



แผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Control Programme

(พ.ศ. 2561 – 2565)

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme (พ.ศ. 2561 – 2565)

คณะกรรมการ
จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Control Programme
(พ.ศ. 2561 - 2565)



คำนำ

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programme) เป็นแผนที่จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารและนักวิชาการ จากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในสาขาต่าง ๆ โดยพิจารณาจากปัญหาโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของประเทศ ซึ่งการแก้ปัญหาเรื่องนี้จำเป็นต้องมีแผนการป้องกันและควบคุมที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริงตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สอดคล้องกับสถานการณ์ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้นในปี พ.ศ. 2556 และได้มีการถ่ายทอดแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556 - 2560 ลงสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ซึ่งในช่วงท้ายของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556 - 2560 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้มอบหมายให้ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program : IHPP) ประเมินการนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติใน Service Plan ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละระดับ เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่ เป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการทบทวนจัดทำร่างแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับนี้

กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปเป็นกรอบและแนวปฏิบัติสำหรับการดำเนินงานเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง ตลอดจนการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

คำนำ	2
สารบัญ	3
สารบัญภาพ	3
ที่มาและความสำคัญ	4
แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)	8
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)	15
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention Treatment)	20
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	24
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	28
ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)	31
ยุทธศาสตร์ที่ 7 ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)	35
ภาคผนวก	38
1. อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย	39
2. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561 – 2565 (Service Plan)	41
3. สารก่อมะเร็ง	44
4. กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)	46
5. กรอบการทำวิจัยโรคมะเร็ง	47
6. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	49

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 (ต่อประชากร 100,000 คน)	4
ภาพที่ 2 แผนภูมิพีรามิดประชากรไทยปี พ.ศ. 2503 – พ.ศ. 2573	5
ภาพที่ 3 จำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ	5
ภาพที่ 4 สถิติการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ปี พ.ศ. 2557 (ASR ต่อประชากร 100,000 คน)	39
ภาพที่ 5 สถิติการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2557 (ASR ต่อประชากร 100,000 คน)	39
ภาพที่ 6 สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ปี พ.ศ. 2557	39
ภาพที่ 7 สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2557	39
ภาพที่ 8 กรอบการทำวิจัยโรคมะเร็งตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	47

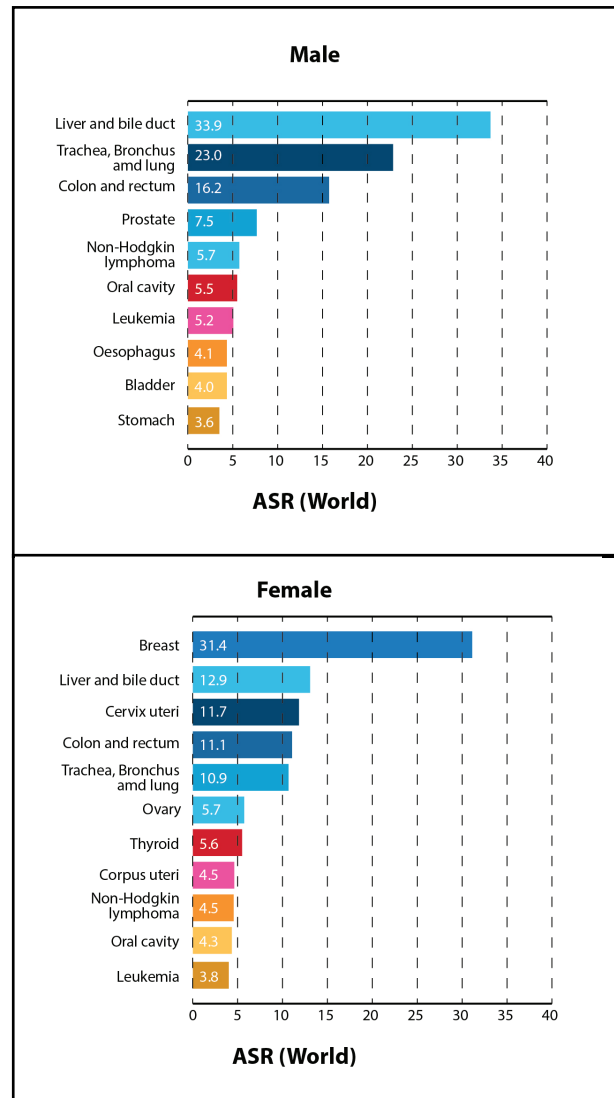
ที่มาและความสำคัญ

การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - 2565

สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน

ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยใหม่ 122,757 คน เป็นเพศชายจำนวน 59,662 คน และเพศหญิง 63,095 คน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด เมื่อเปรียบเทียบกับอันดับและอัตราการเกิดโรคมะเร็งกับปีพ.ศ. 2548 พบว่ามะเร็งที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกทั้งเพศชายและเพศหญิงยังคงเดิม แต่อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 70,075 คน เป็นเพศชาย 40,161 คน เพศหญิง 29,914 คน ซึ่งถือว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งหลอดอาหาร ส่วนมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็ง



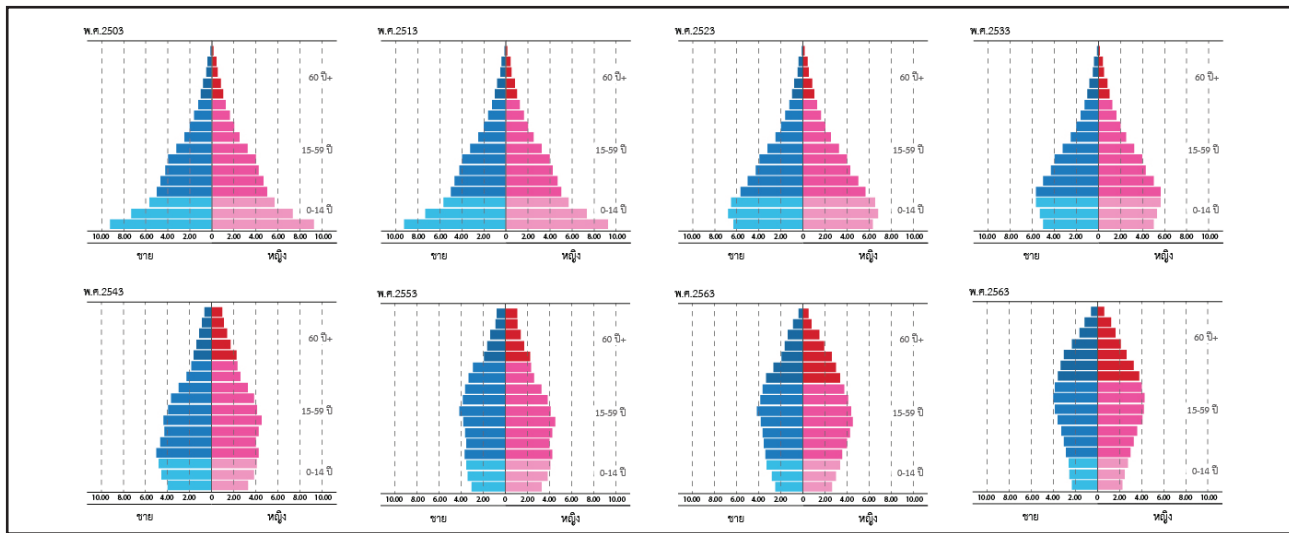
ภาพที่ 1 สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 (ต่อประชากร 100,000 คน)

ที่มา: Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015

ที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักซึ่งคิดเป็น 51.86% ของมะเร็งทั้งหมด

โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

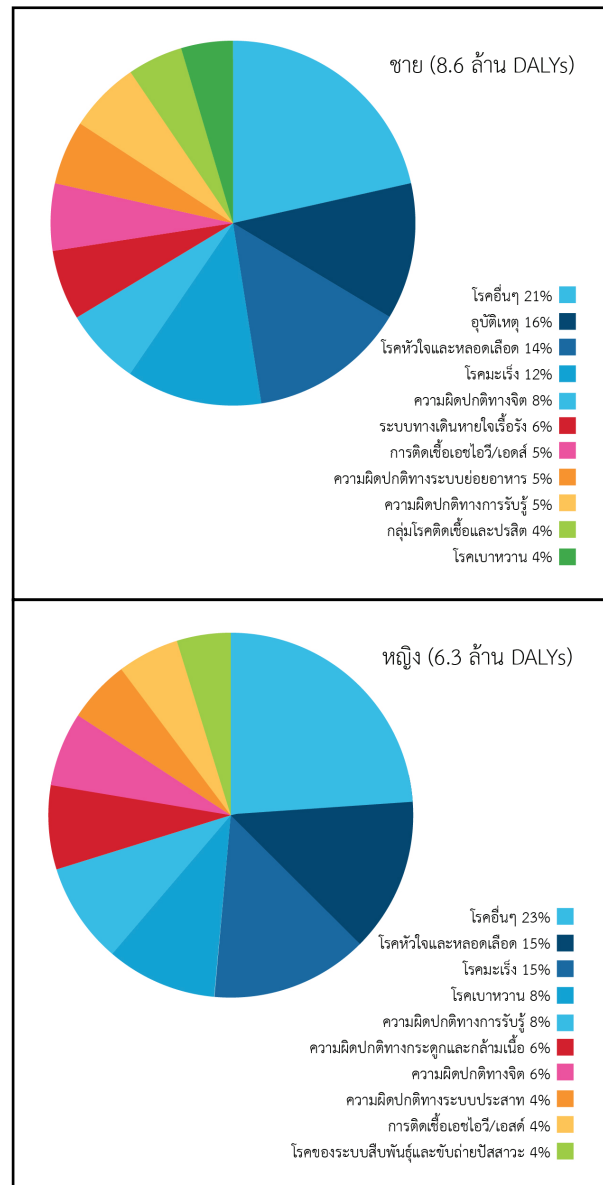
จากคามวิตกกังวลในอดีตเมื่อ 40 กว่าปีที่ผ่านมา ที่เกรงว่าประชากรจะล้นโลกจึงได้มีการรณรงค์กันอย่างกว้างขวางผ่านนโยบายการวางแผนครอบครัวเพื่อให้ประชากรมีบุตรให้น้อยลงจากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้แนวโน้มการเกิดของประชากร



ภาพที่ 2 แผนภูมิพีรามิดประชากรไทยปี พ.ศ. 2503 – พ.ศ. 2573
ที่มา: รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านเศรษฐกิจสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเรื่อง “เศรษฐกิจผู้สูงอายุ”

ในปัจจุบันต่ำกว่าระดับทดแทน ประชากรมีการเกิดน้อยลง ครอบครัวส่วนใหญ่มีบุตรเพียงคนเดียวหรือคู่สมรสใหม่ตัดสินใจที่จะไม่มีบุตรเลย ประกอบกับความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หากพิจารณาจากคำจำกัดความที่ว่าสังคมผู้สูงอายุ คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 เมื่อประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลง ปัญหาด้านสุขภาพก็จะตามมา ซึ่งทั้งหมดเป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่จะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยอย่างมาก โดยโรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งเป็นปัญหาที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนอกจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย โดยเฉพาะด้านคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเกิดโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีความบกพร่องทางสุขภาพ เกิดความสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระแก่ครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะทำให้มูลค่าค่า



ภาพที่ 3 จำนวนการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ
ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557

การใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น จากการประเมินภาระโรคของประชากรไทยในหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีโดยรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะโดยรวมของประเทศไทยคิดเป็น 14.9 ล้าน DALYs โดยเพศชายมีความสูญเสียประมาณ 8.6 ล้าน DALYs และเพศหญิงมีความสูญเสียประมาณ 6.3 ล้าน DALYs กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง สำหรับเพศหญิงกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ ได้แก่ โรคมะเร็ง และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังภาพที่ 3

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา และคนไทยมีแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี จากสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้น การแก้ปัญหาเรื่องโรคมะเร็งตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจึงต้องทำในทุกมิติ ตั้งแต่การป้องกันโรค การค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก การพัฒนาวิธีการรักษา ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลกมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงแนะนำให้แต่ละประเทศจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อย และจัดทำแผนป้องกันโรคที่เหมาะสมสอดคล้องกับโครงสร้างและทรัพยากรที่มีในประเทศ ดังนั้น แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติจึงต้องจัดทำให้เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น

การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำขึ้นตามมติของคณะรัฐมนตรี ซึ่งมี นายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2540 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านนโยบายและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของประเทศในขณะนั้น ต่อมาวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไป ทำให้บางแผนไม่เข้ากับบริบท กระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม

โรคมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2556 เพื่อจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556 – 2560 ซึ่งได้มีการทบทวนและปรับแผนฉบับเดิมพร้อมทั้งประเมินสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ เพื่อให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยมีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่ายและสมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จนได้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556 – 2560 ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)
2. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)
3. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)
4. ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment)
5. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)
7. ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) สามารถเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน ดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการ แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13) มีระบบการส่งต่อภายในเครือข่าย (Referral Hospital Cascade) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีกรอบในการดำเนินงานที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งโรคมะเร็งจัดเป็นหนึ่งในสาขาหลักของ Service Plan ด้วย กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้นำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติลงสู่การปฏิบัติใน Service Plan สาขาโรคมะเร็ง และมีการจัดทำนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง เพื่อให้มีความชัดเจน เข้าใจตรงกัน สามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลการปฏิบัติงาน และประเมินติดตามการดำเนินงานแก่บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพ

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - 2565 ฉบับนี้ มีการปรับปรุงแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพและเข้ากับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปและให้เกิดความสอดคล้องกับแผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 - 2565 ซึ่ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีหน้าที่ในการสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สาขาโรคมะเร็ง จึงเสนอให้มีการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับใหม่ขึ้น โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการ คือ

1. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)
2. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)
3. ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention Treatment)
4. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)
5. ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)
6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)
7. ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)

ยุทธศาสตร์ที่ 1
ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง
(Primary Prevention)

ยุทธศาสตร์ที่ 1

ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 มะเร็งที่พบมากในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนโรคมะเร็งที่พบมากในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปอด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จากเซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็งมีกระบวนการซับซ้อน ใช้เวลาหลายปีในการก่อโรค อีกทั้งสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งมาจากทั้งปัจจัยภายในร่างกาย (คุณสมบัติทางพันธุกรรม ภาวะทางระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะทางโภชนาการ เป็นต้น) และปัจจัยภายนอกในร่างกาย (สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคและการใช้สารเสพติด สภาพการดำเนินชีวิต สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม) การได้รับปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพหลายๆ อย่างร่วมกันจะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาในหลายๆ ด้าน ทำให้สามารถรักษามะเร็งหลายชนิดให้หายขาดได้ และสามารถหลีกเลี่ยงป้องกัน และตรวจคัดกรองมะเร็งบางชนิดได้ตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ทำให้ทราบสาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งในมนุษย์ ทำให้สามารถหามาตรการเพื่อป้องกันโรคได้อีกด้วย

แม้ว่าโรคมะเร็งจะเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของโลก แต่มะเร็งบางชนิดสามารถป้องกันได้โดยพบว่ามีร้อยละ 40 ของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งนั้นสามารถป้องกันได้ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทุกประเทศจัดทำมาตรการป้องกันโรคมะเร็ง (Primary Prevention) โดยให้มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถวัดผลได้ ซึ่งมาตรการการดำเนินการป้องกันโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ การป้องกันเพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมะเร็งดังกล่าวสามารถลดลงได้ด้วยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี การควบคุมพยาธิใบไม้ในตับ และฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสารเคมีจากการประกอบอาชีพ และจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) การสร้างความตระหนักและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพเพื่อการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โดยให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง โดยโน้มน้าวให้มีการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการกำหนดมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

