

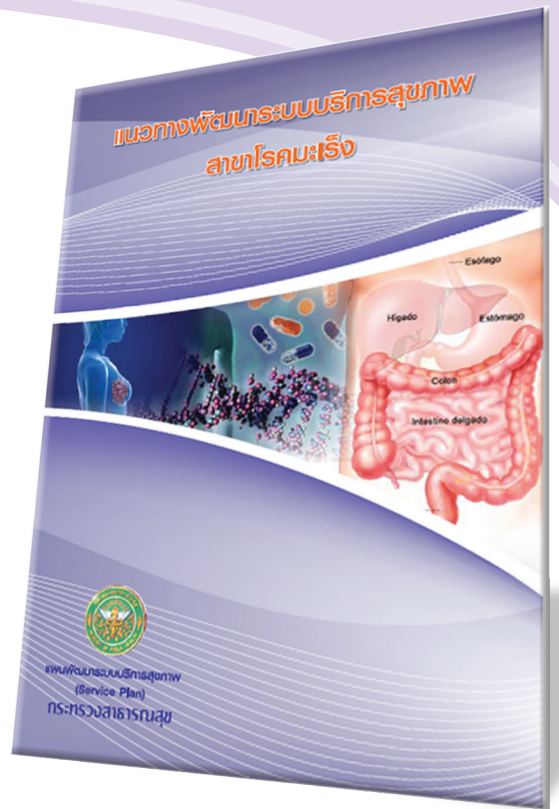
นียมามตัวชีวิต

Service plan

สาขาโรคมะเร็ง



จัดทำโดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



นียมามตัวชีวิต

Service plan

สาขาโรคมะเร็ง



จัดทำโดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คำนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และมีนโยบายให้เขตสุขภาพได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ ในปี พ.ศ. 2556-2560 โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา นั้น กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักใน Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญ 4 ประการ คือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน และได้กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนผ่าน 7 ยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 1) Primary Prevention 2) Screening and Early Detection 3) Cancer Diagnosis 4) Cancer Treatment 5) Palliative Care 6) Cancer Informatics 7) Cancer Research ในการดำเนินการตาม Service Plan สาขาโรคมะเร็งได้มีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล ทั้งในระดับเป้าประสงค์และระดับยุทธศาสตร์ ทั้งหมดรวม 14 ตัวชี้วัด (ระดับเป้าประสงค์ 4 ตัวชี้วัด และ ระดับยุทธศาสตร์ 10 ตัวชี้วัด)

ในการประเมินติดตาม และวัดผลการดำเนินการจากรายงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดนั้นสถานบริการทุกแห่งที่เกี่ยวข้อง มีความจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ตรงกันในการวัดผลตามตัวชี้วัด ดังนั้นกรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้จัดทำนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็งฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2558 นี้ขึ้นมาเพื่อให้มีความชัดเจน มีความเข้าใจที่ตรงกัน ในแต่ละตัวชี้วัด สามารถใช้เป็นเครื่องมือ หรือ แนวทางในการจัดเก็บข้อมูลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลที่น่ามาสังเคราะห์มีแหล่งที่มาตรงกัน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลในภาพรวมของเขตสุขภาพและของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งสามารถใช้ข้อมูลในการเทียบเคียงกันได้ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

นายแพทย์วีรวุฒิ อิมสารัญ
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และ
ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาโรคมะเร็ง

สารบัญ

	หน้า
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	5
รายการตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	6
นิยาม ตัวชี้วัด...ระดับเป้าประสงค์ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	7
เป้าประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการตาย	8
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราป่วย	9
เป้าประสงค์ที่ 3 ลดระยะเวลาการรอคอย	11
เป้าประสงค์ที่ 4 สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน	13
นิยาม ตัวชี้วัด...ระดับยุทธศาสตร์ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	15
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Promotion and Primary Prevention)	16
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	17
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology	19
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	22
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	27
ยุทธศาสตร์ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	31
ยุทธศาสตร์ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	33
ภาคผนวก	35
ภาคผนวก 1	36
ภาคผนวก 2	37
ภาคผนวก 3	38
ภาคผนวก 4	56

กำหนดตัวชี้วัด เป็น 2 ระดับ



ระดับที่ 1 (Outcome Indicator)
ตัวชี้วัด ระดับเป้าประสงค์

2560

ระดับที่ 2 (Process Indicator)
ตัวชี้วัด ระดับยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์

1. ลดอัตราการตาย
2. ลดอัตราป่วย
3. ลดระยะเวลาการรอคอย
4. สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน

7 ยุทธศาสตร์ ในการดำเนินงาน

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 | Primary Prevention |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 | Screening and Early Detection |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3 | Cancer Diagnosis |
| ยุทธศาสตร์ที่ 4 | Cancer Treatment |
| ยุทธศาสตร์ที่ 5 | Palliative Care |
| ยุทธศาสตร์ที่ 6 | Cancer Informatics |
| ยุทธศาสตร์ที่ 7 | Cancer Research |

รายการตัวชี้วัด ของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

ระดับเป้าประสงค์		
ลำดับที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1	ลดอัตราการตาย	อัตราการตายจากโรคมะเร็งระดับไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร
2	ลดอัตราป่วย	สัดส่วนของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
3	ลดระยะเวลาการรอคอย	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสี ≤ 6 สัปดาห์
4	สถานบริการสุขภาพได้ มาตรฐาน	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง แต่ละระดับของโรงพยาบาล

ระดับยุทธศาสตร์		
ลำดับที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1	การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ≥ 80
2	การตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก
3	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology	3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ≤ 2 สัปดาห์ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย (Cancer Diagnosis) โรคมะเร็ง
4	การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาหลัก ภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด 4.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง
5	การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 5.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
6	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	ระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry)
7	การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และ ผลิตผลงาน วิจัย

นิยาม

ตัวชี้วัด...ระดับเป้าประสงค์
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

เป้าประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการตาย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม								
คำนิยาม	อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม และ ท่อน้ำเต้านม ตามรหัส C22 ได้แก่ 22.0, 22.1, 22.2, 22.3, 22.4, 22.7 และ 22.9 ภาคผนวก 1 : คำอธิบาย C22 (ICD-10)								
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม และ ท่อน้ำเต้านม ไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ ท่อน้ำเต้านม รหัส C22 (ICD-10)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม รหัส C22 (ICD-10)								
แหล่งข้อมูล	สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข http://bps.moph.go.th/sites/default/files/cancer_0.pdf http://bps.moph.go.th/content ภาคผนวก 2 : อัตราการตายจากมะเร็งเต้านมต่อแสนประชากร (C22) ปี 2554-2556 [จำแนกตามเขตสุขภาพ]								
รายการข้อมูล 1									
รายการข้อมูล 2									
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด									
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลืออง (chok_nci@hotmail.com)								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการตาย ≤ 30 ต่อแสน ประชากร</td> <td>อัตราการตาย ≤ 28 ต่อแสน ประชากร</td> <td>อัตราการตาย ≤ 26 ต่อแสน ประชากร</td> <td>อัตราการตาย ≤ 24 ต่อแสน ประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	อัตราการตาย ≤ 30 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 28 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 26 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 24 ต่อแสน ประชากร
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
อัตราการตาย ≤ 30 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 28 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 26 ต่อแสน ประชากร	อัตราการตาย ≤ 24 ต่อแสน ประชากร						

ตัวชี้วัดนี้ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ ปี 2558

เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราป่วย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
คำนิยาม	<p>สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง การเทียบสัดส่วนเพื่อดูประสิทธิผลของการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มแรกและการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก โดยประเมินจาก</p> <p>2.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็น รายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง เต้านมทุกระยะ (ระยะ 1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) เดียวกัน <p>2.2 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็น รายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง ปากมดลูกทุกระยะ (ระยะ 1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) เดียวกัน <p>มะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ TNM Staging (Breast Cancer)</p> <p>มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ FIGO Staging (Cervical Cancer)</p> <p>ภาคผนวก 3 : รายละเอียด TNM Staging (Breast Cancer) รายละเอียด FIGO Staging (Cervical Cancer)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะ 3-4 ลดลง ❖ สัดส่วนของมะเร็งเต้านม มีการค้นพบ ระยะที่ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ❖ สัดส่วนของมะเร็งปากมดลูก มีการค้นพบ ระยะที่ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปี ❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ในปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะโรค (unspecified) ❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะของโรค (unspecified)

แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based Cancer Registry) ❖ โรงพยาบาลที่ตรวจวินิจฉัยและรักษา (ระดับ A, S, M1) 								
รายการข้อมูล 1	$A_{(Br)}$ = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะที่ 1 และ 2 $A_{(Cx)}$ = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะที่ 1 และ 2								
รายการข้อมูล 2	$B_{(Br)}$ = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะ (ระยะ 1-4) $B_{(Cx)}$ = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ (ระยะ 1-4) หมายเหตุ : ผู้ป่วยมะเร็งในรายที่ไม่ระบุระยะโรค ให้ บันทึกเป็น หมายเหตุ หรือ Exclude								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(Br)} / B_{(Br)}) \times 100$ $(A_{(Cx)} / B_{(Cx)}) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70</td> <td>สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70</td> <td>สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70</td> <td>สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 70						

เป้าประสงค์ที่ 3 ลดระยะเวลาการรอคอย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสี ≤ 6 สัปดาห์
คำนิยาม	<p>การรอคอยการรักษาด้วยรังสี ≤ 6 สัปดาห์ หมายถึง ระยะเวลาการรอคอยการฉายแสง โดย นับจาก วันสิ้นสุดการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ และต่อด้วยแผนการรักษาด้วยรังสี ถึงวันที่ ได้รับการฉายแสงวันแรก ≤ 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์) เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ วันที่ผ่าตัด ถึง วันที่ฉายแสงวันแรก ❖ วันที่ได้รับยาเคมีเข็มสุดท้าย ถึง วันที่ฉายแสงวันแรก ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย ถึง วันที่ฉายแสงวันแรก (กรณีไม่มีการรักษาอื่นก่อนหน้านี้) <p>6 สัปดาห์ หมายถึง จำนวน 42 วันเต็ม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ระยะเวลาการรอคอยการฉายแสง ≤ 6 สัปดาห์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยวิธีการฉายแสง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษาคือรังสีรักษา ❖ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษาด้วยรังสี ≤ 6 สัปดาห์ ❖ ข้อมูลวันที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยรังสี ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษาด้วยรังสี 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) ในกรณีได้รับรังสีต่อจากการผ่าตัด 3.3 วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกรณีได้รับรังสีต่อจากเคมีบำบัด 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก <p>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง) ❖ ระยะเวลาการรอคอยการฉายแสง (นับตามเกณฑ์ที่กำหนด)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาด้วยวิธีการฉายแสง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการฉายแสง ≤ 6 สัปดาห์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องรับการรักษาด้วยวิธีฉายแสง
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)
	นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)
	นายโชคชัย	สุขเหลือง	(chok_nci@hotmail.com)

