

EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานฯ ๒๕๖๔ ยุทธศาสตร์ที่๑ คปสอ.งาว

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ปณิธานยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.งาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ PP & P excellence

ประเด็น / งาน : กลุ่มวัยแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบได้รับบริการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบการเสี่ยง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
2. เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 7
3. อัตราตายทารกมีชีพ มีการขาดออกซิเจนแรกคลอด ไม่นเกิน 25: พันมีชีพ
4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีการโลหิตจาง ไม่นเกินร้อยละ 20
5. แม่ตั้งครรภ์ที่ได้รับนมเม็ดเสริมไอโอดีน จากสุขภาพ ร้อยละ 100
6. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50
7. ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด <3%
8. ไม่มีการตาย (ปีงบประมาณจังหวัดงาวตาย = 0 ราย)

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ปี2563 ไม่มีการตาย
2. พบหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 67 ราย จาก ANC รายใหม่ ปี2563 = 160 ราย(41.87%)
 - * สูติกรรม จำนวน 22 ราย
 - * อายุครรภ์ 17 ราย
 - * อายุ > 35 ปี จำนวน 25 ราย
 - * อายุ < 20 ปี จำนวน 22 ราย
3. LBW. ร้อยละ 6,07
4. ไม่มี ภาวะ Birth Asphyxia 0 : 1000 มีชีพ
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีการโลหิตจาง =13.86%
6. ANC ก่อน 12 Wks. = 83.19%
7. หญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการคัดกรองก่อนคลอด ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ = 76.32%
8. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับนมเม็ดเสริมไอโอดีน = 98.06 %
9. เด็กแรกเกิด ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว = 79.09%
10. ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด = 1.25 (<3%)

ในพื้นที่อำเภองาว ปี2563 ยังมีหญิง No ANC 1 ราย นอกจากนี้อยู่พบปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ 5 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีความ HIV+ve 5 ราย ซึ่งส่งผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น ปัญหา LBW โรงพยาบาลงาว มีทารกคลอดมีชีพ 80 ราย โดยเป็นคลอดปกติ 78 ราย คลอดโดยใช้เครื่องสูดสุญญากาศ 2 ราย คลอดเองที่บ้าน 1 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของมารดาและทารก

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	จำนวน	แหล่งงบ	ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
1	บทปฏิบัติการ 020101							
	โครงการ ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และลดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก อำเภอจาง							
	การสัมมนา และเวทีระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับชุมชน							
	1.การใช้กลไก MCH Board ระดับอำเภอ							
	1.1 ทบทวนคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ	1 ครั้ง/ปี	รพ.จาง	-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นปัจจุบัน				คณะกรรมการ MCH
	1.2 ประชุมคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ	2 ครั้ง/ปี		-มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ตามกำหนด	1000	UC	๑๓ ,๑๓	คณะกรรมการ MCH
	- ทบทวนปัญหา/หาแนวทาง การแก้ไขปัญหาที่พบในงานMCH ร่วมกัน			-มีรายงานการประชุม				คณะกรรมการ MCH
	- Case conference ที่พบ ในงานMCH เพื่อให้เป็นกรณีศึกษา			-คณะทำงานมีการวิเคราะห์ผล				
	ป้องกัน การติดเชื้อ และลด ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น			การดำเนินงานและติดตามปัญหา และแนวทางแก้ไขการดำเนินงาน				
	- รายงานผลการประชุมให้คณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ทุกเขต และ รพ.สต.ที่พบปัญหา	2 ครั้ง/ปี		-ส่งรายงานการประชุม 2 ครั้ง/ปี				กนกวรรณ
	- ติดตามผลการดำเนินงาน สรุป ปัญหาจาก HDC รายงานผู้บริหารทราบ	12 ครั้ง/ปี	รพ.จาง	- นำเสนอในที่ประชุมประจำเดือน สป.๑๒.				
	2. การค้นหาหญิงตั้งครรภ์							
	1.ประชาสัมพันธ์ อบรมฯ เพื่อลดปัญหาด้านแม่และเด็ก ตามงานเทศกาล เช่น สงกรานต์ ลอยกระทงงานวันวิชาการ ฯลฯ	2 ครั้ง/ปี	ทุก รพ.สต.	- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 wks > 60%	-		พย.๑๑๒	คณะกรรมการ MCH
	2.๑๑๓ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ รายใหม่เพื่อให้ Early ANC	12 ครั้ง/ปี	ทุก รพ.สต.	- ไม่มี case No ANC ในพื้นที่	-		๓๓63-๓๑64	๑๑๓
	3. รพ.สต.ประชุม อสม. เน้นค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนที่เสี่ยง	12 ครั้ง/ปี	ทุก รพ.สต.	- ไม่มี case No ANC ในพื้นที่	-		๓๓63-๓๑64	๑๑๓
	4. จัดบริการให้ความรู้/ให้คำปรึกษา/ส่งต่อเรื่องราวบนครอบครัวแก่กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะป่วยและรับการรักษาในคลินิกบริการ เช่น NCD,HIV ,สุขภาพจิต ไรศทางอายุกรรม ฯลฯ	HIV 175 ราย จิตเวช 173 ราย	คลินิกNCD ทุก รพ.สต.	-ป้องกันการค้าความถี่ในหญิงกลุ่มเสี่ยงและเพื่อให้การคุมกำเนิดที่เหมาะสม				คลินิกNCD ทุก รพ.สต.
		DM 170ราย HT 328 ราย						
		On work๑๓ 11 ราย						
	5.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์/หญิงมีครรภ์เสี่ยงทุกอายุ							
	6.ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเข้าสู่ศูนย์ COC เพื่อติดตามเยี่ยม และให้การดูแลอย่างเหมาะสม	12ครั้ง/ปี	รพ.จาง	- หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่มีการแตก				ห้องคลอด
				ขึ้นรุนแรง				
	7. แจ้ง รพ.สต. ส่งเสริมให้คู่ชีวิตที่ต้องการมีบุตร มีการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร โดยส่งเสริมให้ผู้หญิงเตรียมความพร้อมทางโภชนาการให้เด็ก		ทุก รพ.สต.					กนกวรรณ จงบ.รพ.สต.
	ติดตาม 3 เดือน ก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อลดขีด บำรุงร่างกายป้องกัน							

หากพิจารณาแล้วกรณี						
มีเพิ่มความครอบคลุมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน	12 ครั้ง/ปี	ทุก รพ.สต.	- มคอ.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในเขต		ศศ63-กย64	กนกวรรม
โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์/คลินิกเอกชน ได้รับการเยี่ยมบ้าน			ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนนำ			จนท.รพ.สต.
ไตรมาสละ 1 ครั้ง โดย มคอ.เจ้าอาภรณ์ที่			ข้อมูลมาลงเพื่อความครอบคลุม			
			และวางแผนการดูแล			
			- รับเงินข้อมูลจาก สสจ.			
			นำข้อมูลมาลงเพื่อความครอบคลุม			
			และวางแผนการดูแล			
การดำเนินงานยุทธศาสตร์ มาตราฐานคลินิกบริการ						
1. ให้บริการฝากครรภ์ คุณภาพ	หญิงตั้งครรภ์	รพ.สต.โนนเขต	- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์		ศศ63-กย64	จนท.ร.าน
ตาม ANC Version 2018	ทุกรายใน	อำเภอธวัช	ฝากครรภ์/ครั้งแรก			ห้องคลอด
และโครงการที่สำรวจ 1,000 วันตั้งแต่ไตรมาสแรก (หญิงตั้งครรภ์ 270 วัน	เขต อ.ธวัช	รพ.ธวัช	ก่อน 12 wks > 60 %			รพ.สต.
- จัดบริการ Couple Counseling (สามีอยู่ร่วมบ้าน/ผู้ดูแล)			- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์			
- จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ตั้งแต่ ตั้งครรภ์			ฝากครรภ์/ครบ 5 ครั้ง > 75 %			
จนถึงการคลอดที่ปลอดภัย						
- พบแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้งในรายตั้งครรภ์ปกติ / รายเสี่ยงตามแนวทางการดูแล/ส่งต่อตามระบบ						
- ได้รับการฉีดวัคซีน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 (ฝากครรภ์/ครั้งแรก)เพื่อป้องกัน						
อายุครรภ์ครั้งที่ 2 (18 -20 สป.) เพื่อลดความผิดปกติของทารกในครรภ์						
ครั้งที่ 3 (32 -34 สป.) เพื่อการเจริญเติบโต(ส่วนน้ำ)						
กรณีส่วนน้ำผิดปกติเช่นรกเกิน รกขาดหรือมีเลือดในครรภ์ ซ้ำที่						
อายุครรภ์ 36 สป. เพื่อวางแผนการคลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย						
- ตรวจนิ่วสภาวะ (U/A) เพื่อค้นหาภาวะ UTI 2 ครั้ง (Lab 1 , 2)						
และตรวจ Urine Amphetamine ใน Lab 1 ทุกราย โดยสืบหาเหตุผล						
และแผนการรักษา และต้องได้รับความยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์						
หากผล Positive ตามตาม CPG หญิงตั้งครรภ์มีติสสารเสพติด	หญิงตั้งครรภ์	ร.ว.พ้อมแม่1,2	หญิงตั้งครรภ์ / คู่สมรส/ญาติ		ศศ63-กย64	จนท.ร.าน
- จัดให้คำปรึกษา - ปรึกษาข้างใจเรียนพ่อแม่ อย่างน้อย 4 ครั้ง	คู่สมรส/ญาติ	เจ้าวันทอ.ศุภร์	มีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติ			ห้องคลอด
			ตัวขณะตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะ			
			แทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์			
- เมื่อจะวินิจฉัยตามภาวะโภชนาการ/ให้ ความรู้ตามช่วง อายุครรภ์ที่	หญิงตั้งครรภ์	ร.ว.พ้อมแม่1,2			ศศ63-กย64	จนท.ร.าน
เหมาะสม สอนลงบันทึกและประเมินน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์โดยวิธี	คู่สมรส/ญาติ	เจ้าวันทอ.ศุภร์				ห้องคลอด
Vallop Curve						
- ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เข้าโครงการป้องกันการ						
คลอดก่อนกำหนดที่รพ.แม่ข่ายเพื่อใช้ Progesterone						
- ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง คุณภาพ (โดยสอดแทรก						
กิจกรรมตามแนวคิด"จักรวาลวิถีสาร ตั้งแต่ต้นจนอยู่ในครรภ์"การเข้าถึงไม่ได้						
ออกจากจิตใจให้เกิด แก่นแท้แห่งจิต)						

