แผนยุทธศาสตร์
เขตสุขภาพที่ 9

ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2570 - พ.ศ.2573)



คำนำ

แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งยกระดับคุณภาพบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนการจัดทำแผนฉบับนี้เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกระดับ ในการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางดำเนินงานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

เขตสุขภาพที่ 9 ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่ร่วมให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 9 ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

เขตสุขภาพที่ 9
กันยายน 2569

สารบัญ

1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์

วิสัยทัศน์ หน้า 5
พันธกิจ
เป้าหมายหลัก

2 เกณฑ์ตัวชี้วัด

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE หน้า 9

ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล หน้า 16

ด้านเจ้าหน้าที่มีความสุข หน้า 17

ส่วนที่ 1

วิสัยทัศน์

“เขตสุขภาพชั้นนำระดับประเทศ
ที่ประชาชนไว้วางใจ
บุคลากรมีความสุข
เพื่อสุขภาวะยั่งยืน”

2 การปรับปรุงพันธกิจ (Mission) เขตสุขภาพที่ 9

พันธกิจเดิมที่ต่อยอดด้วยข้อมูลจาก SWOT / TOWS

1. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีประสิทธิผล ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ ลดความแออัดและระยะเวลารอคอย ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และการแพทย์ทันสมัย

3. พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้เพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีเส้นทางความก้าวหน้าชัดเจน และมีความสุขในการทำงาน

4. บริหารจัดการองค์กรด้วยข้อมูล และหลักธรรมาภิบาล ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระบบมาตรฐานสากล และวิทยาการเงินการคลังที่ยั่งยืน

5. ส่งเสริมเศรษฐสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สร้างมูลค่าเพิ่มจากภูมิปัญญาและทรัพยากรสุขภาพในพื้นที่สู่มาตรฐานสากล

SWOT / TOWS → MISSION → การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

3 เป้าหมายหลัก (Goals) พ.ศ. 2570–2573

เป้าหมายที่วัดผลได้ชัดเจน สู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

1. ประชาชนสุขภาพดี เข้าถึงบริการสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และมีคุณภาพ

2. ระบบสุขภาพยั่งยืน (Sustainable Health Service System)

3. เจ้าหน้าที่มีความสุข และมีความสมดุลในการทำงาน

Vision

Mission

Goal

เป้าประสงค์	ประชาชนสุขภาพดี	ระบบสุขภาพยั่งยืน	เจ้าหน้าที่มีความสุข
เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)** (ปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร YLL)	**ประสิทธิภาพและประสิทธิผล** การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยใน	**เจ้าหน้าที่มีความสุข** (ประเมินผลโดยองค์กรภายนอก)
ยุทธศาสตร์	• ประเด็นแม่และเด็ก ป.1 • ประเด็นวัยเรียน วัยรุ่น • ประเด็นวัยสูงอายุ • ประเด็นระบบบริการ	• การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยใน	• จำนวนเหมาะสมและมีสมรรถนะที่ดี มีความสุขตามผู้ผูกพันต่อองค์กร

ส่วนที่ 2

เกณฑ์ตัวชี้วัด

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

เขตสุขภาพที่ 9

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น แม่และเด็ก - ป.1

ชื่อตัวชี้วัด
ยกระดับ EQ เด็กเขตสุขภาพที่ 9

คำนิยาม: ร้อยละเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับการพัฒนา EQ ให้มี EQ ระดับปกติขึ้นไปและเข้าถึงโปรแกรม Triple-P + 4D ควบคู่กับการขยายผลโปรแกรม Triple-P + 4D ผ่านการอบรมแกนนำ (ครู ก.) ครอบคลุมทุก ศพด.

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570 EQ เด็กปกติขึ้นไป ⩾ 92%

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)
- อบรมแกนนำสะสม 1,051 แห่ง (50%)
- ศพด. ที่ดำเนินการ Triple P+4D สะสม 423 แห่ง (25%)
- EQ-Tracking

6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)
- อบรมแกนนำสะสม 2,102 แห่ง (100%)
- ศพด. ที่ดำเนินการ Triple P+4D สะสม 519 แห่ง (50%)
- Kick-Off ยกระดับ EQ วันเด็กแห่ง ปี 2570

9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)
- ศพด. ที่ดำเนินการ Triple P+4D สะสม 614 แห่ง (75%)

12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
- ศพด. ที่ดำเนินการ Triple P+4D สะสม 679 แห่ง (100%)
- **เป้าหมาย EQ เด็กปกติขึ้นไป ⩾ 92%**

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571
- EQ ปกติขึ้นไป ⩾ 94%

ปี 2572
- EQ ปกติขึ้นไป ⩾ 96%

ปี 2573
- EQ ปกติขึ้นไป ⩾ 98%

กลุ่มเป้าหมาย : เด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : ทะเบียนอบรม Triple-P + 4D รายจังหวัด · ผลสำรวจ EQ นักเรียน ป.1 ปี 2569 (กรมสุขภาพจิต) · ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 ·ระบบ HDC

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A = จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการประเมิน EQ แล้วมีคะแนนรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (40-60 คะแนน)

B = จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน EQ ในกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:
นายแพทย์นครินทร์ โสมาบุตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
แพทย์หญิงโอทนี สุวรรณมาลี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น วัยเรียน วัยรุ่น

ชื่อตัวชี้วัด ลดใช้บุหรี่ไฟฟ้าของวัยเรียน วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9

คำนิยาม

วัยเรียน วัยรุ่น หมายถึง นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (ม.1 - ม.6) ในโรงเรียนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ทุกสังกัด

คัดกรอง หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของวัยเรียน วัยรุ่น

การเข้าถึงบริการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ที่สมัครใจเข้ารับบริการปรึกษา บำบัดรักษา จากหน่วยงานสาธารณสุขหรือช่องทางที่รัฐกำหนด