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ
-------------------------	--

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

เป้าประสงค์ที่ 4 สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน

[3 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 4	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาแม่เรื้อง แต่ละระดับของโรงพยาบาล
คำนิยาม	<p>การดำเนินการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง หมายถึง ทุกโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาจนได้ระดับ 1, 2 และ 3 ตามกำหนดใน 5 ปี (พ.ศ. 2556-2560) และมีการดำเนินกิจกรรมตามประเภทของโรงพยาบาล (A, S, M, F และ รพ.สต.) โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการกำหนดมาตรฐานของกิจกรรมในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง แต่ละระดับของโรงพยาบาล 2. สถานบริการมีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ ที่เหมาะสมและเพียงพอ 3. ผู้รับบริการได้รับการดูแลและส่งต่อ ด้วยบุคลากรเชี่ยวชาญของแต่ละเขตสุขภาพ <p>ภาคผนวกที่ 4 : (1) ชีตความสามารถ/รายการกิจกรรม (2) สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ (3) บุคลากรเชี่ยวชาญแต่ละสาขา</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ สถานบริการแต่ละระดับมีชีตความสามารถในการให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ❖ มีการจัดตั้งหน่วยงานที่จำเป็น เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่เหมาะสมเพียงพอต่อการให้บริการในแต่ละเขตบริสุสุขภาพ ภายใน ปี 2560 ❖ ผู้รับบริการได้รับการดูแลส่งต่อตามระบบในเขตสุขภาพ ด้วยบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอย่างเพียงพอตามเกณฑ์กำหนด ❖ มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการผู้ป่วยแม่เรื้อง ❖ มีการกำหนดแผนกิจกรรมตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเรื้อง (7 ยุทธศาสตร์) และดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามแผน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ 1-2-3) และทุกประเภท (A, S, M, F) ในเขตสุขภาพ (รพศ., รพ.แม่เรื้อง, รพท., รพช., รพ.สต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายการ กิจกรรมที่ให้บริการ ของแต่ละระดับสถานบริการ (ตามเกณฑ์) 2. สถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ อุปกรณ์ ในการให้บริการ(ตามเกณฑ์) 3. บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ระบุในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (รายการ ตาม ภาคผนวก ที่ 4)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกประเภท ในเขตสุขภาพ (รพศ., รพ.แม่เรื้อง, รพท., รพช., รพ.สต)
รายการข้อมูล 1	
รายการข้อมูล 2	
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกปี และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ขั้นตอนที่ 1 - 2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5

วิธีการประเมินผล : วัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 มีการสำรวจ บุคลากร สถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ อุปกรณ์ และการให้บริการตามกิจกรรมด้านโรคมะเร็งของโรงพยาบาลทุกระดับในเขต
- ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนการพัฒนากิจการดำเนินการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง (แผนการพัฒนาตามกิจกรรม แผนพัฒนาด้านสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ รวมทั้ง แผนพัฒนาบุคลากรเชี่ยวชาญแต่ละสาขา) ตามนิยามและเกณฑ์เป้าหมายแต่ละระดับและประเภทของโรงพยาบาล (ภาคผนวกที่ 4)
- ขั้นตอนที่ 3 **โรงพยาบาลในเขต** มีการดำเนินการได้ครบตามแผนการพัฒนฯ (ขั้นตอนที่ 2) ได้จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- ขั้นตอนที่ 4 **โรงพยาบาลในเขต** มีการดำเนินการได้ครบตามแผนการพัฒนฯ (ขั้นตอนที่ 2) ได้จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- ขั้นตอนที่ 5 **โรงพยาบาลในเขต** มีการดำเนินการได้ครบตามแผนการพัฒนฯ (ขั้นตอนที่ 2) ได้จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

นิยาม

ตัวชี้วัด...ระดับยุทธศาสตร์
Service Plan สาขารโคมะเร็ง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง อย่างชัดเจน											
คำนิยาม	กิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง อย่างชัดเจน หมายถึง การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกระดับ และสื่อมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน รูปแบบน่าสนใจ เหมาะสมกับระดับการรับรู้ และ โอกาสในการเข้าถึงของประชาชน รวมทั้งความถี่ ความสม่ำเสมอ และความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์											
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการตามแผน \geq ร้อยละ 80 (อ้างอิงแผนกิจกรรม ของยุทธศาสตร์ที่ 1 ในเป้าประสงค์ที่ 4 การประเมินผลตามระดับความสำเร็จ ในขั้นตอนที่ 2)											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป และประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งแต่ละชนิด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนกิจกรรมที่กำหนดในแผนของปี ❖ จำนวนกิจกรรมของปีเดียวกัน ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ 											
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = กิจกรรมที่อยู่ในแผนฯ ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ											
รายการข้อมูล 2	B = กิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามแผนของแต่ละปี ตามเป้าประสงค์ที่ 4 (แผนกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 1 ตามปีงบประมาณ)											
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม	ชัยวิระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)									
	นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)									
	นายโชคชัย	สุขเหลือ	(chok_nci@hotmail.com)									
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ											
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geq ร้อยละ 80</td> <td>\geq ร้อยละ 80</td> <td>\geq ร้อยละ 80</td> <td>\geq ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560									
\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80									

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก
คำนิยาม	<p>การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Awareness หรือ Breast Self Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำ และ ตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี</p> <p>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ลดผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก Stage 3,4 โดยวัดจาก</p> <p>มะเร็งเต้านม :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ปี 2556-2558 วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ต่อปี ❖ ปี 2559-2560 <ol style="list-style-type: none"> 1. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ต่อปี 2. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการตรวจ คัดกรองอย่างน้อยโดยบุคลากรสุขภาพ (Clinical Breast Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ต่อปี <p>มะเร็งปากมดลูก :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ วัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 (ในปี 2558 - 2562 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม \geq ร้อยละ 80)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>มะเร็งเต้านม :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ปี 2556-2558 สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ❖ ปี 2559-2560 <ol style="list-style-type: none"> 1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE 2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE

	มะเร็งปากมดลูก : ❖ ปี 2556-2560 สตรีกลุ่มเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (อายุ 30-60 ปี)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง
แหล่งข้อมูล	❖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ❖ โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด
รายการข้อมูล 1	$A_{(Br)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (ตามเกณฑ์กลุ่มเป้าหมายของปีนั้นๆ) $A_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
รายการข้อมูล 2	$B_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (ตามเกณฑ์กลุ่มเป้าหมายของปีนั้นๆ) $B_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(Br)} / B_{(Br)}) \times 100$ $(A_{(Cx)} / B_{(Cx)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. ตรวจเต้านม (BSE) \geq ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) \geq ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) \geq ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) \geq ร้อยละ 80
2. ตรวจปากมดลูก จำนวนสะสม ปี 2553-2557 ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80	2. ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 20	2. ตรวจเต้านม (CBE) \geq ร้อยละ 80 3. ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 40 (สะสม 2558 - 2559)	2. ตรวจเต้านม (CBE) \geq ร้อยละ 80 3. ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 60 (สะสม 2558 - 2560)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 3 (3.1)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ≤ 2 สัปดาห์			
คำนิยาม	ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา หมายถึง การระบุ (อ่าน) ชนิดของชิ้นเนื้อหรือ เซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยนับระยะเวลาที่ตัด ตั้งแต่วันตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ จนถึง วันที่พยาธิแพทย์ รายงานผล (Report date) (หน่วยนับเป็นสัปดาห์) 2 สัปดาห์ หมายถึง จำนวน 14 วันเต็ม			
เกณฑ์เป้าหมาย	ระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ≤ 2 สัปดาห์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤ 2 สัปดาห์ (Report_date) ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (Obtained_date) และวันที่รายงานผลของพยาธิแพทย์ (Report_date) 			
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ คลินิกหรือหน่วยงานที่ส่งตรวจ ❖ หน่วยพยาธิวิทยา 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤ 2 สัปดาห์ (Report_date)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมดในปี			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)	
	นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)	
	นายโชคชัย	สุขเหลือ	(chok_nci@hotmail.com)	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดนี้ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2558

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(Cancer Diagnosis) : Pathology (ต่อ)

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 4 (3.2)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจวินิจฉัย (Diagnosis) โรคมะเร็ง ในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า นอกเขตสุขภาพ เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย ชั้นสูตรทางพยาธิวิทยา และรวมถึงการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยในกลุ่ม Imaging ที่ซับซ้อน Endoscope เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ</p> <p>การส่งต่อรวมทั้งเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ทุกสิทธิการรักษา</p> <p>การส่งต่อในเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อภายในเขตสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสถานบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ</p> <p>การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อไปสถานบริการที่อยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง รวมถึงหน่วยงานที่มีการทำบันทึกความเข้าใจข้อตกลง (MOU) กับสถานบริการที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ปี 2558 ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งแล้วผลเป็นมะเร็ง (เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน)</p> <p>ปี 2559-2560 การ Refer ออกนอกเขตเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ปีก่อนหน้า)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ❖ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ปี 2558</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกราย ในปีที่ยังรายงาน ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกรายในปีที่ยังรายงาน และพบว่าผลเป็นมะเร็ง <p>ปี 2559-2560</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกราย ในปีที่ผ่านมา ก่อนหน้า ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปทำการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกราย ในปีที่ยังรายงาน

