

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 รอบที่ 2



ประเด็นที่ 6

จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบาง
และพื้นที่พิเศษ

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
15 กันยายน 2568





ประเด็นที่ 6

จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

..6.. ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

..5.. ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2																		
1	มีบริการสถานชิวาภิบาล/กุฏิชิวาภิบาลตาม แนวทาง/มาตรฐานอย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 ✓																		
2	ร้อยละการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	ร้อยละ 85.57 ✓																		
3	ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	ร้อยละ 70	ร้อยละ 65.68 ✗																		
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิด ความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้าน ความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการ เคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	ร้อยละ 72.37 ✓																		
		มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	ร้อยละ 67.71 ✓																		
5	Caregiver รายใหม่ผ่านการอบรม 10,000 คน	จำนวน 10,000 คน	จำนวน 20,981 คน ✓																		
6	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด- คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็ก อายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตาม เป้าหมาย	<table><tr><th>ความครอบคลุม วัคซีน</th><th>Baseline</th><th>ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 (ส.ค.) ที่บรรลุตามเกณฑ์</th></tr><tr><td>ต่ำกว่าร้อยละ 50</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50 – 69</td><td>1 จังหวัด</td><td>-</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70 – 79</td><td>7 จังหวัด</td><td>5 จังหวัด</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80 – 84</td><td>9 จังหวัด</td><td>9 จังหวัด</td></tr><tr><td>มากกว่าร้อยละ 85</td><td>56 จังหวัด</td><td>44 จังหวัด</td></tr></table>		ความครอบคลุม วัคซีน	Baseline	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 (ส.ค.) ที่บรรลุตามเกณฑ์	ต่ำกว่าร้อยละ 50	-	-	ร้อยละ 50 – 69	1 จังหวัด	-	ร้อยละ 70 – 79	7 จังหวัด	5 จังหวัด	ร้อยละ 80 – 84	9 จังหวัด	9 จังหวัด	มากกว่าร้อยละ 85	56 จังหวัด	44 จังหวัด
ความครอบคลุม วัคซีน	Baseline	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 (ส.ค.) ที่บรรลุตามเกณฑ์																			
ต่ำกว่าร้อยละ 50	-	-																			
ร้อยละ 50 – 69	1 จังหวัด	-																			
ร้อยละ 70 – 79	7 จังหวัด	5 จังหวัด																			
ร้อยละ 80 – 84	9 จังหวัด	9 จังหวัด																			
มากกว่าร้อยละ 85	56 จังหวัด	44 จังหวัด																			

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รอบที่ 2



ตัวชี้วัดที่ 1

มีบริการสถานชีวาภิบาล/กุฎชีวาภิบาลตามแนวทาง/มาตรฐาน
อย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง

เป้าหมายรอบที่ 2

ร้อยละ 100

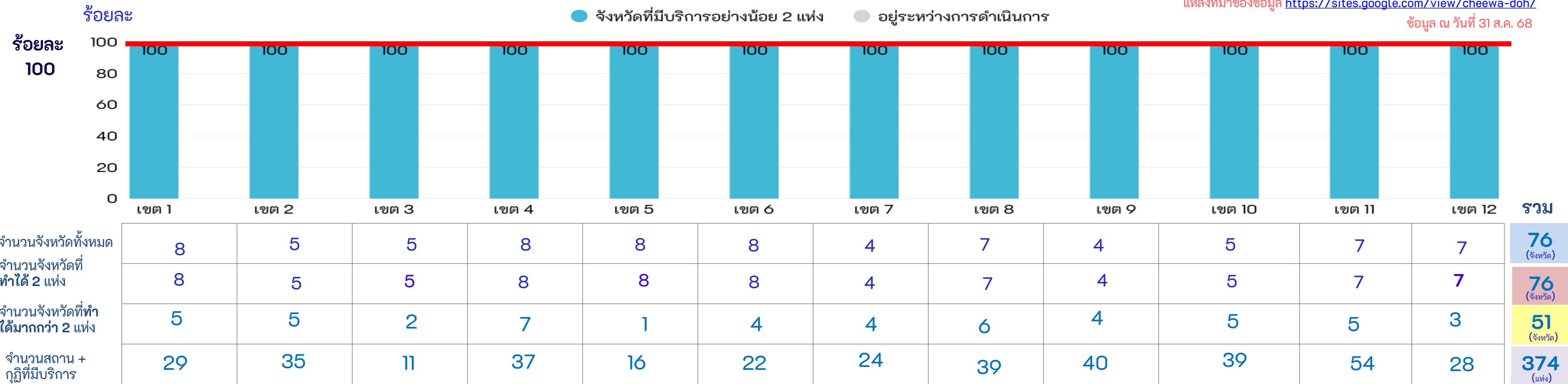
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 100 (76 จังหวัด)

100.00%

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

แหล่งที่มาของข้อมูล <https://sites.google.com/view/cheewa-doh/>
ข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 68



- ## เขต 2

- ## ເຂດ 3

- ## เขต 5

- ## เขต 13

- ## เขต 11

- ## เขต 12

- ## เขต 1

- ## ເຂດ 8

- ## เขต 7

- ## เขต 10

- ## เขต ๑

- ยอดมีบริการสถานชีวาภิบาล **196** แห่ง
- ยอดมีบริการกุฎชีวาภิบาล **178** แห่ง

- ## เขต 6

- ## เขต 4

374 แห่ง

รูปภาพ : <https://infocenter.nationalhealth.or.th/>

ที่มา : รายงานข้อมูลสถานชีวาภิบาลและกฏชีวาภิบาล <https://sites.google.com/view/cheewa-doh>

