

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ
รอบที่ 2/2569 เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสตูล



แพทย์หญิง จันทรา นราตรีคุณ



+ ประเด็นที่ 4
ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ
(SERVICE EXCELLENCE)



ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (SERVICE EXCELLENCE)



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมควบคุมโรค

- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU HOSPITAL PLUS) ตามที่กำหนด



กรมการแพทย์

- CKD (โรคไต)
- SEPSIS (อายุรกรรม)
- STROKE (โรคหลอดเลือดสมอง)
- PALLIATIVE CARE
- STEMI (โรคหัวใจ)
- TRANSPLANT (ปลูกถ่ายอวัยวะ)
- CANCER (มะเร็ง)

ตัวชี้วัดหลักที่ 1 อัตราความสำเร็จ
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



Score : 2.1

เชิงปริมาณ : 0

เชิงคุณภาพ : 2.1



อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
วัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 84

 45.1%

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1 จังหวัดสตูล

อำเภอ	ขึ้นทะเบียน (ราย)	รักษาสำเร็จ (ราย/ร้อยละ)	กำลังรักษา (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต	โอนออก	ขาดยา
ท่าแพ	3	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ละงู	8	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
ควนกาหลง	2	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
เมืองสตูล	14	6 (42.9)	5 (35.7)	1 (7.1)	2 (14.3)	0 (0.0)
มะนัง	2	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ควนโดน	1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
ทุ่งหว้า	1	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวมจังหวัด	31	14 (45.1)	12 (38.7)	2 (6.5)	3 (9.7)	0 (0.0)

ที่มา : โปรแกรม NTIP วันที่ 22 มิถุนายน 2569



แนวโน้มผ่านเกณฑ์รักษาสำเร็จ (คาดประมาณ 93.5%)

ระหว่างรอผลการรักษา

ตัวชี้วัดหลักที่ 2 ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ
ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสี
ทรวงอก (CXR)



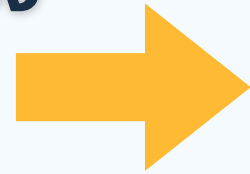


Score : 9.4

เชิงปริมาณ : 7

เชิงคุณภาพ : 2.4

ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษที่ไม่ได้รับการคัดกรอง
มานานกว่า 6 เดือน ได้รับการคัดกรองวัณโรค
ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ 35

 100%

เรือนจำ	ผลการดำเนินงาน			
	ประเภท ผู้ต้องขัง	จำนวน ผู้ต้องขัง	ได้รับการคัดกรอง ถ่ายภาพรังสี ทรวงอก (CXR)	ร้อยละ
เรือนจำสตูล	รายใหม่	877	877	100
	รายเก่า	584	584	100
	ก่อนพ้นโทษ	531	531	100

ที่มา : รายงานข้อมูลคัดกรอง ราชทัณฑ์ฯป็นสุข วันที่ 22 มิถุนายน 2569

ผลการดำเนินงานตามมาตรการเร่งรัดการคัดกรองวัณโรค

7 กลุ่มเสี่ยง จังหวัดสตูล



มาตรการ (รอบที่ 1)	ผลการดำเนินงาน
1 จัดทำแผนการคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ Mobile X-ray ทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เพื่อการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้ารับบริการในคลินิก	ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ Mobile X-ray ภาพรวมจังหวัดสตูล มีความครอบคลุมการคัดกรอง ร้อยละ 93.03 (จำนวน 12,715 ราย) พบผู้ป่วยรายใหม่ 12 ราย กลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุดดังนี้ • ผู้ต้องขัง 9 ราย • ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 1 ราย • ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C $\geq$ 7 mg%) 1 ราย • ผู้ติดสารเสพติด 1 ราย
2 ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ทบทวนทะเบียนรายชื่อกกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการตามคลินิกต่างๆ ให้เข้ารับการการคัดกรอง (CXR) โดยเร็วที่สุด	ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงคลินิกต่างๆ ได้แก่ คลินิก COPD, คลินิกเบาหวาน, คลินิกโรคไต, คลินิก CKD, คลินิกผู้สูงอายุและเอดส์ ทั้งหมดจำนวน 9,209 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่ 124 ราย
3 ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตและวางแผนการป้องกันอย่างเป็นระบบ (TB Dead case Conference)	เพิ่มการใช้แบบประเมินเกณฑ์ผู้ป่วยวัณโรคเสี่ยงเสียชีวิต (Risk Score to Dead) ในทุกหน่วยบริการและมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ให้มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4 ทบทวนจำนวนเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	มีการยกระดับความเข้มข้นในการคัดกรองในกลุ่มที่มีโอกาสพบผู้ป่วยรายใหม่สูง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด/สุบบุหรี่ (พบผู้ป่วยรายใหม่ 58 ราย) และผู้สัมผัสร่วมบ้าน (พบผู้ป่วยรายใหม่ 32 ราย)
5 คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	ดำเนินการคัดกรอง (CXR) ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 226 ราย พบผู้ป่วยวัณโรค 1 ราย

ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะและข้อชื่นชม

ข้อค้นพบ

- การคัดกรองในกลุ่มที่มีโอกาสพบผู้ป่วยรายใหม่สูง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด/สูบบุหรี่ จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 18.30) และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 5.53)
- ความครอบคลุมการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงบรรลุเป้าหมายทุกอำเภอ แต่มีความท้าทายด้านการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ NTIP ให้ครบถ้วนทุกรายที่ได้รับการคัดกรอง

ข้อเสนอแนะ

- เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ใช้สารเสพติดโดยบูรณาการความร่วมมือกับคลินิกยาเสพติด (มีนิรโทษกรรม), สถานบำบัดเอกชน (บ้านพักใจ) และการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
- ติดตามข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ NTIP

ข้อชื่นชม

- ความครอบคลุมการคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ Mobile X-ray ทุกอำเภอบรรลุเป้าหมาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ร้อยละ 93.03
- มีระบบส่งต่อภายในและนอกจังหวัดตาม line ระบบ Refer ที่กำหนด และระบบการ Consult MR.TB ระดับจังหวัด
- มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วยวัณโรคเสี่ยงเสียชีวิต (Risk Score to Dead) ในทุกหน่วยบริการ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยจนหายขาดโดยทีมสหวิชาชีพ



ตัวชี้วัด		ค่าเป้าหมาย (รอบที่ 2)	ผลการดำเนินงาน จ.สตูล (ร้อยละ)	สรุป	
1.เชิงระบบ	1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย่างน้อยร้อยละ 50	100	✔ ผ่าน ▾	
2.เชิงปริมาณ	2.1 โรคเบาหวาน	2.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90	ไม่เกินร้อยละ 5	3.77	✔ ผ่าน ▾
		2.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 5	3.42	✔ ผ่าน ▾
		2.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	อย่างน้อยร้อยละ 70	77.39	✔ ผ่าน ▾
		2.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	อย่างน้อยร้อยละ 70	78.28	✔ ผ่าน ▾
		2.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	อย่างน้อยร้อยละ 70	82.59	✔ ผ่าน ▾
	2.2 ผู้มารับบริการ	2.2.1 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 5	3.15	✔ ผ่าน ▾
		2.2.2 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 5	3.11	✔ ผ่าน ▾

ข้อมูล : <https://rluthailand.com> และ <https://hdc.moph.go.th/center>

ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2569



ปัจจัย ความสำเร็จ

- การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับจังหวัด
- การบูรณาการงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลอย่างไว้ รวมทั้งเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้ง Surveyor และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
- การนำระบบ IT มาใช้ในงาน RLU
- การกำกับติดตามผลแบบ real-time จากเว็บไซต์ RLU และ HDC

ข้อเสนอเพื่อพัฒนา /แก้ไข

- เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการเรียนรู้และใช้งาน โปรแกรมที่เกี่ยวข้องอย่างเต็มประสิทธิภาพ
- ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อให้ข้อมูลในระบบ HDC มีความ ถูกต้องแม่นยำ
- การนำโปรแกรม LabEx มาประยุกต์ในการบริหาร จัดการต้นทุน
- พัฒนาการดำเนินงานโดยใช้ IT ช่วยสนับสนุน การ กำกับ ติดตาม ให้ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด

ปัญหา/ ความเสี่ยง

- ระบบ HosXP มีความหลากหลายของ เวอร์ชัน ส่งผลต่อระบบการแจ้งเตือน
- ข้อมูลในระบบ HDC บางจุดยังมีความ คลาดเคลื่อนของข้อมูลจากความเป็นจริง
- การหมุนเวียนของบุคลากร ส่งผลให้ต้อง สื่อสารและสอนงานซ้ำอยู่เสมอ

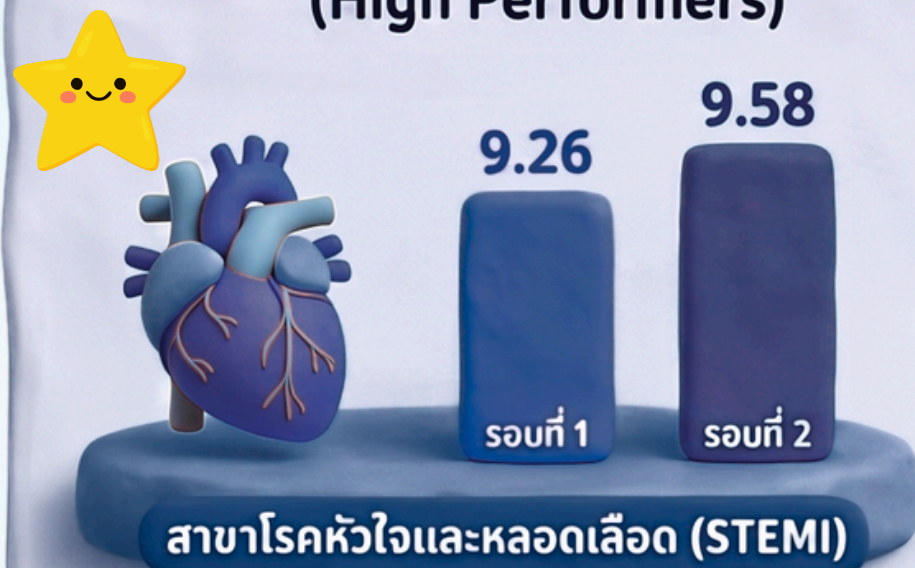
ประเด็นที่ควรกำกับ ติดตามต่อเนื่อง

- ประเด็นการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศในงาน RLU
- ติดตามการลงข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ HDC
- ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณที่ลดลงจากผลการ ดำเนินงาน RLU
- การพัฒนาต่อยอดสู่ นวัตกรรม หรืองานวิจัย