เป้าหมาย

1. มีข้อมูลองค์ความรู้และฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในระดับประชากร และสามารถนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายได้
2. บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ประชาชน
3. ประชาชนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
4. มีเครือข่ายและกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกิจกรรมและจัดทำมาตรการป้องกันโรคมะเร็ง (Primary Prevention)
5. มีระบบบริการส่งเสริมและการป้องกันโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนที่ครอบคลุมและประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

แนวทางการพัฒนา

1. สนับสนุนให้มีการพัฒนาเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง ปรับปรุงสื่อประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เชิงรุก
2. สนับสนุนให้มีการสร้างฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งที่สำคัญในระดับประชากร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อการตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
3. พัฒนาเทคนิคและรูปแบบการสร้างความตระหนักรู้เพื่อโน้มน้าวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่เป็นรูปธรรมง่ายต่อการปฏิบัติและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น

การใช้สื่อดิจิทัลในการนำเสนอองค์ความรู้ วิธีการ และวิธีปฏิบัติให้กับประชาชน เพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย โดยเฉพาะการเข้าถึงกลุ่มเยาวชนที่เป็นคนรุ่นใหม่

4. พัฒนาและเสริมสร้างทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคมะเร็งแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข / ด้านส่งเสริมสุขภาพ
5. สร้างผู้นำต้นแบบในการสื่อสาร และกระจายความรู้สู่ประชาชนสร้างเครือข่ายในการรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งโดยประสานงานกับทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเพื่อกระจายข้อมูลให้ทั่วถึงชุมชนทุกแห่งและทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในโรงเรียนประถมและมัธยม
6. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการใช้วัคซีนในการป้องกันโรคให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

7. มีการศึกษาวิจัยปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประกอบอาชีพ และมีการใช้กลไกทางกฎหมายควบคุมปริมาณสารก่อมะเร็งที่สำคัญ เช่น แร่ใยหิน ฝุ่นละออง หมอกควัน สารเคมีทางการเกษตร

8. ส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานด้านสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนในการกำหนดนโยบายในด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

การกำหนดและพัฒนายุทธศาสตร์ ที่ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง โดยแบ่งความสำคัญตามอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ดังนี้

อวัยวะที่เป็นมะเร็ง	สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง	การป้องกัน/ควบคุม
มะเร็งตับและท่อน้ำดี • มะเร็งตับ	<ul style="list-style-type: none"> • การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี • สารอะฟลาทอกซิน (aflatoxin) ที่เกิดจากเชื้อราบางชนิด ซึ่งพบในอาหารประเภทถั่ว ข้าวโพด พริกแห้ง เป็นต้น • ภาวะความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ (Alcohol poisoning) และคุณสมบัติเป็นสารเสพติด • การได้รับ/ สัมผัสสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น สารทำละลายอินทรีย์ (Organic Solvents) เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิดป้องกันโรคมะเร็งเซลล์ตับอย่างต่อเนื่อง • ให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี • ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน • การปรับเปลี่ยนค่านิยมและรณรงค์ลดการดื่ม การลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • ป้องกันการสัมผัสและลดความเสี่ยงจากสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม • ให้ความรู้และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับประเภทของสารเคมีอันตรายที่เป็นสารก่อมะเร็งตับ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หรือหาสารทดแทน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
มะเร็งตับและท่อน้ำดี • มะเร็งท่อน้ำดี	<ul style="list-style-type: none"> • พยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis Viverrini; OV) ติดต่อกับการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดดิบที่มีตัวอ่อนของพยาธิในเนื้อปลา (พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทย) • การปนเปื้อนของเสียและสิ่งปนเปื้อนในแหล่งน้ำ อันเนื่องจากการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ 	<p>มาตรการเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ลดการบริโภค ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการ และเป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <ul style="list-style-type: none"> • กำกับดูแลการจัดการสิ่งปนเปื้อนของชุมชนและท้องถิ่นให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎหมายสาธารณสุข • ส่งเสริมความตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัย

อวัยวะที่เป็นมะเร็ง	สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง	การป้องกัน/ควบคุม
มะเร็งปอด	<ul style="list-style-type: none"> การสูบบุหรี่ และผู้ที่ได้รับควันจากบุหรี่ การได้รับ/ สัมผัสสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพ และจากมลพิษอากาศ เช่น ไอควันของสารโลหะหนัก ไอระเหยของสารประกอบอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic Compounds; VOC) เส้นใยแร่ใยหิน (แอสเบสตอส) เบริลเลียม ก๊าซเรดอนสารเคมีทางการเกษตร ผุ่นหินทราย (ซิลิกา) หมอกควัน เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> การรณรงค์และมีมาตรการให้เลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ และมีมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเยาวชนและนักสูบบุหรี่ใหม่ ให้ความรู้และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับประเภทของสารเคมีอันตรายที่เป็นสารก่อมะเร็ง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการดำเนินการให้มีมาตรการความปลอดภัยและกลไกทางกฎหมายเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีกฎหมายควบคุมและกำกับดูแลสารเคมีที่ใช้ทางการเกษตรและอุตสาหกรรม สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานกำกับดูแลการดำเนินกิจกรรมที่อาจก่อมลพิษสิ่งแวดล้อม
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	<ul style="list-style-type: none"> การบริโภคเนื้อแดง และเนื้อแปรรูป อาหารที่ปนเปื้อน หรือเจือปนสารก่อมะเร็ง เช่น อาหารปิ้งย่าง รมควันมักจะมีสารก่อมะเร็ง PAH เช่น benzo (a) pyrene, สารอะคริลาไมด์ (Acrylamide) เป็นต้น การรับประทานไขมันสูง หรืออาหารที่มีกากใยน้อย การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) และภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ 	<ul style="list-style-type: none"> ลดการบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป มีแผนอาหารและโภชนาการที่ระบุประเภทอาหารปนเปื้อนสารที่ก่อมะเร็งและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ มีแผนการรณรงค์ให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มะเร็งปากมดลูก	<ul style="list-style-type: none"> การได้รับเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) พฤติกรรมทางเพศ เช่น มีคู่นอนตั้งแต่อายุน้อย ๆ หรือมีคู่นอนหลายคน ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> ขยายการเข้าถึงวัคซีน HPV ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในเยาวชนไทย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจความสำคัญของการคัดกรองโรค
มะเร็งเต้านม	<ul style="list-style-type: none"> ความเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มีปฏิกริยากับฮอร์โมนโดยเฉพาะเอสโตรเจน) การใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี การสูบบุหรี่ การปนเปื้อนสารก่อมะเร็งในอาหาร ปิ้งย่าง รมควัน การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) และภาวะอ้วน การได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อยู่ในกลุ่มสารมลพิษตกค้างยาวนาน (Persistent Organic Pollutants: POPs) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งเต้านม จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการปนเปื้อนในห่วงโซ่อาหาร เช่น ดินดีที ดีลตริน อัลตริน เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักและโน้มน้าวการลดความเสี่ยงจากการบริโภคอาหาร และงดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้หญิง มีแผนการรณรงค์ให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ระมัดระวังในการใช้ฮอร์โมนเพศในการรักษาโรค ให้ความรู้และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับประเภทของสารเคมีอันตรายที่เป็นสารก่อมะเร็ง และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการดำเนินการให้มีมาตรการความปลอดภัยและกลไกทางกฎหมายเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. สนับสนุนและส่งเสริมพัฒนาการวิจัยและการถ่ายทอดองค์ความรู้และการสื่อสารความเสี่ยง
2. สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการถ่ายทอดความรู้และสื่อสารความเสี่ยง
3. สนับสนุนและส่งเสริมการสร้างฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเพื่อนำมาใช้กำหนดนโยบายและติดตามการดำเนินงาน เช่น ยาสูบ แอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HPV ในระดับประชากร สารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
4. จัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ตามประเด็นยุทธศาสตร์หลัก 2 ปัจจัย คือ

1) ปัจจัยด้านสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ที่พบได้ในสิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่

1.1) ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.1.1) ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบผ่านแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 - 2562 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

○ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และ นักสูบบุหรี่ใหม่โดยมี 4 ยุทธวิธี ได้แก่ (1) สร้างความตระหนักจิตสำนึกในพิษภัยยาสูบ ค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชนและประชาชนทั่วไป และพัฒนาสื่อ การสื่อสารที่เข้าใจผู้บริโภค (2) สร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน (3) พัฒนาศักยภาพแกนนำ และเครือข่ายเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ และ (4) เฝ้าระวัง ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจยาสูบในสถานศึกษา และกลุ่มเยาวชน

○ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ โดยมี 3 ยุทธวิธี ได้แก่ (1) สร้างเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายเพื่อการบำบัดผู้เสพยาสูบ (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้บริการเลิกยาสูบ และ (3) พัฒนาระบบบริการเลิกยาสูบและสายด่วนเลิกบุหรี่

○ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ โดยมี 4 ยุทธวิธี ได้แก่ (1) ปรับปรุงกฎหมายให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่งปลอดควันบุหรี่ 100% (2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดควันบุหรี่ (3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และค่านิยมของการเสพยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย และ (4) ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพเฝ้าระวังและควบคุมกำกับ และประเมินผลการทำสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

1.1.2) ขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบต่อกลุ่มเป้าหมาย หรือ มาตรการ “3 ลด 2 เพิ่ม” โดย

- 3 ลด คือ ลดนักสูบบุหรี่ใหม่ ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ และลดวันบุหรี่มือสองที่ทำงาน ที่สาธารณะ และที่บ้าน

- 2 เพิ่ม คือ เพิ่มผู้ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ จังหวัดและท้องถิ่น และเพิ่มบริการเชิงรุกเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่ พร้อมพัฒนาระบบบริการ

1.1.3) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายการมีส่วนร่วม และการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่เพื่อการควบคุมยาสูบ

1.1.4) พัฒนากฎหมายและกระบวนการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบของประเทศ

1.1.5) ประสานงานและพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจสถาบันการศึกษา องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน และสื่อมวลชน เพื่อการขยายผลและนำไปสู่ความครอบคลุมในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ

1.1.6) พัฒนาศักยภาพบุคลากร เจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และการช่วยเลิกบุหรี่ ร่วมไปกับการพัฒนาระบบบริการช่วยเลิกยาสูบในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

1.1.7) สื่อสารสาธารณะ/รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบแก่ประชาชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

1.2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.2.1) มีมาตรการควบคุมการเข้าถึง และลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้มาตรการทางภาษีและราคา การควบคุมสถานที่และเวลาในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้กลไกทางกฎหมายเป็นเครื่องมือ

1.2.2) การให้ความรู้ สร้างความตระหนักเพื่อโน้มน้าวปรับเปลี่ยนค่านิยมผู้บริโภค เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ เยาวชน และลดความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.2.3) การทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพ

1.2.4) การใช้บริบททางสังคมและเงื่อนไขในการดื่มเพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการทางสังคมและเงื่อนไขเชิงพื้นที่ เช่น มาตรการกำหนดระยะห่างของร้านค้ารอบสถานศึกษาที่สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกวันพระ กำหนดวงเงินช่วยเหลืองานศพของหมู่บ้านที่เพิ่มขึ้น หากไม่เลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

1.2.5) สนับสนุนเพิ่มการเข้าถึงระบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อรับคำแนะนำแบบสั้นและเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาในระยะเริ่มต้นป้องกันการลุกลามสู่การเกิดโรคมะเร็ง

- 1.3) การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- 1.3.1) ผลักดันการจัดทำมาตรการความปลอดภัยและกลไกทางกฎหมายโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการใช้มาตรการความปลอดภัยและกลไกทางกฎหมายโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการรัฐที่เอื้อต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพสำหรับผู้ประกอบอาชีพและผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- 1.3.2) พัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้านโรคมะเร็งสำหรับผู้ประกอบอาชีพและผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการ
- 1.3.3) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจากโรคมะเร็งสำหรับผู้ประกอบอาชีพและผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมเชิงประเด็นที่สำคัญตามมาตรฐานสากล
- 1.3.4) สร้างภาคีเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- 1.3.5) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการจัดทำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและสื่อสารความเสี่ยงสำหรับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- 1.4) สารก่อมะเร็งในอาหาร
- 1.4.1) พัฒนากลไกขับเคลื่อนทางสังคม และสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่ข้อมูล/ ข้อเท็จจริงของสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยอาหารแก่ผู้บริโภค
- 1.4.2) พัฒนาเทคโนโลยี และช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง/อาหารเสี่ยงมะเร็งสู่ประชาชน
- 1.4.3) ผู้ประกอบการมีกรรมวิธีการผลิตเพื่อลด หรือป้องกันการเกิดสารก่อมะเร็งจากกระบวนการผลิตอาหาร
- 1.4.4) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีโครงการแก้ปัญหาการตกค้างสารเคมีทางการเกษตรในผัก และผลไม้สด อย่างครบวงจรตั้งแต่ การปลูกพืช แปรรูป จำหน่าย และบริโภค
- 1.5) การบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป
- 1.5.1) พัฒนาคณะความรู้ ชุดข้อมูล เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค
- 1.5.2) พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภค เนื้อแดง เนื้อแปรรูป เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรง
- 1.6) พยาธิใบไม้ดับ
- 1.6.1) จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

- 1.6.2) เพิ่มการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการใช้สื่อที่หลากหลายในรูปแบบที่เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
- 1.6.3) ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ได้มาตรฐานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
- 1.6.4) ใช้มาตรการทางสังคมสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ
- 2) ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ได้แก่
- 2.1) อาหารที่ถูกหลักอนามัยและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ
- 2.1.1) เพิ่มหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ด้านการป้องกันโรคมะเร็ง เช่น การบริโภคผัก ผลไม้ การลดการบริโภคอาหารไขมันสูง ลดเค็ม
- 2.1.2) จัดเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ได้คุณค่าทางโภชนาการ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ และเน้นความปลอดภัยของอาหาร
- 2.1.3) มีมาตรการจูงใจผู้ประกอบการด้านอาหารในการพัฒนา/ปรับปรุงผลิตภัณฑ์ เพื่อลดสารก่อมะเร็งจนอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- 2.1.4) มีการขับเคลื่อนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรเพื่อผู้บริโภค และสื่อสาธารณะในการผลักดันการบริโภคอาหารที่ถูกหลักอนามัยและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกัน/ลดความเสี่ยง ของการเกิดโรคมะเร็ง
- 2.1.5) ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลโภชนาการเพื่อการเข้าถึงได้ง่าย และครอบคลุมต่อการใช้เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลดีและเสียต่อสุขภาพ
- 2.2) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity)
- 2.2.1) ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ความเข้าใจและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำ
- 2.2.2) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกาย เช่น เส้นทางเดิน เส้นทางจักรยาน ลานกีฬา สวนสาธารณะ ศูนย์กีฬา เป็นต้น
- 2.2.3) จัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ
- 2.2.4) พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลติดตามและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพ

2.3) การให้วัคซีน

การให้ความรู้ และปรับทัศนคติเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึง ความสำคัญ และความคุ้มค่าของการป้องกันโรคด้วยวัคซีน

ตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดโรคมะเร็งที่ป้องกันได้ลดลง
2. มีนโยบายสาธารณะ (public policy) เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหาร และมีกิจกรรมทางกาย
3. มีกฎหมายควบคุมสารก่อมะเร็งที่สำคัญ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
6. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
7. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

8. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

9. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

10. สำนักบริหารการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

11. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ

12. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค

13. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

14. กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. กรมประชาสัมพันธ์
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
3. กรมสุขภาพจิต
4. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
5. กรมโรงงานอุตสาหกรรม
6. กรมวิชาการเกษตร
7. สำนักงานประกันสังคม
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2
ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
(Secondary Prevention)

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)

หลักการและเหตุผล

การตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกถือเป็นยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม และใช้เวลาไม่นานมากที่จะเห็นผลลัพธ์ การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการคัดกรองมะเร็งจะสามารถลดอัตราการป่วย และการตายจากโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้ การตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) Early Diagnosis คือการค้นหาผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการ ซึ่งมักจะเกิดจากการตรวจคัดกรองให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการสังเกตอาการ หรือตรวจสิ่งผิดปกติ จะทำให้ตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก หลักการของ Early Diagnosis บางครั้งเรียกว่า down-staging

2) Screening คือการตรวจคัดกรองโรคด้วยวิธีการหรือชุดตรวจมาตรฐาน ในผู้ที่ยังไม่มีอาการ หากพบผลการคัดกรองผิดปกติจะนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยหลักเกณฑ์ในการที่จะดูว่าโรคมะเร็งชนิดใดสมควรจะนำมาทำการคัดกรอง มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. โรคนั้นต้องเป็นปัญหาที่ใหญ่มากพอในกลุ่มประชากรที่ทำให้ผลการคัดกรองมีความคุ้มค่า
2. รู้ถึงธรรมชาติ หรือกระบวนการดำเนินโรค และระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการมีความยาวนานพอต่อการคัดกรอง
3. วิธีการคัดกรองที่ใช้ต้องเป็นที่ยอมรับ และมีหลักฐานว่าสามารถตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ โดยมีผลบวกสูงและผลลบต่ำ
4. ต้องมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ของวิธีการคัดกรองต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ตรวจและผู้รับการคัดกรองและมีแผนติดตามข้อมูล
6. มีความพร้อมด้านเครื่องมือ และกำลังคน

การคัดกรองโรคมะเร็งอาจทำได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การคัดกรองแบบระบบ (Organized Screening) เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบขึ้นเพื่อใช้ในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่โดยทั่วไปจะใช้เป็นแบบแผนในระดับชาติ หรือระดับภูมิภาค ในขณะที่การคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening) เป็นการคัดกรองที่ทำให้

โดยอิสระขึ้นอยู่กับโปรแกรมที่เลือกใช้ของแต่ละองค์กร หรือแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองชนิดนี้คือ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ การคัดกรองแล้วแต่โอกาสทำการคัดกรองโดยผู้ให้บริการแนะนำแก่ผู้รับบริการในระหว่างที่ไปปรึกษาสุขภาพหรือจากความต้องการของผู้รับบริการเอง

การทำแผนการคัดกรองระดับประเทศจึงเป็นการคัดกรองแบบเป็นระบบ มีการทำงานบูรณาการกับทุกหน่วยงานในแต่ละระดับ โดยการคัดกรองจะเน้นการดำเนินงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวก มีความครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย และสามารถส่งต่อไปทำการวินิจฉัยโรครวมถึงการคัดกรองต้องนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือรักษาให้หายขาดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาโรคมะเร็งในระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยมีระบบส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร

เป้าหมาย

1. ประชาชนมีความรู้และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
2. ให้ประชาชนตระหนักถึงสัญญาณอันตรายหรืออาการผิดปกติเบื้องต้นจะได้รับไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค
3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึง และได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งโดยเฉพาะที่เป็นนโยบายระดับชาติอย่างทั่วถึง
4. ความสำเร็จและความยั่งยืนของการตรวจคัดกรองระดับชาติของมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
5. มีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกเริ่มจำนวนเพียงพอ
6. มีเครื่องมือที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและรักษาโรค

แนวทางการพัฒนา

1. สนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์ขับเคลื่อนสื่อสาธารณะ ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมาร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

- พัฒนาเนื้อหาวิชาการเพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการคัดกรองและค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค
- พัฒนาสื่อการสอนเพื่อให้ประชาชนเข้าใจ ขั้นตอนการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรค รวมถึงปรับปรุงแนวทางการคัดกรองโรคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
- พัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูลการคัดกรอง การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค รวมถึงการรายงานผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน
- ประเมินและติดตามผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละพื้นที่ ให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- มีการศึกษาวิจัยการคัดกรองโรคมะเร็งด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยให้ผลการคัดกรองที่ให้ผลดีกว่าวิธีเดิม
- มีการศึกษาวิจัย การคัดกรองมะเร็งอวัยวะอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและคุ้มค่า ที่สามารถทำได้ในขณะนี้

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

จัดทำแผนการตรวจคัดกรอง และตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ตามโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ดังนี้

มะเร็งปากมดลูก

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่อง มะเร็งปากมดลูก โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่ ผู้นำสตรี ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และความจำเป็นในการตรวจ Pap smear, VIA และ HPV testing ผ่านสื่อต่างๆ โดยเน้นสื่อออนไลน์ Social media ส่วนในบางพื้นที่อาจยังคงต้องมีวิทยุกระจายเสียง หอกระจายเสียง หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แจกเอกสารให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น
- จัดฝึกอบรมวิชาการและทักษะแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ให้ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจ และสามารถทำ Pap smear และ VIA อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และมีความเข้าใจในระบบรายงานผลแบบ Bethesda system โดยเฉพาะ version ใหม่ๆ
- จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยา และพยาธิแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความสามารถในการอ่าน และรายงานผล Pap smear แบบ Bethesda System อย่างถูกต้อง
- ทำการฝึกอบรมสูตินรีแพทย์ให้มีจำนวนเพียงพอ ในการตรวจ

วินิจฉัยสตรีที่มีผล Pap smear, VIA หรือ HPV Testing ผิดปกติ โดยวิธี Colposcopy และการรักษา Cervical Intraepithelial Neoplasia โดยมีการจัดทำ mapping ของทรัพยากรในแต่ละเขตสุขภาพ

- จัดทำศูนย์เซลล์วิทยา เพื่อช่วยบริหารจัดการการอ่านผล Pap smear ในจังหวัดที่ยังไม่สามารถอ่าน slide ที่ทำจากสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ทันตามกำหนดเวลา และจัดทำศูนย์เครื่องมือการตรวจคัดกรอง เพื่อทำ Quality Control และ Quality Assurance Programs
- ทำข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Testing ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ผลการคัดกรองที่ดี วิธีการทำไม่ยุ่งยาก และเป็นที่ยอมรับในหลายประเทศมาใช้คัดกรองเป็นแบบ primary screening เพื่อลดภาระการคัดกรองด้วยวิธี pap smear และ VIA และทำให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ทำข้อเสนอแนะให้สตรีที่ยังไม่กล้าตรวจคัดกรองโรคเพราะอาย ไม่สะดวกหรือ ไม่มีเวลาสามารถใช้วิธี self collection คือ การเก็บส่งตรวจ การติดเชื้อ HPV ด้วยตัวเอง

มะเร็งเต้านม

- จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจเต้านม (Breast Self Examination) ด้วยตัวเองที่ถูกต้อง ให้ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงประโยชน์ (benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- สนับสนุนการตรวจเต้านมด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination)
- สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเต้านม (Breast clinic) ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง เพื่อเป็นการวางระบบการดูแล ผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคทางเต้านมอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยให้มีมาตรฐาน
- จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องการทำ needle biopsy, ultrasound, mammogram เพื่อการวินิจฉัยโรค
- สนับสนุนการทำโครงการวิจัยนำร่องการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมในประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรอง เพื่อการขยายผลในระดับประเทศต่อไป

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุกระจายเสียง หอกระจายเสียง หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แจกเอกสารให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น
- จัดการอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ และการตรวจสอบคุณภาพของการคัดกรอง
- จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้มีความรู้และความชำนาญในการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)
- มีการบูรณาการการ share resources การส่องกล้องในเขตสุขภาพในจังหวัดที่มีความขาดแคลน
- จัดทำระบบส่งต่อ รองรับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองอุจจาระหลังได้ผลบวก รวมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา เมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง

มะเร็งช่องปาก

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งช่องปาก โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งช่องปากแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สนับสนุนให้อบรมแพทย์และทันตแพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในการตรวจหารอยโรคที่เป็นมะเร็งช่องปาก และสามารถแยกรอยโรคหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะแรกของมะเร็งช่องปากได้
- จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากรในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปากสูง หรือในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งประกอบด้วย
 - มีอาการต่อไปนี้ในช่องปากนานกว่า 2 สัปดาห์
 - แผล
 - ก้อน
 - อาการเจ็บเรื้อรัง
 - มีก้อนที่ลำคอ

- มีอาการกลืนเจ็บ หรือกลืนติดปกติ
- มีเลือดออก หรือเลือดปนน้ำลาย
- มีประวัติสูบบุหรี่ ยาเส้น บุหรี่มวนเองนานกว่า 10 ปี
- มีประวัติเคี้ยวหมาก ใช้ใบยาสูบเป็นประจำ

มะเร็งเซลล์ตับ

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งเซลล์ตับ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งตับแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการตรวจหามะเร็งตับระยะเริ่มแรก เช่น การติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี หรือผู้ป่วยตับแข็งด้วยการตรวจ ultrasound, Alpha-Feroprotien (AFP), liver function test ในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปี และในเพศหญิง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และหากมีประวัติครอบครัว อาจเริ่มที่อายุ 30-35 ปี
- สนับสนุนการตรวจในผู้ที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ให้มีการตรวจหา HBsAg and Anti-HBs หากพบว่าไม่มี immune ควรแนะนำให้ฉีดวัคซีน

มะเร็งท่อน้ำดี

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งท่อน้ำดี โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งตับแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งตับและการติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยการทำ ultrasound
- จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการวินิจฉัยผล ultrasound ตับและท่อน้ำดี
- จัดทำระบบส่งต่อผู้ที่มีผลคัดกรองด้วย ultrasound ผิดปกติ เพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาเมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง
- สนับสนุนความร่วมมือกับภาคเอกชน และ NGO

ตัวชี้วัด

1. มีนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับความตระหนักถึงความจำเป็นในการคัดกรองโรค รวมถึงสัญญาณอันตรายของโรคเริมเริงในทุกเขตสุขภาพ
2. อัตราการเกิดโรคเริมเริงระยะแรกเพิ่มขึ้นและอัตราการเกิดโรคเริมเริงระยะลุกลามที่ลดลงในเริงที่มีการคัดกรอง
3. อุบัติการณ์การเกิดโรค และอัตราตายของโรคเริมเริงที่คัดกรองได้ลดลง
4. มีอัตราการเข้าถึงของประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์
3. กรมอนามัย
4. กรมควบคุมโรค
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
7. สมาคมวิชาชีพต่างๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
3. องค์การบริหารส่วนตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3
ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
(Tertiary Prevention - Treatment)

ยุทธศาสตร์ที่ 3

ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention - Treatment)

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้โรคมะเร็งสามารถรักษาหายขาดได้ โดยเฉพาะมะเร็งที่ตรวจพบในระยะเริ่มแรก แต่สิ่งที่สำคัญเป็นอันดับแรกของการรักษาโรค คือ การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและถูกต้อง การใช้เครื่องมือเฉพาะต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงจุดที่เป็นพยาธิสภาพ เช่น Bronchoscopy, Colonoscopy, Colposcopy หรือ Laparoscopy และนำชิ้นเนื้อดังกล่าวมาทำการพิสูจน์ชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค เช่น Fine Needle Aspiration Biopsy (FNA) หรือ Tissue biopsy ด้วยวิธีต่าง ๆ ขึ้นต่อกันจากนั้น คือ การวินิจฉัยระยะของโรค (stage) โดยอาศัยการตรวจร่างกายจาก imaging study ได้แก่ CT scan, MRI, Ultrasound หรือ PET scan เป็นต้น ผลเลือด ผลชิ้นเนื้อ รวมทั้งลักษณะของก้อนที่พบจากการผ่าตัด ล้วนมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค กระบวนการเหล่านี้ไม่เพียงแต่ต้องอาศัยเงินทุน สถานที่ และเครื่องมือ แต่รวมไปถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะของบุคลากรระดับต่าง ๆ อีกด้วย ดังนั้น การวางแผนยุทธศาสตร์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรมีการจัดลำดับความจำเป็นและกำหนดขีดความสามารถของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของระบบบริการ รวมไปถึงการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้นและได้มีการพัฒนาวิธีการรักษาเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น Targeted Therapy, Immunotherapy ซึ่งแบ่งออกเป็น Monoclonal antibodies, Immune checkpoint inhibitors, Cancer vaccines และ Non-specific immunotherapies ซึ่งยังมีการวิจัยและศึกษาอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าการรักษาโรคมะเร็งจะมีการพัฒนาและประสิทธิภาพสูง แต่การรักษาโรคมะเร็งยังคงมีราคาสูงมาก เนื่องจากยารักษาโรคมะเร็ง (เคมีบำบัด) ยารักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในทางศัลยกรรม และรังสีรักษา ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ เพราะฉะนั้นการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้ ควรมีมาตรการควบคุมที่เหมาะสมให้มีการกระจายการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและทั่วถึง เพื่อให้บรรลุถึงประโยชน์สูงสุด

การรักษาโรคมะเร็งให้ได้ผลดีจำเป็นต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเริ่มกระบวนการรักษา ดังนั้นการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างโอกาสการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งได้อย่างทัน่วงที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะสำหรับประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดว่า ควรมีการกระจายศูนย์การรักษาเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการการรักษาโรคมะเร็งมากกว่าการมีศูนย์รักษาที่ทันสมัยเพียงไม่กี่แห่ง

นอกเหนือไปจากการรักษาโรคมะเร็งวิธีหลัก ๆ คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งวิธีการรักษาจะนิยมใช้ในรูปแบบของการผสมผสานทั้ง 3 วิธี การให้บริการคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา วิธีการปฏิบัติ และการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดความไม่เข้าใจ และความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ หรืออาจไปพึ่งการรักษาวิธีอื่นที่ไม่ใช่การรักษาตามมาตรฐาน การกำหนดขีดความสามารถด้านการรักษาโรคมะเร็งในแต่ละด้านของสถานพยาบาลต่างๆ จะช่วยทำให้เกิดการกระจายการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างทั่วถึงมากขึ้น และลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงและได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และเพิ่มอัตราการอยู่รอด รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่พบบ่อย อย่างมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานสากล ทั้งประเทศ
2. มีเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ
3. สนับสนุนให้นำผลวิจัยทางคลินิกที่มีประโยชน์มาใช้งาน และสนับสนุนการศึกษาความคุ้มค่าในการรักษามะเร็งด้วย

