

วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงาน
“อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
(MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response)

หน่วยงานเจ้าภาพ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ

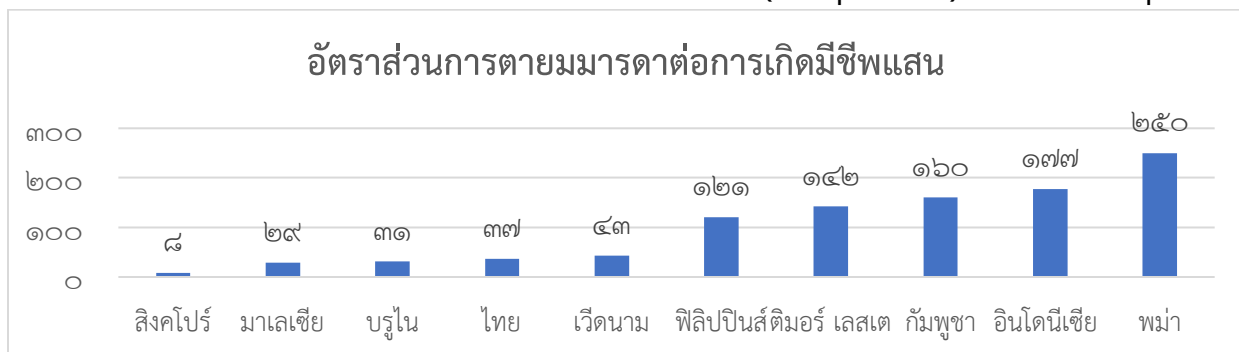
คำนิยามการตายมารดาในประเทศไทย

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

กลไกการขับเคลื่อนงานลดการตายมารดาในประเทศไทย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำและขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายในระดับพื้นที่ ซึ่งมีการติดตามผลการดำเนินงานแบบรายเดือน ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงทีในการออกมาตรการป้องกันได้อย่างทันท่วงทีและมีข้อมูลที่แม่นยำ น่าเชื่อถือ สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดมีข้อมูล สารสนเทศ ตลอดจนสามารถนำความรู้ที่นำมาใช้เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ได้

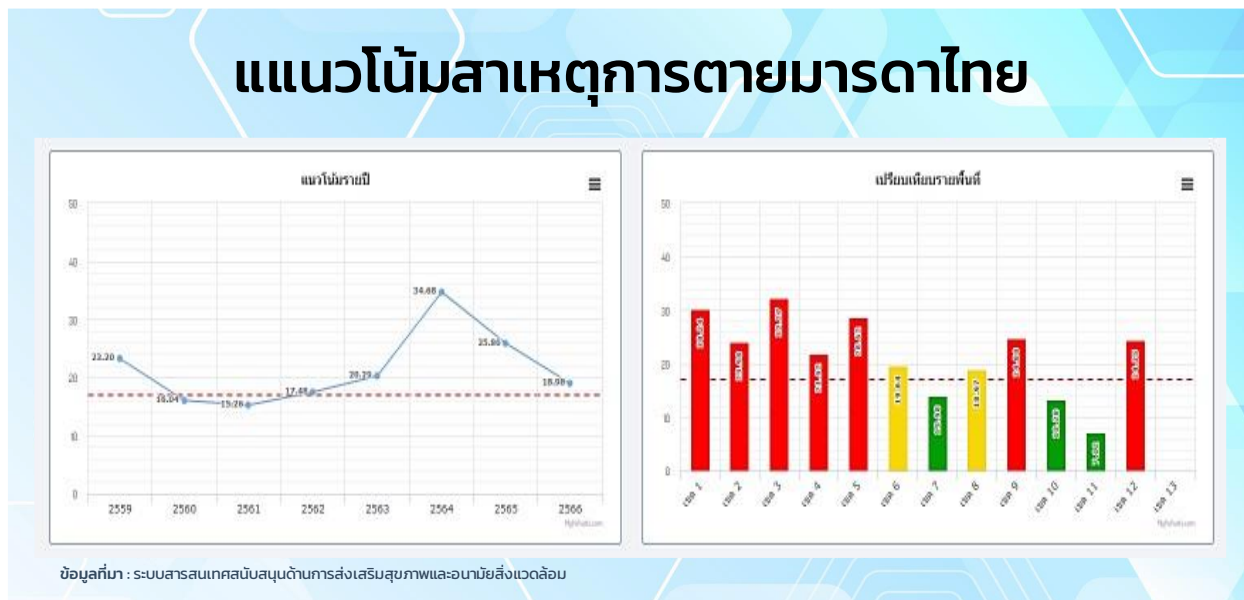
ผลการดำเนินงานการตายมารดาของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับ (Comparisons) กับประเทศอื่นๆ



