



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 6 - 7 พฤษภาคม 2568 ณ ห้องประชุมอุทยานแห่งชาติดอยอินทนนท์

ประเด็นที่ 4.4

คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

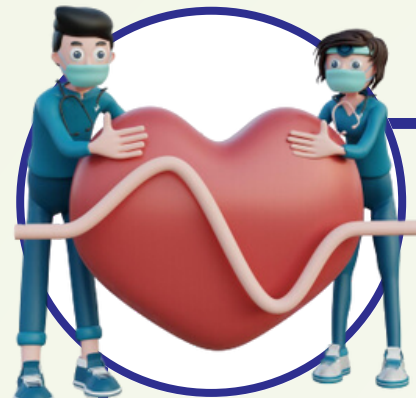
นายแพทย์กนก พิพัฒน์เวช
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลน่าน





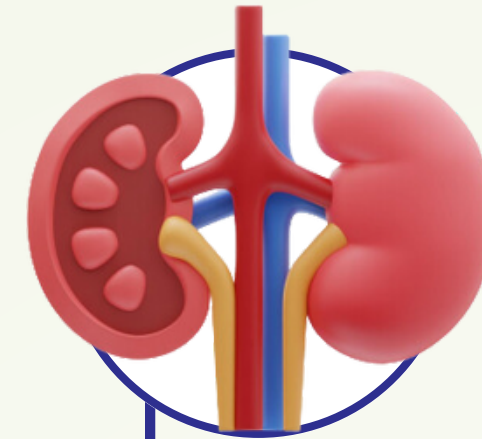
Stroke
2 ตัวชี้วัด

ผ่าน - ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน 2 ตัวชี้วัด



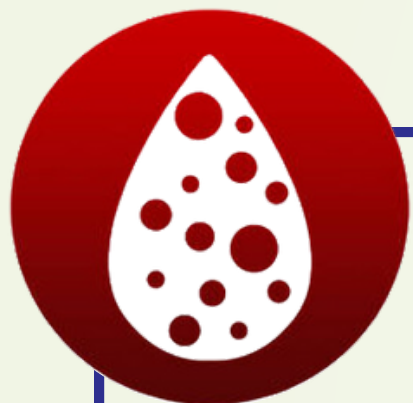
STEMI
4 ตัวชี้วัด

ผ่าน - ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน 4 ตัวชี้วัด



CKD
1 ตัวชี้วัด

