



**มาตรฐานรับรองศูนย์เต้านม
โดยสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย**

**Thai Breast Center Accreditation
by TBS (TBCA)**

พศ. 2568

จัดทำโดย
สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย
(Thai Breast Disease Society)

สารบัญ

คำนำ

4

รายชื่อคณะกรรมการร่างเกณฑ์มาตรฐานรับรองศูนย์เต้านม

5

รายชื่อคณะกรรมการสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย

6

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

7

บทที่ 1 ภาพรวมและหลักการสำคัญ (Overview and Core Principles)

1.1 ความเป็นมาและความจำเป็น

9

1.2 วัตถุประสงค์ของเกณฑ์มาตรฐาน

9

1.3 หลักการสำคัญของเกณฑ์ (Core Principles)

9

1.4 ขอบเขตและระดับการรับรอง

10

1.5 โครงสร้างภาพรวมของเกณฑ์มาตรฐาน

10

บทที่ 2 แนวทางการจัดทำข้อมูลพื้นฐานของศูนย์เต้านม (Organizational Profile Guideline)

2.1 ลักษณะองค์กร (Organizational Description)

11

2.2 สถานการณ์ขององค์กร (Organizational Situation)

15

บทที่ 3 เกณฑ์มาตรฐานการรับรอง (Accreditation Standards Criteria)

หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)

17

หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)

24

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)

30

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)	34
--	----

บทที่ 4 กระบวนการประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน (Assessment Process and Scoring System)

4.1 ขั้นตอนการรับรอง	36
4.2 ค่าธรรมเนียมการรับรอง	36
4.3 หลักการและรูปแบบการให้คะแนน	36
4.4 เกณฑ์การผ่านการรับรอง	37
4.5 อายุการรับรองและการต่ออายุ	37

บทที่ 5 นโยบายและข้อกำหนดของกระบวนการรับรอง (Accreditation Policies and Requirements)

5.1 บทบาทและคุณสมบัติของผู้ตรวจประเมิน (Roles and Qualifications of Surveyors)	38
5.2 นโยบายการรักษาความลับ (Confidentiality Policy)	40
5.3 นโยบายการอุทธรณ์ (Appeals Policy)	41

อภิธานศัพท์ (Glossary)

43

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ตัวอย่างตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicators - KPIs)	46
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการประเมิน (Application Form)	48
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มรายงานข้อมูลองค์กร (Organizational Profile Report Form)	49
ภาคผนวก ง แบบประเมินตนเองของศูนย์ด้านนม (Self-Assessment Form)	55
ภาคผนวก จ แบบฟอร์ม Checklist สำหรับการเยี่ยมประเมินภาคสนาม (Site Survey Checklist)	59

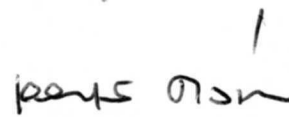
ภาคผนวก จ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการประเมิน (Final Evaluation Report Form) 68

ภาคผนวก ช Mapping เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์ต้านม (TBCA) กับแบบประเมินรับรอง Disease Specific 71

คำนำ

ด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทยในฐานะองค์กรวิชาชีพที่ส่งเสริมองค์ความรู้และมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเต้านม ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดตั้งระบบรับรองคุณภาพสำหรับศูนย์เต้านมทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถประเมินได้อย่างเที่ยงตรงและโปร่งใส

เอกสาร "เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม" ฉบับนี้ ได้รับการพัฒนาโดยคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสาขาวิชาชีพ และผ่านกระบวนการทบทวนอย่างรอบด้าน เพื่อให้สะท้อนบริบทของประเทศไทย และยึดหลักการสากล ทั้งด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) สมาคมฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เกณฑ์ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของประเทศไทย และจะช่วยสร้างเครือข่ายศูนย์เต้านมที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยรวม



(รศ.พญ.

เยาวนุช คงदान)

นายกสมาคม

โรคเต้านมแห่งประเทศไทย

ประธานชมรม

ศัลยแพทย์เต้านมแห่งประเทศไทย

รายชื่อคณะกรรมการร่างเกณฑ์มาตรฐาน

รับรองศูนย์ด้านม

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. รศ.พญ.สุพินดา | คุณมี |
| 2. พญ.ชญาณุตม์ | รัตตติลภ |
| 3. รศ.พญ.เยาวนุช | คงदान |
| 4. พล.ต.ศ.คลินิก นพ.สุรพงษ์ | สุภาภรณ์ |
| 5. พลโท รศ.นพ.วิชัย | วาสนาสิริ |
| 6. ผศ.นพ.มาวิน | วงศ์สายสุวรรณ |
| 7. ศ.นพ.พิเชฐ | สัมปทานกุล |
| 8. นพ.นพวัชร | สมานคติวัฒน์ |
| 9. พญ.สุนทรา | ปิ่นอนุสรณ์ |
| 10. นพ.นาวัน | ชั้นรักษา |
| 11. ผศ.(พิเศษ) นพ.ปัญญา | ทวีปวรเดช |
| 12. ผศ.นพ.องอาจ | โสมอินทร์ |
| 13. นพ.สายลักษณ์ | พิมพ์เกาะ |
| 14. นพ.สมิทธิ | สร้อยมาดี |
| 15. พญ.จิราวดี | ร่วมเจริญชัย |
| 16. พญ.ปวีณา | เลือดไทย |
| 17. พญ.เสริมศรี | พงษ์รัตนกุล |
| 18. พญ.สุดารัตน์ | ชัยเพียรเจริญกิจ |
| 19. นพ.ฉัตรกร | ไกรสรกุล |
| 20. พญ.วรุ | วาสนาสิริ |

รายชื่อคณะกรรมการสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

- | | | |
|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1. รศ.พญ.เยาวนุช | คงด้าน | นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย |
| 2. ผศ.นพ.มาวิน | วงศ์สายสุวรรณ | เลขาธิการ |
| 3. พล.ต.ศ.คลินิก นพ.สุรพงษ์ | สุภาภรณ์ | ประธานที่ปรึกษา |
| 4. พลโท รศ.นพ.วิชัย | วาสนศิริ | ที่ปรึกษา |
| 5. ศ.นพ.พิเชฐ | สัมปทานกุล | ที่ปรึกษา |
| 6. รศ.พญ. ศันสนีย์ | วงศ์ไวยวรรณ | ที่ปรึกษา |
| 7. พล.ต.ผศ.ดร.นพ.สุขไชย | สารทภาพร | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ.นพวัชร | สมานคติวัฒน์ | อุปนายกคนที่ 1 |
| 9. รศ.นพ.ประกาศิต | จิรปภา | อุปนายกคนที่ 2 |
| 10. ผศ.(พิเศษ)นพ.กำพล | รัชวรพงศ์ | เหรัญญิก |
| 11. ผศ.(พิเศษ) นพ.ปัญญา | ทวีปวรเดช | กรรมการ |
| 12. ผศ.นพ.องอาจ | โสมอินทร์ | กรรมการ |
| 13. พญ.ชญาณุดม | รัตตติลก | กรรมการ |
| 14. ผศ.พญ.กิตต์วดี ศักดิ์ศรีชัย | อธิคุณากร | กรรมการ |
| 15. ศ.พญ.ชลทิพย์ | วิรัตกพันธ์ | กรรมการ |
| 16. ศ.พญ.สุพินดา | คุณมี | กรรมการ |
| 17. ผศ.พญ.ศศิธร | สุจรีตชนะการ | กรรมการ |
| 18. รศ.นพ.สืบวงศ์ | จุฑาภิสิตธิ์ | กรรมการ |
| 19. พ.อ.หญิง ดร.พญ.วิจิตรา | อาสาฬห์ประกิต | กรรมการ |
| 20. อ.นพ.สิกฤษฎ์ | เด่นอริยะกุล | กรรมการ |
| 21. ผศ.นพ.วศิน | โชติวานิช | กรรมการ |
| 22. ผศ.นพ.ธงชัย | ศุกรโยธิน | กรรมการ |
| 23. ผศ.พญ.ชมพร | สีตะธนี | กรรมการ |
| 24. รศ.ดร.นพ.โสภาคย์ | | มนตรีกรณ |
| 25. พญ.สนทนา | ปิ่นอนุสรณ์ | กรรมการ |

26.	พญ.อารีวรรณ	สมหวังประเสริฐ	กรรมการ
27.	ผศ.พญ.เอื้อมแข	สุขประเสริฐ	กรรมการ
28.	นพ.ลิตติกร	ไกรสรกุล	กรรมการ
29.	พญ.อนงค์พร	นิมบริบูรณ์พร	กรรมการ
30.	นพ.จักษกริช	ดิษฐ์ธรรม	กรรมการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ชื่อมาตรฐาน

- (ไทย) มาตรฐานรับรองศูนย์เต้านม โดยสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย
- (อังกฤษ) Thai Breast Center Accreditation by TBS (TBCA)

เป้าหมายหลัก

"เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม" โดยสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย (TBS) มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากล มีระบบคุณภาพที่ชัดเจน และสามารถวัดผลผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้

โครงสร้างเกณฑ์มาตรฐาน เกณฑ์มาตรฐานประกอบด้วย 4 หมวดหลัก ครอบคลุม 36 หัวข้อย่อย ได้แก่

- **หมวดที่ 1** ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)
- **หมวดที่ 2** ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)
- **หมวดที่ 3** การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)
- **หมวดที่ 4** ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)

ในแต่ละหัวข้อย่อยจะกำหนดเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ เกณฑ์บังคับ (Essential) เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended) และเกณฑ์พัฒนา (Aspirational)

ระดับการรับรอง การรับรองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามความพร้อมและศักยภาพของศูนย์เต้านม ได้แก่

- **Standard Breast Center** ศูนย์เต้านมมาตรฐาน
- **Comprehensive Breast Center** ศูนย์ดูแลโรคเต้านมแบบบูรณาการ
- **Center of Excellence (COE)** ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคเต้านม

กระบวนการรับรองและอายุการรับรอง

ศูนย์เต้านมที่ผ่านการรับรองจะได้รับประกาศนียบัตร โดยมีอายุการรับรอง 3 ปี และมีระบบติดตามผลรายปีรวมถึงการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบเพื่อต่ออายุการรับรอง

จุดเด่นของเกณฑ์

- **ยืดหยุ่นต่อบริบท** สามารถปรับใช้ได้กับศูนย์เต้านมทุกประเภท
- **เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ** ใช้แนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Patient-Centered & Multidisciplinary Care)
- **ขับเคลื่อนด้วยผลลัพธ์** ส่งเสริมการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) และผลลัพธ์จากมุมมองผู้ป่วย (PROMs/PREMs)
- **มีระบบสนับสนุน** มีการสนับสนุนด้านการฝึกสอน (Coaching) ชุดเครื่องมือ (Toolkits) และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

แนวทางสู่ความเป็นเลิศ

ศูนย์เต้านมสามารถยกระดับการรับรองผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผลจากการประเมินตนเอง (Self-Assessment) และตัวชี้วัด (KPI Dashboard) เป็นเครื่องมือสำคัญ สมาคมฯ เชื่อมั่นว่าเกณฑ์มาตรฐานฉบับนี้จะเป็นแรงผลักดันสำคัญในการสร้างเครือข่ายศูนย์เต้านมที่เข้มแข็งทั่วประเทศ

บทที่ 1 ภาพรวมและหลักการสำคัญ (Overview and Core Principles)

1.1 ความเป็นมาและความจำเป็น

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทย และก่อให้เกิดภาระทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการรักษา แต่คุณภาพและความทั่วถึงของบริการยังคงมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่และสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

ด้วยเหตุนี้ สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย (Thai Breast Society: TBS) จึงได้จัดทำ “เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม (Thailand Breast Center Accreditation – TBCA)” ขึ้น เพื่อเป็นกรอบมาตรฐานกลางที่สามารถใช้ประเมิน พัฒนา และยกระดับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลได้อย่างเป็นระบบ

1.2 วัตถุประสงค์ของเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์มาตรฐานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

1. กำหนดแนวทางมาตรฐานกลาง สำหรับการพัฒนาและประเมินศูนย์เต้านมทั่วประเทศ
2. สนับสนุนการยกระดับคุณภาพบริการ ให้ครอบคลุมครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรอง วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู และติดตามผล
3. ส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team – MDT) เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลและผลลัพธ์เป็นฐานในการพัฒนา (Outcome & Value-Based) ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพ (KPIs) และผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs, PREMs)
5. สร้างกลไกการรับรองที่ยืดหยุ่น ซึ่งสอดคล้องกับศักยภาพที่หลากหลายของแต่ละศูนย์เต้านม

1.3 หลักการสำคัญของเกณฑ์ (Core Principles)

เกณฑ์มาตรฐานนี้พัฒนาขึ้นโดยยึดถือหลักการสำคัญ 7 ประการ ซึ่งเป็นหัวใจของการออกแบบเกณฑ์การประเมินในทุกมิติ

1. **Patient-Centered Care** การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเคารพในสิทธิ ความต้องการ และคุณค่าของผู้ป่วย
2. **Multidisciplinary Collaboration** การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
3. **Clinical Excellence & Evidence-Based Practice** การดูแลรักษาด้านพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
4. **Quality and Safety** การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย พร้อมระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
5. **Innovation & Digital Transformation** การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
6. **Equity and Access** การจัดบริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม และมีระบบสนับสนุนกลุ่มเปราะบาง
7. **Continuous Improvement and Learning Organization** การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยอิงข้อมูลและผลลัพธ์ พร้อมสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้

1.4 ขอบเขตและระดับการรับรอง

การประเมินและรับรองตามเกณฑ์ TBCA มุ่งเน้นการประเมินระบบบริการที่มีคุณภาพครบวงจร โดยแบ่งระดับการรับรองออกเป็น 3 ระดับตามศักยภาพของศูนย์เต้านม ดังนี้

1. **Standard Breast Center** ศูนย์เต้านมมาตรฐานเป็นศูนย์ที่ให้บริการพื้นฐานในการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างครบถ้วนตามเกณฑ์บังคับ (Essential Criteria) โดยเน้นความปลอดภัยและการเข้าถึงเป็นหลัก เหมาะสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปหรือศูนย์ที่กำลังเริ่มต้นพัฒนาระบบ
2. **Comprehensive Breast Center** ศูนย์ดูแลโรคเต้านมแบบบูรณาการเป็นศูนย์ที่ให้บริการแบบครบวงจร สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกระยะ พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ มีบริการสนับสนุนที่ครอบคลุม และผ่านเกณฑ์ส่งเสริม (Recommended Criteria) ในระดับสูง เหมาะสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพ
3. **Center of Excellence (COE)** ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคเต้านมเป็นศูนย์ที่มีความเป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านวิชาการ บริการ และนวัตกรรม มีทีมสหสาขา

วิชาชีพแบบเต็มเวลา (Full-time MDT) เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมและงานวิจัย และผ่านเกณฑ์พัฒนา (Aspirational Criteria) ในระดับสูง

1.5 โครงสร้างภาพรวมของเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์ด้านมประกอบด้วย 4 หมวดหลัก ซึ่งครอบคลุม 36 หัวข้อย่อย ได้แก่

- **หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)**

มุ่งเน้นคุณภาพทางคลินิก ตั้งแต่การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา ไปจนถึงการทำงานด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

- **หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)**

ส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม การดูแลที่ต่อเนื่อง และการเชื่อมต่อกับชุมชน

- **หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)**

เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากร เทคโนโลยี และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- **หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)**

ติดตามคุณภาพจากผลลัพธ์ทางคลินิกและประสบการณ์จริงของผู้ป่วย

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์เต้านม (Breast Center Profile)

การประเมินและรับรองศูนย์เต้านมตามเกณฑ์ TBCA จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานของศูนย์ฯ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์บริบท ศักยภาพ และความพร้อมเทียบกับระดับการรับรองที่สมัคร (Standard / Comprehensive / Center of Excellence) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดของกระบวนการ เพื่อให้ศูนย์เต้านมสามารถนำเสนอข้อมูลองค์กรได้อย่างครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนศักยภาพที่แท้จริง และเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน

2.1 ลักษณะองค์กร (Organizational Description)

เพื่ออธิบายตัวตน สภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ที่สำคัญของศูนย์เต้านม

2.1.1 สภาพแวดล้อมขององค์กร (Organizational Environment)

ก. ข้อมูลพื้นฐานและประวัติองค์กร (General Information & History)

บอกชื่อศูนย์เต้านม สังกัดและประเภทหน่วยงาน ปีที่ก่อตั้ง ที่ตั้ง และข้อมูลผู้นำศูนย์ฯ พร้อมช่องทางติดต่อที่เป็นทางการ

ตารางสรุป

<u>หัวข้อ</u>	<u>รายละเอียด</u>
ชื่อศูนย์เต้านม (ไทย)	
ชื่อศูนย์เต้านม (อังกฤษ)	
สถานที่ตั้ง	
โรงพยาบาล/หน่วย งานต้นสังกัด	 ☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน ☐ โรงเรียนแพทย์
ประเภทหน่วยงาน	☐ อื่นๆ
ปีที่เริ่มเปิดให้บริการ	

ช่องทางติดต่อ โทร อีเมล เว็บไซต์
 มล

ผู้อำนวยการศูนย์ฯ/
 หัวหน้าทีม

**ประเภทศูนย์เต้านม (เลือก
 1 ข้อ)**

คำอธิบาย

- ☐ 1. ศูนย์เต้านมอิสระ มีพื้นที่และทีมงานเฉพาะ ให้บริการครบวงจร (Independent) แบบ One-Stop Service
- ☐ 2. หน่วยย่อยในแผนก ตั้งอยู่ภายใต้แผนกอื่น (เช่น ศัลยกรรม) ใช้ (Sub-unit) ทรัพยากรร่วมกับแผนกหลัก
- ☐ 3. ศูนย์เต้านมบูรณาการ (Integrated) ทำงานร่วมกันหลายแผนก มีระบบประสานงาน และประชุม MDT
- ☐ 4. ศูนย์เต้านมเครือข่าย ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภายนอก โดยใช้ (Network) มาตรฐานการดูแลร่วมกัน

ข. บริการหลักและขอบเขตบริการ (Main Services & Scope)

อธิบายประเภทของบริการทางการแพทย์ด้านเต้านม ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่อง รวมถึงบริการสนับสนุนต่างๆ อะไรคือบริการที่เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ

ตารางสรุป

บริการหลักทางคลินิก

บริการ		รายละเอียด
การตรวจคัดกรอง (Screening)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การวินิจฉัย (Imaging & Biopsy)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การผ่าตัด (Surgery)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	

การให้ยาเคมีบำบัด/ยามุ่งเป้า	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การฉายแสง (Radiotherapy)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การดูแลหลังการรักษา (Survivorship)	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	

บริการสนับสนุน

บริการ		รายละเอียด
การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การสนับสนุนด้านจิตใจ/จิตวิทยา	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	
การดูแลแบบประคับประคอง	☐ มี ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่มี	

ค. วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม (Vision, Mission, and Values)

วิสัยทัศน์ของศูนย์ฯ คืออะไร พันธกิจที่ยึดมั่นในการปฏิบัติงานคืออะไร และค่านิยมใดที่สะท้อนวัฒนธรรมองค์กร

