



Service Plan สาขาไต เขตสุขภาพที่ 8

พญ.ปัทมาพร คำใจ

ประธานService Plan สาขาไต

วันที่ 21 มกราคม 2569

SP Plan สาขาไต จัดบริการ 4 ด้าน บูรณาการ ร่วมกับNCD Clinic

- ➡ CKD Clinic เน้นมีทุก รพ.เชื่อมโยงจนถึง ระดับ รพ.สต.
- ➡ HD เน้นพัฒนาให้เข้าถึงบริการ
- ➡ CAPD เน้นพัฒนาให้เข้าถึงบริการ
- ➡ KT ปี 69มีแผนขยายเครือข่ายในเขต ส่งผู้ป่วยมาเข้าคิวรอรับ
การปลูกถ่ายไตที่ รพ.อุดรธานี
- ➡ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(Palliative care)ในESKDที่
ไม่รับการบำบัดทดแทนไต
- ➡ จัดให้มีระบบการตัดสินใจร่วมกัน(SDM)

ผลการดำเนินงาน ปี 2568

ตัวชี้วัด: ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจาก
ปีงบประมาณก่อนหน้า

เป้าหมายลดลง >10% จากปีงบประมาณก่อนหน้า

ผลงานประเทศ

เพิ่มขึ้น 12.67%

ผลงานเขตสุขภาพที่ 8

เพิ่มขึ้น 11.68 %

โครงการ คนไทย7.2ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต

ภายใต้โครงการป้องกันโรคไต
อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

ประมวลผล ณ วันที่ 10/01/2569

ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 จากHDC

ภาพรวมรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย ทั้งหมด	ตรวจ 2 แล็บ	ตรวจ Proteinuria	ตรวจ eGFR	ยังไม่ตรวจ	ร้อยละ	ลำดับ
เขตสุขภาพที่ 1	830016	497010	501459	719833	105734	59.88	7
เขตสุขภาพที่ 2	533969	339733	342785	477052	53865	63.62	3
เขตสุขภาพที่ 3	435839	277198	279208	382268	51561	63.60	4
เขตสุขภาพที่ 4	689165	324822	330607	574608	108772	47.13	12
เขตสุขภาพที่ 5	744076	475511	482206	632908	104473	63.91	2
เขตสุขภาพที่ 6	768001	446501	450819	666605	97078	58.14	9
เขตสุขภาพที่ 7	581860	369441	372061	492911	86329	63.49	5
เขตสุขภาพที่ 8	582378	376050	378191	506032	74205	64.57	1
เขตสุขภาพที่ 9	754765	446805	450692	638627	112251	59.20	8
เขตสุขภาพที่ 10	503102	317719	320793	433459	66569	63.15	6
เขตสุขภาพที่ 11	563459	300557	308049	481363	74604	53.34	11
เขตสุขภาพที่ 12	517431	299573	305296	422156	89552	57.90	10
เขตสุขภาพที่ 13	29466	1757	1804	16583	12836	5.96	13

ที่มา: ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ประมวลผล 06/01/2569)

สรุปภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8

376,050 คน = 64.57% เทียบกับเป้าหมาย 582,378 คน

คัดกรองแล้ว

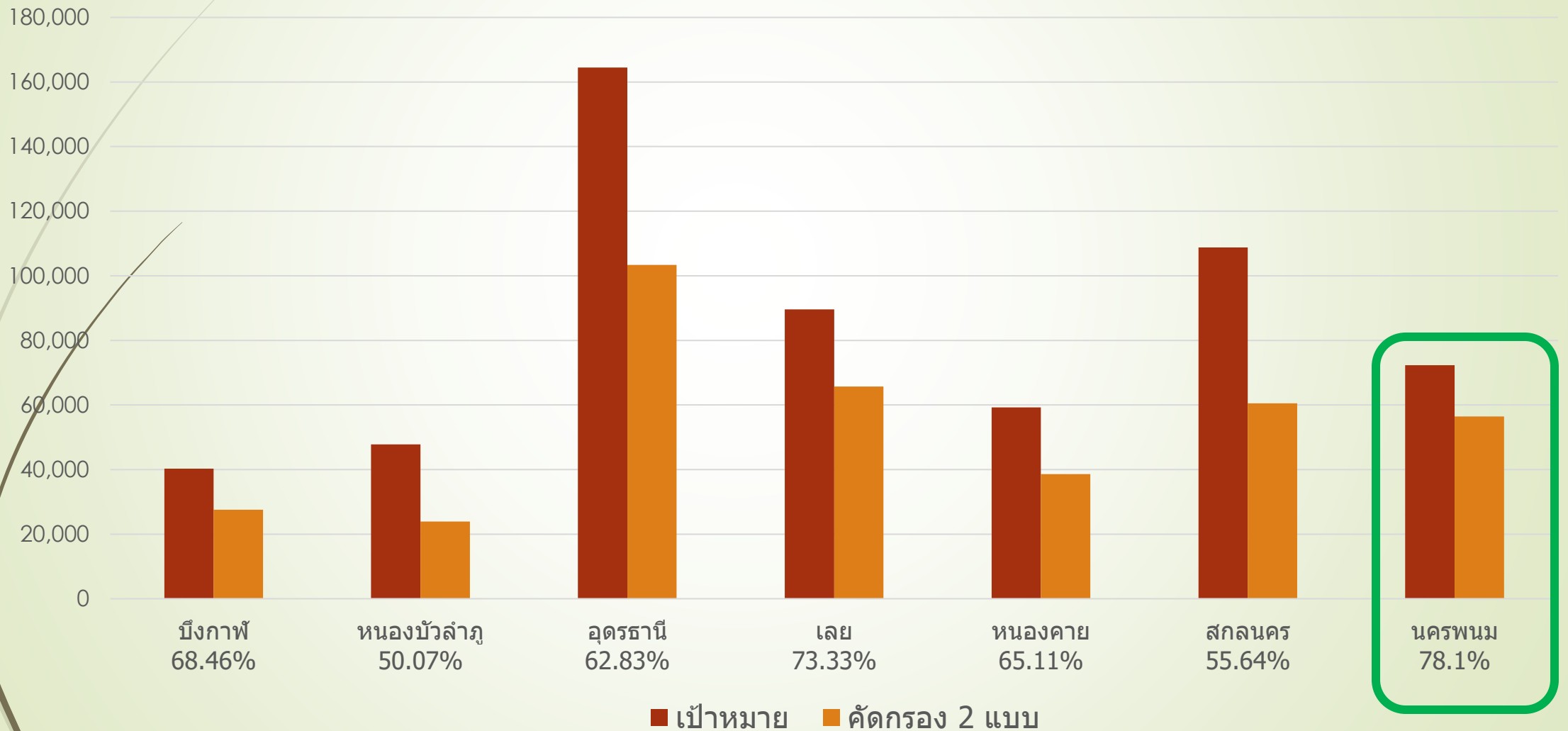
คัดกรองeGFR 506,032 คน	คัดกรอง Proteinuria 378,191 คน
คัดกรอง 2 แบบ 376,050 คน	Survey API ปฐมภูมิ