- กระบวนการต่างๆ เพื่อนำมาใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
4. เพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะเริ่มแรก โรคมะเร็งกลุ่มลุกลามเฉพาะที่ (Locally advance) และกลุ่มที่โรคมะเร็งกลับเป็นใหม่ ตลอดจนการแพร่กระจาย (Recurrent/Metastasis)
 5. สนับสนุนให้มียาที่ใช้สำหรับรักษาโรคมะเร็งของประเทศอย่างเพียงพอและเหมาะสม
 6. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการใช้แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสมนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบผสมผสาน โดยมีมาตรฐานความปลอดภัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ

แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนามาตรฐานการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาล
 - 1.1 จัดทำมาตรฐานของสถานพยาบาลด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง
 - 1.2 พัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลที่มีอยู่เดิมให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น และเหมาะสม
 - 1.3 จัดทำแนวทางปฏิบัติของการวินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งระดับชาติ (National Clinical Practice Guidelines) รวมทั้งแนวทางพิจารณาการส่งต่อในโรคมะเร็งที่พบบ่อย และสนับสนุนให้เกิดการนำไปปฏิบัติ
 - 1.4 พัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาเฉพาะทาง และระบบการประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งของสถานพยาบาล ในโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศ (แต่ละระดับของสถานพยาบาล)
 - 1.5 พัฒนาสถานพยาบาลด้านโรคมะเร็งระดับตติยภูมิขึ้นไปสู่ความเป็นเลิศในการรักษาโรคมะเร็ง (Comprehensive Cancer Center)
 - 1.6 สนับสนุนให้มีการจัดทำประเมินความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีของกระบวนการวินิจฉัย (Precision medicine) และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่าง ๆ (Technology Assessment)
 - 1.7 พัฒนาศึกษาและการวิจัยด้านโรคมะเร็ง ตลอดจนถึงฝึกอบรม ประชุมวิชาการแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 1.8 จัดทำแนวทางการนำแพทย์ทางเลือก (Alternative) และแพทย์แผนไทย เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์และมีการวิจัยทางคลินิกรองรับ
2. พัฒนาการเข้าถึงการรักษา
 - 2.1 พัฒนาศูนย์การรักษาโรคมะเร็งที่มีคุณภาพมาตรฐานให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ และเพียงพอกับ

จำนวนผู้ป่วย

- 2.2 พัฒนาระบบเครือข่ายสารสนเทศ ตลอดจนเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล เพื่อให้คำปรึกษาการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
 - 2.3 พัฒนาระบบการประกันเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัย และเข้าสู่ระบบการรักษา
- ### 3. พัฒนาระบบการส่งต่อ
- 3.1 กำหนดและจัดทำฐานข้อมูลของระบบการส่งต่อ (ในการตรวจวินิจฉัย/ รักษา/ ประคับประคอง) ตามขีดความสามารถของสถานพยาบาล (Cluster of competency หรือ capability) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานพยาบาลและพิจารณาการส่งต่อในด้านต่างๆ
 - 3.2 บูรณาการรูปแบบและกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามความเหมาะสมกับปริมาณทรัพยากรของประเทศ
2. ตั้งเกณฑ์มาตรฐานการตรวจประเมินสถานพยาบาลให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง
3. การจัดทำ เผยแพร่ และการประเมินการใช้คู่มือการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง (National Clinical Practice Guidelines) ที่สำคัญของประเทศไทย นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม
4. พัฒนาการทำงานและบริหารจัดการ ตามระบบการแบ่งเขตสุขภาพร่วมกันในเครือข่าย
 - 4.1 กำหนดและแบ่งเขตโรงพยาบาลหรือศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอยู่ขณะนี้ ให้แบ่งเขตตามสภาพภูมิศาสตร์ ระยะทาง และสะดวกในการคมนาคม และมีการจัดตั้งระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละภูมิภาค จะได้มีการรับทราบปัญหาและพัฒนาระบบส่งต่อให้มีศักยภาพที่ดีขึ้น
 - 4.2 จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อ และส่งกลับของสถานพยาบาล (เอกสาร และข้อมูลด้านต่าง ๆ ทางคลินิก รวมทั้งสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย) รวมทั้งบูรณาการระบบให้มีประสิทธิภาพ
 - 4.3 สร้างระบบเครือข่ายสารสนเทศ ตลอดจนเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล และจัดหาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการให้คำปรึกษา การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งภายในเครือข่ายการดูแลและสร้างเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วย
 - 4.4 จัดทำระบบรองรับการส่งต่อและพัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

5. จัดทำ Mapping ของศูนย์ความเป็นเลิศในการรักษาโรคมะเร็งและแผนการพัฒนาทรัพยากรภายในศูนย์ความเป็นเลิศให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศตามภูมิสารสนเทศ (Geographic Information System, GIS) และสอดคล้องกับระบบเครือข่ายอย่างเหมาะสม

6. สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาระดับวิชาชีพด้านโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง และจัดหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งจัดประชุมวิชาการในระดับต่างๆ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และสนับสนุนให้เกิดการวิจัยโรคมะเร็งทางคลินิกแบบสหสถาบัน และสหสาขา

7. สนับสนุนให้มีการจัดทำประเมินความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ (Technology Assessment) เพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม

8. สนับสนุนให้มีการพัฒนาโครงการเพื่อทำวิจัยร่วมทั้งด้านคลินิกและด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ระหว่างแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน ตลอดจนนักวิจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย เพื่อนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับประเทศในระยะต่อไป

9. จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน ระยะเวลาการรอคอยเพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

9.1 ระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

9.2 ระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

9.3 ระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

9.4 ระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

ตัวชี้วัด

1. มี Clinical Practice Guideline (CPG) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย หรือมะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมะเร็งที่เป็นปัญหาของประเทศ
2. มีแผนระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ
3. ระยะเวลาการรอคอยของการวินิจฉัยและการรักษาลดลงและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

4. อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลง

5. อัตราอยู่รอดของโรคมะเร็งที่รักษาได้ดีขึ้น

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์ และโรงพยาบาลในสังกัด
3. กรมพัฒนาการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. องค์การเภสัชกรรม
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. โรงพยาบาลตำรวจ
8. โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
9. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
10. โรงพยาบาลเอกชน
11. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการอุดมศึกษา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สมาคมวิชาชีพ
2. กรมบัญชีกลาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4
ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative Care)

ยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

หลักการและเหตุผล

ตามทศวรรษการอนามัยโลกประกาศข้อมติให้ประเทศสมาชิกบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ จึงนำมาสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ สาขาการดูแลแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพของโรคเรื้อรังหลายสาขา โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นเป้าหมายอันดับต้นของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก ที่ต้องจัดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) นั้นครอบคลุมความหมายเหล่านี้

- การส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ร่วมวางแผนในการตัดสินใจการดูแลตนเองล่วงหน้า (Patient and Family Center, Advance Care Plan) จนถึงวาระสุดท้าย และเลือกรูปแบบการจากไปตามความประสงค์ เพื่อรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

- การรักษาบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ตลอดระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและอาการรบกวนอื่นๆ จนถึงวาระสุดท้าย

- การดูแลช่วยเหลือคำจูนผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค และการรักษาในระยะต่าง ๆ ตลอดจนช่วงเวลาโศกเศร้าของครอบครัวหลังการเสียชีวิต

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งประมาณ 122,757 ราย เพศชาย 59,662 ราย เพศหญิง 63,095 ราย และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 78,540 ราย เพศชาย 45,016 ราย และเพศหญิง 33,524 ราย ซึ่งผู้ป่วยควรได้เริ่มการดูแลแบบประคับ

ประคองภายในเวลา 8 สัปดาห์ หลังได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตในรูปแบบต่างกันไปตามระยะโรค ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนักวิชาการทางการแพทย์ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องทุกระดับร่วมกัน จัดบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เท่าเทียม ทั้งในระดับสถานพยาบาล ชุมชน สังคม ในปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองเกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ได้รับการสนับสนุนค่าตอบแทนยา อุปกรณ์แบบเหมาจ่ายตามช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต ดังนั้น เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการบริการที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวมีคุณภาพ (Quality) ได้มาตรฐาน สามารถเข้าถึง (Access) ได้อย่างเท่าเทียม (Equity)

เป้าหมาย

1. เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ และได้รับการรักษาอาการที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ และประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวได้เริ่มการดูแลในระยะเวลาที่เหมาะสม (ภายในเวลา 8 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย) สามารถร่วมกำหนดแผนการรักษา (Advance care plan) ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพตามเจตจำนง และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดบริการวิชาการแบบบูรณาการ เพื่อให้บุคลากร สหวิชาชีพ และผู้ดูแล มีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง
4. ระบบหลักประกันสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนการรักษาแบบประคับประคอง

แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาการบริการด้านรักษาแบบประคับประคองในระดับ

โรงพยาบาล คลินิกหออัครอบครัว

2. บริหารจัดการยาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids และยากลุ่มอื่น ๆ เพื่อจัดการอาการรบกวน ให้เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยระดับประคองสามารถเข้าถึงยาระงับปวดได้
3. พัฒนาศูนย์เฉพาะทาง Palliative Care Clinic ตามบริบทของสถานพยาบาล สนับสนุนให้มีระบบแม่ข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมะเร็ง พัฒนาเครือข่ายส่งเสริมให้ชุมชน ภาคประชาสังคมร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการ
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ต่อเนื่อง
5. พัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลแบบประคับประคอง
6. พัฒนาศูนย์การเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
7. ผลักดันการปรับปรุงระเบียบข้อกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนของระบบประกันสุขภาพทุกสิทธิ เพื่อเอื้ออำนวยในการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ชุมชน และบ้าน อย่างเท่าเทียม

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. การประเมินหน่วยบริการด้านรักษาแบบประคับประคอง ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. การบริหารจัดการยาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids และยากลุ่มอื่น ๆ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) ให้เพียงพอต่อความต้องการผู้ป่วยระดับประคองสามารถเข้าถึงได้
 - 2.1 กำหนดบัญชียาระงับปวด และยาที่ใช้จัดการอาการรบกวนสำหรับผู้ป่วยระดับประคองในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ
 - 2.2 การสำรวจปริมาณการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids เพื่อกำหนดกรอบการจัดหาและครอบครองยาในหน่วยบริการระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ทุกระดับอย่างเหมาะสม
3. พัฒนาศูนย์เฉพาะทาง Palliative Care Clinic ตามบริบทของสถานพยาบาล สนับสนุนให้มีระบบแม่ข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมะเร็ง โดยให้มีบุคลากรที่มีสมรรถนะปฏิบัติงานเต็มเวลาเพื่อ
 - 3.1 ให้คำปรึกษาแก่บุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งในและนอกเวลาราชการ ผ่านระบบการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ
 - 3.2 พัฒนาระบบการปรึกษาศูนย์เฉพาะทางอื่น ๆ และหน่วยกิจกรรมบำบัดที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกดูแลช่องเปิด

และแผล (Ostomy and Wound Care Clinic) คลินิกโภชนาการ (Nutrition Clinic) คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physical and Rehabilitation Clinic) การแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) ศิลปะบำบัด (Art therapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) จินตภาพบำบัด (Imaginary) การฝึกอาชีพ (Occupational therapy) สถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ฯลฯ

4. พัฒนาเครือข่ายส่งเสริมให้ชุมชน ภาคประชาสังคม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการ

4.1 สร้างความเข้าใจการรับรู้ของประชาชนผ่านสื่อประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ

4.2 การส่งเสริมให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดูแล ไปจนถึงจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) อย่างมีธรรมาภิบาล โดยรัฐควบคุมกำกับมาตรฐาน

5. การบริหารจัดการอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และกำหนดแนวทางในการยืมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ที่บ้าน เมื่อออกจากโรงพยาบาล

6. การจัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการบริการภายในหน่วยบริการ และการส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่าย ที่ผู้ป่วยหรือผู้แทนมีความประสงค์จะให้รับทราบข้อมูล เพื่อให้การรักษาแบบประคับประคองตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงไว้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

7. การศึกษา วิจัย สร้างองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เผยแพร่ความรู้ด้วยการประชุม ฝึกอบรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป

8. การขอปรับรหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อนำเข้าสู่การคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ในระบบการจ่ายค่าตอบแทนการบริการของสถานพยาบาล และการตั้งงบประมาณในส่วนของการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication และยากลุ่มอื่น ๆ ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (นิยามและเกณฑ์ตัวชี้วัดตาม service plan palliative care)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ทั่วประเทศที่ผ่านตามาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ระดับตีหรือปานกลาง

3. ระบบหลักประกันสุขภาพจ่ายค่าตอบแทนการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาล
4. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในแต่ละช่วงเวลา ได้รับการดูแลไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
7. องค์การเภสัชกรรม
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
9. กรมการแพทย์
10. กรมสุขภาพจิต
11. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
12. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
13. กระทรวงมหาดไทย
14. โรงพยาบาลเอกชน และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)
16. ราชวิทยาลัยต่าง ๆ
17. สภาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม เป็นต้น
18. กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
19. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
20. องค์กรภาคีต่าง ๆ เช่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) องค์กรด้านศาสนา และมูลนิธิต่าง ๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์
2. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 5
ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง
(Cancer Informatics)

ยุทธศาสตร์ที่ 5

ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)

หลักการและเหตุผล

สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer informatics) คือ การบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีอยู่ในรูปแบบต่างๆ ให้อยู่ในรูปแบบของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนการป้องกันควบคุมรักษาโรค และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านโรคมะเร็งทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับประเทศ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความสำเร็จและผลกระทบของแผนเหล่านั้น สารสนเทศโรคมะเร็งเป็นการผสมผสานระหว่างวิทยาการทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการทางด้านคอมพิวเตอร์ การจัดการระบบฐานข้อมูล การเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต การเชื่อมต่อผ่านทางระบบสื่อสาร รวมไปถึงโปรแกรมสำเร็จรูปต่าง ๆ ทั้งที่พัฒนาขึ้นเอง หรือโปรแกรมที่ใช้ในระดับสากล เข้ากับองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลรหัสโรค ผลทางพยาธิวิทยา ลักษณะทางสัณฐานวิทยาของโรคมะเร็ง ระยะของโรค การลุกลามของโรค ข้อมูลการรักษา ตลอดจนข้อมูลในการติดตามผู้ป่วย รวมไปถึงข้อมูลทั่วไปพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งวิทยาการทางด้านสารสนเทศ เป็นเครื่องมือที่ช่วยบริหารจัดการทางด้านข้อมูลโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นรวบรวมข้อมูล การประมวลผล ตลอดจนเป็นช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลทางด้านโรคมะเร็งให้สามารถทำได้ง่ายขึ้น มีความก้าวหน้า ทันสมัย มีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยที่สามารถตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งได้ มีเป็นจำนวนมาก ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้ จะมีการเก็บข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งไว้ภายในโรงพยาบาล จึงเกิดฐานข้อมูลย่อย ๆ ทั่วประเทศ การนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประโยชน์อาจไม่ครบทุกฐานข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นำไปสู่การวางแผนการบริหารจัดการด้านโรคมะเร็งของประเทศผิดพลาดได้ ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็งจึงถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ในการดำเนินงานด้านโรคมะเร็ง เพราะมีผลกระทบโดยตรงกับการบริหารจัดการในทุกมิติของโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์