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รอบที่ 2



ตัวชี้วัดที่ 1

มีบริการสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลตามแนวทาง/มาตรฐานอย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตาม รอบที่ 2/2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบในการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล 2. เกณฑ์การประเมินเกี่ยวกับมาตรฐานสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล 3. ความชัดเจนเกี่ยวหน่วยงานที่ออกใบการรับรองและกำกับติดตามระหว่างมาตรฐานสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล 4.ขอบเขตหรือพื้นที่(Area) ที่ออกการรับรองให้เป็นจุดบริการของสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล 5. ความเพียงพอของผู้ให้บริการ (CM/ CG/พระคิลานุปัฏฐาก)	1. ประสานสำนักสารนิเทศ (MOPH channel) กระทรวงสาธารณสุขจัดทำเอกสารชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางดำเนินงานพร้อมประชาสัมพันธ์ 2. จัดทำเอกสาร สื่อ คู่มือต่างๆ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล 3. กำหนดหน่วยงานให้ชัดเจนในการรับรองมาตรฐานสถานชีวาภิบาลและกุฏิชีวาภิบาล 4. สนับสนุนข้อมูลให้กับพื้นที่เกี่ยวกับการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ (CM/G/พระคิลานุปัฏฐาก)	1. กำหนดรูปแบบแนวทางการในกำกับติดตามการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ 2. รับฟังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและการขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลในระดับพื้นที่	1. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาล ตามแนวทาง/มาตรฐานที่กำหนด 2. ติดตามผลการดำเนินงาน เช่น จำนวนผู้รับบริการ ความพึงพอใจของชุมชนและญาติ พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐาน Service Package รวมถึงพัฒนาแนวทางการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ 3. วางแผนอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานให้เพียงพอและครอบคลุมแต่ละพื้นที่ 4. พัฒนาศักยภาพการให้บริการ /การส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาลสู่แผนระยะยาวที่สามารถบูรณาการและเชื่อมโยงกับ รพ.สต. อปท. และครอบครัวได้อย่างแท้จริง 5. สนับสนุนการเข้าขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตามมาตรา 3 ให้ครอบคลุมทุกสถานชีวาภิบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในการให้บริการที่ยั่งยืน

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

1. เป็นนโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุข
2. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ service plan สาขาสถานชีวาภิบาล ระดับเขตสุขภาพและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. มีคณะทำงานสถานชีวาภิบาลระดับจังหวัดเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ
4. กลไกการกำกับติดตามในเวทีระดับจังหวัด
5. ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ (อปท./องค์กรศาสนา)
- คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล Palliative Care
ประมาณ 400,000 รายต่อปี

จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่เข้าสู่ระบบบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
จำนวน 303,621 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.91

จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่เข้าสู่ระบบบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (9 เดือน)
จำนวน 206,231 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.55

ตัวชี้วัดที่ 2

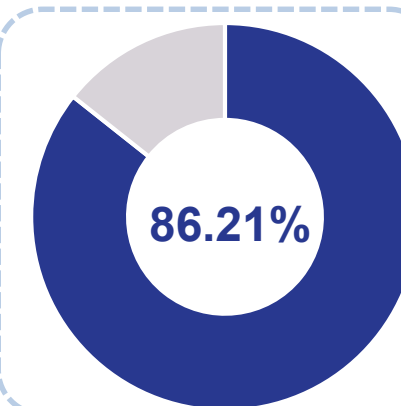
ร้อยละการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)
ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย รอบที่ 2

≥ ร้อยละ 75

ผลการดำเนินงานภาพรวม

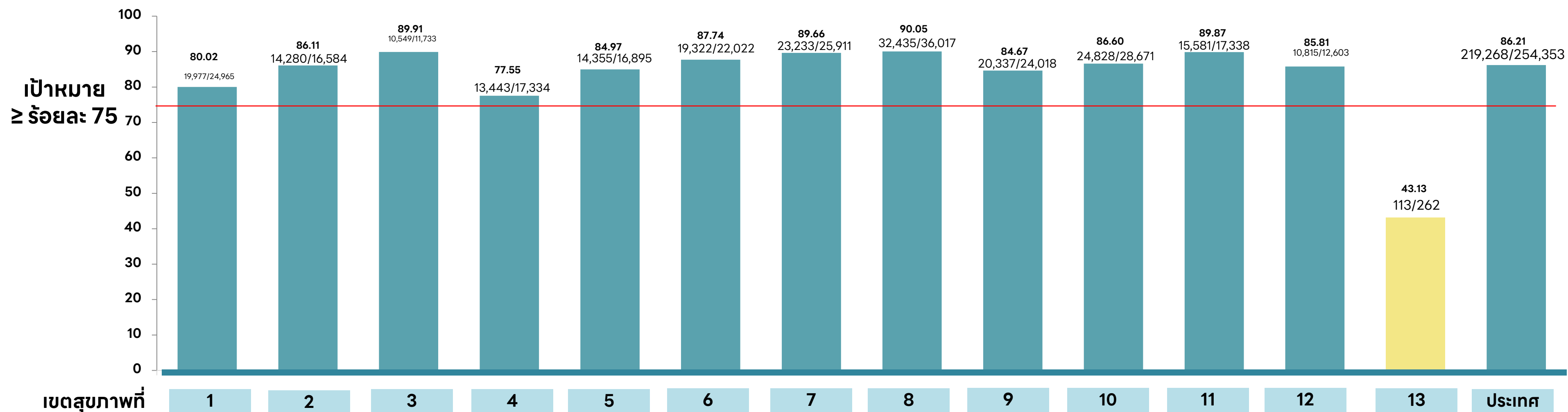
ร้อยละ 86.21



A= ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ถึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ถึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24 (ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 รวมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



หมายเหตุ: ไม่ได้นำข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 มาคิดคำนวณภาพรวมประเทศ ที่มา: HDC ณ วันที่ 10 กันยายน 2568



ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การจัดทำ ACP ด้วยกระบวนการ Family Meeting ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่ 2. ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดทำ ACP และมีข้อจำกัดการเดินทางที่ลำบาก 3. โครงสร้างคณะทำงาน PC ไม่ชัดเจน และปรับเปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการ ปฏิบัติงาน 4. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์แบบ Full Time 5. ข้อจำกัดการเบิกจ่ายกลุ่ม Opioid 6. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อความต้องการ 7. ไม่มีหอผู้ป่วย และห้องตรวจ สำหรับผู้ป่วย PC 8. ขาดกระบวนการการเก็บข้อมูลในการทำ e-Living will ในระบบ และไม่มีระบบการค้นหาผู้ป่วย PC เชิงรุก 9. รพ.สต.ถ่ายโอนไปหน่วยงานอื่น ทำให้เกิดช่องว่าง การดำเนินงาน 10. ขาดงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร	1. ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการ วางแผนดูแลล่วงหน้า 2. กำหนดโครงสร้างอัตรากำลังในการวางแผนดูแลผู้ป่วย PC ในรพ. 3. ขอรับการสนับสนุนสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พัฒนา ศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ 4. ผลักดันการเบิกจ่าย Opioid ทุกโรงพยาบาล 5. จัดตั้งหอผู้ป่วย PC 6. พัฒนาระบบรายงานฐานข้อมูล เพื่อกำกับ ติดตามการ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย PC และการดำเนินงาน ACP ของ สถานบริการทุกแห่ง ในรายไตรมาส 7. จัดอบรมใช้ระบบ HDC ให้เป็นภาพรวมในเขตสุขภาพ อย่างครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน 8. สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือเครื่องมือ แพทย์และพัฒนาศักยภาพบุคลากร 9. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน PC และประชุมวาง แผนการ ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานระดับจังหวัด	1. ติดตามผลการดำเนินงานในการจัดทำ ACP ในผู้ป่วย PC ให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ทุกรพ. โดยเฉพาะประเด็นการใช้ยา Opioid ในผู้ป่วย PC และสอบถาม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 2. ติดตามการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง 3. สนับสนุนให้พัฒนาคุณภาพการดูแลแบบ ประคับประคอง ตามแผนการดูแล ล่วงหน้า 4. ติดตามผลการดำเนินงานในการบันทึก ข้อมูลในระบบ HDC และการลงรหัสโรค ให้ถูกต้องและครบถ้วน 5. ส่งเสริมให้เพิ่มร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดให้เพิ่มขึ้นกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 75	1. ผลักดันบุคลากรด้าน PC ให้ได้รับการ อบรมให้สามารถจัดทำ ACP ได้อย่างมี คุณภาพ 2. ผลักดันให้หน่วยบริการสุขภาพมีระบบการ วินิจฉัยผู้ป่วย PC 3. ผลักดันการเบิกจ่าย Opioid ทุกรพ. 4. เผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย PC และการทำ ACP แก่ประชาชน ผ่าน ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ 5. จัดการประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน PC และประชุมวางแผนการ ขับเคลื่อน นโยบายการดำเนินงานระดับจังหวัด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



1. ผู้บริหารทุกภาคส่วนให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลาง รวมทั้งพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกระดับ
2. การขับเคลื่อนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยทีมคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง ในระดับจังหวัด
3. การนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้าน Palliative care ผ่านการประชุมทั้งในสถานที่หรือผ่าน VDO Conference



ตัวชี้วัดที่ 3

ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

ข้อมูลการตรวจราชการ รอบที่ 2 ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2568

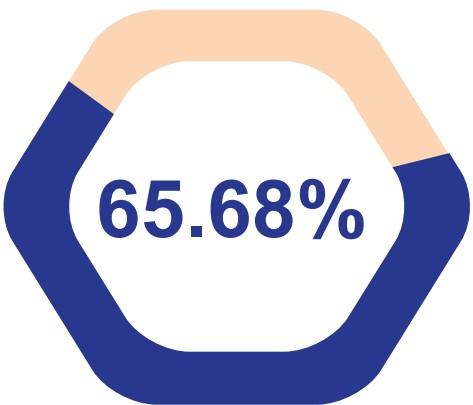
เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 70

ของ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ
(Home ward) 874 แห่ง

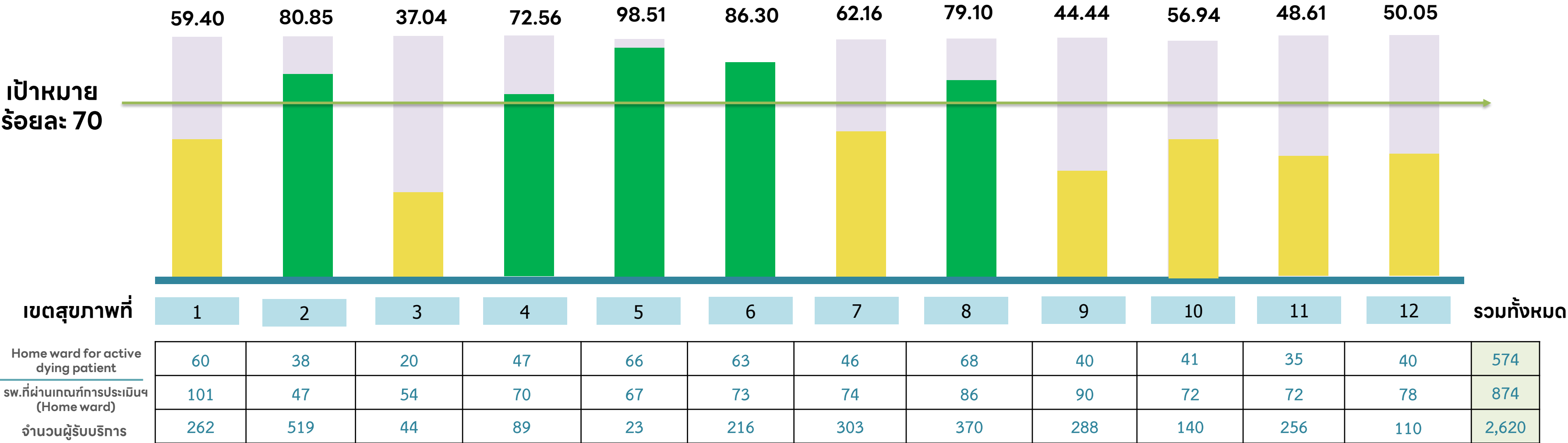
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 65.68
(574 แห่ง)



จำนวนผู้รับบริการ
2,620 ราย

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)