ผ่าน - ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน 1 ตัวชี้วัด



Sepsis
2 ตัวชี้วัด

ผ่าน 1 ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน 1 ตัวชี้วัด



Transplant
1 ตัวชี้วัด

ผ่าน 1 ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน - ตัวชี้วัด



Cancer
4 ตัวชี้วัด

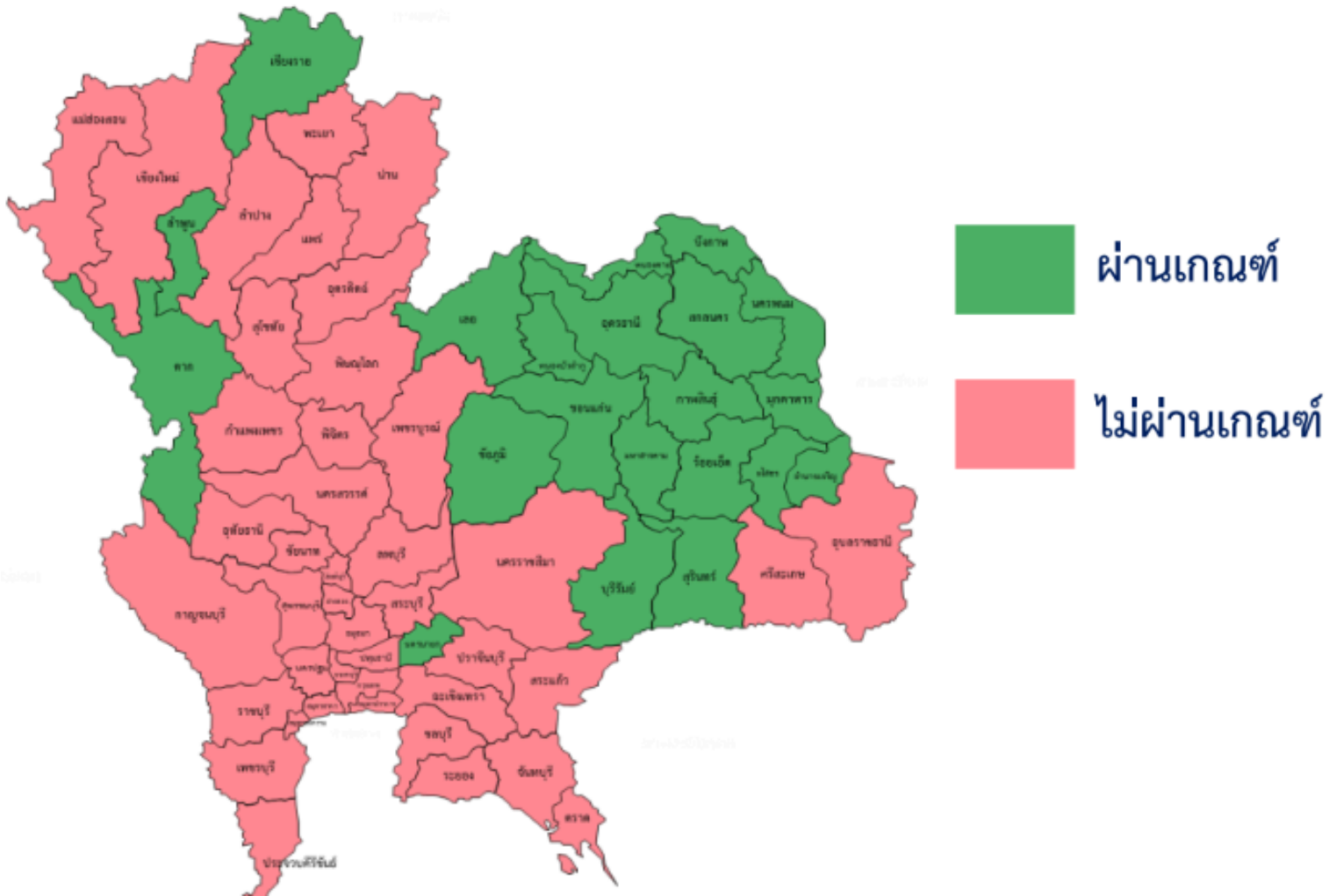
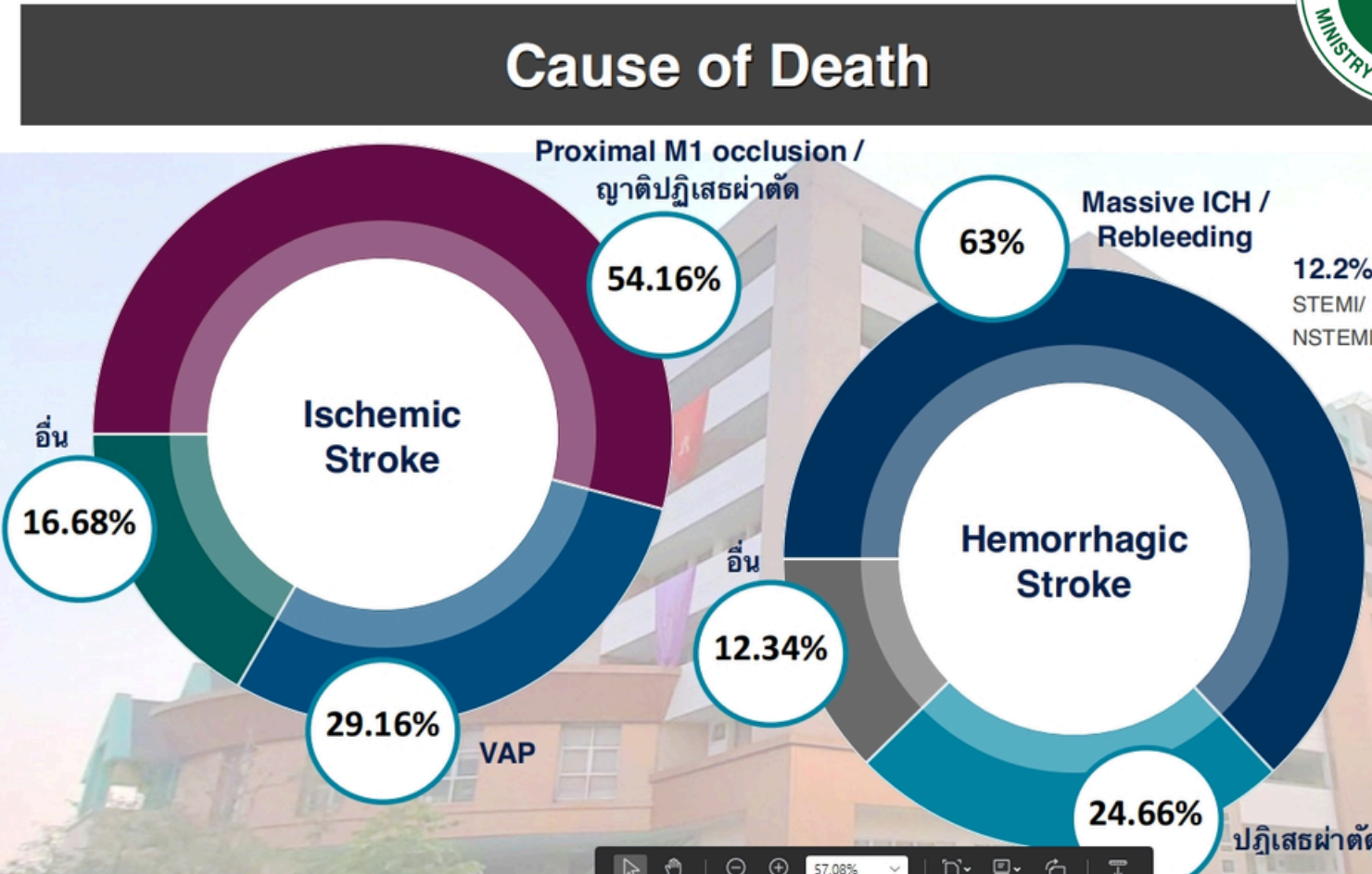
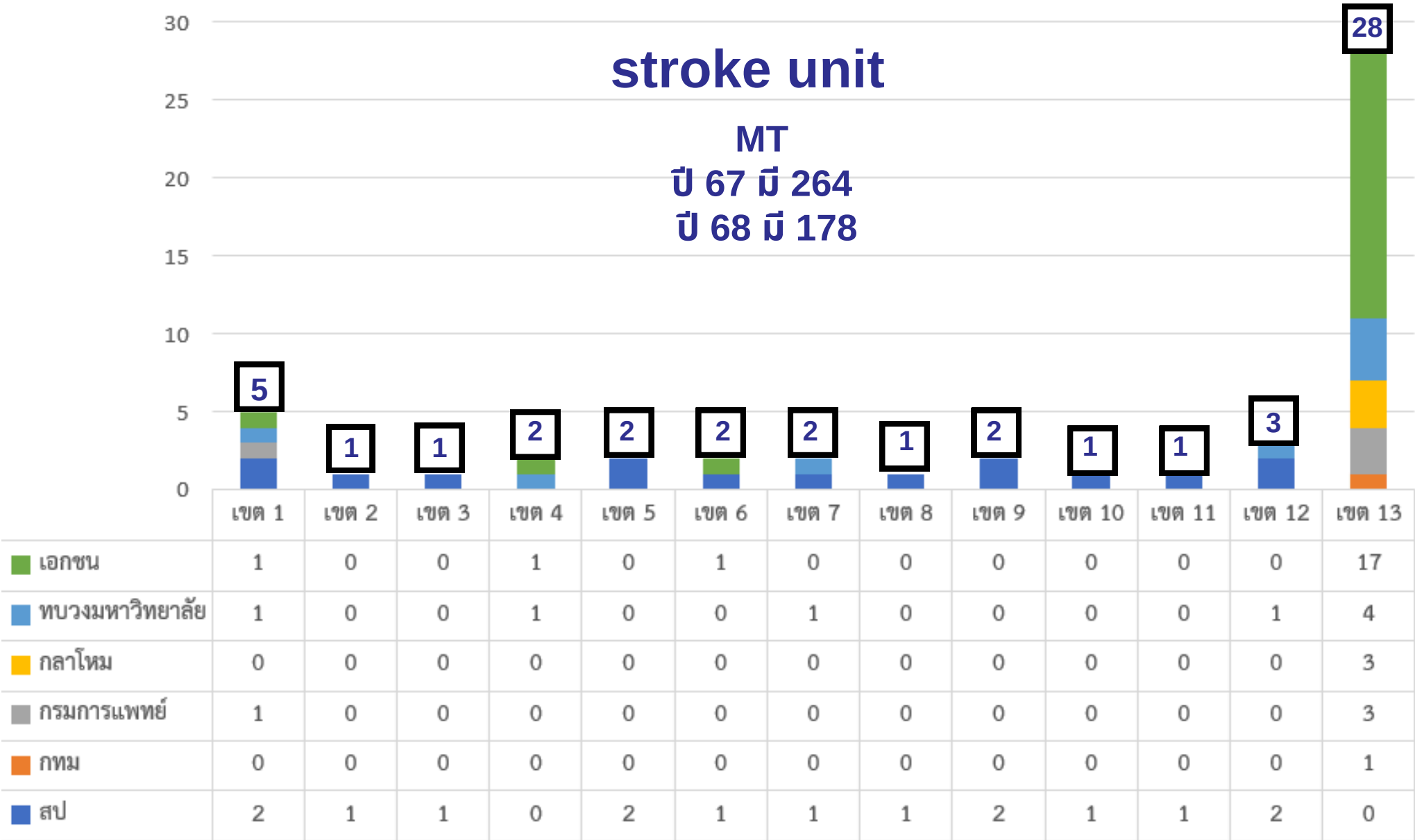
ผ่าน 1 ตัวชี้วัด
ไม่ผ่าน 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2568 ประเด็น 4.4 จำนวน 14 ตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงานตรวจราชการ รอบ 1 ผ่าน 3 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 11 ตัวชี้วัด



