



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
Satun Provincial Public Health Office

เอกสารประกอบ การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



วันที่ 24 - 26 มิถุนายน 2569

ชีวิตดี..
ที่สตูล

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ ในการนำนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในจังหวัด และถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งทำหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกระดับเป็นไปตามเป้าหมาย

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูลเล่มนี้ ได้รวบรวมผลการดำเนินงาน ประเด็นการตรวจราชการ 8 ประเด็น ตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อคณะผู้ตรวจ ราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับการตรวจราชการและรับนิเทศงาน รวมถึงผู้สนใจทุกท่าน หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้จัดทำเอกสารขอน้อมรับไว้ทุกประการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
มิถุนายน 2569

สารบัญ

คำนำ.....	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ฉ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ.....	1
สถานการณ์ทางระบาดวิทยา	18
ส่วนที่ 2 ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล	21
✦ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 – 2570 ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	22
ส่วนที่ 3 ประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 กรณีปกติ	32
ประเด็นที่ 1 : มารดาตาย ทารกตาย	33
✦ มารดาตาย.....	33
✦ ทารกตาย	42
ประเด็นที่ 2 : พัฒนาการเด็ก	49
✦ พัฒนาการสมวัย	49
✦ เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free).....	64
✦ เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน.....	71
✦ ความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด	77
ประเด็นที่ 3 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....	81
✦ ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	81
✦ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป.....	86
✦ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง..	91
✦ การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน	103
✦ ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน	116
✦ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.....	120
ประเด็นที่ 4 : ระบบบริการสุขภาพ	131
✦ การค้นหาวัณโรค.....	131
✦ RLU Hospital	136
✦ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่.....	141

สารบัญ(ต่อ)

✦ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด.....	146
✦ อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1).....	150
✦ มะเร็ง	155
✦ STROKE	160
✦ STEMI.....	164
✦ Palliative care.....	170
ประเด็นที่ 5 : ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด	187
✦ อัตราตายฆ่าตัวตายสำเร็จ	187
✦ ยาเสพติด	195
ประเด็นที่ 6 : เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ.....	202
✦ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด.....	202
✦ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	210
✦ มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC	217
ประเด็นที่ 7 : ด้านบริหารจัดการ	224
✦ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	224
✦ การบริหารจัดการกำลังคน.....	231
✦ Total Performance Score (TPS)	235
ประเด็นที่ 8 : Cyber Security.....	244
✦ Cyber Security.....	244

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เขตการปกครอง จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568	5
ตารางที่ 2	จำนวนประชากร จำแนกตามทะเบียนบ้านและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสตูล	6
ตารางที่ 3	จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)	6
ตารางที่ 4	ร้อยละสัดส่วนประชากร จังหวัดสตูล จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2566 - 2568	7
ตารางที่ 5	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2568	7
ตารางที่ 6	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569	8
ตารางที่ 7	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ปี พ.ศ.2569	8
ตารางที่ 8	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2569	9
ตารางที่ 9	อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562 - 2568	10
ตารางที่ 10	ข้อมูลสถิติชีพ จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562 - 2568	11
ตารางที่ 11	จำนวนและอัตรายาตายต่อแสนประชากรจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตาย 10 โรคแรก จังหวัดสตูล พ.ศ.2566 - 2569	12
ตารางที่ 12	อัตรายาตายของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก จำแนกตามสาเหตุป่วย 21 กลุ่มโรค พ.ศ.2566 - 2569	13
ตารางที่ 13	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก พ.ศ.2566 - 2569	14
ตารางที่ 14	ข้อมูล CMI (Case Mix Index) ของผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ และค่า Sum AdjRW ของ แต่ละระดับสถานบริการตาม Service Plan ของ ปี พ.ศ.2566 - 2569	16
ตารางที่ 15	อัตรารองเตียง ผู้ป่วยใน รวมทุกสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2569	17
ตารางที่ 16	จำนวนป่วย อัตราป่วยต่อแสนประชากร จำนวนตาย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2569	18
ตารางที่ 17	จำนวนป่วย อัตราป่วย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับ ปี 2566 - 2568	20
ตารางที่ 18	สรุปกลยุทธ์และตัวชี้วัดหลักตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน	28
ตารางที่ 19	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีวิต) ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัด	33
ตารางที่ 20	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่อง อนามัยแม่และเด็ก	34
ตารางที่ 21	อัตรายาตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลทุกแห่ง	43
ตารางที่ 22	จำนวนเตียง NICU $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีวิต	43
ตารางที่ 23	ร้อยละของการให้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน	44
ตารางที่ 24	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและ ผลการคัดกรอง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	50
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และผลการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	51

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง และร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	52
ตารางที่ 27	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดทันตสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569.....	64
ตารางที่ 28	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดทันตสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี รายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569.....	64
ตารางที่ 29	ผลการดำเนินงานร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำแนกรายอำเภอ.....	65
ตารางที่ 30	ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน จังหวัดสตูล เปรียบเทียบระดับจังหวัด เขตสุขภาพ 12 และประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 - 2569.....	71
ตารางที่ 31	จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการ และสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (คำนวณจากอัตราความชุก 21.7) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ.....	72
ตารางที่ 32	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ.....	78
ตารางที่ 33	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลทุกแห่ง จำแนกรายอำเภอ.....	78
ตารางที่ 34	ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568).....	81
ตารางที่ 35	จำนวนและร้อยละของชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ.....	81
ตารางที่ 36	แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	84
ตารางที่ 37	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 3 ปี.....	86
ตารางที่ 38	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	87
ตารางที่ 39	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน.....	92
ตารางที่ 40	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	92
ตารางที่ 41	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	93
ตารางที่ 42	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	93
ตารางที่ 43	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	94
ตารางที่ 44	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	94
ตารางที่ 45	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด ≥ร้อยละ 1 (ในพื้นที่รับผิดชอบ type area 1,3).....	95
ตารางที่ 46	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด ≥ร้อยละ 1 (ในพื้นที่รับผิดชอบ All types).....	95
ตารางที่ 47	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ.....	96

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 48	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568.....	104
ตารางที่ 49	ค่าเฉลี่ยผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ	104
ตารางที่ 50	เป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ	104
ตารางที่ 51	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2568) จำแนกรายอำเภอ	105
ตารางที่ 52	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 2 (ตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569) จำแนกรายอำเภอ	105
ตารางที่ 53	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569) จำแนกรายอำเภอ	106
ตารางที่ 54	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามช่วงอายุ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	106
ตารางที่ 55	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามเพศ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	106
ตารางที่ 56	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกประเภทรถ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	106
ตารางที่ 57	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามสถานะผู้ประสบภัย จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	107
ตารางที่ 58	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามวัน จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	107
ตารางที่ 59	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกรายเดือน จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	107
ตารางที่ 60	จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามช่วงเวลา จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)	108
ตารางที่ 61	จำนวนและอัตราป่วยโรคติดต่อและใช้ออกผื่น ปี พ.ศ. 2566 - 2569	116
ตารางที่ 62	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2565 – 2569 เปรียบเทียบระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 12	116
ตารางที่ 63	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี จำแนกรายอำเภอ	117

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 64	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ PCUstandard.moph.go.th ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จังหวัดสตูล	121
ตารางที่ 65	ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล ในระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569	121
ตารางที่ 66	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดย่อยแยกรายอำเภอในจังหวัดสตูล.....	122
ตารางที่ 67	ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 12 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	123
ตารางที่ 68	การแปลผลระดับเชิงคุณภาพ.....	124
ตารางที่ 69	ร้อยละความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2569	132
ตารางที่ 70	จำนวนและร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	132
ตารางที่ 71	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด เปรียบเทียบระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	136
ตารางที่ 72	ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด... ..	136
ตารางที่ 73	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 แยกเป็นรายอำเภอ.....	142
ตารางที่ 74	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	147
ตารางที่ 75	อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired.....	147
ตารางที่ 76	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	151
ตารางที่ 77	สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ย้อนหลัง 3 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568.....	155
ตารางที่ 78	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	156
ตารางที่ 79	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	156
ตารางที่ 80	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	157
ตารางที่ 81	สถานการณ์อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568	161
ตารางที่ 82	สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : >ร้อยละ 80) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2568.....	161
ตารางที่ 83	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ...	161
ตารางที่ 84	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	162

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 85 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	165
ตารางที่ 86 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	165
ตารางที่ 87 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	166
ตารางที่ 88 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	166
ตารางที่ 89 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	167
ตารางที่ 90 มาตรการดำเนินงานหลักเรื่อง Palliative care	171
ตารางที่ 91 บุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care	171
ตารางที่ 92 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล	174
ตารางที่ 93 ร้อยละผู้ป่วยผู้ใหญ่ในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	175
ตารางที่ 94 ร้อยละผู้ป่วยเด็กในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	175
ตารางที่ 95 ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	176
ตารางที่ 96 ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2569	176
ตารางที่ 97 การดำเนินการแต่ละรพ.ขึ้นทะเบียน e-living will ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล	177
ตารางที่ 98 ร้อยละผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่าง มีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	177
ตารางที่ 99 ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37 - D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid	178
ตารางที่ 100 โรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	178
ตารางที่ 101 สรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ	179
ตารางที่ 102 ข้อมูลด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การ อนามัยโลก (WHO).....	180
ตารางที่ 103 ข้อมูลด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO).....	181
ตารางที่ 104 ข้อมูลด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan	181
ตารางที่ 105 ผลการดำเนินงานผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework	182
ตารางที่ 106 สรุประดับคะแนนโดยรวม	183

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 107	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสตูล ปี 2568 – 2569	187
ตารางที่ 108	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	188
ตารางที่ 109	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	188
ตารางที่ 110	ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568	195
ตารางที่ 111	ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม จังหวัดสตูลจำแนกตามรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569	196
ตารางที่ 112	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ จำแนกตามรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569	196
ตารางที่ 113	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามเกณฑ์รางวัลนวัตกรรมไทยพรีเมียมและไทยเวิลด์คลาสสปา จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568	202
ตารางที่ 114	จำนวนและร้อยละสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐาน ตามที่กำหนด จังหวัดสตูล พ.ศ.2569	203
ตารางที่ 115	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ย้อนหลัง 3 ปี จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568	210
ตารางที่ 116	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	211
ตารางที่ 117	ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล	217
ตารางที่ 118	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	218
ตารางที่ 119	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12	218
ตารางที่ 120	จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพรและมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ	219
ตารางที่ 121	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2568) ...	219
ตารางที่ 122	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN	
	Hospital Challenge จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	226
ตารางที่ 123	จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง จังหวัดสตูล ปี 2568 จำแนกรายอำเภอ	231
ตารางที่ 124	จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง จังหวัดสตูล ปี 2569 จำแนกรายอำเภอ	231
ตารางที่ 125	ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมิน ประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ย้อนหลัง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2569	235
ตารางที่ 126	ผลการดำเนินงานตามกระบวนการ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 2	236



สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 127	ร้อยละของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ.....	238
ตารางที่ 128	เกณฑ์การวัดเชิงคุณภาพ (TP3S).....	239
ตารางที่ 129	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (TP3S) ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ	240
ตารางที่ 130	ตารางคะแนนการส่งบทลงของหน่วยบริการ ณ เดือน เมษายน 2569 จังหวัดสตูล จำแนกตามหน่วยบริการ.....	241
ตารางที่ 131	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง จังหวัดสตูลปีงบประมาณ พ.ศ.2568 – 2569	244
ตารางที่ 132	ผลการดำเนินการหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)	245
ตารางที่ 133	การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คัดอัตราส่วน 70 : 30	247

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ตราประจำจังหวัด	2
ภาพที่ 2	ต้นไม้ประจำจังหวัด (หมากพลูตักแตน) และดอกไม้ประจำจังหวัด (ดอกกาหลง)	3
ภาพที่ 3	แผนที่จังหวัดสตูล	3
ภาพที่ 4	ปิรามิดประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68).....	7
ภาพที่ 5	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2562 - 2568	10
ภาพที่ 6	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) จ.สตูล	168
ภาพที่ 7	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) ของ รพ.สต.บ้านเกาะหลีเป๊ะ	169
ภาพที่ 8	กรอบแนวคิด "นครีส์โตโยโมเดลพลัส" จังหวัดสตูล	200
ภาพที่ 9	ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล.....	218

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	73
แผนภูมิที่ 2	ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงค์บริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2569	151
แผนภูมิที่ 3	สถานการณ์ผลงานการประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	244
แผนภูมิที่ 4	คะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด	247

บทสรุปผู้บริหาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ภายใต้การนำโดย นายแพทย์ธีรศักดิ์ เต็นดวง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มุ่งขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขจังหวัดสตูลสู่ “ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล ภายในปี 2570” สอดรับนโยบาย นโยบายสาธารณสุขไทย "MOPH PLUS+ ในการขับเคลื่อน โดยเน้นการเสริมรากฐานด้วยนวัตกรรมดิจิทัล เพิ่มประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิ และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่พิเศษ One Province One Hospital สุขภาพดีทุกช่วงวัย ควบคู่กับสานความสำเร็จ ดูแลสุขภาพเชิงรุก เน้นการป้องกัน ผ่านการจัดการโรค NCDs การแก้ไขปัญหายาเสพติด และการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ เพื่อสร้างระบบบริการที่ได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อ และเท่าเทียมอย่างยั่งยืน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุข ได้ดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยได้มีการถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดสู่พื้นที่ พร้อมระบบการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยคณะกรรมการประสานงานระดับจังหวัดและคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และมอบหมายรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล จำนวน 4 คน รับผิดชอบดูแลแต่ละอำเภอ พร้อมกับการนิเทศผสมผสานระดับอำเภอปีละ 2 ครั้ง และมีระบบมุ่งเน้นผลงานด้วยการกำหนดตัวชี้วัดระดับอำเภอ ด้วยการทำหนังสือบันทึกความร่วมมือระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูลกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อผลักดันงานด้านสาธารณสุขสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต ซึ่งปรากฏผลการดำเนินงานดังนี้

ประเด็นที่ 1 มารดาตาย ทารกตาย

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานมารดาตาย ทารกตาย โดยปรากฏมารดาตาย คิดเป็น 75.82 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 3.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งมีสาเหตุมารดาตายเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ปิดข้อมูลและปฏิเสธโรคประจำตัว และภาวะครรภ์เสี่ยงสูงที่เกิดจากตัวทารกหรือน้ำคร่ำ เช่น ความผิดปกติของลูกในท้อง ปัญหาเกี่ยวกับถุงน้ำคร่ำ ความผิดปกติของรกและหลอดเลือดในรก โดยมีผลงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ ด้านฝากครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 84 การดูแลครบ 8 ครั้ง ร้อยละ 13.40 การดูแลหญิงหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 76.34 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 19.39 คัดกรองความเครียด ร้อยละ 44.69 คัดกรองโรคซึมเศร้า ร้อยละ 57.92 นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 8.63 ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.80 รวมทั้งมีอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป็น 1.49 ต่อพันทารกเกิดมีชีวิต รวมทั้งมีบริการเตียง NICU อัตรา 1 เตียงต่อทารกเกิดมีชีวิต 434 คน และมีการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ร้อยละ 94.54 การดำเนินงานมีการให้บริการสุขภาพตามมาตรฐาน 4 P ซึ่งมีองค์ประกอบ เช่น One Province One Labor Room, Fast Track OB Refer, ANC High Risk Clinic, Set Zero MMR รวมทั้งการคัดกรองสุขภาพจิตและยาเสพติด ซ้อมแผนเผชิญเหตุและจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน และพัฒนาระบบข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิกเอกชน และสถานบริการของรัฐ พร้อมการพัฒนาระบบบริการ สาขาทารกแรกเกิด และสาขาสตรีกรรม

ประเด็นที่ 2 พัฒนาการเด็ก

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยมีเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.43 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เด็กมีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 81.21 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้

มาตรฐาน ร้อยละ 22.89 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 4.09 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ร้อยละ 99.21 ซึ่งผลการดำเนินงาน เกิดจากการขับเคลื่อนระบบ WWC การคัดกรอง DSPM การส่งเสริมสุขภาพ 4D ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส สู่ 2500 วัน พลัส 3 สร้าง การใช้เทคนิค SMART/SDF บุรณะพันเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพ 1,000 วันแรกของชีวิต พร้อมการพัฒนาระบบบริการ สาขาสุขภาพช่องปาก

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จังหวัดสตูล มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีชุมชนที่ดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับ ประชาชนย้อนหลัง 3 ปี ร้อยละ 100 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 90.40 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 8.55 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 86.68 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 26.72 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ โรคเบาหวานระยะสงบ ร้อยละ 0.48 และดำเนินการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 95.60 โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 55.29 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.46 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลง ร้อยละ 35.38 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.23 คะแนน จากคะแนน เต็ม 10 คะแนน และเด็กอายุครบ 2 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ร้อยละ 97.82 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 98.46 ซึ่งผลการดำเนินงาน เกิดจากการขับเคลื่อนงานชุมชนจัดการสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๖ ประการ การส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในระบบ HL Hub (สาสุขอุ๋นใจ) NCDs Remission Clinic, NCDs Prevention Clinic ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ธรรมนูญสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมัสยิดจังหวัดสตูล โครงการ “คนสตูลลดน้ำหนัก ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs” ใช้เครื่องมือ ปิงปองจราจร 7 สี ในการจัดระดับ ความรุนแรง และแบ่งระดับการเข้ารับบริการ ใช้แนวทาง TSY Program ใช้หลักสูตรวัคซีนจราจร การใช้ที่นั่งนิรภัยเด็กในโรงพยาบาล อบรม GURU Vaccine, Health Station, Telemedicine, Sky Doctor การบริการแบบสหวิชาชีพ หมอครอบครัว Health Rider ระบบ Coaching/Mentoring พร้อมการพัฒนา ระบบบริการ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์กร

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ

จังหวัดสตูล มีระบบบริการสุขภาพ โดยมีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สำเร็จ ร้อยละ 28.97 และผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 100 มีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด ร้อยละ 100 มีค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการ ประเมินตนเองได้ 9.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจาก ปิงปองประมาณก่อนหน้า ร้อยละ 16.85 มีผู้ป่วยตายด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ร้อยละ 27.87 ไม่มีผู้ป่วยจากอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 96 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร้อยละ 85.72 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษากายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร้อยละ 90 มีผู้ป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.44 มีผู้ป่วยตายด้วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 2.04 มีการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 78.57 มีผู้ป่วยตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ร้อยละ 3.06 ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด ระดับ 4 ผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ร้อยละ 61.71 ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ร้อยละ 23.48 ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 77.07 ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning ร้อยละ 91.42 โรงพยาบาลทุกแห่งได้ขึ้นทะเบียน e - Living Will ผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ ร้อยละ 93.59 ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ได้รับการจัดการอาการปวดและ/หรืออาการรบกวนโดยใช้ Opioid ร้อยละ 35.80 โรงพยาบาลที่ให้บริการ Home Ward for Active Dying Patient ร้อยละ 100 ซึ่งผลการดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนงานของทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย การพัฒนาระบบสารสนเทศในการแจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำและติดตามการส่งตรวจ ระบบการคัดกรอง การรักษาตามแนวทาง DOTS พัฒนา CKD Clinic คุณภาพ รมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน รมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน พร้อมระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ Shared Decision Making, ปรับปรุง Standing order Sepsis การทบทวนเคส Flow Sepsis Ward/Flow RRT, CPG, CNPG Sepsis, Sepsis Case Review เปิดศูนย์รับบริจาคอวัยวะ โครงการคัดกรองมะเร็งในพื้นที่จังหวัดสตูล Stroke alert/Stroke awareness, Palliative Home Care, Home Ward for Active Dying Patient พร้อมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ สาขาวัณโรค สาขาไต สาขามะเร็ง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นที่ 5 ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

จังหวัดสตูล มีระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.99 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.46 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ร้อยละ 80.84 และผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งผลการดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนงาน Service Plan บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย จำแนกผู้ป่วยตาม Patient journey พร้อม Care map ในการดูแลผู้ป่วยตามนคริโตโดยโมเดล การส่งต่อผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยในชุมชนภายใต้โครงการ CBTx ร่วมกับภาคีเครือข่าย มินิธัญญารักษ์ และ Matrix Program พร้อมการพัฒนาระบบบริการสาขายาเสพติด สาขาสภาพจิต

ประเด็นที่ 6 เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence) โดยมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐาน ร้อยละ 100 และมีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ร้อยละ 100 รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC เพิ่มขึ้นร้อยละ 78.53 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 8.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

ซึ่งมีการดำเนินงานโดยการประชาสัมพันธ์เกณฑ์การรับรางวัลระดับพรีเมียมไปยังผู้ประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านช่องทาง Line Group Facebook และ Website พร้อมการประชุมและชี้แจงลงพื้นที่ติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการ มีการอนุญาตผลิตภัณฑ์ผ่านระบบ Skynet สร้างผู้ประกอบการต้นแบบเพิ่มแรงจูงใจ บูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย จัดหาตลาดเพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้าประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพเด่นของจังหวัดสตูล พัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรและการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย และมีนวัตกรรมระบบ HCS พร้อมการพัฒนาระบบบริการสาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประเด็นที่ 7 ด้านบริหารจัดการ

จังหวัดสตูล มีระบบการบริหารจัดการ โดยมีโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 8.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน การบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ มีการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 9.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ร้อยละ 42.86 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 7.21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีการขับเคลื่อนงานโดยการรวบรวมฐานข้อมูล การวิเคราะห์ผลลัพธ์ ปริมาณของเสีย การใช้ไฟฟ้า และทรัพยากร รวมถึงผลการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโรงพยาบาล และการสร้างขวัญกำลังใจ การจัดสรรเงินกองทุน UC การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง มาตรการลงทุนตามความจำเป็น รวมทั้งลดต้นทุนด้าน Lab และการจ่าย/ชำระหนี้ เร่งรัดตามมาตรการ LOI มาตรการเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย รวมทั้งดำเนินการตามแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง

ประเด็นที่ 8 Cyber Security

จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ร้อยละ 100 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานจากการประเมินตนเองได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีการขับเคลื่อนงานโดยการปรับปรุงระบบเครือข่ายและสารสนเทศ ประเมินตนเอง การประเมิน การกำกับดูแล ด้วยการพัฒนาคน พัฒนาระบบการ การพัฒนาเทคโนโลยี และการประเมินความคุ้มค่า

จังหวัดสตูลมุ่งพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมทุกระดับ สู่เป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี ถ้วนหน้า ทั้งบริการด้านสาธารณสุข การแพทย์ปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง รวมถึงระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตอบสนองต่อสภาพภูมิศาสตร์และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชายฝั่งและพื้นที่ห่างไกล โดยมีแนวคิด “ใช้จุดแข็ง สร้างจุดเด่น เน้นจุดดี” เป็นกรอบในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ ควบคู่กับการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ความสามารถ และจิตวิญญาณแห่งการบริการ (Service Mind) พร้อมยกระดับองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูงที่มีบรรยากาศการทำงานที่ดี เอื้อต่อสุขภาพกาย ใจ และการเติบโตของบุคลากรอย่างยั่งยืน นอกจากนี้การบริหารงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมายทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

มิถุนายน 2569

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ

ชีวิตดี..
ที่สตูล

ข้อมูลทั่วไป

2

ประวัติจังหวัดสตูล

ประวัติความเป็นมาของจังหวัดสตูลในสมัยก่อนกรุงศรีอยุธยาและในสมัยกรุงศรีอยุธยาไม่ปรากฏหลักฐานกล่าวไว้ ณ ที่ใด สันนิษฐานว่าในสมัยนั้น ไม่มีเมืองสตูล คงมีแต่หมู่บ้านเล็ก ๆ กระจัดกระจายอยู่ตามที่ราบชายฝั่งทะเล

ในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ “สตูล” เป็นเพียงตำบลหนึ่งอยู่ในเขตเมืองไทรบุรี ฉะนั้นประวัติความเป็นมาของจังหวัดสตูลจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องราวของเมืองไทรบุรีดังปรากฏในหนังสือพระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 2 ว่า “ตามเนื้อความที่ปรากฏดังกล่าวมาแล้ว ทำให้เห็นว่าในเวลานั้นพวกเมืองไทรเห็นจะแตกแยกกันเป็นสองพวก คือ พวกเจ้าพระยาไทรปะแงรันพวกหนึ่งและพวกพระยาอภัยนุราชคงจะนับน้อมฝากตัวกับเมืองนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะเมื่อพระยาอภัยนุราชได้มาเป็นผู้ว่าราชการเมืองสตูลซึ่งเขตแดนติดต่อกับเมืองนครศรีธรรมราช พวกเมืองสตูลคงจะมาพึ่งบังคับบัญชาสนิทสนมข้างเมืองนครศรีธรรมราชมากกว่าเมืองไทร แต่พระยาอภัยนุราชว่าราชการเมืองสตูลได้เพียง 2 ปี ก็ถึงแก่อนิจกรรมจึงไม่มีผู้ใดจะได้ว่าราชการเมืองสตูล ต่อมาในขั้นนั้นหาได้พบจดหมายเหตุไม่แต่พิเคราะห์ความตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังเข้าใจว่าเชื้อพระวงศ์ของพระอภัยนุราช (ปศุณ) คงจะได้ว่าราชการเมืองสตูลและพึ่งบังคับบัญชาสนิทสนมกับเมืองนครศรีธรรมราช อย่างครั้งพระยาอภัยนุราชหรือยิ่งกว่านั้น ”

เรื่องเกี่ยวกับเมืองสตูล ยังปรากฏในหนังสือพงศาวดารเมืองสงขลา แต่ข้อความที่ปรากฏบางตอนเกี่ยวกับเชื้อผู้ว่าราชการเมืองสตูล ไม่ตรงกับพระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 3 ประวัติเกี่ยวกับเมืองสตูล ในการจัดรูปแบบการปกครองเมืองตามระบอบมณฑลเทศาภิบาลว่า ในปี พ.ศ. 2440 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รักษาเมืองไทรบุรี เมืองปสิค และเมืองสตูลเป็นมณฑลเทศาภิบาล เรียกว่า “มณฑลไทรบุรี” โปรดเกล้าฯ ให้เจ้าพระยาไทรบุรีรัชมภักดี เจ้าพระยาไทรบุรี (อับดุลฮามิด) เป็นข้าราชการเทศาภิบาลมณฑลไทรบุรี เมืองสตูลได้แยกจากเมืองไทรบุรีอย่างเด็ดขาดตามหนังสือสัญญาไทยกับอังกฤษ เรื่องปักปันเขตแดนระหว่างไทยกับสหพันธรัฐมาลายู ซึ่งลงนามกันที่กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม ร.ศ.127 (พ.ศ. 2452) จากหนังสือสัญญานี้ยังผลให้ไทรบุรีและปสิคตกเป็นของอังกฤษ ส่วนสตูลคงเป็นของไทยสืบมาจนถึงปัจจุบันเมื่อปักปันเขตแดนเสร็จแล้ว ได้มีพระราชโองการโปรดให้ “เมืองสตูล” เป็นเมืองจัตวารวมอยู่ในมณฑลภูเก็ต เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม ร.ศ.128 (พ.ศ. 2453) ในปีพุทธศักราช 2475 ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย เมืองสตูล ก็มีฐานะยกเป็นจังหวัดหนึ่งอยู่ในราชอาณาจักรไทยสืบต่อมาจนถึงกระทั่งทุกวันนี้

คำว่า “สตูล” มาจากคำภาษามลายูว่า “สโตย” แปลว่ากระทอน อันเป็นผลไม้ชนิดหนึ่งที่ขึ้นอยู่ชุกชุมในท้องที่เมืองนี้ซึ่งต่อมาได้รับการตั้งสมญานามเป็นภาษามลายูว่า “นครสโตยมาบังสการา (Negeri Setoi Mumbang Segara) ” หรือแปลเป็นภาษาไทยว่า สตูล เมืองแห่งพระสมุทรเทวา
คำขวัญจังหวัด : “สตูล สงบ สะอาด ธรรมชาติบริสุทธิ์”



ภาพที่ 1 ตราประจำจังหวัด

รูปพระสมุทรเทวาสถิตอยู่บนแท่นหินกลางทะเลเบื้องหลังมีรัศมี พระอาทิตย์อัสดง พระสมุทรเทวา คือ เทวดาผู้ปกป้องรักษามหาสมุทร บัลลังค์หิน คือ วิมานทองเทวดาพระอาทิตย์อัสดง คือ ฝั่งทะเลตะวันตก หรือมหาสมุทรอินเดีย



ภาพที่ 2 ต้นไม้ประจำจังหวัด (หมากพลูตักแตน) และดอกไม้ประจำจังหวัด (ดอกกาหลง)

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดสตูล เป็นจังหวัดสุดเขตแดนใต้ของประเทศไทยทางชายฝั่งทะเลอันดามัน ซึ่งเป็นชายฝั่งทะเลทางด้านตะวันตก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยเส้นทางรถยนต์ 973 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 2,807.522 ตารางกิโลเมตร หรือเท่ากับ 1,754,701 ไร่ พื้นที่ส่วนที่เป็นเกาะประมาณ 105 เกาะ มีชายฝั่งทะเลยาว 144.80 กิโลเมตร

ทิศเหนือ ติดอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา และ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง และ อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

ทิศใต้ ติดรัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย

ทิศตะวันออก ติดอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และรัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย

ทิศตะวันตก ติดทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย



ภาพที่ 3 แผนที่จังหวัดสตูล

สภาพทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดสตูล ขึ้นอยู่กับผลผลิตทางการเกษตรและการค้า อาชีพหลัก คือ การทำสวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน การทำนา และการทำสวนไม้ผล ฯลฯ จากตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวม จังหวัดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2568 ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อคน/ปี เท่ากับ 110,312 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคใต้อันดามัน จังหวัดสตูลมีรายได้เฉลี่ยต่อคน/ปี เป็นลำดับที่ 4 ของกลุ่มจังหวัดภาคใต้อันดามัน และลำดับที่ 45 ของประเทศ

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

สภาพการท่องเที่ยว

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดสุดเขตแดนใต้ฝั่งอันดามันของประเทศไทย มีสถานที่ท่องเที่ยวทั้งทางทะเล การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ และการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม มีสถานที่ท่องเที่ยวระดับโลก เช่น เกาะหลีเป๊ะ เกาะตะรุเตาเป็นต้น อีกทั้งยังมีชื่อเสียงในสถานที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศที่เปิดให้นักท่องเที่ยวได้เข้าไปสำรวจ และทำกิจกรรมสันทนาการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการล่องแก่ง พายเรือคายัค สถานที่เที่ยวเชิงนิเวศที่มีชื่อเสียง ได้แก่ น้ำตกวังสายทอง ถ้ำภูผาเพชร ถ้ำเลสเตโกดอน เป็นต้น อีกทั้งยังมีอุทยานธรณีโลกที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรณีที่มีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก การเชื่อมโยงความร่วมมือการพัฒนาด้านการท่องเที่ยว รวมถึงกิจกรรมเส้นทางการท่องเที่ยว Route การท่องเที่ยวกับจังหวัดกลุ่มอันดามันหรือจังหวัดสงขลา พัทลุงซึ่งเป็นจังหวัดใกล้เคียงและเชื่อมโยงการท่องเที่ยวประเทศเพื่อนบ้านสามารถเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยว และรายได้จากการท่องเที่ยว เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจในภาพรวมของจังหวัดสตูล

สถานที่ท่องเที่ยว

- อำเภอเมืองสตูล** พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติควาสุทัศน์ อุทยานแห่งชาติตะรุเตา ถ้ำลอดปูยู สันหลังมังกรขาว สันหลังมังกรแดง เกาะกลาง เกาะไข่ เกาะหินงาม เกาะอาดัง-ราวี เกาะหลีเป๊ะ
- อำเภอควนโดน** อุทยานแห่งชาติทะเลบัน น้ำตกยาโรย น้ำตกโดนปลิว น้ำตกจิ้งหรีด ถ้ำโดนดิน
- อำเภอละงู** อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะเภตรา น้ำตกวังสายทอง ถ้ำเจ็ดคด บ้านบ่อเจ็ดลูก หาดปากบารา เกาะบุโหลน
- อำเภอทุ่งหว้า** น้ำตกธารปลิว หาดราวี ถ้ำเลสเตโกดอน ถ้ำวังกลาง
- อำเภอควนกาหลง** น้ำตกปหานัน น้ำตกธาราสวรรค์ บ่อน้ำร้อนบ้านโดน
- อำเภอมะนัง** ถ้ำภูผาเพชร ถ้ำธารลอด

ช่วงที่เหมาะสมแก่การเดินทางไปอุทยานแห่งชาติตะรุเตา เดือน ธันวาคม-เมษายน จังหวัดสตูล ได้ก่อสร้างถนนบนเกาะจากท่าเรือตะเลี๊ยะวาวสู่อ่าวพันตะมะละกา นักท่องเที่ยวสามารถเดินทางมายังเกาะเส้นทางใหม่ได้ตลอดทั้งปี โดยมาลงเรือที่ท่าเรือตำมะลัง และท่าเรือปากบารา

การนับถือศาสนา

☞ นับถือศาสนาพุทธ	ร้อยละ	27.32
☞ นับถือศาสนาอิสลาม	ร้อยละ	72.60
☞ นับถือศาสนาอื่น ๆ	ร้อยละ	0.08

ศาสนสถาน

* วัด	43	แห่ง
* มัสยิด	243	แห่ง
* โบสถ์คริสต์	3	แห่ง
* ศาลเจ้า	3	แห่ง

ที่มา : เว็บไซต์ของสำนักงานจังหวัดจังหวัดสตูล

การปกครอง

จังหวัดสตูลแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 36 ตำบล 280 หมู่บ้าน 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 เทศบาลเมือง 6 เทศบาลตำบล และ 34 องค์การบริหารส่วนตำบล

ในเขตเทศบาลเมือง มีทั้งหมด 17 ชุมชน คือ ชุมชนหัวทาง ชุมชนทุ่งเฉลิมสุขตะวันออก ชุมชนทุ่งเฉลิมสุขตะวันตก ชุมชนวัดนาธิปเฉลิม ชุมชนศาลากันตง ชุมชนคลองเส้นเต็น ชุมชนโคกพยอม ชุมชนท่าไม้ไผ่ ชุมชนม้าขาว ชุมชนซอยปลาเค็ม ชุมชนหลังโรงพัก ชุมชนป่านชูร่าลีก ชุมชนสันตยาราม ชุมชนเทศบาล 4 ชุมชนสี่แยกคอกเปิด ชุมชนท่านายเนาว์ และชุมชนหลังห้องสมุด

ตารางที่ 1 เขตการปกครอง จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	อบต.	เทศบาล	
						เมือง	ตำบล
1	เมืองสตูล	12	71	41,959	9	1	4
2	ควนโดน	4	31	8,473	4	-	1
3	ควนกาหลง	3	32	12,517	1	-	2
4	ท่าแพ	4	31	9,290	4	-	-
5	ละงู	6	61	25,549	5	-	2
6	ทุ่งหว้า	5	35	8,456	5	-	1
7	มะนัง	2	19	6,774	2	-	-
รวม		36	280	113,018	30	1	10

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568) และ กองสาธารณสุข อบจ.สตูล (ข้อมูล ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2569)

ตารางที่ 2 จำนวนประชากร จำแนกตามทะเบียนบ้านและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสตูล

ลำดับ	อำเภอ	ประชากรทะเบียนราษฎร			ประชากร Type 1+3	จำนวน ปชก. UC
		ชาย	หญิง	รวม		
1	เมืองสตูล	56,389	57,543	113,932	82,647	91,723
2	ควนโดน	13,780	13,994	27,774	22,420	18,557
3	ควนกาหลง	17,756	17,685	35,441	27,371	25,328
4	ท่าแพ	14,869	15,102	29,971	23,677	22,883
5	ละงู	36,528	37,268	73,796	59,751	54,884
6	ทุ่งหว้า	12,325	12,194	24,519	18,751	18,815
7	มะนัง	9,523	9,158	18,681	16,329	14,889
รวม		161,170	162,944	324,114	250,946	247,079

ที่มา : ข้อมูล ปชก.ทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2568

ข้อมูล ปชก.UC ณ 30 เมษายน 2569

ข้อมูล ปชก.HDC ณ 2 มิถุนายน 2569

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 - 4	8,331	2.57	7,693	2.37	16,024	4.94
5 - 9	11,262	3.47	10,502	3.24	21,764	6.71
10 - 14	13,218	4.08	12,339	3.81	25,557	7.88
15 - 19	12,745	3.93	12,057	3.72	24,802	7.65
20 - 24	11,843	3.65	11,554	3.56	23,397	7.22
25 - 29	12,314	3.80	11,484	3.54	23,798	7.34
30 - 34	12,149	3.75	11,666	3.60	23,815	7.34
35 - 39	12,416	3.83	11,919	3.68	24,335	7.51
40 - 44	12,249	3.78	12,061	3.72	24,310	7.50
45 - 49	11,310	3.49	11,398	3.52	22,708	7.00
50 - 54	10,573	3.26	11,532	3.56	22,105	6.82
55 - 59	9,549	2.95	10,396	3.21	19,945	6.15
60 - 64	7,849	2.42	8,976	2.77	16,825	5.19
65 - 69	5,756	1.78	6,597	2.03	12,353	3.81
70 - 74	4,204	1.30	5,185	1.60	9,389	2.90
75 - 79	2,569	0.79	3,206	0.99	5,775	1.78
80+	2,936	0.91	4,398	1.36	7,334	2.26
รวม	161,273	49.74	162,963	50.26	324,236	100

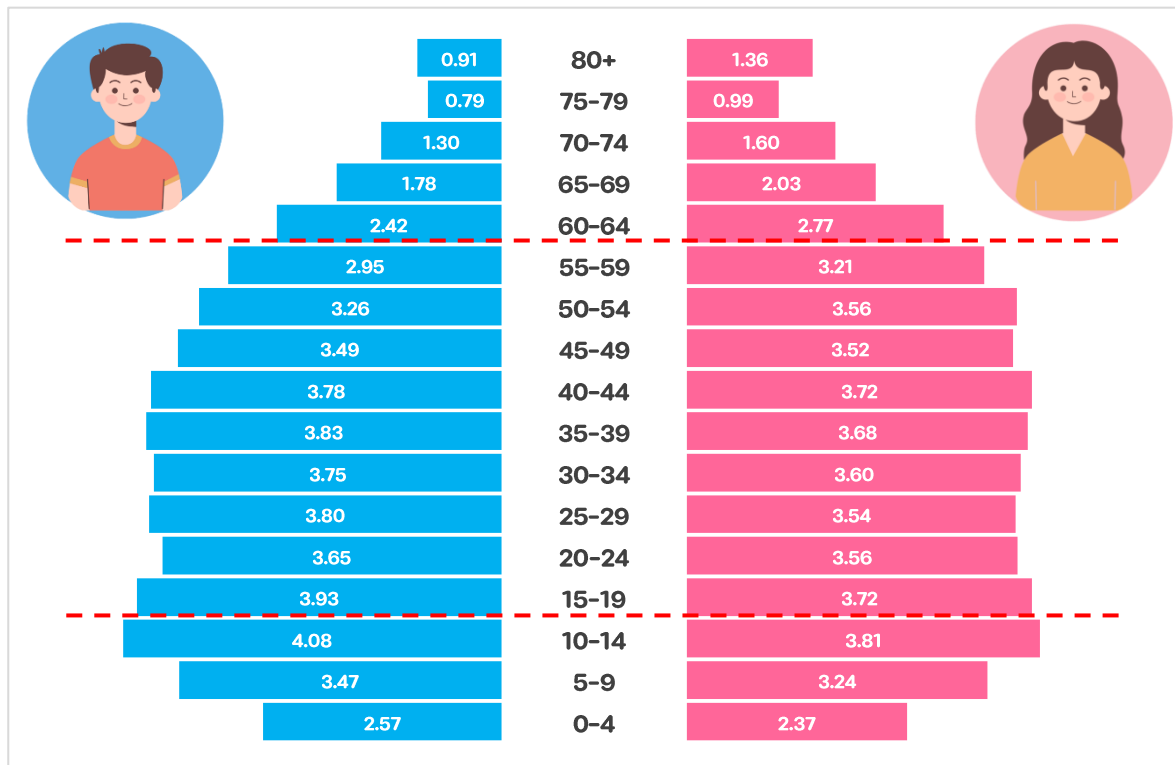
ที่มา : สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ตารางที่ 4 ร้อยละสัดส่วนประชากร จังหวัดสตูล จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2566 - 2568

กลุ่มอายุ(ปี)	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
	ประเทศ	สตูล	ประเทศ	สตูล	ประเทศ	สตูล
เด็ก (0 - 14 ปี)	15.75	20.98	15.04	20.33	14.54	19.54
วัยแรงงาน (15 - 59 ปี)	64.80	64.42	64.46	64.40	64.09	64.53
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	19.45	14.60	20.50	15.27	21.38	15.94

ตารางที่ 5 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2568

กลุ่มอายุ	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ	115,907	55.23	115,755	55.28	115,021	54.98
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก	68,343	32.56	66,111	31.57	63,345	30.28
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ	47,564	22.66	49,644	23.71	51,676	24.70



ภาพที่ 4 ปิรามิดประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)

โครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเพศชายจำนวนน้อยกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เพศชาย ร้อยละ 49.74 และเพศหญิง ร้อยละ 50.26 ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี พ.ศ.2568 มีประชากรวัยเด็กร้อยละ 19.54 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 64.53 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 15.94 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ ร้อยละ 24.70 ซึ่งประชากรสูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ทรัพยากรสาธารณสุข

จังหวัดสตูลมีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ คือ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสตูลไม่มีโรงพยาบาลเอกชน แต่มีสถานบริการที่ให้บริการในคลินิกเวชกรรม ทันตกรรม และร้านขายยา

ตารางที่ 6 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569

อำเภอ	รพท./ เตียง	รพช./ เตียง	รพ.สต.				ศูนย์สุขภาพ ชุมชน	สถานบริการ ในเรือนจำ
			S	M	L	อบจ.		
เมืองสตูล	1/310	-	6	10	2	-	2 (พิมาน, ศรีพิมาน)	1
ควนโดน	-	1/30	2	1	1	-	-	-
ควนกาหลง	-	1/30	1	6		-	-	-
ท่าแพ	-	1/30	2	3		-	1 (ท่าแพ)	-
ละงู	-	1/90	2	6	1	1	1 (กำแพง)	-
ทุ่งหว้า	-	1/30	4	2		1	-	-
มะนัง	-	1/30	1	2		1	-	-
รวม	1/310	6/240	18	30	4	3	4	1

ที่มา : HDC และระบบรายงานข้อมูลพื้นฐาน กองบริหารสาธารณสุข ณ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 7 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ปี พ.ศ.2569

อำเภอ	เวชกรรม	เวชเฉพาะ ทาง	ทันต กรรม	การ พยาบาล และผดุง ครรภ์	แพทย์ แผนไทย	การ ประกอบ โรค ศิลปะ	เทคนิค การ แพทย์	กายภาพ	สห คลินิก	ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร	ร้าน ขายยา	รวม
เมืองสตูล	18	20	7	4	6	1	3	0	1	6	31	97
ควนโดน	1	0	2	3	0	0	0	1	0	0	4	11
ควน กาหลง	2	0	2	2	1	0	0	0	0	0	6	13
ท่าแพ	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	4	8
ละงู	9	5	5	5	1	0	2	1	0	2	17	47
ทุ่งหว้า	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	3	7
มะนัง	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	8
รวม	32	25	16	24	9	1	5	2	1	8	68	191

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.สตูล (ข้อมูล ณ 2 มิถุนายน 2569)

ตารางที่ 8 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2569

อำเภอ	ตำแหน่งสายงานและกรอบอัตรากำลัง											
	นายแพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ		นวก./จพ.ทันตฯ		นวก./จพ.สาธารณสุข	
	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง
เมืองสตูล	104	83	18	15	45	39	467	365	21	4	222	132
ควนโดน	7	5	3	3	6	6	58	64*	4	3	47	33
ควนกาหลง	9	5	5	1	7	6	63	71*	7	5	69	34
ท่าแพ	9	7	4	4	7	6	56	65*	6	2	53	29
ละงู	40	25	9	8	16	9	143	130	13	5	89	42
ทุ่งหว้า	6	5	3	4	7	5	56	57*	4	3	56	25
มะนัง	6	4	3	3	6	4	55	42	5	3	42	26
รวม	181	134	45	38	94	75	898	794	60	25	578	321

ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (hrops) ณ 1 มิถุนายน 2568

หมายเหตุ - ข้อมูลไม่นับรวมข้าราชการที่ลาศึกษาต่อ

- นับรวมผู้บริหารแล้วทุกหน่วยงาน

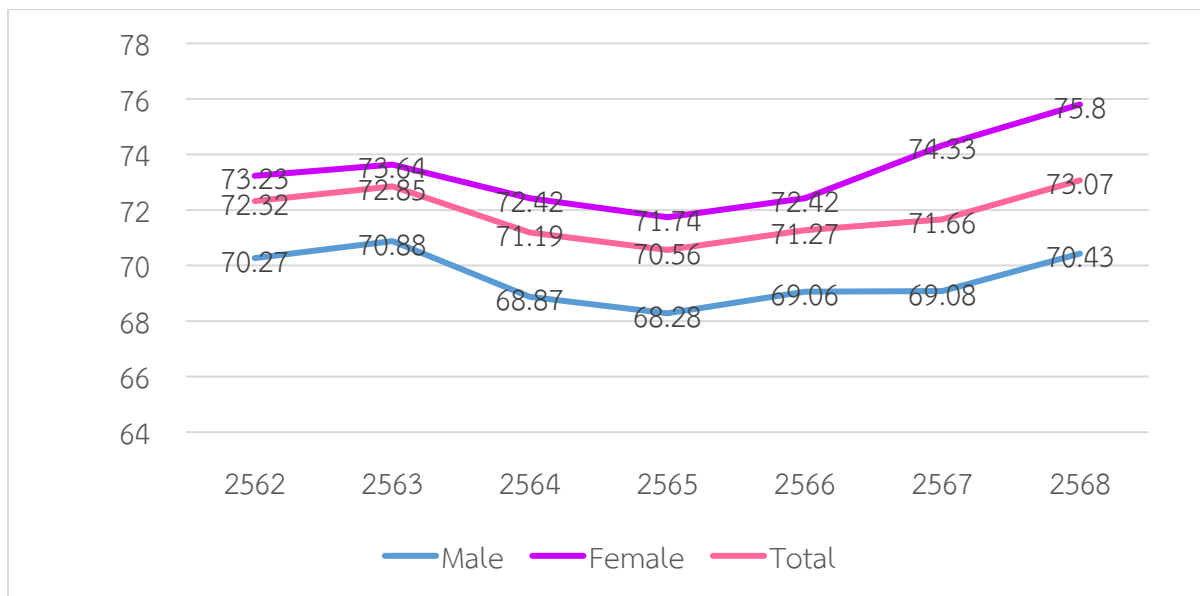
* เกินกรอบ FTE

สถิติชีพและสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 9 อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562 - 2568

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ย (LE)			อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE)			LE-HALE		
	ชาย	หญิง	ทั้งชายหญิง	ชาย	หญิง	ทั้งชายหญิง	ชาย	หญิง	ทั้งชายหญิง
2562	77.16	82.67	79.90	70.27	73.23	72.32	6.89	9.44	7.58
2563	77.87	83.31	80.59	70.88	73.64	72.85	7.00	9.66	7.75
2564	75.35	81.56	78.41	68.87	72.42	71.19	6.48	9.14	7.21
2565	74.61	80.42	77.48	68.28	71.74	70.56	6.33	8.68	6.92
2566	75.79	81.61	78.66	69.06	72.42	71.27	6.73	9.19	7.39
2567	75.12	81.76	78.38	69.08	74.33	71.66	6.04	7.43	6.72
2568	76.88	83.19	80.03	70.43	75.80	73.07	6.45	7.39	6.96

ที่มา : <https://satunhealth-srykdxr.manus.space/> ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569



ภาพที่ 5 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2562 - 2568

ข้อมูลประชากร

ที่มา : ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง

แหล่งที่มา : http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568

Download ข้อมูล ณ 30 ธันวาคม 2569

ข้อมูลการตาย

ที่มา : จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร มรณบัตร กรมการปกครอง ข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม ของปีที่ประมวผล

Download Data ผ่าน FTP ของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ Download ณ 30 ธันวาคม 2569

ตารางที่ 10 ข้อมูลสถิติชีพ จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562 – 2568

ปี พ.ศ.	ประชากร	เด็กเกิด (จำนวน/อัตรา)	ตายทั้งหมด (จำนวน/อัตรา)	อัตราเพิ่มตาม ธรรมชาติ	มารดาตาย (จำนวน/อัตรา)	ทารกตาย (จำนวน/อัตรา)
2562	322,756	3,558/11.02 (ต่อพันประชากร)	1,620/5.02 (ต่อพันประชากร)	0.60 (ต่อร้อย)	1/28.11 (ต่อแสนเกิดมีชีวิต)	21/5.90 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2563	324,058	3,509/10.83 (ต่อพันประชากร)	1,606/4.96 (ต่อพันประชากร)	0.59 (ต่อร้อย)	3/85.49 (ต่อแสนเกิดมีชีวิต)	17/4.84 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2564	324,391	3,162/9.75 (ต่อพันประชากร)	1,958/6.04 (ต่อพันประชากร)	0.37 (ต่อร้อย)	3/94.88 (ต่อแสนเกิดมีชีวิต)	9/2.85 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2565	324,898	2,950/8.46 (ต่อพันประชากร)	2,107/6.49 (ต่อพันประชากร)	0.20 (ต่อร้อย)	2/67.80 (ต่อแสนเกิดมีชีวิต)	9/3.05 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2566	325,781	2,922/8.97 (ต่อพันประชากร)	1,957/6.01 (ต่อพันประชากร)	0.30 (ต่อร้อย)	0	16/5.48 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2567	325,133	2,520/7.75 (ต่อพันประชากร)	1,999/6.15 (ต่อพันประชากร)	0.16 (ต่อร้อย)	0	14/5.56 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)
2568	324,236	2,348/7.24 (ต่อพันประชากร)	1,936/5.97 (ต่อพันประชากร)	0.13 (ต่อร้อย)	0	11/4.68 (ต่อพันเกิดมีชีวิต)

ที่มา : - รายงานเกิดจากสูติบัตร ตายจาก มรณบัตร จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

- รายงานการตายของมารดาและเกิดมีชีวิต (ก.-2) งานส่งเสริมฯ

- รายงานจำนวนประชากรกลางปี จากทะเบียนราษฎร (ณ 30 มิถุนายน 2568)

สถิติชีพจังหวัดสตูล พ.ศ. 2562-2568 พบว่า ประชากรโดยรวมค่อนข้างทรงตัว อยู่ที่ประมาณ 3.22-3.25 แสนคน แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วงปีหลัง โดยปี 2568 มีประชากร 324,236 คน

จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตลดลงต่อเนื่อง จาก 3,558 คน ในปี 2562 เหลือ 2,348 คน ในปี 2568 ส่งผลให้อัตราเกิดลดลงจาก 11.02 เหลือ 7.24 ต่อพันประชากร สะท้อนแนวโน้มการเกิดที่ลดลงอย่างชัดเจน

ขณะที่จำนวนตายทั้งหมดมีแนวโน้มอยู่ในระดับสูง โดยปี 2568 มีผู้เสียชีวิต 1,936 คน คิดเป็นอัตราตาย 5.97 ต่อพันประชากร เมื่อการเกิดลดลงแต่การตายยังคงสูง ทำให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติลดลงจาก 0.60 ต่อร้อย ในปี 2562 เหลือเพียง 0.13 ต่อร้อย ในปี 2568

ด้านอนามัยแม่และเด็ก พบว่ามารดาตายลดลงจนเป็นศูนย์ตั้งแต่ปี 2566-2568 เป็นแนวโน้มที่ดี ส่วนทารกตายปี 2568 มีจำนวน 11 ราย คิดเป็นอัตรา 4.68 ต่อพันเกิดมีชีวิต ซึ่งลดลงจากปี 2562 แต่ยังคงติดตามต่อเนื่อง

ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราการตายต่อแสนประชากรจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตาย 10 โรคแรก จังหวัดสตูล พ.ศ.2566 – 2569

อันดับ	พ.ศ. 2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568		พ.ศ.2569 (ณ 30 เม.ษ. 69)	
	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราต่อ แสน ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราต่อ แสน ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราต่อ แสน ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราต่อ แสน ประชากร
1.	มะเร็งทุกชนิด	229/ 70.29	มะเร็งทุกชนิด	224/ 90.42	มะเร็งทุกชนิด	267/ 82.35	มะเร็งทุกชนิด	68/ 20.97
2.	โรคหลอดเลือดสมอง	124/ 38.06	โรคหลอดเลือดสมอง	117/ 35.99	โรคหลอดเลือดสมอง	138/ 42.56	โรคหลอดเลือดสมอง	49/ 15.11
3.	โรคหัวใจขาดเลือด	100/ 30.70	ปอดบวม	108/ 33.22	โรคปอดบวม	102/ 31.46	โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่นๆ	30/ 9.25
4.	ปอดบวม	93/ 28.55	โรคหัวใจขาดเลือด	87/ 26.76	โรคหัวใจขาดเลือด	99/ 30.53	การติดเชื้อในกระแสเลือด	27/ 8.33
5.	เบาหวาน	88/ 27.01	โรคไต/ไตวาย	79/ 24.30	การติดเชื้อในกระแสเลือด	76/ 23.44	โรคเบาหวาน	23/ 7.09
6.	โรคไต/ไตวาย	79/ 24.79	โลหิตเป็นพิษ	70/ 21.53	โรคเบาหวาน	59/ 18.20	โรคไต/ไตวาย	22/ 6.79
7.	โรคความดันโลหิตสูง	66/ 20.26	โรคความดันโลหิตสูง	64/ 19.68	โรคไต/ไตวาย	57/ 17.58	อุบัติเหตุจากการขนส่ง	22/ 6.79
8.	การติดเชื้อในกระแสเลือด	57/ 17.50	เบาหวาน	50/ 15.38	โรคความดันโลหิตสูง	53/ 16.35	โรคปอดบวม	20/ 6.17
9.	โรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	39/ 11.97	โรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	49/ 15.07	อุบัติเหตุจากการขนส่ง	47/ 14.50	โรคความดันโลหิตสูง	18/ 5.55
10.	อุบัติเหตุการขนส่ง	32/ 9.82	อุบัติเหตุการขนส่ง	42/ 12.92	โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง (COPD)	28/ 8.64	สาเหตุภายนอกอื่นของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	15/ 4.63

หมายเหตุ : สาเหตุการตายด้วยมะเร็งทุกชนิด 5 อันดับแรก ปี พ.ศ.2569 ได้แก่ 1) มะเร็งปอด 2) มะเร็งตับ 3) มะเร็งทางเดินอาหาร 4) มะเร็งหลอดอาหาร 5) มะเร็งต่อมลูกหมาก

ที่มา : - ข้อมูลจากกลุ่มงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนย. Web <ftp://healthdata.moph.go.th>

- ประชากรกลางปี พ.ศ.2566-2569 จากสำนักบริหารการทะเบียน ภาค 9 จ.สตูล กรมการปกครอง จากตาราง พบว่า มะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ต่อเนื่องทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2569 ณ 30 เมษายน 2569 มีจำนวน 68 ราย อัตรา 20.97 ต่อแสนประชากร โดยพบมะเร็งปอด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.18 มะเร็งตับ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.18 และมะเร็งทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 7.35 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอยู่ในอันดับ 2 อย่างต่อเนื่อง เป็น 49 ราย อัตรา 15.11 ต่อแสนประชากร สะท้อนภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูง กลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ โรคปอดบวม โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่นๆ การติดเชื้อในกระแสเลือด เบาหวาน ไตวาย และความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

ตารางที่ 12 อัตราป่วยของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก
จำแนกตามสาเหตุป่วย 21 กลุ่มโรค พ.ศ.2566 – 2569

อันดับ	พ.ศ. 2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568		พ.ศ.2569 (ณ 31 พ.ค. 69)	
	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)
1.	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	80,598	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	83,521	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	88,323	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	66,681
2.	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	70,338	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	68,158	เนื้อเยื่อผิดปกติ	70,608	เนื้อเยื่อผิดปกติ	48,292
3.	เบาหวาน	52,221	เนื้อเยื่อผิดปกติ	63,535	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	62,349	เบาหวาน	47,238
4.	เนื้อเยื่อผิดปกติ	48,520	เบาหวาน	55,568	เบาหวาน	58,592	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	33,311
5.	ฟันผุ	45,234	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	44,647	ฟันผุ	47,919	ฟันผุ	32,848
6.	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	42,072	ฟันผุ	37,169	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	44,280	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	27,198
7.	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	23,417	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	33,243	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	40,225	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	26,434
8.	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	22,191	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	26,164	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	25,133	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	16,008
9.	ปวดท้องและปวดอุ้งเชิงกราน	16,323	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	18,486	ปวดท้องและปวดอุ้งเชิงกราน	18,457	ปวดท้องและปวดอุ้งเชิงกราน	11,959
10.	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	15,169	ปวดท้องและปวดอุ้งเชิงกราน	18,148	โรคหืด	16,720	โรคข้อเสื่อม	11,487

ที่มา : จาก HDC-Report43 แฟ้ม (บัญชีจำแนกโรค 21 กลุ่มโรค รง.504)

จากตารางสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกสูงสุดทั้ง 4 ปี คือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ โดยในปี พ.ศ.2569 มีจำนวนครั้งที่ป่วย 66,681 ครั้ง อันดับรองลงมา คือ เนื้อเยื่อผิดปกติ จำนวนครั้งที่ป่วย 48,292 ครั้ง และสาเหตุการป่วยอันดับ 3 คือ เบาหวาน จำนวนครั้งที่ป่วย 47,238 ครั้ง

ตารางที่ 13 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก พ.ศ.2566 – 2569

อันดับ	พ.ศ.2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568		พ.ศ.2569 (ณ 31 พ.ค. 69)	
	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ครั้ง)
1.	ปอดบวม	2,667	ปอดบวม	2,788	ปอดบวม	2,873	ปอดบวม	1,568
2.	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มี ปัญหาเกี่ยวกับทารกใน ครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจจะเกิด ได้ในระยะคลอด	1,439	โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและ ปอดชนิดอุดกั้น แบบเรื้อรังอื่น	1,401	ความผิดปกติทาง พฤติกรรมและจิต ประสาทที่เกิดจากการใช้ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาทอื่น ๆ	1,771	ความผิดปกติทาง พฤติกรรมและจิต ประสาทที่เกิดจากการใช้ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาทอื่น ๆ	1,105
3.	โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและ ปอดชนิดอุดกั้นแบบ เรื้อรังอื่น	1,319	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่ มีปัญหาเกี่ยวกับทารก ในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจจะเกิด ได้ในระยะคลอด	1,359	โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและ ปอดชนิดอุดกั้นแบบ เรื้อรังอื่น	1,432	โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและ ปอดชนิดอุดกั้นแบบ เรื้อรังอื่น	1,063
4.	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	1,249	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	1,248	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มี ปัญหาเกี่ยวกับทารกใน ครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และ ปัญหาที่อาจจะเกิดได้ใน ระยะคลอด	1,185	หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและ หลอดลมเล็กอักเสบ เฉียบพลัน	804
5.	ต่อกระดูกและความ ผิดปกติของเส้นเอ็นอื่น ๆ	823	หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและ หลอดลมเล็กอักเสบ เฉียบพลัน	1,024	หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและ หลอดลมเล็กอักเสบ เฉียบพลัน	1,153	โรคหัด	652
6.	เนื้อสมองตาย	822	โรคอักเสบติดเชื้อ ของผิวหนังและ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	989	โรคหัด	1,085	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มี ปัญหาเกี่ยวกับทารกใน ครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และ ปัญหาที่อาจจะเกิดได้ใน ระยะคลอด	601
7.	โรคหัด	821	โรคหัด	981	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และ การคลอด	1,081	ไข้หวัดใหญ่	596
8.	โรคอักเสบติดเชื้อ ของผิวหนังและ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	814	ต่อกระดูกและความ ผิดปกติของเส้นเอ็น อื่น ๆ	974	โรคอักเสบติดเชื้อ ของผิวหนังและ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	996	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และ การคลอด	582
9.	หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและ หลอดลมเล็กอักเสบ เฉียบพลัน	805	การบาดเจ็บระบุเฉพาะ อื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะ และหลายบริเวณใน ร่างกาย	953	ต่อกระดูกและความ ผิดปกติของเส้นเอ็นอื่น ๆ	962	หัวใจล้มเหลว	550
10.	ต่อกระดูกและความ ผิดปกติของเส้นเอ็นอื่น ๆ	556	การบาดเจ็บภายใน กะโหลกศีรษะ	904	การบาดเจ็บภายใน กะโหลกศีรษะ	879	ต่อกระดูกและความ ผิดปกติของเส้นเอ็นอื่น ๆ	542

ที่มา : จาก HDC-Report43 แพ้ม



จากตารางสาเหตุการป่วยสูงสุดของผู้ป่วยในทั้ง 4 ปี คือ โรคปอดบวม โดยปี พ.ศ.2569 พบว่ามีจำนวนครั้งที่ป่วย 1,568 ครั้ง รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทที่เกิดจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ มีจำนวนครั้งที่ป่วย 1,105 ครั้ง และสาเหตุการป่วยอันดับ 3 คือ โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น มีจำนวนครั้งที่ป่วย 1,063 ครั้ง

