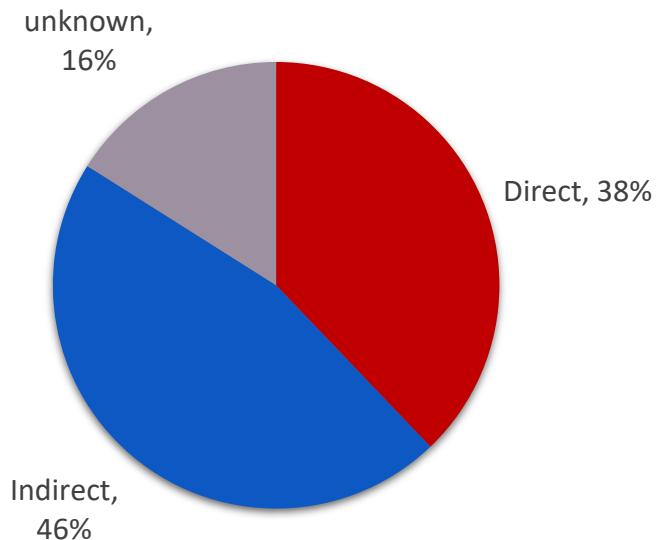
68 ราย
20.18

ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

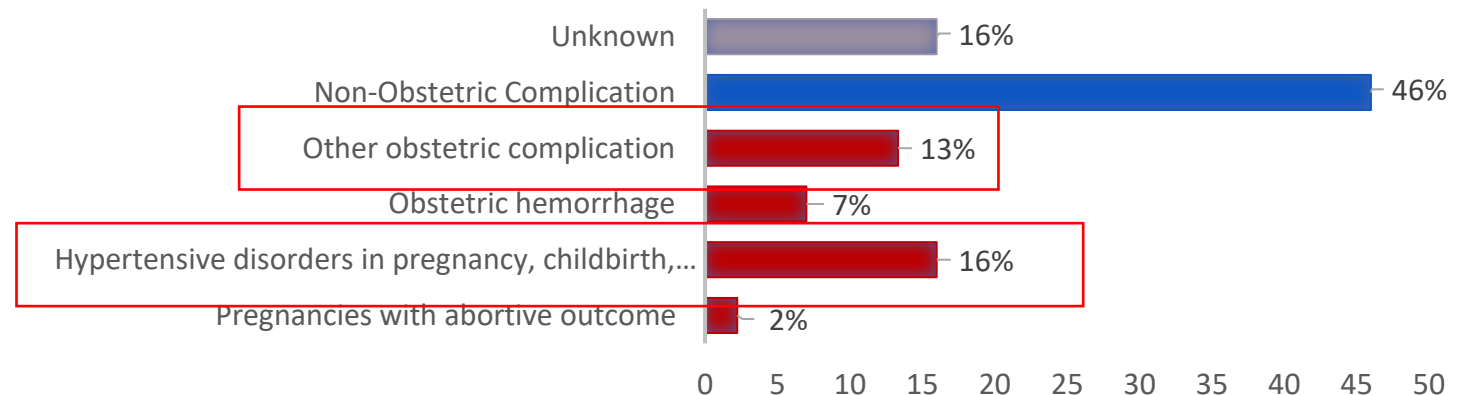


ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 1 – 2568 เดือน ต.ค.67-ก.ค.68)

ร้อยละสาเหตุการตายมารดา



ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD MM-WHO



ตัวชี้วัดที่ 1

อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- การคัดกรองไม่ครอบคลุม :PIH/preeclampsia: ตรวจไม่ครบทุกครั้ง ภาวะซึมเศร้าคัดกรอง EPDS ไม่ครอบคลุม ANC/PPHและโรคหัวใจ: ไม่ใช้ risk assessment สม่าเสมอ - ระบบส่งต่อพื้นที่ห่างไกลขาดการเชื่อมโยง Med-Ob และ Cardio-Ob clinic /เคสส่งต่อจิตเวช-สูติกรรม ขาด Fast track /ไม่ครบวงจร - ข้อมูลล่าช้า/ไม่ครบ:Death review ล่าช้าเกิน 30 วันข้อมูลเอกชน/นอกสังกัดไม่เชื่อมโยงระบบ - ขีดความสามารถบุคลากรไม่เท่ากัน:LR/ER ใน swช. บางแห่งไม่มีทีมพร้อมรับเคส PPH/AFEขาดการซ้อมแผน (drill) สม่าเสมอ	- โรคเรื้อรังตั้งครรภ์เมื่อพร้อม ป้องกันก่อนตั้งครรภ์ (Preconception & Family Planning NCD) - ลดการตายจากสาเหตุ “ทางอ้อม” (Indirect causes) – โฟกัสโรคหัวใจ/HT/DM/ติดเชื้อ - ลดการตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ –PIH PPH/AFE/Shoulder dystocia - คลอดมันใจปลอดภัยได้มาตรฐาน one province labor room - ระบบบริการและการส่งต่อไร้รอยต่อ - ชุมชน-ครอบครัว-สื่อสารสาธารณะ “ฝากครรภ์เร็ว ฟรีทุกสิทธิ” ,สัญญาณอันตราย, โรงเรียนพ่อแม่, 9ย่างเพื่อสร้างลูก, ANC หมอพร้อม	- การดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ด้วยมาตรการ 4P for MMR Zero (health+non health) - การฝากครรภ์คุณภาพเพื่อลดการตายมารดา การรท และลดการคลอดก่อนกำหนด - ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลฝากครรภ์กับระบบข้อมูลหมอพร้อม - การประเมินรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด	การคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด - หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ไม่ถูกติดตาม/ไม่ถูกดำเนินคดี ไม่เปิดเผยประวัติ การดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด - การคัดกรอง จัดการ และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชา

ตัวอย่าง

- เป็นนโยบายระดับชาติที่สอดคล้องกับ SDGs ที่ได้รับการติดตามและข้อสั่งการจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
- ระบบบริการที่เข้มแข็งและชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมเกือบทุกประเด็นการบริการตามคำแนะนำของ WHO
- เครือข่ายและการมีส่วนร่วมระดับชาติ-เขต-จังหวัด-ตำบล ทำงานประสานกันชัดเจน

แหล่งที่มาของข้อมูล สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ค. 2568

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีการพัฒนาการสมวัย

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
2	เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		
	2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 87	ร้อยละ 80
	2.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มี พัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน	- ร้อยละ 20 (เขตสุขภาพที่ 1 – 12) - ร้อยละ 10 (เขตสุขภาพที่ 13)	เขตฯ 1-12 ร้อยละ 21.41 เขตฯ 13 ร้อยละ 7.57

ตัวชี้วัดที่ 2

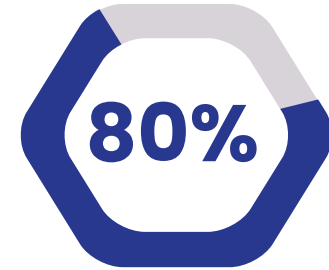
2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 87

ผลการดำเนินงานภาพรวม

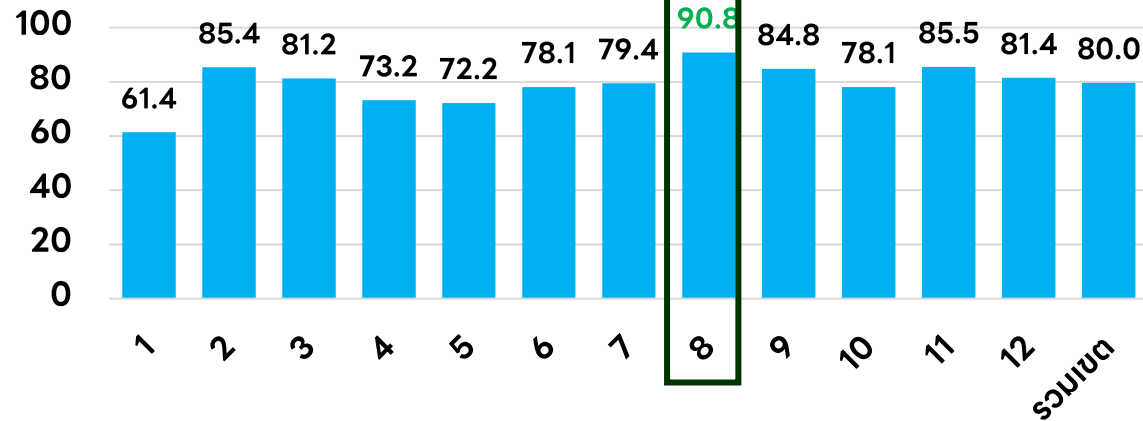
ร้อยละ 80



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568) ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2568

ร้อยละ พัฒนาการสมวัย

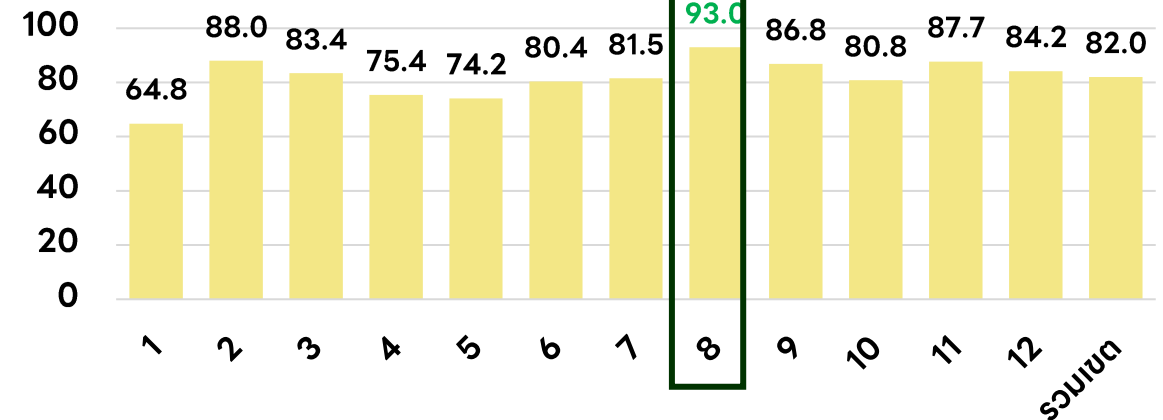
เป้าหมาย ร้อยละ 87



■ ร้อยละ พัฒนาการสมวัย

ร้อยละ การคัดกรองพัฒนาการ

เป้าหมาย ร้อยละ 90



■ ร้อยละ การคัดกรอง

ตัวชี้วัดที่ 2

2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- การคัดกรองไม่ครอบคลุม - เด็กบางส่วนไม่ได้รับการคัดกรองตามช่วงอายุที่กำหนด โดยเฉพาะเด็กที่อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ - การเข้าถึงบริการคัดกรองในพื้นที่ห่างไกล - ขาดการประชาสัมพันธ์หรือระบบนัดหมายติดตามอย่างต่อเนื่อง - ระบบส่งต่อ ไม่ครบวงจร - หลังการคัดกรอง เด็กที่พบพัฒนาการล่าช้าไม่ได้เข้าสู่กระบวนการส่งต่อเพื่อการประเมินและฟื้นฟูอย่างครบถ้วน - ข้อจำกัดด้านสถานบริการเฉพาะทาง เช่น คลินิกพัฒนาการ ทีมสหวิชาชีพ - ปัญหาด้านระบบสารสนเทศและการจัดการข้อมูล - หน่วยบริการใช้ระบบโปรแกรมไม่เหมือนกัน - การเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน - ทักษะในการคัดกรอง - บันทึกข้อมูลพัฒนาการในระบบ HDC	- จัดบริการคัดกรองเชิงรุก ร่วมกับ อปท.,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย , อสม. - สร้างเครือข่ายทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, นักกิจกรรมบำบัด) ระดับเขต - ใช้ระบบติดตามผลส่งต่อออนไลน์ เพื่อปิดช่องว่างเด็กหลุดจากระบบ - จัดทำ MOU ระหว่าง สธ. และ อบจ. เรื่องการรายงานและติดตามข้อมูลและจัดตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อกำกับคุณภาพข้อมูลและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน - จัดอบรมและสอนงานระบบพี่เลี้ยง และจัดทำคู่มือขั้นตอนปฏิบัติงาน (SOP) หรือใช้ระบบเก็บความรู้ (Knowledge Management: KM) ออนไลน์ให้เข้าถึงได้ตลอด - จัดทำมาตรฐานการบันทึกและส่งข้อมูล (Data Standard) ให้ใช้ร่วมกัน โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ - รณรงค์ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเฝ้าระวังพัฒนาการที่บ้าน	- ความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการในพื้นที่ - ประสิทธิภาพการส่งต่อและติดตามผลเด็กที่พัฒนาการล่าช้า - ความรู้ทักษะของบุคลากรในการใช้คู่มือ DSPM ในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก - การประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดใหม่ของ รพ.สต. ในการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย - การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในพื้นที่	จัดทำ “ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)” ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กับ หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบจ. เทศบาล ในส่วนการดำเนินงาน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



- 1) เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแม่และเด็ก และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
- 2) การเป็น “วาระจังหวัด” และจังหวัดที่รับเป็นตัวชี้วัดจังหวัดพบว่า มีผลการดำเนินงานดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
- 3) เครือข่ายและการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดที่ 2 : เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

2.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน



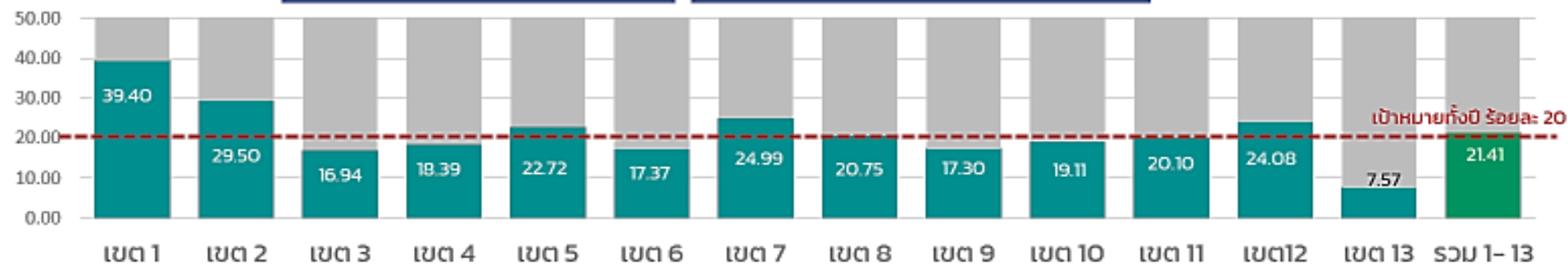
เขตสุขภาพที่ 1 - 12
เขตสุขภาพที่ 13

เป้าหมายรอบที่ 2

ร้อยละ 20
ร้อยละ 10

ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2

✓ ร้อยละ 21.41
✗ ร้อยละ 7.57



ปี 2568	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม 1-13
A	20,553	10,111	4,476	9,546	11,562	12,181	11,545	11,425	11,703	9,257	10,354	17,652	3,236	143,601
B	52,163 (39.40)	34,274 (29.50)	26,426 (16.94)	51,900 (18.39)	50,880 (22.72)	70,140 (17.37)	46,206 (24.99)	55,060 (20.75)	67,644 (17.30)	48,433 (19.11)	51,519 (20.1)	73,302 (24.08)	42,753 (7.57)	670,700 (21.41)

โดยที่ A : จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (สะสม) ในเขตสุขภาพ
B : จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี เขตสุขภาพ x ความชุก (21.7%)

แหล่งที่มา: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 27 สิงหาคม 2568

หมายเหตุ** เขตสุขภาพที่ 13 มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขหลายหน่วยงาน ส่วนหนึ่งยังไม่ได้การส่งข้อมูลในระบบ HDC การดำเนินงานค่อนข้างยุ่งยาก ซับซ้อน
ซึ่งกำหนดค่าเป้าหมายที่ต่ำกว่าเขตสุขภาพที่ 1 - 12

ตัวชี้วัดที่ 2.2

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

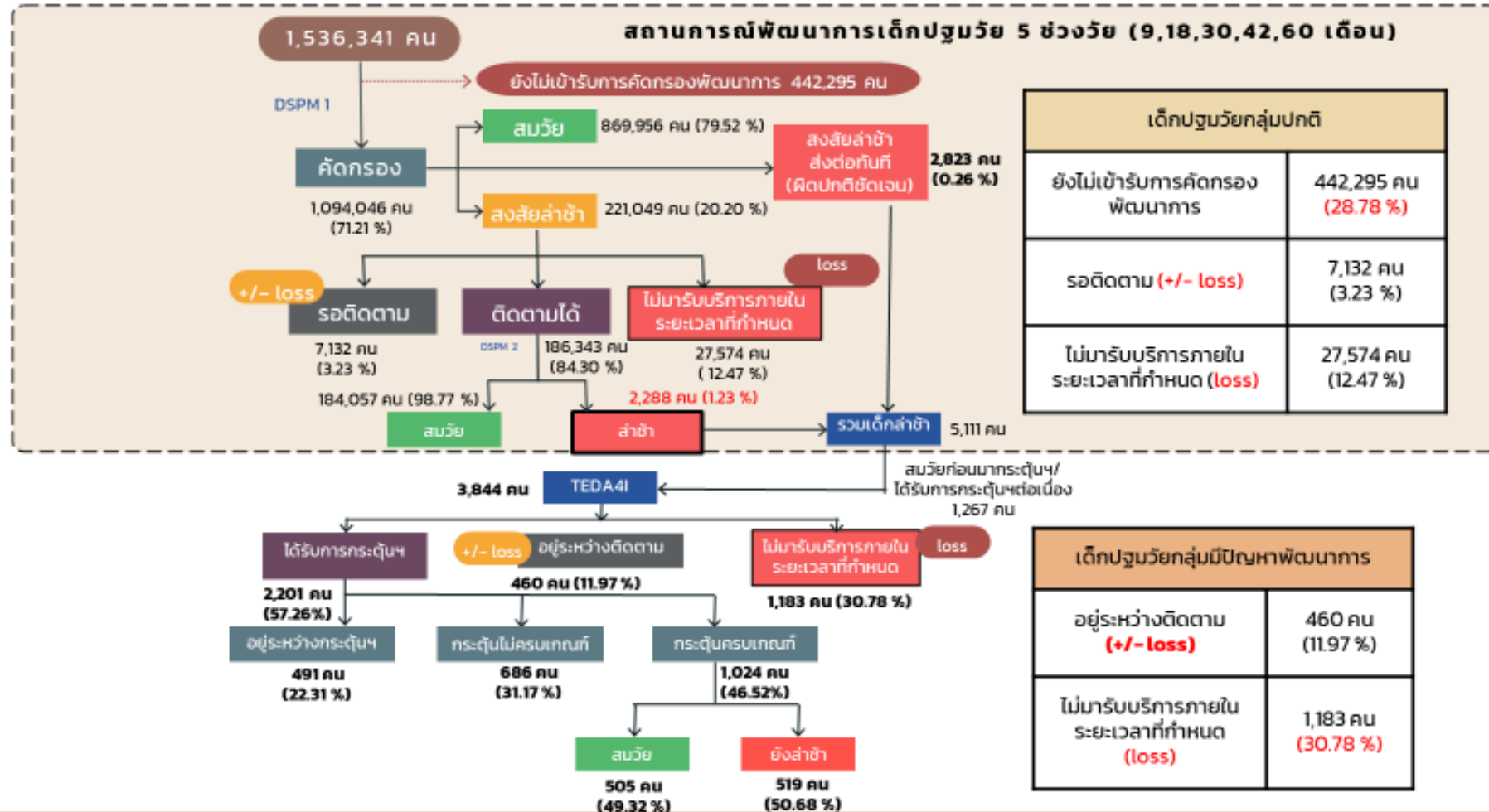
ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- การบันทึกข้อมูล (รหัสTEDA4I, ICD9CM, ICD-10TM) ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งรายงานในระบบ HDC บางช่วง ไม่เสถียรส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของข้อมูล - หน่วยบริการบางแห่ง ยังขาดแคลนบุคลากรสหวิชาชีพ/บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน - ระบบการเชื่อมโยง/การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานนอกสังกัด สว.สต. ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการน้อย - ผู้ปกครองบางส่วนมีข้อจำกัดและขาดความรู้ความเข้าใจต่อพัฒนาการของเด็ก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเด็กมารับบริการ	- การพัฒนาศักยภาพ/เพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรของหน่วยบริการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหน่วยงานที่มีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายของบุคลากร - เร่งรัดการดำเนินงานในอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - ติดตามเด็กปฐมวัยพัฒนาการล่าช้าให้เข้ารับบริการกระตุ้นพัฒนาการและบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งบันทึกการสังเกตการณ์ในโปรแกรมบริการของหน่วยงานและส่งเข้าระบบ 43 แฟ้ม - สร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครอบครัวชุมชน เรื่องการเฝ้าระวัง/ ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	- กำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พร้อมคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อบริหารจัดการได้ตรงประเด็น - ส่งต่อ/เชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่ระดับ สว.สต. รพช. รพท. รพศ. โดยสร้างทีมในการบริหารจัดการข้อมูลและติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแล/ช่วยเหลือ/รักษาให้ครบถ้วน - การบันทึกข้อมูลการให้บริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานในระบบ 43 แฟ้มอย่างถูกต้องและครบถ้วน	- แก้ไขระบบการคืนข้อมูล ให้ทำได้สมบูรณ์ไร้รอยต่อ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการอบรมฟื้นฟู DSPM, TEDA4I และสร้างทีม Coach ทำกับติดตาม - บูรณาการการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้ากับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย (Thai Triple- P) - เสริมบริการในพื้นที่ ที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์



ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



- การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH Board, Service plan และ Child Project Manager/ติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยเครือข่าย อปท./ อสม.
- มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า ครอบคลุมในหน่วยบริการ ตั้งแต่ สว.รพท.และ สว.สต. และ ระดับ สว.สต. ตามบริบทในบางเขตสุขภาพ
- ความเข้มแข็งของการทำงานร่วมกันของทั้งสหวิชาชีพและเครือข่าย
- การคัดกรองเชิงรุก/ เยี่ยมบ้าน/ ส่งเสริมอุปกรณ์กระตุ้นพัฒนาการ/ รณรงค์สร้างความเข้าใจผู้ปกครอง