ตัวชี้วัดที่ 4.4.1 STROKE

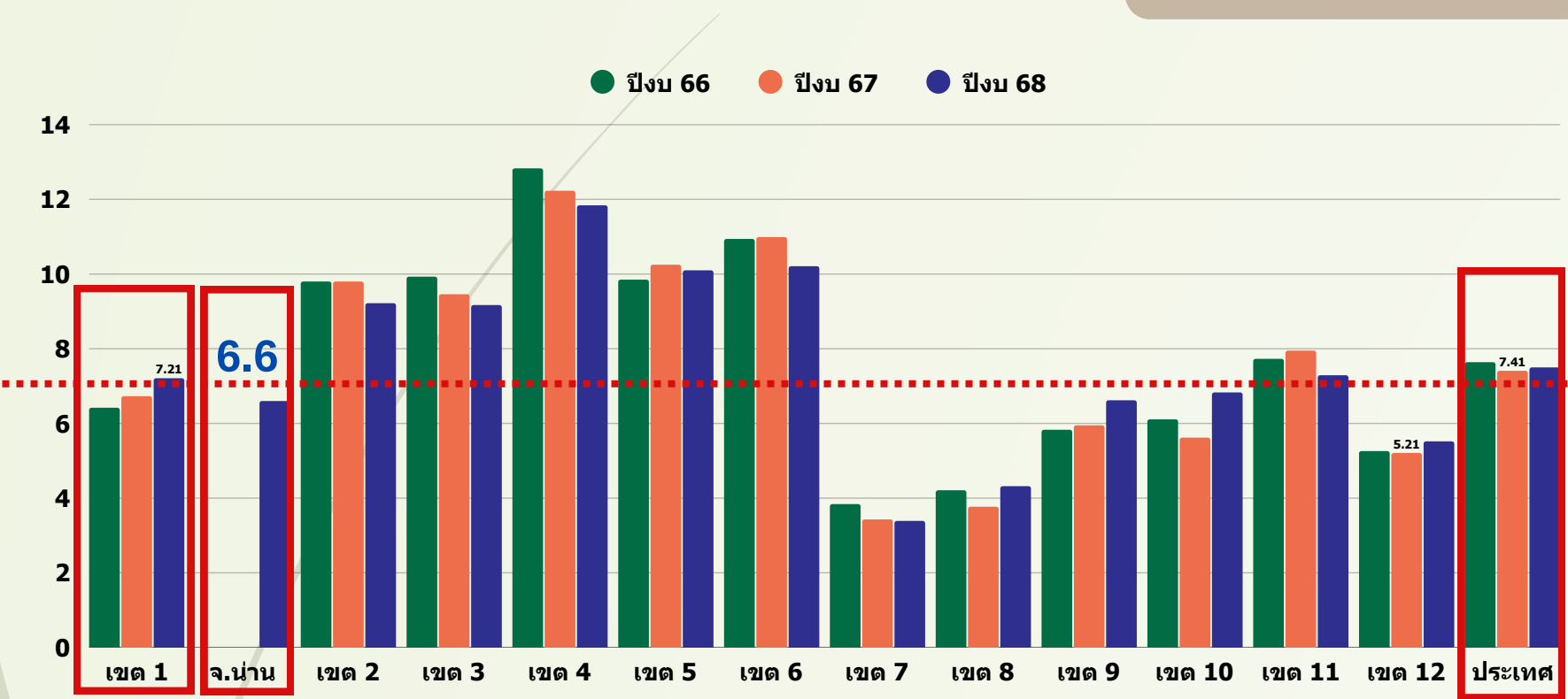




ตัวชี้วัดที่ 4.4.1 STROKE

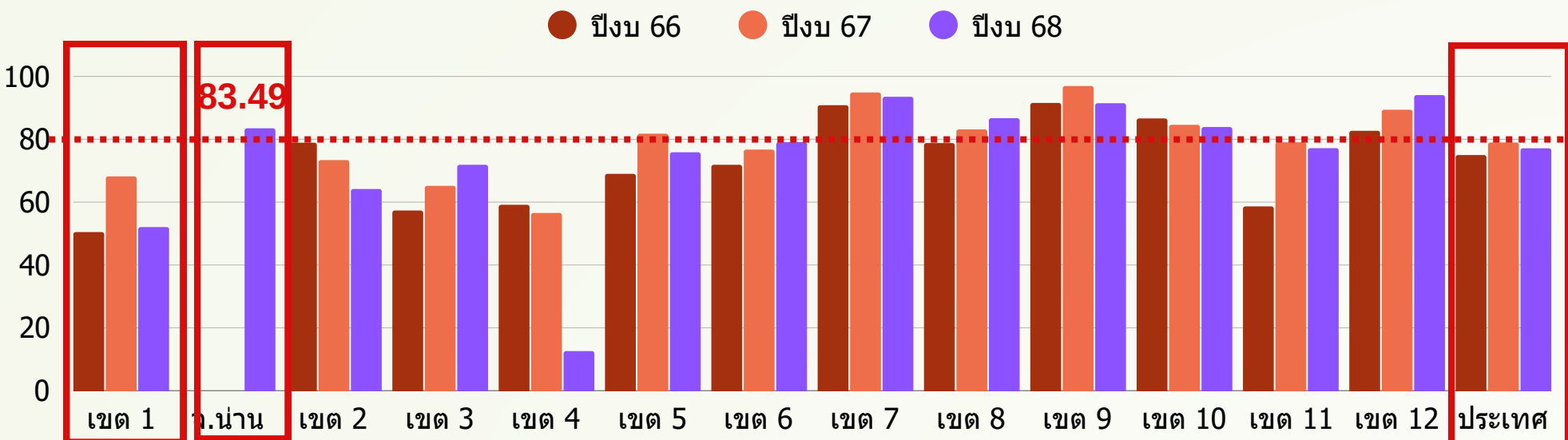
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7

ผลการดำเนินงานภาพรวมเขต1
ร้อยละ 7.22



ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงานภาพรวมเขต1
ร้อยละ 56.97



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนเตียงใน Stroke unit ไม่เพียงพอในจังหวัด เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน เข้าถึงบริการ rt-PA น้อย	ขยาย node ,stroke unit, ใช้ Drip & Ship และการนำhemoregic stroke	วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตในการรักษาแต่ละวิธี Ischemic /Hemorrhagic stroke(MT,rtPA)	- ขยาย node ไปยัง sw.M2 - เพิ่มเตียงใน SU - เครือข่ายบริการ MT ร่วมในเขตสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

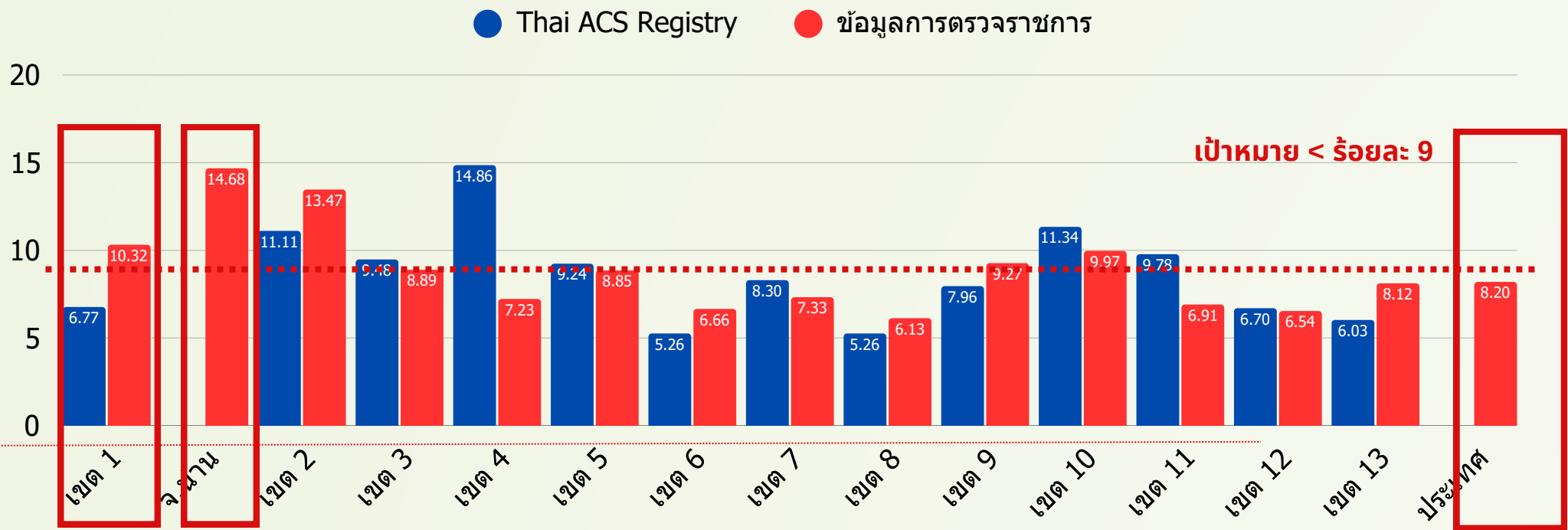


- ขยายศักยภาพโรงพยาบาลที่มี CT
- ขยายเครือข่ายการให้ rt-PA และการส่งต่อ MT
- เพิ่มเตียง stroke unit /stroke corner