1. จัดทำฐานข้อมูลกลางและวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศ ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับชุมชน (Population based cancer registry) และเชื่อมต่อเครือข่ายทั่วประเทศ
 - 1.2 ฐานข้อมูลมะเร็งระดับโรงพยาบาล
2. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงและรวบรวมฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
 - 2.1 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับ
 - 2.2 ข้อมูลเครื่องมือการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
 - 2.3 ข้อมูลบุคลากรด้านการดูแล และรักษาโรคมะเร็ง
3. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็งระดับชาติ
 - 3.1 จัดทำข้อมูลให้ง่ายต่อการเข้าถึงที่สามารถแสดงผลในเชิงวิเคราะห์ และเชิงพรรณนา เพื่อให้มีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลาย
 - 3.2 จัดทำเว็บไซต์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ข้อมูล และติดตามตัวชี้วัดด้านโรคมะเร็งของประเทศ

เป้าหมาย

1. มีข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งของประเทศที่มีคุณภาพ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในทุกมิติของการป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ เพื่อใช้ในการบริหารโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างความพึงพอใจให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและสามารถเข้าถึงได้ง่าย
2. มีเครือข่ายสารสนเทศเชื่อมโยงทั้งในและต่างประเทศ

แนวทางการพัฒนา

1. ด้านข้อมูล
 - 1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital based cancer registry) ในด้านความครอบคลุมของข้อมูล โดยเชื่อมต่อกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ประสานกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และผู้ดูแลฐานข้อมูลของกรุงเทพมหานคร เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นฐานข้อมูลของประเทศ

1.3 ประสานกับผู้พัฒนาโปรแกรม CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ดูแลฐานข้อมูลของกรุงเทพมหานคร เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลการคัดกรองมะเร็งตับเป็นฐานข้อมูลของประเทศ

1.4 จัดทำนโยบายและข้อตกลงที่ชัดเจนเรื่องการให้ข้อมูลโรคมะเร็งของแต่ละหน่วยงาน กรณีที่มีการร้องขอข้อมูล

1.5 พัฒนาและส่งเสริมการใช้ข้อมูลที่สามารถแสดงผลในเชิงวิเคราะห์ และเชิงพรรณนา โดยพัฒนารูปแบบฐานข้อมูลจากองค์กรระดับสากล เช่น GLOBOCAN database ของ International Agency for Research on Cancer (IARC)

2. ด้านบุคลากร และครุภัณฑ์

2.1 รวบรวมข้อมูลบุคลากร และครุภัณฑ์ที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน โดยอ้างอิงข้อมูลครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จากกองบริหารการสาธารณสุข (กบร.ส.) กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ในเรื่องของบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

2.2 จัดตั้งผู้รับผิดชอบการทำทะเบียนมะเร็งโดยตรง และมี career path ที่ชัดเจน

2.3 จัดการฝึกอบรมการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับ Population & Hospital based ทั้ง Basic และ Advance รวมไปถึงข้อมูลสาธารณสุขอื่น ๆ ด้านโรคมะเร็ง และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน พร้อมประเมินคุณภาพ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การบริหารจัดการข้อมูลทางสถิติที่ถูกต้อง และมีคุณภาพ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศโรคมะเร็งระดับชาติ
2. พัฒนาและเชื่อมโยงโปรแกรมในการจัดเก็บฐานข้อมูลต่าง ๆ
3. จัดทำแผนพัฒนาการทำทะเบียนมะเร็ง และเครือข่าย
4. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลมะเร็งระดับชาติ
5. วางระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์
6. เผยแพร่ข้อมูลมะเร็ง

ตัวชี้วัด

1. คุณภาพของข้อมูล
ความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูล Hospital-Population

based cancer registry, Incidence, ASR, %MV, %DCO, Staging อย่างน้อยให้ได้ตามมาตรฐานสากล

2. การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

- o วัดจำนวนครั้งของการนำไปใช้
- o ความพึงพอใจในการใช้ข้อมูล

3. การเผยแพร่

3.1 มีการรวบรวมข้อมูล Cancer in Thailand ทุก 3 ปี วิเคราะห์ และจัดพิมพ์ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากรวบรวมข้อมูล

3.2 มีการจัดพิมพ์ข้อมูล Hospital based ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

3.3 มีข้อมูลอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูง 5 อันดับแรกของประเทศ

3.4 มีข้อมูลอัตราตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทยทุกปี

3.5 มีข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับ

4. มีหลักสูตรการอบรม (Training) ทะเบียนมะเร็ง จัดหลักสูตร Training ทั้งในและต่างประเทศ และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน พร้อมประเมินคุณภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กระทรวงสาธารณสุข

- 1.1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.2 กรมการแพทย์
- 1.3 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 1.4 สำนักบริหารการสาธารณสุข
- 1.5 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- 1.6 โรงพยาบาลมะเร็งส่วนภูมิภาค
- 1.7 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ

โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

2. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

- 2.1 คณะแพทย์ศาสตร์ทุกแห่ง
- 2.2 โรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทย์ทุกแห่ง

3. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
5. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
6. โรงพยาบาลเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6
ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกัน
และควบคุมโรคมะเร็ง
(Cancer Control Research)

ยุทธศาสตร์ที่ 6

ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)

หลักการและเหตุผล

การวิจัยถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสำเร็จได้ จุดมุ่งหมายหลักของการทำ Cancer Control Research คือ การวิจัยเพื่อลดอัตราการตายและการสูญเสียจากโรคมะเร็ง รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การที่แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีการวิจัยในระยะต่างๆ ทั้งการพัฒนาแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การวิเคราะห์และประเมินความสำเร็จ รวมทั้งยังสามารถนำงานวิจัยไปใช้ในการสร้างนวัตกรรมและนำกลับมาใช้เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน การวิจัยจึงมักครอบคลุมในหลาย ๆ สาขา ได้แก่ การวิจัยเชิงระบบสาธารณสุข สุขและนโยบาย การวิจัยพื้นฐานระดับปริญญา การวิจัยทางคลินิก การวิจัยทางสังคมและจิตวิทยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศไทยในปัจจุบันควรมุ่งเน้นความสำคัญเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดของประเทศ และระบบสาธารณสุข รวมทั้งสนับสนุนงานวิจัยที่สามารถต่อยอดในการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม หรือสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อทดแทนการนำเข้า ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อนำผลการวิจัยเชิงวิชาการที่เป็นงานวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยประยุกต์ไปใช้ต่อยอดสู่การสร้างงานนวัตกรรมนำกลับมาใช้ประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยง ลดอุบัติการณ์การเกิดและการตายจากโรคมะเร็ง พร้อมทั้งการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมาย

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย 5 ชนิด คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่

- นำผลการวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยประยุกต์มาใช้ในการป้องกัน คัดกรอง วินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก การรักษาโรค และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสม รวมทั้งสร้างนวัตกรรม ลดการนำเข้า ทดแทน และพัฒนาสิ่งที่ไม่ให้เกิดการใช้งานจริง เพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบหรือลดข้อจำกัด
- มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและคาดการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
- มีการสร้างเครือข่ายงานวิจัยทางโรคมะเร็งทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ
- มีการจัดสรรงบประมาณวิจัยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ และมีงบประมาณจากหลายแหล่งนอกเหนือจากงบประมาณแผ่นดิน โดยงบประมาณวิจัยด้านโรคมะเร็งควรมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพ

แนวทางการพัฒนา

- สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ
- ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็งเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
- การจัดการความรู้จากงานวิจัย
- พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ
- พัฒนางานวิจัยสู่นวัตกรรม
- พัฒนางานวิจัยด้านประเมินเทคโนโลยี

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

- สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ
 - ใช้ฐานข้อมูลจากระบบบริหารจัดการงานวิจัยแห่งชาติ (National Research Management Systems; NRMS) และคลังข้อมูลงานวิจัยไทย (Thai National Research Repository; TNRR) ในการจัดการข้อมูลงานวิจัยโรคมะเร็งของประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการสร้างระบบรายงาน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติจะสนับสนุนในส่วนของการเชื่อมโยงที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลการวิจัยโรคมะเร็งมาใช้วางแผนตามยุทธศาสตร์การวิจัย
 - สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ จะเป็นหน่วยงานหลักในการจัดประชุมเพื่อให้เกิดโครงสร้างของการให้

ทุนวิจัย ที่สอดคล้องกับกรอบการวิจัยมะเร็งของประเทศ

1.3 สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนาทะเบียนมะเร็ง (cancer registry) และ/หรือ สารสนเทศด้านโรคมะเร็ง (cancer informatics) เพื่อสนับสนุนระบบการวิจัยของประเทศ

2. ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็งเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

2.1 จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกลั่นกรองทิศทาง และ กำหนดประเด็นการวิจัยของประเทศและคณะอนุกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับงานวิจัยโรคมะเร็งทั้งที่เป็นงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณอื่น ๆ โดยเน้นสนับสนุนงานวิจัยที่เป็นปัญหาหลัก 5 โรค คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.2 ให้คำปรึกษา ร่วมออกแบบ และพัฒนาเกี่ยวกับงานวิจัยโรคมะเร็งแก่หน่วยงานหรือผู้วิจัยที่ทำวิจัยโรคมะเร็งเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

3. การจัดการความรู้จากงานวิจัย

3.1 ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ด้วยการตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัยในวารสารทางวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ

3.2 สนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ อีกทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังองค์กรวิชาชีพ หน่วยงานที่ให้บริการทั่วประเทศ เช่น การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

3.3 มีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องโรคมะเร็งเป็นประจำ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง

4. พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ

4.1 พัฒนากระบวนการถ่ายทอดผลงานวิจัย เช่น การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ หรือนำผลงานวิจัยมาใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ

4.2 จัดอบรมเกี่ยวกับการต่อยอดจากงานวิจัยในสัตว์ทดลองสู่งานวิจัยทางคลินิกในระยะที่ 1

4.3 พัฒนาหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่อง Good Clinical Practice Human Bioethics จรรยาบรรณวิจัยในสัตว์ทดลอง

4.4 สนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากร/เทคโนโลยีขั้นสูงด้านงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งร่วมกัน

5. พัฒนางานวิจัยสู่นวัตกรรม

5.1 ส่งเสริมงานวิจัยที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรม เช่น เครื่องมือ ชุดตรวจ Guideline หรือ Model เป็นต้น และเผยแพร่งานวิจัยที่เป็นนวัตกรรมสู่ระบบสุขภาพ

5.2 พัฒนารูปแบบงานวิจัย เครื่องมือและอุปกรณ์ และบุคลากร เพื่องานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและผลงานวิจัย

สามารถนำมาแก้ปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งได้

6. พัฒนางานวิจัยด้านประเมิณเทคโนโลยี

6.1 ประเมินความคุ้มค่าของเครื่องมือใหม่ เครื่องมือราคาแพง และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการใช้ในการวิจัย การรักษา การตรวจประเมิน และการคัดกรองโรคมะเร็ง 5 ชนิดที่พบบ่อย

6.2 ประเมินความคุ้มค่าในการนำเครื่องมือชนิดใหม่ ชุดตรวจหามะเร็งชนิดใหม่ การนำ Guideline และ Model ใหม่ ๆ มาใช้

ตัวชี้วัด

1. ด้านระบบบริหารจัดการงานวิจัย

1.1 มีระบบสารสนเทศงานวิจัย รวมถึงเครือข่ายโรคมะเร็งประเภทที่พบบ่อย

1.2 มีระบบฐานข้อมูลนักวิจัยโรคมะเร็งในประเทศไทย

2. ด้านการสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง

2.1 มีงานวิจัยด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่ได้รับทุนอุดหนุนทั้งที่เป็นงบประมาณแผ่นดิน และงบประมาณอื่น ๆ โดยเน้นสนับสนุนงานวิจัยที่เป็นปัญหาหลัก 5 โรค คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.2 มีผลงานวิจัยด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือเป็นนโยบายสาธารณะ หรือนโยบายระดับชาติ

2.3 สัดส่วนงานวิจัยระหว่างโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาหลัก 5 ชนิด ต่อมะเร็งอื่น ๆ ทั่วไป

3. ด้านการเผยแพร่ความรู้ของงานวิจัย

3.1 มีงานวิจัยที่ปรากฏในฐานข้อมูลระดับชาติ เช่น ฐานข้อมูล TCI

3.2 มีผลงานวิจัยที่ปรากฏในฐานข้อมูลระดับนานาชาติ เช่น SCOPUS และ/หรือ ISI

3.3 มีจำนวนงานวิจัยที่นำไปถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังองค์กรวิชาชีพหรือถ่ายทอดไปยังหน่วยงานที่ให้บริการทั่วประเทศ

4. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของงานวิจัย

4.1 จำนวนโครงการวิจัยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 ชนิดที่เข้าสู่เครือข่ายวิจัยสหสถาบัน เช่น Med Res Net

4.2 มีทุนหลังปริญญาเอก (post doc) ด้านมะเร็ง จำนวนหลักสุตรอบรมความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยโรคมะเร็งอย่างน้อย 2 หลักสุตรต่อปี

4.3 มีข้อเสนอโครงการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงร่วมกับเครือข่ายนักวิจัยโรคมะเร็ง

4.4 มีจำนวนเครือข่าย core facility ของเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและให้บริการกับนักวิจัย

5. ด้านการพัฒนางานวิจัยสู่นวัตกรรม

5.1 มีผลงานวิจัยทางด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่ถูกลำดับไปทำวิจัยต่อยอด

5.2 มีผลงานวิจัยทางด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่นำมาต่อยอดในการสร้างนวัตกรรม/เทคโนโลยี 1 ชิ้นต่อชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย

6. ด้านการพัฒนางานวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยี

6.1 มีผลงานวิจัยด้านประเมินเทคโนโลยีที่สามารถแสดงความคุ้มค่าในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง

6.2 มีผลงานวิจัยประเมินเทคโนโลยีด้านควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือเป็นนโยบายสาธารณะ หรือนโยบายระดับชาติ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กรมการแพทย์
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
4. สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรม
5. มหาวิทยาลัยต่าง ๆ
6. องค์กรเอกชน
7. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ
8. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
10. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
11. สถาบันนวัตกรรมแห่งชาติ
12. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงบประมาณ
2. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 7
ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร
ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
(Capacity Building)

ยุทธศาสตร์ที่ 7

ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)

