



รายงานความก้าวหน้า การพัฒนาระบบคัดกรองมะเร็งปอด ในเขตสุขภาพที่ 8



ผู้นำเสนอ

นายแพทย์สมศักดิ์ ประวิทยานัต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร
ประธาน Service Plan สาขาโรคมะเร็ง
เขตสุขภาพที่ 8



วันที่ 21 สิงหาคม 2569

การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 8/2569





มะเร็ง 5 อันดับแรกของประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2564)



ทะเบียนมะเร็งระดับประเทศ (Cancer in Thailand Vol.XI, 2019-2021)

♂ เพศชาย			♀ เพศหญิง			
		ASR (ต่อประชากร 100,000 คน)			ASR (ต่อประชากร 100,000 คน)	
1		มะเร็งตับและท่อน้ำดี	27.2		มะเร็งเต้านม	34.9
2		มะเร็งปอด	21.5		มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	13.8
3		มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	20.2		มะเร็งปอด	11.1
4		มะเร็งต่อมลูกหมาก	8.7		มะเร็งปากมดลูก	10.3
5		มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin	5.8		มะเร็งตับและท่อน้ำดี	9.4



Key Message



- มะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นอันดับ 1 ในเพศชาย
- มะเร็งปอด ติด 3 อันดับแรกของเพศชาย



- มะเร็งเต้านม เป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง
- มะเร็งปอด ติด 3 อันดับแรกของเพศหญิง



มะเร็งปอดติด 3 อันดับแรก
ของทั้งสองเพศ
จึงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญ
ของประเทศ





มะเร็ง 5 อันดับแรก
ของเพศสุภาพที่ 8 (พ.ศ. 2564–2568)

 จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564 – 2568

 จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก		 2564	 2565	 2566	 2567	 2568
		จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
1	 มะเร็งเต้านม	1,368	1,625	1,861	1,910	1,725
2	 มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	1,355	1,288	1,712	1,694	1,135
3	 มะเร็งตับและท่อน้ำดี	1,105	1,484	1,443	1,180	1,183
4	 มะเร็งปอด	888	1,073	1,303	1,087	431
5	 มะเร็งปากมดลูก	317	349	382	775	409
รวมผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก (คน)		5,033	5,819	6,701	6,646	4,883

Key Message



**จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก
มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง
ตั้งแต่ปี 2564-2566**



มะเร็งเต้านม
ยังคงเป็นอันดับ 1
ตลอดช่วง 5 ปี



มะเร็งปอด
ติด 4 อันดับแรกทุกปี
สะท้อนการะโรคที่สำคัญ
ของเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูลที่น่าสนใจ: จังหวัดอุดรธานี

จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

2564				2565				2566				2567				2568			
มะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		มะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		มะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		มะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		มะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
1 มะเร็งปอด	87	20.1		มะเร็งช่องปาก	71	18.1		มะเร็งช่องปาก	71	17.1		มะเร็งปอด	54	17.9		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	12	4.63	
2 มะเร็งเต้านม	58	13.4		มะเร็งปอด	64	16.3		มะเร็งปอด	65	15.6		มะเร็งช่องปาก	51	16.9		มะเร็งช่องปาก	6	2.32	
3 มะเร็งช่องปาก	57	13.2		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	60	15.3		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	54	13.0		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	43	14.3		มะเร็งโพรงจมูก/กล่องเสียง	4	1.54	
4 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	55	12.7		มะเร็งเต้านม	35	8.91		มะเร็งเต้านม	38	9.13		มะเร็งตับและท่อน้ำดี	37	12.3		มะเร็งเต้านม	3	1.16	
5 มะเร็งตับและท่อน้ำดี	35	8.1		มะเร็งปากมดลูก	31	7.89		มะเร็งตับและท่อน้ำดี	37	8.89		มะเร็งเต้านม	18	5.98		มะเร็งต่อมลูกหมาก	3	1.16	
รวมทั้งหมด	292	67.5		รวมทั้งหมด	261	66.4		รวมทั้งหมด	265	63.7		รวมทั้งหมด	203	67.4		รวมทั้งหมด	28	10.81	



จังหวัดอุดรธานี

จังหวัดอุดรธานีมีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งสูงสุดในกลุ่มมะเร็งปอดและมะเร็งช่องปากอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2564-2567

หมายเหตุ

- ข้อมูลเฉพาะจังหวัดที่มีความครบถ้วนในเขตสุขภาพที่ 8
- ข้อมูลจากโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี



ข้อมูลปี 2564 - 2568



หน่วย : คน



ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด (ปี 2568)

ที่มา : โปรแกรม TCB 2025 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

มะเร็งเสียชีวิต 5 อันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 8

ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จังหวัดสกลนคร ปี 2564-2568

ข้อมูลที่น่าสนใจ: **จังหวัดสกลนคร**



จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จังหวัดสกลนคร

2564				2565				2566				2567				2568			
อันดับ	ชนิดมะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อันดับ	ชนิดมะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อันดับ	ชนิดมะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อันดับ	ชนิดมะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อันดับ	ชนิดมะเร็ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1	มะเร็งตับ	230	34.74	1	มะเร็งตับ	185	31.20	1	มะเร็งตับ	162	30.68	1	ตับและท่อน้ำดีในตับ	75	24.51	1	ตับและท่อน้ำดีในตับ	13	16.67
2	มะเร็งปอด	89	13.44	2	มะเร็งปอด	88	14.84	2	มะเร็งปอด	98	18.56	2	หลอดลมและปอด	61	19.93	2	หลอดลมและปอด	11	14.10
3	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	67	10.12	3	มะเร็งเต้านม	40	6.75	3	ช่องปาก	30	5.68	3	ช่องปาก	22	7.19	3	ช่องปาก	9	11.54
4	มะเร็งเต้านม	31	4.68	4	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	33	5.56	4	มะเร็งเต้านม	26	4.92	4	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	19	6.21	4	มะเร็งเต้านม	7	8.97
5	ช่องปาก	24	3.63	5	Leukemia	30	5.06	5	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	25	4.73	5	Non-Hodgkin lymphoma	14	4.58	5	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	6	7.69
รวม		662		รวม		593		รวม		528		รวม		306		รวม		78	



สรุปภาพรวม
5 อันดับแรก

- ✓ มะเร็งตับ ยังครองอันดับ 1 ทุกปี (ยกเว้นปี 2567 อันดับ 3)
- ✓ มะเร็งปอด เป็นอันดับ 2 ติดต่อกันทุกปี
- ✓ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ติดอันดับ 3-5 อย่างต่อเนื่อง

- ✓ ช่องปาก และ มะเร็งเต้านม พบในอันดับต้นของทุกปี
- ✓ ควรเร่งพัฒนาระบบคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น



ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569



Focal Point Service Plan สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : โปรแกรม TCB 2025 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569



รายงาน KPI Service Plan สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8

เดือน ตุลาคม 2568 - มิถุนายน พ.ศ. 2569



ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วย	2569	เขตสุขภาพที่ 8						
				อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	บึงกาฬ	เลย	หนองบัวลำภู
1	ประชากรหญิงไทย อายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE)	ร้อยละ	≥80	82.88	28.64	86.55	80.99	85.38	73.43	18.86
2	ประชากรหญิงไทย อายุ 40-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)	ร้อยละ	≥80	90	35.82	89.77	80.29	87.33	74.76	19.23
3	Mammogram/Ultrasound หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
4	ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี 2568-2572)	ร้อยละ	≥25	11.26	17.2	27.36	52.19	22.12	43.9	27.78
5	Colposcopy หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	90.72	79.17	87.5	81.25	79.53	51.84	78.57
6	ประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	ร้อยละ	≥50	79.62	31.18	123.89	78.94	66.71	81.53	59.2
7	Colonoscopy หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	69.03	25.36	65.05	52.68	27.59	30.36	44.6
8	ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (ตามเป้าหมายที่กำหนด)	ร้อยละ	100	100	100.98	109.8	1010.4	102.5	111.18	97
9	ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองมะเร็งน้ำดี (ตามเป้าหมายที่กำหนด)	ร้อยละ	100	81.4	100	99.15	672.35	86.5	90.1	53.55
10	วินิจฉัยพยาธิวิทยาภายใน ≤2 สัปดาห์	ร้อยละ	≥80	87.3	91.29	96.55	100	91.76	100	88.24
11	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ	≥70	59.16	97.62	77.67	78.27	92.71	70.77	70.31
12	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	≥70	60.57	65.33	76.85	92.5	91.67	97.1	73.68
13	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	≥60	69.84	75.53					
14	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มเสี่ยงสูง และญาติสายตรง ได้รับการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 (ตามกลุ่มเป้าหมาย)	ร้อยละ	≥80	293 ราย	27 ราย	11 ราย	28 ราย	11 ราย	0	0
15	Cancer Research (รพ. A/S/M1 มีงานวิจัยมะเร็ง)	เรื่อง	≥1	0	1	1	1	1	0	0
16	หน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100
16	มี CNC ครบทุกโรงพยาบาล	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100