ตารางที่ 14 ข้อมูล CMI (Case Mix Index) ของผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ และค่า Sum AdjRW ของแต่ละระดับสถานบริการตาม Service Plan ของ ปี พ.ศ.2566 – 2569

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยใน				Sum AdjRW				CMI				เกณฑ์	ปีงบ 69 จำนวน เดือนที่ส่ง
	ปีงบ66	ปีงบ67	ปีงบ68	ปีงบ 69	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69		
รพท.สตูล (A)	23,496	23,955	23,855	13,834	30,089.80	30,532.40	30,580.4	18,124.40	1.28	1.27	1.28	1.31	1.20	7 เดือน
รพช.ควนโดน (S)	2,496	2,650	2,629	1,394	1,432.50	1,457.04	1,479.04	857.34	0.57	0.55	0.56	0.62	0.6	7 เดือน
รพช.ควนกาหลง(S)	2,270	2,622	2,680	1,664	1,202.94	1,478.49	1,623.4	1,257.40	0.53	0.56	0.60	0.76	0.6	7 เดือน
รพช.ท่าแพ (S)	2,171	3,320	5,505	2,474	1,639.14	3,356.12	7,185.85	3,430.28	0.76	1.02	1.31	1.39	0.6	7 เดือน
รพช.ละงู (S ⁺)	6,333	6,866	8,307	5,691	4,973.67	5,923.25	8,015.89	5,827.34	0.79	0.86	0.97	1.02	0.8	7 เดือน
รพช.ทุ่งหว้า (S)	2,269	2,195	2,087	1,322	1,132.80	1,174.55	1,235.69	867.91	0.50	0.54	0.59	0.66	0.6	7 เดือน
รพช.มะนัง (S)	2,026	2,437	2,455	1,461	1,094.55	1,474.87	1,467.9	902.80	0.54	0.60	0.60	0.62	0.60	7 เดือน

ที่มา : <http://cmi.healtharea.net/site/index> ปี พ.ศ.2566 – 2569 ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2569

ตารางที่ 15 อัตราครองเตียง ผู้ป่วยใน รวมทุกสิทธิ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2569

โรงพยาบาล	จำนวน เตียง (ปี 68)	จำนวนผู้ป่วยใน				รวมวันนอนผู้ป่วยใน				อัตราครองเตียง				ปีงบ 69 จำนวน เดือนที่ส่ง
		ปีงบ66	ปีงบ67	ปีงบ68	ปีงบ 69	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69	
รพท.สตูล (A)	310	23,496	23,955	23,855	13,834	94,492	89,816	88,166	50,409	75.04	82.02	80.51	76.70	7 เดือน
รพช.ควนโดน (S)	30	2,496	2,650	2,629	1,394	6,888	7,395	7,244	4,086	60.88	59.59	58.37	64.25	7 เดือน
รพช.ควนกาหลง(S)	30	2,270	2,622	2,680	1,664	6,605	7,551	8,227	6,024	48.91	57.47	75.13	94.72	7 เดือน
รพช.ท่าแพ (S)	30	2,171	3,320	5,505	2,474	6,212	20,001	40,843	18,524	56.73	79.42	104.57	291.26	7 เดือน
รพช.ละงู (S ⁺)	90	6,333	6,866	8,307	5,691	22,549	23,804	25,443	17,168	66.43	47.95	77.45	89.98	7 เดือน
รพช.ทุ่งหว้า (S)	30	2,269	2,195	2,087	1,322	6,107	5,554	5,624	3,640	50.70	50.72	44.02	57.23	7 เดือน
รพช.มะนัง (S)	30	2,026	2,437	2,455	1,461	6,187	7,850	8,101	4,345	52.97	67.21	69.35	68.32	7 เดือน

ที่มา : <http://cmi.healtharea.net/site/index> ปี พ.ศ.2566 – 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2569

สถานการณ์ทางระบาดวิทยา

สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดสตูล พ.ศ. 2569

จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance สถานบริการในพื้นที่จังหวัดสตูล พบว่า โรคที่มีความสำคัญและต้องเร่งดำเนินการติดตามปัญหา ป้องกัน และควบคุมโรค ในปี พ.ศ.2569 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2569) โรคที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานในช่วงเวลาเดียวกัน ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้เลือดออก โรคสุกใส โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคเลปโตสไปโรสิส โรคติดเชื้อไวรัสฮิสตาอี และโรคไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดต่อที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วยสูงสุด 656.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคปอดอักเสบ มีอัตราป่วย 173.07 ต่อประชากรแสนคน และ โรคไข้หวัดใหญ่ มีอัตราป่วย 70.21 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนป่วย อัตราป่วยต่อแสนประชากร จำนวนตาย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2569

ลำดับ	โรค	ป่วย (ราย)			อัตราป่วย (ต่อประชากร แสนคน)	ตาย (ราย)	อำเภอที่มีอัตราป่วย ต่อประชากรแสน คนสูงสุด
		OPD	IPD	รวม			
1	โรคอุจจาระร่วง	1,898	235	2,133	656.28	0	มะนัง (934.43)
2	โรคปอดอักเสบ	459	103	562	173.07	0	มะนัง (485.90)
3	โรคไข้หวัดใหญ่	215	13	228	70.21	0	ท่าแพ (93.28)
4	โรคไข้เลือดออก	72	78	150	46.19	0	ท่าแพ (119.93)
5	โรคสุกใส	137	0	137	42.91	0	ท่าแพ (93.28)
6	โรคอาหารเป็นพิษ	87	7	94	29.29	0	ละงู (49.98)
7	โรคมือเท้าปาก	19	5	24	7.39	0	ละงู (18.91)
8	โรคเลปโตสไปโรสิส	5	5	10	3.08	0	มะนัง (10.67)
9	ติดเชื้อไวรัสฮิสตาอี	6	2	8	2.46	0	ละงู (4.05)
10	โรคไวรัสโคโรนา 2019	3	2	5	1.54	0	ทุ่งหว้า (4.07)

ที่มา : แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2568

สถานการณ์โรค โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2569

1. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

ปี พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ได้รับรายงานผู้ป่วย 2,133 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 656.28 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ลักษณะการเกิดโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จังหวัดสตูลมีลักษณะการระบาดพบได้ตลอดทั้งปี ในปี พ.ศ. 2569 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 2,318.10 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (836.62 ต่อประชากรแสนคน) กลุ่มอายุ 20 - 29 ปี (832.35 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอมะนัง อัตราป่วย 934.43 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอทุ่งหว้า, และอำเภอเมืองสตูล อัตราป่วยเท่ากับ 883.41 และ 723.31 ตามลำดับ

2. โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ปี พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ได้รับรายงานผู้ป่วย 562 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 173.07 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ลักษณะการเกิดโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จังหวัดสตูลมีลักษณะการระบาดพบได้ตลอดทั้งปี ในปี พ.ศ.2569 ลำดับกลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 1,006.20 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป (377.02 ต่อประชากรแสนคน) กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (201.65 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอมะนัง อัตราป่วย 485.90 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอท่าแพ และอำเภอเมืองสตูล อัตราป่วยเท่ากับ 339.80 และ 170.50 ตามลำดับ

3. โรคไขหวัดใหญ่ (Influenza)

ปี พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ได้รับรายงานผู้ป่วย 228 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 70.21 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ลักษณะการเกิดโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จังหวัดสตูลมีลักษณะการระบาดที่พบได้ตลอดทั้งปี ในปี พ.ศ.2569 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 206.70 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (146.70 ต่อประชากรแสนคน) และกลุ่มอายุ 20 - 29 ปี (95.30 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอท่าแพ อัตราป่วย 93.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอควนกาหลง และอำเภอเมืองสตูล อัตราป่วยเท่ากับ 81.75 และ 78.81 ตามลำดับ

4. โรคไข้เลือดออก (Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever, Dengue shock syndrome)

ปี พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ได้รับรายงานผู้ป่วย 150 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 46.19 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 140.40 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (146.70 ต่อแสนประชากร) และกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี (80.60 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอท่าแพ อัตราป่วย 119.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอละงู และอำเภอทุ่งหว้า อัตราป่วยเท่ากับ 77.00 และ 44.79 ตามลำดับ

5. โรคสุกใส (Chickenpox)

ปี พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ได้รับรายงานผู้ป่วย 137 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 42.91 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 113.10 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (110.00 ต่อแสนประชากร) และกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี (75.50 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอท่าแพ อัตราป่วย 93.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง อัตราป่วยเท่ากับ 73.29 และ 58.73 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวนป่วย อัตราป่วย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับ ปี 2566 - 2568

ปี 2566			ปี 2567			ปี 2568		
โรค	จำนวน	อัตรา	โรค	จำนวน	อัตรา	โรค	จำนวน	อัตรา
โรคปอดอักเสบ	1,347	414.08	โรคปอดอักเสบ	2,518	774.05	โรคอุจจาระร่วง	4,365	1,344.10
โรคไวรัสโคโรนา 2019	936	287.73	โรคไข้หวัดใหญ่	1,959	602.21	โรคไข้หวัดใหญ่	3,287	1,016.93
โรคไข้หวัดใหญ่	823	252.99	โรคไวรัสโคโรนา 2019	900	276.67	โรคปอดอักเสบ	2,061	637.63
โรคไข้เลือดออก	647	198.89	โรคไข้เลือดออก	217	66.71	โรคมือเท้าปาก	1,012	311.63
โรคมือเท้าปาก	297	91.30	โรคสุกใส	183	56.26	โรคไวรัสโคโรนา 2019	974	301.33

ที่มา : แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ปี 2566 พบว่าโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด จำนวน 1,347 ราย อัตราป่วย 414.08 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ โรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 936 ราย อัตราป่วย 287.73 ต่อประชากรแสนคน โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 823 ราย อัตราป่วย 252.99 ต่อประชากรแสนคน โรคไข้เลือดออก จำนวน 647 ราย อัตราป่วย 198.89 ต่อประชากรแสนคน และโรคมือเท้าปาก จำนวน 297 ราย อัตราป่วย 91.30 ต่อประชากรแสนคน

ปี 2567 พบว่าโรคปอดอักเสบยังคงเป็นโรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2,518 ราย อัตราป่วย 774.05 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 1,959 ราย อัตราป่วย 602.21 ต่อประชากรแสนคน โรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 900 ราย อัตราป่วย 276.67 ต่อประชากรแสนคน โรคไข้เลือดออก จำนวน 217 ราย อัตราป่วย 66.71 ต่อประชากรแสนคน และโรคสุกใส จำนวน 183 ราย อัตราป่วย 56.26 ต่อประชากรแสนคน

ปี 2568 พบว่าโรคอุจจาระร่วงมีอัตราป่วยสูงสุด จำนวน 4,365 ราย อัตราป่วย 1,344.10 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 3,287 ราย อัตราป่วย 1,016.93 ต่อประชากรแสนคน โรคปอดอักเสบ จำนวน 2,061 ราย อัตราป่วย 637.63 ต่อประชากรแสนคน โรคมือเท้าปาก จำนวน 1,012 ราย อัตราป่วย 311.63 ต่อประชากรแสนคน และโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 974 ราย อัตราป่วย 301.33 ต่อประชากรแสนคน

โดยภาพรวมพบว่า โรคระบบทางเดินหายใจและโรคติดต่อทางอาหารและน้ำยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงและโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2568 ขณะที่โรคไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับช่วงการระบาดในอดีต แต่ยังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่ที่มีการรวมตัวของประชาชนจำนวนมาก

ส่วนที่ 2
ยุทธศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ชีวิตดี..
ที่สตูล



แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2570 ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

วิสัยทัศน์ (Vision)

วิสัยทัศน์เป็นเข็มทิศนำไปสู่การพัฒนาในอนาคต เป็นภาพฝันที่ใช้เป็นเส้นทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัดสตูลในช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - 2570 โดยกำหนดไว้ดังนี้

**“ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล ภายในปี พ.ศ.2570”**

คำอธิบายวิสัยทัศน์

1. ระบบสุขภาพเป็นเลิศ หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการที่ดี ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นธรรม เท่าเทียม และมีความยั่งยืน โดยมีการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพให้เป็นเลิศติด 1 ใน 3 ของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ใน 4 ด้านหลัก ดังนี้

- 1.1 ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 1.2 ด้านสถานบริการผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม
- 1.3 ด้านระบบสุขภาพดิจิทัล
- 1.4 ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ

2. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดสตูล มีการพัฒนาและขับเคลื่อนสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดสตูล มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขลดลง และประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เท่าเทียม และครอบคลุมในทุกพื้นที่

พันธกิจ (Mission)

ภายในปี พ.ศ. 2570 หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดสตูล มีกรอบการดำเนินงานตามภารกิจ และความจำเป็นของการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ ดังนี้

1. พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการด้วยหลักธรรมาภิบาล
4. การพัฒนางานด้านสาธารณสุขด้วยระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่
5. พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ

คำนิยาม

SATUN: ชีวิตที่ดีที่ “สตูล” งานได้ผล คนเป็นสุข

คำนิยาม SATUN คือหลักยึดที่ขับเคลื่อนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดคือ “สตูล...สุขที่คุณสัมผัสได้” โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. S: SMART SYSTEM/ SMART SERVICE/ SMART PEOPLE

1.1 SMART SYSTEM: การพัฒนาระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และสอดคล้องกับยุคดิจิทัล เช่น ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน การลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน

1.2 SMART SERVICE: การให้บริการที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างตรงจุด

1.3 SMART PEOPLE: การพัฒนาบุคลากรให้เป็น “คนเก่ง” ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะที่ทันสมัย และพร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ

2. A: ACHIEVEMENT AND ACTIVE

2.1 ACHIEVEMENT: การมุ่งมั่นสร้างผลงานที่เป็นรูปธรรมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่หยุดนิ่งในการพัฒนา

2.2 ACTIVE: การทำงานเชิงรุก มีความกระตือรือร้น และพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์อย่างทันทั่วทั้ง

3. T: TALENT AND TECHNOLOGY

3.1 TALENT: การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษ (Talent) ในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร

3.2 TECHNOLOGY: การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับการให้บริการ

4. U: UTILITY

4.1 UTILITY: การทำงานที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและส่วนรวม ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

5. N: NETWORK

5.1 NETWORK: การสร้างและรักษาความร่วมมือกับทุกภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อให้การทำงานด้านสาธารณสุขเป็นของทุกคนในสังคม

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

“คนสตูลมีสุขภาวะที่ดี”

ประชาชนจังหวัดสตูล มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญหา โดยมีการกำหนดเป้าประสงค์ย่อย และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPI Final Outcome) ที่ใช้วัดความสำเร็จ ภายในปี พ.ศ.2570 ดังนี้

1. สุขภาวะด้านกาย

1.1 เป้าประสงค์ย่อย: ประชาชนสตูลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคสำคัญในพื้นที่

1.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1.2.1 อายุคาดเฉลี่ย (LE) ประชากรจังหวัดสตูล ไม่น้อยกว่า 80 ปี

1.2.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ไม่น้อยกว่า 73 ปี

1.2.3 อัตราป่วยและเสียชีวิตของโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข 5 อันดับแรก ลดลง ร้อยละ 20

2. สุขภาวะด้านจิต

2.1 เป้าประสงค์ย่อย: ประชาชนสตูลมีสุขภาพจิตที่ดี ลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด การฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด

2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

2.2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อแสนประชากร

2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) $\geq$ ร้อยละ 72

3. สุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

3.1 เป้าประสงค์ย่อย: ปัจจัยกำหนดสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อาหารปลอดภัย น้ำสะอาด และความร่วมมือทางสังคม การยกระดับมาตรฐาน Green & Clean Hospital การเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนจาก อปท. เป็นหัวใจสำคัญของเป้าประสงค์นี้

3.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

3.2.1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพผ่านมาตรฐาน Green & Clean Hospital $\geq 90\%$

4. สุขภาวะด้านปัญญา

4.1 เป้าประสงค์ย่อย: การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดภาระของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งจังหวัดสตูลมีทุนทางสังคม เช่น ศาสนาและภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สามารถใช้สร้างค่านิยมสุขภาพที่ดีในระยะยาว

4.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

4.2.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป $\geq$ ร้อยละ 84

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดสตูล ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วย
วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 : พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ประชาชนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ด้วยระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก
- 2.2 พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 2.3 สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 3 ตัว ดังนี้

- 3.1 ความครอบคลุมในส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย
 - 3.1.1 ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (CAVITY FREE)
 - 3.1.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน
 - 3.1.3 ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง
 - 3.1.4 ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน EPI
 - 3.1.5 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม
 - 3.1.6 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 3.1.7 ร้อยละการคัดกรองยาเสพติด
- 3.2 อัตราป่วยรายใหม่และอัตราตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง
 - 3.2.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี
 - 3.2.2 อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตรายใหม่ลดลง
 - 3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี
 - 3.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
 - 3.2.5 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
 - 3.2.6 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คบส./อวล.
 - 3.3.1 ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้มาตรฐาน
 - 3.3.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการด้านเภสัชกรรม ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
 - 3.3.3 ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เท่าเทียม รวดเร็ว และปลอดภัย

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ
- 2.2 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล
- 2.3 พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 2 ตัว ดังนี้

- 3.1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 90)
- 3.2 ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

การบริหารจัดการสุขภาพจังหวัดสตูลมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
- 2.2 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร
- 2.3 ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร
- 2.4 พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 7 ตัว ดังนี้

- 3.1 ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3
- 3.2 ร้อยละหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2
- 3.3 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน
- 3.4 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ
- 3.5 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์ ITA
- 3.6 จำนวนงานวิจัย/R2R /นวัตกรรม
- 3.7 ร้อยละของบุคลากรที่มีทักษะ/สมรรถนะใหม่

ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 : สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วย วิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

จังหวัดสตูลมีระบบสุขภาพดิจิทัลที่ทันสมัย ปลอดภัย เชื่อมโยงไร้รอยต่อ และใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร
- 2.2 พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน
- 2.3 พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ เชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน
- 2.4 สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล
- 2.5 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 7 ตัว ดังนี้

- 3.1 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการดิจิทัล ($\geq 85\%$)
- 3.2 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อ Personal Health Record (PHR) $\geq 90\%$
- 3.3 จำนวนการให้บริการ Telemedicine $\geq 5,000$ ครั้ง/ปี

- 3.4 มีระบบ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบ Real-time (ระดับจังหวัด 1 ระบบ, ระดับอำเภอ 1 ระบบ)
- 3.5 จำนวนนวัตกรรม ด้านดิจิทัล นำมาใช้จริง (อำเภอละ 1 ผลงาน)
- 3.6 ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ($\geq 80\%$)
- 3.7 ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Cybersecurity (CTAM) $\geq 90\%$

ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 : พัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

2. กลยุทธ์

- 2.1 บูรณาการเครือข่ายสุขภาพชายแดนและแรงงานข้ามชาติ
- 2.2 เสริมพลังชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพอย่างยั่งยืน
- 2.3 เสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 2 ตัว ดังนี้

- 3.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 100)
- 3.2 จำนวนโครงการ/กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 60)

กลยุทธ์

- 1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก
- 2. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 3. สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ
- 4. พัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ
- 5. พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล
- 6. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ
- 7. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
- 8. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร
- 9. ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร
- 10. พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร
- 11. พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร
- 12. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน
- 13. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ เชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน
- 14. สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล
- 15. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร

ตารางที่ 18 สรุปกลยุทธ์และตัวชี้วัดหลักตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค	1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก 2. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น 3. สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ	1. ความครอบคลุมในส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย 1.1 ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (CAVITY FREE) 1.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยสูงที่สุดมีส่วนร่วม 1.3 ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง 1.4 ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน EPI 1.5 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม 1.6 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1.7 ร้อยละการคัดกรองยาเสพติด 2. อัตราป่วยรายใหม่และอัตราตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง 2.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 2.2 อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตรายใหม่ลดลง 2.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2.5 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 2.6 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคส./อวล. 3.1 ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้มาตรฐาน 3.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการด้านเภสัชกรรม ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 3.3 ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ	- พัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ - พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล - พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ	- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 90) - ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ - สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร - ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร - พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร	- ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 - ร้อยละหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน - ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์ ITA - จำนวนงานวิจัย/R2R /นวัตกรรม - ร้อยละของบุคลากรที่มีทักษะ/สมรรถนะใหม่
ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วยวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล	- พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร - พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน - พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ เชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน - สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล - สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร	- ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการดิจิทัล ($\geq 85\%$) - ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อ Personal Health Record (PHR) $\geq 90\%$ - จำนวนการให้บริการ Telemedicine $\geq 5,000$ ครั้ง/ปี - มีระบบ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบ Real-time (ระดับจังหวัด 1 ระบบ, ระดับอำเภอ 1 ระบบ) - จำนวนนวัตกรรม ด้านดิจิทัล นำมาใช้จริง (อำเภอละ 1 ผลงาน) - ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ($\geq 80\%$) - ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Cybersecurity (CTAM) $\geq 90\%$

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 พัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ	1. บูรณาการเครือข่ายสุขภาพชายแดนและแรงงานข้ามชาติ 2. เสริมพลังชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพอย่างยั่งยืน 3. เสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพ	1. ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 100) 2. จำนวนโครงการ/กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 60)

สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข จังหวัดสตูล ประจำปี 2569

จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้ดำเนินการสรุปลำดับของปัญหาโดยจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ปัญหาสาธารณสุขด้านโรคและภัยสุขภาพ

ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย การแพร่ระบาดของโรค ภาวะเรื้อรัง ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือภัยสุขภาพต่าง ๆ ที่ส่งผลโดยตรงต่อการเจ็บป่วย การพิการ และการเสียชีวิตของประชาชน ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข จำนวน 10 อันดับ ดังนี้

- (1) โรคไข้เลือดออก
- (2) โรคเบาหวาน
- (3) โรคมะเร็ง
- (4) โรคความดันโลหิตสูง
- (5) STEMI
- (6) Stroke
- (7) โรคไต
- (8) วัณโรค
- (9) โรคมือเท้าปาก
- (10) Sepsis

2) ปัญหาสาธารณสุขด้านสังคม

ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรม หรือสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ดังนี้

- (1) สุขภาพจิตและยาเสพติด
- (2) ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- (3) ปัญหาพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ
- (4) ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก
- (5) ภาวะช็อคในหญิงวัยเจริญพันธุ์/มารดา/เด็กปฐมวัย
- (6) มารดาคลอดก่อนกำหนด
- (7) ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3) ปัญหาสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไกการจัดการด้านสาธารณสุข เช่น การบริหารบุคลากร งบประมาณ โครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการ การใช้ข้อมูล และความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยปัญหาด้านนี้ไม่ได้ปรากฏชัดจากการใช้ทฤษฎี 5D แต่สามารถสกัดและวิเคราะห์ได้จากผลการวิเคราะห์ SWOT (จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค) ของระบบสาธารณสุข

(1) ด้านบุคลากร

- บุคลากรไม่เพียงพอในหลายวิชาชีพ
- ภาระงานสูง (เอกสาร/ระบบ IT มากเกินไป)
- ขาดแรงจูงใจ (ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า การจัดสรรไม่สมดุล)
- บุคลากรบางส่วนขาดทักษะสำคัญ (ภาษา, IT, Digital Health/AI, การเงิน/พัสดุ, R2R)

(2) ด้านงบประมาณ

- งบประมาณไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ต้องพึ่งพาหลายแหล่ง
- การจัดสรรงบประมาณยังไม่สอดคล้องความจำเป็นในพื้นที่
- หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

(3) ด้านทรัพยากร/ระบบสารสนเทศ

- ระบบ HIS ไม่เชื่อมโยงกัน ข้อมูลซ้ำซ้อน ภาระงานบันทึกสูง และเสี่ยงด้าน Cyber security
- อุปกรณ์และเทคโนโลยียังไม่ทันสมัย รองรับ Digital Health/Telemedicine ได้จำกัด
- โครงสร้างพื้นฐานบางส่วนยังขาดความพร้อม (โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล/ชายแดน/เกาะ)
- มีความเสี่ยงจาก Climate Change และภัยพิบัติ ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการทรัพยากรสุขภาพ

ส่วนที่ 3

ประเด็นการตรวจราชการและ
นิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข
กรณีปกติ รอบที่ 2

ชีวิตดี..
ที่สตูล

ประเด็นที่ 1 : มารดาตาย การกตายน

มารดาตาย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 15 ต่อ แสนการเกิดมีชีวิต

2. สถานการณ์

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสตูล 3 ปี ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 จังหวัดสตูลไม่มีมารดาเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68- พ.ค.69) พบว่า มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย ด้วย VT,PAS และ Cardiac Arrest จากการทบทวนมารดาเสียชีวิต

ตารางที่ 19 อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีวิต) ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และ จังหวัด

ปีงบประมาณ	ประเทศ	เขตสุขภาพที่ 12	จังหวัดสตูล
2566	25.86	23.57	0
2567	25.86	21.98	0
2568	19.89	32.39	0
2569 (ต.ค 68 - พ.ค. 69)	24.48	49.83	75.82 (1 ราย)

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่อง อนามัยแม่และเด็ก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ค.ค. 68 - พ.ค.69)	ภาพรวม จังหวัด	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ≤ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	83.95	81.62	78.78	เป้าหมาย	950	325	92	57	90	227	94	65
					ผลงาน	798	267	77	52	87	188	77	50
					ร้อยละ	84	82.15	83.70	91.23	96.67	82.82	81.91	76.92
2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 75)	76.46	71.77	69.30	เป้าหมาย	940	325	91	55	87	224	94	64
					ผลงาน	691	241	65	47	75	151	72	40
					ร้อยละ	73.51	74.15	71.43	85.45	86.21	67.41	76.60	62.50
3.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล 8 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 50)	19.27	17.74	13.63	เป้าหมาย	940	325	91	55	87	224	94	64
					ผลงาน	126	55	9	10	13	16	19	4
					ร้อยละ	13.40	16.92	9.89	18.18	14.94	7.14	20.21	6.25
4	ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 75)	91.27	85.23	79.18	เป้าหมาย	1,116	380	112	68	103	272	103	78
					ผลงาน	852	306	95	55	95	177	82	42
					ร้อยละ	76.34	80.53	84.82	80.88	92.23	65.07	79.61	53.85
5	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (น้อยกว่า 14)	27.04	20.23	15.37	เป้าหมาย	758	266	74	48	57	170	84	59
					ผลงาน	147	55	21	7	3	42	13	6
					ร้อยละ	19.39	20.68	28.38	14.58	5.26	24.71	15.48	10.17
6	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม (ไม่เกินร้อยละ 7)	8.37	8.51	8.58	เป้าหมาย	973	350	104	84	110	175	91	59
					ผลงาน	84	30	8	5	16	17	6	2
					ร้อยละ	8.63	8.57	7.69	5.95	14.55	9.21	6.59	3.39
7	ร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนด (ไม่เกิน ร้อยละ 9)	10.97	9.29	11.39	เป้าหมาย	1,333	1,081	15	28	0	150	33	26
					ผลงาน	184	161	0	0	0	16	3	4
					ร้อยละ	13.80	14.49	0	0	0	10.67	9.09	15.35
8	การคัดกรองความเครียด (ST-5) ในหญิงตั้งครรภ์ (เป้าหมายร้อยละ 90)	40.96	36.74	35.86	เป้าหมาย	933	321	90	57	89	223	89	64
					ผลงาน	417	118	47	24	68	51	80	29
					ร้อยละ	44.69	36.76	52.22	42.11	76.40	22.87	89.89	45.31
9	การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในหญิงตั้งครรภ์ (เป้าหมายร้อยละ 90)	62.10	53.22	49.01	เป้าหมาย	934	321	91	57	89	223	89	64
					ผลงาน	541	197	64	26	73	54	81	46
					ร้อยละ	57.92	61.37	70.33	45.61	82.02	24.22	91.01	71.88

ที่มา : HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. 4 P <u>P1 Plan of pregnancy ก่อนการตั้งครรภ์</u> - ควบคุมโรค NCD และโรคเรื้อรังในวัยเจริญพันธุ์ - มีการวางแผนครอบครัวเพื่อการเตรียมตัวตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ - การจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร - ให้คำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยคู่สมรสที่มีปัญหา มีบุตรยาก - เตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร <u>P 2 Plan of ANC การฝากครรภ์คุณภาพ</u> NO ANC 19 ราย อำเภอละงู 7 ราย อำเภอเมืองสตูล 4 ราย อำเภอท่าแพ 3 ราย อำเภอทุ่งหว้า อำเภอมะนัง อำเภอควนโดน อำเภอควนกาหลง อำเภอละ 1 ราย และนอกเขตจังหวัดสตูล 1 ราย สาเหตุหลัก คือ ไม่ทราบว่าเป็นตัวเอง ตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.63 ใช้สารเสพติด 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31.57 ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ ดังต่อไปนี้ มีภาวะซีดในมารดา หลังคลอด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 และทารกมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.05 - มีการคัดกรองความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด 106 ราย GDM 71 ราย คิดเป็น 66.98 รองลงมา PIH 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.26 Asthma 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.55 DM 5 ราย ร้อยละ 4.72 Thyroid 5 ราย ร้อยละ 4.72 HT 3 ราย ร้อยละ 2.83 และ Heart 1 ราย ร้อยละ 0.93 - มีแผนการดูแลครรภ์เสี่ยง แยกเป็นรายโรคมีระบบติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงที่มีโรคร่วม - มีป้องกันการคลอดก่อนกำหนด บูรณาการเครือข่ายระดับจังหวัด - ป้องกันภาวะซีดด้วยยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต <u>P 3 Plan of Delivery การคลอด</u> One province One Labor Room - จัดให้มีการตรวจติดตามโดยแพทย์ เช่น การทำอัลตราซาวด์ การคัดกรองและติดตามความเสี่ยง ฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงครอบคลุม High Risk Care มีระบบดูแล ให้คำปรึกษา การส่งต่อครรภ์ปกติและครรภ์เสี่ยง โดยสูติแพทย์ และอายุรแพทย์อย่างต่อเนื่อง - วางระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง - การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - มีห้องคลอดคุณภาพ ประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกก่อนคลอด พร้อมใช้เครื่องมือ เช่น NST และ Partogram ดูแลการคลอด และมีมาตรการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและแผนอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแก่บุคลากรในเครือข่าย - สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปราะบาง และด้อยโอกาส เช่น หญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงและมีฐานะยากจน - ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.สำหรับจัดทำโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก แผนการดูแลหลังคลอด - ขับเคลื่อนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก MCH Board/service plan /Near miss conference <u>P 4 Plan of postpartum การดูแลหลังคลอดคุณภาพ</u> - เยี่ยมบ้านหลังคลอดตามเกณฑ์ 3 ครั้ง ที่กำหนด - จัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีการเฝ้าระวัง ภาวะ Postpartum Blues โดยการคัดกรองความเครียด และคัดกรองซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด - Discharge Planning วางแผนการจำหน่ายพร้อมติดตามต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หากพบภาวะที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง การวางแผนครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดหลังคลอด 2. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มีระบบเฝ้าระวังคัดกรอง และติดตามหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงหลังคลอดเชื่อมโยงกับหน่วยสุขภาพจิต มีการสื่อสารข้อมูลหญิงเสี่ยงระหว่าง ANC→LR → PP care มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงคลินิกสุขภาพจิต มีข้อมูลการติดตามประเมินสุขภาพจิตด้วย EPDS หลังคลอด มีการให้ความรู้/สื่อให้คำปรึกษา เช่น การเลี้ยงลูก การจัดการความเครียด ผลการคัดกรองความเครียด (ST-5) ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.96 (เป้าหมายร้อยละ 90) การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 57.92 (เป้าหมายร้อยละ 90) 3. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ มีการคัดกรองการใช้สารเสพติดทั้งในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดในจังหวัดสตูล มีการออกแบบการดูแลร่วมกับจิตเวชยาเสพติด และส่งคนส่งเคราะห์ประกอบด้วยการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกหลังคลอดและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ใช้สารเสพติดทั้งหมด 28 ราย 4. มีระบบ One Province One Labor room แยกเป็น 2 Node ได้แก่ 1) Node รพ.ละงู มีสูติแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 1 คน รับผิดชอบ รพ.ละงู รพ.ทุ่งหว้า 2) Node รพ.สตูล มีสูติแพทย์ 5 คน กุมารแพทย์ 5 คน รับผิดชอบ รพ.ควนโดน รพ.มะนัง รพ.ท่าแพ รพ.ควนกาหลง ระบบการทำงาน ใช้ระบบ Line ชื่อ "One province one labour room satun รายงานเคส ก่อน 10.00 น. เพื่อ Active Refer หลัง 10.00 น.รายงาน Case รับใหม่ ทุกราย วันราชการ ระบบที่ รพ.ละงูทำงานปกติ ระบบจะทำงานรวมที่ รพ.สตูล

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	แนวทางการดำเนินงาน 1.ส่งต่อข้อมูล และในกลุ่ม และมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 2.Early Refer ใน Case ที่ไม่มี Indication ในการ Refer
กำลังคนที่ให้บริการ	5. ศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ – คลอดเสี่ยงสูงและการจัดสรรบุคลากร - บุคลากรมีแผนการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทุก รพช. และมีการประชุมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดในปี 2569 - ทบทวน case near miss 2 เคส ในการประชุม MCH board มีการจัดประชุมเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในจังหวัด เมื่อ 27 มีนาคม 2569 - นิเทศติดตามการจำลองภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	6. ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูล SP สาขาแม่และเด็ก ข้อมูลครรภ์เสี่ยงครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้ - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูล - ความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา - การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุ - การทบทวน Near Miss - การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน พัฒนา และลด MMR ติดตามการลงบันทึก รายงาน SP สาขาแม่และเด็ก และข้อมูลจาก HDC เพื่อรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบ ในการประชุมกบวป.
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	7. มีระบบ Fast Track OB Refer - คลังเลือด/ยา พร้อม 24 ชม. - ห้องคลอดและหอผู้ป่วยมีเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฉุกเฉินครบ เช่น MgSO₄, xytocin, methergine, Cytotec, Blood Product มีการสำรองเตียง ICU สำหรับผู้ป่วยสูติกรรม
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	8. มีคณะกรรมการMCH Board ,SP เพื่อขับเคลื่อนสู่ Zero MMR ระดับจังหวัด/เขต กำหนดประชุม 2 ครั้ง - มีแผนขับเคลื่อนและติดตามผลทุก 1 เดือน

(ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัยในคลินิกบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ รวมถึงการจัดบริการห้องคลอดในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ให้ได้ตามเกณฑ์ห้องคลอดคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดเกิดรอดแม่ปลอดภัย ซึ่งผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ปี 2569 (ข้อมูลวันที่ 31 พฤษภาคม 2569) ดังนี้ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดาไทยที่ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดสตูล

ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ซึ่งมีมารดาเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น 75.82 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (เกิดมีชีพ 1,318) มีสาเหตุมาจากหญิงตั้งครรภ์ปิดข้อมูลและปฏิเสธโรคประจำตัว

3.3 สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30 ผลการดำเนินงาน ระดับการประเมิน ดังต่อไปนี้

คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
อัตราส่วนการตายมารดาไทย 75.82 ต่อ แสนการเกิดมีชีพ คะแนนที่ได้ 2 Score (= 2 x 0.7) ทำได้ 1.4 คะแนน	การให้บริการสุขภาพ 1.Set Zero MMR – 4P for Plane 5 คะแนน 2.มีการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะซีมเศร้า ในหญิงตั้งครรภ์ 4 คะแนน 3.มีการเฝ้าระวังคัดกรองสารเสพติดใน หญิงตั้งครรภ์ 4 คะแนน 4.มีระบบ One province one labor 5 คะแนน กำลังคนที่ให้บริการ 5.ศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์-คลอดเสี่ยงสูงและ การจัดสรรบุคลากร 5 คะแนน ระบบงานและการจัดการข้อมูล 6.ระบบงานและการจัดการข้อมูล MMR ถูกต้องและใช้ประโยชน์ได้ 5 คะแนน การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี 7.มีระบบ Fast Track OB Refer 5 คะแนน ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบ สุขภาพ 8.มีคณะกรรมการ MCH และ SP เพื่อ ขับเคลื่อนสู่ Zero MMR ระดับจังหวัด 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม $5+4+4+5+5+5+5+5 = 38/8=4.75$ $(4.75 \times 2) \times 0.15=1.43$ ทำได้ 1.43 คะแนน	- การเข้าถึงบริการ 5 คะแนน - ความครอบคลุมการรักษา 1 คะแนน - การรักษาตามมาตรฐานบริการ 5 คะแนน - ประสิทธิภาพของการรักษา 2 คะแนน $คะแนน\ 5+1+5+2=13/4=3.25$
สรุปคะแนนภาพรวม 1.4+1.43+0.97=		3.80 คะแนน

ภาพรวมผลวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ : พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยจังหวัดสตูล 78.82 แส่นการเกิดมีชีพ มีมารดาตาย 1 ราย ภาพรวมการดำเนินงานจังหวัดสตูล คะแนนได้ 3.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1) ระบบการฝากครรภ์คุณภาพและดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเชิงรุก เน้นการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย พร้อมบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและ อสม. เพื่อติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางในชุมชนอย่างใกล้ชิด

2) เพิ่มประสิทธิภาพเครือข่ายส่งต่อและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (One Province One Labor Room) ขยับเลื่อนระบบปรึกษาและส่งต่อผ่านช่องทางด่วน (Fast Track) โดยมีสูติแพทย์กำกับดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมจัดซ้อมแผนเผชิญเหตุและจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน (Maternal & Neonatal Emergency) เพื่อลดอัตราตายทารกแรกเกิดและป้องกันการตายมารดาให้เป็นศูนย์อย่างยั่งยืน

3) บูรณาการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เร่งรัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยให้แต่ละสถานบริการโรงพยาบาล และรพ.สต.ประชาสัมพันธ์สื่อเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกช่องทางการสื่อสาร

4) จัดทำข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลระดับจังหวัด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับคลินิกเอกชน และสถานบริการของรัฐ

5) จัดทำ flow chart การ refer pregnancy with arrest

4.2 ผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน ปี 2569

1) ประชุมติดตามประเมินความพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมผ่านการจำลองสถานการณ์ร่วมกับ รพช. ทั้ง 6 รพช. ในเดือนพฤษภาคม 2569 ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเรียบร้อย

2) ประชุมคณะกรรมการคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด วันที่ 2 เมษายน 2569 และประชุม MCH board จังหวัดสตูล วันที่ 19 ธันวาคม 2568

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ กลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล วันที่ 27 มีนาคม 2569

4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ แก่ อสม หมอคนที่ 1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ วันที่ 24 เมษายน 2569

5) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้งานระบบสารสนเทศ โครงการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด กรกฎาคม 2569

6) ประชุมวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2569

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ในหญิงครรภ์เสี่ยงที่ไม่ยอมมารับบริการวางแผนครอบครัวให้หน่วยบริการในพื้นที่ลงบริการวางแผนครอบครัวเชิงรุก และติดตามใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.2 หญิงตั้งครรภ์ปิดข้อมูลและปฏิเสธโรคประจำตัว

5.3 อุปกรณ์การ Monitor NIBP ในเคสเสี่ยงสูง ไม่เพียงพอ

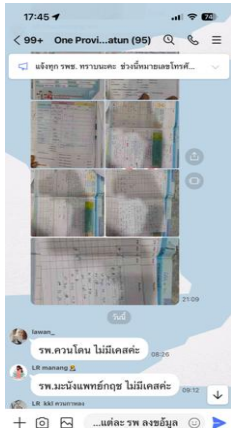
5.4 หน่วยงานควรมีแผนซ้อม NCPR ร่วมด้วยพร้อมกับการจัดหาอุปกรณ์ที่เพียงพอ เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและฟื้นฟู NCPR สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล refer/ER

- 5.5 การเพิ่มสมรรถนะบริหารยา PPH ในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ
- 5.6 การ Monitor หลังการให้ยา MgSO₄
- 5.7 ควรมีการฝึกทำคลอดท่าก้น ฝึกการล้วงรก ใน รพช.

6. ภาพการดำเนินงาน

One province one labour room satun

ชี้แจงการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก



ประชุมคณะกรรมการคณะทำงานขับเคลื่อน
โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

ประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิง
รุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ (จนท.) เพื่อลด
ภาวะคลอดก่อนกำหนด



การประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ แก่ อสม.
หมอนคนที่ 1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก
เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ ก่อนกำหนด

ประชุมติดตามประเมินความพร้อมภาวะฉุกเฉิน
ทางสูติกรรมผ่านการจำลองสถานการณ์ ร่วมกับ
รพช.



ทบทวนวิเคราะห์การตายของมารดา



ผู้รายงาน นางเบญจวรรณ ใจเย็น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 093-6653887
E-mail Benjawanjaiyen@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 1 มิถุนายน 2569

ทารกตาย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป้าหมาย : < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต

2.1 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ เป้าหมาย : $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีวิต

2.2 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมาย : > ร้อยละ 65

2. สถานการณ์

สถานการณ์การตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 คิดเป็น 2.01, 2.21 และ 1.35 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สตูล มีอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม เท่ากับ 1.49 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต (2 ราย/1,341) สาเหตุการเสียชีวิตจาก

Preterm 1 case : Case Severe RDS with Severe birth asphyxia (Apgar 3,3,3) รับRefer จาก รพ.มะนัง คลอด BBA ท้ากั้น ไม่ร้อง HR < 60 start CPR + PPV 10 cycle มารดา G1P1 GA 28 wks. By BS BW 1,050 gm อายุ 8 ชั่วโมง

Term 1 case : Case severe birth asphyxia with MAS มารดา G2P1 GA 37+6 wks. BW 3,720 gms. คลอด C/S due to P/S in labor Apgar 4, 4T, 4T อายุ 1 ชั่วโมง 35 นาที

สถานการณ์เตียง NICU ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวนเตียง NICU เท่ากับ 1 ต่อ 452 ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) (2,711/6)

สถานการณ์การใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 คิดเป็นร้อยละ 88.65 และปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - เมษายน 2569) คิดเป็นร้อยละ 94.54 (519/549)

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป้าหมาย : < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต

ตารางที่ 21 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลทุกแห่ง

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ 30 เม.ย 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เกิดมีชีพ	ทารกตาย	อัตรารายต่อพันทารกเกิดมีชีพ
ระดับประเทศ			< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	เมืองสตูล	1,032	2	1.94
7.04	4.33	4.21		ควนโดน	21	0	0
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	29	0	0
4.67	5.21	4.57		ท่าแพ	0	0	0
จังหวัดสตูล				ละงู	189	0	0
2.01	2.21	1.35		ทุ่งหว้า	45	0	0
				มะนัง	25	0	0
				รวม	1,341	2	1.49

ที่มา : ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลทุกแห่ง

ตัวชี้วัด : จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) เป้าหมาย : ≤1:300 ทารกเกิดมีชีวิต

ตารางที่ 22 จำนวนเตียง NICU ≤1:300 ทารกเกิดมีชีวิต

ปีงบประมาณ	จำนวนเตียง NICU ≤1:300 ทารกเกิดมีชีวิต		
	B	A	(A/B)×1000
2567	6	2,711	-
2568	6	2,430	-
2569	6	1,341 (2,682)	-
เฉลี่ย 3 ปีงบประมาณ	6/8	2,607	434/325

หมายเหตุ : A: จำนวนทารกเกิดมีชีวิตเฉลี่ยของปีงบประมาณเฉลี่ย 3 ปี B: จำนวนเตียง NICU

A/B: จำนวนเตียง NICU 1:300 ทารกเกิดมีชีวิต

*คำนวณเมื่อครบปีงบประมาณ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน (เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)

ตารางที่ 23 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่						
	ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน (เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)						
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)			ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ม.ค.68 – เม.ย.69)			รวมปีงบฯ 2569
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ	
เมืองสตูล	213	220	96.8	247	258	95.74	A=519
ละงู	26	29	89.7	33	42	78.57	B=549
ภาพรวมจังหวัด	239	249	95.98	280	300	93.33	94.54

หมายเหตุ : A = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยได้รับนมแม่อย่างเดียวหรือได้รับนมแม่ร่วมกับการ Fortified เมื่อจำหน่าย

B = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยจำหน่ายทั้งหมด

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด - มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตด้วย RCA ทุกราย - ทบทวนการ Resuscitate NB ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุง Guideline NCPR ใน รพ.สตูล (กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow NCPR Team การสื่อสารของทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นใน OR) และทบทวนระบบส่งต่อ case ออกจากโรงพยาบาลในจังหวัด - พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : จัดทำโครงการฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สหุติกรรมและ MCH Board ในการเยี่ยมประเมิน รพช. เครือข่าย และมีแผนส่งบุคลากร NICU SNB LR และ PP อบรม Update NCPR ของทุกปี - ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และมีการทบทวน case miss/Near miss conference - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด - พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สหุติกรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด : คัดกรองมารดาในกลุ่มเสี่ยง Early ANC และเพิ่มอัตราการใช้ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%, Intra uterine transfer - มีระบบการดูแลและคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยง : Warning sign RD score, SOS score, Screening Preterm Guideline, CPG/CNPG กลุ่มโรคสำคัญ Preterm with RDS

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress - พัฒนาการดูแลทารก PPHN เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี 2570 : ด้านการรักษาด้วย Nitric Oxide (เก็บข้อมูล OI ใน case PPHN ย้อนหลัง ปี 2567 - 2569 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน) 3. พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด - มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบ Fast Track Transfer Newborn ในทุก case ที่เกินศักยภาพ - พัฒนาศักยภาพ รพช. Node ละงู ในการรับผู้ป่วย sick newborn สามารถใช้ HHHFNC ได้ และรับ Refer Back ใน case รอเลี้ยงโต BW>1,200 gm - พัฒนาศักยภาพ รพช.เครือข่าย รับ Refer Back ใน case stable รอฉีดยา ATB - มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม ใน case ที่มีกายอุปกรณ์ เช่น Home O₂ On OG tube, Case CP และ Anomaly และเชื่อมการส่งต่อข้อมูล การส่งกลับกับทีมคณะกรรมการ service plan ทั้งจังหวัดในการติดตามต่อเนื่อง ที่ รพช.เครือข่าย 4. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารก Palliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม Palliative care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
กำลังคนที่ให้บริการ	1.พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด - มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (Neonatal Nurse Practitioner : NNP) ร้อยละ 60 และมีแผนพัฒนาส่งอบรมทุกปี - มีการสอนฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ร้อยละ 93.10 และมีแผนทบทวน Flow NCPR ปีละ 2 ครั้ง ร่วมกับ ลงประเมิน รพช.เครือข่ายปีละ 1 ครั้ง ปี 2569 รพช.เครือข่าย 6 แห่ง ได้รับการนิเทศร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 บุคลากร มีสมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด > ร้อยละ 80 (เฉลี่ย รวมร้อยละ 90.05)
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูล ในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดใน SP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและ เสียชีวิตครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้ - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถ ใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาต่อเนื่องได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถ ใช้ร่วมกันผ่าน Google drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อ ติดตามและพัฒนาร่วมกันผ่าน Line Application - การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตจากการทบทวน RCA ร่วมกัน ในทีมสหวิชาชีพ ผ่าน online/on site Conference

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	- มีระบบ Fast Track Transfer Newborn เพื่อให้ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความจำเป็นต้องได้รับสาร Surfactant ทุกราย - NICU มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในภาวะวิกฤติ เช่น HFOV และมี Neo puff พร้อมใช้ที่ห้องคลอด OR และ NICU/SNB มี set กู้ชีพ ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก แต่มีข้อจำกัดของอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นใน รพช. เครือข่าย ที่ไม่มี คือ Neo puff ครบทุกแห่ง (มะนังและควนกาหลงไม่มี Neo puff) - มีแผนพัฒนาการดูแลทารก PPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี 2570 (วิเคราะห์และเก็บข้อมูล OI ใน case PPHN ย้อนหลังปี 2567 - 2569 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน และอัตราการ refer out เกินศักยภาพใน case PPHN)
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	- มีแผนงบประมาณประจำปีที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านทารกแรกเกิด แต่ไม่ผ่านในบางโครงการเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ เช่น การจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ไนตริกออกไซด์, Neo puff/ Incubator (ใน รพช.) และการจัดโครงการฟื้นฟู NCPR ทุกปี
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- มีคณะกรรมการ SP ทารกแรกเกิด ทำงานร่วมกับ MCH Board และ SP สาขาแม่และเด็ก เพื่อขับเคลื่อนการดูแลทารกระดับจังหวัด กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน - รพ.สตูลเป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ขับเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกัน โดยจัดทำคู่มือการดูแลต่างๆ เช่น คู่มือการส่งต่อทารกในจังหวัด คู่มือ NCPR และแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิด เป็นต้น

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

1. อัตราทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระบบทางเดินหายใจ คือภาวะ PPHN มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2567 - 2569 พบ 1 ราย (dead), 4 ราย (จำหน่ายกลับบ้านได้ทั้ง 4 ราย) และ 3 ราย (Refer out ทั้ง 3 ราย) ในปี 2569 แพทย์พิจารณา Early refer out เกินศักยภาพ for Nitric Oxide ทั้งนี้อัตราการ refer out เกินศักยภาพใน case PPHN ในปี 2569 มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทาง มีเสียชีวิต 1 ราย และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 ราย จึงมีแผนพัฒนาการดูแลทารก PPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี 2570

2. แนวทางการเฝ้าระวัง Neonatal Sepsis ยังไม่ครอบคลุม ในปี 2568 พบทารกเสียชีวิตทั้งหมด 4 ราย โดยทั้ง 4 รายเสียชีวิตจาก Early sepsis ทั้งสิ้น จึงมีแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis เพิ่มการ Early detection Neonatal Sepsis (EOS, LOS) โดยการจัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี 2569 ส่งผลให้ในปี 2569 ไม่พบทารกที่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis

3. จำนวนทารกปว่ที่เกิดจากการดาใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2567 - 2569 มีจำนวน 28, 38 และ 5 ราย ตามลำดับ เป็นทารกคลอด preterm 10 ราย GA เฉลี่ย 35 wks. น้ำหนักเฉลี่ย 2,576 กรัม และทารกคลอดTerm 28 ราย NB NAS Score > 8 คะแนน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 พบภาวะแทรกซ้อนหายใจเร็ว 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.05 มีภาวะ Hypoglycemia 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 และมีอาการชัก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 ทั้งนี้ทารกทั้งหมดสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เนื่องจากมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับ เพื่อเตรียมผู้ดูแลและป้องกันทารกถูกทอดทิ้งจากความไม่พร้อมของบิดา มารดา และมีการติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ปว่ยนอกเขตเมือง เช่น รพช. Node ละงู ติดตามพัฒนาการต่อเนื่องทุก 2, 4 และ 6 เดือน ที่คลินิกสุขภาพจิต

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : Warning sign RD score, SOS score และส่งบุคลากร LR NICU PP อบรม Update NCPR ทุกปี พร้อมปรับปรุง Guideline NCPR ในรพ.สตูล และจัดทำโครงการ ฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สู่กิจกรรม ในรพช.

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ปว่ Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี 2569

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ปว่วิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress

4. พัฒนาการดูแลผู้ปว่ทารก PPHN เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี2570 : การรักษาด้วยNitric Oxide ผลการวิเคราะห์และเก็บข้อมูล OI ใน case PPHN ย้อนหลังปี 2567 - 2569 และอัตราการrefer out เกินศักยภาพใน case PPHN ดังนี้

ปี 2567 1 ราย ค่า OI = 16 ไม่ได้ Refer Out ผู้ปว่ dead ที่อายุ 2 วัน

ปี 2568 4 ราย ค่า OI = 32.68, 16.53, 19.35 และ 14.29 ไม่ได้ Refer Out ผู้ปว่ On HFOV+ ยา Iloprost จำหน่ายกลับบ้านได้ทั้ง 4 ราย

ปี 2569 (ธันวาคม 2568 - เมษายน 2569) 3 ราย Refer Out ผู้ปว่ทั้ง 3 ราย ได้รับการรักษา Nitric Oxide ตามแนวทาง รายที่1 ค่า OI = 27.5 ทารกเสียชีวิต และรายที่ 2,3 ค่า OI = 15.01, 14.3 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 ราย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหาสมรรถนะการดูแลผู้ปว่ PPHN ที่ต้องใช้การรักษาด้วย Nitric Oxide และความพร้อมทางด้านแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องพ่นยาชนิด Ultrasonic สำหรับพ่นยา Ilo Prost

5.2 สมรรถนะการช่วยชีวิตในNB/NCPR ของ รพช.เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรพ.สตูล

5.3 การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกปว่ที่เกิดจากการดาใช้สารเสพติดให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

5.4 เพิ่มโอกาสการส่งอบรมพยาบาลเฉพาะทาง NNP ให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ปว่ทารกวิกฤตในเขตสุขภาพ



5.5 การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกป่วยที่เกิดจากมารดาใช้สารเสพติด ควรมีการวางแผนดำเนินการให้สามารถตามต่อเนื่องในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย

5.6 การพัฒนาสมรรถนะฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ควรมีแผนบทวน Flow NCPR ทุกไตรมาส/ทุกปี ร่วมกับลงประเมิน รพช.เครือข่าย ปีละ 1 ครั้งหลังจากจัดโครงการ NCPR รพ.สตูล

ผู้รายงาน นางสาวสุวรรณา อาแว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 097-3457072
E-mail suwanna.awae@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ประเด็นที่ 2 : พัฒนาการเด็ก

พัฒนาการสมวัย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88

2. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 30 เมษายน 2569)

ด้านพัฒนาการ เด็กแรกเกิด - 5 ปี จำนวน 6,716 คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ จำนวน 6,569 คน ร้อยละ 97.81 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เมื่อวิเคราะห์รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่คัดกรองพัฒนาการมากที่สุด คือ อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 99.63 รองลงมา คือ อำเภอกวนโดน, ควนกาหลง, มะนัง, ท่าแพ, ละงู, และเมืองสตูล ร้อยละ 99.21, 98.96, 98.86, 98.65, 97.25 และ 96.56 ตามลำดับ จากการคัดกรองพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,519 คน ร้อยละ 23.12 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) อำเภอที่พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด คืออำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 32.66 รองลงมา คือ อำเภอกวนกาหลง, ท่าแพ, ควนโดน, มะนัง, ละงู และเมืองสตูล ร้อยละ 28.67, 26.30, 26.15, 23.09, 22.97 และ 17.25 ตามลำดับ และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน จำนวน 1,395 คน ร้อยละ 91.30 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ 90) อำเภอที่ติดตามได้มากที่สุด คือ อำเภอกวนกาหลง ร้อยละ 98.78 รองลงมา คือ อำเภอท่าแพ, มะนัง, ทุ่งหว้า, ละงู, ควนโดน และเมืองสตูล ร้อยละ 97.92, 96.04, 93.82, 92.76, 91.72 และ 80.27 ตามลำดับ จากผลการคัดกรองและติดตาม พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 6,409 คน ร้อยละ 95.43 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ 88) อำเภอที่พบพัฒนาการสมวัยมากที่สุด คือ อำเภอกวนกาหลง ร้อยละ 98.27 รองลงมา คือ อำเภอท่าแพ, มะนัง, ทุ่งหว้า, ควนโดน, ละงู และเมืองสตูล ร้อยละ 97.43, 97.26, 96.71, 96.38, 95.37 และ 93.07 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความเข้าใจภาษา ด้านการช่วยเหลือและสังคม ด้านการเคลื่อนไหว และด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา จากการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 พบว่า 1) ด้านระบบบริการ หน่วยบริการสาธารณสุขหลายแห่งเน้นการให้บริการแบบ "ตั้งรับ" ในคลินิกเด็กสุขภาพดี มากกว่าการ "ติดตามเชิงรุก" ทำให้เด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้รับการคัดกรอง และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้รับการติดตามภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยเฉพาะอำเภอมืองสตูล อำเภอละงู 2) ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี หน่วยบริการบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ พบในทุกอำเภอ 3) วิธีการประเมินพัฒนาการเด็ก เช่น ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินพัฒนาการ โทรสอบถามพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู ใช้วิธีการสังเกตแทนการประเมินทักษะเด็กแต่ละด้านให้ละเอียด เพิ่มจำนวนครั้งของการทดสอบมากกว่าคู่มือกำหนด โดยเฉพาะอำเภอมืองสตูล อำเภอละงู รายละเอียดดังตารางที่ 24

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและผลการคัดกรอง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนเด็ก อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด	ได้รับ คัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ	พบเด็ก พัฒนาการ สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	เด็ก พัฒนาการ สงสัยล่าช้า ได้รับการ ติดตาม	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,179	2,104	96.56	363	17.25	293	80.27	2,028	93.07
ควนโดน	636	631	99.21	165	26.15	155	91.72	613	96.38
ควนกาหลง	578	572	98.96	164	28.67	162	98.78	568	98.27
ท่าแพ	740	730	98.65	192	26.30	188	97.92	721	97.43
ละงู	1,598	1,554	97.25	357	22.97	333	92.76	1,524	95.37
ทุ่งหว้า	547	545	99.63	178	32.66	167	93.82	529	96.71
มะนัง	438	433	98.86	100	23.09	97	96.04	426	97.26
รวม	6,716	6,569	97.81	1,519	23.12	1,395	91.30	6,409	95.43

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ด้านโภชนาการ

1. การเจริญเติบโต ไตรมาสที่ 2/2569 เด็กปฐมวัย จำนวน 14,633 คน ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาวหรือส่วนสูง จำนวน 13,102 คน ร้อยละ 89.54 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ 90) โดยอำเภอที่มีการชั่งน้ำหนักและวัดความยาวหรือส่วนสูงมากที่สุด คือ อำเภอควนโดน ร้อยละ 95.51 รองลงมา คือ อำเภอควนกาหลง, ท่าแพ, ทุ่งหว้า, ละงู, เมืองสตูล และมะนัง ร้อยละ 95.06, 92.59, 92.11, 89.77, 85.81 และ 81.47 ตามลำดับ เด็กสูงตีสมส่วน จำนวน 7,093 คน ร้อยละ 54.14 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 72) อำเภอที่มีเด็กสูงตีสมส่วนมากที่สุด คือ อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 71.43 รองลงมา คือ อำเภอควนกาหลง, ท่าแพ, ควนโดน, มะนัง, ละงู และเมืองสตูล ร้อยละ 66.64, 60.91, 58.62, 56.91, 51.87 และ 42.63 ตามลำดับ เด็กมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.88 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 8.5) อำเภอที่มีเด็กเตี้ยมากที่สุด คือ อำเภอเมืองสตูล ร้อยละ 18.63 รองลงมา คือ อำเภอละงู, มะนัง, ควนโดน, ควนกาหลง, ท่าแพ และ ทุ่งหว้า ร้อยละ 16.74, 12.37, 11.54, 9.44, 7.67, 6.08 ตามลำดับ เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 7.82 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 8) อำเภอที่มีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด คือ อำเภอมะนัง ร้อยละ 10.51 รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล, ละงู, ท่าแพ, ควนกาหลง, ควนโดน และทุ่งหว้า ร้อยละ 8.53, 8.31, 7.87, 6.69, 5.91 และ 5.71 ตามลำดับ เด็กมีภาวะผอม ร้อยละ 6.91 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5) อำเภอที่มีเด็กผอมมากที่สุด คือ อำเภอเมืองสตูล ร้อยละ 8.8 รองลงมาคือ ควนโดน, ท่าแพ, ละงู, มะนัง, ทุ่งหว้า และควนกาหลง ร้อยละ 7.12, 7.08, 6.99, 6.52, 3.96 และ 3.07 ตามลำดับ จากข้อมูลผลการดำเนินงานด้านภาวะโภชนาการในภาพรวม พบว่า ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะภาวะเตี้ยและภาวะผอม ทั้งนี้ จากการติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ พบว่า 1) อุปกรณ์ไม่ได้มาตรฐาน เครื่องวัดส่วนสูงชำรุดหรือสเกลไม่ได้มาตรฐาน และเครื่องชั่งน้ำหนักขาดการตรวจสอบความเที่ยงตรงก่อนใช้งาน 2) วิธีการวัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน 3) การจัดการและแก้ไขปัญหา ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เน้นการให้คำแนะนำรายบุคคล ขาดการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เช่น ชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ทำให้เด็กกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงและเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการไม่ได้รับการติดตามและส่งต่อเพื่อแก้ปัญหา รายละเอียดดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และผลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน่น.และ วัดส่วนสูง	ร้อยละ	สูงดี สม ส่วน	ร้อยละ	เตี้ย	ร้อยละ	เริ่มอ้วน และอ้วน	ร้อยละ	ผอม	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,032	85.81	1,719	42.63	751	18.63	344	8.53	355	8.8
ควนโดน	1,404	95.51	823	58.62	162	11.54	83	5.91	100	7.12
ควนกาหลง	1,271	95.06	847	66.64	120	9.44	85	6.69	39	3.07
ท่าแพ	1,512	92.59	921	60.91	116	7.67	119	7.87	107	7.08
ละงู	3,046	89.77	1,580	51.87	510	16.74	253	8.31	213	6.99
ทุ่งหว้า	1,085	92.11	775	71.43	66	6.08	62	5.71	43	3.96
มะนัง	752	81.47	428	56.91	93	12.37	79	10.51	49	6.52
รวม	13,102	89.54	7,093	54.14	1,818	13.88	1,025	7.82	906	6.91