หลักการและเหตุผล

การเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร (Capacity Building) เป็นกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะและความเข้มแข็งให้กับบุคลากรและองค์กรที่ปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถตอบสนองพันธกิจและเป้าหมายขององค์กรอย่างยั่งยืน ในการนี้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการของการจัดให้มีบุคลากรที่มี ทักษะ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ และการฝึกอบรมที่ช่วยให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปัจจุบันความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary approach) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะบูรณาการให้การดำเนินงานด้านโรคมะเร็งประสบความสำเร็จ นอกจากนี้การพัฒนางานองค์กร ซึ่งเป็นเรื่องรายละเอียดของโครงสร้างการจัดการกระบวนการและวิธีการที่ไม่เพียงแต่ในองค์กรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานคล่องตัว เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพนั้น การพัฒนาขีดความสามารถขององค์กร การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ด้านโรคมะเร็งในด้านต่างๆ เช่น ด้านศัลยกรรม ด้านเคมีบำบัด ด้านรังสีรักษา ด้านพยาธิวิทยา ด้านรังสีวินิจฉัย ด้านรังสีร่วมรักษา และด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ที่มีความเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานในด้านต่างๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ทั้งนี้ ในกระบวนการพัฒนางานองค์กรบุคลากร หรือการจัดหาครุภัณฑ์ควรต้องมีการสำรวจ จัดทำ Service Mapping, มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) รวบรวมเป็นสารสนเทศด้านโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาต่อไป การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2557 มอบหมายให้ฝ่ายความมั่นคงคณะรักษาความสงบแห่งชาติรับไปหารีร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการจัดทำยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาต่างๆ ในภาพรวมของประเทศในระยะยาว (5 – 10 ปี) ให้มีความชัดเจน เหมาะสม และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และค่าเป้าหมายความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 643/2559 ลงวันที่ 4 เมษายน 2559 และได้จัดทำคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ สถาบันการศึกษาต่างๆ ในภาพรวมของประเทศในระยะยาว (5 – 10 ปี) โดยในส่วนของสาขาโรคมะเร็งได้กำหนดเกณฑ์ในเรื่องของขีดความสามารถ สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ และกำลังคนใน 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านศัลยกรรม ด้านเคมีบำบัด ด้านรังสีรักษา ด้านพยาธิวิทยา ด้านรังสีวินิจฉัย ด้านรังสีร่วมรักษา และด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ เพื่อให้โรงพยาบาลและสถานศึกษาได้พิจารณาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ในการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ซึ่งจะมีเกณฑ์มาตรฐานและค่าเป้าหมายความเป็นเลิศทางการแพทย์ในแต่ละระดับกำหนดไว้ นำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำของสถานบริการสุขภาพ (Inclusive Growth) เสริมสร้างระบบสุขภาพของประเทศให้มีความเข้มแข็ง (Service System Strengthening) และสร้างความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ (Competitive advantage) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ
2. เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่มีคุณภาพถูกต้องเหมาะสม เพียงพอกับสถานการณ์
3. เพื่อให้มีการพัฒนาขีดความสามารถอย่างเป็นระบบ ในด้านการบริหารจัดการ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ
4. เพื่อให้มีการพัฒนาแผนการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์

ที่เหมาะสมกับลักษณะของสถานพยาบาลในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อจัดให้มีงบประมาณให้สอดคล้องกับอัตราค่าถึงบุคลากรครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ

เป้าหมาย

1. มีอัตราค่าถึงบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในเทคนิคและรูปแบบด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่มีคุณภาพถูกต้อง เหมาะสม
3. มีการจัดสถานพยาบาลและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เหมาะสมกับระดับและเกณฑ์มาตรฐาน
4. มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งที่เหมาะสม เพียงพอ
5. มีงบประมาณเพียงพอในการบริหารจัดการ

แนวทางการพัฒนา

1. กำหนดความสามารถของสถานพยาบาลในแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ
2. วางแผนอัตราค่าถึงและค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. วางแผนพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัย และตรวจรักษาโรคมะเร็ง
5. จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดทำแผนงบประมาณ และแผนงานที่สำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
 - 1.1 จัดทำแผนพัฒนาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง
 - 1.2 จัดทำแผนความต้องการด้านอัตราค่าถึงและค่าตอบแทนที่มีความเหมาะสม
 - 1.3 จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการของหน่วยงานและระบบงาน
2. จัดทำแผนงบประมาณ และแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
 - 2.1 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านศัลยกรรม
 - 2.2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์

ด้านรังสีวิทยา*

2.3 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์

ด้านเคมีบำบัด**

2.4 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์

ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง***

3. จัดทำนโยบายและวิธีการใช้ทรัพยากรร่วมกันโดยให้ส่วนภูมิภาคเป็นผู้มีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด

1. อัตราส่วนของแพทย์ทางรังสีวิทยา เคมีบำบัด ศัลยกรรม ต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
2. อัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
3. จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
4. จำนวนสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งครอบคลุมพื้นที่
5. การเข้าถึงบริการด้านโรคมะเร็งเป็นไปตามเกณฑ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)
4. กรมการแพทย์
5. แพทยสภา
6. สมาคมวิชาชีพ
7. สภากาชาดไทย
8. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ
2. คณะพยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาล
3. สำนักงานงบประมาณ
4. คณะเทคนิคการแพทย์
5. คณะสหเวชศาสตร์
6. คณะเภสัชศาสตร์
7. คณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ

*ด้านรังสีวิทยา ประกอบด้วย รังสีรักษา, รังสีวินิจฉัย, เวชศาสตร์นิวเคลียร์, รังสีร่วมรักษา

**ด้านเคมีบำบัด ประกอบด้วย Medical Oncologist, Hematologist

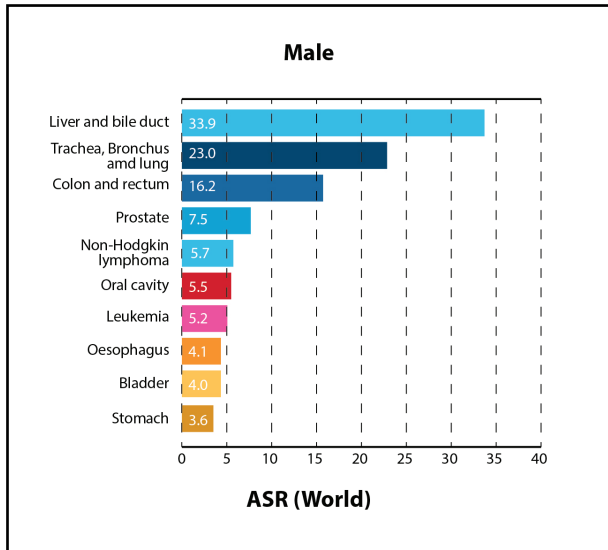
***ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักฟิสิกส์ นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาธิแพทย์ และเรื่องของ Precision Medicine เป็นต้น



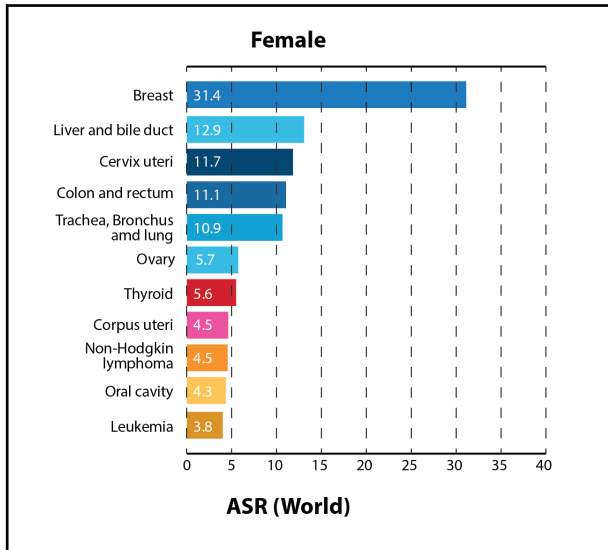
חכמת

อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย

ค่าประมาณการเกิดโรคมะเร็งในประชากรไทย จำแนกตามอวัยวะ

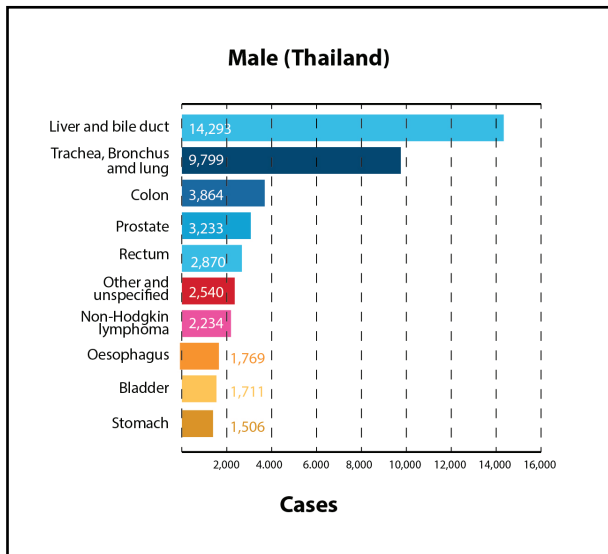


ภาพที่ 4 สถิติการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ปี พ.ศ. 2557
(ASR ต่อประชากร 100,000 คน)
ที่มา Cancer in Thailand Vol.9

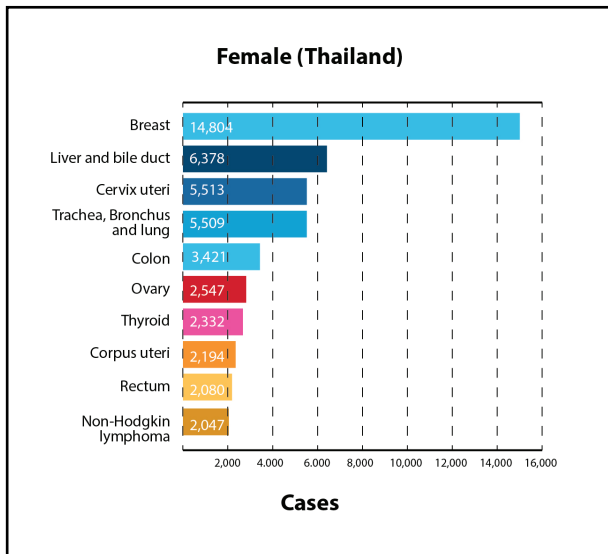


ภาพที่ 5 สถิติการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2557
(ASR ต่อประชากร 100,000 คน)
ที่มา Cancer in Thailand Vol.9

ค่าประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในประชากรไทย จำแนกตามอวัยวะ



ภาพที่ 6 สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ปี พ.ศ. 2557
ที่มา: Cancer in Thailand Vol.9



ภาพที่ 7 สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2557
ที่มา: Cancer in Thailand Vol.9

ค่าประมาณการจำนวนผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรกลางปี 2557			จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
เขตสุขภาพที่ 1	2,799,816	2,904,384	5,704,200	6,430	7,399	13,829
เขตสุขภาพที่ 2	1,706,133	1,745,889	3,452,022	3,749	4,556	8,305
เขตสุขภาพที่ 3	1,478,298	1,534,310	3,012,608	3,511	3,682	7,193
เขตสุขภาพที่ 4	2,495,151	2,676,605	5,171,756	5,961	6,353	12,314
เขตสุขภาพที่ 5	2,511,384	2,636,186	5,147,570	5,379	5,471	10,850
เขตสุขภาพที่ 6	2,842,510	2,955,085	5,797,595	7,650	8,447	16,097
เขตสุขภาพที่ 7	2,498,029	2,539,046	5,037,075	3,735	3,757	7,492
เขตสุขภาพที่ 8	2,748,285	2,742,276	5,490,561	3,588	3,591	7,179
เขตสุขภาพที่ 9	3,338,802	3,379,183	6,717,985	4,815	4,804	9,619
เขตสุขภาพที่ 10	2,287,010	2,277,701	4,564,711	3,100	3,073	6,173
เขตสุขภาพที่ 11	2,147,582	2,196,928	4,344,510	3,168	2,865	6,033
เขตสุขภาพที่ 12	2,374,270	2,451,182	4,825,452	3,230	2,939	6,169
เขตสุขภาพที่ 13	3,837,843	4,140,593	7,978,436	5,347	6,760	12,107
รวม	31,922,490	33,032,823	64,955,313	59,661	63,699	123,360

ประมาณการจากทะเบียนมะเร็งระดับประชากรที่มีในเขตสุขภาพ ส่วนเขตสุขภาพที่ไม่มีทะเบียนมะเร็งระดับประชากรใช้ตัวเลขจากจังหวัดใกล้เคียง อาจทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561 - 2565 (Service Plan)

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วประเทศทั้งในด้านการสาธารณสุข การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าด้วยกัน ดำเนินการในรูปแบบของเครือข่ายบริการครอบคลุมสถานบริการภายใน 4 - 8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคนเป็น 1 เครือข่าย รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย (ปัจจุบันใช้คำว่าเขตสุขภาพ) และกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13) มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ การเงิน การคลัง และการส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2561 - 2565 จัดทำขึ้นภายใต้หลักการและกรอบแนวคิดที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2555 มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดระบบบริการต้องคำนึงถึงความสอดคล้องของทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง รวมถึงความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ภาควิชาเครือข่ายและชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีทิศทางชัดเจน เป็นระบบ ตอบสนองแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร จึงมีการกำหนดกรอบแนวคิด 3 ประการ คือ

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง เพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดสภาพการแข่งขันกัน ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)” เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน

2) แต่ละจังหวัดต้องมี “เครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Province Health Service Network)” ที่สามารถรองรับการส่งต่อตามมาตรฐานระดับจังหวัดได้อย่างสมบูรณ์ อย่างน้อย 1 เครือข่าย

3) มีการจัด “ระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade)” ของระบบบริการ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ทั่วถึง และเป็นธรรม

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High - Level Referral Hospital) มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาดกลางแบ่งเป็น 2 ระดับ 1) โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่ายของเครือข่ายบริการระดับจังหวัดกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ S (Standard - Level Referral Hospital) และ 2) โรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับจังหวัด กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ A (Advance - Level Referral Hospital)

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mid - Level Referral Hospital) ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 / M2

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (First - Level Referral Hospital) ประกอบด้วยเครือข่ายบริการทุติยภูมิ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 / F2 / F3

อักษรย่อ	ความหมายระดับสถานพยาบาล
โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง	
A	โรงพยาบาลศูนย์ (Advance – level Hospital) (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance and Sophisticate Technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง
S	โรงพยาบาลทั่วไป (Standard – level Hospital) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองครบทุกสาขา และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน
โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Middle – level Hospital)	
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก M1 เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิในเครือข่าย
M2	โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 - 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน ให้บริการมีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก มีห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น First – level Hospital	
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90 – 120 เตียงที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่มจำนวน) รวม 3 – 10 คน มีห้องผ่าตัดผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 – 90 เตียงที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 2 – 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวรวม 1-2 คนมีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

อักษรย่อ	ความหมายระดับสถานพยาบาล
หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care)	
P1	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข, ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล, แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนทุกระดับ รวมถึงการดำเนินการลักษณะเป็นคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกชุมชนศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนคลินิกเอกชนเป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ
P2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี, สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้านทั่วไป (First Line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติประจำคือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันบางแห่งมีทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน
P3	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขชุมชน, สาธารณสุขชุมชน, สุขศาลาพระราชทาน เป็นหน่วยบริการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูรักษาโรคเบื้องต้น

การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบรวมทั้งจำนวนสถานบริการในแต่ละระดับของเขตสุขภาพ

เขต	จังหวัดที่รับผิดชอบ	จำนวนสถานบริการในแต่ละระดับ						
		A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยาแพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	3	5	3	8	9	68	6
2	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	2	5	0	6	5	27	2
3	กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี	1	4	0	5	5	30	9
4	นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง	3	5	4	6	5	36	12
5	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	4	6	5	6	7	36	2
6	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	6	4	6	5	11	37	6
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	2	2	2	12	8	38	13
8	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	2	5	3	5	12	49	12
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	3	2	4	13	12	46	9
10	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	2	4	3	4	4	46	8
11	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	3	4	4	10	5	39	16
12	ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล	3	5	2	4	10	51	3
รวม		34	51	36	84	93	503	98

หมายเหตุ * ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2562; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สารก่อมะเร็ง

จากผลการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งในคนและสัตว์ทดลอง องค์การวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for research on Cancer: IARC) ได้จัดแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในคนได้ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สารก่อมะเร็งในคน (Carcinogenic to humans) คือมี causal relationship ระหว่างการได้รับ factor เหล่านี้ และมะเร็งในคน