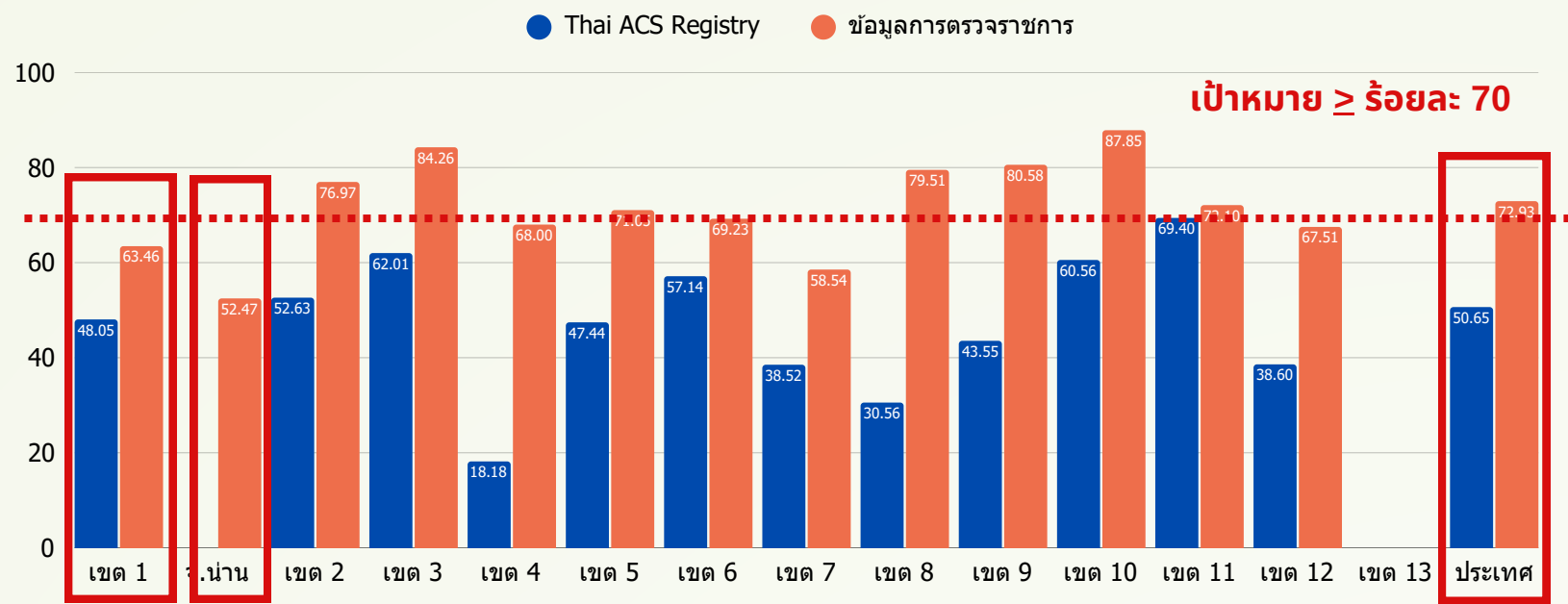


ตัวชี้วัดที่ 4.4.2 STEMI

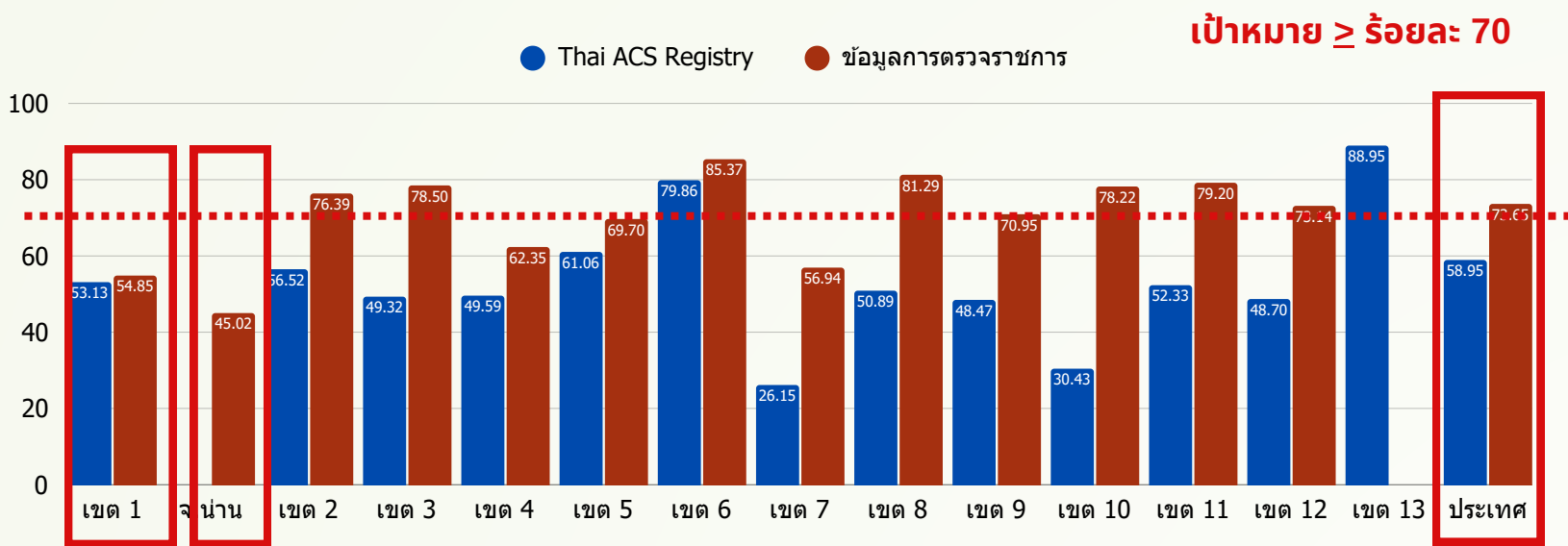
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568)



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568)



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568)



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/พัฒนา/ปรับปรุง	การกำกับ/ติดตามในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
การเข้าถึงการรักษาล่าช้า Delay SK /PCI	ขยายการใช้ App E - cardio ร่วมกับ direct contact วางแผนการใช้ยา TNK แทนการใช้ SK ส่งเสริมการใช้ 1669	วิเคราะห์ผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ได้รับยาและทำ PCI เปรียบเทียบทุกจังหวัด - System delay analysis และแนวทางการพัฒนา	-สนับสนุน One province One Cardiologist และ Flowการ Refer ข้ามลำนานา -สนับสนุนงบประมาณ ยา TNK แทน SK เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน



- Primary care มีการเชื่อมโยงกับระบบ 3 หมอ
- มีระบบ STEMI fast track มี Thai ACS Registry
- ใช้แอป E-Cardio และระบบ Teleconsult

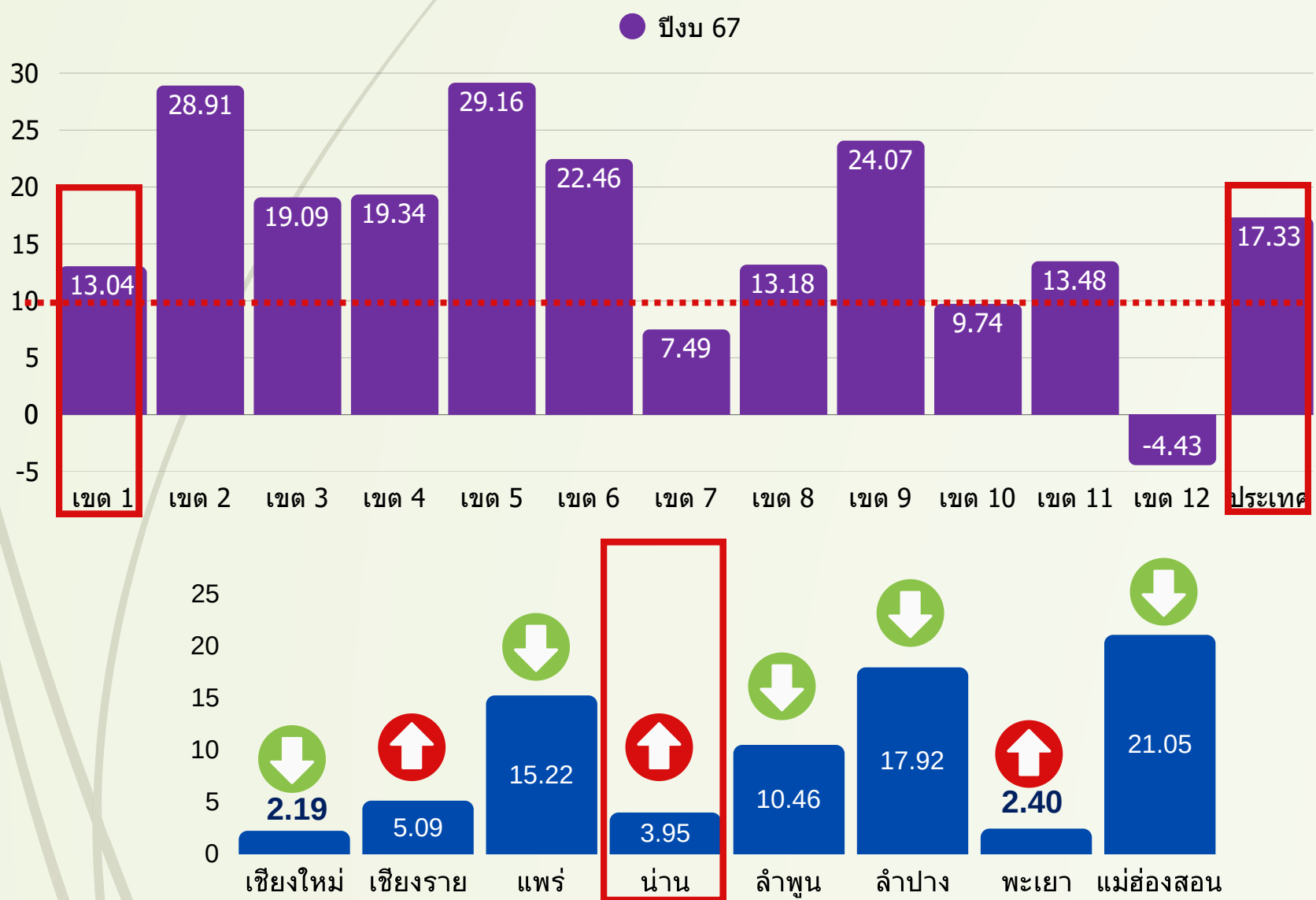


ตัวชี้วัดที่ 4.4.3

CKD

ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า เป้าหมาย > ร้อยละ 10

ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
เป้าหมาย > ร้อยละ 10



ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



- มีการบูรณาการ CKD in NCDs ควบคู่กัน
- มีการขยายบริการ HD รองรับเพียงพอ ทั้งภาครัฐและร่วมมือกับเอกชน