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570 วัยเรียน วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ลดลงจาก Baseline ร้อยละ 5

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - สำรวจผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น
   - ประชุมชี้แจงสถานศึกษาและชมรมที่เข้าร่วม
   - กำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบการประกวด

6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - **ดำเนินกิจกรรมรณรงค์** ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 **ร้อยละ 30**
   - ติดตามผลการดำเนินงานของชมรม
2. **มีแนวทางการรักษาเฉพาะผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า**

9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - **ดำเนินกิจกรรมรณรงค์** ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 **ร้อยละ 50**
   - **มอบรางวัลกิจกรรมรณรงค์** ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ

12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 80
2. วัยเรียน วัยรุ่นที่**ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ลดลงจาก BASELINE ร้อยละ 5**
3. วัยเรียน วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า **เข้าถึงบริการบำบัดรักษา ร้อยละ 10**

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - **ดำเนินกิจกรรมรณรงค์** ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 **ร้อยละ 100**
2. วัยเรียน วัยรุ่นที่**ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ลดลง**จาก BASELINE ร้อยละ 10
3. วัยเรียน วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า **เข้าถึงบริการบำบัดรักษา ร้อยละ 15**

ปี 2572

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - **ดำเนินกิจกรรมรณรงค์** ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 **ร้อยละ 100**
2. วัยเรียน วัยรุ่นที่**ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ลดลง**จาก BASELINE ร้อยละ 15
3. วัยเรียน วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า **เข้าถึงบริการบำบัดรักษา ร้อยละ 20**

ปี 2573

1. มีการ**ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน วัยรุ่น (ป.4 - ม.6)** โดยความร่วมมือของเครือข่ายแกนนำ ครู นักเรียน เช่น ชมรม TO BE NUMBER ONE
   - **ดำเนินกิจกรรมรณรงค์** ของ รร. ประถมและมัธยมทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 9 **ร้อยละ 100**
2. วัยเรียน วัยรุ่นที่**ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ลดลง**จาก BASELINE ร้อยละ 20
3. วัยเรียน วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า **เข้าถึงบริการบำบัดรักษา ร้อยละ 25**

กลุ่มเป้าหมาย :

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (ม.1 - ม.6) ในโรงเรียนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ทุกสังกัด

แหล่งข้อมูล :

1. ระบบคลังข้อมูลกระทรวงศึกษาธิการ
2. ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานสังกัดเขตสุขภาพที่ 9

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A : จำนวน วัยเรียน วัยรุ่น **ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า**ในโรงเรียนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ทุกสังกัด

B : จำนวน วัยเรียน วัยรุ่น ในโรงเรียนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ทุกสังกัด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายแพทย์นิฐิคุณ เขียวอยู่ (นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ผู้สูงอายุ

ชื่อตัวชี้วัด

สัดส่วนผู้สูงอายุที่ติดเตียงลดลง

คำนิยาม

การลดลงของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 โดยได้รับการดูแลตาม Care Plan, การฟื้นฟูสมรรถภาพ (ADL ดีขึ้น) ร่วมกับการป้องกันโรคที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) และสามารถเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที พร้อมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Preventive LTC)

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงลดลง อย่างน้อยร้อยละ 10

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
1.คัดกรองภาวะถดถอยด้านสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 80 (ข้อมูลนำเข้า เดือนมกราคม 2570) 2.บันทึกข้อมูลการคัดกรอง นำเข้า 43 แฟ้ม (HDC) 3.สำรวจและจัดทำฐานข้อมูล CM CG CC 4.อบรมศักยภาพ CM รายใหม่ 5.ชี้แจงนโยบายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 1 อำเภอ 1 จังหวัด 6.สำรวจและจัดทำฐานข้อมูล ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน 7.ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan โดย CM CG CC และอาสาพยาบาล 8. ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการฟื้นฟู 100% 180 วัน 9. ผู้ป่วย Hip fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ≥ 50%	1. บันทึกข้อมูลการคัดกรอง นำเข้า 43 แฟ้ม (HDC) 2.พัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ 1 ชมรม 1 ตำบล "ระดับ ดี" ขึ้นไป มากว่าร้อยละ 80 3.อบรมแกนนำกิจกรรมป้องกันหกล้มและสมองเสื่อมในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ (งบอุดหนุนเขตฯ) 4.จัดกิจกรรมป้องกันหกล้มและสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ (งบกองทุนตำบล) 5.อบรมฟื้นฟูศักยภาพ CM CG CC (งบศูนย์อนามัย) 6.พัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุ Seamless Care 7.ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan โดย CM CG CC และอาสาพยาบาล มากว่าร้อยละ 80 7.พัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (งบกรมแพทย์). 8.เยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ (งบประมาณ สปสช.)	1.พัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ "ระดับ ดี" ขึ้นไป ร้อยละ 80 2.ส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลกลุ่มเสี่ยง ในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ 3.ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 4.จัดกิจกรรมป้องกันหกล้มและสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ (งบกองทุนตำบล) 4.ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan โดย CM CG CC และอาสาพยาบาล 5.เยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ (งบประมาณ สปสช.)	1. พัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ "ระดับ ดี" ขึ้นไป ร้อยละ 80 2.ส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลกลุ่มเสี่ยง ในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุ 3.สรุปผลการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 4.มหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูบุคลากร ค้นหา Model การดูแลอย่างไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 9

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
ลดลงร้อยละ 15	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงร้อยละ 25

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่ติดเตียง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา, จังหวัดชัยภูมิ, จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์)

แหล่งข้อมูล :
1. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)
2. ระบบสารสนเทศ Long Term Care (ltcnew.nhso.go.th - สปสช.)
3. 3C PLUS+ กรมอนามัย

