



# การตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568

รอบ 1 จังหวัดอุตรดิตถ์



นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท  
ประธานตรวจราชการประเด็นที่ 4

นายแพทย์ชลภักดิ์วัฒน์ ตรีพงษ์  
ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 2







# สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2567 - 2568

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

ปีงบประมาณ 2567 ผ่านเกณฑ์ 8/15

|                                    |                       |                          |  |                          |                          |                                    |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 2 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 1<br>ไม่ผ่าน 1 | 2 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 2 | 1 ตัวชี้วัด<br>ไม่ผ่าน 1 | 3 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 3                          | 1 ตัวชี้วัด<br>ไม่ผ่าน 1 | 2 ตัวชี้วัด<br>ไม่ผ่าน 2 | 4 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 2<br>ไม่ผ่าน 2 |
| 4.7<br>Stroke                      | 4.9<br>Newborn        | 4.10<br>Sepsis           | 4.11<br>STEMI                                  | 4.12<br>CKD              | 4.13<br>Transplant       | 4.14<br>Cancer                     |
| 2 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 1<br>ไม่ผ่าน 1 | 2 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 2 | 1 ตัวชี้วัด<br>ไม่ผ่าน 1 | 4 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 2<br>ไม่ผ่าน 1<br>ติดตาม 1 | 1 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 1    | 2 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 2    | 4 ตัวชี้วัด<br>ผ่าน 1<br>ไม่ผ่าน 3 |

ปีงบประมาณ 2568 ผ่านเกณฑ์ 9/16 ติดตาม 1



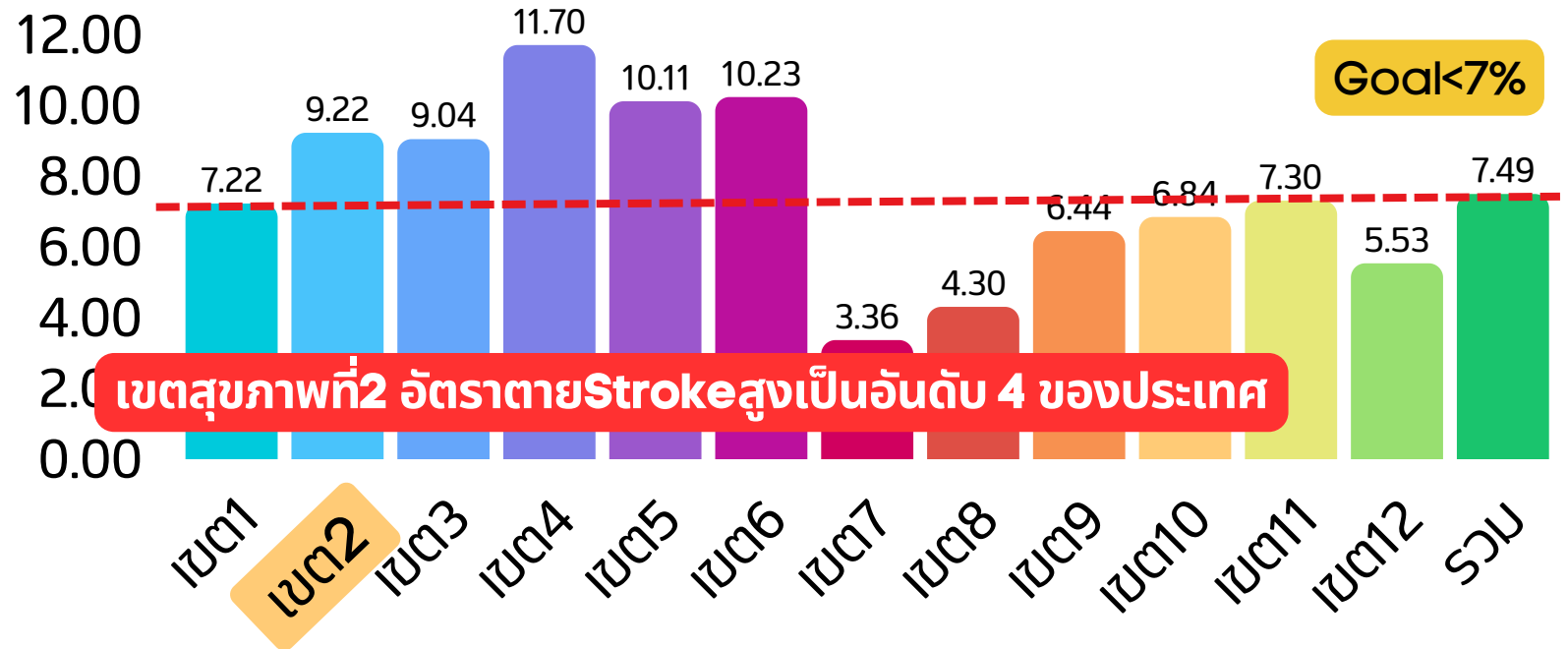
# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

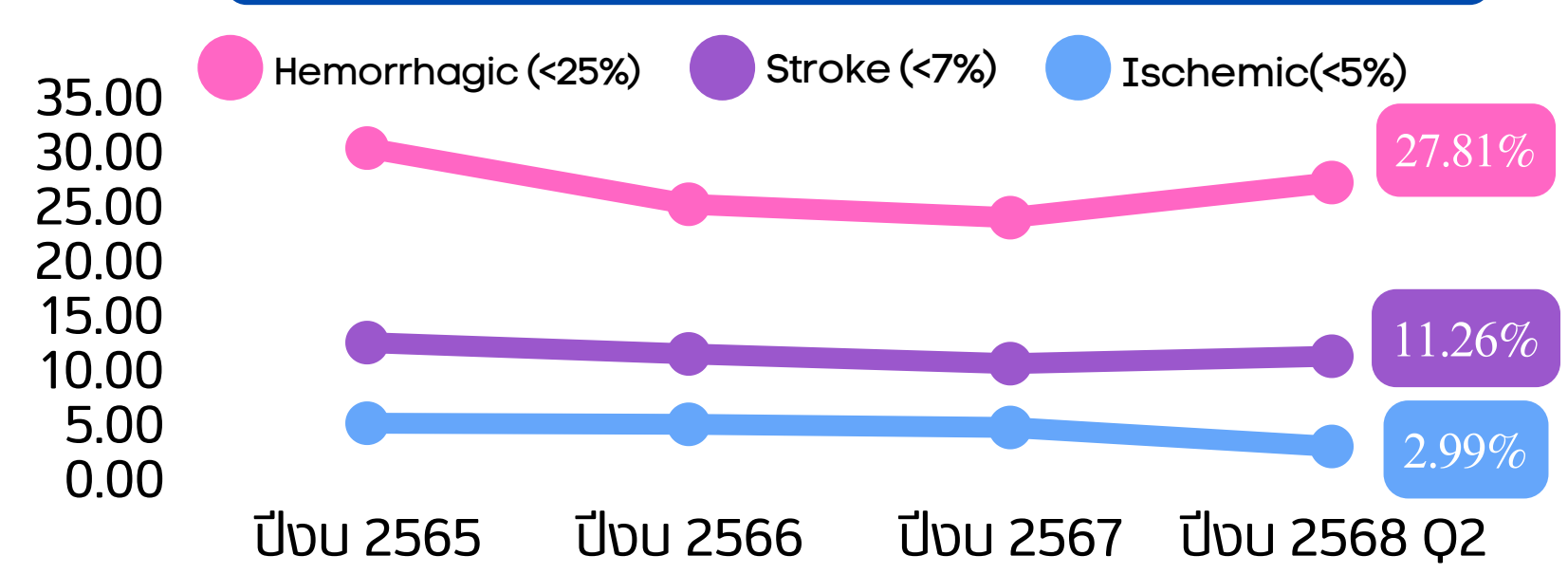
## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุดรธานี)

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7) **ผลดำเนินการ ร้อยละ 11.26**
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 80) **ผลดำเนินการ ร้อยละ 90.94**

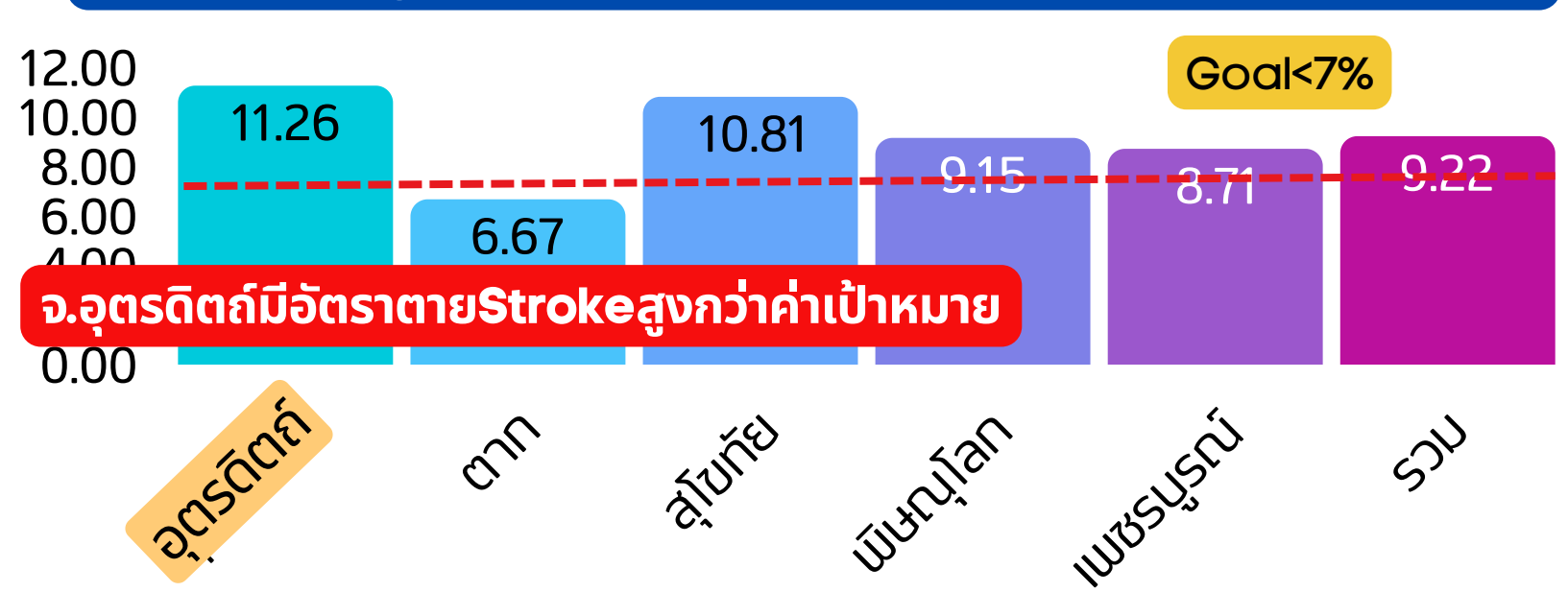
### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาพรวมประเทศ) ปีงบ68 Q2



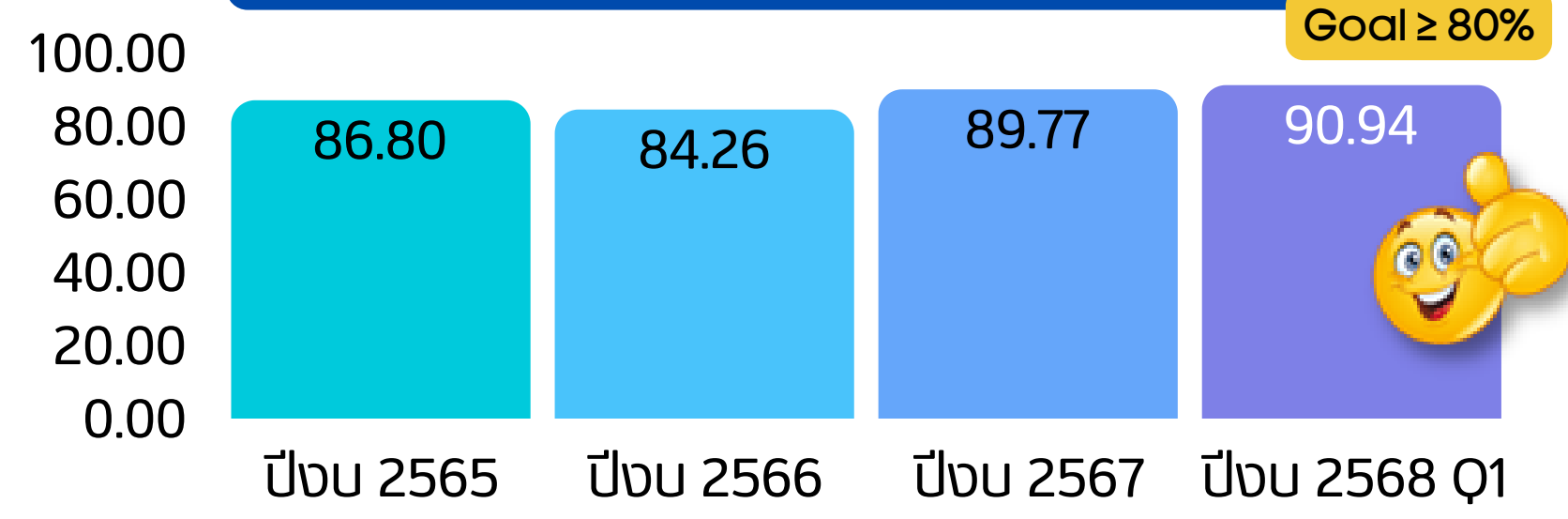
### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จังหวัดอุดรธานี)



### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เขตสุขภาพที่ 2) ปีงบ68 Q1



### การได้รับการรักษาใน Stroke unit (จังหวัดอุดรธานี)



แหล่งข้อมูล: อัตราตาย HDC ดึงข้อมูล ณ วันที่ 25/3/68 %SU: ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานี



# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุดรธานี)

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7) **ผลดำเนินการ ร้อยละ 11.26**
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 80) **ผลดำเนินการ ร้อยละ 90.94**

4.7 Stroke

4.9 Newborn

4.10 Sepsis

4.11 STEMI

4.12 CKD

4.13 Transplant

4.14 Cancer

### 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- Stroke Unit 24 เต็มยง บริการสำหรับทุกชนิดของ Stroke
- NM & NSx รับผิดชอบ 24/7
- ทีมพยาบาลผ่านการอบรมหลายหลักสูตร
- ทีมสหสาขาวิชาชีพ จนถึง IMC SWช และชุมชน
- Stroke Awareness เข้มแข็ง
- มีศักยภาพในการรกรองกลุ่ม Stroke Mimick ได้
- ผู้ป่วยใน SU ได้รับการฟื้นฟู 100%
- มีระบบ Refer Back for IMC ที่ SWช

### 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- ยังเปิดบริการ Node for SFT
- อัตราตายในกลุ่ม Hemorrhage ยังสูง
- ประชาชนมารับบริการช้า

### 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- ดำเนินการตามแผนเพิ่มบริการ SFT Node sw.น้ำป่าด (เมษายน) และ sw.ลับแล (ปลาย 68) กลางปี และพิชิตในอนาคต
- จากข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เก็บมาวิเคราะห์ สามารถ Trace Back กลับไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว ซึ่งจะมีความรู้สึกร่วมสูง
- จัดทำ CPG ร่วมระหว่าง NM และ NSx เพื่อให้การดูแลไร้รอยต่อ และสามารถเป็นแนวทางสำหรับ Node ที่จะเปิดเพิ่มอีก 2 แห่งได้





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

4.7 Stroke

4.9 Newborn

4.10 Sepsis

4.11 STEMI

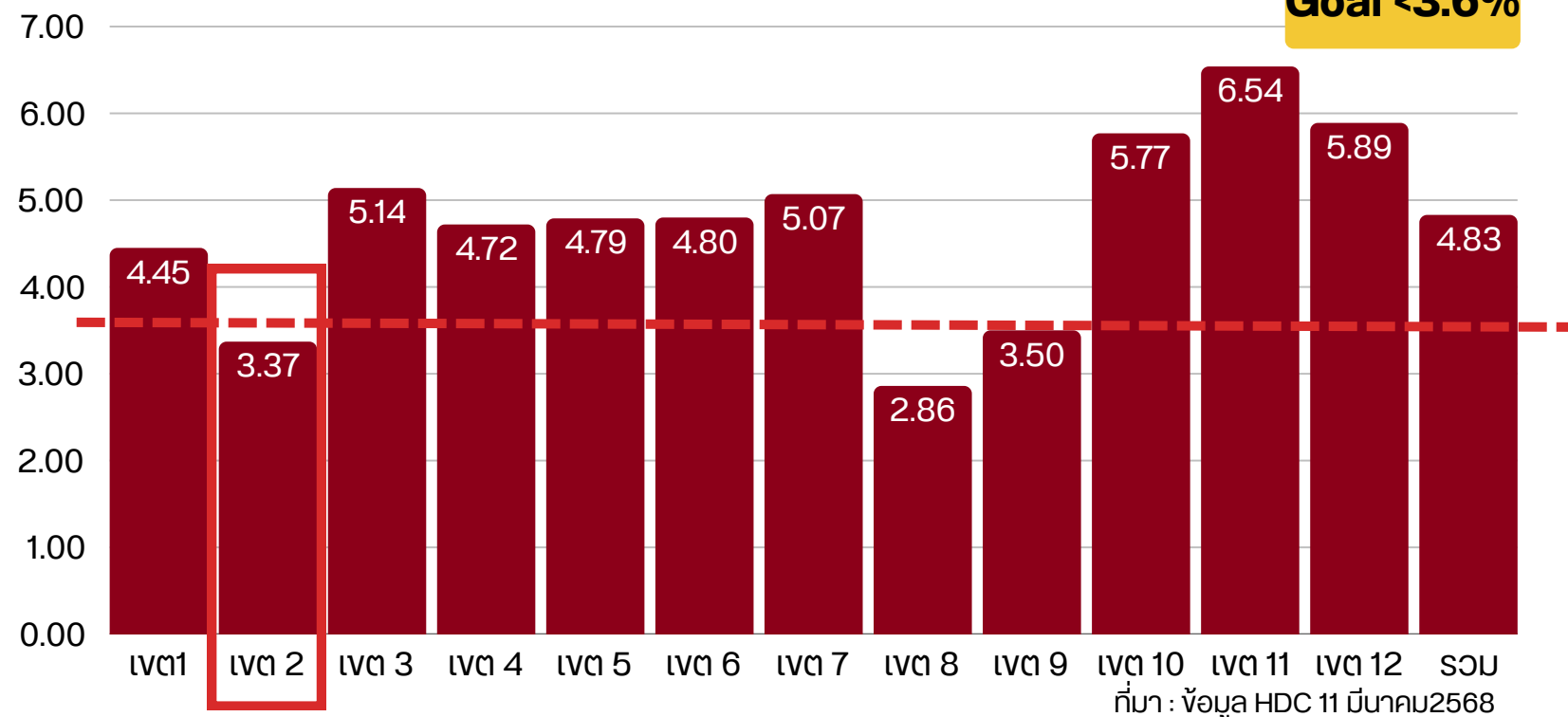
4.12 CKD

4.13 Transplant

4.14 Cancer

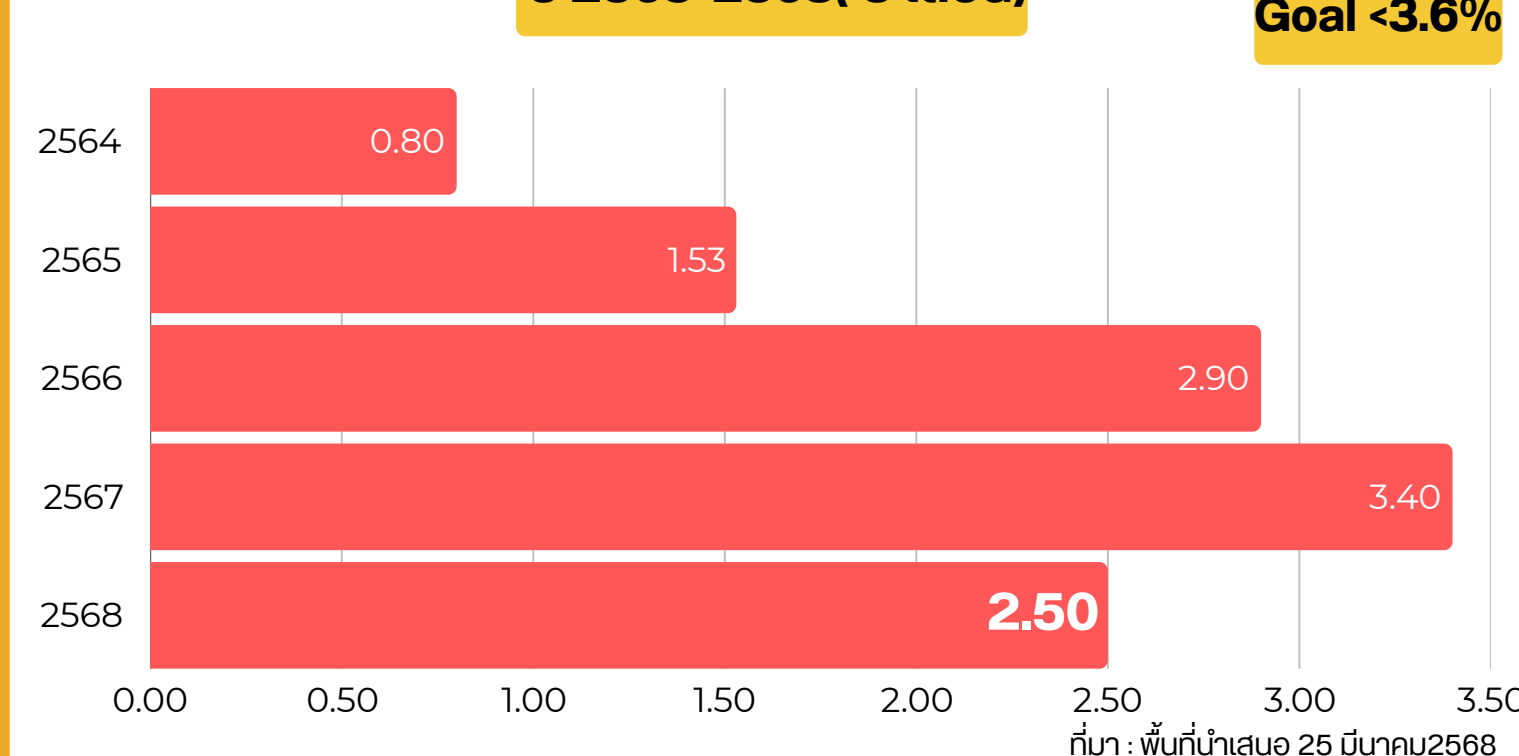
อัตราการตายการรกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (รายประเทศ) ปี 2568

Goal <3.6%



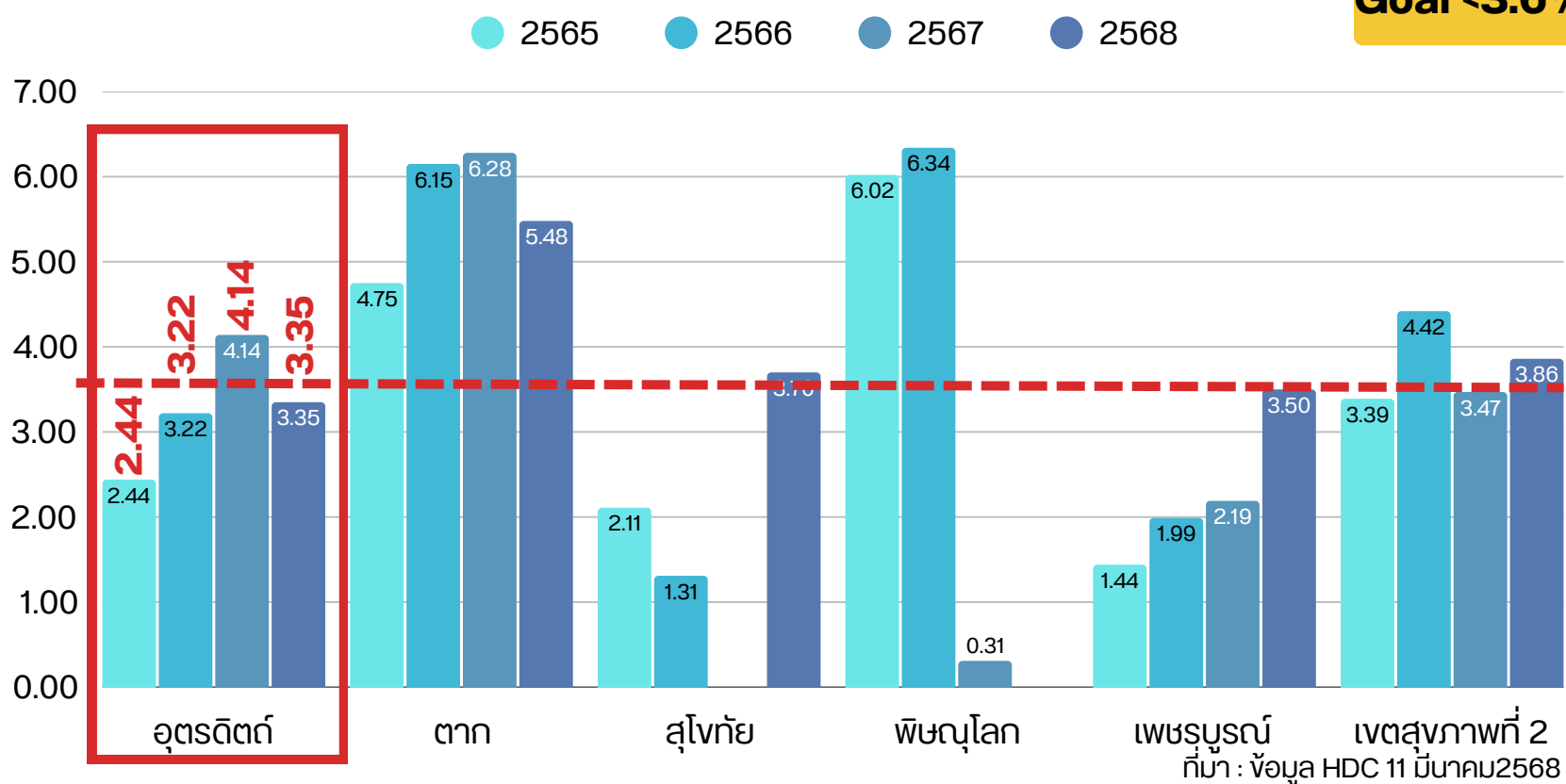
อัตราการตายการรกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน จังหวัดอุดรธานี ปี 2565-2568 (5 เดือน)

Goal <3.6%



อัตราการตายการรกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2565-2568

Goal <3.6%



จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ (เป้าหมาย จำนวนเตียง NICU จังหวัดอุดรธานี)

**จำนวน NICU = 8 เตียง**





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุตรดิตถ์)

• อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (เป้าหมาย  $\leq 3.60$ : 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต) ผลดำเนินการ 2.5

• จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ (เป้าหมาย จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ  $\leq 1$ : 300 ทารกเกิดมีชีวิต)

ผลดำเนินการ 1:83 (เขต) 1:287 (จังหวัด)