ตัวชี้วัดที่ 3

ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตามรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ระบบบริการ - ประกาศหลักเกณฑ์การจ่ายฯ สปช. (10 ก.พ.68) - ผู้ป่วย/ญาติบางราย ประสงค์เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแทนการดูแลที่บ้าน บุคลากร - โครงสร้างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ชัดเจน และอัตรากำลังไม่เพียงพอ ครุภัณฑ์/โครงสร้าง - ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และยังไม่มียกเตียงในส่วนที่ชำรุด ระบบข้อมูลสารสนเทศ - การบันทึกข้อมูลในระบบไม่ครบถ้วน - โปรแกรมบันทึกข้อมูล DMS Homeward dashboard by A-MED telehealth ยังไม่สามารถใช้ได้กับทุกโรค - ข้อมูลตัวชี้วัดมีโอกาสไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ไม่มีกลุ่มผู้ป่วย Palliative Care ที่กลับไป Home ward	ระบบบริการ - กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ประสงค์รับดูแลแบบ Homeward - กำหนดแนวทางออกใบรับรองแพทย์กรณีเคสเข้า Homeward - จัดทำเกณฑ์แนวทางเชื่อมโยงกรณี Homeward ที่เข้าสู่ Homecare เพื่อดูแลติดตามต่อเนื่อง - การประชาสัมพันธ์ระบบบริการ การดูแล Home ward สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลที่บ้านอย่างทั่วถึง บุคลากร - จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรพร้อมทั้งผลักดันให้มีความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ส่งเสริมและเสริมแรงให้บุคลากรมีแรงบันดาลใจ และสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน ครุภัณฑ์/โครงสร้าง - สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายและกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับการสนับสนุนด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้าง ระบบข้อมูลสารสนเทศ - พัฒนาระบบข้อมูลที่จะช่วยกำกับติดตามผลการดำเนินงาน	1. ติดตามการรายงานข้อมูลจากโปรแกรม DMS Homeward dashboard by A-MED telehealth 2. ความก้าวหน้าการเปิดให้บริการ Home ward for active dying patient ในโรงพยาบาลให้ครอบคลุม	ระบบบริการ - สนับสนุนการเปิดบริการ Home ward for active dying patient เพื่อรองรับผู้ป่วยในระยะท้ายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - ยกระดับการให้บริการ Home ward โดยจัดตั้งหอชีวาภิบาลใน sw. เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและต่อเนื่อง - บูรณาการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับ sw. สู่ชุมชนผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย - ส่งเสริมการใช้ Telemedicine ในผู้ป่วย Home ward บุคลากร - กำหนดบทบาทโครงสร้างการทำงานของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน Homeward - จัดทำแผนพัฒนาทักษะของ Care Giver ญาติ และผู้ปฏิบัติงาน ครุภัณฑ์/โครงสร้าง - สนับสนุนการวางแผนระบบบริการทรัพยากร เช่น ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ สำหรับผู้รับบริการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ - พัฒนาระบบฐานข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Home ward กับหน่วยบริการ

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



1. ผู้บริหารให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงาน มีการประสานนโยบายให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ
2. ความเข้มแข็งของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมชุมชน และภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี
3. การขับเคลื่อนงานแบบไร้รอยต่อ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนมีส่วนร่วม
4. มีระบบข้อมูลที่จะช่วยกำกับติดตามผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน
5. มีอุปกรณ์สำหรับการให้บริการพร้อมใช้งานและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Palliative Care ทั้งด้านบริการ และจัดการระบบข้อมูล



ตัวชี้วัดที่ 4

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการดูแลรักษา

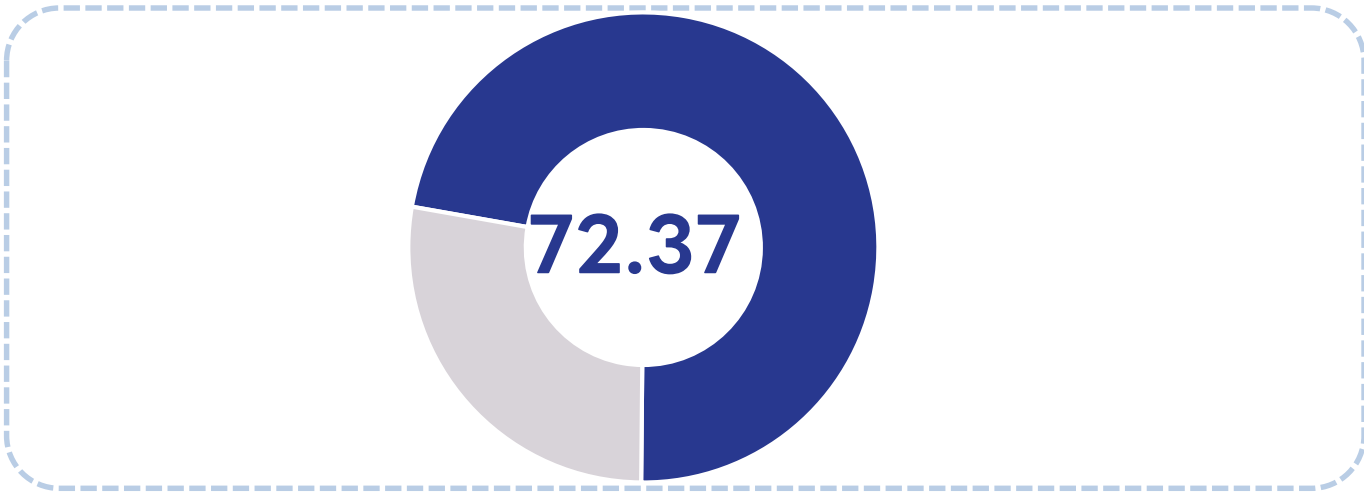
4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา

เป้าหมาย รอบที่ 2

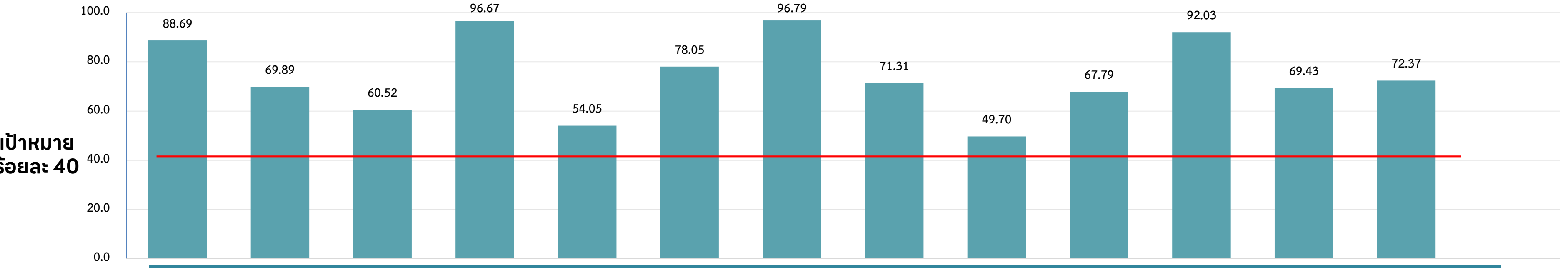
เป้าหมายรอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 40