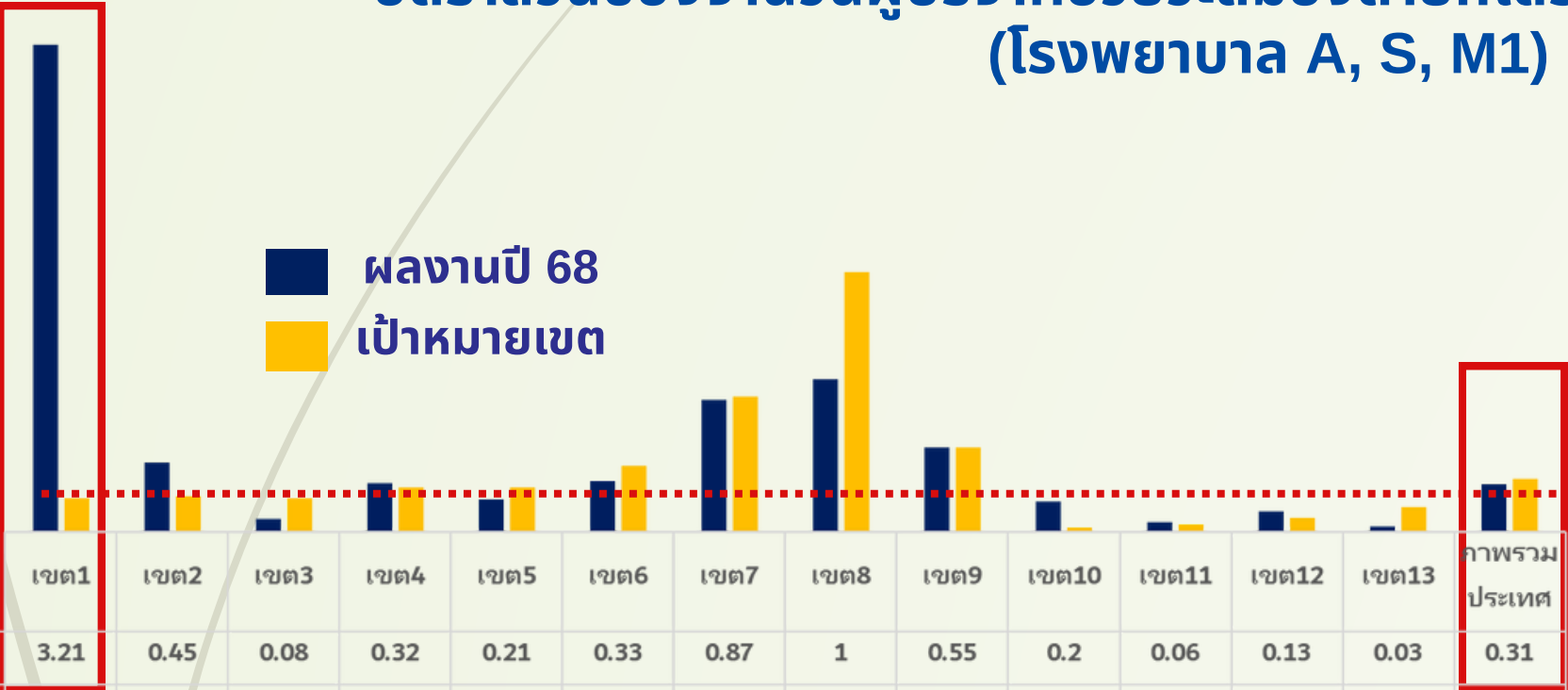
ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
พยาบาล PD ไม่เพียงพอ สำหรับการรองรับ การเปิดบริการร่วม PD และHDในแต่ละสว.	Reskill - Upskill PD nurse	-ผลการพัฒนา ศักยภาพPD nurse -สัดส่วนของการ ขยายบริการ	เพิ่มพยาบาล PD Nurse ในพื้นที่ขาดแคลน เช่น อ.ลี และ อ.ป่าซาง
ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระยะที่ 5 ยังไม่สามารถปรับตามเกณฑ์ การเก็บข้อมูลล่าสุดได้ (ไม่ได้แยกตัวเลข ผป.RRT ออก)	คณะกรรมการสรุป ร่วมกันให้ใช้ข้อมูล HDC โดยการใช้ stage change จาก ระยะที่ 4 ไป ระยะที่ 5 แทน	ติดตามตัวชี้วัด	การจัดทำทะเบียน CKD register จัดประชุมร่วมกับ IT เพื่อ แยกข้อมูลให้ชัดเจน
การชะลอไตเสื่อม ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้ 66.23 % DM/HTcontrol ได้ไม่ดี	ยกระดับความรู้ HL / จัดตั้งโรงเรียนรักษไต R1	ติดตามการจัดตั้ง โรงเรียนรักษไต ร่วมกับ NCD remission	เพิ่มนักกำหนดอาหาร และเภสัชกรประจำ clinic สนับสนุน อบจ.ร่วม นโยบาย NCD preventio&promotion



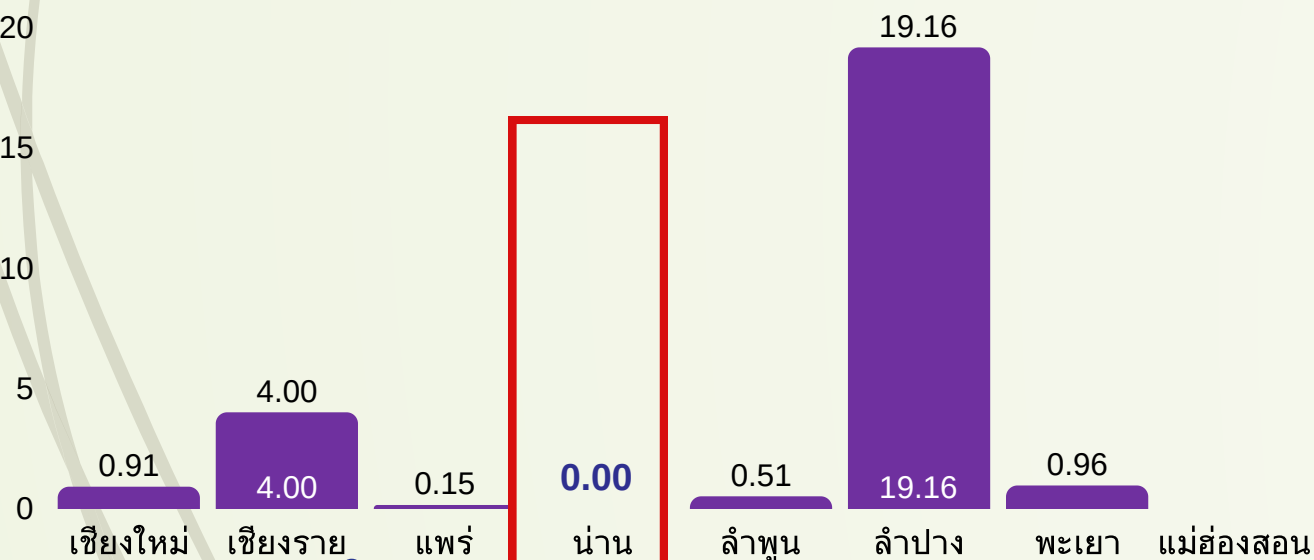
ตัวชี้วัดที่ 4.4.4 TRANSPLANT

ผลการดำเนินงานรายจังหวัด (รอบที่ 1 - 2568)

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) (เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10)



เป้าหมายเขต 1 รอบที่ 1 : 0.22
ผลการดำเนินงานภาพรวม 3.21



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ความเชื่อ วัฒนธรรม -Potential Donor น้อย -ระบบการจัดการ เมื่อมีผู้ป่วย Brain dead	-สร้างความเข้าใจผ่านผู้นำทางศาสนา -ให้ความรู้ที่ถูกต้องและสร้างแรงจูงใจเชิงสังคม เช่น รณรงค์ผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย - มอบเกียรติบัตร ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล - เพิ่มการค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก - จัดระบบการดูแลผู้ป่วยสมองตาย	- แผนปฏิบัติการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ -ติดตามระบบบริหารจัดการในจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ จ.แพร่ จ.น่าน จ.แม่ฮ่องสอน	จัดให้มี TCWN เต็มเวลา และขยายรพ.ที่ทำการปลูกถ่าย