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

2. ภาวะโลหิตจาง เด็กอายุครบ 12 เดือน จำนวน 2,021 คน ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง จำนวน 1,527 คน ร้อยละ 75.56 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80) โดยอำเภอที่มีการตรวจภาวะโลหิตจาง มากที่สุด คือ อำเภอท่าแพ ร้อยละ 96.93 รองลงมา คือ อำเภอทุ่งหว้า, มะนัง, ควนโดน, ควนกาหลง, เมืองสตูล และละงู ร้อยละ 84.87, 81.10, 80.39, 79.21, 67.24 และ 66.81 ตามลำดับ พบภาวะโลหิตจาง จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 8.32 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 20) อำเภอที่มีภาวะโลหิตจางมากที่สุด คือ อำเภอควนโดน ร้อยละ 15.85 รองลงมา คือ อำเภอมะนัง, ท่าแพ, ละงู, ทุ่งหว้า, เมืองสตูล และควนกาหลง ร้อยละ 11.65, 10.28, 7.14, 6.98, 6.06 และ 4.26 ตามลำดับ และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี จำนวน 3,931 คน ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 6,440 คน ร้อยละ 92.92 (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 86) อำเภอที่มีการจ่ายยา น้ำเสริมธาตุเหล็กมากที่สุด คือ อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 98.97 รองลงมา คือ อำเภอมะนัง, ควนกาหลง, ควนโดน, ท่าแพ, ละงู และเมืองสตูล ร้อยละ 97.85, 97.29, 95.62, 95.61, 91.19, 88.63 ตามลำดับ จากการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 พบว่า 1) ด้านระบบบริการ หน่วยบริการสาธารณสุขเน้นให้บริการเชิงรับในคลินิกสุขภาพเด็กดี ส่งผลให้เด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้ รับการคัดกรอง 2) ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี หน่วยบริการสาธารณสุขบันทึกข้อมูลไม่เป็น ปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ พบในทุกอำเภอ ข้อมูลจำนวนเด็กที่พบภาวะโลหิตจางของหน่วยบริการ (Primary data) ส่วนใหญ่เป็นเด็กป่วยที่ไปรับ บริการในโรงพยาบาลก่อนมารับบริการตรวจภาวะโลหิตจาง ณ หน่วยบริการสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดความ ลำบากในการติดตามเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากไม่มีข้อมูลรายชื่อเด็กกลุ่มเป้าหมายให้หน่วยบริการ โดยเฉพาะอำเภอควนโดน อำเภอท่าแพ อำเภอมะนัง 3) อุปกรณ์ เครื่องมือ ขาดแผ่นซับเลือด ส่งผลให้ ขาดความต่อเนื่องการคัดกรอง โดยเฉพาะอำเภอมะนัง อำเภอเมืองสตูล ในส่วนของการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็ก หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจ่ายยา มีเพียงบางแห่งที่ไม่ได้ติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการ ยาเสริมธาตุเหล็ก กรณีเด็กที่ผู้ปกครองเลือกรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอำเภอเมืองสตูล และขาดการติดตามการกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอำเภอมะนัง ควนโดน ส่งผลให้พบ ภาวะโลหิตจางสูงกว่าอำเภออื่นๆ รายละเอียดตามตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง และร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนเด็ก อายุครบ 12 เดือน	การตรวจภาวะโลหิตจาง				การจ่ายยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก		
		จำนวน ได้รับการ ตรวจ	ร้อยละ	พบ โลหิต จาง	ร้อยละ	จำนวน เด็กอายุ 6เดือน-5ปี	ได้รับ ยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก	ร้อยละ
เมืองสตูล	638	429	67.24	26	6.06	2,182	1,934	88.63
ควนโดน	204	164	80.39	26	15.85	616	589	95.62
ควนกาหลง	178	141	79.21	6	4.26	665	647	97.29
ท่าแพ	261	253	96.93	26	10.28	775	741	95.61
ละงู	461	308	66.81	22	7.14	1,691	1,542	91.19
ทุ่งหว้า	152	129	84.87	9	6.98	584	578	98.97
มะนัง	127	103	81.10	12	11.65	418	409	97.85
รวม	2,021	1,527	75.56	127	8.32	6,931	6,440	92.92

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
P - Partner การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ 1.เครือข่ายระดับนโยบาย - มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างอำเภอและจังหวัด ให้เป็นไปอย่างสอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตลอดจนเป็นกลไกสำคัญในการกำกับติดตาม การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด ตามคำสั่งสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่ 126/2567 และคำสั่งเพิ่มเติมที่ 216/2568 จัดประชุม ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 โดยมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2568 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัย ปี 2569 ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จัดประชุมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2569 ติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน ตลอดจนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งนี้ กำหนด แผนติดตามการดำเนินงานในการประชุมฯ ครั้งที่ 3 ในเดือนสิงหาคม 2569 2. เครือข่ายท้องถิ่น - ลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นอนามัยแม่ และเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ร่วมกับ อบจ.สตูล อบต. และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทุกแห่ง เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ณ ห้องประชุมศูนย์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการท่องเที่ยว

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	จังหวัดสตูล โดยมีการกำหนดเจตนารมณ์ วัตถุประสงค์ ขอบเขตความร่วมมือและบทบาทหน้าที่ร่วมกัน - ประสานความร่วมมือกับ อปท. พมจ.สตูล ศธ.จังหวัดสตูล อบจ.สตูล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้แก่ การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพ แก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน” การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นต้น ทั้งนี้ได้จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน Model “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทย แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน” ในพื้นที่ตำบลวังประจัน ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2569 กำหนดแผนการประเมินรับรองตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัง สู่ 2,500 วัน ตำบลเป้าหมาย จำนวน 7 ตำบล ในวันที่ 6, 9, 10, 13, 17, 20 และ 27 กรกฎาคม 2569 3. เครือข่ายระดับปฏิบัติการ - บูรณาการการทำงานกับทีมผู้ดูแลเด็กและครอบครัว (CFT) ครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมาย ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เข้ารับการคัดกรองและติดตามกระตุ้นพัฒนาการในหน่วยบริการสาธารณสุข เนื่องจากทุกตำบลได้เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัง สู่ 2,500 วัน ตามคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลที่มีการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และทีมผู้ดูแลเด็กและครอบครัว
I - Intervention ระบบบริการและการจัดการ	จัดบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และรวดเร็ว ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 1. ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 97.81 เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้น ภายใน 30 วัน ร้อยละ 91.30 และเด็กกลับมา มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.43 จากผลการดำเนินงาน พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขมีการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่สำคัญ (9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน) และส่งต่อทันทีในเด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน/คัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน และล่าช้า ไปยังคลินิกกระตุ้นพัฒนาการของ รพช./รพท. แต่พบว่า มีหน่วยบริการบางแห่งขาดการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรอง และผลการติดตามพัฒนาการเด็กในรายที่สงสัยล่าช้าให้เป็นปัจจุบัน 2. ผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ร้อยละ 75.56 พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 8.32 และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 91.27 จากผลการดำเนินงาน พบว่า หน่วยบริการขาดการจัดการข้อมูล การจัดทำแผนการคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการจัดทำแผนการจัดซื้อแผ่นขับเลือด 3. เด็กปฐมวัยได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและป้องกันฟันผุในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) และการให้บริการเชิงรุก ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	อนุบาล ตามแผนของงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันในการขับเคลื่อนงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน และการยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 4D
R – Regulate กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล	กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล เทคโนโลยี และงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ 1. การควบคุมและกำกับดูแล - มีการประเมินการดำเนินงานคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 29 แห่ง และกำหนดแผนการประเมินในวันที่ 1 – 3 , 22 – 24 และ 31 กรกฎาคม 2569 - ใช้กลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ที่กำหนดการประชุมฯ ไตรมาสละ 1 ครั้ง และคณะทำงานระดับ คปสอ. กำกับติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่จนได้รับโล่เชิดชูเกียรติ พื้นที่ดีเด่นด้านการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางภายใต้โครงการ “เด็กฉลาดด้วยธาตุเหล็ก” และโล่เชิดชูเกียรติพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนการจัดการและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ผ่านรูปแบบ “พลัง 3 สร้าง ระดับเขตสุขภาพ 2. การบริหารข้อมูล - นำข้อมูลจาก HDC มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาข้อมูลในเวทีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด และในอำเภอต่อไป ทั้งนี้ ได้มีการจัดประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2569 เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน ตลอดจนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และกำหนดแผนการประชุมฯ ครั้งที่ 4 ในเดือนสิงหาคม 2569 3. วัสดุอุปกรณ์และยา - จังหวัดจัดสรรคู่มือ DSPM ที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางปีละ 2 งวด ให้แก่ห้องคลอดในโรงพยาบาลที่ให้บริการคลอด โดยคำนวณจากจำนวนเด็กที่คลอดในแต่ละเดือน ส่วนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโรงพยาบาลมียาน้ำเสริมธาตุสนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่อย่างเพียงพอ 4. งบประมาณ - จังหวัดได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน ประชุมเยี่ยมประเมินการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และประชุมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM สำหรับครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- จังหวัดได้แนะนำให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใช้เวทีการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์เด็กปฐมวัยในพื้นที่ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัย - อบจ.สตูล ภายใต้อัตถบงบร่วมสมทบทุนกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นอนามัยแม่และเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
A - Advocacy การสื่อสารและผลักดันนโยบาย	การขับเคลื่อนเชิงสังคมและนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญของงานพัฒนาการเด็ก - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้กำหนดให้ตัวชี้วัดร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย และร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง เป็นตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 – 2569 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็น 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล รวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นตรวจราชการประเด็นหรือจุดเน้นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล เพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน - จัดทำ Dashboard สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด หน้าเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมสามารถใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ วางแผนเชิงกลยุทธ์ และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ทันที
B - Building Capacity การพัฒนาศักยภาพคน	การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน - จังหวัดได้ดำเนินการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกคนเข้ารับการอบรม DSPM ภาคทฤษฎี และดำเนินการสอบ DSPM ภาคปฏิบัติแล้ว จำนวน 2 รุ่น มีผู้เข้ารับการสอบภาคปฏิบัติ ปี 2566 จำนวน 50 คน ปี 2567 จำนวน 27 คน และปี 2568 พัฒนาทักษะการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการ คนที่ 2 จำนวน 49 คน ทั้ง ปี 2569 - ประสานสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสตูล และสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสตูล กำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล เข้าอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM-1) ภาคทฤษฎี และ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	ประชาสัมพันธ์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (4D) การสร้างเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบออนไลน์ และจัดประชุมการใช้งาน MOOC ANAMAI สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting - จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอดจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง - จัดประชุมยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) จำนวน 32 แห่ง เพื่อชี้แจงแนวทางและแผนการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรจากหน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting ทั้งนี้ จังหวัดกำหนดแผนเยี่ยมติดตามสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพ (4D) ในเดือนสิงหาคม 2569

3.3 สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ผลการดำเนินงาน แยกตาม 2 ระดับการประเมิน ดังต่อไปนี้

คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
เด็กอายุ 0 -5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.43 คะแนนที่ได้ 10 Score = 10 x 0.7 ทำได้ 7.0 คะแนน	คะแนนเฉลี่ยรวม (P)4.33+(I)4.5+(R)4.75+(A)4.33+(B)4 = 4.38 Score = (4.38 x 2) x 0.15 ทำได้ 1.3 คะแนน	คะแนนเฉลี่ยรวม 4+5+5=4.67 Score = (4.67 x 2) x 0.15 ทำได้ 1.4 คะแนน
สรุปคะแนนภาพรวม		9.70 คะแนน

ภาพรวมผลวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ : ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานจังหวัดสตูล คะแนนได้ 9.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น : 1. เด็กพัฒนาการสมวัยตามเกณฑ์
2. เด็กชดไม่เกินเกณฑ์

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

1) อบรมการใช้งาน MOOC ANAMAI สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเรียนหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM

2) อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอด

3) อบรมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ให้แก่บุคลากรจากหน่วยบริการสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 32 แห่ง

4.1.2 พัฒนาคุณภาพบริการ

1) พัฒนามาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)

2) ยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 4D

4.1.3 ขับเคลื่อนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม

1) ต่าบลมหัสจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน

2) ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพ แก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน”

4.1.4 กำกับ ติดตามและประเมินผล

1) กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล รูปแบบ Online

2) กำกับ ติดตามการดำเนินงานผ่านการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน รูปแบบ Online และ On-Site

3) เยี่ยมติดตามหน้างาน รวมถึงสุ่มประเมินการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต การคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่

4.2 กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

1) ประชุมชี้แจงงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2568 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2569 ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2569 เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน ตลอดจนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งนี้กำหนดแผนการประชุมฯ ครั้งที่ 4 ในเดือนสิงหาคม 2569

2) เชิญชวนหน่วยบริการส่งผลงานการประกวดสร้างคอนเทนต์บน TikTok เรื่อง การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยให้หน่วยบริการสาธารณสุขส่งผลงานเข้าร่วมการประกวดฯ มีหน่วยบริการสาธารณสุขส่งผลงาน จำนวน 1 ผลงาน

3) จัดอบรมความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM 10 ข้อให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอดจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อกระตุ้นการใช้คู่มือฯ ให้แก่พ่อแม่/ผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมตามวัย เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting

4) จัดประชุมการใช้งาน MOOC ANAMAI เพื่อเข้าอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (4D) การสร้างเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting

5) จัดประชุมยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ (4D) จำนวน 32 แห่ง เพื่อชี้แจงแนวทางและแผนการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรจากหน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting ทั้งนี้ จังหวัดกำหนดแผนเยี่ยมติดตามสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพ (4D) ในเดือนสิงหาคม 2569

6) นิเทศงานผสมผสาน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ประกอบด้วย ตัวชี้วัดตรวจราชการ และตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ทั้งนี้มีการจัดประชุมรับทราบปัญหาการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางการนิเทศงานผสมผสาน ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting เมื่อวันที่ 2, 8, 9 และ 10 เมษายน 2569 และลงพื้นที่นิเทศงานหน้างาน เมื่อวันที่ 16, 22 - 23, 28 - 29 เมษายน และ 5 - 6 พฤษภาคม 2569

7) จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน Model “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทย แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน” ในพื้นที่ตำบลวังประจัน ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2569 โดยตำบลวังประจัน นำเสนอผลการดำเนินงาน Model “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทย แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน” ปี 2569 ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานฯ ของตำบล ปี 2569 ทั้งนี้ จังหวัดกำหนดแผนการลงพื้นที่ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานฯ ในเดือน สิงหาคม 2569

8) ประเมินการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในหน่วยสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการประเมินตนเอง และทีมระดับอำเภอลงพื้นที่ประเมินฯ ชำ เพื่อพัฒนาคลินิกเด็กสุขภาพดีก่อนทีมระดับจังหวัดสุ่มประเมินในหน่วยบริการ และจังหวัดกำหนดแผนการประเมินฯ วันที่ 1 - 3 , 22 - 24 และ 31 กรกฎาคม 2569

9) ประเมินรับรองตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน ตำบลเป้าหมาย จำนวน 7 ตำบล เพื่อพัฒนาตำบลให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ตามกลไกมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ทั้งนี้ ตำบลที่เข้าร่วมการดำเนินงานได้ประเมินตนเอง และจังหวัดกำหนดแผนการประเมิน ในวันที่ 6, 9, 10, 13, 17, 20 และ 27 กรกฎาคม 2569

10) ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมรูปแบบออนไลน์ เยี่ยมติดตามหน้างานในพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และการป้องกันภาวะโลหิตจาง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ด้านพัฒนาการ	
1. ด้านระบบบริการ : หน่วยบริการเน้นให้บริการเชิงรับ มากกว่าการติดตามเชิงรุก ส่งผลให้เด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้รับการคัดกรอง และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้รับการติดตามภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยเฉพาะ อำเภอเมืองสตูล อำเภอละงู	- หน่วยบริการสาธารณสุขจัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อป้องกันเด็กหลุดจากระบบ - จัดตั้งระบบการแจ้งเตือน สำหรับเด็กที่ประเมินรอบแรกแล้ว สงสัยล่าช้า ไม่ปล่อยให้เด็กหลุด Golden Period ของพัฒนาการเด็ก
2. ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ สสอ. สสจ. ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ พบในทุกอำเภอ	- หน่วยบริการทุกแห่งบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศ ภายใน 7 วันทำการหลังจัดบริการ - จัดทำ Dashboard สรุปผลในระดับอำเภอ (CUP) เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมและแก้ไขปัญหาได้ทันที
3. วิธีการประเมินพัฒนาการเด็ก เช่น ให้ อสม. ช่วยคัดกรอง โทรสอบถาม ผปค. ผู้เลี้ยงดู ใช้วิธีการสังเกตแทนการประเมินทักษะเด็กแต่ละด้าน ประเมินพัฒนาการไม่ละเอียด เพิ่มจำนวนครั้งของการทดสอบมากกว่าคู่มือกำหนด โดยเฉพาะ อำเภอเมืองสตูล อำเภอละงู	- กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม DSPM เท่านั้น เป็นผู้ประเมินพัฒนาการเด็กอย่างเป็นทางการเพื่อบันทึกลงในรับบ และ อสม. เป็นผู้ค้นหาชี้เป้า และส่งต่อ หรือคัดกรองในช่วงวัยอื่นๆ - ให้มีการ Audit & Coaching โดย สสอ. จัดทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่ สุ่มประเมินไขว้ เพื่อทบทวนทักษะการใช้เครื่องมือ DSPM ของเจ้าหน้าที่หน่วยงานให้ประเมิน ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเฉพาะ อ.เมือง และ อ.ละงู
ด้านโภชนาการ	
การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (สูงตีสมนส่วน อ้วน เตี้ย ผอม)	
1. เด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการไม่ได้รับการติดตามและส่งต่อเพื่อแก้ปัญหา	จัดทำเครื่องมือที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กกลุ่มเป้าหมาย ระหว่างชุมชน ศพด. โรงเรียน ครอบครัว รพ.สต. และโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและประมวผลได้ทันที
2. การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ขาดการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมนส่วน และการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) อย่างจริงจัง	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วม 2. ขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทยภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพแก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน ในพื้นที่

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ภาวะโลหิตจางและยารักษาธาตุเหล็ก	
1. ด้านระบบบริการ : หน่วยบริการเน้นให้บริการเชิงรับในคลินิกสุขภาพเด็กดี ส่งผลให้เด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้รับการคัดกรอง พบในทุกอำเภอ	- ยกระดับระบบบริการเปลี่ยนจากเชิงรับเป็นเชิงรุก สนับสนุนให้มีการคัดกรองและจ่ายยาธาตุเหล็กเคลื่อนที่ เพื่อให้บริการในชุมชนที่เข้าถึงยาก และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เพื่อเก็บตกเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มาตามนัด
2. ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี - หน่วยบริการบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ สสอ. สสจ. ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผน การดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ พบในทุกอำเภอ - ข้อมูลจำนวนเด็กที่พบภาวะโลหิตจางของหน่วยบริการ (Primary data) ไม่สอดคล้องกับข้อมูลใน HDC ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการติดตามเด็ก โดยเฉพาะอำเภอควนโดน อำเภอท่าแพ อำเภอมะนัง	- จัดทำ Dashboard สรุปผลในระดับอำเภอ (CUP) เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมและแก้ไขปัญหาได้ทันที - พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในระบบ HDC ให้มีประสิทธิภาพ
3. อุปกรณ์ เครื่องมือ : ขาดแผ่นซับเลือด ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องการคัดกรอง โดยเฉพาะอำเภอมะนัง อำเภอเมืองสตูล	ผลักดันให้มีการทำโครงการขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล (สปสช. ระดับพื้นที่) เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์คัดกรอง (เช่น แผ่นซับเลือด, เครื่องตรวจความเข้มข้นเลือด) โดยให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

6.1 การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยจากทุกสำนักที่เกี่ยวข้องในกรมอนามัย และจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กระทรวง กรม กอง ทบวง สังกัดต่างๆ) ตลอดจนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่

6.2 ศูนย์อนามัยสนับสนุนวิชาการโดยการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สำหรับบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ครุ ก (แกนนำ) เพื่อเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการทำงาน เป็นที่ปรึกษาด้านพัฒนาการในระดับอำเภอ พร้อมทั้งเสริมศักยภาพบุคลากรในชุมชน เช่น อสม. และครูศูนย์เด็กเล็ก ให้สามารถทำหน้าที่ประเมินพัฒนาการเด็กได้

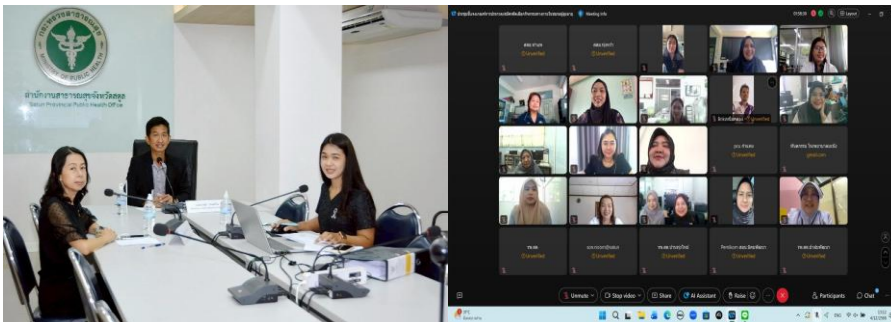
6.3 พัฒนาสื่อ DSPM ในรูปแบบดิจิทัล หรือสื่อทางเลือกที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของผู้เลี้ยงดูที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

7. ภาพการดำเนินงาน

7.1 ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์



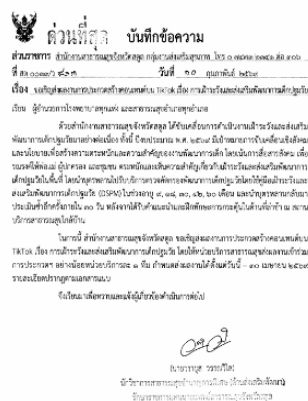
ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์



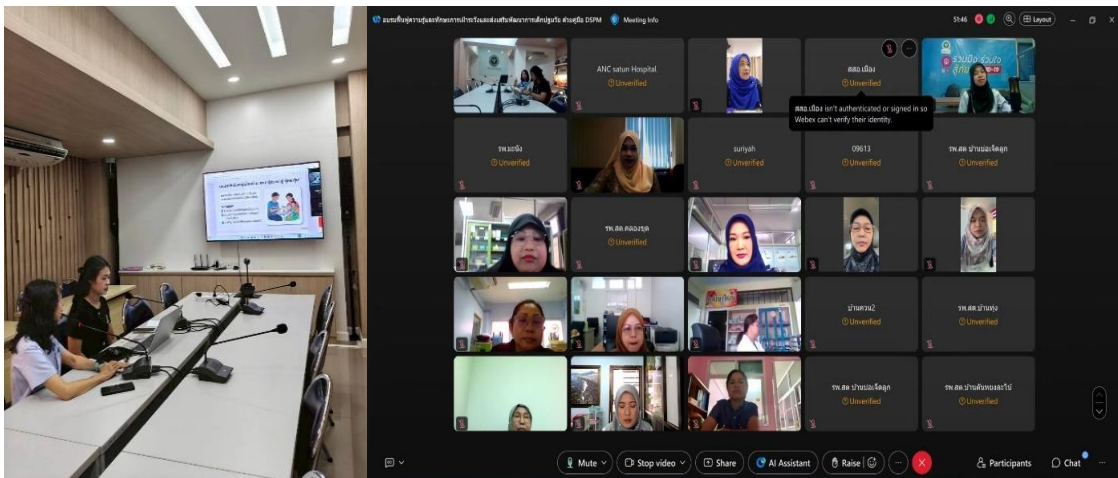
7.2 การนิเทศงานผสมผสาน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting เมื่อวันที่ 2, 8, 9 และ 10 เมษายน 2569 และลงพื้นที่นิเทศงานหน้างาน เมื่อวันที่ 16, 22 - 23, 28 - 29 เมษายน และ 5-6 พฤษภาคม 2569



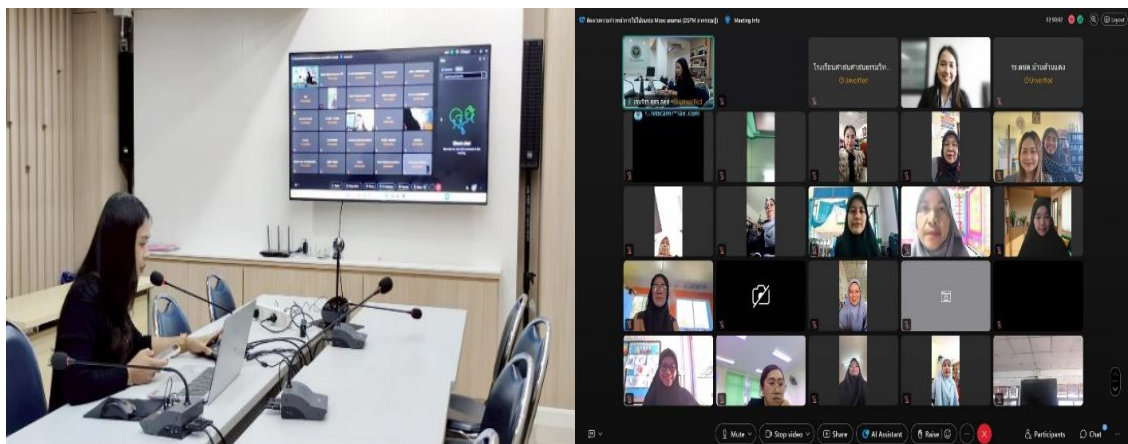
7.3 การประกวดสร้างคอนเทนต์บน TikTok เรื่อง การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย



7.4 จัดอบรมความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM 10 ข้อให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอดจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting



7.5 จัดประชุมการใช้งาน MOOC ANAMAI เพื่อเข้าอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting



7.6 จัดประชุมยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ (4D) เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting



7.7 จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน Model “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทย แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน” ในพื้นที่ตำบลวังประจัน ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Webex meeting เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2569



ผู้รายงาน นางสาวเจนจิรา นาคำ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 086-9655023
E-mail hprospho@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) เป้าหมาย : (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

2. สถานการณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขกลุ่มเด็กปฐมวัยของจังหวัดสตูล เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพที่ 12 และระดับประเทศ พบว่าจังหวัดสตูลมีผลสัมฤทธิ์อยู่ใน “ระดับแนวหน้า” ของเขตสุขภาพ โดยสามารถผลักดันตัวชี้วัดทั้งสองด้านได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ภาพรวมประเทศมีผลการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 52.84 และเด็กฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80.29 ในขณะที่ระดับเขตสุขภาพที่ 12 อยู่ที่ร้อยละ 51.41 และ 74.54 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสตูลมีผลการดำเนินงานอยู่ใน ลำดับต้นของเขต โดยอยู่ใน “ลำดับที่ 2” ด้านเด็กฟันดีไม่มีผุ (ร้อยละ 80.96) เป็นรองเพียงจังหวัดตรัง และ อยู่ใน “ลำดับที่ 3” ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 65.92) รองจากจังหวัดตรังและจังหวัดสงขลา

ทั้งนี้ ความสำเร็จดังกล่าวเป็นผลจากการบริหารจัดการเชิงรุก การนำนวัตกรรมทางคลินิกและ นวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ และการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกในระดับอำเภอและตำบล ยังพบความเหลื่อมล้ำของผลการดำเนินงานในบางพื้นที่ โดยเฉพาะตัวชี้วัดเด็กฟันดีไม่มีผุในบางอำเภอที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเชิง โครงสร้างและการสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดทันตสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ระดับ	เด็กทั้งหมด (คน)	ตรวจช่องปาก (ร้อยละ)	ฟันดีไม่มีผุ (ร้อยละ)
ประเทศ	1,683,327	52.84	80.29
เขตสุขภาพที่ 12	205,582	51.41	74.54
จังหวัดสตูล	14,295	63.02	80.95

ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข (ระดับประเทศ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดทันตสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี รายจังหวัดในเขตสุขภาพ ที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

จังหวัด	เด็กทั้งหมด (คน)	ตรวจช่องปาก (ร้อยละ)	ฟันดีไม่มีผุ (ร้อยละ)
ตรัง	20,675	68.62	86.04
สตูล	13,588	65.92	80.96
ยะลา	29,320	59.79	78.48
พัทลุง	15,484	65.31	77.41
สงขลา	42,241	66.32	72.89
ปัตตานี	42,899	43.09	71.31
นราธิวาส	41,289	37.84	65.88

ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข (ระดับเขตสุขภาพที่ 12) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

หมายเหตุ : ค่าร้อยละระดับจังหวัดที่ปรากฏในแต่ละตารางมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากเป็นการประมวลผลจากชุดข้อมูล HDC คนละช่วงเวลาการดึงข้อมูล/ขอบเขตการประมวลผล โดยค่าที่ใช้ในการบริหารจัดการระดับพื้นที่อ้างอิงจากผลรวมรายอำเภอ ภาพรวมร้อยละ 66.09 และ 81.21 ตามลำดับ

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

ตารางที่ 29 ผลการดำเนินงานร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) จังหวัดสตูล
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	เด็กทั้งหมด (คน)	ตรวจช่องปาก (ร้อยละ)	ฟันดีไม่มีผุ (ร้อยละ)	สถานะผลการดำเนินงาน
เมืองสตูล	4,567	64.77	83.94	บรรลุทั้ง 2 ตัวชี้วัด
ควนโดน	1,393	71.14	82.85	บรรลุทั้ง 2 ตัวชี้วัด
ท่าแพ	1,588	62.66	81.71	บรรลุทั้ง 2 ตัวชี้วัด
ละงู	3,313	62.27	83.76	บรรลุทั้ง 2 ตัวชี้วัด
ทุ่งหว้า	1,136	85.12	78.70	ผ่านการตรวจ / เร่งรัดฟันดีไม่มีผุ
ควนกาหลง	1,287	74.05	74.29	ผ่านการตรวจ / เร่งรัดฟันดีไม่มีผุ
มะนัง	891	49.49	66.67	ไม่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัด ต้องเร่ง ควบคุมรอยโรคฟันผุ
รวม	14,175	66.09	81.21	บรรลุภาพรวมทั้ง 2 ตัวชี้วัด

ที่มา : ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานรายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล (HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

จากผลการดำเนินงานทั้ง 7 อำเภอ พบว่าภาพรวมระดับจังหวัดบรรลุเป้าหมายทั้งสองตัวชี้วัด โดยมีผลการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 66.09 และเด็กฟันดีไม่มีผุร้อยละ 81.21 เมื่อจำแนกรายอำเภอพบว่า อำเภอเมืองสตูล ควนโดน ท่าแพ และละงู บรรลุทั้งสองตัวชี้วัด ส่วนอำเภอทุ่งหว้ามีผลการตรวจช่องปากสูงที่สุด (ร้อยละ 85.12) แต่ตัวชี้วัดฟันดีไม่มีผุยังต่ำกว่าเป้าหมาย เช่นเดียวกับอำเภอควนกาหลง สำหรับอำเภอมะนังมีผลการดำเนินงานต่ำที่สุดทั้งสองตัวชี้วัด ซึ่งสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการในพื้นที่

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพในการขับเคลื่อนงานทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยจนจังหวัดสตูลมีผลงานอยู่ในลำดับต้นของเขตสุขภาพที่ 12 นำเสนอตามกรอบแนวคิด PIRAB (Partner, Intervention, Regulate, Advocacy, Building Capacity) ดังนี้

องค์ประกอบ (PIRAB)	ผลการดำเนินงาน
P – Partner การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	สร้างและบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 1. ระดับนโยบาย/อำเภอ : บูรณาการงานทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยเข้ากับการขับเคลื่อนของคณะกรรมการ คปสอ. และกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ 2. เครือข่ายท้องถิ่น : ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) สนับสนุนงบประมาณจัดซื้อวัสดุ SDF / Glass Ionomer และอุปกรณ์ตรวจช่องปากเชิงรุก พร้อมบูรณาการกับกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน 3. เครือข่ายระดับปฏิบัติการ : ใช้ อสม. เป็นกลไกหลักในการค้นหาและติดตามเด็กกลุ่มอายุ 0 – 2 ปี ทั้งในช่วงรับวัคซีนและการลงพื้นที่ และบูรณาการกับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในการตรวจคัดกรองเชิงรุก 4. บูรณาการข้ามกลุ่มงาน : เชื่อมโยงงานทันตสุขภาพเข้ากับคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) และมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)
I – Intervention ระบบบริการและการจัดการ	จัดบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม รวดเร็ว และเน้นการให้บริการเชิงรุก 1. นวัตกรรมทางคลินิกเชิงรุก SMART (Silver Modified Atraumatic Restorative Treatment) โดยใช้ Silver Diamine Fluoride (SDF) ร่วมกับ Glass Ionomer บูรณะและระงับการลุกลามของฟันผุได้อย่างฉับพลันในชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2. การตรวจสุขภาพช่องปากตามช่วงวัยในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) และการให้บริการเชิงรุก ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล 3. การทาฟลูออไรด์วาร์นิชเพื่อป้องกันฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย 4. ผลลัพธ์ : เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากภาพรวมร้อยละ 66.09 และฟันดีไม่มีผุร้อยละ 81.21 สูงกว่าเป้าหมายทั้งสองตัวชี้วัด
R – Regulate กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล	กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และบริหารจัดการข้อมูล เทคโนโลยี และงบประมาณ 1. การกำกับติดตาม : ใช้กลไกคณะกรรมการระดับ คปสอ. กำกับติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส และบรรจุตัวชี้วัดทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. 2. การบริหารจัดการข้อมูล : นำข้อมูลจาก HDC มาวิเคราะห์รายอำเภอและรายตำบล พร้อมส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมดิจิทัล Real-time Dashboard สำหรับติดตามเด็กอายุ 0 – 5 ปี เป็นรายบุคคล โดยมี รพ.สต.ย่านซื่อ อำเภอควนโดน เป็นต้นแบบ

องค์ประกอบ (PIRAB)	ผลการดำเนินงาน
	3. การบริหารวัสดุและงบประมาณ : บริหารวัสดุ SDF / Glass Ionomer และวางแผนงบประมาณโครงการ SMART SDF ล่วงหน้าในแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อลดภาวะรอคอยการจัดสรรงบประมาณ
A – Advocacy การสื่อสารและผลักดันนโยบาย	ขับเคลื่อนเชิงสังคมและนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อความสำคัญของงานทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย 1. ผลักดันตัวชี้วัดการตรวจสุขภาพช่องปากและเด็กฟันดีไม่มีผุเข้าสู่วาระจังหวัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับ คปสอ. 2. การสื่อสารพฤติกรรมศาสตร์เชิงรุกแบบ Family-Centered โดยปรับกลุ่มเป้าหมายการสื่อสารให้ครอบคลุมผู้ดูแลเด็กที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย (Skip-generation) ผ่านสื่อ Infographic และวิดีโอ เพื่อสร้างการยอมรับเทคนิค SMART / SDF 3. จัดทำ Dashboard สรุปผลตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้บริหารใช้ข้อมูลในการวางแผนเชิงกลยุทธ์และตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้ง
B – Building Capacity การพัฒนาศักยภาพคน	พัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรให้พร้อมปฏิบัติงาน 1. พัฒนาทักษะทันตบุคลากรและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการใช้เทคนิค SMART / SDF บูรณาพันธ์เชิงรุก 2. จัดระบบพี่เลี้ยง (Mentorship Program) โดยถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่มีผลงานเด่นไปสนับสนุนพื้นที่ที่ต้องการพัฒนา 3. เสริมศักยภาพ อสม. และครูผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเบื้องต้น การค้นหา และการส่งต่อเด็กกลุ่มเป้าหมาย

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น :

1. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากครอบคลุมสูงกว่าเป้าหมาย (ภาพรวมร้อยละ 66.09)
2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุสูงกว่าเป้าหมาย (ภาพรวมร้อยละ 81.21) อยู่ในลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 12

3.3 สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30 ผลการดำเนินงาน แยกตาม 3 ระดับการประเมิน ดังต่อไปนี้

คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ (15%)
เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ร้อยละ 81.22 คะแนนที่ได้ 10 Score = 10 x 0.7 ทำได้ 7.0 คะแนน	คะแนนเฉลี่ยรวม (การให้บริการสุขภาพ 100 + กำลังคน 85) ÷ 2 = 92.5 Score = (92.5 ÷ 10) x 0.15 ทำได้ 1.39 คะแนน	คะแนนเฉลี่ยรวม 35 + 30 + 35 = 100 Score = (100 ÷ 10) x 0.15 ทำได้ 1.5 คะแนน
สรุปคะแนนภาพรวม		9.89 คะแนน

ผลวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ : ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานจังหวัดสตูล คะแนนได้ 9.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนผลงานจนอยู่ในลำดับต้นของเขตสุขภาพ เกิดจากการดำเนินกลยุทธ์เชิงรุก 3 มิติหลัก ดังนี้

- **นวัตกรรมทางคลินิกเชิงรุก (Clinical Innovation)** : นำเทคนิค SMART (SDF ร่วมกับ Glass Ionomer) มาใช้บูรณะและระงับฟันผุเชิงรุกในชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ช่วยลดภาระการรักษาบนเก้าอี้ทำฟันและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

- **การบริหารเวลาเชิงกลยุทธ์ (Time-Sensitive Operation)** : วางแผนลงพื้นที่ตรวจคัดกรองเด็กให้แล้วเสร็จก่อนปิดภาคเรียน เพื่อปลดล็อกข้อจำกัดด้านเวลาและเตรียมเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีอำเภอทุ่งหว้าเป็นแบบอย่างที่ดี

- **การบูรณาการเครือข่าย (Community Synergy)** : ประสาน อสม. ครูผู้ดูแลเด็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาเป็นกลไกหลักในการค้นหา ติดตาม และส่งต่อเด็กกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 0 – 2 ปี

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. ขยายผลนวัตกรรมดิจิทัล Real-time Dashboard ต้นแบบจาก รพ.สต.ย่านซื่อ อ.ควนโดน ให้เป็น Best Practice ระดับจังหวัด และนำไปใช้ในหน่วยบริการทุกแห่งเพื่อติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล

2. จัดระบบพี่เลี้ยง (Mentorship Program) ถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่มีผลงานเด่นด้านฟันดีไม่มีผุ ไปสนับสนุนพื้นที่ที่ต้องเร่งรัดผลงาน โดยเฉพาะอำเภอทุ่งหว้า ควนกาหลง และมะนัง

3. ปรับโครงสร้างการวางแผนงบประมาณแบบก้าวหน้า (Agile Financial Planning) โดยบรรจุงบประมาณโครงการ SMART SDF เข้าแผนปฏิบัติการประจำปีล่วงหน้า เพื่อให้สามารถเริ่มดำเนินโครงการได้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ไม่ต้องรอการจัดสรรงบประมาณที่ 2

4. ขับเคลื่อนการสื่อสารพฤติกรรมศาสตร์เชิงรุกแบบ Family-Centered มุ่งกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ และสร้างสื่อปรับทัศนคติให้ผู้ปกครองยอมรับการใช้เทคนิค SMART/SDF เพิ่มขึ้น

5. ส่งเสริมบริการเชิงรุกและบริการเคลื่อนที่ในพื้นที่เข้าถึงยากและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเก็บตกเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ตกหล่นจากระบบ

6. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ คปสอ. และการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งรูปแบบออนไลน์และการลงพื้นที่

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคม	
1. เด็กจำนวนหนึ่งอยู่ในความดูแลของผู้สูงอายุ (Skip-generation) ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปาก และผู้ปกครองบางส่วนปฏิเสธการทำ SDF บริเวณฟันหน้าเพราะกังวลเรื่องความสวยงาม	- สื่อสารเชิงรุกแบบ Family-Centered ผ่านสื่อ Infographic / วิดีโอ ที่เข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลสูงอายุ - ให้ข้อมูลทางเลือกการบูรณะที่มีสีใกล้เคียงฟันธรรมชาติสำหรับฟันหน้า เพื่อลดความกังวลด้านความสวยงาม
2. เด็กที่รับวัคซีนในคลินิกเอกชนเป็นกลุ่มตกหล่นที่ระบบบริการเข้าไม่ถึง ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	- จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายรายพื้นที่ เพื่อป้องกันเด็กหลุดจากระบบ - จัดบริการเชิงรุก/บริการเคลื่อนที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเก็บตกเด็กกลุ่มที่ไม่ได้มารับบริการตามนัด
ด้านโครงสร้างและทรัพยากร	
1. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรในบางพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลมะนิงมีศูนย์ทันตกรรมจำกัด ส่งผลให้คิวการรักษายาวนานและกระทบต่อการเข้าถึงบริการ	- ผลักดันบริการเชิงรุก/หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่และนำเทคนิค SMART มาใช้เพื่อลดภาระการรักษาบนเก้าอี้ทำฟัน - พิจารณาย้ายขีดความสามารถของหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีข้อจำกัด
2. ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณโครงการ SMART SDF จาก สปสช. ในรอบที่ 2 ส่งผลให้การดำเนินโครงการสะดุด	- บรรจุงบประมาณโครงการ SMART SDF เข้าแผนปฏิบัติการประจำปีล่วงหน้า - ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) เพื่อเริ่มโครงการได้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยี	
1. การบันทึกข้อมูลในบางหน่วยบริการยังไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนในระดับพื้นที่ล่าช้า	- กำหนดให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงระบบสารสนเทศภายในกรอบเวลาที่กำหนด - ขยายผลนวัตกรรม Real-time Dashboard (ต้นแบบ รพ.สต.ย่านซื่อ) ให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมและแก้ไขปัญหาได้ทันที

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 บูรณาการงานทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยเข้ากับงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในภาพรวม (ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน, มาตรฐาน 4D และคลินิกเด็กสุขภาพดี) ในระดับนโยบาย กรม/กระทรวง เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

6.2 เสนอให้ส่วนกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณโครงการ SMART SDF ให้สอดคล้องและทันต่อรอบปีงบประมาณ เพื่อลดภาวะรอคอยงบประมาณที่กระทบต่อความต่อเนื่องของการให้บริการ

6.3 สนับสนุนทางวิชาการและมาตรฐานการใช้เทคนิค SMART / SDF พร้อมพัฒนาสื่อสุศึกษาในรูปแบบดิจิทัลกลางที่เข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่หลากหลายได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

6.4 พัฒนาระบบข้อมูล HDC ด้านทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สามารถเชื่อมโยงและติดตามเป็นรายบุคคลแบบ Real-time เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเป้าหมาย

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7.1 การบริหารจัดการเชิงรุกและการบริหารเวลาเชิงกลยุทธ์ (Time-Sensitive Operation) โดยวางแผนตรวจคัดกรองเด็กให้แล้วเสร็จก่อนปิดภาคเรียน

7.2 การนำนวัตกรรมทางคลินิก SMART (SDF ร่วมกับ Glass Ionomer) มาใช้ระงับและบูรณะฟันผุเชิงรุกในชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

7.3 การบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้ง อสม. ครูผู้ดูแลเด็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน

7.4 การนำนวัตกรรมดิจิทัล Real-time Dashboard มาใช้ติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล

7.5 การกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการ คปสอ. และการบรรจุตัวชี้วัดไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ.

8. ภาพการดำเนินงาน

การให้บริการ SMART / SDF ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล



ผู้รายงาน นายศุภเดช สุกใส

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 081 9598689

E-mail supadetpbk@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมาย : ร้อยละ 30

2. สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมบูรณาการกับกรมอนามัยในการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าและการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ชุมชน(รพ.สต., ศพด.) ในจังหวัดสตูล โดยเน้นการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (อายุ 0 - 5 ปี) เพื่อค้นหาความผิดปกติด้านพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมให้เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจากข้อมูลจังหวัดสตูล มีเด็กปฐมวัย (อายุ 0 - 5 ปี) จำนวน 19,083 คน พบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่คำนวณได้จากอัตราความชุกที่สำรวจ จำนวน 4,137 คน ในจำนวนนี้ มีเด็กปฐมวัยวัยที่ล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (Coverage) จำนวน 947 คน คิดเป็นร้อยละ 22.89 และเมื่อเทียบกับระดับเขตและประเทศ โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 - 2569 จังหวัดสตูล พบเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 9.79, 12.35 และ 22.89 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 20.68, 25.62 และ 33.87 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อมูลระดับประเทศ ร้อยละ 19.66, 22.77 และ 26.31 ซึ่งเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานของจังหวัดสตูล ยังน้อยกว่าระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 12

ตารางที่ 30 ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน จังหวัดสตูล เปรียบเทียบระดับจังหวัด เขตสุขภาพ 12 และประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 - 2569

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2567	9.79	20.68	19.66
2568	12.35	25.62	22.77
2569 (1 ต.ค. 2568 - 31 พ.ค. 2569)	22.89	33.87	26.31

ที่มา : รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (เกณฑ์ร้อยละ 30)

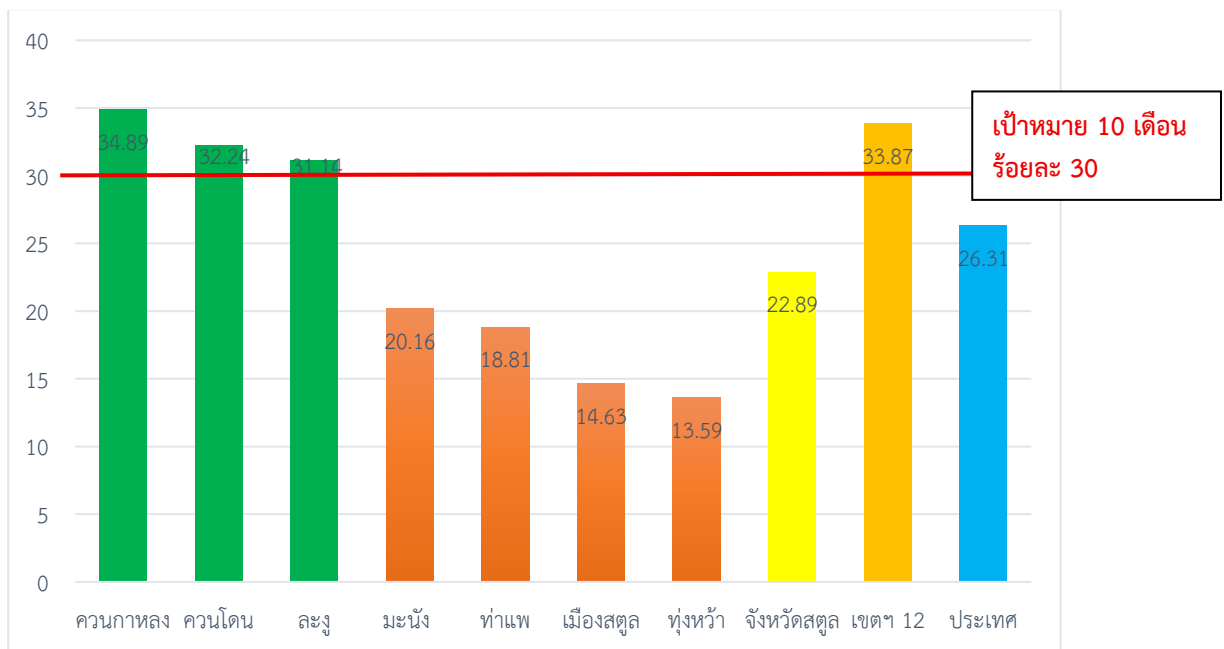
ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (คำนวณจากอัตราความชุก 21.7) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569
จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	เป้าหมายที่คำนวณจากอัตราความชุก 21.7	ผลงาน	ร้อยละ
ควนกาหลง	450	157	34.89
ควนโดน	397	128	32.24
ละงู	925	288	31.14
มะนัง	248	50	20.16
ท่าแพ	420	79	18.81
เมืองสตูล	1,388	203	14.63
ทุ่งหว้า	309	42	13.59
ภาพรวม	4,137	947	22.89

ที่มา : รายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

จังหวัดสตูล มีเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 0 – 5 ปี จำนวน 19,083 คน จำนวนเด็กปฐมวัยที่คำนวณได้จากอัตราความชุก 21.7 มีจำนวน 4,137 คน เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการ จำนวน 947 คน คิดเป็นร้อยละ 22.89 เมื่อพิจารณารายอำเภอพบว่า อำเภอควนกาหลง อำเภอควนโดน และอำเภอละงู มีเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ (รอบ 10 เดือนเป้าหมายร้อยละ 30) ร้อยละ 34.89, 32.24 และ 31.14 ตามลำดับรายละเอียด ดังตารางที่ 31

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน



ที่มา : รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	จัดบริการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็กที่สงสัยล่าช้า โดยทีมสหวิชาชีพตามบริบทพื้นที่ พร้อมระบบการติดตามและส่งต่อที่ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. ถึง รพท.
กำลังคนที่ให้บริการ	กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) อย่างต่อเนื่อง
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ 43 แฟ้ม และรายงานผลผ่านระบบ HDC เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	สนับสนุนนวัตกรรมและเทคโนโลยีบริการสุขภาพ พร้อมการใช้เครื่องมือ DSPM ในการคัดกรอง 5 ช่วงวัย
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	จัดทำแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อรองรับการเบิกจ่ายและบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพ
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติภาพ ระบบสุขภาพ	ขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับเขตและจังหวัด เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน

(ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่)

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น มีการจัดการบริการการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามบริบทพื้นที่

GAP ที่มีอยู่ การบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ รพ. ร่วมกับ รพ.สต. และ อสม. ดำเนินการติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเชิงรุก ดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล (รหัสวินิจฉัยและรหัสเหตุการณ์)

การวัดผลตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

จังหวัดสตูลมีเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 0 – 5 ปี จำนวน 19,083 คน จำนวนเด็กปฐมวัยที่คำนวณได้จากอัตราความชุก 21.7 มีจำนวน 4,137 คน เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการด้วยรหัส TEDA4I จำนวน 304 คน จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการด้วยรหัสหัตถการ ICD9CM/ICD-10TM จำนวน 272 คน เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 จำนวน 794 คน รวมจำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้า สะสมทั้งหมด(ไม่นับซ้ำ) มีจำนวน 947 คน คิดเป็นร้อยละ 22.89 อยู่ในระดับคะแนน 3 คะแนน

ที่มา : ระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)

การวัดผลตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ด้านผลลัพธ์ (out come)

1. การให้บริการสุขภาพ : หน่วยบริการตั้งแต่ระดับ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.จัดบริการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีระบบการติดตาม/เชื่อมโยง/ส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 75 คะแนน

2. กำลังคนที่ให้บริการ : มีผู้รับผิดชอบงานหลักเฉพาะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เป็นวิชาชีพเฉพาะอย่างน้อย 1 คน 86 คะแนน

3. ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ : อำเภอในจังหวัด/เขตสุขภาพที่มีประเด็น พขอ.เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย 39 คะแนน คะแนนรวม 66.66 คะแนน การแปลผลระดับ 4 = ดี (Good)

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

$$= (3 \times 0.7) + (66.66/10) \times 0.3 = 4.09 \text{ คะแนน}$$

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบในการประเมิน/ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อมาประเมินซ้ำ รวมถึงส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการตามระบบอย่างต่อเนื่อง

4.1.2 โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าทั้งเชิงรับและเชิงรุกให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการอย่างรวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้นตามบริบท รวมถึงการสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อม สามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้

4.1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน มีระบบกำกับ ติดตาม และเฝ้าระวังพัฒนาการส่งต่อข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้ากระตุ้นพัฒนาการร่วมกัน

4.1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในการร่วมกำกับติดตาม และเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ด้านการขับเคลื่อนการดูแลเด็กปฐมวัยผ่านกลไก คณะทำงานต่างๆ (คณะกรรมการเด็ก ปฐมวัยเขตสุขภาพ และจังหวัดสตูล)

4.2.2 บูรณาการแผนการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ

4.2.3 สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กปฐมวัย

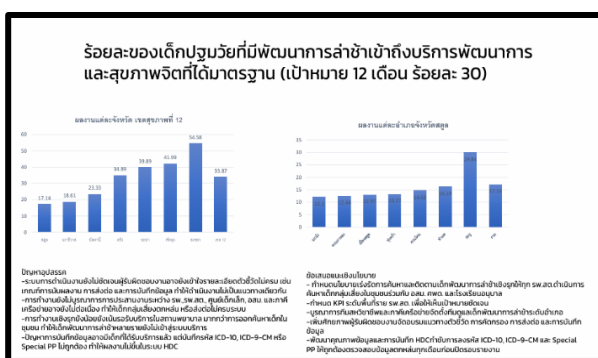
5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. การทำงานยังไม่บูรณาการระหว่าง รพ.,รพ.สต., ศูนย์เด็กเล็ก, อสม. และภาคีเครือข่ายอาจยังไม่ต่อเนื่องทำให้เด็กกลุ่มเสี่ยงตกหล่น หรือส่งต่อไม่ครบระบบ	1. กำหนดนโยบายเร่งรัดเร่งรัดการค้นหาและติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเชิงรุก ให้ทุก รพ.สต. ดำเนินการค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงในชุมชนร่วมกับ อสม. ศพด.
2. การทำงานเชิงรุกยังน้อย เน้นรอรับบริการในสถานพยาบาลมากกว่าการออกค้นหาเด็กในชุมชน ทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าหลายรายไม่เข้าสู่ระบบบริการ	2. บูรณาการทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จัดตั้งทีมดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระดับอำเภอ
3. ปัญหาการบันทึกข้อมูล อาจมีเด็กที่ได้รับบริการแล้ว แต่บันทึกรหัส ICD-10, ICD-9-CM หรือ Special PP ไม่ถูกต้อง ทำให้ผลงานไม่ขึ้นในระบบ HDC	3. พัฒนาคุณภาพข้อมูลและการบันทึก HDC กำชับการลงรหัส ICD-10, ICD-9-CM หรือ Special PP ให้ถูกต้อง ตรวจสอบข้อมูลการตกหล่นทุกเดือนก่อนปิดรอบรายงาน

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 6.1 พัฒนาคำแนะนำและทักษะของผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน เช่น ใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการ
- 6.2 พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกปี
- 6.3 พัฒนาเครื่องมือการกระตุ้นพัฒนาการล่าช้า ในรูปแบบออนไลน์ เช่น โปรแกรมออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง การฝึกกระตุ้นพัฒนาการในรูปแบบออนไลน์ และการสร้างสื่อสาธารณะที่สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็ก

7. ภาพการดำเนินงาน

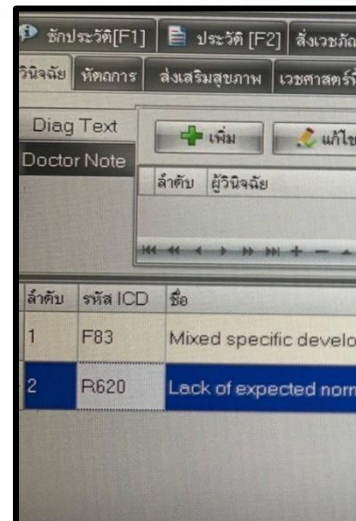


เดือนเมษายน – พฤษภาคม 2569
คณะนิเทศจังหวัดสตูลลงพื้นที่นิเทศงานทุกอำเภอ
ทำให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา-อุปสรรค นำมา
แก้ไขเพื่อพัฒนา

ประชุมตัวชี้วัดเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า
เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ผ่านระบบ
Online วันที่ 1 พฤษภาคม 2569



พื้นที่มีการจัดประชุมบูรณาการงานร่วมกันระหว่าง
รพ., รพ.สต. รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



โรงพยาบาลมีการทบทวนการลงข้อมูลก่อนปิด
รอบการรายงาน

ผู้รายงาน นางสาวเสาวภา หมดแจ้ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 084 6318939
E-mail saosao1329@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 4. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เป้าหมาย : >ร้อยละ 95

2. สถานการณ์

จากการดำเนินงานการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิดในจังหวัดสตูล ทั้งหมด 7 อำเภอ พบว่า จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด 1,356 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 1,087 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.16 พบปัญหา 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.13 (ข้อมูลจากHDC) การปฏิบัติหน้างานจริง ทารกแรกเกิด 1,270 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 1,260 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.21 พบปัญหา 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46 ได้มีการส่งต่อ 2 ราย ตรวจ AABR 1 ราย และมีนัดการตรวจรอบสองติดตามต่อเนื่อง พบว่า ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด >ร้อยละ 95 ในการปฏิบัติงานจริง

เมื่อพิจารณารายอำเภอพบว่า อำเภอมะนัง อำเภอทุ่งหว้า อำเภอควนโดน และอำเภอควนกาหลง มีการคัดกรองการได้ยินทารกแรกคลอดคิดเป็นร้อยละ 100 อำเภอละงู และอำเภอเมืองสตูล มีการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด >ร้อยละ 95 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100 เนื่องจากอยู่ระหว่างรอตรวจ, เด็กป่วยนอนรักษา NICU, refer, เสียชีวิต, ผิดนัด 2 รายในอำเภอละงู และอำเภอเมืองสตูล เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญในการตรวจและได้มีการติดตามให้ตรวจคัดกรอง

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการปฏิบัติงานจริง ความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95 แต่ยังพบปัญหาการลงข้อมูลใน HDC และการผิดนัด คณะกรรมการ Service Plan สาขาโสตศอนาสิก ได้มีการประชุมทบทวนกระบวนการทำงานและการลงข้อมูล ในเชิงนโยบายมีการวางแผนการสนับสนุนการทรัพยากรและกำลังคนไปยังพื้นที่เพื่อความสะดวกผู้รับบริการที่มีปัญหาการเดินทางไม่สะดวกได้รับการบริการต่อไป

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 95

ตารางที่ 32 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569
จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนทารก คลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละการตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละการ พบปัญหา	การส่งต่อ
เมืองสตูล	1,123	936	83.35	0	0	-
ควนโดน	1	0	0	0	0	-
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	-
ท่าแพ	0	0	0	0	0	-
ละงู	216	151	69.91	24	15.89	-
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	-
มะนัง	16	0	0	0	0	-
รวม	1,356	1,087	80.16	24	2.21	-

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

ตารางที่ 33 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลทุกแห่ง จำแนกรายอำเภอ

ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ตุลาคม 2568 – 31 มีนาคม 2569)							
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละการ พบปัญหา	การส่ง ต่อ	การ ตรวจ AABR
เมืองสตูล	999	995	99.60	12	1.21	2	1
ควนโดน	20	20	100	0	0	0	0
ควนกาหลง	26	26	100	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0	0
ละงู	184	178	96.74	15	8.43	0	0
ทุ่งหว้า	32	32	100	4	12.5	0	0
มะนัง	9	9	100	0	0	0	0
รวม	1,270	1,260	99.21	31	2.46	2	1

ที่มา : ข้อมูลจากงานพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลทุกแห่ง

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ได้รับการคัดกรองการได้ยินมากกว่า 95% - มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุทารกแรกเกิดที่ไม่ได้รับการคัดกรองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุงในจังหวัดสตูล กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow การคัดกรองที่ชัดเจน - พัฒนาสมรรถนะการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด - ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และมีการทบทวนการคีย์ข้อมูล ถูกต้องและรวดเร็ว พบปัญหาจะมีการส่งต่อแม่ข่าย - พัฒนาระบบการติดตามทารกแรกเกิดให้ได้รับการคัดกรองการได้ยิน - มีระบบการติดตามร่วมกับลูกข่ายโรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดไม่ได้รับการคัดกรอง: มีการขอข้อมูลเบอร์โทร กลุ่ม Line application ในการส่งต่อมารพ.สตูล การติดตามมาตามนัด การส่งต่อข้อมูลการตรวจและประสานติดตามหากไม่มาตามนัด - พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด - มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่ และสงขลานครินทร์ในทุก case ที่เกินศักยภาพ - พัฒนาศักยภาพ รพช. Node ละงู ในการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด
กำลังคนที่ให้บริการ	- พัฒนาบุคลากรในการตรวจการได้ยิน - มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการคัดกรองการได้ยิน และมีแผนพัฒนาการสอนฟื้นฟูการตรวจ OAE ใน รพช. เครือข่าย 6 แห่ง
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดใน SP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและการคัดกรองการได้ยิน - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพวางแผนพัฒนาต่อเนืองได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันผ่าน Google drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อติดตามและพัฒนาร่วมกันผ่าน Line application - การวิเคราะห์การคีย์ข้อมูลและสาเหตุการไม่ได้รับการคัดกรองร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผ่านการประชุม online/on-site conference
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	-
การเงิน การคลังด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	- มีคณะกรรมการ SP สาขา ENT ทำงานร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดจังหวัดสตูล กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- รพ.สตูลเป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด, ส่งต่อทารกแรกเกิดในกรณีผิดปกติมาโรงพยาบาลสตูลและการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลหาดใหญ่/โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4. ปัญหา อุปสรรค

- 4.1 ระบบข้อมูลใน HDC ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง
- 4.2 การผัดนัด มารดาไม่เห็นความสำคัญในการตรวจการได้ยินในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

5. ข้อเสนอแนะ

- 5.1 ด้านให้บริการ : เพิ่มประสิทธิภาพการลงพื้นที่โดยการนำเครื่องไปตรวจ ณ จุดรับบริการตามอำเภอเพื่อลดการเดินทางและความสะดวกผู้รับบริการลดการผัดนัด
- 5.2 ด้านวิชาการ : เพิ่มสมรรถนะและฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ ในการตรวจการคัดกรองการได้ยิน
- 5.3 ด้านเครื่องมือ/อัตรากำลัง : การจัดสรรอัตรากำลังและเครื่องมือในการลงตรวจในพื้นที่จังหวัดสตูลในการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด(OAE)

ผู้รายงาน นางปราณี นรพิน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 062 8764327
E-mail pranee64327@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ประเด็นที่ 3 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน เป้าหมาย : รอบ 12 เดือน ร้อยละ 90

2. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ.2568) พบว่า จังหวัดสตูล บรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 อย่างต่อเนื่อง สะท้อนความเข้มแข็งเชิงระบบและการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ปี 2566 จังหวัดมีผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ ขณะที่ปี 2567 - 2568 ทุกระดับบรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 แสดงถึงการขยายผลและความยั่งยืนของระบบ โดยมุ่งยกระดับคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนต่อไป

ตารางที่ 34 ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568)

ปี พ.ศ.	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	100	67.52	84.24
2567	100	100	100
2568	100	100	100

ที่มา : โปรแกรม Health gate กองสุศึกษา

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (เกณฑ์ : ร้อยละ 90)

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ตำบล		ชุมชนมีการดำเนินการ	
	ทั้งหมด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ
เมืองสตูล	12	10	9	90
ควนโดน	4	3	4	100
ควนกาหลง	3	3	3	100
ท่าแพ	4	3	4	100
ละงู	6	5	6	100
ทุ่งหว้า	5	4	4	100
มะนัง	2	2	2	100
รวม	36	30	32	100

ที่มา : โปรแกรม Health gate กองสุศึกษา ณ 31 พฤษภาคม 2569

ผลคะแนนเชิงปริมาณ

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน รอบ 5 เดือน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน รอบ 10 เดือน	ผลร้อยละที่ได้	คะแนนที่ได้
10	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	100	10

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด CIPP Model

CIPP Model	ผลการดำเนินการ	ระดับคะแนน
ด้านบริบท สร้างความร่วมมือ กลไกการ ขับเคลื่อนงาน พัฒนาชุมชน จัดการสุขภาพ ร่วมกับภาคี เครือข่าย	- มีประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เรื่อง นโยบายขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพ และ - สื่อสารถึงผู้รับผิดชอบงานสุขภาพทุกระดับ สสอ./ทุกหน่วยบริการ รพ./รพ.สต./PCU - ผ่านระบบหนังสือราชการทั่วไป - ช่องทางออนไลน์ผ่านกลุ่มไลน์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพทุกอำเภอ,ทุกหน่วยบริการ - ผ่านการประชุมชี้แจง,การติดตามสัญญาณเสริมพลัง - จัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพจังหวัดสตูลที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสาธารณสุขในจังหวัด และร่วมแลกเปลี่ยนแนวทางของกระบวนการที่เกิดจากบริบทของแต่ละพื้นที่ ผ่านการประชุมชี้แจงแนวทางและพัฒนาศักยภาพฯ/การสัญญาณติดตามและเยี่ยมเสริมพลังทุกอำเภอ	85 คะแนน
ด้านปัจจัยนำเข้า แผนการดำเนิน พัฒนาชุมชน จัดการสุขภาพ	- มีแผนการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพระดับจังหวัดที่มีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับสถานศึกษา/ภาคีเครือข่ายสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดและชี้แจงแผนตลอดจนแนวทางการดำเนินงานไปยังผู้รับผิดชอบงานสุขภาพทุกระดับและหน่วยบริการ ผ่านทางการประชุมชี้แจง,การสัญญาณติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง - มีกำหนดสร้างความร่วมมือกับสถานศึกษาผ่านการประชุมสร้างศักยภาพ รร.ส่งเสริมสุขบัญญัติในเดือนกรกฎาคม 2569	85 คะแนน
ด้านกระบวนการ ดำเนินการโดย กระบวนการมี ส่วนร่วม	- มีการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงระดับจังหวัด(ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพ สสอ.)/พี่เลี้ยงระดับอำเภอ(ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพระดับหน่วยบริการ)ผ่านการประชุมสัญญาณชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงระดับจังหวัดอำเภอครบทั้ง 7 อำเภอ - การสร้างแกนนำสุขภาพ - สร้าง อสม. ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครบทุกตำบล (100%) และทุกหมู่บ้าน (93.93%)	86.6 คะแนน

	- สร้างอาสาสร้างสุขภาพ Gen-H ได้ครบทุกอำเภอ (100%) อยู่ระหว่างดำเนินการให้ครอบคลุมทุกตำบล (61.11%) - ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพและการประเมินผลชุมชนผ่านระบบ Health gate ด้วยการติดตามการดำเนินงานและร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคพร้อมข้อเสนอแนะในการสัญจรติดตามการดำเนินงานฯ ครบทุกอำเภอ - ติดตามการดำเนินงานเสริมพลังด้วยการสัญจรครบทุกอำเภอ	
ด้านผลลัพธ์ การประเมินผล การดำเนินงาน ตามแผน	จังหวัดสตูลมีจำนวนชุมชน(ตำบล) ทั้งสิ้น 36 ตำบลและมีเป้าหมายให้เป็นชุมชนจัดการสุขภาพร้อยละ 90 คือ 31 ชุมชน(ตำบล) ณ วันที่ 31 พ.ค. 69 ดำเนินการได้ทั้งสิ้น 32 ชุมชน (ตำบล) คิดเป็น 100% ของเป้าหมาย โดยมีต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาพทุกอำเภอ - อ.เมืองสตูล ได้แก่ ตำบลเจ๊ะบิลัง โดย รพ.สต.ปาเต๊ะ - อ.ควนโดน ได้แก่ ตำบลควนโดน โดย รพ.สต.ควนโดน - อ.ควนกาหลง ได้แก่ ตำบลควนกาหลง โดย รพ.สต.เหนือคลอง - อ.ท่าแพ ได้แก่ ตำบลสาคร โดย รพ.สต.ทางยาง - อ.ทุ่งหว้า ได้แก่ ตำบลนาทอน โดย รพ.สต.นาทอน - อ.มะนัง ได้แก่ ตำบลนิคมพัฒนา โดย รพ.สต.บ้านผิง50 - อ.ละงู ได้แก่ ตำบลแหลมสน โดย รพ.สต.แหลมสน และมีกำหนดการนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อหาแนวทางพัฒนาปรับปรุง ตลอดจนศึกษา ทบทวน Best Practice แต่ละอำเภอ ผ่านระบบ Online วันที่ 10 - 11 มิถุนายน 2569	75 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ : $85 + 85 + 88 + 75 = 331.6 \div 4 =$		82.9 คะแนน

3.3 สรุปการคิดคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ (30%)
10	83.25
$10 \times 0.7 = 7$	$(82.9 \div 10) \times 0.3 = 2.49$
$7 + 2.49 = 9.49$	

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. สร้างความร่วมมือ กลไกการขับเคลื่อน งานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพร่วมกับภาคี
เครือข่าย

2. มีแผนการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพที่สอดคล้อง เหมาะสม

3. ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม

4. การประเมินผล

5. การแลกเปลี่ยน เรียนรู้

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

ตารางที่ 36 แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา
1. ถ่ายทอดสร้างความเข้าใจ	สสอ./รพ.สต./โรงเรียน/ท้องถิ่น/ชุมชน	ไตรมาสที่ 1-2
2. พัฒนาศักยภาพ	สสอ./รพ.สต./โรงเรียน/ท้องถิ่น/ชุมชน	ไตรมาสที่ 1-2
3. สื่อสารสร้างความตระหนัก	โรงเรียน/ชุมชน	ไตรมาสที่ 2
4. คัดเลือกต้นแบบ	หมู่บ้าน/โรงเรียน/รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาสที่ 3
5. ติดตาม ประเมินผล	หมู่บ้าน/โรงเรียน/รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาสที่ 4

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน,ล่าช้าของเป้าหมาย/ความหมาย/นิยามในแต่ละภารกิจของตัวชี้วัด

5.2 นโยบายของแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องไม่รองรับกัน

5.3 การดำเนินงานคาบเกี่ยวระหว่างปีการศึกษาและปีงบประมาณ

5.4 การเร่งรัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับแผนหรือแนวทางการดำเนินงาน

5.5 ชุมชน/รพ.สต.ที่สังกัด อบจ.