				-การติดตามเมื่อหลังคลอด 3				
				ครั้งตามเกณฑ์ การนำขี้นมมา				
				บันทึกไว้ครบถ้วน				
	๑. พิษจากยาลดความดันโลหิต							
	1. การเชื่อมโยงในสถานการณ์ฉุกเฉินในท้องคลอด เช่น PPH NCPH	จนท. 20 คน	รพ.ลาว	สามารถให้การช่วยเหลือในภาวะ	500	UC	ศศ63 - ๖๓63	จนท.ชื่อ ER/ER
	PPH คลอดคลอดใหม่ การใส่ Umbilical cath	(แพทย์/ER/LR)		ฉุกเฉินได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่				ทีมแพทย์
		ปีละ 1 ครั้ง		รุนแรงของอาการและหาก				
	2. วันขึ้นประจำเดือนหน้างานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	จนท. 20 คน	รพ.ลาว		2,000	UC	ศศ63-๖๓64	ท้องคลอด
	ปีละ 1 ครั้ง	(แพทย์/ER/LR)						
	(โดยทีมงาน สสจ + รพ.ลำปาง)	ปีละ 1 ครั้ง						

5,500

แบบปฏิบัติการสาธารณะสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ. ชาว จังหวัดลำปาง

ประเด็น/งาน กลุ่มปฐมวัย

สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1
ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่เฝ้ารอ

กลุ่มปฐมวัย

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
งานพัฒนาการเด็ก ระดับความสำเร็จของงานพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน (เด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน)
1.ร้อยละ 85 ของเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย
2.ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
3.ร้อยละ 25 ของเด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก พบสงสัยล่าช้า
4.ร้อยละ 90 ของเด็ก 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
5.ร้อยละ 60ของพัฒนาการเด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA41

งานโภชนาการ ภาวะซึด โภชิตจาง

1. เด็กได้รับนมแม่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนร้อยละ 60
2. รพศ.คัดทานการได้รับนําน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 100
3. รพ.ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเด็ก 9 เดือน ร้อยละ 100

ผลสำเร็จของการทำงานของปีงบประมาณ 2563

1. ของเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 100
2. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 96.84
3.เด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 30.32
4.ของเด็ก 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ94.38
5.เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA41ร้อยละ 0 (ไม่มีเด็กเข้าผู้ปกครอง)

งานโภชนาการ ภาวะซึด โภชิตจาง

1. เด็กได้รับนมแม่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนร้อยละ 79.09
2. รพศ.คัดทานการได้รับนําน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 62.62
3. รพ.ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเด็ก 9 เดือน ร้อยละ 42.86

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิชาการที่สถานการณ์ปัญหา

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ 050102							
1	งานพัฒนาการเด็ก							นางฉวีลา สุขใจ
	โครงการส่งเสริมสุขภาพใช้คู่มือ DSPM ของผู้ชุมชน							(รพ.ชาว)
	1.ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM ในพ่อแม่ ผู้ปกครอง	ผู้ปกครอง	10ตำบลใน	1.ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถเข้าใจคู่มือ		ไม่มี	1คค63-	น.ศ.บุศนา
	1.1 จัดclass ฝึกการใช้ DSPMโดยบุคลากรกับโรงเรียนพ่อแม่ วิทยากรที่โครงการไตรมาส	เด็ก ปฐมวัยใน	อำเภอฮوار	DSPMได้ทุกคน			31 คค.64	ฉันทิชา
	ทีวี เพื่อให้ผู้รู้จักและพร้อมการใช้	สถานประกอบการ		2.ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถคัด		ไม่มี	1คค63-	(คสอ.ชาว)

1.2 ติดตามเขียนหนังสือตอบประเมินการใช้สมุด DSPM กับผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้อง	(1,780คน)			กองพัฒนาการเด็กและกระตุ้นพัฒนา			31 ต.ค.64
ทบทวนการใช้ให้ถูกต้องและติดตามต่อเนื่องในclass "ผู้ปกครองยุคใหม่ใช้				การเด็กได้ถูกต้อง			
DSPM นำทาง" เป็นการปูพื้นฐานก่อนเข้าร่วมประเมิน				3.เกิดการเรียนรู้เป็นกลุ่มก้อนในกลุ่มผู้		1ตค63-	
1.3 จัดClass "ผู้ปกครองยุคใหม่ใช้DSPMนำทาง" บูรณาการกับโรงเรียนพ่อแม่ในคดีเด็ก				ศาลเกี่ยวกับเอง เป็นการจัดการปัญหา		31 ต.ค.64	
ดี ในกลุ่มผู้ปกครองก่อนที่จะเข้าผู้การประเมินตามช่วงอายุ 9,18,30,42และ60 เดือน				เพื่อนำสู่การเรียนรู้			
ฝึกการประเมินบุคลากรของตนเอง เปิดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันพร้อม						1ตค63-	
พร้อมกับจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อติดตาม						31 ต.ค.64	
1.4 คืนข้อมูลพื้นที่เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการใช้สมุดคู่มือพัฒนาการจาก รพ.สต.ผู้				- สมุดคู่มือมีร่องรอยการเปิดใช้ของผู้			
ปกครองเด็กปฐมวัยเพื่อกระตุ้นการใช้มากขึ้น				ปกครองเด็ก			
2.จัดอบรม อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการ หมู่บ้านละ 1 คน	อสม.ทุกหมู่ใน	10ตำบลใน		1.อสม.สามารถใช้สมุดคู่มือ DSPM	อปท.	1ตค63-	
2.1 .เพื่อให้ช่วยเหลือติดตามประเมินพัฒนาการเด็กและโภชนาการในเด็กปฐมวัย	85 คน/85	อำเภอจาว		ได้ถูกต้อง	กต.	31 ต.ค.64	
สามารถส่ง รพ.สต.ในรายที่สงสัยผิดปกติ	หมู่บ้าน	(85หมู่บ้าน)		2.อสม.สามารถติดตามเด็กที่เฝ้า เฝ้า			
2.2 สร้างกลุ่มไลน์พัฒนาการเด็กของ อสม.เชี่ยวชาญเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ในเขตอำเภอจาว			สามารถค้นหาตัวบวกรวมถึงการเฝ้าระวัง			
และรายงานผลการติดตามพัฒนาการให้ มอศ. ได้ช่วยเวลาที่กำหนด	(อสม.ทั้งหมด			ในรายที่สงสัยอย่าช้าได้			
	1,321คน)						
3.ส่งเสริมการสนับสนุนวิชาการใช้ DSPM ในหมู่ที่เสี่ยงศูนย์เด็ก	ครูศูนย์เด็กทุก	10ตำบลใน		1.ครูศูนย์เด็กในเขตอำเภอจาวสามารถ	ไม่ใช้	1ตค63-	
ให้สามารถประเมินพัฒนาการเด็กและส่งต่อเข้ารับบริการ ได้	ศูนย์ในเขตอำเภอ	อำเภอจาว		ใช้สมุดคู่มือในการประเมินพัฒนาการ		31 ต.ค.64	
3.1 แนะนำการใช้สมุดคู่มือ DSPM ให้แก่ครูศูนย์เด็กที่มีวิธีการประเมิน	จาวจำนวน	จำนวน 26		เด็กในศูนย์ได้			
ในทุกช่วงวัยของเด็กในศูนย์ที่เฝ้าละ 1 ครั้ง	26 ศูนย์	คน		2.ครูศูนย์เด็กสามารถประเมินพัฒนา			
3.2 ติดตามและเป็นพี่เลี้ยงแก่ครูศูนย์เด็กในการประเมินพัฒนาการเด็กตามวิธีการรายงาน				การเด็กที่สงสัยอย่าช้าเข้าสู่ระบบบริการ			
ผลการประเมินและการส่งต่อในรายที่สงสัยอย่าช้า				ได้ถูกต้อง			
3.3 สร้างกลุ่มไลน์ครูศูนย์เด็กของอำเภอเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน				3.ครูศูนย์เด็กสามารถปรึกษาเด็กสงสัย			
3.4 เก็บข้อมูลทางไลน์กับครูศูนย์เพื่อให้คำปรึกษาโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบรายงาน				คำช้ากับเจ้าหน้าที่ขอรับโดยตรงก่อนจะส่ง			
พัฒนาการเด็กของ รพ.สต.และ ของอำเภอ				มาประเมินที่รพ.สต.และรพ.จาว			
3.5 สนับสนุนให้มีเครื่องมือ DSPM ในแต่ละศูนย์เด็กทุกศูนย์	ศูนย์เด็กประจำ	10ตำบลใน		- ทุกศูนย์มีเครื่องมือประเมินพัฒนาการ			
	นวน26 ศูนย์	อำเภอจาว		เด็กและครูสามารถใช้อุปกรณ์ได้			
2 งานโภชนาการ							
โครงการส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัย " เด็กอำเภอยุคคน นม 2 กล่อม ไข่ 1ฟอง"	ผู้ปกครอง	10ตำบลใน		1.ผู้ปกครองเด็กสามารถประเมินการ	ไม่ใช้	1ตค63-	
1.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เด็ก ปฐมวัยใน	อำเภอจาว		เจริญเติบโตของบุคลากรในได้ด้วยตนเอง		31 ต.ค.64	
1.1 ชม.รพ.สต.คืนข้อมูลโภชนาการแก่ผู้ปกครองเด็กทุกคนและแนะนำกรมโภ	เขตอำเภอจาว			2.ผู้ปกครองเด็กมีส่วนร่วมในการแก้ไข			
โภชนาการในรายที่มีปัญหา	(1,780คน)			ปัญหาโภชนาการของบุคลากรตนเอง			
1.2 ฝึกให้ผู้ปกครองเด็กใช้น้ำหนัก,วัดส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการของบุตร				3.ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและมีส่วน			