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (B-A)/A x 100

A (ตัวตั้ง): จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ปีปัจจุบันที่นับผลงาน

B (ตัวหาร): จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ปีก่อนหน้า

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงสุจริต สุขเวสพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา
2. นายแพทย์อุดมโชค อินทรโชติ รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชัยภูมิ
3. นางชญานิศา มณีวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ
4. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ด้านระบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด รายโรค : ลดอัตราการตายจากโรค STROKE

คำนิยาม

1. **ตายในโรงพยาบาลและระยะเฉียบพลัน** : ผู้ป่วยรหัส I60-I64 ที่เสียชีวิตขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนั้นๆ (ไม่จำกัดจำนวนวันนอน) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 7 วันแรก นับตั้งแต่วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ER, ระหว่างส่งต่อ Refer, หรือปฏิเสธการรักษาขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้านภายใน 7 วัน)
2. **การตายภายใน 30 วัน** : ผู้ป่วยรหัส I60-I64 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Index Admission) ไม่ว่าจะเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่บ้านหลังจำหน่าย (ไม่นับซ้ำข้อ 1)
3. **การตายระยะกลางและระยะยาว** : ผู้ป่วยรหัส I60-I64 ที่รอดชีวิตเกิน 30 วันแรก แต่เสียชีวิตภายในช่วง 31 ถึง 180 วัน (6 เดือน) หลังได้รับวินิจฉัย

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570 อัตราตาย STROKE (I60-I64) < 6 %

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)

ค้นหากลุ่มเสี่ยง
- การคัดกรอง CVD Risk
  - กลุ่มโรค NCDs
  - กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
- คัดกรอง AF ในกลุ่มโรค NCDs และกลุ่มผู้สูงอายุ

ควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์
- กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk ≥ 20%) เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- สื่อสารจุดเน้นพิเศษ: อมรมตำรวจ กู้ชีพ และ อสม. ในการแยกอาการ "เมาสุรา vs สโตรก" และสัญญาณเตือน BEFAST

พัฒนามาตรฐาน ลดการตายวิกฤต เพิ่มความปลอดภัย
- ปรับปรุงมาตรฐาน CPG & Flow ระดับเขต
- จัดทำ Zoning & Seamless Refer : แบ่งโซนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเข้า sw. Node ที่มี CT Scan ที่ใกล้ที่สุด (รัศมี 60 กม.) โดยไม่คำนึงถึงเขตอำเภอหรือสิทธิการรักษา และรวมศูนย์ประสานงาน Refer/CT ในจุดเดียว
- กำหนดให้ทุก sw. ทบทวนเคสที่เกิด Symptomatic ICH และเคสสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่เสียชีวิตทุกราย

6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)

ขยายศักยภาพ Node และรพช. ลดเวลาสูญเสีย
- ยกระดับ sw.Node CT และ Node rt-PA / SU
- พัฒนาระบบส่งตรงผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Fast Pass to Stroke Unit/ICU) โดยไม่เสียเวลาประเมินซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน (ER) ของ sw.แม่ข่าย
- พัฒนาศักยภาพ EMS & ER รพช.: ซ้อมแผนคัดกรอง NIHSS/FASTVAN และปรับลดขั้นตอนใน รพช. ที่ไม่มี CT เพื่อส่งต่อออกภายใน 30 นาที (Door-in Door-out ≤ 30 นาที) พร้อมใช้ Telemedicine บนรถ EMS
- Lean กระบวนการใน sw. (DTN ≤ 45 นาที): ลดขั้นตอนการขอ CT Brain (เข้าทำทันทีโดยไม่ต้องรอเขียนใบขอ), ห้องแล็บแจ้งผลใน 20 นาที, ห้องยาจ่ายยาใน 5 นาที เพื่อแก้ปัญหา DTN ล่าช้าใน
- พัฒนาการดูแลสมองแตก (Hemorrhagic Care): จัดทำระบบ Fast Track OR for Stroke (ผ่าตัดสมองฉุกเฉิน) และเพิ่มศักยภาพ sw.Node ในการดูแลผู้ป่วยสมองแตกที่ไม่ต้องผ่าตัด (Non-surgery) เพื่อลดความแออัดและลดอัตราตาย

เชื่อมเทคโนโลยี
- เชื่อมโยงฐานข้อมูลไร้รอยต่อ 100%: เชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วยหลังจำหน่ายระหว่าง Stroke Unit – IMC – Thai COC – sw.สต. ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม / Line OA / Application เก็บข้อมูล IMC ระดับจังหวัด

9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)

ควบคุมเข้มข้น และขยายบริการ
- ติดตามกลุ่มเสี่ยงแฝงที่พบใหม่ให้เข้าคลินิก NCD ครบ 100% ปรับยาคุมความดันโลหิต (ลดสมองแตก) และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย AF (ลดสมองตีบขนาดใหญ่)
- เชื่อมระบบ EMS ขั้นสูง (ALS) และระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (Sky Doctor) สำหรับพื้นที่ห่างไกล (เช่น สุรินทร์) เพื่อส่งทำ MT
- ใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support): ให้ผู้ป่วย Stroke ที่หายดีช่วยรณรงค์ในคลินิกและชุมชน พร้อมให้ข้อมูลอาการเตือนของโรค
- Feedback Loop สู่คลินิก NCD: ส่งข้อมูลผู้ป่วย Stroke รายใหม่ย้อนกลับไปให้คลินิก NCD หรือคลินิกโรคหัวใจต้นทาง เพื่อทบทวนและคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำ
- ขยายบริการ Tele-rehabilitation & Home Rehab: ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการติดตามสอนทำกายภาพบำบัดที่บ้าน และให้ทีมเยี่ยมบ้านลงพื้นที่ร่วมกับระบบ Case Management

12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)

สร้างความยั่งยืน
- ประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง: วิเคราะห์อัตราการคุมความดันโลหิต (BP Control) และอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จ (> 35%)
- สร้างกระแสสังคมต่อเนื่อง: จัดกิจกรรมรณรงค์ระดับจังหวัด เช่น "เดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต" และกิจกรรม World Stroke Day ร่วมกับภาคีเครือข่ายและส่วนกลาง

ยกระดับสู่ศูนย์ความเป็นเลิศ
- เตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐานระยะยาว: วางแผนเปิด Ischemic Stroke ICU และยกระดับ SU ระดับ Node ให้ผ่านมาตรฐานกรมการแพทย์ ≥ 80%
- การรับรองคุณภาพ : ประเมินรับรองมาตรฐาน DSC / Re-accredit SSCC และเสนอข้อมูลต่อกระทรวงฯ เพื่อขอสนับสนุนกรอบอัตรากำลัง (FTE) แพทย์ประสาทวิทยา/ประสาทศัลยแพทย์ และพยาบาล

วัดผลลัพธ์หลังจำหน่าย
- ผู้ป่วย IMC ได้รับการเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟู และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือมีค่า BI > 20 บรรลุเป้าหมาย ≥ 85%
- อัตราการเสียชีวิตภายหลังจำหน่าย (30-day & 6-month mortality) ลดลง

อัตราตายจากโรค STROKE (I60-64) น้อยกว่า 6%
อัตราตายจากโรค Ischemic STROKE (I63) น้อยกว่า 5%
อัตราตายจากโรค Hemorrhaigic STROKE (I60-I62) น้อยกว่า 25%

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571

อัตราการตายรวมจากโรค STROKE ลดลง < 6%

จัดตั้ง Mechanical thrombectomy ในรพ.บุรีรัมย์

ปี 2572

อัตราการตายรวมจากโรค STROKE ลดลง < 6%

จัดตั้ง Mechanical thrombectomy ในรพ.สุรินทร์

ปี 2573

อัตราการตายรวมจากโรค STROKE ลดลง < 5.5%

กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (90 แห่ง) ในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Health Data Center สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100
A = จำนวนผู้ป่วยรหัส I60-I64 ที่เสียชีวิต (นิยามข้อ 1-3)
B = จำนวนผู้ป่วยรหัส I60-I64 ทั้งหมด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายแพทย์ยุทธนา สุริยะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
นายแพทย์อภิสิทธิ์ ทองงาม โรงพยาบาลชัยภูมิ
นายแพทย์เวฬุวัน อินทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาโพธิ์
แพทย์หญิงวรัญญา อริยตระกูลวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกี่

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ด้านระบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด

รายโรค : ลดอัตราการตายจากโรค STEMI

คำนิยาม

ให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570 อัตราการตาย < ร้อยละ 8

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
พัฒนาระบบตาม patient journey ด้วย 6 building blocks plus AI ใช้ข้อมูลสรุปตรวจราชการปี 2569 ในเรื่อง prevention, ECS STEMI, treatment, cardiac rehabilitation และระบบ IT (application cardiac consult & referral system)	นิเทศก์หน้างานจริง รพ. Node โดยณะกรรมการขับเคลื่อนระดับเขตออก, รพช. โดยคกก. ระดับจังหวัด ตามแนวทาง One Region One Province One Hospital (multidisciplinary team)	เรียนรู้และยกระดับคุณภาพด้วยการประชุมวิชาการ Cardiac network forum (ติดตามสรุปผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 1 และ 2 โดยใช้ KPI เป็นเครื่องมือพัฒนางาน)	ประเมินผลและจัดแผนปี 2571 • ทำ Primary PCI ได้ตามเวลาที่กำหนด > 75% • ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามเวลา ที่กำหนด > 75%

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571 อัตราการตาย < ร้อยละ 7.7	ปี 2572 อัตราการตาย < ร้อยละ 7.5	ปี 2573 อัตราการตาย < ร้อยละ 7.0
ทำ Primary PCI ได้ตามเวลาที่กำหนด > 75% ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามเวลา ที่กำหนด > 75%	ทำ Primary PCI ได้ตามเวลาที่กำหนด > 77% ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามเวลา ที่กำหนด > 77%	ทำ Primary PCI ได้ตามเวลาที่กำหนด > 80% ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามเวลา ที่กำหนด > 80%

กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (90 แห่ง) ในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต in admission
B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายแพทย์รักเกียรติ ประสงค์ดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย
นายแพทย์อภิรักษ์ ปุสวิโร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ
นายแพทย์ถาวร ชูชื่นกลิ่น โรงพยาบาลสุรินทร์

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ด้านระบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด รายโรค : ลดอัตราการตายจากโรค CA

คำนิยาม

ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม CA คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตที่ลงรหัส ICD-10 C50.0-C50.9 ทุกกลุ่มอายุ
ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตที่ลงรหัส รหัส ICD-10 C18-C20 ทุกกลุ่มอายุ
ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตที่ลงรหัส รหัส ICD-10 C22.0-C22.9 ทุกกลุ่มอายุ
ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งทุก STAGE ในแต่ละปีงบประมาณ
ผู้ป่วยมะเร็งการรอดชีพ 5 ปี คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตรอดเกิน 5 ปี นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

- วิเคราะห์ อัตราตาย / สถานการณ์ / พัฒนาบริการ SCREENING > DIAGNOSISI > STAGING > THERAPY > FALLOW UP และหา BASELINE DATA
- ติดตามความครบถ้วนข้อมูลในฐานข้อมูลหน่วยบริการกับระบบรายงาน TCB2025
- พัฒนาศักยภาพ NODE CHEMECAL THERAPY & SURGICAL & IMAGING & STAGING NODE

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)

- กำหนด **CANCER PATIENT TRACKING SYSTEM**

คัดกรองและวินิจฉัย
- MAMMOGRAPHY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- COLONOSCOPY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- ULTRA SOUND ในผู้ป่วย HCV HBV ภายใน 2 เดือน ≥ 80%
- ตรวจชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%

6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)

- ใช้งาน **CANCER PATIENT TRACKING SYSTEM (รพศ.ทุกแห่ง)**

คัดกรองและวินิจฉัย
- MAMMOGRAPHY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- COLONOSCOPY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- ULTRA SOUND ในผู้ป่วย HCV HBV ภายใน 2 เดือน ≥ 90%
- ตรวจชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 90%

9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)

- ใช้งาน **CANCER PATIENT TRACKING SYSTEM (รพท. - รพช. ทุกแห่ง)**

คัดกรองและวินิจฉัย
- MAMMOGRAPHY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- COLONOSCOPY ภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 80%
- ULTRA SOUND ในผู้ป่วย HCV HBV ภายใน 2 เดือน ≥ 100%
- ตรวจชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ≥ 100%
- เพิ่มหน่วยใหม่ NODE CHEMECAL (จัตุรัส, บัวใหญ่, สตึก, ท่าตูม)
- เพิ่มสูตรยาเคมีบำบัดให้ครอบคลุม 3 โรคมะเร็งเป้าหมายใน NODE CHEMECAL ทุกแห่ง
- พัฒนาศักยภาพ NODE SURGICAL

12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)

การเข้าถึงการรักษา
- ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ≥ 80%
- เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ≥ 80%
- รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ ≥ 80%

อัตราตายมะเร็งลดลง
- มะเร็งเต้านม ⩽ **8.0 คนต่อแสนคน (เพศหญิง)**
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ⩽ **10 คนต่อแสนคน**
- มะเร็งตับและท่อน้ำดี ⩽ **16 คนต่อแสนคน**

ค้นพบรายใหม่เพิ่มขึ้น (STAGE I-II เทียบทุก STAGE)
- มะเร็งเต้านม **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 60**
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 30**
- มะเร็งตับและท่อน้ำดี **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 18**

ผู้ป่วยมะเร็งรอดชีพ 5 ปี (5-YEAR OVERALL SURVIVAL)
- จัดทำฐานข้อมูลครอบคลุม และกำหนด BASELINE

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571

อัตราตายมะเร็งลดลง
มะเร็งเต้านม ⩽ **7.5 คนต่อแสนคน (เพศหญิง)**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ⩽ **9.5 คนต่อแสนคน**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี ⩽ **15 คนต่อแสนคน**

ค้นพบรายใหม่เพิ่มขึ้น (STAGE I-II เทียบทุก STAGE)
มะเร็งเต้านม **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 65**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 35**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 20**

ผู้ป่วยมะเร็งรอดชีพ 5 ปี (5-YEAR OVERALL SURVIVAL)
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม / มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
รอดชีพ 5 ปี เพิ่มขึ้นจาก BASELINE ปี 2570

ปี 2572

อัตราตายมะเร็งลดลง
มะเร็งเต้านม ⩽ **7.0 คนต่อแสนคน (เพศหญิง)**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ⩽ **9 คนต่อแสนคน**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี ⩽ **14.5 คนต่อแสนคน**

ค้นพบรายใหม่เพิ่มขึ้น (STAGE I-II เทียบทุก STAGE)
มะเร็งเต้านม **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 70**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 40**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี สัดส่วน ⩾ **ร้อยละ 22**

ผู้ป่วยมะเร็งรอดชีพ 5 ปี (5-YEAR OVERALL SURVIVAL)
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม / มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
รอดชีพ 5 ปี เพิ่มขึ้นจาก BASELINE ปี 2571

ปี 2573

อัตราตายมะเร็งลดลง
มะเร็งเต้านม ⩽ **6.5 คนต่อแสนคน (เพศหญิง)**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ⩽ **8.5 คนต่อแสนคน**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี ⩽ **14 คนต่อแสนคน**

ค้นพบรายใหม่เพิ่มขึ้น (STAGE I-II เทียบทุก STAGE)
มะเร็งเต้านม **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 75**
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง **สัดส่วน** ⩾ **ร้อยละ 45**
มะเร็งตับและท่อน้ำดี สัดส่วน ⩾ **ร้อยละ 25**

ผู้ป่วยมะเร็งรอดชีพ 5 ปี (5-YEAR OVERALL SURVIVAL)
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม / มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
ผลงานเกินค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

กลุ่มเป้าหมาย :
ประชากร ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล :
1. THAI CANCER BASE (TCB)
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
3. ข้อมูลสถานะการมีชีวิต/การเสียชีวิตที่เชื่อมโยงและตรวจสอบได้

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

อัตราตาย (ต่อแสนประชากร)
A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม และ B = จำนวนประชากรกลางปี (เพศหญิง)

ค้นพบรายใหม่เพิ่มขึ้น
A = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ Stage I-II และ B = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทุก Stage

ผู้ป่วยมะเร็งรอดชีพ 5 ปี (5-year Overall Survival) รายงานเทียบ Baseline

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
1. นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. แพทย์หญิงครองกมล สีหบัณฑ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
3. นางสาววราภรณ์ มะลิวัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
4. นายวีรยุทธ แสงทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ด้านระบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด

ระบบบริการ : ลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที

คำนิยาม

ระยะเวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ยที่ OPD (เปิดสิทธิ - รับยา) ไม่เกิน 120 นาที

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

(**ร้อยละ 60** ของ รพศ. / รพท. / รพช. เขตสุขภาพที่ 9 ลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที)

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)