### 1. จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- ดำเนินการทบทวนเคสที่เสียชีวิต
- ดำเนินการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด
- มีระบบปรึกษา สตรี-เด็ก
- มีการจัดอบรม NCPR กับเจ้าหน้าที่กู้ภัย

### 3. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- ส่งเสริมการฝากครรภ์คุณภาพ
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- ประสานทีม อสม/อสส ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกภายในชุมชน

### 2. ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- Teenage mom ที่มักจะไม่ทราบ และตั้งใจปกปิด ไม่ ANC
- มารดาใช้สารเสพติด
- ปัญหาการดูแลและห้วงการส่งต่อ เช่น ตำแหน่ง ETT
- ปัญหาการค้นหาและติดตามหญิงตั้งครรภ์ไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในเขตเมือง

4.7  
Stroke

4.9  
Newborn

4.10  
Sepsis

4.11  
STEMI

4.12  
CKD

4.13  
Transplant

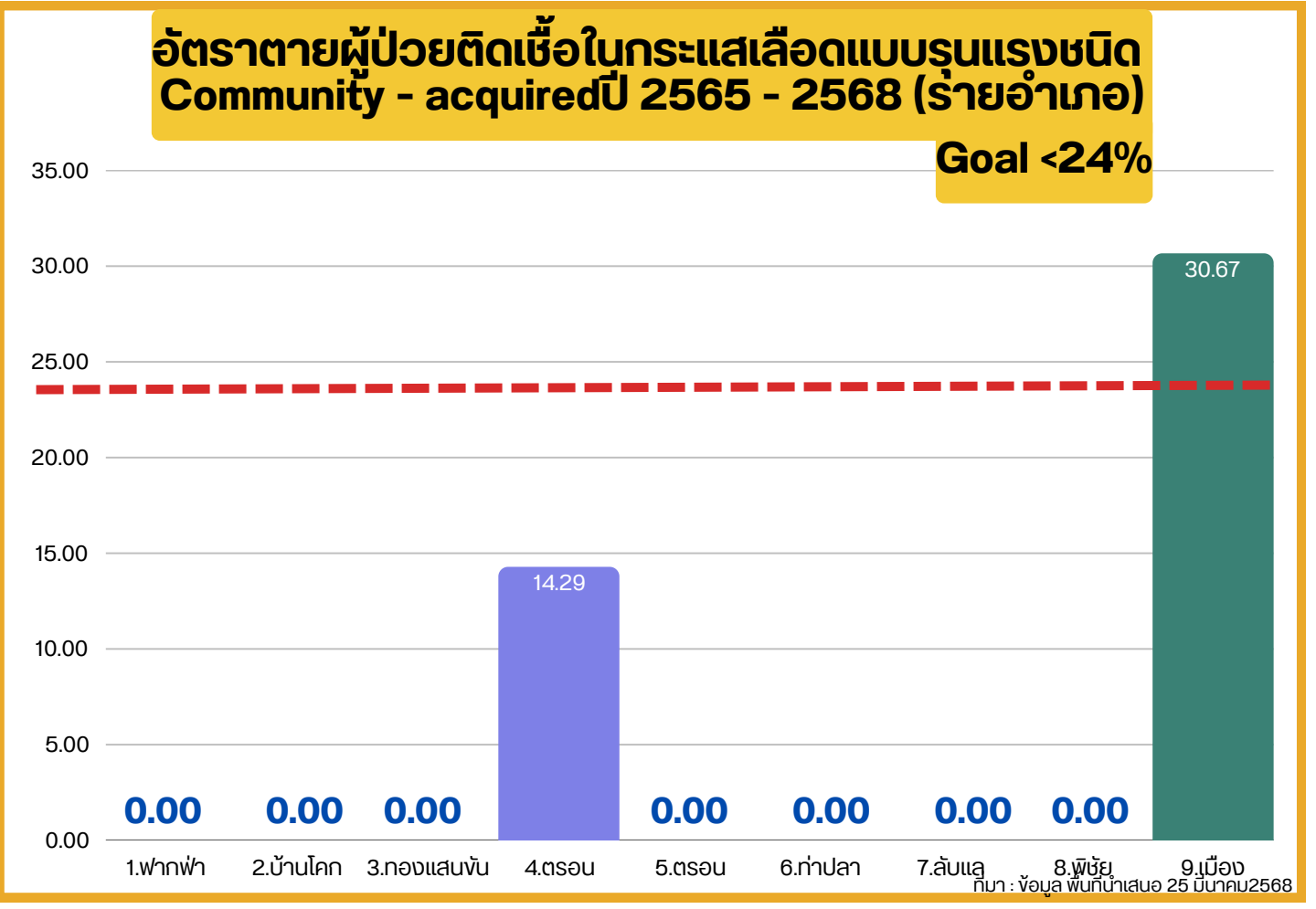
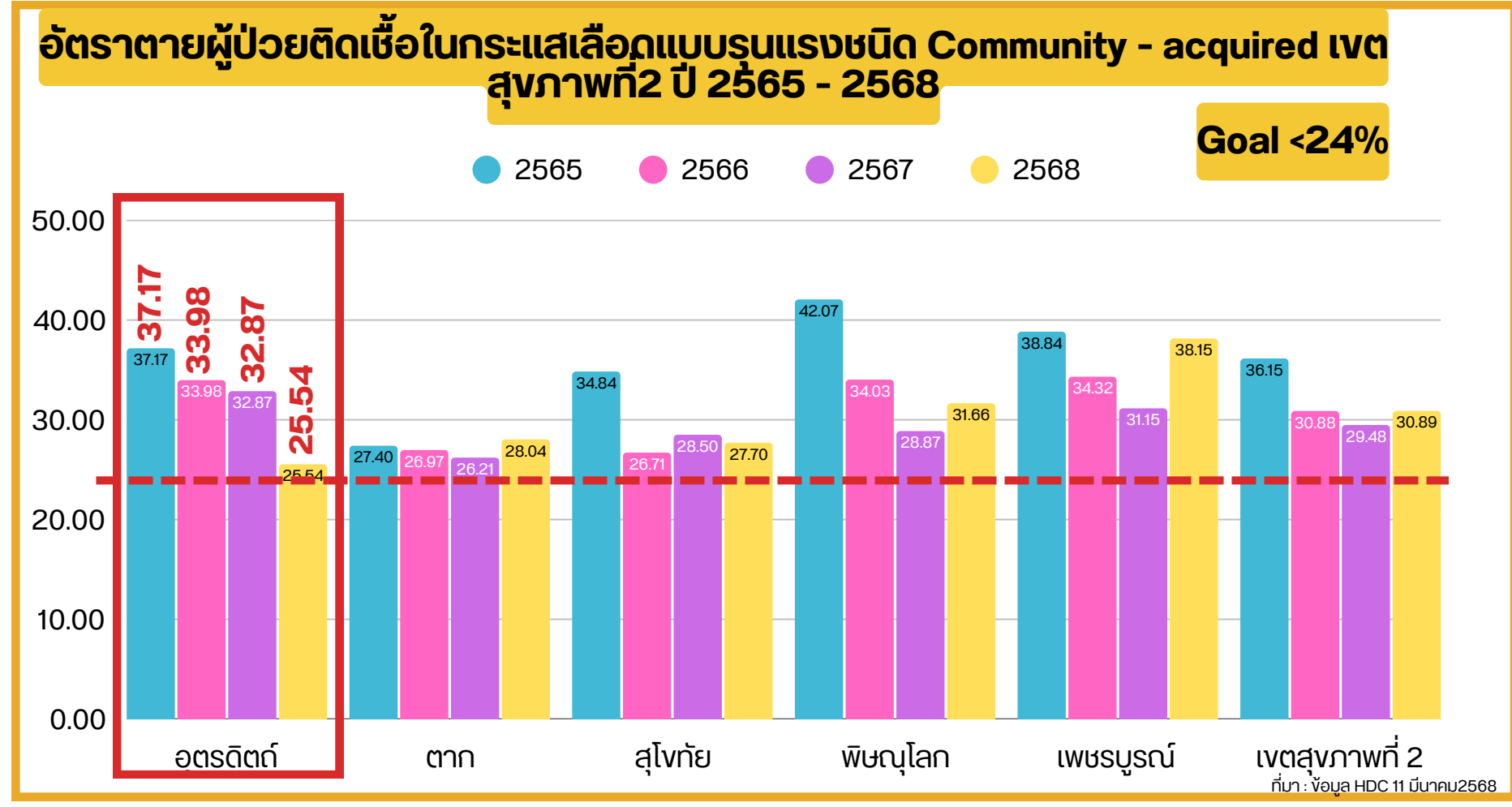
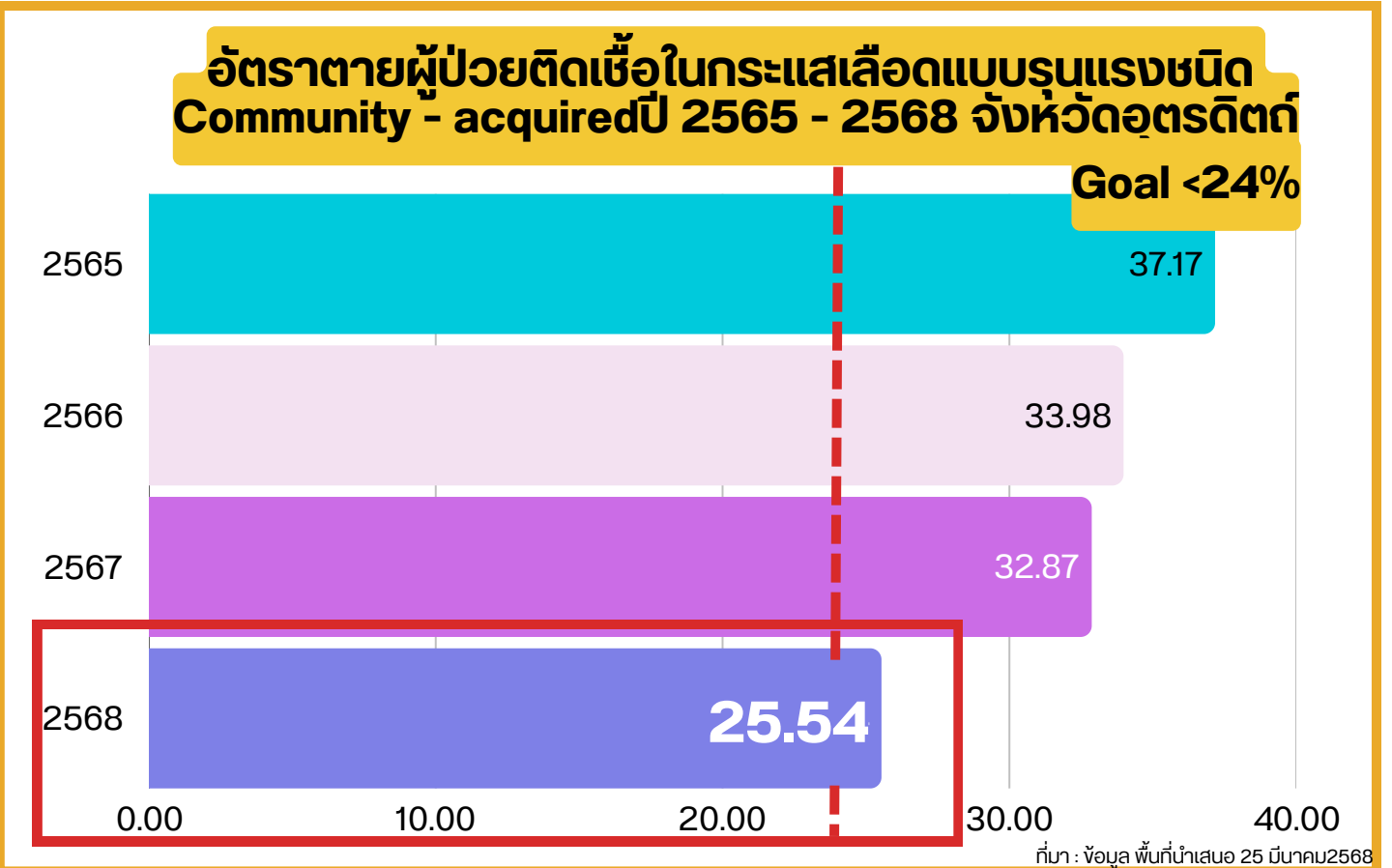
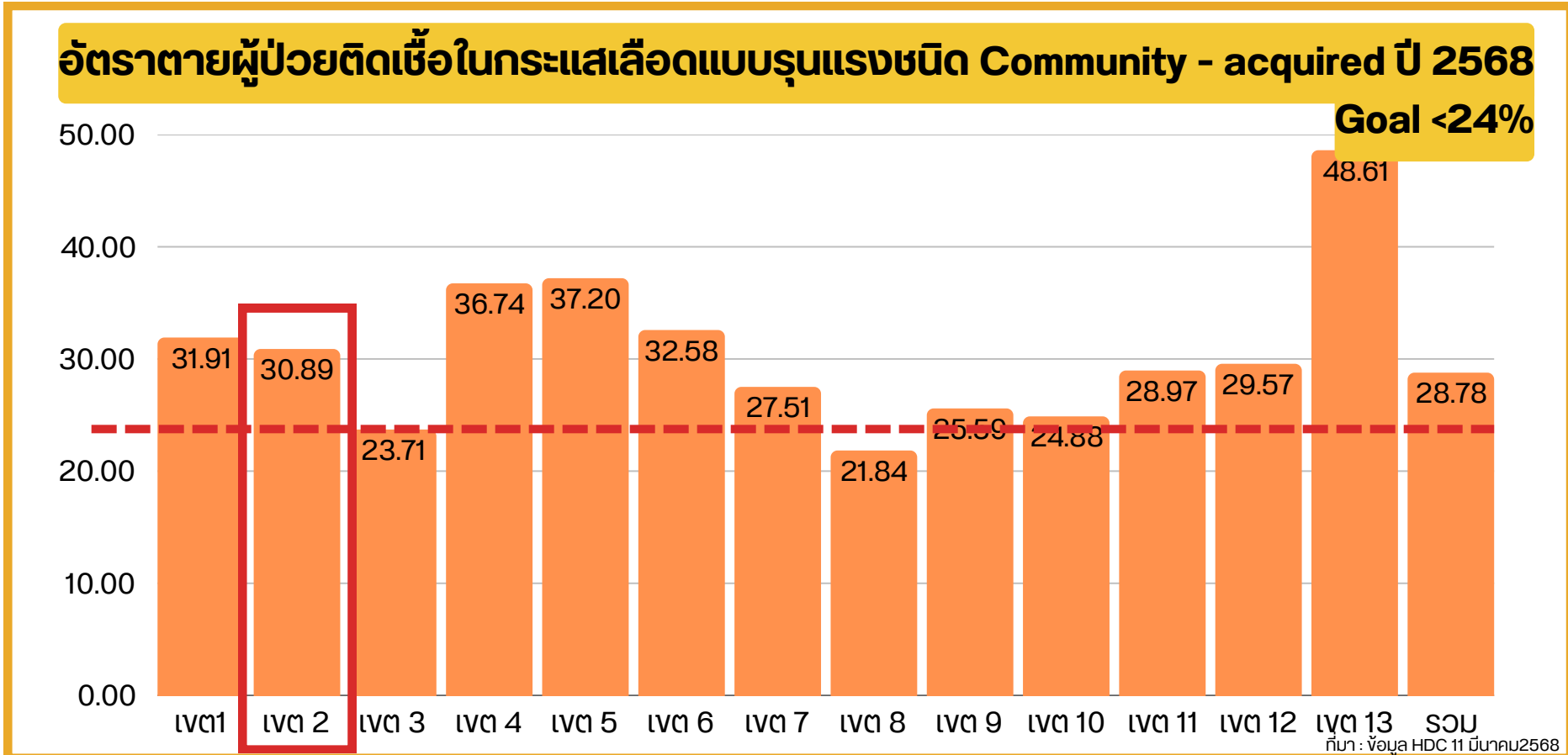
4.14  
Cancer





