

แผนงาน Service Plan สาขามะเร็ง
เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๒

นิยามตัวชี้วัด Service Plan

สาขาโรคมะเร็ง

ปี 2561-2565



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

จัดทำโดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง	
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	อัตราการตายจากโรคมะเร็งระดับ
2	ลดอัตราป่วย	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2
3	ลดระยะเวลาการรอคอย	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์

ระดับยุทธศาสตร์		
ลำดับที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1	การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)	ร้อยละของการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ
2	การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	1. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 1.1 ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE) 1.2 ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE) 2. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) :	1. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์ 2. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))
4	การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	1. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 1.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))
5	การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care)
6	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	1. ร้อยละของ โรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการรายงาน ข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ระดับ โรงพยาบาล (Hospital Based) 2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 มีการส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ขึ้น Website 3. เขตบริการสุขภาพมีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population Based)
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	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ
คำนิยาม	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (รหัส ICD-10=C22,C24) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2559 (26.3 ต่อประชากรแสนคน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งตับรายใหม่ เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปตับ)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22,C24)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรสาร : 02-3547037 รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823 E-mail : arkom70@hotmail.com

เกณฑ์การประเมิน :

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

เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราป่วย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2
คำนิยาม	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง การเทียบสัดส่วนเพื่อดูประสิทธิผลของการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งระยะเริ่มแรกและการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกโดยประเมินจาก 2.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม - สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะ (ระยะ 1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี(ปีงบประมาณ) เดียวกัน 2.2 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก - สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) กับ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ (ระยะ1-4) ซึ่งเป็นรายใหม่ในปี (ปีงบประมาณ) เดียวกัน มะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ TNM Staging (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 หมายถึง แพทย์มีการตรวจและให้การวินิจฉัยตามระบบ FIGO Staging (Cervical Cancer)
เกณฑ์เป้าหมาย	❖ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะ 3-4 ลดลง ❖ มีการค้นพบ มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 (ในปี 2565)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่ในปี ❖ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ในปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะโรค (unspecified) ❖ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีที่ตรวจพบ จำแนกเป็นระยะ 1,2,3,4 และที่ไม่ระบุระยะโรค (unspecified)
แหล่งข้อมูล	❖ 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 ผู้ป่วยมะเร็งในรายที่ไม่ระบุระยะโรคให้บันทึกเป็น หมายเหตุ หรือ Exclude

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

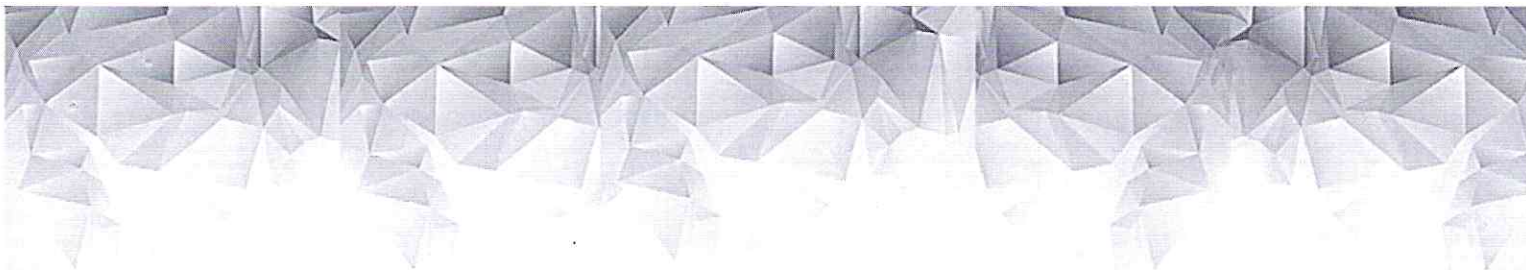
เป้าประสงค์ที่ 3 ลดระยะเวลาการรอคอย

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์
คำนิยาม	ระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้อันย่นการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ
เกณฑ์เป้าหมาย	ระยะเวลาการรอคอยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา คือ รังสีรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษาด้วยรังสี ภายใน 6 สัปดาห์ 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยรังสี ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้อันย่นโรคและนำมาซึ่งการรักษาด้วยรังสี 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) ในกรณีได้รับรังสีต่อจากการผ่าตัด 3.3 วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกรณีได้รับรังสีต่อจากเคมีบำบัด 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก <u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u> 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง
แหล่งข้อมูล	1.จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2. หน่วยบริการรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/ B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ

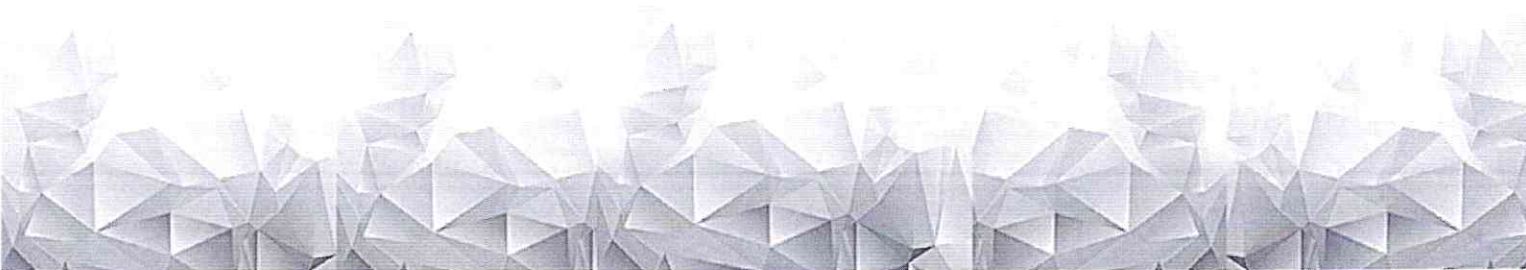
เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85



นินยาม

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



ยุทธศาสตร์	ลำดับ	ผลความสำเร็จตัวชี้วัด	ผลงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน (แยกตามปีงบประมาณ)				
				2561	2562	2563	2564	2565
1	Primary Prevention							
	1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพ	ร้อยละ	80	80	80	85	85
	Screening and Early Detection							
	2.1	1. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE) 2. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ (CBE) 3. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ประชากรกลุ่มเป้าหมายสะสม ปี 2558-2562, 2563-2567)	ร้อยละ	80	80	80	80	80
2	2.2	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	80	80	20	40	60
	2.3	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ					
	Cancer Diagnosis							
	3.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	80	80
3	3.2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))	ร้อยละ					
	Cancer Treatment							
	4.1	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	80	80	80	85	85
	4.2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (Service Excellence))	ร้อยละ					
5	Palliative Care							
	5	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care)	ร้อยละ					
6	Cancer Informatics							
	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
7	Cancer Research							
	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) x 100										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.สุลีสพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์การประเมิน :											
<table><tr><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th><th>ปี 2565</th></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 85</td><td>≥ ร้อยละ 85</td></tr></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							

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น
(Screening and Early Detection)

[3ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 2 (2.1)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม			
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพผิดปกติของเต้านม 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	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจุติกาญจน์ 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) ≥ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) ≥ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) ≥ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) ≥ร้อยละ 80	1. ตรวจเต้านม (BSE) ≥ร้อยละ 80
2.ตรวจเต้านม (CBE) ≥ร้อยละ 80	2.ตรวจเต้านม (CBE) ≥ร้อยละ 80	2.ตรวจเต้านม (CBE) ≥ร้อยละ 80	2.ตรวจเต้านม (CBE) ≥ร้อยละ 80	2.ตรวจเต้านม (CBE) ≥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	มะเร็งปากมดลูก: ❖ 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	$A_{(x)}$ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
รายการข้อมูล 2	$B_{(x)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(x)}/B_{(x)}) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อัครม ชัยวีระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภีพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจิตติกาญจน์ 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	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (Fecal Immunochemical Test) เป็นการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้นผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ การปฏิบัติหลังทราบผลการคัดกรอง ผลลบ (Negative) ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและแนะนำให้ได้รับการคัดกรองทุก 2 ปี ผลบวก (Positive) ส่งต่อไปโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในเขตสุขภาพเพื่อทำการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy) และให้การวินิจฉัยโรคกรณีที่คัดกรองในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยส่องกล้อง Colonoscopy ให้ส่งต่อภายในโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	❖ จำนวนประชากรเป้าหมาย ❖ จำนวนประชากรเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง ❖ จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก ❖ จำนวนผู้ที่มีผลบวกและได้รับการส่องกล้อง
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 ชัยวิระวัฒน์ (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 ให้แต่ละเขตดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับมอบหมาย

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	❖ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤2 สัปดาห์ (Report date) ❖ วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (Obtained date) และวันที่รายงานผลของพยาธิแพทย์ (Report date)										
แหล่งข้อมูล	❖ คลินิกหรือหน่วยงานที่ส่งตรวจ ❖ หน่วยพยาธิวิทยา										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤2 สัปดาห์ (Report date)										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมดในปี										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภิสร์ แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์การประเมิน :											
<table><tr><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td><td>ปี 2565</td></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td></tr></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	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง 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. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ2. 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 x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								
2561 :									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>ขั้นตอน 1-3</td><td>ขั้นตอน 1-5</td><td>ขั้นตอน 1-5</td><td>ลดลงร้อยละ 10</td></tr></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	ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสด.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต								

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.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			กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
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			กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
เกณฑ์การประเมิน :									
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
ค่านิยาม	1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53) 2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไยยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษาเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไยยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไยยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