กลุ่มที่ 2A น่าจะเป็นสารก่อมะเร็งในคน (Probably carcinogenic to humans) คือมี positive association ระหว่างการได้รับ factor เหล่านี้กับมะเร็งในคน แต่อาจเป็นผลเนื่องจากมี bias ได้หรือมี confounding factors ที่ไม่สามารถที่แยกออกอย่างชัดเจนได้ แต่หลักฐานเพียงพอสำหรับ carcinogenicity ในสัตว์ทดลอง

กลุ่มที่ 2B อาจจะเป็นสารก่อมะเร็งในคน (Possibly carcinogenic to humans) มีคือหลักฐานเพียงพอว่าทำให้เกิดมะเร็งในสัตว์ทดลอง แต่ยังไม่มีความหลักฐานเพียงพอในการเกิดมะเร็งในคน

กลุ่มที่ 3 ไม่เป็นสารก่อมะเร็งในคน (Not classification as to its carcinogenicity to humans)

กลุ่มที่ 4 น่าจะไม่ใช่สารก่อมะเร็งในคน (Probably not carcinogenic to humans)

และจากรายงานของ IARC ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันมีสารก่อมะเร็ง จำนวน 120 ชนิด ที่จัดอยู่ในกลุ่ม 1 ดังต่อไปนี้

AGENTS CLASSIFIED BY THE IARC MONOGRAPHS, VOLUMES 1-121

Group 1 Carcinogenic to humans	120 agents
Group 2A Probably carcinogenic to humans	82 agents
Group 2B Possibly carcinogenic to humans	299 agents
Group 3 Not classifiable as to its carcinogenicity to humans	502 agents
Group 4 Probably not carcinogenic to humans	1 agents

สารก่อมะเร็งในคน กลุ่มที่ 1 (Carcinogenic to humans)

- | | |
|--|---|
| 1. Acetaldehyde associated with consumption of alcoholic beverages | 19. Beryllium and beryllium compounds |
| 2. Acheson process, occupational exposure associated with | 20. Betel quid with tobacco |
| 3. Acid mists, strong inorganic | 21. Betel quid without tobacco |
| 4. Aflatoxins | 22. Bis(chloromethyl)ether; chloromethyl methyl ether (technical-grade) |
| 5. Alcoholic beverages | 23. Busulfan |
| 6. Aluminium production | 24. 1,3-Butadiene |
| 7. 4-Aminobiphenyl | 25. Cadmium and cadmium compounds |
| 8. Areca nut | 26. Chlorambucil |
| 9. Aristolochic acid | 27. Chlornaphazine |
| 10. Aristolochic acid, plants containing | 28. Chromium (VI) compounds |
| 11. Arsenic and inorganic arsenic compounds | 29. Clonorchissinensis (infection with) |
| 12. Asbestos (all forms, including actinolite, amosite, anthophyllite, chrysotile, crocidolite, tremolite) | 30. Coal gasification |
| 13. Auramine production | 31. Coal, indoor emissions from household combustion of |
| 14. Azathioprine | 32. Coal-tar distillation |
| 15. Benzene | 33. Coal-tar pitch |
| 16. Benzidine | 34. Coke production |
| 17. Benzidine, dyes metabolized to | 35. Cyclophosphamide |
| 18. Benzo[a]pyrene | 36. Cyclosporine |
| | 37. 1,2-Dichloropropane |
| | 38. Diethylstilbestrol |
| | 39. Engine exhaust, diesel |

- | | |
|---|---|
| <p>40. Epstein-Barr virus</p> <p>41. Erionite</p> <p>42. Estrogen therapy, postmenopausal</p> <p>43. Estrogen-progestogen menopausal therapy (combined)</p> <p>44. Estrogen-progestogen oral contraceptives (combined)</p> <p>45. Ethanol in alcoholic beverages</p> <p>46. Ethylene oxide</p> <p>47. Etoposide</p> <p>48. Etoposide in combination with cisplatin and bleomycin</p> <p>49. Fission products, including strontium-90</p> <p>50. Fluoro-edenite fibrous amphibole</p> <p>51. Formaldehyde</p> <p>52. Haematite mining (underground)</p> <p>53. Helicobacter pylori (infection with)</p> <p>54. Hepatitis B virus (chronic infection with)</p> <p>55. Hepatitis C virus (chronic infection with)</p> <p>56. Human immunodeficiency virus type 1 (infection with)</p> <p>57. Human papillomavirus types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59</p> <p>58. Human T-cell lymphotropic virus type I</p> <p>59. Ionizing radiation (all types)</p> <p>60. Iron and steel founding (occupational exposure during)</p> <p>61. Isopropyl alcohol manufacture using strong acids</p> <p>62. Kaposi sarcoma herpesvirus</p> <p>63. Leather dust</p> <p>64. Lindane (see also Hexachlorocyclohexanes)</p> <p>65. Magenta production</p> <p>66. Melphalan</p> <p>67. Methoxsalen (8-methoxypsoralen) plus ultraviolet A radiation</p> <p>68. 4,4'-Methylenebis(2-chloroaniline) (MOCA)</p> <p>69. Mineral oils, untreated or mildly treated</p> <p>70. MOPP and other combined chemotherapy including alkylating agents</p> <p>71. 2-Naphthylamine</p> <p>72. Neutron radiation</p> <p>73. Nickel compounds</p> <p>74. N'-Nitrosornicotine (NNN) and 4-(N-Nitrosomethylamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone (NNK)</p> <p>75. Opisthorchisviverrini (infection with)</p> <p>76. orth-o-Toluidine</p> <p>77. Outdoor air pollution</p> <p>78. Outdoor air pollution, particulate matter in</p> <p>79. Painter (occupational exposure as a)</p> <p>80. 2,3,4,7,8-Pentachlorodibenzofuran</p> <p>81. 3,4,5,3',4'-Pentachlorobiphenyl (PCB-126)</p> <p>82. Pentachlorophenol (see also Polychlorophenols)</p> | <p>83. Phenacetin</p> <p>84. Phenacetin, analgesic mixtures containing</p> <p>85. Phosphorus-32, as phosphate</p> <p>86. Plutonium</p> <p>87. Polychlorinated biphenyls</p> <p>88. Polychlorinated biphenyls, dioxin-like, with a toxicity Equivalency Factor (TEF) according to WHO (PCBs 77, 81, 105, 114, 118, 123, 126, 156, 157, 167, 169, 189)</p> <p>89. Processed meat (consumption of)</p> <p>90. Radioiodines, including iodine-131</p> <p>91. Radionuclides, alpha-particle-emitting, internally deposited</p> <p>92. Radionuclides, beta-particle-emitting, internally deposited</p> <p>93. Radium-224 and its decay products</p> <p>94. Radium-226 and its decay products</p> <p>95. Radium-228 and its decay products</p> <p>96. Radon-222 and its decay products</p> <p>97. Rubber manufacturing industry</p> <p>98. Salted fish, Chinese-style</p> <p>99. Schistosomahaematobium (infection with)</p> <p>100. Semustine [1-(2-Chloroethyl)-3-(4-methylcyclohexyl)-1-nitro sourea, Methyl-CCNU]</p> <p>101. Shale oils</p> <p>102. Silica dust, crystalline, in the form of quartz or cristobalite</p> <p>103. Solar radiation</p> <p>104. Soot (as found in occupational exposure of chimney sweeps)</p> <p>105. Sulfur mustard</p> <p>106. Tamoxifen</p> <p>107. 2,3,7,8-Tetrachlorodibenzo-para-dioxin</p> <p>108. Thiotepa</p> <p>109. Thorium-232 and its decay products</p> <p>110. Tobacco smoke, second-hand</p> <p>111. Tobacco smoking</p> <p>112. Tobacco, smokeless</p> <p>113. Treosulfan</p> <p>114. Trichloroethylene</p> <p>115. Ultraviolet radiation (wavelengths 100-400 nm, encompassing UVA, UVB, and UVC)</p> <p>116. Ultraviolet-emitting tanning devices</p> <p>117. Vinyl chloride</p> <p>118. Welding fumes</p> <p>119. Wood dust</p> <p>120. X- and Gamma-Radiation</p> |
|---|---|

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

สังคมไทยมีความคุ้นเคยกับคำว่า “ออกกำลังกาย” มายาวนาน โดยนิยามของการออกกำลังกาย (Exercise) คือ การกระทำใดๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย แบบซ้ำๆ มีการวางแผน เป็นแบบแผน และมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือกติกาการแข่งขันง่ายๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก การเล่นกีฬา เป็นต้น ซึ่งเน้นที่กิจกรรมในประเภทนั้นๆ หนักปานกลางเป็นหลัก ในขณะที่ประชาคมโลก รวมถึงสังคมไทยสมัยใหม่ ได้รับความหมาย “กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)” ที่กว้างขวางกว่าการออกกำลังกาย กล่าวคือ กิจกรรมทางกายหมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ในอิริยาบถต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้ และเผาผลาญพลังงานโดยกล้ามเนื้ออันครอบคลุมการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมนันทนาการ โดยกิจกรรมทางกาย แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเบา ปานกลาง และหนัก โดยกิจกรรมทางกายระดับเบา อาทิ การยืน การเดินระยะทางสั้นๆ การทำงานบ้าน กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง โดยที่ระหว่างที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน เป็นต้น และกิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยที่ระหว่างทำกิจกรรมไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ อาทิ การวิ่ง การว่ายน้ำเร็ว การเล่นกีฬา

นอกจากกิจกรรมทั้งสามประเภทแล้ว ยังมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานต่ำ ที่เรียกว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior)” เช่น การนั่งเล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ การนั่งคุยกับเพื่อน การนั่งหรือนอนดูโทรทัศน์ที่ไม่รวมการนอนหลับ ซึ่งประชาชนมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น โดยควรลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ด้วยการลุกขึ้นเดินไปมาหรือยืดเหยียดร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง และในเด็กปฐมวัย วัยเด็ก และวัยรุ่น ควรจำกัดการใช้คอมพิวเตอร์ นั่งดูทีวี หรือเล่นโทรศัพท์มือถือ ในแต่ละวัน โดยมีข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ สำหรับประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆ มีดังนี้

- เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - 5 ปี) เน้นการเคลื่อนไหวบนพื้น (Floor-based activity) เช่น ชันคอ คอว่า คลาน สำหรับทารกแรกเกิดถึง 1 ปี และให้มีกิจกรรมทางกายผ่านการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น การเดิน วิ่ง ปีนป่าย กระโดด และการเล่นที่หลากหลาย สะสมอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน ในเด็กปฐมวัยที่โตมากขึ้น

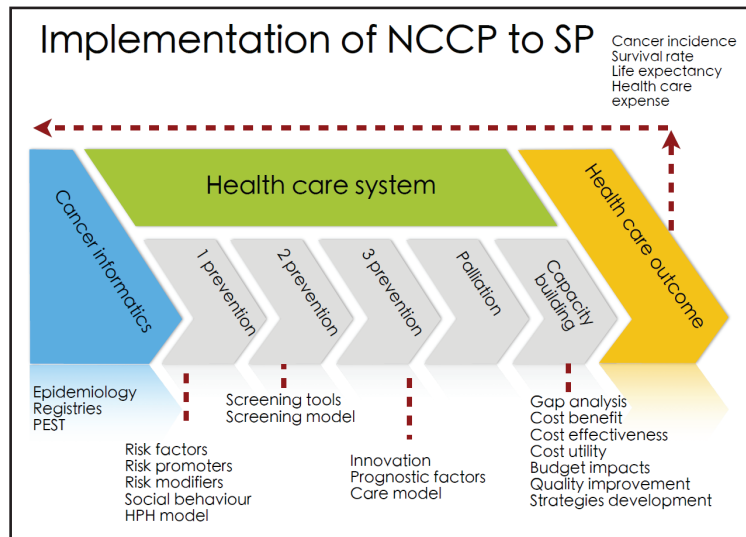
- เด็กและวัยรุ่น (6 - 17 ปี) ให้มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก สะสมอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน

- ผู้ใหญ่ (18 - 59 ปี) ให้มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ และกิจกรรมพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กิจกรรมเพิ่มความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เน้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ขา สะโพก หลัง ท้อง หน้าอก ไหล่ ต้นแขน โดยหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด ก็สามารถมีกิจกรรมทางกายได้เหมือนผู้ใหญ่ปกติ โดยอาจมีข้อควรระวังเพิ่มเติมตามแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์

- ผู้สูงวัย (60 ปีขึ้นไป) ให้มีกิจกรรมทางกายเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ แต่เพิ่มกิจกรรมพัฒนาสมดุร่างกาย และป้องกันการหกล้ม อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ รวมถึงกิจกรรมพัฒนาสมอง ความจำ และอารมณ์

ในส่วนของพฤติกรรมเนือยนิ่ง ประชาชนทุกกลุ่มวัย ควรลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ด้วยการลุกเดินไปมา หรือลุกขึ้นยืน และยืดเหยียดร่างกาย ทุก 1 - 2 ชั่วโมง จากอิริยาบถทำนั่งหรือนอนราบโดยในเด็กปฐมวัย วัยเด็กและวัยรุ่น ควรจำกัดการใช้คอมพิวเตอร์ นั่งดูทีวี หรือเล่นโทรศัพท์มือถือ ในแต่ละวัน หรือไม่ให้ใช้อุปกรณ์เหล่านี้เลยจนกว่าจะอายุ 2 ปี ทั้งนี้ พึงระลึกว่า การมีกิจกรรมทางกายไม่ว่าจะมีระยะเวลา รูปแบบ หรือความหนักเบาเท่าไรย่อมดีกว่าการไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีแต่พฤติกรรมเนือยนิ่ง

กรอบการทำวิจัยโรคมะเร็ง



ภาพที่ 8 กรอบการทำวิจัยโรคมะเร็งตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

โรคมะเร็งมีองค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กันของยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, palliative care, cancer informatics, cancer control research และ capacity building ดังนั้น แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยตามยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ด้าน มีดังนี้คือ

1. ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)

มุ่งเน้นงานวิจัยมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญตามยุทธศาสตร์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ risk factors, risk promoters, risk modifiers, social behavior และ Health promotion model

1.1 ให้ความสำคัญสำหรับงานวิจัยเพื่อการควบคุมโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญเป็นลำดับแรก โดยมุ่งเน้นมะเร็งที่พบบ่อย 5 ลำดับของประเทศ คือ มะเร็งตับ เต้านม ปอด ลำไส้ใหญ่ และปากมดลูก โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1.2 การจัดทำโครงการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

o จัดทำโครงการวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยระดับวิทยาเพื่อหากกลไกและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย

o จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น บุหรี่ เหล้า รวมถึงจัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อการป้องกันโรค

o จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการลดปริมาณสารก่อมะเร็งในการประกอบอาชีพและในสิ่งแวดล้อม

o สนับสนุนงานวิจัยด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับการศึกษาการกระจายและสาเหตุของการเกิดโรคในประชากร รวมถึงการทำนายแนวโน้มการเกิดโรค

1.3 สถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดทำกรอบการวิจัยตามยุทธศาสตร์การควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ และจุดเน้นที่เป็นปัญหาของยุทธศาสตร์เหล่านั้น เพื่อเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานที่จัดสรรทุนวิจัยต่างๆ จัดลำดับความสำคัญของการให้ทุนวิจัย

2. ด้านการตรวจหามะเร็งระยะแรก (Secondary prevention)