ง. ลักษณะบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Workforce Profile & MDT)

อธิบายองค์ประกอบของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ว่าประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาใดบ้าง มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดดเด่นหรือมีใบรับรองเฉพาะทางหรือไม่ และอธิบายรูปแบบการทำงานของทีม MDT

ตารางสรุป จำนวนบุคลากรหลักในทีม (Core Team)

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	สถานะ (Full-time/Part-time)
ศัลยแพทย์เต้านม		
อายุรแพทย์มะเร็ง		
รังสีแพทย์		
พยาธิแพทย์		
พยาบาลผู้ประสานงาน (Navigator)		
เภสัชกรเคมีบำบัด		
นักกายภาพบำบัด		

จ. สินทรัพย์และเทคโนโลยี (Assets and Technology)

อาคาร สถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่สำคัญที่สุด
ซึ่งสนับสนุนการให้บริการ

ตารางสรุป

เครื่องมือ/ระบบ			หมายเหตุ (ระบุรุ่น/ลักษณะ)
Digital Mammogram / Tomosynthesis	☐ มี	☐ ไม่มี	
Automated Breast Ultrasound (ABUS)	☐ มี	☐ ไม่มี	
EMR (Electronic Medical Record)	☐ มี	☐ ไม่มี	
PACS (Picture Archiving System)	☐ มี	☐ ไม่มี	
Dashboard ติดตาม KPI/PROMs	☐ มี	☐ ไม่มี	

ฉ. สภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบ (Regulatory Environment)

ดำเนินงานภายใต้กฎหมาย ข้อบังคับ หรือมาตรฐานคุณภาพที่สำคัญอะไรบ้าง
เช่น พ.ร.บ. สถานพยาบาล, มาตรฐานจากราชวิทยาลัย การรับรองคุณภาพโรง
พยาบาล (HA) มาตรฐานสากล (ISO) PDPA

2.1.2 ความสัมพันธ์ในระบบนิเวศ (Ecosystem Relationships)

อธิบายโครงสร้างการกำกับดูแลและความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ

1. โครงสร้างองค์กรและการกำกับดูแล (Organizational Structure and Governance)

โครงสร้างการบริหารงานของศูนย์ฯ และสายการบังคับบัญชา โปรดแนบแผนผังองค์กรประกอบ

2. กลุ่มผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเปราะบาง (Patient Groups & Vulnerable Populations)

ระบุกลุ่มผู้ป่วยหลักที่ให้บริการ เช่น กลุ่มตรวจคัดกรอง ผู้ป่วยระยะเริ่มต้น และแต่ละกลุ่มมีความต้องการหรือความคาดหวังที่แตกต่างกันอย่างไร ศูนย์ฯ มีแนวทางดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะหรือไม่ อย่างไร

ตารางสรุป

กลุ่มประชากรหลัก	(ระบุสัดส่วน %)	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1.		
2.		
3.		
4.		

สิทธิการรักษาหลัก	(ระบุสัดส่วน %)	ความต้องการ/ความคาดหวัง
บัตรทอง (UCS)		
ข้าราชการ (CSMBS)		
ประกันสังคม (SSS)		
ประกันเอกชน/จ่ายเอง		

--	--	--

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและพันธมิตร (Stakeholders and Partners)

นอกเหนือจากผู้ป่วยแล้ว ใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญอื่นๆ เช่น ชุมชน
คู่สัญญา ผู้ส่งมอบเวชภัณฑ์ มีความร่วมมือกับพันธมิตรใดเป็นพิเศษหรือไม่

2.2 สถานการณ์ขององค์กร (Organizational Situation)

อธิบายปัจจัยภายนอกและภายในที่ส่งผลต่อทิศทางขององค์กร และแนวทางที่ใช้ในการปรับปรุงตนเอง

2.2.1 สภาพแวดล้อมเชิงแข่งขัน (Competitive Environment)

อธิบายตำแหน่งของศูนย์ฯ เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น และปัจจัยที่ขับเคลื่อนความสำเร็จ

1. ตำแหน่งในการแข่งขัน (Competitive Position)

ในเขตพื้นที่บริการของศูนย์ฯ มีขนาดและอัตราการเติบโตเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับศูนย์อื่น อะไรคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกมารับบริการ เช่น ชื่อเสียงของแพทย์ เทคโนโลยี ความรวดเร็ว การได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

2. ข้อมูลเปรียบเทียบ (Comparative Data)

ใช้ข้อมูลใดในการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับองค์กรอื่น เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อน คะแนนความพึงพอใจ เทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

2.2.2 บริบทและแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Context & Plan)

ระบุความท้าทาย ความได้เปรียบ และแผนการที่เป็นรูปธรรมขององค์กร

1. ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Strategic Challenges)

อะไรคือความท้าทายด้านการปฏิบัติการและเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญ เช่น การแข่งขันที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การขาดแคลนบุคลากร หรือความซับซ้อนของโรคที่เพิ่มขึ้น

2. ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (Strategic Advantages)

อะไรคือความได้เปรียบที่สำคัญที่ทำให้โดดเด่นและสามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืน เช่น ทีมแพทย์ที่มีชื่อเสียง การได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA/ISO นวัตกรรมบริการ

3. แผนยุทธศาสตร์และโครงการสำคัญ (Strategic Plan & Key Projects)

สรุปเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ระยะ 3-5 ปี และระบุโครงการพัฒนาที่กำลังดำเนินการหรือวางแผนไว้ในอนาคตอันใกล้

2.2.3 ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงานและข้อมูลเชิงปริมาณ (Performance System & Quantitative Data)

อธิบายภาพรวมของแนวทางที่ใช้ในการขับเคลื่อนองค์กรให้ดีขึ้น พร้อมแสดงข้อมูลเชิงปริมาณประกอบ

1. ปริมาณงานบริการ (Service Workload - ย้อนหลัง 12 เดือน)

ระบุข้อมูลเชิงปริมาณที่สำคัญ ได้แก่

รายการ	จำนวน (ราย/ปี หรือ ครั้ง/ปี)
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่	
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ติดตามต่อเนื่อง	
การผ่าตัดเต้านม (ทุกประเภท)	
คอร์สการให้ยาเคมีบำบัด/ยามุ่งเป้า	

ข. แนวทางการปรับปรุงผลการดำเนินงาน (Performance Improvement Approach)

มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และการประกันคุณภาพ (QA) อย่างไร ได้นำกรอบการพัฒนาคุณภาพเช่น HA หรือ ISO มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบหรือไม่ อย่างไร นำข้อมูล KPIs PROMs PREMs และข้อมูลปริมาณงานมาใช้ในการวิเคราะห์และตัดสินใจเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

ตารางสรุป

ระบบ		หมายเหตุ (ระบุรายละเอียดสั้นๆ)
แผนพัฒนาคุณภาพประจำปี (CQI Plan)	☐ มี ☐ ไม่มี	
ระบบรายงานอุบัติการณ์ (IR)	☐ มี ☐ ไม่มี	
การติดตาม Clinical KPIs	☐ มี ☐ ไม่มี	
การติดตาม PROMs/PREMs	☐ มี ☐ ไม่มี	

ค. การเรียนรู้ขององค์กร (Organizational Learning)

วิธีการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันความรู้ภายในองค์กรอย่างไร เช่น การ
จัด M&M Conference การส่งบุคลากรไปอบรม การทำวิจัย

บทที่ 3 เกณฑ์มาตรฐานการรับรอง (Accreditation Standards Criteria)

บทนี้คือหัวใจหลักของเกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม (TBCA) ซึ่งได้รวบรวมเกณฑ์การประเมินไว้อย่างครบถ้วน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินศูนย์เต้านมในทุกระดับ เกณฑ์ทั้งหมดประกอบด้วย 4 หมวดหลัก และ 36 หัวข้อย่อย โดยในแต่ละหัวข้อจะแสดงเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ คือ เกณฑ์บังคับ (Essential) เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended) และ เกณฑ์พัฒนา (Aspirational) พร้อมตัวชี้วัดสำคัญ หรือเครื่องมือที่ใช้เป็นหลักฐานในการติดตามผลการดำเนินการตามกระบวนการที่กำหนด

หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)

หมวดนี้ครอบคลุมองค์ประกอบหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเต้านม โดยมุ่งเน้นมาตรฐานการวินิจฉัย การประเมิน การรักษา และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครบวงจร มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพระดับสากล โดยแนวทางทั้งหมดสะท้อนถึงแนวปฏิบัติที่ยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) และส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Collaboration)

1.1 การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น (Screening & Initial Diagnosis)

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น คือ หัวใจสำคัญของการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดความรุนแรงของโรค ศูนย์เต้านมจึงต้องมีระบบบริการที่เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ และเชื่อถือได้ ครอบคลุมตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ไปจนถึงการใช้ภาพวินิจฉัยที่มีมาตรฐาน

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.1 การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น	- ให้บริการตรวจ Mammogram/Ultrasound อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	- มีแบบฟอร์มซักประวัติ และประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน	- ใช้เทคโนโลยี AI ช่วยในการวินิจฉัย (AI Diagnostic Support)	- อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่ผลผิดปกติเพื่อพบแพทย์ใน 14 วัน

	- รายงานผลภาพถ่ายโดยรังสีแพทย์ พร้อมระบบ BI-RADS Classification	- มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ผลผิดปกติเพื่อให้มั่นใจว่าได้รับการดูแลต่อเนื่อง	- มีระบบ Recall ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อกลับมาตรวจซ้ำโดยอัลตราซาวด์	- อัตราการตรวจพบมะเร็งต่อการคัดกรอง (Cancer Detection Rate)
	- มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยที่ผลผิดปกติ (BI-RADS 4-5) เพื่อพบศัลยแพทย์	- มีการทบทวนผลอ่าน (Double Reading) หรือ Peer Review ในเคสที่ซับซ้อน	- เป็นศูนย์กลางรับส่งต่อเคสซับซ้อนจากโรงพยาบาลอื่นในเครือข่าย	- ระยะเวลาผลตรวจวินิจฉัย (Turnaround time for diagnostic report)
		- มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการคัดกรองเพื่อพัฒนาคุณภาพ (เช่น Detection Rate, PPV)		

1.2 การยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม (Definitive Diagnosis & Staging)

การวินิจฉัยที่แม่นยำและครบถ้วนเป็นขั้นตอนที่ส่งผลโดยตรงต่อการวางแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับระยะของโรค กระบวนการจึงต้องเป็นไปตามมาตรฐานสากล ตั้งแต่การวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาไปจนถึงการกำหนดระยะของโรค

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.2 การยืนยันการวินิจฉัย	- มีแนวทางการส่งและจัดการสิ่งส่งตรวจ (Specimen Handling) ที่ชัดเจน	- มีการใช้รูปแบบการรายงานผลพยาธิวิทยาที่เป็นมาตรฐาน (Synoptic Reporting)	- มีระบบ Digital Pathology เพื่อการปรึกษาและวินิจฉัยทางไกล	- ระยะเวลาตั้งแต่รับชิ้นเนื้อจนถึงวันรายงานผล (Turnaround Time)
	- รายงานผลพยาธิวิทยาระบุข้อมูลจำเพาะครบถ้วน (Subtype, Receptor Status) ในมะเร็งระยะที่ 2 ขึ้นไป	- มีระบบการทบทวนผลการวินิจฉัย (Double Review) โดยพยาธิแพทย์ท่านอื่นในกรณีที่ซับซ้อน	- มี Dashboard หรือระบบ Staging แบบดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับข้อมูลผู้ป่วยโดยตรง	- ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลในรายงานผลพยาธิวิทยา

	- มีการกำหนดระยะของโรค (Staging) ตามระบบ AJCC TNM		- อัตราความสอดคล้องของการประเมินระยะโรคก่อนและหลังการผ่าตัด - ร้อยละของมะเร็งระยะที่ 2 ขึ้นไปที่มีผลการวินิจฉัยมีการตรวจที่สามารถจำแนกชนิดมะเร็ง ที่ครบถ้วน พอเพียงพอต่อการวางแผนการรักษา
--	---	--	--

1.3 การประเมินก่อนเริ่มการรักษา (Pretreatment Evaluation)

การประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้านก่อนเริ่มการรักษา เป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้ทีมสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากสภาพร่างกาย โรคร่วม และความพร้อมทางจิตใจ การมีระบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้ Checklist และการประเมินภาวะโรคร่วม จะช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.3 การประเมิน	- มีแบบฟอร์ม/Checklist สำหรับการประเมินก่อน	- มีการประเมินสถานะทางจิตใจและความวิตกกังวล	- มีระบบประเมินแบบดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับ EMR	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม Checklist ครบถ้วน

ก่อนเริ่ม การรักษา	การรักษาที่เป็น มาตรฐาน	ของผู้ป่วยเป็น ประจำ		- ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ ได้รับการนำเสนอในที่ประชุม MDT - จำนวนอุบัติการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วย ไม่ครบถ้วน
	- ประเมินสภาพร่างกาย ทั่วไป เช่น ECOG และ โรคร่วมที่สำคัญ	- มีการนำเสนอ เคสที่มีความเสี่ยง สูงหรือซับซ้อนในที่ ประชุม MDT เพื่อ วางแผนร่วมกัน	- มีระบบแจ้งเตือน (Flagging) เคสความเสี่ยงสูง โดยอัตโนมัติ เพื่อให้ ทีมเตรียมการดูแล เป็นพิเศษ	
	- มีการทบทวนผลการ ตรวจที่จำเป็น (Lab/Imaging/Patholo gy) ก่อนเริ่มการรักษา			

1.4 การวางแผนการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Treatment Planning)

การวางแผนการรักษาที่มีคุณภาพต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยอาศัยการตัดสินใจร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) เพื่อให้ได้แผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

หมวด ย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
1.4 การ วางแผนการ รักษา	- มีแนวปฏิบัติทาง คลินิก (CPG) ที่เป็นที่ยอมรับ เช่น NCCN ESMO TBS สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ ฯลฯ เป็น ฐานในการวางแผน	- มีการนำเสนอและ พิจารณาผู้ป่วยใหม่ใน ที่ประชุม MDT เพื่อ วางแผนการรักษาร่วม กัน	- มีระบบติดตามและ ตรวจสอบความ สอดคล้องของการ รักษากับ Guideline (Adherence Monitoring)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติ ทางคลินิก
	- มีการจัดทำแผนการ รักษา (Treatment Plan) เป็นลายลักษณ์ อักษรสำหรับผู้ป่วยทุก ราย	- มีกระบวนการ พิจารณาปรับแนวทางการ รักษาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย พร้อม บันทึกเหตุผล	- มีการทำ Audit ภายในเพื่อทบทวน และพัฒนาคุณภาพ การวางแผนการ รักษา	- ร้อยละของผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการพิจารณาในที่ ประชุม MDT - อัตราการเบี่ยงเบนหรือ จำนวนเคสจาก Guideline ที่ไม่มีเหตุผล ทางการแพทย์รองรับ

1.5 การผ่าตัดเต้านมและการจัดการต่อมน้ำเหลือง (Breast & Axillary Surgery)

การผ่าตัดเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา การเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ทางการแพทย์และความต้องการของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการลดภาวะแทรกซ้อน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.5 การผ่าตัดเต้านมและการจัดการต่อมน้ำเหลือง	- มีแนวทางการเลือกวิธีการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้และ Guideline ที่ชัดเจน	- มีบริการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Oncoplastic Surgery / Reconstruction)	- มีการผ่าตัดร่วมกับทีมศัลยกรรมตกแต่งหรือศัลยแพทย์เต้านมอย่างบูรณาการ	- อัตราการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (BCS Rate)
	- มีการประเมินและจัดการต่อมน้ำเหลืองตามแนวทางมาตรฐาน เช่น SLNB, ALND	- มีระบบการวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้าร่วมกับทีม MDT	- มีระบบติดตามและรายงานผลลัพธ์การผ่าตัดในระยะยาว (Long-term outcomes)	- อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Post-op Complication Rate)
		- มีกระบวนการลดการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่ไม่จำเป็น เช่น Omit, TAD		- อัตราการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขขอบเขตการผ่าตัด (Re-excision Rate)

1.6 การให้ยาเคมีบำบัด ยาพุ่งเป้า และฮอร์โมน (Systemic Therapy)

การรักษาด้วยยาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสการหายขาดและควบคุมโรค การเลือกใช้ยาต้องอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วยและความปลอดภัยสูงสุด

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.6 การให้ยาเคมีบำบัดฯ	- มีแนวทางการเลือกให้ยาตาม Guideline ที่ชัดเจน	- มีระบบติดตามและจัดการอาการข้างเคียงอย่างเป็นระบบ	- มีการใช้ PROMs เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาตาม Guideline

	- มีทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) สำหรับการดูแลการให้ยา	- มีห้องให้ยาและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน เช่น Infusion Pump	- มีคลินิกหรือระบบในการให้บริการ สำหรับดูแลผลข้างเคียง (Toxicity Clinic)	- อัตราการเกิดอาการข้างเคียงรุนแรง (Grade 3-4)
			- มีระบบ Telemonitoring เพื่อติดตามผู้ป่วยทางไกล	- อัตราการหยุดยาจากผลไม่พึงประสงค์

1.7 การฉายแสง (Radiotherapy)

การฉายแสงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคเฉพาะที่และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ การให้บริการฉายแสงจึงต้องเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย พร้อมระบบการประเมินและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.7 การฉายแสง	- มีแนวทางการส่งต่อและประเมินผู้ป่วยก่อนการฉายแสงที่ชัดเจน	- มีการบันทึก PROMs เฉพาะด้านหลังการฉายแสง	- มีระบบนัดหมายและแจ้งเตือนอัตโนมัติสำหรับผู้ป่วย	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับฉายแสงตามข้อบ่งชี้
	- มีระบบติดตามผลข้างเคียงจากการฉายแสง	- มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจบการรักษา	- มีระบบบันทึกปริมาณรังสี (Dose Tracking)	- อัตราการเกิดผลข้างเคียงระดับรุนแรง ($\geq$ Grade 3) - ร้อยละของผู้ป่วยที่จบการรักษาครบตามแผน

1.8 การจัดการโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง (Benign Breast Disease Management)

แม้ไม่ใช่โรคร้ายแรง แต่โรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถสร้างความวิตกกังวล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ การดูแลตามมาตรฐานจึงมีความจำเป็นเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการรักษาที่เกินความจำเป็น

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.8 การจัดการโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง	- มีแนวทางดูแล Benign Breast Disease - มีระบบคัดกรองเพื่อลดการทำ Biopsy ที่ไม่จำเป็น	- มีระบบติดตามและนัดหมายผู้ป่วยกลุ่ม Benign ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง	- มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย (Registry) สำหรับกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง - มีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหรือผ่านสื่อดิจิทัล	- ร้อยละของผู้ป่วย Benign ที่ได้รับการติดตามตามแนวทาง - อัตราการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วย Benign

1.9 มาตรฐานการตรวจภาพถ่ายเต้านม (Diagnostic Imaging Standards)