หลานได้ช่วยตนเองโดยใช้สมุดคู่มือเขียนรูป				ร่วมในการจัดแผนภาพของบุตรหลาน			
1.3 จัดClassให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ปกครองเด็กโดยบูรณาการกับกลุ่ม							
ผู้ปกครองยุคใหม่ใช้OSPMนำทางโดยสอดแทรกเรื่องโภชนาการเสริมเนื้อได้อาหาร							
ครบถ้วน เน้น เมนู ไข่อย่างน้อย 1 ฟองต่อคนและนม 2 ถ้วยต่อคน/วันและจัดตั้ง							
กลุ่มโดยบูรณาการกับกลุ่มDISPM เพื่อแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน							
1.4 จัดทำทะเบียนเด็กและประเมินผลการแก้ไขปัญหาต่างๆ 2 เดือน โดยมี	เด็กชายทุก	10ค่านใบ		1.เด็กผู้ชายทุกคนได้รับการดูแลเรื่อง	ไม่ใช่	1คค.63-	
ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อกระตุ้นให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น	คนในสำนักงาน	อำนาจการ		1.1โภชนาการ		31 คค.64	
1.5 จัดโครงการสอนเด็กอนุบาลประมาณเพื่อสอนเด็กอนุบาลจากชม กสศ.ในเด็ก				1.2การประเมินการเจริญเติบโต	อปท.	1คค-31คค.64	
เด็กที่ด้อยกว่าทุกคนในรูปแบบclassสาธิตอาหาร				ทุกๆ2เดือนพร้อมที่ไม่ได้รับการแก้ไข	กสศ.		
1.6 ราชศ.ประสานงานกับศูนย์เด็กเล่นโครงการสอนเด็กอนุบาลและใจสำหรับเด็กจาก	องค์กรท้องถิ่น	10ค่านใบ		- จัดเป็นเวรเวรรับปัญหาโภชนาการของ	อปท.	1คค-31คค.64	
กสศ./อปท.และพัฒนาศูนย์เด็กให้เป็นศูนย์สาธิตอาหารสำหรับผู้ปกครอง ในเด็กที่อยู่ใน	10ค่านใบ	อำนาจการ		เด็กปฐมวัยและมีส่วนร่วมในการแก้ไข	กสศ.		
ในศูนย์เด็กทุกคน				ปัญหาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ของ			
				ตนเอง			
1.7 เด็กช่วงอายุ 9 เดือนติดตามให้ได้เจาะHematocrit ทุกคน	เด็กชาย 9 เดือน	10ค่านใบ		- ทราบถึงปัญหาและติดตามในเด็ก9	ไม่ใช่	1 คค.63-	
1.8 เน้นการได้รับ Fercous drop ในคค.ฉีด EPI ทุกอายุ	ในเขตอำนาจ	อำนาจการ		เดือนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาในช่วงวัย		31 คค.64	
1.9 สอนบุตรวัยทารกแก่ศูนย์เด็ก				ต่อไป บ่อยขึ้นการดูแลสุขภาพและพัฒนา			
				ชาติกลางเกิดขึ้น			
2.ผู้ปกครองเด็ก							
2.1 ติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของบุตรหลานรายผ่าน อสม.หรือใกล้บ้านของ	ผู้ปกครอง	10ค่านใบ		1.ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมใน	ไม่ใช่	1 คค.63-	
ผู้ปกครองเด็ก	เด็ก ปฐมวัยใน	อำนาจการ		การแก้ไขปัญหาโภชนาการของบุตรหลาน		31 คค.64	
2.2 แม่ของทุกคนควรมีส่วนประกอบของไข่ 1 ฟอง และความเหมาะสมของการได้รับ	เขตอำนาจ			2.ผู้ปกครองมีโอกาสได้ประเมินผลการ			
นมของเด็กของนมอหิวาสูติ 2 ถ้วยต่อวัน	(1,780คน)			ดำเนินงานของสถานเลี้ยงโภชนาการ			
2.3 ผู้ปกครองควรมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกับเด็กหรือส่งเสริมให้เด็กได้มีกิจกรรม				จากผลการชี้แจงหนักและวัดส่วนสูงของ			
ออกกำลังกายและหรือเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นกลางแจ้งร่วมกับเป็นกลุ่มก้อน				บุตรหลาน			
หรือเล่นด้วยชุดเล่นกลางแจ้งอย่างง่าย							
3.ครูศูนย์เด็ก	ครูศูนย์เด็กทุก	10ค่านใบ		- ครูศูนย์เด็กมีความรู้และสามารถดูแล	ไม่ใช่	1คค63-	
3.1 ประเมินภาวะโภชนาการของเด็กและแก้ไขร่วมกับผู้ปกครองและ ราชศ.ในราชที่	ศูนย์ในเขตอำนาจ	อำนาจการ		เด็กในความรับผิดชอบของตัวละ 60 คน		31 คค.64	
ผลิตปกติ	จากรจำนวน	จำนวน 26		และมีประสิทธิภาพ			
3.2 ร่วมมือกับ ราชศ.เพื่อเป็นศูนย์สาธิตอาหารสำหรับผู้ปกครอง โดยเน้น เมนูไข่หลากหลาย	26 ศูนย์	คน		- ในศูนย์เด็กมีเมนูไข่ที่หลากหลาย			

หลายอย่างร้อยละ 1 ฟอส และอาหารว่างเป็นนม 2 กล่องโดยของสดนับสูญจากกสท.			เด็กได้รับครบถ้วน				
หรือ ยปท.			- เด็กมีการเจริญเติบโตในทิศทางที่ดีขึ้น				
3.3.ส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายและเล่นกิจกรรมกลางแจ้งในศูนย์เด็กทุกวัน			ดีกว่าเดิม				
2.อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม.เชี่ยวชาญ(พัฒนาการและโภชนาการ)							
2.1.ติดตามซึ้นน้ำหนักและวัดส่วนสูงตามเวลาที่กำหนดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง	อสม.ทุกหมู่บ้าน	10ตำบลใน	1.เด็กปฐมวัยจะได้รับการดูแลส่งเสริม				
2.2.ติดตามสำรวจวัดดูแลเด็กในรายที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ให้ดีขึ้น ในเขต	85 คน/85	ตำบลจาว	สุขภาพอย่างต่อเนื่อง	ไม่ใช่	1ตค63-		
รับผิดชอบของตนเอง	หมู่บ้าน	(85หมู่บ้าน)	2.พึงครอบครัวและชุมชนเกิดความ		31 ตค.64		
2.3.สร้างกระแสให้ชุมชนมีการตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย	ในเขตตำบลจาว		ตระหนักในความสำคัญของการดูแล				
	(อสม.ทั้งหมด		เด็กปฐมวัย				
	1,321คน)		3.มีร่องรอยการใช้สมุดคู่มือเขียนและ				
			สมุดคู่มือ DSPM				

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คสส.จว. จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : กลุ่มวัยรุ่น

สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่คาดหวัง 1. อัตราการคลอดชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 34 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี

2. ร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดวิธีสมัยใหม่ ไม่น้อยกว่า 80%
3. ร้อยละของศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น TO BE NUMBER ONE ในชุมชนไม่น้อยกว่า 50%
4. ร้อยละ 100 ของอำเภอมีแกนนำวัยรุ่น

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา : สถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอจาว พบวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลผู้เข้ารับการนำปัสสาวะใส่ถุงใส่ถุงในโรงพยาบาล จำนวน 59 ราย พบวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-24 ปี เข้ารับการนำปัสสาวะจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.9 ด้านการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อัตราคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ในปี 2563 ได้ 16.85 ต่อพันประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 0 หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิด วิธีสมัยใหม่ร้อยละ 30.77 ต่ำกว่าปีก่อน ซึ่งเกิดจากทัศนคติของครอบครัวและตัวผู้คลอดยังมีทัศนคติที่ยังคงเชื่อว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยา (ยาฝัง) มากถึง 100 % มากกว่าปี 2563 การเข้าถึงข้อมูลและการให้ความปรึกษาสมัยใหม่จำกัด เหตุผลเนื่องมาจากวัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่ได้รับความรู้และการเข้าถึงข้อมูลจากคู่มือที่ปรึกษาในโรงเรียน และวัยรุ่นที่อยู่นอกโรงเรียนสถานศึกษา อีจขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายระหว่าง ครู/แกนนำ ชาววิทยากร หรือเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ นอกจากนี้ยังพบว่าอีจขาดทักษะการสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ได้แก่ ทักษะในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น การรู้เท่าทัน Social Media ความรู้เรื่องเพศ ถือเป็นโอกาสพบปัญหาสุขภาพในวัยรุ่น ด้านการใช้ยาเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การเขียนแบบพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม, สร้างค่านิยมที่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ให้ความรู้และเสริมสุขภาพ อหปัญหาที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บทางสุขภาพ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงและจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม และขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่าย จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในอำเภอจาว

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	บันทึกโครงการ 050103							
	โครงการการป้องกันสุขภาพแก่แกนนำวัยรุ่นและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ							
	1.คืนข้อมูล พฤติกรรมเสี่ยง เพศ การตั้งครรภ์/การเลี้ยงดูเด็กจากแม่วัยรุ่น โภคติดต่อ	รพ.สส.12 แห่ง	ทุกพ.สส.	พื้นที่ทราบข้อมูล			8 ส.ค.63	นางสมร
	อาสาสมัคร สุรา บุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยง ติดเกมส์ เด็กวันพี สุขภาพจิตในวัยรุ่น	อปท.10 แห่ง	ทุกอปท.	พฤติกรรมเสี่ยง				สุพิศภัทร
	นักบวชงานที่เกี่ยวข้อง							ศศิวิมล
	2. ประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมรณรงค์ วันวิชาการ วิชาชีพ	ปักธงชัย.ต้นและ	ร.ป่าเขาธิงู		2,000	UC	10 มี.ค 64	นางสมร
	- บุหรี่/สุรา /อาสาสมัคร/สุขภาพจิต	ประมาณ 130 คน						สุพิศภัทร
	- เพศ : เทศสัมพันธ์ในวันอนามัย/การคุมกำเนิดอาสา							ศศิวิมล,นางพิน
	- กิจกรรม TO BE NUMBER ONE			สมาชิก=1,593 คน		UC		
	- จัดกิจกรรมประกวดคนดีหรือสุคิด 19 ทีมๆ ละ 3 คน แบ่งเป็น	ราวโนที่ในที 10						
	มีธงต้น และนิยามปลาย และวิทยากรให้ความรู้ด้านการ cover เพลง	ตำบล		ส่งเสริมกลุ่มวัยรุ่นในวัยรุ่น	20,550			
				ได้ผลของอกในภาคีถูก ชอบ				
				และใช้เสาวนำให้เป็นประโยชน์				

-ให้ความรู้กับ มชนนำวัยรุ่น/กลุ่มวัยรุ่น/ ใต้คำปรึกษาเบื้องต้น/ ให้ความรู้ ประชาชนทั้งใน โรงเรียน, ชุมชน	รวมพื้นที่ 10 ตำบล	สถานศึกษา	มชนนำวัยรุ่น	6240	สัปดาห์ที่ 3 ของทุกปี	สุขภาพจิต
		ในเครือข่าย	สามารถถ่ายทอดความรู้			จิตพิสัย
		13 โรงเรียน	สามารถให้คำปรึกษากับเพื่อนได้			
- ผลิตบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน	กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน	ท.สว	เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์			
	อายุ 15-19 ปี		การให้คำปรึกษา			
3.ระบบแกนนำวัยรุ่น	มชนนำวัยรุ่น	ร.ป.งชา.รัฐฯ	สร้างแกนนำ นร.	15,000 UC	15-16 ธ.ค.63	
3.1 กำหนดหลักสูตรจำนวน 2 วัน โดยมีประเด็นในหลักสูตร ดังนี้	โรงเรียน/ชุมชน		ผ่านการอบรมตามหลักสูตร			วางแผน
- สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ (Resilience Quotient)	15แห่ง/130 คน		สถานที่กำหนด			สุขภาพจิต
- เทคนิคการให้คำปรึกษา มีทักษะการช่วยเหลือเพื่อนวัยรุ่น เช่น การถูก Bully			จำนวน 130 คน			จิตพิสัย
- ทักษะชีวิต						
- การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น						
- ระบุตัวตน Social Media						
3.2 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมวางแผนดำเนินการ ระบุคุณสมบัติทีมงาน วิทยากรของหลักสูตร	ชม.ที่เครือข่าย	สสอ.จว	สร้างเครือข่ายทีม		2-4 ธ.ค.63	สุขภาพจิต
3.3 มคอ.คัดเลือกแกนนำวัยรุ่นเข้าร่วมการอบรม			วิทยากรของหลักสูตร			จิตพิสัย
3.4 มคอ.ประสานพันวิชชากร หน่วยงานในท้องถิ่นเพื่อร่วมกันจัดอบรม			วางแผนดำเนินการร่วมกัน			
3.5 มคอ.จัดทำทะเบียนแกนนำวัยรุ่นที่ผ่านหลักสูตร						
3.3 สร้างเครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" ในพื้นที่ (Teenage-Social-Network)	ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น	สถานศึกษา	เครือข่าย	5,700 UC	22-25 ธ.ค.63	สุขภาพจิต
เพื่อเชื่อมโยงเครือข่าย ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในชุมชน ผ่าน Social Media (FB, Line Group)	To BE NUMBER 1	ในเครือข่าย	ให้ทีมช่วยเพื่อนในชุมชน			จิตพิสัย
	ในชุมชน	13 โรงเรียน	1 แห่งโรงเรียน			
3.4 ติดตามการดำเนินงาน	แกนนำ 57 คน		มีการดำเนินงาน	5,700 UC	14 ธ.ค. 64	สุขภาพจิต
- การอบรมแกนนำวัยรุ่น			ในสถานศึกษา			จิตพิสัย
- แลกเปลี่ยนการดำเนินงานระบบแกนนำวัยรุ่น			เช่น ศึกษาดูงาน, ราชวัลย์เข้าร่วม			
- เติมน้ำสนทนาระยะต้นจิตพิสัย นำเสนอโดยตัวแทนแกนนำวัยรุ่นแต่ละตำบล						
4. รวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ส่งประสานศูนย์ COC จัดบริการ เยี่ยมติดตาม	จน.รพ.สส.รพ.	ยุทพ.สส.	82 ราย		ทุกสัปดาห์	วางแผน จนท.รพ.
- จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี / กำหนดคลอด						
- ให้ความรู้เรื่องการใช้อาไมคุมกำเนิดในกรณีให้บริการ ANC/หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกคน			กลุ่มเป้าหมายได้รับ			จนท.รพ.
			บริการคุมกำเนิด			จนท.รพ.
- ประสานข้อมูลการคลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในโรงพยาบาลและวางแผน		ท.สว				จนท.รพ.

มีค่าไม่ได้คืนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา							
- วิชาอาชีพที่ดูแล กำกับทิศทางลดการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในงานปกติ		ท.ศ.ร.					ควบคุม
3. พัฒนาศูนย์กลางมาตรฐานด้านกลุ่มนักวิชาการเจริญพันธุ์		ศสจ.วิฑูรย์พรหม	ผ่านการรับรอง				ศสจ.วิฑูรย์พรหม
- ส่วนเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามมติของที่ประชุมประเมินด้านกลุ่มนักวิชาการเจริญพันธุ์	อ.น.พ.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.	ท.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.	มาตรฐานด้านกลุ่มนักวิชาการเจริญพันธุ์		UC	20 มี.ค. 64	ควบคุม
- ประเมินตนเองเพื่อรับการรับรองมาตรฐานด้านกลุ่มนักวิชาการเจริญพันธุ์	5 คน	อ.น.พ.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.	กลุ่มนักวิชาการเจริญพันธุ์			17 มี.ค. 64	จัดพิมพ์
- ประชุมตั้งคณะกรรมการประเมิน	12 คน/2ครั้ง				600 UC	4 ก.พ., 7 เม.ย. 64	
- รับการประเมินจากสำนักงานคณะกรรมการเจริญพันธุ์ไทย	อ.น.พ.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.	ศสจ.วิฑูรย์พรหม			2,000 UC	17 มี.ย. 64	
	ศสจ. วิฑูรย์พรหม	ท.ศ.ศ.ศ.ศ.ศ.					
	20 คน	อ.น.พ.ศ.ศ.ศ.ศ.					

57,790

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คลัง.จว. จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ PP & P excellence

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่คาดการณ์ :

กลยุทธ์ระยะยาว 1. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน < 1.83

2. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > 50

ดัชนีคุณภาพบริการ 1. ผู้ป่วย DM ควบคุมค่าระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ > 40

2. ผู้ป่วย HT ควบคุมค่าระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ > 50

3. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ. ลดร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM/HT ที่อยู่ในความรับผิดชอบ

4. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.ลด. เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM/HT ที่อยู่ในความรับผิดชอบ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วัตถุประสงค์ตามการปฏิบัติงาน

1. กลุ่มเสี่ยง DM ภาพรวมเพิ่มขึ้น(2.83) | กลุ่มผู้ป่วยใหม่ DM จาก 4.4 DM เพิ่มขึ้น 3.14 |

น้ำจืด(2.2.2) น้อย(2.2.2) แผล(2.2.2) ไม่พบคนเสี่ยง สบปัดฟันใหม่(2.2.2) พรีเว แมคิน+หัวรถ

2. ภาพรวม DM ภาพรวมเพิ่มขึ้น(2.83) | สูงสุด: บ้านเมือง(2.2.2) น้ำจืด (2.2.2) น้อย(2.2.2)

ต่ำสุด: โงนตี่(2.2.2) (1.2) และ(2.2.2) ผลทำไม่ได้(2.2.2)

3. กลุ่มเสี่ยง HT ภาพรวมลดลง(3.14) แต่ผู้ป่วยใหม่ HT จาก 4.4 HT เพิ่มขึ้น 3.14 |

น้อย(2.2.2) แมคิน(2.2.2) สบปัดฟัน(2.2.2)

4. ภาพรวม DM ภาพรวมเพิ่มขึ้น(2.83) |

สูงสุด: น้อย(2.2.2) รพ. (2.2.2) สบปัดฟัน(2.2.2)

