

# นินยามตัวชี้วัด Service Plan

สาขาโรคมะเร็ง

ปี 2561-2565



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

จัดทำโดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

# สารบัญ

Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	หน้า
รายการตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	1
นิยาม ตัวชี้วัด....ระดับเป้าประสงค์ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	2
เป้าประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการตาย	3
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราป่วย	4
เป้าประสงค์ที่ 3 ลดระยะเวลาการรอคอย	6
นิยาม ตัวชี้วัด....ระดับยุทธศาสตร์ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	7
เป้าหมายการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์	8
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและการณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Pprimary Prevention)	9
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	10
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology	13
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	16
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	21
ยุทธศาสตร์ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	27
ยุทธศาสตร์ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	30

Service  
สาขาโรคมะเร็ง

## กำหนดตัวชี้วัดเป็น 2 ระดับ



ระดับที่ 1 (Outcome Indicator)  
ตัวชี้วัด ระดับเป้าประสงค์

2565

ระดับที่ 2 (Process Indicator)  
ตัวชี้วัด ระดับยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์

1. ลดอัตราการตาย
2. ลดอัตราป่วย
3. ลดระยะเวลาการรอคอย

7 ยุทธศาสตร์  
ในการ  
ดำเนินงาน

- |                 |                               |
|-----------------|-------------------------------|
| 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               |

# รายการตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561-2565

ระดับเป้าประสงค์		
ลำดับที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1	ลดอัตราการตาย	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตบ
2	ลดอัตราป่วย	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2
3	ลดระยะเวลาการรอคอย	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq 6$ สัปดาห์

ระดับยุทธศาสตร์		
ลำดับที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1	การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)	ร้อยละของการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ
2	การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม               <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE)</li> <li>ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)</li> </ol> </li> <li>ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</li> <li>ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</li> </ol>
3	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) :	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์</li> <li>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))</li> </ol>
4	การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด               <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</li> </ol> </li> <li>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))</li> </ol>
5	การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ( Palliative Care ) (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care )
6	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการรายงาน ข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ระดับโรงพยาบาล (Hospital Based)</li> <li>ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ขึ้น Website</li> <li>เขตบริการสุขภาพมีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population Based)</li> </ol>
7	การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	โรงพยาบาลระดับ A หรือ S หรือ M1 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

# นินยาม

ตัวชี้วัด...ระดับเป้าประสงค์  
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง  
ปี 2561 - 2565

# เป้าประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการตาย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราการตายจากโรคมะเร็งระดับ												
คำนิยาม	อัตราการตายจากโรคมะเร็งระดับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดี (รหัส ICD-10=C22,C24) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งระดับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2559 (26.3 ต่อประชากรแสนคน)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งระดับรายใหม่ เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปดับ)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งระดับ (รหัส ICD-10 = C22,C24)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน												
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ</td> <td>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-9659851</td> <td>E-mail : pattarawin@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์</td> <td>รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-3547037</td> <td>E-mail : arkom70@hotmail.com</td> </tr> </table>	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334	โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com	2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์	รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555	โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823	โทรสาร : 02-3547037	E-mail : arkom70@hotmail.com
1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334												
โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com												
2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์	รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555	โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823												
โทรสาร : 02-3547037	E-mail : arkom70@hotmail.com												
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<table border="0"> <tr> <td>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ</td> <td>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์</td> </tr> <tr> <td></td> <td>กรมการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-9659851</td> <td>E-mail : pattarawin@gmail.com</td> </tr> </table>	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์		กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334	โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com		
1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													
2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์												
	กรมการแพทย์												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334												
โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ</td> <td>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906357</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :02-9659851</td> <td>E-mail : pattarawin@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. นายปวิช อภิบาลกุล</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5918279</td> <td>E-mail : eva634752@gmail.com</td> </tr> </table>	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334	โทรสาร :02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com	2. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352	โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499	โทรสาร : 02-5918279	E-mail : eva634752@gmail.com
1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์												
โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334												
โทรสาร :02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com												
2. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352	โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499												
โทรสาร : 02-5918279	E-mail : eva634752@gmail.com												

