

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)

วิสัยทัศน์

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความร่วมมือของทุกภาคส่วนสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรค NCDs ที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืนภายในปี พ.ศ. 2570

ยุทธศาสตร์ที่ 1
บูรณาการเครือข่าย
ทุกภาคส่วน
ในการจัดการโรค NCDs

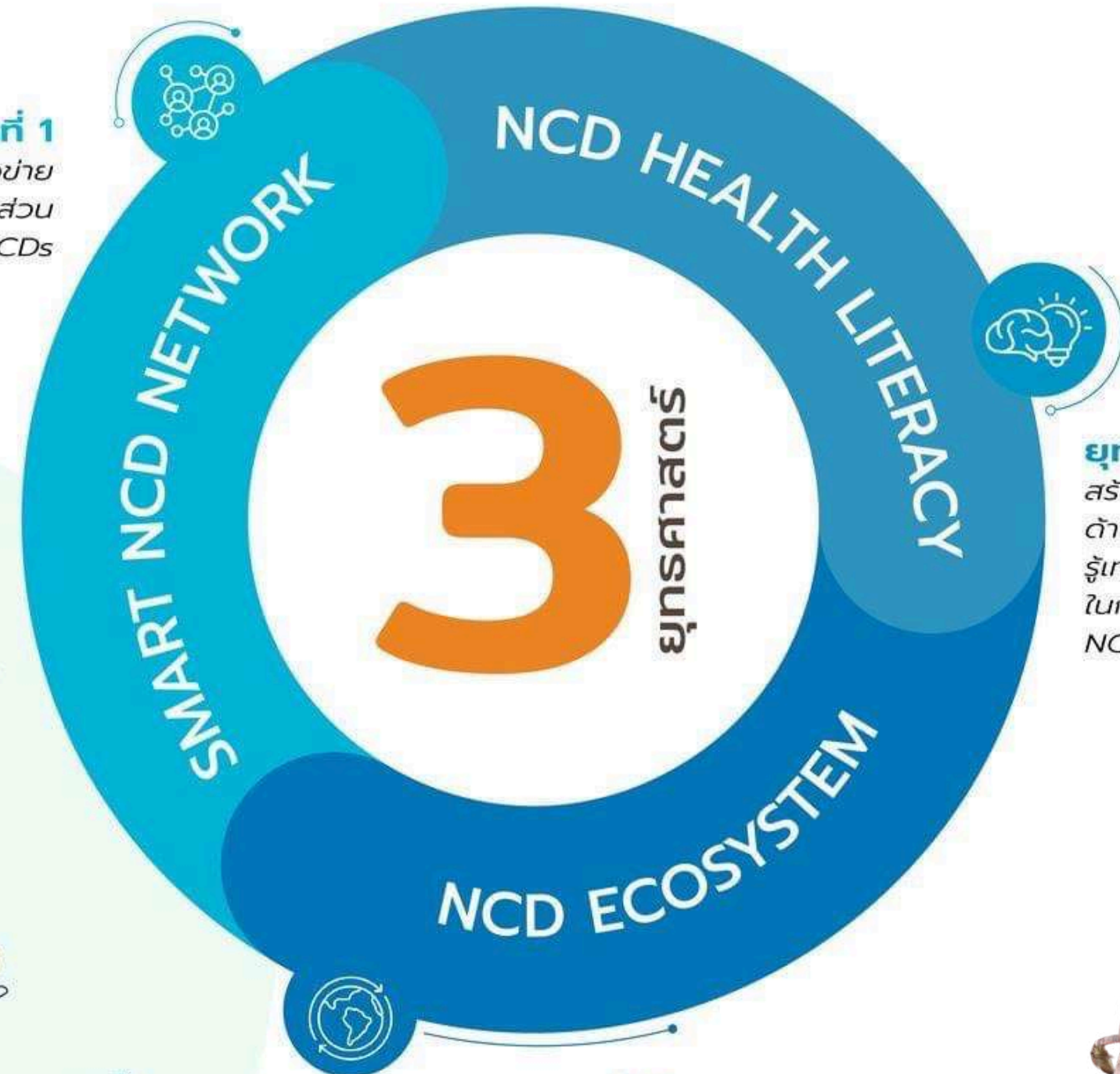
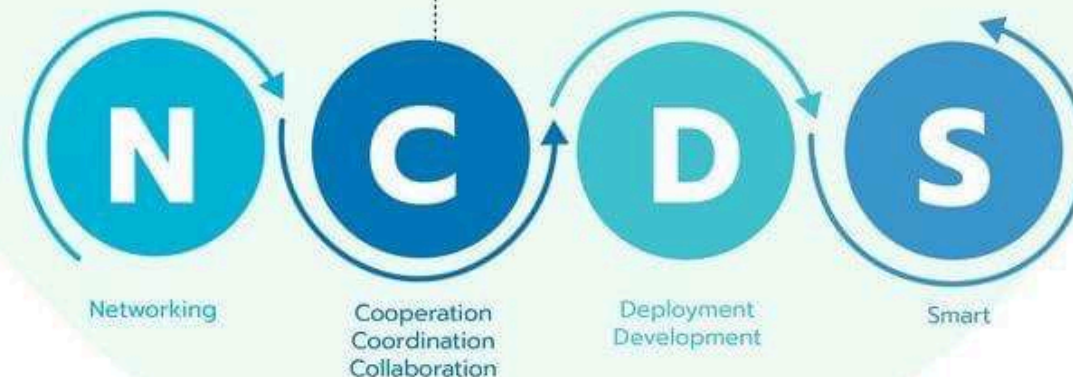
เป้าประสงค์

"การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนจากโรค NCDs ลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2570 (เทียบจากปี พ.ศ. 2553)"

สร้างความเข้มแข็งของประเทศไทยในการคุ้มครอง ป้องกัน ควบคุมโรค NCDs อย่างเป็นระบบ

พันธกิจ

ค่านิยม



ยุทธศาสตร์ที่ 2

สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้เท่ากัน และค่านิยมในการป้องกันควบคุม NCDs ของคนในชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการจัดการ NCDs ของประเทศ



โลว์คาร์บ ไม่ใช่โลว์แคลอรี



คาร์บ คืออะไร?

“อาหารคาร์บ หรือ “Carb” ย่อมาจาก Carbohydrate (คาร์โบไฮเดรต) กลุ่มข้าว แป้ง เป็นแหล่งให้พลังงานหลักของร่างกาย คนปกติควรได้รับสารอาหารกลุ่มนี้ร้อยละ 50-60 ของพลังงาน”

โลว์คาร์บ คืออะไร?

“ลดแป้ง พร่องน้ำตาล NCDs ได้ดี”
กินอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ประมาณ 5-20%
ของการใช้พลังงานทั้งหมดต่อวัน

ตัวอย่างภาพอาหารปริมาณ 1 คาร์บ

 <p>ไขมัน 1 ช้อนชา หรือ 1/2 ช้อนโต๊ะ</p>	 <p>ขนมปังโฮลวีท 1 แผ่น (25 กรัม)</p>
 <p>ไข่แดงสุก 1 เม็ด</p>	 <p>กุ้งต้ม 2 ชิ้น (25 กรัม)</p>

โปรตีน อย่าให้ขาด
1 - 2 กรัม ต่อ 1 กิโลกรัมของน้ำหนักตัว
เน้นโปรตีนจากสัตว์ตามธรรมชาติ

คาร์บ อย่าให้เกิน
กินตามปริมาณที่คำนวณไว้หรือน้อยกว่า
ยกเว้นผักส่วนใบและก้านไม่จำกัดปริมาณ

เพิ่มเติมด้วย ไขมัน
ควรเลือกกินอาหารที่เป็นไขมันดี เช่น
น้ำมันงา น้ำมันถั่วเหลือง อะโวคาโด เป็นต้น



สแกน QR code
เพื่อนับคาร์บของคุณ



“รวม. พานับคาร์บ”
สแกนได้เลยครับ

นับคาร์บ
ทำอย่างไรครับ



“ รมว. พาน้ำบคาร์บ ”

วิธีคำนวณปริมาณ “คาร์บต่อวัน” ที่ต้องการควบคุมให้เหมาะสม โดยใช้โปรแกรมช่วยนับคาร์บ

(หมายเหตุ : 1 คาร์บ = ข้าว 1 ถ้วย)

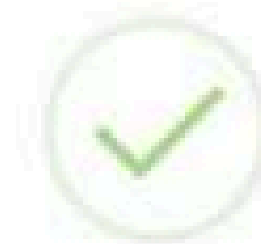


จากตัวอย่างคำนวณได้ 6.30
= ไม่ให้เกิน 6 คาร์บต่อวัน
หรือไม่เกิน 6 ถ้วย*



สแกน QR code
เพื่อนับคาร์บของคุณ

- ✓ ใช้ง่าย
- ✓ สะดวก
- ✓ รวดเร็ว



“รมต. พาน้ำบคาร์บ”