หมายเหตุ

สีแดง = ผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมาย

สีตัวน้ำเงิน = ผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือสูงกว่าเป้าหมาย

(ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 2569)

ข้อมูลเดือน ตุลาคม 2568 - มิถุนายน พ.ศ. 2569

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วย	เกณฑ์	เขตสุขภาพที่ 8						
				อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	บึงกาฬ	เลย	หนองบัวลำภู
1	ประชากรหญิงไทย อายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE)	ร้อยละ	≥80	82.88	28.64	86.55	80.99	85.38	73.43	18.86
2	ประชากรหญิงไทย อายุ 40-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)	ร้อยละ	≥80	90	35.82	89.77	80.29	87.33	74.76	19.23
3	Mammogram/Ultrasound หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
4	ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	≥25	11.26	17.2	27.36	52.19	22.12	43.9	27.78
5	Colposcopy หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	90.72	79.17	87.5	81.25	79.53	51.84	78.57
6	ประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	ร้อยละ	≥50	79.62	31.18	123.89	78.94	66.71	81.53	59.2
7	Colonoscopy หลังผลผิดปกติ	ร้อยละ	≥50	69.03	25.36	65.05	52.68	27.59	30.36	44.6
8	ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ร้อยละ	100	100	100.98	109.8	1010.4	102.5	111.18	97
9	ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองมะเร็งตับ	ร้อยละ	100	81.4	100	99.15	672.35	86.5	90.1	53.55
10	วินิจฉัยพยาธิวิทยาภายใน ≤2 สัปดาห์	ร้อยละ	≥80	87.3	91.29	96.55	100	91.76	100	88.24

หมายเหตุ: สีแดง = ผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมาย เป้าหมาย: ผ่านเกณฑ์ (≥ หรือ = 80% / 100% ตามตัวชี้วัด)

ตัวอย่าง: จังหวัดสกลนคร (ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์ในหลายตัวชี้วัด)



รพ.สต.อยู่นอกระบบ

สัดส่วน รพ.สต.
อยู่นอกระบบติดตาม
มากถึง 85%



ผลการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์

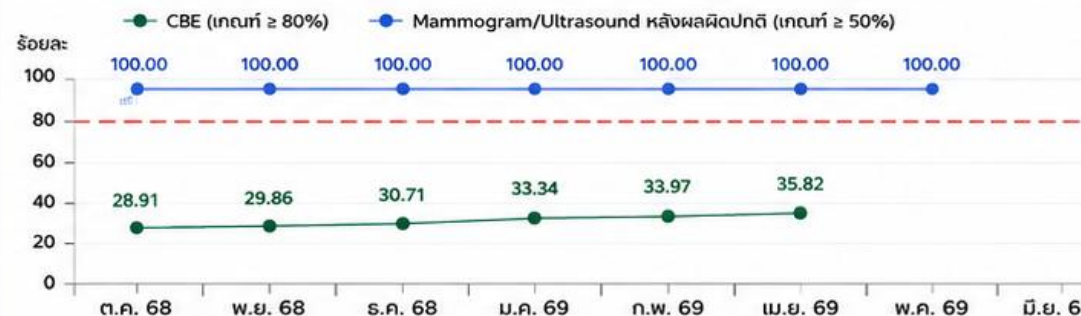
ผลการคัดกรองทุกมะเร็ง
ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างชัดเจน



งบประมาณสำคัญมาก

เมื่อไม่มีงบประมาณสนับสนุน
การคัดกรองเกิดขึ้นได้น้อยมาก

แนวโน้มการคัดกรองมะเร็งเต้านม จังหวัดสกลนคร



สังเกตแนวโน้ม

- ช่วงได้รับงบ PPA (ก.พ.-พ.ค. 69) ผลการคัดกรองเพิ่มขึ้น
- หลังหมดงบ / โครงการสิ้นสุด ผลการคัดกรองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาก



สะท้อนว่าการคัดกรองจะเกิดขึ้นได้
ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นสำคัญจากข้อมูล

1 รพ.สต.อยู่นอกระบบการติดตาม ทำให้ติดตามได้ยาก



- รพ.สต. อยู่ภายใต้การกำกับของ อบจ./เทศบาล/อบต. ต่างจาก รพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ทำให้การบริหารจัดการข้อมูล การติดตาม และการผลักดัน เป้าหมายร่วมกันเป็นไปอย่างยากลำบาก