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการตาย ≤26 ต่อแสนประชากร	อัตราการตาย ≤25.6 ต่อแสนประชากร	อัตราการตาย ≤ 25.3 ต่อแสนประชากร	อัตราการตาย ≤25 ต่อแสนประชากร	

เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราป่วย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2
<p>คำนิยาม</p>	<p>สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง การเทียบสัดส่วนเพื่อดูประสิทธิภาพของการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มแรกและการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกโดยประเมินจาก</p> <p>2.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม</p> <p>- สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะ (ระยะ 1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี(ปีงบประมาณ) เดียวกัน</p> <p>2.2 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก</p> <p>- สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ (ระยะ1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) เดียวกัน</p> <p><u>มะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2</u> หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ TNM Staging (Breast Cancer)</p> <p><u>มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2</u> หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ FIGO Staging (Cervical Cancer)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะ 3-4 ลดลง</li> <li>❖ มีการค้นพบ มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 (ในปี 2565)</li> </ul>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่ในปี</li> <li>❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ในปี</li> </ul>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะโรค ( unspecified)</li> <li>❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะโรค ( unspecified)</li> </ul>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based Cancer Registry)</li> <li>❖ โรงพยาบาลที่ตรวจวินิจฉัยและรักษา (ระดับ A, S, M1)</li> </ul>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p><math>A_{(Br)}</math> = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะที่ 1 และ 2</p> <p><math>A_{(Cx)}</math> = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะที่ 1 และ 2</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p><math>B_{(Br)}</math> = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะ (ระยะ 1-4)</p> <p><math>B_{(Cx)}</math> = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่รายงาน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ (ระยะ 1-4)</p> <p>หมายเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งในรายที่ไม่ระบุระยะโรคให้บันทึกเป็น หมายเหตุ หรือ Exclude</p>

<b>ตัวชี้วัดที่ 2</b>	<b>สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2</b>				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(Br)}/B_{(Br)}) \times 100$ $(A_{(Cx)}/B_{(Cx)}) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ ดร.ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน	ชัชวีระวัฒน์ แสงกระจ่าง ภูเก้าล้วน	(arkom70@hotmail.com) (suleesa@yahoo.com) (jutikarn_15@hotmail.com)		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ				
เกณฑ์การประเมิน :					
	<b>ปี 2561</b>	<b>ปี 2562</b>	<b>ปี 2563</b>	<b>ปี 2564</b>	<b>ปี 2565</b>
	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 71	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 72	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 73	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 74	สัดส่วน ≥ ร้อยละ 75

?



เป้าประสงค์ที่ 3

ลดระยะเวลาการรอคอย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์										
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้อันย่นการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มีกรตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul>										
เกณฑ์เป้าหมาย	ระยะเวลาการรอคอยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา คือ รังสีรักษา</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษาด้วยรังสี ภายใน 6 สัปดาห์</li> <li>3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับกรรักษาด้วยรังสี ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้อันย่นโรคนำมาซึ่งการรักษาด้วยรังสี</li> <li>3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) ในกรณีได้รับรังสีต่อจากการผ่าตัด</li> <li>3.3 วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกรณีได้รับรังสีต่อจากเคมีบำบัด</li> <li>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก</li> </ol> <p><b>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</b></p> <li>3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง</li> </li></ol>										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จาก Hospital Based Cancer Registry ( Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล )</li> <li>2. หน่วยบริการรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</li> </ol>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/ B) X 100										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com)</p> <p>ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com)</p> <p>นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)</p>										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์การประเมิน :											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565							
≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85							

# นินยาม

ตัวชี้วัด...ระดับยุทธศาสตร์  
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง  
ปี 2561-2565