ผลคำนวณคาร์บของคุณ

คุณใจดี ยิ้มงาม

สรุปอัตราการ ใช้พลังงานขั้นพื้นฐาน
(BMR) : 1575.60 แคลอรีต่อวัน

สรุปอัตราการ ใช้พลังงานต่อวัน โดยรวม
(TDEE) : 1890.72 แคลอรีต่อวัน

ปริมาณคาร์บ/วันที่ต้องการควบคุม
ไม่ให้เกิน : 6.30 คาร์บต่อวัน

(หมายเหตุ: ข้าวโมโฮเลต 15กรัม = 1 คาร์บ = ข้าว 1
ถ้วย)

OK



นโยบายการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

SMART NET WORK

บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการจัดการ โรค NCDs

- พัฒนาการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงการบริการสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการโรค NCDs แบบบูรณาการ
เป้าหมาย
 - **จนท./ อสม.เชี่ยวชาญ NCDs**
 - **จนท./อสม. ทราบวิธีการนับ Carb.และให้ความรู้ผู้อื่นได้**
 - Health Station คุณภาพ
 - ระบบรายงานการใช้บริการ
 - การส่งเสริมการใช้ Health Station เพื่อการจัดการสุขภาพตนเอง

NCD ECOSYSTEM

พัฒนากลไกการดำเนินงานและระบบข้อมูล กลุ่ม NCDs สีเขียว เชื่อมต่อการติดตาม เปรียบเทียบผลการดำเนินงานในองค์กร ทุกระดับ

- ยกระดับการดำเนินงาน **NCD สีเขียว**
เป้าหมาย
 - พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลในการติดตาม ผลการดำเนินงาน ราย sw.สต./สสอ./สสจ.
 - พัฒนาระบบเวชระเบียน ให้สอดคล้องกับ นโยบายและถ่ายทอดการติดตามภาวะแทรกซ้อน

NCD HEALTH LITERACY

สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ จัดการโรค NCDs ด้วยตนเอง

- ส่งเสริมการใช้มาตรการแนวคิด Behavior Model ให้ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง ประยุกต์ใช้ได้อย่าง เป็นรูปธรรม
เป้าหมาย
 - โรงเรียนเบาหวานอำเภอละ 1 แห่ง
 - PM ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน **DM remission**



การดำเนินงานด้านโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ปี 2568

ตัวชี้วัด DM - HT ปี 68 ทั้งหมด 39 ตัว

คงรายละเอียดเดิม
(ตัว)

ปรับเปลี่ยนรายละเอียด
(ตัว)

- ตัวชี้วัด DM จำนวน 21 ตัว
- ตัวชี้วัด HT จำนวน 13 ตัว
- ตัวชี้วัด DM และ/หรือ HT
จำนวน 5 ตัว

19

2

10

3

5

-

ตัวชี้วัดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ปี 2568 (ต่อ)

KPI DM-HT ที่มีการปรับรายละเอียดจากเดิม จำนวน 5 ตัว

ตัวชี้วัด	รายละเอียดการปรับ
ตัวชี้วัดโรคเบาหวาน จำนวน 2 ตัว	
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	1) ปรับค่าเป้าหมาย รอบ 12 เดือน เป็น $\geq 70\%$ (จากเดิม 72%) 2) ปรับการประมวลผล $A/B \times 100$ A = ประชากรใน (B) ได้รับการติดตาม ภายใน 1-180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรอง DM และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย DM ในไตรมาสที่ 1 – 3 (<u>ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568</u>) 3) เพิ่มข้อมูล เพื่อกำกับ ติดตาม ดังนี้ - กลุ่มเสี่ยงป่วย DM ยังไม่ได้รับการติดตาม แต่ยังคงอยู่ในระยะเวลา 1-180 วัน - กลุ่มเสี่ยงป่วยได้รับการตรวจติดตามฯ ตั้งแต่วันที่ 181 ขึ้นไป
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	1) ปรับชื่อตัวชี้วัด เป็น ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และควบคุมได้ตามเกณฑ์ 2) ปรับแก้ไขรายละเอียดค่านิยาม ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไขมัน LDL ได้ตามเกณฑ์ หมายถึง - ผู้ป่วยเบาหวาน มีค่า LDL < 100 mg/dl หรือ - ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า LDL < 70 mg/dl หรือ - ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหัวใจขาดเลือด มีค่า LDL < 55 mg/dl หมายเหตุ : กรณีเป็นโรคร่วมทั้ง 2 โรค (โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) ให้ใช้ค่า LDL ที่น้อยกว่า 55 mg/dl อ้างอิง : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566