ปัจจัย

แห่งความสำเร็จ

- มีศูนย์รับบริจาคในจังหวัดส่วนใหญ่
- มีโรงพยาบาลนำร่องที่ทำได้ดี

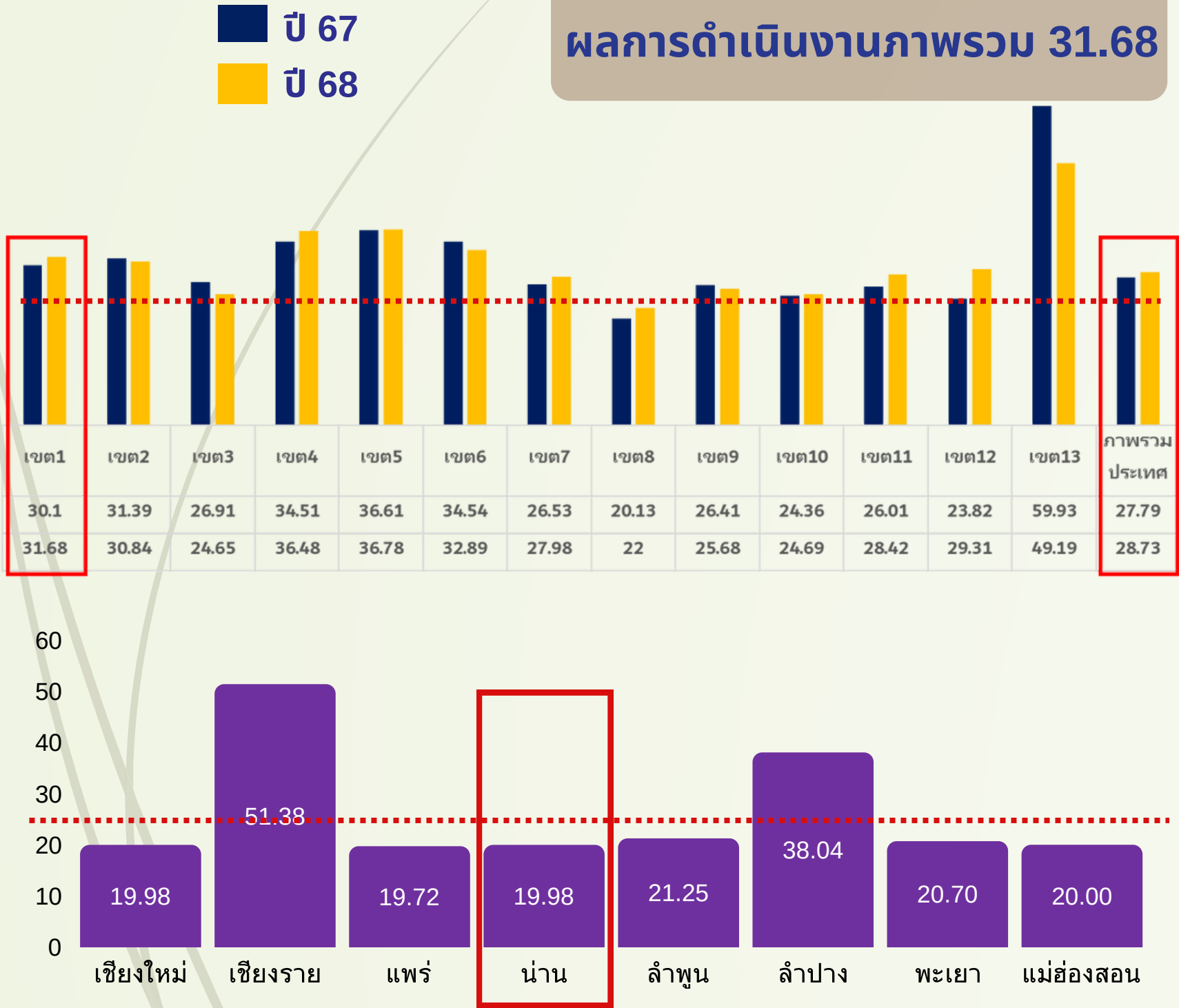


ตัวชี้วัดที่ 4.4.5

SEPSIS

อัตราการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < ร้อยละ 24

เป้าหมายรอบที่ 1 < ร้อยละ 24
ผลการดำเนินงานภาพรวม 31.68



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ / ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
การวินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาด สืบสวนเกณฑ์วินิจฉัย	update CPG และ RRS	แยกวิเคราะห์ ต้นเหตุการตาย แยกตาม source และ co-morbidity	-สนับสนุนการใช้ RRT, RRS และติดตาม CPG ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1
การลงรหัสโรคไม่ครบถ้วน ไม่ตัด palliative ออก ทำให้ อัตราตายไม่ชัดเจน	กบฏวนการลงรหัสเพื่อให้ได้ข้อมูลอัตราตายที่แท้จริง และนำไปพัฒนาต่อ		
อัตราการได้เข้าถึง ICU ของผู้ป่วย Septic shock ต่ำ เนื่องจากเตียงเต็ม	เพิ่มเติมเตียง icu และมีcriteria การเข้า icu ชัดเจน		

ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

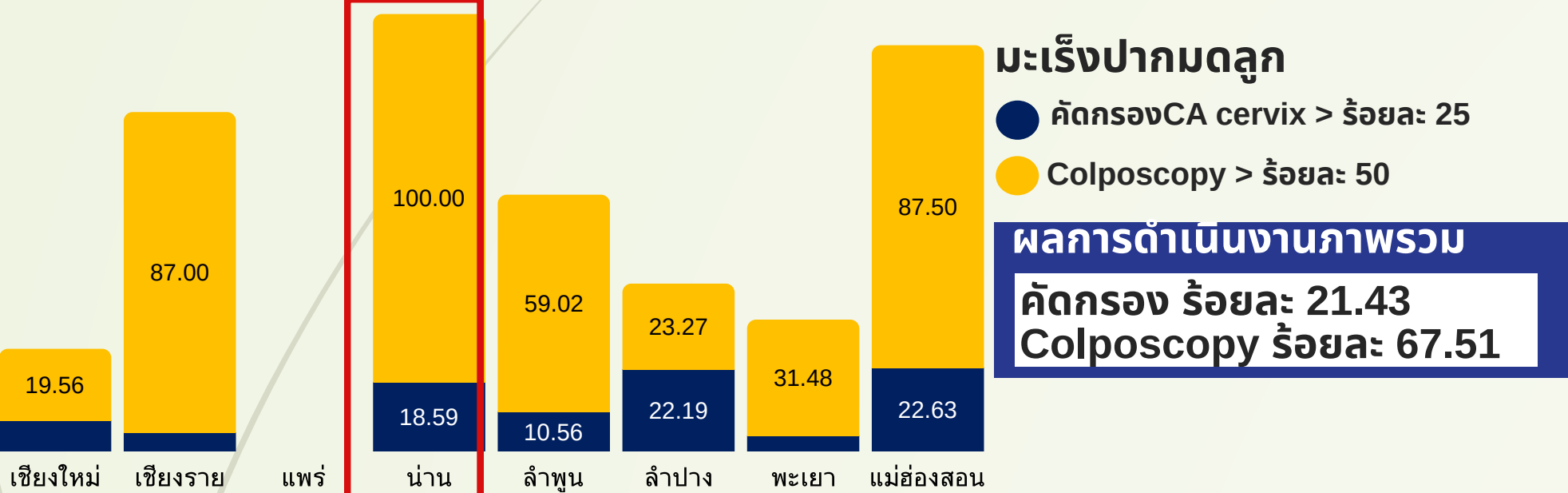


- มีการแยกแหล่งการติดเชื้อและวิเคราะห์เชิงลึก
- สนับสนุนการมี Sepsis bed และทีม RRT