คุณภาพของภาพวินิจฉัยและความแม่นยำในการแปลผลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา การรักษามาตรฐานของการตรวจและการรายงานผลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.9 มาตรฐานการตรวจภาพถ่ายเต้านม	- ใช้มาตรฐาน BI-RADS ในการรายงานผล	- มีระบบการบันทึกเมื่อมีการทบทวนผลอ่าน (Double Review) ในกรณีที่ซับซ้อน	- ใช้ AI ช่วยในการแปลผล (AI-assisted Interpretation)	- ร้อยละความครบถ้วนของการรายงาน BI-RADS

	- รายงานผล โดยแพทย์ รังสีวิทยา เฉพาะทาง	- มีกระบวนการ ควบคุมคุณภาพของ ภาพถ่าย	- มี Dashboard ติดตาม	- อัตราความ สอดคล้องของผล วินิจฉัยทางรังสีกับ ผลทางพยาธิวิทยา คุณภาพงานด้าน ภาพถ่าย
--	--	---	--------------------------	--

1.10 มาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิ (Pathology Reporting Standards)

รายงานผลทางพยาธิวิทยาคือรากฐานสำคัญของการวินิจฉัยและกำหนด
แนวทางการรักษา การจัดทำรายงานจึงต้องมีความครบถ้วน แม่นยำ และเป็นไปตาม
มาตรฐานสากล พร้อมระบบประกันคุณภาพตลอดกระบวนการ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
1.10 มาตรฐาน การวินิจฉัย ทางพยาธิ	- มีระบบจัดการ คุณภาพสิ่งส่งตรวจ (pre-analytical)	- มี Turnaround Time (TAT) ที่ กำหนดชัดเจน	- มีระบบ Digital Pathology	- ระยะเวลาตั้งแต่รับ ชิ้นเนื้อถึงวัน รายงานผล (TAT)
	- รายงานผลพยาธิ วิทยาตามมาตรฐาน โดยระบบข้อมูลที่จำเป็น ครบถ้วน (ER/PR/HER2, Ki67)		- มีการประเมิน คุณภาพภายใน (Internal Audit)	- อัตราการรายงาน ที่ใช้รูปแบบ Synoptic
	- ห้องปฏิบัติการได้รับ การรับรองมาตรฐาน เช่น ISO หรือ ราชวิทยาลัยพยาธิ แพทย์แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานที่ เป็นที่ยอมรับ		- มีระบบ Double Review สำหรับ เคสซับซ้อน	- ค่าเฉลี่ย Cold Ischemic Time
			- มีระบบการบันทึก แยกระหว่าง Cold/ Warm Ischemic Time	

1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team - MDT)

การตัดสินใจรักษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา (MDT) เป็นมาตรฐานสากลที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างรอบด้าน ครอบคลุม และลดความแปรปรวนในการรักษา

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ	- มีการประชุม MDT อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	- มีการติดตามผลของ แผนการรักษาที่ได้ จากที่ประชุม MDT	- มีระบบ MDT Online และ บันทึกดิจิทัล	- ร้อยละ/จำนวน เคสใหม่หรือ เคสซับซ้อนที่ผ่านการ พิจารณาใน MDT
	- มีการบันทึกผลการประชุมและ แผนการรักษา	- มีผู้เข้าร่วมประชุม จากหลากหลายสาขา วิชาชีพครบถ้วน	- มี Dashboard วัด ประสิทธิภาพของ MDT	- ร้อยละของการดำเนินการตามแผนของ MDT
			- ผู้ป่วยสามารถเลือก เข้าร่วมประชุมได้	- รายงานการบันทึก การนำเสนอใน MDT

1.12 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและการตัดสินใจร่วม (Patient Education & Shared Decision-Making)

การเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย (Patient Empowerment) ผ่านการให้ข้อมูลที่ ชัดเจนและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นหัวใจของการดูแลที่เน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือและความพึงพอใจในการรักษาที่สูงขึ้น

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
1.12 การให้ ข้อมูลและ การตัดสินใจ ร่วม	- มีแบบฟอร์ม Informed Consent ที่เข้าใจ ง่าย	- มีการใช้แบบ ประเมินความ เข้าใจของผู้ป่วย	- มีการใช้เครื่องมือ ช่วยตัดสินใจ (Decision Aid)	- ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ เอกสารประกอบการ ตัดสินใจ
	- มีเอกสาร/สื่อให้ ข้อมูลที่เป็น มาตรฐาน	- จัดให้มีผู้ให้คำปรึกษา ก่อนการ ตัดสินใจรักษา	- ประเมินผลลัพธ์ ของการตัดสินใจร่วม เช่น ความพึงพอใจ	- คะแนนความพึงพอใจ ในกระบวนการ ตัดสินใจ

	- มีกระบวนการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูล		- ร้อยละที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
--	--	--	--

หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)

หมวดนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบบริการที่ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ มีความต่อเนื่องตลอดเส้นทางการรักษา และเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อรองรับความหลากหลายของผู้ป่วย ศูนย์ต้นมควรออกแบบบริการโดยคำนึงถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึง และมีระบบดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู ไปจนถึงการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนแนวคิด Patient-Centered Care, Continuum of Care และ Equity

2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility & Equity)

การเข้าถึงบริการที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เลือกปฏิบัติเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ศูนย์ต้นมควรจัดระบบบริการที่มุ่งลดอุปสรรคในการเข้าถึง ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ เวลา ภาษา และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบาง ผ่านระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ บริการทางเลือกเช่น Telemedicine และระบบช่วยเหลือที่ตรงตามความต้องการ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	- มีช่องทางบริการ ≥ 2 ช่องทาง	- มีบริการ Telemedicine	- มี Equity Dashboard ติดตามความเท่าเทียม	- ระยะเวลาารอพบแพทย์ < 14 วัน

	-มีระบบนัดหมาย ล่วงหน้า	- มีระบบช่วยเหลือ กลุ่มเปราะบาง เช่น ด้านการเงิน ภาษา	- มีโครงการเชิง รุกในชุมชน (Outreach Program)	- ร้อยละของกลุ่ม เปราะบางที่เข้าถึง บริการครบถ้วน
--	----------------------------	---	--	---

* ตัวอย่างช่องทางบริการ เช่น ประเภทคลินิกต่างๆที่ให้บริการ บริการที่บ้าน บริการ Telemedicine เป็นต้น

2.2 รูปแบบการให้บริการและความต่อเนื่อง (Model of Care & Continuum)

รูปแบบบริการที่ดีควรมีความต่อเนื่องและไร้รอยต่อ ตั้งแต่การวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู ไปจนถึงการติดตามผลระยะยาว ศูนย์เต้านมควรใช้เครื่องมือเช่น แผนผังเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Care Pathway) และมีบุคลากรสำคัญอย่างพยาบาลผู้ประสานงาน (Breast Care Navigator) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครบวงจร

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
2.2 รูปแบบ การให้ บริการและ ความต่อ เนื่อง	- มีแนวทาง Care Pathway สำหรับ มะเร็งเต้านมระยะ ต้น	- มีพยาบาลผู้ ประสานงาน (Breast Care Navigator)	- ใช้ Digital Tracking และ EMR ที่เชื่อมต่อ ข้ามแผนก	- ร้อยละของผู้ป่วยที่รักษา ต่อเนื่องครบในศูนย์เดียว
		- มีระบบติดตามการ นัดหมายอัตโนมัติ	- มีแอปพลิเคชัน สำหรับผู้ป่วย	- ร้อยละของการนัดหมาย ที่ตรงตามแผนการดูแล - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยการรักษา ภายในเวลาที่กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลโดยพยาบาลผู้ ประสานงาน (Navigator)

2.3 การฟื้นฟูและการดูแลหลังการรักษา (Rehabilitation & Survivorship)

การฟื้นฟูร่างกายและจิตใจหลังการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ศูนย์เต้านมควรจัดให้มีบริการฟื้นฟูที่จำเป็น มีการประเมินสุขภาพจิต และมีระบบติดตามผลลัพธ์จากมุมมองผู้ป่วย (PROMs) ควบคู่ไปกับการจัดตั้งคลินิกดูแลผู้รอดชีวิตในระยะยาว

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.3 การฟื้นฟูและดูแลหลังการรักษา	- มีบริการฟื้นฟูร่างกายพื้นฐาน - มีระบบติดตามผลหลังการรักษา	- มีแนวทางการดูแลผู้รอดชีวิต (Survivorship Clinic) - มีการใช้เครื่องมือ PROMs ประเมินคุณภาพชีวิต	- มีทีมฟื้นฟูแบบสหสาขาและระบบข้อมูลผลลัพธ์ระยะยาว	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและฟื้นฟูอย่างน้อย 1 ครั้ง - คะแนน PROMs ที่สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสากล (เช่น FACT-B)

2.4 การดูแลระยะท้าย / ประคับประคอง (Palliative & End-of-Life Care)

ผู้ป่วยในระยะท้ายของโรคต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ศูนย์ด้านมควรมีกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning - ACP) และทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.4 การดูแลระยะท้าย	- มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีม Palliative Care - มีเอกสารวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	- มีการเก็บข้อมูล PREMs ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อประเมินประสบการณ์การดูแล	- มีบริการดูแลประคับประคองที่บ้านหรือในชุมชน (Home-based/Community-based Palliative Care)	- ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า - คะแนน PREMs ด้านคุณภาพชีวิตระยะท้าย

2.5 การดูแลกลุ่มเปราะบาง (Support for Vulnerable Populations)

ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ หรือผู้มีข้อจำกัดอื่นๆ ต้องการการดูแลที่ปรับให้เหมาะสมเป็นพิเศษ ศูนย์ด้านนมควรมีกระบวนการคัดกรอง มีนโยบายให้ความช่วยเหลือ และมีระบบสนับสนุนเฉพาะราย เช่น การจัดหาผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.5 การดูแลกลุ่มเปราะบาง	- มีกระบวนการคัดกรองและนโยบายช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางขั้นพื้นฐาน	- มีระบบบันทึกและรายงานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง	- มีแผนพัฒนาความเท่าเทียม (Equity Plan) ในระยะยาว	- ร้อยละของกลุ่มเปราะบางที่ได้รับความช่วยเหลือ
		- มีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) สำหรับเคสซับซ้อน	- มีการออกแบบบริการร่วมกับตัวแทนกลุ่มเปราะบาง	- คะแนน PREMs ของกลุ่มเปราะบาง

2.6 ระบบส่งต่อและการเชื่อมต่อกับชุมชน (Referral & Outreach System)

การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งกับชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ศูนย์ด้านนมควรมีคู่มือและช่องทางการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน มีระบบติดตามผล และจัดกิจกรรมเชิงรุก (Outreach) เพื่อขยายบริการและองค์ความรู้สู่ชุมชน

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.6 ระบบส่งต่อและเชื่อมชุมชน	- มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร	- มีระบบรับ-ส่งข้อมูลและติดตามผลหลังการส่งต่อ	- มีเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.ชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	- ร้อยละการส่งต่อสำเร็จภายใน 7 วัน

		- มีกิจกรรม Outreach ในชุมชน	- พัฒนานวัตกรรมบริการ ร่วมกับชุมชน	- จำนวนกิจกรรม Outreach ต่อปี
--	--	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

2.7 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็นนม

การมีระบบป้องกันและจัดการการติดเชื้อที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อหลังการผ่าตัด (โดยอาจจำแนกตามความซับซ้อนของการผ่าตัด) และการติดเชื้อหลังได้รับยาเคมีบำบัดรักษามะเร็งเป็นสิ่งจำเป็น การติดเชื้ออาจทำให้การรักษาอื่นต้องล่าช้าออกไป การมีระบบป้องกันที่ดีจึงช่วยให้แผนการรักษาดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นในภาพรวม

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.7 ระบบป้องกัน และ ควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็นนม	- มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด (SSI) และติดตามอัตราการเกิด SSI โดยจำแนกตามประเภทของการผ่าตัดเด็นนม เช่น การผ่าตัดธรรมดา การผ่าตัดเสริมสร้าง/oncoplastic การผ่าตัดใส่สิ่งทดแทน	-มีการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ ทั้ง SSI และการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด	- ร่วมกับทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) หรือทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาแนวทางป้องกันเชิงรุก	-อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI Rate) โดยรวมและจำแนกตามประเภทการผ่าตัด
	- มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน วินิจฉัย และจัดการภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia)		- มีการวิเคราะห์ข้อมูล SSI โดยละเอียดตามประเภทการผ่าตัดและความซับซ้อน เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและพัฒนากระบวนการดูแลเฉพาะกลุ่ม	-อัตราการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia Rate) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

			-เอกสารแนวปฏิบัติในการป้องกันการใช้ยา
--	--	--	---------------------------------------

2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High-Alert Drugs) การเกิดความคลาดเคลื่อนเพียงเล็กน้อยในกระบวนการสั่งใช้ยา เตรียมยา หรือบริหารยา อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ศูนย์ด้านนมจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการยาที่รัดกุมและปลอดภัยตลอดทั้งกระบวนการ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ถูกต้อง ในขนาดที่ถูกต้อง และตรงเวลา

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า	- มีกระบวนการ Medication Reconciliation ที่ชัดเจนเมื่อรับและจำหน่ายผู้ป่วย	- มีการเฝ้าระวังและวิเคราะห์แนวโน้มความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวข้องกับยาเคมีบำบัด	- ใช้ระบบสั่งยาและบริหารยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ครบวงจร (CPOE & eMAR) ที่เชื่อมต่อกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด (Chemotherapy-related Medication Error Rate)

		และยามุ่งเป้าโดยเฉพาะ	ทางคลินิก (Clinical Decision Support)	
	- มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาความเสี่ยงสูง การตรวจสอบซ้ำ (Double-check) ก่อนเตรียมและบริหารยา	- มีเภสัชกรเคมีบำบัดทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการ	- มีระบบดิจิทัลติดตามและวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาแบบ Real-time	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ Medication Reconciliation ครบถ้วน
	- มีทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล) ที่มีบทบาทชัดเจนในการดูแลกระบวนการให้ยา	- มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความปลอดภัย เช่น ระบบบาร์โค้ดในการบริหารยา (Barcode Medication Administration)		- จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาระดับรุนแรง (เป้าหมายคือ ศูนย์) - มีการจัดทำเอกสารแนวทางการจัดการยาความเสี่ยงสูง

2.9 ระบบสนับสนุนเฉพาะโรคเต้านมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

การวินิจฉัยที่แม่นยำและการรักษาที่มีประสิทธิภาพในโรคเต้านมต้องอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีเฉพาะทางที่มีความพร้อมใช้งานและได้มาตรฐานสูงสุด นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของศูนย์ฯ ยังส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัย

และความรู้สึกของผู้ป่วย เกณฑ์ข้อนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างความมั่นใจว่าระบบสนับสนุนทั้งด้านเครื่องมือและสถานที่ มีความปลอดภัย ได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี และเอื้อต่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

หมวด ย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
2.9 ระบบ สนับสนุน และ สิ่งแวดล้อม ทาง กายภาพ	- มีแผนการตรวจสอบ และบำรุงรักษาเชิง ป้องกันสำหรับ เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น เครื่องแมมโมแกรม อัลตราซาวด์ เครื่องมือผ่าตัด	- มีการทดสอบควบคุม คุณภาพ (Quality Control; QC) ของ เครื่องมือตรวจวินิจฉัย ทางรังสีวิทยาอย่าง สม่ำเสมอ เพื่อรับรอง ความแม่นยำ	- ใช้ระบบดิจิทัลใน การติดตามสถานะ ความพร้อมใช้งาน การบำรุงรักษา และ การทดสอบ คุณภาพของ เครื่องมือแบบ Real-time	- ร้อยละความพร้อมใช้ งานของเครื่องมือ สำคัญ (Uptime Rate)
	- มีการตรวจสอบ ความปลอดภัยของ สิ่งแวดล้อมทาง กายภาพในพื้นที่ให้ บริการผู้ป่วยเป็น ประจำ	- มีการออกแบบสภาพ แวดล้อมโดยคำนึงถึง ความสะดวกสบายและ ความเป็นส่วนตัวของผู้ ป่วย	- มีการนำหลักการ ออกแบบเพื่อการ เยียวยา (Healing Environment) มา ประยุกต์ใช้ในการ ปรับปรุงพื้นที่บริการ	- ร้อยละการบำรุงรักษา เชิงป้องกันที่ทำเสร็จ ตามแผน - บันทึกการตรวจสอบ ความปลอดภัยของ สิ่งแวดล้อมและผลการ ทดสอบควบคุม คุณภาพ (QC)

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)

หมวดนี้เน้นการเสริมสร้างโครงสร้างองค์กรที่เข้มแข็ง มีภาวะผู้นำที่ชัดเจน มีบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสม พร้อมระบบเทคโนโลยีและข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริหารความเสี่ยงและส่งเสริมนวัตกรรม เพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน เป้าหมายของหมวดนี้คือการสร้างศูนย์ดำเนินงานที่มีระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศ มีวัฒนธรรมความปลอดภัย และพร้อมสำหรับอนาคต

3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์ (Leadership & Strategy)

มีโครงสร้างการบริหารและแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเป็นรากฐานของการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน สะท้อนความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กรต่อคุณภาพ ความปลอดภัย และความเป็นเลิศทางคลินิก โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่วัดผลได้และสื่อสารทิศทางกับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์	มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนและแผนปฏิบัติการประจำปี	มีแผนยุทธศาสตร์ระยะ 3–5 ปี และการทบทวนประจำปี	มีแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับประเทศและนานาชาติ	- เอกสารแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ - รายงานผลการดำเนินงานเทียบกับแผน

3.2 บุคลากรและศักยภาพทีม (Workforce & Competency)

บุคลากรคือหัวใจสำคัญของการดำเนินงานศูนย์ดำเนินงาน การมีบุคลากรที่เพียงพอ มีความรู้ความสามารถตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (Job Description) และ

ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องผ่านแผนการอบรมและประเมินสมรรถนะ จะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพและยั่งยืน

หมวด ย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
3.2 บุคลากร และ ศักยภาพ ทีม	มีอัตรากำลัง บุคลากรตาม มาตรฐานขั้นต่ำ และมี JD ชัดเจน	มีระบบประเมิน สมรรถนะ (Competency) และ แผนพัฒนารายบุคคล	มีระบบ HRD/HRM ดิจิทัล และระบบการ วางแผนกำลังคน (Workforce Planning)	- ร้อยละของบุคลากร ผ่านการอบรมรายปี - รายงานการประเมิน Competency

3.3 ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล (Health IT & Digital Infrastructure)

ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ (Health IT) และเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นรากฐานที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ การใช้ระบบ EMR, PACS, และ Dashboard อย่างเหมาะสมจะช่วยยกระดับการตัดสินใจทางคลินิก การจัดการคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