ยุทธศาสตร์	ลำดับ	ผลความสำเร็จตัวชี้วัด	ผลงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน (แยกตามปีงบประมาณ)				
				2561	2562	2563	2564	2565
<b>Primary Prevention</b>								
1	1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ	ร้อยละ	80	80	80	85	85
<b>Screening and Early Detection</b>								
2	2.1	1. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE)	ร้อยละ	80	80	80	80	80
		2. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)	ร้อยละ	80	80	80	80	80
	2.2	3. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ประชากรกลุ่มเป้าหมายสะสม ปี 2558-2562, 2563-2567)	ร้อยละ	80	80	20	40	60
	2.3	4. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ					
<b>Cancer Diagnosis</b>								
3	3.1	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	80	80
	3.2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))	ร้อยละ					
<b>Cancer Treatment</b>								
4	4.1	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	80	80	80	85	85
		1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	85	85
		2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	85	85
	4.2	3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	85	85
		ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))	ร้อยละ					
<b>Palliative Care</b>								
5	5	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care)	ร้อยละ					
<b>Cancer Informatics</b>								
6	6.1	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการรายงานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based) (สะสม)	ร้อยละ	60	70	80	90	90
	6.2	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ขึ้น Website (สะสม)	ร้อยละ	60	70	80	90	90
	6.3	เขตบริการสุขภาพมีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population Based) (สะสม)	จำนวน	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	2 แห่ง
<b>Cancer Research</b>								
7	7	โรงพยาบาลระดับ A หรือ S หรือ M1 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	จำนวน	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง

**ยุทธศาสตร์ที่ 1      การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง  
(Primary Prevention)**

**[1 ตัวชี้วัด]**

ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ			
คำนิยาม	กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ หมายถึง การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกระดับ และสื่อมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพที่มีความชัดเจน รูปแบบน่าสนใจ เหมาะสมกับระดับการรับรู้ และ โอกาสในการเข้าถึงของประชาชน รวมทั้งความถี่ ความสม่ำเสมอ และความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ระดับจังหวัด			
เกณฑ์เป้าหมาย	กิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก มีการดำเนินการตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (ในปี 2565)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งแต่ละชนิด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	❖ จำนวนกิจกรรมที่เกี่ยวกับมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรกของเขต ซึ่งกำหนดในแผนของปีนั้น ❖ จำนวนกิจกรรมที่เกี่ยวกับมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรกของเขต ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = กิจกรรมที่เกี่ยวกับมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้ดำเนินการแล้วเสร็จตามแผน			
รายการข้อมูล 2	B = กิจกรรมที่เกี่ยวกับมะเร็ง 3 อันดับแรก ซึ่งกำหนดในแผนของปี			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเกล้าวัน (jutikarn_15@hotmail.com)			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85

## ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2 (2.1)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awarenessหรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) คนละ 1 ครั้งต่อปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Stage 3,4 โดยวัดจาก 1. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ต่อปี 2. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ต่อปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	❖ สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ❖ สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	$A_{(BSE)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE $A_{(CBE)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE
รายการข้อมูล 2	$B_{(BSE)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE $B_{(CBE)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(BSE)}/B_{(BSE)}) \times 100$ $(A_{(CBE)}/B_{(CBE)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเกล้าวัน (jutikarn_15@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน:

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ตรวจเต้านม (BSE) $\geq$ ร้อยละ 80	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. ตรวจเต้านม (CBE) $\geq$ ร้อยละ 80	2. ตรวจเต้านม (CBE) $\geq$ ร้อยละ 80	2. ตรวจเต้านม (CBE) $\geq$ ร้อยละ 80	2. ตรวจเต้านม (CBE) $\geq$ ร้อยละ 80	2. ตรวจเต้านม (CBE) $\geq$ ร้อยละ 80

## ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 3 (2.2)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA			
เกณฑ์เป้าหมาย	<b>มะเร็งปากมดลูก:</b> ❖ วัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ในปี 2558-2562 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ ในปี 2563-2567 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ต่อปี)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	❖ สตรีกลุ่มเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (อายุ 30-60 ปี)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง			
แหล่งข้อมูล	❖ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ❖ โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด			
รายการข้อมูล 1	$A_{(cx)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
รายการข้อมูล 2	$B_{(cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(cx)} / B_{(cx)}) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน:				
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 (จำนวนสะสมปี 2558-2561)	ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 (จำนวนสะสมปี 2558-2562)	ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 20	ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 40 (จำนวนสะสมปี 2563-2564)	ตรวจปากมดลูก ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60 (จำนวนสะสมปี 2563-2565)

## ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 4 (2.3)	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
คำนิยาม	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี</p> <p>การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (Fecal Immunochemical Test) เป็นการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้นผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ</p> <p>การปฏิบัติหลังทราบผลการคัดกรอง</p> <p>ผลลบ (Negative) ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและแนะนำให้ได้รับการคัดกรองทุก 2 ปี</p> <p>ผลบวก (Positive) ส่งต่อไปโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในเขตสุขภาพเพื่อทำการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy) และให้การวินิจฉัยโรครณีที่คัดกรองในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยส่องกล้อง Colonoscopy ให้ส่งต่อภายในโรงพยาบาล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ)</li> <li>2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy)</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ จำนวนประชากรเป้าหมาย</li> <li>❖ จำนวนประชากรเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง</li> <li>❖ จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก</li> <li>❖ จำนวนผู้ที่มีผลบวกและได้รับการส่องกล้อง</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	$A_{(1)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี FIT test $A_{(2)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการทำ Colonoscopy
รายการข้อมูล 2	$B_{(1)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในเขตบริการสุขภาพ $B_{(2)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(1)} / B_{(1)}) \times 100$ $(A_{(2)} / B_{(2)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ
เกณฑ์การประเมิน	ปีงบประมาณ 2561 เป็นปีแรกของโครงการ จึงไม่ได้กำหนดร้อยละความสำเร็จ ให้แต่ละเขต ดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับมอบหมาย

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง  
(Cancer Diagnosis): Pathology**

**[2ตัวชี้วัด]**

ตัวชี้วัดที่ 5 (3.1)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์										
คำนิยาม	ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา หมายถึง การระบุ (อ่าน) ชนิดของชิ้นเนื้อหรือ เซลล์ (specimen) เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยนับระยะเวลาที่ตัด ตั้งแต่วันตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (specimen) 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"> <li>❖ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง</li> <li>❖ จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤2 สัปดาห์ (Report date)</li> <li>❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (Obtained date) และวันที่รายงานผลของพยาธิแพทย์ (Report date)</li> </ul>										
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ คลินิกหรือหน่วยงานที่ส่งตรวจ</li> <li>❖ หน่วยพยาธิวิทยา</li> </ul>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤2 สัปดาห์ (Report date)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมดในปี										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อัครม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเกล้าวัน (jutikarn_15@hotmail.com)										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์การประเมิน :											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565							
≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80							



### ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง

#### (Cancer Diagnosis): Pathology

[2ตัวชี้วัด]

#### นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ 6 (3.2)	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง								
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) ,สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด),สาขาอุบัติเหตุและฉุกละหุก (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) ) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เทียบกับวันเกิดเพิ่ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูลและส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								
2561 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นตอน 1-3</td> <td>ขั้นตอน 1-5</td> <td>ขั้นตอน 1-5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1-3	ขั้นตอน 1-5	ขั้นตอน 1-5	ลดลงร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ขั้นตอน 1-3	ขั้นตอน 1-5	ขั้นตอน 1-5	ลดลงร้อยละ 10						
วิธีการประเมิน	<p><b>ขั้นตอน 1)</b> ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 2)</b> มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p><b>ขั้นตอน 3)</b> มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 4)</b> มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p><b>ขั้นตอน 5)</b> สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>								

ตัวชี้วัดที่ 6 (3.2)	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง											
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ :02-5901761 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ :02-5901643 โทรสาร :02-5901631 3. นางณัฐธิมา รังสินธุ์ โทรศัพท์:02-5901637 โทรสาร :02-5901631 4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ :02-5901637 โทรสาร :02-5901631	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร :02-5901802 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail :kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809 E-mail :nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159 E-mail:thanawan.2426@gmail.com <b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ :02-5901643 โทรสาร :02-5901631 2. นางณัฐธิมา รังสินธุ์ โทรศัพท์:02-5901637 โทรสาร :02-5901631 3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ :02-5901637 โทรสาร :02-5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159 E-mail:thanawan.2426@gmail.com <b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>										
เกณฑ์การประเมิน :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="279 1512 496 1550">ปี 2561</th> <th data-bbox="496 1512 713 1550">ปี 2558</th> <th data-bbox="713 1512 930 1550">ปี 2559</th> <th data-bbox="930 1512 1147 1550">ปี 2560</th> <th data-bbox="1147 1512 1364 1550">ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="279 1550 496 1590">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="496 1550 713 1590">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="713 1550 930 1590">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="930 1550 1147 1590">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="1147 1550 1364 1590">ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปี 2561	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2560	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2561	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2560								
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10								
หมายเหตุ แนะนำให้เขตสุขภาพวิเคราะห์การส่งต่อแยกรายสาขา เพื่อประโยชน์ของเขตตนเอง												

## ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)

[2ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 7 (4.1)	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรครวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 80\%$
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 80\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 80\%$

ตัวชี้วัดที่ 7 (4.1)	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด</li> <li>2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด</li> <li>3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</li> </ol>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 <u>วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยามโรคนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>3.2 <u>วันที่ผ่าตัด (Operation_date)</u> เพื่อการรักษา</li> <li>3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</li> <li>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</li> </ol> <b>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำมาตัดชิ้นใจให้การรักษามะเร็ง</li> </ol> </li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จาก Hospital Based Cancer Registry ( Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล )</li> <li>2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา $\leq 4$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด $\leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 7 (4.1)	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรุฒิ อิ่มสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 <b>กรมการแพทย์</b> 2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com  รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรสาร : 0 2965 9851 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 ≥ ร้อยละ 80	ปี 2562 ≥ ร้อยละ 80	ปี 2563 ≥ ร้อยละ 80	ปี 2564 ≥ ร้อยละ 85	ปี 2565 ≥ ร้อยละ 85

## ยุทธศาสตร์ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)

[2ตัวชี้วัด]

### นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ 8 (4.2)	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง								
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพหมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) ,สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด),สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98 ) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูลและส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								
2561 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นตอน 1-3</td> <td>ขั้นตอน 1-5</td> <td>ขั้นตอน 1-5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1-3	ขั้นตอน 1-5	ขั้นตอน 1-5	ลดลงร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ขั้นตอน 1-3	ขั้นตอน 1-5	ขั้นตอน 1-5	ลดลงร้อยละ 10						
วิธีการประเมิน	<p><b>ขั้นตอน 1</b>) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 2</b>) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p><b>ขั้นตอน 3</b>) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 4</b>) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p><b>ขั้นตอน 5</b>) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>								

ตัวชี้วัดที่ 8 (4.2)	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง											
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ :02-5901761 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ :02-5901643 โทรสาร :02-5901631 3. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์:02-5901637 โทรสาร :02-5901631 4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ :02-5901637 โทรสาร :02-5901631	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร :02-5901802 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail :kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809 E-mail :nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159 E-mail:thanawan.2426@gmail.com <b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ :02-5901643 โทรสาร :02-5901631 2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์:02-5901637 โทรสาร :02-5901631 3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ :02-5901637 โทรสาร :02-5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159 E-mail:thanawan.2426@gmail.com <b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>										
เกณฑ์การประเมิน :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="279 1491 496 1534">ปี 2561</th> <th data-bbox="496 1491 713 1534">ปี 2558</th> <th data-bbox="713 1491 930 1534">ปี 2559</th> <th data-bbox="930 1491 1147 1534">ปี 2560</th> <th data-bbox="1147 1491 1364 1534">ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="279 1534 496 1576">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="496 1534 713 1576">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="713 1534 930 1576">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="930 1534 1147 1576">ลดลงร้อยละ 10</td> <td data-bbox="1147 1534 1364 1576">ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปี 2561	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2560	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2561	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2560								
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10								
หมายเหตุ แนะนำให้เขตสุขภาพวิเคราะห์การส่งต่อแยกรายสาขา เพื่อประโยชน์ของเขตตนเอง												

## ยุทธศาสตร์ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)

[1ตัวชี้วัด]

### นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p><b>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรคมะเร็ง</li> <li>2. Neurological Disease /Stroke</li> <li>3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต</li> <li>4. Pulmonary and Heart Disease</li> <li>5. Multiple Trauma Patient</li> <li>6. Infectious Disease HIV/AIDS</li> <li>7. Pediatric</li> <li>8. Aging /Dementia</li> </ol> <p><b>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น             <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือ</li> <li>- การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือ ECOG <math>\geq</math> 3 เป็นต้น                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือ</li> <li>- การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) <math>\leq</math> ร้อยละ 50 หรือ ECOG <math>\geq</math> 3 เป็นต้น</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ</li> <li>3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก</li> <li>4. Terminal Delirium</li> <li>5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin <math>&lt;</math> 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง</li> <li>6. Persistent Hypercalcemia</li> <li>7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</li> <li>8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่</li> <li>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</li> <li>10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)



ตัวชี้วัดที่ 9		ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)			
เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 3</li> <li>• ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 3</li> <li>• ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 3</li> <li>• ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 3</li> <li>• ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4)</li> <li>• ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4)</li> </ul>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด(ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)	ชั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)		

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
วิธีการประเมินผล	<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b></p> <p><b>1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</li> <li>- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล</li> </ul> <p><b>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง</li> <li>- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</li> <li>- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล</li> </ul> <p><b>1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา</li> </ul> <p><b>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</li> </ul> <p><b>1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care &gt;ร้อยละ 50</b></p> <p><b>1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</b></p> <p><b>1.5 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ร้อยละ 30</u> ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกเช่น สวดมนต์บำบัด สมานบำบัด กัจจุมบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</li> </ul> <p><b>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ ร้อยละ 20</u> ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกเช่น สวดมนต์บำบัด สมานบำบัด กัจจุมบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</li> </ul> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อ ต่อไปนี้</b></p> <p><b>2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S</b></p> <p>มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล</p> <p><b>2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</b></p> <p>ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> </ol>

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
วิธีการประเมินผล (ต่อ)	<p><b>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</b></p> <p>นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาล ระดับ M2, F1-3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> <li>(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่ยังรายงาน</li> </ol> <p><b>2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S</b></p> <p>มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย และ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ</li> <li>(2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ</li> <li>(3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ</li> <li>(4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ</li> </ol> <p><b>โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3</b></p> <p>มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medicationและมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ปี 2561≥ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ</li> <li>(2) ปี 2562≥ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ</li> <li>(3) ปี 2563≥ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ</li> <li>(4) ปี 2564≥ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ</li> </ol> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b></p> <p>- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <p><b>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b></p> <p>มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับสสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล</p> <p>- สำหรับปี 2561- 2564 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วนและมีการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <p><b>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b></p> <p>มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับสสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล</p>

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
วิธีการประเมินผล (ต่อ)	<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการต่อไปนี</p> <p><b>4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b> มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึง การได้รับดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>(1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุก แห่ง (ระดับโรงพยาบาล)</p> <p>(2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้ง จังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)</p> <p>(3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขต สุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)</p> <p>(4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศเพื่อเป็น แนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ</p> <p><b>4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b> มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความ ต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ</p> <p>(1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็น อย่างน้อย</p> <p>(2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่ ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งจังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ที่เยี่ยมใ้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5</b> มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี</p> <p><b>5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b> มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยน ร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)</p> <p>(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) <math>\geq</math> ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) <math>\geq</math> ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) <math>\geq</math> ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) <math>\geq</math> ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>หมายเหตุ (1) - (4) คิดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)</p> <p><b>5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</b> มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)</p> <p>(1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล</p> <p>(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัย อย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มี (1) - (3) และมีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพ หรือในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ</p>

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)			
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ( <a href="https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf">https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</a> ) 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554 5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. <a href="http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf">http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf</a> (access April 2014)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไฉ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025918245 โทรศัพท์มือถือ : 081 910 5216 โทรสาร : 02591 8244 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com 2. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 081 668 5008 โทรสาร : 0 2591 8264-5 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com 3. นางสาวศิวาพร สังกรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025906146 โทรศัพท์มือถือ : 089 609 3836 โทรสาร : 0 2591 8264-5 E-mail : keaksiwa@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 0819357334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025906329 โทรศัพท์มือถือ : 0813554866 โทรสาร : 02965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาคณะดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 0819357334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com 3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 089 959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com			
หมายเหตุ แนะนำให้เขตสุขภาพวิเคราะห์แยกรายสาขา เพื่อประโยชน์ของเขตตนเอง				