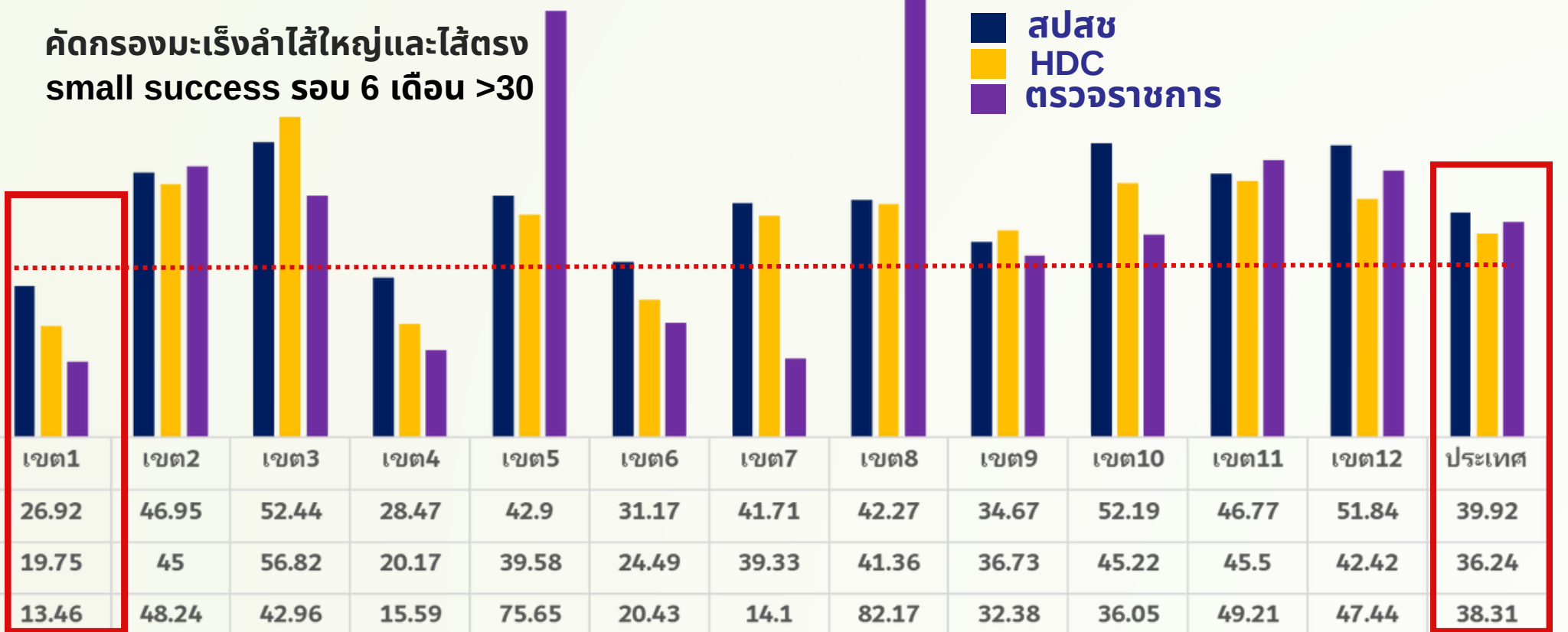
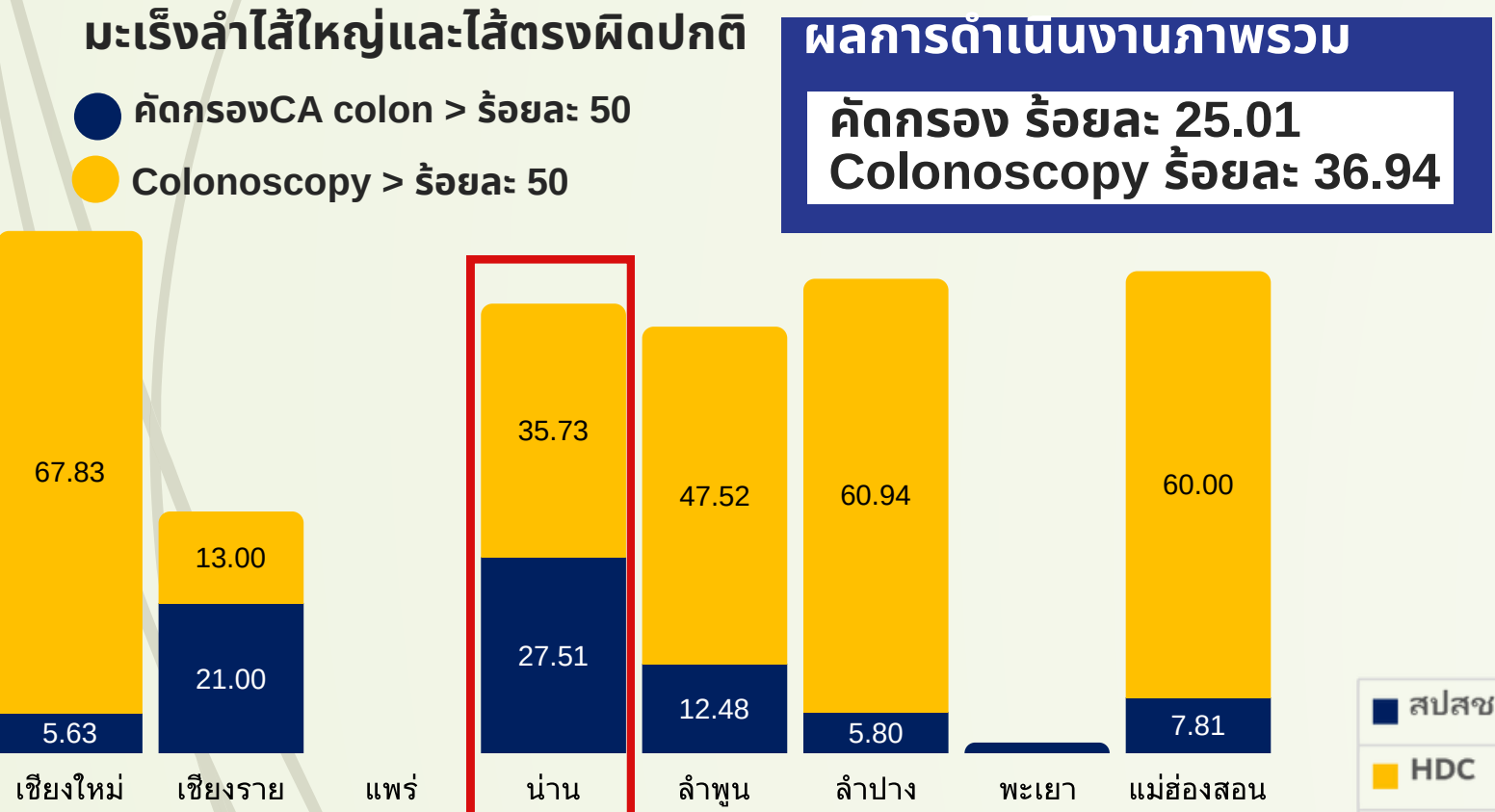


ตัวชี้วัดที่ 4.4.6 | CANCER

ผลการดำเนินงานรายจังหวัด (รอบที่ 1 - 2568)

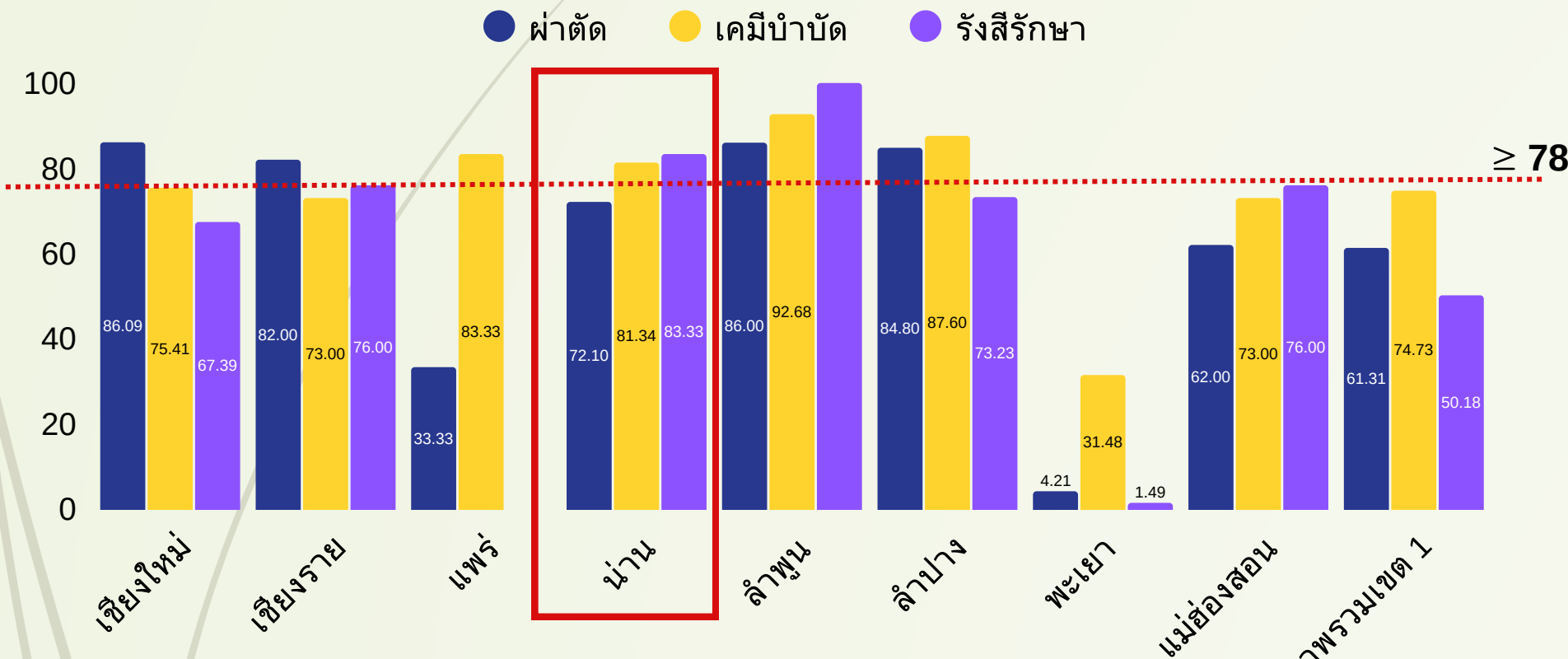


ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ความล่าช้าในการจัดซื้อชุดตรวจจากการโอนถ่าย รพ.สต.	จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี/จัดสรรเงิน และวางแผนจัดซื้อให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน	- แผนปฏิบัติการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย - การติดตามผู้ที่ปฏิเสธการส่องกล้อง colonoscopy	สนับสนุนให้มีแผนจัดซื้อชุดตรวจฯระดับจังหวัด