ผลการดำเนินงานภาพรวม

72.37



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



เขตสุขภาพที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ประเทศ
A	52,934	12,177	7,152	14,383	17,310	8,020	16,003	17,671	19,993	24,655	5,496	9,443	205,237
B	59,685	17,423	11,818	14,879	32,024	10,275	16,533	24,780	40,228	36,371	5,972	13,601	283,589

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา
B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ปี พ.ศ. 2567

หมายเหตุ: ไม่ได้นำข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 มาคิดคำนวณภาพรวมประเทศ



ตัวชี้วัดที่ 4

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการดูแลรักษา

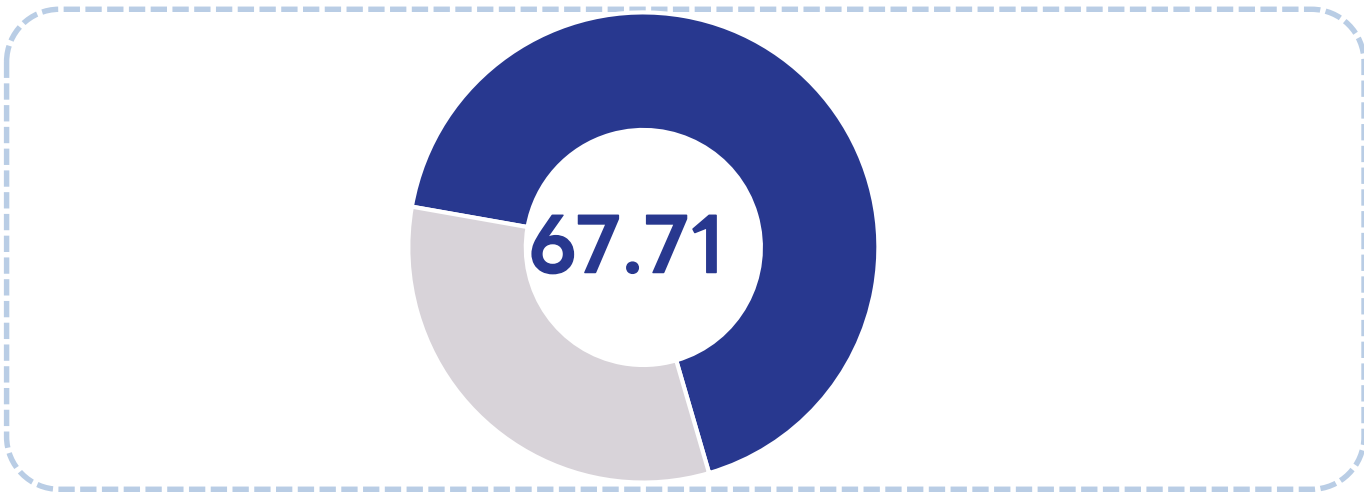
4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

เป้าหมาย รอบที่ 2

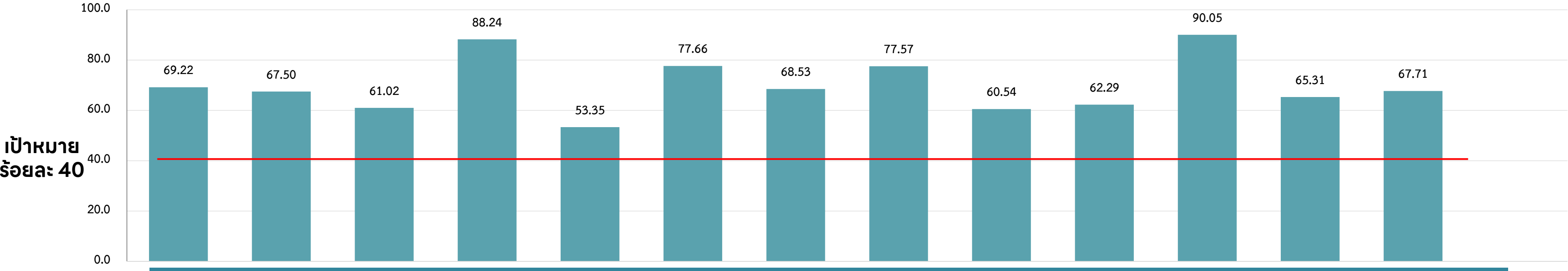
เป้าหมายรอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 40

ผลการดำเนินงานภาพรวม

67.71



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



เขตสุขภาพที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ประเทศ
A	78,527	19,444	14,101	25,100	31,752	18,447	24,731	39,559	31,328	42,762	12,245	18,369	356,365
B	113,448	28,808	23,107	28,446	59,518	23,753	36,087	50,996	51,746	68,646	13,598	28,128	526,281

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา
B = ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ปี พ.ศ. 2567