ตัวชี้วัดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ปี 2568 (ต่อ)

KPI DM-HT ที่มีการปรับรายละเอียดจากเดิม จำนวน 5 ตัว

ตัวชี้วัด	รายละเอียดการปรับ
ตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ตัว	
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<p>1) เพิ่มการประมวลผล $A/B \times 100$ A = ปชก. ใน (B) ได้รับการติดตาม ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรอง HT และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย HT ในไตรมาสที่ 1 – 3 (<u>ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568</u>)</p> <p>2) เพิ่มข้อมูล เพื่อกำกับ ติดตาม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วย HT ยังไม่ได้รับการติดตาม แต่ยังคงอยู่ในระยะเวลา 1-90 วัน - กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตามฯ ตั้งแต่วันที่ 91 ขึ้นไป
2. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 mmHg จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	<p>เพิ่มคำนิยาม และการประมวลผล</p> <p>ในกลุ่มที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขหลังการคัดกรอง และพบว่ามีความดันโลหิตในกลุ่มดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่า SBP ระหว่าง 140 - 179 mmHg และ/หรือ ค่า DBP ระหว่าง 90 - 109 mmHg - ค่า SBP ≤ 139 mmHg และ/หรือ ค่า DBP ≤ 89 mmHg

ตัวชี้วัดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ปี 2568 (ต่อ)

KPI DM-HT ที่มีการปรับรายละเอียดจากเดิม จำนวน 5 ตัว

ตัวชี้วัด	รายละเอียดการปรับ
ตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ตัว	
3. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 mmHg และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 7 วัน ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	เพิ่มคำนิยาม และการประมวลผล ในกลุ่มที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขหลังการคัดกรอง และพบว่า มีค่าความดันโลหิตในกลุ่มดังต่อไปนี้ - ค่า SBP ระหว่าง 140 - 179 mmHg และ/หรือ ค่า DBP ระหว่าง 90 - 109 mmHg - ค่า SBP ≤ 139 mmHg และ/หรือ ค่า DBP ≤ 89 mmHg

SMART NET WORK

บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการ โรค NCDs

- พัฒนาการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงการบริการสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการโรค NCDs แบบบูรณาการ

“นโยบาย NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.”

การให้ความรู้

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่

1 อสม. และประชาชน

กรม สบส.

2 บุคลากรทางการแพทย์

สนช. สบพช.

3 นักเรียน นักศึกษา และคุณครู

กรมอนามัย



กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health

แนวทางการจับเคลื่อนงาน
NCDs มีงบประมาณ 2568



การสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์

แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1 การจัดกิจกรรม

จัดกิจกรรม Kick off 4 ภาค

2 สื่อสารผ่าน Social media

- Social media / ไลน์
- Application / Platform
- Website

สำนักงานสารนิเทศ สบ. และ สสส.

3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ

ฐานข้อมูล NCDs สำหรับวิเคราะห์และประเมินผล

ศูนย์ภาค 4 สบ. และ สำนักสุขภาพดิจิทัล

กลไกการติดตามประเมินผล

คณะกรรมการส่วนกลาง

กสม. / กองตรวจ 4

คณะกรรมการ Service plan ปฐมภูมิ

- เขตสุขภาพ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ข้อสั่งการ

1. เตรียมความพร้อม อสม เข้าร่วมกิจกรรม onsite ที่ sw. หรือ online /Facebook live
2. เตรียมแบบคำนวณ Carb อุปกรณ์ให้ อสม ฝึกปฏิบัติ
3. สนับสนุนให้ อสม เข้าใจ แนวคิด หลักการ การนับ Carb และช่วยสื่อสารต่อประชาชน

“หลักการ 4 Step”

1. ให้ทราบปริมาณพลังงานที่ต้องการใช้/วัน (BMR) โดยขึ้นกับ 4 ปัจจัย คือ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ
2. คูณค่า K ตามการใช้พลังงานต่อวัน
3. พลังงานจาก Carb ไม่เกิน 20%
4. แปลงเป็นการบริโภคไม่เกิน Carb ที่คำนวณได้



ระบบบริการ

เชื่อมต่อบริการสู่ชุมชน

SW.

จัดตั้ง NCDs
Remission Clinic

กนสา.

SW.สช.

จัดตั้งศูนย์
เฝ้าระวัง NCDs
มีทีม 3 คนให้บริการ

กสม.

เครื่องจ่ายปฐมภูมิ

เช่น พก. ฝังเข็ม
ชุมชน ร่วมทำหัตถ
นบำบัดทางกาย

แนวทางการขับเคลื่อน NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.