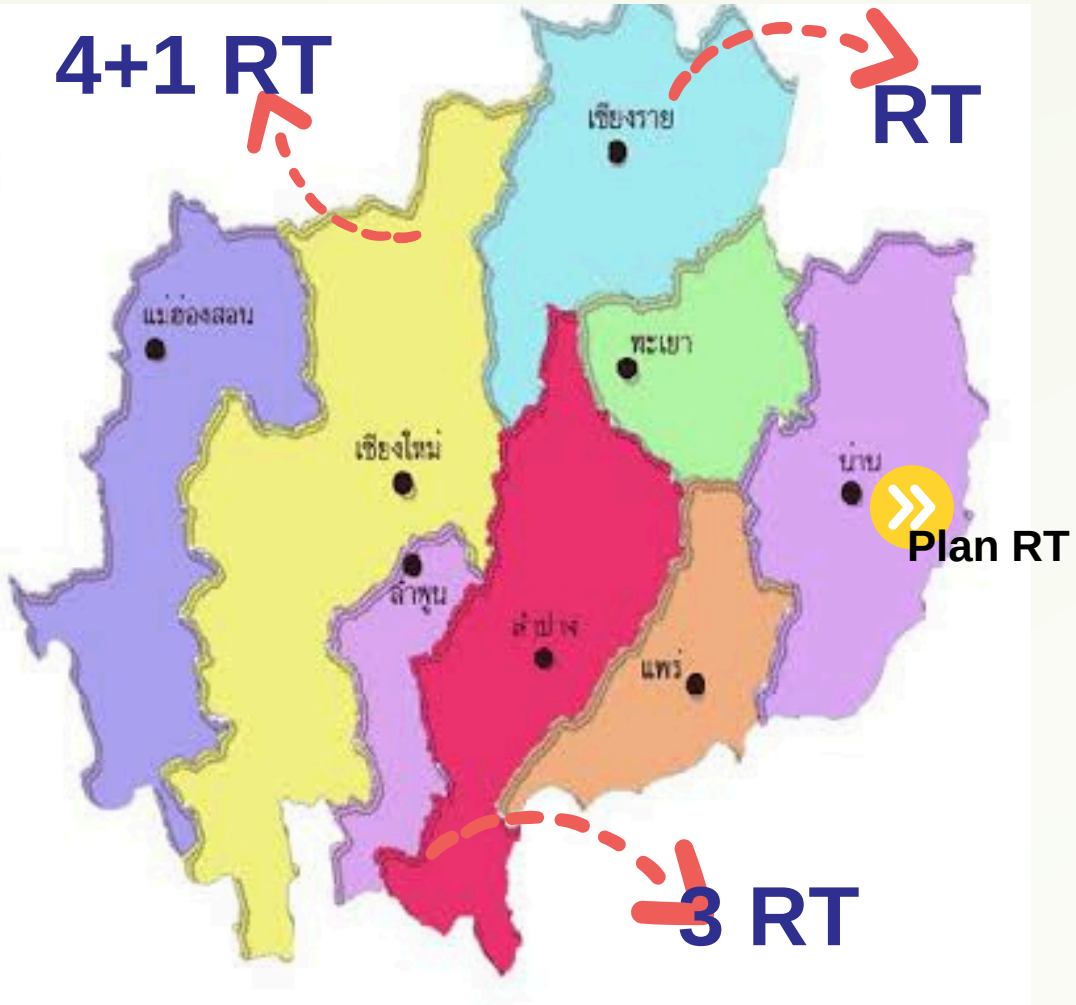
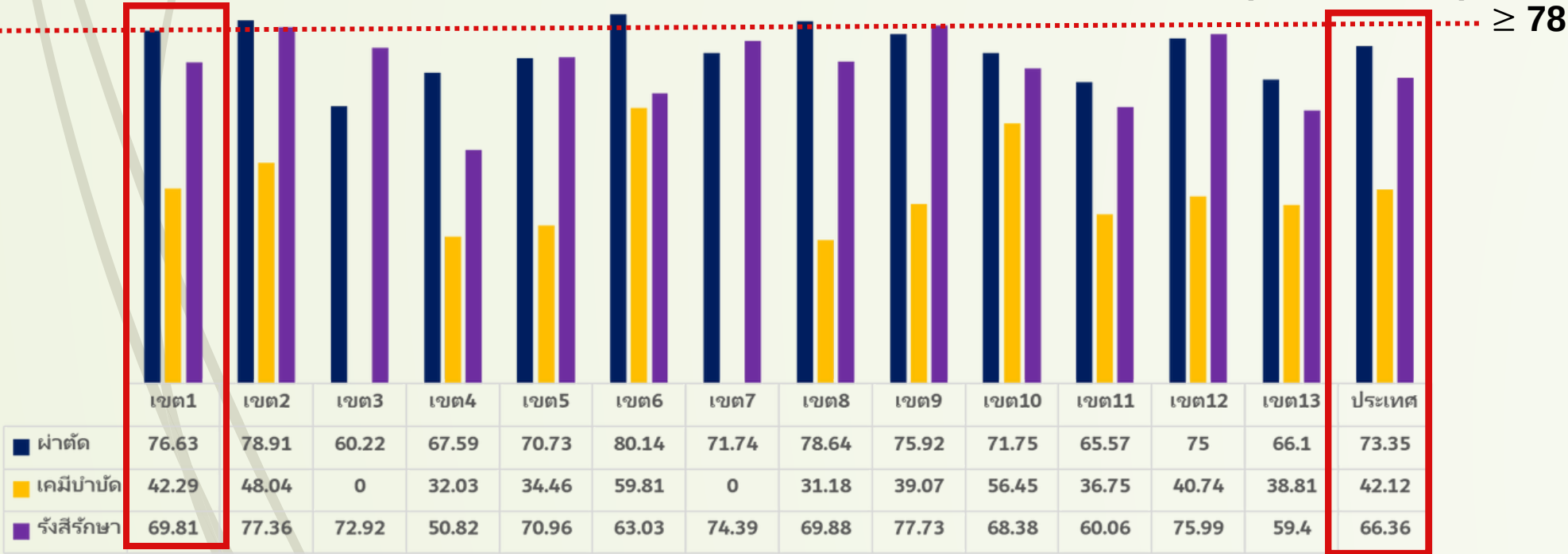


ตัวชี้วัดที่ 4.4.6 | CANCER

การเข้ารับบริการการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา ภายในเวลาที่กำหนด ผลการดำเนินงานรายจังหวัด (รอบที่ 1 - 2568)



ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา (1ต.ค.-31มี.ค.)



ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

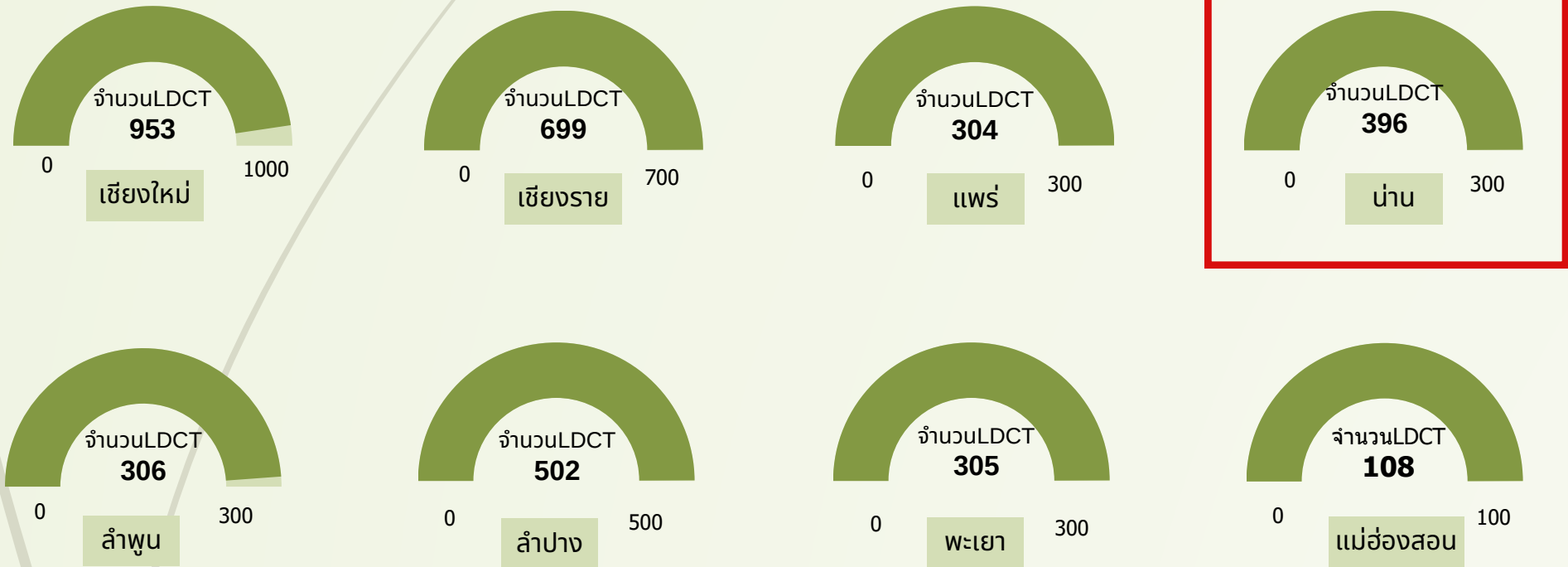


- การวิเคราะห์มะเร็ง 5 อันดับแรกในเขตสุขภาพ
- จัดระบบการส่งต่อการรักษาร่วมกับศูนย์มะเร็ง

โครงการ

พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดด้วย
LOW DOSE CT เขตสุขภาพที่ 1

ผลการดำเนินงานรายจังหวัด (รอบที่ 1 - 2568)



ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข / พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในรอบที่ 2-2568	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ผู้ป่วยปฏิเสธการติดตามรักษา	พัฒนาระบบกำกับติดตามผู้ป่วยร่วมกันระหว่างรพช. รพ.สต.	ติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธติดตามรักษาให้มารับการรักษา	จัดทำแนวทางการจัดคิวผ่าตัดร่วม รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์- รพ.มหาราชฯ และ รพ.ลำปาง



ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ



- นโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 1 / โครงการ kick off เขตสุขภาพ
- มีงบประมาณสนับสนุนในการบริหารจัดการ
- ความพร้อมของพื้นที่

ขอบคุณครับ