ต่ำสุด: ผลทำไม่ได้(2.2.2) น้อย(2.2.2) แผล(2.2.2)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งเงิน		
1.	วัดใจโครงการ 050104							
	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คลัง.จว.							
	กลยุทธ์ระยะยาว							
	การเฝ้าระวังและประเมินปัจจัยเสี่ยง							
	1. การคัดกรองประชากรที่มีอายุ > 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรค DM/HT	ประชากรที่มีอายุ > 35 ปีขึ้นไป	รพ.ศ. 12 แห่ง	ประชากรที่มี	100,500	LC	ค.ศ. - ค.ศ.63	พิณพร
	สุขภาพ (มี 1. แผนยุทธศาสตร์ของ 2. แผนประเมินปัจจัยเสี่ยง ทำกิน	ที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	กลุ่มเบาหวาน	อายุ > 35 ปี				อติศ
	ติดตามผ่าน HDC ทุกเดือน จากสสจ.)	จำนวน 21,681 ราย		ซึ่งไม่ป่วยด้วยโรค				ชัชวาล
	1.1 สํารวจประชากรที่มีอายุ > 35 ปีที่อยู่ในพื้นที่			ด้วยโรค DM/HT				
	1.2 ทดสอบประชากรและตรวจสุขภาพบ้าน	ประชากรที่มีอายุ > 35 ปีขึ้นไป		ได้รับการคัด				
	1.3 ประเมินคัดกรอง คัดสี	ที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง		การร้อยละ 90				
	- นำหนัก ส่วนสูง	จำนวน 17,143 ราย						
	- ปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะอ้วน, BMI เกิน ,พฤติกรรมการบริโภค อาหาร สดเค็ม							
	ลดหวาน, บุหรี่ สุรา							
	- ยา DTX และ วิตามิน BP ทุกราย							

1.4	สำรวจความเสียหายของเครื่องเบี่ยงและอีกา เช่น เครื่องเจาะ DTX และ Strip ,	จำนวน ๑๓๑๐ คัน		DTX, BP 1๓เครื่อง	242,000	UC	๒.๒-๒.๒.63	
	เครื่องวัด BP			ค่า ๑๑๐ คัน	255,000	UC		
พัฒนาคุณภาพของอาคารปรับเปลี่ยนพฤติกรรม								
1.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง แบบเข้มข้น	กลุ่มเสี่ยง DM = 612 ราย	รพ.สต. 12 แห่ง				๒.๒-๒.๒.64	
1.1	กลุ่มเสี่ยงDM/HT ทุกชาย รพ.สต. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง พร้อมขึ้นทะเบียน		กลุ่มเบา					
	ทะเบียน กลุ่มเสี่ยง DM/HT ทุกคน รายหมู่บ้าน	กลุ่มเสี่ยง HT= 638 ราย						
2	กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น เครื่องมือที่มีการตรวจความเค็มผิดปกติ	กลุ่มเสี่ยงจากปัจจัยอื่นราย						
	ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ,กลุ่มที่มี BMI เกิน>=25 ,ดื่มสุรา สูบบุหรี่,ไม่ออกกำลังกาย							
	การ							
2.1	PCU วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และออกแผนกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม							
2.2	ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ ดังนี้							
	- กลุ่มเสี่ยง DM ค่า DTX 100 -125 mg% - กลุ่มเสี่ยง HT ค่า BP 130-139/80-89 mmHg เน้น 2 ปะเด็นคือ อาหารและออกกำลังกาย +	- กลุ่มเสี่ยง DM ค่า DTX 100 -125 mg%						
	การเฝ้าระวังคัดเค็มในครัวเรือนของกลุ่มเสี่ยง	จำนวน 364 ราย						
2.3	วิเคราะห์ วางแผนและออกแผนในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกคน	กลุ่มเสี่ยง HT						
	รายหมู่บ้าน เน้น 2 ปะเด็น คือ เวชยากรรมและออกกำลังกาย และการ	ค่า BP 130-139/80-89 mmHg						
	ผ่านเกณฑ์คัดเค็มในครัวเรือนของกลุ่มเสี่ยง	จำนวน 106 ราย						
	5.กว่าปีเดียว							
3.1	ติดตามผลสัมฤทธิ์ BP,DTX ทุก 3 เดือน ติดตามความเค็ม ทุก 1 เดือน	จำนวน 89 หมู่บ้าน						
3.2	ติดตามผลสัมฤทธิ์ทุก 6 เดือน	จำนวนครัวเรือน 17,169 หลัง						
3.3	เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน							
	การควบคุมค่าตัว							
	1.การติดตามผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน							
1.1	การติดตามผลการดำเนินงานในเวที การประชุม สปสช.หรือ NCD Board ทุกทุกเดือน ที่ 4 ของ เดือน	คณะกรรมการ NCD Board 30 คน			9,000	UC		
1.2	ผู้รับมีทะเบียนผ่านเอกสารงานไอทีหรือทุก 5 เดือน							
	NCD Redesign							
	การพัฒนากระบวนการให้มีคุณภาพ							รพ.สต.ทุก
1.	ลดขนาดกระบวนการ โดยใช้เกณฑ์ปิดของตราฯ 7 ขั้นตอนบริการ	ผู้ป่วย DM ,HT จำนวน 2,342 ราย	รพ.สต. 12 แห่ง					รพ.วิไลมา
	ลดเป็น 4 ขั้นตอน บ้าน /รพสต./PCU/รพช. ซึ่งผู้ป่วยที่ต้องไปบริการที่บ้าน /	DM/HT สัมผัส 652ราย	กลุ่มเบา					รพ.สต.สารณ
	รพสต. /PCU ควรได้รับการเจาะ DTX หรือ BP ต่อวันนัด 1 อาทิตย์ โดย	DM/HT สัมผัส 972 ราย						รพ.ปวีร์วัฒน์
	แยกและ ส่ง.	DM ,HT สัมผัส 180 ราย						รพ.สต.พิบูลย์
1.1	มีทะเบียนผู้ป่วยแต่ละตึก แผนกยาพด.และมีทะเบียนผู้ป่วย/ มีการส่ง	DM/HT สัมผัส 149 ราย,ค่า 389 ราย						รพ.ภัก
	ค่าข้อมูลผู้ป่วยในตึกครึ่งมีทะเบียน	ผู้ป่วย DM จำนวน 611 ราย						รพ.สต.บูรณะ
	- กลุ่มสีเขียว : ได้รับการดูแลที่บ้านโดยตนเองหรือครอบครัว	DM สัมผัส 360ราย						ป่าบาง

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คสอ.จว. จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การส่งเสริมสุขภาพและผู้สูงอายุระยะยาว

ตัวชี้วัด (KPI) : ร้อยละ Healthy Ageing = 95

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. ปี 63 อำเภอจาง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 9,868 คน คิดเป็นร้อยละ 26.99

จากการประเมินความเสี่ยงกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 3 อันต้นแรก คือ CVD risk สูงมาก/สูงอันตราย ร้อยละ 20.8 คน สูงอันตราย ตัดบ้าน/ติดเตียง ร้อยละ 4.49 ซ้ำเข้าเสื่อม ร้อยละ 2.97

ด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 12.49

มีคลินิกสูงอายุคุณภาพ 1 แห่ง (รพ.จาง) ยังขาดแนวทางการดูแล กลุ่มอาการ Geriatric Syndromes บางกลุ่ม เช่น OA,FALL,การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่เป็น

โรค NCD และที่อยู่คนเดียว หรืออยู่

2.ปี 62 มีตำบลเข้าร่วม LTC 4 ตำบล ดำเนินการตาม 3 C ครบ 4 ตำบล ตำบลที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก อปท. คือ ตำบลบ้านร้อง ตำบลบ้านโป่ง

ประเด็นที่พบปัญหา การจัดการปัญหาที่พบจากการคัดกรอง เช่น ทันตกรรมยังตรวจไม่ครอบคลุม, ซ้ำเข้า และ CVD RISK รวมทั้งขาดการสำรวจปัญหาด้าน non medical และการประสานความร่วมมือกับชุมชน

ส่วนตำบล LTC ปัญหาที่พบ คือ

จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ และการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อนำเสนอ Care Plan

ส่วน ชมรมสูงอายุดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง และขาดการบูรณาการกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุปีที่ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050105							
	โครงการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ							
	1.การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ							
	1.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ/พิการ (universal design)	รพ.,	รพ.และ	มีการจัดสิ่งแวดล้อม	-		ทุกวันศุกร์สี่ปีค่าที่	คุณ.พิมพ์พร
	1.1สถานบริการทุกแห่งปรับปรุงสถานบริการให้ผ่านเกณฑ์ Universal design	รพ.สต+วัด	รพ.สต	(Universal design)			ที่ 4 ของเดือน	
	1.2.รพศ.ประเมินและให้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงวัดให้ผ่านเกณฑ์ universal design	13+13	1 วัด 1 รพ	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80			พ.ย 63-ก.ย 64	
	- ประชุมร่วมกับคณะกรรมการวัดเพื่อชี้แจงแนวทางการประเมิน		/รพศ.					
	- สำรวจ universal design ในวัดร่วมกับคณะกรรมการ							
	- ปรับปรุงให้ผ่านตามมาตรฐาน เช่น ท้องน้ำที่ไม่มีทางลาด ที่จอดรถได้ขนาด							
	ตามมาตรฐานและมีสัญลักษณ์							