40% ของ
กลุ่มที่ 1: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยไม่เกิน 120 นาที
- ยกระดับคุณภาพบริการ OPD ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก (High-Volume OPD)

40% ของ
กลุ่มที่ 2: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยเกิน 120 นาที
1. ใช้ Dashboard ติดตามเวลา OPD และ Lab รายชั่วโมง
2. รพศ./รพท. 6 แห่ง* มี Slot นัดหมายรายชั่วโมงทุกคลินิก OPD ที่มีนัด
(*1. รพ.มหาราช นม./ 2. รพ.บุรีรัมย์/ 3. รพ.สุรินทร์/ 4. รพ.ชัยภูมิ/ 5. รพ.ปากช่องนานา/ 6. รพ.นางรอง)
3. รพ.ทุกแห่ง มีการเจาะ Lab ล่วงหน้า
4. รพ. ทุกแห่ง มีการให้บริการ Telemedicine

6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)

45% ของ
กลุ่มที่ 1: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยไม่เกิน 120 นาที
- ยกระดับคุณภาพบริการ OPD ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก (High-Volume OPD)

45% ของ
กลุ่มที่ 2: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยเกิน 120 นาที
1. รพศ./รพท. ทุกแห่ง มี Slot นัดหมายรายชั่วโมงทุกคลินิก OPD ที่มีนัด
2. เจาะ Lab ล่วงหน้า ≥ 5% ของจำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด
3. Telemedicine ≥ 10% ของจำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด

9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)

50% ของ
กลุ่มที่ 1: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยไม่เกิน 120 นาที
- ยกระดับคุณภาพบริการ OPD ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก (High-Volume OPD)

50% ของ
กลุ่มที่ 2: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยเกิน 120 นาที
1. รพศ./รพท. ทุกแห่ง มี Slot นัดหมายรายชั่วโมงทุกคลินิก OPD ที่มีนัด
2. ผู้ป่วยนัด มี Slot เวลานัด ≥ 40%
3. เจาะ Lab ล่วงหน้า ≥ 7.5% ของจำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด
4. Telemedicine ≥ 12% ของ จำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด

12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)

60% ของ
กลุ่มที่ 1: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยไม่เกิน 120 นาที
- ยกระดับคุณภาพบริการ OPD ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก (High-Volume OPD)

60% ของ
กลุ่มที่ 2: โรงพยาบาลที่มีระยะเวลารอคอยเกิน 120 นาที
1. รพศ./รพท. ทุกแห่ง มี Slot นัดหมายรายชั่วโมงทุกคลินิก OPD ที่มีนัด
2. ผู้ป่วยนัด มี Slot เวลานัด ≥ 80%
3. เจาะ Lab ล่วงหน้า ≥ 10% ของจำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด
4. Telemedicine ≥ 15% ของจำนวนผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
ร้อยละ 70 ของ รพศ. / รพท. / รพช. เขตสุขภาพที่ 9 ลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที	**ร้อยละ 80** ของ รพศ. / รพท. / รพช. เขตสุขภาพที่ 9 ลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที	**ร้อยละ 100** ของ รพศ. / รพท. / รพช. เขตสุขภาพที่ 9 ลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้รับบริการ OPD ใน รพศ. รพท. รพช. เขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : Dashboard R9 Service Time

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A = จำนวนโรงพยาบาล ที่มีระยะเวลาตั้งแต่ เปิดสิทธิ จนถึง รับยา หรือกลับบ้าน (กรณีไม่มีรับยา) **ไม่เกิน 120 นาที**
B = จำนวนโรงพยาบาล **ทั้งหมด**

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ บำรุงถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ
2. นายแพทย์เอกภพ นันทวงศ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ
3. นางขนิษฐา ตั้งใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น ด้านระบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีการลงรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

คำนิยาม

อัตราการเข้ารับบริการ หมายถึง จำนวนครั้งการมาประเมิน รักษา หรือรับบริการของผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการต่อ รพ.แม่ข่าย ที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลและหน่วยบริการ (ระบบ HosXP, HosXP-PCU และอื่นๆ) โดยมีการลงรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10)

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
• จัดทำ Mapping หน่วยบริการจำแนกตามพื้นที่และสถานะการถ่ายโอน รพ.สต. • วิเคราะห์พื้นที่ • จัดตั้งทีมและระบบส่งต่อ-รับกลับ • สำรวจความพร้อม • จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ป่วย • ทบทวนเกณฑ์นับบริการ • เป้าหมายผลลัพธ์ ร้อยละ 48	• ขยายวันหรือรอบบริการ • จัดระบบส่งกลับผู้ป่วย NCD กลุ่มที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางร่วม • จัดระบบแพทย์ที่ปรึกษาและทีมสหวิชาชีพ • สนับสนุนยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือ และอุปกรณ์ • พัฒนาระบบบันทึกและตรวจสอบข้อมูล • เป้าหมายผลลัพธ์ ร้อยละ 50	• ประเมินผลการเพิ่มการเข้าถึงบริการ • วิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วย NCD การส่งกลับ และความต่อเนื่องในการรักษา • ประเมินความครอบคลุมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสนับสนุน • ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างทะเบียนบริการ ข้อมูลต้นทาง HDC • จัดทำมาตรการเร่งรัดสำหรับพื้นที่ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย • เป้าหมายผลลัพธ์ ร้อยละ 51	• สรุปผลการดำเนินงาน • ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านการเข้าถึงบริการ การดูแล NCD และความต่อเนื่องในการรักษา • ประเมินความครอบคลุมของกำลังคนและความพร้อมของหน่วยบริการ • สรุปผลการตรวจสอบข้อมูล HDC และการนับบริการตาม GREEN BOOK • จัดทำรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม • จัดทำแผนพัฒนาระยะถัดไป • เป้าหมายผลลัพธ์ ร้อยละ 51

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
53	55	57

กลุ่มเป้าหมาย : ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : HDC

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :

C = จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์

B = จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผ่านเกณฑ์

A =จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกรวมที่ผ่านเกณฑ์ โดย A = B+C

$C \div (B+C) \times 100$

อัตราส่วนเพื่อการสื่อสาร = C:B

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นายแพทย์ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

2.นายแพทย์วุฒิชัย แป้นทอง ประธาน SP สาขาบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

3.ว่าที่ร้อยตรีโอภาส วิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านบริการเป็นเลิศ SERVICE EXCELLENCE

ประเด็น โรคติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด อัตราค้นหาและอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นการใช้ AI-CXR และ Sputum Molecular Detection

คำนิยาม

อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2569 - 30 กันยายน พ.ศ. 2570)

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

แผนการดำเนินงาน

- ใช้ AI-CXR interpretation ร้อยละ 100
- กำกับรพช./รพท./รพศ. ปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคเขต 9 อย่างเคร่งครัด

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
• การคัดกรองเชิงรุก ร้อยละ 100 ด้วย AI-CXR • การวินิจฉัยด้วย Molecular Tecnique ร้อยละ 100	• การคัดกรองเชิงรับ ร้อยละ 100 ด้วย AI-CXR • การวินิจฉัยด้วย Molecular Tecnique ร้อยละ 100	• การคัดกรองเชิงรับ ร้อยละ 100 ด้วย AI-CXR • การวินิจฉัยด้วย Molecular Tecnique ร้อยละ 100 • อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนฯ ร้อยละ 75	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนฯ ร้อยละ 100

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 100	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 100	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 100

กลุ่มเป้าหมาย : ประชากรทั่วไป/ประชากร 9 กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค/รพช./รพท./รพศ.

แหล่งข้อมูล : กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลโรงพยาบาล

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2569 - 30 กันยายน พ.ศ. 2570)

B* = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (คิดจากอุบัติการณ์วัณโรค ปีล่าสุด)

* คิดจากฐานข้อมูลประชอุบัติการณ์วัณโรค 146 ต่อประชากรแสนคน (จาก WHO, Global Tuberculosis

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงชูหงส์ มหรรทัศนพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์
2. แพทย์หญิงจีราวัฒน์ แก้ววินัด นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม) โรงพยาบาลสุรินทร์
3.นางสาววาสนา ตันติรัตนานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
4. นางสาว ธีราพร อุตชี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
5.นางสาววนิดา พิมพ์เพียง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ประเด็น **ประสิทธิภาพและประสิทธิผล**

ชื่อตัวชี้วัด : การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยใน

คำนิยาม : การบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมุ่งลดต้นทุนที่ไม่จำเป็น ลดความสูญเปล่า และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
1. รพ. มีต้นทุนบริการ IP ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 85 2. รพศ 1 แห่ง./รพท. 2 แห่ง รพช. 10 แห่ง มี AI ตรวจเวชระเบียน IP ก่อนส่งเบิก 3. Sum AdjRW ⩾ ร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับ Ceiling 4. รพ. ทุกระดับ มีค่า CMI ⩾ เกณฑ์ที่เขตกำหนด	1. รพ. มีต้นทุนบริการ IP ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 85 2. รพศ 2 แห่ง./รพท. 4 แห่ง รพช. 30 แห่ง มี AI ตรวจเวชระเบียน IP ก่อนส่งเบิก 3. Sum AdjRW ⩾ ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับ Ceiling 4. รพ. ทุกระดับ มีค่า CMI ⩾ เกณฑ์ที่เขตกำหนด	1. รพ. มีต้นทุนบริการ IP ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 85 2. รพศ 3 แห่ง./รพท. 8 แห่ง รพช. 60 แห่ง มี AI ตรวจเวชระเบียน IP ก่อนส่งเบิก 3. Sum AdjRW ⩾ ร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับ Ceiling 4. รพ. ทุกระดับ มีค่า CMI ⩾ เกณฑ์ที่เขตกำหนด	1. รพ. มีต้นทุนบริการ IP ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 85 2. รพศ /รพท. /รพช. ทุกแห่ง มี AI ตรวจเวชระเบียน IP ก่อนส่งเบิก 3. Sum AdjRW ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับ Ceiling 4. รพ. ทุกระดับ มีค่า CMI ⩾ เกณฑ์ที่เขตกำหนด

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
ต้นทุนบริการ IP บาท ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 90	ต้นทุนบริการ IP บาท ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 95	ต้นทุนบริการ IP บาท ต่อ AdjRW < 15,742 ร้อยละ 100

มาตรการ /เครื่องมือ

การเพิ่มรายได้	การควบคุมรายจ่าย	การใช้ทรัพยากรสมเหตุสมผล	การควบคุมปริมาณคงคลัง
มาตรการ -จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ระดับ รพ./จังหวัด/เขต - เพิ่มประสิทธิภาพ AdjRW และ CMI ตามเกณฑ์ที่เขตกำหนด คือ A=2 / S=1.3 / M1=1.1 / M2=0.9 / F1-3=0.7 - Coding ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา **เครื่องมือ** • Sum AdjRW / CMI Dashboard • AI ตรวจสอบเวชระเบียน IP ก่อนส่งเบิก	มาตรการ - กำหนดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (สัดส่วนรายจ่าย ตามระดับ รพ. x จำนวนเตียง) - ควบคุมรายจ่ายตามแผนการเงิน (Planfin , แผนเงินบำรุง) **เครื่องมือ** • Operation Cost Dashboard	มาตรการ - การใช้ยา/มิใช่ยา อย่างสมเหตุสมผล - CT / MRI / LAB ตรวจตามข้อบ่งชี้ ลดการตรวจซ้ำซ้อน - รพ.ทุกแห่ง ใช้ราคาอ้างอิง เขต ประกอบการซื้อ CT / MRI / LAB และไม่เกินราคาอ้างอิง - ใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่าง รพ. **เครื่องมือ** • RLU / RDU Dashboard • ราคา/ผลการซื้อ CT / MRI / LAB Dashboard	มาตรการ - Inventory Days < 60 วัน - ติดตาม Over Stock / Slow Moving / Dead Stock - เชื่อมโยงข้อมูลใช้ไป ภายใน รพ. **เครื่องมือ** • Inventory Dashboard

กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (90 แห่ง) ในเขตสุขภาพที่ 9

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x 100

A : จำนวนหน่วยบริการที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยใน ต่อ AdjRW น้อยกว่า 15,742

B : จำนวนหน่วยบริการ ทั้งหมด

แหล่งข้อมูล : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ภูวดล กิตติวัฒนาสาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. นายแพทย์วุฒิชัย มัดจุปะ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
3. นายอธิวัฒน์ แสนโคตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.เขตสุขภาพที่ 9

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2570-2573

ด้านเจ้าหน้าที่มีความสุข

ประเด็น เจ้าหน้าที่มีความสุข

ชื่อตัวชี้วัด

1. ร้อยละหน่วยบริการที่จัดทำคำสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการแล้วเสร็จภายใน 2 เดือนตามรอบการประเมิน
2. ร้อยละหน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน
3. เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs) >= 9

คำนิยาม

บุคลากรที่มีสุขภาวะทางกายและจิตใจที่ดี ปฏิบัติงานบนพื้นฐานของความไว้วางใจ มีความผูกพันและกำลังใจในการทำงาน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรอย่างแท้จริง และพร้อมที่จะสร้างผลงานที่มีประสิทธิภาพเติบโตไปพร้อมกับองค์กรอย่างยั่งยืน

ค่าเป้าหมาย : ปี 2570

3 เดือน (ต.ค. - ธ.ค.)	6 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	12 เดือน (ก.ค.- ก.ย.)
1.หน่วยบริการที่จัดทำคำสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการแล้วเสร็จภายใน 2 เดือนตามรอบการประเมิน ร้อยละ 60 2.หน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 70 3. สำรวจผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs มากกว่า 50 คน	1.หน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 80 2. อบรมทักษะภาษาต่างประเทศของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs 3. อบรมทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs	1.หน่วยบริการที่จัดทำคำสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการแล้วเสร็จภายใน 2 เดือนตามรอบการประเมิน ร้อยละ 100 2.หน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 90 3. ผู้สนใจและได้เข้าร่วมอบรมทักษะ ผ่านการทดสอบทักษะต่างประเทศ 4. ผู้สนใจและได้เข้าร่วมอบรมทักษะ ผ่านการทดสอบทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล	1.หน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 100 2. เขตสุขภาพมีผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ HiPPs อย่างน้อย 9 คน

ค่าเป้าหมาย : ปี 2571 - 2573

ปี 2571	ปี 2572	ปี 2573
-ร้อยละของตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 -คะแนน Happiness at Workplace Index มากกว่า 4.00 ทุกมิติ -อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) ของบุคลากรสายวิชาชีพขาดแคลน มากกว่าร้อยละ 80 - เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs) >= 9	-ร้อยละของตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 -คะแนน Happiness at Workplace Index มากกว่า 4.00 ทุกมิติ -อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) ของบุคลากรสายวิชาชีพขาดแคลน มากกว่าร้อยละ 85 - เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs) >= 9	-ร้อยละของตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 -คะแนน Happiness at Workplace Index มากกว่า 4.00 ทุกมิติ -อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) ของบุคลากรสายวิชาชีพขาดแคลน มากกว่าร้อยละ 90 -เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs) >= 9

กลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : Dashboard เขตสุขภาพ , ระบบ HROPS และการสำรวจผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :

1.ร้อยละหน่วยบริการที่จัดทำคำสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการแล้วเสร็จภายใน 2 เดือนตามรอบการประเมิน = (A/B) * 100
A = จำนวนหน่วยบริการที่จัดทำคำสั่งแล้วเสร็จภายใน 2 เดือน
B = จำนวนหน่วยบริการที่ต้องจัดทำคำสั่งทั้งหมด (16 แห่ง)

2.ร้อยละหน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน = (A/B) * 100
A = จำนวนหน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 และ ฉ.12 ไม่เกิน 6 เดือน
B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (90 แห่ง)

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นายแพทย์ชวศักดิ์ กนกกัณฑ์พงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา (ประธาน CHRO)
2.นางสาวสุดารัตน์ นพขุนทด นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188
E-mail : hrr9health@gmail.com

ข้อมูลเพิ่มเติม QR Code

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 9
พ.ศ. 2570-2573

จัดทำโดย

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
529/2 ถนน จอมพล ตำบล ในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์วิทิต สฤษฎ์ชัยกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์ สาธารณสุขนิเทศก์
3. นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ผู้จัดทำ

1. นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
2. นายแพทย์นิฐิคุณ เขียวอยู่ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
3. แพทย์หญิงสุจริต สุขเวสพงษ์ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
4. นายอภิชาติ อยู่สำราญ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์
5. นายอมรเทพ ธงสันเทียะ หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
6. นางสาวสุดารัตน์ นพขุนทด หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
7. นางสุธัญญา พรหมเอี่ยม หัวหน้ากลุ่มงานอำนวยการ
8. นายอธิวัฒน์ แสนโคตร หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง
9. นายพงศ์พัทธ์ ชัยชุมพล รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ
10. นักวิชาการที่เกี่ยวข้องสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
11. ศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง



เขตสุขภาพที่ 9