ตัวชี้วัดที่ 3



อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด **2 ตัวชี้วัด**

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1 **2 ตัวชี้วัด**

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	ร้อยละ 82	ร้อยละ 90
2	ประชาชนในชุมชน (HLC) ได้รับการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันโรค หรือ โลว์คาร์บ ไม่ใช่โลว์ แคล	จำนวน 112,175 คน	625,073 คน

ตัวชี้วัดที่ 3

3.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 82

ผลการดำเนินงานภาพรวม

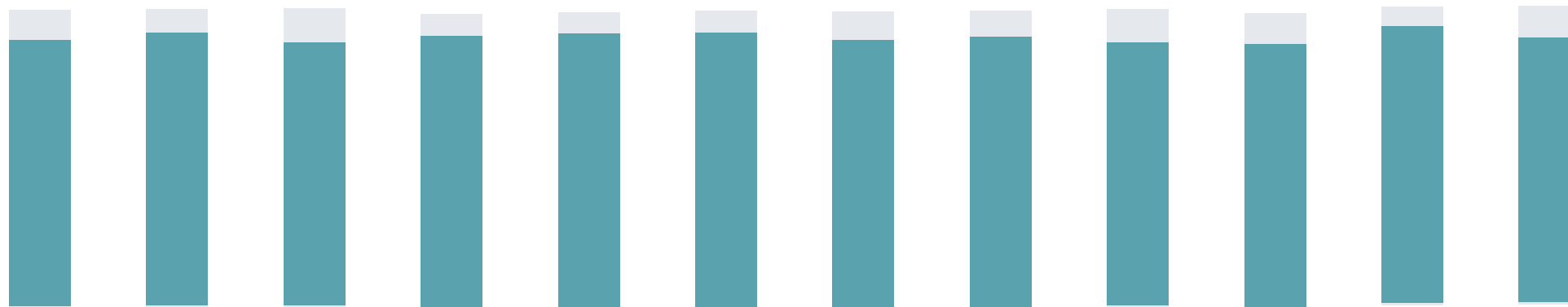
ร้อยละ 90

เพิ่มขึ้น

8%

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

88.9 % 90.85 % 87.71 % 91.49 % 92.07 % 91.71 % 90.07 % 90.69 % 88.12 % 88.59 % 92.78 % 88.43 %



เขตสุขภาพที่

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

แหล่งที่มาของข้อมูล ระบบสาสุขอุ๋นใจ ข้อมูล ณ วันที่ วันที่ 8 สิงหาคม 2568

ตัวชี้วัดที่ 3

3.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การขาดความเข้าใจในการใช้งานระบบปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ” และประสิทธิภาพของระบบ	1. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการใช้ระบบสาสุขอุ่นใจ	1. ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนหลังจากที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	1. พัฒนาระบบศูนย์รวมข้อมูลส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทยให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงและใช้งานมากขึ้น
2. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดบ่อยเกิดการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	2. ยกระดับประสิทธิภาพของระบบสาสุขอุ่นใจ ให้มีการแสดงข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง รวมถึงการแสดงผลข้อมูลในหลายมิติมากขึ้น	2. ติดตามกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเด็นที่ยังทำได้ไม่ค่อยดี	2. พัฒนาเครื่องมือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย
3. หลายพื้นที่ยังขาดการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังทำกิจกรรม	3. กำกับ ติดตาม และเน้นย้ำการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังทำกิจกรรม	3. อัตราผู้ป่วย NCDs รายใหม่	

ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



- 1) มีการติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับตัวแทนผู้รับผิดชอบงานของแต่ละจังหวัด เพื่อร่วมกันติดตามข้อมูล หรือรับฟังปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพในกับตัวแทนผู้รับผิดชอบงานของแต่ละจังหวัด
- 2) การมีนโยบายที่ชัดเจน ตลอดจนการชี้แจงนโยบายและตัวชี้วัดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างทั่วถึง

ตัวชี้วัดที่ 3

3.2 ประชาชนในชุมชน (HLC) ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันโรค หรือโลว์คาร์บไม่ใช่โลว์แคล

เป้าหมาย รอบที่ 2

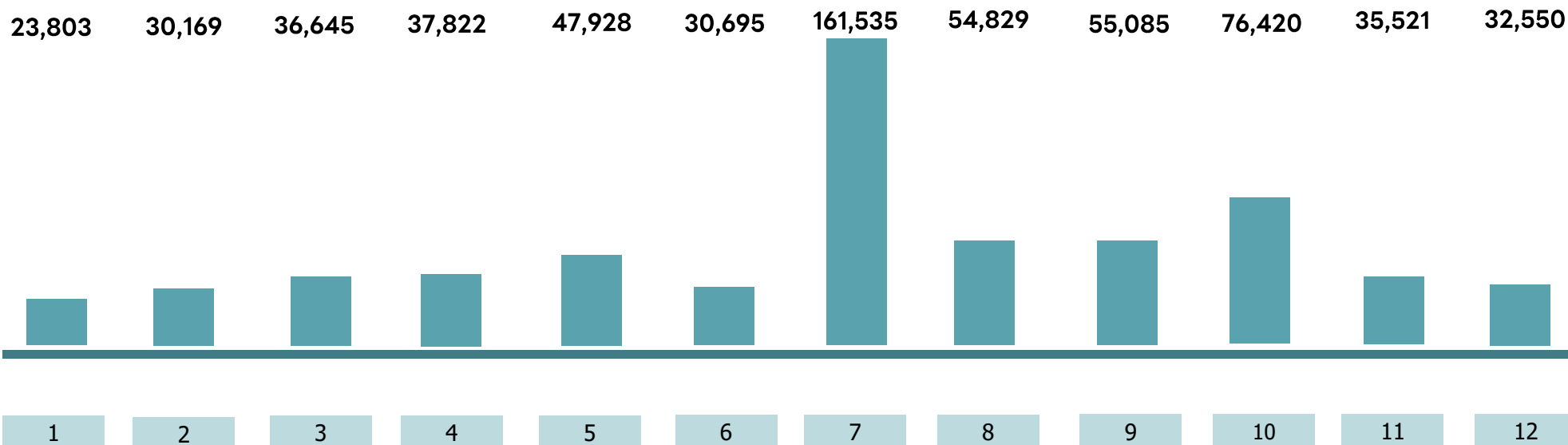
112,175 คน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

625,073 คน

>500%

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



แหล่งที่มาของข้อมูล ระบบสาสุขอุ๋นใจ ข้อมูล ณ วันที่ วันที่ 8 สิงหาคม 2568

ตัวชี้วัดที่ 3

3.2 ประชาชนในชุมชน (HLC) ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันโรค หรือโลว์คาร์บไม่ใช่โลว์แคล

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดบ่อย เกิดการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน รวมถึงการที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก 2. การจัดกิจกรรมบริการและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในประชาชน ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ	1. จัดให้มีช่องทางเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและแนวทางการแก้ไขปัญหสำหรับผู้ที่รับผิดชอบงาน 2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อสร้างการมีเจ้าภาพร่วมและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลักดันให้เกิดเครือข่ายHL ในระดับจังหวัดและอำเภอต่อไป	1. ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนหลังจากที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 2. จำนวนประชาชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรค หรือโลว์คาร์บไม่ใช่โลว์แคล 3. อัตราผู้ป่วย NCDs รายใหม่	1. ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ พร้อมทั้งผลักดันให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน 2. กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของจังหวัดผ่านคณะกรรมการ HL ระดับจังหวัดและอำเภอ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) การชี้แจงรายละเอียดนโยบายการดำเนินงานและแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานแต่ละภาคส่วน
- 2) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านคณะทำงาน HL ในระดับจังหวัดและอำเภอ
- 3) พื้นที่ที่มีการนำกิจกรรม/แคมเปญ ของกระทรวงมาบูรณาการในการดำเนินงาน เช่น โลว์คาร์บฯ, LONG LIFE THAI FIT

ตัวชี้วัดที่ 4



ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น
(โรคฝีดาษวานร) (ร้อยละ 53)

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

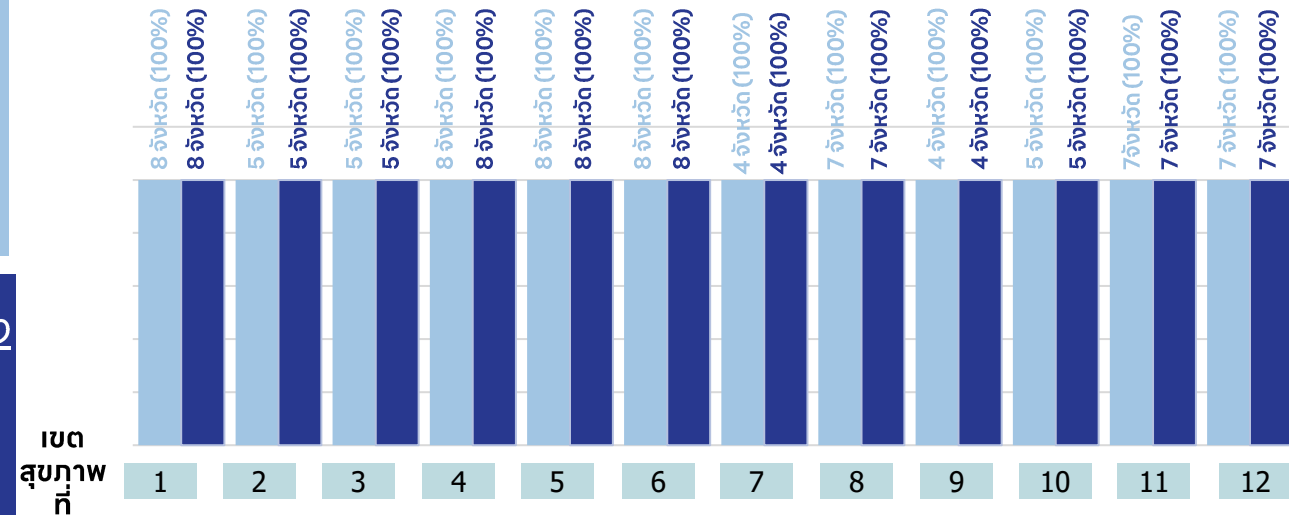
1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ระดับความรอบรู้สุขภาพของ ประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติ ซ้ำเพิ่มขึ้น(โรคฝีดาษวานร)	ร้อยละ 53	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 4

ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ
เพิ่มขึ้น (โรคฝีดาษวานร) (ร้อยละ 53)

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



เป้าหมายรอบที่ 2: 1. สื่อสารข้อมูลความรู้โรคฝีดาษวานรไปยังกลุ่ม MSM ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน

ผลการดำเนินงานภาพรวม: จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

จำนวน 76 จังหวัด (ร้อยละ 100)

เป้าหมายรอบที่ 2: 2. มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรอย่างน้อย 1 ครั้ง

ผลการดำเนินงานภาพรวม: จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

จำนวน 76 จังหวัด (ร้อยละ 100)

เป้าหมายรอบที่ 2: 3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
ที่มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคฝีดาษวานร
ระดับพอเพียงขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 53
(แสดงผลในระดับประเทศ)

ผลการประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกัน
ควบคุมโรคฝีดาษวานรในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับ
ชายภาพรวมระดับประเทศ : ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่
มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคฝีดาษวานรระดับ
พอเพียงขึ้นไป **ร้อยละ 55.77**

55.77%

บุคลากรเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคฝีดาษวานร ครั้งที่ 1 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคฝีดาษวานร และครั้งที่ 2 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโรคฝีดาษวานร รวมกว่า 2,000 คน ครอบคลุม ทท. และทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อให้บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานด้านโรคฝีดาษวานรมีศักยภาพ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้ความรู้ เฝ้าระวัง ควบคุมโรคฝีดาษวานรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 4

ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (โรคฝีดาษวานร) (ร้อยละ 53)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ข้อยกีดกันในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากบางรายไม่ต้องการเปิดเผยสถานะ รวมทั้งบางจังหวัดไม่มีองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย 2. ขาดสื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ เรื่องโรคในภาษาต่างประเทศ เพื่อสนับสนุน จังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวหรือมีช่องทางเข้า-ออกประเทศ ประเทศ 3. การสื่อสารข้อมูลจริงเพื่อการเฝ้าระวัง โดยมีการระบุกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง หรือกิจกรรมการรวมตัวที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ นำไปสู่การตีตรากลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนของประชาชนในหลายประเด็น	1. พัฒนารูปแบบและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ในช่องทางที่หลากหลาย รวมถึงช่องทางสื่อสารที่เป็นสื่อมวลชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้เพิ่มมากขึ้น 2. สื่อสารข้อมูลความรู้ไปยังผู้ที่เดินทาง ณ ช่องทางเข้า-ออกประเทศ ผ่านเครือข่ายการดำเนินงานของกองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และกักกันโรค และเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว 3. สื่อสารเฝ้าระวังในเชิงบวก โดยให้แนะนำวิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในภาพรวมเพื่อหลีกเลี่ยงการตีตราและความเข้าใจคลาดเคลื่อน 4. รวบรวมข้อเสนอและปัญหาอุปสรรคเสนอให้ผู้บริหารทราบ เพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงานต่อไป	1. หน่วยงาน/หน่วยงานเครือข่ายฯ ดำเนินการตามแผนการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคฝีดาษวานรสำหรับกลุ่มเป้าหมายครบถ้วนทุกจังหวัด 2. หน่วยงาน/หน่วยงานเครือข่ายฯ ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมภายในจังหวัด บูรณาการสื่อสารและสร้างความรอบรู้เรื่องโรคฝีดาษวานร ในกลุ่มเป้าหมายไปในกิจกรรมรณรงค์วันสำคัญ หรือกิจกรรมอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ ในพื้นที่ 3. หน่วยงานพื้นที่ในจังหวัดเป้าหมาย (13 จังหวัด และ กทม.) ร่วมประสาน และสนับสนุนการดำเนินงานสำรวจความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานรในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคฝีดาษวานรระดับพอเพียงขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 53 (แสดงผลในระดับประเทศ)	ผลักดันกลไกระดับจังหวัดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น คณะกรรมการโรคติดต่อ คณะกรรมการยุติปัญหาเอดส์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดเครือข่ายและกลไกความร่วมมือการสื่อสารระดับจังหวัด
- 2) ผู้ปฏิบัติงานและเครือข่ายให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพด้านโรคฝีดาษวานร รวมกว่า 2,000 คน ครอบคลุม กทม. และทุกจังหวัดทั่วประเทศ
- 3) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์รูปแบบต่าง ๆ และสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคฝีดาษวานร เพื่อสร้างการเข้าถึงความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการตัดสินใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคฝีดาษวานร

ตัวชี้วัดที่ 5

NCDs Remission clinic



สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2 NCDs remission clinic



จำนวน
ตัวชี้วัด

6 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

4 ตัวชี้วัด

แหล่งข้อมูล:

แบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิก NCDs รักษาหาย ยอดสะสม เดือน
สิงหาคม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2568)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1) ร้อยละการจัดตั้ง/การดำเนินงาน NCDs remission clinic ใน sw.ศ. /sw.น. /sw.ช./sw.สต.ที่ขึ้นทะเบียนฯ	100%	sw.ศ. /sw.น. =100% sw.ช. =100% sw.สต. = 96.33%
2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic	≥ 10%	10.64%
3) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่	≥ 1%	0.75%
4) จำนวนผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic	-ไม่กำหนด-	267,847
5) จำนวนสสอ. ที่จัดตั้ง NCDs prevention และมีผลการ ปฏิบัติงาน	100%	100%
6) ร้อยละของผู้ป่วยลดยาโรคเบาหวาน	-ไม่กำหนด-	17.80%
7) ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานที่ลดลง	-ไม่กำหนด-	787.94 ล้านบาท/ปี

ตัวชี้วัดที่ 5

5.1 จำนวนการจัดตั้ง/การดำเนินงาน NCDs remission clinic ในรพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ



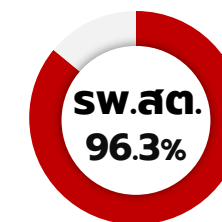
เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)



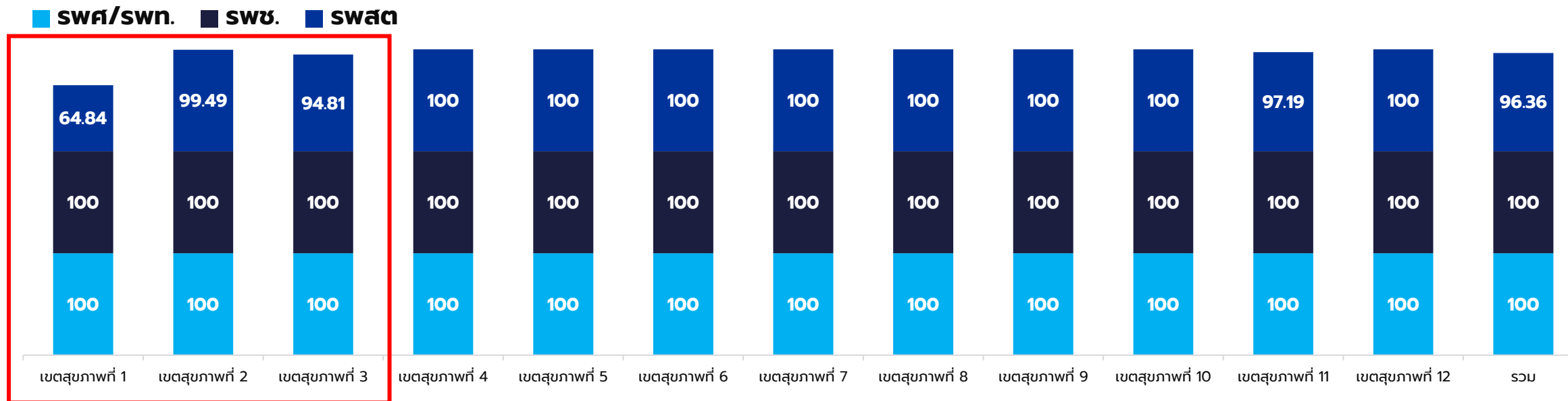
รพศ./รพท. = 100%
รพช. = 100%
รพ.สต. = 100%

ผลการดำเนินงานภาพรวม

รพศ. /รพท. = 100%
รพช. = 100%
รพ.สต. = 96.3%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 1 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5

5.2 จำนวนสอ.ที่จัดตั้ง NCDs prevention



เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)

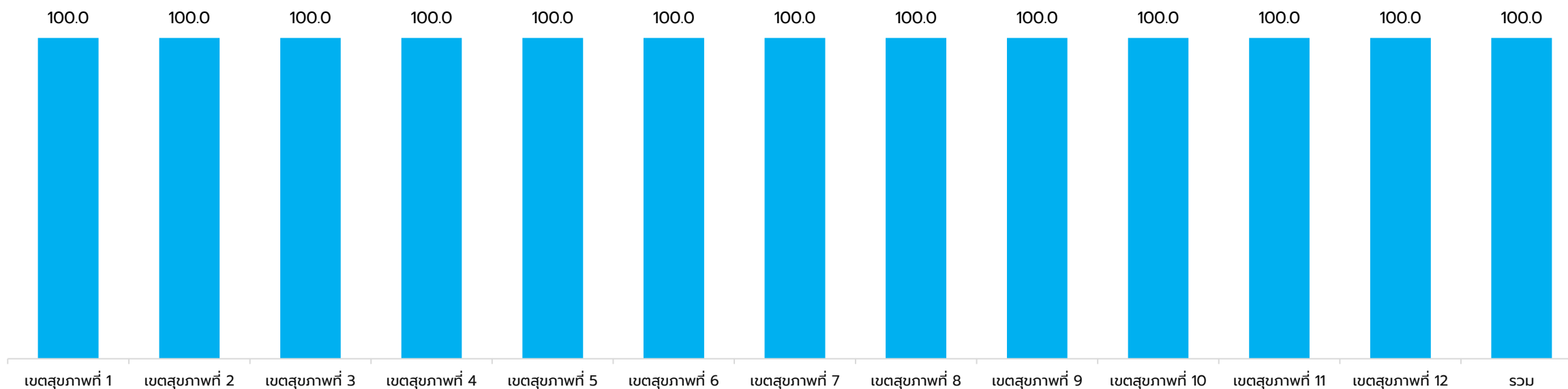
100%

ผลการดำเนินงานภาพรวม

100%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5

5.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

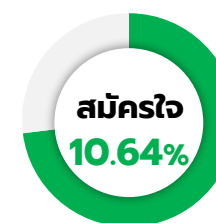


เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)

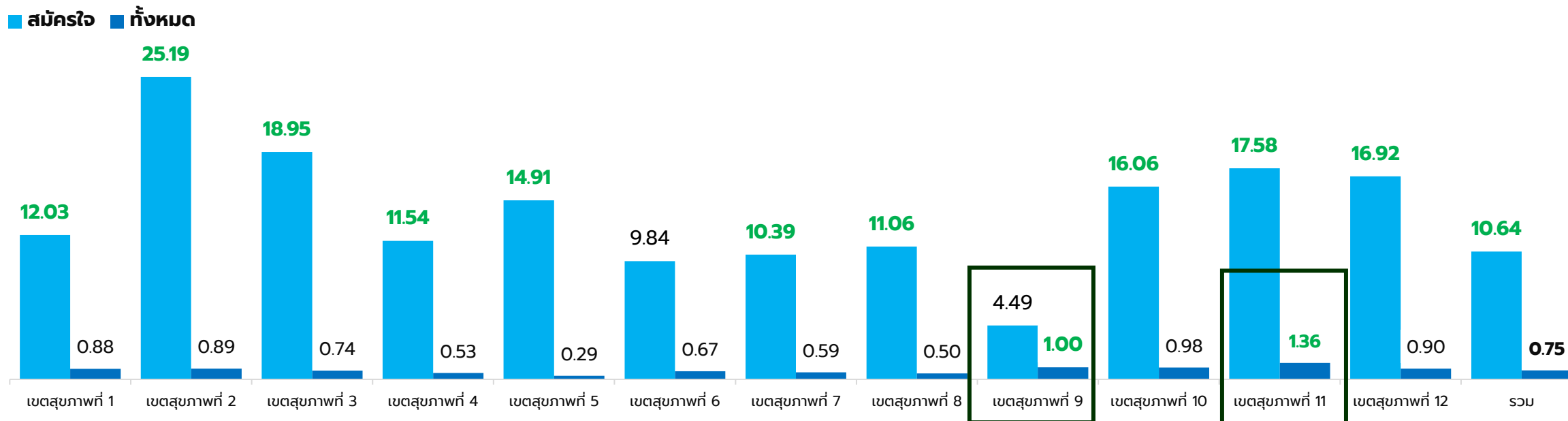
- Remission ต่อผู้ป่วยทั้งหมด = 1%
- Remission ต่อผู้ป่วยสมัครใจ = 10%