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัด 7 สาขาบริการหลัก (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

10 คะแนน

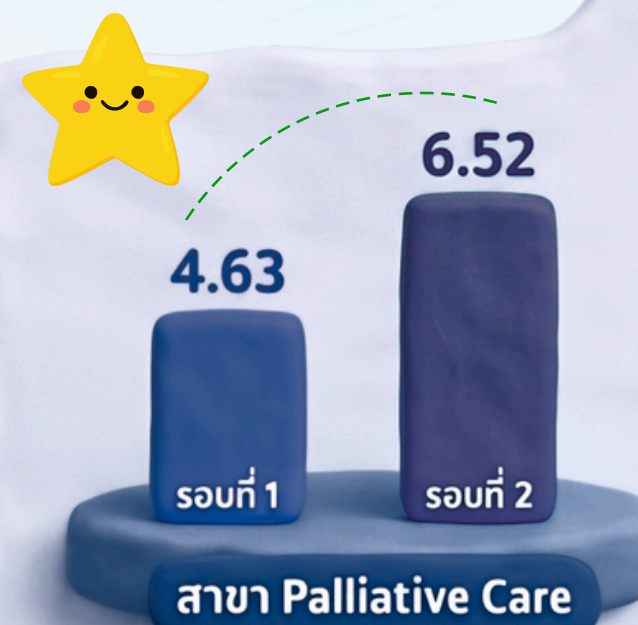
กลุ่มสาขาที่มีผลการดำเนินงานยอดเยี่ยม
(High Performers)



นำคะแนนสูงสุดตามเกณฑ์มาตรฐาน



รักษามาตรฐานทุกปี



มีอัตราการเติบโตของคะแนน
สะท้อนการปรับปรุงระบบบริการอย่างชัดเจน

กลุ่มสาขาที่กำลังพัฒนาและมีแนวโน้มเติบโต
(Developmental Progress)



ทิศทางที่ดีขึ้น



ทิศทางที่ดีขึ้น

รายละเอียดการประเมินสาขามะเร็ง (Cancer Care Indicators)

การผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์

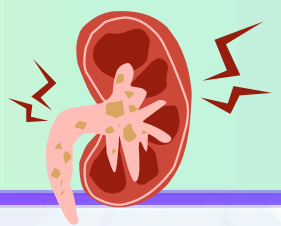


เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์



รังสีรักษากายใน 6 สัปดาห์

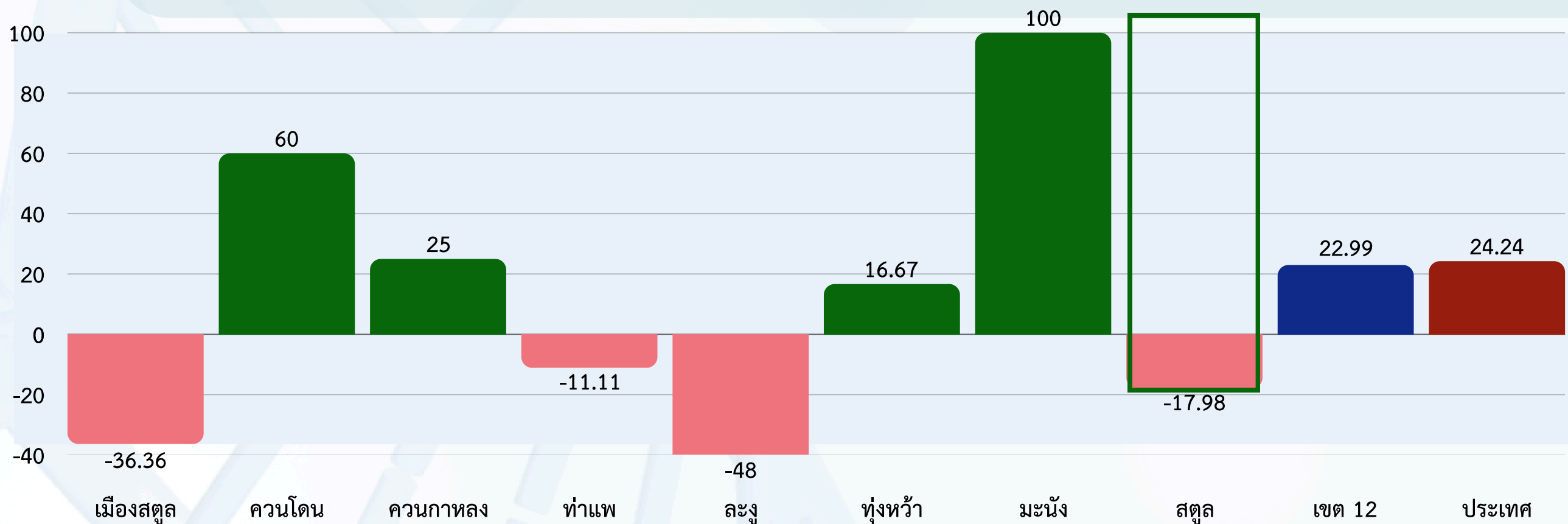




สาขาโรคไต (CKD)



ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง $\geq$ ร้อยละ 5)



จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

- ปี 2567 จำนวน 68 ราย
- ปี 2568 จำนวน 89 ราย
- ปี 2569 จำนวน 105 ราย (ต.ค.68-มิ.ย.69)

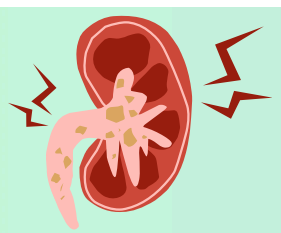
(จากข้อมูล 8 เดือนแรก คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ผู้ป่วยรายใหม่จะสูงขึ้น 157 ราย, KPI กำหนดให้ผู้ป่วยรายใหม่ต้องไม่เกิน 5% เท่ากับ 93.45 ราย)

รอบตรวจ	ปริมาณ (70%)	คุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)	เชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)
1	0.7	2.37	3.07
2	1	2.42	3.42

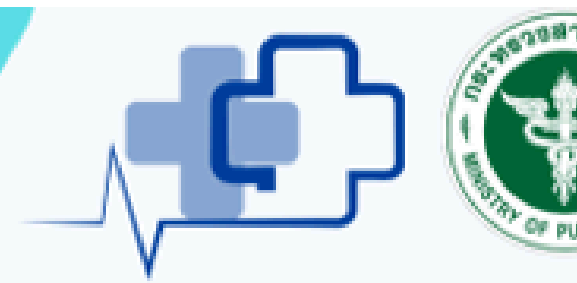
การแปลผล

SCORE : 3.42





สาขาโรคไต (CKD)



ข้อค้นพบ

1. จังหวัดสตูลมี รพ.สตูดเป็น รพ.ทั่วไป และมี รพ.ชุมชน 6 แห่ง
2. มีอายุรแพทย์โรคไต 1 คน พยาบาล HD 18 คน พยาบาล PD 2 คน
3. มีหน่วยฟอกเลือด 4 แห่ง คือ รพ.สตูด รพ.ละงู และเอกชน 2 แห่ง



ปัญหาและอุปสรรค

การควบคุมโรค NCD ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และการชะลอความเสื่อมไตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหาการให้คำปรึกษา Unplanned Dialysis

ไม่มี CKD Manager

ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร



ข้อเสนอแนะ

ยกระดับคลินิก NCD โดยนำแนวทางชะลอไตเสื่อมเข้าไปบูรณาการตั้งแต่เนิ่น ๆ ไม่รอให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ CKD

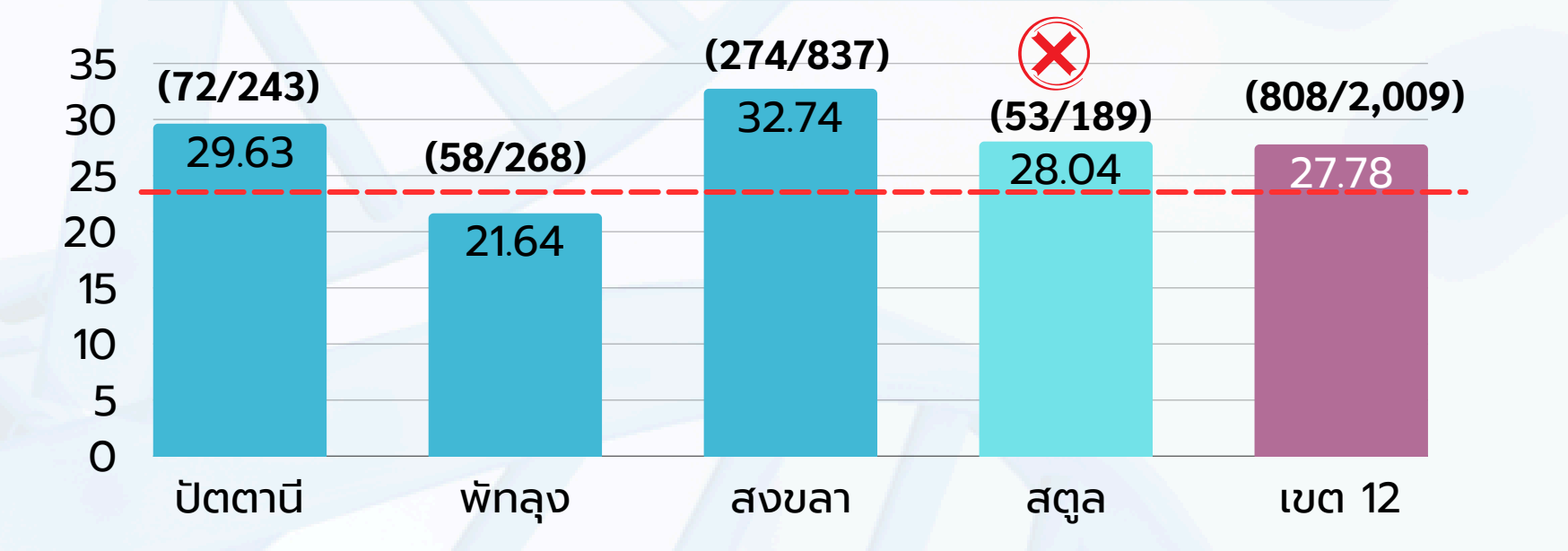
บูรณาการทำงานร่วมกับ NCD clinic และภาคีเครือข่าย สื่อสารเชิงรุกในชุมชน ช่วยติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