หมายเหตุ: ไม่ได้นำข้อมูลเขตสุขภาพที่ 13 มาคิดคำนวณภาพรวมประเทศ



ตัวชี้วัดที่ 4

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการดูแลรักษา

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1.ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรองยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและญาติขาดความตระหนักในการดูแลรักษา ไม่เข้ามารับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และโรงพยาบาล 2.การ เข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ห่างไกล มีข้อจำกัด เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่าย ไม่มีญาติพามา รับการรักษา 3. ขาดการบูรณาการ และความร่วมมือในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในทุกภาคส่วน 4.บุคลากร ขาดองค์ความรู้ ในการดำเนินงานและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 5. ขาดการเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูล การคัดกรอง การตรวจประเมินซ้ำ การดูแลรักษาและการติดตามผล รวมถึงในบางพื้นที่ไม่มีการประสานงานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์	1.พัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนเชื่อมโยงไปสู่หน่วยบริการแผนกต่างๆ ทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 2.พัฒนาระบบบริการเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยมีการสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน การขยายการเข้าถึงกลุ่มที่ยังไม่ผ่านการประเมิน 3.ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีให้ปรึกษาแพทย์ทางไกล จัดระบบให้พยาบาลให้สามารถปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผ่านวิดีโอคอล 4.พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ และมีการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในการจัดบริการที่เหมาะสม 5.กำหนดรหัสข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการรายงานในระบบสารสนเทศ และพัฒนาระบบสารสนเทศให้เชื่อมโยงข้อมูล เพื่อสามารถค้นข้อมูลให้กับสถานบริการในพื้นที่ได้ 6.จัดตั้ง Service Plan ผู้สูงอายุระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อกลุ่มเปราะบาง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	1.การเชื่อมโยงการส่งต่อภายในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล ตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ	1.ผลักดันการจัดตั้ง “Service Plan ผู้สูงอายุ” เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 2.ยกระดับ “มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ครอบคลุมทั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน” เพื่อรองรับสังคมสูงวัย เชื่อมโยงการส่งต่อภายในโรงพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน ตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) พัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับการบริการให้มีคุณภาพ และมุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกที่เชื่อมโยงกับหน่วยปฐมภูมิ เน้นกลุ่มโรคที่มีปัญหาของพื้นที่ เช่น NCD รวมทั้งกลุ่มที่พบความเสี่ยงจากการคัดกรองในด้านสุขภาพ ช่องปาก การเคลื่อนไหว และสมองเสื่อมครอบคลุมการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย
- 2) พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล จากฐานข้อมูลของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการต่าง ๆ และค้นข้อมูลสู่สถานบริการทุกแห่ง

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รอบที่ 2



ตัวชี้วัดที่ 5

Caregiver รายใหม่ผ่านการอบรม 10,000 คน

เป้าหมายรอบที่ 2

จำนวน 10,000 คน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

จำนวน 20,981 คน



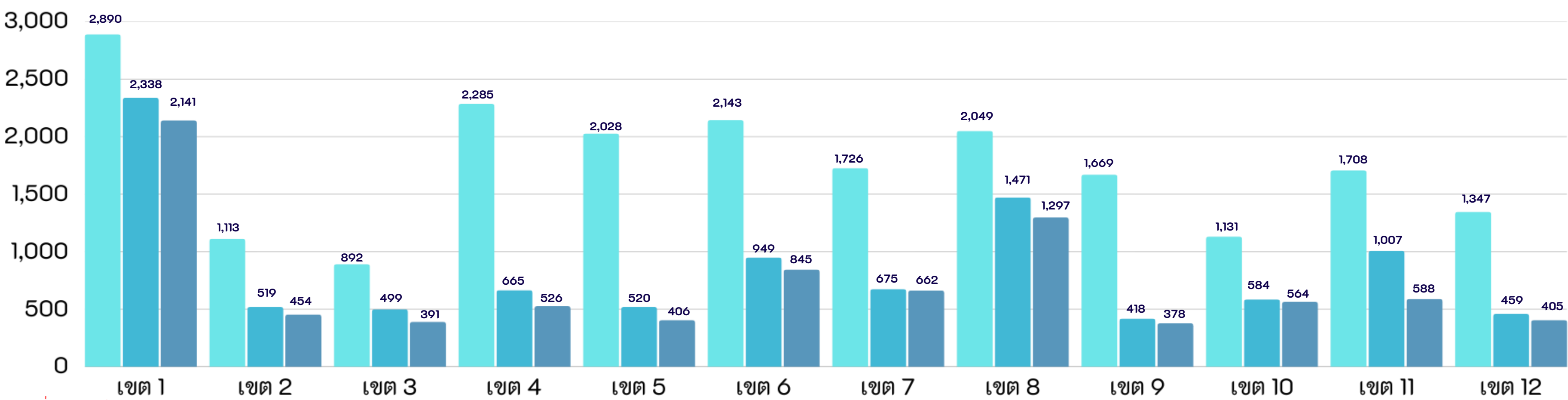
ผลการดำเนินงาน
เมื่อเปรียบเทียบ
ค่าเป้าหมายรอบ 12 เดือน
คิดเป็นร้อยละ 209.81

- ผ่านการอบรม 20,981 คน
- ขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม 3C 10,104 คน
- ปฏิบัติหน้าที่ตาม Care Plan 8,657 คน

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ข้อมูล ณ วันที่ 9 ก.ย. 68

ผ่านการอบรม ขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม 3C ปฏิบัติหน้าที่ตาม Care Plan



แหล่งที่มาของข้อมูล <https://docs.google.com/spreadsheets/d/gid=138191143#gid=138191143>