หมวด ย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
3.3 ระบบ ข้อมูล และ เทคโนโลยี ดิจิทัล	- มีระบบ EMR และ PACS ที่ใช้งานได้ ครอบคลุมบริการเต็ม นม	- มี Dashboard ติดตาม KPI/Outcome	- ใช้ AI/ML ช่วย วิเคราะห์	- ความสมบูรณ์ของ ข้อมูลใน EMR
	- มีการจัดทำ Tumor registry ที่มีข้อมูล จำเป็นพื้นฐาน (TCB)	- มีระบบสื่อสารกับ ผู้ป่วยผ่านดิจิทัล (SMS/LINE)	- มี Patient Portal หรือ แอปพลิเคชันสำหรับ ผู้ป่วย	- จำนวน Dashboard ที่ใช้งานจริง
		- มีการจัดทำ Tumor registry ที่มีข้อมูล ครบถ้วน เช่น แนวทางของสมาคม โรคเต้านมฯ	- มีการบันทึกข้อมูล Tumor registry ด้วย ดิจิทัลที่สามารถดึง ข้อมูลมาทำการทบทวน ได้อย่างสะดวก	- ร้อยละ 90 ของผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่มีการ บันทึก Tumor Registry

3.4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยง (Patient Safety & Risk Management)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดของคุณภาพบริการ ศูนย์เต้านมต้องมีระบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) โดยมีการรายงาน วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis - RCA) และนำไปสู่การจัดทำมาตรการป้องกันปัญหาซ้ำอย่างเป็นระบบ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
3.4 ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง	มีระบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) และแนวทางการทำ RCA	มีการวิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์และจัดทำมาตรการป้องกันเชิงรุก	มี Risk Dashboard และระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงล่วงหน้า (Early Warning System)	- จำนวนเหตุการณ์ที่รายงาน - ร้อยละของการทำ RCA เสร็จภายในเวลาที่กำหนด - ระยะเวลาเฉลี่ยในการปิด RCA (RCA Closure Time)

3.5 การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม (Continuous Improvement & Innovation)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และการส่งเสริมนวัตกรรม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย ศูนย์เต้านมควรมีระบบที่สนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงบริการ และเปิดรับนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืน

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
----------	-------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------

3.5 การพัฒนาและนวัตกรรม	มีแผนพัฒนาคุณภาพ (Quality Plan) และมีโครงการ CQI อย่างน้อย 1 โครงการ/ปี	- มีระบบรับข้อเสนอแนะจากทีมและผู้ป่วยเพื่อการปรับปรุง และมีการขยายผลโครงการ CQI	มีศูนย์นวัตกรรม (Innovation Hub) หรือความร่วมมือด้านวิจัยและนวัตกรรมกับหน่วยงานภายนอก	- จำนวนโครงการ CQI/นวัตกรรมต่อปี - ร้อยละของโครงการที่ดำเนินการสำเร็จและยั่งยืน
		- มีการทำวิจัยหรือนวัตกรรมภายในองค์กร		

3.6 การจัดการต้นทุนและทรัพยากร (Cost-of-Care & Resource Management)

การบริหารต้นทุนและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเป็นกุญแจสำคัญของการดูแลที่ยั่งยืน โดยไม่ลดทอนคุณภาพการรักษา ศูนย์เต้านมควรมีระบบวิเคราะห์ต้นทุนเบื้องต้น และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
3.6 การจัดการต้นทุนและทรัพยากร	มีระบบจัดทำงบประมาณและบันทึกต้นทุนพื้นฐานสำหรับบริการหลัก	มีระบบวิเคราะห์ต้นทุนต่อราย (Cost-per-Case) สำหรับหัตถการสำคัญ	มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Cost vs. Outcome) และใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพทางคลินิก	- ร้อยละของรายการบริการที่มีข้อมูลต้นทุน - รายงานการวิเคราะห์ประสิทธิภาพด้านต้นทุน

3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเต้านม

การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยช่วยสร้างความมั่นใจและความไว้วางใจให้ผู้ป่วยในการรับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความกังวล

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- มีแนวปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ครอบคลุมประเด็นเฉพาะของโรคเรื้อรัง เช่น สิทธิในการรับข้อมูลครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจร่วม (Shared Decision-Making) และการขอความเห็นที่สอง (Second Opinion)	- สื่อสารสิทธิผู้ป่วยผ่านช่องทางที่หลากหลายโดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังโดยเฉพาะ	- มีกระบวนการเชิงรุกในการส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านสิทธิของผู้ป่วย (Patient Advocacy)	- จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิทธิผู้ป่วย
	- มีระบบรับและจัดการข้อร้องเรียนที่เข้าถึงง่ายและรักษาความลับ	- มีการทบทวนและตรวจสอบ (Audit) การปฏิบัติตามแนวทางการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	- จัดให้มีผู้แทนผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ	- ร้อยละการจัดการที่แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด - เอกสารให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ (Decision Aids) หรือคู่มือสิทธิผู้ป่วยเฉพาะโรค - บันทึกแนวทางการจัดการของโรงพยาบาล

3.8 การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังช่วยให้ศูนย์เรื้อรังดำเนินงานต่อเนื่องและลดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/หลักฐาน
3.8 การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน	มีแผนเตรียมพร้อมสอดคล้องจากแผนแม่บทของโรงพยาบาล - เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ	มีการวางแผนและซ้อมแผนแบบบูรณาการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่เน้นทดสอบ การสื่อสาร	ใช้ระบบดิจิทัลในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น Dashboard แสดงสถานะทรัพยากร	- เอกสารแผนเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (ที่ระบุเกณฑ์การเลื่อนการรักษา)

สำหรับผู้ ป่วยด้านม	และพิจารณาเลือกการ รักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายรังสี ตามความแรงด่วน - แนวทางรับมือ ภัยพิบัติ เครื่องมือ ขัดข้อง และระบบ สารสนเทศล้ม	เพื่อตัดสินใจเลือก การรักษา และการทำ งานร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ	(เตียง, ยา, บุคลากร) เพื่อสนับสนุนการ ตัดสินใจ	- ร้อยละของบุคลากร หลักที่เข้าร่วมการ ซ้อมแผน - เอกสารสรุปผลการ ซ้อมแผนและ แนวทางการปรับปรุง (After-action report)
			- ระบบให้คำปรึกษา ทางไกล (Telemedicine) เพื่อ ดูแลผู้ป่วยที่ถูกเลื่อน การรักษา	

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)

หมวดนี้คือหัวใจของการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้น "ผลลัพธ์" ที่วัดได้จริง ทั้งในมิติทางคลินิกและจากมุมมองของผู้ป่วย (PROMs/PREMs) เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลนั้นตอบสนองความต้องการที่แท้จริงและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย การติดตาม วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

หมวดย่อย	เกณฑ์บังคับ (Essential)	เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)	เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	ตัวอย่างตัวชี้วัด/ หลักฐาน
4.1 ผลลัพธ์ ทางคลินิก (Clinical Outcomes)	- มีการติดตามตัวชี้ วัดทางคลินิก (KPIs) ที่สำคัญ เช่น ด้านความ ปลอดภัย ระยะเวลา ประสิทธิภาพ	- มีการวิเคราะห์ แนวโน้ม (Trend Analysis) ของ ผลลัพธ์ทางคลินิก	- มีการเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ทางคลินิก กับเกณฑ์มาตรฐาน ระดับชาติหรือนานา ชาติ (Benchmarking)	- อัตราภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด การให้ยา การ ฉายแสง เป็นต้น
	- มีการทบทวนและ รายงานผล KPIs ต่อทีมผู้เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	- มีการแยกวิเคราะห์ ข้อมูลผลลัพธ์ตามกลุ่ม ผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ตามระยะของโรค		- ระยะเวลารอคอยการ รักษา (TTI) เช่น การผ่า ตัด การให้ยา การฉาย แสง - อัตราการปลอดจากโรค (DFS) ที่ 5 ปี - อัตราการรอดชีวิต (Survival Rate) ที่ 5 ปี
4.2 ผลลัพธ์ที่ รายงานโดยผู้ ป่วย (PROMs)	- มีการใช้แบบ ประเมิน PROMs ที่ เป็นมาตรฐานอย่าง น้อย 1 ฉบับ เช่น FACT-B, EORTC-BR23 ใน	- มีการเก็บข้อมูล PROMs อย่างเป็น ระบบ อย่างน้อย 2 ช่วง เวลา เช่น ก่อนและ หลังการรักษา	- มีการเก็บข้อมูล PROMs อย่างต่อ เนื่องและแสดงผล ผ่าน Dashboard เพื่อให้ทีมดูแลใช้	- ร้อยละการตอบกลับของ แบบประเมิน PROMs (Completion Rate)

	กลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสม		ประกอบการตัดสินใจ	- คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย และการเปลี่ยนแปลง - อัตราการนำผล PROMs ไปบันทึกในแผนการดูแลรายบุคคล
		- มีการนำผล PROMs มาใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล	- มีการนำข้อมูล PROMs มาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมบริการ เช่น โปรแกรมฟื้นฟู	
4.3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วย (PREMs)	- มีการใช้แบบสอบถาม PREMs หรือแบบสำรวจความพึงพอใจ วัดประสิทธิภาพของผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	- มีการวิเคราะห์ผล PREMs แยกตามขั้นตอนของการดูแล เช่น ช่วงวินิจฉัย, ช่วงผ่าตัด	- มีกระบวนการเชิญผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยเข้าร่วมในการออกแบบพัฒนากระบวนการบริการ (Co- design)	- คะแนนความพึงพอใจโดยรวม เช่น Satisfaction, Net Promoter Score (NPS) เป็นต้น - จำนวนข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การปรับปรุง
4.4 ความเสมอภาคของผลลัพธ์	- มีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย เช่น สิทธิรักษา ที่อยู่	- มีการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในผลลัพธ์ด้าน PROMs/PREMs	- มี Equity Dashboard สำหรับการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำแบบ Real-time	- รายงานการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม
	- มีระบบในการบันทึกการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกพื้นฐานเพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร	- มีแผนงานหรือมาตรการที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง	- มีโครงการที่ออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในผลลัพธ์การรักษาที่ตรวจพบ	- อัตราหรือจำนวนการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง
4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรเฉพาะทีมศูนย์เต้านม	มีการติดตามข้อมูลพื้นฐานด้านบุคลากร เช่น อัตราการลาออก (Turnover Rate) ของทีมหลัก (Core Team)	มีการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรในทีมศูนย์เต้านมเป็นประจำ	มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ด้านบุคลากร เช่น ความพึงพอใจ การลาออก กับผลลัพธ์ของผู้ป่วย	- อัตราการลาออกของบุคลากร (Staff Turnover Rate) - คะแนนความพึงพอใจของบุคลากร (Staff Satisfaction Rate)

4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุนอื่นๆ (Supportive System Outcomes)	มีการติดตามประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนหลัก เช่น ระยะเวลารอคอยในคลินิก และระบบการให้ข้อมูล	มีการประเมินผลลัพธ์ของบริการสนับสนุนผู้ป่วยโดยตรง เช่น การให้คำปรึกษา หรือการช่วยเหลือด้านต่างๆ	มีการใช้ข้อมูลผลลัพธ์จากระบบสนับสนุนเพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุก (Proactive Service)	-ระยะเวลาารอคอยในคลินิก (Clinic/OPD Waiting Time) -คะแนนความพึงพอใจต่อบริการสนับสนุนที่ไม่ใช่การรักษาโดยตรง
4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	มีการติดตามจำนวนข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมและการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และมีกระบวนการจัดการที่ชัดเจนและรวดเร็ว	มีการทบทวนและตรวจสอบ (Audit) การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเป็นประจำ (เช่น พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล, สิทธิผู้ป่วย)	มีการจัดทำรายงานความโปร่งใส (Transparency Report) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับสาธารณะ	- จำนวนเหตุการณ์ละเมิดสิทธิผู้ป่วย (เป้าหมายคือศูนย์) - ร้อยละการจัดการข้อร้องเรียนแล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด - บันทึกการจัดการด้านสิทธิผู้ป่วย

บทที่ 4 กระบวนการประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน (Assessment Process and Scoring System)

บทนี้อธิบายถึงกระบวนการประเมินและรับรองศูนย์ด้านนมตามเกณฑ์ TBCA ทั้งหมด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความโปร่งใส ยุติธรรม และสะท้อนคุณภาพของแต่ละศูนย์ตามศักยภาพจริง ตั้งแต่ขั้นตอนการสมัคร การประเมิน ไปจนถึงเกณฑ์การตัดสิน และการต่ออายุการรับรอง

4.1 ขั้นตอนการรับรอง (Accreditation Process) กระบวนการรับรองเป็นกระบวนการที่เน้นการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Assessment) โดยมี 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

<u>ขั้นตอน</u>	<u>รายละเอียด</u>
1.การสมัครและแจ้งความประสงค์	ศูนย์ด้านนมยื่นแบบฟอร์มสมัครอย่างเป็นทางการ พร้อมระบุระดับการรับรองที่ต้องการ (Standard / Comprehensive / COE)
2.การประเมินตนเอง (Self-Assessment)	ศูนย์ด้านนมกรอกข้อมูลพื้นฐาน (ตามบทที่ 2) และประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน (ตามบทที่ 3) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง
3.การตรวจประเมินภาคสนาม (Site Survey)	คณะผู้ตรวจประเมินจากสมาคมฯ (TBS) ลงพื้นที่เพื่อทวนสอบข้อมูลสัมภาษณ์ทีมงาน ตรวจสอบกระบวนการทำงานจริง และประเมินตามเกณฑ์
4.การสรุปผลและจัดทำรายงาน	คณะกรรมการประเมินสรุปผลคะแนน จัดทำรายงานผลการประเมินอย่างเป็นทางการ พร้อมข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาเพื่อส่งมอบให้แก่ศูนย์ด้านนม
5. การตัดสินและมอบประกาศนียบัตร	สมาคมฯ พิจารณาและตัดสินผลการรับรองตามระดับที่เหมาะสม พร้อมมอบประกาศนียบัตรและเผยแพร่รายชื่อศูนย์ด้านนมที่ผ่านการรับรอง

4.2 ค่าธรรมเนียมการรับรอง

อัตราค่าธรรมเนียมการตรวจเยี่ยมเพื่อการรับรอง มีดังนี้

- โรงพยาบาลรัฐ: ค่าธรรมเนียมการตรวจเยี่ยม 30,000 บาท หากเข้าเยี่ยมเพื่อการรับรองพร้อมกับการขอรับรองรายโรค(DSC) ของสรพ. โดยใช้กรรมการเยี่ยมประเมินชุดเดียวกับ TBCA ค่าธรรมเนียมการตรวจเยี่ยม 20,000 บาท
- โรงพยาบาลเอกชน: 50,000 บาท

หมายเหตุ: อัตราค่าธรรมเนียมข้างต้นยังไม่รวมค่าเดินทางและค่าที่พักสำหรับคณะผู้ตรวจเยี่ยม ซึ่งจะเรียกเก็บตามที่จ่ายจริง

4.3 หลักการและรูปแบบการให้คะแนน (Scoring Principles and System)

การประเมินจะอิงตามเกณฑ์ในบทที่ 3 โดยใช้ระดับคะแนน 5 ระดับ เพื่อประเมินการดำเนินงานในแต่ละหัวข้อย่อย:

4 = Excellent: การดำเนินงานโดดเด่น มีความสมบูรณ์สูงสุด และเป็นแบบอย่างได้

3 = Substantial: การดำเนินงานมีความครบถ้วนเกือบทั้งหมดและทำอย่างต่อเนื่อง

2 = Partial: มีการดำเนินการในเกณฑ์ข้อนั้นๆ อย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

1 = Occasional: มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว หรืออยู่ในระยะเริ่มต้น/ทดลอง

0 = Not Met: ยังไม่มีการดำเนินการในเกณฑ์ข้อนั้นๆ

4.4 เกณฑ์การผ่านการรับรอง (Accreditation Thresholds)

การพิจารณาให้การรับรองในแต่ละระดับ จะประเมินจากสัดส่วนของเกณฑ์ที่ผ่านตามข้อกำหนด ซึ่งแต่ละระดับของการรับรองได้กำหนดเกณฑ์คะแนนขั้นต่ำและร้อยละของจำนวนข้อที่ผ่านไว้แตกต่างกัน ดังรายละเอียดที่ปรากฏในตาราง

ระดับการรับรอง	เกณฑ์บังคับ (Essential)		เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)		เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)	
	คะแนนขั้นต่ำ	จำนวนข้อ	คะแนนขั้นต่ำ	จำนวนข้อ	คะแนนขั้นต่ำ	จำนวนข้อ
Standard Breast Center	≥ 2	≥ 90%	-	ไม่บังคับ	-	ไม่บังคับ
Comprehensive Breast Center	≥ 3	≥ 95%	≥ 2	ผ่าน ≥ 70%	-	ไม่บังคับ
Center of Excellence (COE)	≥ 4	≥ 95%	≥ 3	ผ่าน ≥ 80%	≥ 2	ผ่าน ≥ 60%

หมายเหตุ: หากศูนย์ฯ ไม่ผ่านเกณฑ์บังคับบางข้อ อาจได้รับ “ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Conditional Pass)” และสามารถยื่นเอกสารเพื่อขอประเมินซ้ำเฉพาะส่วนได้ภายใน 6 เดือน

4.5 อายุการรับรองและการต่ออายุ (Accreditation Period and Renewal)

อายุการรับรอง ประกาศนียบัตรมีอายุ 3 ปี นับจากวันที่ได้รับการรับรอง

การติดตามผล ในระหว่างรอบการรับรอง ศูนย์ฯ ต้องส่งรายงานติดตามผลการดำเนินงานและตัวชี้วัด (KPIs) ประจำปีให้แก่สมาคมฯ

การต่ออายุ หากต้องการต่ออายุการรับรอง ศูนย์ด้านมต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินซ้ำ (Re-assessment) ตามขั้นตอนมาตรฐานทั้งหมดก่อนใบรับรองจะหมดอายุ

บทที่ 5 นโยบายและข้อกำหนดของกระบวนการรับรอง (Accreditation Policies and Requirements)

5.1 บทบาทและคุณสมบัติของผู้ตรวจประเมิน (Roles and Qualifications of Surveyors)

เพื่อให้กระบวนการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานศูนย์เต้านมแห่งประเทศไทย (TBCA) เป็นไปอย่างมีคุณภาพ โปร่งใส เป็นกลาง และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทยจึงได้กำหนดบทบาทและคุณสมบัติของผู้ตรวจประเมิน (Surveyor) ไว้อย่างชัดเจน ผู้ตรวจประเมินทุกท่านถือเป็นตัวแทนของสมาคมฯ ที่มีหน้าที่ในการทวนสอบข้อมูลและประเมินการดำเนินงานของศูนย์เต้านมเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานด้วยความเป็นมืออาชีพสูงสุด

คุณสมบัติของผู้ตรวจประเมิน (Qualifications of Surveyors)

ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจประเมินของสมาคมฯ ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติด้านวิชาชีพ (Professional Qualifications)

- เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์มะเร็ง รังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคุณภาพในสถานพยาบาล
- มีประสบการณ์การทำงานในสาขาของตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรคเต้านมมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี

2. คุณสมบัติด้านความรู้ (Knowledge Qualifications)