พัฒนาคู่มือและสื่อการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

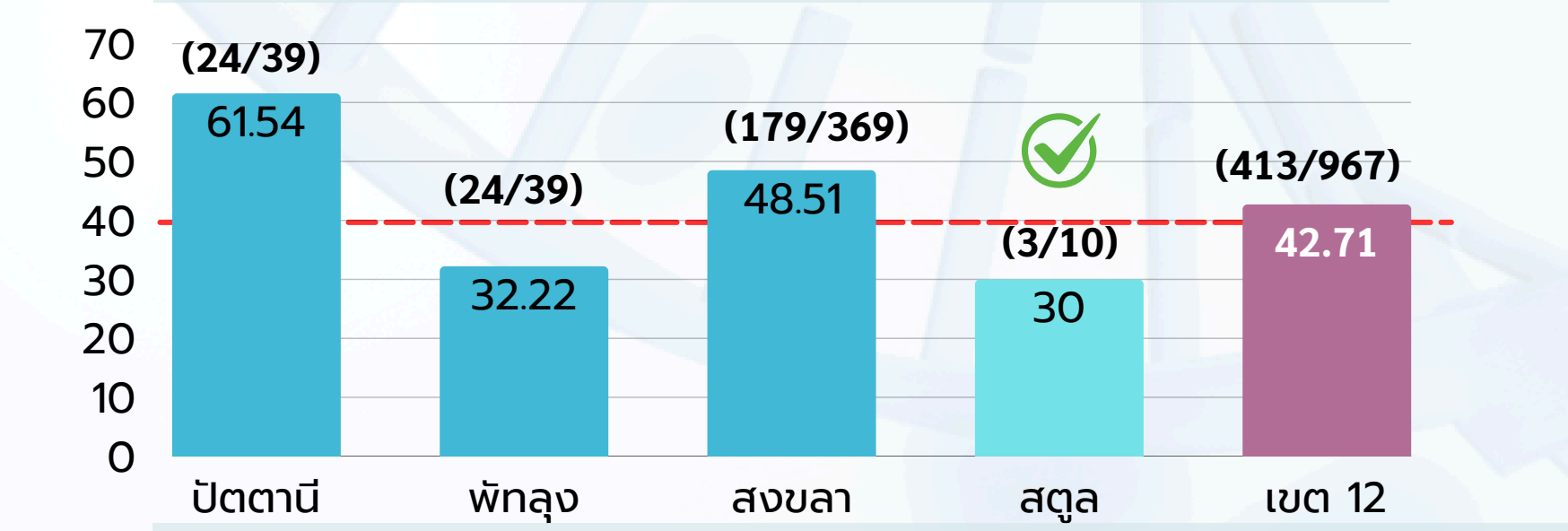
แต่งตั้ง "ผู้รับผิดชอบงาน NCD/ CKD" ของ รพ. และ สตอ. มาร่วมเป็นเครือข่าย ระหว่างพัฒนา CKD Manager

ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น สร้างความตระหนักรู้ ในการปรับพฤติกรรมในสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย

อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
ชนิด Community - acquired เป้าหมาย < ร้อยละ 24



อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
ชนิด Hospital - acquired เป้าหมาย < ร้อยละ 40



อัตราป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired
ในโรงพยาบาลทุกระดับ (มีการเก็บข้อมูลครบถ้วน)

การแปลผล

SCORE : 8.06 / 8.38

(ครั้งที่ 1/2)

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการ ตรวจราชการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม
	เชิงปริมาณ (70%)	เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (30%)	เชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ
1.อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired	4.9	2.08	6.98
2.อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Hospital - acquired	7	2.08	9.08
3.อัตราป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired ในโรงพยาบาล ทุกระดับ (มีการเก็บข้อมูลครบถ้วน)	7	2.08	9.08
คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด			8.38

ตัวชี้วัด Sepsis bundle (ต.ค. 68 - เม.ย. 69)

ภาพรวมจังหวัด
ปีงบประมาณ 2569

Antibiotic
within 1 hour

97.8%

(เป้าหมาย ≥ 90%)

IV Fluid 30 ml/kg
within 1 hour

89.6%

(เป้าหมาย ≥ 90%)

Admit ICU
within 3 hours
(Severe Sepsis)

77.0%

(เป้าหมาย ≥ 30%)



สาขาอายุรกรรม (Sepsis)



ข้อค้นพบ

กลุ่มเสี่ยงหลักคือ ผู้สูงอายุ
ที่มีโรคร่วม มากกว่า 2 โรค



Screening Tools

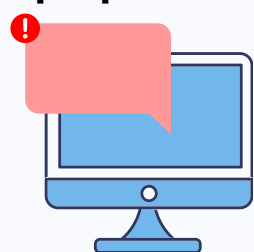


ผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็น
ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว
มากกว่า 2 โรค เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยติดเชื้อ

คัดกรอง โดยใช้ SOS Score
และ Serum lactate แบบ
เดียวกันทั้งจังหวัด

ข้อขึ้นชม

Pop up HOSxP



มีแผนการ Pop-up คະแนนผ่าน
Hosxp หลังจากบันทึก
ประวัติการคัดกรอง เพื่อความ
รวดเร็ว และแม่นยำในการ
คำนวณ ในแผนก ER และ OPD

Line & Dashboard



- line กลุ่ม รายงาน Case Sepsis Realtime
- Dash board Sepsis Case Review เพื่อรวบรวม และ สะท้อนข้อมูล ปัญหาการดำเนินงาน

Early Diagnosis

การใช้เครื่องมือ Screening Tools
ยังไม่ครอบคลุม และต่อเนื่อง
โดยเฉพาะใน Ward (ยกเว้นอายุรกรรม)
และ รพช.

Early Treatment

ผู้ป่วยรับ-ส่งต่อ จาก รพช.
มาด้วยอาการที่หนัก และรุนแรง
มีภาวะแทรกซ้อน

ปัญหา/อุปสรรค



RRS/RRT

RRS/RRT ขาดการ Activate

ข้อเสนอแนะ



- ส่งเสริม Health ในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนในพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวัง
- พยาบาลรพ.สต. คัดกรองเชิงรุก ร่วมกับ อสม./CG

- ทบทวน และปรับ CPG/CNPG/Standing Order ให้ Screen และ Alert ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง
- พัฒนาระบบส่งต่อ และ Consult ที่มีประสิทธิภาพ

พัฒนาระบบแจ้งเตือน
เพื่อ Monitor การให้บริการ

- กำหนดบทบาท CM Sepsis ในการดำเนินงานเป็นรูปธรรม
- ประชุม ทบทวน การปฏิบัติตาม Guideline เป็นประจำ ต่อเนื่อง กรณีมีบุคลากรหมุนเวียน (On site และ Online)
- data analysis คืบข้อมูล และนิเทศติดตาม



สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplant)



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

เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ ($\geq 0.35\%$)

การแปลผล

SCORE : 2.13 / 2.26
(ครั้งที่ 1/2)

เชิงปริมาณ

(เป้าหมาย $\geq 0.35\%$)

ร้อยละ 0

0/331



คะแนน

เชิงปริมาณ (70%)

เชิงคุณภาพ
ด้านผลกระทบ (30%)

เชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ

0.7

1.56

2.26



ผู้แสดง
ความจําแนงบริจาค
(ร้อยละ 0.05)



อวัยวะ
จำนวน 163 ราย



ดวงตา
จำนวน 168 ราย

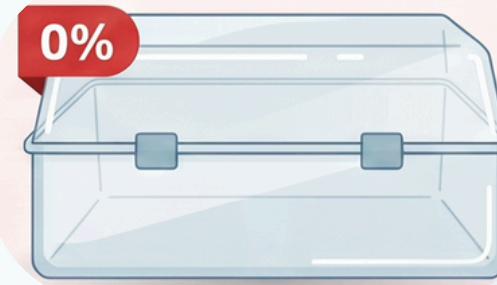
ประชากร 319,691 คน



ดำเนินการเจรจา
96.86%

Potential Donor จำนวน 33 ราย
ได้รับการเจรจา 31 ราย

อัตราการจัดเก็บสำเร็จ 0%



ไม่สามารถจัดเก็บอวัยวะได้



ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)

ที่มา ข้อมูลจังหวัดสตูล จากเอกสารรับรองราชการ รอบที่ 2/2569

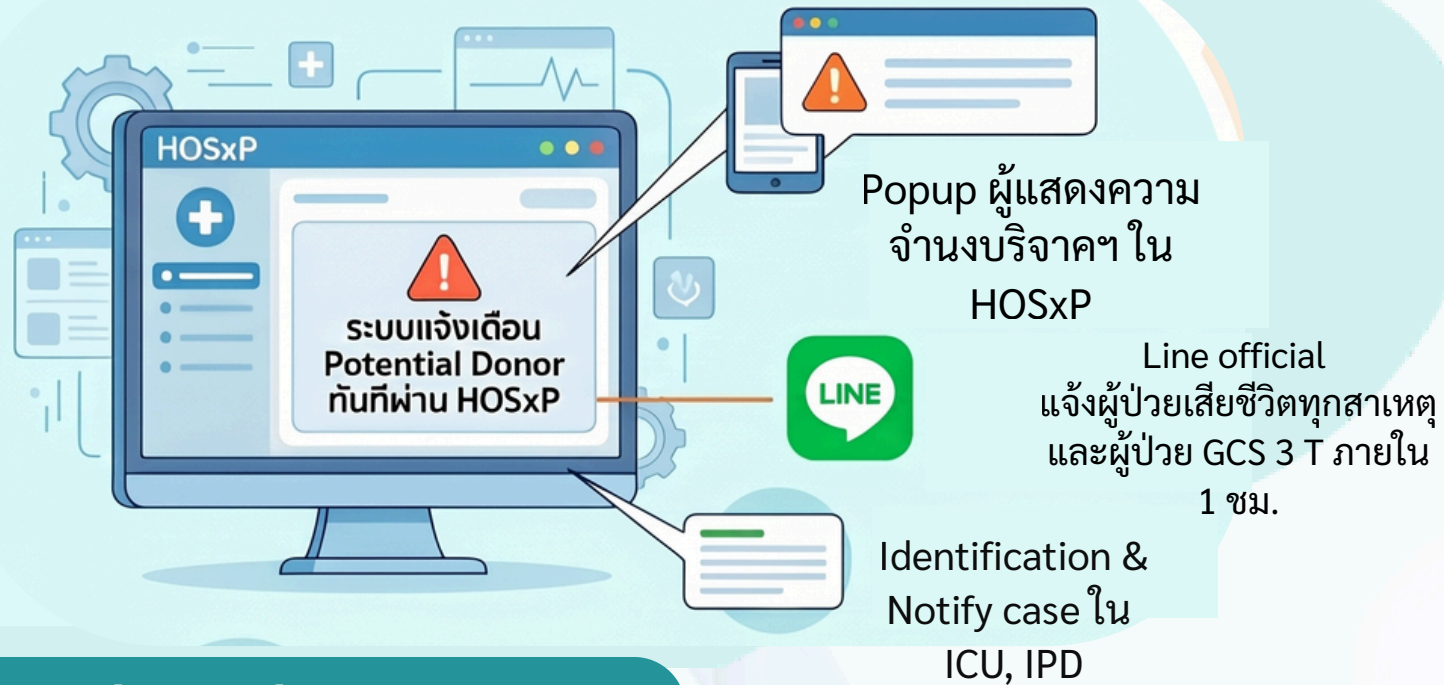


สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplant)