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7  
Stroke
- 4.9  
Newborn
- 4.10  
Sepsis
- 4.11  
STEMI
- 4.12  
CKD
- 4.13  
Transplant
- 4.14  
Cancer





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

4.7 Stroke

4.9 Newborn

4.10 Sepsis

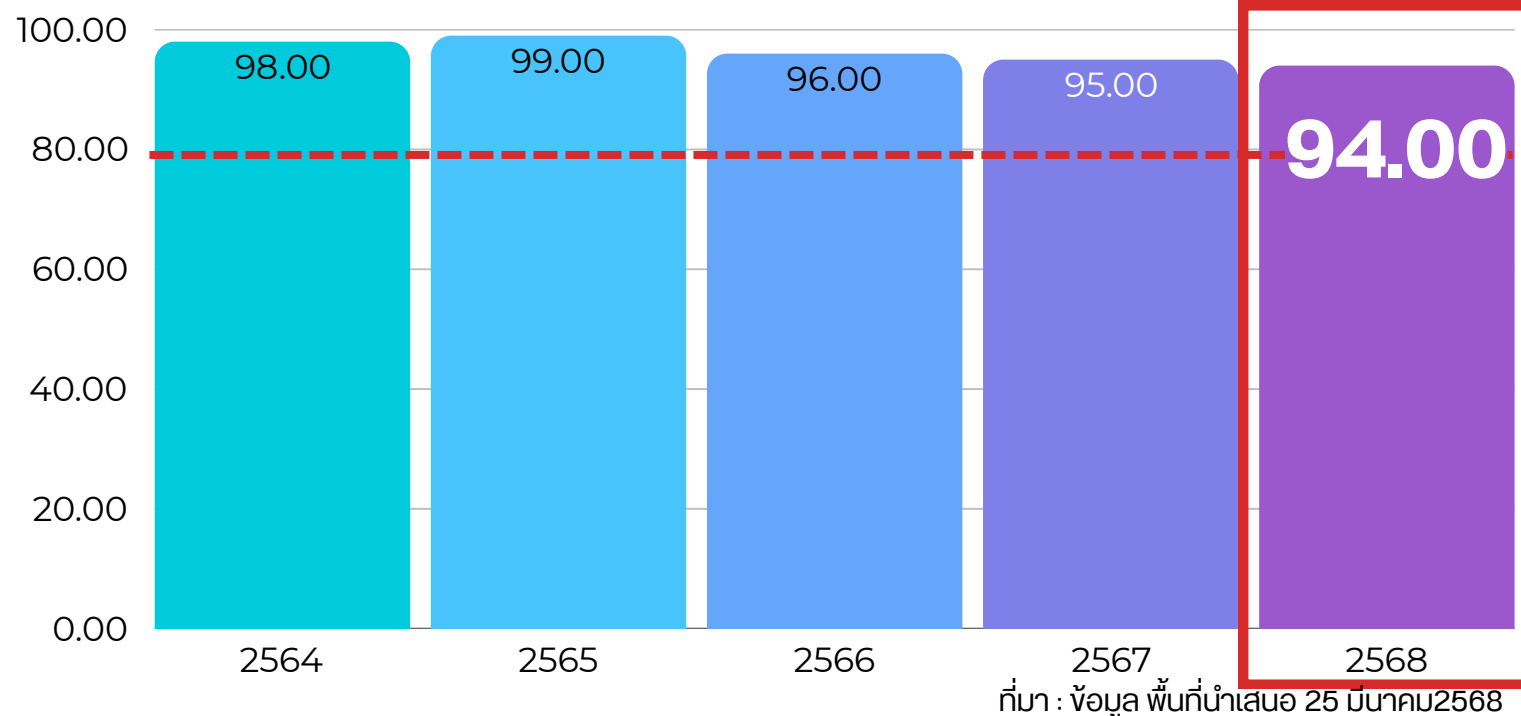
4.11 STEMI

4.12 CKD

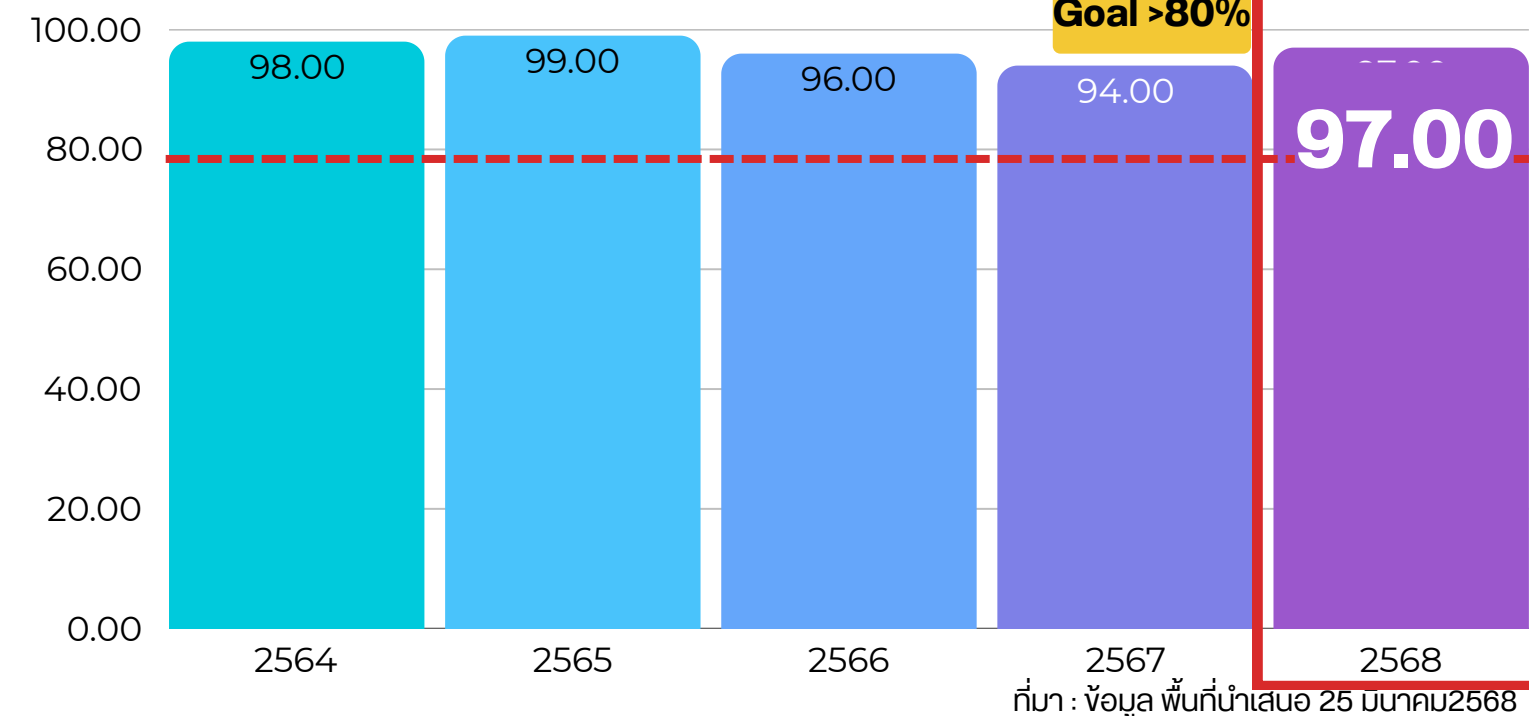
4.13 Transplant

4.14 Cancer

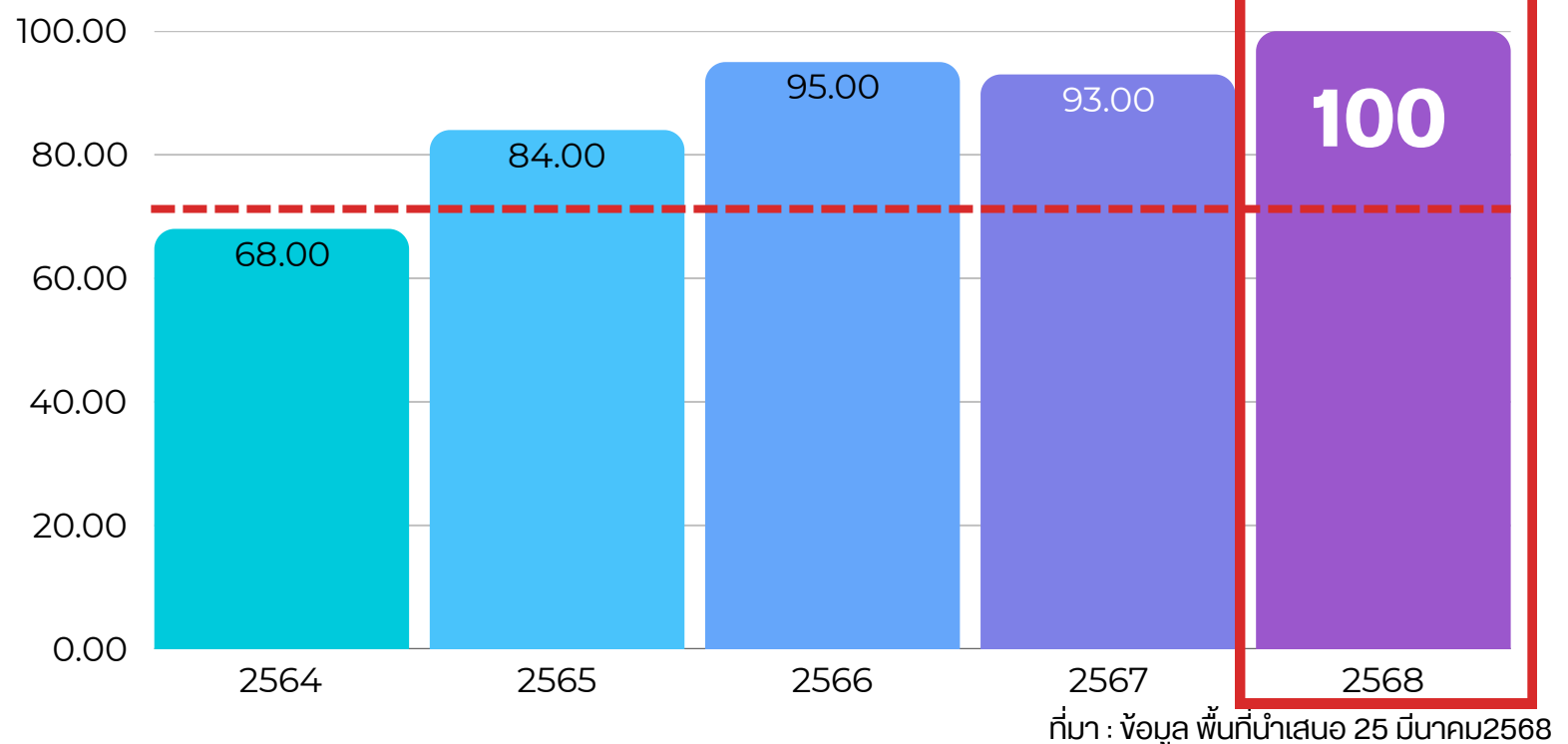
ร้อยละการได้รับการเจาะ Hemoculture in 1 hour  
ปีงบประมาณ 2564 -2568 จังหวัดอุดรธานี