กลุ่มเสี่ยง

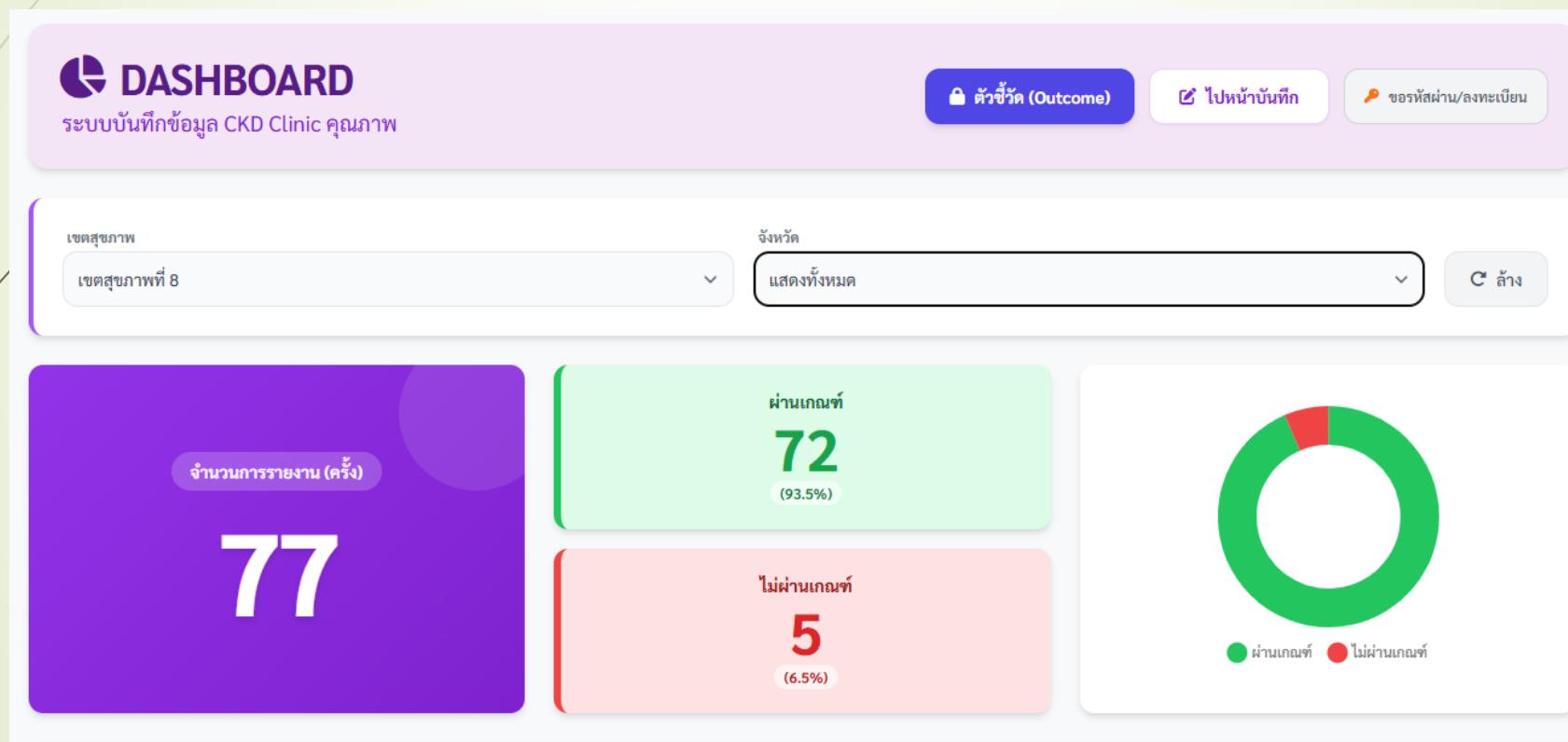
โรค	คน
diabetes	283,291
hypertension	467,287
เกาต์	14,625
นิ่วในไต	27,421

เปรียบเทียบคัดกรอง 2 แบบ กับเป้าหมาย

ชื่อแผนภูมิ



ประเมิน CKD clinic คุณภาพ





แนวทางตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง $\geq$ ร้อยละ5)

คำนิยาม: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่5 หมายถึง ผู้ที่มี $eGFR < 15 \text{ ml./min/1.73m}^2$ โดยที่ยังไม่ได้เริ่ม HD หรือ PD หรือเป็น AKI หรืออยู่ระหว่าง Admit

ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้

1. เมื่อ ≥ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย $eGFR$ อยู่ระหว่าง 16-20 ml./min/1.73m^2
2. เมื่อ > 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย $eGFR$ อยู่ระหว่าง 16-21 ml./min/1.73m^2 และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า $eGFR$ ยังคงน้อยกว่า 15
3. กรณีไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเต็ม ให้ยืนยันรายการดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลา ≥ 3 เดือนถัดไป

ค่าเป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	-	ลดลง $\geq$ ร้อยละ5)	ลดลง $\geq$ ร้อยละ10)

หมายเหตุ ปี68 มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไตเรื้อรังstage5 รายใหม่ ร้อยละ 7.9 เมื่อเทียบกับปี 67

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการเกิด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่มี $eGFR < 15 \text{ มล./นาที่ต่อ173}$ ตรม.นาน ≥ 3 เดือนที่ยังไม่ได้เริ่ม RRT

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล

- ▶ ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบัน ก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ
- ▶ สรุปตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568-มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- ▶ สรุปตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568-กรกฎาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :
$$= \frac{B - A}{B} \times 100$$

รายการข้อมูล1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่5 รายใหม่ ของปีงบประมาณปัจจุบัน

รายการข้อมูล2 B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่5 รายใหม่ ของปีงบประมาณก่อนหน้า

ตัวอย่าง วิธีคิดของปีงบประมาณ พ.ศ.2568

สูตรการคำนวณ =
$$\frac{B (\text{ปีงบประมาณ}67) - A (\text{ปีงบประมาณ}68)}{B (\text{ปีงบประมาณ}67)} \times 100$$

สูตรการคำนวณ =
$$\frac{10,000 - 8,000}{10,000} \times 100 = \text{ร้อยละ } 20$$

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ

- 1.การตรวจพบโรคไตเรื้อรังเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ
- 2.การใช้มาตรฐานการดูแลเดียวกันในทุกระดับบริการ พร้อมระบบประสานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
- 3.การขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกับระบบเตือนภัยล่วงหน้าและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
-	ร้อยละ ≥ 5