ข้อค้นพบ/ชื่นชม

พัฒนาระบบแจ้งเตือน Potential Donor

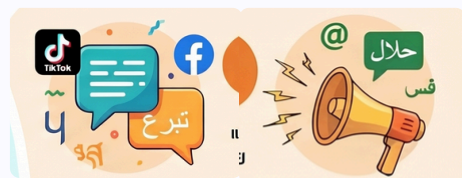


ค้นหา Donor ร่วมกับทีม Palliative Care

- เข้าร่วมทีมเพื่อสื่อสาร และ ประชาสัมพันธ์ผู้ป่วย/ญาติ/ CG
- จัดทำคู่มือการสื่อสารสำหรับบุคลากรประจำ วอร์ดต่างๆ เพื่อใช้นอกเวลาราชการ
- ระบบชุดคำสั่ง Lab อัตโนมัติ

ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเชิงรุก

สื่อสาร 2 ภาษา (ไทย-มาลายู) ผ่านเสียงตามสาย และโซเชียลมีเดียของ รพ.



สร้างสรรค์สื่อหนังสือ : การให้ที่ยิ่งใหญ่ คือการให้ชีวิต เวที CQI รพ.สตูล พ.ศ 69 ได้รับรางวัลชนะเลิศลำดับ 2

จัดบูธกิจกรรมเวที Mini Stage ร่วมกับกาชาดจังหวัดสตูลออกหน่วย, พิธีสำคัญ,โครงการเฉลิมพระเกียรติ มี QR code แสดงความจำนงค์ได้สะดวกและง่าย



ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)

ปัญหา/อุปสรรค

การรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ



ความกังวลเรื่องอวัยวะไม่ครบหลังเสียชีวิต และข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ

การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง

TCWN 14 คน ไม่มี TCN



ปัจจุบันขาดพยาบาลประสานงาน (TCN) โดยมี TCWN 14 คน

ข้อเสนอแนะ

ประสานเครือข่ายศาสนา และสื่อเชิงรุก



- เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่
- ประชาสัมพันธ์คำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา)
- เผยแพร่ผ่านผู้นำชุมชน ศาสนา และเจ้าหน้าที่/บุคลากร
- เผยแพร่สื่อหนังสือ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง



แผนเพิ่ม TC Nurse (ปี 2570)

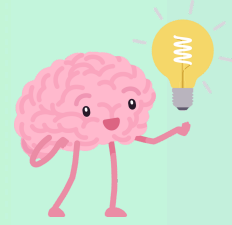
จัดอบรมแพทย์ใช้ทุนและ staff จบใหม่ให้มีความรู้และความมั่นใจในขั้นตอน brain death declare

เพิ่มศักยภาพทักษะการเจรจาสำเร็จ TCWN มีแผนพัฒนาบุคลากร TC Nurse (หลักสูตร 4 เดือน) จำนวน 1 คน ในปีงบประมาณ 2570

เพิ่มจุดบริการ ที่ชัดเจน ในรพ.



ที่มา ข้อมูลจังหวัดสตูล จากเอกสารรับตรวจราชการ รอบที่ 2/2569



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)



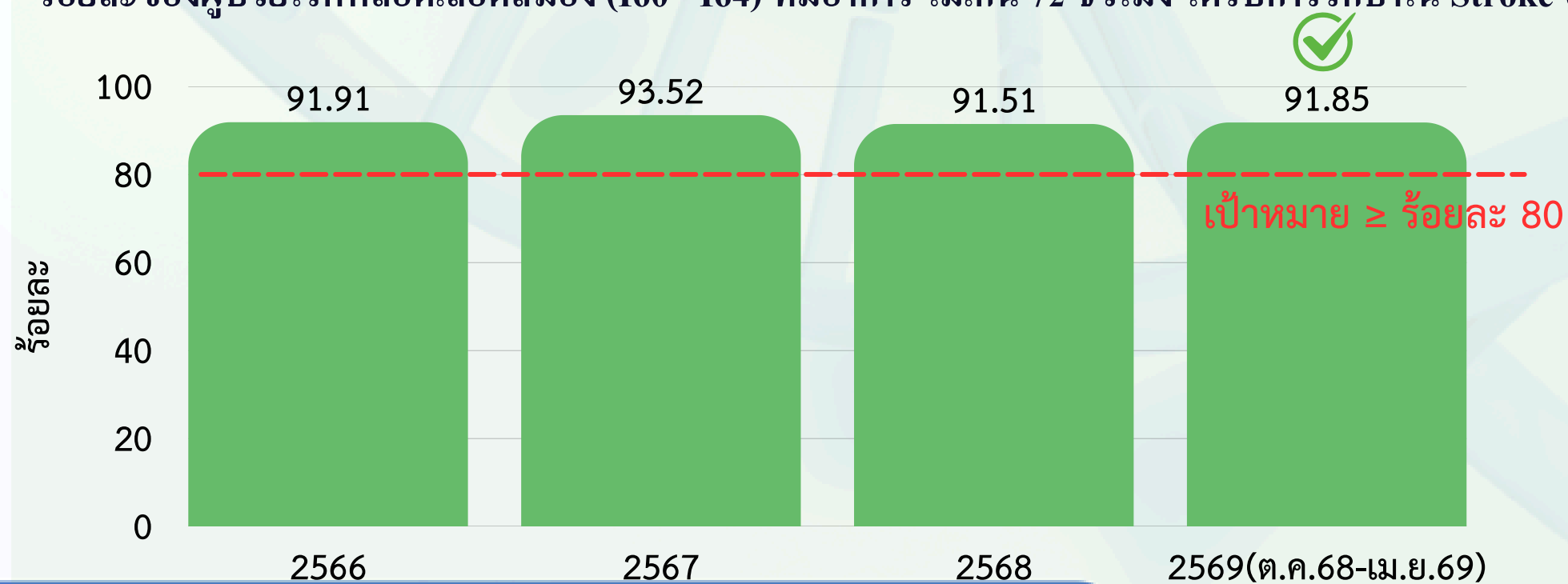
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I64)



ข้อมูลจาก HDC

- ประเทศ : 7.13
- เขต 12 : 4.79
- สตูล : 3.45

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit



การแปลผล

SCORE
รอบที่ 1 : 9.20

SCORE
รอบที่ 2 : 9.55

คะแนน

เชิงปริมาณ (70%)	เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
6.65	1.45	1.45

ข้อค้นพบ

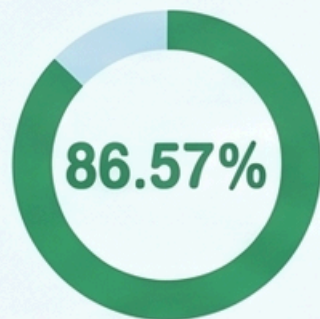


รพ.สต.มี Stroke Unit 10 เต็ม (ครองเตียง 85-90%)
ผ่านมาตรฐาน SSCC (5 ดาว) และผ่านการรับรอง (PDSC)

ประสิทธิภาพการรักษาที่รวดเร็วขึ้น

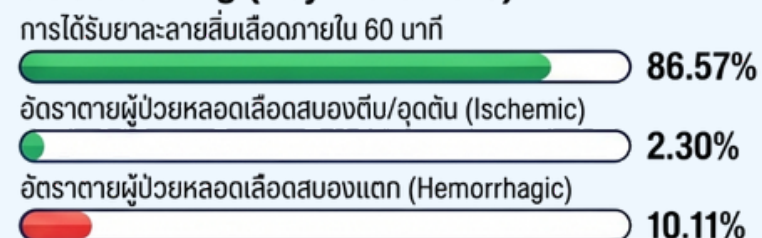


40 min (2569)
Door-to-needle time average
(ม.ค.-เม.ย. 2569)



อัตราการให้ยา rt-PA
ภายใน 60 นาที

ตัวชี้วัดสำคัญ (Key Indicators)



การจัดระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง

- ✓ รพ.สต.ส่งต่อผู้ป่วย Large vessel occlusion ทำ Thrombectomy ที่ รพ.หาดใหญ่ / รพ.ตรัง / รพ.สงขลานครินทร์
- ✓ เมื่อ Activated Stroke fast track มีการปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาท แจ้งอาการ ผ่าน Line แพทย์รับเคส ส่งต่อทันที



รพ.ละงู มีอายุรแพทย์
2 คน ให้ยาละลายลิ่มเลือด
และดูแลผู้ป่วย Stroke ในพื้นที่



รพ.ท่าแพ
รองรับผู้ป่วย Stroke
โดยมี IMC 6 เตียง

การเพิ่มการเข้าถึงด้วยเทคโนโลยี



Sky doctor



Telemedicine

ใช้ระบบ sky doctor และ Telemedicine
ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่เกาะ

ปัญหา/อุปสรรค



ผู้ป่วยบางรายมาถึงช้ากว่า 4.5 ชม.
เนื่องจากพื้นที่ห่างไกลและต้องรอญาติตัดสินใจ



สาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาจากโรค NCD
การขาดยา และการขาดนัด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ดี

ข้อเสนอแนะ



ส่งเสริม Health literacy ผ่าน อสม.
และพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลญาติ ลดเวลารอคอย