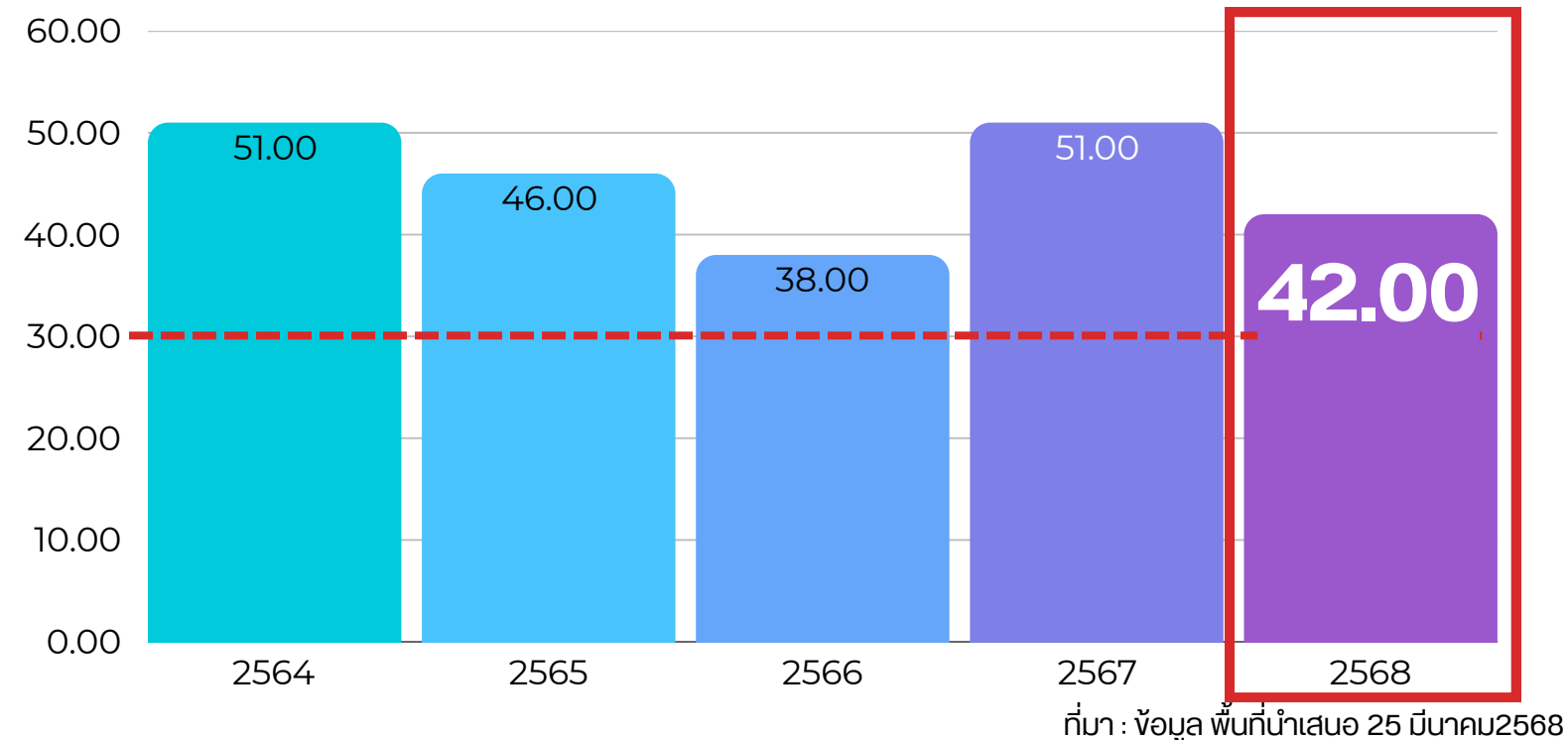
ร้อยละการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย  
มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ปีงบประมาณ 2564 -2568 จังหวัดอุดรธานี



ร้อยละการได้รับ IV fluid 30 ml/kg/hr ปีงบประมาณ 2564 -2568  
จังหวัดอุดรธานี



ร้อยละการได้รับ Fast track ICU ปีงบประมาณ 2564 -2568  
จังหวัดอุดรธานี







# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุดรธานี)

• อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 24)

ผลดำเนินการ ร้อยละ 25.54

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

## 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- อัตราตายลดลงเรื่อยๆ แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์
- ดำเนินการได้ครบถ้วนตามตัวชี้วัดรอง
  - Hemoculture
  - Antibiotic in 1 H
  - IV fluid resuscitation
  - Fast track to ICU
- มีคณะทำงาน Sepsis ระดับ swช swท และจังหวัด
- มีแนวทางการดูแล CPG และแนวทางการปฏิบัติชัดเจน

## 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- ผู้ป่วยมาตั้งโรงพยาบาลช้า
- จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 46 ราย ที่ sw.อุดรธานี พบว่าเป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวเข้ามา 37 ราย

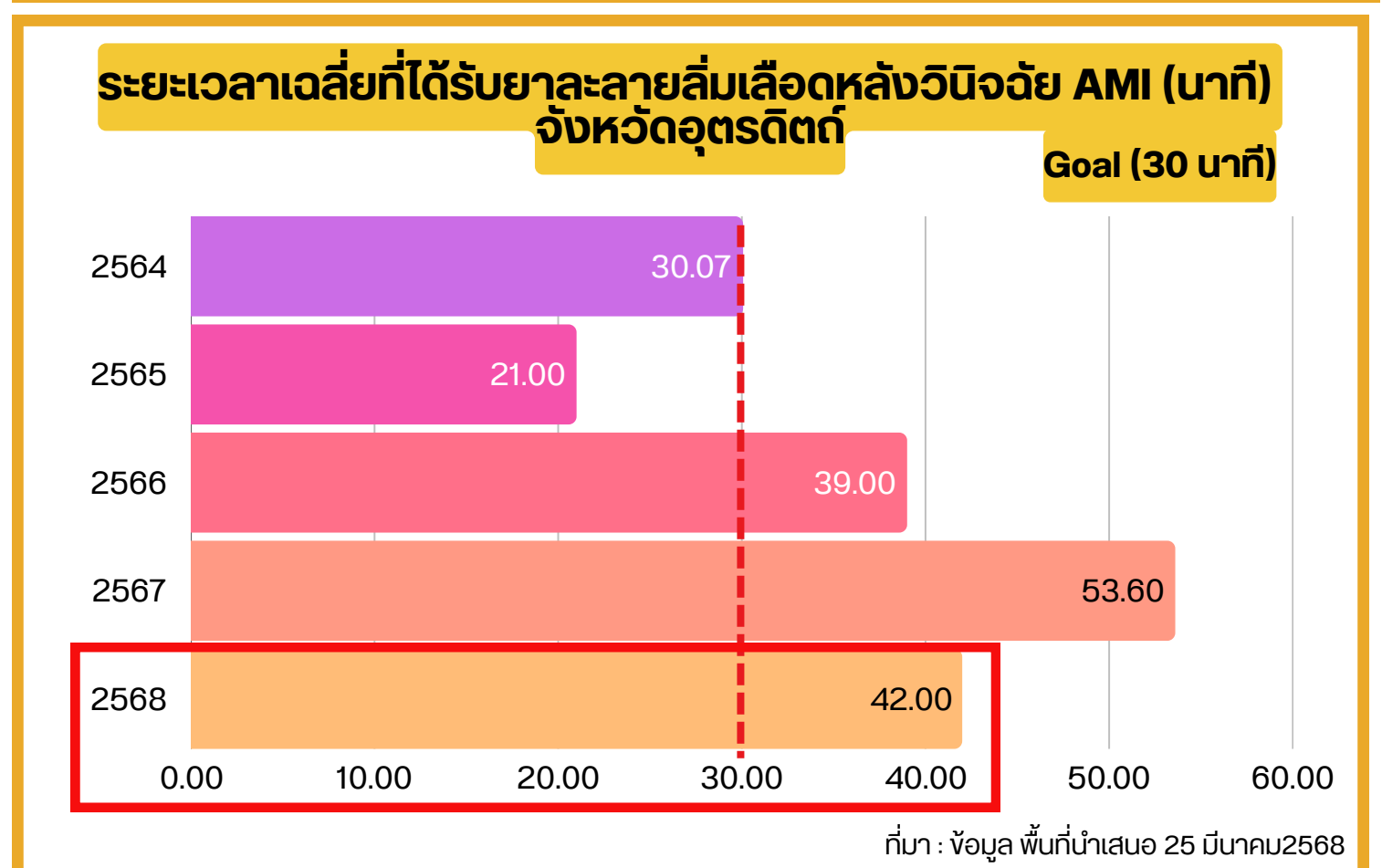
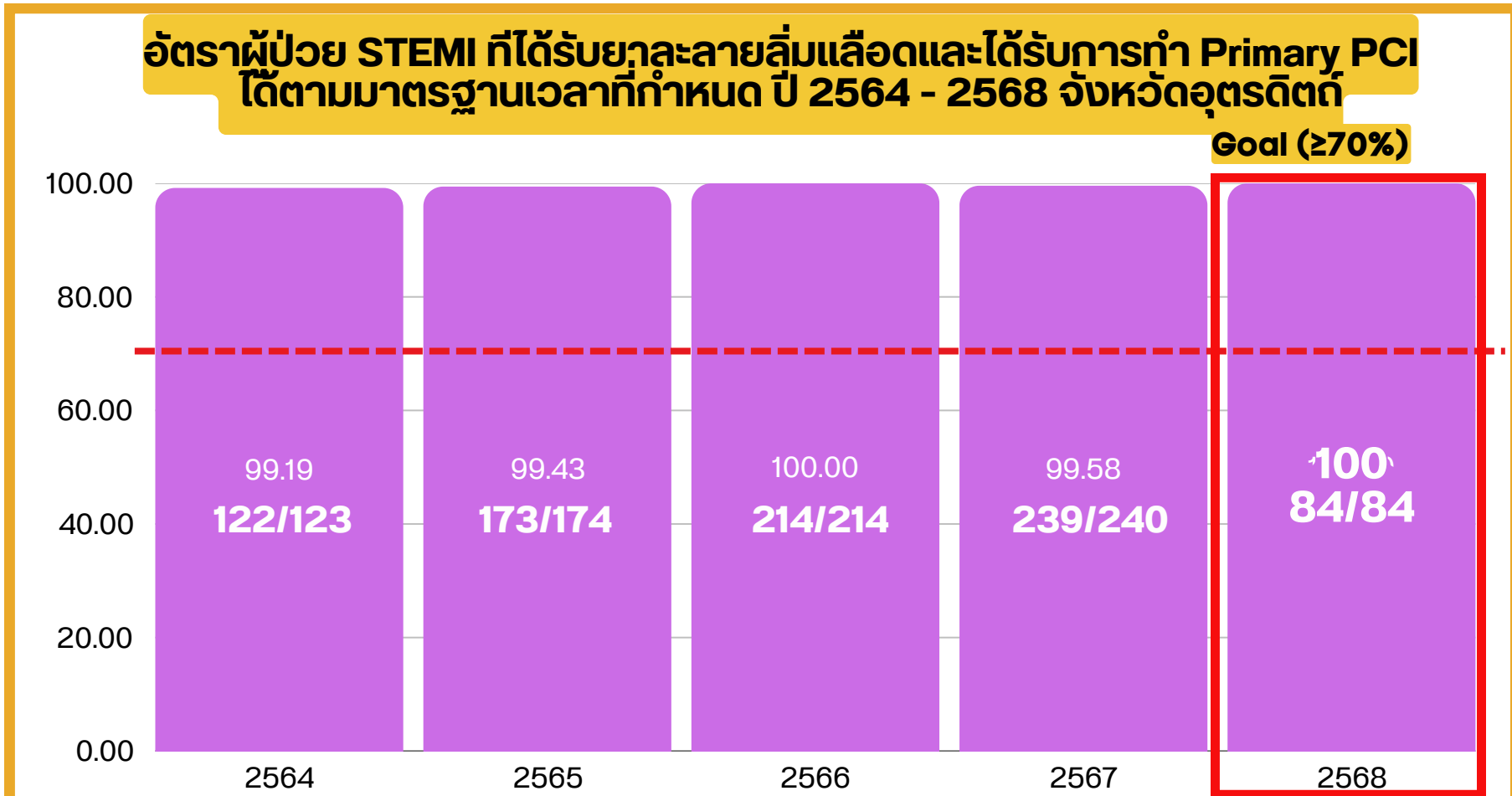
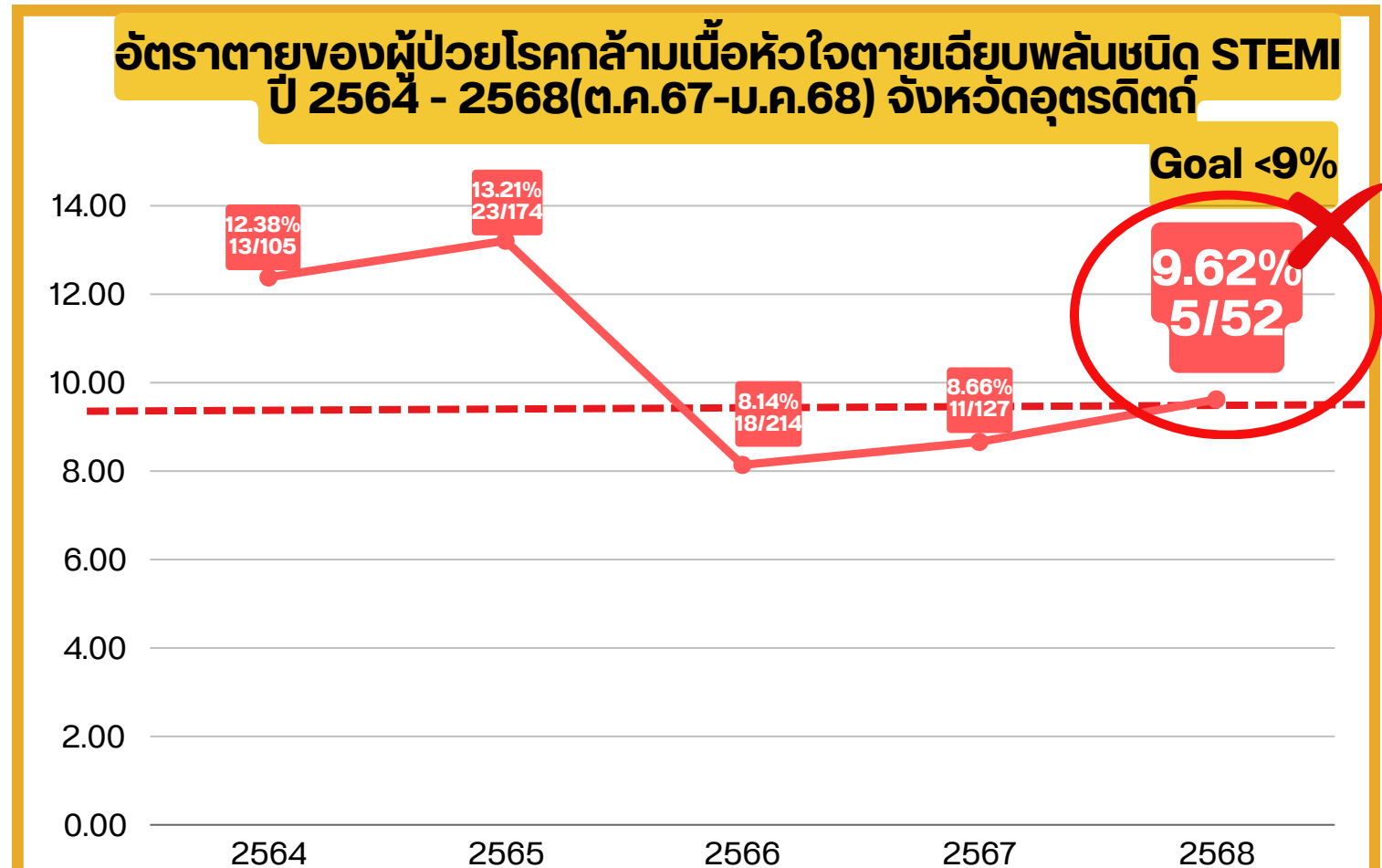
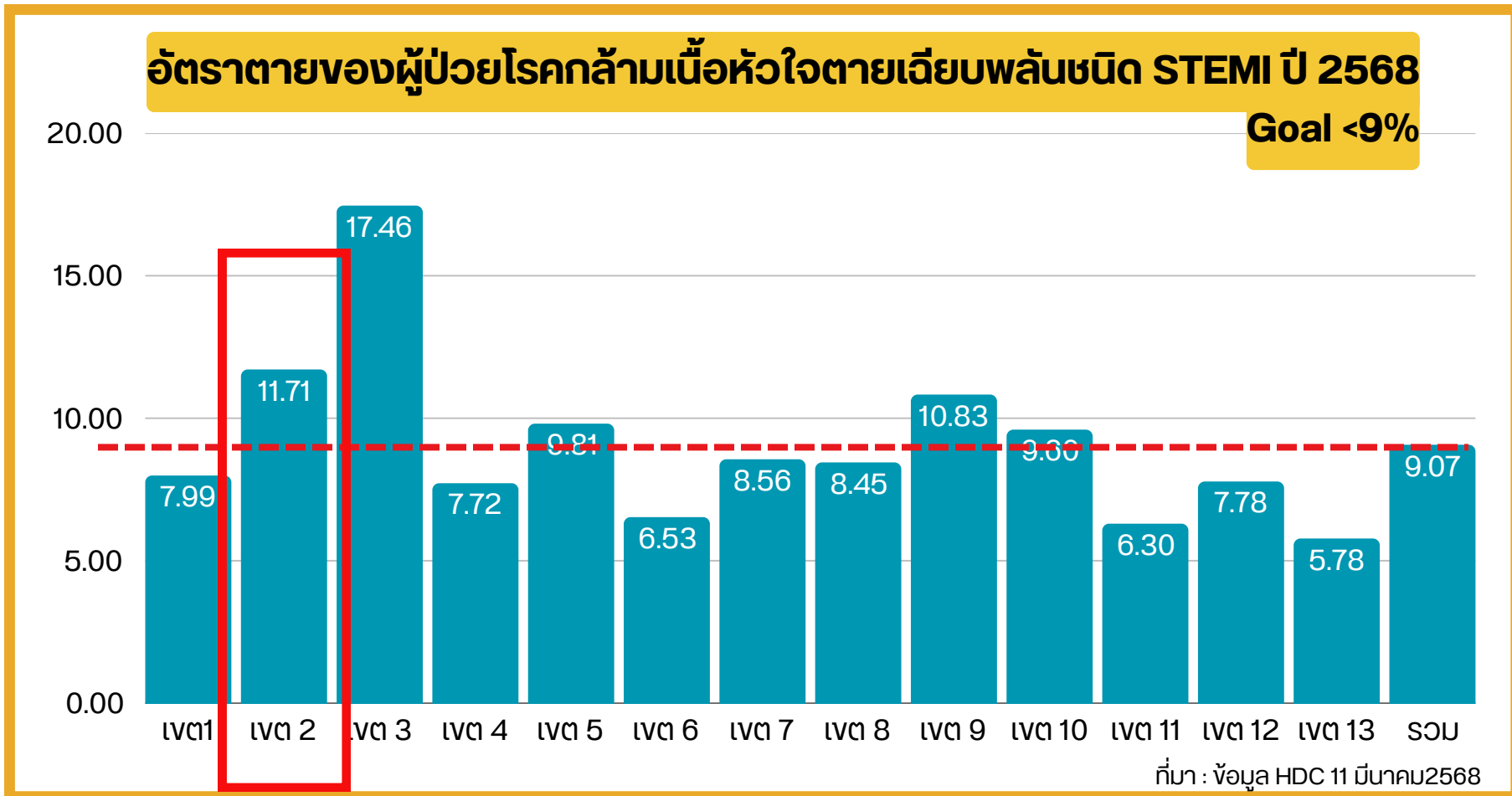
## 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสียชีวิตที่ส่งต่อจาก swช ว่ามีสาเหตุจากส่วนไหน
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยอาศัยข้อมูลจากกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ 6 เพื่อบริหารจัดการให้เหมาะสมในพื้นที่ที่มีกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก
- ขยายระบบ Trigger Tool ไปยัง swช เพื่อให้เกิด Early Detection and Refer



# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7  
Stroke
- 4.9  
Newborn
- 4.10  
Sepsis
- 4.11  
STEMI
- 4.12  
CKD
- 4.13  
Transplant
- 4.14  
Cancer







# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

4.7 Stroke

4.9 Newborn

4.10 Sepsis

4.11 STEMI

4.12 CKD

4.13 Transplant

4.14 Cancer

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุดรธานี)

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9) **ผลดำเนินการ ร้อยละ 9.62**
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 70) **ผลดำเนินการ 100**
  - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 70)
  - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 70)
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (< ร้อยละ 10) **อยู่ระหว่างติดตามผลดำเนินงาน**

### 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- อัตรา Reperfusion 100% (3+49)
- สามารถให้ Fibrinolysis ได้ทุก sw ในจังหวัด
- บริการ Cath Lab ในจังหวัด
- มีแนวทางชัดเจนในการใช้ TNK ไม่ต้องรออนุมัติรายครั้ง
- มีระบบจัดการทั้งใน swท และสำหรับ swช เพื่อทำตาม CPG
- มีนวัตกรรม STEMI Kit and STEMI Flow
- ประชุมเครื่อง่าย และลงตรวจเยี่ยม ทก swช
- เพิ่มขีดความสามารถในการวินิจฉัย Atypical Chest Pain

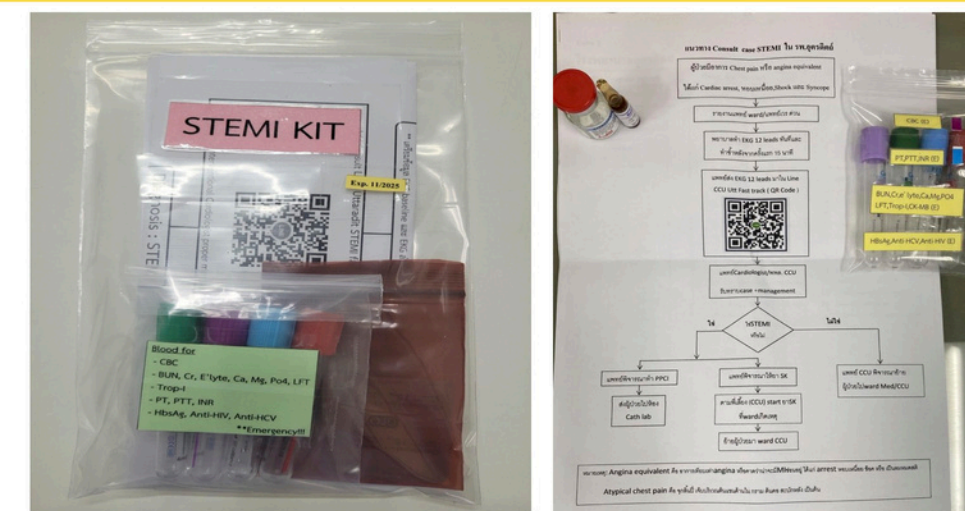
### 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- งบประมาณกลางของเขต สำหรับจัดหา TNK กำลังจะหมด
- ยา TNK มีไม่เพียงพอเป็นช่วง ๆ เนื่องจากขาดคราว
- รับส่งต่อจากสุโขทัยด้วย

### 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- เพิ่มการติดตามและจัดเก็บข้อมูลอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่ 30 วัน

นวัตกรรม STEMI Kit & STEMI Flow รพ.อุดรดิตรถ

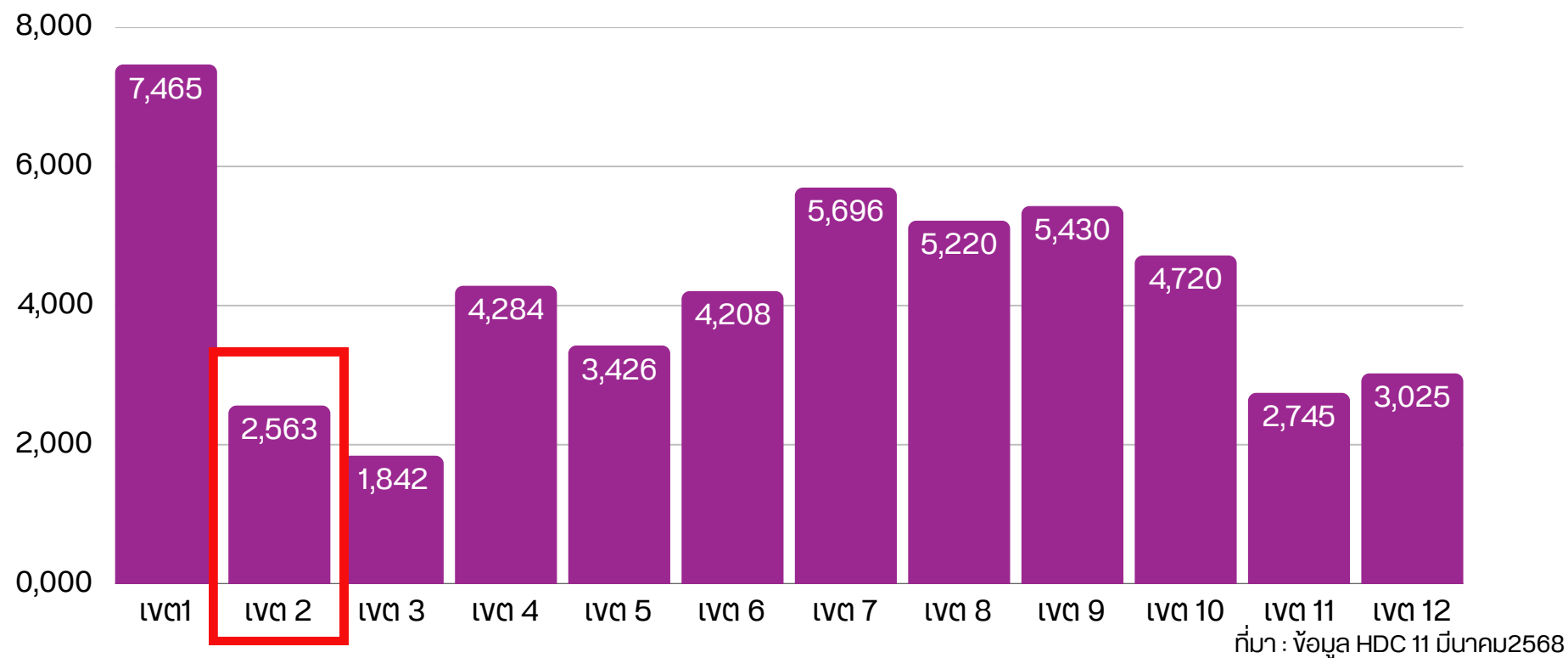




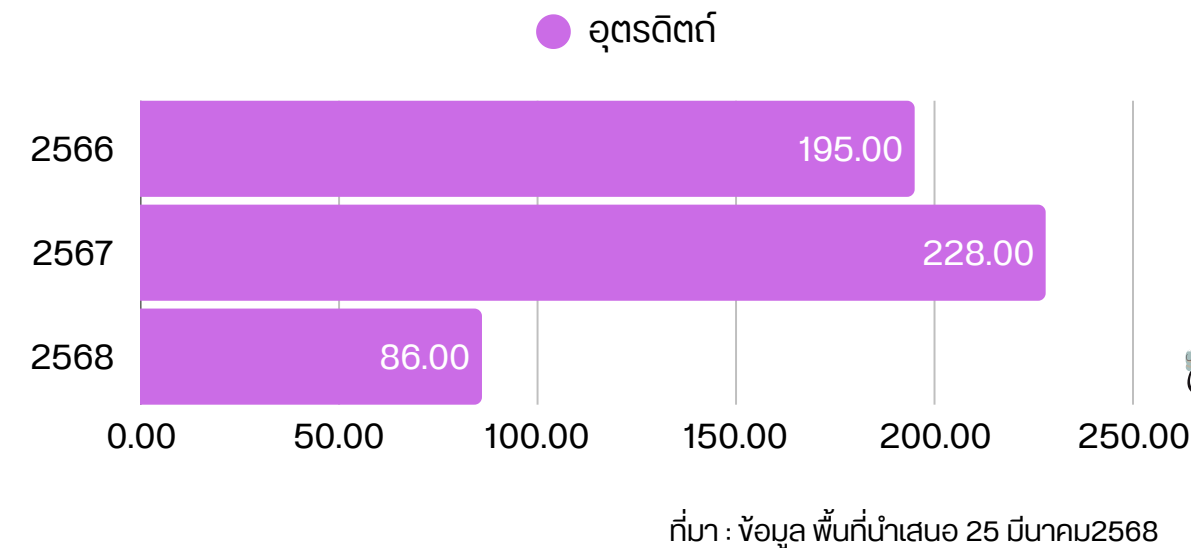
# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