	<p>หมายเหตุ หน่วยนับเป็นคน (ไม่นับ visit)</p> <p>เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการนำไปสู่การวางแผนและพัฒนา แนะนำให้เก็บข้อมูล<u>เหตุผลของการส่งไปเพื่อการวินิจฉัย</u> ดังตัวอย่างต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ด้านบุคลากรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง (ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ด้านเครื่องมือ (ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งไปตามสิทธิการรักษา [<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> อปท <input type="checkbox"/>]</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย/ญาติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p> <p>(การระบุเหตุผลของการส่งต่อ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลเพื่อการวินิจฉัย หรือเพื่อการรักษา...แนะนำให้มีการตกลงกันตามบริบทและความต้องการ การใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ ในภาพจังหวัด/เขต โดยเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน)</p>								
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ คลินิกตรวจรักษา/ หอผู้ป่วย ❖ ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด/เขต 								
รายการข้อมูล 1	<p>ปี 2558</p> <p>A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการ<u>ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง</u> นอกเขตสุขภาพ พบว่าผลเป็นมะเร็ง</p> <p>ปี 2559-2560</p> <p>A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการ<u>ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง</u> นอกเขตสุขภาพในปีที่ผ่านมาก่อนหน้า</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>ปี 2558</p> <p>B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการ<u>ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง</u> นอกเขตสุขภาพทุกราย</p> <p>ปี 2559-2560</p> <p>B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการ<u>ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง</u> นอกเขตสุขภาพ ในปีที่รายงาน</p>								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2558 $(A/B) \times 100$</p> <p>ปี 2559-2560 $(A-B) / A \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com)</p> <p>นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com)</p> <p>นายโชคชัย สุขเหลือ (chok_nci@hotmail.com)</p>								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>จำนวนที่เกิดขึ้นจริง (กำหนดเป็นข้อมูล Baseline)</td> <td>ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)</td> <td>ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	-	จำนวนที่เกิดขึ้นจริง (กำหนดเป็นข้อมูล Baseline)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
-	จำนวนที่เกิดขึ้นจริง (กำหนดเป็นข้อมูล Baseline)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)						
<p>หมายเหตุ เกณฑ์ชี้วัดนี้สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดที่ 11 ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 (หน้า 70)</p>									

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 5 (4.1)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลักภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด
<p>คำนิยาม</p>	<p>การรักษาหลัก หมายถึง การรักษาโรคมะเร็ง ด้วยวิธีศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัด</p> <p>ภายในเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาหลักแต่ละประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก <ul style="list-style-type: none"> ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึง วันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา ❖ วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึง วันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา ❖ ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อ หรือ ไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้ นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็ง เป็นต้น ❖ กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p> <ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก <ul style="list-style-type: none"> ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึง วันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก ❖ วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึง วันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) ❖ กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ <p>แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ</p>

	<p>3. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) <u>โดยนับจาก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) <u>นับถึง</u> วันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา ❖ วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) <u>นับถึง</u> วันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) ❖ กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 3. การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$ (ภายในปี 2560) 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับยาเคมีบำบัดวันแรกภายใน 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$ (ภายในปี 2560) 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาวันแรกภายใน 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$ (ภายในปี 2560)
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่ เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) ในกลุ่มการรักษาด้วยศัลยกรรม

	<p>3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรก และ วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด</p> <p>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก และ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย สำหรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</p> <p>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</p>								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จาก Hospital Based Cancer Registry จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห่องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา 								
รายการข้อมูล 1	<p>$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com)</p> <p>นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com)</p> <p>นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)</p>								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geq ร้อยละ 50</td> <td>\geq ร้อยละ 60</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	\geq ร้อยละ 50	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 80
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
\geq ร้อยละ 50	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 80						

ตัวชี้วัดนี้ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2558

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment) ต่อ

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 6 (4.2)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาโรคมะเร็งในสถานบริการระดับเดียวกัน หรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพ เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ ในการผ่าตัดที่ซับซ้อน การให้ยาเคมีบำบัด การให้รังสีรักษา รังสีรักษาด้วยเทคนิคพิเศษ และรังสีร่วมรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้น ๆ (การส่งต่อ รวมทั้งเร่งด่วนและไม่เร่งด่วนทุกสิทธิการรักษา)</p> <p>การส่งต่อในเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อภายในเขตสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสถานบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ</p> <p>การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อไปสถานบริการที่อยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง รวมถึงหน่วยงานที่มีการทำบันทึกความเข้าใจข้อตกลง (MOU) กับสถานบริการที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ปี 2558 จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตเพื่อการรักษาโรคมะเร็ง (เก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน)</p> <p>ปี 2559-2560 การ Refer ออกนอกเขตเพื่อการรักษาโรคมะเร็ง ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ปีก่อนหน้า)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยที่ต้อง Refer ไปรับการรักษาโรคมะเร็ง ❖ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด และเขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ปี 2558</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปทำการรักษาโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกรายในปีที่รายงาน <p>ปี 2559-2560</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปทำการรักษาโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกรายในปีที่ผ่านมา ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ไปทำการรักษาโรคมะเร็ง ที่สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพทุกรายในปีที่รายงาน <p>หมายเหตุ นับเป็น ครั้งของการรักษาหลัก เช่น ผู้ป่วยนัดให้เคมี 6 Cycle ให้นับ เท่ากับ 1 และถ้าในผู้ป่วยรายเดียวกันส่ง Refer เพื่อไป ฉายแสง ให้นับอีก 1 (นับ 1 ต่อการรักษาหลัก : ศัลยกรรม รังสีรักษา เคมี)</p>

	<p>เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการนำไปสู่การวางแผนและพัฒนา แนะนำให้เก็บข้อมูลเหตุผลของการส่งไปเพื่อการรักษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ด้านบุคลากรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง (ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ด้านเครื่องมือ (ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งไปตามสิทธิการรักษา [<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> อปท <input type="checkbox"/>]</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งกลับไปรักษาต่อที่เดิม (Refer back)</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย/ญาติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p> <p>(การระบุเหตุผลของการส่งต่อ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลเพื่อการวินิจฉัย หรือเพื่อการรักษา...แนะนำให้มีการตกลงกันตามบริบทและความต้องการ การใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ ในภาพจังหวัด/เขต โดยเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน)</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>❖ คลินิกตรวจรักษา หอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด และ เขตสุขภาพ</p> <p>❖ ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>								
รายการข้อมูล 1	<p>ปี 2558</p> <p>A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาโรคมะเร็ง นอกเขตสุขภาพทุกราย</p> <p>ปี 2559-2560</p> <p>A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาโรคมะเร็ง นอกเขตสุขภาพในปีที่ผ่านมา</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>ปี 2558</p> <p>B = ไม่มีเพราะเก็บปี 2558 เป็น baseline</p> <p>ปี 2559-2560</p> <p>B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาโรคมะเร็ง นอกเขตสุขภาพในปีที่รายงาน</p>								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2558 นับเป็นจำนวน (ข้อมูล A)</p> <p>ปี 2559-2560 $(A-B) / A \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com)</p> <p>นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com)</p> <p>นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)</p>								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ข้อมูล Baseline</td> <td>ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)</td> <td>ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	-	ข้อมูล Baseline	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
-	ข้อมูล Baseline	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2558)	ลดลง \geq ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (2559)						
หมายเหตุ	เกณฑ์ชี้วัดนี้สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดที่ 11 ด้านระบบบริการตติยภูมิ และตติยภูมิ ในยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 (หน้า 70)								

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 7 (5.1)	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นระยะที่ 4 และโรคมะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะสำคัญ การรักษาเป็นไปเพื่อการบรรเทาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานและการประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ≤ 30 (End of Life Stage)</p> <p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคองอาการ มีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและบรรเทาความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง</p> <p>มีจุดเน้นการดูแล ด้าน Family Meeting, Symptoms Control และ Psychosocial and Spiritual Support</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต $\geq 80\%$ ❖ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่อง Palliative Care อย่างน้อย 1 คน ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (ตามนิยาม) ในโรงพยาบาลระดับ รพศ. รพท. และ รพช. ❖ พยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเต็มเวลา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมด ในปีที่ยรายงาน ❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care (แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สถานพยาบาลนั้นกำหนดไว้) ❖ จำนวนพยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่อง Palliative Care ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเต็มเวลา
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ กลุ่มการพยาบาล หน่วยบริการพยาบาล หน่วยเวชกรรมสังคม หน่วยเยี่ยมบ้าน หน่วยคลินิกงับปวด หรือ ศูนย์ส่งต่อ ของ โรงพยาบาลทุกระดับ (รพศ., รพท., รพช) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง นับเป็นจำนวนคนไม่ซ้ำ (รายใหม่ + รายเดิมสะสม) ในปีที่ยรายงาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระบุว่าเป็นระยะท้าย (รายใหม่+รายเดิมสะสม) ในปีที่ยรายงานทั้งหมด นับเป็นจำนวนคนไม่ซ้ำ

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care) ต่อ

[2 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 8 (5.2)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย								
คำนิยาม	ระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดตั้งหน่วยงาน หรือ จัดให้มีบริการ (Function อย่างเป็นทางการและบริการต่อเนื่อง) ตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาลแต่ละระดับ Home Care Unit รพศ., รพ.มะเร็ง (กรมการแพทย์), รพท., รพ.ชุมชน, รพ.สต. Pain Clinic รพศ., รพ.มะเร็ง (กรมการแพทย์), รพท., รพ.ชุมชน Strong Opioid Medication รพศ., รพ.มะเร็ง (กรมการแพทย์), รพท., รพ.ชุมชน Palliative Care Unit รพศ., รพ.มะเร็ง (กรมการแพทย์), รพท., รพ.ชุมชน ศูนย์มิตรภาพบำบัด รพศ., รพ.มะเร็ง (กรมการแพทย์), รพท.								
เกณฑ์เป้าหมาย	มีหน่วยงาน หรือ การบริการ (Function) ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามระดับโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ที่กำหนด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ รพศ., รพท., รพช., รพ.สต.และ รพ.มะเร็ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนสถานบริการที่มีหน่วยบริการและให้บริการตามที่กำหนด								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ ในเขตสุขภาพ								
รายการข้อมูล 1									
รายการข้อมูล 2									
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด									
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือ (chok_nci@hotmail.com)								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1 - 2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1- 3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ขั้นตอนที่ 1 - 2	ขั้นตอนที่ 1- 3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
ขั้นตอนที่ 1 - 2	ขั้นตอนที่ 1- 3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5						

วิธีการประเมินผล : วัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 สำรวจหน่วยบริการ และการจัดบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผน การจัดตั้ง และเปิดให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการเป็นไปตามแผน ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลที่อยู่ในแผนพัฒนาของเขตสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการเป็นไปตามแผน และมีโรงพยาบาลที่มีโครงการทำร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น เช่น อปท. และร่วมกับ DHS ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ในเขตสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการเป็นไปตามแผน และมีโรงพยาบาลที่โครงการทำร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น เช่น อปท. และร่วมกับ DHS ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ในเขตสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สาขาสอบเทคโนโลยี (Cancer Informatics)