ผลการดำเนินงานภาพรวม

- Remission ต่อผู้ป่วยทั้งหมด = 0.75%
- Remission ต่อผู้ป่วยสมัครใจ = 10.64%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5

5.4 ร้อยละของผู้ป่วยลดยาโรคเบาหวาน

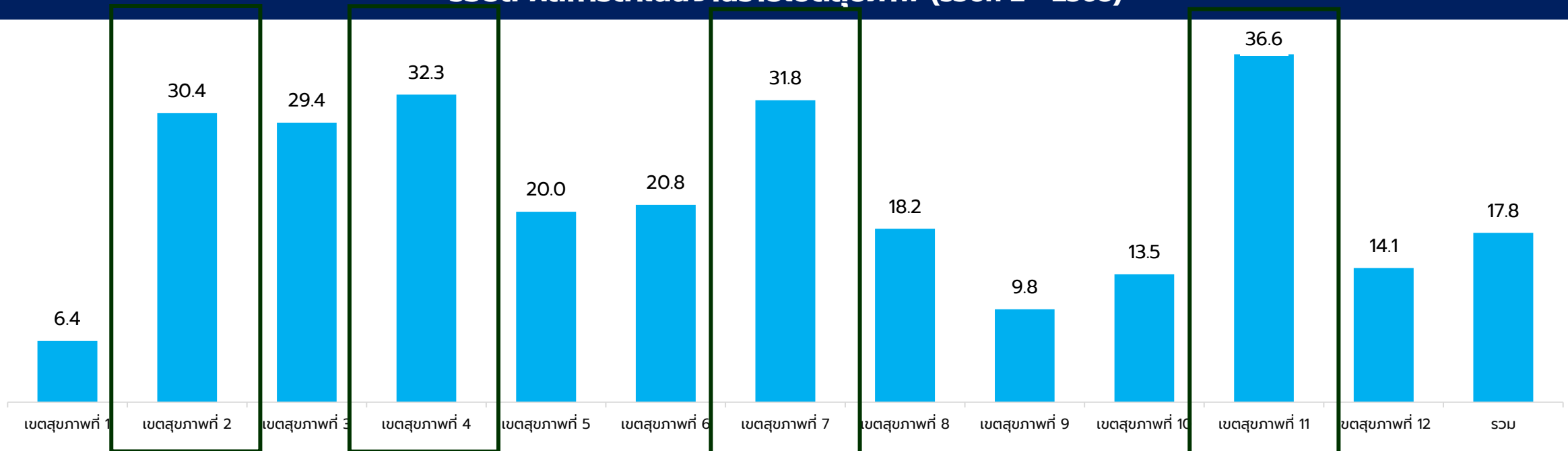
เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)



ผลการดำเนินงานภาพรวม

17.80%

ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5

การให้บริการ NCDs remission clinic



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- การลงข้อมูลยังไม่มีรหัส ICD-10 ของโรคเบาหวานระยะสงบ กรณี DM Remission การบันทึกข้อมูล เพื่อกำกับติดตาม จึงบันทึกใน Excel แยกต่างหาก - ระบบข้อมูลการเชื่อมโยงข้อมูล ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากมีหลาย Application ระบบการบันทึก ข้อมูลการติดตาม และการประเมินผลลัพธ์ไม่ชัดเจน - ขาดการบูรณาการในการดำเนินงานนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs เนื่องจากการขับเคลื่อน จากหลายกรม/ กอง รวมถึงในระดับเขตและระดับจังหวัดหน่วยบริการ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการลงข้อมูล และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนนอกสังกัดอบจ.การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ตั้งแต่ระดับนโยบายลงมา - บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในการ ดำเนินงานใน NCDs Remission Clinic ไม่เพียงพอในทุกระดับ	- กองโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการพัฒนาระบบแสดงผล ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) บน HDC - สร้างความเข้าใจ สนับสนุนเชิงวิชาการในแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน - ใช้กลไก NCD Board/Service Plan จังหวัด บูรณาการและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ - สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน	- จัดทำระบบฐานข้อมูลโรคของเบาหวานระยะสงบ ที่เชื่อมโยงแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - บูรณาการ เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนของพื้นที่ และเพื่อให้ข้อมูลในแอปพลิเคชันเฉพาะเข้าสู่ระบบ HDC - สนับสนุนเชิงวิชาการในแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน - ผลักดันให้ NCD Board จังหวัด /SP จังหวัด เป็นกลไกบูรณาการเชิงนโยบาย - เขตสุขภาพจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพฯ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการกำหนดนโยบายเรื่อง NCD Prevention คนไทยห่างไกล NCDs และ NCDs Remission ในระดับเขตสุขภาพ และถ่ายทอดการดำเนินงานสู่ระดับจังหวัด
- จังหวัดมี NCD Prevention ทุกอำเภอ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มปกติ ป้องกันไม่ให้ เกิดกลุ่มเสี่ยง และไม่ให้เกิดเป็นกลุ่มป่วย

ตัวชี้วัดย่อย

ประเด็นการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT



จำนวน
ตัวชี้วัด

6 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

1 ตัวชี้วัด

แหล่งข้อมูล:
- ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย DM	$\geq 90\%$	72.13%
2) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย HT	$\geq 90\%$	73.01%
3) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM	$\geq 70\%$	70.33%
4) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย HT	$\geq 85\%$	79.25%
5) ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	$\geq 40\%$	34.35%
6) ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	$\geq 60\%$	57.81%

ตัวชี้วัดที่ 5 (ตัวชี้วัดย่อย)

1. ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM และ HT



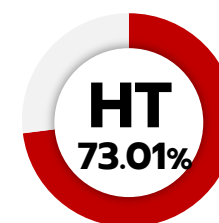
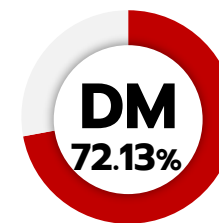
ข้อมูลจาก: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568

เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)

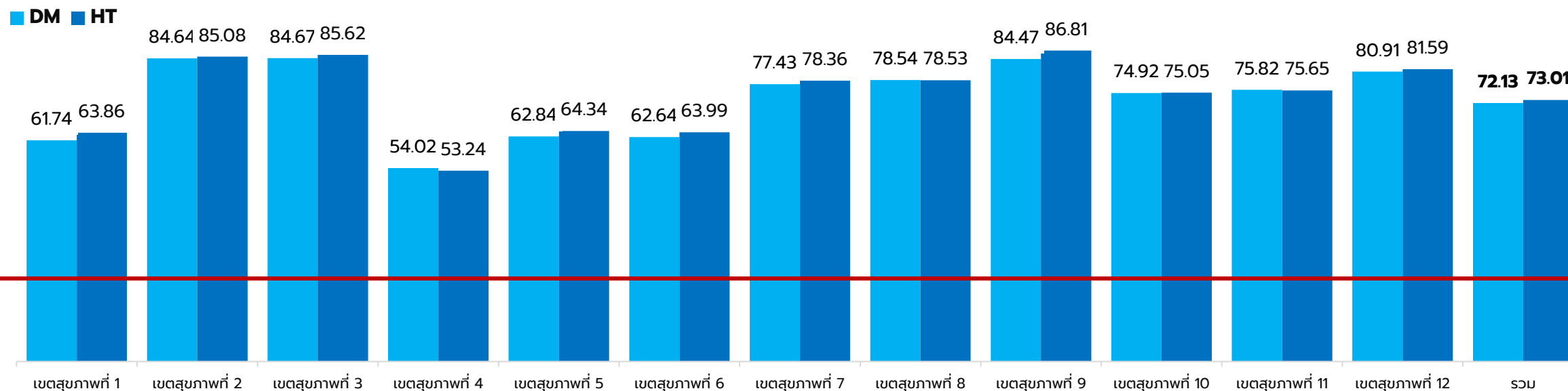
≥90%

ผลการดำเนินงานภาพรวม

DM = 72.13%
HT = 73.01%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5 (ตัวชี้วัดย่อย)



2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ/หรือ HT

ข้อมูลจาก: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568

เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบที่ 2)

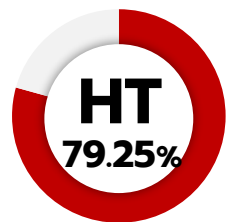
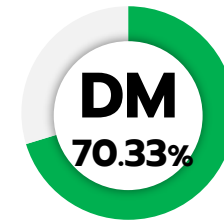
DM $\geq 70\%$

HT $\geq 85\%$

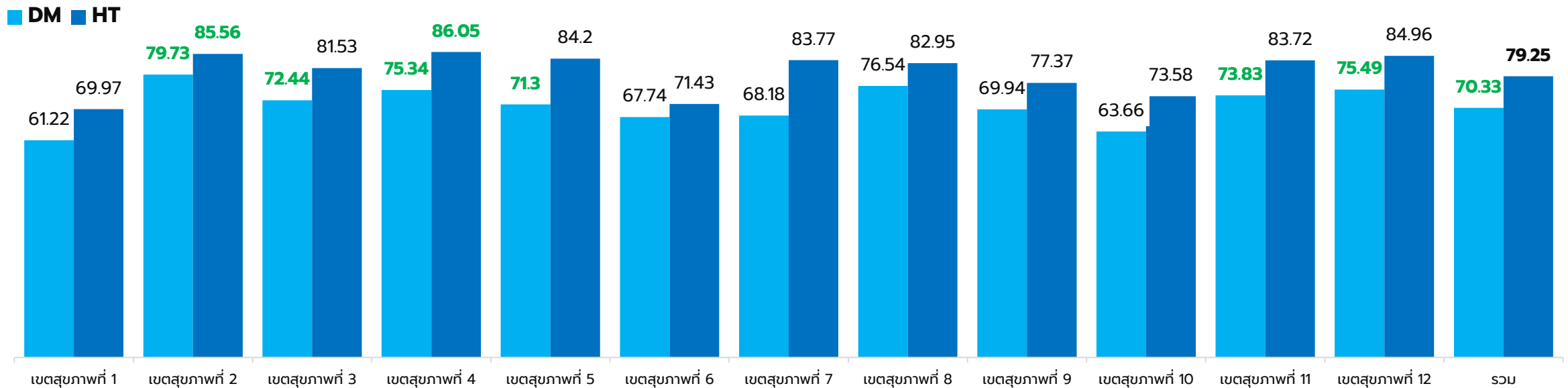
ผลการดำเนินงานภาพรวม

DM = 70.33%

HT = 79.25%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5 (ตัวชี้วัดย่อย)

3. ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี



ข้อมูลจาก: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568

เป้าหมายตัวชี้วัด (รอบ 12 เดือน)

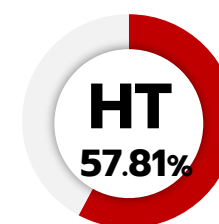
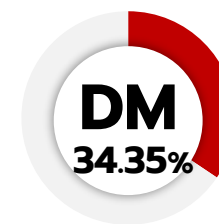
DM $\geq$ 40%

HT $\geq$ 60%

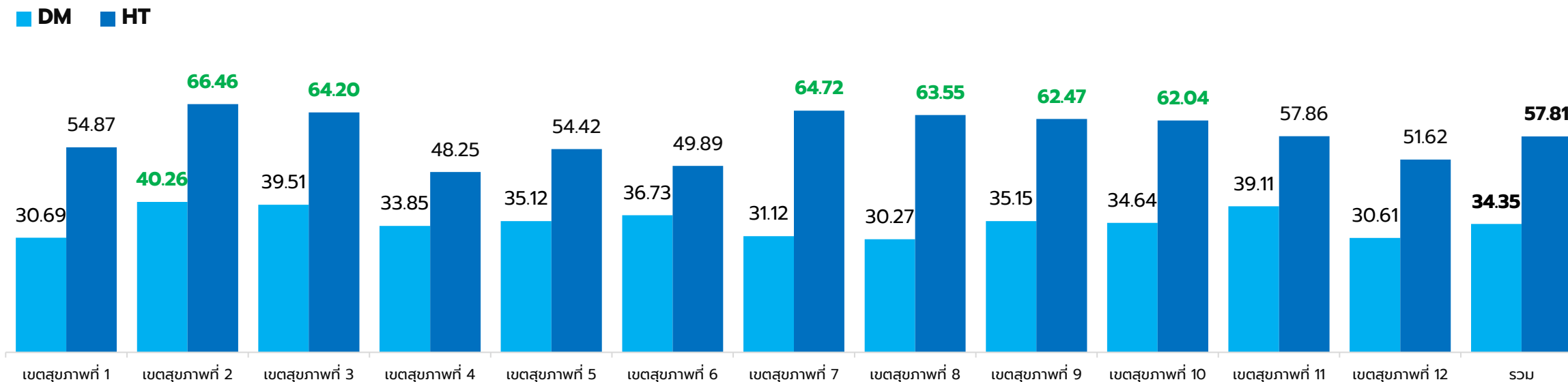
ผลการดำเนินงานภาพรวม

DM = 34.35%

HT = 57.81%



ร้อยละผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 5 (ตัวชี้วัดย่อย)

การตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/พัฒนา/ปรับปรุง	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- บางพื้นที่มีนโยบายให้กลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน ส่งผลให้การตรวจยืนยัน วินิจฉัยไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด - หน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ดำเนินงานคัดกรองและตรวจติดตาม แต่ไม่ได้บันทึกและส่งออกไปยังระบบ HDC - ระบบข้อมูลยังไม่ชัดเจน เนื่องจากมีหลายแอปพลิเคชัน ทำให้ข้อมูลคัดกรองไม่เข้าสู่ระบบ 43 แพ้ม และเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน	- สร้างความเข้าใจ สนับสนุนเชิงวิชาการในแนวทางการดำเนินงาน - พัฒนาและปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและ Data Exchange พร้อมทั้งวางแผนและกำหนดฐานข้อมูลกลางร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - กอง NCDs ทำหนังสือถึงอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอความร่วมมือติดตามการตรวจยืนยัน วินิจฉัยผู้สงสัยป่วย HT/DM และจัดทำรายงานผลเพื่อส่งคืนข้อมูลรายจังหวัด	- ใช้กลไกคณะกรรมการ NCD Service Plan จังหวัด บูรณาการและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาไท NCDs Board ให้ครอบคลุมการดำเนินงานในทุกระดับ - บูรณาการ เชื่อมโยงข้อมูลจากแอปพลิเคชัน แบบฟอร์มต่างๆ ของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs กับระบบ 43 แพ้ม เพื่อ ลดภาระการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนของพื้นที่ - ผลักดันการทำบันทึก MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย
การเปลี่ยนแปลงหน้ารายงานใหม่ ในระบบ HDC ส่งผลให้ - ไม่สามารถบันทึกผลตรวจยืนยันวินิจัย HT ด้วยวิธี HBPM ได้ (ไตรมาส 2-3) - ข้อมูล Data Exchange ไม่แสดงข้อมูลบุคคลของกลุ่มสงสัยป่วย ทำให้ติดตามยากและเพิ่มภาระเจ้าหน้าที่	กอง NCD ได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหานี้ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการประสานผู้เชี่ยวชาญ HDC เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการบันทึก HBPM ได้	

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- ผู้บริหารให้ความสำคัญ กำหนดนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” ระดับจังหวัด และถ่ายทอดสู่พื้นที่
- กำกับติดตามผลผ่านระบบ HDC รายสัปดาห์
- ขับเคลื่อนงานร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เชื่อมโยงสู่ชุมชน
- ปรับบริการเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ



ตัวชี้วัดที่ 6

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด รอบที่ 2

 **จำนวนตัวชี้วัด** 4 ตัวชี้วัด

 **ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ภาพรวม** 4 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรอบที่ 2	ผลการดำเนินงานรอบที่ 2
1	สนับสนุนให้โรงเรียน/สถานศึกษามีจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนน หลักสูตร “วัคซีนจราจร” และดำเนินงานตาม “TSY Program” 6 ขั้นตอน	1.1 มีจำนวนนักเรียนที่ผ่านการฝึกอบรมจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนน “วัคซีนจราจร” อย่างน้อย 1,000 คน ต่อจังหวัด 1.2 จำนวนโรงเรียนที่ดำเนินการ “TSY Program” 6 ขั้นตอน อย่างน้อย 5 โรงเรียนต่อจังหวัด	1.1 จำนวนนักเรียนที่ผ่านการฝึกอบรม 195,880 คน จำนวนครูและวิทยากร 6,356คน 1.2 จำนวนโรงเรียนที่ดำเนินการ “TSY Program” จำนวน 1,196 โรงเรียน
2	สนับสนุนการดำเนินงานในระดับอำเภอและท้องถิ่น	มีอำเภอที่ดำเนินการส่งเสริมความปลอดภัยในกลุ่มเด็กและเยาวชน 30% ของอำเภอในจังหวัด	มีการดำเนินงาน 76 จังหวัด 395 อำเภอ
3	จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นการดำเนินงานของอำเภอและสถานศึกษา ร่วมกับคณะอนุเด็กฯ จังหวัด อย่างต่อเนื่อง	ทุกจังหวัดมีกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลัง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของอำเภอและสถานศึกษา ร่วมกับคณะอนุเด็กฯ จังหวัด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	ดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูล
4	การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัด จังหวัดละอย่างน้อย 1 แห่ง (sw.ศูนย์/sw.ทั่วไป (A, S, M1)	มีการดำเนินงาน 72 จังหวัด 105 โรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ 6

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็ก
และเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 – 18 ปี)

เป้าหมาย รอบที่ 2

ลดลงร้อยละ 3
โดยเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน
ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

ผลการดำเนินงานภาพรวม

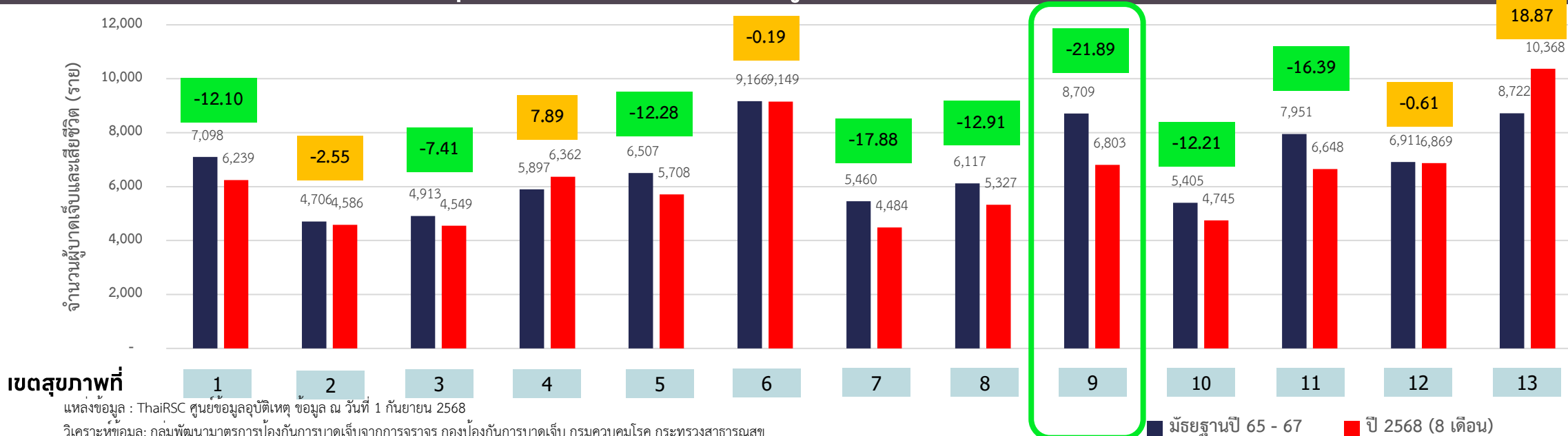
ลดลง ร้อยละ 9.90

ผลการดำเนินงานมกราคม - สิงหาคม
(8 เดือน)

- อยู่ในเป้าหมาย 8 เขต
- เกินเป้าหมาย 4 เขต และ กทม.
- โดยภาพรวม ลดลง ร้อยละ 9.90

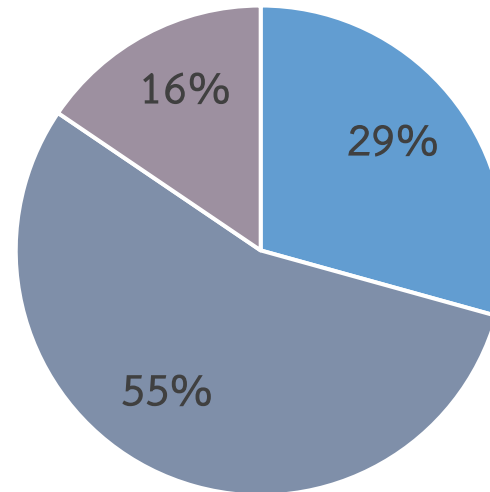


ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ รอบที่ 2 ปี 2568 (ข้อมูล 1 ม.ค. – 31 ส.ค.68) (8 เดือน) เปรียบเทียบช่วงเวลาเดียวกัน