- มีความรู้ความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม (TBCA) ทุกหมวดอย่างลึกซึ้ง
- ต้องผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตร "ผู้ตรวจประเมินศูนย์เต้านม" ที่จัดขึ้นหรือรับรอง โดยสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย และผ่านการประเมินตามที่กำหนด

3. คุณสมบัติด้านทักษะ (Skill Qualifications)

- ทักษะการวิเคราะห์ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและสังเคราะห์ข้อค้นพบจากการตรวจประเมินได้อย่างเป็นระบบ

- **ทักษะการสัมภาษณ์** สามารถตั้งคำถาม สัมภาษณ์บุคคลกรและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์บรรยากาศที่เป็นมิตร
- **ทักษะการสังเกตการณ์** มีความสามารถในการสังเกตการณ์กระบวนการทำงานและสภาพแวดล้อมทางกายภาพได้อย่างละเอียด
- **ทักษะการสื่อสาร** สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับได้อย่างสร้างสรรค์และชัดเจน

4. คุณสมบัติด้านคุณธรรมและจริยธรรม (Ethical Qualifications)

- ความเป็นกลาง ปราศจากอคติ และสามารถประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้
- ต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) กับศูนย์ด้านที่ตนเองเข้าตรวจประเมิน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ตรวจประเมิน (Roles and Responsibilities of Surveyors)

1. ก่อนการตรวจประเมิน (Before the Survey)

- ศึกษาและทบทวนเอกสารประกอบการสมัครของศูนย์ด้านอย่างละเอียด ได้แก่ รายงานข้อมูลองค์กร (Organizational Profile) และแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment)
- ประชุมร่วมกับทีมผู้ตรวจประเมินเพื่อวางแผนการตรวจประเมินและกำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องทวนสอบ

2. ระหว่างการตรวจประเมิน (During the Survey)

- ดำเนินการตรวจประเมินภาคสนามตามแผนที่วางไว้
- ใช้วิธีการที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์ทีมผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน การสุ่มตรวจเวชระเบียน การสังเกตการณ์กระบวนการดูแลผู้ป่วย และการตรวจสอบสถานที่จริง
- ประเมินและให้คะแนนตามเกณฑ์มาตรฐาน TBCA อย่างเป็นกลางและสม่ำเสมอ
- รักษาความเป็นมืออาชีพและสร้างบรรยากาศการประเมินเชิงบวกและสร้างสรรค์

3. หลังการตรวจประเมิน (After the Survey):

- o ประชุมสรุปผลร่วมกับทีมผู้ตรวจประเมินเพื่อรวบรวมข้อค้นพบทั้งหมด
- o ร่วมกันจัดทำรายงานสรุปผลการประเมินที่ระบุถึงจุดแข็งและโอกาสในการพัฒนาอย่างชัดเจน
- o นำส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการประเมินของสมาคมฯ เพื่อการตัดสินใจในขั้นตอนต่อไป

จรรยาบรรณของผู้ตรวจประเมิน (Code of Conduct for Surveyors)

ผู้ตรวจประเมินทุกคนต้องยึดถือจรรยาบรรณต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด

- **ความเป็นกลาง (Objectivity)** การประเมินต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและหลักฐานที่พบ ไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัว
- **การรักษาความลับ (Confidentiality)** ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ของศูนย์ฯ ต่อด้านที่เข้าตรวจประเมินต่อบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้อง
- **ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)** ปฏิบัติตนด้วยความสุภาพ ให้เกียรติบุคลากรและผู้ป่วยของศูนย์ฯ ตลอดเวลา
- **การจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest)** ต้องเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดต่อสมาคมฯ ก่อนการตรวจประเมิน และอาจต้องถอนตัวจากการประเมินในกรณีนั้นๆ

5.2 นโยบายการรักษาความลับ (Confidentiality Policy)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (TBS) ยึดมั่นในการรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากศูนย์ฯ ด้านในระหว่างกระบวนการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐาน (TBCA) อย่างสูงสุด นโยบายนี้จัดทำขึ้นเพื่อสร้างความไว้วางใจและส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างโปร่งใส ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการประเมินคุณภาพที่ถูกต้องและยุติธรรม

ขอบเขตของนโยบาย (Scope of Policy)

ข้อมูลที่เป็นความลับภายใต้นโยบายนี้ ครอบคลุมถึงข้อมูลใดๆ ทั้งในรูปแบบเอกสาร ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือจากการบอกเล่า ที่ไม่เป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง

1. **ข้อมูลจากศูนย์ด้านม** เอกสารประกอบการสมัครทั้งหมด รายงานข้อมูลองค์กร แบบประเมินตนเอง ข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ระบุตัวตน ข้อมูลด้านการเงิน แผนยุทธศาสตร์ และข้อมูลการดำเนินงานภายใน
2. **ข้อมูลจากกระบวนการประเมิน** บันทึกข้อค้นพบ รายงาน และข้อสังเกตการณ์ทั้งหมดของผู้ตรวจประเมิน
3. **ข้อมูลการตัดสินใจ** รายละเอียดการประชุมและการพิจารณาของคณะกรรมการประเมิน รวมถึงผลคะแนนและรายงานสรุปผลการประเมินฉบับร่าง
4. **ข้อมูลระบุตัวตน** ข้อมูลใดๆ ที่สามารถใช้ระบุตัวตนของผู้ป่วย บุคลากร หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้

ผู้ที่ต้องปฏิบัติตามนโยบาย (Applicability)

นโยบายการรักษาความลับนี้มีผลบังคับใช้กับบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรองมาตรฐาน TBCA ได้แก่

- คณะกรรมการบริหารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- คณะกรรมการประเมินมาตรฐานศูนย์ด้านม (TBCA Committee)
- คณะผู้ตรวจประเมิน (Surveyors) ทุกท่าน
- เจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการ
- ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีส่วนร่วม

บุคคลทุกท่านในกลุ่มข้างต้นจะต้องลงนามใน "**ข้อตกลงการรักษาความลับ (Confidentiality Agreement)**" ก่อนเริ่มปฏิบัติหน้าที่

แนวปฏิบัติในการรักษาความลับ (Confidentiality Procedures)

1. **การใช้ข้อมูล** ข้อมูลที่เป็นความลับทั้งหมดจะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานเท่านั้น และจะไม่ถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์อื่นใด
2. **การไม่เปิดเผยข้อมูล** ห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับต่อบุคคลที่สามที่ไม่ได้รับอนุญาตโดยเด็ดขาด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์ด้านม หรือเป็นไปตามข้อบังคับของกฎหมาย

3. **การจัดเก็บอย่างปลอดภัย** เอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องต้องถูกจัดเก็บในสถานที่หรือระบบที่ปลอดภัยและมีการควบคุมการเข้าถึงที่เหมาะสม
4. **การทำลายข้อมูล** เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรับรองและพ้นระยะเวลาที่จำเป็นในการเก็บรักษาแล้ว ข้อมูลที่เป็นสำเนาหรือข้อมูลที่ไม่จำเป็นต้องถูกทำลายด้วยวิธีการที่ปลอดภัย
5. **การอ้างอิงข้อมูล** ในกรณีที่สมาคมฯ ต้องการใช้อ้างอิงเชิงสถิติหรือข้อมูลภาพรวมเพื่อการเผยแพร่ทางวิชาการ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำให้เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนของศูนย์ด้านนมหรือบุคคลใดๆ ได้ (Aggregated and Anonymized Data)

การละเมิดนโยบาย (Breach of Confidentiality)

การไม่ปฏิบัติตามนโยบายการรักษาความลับนี้ถือเป็นการกระทำผิดที่ร้ายแรงและจะนำไปสู่การดำเนินการทางวินัย ซึ่งรวมถึง

- การถอดถอนออกจากการเป็นผู้ตรวจประเมินหรือกรรมการ
- การดำเนินการทางกฎหมายตามที่เห็นสมควร

5.3 นโยบายการอุทธรณ์ (Appeals Policy)

เพื่อให้กระบวนการรับรองมาตรฐาน (TBCA) มีความยุติธรรม โปร่งใส และตรวจสอบได้ สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย (TBS) จึงได้กำหนดนโยบายและกระบวนการอุทธรณ์ขึ้น เพื่อให้ศูนย์ด้านนมที่ไม่เห็นด้วยกับผลการตัดสินใจรับรองสามารถยื่นอุทธรณ์เพื่อขอให้มีการทบทวนการตัดสินใจดังกล่าวได้อย่างเป็นระบบและเป็นธรรม

ขอบเขตการอุทธรณ์ (Scope of Appeals)

ศูนย์ด้านนมสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ในกรณีดังต่อไปนี้

1. **ผลการตัดสินใจรับรอง (Accreditation Decision)** กรณีไม่เห็นด้วยกับผลการตัดสินสุดท้าย เช่น การไม่ให้การรับรอง (Not Accredited) หรือการให้การรับรองในระดับที่ไม่ตรงตามที่คาดหวัง
2. **ข้อค้นพบที่ไม่ถูกต้อง (Factual Inaccuracy)** กรณีที่รายงานสรุปผลการประเมินมีข้อค้นพบหรือข้อเท็จจริงที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญ

3. **กระบวนการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Procedural Error)** กรณีที่มีหลักฐานว่าคณะผู้ตรวจประเมินหรือคณะกรรมการไม่ได้ปฏิบัติตามกระบวนการหรือนโยบายที่สมาคมฯ กำหนดไว้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลการตัดสิน

สิ่งที่ไม่อยู่ในขอบเขตการอุทธรณ์

- ตัวเกณฑ์มาตรฐาน TBCA หรือนโยบายของกระบวนการรับรอง
- ความไม่พอใจต่อข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา (Opportunities for Improvement) ที่ไม่ส่งผลต่อการตัดสิน
- การยื่นหลักฐานหรือข้อมูลใหม่ที่ไม่ได้นำเสนอในระหว่างกระบวนการตรวจประเมิน

กระบวนการยื่นอุทธรณ์ (Appeals Submission Process)

1. **การยื่นหนังสืออุทธรณ์** ศูนย์ด้านนิติประสงคฺจะอุทธรณ์ ต้องยื่น "หนังสือขออุทธรณ์ผลการตัดสิน" อย่างเป็นทางการต่อประธานคณะกรรมการประเมินมาตรฐานศูนย์ด้านนิติ (TBCA)
2. **กรอบเวลา** ต้องยื่นหนังสืออุทธรณ์ภายใน **30 วันทำการ** นับจากวันที่ได้รับรายงานสรุปผลการประเมินฉบับสมบูรณ์
3. **เอกสารประกอบ** หนังสืออุทธรณ์ต้องระบุเหตุผลและประเด็นที่ต้องการอุทธรณ์อย่างชัดเจน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบเพื่อสนับสนุนข้อโต้แย้ง
4. **ช่องทางการส่ง** ส่งเอกสารทั้งหมดผ่านช่องทางที่เป็นทางการตามที่สมาคมฯ กำหนด

กระบวนการพิจารณาอุทธรณ์ (Appeals Review Process)

1. **การแต่งตั้งคณะกรรมการอุทธรณ์** สมาคมฯ จะแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ ซึ่งเป็นคณะบุคคลอิสระที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียและไม่ได้อยู่ในคณะผู้ตรวจประเมินหรือคณะกรรมการชุดที่ทำการตัดสินในครั้งแรก
2. **การรวบรวมข้อมูล** คณะกรรมการอุทธรณ์จะทบทวนเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสืออุทธรณ์และหลักฐานจากศูนย์ด้านนิติ รายงานข้อมูลองค์กร รายงานสรุปผลการประเมิน และข้อค้นพบของผู้ตรวจประเมิน

3. **การพิจารณา** คณะกรรมการอุทธรณ์อาจขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือเชิญผู้แทนจากศูนย์ต่อต้านและคณะผู้ตรวจประเมินชุดเดิมมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้หากจำเป็น
4. **การสรุปผลและข้อเสนอแนะ** คณะกรรมการอุทธรณ์จะจัดทำรายงานสรุปผลการพิจารณา พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อนำส่งต่อคณะกรรมการบริหารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยเพื่อการตัดสินใจ

การตัดสินใจผลการอุทธรณ์ (Decision on Appeal)

คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ จะพิจารณาข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการอุทธรณ์ และผลการตัดสินใจสุดท้ายอาจเป็นไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ดังนี้:

- **ยืนตามคำตัดสินเดิม (Uphold the original decision)**
- **เปลี่ยนแปลงคำตัดสิน (Modify the original decision)** เช่น เปลี่ยนระดับการรับรอง หรือยกเลิกเงื่อนไขบางประการ
- **สั่งให้มีการประเมินซ้ำ (Order a re-evaluation)** อาจเป็นการประเมินซ้ำเฉพาะบางประเด็น หรือการตรวจประเมินภาคสนามใหม่ทั้งหมด

การแจ้งผลและผลผูกพัน (Notification and Finality) ผลการตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ถือเป็นที่สุด และจะมีการแจ้งผลเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ศูนย์ต่อต้านภายใน 30 วันทำการหลังสิ้นสุดกระบวนการพิจารณา

อภิธานศัพท์ (Glossary)

ส่วนนี้รวบรวมคำนิยามของคำศัพท์เฉพาะและตัวย่อที่ปรากฏในเอกสารเกณฑ์มาตรฐานฉบับนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

- **Aspirational Criteria (เกณฑ์พัฒนา)** เกณฑ์การประเมินระดับสูงสุดที่สะท้อนถึงความเป็นเลิศ นวัตกรรม และการเป็นต้นแบบในระดับประเทศหรือนานาชาติ เป็นเป้าหมายที่ศูนย์เต้านมมุ่งมั่นที่จะพัฒนาไปถึงเพื่อการรับรองในระดับ Center of Excellence (COE)
- **BCS (Breast-Conserving Surgery)** การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม คือการผ่าตัดเพื่อนำก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติบางส่วนรอบๆ ออกไป โดยยังคงเก็บรักษาเต้านมส่วนที่เหลือไว้
- **BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)** ระบบมาตรฐานในการรายงานผลและจัดเก็บข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีวิทยาของเต้านม เช่น แมมโมแกรม อัลตราซาวด์ เพื่อจำแนกความเสี่ยงของรอยโรคและให้คำแนะนำในการจัดการต่อไป
- **CPG (Clinical Practice Guideline)** แนวปฏิบัติทางคลินิก คือชุดคำแนะนำที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสภาวะการณ์ทางคลินิกโดยเฉพาะ
- **CQI (Continuous Quality Improvement)** การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ ปรัชญาและกระบวนการในการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการบริการอย่างสม่ำเสมอและไม่มีที่สิ้นสุด
- **Equity Dashboard** แดชบอร์ดที่แสดงข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อติดตามและวิเคราะห์ความเสมอภาคหรือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การดูแลรักษาระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ
- **KPI (Key Performance Indicator)** ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก คือค่าที่วัดได้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์กรมีประสิทธิภาพเพียงใดในการบรรลุวัตถุประสงค์ทางกลยุทธ์ที่สำคัญ
- **MDT (Multidisciplinary Team)** ทีมสหสาขาวิชาชีพ คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จากหลากหลายสาขา เช่น ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์มะเร็ง

รังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ และพยาบาลที่ทำงานร่วมกันเพื่อวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

- **NPS (Net Promoter Score)** ดัชนีชี้วัดความพึงพอใจและความภักดีของลูกค้า (ผู้ป่วย) โดยวัดจากความเต็มใจที่จะแนะนำบริการของศูนย์ฯ ให้กับผู้อื่น
- **pCR (Pathologic Complete Response)** การตอบสนองโดยสมบูรณ์ทางพยาธิวิทยา หมายถึงการที่ไม่พบเซลล์มะเร็งชนิดลุกลาม (Invasive Cancer) หลงเหลืออยู่ในเต้านมและต่อมน้ำเหลือง หลังจากรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy)
- **PREMs (Patient-Reported Experience Measures)** การวัดผลลัพธ์ด้านประสบการณ์ของผู้ป่วย คือเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากกระบวนการดูแลรักษา เช่น การสื่อสารของแพทย์ การรอคอย ความสะดวกสบาย
- **PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)** การวัดผลลัพธ์จากมุมมองของผู้ป่วย คือเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต หรืออาการต่างๆ ของตนเองโดยตรง โดยไม่ผ่านการตีความจากบุคลากรทางการแพทย์
- **RCA (Root Cause Analysis)** การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า คือกระบวนการแก้ปัญหาเชิงระบบที่ใช้ในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่ตรงจุดและป้องกันการเกิดซ้ำ
- **TTI (Time to Treatment Initiation)** ระยะเวลาการรอคอยการรักษา คือ ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการยืนยันผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จนถึงวันที่เริ่มต้นการรักษาหลักครั้งแรก เช่น การผ่าตัด หรือ การให้ยารักษา

ภาคผนวก (Appendices)

ภาคผนวก ก ตัวอย่างตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicators - KPIs)

ตัวอย่างตัวชี้วัดสำคัญที่ศูนย์เต้านมสามารถเลือกใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งตามมิติต่างๆ

1. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Performance KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
อัตราการตรวจพบมะเร็ง (Cancer Detection Rate)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบต่อผู้เข้ารับการคัดกรอง 1,000 คน
ระยะของโรคเมื่อวินิจฉัย (Stage at Diagnosis)	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามระยะของโรค (เช่น % ระยะที่ 0-I เทียบกับระยะที่ III-IV)
อัตราการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (BCS Rate)*	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Lumpectomy) แทนการตัดเต้านมทั้งเต้าในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้
อัตราการผ่าตัดซ้ำ (Re-excision Rate)	ร้อยละของการผ่าตัดที่ต้องทำหัตถการเพิ่มเติมเนื่องจากขอบเขตการผ่าตัดมีเซลล์มะเร็ง (Positive Margin)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Post-op Complication Rate)*	เช่น การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI) การเกิดก้อนเลือด (Hematoma) หรือภาวะแขนบวม (Lymphedema)
อัตราการตอบสนองโดยสมบูรณ์ทางพยาธิวิทยา (pCR Rate)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด (NAC) โดยไม่พบเซลล์มะเร็งเหลืออยู่
อัตราการปลอดจากโรค(DFS: Disease Free Survival)	อัตราการปลอดจากโรคของผู้ป่วยที่ระยะเวลาต่างๆ (เช่น 5-year DFS)
อัตราการรอดชีวิต (Survival Rate)*	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ระยะเวลาต่างๆ (เช่น 5-year survival rate)

หมายเหตุ * คือ KPI ที่ต้องมีการรายงาน

2. ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Operational Efficiency KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
ระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย (Time to Diagnosis)	เวลาเฉลี่ยตั้งแต่พบแพทย์ครั้งแรกจนถึงวันที่ยืนยันผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา
ระยะเวลารอคอยการรักษา (Time to Treatment - TTI)*	เวลาเฉลี่ยตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการเริ่มต้นการรักษาหลักครั้งแรก (เช่น การผ่าตัด หรือ การให้ยา)
ระยะเวลาดังแต่ผลชิ้นเนื้อถึงวันผ่าตัด (Biopsy to Surgery Interval)*	เวลาเฉลี่ยระหว่างวันที่ทราบผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งจนถึงวันผ่าตัด
ระยะเวลาการรายงานผลพยาธิวิทยา (Pathology TAT)	เวลาที่ใช้ตั้งแต่ห้องปฏิบัติการได้รับสิ่งส่งตรวจจนถึงการออกรายงานผลฉบับสมบูรณ์