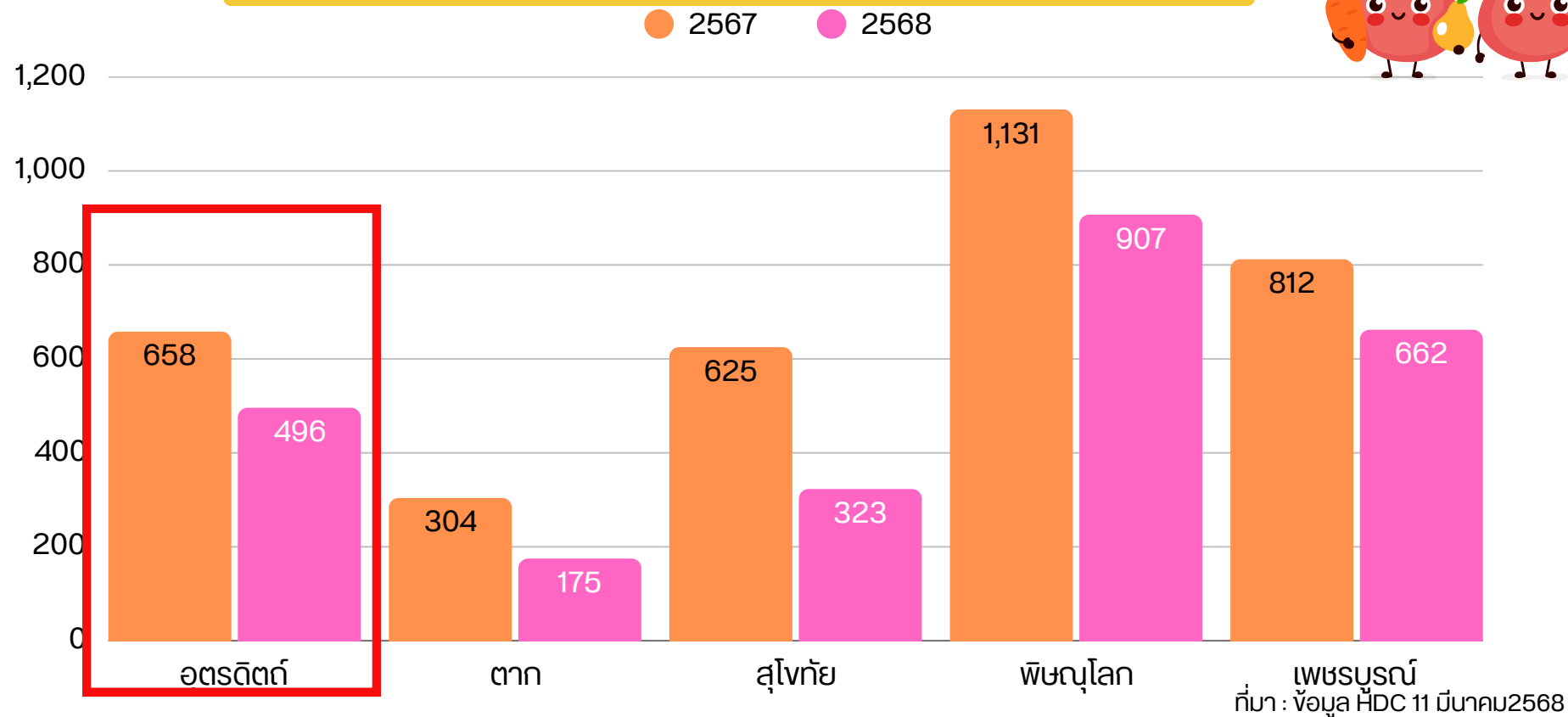
## ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 ปีงบประมาณ 2568



## ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 ปีงบประมาณ 2567-2568 (ไตรมาส 1) จังหวัดอุดรธานี



## ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 ปีงบประมาณ 2567 - 2568



## ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้านี้

**ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2568**  
**ลดลงร้อยละ 62.28**  
 ข้อมูล KPI CKD Stage 5 พื้นที่นำเสนองาน ปีงบประมาณ 2568 (ไตรมาส 1) เทียบกับ CKD Stage 5 ปี 2567  
**รอบเปรียบเทียบข้อมูล ไตรมาส 4**

## ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 5ml/min/1.73sq.m/year

**ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2568**  
**ร้อยละ 69.93**





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุตรดิตถ์)

- ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (เป้าหมาย > ร้อยละ 10)
- ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ GFR < 5ml/min/1.73sq.m/year (เป้าหมาย > ร้อยละ 66)

รอเปรียบเทียบข้อมูล ไตรมาส 4

ผลดำเนินการ ร้อยละ 69.93

### 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- มีระบบ Line Consult CKD ระหว่าง SWท และ SWช
- คลินิกชะลอไตเสื่อม มีสหสาขาวิชาชีพให้บริการครบถ้วน
- มีระบบ Shared Decision Making
- มีบริการ Renal Palliative Care
- 3CFRT Model
- Unplanned Dialysis ลดลง
- New Case CAPD ลดลง
- มีงานวิจัยที่ดำเนินการและนำมาปรับใช้เองในจังหวัด

### 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- มีนักโภชนาการเข้าร่วมดูแลในคลินิกชะลอไตเสื่อมใน sw.อุตรดิตถ์ เป็นครั้งคราว
- ในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ที่ต้องวางเส้นหรือเตรียมหลอดเลือด
  - ห้องผ่าตัดให้บริการได้จำกัด
  - การผ่าตัดส่องกล้องให้บริการได้จำกัด
  - การบริหารจัดการ Stock อุปกรณ์ เส้นสำหรับ CAPD มีข้อจำกัดในรายที่ต้อง Revise

### 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

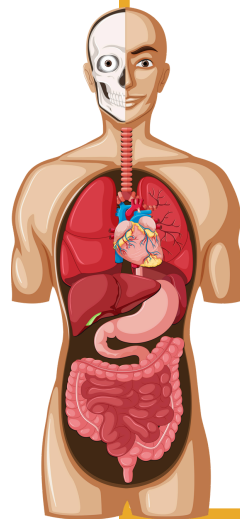
- วางแผนร่วมกับนักโภชนาการเพื่อให้สามารถเข้าร่วมให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม และดูแลผู้ป่วย CHD เพื่อ improve nutrition
- เพิ่มตำแหน่งนักโภชนาการให้เพียงพอเพื่อดำเนินงานด้านป้องกันไตเสื่อม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ศึกษาวิจัยประเด็นสาเหตุ CKD ของลับแล ประเด็นที่แตกต่างจาก sw อื่น ๆ
- สนับสนุนทีมผ่าตัด
  - พยาบาลห้องผ่าตัด
  - การบริหารจัดการเรื่องสต็อกสายและอุปกรณ์ผ่าตัด
  - จัดทำ Endoscope ให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ของคัลยแพทย์

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

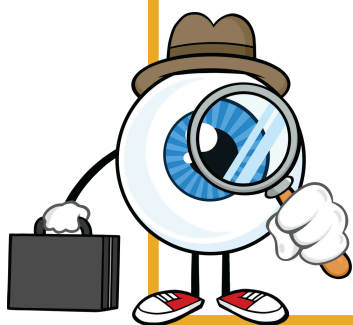
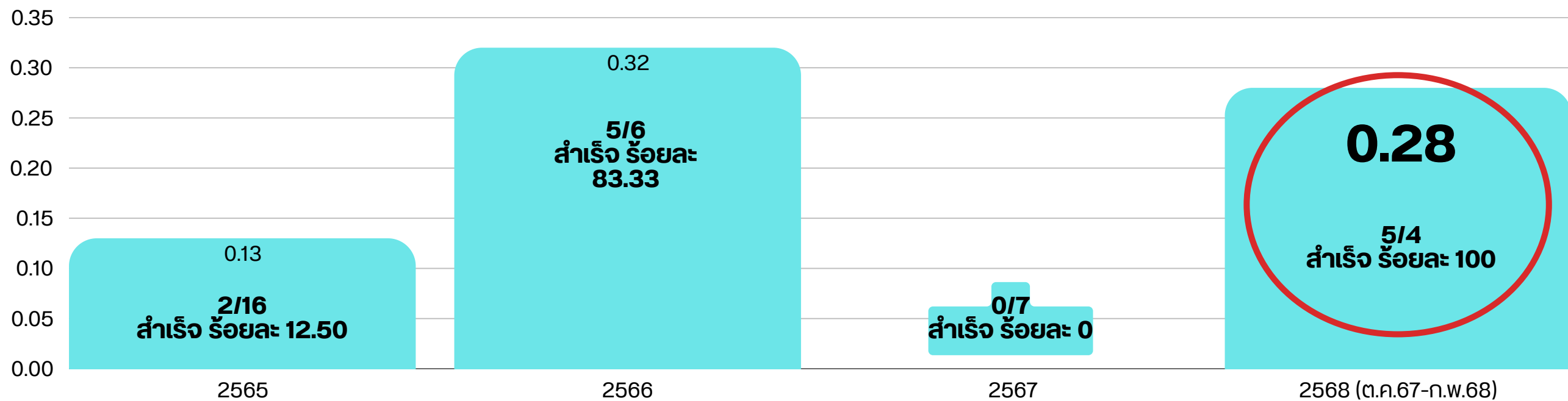


# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

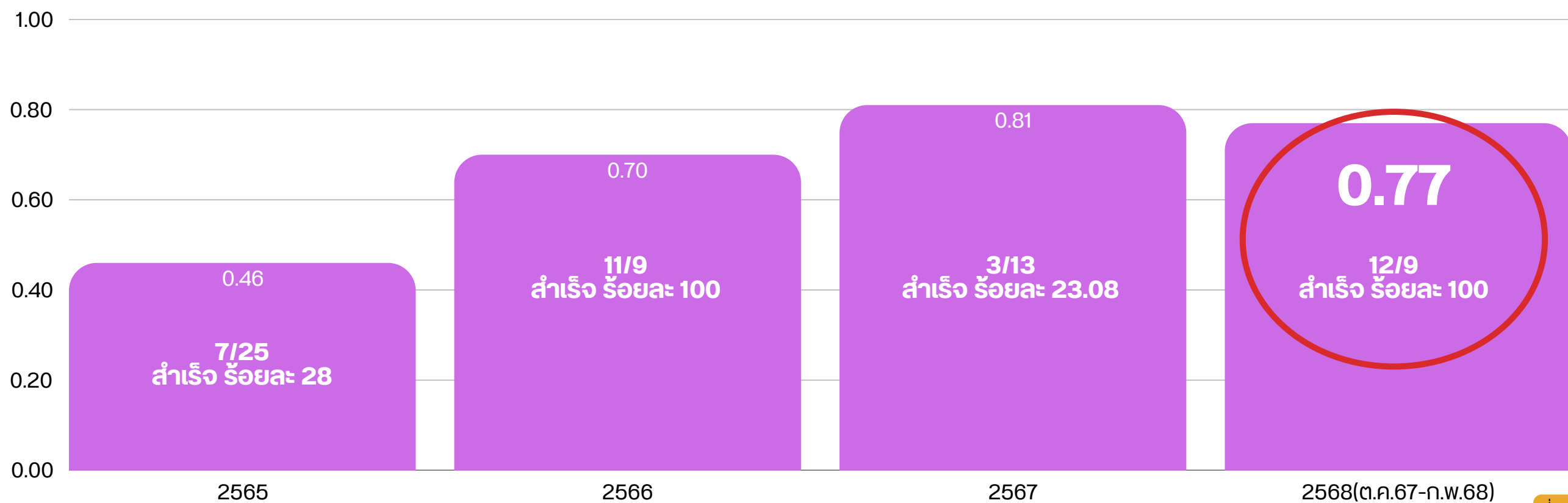
- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer



อัตราส่วน of จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ปีงบประมาณ 2565 - 2567 จังหวัดอุดรธานี



อัตราส่วน of จำนวนผู้บริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ปีงบประมาณ 2565 - 2567 จังหวัดอุดรธานี







# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุตรดิตถ์)

- อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะระดมองตายเป็นที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) (เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนห้องจำนวนผู้บริจาคอวัยวะระดมองตายเป็นที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567ของแต่ละเขตสุขภาพ) **ผลดำเนินการ บริจาคอวัยวะ 0.28 (เป้าหมาย 0.23) บริจาคดวงตา 0.77 (เป้าหมาย 0.58)**

### 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- มีทีมค้นหา เจรจา และ Retrieval Team ของจังหวัดอุตรดิตถ์เอง
- ดำเนินการ Corneal Transplantation ได้เอง
- ทีมค้นหาและเจรจามีความเข้มแข็ง
- มีแผนขยายบริการเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะขึ้นสูงและซับซ้อน
- เมื่อทีมวินิจฉัย Trigger ทีม จะทำให้ Flow ทุกอย่างดำเนินการต่อได้อัตโนมัติ