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

จากข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานขององค์การอนามัย ค.ศ. 2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) ภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาถึง 525 รายต่อแสนการเกิดมีชีพ ภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อแสนการเกิดมีชีพ และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยเทียบกับประเทศในภูมิภาคอาเซียนพบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยในปี 2020 ต่ำเป็นอันดับ 4 (37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากประเทศสิงคโปร์ (8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (29 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และ บรูไน (31 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

แนวโน้ม T (Trends) การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในประเทศไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System)
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันกรมอนามัยสามารถจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก แต่ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาของประเทศไทยก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๘.๘๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

สถานการณ์การตายมารดาไทยและผลการดำเนินงานในปัจจุบัน ประจำปีงบประมาณ 2566 Le (Level)
(MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงาน เทียบ เป้าหมาย
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	22.5	22.9	39.8	25.66	19.44	●
2. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	-	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	4.9/1000	4.5/1000	●
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	-	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	4.0/1000	4.13	
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	4.5/1000	4.4/1000	●
5. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	-	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	7.3/1000	6.9/1000	
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	80.28	87.24	81.5	81.5	75.84	●
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครรภ์ ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	65.04	68.49	71.01	70.4	55.68	●
8. อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด	-	1.60/100	1.56/100	1.64/100	1.62/100	1.58/100	
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	9.9	9.5	9.8	10.27	10.49	●
10. ร้อยละของเด็กแรกเกิด ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	79.71	80.07	79.62	77.14	60.53	●

● = ไม่ผ่านเป้าหมาย ● = ผ่านเป้าหมาย

ภาพประชุม กพร. ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 18 มกราคม 2566

จัดทำโดย : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.65-มี.ย.66

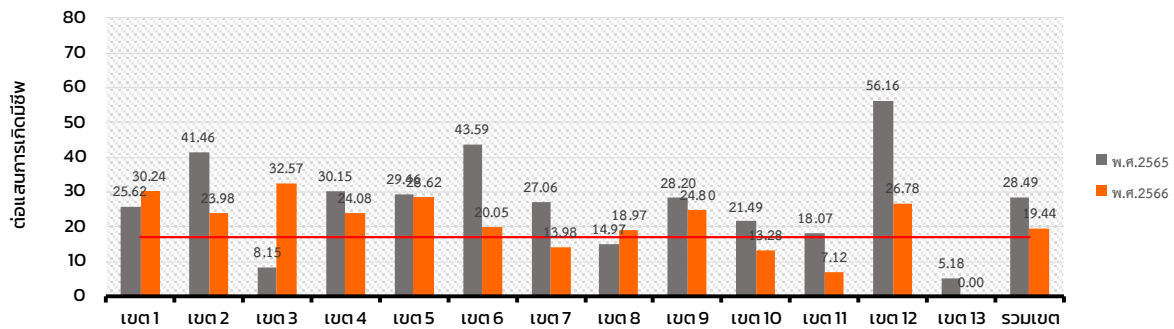
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกขึ้น เพื่อใช้กำกับติดตามสถานการณ์สุขภาพและการดำเนินงานมารดาและทารกผ่านตัวชี้วัดสำคัญทั้ง 10 ตัว เพื่อเฝ้าระวังสถานะสุขภาพและการตายมารดาและทารกแบบรายเดือน ทำให้กรมอนามัยมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์หาปัจจัยของปัญหา และออกมาตรการเพื่อป้องกันได้อย่างทันที่ และสอดคล้องตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพของโลกสามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับนานาชาติเพื่อไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

ตารางเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตในช่วงเวลาเดียวกัน
ระหว่างปีงบประมาณ 2565 กับ 2566 (ต.ค. - มิ.ย.)