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 9	ระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry)
คำนิยาม	<p>ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) หมายถึง การจัดการข้อมูลงาน เวชระเบียน (เวชสถิติ) ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการทางทะเบียนมะเร็ง แบ่งเป็น ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) และทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based Cancer Registry)</p> <p>ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) หมายถึง การจัดการข้อมูลงานเวชสถิติในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ โดยไม่จำกัดภูมิฐานะของผู้ป่วย ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของบุคคลเฉพาะภายในสถานพยาบาลนั้นๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล จะแสดงถึงภาระงานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและ คุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงใช้เพื่อการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง เป็นต้น</p> <p>ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร Population-Based Cancer Registry หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งจากแหล่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากร ที่มีภูมิฐานะในพื้นที่เป้าหมายแห่งหนึ่งๆ (เช่น ในจังหวัด) ที่สามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มได้ และนำมาตรวจสอบความซ้ำซ้อนของบุคคลในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลจะแสดงถึงปัญหาในชุมชน ขนาดของปัญหา อุบัติการณ์ อัตราตาย อัตราการอยู่รอด และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการมอบหมายงานให้หน่วยงาน หรือ บุคลากร รับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลเวชระเบียน (เวชสถิติ) ตามแนวทางการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ในกรณี โรงพยาบาลนั้นมีการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากรกำหนดให้ต้องมีการจัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็ง 2. โรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตสุขภาพ มีการทำ Hospital-Based ด้วยตนเอง 3. มีการทำ Population-Based ด้วยตนเอง อย่างน้อย 1 แห่ง /1 เขตสุขภาพ (ไม่นับรวม รพ.มะเร็ง กรมการแพทย์)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ❖ จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ทำ Hospital-Based Cancer Registry ตามระดับความสำเร็จ ❖ การจัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและขั้นตอนการทำ Population-Based
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	
รายการข้อมูล 2	
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) นางสมจิตร ประภากร (nurse_nci@hotmail.com) นางรังสียา บัวส้ม (rangsiyab@hotmail.com) นายโชคชัย สุขเหลือง (chok_nci@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5

วิธีการประเมินผล : วัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการจัดทำ Hospital Based Cancer Registry ของโรงพยาบาล
และ ในโรงพยาบาลที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากรมีการจัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาล มีแนวทาง/ขั้นตอนของการจัดทำ Cancer Registry
- ขั้นตอนที่ 2 มีการพัฒนาบุคลากรเรื่องการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ให้กับผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
และ ในโรงพยาบาลที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการจัดทำ Population Based Cancer Registry
- ขั้นตอนที่ 3 มีการเก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกเข้าสู่ Electronic Record เช่น โปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, โปรแกรม CanReg 4-5, โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเองเพื่อการเก็บข้อมูลทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล หรือโปรแกรม Excel เป็นต้น
- ขั้นตอนที่ 4 มีการจัดทำรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ประจำปี
- ขั้นตอนที่ 5 มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการรักษา และ/หรือ ใช้ในการศึกษาวิจัย
และ ในโรงพยาบาลที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร ข้อมูลต้องผ่านการตรวจสอบ/นิเทศคุณภาพการจัดทำทะเบียนมะเร็งโดยผู้เชี่ยวชาญและได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือ Cancer in Thailand

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 10	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และ ผลิตผลงานวิจัย									
คำนิยาม	Research Center หมายถึง หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนให้มีการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งในเขตสุขภาพ มีกิจกรรมเชิงประจักษ์ในการดำเนินการทำวิจัยด้านโรคมะเร็ง และมีผลผลิตของงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้รับการยอมรับ สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้									
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> มี Research Center อย่างน้อย 1 แห่งต่อ 1 เขตสุขภาพ (ปี 2560) มีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ในกลุ่ม ดังต่อไปนี้ Basic Science and Apply Research, Epidemiology Research, Clinical Research, Complementary and Alternative Medicine (CAM) โดย <ol style="list-style-type: none"> มีงานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ต่อ 1 เขตสุขภาพ ภายในปี 2558 มีงานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่องต่อ 1 จังหวัด ภายในปี 2560 									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วย Research Center และงานวิจัย									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดตั้ง Research Center และ จำนวนงานวิจัย									
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลต่างๆ ในแต่ละเขตสุขภาพ									
รายการข้อมูล 1										
รายการข้อมูล 2										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>นายแพทย์อาคม</td> <td>ชัยวีระวัฒน์</td> <td>(arkom70@hotmail.com)</td> </tr> <tr> <td>นางสมจิตร</td> <td>ประภากร</td> <td>(nurse_nci@hotmail.com)</td> </tr> <tr> <td>นายโชคชัย</td> <td>สุขเหลือ</td> <td>(chok_nci@hotmail.com)</td> </tr> </table>	นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)	นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)	นายโชคชัย	สุขเหลือ	(chok_nci@hotmail.com)
นายแพทย์อาคม	ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)								
นางสมจิตร	ประภากร	(nurse_nci@hotmail.com)								
นายโชคชัย	สุขเหลือ	(chok_nci@hotmail.com)								
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ									
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560							
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5							

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากระดับความสำเร็จของการดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 มีแผนงานวิจัยของเขตสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 มีการทำวิจัย โดยอยู่ระหว่างเขียนโครงการและขอแหล่งทุนสนับสนุน ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Institutional Review Board : IRB) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ขั้นตอนที่ 3 อยู่ระหว่างดำเนินการทำวิจัย
- ขั้นตอนที่ 4 งานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว และ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่สามารถสืบค้นในฐานข้อมูลได้
- ขั้นตอนที่ 5 มี Research Center อย่างน้อย 1 แห่งต่อ 1 เขตสุขภาพ

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 1 : คำอธิบาย ICD 22



**International Statistical Classification of Diseases
and Related Health Problems
10th Revision, Version for 2010**

Tabular List of inclusions and four-character subcategories

C22 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts

Excludes: biliary tract NOS ([C24.9](#))

secondary malignant neoplasm of liver ([C78.7](#))

C22.0 Liver cell carcinoma

Hepatocellular carcinoma

Hepatoma

C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma

Cholangiocarcinoma

C22.2 Hepatoblastoma

C22.3 Angiosarcoma of liver

Kupffer cell sarcoma

C22.4 Other sarcomas of liver

C22.7 Other specified carcinomas of liver

C22.9 Liver, unspecified

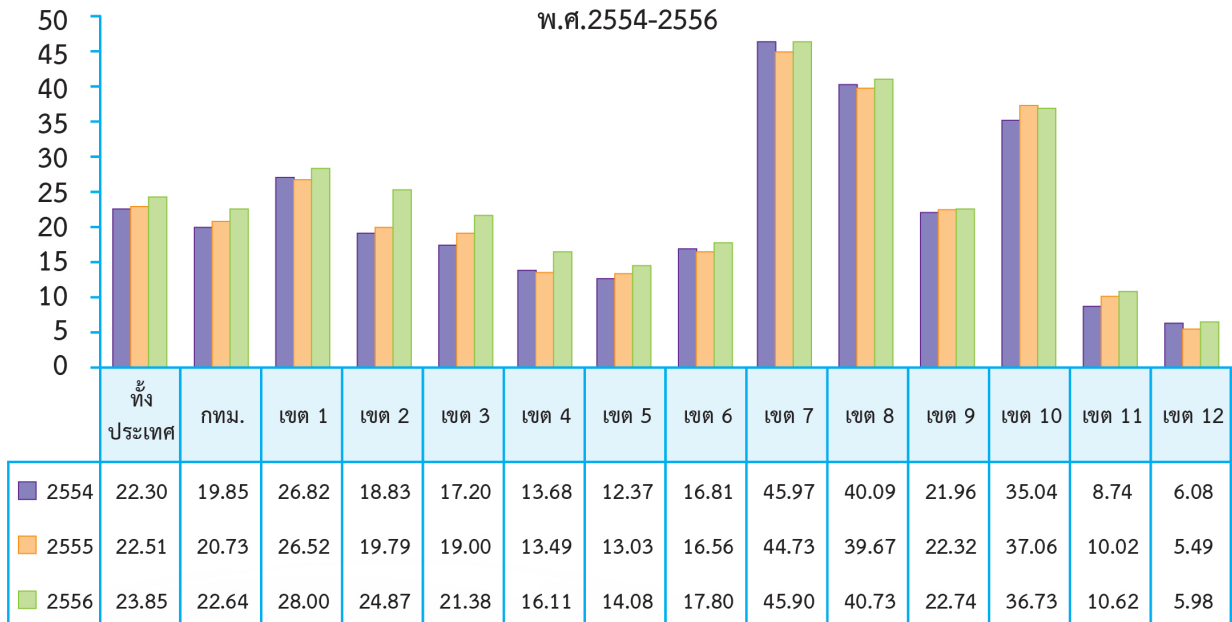
WHO's ICD-10

ภาคผนวก 2

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 1 : อัตราตายจากมะเร็งระดับต่อแสนประชากร (C22)

ปี 2554-2556

อัตราตายจากมะเร็งระดับ (C22) ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ



ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

รวบรวมและวิเคราะห์โดย : กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาคผนวก 3

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 2 : รายละเอียด TNM Staging (Breast Cancer)

TNM : Breast Cancer Staging

The American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging system provides a strategy for grouping patients with respect to prognosis. Therapeutic decisions are formulated in part according to staging categories but primarily according to the following :

- Tumor size.
- Lymph node status.
- Estrogen-receptor and progesterone-receptor levels in the tumor tissue.
- Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2/neu) status.
- Menopausal status.
- General health of the patient

Definitions of TNM and AJCC Stage Groupings

The AJCC has designated staging by tumor, node, and metastasis (TNM) classification to define breast cancer.[1] When this system was modified in 2002, some nodal categories that were previously considered stage II were reclassified as stage III.[2] As a result of the stage migration phenomenon, survival by stage for case series classified by the new system will appear superior to those using the old system.[3]

Histopathologic Classification of Breast Cancer

Table 1 describes the histologic classification of breast cancer based on tumor location.[1] Infiltrating or invasive ductal cancer is the most common breast cancer histologic type and comprises 70% to 80% of all cases.

Table 1. Tumor Location and Related Histologic Subtype

Tumor Location	Histologic Subtype
NOS = not otherwise specified.	
Carcinoma, NOS	
Ductal	Intraductal (<i>in situ</i>)
	Invasive with predominant component
	Invasive, NOS
	Comedo

Tumor Location	Histologic Subtype
	Inflammatory
	Medullary with lymphocytic infiltrate
	Mucinous (colloid)
	Papillary
	Scirrhus
	Tubular
	Other
Lobular	Invasive with predominant <i>in situ</i> component
	Invasive [2]
Nipple	Paget disease, NOS
	Paget disease with intraductal carcinoma
	Paget disease with invasive ductal carcinoma
Other	Undifferentiated carcinoma
	Metaplastic

The following tumor subtypes occur in the breast but are not considered typical breast cancers:

- Phyllodes tumor.[3,4]
- Angiosarcoma.
- Primary lymphoma.