2 หากไม่มีงบประมาณสนับสนุน การคัดกรองเกิดขึ้นได้ยากมาก



- เมื่อรพ.สต.ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ (เช่น PPA) ผลการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์อย่างชัดเจน
- เมื่อหมดงบสนับสนุน โครงการสิ้นสุด จำนวนการคัดกรอง เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย



ข้อสรุป

การขับเคลื่อนการคัดกรองโรคมะเร็งให้บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องมี งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการการติดตามข้อมูล ให้ครอบคลุมทั้ง รพ. และ รพ.สต. ทุกสังกัด



ลำดับ	มะเร็ง	มี Screening	เครื่องมือ	อยู่ในสิทธิ สปสช.	กลุ่มเป้าหมาย / เงื่อนไข	ประสิทธิภาพ
1	 มะเร็งตับ	✓	US + AFP	✓ (เฉพาะกลุ่มเสี่ยง)	ผู้ป่วยโรคตับแข็ง, พาหะ HBV, พาหะ HCV และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข	★★★★★ ดี
2	 มะเร็งปอด	✗ (ใช้ข้อมูลคัดกรองวัณโรคเฉพาะในเรือนจำ)	LDCT	✗ (ยังไม่อยู่ในสิทธิการคัดกรอง)	กลุ่มเสี่ยงสูง* • อายุ 50–80 ปี • สูบบุหรี่ ≥20 pack-years หรือ ≥ 1 มวน/วัน • ยังสูบบุหรี่ หรือล่าสุดไม่เกิน 15 ปี	★★★★★ ดีในกลุ่มเสี่ยงสูง
3	 มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	✓	FIT	✓	ประชาชนอายุ 50–70 ปี	★★★★★ ดี
4	 มะเร็งเต้านม	✓	MMG	✓ (บางกลุ่ม)	สตรีอายุ 40–70 ปี (คัดกรองทุก ปี)	★★★★★ ดีมาก
5	 มะเร็งปากมดลูก	✓	HPV DNA	✓	สตรีอายุ 30–60 ปี (คัดกรองทุก 5 ปี)	★★★★★ ดีมาก



Key Message

เขตสุขภาพที่ 8 มีระบบคัดกรองมะเร็ง 4 ชนิดแล้ว

แต่ยังขาดการคัดกรอง**มะเร็งปอด** ซึ่งเป็น 1 ในมะเร็งที่พบบ่อยและมี**อัตราการเสียชีวิตสูง**



ผลการศึกษาคัดกรองมะเร็งปอดด้วย LDCT ในประเทศไทย

ผลการศึกษาจากการตรวจคัดกรองด้วย Low-dose CT (LDCT) ในประชากรไทย (พ.ศ.2562–2566)

ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ (เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่)



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1

ตรวจพบมะเร็งปอด

53 ราย

คิดเป็น

1.2%



จากผู้เข้าร่วมทั้งหมด
4,478 ราย

2

ตรวจพบในระยะเริ่มต้น

69.8%

Stage 0–IB



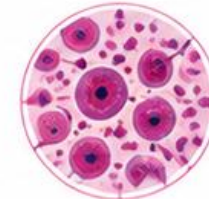
ตรวจพบตั้งแต่
ระยะเริ่มต้น
รักษาหายขาดได้สูง

3

ชนิดมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด

Adenocarcinoma

85%



ลักษณะก้อนทึบ (solid)
77.4%

4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
การพบมะเร็งปอด



อายุ ≥ 55 ปี



ประวัติสูบบุหรี่



Coronary Artery
Calcification (CAC)



เคยเป็นมะเร็งชนิดอื่น

ประชากรที่ศึกษา



ตรวจ LDCT
4,478 คน



ระยะเวลา
พ.ศ.2562–2566



ตรวจด้วย LDCT
(รังสีในปริมาณต่ำ < 1.5 mSv)



ไม่สูบบุหรี่ถึง **84%**
ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด



Key
Message

LDCT สามารถตรวจพบมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นได้เกือบ **70%**
และสนับสนุนการเริ่มคัดกรองในประชากรอายุ ≥ 55 ปี



ที่มา : Klinngam N, et al. Outcomes of lung cancer screening by low-dose computed tomography in the health screening program. Journal of Thoracic Disease. 2026;18(2):108.