5.6 การเปลี่ยนแปลงบุคลากร

5.7 ภาระงานของผู้รับผิดชอบที่มีจำนวนมาก

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 สนับสนุนงบประมาณให้สอดคล้องกับมาตรการ/ตัวชี้วัด

6.2 การส่งเสริม/สนับสนุนการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่นและเครือข่ายที่เริ่มมาจากส่วนกลางและ
ผู้บริหาร

6.3 ขับเคลื่อนจากสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมกับต่างกระทรวง,ต่างหน่วยงาน,ต่างองค์กรจาก
ส่วนกลางและผู้บริหาร

6.4 ทบทวน/บูรณาการนโยบาย,ตัวชี้วัดที่สอดคล้อง/ใกล้เคียงกันระหว่างกรม,กอง

7.ปัจจัยความสำเร็จ

7.1 ความเข้าใจ วัตถุประสงค์,ความหมายของงานชุมชนจัดการสุขภาพของผู้รับผิดชอบงานและ
เครือข่าย

7.2 ความชัดเจนของแผนหรือ Timeline ในการดำเนินงาน

7.3 ความสม่ำเสมอของการติดตามหรือเยี่ยมเสริมพลัง

8. ภาพการดำเนินงาน



พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงระดับจังหวัด/อำเภอ อ.ควนโดน



อบรม อสม.แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อ.ท่าแพ



อบรม อสม.แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
อ.ควนกาหลง



ติดตามการดำเนินงานเยี่ยมเสริมพลังชุมชนจัดการ
ฯ อ.ละงู

ผู้รายงาน นางสาวรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 088 7828226
E-mail rungratdul@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 92.93

2. สถานการณ์

ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายพัฒนา พร้อมพัฒน) “รอบรู้ เพื่ออยู่ อย่างมีคุณภาพชีวิต” ซึ่งมุ่งเน้นให้คนไทยมีความรอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ตระหนักรู้สถานะสุขภาพตนเอง และรอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ” การที่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถช่วยลดภาระของระบบสุขภาพและช่วยป้องกันโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ขับเคลื่อนตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 – ปัจจุบัน มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 84 แห่ง ผ่านการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ 60 แห่ง มีชุมชนที่ขึ้นทะเบียนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 123 แห่ง ผ่านเป็นชุมชนรอบรู้สุขภาพ 82 แห่ง

สถานการณ์อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปี 2566 - 2568 ข้อมูลรายงาน <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 พบว่า ประชาชน 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล มีอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.00, 95.49 และ 88.40 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 82) แม้ว่าอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง แต่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ข้อมูลจากแพลตฟอร์ม HL Hub จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 62 แห่ง จัดทำโครงการ ส่งเสริมความรอบรู้ โลว์คาร์บ ไมโซโลว์แคล โครงการชีวิตดี วิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

ตารางที่ 37 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 3 ปี

ปี	จังหวัด	เขตสุขภาพที่ 12	ประเทศ
2566	96.00	92.64	93.56
2567	95.49	93.63	94.30
2568	88.40	88.82	90.05

ที่มา : <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 85

ตารางที่ 38 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ร่วมประเมิน HL (คน)	จำนวนผู้ที่มี HL เพียงพอ (คน)	สัดส่วนประชากรที่มี HL เพียงพอ (%)
เมืองสตูล	1,444	1,343	93.01
ควนโดน	717	660	92.05
ควนกาหลง	635	579	91.18
ท่าแพ	457	418	91.47
ละงู	920	788	85.65
ทุ่งหว้า	444	413	93.02
มะนัง	559	478	85.51
รวม	5,176	4,679	90.40

ที่มา : <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
การให้บริการ สุขภาพ	- ในปี 2569 จังหวัดสตูลมีการจัดบริการ/กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ(HLO) (สะสม) จำนวน 65 กิจกรรม/บริการ (เป้าหมาย จำนวน 33 กิจกรรม/บริการ) - มีหน่วยบริการสุขภาพที่ขึ้นทะเบียน HLO 84 แห่ง ประเมินผ่านเป็น HLO 60 แห่ง (สะสม) คิดเป็นร้อยละ 71.43 - มีชุมชนที่ขึ้นทะเบียนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 123 แห่ง ประเมินผ่านเป็นชุมชนรอบรู้สุขภาพ 82 แห่ง (สะสม) คิดเป็นร้อยละ 66.66	80
กำลังคนที่ให้บริการ	ทุกหน่วยบริการมีผู้รับผิดชอบงาน HL ทุกแห่ง และได้เข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน HL โดยศูนย์อนามัยจัดประชุมชี้แจง แนวทางการดำเนินงาน ในรูปแบบ online เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2569 หลังจากพบปัญหาความไม่เข้าใจในการดำเนินงานในหลายๆ พื้นที่ สสจ.สตูล ได้จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน HL ให้กับผู้รับผิดชอบงาน สสอ. รพ. และตัวแทนจาก รพ.สต. ในรูปแบบ onsite เมื่อ 5 - 6 ก.พ. 2569	100

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	มีข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ) และมีการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกอำเภอ	100
ภาวะผู้นำและ ธรรมชาติของระบบ สุขภาพ	- นโยบายการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ คำสั่งคณะกรรมการการขับเคลื่อนการดำเนิน อยู่ระหว่างการ ดำเนินการ	0
รวมคะแนนเฉลี่ยเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์		70

3.2.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
การเข้าถึงบริการ	- ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในชุมชน เป้าหมาย 3,510 คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 5,176 คน คิดเป็นร้อยละ 147.46 ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จำนวน 4,679 คน คิดเป็นร้อยละ 90.40	100
	- จังหวัดสตูลมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,832 คน จากเป้าหมาย 1,314 คน คิดเป็นร้อยละ 215.53 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพียงพอ จำนวน 2,582 คน คิดเป็นร้อยละ 91.17	100
	- กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เข้าร่วมกิจกรรมใน NCDs Prevention Center จำนวน 1,820 คน จากเป้าหมาย 1,749 คน คิดเป็น ร้อยละ 104.60	100
ประสิทธิภาพของ การรักษา	- หน่วยบริการที่ดำเนินกิจกรรมในองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเสร็จ สิ้นแล้ว ได้ประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์หลังทำกิจกรรมของ ผู้ร่วมกิจกรรม พบว่า สัดส่วนของประชากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ ร้อยละ 76.25	100
	- กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เข้าร่วมกิจกรรมใน NCDs Prevention Center 1,820 คน หลังทำกิจกรรม พบเป็นกลุ่มปกติ 101 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5	0
รวมคะแนนเฉลี่ยเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ		80

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการคิดอัตราส่วน 70 : 30	คะแนนที่ได้
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	6.3
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	1.05
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)	1.2
Score เชิงปริมาณ +Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)	8.55

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

1. หน่วยบริการสาธารณสุขลงทะเลเป็นเข้าร่วมการเป็นองค์กรรอบรู้ทุกแห่ง แต่มีหน่วยบริการบางแห่งไม่ผ่านการประเมินการเป็นองค์กรรอบรู้ เนื่องจากขาดความเข้าใจในกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน

2. ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง NCDs ใน NCD Prevention Center มีความซ้ำซ้อนกับศูนย์คนไทยไร้พุง ทำให้ต้องลงข้อมูลซ้ำซ้อน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน/แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

สร้างความเข้าใจในกระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงานและการใช้ HL Hub

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 ติดตามการดำเนินงาน ของหน่วยบริการในพื้นที่เป็นระยะ

4.2.2 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่อบรมหลักสูตร HL Coach ในระบบสาสุขอุ้นใจ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- บางพื้นที่ เจ้าหน้าที่ ขาดความเข้าใจ ในกระบวนการดำเนินงาน ตัวชี้วัดและ การใช้โปรแกรม HL Hub - ระบบ สาสุขอุ้นใจ มีการขัดข้องบ่อยครั้ง ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการใช้งาน	- พัฒนาพี่เลี้ยง HL Hub ในทุกอำเภอ โดยให้ทุกหน่วยบริการมี HL coach ทุกแห่ง
- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน HL Hub ส่วนใหญ่เป็น อสม. ไม่ได้เกิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่ภาคประชาชนเท่าที่ควร	- เสริมสร้างและเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีสัดส่วน HL ไม่ผ่านเกณฑ์ - ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน HL Hub ควรขยายให้ครอบคลุมกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสู่ภาคประชาชนอย่างทั่วถึง
- การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ร่วมทำกิจกรรมยังทำได้ไม่ครอบคลุม	- เร่งรัดติดตามให้มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ร่วมทำกิจกรรมทุกคน

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรปรับปรุง ระบบ สาสุขอุ้นใจ ให้มีการใช้งานที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมใช้งานปกติที่เข้าถึงง่าย เพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน เพิ่มการแสดงผลข้อมูลรายงานในระบบสาสุขอุ้นใจ ให้แสดงรายงานข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการในทุกรายงาน เพื่อ่ายในการตรวจสอบติดตามงาน เนื่องจากบางตำบลมี 2 - 3 หน่วยบริการ

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางนิรมล เพือกสม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 095 9249178
E-mail jobsatun@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง

1. ประเด็นตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
- 3.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70
 - 3.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80
 - 3.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 40
 - 3.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 60
 - 3.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 10

2. สถานการณ์

ปี พ.ศ.2565 – 2568 จังหวัดสตูล ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 91.97, 89.31, 79.08 และ 90.91 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90) พบกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 0.62, 0.83, 0.98 และ 0.82 กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 91.86, 85.58, 84.07 และ 78.87 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70) และผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 22.34, 26.65, 33.44 และ 32.50 ตามลำดับ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 40)

ส่วนการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2565 – 2568 จังหวัดสตูล โดยการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.51, 89.98, 79.61 และ 91.25 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90) พบกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 4.13, 5.29, 6.82 และ 6.13 กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 98.36, 98.76, 87.02 และ 93.63 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 43.69, 45.80, 53.21 และ 55.67 ตามลำดับ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60)

จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2568 ประเด็นป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ พบว่า ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด แต่แนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดสตูล จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคส่งเสริมการออกกำลังกาย

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 39 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90	เมืองสตูล	36,744	33,421	90.96
78.01	71.54	72.63		ควนโดน	9,595	8,932	93.09
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	12,881	12,018	93.30
90.11	77.81	81.24		ท่าแพ	9,907	9,400	94.88
จังหวัดสตูล				ละงู	27,588	25,657	93.00
89.31	79.08	90.91		ทุ่งหว้า	8,326	7,934	95.29
ปี 2569				มะนัง	6,982	6,443	92.28
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	112,023	103,805	92.66
75.89	84.19	92.66					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 40 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90	เมืองสตูล	31,622	28,985	91.66
78.06	71.72	73.52		ควนโดน	7,729	7,232	93.57
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	11,094	10,696	96.41
90.01	77.83	81.86		ท่าแพ	7,422	7,053	95.03
จังหวัดสตูล				ละงู	23,830	22,478	94.33
89.98	79.61	91.25		ทุ่งหว้า	6,816	6,443	94.53
ปี 2569				มะนัง	5,901	5,543	93.93
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	94,414	88,430	93.66
76.26	84.38	93.66					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 41 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 70	เมืองสตูล	262	217	82.82
69.47	69.80	71.81		ควนโดน	80	80	100
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	29	29	100
77.50	72.47	76.15		ท่าแพ	90	64	71.11
จังหวัดสตูล				ละงู	142	124	87.32
85.58	84.07	78.87		ทุ่งหว้า	60	57	95
ปี 2569				มะนัง	50	47	94
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	713	618	86.68
72.33	78.20	86.68					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 42 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80	เมืองสตูล	2,294	2,175	94.68
89.32	82.96	80.92		ควนโดน	477	471	98.74
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	202	201	99.50
92.75	85.85	86.16		ท่าแพ	459	456	99.35
จังหวัดสตูล				ละงู	580	523	90.17
98.76	87.02	93.63		ทุ่งหว้า	543	524	96.50
ปี 2569				มะนัง	312	306	98.08
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	4,867	4,653	95.60
84.05	89.79	95.60					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 43 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 40	เมืองสตูล	5,693	1,450	25.47
33.23	35.49	35.68		ควนโดน	1,435	479	33.38
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	1,471	376	25.56
29.88	32.28	32.02		ท่าแพ	2,204	515	23.37
จังหวัดสตูล				ละงู	3,316	891	26.87
26.65	33.44	32.50		ทุ่งหว้า	1,119	291	26.01
ปี 2569				มะนัง	960	326	33.96
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	16,198	4,328	26.72
31.99	28.02	26.72					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	12,008	5,701	47.48
55.04	57.63	57.83		ควนโดน	3,490	2,269	65.01
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	3,437	1,982	57.67
49.51	51.12	51.58		ท่าแพ	5,347	2,529	47.30
จังหวัดสตูล				ละงู	7,727	5,182	67.06
45.80	53.21	55.67		ทุ่งหว้า	2,727	1,525	55.92
ปี 2569				มะนัง	2,161	1,212	56.09
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	36,897	20,400	55.29
57.28	51.17	55.29					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 45 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด $\geq$ ร้อยละ 1 (ในพื้นที่รับผิดชอบ type area 1,3)

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	DM Type 2 ที่เข้าเกณฑ์	สมัครใจ เข้าร่วม	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 1	เมืองสตูล	1,593	1,364	85.62
-	-	-		ควนโดน	361	333	92.24
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	577	498	86.31
-	-	-		ท่าแพ	432	385	89.12
จังหวัดสตูล				ละงู	983	914	92.98
-	-	-		ทุ่งหว้า	348	314	90.23
ปี 2569				มะนัง	284	244	85.92
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	4,578	4,052	88.51
15.41	44.20	88.51					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 46 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด $\geq$ ร้อยละ 1 (ในพื้นที่รับผิดชอบ All types)

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	DM Type 2 ที่เข้าเกณฑ์	สมัครใจ เข้าร่วม	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 1	เมืองสตูล	4,588	1,293	28.18
-	-	-		ควนโดน	1,045	523	50.05
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	1,057	511	48.34
-	-	-		ท่าแพ	1,538	933	60.66
จังหวัดสตูล				ละงู	2,374	1,086	45.75
-	-	-		ทุ่งหว้า	846	555	65.60
ปี 2569				มะนัง	707	254	35.93
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	12,155	5,155	42.41
8.70	18.29	42.41					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 47 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	สมัครใจ เข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 10	เมืองสตูล	1,293	1	0.08
-	-	0.12		ควนโดน	523	1	0.19
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	511	2	0.39
-	-	0.02		ท่าแพ	933	4	0.43
จังหวัดสตูล				ละงู	1,086	16	1.47
-	-	0.00		ทุ่งหว้า	555	1	0.18
ปี 2569				มะนัง	254	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	5,155	25	0.48
1.55	0.91	0.48					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

การคัดกรอง/ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย/การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต

จังหวัดสตูลดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 112,023 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานจำนวน 103,805 คน คิดเป็นร้อยละ 92.66 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 713 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัยจำนวน 618 คน คิดเป็นร้อยละ 86.68 และมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 16,198 คน ได้รับการตรวจ HbA1C จำนวน 11,371 คน คิดเป็นร้อยละ 70.20 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 4,328 คน คิดเป็นร้อยละ 26.72 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 94,414 คน ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 88,430 คน คิดเป็นร้อยละ 93.66 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 4,867 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัยจำนวน 4,653 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 36,897 คน ได้รับการวัดความดันจำนวน 28,756 คน คิดเป็นร้อยละ 77.94 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 20,400 คน คิดเป็นร้อยละ 55.29 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

ผลการดำเนินงาน ด้านการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้ เนื่องด้วยเป็นนโยบายระดับจังหวัดให้มีการคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสแรก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วที่สุด ในส่วนของการติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ จะใช้วิธีชี้เป้าจำนวนเป้าหมายให้แต่ละอำเภอทุกเดือน เพื่อเป็นการแจ้งเตือนไม่ให้เกินกำหนดเวลาในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ โดยผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าเกณฑ์ปี 2569 จำนวน 244 คน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับบริการใน NCDs Remission Clinic ร้อยละ 100

NCDs Remission Clinic

จังหวัดสตูลขับเคลื่อนนโยบายโดยทีม Service Plan DM, HT ระดับจังหวัด มีการจัดตั้งและดำเนินการ NCDs Remission Clinic ครอบคลุมทั้งใน รพท. (1/1), รพช. (6/6) และ รพ.สต. (ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ) รวมถึง รพ.สต.ที่ไม่ใช่แม่ข่าย (52/31) ครบ 100% โดยให้พื้นที่ดำเนินการและมี รพท./รพช. ในแต่ละพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานระดับ รพ.สต.

ผลการดำเนินงาน

ปี 2568 ผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ทั้งหมด จำนวน 14,905 คน เข้าสู่ระยะ Remission จำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 จำนวนผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับบริการใน NCDs Remission Clinic จำนวน 1,145 คน และผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะ Remission ต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 37.38 ผ่านเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากในบางพื้นที่ได้ดำเนินงานคลินิก DM Remission มาตั้งแต่ปี 2566 จึงสามารถที่จะพัฒนาต่อยอดเป็น NCDs Remission Clinic ได้ รวมถึงเป็นต้นแบบและขยายรูปแบบการดำเนินงานแก่ รพ.สต.ในพื้นที่ต่อไป และสามารถลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 7,777,080 บาท/ปี โดยปี 2568 ใช้ระบบจัดเก็บข้อมูลจากพื้นที่โดยใช้แบบฟอร์มที่กองสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้กำหนด

ปี 2569 มีการเปลี่ยนแปลงการจัดเก็บข้อมูลเป็นข้อมูลรายปี โดยให้บันทึกข้อมูลในระบบ HDC และไม่นับรวมผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะ Remission ในปี 2568 โดยปี 2569 มีผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด (All Type) 12,155 คน สมัครใจเข้ารับบริการใน NCDs Remission Clinic จำนวน 5,155 คน คิดเป็นร้อยละ 42.41 (ร้อยละการเข้าร่วมเป็นอันดับ 2 ของประเทศ) ผู้ป่วยรายใหม่(ที่เข้าเกณฑ์) เข้าร่วมคลินิกจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Remission จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 0.48 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้ยังมีผู้เข้าร่วมบางส่วนยังไม่ครบกำหนดการติดตามผล HbA1C

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- มีการคัดกรองและจำแนกกลุ่มตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย โดยมีการขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วย และนัดเพื่อตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรค และมีการขึ้นทะเบียนการตรวจติดตามยืนยันตามระยะเวลาที่กำหนด โดย สสจ.จะส่งข้อมูลชี้เป้าให้อำเภอเดือนละครั้ง ส่วนในกลุ่มที่ไม่มาตามนัด มีระบบติดตามโดย อสม./จนท.สาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการตรวจติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด - ผลการดำเนินงาน การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยป่วย DM เท่ากับร้อยละ 86.68 - ผลการดำเนินงาน การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยป่วย HT เท่ากับร้อยละ 95.60
กำลังคนที่ให้บริการ	- บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิรวมถึง อสม.ได้รับการอบรมเรื่องโรคทาง NCD ปีละ 1 ครั้ง - ทุกอำเภอมียุติ CM (Case Manager) และ SM (System Manager) รวมถึงมีทีมสหวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด โภชนากร มาร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงในทุกระดับ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ทุกอำเภอมีผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HOSxP, JHCIS และส่งแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลจาก HDC วิเคราะห์และใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการดำเนินงาน - สสจ.วิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC และส่งผลการดำเนินงานให้พื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อขับเคลื่อนงาน
ภาวะผู้นำและ ธรรมชาติของ ระบบสุขภาพ	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกล NCD, คณะกรรมการ Service Plan NCD และมีแผนการประชุมทุก 6 เดือน เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน ปี 2569 มีการประชุมจำนวน 3 ครั้ง - บูรณาการร่วมกันกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดสตูลและสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงองค์กรต่างๆ ในจังหวัดสตูล ในการ ขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพในวิถีมุสลิมจังหวัดสตูล ในรูปแบบ”ธรรมนูญ สุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมุสลิมจังหวัดสตูล” มีแผนดำเนินงาน ในมุสลิมต้นแบบจำนวน 45 มัสยิด โดยอยู่ในขั้นตอนการประกาศใช้ธรรมนูญ สุขภาพฯ - ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนาพื้นที่ ต้นแบบการจัดการปัญหาสุขภาพกายสุขภาพใจร่วมกับภาคียุทธศาสตร์จังหวัด (Node Mini Flag Ship) ประเด็นลดกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ขับเคลื่อนงาน โดยศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs โดยอยู่ระหว่างการดำเนินงาน

3.2.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การเข้าถึงบริการ	
การคัดกรอง ค้นหา กลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัย ป่วย กลุ่มป่วย)	- มีทะเบียนรายชื่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย และมีการคัดกรองตาม เป้าหมายที่กำหนด โดยกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs - โครงการ “คนสตูลลดน้ำหนัก ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs” ส่งเสริม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก ที่เหมาะสม โดยมีกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ 1,400 คน ครอบคลุมทุกอำเภอ และยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ - ผลการคัดกรอง DM เท่ากับร้อยละ 92.66 - ผลการคัดกรอง HT เท่ากับร้อยละ 93.66
การตรวจติดตามและ วินิจฉัย	- มีการตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยป่วยได้ตามเป้าหมาย - ผลการตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัย DM เท่ากับร้อยละ 86.68 - ผลการตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัย HT เท่ากับร้อยละ 95.60

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	
การให้บริการดูแล รักษาผู้ป่วย DM และ HT	- มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการ - มีการให้การรักษามาตรฐานและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ - DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 26.72 - HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 55.29
ให้บริการดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ระยะสงบ	- มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน ผ่านการอบรม DM Remission - มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีการประเมินพฤติกรรมรายบุคคล - มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น - ปี 2568 มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ จำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 37.38 ของผู้สมัครใจเข้าร่วม - ปี 2569 มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของผู้สมัครใจเข้าร่วม ยังคงต้องติดตามต่อเนื่องเพราะยังไม่ครบกำหนดการตรวจ HbA1C ซ้ำ

การประเมินผล

1.การประเมินผลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่ม สงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน	50%	5 คะแนน	5
2.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่ม สงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	50%	5 คะแนน	5
รวมทั้งสิ้น	100%	10 คะแนน	10 คะแนน

2.การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลคะแนน	การแปลผล
การให้บริการสุขภาพ	95	
กำลังคนที่ให้บริการ	90	
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	80	
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	100	
คะแนนรวม	91.25	ระดับ 5 ดีเยี่ยม

3.การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ

Building Block	ผลคะแนน	การแปลผล
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	72.5	
คะแนนรวม	72.5	ระดับ 4 ดี

การคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด คัดอัตราส่วน 70:30

- สัดส่วน 70 คือผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ

ระดับคะแนน เชิงปริมาณ	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ (15%)
7	1.37	1.09
รวมคะแนน	9.46	

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 นโยบายตรวจคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสแรก เพื่อให้ให้บริการอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เช่น กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง ได้รับการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กลุ่มสงสัยป่วย ได้รับการตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัย กลุ่มป่วย ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

4.2 ใช้เครื่องมือ ปิงปองจราจร 7 สี ในการจัดระดับความรุนแรง และแบ่งระดับการเข้ารับบริการ เช่น สีขาวและสีเขียวอ่อน รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีสுகภาพ, ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs, รพ.สต.) สีเขียวแก่ สีเหลือง สีส้ม รับบริการในหน่วยบริการทุติยภูมิ (รพ.ชุมชน) สีแดง และสีดำ รับบริการในหน่วยบริการตติยภูมิ (รพ.จังหวัด, รพ.ศูนย์)

4.3 ชี้เป้ากลุ่มสงสัยป่วยเพื่อให้เข้าถึงบริการและได้รับการตรวจติดตามโดยเร็วตามระยะเวลาที่กำหนด

4.4 การจัดการปัญหารายกรณี (Case management) ในรายที่ควบคุมไม่ได้

4.5 ระบบการ Consult Case ที่รับยาที่ รพ.สต. และ Case ที่ติดตามเยี่ยมบ้านรายที่มีข้อจำกัดด้านเข้าถึงบริการ โดยใช้ช่องทาง Telemedicine ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 การให้บริการดูแลรักษากลุ่มป่วย DM และ HT และการให้บริการดูแลรักษากลุ่มป่วยสู่เบาหวานระยะสงบ ผลลัพธ์ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วยยังทำได้ในระยะสั้น ควรส่งเสริมการปรับพฤติกรรมรายบุคคล และติดตามเพิ่มเติมในส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจ HbA1C /วัดความดันซ้ำ ในส่วนของการให้บริการดูแลรักษากลุ่มป่วยสู่เบาหวานระยะสงบ พบปัญหาเรื่องอุปกรณ์เครื่องเจาะน้ำตาลไม่เพียงพอ ในกรณีที่ต้องเจาะน้ำตาลทุกวันในช่วงแรกของการติดตาม รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น

5.2 บุคลากรไม่ผ่านการอบรมแบบเข้มข้น DM Remission ครบทั้ง 7 อำเภอ (ผ่านการอบรมแบบเข้มข้น 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล อำเภอท่าแพ อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง) มีแผนการดำเนินงานโดยผลักดันให้ รพ.สตูล เป็นต้นแบบในการดำเนินงาน NCDs Remission Clinic แก่ รพ.ชุมชนทั้งจังหวัด โดยให้บุคลากรที่ผ่านการอบรมระดับเขตเป็นแกนนำการขับเคลื่อนระดับพื้นที่

5.3 มี CM (Case Manager) แต่ไม่ได้รับการอบรมครบทุกอำเภอ มีแผนสนับสนุนการอบรม Case Manager ให้ครบทุกอำเภอ (อ.ละงู, อ.ท่าแพ, อ.ทุ่งหว้า)

5.4 การเปลี่ยนแปลงระบบเวชระเบียนในบางโรงพยาบาล (รพ.ท่าแพ, รพ.ควนโดน) ทำให้ข้อมูลระบบ HCD มีความซ้ำซ้อนในบางตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานอาจไม่ตรงตามข้อมูลจริง และกำลังเร่งดำเนินการแก้ไขร่วมกับกลุ่มงานดิจิทัลสุขภาพ สสจ.สตูล

5.5 ด้านผู้ให้บริการ มีภาระงานที่มากขึ้น การทำงานที่ต้องการวัดเชิงคุณภาพที่มากขึ้น แต่บุคลากรอัตรากำลังเท่าเดิม ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 การบูรณาการโปรแกรมการลงข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นแพลตฟอร์มเดียวกัน

6.2 การเพิ่มอัตรากำลัง หรือ เพิ่มค่าตอบแทนในผู้ปฏิบัติงาน

7. ภาพการดำเนินงาน



8. ผลงานที่ภาคภูมิใจ

ปี 2568

1. ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล มีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดี - ดีเด่น ($\geq$ ร้อยละ 75 ขึ้นไป)
2. โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ได้รับโล่เกียรตินิยม รางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง การประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568
4. โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดรูปแบบบริการ (Service Model) เชิงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568
5. โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร เข้าร่วมการประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก

ปี 2569

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุบังปะโหลด ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ในการประกวดสถานีสภาพสู่รางวัลแห่งความสำเร็จ (Health Station Awards)

ผู้รายงาน นางสาวชนนรัก ถาวรบุญ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 087 9691321
E-mail yayeeas@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 4. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 3

4.1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ในระดับจังหวัด เป้าหมาย : ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 3

4.2 จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ในระดับจังหวัด เป้าหมาย : ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 3

2. สถานการณ์

ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนโลก ปี 2023 (พ.ศ.2566) ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตทางถนน จำนวน 1.3 ล้านคนต่อปี คิดเป็นอัตรา 15 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ประเทศไทย ปี 2563 - 2567 มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน รวมทั้งสิ้น 87,142 ราย โดยเสียชีวิตเฉลี่ย 17,428 รายต่อปี โดยการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 จากการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทุกสาเหตุและมีผู้บาดเจ็บกว่า 1 ล้านรายต่อปี โดยเป็นผู้บาดเจ็บรุนแรงกว่า 200,000 รายต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้พิการเฉลี่ย 10,000 รายต่อปี สะท้อนให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาการเสียชีวิตและการบาดเจ็บของประชาชนไทย

จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งมีการเสียชีวิตที่สูงมากถึง 26,126 คน ในช่วง 9 ปี ที่ผ่านมา หรือคิดเป็นเฉลี่ย 2,902 คนต่อปี จากการประมาณการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 10 - 19 ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง 10 ปีต่อจากนี้ (ปี 2564 - 2573) หากไม่มีการแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน 37,321 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน

อุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับวิกฤตที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาลให้กับประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน (อายุ 1 - 18 ปี) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ข้อมูลเชิงประจักษ์จากหลายปีที่ผ่านมาบ่งชี้ว่ากลุ่มวัยนี้มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการใช้รถใช้ถนน โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นพาหนะหลักในการเดินทางของคนในพื้นที่ต่างจังหวัด รวมถึงจังหวัดสตูล

ถ้าหากมีการดำเนินการและกำหนดเป้าหมายลดการตายของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน จะสามารถลดการสูญเสียกำลังของชาติในอนาคตถึง 14,752 คน ในห้วงเวลา 10 ปี หรือคิดเป็นลดอัตราการตายในภาพรวมได้ ปีละ 2.7 - 4.5 ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดการตายในภาพรวมของประเทศให้ได้ตามเป้าหมาย

สถิติจำนวนการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี จากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของจังหวัดสตูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2568 พบว่ามีจำนวน 920, 1,040 และ 748 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี ปี พ.ศ. 2568 รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงสุด คือ อำเภอละงู จำนวน 344 ราย รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล จำนวน 172 ราย อำเภอมะนัง จำนวน 136 ราย อำเภอทุ่งหว้า จำนวน 29 ราย อำเภอควนกาหลง จำนวน 25 ราย อำเภอควนโดน จำนวน 21 ราย และอำเภอท่าแพ จำนวน 21 ราย ตามลำดับ (ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ)

ตารางที่ 48 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	968	10,249	131,505
2567	1,036	11,205	137,008
2568	843	10,424	129,593

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 49 ค่าเฉลี่ยผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ค่าเฉลี่ย 3 ปี ปีบฯ 66 - 68
1	เมืองสตูล	346	379	231	319
2	ควนโดน	32	35	28	32
3	ควนกาหลง	47	49	33	43
4	ท่าแพ	32	34	26	31
5	ละงู	336	361	341	346
6	ทุ่งหว้า	44	36	41	40
7	มะนัง	131	142	143	139
	รวม	968	1,036	843	949

ตารางที่ 50 เป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย ไตรมาสที่ 1 ตุลาคม-ธันวาคม		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 2 ตุลาคม-มีนาคม		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 3 ตุลาคม-มิถุนายน		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 4 ตุลาคม-กันยายน	
		ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %
1	เมืองสตูล	94	91	175	169	241	233	319	309
2	ควนโดน	6	5	18	17	25	24	32	31
3	ควนกาหลง	11	10	20	19	31	30	43	41
4	ท่าแพ	11	10	19	18	24	23	31	30
5	ละงู	80	77	178	172	261	253	346	335
6	ทุ่งหว้า	12	11	22	21	33	32	40	38
7	มะนัง	28	27	63	61	104	100	139	134
	จังหวัดสตูล	245	237	495	480	718	697	949	920

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี)
ลดลงร้อยละ 3

ตารางที่ 51 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี)
จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2568) จำแนกรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ไตรมาสที่ 1)			
อำเภอ	เป้าหมาย (ค่าเฉลี่ย 3 ปี)	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตูล	94	25	-75.53
ควนโดน	6	4	-33.33
ควนกาหลง	11	5	-54.54
ท่าแพ	11	3	-90.90
ละงู	80	72	-10.00
ทุ่งหว้า	12	7	-41.66
มะนัง	28	25	-10.71
จังหวัดสตูล	245	141	- 44.08

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 52 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี)
จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 2 (ตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569) จำแนกรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ไตรมาสที่ 2)			
อำเภอ	เป้าหมาย (ค่าเฉลี่ย 3 ปี)	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตูล	169	62	-63.31
ควนโดน	17	10	-41.18
ควนกาหลง	19	15	-21.05
ท่าแพ	18	19	5.56
ละงู	172	197	14.53
ทุ่งหว้า	21	15	-28.57
มะนัง	61	56	-8.20
จังหวัดสตูล	480	374	-22.08

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569

ตารางที่ 53 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569) จำแนกรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ไตรมาสที่ 3)			
อำเภอ	เป้าหมาย (ค่าเฉลี่ย 3 ปี)	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตูล	241	96	-60.17
ควนโดน	25	10	-60.00
ควนกาหลง	31	16	-48.39
ท่าแพ	24	19	-20.83
ละงู	261	230	-11.88
ทุ่งหว้า	33	20	-39.39
มะนัง	104	73	-29.81
จังหวัดสตูล	718	464	-35.38

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 54 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามช่วงอายุ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนบาดเจ็บ (ราย)	จำนวนเสียชีวิต (ราย)	รวม	ร้อยละ
1 – 14	242	1	243	52.37
15 – 18	219	2	221	47.63
รวม	461	3	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 55 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามเพศ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

เพศ	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
ชาย	213	45.91
หญิง	251	54.09
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 56 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกประเภทรถ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

ประเภทรถ	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
รถยนต์	22	4.74
รถจักรยานยนต์	442	95.26
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 57 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)
จำแนกตามสถานะผู้ประสบภัย จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

สถานะผู้ประสบภัย	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
ผู้โดยสาร	193	41.59
คนนอก	7	1.51
คนขับ	260	56.03
ไม่ระบุ	4	0.86
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 58 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)
จำแนกตามวัน จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

วัน	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
จันทร์	78	16.81
อังคาร	70	15.09
พุธ	84	18.10
พฤหัสบดี	38	8.19
ศุกร์	52	11.21
เสาร์	67	14.44
อาทิตย์	75	16.16
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 59 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)
จำแนกรายเดือน จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

เดือน	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
ตุลาคม	49	10.56
พฤศจิกายน	36	7.76
ธันวาคม	56	12.07
มกราคม	63	13.58
กุมภาพันธ์	78	16.81
มีนาคม	92	19.83
เมษายน	46	9.91
พฤษภาคม	44	9.48
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 60 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) จำแนกตามช่วงเวลา จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

ช่วงเวลา	จำนวนบาดเจ็บและเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
02.00 น. - 05.59 น.	13	2.80
06.00 น. - 09.59 น.	59	12.71
10.00 น. - 13.59 น.	79	17.03
14.00 น. - 17.59 น.	175	37.72
18.00 น. - 21.59 น.	115	24.78
22.00 น. - 01.59 น.	23	4.96
รวม	464	100

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
1) Partner และ Invest	1) จัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อชี้ประเด็นปัญหา 2) ได้บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ดำเนินจัดทำแผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสตูล พ.ศ. 2569 พร้อมถ่ายทอดในที่ประชุม ศปถ.จ.สตูล 3) จัดทำแผน/โครงการ 3.1 โครงการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Thailand Safe Youth Program) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) จำนวน 38,500 บาท 3.2 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนอุบัติเหตุเชิงลึกเพื่อแก้ไขการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) จำนวน 183,337 บาท 3.3 โครงการรักในหลวงห่วงใยลูกหลาน ร่วมกันสร้างผู้นำจิตอาสา ด้านความปลอดภัยอย่างยั่งยืน เพื่อพิทักษ์และเทิดทูนสถาบันพระมหากษัตริย์ “ผู้นำต้องทำก่อน เสริมสร้างทักษะมนุษย์ปัจจัยเพื่อความปลอดภัยในการขับขี่อย่างยั่งยืน” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) จำนวน 269,000 บาท 3.4 ศปถ.อ.มะนัง : โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยใช้ TSY Program (Thailand Safe Youth Program) ปี 2569 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองป้องกันการบาดเจ็บ จำนวน 100,000 บาท 3.5 อ.ควนโดน : โครงการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Thailand Safe Youth Program) อำเภอควนโดน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ได้รับการสนับสนุน

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
	งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลควนโดน จำนวน 31,350 บาท
2) Build Capacity	2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี) 1. มีทีมวิทยากร TSY (อบรมปี พ.ศ. 2567 จำนวน 8 คน) 2. ฝึกอบรม Train the Trainer สำหรับหลักสูตร “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน” (Thailand Safe Youth Program : TSY) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 220 คน แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ละ 110 คน รุ่นที่ 1 ครูในสถานศึกษาจังหวัดสตูล ดำรงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่อำเภอเมืองสตูล อำเภอควนโดน และอำเภอควนกาหลง จำนวน 110 คน ระยะเวลา 2 วัน วันที่ 24 - 25 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยชุมชนสตูล รุ่นที่ 2 ครูในสถานศึกษาจังหวัดสตูล ดำรงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่อำเภอท่าแพ อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง จำนวน 110 คน ระยะเวลา 2 วัน วันที่ 26 - 27 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยชุมชนสตูล
3) Advocate	3) ศปถ.อ.มะนัง จัดทำแผนงานโครงการเพื่อบูรณาการจัดการอุบัติเหตุทางถนนและขับเคลื่อนอำเภอปลอดภัยด้วยกลไก PAR-KEY (พขอ.มะนัง) ได้แก่ : โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยใช้ TSY Program (Thailand Safe Youth Program) ปี 2569 โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน 2. เพื่อสร้างเครือข่ายวิทยากร Train the Trainer เพื่อถ่ายทอดความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ 3. เพื่อสร้างแกนนำนักเรียน ทักษะคิดและการเอาชีวิตรอดปลอดภัยบนท้องถนน ในเครือข่ายสถานศึกษาในพื้นที่อำเภอมะนัง - ลงนามบันทึกข้อตกลงความเข้าใจ (MOU) ในวันจันทร์ที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ณ ห้องประชุมโรงเรียนปาล์มพัฒนวิทย์ ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล - มอบป้ายศูนย์การเรียนรู้ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดปลอดภัยบนท้องถนน (รร.ปาล์มพัฒนวิทย์, รร.อนุบาลมะนัง, รร.นิคมพัฒนาผัง 6, รร.บ้านป่าพน)
4) R : Regulate and Legislate	4) มีการจัดอบรมความปลอดภัยทางถนนแก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร” โครงการนักเรียนรุ่นใหม่มีใบขับขี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 สำนักงานขนส่งจังหวัดสตูล ได้จัดทำโครงการนักเรียนรุ่นใหม่มีใบขับขี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้และปลูกฝังให้ผู้เข้ารับการอบรมมีจิตสำนึกในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้องและปลอดภัย และเพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการให้บริการแก่นักเรียนและนักศึกษา ในการขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและนักเรียนระดับอุดมศึกษาในเขตอำเภอ

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
	เมืองสตูล อำเภอท่าแพ อำเภอควนโดน และอำเภอควนกาหลง จำนวน 500 คน แบ่งการจัดอบรมออกเป็น 10 รุ่นๆ ละ 50 คน ดังนี้ - รุ่นที่ 1 ในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนพินานพิทยาสรรค์ - รุ่นที่ 2 ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนพินานพิทยาสรรค์ - รุ่นที่ 3 ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 ณ วิทยาลัยเทคนิคสตูล - รุ่นที่ 4 ในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนมุสลิมสตูลวิทยา - รุ่นที่ 5 ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนมุสลิมสตูลวิทยา - รุ่นที่ 6 ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนอรุณศาสน์วิทยามูลนิธิ - รุ่นที่ 7 ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนควนกาหลงวิทยาคม "นิคมวัฒนา" - รุ่นที่ 8 ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนท่าแพผดุงวิทย์ - รุ่นที่ 9 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนสตูลวิทยา - รุ่นที่ 10 ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงเรียนสตูลวิทยา สำนักงานขนส่งจังหวัดสตูล สาขาอำเภอละงู กำหนดกลุ่มเป้าหมาย นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและนักเรียนระดับอุดมศึกษาในเขต อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง จำนวน 200 คน แบ่งการจัดอบรมออกเป็น 4 รุ่นๆ ละ 50 คน ดังนี้ - รุ่นที่ 1 ในวันที่ 17 มกราคม 2569 ณ โรงเรียนละงูพิทยาคม - รุ่นที่ 2 ในวันที่ 24 มกราคม 2569 ณ โรงเรียนกำแพงวิทยา - รุ่นที่ 3 ในวันที่ 31 มกราคม 2569 ณ โรงเรียนกำแพงวิทยา - รุ่นที่ 4 ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 ณ วิทยาลัยการอาชีพละงู สรุป 10 โรง 700 คน
	5) ช่วงติดตามการดำเนินงาน/สนับสนุน ให้สถานศึกษามีชมรมวัคซีนจราจร ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย 100% ในสถานศึกษาในจังหวัด ระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และอาชีวศึกษา (15 แห่ง)
	6) การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาลสตูล และเข้าร่วมโครงการ “100 โรงพยาบาล 100 ธนาคารที่นั่งนิรภัย ร้อยดวงใจผูกพัน” <u>ขั้นเตรียมการ</u> 1) โรงพยาบาลสตูลจัดตั้งคณะทำงานดำเนินงานส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก และมีการประชุมวางแผนและติดตามการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 2) จัดหาหรือจัดทำสื่อสำหรับให้ความรู้การใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กแก่ผู้ปกครอง เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ คลิปวิดีโอให้ความรู้ และอื่นๆ 3) ดำเนินการสำรวจความตระหนักรู้และความต้องการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
	<u>ขั้นตอนการ</u> - จัดฝึกอบรมอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ในกลุ่มพยาบาลที่รับผิดชอบที่แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็กดี และโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น - พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วให้ความรู้และสร้างความตระหนักการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในแผนกหรือคลินิกที่รับผิดชอบ (แผนกฝากครรภ์ หลังคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น) อย่างต่อเนื่อง และสาธิตการใช้ที่นั่งนิรภัยให้กับผู้ปกครอง - จัดกิจกรรมรณรงค์และจัดมุนิเทศการให้ความรู้แจกสื่อประชาสัมพันธ์กับผู้ปกครองและประชาชนทั่วไป ในโรงพยาบาล - จัดกิจกรรมที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก เช่น กิจกรรมที่นั่งนิรภัยให้ยืม (Car Seat Bank), กิจกรรมรับบริจาค Car Seat, กิจกรรมรับบริจาคพิ้นนั่ง (ที่นั่งนิรภัยมือสอง) <u>ขั้นตอนติดตามประเมินผล</u> - ติดตามการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรม (ร้อยละของการใช้หรือไม่ใช้, ความถี่ในการใช้ และปัญหาอุปสรรคการใช้ของผู้ปกครอง - จัดประชุมคณะทำงานกิจกรรมถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (หรือร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่นๆ) - สรุปผลการดำเนินงาน

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

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

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) ลดลงร้อยละ 35.38 คะแนนที่ได้ 10 คะแนน	ผลการดำเนินงาน 48.33 คะแนน ระดับต้องพัฒนา	ผลการดำเนินงาน 100 คะแนน ระดับดีเยี่ยม
$10 \times 0.7 = 7$	$(48.33 \div 10) \times 0.15 = 0.725$	$(100 \div 10) \times 0.15 = 1.5$
7 คะแนน + 0.725 คะแนน + 1.5 คะแนน = 9.225 คะแนน		

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มาตรการหลัก กลยุทธ์ PIRAB เน้นการทำงานแบบบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน

PIRAB	มาตรการหลัก
1) Partner และ Invest	1) การจัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง และการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาแผนงาน และกระตุ้นให้เกิดการลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณ
2) Build Capacity	2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี)
3) Advocate	3) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสนับสนุนให้ผู้บริหารของอำเภอและสถานศึกษา ให้ความสำคัญประกาศเป็น “ปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน” โดยใช้แนวทาง TSY Program
4) R : Regulate and Legislate	4) มีการจัดอบรม ความปลอดภัยทางถนน แก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร”
	5) สนับสนุนให้สถานศึกษามีชมรมวัคซีนจราจร ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย 100% ในสถานศึกษาในจังหวัดระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และอาชีวศึกษา
	6) มีการส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทัวไป และจัดให้มีโครงการ “100 โรงพยาบาล 100 ธนาคารที่นั่งนิรภัย ร้อยดวงใจผูกพัน”

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

องค์ประกอบ	รายละเอียดการดำเนินงาน	หน่วยงานดำเนินการ
1) Partner and invest	จัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวัง ปัญหาและปัจจัยเสี่ยง และบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงาน ระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาแผนงาน กระตุ้นการลงทุน (งบประมาณ) และติดตามประเมินผล	ระดับจังหวัด
2) Build Capacity	พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี)	ระดับจังหวัด/อำเภอ ตร./ ปก./ขบ./ สธ. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
3) Advocate	ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสนับสนุนให้ผู้บริหารของอำเภอ และสถานศึกษาให้ความสำคัญ ประกาศเป็น “ปีแห่งการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็ก	ระดับอำเภอ เน้นอำเภอเสี่ยงสูงสีแดง/ สีส้ม ภายใต้กลไก สปอ.อำเภอ/ พขอ. หรือ อื่น ๆ

องค์ประกอบ	รายละเอียดการดำเนินงาน	หน่วยงานดำเนินการ
	และเยาวชน” โดยใช้แนวทาง TSY Program	
4) R: Regulate and Legislate	มีการจัดอบรม ความปลอดภัยทางถนนแก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร”	อำเภอ/ท้องถิ่น/สถานศึกษา
5) ชมรมวัคซีนจราจร	สนับสนุนให้สถานศึกษามี “ชมรมวัคซีนจราจร” ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย 100%	สถานศึกษาระดับ (มัธยมศึกษาสังกัด สพฐ. และอาชีวศึกษา)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ด้านงบประมาณและทรัพยากร :

5.1.1 กระบวนการอนุมัติงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) มีความล่าช้า (ได้รับจริงในช่วงไตรมาส 3 - 4) ซึ่งไม่สอดคล้องกับปฏิทินการเปิดเทอมและการดำเนินกิจกรรมตามแผน

5.1.2 โรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดซื้อคาร์ซีทตั้งต้น สำหรับโครงการ Car Seat Bank

5.2 ด้านพฤติกรรมและวัฒนธรรม :

ประชาชนขาดความตระหนักเรื่องความปลอดภัย โดยเฉพาะการสวมหมวกนิรภัยและการใช้คาร์ซีท ผู้ปกครองมักมองว่าเป็นภาระค่าใช้จ่ายและคิดว่าการเดินทางระยะสั้นในชุมชนไม่มีอันตราย

5.3 ด้านโครงสร้างพื้นฐาน :

5.3.1 ถนนสายรองในชุมชนหลายแห่งมีจุดเสี่ยงทางกายภาพที่รบกวนการแก้ไข เช่น ไหล่ทางแคบ ไม่มีไฟส่องสว่างเพียงพอ พื้นผิวถนนชำรุด และจุดตัดทางแยกที่ไม่มีป้ายเตือนชัดเจน

5.3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บางแห่งมีงบประมาณจำกัดในการปรับปรุงวิศวกรรมจราจร และขาดวิศวกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

5.4 ด้านระบบข้อมูล :

ข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่ถูกเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง (RTIDC/ThaiRSC) อย่างครบถ้วน ทำให้ตัวเลขผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (Minor Injury) ตกหล่นไปจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

เพื่อให้การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนของจังหวัดสตูลและระดับประเทศเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้:

6.1 การปฏิรูประบบงบประมาณ : ให้กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พิจารณาจัดสรรงบประมาณในรูปแบบ Block Grant ให้กับจังหวัด เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณลงสู่พื้นที่อำเภอ/ตำบล ได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาในแต่ละช่วงเวลา

6.2 การบูรณาการหลักสูตรการศึกษา : ให้กระทรวงศึกษาธิการพิจารณาบรรจุหลักสูตร "วัคซีนจราจร" หรือ "ความปลอดภัยทางถนน" เป็นวิชาบังคับ

6.3 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี : สนับสนุนงบประมาณในการติดตั้งกล้องตรวจจับความเร็วและกล้องตรวจจับการไม่สวมหมวกนิรภัยด้วยระบบ AI (Artificial Intelligence) ในพื้นที่เสี่ยงหน้าโรงเรียนและชุมชนหนาแน่น เพื่อช่วยลดภาระกำลังพลของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องปรามผู้กระทำความผิดอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

6.4 นโยบายส่งเสริมความปลอดภัยเด็ก : ให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันนโยบาย "คาร์ซีท แกร็บ" หรือ "คาร์ซีท เอื้ออาทร" โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งหรือจัดหาคาร์ซีทราคาประหยัดให้เป็นสวัสดิการพื้นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดทุกคน หรือออกมาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ซื้อคาร์ซีท เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงอุปกรณ์ความปลอดภัยของครอบครัวรายได้น้อย

7. ภาพการดำเนินงาน

7.1 ฝึกอบรม Train the Trainer สำหรับหลักสูตร “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน” (Thailand Safe Youth Program : TSY Program) จังหวัดสตูล รุ่น 1 – 2 ระหว่างวันที่ 24 – 27 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยชุมชนสตูล



7.2 อำเภอมะนัง ดำเนินการประกาศ “เป็นปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน” โดยใช้แนวทาง TSY Program ลงนามบันทึกข้อตกลงความเข้าใจ (MOU)



7.3 จัดอบรมความปลอดภัยทางถนนแก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร” โครงการนักเรียนรุ่นใหม่มีใบขับขี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยสำนักงานขนส่งจังหวัดสตูล และสำนักงานขนส่งจังหวัดสตูล สาขาอำเภอละงู



7.4 การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาลสตูล และเข้าร่วมโครงการ “100 โรงพยาบาล 100 ธนาคารที่นั่งนิรภัย ร้อยดวงใจผูกพัน”(ธนาคารที่นั่งนิรภัย ให้ยืม : Car Seat Bank)



ผู้รายงาน นายมะรอฟี เจ๊ะสือแม
ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 0 8878 43046
E-mail chesuemae.mar@mail.com
วัน/เดือน/ปี 2 มิถุนายน 2569

ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 5. ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 95

2. สถานการณ์

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคหัดจากฐานข้อมูลโปรแกรมกำจัดโรคหัด กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่าจังหวัดสตูลมีรายงานผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือสงสัยโรคหัดทั้งสิ้น 173 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคหัด 33 ราย ไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด 140 ราย ปี พ.ศ. 2569 พบผู้ป่วยไข่ออกผื่นทั้งหมด 86 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26.48 ต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยัน 4 ราย (อัตรา 1.23 ต่อประชากรแสนคน) และผู้ป่วยไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด 82 ราย (อัตรา 25.29 ต่อประชากรแสนคน) ดังตาราง

ตารางที่ 61 จำนวนและอัตราป่วยโรคหัดและไข่ออกผื่น ปี พ.ศ. 2566 - 2569

ปี	จำนวนผู้ป่วยสะสม				
	ไข่ออกผื่น (สงสัย)		ยืนยันหัด		ไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด (negative)
	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	
2566	6	1.84	0	0	6
2567	93	28.57	29	8.91	64
2568	74	22.74	4	1.23	70
2569	86	26.48	4	1.23	82

ที่มา : โปรแกรมกำจัดโรคหัด กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 95)

ตารางที่ 62 ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2)

จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2565 – 2569 เปรียบเทียบระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 12

ระดับ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ประเทศ	82.68	85.31	86.49	90.20	88.67
เขตสุขภาพที่ 12	70.27	73.35	71.41	73.10	68.93
สตูล	88.47	90.18	94.16	98.28	97.82

ที่มา : โปรแกรม HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

สถานการณ์ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี (เป้าหมาย $\geq$ 95) จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2565 – 2567 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 88.47 , 90.18 และ 94.16 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2568 และ 2569 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 98.28 และ 97.82 ตามลำดับ

ตารางที่ 63 ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	505	492	97.42
ควนโดน	147	144	97.95
ควนกาหลง	128	125	97.65
ท่าแพ	167	166	99.40
ละงู	406	395	97.29
ทุ่งหว้า	129	127	98.44
มะนัง	80	79	98.75
รวม	1,562	1,528	97.82

ที่มา : โปรแกรม HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

สถานการณ์ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี (เป้าหมาย ≥ 95) จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2569 ผลงานสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 พฤษภาคม 2569 พบว่าความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 97.82 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ และอำเภอที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ อำเภอท่าแพ ร้อยละ 99.40 รองลงมาอำเภอมะนัง ร้อยละ 98.75 และอำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 98.44

➤ จังหวัดสตูล ได้คะแนนเชิงปริมาณ 10 คะแนน (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95)

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนน
การให้บริการสุขภาพ	- หน่วยบริการที่มีการติดตามเด็กตกหล่น ให้เข้ารับบริการของหน่วยบริการทั้งหมดและบันทึกข้อมูลครบถ้วน จำนวน 65 แห่ง ร้อยละ 100	100
กำลังคนให้บริการ	- อัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพียงพอและผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค/อบรม E-learning (GURU Vaccine) จำนวน 65 หน่วยบริการ ผ่านการอบรมแล้วทุกหน่วยบริการ ร้อยละ 100	100
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ติดตามผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้พื้นที่ทุกเดือนในการประชุม (กวป.) / แจกหนังสือสรุปผลการดำเนินงานวัคซีนรายเดือนและรายไตรมาส - ประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนางาน และการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - เอกสารคู่มือวัคซีน (สถาบันวัคซีนแห่งชาติ)	100