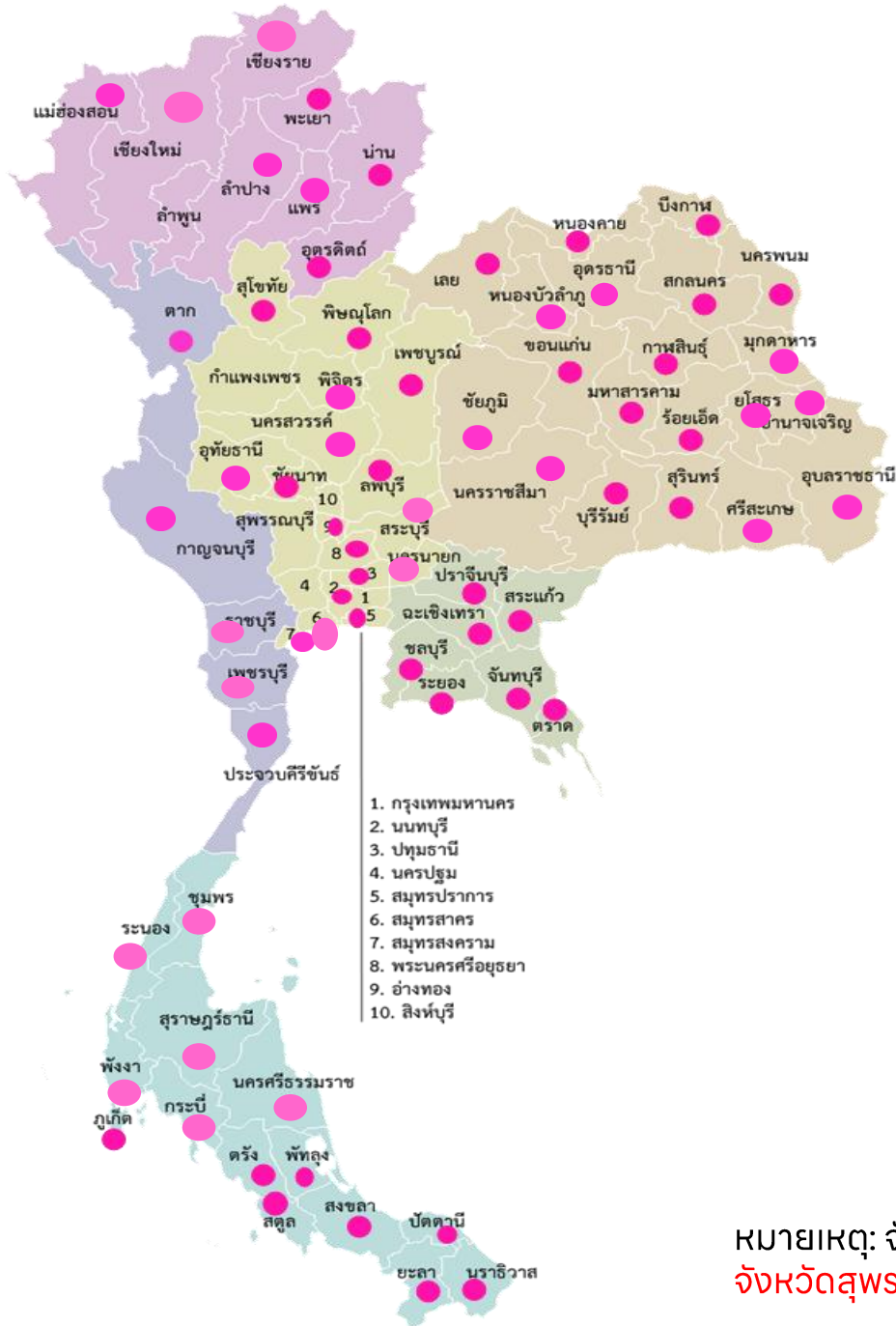
จังหวัดที่เริ่มดำเนินการ การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัย รวม 72 จังหวัด 116 โรงพยาบาล จำนวน car seat 290 ตัว

ประเภทของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก



- โรงพยาบาลศูนย์ 34 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป 64 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง

หมายเหตุ: จังหวัดที่ยังไม่มีการดำเนินงานการส่งเสริมที่นั่งนิรภัยเด็กในโรงพยาบาล 4 จังหวัด ได้แก่
จังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม สิงห์บุรี และ ลำพูน



ตัวชี้วัดที่ 6

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็ก และเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 – 18 ปี)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน โดยหลายจังหวัดได้ใช้งบประมาณจากกองทุนเพื่อการใช้รถใช้ถนน จากกรมการขนส่งทางบก ซึ่งจะได้รับงบประมาณในไตรมาสที่ 3 ทำให้มีระยะเวลาดำเนินงานน้อย กิจกรรมการดำเนินงานจึงไม่ครบตามแนวทาง 2. ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งยังไม่มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการโดยตรง ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่ กทม.ไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราบาดเจ็บมากกว่าพื้นที่อื่นๆ	1. สนับสนุนจัดอบรมพัฒนาศักยภาพครูและวิทยากรจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนนหลักสูตร “วัคซีนจราจร” อย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำเนินงาน ททท. เพิ่มขึ้น 2. ติดตามการดำเนินงานของจังหวัด ผ่าน VDO conference ทุกไตรมาส 3. จังหวัดพัฒนาแผนงาน เพื่อของบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน(กปต.) เน้นการดำเนินงานในอำเภอเสี่ยง	1. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2. เสนอให้กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปต.) กรมการขนส่งทางบก สนับสนุนงบประมาณให้เร็วมากขึ้น และมีการทำความเข้าใจในการใช้งบประมาณของจังหวัดที่เป็นทิศทางเดียวกัน 3. เสนอให้มีแคมเปญ การรับบริจาค Car Seat มือ 1 และมือ 2 สภาพดี สำหรับใช้ในการรณรงค์ในโรงพยาบาลหรือการบริจาคในวันสำคัญ เช่น กิจกรรมวันแม่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) การดำเนินงานโครงการ “TSY Program” มีการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง ตั้งแต่ปี 2566 – 2567 ทำให้หลายจังหวัดดำเนินการได้ดี
- 2) มีหลายจังหวัดที่ได้ขอสนับสนุนจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปต.) ซึ่งจะได้รับงบประมาณดำเนินการในช่วงไตรมาส ที่ 3 - 4 ทำให้สามารถขยายการดำเนินงานได้มากขึ้น
- 3) ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานเครือข่ายส่วนกลาง และได้มีการลงนาม MOU ในวันที่ 25 มีนาคม 2567

ตัวชี้วัดที่ 7

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

0 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	< ร้อยละ 7	ร้อยละ 7.16 ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิ.ย. 68
2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	$\geq$ ร้อยละ 80	ร้อยละ 78.40 ที่มา: การตรวจราชการและ นิเทศงาน รอบที่ 2/2568

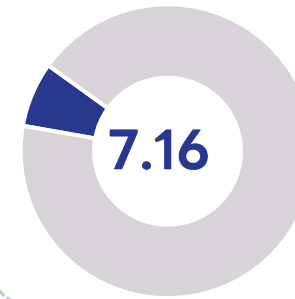
ตัวชี้วัดที่ 7

7.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)

เป้าหมาย รอบที่ 2

< ร้อยละ 7

ผลการดำเนินงานภาพรวม

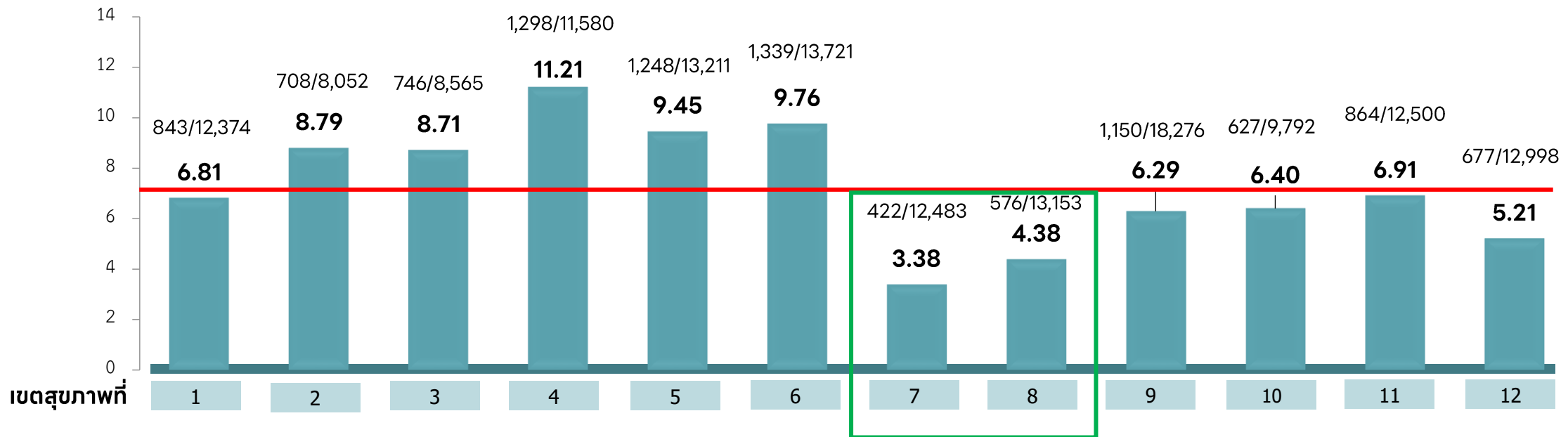
ร้อยละ 7.16
(รอบแรก 7.47)

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย = 10,498

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69) = 146,705

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิ.ย. 68



ตัวชี้วัดที่ 7

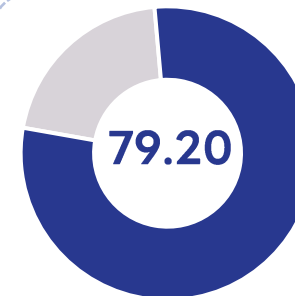
7.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

เป้าหมาย รอบที่ 2

$\geq$ ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงานภาพรวม

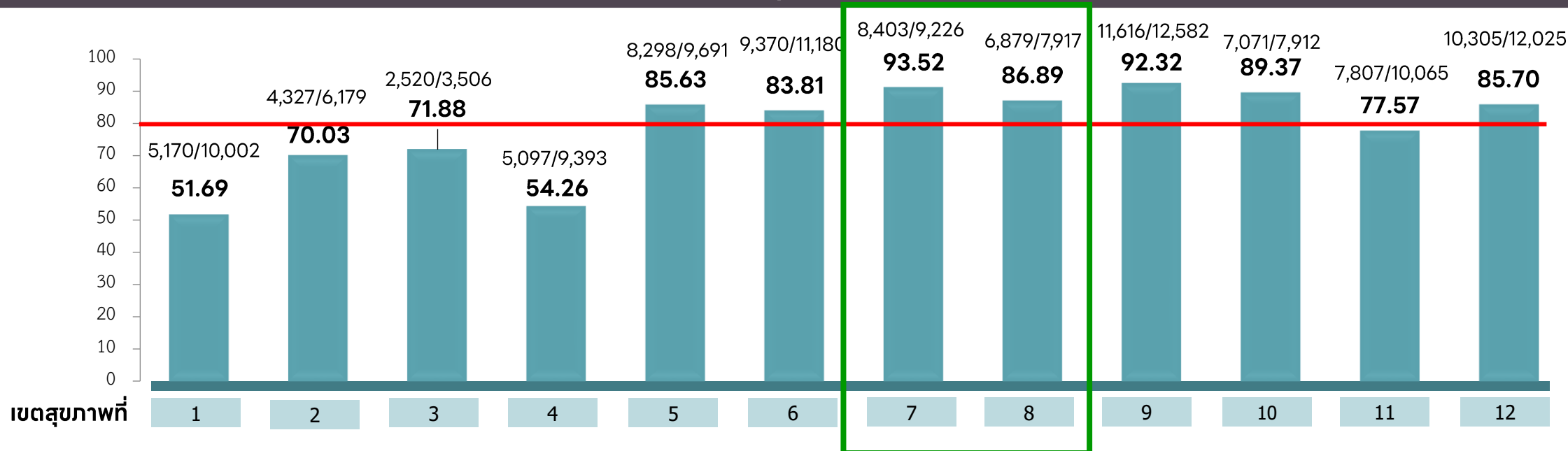
ร้อยละ 79.20
(รอบแรก 77.75)



A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit = 86,863
B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน = 109,678

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: การตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2568





ตัวชี้วัดที่ 7

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

ปัญหา/ อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/ พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ/ ติดตาม ในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ประชาชนขาดความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียกใช้บริการ 1669 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการล่าช้า	รณรงค์การประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness โดยใช้ BEFAST แก่ประชาชนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงการให้บริการ 1669 ครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกกลุ่มวัย ทั้งในชุมชน และผ่านสื่อต่างๆ	ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Awareness โดยใช้ BEFAST และการใช้บริการ 1669 อย่างต่อเนื่อง กำกับตัวชี้วัดประเด็นมุ่งเน้นอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการใน 4.5 ชั่วโมง	1. มุ่งเน้นพัฒนาระบบส่งต่อ Mechanical Thrombectomy ไร้รอยต่อทุกเขตสุขภาพ และผลักดันให้มีการเปิดบริการรูปแบบ 24/7 ใน sw. ที่มีความพร้อม
2. sw.Node ยังไม่สามารถให้บริการ rt-PA ครอบคลุมทุกพื้นที่	พัฒนา sw.ที่มีศักยภาพ เพื่อเป็น sw.Node ในการให้ยา rt-PA	จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยา rt-PA ใน sw.ระดับ M2 ขึ้นไปที่มีความพร้อม	2. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ยา TNK
3. การเปิดให้บริการ Mechanical Thrombectomy แบบ 24/7 ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ	ผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์การทำ Mechanical Thrombectomy แบบ 24/7 ครอบคลุมเขตสุขภาพ	จัดให้มีการรักษาด้วยวิธี Mechanical Thrombectomy ใน sw.ที่มีความพร้อม อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ	3. ขยายเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. จำนวน Stroke Unit และบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ รวมถึงขาดทักษะในการประเมิน และการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จัดให้มี Stroke Unit ใน sw.ที่มีศักยภาพ สนับสนุนให้มีการพัฒนาสมรรถนะแพทย์ พยาบาล ที่มีจำนวนจำกัดให้สามารถปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด จัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสม และสนับสนุนการจัดอบรมหมอสถิตเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง	เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ สนับสนุนอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง ตามกรอบอัตรากำลังรองรับการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนการศึกษาฝึกอบรมและการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4. เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ พิจารณาการจัดโครงการกรอบอัตรากำลังให้ครอบคลุม และเหมาะสมกับภาระงาน (ไม่เกิน 1:4) และฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังควบคุมโรคได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดผู้ป่วย Stroke รายใหม่	บูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงสูง และบูรณาการให้ความรู้ร่วมกับท้องถิ่นเพื่อสร้างการรับรู้ในชุมชนอย่างทั่วถึง	บูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการควบคุม และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	5. บูรณาการดำเนินงานร่วมกับ NCD, ปฐมภูมิ, IMC และ PC

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



- มีการประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness ตามแนวทาง BEFAST อย่างต่อเนื่อง
- การขยาย Node เพิ่มการเข้าถึงบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)
- มีการให้บริการ Mechanical Thrombectomy ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วัน
- มีเตียง Stroke Unit ที่เพียงพอและผ่านการรับรองคุณภาพ Standard Stroke Center Certification (SSCC)
- มีทีมดำเนินงานที่มีความเข้มแข็ง และมี CPG ในการดำเนินงานเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่ 8

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

- ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88 (รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 72.9
2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85 (รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 71.0

ตัวชี้วัดที่ 8

8.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 88

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) จำนวน 11,845 ราย (ร้อยละ 72.9) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค เนื่องจากระยะเวลาการรักษาวัณโรค ประมาณ 6-9 เดือน โดยจะสามารถประเมินผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาได้ครบ ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ปัญหา และแนวทางแก้ไข

ปัญหา: 1) อัตราการเสียชีวิตสูง เนื่องจากการมีโรคร่วมอื่น ภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุ ฯลฯ

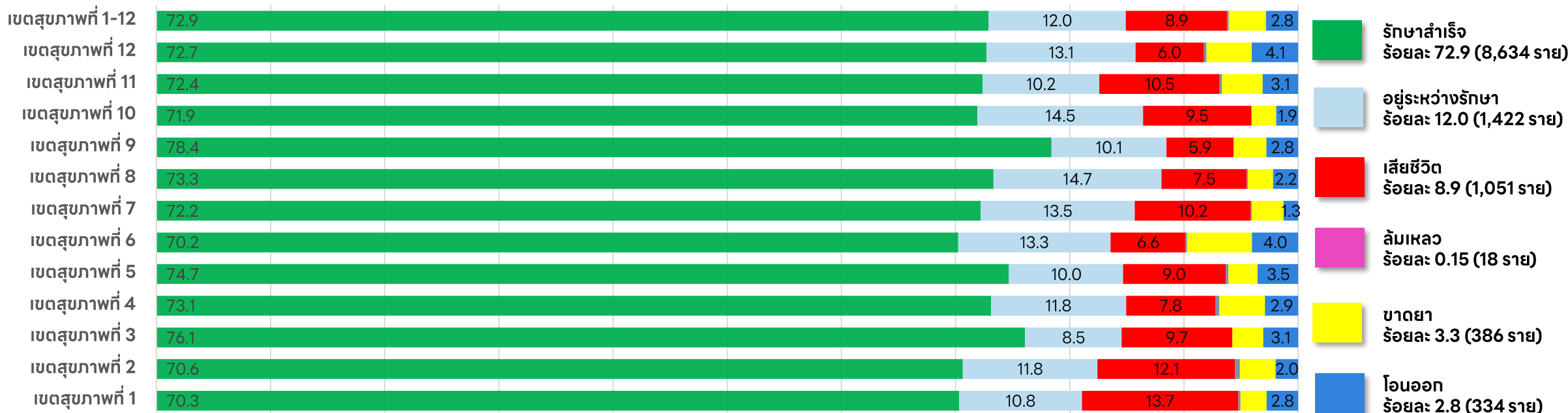
2) อัตราการขาดยาและโอนออก เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ที่รักษาไม่ครบตามแผนการรักษา หรือรักษาไม่สำเร็จ

แนวทางแก้ไข: 1) สนับสนุนการใช้ระบบ DOT/ Telemedicine ในการดูแล ติดตามผู้ป่วยวัณโรค จนครบการรักษา

2) วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต (death case conference) ในระดับพื้นที่

72.9

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 8

8.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ

เป้าหมาย รอบที่ 2

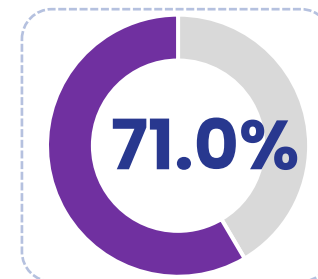
ร้อยละ 85

ผลการดำเนินงานภาพรวม

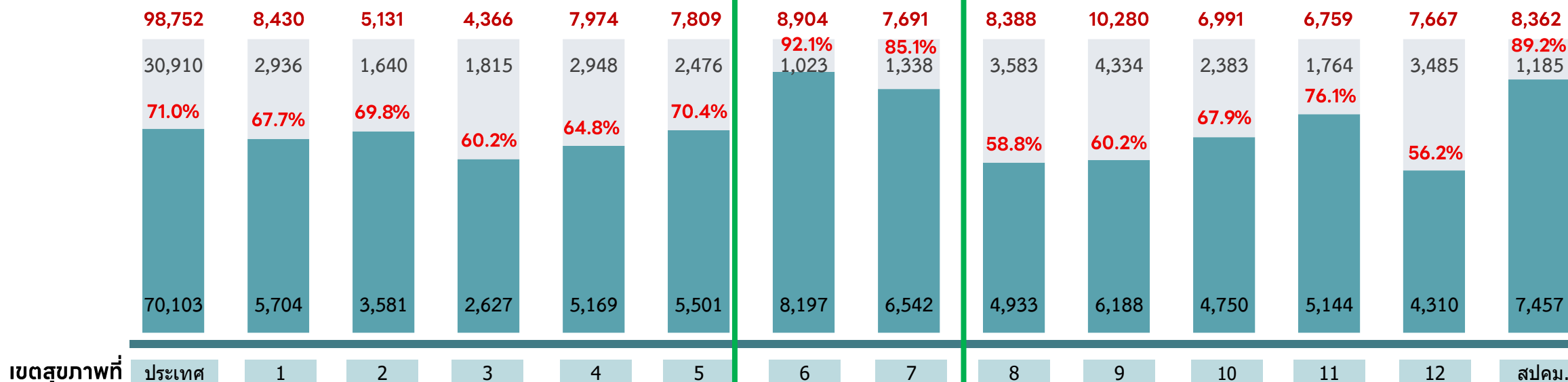
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียน ระหว่างวันที่ (1 ตุลาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2568) จำนวน 70,103 ราย เป็นผู้ป่วยคนไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 70,103 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.0

ผลสำเร็จ และแนวทาง

ผลสำเร็จ 1) เพิ่มการค้นหาวัดโรคเชิงรุก โดยการเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile X-ray) ในชุมชน เรือนจำ ฯลฯ
2) เร่งรัดการเข้าถึงการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขัง
แนวทาง: สนับสนุนการค้นหาคัดกรอง ด้วย X-ray และการตรวจวินิจฉัยวัณโรค ด้วยวิธี Molecular techniques เพื่อวินิจฉัยและรักษาวัณโรคได้อย่างรวดเร็ว



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)





ตัวชี้วัดที่ 8

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ของผู้ป่วยวัณโรค จำนวนไม่มาก ที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอด	1. ค้นหาคัดกรองวัณโรค โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ที่เสี่ยงวัณโรค เพื่อเข้ารับการ วินิจฉัยและการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรค	1. เพิ่มการค้นหาเพื่อคัดกรองวัณโรค ในผู้ที่เสี่ยง วัณโรค (เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ใกล้ชิด ผู้ต้องขัง ผู้ติดเชื้อมหาลาวย ฯลฯ) ให้ครอบคลุม เพื่อบรรลุ ตามเป้าหมายที่กำหนด (ตัวชี้วัดอัตราความ ครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	1. เร่งรัดการค้นหาคัดกรองวัณโรคเชิงรุก โดยใช้ Portable/ Mobile X-ray พร้อมใช้ AI อ่านผลเบื้องต้น
2. การตรวจวินิจฉัยวัณโรค ด้วยวิธี Molecular techniques ยัง น้อยกว่าค่าเป้าหมาย	2. สนับสนุนการตรวจ Molecular techniques เพื่อการวินิจฉัยวัณโรควัณโรคดื้อยา	2. ติดตามดูแลการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบ แผนการรักษา เพิ่มความสำเร็จของการรักษา ลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา เพื่อบรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนด (ตัวชี้วัดอัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88	2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดของ ผู้ป่วยวัณโรค ควรได้รับการตรวจเอกซเรย์ ปอด ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี
3. อัตราการเสียชีวิตสูง อัตราการขาดยา สูง ทำให้อัตราความสำเร็จลดลง	3. สนับสนุนการใช้ DOT/ Telemedicine ในการ ติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย		3. เพิ่มเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ด้วยวิธี Molecular techniques
4. การบันทึกและรายงานข้อมูลวัณโรค ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน	4. เพิ่มความครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุข ภาครัฐและเอกชน ในการขึ้นทะเบียนและการ รายงาน ในโปรแกรม NTIP และประเมินผลข้อมูล อย่างสม่ำเสมอ		4. ส่งเสริมการดูแลแบบ one stop service