เปรียบเทียบประสิทธิภาพเครื่องมือการคัดกรองมะเร็งปอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	CXR (Chest X-ray)	LDCT (Low-Dose CT)
 การเห็นก้อนขนาดเล็ก	✗ ไม่ดี ตรวจพบก้อนได้น้อย (พลาดก้อนเล็กจำนวนมาก)	✓ ดีมาก ตรวจพบก้อนได้ขนาดเล็ก (≤ 3 มม.) ได้อย่างชัดเจน
 การตรวจพบระยะเริ่มต้น	✗ ต่ำ มักพบเมื่อเป็นระยะท้าย (ระยะ III-IV)	✓ สูง ตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (ระยะ 0-I)
 การลดอัตราเสียชีวิต	✗ ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าลดอัตราตาย ยังไม่พบหลักฐานว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิต	✓ ลดอัตราตายลงได้ร้อยละ 20-24 จากงานวิจัยระดับนานาชาติ (NLST, NELSON, NELSON-ไทย)
 การใช้คัดกรองประชากร	✗ ไม่แนะนำทั่วไป ไม่มีความไวเพียงพอสำหรับการคัดกรอง	✓ แนะนำในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูบบุหรี่หนัก หรืออดีตผู้สูบบุหรี่ อายุ 55-80 ปี เป็นต้น
 ปริมาณรังสี	✓ ต่ำมาก (ประมาณ 0.02-0.1 mSv)	⚠ สูงกว่า CXR แต่ต่ำกว่า CT ปกติ (ประมาณ 1-2 mSv ต่ำกว่า CT ปกติ 5-7 เท่า)

ขอมติจากผู้บริหาร



ขอมติจากผู้บริหารว่า
แนวทางการคัดกรองมะเร็งปอด
ของเขตสุขภาพที่ 8
ควรเป็นไปในทิศทางใดต่อไป

1



ศึกษาความเป็นไปได้เพิ่มเติม
และจัดทำการศึกษาประเมินความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness)
อย่างเป็นระบบ

2



เริ่มโครงการคัดกรองด้วยเครื่อง LDCT
ในกลุ่มเสี่ยงสูงนำร่องในบางจังหวัด/
บางพื้นที่

3



เตรียมความพร้อมระบบบริการ โครงสร้าง
พื้นฐาน และกำลังคน พร้อมกำหนด
แผนขยายผลในระยะต่อไป

4



แนวทางอื่น ๆ (โปรดระบุ)



การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม จะช่วยให้การคัดกรองมะเร็งปอดของเขตสุขภาพที่ 8
มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในระยะยาว

แนวทางจัดลำดับการลงทุนด้านการคัดกรองมะเร็ง

พิจารณาจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
และความพร้อมของระบบบริการ



ลำดับ การลงทุน	มะเร็ง (5 อันดับ)	ประโยชน์ (ต่อสุขภาพประชาชน)	ความคุ้มค่า (คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์)	ความพร้อม (ระบบบริการและทรัพยากร)	สรุปความเหมาะสม ในการลงทุน
1	มะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง	★★★★★	★★★★★	★★★★★	เหมาะสมสูงมาก ✓
2	มะเร็งปากมดลูก	★★★★★	★★★★★	★★★★★	เหมาะสมสูงมาก ✓
3	มะเร็งตับอ่อน	★★★★★	★★★★★	★★★★★	เหมาะสมสูงมาก ✓
4	มะเร็งตับ	★★★★★	★★★★★	★★★★★	เหมาะสมสูง ✓
5	มะเร็งปอด (LDCT)	★★★★★	★★★★★	★★★★★	เหมาะสมรองลงมา ✓

หลักการพิจารณา

- ภาระโรคและจำนวนผู้เสียชีวิต
- หลักฐานเชิงประจักษ์
(ประสิทธิผลของการคัดกรอง)
- ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- ความพร้อมของระบบบริการ
(บุคลากร เครื่องมือ งบประมาณ)
- ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน
ในเขตสุขภาพที่ 8



หมายเหตุ

การจัดลำดับนี้ใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นเพื่อประกอบการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรในเขตสุขภาพที่ 8
โดยพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความพร้อมของระบบบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน

★★★★★ สูงมาก ★★★ มาก ★★ ปานกลาง ★ น้อย ☆ น้อยมาก





จบการนำเสนอ

— **ขอบคุณทุกท่าน** —

ร่วมขับเคลื่อนการคัดกรองมะเร็งปอด
เพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 สุขภาพดี อย่างยั่งยืน



“ คัดกรองไว แม่นยำ เชื่อมต่อไร้รอยต่อ
ลดมะเร็งปอดระยะลุกลาม เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ”