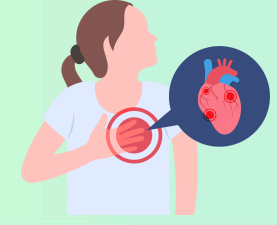


ทบทวนระยะเวลาการให้ยา rt-PA
แต่ละขั้นตอน เพื่อหาแนวทางลดความล่าช้า

ข้อชื่นชม

- ✓ การรับ Refer โดยการใช้ sky doctor สำหรับผู้ป่วยพื้นที่เกาะ
- ✓ พัฒนา SU รพ.ละงู จำนวน 2 เตียง รองรับ การดูแลผู้ป่วย Stroke ในพื้นที่

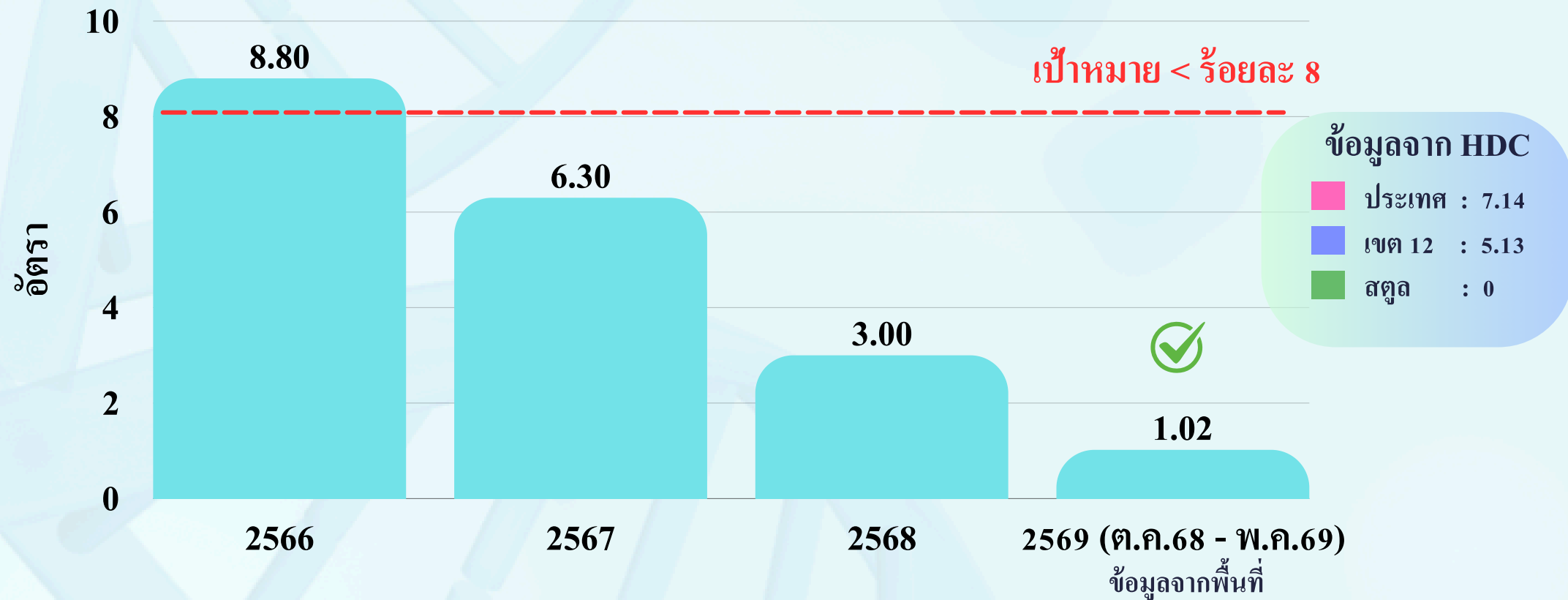




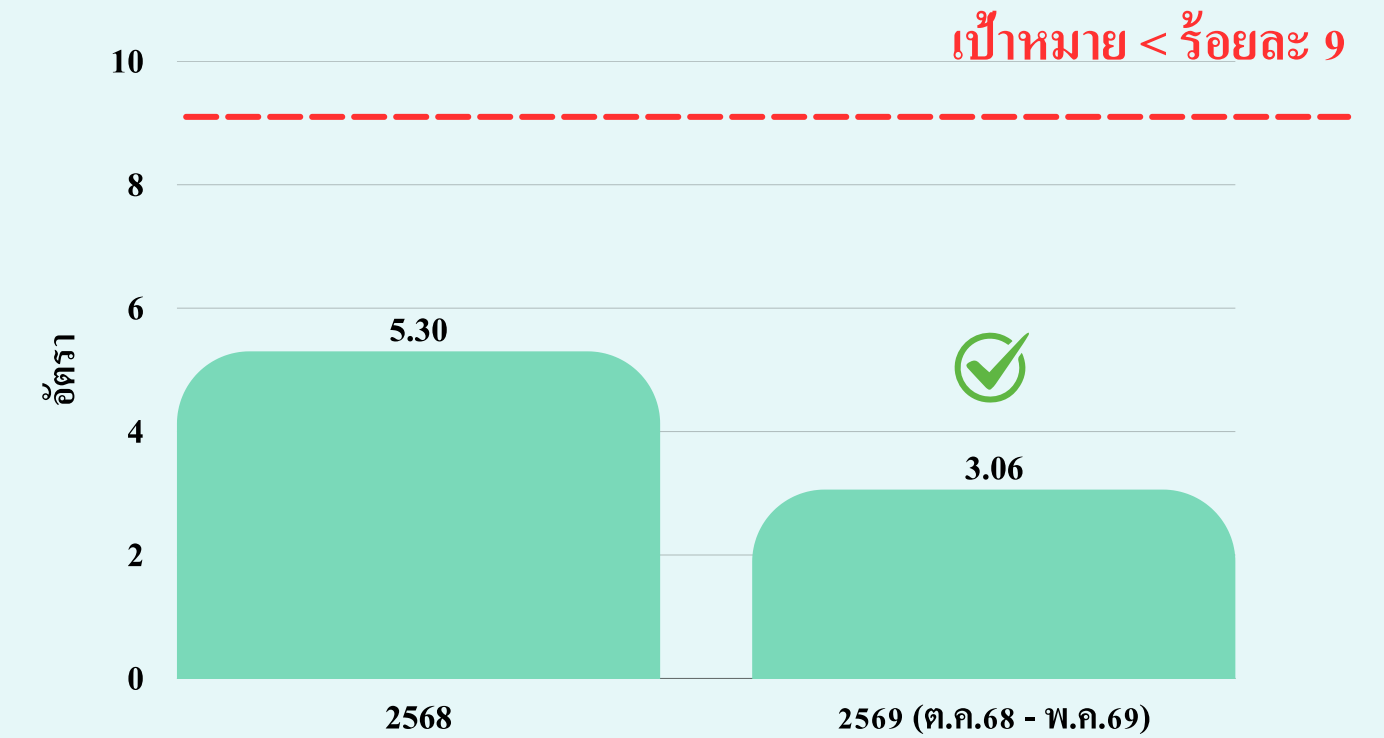
สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)



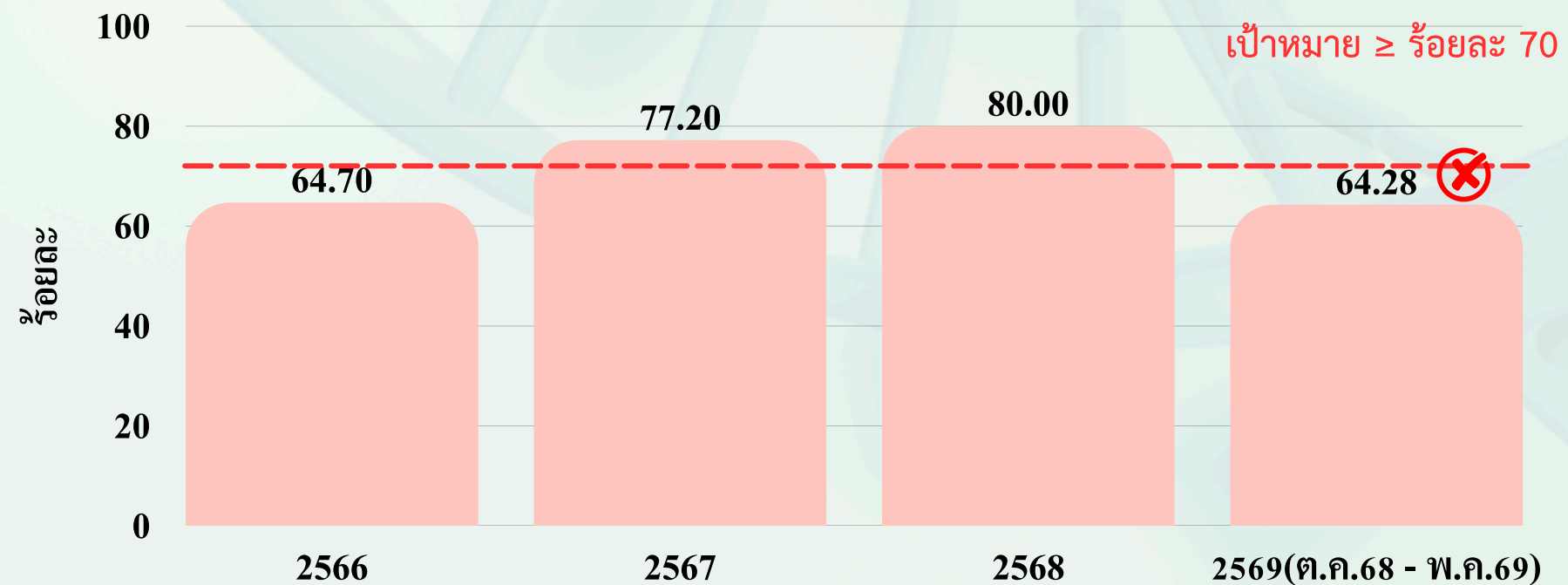
อัตราการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI