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ออกแบบเกณฑ์ผลการดำเนินงานแต่ละระดับ โดยระบุเกณฑ์คะแนน 1-10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์(Outcome)

	องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
			0	1	2	3
	1.การนำองค์กร (Leadership)	มีการกำหนดทิศทางนโยบายการให้บริการCKD clinic	ไม่มีการดำเนินการ	มีการกำหนดทิศทางนโยบายการให้บริการคลินิก	มีการสื่อสารถ่ายทอดทิศทางสู่ผู้ปฏิบัติ	มีการทบทวนนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานคลินิก
	2.ด้านบุคลากร (Work Force)	การดูแลด้วยสหวิชาชีพในคลินิก 5 สาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล, เภสัชกร , นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัด	ไม่มีการดำเนินการ	มีเฉพาะพยาบาลวิชาชีพทั่วไป	มีเฉพาะพยาบาลด้านโรคไต (ผ่านการอบรมCKD nurse manager)หรือมีสหสาขาตั้งแต่ 2 สาขาขึ้นไป แต่ไม่ครบ 5 สาขาที่กำหนด	มีสหสาขาครบ 5 สาขาตามที่กำหนด
		การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรของCKD clinic การประเมินความสามารถของผู้ให้บริการในการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีแผนการวิเคราะห์อัตรากำลัง เพื่อวางแผนการจัดสรรบุคลากร	มีการหมุนเวียนสนับสนุนการเรียนรู้ต่อเนื่อง เช่น การอบรมระยะสั้น การประชุมวิชาการonsiteหรือonline อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 2 ปี	มีการประเมินความรู้ทักษะ และนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร
	3.ด้านการบริการ (Service)	เกณฑ์การรับผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าคลินิก	ไม่มีการดำเนินการ	มีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกชัดเจน	มีการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกแบบรอส่งต่อจากคลินิกอื่น	มีการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกแบบเชิงรุก
		รูปแบบการดำเนินการของสหสาขา	ไม่มีการดำเนินการ	มีการส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นครั้งๆ	มีการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพแต่ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นกับโอกาสการเข้าร่วมได้ของสหวิชาชีพนั้นๆ	มีการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระบบ

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์(Outcome)

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
	ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านHHC เอกสารประกอบ:แผนการติดตามเยี่ยมบ้านโรคไตเรื้อรัง	ไม่มีการดำเนินการ	มีแผนแนวทางการส่งต่อและมีรูปแบบการเยี่ยมบ้านกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ชัดเจน	มีการติดตามผลการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย	มีการสรุปและวิเคราะห์ผลการเยี่ยมบ้านกับเครือข่ายหรือและคืนข้อมูลสำคัญให้ผู้ป่วย
4.ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ	แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน(CPG)ที่อ้างอิงจากแนวทางระดับประเทศ เอกสารประกอบ: CPGที่ปรับตามบริบทสถานพยาบาล	ไม่มีการดำเนินการ	มีแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน(CPG)ที่ปรับตามบริบทสถานพยาบาล	มีการประเมินติดตามการใช้CPGในการดำเนินงาน	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาCPGกับระดับจังหวัด ระดับเขตหรือระหว่าง รพ.
	ระบบการประสานงาน การให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมสหสาขา รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	ไม่มีการดำเนินการ	มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาในสถานบริการและเครือข่ายทุกระดับ	มีแนวทางการให้คำปรึกษา/แนะนำระหว่างสถานบริการและเครือข่ายอย่างชัดเจน	มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกัน
5.ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง	การจัดการหรือกิจกรรมในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยง ลดโรคให้แก่ชุมชน เช่น การใช้ยาNSAIDs	ไม่มีการดำเนินการ	มีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต.	มีการจัดทำโครงการกิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในชุมชนโดยรพ. รพ.สต	มีการวิเคราะห์แผนงานและจัดทำโครงการกิจกรรมร่วมกันระหว่าง รพ. รพ.สต. ท้องถิ่นและชุมชน

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์(Outcome)