References

1. Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.
2. Yeatman TJ, Cantor AB, Smith TJ, et al.: Tumor biology of infiltrating lobular carcinoma. Implications for management. Ann Surg 222 (4): 549-59; discussion 559-61, 1995. [PUBMED Abstract]
3. Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, et al.: Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. Cancer 89 (7): 1502-11, 2000. [PUBMED Abstract]
4. Carter BA, Page DL: Phyllodes tumor of the breast: local recurrence versus metastatic capacity. Hum Pathol 35 (9): 1051-2, 2004. [PUBMED Abstract]

Table 2. Primary Tumor (T)^{a,b}

TX	Primary tumor cannot be assessed.
T0	No evidence of primary tumor.
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> .
Tis (DCIS)	DCIS.
Tis (LCIS)	LCIS.*
Tis (Pa- get)	Paget disease of the nipple NOT associated with invasive carcinoma and/or carcinoma <i>in situ</i> (DCIS and/or LCIS) in the underlying breast parenchyma. Carcinomas in the breast parenchyma associated with Paget disease are categorized based on the size and characteristics of the parenchymal disease, although the presence of Paget disease should still be noted.
T1	Tumor ≤20 mm in greatest dimension.
T1mi	Tumor ≤1 mm in greatest dimension.
T1a	Tumor >1 mm but ≤5 mm in greatest dimension.
T1b	Tumor >5 mm but ≤10 mm in greatest dimension.
T1c	Tumor >10 mm but ≤20 mm in greatest dimension.
T2	Tumor >20 mm but ≤50 mm in greatest dimension.
T3	Tumor >50 mm in greatest dimension.
T4	Tumor of any size with direct extension to the chest wall and/or to the skin (ulceration or skin nodules). ^c
T4a	Extension to the chest wall, not including only pectoralis muscle adherence/invasion.
T4b	Ulceration and/or ipsilateral satellite nodules and/or edema (including peau d'orange) of the skin, which do not meet the criteria for inflammatory carcinoma.
T4c	Both T4a and T4b.
T4d	Inflammatory carcinoma.

DCIS = ductal carcinoma *in situ*; LCIS = lobular carcinoma *in situ*.

* Information about LCIS is not included in this summary.

^a Reprinted with permission from AJCC: Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.

^b The T classification of the primary tumor is the same regardless of whether it is based on clinical or pathologic criteria, or both. Size should be measured to the nearest millimeter. If the tumor size is slightly less than or greater than a cutoff for a given T classification, it is recommended that the size be rounded to the millimeter reading that is closest to the cutoff. For example, a reported size of 1.1 mm is reported as 1 mm, or a size of 2.01 cm is reported as 2.0 cm. Designation should be made with the subscript “c” or “p” modifier to indicate whether the T classification was determined by clinical (physical examination or radiologic) or pathologic measurements, respectively. In general, pathologic determination should take precedence over clinical determination of T size.

^c Invasion of the dermis alone does not qualify as T4.

Table 3. Regional Lymph Nodes (N)a

<i>Clinical</i>	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed (e.g., previously removed).
N0	No regional lymph node metastases.
N1	Metastases to movable ipsilateral level I, II axillary lymph node(s).
N2	Metastases in ipsilateral level I, II axillary lymph nodes that are clinically fixed or matted.
	OR
	Metastases in clinically detected ^b ipsilateral internal mammary nodes in the <i>absence</i> of clinically evident axillary lymph node metastases.
N2a	Metastases in ipsilateral level I, II axillary lymph nodes fixed to one another (matted) or to other structures.
N2b	Metastases only in clinically detected ^b ipsilateral internal mammary nodes and in the <i>absence</i> of clinically evident level I, II axillary lymph node metastases.
N3	Metastases in ipsilateral infraclavicular (level III axillary) lymph node(s) with or without level I, II axillary lymph node involvement.
	OR
	Metastases in clinically detected ^b ipsilateral internal mammary lymph node(s) with clinically evident level I, II axillary lymph node metastases.
	OR
	Metastases in ipsilateral supraclavicular lymph node(s) with or without axillary or internal mammary lymph node involvement.
N3a	Metastases in ipsilateral infraclavicular lymph node(s).
N3b	Metastases in ipsilateral internal mammary lymph node(s) and axillary lymph node(s).
N3c	Metastases in ipsilateral supraclavicular lymph node(s).

^a Reprinted with permission from AJCC: Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.

^b *Clinically detected* is defined as detected by imaging studies (excluding lymphoscintigraphy) or by clinical examination and having characteristics highly suspicious for malignancy or a presumed pathologic macrometastasis based on fine-needle aspiration biopsy with cytologic examination. Confirmation of clinically detected metastatic disease by fine-needle aspiration without excision biopsy is designated with an (f) suffix, for example, cN3a(f). Excisional biopsy of a lymph node or biopsy of a sentinel node, in the absence of assignment of a pT, is classified as a clinical N, for example, cN1. Information regarding the confirmation of the nodal status will be designated in site-specific factors as clinical, fine-needle aspiration, core biopsy, or sentinel lymph node biopsy. Pathologic classification (pN) is used for excision or sentinel lymph node biopsy only in conjunction with a pathologic T assignment.

Table 4. Pathologic (pN)^{a,b}

pNX	Regional lymph nodes cannot be assessed (e.g., previously removed or not removed for pathologic study).
pN0	No regional lymph node metastasis identified histologically.
<p>Note : ITCs are defined as small clusters of cells ≤ 0.2 mm, or single tumor cells, or a cluster of < 200 cells in a single histologic cross-section. ITCs may be detected by routine histology or by IHC methods. Nodes containing only ITCs are excluded from the total positive node count for purposes of N classification but should be included in the total number of nodes evaluated.</p>	
pN0 (i-)	No regional lymph node metastases histologically, negative IHC.
pN0 (i+)	Malignant cells in regional lymph node(s) ≤ 0.2 mm (detected by H&E or IHC including ITC).
pN0 (mol-)	No regional lymph node metastases histologically, negative molecular findings (RT-PCR).
pN0 (mol+)	Positive molecular findings (RT-PCR), but no regional lymph node metastases detected by histology or IHC.
pN1	Micrometastases.
	OR
	Metastases in 1–3 axillary lymph nodes.
	AND/OR
	Metastases in internal mammary nodes with metastases detected by sentinel lymph node biopsy but not clinically detected. ^c
pN1mi	Micrometastases (> 0.2 mm and/or > 200 cells but none > 2.0 mm).
pN1a	Metastases in 1–3 axillary lymph nodes, at least one metastasis > 2.0 mm.
pN1b	Metastases in internal mammary nodes with micrometastases or macrometastases detected by sentinel lymph node biopsy but not clinically detected. ^c
pN1c	Metastases in 1–3 axillary lymph nodes and in internal mammary lymph nodes with micrometastases or macrometastases detected by sentinel lymph node biopsy but not clinically detected.
pN2	Metastases in 4–9 axillary lymph nodes.
	OR
	Metastases in clinically detected ^d internal mammary lymph nodes in the <i>absence</i> of axillary lymph node metastases.
pN2a	Metastases in 4–9 axillary lymph nodes (at least 1 tumor deposit > 2 mm).

pN2b	Metastases in clinically detected ^d internal mammary lymph nodes in the <i>absence</i> of axillary lymph node metastases.
pN3	Metastases in ≥10 axillary lymph nodes.
	OR
	Metastases in infraclavicular (level III axillary) lymph nodes.
	OR
	Metastases in clinically detected ^c ipsilateral internal mammary lymph nodes in the <i>presence</i> of one or more positive level I, II axillary lymph nodes.
	OR
	Metastases in >3 axillary lymph nodes and in internal mammary lymph nodes with micrometastases or macrometastases detected by sentinel lymph node biopsy but not clinically detected. ^c
pN3a	OR
	Metastases in ≥10 axillary lymph nodes (at least 1 tumor deposit >2.0 mm).
	Metastases to the infraclavicular (level III axillary lymph) nodes.
pN3b	Metastases in clinically detected ^d ipsilateral internal mammary lymph nodes in the <i>presence</i> of one or more positive axillary lymph nodes.
	OR
	Metastases in >3 axillary lymph nodes and in internal mammary lymph nodes with micrometastases or macrometastases detected by sentinel lymph node biopsy but not clinically detected. ^c
pN3c	Metastases in ipsilateral supraclavicular lymph nodes.
Post treatment ypN	
<ul style="list-style-type: none"> – Posttreatment yp “N” should be evaluated as for clinical (pretreatment) “N” methods above. The modifier “SN” is used only if a sentinel node evaluation was performed after treatment. If no subscript is attached, it is assumed that the axillary nodal evaluation was by AND. – The X classification will be used (ypNX) if no yp posttreatment SN or AND was performed. – N categories are the same as those used for pN. 	

AND = axillary node dissection; **H&E** = hematoxylin and eosin stain; **IHC** = immunohistochemical; **ITC** = isolated tumor cells; **RT-PCR** = reverse transcriptase/polymerase chain reaction.

- ^a Reprinted with permission from AJCC: Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.
- ^b Classification is based on axillary lymph node dissection with or without sentinel lymph node biopsy. Classification based solely on sentinel lymph node biopsy without subsequent axillary lymph node dissection is designated (SN) for “sentinel node,” for example, pN0(SN).
- ^c “Not clinically detected” is defined as not detected by imaging studies (excluding lymphoscintigraphy) or not detected by clinical examination.
- ^d “Clinically detected” is defined as detected by imaging studies (excluding lymphoscintigraphy) or by clinical examination and having characteristics highly suspicious for malignancy or a presumed pathologic macrometastasis based on fine-needle aspiration biopsy with cytologic examination.

Table 5. Distant Metastases (M)^a

M0	No clinical or radiographic evidence of distant metastases.
cM0 (i+)	No clinical or radiographic evidence of distant metastases, but deposits of molecularly or microscopically detected tumor cells in circulating blood, bone marrow, or other nonregional nodal tissue that are ≤0.2 mm in a patient without symptoms or signs of metastases.
M1	Distant detectable metastases as determined by classic clinical and radiographic means and/or histologically proven >0.2 mm.

- ^a Reprinted with permission from AJCC: Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.