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนน
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	- คลังวัคซีนระดับอำเภอ ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและระบบห่วงโซ่ความเย็น (cold chain) ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ	100
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- จังหวัดสตูลมีการขับเคลื่อนนโยบาย เร่งรัดการ ขับเคลื่อน นโยบายการกำจัดหัดและกวางด่างโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสตูล ครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2569 ณ ห้องประชุมนครี ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประเด็นเรื่องศาสนากับเรื่องวัคซีน โดยใช้กะบะฮ์ โมเดล (Kaaba Model) เป็นแนวทางที่ถูกพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา ความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่ที่มีพี่น้องมุสลิมอาศัยจำนวนมาก เพื่อแก้ไขความเชื่อเรื่องวัคซีนในจังหวัดสตูล หัวข้อ ดังนี้ 1.การสลายมายาคติและความเชื่อทางศาสนา (การแก้ไขปัญหาวรรณฮาลาล /การกระจายความรู้สู่ผู้มีสยิด /การตอบโต้ข่าวลือ 2.การใช้กลยุทธ์เชิงสัญลักษณ์และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (เปรียบเทียบการทำฮัจญ์) 3.แก้ปัญหาในกลุ่มที่ปฏิเสธวัคซีนอย่างชัดเจน มาตรการทางสังคม โดยให้คณะกรรมการอิสลามเข้าพูดคุยการใช้สื่อที่เหมาะสม	100

➤ จังหวัดสตูล ได้คะแนนเชิงคุณภาพ $(100+100+100+100+100) \div 5 = 100$ คะแนน

สรุปผลการดำเนินงาน รอบที่ 2

รอบตรวจราชการ	ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)			ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้าน ผลลัพธ์ (30%)			Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)
	ระดับคะแนนที่ได้	70%	score	คะแนนที่ได้ ÷ 10	30%	score	
1	10	0.7	6.30	10	0.3	2.28	8.58
2	10	0.7	7	10	0.3	3	10

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

- 4.1 นำเสนอความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่2 (MMR2) ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) เพื่อใช้ติดตามผลงานและคืนข้อมูลกลับไปยังพื้นที่
- 4.2 ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานรายเดือนอย่างต่อเนื่อง
- 4.3 EPI Meeting ผู้รับผิดชอบงานทุกไตรมาส
- 4.4 ระบุเด็กที่ไม่ได้มารับบริการ หรือมารับบริการล่าช้า ติดตามให้มารับบริการวัคซีนทันที (โดยการหิวกระตักเคาะประตูบริการฉีดวัคซีนทันที)
- 4.5 การอัปเดตข้อมูลในระบบ HDC ข้อมูลเด็กเป้าหมายและผลการให้บริการวัคซีน MMR2 ต้องได้รับการอัปเดตอย่างสม่ำเสมอและแม่นยำ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผู้ปกครองบ่นเบี่ยง/ปฏิเสธการรับวัคซีนในบางพื้นที่ การทำความเข้าใจด้านวัคซีนแก่ผู้ปกครอง แนวทางการสื่อสารข้อมูลด้านวัคซีนจังหวัดสตูลมีการดำเนินการโดยผู้นำศาสนาให้ความรู้เรื่องศาสนากับ วัคซีน(วัคซีนฮาลาล) ดำเนินการสอดแทรกหลังอ่านคุตบะห์แก่ผู้ปกครอง และประชาสัมพันธ์เชิงรุกสู่สาธารณชน เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลด้านวัคซีนที่ถูกต้อง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 6.1 ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 ระดับอำเภอ ระดับตำบล เป้าหมายผลงาน $\geq$ ร้อยละ 95 ในทุกไตรมาส
- 6.2 คืนข้อมูลผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานวัคซีน

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 7.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง
- 7.2 บุคลากรผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และระดับจังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน
- 7.3 บุคลากรผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่มีการติดตามเด็กตกหล่น ผิดนัด ให้เข้ารับวัคซีนตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด

ผู้รายงาน นางมีเนาะ แผล่ทองคำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081-7670078
E-mail meenaoh.cd@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

1. ประเด็นตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 6. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป้าหมาย รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน : ร้อยละ 85
- 6.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
 - 6.2 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ
 - 6.3 ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน
 - 6.4 ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน
 - 6.5 ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
 - 6.6 อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มี 7 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต./ศสม./PCU จำนวน 59 แห่ง กำหนดแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี ตั้งแต่ ปี 2563-2572 เป้าหมายขึ้นทะเบียนเต็มพื้นที่ ทั้งหมด 31 ทีม 12 Cluster ภายในปี พ.ศ.2569 ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 – 2563 มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) สะสม จำนวน 20 ทีม คิดเป็นร้อยละ 64.51 ปี 2564 เปิดดำเนินการเพิ่ม 7 ทีม รวมสะสม 27 ทีม คิดเป็นร้อยละ 87.10 ปี 2565 เปิดดำเนินการจำนวน 2 ทีม รวมสะสม 29 ทีม คิดเป็น ร้อยละ 93.54 ปี 2567 เปิดดำเนินการเต็มพื้นที่ 7 อำเภอ จำนวน 31 ทีม คิดเป็นร้อยละ 100 มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน 12 ทีม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 19 ทีม

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568 - 2570 ในปี 2568 จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบ PCUstandard.moph.go.th รวมจำนวน 65 หน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.69 และในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 47 แห่ง รวมผลงานเป้าหมายสะสม ปี 2568 - 2569 จำนวน 65 หน่วยได้รับการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดสตูล (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 65 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านการรับรองเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (คปคม.) ระดับจังหวัด จำนวน 64 หน่วย คิดเป็นผลงานสะสมร้อยละ 98.46 ไม่ผ่านการประเมินฯ จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.54

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 64 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ PCUstandard.moph.go.th ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จังหวัดสตูล

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ผลงานรวมสะสม)			
2566	2567	2568	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85	อำเภอ	เป้าหมาย	ปี 69 (รอบ 1) แห่ง/ร้อยละ (ข้อมูล ณ 31 ธ.ค.68)	ปี 69 (รอบ 2) แห่ง/ร้อยละ (ข้อมูล ณ 31 พ.ค.69)
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	21	6 (28.58%)	20 (95.24%)
N/A	N/A	74%		ควนโดน	5	1 (20.00%)	5 (100%)
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	8	2 (25.00%)	8 (100%)
N/A	N/A	55%		ท่าแพ	6	2 (33.33%)	6 (100%)
จังหวัดสตูล				ละงู	12	5 (41.67%)	12 (100%)
N/A	N/A	26.98%		ทุ่งหว้า	8	1 (12.50%)	8 (100%)
				มะนัง	5	1 (20.00%)	5 (100%)
				รวม	65	17 (26.98%)	64 (98.46%)

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 65 ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล ในระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569

สถานบริการสาธารณสุข	เป้าหมายในระบบ (แห่ง)	ผลประเมินตนเอง (แห่ง)					
		ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ	ยังไม่ประเมิน	ร้อยละ
รพ.สต. (ในสังกัด)	52	51	98.08	1	1.92	0	0
ศูนย์สุขภาพชุมชน/PCU	5	5	100	0	0	0	0
รพ.สต./PCU เรือนจำนอกสังกัด	4	4	100	0	0	0	0
ฝ่ายเวชปฏิบัติ รพช.	4	4	100	0	0	0	0
รวม	65	64	98.46	1	1.54	0	0

ที่มา : ข้อมูลระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2568

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อย

ตารางที่ 66 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดย่อยแยกรายอำเภอในจังหวัดสตูล

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมือง สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง	
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (รอบ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	2,179	636	578	740	1,598	547	438	6,716
	ผลงาน (คน)	2,104	631	572	730	1,554	545	433	6,569
	ร้อยละ (%)	96.56	99.21	98.96	98.65	97.25	99.63	98.86	97.81
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ (รอบ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	456	120	111	194	358	123	99	1,461
	ผลงาน (คน)	381	102	90	167	253	107	71	1,171
	ร้อยละ (%)	83.55	85.00	81.08	86.08	70.67	86.99	71.71	80.15
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน (รอบ 12 เดือน 80%)	เป้าหมาย (คน)	36,744	9,595	12,881	9,907	27,588	8,326	6,982	112,023
	ผลงาน (คน)	33,421	8,932	12,018	9,400	25,657	7,934	6,443	103,805
	ร้อยละ (%)	90.96	93.09	93.30	94.88	93.00	95.29	92.28	92.66
4. ร้อยละของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน (รอบ 12 เดือน 80%)	เป้าหมาย (คน)	14,695	3,284	5,338	4,348	10,972	3,769	2,636	45,042
	ผลงาน (คน)	11,915	2,951	4,649	4,020	8,889	3,391	2,287	38,102
	ร้อยละ (%)	81.08	89.86	87.09	92.46	81.02	89.97	86.76	84.59
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (รอบ 12 เดือน $\geq 40\%$)	เป้าหมาย (คน)	5,693	1,435	1,471	2,204	3,316	1,119	960	16,198
	ผลงาน (คน)	1,450	479	376	515	891	291	326	4,328
	ร้อยละ (%)	25.47	33.38	25.56	23.37	26.87	26.01	33.96	26.72
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (อัตราส่วน 50 : 50)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
		453,973	88,347	111,622	111,387	234,509	83,606	75,213	1,158,657
		รพท.สตูล	รพช.ควนโดน	รพช.ควนกาหลง	รพช.ท่าแพ	รพช.ละงู	รพช.ทุ่งหว้า	รพช.มะนัง	รวมแม่ข่าย
		270,301	57,902	56,292	58,508	99,930	44,747	41,398	629,078

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
ผลงานเทียบหน่วยบริการ : รพ.แม่ข่าย (ร้อยละ)	ผลงานเทียบหน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ
	62.68	60.40	66.48	65.57	70.12	65.14	64.50	64.82	64.82
	รพ.แม่ข่าย (ร้อยละ)	รพ.สตูล	รพ.ควนโดน	รพ.ควนกาหลง	รพ.ท่าแพ	รพ.ละงู	รพ.ทุ่งหว้า	รพ.มะนัง	รวมแม่ข่าย
	37.32	39.60	33.52	34.43	29.88	34.87	35.50	35.18	35.18
ผลงานเทียบค่าเป้าหมาย	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50 %

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (รอบ 12 เดือน : ร้อยละ 85)

จังหวัดสตูลมีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกสังกัด ในระบบ PCUstandard.moph.go.th เป้าหมายจำนวน 65 หน่วยฯ ได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จังหวัดสตูล จำนวน 65 หน่วย (ร้อยละ 100) ผ่านเกณฑ์การเป็นมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ ผลงานสะสมตั้งแต่ปี 2568-2569 จำนวน 64 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 98.46 ไม่ผ่านการประเมินฯ จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.54 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 67 ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 12 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง) (สะสมปี 2568)	ร้อยละ	ผลงาน (แห่ง) (ปี 2569)	ผลงานสะสมรวม ปี 2568 - 2569	
					แห่ง	ร้อยละ
เมืองสตูล	21	6	28.57	14	20	95.24
ควนโดน	5	1	20.00	4	5	100
ควนกาหลง	8	2	25.00	6	8	100
ท่าแพ	6	2	33.33	4	6	100
ละงู	12	5	41.67	7	12	100
ทุ่งหว้า	8	1	12.50	7	8	100
มะนัง	5	1	20.00	4	5	100
รวม	65	18	26.56	47	64	98.46

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 68 การแปลผลระดับเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ปี 2569	
	รอบ 12 เดือน (ร้อยละ 85)	การแปลผลระดับ คุณภาพ
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	ร้อยละ 98.46	ระดับ 4 ดี

จากผลการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพ ปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จังหวัดสตูล จำนวน 65 หน่วย เมื่อนำมาวิเคราะห์แยกเป็นรายส่วน 8 ส่วน มีข้อค้นพบ และโอกาสพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่	ข้อค้นพบ (Gap analysis)
1 ด้านระบบบริหารจัดการ	1.หน่วยบริการมีโครงสร้างหลากหลาย เกณฑ์ประเมินไม่สอดคล้องกับบริบทตามจริง 2.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนคำสั่งที่มพัฒนา (ทีมที่เลี้ยง)ในภาพรวมของ คปสอ. มีไม่ครบทุกส่วน
2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	1.ต้องการบุคลากรด้าน IT ในหน่วยบริการ มีกรอบตำแหน่ง แต่ไม่มีกรอบอัตราการจัด 2.อัตราบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเรือนจำ ไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินฯ
3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	หน่วยบริการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ G&C แต่บางหน่วยบริการยังขาดวิธีการกำจัดขยะให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือกฎหมายกำหนด
4 ด้านระบบสารสนเทศ	หน่วยบริการส่วนใหญ่ขาดงบประมาณการจัดซื้อ/จัดหา/ดูแลอุปกรณ์ IT และ โปรแกรมความปลอดภัย security
5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1.บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ การดูแลรักษาอุปกรณ์ การ calibrate/สอบเทียบเครื่องมือที่ใช้ในหน่วยบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.ระบบการติดตาม/ส่งต่อ หน่วยบริการส่วนใหญ่ใช้เอกสารเป็นกระดาษ Refer มากกว่าการใช้ระบบโปรแกรม Moph Refer 3. แนวทางการรักษา (CPG) ในคลินิกของหน่วยบริการขาดการ update ให้เป็นปัจจุบัน 4.ประเด็น SRRT บุคลากรขาดการอบรมฟื้นฟูความรู้ต่อเนื่อง

ส่วนที่	ข้อค้นพบ (Gap analysis)
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ฯ	1.อสม.ที่ให้บริการเจาะ Dtx แก่ประชาชน ส่วนใหญ่ยังขาดการtraining ไม่มีใบรับรองผ่านการอบรม 2.หน่วยบริการยังขาดการทบทวน IQC และ EQA
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	พบปัญหาอุณหภูมิ/ความชื้น ของตู้เย็นและห้องเก็บรักษาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่เกาะและพื้นที่ห่างไกล หน่วยบริการที่มีกำลังขนาดมิเตอร์ไฟฟ้า อัตราไฟฟ้าไม่เพียงพอ และมาตรการประหยัดพลังงาน
8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1.ผู้รับผิดชอบงาน IC ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.ขาดงบประมาณ ในการพัฒนางานระบบป้องกันการติดเชื้อหน่วยบริการ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (Best practice)

1) เกิดพื้นที่ต้นแบบจากการลงตรวจประเมินของคณะกรรมการฯ ค.ป.ค.ม.

- รพ.สต.ท่าเรือ อำเภอท่าแพ รพ.สต.บ้านนาทอน อำเภอทุ่งหว้า รพ.สต.ย่านซื่อ อ.ควนโดน รพ.สต.แหลมสน อ.ละงู จังหวัดสตูล ผ่านการประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ 100% (65 คะแนนเต็ม)
- รพ.สต.นาทอน ผ่านการประเมินส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) 100% (82 คะแนนเต็ม)
- รพ.สต.บ้านนาทอน, รพ.สต.บ้านเขาแดง, รพ.สต.บ้านทุ่งดินลู่ม, รพ.สต.บ้านทุ่งบุหลัง และ รพ.สต.บ้านขนคลาน อำเภอทุ่งหว้า ผ่านการประเมินส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 100% (60 คะแนนเต็ม)

3.2.2 เชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- ให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การกระจายจุดบริการและการคัดกรองสุขภาพให้เข้าถึงชุมชนง่ายขึ้น มีระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ การมีสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นในระดับชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น ER, ANC, WCC, NCD และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครบวงจร ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบการรักษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทุกหน่วยบริการ เชื่อมโยงข้อมูลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับทุติยภูมิ รวมทั้งมีระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลทางทะเล กรณีฉุกเฉินด้วยเฮลิคอปเตอร์ ภายใต้โครงการ Sky Doctor

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	โดยการสนับสนุนจากกองทัพบก ในการรับผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่ห่างไกล หน่วยบริการ
กำลังคนที่ให้บริการ	มีทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว(ทีม 3 หมอ) ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนพรบ. พ.ศ.2562 ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ มีแพทย์ FM (หมออนามัย 3) ประจำทีมทุกทีม มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 2-4 คน และมี อสม.ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	มีระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ มีระบบการสำรองข้อมูล และมีการตรวจสอบระบบการรักษาความปลอดภัย ใช้ข้อมูลจาก HDC เพื่อใช้ในการวางแผนงาน ตัดสินใจ และติดตามประเมินผล
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	มีระบบการสนับสนุนยา/วัคซีนและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ การมี Health Rider " ส่งยาถึงบ้าน ตรวจเสร็จไม่ต้องรอรับยา ลดความแออัด เพิ่มความสะดวกสบายเป็นการยกระดับการให้บริการเพื่อประชาชน
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบสนับสนุนงบประมาณการบริการสุขภาพพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ลูกข่าย) และมีกองทุนสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงานในระดับชุมชนรวมไปถึงการดำเนินงานเพื่อขอรับเงินค่าบริการจาก สปสช.
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	มีระบบการสั่งการและมีการถ่ายทอดนโยบาย/แผนงาน/ตัวชี้วัดที่ชัดเจน มี ระบบการติดตามงานผ่านการประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล และผู้บริหารให้ความสำคัญติดตามงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 มาตรการด้านการบริหารและนโยบาย

- กำหนดนโยบายและเป้าหมายคุณภาพของหน่วยบริการ
- แต่งตั้งคณะกรรมการหรือทีมพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยบริการ
- จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพรายปีและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น

4.1.2 มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการ

- พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ
- จัดระบบบริการแบบองค์รวม ครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
- พัฒนาระบบส่งต่อและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ

4.1.3 มาตรการด้านบุคลากรและศักยภาพทีม

- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามบทบาทหน้าที่
- ส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ
- สร้างระบบ Coaching / Mentoring

4.1.4 มาตรการด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี

- พัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพและฐานข้อมูลประชากร
- ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน
- พัฒนาระบบ Digital Health และการเชื่อมโยงข้อมูล
- ติดตามตัวชี้วัดและ Dashboard อย่างสม่ำเสมอ

4.1.5 มาตรการด้านการประเมินและติดตามคุณภาพ

- ทำ Self-assessment ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- วิเคราะห์ Gap analysis และจัดทำแผนปรับปรุง
- สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

แนวทางการพัฒนางาน/แผนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับจังหวัด

1. กำหนดนโยบายและเป้าหมายคุณภาพของหน่วยบริการในปีงบประมาณ พ.ศ.2570
2. ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินคุณภาพมาตรฐาน (ค.ป.ค.ม.) ระดับจังหวัด
3. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด (ครู ก.) ระดับอำเภอ (ครู ข.) ปีละ 1 ครั้ง
4. จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาคุณภาพส่วนขาดจากการวิเคราะห์ Gap analysis ในภาพรวมของจังหวัดในส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ และ ส่วนที่ 8 ด้านระบบป้องกันการติดเชื้อ (IC) และจัดหางบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นสนับสนุน

5. สรุปผลการประเมินฯ และผลการวิเคราะห์ Gap analysis ส่งคืนข้อมูลให้กับ คปสอ. และหน่วยบริการทุกแห่ง

6. บูรณาการเกณฑ์ประเมินฯ ระหว่างคณะกรรมการตรวจประเมินฯ และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ในส่วนที่ 3 ด้าน อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการและส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) เพื่อวางแผนให้เกณฑ์ประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ระดับ คปสอ.

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการระดับอำเภอ(ทีมพี่เลี้ยง) และทีมประเมินคุณภาพมาตรฐานฯในระดับ คปสอ.

2. จัดทำแนวทาง/ทบทวนCPG โรคที่เป็นปัญหาในภาพรวมของ คปสอ. update ให้เป็นปัจจุบัน รวมถึง CPG ทุกคลินิกในหน่วยบริการ OPD/ER/NCD/WCC/LTC ฯลฯ (ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ)

3. จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาคุณภาพส่วนขาดจากการวิเคราะห์ Gap analysis และจัดแผนสนับสนุนงบประมาณในภาพรวมของ คปสอ. ดังนี้

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ :

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 7 ด้านจัดบริการเภสัช RDU และ คบส.

ส่วนที่ 8 ด้านระบบป้องกันการติดเชื้อ (IC)

4. วิเคราะห์ความเหมาะสม เพียงพอของระบบไฟฟ้า หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดในพื้นที่ห่างไกล/พื้นที่ทางทะเล (เกาะ) ควรมีแผนและมาตรการ จัดสรรงบประมาณในส่วนของการใช้พลังงานให้เพียงพอ

5. จัดศึกษาดูงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิดีเด่น

ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบ PCUstandard.moph.go.th ทุกปี วิเคราะห์ Gap analysis และจัดทำแผนปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด

2. จัดทำคำสั่งมอบหมายงานบุคลากรในหน่วยบริการ แยกบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นรายส่วน ทั้ง 8 ส่วน และ ทบทวน ตรวจสอบคุณภาพงาน และดำเนินงานในหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นงานประจำอย่างสม่ำเสมอ

3. จัดทำแนวทาง CPG ในโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ของหน่วยบริการในทุกคลินิก

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ที่ใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เกณฑ์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง โดยไม่ได้สะท้อนปัญหาหน้างานจริง ซึ่งเกณฑ์ 8 ส่วนตามคู่มือฯ เหมาะสำหรับการประเมินหน่วยบริการที่เป็น รพ.สต./PCU แต่ไม่เหมาะที่จะประเมิน หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล (กลุ่มงานปฐมภูมิและสุขภาพองค์กรรวมฯ) หน่วยบริการปฐมภูมิในเรือนจำและหน่วยบริการนวัตกรรม 7 นางฟ้า

5.2 ไม่มีคณะกรรมการ (ค.ป.ค.ม.) จากส่วนกลาง / คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.ระดับจังหวัด มีหลายทีมการตีความเกณฑ์การให้คะแนนไม่ตรงกันของผู้ประเมิน เกิดความเลื่อมล้ำในการให้คะแนนแต่ละพื้นที่ และอาจทำให้ผลลัพธ์ในภาพรวมขาดความเที่ยงตรง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์คู่มือการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ให้เหมาะสำหรับการประเมินหน่วยบริการที่มีอยู่จริง ซึ่งอาจจะแยกเกณฑ์การประเมินให้มีหลายรูปแบบ เพื่อให้ระดับจังหวัดสามารถประเมินหน่วยบริการฯในพื้นที่ ได้สอดคล้องกับบริบทตามจริง

6.2 ส่วนกลางจัดให้มีหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ประเมินฯ (ค.ป.ค.ม.) ระดับเขต/จังหวัดอย่างต่อเนื่องทุกปี

7. ภาพการดำเนินงาน

การตรวจประเมินหน่วยบริการฯ ของ ค.ป.ค.ม.จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2568



ประชุมสรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการฯ ของ ค.ป.ค.ม.จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



8. ผลงานความภาคภูมิใจ

8.1 รพ.สต.บ้านกุบังปะโหลต อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 1 ในการประกวดสถานีสุขภาพสู่รางวัลแห่งความสำเร็จ (Health Station Awards) ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี พ.ศ.2569



8.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขาว อำเภอละงู จังหวัดสตูล ได้ดำเนินการขับเคลื่อน สถานีสุขภาพ (Health Sation) ในชุมชน และร่วมส่งผลงานวิชาการ โดยใช้ชื่อผลงาน: การพัฒนารูปแบบ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านสถานีสุขภาพใกล้บ้าน : การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบไร้รอยต่อ ในชุมชนตำบลเขาขาว" และได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ในการประกวดผลงานวิชาการและ นวัตกรรมด้านสุขภาพ จังหวัดสตูล ปี 2569

ผู้รายงาน นางสาวต่วนปรีณี ดาราหามานเดช
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่าย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 065-6699391
E-mail beeneegb@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 1 มิถุนายน 2569

ประเด็นที่ 4 : ระบบบริการสุขภาพ

การค้นหาวินโรค

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. การค้นหาวินโรค

1.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย : ร้อยละ 88

1.2 ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวินโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)

2. สถานการณ์

ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวินโรค (NTIP) ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2566 – 2568 มีผู้ป่วยวินโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท จำนวน 752 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 263 ราย, 257 ราย, 232 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 701 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว และรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา) จำนวน 47 ราย

หากพิจารณาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระหว่าง พ.ศ.2566 - 2568 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 263 ราย (143 ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ.2567 จำนวน 267 ราย (155 ต่อแสนประชากร) พ.ศ.2568 จำนวน 232 ราย (157 ต่อแสนประชากร)

ผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา พ.ศ. 2566 – 2568 ตามตำแหน่งที่เป็นโรค พบว่า ผู้ป่วยเป็นวินโรคปอด (Pulmonary tuberculosis: PTB) จำนวน 645 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.77 และผู้ป่วยวินโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis: EPTB) จำนวน 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.23

ผลการรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่าการรักษาสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นปี พ.ศ.2567 ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีเสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.43 ปี พ.ศ.2566 อยู่ที่ร้อยละ 3.64 และในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 4.45

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 45 ราย พบว่า มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.10 และเสียชีวิตก่อนเริ่มหรือระหว่างรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 เสียชีวิตกลุ่มผู้ติดสารเสพติด อายุ 33 ปี จำนวน 1 ราย มีปัญหาเรื่องเกลือแร่ต่ำ ไม่รับประทานยาวินโรคกลับบ้านเสียชีวิตที่บ้าน ชายชาวต่างชาติ อายุ 55 ปี subcutaneous emphysema และ pneumothorax โอนออกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 ผลการดำเนินงาน ทั้ง 7 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอควนโดน อำเภอควนกาหลง อำเภอนาทม อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 38 ราย พบว่า มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 กำลังรักษา จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.43 และเสียชีวิตก่อนเริ่มหรือระหว่างรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 ชายอายุ 79 ปี เสียชีวิตกลุ่มผู้ติดบ้านติดเตียงมีโรคร่วม COPD HT จำนวน 1 ราย มีปัญหาเรื่องทุพโภชนาการ หายใจเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจญาติขอถอดท่อและไม่ CPR ขอรักษาแบบประคับประคอง กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ชายอายุ 55 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือด เสียชีวิตด้วย MI จำนวน 1 ราย โอนออกจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.57

ตารางที่ 69 ร้อยละความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2569

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2565	81.08	89.94	83.42
2566	96.36	87.73	80.72
2567	86.79	86.65	80.60
2568	91.10	83.70	79.30
2569	ขึ้นทะเบียน 38 ราย รักษาสำเร็จ 15 ราย / กำลังรักษา 18 ราย	รอประเมิน	รอประเมิน

ที่มา : โปรแกรม NTIP ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย : ร้อยละ 88

ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 พฤษภาคม 2569 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภท (ชายไทย ไม่ใช่คนไทย เรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 135 ราย อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูลจำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.81 อำเภอละงู จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 และอำเภอท่าแพ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนและอัตราการรายงานมากกว่าทุกกลุ่มจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.26 รองลงมา อายุ 35 - 44 ปี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.52 และอายุ 45 - 54 ปี จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.78

ตารางที่ 70 จำนวนและร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	162	74	45.68
ควนโดน	39	2	5.13
ควนกาหลง	52	8	15.38
ท่าแพ	44	9	20.45
ละงู	106	30	28.30
ทุ่งหว้า	36	6	16.67
มะนัง	27	6	22.22
รวม	466	135	28.97

ที่มา : โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)

ผู้ต้องขังรายใหม่และรายเก่า ปี พ.ศ.2569 ที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 พฤษภาคม 2569 จำนวน 1,461 ราย โดยแยกเป็นรายเก่า จำนวน 584 ราย และรายใหม่ จำนวน 877 ราย และจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 531 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	งานวัณโรคเป็นบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกัน ค้นหา วินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ - ใช้แนวทาง DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน - มีระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างหน่วยบริการ ปัญหา/อุปสรรค : ผู้ป่วยบางกลุ่มเข้าถึงบริการยาก เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง หรือผู้ติดเชื้อ HIV
กำลังคนที่ให้บริการ	การดำเนินงานวัณโรคต้องอาศัยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ - แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทสำคัญ - อสม.ช่วยติดตามการกินยาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในชุมชน ปัญหา/อุปสรรค : บุคลากรมีภาระงานมาก ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านวัณโรคในบางพื้นที่
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	มีการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยวัณโรค - ระบบทะเบียนวัณโรค (TB Register) และรายงานผลการรักษา - ใช้ข้อมูลเพื่อประเมินอัตราการรักษาหาย อัตราขาดยา และอัตราการเสียชีวิต ปัญหา/อุปสรรค : ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- มียารักษาวัณโรคที่เป็นยาหลัก (First-line drugs) และยาวัณโรคดื้อยา - มีการใช้เทคโนโลยีวินิจฉัย เช่น X-ray ปอด, GeneXpert - มีวัคซีน BCG สำหรับป้องกันวัณโรคในเด็ก ปัญหา/อุปสรรค : การดื้อยาเกิดจากการกินยาไม่ครบ และต้นทุนเทคโนโลยีวินิจฉัยสูง
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	- รัฐสนับสนุนงบประมาณในการตรวจ รักษา และติดตามผู้ป่วยวัณโรค โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย - ครอบคลุมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหา/อุปสรรค : งบประมาณอาจไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในระยะยาว

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์โรคระดับชาติ - ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายให้งานโรคเป็นงานที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อให้สู่เป้าหมาย - มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และมีการติดตามในการประชุมสาธารณสุขระหว่างประเทศและมาเลเซีย (Boder Health) ปัญหา/อุปสรรค : การบังคับใช้นโยบายในระดับพื้นที่ยังไม่เท่าเทียมกัน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

การเสียชีวิตระหว่างการรักษา เป้าหมาย < ร้อยละ 5 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการเอกซเรย์ทำได้มากกว่าร้อยละ 90 การบันทึกผลการคัดกรองในระบบ NTIP ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เนื่องจากระบบ NTIP ไม่เสถียร จึงใช้ระบบลงข้อมูลในโปรแกรม Excell และเมื่อโปรแกรม NTIP เข้าสู่ระบบปกติดำเนินการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมให้สมบูรณ์ การคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงทำได้ดีพัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง วิธีการตรวจเสมหะและคุณภาพของเสมหะ วิเคราะห์ความเสี่ยงและคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม (verbal) กลุ่มเสี่ยงที่เข้าหลักเกณฑ์ควรได้รับการคัดกรองด้วย การเอกซเรย์ทุกราย

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต ผู้ติดสารเสพติด สูบบุหรี่ พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง วิธีการตรวจเสมหะและคุณภาพของเสมหะ วิเคราะห์ความเสี่ยงและคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม (verbal) กลุ่มเสี่ยงที่เข้าหลักเกณฑ์ควรได้รับการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทุกราย การบันทึกข้อมูลในระบบ NTIP ต้องมีการยืนยันบุคคลเน้นกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 ทบทวนและวิเคราะห์ สถานการณ์โรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 และทบทวนมาตรการ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการดำเนินงานโรคในแต่ละพื้นที่

4.2.2 จัดทำแผนปฏิบัติการและกิจกรรมสำคัญ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

4.2.3 กำหนดเป้าหมายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม และดำเนินการตามแผน

4.2.4 จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สัมผัส Index case ที่ขึ้นทะเบียนตามจริง และดำเนินการคัดกรองภายใน 1 เดือน

4.2.5 ทบทวนสาเหตุการตายโดยแพทย์ แยกสาเหตุการตายจากโรคหรือสาเหตุการตายจากโรคร่วม (From TB / with TB)

4.2.6 จัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการส่งตรวจ IGRA

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาส่วนใหญ่ยังมาจากการค้นพบในระบบบริการปกติ (Passive Case Finding) ทำให้การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนยังมีข้อจำกัด

5.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคร่วมสำคัญหลายโรค เช่น เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ ส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของการรักษา

5.3 การกำกับติดตามการรับประทานยาวัณโรคโดยพี่เลี้ยง (DOT) ในบางพื้นที่ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงานของหน่วยบริการ

5.4 การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยงบางส่วนยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเพิ่มการค้นพบผู้ป่วยระยะแรก

6.2 ทบทวนผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาเป็นรายกรณี (TB Death Review) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและกำหนดแนวทางป้องกันการเสียชีวิต

6.3 เสริมความเข้มแข็งระบบ DOT โดยเน้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด หรือมีปัญหาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

6.4 กำกับติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคในระดับอำเภออย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างทันท่วงที

6.5 พัฒนาศูนย์การเก็บเสมหะ การส่งตรวจ และการวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางสาวรณมา ยาแบโด
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 087 2929157

E-mail naya.202011@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

RLU Hospital

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด

2. สถานการณ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use : RLU) เป็นประเด็นใหม่ที่กำหนดในการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เป็นปีแรก โดยปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้ปรับเปลี่ยนชื่อตัวชี้วัดเป็นร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด โดยมีเพิ่มตัวชี้วัดเชิงปริมาณและผู้มารับบริการ เพื่อให้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล กำหนดชี้แจงนโยบายดังกล่าว ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อดำเนินการตามนโยบายและแนวทางดังกล่าว ซึ่งมีผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 71 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด เปรียบเทียบระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ปีงบประมาณ พ.ศ.	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2568	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90.79

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงาน RLU (www.rluthailand.com) ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงระบบ

ตารางที่ 72 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประเด็น/ตัวชี้วัด	ปี 2569	ข้อมูล จำแนกรายโรงพยาบาล						
		สตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผลงาน (บันได 4 ขั้น)	4	4	4	4	4	4	4

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงาน RLU (www.rluthailand.com) ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมาย รอบ 12 เดือน ร้อยละ 50) จังหวัดสตูล ผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

3.1.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ประเด็น/ตัวชี้วัด	ปี 2569	ข้อมูล จำแนกรายโรงพยาบาล							รวม
		สตูล	ควน โตน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ($\leq 5\%$)	จน.ผู้ป่วย DM	7,720	1,646	1,467	1,453	3,572	1,653	1,116	18,627
	ผลงาน	362	137	22	27	70	33	63	714
	ร้อยละ	4.69	8.32	1.50	1.86	1.96	2.0	5.65	3.83
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ($\leq 5\%$)	จน.ผู้ป่วย DM	7,074	1,277	1,545	1,491	2,289	1,036	890	15,602
	ผลงาน	325	29	36	38	70	27	8	533
	ร้อยละ	4.59	2.27	2.33	2.55	3.06	2.61	0.90	3.42
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ($\geq 70\%$)	จน.ผู้ป่วย DM	5,121	1,359	1,363	1,306	3,054	1,057	891	14,151
	ผลงาน	3,960	1,114	989	1,057	2,110	833	677	10,740
	ร้อยละ	77.33	81.97	72.56	80.93	69.09	78.81	75.98	75.90
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\geq 70\%$)	จน.ผู้ป่วย DM	5,104	1,355	1,366	1,308	3,053	1,062	891	14,139
	ผลงาน	3,905	1,116	1,021	1,116	2,128	811	741	10,838
	ร้อยละ	76.51	82.36	74.74	85.32	69.70	76.37	83.16	76.65
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง ($\geq 70\%$)	จน.ผู้ป่วย DM	5,121	1,359	1,363	1,306	3,054	1,057	891	14,151
	ผลงาน	3,960	1,114	989	1,057	2,110	833	677	10,740
	ร้อยละ	77.33	81.97	72.56	80.93	69.09	78.81	75.00	75.90
ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับ การตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ($\leq 5\%$)	จน.ผู้มา รับบริการ	21,714	3,905	1,624	5,463	2,821	3,482	3,077	42,086
	ผลงาน	858	58	69	128	75	77	55	1,320
	ร้อยละ	3.95	1.49	4.25	2.34	2.66	2.21	1.79	3.14
ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับ การตรวจ Triglycerides ซ้ำ ภายใน 90 วัน ($\leq 5\%$)	จน.ผู้มา รับบริการ	19,449	3,530	1,159	4,178	5,176	3,116	2,971	39,579
	ผลงาน	829	54	41	127	44	76	55	1,229
	ร้อยละ	4.26	1.53	3.54	3.04	0.85	2.44	1.85	3.10

ที่มา : แหล่งข้อมูล รายงาน HDC ข้อมูล ณ วันที่ ณ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง มีประกาศเจตนารมณ์นโยบายการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่าง สมเหตุผล(RLU) ทุกสหวิชาชีพในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ลดการตรวจที่ไม่จำเป็น เพิ่มการเข้าถึงที่สำคัญ วินิจฉัย แม่นยำ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ
กำลังคนที่ให้บริการ	รายงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพด้าน RLU มีการอบรม สื่อสาร และสร้างความตระหนักเรื่อง การส่งตรวจอย่างเหมาะสม รวมถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกัน
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ใช้ LIS/IS ในการติดตาม วิเคราะห์ และแจ้งเตือนการส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งจัดทำ Dashboard ใช้ Dashboard และข้อมูลกำกับติดตามใน RLU Thailand province ทุกวัน และมีการตรวจประเมินและแก้ไขข้อบกพร่อง จาก RLU Surveyor ทีมระดับจังหวัดและสุ่มตรวจ RLU Surveyor จากศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	กำหนดรายการตรวจที่ จำเป็น ใช้ชุดตรวจและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	มีแนวทางใช้โปรแกรม Labex เพื่อประมวลผลค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการ ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติ การลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจที่ไม่จำเป็น การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการนำผลลัพธ์ทางการเงินมาสนับสนุนการ พัฒนาระบบ RLU อย่างยั่งยืน
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และ Mr.RLU (โดยมีแพทย์เป็นประธานใน คณะกรรมการ RLU) กำหนดนโยบาย มาตรการ ตัวชี้วัดและติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด คิดอัตราส่วน 70:30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน เชิงปริมาณ	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ	ผลการ ประเมิน
ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด	$10 \times 0.7 = 7$	$(99.28 \div 10) \times 0.3 = 2.98$	9.98

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้บริหารระดับจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับนโยบายและเป็นผู้ดำเนินการ RLU และเป็นผู้กระตุ้นการขับเคลื่อนนโยบาย

4.1.2 บุคลากรในองค์กรมีความสามัคคีและมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมียุทธศาสตร์ความรู้

4.1.3 การสื่อสารทั่วทั้งองค์กรของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้รับทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดจัดประชุมสรุปตัวชี้วัดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2569 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

4.2.2 ส่งผลการคัดเลือกรางวัล RLU Award ระดับเขตสุขภาพ ในวันที่ 5 มิถุนายน 2569

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ด้านสารสนเทศ มีข้อจำกัดของ version Hos XP ขณะนี้ รพ.ใช้ Hos XP version3

5.2 ด้านบุคลากร มีบุคลากร หมุนเวียนมาปฏิบัติงานนอกเวลา ต้องมีการสื่อสาร สอนงานเป็นระยะ

5.3 ด้านข้อมูล การรายงานข้อมูล ของHDC พบว่า ข้อมูลรายงาน คลาดเคลื่อนไม่สอดคล้องกับฐานข้อมูลของสถานบริการ

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

6.1 การสนับสนุนเชิงนโยบายของผู้บริหาร กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องของทีมระดับจังหวัด พร้อมลงพื้นที่เยี่ยมนิเทศงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)

6.2 การบูรณาการงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพของทุกโรงพยาบาล

6.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศในการแจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำและติดตามการส่งตรวจ

6.4 ใช้ Dashboard และข้อมูลกำกับติดตามใน RLU thailand province ทุกวัน และมีการตรวจประเมินและข้อไขข้อบกพร่อง จาก RLU Surveyor ทีมระดับจังหวัดและสุ่มตรวจ RLU Surveyor จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่12/1 ตรัง

6.5 ทำงานเป็นเครือข่าย

7. ภาพการดำเนินงาน

จดหมายข่าว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ประจำวันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. 2569

ประชุมชี้แจงการพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์(RLU Hospital Plus)

วันที่ 9 มกราคม 2569 นางปวีณา เหมรา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล เป็นประธานประชุมชี้แจงการพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์(RLU Hospital Plus) เมื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน และเตรียมรับการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติรอบที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมมาบ๊อง ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ของทุกโรงพยาบาลทุกแห่ง






กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
074-711071 ต่อ 105

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ฉบับประจำวันที่ 22 มกราคม 2569



**การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข
กรณีปกติ จังหวัดสตูล รอบที่1/2569**

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์(RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด

วันที่ 22 มกราคม 2569 นายแพทย์ธีรศักดิ์ เค้นดวง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ รับการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ จังหวัดสตูล รอบที่1/2569 ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์(RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด โดยมีนายแพทย์พิษณุเชษฐ์ บุญช่วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าแพ เป็นประธานรับตรวจ และมีผู้เข้าร่วมรับตรวจ ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยาคลินิก เจ้าหน้าที่ไอที จากโรงพยาบาลทุกแห่ง ณ ห้องประชุมมาบ๊อง ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล





กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร.074 711071 ต่อ 105

ผู้รายงาน นางลักขณา ละอองวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 5165194
E-mail Lukana015@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า เป้าหมาย > ร้อยละ 5

2. สถานการณ์

สถานการณ์ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 จังหวัดสตูล จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 350 คน และในปี 2568 มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 265 คน ลดลงจากปีที่ผ่านมา จำนวน 955 คน ทั้งนี้ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2568 ถึงพฤษภาคม 2569 พบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 222 คน เปรียบเทียบการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ปี 2568 พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีแนวโน้มการเกิดไตวายระยะสุดท้ายลดลง ซึ่งให้เห็นว่าเป้าหมายที่ต้องการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ให้ลดลงมากกว่า 5 % ยังคงเป็นเรื่องท้าทายเพราะยังมีผู้ป่วย stage อยู่ในระบบจำนวนมาก และต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น

จังหวัดสตูลมีโรงพยาบาล 7 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง เปิดให้บริการ CKD Clinic ระยะ 3,4,5 ทั้งนี้ผลการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM,HT ตั้งแต่ปี 2567 - 2569 ร้อยละ 76.74,72.72 ,62.51 ตามลำดับ ดังนั้นโรงพยาบาลสตูลและเครือข่ายบริการจึงได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย CKD และผู้ป่วย ESRD ที่รับการบำบัดทดแทนไตและรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และชะลอไตในผู้ป่วย CKD ในทุก Stage

ทั้งนี้จังหวัดสตูลมีอายุรแพทย์โรคไต จำนวน 1 คน พยาบาลดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 18 คน (รพ.สตูล 6 คน,รพ.ละงู 5 คน,Outsources 3 คน,ศูนย์ Stan alone 3 คน) พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 2 คน (สตูล 1 คน,ละงู 1 คน) จังหวัดสตูลมีหน่วยฟอกเลือด จำนวน 4 แห่ง (รัฐบาล 2 แห่ง และหน่วยเอกชน 2 แห่ง) และหน่วย CAPD 2 แห่ง (โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลละงู) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต HD คน CAPD 92 คน (ข้อมูล 12 พ.ค. 2569)

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

ตารางที่ 73 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 แยกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปีงบประมาณ 68	ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปีงบประมาณ 69	ร้อยละ
เมืองสตูล	33	44	-33.33
ควนโดน	5	2	60
ควนกาหลง	8	6	25
ท่าแพ	9	9	0
ละงู	25	38	-52.0
ทุ่งหว้า	6	5	16.67
มะนัง	3	0	100
รวม	89	104	-16.85

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

องค์ประกอบ	ผลการประเมินเชิงคุณภาพ
การนำองค์กร	มีการทบทวนนโยบาย และทิศทางการดำเนินงาน CKD Clinic ระดับจังหวัดและในหน่วยบริการทุกแห่ง โดยมีประธาน Service Plan สาขาไตเป็นประธานในการประชุมทบทวน
ด้านบุคลากร	มีการดูแลด้วยสหวิชาชีพในคลินิก 5 สาขา ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักโภชนาการ, และนักกายภาพบำบัด ครบทุกหน่วยบริการ
ด้านการบริการ	- การคัดกรอง eGFR ในหน่วยบริการทุกแห่ง - ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเมื่อพบภาวะ CKD Stage 3 – 4 ส่งเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมทุกราย - โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตวันจันทร์ เวลา 08.30 – 12.00 น. - ผู้ป่วยที่ปฏิเสธบำบัดทดแทนไต ส่งพบ Palliative care เพื่อดูแลแบบประคับประคองต่อไป
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้รับบริการ	มี Clinical practice guideline ระดับจังหวัด และระบบการประสานงานในระดับจังหวัดโดยใช้ช่องทางกรู๊ปไลน์ และ ประสานทางโทรศัพท์กรณีเร่งด่วน
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	- รมรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชนและหน่วยบริการ - มีการให้ความรู้ในคลินิก CKD โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลตามแผนและวันโรคไตโลกของทุกปี

องค์ประกอบ	ผลการประเมินเชิงคุณภาพ
ระบบข้อมูล	มีระบบรายงาน HDC และใช้ข้อมูลโดยใช้ Data Exchange ในการวิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงาน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 มาตรการเชิงรุก

1. ค้นหา คัดกรองไต ในผู้ป่วยเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ทุกราย โดยการตรวจหาค่า eGFR และสารไข่ขาวในปัสสาวะ (Urine Albumin) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) แยกตามระยะ (Stage 1-5) เพื่อให้เห็นตัวเลขผู้ป่วยในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นรายใหม่ของระยะที่ 5 อย่างชัดเจนและติดตามได้

4.1.2 มาตรการทางคลินิก

1. คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) คุณภาพเข้มงวดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c less than 7%) และระดับความดันโลหิต (less than 130/80 mmHg) ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT
2. การปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม ในผู้ป่วย CKD ระยะ 3b-4 ให้ได้รับยาที่ช่วยลดการรั่วของโปรตีน เช่น ACEi/ARB หรือ SGLT2i ตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีระบบเฝ้าระวังงดการใช้ยาที่เป็นพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร/ยาหม้อที่ไม่ได้มาตรฐาน
3. จัดตั้ง/พัฒนา CKD Clinic คุณภาพ มีทีมสหวิชาชีพ(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ) ร่วมดูแลผู้ป่วย CKD ระยะ 3 และ 4 แบบใกล้ชิด เพื่อประเมินและปรับแผนการรักษาเป็นรายบุคคล

4.1.3 มาตรการปรับพฤติกรรม

1. โภชนบำบัดโรคไต จัดให้คำปรึกษาด้านอาหารโดยเฉพาะ เน้นการคุมโปรตีนให้เหมาะกับระยะไต, บอรัลดเค็ม ชะลอไต ลดการบริโภค 2,000 mg/วันและเลี่ยงอาหารแปรรูป สอนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอ่านฉลากโภชนาการ และตระหนักถึงสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม
2. มาตรการ ลดเค็ม-ลดหวาน รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน (Community-based intervention) โดยร่วมกับร้านค้าในชุมชนและโรงเรียนในการลดการใช้เครื่องปรุงรส

4.1.4 มาตรการบริหารจัดการและเครือข่ายไร้รอยต่อ

1. ระบบส่งต่อ ช่องทางส่งต่อจาก รพ.สต. หรือหน่วยปฐมภูมิ ไปยัง CKD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อพบผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ลดลงอย่างรวดเร็ว $> 5 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ในหนึ่งปี
2. ระบบการติดตามเชิงรุกในชุมชน ใช้เครือข่าย อสม. พยาบาลเยี่ยมบ้าน ออกติดตามผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4 ที่ขาดนัด เพื่อดึงกลับเข้าสู่ระบบการรักษา ก่อนที่ไตจะเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 5

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

- 4.2.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ รพช. ในการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วย NCD และกระบวนการให้คำปรึกษา การเข้าถึงให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อการชะลอการเสื่อมของไต
- 4.2.2 ปรับรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกันทุกพช.
- 4.2.3 ติดตามการจัดการระบบติดตามผู้ป่วยที่ Lose F/U จากคลินิก CKD
- 4.2.4 จัดโครงการให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมแก่ บุคลากร อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแล

4.2.5 การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน และ ร่วม วิเคราะห์ และแก้ปัญหา ในพื้นที่ โดยทีม CKD

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- การควบคุมโรค NCD ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง(CKD) - อัตราการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และการชะลอความเสื่อมของไตยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด - การจัดบริการของ CKD Clinic ยังไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในกระบวนการให้คำปรึกษา (Counseling) ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้อัตราการล้างไตแบบฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (Unplanned Dialysis) เพิ่มขึ้น - ข้อจำกัดด้านบุคลากร ไม่มี (CKD Manager) ประจำคลินิก ทำให้ขาดเจ้าภาพหลักในการติดตามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักรู้ ส่งผลให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง	- ดำเนินการบูรณาการร่วมกัน ระหว่าง CKD,NCDs และ palliative care เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการคัดกรองเชิงรุก การชะลอไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธฟอกไต - สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง ยกกระดับความรู้ด้านสุขภาพ health literacy เพื่อให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน - จัดกระบวนการดูแลร่วมกัน Shared decision making เพื่อลดอัตราการเกิด Unplanned Dialysis และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - การนิเทศติดตามการดำเนินงาน CKD clinic ภายในจังหวัด และในเขตสุขภาพ - การพัฒนาคุณภาพคลินิก ควรมี CKD managers ที่รับผิดชอบและติดตามวางแผนดูแลผู้ป่วยประจำคลินิก

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 การขับเคลื่อนเชิงรุกในกลุ่มเปราะบาง โดยสนับสนุนให้มีงบประมาณเฉพาะ (เช่น กองทุนสุขภาพตำบล/สปสช.) ในการจัดรถรับส่งผู้ป่วยเปราะบาง หรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่เชิงรุกเจาะเลือดติดตามผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุของ พชอ. และ รพ.สต.

6.2 พัฒนาหรือปรับปรุงระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้แบบอัตโนมัติ (เช่น ระหว่างระบบบันทึกข้อมูลของ รพ.สต. และ CKD Clinic ของโรงพยาบาลแม่ข่าย) เพื่อแก้ไขปัญหฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันและลดภาระการศึข้อมูลซ้ำซ้อนของผู้ปฏิบัติงาน

6.3 สนับสนุนให้สถาบันวิชาชีพ (เช่น สภาการพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล) ร่วมกับส่วนกลาง จัดหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเพิ่มพูนทักษะความเชี่ยวชาญให้แก่ CKD Manager และ ทีมสหวิชาชีพ ให้รองรับกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน ชาลิณี หลังเกาะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 089 8799623
E-mail chaline1863@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 12 พฤษภาคม 2569

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 4. อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 24

4.1 อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 40

4.2 อัตราผู้ป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired ใน

โรงพยาบาลทุกระดับ เป้าหมาย : มีการเก็บข้อมูล

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค 68- เม.ย. 69) พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ทั้งหมด 183 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 51 ราย คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 27.87 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่แนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา จากการทบทวน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ยังคงเป็น Community-acquired sepsis ซึ่งตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นภาวะ Pneumonia, UTI, Intraabdominal, Bacteremia และ Skin/soft tissue ตามลำดับ และจากการทบทวนเคสเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60) และมี Multiple comorbidities ตั้งแต่ 2-3 โรคขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 50 โดยโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง

ประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่ออัตราตาย ดังนี้ การวินิจฉัยล่าช้า (Delayed diagnosis) ทำให้เกิดการรักษาล่าช้า (Delayed treatment) และผู้ป่วยบางส่วนมีการแสดงเจตนา ปฏิเสธการรักษาแบบช่วยชีวิต ได้แก่ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการกดนวดหัวใจ และ/หรือปฏิเสธการให้ยากระตุ้นความดัน ส่งผลให้การดูแลรักษา ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน และอาจกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยให้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการการรักษาให้ทันเวลา และการสื่อสารทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามสถานะโรค

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 24

ตารางที่ 74 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตูล	132	45	34.09
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	8	0	0
ท่าแพ	1	0	0
ละงู	36	6	16.67
ทุ่งหว้า	1	0	0
มะนัง	5	0	0
รวม	183	51	27.87

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

ตัวชี้วัด : อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 40

ตารางที่ 75 อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตูล	1	1	100
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	2	0	0
ท่าแพ	1	0	0
ละงู	3	2	66.67
ทุ่งหว้า	3	0	0
มะนัง	0	0	0
รวม	10	3	30

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 24

จังหวัดสตูลตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 183 ราย เสียชีวิต จำนวน 51 ราย คิดเป็น ร้อยละ 27.87 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว จากการวิเคราะห์พบว่า การใช้ Screening tools ด้วย SOS score และ Serum lactate พบว่ายังมีกลุ่ม Diagnostic error (misdiagnosis and delayed diagnosis) ที่ไม่ได้รับการติดตามด้วย SOS score หรือ serum lactate รวมถึงการนิเทศติดตามไม่สม่ำเสมอ

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired < ร้อยละ 40

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ทั้งหมดจำนวน 10 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว เนื่องจากการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และการทำการจำหน่ายโดยเร็วเพื่อลดการนอนโรงพยาบาลนาน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

จังหวัดสตูล มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้กับเขตบริการสาธารณสุข และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูล โดยเรามี CPG (แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด) ที่เป็นฉบับเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการให้คำปรึกษาพร้อมรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน การพัฒนาแก้ไขที่ได้ดำเนินการในปี 2569 ได้แก่

1. ปรับปรุง Standing order Sepsis
2. ปรับปรุงแนวทางการเก็บข้อมูลพร้อมกับการทบทวน case โดยใช้ใบ CRF (case record from sepsis)
3. ปรับปรุงระบบการปรึกษาและส่งต่อ case sepsis
4. Flow Sepsis Ward/จัดทำ Flow RRT
5. CPG ,CNPG sepsis
6. ทำ Sepsis case review (M&M) เพื่อลด delayed diagnosis/treatment

4.2 แนวทางการพัฒนา

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับบุคลากรทุกระดับในเครือข่ายจังหวัดสตูล เน้นสร้างความเข้าใจและฝึกปฏิบัติจริง โดยอาจเพิ่มช่องทางการอบรมให้มีทั้ง Onsite และ Online สำหรับผู้ที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมได้
2. นิเทศกำกับติดตาม ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทางและการใช้ Sepsis screening tool เพื่อตรวจพบผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
3. ให้ความรู้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในเรื่องของความรู้ การประเมินและการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทาง เนื่องจากเป็นบุคลากรด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 การใช้ Screening tool (SOS score) และ Serum lactate เพื่อ early detection sepsis และติดตามอาการผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด โดยพบว่าในระดับโรงพยาบาลชุมชนและหอผู้ป่วยอื่นที่ไม่ใช่อายุรกรรม ยังทำได้ไม่สม่ำเสมอ

5.2 ยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินด้วย SOS score ชัดเจน โดยปัจจุบันทำในเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ไม่มีค่านิยามกลุ่มผู้ป่วยชัดเจน)

5.3 ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม/Audit ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่สม่ำเสมอ

5.4 ระบบ RRT ที่วางไว้ยังไม่มีนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง

5.5 การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเครือข่ายจังหวัดสตูล ผู้ดูแล sepsis จากบางรพ.ไม่สามารถมาเข้าร่วมได้เนื่องจากติดภารกิจและต้องเดินทางมายังรพ.สตูล

5.6 ยังพบ delayed diagnosis และ misdiagnosis sepsis อยู่ ซึ่งทำให้การรักษาไม่เป็นไปในแนวทางของการรักษาภาวะ Sepsis เช่น การให้สารน้ำ หรือ การให้ยาปฏิชีวนะ

6. ผลงานเด่น

6.1 ระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัย

6.2 CPG ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด

6.3 การ Auto Lactate

6.5 การรายงาน Case Sepsis Real time (Dashboard Sepsis)

6.6 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่ได้รับความร่วมมือจากหลากหลาย ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ และทีมพยาบาล ทำให้ได้รับความรู้ที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

ผู้รายงาน นางขัตติยา เสมอภพ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล

เบอร์ติดต่อ 099 0047999

E-mail kuttiya251027@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 5. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) เป้าหมาย : อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ

2. สถานการณ์

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A)

- ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ
- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา พบว่ามีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ดังนี้

ปี 2564 = 246 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 95 ราย อวัยวะ 87 ราย ร่างกาย 64 ราย

ปี 2565 = 208 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 73 ราย อวัยวะ 69 ราย ร่างกาย 66 ราย

ปี 2566 = 195 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 71 ราย อวัยวะ 62 ราย ร่างกาย 62 ราย

ปี 2567 = 423 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 147 ราย อวัยวะ 137 ราย ร่างกาย 139 ราย

ปี 2568 = 325 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 106 ราย อวัยวะ 107 ราย ร่างกาย 112 ราย

ปี 2569 (ต.ค.69 - เม.ย.69) มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 168 ราย อวัยวะ 163 ราย ร่างกาย 149 ราย

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

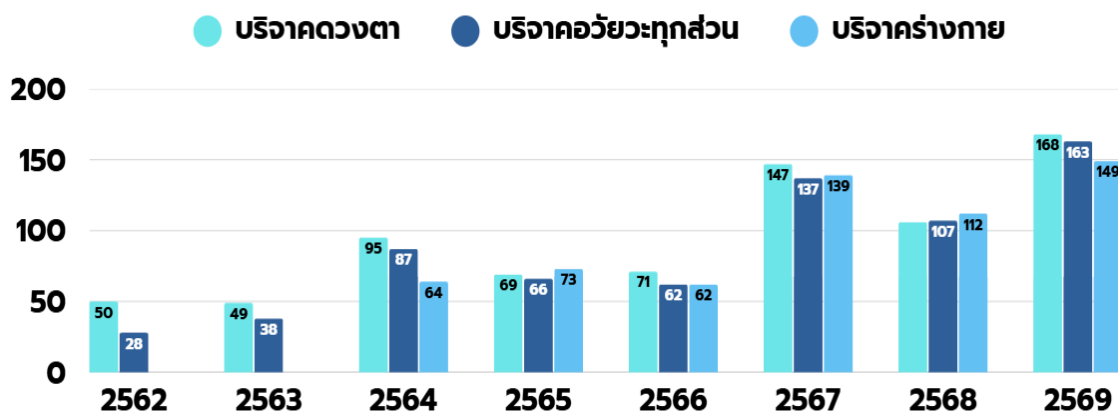
ผลการดำเนินงาน ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ

ตารางที่ 76 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย ≥ 0.35		
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	222	0	0

3.1.1 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงค์บริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล

แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงค์บริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2569



** ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้บริจาคดวงตา 1 คู่ คิดเป็นร้อยละ 0.33

3.1.2 ข้อมูล Dashboard ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา
ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน

**ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวน
ผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย
ที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก
ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต
ในโรงพยาบาล**

เป้าหมายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10

 ผลงานปี 2569 0% (0/222)

ឆ្នាំ ២៥៦២

มีผู้บริจาคดวงตา 2 ดวง (1 ราย)

2

ឆ្នាំ ២៥៦៦

มีพระภิกษุแสดงความจำนงผู้บริจาคนววงศา 1 ราย ผลตรวจพบติดเชื้อ



ឆ្នាំ ២៥៦៧

มีผู้บริจาคดวงตา 1 ราย ผลตรวจพบติดเชื้อ

0

ປີ 2568

**ผู้ป่วย BRAIN DEATH 1 ราย ญาติยินยอม
บริจาคดวงตา เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตญาติ
ทำใจไม่ได้และอยากให้มีอวัยวะครบ**

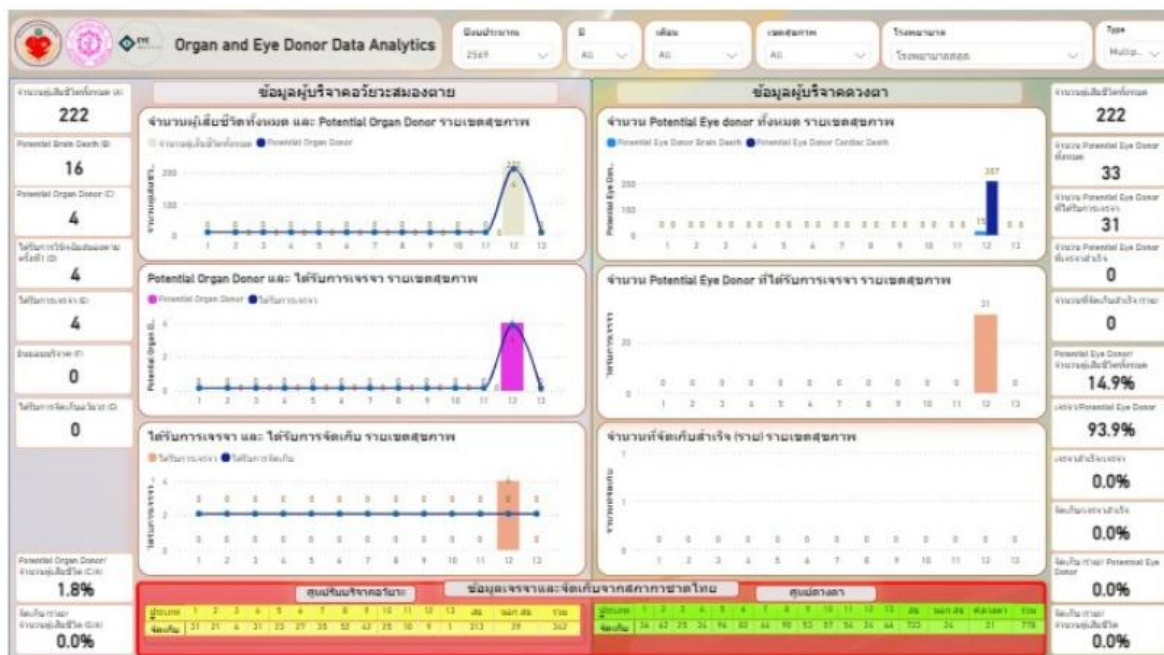


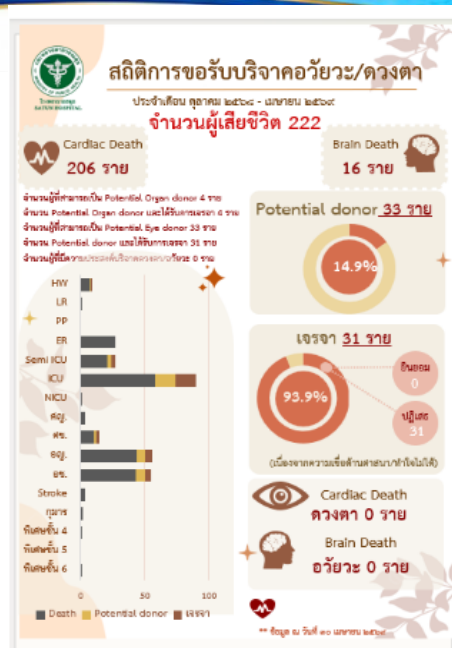
ປີ 2569

มีผู้บริจาคดวงตา 1 ราย ผลตรวจพบติดเชื้อ



3.1.3 ข้อมูล Dashboard ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา
ปีงบประมาณ พ.ศ.2569