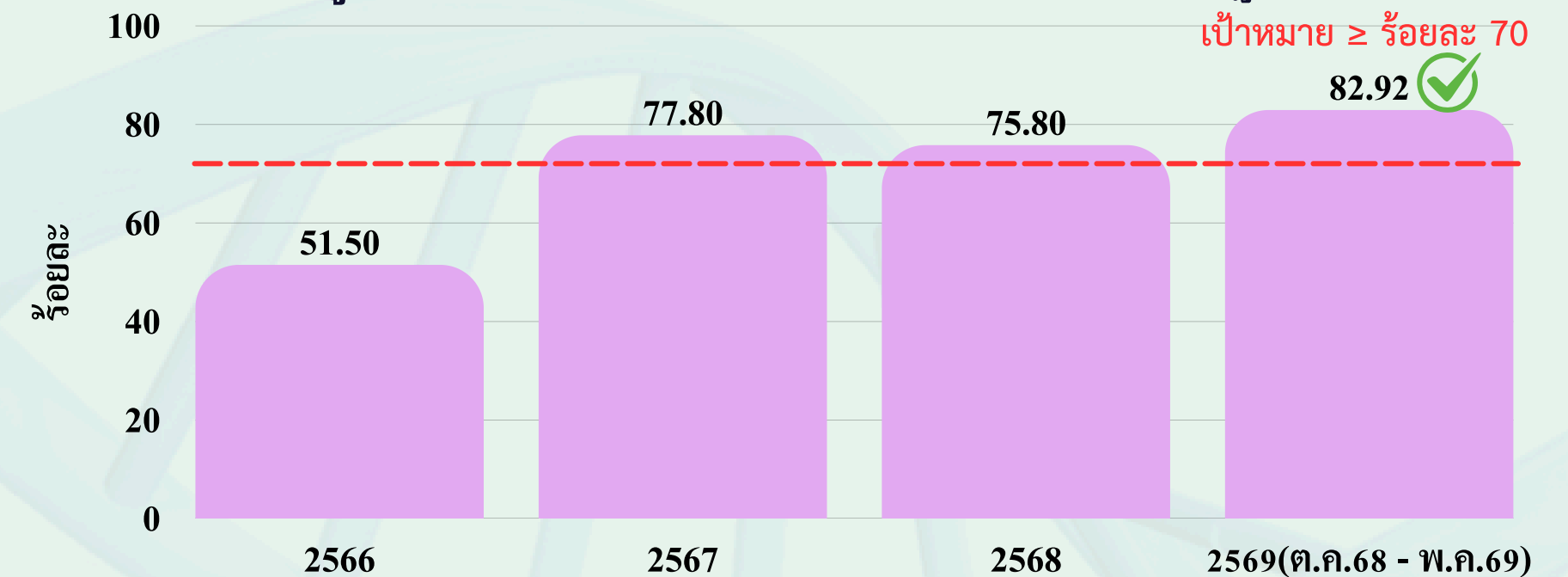
อัตราการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วันนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

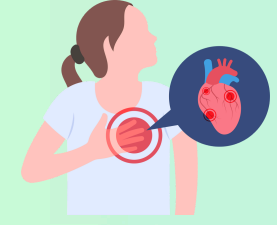


ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด





สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)



ข้อค้นพบสำคัญ



จังหวัดสตูล ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ
ทุก รพ.ใน จ.สตูล สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้
ผ่านการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ รพ.แม่ข่าย



พื้นที่เกาะหลีเป๊ะ วางระบบให้ยา Tenecteplase
ตั้งแต่ รพ.สต. ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์เครือข่าย



ส่งต่อด้วย Sky Doctor ไป รพ.หาดใหญ่
ทำ Primary PCI โดยประสานความร่วมมือกับกองทัพ
ภาคที่ 4 และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน



สว.หาดใหญ่ สว.ตรัง สว.ธนบุรี ตรัง

ผู้ป่วย STEMI ส่งต่อไปยังศูนย์โรคหัวใจเพื่อทำ PPCI
ที่ รพ.หาดใหญ่ รพ.ตรัง และรพ.ธนบุรี ตรัง



มีการทบทวน RCA ในผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต พบว่า
ส่วนใหญ่มา รพ.ด้วยอาการรุนแรงระดับ Killip class 3-4

SCORE
ครั้งที่ 1 : 9.26



SCORE ครั้งที่ 2

9.58
คะแนน

คะแนนรวมภาพรวม

เชิงปริมาณ (70%)

6.77

เชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (15%)

1.45

เชิงคุณภาพด้านผลกระทบ (15%)

1.36



ข้อค้นพบ



เกาะหลีเป๊ะ

“

พื้นที่เกาะหลีเป๊ะ มีระบบการให้ความช่วยเหลือ
ผู้ป่วยที่ชัดเจน และสามารถตอบสนอง
ภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

”



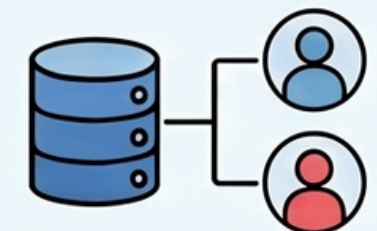
ปัญหาและอุปสรรค



ผู้ป่วยกลุ่ม NCD ไม่ได้รับการคัดกรอง Thai CV risk score ครบถ้วน
ไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยและการคืนข้อมูลหลังทำ PPCI



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา



ส่งเสริมการคัดกรอง
โรค NCD ร่วมกับทีมปฐมภูมิ
อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

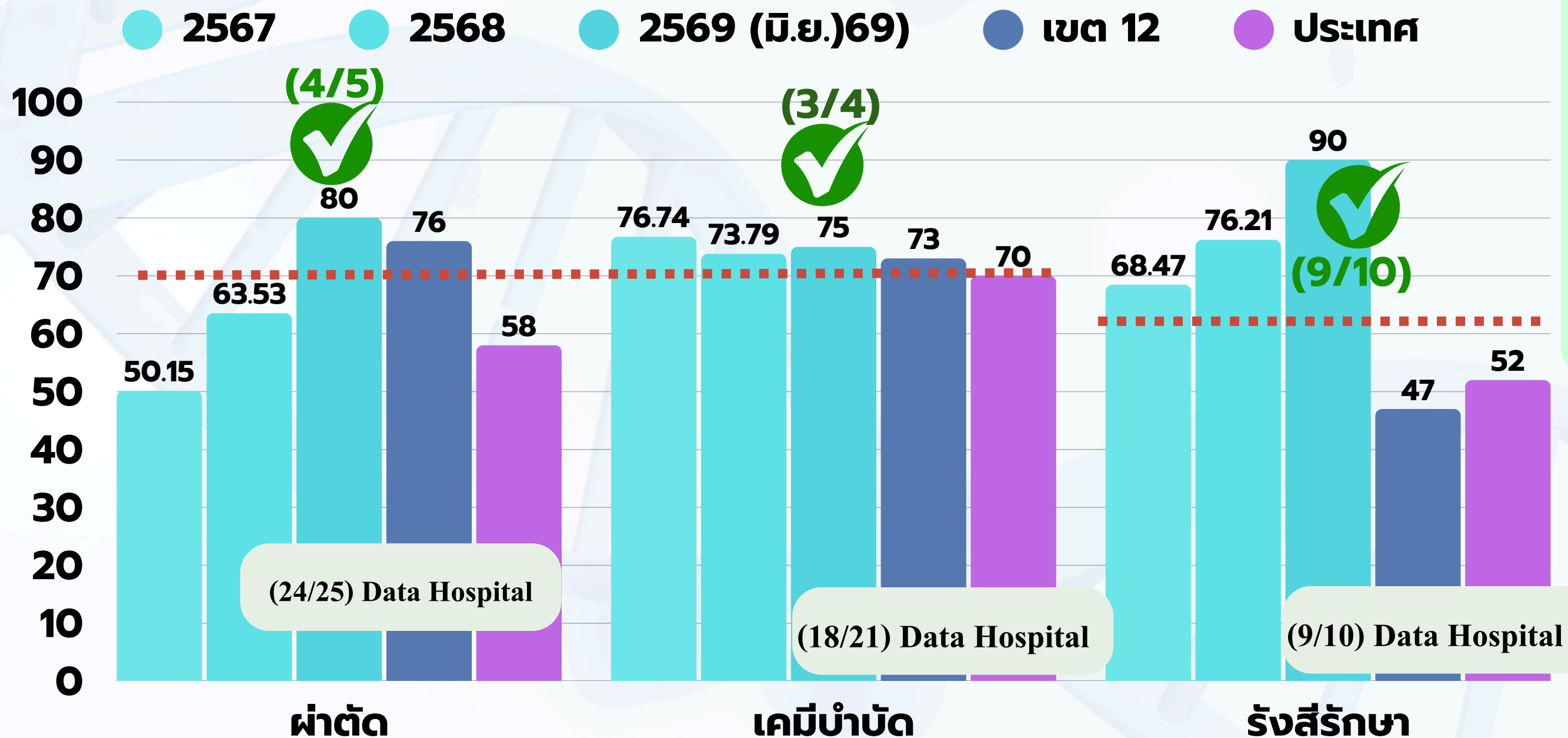
จัดทำระบบติดตามผู้ป่วยและส่งคืน
ข้อมูลหลังทำ PPCI ให้เป็นมาตรฐาน
เดียวกัน



สาขามะเร็ง (Cancer)



- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป้า > 70%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป้า > 70%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป้า > 60%



**การดำเนินงานบริการ
รังสีรักษา**

ส่ง CASE รังสีรักษาไปที่ รพ.หาดใหญ่
และ รพ.สงขลานครินทร์ ผ่านกลุ่ม
ไลน์เขต 12



สาขามะเร็ง (Cancer)



คะแนนผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด

การคำนวณ คะแนนผลการ ประเมินตัวชี้วัด อัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม รอบ 2	รอบที่ 1
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพด้าน ผลลัพธ์		
ผ่าตัด	7	65=1.95	8.95	8.80
เคมีบำบัด	7	65=1.95	8.95	8.80
รังสีรักษา	7	65=1.95	8.95	8.09

ปัญหาและอุปสรรค

ประชาชนไม่ได้ตระหนักถึง ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาไม่ทันเวลา และปฏิเสธการรักษา เนื่องจากขาดความตระหนักรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

- บูรณาการร่วมกับปฐมภูมิ จัดบริการคัดกรองเชิงรุก ชุมชนห่างไกล ร่วมกับการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (เช่น HPV Self-sampling) เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
- พัฒนาให้มี nurse case manager ,ควบคุมกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล และพัฒนากระบวนการ Counseling โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในชุมชนเพื่อร่วมพูดคุยลดความวิตกกังวลและเพิ่มอัตราการยินยอมรับการรักษาตามมาตรฐานวิชาการ