Table 6. Anatomic Stage/Prognostic Groups^{a,b}

Stage	T	N	M	
0	Tis	N0	M0	
1A	T1a	N0	M0	<p>Stage IA Breast Cancer</p>  <p>Stage IB Breast Cancer</p>  <p>© 2012 Teresa Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
1B	T0	N1mi	M0	
	T1b	N1mi	M0	
IIA	T0	N1 ^c	M0	<p>Stage IIA Breast Cancer</p>  <p>OR</p>  <p>OR</p>  <p>© 2012 Teresa Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
	T1b	N1 ^c	M0	
	T2	N0	M0	
IIB	T2	N1	M0	<p>Stage IIB Breast Cancer</p>  <p>OR</p>  <p>OR</p>  <p>© 2012 Teresa Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
	T3	N0	M0	

Stage	T	N	M	
IIIA	T0	N2	M0	<p>Stage IIIA Breast Cancer</p> <p>No tumor or tumor is any size Cancer in 4 to 9 lymph nodes in the axilla or near the breastbone</p> <p>OR</p> <p>Lymph nodes Breastbone Axilla</p> <p>Clusters of cancer cells in lymph nodes</p> <p>Tumor is larger than 5 cm 5 cm</p> <p>OR</p> <p>Lymph nodes Breastbone</p> <p>Tumor is larger than 5 cm 5 cm</p> <p>Cancer in 1 to 3 lymph nodes in the axilla or near the breastbone</p> <p>© 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
	T1b	N2	M0	
	T2	N2	M0	
	T3	N1	M0	
	T3	N2	M0	
IIIB	T4	N0	M0	<p>Stage IIIB Breast Cancer</p> <p>Chest wall Ribs Muscle Cancer Fatty tissue</p> <p>Lymph nodes Cancer Breastbone</p> <p>Inflammatory breast cancer</p> <p>© 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
	T4	N1	M0	
	T4	N2	M0	
IIIC	Any T	N3	M0	<p>Stage IIIC Breast Cancer</p> <p>Collarbone Lymph nodes Axilla</p> <p>Collarbone Lymph nodes</p> <p>Collarbone Lymph nodes Breastbone</p> <p>Cancer in 10 or more lymph nodes in the axilla</p> <p>OR</p> <p>Cancer in lymph nodes above or below the collarbone</p> <p>OR</p> <p>Cancer in lymph nodes in the axilla and near the breastbone</p> <p>No tumor or tumor is any size</p> <p>© 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>

Stage	T	N	M	
IV	Any T	Any N	M1	<p>Stage IV Breast Cancer</p> <p>Breast cancer has spread to other parts of the body:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brain Lungs Liver Bone <p>The diagram illustrates the spread of cancer from the primary site in the breast to distant organs. An inset shows cancer cells traveling through lymph nodes and blood to other parts of the body. Labels point to the brain, lungs, liver, and bone as common sites of metastasis.</p> <p>© 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>

^a Reprinted with permission from AJCC: Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.

^b T1 includes T1mi.

^c T0 and T1 tumors with nodal micrometastases only are excluded from Stage IIA and are classified Stage IB.

- M0 includes M0(i+).
- The designation pM0 is not valid; any M0 should be clinical.
- If a patient presents with M1 prior to neoadjuvant systemic therapy, the stage is considered Stage IV and remains Stage IV regardless of response to neoadjuvant therapy.
- Stage designation may be changed if postsurgical imaging studies reveal the presence of distant metastases, provided that the studies are carried out within 4 months of diagnosis in the absence of disease progression and provided that the patient has not received neoadjuvant therapy.
- Postneoadjuvant therapy is designated with “yc” or “yp” prefix. No stage group is assigned if there is a complete pathologic response (CR) to neoadjuvant therapy, for example, ypT0ypN0cM0.

References

1. Breast. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347-76.
2. Singletary SE, Allred C, Ashley P, et al.: Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol 20 (17): 3628-36, 2002. [PUBMED Abstract]
3. Woodward WA, Strom EA, Tucker SL, et al.: Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival. J Clin Oncol 21 (17): 3244-8, 2003. [PUBMED Abstract]

ที่มา http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional/page3#figure_976_e,
เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2558

ภาคผนวก 3

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 2 : รายละเอียด FIGO Staging (Cervical Cancer)

FIGO Staging : Cervical Cancer

Carcinoma of the cervix can spread via local invasion, the regional lymphatics, or bloodstream. Tumor dissemination is generally a function of the extent and invasiveness of the local lesion. While cancer of the cervix generally progresses in an orderly manner, occasionally a small tumor with distant metastasis is seen. For this reason, patients must be carefully evaluated for metastatic disease.

Pretreatment surgical staging is the most accurate method to determine the extent of disease,[1] but there is little evidence to demonstrate overall improved survival with routine surgical staging; the staging is usually performed only as part of a clinical trial. Pretreatment surgical staging in bulky but locally curable disease may be indicated in select cases when a nonsurgical search for metastatic disease is negative. If abnormal nodes are detected by computed tomography (CT) scan or lymphangiography, fine-needle aspiration should be negative before a surgical staging procedure is performed.

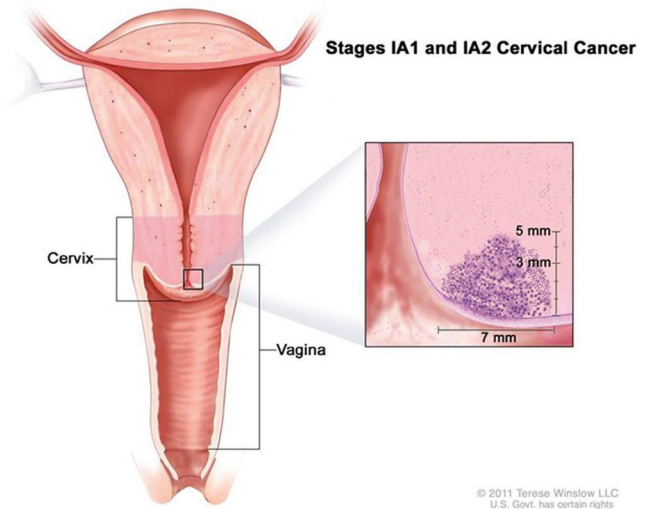
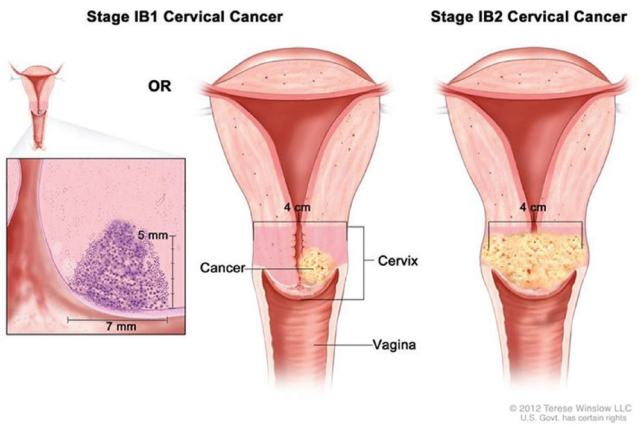
Tests and procedures to evaluate the extent of the disease include the following:

- CT scan.
- Positron emission tomography scan.
- Cystoscopy.
- Laparoscopy.
- Chest x-ray.
- Ultrasound.[2]
- Magnetic resonance imaging.[2]

FIGO Stage Groupings and Definitions

The Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) and the American Joint Committee on Cancer have designated staging to define cervical cancer; the FIGO system is most commonly used.[3,4]

Table 1. Definitions of FIGO Stage I^a

Stage	Description	
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus would be disregarded).	
IA	Invasive carcinoma, which can be diagnosed only by microscopy with deepest invasion ≤ 5 mm and largest extension ≥ 7 mm.	
IA1	Measured stromal invasion of ≤ 3.0 mm in depth and extension of ≤ 7.0 mm.	 <p>Stages IA1 and IA2 Cervical Cancer</p> <p>© 2011 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
IA2	Measured stromal invasion of >3.0 mm and ≤ 5.0 mm with an extension of ≤ 7.0 mm.	
IB	Clinically visible lesions limited to the cervix uteri or preclinical cancers greater than stage IA ^b .	
IB1	Clinically visible lesion ≤ 4.0 cm in greatest dimension.	 <p>Stage IB1 Cervical Cancer Stage IB2 Cervical Cancer</p> <p>OR</p> <p>© 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights</p>
IB2	Clinically visible lesion >4.0 cm in greatest dimension.	

FIGO = Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.

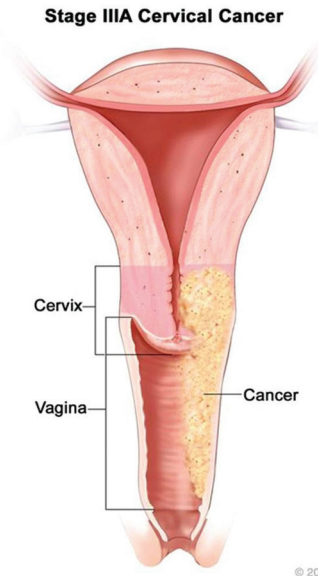
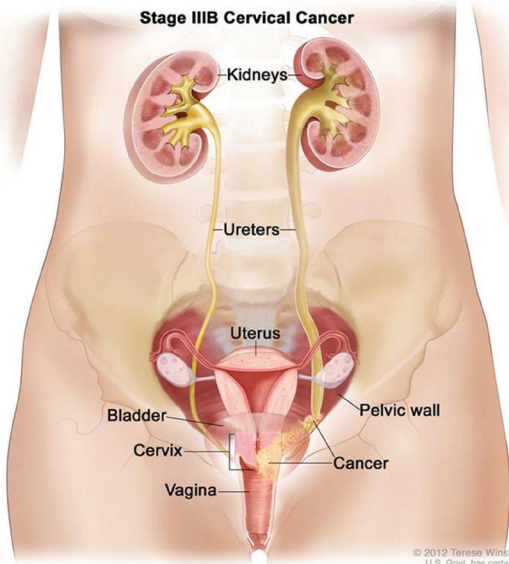
- ^a Adapted from FIGO committee on gynecologic oncology.[3]
- ^b All macroscopically visible lesions - even with superficial invasion - are allotted to stage IB carcinomas. Invasion is limited to a measured stromal invasion with a maximal depth of 5.00 mm and a horizontal extension of ≤ 7.00 mm. Depth of invasion should be ≤ 5.00 mm taken from the base of the epithelium of the original tissue - superficial or glandular. The depth of invasion should always be reported in mm, even in those cases with "early (minimal) stromal invasion" (~1 mm). The involvement of vascular/lymphatic spaces should not change the stage allotment.

Table 2. Definitions of FIGO Stage II^a

Stage	Description	
II	Cervical carcinoma invades beyond the uterus but not to the pelvic wall or to the lower third of the vagina.	
IIA	Without parametrial invasion.	
IIA1	Clinically visible lesion ≤ 4.0 cm in greatest dimension.	
IIA2	Clinically visible lesion >4.0 cm in greatest dimension.	
IIB	With obvious parametrial invasion.	