ระยะเวลาครองเตียง (Length of Stay - LOS)	จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
อัตราการเลื่อน/ยกเลิกการผ่าตัด (Postponement/Cancellation Rate)	ร้อยละของการผ่าตัดที่ถูกเลื่อนหรือยกเลิกจากสาเหตุที่ป้องกันได้

หมายเหตุ * คือ KPI ที่ต้องมีการรายงาน

3. ด้านคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
อัตราการรักษาตามแนวทางการดูแล (CPG Compliance Rate)	ร้อยละของการรักษาที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ศูนย์ฯ กำหนด
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error Rate)	โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน
อัตราการกลับเข้ารับการรักษากลับใน 30 วัน (30-day Readmission Rate)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลอีกครั้งภายใน 30 วันหลังจำหน่าย
อัตราการพิจารณาผู้ป่วยใหม่ในที่ประชุม MDT (New Case Presentation in MDT)	ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการนำเสนอในที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical Record Completeness)	ร้อยละของเวชระเบียนที่บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด

4. ด้านประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Experience KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
คะแนนความพึงพอใจโดยรวม (Overall Satisfaction Score)	คะแนนจากแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรับบริการ
คะแนนสุทธิจากผู้แนะนำ (Net Promoter Score - NPS)	ดัชนีชี้วัดความผูกพันและความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะแนะนำศูนย์ฯ ให้กับผู้อื่น
อัตราการตอบกลับของแบบประเมิน PROMs/PREMs	ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมินผลลัพธ์และประสบการณ์กลับมา
จำนวนข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะ	จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการบริการ และร้อยละที่ได้รับการแก้ไข
ระยะเวลารอคอยในคลินิก (Clinic/OPD Waiting Time)	เวลารวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในคลินิกต่อการเข้ารับบริการหนึ่งครั้ง

5. ด้านการเงินและทรัพยากร (Financial and Resource KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
-----------------	------------------------

ต้นทุนเฉลี่ยต่อการรักษา (Average Cost per Case)	ต้นทุนเฉลี่ยสำหรับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคหรือหัตถการ
อัตราการใช้ทรัพยากรห้องผ่าตัด (OR Utilization Rate)	ร้อยละการใช้เวลาห้องผ่าตัดเทียบกับเวลาที่เปิดให้บริการ
สัดส่วนผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา (Payer Mix)	สัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต่างๆ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม ข้าราชการ ประกันเอกชน จ่ายเอง

6. ด้านบุคลากรและการพัฒนา (Workforce and Development KPIs)

ตัวชี้วัด (KPI)	คำอธิบาย (Description)
อัตราความพึงพอใจของบุคลากร (Staff Satisfaction Rate)	คะแนนจากแบบสำรวจความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในทีม
อัตราการลาออกของบุคลากร (Staff Turnover Rate)	ร้อยละของบุคลากรที่ลาออกต่อปี
จำนวนชั่วโมงการอบรมต่อคน (Training Hours per Staff)	ชั่วโมงการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง (CME/CNEU) เฉลี่ยต่อบุคลากรหนึ่งคนต่อปี

ภาคผนวก ข แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการประเมิน (Application Form)

ส่วนที่ 1: ข้อมูลศูนย์เต้านมผู้สมัคร (Applicant's Breast Center Information)

<u>หัวข้อ</u>	<u>รายละเอียด</u>
ชื่อศูนย์เต้านม (ไทย)	
ชื่อศูนย์เต้านม (อังกฤษ)	
โรงพยาบาล/หน่วยงาน	
ต้นสังกัด	
ที่อยู่	
เว็บไซต์ (ถ้ามี)	
ชื่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ/หัวหน้าทีม	
ผู้ประสานงานหลัก (สำหรับการประเมิน)	
ตำแหน่ง	

เบอร์โทรศัพท์

อีเมล

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการสมัคร (Application Details) ระบุระดับการรับรองที่ต้องการสมัคร

- ☐ Standard Breast Center
- ☐ Comprehensive Breast Center
- ☐ Center of Excellence (COE)

ส่วนที่ 3: เอกสารประกอบการสมัคร (Required Supporting Documents)

โปรดตรวจสอบและแนบเอกสารต่อไปนี้ให้ครบถ้วนเพื่อประกอบการพิจารณา

- ☐ รายงานข้อมูลองค์กร ฉบับละเอียด (Detailed Organizational Profile Report)
- ☐ แบบประเมินตนเองของศูนย์เต้านม (Breast Center Self-Assessment Form)
- ☐ แผนผังโครงสร้างองค์กร (Organizational Chart)
- ☐ เอกสารแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์ฯ (Strategic Plan Document) (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (Copy of Hospital License)
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร (Application Fee Payment Slip)

ข้าพเจ้าในนามของศูนย์เต้านม [ระบุชื่อศูนย์เต้านม] ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครและเอกสารประกอบเป็นความจริงทุกประการ และยินดีปฏิบัติตามขั้นตอนและเงื่อนไขในกระบวนการประเมินของสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทยทุกประการ

ลง

นาม.....

.....

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์เต้านม / ผู้มีอำนาจลงนาม

วันที่:

.....

ภาคผนวก ค แบบฟอร์มรายงานข้อมูลองค์กร (Organizational Profile Report Form)

ชื่อศูนย์เต้านม [ระบุชื่อศูนย์เต้านม]

โรงพยาบาล/หน่วยงานต้นสังกัด [ระบุชื่อหน่วยงาน]

วันที่จัดทำรายงาน [ระบุวันที่]

คำแนะนำ รายงานฉบับนี้เป็นเอกสารสำคัญสำหรับคณะกรรมการในการทำความเข้าใจบริบท ศักยภาพ และความพร้อมของศูนย์ด้านม โปรตบรรยายรายละเอียดในแต่ละหัวข้อให้ชัดเจนและสมบูรณ์ที่สุด โดยอ้างอิงตามการดำเนินงานจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและบริบทองค์กร

- 1.1 **ประวัติการก่อตั้งและข้อมูลการติดต่อ** อธิบายประวัติความเป็นมาโดยย่อ ปีที่ก่อตั้ง วัตถุประสงค์หลัก ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล และเว็บไซต์
- 1.2 **ข้อมูลผู้นำศูนย์ด้านม** ระบุชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือหัวหน้าทีม
- 1.3 **ประเภทของศูนย์ด้านมและภารกิจโรงพยาบาล**
 - อธิบายประเภทของศูนย์ฯ และระดับการให้บริการของโรงพยาบาลต้นสังกัด เช่น ปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โรงเรียนแพทย์
 - ประเภทของศูนย์ด้านม เลือกและอธิบาย: ศูนย์ด้านมอิสระ (Independent) หน่วยย่อยในแผนก (Sub-unit) ศูนย์ด้านมบูรณาการ (Integrated) หรือศูนย์ด้านมเครือข่าย (Network)
- 1.4 **ทิศทางองค์กรและโครงสร้างการบริหาร** ระบุทิศทางและโครงสร้างองค์กร
- 1.5 **วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม** ระบุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมหลักของศูนย์ด้านม
- 1.6 **โครงสร้างและบุคลากร**
 - แผนผังโครงสร้างองค์กร โปรดแนบแผนผังองค์กรที่แสดงสายการบังคับบัญชาและความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น
 - ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) อธิบายองค์ประกอบของทีม MDT บทบาทหน้าที่ สถานะการทำงาน (Full/Part-time) และรูปแบบการประชุม เช่น ความถี่ กระบวนการเช่นการนำผู้ป่วยเข้าพิจารณา และการจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน เป็นต้น
- 1.7 **ขอบเขตและรูปแบบการบริการ**
 - เส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Journey) อธิบายขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา อาจแนบ Patient Journey Map ประกอบ
 - ขอบเขตการให้บริการทางคลินิก ระบุขอบเขตการให้บริการตามตาราง ว่ามีบริการเองหรือส่งต่อ เช่น การคัดกรอง การผ่าตัด การให้ยา และการฉายรังสี

- **ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Services)** ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการทำงานของศูนย์ฯ

บริการ	☐ มี บริการ เอง	☐ ส่ง ต่อ	หมายเหตุ/รายละเอียดเพิ่มเติม
การตรวจคัดกรอง (Screening)			เช่น Digital Mammogram, ABUS
การวินิจฉัย (Imaging & Biopsy)			เช่น Ultrasound, Core Biopsy
การผ่าตัด (Surgery)			เช่น BCS, Mastectomy, Oncoplastic
การให้ยาเคมีบำบัด/ยามุ่งเป้า			ระบุว่าเป็นผู้ป่วยนอก/ใน
การฉายแสง (Radiotherapy)			ระบุหน่วยงานที่ส่งต่อ (ถ้ามี)
การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม			
การฟื้นฟู (Rehabilitation)			เช่น กายภาพบำบัด ให้คำปรึกษา
การดูแลระดับประคอง (Palliative Care)			

1.8 ทรัพยากรและเทคโนโลยี อธิบายความพร้อมของพื้นที่บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และเทคโนโลยีหลักที่ใช้ เช่น EMR PACS Dashboard หรือนวัตกรรมอื่นๆ

1.9 ข้อมูลผลการดำเนินงาน (ย้อนหลัง 12 เดือน) ปริมาณงานบริการโดยระบุจำนวนผู้ป่วยใหม่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด

1.10 ระบบคุณภาพและความปลอดภัย

- การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (CQI) และการบริหารความเสี่ยง อธิบายระบบ CQI และการจัดการความเสี่ยงของศูนย์ฯ ตัวอย่างโครงการ CQI และกระบวนการ RCA

- การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน โปรดอธิบายแผนฉุกเฉินของศูนย์ฯ ความสอดคล้องกับแผนแม่บทของโรงพยาบาล และเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา เลื่อนการรักษา เช่น การผ่าตัด/การให้ยา ในภาวะวิกฤต
- แผนการพัฒนาในอนาคต สรุปเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์ฯ ดำเนิน ในระยะ 3-5 ปีข้างหน้า รวมถึงโครงการสำคัญที่วางแผนจะดำเนินการเพื่อยกระดับ คุณภาพบริการ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน

คำแนะนำ โปรดให้ข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ฯ ในแต่ละหัวข้อตามคำถามชี้้นำ เพื่ออธิบายว่าศูนย์ฯ บรรลุเกณฑ์ในแต่ละระดับ (บังคับ/ส่งเสริม/พัฒนา) ได้อย่างไร พร้อมระบุเอกสารหลักฐานอ้างอิง

หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)

1.1 การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น โปรดอธิบายกระบวนการคัดกรอง การ รายงานผลด้วยระบบ BI-RADS และแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยที่ผลผิดปกติ (BI-RADS 4-5) เพื่อพบศัลยแพทย์

1.2 การยืนยันการวินิจฉัยและระยะโรค มีมาตรฐานการรายงานผลทางพยาธิวิทยา อย่างไร โดยเฉพาะการระบุ Subtype และ Receptor Status ที่จำเป็นต่อการวางแผนการรักษา และมีการกำหนดระยะของโรค (Staging) ตามระบบ AJCC TNM อย่างไร

1.3 การประเมินก่อนเริ่มการรักษา ใช้เครื่องมือใด เช่น Checklist ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษา และมีกระบวนการประเมินสภาพร่างกาย (ECOG) โรคร่วม และ สภาวะทางจิตใจอย่างไร

1.4 การวางแผนการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ศูนย์ฯ ยึดถือแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ใดเป็นหลัก และมีกระบวนการนำเสนอผู้ป่วยใหม่ในที่ประชุม MDT เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันอย่างไร

1.5 การผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง โปรดอธิบายแนวทางการประเมินและจัดการต่อมน้ำเหลือง เช่น SLNB, ALND และขอบเขตการให้บริการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม Oncoplastic/Reconstruction ของศูนย์ฯ

1.6 การให้ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และฮอร์โมน โปรดอธิบายบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) ในการดูแลการให้ยา และระบบการติดตามและจัดการอาการข้างเคียง รวมถึงการใช้ PROMs เพื่อประเมินผล

1.7 การฉายแสง โปรดอธิบายแนวทางการส่งต่อหรือให้บริการฉายแสง ระบบการติดตามผลข้างเคียงจากการฉายแสงของศูนย์ฯ

1.8 การจัดการโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง ศูนย์ฯ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็งอย่างไร เพื่อลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น และมีระบบติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไร

1.9 มาตรฐานการตรวจภาพถ่ายเต้านม ศูนย์ฯ ใช้มาตรฐาน BI-RADS ในการรายงานผลภาพถ่ายอย่างไร และมีกระบวนการควบคุมคุณภาพของภาพถ่ายและการแปลผล เช่น Double Reading หรือ Peer Review หรือไม่

1.10 มาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิ ศูนย์ฯ มีระบบจัดการคุณภาพสิ่งส่งตรวจ (pre-analytical) และการรายงานผลพยาธิวิทยาที่ครบถ้วน (ER/PR/HER2/Ki67) อย่างไร ห้องปฏิบัติการได้รับการรับรองมาตรฐานหรือไม่

1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) โปรดอธิบายรูปแบบและความถี่ของการประชุม MDT องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมจากสาขาต่างๆ และกระบวนการบันทึกและติดตามผลการประชุม

1.12 การให้ข้อมูลและการตัดสินใจร่วม ศูนย์ฯ มีเครื่องมือหรือกระบวนการอย่างไรในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วย เช่น เอกสาร สื่อ หรือ Decision Aids เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วม (Shared Decision-Making)

หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)

2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ โปรดอธิบายช่องทางการให้บริการและระบบนัดหมาย และมาตรการที่ศูนย์ฯ ใช้เพื่อลดอุปสรรคและช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง

2.2 รูปแบบและความต่อเนื่องของบริการ โปรดอธิบายเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Care Pathway) และบทบาทของพยาบาลผู้ประสานงาน (Breast Care Navigator) ในการสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล

2.3 การฟื้นฟูและการดูแลหลังการรักษา ศูนย์ฯ มีบริการฟื้นฟูร่างกาย การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ และคลินิกดูแลผู้รอดชีวิต (Survivorship Clinic) เพื่อดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษาอย่างไร

2.4 การดูแลระยะท้าย/ระดับประคับประคอง โปรดอธิบายระบบการส่งต่อและทำงานร่วมกับทีม Palliative Care รวมถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning - ACP)

2.5 การดูแลกลุ่มเปราะบาง ศูนย์ฯ มีกระบวนการคัดกรองเพื่อระบุผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางอย่างไร และมีระบบให้ความช่วยเหลือเฉพาะราย เช่น ด้านการเงิน การเดินทาง และการสื่อสาร หรือไม่

2.6 ระบบส่งต่อและการเชื่อมต่อกับชุมชน โปรดอธิบายระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลอื่น และกิจกรรมเชิงรุก (Outreach) ที่จัดทำร่วมกับชุมชน

2.7 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โปรดอธิบายแนวปฏิบัติในการป้องกัน SSI โดยจำแนกตามประเภทการผ่าตัด และแนวทางจัดการภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า โปรดอธิบายกระบวนการจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่รัดกุม มีกระบวนการจัดการยาความเสี่ยงสูงอย่างไร กระบวนการ Medication Reconciliation และการตรวจสอบซ้ำ (Double-check) และบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.9 ระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โปรดอธิบายแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันสำหรับเครื่องมือสำคัญ และการตรวจสอบความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในพื้นที่บริการ

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)

3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์ โปรดสรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ (ระยะ 3-5 ปี) และแผนปฏิบัติการประจำปีของศูนย์ฯ

3.2 บุคลากรและศักยภาพทีม ศูนย์ฯ มีระบบประเมินสมรรถนะ (Competency) และแผนพัฒนารายบุคคลสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างไร

3.3 ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล โปรดอธิบายภาพรวมของระบบสารสนเทศที่ใช้ เช่น EMR, PACS การจัดทำ Tumor Registry และการใช้ Dashboard เพื่อติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ (KPIs)

3.4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยง โปรดอธิบายระบบการรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) และกระบวนการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) ของศูนย์ฯ

3.5 การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม โปรดอธิบายระบบและยกตัวอย่างโครงการพัฒนาคุณภาพ (CQI) ที่ประสบความสำเร็จและมีการขยายผล

3.6 การจัดการต้นทุนและทรัพยากร ศูนย์ฯ มีวิธีการบริหารจัดการต้นทุนและทรัพยากรอย่างไร และมีการนำข้อมูลด้านต้นทุนมาใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพหรือไม่

3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเต้านม ศูนย์ฯ มีแนวทางคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในประเด็นที่ละเอียดอ่อนอย่างไร เช่น การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วม (Shared Decision-Making) การให้คำปรึกษาเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility Preservation)

3.8 การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน โปรดอธิบายว่าแผนฉุกเฉินของศูนย์ฯ สอดคล้องกับแผนแม่บทของโรงพยาบาลอย่างไร และมีเกณฑ์ในการพิจารณาการเลื่อนการรักษาในภาวะวิกฤตอย่างไร

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)

4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

- สรุปผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อน TTI และ Survival Rate

- โปรดอธิบายกระบวนการติดตามและพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของศูนย์ฯ โดยระบุว่าท่านมีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs) ใดบ้าง เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลารอคอยการรักษา และอัตราการรอดชีวิต และมีการนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์แนวโน้มหรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (Benchmarking) เพื่อใช้ในการทบทวนและยกระดับคุณภาพการรักษาอย่างไร

4.2 ผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs)

- สรุปผลคะแนนคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และตัวอย่างการนำข้อมูลไปใช้
- โปรดอธิบายระบบการวัดผลลัพธ์จากมุมมองผู้ป่วย (PROMs) โดยระบุถึงเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ เช่น FACT-B, EORTC-BR23 และกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เช่น ก่อน-หลังการรักษา และที่สำคัญ ท่านได้นำผล PROMs มาใช้ประกอบการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและพัฒนานวัตกรรมบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอย่างไร

4.3 ประสพการณ์ของผู้ป่วย (PREMs) โปรดอธิบายวิธีการวัดผลและนำข้อมูลประสพการณ์ของผู้ป่วย (PREMs) มาใช้พัฒนาระบบ โดยระบุว่าท่านใช้เครื่องมือใดในการสำรวจ เช่น แบบสอบถามความพึงพอใจ และมีกระบวนการนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริการที่เป็นรูปธรรมอย่างไร รวมถึงมีการต่อยอดไปสู่การเชิญผู้ป่วยมาร่วมออกแบบบริการ (Co-design) หรือไม่

4.4 ความเสมอภาคของผลลัพธ์

- แสดงการวิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อเปรียบเทียบความเสมอภาคระหว่างกลุ่มประชากร
- โปรดอธิบายแนวทางการส่งเสริมความเสมอภาคในการรักษา โดยระบุว่าศูนย์ฯ มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกและประสพการณ์ของผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ อย่างไร และได้นำผลการวิเคราะห์นั้นไปพัฒนากลไกหรือโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเพื่อลดช่องว่างในการดูแลรักษาอย่างไรบ้าง

4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

- ระบุอัตราการลาออกของทีมหลัก และ/หรือ ผลสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร
- โปรดอธิบายกระบวนการติดตามและใช้ผลลัพธ์ด้านบุคลากรเพื่อการพัฒนา โดยระบุว่าศูนย์ฯ ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลใดบ้าง เช่น อัตราการลาออก หรือความพึงพอใจของทีมงาน และที่สำคัญ ได้มีการนำผลการวิเคราะห์นั้นไปใช้ในการทบทวนแผนกำลังคนและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุน

- ระบบข้อมูลระยะเวลารอคอยในคลินิก และ/หรือ ผลประเมินความพึงพอใจต่อบริการสนับสนุน
- โปรดอธิบายวิธีการประเมินและปรับปรุงระบบสนับสนุนที่ไม่ใช่การรักษาโดยตรง โดยระบุว่าศูนย์ฯ มีการวัดผลประสิทธิภาพ เช่น ระยะเวลารอคอย และรวบรวมความพึงพอใจต่อบริการสนับสนุน เช่น การนัดหมาย การให้ข้อมูลอย่างไร พร้อมทั้งยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการนำข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าวมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนากระบวนการบริการให้ดียิ่งขึ้น

4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมาย:

- สรุปจำนวนข้อร้องเรียนด้านสิทธิผู้ป่วยและร้อยละการจัดการที่สำเร็จ
- โปรดอธิบายกระบวนการเรียนรู้จากผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและกฎหมาย โดยระบุว่า ศูนย์ฯ ติดตามและวัดผลในด้านนี้อย่างไร เช่น สถิติข้อร้องเรียน ผลการตรวจสอบ และอธิบายว่าข้อค้นพบจากข้อมูลดังกล่าวถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบและพัฒนากลไกการป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคตอย่างไร

ลงชื่อ

.....