4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การรับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติของญาติ/ กลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน/ ให้จากไปอย่างสงบ/ กลัวเสียภาพลักษณ์
- ไม่มี TC Nurse ประจำโรงพยาบาล

5. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

5.1 มาตรการดำเนินงาน

- มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ (ไม่มี TC Nurse ประจำศูนย์)
 - พัฒนาศูนย์รับบริจาคอวัยวะ โดยเข้าร่วมอบรมฟื้นฟูความรู้ของเขตสุขภาพที่ 12
 - ร่วมกับกาชาด จ.สตูล ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทุกครั้งที่ออกรับบริจาคโลหิต
 - จัดบูธออกหน่วยรณรงค์การบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายในงานกาชาดจังหวัดต่างๆ ปี
 - จัดบูธกิจกรรมเวที Mini Stage เวทีเรื่องเล่าความดี องค์กรคุณธรรม สร้างคนดี สู่สังคมดี
- โรงพยาบาลสตูล
- จัดบูธประชาสัมพันธ์รับบริจาคอวัยวะดวงตา ในวันพิเศษสำคัญต่างๆ
 - ร่วมงานแถลงข่าวคณะแพทยศาสตร์ มอ.ปลุกถ่ายหัวใจสำเร็จรายแรกของภูมิภาค
- พลังความร่วมมือของโรงพยาบาลเครือข่าย
- มี QR code ในการประชาสัมพันธ์ เข้าถึงการแสดงความจำนงค์ได้สะดวกและง่าย
 - เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมลิ่งผ่านช่องทาง facebook , LINE ของโรงพยาบาล
- กลุ่มงานโดยการเชื่อมต่อเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตามากยิ่งขึ้น
- เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ผ่านช่องทางเสียงตามสายภาคภาษาไทยและภาษามลายูของโรงพยาบาลทุกวัน
 - พัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูล Pop up ผู้แสดงความจำนงค์บริจาคอวัยวะและดวงตาในระบบ HOSXP ของโรงพยาบาล
 - ลงโปรแกรม Dashboard บันทึกข้อมูลผู้รับบริจาคเชิงรุก เพื่อวิเคราะห์และประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

- มีการพัฒนาระบบ identification and notify การระบุตัวและแจ้งผู้ป่วยที่มีโอกาสบริจาคอวัยวะ เนื้อเยื่อตั้งแต่แรก โดยขอความร่วมมือทุกหอผู้ป่วย ICU, IPD
- แจ้งผู้ป่วยเสียชีวิต(หัวใจหยุดเต้น) ทุกสาเหตุภายใน 1 ชม. ผู้ป่วย GCS 2T ภายใน 1 ชม. ทางไลน์ line official
- ร่วมกับทีม Palliative care ในการค้นหา Donor

5.2 แนวทางการพัฒนา

- แผนพัฒนาระบบ maintain มีการจัดตั้งเตียงและเครื่องมือแพทย์ แยกสำหรับ potential organ donor 1 เตียง ใน ICU เพื่อดูแลสัญญาณชีพให้ปกติ เพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วยรายอื่น
- ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ แก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงบุคคลทั่วไป ที่ รพช. รพสต.
- มีระบบ audit case potential donor เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการทำงานและวางแผนพัฒนาต่อไป
- จัดอบรมแพทย์ใช้ทุนและ staff จบใหม่ ให้มีความรู้และความมั่นใจในขั้นตอน brain death declare
- จัดทำ donor management protocol เพื่อให้ง่ายต่อการรักษาและการ monitor สัญญาณชีพของผู้ป่วย
- เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ >> ส่งเรียน TC Nurse (หลักสูตร 4 เดือน) ปีงบประมาณ 2570

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 6.1 การรับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติของญาติ
- 6.2 ไม่มี TC Nurse ประจำโรงพยาบาล
- 6.3 ประชาสัมพันธ์คำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ ผ่านสื่อออนไลน์ ประสานความร่วมมือประธานชมรมมุสลิมของโรงพยาบาลกับผู้นำทางศาสนา และกลุ่มข้าราชการ/บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา

ผู้รายงาน นางสาววิมลศรี สังข์แก้ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 085 0772720
E-mail wimonsri737@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ผู้รายงาน นางลักขณา ละอองวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคูณภาพฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 5165194
E-mail Lukana015@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

มะเร็ง

1. ประเด็นตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 6. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 6.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
 - 6.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
 - 6.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. สถานการณ์

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA Test ตั้งแต่ปี 2564 ซึ่งเริ่มให้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลสตูล จำนวน 38 ราย ในปีต่อมาเริ่มให้บริการในทุกอำเภอ ตั้งแต่ปี 2565 - 2568 จำนวน 2,649 ราย, 6,872 ราย, 6,365 ราย และ 4,843 ราย รวมทั้งสิ้น 20,767 ราย การติดตามให้ประชาชนมารับบริการยากมากขึ้น ทั้งนี้พื้นที่ต้องมีการค้นหาที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น กลุ่มที่ทำงานช่วงกลางวัน และกลุ่มที่ไม่ต้องการตรวจคัดกรอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าเท่ากับร้อยละ 25 ซึ่งดำเนินการคัดกรองประชากรผู้หญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.21 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค 68 - พ.ค. 69) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 11,862 ราย ได้รับการคัดกรอง 3,854 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1

จังหวัดสตูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA Test โรงพยาบาลสตูลเป็นศูนย์กลางของจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 คัดกรองประชากรผู้หญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.21 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค 68 - พ.ค. 69) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 11,862 ราย ได้รับการคัดกรอง 3,582 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.55

โรงพยาบาลสตูลมีเครื่อง colposcopy 1 เครื่อง ผู้ที่มีผลผิดปกติจะส่งตรวจที่รพ.สตูลได้ทุกวัน ราชการจันทร์- ศุกร์ มีแพทย์ 3 ท่าน ส่งกล้องได้ 6 ราย/สัปดาห์ ระยะเวลารอคอยภายใน 2 อาทิตย์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ทำ colposcopy 98 ราย ผลเป็นมะเร็ง 12 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค. 68 - เม.ย. 69) ทำ colposcopy 41 ราย ผลเป็นมะเร็ง 3 ราย

ตารางที่ 77 สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ย้อนหลัง 3 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	69.03	46.36	50.11
2567	63.85	-	67.06
2568	10.21	-	11.58

ตารางที่ 78 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,432	526	5.44
ควนโดน	806	276	11.82
ควนกาหลง	1,189	83	3.50
ท่าแพ	1,092	213	15.89
ละงู	2,701	345	8.54
ทุ่งหว้า	919	53	3.30
มะนัง	723	144	7.13
รวม	11,862	3,582	7.55

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยวิธี Fit test แต่ละอำเภอจะจัดสรรอุปกรณ์ในการคัดกรองเอง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 พบว่าผลงานการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 70.98 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค. 68 - เม.ย 69) พบว่าจากกลุ่มเป้าหมาย 5,516 ราย สามารถคัดกรองได้ 5,297 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.02

ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ผู้ป่วยที่มีผล Fit test positive แต่ละอำเภอจะส่งมาทำ colonoscopy ที่โรงพยาบาลสตูล ยกเว้นอำเภอละงู ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ทำ colonoscopy ที่โรงพยาบาลสตูล 162 ราย โรงพยาบาลละงู 60 ราย รวมทั้งสิ้น 222 ราย ผลเป็นมะเร็ง 3 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ตั้งแต่ ต.ค.68 - เม.ย 69 มีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 187 ราย แบ่งเป็นของ รพ.ละงู 42 ราย รพ.สตูล 145 ราย โดยประสานรับผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองผิดปกติจากพื้นที่แต่ละอำเภอมาเตรียมความพร้อมก่อนส่งกล้อง โดยส่งมาพบแพทย์ศัลยกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์ รพ.สตูล ทำ colonoscopy ที่รพ.สตูล 30 ราย คิดเป็น 16.05%

ตารางที่ 79 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,017	1,478	96.86
ควนโดน	459	345	96.91
ควนกาหลง	533	295	88.86
ท่าแพ	490	863	97.96
ละงู	1,259	919	95.63
ทุ่งหว้า	422	512	97.52
มะนัง	336	309	94.36
รวม	5,516	4,723	96.19

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
- 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

ตารางที่ 80 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานภาพรวม จังหวัดสตูล	ร้อยละ
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (≥ร้อยละ 70)	25	24	96
2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (≥ร้อยละ 70)	21	18	85.72
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (≥ร้อยละ 60)	10	9	90

ที่มา : โปรแกรม TCB 2025

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ระบบบริการ (Service delivery)	- ฟังผลชิ้นเนื้อภายใน 14 วัน - ส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจทุกวัน - ห้อง Lab แจ้งให้ทราบทันทีเมื่อมีผลชิ้นเนื้อผิดปกติ + ประสานแพทย์+ผู้ป่วย เพื่อฟังผลชิ้นเนื้อได้ผลก่อนวันนัด - ให้ความรู้เรื่องการดำเนินของโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ระบบบริการ	- เปิดบริการให้ยาเคมีบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก - มีห้องให้ยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วย - มีคิวด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด - refer รพ.หาดใหญ่กรณีมีความเสี่ยงสูง
กำลังคนด้านสุขภาพ	- ส่งเจ้าหน้าที่อบรม
ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ	- รายงานข้อมูลการรักษาโดยใช้โปรแกรม TCB plus
เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น	- มีห้องผสมยาเคมีบำบัด 1 ห้อง - มีอุปกรณ์เพียงพอในการบริหารยาเคมีบำบัด
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ	- ตามสิทธิผู้ป่วย
ภาวะผู้นำ ธรรมชาติ	- นิเทศติดตาม

3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ระบบบริการ	- Refer รพ.หาดใหญ่/รพ.สงขลานครินทร์
กำลังคนด้านสุขภาพ	-
ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ	- ประสานนัดผู้ป่วยใน Group line ของเขตฯ 12
เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น	-
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ	- ตามสิทธิผู้ป่วย
ภาวะผู้นำ ธรรมชาติ	-

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

- จัดโครงการคัดกรองมะเร็งในพื้นที่จังหวัดสตูล
- ประชาสัมพันธ์โครงการคัดกรองให้ประชาชนรับทราบผ่านผู้นำในชุมชน เช่น อสม. เสียงตามสาย หรือผ่านทาง Social Media ที่มี
- จัดทำฐานข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569
- สำรวจความพร้อมของแต่ละอำเภอและประชุมวางแผนในการดำเนินงาน
- ติดตามผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรอง และรายที่คัดกรองพบผลผิดปกติ ไม่ยอมมาตรวจรักษาต่อ ไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความอายในการตรวจ
- ประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็ง เพื่อสร้างค่านิยมการดูแลสุขภาพและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งและการเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อผลการคัดกรองผิดปกติ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน ร่วมวิเคราะห์ และแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยทีม Service plan cancer
2. สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง และเสริม health literacy
3. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการคัดกรอง และเสริมพลังให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานซึ่งต้องใช้ความเข้มแข็งของทีมในการติดตามผู้มารับบริการให้มาตรวจคัดกรอง
4. โปรแกรมการบันทึกข้อมูล ไม่เป็นปัจจุบันและไม่เชื่อมโยงข้อมูล

ผู้รายงาน นางสาวสุมาลี รักชะพันธ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 - 7986360
E-mail sumalee86360@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

STROKE

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 7. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) เป้าหมาย : < ร้อยละ 7

7.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้เรียนรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้ารับการรักษาทันเวลา

โรงพยาบาลสตูล เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและแตก อัตราการครองเตียง 85-90% รองรับการรักษา รพ.ในเครือข่าย ได้รับรองการประเมินเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify) มีการ Re-accredit SSCC ครั้งที่ 1 ในเดือนเมษายน 2568 ประเมินผ่านในระดับ 5 ดาว ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2568 – 31 สิงหาคม 2571 และได้รับการประเมินผ่านประเมินเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Program and Disease Specific certification PDSC) มีโรงพยาบาลละงู เป็นโรงพยาบาลระดับ M มี CT scan และอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และรับผู้ป่วยไว้ในการรักษาเฉพาะในพื้นที่ของโรงพยาบาลละงู แต่ในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยพื้นที่ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลสตูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานใน Stroke Unit โรงพยาบาลสตูลมีการปรับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยให้ยาที่ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา (Door to needle time) กรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Large vessel occlusion) จะมีการส่งต่อไปทำ Thrombectomy ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการดูแลผู้ป่วยหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโรงพยาบาลท่าแพ รองรับผู้ป่วย โดย IMC จำนวน 6 เตียง โดยรับผู้ป่วย IMC ทุกโรงพยาบาล

การบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บริการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินการกลืนในผู้ป่วยทุกราย เผื่อระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 คะแนน ได้รับการรักษาโดยทีม IMC มีการส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลชุมชน นอนพักในหอผู้ป่วยมี stroke corner 2 เตียง ทุกโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนมีการส่ง HHC เพื่อติดตามการดูแลป้องกันการเกิดซ้ำ มีการรณรงค์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy จะดำเนินการปรึกษาจาก Neuro intervention โรงพยาบาลหาดใหญ่ และส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษา และรับกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่

อย่างไรก็ตาม บริบทพื้นที่จังหวัดสตูลมีประชากรที่อาศัยตามพื้นที่เกาะห่างไกล สภาพดินฟ้าอากาศทำให้การเข้าถึงและการดูแลประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างยาก การพัฒนาการดูแลแบบ Sky doctor จึงเข้ามามีบทบาทในการส่งต่อ การดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการ Telemedicine ในผู้ป่วย Post stroke ในพื้นที่เกาะ

ตารางที่ 81 สถานการณ์อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2564	4.01	-	-
2565	5.75	6.09	8.81
2566	3.52	4.38	7.69
2567	3.89	5.02	7.41
2568	3.67	5.52	7.14

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

ตารางที่ 82 สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2562	86.65	-	-
2563	88.96	-	-
2564	85.05	-	-
2565	85.16	-	-
2566	91.12	-	-
2567	93.23	-	-
2568	92.85	-	-

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) เป้าหมาย : $<$ ร้อยละ 7

ตารางที่ 83 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	231	10	4.33
ควนโดน	57	4	7.02
ควนกาหลง	57	4	7.02
ท่าแพ	44	0	0.00
ละงู	146	2	1.37
ทุ่งหว้า	37	1	2.70
มะนัง	38	0	0.00
รวม	610	21	3.44

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80)

ตารางที่ 84 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	216	206	95.37
ควนโดน	44	40	90.91
ควนกาหลง	44	37	84.09
ท่าแพ	38	35	92.11
ละงู	25	21	84.00
ทุ่งหว้า	22	19	86.36
มะนัง	26	25	96.15
รวม	417	383	91.85

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูลรวมต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวน พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ยินยอมผ่าตัด สำหรับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิตจะเป็น large vessel occlusion มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมารับการรักษาหลัง 4.5 ชม. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการปรึกษาทิมสหวิชาชีพ และมีการดูแลร่วมกับทีมรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยมีโรค NCD ขาดยา ขาดนัด ไม่ควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีแนวโน้มการเข้าถึง การถึงการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็น 57% ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวน เพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time เท่ากับ 42.25 นาที มีการปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา เฉลี่ย Door to needle time (มกราคม-เมษายน 2569) เท่ากับ 40 นาที ในราย Door to needle time มากกว่า 60 นาที พบว่ามีเคส Stroke fast track ในระยะเวลาเดียวกัน 2 ราย ในราย Large occlusion มีการส่งต่อ Thrombectomy โดยมีการปรึกษา การพัฒนา การส่งต่อ และรับกลับมารักษาต่อเนื่องหลังผ่านภาวะวิกฤต ด้านกระบวนการส่งต่อจาก เครือข่าย รพช. (seamless refer) ให้ได้ภายใน 30 นาที หลังโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เครือข่าย รพช.สามารถส่งต่อได้ภายใน 30 นาที (Door to refer) ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 20 นาที มีการปรับปรุงในรายที่ Activated Stroke fast track จาก รพช. โดยมีการปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาทและแจ้งอาการผู้ป่วยในระบบ Line เมื่อแพทย์รับไว้ใน การดูแล จะมีการส่งต่อผู้ป่วยทันทีโดยไม่รอผลเลือดทำให้การปรับปรุงดังกล่าวทำให้ลดระยะเวลาการส่งต่อและทีม รักษาดูแลของโรงพยาบาลสตูลมีการเตรียมเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย

ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจะ ได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ระบบประสาทหากมีความจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดจะมีการประสาน ทีมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที

ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน มี Bleeding จากการให้ยา rt-PA มีการจัดการผู้ป่วยที่เกิด complication โดยการใช้ Standing order reversal rt-PA สามารถปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทได้ ทันที มีการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. การเข้าถึงบริการ เน้นการประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
2. ผู้ป่วย HT/DM ขาดยาและไม่มาตามนัด
3. คัดกรอง AF ในชุมชนร่วมกับทีม Primary care ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในชุมชนบูรณาการร่วมกับทีม NCD เพื่อสร้าง Alert, Awareness
4. เพิ่มการศึกษาเฉพาะทาง Stroke Nurse
5. ประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
6. นิเทศติดตามการดำเนินงานของ รพช.อย่างต่อเนื่อง

4.2 แนวทางการพัฒนางาน

1. ทบทวน CPG Stroke ทั้งจังหวัด
2. ผ่านการรับรอง PDSC Stroke

ผู้รายงาน นางสาวอามีเราะห์ เตะบัน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 080 - 1406469
E-mail armeeroh99@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

STEMI

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 8. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด

8.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย : <ร้อยละ 8

8.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย : ≥ร้อยละ 70

8.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 70 หรือ

8.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่

กำหนด เป้าหมาย : ≥ร้อยละ 70

8.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน

นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย : < ร้อยละ 9

2. สถานการณ์

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ผู้ป่วยต้องรีบได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI) ให้ได้มาตรฐานการรักษา โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) ภายใน 30 นาที และ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย

จังหวัดสตูลมีข้อจำกัดคือไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจแต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลโดยผ่านการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหัวใจเพื่อทำ Primary PCI ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง รวมถึงโรงพยาบาลธนบุรี ตรัง ตามบริบทของพื้นที่

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย : <ร้อยละ 8

ตารางที่ 85 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	อัตรา
เมืองสตูล	1	44	2.27
ควนโดน	0	9	0
ควนกาหลง	0	3	0
ท่าแพ	0	7	0
ละงู	0	15	0
ทุ่งหว้า	1	11	9.09
มะนัง	0	9	0
รวม	2	98	2.04

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย : ≥ร้อยละ 70

ตารางที่ 86 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI /SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	38	44	86.36
ควนโดน	7	9	77.77
ควนกาหลง	3	3	100
ท่าแพ	4	7	57.14
ละงู	11	15	73.33
ทุ่งหว้า	5	11	45.45
มะนัง	9	9	100
รวม	77	98	78.57

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70

ตารางที่ 87 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	5	20
ควนโดน	-	-	-
ควนกาหลง	-	-	-
ท่าแพ	2	2	100
ละงู	1	1	100
ทุ่งหว้า	1	2	50
มะนัง	2	2	100
รวม	7	12	58.33

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70

ตารางที่ 88 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จังหวัด
สตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ การทำ Primary PCI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับการทำ Primary PCI	ร้อยละ
เมืองสตูล	37	39	94.87
ควนโดน	7	9	77.77
ควนกาหลง	3	3	100
ท่าแพ	4	6	66.66
ละงู	10	14	71.42
ทุ่งหว้า	4	10	40
มะนัง	8	9	88.88
รวม	73	90	81.11

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ในช่วงวิกฤติอุทกภัย เกิดความล่าช้าในการประสานงาน โรงพยาบาลหาดใหญ่ปิดศูนย์หัวใจ
เนื่องจากประสบภัยและไม่มีแนวทางรองรับ โรงพยาบาลตรังไม่มีความพร้อมให้บริการตลอดเวลา จึงได้
ประสานโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยทำ Primary PCI ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย : < ร้อยละ 9

ตารางที่ 89 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	อัตรา
เมืองสตูล	1	44	2.27
ควนโดน	0	9	0
ควนกาหลง	0	3	0
ท่าแพ	0	7	0
ละงู	0	15	0
ทุ่งหว้า	2	11	1.81
มะนัง	0	9	0
รวม	3	98	3.06

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- ปัจจัยด้านระยะทางในการส่งต่อ และการแก้ปัญหาวิกฤติของผู้ป่วยทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อล่าช้าในบางเคส รวมถึงความพร้อมในการรับเคสได้ตลอดเวลาของ cath lab โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลตรัง

- ในพื้นที่รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ทางคณะทำงานและทีมสหวิชาชีพได้วิเคราะห์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(STEMI) พบว่ามีปัญหาจากการบริหารยา Streptokinase และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย จึงได้กำหนดแนวทางในการนำยา Tenecteplase มาใช้ในรพ.สต. เกาะหลีเป๊ะ เพื่อเปิดเส้นเลือดก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปทำ Primary PCI ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งได้ดำเนินการแล้วเสร็จ 1 มิถุนายน 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

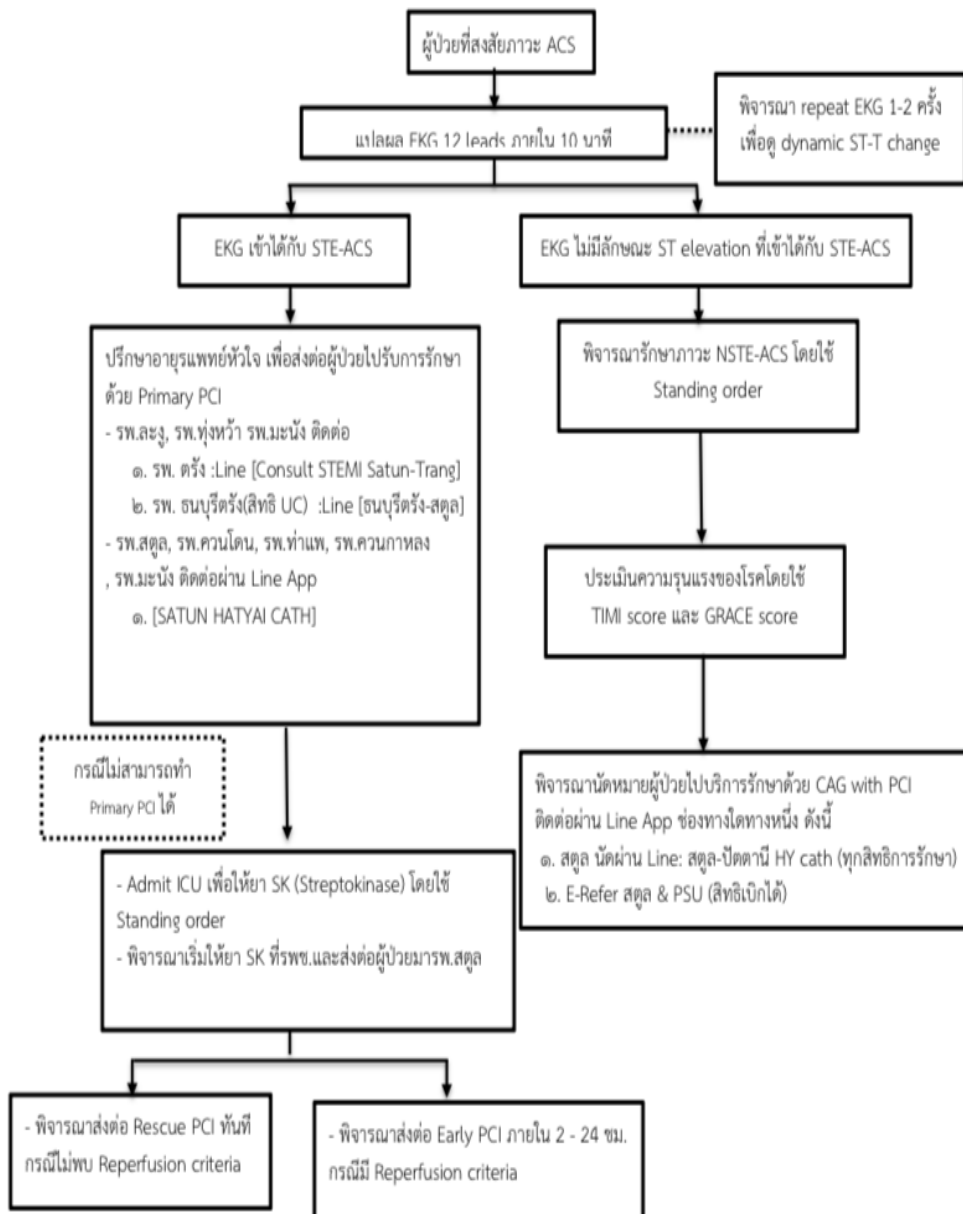
ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ STEMI)

ทางคณะทำงาน Service Plan STEMI ได้มีการทบทวน RCA ในเคส STEMI ที่เสียชีวิตทุกรายพบว่า ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง Killip class 3 - 4 ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต ร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติตรวจสุขภาพ แต่มีประวัติ Heavy smoking อีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่ม NCD จึงได้ให้ทุกพื้นที่เน้นการดูแลเชิงรุกทั้งการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่ม NCD การประชาสัมพันธ์ STEMI alert และการโทร 1669

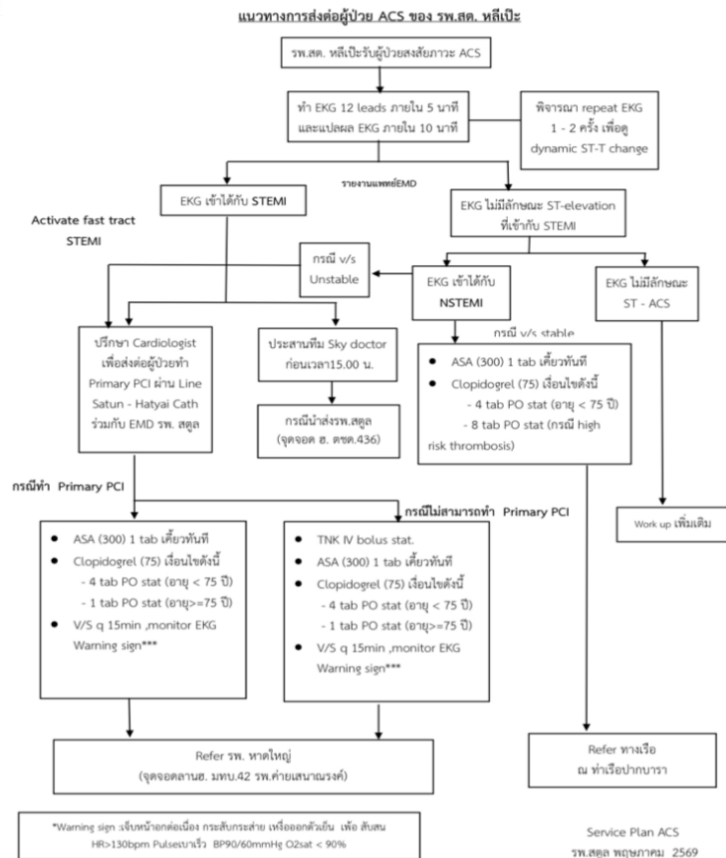
ปัญหาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายเฉียบพลัน (STEMI) ไม่ได้รับการทำการ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาทีส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านภูมิศาสตร์โดยเฉพาะระยะทางจากอำเภอละงูและอำเภอทุ่งหว้าถึงอำเภอหาดใหญ่ หลังจากได้มีการประสานความร่วมมือกับ Cath lab โรงพยาบาลตรังในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งหว้า อำเภอละงู และอำเภอมะนัง ตั้งแต่ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2567 - 2568 พบว่า อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำการ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาที ผ่านเกณฑ์เป้าหมายดีขึ้น นอกจากนี้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้ประสานความร่วมมือกับทางโรงพยาบาลธนบุรี ตรัง เพิ่มเติมในการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปทำ Primary PCIในกรณีที่ทางโรงพยาบาลตรังไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานมากขึ้น

ในส่วนของเกาะหลีเป๊ะซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ ได้ดำเนินการวางระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ซึ่งล่าสุดได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) โดยพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase ตั้งแต่วันที่ รพ.สต.บ้านเกาะหลีเป๊ะภายใต้การดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาลสตูล รวมถึงอายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลหาดใหญ่ก่อนส่งตัวไปโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อทำ Primary PCI โดยใช้ Sky doctor จากการประสานความร่วมมือกับกองทัพอากาศ 4 และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสมรวดเร็ว

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) จ.สตูล



ภาพที่ 6 แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) จ.สตูล



ภาพที่ 7 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) ของ รพ.สต.บ้านเกาะหลืเป๊ะ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน แนวทางการพัฒนา

- จัดทำแนวทางที่ชัดเจนร่วมกับรพ.ศูนย์และศูนย์ส่วนหัวใจในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Tract เพื่อทำ PPCI ให้ครอบคลุม 24/7
- ประสานการทำงานร่วมกันกับ NCD clinic และปฐมภูมิ รพ.สต. ในการคัดกรองประเมิน Thai CV risk score
- การใช้ระบบ AOC / EMS alert รวมถึงการใช้ portable EKG ในรถ EMS เพื่อลดข้อจำกัด Pre-hospital diagnosis

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast tract ไม่เป็นไปตามแนวทาง CPG เนื่องจากศูนย์ส่วนหัวใจในเขตสุขภาพไม่สามารถทำ PPCI ได้ครอบคลุม 24/7
- ผู้ป่วยกลุ่ม NCD ไม่ได้ได้รับการคัดกรอง Thai CV risk score ครบถ้วน
- ไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยและการคืนข้อมูลผู้ป่วยหลังทำ PPCI

ผู้รายงาน นางสาวโลลา ตุงกัณฑ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 098 6949699
E-mail Accssatun@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

Palliative care

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 9. ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)

- 9.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ระดับ 4
- 9.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80
- 9.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 50
- 9.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) เป้าหมาย : ร้อยละ 55
- 9.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4) เป้าหมาย : ร้อยละ 85
- 9.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : 15 : 1000 ประชากร
- 9.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 60
- 9.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (มิติที่ 5) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 55
- 9.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80

2. สถานการณ์

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)

ภาพรวมจังหวัดสตูลมีคะแนนความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบ Palliative care เพิ่มขึ้นจากรดับ 1 (1.54) ในการตรวจราชการครั้งที่ 1 เป็น ระดับที่ 4 (3.09) ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 โดยมีความพร้อมในด้านระบบการดูแล ทุกโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่อยู่บ้านได้ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งพัฒนา Palliative Care Bed แล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังขาดแนวปฏิบัติและรูปแบบการติดตามที่เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ยังไม่มีระบบสำหรับการดูแลภาวะโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสีย (bereavement care) และในด้านทรัพยากร มีโครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับต่างๆ มีโครงสร้างหน่วยงานของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพเหมาะสมกับระดับบริการ มีเวชภัณฑ์ทั้งยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งในบางช่วงอาจมีความขาดแคลนไม่พอเพียงสำหรับการจัดบริการ ในส่วนหอผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล (รพศ./ รพท.) ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการขับเคลื่อนต่อไป เพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีมาตรการดำเนินงานดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 90 มาตรการดำเนินงานหลักเรื่อง Palliative care

มาตรการดำเนินงานหลัก	สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
1. หน่วยบริการ มีบุคลากรการด้าน Palliative care ตามเกณฑ์							
*แพทย์/พยาบาลผ่านการอบรม PC							
- รพ.ระดับ A/S แพทย์ (FTE 40H/W) 3-4 คน / 1:200 เต็ม	X(5 PT =1 FTE)						
- รพ.ระดับ M/F แพทย์ PC part time อย่างน้อย 1 คน		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- รพ.ระดับ A/S มีพยาบาล 3-4 คน / 1:200 เต็ม	✓ (FT=2)						
- รพ.ระดับ M/F มีพยาบาล PC full/part time 1 คน		✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. หน่วยบริการมีระบบ/แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคอง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. มีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน /ชุมชน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 91 ข้อมูลบุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care

อำเภอ	บุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care		
	ระยะสั้น (1-14วัน)	ระยะกลาง (2 สัปดาห์ -< 4เดือน)	ระยะยาว(4 เดือนขึ้นไป)
เมืองสตูล	แพทย์ 1	แพทย์ 4	พยาบาล 1
	พยาบาล 2		
	เภสัชกร 1		
ควนโดน	แพทย์ 1	-	-
	พยาบาล 2		
	เภสัชกร 1		
ควนกาหลง	แพทย์ 1	-	-
	พยาบาล 2		
	เภสัชกร 1		
ท่าแพ	แพทย์ 1	-	-
	พยาบาล 1		
	เภสัชกร 1		
ละงู	เภสัชกร 2	พยาบาล 1	แพทย์ 1
ทุ่งหว้า	เภสัชกร 1	แพทย์ 1	พยาบาล 1
มะนัง	พยาบาล 1	แพทย์ 1	-

2.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)

กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจากร้อยละ 26.96 ของค่าคาดการณ์ในตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 61.71 แม้ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80 ของค่าคาดการณ์) แต่มีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากไตรมาสแรก ซึ่งได้มีวิธีการจัดการด้วยการค้นหาเชิงรุกในชุมชน และการคัดกรองจากกลุ่มโรค Palliative Care ที่มี ICD 10 เข้าได้ตามเกณฑ์ของสปสช. และมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่เนิ่น (Early ACP) และให้การดูแลแบบ Palliative care แต่สิ่งที่ยังไม่มีระบบชัดเจน และดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม คือ ขาดการดูแล palliative care แบบบูรณาการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีองค์ความรู้ในการดูแลที่เหมาะสม และสามารถให้การดูแลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน (primary palliative care) ได้ ตลอดจนมีทักษะ palliative care approach ที่เหมาะสมกับ disease trajectory ของโรคได้

2.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)

อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative Care ในผู้ป่วยเด็ก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.74 ของค่าคาดการณ์ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็น ร้อยละ 23.48 ของค่าคาดการณ์ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 ของค่าคาดการณ์) เนื่องจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนน้อยและการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบ Palliative Care ในเด็กมีความซับซ้อน มีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอนกว่าผู้ใหญ่ แพทย์ผู้ให้การรักษามีความกังวลต่อประเด็น premature withdrawal treatment และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคซับซ้อน ปัจจุบันจังหวัดสตูลมีแพทย์เฉพาะทางเด็กที่ผ่านการอบรม Palliative Care ระยะสั้น 1 ท่าน ทำหน้าที่ร่วมประเมินและให้คำปรึกษาแก่หน่วยประคับประคองและเครือข่ายภายในจังหวัด และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพ.สงขลานครินทร์) และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อรับส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง

2.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังของจังหวัดสตูล สามารถทำได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 55) โดยเพิ่มจากร้อยละ 59.5 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 77.07 ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 โดย โรงพยาบาลในจังหวัดสตูลทุกแห่ง มีการวางระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับหน่วยบริการเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน palliative care ร่วมเยี่ยมและประสานข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน บางราย เป็นระยะ dying phase ที่จะเสียชีวิต 1-2 วันหลังการจำหน่าย จะได้รับการดูแลแบบ Home ward active dying ร่วมกับมีทีมติดตามที่บ้าน ซึ่งมีการติดตามในทุกวันจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต ในด้านการลงข้อมูล community service มีความถูกต้องมากขึ้น มีการนิเทศ และทำคู่มือลงข้อมูลให้แต่ละโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย palliative care ในระยะแรกเริ่ม เข้าเกณฑ์การดูแล แต่ยังมี performance status ที่ดี ไม่มีอาการของโรคมามาก เช่น กลุ่มโรคไตวาย หรือกลุ่มโรคมะเร็งในช่วงแรก กลุ่มนี้ยังได้รับการดูแล disease management จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ทำให้ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อเยี่ยมบ้าน

2.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังสามารถทำได้ตามเป้าหมายของแต่ละปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.08 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 91.42 ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 ผู้ป่วย Palliative Care มีการจัดทำกระบวนการ Family Meeting ในผู้ป่วยรายใหม่ และมีการทบทวนแผนการดูแลในผู้ป่วยรายเก่า เพื่อประเมินความต้องการและวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ที่ชัดเจน ลดความขัดแย้งระหว่างญาติในการตัดสินใจช่วงระยะท้าย และช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนการรักษาได้ตามเจตนาารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปถึงสถานที่เสียชีวิตได้ เป็นไปตามความประสงค์ด้วย

2.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)

การดำเนินงานอยู่ในช่วงเริ่มต้น โรงพยาบาลจังหวัดน่านรองและรพ.ชุมชนเครือข่ายทยอยดำเนินการขึ้นทะเบียน ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งในจังหวัดสตูลได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนครบแล้ว และบุคลากรได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามสิทธิด้านสุขภาพในมาตรา 12 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และขยายผล โดยเน้นการสื่อสารผ่านคลินิกโรคเรื้อรังและเครือข่าย ทั้งรพ.ชุมชนและรพ.สต. เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง พบว่ามีการสื่อสารและรับรู้เรื่องสิทธิการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็นเพิ่มมากขึ้น

2.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)

ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.61 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 93.59 โดยเครือข่ายการดูแลประคับประคองจังหวัดสตูลได้ให้ความสำคัญในประเด็น Preferred Place of Death มาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจังหวัดสตูลเป็นพื้นที่พิเศษทางทะเล มีเกาะจำนวนมาก ทำให้การเดินทางและการเข้าถึงการดูแลจัดการอาการในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปได้ยากกว่าพื้นที่ทั่วไป จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในพื้นที่เกาะให้มีบทบาทเป็น Palliative Care Islands Nurse ควบคู่กับการพัฒนาระบบการนำส่งและการใช้ยามอร์ฟีนชนิดฉีดเพื่อใช้ในพื้นที่เกาะ โดยให้สามารถใช้งานได้ต่อเนื่อง เพิ่มระยะเวลานานขึ้นจากเดิม โดยมีการบริหารจัดการยาผ่านพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมจากหน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสตูล และทุกโรงพยาบาลมีระบบการนำยามอร์ฟีนชนิดฉีดใช้กับ syringe driver ไปจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้านได้ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสนับสนุน เช่น เครื่องให้ออกซิเจนและที่นอนลม และการให้บริการ home ward for active dying patient หรือ palliative home care ในช่วงท้ายที่บ้าน และในผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนั้น ในโรงพยาบาลแม่ข่ายประจำจังหวัดยังขาด Palliative Care ward ที่ดูแลผู้ป่วยระยะนี้เฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนอนโรงพยาบาลได้ตามตึกที่ดูแลโรคนั้นๆ และมีทีม Palliative Care ติดตามดูแลจนเสียชีวิต และกำลังพัฒนาเพิ่ม Palliative Corner ในแต่ละหอผู้ป่วยโดยกำลังอยู่ในช่วงการจัดทำแนวทางที่แยกส่วนที่ชัดเจนกับผู้ป่วยสามัญ ส่วนบริบทของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มี Palliative Care bed รองรับการดูแลผู้ป่วย Palliative Care เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิต ณ สถานที่ที่ตนเองต้องการตามแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ได้ทำไว้ อย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่ยังต้องพัฒนาแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยในและความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อเพิ่ม Quality palliative care

2.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ Opioid (มิติที่ 5)

ผู้ป่วยเมเร็งสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ได้ครอบคลุม ทุกโรงพยาบาลในจังหวัด สามารถจ่ายยา Opioid ในรูปแบบฉีดและกิน ทั้งชนิดออกฤทธิ์ยาว และออกฤทธิ์สั้นได้ตามระดับของสถานบริการ จึงมีการบริหารจัดการด้วยการเข้ามารับในโรงพยาบาลจังหวัด มีระบบการนำยาเสพติดให้เอื้อต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ผลการดำเนินงานตามHDCยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีการใช้ยา strong opioid จัดการอาการปวดผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเร็งร้อยละ 35.80 เนื่องจากตัวชี้วัดติดตามในรูปแบบ workload ทำให้ไม่มีข้อมูลการได้รับได้รับการจัดการอาการ โดยใช้ Opioid ในผู้ป่วยโรคเมเร็งพื้นที่จังหวัดสตูล ที่ติดตามอาการและรับยากับโรงพยาบาลศูนย์เมเร็งหาดใหญ่-นาหม่อม หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และนอกจากนี้การดึงข้อมูล data exchange และทดสอบความถูกต้องการคีย์และส่งข้อมูลที่ถูกต้องแล้วโดยฝ่าย IT พบว่าข้อมูลผู้ป่วยเมเร็งได้ที่รับยา strong opioid คลาดเคลื่อน คือ น้อยกว่าที่ทางโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลจ่ายจริง

2.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)

ปัจจุบันโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ดำเนินการให้บริการได้ครบทุกแห่ง ครอบคลุมผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมสุขภาพสามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้านต่อเนื่องได้ (Home ward for active dying patients) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีช่องทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินและติดตามอาการเสมือนการดูแลรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ระดับ 4

ตารางที่ 92 ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

โรงพยาบาล	ระดับทรัพยากร (A1)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)	A1 x A2
รพ.สตูล	1	5	5
รพ.ละงู	5	1	5
รพ.ควนกาหลง	5	1	5
รพ.ควนโดน	5	1	5
รพ.ท่าแพ	5	1	5
รพ.มะนัง	4	1	4
รพ.ทุ่งหว้า	5	1	5
ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนัก			3.09

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ;
Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80

ตารางที่ 93 ข้อมูลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ปีงบประมาณ
พ.ศ.2569

อำเภอ	อายุ 15 - 59 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	ประชากร รวม (15 ปี ขึ้นไป)	PC need Adult + Elderly	เข้าถึงบริการ PC (Z515)* ข้อมูลปีงบฯ 69	ร้อยละ
เมืองสตูล	50,939	15,828	66,767	482.73	106	21.96
ละงู	37,652	11,065	48,717	352.22	118	33.5
ควนกาหลง	17,479	4,912	22,391	161.89	48	29.65
ท่าแพ	14,860	4,088	18,948	136.99	392	286.15
ควนโดน	13,788	4,106	17,894	129.37	77	59.52
ทุ่งหว้า	11,511	3,419	14,930	107.94	142	131.55
มะนัง	10,450	2,536	12,986	93.89	21	22.37
รวม	156,679	45,954	202,633	1465.04	904	61.71

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์);
Accessibility(มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 50

ตารางที่ 94 ข้อมูลผู้ป่วยเด็กในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ปีงบประมาณ
พ.ศ.2569

อำเภอ	อายุ 0 - 14 ปี	PC need Pediatric (คน)	เข้าถึงบริการ PC (Z515)	ร้อยละ
เมืองสตูล	16,142	16.63	2	12.03
ละงู	11,144	11.48	1	8.71
ควนกาหลง	5,011	5.16	0	0
ท่าแพ	5,394	5.56	7	125.9
ควนโดน	4,790	4.93	0	0
ทุ่งหว้า	3,854	3.97	2	25.19
มะนัง	3,290	3.39	0	0
รวม	49,625	51.11	12	23.48

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)
เป้าหมาย : ร้อยละ 55

ตารางที่ 95 ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	ปีงบฯ 2567	ปีงบฯ 2568	ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล 13 มกราคม 2569)			ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	55.56	63.53	47	7	14.89	77	50	64.94
ควนโดน	0	3.7	22	15	68.18	65	58	89.23
ควนกาหลง	12.5	0	13	3	23.08	35	21	60
ท่าแพ	30	61.9	50	28	56	321	250	77.88
ละงู	89.29	73.97	48	26	54.17	87	51	58.62
ทุ่งหว้า	80.65	92.71	85	80	94.12	119	114	95.8
มะนัง	0	60.98	14	7	50	20	14	70
รวม	56.43	68.82	279	166	59.5	724	558	77.07

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4) เป้าหมาย : ร้อยละ 85

ตารางที่ 96 ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2569

อำเภอ	ปีงบฯ 2567	ปีงบฯ 2568	ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล 13 มกราคม 2569)			ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	65.22	85.88	120	104	86.67	200	181	90.5
ควนโดน	44.19	64.91	37	25	67.57	87	74	85.06
ควนกาหลง	89.66	86.84	18	11	61.11	58	46	79.31
ท่าแพ	57.89	86.42	72	61	84.72	416	408	98.08
ละงู	83.06	78.26	84	60	71.43	142	109	76.76
ทุ่งหว้า	47.13	97	115	113	98.26	156	153	98.08
มะนัง	20	73.02	15	9	60	25	20	80
รวม	61.05	85.43	461	383	83.08	1,084	991	91.42

ตัวชี้วัด : อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)

เป้าหมาย : 15 : 1000 ประชากร

ตารางที่ 97 การดำเนินการแต่ละรพ.ขึ้นทะเบียน e-living will ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

การดำเนินการขึ้นทะเบียน e-living will	
อำเภอ	การขึ้นทะเบียน e-living will
เมืองสตูล	รพ.สตูล
ควนโดน	รพ.ควนโดน
ควนกาหลง	รพ.ควนกาหลง
ท่าแพ	รพ.ท่าแพ
ละงู	รพ.ละงู
ทุ่งหว้า	รพ.ทุ่งหว้า
มะนัง	รพ.มะนัง
รวม	7 แห่ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 60

ตารางที่ 98 ร้อยละผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	134	130	97.01
ควนโดน	14	14	100
ควนกาหลง	20	19	95
ท่าแพ	27	24	88.89
ละงู	93	83	89.23
ทุ่งหว้า	14	12	85.71
มะนัง	10	10	100
รวม	312	292	93.59

ที่มา : ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC ;Workload) (มิติที่ 5) เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 55

ตารางที่ 99 ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37 - D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล 13 มกราคม 2569)			ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	56.8	47	20	42.55	89	40	44.94
ควนโดน	61.9	10	6	60	24	12	50
ควนกาหลง	75	9	2	22.22	22	6	27.27
ท่าแพ	26.09	16	5	31.25	73	9	12.33
ละงู	70.97	30	20	66.67	56	31	55.36
ทุ่งหว้า	29.03	28	4	14.28	49	13	26.53
มะนัง	13.33	6	0	0	11	5	45.45
รวม	51.52	146	54	36.98	324	116	35.80

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)
เป้าหมาย : รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80

ตารางที่ 100 ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

โรงพยาบาล	จำนวนเคสที่ทำ HW active dying
รพ.สตูล	24
รพ.ละงู	17
รพ.ควนโดน	4
รพ.มะนัง	3
รพ.ทุ่งหว้า	1
รพ.ท่าแพ	1
รพ.ควนกาหลง	1
รวม	100%

ตารางที่ 101 สรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ

ประเด็นตรวจราชการ	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้าน ทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของ โรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) (เกณฑ์เป้าหมาย 4)	1	1	3.09	4
2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)	26.96	1	61.71	3
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 50)	11.74	1	23.53	1
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน(มิติที่ 3)(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 55)	59.50	8	77.07	10
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 85)	83.08	7	91.42	9
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร)	N/A	N/A	N/A	N/A
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิต เป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60)	91.61	10	93.59	10
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการ อาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (มิติที่ 5) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 55)	36.98	4	35.80	3
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)	100	10	100	10
คะแนนเชิงปริมาณ = คะแนนทั้งหมด/80*100		52.50		62.5

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

ตารางที่ 102 ข้อมูลด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลลัพธ์	พื้นที่							เฉลี่ยแต่ละด้าน
	เมืองสตูล	ควนโดน	ท่าแพ	ละงู	ควนกาหลง	มะนัง	ทุ่งหว้า	
การให้บริการสุขภาพ	85	85	85	85	85	85	85	85
กำลังคนที่ให้บริการ	93	55	55	93	70	78	93	76.71
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	100	100	100	70	70	90	100	90
ระบบพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย	78	40	55	78	40	40	55	55.14
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	100	100	100	100	100	100	100	100
การเงิน การคลังด้านการให้บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	40	71	71	85	85	85	85	74.57
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวมทุกด้าน / 6)	82.66	75.16	77.66	85.16	75	79.67	86.33	80.24

จากผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลลัพธ์ (Outcome) ของจังหวัดสตูล คือ 80.24 คะแนน ในการตรวจราชการรอบที่ 2 ของปีงบประมาณ 2569 มีการเพิ่มขึ้นจากการตรวจราชการรอบที่ 1 ซึ่งได้รับคะแนนเฉลี่ย 61.69 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 3 = พอใช้ เพิ่มเป็นระดับคุณภาพ 4 = ดี อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า เป็นระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง อยู่ในระดับการพัฒนาอย่างมั่นคง

3.2.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

ตารางที่ 103 ข้อมูลด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)	ระดับของแต่ละรพ.							เฉลี่ย แต่ละ ด้าน
	สตูล	ควน โดน	ท่า แพ	ละงู	ควน กาหลง	มะนัง	ทุ่งหว้า	
การเข้าถึงบริการ	48	0	100	100	0	0	70	38
ความครอบคลุมการรักษา	93	93	93	93	93	93	93	93
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพ บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ประสิทธิภาพของการรักษา	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวม / 2)	70.5	46.5	96.5	96.5	46.5	46.5	81.5	65.5

จากผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดสตูล คือ 65.5 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 3 = พอใช้ อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการ สุขภาพบางส่วนที่ต้องปรับปรุง

3.2.3 ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

ตารางที่ 104 ข้อมูลด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

ด้านการดำเนินงานของ เครือข่าย Service Plan	พื้นที่						คะแนน เฉลี่ย
	ควน โดน	ท่าแพ	ละงู	ควน กาหลง	มะนัง	ทุ่ง หว้า	
การเสริมพลังเครือข่าย service plan ระดับจังหวัด	✓	✓	-	-	-	✓	93

จากผลการดำเนินงานด้านเครือข่าย Service Plan ของจังหวัดสตูล คือ ร้อยละ 50 อยู่ในระดับ คะแนน 93 คะแนน ระดับคุณภาพ 5 = ดีเยี่ยม อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า ผลลัพธ์โดดเด่น มีการ ดำเนินงานของ Service Plan ระดับจังหวัดอย่างดีเยี่ยม มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ตารางที่ 105 ผลการดำเนินงานผลงานเด่น / ผลงานที่ภาคภูมิใจ / ตอบสนองตามกรอบการประเมิน
6 Building Blocks, Result Framework

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการ มีเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบประเมินผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก การคัดกรองในชุมชน มีระบบประสานการดูแลแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด ทุกรพ.สามารถให้การดูแลผู้ป่วย Palliative Care แบบIPD และ Palliative Home Care/Home ward active for active dying patient ได้ แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีคลินิก Palliative Careที่ แยกชัดเจน (ยกเว้น รพ.สตูล และ รพ.ละงู) แต่สามารถประเมินอาการและจ่ายยาจัดการอาการได้ที่ OPD ทั่วไป โดยสามารถปรึกษาหน่วยประคับประคองแม่ข่ายได้ และยังไม่มีระบบการดูแลสำหรับ bereavement care
กำลังคนที่ให้บริการ	- ทุก รพ.มีพยาบาลผ่านการอบรมด้าน Palliative Care อย่างน้อยระยะสั้นขึ้นไป - รพ. ทุกแห่ง ยกเว้น รพ.มะนัง มีเภสัชกรผ่านการอบรมด้าน Palliative Care ระยะสั้น - มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่/พยาบาล รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการประเมินผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลปรึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - มีแผนพัฒนาศักยภาพหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลของบุคลากรในระดับจังหวัด
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ทุก รพ. มีระบบจัดทำ ACP/living will และการบันทึกในเวชระเบียน โดยทุกรพ. ได้ลงทะเบียนเป็นเครือข่าย e-living willครบแล้ว
ระบบพัฒนาคุณภาพ และงานวิจัย	ทุก รพ. มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอ รวมสนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนาคุณภาพ บาง รพ. มีผลงานพัฒนาคุณภาพนำเสนอในระดับประเทศ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- ทุก รพ.มี syringe driver และสามารถนำยามอร์ฟินชนิดฉีดไปใช้นอกรพ. ที่บ้านของผู้ป่วยได้ จากเดิมที่หลายรพ.ไม่มีอุปกรณ์ให้ยา syringe driver - ทุก รพ.ข. สามารถจ่ายยา opioid ได้ทุกทั้งแบบที่ออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาวตามคุณภาพมาตรฐานแต่ละระดับของรพ.ของกบรส.
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	- งบประมาณการจัดซื้อและการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ดูแลที่บ้าน - รายรับจาก UC ในการดูแลที่บ้านของแต่ละ รพ.
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติภาพ ระบบสุขภาพ	- ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง(Part-time) ของด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีสถานที่รองรับผู้ป่วย ประคับประคอง และ Palliative bed มาเกณฑ์ร้อยละ 1 และบางโรงพยาบาล มี Palliative Ward (รพ.ละงู,รพ.ควนโดน) ส่วนในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มี Palliative Ward สำหรับดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และโครงสร้างอัตรากำลัง แต่มีแผนพัฒนา Palliative care corner ของแต่ละหอผู้ป่วย

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การเข้าถึงบริการ	อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative Care ในผู้ป่วยเด็ก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.78 ของค่าคาดการณ์ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็น ร้อยละ 23.48 ของค่าคาดการณ์ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 ของค่าคาดการณ์) มีกุมารแพทย์ผ่านการอบรม palliative care ระยะสั้น และร่วมเป็นคณะทำงานให้บริการ และให้คำปรึกษาแก่หน่วยระดับรอง และเครือข่าย
ความครอบคลุมการรักษา	โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบ Palliative Home Care, มีบริการ Home ward active dying และ มีระบบบริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง
การเสริมพลังเครือข่าย service plan ระดับเขตและจังหวัด	ได้มีการเยี่ยมเสริมพลังการทำงาน(Empowerment) เครือข่าย 3 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.ควนโดน, รพ.ท่าแพ และ รพ.ทุ่งหว้า คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด และวางแผนการเยี่ยมเสริมพลังเพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือต่อไป

ตารางที่ 106 สรุประดับคะแนนโดยรวม

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดตรวจราชการคิดอัตราส่วน 70:30			
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15 %)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (10 %)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านการดำเนินงาน เครือข่าย (5%)
$[62.5 \div 10] \times 0.7 = 4.68$ ข้อมูลไม่ครบ (ขาดข้อมูลประเด็นที่ 6)	$[80.24 \div 10] \times 0.15 = 1.2$	$[65.5 \div 10] \times 0.10 = 0.66$	$[93 \div 10] \times 0.05 = 0.47$
รวม = 6.71			

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- ด้านทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ที่เหมาะสม ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง (Part-time) ของด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO แต่ละโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา Palliative care bed สำหรับรองรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลในโรงพยาบาล แต่ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มี Palliative care ward ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และกรอบอัตรากำลัง โดยมีแผนพัฒนา palliative corner ก่อนค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบดูแลผู้ป่วยระดับรองของโรงพยาบาลในจังหวัด = 3.09 (เป้าหมายระดับ 4)

- ด้านการเข้าถึงบริการ Palliative Care เมื่อเทียบกับคาดการณ์ดำเนินการไม่ผ่านตามเป้าหมาย คือ ผู้ใหญ่ทำได้ร้อยละ 61.71 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ80) และกลุ่มเด็กทำได้ร้อยละ 23.48 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ50)

- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 77.07 (เป้าหมายร้อยละ 55)

- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการทำ Family meeting และ Advance Care Planning มีผลการดำเนินงาน เฉลี่ยรวมร้อยละ 91.52 (เป้าหมายร้อยละ 85) จากการวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากในหลายเคสโดยเฉพาะกลุ่ม Non-cancer เช่น กลุ่มโรคไตวาย early diagnosis denied RRT แต่อาจมี

performance status คืออยู่ PPS, KPS > 50 ตัวโรค response ต่อ disease management กลุ่มนี้มักได้รับ primary palliative care โดย nephrologist ก่อนในช่วงแรก จึงไม่มีการทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษรและ ลงรหัส Z718

- ด้านอัตราประชากรที่จัดทำ Living will เป้าหมาย 15 : 1000 ประชากร ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้งานระบบสารสนเทศบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามสิทธิด้านสุขภาพในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 แอปพลิเคชันอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living will)

- ด้านสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามประสงค์ (Preferred Place of Death) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 93.59 (เป้าหมายร้อยละ 60)

- ด้านผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะประคับประคองที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid ทำได้ร้อยละ 35.80 (เป้าหมายร้อยละ 55) โดยคณะทำงาน service plan palliative care จังหวัดสตูลมีความเห็นว่า ตัวชี้วัดแบบ workload นั้น ไม่สะท้อนการเข้าถึงที่แท้จริงของผู้ป่วยระยะประคับประคองกลุ่มระยะเรื้อรัง และมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจริงกับข้อมูล HDC

- ด้านโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 100)

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

- ควรมีการทบทวนปัญหาและสาเหตุของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูลที่ผิดพลาดของแต่ละ รพ. ในระดับจังหวัด (PC, COC, IT) ด้วยการจัดทำคู่มือการลงข้อมูล/จัดอบรมทบทวน workshop การลงข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงาน และเสนอให้ควรมีการนิเทศระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูล การส่งข้อมูล การดึงข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน และขอเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT เป็นคณะนิเทศการตรวจราชการด้วย

- พัฒนาระบบให้คำปรึกษาให้มีความสะดวกรวดเร็ว ผ่าน PC Satun Network ผ่าน Line Official /Telemedicine ผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกล หรือนอกเขต และให้ผู้ป่วยสามารถรับยาที่รพ. ใกล้บ้านได้

- ทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามความเหมาะสมของบริบทงาน (Primary PC, Secondary PC, Tertiary PC) โดยการเข้าอบรมวิชาการ ซึ่งจัดโดยเขตสุขภาพที่ 12

- การประชาสัมพันธ์ e-living will ผ่านโปสเตอร์ และการคุยACPในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- พัฒนาศักยภาพ palliative care approach ในชุมชนแก่ CG, อสม.

- วางแผนเยี่ยมเสริมกำลังใจเครือข่ายให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน

5. ประเด็นสำคัญที่เสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5.1 การให้บริการ Palliative Care Bed โดยเฉพาะ Palliative Care Ward ให้ได้มาตรฐานจริง จำเป็นต้องมีการพิจารณาวางแผน และการจัดสรรกรอบอัตรากำลังของแต่ละ รพ. ไม่ควรใช้การปฏิบัติงานแบบควบหน้าที่ เพราะการให้บริการมีความจำเพาะ ทั้งสถานที่และบุคลากรที่ต้องผ่านการอบรม เพื่อให้การดูแลแบบ Intensive Palliative Care

5.2 ความเหมาะสมของกรอบโครงสร้างอัตรากำลังด้าน Palliative Care กับการใช้ค่าประมาณการ Accessibility จาก WHO

5.3 ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในเรื่องการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC มีความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน ความเข้าใจของบุคลากรต่อตัวชี้วัด ความถูกต้องของการส่งข้อมูลและดึงข้อมูล

5.4 ความไม่พร้อมใช้งานและความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 การเข้าถึงยา strong opioid ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด มี essential opioid ครบทั้ง 2 แบบ ทั้งออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาว แต่ไม่ครบทุกชนิด เช่น fentanyl, Kapanol และมีข้อจำกัดของระบบยืมระหว่างโรงพยาบาล (คืนเป็นยา)

6.2 ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ในบางโรงพยาบาลบุคลากรมีการเปลี่ยนงาน/ย้าย เช่น แพทย์ Intern ใน รพช. พยาบาลผู้มารับงานใหม่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม จึงได้เข้าร่วมการอบรมที่จัดโดย เขตสุขภาพที่ 12 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 นี้

6.3 บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วยไม่พร้อมในการ admit homeward dying เนื่องจากขาดเครื่องมือสื่อสาร จำพวกสมาร์ตโฟน หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและอยู่อาศัยตามลำพัง อีกทั้งไม่สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ ผู้ป่วยบางรายจึงอาจเหมาะสมกับการเสียชีวิตที่ รพ.

6.4 ขาดแคลนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ป่วย home ward active dying ทำให้บางช่วงไม่สามารถให้บริการได้ โดยเฉพาะ รพช. ที่บุคลากร palliative care ทั้งหมดเป็นตำแหน่ง part-time และรูปแบบงานมีการคาบเกี่ยวหน้าที่ที่ดูแลทั้งในและนอกรพ.