^a Adapted from FIGO committee on gynecologic oncology.[3]

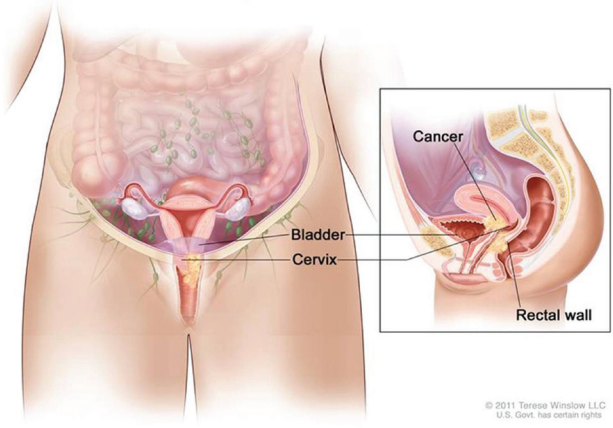
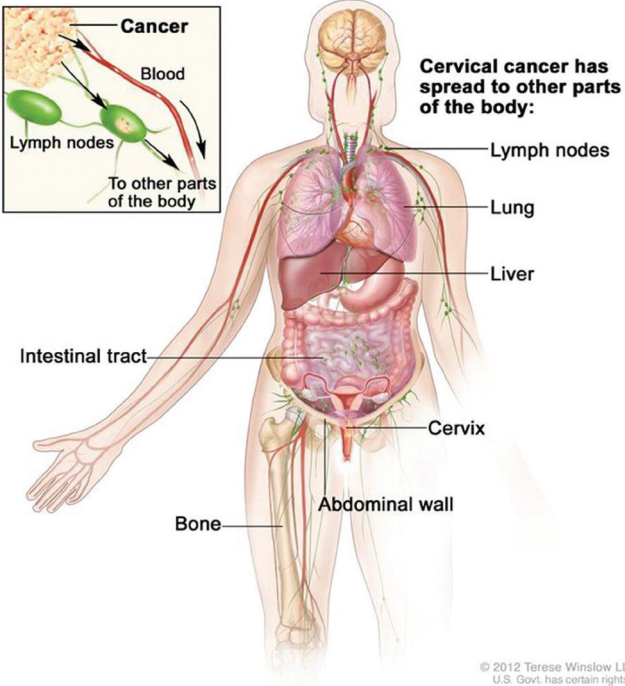
Table 3. Definitions of FIGO Stage III^a

Stage	Description	
III	The tumor extends to the pelvic wall and/or involves lower third of the vagina and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney. ^b	
IIIA	Tumor involves lower third of the vagina with no extension to the pelvic wall.	 <p>Stage IIIA Cervical Cancer</p> <p>The diagram shows a frontal view of the female reproductive system. The cervix is at the top, and the vagina extends downwards. A yellow, irregular mass representing cancer is shown extending from the lower portion of the cervix into the lower third of the vagina. Labels include 'Cervix', 'Vagina', and 'Cancer'. A copyright notice at the bottom right reads: © 2011 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights.</p>
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney.	 <p>Stage IIIB Cervical Cancer</p> <p>The diagram shows a frontal view of the female torso and pelvic region. The kidneys are shown at the top, with ureters leading down to the bladder. The uterus, cervix, and vagina are in the center. A yellow mass representing cancer is shown extending from the cervix to the pelvic wall. The ureters are shown dilated, indicating hydronephrosis. Labels include 'Kidneys', 'Ureters', 'Uterus', 'Bladder', 'Cervix', 'Vagina', 'Pelvic wall', and 'Cancer'. A copyright notice at the bottom right reads: © 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights.</p>

^a Adapted from FIGO committee on gynecologic oncology.[3]

^b On rectal examination, there is no cancer-free space between the tumor and the pelvic wall. All cases with hydronephrosis or nonfunctioning kidney are included, unless they are known to be the result of another cause.

Table 4. Definitions of FIGO Stage IV^a

Stage	Description	
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to stage IV.	
IVA	Spread of the growth to adjacent organs.	<p style="text-align: center;">Stage IVA Cervical Cancer</p>  <p>The diagram illustrates the pelvic region with labels for the Bladder, Cervix, and Rectal wall. An inset shows a cross-section of the cervix with a tumor extending towards the rectal wall. A copyright notice at the bottom right reads: © 2011 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights.</p>
IVB	Spread to distant organs.	<p style="text-align: center;">Stage IVB Cervical Cancer</p>  <p>The diagram shows a full-body view of a female figure with labels for various organs: Cervical cancer, Lymph nodes, Lung, Liver, Intestinal tract, Cervix, Abdominal wall, and Bone. An inset shows cancer cells traveling through blood and lymph nodes to other parts of the body. A text box states: Cervical cancer has spread to other parts of the body:. A copyright notice at the bottom right reads: © 2012 Terese Winslow LLC U.S. Govt. has certain rights.</p>

^a Adapted from FIGO committee on gynecologic oncology.[3]

References

1. Gold MA, Tian C, Whitney CW, et al.: Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 112 (9): 1954-63, 2008. [PUBMED Abstract]
2. Epstein E, Testa A, Gaurilcikas A, et al.: Early-stage cervical cancer: tumor delineation by magnetic resonance imaging and ultrasound - a European multicenter trial. *Gynecol Oncol* 128 (3): 449-53, 2013. [PUBMED Abstract]
3. Pecorelli S: Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 105 (2): 103-4, 2009. [PUBMED Abstract]
4. Cervix uteri. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 395-402.

ที่มา <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/HealthProfessional/page3>
เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2558

ภาคผนวก 4

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 4

การแบ่งประเภทโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข มีการแบ่งประเภทโรงพยาบาล เป็นดังนี้

1. **โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น** First-Level Hospital : F แบ่งเป็น
 - 1.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียง
 - 1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30–90 เตียง
 - 1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90–120 เตียง
2. **โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง** (Middle-Level Hospital : M)
 - 2.1 โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง
 - 2.2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) หมายถึง เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน
3. **โรงพยาบาลรับ-ส่งต่อระดับสูง**
 - 3.1 โรงพยาบาลทั่วไป (Standard-Level Hospital : S) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ
 - 3.2 โรงพยาบาลศูนย์ (Advance-Level Hospital :A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบ**การพัฒนาระบบบริการ**เป็น 3 ระดับประกอบด้วย

1. การพัฒนาระบบบริการระดับ**ปฐมภูมิ** ประกอบด้วย รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
2. การพัฒนาระบบบริการระดับ**ทุติยภูมิ** ประกอบด้วย รพช.สร้างใหม่ รพช.ขนาดเล็ก รพช.ขนาดกลาง รพช.ขนาดใหญ่ และ รพช.แม่ข่าย
3. การพัฒนาระบบบริการระดับ**ตติยภูมิ** ประกอบด้วย รพท.ขนาดเล็ก รพท. รพศ. และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง

นอกจากนี้ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เป็นหน่วยที่จัดตั้งขึ้นภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วย 3 ระดับ ใน 4 สาขา (หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด และอุบัติเหตุ) โดยสาขาโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 1 มีขีดความสามารถขั้นสูง** ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยในสาขานั้นเกือบทั้งหมด เทียบเคียงการดูแลโดยโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย ครอบคลุมพื้นที่ระดับภาค หรือกลุ่มเขต
- ระดับ 2 เน้นรองรับการส่งต่อ** มีขีดความสามารถจากระดับ 1
- ระดับ 3 เน้นการดูแลในจังหวัด** ดังนั้น โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด จะถูกพัฒนาเป็นอย่างน้อยที่ระดับ 3 ของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงของสาขามะเร็ง เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดระดับและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขามะเร็ง ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. **ขีดความสามารถ** ในด้านการวินิจฉัย ด้านการรักษา ด้านวิชาการ
2. **สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์** ในด้านสถานที่ เครื่องมือเวชภัณฑ์ ด้านการวินิจฉัย และด้านการรักษา
3. **กำลังคน** ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในสาขามะเร็ง

รายละเอียดปรากฏในตารางต่อไปนี้

เกณฑ์	ระดับของ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขามะเร็ง		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
1. ขีดความสามารถ			
ด้านการวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจทางพยาธิวิทยาที่ S - สามารถย้อมพิเศษ ที่หลากหลาย - การทำ Frozen Section 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจทางพยาธิวิทยาที่ S - สามารถย้อมพิเศษ ที่จำเป็นได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ สามารถให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งด้วยวิธีที่ ไม่ยุ่งยาก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การส่องกล้อง Scope ต่างๆ เช่น Colonoscope, Bronchoscope, Laparoscope, ERCP ในแง่การวินิจฉัยและการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การส่องกล้อง Scope ต่างๆ เช่น Gastroscope, Colonoscope, Bronchoscope, Cystoscope 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (อาจมี MRI) การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การตรวจเบื้องต้นด้วย Ultrasound

เกณฑ์	ระดับของ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขามะเร็ง		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
ด้านการรักษา	➢ สามารถทำการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนที่และต้องการความรู้ความชำนาญสูง	➢ การผ่าตัดที่ S ซับซ้อนแต่ไม่เท่าระดับ 1	➢ สามารถทำการผ่าตัดไม่ซับซ้อน เช่น modified radical mastectomy, Colectomy
	➢ สามารถให้ยาต้านมะเร็งได้หลากหลาย และมีความซับซ้อน เช่น Targeted therapy, การรักษา Acute leukemia	➢ สามารถให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ S ต้องใช้ความรู้ความชำนาญด้วยแพทย์เฉพาะทาง ที่ผ่านการอบรมการให้เคมีบำบัด	➢ สามารถให้ยาเคมีบำบัดอย่างง่าย เช่น CMF, Mayo regimen การให้ยา Tamoxifen
	➢ มีบริการการรักษาด้วยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์	➢ อาจมีการรักษาด้านรังสีรักษาในกรณีที่เป็นพื้นที่ห่างไกล และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก	
	➢ การรักษาประคับประคอง โดยทำหัตถการต่างๆ	➢ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	➢ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ
	➢ นำแพทย์ทางเลือกเข้ามาประยุกต์ในการรักษา	➢ การแพทย์ทางเลือก	➢ แพทย์ทางเลือก
ด้านวิชาการ	➢ สามารถเป็นที่ปรึกษาในด้านต่างๆ แก่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพน้อยกว่า ➢ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง		

เกณฑ์	ระดับของ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขามะเร็ง		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
2. สถานที่/เครื่องมือ และ เวชภัณฑ์			
2.1 สถานที่	(1) Day care unit	Day care unit	
	(2) อาคารศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง หมายถึง อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ระดับสูง ประกอบด้วย หอผู้ป่วย ทั่วไป, หอผู้ป่วยพิเศษ, ห้องผ่าตัด, ห้อง Scope, Day care unit โดยใช้ร่วมกับหน่วยอื่น		
	(3) Radiotherapy unit หมายถึง Radiotherapy unit ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ❖ ห้องฉายแสงระยะไกล ขนาด 10 x 10 ตารางเมตร ❖ ห้องจำลองการฉายรังสี ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร ❖ ห้อง CT simulator ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร ❖ ห้องใส่แร่ ประกอบด้วย ห้องใส่ applicator ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร ❖ ห้อง x-ray แบบ carm และ high dose rate afterloader ❖ หอผู้ป่วยรังสีวิทยา 		
	(4) Nuclear medicine unit หมายถึง Nuclear medical unit ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hot lab ❖ ห้องฉีดสารรังสี ❖ Gamma camera ❖ ห้องแยกผู้ป่วย ❖ ห้องพักผู้ป่วยรอ Scan 		
	(5) หอผู้ป่วยเคมีบำบัด		