(.....)

ผู้จัดทำรายงาน

ตำแหน่ง

.....

วันที่

.....

ภาคผนวก ง แบบประเมินตนเองของศูนย์ต้านม (Self-Assessment Form)

ข้อมูลศูนย์ต้านม

ชื่อศูนย์ต้านม

โรงพยาบาล/หน่วย

งานต้นสังกัด

วันที่ประเมิน

ระดับที่ต้องการขอรับ ☐ Standard ☐ Comprehensive ☐ Center
รอง of Excellence (COE)

ผู้จัดทำ/ผู้ประสานงาน

น

คำแนะนำในการประเมินตนเอง

1. **ประเมินตามความเป็นจริง:** โปรดประเมินการดำเนินงานของศูนย์ฯ ตามเกณฑ์ในแต่ละข้ออย่างตรงไปตรงมา
2. **ให้คะแนน:** ให้คะแนนในช่อง "คะแนน" ตามระดับการดำเนินงานจริง โดยใช้เกณฑ์ 0-4
 - o **4 = Excellent:** การดำเนินงานโดดเด่น เป็นแบบอย่างได้
 - o **3 = Substantial:** การดำเนินงานมีความครบถ้วนและต่อเนื่อง
 - o **2 = Partial:** มีการดำเนินการ แต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (ถือว่า "ผ่าน" สำหรับเกณฑ์บังคับ)
 - o **1 = Occasional:** มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว หรือในระยะเริ่มต้น
 - o **0 = Not Met:** ยังไม่มีการดำเนินการ (ถือว่า "ไม่ผ่าน" สำหรับเกณฑ์บังคับ)
3. **ระบุหลักฐาน:** โปรดระบุเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องในช่อง "หลักฐาน/เอกสารอ้างอิง" เพื่อประกอบการพิจารณา
4. **แผนการพัฒนา:** ระบุแผนการพัฒนาในอนาคตในช่อง "หมายเหตุ/แผนพัฒนา"

หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)

หัวข้อการประเมิน	คะแนน (0-4)	หลักฐาน/เอกสารอ้างอิง	หมายเหตุ/แผนพัฒนา
1.1 การคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น			
1.2 การยืนยันการวินิจฉัยและระยะโรค			
1.3 การประเมินก่อนเริ่มการรักษา			
1.4 การวางแผนการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์			
1.5 การผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง			
1.6 การให้ยาเคมีบำบัด/ยามุ่งเป้า			
1.7 การฉายแสง			
1.8 การจัดการโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง			
1.9 มาตรฐานการตรวจภาพถ่ายเต้านม			
1.10 มาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิ			
1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (MDT)			
1.12 การให้ข้อมูลและการตัดสินใจร่วม			
คะแนนรวมหมวดที่ 1			

หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)

หัวข้อการประเมิน	คะแนน (0-4)	หลักฐาน/เอกสารอ้างอิง	หมายเหตุ/แผนพัฒนา
2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ			
2.2 รูปแบบและความต่อเนื่องของบริการ			
2.3 การฟื้นฟูและการดูแลหลังรักษา			

2.4 การดูแลระยะท้าย/ ระดับประคอง			
2.5 การดูแลกลุ่มเปราะบาง			
2.6 ระบบส่งต่อและเชื่อมต่อชุมชน			
2.7 ระบบป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ			
2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมี บำบัดและยามุงเป้า			
2.9 ระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ			
คะแนนรวมหมวดที่ 2			

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)

หัวข้อการประเมิน	คะแนน (0-4)	หลักฐาน/เอกสาร อ้างอิง	หมายเหตุ/แผน พัฒนา
3.1 การบริหารและแผน ยุทธศาสตร์			
3.2 บุคลากรและศักยภาพทีม			
3.3 ระบบข้อมูลและ เทคโนโลยีดิจิทัล			
3.4 ความปลอดภัยและการ บริหารความเสี่ยง			
3.5 การพัฒนาต่อเนื่องและนวัตกรรม			
3.6 การจัดการต้นทุนและ ทรัพยากร			
3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรค เอดส์			
3.8 การเตรียมพร้อมรับ สถานการณ์ฉุกเฉิน			

คะแนนรวมหมวดที่ 3	
-------------------	--

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)

หัวข้อการประเมิน	คะแนน (0-4)	หลักฐาน/เอกสารอ้างอิง	หมายเหตุ/แผนพัฒนา
4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)			
4.2 ผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs)			
4.3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วย (PREMs)			
4.4 ความเสมอภาคของผลลัพธ์			
4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร			
4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุน			
4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมาย			
คะแนนรวมหมวดที่ 4			

สรุปผลการประเมินตนเอง

สรุปผล	2 คะแนน		3 คะแนน		4 คะแนน	
	จำนวน	(%)	จำนวน	(%)	จำนวน	(%)
เกณฑ์บังคับ (Essential)						
เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)						
เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)						

ผลการประเมินเบื้องต้น

Standard Breast Center ☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน

Comprehensive Breast Center ☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน

Center of Excellence (COE) ☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน

จุดแข็งของศูนย์ด้านม (Strengths)

- 1.
- 2.
- 3.

โอกาสในการพัฒนา (Opportunities for Improvement)

- 1.
- 2.
- 3.

.....

.

(.....)

..)

ผู้ประเมิน

ตำแหน่ง

.....

วันที่

.....

ภาคผนวก จ แบบฟอร์ม Checklist สำหรับการเยี่ยมประเมิน (Site Survey Checklist)

ข้อมูลการตรวจประเมิน

ชื่อศูนย์ดำเนินงาน

.....
.....

วันที่ตรวจประเมิน

คณะผู้ตรวจประเมิน

1.
2.
3.

ผู้แทนศูนย์ดำเนินงาน

.....

ส่วนที่ 1 การทบทวนเอกสารและการประชุมเปิด (Document Review & Opening Meeting)

1.1 การทบทวนเอกสาร (ก่อนการลงพื้นที่)

☐ ได้ทบทวนรายงานข้อมูลองค์กร (Organizational Profile Report)

☐ ได้ทบทวนแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment Form)

**ประเด็นสำคัญที่ต้องการทวนสอบเพิ่มเติม ระบบประเด็นที่ต้องการตรวจสอบ
เป็นพิเศษจากการอ่านเอกสาร**

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

1.2 สรุปผลการประชุมเปิด (Opening Meeting) บันทึกสาระสำคัญจากการประชุมกับผู้บริหารและทีมงานของศูนย์ฯ ประเด็นที่สอบถาม และคำชี้แจงเบื้องต้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 รายการตรวจสอบภาคสนามตามเกณฑ์มาตรฐาน (On-site Assessment Checklist)

คำแนะนำ โปรดประเมินแต่ละหัวข้อโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ การสุ่มตรวจเวชระเบียน และการตรวจสอบเอกสาร/สถานที่จริง

รายงานการประเมินและการให้คะแนน (TBCA Scoring Checklist)

เพื่อการรับรองมาตรฐานศูนย์ด้านมแห่งประเทศไทย

คำแนะนำ: โปรดประเมินแต่ละข้อกำหนดตามหลักฐานที่พบจริง ให้คะแนน (0-4) และบันทึกข้อค้นพบที่สำคัญ

4 = ยอดเยี่ยม (Excellent)

3 = ดี (Substantial)

2 = พอใช้/มีบางส่วน (Partial) - (ถือว่า "ผ่าน" สำหรับเกณฑ์บังคับ)

1 = มีเป็นครั้งคราว (Occasional)

0 = ไม่มี/ไม่พบ (Not Met)

หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)

หัวข้อ	ข้อกำหนด (Requirement)	ระดับ	ข้อค้นพบ / หลักฐาน	คะแนน (0-4)
		บ		

1.1 คัดกรองและวินิจฉัย	มีแนวทางส่งต่อผู้ป่วยผลผิดปกติ (BI-RADS 4-5) เพื่อพบศัลยแพทย์	บังคับ		
	มีแบบฟอร์มซักประวัติและประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน	บังคับ		
	มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ผลผิดปกติเพื่อให้มั่นใจว่าได้รับการดูแลต่อเนื่อง	ส่งเสริม		
	ใช้เทคโนโลยี AI ช่วยในการวินิจฉัย	พัฒนา		
1.2 ยืนยันผลและระยะโรค	มีแนวทางการส่งและจัดการสิ่งส่งตรวจ (Specimen Handling) ที่ชัดเจน	บังคับ		
	รายงานผลพยาธิวิทยาระบุข้อมูลจำเป็นครบถ้วน (Subtype, Receptor)	บังคับ		
	กำหนดระยะของโรค (Staging) ตามระบบ AJCC TNM	บังคับ		
	ใช้รูปแบบการรายงานผลพยาธิวิทยาที่เป็นมาตรฐาน (Synoptic Reporting)	ส่งเสริม		
	มีระบบ Digital Pathology เพื่อการปรึกษาทางไกล	พัฒนา		
1.3 ประเมินก่อนรักษา	มีแบบฟอร์ม/Checklist สำหรับการประเมินก่อนการรักษา	บังคับ		
	ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป (ECOG) และโรคร่วมที่สำคัญ	บังคับ		
	ประเมินสภาวะทางจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วย	ส่งเสริม		
	มีระบบประเมินแบบดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับ EMR	พัฒนา		
1.4 วางแผนการรักษา	มีแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ที่เป็นที่ยอมรับเป็นฐานในการวางแผน	บังคับ		
	มีการจัดทำแผนการรักษา (Treatment Plan) เป็นลายลักษณ์อักษร	บังคับ		
	นำเสนอผู้ป่วยใหม่ในที่ประชุม MDT เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน	ส่งเสริม		
	มีระบบติดตามและตรวจสอบความสอดคล้องของการรักษากับ Guideline	พัฒนา		
1.5 การผ่าตัด	มีแนวทางการเลือกวิธีการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้และ Guideline	บังคับ		
	มีการประเมินและจัดการต่อมน้ำเหลืองตามแนวทางมาตรฐาน	บังคับ		
	มีบริการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Oncoplastic / Reconstruction)	ส่งเสริม		

	มีการผ่าตัดร่วมกับทีมศัลยกรรมเสริมสร้าง เต้านมอย่างบูรณาการ	พัฒนา		
1.6 การให้ยา (Systemic)	มีแนวทางการเลือกให้ยาตาม Guideline ที่ ชัดเจน	บังคับ		
	มีทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/ พยาบาล) ดูแลการให้ยา	บังคับ		
	มีระบบติดตามและจัดการอาการข้างเคียง อย่างเป็นระบบ	ส่งเสริม		
	มีคลินิกเฉพาะทางสำหรับดูแลผลข้างเคียง (Toxicity Clinic)	พัฒนา		
1.7 การฉายแสง	มีแนวทางการส่งต่อและประเมินผู้ป่วยก่อน การฉายแสงที่ชัดเจน	บังคับ		
	มีระบบติดตามผลข้างเคียงจากการฉายแสง	บังคับ		
	มีการบันทึก PROMs เฉพาะด้านหลังการ ฉายแสง	ส่งเสริม		
	มีระบบนัดหมายและแจ้งเตือนอัตโนมัติ สำหรับผู้ป่วย	พัฒนา		
1.8 โรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง	มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Benign Breast Disease	บังคับ		
	มีระบบติดตามและนัดหมายผู้ป่วยกลุ่ม Benign ที่ต้องเฝ้าระวัง	ส่งเสริม		
	มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย (Registry) สำหรับกลุ่มโรคนี้	พัฒนา		
1.9 ภาพถ่าย วินิจฉัย	ใช้มาตรฐาน BI-RADS ในการรายงานผล	บังคับ		
	รายงานผลโดยแพทย์รังสีวิทยาเฉพาะทาง	บังคับ		
	มีระบบทบทวนผลอ่าน (Double Review) ในกรณีที่ซับซ้อน	ส่งเสริม		
	ใช้ AI ช่วยในการแปลผล (AI-assisted Interpretation)	พัฒนา		
1.10 พยาธิวิทยา	มีระบบจัดการคุณภาพสิ่งส่งตรวจ (Pre-analytical)	บังคับ		
	รายงานผลพยาธิวิทยาตามมาตรฐานโดย ระบุข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน	บังคับ		
	ห้องปฏิบัติการได้รับการรับรองมาตรฐาน (เช่น ISO)	ส่งเสริม		
	มีระบบ Digital Pathology	พัฒนา		

1.11 การประชุม MDT	มีการประชุม MDT อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	บังคับ		
	มีการบันทึกผลการประชุมและแผนการรักษา	บังคับ		
	มีผู้เข้าร่วมประชุมจากหลากหลายสาขาวิชาชีพครบถ้วน	ส่งเสริม		
	มีระบบ MDT Online และบันทึกดิจิทัล	พัฒนา		
1.12 การให้ข้อมูล	มีแบบฟอร์ม Informed Consent ที่เข้าใจง่าย	บังคับ		
	มีเอกสาร/สื่อให้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน	บังคับ		
	จัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาก่อนการตัดสินใจรักษา	ส่งเสริม		
	มีการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ (Decision Aid)	พัฒนา		

หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)

หัวข้อ	ข้อกำหนด (Requirement)	ระดับ	ข้อค้นพบ / หลักฐาน	คะแนน (0-4)
2.1 การเข้าถึงบริการ	มีช่องทางบริการ ≥ 2 ช่องทาง และระบบนัดหมายล่วงหน้า	บังคับ		
	มีบริการ Telemedicine	ส่งเสริม		
	มี Equity Dashboard ติดตามความเท่าเทียม	พัฒนา		
2.2 ความต่อเนื่อง	มีแนวทาง Care Pathway สำหรับมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น	บังคับ		
	มีพยาบาลผู้ประสานงาน (Breast Care Navigator)	ส่งเสริม		
	ใช้ Digital Tracking และ EMR ที่เชื่อมต่อข้ามแผนก	พัฒนา		
2.3 การฟื้นฟู	มีบริการฟื้นฟูร่างกายพื้นฐานและระบบติดตามผล	บังคับ		
	มีคลินิกดูแลผู้รอดชีวิต (Survivorship Clinic)	ส่งเสริม		

	มีทีมฟื้นฟูแบบสหสาขาและระบบข้อมูล ผลลัพธ์ระยะยาว	พัฒนา		
2.4 การดูแล ระดับประคอง	มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีม Palliative Care	บังคับ		
	มีเอกสารวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	บังคับ		
	มีการเก็บข้อมูล PREMs ในกลุ่มผู้ป่วย ระยะท้าย	ส่งเสริม		
	มีบริการดูแลระดับประคองที่บ้านหรือใน ชุมชน	พัฒนา		
2.5 กลุ่มเปราะบาง	มีกระบวนการคัดกรองและนโยบาย ช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน	บังคับ		
	มีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) สำหรับเคสซับซ้อน	ส่งเสริม		
	มีแผนพัฒนาความเท่าเทียม (Equity Plan) ในระยะยาว	พัฒนา		
2.6 ระบบส่งต่อ	มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็น ลายลักษณ์อักษร	บังคับ		
	มีระบบรับ-ส่งข้อมูลและติดตามผลหลัง การส่งต่อ	ส่งเสริม		
	มีเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.ชุมชน หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ	พัฒนา		
2.7 การควบคุม การติดเชื้อ	มีแนวปฏิบัติป้องกัน SSI	บังคับ		
	มีแนวปฏิบัติป้องกัน Febrile Neutropenia	บังคับ		
	มีการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อร่วมกับทีม IC	ส่งเสริม		
	ใช้ระบบ Digital Surveillance ติดตามการ ติดเชื้อ	พัฒนา		
2.8 การจัดการยา	มีกระบวนการ Medication Reconciliation และ Double-check ยา เคมีบำบัด	บังคับ		
	มีเภสัชกรเคมีบำบัดทบทวนคำสั่งยา	ส่งเสริม		
	ใช้ระบบ CPOE & eMAR ครบวงจร	พัฒนา		
2.9 สิ่งแวดล้อม/ เครื่องมือ	มีแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันสำหรับ เครื่องมือสำคัญ	บังคับ		

	มีการทดสอบ QC เครื่องมือตรวจวินิจฉัย สม่ำเสมอ	ส่งเสริม		
	ใช้ระบบดิจิทัลติดตามสถานะเครื่องมือ Real-time	พัฒนา		

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)

หัวข้อ	ข้อกำหนด (Requirement)	ระดับ	ข้อค้นพบ / หลักฐาน	คะแนน (0-4)
3.1 แผนยุทธศาสตร์	มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนและแผนปฏิบัติการประจำปี	บังคับ		
	มีแผนยุทธศาสตร์ระยะ 3–5 ปี และการทบทวนประจำปี	ส่งเสริม		
	แผนยุทธศาสตร์เชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับชาติ/นานาชาติ	พัฒนา		
3.2 บุคลากร	มีอัตรากำลังบุคลากรตามมาตรฐานขั้นต่ำและมี JD ชัดเจน	บังคับ		
	มีระบบประเมินสมรรถนะ (Competency) และแผนพัฒนารายบุคคล	ส่งเสริม		
	มีระบบ HRD/HRM ดิจิทัล และระบบการวางแผนกำลังคน	พัฒนา		
3.3 ระบบ IT	มีระบบ EMR และ PACS ที่ใช้งานได้ครอบคลุมบริการเต้านม	บังคับ		
	มีการจัดทำ Tumor registry ที่มีข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน	บังคับ		
	มี Dashboard ติดตาม KPI/Outcome	ส่งเสริม		
	มีการจัดทำ Tumor registry ที่มีข้อมูลครบถ้วนและละเอียด	ส่งเสริม		
	ใช้ AI/ML ช่วยวิเคราะห์ผล และมี Patient Portal	พัฒนา		