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน
- 2) กลไกการขับเคลื่อนและกำกับการดำเนินงานในรูปแบบ service plan สาขาวัณโรค
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูล ในทุกระดับ เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 4) กลไกคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค ในทุกระดับ เพื่อให้คำปรึกษาทางวิชาการ
- 5) ภาควิชาที่เข้มแข็ง ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานวัณโรค ระดับประเทศ เขต จังหวัด และชุมชน

ตัวชี้วัดที่ 9

สาขาการรกแรกเกิด (NEWBORN)

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

2 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราตายการรกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	$\leq 3.60 : 1,000$ การรกแรกเกิดมี ชีพ	4.97: 1,000 การรกแรกเกิดมีชีพ ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 3.37: 1,000 การรกแรกเกิดมีชีพ ที่มา: ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2568
2	จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ	จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ $\leq 1: 300$ การรกแรกเกิดมีชีพ	1: 280 การรกแรกเกิดมีชีพ ที่มา: ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2568

ตัวชี้วัดที่ 9

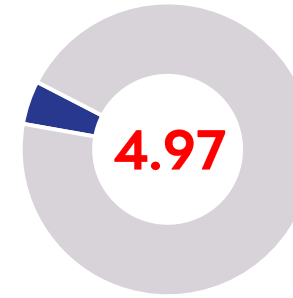
9.1 อัตราตายการแท้งแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

เป้าหมาย รอบที่ 2

$\leq 3.60 : 1,000$
การแท้งมีชีพ

ผลการดำเนินงานภาพรวม

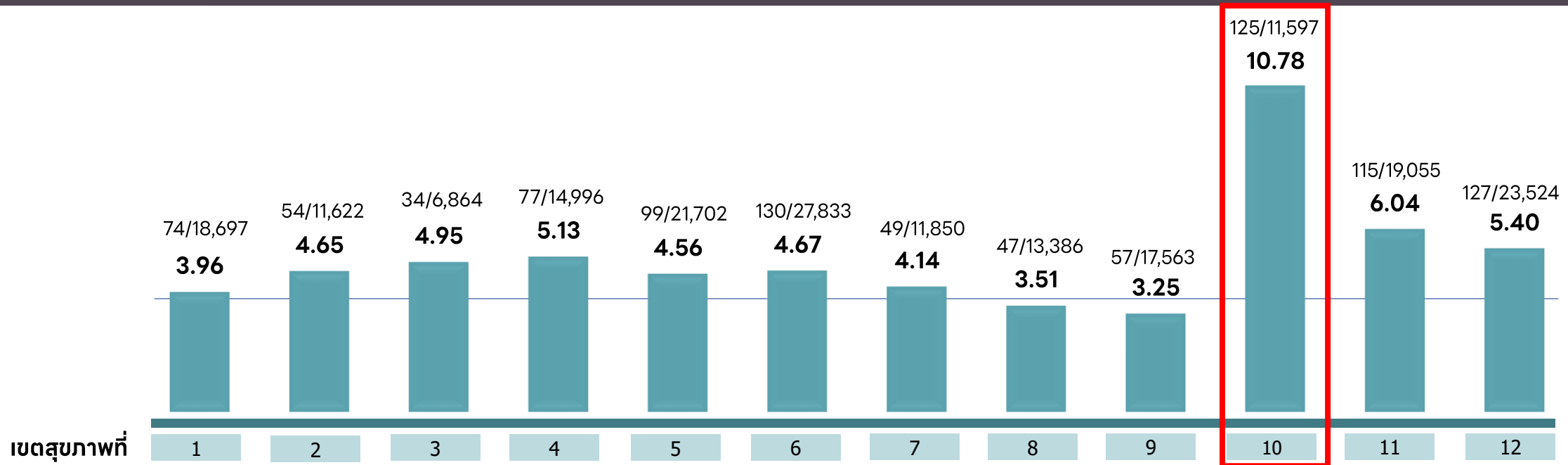
4.97 : 1,000 การแท้งมีชีพ



- จำนวนการแท้งที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A) = 988 ราย
- จำนวนการแท้งแรกเกิดมีชีพ (B) = 198,689 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568



ตัวชี้วัดที่ 9

9.1 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

เป้าหมาย รอบที่ 2

$\leq 3.60 : 1,000$
ทารกเกิดมีชีพ

ผลการดำเนินงานภาพรวม

3.37: 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

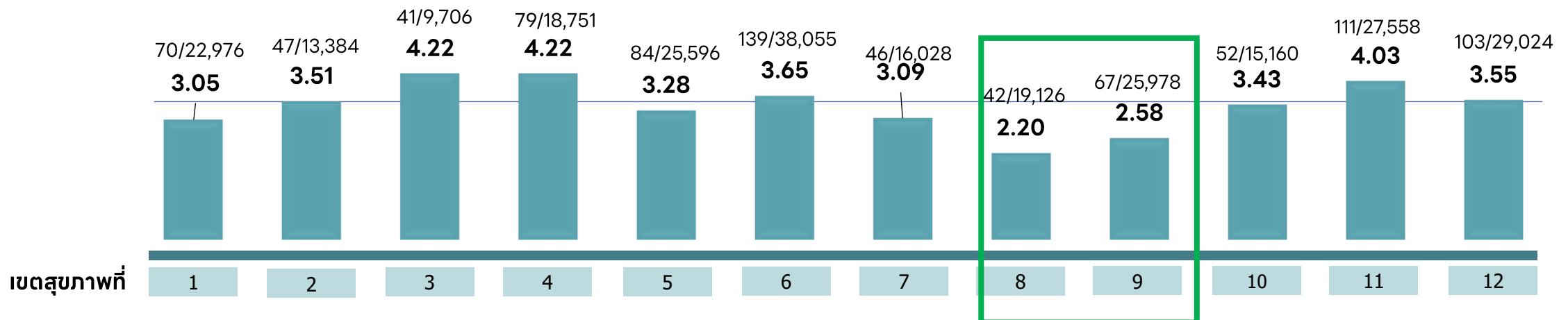


- จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A) = 881 ราย
- จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B) = 261,294 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2568

ปัจจัยความสำเร็จ เขต 8,9: มี intrauterine transfer in ELBW, เยี่ยมเสริมพลังรพช.ทุกปี
ปัญหา เขต 3,4,11: จำนวน Neonatologist/Nitric oxide ไม่เพียงพอ



ตัวชี้วัดที่ 9

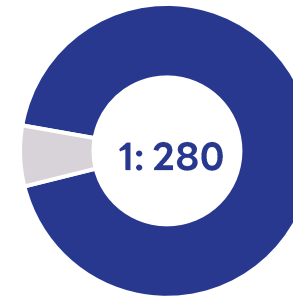
9.2 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ

เป้าหมาย รอบที่ 2

จำนวนเตียง NICU
ในเขตสุขภาพ $\leq 1:300$
การเกิดมีชีพ

ผลการดำเนินงานภาพรวม

1: 280

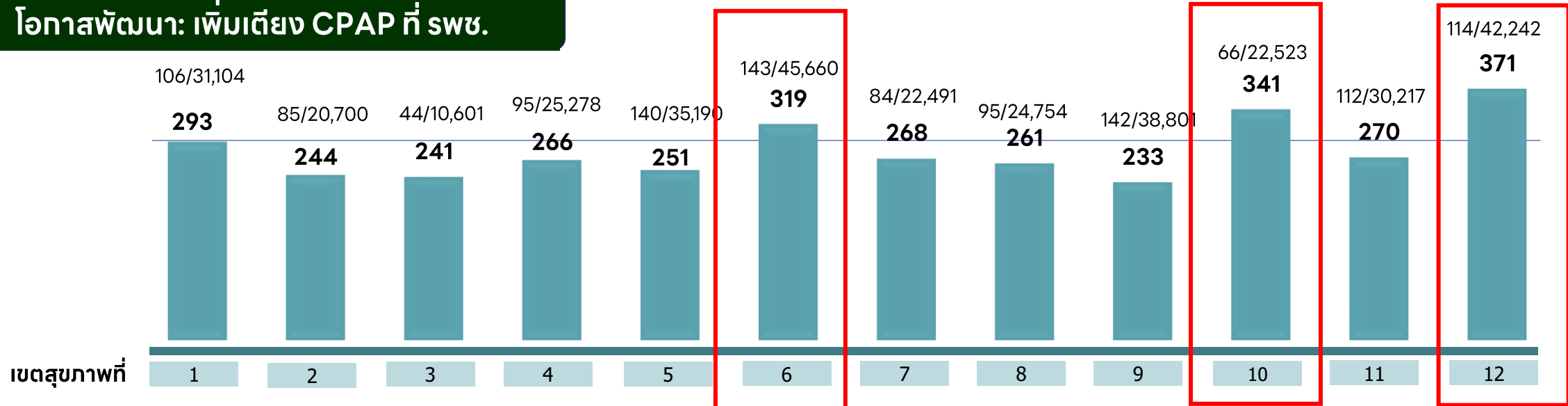


- จำนวนการเกิดแรกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 (A) = 343,776 ราย
- จำนวนเตียง NICU (B) = 1,226 เตียง

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2568

โอกาสพัฒนา: เพิ่มเตียง CPAP ที่ รพช.



ตัวชี้วัดที่ 9

สาขาการรกแรกเกิด (NEWBORN)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตาม ในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1.หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น/ No ANC / ANC ไม่มีคุณภาพ ในบางพื้นที่ 2.ปัญหาการเสียชีวิตของการรกแรกเกิดส่วนใหญ่ยังเกิดจาก Extremely low birth weight 3.บุคลากรเฉพาะทางทารกแรกเกิดไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ Neonatologist 4.ครุภัณฑ์จำเป็นไม่มีใน sw.ที่มี Neonatologist เช่น Nitric oxide, Cooling 5.การ Refer Back ไป sw.ยังทำได้ น้อย (อัตราค่าลังคักยภาพและครุภัณฑ์การแพทย์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดมีไม่เพียงพอ) 6.การบันทึกข้อมูลใน HDC ยังไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา บางพื้นที่ไม่ตรงกับสถานการณ์จริง	1.มีนโยบายคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ และมีแนวทางดูแลมารดาและการรกหลังคลอด เพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำและดูแลความปลอดภัยของการรก 2.พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด และมีการบูรณาการร่วมกับแผนกสูติรีเวชกรรม เพื่อลด Preterm และการดูแลทั้งมารดาและการรกโดยเฉพาะ มีระบบการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง และวิเคราะห์สาเหตุ case by case 3.กำหนดให้ 1 จังหวัด มี neonatologist อย่างน้อย 2 คน และปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสมต่อภาระงาน ลดการลาออกจากระบบราชการ 4.เพิ่มสถาบันผลิตพยาบาลเฉพาะทางสาขาการรกแรกเกิดในเขตสุขภาพ 5.จัดทำมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย: สาขาการรกแรกเกิด 6.จัดหาเครื่องมือที่มีความจำเป็นในการดูแลทารกแรกเกิดให้เพียงพอ เช่น Nitric oxide, Cooling กุสว.ที่มี Neonatologist และอุปกรณ์ CPAP ที่ sw. 7. เพื่อเพิ่มการ refer back ลดการ refer in 7. ประชาสัมพันธ์การลงข้อมูลในระบบ HDC ในภาคเอกชน เพื่อข้อมูลที่ครบถ้วน	1. ข้อมูลการใช้สารเสพติดในมารดาและผลกระทบในการรก 2. สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของการรกแรกเกิด และแผนป้องกัน 3. จัดอบรม NCPR ทุกปี ทุกจังหวัด 4. จำนวน Neonatologist พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ทุกจังหวัด 5. จำนวนครุภัณฑ์จำเป็น เช่น Nitric oxide, Cooling ทุกจังหวัด	1.ควรมีนโยบายการป้องกันและการใช้ยาเสพติดในประชาชน เช่น กระทรวงมหาดไทย 2. Intrauterine Transfer ทุกจังหวัดในกลุ่ม Extremely low birth weight เนื่องจากอัตราเสียชีวิตสูง และจัดประชุม perinatal conference ทุกไตรมาส ร่วมกับทีมสูติกรรม 3. จัดงบประมาณการสอน NCPR ทุกปี โดยสสจ.เป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากยอดคลุดลดลง ทารกที่เกิดมาต้องมีคุณภาพเพิ่มขึ้น 4. เพิ่มเตียง NICU

ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



- ได้รับการสนับสนุนจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมอนามัย เพื่อผลักดันโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดอัตราการตายของการรกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก จัดทำบัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลทารกแรกเกิด จัดตั้ง Preterm Corner, คลินิกส่งเสริมการมีบุตร, และคลินิกทารกแรกเกิด ความเสี่ยงสูง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของการรกแรกเกิดกลุ่มคลอดก่อนกำหนด
- ได้รับงบประมาณในการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการของบุคลากรในทุกเขตสุขภาพ เช่น การอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด การอบรมการส่งต่อคนไข้ทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย
- บุคลากรทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีความร่วมมือในการทำงานผ่านเครือข่าย MCH Board อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดที่ 10

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

- ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด Community- acquired	< ร้อยละ 24	ร้อยละ 27.92 ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิ.ย. 68

ตัวชี้วัดที่ 10

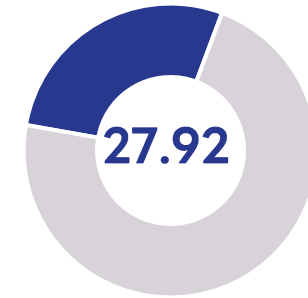
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

เป้าหมาย รอบที่ 2

< ร้อยละ 24

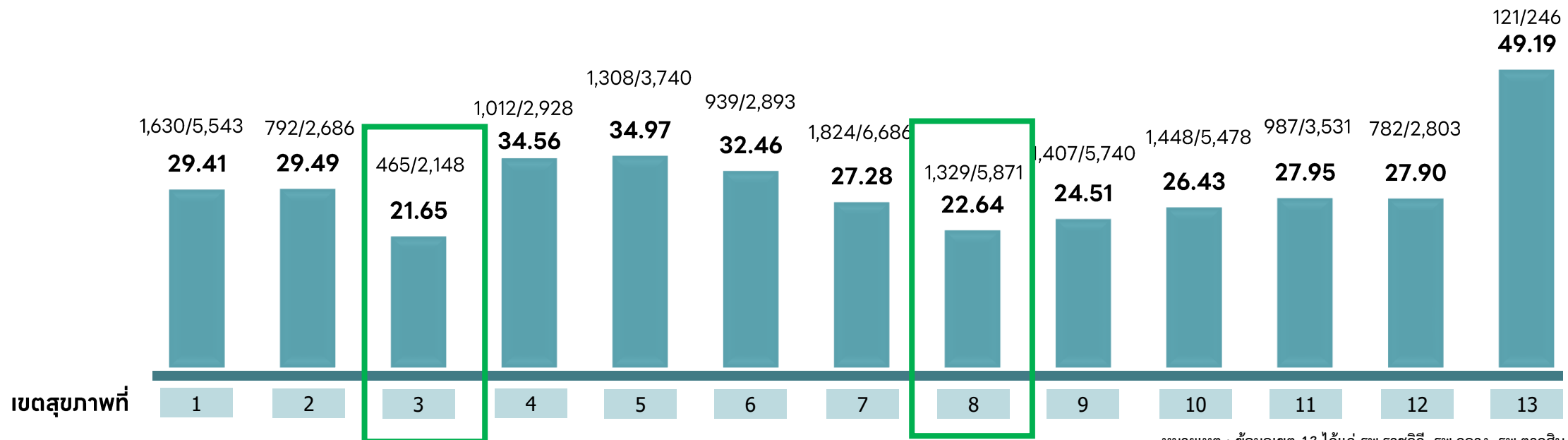
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 27.92



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: HDC ณ วันที่ 30 มิ.ย. 68



หมายเหตุ : ข้อมูลเขต 13 ได้แก่ รพ.ราชวิถี, รพ.กลาง, รพ.ตากสิน, รพ.เจริญกรุงประชารักษ์, ส.จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และรพ.ศิริธร

ตัวชี้วัดที่ 10

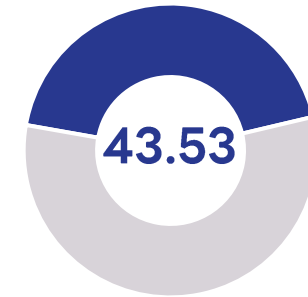
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด
Hospital-acquired

เป้าหมาย รอบที่ 2

< ร้อยละ 40

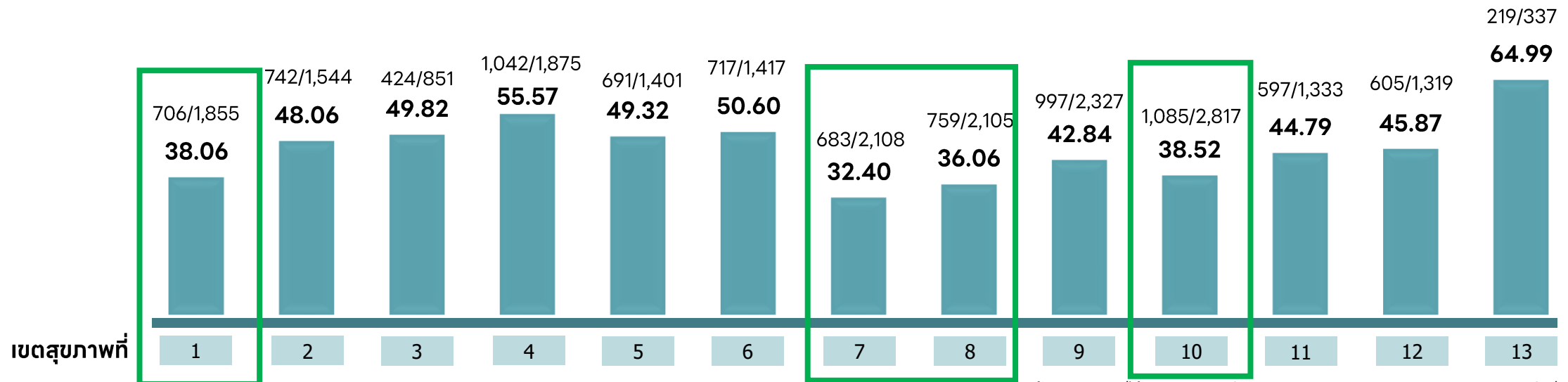
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 43.53



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ที่มา: HDC ณ วันที่ 1 ก.ย. 68



หมายเหตุ : ข้อมูลเขต 13 ได้แก่ รพ.ราชวิถี, รพ.กลาง, รพ.ตากสิน, รพ.เจริญกรุงประชารักษ์, ส.กัลยาณิราชนครินทร์ ส.จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และรพ.สิรินธร



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การวินิจฉัย ระบบส่งต่อ และการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางยังล่าช้า	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตาม CPG/CNPG sepsis เน้น Early diagnosis and Treatment และพัฒนาทักษะของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ SOFA, SIRS, SOS, MEWS และการดูแลรักษาตามแนวทางที่วางไว้	1. ตรวจสอบติดตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired Sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการนำเสนอตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงาน ในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล 6 และ 12 เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	1. พัฒนาระบบ Rapid Respond Team/ Rapid Respond System ที่เต็มรูปแบบและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง
2. บุคลากรยังขาดทักษะ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และบางส่วนยังไม่ปฏิบัติตาม CPG และ Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วย	สนับสนุนการอบรมบุคลากรใหม่ และทบทวนบุคลากรเดิมในการวินิจฉัย/การรักษาภาวะ Sepsis และปฏิบัติตาม CPG ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	2. สังเกตการณ์ ทดลองเก็บข้อมูล Hospital - acquired Sepsis ในโรงพยาบาลระดับ P หรือ P+ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 โรงพยาบาล	2. มี CPG, Flow Chart และ Standing Order สำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อความชัดเจน
3. จำนวนเตียง ICU ไม่เพียงพอ และขาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอและได้มาตรฐาน	ผลักดันเรื่องระบบการจัดการ RRT/RRS + set up semi-ICU/ Sepsis corner ในโรงพยาบาลชุมชน และวิเคราะห์ทรัพยากรครุภัณฑ์เพื่อนำไปสู่การวางแผน และพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่		3. มีเตียงและระบบบริหารจัดการเตียง ICU + set up semi-ICU / Sepsis Corner พัฒนาระบบส่งต่อ
4. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดความรู้ ความเข้าใจ อาการและสัญญาณที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะ Sepsis และไม่ทราบช่องทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า	ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติ ตระหนักถึงภาวะ Sepsis และเฝ้าระวังถึงอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert) รวมถึงช่องทางการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		4. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติ ตระหนักถึงภาวะ Sepsis และเฝ้าระวังถึงอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert) และเพิ่มบทบาท อสม. ให้ความรู้เรื่อง Sepsis, ใช้ Sepsis Screening Score ในชุมชน
5. ขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้รับผิดชอบบ่อยครั้ง ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	สนับสนุนให้มีการพัฒนา Competency แพทย์ พยาบาลที่มีจำนวนจำกัด เมื่อเทียบกับภาระงานให้สามารถปฏิบัติตาม Standing Order , CPG , CNPG ที่กำหนด		
6. ความไม่สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลผลการดำเนินงานที่บันทึกในฐานข้อมูล HDC กับข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนภายในโรงพยาบาล	พัฒนาระบบรายงานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายระดับเขตและระดับประเทศ		

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



- มีแนวทางการดูแล ให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ในการดูแลทุกระดับ
- จำนวนเตียง ICU ที่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย Sepsis
- มีระบบ Rapid Respond Team/ Rapid Respond System ที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนา CPG ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน
- มีการเชื่อมโยงการทำงาน และมีระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง ตั้งแต่สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป จนถึงโรงพยาบาลศูนย์
- มีคณะทำงาน Sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