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง  
(Cancer Informatics)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 10 (6.1)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการรายงานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based)			
คำนิยาม	ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) หมายถึง ขบวนการในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ทุกตำแหน่ง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการทางทะเบียนมะเร็ง แบ่งเป็นทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) และทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based Cancer Registry) <b>ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry)</b> หมายถึง การจัดการข้อมูล การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาในโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ โดยไม่จำกัดภูมิถิ่นอาศัยของผู้ป่วย ตรวจสอบความ ช้ำของบุคคล เฉพาะภายในสถานพยาบาลนั้นๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลจะแสดงถึงภาระงานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและ คุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงใช้เพื่อการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง เป็นต้น			
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 ในเขตสุขภาพ มีการจัดทำรายงานประจำปีทุกสิ้นปีนั้นๆ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	❖ จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ทำ Hospital Based Cancer Registry ❖ จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M1 ทั้งหมดในเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ทำ Hospital Based Cancer Registry			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M1			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางรังสิยา บัวส้ม (rangsiyab@hotmail.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70 (สะสม)	≥ ร้อยละ 80 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง  
(Cancer Informatics)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 11 (6.2)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็งขึ้น Website			
คำนิยาม	การบันทึกข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ผ่านโปรแกรม Thai cancer Based (TCB) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ			
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 ในเขตสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ผ่านโปรแกรม Thai cancer Based (TCB)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	❖ จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB ❖ จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M1 ทั้งหมดในเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลเป้าหมายที่ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M1			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์นะ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภสิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางรังสิยา บัวส้ม (rangsiyab@hotmail.com) นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70 (สะสม)	≥ ร้อยละ 80 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง  
(Cancer Informatics)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 12 (6.3)	เขตบริการสุขภาพมีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population Based)			
คำนิยาม	<p>ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) หมายถึง ขบวนการในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ทุกตำแหน่ง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการทางทะเบียนมะเร็ง แบ่งเป็นทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) และทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based Cancer Registry)</p> <p><b>ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร Population-Based Cancer Registry</b> หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งจากแหล่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากร ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เป้าหมายแห่งหนึ่งๆ เช่น ในจังหวัดที่สามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มได้ และนำมาตรวจสอบความซ้ำของบุคคลในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลจะแสดงถึงปัญหาในชุมชน ขนาดของปัญหาอุบัติการณ์ อัตราตายอัตราการอยู่รอด และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	เขตบริการสุขภาพมีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population Based)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดในเขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนจังหวัดที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร			
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1				
รายการข้อมูล 2				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)	ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง	(suleesa@yahoo.com)
	นางรังสิยา บัวส้ม	(rangsiyab@hotmail.com)	นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน	(jutikarn_15@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :				
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	1 แห่ง	1 แห่ง (สะสม)	1 แห่ง (สะสม)	1 แห่ง (สะสม)
				2 แห่ง (สะสม)



## ยุทธศาสตร์ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)

[1 ตัวชี้วัด]

<b>ตัวชี้วัดที่ 13</b>	<b>โรงพยาบาลระดับ A หรือ S หรือ M1 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง</b>				
คำนิยาม	หน่วยงานระดับ A S หรือ M1 มีการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งในเขตสุขภาพ มีกิจกรรมเชิงประจักษ์ในการดำเนินการทำวิจัยด้านโรคมะเร็ง และมีผลผลิตของงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้รับการยอมรับ สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ในกลุ่มดังต่อไปนี้ Basic Science and Apply Research, Epidemiology Research, Clinical Research, Complementary and Alternative Medicine (CAM )โดย โรงพยาบาลระดับ A หรือ S หรือ M1 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งอย่างน้อย 1 เรื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A S M1 และงานวิจัย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนงานวิจัย				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลต่างๆ ในแต่ละเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1					
รายการข้อมูล 2					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์	(arkom70@hotmail.com)			
	ดร.ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง	(suleesa@yahoo.com)			
	นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน	(jutikarn_15@hotmail.com)			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ				
เกณฑ์ประเมิน :					
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES