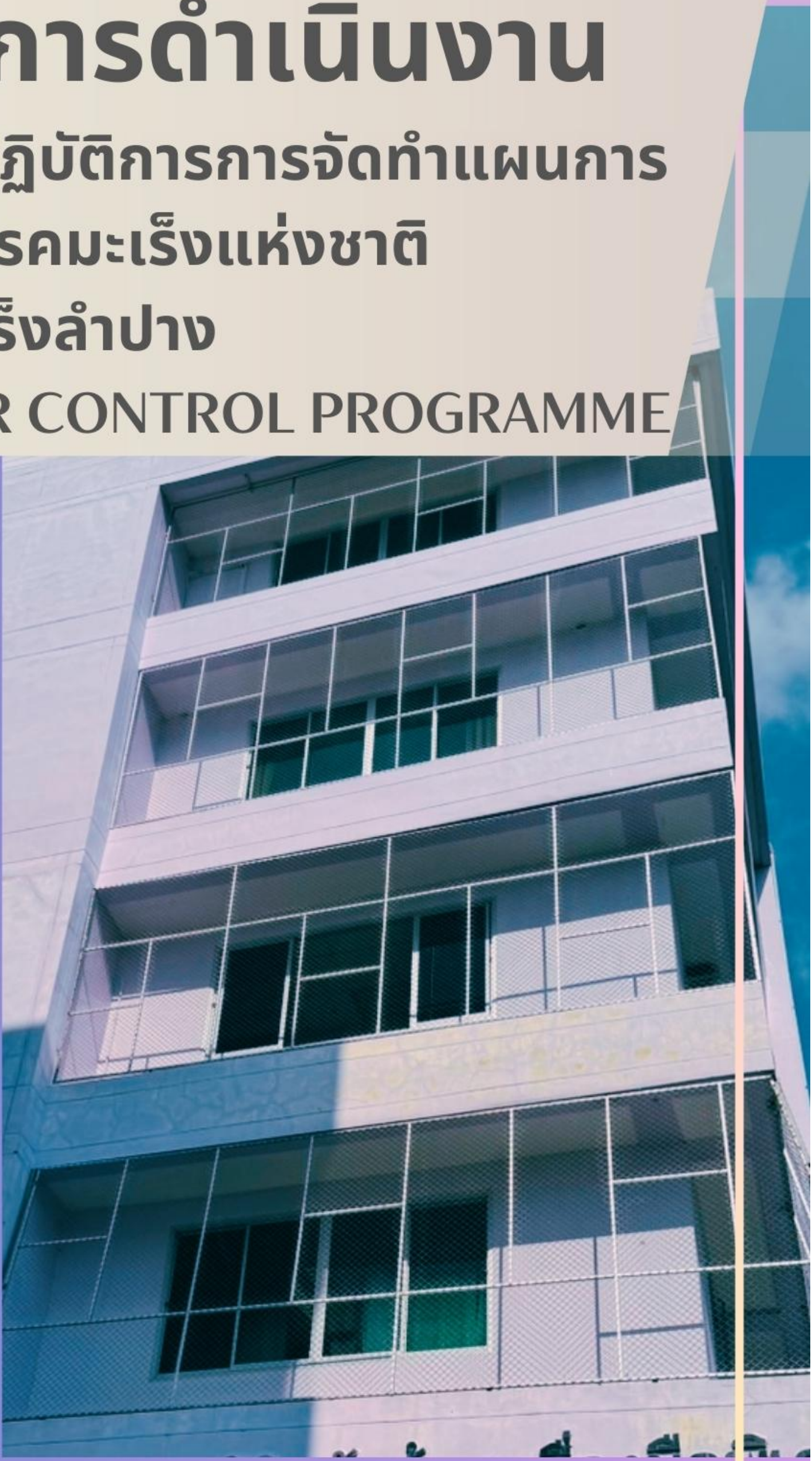
# รายงานผลการดำเนินงาน

## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนการ ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

NATIONAL CANCER CONTROL PROGRAMME



LPCH 2568 - 2570

# คำนำ

โรคมะเร็งเป็นทั้งปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี สวนทางกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ก่อให้เกิดการสูญเสียประชากรก่อนวัยอันควร สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก สร้างภาระ ทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับครอบครัวและประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 – 2575 โดยในปีนี้ นับเป็นฉบับที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับเดิม ปรับปรุงข้อเสนอแนะด้านนโยบายแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคให้มีความเหมาะสมภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด โดยได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการผู้บริหารทั้งภาครัฐ เอกชน มหาวิทยาลัย องค์กรอิสระ ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ราชวิทยาลัย สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินวิเคราะห์ข้อมูล เสนอแนวทางการดำเนินงานให้ถูกต้อง สอดคล้องกับสถานการณ์ และสังคมยุคปัจจุบัน

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในเขตสุขภาพที่ 1 และเขตสุขภาพที่ 2 โดยการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง (Service Plan Cancer) นอกจากนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 โรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2570 ขึ้น ประกอบด้วย 6 ได้แก่ 1.ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง 2.ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก 3.ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4.ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 5.ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง 6.ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง สำหรับการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางครั้งนี้ จะเป็นหนึ่งในกรอบแนวทางการดำเนินของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยดีขึ้น

# สารบัญ


| เรื่อง | หน้า |
|---|---|
| **ที่มาและความสำคัญ** | **1 - 6** |
| - สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง | 1 |
| - แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง | 2 |
| - อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง | 5 |
| **แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ** | **7 - 36** |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) | 9 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) | 13 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment) | 16 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care for Cancer) | 23 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) | 28 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) | 32 |
| **แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี 2568 – 2570 (3 ปี แผนระยะสั้น)** | **37 - 41** |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) | 38 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) | 39 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment) | 39 |

## สารบัญ (ต่อ)

**เรื่อง** **หน้า**


ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care for Cancer) 40

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) 40

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) 41

**เอกสารอ้างอิง** 42

**ภาคผนวก** **43 - 47**

ประมวลรูปภาพ 44

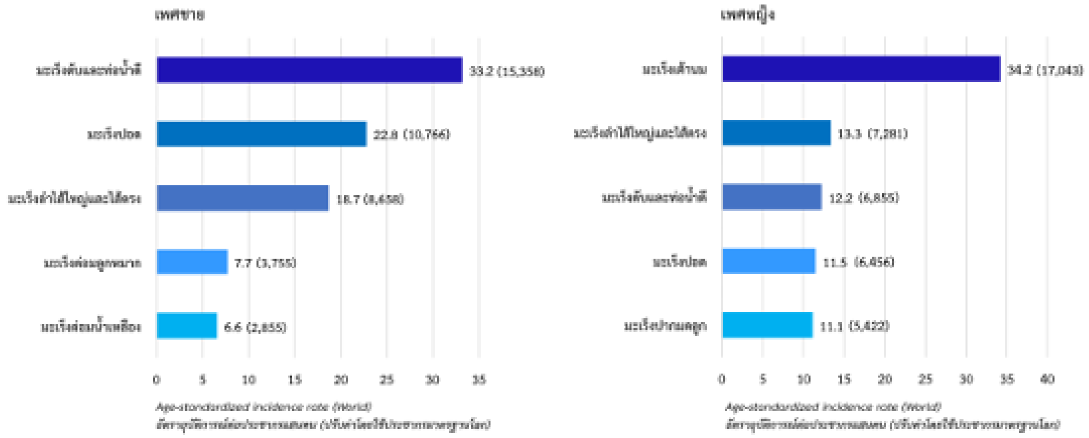
คณะผู้จัดทำ 47

## ที่มาและความสำคัญ

## 0การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2568 – 2570

### สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 รายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.9 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ประมาณ 9.7 ล้านคน ซึ่งถือเป็นหนึ่งในหกของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ขณะที่มะเร็ง เต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุกปี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คน เป็นเพศชายจำนวน 67,061 คน และเพศหญิง 72,145 คน โดยโรคมะเร็งที่พบมากในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วน ในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปาก มดลูก (ภาพที่ 1)

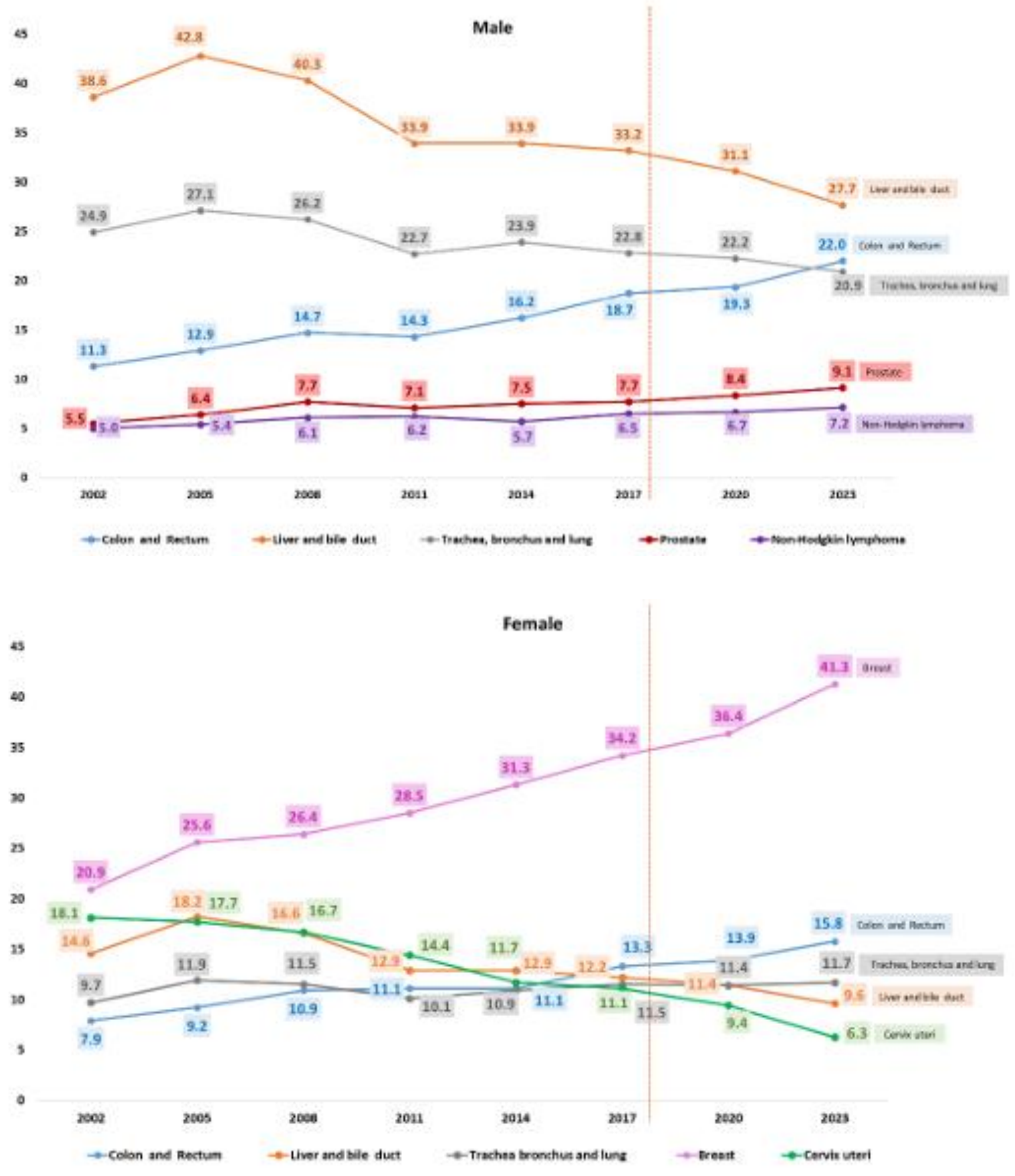



**ภาพที่ 1** สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560

ที่มา: *Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018*

**แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง**

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยรายงานว่า 5 อันดับโรคมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 51.9 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในประเทศไทย มีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรค ดังภาพที่ 2




**ภาพที่ 2** แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของประเทศไทย

*ที่มา: Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018*

**อุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ**

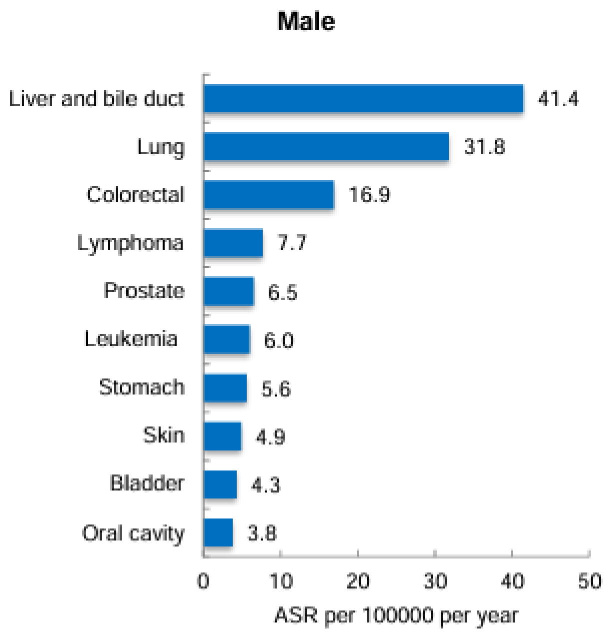
จากการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในภาคเหนือทั้งหมด 70,222 ราย เฉลี่ยรายใหม่ 14,044 รายต่อปี สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็ง เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1 ค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์โรคมะเร็งของภาคเหนือต่อปี เพศชายมีค่าอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 162.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงมีค่าอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 154.9 ต่อประชากร 100,000 ราย (ตารางที่ 1) โรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงโรคมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็ง เต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ (ภาพที่ 3)

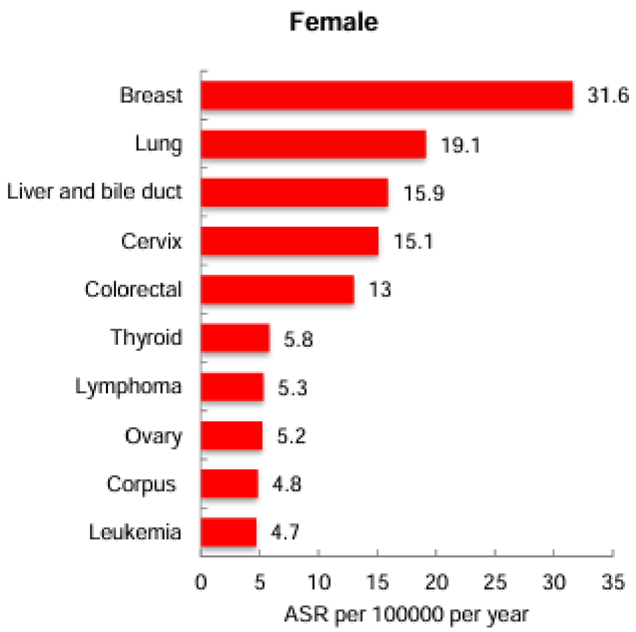
**ตารางที่ 1 อุบัติการณ์โรคมะเร็งทุกชนิดในภาคเหนือแยกตามจังหวัด พ.ศ.2556 - 2560**

| Regions | Male | | | Female | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | New cancer cases | Average New cancer cases per year | ASR per 100,000 per year | New cancer cases | Average New cancer cases per year | ASR per 100,000 per year |
| Thailand* | 61,416 | 20,472 | 143.8 | 65,139 | 21,713 | 134.2 |
| Northern | 35,078 | 7,015 | 162.8 | 35,144 | 7,029 | 154.9 |
| Chiang Mai | 9,820 | 1,964 | 164.0 | 10,191 | 2,038 | 157.0 |
| Lampang | 5,254 | 1,051 | 159.4 | 5,136 | 1,027 | 154.1 |
| Lamphun | 2,645 | 529 | 164.3 | 2,661 | 532 | 155.6 |
| Phrae | 3,073 | 615 | 166.9 | 2,849 | 570 | 143.3 |
| Chiang Rai | 7,010 | 1402 | 164.5 | 7,318 | 1,464 | 162.5 |
| Phayao | 3,409 | 682 | 199.3 | 3,503 | 701 | 194.3 |
| Nan | 2,835 | 567 | 156.3 | 2,515 | 503 | 127.5 |
| Mae Hong Son | 1,044 | 209 | 172.1 | 976 | 195 | 171.2 |

**From Cancer in Thailand Vol IX, 2013-2015, National Cancer Institute, Bangkok*

ภาพที่ 3 อุบัติการณ์โรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ 10 อันดับแรก พ.ศ. 2556-2560

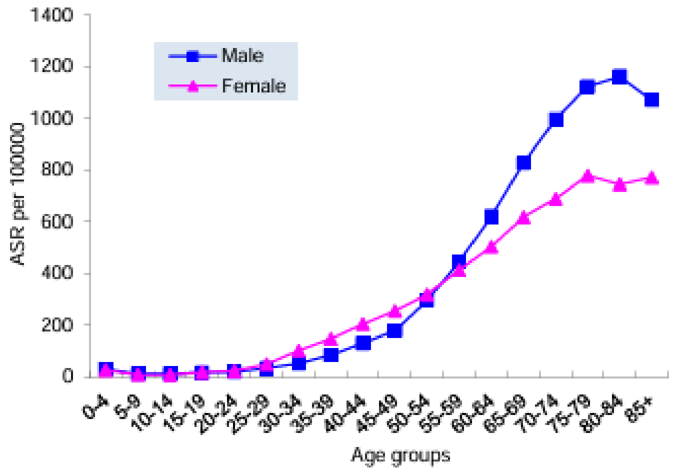


**อุบัติการณ์โรคมะเร็งแยกตามกลุ่มอายุ**

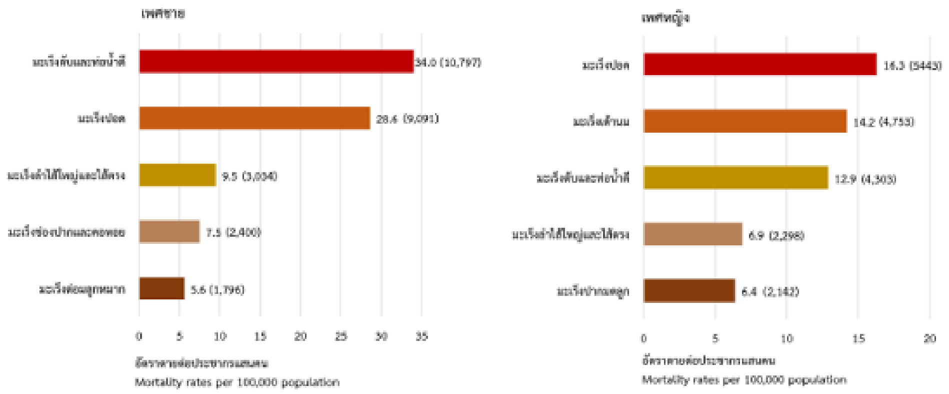
อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยพบว่าประชากรภาคเหนือทั้งเพศชายและหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งสูงสุดในช่วงอายุ 75-84 ปี ทั้งนี้อุบัติการณ์โรคมะเร็งพบได้ตั้งแต่เด็ก และเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แต่หลังจากอายุ 85 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์โรคมะเร็งเริ่มลดลง เพศชายจะมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นช่วงอายุ 30-54 ปี เพศหญิงมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย

**ภาพที่ 4 อุบัติการณ์โรคมะเร็งจังหวัดภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560 แยกตามอายุ**




**อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง**

สำหรับข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของคนไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 83,334 คน เป็นเพศชาย 47,153 คน เพศหญิง 36,181 คน โดย 5 อันดับโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก (ภาพที่ 4)




**ภาพที่ 4** อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประเทศไทย

ที่มา: *กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข*

**อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งภาคเหนือ**

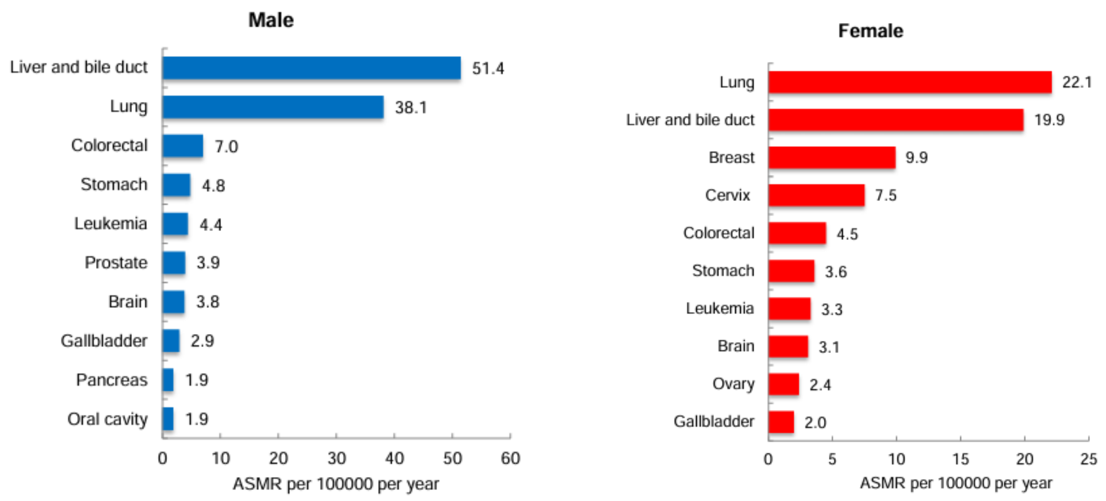
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560 ทั้งหมด 35,934 ราย เฉลี่ย 7,187 รายต่อปี ค่าเฉลี่ยอัตราตายโรคมะเร็งของภาคเหนือต่อปี เพศชายมีอัตราตายโรคมะเร็งเท่ากับ 90.9 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงมีอัตราตายโรคมะเร็ง เท่ากับ 62.2 ต่อประชากร 100,000 ราย โรคมะเร็งที่พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน ประชากรภาคเหนือ 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง ตามลำดับ เพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ

**ตารางที่ 2 อัตราตายโรคมะเร็งทุกชนิดในภาคเหนือแยกตามจังหวัด พ.ศ.2556-2560**

| Regions | Male | | | Female | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cancer death cases | Average cancer death cases per year | ASR per 100,000 per year | Cancer death cases | Average cancer death cases per year | ASMR per 100,000 per year |
| Thailand* | 45,016 | 15,005 | 140.8 | 33,524 | 11,175 | 100.9 |
| Northern | 20,441 | 4,088 | 90.9 | 15,493 | 3,099 | 62.2 |
| Chiang Mai | 5,386 | 1,077 | 87.8 | 4,401 | 880 | 63.5 |
| Lampang | 3,391 | 894 | 98.7 | 2,482 | 496 | 66.4 |
| Lamphun | 1,535 | 307 | 92.2 | 1,184 | 237 | 65.2 |
| Phrae | 2,123 | 425 | 111.2 | 1,483 | 297 | 69.2 |
| Chiang Rai | 3,458 | 692 | 77.4 | 2,651 | 530 | 53.8 |
| Phayao | 2,176 | 435 | 120.5 | 1,669 | 334 | 83.8 |
| Nan | 1,860 | 372 | 99.5 | 1,268 | 254 | 57.1 |
| Mae Hong Son | 512 | 102 | 80.1 | 355 | 71 | 58.7 |

*From Cancer in Thailand Vol IX, 2013 2015, National Cancer Institute, Bangkok

**ภาพที่ 5 อัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือ 10 อันดับแรก พ.ศ.2556-2560**



**แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ**

ด้วยแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งสาเหตุของโรคส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร มีการสัมผัสสารก่อมะเร็งมากขึ้น รวมถึงความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกและองค์กรต่าง ๆ ทั่วโลกตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งจึงได้ร่วมกันจัดทำแผนการป้องกันและ ควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ (National Cancer Control Program: NCCP) ขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 และแนะนำให้ทุกประเทศจัดทำแผนตามความเหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละประเทศ

ด้วยตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 ตามมติของคณะรัฐมนตรีในขณะนั้น โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อ จัดทำข้อเสนอแนะด้านนโยบายและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศให้มีความเหมาะสมและ สอดคล้องกับปัญหาของประเทศสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงตามวิถีชีวิตของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น โดยแผนนี้จะครอบคลุมในทุกมิติตั้งแต่การป้องกันโรค การค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก การพัฒนาวิธีการรักษา ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติขึ้น เพื่อให้มีการทบทวนและปรับปรุง แผนฉบับเดิมพร้อมทั้งประเมินสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์และ สอดคล้องกับสังคมปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดยได้มีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจาก หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย และสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้แผนการป้องกันและ ควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556 – 2560 ขึ้น ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง และการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้ หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Heath Service Network) สามารถเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบ บริการปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน ดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการ แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ เป็น 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13) มีระบบการส่งต่อภายใน

เครือข่าย (Referral Hospital Cascade) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีกรอบในการดำเนินงานที่ สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการแต่ละดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด มีการพัฒนา ระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งโรคมะเร็งจัดเป็นหนึ่งในสาขาหลักของ Service Plan ด้วย กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้นำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ระดับชาติลงสู่การปฏิบัติใน Service plan สาขาโรคมะเร็ง และมีการจัดทำนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขา โรคมะเร็ง เพื่อให้มีความชัดเจน เข้าใจตรงกัน สามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลการปฏิบัติงาน และประเมินติดตามการดำเนินงานแก่บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งของสถานบริการ ในแต่ละเขตสุขภาพ

ต่อมาเพื่อให้การดำเนินการตามแผนดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทของสังคมปัจจุบันรวมถึงสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ในฐานะผู้มีหน้าที่ในการสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบ บริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศในด้านสาขาโรคมะเร็งจึงได้จัดให้มีการทบทวนและ ปรับปรุงแผนฉบับเดิมทุก ๆ 5 ปี

ในปี พ.ศ. 2567 นี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันเสนอให้มีการทบทวนและ ปรับปรุงแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับใหม่ขึ้น เพื่อสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล“มะเร็ง ครบวงจร” โดยจัดทำเป็นแผนระยะ 10 ปี คือ แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567 – 2575 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)
2. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)
3. ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment)
4. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care for Cancer)
5. ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)
6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)

ทั้งนี้โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจึงได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) โดยมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567 – 2575 นี้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและเป้าหมาย การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ทั้ง 6 ด้านให้บรรลุผลได้อย่างยั่งยืน

# ยุทธศาสตร์ที่ 1

# ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

# (Primary Prevention)

## ยุทธศาสตร์ที่ 1

## ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

## (Primary Prevention)

**หลักการและเหตุผล**

ปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 139,206 คนต่อปี1 และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 83,334 คนต่อปี2 โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้า นม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเกิดจากการมีเซลล์ ผิดปกติในร่างกายและเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่ รวดเร็วลุกลามและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย โรคมะเร็งมี สาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งจากปัจจัยภายนอกร่างกาย เช่น สารเคมีบางชนิด การติดเชื้อเรื้อรัง รังสีต่าง ๆ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เป็นต้น และปัจจัยภายในร่างกาย เช่น กรรมพันธุ์ที่ ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น การรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับอาจส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี การสูบบุหรี่อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอด การกลายพันธุ์ ของยีน BRCA1 และ BRCA2 อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม เป็นต้น การป้องกันโรคมะเร็งนั้นสามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อมะเร็ง ซึ่งเป็นการลดโอกาสการเป็นมะเร็ง ให้น้อยลงและจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รวมทั้งอาจลดการตายจากมะเร็งลงได้อีกด้วย

ในปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วทำให้วิถีการ ดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรมีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น การป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพควรเริ่มป้องกันในระดับปฐมภูมิ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทุก ประเทศจัดทำมาตรการป้องกันโรคมะเร็งเบื้องต้น (Primary Prevention) โดยให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ ชัดเจนมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถวัดผลได้ ซึ่งมาตรการการดำเนินการป้องกันโรคมะเร็งที่ พบใน ประเทศไทย ได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งช่องปาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งดังกล่าวสามารถลดลงได้ด้วยการ หลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยง อันได้แก่ การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การ รับประทานปลาน้ำจืดดิบ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี การรับ

สารเคมีจากการประกอบอาชีพ การรับมลพิษและฝุ่นควัน จากสิ่งแวดล้อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเนื้อแดงเนื้อแปรรูป เป็นต้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โดยให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคมะเร็ง โดยโน้มน้าวให้มีการลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง และการกำหนด มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

**เป้าหมาย**

1. มีข้อมูลองค์ความรู้และฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคมะเร็ง รวมทั้งข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ สำคัญในระดับประชากร
2. มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ประชาชนด้านโรคมะเร็ง
3. ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญ มีความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง รวมทั้งรู้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและทราบ แหล่งข้อมูลเพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง
4. การสร้างความตระหนักและความรอบรู้ด้านความเสี่ยงโรคมะเร็งให้แก่ผู้ประกอบการ เพื่อนำไปใช้พัฒนา ระบบเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
5. มีกลไกเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกิจกรรมและจัดทำมาตรการป้องกัน โรคมะเร็ง (Primary and Primordial Prevention)
6. มีระบบการบริการส่งเสริมและการป้องกันโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนที่ครอบคลุมและประชาชน เข้าถึงได้ง่าย
7. มีมาตรการและระบบการจัดการความเสี่ยงโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด**

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 1. มีข้อมูลองค์ความรู้และฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคมะเร็ง รวมทั้งข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงที่สำคัญในระดับประชากร | 1. มีนโยบายและข้อกฎหมายเรื่องการควบคุมปัจจัย เสี่ยงที่ก่อมะเร็ง |
| 2. มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการสื่อสาร และให้ความรู้แก่ประชาชนด้านโรคมะเร็ง | 2. อสส. หรือ อสม. มีองค์ความรู้และทักษะในการ สื่อสารให้ความรู้ประชาชนในข้อมูลการป้องกัน ดูแล รักษา และบำบัดฟื้นฟูด้านโรคมะเร็ง |

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 3. ประชาชนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง รวมทั้ง ตระหนักถึงความสำคัญของการหลีกเลี่ยงปัจจัย เสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง | 3. กลุ่มนักเรียนเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจถึง ปัจจัย เสี่ยงที่ก่อมะเร็ง สิทธิประโยชน์ในการ ป้องกัน มะเร็งและสิทธิการรักษามะเร็ง |
| 4. มีกลไกเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ที่ เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกิจกรรมและจัดทำมาตรการ ป้องกันโรคมะเร็งเบื้องต้น (Primary and Primordial Prevention) | 4. มีกิจกรรมร่วมกันในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ป้องกันมะเร็งสากลประจำเดือน |
| 5. มีระบบการบริการการส่งเสริมและการป้องกัน โรคมะเร็ง โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนที่ ครอบคลุม และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย | 5. มีการเข้าถึงวัคซีนมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป |

# ยุทธศาสตร์ที่ 2

# ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหา

# โรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)

## ยุทธศาสตร์ที่ 2

## ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

## (Secondary Prevention)

### หลักการและเหตุผล

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญทำให้สามารถพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกส่งผลให้การ รักษาได้ผลดีและผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคได้สูงนำมาสู่การลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้ อย่างเป็นรูปธรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. การตรวจค้นหารอยโรคในผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการ (Early Diagnosis หรือ down-staging) มักเกิดจาก ประชาชนสามารถสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายและมาพบแพทย์ทำให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคในระยะ เริ่มแรก ซึ่งต้องเป็นโรคมะเร็งที่มีอาการผิดปกติให้เห็นได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านม เป็นต้น 2. การตรวจคัดกรองโรค (Screening) ด้วยวิธีการหรือชุดตรวจมาตรฐานในประชากรทั่วไปที่ยังไม่มี อาการ หากพบผลการคัดกรองผิดปกติจะนำไปสู่การตรวจวินิจฉัย การคัดกรองโรคมะเร็งอาจทำได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening) เป็นการคัดกรองที่ทำได้โดยอิสระขึ้นอยู่กับโปรแกรมที่เลือกใช้ของแต่ละองค์กร หรือแต่ละกลุ่ม ประชากร ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองชนิดนี้ คือ ผู้ที่เข้ามารับการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ให้บริการ แนะนำแก่ผู้รับบริการในระหว่างที่ให้คำปรึกษาสุขภาพหรือจากความต้องการของผู้รับบริการเอง ในขณะที่การคัด กรองแบบระบบ (Organized Screening) เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบขึ้นเพื่อใช้ในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับ การตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะแรกเริ่มครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ โดยทั่วไป จะใช้เป็นแบบแผนในระดับชาติหรือระดับภูมิภาค ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรกจึงได้ กำหนดนโยบายการคัดกรองโรคมะเร็งเพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการคัดกรองได้อย่างทั่วถึงและ เท่าเทียม โรคมะเร็งที่สำคัญและควรจัดให้มีการตรวจคัดกรองแบบเป็นระบบ

### วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาโรคมะเร็งในระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยมีระบบส่งต่อเพื่อการตรวจ วินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร

**เป้าหมาย**

1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งที่สำคัญ

2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ถึงความเสี่ยง ข้อบ่งชี้ สิทธิ และวิธีการเข้าถึงการคัดกรองโรคมะเร็งที่สำคัญ

3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึง และได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งของประชาชนอย่างทั่วถึง 4. มีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการค้นหามะเร็งระยะแรกเริ่มจำนวนเพียงพอ

5. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและรักษาโรค

6. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม

**ค่าเป้าหมาย**

| **เป้าหมายยุทธศาสตร์** | **ตัวชี้วัด** |
|---|---|
| 1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งที่สำคัญ | 1. มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยง และกำหนดเกณฑ์การระบุ ประชากรกลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สำคัญ |
| 2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ถึงความเสี่ยง ข้อบ่งชี้ สิทธิ และ วิธีการเข้าถึง การคัดกรองโรคมะเร็งที่สำคัญ | 2. ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ข้อบ่งชี้ของอาการ สิทธิ และการเข้าถึงการคัด กรองโรคมะเร็งที่สำคัญ |
| 3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งของประชาชนอย่าง ทั่วถึง | 3.1 ร้อยละประชากรอายุตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง<br>3.2 ร้อยละของประชากรที่รับการคัดกรองโรคเจอรอยโรคในระยะก่อนการเกิดมะเร็ง |
| 4. มีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และ ทักษะเกี่ยวกับการค้นหามะเร็งระยะแรกเริ่มจำนวนเพียงพอ | 4.1 ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิได้รับการอบรมและสามารถให้การคัดกรอง มะเร็งที่ถูกต้อง<br>4.2 ร้อยละของแพทย์ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไปสามารถให้การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งอย่าง มีประสิทธิภาพ |
| 5. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและรักษาโรค | 5. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไปมีการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ ต่อการให้บริการ |
| 6. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม | 6. ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยไปวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษาด้วยโครงการ Cancer Anywhere |

# ยุทธศาสตร์ที่ 3

# ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

# (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment)

## ยุทธศาสตร์ที่ 3

## ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
## (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment)

**หลักการและเหตุผล**

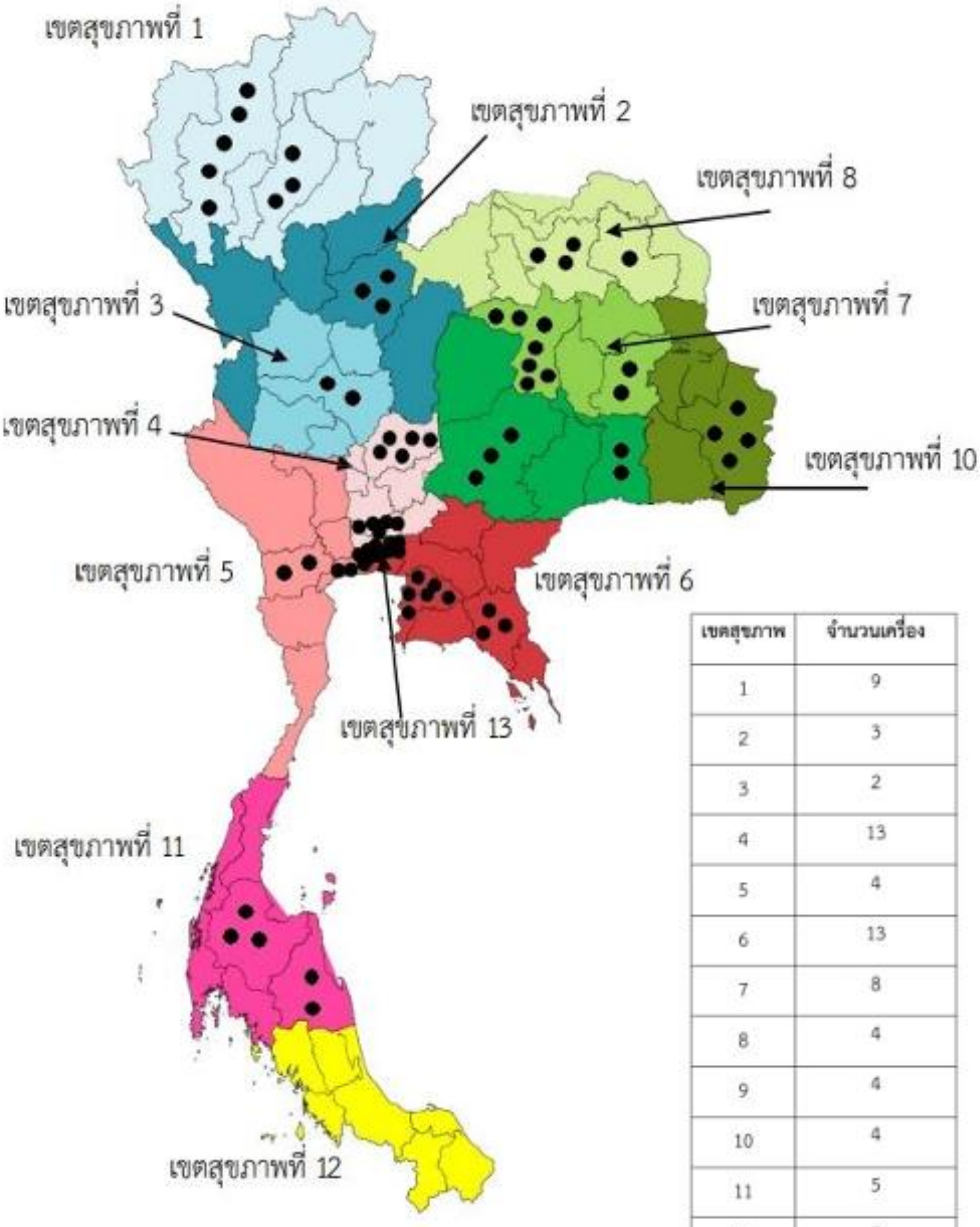
ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ปีละกว่า 140,000 ราย และโรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของ การเสียชีวิตของคนไทย ในด้านการรักษาโรคมะเร็ง ประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guideline (CPG) ด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งหลักของประเทศ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งรังไข่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็ง หลอดอาหาร มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เหมาะสมกับบริบทของประเทศในด้านระบบการให้บริการ ประเทศไทยมีการแบ่งเขต บริการสุขภาพออกเป็น 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการที่สำคัญต่าง ๆ กระจายอยู่ในแต่ละเขตสุขภาพ เช่น หน่วยบริการรังสีรักษา หน่วยบริการให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น และมีระบบประสานงานส่งต่อทั้งภายในเขตและนอกเขต ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 205 โรงพยาบาล

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 จนถึงปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายด้านการรักษาโรคมะเร็ง คือ โรคมะเร็งรักษา ได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) ของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสิทธิบัตรทองเกิดความสะดวกและสามารถเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนรักษา โรคมะเร็งได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนสิทธิกรมบัญชีกลางมีลักษณะเป็น Cancer Anywhere ที่ผู้ป่วยข้าราชการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐได้ทุกที่อยู่แล้ว และขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของ คณะกรรมการประกันสังคมในการขยายสิทธิ์ดังกล่าวให้ครอบคลุมผู้ประกันตนในสิทธิ์ประกันสังคม ปัจจุบันองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าไปมากทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถ รักษาหายขาดได้โดยเฉพาะมะเร็งที่ตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจายก็สามารถมีอัตราการรอดชีวิตที่ยาวนานขึ้น ขั้นตอนการรักษาโรคมะเร็งเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วการกำหนดระยะโรคที่แม่นยำ การวางแผนการรักษาและให้การรักษาโดยอาศัยวิธีการรักษาต่าง ๆ ประกอบกัน การตรวจติดตามประเมินหลังการรักษา ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคอง การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันใช้ความรู้ด้านวิชาการเป็นหลักในการพิจารณาทางเลือกที่ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ยังมีกรอบแนวทางการให้บริการตามแนวทางของภาครัฐต่าง ๆ เช่น ระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบบด้านการเงินต่าง ๆ เช่น ระบบการเบิกจ่ายกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อให้การรักษานั้นสมเหตุสมผลและเกิดความคุ้มค่ามากที่สุดภายใต้บริบททรัพยากรที่จำกัดของประเทศ

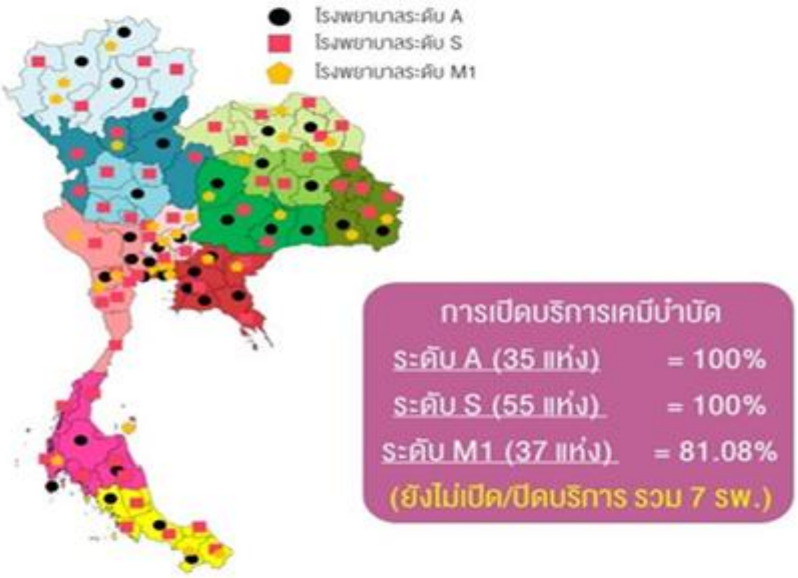
**รายชื่อโรงพยาบาลศูนย์ที่มีเครื่องฉายรังสีรักษาและจำนวนเครื่องแยกตามเขตบริการสุขภาพ**

| เขตสุขภาพ | โรงพยาบาล | จำนวน (เครื่อง) |
|---|---|---|
| 1 | โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ | 9 |
| 2 | โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร | 3 |
| 3 | โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ | 2 |
| 4 | โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี | 12 |
| 5 | โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร | 4 |
| 6 | โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี | 6 |
| 7 | โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 7 |
| 8 | โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี | 4 |
| 9 | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลสุรินทร์ | 4 |
| 10 | โรงพยาบาลอุบลราชธานี | 4 |
| 11 | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี | 4 |
| 12 | โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | 5 |
| รวม | | 64 |




| เขตสุขภาพ | จำนวนเครื่อง |
|---|---|
| 1 | 9 |
| 2 | 3 |
| 3 | 2 |
| 4 | 13 |
| 5 | 4 |
| 6 | 13 |
| 7 | 8 |
| 8 | 4 |
| 9 | 4 |
| 10 | 4 |
| 11 | 5 |
| 12 | 5 |
| 13 | 42 |
| รวม | 116 |

**ภาพที่ 5** จำนวนและการกระจายตัวของเครื่องฉายรังสีใน 13 เขตบริการสุขภาพ (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2567)




**ภาพที่ 6** การกระจายตัวของหน่วยบริการเคมีบำบัดใน 13 เขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2567)

**จำนวนหน่วยบริการเคมีบำบัดใน 13 เขตสุขภาพ จำแนกตามระดับหน่วยบริการ**

| **เขตสุขภาพ** | **จำนวนโรงพยาบาล** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **ระดับ A** | **ระดับ S** | **ระดับ M1** | **รวม** |
| เขต 1 | 3 | 5 | 3 | 11 |
| เขต 2 | 2 | 4 | 1 | 7 |
| เขต 3 | 1 | 4 | 0 | 5 |
| เขต 4 | 3 | 5 | 4 | 12 |
| เขต 5 | 4 | 7 | 4 | 15 |
| เขต 6 | 6 | 3 | 4 | 13 |
| เขต 7 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| เขต 8 | 2 | 6 | 3 | 11 |
| เขต 9 | 4 | 3 | 3 | 9 |
| เขต 10 | 2 | 5 | 2 | 9 |
| เขต 11 | 3 | 6 | 3 | 12 |
| เขต 12 | 3 | 5 | 2 | 10 |
| **รวม** | **35** | **55** | **30** | **120** |

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาได้รวดเร็ว มีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งผล ต่ออัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

**เป้าหมาย**

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาโรคมะเร็งอย่างรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม สะดวก มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานสากลเท่าเทียมกันทั้งประเทศ

2. มีเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3. มีระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ

4. มียา เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งของประเทศอย่างเพียงพอ และเหมาะสม

5. มีแนวทางการรักษาแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสมนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบผสมผสาน โดยมีมาตรฐานความปลอดภัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ

6. มีผลวิจัยทางคลินิกที่มีประโยชน์และมีการศึกษาความคุ้มค่าในการรักษามะเร็งด้วยกระบวนการต่างๆ เพื่อ นำมาใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

7. ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอัตราการรอดชีพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับเทียบเท่าสากลหรือสูงกว่า

**ค่าเป้าหมาย**

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 1. ประชาชนสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและได้รับการ ดูแลรักษาโรคมะเร็งอย่างมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานสากลเท่าเทียมกันทั้งประเทศ | 1.1 มี Clinical Practice Guideline (CPG) ของโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาของประเทศหรือเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง<br>1.2 โรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม<br>1.3 ระยะเวลาการรอคอยของการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน<br>1.4 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตบริการสุขภาพ |

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 2. มีเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยเพื่อ การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีระบบ ประสานงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ | 2.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาล ในระดับต่าง ๆ ของแต่ละเขตบริการสุขภาพ 2.2 มีระบบข้อมูลด้านโรคมะเร็งของประเทศที่ เชื่อมต่อกัน และใช้ในการวางแผนด้านโรคมะเร็ง ของประเทศได้ |
| 3.มีผลงานวิจัยทางคลินิกที่ มีประโยชน์และมีการศึกษาความคุ้มค่าในการรักษามะเร็งด้วยกระบวนการต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง | 3. มีงานวิจัยทางคลินิก การศึกษาความคุ้มค่าและประเมินเทคโนโลยีการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ใช้สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ และมีการนำไปใช้ |
| 4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอัตราการรอดชีพและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีในระดับเทียบเท่าสากลหรือสูงกว่า | 4. อัตราการรอดชีพของโรคมะเร็ง |
| 5. มียา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอวัยวะเทียมที่ใช้สำหรับรักษาโรคมะเร็งของประเทศอย่างเพียงพอและเหมาะสม | 5.1 มีการสำรวจปริมาณ การกระจายตัวของเครื่องมือ วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง<br>5.2 มีการผลิตยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียมโดยใช้เทคโนโลยีภายในประเทศ |
| 6. มีแนวทางการรักษาแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสมนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบผสมผสาน โดยมีมาตรฐานความปลอดภัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ | 6. มีแนวทางมาตรฐานการรักษาแพทย์ทางเลือกและ แพทย์แผนไทยของประเทศสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง |

# ยุทธศาสตร์ที่ 4

# ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

# (Palliative Care for Cancer)

# ยุทธศาสตร์ที่ 4

# ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

# (Palliative Care for Cancer)

## หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันโรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เมื่อวินิจฉัยหรือเมื่อมาพบแพทย์พบว่าโรคอยู่ ในระยะลุกลามแล้ว จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 80,665 ราย (123.3 ต่อ 100,000 ประชากร) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 มี จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 83,334 ราย (127.9 ต่อ 100,000 ประชากร) ซึ่งจกแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่ เพิ่มขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลามหรือระยะท้ายของโรคต้องการดูแลแบบ ประคับประคองจะทวีคูณมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 80 มักจะอยู่ในระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้ หายขาด หรือรักษาได้แต่จะเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัย และเกือบทั้งหมดจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี และยังมีอาการอื่นที่เป็นอาการรบกวนทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น อาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการบวม มีน้ำในช่องปอดหรือช่องท้อง เป็นต้น การดูแลแบบประคับประคองนั้น องค์การอนามัยโลกพยายามส่งเสริมให้มีมากขึ้นและลงมติให้ประเทศ สมาชิกมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งองค์กร World Palliative Care Alliance ได้จัดระดับบริการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยในปี ค.ศ. 2012 จัด อยู่ในระดับ 3a[1] หมายถึง มีการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองเป็นเฉพาะบางพื้นที่ไม่ครอบคลุม และยังไม่เข้า สู่ระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ จนเมื่อปี ค.ศ. 2017 ประเทศไทยได้ถูกจัดระดับดีขึ้น มาอยู่ในระดับ 4a[2] คือ มีการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่กว้างขวางครอบคลุม และอยู่ในระบบบริการสุขภาพของ ประเทศ แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ (4b)[3] โดยที่ระดับ 4b คือ ระดับที่ มีการบูรณาการการดูแลแบบ ประคับประคองขั้นสูง เข้าไปในระบบสาธารณสุขหลักของประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาและการเจริญเติบโต ของระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย อีกทั้งกฎหมายไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาของตนที่จะไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง เพื่อยืดการตายในวาระท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งทีมคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Service Plan Palliative Care) เป็นอีกหนึ่งกลไกที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลาม หรือระยะท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนต่างๆ ทำ ให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

ระบบการดูแลแบบ Palliative Care กับสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่มี สิทธิในการรักษาพยาบาลจาก 3 กองทุนใหญ่ คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ สำหรับกองทุนที่กำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองชัดเจน คือ กองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที ่มีรหัสการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที ่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง (Z51.5) ได้รับชุดสิทธิประโยชน์หลัก คือ 1. ยามอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการปวด 2. ชุดทำความ สะอาดแผล 3. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ ร่วมกับการติดตามอาการตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม ส่วนกองทุนสิทธิข้าราชการ และกองทุนประกันสังคมให้เบิกตามสิทธิประโยชน์ทั่วไปของแต่ละ บุคคล ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานสากลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะท้าย ส่วนมากต้องการการดูแลแบบประคับประคองในเวลาที ่เหมาะสมและ ครอบคลุมทั้งมิติด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย เพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ฉะนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมไปถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตผ่านทาง Living Will หรือ Advanced Directive จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลแบบประคับประคองไม่ต้องถูกยื้อ หรือทำหัตถการต่าง ๆ เป็นไปเพียงยืดความตาย ยิ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายหรือการดูแลส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลหรือ นอกโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือ และร่วมดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการตายดี ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำ แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ในมิติด้านการดูแลแบบประคับประคอง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**เป้าหมาย**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวได้รับการ ดูแลแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสมและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Plan) 104 แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567 – 2575

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการประเมิน และดูแลการจัดการอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสมตาม บริบทความพร้อมของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงครอบครัวได้รับการ ดูแลเนื่องจากภาวะโศกเศร้าและการสูญเสีย

4. เพื่อลดค่าใช้จ่าย ความสิ้นเปลือง รวมไปถึงลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ เพื่อใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ อย่างถูกต้องและเหมาะสมปราศจากการยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็นและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย

5. สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองของภาคประชาชน ชุมชน และสังคม

**ค่าเป้าหมาย**

| **เป้าหมายยุทธศาสตร์** | **ตัวชี้วัด** |
|---|---|
| 1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวได้รับการพูดคุย การดูแลแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม | 1.จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง* |
| 2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแล แบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม | 2. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร* |
| 3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลและจัดการอาการ รบกวนได้อย่างเหมาะสม | 3. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการรบกวนอื่นๆ ด้วยยา Strong opioid และยากลุ่มอื่น ๆ* |
| 4. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ | 4.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น<br>4.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแผนจนถึง สถานะสุดท้ายของชีวิต<br>4.3 ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลหลังเสียชีวิตและปรับตัวใช้ชีวิตประจำวัน ได้ตามปกติภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปี |

| | |
|---|---|
| 5. เครือข่ายของการดูแลแบบประคับประคอง (แบ่งตาม พื้นที่ หรือ Geographic หรือโรงพยาบาลชุมชนและ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 5. ร้อยละของพื้นที่มีเครือข่ายของการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม |
| 6. ชุดสิทธิประโยชน์ในกองทุนด้านสุขภาพของภาครัฐ ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสม | 6. ชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลแบบประคับประคองมีเพิ่มมากขึ้น |

หมายเหตุ : *เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ Service Plan Palliative Care

# ยุทธศาสตร์ที่ 5

# ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง

# (Cancer Informatics)

# ยุทธศาสตร์ที่ 5

# ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง

# (Cancer Informatics)

**หลักการและเหตุผล**

สารสนเทศโรคมะเร็งเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารวางแผนป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคมะเร็งของประเทศใช้ในการบริหารบุคลากร งบประมาณ และครุภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้การจัดระบบการบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกรวดเร็ว มีเครือข่ายบริการครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างเหมาะสม สร้างความเท่าเทียมกันภายใต้หลักความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นอกจากนี้ยังใช้ในการกำกับคุณภาพ มาตรฐานและประสิทธิภาพการบริการ ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลโรคมะเร็งในมิติที่แตกต่างกันตาม ภารกิจ เช่น กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยมีหน่วยงานหลักที่จัดทำทะเบียนมะเร็งของประเทศ คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้มีการเชื่อมโยงกันบางส่วน เท่านั้นทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูลหลายระบบ และไม่สามารถเห็นภาพรวมของข้อมูลได้ ทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การทำงานบนฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การ คัดเลือกกลุ่มเด็กผู้หญิงที่ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรในแต่ละพื้นที่เข้าบริการ ให้ครบไม่ฉีดวัคซีนซ้ำบันทึกในฐานข้อมูลวัคซีนพื้นฐานของประเทศ ต่อมาเมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35–60 ปี ต้อง ได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ซึ่งทำทุก 5 ปี จำเป็นต้องมีระบบบันทึกที่ ทำให้ทราบว่าสตรีคน ใดยังไม่ได้รับการตรวจ หรือตรวจนานเกิน 5 ปี แล้วจะต้องตรวจซ้ำ ซึ่งฐานข้อมูลนี้ จะคัดแยกกลุ่มปกติ และกลุ่มติดเชื้อที่ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ปัจจุบันใช้ฐานข้อมูลของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการติดตามการตรวจพบว่าประชาชนเข้ารับการคัดกรองพบผลผิดปกติจำนวนมากต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วย วิธี Colposcopy และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา แต่ข้อมูลในฐานการคัดกรองพบว่า ผู้มีผลผิดปกติได้รับ การตรวจ Colposcopy น้อยกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ทำให้ฝ่ายที่ทำการตรวจ วินิจฉัยไม่ทราบกลุ่มเป้าหมายแรกจากการคัดกรองที่ทำมาก่อน เมื่อระบบไม่เชื่อมกันจึงเกิดเป็นภาระของ เจ้าหน้าที่ ในการบันทึกข้อมูลซ้ำ ภาพสิ่งนี้เกิดขึ้นในระยะต่อ ๆ มาเช่นกัน ผลคือผู้ที่ได้รับผลการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมจากการที่ ไม่มีข้อมูลส่งไปยังฝ่ายผู้รักษา สำหรับตัวอย่างนี้เป็นการมองภาพเฉพาะผู้ป่วยเพียงรายเดียว หากขยายปัญหาออกไปจะเห็นว่าการทราบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งราย ใหม่ สามารถนำไปใช้ในการจัดระบบบริการในแต่ละช่วงข้อมูลต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ สถานที่ ในการตรวจวินิจฉัย การรักษา

ด้วยการผ่าตัด ฉายรังสี เคมีบำบัด รังสีร่วม รักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ให้เพียงพอและควรกระจายตัวในจุดที่เหมาะสม เช่น การกระจายตัวของแพทย์ เฉพาะทางอนุสาขามะเร็งนรีเวช การกระจายตัวของเครื่อง colposcopy เครื่องฉายรังสี เครื่องใส่แร่ ในการทำทะเบียนมะเร็งเพื่อหาอัตราอุบัติการณ์ การเกิดโรคมะเร็ง (Incidence rate) ของประเทศเพื่อดู ขนาดและความรุนแรงของโรคมะเร็งแต่ละชนิด พบว่าวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลยังเป็นแบบเดิม คือ ใช้ข้อมูลจากบางจังหวัดแล้วมาประมาณการเป็นข้อมูลเขตและประเทศ ทำให้การรายงานอุบัติการณ์ (Cancer in Thailand) ช้ากว่าปีปัจจุบันอย่างน้อย 3–5 ปี ข้อมูลยังขาดความสมบูรณ์ในการนำมาประมวลผลเพื่ออธิบาย เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับห่วงเวลา เช่น ผลการรักษาการกลับเป็นซ้ำ และ ผลการรักษาครั้งถัดไป อัตรารอดชีพ (Survival rate) ตามระยะของโรคมะเร็งเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลยังไม่ได้มี การกำหนดมาตรฐานดัชนีในการสืบค้นที่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลโรคมะเร็งจากหน่วยงานต่างๆและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 แผนระดับที่ 3 (ร่าง) แผนแม่บทภูมิสารสนเทศแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570 จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการบูรณาการการจัดเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทุกมิติ และสามารถเชื่อมโยงกัน