ตัวชี้วัดที่ 11

สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

4 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

2 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	- ร้อยละ 8.06 (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 ก.ค. 68) - ร้อยละ 7.54 (ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2/68 รวบรวม ณ วันที่ 29 ส.ค. 68)
2	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 70	
2.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 70	- ร้อยละ 50.08 (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 ก.ค. 68) - ร้อยละ 73.04 (ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2/68 รวบรวม ณ วันที่ 29 ส.ค. 68)
2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 70	- ร้อยละ 55.48 (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 ก.ค. 68) - ร้อยละ 72.29 (ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2/68 รวบรวม ณ วันที่ 29 ส.ค. 68)
3	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI	< ร้อยละ 10	ร้อยละ 8.84 (ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2/68 รวบรวม ณ วันที่ 5 ก.ย. 68)

ตัวชี้วัดที่ 11

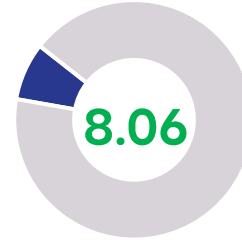
11.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เป้าหมาย รอบที่ 2

< ร้อยละ 9

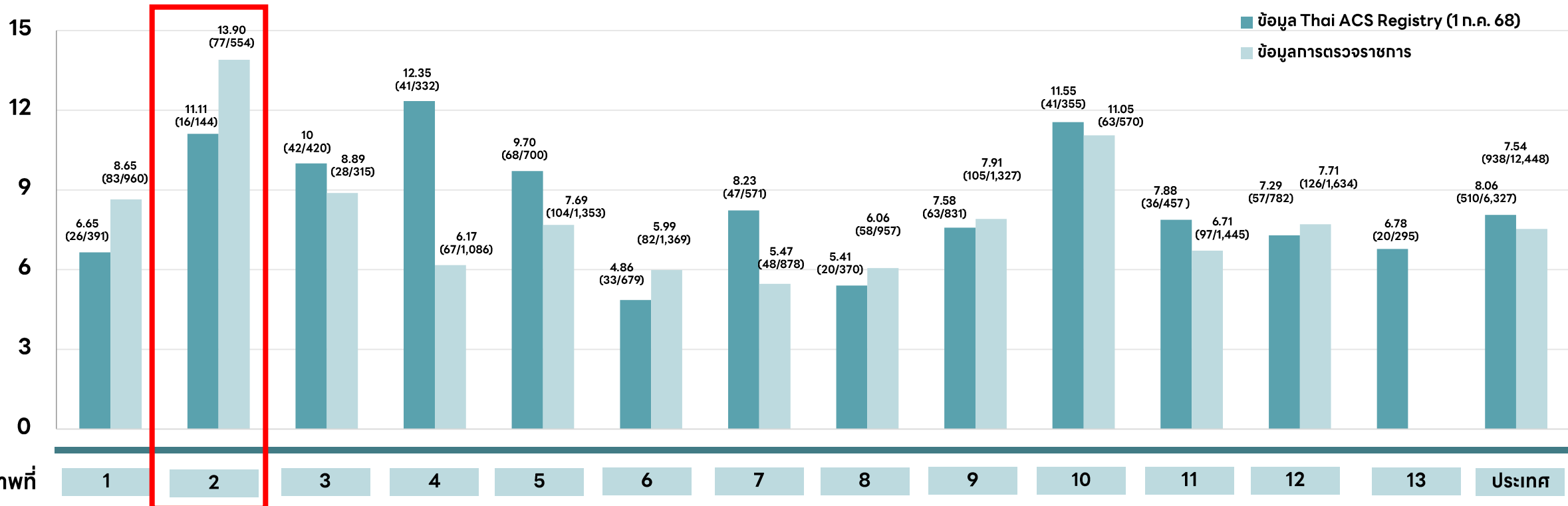
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 8.06



- จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด (A1) = 510 ราย
- จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (B1) = 6,327 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 11

11.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย รอบที่ 2

≥ ร้อยละ 70

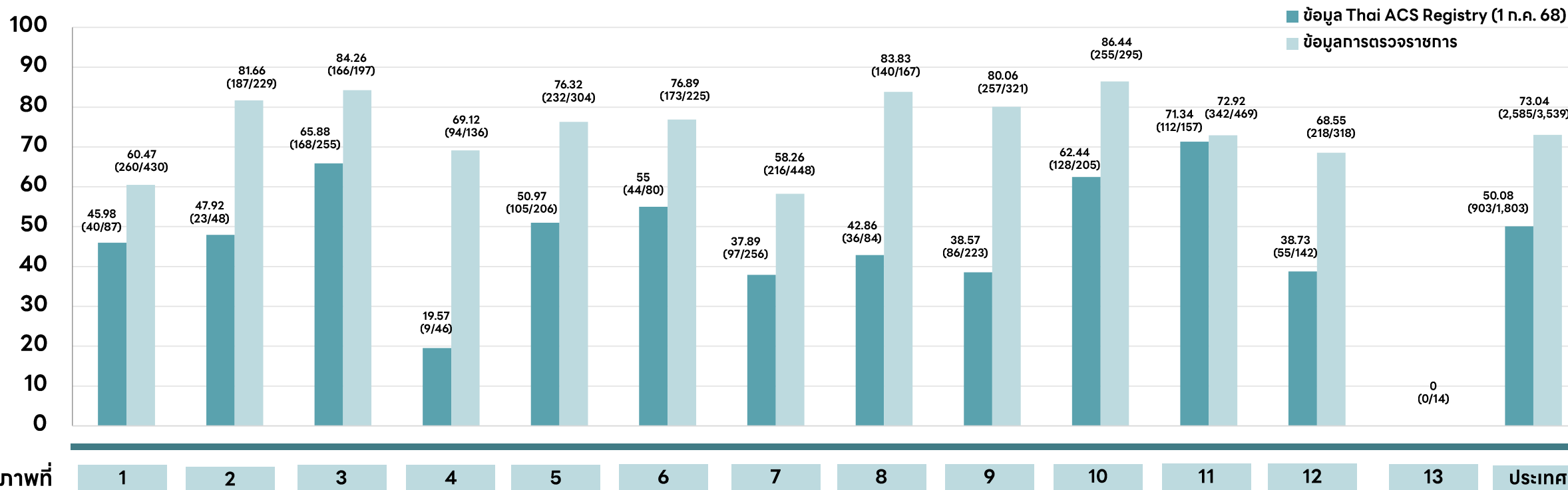
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 50.08



- จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (A) = 903 ราย
- จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด (B) = 1,803 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 11

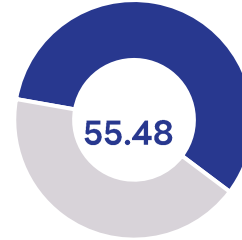
11.3 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย รอบที่ 2

≥ ร้อยละ 70

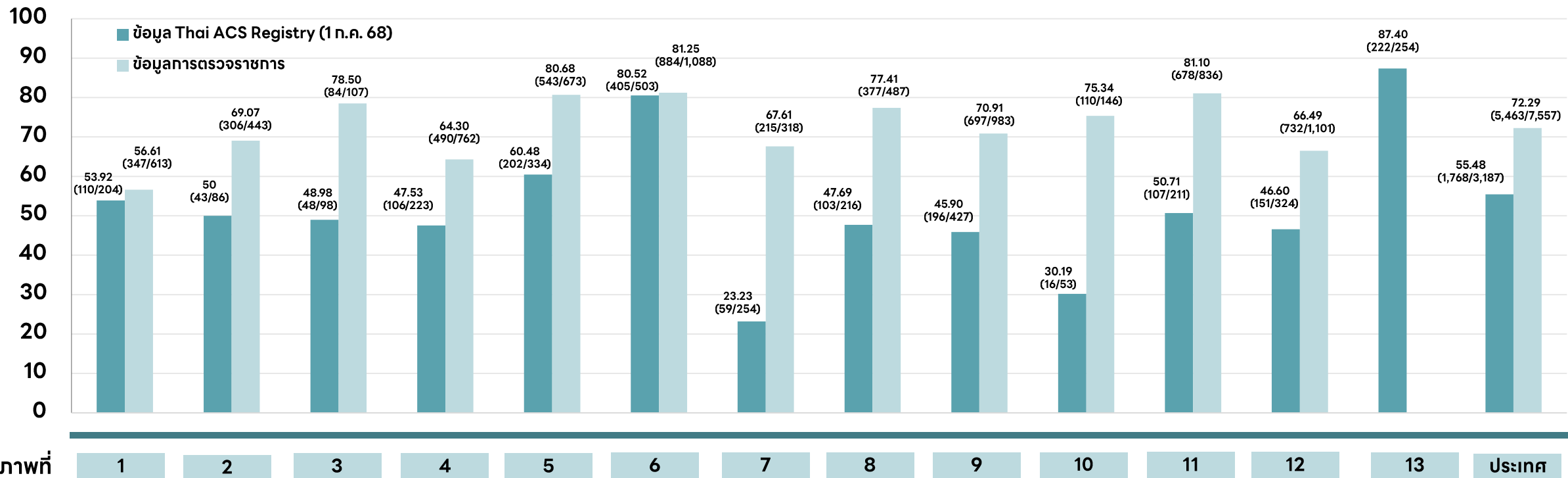
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 55.48



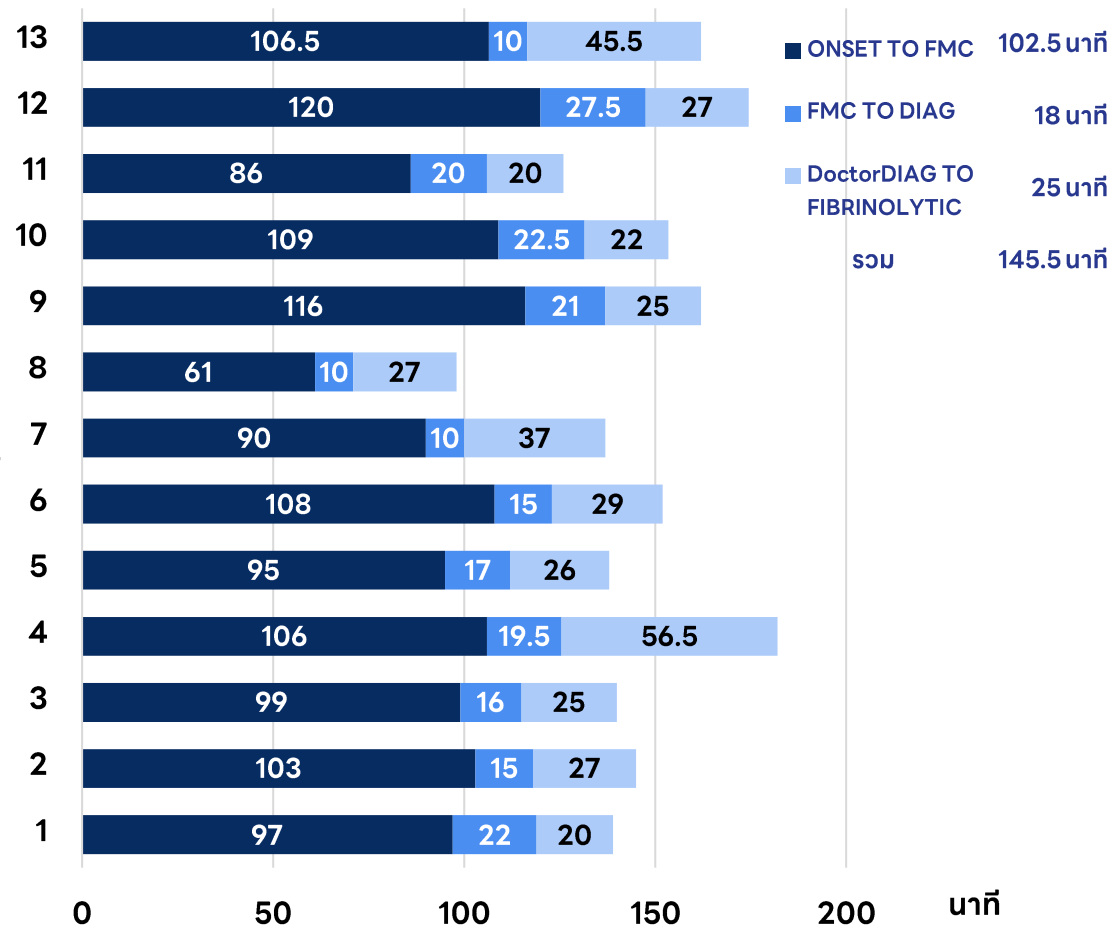
- จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (C) = 1,768 ราย
- จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด (D) = 3,187 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

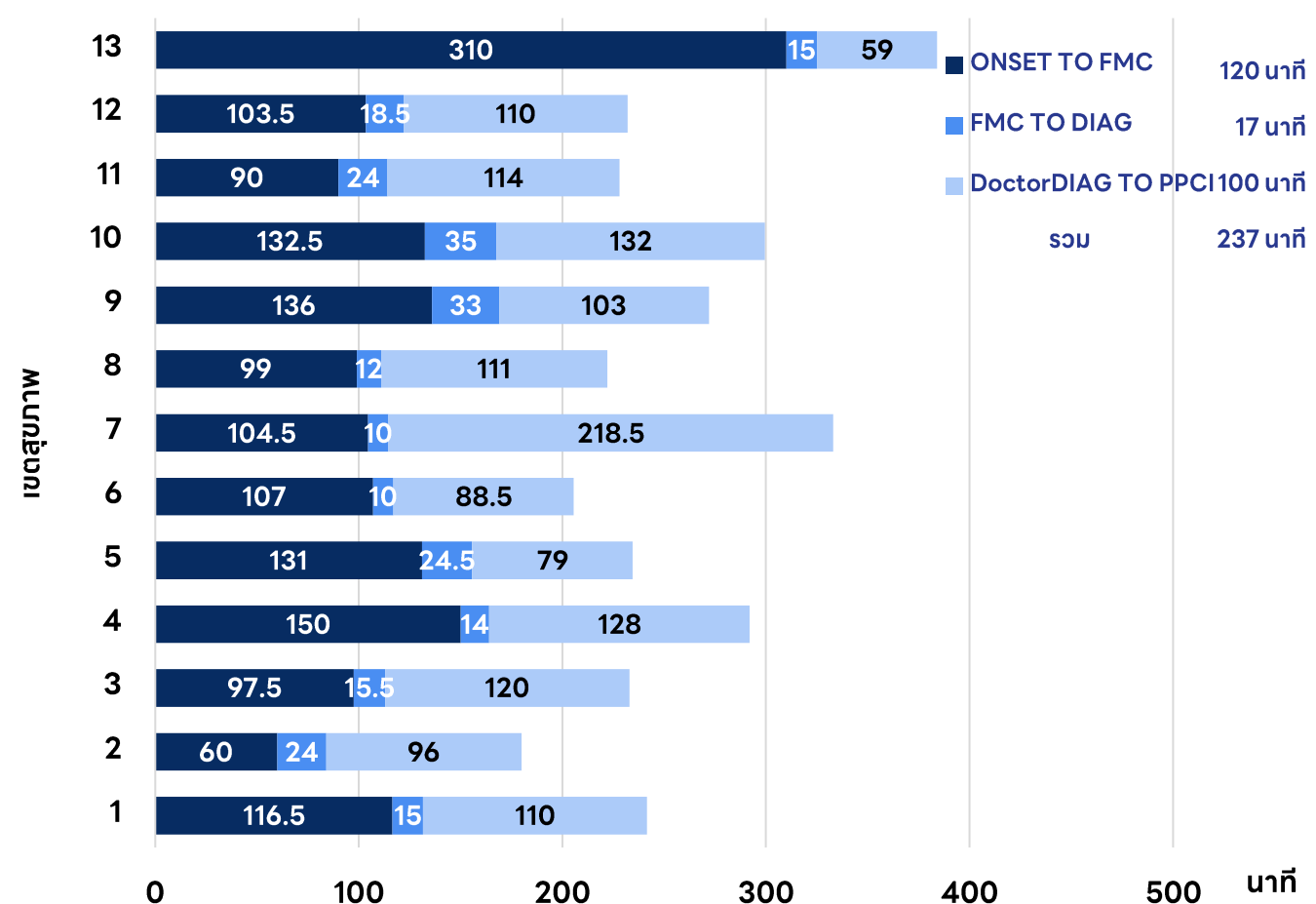


STEMI: Total Ischemic Time

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (นาที)



ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับการทำ Primary PCI (นาที)



ตัวชี้วัดที่ 11

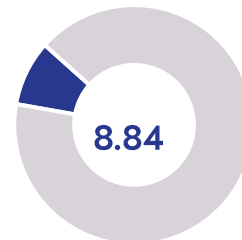
11.4 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

เป้าหมาย รอบที่ 2

< ร้อยละ 10

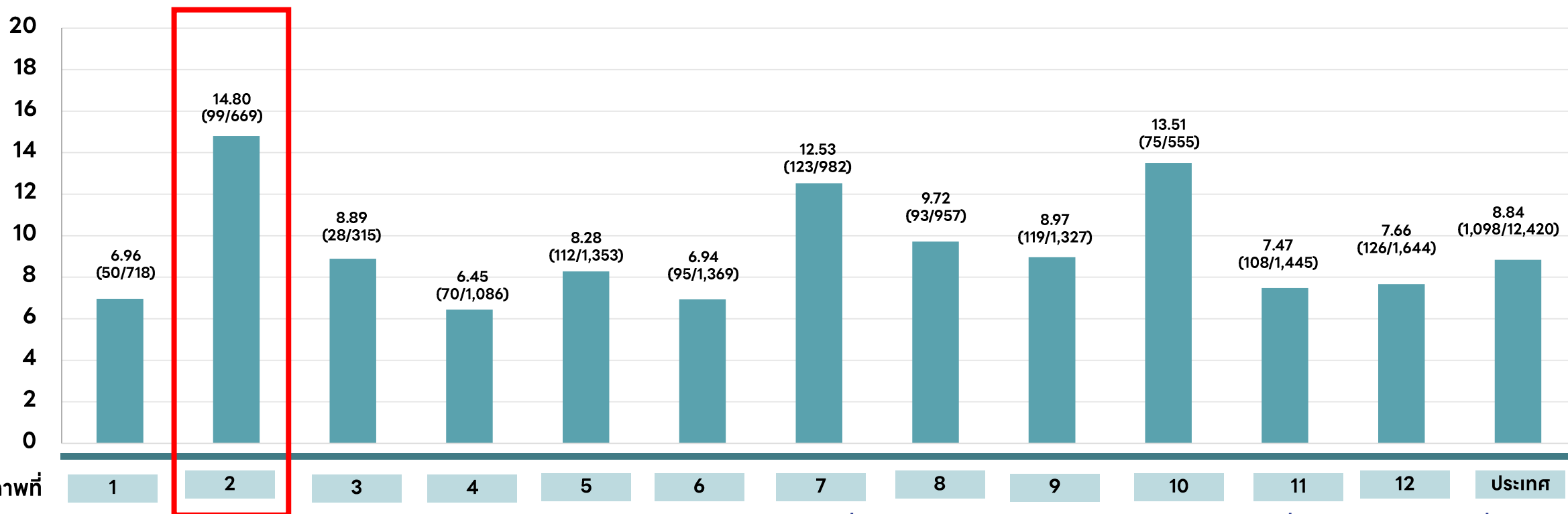
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 8.84



- จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (A1) = 1,098 ราย
- จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาใน สว.ทั้งหมด (B1) = 12,420 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 11

สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	แนวทางการกำกับ / ติดตาม รอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. Patient delay: ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เข้าถึงการรักษาล่าช้า ประชาชนไม่ทราบอาการเตือนของโรคกลุ่ม ACS ใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS 1669 น้อย 2. System delay: ระบบการดูแลผู้ป่วยมีความล่าช้า เช่น การทำ EKG, Delay diagnosis, Delay reperfusion, การส่งต่อผู้ป่วย 3. Health workforce and Medical Product: อัตราากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความมั่นใจในการวินิจฉัย ขาดแคลนครุภัณฑ์ (CCU, Cath lab, ยา TNK) 4. Database: ฐานข้อมูลมีความหลากหลาย ยังไม่เชื่อมโยงกัน (ข้อมูลพื้นที่, HDC และ Thai ACS Registry)	1. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการและประชาสัมพันธ์ 1669/ ระบบ EMS เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน ในกลุ่มอสม. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงและญาติ 2. พัฒนาระบบบริการ STEMI Fast Tract/ Fast Pass และ Sky Doctor อย่างต่อเนื่อง 3. บริหารอัตรากำลังคน, จัดสรรงบประมาณสนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์, จัดทำแนวทางในการพิจารณาการใช้ยา TNK ในกรณีเฉพาะตามข้อบ่งชี้ หรือในพื้นที่ห่างไกล, เพิ่มศักยภาพ sw. ที่มี Cath Lab ให้สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 และสนับสนุน sw. ที่มีความพร้อมในการเปิด Cath Lab 4. มีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนให้มีการ save ข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry และรายงานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมทุก sw. ในระดับเขตสุขภาพ	1. มีการให้ Health literacy ด้าน alert/ awareness และการเข้าถึงการรักษา กับประชาชน 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชม. 7 วันต่อสัปดาห์ ที่มีประสิทธิภาพ, มี CPG guideline 3. sw. ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือด และมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้, ห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/ เขตสุขภาพ สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 และมีระบบการลดระยะเวลารอคอยการรักษาโดยการนำ CAG/PCI หรือการผ่าตัด CABG โดยมีระบบการส่งต่อในเครือข่ายหรือระหว่างเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 4. มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจาก sw.	1. มีระบบ STEMI Fast Tract การจัดระบบ Zoning และ mapping ในการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละเขตสุขภาพ 2. สนับสนุน sw. ที่มีความพร้อมในการเปิดมี Cath Lab และมีการบูรณาการร่วมกันใน sw. สังกัดอื่นที่มี Cath Lab ได้ เพื่อให้เขตสุขภาพมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 และ สนับสนุนงบประมาณและแนวทางปฏิบัติในการ สั่งใช้ยา TNK แทน SK โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 10 3. สนับสนุนนโยบายให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) อย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้
- 2) มีระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษา การส่งต่อ STEMI Fast Tract/ Fast Pass และรักษาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ และสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
- 3) มีศูนย์หัวใจและ Cath Lab ในทุกเขตสุขภาพและสามารถให้บริการได้ 24/7 โดยใช้ทรัพยากรร่วม
- 4) มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสามารถนำมาพัฒนามาตรฐานการรักษามารวมกันโดยสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพิ่มมากขึ้น
- 5) บูรณาการร่วมกันกับ NCD clinic ในการคัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัดที่ 12 | สาขาไต (Chronic Kidney Disease - CKD)

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

1 ตัวชี้วัด



รอบประเมิน
รอบ 12 เดือน

1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 1	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1
1	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลง จากปีงบประมาณก่อนหน้า	> ร้อยละ 10	19.12
2	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR \leq 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$	> ร้อยละ 66	67.46

ที่มา: HDC (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568)

ตัวชี้วัดที่ 12

12.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลง จากปีงบประมาณก่อนหน้า

เป้าหมาย รอบที่ 1

> ร้อยละ 10

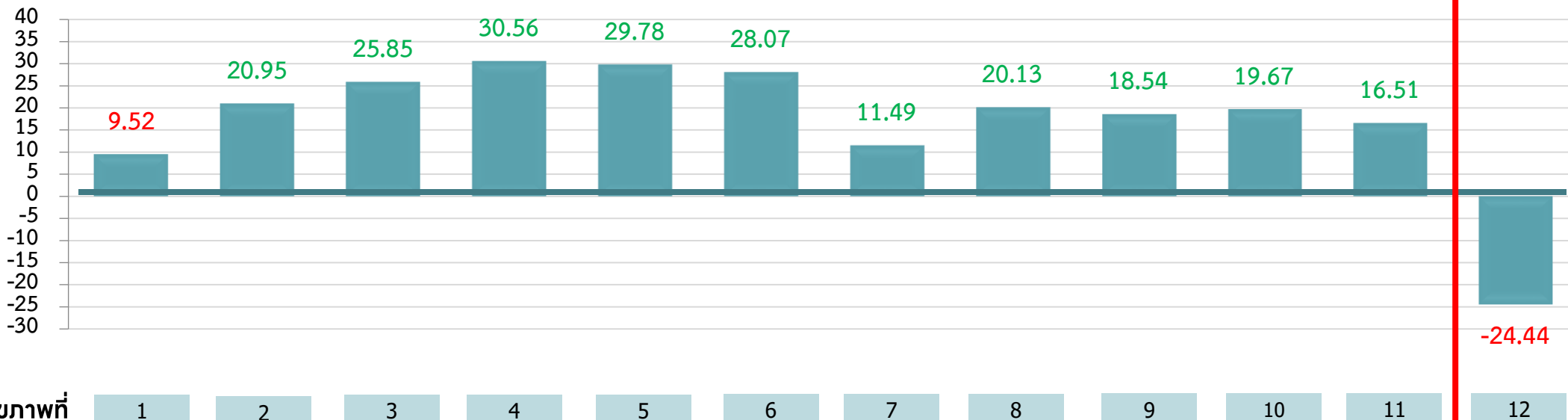
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 19.12

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 13,246 ราย

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 16,023 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 12

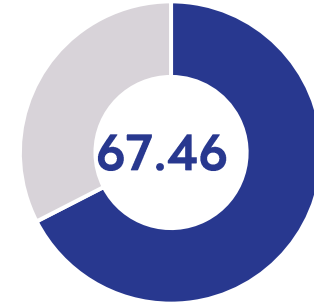
12.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR
 $\leq 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$

เป้าหมาย รอบที่ 1

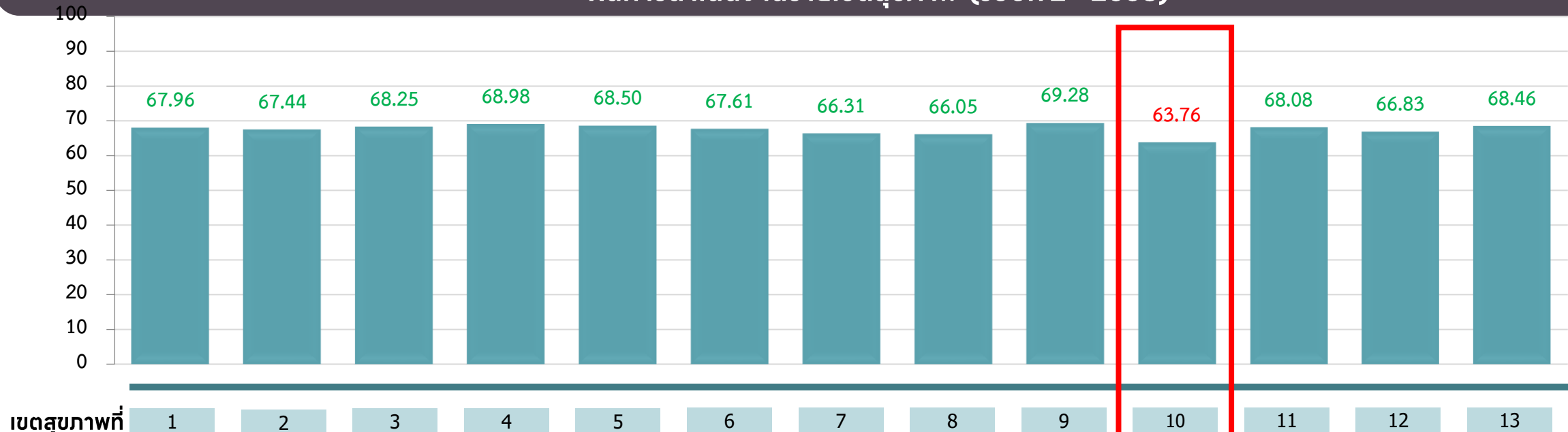
> ร้อยละ 66

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 67.46



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 12

สาขาไต CKD

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- การคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM/HT ยังไม่ครอบคลุม - การดำเนินงานใน CKD clinic ขาดความยั่งยืน โดยเฉพาะ การดำเนินงานแบบสหสาขา - ข้อมูลการตรวจและคัดกรองยังไม่เป็นระบบ ขาดความถูกต้องของฐานข้อมูล	- พัฒนาระบบการคัดกรอง/ทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการทำหนดแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ชัดเจน - กำหนดแนวทางการดำเนินงานของ CKD clinic ที่มุ่งสู่ขบวนการคุณภาพ - สนับสนุน/เพิ่มอัตราบุคลากรให้เพียงพอ - ส่งเสริม เพิ่มศักยภาพด้านความรู้และทักษะของบุคลากร - พัฒนาระบบฐานข้อมูล และสารสนเทศให้มีความถูกต้อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน และเป็นปัจจุบัน	- คัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหา CKD ให้บรรลุเป้าหมาย - ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (> ร้อยละ 10) - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73 m²/yr (> ร้อยละ 66) - ติดตามประสิทธิภาพการดูแลในคลินิกโรคไตเรื้อรัง CKD Clinic คุณภาพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ - การวางแผนและติดตาม การพัฒนา ระบบฐานข้อมูลและระบบส่งต่อ ที่ชัดเจน	- ส่งเสริมการสร้างความรู้ตระหนักรู้และ Health Literacy เพื่อให้ประชาชนเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - การพัฒนาศักยภาพฝึกอบรมต้นโรคไตแก่บุคลากรทางการแพทย์และการจัดทีมบริการ - การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร - การจัดทำแนวทาง การพัฒนาระบบข้อมูล และการส่งต่อผู้ป่วย สาขาโรคไต

ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



- การพัฒนาคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
- ดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม CKD Clinic คุณภาพ ที่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล
- การสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพที่ครบถ้วน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมงาน ร่วมกับการบูรณาการกับ Service Plan สาขาอื่นๆ เช่น สาขา NCD และสาขาระบบปฐมภูมิ

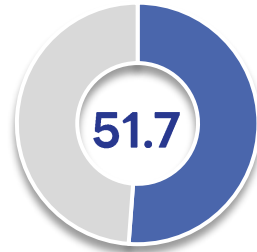
การดำเนินงาน

โครงการป้องกันโรคไต อันเนื่องมาจากพระราชดำริ
สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

โครงการ คนไทย 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

51.7%



จำนวนผู้ป่วย DM, HT, Gout หรือ KUB stone ทั้งหมด

7,323,883

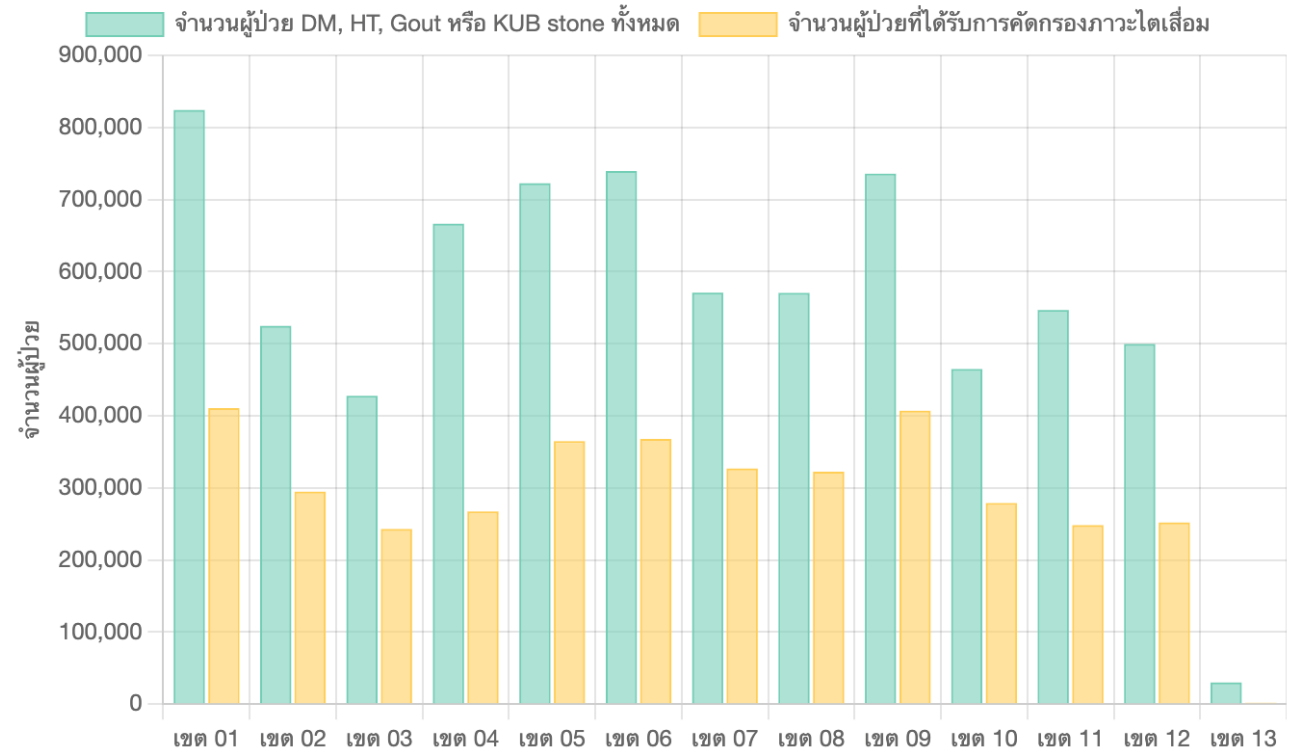
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองไตเสื่อม

3,785,882



แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะไตเสื่อม

ประมวลผล ณ วันที่: 01/09/2565



ตัวชี้วัดที่ 13

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant)

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 1

1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (sw. A, S, M1)	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ (เป้าหมายระดับประเทศ ≥ 0.35 : 100 hospital death)	0.45 : 100 hospital death

ตัวชี้วัดที่ 13

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก
ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (sw. A, S, M1)

เป้าหมาย รอบที่ 2

ระดับประเทศ

$\geq 0.35 : 100$ hospital
death

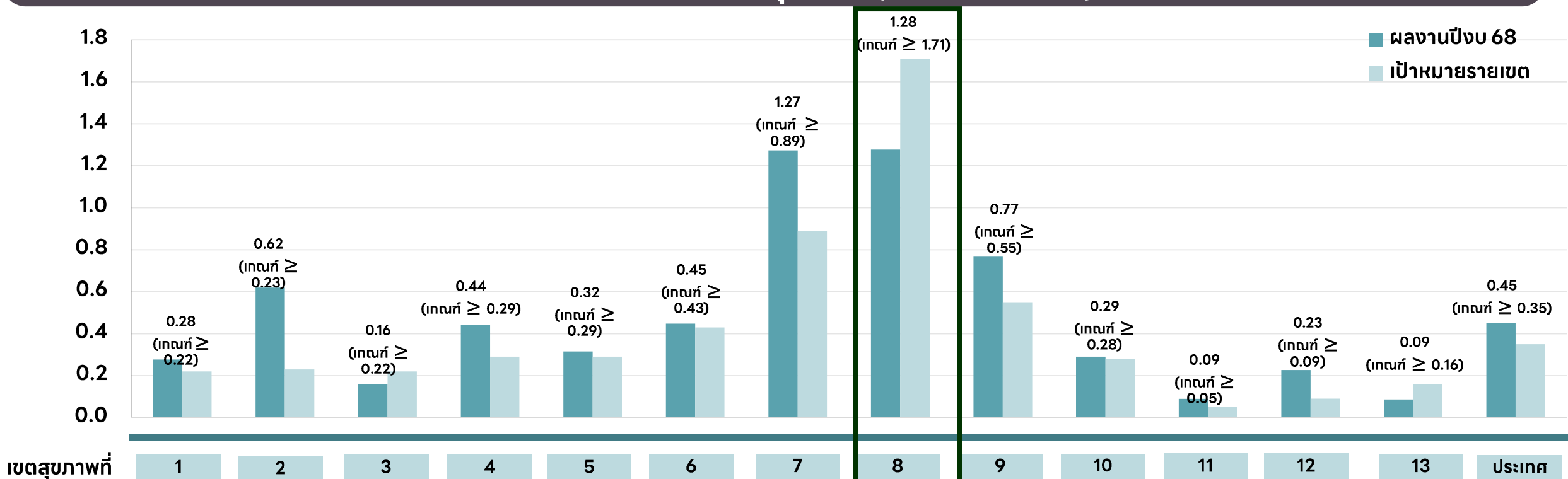
ผลการดำเนินงานภาพรวม

0.45 : 100 hospital death



- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain - dead organ donor) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (A) = 384 ราย
- จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (B) = 85,368 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ที่มา: A = ข้อมูลจากสภากาชาดไทย ณ วันที่ 30 มิ.ย. 68, B = ข้อมูลจากสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 13

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	แผนการกำกับ /ติดตาม ในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ระบบการค้นหาและแจ้ง Potential donor ยังไม่ครอบคลุม 2. ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะ Transplant Coordinate Nurse full time (เขตสุขภาพที่ 11,12) 3. ความเชื่อ/ทัศนคติการบริจาคอวัยวะของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ 4. ขาดข้อมูลแสดงความจำนงบริจาค (Donor Card) ที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลโรงพยาบาล 5. สถานการณ์ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตไม่เพียงพอ 6. ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน และขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 7. ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ชุมชน	1. พัฒนาระบบการค้นหาผู้บริจาคอวัยวะเชิงรุก จัดทำแนวทางการดำเนินงาน Declare brain death ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานในพื้นที่และทันสมัย 2. สนับสนุนให้มีบุคลากรเฉพาะทาง TC Full time / พยาบาล TCWN พัฒนาศักยภาพทีม RRT และโคออร์ดิเนเตอร์เฉพาะทาง 3. เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก สนับสนุนสื่อนวัตกรรมที่หลากหลาย ทันสมัย ใช้ภาษาท้องถิ่นของกลุ่มชาติพันธุ์ เข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่มวัย 4. จัดทำ dashboard ระบบสนับสนุนการรายงาน Potential Donor เชื่อมโยงข้อมูลการบริจาคอวัยวะจากสภาทนายความไทย 5. เพิ่มจำนวนเตียงใน ICU /Sub ICU 6. เพิ่มแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ งบประมาณอบรมบุคลากรเฉพาะทาง 7. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และดำเนินงานร่วมกันในภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ บูรณาการงานร่วมกับสาขา Palliative care	1. ผลักดันให้มีการจัดตั้ง Regional Retrieval Team ในทุกเขตสุขภาพ (เขตสุขภาพละ 2 ทีม) เน้นทีมผ่าตัดนำไตออก โดยมี sw.เป้าหมาย ทั้งหมด 13 แห่ง 2. จัดตั้ง Donor Hospital ใน sw.ศ./sw.ก. ทุกแห่ง (ปรับเปลี่ยนเป็น sw.ระดับ P+, P, A, A+ ตามระดับ sw.ระดับ SAP) 3. ผลักดันการปลูกถ่ายไตในเขตสุขภาพ (Kidney Transplant) ในเขตสุขภาพ (เขตสุขภาพละ 1 sw.) 4. ผลักดันการปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone Marrow Transplant) ในส่วนภูมิภาค (ภาคละ 1 sw.)	1. ยกระดับงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะเป็นสาขาความเชี่ยวชาญเฉพาะ ได้แก่ สถาบันเฉพาะทางการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะวางระบบการดำเนินงาน โครงสร้าง หลักสูตรการอบรมบุคลากร การประชุมวิชาการระดับชาติ 2. กำหนดนโยบายและประเด็นพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย องค์กร สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วางยุทธศาสตร์ และมาตรการในแต่ละระดับ และแนวปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินการอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง 3. ต่อยอดระบบการค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก และพัฒนาระบบข้อมูลรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ โดยการรายงานข้อมูล potential donor เชื่อมโยงข้อมูลการบริจาคอวัยวะจากสภาทนายความไทย Donor Dashboard ร่วมกับข้อมูลการปลูกถ่ายอวัยวะ ดวงตา

ตัวชี้วัดที่ 14

สาขามะเร็ง

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

4 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

1 ตัวชี้วัด



ประเมิน
รอบ 12 เดือน

2 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก <u>สะสม</u>	$\geq$ ร้อยละ 20	ร้อยละ 9.65 (ที่มา: สปสช. 30 ก.ค. 68)
2	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการ การส่องกล้อง Colposcopy	$\geq$ ร้อยละ 50 (เป้าหมาย รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 25.44 (ที่มา: สปสช. 30 ก.ค. 68)
3	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	$\geq$ ร้อยละ 40	ร้อยละ 61.68 (ที่มา: สปสช. 24 ก.ค. 68)
4	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	$\geq$ ร้อยละ 50 (เป้าหมาย รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 26.93 (ที่มา: สปสช. 24 ก.ค. 68)

ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568

ตัวชี้วัดที่ 14

14.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม

ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568

เป้าหมาย รอบที่ 2

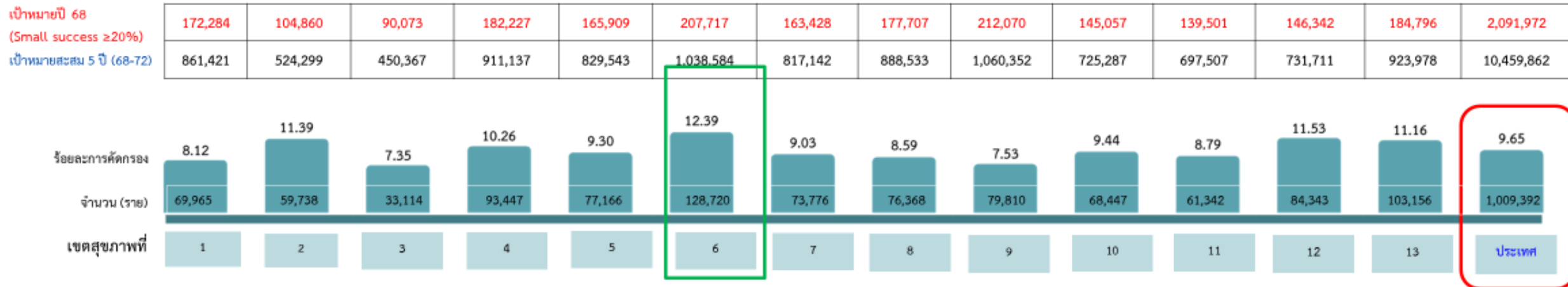
≥ ร้อยละ 20

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 9.65



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด(70%) = 10,459,862 รายใน 5 ปี

(จำนวนประชากร อ้างอิงจาก HDC : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByMooBan.php?year=66&month=12) ณ วันที่ 14 ม.ค.2568)

ที่มา: 1.ฐานข้อมูลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Dashboard) สปสช. ณ วันที่ 30 ก.ค. 2568

2. ข้อมูลจำนวนประชากร อ้างอิงจาก HDC : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByMooBan.php?year=66&month=12)

ตัวชี้วัดที่ 14

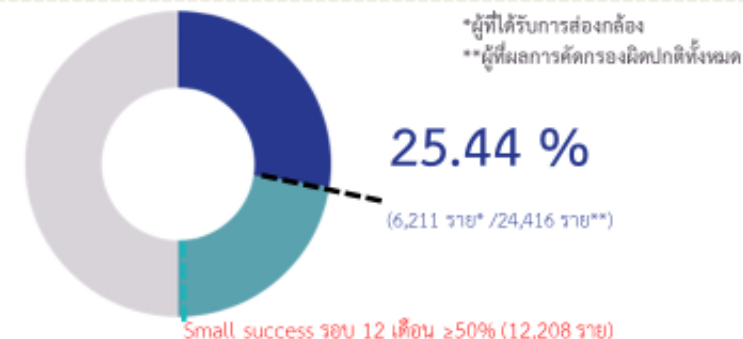
 14.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก)
 ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

เป้าหมาย รอบ 12 เดือน

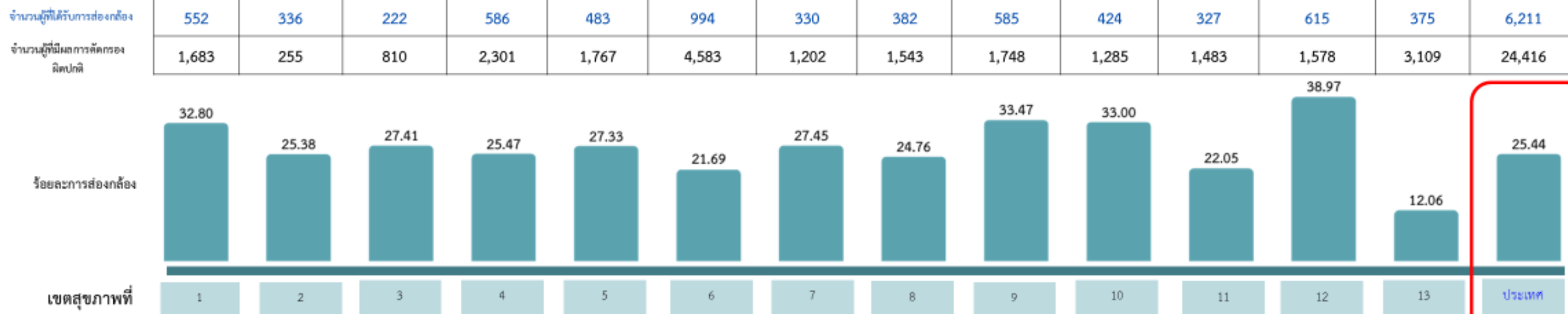
 $\geq$ ร้อยละ 50

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 25.44



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ปีงบประมาณ 2567 ส่องกล้อง Colposcopy = 34.15 %
 (10,259 ราย / 30,040 ราย)