ส่งเสริมให้เกิดงานวิจัยในการพัฒนาเครื่องมือ หรือนวัตกรรมวิธีการคัดกรองชนิดใหม่ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ กรณีที่มะเร็งชนิดนั้นไม่มีเครื่องมือการคัดกรองที่ดีมาก่อน เช่น มะเร็งตับ หรือ มะเร็งปอด รวมทั้งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อพัฒนาให้เกิดโมเดลการคัดกรองที่เหมาะสมกับระดับประชากรกรณีมีวิธีการคัดกรองมะเร็งระดับบุคคลที่ดีอยู่แล้ว เช่น มะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary prevention)

ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการวิจัยทางคลินิกระดับ phase 0 และ 1 เพื่อรองรับการพัฒนาของประเทศไทย รวมทั้งงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมการรักษา หรือเป็นการพัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เหมาะสมในระยะยาว หรือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4. ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative care)

ส่งเสริมการวิจัยให้เกิดโมเดลการรักษาแบบผสมผสาน รวมทั้งพัฒนาใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จัดทำโครงการวิจัยด้านการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer informatics)

ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยจากงานทะเบียนมะเร็ง และพัฒนาฐานข้อมูลทางคลินิกโรคมะเร็งที่พบบ่อยระดับประเทศขึ้น รวมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลด้านเครื่องมือ บุคลากรในการดูแลมะเร็งประเภทต่าง ๆ ระดับประเทศ และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของกองทุนต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและต้นทุนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

6. ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)

แผนฯ นี้ สามารถนำมาพัฒนาแผนทั้งหมดได้ ดังนั้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ควรเป็นการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) Cost-Benefit หรือ Cost-Effectiveness หรือ Cost-Utility เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันงานวิจัยในลักษณะดังกล่าวในประเทศไทยมีน้อย เนื่องจากหน่วยงานที่ทำมีน้อย

7. การพัฒนางานวิจัยทางการประเมินเทคโนโลยี

- 7.1 การจัดทำโครงการวิจัยคลินิกและส่งเสริมการผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรค
- 7.2 การจัดทำโครงการวิจัยการผลิตยาตัวใหม่จากทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สมุนไพรไทย
- 7.3 การวิจัยการศึกษาหาความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ชุดนำยาชนิดใหม่ และคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ
- 7.4 ประเมินเทคโนโลยี การคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในโรคที่มีภาระโรคสูง ประเมินเทคโนโลยีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกัน
และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๒๖๒/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๖๒/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้ง
คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ นั้น เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
และครอบคลุมกับปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทย จึงเห็นควรปรับปรุงคำสั่งดังกล่าวใหม่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงยกเลิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๒๖๒/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม
โรคเอดส์แห่งชาติ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการด้านการป้องกันการเกิดโรคเอดส์ (Primary Prevention)

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|--|---------------|
| (๑) | นายสมยศ ตีระชัย
ผู้ทรงคุณวุฒิ | ประธานกรรมการ |
| (๒) | ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | กรรมการ |
| (๓) | รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย | กรรมการ |
| (๔) | ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคเอดส์ เขตสุขภาพที่ ๖
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๕) | ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคเอดส์ เขตสุขภาพที่ ๑๐
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๖) | ผู้จัดการกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| (๗) | ผู้อำนวยการสำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง
กรมควบคุมมลพิษ
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| (๘) | ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานการศึกษาภาคบังคับ
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |

(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

รักษาผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาการแทนผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(๙) ผู้อำนวยการ...

- (๙) ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๐) ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๑) ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๒) ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๓) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๔) ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๕) ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๖) ผู้อำนวยการสำนักอาหาร
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๗) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๘) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๔
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๙) นายदनัย มโนรมณ์
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
และเลขานุการ
- (๒๐) นางอาภรณ์ สิงห์สุธรรม
บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ
- (๒๑) นางสาวเบญญาทิพย์ ทองคำ
นักจัดการงานทั่วไป
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๑.๒ ให้คณะกรรมการ...

๑.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันโรคเอดส์
- (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผนและให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมองหรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
- (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผลและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๒. คณะกรรมการด้านการตรวจหาโรคเอดส์ระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)

๒.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|---------------|
| (๑) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| (๒) ประธานราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๓) ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๔) ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๕) ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๖) รองศาสตราจารย์ณรงค์ ชันดีแก้ว
รองประธานมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี | กรรมการ |
| (๗) ประธานชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
(ประเทศไทย) | กรรมการ |
| (๘) นายกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๙) นายกสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย | กรรมการ |
| (๑๐) นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย | กรรมการ |
| (๑๑) นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๒) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๓) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคเอดส์ เขตสุขภาพที่ ๗
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๔) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคเอดส์ เขตสุขภาพที่ ๘
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๕) ผู้จัดการกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| (๑๖) ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

(๑๗) ผู้อำนวยการ...

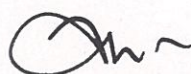
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- | | | |
|------|--|--------------------------------|
| (๑๗) | ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๘) | ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๙) | เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๒
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๐) | เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑๒
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๑) | นางสาวปานวาด รัตนศรีทอง
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๒) | นางวิภาวี สรรพสิทธิ์วงศ์
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๓) | นางสาวหทัยวรรณ ม่วงตาด
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๔) | นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| (๒๕) | นางสาวกานดา สีดา
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๒.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๒ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
- (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผนและให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมองหรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
- (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผลและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด



(นายอคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

(๔) แต่งตั้งคณะทำงาน...

(๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๓. คณะกรรมการด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment Strategy)

๓.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|------|---|---------------|
| (๑) | นายธีรวุฒิ คุหะเปรมะ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒโนสถ
และประธานมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ | ประธานกรรมการ |
| (๒) | ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๓) | ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๔) | ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๕) | ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๖) | ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๗) | ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๘) | นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย | กรรมการ |
| (๙) | นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๐) | นายกสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๑) | นายกสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๒) | นายกสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย | กรรมการ |
| (๑๓) | ประธานเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์
แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๑๔) | ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาโรคมะเร็ง
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๕) | ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป | กรรมการ |
| (๑๖) | ผู้จัดการกองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| (๑๗) | ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๘) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๙) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๐) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๑) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๒) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |


(นายออคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(๒๓) ผู้อำนวยการ...

- | | | |
|------|---|--------------------------------|
| (๒๓) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๔) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๕) | ผู้อำนวยการสำนักยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๖) | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร | กรรมการ |
| (๒๗) | หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๘) | หัวหน้ากลุ่มงานรังสีรักษา
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๙) | หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๓๐) | นายปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| (๓๑) | นางชิตชนก เรียงอิศราง
นักจัดการงานทั่วไป
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๓๒) | นางสาวจารุพรรณ จำปาศรี
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๓๓) | นางสาวทิพย์วรรณ จันทะนา
นักวิชาการสาธารณสุข
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๓.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๓ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

(๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการ
รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยการศึกษามะเร็งแห่งชาติ

(๒) พิจารณา...

(๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์

(๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

(๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๔. คณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

๔.๑ องค์ประกอบ

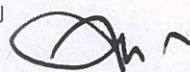
- | | | |
|------|---|---------------|
| (๑) | นายอุกฤษฏ์ มลิินทางกูร
ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | ประธานกรรมการ |
| (๒) | ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส
ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| (๓) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| (๔) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปฐมพร ศิริประภาศิริ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๕) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๖) | นายกสภาการพยาบาล | กรรมการ |
| (๗) | นายกสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (๘) | นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย | กรรมการ |
| (๙) | ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๙
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๐) | ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑๑
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๑) | ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง | กรรมการ |
| (๑๒) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๓) | นายขวัญชัย วิศิษฐานนท์
ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

ผู้อำนวยการด้านการแพทย์

(๑๔) พลอากาศตรี...

- (๑๔) พลอากาศตรี วิบูลย์ ตระกูลสุนทร
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กองทัพอากาศ กระทรวงกลาโหม
- (๑๕) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๕
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๖) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๘
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๗) นายวรพัทธ์ ไทยสิทธิ
โรงพยาบาลเลิดสิน
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๘) นายลัญจศักดิ์ อรรถชยากร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- (๑๙) นายกิตติพล นาควิโรจน์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- (๒๐) นางพัชรี เจริญพร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๑) นางสาววิลาวรรณ คูศิริไธสง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๒) นายรพีพัฒน์ ถนอมเพชรสง่า
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๓) นางสาวอรสา อัครวิชรวงู
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๔) นางกุลนภา บุญมากุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



(๒๕) นางศิริพร...

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- (๒๕) นางศิริพร สวยพริ้ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ
- (๒๖) นางอัญชลี สุขขัง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

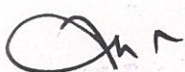
๔.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๔ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
- (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๕. คณะกรรมการด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)

๕.๑ องค์ประกอบ

- (๑) ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประธานกรรมการ
- (๒) ที่ปรึกษาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
กรรมการ
- (๓) ศาสตราจารย์สุกพรพรรณ วิไลลักษณ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ
- (๔) รองศาสตราจารย์บัณฑิต ถิ่นคำรพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการ
- (๕) รองศาสตราจารย์ปารมี ทองสุกใส
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
กรรมการ
- (๖) รองศาสตราจารย์ภัทรรุณี วัฒนศัพท์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการ
- (๗) รองศาสตราจารย์วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการ
- (๘) รองศาสตราจารย์อิมใจ ชิตาพนารักษ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กรรมการ



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาการแพทย์แผนกผู้เชี่ยวชาญการสภาวะมะเร็งแห่งชาติ

(๙) ประธาน...

- (๙) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑๒
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๐) ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรรมการ
- (๑๑) ผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง
สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน กรรมการ
- (๑๒) นางสาวสุดจิตร์ ลาภเลิศสุข
ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กรรมการ
- (๑๓) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๔) ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๕) ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๖) รองประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๕
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๗) นายสุนทร สุนทรชาติ
รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กรรมการ
- (๑๘) นายดลสุข พงษ์นิกร
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๙) นายนพวัชร สมานคดีวัฒน์
โรงพยาบาลราชบุรี
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๒๐) นายธีระชัย ทรงเกียรติกวิน
โรงพยาบาลหาดใหญ่
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๒๑) นายวิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรรมการ
- (๒๒) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๗
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๒๓) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑๐
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

(๒๔) นางสาวศุภีพร...

- | | | |
|------|--|--------------------------------|
| (๒๔) | นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๕) | นางรังสิยา บัวส้ม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| (๒๖) | นางสาวนิรมล พจน์ด้วง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๕.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๕ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- โรคมะเร็ง
- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์สารสนเทศ
 - (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
 - (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
 - (๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
 - (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๖. คณะกรรมการด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)

๖.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|---------------|
| (๑) | ศาสตราจารย์กิตติคุณสุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
ประธานกรรมการบริหารสภาวิจัยแห่งชาติ | ประธานกรรมการ |
| (๒) | ศาสตราจารย์เกียรติคุณทรงศักดิ์ เพ็ชรมิตร
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| (๓) | ศาสตราจารย์วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์
รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| (๔) | ศาสตราจารย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาการแพทย์ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(๕) ศาสตราจารย์...

- (๕) ศาสตราจารย์อภิวัฒน์ มุทิรากร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรรมการ
- (๖) รองศาสตราจารย์พูนศักดิ์ พุทธวิบูลย์
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กรรมการ
- (๗) นายสมเกียรติ โพธิ์สัตย์
ที่ปรึกษากรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๘) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑ กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๙) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๓ กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๐) ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์
(องค์การมหาชน) กรรมการ
- (๑๑) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๒) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๓) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
องค์การเภสัชกรรม กรรมการ
- (๑๔) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพรมหาวิทยาลัยการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
- (๑๕) ผู้อำนวยการสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กรรมการ
- (๑๖) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กรรมการ
- (๑๗) รองประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ฝ่ายวิจัยและวิชาการ กรรมการ
- (๑๘) เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ กรรมการ
- (๑๙) เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์
เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ กรรมการ
กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- (๒๐) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๖ กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๑) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑๑ กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๒) หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรรมการ



(๒๓) เรืออากาศเอก...

(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

.....

- (๒๓) เรืออากาศเอก สมชาย ธนะสิทธิชัย
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ
และเลขานุการ
- (๒๔) นางสาวนันทนา มีศิริพันธุ์
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

๖.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๖ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการวิจัย
เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
- (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัด
ประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
- (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้อง
กับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่
คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๗. คณะกรรมการด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
(Capacity Building)

๗.๑ องค์ประกอบ

- (๑) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ที่ปรึกษา
- (๒) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปฐมพร ศิริประภาศิริ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ที่ปรึกษา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๓) นายอาคม ชัยวีระวัฒน์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๔) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ
สำนักนายกรัฐมนตรี
กรรมการ
- (๕) เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
สำนักนายกรัฐมนตรี
กรรมการ
- (๖) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
สำนักนายกรัฐมนตรี
กรรมการ



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคมะเร็งแห่งชาติ

(๗) นายกสมาคม...

- (๗) นายกสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๘) นายกสมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๙) นายกสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๑๐) นายกรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๑๑) นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๑๒) นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย กรรมการ
- (๑๓) ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย กรรมการ
- (๑๔) ประธานชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง (ประเทศไทย) กรรมการ
- (๑๕) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๒
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๖) ประธานกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๔
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๗) ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๘) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๑๙) ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๒) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๓) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๓
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๔) เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๙
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- (๒๕) นายโชคชัย สุขเหลือง กรรมการ
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ และเลขานุการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(๒๖) นางสาวจตุติกาญจน์...

- | | | |
|------|---|--------------------------------|
| (๒๖) | นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน
นักวิชาการสาธารณสุข
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๗) | นางสาวศมลชนก ล้อจิตติกุล
นักวิชาการสาธารณสุข
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๗.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๗ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
- (๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่น ๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
- (๓) จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

๘. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

๘.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|---------------|
| (๑) | นายสมศักดิ์ อรรคมศิลป์
อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| (๒) | นายณรงค์ อภิกุลวณิช
รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๓) | นายภาสกร ชัยวานิชศิริ
รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๔) | นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์
รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๕) | นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์
รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๖) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปฐมพร ศิริประภาศิริ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๗) | ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๘) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |



(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

ผู้อำนวยการด้านการแพทย์

(๙) ผู้อำนวยการ...

- | | | |
|------|--|---------|
| (๙) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๐) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๑) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๒) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๓) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๔) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๕) | รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๖) | รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๗) | รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๘) | หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๑๙) | หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๐) | หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๑) | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๒) | หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๓) | หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |



(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

รักษาการกองบรรณาธิการวารสารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(๒๔) หัวหน้า...

- | | | |
|------|--|--------------------------------|
| (๒๔) | หัวหน้างานทะเบียนมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (๒๕) | ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| (๒๖) | รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๗) | หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๘) | หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๘.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๘ มีหน้าที่และอำนาจดังนี้

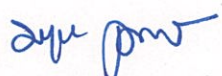
- (๑) ประสานและดำเนินการในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
- (๒) จัดเตรียมข้อมูลเอกสารประกอบการประชุม สถานที่และอุปกรณ์อื่นๆ สำหรับการประชุม
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป


สั่ง ณ วันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑




(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข


(นางมยุรา กุสุมาภ)
เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๒๗ ก.ย. ๒๕๖๑


(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์


.....ร่าง
.....พิมพ์
.....ตรวจ
.....ทาน