**วัตถุประสงค์**

1. มีฐานข้อมูลหลักด้านโรคมะเร็งของประเทศที่สามารถเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลเพื่อสร้าง Big Data ด้านโรคมะเร็งที่เพียงพอ ครบถ้วน และถูกต้อง

2. เพื่อนำข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางไปใช้เพื่อการวางแผนจัดทำและตัดสินใจในเชิงนโยบาย บริหารจัดการ ทรัพยากร และกำกับ ติดตาม ประเมินผล

3. เพื่อนำข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางไปใช้เพื่อให้สนับสนุนประชาชนให้มีความตระหนักรู้และเข้าถึงระบบ บริการคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและมีรายได้น้อย

4. เพื่อนำข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางไปใช้เพื่อให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถ ปรับปรุงการให้บริการคัดกรองและการรักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มอัตราการตรวจพบมะเร็ง แต่แรกเริ่มและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

5. เพื่อสนับสนุนการศึกษาวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีโดยใช้ข้อมูลจากข้อมูลกลาง

6. มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านสารสนเทศโรคมะเร็งเพื่อให้มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ พร้อมทั้งส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากร

**ค่าเป้าหมาย**

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 1. มีการพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับโรคมะเร็งที่สำคัญตามที่กำหนดไว้ในเป้าหมาย | 1. จำนวนฐานข้อมูลสำหรับโรคมะเร็งที่สำคัญ (จาก 11 ฐานข้อมูลเป้าหมาย) |
| 2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลโรคมะเร็งจากหน่วยบริการต่าง ๆ ทั่วประเทศภายใต้มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน | 2. จำนวน/ร้อยละของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป/ ตติยภูมิ/ ทุติยภูมิ/ สังกัดอื่นๆ) |
| 3. มีการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการกำหนดแผนส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลง | 3.1 จำนวนแผนที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล<br>3.2 อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งลดลง<br>3.3 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลดลง |

# ยุทธศาสตร์ที่ 6

# ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัย

# เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

# (Cancer Control Research)

## ยุทธศาสตร์ที่ 6

## ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

## (Cancer Control Research)

**หลักการและเหตุผล**

การวิจัยถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสำเร็จได้ จุดมุ่งหมายหลักของการทำ Cancer Control Research คือ การวิจัยเพื่อลดอัตราการตายและการสูญเสียจากโรคมะเร็งการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ รวมถึงการใช้ทรัพยากรของประเทศ อย่างคุ้มค่า การที่แผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีการวิจัยในระยะ ต่าง ๆ ทั้งการพัฒนาแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การวิเคราะห์และประเมินความสำเร็จ รวมทั้งยังสามารถนำงานวิจัยไปสร้างงานนวัตกรรมและนำกลับมาใช้เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน ดังนั้นการวิจัยควรมีความครอบคลุมในหลายสาขา เช่น การวิจัยเชิงระบบสาธารณสุขและนโยบาย การวิจัยพื้นฐาน ระบาดวิทยา วิจัยทางคลินิก การวิจัย ทางสังคม และจิตวิทยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศไทยในปัจจุบันควรมุ่งเน้นความสำคัญเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตลอดจนมีการประเมินเทคโนโลยีเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ จำกัดของประเทศและระบบสาธารณสุข มีการสนับสนุนงานวิจัยที่สามารถต่อยอดในการสร้างมูลค่าเพิ่มทาง เศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมหรือสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อทดแทนการนำเข้าให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และ แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

**วัตถุประสงค์**

เพื่อสนับสนุนให้เกิดงานวิจัย และนำองค์ความรู้จากงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อลดอัตราการเกิด การตาย และการสูญเสียจากโรคมะเร็ง การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การเพิ่มประสิทธิภาพของ ระบบบริการ รวมถึงการใช้ทรัพยากรของประเทศอย่างคุ้มค่าและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

**เป้าหมาย**

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศ และในระดับเขตสุขภาพ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการแก้ไข การป้องกันและการลดความเสี่ยงของโรคมะเร็ง (primary prevention) ที่พบบ่อยในประเทศไทยทั้งในระดับประเทศและในระดับเขตสุขภาพ

3. มีงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Precancerous stage) หรือการ ตรวจวินิจฉัยมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early stage) ทั้งการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic screening) และการคัดกรองเชิงระบบ (Organized screening) ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

4. มีงานวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงสร้างความสามารถและยกระดับการให้บริการ จีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำ เพื่อให้เกิดบริการการรักษาที่มีความแม่นยำสูง

5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าเหมาะสมกับบริบทของประเทศ

6. ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมและผลักดันเข้าสู่เชิงพาณิชย์ ทั้งผลิตภัณฑ์การแพทย์ขั้นสูง (Advanced Therapy Medicinal Products; ATMPs) ชีววัตถุที่เกี่ยวข้อง วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่เป็นนวัตกรรม ระดับสูงและมูลค่าสูง รวมถึงพัฒนาและผลิตยาหรือผลิตยาที่พัฒนาจากสารสกัดสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้รับ การรับรองมาตรฐานและนวัตกรรมด้านการบริการในการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งที่คนไทยสามารถเข้าถึง ได้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

7. มีข้อมูลเชิงระบบเพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

8. มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการตัดสินใจสำหรับการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน ตรวจพบ รักษา รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม

**ค่าเป้าหมาย**

| เป้าหมายยุทธศาสตร์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 1. มีการพัฒนาโครงสร้างระบบข้อมูลของประเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านการวิจัยโรคมะเร็ง | 1. มีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันระหว่างฐานข้อมูล การวิจัย/นวัตกรรม ฐานข้อมูลเกี่ยวกับจีโนมิกส์ และฐานข้อมูลปัญญาประดิษฐ์ด้านโรคมะเร็งใน ประเทศไทย |
| 2. มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการงานวิจัยและนวัตกรรมแบบบูรณาการ | 2.1 มีระบบฐานข้อมูลนักวิจัย/นวัตกรโรคมะเร็งในประเทศไทย 2.2 มีศูนย์วิจัยทางคลินิกระยะ 1 และ 2 ตาม มาตรฐานเพื่อรองรับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ การแพทย์ขั้นสูง ภูมิภาคละ 1 แห่ง |
| 3. สร้างกลไกสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม (Research and Innovation Supporting System) ร่วมกับภาคีเครือข่าย | 3.1 จำนวนงานวิจัย/นวัตกรรมด้านการควบคุมและ ป้องกันโรคมะเร็งที่ได้รับทุนอุดหนุนทั้งที่เป็นงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณอื่นๆ โดย เน้นสนับสนุนงานวิจัย/นวัตกรรมที่เป็นปัญหา สำคัญ 3.2 จำนวนงานวิจัย/นวัตกรรมด้านควบคุมและ |

| | |
|---|---|
| | ป้องกันโรค ที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือเป็นนโยบายสาธารณะ หรือนโยบายระดับชาต |
| 4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการความรู้จากงานวิจัย และนวัตกรรม | 4.1 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมปรากฏในฐานข้อมูลระดับชาติ (ฐานข้อมูล TCI)<br>4.2 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่ปรากฏในฐานข้อมูลระดับนานาชาติ เช่น SCOPUS และ/หรือ ISI<br>4.3 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่นำไปถ่ายทอดโนโลยีไปยังองค์กรวิชาชีพหรือถ่ายทอดไปยังหน่วยงานที่ให้บริการทั่วประเทศ |
| 5. พัฒนาระบบสนับสนุนการนำองค์ความรู้จากการ วิจัยและนวัตกรรมต้นแบบไปต่อยอดสู่การนำไปใช้ประโยชน์ | 5.1 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมทางด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่ถูกนำไปทำวิจัยต่อยอด<br>5.2 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมทางด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่นำมาต่อยอดในการสร้างนวัตกรรม/เทคโนโลยี 1 ชิ้นงานต่อชนิดของโรคมะเร็งสำคัญในประเทศไทย |
| 6. ส่งเสริมการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ | 6.1 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมด้านประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถแสดงความคุ้มค่าในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง<br>6.2 จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมด้านประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่ สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือเป็นนโยบายสาธารณะ หรือนโยบายระดับชาต |
| 7. เสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัยและนวัตกร | 7.1 มีทุนหลังปริญญาเอก (Postdoctoral) ด้านมะเร็ง อย่างน้อย 5 ทุนต่อมะเร็งที่พบบ่อยต่อปี<br>7.2 จำนวนหลักสูตรอบรมความรู้เกี่ยวกับงานวิจัย/นวัตกรรมโรคมะเร็งอย่างน้อย 2 หลักสูตรต่อปี<br>7.3 มีข้อเสนอโครงการที่ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงร่วมกับ เครือข่ายนักวิจัย/นวัตกรโรคมะเร็งอย่างน้อย 1 โครงการต่อปี |

| | |
|---|---|
| | 7.4 จำนวนเครือข่าย Core facility ของเครื่องมือที่ใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงและให้บริการกับนักวิจัย/นวัตกร อย่างน้อย 1 เครือข่ายต่อปี |
| 8. ส่งเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้งในระดับนักวิจัย องค์กร เขตสุขภาพ ประเทศ และระดับนานาชาติ | 8. จำนวนโครงการวิจัย/นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งสำคัญที่เข้าสู่เครือข่ายวิจัยสหสถาบัน เช่น Med Res Net อย่างน้อย 1 เรื่องต่อโรคต่อปี (นับซ้ำได้อย่างน้อย 3 องค์กร) |

# แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
# ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570
# (แผนระยะสั้น)

**1. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ตามยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) ดังนี้

**1. โครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ตำบลพิชัย (Pichai Model)**

- ปี 2568 ขยายหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ตำบลพิชัย (Pichai Model)
- ปี 2569 ทำโครงการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ตำบลพิชัย (Pichai Model)
- ปี 2570 สรุปภาพรวมโครงการหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ตำบลพิชัย (Pichai Model)

**2. โครงการถ่ายทอดความรู้และสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคมะเร็งในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง**

- ปี 2568-2570 รณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งประจำเดือน

| | |
|---|---|
| มกราคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งปากมดลูก |
| กุมภาพันธ์ | เดือนรณรงค์ต้านภัยโรคมะเร็งเนื่องในวันมะเร็งโรค |
| มีนาคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |
| เมษายน | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งช่องปาก |
| พฤษภาคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ |
| มิถุนายน | เดือนรณรงค์ส่งกำลังใจให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง |
| กรกฎาคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งรังไข่ |
| สิงหาคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งต่อมลูกหมาก |
| กันยายน | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง |
| ตุลาคม | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับและท่อน้ำดี |
| พฤศจิกายน | เดือนรณรงค์ต้านภัยมะเร็งปอด |
| ธันวาคม | เดือนรณรงค์วันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ (วันที่ 10 ธันวาคม) |

**3. ผลิตสื่อความรู้โรคมะเร็งในรูปแบบดิจิทัล และเผยแพร่ ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์**

ผลิตสื่อให้ความรู้ตามรณรงค์เรื่องโรคมะเร็งในแต่ละเดือน รวมถึงความรู้ด้านสาธารณสุขอื่น ๆ

**2. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) ดังนี้

- ปี 2568 โครงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปอดเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดลำปาง
- ปี 2568 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ สำหรับหญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีญาติสายตรงเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ปี 2568 - 2570 HPV Screening และ Colposcopy
- ปี 2568 – 2570 Colonoscopy
- ปี 2568 – 2570 Hepatitis B Screening
- ปี 2569 - 2570 การนำ AI มาใช้ร่วมกับการตรวจวินิจฉัย

**3. ตามยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment)**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ตามยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention: Diagnosis and Treatment) ดังนี้

1. จัดทำ CPG มะเร็ง 5 โรคหลัก ได้แก่

- 1.1 Liver cancer
- 1.2 Cholangiocarcinoma
- 1.3 Breast cancer
- 1.4 Colorectal cancer
- 1.5 Cervical cancer

2. จัดทำ CPG มะเร็งที่เป็นปัญหาของเขตสุขภาพที่ 1 และมะเร็งที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.มะเร็งลำปาง

- 2.1 Lung cancer
- 2.2 Head & Neck cancers
- 2.3 Thyroid cancer
- 3. โครงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง

**4. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care for Cancer)**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ตามยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care for Cancer) ดังนี้

1. โครงการวันดูแลประคับประคองสากล
2. โครงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งประคับประคองที่บ้านและพัฒนาเครือข่าย
    - Phase 1 สอนและลงพื้นที่
    - Phase 2 ติดตามผล
3. โครงการส่งเสริมการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ
4. โครงการเสริมพลังเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ
5. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยมะเร็ง
6. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมะเร็ง

**5.ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ตามยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) ดังนี้

1. โครงการจัดทำข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (FIT Test)
2. โครงการจัดทำข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (HPV)
3. โครงการตรวจสอบข้อมูลเวชสถิติ รพ.มะเร็งลำปาง (LPCH)
4. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากรเขตสุขภาพที่ 2 (อุตรดิตถ์)
5. โครงการพัฒนาคุณภาพข้อมูลทะเบียนมะเร็งภาคเหนือ (เขต 1)

**6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) ดังนี้**

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ.2568 – 2570 (แผนระยะสั้น) ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) ดังนี้

**ปี 2568**

1. ผลการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับความร้อน

2. ศึกษาgene marker ที่สัมพันธ์กับมะเร็งปอด

3. การ Screening ลมหายใจของผู้ป่วยมะเร็ง

**ปี 2569**

1.การขยายต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม

2. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิด CCA ปี 2569-2570

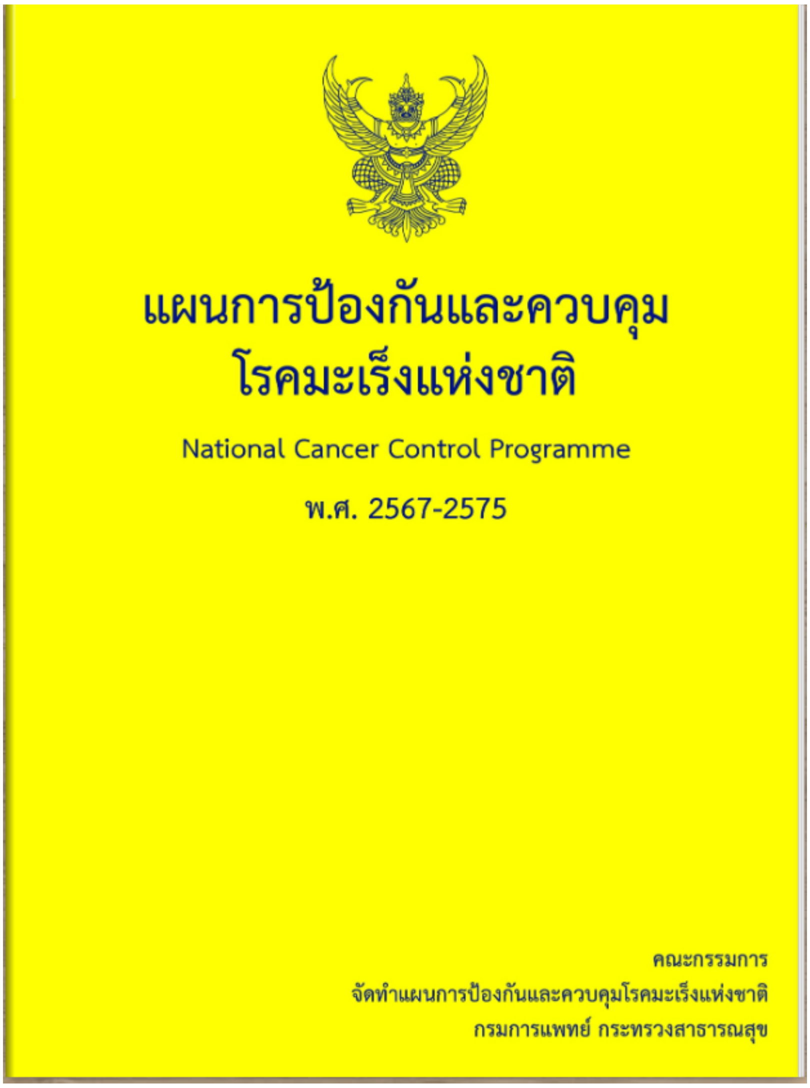
3.การศึกษาระดับยีนของ lynch syndrome ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

**ปี 2570**

1.การตรวจคัดกรองและความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับด้วยเทคนิค Gene Panel

# เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://library.nci.go.th/multim/nccp. [26 ม.ค.2025]



# ภาคผนวก

**ประมวลรูปภาพ**

**โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ**

**(National Cancer Control Programme)**

กิจกรรมการจัดทำแผน NCCP ระยะสั้น 3 ปี (ปี 2568 - 2570) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์
Department of Medical Services
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
การจัดทำแผนการดำเนินงาน National Cancer Control Program
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
โรงพยาบาลมะเร็งลำปางนำโดย นายแพทย์รวินท์ อิงศิโรรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นประธานในพิธีเปิดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนการดำเนินงาน National Cancer Control Program ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางให้สอดคล้องกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ทั้งนี้มีการบรรยายเรื่อง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็ง โดยนายแพทย์ถาวรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ และการบรรยายเรื่อง แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 -2575 โดยนายแพทย์พิพัฒน์ คูประเสริฐยิ่ง รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ซึ่งมีหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุม ในวันที่ 25 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมปางหลวงการ์เด้น จังหวัดลำปาง
กรมการแพทย์ "ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต"
กรมการแพทย์

**คณะผู้จัดทำ**

| | | |
|---|---|---|
| 1. นายรวินท์ | อิงศิโรรัตน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง |
| 2. นายพิพัฒน์ | คูประเสริฐยิ่ง | รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ |
| 3. นายถาวรัฐ | เรือนโรจน์รุ่ง | รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ |
| 4. นางสุรีรัตน์ | พวงสายใจ | รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล |
| 5. นางสาวเกียรติสุดา | ประเสริฐวัฒน์ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ |
| 6. นางพัชยา | โพธิ์ทอง | นักสาธารณสุขชำนาญการ |
| 7. นางชนิดา | กันตี | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 8. นางสาววริศรา | กันไว | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 9. นางสาวกชกร | วงค์ษา | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 10.นางประกายทิพย์ | เครือจันทร์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ |
| 11.นางสาวฉัตรฤทัย | ไชยชนะ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 12.นายพิทักษ์ | เอกกะสินสกุล | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 13.นางสาวมนฐิตินันท์ | ประดิษฐ์ค่าย | นักวิชาการสถิติ |