2565 มารดาไทย 104 ราย เด็กเกิด 365,051 คน MMR = 28.49 / 100,000 LB
มารดาต่างด้าว 8 ราย เด็กเกิด 24,042 คน MMR = 33.28 / 100,000 LB

2566 มารดาไทย 71 ราย เด็กเกิด 365,290 คน MMR = 19.44 / 100,000 LB
มารดาต่างด้าว 8 ราย เด็กเกิด 27,187 คน MMR = 29.98 / 100,000 LB



จัดทำโดย : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.65-มิ.ย.66

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System)
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

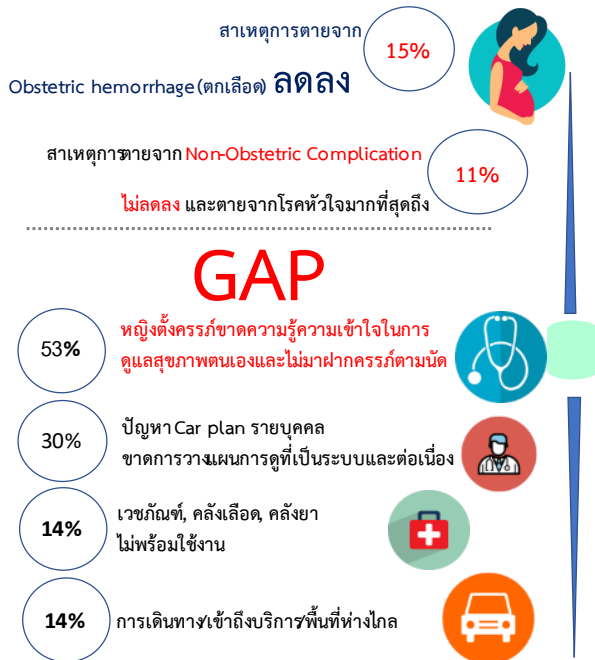
ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน 71 คน (ต.ค.65 - มิ.ย.66) คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 19.44 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 (32.57), 1 (30.24), และ 5 (28.62) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างจากปี พ.ศ. 2565 ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 28.49 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 (38.4), 12 (37.9), และ 2 (34.9) ตามลำดับ

อัตราส่วนการตายมารดายังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรม ได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด Obstetric hemorrhage จำนวน 14 ราย ถึงแม้ว่าการตายจากการตกเลือดจะลดลงจากปีงบประมาณ 2565 อย่างไรก็ตามในปี 2566 ก็ยังพบว่าสาเหตุการตายจากการตกเลือดก็ยังเป็นสาเหตุหลักของตายทั้งหมด และยังพบว่าร้อยละ 40 ของความล่าช้าที่เป็นเหตุทำให้มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากบุคลากรขาดทักษะการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการตัดสินใจส่งต่อ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2566 พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง 29 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรค NCD

สรุปผลการดำเนินงานตามมาตรการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ปี 2566

มาตรการสำคัญตัวชี้วัด อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ

1. ลดการตายมารดา จากสาเหตุที่ป้องกันได้ PPH, PIH
2. คุ่มกำเนิดผู้ป่วยอายุรกรรมเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (Contraception NCD)



มาตรการป้องกันการตกเลือด

- **Zoning สุกติแพทย์** จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤตแบบเครือข่ายระดับจังหวัด
- **Mapping Blood Bank** บริหารจัดการคลังเลือด คลังยาแบบเครือข่าย
- **ส่งต่อ** หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า

วางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง Contraception NCD

- **ค้นหา** หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ **คัดกรอง** และ **จัดการความเสี่ยง** แบบเชิงรุก
- วางแผนครอบครัวหญิงวัยเจริญพันธุ์ **ผู้ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง** เพื่อการ **ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย**