	มีการบันทึกข้อมูล Tumor registry ด้วยดิจิทัลที่สามารถดึงข้อมูลมาทำการทบทวนได้อย่างสะดวก	พัฒนา		
3.4 ความปลอดภัย	มีระบบรายงานอุบัติการณ์ (IR) และแนวทางการทำ RCA	บังคับ		
	มีการวิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์และจัดทำมาตรการป้องกันเชิงรุก	ส่งเสริม		
	มี Risk Dashboard และระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงล่วงหน้า	พัฒนา		
3.5 การพัฒนา (CQI)	มีแผนพัฒนาคุณภาพและมีโครงการ CQI อย่างน้อย 1 โครงการ/ปี	บังคับ		
	มีระบบรับข้อเสนอแนะจากทีมและผู้ป่วยเพื่อการปรับปรุง	ส่งเสริม		
	มีศูนย์นวัตกรรม (Innovation Hub) หรือความร่วมมือด้านวิจัย	พัฒนา		
3.6 การจัดการต้นทุน	มีระบบจัดทำงานงบประมาณและบันทึกต้นทุนพื้นฐานสำหรับบริการหลัก	บังคับ		
	มีระบบวิเคราะห์ต้นทุนต่อราย (Cost-per-Case) สำหรับหัตถการสำคัญ	ส่งเสริม		
	มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Cost vs. Outcome)	พัฒนา		
3.7 สิทธิผู้ป่วย	มีแนวทางคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (เช่น Shared Decision-Making, Fertility consult)	บังคับ		
	มีการสื่อสารสิทธิผู้ป่วยผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย	ส่งเสริม		
	มีผู้แทนผู้ป่วย (Patient Advocate) ร่วมพัฒนาระบบ	พัฒนา		
3.8 แผนฉุกเฉิน	มีแผนฉุกเฉินที่สอดคล้องกับ รพ. และมีเกณฑ์เลื่อนการรักษา	บังคับ		
	มีการซ้อมแผนแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขา	ส่งเสริม		
	ใช้ระบบดิจิทัลในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน	พัฒนา		

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)

หัวข้อ	ข้อกำหนด (Requirement)	ระดับ	ข้อค้นพบ / หลักฐาน	คะแนน (0-4)
4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก	มีการติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก (KPIs) ที่สำคัญ	บังคับ		
	มีการทบทวนและรายงานผล KPIs ต่อทีมผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	บังคับ		
	มีการวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend Analysis) ของผลลัพธ์ทางคลินิก	ส่งเสริม		
	มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับเกณฑ์มาตรฐาน (Benchmarking)	พัฒนา		
4.2 ผลลัพธ์จากผู้ป่วย (PROMs)	มีการใช้แบบประเมิน PROMs ที่เป็นมาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสม	บังคับ		
	มีการนำผล PROMs มาใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล	ส่งเสริม		
	มีการนำข้อมูล PROMs มาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมบริการ	พัฒนา		
4.3 ประสพการณ์ผู้ป่วย (PREMs)	มีการใช้แบบสอบถาม PREMs หรือสำรวจความพึงพอใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	บังคับ		
	มีการนำข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยมาปรับปรุงกระบวนการบริการ	ส่งเสริม		
	มีกระบวนการเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมในการออกแบบบริการ (Co-design)	พัฒนา		
4.4 ความเสมอภาค	มีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย	บังคับ		
	มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์พื้นฐานเพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร	บังคับ		
	มีแผนงานหรือมาตรการที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง	ส่งเสริม		
	มี Equity Dashboard สำหรับการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำแบบ Real-time	พัฒนา		
4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร	มีการติดตามข้อมูลอัตราการลาออกของทีมหลัก	บังคับ		
	มีการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรเป็นประจำ	ส่งเสริม		
	มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์บุคลากรกับผลลัพธ์ผู้ป่วย	พัฒนา		

4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุน	มีการติดตามประสิทธิภาพระบบสนับสนุน (เช่น เวลารอคอย)	บังคับ		
	มีการประเมินผลลัพธ์ของบริการสนับสนุน (เช่น การให้คำปรึกษา)	ส่งเสริม		
	ใช้ข้อมูลผลลัพธ์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุก	พัฒนา		
4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรม	มีระบบติดตามและจัดการข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม	บังคับ		
	มีการ Audit การปฏิบัติตามกฎหมาย (เช่น PDPA) เป็นประจำ	ส่งเสริม		
	มีการจัดทำรายงานอย่างโปร่งใส (Transparency Report)	พัฒนา		

ส่วนที่ 3 สรุปผลการสัมภาษณ์ (Interview Summary)

3.1 สรุปผลการสัมภาษณ์ทีมผู้บริหารและหัวหน้าทีม ประเด็นด้านวิสัยทัศน์ การสนับสนุน และแผนการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 สรุปผลการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ประเด็นด้านการทำงานร่วมกัน การสื่อสาร และความท้าทาย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว (ส่วนตัวอย่าง) ประเด็นด้าน ประสบการณ์ การได้รับข้อมูล และความพึงพอใจ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินและข้อเสนอแนะ (Surveyor's Summary & Recommendations)

4.1 จุดแข็งและสิ่งที่น่าสนใจ (Strengths & Commendations) ระบุประเด็นที่ ศูนย์ฯ ทำได้ดีเยี่ยมหรือเป็นแบบอย่างที่ดี

1.
2.
3.
4.

4.2 โอกาสในการพัฒนา (Opportunities for Improvement - OFIs) ระบุประเด็นที่ต้องปรับปรุง โดยอาจเรียงลำดับความสำคัญ

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....

4.3 สรุปผลการประเมินเบื้องต้น ความเห็นโดยรวมของคณะผู้ตรวจประเมิน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.4 ข้อเสนอแนะเบื้องต้นต่อคณะกรรมการ

☐ เสนอให้การรับรอง (Recommend for Accreditation) ในระดับ:

-
- Standard Breast Center
 - Comprehensive Breast Center
 - Center of Excellence (COE)

☐ เสนอให้การรับรองแบบ

- ไม่มีเงื่อนไข
- มีเงื่อนไข (Recommend with Conditions) โดยต้องปรับปรุงในประเด็น [ระบุประเด็นสำคัญ]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ยังไม่เสนอให้การรับรอง (Do Not Recommend at This Time) เนื่องจาก [ระบุเหตุผลหลัก]

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

คณะผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ:
(.....)

ลงชื่อ:
(.....)

ลงชื่อ:
(.....)

ภาคผนวก จ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการประเมิน (Final Evaluation Report Form)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ชื่อศูนย์เต้านม

โรงพยาบาล/หน่วย
งานต้นสังกัด

วันที่ตรวจประเมิน
ภาคสนาม

วันที่ออกรายงาน

ประธานคณะ
กรรมการประเมิน

ส่วนที่ 2 บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

รายงานฉบับนี้เป็นการสรุปผลการประเมินศูนย์เต้านม [ระบุชื่อศูนย์เต้านม] เพื่อการรับรองมาตรฐานศูนย์เต้านมแห่งประเทศไทย (TBCA) จากการทบทวนเอกสาร การประเมินตนเอง และการตรวจประเมินภาคสนาม คณะกรรมการได้ข้อสรุปว่าศูนย์ เต้านมมีผลการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับ [ดีเยี่ยม/ดี/พอใช้] และมีประเด็นสำคัญ ที่น่าชื่นชมในด้าน [ระบุจุดแข็งหลัก 1-2 ข้อ] ในขณะเดียวกัน มีโอกาสในการพัฒนาที่ สำคัญในด้าน [ระบุโอกาสในการพัฒนาหลัก 1-2 ข้อ]

ผลการตัดสินสุดท้าย ระบุผลการตัดสิน เช่น คณะกรรมการมีมติให้การรับรองระดับ Comprehensive

ส่วนที่ 3 สรุปคะแนนการประเมิน (Scoring Summary)

ตารางนี้สรุปผลคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวด และผลการประเมินเทียบกับเกณฑ์ การผ่านในแต่ละระดับ

หมวดการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยที่ ได้ (0-4)
หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก	
หมวดที่ 2 ระบบบริการและความ เสมอภาค	

หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม	
หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย	
คะแนนเฉลี่ยรวม	

สรุปผลการผ่านเกณฑ์	จำนวนข้อที่ผ่าน / ทั้งหมด	สัดส่วน (%)	ผลการประเมิน
เกณฑ์บังคับ (Essential)			☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน
เกณฑ์ส่งเสริม (Recommended)			☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน
เกณฑ์พัฒนา (Aspirational)			☐ ผ่าน / ☐ ไม่ผ่าน

ส่วนที่ 4 ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิงลึก (Detailed Findings & Recommendations)

4.1 จุดแข็งและสิ่งที่น่าชื่นชม (Strengths & Commendations)

ด้านความเป็นเลิศทางคลินิก ระบุสิ่งที่ทำได้ดีเยี่ยม เช่น กระบวนการประชุม MDT มีประสิทธิภาพสูง

ด้านระบบบริการ ระบุสิ่งที่ทำได้ดีเยี่ยม เช่น มีโปรแกรมดูแลกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนและวัดผลได้

ด้านการบริหารจัดการ ระบุสิ่งที่ทำได้ดีเยี่ยม เช่น มี Dashboard ติดตามผลแบบ Real-time ที่ใช้งานได้จริง

ด้านผลลัพธ์ ระบุสิ่งที่ทำได้ดีเยี่ยม เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในระดับดีกว่าค่า Benchmark ระดับประเทศ

4.2 โอกาสในการพัฒนา (Opportunities for Improvement - OFIs)

ข้อเสนอแนะที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน (Priority Recommendations)

1. ระบบประเด็นที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานผ่านเกณฑ์
บังคับ พร้อมอ้างอิงรหัสเกณฑ์

2. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

3. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

4. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในระยะกลาง-ยาว (General Recommendations)

1. ระบบประเด็นที่ควรพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้น

2. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

3. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

4. ระบบประเด็นเพิ่มเติม

ส่วนที่ 5 ผลการตัดสินอย่างเป็นทางการ (Final Accreditation Decision)

คณะกรรมการประเมินมาตรฐานศูนย์เต้านมแห่งประเทศไทย (TBCA) ได้พิจารณาผลการประเมินอย่างถี่ถ้วนแล้ว มีมติเป็นเอกฉันท์ ดังนี้

[] ให้การรับรอง (Accredited)

- ระดับการรับรอง ☐ Standard Breast Center ☐ Comprehensive Breast Center ☐ Center of Excellence
- อายุการรับรอง 3 ปี ตั้งแต่วันที่ [ระบุ] ถึงวันที่ [ระบุ]

[] ให้การรับรองแบบมีเงื่อนไข (Conditionally Accredited)

- ระดับการรับรอง ☐ Standard Breast Center ☐ Comprehensive Breast Center ☐ Center of Excellence

- **เงื่อนไขที่ต้องปรับปรุง**

- 1. ระบบเงื่อนไขข้อที่ 1

- 2. ระบบเงื่อนไขข้อที่ 2

- **กำหนดส่งหลักฐานการปรับปรุง ภายในวันที่ [ระบุ]**

[] ยังไม่ให้การรับรอง (Not Accredited)

- **เหตุผลหลัก** สรุปเหตุผลที่ไม่สามารถให้การรับรองได้ในครั้งนี้
- **ข้อแนะนำ** ศูนย์ด้านมสามารถยื่นขอรับการประเมินใหม่ได้อีกครั้งหลังจาก 12 เดือน

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม

.....
(.....
...)

**ประธานคณะกรรมการประเมินมาตรฐานศูนย์ด้านม (TBCA)
สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย**

ภาคผนวก ข Mapping เกณฑ์มาตรฐานการรับรองศูนย์เต้านม (TBCA)

กับแบบประเมินรับรอง Disease Specific certification (DSC)

เกณฑ์มาตรฐาน TBCA	แบบประเมินรับรอง DSC
หมวดที่ 1 ความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical Excellence)	III-2, III-3, III-4 กระบวนการดูแลผู้ป่วย
1.1 การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น	ข้อ 18-19 การประเมินและบริการตรวจวินิจฉัย
1.2 การยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและระยะโรค	ข้อ 20-21 การวินิจฉัยโรคและการอธิบายผลการประเมิน
1.3 การประเมินก่อนเริ่มการรักษา	ข้อ 17-18 การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับรักษาและการประเมินรอบด้าน
1.4 การวางแผนการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อ 22-24 การวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม
1.5 การผ่าตัดเต้านมและการจัดการต่อมน้ำเหลือง	ข้อ 25-27 การดูแลผู้ป่วยตามแผนและการเฝ้าระวัง
1.6 การให้ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน และฮอร์โมน	ข้อ 26 การดูแลที่ครอบคลุมถึงการใช้ยาและการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
1.7 การฉายแสง	ข้อ 26-27 การดูแลและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษา
1.8 การจัดการโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง	ข้อ 25-28 การดูแลตามแผนอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม
1.9 มาตรฐานการตรวจภาพถ่ายเต้านม	ข้อ 19 บริการตรวจภาพรังสีที่จำเป็น
1.10 มาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิ	ข้อ 19-20 การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา
1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (MDT)	ข้อ 23-25 การวางแผนและดูแลผู้ป่วยร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
1.12 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและการตัดสินใจร่วม	ข้อ 29-31 การให้ความรู้ เสริมพลังผู้ป่วย และการวางแผนดูแลตนเอง

เกณฑ์มาตรฐาน TBCA	แบบประเมินรับรอง DSC
หมวดที่ 2 ระบบบริการและความเสมอภาค (Service Access & Coordination)	III-1, III-6 การเข้าถึงและดูแลต่อเนื่อง
2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	ข้อ 15-16 การเข้าถึงบริการ ลดอุปสรรค

2.2 รูปแบบการให้บริการและความต่อเนื่อง	ข้อ 16-17 การประสานหน่วยงาน การเตรียมผู้ป่วย
2.3 การฟื้นฟูและการดูแลหลังการรักษา	ข้อ 32-33 การส่งต่อและดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
2.4 การดูแลระยะท้าย / ประคับประคอง	ข้อ 31-33 การวางแผนดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อดูแลระยะท้าย
2.5 การดูแลกลุ่มเปราะบาง	ข้อ 15-16 การวิเคราะห์ความต้องการและการดูแลกลุ่มเปราะบาง
2.6 ระบบส่งต่อและการเชื่อมต่อกับชุมชน	ข้อ 32-33 การส่งต่อดูแลต่อเนื่องและการเชื่อมโยงชุมชน
2.7 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ตาม	ข้อ II-3 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า	ข้อ II-5 ระบบบริหารจัดการยาและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
2.9 ระบบสนับสนุนเฉพาะโรคเด็ตามและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	ข้อ II-2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยและพร้อมใช้งาน

เกณฑ์มาตรฐาน TBCA	แบบประเมินรับรอง DSC
หมวดที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรและนวัตกรรม (Organizational Management & Innovation)	I-1 ถึง I-6, II-1 ถึง II-5 การบริหารจัดการทั่วไปและระบบงานสำคัญ
3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์	I-1 ถึง I-2 การนำองค์กรและการบริหารแผน
3.2 บุคลากรและศักยภาพทีม	I-5 การบริหารทรัพยากรบุคคล
3.3 ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล	I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
3.4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยง	II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง
3.5 การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม	II-1 ถึง II-4 การพัฒนาคุณภาพ การจัดการระบบต่างๆ
3.6 การจัดการต้นทุนและทรัพยากร	I-6 การจัดการกระบวนการและห่วงโซ่อุปทาน
3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเด็ตาม	I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย

3.8 การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยเต้านม	I-6 การจัดการภัยพิบัติและสถานการณ์ฉุกเฉิน
--	---

เกณฑ์มาตรฐาน TBCA	แบบประเมินรับรอง DSC
หมวดที่ 4 ผลลัพธ์และคุณภาพที่เน้นผู้ป่วย (Patient Outcomes & Experience)	IV-1 ถึง IV-5 ผลลัพธ์ต่างๆ ขององค์กร
4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)	IV-1 ผลลัพธ์ทางคลินิก
4.2 ผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs)	IV-2 ความพึงพอใจจากมุมมองผู้ป่วย
4.3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วย (PREMs)	IV-2 ประสิทธิภาพผู้รับบริการ
4.4 ความเสมอภาคของผลลัพธ์	IV-1 ถึง IV-2 ความเสมอภาคของผลลัพธ์ทาง คลินิกและประสิทธิภาพ
4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรเฉพาะทีมศูนย์เต้านม	IV-3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร: ความผูกพันและพึง พอใจ
4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุนอื่นๆ	IV-4 ผลการดำเนินงานของระบบสนับสนุน
4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตาม กฎหมาย	IV-5 การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย

แบบประเมิน DSC	เกณฑ์มาตรฐาน TBCA (ฉบับล่าสุด)
I-1 การนำองค์กร	3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์
I-2 การวางแผนและบริหารแผน	3.1 การบริหารจัดการและแผนยุทธศาสตร์
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/สิทธิผู้ป่วย	3.7 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเต้านม
I-4 การวัด วิเคราะห์ จัดการความรู้	3.3 ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	3.2 บุคลากรและศักยภาพทีม 4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรเฉพาะทีมศูนย์เต้านม

I-6 การจัดการกระบวนการและภัยพิบัติ	3.8 การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด้านม
II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง	3.4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยง
II-2 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	2.9 ระบบสนับสนุนเฉพาะโรคเด้านมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
II-3 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2.7 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยเด้านม
II-4 ระบบเวชระเบียน	3.3 ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล
II-5 ระบบจัดการด้านยา	2.8 ระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	2.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ
III-2 การประเมินผู้ป่วย	1.3 การประเมินก่อนเริ่มการรักษา
III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย	1.4 การวางแผนการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 1.11 การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (MDT)
III-4 การดูแลผู้ป่วย	1.5 การผ่าตัดเด้านมและการจัดการต่อมน้ำเหลือง 1.6 การให้ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และฮอร์โมน 1.7 การฉายแสง
III-5 การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย	1.12 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและการตัดสินใจร่วม
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	2.2 รูปแบบการให้บริการและความต่อเนื่อง 2.3 การฟื้นฟูและการดูแลหลังการรักษา 2.4 การดูแลระยะท้าย / ประคับประคอง 2.6 ระบบส่งต่อและการเชื่อมต่อกับชุมชน
IV-1 ผลลัพธ์ทางคลินิก	4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)
IV-2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	4.2 ผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs), 4.3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วย (PREMs)
IV-3 ความผูกพัน/พึงพอใจของบุคลากร	4.5 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรเฉพาะทีมศูนย์เด้านม
IV-4 ผลลัพธ์ระบบสนับสนุน	4.6 ผลลัพธ์ด้านระบบสนับสนุนอื่นๆ
IV-5 การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย	4.7 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคเด้านม