### 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- มี MOU กับสายการบินเพียงสายการบินเดียว
- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่หลักอยู่ ขณะที่ต้องดำเนินงานนี้รอง

### 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- ขยาย MOU ร่วมกับสายการบินอื่น ๆ เพื่อลดระยะเวลาในการขนส่งอวัยวะ



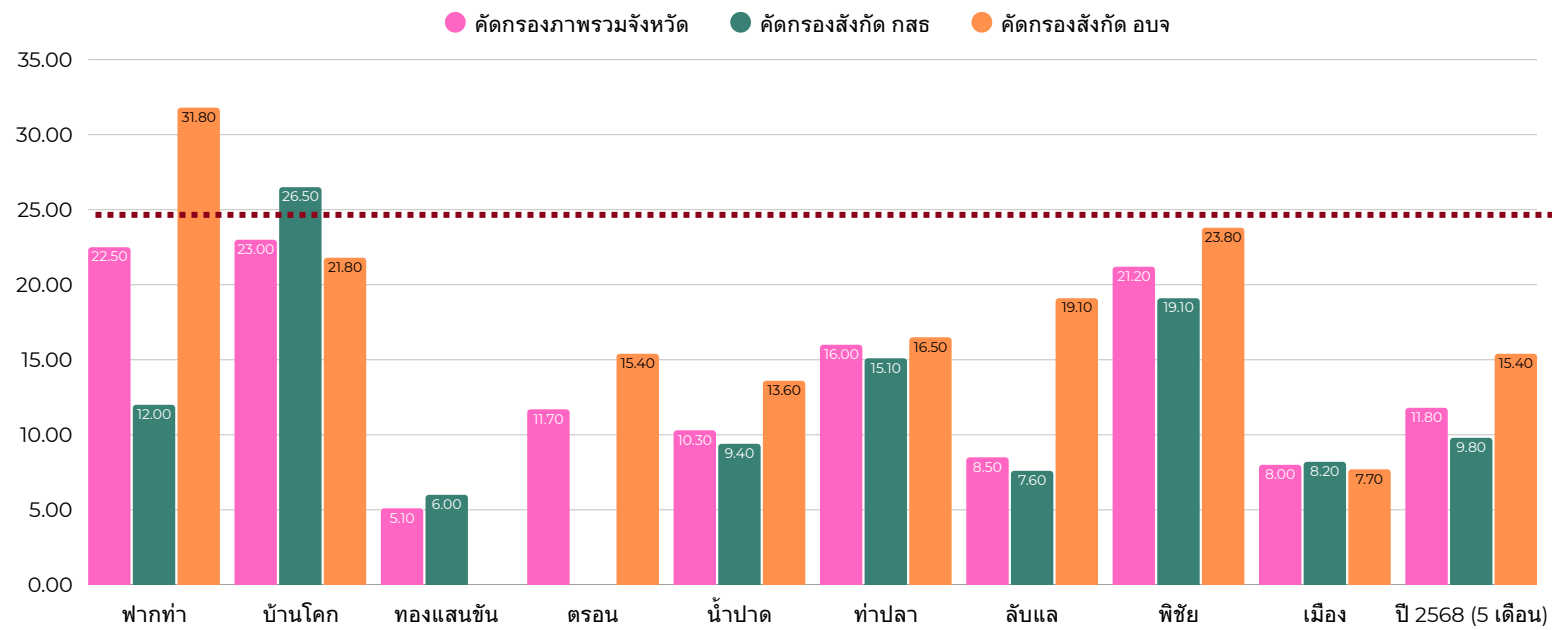




# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

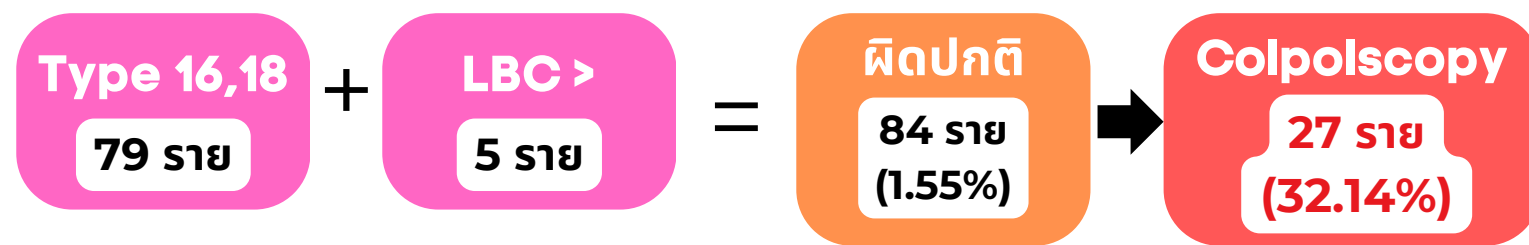
- 4.7  
Stroke
- 4.9  
Newborn
- 4.10  
Sepsis
- 4.11  
STEMI
- 4.12  
CKD
- 4.13  
Transplant
- 4.14  
Cancer

## ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ $\geq 25$ ) จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2568 (5 เดือน)



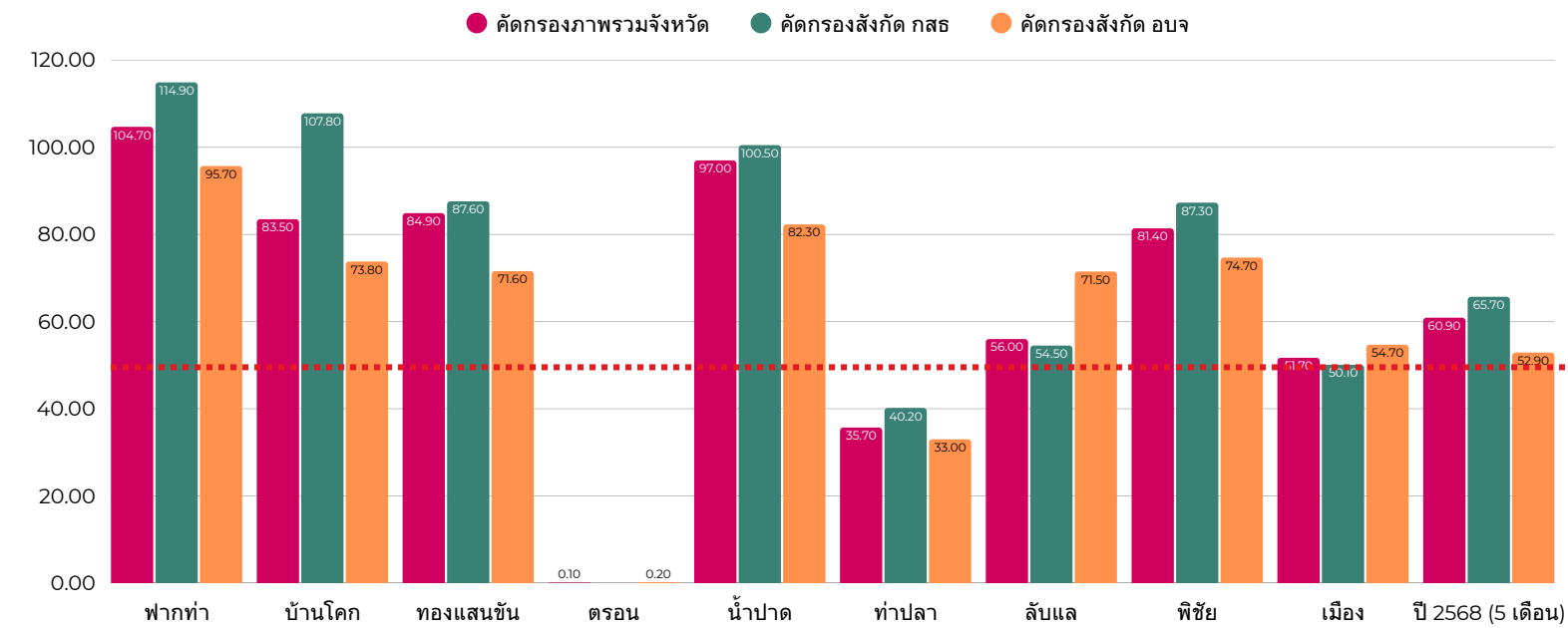
ผลดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 11.80

## ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการทำ Colposcopy ( $\geq$ ร้อยละ 50)



ผลดำเนินการส่งกล้อง ร้อยละ 32.14

## ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (> ร้อยละ 50) จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2568 (5 เดือน)



ผลดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 60.90

## ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการทำ Colonoscopy (> ร้อยละ 50)



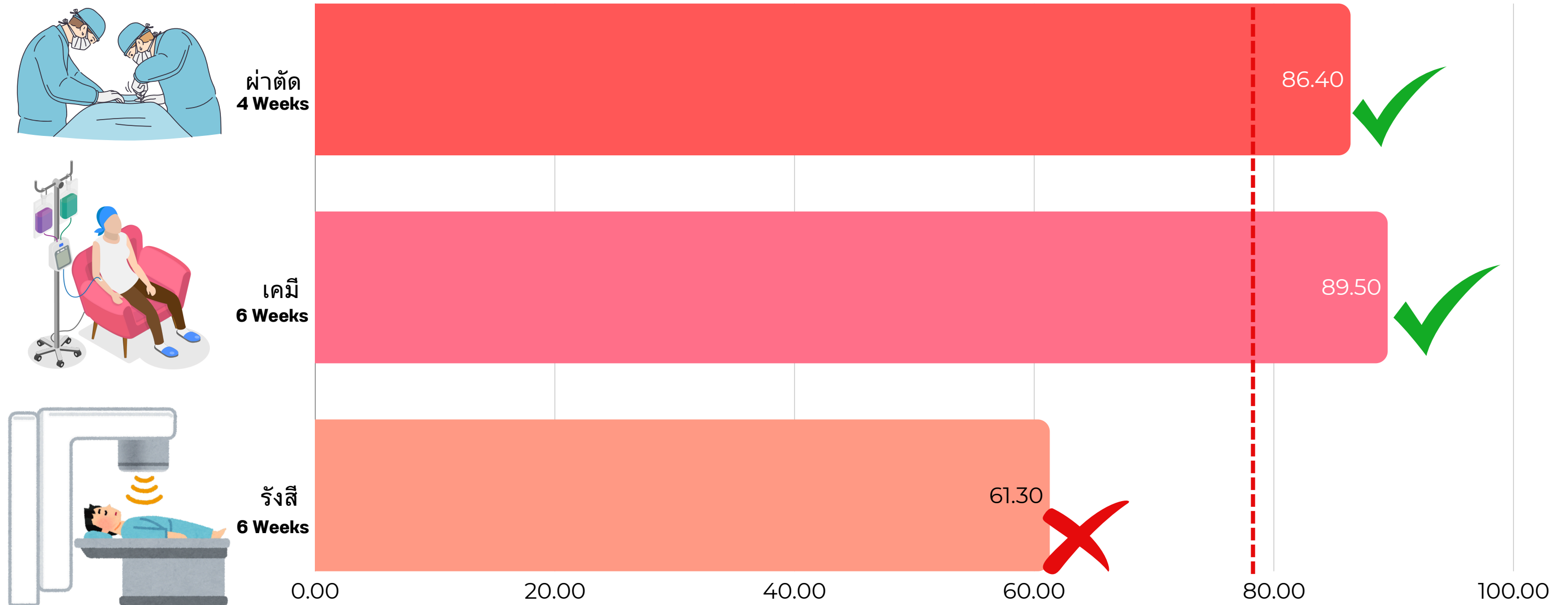
ผลดำเนินการส่งกล้อง ร้อยละ 2.33



# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

- 4.7 Stroke
- 4.9 Newborn
- 4.10 Sepsis
- 4.11 STEMI
- 4.12 CKD
- 4.13 Transplant
- 4.14 Cancer

ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 โรค ได้รับการรักษาภายในเวลาที่กำหนด ปีงบประมาณ 2568 (5เดือน) ( $\geq$  ร้อยละ 78)





# ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

4.7 Stroke

4.9 Newborn

4.10 Sepsis

4.11 STEMI

4.12 CKD

4.13 Transplant

4.14 Cancer

## ตัวชี้วัด (ผลการดำเนินงาน รอบ 1 ปีงบประมาณ 2568 จ.อุตรดิตถ์)

- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 25) ผลดำเนินการ ร้อยละ 11.80
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับ Colposcopy (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50) ผลดำเนินการ ร้อยละ 32.14
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50) ผลดำเนินการ ร้อยละ 60.90
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50) ผลดำเนินการ ร้อยละ 2.33

### 1.จุดเด่น/ผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practices)

- มีการแผนดำเนินการคัดกรอง
- ดำเนินการกระตุ้นการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองในสัดส่วนที่สูง ช่วยให้อัตราการคัดกรองสูงขึ้นได้ตามแผน
- มีแผนดำเนินการสอดคล้องกับสถานการณ์
- บริหารจัดการข้อมูล ก่อนส่งไปยังผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการต่อ

### 2.ปัญหา/อุปสรรค (Issues/Challenges)

- มีการเปลี่ยนแปลงระบบการตรวจคัดกรองจาก HPV csx2020 เป็นระบบ KTP
- ระบบ KTP ไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้
- อัตราค่าส่งสูงตีแพทย์ ในการทำ Colposcope เนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพ

### 3.ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

- ลดปัญหาคองขวดของ Colposcope ด้วยการเสริมศักยภาพให้สูติแพทย์ดำเนินการตรวจในอัตราที่ไม่กระทบภาระงานหลัก
- เพิ่ม Cancer Prevention Awareness ตามสาเหตุของมะเร็งที่พบบ่อยในจังหวัด





**กรมการแพทย์**  
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”