	- ติดตามการปรับปรุง universal design ของ รพ.ศ. ทุก 2 เดือน								
2.	การป้องกันการพลัดตก พลัดล้ม ในผู้สูงอายุ ที่ชุมชน								คู่มือฉบับที่ 2 ของ พ.ย 63-ก.ย 64
2.1	วิเคราะห์ห้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีกระดูกหัก จาก HDC								
	พื้นที่ อายุ สถานที่เกิดเหตุ ฯลฯ								
2.3	รพ.ศ.สำรวจและเลือกหลังคาเงิน ของกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงดังนี้								
	- คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุ 30 % ในกลุ่มอายุที่มีโอกาสเกิด ในกลุ่มอายุ>70 ปี	281	ต.หลวงเหนือ						ธ.ค 63- ม.ค.63 คู่มือ/พิมพ์
	นำร่อง 2 ตำบล คือ ต.หลวงเหนือ และบ้านแพะ มีการสำรวจ ดังนี้		ต.บ้านแพะ						
	- ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การโย้ขา อายุ								
	สภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้								
	* ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT)								
	* บันทึกโน้ตไปโปรแกรม COC เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง								
	และมีรูปภาพจุดที่เสี่ยง 2-3 รูป								
2.6	รพ.ศ.ส่งข้อมูลให้พี่ของเพื่อนำเข้าที่ประชุมของ.พิจารณาสนับสนุน								
3.	การดูแลผู้สูงอายุ พิศสังคม ติดบ้าน ติดเตียง	303	10 ตำบล			-	-		ธ.ค 63- ม.ค.63 คู่มือ/พิมพ์
3.1	ประชุมทีมพัฒนา PCC ซึ่งกระจายระเบียบการทำงานให้กับ สาขาอาชีพ								
3.2	ติดตาม ประเมินซ้ำผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ในบ้านผู้ดูแล								
	การรับยา สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ-สังคม								
3.3	อบรม CG ให้ครบทุกตำบล		10 ตำบล			40000	UC		สัปดาห์ที่ 3 ของ เดือน พ.ย63-ก.ย. 64 คู่มือ/พิมพ์
3.4	ค่าตอบแทนประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) แยกเป็นราย รพ.ศ.					42500	UC		
3.5	สนับสนุน และจัดให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย 2 วัน/สัปดาห์								
4.	การดูแลด้านทันตกรรมในผู้สูงอายุ	9304	10 ตำบล						ทุกวันอังคาร คู่มือ/พิมพ์
4.1	คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ								ของเดือน
4.2	จัดกิจกรรมตรวจฯ ตรวจคัดกรองทันตกรรม								
	ใน รพ.ศ.								
4.3	นิยเข้าคลินิกทันตกรรม								1.รายละเอียดของประชากรผู้สูงอายุ
4.4	ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนผู้สูงอายุ (บูรณาการกับงานตำบล								มีการตรวจคัดกรองโดย
	long term care)								ทันตกรรมร้อยละ 70
5.	การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม								

5.1.รพ.จัดซื้ออุปกรณ์ฟอกไต อุปกรณ์แยกและหมุนเวียนน้ำ สารสนับสนุนการฟอกไต อย่างน้อยร้อยละ 50 ของกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป (เน้นกลุ่มที่มีโรค CA ก่อน) (บูรณาการกับงานแพทย์แผนไทย)	200	10 ล้าน	1. ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุที่เป็นโรค CA ได้รับ ฟอกไต อย่างน้อยเดือนละครั้ง * 5 ครั้ง	ร่วมกับแพทย์แผนไทย		สัปดาห์ละ 1 วัน พ.บ 63-ก.บ 64	คุชิต/พิมพ์พร
5.2. รพ.ให้บริการฟอกไตแก่ผู้รับบริการอายุ 55 ปีขึ้นไป อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (บูรณาการกับงานแพทย์แผนไทย)			2. ร้อยละ 50 ผู้รับบริการอายุ 55 ปี ขึ้นไปได้รับการฟอกไตอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี				
5.3.รพ.ให้ความรู้การบริหารด้านเนื้อและเข้ามผู้รับบริการในสถานบริการ							
6. ชมรมผู้สูงอายุ							
1. สนับสนุนและจัดให้ผู้สูงอายุมีออกกำลังกายโดยวิ่ง 2 วัน/สัปดาห์ สถานที่ ที่ทำ การชมรมผู้สูงอายุ/ศูนย์ผู้สูงอายุหรือลานออกกำลังกายของรพศ.	ชมรมผู้สูงอายุ	10 ล้าน					คุชิต/พิมพ์พร
2.กำหนดผู้รับผิดชอบ ในการจัดวิ่ง เพื่อเตรียมเครื่องเสียง เพลงในการออกกำลังกาย และเปิดเพลง สัปดาห์ละ 2 วัน รุละ 30 นาที							

	ประเมินผล โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน							
	2.มีเวทีในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนา และแก้ไข ทุก 3 เดือน							
	3.มีการทบทวนข้อมูลก่อนส่งออกระหว่าง IT และ CM เช่น รายโหนดที่ไม่ได้							
	ขึ้นทะเบียน หรือ การจัดการงบประมาณการขึ้น เป็นต้น							
						768,740	UC	

23-24,99กก./คน.) เข้าร่วมออกกำลังกายเพื่อลดค่า BMI ให้อยู่							
ในเกณฑ์ปกติ				สามารถอยู่ในเกณฑ์ปกติ			
3.3 มคอ. และ อสม. สื่อสารการออกกำลังกายกับประชาชน	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง						
ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินและโรบิก วิ่ง เดินเร็ว				มีสถานออกกำลังกาย 3			
นาสโสม เป็นต้น อย่างน้อย 3				วัน/สัปดาห์			
วัน/สัปดาห์ และอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง							
3.4 กำหนดผู้รับผิดชอบเปิดสถานออกกำลังกายที่ รพสต. อย่างน้อย 5	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง						
วัน/สัปดาห์							
3.5 อสม. ประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมออกกำลังกาย วัด BMI ทุก	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง						
BMI ทุกเดือน							
3.6 จัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ วิทยากรในการออกกำลังกาย ของแต่ละ	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง					5-16 ม.ค. 64	พิชญะจิรวินน์
รพสต.ตามความเหมาะสม							
3.7 PCU ประเมินผล BMI หลังเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง						
ค่าสังคาย							
3.8 เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน	ทพ.รวมและรพสต.ทุกแห่ง					9 ต.ค.64	
3.9 การติดตามและชี้แจงการดำเนินงาน							
- ติดตามผลการดำเนินงานในเวที การประชุม คปสอ. หรือ NCD Board ทุกเดือน							

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ...จาว...จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ประเด็น/งาน : อาหารปลอดภัย (Food Safety)

ตัวชี้วัด(KPI) 1.ร้อยละของอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90

2.ร้อยละของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร้อยละ 100

ข้อมูลพื้นฐาน : โรงพยาบาลจาวผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (แบบประเมินตนเอง) และอยู่ระหว่างการพัฒนาในด้านการขยายผลการดำเนินการให้ครอบคลุมเครือข่าย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (งบฯให้)	ผู้รับผิดชอบ	
					จำนวน	แหล่งงบ			
1	รหัสโครงการ 050107								
	โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร								
	1.พัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและโภชนาการ จังหวัดลำปาง (เกณฑ์ 5 ด้าน)							ภก.กาญจนา/ ปริดา	
	- จัดประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน อาหารปลอดภัย วิเคราะห์ส่วนขาดใน การดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา	ปีละ 2 ครั้ง	รพ. จาว				3 ธ.ค. 63,19ธ.ค. 64		
	- ประกาศนโยบายการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล						22 ธ.ค.63		
	- ทบทวน SOP การสื่อสารระดับอำเภอ กรณีพบเหตุการณ์อาหารไม่ปลอดภัย								
	- จัดระบบการบริหารจัดการการจ้างเหมาอาหารผู้ป่วย ให้สามารถตรวจรับ วัตถุดิบได้ตามที่กำหนดใน TOR							ภัทราภรณ์	
	- จัดทำทำเนียบแหล่งวัตถุดิบที่โรงพยาบาลจัดซื้อประจำ							ปริดา	
	- จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับกลุ่มเกษตรกร							ธีรวัฒน์	
	- จัดจุดจำหน่ายผักปลอดสารพิษ และวัตถุดิบปลอดภัยในโรงพยาบาลซึ่งมีการ จำหน่ายอย่างน้อยเป็นประจำ (บูรณาการร่วมกับทีม Green and Clean Hospital ของโรงพยาบาล)	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	รพ. จาว				ทุกวันพุธ	ภัทราภรณ์	
	- ตรวจวัตถุดิบอาหารสด อาหารแปรรูปที่ใช้ปรุงประกอบอาหารด้วยชุดทดสอบ เบื้องต้น	เดือนละ 1 ครั้ง				1000	UC	ทุกวัน พฤหัสบดี 3 ของเดือน	นริศรา/ปริดา
	- สุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจสารฆ่าแมลง 4 สาร ในผักสด/ผลไม้สด โดยส่งที่ กลุ่มงานคุ้มครองบริโภค สสจ.ลำปาง ในวันอังคารที่ 3 ของเดือน	ทุกเดือน(5 ตัวอย่าง)	รพ. จาว						

	- กำหนดเมนูอาหารล่วงหน้า 2 เดือน โดยพยายามให้น้ำมันเมนูที่ใช้มีกลิ่นไม่พึงบ้าน	ทุก 2 เดือน	รพ. งาม					บริตา
	- บูรณาการร่วมกับทีม Green and Clean Hospital ของโรงพยาบาล ดำเนินการตามเกณฑ์ Plus ตามเกณฑ์ประเมิน Green and Clean Hospital ระดับ Plus							
	- ดำเนินการบูรณาการร่วมกับทีมยุทธศาสตร์ที่ 1 ของอำเภอในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม							
	- ขยายผลการดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายอาหารปลอดภัยในพื้นที่		10 ตำบล					บุษบา
	- ติดป้ายประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่าโรงพยาบาลมีการใช้ผักปลอด สารพิษและวัตถุดิบปลอดภัยที่ทางเข้าออก โรงพยาบาล		รพ. งาม					
	- สรุปผลการดำเนินงาน							
				รวม	1,000			