เกณฑ์	ระดับของ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขามะเร็ง		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
2. สถานที่/เครื่องมือ และ เวชภัณฑ์ (ต่อ)			
2.2 เครื่องมือ และ เวชภัณฑ์ ด้านการ วินิจฉัย	(1) Biological lab	Biological lab	Biological lab
	(2) Ultrasonography	Ultrasonography	Ultrasonography
	(3) CT scan	CT scan	
	(4) Mammography	Mammography	
	(5) Endoscope รวมถึง ERCP	Endoscope ยกเว้น ERCP	
	(6) Intervention unit		
	(7) Nuclear medicine unit		
	(8) +/- MRI		
	(9) เครื่องตัดชิ้นเนื้อ (Frozen Section)		
2.3 เครื่องมือ และ เวชภัณฑ์ ด้านการ รักษา	(1) Biosafety carbinet	Biosafety carbinet	Biosafety carbinet
	(2) Blood bank unit เหมือนระดับ 2 เพิ่ม blood cell separator	Blood bank unit ประกอบด้วย ❖ ตู้เก็บเลือดและส่วนประกอบ ของเลือด ❖ Refrigerated centrifuge	
	(3) Radiation therapy unit	Radiation therapy unit เหมือนข้อ 2.1 สถานที่ (3) กรณีที่อยู่ไกล และจำนวนผู้ป่วย มะเร็งจำนวนมาก	
	(4) Intervention unit		
	(5) Nuclear medicine		

ภาคผนวก 4

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ที่ 4 : บุคลากรเชี่ยวชาญ

(แสดงรายการสาขาที่แนะนำ ส่วนจำนวน ขึ้นกับปริมาณภาระงาน)

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Surgery Oncology			
	1. Surgical oncologist			
	2. General surgeon			
	3. Neurological surgeon			
	3. Urologist			
	4. Chest surgeon /CVT			
	5. Orthopedist			
	6. Plastic			
	7. Colorectal surgeon / GI surgeon			
	8. Pediatric surgeon			
	9. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางโรคมะเร็ง 16 สัปดาห์)			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Gynecological Oncology			
	1. Gynecological Oncologist			
	2. General Gynecologist			
	3. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางโรคมะเร็ง 16 สัปดาห์)			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Head & Neck Cancer			
	1. Head & Neck Surgeon/ENT			
	2. Plastic (อ้างถึง Surgery ข้อ 6)			
	3. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางโรคมะเร็ง 16 สัปดาห์)			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขา มะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Radiotherapy			
	1. Radiotherapist			
	2. Physicist			
	3. Radiological Technologist			
	4. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางรังสีวิทยา 16 สัปดาห์)			
	5. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางโรคมะเร็ง 16 สัปดาห์)			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Interventional Radiology			
	1. Interventional Radiologist			
	2. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางรังสีวิทยา 16 สัปดาห์) หมายเหตุ สามารถใช้พยาบาลดูแล หน่วยรังสีวิทยา ร่วมกันได้			
	3. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล ผู้ป่วยเคมีบำบัด เพื่อรับอนุญาตฉีดยา เคมีบำบัด)			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Nuclear Medicine			
	1. Nuclear medicine			
	2. Physicist			
	3. Radiological Technologist			
	4. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางรังสีวิทยา 16 สัปดาห์) หมายเหตุ สามารถใช้พยาบาลดูแล หน่วยรังสีวิทยา ร่วมกันได้			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Diagnostic Radiology			
	1. Diagnostic Radiologist			
	2. Radiological Technologist			
	4. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางรังสีวิทยา 16 สัปดาห์) หมายเหตุ สามารถใช้พยาบาลดูแล หน่วยรังสีวิทยา ร่วมกันได้			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Chemotherapy			
	1. Medical Oncologist			
	2. Hematologist			
	3. Pediatric hemato - oncologist			
	4. Compounding pharmacist			
	5. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล ผู้ป่วยเคมีบำบัด เพื่อรับอนุญาตฉีดยา เคมีบำบัด)			
	6. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางโรคมะเร็ง 16 สัปดาห์)			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Pathology			
	1. Pathologist			
	2. Cytotechnologist			
	3. Medical Technologist			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Anesthesiology			
	1. Anesthesiologist			
	2. Anesthesiologist (Pain)			
	3. Nurse (ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญี พยาบาล ระยะเวลา 1 ปี)			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	Medicine			
	1. Nutrition doctor			
	2. Internal Medicine			
	3. GI Medicine			
	4. Critical Medicine			
	5. Chest Medicine			
	6. Nephrologist Medicine			
	7. Cardilogist Medicine			
	8. Infectious			
	9. Endocrine			
	10. Dermatologist			
	11. Dentist			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Psychiatry			
	1. Psychiatrist			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Rehabilitation			
	1. แพทย์			
	2. Physiotherapist			
	อื่นๆ (ระบุ)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	นักโภชนาการ			
	1. นักโภชนาการ			
	2. นักกำหนดอาหาร (Dietician)			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	พยาบาลวิชาชีพ			
	1. APN สาขาการพยาบาล ศัลยศาสตร์-อายุรศาสตร์			
	2. APN สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ			
	3. APN สาขาการพยาบาลเด็ก			
	4. APN สาขาการพยาบาลจิตเวช			
	5. Nurse ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง โรคมะเร็ง 16 สัปดาห์ (เพิ่มเติมจากที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานในแต่ละ setting)			
	6. ET Nurse ผ่านการอบรม หลักสูตร Enterostomy Nursing Course อย่างน้อย 8 สัปดาห์			
	7. Nurse ผ่านการอบรม หลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 16 สัปดาห์			
	8. Nurse ผ่านการอบรม หลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (PCWN)			

ลำดับ	สาขา / ความเชี่ยวชาญ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็ง		
		ระดับ 1 (สูง) [จำนวน]	ระดับ 2 (รอง) [จำนวน]	ระดับ 3 [จำนวน]
	9. Nurse ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างน้อย 16 สัปดาห์			
	10. Nurse ผ่านการอบรม หลักสูตรโรชนบำบัดสำหรับ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างน้อย 1 สัปดาห์			
	11. Nurse ผ่านการอบรม หลักสูตรการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างน้อย 1 สัปดาห์			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	บุคลากรสนับสนุนอื่นๆ			
	1. Social Worker			
	2. CAM			
	อื่นๆ (ระบุ)			
	Data and Research			
	1. Data management			
	2. Statistician			
	3. Scientists PhD.			
	4. นักระบาดวิทยา			
	5. เจ้าหน้าที่เวชสถิติ			
	อื่นๆ (ระบุ)			

แบบรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ปีงบประมาณ 255..... เขตสุขภาพที่.....

1. ข้อมูลพื้นฐาน (ปัญหาด้านสาธารณสุข, อัตราค่าจ้าง, เครื่องมือทางการแพทย์ ฯลฯ)

.....

.....

.....

2. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

2.1 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ยุทธศาสตร์	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด 1	จังหวัด 2	จังหวัด 3	จังหวัด 4	จังหวัด 5	จังหวัด 6	จังหวัด 7	จังหวัด 8	รวม
ยุทธศาสตร์ที่ 1	1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ≥ 80	เป้าหมาย									
			ผลงาน (ครั้ง)									
			ร้อยละ									
ยุทธศาสตร์ที่ 2	2	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก	เป้าหมาย									
			ผลงาน (ราย)									
			ร้อยละ									
		2.2 สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	เป้าหมาย									
			ผลงาน (ราย)									
			ร้อยละ									

ยุทธศาสตร์	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด 1	จังหวัด 2	จังหวัด 3	จังหวัด 4	จังหวัด 5	จังหวัด 6	จังหวัด 7	จังหวัด 8	รวม	
ยุทธศาสตร์ ที่ 3	3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ≤ 2 สัปดาห์	เป้า หมาย										
			ผลงาน (ราย)										
			ร้อยละ										
	4	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย (Cancer Diagnosis) โรคมะเร็ง	เป้า หมาย										
			ผลงาน (ราย)										
			ร้อยละ										
ยุทธศาสตร์ ที่ 4	5	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาหลัก ภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด	เป้า หมาย										
			ผลงาน (ราย)										
			ร้อยละ										
			5.1 ระยะเวลาการรอคอยรับ การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (เกณฑ์การนับดูจาก เล่มนิยามตัวชี้วัด Service plan โรคมะเร็ง)	เป้า หมาย									
				ผลงาน (ราย)									
				ร้อยละ									
			5.2 ระยะเวลาการรอคอยรับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (เกณฑ์การนับดูจาก เล่มนิยามตัวชี้วัด Service plan โรคมะเร็ง)	เป้า หมาย									
				ผลงาน (ราย)									
				ร้อยละ									
	5.3 ระยะเวลาการรอคอยรับ การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (เกณฑ์การนับดูจาก เล่มนิยามตัวชี้วัด Service plan โรคมะเร็ง)	เป้า หมาย											
		ผลงาน (ราย)											
		ร้อยละ											
6	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพเพื่อ ทำการรักษา (Cancer Treatment) โรคมะเร็ง	เป้า หมาย											
		ผลงาน (ราย)											
		ร้อยละ											

ยุทธศาสตร์	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด 1	จังหวัด 2	จังหวัด 3	จังหวัด 4	จังหวัด 5	จังหวัด 6	จังหวัด 7	จังหวัด 8	รวม
ยุทธศาสตร์ ที่ 5	7	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	เป้า หมาย									
			ผลงาน (ราย)									
			ร้อยละ									
	8	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการ จัดการระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (ตามเกณฑ์ในหนังสือ นิยาม)	เป้า หมาย									
			ผลงาน (ระดับ)									
ยุทธศาสตร์ ที่ 6	9	ระดับความสำเร็จของการทำ ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry)	เป้า หมาย									
			ผลงาน (ระดับ)									
ยุทธศาสตร์ ที่ 7	10	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และ ผลิตผลงานวิจัย	เป้า หมาย									
			ผลงาน (ระดับ)									
			ร้อยละ									

2.2 แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึก)

.....

.....

.....

.....

.....

3. ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

.....
.....
.....
.....
.....

4. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....
.....

5. รายชื่อผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....