ที่มา: ฐานข้อมูลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Dashboard) สปสช. ณ วันที่ 30 ก.ค. 2568

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดที่ 14

14.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

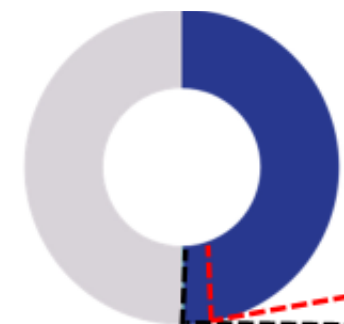
(ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

เป้าหมาย รอบที่ 2

≥ ร้อยละ 40

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 61.68



61.68%

(999,433 ราย* / 1,620,417 ราย**)

*ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง

**เป้าหมายการคัดกรอง ปี 2568

Small success รอบ 9 เดือน
≥ 40% (648,167 ราย)

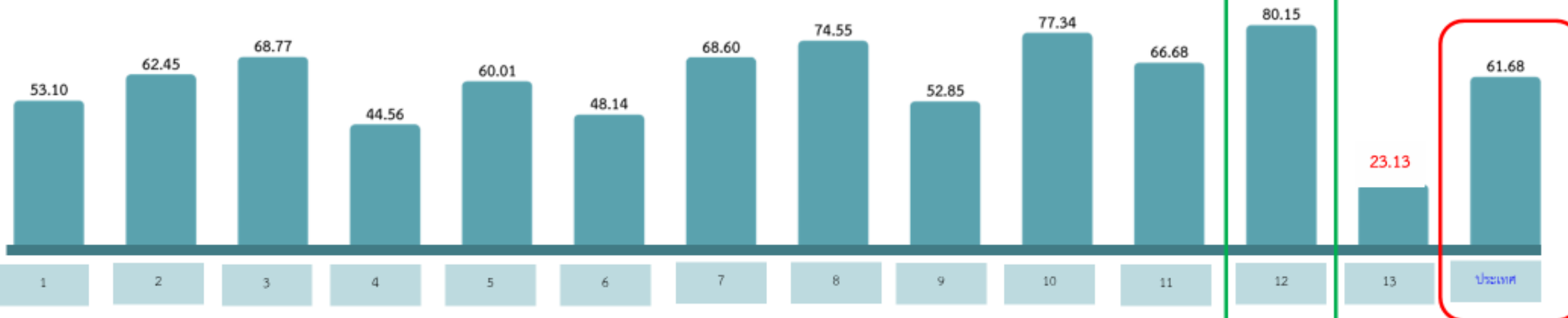
ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรอง

91,048	60,130	58,098	67,959	85,125	76,643	98,611	111,533	95,354	94,069	73,400	87,463	35,651	999,433
171,474	96,289	84,486	152,497	141,844	159,210	143,745	149,610	180,434	121,638	110,070	109,120	154,125	1,620,417

จำนวนประชากรเป้าหมาย ปี 2568

ร้อยละการคัดกรอง



เขตสุขภาพที่

ที่มา: สปสช. ณ วันที่ 24 ก.ค. 2568

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



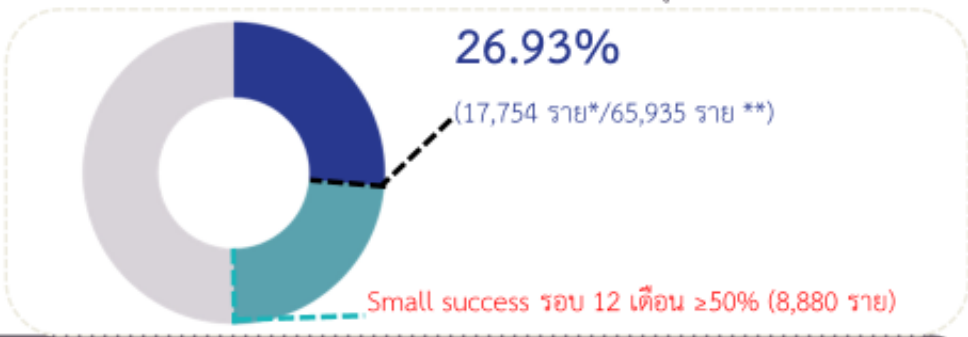
ตัวชี้วัดที่ 14

14.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

*ผู้ที่ได้รับการส่องกล้อง
**ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติทั้งหมด

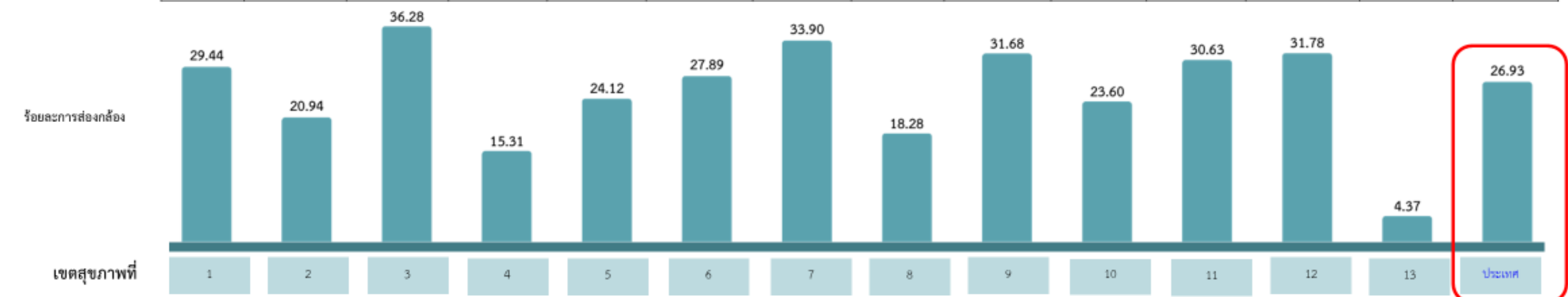
เป้าหมาย รอบ12 เดือน
≥ ร้อยละ 50

ผลการดำเนินงานภาพรวม
ร้อยละ 26.93



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

จำนวนผู้ที่ได้รับการส่องกล้อง	1,605	937	1,502	664	913	1,251	2,473	1,314	2,547	2,062	1,470	1,016	116	17,754
จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ	5,452	4,474	4,140	4,338	3,785	4,486	7,296	7,190	8,039	8,739	4,799	3,197	2,652	65,935



ปีงบประมาณ 2567 ส่องกล้อง Colonoscopy = 34.42 % (12,270 ราย / 97,988 ราย)

ที่มา: สปสช. ณ วันที่ 24 ก.ค. 2568
คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดที่ 14

สาขามะเร็ง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	แผนการติดตามในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การค้นหาผู้รับบริการที่มีสิทธิการตรวจคัดกรอง มีความยากขึ้น เนื่องจากไม่มีระบบในการตรวจสอบข้อมูลของการเข้ารับบริการของผู้รับบริการที่ผ่านมา 2. ประชากรไม่ตระหนักถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปฏิเสธการ Colposcopy และ Colonoscopy เพราะกลัว Complications 3. บุคลากรด้านโรคมะเร็งไม่เพียงพอ มีการปรับเปลี่ยน ภาระงานหลายด้าน และขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่มีความชำนาญ 4. ขาดแคลนอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองและการจัดซื้อจัดจ้างชุดตรวจ มีความล่าช้าในไตรมาสแรก 5. บางพื้นที่ยังพบระยะเวลาในการส่องกล้องเกิน 2 - 3 เดือน และมีคิวรอคอย 6. ระบบข้อมูลสารสนเทศ การบันทึกข้อมูลมีหลายโปรแกรม ไม่เชื่อมโยงกัน 7. รพ.สต.บางแห่งมีการโอนย้ายภารกิจไปยังอปท. ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกัน	1. ประสานขอข้อมูลผู้มีสิทธิคัดกรอง และคืนข้อมูลให้หน่วยบริการ 2. เพิ่มศักยภาพ รพ. ระดับ M1 ให้มีความสามารถในการ Colonoscopy มากขึ้น 3. เพิ่มช่องทางที่จะสื่อให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ หรือสื่อต่าง ๆ ที่สามารถให้ประชาชนรับรู้ได้ง่าย เข้าถึงง่าย 4. เพิ่มการอบรมแพทย์สูติเวชในการทำ Colposcopy เพิ่มศักยภาพการดำเนินงานการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy ในพื้นที่ที่ยังประสบปัญหา 5. จัดทำแผนการคัดกรอง บริหารลำดับการส่องกล้อง Colonoscopy โดยมีการประเมิน high risk score ในผู้รับบริการที่มีผล Fit test ผิดปกติ ให้ได้รับการส่องกล้องก่อน 6. ส่งเสริมการจัดบริการตรวจ Colonoscopy สัญจร เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่	1. ติดตามผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด โดยเฉพาะการติดตามข้อมูลผลการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy ให้ได้รับการส่องกล้องภายในระยะเวลาลดระยะเวลารอคอย 2. การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ในรายจังหวัดที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด และช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา 3. เพิ่มศักยภาพการดำเนินงานการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy ในพื้นที่ที่ยังประสบปัญหา 4. ส่งเสริมการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกัน 5. รมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็ง 6. อบรม และพัฒนาศักยภาพบุคลากร	1. สนับสนุนงบประมาณในการจัดหากล้องให้หน่วยบริการระดับ M1/M2 ที่มีแพทย์ บุคลากรและสถานที่พร้อมให้บริการ 2. จัดเครือข่ายระบบการให้มี Manager ระดับจังหวัด บริหารจัดการ/ ทำแผนจัดช่วงเวลาการคัดกรอง FIT Test ให้สอดคล้องกับศักยภาพการให้บริการ Colonoscopy ในเขตพื้นที่ 3. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขยายการจัดบริการ ส่องกล้อง Colonoscopy นอกเวลาราชการ 4. การขยายความร่วมมือไปยังหน่วยบริการเอกชน ที่มีศักยภาพการให้บริการ Colonoscopy (เป้าหมายหลักเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาดเล็ก) โดยเสนอให้ สปสช. ปรับระบบการจ่ายเพื่อรองรับการให้บริการของหน่วยบริการเอกชน

ปัจจัย แห่งความสำเร็จ



1. ผู้บริหารในพื้นที่ให้ความสำคัญ และสนับสนุนการจัดหาเครื่องมือในการดำเนินงาน
2. มีการจัดการปัญหา รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ ให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและรักษาอย่างทันท่วงที
3. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ในระดับปฐมภูมิ เน้นให้บริการเชิงรุก
4. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามการลงข้อมูลด้านโรคมะเร็ง และเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 14

ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

2 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการรักษา	ร้อยละ 50	- คัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน 3,349,552 ราย (ร้อยละ 111.65) ผลบวก 82,667 ราย (ร้อยละ 2.47) - ผู้ติดเชื้อ HBV เข้าสู่ระบบการรักษา จำนวน 45,697 ราย (ร้อยละ 55.28)
2	ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษา	ร้อยละ 80	- คัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 3,314,865 ราย (ร้อยละ 104.50) ผลบวก 31,345 ราย (ร้อยละ 1.00) - ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา จำนวน 5,284 ราย (ร้อยละ 91.42) (คาดประมาณมีผู้ป่วย 50% ของจำนวนผู้ที่ได้ตรวจยืนยันทั้งหมด 5,780 ราย)

แหล่งข้อมูล : สปสช. HBV วันที่ 31 ก.ค. 68 และ HCV วันที่ 29 ก.ค. 68
หมายเหตุ : *HDC ข้อมูลประมวลผล วันที่ 1 ก.ค. 68

ตัวชี้วัดที่ 14

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา

เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 50

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 55.28

คัดกรอง (ราย)

3,349,552 ราย
(111.65%)

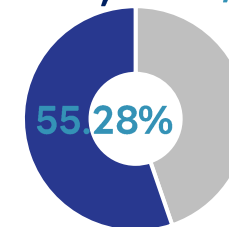
เป้าหมาย 3,000,000 ราย

ผลบวก

82,667 ราย
(2.47%)

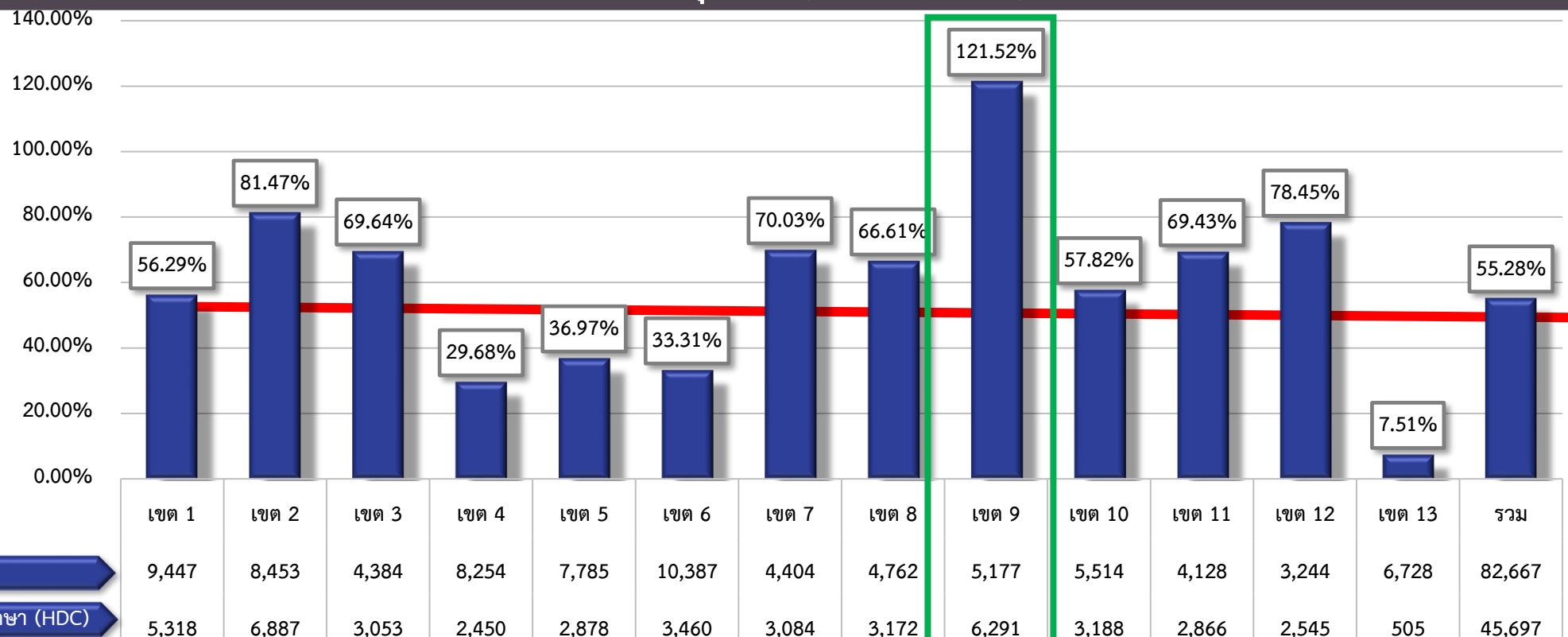
วินิจฉัยใหม่ (ราย) เข้าสู่ระบบการรักษา

45,697* / 82,667



แหล่งข้อมูล : สปสช. วันที่ 31 ก.ค. 68
หมายเหตุ : *HDC ข้อมูลประมวลผล
วันที่ 1 ก.ค. 68

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัดที่ 14

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษา

เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 91.42

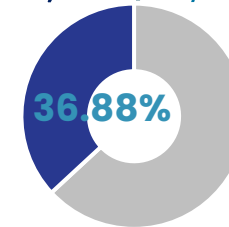
คัดกรอง

3,134,865 ราย
(104.50%)

ผลบวก

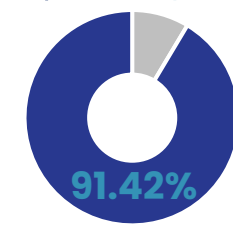
31,345 ราย
(1.00%)

เป้าหมาย 3,000,000 ราย

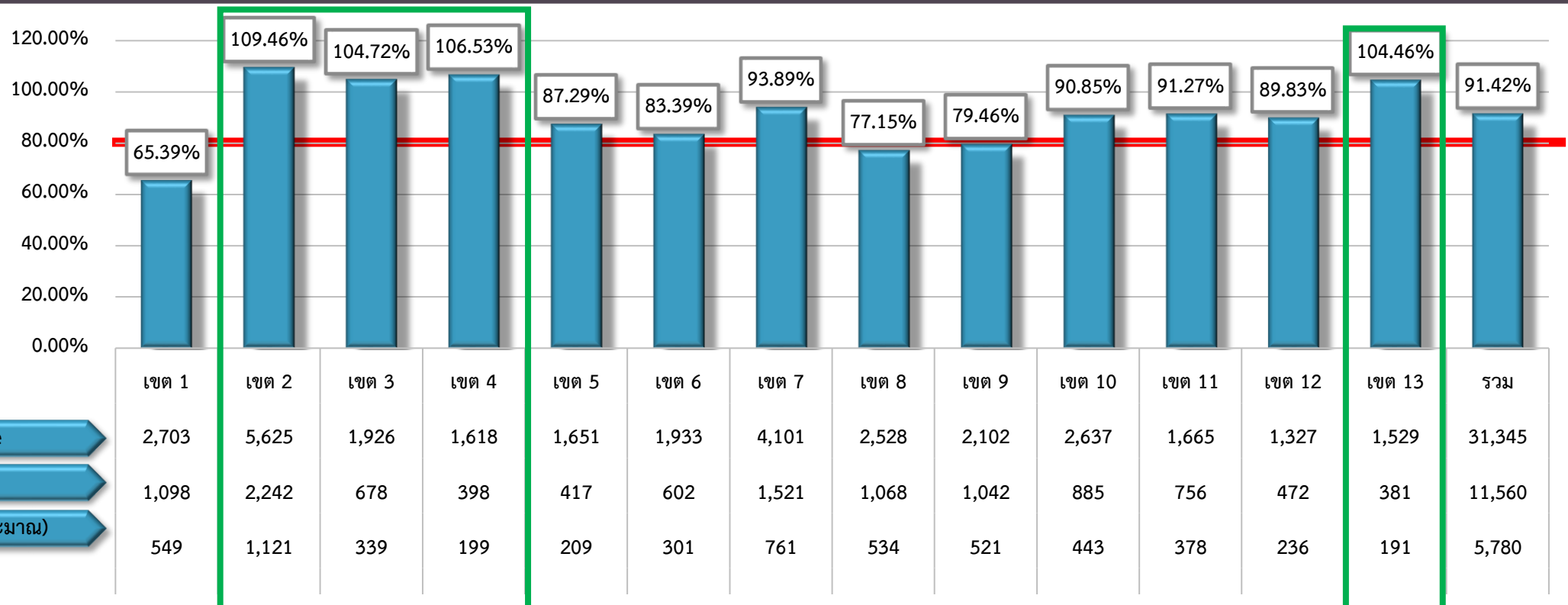
ตรวจยืนยัน (ราย)
11,560 / 31,345

รักษา (ราย)

5,284 / 5,780*

(*คาดประมาณ
มีผู้ป่วย 50%
ของจำนวนผู้ที่
ได้ตรวจยืนยัน
ทั้งหมด)แหล่งข้อมูล: สปสช.
วันที่ 29 ก.ค. 68

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ตัวชี้วัด

1. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา ร้อยละ 50
2. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา ร้อยละ 80

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/พัฒนา/ปรับปรุง	การกำกับ/ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย
ระบบข้อมูลโรคไวรัสตับ อักเสบบี ยังขาดการจัดเก็บข้อมูล ที่เป็นระบบเดียวกัน ขาดการเชื่อมโยง และขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ	1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบีให้สมบูรณ์และเชื่อมโยงให้เป็นระบบเดียวกัน ทั้งนี้ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับทาง สปสช. เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่วนการเชื่อมโยงกับ HDC อยู่ระหว่างการดำเนินงาน	กรมควบคุมโรค กำกับติดตาม ผ่านการประชุม หัวหน้า ส่วนราชการ กรมควบคุมโรค เดือนละ 1 ครั้ง	1. กรมควบคุมโรคเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับ สปสช. และ HDC 2. ผลักดันการตรวจไวรัสตับอักเสบบี แบบ same day 3. ผลักดันการเบิกจ่าย HBV VL ให้ได้รับการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต 4. ผลักดันการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง
	2. การคัดกรองทั้ง HBV และ HCV ให้หน่วยบริการที่คัดกรองบันทึกในแฟ้ม special PP ด้วย ซึ่งข้อมูลจะปรากฏใน HDC dashboard		
	3. การรักษา HCV : การเจาะเลือดส่งตรวจยืนยัน ให้หน่วยที่คัดกรองเจาะเลือดในวันเดียวกันหลังรู้ผลการคัดกรองเป็นบวก และขอความร่วมมือหน่วยที่ส่งตรวจยืนยัน บันทึกผลการตรวจยืนยันทุกราย ทั้งก่อนและหลังการรักษา		
	4. ขอความร่วมมือให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 เปิดให้บริการตรวจ HBV VL ให้ครบทุกแห่ง (ในระหว่างที่รอการปรับเปลี่ยนการเบิกจ่าย HBV VL)		
	5. ขอความร่วมมือหน่วยบริการส่งออกข้อมูลรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในระบบ DDS กรมควบคุมโรค และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในโปรแกรม Hep-BC-DDC		

ปัจจัย
แห่งความ
สำเร็จ



เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงและระดับกรม ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี



ขอบคุณครับ