➤ มุ่งเน้น ให้ อสม. แนะนำประชาชน ในการรับประทาน อาหาร แบบโลว์คาร์บ (Low carb)

➤ อสม.คัดกรองกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ผ่านแอปสมาร์ต อสม. พร้อมให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้าง อสค. ในครอบครัว ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน

แบบการคำนวณหาปริมาณคาร์บเพื่อใช้ในการพร่องแป้งหรือโลว์คาร์บ

ชื่อ.....นามสกุล.....
 อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.

สูตรคำนวณอัตราการเผาผลาญของร่างกาย(หรือการใช้พลังงาน)ขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน
 สำหรับผู้ชาย : $BMR = 66 + (13.7 \times \text{น้ำหนัก.....กก.}) + (5 \times \text{ส่วนสูง.....ซม.}) - (6.8 \times \text{อายุ.....ปี})$

สำหรับผู้หญิง : $BMR = 665 + (9.6 \times \text{น้ำหนัก.....กก.}) + (1.8 \times \text{ส่วนสูง.....ซม.}) - (4.7 \times \text{อายุ.....ปี})$

สรุปอัตราการใช้พลังงานขั้นพื้นฐาน(BMR)=.....แคลอรีต่อวัน

➤ พัฒนาศักยภาพ ครู ก. NCDs และ พัฒนา อสม.NCDs

แบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ผ่าน App. Smart อสม.

คัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปี ขึ้นไป

แบบประเมิน

การสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่ม
 ใจไม่ติดต่อดี (NCDs)

อสม. ประเมินตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย 35 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 1 ประวัติบุคคล/ ครอบครัว

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 การได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
 ขั้นพื้นฐานโดย อสม.

แปรรผลการคัดกรองฯ

การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	115
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	25.69
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	38
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	145 / 90
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	1
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	2
การประเมิน และคำนวณค่าพยากรณ์โรค สำหรับประชาชนในวัยนี้	0

อสม. ผู้ตรวจ
 ผ่านแอปพลิเคชัน
 สมาร์ต อสม.

NCD ECOSYSTEM

พัฒนากลไกการดำเนินงานและระบบข้อมูล กลุ่ม NCDs สี่เขี้ยว
เอื้อต่อการติดตาม เปรียบเทียบผลการดำเนินงานในองค์กรทุกระดับ

- ยกระดับการดำเนินงาน NCD สี่เขี้ยว

จัดทำฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงาน

รพ.สต./สมช.(เฉพาะหน่วยบริการ)

- ทะเบียนผู้ป่วย NCDs
 - แยกกลุ่มระดับการ control และภาวะแทรกซ้อนตาม CPG
 - ยอดยกมา / รับใหม่ / จำหน่าย
 - ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น การคัดกรอง ตา ไต เท้า EKG 12 Lead /CVD risk
- มูลค่าการใช้ยาในกลุ่ม NCDs ที่รับยาใน รพ.สต. (คำนวณ จาก JHCIS)
- ทะเบียน/ผลการดำเนินงานและความก้าวหน้ากลุ่มที่สมัครใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Remission Clinic)
- ข้อมูลปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน/ การแก้ปัญหา**ระดับพื้นที่**

สสอ. (ภาพรวมระดับอำเภอ)

- ทะเบียนผู้ป่วย NCDs
 - แยกกลุ่มระดับการ control และภาวะแทรกซ้อนตาม CPG
 - ยอดยกมา / รับใหม่ / จำหน่าย
 - ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น การคัดกรอง ตา ไต เท้า EKG 12 Lead /CVD risk
- มูลค่าการใช้ยาในกลุ่ม NCDs
- ทะเบียน/ผลการดำเนินงานและความก้าวหน้ากลุ่มที่สมัครใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Remission Clinic)
- ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน / การแก้ปัญหา**ระดับอำเภอ**

สสจ. (ภาพรวมระดับจังหวัด)

- ทะเบียนผู้ป่วย NCDs
 - แยกกลุ่มระดับการ control และภาวะแทรกซ้อนตาม CPG
 - ยอดยกมา / รับใหม่ / จำหน่าย
 - ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น การคัดกรอง ตา ไต เท้า EKG 12 Lead /CVD risk
- มูลค่าการใช้ยาในกลุ่ม NCDs
- ทะเบียน/ผลการดำเนินงานและความก้าวหน้ากลุ่มที่สมัครใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน / การแก้ปัญหา**ระดับจังหวัด**