6.5 Home ward for active dying patients ในแต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแลและมีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง/วันหยุด/กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน/การจำกัดเฉพาะเคส step down)

6.6 ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC มีความคลาดเคลื่อน ไม่เสถียร

6.7 คลังอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยทุกโรงพยาบาล มีไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น Home Oxygen, เครื่อง suction, เตียง, เบาะลม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

7.1. ระบบสารสนเทศสุขภาพ ควรมีการทบทวนปัญหาและสาเหตุของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูลที่ผิดพลาดของแต่ละโรงพยาบาลในระดับจังหวัด เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ และเสนอให้ควรมีการนิเทศระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูล การส่งข้อมูล การดึงข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน และขอเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT เป็นคณะนิเทศการตรวจราชการด้วย

7.2 พิจารณาความเป็นไปได้ในการเพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างแก่บุคลากร Palliative Care หรือพัฒนาเป็นกลุ่มงานประจำประจำกอง เป็นสัดส่วนชัดเจนตามระดับของ รพ. เพราะ Palliative Care เป็น Specific care และมีแนวโน้มต้องรองรับปริมาณผู้ป่วยประจำประจำกองจากสังคมสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และการพัฒนาคุณภาพการดูแล (High quality palliative care)

7.3 Home ward for active dying patients : แต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแลและมีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง/วันหยุด/กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน/การจำกัดเฉพาะเคส step down) Home ward for active dying patients เป็นงานที่คาบเกี่ยวระหว่างพยาบาลประจำประจำกอง, พยาบาลชุมชน, พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน คณะกรรมการของแต่ละ รพ.ควรกำหนดบทบาท/แบ่งบทบาทตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละที่



7.4 ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ควรส่งเสริมบุคลากรที่สนใจศึกษาต่อด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามความเหมาะสมของระดับของ รพ. และมีการทบทวนความรู้บุคลากรเดิม/เปลี่ยนงาน

7.5 เครื่องมืออุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรมีเพียงพอ

ผู้รายงาน นางสาวซอфияะ หมาดปันจ่อ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล

เบอร์ติดต่อ 065 3488521

E-mail sofyah2565@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 8 พฤษภาคม 2569

ประเด็นที่ 5 : ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมาย : ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน

1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย : ร้อยละ 70

2. สถานการณ์

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนของจังหวัดสตูล เท่ากับ 6.47, 5.23 และ 8.30 ตามลำดับ ในภาพรวมจังหวัดพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงในปี 2568 ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ต.ค. 2568 - 31 พ.ค. 2569) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมจังหวัด จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.99 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ อำเภอทุ่งหว้า เท่ากับ 8.12 รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล เท่ากับ 6.97 เป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 1 คน ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงวัยทำงาน 20- 59 ปี 9 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป 4 ราย ส่งสัญญาณที่จะมีการทำร้ายตนเอง 8 ราย ไม่มีสัญญาณเตือน 5 ราย สาเหตุการฆ่าตัวตาย คือ สูญเสียความสัมพันธ์ 4 ราย เป็นหนี้ 2 ราย ปัญหาสุขภาพที่รู้สึกอับอาย 2 ราย เกิดความขัดแย้งรุนแรง 1 ราย อื่นๆ 4 ราย ซึ่งร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (ลดลง $\geq$ ร้อยละ 10 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสตูล) ลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 18.75 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดปรากฏดังตาราง

ตารางที่ 107 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสตูล ปี 2568 – 2569

ช่วงเวลา	จำนวน(ราย)
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ต.ค. 2567 – 31 พ.ค. 2568)	16
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ต.ค. 2567 – 31 พ.ค. 2569)	13
เทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (ร้อยละ)	ลดลง 18.75%

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506S)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (เป้าหมาย : ร้อยละ 70)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค. 2568 - 31 พ.ค. 2569) พบว่า ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 105.71 โดยมีผู้พยายามทำร้ายตนเองจากรง.506S จำนวน 74 ราย ผู้พยายามทำร้ายตนเองจากระบบ HDC จำนวน 70 รายคิดเป็นร้อยละ 105.71 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 63 ราย เพศชาย 11 ราย กลุ่มอายุมากที่สุด คือ วัยทำงาน 20-59 ปี 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.05 รองลงมา คือ กลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปี 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.14 และใช้วิธีการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ กินยาเกินขนาด 49 ราย รองลงมาใช้ของมีคม/ของแข็ง 13 ราย สาเหตุการทำร้ายตนเอง สูญเสียความสัมพันธ์ 30 ราย รองลงมา เกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต 19 ราย

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เป้าหมาย รอบ 6 เดือน : ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน รอบ 10 เดือน : ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน)

ตารางที่ 108 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	ประชากร(คน)	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (คน)	อัตรา
เมืองสตูล	114,713	8	6.97
ควนโดน	27,617	0	0
ควนกาหลง	35,572	2	5.62
ท่าแพ	29,916	1	3.34
ละงู	74,065	0	0
ทุ่งหว้า	24,611	2	8.12
มะนัง	18,639	0	0
รวม	325,133	13	3.99

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 31 พ.ค. 69

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ($\geq$ ร้อยละ 70)

ตารางที่ 109 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

อำเภอ	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (รายงาน 506S)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด (ข้อมูล HDC)	ร้อยละ
เมืองสตูล	30	20	100
ควนโดน	6	0	0
ควนกาหลง	6	9	66.66
ท่าแพ	1	8	12.5
ละงู	23	18	100
ทุ่งหว้า	2	6	33.33
มะนัง	6	9	66.66
รวม	74	70	100

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 31 พ.ค. 2569 และข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- จัดบริการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้พยายามฆ่าตัวตาย - จัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง - มีระบบติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดซ้ำร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ - ให้ความรู้การดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย
กำลังคนที่ให้บริการ	- จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด - ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการคัดกรอง ดูแล และเฝ้าระวัง - นักจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเสริมทักษะให้แก่ครูที่ปรึกษาและประชาชนทั่วไป ในการสังเกตสัญญาณเตือนซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย - พัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- คณะทำงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน - ค้นข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ - ใช้ข้อมูลติดตาม ประเมินความเสี่ยงซ้ำ และวางแผนการดูแลรายบุคคล
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน Service Plan สุขภาพจิตและยาเสพติด และมีแผนการประชุม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายต่าง เช่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ

3.2.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	
● การให้บริการดูแลผู้ป่วย ซึมเศร้าและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย	- อัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองลดลง - คุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวดีขึ้น - ชุมชนมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ

- ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ได้ 64 คะแนน
 1. การให้บริการ (Service Delivery) ได้ 60 คะแนน
 2. กำลังคนที่ให้บริการ (Health Workforce) ได้ 80 คะแนน
 3. ระบบงานและข้อมูล (Information System) ได้ 80 คะแนน
 4. การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี ได้ 20 คะแนน
 5. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ ได้ 80 คะแนน
- ด้านผลกระทบ (Impact Assessment) ได้ 100 คะแนน

เชิงปริมาณ (70%)

- ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา เป้าหมายลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ผลงาน : ลดลง 3 คน (16/13) ร้อยละ 18.75 (ผ่าน)
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมายร้อยละ 70 ในการดำเนินงาน 10 เดือน ผลงานร้อยละ 100 เท่ากับ 10 คะแนน

เชิงคุณภาพ (30%)

- ด้านผลลัพธ์ได้ 64 คะแนน
- ด้านผลกระทบได้ 100 คะแนน

การคำนวณคะแนนรวมผลการประเมินตัวชี้วัด (สัดส่วน 70 : 30)

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ (15%)	คะแนนรวมสุทธิ (Total Score) เต็ม 10 คะแนน
$10 \times 0.7 = 7$ คะแนน	$(64 \div 10) \times 0.15 = 0.96$ คะแนน	$(100 \div 10) \times 0.15 = 1.5$ คะแนน	Score (1+2+3) = 9.46 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น (Achievements)

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษา อย่างเร่งด่วน ครอบคลุม และต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับห้องฉุกเฉินจนถึงการดูแลด้านสุขภาพจิต
- มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทำให้สามารถจำแนกระดับความเสี่ยงและวางแผนการดูแลได้เหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลด้านจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
- ครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
- มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้ ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
- บุคลากรมีความตระหนักและทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมากขึ้น

GAP ที่มีอยู่ (Gaps)

- บุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ
- การติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหรือมีปัญหาสังคม
- การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ (โรงพยาบาล-ชุมชน-หน่วยงานท้องถิ่น) ไม่เป็นระบบเดียวกัน
- ผู้ป่วยบางราย ขาดความร่วมมือในการรักษา หรือไม่มาตามนัด
- ครอบครัวบางส่วนขาดความเข้าใจเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังความเสี่ยง
- ระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตามเชิงรุกทำได้จำกัด

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1) Service (ด้านบริการ)

- จัดบริการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายแบบครบวงจรและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะพักรักษา จนถึงติดตามหลังจำหน่าย
- ดำเนินการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ทุกกรณี
- จัดบริการให้คำปรึกษาและเยียวยาจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลงติดตามเยี่ยมครอบครัวที่สูญเสียทุกรายเพื่อสอบสวนโรค
- กำหนดระบบ ติดตามเชิงรุก (โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน นัดติดตาม) ภายใน 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี

2) System (ด้านระบบบริการ)

- จัดทำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- พัฒนาระบบการส่งต่อและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดระบบ Case Management สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เพื่อการติดตามและประเมินผล
- มีการประชุมทบทวนเคสร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

3) Structure (เครื่องมือและโครงสร้าง)

- ใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า
- จัดพื้นที่ให้บริการที่ปลอดภัย เป็นส่วนตัว และเหมาะสม ต่อการดูแลด้านจิตใจ
- จัดทำแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบติดตามผู้ป่วย โทรศัพท์ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จัดโครงสร้างทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

4) Staff (บุคลากรและปัจจัยสนับสนุน)

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย
- ส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบำบัด การประเมินความเสี่ยง และการจัดการภาวะวิกฤต
- สนับสนุนการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการดูแลบุคลากร (Care for the caregiver)
- จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- สร้างแรงจูงใจและบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ Service (ด้านบริการ)

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
2. การคืนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงในวัยเรียน
3. ให้กับเครือข่ายและนำมาแก้ปัญหาเชิงระบบ
4. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย
5. พัฒนาศักยภาพญาติ ผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
6. มีการเสริมทักษะให้แก่ประชาชนทั่วไป ครูที่ปรึกษาให้เข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
7. มีระบบการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการซ้ำ และติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนแก้ไขปัญหา
1. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	1. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้กับประชาชนเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย (ติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สาธารณะ) 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรอง ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองซ้ำ	1. ค้นหาสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายซ้ำ 2. เพิ่มการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน 3. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตาย (แผ่นพับสัญญาณเตือนการทำร้ายตัวเอง) 4. เพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมในผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพจิต/โรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น
- เสนอให้เพิ่มกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานและภาระงานมาก
- พิจารณาความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด
- เสนอให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการบำบัด การปรับพฤติกรรมในวัยรุ่น

7. ภาพการดำเนินงาน

ประชุมพัฒนาระบบ V-scan คัดกรองติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงใน
พื้นที่ เขตสุขภาพที่ 12 (จังหวัดสตูล) ณ ห้องประชุมนครี สสจ.สตูล วันที่ 29 มกราคม 2569



มีศูนย์บริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตครอบคลุม 7 อำเภอในจังหวัดสตูล



ประชุม Service plan สาขาสุภาพจิตและยาเสพติด ครั้งที่ 1/2569 ผ่านระบบ On-line
วันที่ 27 มีนาคม 2569



ประชุมเชิงปฏิบัติการบูรณาการสุขภาพจิตสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสตูล ณ ห้องประชุมสละ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล วันที่ 7 เมษายน 2569



จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทีมสอบสวน
ฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัดสตูล

ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขของรัฐเปอร์ลิชประเทศ
มาเลเซีย ศึกษาดูงานสุขภาพจิตในจังหวัดสตูล
ระหว่างวันที่ 17 - 22 พฤษภาคม 2569



ผู้รายงาน นางสาวเสาวภา หมดแจ้ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 084 6318939
E-mail saosao1329@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 1 มิถุนายน 2569

ยาเสพติด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เป้าหมาย : ร้อยละ 75

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 85

2. สถานการณ์

ข้อมูลร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568 ในพื้นที่จังหวัดสตูล เท่ากับ ร้อยละ 80.85, 67.33, 70.71 และ 81.50 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายในทุกๆ ปี ในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค. 68 - 31 พ.ค.69) อยู่ที่ร้อยละ 80.7 เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75

ตารางที่ 110 ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2565	55	80.85	56.81	63.19
2566	60	67.33	75.77	56.01
2567	62	70.71	45.24	58.42
2568	70	81.50	59.06	80.06

ที่มา : ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดประเทศ

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75)

ตารางที่ 111 ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม จังหวัดสตูล จำแนกตามรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	14	9	64.29
ควนโดน	47	47	100
ควนกาหลง	50	45	90
ท่าแพ	414	321	77.54
ละงู	27	21	77.78
ทุ่งหว้า	13	13	100
มะนัง	4	4	100
รวม	569	460	80.84

ที่มา : ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 85

ตารางที่ 112 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ จำแนกตามรายอำเภอ ปี พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	9	ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรงซ้ำในปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ร้อยละ 100
ควนโดน	6		
ควนกาหลง	11		
ท่าแพ	3		
ละงู	8		
ทุ่งหว้า	3		
มะนัง	1		
รวม	41		

ที่มา : จากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ในส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดพบว่าผู้ได้รับการบำบัดยาเสพติดในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (ที่มา : ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด <http://antidrug.moph.go.th>) จังหวัดสตูลมีผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 1,352 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 111 ราย ได้เข้ารับการรักษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบมากในอำเภอท่าแพ 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.46 รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.81 ตามลำดับ ในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค. 68 - 31 พ.ค. 69) ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลทุกแห่ง และเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 41 ราย ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรับการรักษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่พบในอำเภอเมืองสตูล ตามลำดับ

สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ตัวชี้วัด	คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพ (30%)	คะแนนรวม
1.1 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) ร้อยละ 75	ดำเนินการได้ ระดับ 5 Score=(5 x 2)x0.7 ทำได้ 7 คะแนน	ดำเนินงานได้ ระดับ 4 Score=(4 x 2)x0.3 ทำได้ 2.4 คะแนน	ทำได้ 9.4 คะแนน (จาก 10 คะแนน)
1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ >ร้อยละ 85	ดำเนินการได้ ระดับ 5 Score=(5 x 2)x0.7 ทำได้ 7 คะแนน	ดำเนินงานได้ ระดับ 3.5 Score=(3.5 x 2)x0.3 ทำได้ 2.1 คะแนน	ทำได้ 9.1 คะแนน (จาก 10 คะแนน)
สรุปคะแนนภาพรวมจังหวัดสตูล			9.4 + 9.1 = 18.50÷2 = 9.25 คะแนน

ภาพรวมผลวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ : ร้อยละของ Retention rate และร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำพบว่า ภาพรวมการดำเนินงานจังหวัดสตูล สามารถทำคะแนนได้ 9.25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีแผนการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มจำแนกตามสีตาม patient journey ทั้งนี้มีแผน care map การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่าง รื้อร้อยต่อ(นครีสโตยโมเดล) พร้อมทั้งสร้างบุคคลต้นแบบ เช่น การนำผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในมินิธัญญารักษ์กลับมาเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้บำบัดหน้าใหม่และมีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนภายใต้โครงการ CBTx และชุมชนตำบลยั่งยืนร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบคลุมทุกอำเภอ
กำลังคนที่ให้บริการ	จังหวัดสตูลอยู่ในช่วงการเปลี่ยนถ่ายบุคลากรใหม่ทำให้บุคลากรบางที่ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าวได้มีแผนการส่งบุคลากรเข้าอบรมแล้วในปีงบประมาณ 69 เช่น หลักสูตร Matrix Program ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2569
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ระบบ บสต.ที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลในจังหวัดกับภาคีเครือข่ายสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ เช่น การประชุมติดตาม Dash board ติดตามผู้ป่วยและการบริหารจัดการเตียงแบบ Real time เป็นต้น
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	จังหวัดสตูลมีระบบการจัดการยาเพียงพอพร้อมใช้ระบบ Telemedicine สารสนเทศ ในการดูแลติดตามผู้ป่วย พร้อมทั้งมีระบบ Refilling ส่งยาทางไปรษณีย์
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	จังหวัดสตูลได้รับงบประมาณจากการกระทรวงการสาธารณสุขประมาณให้หน่วยงานในพื้นที่ ทั้งนี้ทางพื้นที่ได้มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายของงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม เช่น หน่วยงานท้องถิ่น เป็นต้น
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีนโยบายการ ดูแล บำบัด ส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดบูรณาการเครือข่ายอย่าง รื้อร้อยต่อพร้อมทั้งมีการประชุมติดตามในที่ประชุม ติดตาม ประเด็นเรื่องยาเสพติดจังหวัดทุกเดือนและมีการลงนาม MOU กับภาคีเครือข่ายในการร่วมมือการดูแลบำบัดและส่งเสริมการประกอบการประกอบอาชีพ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. ติดตามประสานให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสมัครใช้งาน บสต.และขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-register ทุกแห่ง
2. ดำเนินการขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพิ่มอีก 2 ที่ ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเรือนจำจังหวัดสตูลและ TDN
3. เปิดมินิธัญญารักษ์เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (1 แห่ง โรงพยาบาลละงู)
4. โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป้าหมาย: ร้อยละ 100 ผลงาน: ร้อยละ 100 (ครบทั้ง 7 แห่ง)

5. ส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลเข้ารับการบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 32 ราย

6. ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการชุมชนลัทธิรัก (CBTx) โดยเพิ่มกลุ่มตำบลเป้าหมายในอำเภอ ละงู ได้แก่ ตำบลเขาขาว และปากน้ำ

7. จัดทำแผนผังการดูแลติดตามผู้ป่วย SMIV พื้นที่ของจังหวัดสตูล

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

จังหวัดสตูลขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, ฝ่ายปกครอง, ปปส.ภาค 9, ตำรวจภูธรจังหวัดสตูล, และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานและยังมีการสนับสนุนทักษะอาชีพให้กับผู้ป่วยหลังผ่านการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่าสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งนี้ได้ประสานความร่วมมือการขับเคลื่อนโครงการชุมชนยั่งยืนของตำรวจครอบคลุมทุกอำเภอของจังหวัดสตูล

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไม่สมัครใจบำบัด ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา และไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด

5.2 การบำบัดผู้ป่วยแบบสมัครใจ ม.113, ม.114 ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัด

5.3 ปัญหาข้อมูลจากระบบ HDC และข้อมูลระบบ บสต. ข้อมูลจำนวนมีความแตกต่างกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูลจาก HDC ค่อนข้างไม่อัปเดต

5.4 ปัญหาระบบข้อมูลในระบบ HDC ไม่สามารถดูจำนวนแยกตามรายอำเภอได้

5.5 ขาดอาคารสถานรองรับการบำบัดรักษาในมิถุนธรรักษ์โรงพยาบาลท่าแพ สำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากมีผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องการเข้ารับการบำบัด

5.6 ปัญหาการเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดสตูล จากข่าวการก่อเหตุความรุนแรงผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารับบริการรักษา

5.7 ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดเอกชนเพื่อยุติระยะยาว

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 ให้มีการประชุมโดยใช้เวทีจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ในการประสานงาน บูรณาการในการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามกฎหมายกำหนด

6.2 เขตสุขภาพที่ 12 จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการเขียนประเมินตนเอง 2 ศูนย์ 2 สถาน ต้องทำการ Re-act

6.3 ทาง ศส.สธ.ควรให้ทางผู้ประสานงานระดับจังหวัดสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ในระบบ บสต. เพื่อได้ทราบปัญหาของพื้นที่เมื่อมีปัญหาทางระบบและแก้ไขอย่างทันท่วงทีรวดเร็วโดยไม่ต้องรอการดำเนินการจาก Admin บสต.

6.4 เพิ่มอัตราค่าจ้างและขวัญกำลังใจให้กับผู้ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด

6.5 ปรับระเบียบกฎหมายให้ยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้สถานบำบัดเอกชนสามารถเปิดให้บริการได้อย่างถูกกฎหมาย

7. ปัจจัยความสำเร็จ

การบูรณาการเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อผ่านกรอบแนวคิด "นครีส์โตโยโมเดลพลัส" แสดงดังภาพที่ 1 และชุมชนล้อมรั้ว ควบคู่กับการนำเทคโนโลยีอย่าง Telemedicine ทั้งนี้ยังติดตามการบริหารจัดการเตียงผ่านระบบ Dashboard ของจังหวัดให้เป็นรูปธรรม และระบบ บสต. มาใช้ติดตามผู้ป่วยเชิงรุก ตลอดจนการส่งเสริมทักษะอาชีพหลังบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน



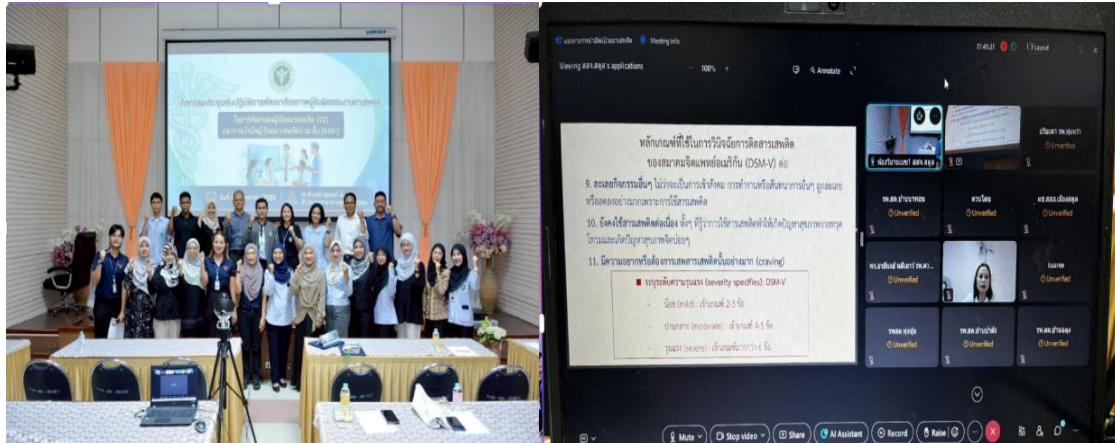
ภาพที่ 8 กรอบแนวคิด "นครีส์โตโยโมเดลพลัส" จังหวัดสตูล

8. ภาพการดำเนินงาน

เปิดมินิณัฐญารักษ์ โรงพยาบาลควนกาหลงเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ในระยะ Intermediate care : IMC แบบผู้ป่วยใน รองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง



ดำเนินงานจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดในจังหวัดสตูลโดยจัดขึ้นทาง Online และ Onsite เพื่อสนองนโยบายกระทรวงในช่วงมาตรการประหยัดพลังงาน



ดำเนินการบูรณาการตรวจคัดกรองสารเสพติดในปัสสาวะร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่



ต้อนรับรองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พร้อมคณะเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน



ผู้รายงาน นายนาท ครูอัน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 080 - 8750811
E-mail Nart_kru@hotmail.com
วัน/เดือน/ปี 1 มิถุนายน 2569

ประเด็นที่ 6 : เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด เป้าหมาย : ร้อยละ 20

- ทุกเขตสุขภาพดำเนินการขับเคลื่อนครบตามกรอบการตรวจราชการรอบ 6 เดือนแรก ซึ่งอยู่ในระยะประชาสัมพันธ์การคัดกรองสถานประกอบการ Self-assessment และยกระดับก่อนประเมินจริง
- เป้าหมายร่วมของทุกเขต คือ การผลักดันสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประเมินตนเองอย่างน้อยร้อยละ 60 เพื่อเข้าสู่รางวัล Premium Award

2. สถานการณ์

ในปัจจุบันจังหวัดสตูลมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งหมด จำนวน 84 แห่ง ประกอบด้วยสถานประกอบการประเภทนวดเพื่อสุขภาพ 80 แห่ง นวดเพื่อเสริมความงาม 2 แห่ง สปาเพื่อสุขภาพ 1 แห่ง โดยมีสถานประกอบการที่ได้รับรางวัลนวดไทยพรีเมียม จำนวน 5 แห่ง และไทยเวลล์คลาสสปา จำนวน 1 แห่ง (ปี 2566 -2568) ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้ปรับปรุงเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียมและเกณฑ์ไทยเวลล์คลาสสปา รวมเป็นเกณฑ์ใหม่เพียงเกณฑ์เดียวสำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกประเภทเพื่อการขอประเมินเพื่อรับรางวัล คือ เกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียมและไทยเวลล์คลาสสปา (ปี 2566 -2568) จำนวน 5 แห่ง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 113 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียมและไทยเวลล์คลาสสปา จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

ปีงบประมาณ	จำนวน (แห่ง)	ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
2566	1 แห่ง	บันดาหยา นวดเพื่อสุขภาพ
2567	2 แห่ง	ชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ และอามันดา สปา
2568	2 แห่ง	รีแลกซ์ อินน์แคร์ นวดเพื่อสุขภาพ และไอดีลลิกนวดเพื่อสุขภาพ

ที่มา : <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569



3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 20)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $(A/B \times 100)$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองและได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (สสจ. กำหนดจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 3 แห่งขึ้นไป ดังนั้น ร้อยละ 20 ของ 3 แห่งเท่ากับ 1 แห่งต่อจังหวัด)

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 วัดผลโดยการให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเมินตนเอง หากผ่านการประเมินตนเองในระบบร้อยละ 60 ก็ถือว่าผ่านตัวชี้วัด

➢ คำนวณจากสูตร $(A/B \times 100) = (3/3) \times 100 = 100 \%$

➢ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100

ตารางที่ 114 จำนวนและร้อยละสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด จังหวัดสตูล พ.ศ.2569

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	3	3	100
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0
มะนัง	0	0	0
รวม	3	3	100

ที่มา : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

การดำเนินงานในปี 2569 เพื่อเป็นการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีศักยภาพในการแข่งขันและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเชิญสถานประกอบการที่มีความตั้งใจและประสงค์เข้าสู่การประเมินเพื่อยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสู่มาตรฐานสากล Premium Award มีการให้คำปรึกษาเชิงรุก การลงพื้นที่ให้คำปรึกษา ช่วยให้การดำเนินงานออนไลน์และวิดีโอคอล ทั้งนี้ผู้บริหารยังให้ความสำคัญติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

ปีนี้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม ลงพื้นที่ วิดีโอคอลให้คำแนะนำ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 3 แห่ง ดังนี้

- ❖ บันดาทยา นวดเพื่อสุขภาพ
- ❖ ชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ
- ❖ ไอรินสปา

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

ผลการดำเนินงาน

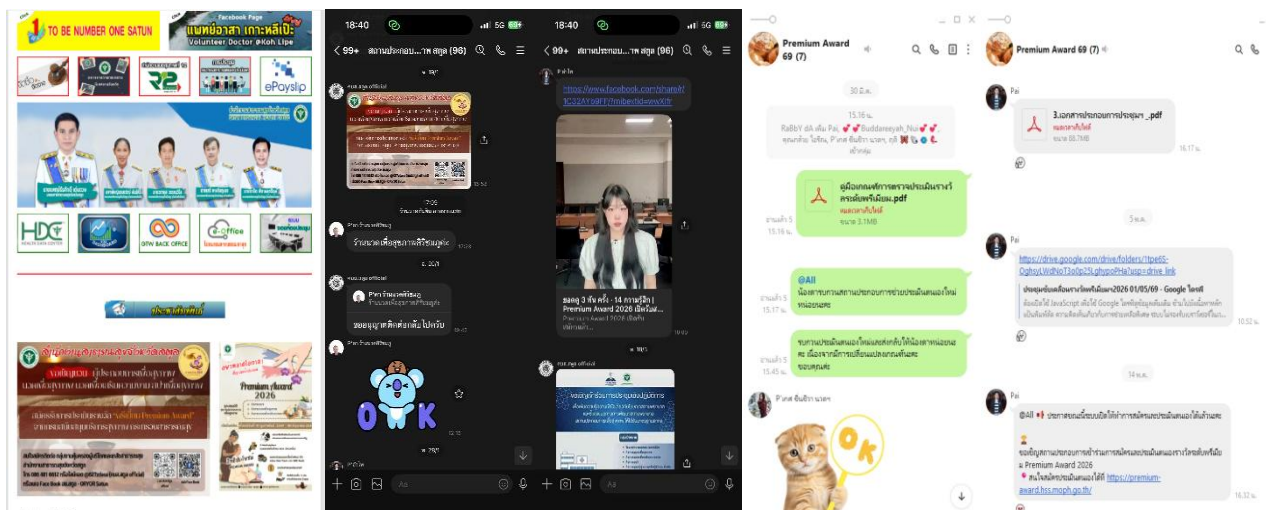
❖ ระดับที่ 1 ประชาสัมพันธ์เชิงรุก (อย่างน้อย 2 ช่องทาง)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลประชาสัมพันธ์รายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การรับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) ไปยังผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านช่องทาง

- Line Group สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดสตูล
- Facebook กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
- Web Site สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

❖ ระดับที่ 2 ประชุมหรือจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ เกณฑ์หรือมาตรฐาน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้เข้าร่วมประชุมการชี้แจงเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) วันที่ 8 มกราคม 2569 และชี้แจงรายละเอียดให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายรับทราบทางกลุ่มไลน์ การลงพื้นที่ และการ Video Call ในพื้นที่เกาะ



❖ ระดับที่ 3 กำหนดแผนเพื่อพัฒนาและส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย แผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2569

3.1) สํารวจข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่สนใจเข้าร่วมประเมินมาตรฐาน Premium Award

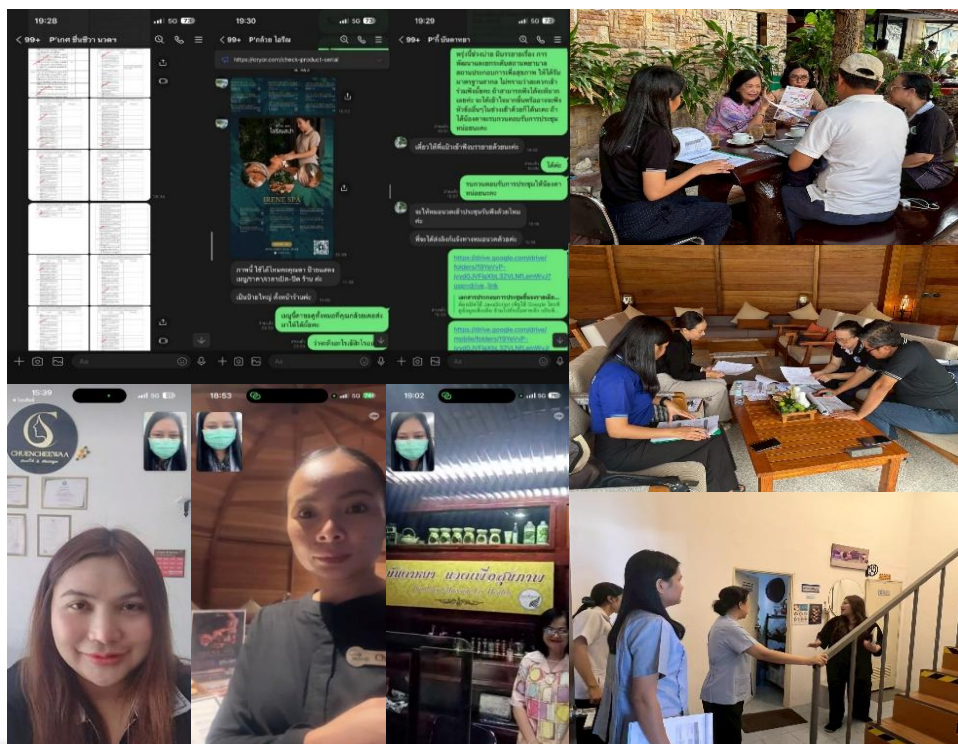
3.2) จัดทำแผนการขับเคลื่อนและยกระดับสถานประกอบการฯ ให้ได้รับมาตรฐาน Premium Award รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนสถานประกอบการฯ สมัครเข้ารับการประเมินมาตรฐานดังกล่าว ทั้งทาง Line Group สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดสตูล Facebook กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และ Web Site สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

3.3) ถ่ายทอดแนวทางการยกระดับสถานประกอบการฯตามเกณฑ์มาตรฐาน Premium Award เพื่อให้สถานประกอบการฯ ได้รับมาตรฐานนั้น ผ่านการพูดคุย on site ณ สถานประกอบการที่อยู่บนฝั่ง คือ ร้านชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ โดยการบูรณาการร่วมกับทีมตรวจราชการเศรษฐกิจสุขภาพ เข้าเยี่ยมชมสถานประกอบการร่วมกับคณะตรวจราชการฯ ในวันที่ 22 มกราคม พ.ศ.2569 เพื่อให้คำแนะนำในการปรับปรุงด้านโครงสร้าง กายภาพและมาตรฐานการให้บริการเบื้องต้น ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของรางวัลระดับพรีเมียม ส่วนสถานประกอบการที่อยู่พื้นที่เกาะจะเป็นการลงเยี่ยมสำรวจความพร้อม การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำทางออนไลน์ และติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะๆ

3.4) แจ้งให้สถานประกอบการฯ ประเมินตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับรับการตรวจประเมินเพื่อให้ได้รับมาตรฐาน Premium Award และนำผลการประเมินตนเองนั้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์ต่างๆและเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ทีมพี่เลี้ยง

- ลงพื้นที่ตรวจสอบเยี่ยมสถานประกอบการฯเพิ่ม เพื่อติดตามและส่งเสริมให้สถานประกอบการฯวันที่ 8-10 เมษายน พ.ศ.2569 เจ้าหน้าที่ทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่เกาะหลีเป๊ะเพื่อแนะนำและส่งเสริมสถานประกอบการฯ 2 แห่ง คือ ร้านบันดาหยา นวดเพื่อสุขภาพ และร้านไอรินสปา
- วันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2569 เจ้าหน้าที่ทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่ร้านชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ

เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำสถานประกอบการฯ เพื่อดำเนินการปรับปรุงพัฒนา และยกระดับให้ได้มาตรฐาน Premium Award



❖ ระดับที่ 4 วิเคราะห์ Self-assessment เพื่อกำหนดแผนพัฒนา
ผล Self-assessment ครั้งที่ 1
ผลการประเมินตนเองและวิเคราะห์ข้อบกพร่อง

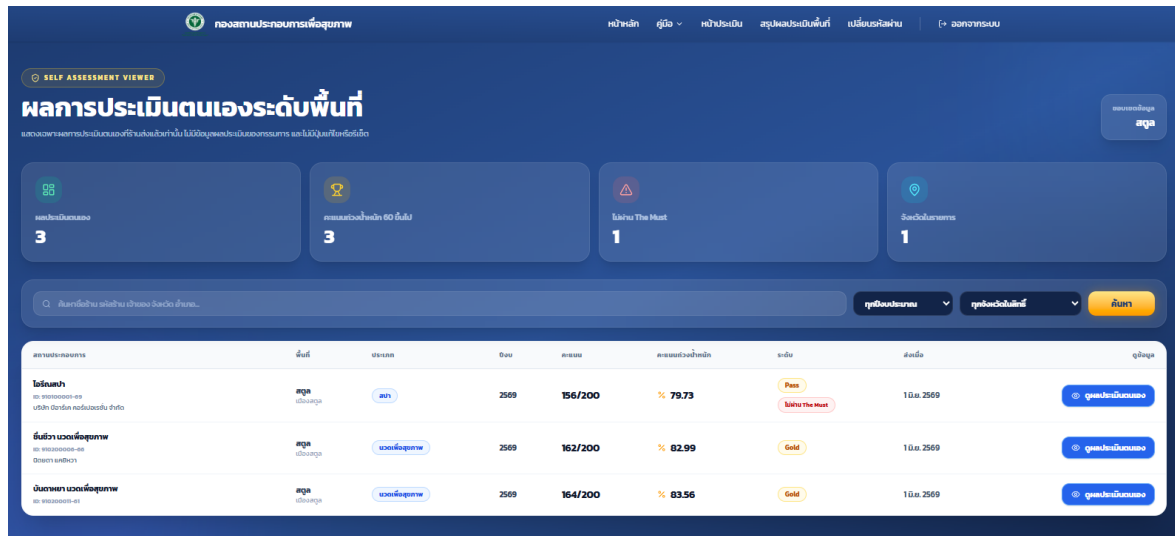
สถานประกอบการ	ด้านการประเมิน	น้ำหนัก (weight)	จำนวนข้อ	คะแนนดิบสูงสุด	คะแนนดิบจากการประเมินตนเอง	คำนวณคะแนนตามสูตร	ร้อยละ (เกณฑ์ร้อยละ 60)	หมายเหตุ
บันดาหยานวดเพื่อสุขภาพ	1. ด้านการบริการ (Service Excellence)	20	19	76	60	15.79	78.95	บันดาหยานวดเพื่อสุขภาพ มีโอกาสพัฒนาในเรื่องของนวัตกรรมและการบริหารจัดการเพิ่มเติม
	2. ด้านศักยภาพของบุคลากร (Human Capital Competency)	20	14	56	51	18.21	91.07	
	3. ด้านโครงสร้างและสถานที่ (Structure & Facilities)	30	19	76	75	29.61	98.69	
	4. ด้านนวัตกรรม (Innovation)	10	10	40	26	6.5	65	
	5. ด้านการบริหารจัดการ (management Excellence)	20	16	60	42	14	70	
	รวม			308	191	84.11	-	
ชื่นชีวานวดเพื่อสุขภาพ	1. ด้านการบริการ (Service Excellence)	20	19	76	76	20	100	ร้านชื่นชีวานวดเพื่อสุขภาพ มีโอกาสพัฒนาในเรื่องนวัตกรรมและการบริหารจัดการเพิ่มเติม
	2. ด้านศักยภาพของบุคลากร (Human Capital Competency)	20	14	56	52	18.57	92.86	
	3. ด้านโครงสร้างและสถานที่ (Structure & Facilities)	30	19	76	57	22.5	75	
	4. ด้านนวัตกรรม (Innovation)	10	10	40	19	4.75	47.5	
	5. ด้านการบริหารจัดการ (management Excellence)	20	16	60	38	12.67	63.33	
	รวม			308	254	78.49	-	
ไอริณสภา	อยู่ระหว่างการขออนุญาต							

ผล Self-assessment ครั้งที่ 2

ผลการประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สถานประกอบการ	ด้านการประเมิน	น้ำหนัก (weight)	จำนวนข้อ	คะแนนดิบสูงสุด	คะแนนดิบจากการประเมินตนเอง	คำนวณคะแนนตามสูตร	ร้อยละ (เกณฑ์ร้อยละ 60)	หมายเหตุ
บันดาหยานวดเพื่อสุขภาพ	1. ด้านการบริการ (Service Excellence)	30	24	48	45	28.13	93.75	ผ่านตัวชี้วัดการประเมินตนเองผ่านร้อยละ 60
	2. ด้านศักยภาพของบุคลากร (Human Capital Competency)	25	17	34	26	19.12	76.47	
	3. ด้านโครงสร้างและสถานที่ (Structure & Facilities)	20	18	36	30	16.67	83.33	
	4. ด้านนวัตกรรม (Innovation)	15	20	40	34	12.75	85.00	
	5. ด้านการบริหารจัดการ (management Excellence)	10	21	42	29	6.90	69.05	
	รวม	100	100	200	166	83.56	-	
ชื่นชีวานวดเพื่อสุขภาพ	1. ด้านการบริการ (Service Excellence)	30	24	48	45	28.13	93.75	ร้านชื่นชีวานมีโอกาสพัฒนาในเรื่องนวัตกรรมและการบริหารจัดการเพิ่มเติม
	2. ด้านศักยภาพของบุคลากร (Human Capital Competency)	25	17	34	28	20.59	82.35	
	3. ด้านโครงสร้างและสถานที่ (Structure & Facilities)	20	18	36	27	15.00	75.00	
	4. ด้านนวัตกรรม (Innovation)	15	20	40	33	12.38	82.50	
	5. ด้านการบริหารจัดการ (management Excellence)	10	21	42	29	6.90	69.05	
	รวม	100	100	200	163	82.99	-	
ไอริณนวดเพื่อสุขภาพ	1. ด้านการบริการ (Service Excellence)	30	24	48	42	26.25	87.50	
	2. ด้านศักยภาพของบุคลากร (Human Capital Competency)	25	17	34	25	18.38	73.53	
	3. ด้านโครงสร้างและสถานที่ (Structure & Facilities)	20	18	36	30	16.67	83.33	
	4. ด้านนวัตกรรม (Innovation)	15	20	40	32	12.00	80.00	
	5. ด้านการบริหารจัดการ (management Excellence)	10	21	42	27	6.43	64.29	
	รวม	100	100	200	156	79.73	-	

❖ ระดับที่ 5 พัฒนาและส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้ Self-assessment มากกว่าร้อยละ 60



หมายเหตุ : ตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 วัดผลโดยการให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเมินตนเอง หากผ่านการประเมินตนเองในระบบร้อยละ 60 ก็ถือว่าผ่านตัวชี้วัด

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1.ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ผู้ประกอบการทราบในเรื่องมาตรฐานรางวัล Premium Award และสิทธิประโยชน์พิเศษที่จะได้รับหากผ่านมาตรฐานฯ

4.2 เจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนาและส่งเสริมสถานประกอบการฯ เพื่อสมัครเข้าร่วมประเมินรางวัล Premium Award และประเมินตนเอง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

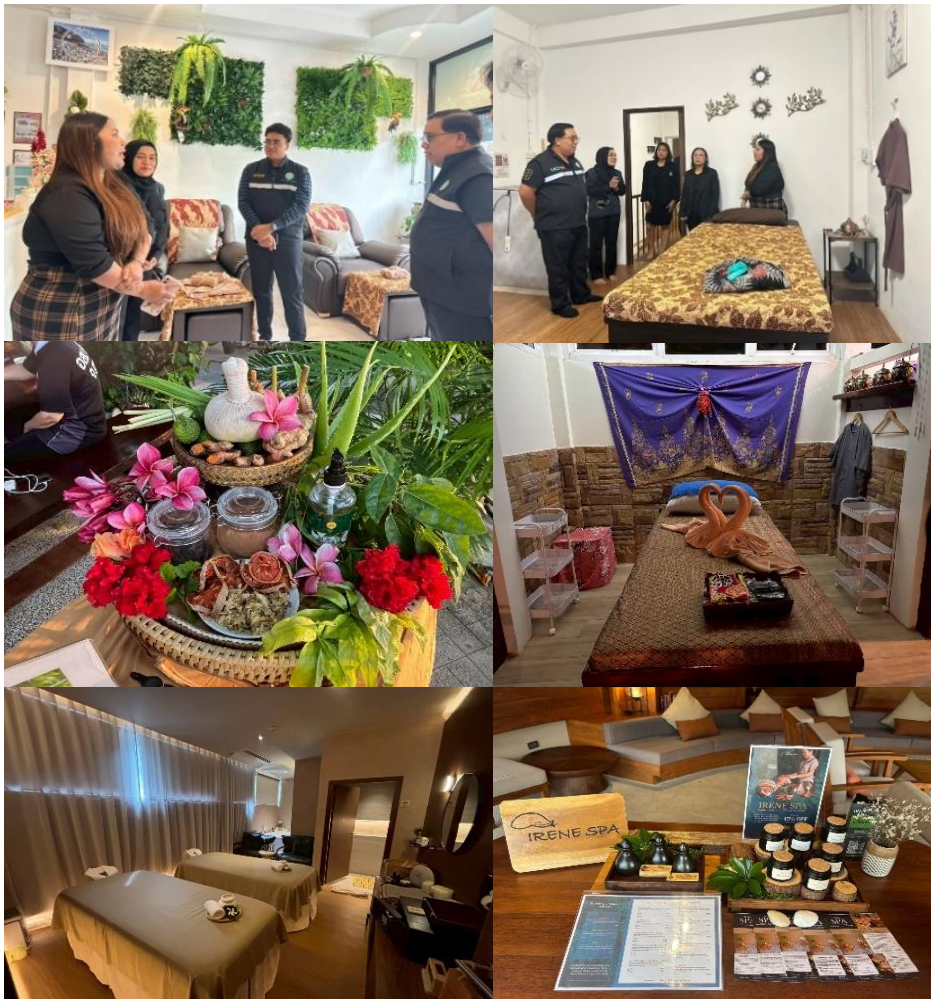
5.1 กรมชี้แจงตัวชี้วัดล่าช้าทำให้จังหวัดเริ่มงานได้ช้าไปด้วย

5.2 ในช่วงแรก ศบส.เขตไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนในเรื่องหลักเกณฑ์การพิจารณา

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การออกตัวชี้วัดและเกณฑ์ต่างๆควรมีความชัดเจนตั้งแต่ไตรมาสแรก

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นายอำเภอ สัจจาพันธ์
ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ
ผู้รายงาน น.ส.อารีวรรณ ไชยรักษ์
ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 074 - 723566
E-mail satun_fda@yahoo.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

2.1 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต

2.2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก

2. สถานการณ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย ซึ่งกำหนดเป้าหมายการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ร้อยละ 60 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 17 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 16.9 ล้านบาทต่อปี

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 6 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ตามแผนและนอกแผนอีก 12 รายการ รวมทั้งสิ้น 24 รายการ สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 13.4 ล้านบาทต่อปี

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 23 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ตามแผนและนอกแผนอีก 14 รายการ รวมทั้งสิ้น 37 รายการ สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 22.04 ล้านบาทต่อปี

สำหรับตัวชี้วัด : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก เป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตารางที่ 115 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ย้อนหลัง 3 ปี จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	100	100	97.94
2567	100	100	95.38
2568	100	100	99.28

ที่มา : ระบบรายงานตัวชี้วัด กิจกรรม งาน คบส. ส่วนภูมิภาค

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 116 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (รายการ)	ผลงาน (รายการ)	ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต	26	26	100
ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก	1	2	100

ที่มา : ระบบรายงานตัวชี้วัด กิจกรรม งาน คบส. ส่วนภูมิภาค ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. มีแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุมัติในแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 2. กำหนดรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ได้รับการอนุญาต 3. เริ่มดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ 4. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ประกอบการ 5. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาและอำนวยความสะดวกในการยื่นคำขออนุญาตแก่ผู้ประกอบการ 6. มีการบูรณาการกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง
กำลังคนด้านสุขภาพ	เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และมีจิตบริการ มีจำนวนเพียงพอ
การเงิน	มีงบประมาณสนับสนุนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ
ผลิตภัณฑ์	มีผลิตภัณฑ์ได้รับอนุญาตครบตามเป้าหมาย 26 ผลิตภัณฑ์และสามารถส่งออกได้ตามแผน 2 ผลิตภัณฑ์
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. มีการอนุญาตผลิตภัณฑ์ผ่านระบบ Skynet ร้อยละ100 2. สสจ. มีการวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการสนับสนุนผู้ประกอบการ เช่น เพิ่มช่องทางการจำหน่าย ขยายสู่การส่งออก
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีการติดตามผลการปฏิบัติงาน

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดเป็นอัตราส่วน 70 : 30

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

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดเป็นอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70 %)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)	10 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ จังหวัดสตูลสามารถพัฒนาระบบการส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเข้มแข็ง ขออนุญาตผ่าน Skynet ทันเวลาทุกคำขอ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาตแล้ว ร้อยละ 100 ทั้งยังส่งเสริมผลิตภัณฑ์เพื่อเข้าประกวด ออย.ควอลิตี้อวอร์ด ผลิตภัณฑ์ พริกไทยสุโขทัย เม็ดแดง จากวิสาหกิจชุมชนกลุ่มพริกไทยพื้นเมืองสุโขทัย อำเภอทุ่งหว้า จนได้รับรางวัล ออย. ควอลิตี้ อวอร์ด ผลิตภัณฑ์สุขภาพดีเด่น ประเภทส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก เมื่อ 24 เมษายน 2569 และได้มีการกำหนดเป้าหมายพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีศักยภาพส่งออก 2 รายการ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สามเกลอบริษัท ไทย เข้าเทิร์น ฟู้ด อินดัสตรี จำกัด ตั้งอยู่เลขที่ 556 หมู่ที่ 1 ตำบลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล ส่งออกไปยังประเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย เกาหลี จีน มาเลเซีย ลาว อเมริกามูลค่าการส่งออก ปี 2569 (ถึงเดือนพฤษภาคม) จำนวน 186,800 บาท คาดว่าจะส่งออกทั้งปีมูลค่า 448,320 บาทต่อปี และยูโสเภการค้า ผลิตภัณฑ์กะปิปลาจัน BALAJAN SHRIMP PASTE ส่งออกไปยังประเทศมาเลเซีย คาดว่าจะส่งออกทั้งปีมูลค่า 350,000 บาท อีกทั้งผู้ประกอบการได้รับอนุมัติ Certificate of Free Sale, Certificate of Ingredient และ Certificate of Manufacturer จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อรองรับการส่งออกไปประเทศเกาหลีใต้ ประเมินการมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริมในปีนี้ 5,688,762 ล้านบาทต่อปี

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. สสำรวจผลิตภัณฑ์ที่พร้อมสำหรับการส่งออกและส่งเสริมผลิตภัณฑ์ลด NCDs

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ให้กับผู้ประกอบการในเรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ลด หวาน มัน เค็ม เพื่อลด NCDs
3. พัฒนาสูตร กรรมวิธีในการผลิต จากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 11 สถาบันอาหาร (NFI) ศูนย์สงขลา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง
4. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อร่วมค้นหาผลิตภัณฑ์ที่ต้องการการส่งเสริมในพื้นที่
5. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาและอำนวยความสะดวกให้การยื่นคำขออนุญาตแก่ผู้ประกอบการ
6. สร้างผู้ประกอบการต้นแบบเพิ่มแรงจูงใจ โดยพัฒนาผู้ประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ได้รับรางวัล ออย.ควอลิตี้อวอร์ด
7. บูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

8. จัดหาตลาดเพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้า
9. ประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพเด่นของจังหวัดสตูล

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 สถานการณ์ความพร้อมของผู้ประกอบการ

5.2 สถานการณ์อุทกภัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 ที่ผ่านมาทำให้สถานประกอบการหยุดกิจการไปหลายแห่ง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ประกอบการเพื่อเข้าร่วมการพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ให้ได้รับอนุญาต เช่น การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ต่อผู้บริโภคในวงกว้าง

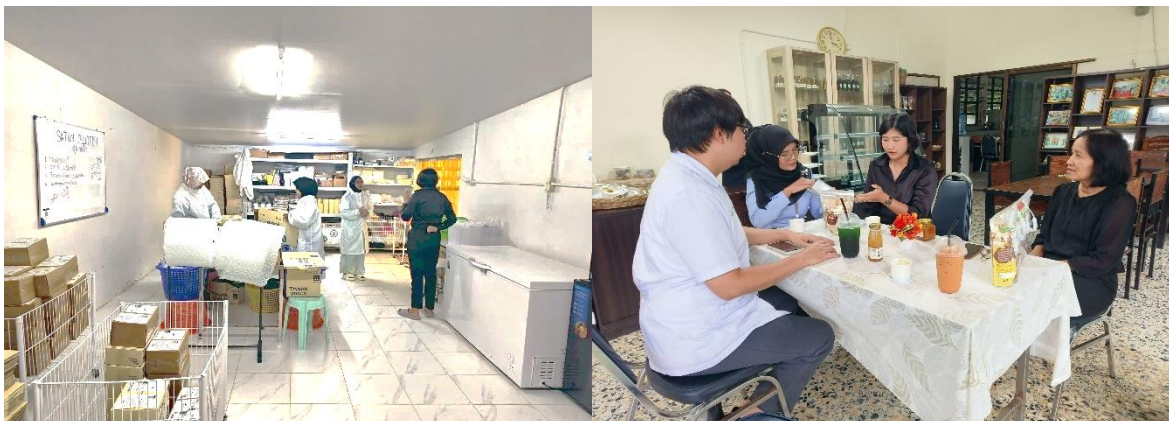
6.2 พัฒนาการแจ้งเตือนและความรวดเร็วในการประมวลผลผ่านระบบ SKYNET

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7.1 การบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

7.2 มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาและอำนวยความสะดวกให้การยื่นคำขออนุญาต

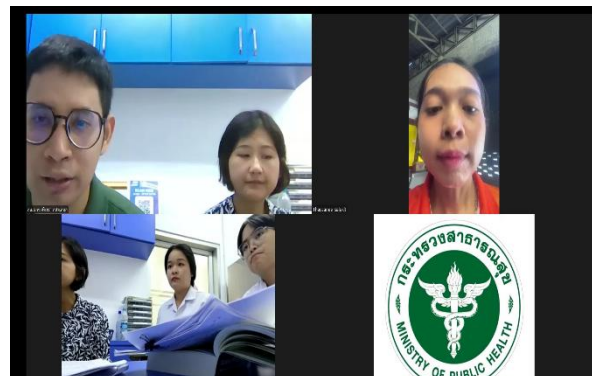
8.ภาพการดำเนินงาน



ภาพลงพื้นที่เพื่อค้นหาและประเมินความพร้อมของผลิตภัณฑ์เป้าหมาย



ภาพการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ



ภาพการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการในรูปแบบออนไลน์



ภาพการลงพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบการในการยื่นคำขอผ่านระบบ SKYNET ณ สถานที่ผลิต

ผู้รายงาน นางสาวภรณ์ รักศรีทอง
ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
ผู้รายงาน นางสาวมัลย์ พัฒนศิริ
ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 086 - 4816612
E-mail satun_fda@yahoo.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

เป้าหมายเดิม ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	เป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10)	เป้าหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
		สถานที่ผลิต	ผลิตภัณฑ์	เลขสารบบอาหาร/ เลขที่ใบจดแจ้ง	ผลิตภัณฑ์ ลดหวานมันเค็ม ลด NCDs
23 รายการ	26 รายการ	น้ำพริกทองแล	1. น้ำพริกกุ้ง สูตร 2	91-2-00166-6-0006	✓
			2. จ๊อกรรเชียงปูดูล (ปูผสมเนื้อไก่)	91-2-00166-6-0009	
			3. แฮกิ้งกุ้ง (เนื้อไก่ผสมกุ้ง)	91-2-00166-6-0007	
			4. ขนมหีบปู (เนื้อไก่ผสมปู)	91-2-00166-6-0008	
			5. จ๊อปูดูล (เนื้อไก่ผสมปู)	91-2-00166-6-0010	
			6. อีปิโรล (ปอเปี๊ยะไส้กุ้งผสมไก่)	91-2-00166-6-0011	
		บริษัท แชน ซี-แกรนด์ เวลธิ ริช จำกัด	7. แบล็ค ม็อค BLACK MOD	91-1-68000-3-3166	
		วิสาหกิจชุมชนกลุ่มพริกไทยพื้นเมืองสุ ไหงอุเป	8. พริกไทยสุไหงอุเป เม็ดขาว SU-NGAI U PHE White Pepper	91-2-00566-6-0006	
			9. พริกไทยสุไหงอุเป เม็ดดำ-โกเมน SU- NGAI U PHE Black-Dark Red Pepper	91-2-00566-6-0007	
			10. พริกไทยสุไหงอุเป เม็ดแดง-โกเมน SU- NGAI U PHE Red-Dark Red Pepper	91-2-00566-6-0008	
		บมจ.ไทยเข้าเทิร์นฟู๊ดอินดัสตรี	11. คุกกี้ไข่ขาว สูตรน้ำตาลโตนด Egg white cookies Palmyra sugar Recipe.	91-2-00364-6-0099	✓
			12. ข้าวกรอบเคลือบคาราเมลโตนด Palmyra caramel Crispy rice.	91-2-00364-6-0098	✓

เป้าหมายเดิม ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	เป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10)	เป้าหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
		สถานที่ผลิต	ผลิตภัณฑ์	เลขสารบบอาหาร/ เลขที่ใบจดแจ้ง	ผลิตภัณฑ์ ลดหวานมันเค็ม ลด NCDs
			13. ข้าวกรอบรสต้มยำ Crispy rice Tom Yum flavor.	91-2-00364-6-0100	✓
		เขาค้อม คาเฟ่	14. น้ำจิ้มปาดะ	91-2-00169-6-0005	
			15. แฮมเบิร์กเห็ด	91-2-00169-6-0001	
			16. ข้าวเกรียบจิ้มปาดะ	91-2-00169-6-0002	
			17. แยมจิ้มปาดะ	91-2-00169-6-0003	
			18. โกโก้ วิทาลัยเกษตรสตูล กาแฟผสม ชนิดเหลว	91-2-00169-6-0004	
			19. ไอศกรีมดัดแปลงผสม รสจิ้มปาดะ ช้าง ช้าง จิ้มปาดะ	91-2-00169-6-0006	
			20. น้ำจิ้มปาดะเข้มข้น	91-2-00169-6-0007	
		นางสาวกุลิสรา เจริญฤทธิ์	21. ฮายตี้ แชมพู สมุนไพร	91-1-6900005245	
			22. ฮายตี้ เจลอาบน้ำสมุนไพร	91-1-6900005244	
		บริษัท ทีเอ็นพี 789 จำกัด	23. ราโซ เพอฟูม กลอส	91-1-6900005744	
			24. ราโซ เพอฟูม เจนเทิล	91-1-6900005743	
			25. ราโซ เพอฟูม สโคป	91-1-6900005742	
		ริชกี ซุป ออนไลน์	26. ขนมตุกรัก ไข่ช็อกโกแลต	91-2-00268-6-0008	
ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตแล้ว 26 รายการ จากเป้าหมายทั้งปี 26 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของเป้าหมายทั้งปี					

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลควนโดน และโรงพยาบาลท่าแพ รวมถึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน รวมจำนวนทั้งหมด 66 แห่ง โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาล 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 56 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล จำนวน 3 แห่ง โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขรวมจำนวนทั้งหมด 47 คน ดังตารางที่ 1 ซึ่งกระจายในหน่วยบริการทุกอำเภอ ดังภาพ มีบุคลากรปฏิบัติงานในทุกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.16 โดยทุกหน่วยบริการมีการส่งเสริมใช้ยาสมุนไพรในทุกสิทธิและมียาสมุนไพรในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 20 รายการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ต่ำกว่า 10 รายการ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้ครอบคลุมทั้งด้านเพิ่มพูนทักษะการส่งใช้ยาสมุนไพร ระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร การวางแผนด้านการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาสมุนไพร ผ่านโครงการพัฒนาระบบยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 12 กิจกรรมอบรมเพิ่มพูนทักษะการส่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ กิจกรรมเชิงรุกอบรมบูรณาการการพัฒนา ระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรร่วมกับสหวิชาชีพ ในทุกอำเภอของจังหวัดสตูล และการอบรมแนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC จังหวัดสตูล และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยมีบุคลากรที่เข้าร่วมการอบรมได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในทุกหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล ในช่วงเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2569 เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตารางที่ 117 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล

บุคลากรแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จ.สตูล ปี 2569	
ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร
แพทย์แผนไทย	33
แพทย์แผนจีน	4
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	10
รวม	47

ที่มา : ฐานข้อมูลข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล ณ วันที่ 5 มกราคม 2569



ภาพที่ 9 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล

ตารางที่ 118 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2568	8,017,725.00	127,565,514.00	1,561,768,917.50

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

ตารางที่ 119 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12

จังหวัด	เป้าหมาย 8 เดือน	ผลงาน (ข้อมูล ณ 30 พ.ค.2569)	ร้อยละ
สงขลา	26,632,846.17	17,661,025.5	66.31
นราธิวาส	19,854,336.25	13,497,213	67.98
ตรัง	16,867,044.51	13,405,754	79.48
พัทลุง	13,498,122.13	10,228,583.5	75.78
ปัตตานี	16,979,730.08	9,774,619.5	57.57
ยะลา	12,120,898.27	8,514,929.5	70.25
สตูล	7,155,111.833	5,619,112	78.53
รวมทั้งหมด	113,108,089.3	78,701,237	69.58

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 120 จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพรและมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ

ระดับอำเภอ	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพรสิทธิ UC ปี 2568 (ครั้ง)	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรสิทธิ UC ปี 2568 (บาท)
เมืองสตูล	21	22,930	1,460,656
ละงู	12	51,120	3,230,812
ทุ่งหว้า	8	17,592	1,156,823
ควนกาหลง	8	12,154	791,854
ท่าแพ	7	10,424	623,899
มะนัง	5	7,150	453,834
ควนโดน	5	4,300	299,847
รวมทั้งหมด	66	125,670	8,017,725

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

ตารางที่ 121 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2568)

อำเภอ	เป้าหมาย 8 เดือน	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC (บาท)	ร้อยละ
ละงู	2,864,653.31	1,768,123.5	61.72
เมืองสตูล	1,295,114.99	1,622,343.5	125.27
ทุ่งหว้า	1,038,174.06	631,061.5	60.79
ควนกาหลง	702,110.55	557,217	79.36
ท่าแพ	570,125.78	514,490.5	90.24
มะนัง	419,068.81	310,000	73.97
ควนโดน	265,864.34	215,876	81.20
ภาพรวม	7,155,111.83	5,619,112	78.53 (ระดับ 4)