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ คปสอ.จาว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ					รวมงบประมาณ
			UC	สปสช.	สสจ.	PPA	งบ อื่นๆ	
1	050101	พัฒนาระบบบริการงานแม่และเด็ก	5,500					5,500
2	050102	พัฒนาระบบเด็กปฐมวัย	0					0
3	050103	พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยรุ่น	57,790					57,790
4	050104	พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	768,740					768,740
5	050105	พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	82,500					82,500
6	050106	Health Promotion	0					0
7	050107	ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	1,000					1,000
รวม ย.1 ทั้งหมด 8 โครงการ เป็นเงิน			915,530	0	0	0	0	915,530
1								0
2								0
3								0
รวม ย.2 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.3 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.4 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม แก้ไขปัญหา ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม บริการ ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
รวมทั้งหมด โครงการ เป็นเงินทั้งหมด			915,530	-	-	-	-	915,530

EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานฯ ๒๕๖๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ คปสอ.จาว

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

งานปฐมภูมิ : การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (NPCU)

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (4 ทีม)

2. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (4 ทีม ปี 64)

3. อัตราส่วนผู้รับบริการที่ NPCU เทียบกับ รพ.แม่ข่าย จาก 60:40 เป็น 70:30

ข้อมูลพื้นฐาน/วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบัน คปสอ. จาวขึ้นทะเบียนเป็น 4 หน่วยบริการครอบคลุม 12 รพ.สต. และ เขตพื้นที่ รพ. รวมประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวน 51,622 คน ปัจจุบันยังพบปัญหาเรื่องการบริหารจัดการด้านผู้ป่วย NCD ที่ปัจจุบันมีสัดส่วนรับบริการระหว่าง PCU และ รพ. ประมาณ 60:40 ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านบุคลากร การจัดการผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ ระบบยา ระบบการ consult ระบบส่งต่อและ ระบบข้อมูล และสารสนเทศ อย่างไรก็ตามด้วย อำเภอจามมีระบบ COC ที่เป็นรากฐานการพัฒนาข้อมูลอยู่แล้ว แต่ยังขาดการทำความเข้าใจกับ User ให้เห็นถึงประโยชน์ของการนำไปใช้ในพื้นที่ และการเชื่อมโยงกับระบบ JHCIS ให้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อส่งออก 43 แฟ้ม โดยใช้การรวมแฟ้มดังกล่าวในระบบอำเภอ (DHDC3) เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลระดับอำเภอ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งจัดทำ mapping GIS ในด้านบริหารจัดการกำลังคนจะมี ทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกอย่างน้อย 1 รพ.สต ต่อ 2 สัปดาห์ ยกเว้น รพ.สต. บ้านใหม่พัฒนา และ รพ.สต. บ้านห้วยหก

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050201							
	โครงการ การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (NPCU)							
	1.) เตรียมความพร้อมรองรับ	4 NPCU	12+1 หน่วย		5500	UC	ค.ศ 63	ทีมสหวิชาชีพ
	- ทบทวนบริการ รพ.&PCU		บริการ		-			
	(เชิงรุก-เชิงรับ)							
	- ระบบสนับสนุน							
	LAB ,ยา เวชภัณฑ์							
	ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ JT							
	- ปชส. สร้างการรับรู้ในพื้นที่				-			
	2.) ปรับโครงสร้าง คปสอ.						ค.ศ 63	
	เพิ่มแพทย์ FMและสาขาทีมPCU							
	3.) จัดตารางการปฏิบัติงาน	4 NPCU	12+1 หน่วย				ค.ศ 63-ก.ย. 64	ทีมสหวิชาชีพ
	ใน PCU-NPCU อย่างน้อย		บริการ					
	1 รพ.สต ต่อ 2 สัปดาห์ ของแพทย์และ				-			
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ (รายชื่อ							
	และภารกิจ เชิงรับ-เชิงรุก การ							

ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พิษ)							
4.) จัดทำทะเบียนข้อมูลประชากร	4 NPCU	12+1 หน่วย		4,500	UC	ค.ศ- บ.ศ .63	ทีมสหวิชาชีพ
กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ในพื้นที่		บริการ					
รับผิดชอบ PCU-NPCU							
5.) วิเคราะห์ปัญหาพื้นที่	4 NPCU	12+1 หน่วย		4500	UC	ท.ย- บ.ศ. 63	ทีมสหวิชาชีพ
ตามบริบทและปัญหาทุกกลุ่มวัยสำคัญ		บริการ					
New Service Model นโยบาย							
ของจังหวัด (รายละเอียด							
ตามแผนปฏิบัติการกลุ่มวัย และ							
แผนงานบูรณาการของจังหวัด)							
6.) ออกแบบการจัดบริการ	4 NPCU	12+1 หน่วย					ทีมสหวิชาชีพ
ที่สอดคล้องกับศักยภาพของทีม		บริการ					
หมอครอบครัวและรพ.แม่ข่าย							
- ทีมที่มี FM และรพ.ระดับ F2							
7.) พัฒนาระบบข้อมูล และสารสนเทศ COC,DHDC3				45000	UC		ทีม IT
- GIS, Mapping							
- ระบบการแบ่งพื้นที่ในกลุ่มผู้ป่วย NCD							
- ระบบการติดตามผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.แม่ข่ายไปยัง							
- รพ.สต. และการสุ่มประวัติ/ข้อมูลการรักษา ผล LAB และ							
ประวัติการใช้ยา							
- ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดที่สามารถเชื่อมโยง							
ทั้งรับการรักษาที่ รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต.							
- ระบบข้อมูลระดับวิทยาลัยอ้างอิงจากระบบรายงาน							
506 รวมทั้งจัดทำเป็น Mapping รายตำบล และการทำ							
Mapping ควบคุมโรคที่เกิดจากอุจจาระ							

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
 ผบ.ร.ท. จีพรัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)
 ประเด็นยุทธศาสตร์ 1. สร้างเสริมระบบจัดการสุขภาพของประชาชน
 แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
 โครงการหลัก 4. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลสุขภาพ coc
 ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย

ระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงจาก รพ.ระดับตติยภูมิ และ จาก รพช. สู่ รพ.สต. ปัจจุบันยังพบปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูล ซึ่งประมาณ 1 ปีที่ผ่านมาใช้โปรแกรม lampangcoc ใช้ได้ระดับหนึ่ง ซึ่งข้อดี คือ มีการเชื่อมโยง HIS ใน รพช.ได้ และเชื่อมโยงกับ รพ.ลำปาง ได้ แต่พบปัญหาความต่อเนื่องการเชื่อมโยงกับ รพ.ลำปาง ทำให้ รพ.ลำปาง ปรับปรุงโปรแกรมเดิม คือ coc link 2020 ให้เชื่อมโยงกับ HIS ได้ อย่างไรก็ดีตามต้นแบบใช้ตั้งแต่เดือน พ.ศ.63 ถึงปัจจุบัน ยังพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลจากระบบ ซึ่งค่อนข้างยุ่งยากกว่า ระบบเดิม คือ รพช. ส่งข้อมูลจากระบบ lampangcoc ที่ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที แต่ coc link 2020 ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีในการส่งข้อมูลจากระบบ ขณะเดียวกันหน่วยงานต่างๆ ของ lampangcoc ตอบสนองต่อผู้ใช้ของ รพช. มากกว่า 90 % ส่วน coc link 2020 ตอบสนองต่อ รพ.ลำปางเป็นหลัก ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำ และจำเป็นต้องพัฒนาต่อไป ซึ่งมากกว่า 90 % user เป็น รพ.สต. ดังนั้นการพัฒนาในระบบที่ให้ รพ.สต. ใช้เพื่อการบันทึกในระบบ JHCIS และ ระบบ COC ควรมีการพัฒนาให้มีการส่ง case ผ่านระบบที่เป็นการแจ้งเตือนที่ใช้งานได้มากที่สุด และจะเชื่อมโยงกับโครงการติดตามผ่านการส่งออก 43 แฟ้มในไฟล์ได้ และติดตามความก้าวหน้าผ่านระบบ COC ได้ และสามารถมีระบบรายงานที่ตอบสนองต่อการให้ผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ ที่ควรได้รับการติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพผ่านระบบ individual care plan และสามารถติดตามผ่านโปรแกรมได้

ลำดับ	ชื่อโครงการรายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์โครงการ	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งเงิน		
	ระดับโครงการ ครอบคลุม							
	โครงการพัฒนาระบบการบริการดูแลต่อเนื่องให้มีคุณภาพ							
	1. การบริหารจัดการ							สุจิต
	1.1 ทบทวนคณะกรรมการการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ	รพ.และ	รพ.และ	มีคณะกรรมการระดับอำเภอ	-		พ.ย 63-ก.ย 64	
	1.2 กำหนดผู้รับผิดชอบงานการดูแลต่อเนื่องของอำเภอ	รพ.สต.	รพ.สต.	สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพ				
	1.3 จัดระบบศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกมิติ เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (บริการ รับ-ส่งต่อ อุปกรณ์ ข้อมูล)			มีอุปกรณ์พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย				
	1.4 วิเคราะห์ และคืนข้อมูล ในเวที พชอ.							
	2. คุณภาพการบริการ							สุจิต
	2.1 มีระบบรายงานติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสะท้อนข้อมูลผ่านที่ประชุม ศปสอ.			กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยม	-		พ.ย 63-ก.ย 64	
	2.2 ออกติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด			บ้าน อย่างน้อยร้อยละ 80				
	2.4 จัดทำ Care plan ในการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ขยาย			มีการทำ Care plan ในกลุ่มเป้าหมาย				
	2.5 บันทึกผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ COC 2020 และ ระบบ Hos-XP และ JHCIS และ output เป็น 43 แฟ้มในไฟล์							
	2.6 ติดตามความก้าวหน้าผ่านโปรแกรม COC อำเภอ							
	3. การกำกับติดตาม							พ.ย 63-ก.ย 64
	3.1 วิเคราะห์ ผลการดำเนินงานและคุณภาพข้อมูล ขาดเทียบ							
	3.2 นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน โดย ผ่านเวที ศปสอ. ขาดเทียบ							
	3.3 มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน coc รพ รพ.สต.โดยถึงถึงจาก 43 แฟ้มในไฟล์							
	3.4 ประชาชนนำพบทราบผลการดำเนินงานการดูแลต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน				2,250		พ.ย 63-ก.ย 64	