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
	สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	ไม่มีการดำเนินการ	มีสื่อหรือเครื่องมือช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	มีสื่อหรือเครื่องมือช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ	มีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้รับบริการและนำมาพัฒนามีสื่อหรือเครื่องมือ ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ
6.ระบบข้อมูล (Informative)	ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรัง	ไม่มีการดำเนินการ	มีอยู่ในรูปแบบเอกสาร	มีฐานข้อมูล digital data based	มีฐานข้อมูล digital data basedเชื่อมโยงกับHISหรือใช้ฐานข้อมูลThai CKD Registry
	การลงทะเบียนอย่างเป็นปัจจุบัน	ไม่มีการดำเนินการ	มีการลงข้อมูล แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีการลงข้อมูล และเป็นปัจจุบัน ตามการติดตามการรักษาผู้ป่วย	มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ

แนวทางการประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์(Outcome)

➤ 1.การประเมินระดับจังหวัด :

- ให้ทุกรพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการCKD Clinicในระดับจังหวัดทำการประเมินตนเอง
- แต่ละรพ.คิดคะแนนที่ได้
- หากได้>24 คะแนนจากเต็ม 36 ถือผ่านการประเมิน
- จังหวัดรวบรวมผลการประเมินจากทุกรพ.นำมาหาค่าร้อยละของรพ.ที่ผ่านการประเมินโดยใช้สูตร

$$\frac{\text{จำนวนรพ.ในระดับจังหวัด และผ่านการประเมิน}}{\text{จำนวนรพ.ทั้งหมดในระดับจังหวัด}} \times 100$$

- ร้อยละที่ถือเป็นระดับคะแนนเชิงคุณภาพในระดับจังหวัด

➤ 2. การประเมินระดับเขต :

- เขตรวบรวมผลการประเมินจากทุกรพ. นำมาหาค่าร้อยละของรพ.ที่ผ่านการประเมินโดยใช้สูตร

$$\frac{\text{จำนวนรพ.ในระดับเขต และผ่านการประเมิน}}{\text{จำนวนรพ.ในระดับเขต}} \times 100$$

- ร้อยละที่ถือเป็นระดับคะแนนเชิงคุณภาพในระดับเขต

การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86-100	ระบบบริการสุขภาพดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71-85	ระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56-70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41-55	ระบบบริการสุขภาพไม่มั่นคง ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระบบบริการสุขภาพมีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ

➤ คิดอัตราส่วน 70: 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

➤ การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70:30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ 7 คะแนน (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ 3 คะแนน ด้านผลลัพธ์ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ x 0.7 = Score	ระดับคะแนนที่ได้ x 0.7 = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)	

- หมายเหตุ :
1. หากตัวชี้วัดประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 2. หากตัวชี้วัดประเมินคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น $(\text{คะแนนที่ได้}/10) \times 0.3 = \text{Score}$

แผนการดำเนินงาน ปี 2569

ตามการยกระดับบริการ (SAP) ตาม six building blocks plus



6 BB plus	โรงพยาบาล ระดับP+	โรงพยาบาล ระดับ P	โรงพยาบาล ระดับ A+	โรงพยาบาล ระดับ A	โรงพยาบาล ระดับ S+	โรงพยาบาล ระดับ S
Service Delivery	จัดบริการCKD Clinic และ SMD/Pre-ESKD	จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3-5และกำหนดระบบส่งต่อผู้ป่วยจากรพ. A,A+	จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3-5 อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือนและกำหนดเกณฑ์การส่งต่อ eGFR<30	จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3-4โดยใช้แนวทางการรักษาแบบเป็นระบบ(CKD care map)	ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงCKDในCKD Clinicและติดตามผลการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง	ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วย DM HTและผู้สูงอายุเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น
Health Work Force	เป็นศูนย์วิชาการ ให้คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตสุขภาพ	แต่งตั้งและพัฒนาCKD Case Managerระดับจังหวัด	พัฒนาศักยภาพพยาบาลและผู้รับผิดชอบCKD Clinicให้มีความรู้และทักษะตามแนวทางวิชาการ	จัดทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง	พัฒนาศักยภาพพยาบาลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น	ส่งเสริมบทบาทเจ้าหน้าที่และ อสม.ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
Drug & Equipment	กำหนดแนวทางมาตรฐานการใช้ยาในการชะลอความเสี่ยงของไตในระดับเขตสุขภาพ	กำกับและติดตามการใช้ยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการชะลอโรคไตเรื้อรังตามแนวทางเวชปฏิบัติ	จัดให้มีรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับการติดตามโรคไตเรื้อรัง	ดำเนินการใช้ชุดยามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวทางที่กำหนด	ดำเนินการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง	สนับสนุนการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยง
Information Technology	พัฒนาระบบทะเบียนCKD Registry ระดับเขตและระบบติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	วิเคราะห์และติดตามข้อมูลความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในระดับจังหวัด	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระบบทะเบียนอย่างครบถ้วนและถูกต้อง	ใช้ข้อมูลสารสนเทศในการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยรายบุคคล	รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านระบบสารสนเทศที่กระทรวงกำหนด	บันทึกข้อมูลการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
Financial	กำหนดกรอบการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังในระดับเขต	บริหารจัดการงบประมาณจากกองทุนและแหล่งเงินที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ	จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง	ใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สนับสนุนงบประมาณสำหรับการคัดกรองและติดตามผู้ป่วย	สนับสนุนงบประมาณสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
Governance	จัดตั้งคณะกรรมการกำกับการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังระดับเขตสุขภาพและรายงานผลการดำเนินงานเชิงผลลัพธ์ต่อผู้บริหาร	จัดตั้งคณะกรรมการกำกับการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังระดับจังหวัด	จัดทำคำสั่งและแผนการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังในระดับโรงพยาบาล	ติดตามและทบทวนผลการดำเนินงานผ่านกระบวนการAfter Action Review(AAR)เป็นรายไตรมาส	ดำเนินการตามนโยบายและแนวทางที่เขตสุขภาพกำหนด	เชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
Participation	ส่งเสริมกระบวนการSDM ในผู้ป่วยCKD ระยะที่4-5	จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านโภชนาการและการดูแลตนเอง	จัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น	ส่งเสริมบทบาท อสม.และครอบครัวในการติดตามดูแลผู้ป่วย	ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยCKD	ส่งเสริมการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน



มาตรการหลัก/กระบวนการงานที่สำคัญ

- ➡ 1.การตรวจพบโรคไตเรื้อรังเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ
- ➡ 2.การใช้มาตรฐานการดูแลเดียวกันในทุกระดับบริการ พร้อมระบบประสานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
- ➡ 3.การขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกับระบบเตือนภัยล่วงหน้าและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

Next Step แผนการดำเนินงานปี 2569 ตาม GAP



➡ 1. Early detect – Early Care

คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM/HT/ผู้สูงอายุ ครบ 100% ใน NCD clinic และ รพ.สต.

จัดให้ผู้ป่วย eGFR <60 เข้าสู่ CKD clinic และ eGFR <30 เข้าสู่ระบบส่งต่อ ใช้ CKD Care Map เดียวกันทั้งเขตสุขภาพ

➡ 2. ลด Unplanned Dialysis ด้วย SDM ตั้งแต่ CKD stage 4

จัดตั้ง CKD ESKD Integrated clinic ทุกจังหวัด ผู้ป่วย CKD stage 4–5 ต้องผ่าน SDM อย่างน้อย 1 ครั้ง เชื่อม pathway HD, CAPD/APD, KT และ Conservative care

➡ 3. เพิ่ม CKD Case Manager

แต่งตั้ง CKD Case Manager ระดับจังหวัด พัฒนาศักยภาพพยาบาล CKD/NCD เชื่อมการดูแลร่วมกับ อสม. และครอบครัว เพื่อดูแลต่อเนื่อง

Next Step แผนการดำเนินงานปี 2569 ตาม GAP



➤ 4. ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ **CKD Registry และ Dashboard**

พัฒนา CKD Registry ระดับเขต เชื่อมข้อมูล HDC วิเคราะห์แนวโน้ม CKD stage 3–5 ใช้ dashboard ทบทวนผลการดำเนินงานรายไตรมาส

➤ 5. ธรรมชาติบาลเชิงผลลัพธ์ **Governor Leads – AAR**

คณะกรรมการ Service Plan สาขาไตทั้ง ระดับเขตและจังหวัด เป็นทีมบริหาร และกำกับ

ออกเยี่ยม CKD clinic อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และทำ AAR ทุกไตรมาส
เชื่อมงบ NCD–CKD–Community มุ่งลด CKD stage 5 รายใหม่ $\geq 5\%$

➤ 6. ประสานศัลยแพทย์หลอดเลือดวางแผนร่วมกัน เรื่อง Fast Track vascular access

➤ 7. ดำเนินการ HUB and SPOKE KT waiting list clinic ครอบคลุมทั้งเขต

A large, vibrant fireworks display at night. The fireworks are in various colors including green, yellow, orange, red, and blue. The text "Thank You" is overlaid in the center of the image in a large, stylized font.

Thank You