ตัวชี้วัดที่ 5

Caregiver รายใหม่ผ่านการอบรม 10,000 คน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตามรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1) ขาดงบประมาณในการดำเนินการจัดอบรม Caregiverให้มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่	1) ประสานความร่วมมือกับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ร่วมจัดทำแผนงาน / งบประมาณโดยบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพเศรษฐกิจ สังคม 2) นำข้อมูลจากระบบโปรแกรมมาวิเคราะห์ความพอเพียง และนำสู่การแก้ไขปัญหาการกระจุกตัวของCaregiver ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่	1) ติดตามการขึ้นทะเบียนของ CG ที่ผ่านการอบรม ในระบบโปรแกรม Long Term Care : 3C กรมอนามัย ให้เป็นปัจจุบันเพื่อ 1.1 ติดตามการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตาม Care Plan พร้อมการจ่ายค่าตอบแทนตามเงื่อนไขของกองทุน LTC 1.2 วิเคราะห์สัดส่วนความต้องการของ Caregiver ต่อ จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ 3)ตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติงานของ CG รวมถึงวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคุณภาพต่อการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan 4) ติดตามประเมินผลเปรียบประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของCaregiver ที่ผ่านการอบรมในรูปแบบOnsiteและ online เพื่อการพัฒนา รูปแบบการอบรมต่อไป	1) มีมาตรการหรือกลไกใดที่ถูกนำมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนด้าน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ตลอดจน การพัฒนาศักยภาพของ CG อย่างต่อเนื่อง 2) ปรับค่าตอบแทน CG ให้เป็นมาตรฐาน เดียวกันทั้งประเทศเพื่อความเหมาะสมกับภารกิจในการให้บริการดูแลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิง 3) พัฒนากฎระเบียบและศักยภาพในการฟื้นฟูCaregiver รายเก่าให้มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการดูแลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี 4) เสนอเป็นแผนนโยบายความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการและ Caregiver 5) ศึกษาวิเคราะห์ /วิจัย เสนอเชิงนโยบาย
2) ความครอบคลุมของCaregiverในแต่ละพื้นที่ ยังขาดความสมดุล เนื่องจากปัจจุบันบางพื้นที่มีสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเกินมาตรฐาน แต่ในขณะที่บางพื้นที่ โดยเฉพาะเขตชนบทยังขาดแคลน Caregiver ในการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน	1) พัฒนาปรับปรุงระบบโปรแกรม LTC(3C) เพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Caregiver และรองรับการตรวจสอบติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของ Caregiver 2) นำข้อมูลจากระบบโปรแกรมมาวิเคราะห์ความพอเพียง และนำสู่การแก้ไขปัญหาการกระจุกตัวของCaregiver ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่		
3) รูปแบบการฝึกอบรมแบบระบบ Onsiteและ online ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ Caregiver	กรณีบางพื้นที่ไม่พร้อมในการอบรมแบบOnsite ต้องใช้การอบรมแบบOnline เพิ่มเรื่องการฝึกปฏิบัติภาคสนามให้มีจำนวนชั่วโมงมากขึ้นและ CM ต้องมีแผนการควบคุม ติดตามและกำลังใจอย่างใกล้ชิด		
4) ค่าตอบแทน Caregiver ที่ได้รับในปัจจุบันของแต่ละหน่วยบริการยังไม่มีระเบียบกลางที่สามารถเบิกจ่ายค่าตอบแทนเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ	กรมอนามัย ร่วมกับ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างพิจารณาทบทวนขอเสนอแก้ไขระเบียบการปรับเพิ่มค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของ Caregiver		

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

- 1.ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ Caregiver เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภายในและนอก กระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น

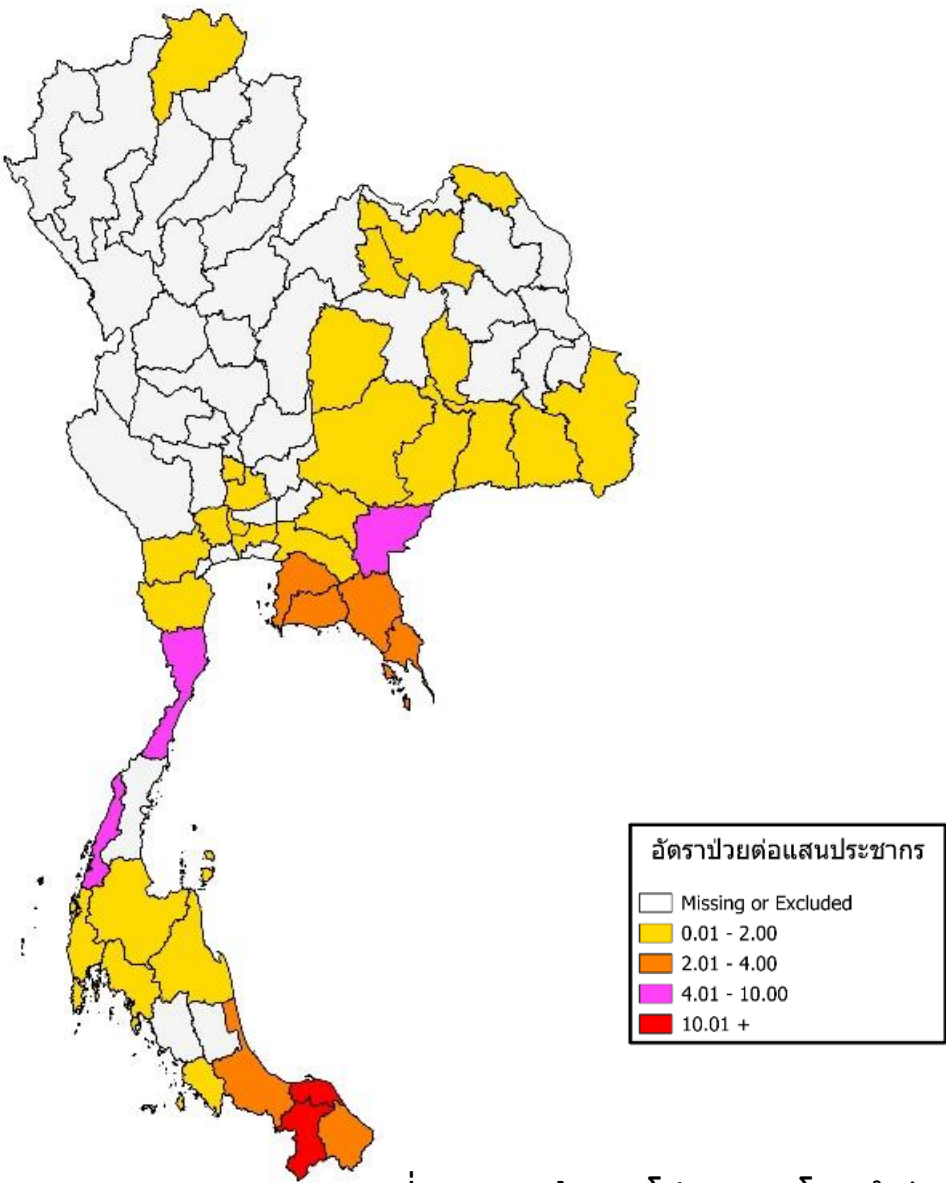


- การเข้าสู่ตำแหน่งงาน/ได้รับมอบหมายงานของ CG หลักการได้รับการอบรม
- ปรับระเบียบค่าตอบแทน CG ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันของทุกหน่วยบริการทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

ความครอบคลุมของวัคซีน MMR2 ปี พ.ศ. 2560 - 2568

Vaccine/Year	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
MMR2	84.7	86.4	90.2	89.4	85.1	82.7	85.4	86.5	89.6