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	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ 3.1 วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยามโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 วันที่ผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย <u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u> 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา
แหล่งข้อมูล	1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2. หน่วยบริการศัลยกรรม หอผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 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 อิมสารานู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ 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.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ 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 :												
<table><tr><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td><td>ปี 2565</td></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 85</td><td>≥ ร้อยละ 85</td></tr></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								

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. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ2. 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 x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								
2561 :									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>ขั้นตอน 1-3</td><td>ขั้นตอน 1-5</td><td>ขั้นตอน 1-5</td><td>ลดลงร้อยละ 10</td></tr></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	ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต								

ตัวชี้วัดที่ 8 (4.2)		ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง			
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข			
	โทรศัพท์ :02-5901761	โทรสาร :02-5901802			
	2.นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข			
	โทรศัพท์ :02-5901643	โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail :kavalinc@hotmail.com			
3.นางณัฏฐิณา รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์:02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail :nuttina24@gmail.com			
	4.นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			
	โทรศัพท์ :02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail:thanawan.2426@gmail.com			
	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข			
	โทรศัพท์ :02-5901643	โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail : kavalinc@hotmail.com			
	2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
	โทรศัพท์:02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 087-6828809			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail : nuttina24@gmail.com			
3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ				
	โทรศัพท์ :02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 065-2645159			
	โทรสาร :02-5901631	E-mail:thanawan.2426@gmail.com			
	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์การประเมิน :					
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

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) <u>ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry)</u> หมายถึง การจัดการข้อมูล การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาในโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ โดยไม่จำกัดภูมิลาเนาของผู้ป่วย ตรวจสอบความ จำของบุคคลเฉพาะภายในสถานพยาบาลนั้นๆ 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) X 100										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางรังสิยา บัวส้ม (rangsiyab@hotmail.com) นางสาวจิตติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์การประเมิน :											
<table><tr><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th><th>ปี 2565</th></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 70 (สะสม)</td><td>≥ ร้อยละ 80 (สะสม)</td><td>≥ ร้อยละ 90 (สะสม)</td><td>≥ ร้อยละ 90 (สะสม)</td></tr></table>		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70 (สะสม)	≥ ร้อยละ 80 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)	≥ ร้อยละ 90 (สะสม)
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) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อาคม ชัยวิระวัฒน์ (arkom70@hotmail.com) ดร.ศลิพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางรังสิยา บัวส้ม (rangsiyab@hotmail.com) นางสาวจิตติกาญจน์ 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	ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) หมายถึง ขบวนการในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ทุกตำแหน่ง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการทางทะเบียนมะเร็ง แบ่งเป็นทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) และทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based Cancer Registry) <u>ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร Population-Based Cancer Registry</u> หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งจากแหล่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากร ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เป้าหมายแห่งหนึ่งๆ เช่น ในจังหวัดที่สามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มได้ และนำมาตรวจสอบความซ้ำของบุคคลในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลจะแสดงถึงปัญหาในชุมชน ขนาดของปัญหาอุบัติการณ์ อัตราตายอัตราการอยู่รอด และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ																			
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.ศุภีพร แสงกระจ่าง	(suleesa@yahoo.com)																		
	นางรังสิยา บัวส้ม	(rangsiyab@hotmail.com)																		
	นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน	(jutikarn_15@hotmail.com)																		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ																			
เกณฑ์การประเมิน :																				
<table><tr><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td><td>ปี 2565</td></tr><tr><td>1 แห่ง</td><td>1 แห่ง</td><td>1 แห่ง</td><td>1 แห่ง</td><td>2 แห่ง</td></tr><tr><td></td><td>(สะสม)</td><td>(สะสม)</td><td>(สะสม)</td><td>(สะสม)</td></tr></table>						ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	2 แห่ง		(สะสม)	(สะสม)	(สะสม)	(สะสม)
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565																
1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	2 แห่ง																
	(สะสม)	(สะสม)	(สะสม)	(สะสม)																

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง
(Cancer Research)

[1 ตัวชี้วัด]

ตัวชี้วัดที่ 13	โรงพยาบาลระดับ A หรือ S หรือ M1 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง										
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.ศุภพร แสงกระจ่าง (suleesa@yahoo.com) นางสาวจุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน (jutikarn_15@hotmail.com)										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ของเขตสุขภาพ										
เกณฑ์ประเมิน :											
<table><tr><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th><th>ปี 2565</th></tr><tr><td>อย่างน้อย 1 เรื่อง</td><td>อย่างน้อย 1 เรื่อง</td><td>อย่างน้อย 1 เรื่อง</td><td>อย่างน้อย 1 เรื่อง</td><td>อย่างน้อย 1 เรื่อง</td></tr></table>		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
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							