ติดตาม

กำกับติดตามการกบฏวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาสาเหตุการตาย

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

จากการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนดพบว่า การตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด “ลดลง” ร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 ถือว่าการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการลดการตายมารดา ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่ามาตรการลดการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมกลับมีผลการดำเนินงานที่ยังไม่สามารถปิด GAP ของปัญหาได้ การตายจากโรคอายุรกรรมไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การตายจากโรคอายุรกรรมที่พบมากที่สุดมาจากโรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ และเส้นเลือดในสมองแตก อันมีผลมาจากการป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ป่วยอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนแม่ตั้งครรภ์ และมีอาการรุนแรงขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์จนไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลให้เกิดการตายมารดาและการตายทารกแรก ปัญหาอุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง ความพร้อมของทรัพยากร บุคลากร และระบบส่งต่อ 2) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3) การตายจากโรคอายุรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามถึงแม้ความหวังในการลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยจักยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศ แต่ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานเป็นผลมาจาก

1) ภาควิชาที่เข้มแข็งและประกอบด้วยหลายภาคส่วนทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ WHO unicef ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อาจารย์จาก โรงเรียนแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จากศูนย์อนามัยและจากส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานอนามัยแม่ และเด็กร่วมกัน

ภาพข่าวกิจกรรม
สำนักส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 13/2564

ประชุมหารือการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านแม่และเด็กสำหรับภาคพยาบาล

วันที่ 23 เมษายน 2564 เวลา 13.30 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมศูนย์อนามัยที่ 5 รัตนโกสินทร์

3.13 ส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 4 วัฒนธรรมสุขภาพจากวิชาชีพสุขภาพในเขตต้นแบบภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อาจารย์จาก โรงเรียนแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จากศูนย์อนามัยและจากส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานอนามัยแม่ และเด็กร่วมกัน

ภาพข่าวกิจกรรม
สำนักส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 14/2564

ประชุมหารือการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านแม่และเด็กสำหรับภาคพยาบาล

วันที่ 24 เมษายน 2564 เวลา 13.30 - 16.30 น.

3.13 ส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 4 วัฒนธรรมสุขภาพจากวิชาชีพสุขภาพในเขตต้นแบบภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อาจารย์จาก โรงเรียนแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จากศูนย์อนามัยและจากส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานอนามัยแม่ และเด็กร่วมกัน

ภาพข่าวกิจกรรม
กองอนามัยบรรดาและถารก วันที่ 23/2564

เข้าพบประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อหารือแนวทางการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

วันที่ 23 เมษายน 2566 นายแพทย์โอฬาริก นุสิกุลวงศ์ ผู้อำนวยการกองอนามัยบรรดาและถารก กรมอนามัย เข้าพบศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิทยา ธิวาทินธ์ ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พร้อมด้วย นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี เลขาธิการสำนักนายแพทย์สาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อขอปรึกษาหารือแนวทางการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ณ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

ภาพข่าวกิจกรรม
กองอนามัยบรรดาและถารก วันที่ 27/2566

เข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด กระทรวงมหาดไทย

วันที่ 24 เมษายน 2566 นายแพทย์โอฬาริก นุสิกุลวงศ์ ผู้อำนวยการกองอนามัยบรรดาและถารก เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมการประชุมและหารือแนวทางการขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ณ ห้องประชุมราชพัชร ชั้น 5 อาคารดำรงราชานุสรณ์ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร

กรมอนามัยส่งเสริมสุขภาพไทยสุขภาพดี
www.anamai.moph.go.th

ภาพข่าวกิจกรรม
กองอนามัยบรรดาและถารก วันที่ 23/2566

เข้าพบประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อหารือแนวทางการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

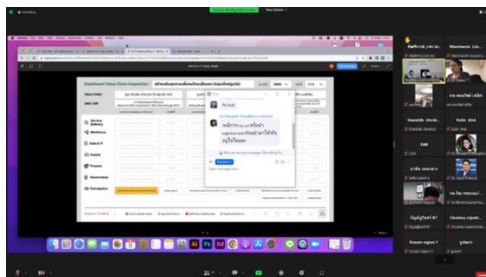
วันที่ 5 เมษายน 2566 นายแพทย์โอฬาริก นุสิกุลวงศ์ ผู้อำนวยการกองอนามัยบรรดาและถารก กรมอนามัย เข้าพบศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิทยา ธิวาทินธ์ ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พร้อมด้วย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ขแมร์ เวภารภิณี นายคณบดีเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) เพื่อขอปรึกษาหารือแนวทางการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ณ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

กรมอนามัยส่งเสริมสุขภาพไทยสุขภาพดี
www.anamai.moph.go.th

2) การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานในระดับประเทศ ภูมิภาค ระดับจังหวัด รวมถึงระดับโรงพยาบาล ที่เข้มแข็ง ชัดเจน ดำเนินงานเป็นรูปธรรม เช่น คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH MCH Board) คณะอนุกรรมการมารดาและทารกปริกำเนิด คณะทำงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต จังหวัด เป็นต้น



3) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พัฒนางานความรู้ด้าน ทักษะ นอกจากนี้ยังมีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรการ และคืนข้อมูลเพื่อการ พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง




ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

การแปลงแนวทางการพัฒนาสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม

หลักการบริหารงานคุณภาพ (Plan – Do – Check – Act : PDCA)




ปรับปรุง แก้ไขกระบวนการ ดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายทิศทางการพัฒนา เพื่อให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข




How are the improvements going ?

จัดทำแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน

กำหนดกิจกรรมพื้นฐานที่พื้นที่ควรทำ เช่น ณ วันนี้ เราทราบ สาเหตุมากกว่า 50% ที่ทำให้มารดาเสียชีวิต คือ **เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด** ซึ่งเกิดจากบุคลากรขาดทักษะการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการตัดสินใจส่งต่อ เราควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่สำคัญ ในการเพิ่มพูนทักษะแพทย์และบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ ทบทวนแนวทาง **การตกเลือดหลังคลอด** ต้องมีกิจกรรมรวบรวมผลการทบทวน case กรณีมารดาเสียชีวิตทุกราย




Now everyone can focus on the next step



กลไกการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล


ผู้บริหารทุกระดับกำกับ **ติดตาม ตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพและบูรณาการในทุกกระดับ** เช่น การตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวง ภูมิภาค และบูรณาการระหว่างกระทรวงระดับเขต ระดับจังหวัด



Much easier to find solutions when we know where we are heading

กิจกรรม Workshop

การแปลงแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ โดยการ **ทำ House model และ Small Success ที่ชัดเจน แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่เป็น checklist ให้พื้นที่ใช้ประเมินตนเองได้จริง** โดยแบ่งค่าเป้าหมายทุก 5 ปี ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข



We make small improvements every day

- 1) ปรับปรุง แก้ไขกระบวนการดำเนินงานในระดับประเทศ เขต และพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาเฉพาะของพื้นที่มากยิ่งขึ้น
- 2) สร้างโอกาสการเรียนรู้ของส่วนภูมิภาคถึงเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาของประเทศ เพื่อให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขพร้อมๆกัน
- 3) การแปลงแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ โดยการ **ทำ House model และ Small Success ที่ชัดเจน แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่เป็น checklist ให้พื้นที่ใช้ประเมินตนเองได้จริง** โดยแบ่งค่าเป้าหมายทุก 5 ปี ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข
- 4) ลดการตายมารดา เน้นเพิ่มพูนทักษะแพทย์และบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ ทบทวนแนวทางการตกเลือดหลังคลอด ทบทวน case กรณีมารดาเสียชีวิตทุกราย
- 5) กำหนดกลไกการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล ผู้บริหารทุกระดับ กำกับ ติดตาม ตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพและบูรณาการในทุกกระดับ เช่น การตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวง (กรณีปกติและบูรณาการระหว่างกระทรวง) ระดับเขต ระดับจังหวัด