สถานการณ์โรคหัด ในประเทศไทย
ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา ณ สิงหาคม 2568



ที่มา: ฐานข้อมูลโปรแกรมโรคทำจัดทวาดล่าง

จังหวัด	อัตราป่วยโรคหัดต่อแสนประชากร 10 อันดับแรก
ยะลา	16.91
ปัตตานี	11.93
สระแก้ว	6.46
ระนอง	5.56
ประจวบคีรีขันธ์	4.83
นราธิวาส	3.41
ระยอง	3.38
สงขลา	2.67
ชลบุรี	2.31
ตราด*	2.30

*จังหวัดตราด มีรายงานผู้ป่วยจากต่างประเทศเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย (imported case) 3 ราย



ประเด็นที่ 6

จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
รอบที่ 2 (ข้อมูล ณ 22 สิงหาคม 2568)

ร้อยละความครอบคลุมของ
วัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัด
เยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ใน
เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับ
จังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย

3 จังหวัดชายแดนใต้

ความครอบคลุม วัคซีน	Baseline	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 (ส.ค.) ที่บรรลุตามเกณฑ์	เป้าหมาย ไตรมาส 4 (12 เดือน)
ต่ำกว่าร้อยละ 50	-	-	-
ร้อยละ 50 – 69	1 จังหวัด	-	เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 75
ร้อยละ 70 – 79	7 จังหวัด	5 จังหวัด	เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 80
ร้อยละ 80 – 84	9 จังหวัด	9 จังหวัด	เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 85
มากกว่าร้อยละ 85	56 จังหวัด	44 จังหวัด	เพิ่มมากกว่าความครอบคลุมเดิม

ความครอบคลุมวัคซีน	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2	เป้าหมาย ไตรมาส 4
ความครอบคลุม ต่ำกว่าร้อยละ 60	1. ปีตตานี = 45.0 2. นราธิวาส = 55.8 เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ถึงร้อยละ 60	เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 60
ความครอบคลุม มากกว่าร้อยละ 60	ยะลา (65.9)	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของความครอบคลุมเดิม



ตัวชี้วัดที่ 6

ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย

เป้าหมาย รอบที่ 2

เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) เข็ม 2 ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย

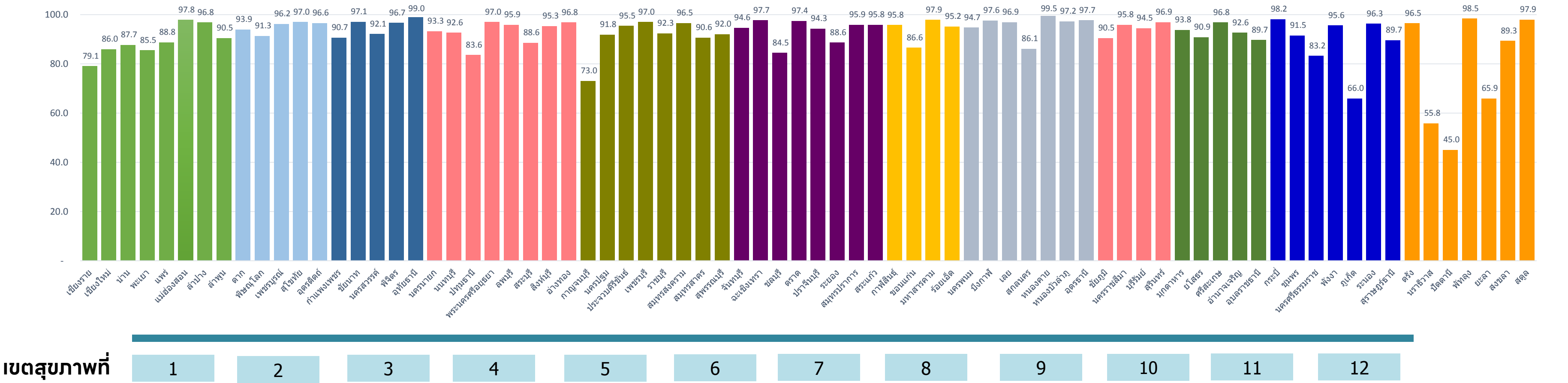
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ไตรมาส 4 ข้อมูล ณ 22 ส.ค. 2568
89.6

ผลการดำเนินงาน (ส.ค. 68)

จังหวัดที่มีความครอบคลุม 90-94 %	จังหวัดที่มีความครอบคลุม $\geq 95\%$
20 จังหวัด	36 จังหวัด

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR เข็ม 2





ตัวชี้วัดที่ 6

ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตามรอบถัดไป	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ระบบการรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน 2. การปฏิเสธวัคซีน	- วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรคหัดในพื้นที่ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ท้องถิ่น) - กรต. ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีฯ สป. อยู่ระหว่างปรับปรุงระบบพินิจและระบบข้อมูลการรายงานผลความครอบคลุมวัคซีนในเด็กต่ำกว่า 5 ปี คาดว่าจะนำมาใช้ในปี 2569 - ขอความร่วมมือ สป. แจ้งขอความร่วมมือไปยัง อปท. ในการบันทึกรายงานการให้บริการวัคซีนในระบบ HDC	• การเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR เข็ม 2 • กำกับติดตามกลุ่มเป้าหมาย ให้เข้ารับการฉีดวัคซีน และในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายที่บ่ายเบี่ยง/ปฏิเสธวัคซีน	- การสร้างความเข้มแข็งของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
การถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท.	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัคซีน ให้กับ รพ.สต. ในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนภารกิจ	▪ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัคซีน ทั้งภายในหน่วยงานสาธารณสุข และ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



- 1) ผู้บริหารระดับสูง ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เห็นถึงความสำคัญของการป้องกัน ควบคุมโรคหัดและหัดเยอรมัน
- 2) กรมควบคุมโรค สนับสนุนวัคซีน MR เพื่อป้องกันการระบาดในพื้นที่
- 3) มีคณะกรรมการรับรองผลการกวาดล้างโรคโปลิโอ การกำจัดโรคหัดและหัดเยอรมันแห่งชาติ ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และกำกับติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจการกำจัดกวาดล้างโรค



ขอบคุณครับ