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกแต่ละอำเภอใน 10 กลุ่มโรค/อาการที่พบบ่อย 2. มีการกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันจำนวน อย่างน้อย 7 รายการ และมีการส่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนฯ จำนวน 7 รายการ 3. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหา และพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ผลงาน รายการยาสมุนไพรที่ใช้ทดแทน ร้อยละ 100 คิดเป็น 100 คะแนน (ระดับ 5)
กำลังคนที่ให้บริการ	1. มีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด 2. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้แก่ผู้มีหน้าที่ส่งใช้ยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข และเภสัชกร ครอบคลุมหน่วยบริการทุกแห่ง ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมายในปี พ.ศ.2569 จำนวน 80 คน ผลงาน จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม 84 คน คิดเป็นร้อยละ 105 เท่ากับ 100 คะแนน (ระดับ 5)
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. แพทย์แผนไทยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพดิจิทัลอำเภอเมืองสตูลจัดอบรม ติดตาม ลงพื้นที่การพัฒนาระบบข้อมูลยาสมุนไพรในทุกอำเภอของจังหวัดสตูลในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2. ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพร (รหัส 24 หลัก) จำนวนรหัสยาที่พบในระบบ 273 รายการ จำนวนรหัสยาสมุนไพรที่ถูกต้อง 242 รายการ ผลงาน ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพร ร้อยละ 88.64 คิดเป็น 84 คะแนน (ระดับ 4)
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	1. มีการจัดอบรมการจัดการระบบคลังยาสมุนไพรให้สมเหตุสมผลต่อการเบิกจ่าย 2. จำนวนรายการยาสมุนไพร (ED) ที่มาจากแหล่งผลิตที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิต (GMP) 188 รายการ จากจำนวนรายการยาสมุนไพร (ED) ที่พบในระบบทั้งหมด 203 รายการ ร้อยละ 95 ของรายการยาสมุนไพร (ED) ที่พบในระบบ ผลงาน รายการยาสมุนไพร (ED) ที่มาจากแหล่งผลิตที่ได้มาตรฐาน GMP ร้อยละ 92.61 คิดเป็น 83 คะแนน (ระดับ 4)
คะแนนเฉลี่ย 4 ด้าน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	91.75 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$ $7.9 \times 0.7 = 5.53$	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3 = \text{Score}$ $(91.75 \div 10) \times 0.3 = 2.75$
คะแนนรวม	$5.53 + 2.75 = 8.28$

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ มาตรการการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสิทธิ UC

4.2 จัดทำโครงการโครงการพัฒนาระบบยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งในด้านระบบข้อมูล และในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

4.3 นิเทศผสมผสาน ในประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ครอบคลุมทุกอำเภอ

4.4 ติดตามผลการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ของแพทย์แผนไทยทั้งจังหวัด และ TTM Data Satun เพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.5 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้จ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ให้กับหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสตูล เมื่อ 18 พฤษภาคม 2569

4.6 พัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร ได้แก่ การจัดอบรมการบันทึก การตรวจสอบข้อมูลด้านยาสมุนไพรในแต่ละทุกอำเภอโดยใช้มาตรการเชิงรุก ลงพื้นที่ทุกอำเภอ และมีระบบแจ้งเตือนกำหนดปริมาณการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในระบบ HIS

4.7 เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการจัดคลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงการออกหน่วยบริการเชิงรุกในคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกกระดูกและข้อ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 การประมวลผล การวิเคราะห์ ข้อมูลตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสิทธิ UC ระหว่างข้อมูลกรมการแพทย์แผนไทยกับข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้พื้นที่ต้องทำงานซ้ำซ้อน

5.2 บางอำเภอประสบปัญหาขาดสภาพคล่องในการจัดซื้อยาสมุนไพร ยาสมุนไพรไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ เนื่องจากมาตรการประหยัดพลังงาน ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในการจัดซื้อยาสมุนไพรล่วงหน้าไปก่อนเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร โดยจังหวัดสตูลมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทยโดยมีการจัดสรรงบประมาณฉุกเฉินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงุมผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 หน่วยบริการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลละงุมมูลค่ารวม 2,299,629 บาท

5.3 หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทยประจำมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 12.73) และไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการส่งผลให้แรงจูงใจการจ่ายยาสมุนไพรน้อย

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 การกำหนดเงื่อนไข แนวทางการเบิกชดเชย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรลดภาระการทำงานของบุคลากร และชี้แจงแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ

6.2 ส่งเสริมการใช้อยาสมุนไพรในกลุ่มโรคทั่วไปที่มีอัตราการใช้สูง (High Volume) เช่น กลุ่มยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และยาแก้ไอสมุนไพร เพื่อเพิ่มมูลค่าการเบิกจ่าย

6.3 พัฒนาระบบ Audit ข้อมูลก่อนส่งเบิกชดเชยกับ สปสช. และเร่งรัดการคืนข้อมูลการเบิกจ่ายให้ถูกต้องครบถ้วน และทันเวลา เพื่อให้มูลค่าสะท้อนผลงานจริงมากที่สุด

7. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

7.1 ผู้นำ/ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายส่งเสริมการใช้อยาสมุนไพรของจังหวัดสตูล และเชื่อมโยงโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรจังหวัดสตูล โดยการนำวัตถุดิบสมุนไพรที่ปลูกในพื้นที่ เช่น ขมิ้นชัน ไพล มาแปรรูปโดยโรงพยาบาลละงู ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP กระจายให้หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล

7.2 มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรสำหรับโรงพยาบาล และจัดอบรมสัญจรให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งครบทั้ง 7 อำเภอ ส่งผลให้ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น

7.3 มีนวัตกรรมระบบ HCS (Herbal Control System) เป็นระบบ รวม 2 Function ได้แก่ คู่มือยาสมุนไพรแบบดิจิทัล และระบบแจ้งเตือนจ่ายยาซ้ำ ในระบบ HIS

8. ภาพการดำเนินงาน

อบรมบูรณาเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร
สำหรับโรงพยาบาลและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดสตูล





การอบรมแนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC



การอบรมการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ



ผู้รายงาน นางจันนง ปันดีกา
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 088 – 7838486
E-mail panthai.satun@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 3 มิถุนายน 2569

ประเด็นที่ 7 : ด้านบริหารจัดการ

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)

1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป้าหมาย : ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95

1.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป้าหมาย : ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลท่าแพ โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลควนโดน โรงพยาบาลควนกาหลง และโรงพยาบาลมะนัง พร้อมกันนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมการพัฒนาโรงพยาบาล และดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐานเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทั้ง 7 แห่ง ทั้งนี้ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เป็นต้นมา มีการพัฒนายกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital (Plus) สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ที่มุ่งพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย) และเพิ่มความครอบคลุมในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล เข้าร่วมการพัฒนาและดำเนินงานเพื่อให้ผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งผลการตรวจประเมินรับรอง มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีเยี่ยม จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 (รพ.สตูล รพ.ละงู รพ.ท่าแพ และ รพ.ทุ่งหว้า) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ควนโดน รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับดีเยี่ยม มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในระดับท้าทาย โดยมีโรงพยาบาลสตูลผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับท้าทาย ประเด็นท้าทายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีเยี่ยม จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ละงู รพ.ทุ่งหว้า และ รพ.ท่าแพ) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ควนโดน รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการผลักดันขยายผลให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองระดับดีเยี่ยม มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในระดับท้าทายเพิ่มขึ้น จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลทุ่งหว้า และโรงพยาบาลละงู ผ่านการรับรองในระดับท้าทาย ประเด็นด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) จนทำให้มีผลงานสะสมผ่านการรับรองระดับท้าทาย จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การ

ประเมินในระดับดีเยี่ยม จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (รพ.ควนโดน และ รพ.ท่าแพ) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง)

ผนวกกับในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้มีการกำหนดให้การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นตัวชี้วัดในการติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) ดังนี้

1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95

2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

แต่ทั้งนี้พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กรมอนามัยได้ยกเลิกประเด็นด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ออกจากประเด็นการรับรองระดับท้าทาย จากเดิมนั้นมี 4 ประเด็นให้โรงพยาบาลเลือกดำเนินการรับรอง เหลือเพียง 3 ประเด็นท้าทาย ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ประเด็นที่ 2 ด้านการจัดการพลังงาน และประเด็นที่ 3 การดำเนินงานโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ยังคงมีความมุ่งมั่นพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างต่อเนื่อง โดยผลักดันผ่านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้การขับเคลื่อนงานในประเด็นดังกล่าวมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ตลอดจนส่งผลให้ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานมีแนวโน้มในด้านผลลัพธ์มากยิ่งขึ้นด้วย

3. ผลการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ดังนี้

1. โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลควนกาหลง และโรงพยาบาลมะนัง

2. โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย จำนวน 5 แห่ง ดังนี้

2.1 ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลท่าแพและโรงพยาบาลทุ่งหว้า

2.2 ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลละงู และโรงพยาบาลควนโดน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 และระดับท้าทาย ร้อยละ 30)

ตารางที่ 122 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

หน่วยบริการ	(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95			(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ร้อยละ 30		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสตูล	1	ระดับดีเยี่ยม	100	1	0	0
โรงพยาบาลท่าแพ	1	ระดับดีเยี่ยม	100	1	0	0
โรงพยาบาลละงู	1	ระดับดีเยี่ยม	100	1	0	0
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	1	ระดับดีเยี่ยม	100	1	0	0
โรงพยาบาลควนโดน	1	ระดับดีเยี่ยม	100	1	0	0
โรงพยาบาลควนกาหลง	1	ระดับมาตรฐาน	100	-	-	-
โรงพยาบาลมะนัง	1	ระดับมาตรฐาน	100	-	-	-
รวม	7	7	100	5	0	0
หมายเหตุ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ			อยู่ระหว่างรับการประเมินรับรองฯ		

ที่มา : ผลการประเมินรับรอง จากระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

(<https://gch.anamai.moph.go.th/>) กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

หน่วยบริการ	การดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN	ระบบข้อมูลและการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์
รพ.ท่าแพ	☒ จนท.บุคลากรสามารถเป็นวิทยากร ร้อยละ 1 ขึ้นไป ของจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.	☒ โรงพยาบาลมีข้อมูลปริมาณการใช้ไฟฟ้า
รพ.สตูล	ถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรม GREEN ให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	ทรัพยากร และการเกิดของเสียของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2567 - ปัจจุบัน
รพ.ละงู	☒ จนท.บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้	☒ โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม
รพ.ทุ่งหว้า	ตามกิจกรรม GREEN โดยวิทยากรภายใน	คำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกรมอนามัยครบถ้วน
รพ.ควนโดน	โรงพยาบาล	☒ โรงพยาบาลนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์/
รพ.ควนกาหลง	☒ มีผลสำรวจความพึงพอใจของ	GAP และกำหนดโครงการ/มาตรการ เพื่อแก้ไขปัญหา/พัฒนา
รพ.มะนัง	ผู้รับบริการแต่ละด้านตามกิจกรรม	☒ โรงพยาบาลดำเนินการตามโครงการ/มาตรการ
	GREEN และมีผลประเมินความพึงพอใจไม่	อย่างเป็นรูปธรรม และปรับปรุงกระบวนการอย่าง
	น้อยกว่า ร้อยละ 70	มีประสิทธิภาพ
		☒ โรงพยาบาลประเมินผล และเปรียบเทียบผลลัพธ์
		โดยมีผลลัพธ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก

3.3 สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คัดอัตราส่วน 70 : 30

ตัวชี้วัด	คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพ (30%)	คะแนนรวม
(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป	ดำเนินการได้ ระดับ 5 Score = $(5 \times 2) \times 0.7$ ทำได้ 7.0 คะแนน	ดำเนินงานได้ ระดับ 4 Score = $(4 \times 2) \times 0.3$ ทำได้ 2.4 คะแนน	ทำได้ 9.4 คะแนน (จาก 10 คะแนน)
(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย	ดำเนินการได้ ระดับ 4 Score = $(4 \times 2) \times 0.7$ ทำได้ 5.6 คะแนน	ดำเนินงานได้ ระดับ 4 Score = $(4 \times 2) \times 0.3$ ทำได้ 2.4 คะแนน	ทำได้ 8 คะแนน (จาก 10 คะแนน)
สรุปคะแนนภาพรวมจังหวัดสตูล			$9.4 + 8 = 17.40/2$ $= 8.70$ คะแนน

ภาพรวมผลวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ : ร้อยละของ รพ. ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge งบประมาณ พ.ศ.2569 พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานจังหวัดสตูล สามารถทำคะแนนได้ 8.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลทุกแห่งมีการกำหนดนโยบาย มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบงาน และมีการจัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลและมีการขับเคลื่อนงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งได้รับการเยี่ยม เสริมพลังจาก คกก. GREEN & CLEAN Hospital ระดับจังหวัด และโรงพยาบาลที่ขอรับรองการประเมิน ระดับทำลาย ด้านของเสียทางการแพทย์ (รพ.ละงู และ รพ.ควนโดน) ได้ดำเนินการนำเสนอผลการ ดำเนินงานฯ ต่อคณะกรรมการฯ เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2569 กลุ่มที่ 2 (เวลา 13.00 - 16.30 น.) ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างส่งเอกสารเพิ่มเติมให้กับทางกรรมการเพื่อพิจารณาตัดสินต่อไป และสำหรับ โรงพยาบาลที่ขอรับรองระดับทำลาย ด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ อยู่ระหว่างเตรียมรับการประเมิน ในวันที่ 24 มิถุนายน 2569 โดยคณะกรรมการของกรมอนามัย

GAP การพัฒนา 1) ความซ้ำซ้อนของเกณฑ์: รพ.ที่จะขอรับรองระดับทำลายเผชิญกับกระบวนการ ที่ค่อนข้างยากและซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ดำเนินการ 2) ขาดความต่อเนื่อง : รพ. บางแห่งขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาบางกิจกรรมให้ครบถ้วนทั้ง 5 ประเด็น ตามมาตรฐานกิจกรรม GREEN และ 3) ข้อจำกัดด้านงบประมาณ : หน่วยบริการบางแห่งขาดแคลนงบประมาณ ส่งผลให้ การพัฒนาด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมไม่ได้ตามมาตรฐาน และเป็น GAP ในการพัฒนาสู่ระดับที่สูงขึ้น

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. สนับสนุนองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
2. แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล
3. กำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ สาธารณสุขตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge สำหรับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด
2. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องในการ พัฒนางานฯ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. รวบรวมฐานข้อมูล การวิเคราะห์ผลลัพธ์ ปริมาณของเสีย การใช้ไฟฟ้า และทรัพยากร รวมถึงผลการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโรงพยาบาล
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ลงพื้นที่เป้าหมายเพื่อเสริมพลัง ให้ข้อเสนอแนะและ แก้ไขจุดบกพร่อง ก่อนการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานโดยคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด
5. กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญระดับจังหวัด และ คปสอ.
6. นิเทศประเมินผลงานระดับ คปสอ. 2 ครั้ง/ปี

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหาอุปสรรค

1. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาบางกิจกรรม ให้ครบถ้วนทั้ง 5 ประเด็น คือ กิจกรรม Garbage Restroom Energy Environment และ Nutrition ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
2. โรงพยาบาลบางแห่งประสบปัญหาเรื่องงบประมาณส่งผลให้การพัฒนาด้านโครงสร้างและ สิ่งแวดล้อมไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และเป็น GAP ในการพัฒนาสู่ระดับทำลาย

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ให้ประสบผลสำเร็จนั้น ทีมงานในสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการผลักดัน ติดตาม และพัฒนางาน รวมถึงบูรณาการงานในแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล รวมถึงมีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
2. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพัฒนาเป็นหน่วยงานต้นแบบในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม
3. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพัฒนาหน่วยงานสุขภาพสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย) ทั้ง 3 ด้านตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenge

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

กรมอนามัย/ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ควรมีแผนการดำเนินงานประเมินรับรองมาตรฐานระดับท้าทายที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลต่อไป

7. ภาพการดำเนินงาน

กิจกรรมประชุมสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำแผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ภายใต้กิจกรรมพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ระหว่างวันที่ 4 – 5 กันยายน 2568 ณ ภูผาล้อม รีสอร์ท ตำบลน้ำผุด อำเภอละงู จังหวัดสตูล



ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2569 ณ ห้องประชุมมาบั่ง ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล



เยี่ยมชมการดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทุกโรงพยาบาล
เมื่อระหว่างวันที่ 1 – 29 เมษายน 2569



ผู้รายงาน นางสาววราภรณ์ เส้นสมมาตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 089 – 7390726
E-mail Ta14.waraporn@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

การบริหารจัดการกำลังคน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ (สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

2. สถานการณ์

สรุปข้อมูลจำนวนแพทย์ ณ ตุลาคม 2568

ตารางที่ 123 จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง จังหวัดสตูล ปี 2568 จำแนกรายอำเภอ

รพช.	กรอบ 68	ปฏิบัติจริง	(ขาด)/ เกิน (กรอบ)	ตาม เกณฑ์ (ขั้นต่ำ)	(ขาด)/ เกิน (เกณฑ์)	ต่ำกว่า จำนวน (เกณฑ์ขั้นต่ำ)	เกณฑ์ ตัวชี้วัด
ควนโดน	7	5	-2	5	0	0	ผ่าน
ควนกาหลง	9	5	-4	5	0	0	ผ่าน
ท่าแพ	9	6	-3	10	-4	-4	ไม่ผ่าน
ละงู	40	24	-16	15	+9	0	ผ่าน
ทุ่งหว้า	6	5	-1	5	0	0	ผ่าน
มะนัง	6	5	-1	5	0	0	ผ่าน
รวม	77	50	-26	45	+5	-	-

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลากร

สรุปข้อมูลจำนวนแพทย์ ณ มิถุนายน 2569

ตารางที่ 124 จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง จังหวัดสตูล ปี 2569 จำแนกรายอำเภอ

รพช.	กรอบ 68	ปฏิบัติจริง	(ขาด)/ เกิน (กรอบ)	ตาม เกณฑ์ (ขั้นต่ำ)	(ขาด)/ เกิน (เกณฑ์)	ต่ำกว่า จำนวน (เกณฑ์ขั้นต่ำ)	เกณฑ์ ตัวชี้วัด
ควนโดน	7	5	-2	5	0	0	ผ่าน
ควนกาหลง	9	6	-3	5	1	0	ผ่าน
ท่าแพ	9	8	-1	10	-2	-2	ไม่ผ่าน
ละงู	40	29	-11	15	+14	0	ผ่าน
ทุ่งหว้า	6	5	-1	5	0	0	ผ่าน
มะนัง	6	6	0	5	0	0	ผ่าน
รวม	77	59	-18	45	+13	-	-

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลากร

หมายเหตุ : รพ.ละงู มีแพทย์เฉพาะทาง 16 ราย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 4 ราย แพทย์ทั่วไป 8 ราย
รพ.มะนัง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ราย แพทย์ทั่วไป 4 ราย

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 เชิงปริมาณ

โรงพยาบาล	ณ 1 ม.ค 2569			ข้อมูลความเคลื่อนไหว (ตั้งแต่ มิ.ย. - ส.ค. 2569)										
	แพทย์ ปฏิบัติ จริง	เพียงพอ/ ไม่ เพียงพอ (-)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวนแพทย์								เพียงพอ /ไม่ เพียงพอ (-)	คิดเป็น ร้อยละ	
				เข้า				ออก						
				ปี2/69	1มิ.ย.69	กลับศษ.30 มิ.ย.	1 ส.ค.69	1มิ.ย.69	ไปศษ.1 ก.ค.	1ส.ค.69	ลาออก			ปฏิบัติ จริง
ควนโดน	5	0	100									5	0	100
ควนกาหลง	5	0	100	1								6	1	120
ท่าแพ	7	-3	70		1	1			1			8	-2	80
ละงู	24	9	160	4	1	3		2	1			29	14	193
ทุ่งหว้า	5	0	100	2				1	1			5	0	100
มะนัง	5	0	100	1	1			1				6	1	120
รวม	51	6		8	3	4	0	4	3	0	0	59	14	

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคลากร

$$\text{สูตรการคำนวณสัดส่วนการกระจายแพทย์ใน รพข} = \frac{(A+B) \times 100}{C}$$

สรุปตัวชี้วัดการกระจายแพทย์	ณ 1 ต.ค. 2568	ณ 1 มิ.ย. 2569
จำนวน รพข. ทั้งหมด (C)	6	6
จำนวน รพข. ผ่านเกณฑ์ (A)	5	5
จำนวน รพข. เต็ม $\geq 50\%$ (B)	0	1
ร้อยละการกระจายแพทย์	83.33	100
ผลการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

3.2 เชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
กำลังคนที่ให้บริการ	- มีการจัดทำข้อมูลภาพรวมของแพทย์ (กรอบ/การปฏิบัติงานจริง/Active bed/ข้อมูลการลาศึกษา) มาวิเคราะห์ช่องว่างกำลังคน (Gap Analysis) ระหว่างจำนวนแพทย์ที่ต้องการกับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง - มีการดำเนินงานตามแผนกำลังคนระดับจังหวัด - มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนพร้อมสรุปปัญหา/อุปสรรค และจัดทำข้อเสนอแนะ และนำผลการวิเคราะห์มาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง - สรุปและจัดทำรายงานผลตามแผนต่อผู้บริหาร	80 คะแนน
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารอัตราากำลังแพทย์ของจังหวัดสตูล และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และอำนาจของคณะกรรมการอย่างชัดเจน - มีการประชุมคณะกรรมการฯ อย่างสม่ำเสมอ ไตรมาสละ 1 ครั้ง	100 คะแนน

Building Block	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
	- มีการนำหลักเกณฑ์ไปใช้ในการบริหารกำลังคน มีการควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลแผนกำลังคน รวมถึงการรายงานผลต่อผู้บริหารอย่างเป็นระบบ - มีการทบทวนแผน/หลักเกณฑ์/ข้อมูลกำลังคน เพื่อนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจระดับจังหวัดแบบ Real-Time และถอดบทเรียนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับธรรมาภิบาล - ผู้บริหารของโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกด้านนำมาใช้ในการจัดสรรแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน - มีการใช้เทคโนโลยี หรือนวัตกรรมใหม่ในการบริหารกำลังคนมาใช้ในการวิเคราะห์ และสรุปข้อมูลแพทย์ - มีการสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายระดับจังหวัด	
คะแนนด้านเชิงคุณภาพ = (ด้านกำลังคนที่ให้บริการ + ด้านระบบและการจัดการข้อมูล) ÷ 2 = (80+100) ÷ 2		90 คะแนน ระดับดีเยี่ยม

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

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

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การกระจายแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนที่ได้ 10 คะแนน	ผลการดำเนินงาน 90 คะแนน ระดับดีเยี่ยม
$10 \times 0.7 = 7$	$(90 \div 10) \times 0.3 = 2.7$
7 คะแนน + 2.7 คะแนน = 9.7 คะแนน	

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มีการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อบริหารอัตรากำลังไปปฏิบัติหน้าที่กรณีหน่วยงานขาดแคลนผู้ปฏิบัติงาน/หน่วยงานที่ต้องเติมแพทย์ตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่ สป.สาธารณสุขกำหนด

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

มีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ตามรูปแบบ One province one hospital

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

กรณีหน่วย รพ.ท่าแพ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากการเปิดให้บริการมินิธัญรักษ์ ทำให้มีอัตรา Active bed สูง ประกอบกับในเชิงการบริหารงานแล้วด้วยบริบทของโรงพยาบาลท่าแพมีความต้องการแพทย์ ณ ปัจจุบันเพียงเท่ากับจำนวน 8 ราย

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

กรณีหน่วย รพ.ละงู มีการขยายการให้บริการ ควรมีการจัดสรรแพทย์เพิ่มเติมเพื่อรองรับการยกฐานะการให้บริการ

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ตามรูปแบบ One province one hospital สร้างขวัญกำลังใจ โดยเฉพาะมีการสั่งการเน้นย้ำให้รับฟังปัญหาทุกเรื่องของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานรวมถึงให้แพทย์พี่เลี้ยงช่วยดูแลน้องแพทย์ ซึ่งข้อเท็จจริงตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ถึงปัจจุบันมีแพทย์ลาออกเพียง 1 ราย

ปัจจุบันภาพรวมจังหวัดสตูลยังมีความขาดแคลนแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน แต่มีระบบการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด ทำให้การบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างราบรื่น แต่ทั้งนี้ยังไม่คล่องตัว เนื่องจากบางหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานเกิน แต่ทั้งนี้ มีแผนจะจ้างแพทย์จบจากเอกชนหรือต่างประเทศเพิ่มเติม

ผู้รายงาน อัครเดช ยาแบโต
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 0 74711 071 ต่อ 108
E-mail mad4789@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 3 มิถุนายน 2569

Total Performance Score (TPS)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) เป้าหมาย : ร้อยละ 55

2. สถานการณ์

ตารางที่ 125 ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ย้อนหลัง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2569

หน่วยบริการ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 2 ประจำปีงบประมาณ)			
	2566	2567	2568	2569
รพท.สตูล	C	C	D	B
รพช.ควนโดน	F	F	F	D
รพช.ควนกาหลง	D	D	D	C
รพช.ท่าแพ	B	C	C	B
รพช.ละงู	C	C	D	B
รพช.ทุ่งหว้า	D	A	C	C
รพช.มะนัง	D	C	F	C
ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	1	1	0	3
คิดเป็นร้อยละ	14.29	14.29	0	42.86

ที่มา : <https://hfo69.moph.go.th/> ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569

จากการติดตามผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการทั้ง 7 แห่งในจังหวัดสตูล ในช่วง 4 ปีงบประมาณที่ผ่านมา (พ.ศ.2566 – 2569) ณ ไตรมาสที่ 2 พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจดังนี้

ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2567 (ทรงตัวระดับต่ำ) มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ (เกรด A และ B) เพียงแห่งเดียวจากทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.29

ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (วิกฤตสูงสุด) ไม่มีหน่วยบริการใดผ่านเกณฑ์เลย (ร้อยละ 0) โดยส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ที่ระดับเกรด D และมีหน่วยบริการตกลงไปอยู่ในระดับเกรด F ถึง 2 แห่ง

ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ฟื้นตัวอย่างก้าวกระโดด) ผลงานดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ที่ดีที่สุดในรอบ 4 ปี และคาดการณ์ว่าสถานการณ์จังหวัดสตูลจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ เนื่องจากในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพมีการเพิ่มเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพในด้านการบริหารจัดการคุณภาพที่เรียกว่า TPS (TP3S) และในภาพรวมของจังหวัดสตูลและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 มีการควบคุม กำกับ และติดตามในประเด็นนี้อย่างจริงจังซึ่งน่าจะทำให้ผลการประเมินฯ เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและผ่านเกณฑ์ที่ร้อยละ 55 ได้

จากข้อมูลข้างต้น จะแบ่งกลุ่มของหน่วยบริการที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ในปัจจุบัน (เกรด B ขึ้นไป) และมีแนวโน้มพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างเด่นชัดได้ดังต่อไปนี้

รพ.ท่าแพ (เสถียรภาพดีที่สุดในปี) เป็นโรงพยาบาลเดียวที่รักษามาตรฐานให้อยู่ในเกณฑ์ผ่านเป็นส่วนใหญ่ โดยได้เกรด B ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566, 2569 และประกอบตัวอยู่ที่ระดับเกรด C ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2567-2568

รพ.สตูล (พัฒนาการเด่นชัด) จากเดิมที่ทรงตัวอยู่ในระดับ C มา 2 ปี และลดลงไปที่ระดับ D ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ล่าสุดในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สามารถยกระดับขึ้นมายู่ระดับเกรด B ได้

รพ.ละงู (ฟื้นตัวแบบก้าวกระโดด) คล้ายกับ รพ.สตูล คือ จากระดับ C ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567 ตกลงไประดับเกรด D ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 แต่สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานจนก้าวขึ้นมาสู่ระดับ B ได้

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)

ตารางที่ 126 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 2

หน่วยบริการ	1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) 10 คะแนน														2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน						รวม	เกรด Q2/2569
	1.1 Planfin		1.2 สิ่งที่มีประโยชน์และเห็นคุณค่า				1.3 การบริหารจัดการ						2.1 ความสามารถในการทำกำไร			2.2 วัสดุทางการแพทย์						
							ต้นทุนและค่าใช้จ่าย												งบประมาณ			
	มีรายได้ + ไม่นเกิน 5%	มีค่าใช้จ่าย + ไม่นเกิน 5%	A Payment period	A Collection Period-UC	A Collection Period- CSMBS	Inventory Management	Unit Cost for IP	Unit Cost for OP	LCค่าขนส่งเอกสาร	MCค่าเช่า	MCค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์	MCค่าเช่าพื้นที่ใช้ และวัสดุการแพทย์	คะแนนตรงส่วน ทดลองปีถัดไป	อัตราตรงเต็ม IP ≥ 80 %	SumAdjFw เงินค่าคง กลุ่ม รพ. หรือ เขตต้น 5%	Operating Margin	Return on Asset	EBIT DA ≥0	NWCV ≥0	Cash Ratio ≥0.8		
1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	0.5 คะแนน	0.5 คะแนน	1คะแนน	รวม 6 ประเด็น ได้ 2 คะแนน						1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน	1คะแนน		
รพ.สตอ	1.0	1.0	0.0	0.0	0.5	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.5	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	11.0	B
รพ.ควนโดน	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	8.0	D
รพ.ควนกาหลง	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	10.0	C
รพ.ท่าแพ	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	11.0	B
รพ.ละงู	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	11.0	B
รพ.สุไหงหว้า	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	10.0	C
รพ.มะนิ่ง	1.0	1.0	0.0	0.0	0.5	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	9.5	C
ผ่านเกณฑ์ (ผ่าน)	5	6	0	0	2	6	3	4	1	5	6	3	7	3	5	4	5	7	6	4		3
คิดเป็นร้อยละ	71.43	85.71	-	-	28.57	85.71	42.86	57.14	14.29	71.43	85.71	42.86	100.00	42.86	71.43	57.14	71.43	100.00	85.71	57.14		42.86

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการใน จังหวัดสตูล ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สามารถสรุปภาพรวมและประเด็นสำคัญได้ดังนี้

❖ **กลุ่มสีเขียว (เกรด B) ผลการดำเนินงานดี (จำนวน 3 แห่ง) :**

รพ.สตูล (11.0 คะแนน)
รพ.ท่าแพ (11.0 คะแนน)
รพ.ละงู (11.0 คะแนน)

❖ **กลุ่มสีเหลือง (เกรด C) ผลการดำเนินงานปานกลาง (จำนวน 3 แห่ง) :**

รพ.ควนกาหลง (10.0 คะแนน)
รพ.ทุ่งหว้า (10.0 คะแนน)
รพ.มะนัง (9.5 คะแนน)

❖ **กลุ่มสีส้ม (เกรด D) ผลการดำเนินงานต้องปรับปรุง (จำนวน 1 แห่ง) :**

รพ.ควนโดน (8.0 คะแนน)

ถึงแม้จังหวัดสตูลจะมีการกำกับ ติดตามสถานการณ์หน่วยบริการ โดยการใช้เครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพทางการเงิน TPS (Total Performance Score) ซึ่งมีการประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน ในทุกไตรมาส มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่องโดยการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง วิกฤตทางการเงิน ตลอดจนการติดตามรายได้และค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนทางการเงิน (PLANFIN) เป็นรายเดือนและมีการนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับ จังหวัด และที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบสถานการณ์ การเงินของหน่วยบริการในจังหวัดเพื่อนำข้อมูลต่างๆไปประกอบเพื่อการวางแผนการดำเนินงานของหน่วย บริการแล้วก็ตาม แต่ใน ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 พบว่าจังหวัดสตูลมีหน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพด้วยเครื่องมือ TPS มีเพียง 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สตูล รพ.ท่าแพ และ รพ.ละงู คิดเป็นร้อยละ 42.86 โดย

จุดแข็ง (ตัวชี้วัดที่ภาพรวมทำได้ดี)

1.คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (ผ่าน 100%) : หน่วยบริการทั้ง 7 แห่งในจังหวัดสตูล สามารถส่งและผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลอง (ได้ 1.0 คะแนนเต็มทุกแห่ง) ซึ่งสะท้อนถึงระบบบัญชี ขั้นต้นที่สะท้อนความถูกต้องแม่นยำของระบบบัญชี/งบทดลอง

2.ความสามารถในการทำกำไร (EBITDA $\geq$ 0) (ผ่าน 100%) : หน่วยบริการทุกแห่งสามารถ ดำเนินงานให้ EBITDA เป็นบวก

3.การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง (มิติต่ำใช้จ่าย $\pm$ ไม่เกิน 5%) การควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin ในมิติต่ำใช้จ่าย) มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 85.71)

4.การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน การจัดการคลัง (Inventory Management): หน่วยบริการผ่านเกณฑ์จำนวน 6 แห่ง ยกเว้น รพ.ควนโดน (คิดเป็นร้อยละ 85.71) สะท้อนการควบคุมต้นทุนวัสดุและสินค้าคงคลังได้ดี

5.การวัดสภาพคล่องทางการเงิน Net Working Capital (NWC $\geq$ 0) โดยหน่วยบริการผ่าน เกณฑ์จำนวน 6 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 85.71) มีเงินทุนหมุนเวียนเป็นบวก ยกเว้น รพ.มะนัง

จุดอ่อน (ที่ต้องเร่งแก้ไขด่วนที่สุด)

โดยส่วนใหญ่หน่วยบริการในจังหวัดสตูลไม่ผ่านในประเด็นต่อไปนี้

1.ระยะเวลาการชำระหนี้เจ้าหนี้การค้า(A Payment period) และ ระยะเวลาการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC (A Collection Period-UC) : ไม่มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์แม้แต่แห่งเดียว (คิดเป็นร้อยละ 0) โดยหน่วยบริการทุกแห่งได้ 0 คะแนน แสดงถึงการจัดเก็บหนี้จากสิทธิประกันสุขภาพที่ล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งมีปัญหาอย่างมาก

2.การเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ (A Collection Period-CSMBS) : หน่วยบริการผ่านจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สตูล และ รพ.มะนัง (คิดเป็นร้อยละ 28.57%) ที่เหลืออีก 5 แห่งได้ 0 คะแนน

3.ต้นทุนค่าแรงบุคลากร (LC ค่าแรงบุคลากร) : มีหน่วยบริการเพียง 1 แห่งที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.มะนัง (คิดเป็นร้อยละ 14.29) ส่วนอีก 6 แห่งที่เหลือนี้นับต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากรที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับภาระงานหรือรายได้ สะท้อนว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงเกินเกณฑ์เมื่อเทียบกับรายรับหรือผลผลิต

ตารางที่ 127 ร้อยละของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ

หน่วยบริการ	A	B	C	D	F	ผลการประเมิน (คะแนน)		ผลสัมฤทธิ์
รพ.สตูล		✓				B	11.0	5.13
รพ.ควนโดน				✓		D	8.0	3.73
รพ.ควนกาหลง			✓			C	10.0	4.67
รพ.ท่าแพ		✓				B	11.0	5.13
รพ.ละงู		✓				B	11.0	5.13
รพ.ทุ่งหว้า			✓			C	10.0	4.67
รพ.มะนัง			✓			C	9.5	4.43
ค่าเฉลี่ย						C	10.07	4.70
(แห่ง)	-	3	3	1	-	ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 แห่ง		
						ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 42.86		
						ไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 57.14		

ที่มา : <https://hfo69.moph.go.th/> ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569

เกณฑ์คะแนนเชิงปริมาณ

คะแนนเชิงปริมาณ (TPS) : (เต็ม 7 คะแนน)			
คะแนน TPS	คะแนนผลสัมฤทธิ์	เกรด	
≥ 12 คะแนน	≥ 5.6 - 7.0	ดีมาก	A
≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน	4.9 - 5.4	ดี	B
≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน	4.2 - 4.7	พอใช้	C
≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน	3.5 - 4.0	ต้องปรับปรุง	D
< 7.5 คะแนน	0 - 3.3	ไม่ผ่าน	F

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การวัดเชิงคุณภาพ (TP3S) การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการบริหารจัดการคุณภาพ TPS คือ เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข คิดเป็นสัดส่วน 30% หรือ 30% มาจากการประเมินผล TP3S :

วิธีการประเมินผล : การประเมินผล TP3S แบ่งเป็น

1. การมอบหมายงาน (Structure)
2. การปฏิบัติงานของบุคลากร (Staff)
3. การกำกับ-ติดตามต่อเนื่อง (System)

ตารางที่ 128 เกณฑ์การวัดเชิงคุณภาพ (TP3S)

3S	การประเมินเชิงคุณภาพ	มุ่งเน้น
(Structure) การมอบหมายงาน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยบริการในด้านที่เกี่ยวข้อง (อาทิ เช่น ด้านแผนยุทธศาสตร์ แผนกจัดบริการ ประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ การเงิน บัญชี การจัดเก็บรายได้ บุคลากร และพัสดุ รวมทั้งผู้บริหารและ CFO)	จัดตั้งระบบ โครงสร้างทีม มอบหมายงานที่ชัดเจน โดยออกแบบกระบวนการที่เกี่ยวข้องสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาสู่เป้าหมาย
(Staff) การปฏิบัติงานของบุคลากร	1. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมาย 2. ผู้รับผิดชอบมี Flow chart ของทุกกระบวนการ กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน 3. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติตาม Flow chart ของทุกกระบวนการ	ปฏิบัติและปรับปรุงตามระบบ (ทำ , เก็บข้อมูล , แก้ไข) ตามขั้นตอนระเบียบ และระบบที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
(System) การกำกับ ติดตามต่อเนื่อง	1. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่กำกับติดตาม 2. มีผลการกำกับติดตามในวาระการประชุม เปรียบเทียบข้อมูลปัจจุบันกับข้อมูลรายงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3. รายงานที่ดี แสดงการวิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี 4. รายงานที่ดี มีผลการเปรียบเทียบกับหน่วยงานในระดับเดียวกัน 5. จัดทำรายงานสรุปปัญหา แนวทางการแก้ไข พร้อมข้อเสนอแนะ และพัฒนาตัวคุณภาพองค์กร	กำกับอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ติดตาม วิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลและรายงานสู่การตัดสินใจระดับสูง (ติดตามภาพใหญ่ , พัฒนางองค์กร)

ตารางที่ 129 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (TP3S) ณ ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำแนกรายอำเภอ

โรงพยาบาล	คะแนน TPS (TP3S)	ผลสัมฤทธิ์	ระดับ
รพ.สตูล	32	2.67	5
รพ.ควนโดน	26	2.17	5
รพ.ควนกาหลง	32	2.67	5
รพ.ท่าแพ	34	2.83	5
รพ.ละงู	30	2.50	5
รพ.ทุ่งหว้า	29	2.42	5
รพ.มะนัง	28	2.33	5
ค่าเฉลี่ย	30.14	2.51	5

ที่มา : <https://hfo69.moph.go.th/> ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569

หมายเหตุ : โรงพยาบาลประเมินตนเอง

เกณฑ์คะแนนเชิงปริมาณ

คะแนนเชิงคุณภาพ (TP3S) : (เต็ม 3 คะแนน)			
ระดับ	คะแนน TPS (TP3S)	คะแนนผลสัมฤทธิ์	คะแนนคุณภาพ
5	25 – 36	>2	ต่อเนื่อง
4	19 – 24	>1.5 - 2	ควบคุม
3	13 – 18	>1 - 1.5	ปฏิบัติ
2	7 – 12	0.5 - 1	มอบหมาย
1	0 – 6	<0.5	ปรับปรุง 3S

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
คะแนน TPS ได้ 10.07 คะแนน เกรต C	คะแนน TP3S ได้ 30.14 คะแนน ระดับ 5
$(10.07 \times 7) \div 15 = 4.7$	$(30.14 \div 12) = 2.51$
7 คะแนน + 2.7 คะแนน = 7.21 คะแนน	

ตารางที่ 130 ตารางคะแนนการส่งบททดลองของหน่วยบริการ ณ เดือน เมษายน 2569 จังหวัดสตูล
จำแนกตามหน่วยบริการ

หน่วยบริการ	คะแนนการส่งบททดลอง	ผลการประเมิน
รพ.สตูล	100	ผ่าน
รพ.ควนโดน	100	ผ่าน
รพ.ควนกาหลง	100	ผ่าน
รพ.ท่าแพ	100	ผ่าน
รพ.ละงู	100	ผ่าน
รพ.ทุ่งหว้า	100	ผ่าน
รพ.มะนัง	100	ผ่าน
จังหวัดสตูล	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	ผ่าน

ที่มา : <https://hfo69.moph.go.th/> ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569

คะแนนการส่งบททดลองของหน่วยบริการมีค่าเป้าหมายที่หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การตรวจสอบด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 โดยบททดลองจะต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาตามหลักการทำงานด้านบัญชี คะแนนการส่งบททดลองของหน่วยบริการในจังหวัดสตูล ณ เดือน เมษายน 2569 พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์คะแนนการส่งบททดลองทุกแห่ง (7 แห่ง) โดยคิดเป็นร้อยละ 100

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มาตรการสำคัญมี ดังนี้

1. จัดสรรเงินกองทุน UC ในส่วนของเงินกันบริหารระดับเขต/ระดับประเทศ (เงิน CF) แก่หน่วยบริการที่มีปัญหาทางการเงิน
2. มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่องในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทุกเดือน
3. มาตรการลงทุนตามความจำเป็น
4. นำระบบ IT (Dash Board) เพื่อใช้สื่อสาร กำกับ และติดตามด้านการเงินการคลังของจังหวัด
5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดเก็บรายได้และการเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลโดยการจัดอบรมการใช้โปรแกรม Data Audit
6. ลดต้นทุนด้าน Lab ด้วยวิธีการเช่าเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติพร้อมน้ำยาร่วมและมีราคาอ้างอิงวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 156 รายการ และลดต้นทุนด้านยาโดยวิธีการสืบราคาและการอ้างอิงราคาจาก รพ.สตูล จำนวน 136 รายการ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทวิทยาศาสตร์ใช้วิธีการสืบราคา จำนวน 50 รายการ
7. มาตรการตามจ่าย/ชำระหนี้ระหว่างกัน กรณี OP-AE ,OP-Refer และ OP Anywhere นอก CUP ในจังหวัด
8. ให้หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.ละงู และ รพ.มะนัง เร่งรัดตามมาตรการ LOI อย่างจริงจัง และมีแนวคิดจะให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดทำมาตรการเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยเช่นกัน
9. หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการตามแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงอย่างเคร่งครัด

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง
2. พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ (มุ่งเน้นงานเวชระเบียนหน่วยบริการในจังหวัด)
3. มีการกำกับและติดตามหน่วยบริการโดยใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน
Total Performance Score: TPS (TP3S) / ตรวจสอบคุณภาพบัญชีทุกเดือน
4. มีการติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดสตูล โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และการประชุม กวป.ทุกเดือน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 5.1 หน่วยบริการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดบริการ
 - 5.1.1 หน่วยบริการที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย (จังหวัดสตูลได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวน้อย เนื่องจากสตูลเป็นจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง โดยหน่วยบริการ 5 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง มีประชากรน้อยกว่า 30,000 คน)
 - 5.1.2 หน่วยบริการมีภาระการหักค่าใช้จ่ายด้านค่าแรงที่สูง เช่น ค่าตอบแทนเงินเดือนและค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รวมถึงเงินเพิ่มพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ
- 5.2 หน่วยบริการยังไม่ดำเนินการตามมาตรการเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างจริงจัง
- 5.3 หน่วยบริการบริหารจัดการรายรับและรายจ่ายไม่เป็นไปตามแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 6.1 อยากให้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพที่ 12
- 6.2 อยากให้มีการจัดการประชุมโดยส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นเครือข่าย สามารถสอบถามเกี่ยวกับงานเร่งด่วนและงานที่ทำประจำและสามารถขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลได้ง่ายยิ่งขึ้น
- 6.3 อยากให้มีการจัดสรรเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่หน่วยบริการที่ประสบปัญหาด้านรายได้เงิน UC ที่ลดลง ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ

7. ปัจจัยความสำเร็จ

- 7.1 การให้ความสำคัญต่อการจัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง
- 7.2 การให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
- 7.3 มีการกำกับและติดตามหน่วยบริการโดยการใช้อำนาจประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน
Total Performance Score: TPS (TP3S) / ตรวจสอบคุณภาพบัญชีทุกเดือน
- 7.4 มีการติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดสตูล โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และการประชุม กวป.ทุกเดือน

8. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นายเลิศวิทย์ รัตนะ
ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 061 -9939915
E-mail loedwitruttana@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569

ประเด็นที่ 8 : Cyber Security

Cyber Security

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับสูง

2. สถานการณ์

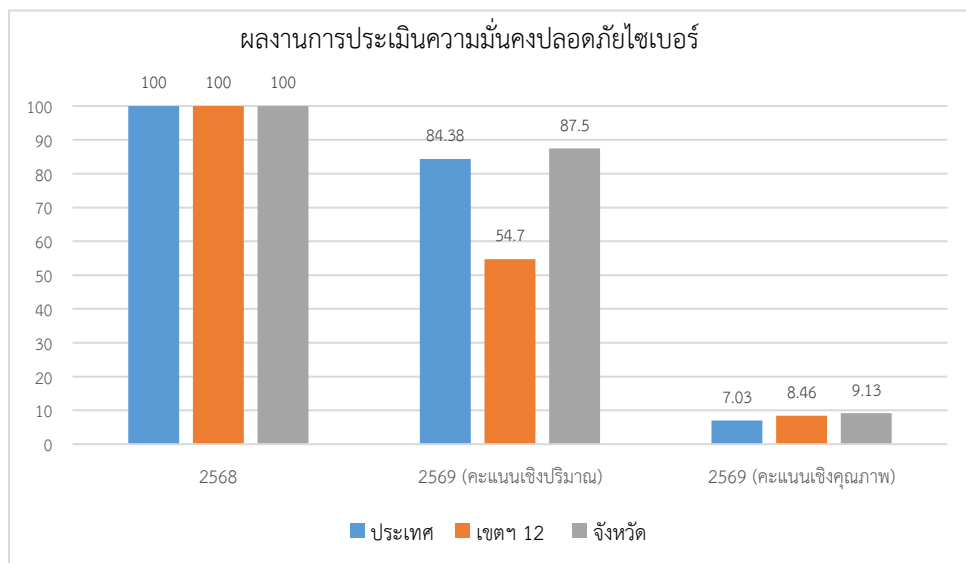
ตามที่ คณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ มีนโยบายและแผนปฏิบัติการว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (พ.ศ. 2565 - 2570) เพื่อเป็นแผนแม่บทในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของประเทศไทย การพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ในภาพรวมที่ครอบคลุมทุกมิติ และเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินการด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ซึ่งสอดคล้องกับความมั่นคงแผนย่อย การป้องกันและแก้ไขปัญห (ความมั่นคงทางไซเบอร์)

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเชิงปริมาณในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ดำเนินการแล้ว จำนวน 17 ข้อ 8 แห่ง ร้อยละ 100 โดยประเด็นอุปสรรคที่พบในหน่วยงานคือ งบประมาณในการดำเนินการข้อ 15 ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ และ ข้อ 17 Penetration Testing ได้ดำเนินการโดยให้ผู้รับผิดชอบ Pentester ที่ได้รับการรับรองเข้าดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดทำรายงานให้แล้วเสร็จ ภายในไตรมาสที่ 4

ตารางที่ 131 ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง จังหวัดสตูลปีงบประมาณ พ.ศ.2568 – 2569

ปีงบประมาณ	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2568	100	100	100
2569 (คะแนนเชิงปริมาณ)	84.38	54.7	87.5
2569 (คะแนนเชิงคุณภาพ)	7.03	8.46	9.13

ที่มา : <https://ctam.moph.go.th/>



แผนภูมิที่ 3 สถานการณ์ผลงานการประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณและเชิงผลกระทบ

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ

ตารางที่ 132 ผลการดำเนินการหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)

หน่วยงาน	เชิงปริมาณ : 70% (10 คะแนน)		เชิงผลกระทบ : 30 % (100 คะแนน)			
	1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง (จำนวนข้อที่ผ่าน)		2. หน่วยบริการภายในเขตสุขภาพเกิดเหตุการณ์การโจมตีทางไซเบอร์จากระบบHIS หรือ Website องค์กร หรือ Facebook องค์กร จนทำให้ระบบไม่สามารถให้บริการได้ โดยใช้เวลาดำเนินการ 73 - 96 ชั่วโมง		3. มีเหตุการณ์รั่วไหลของฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS Data Breach) หรือมีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ และ ศาลวินิจัยโทษทางปกครอง ระดับร้ายแรง ปรับ 3 ล้านบาท - 1 ล้านบาท	
	จำนวนข้อที่ผ่าน	ผล	ผลการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ผลการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย
	(เต็ม 17)			50		50
สสจ.สตูล	17	รอผลการ	1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.สตูล	17	ประเมินรับรอง	1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.ควนโดน	17	จากศทส.	1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.ควนกาหลง	17		1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.ท่าแพ	17		1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50

หน่วยงาน	เชิงปริมาณ : 70% (10 คะแนน)		เชิงผลกระทบ : 30 % (100 คะแนน)			
	1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง (จำนวนข้อที่ผ่าน)		2. หน่วยบริการภายในเขตสุขภาพเกิดเหตุการณ์การโจมตีทางไซเบอร์จากระบบHIS หรือ Website องค์กร หรือ Facebook องค์กร จนทำให้ระบบไม่สามารถให้บริการได้ โดยใช้เวลาดำเนินการ 73 - 96 ชั่วโมง		3. มีเหตุการณ์รั่วไหลของฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS Data Breach) หรือมีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ และ ศาลวินิจฉัยโทษทางปกครองระดับร้ายแรง ปรับ 3 ล้านบาท - 1 ล้านบาท	
	จำนวนข้อที่ผ่าน (เต็ม 17)	ผล	ผลการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ผลการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย
				50		50
รพ.ละงู	17		1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.ทุ่งหว้า	17		1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50
รพ.มะนัง	17		1.ไม่เกิดเหตุการณ์ (50 คะแนน)	50	1.ไม่มีเหตุการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ (50)	50

ที่มา : คณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะกรรมการเขตและกระทรวง ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)

ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

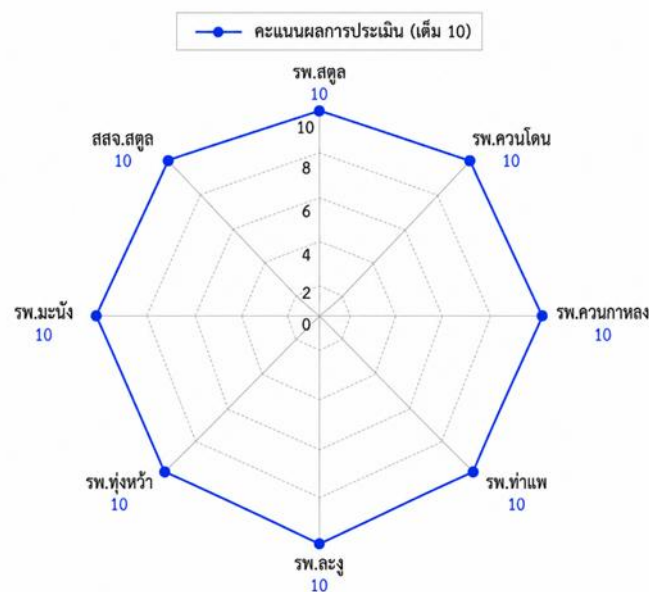
หน่วยบริการทุกแห่งผ่านการประเมินเชิงคุณภาพ ระดับ 5: ดีเยี่ยม (ช่วงคะแนน 86 – 100) ไม่เกิดเหตุการณ์โจมตีทางไซเบอร์จนระบบล่ม และไม่มีเหตุข้อมูลรั่วไหลที่ถูกกลโกง

ตารางที่ 133 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

สสจ.สตูล	ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ (30%)	คะแนนผลการประเมิน
รพ.สตูล	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.ควนโดน	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.ควนกาหลง	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.ท่าแพ	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.ละงู	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.ทุ่งหว้า	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
รพ.มะนัง	$10 \times 0.7 = 7$	$(100 \div 10) \times 0.3 = 3$	10
ภาพรวมจังหวัด			คิดเป็น 100%

ผลการประเมินการดำเนินงานตรวจราชการ

คิดอัตราส่วน ๗๐ : ๓๐ (เกณฑ์คะแนนเต็ม 10)



แผนภูมิที่ 4 คะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

กลไกการดำเนินงาน (Implementation Measures)

1. การปรับปรุงระบบเครือข่ายและสารสนเทศ : ดำเนินการตามเกณฑ์เทคนิคทั้ง 17 ข้อ โดยให้ความสำคัญกับการทำ Hardening ระบบและอุปกรณ์
2. กลไกการตรวจประเมิน : หน่วยงานต้องประเมินตนเอง (Self-Assessment) หรือใช้ผู้เชี่ยวชาญอิสระในการตรวจสอบ และรวบรวมหลักฐานประกอบ (เช่น รายงานผล VA, ภาพหน้าจอ การตั้งค่า Backup)
3. วงรอบการรายงานผล : ส่งผลประเมินพร้อมหลักฐานผ่านช่องทางที่ ศทส.สป.สธ. กำหนด CTAM+ เพื่อให้มีการติดตามความคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง
4. กลไกการควบคุมคุณภาพ : คณะทำงานระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ทำหน้าที่กำกับดูแล ให้คำปรึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งส่วนกลาง
5. การยืนยันผลและการแสดงผล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) จะยืนยันผลการประเมิน ทุกวันศุกร์ และแสดงผลผ่าน Dashboard กลางเพื่อให้ผู้บริหารติดตามได้แบบ Real-time

ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ (Strategic Recommendations)

1. การสนับสนุนจากส่วนกลางและเขตสุขภาพ : ควรมี “ทีมที่ปรึกษา (Cyber Security Mentor)” ในระดับเขต เพื่อช่วยสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ขาดแคลนบุคลากรไอที
2. การบูรณาการงบประมาณ : ควรกำหนดให้งบประมาณด้าน Cybersecurity เป็นส่วนหนึ่งของ งบดำเนินงานปกติ ไม่ใช่งบโครงการชั่วคราว เพื่อความยั่งยืนในการต่ออายุ License หรือ Maintenance
3. การซ้อมแผนเผชิญเหตุ (Tabletop Exercise) : ผู้บริหารควรเข้าร่วมการซ้อมแผน BCP/DRP อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อเกิดเหตุจริงจะสามารถสั่งการได้ทันทั่วทั้งที่
4. ความร่วมมือกับภาคเอกชน/เครือข่าย : ในกรณีที่เกณฑ์เทคนิคบางข้อมีความซับซ้อนสูง (เช่น SIEM หรือ Pentest) หน่วยงานอาจพิจารณาใช้บริการแบบ Managed Security Service Provider (MSSP) เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด
5. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย : กำหนดให้ “ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์” เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความดีความชอบหรือผลงานของหน่วยงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเกณฑ์

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. การพัฒนาคน (People Development) :
 - จัดตั้งทีม Cybersecurity Incident Response Team (CIRT) ของหน่วยงาน
 - ส่งเสริมให้บุคลากรสาย IT ได้รับใบรับรองมาตรฐานสากล (เช่น Security+, CISSP)
2. การพัฒนากระบวนการ (Process Optimization) :
 - ยกระดับจาก CTAM+ ไปสู่มาตรฐาน ISO/IEC 27001 หรือมาตรฐานที่สูงขึ้น
 - ปรับปรุงนโยบายความปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) ให้ทันสมัยตามเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป
3. การพัฒนาเทคโนโลยี (Technology Innovation) :
 - พิจารณาระบบ Zero Trust Architecture (ZTA) มาใช้ในอนาคต
 - บูรณาการระบบ SIEM ร่วมกับ AI เพื่อตรวจจับภัยคุกคามแบบอัตโนมัติ (Automated Threat Detection)
4. การประเมินความคุ้มค่า (Impact Assessment) :
 - ประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome/Impact) ตามสัดส่วน 30% ของเกณฑ์กระทรวงฯ เพื่อดูความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 การ Pentest ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน มาตรฐานในการ Pentest ของหน่วยงานแต่ละแห่งไม่ตรงกัน

5.2 การใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ การรักษาลิขสิทธิ์ซอฟต์แวร์สำหรับระบบงานและเครื่องคอมพิวเตอร์สำคัญทั้งหมดมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงค่าบำรุงรักษา (MA) ที่เป็นภาระทางการเงินต่อเนื่อง

5.3 เสนอแนะให้มีการทำ Pentest ไขว้ระดับจังหวัด

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 คณะทำงานระดับจังหวัด ให้คณะทำงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เข้ามาช่วยตรวจสอบและรับรองผล ซึ่งเกณฑ์ระบุว่า สามารถให้การรับรองได้เทียบเท่าเอกชน

6.2 ปรับเปลี่ยนไปใช้ซอฟต์แวร์ Opensource เสนอให้โรงพยาบาลนำซอฟต์แวร์แบบ Opensource มาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อลดการพึ่งพาหน่วยงานเอกชน และลดภาระงบประมาณลิขสิทธิ์

6.3 กลไกการต่อรองงบประมาณร่วมกัน ภายในจังหวัดหรือเขตสุขภาพควรช่วยกันต่อรองในส่วนที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ เช่น ค่า MA, Server หรือ Firewall เพื่อให้ได้ราคาที่เหมาะสม

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จจากโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Cyber Security ของเขตสุขภาพที่ 12 ส่งผลให้การดำเนินการ ค้นหาช่องโหว่ของระบบของหน่วยต่างๆ ที่ได้รับการยินยอมให้ Pentester ได้ผ่านการอบรมในจังหวัด ค้นหาช่องโหว่ แบบได้มาตรฐาน ถูกต้องตามหลักสากล และ นำไปเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล ให้สามารถดูแลระบบและสามารถพึ่งพาตนเองได้

8. ภาพการดำเนินงาน

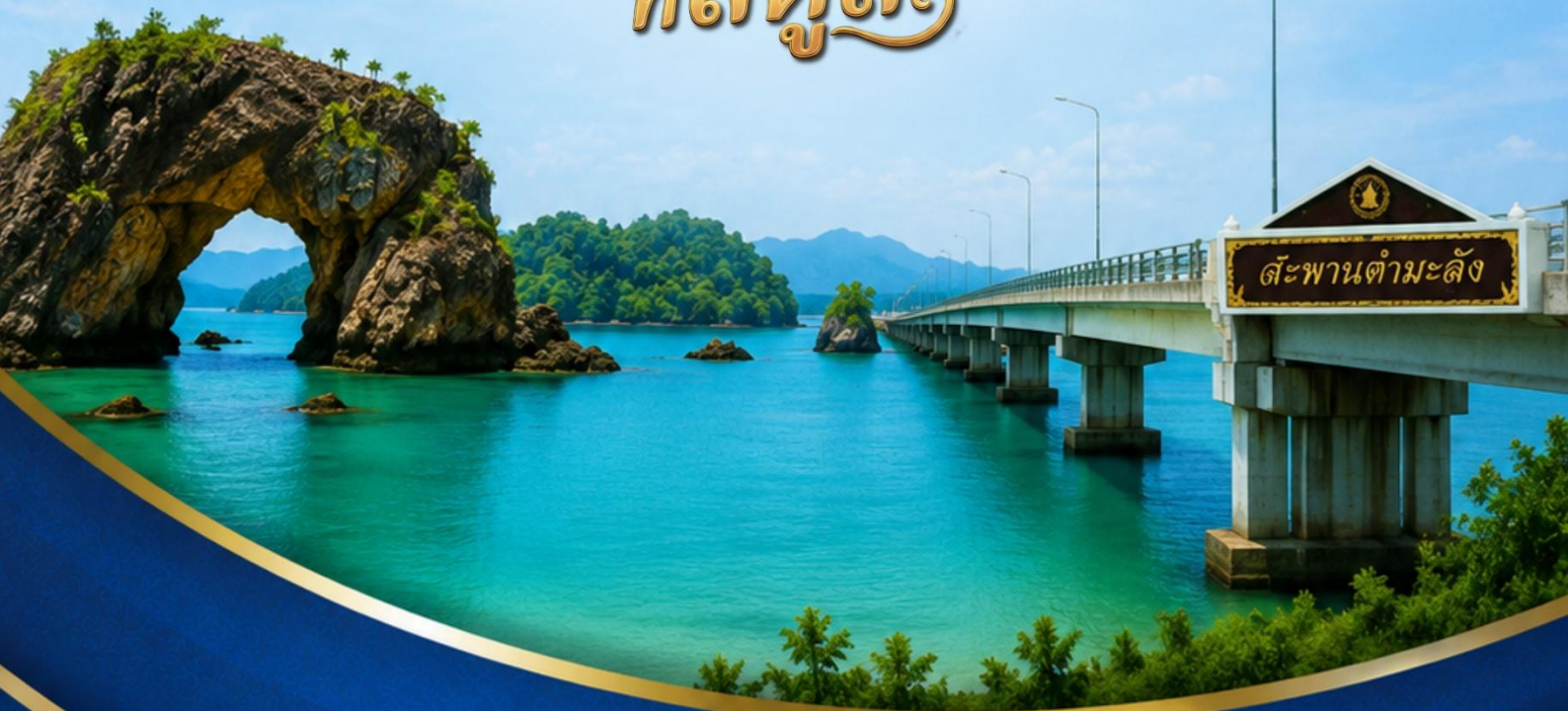


ผู้รายงาน นายประณต มหาวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 085-8934713
E-mail mamyboyman@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2569



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
Satun Provincial Public Health Office

ชีวิตดี..
ที่สตูล



074-711071



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล



satun.moph.go.th