ข้อค้นพบ

- รพ.สตูลมีเครื่อง colposcopy จำนวน 1 เครื่อง ผู้ที่มีผลผิดปกติจะส่งตรวจที่รพ.สตูล ได้ทุกวัน ราชการมีสถิติแพทย์ 3 ท่าน ส่งกล้องได้ 6 ราย/สัปดาห์ ระยะเวลารอคอย ภายใน 2 อาทิตย์
- จ.สตูล ส่งกล้อง Colonoscopy จำนวน 4 เครื่อง ได้ที่ รพ.สตูล โดยศัลยแพทย์ 5 คน และ รพ.ละงู ดูแลโดยศัลยแพทย์ 2 คน
- จังหวัดสตูลให้บริการ รักษาโรคมะเร็ง ด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และส่งต่อรังสีรักษาที่ รพ.หาดใหญ่ และ รพ.สงขลานครินทร์ ผ่านกลุ่มไลน์เขต 12

ข้อชื่นชม

จัดคิวผ่าตัด

FAST TRACK





สาขา Palliative Care



สถานการณ์ผู้ป่วยระดับประคองจังหวัดสตูล

แนวโน้มและกลุ่มประชากรหลัก

75% ของผู้ป่วย
เป็นผู้สูงอายุ

จำนวนผู้ป่วยระดับประคองรายใหม่

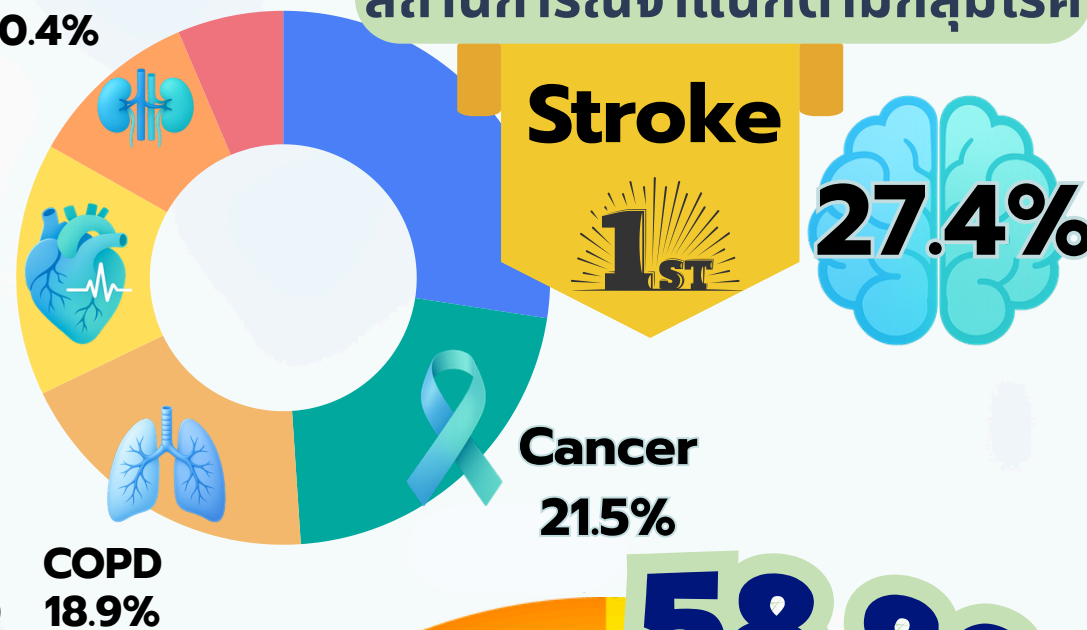


Heart failure
15.3%

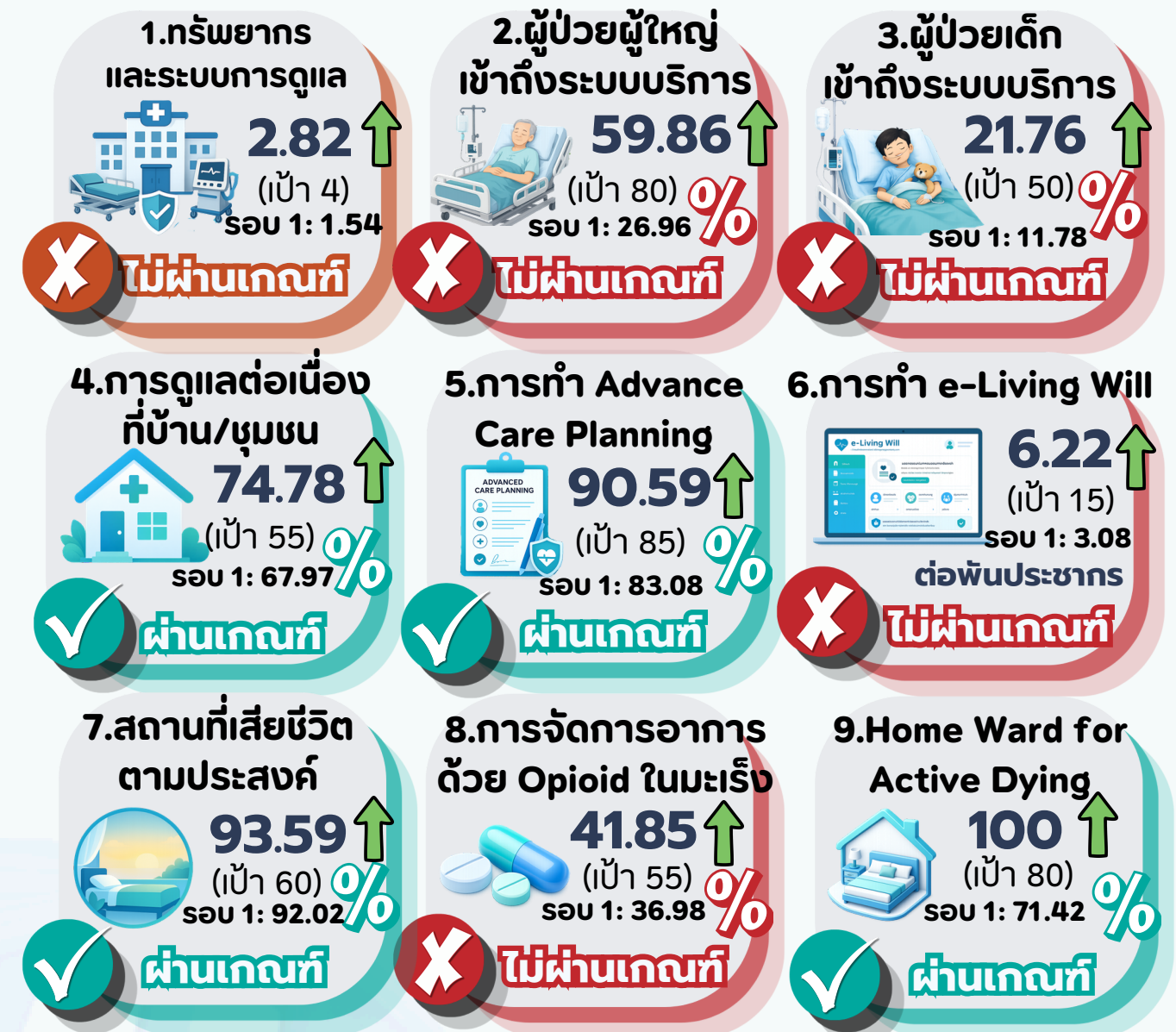
ESRD
10.4%

Other
6.4%

สถานการณ์จำแนกตามกลุ่มโรค



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ



ข้อค้นพบ

- บุคลากรที่รับผิดชอบงานผ่านการอบรมตามมาตรฐาน
- การคัดกรองเชิงรุกในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย ร่วมกับการได้รับการเยี่ยมบ้าน การวางแผนดูแลล่วงหน้าจากทีมระดับประคอง
- ทุกรพ.มีรายการยาจำเป็นตามที่ กบรส. กำหนด

ปัญหาและอุปสรรค

- PCWN ผ่านการอบรมไม่ครบทุกรพ.
- การจัดตั้ง PC ward มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่และภาระงานบุคลากร
- ส่วนใหญ่ยา opioid มักจะสั่งจ่ายจากรพ.แม่ข่าย ทำให้การสั่งยาในรพ.ค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

- ทำแผนจัดอบรมบุคลากรในรพช.ร่วมกับรพ.แม่ข่าย
- จัดตั้ง PC ward ในหอผู้ป่วยที่มีการที่ส่งปรึกษาทีมระดับประคองค่อนข้างมาก เช่น semi ICU ร่วมกับพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหอผู้ป่วย
- พัฒนาระบบการส่งต่อรับยา opioid ที่รพช.ตามข้อบ่งชี้และตามรายการยาที่มีในรพ.

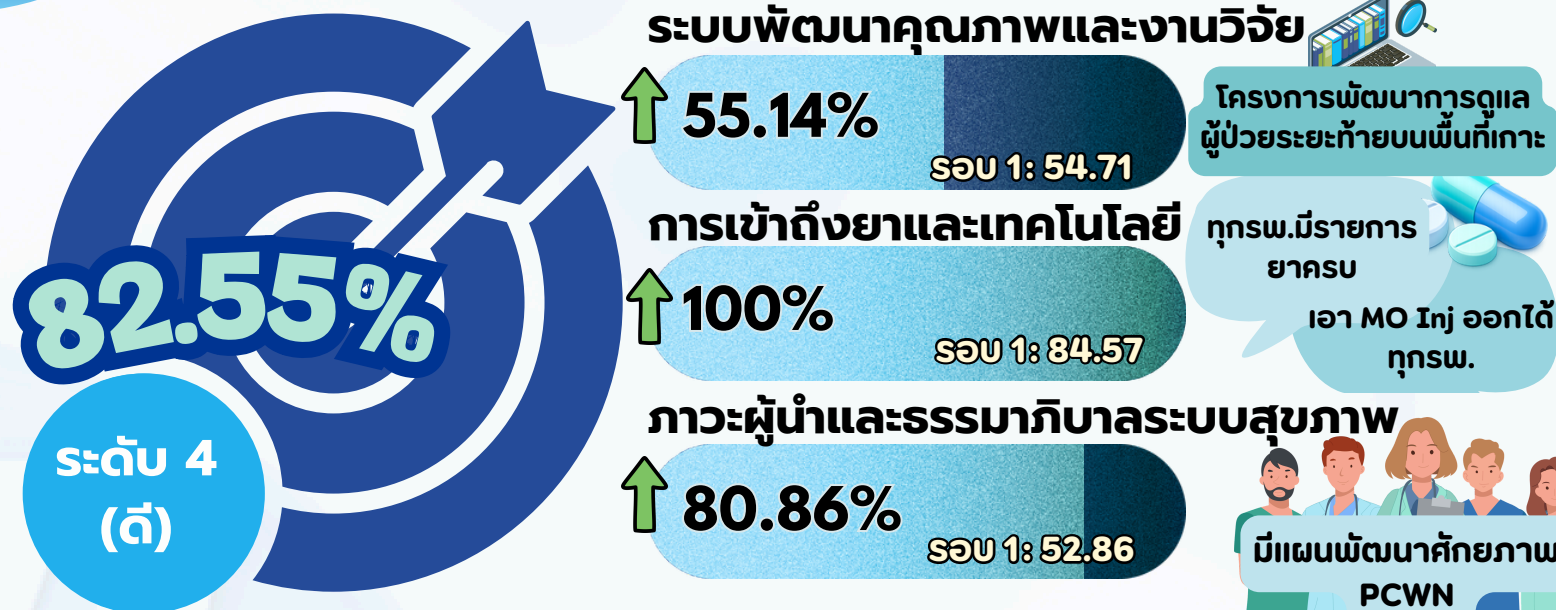
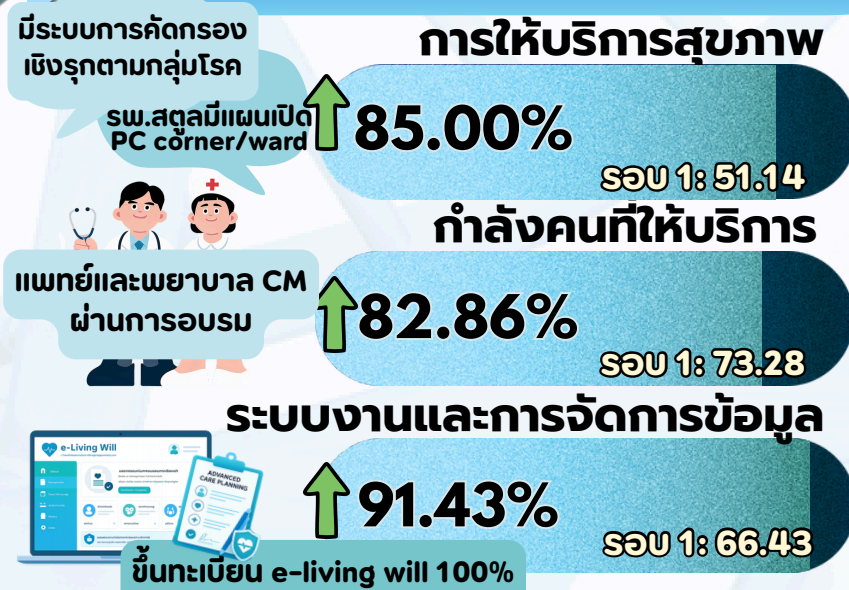


สาขา Palliative Care



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)



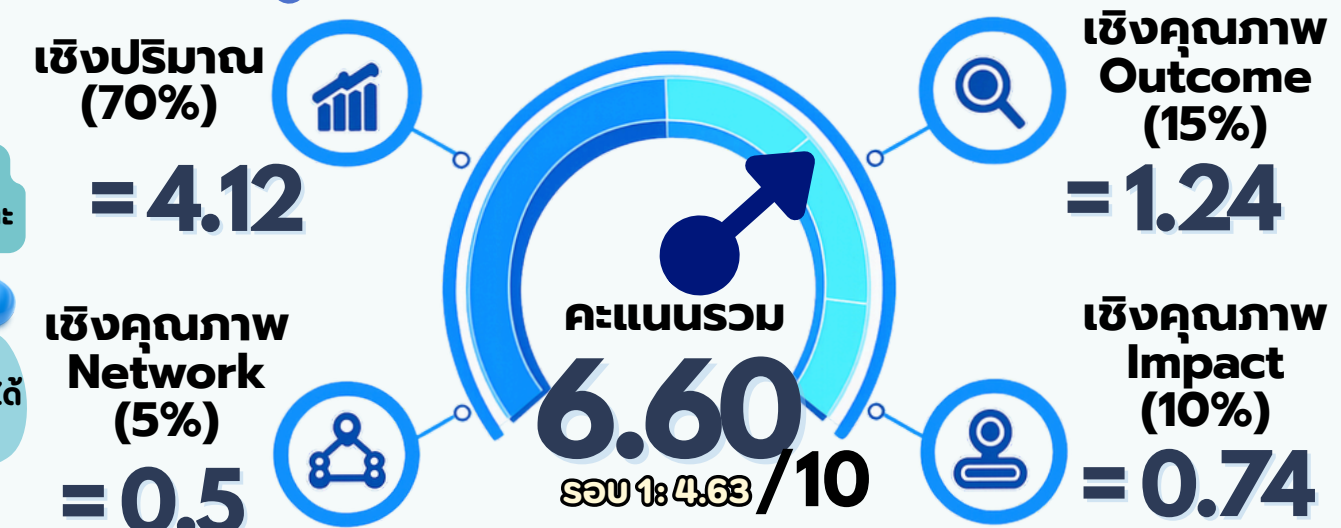
ด้านผลกระทบ (Impact)



ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย (Network)



ผลการประเมิน (Score)



ข้อค้นพบ

- การพัฒนา PCIN (Palliative Care Island Nurse) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่เกาะอย่างมีคุณภาพ
- ติดตามผลการเบิกจ่ายกับงานประกันทุกเดือน ทบทวนแก้ไขการคีย์ส่งข้อมูลและมีการจัดสรรค่าเยี่ยมบ้านให้กับพื้นที่
- การบูรณาการร่วมกับงาน organ transplant ในการช่วยคัดกรองเคสที่เข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ

ปัญหาและอุปสรรค

- ผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่เกาะบางส่วนยังไม่สามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ เนื่องจากยังไม่มีระบบสนับสนุนการใช้ยาฉีด MO ที่พร้อมใช้
- อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ
- ยังไม่มีระบบการดูแล bereavement care ที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาระบบบริหารจัดการยาฉีด MO Midazolam และยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่เกาะ
- ประมาณการความต้องการใช้ ทำแผนจัดซื้อรายปีและบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบการดูแล bereavement care ในภาพจังหวัด



สาขาประคับประคอง (Palliative Care)



ตารางเปรียบเทียบสรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ ตัวชี้วัด ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จังหวัดสตูล

รอบการตรวจราชการปกติ ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2569



สรุปคะแนนรวม จังหวัดสตูล

รอบ 1/2569

42.22

คะแนน

รอบ 2/2569

58.89

คะแนน

SATUN HOSPITAL

ขอแสดงความยินดีกับผลงานที่ได้รับการคัดเลือก

HA NATIONAL
FORUM

ครั้งที่ 26 ประจำปี 2569

ผลงาน

• การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน
บริบทพื้นที่เกาะเวท อ.เมืองสตูล และ PCIN

นายแพทย์พนพล จิตนิวงาม
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลสตูล 074-723-500-7 WWW.SATUNHOSPITAL.COM



ดูแลด้วยหัวใจ



ดูแลที่บ้าน



วางแผนล่วงหน้า



จากไปอย่างสงบ

ผลการดำเนินงาน จังหวัดสตูล (รอบ 2/2569)

✓ ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด

4

ได้รับการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน
เป้าหมาย $\geq 55\%$
74.78%

5

ได้รับ Family Meeting
และ Advance Care
Planning (ACP)
เป้าหมาย $\geq 85\%$
90.59%

7

เสียชีวิตตรงตาม
ความประสงค์
(Preferred Place
of Death)
เป้าหมาย $\geq 60\%$
93.59%

9

โรงพยาบาลที่ให้บริการ
Home Ward for
Active Dying Patient
เป้าหมาย $\geq 80\%$
100%

✗ ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด

1

ความพร้อมด้าน
ทรัพยากรและระบบ
เป้าหมาย 4 คะแนน
2.82
คะแนน

2

Adult
Accessibility
เป้าหมาย $\geq 80\%$
59.86%

3

Pediatric
Accessibility
เป้าหมาย $\geq 50\%$
21.76%

6

การจัดทำ
Living Will
เป้าหมาย
15 ต่อ 1,000 ปช.
6.22
ต่อ 1,000 ปช.

8

เมื่อระยะประคับประคอง
ได้รับการจัดการอาการปวด
โดยใช้ Opioid
เป้าหมาย $\geq 55\%$
41.85%

ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด

ลำดับ	ประเด็นตรวจราชการ	ค่าเป้าหมาย	จังหวัดสตูล		รอบ 2/2569			แนวโน้ม (เปรียบเทียบ รอบ 1 → รอบ 2)	การแปลผล
			รอบ 1/2569	รอบ 2/2569	จังหวัดปัตตานี	จังหวัดพัทลุง	จังหวัดสงขลา		
1	ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของ ความพร้อมด้านทรัพยากรและ ระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด	4 คะแนน	1.54	2.82	3.56	3.33	4.16	↑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
2	ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถ เข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility	ร้อยละ 80	26.96	59.86	22.98	34.50	24.22	↑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
3	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถ เข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility	ร้อยละ 50	11.78	21.76	7.25	7.69	9.69	↑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
4	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน	ร้อยละ 55	67.97	74.78	46.90	43.98	42.03	↑	ผ่าน เกณฑ์
5	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning	ร้อยละ 85	83.08	90.59	80.34	90.34	82.10	↑	ผ่าน เกณฑ์
6	อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน)	15 : 1,000 ประชากร	3.08	6.22	5.16	5.16	5.16	↑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
7	ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแล ตามแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) อย่างมี คุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิต เป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death)	ร้อยละ 60	92.02	93.59	73.61	99.61	92.98	↑	ผ่าน เกณฑ์
8	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเมะเร็ง ระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนโดยใช้ Opioid	ร้อยละ 55	36.98	41.85	37.65	56.42	49.60	↑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	ร้อยละ 80	71.42	100.00	8.33	45.45	94.12	↑	ผ่าน เกณฑ์



CKD
โรคไต



Sepsis
อายุรกรรม



Stroke
โรคหลอดเลือดสมอง



Palliative
การดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคอง



STEMI
โรคหัวใจ



Transplant
ปลูกถ่ายอวัยวะ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences



Cancer
มะเร็ง



Newborn
ทารกแรกเกิด



ENT
โสต คอ นาสสิก