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปอ.จว. จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use ; RDU)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่เฝ้าระวัง :

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3
2. มีการดำเนินงาน RDU community ครบทั้ง 5 กิจกรรมหลัก และผ่านเกณฑ์ระดับ 3

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางใจ (RI) น้อยกว่าร้อยละ 20 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 15.02 : ผ่านเกณฑ์
2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางจางัวงเชื่อมพันธ์ (AD) น้อยกว่าร้อยละ 20 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 17.25 : ผ่านเกณฑ์
3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสะอาด (FTW) น้อยกว่าร้อยละ 40 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 34.42 : ผ่านเกณฑ์
4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้หัดหลอดปลิศรณกำหนตการช่องคอด (APL) น้อยกว่าร้อยละ 10 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 3.33 : ผ่านเกณฑ์
5. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่มี Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือยาร่วมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ มากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 93.37 : ผ่านเกณฑ์
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหัดหรือโรงที่ไดรับยา inhalad corticosteroid มากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 81.01: ผ่านเกณฑ์
7. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางใจ (RI)และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางจางัวงเชื่อมพันธ์ (AD) ใน รพ.ศ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ที่ได้คิดเป็นร้อยละ 100 : ผ่านเกณฑ์
8. ยังไม่ได้ดำเนินงาน RDU Community ในปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่ม เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินงาน	ผลผลิตของโครงการ	ปีงบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการระบุ ให้ชัดเจน	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
1	รหัสโครงการ 030203							
	โครงการ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital)							
	1.พัฒนาการดำเนินงานในส่วนขาดตามตัวชี้วัดในระดับโรงพยาบาล							
	1.1 โครงการที่ดำเนินงานที่เข้าให้ผ่าน RDU ชั้น 3 และเตรียมรับการกำกับ	รพ. 1 แห่ง	คปอ.จว.	ผลการดำเนินงาน	-	บุคลากร	ค.ศ.63-ค.ศ.64	ภญ.อนุชานันท์
	ติดตามจากจังหวัด (RDU สัญจร ปีละ 1 ครั้ง)	รพ.ศ. 12 แห่ง		ปี 2564 ผ่าน		ร่วมกับ		นางวิภาชชาติ
	- บททวนแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย URI,AD,FTW,APL			RDU ชั้นที่ 3		การประจำ		ภญ.บุษิษา
	- บททวนแนวทางการใช้ยา Metformin ใน DM2 ที่มี eGFR > 30 ml/min							รพ.ศ.ขุนพล
	- บททวนแนวทางการใช้ ICS ในผู้ป่วย Asthma ทุกระยะ							
	1.2 จัดอบรมให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาลผู้สั่งใช้ยาที่ปฏิบัติงานที่ รพ. และ รพ.สต. เน้นศูนย์บริการปฐมภูมิ โดยเน้นเรื่องที่เป็นปัญหาของอำเภอ รวมทั้งการสั่ง	เจ้าพนักงานใหม่	คปอ.จว.	เจ้าพนักงานใหม่ทุกระยะ	-	บุคลากร	ค.ศ.63/ค.ศ.64	ภญ.บุษิษา
	ใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค การใช้นSAIDs ข้ำซ้อน และการใช้ NSAIDs ในโรคไต	ทุกระยะ		สั่งใช้ยาอย่าง		ร่วมกับ		
	1.3 โครงการที่ข้อมูล ศูนย์ข้อมูลการสั่งใช้ยา ตรวจสอบข้อมูลการลงรหัสยา รหัสโรค	รพ. 1 แห่ง	คปอ.จว.	ข้อมูลสำรับส่งพื้นที่	-	บุคลากร	1 ครั้ง/เดือน	ภญ.บุษิษา
	ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาก่อนส่งข้อมูลเข้าระบบ	รพ.ศ. 12 แห่ง		ผู้สั่งใช้ยาและพิมพ์		ร่วมกับ	ค.ศ.63-ค.ศ.64	
				กรรมการบริหาร		การประจำ		
	2.พัฒนาการดำเนินงานตามกฎหมาย PLEASE							

P : (Pharmaceutical and Therapeutic Committee)						
2.1 จัดประชุมคณะกรรมการ PTC โรงพยาบาล ทุก 3 เดือน โดยมีการรายงานผลการดำเนินงาน และติดตามกำกับงานดำเนินงาน RDU ด้วยทุกครั้ง	รท. 1 แห่ง รท.สส. 12 แห่ง	รพ.สส.รท	รายงานการประชุม	-	บุคลากร ร่วมกับ	5 ครั้ง/ปี ค.ศ. 63/น.ศ., เม.ย./ก.ศ.64
จัดส่งรายงานการประชุมให้ถึงมือภายใน 2 สัปดาห์หลังจากการประชุม					งานประจำ	
2.2 ประกาศนโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน เช่น	รท. 1 แห่ง รท.สส. 12 แห่ง	รพ.สส.รท	- แนวทางการใช้ สมุนไพรทดแทนยา แผนปัจจุบัน	-	บุคลากร งานประจำ	คณะกรรมการ PTC แพทย์แผนไทย
- ยาสมุนไพร First Line Drug (ยาฟ้าทะลายโจร ยาใบบัวบก)						
- ยาสมุนไพรทางเลือก เพื่อลดการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยอายุ ผู้ที่มีอาการปวดเข่า/ข้อ เสื่อม			- ชุดค่าการใช้ยา NSAIDs ลดลง			
- ยาสสมลาวิลด์/บรียอร์ ยาสกัดจากใช้แทน NSAIDs เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ไตโดยให้จัดเก็บข้อมูลการใช้ ผลการรักษ APR (ถ้ามี)						
เปรียบเทียบระหว่างยาสมุนไพร กับยาในกลุ่ม NSAIDs						
L : (Labelling)						
2.3 จัดทำเอกสารการรายงานการเป็นกลางมาตรฐาน RDU จัดทำเอกสารสนับสนุนในยา 13 กลุ่มโรค ให้อัปโหลดบนเวทของจังหวัด	รท. 1 แห่ง รท.สส. 12 แห่ง	รพ.สส.รท	ต้นฉบับเอกสารสนับสนุน 13 กลุ่มโรค สำหรับ ใช้ร่วมกับทั้งจังหวัด	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ. - ร.ศ. 63 รท.สส.ทุกแห่ง
E : (Essential Tools)						
2.4 พัฒนาระบบการแจ้งเตือนเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา	รท. 1 แห่ง	รพ.สส.รท	- สืบใช้ยาปฏิชีวนะ	-	บุคลากร	ค.ศ. - ร.ศ. 63 กัญญาจิรา
- จัดทำ Check list อาการสำคัญก่อนจ่ายยาปฏิชีวนะ ได้แก่ URI , AD, FTW ,APL	รท.สส. 12 แห่ง		อย่างสมบูรณ์ URI<20%,AD<20% FTW<20%, APL<10%		ร่วมกับ งานประจำ	IT
- การแจ้งเตือนการใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อนใน Hos Xp.			- ไม่ใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน			
- การแจ้งเตือนการใช้ Loratadine ในเด็กต่ำกว่า 12 ปีใน Hos Xp.			- ใช้ Loratadine ใน เด็กต่ำกว่า 12 ปี < 10mg/10			
2.5 จัดระบบการป้องกันการความคลาดเคลื่อนการยา (สัฟไฟ์ จัดยา จ่ายยา)	รท.รพ Hos Xp.	รท.รท		-	บุคลากร	ค.ศ. 63 กัญญาจิรา
- ตั้งระบบ Hos Xp. ไม่สามารถสั่งจ่ายยาที่แพ้ในผู้ป่วยแพ้ยาได้			ผู้ป่วยแพ้ยา 0%		ร่วมกับ	
- ตั้งระบบ Hos Xp. ไม่สามารถสั่งจ่ายยา Drug Interaction (DI) ร่วมกันได้			ไม่มีการสั่งจ่ายที่มี		งานประจำ	
A : (Awareness)						
2.6 ให้ความรู้/สร้างความเข้าใจและความตระหนักในผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อไม่ให้ยาในโรคที่เป็นได้เข้าสู่ห้องแยกยา รวมทั้งระมัดระวังในการบริโภค ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงที่มีผลเสียต่อสุขภาพ	ผู้ป่วย DM HT ที่ Uncontrolled ผู้ป่วยโรคไต	PCU รท รท	ผู้ป่วยใน PCU รท เพิ่มได้กว่า 50%	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ. 63 - ก.ย. 64 ทีม PCU
- ค้นหาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายที่รับบริการที่ PCU รท	Stage 4-5 ทุก รท					
- ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทาง						

5 : (Special Population)								
2.7	พิจารณาการดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ได้แก่ การใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง เด็ก ผู้ป่วย NCD โรคไต TB ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น	ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ	รพ.รพช.	ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ	-	บูรณาการ	ค.ศ. 63 -	ภญ.บุษิรา
	เชื่อมต่อกับคลินิกใน รพ. PCU รพ.สต. และการเยี่ยมบ้าน	ทุกภาวะ		อาสาสมัคร		ร่วมกับ	ก.บ. 64	ทีม PCU
	- จัดทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ					ตามประจำ		
	แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษต่างๆ							
E : (Ethics)								
2.8	ดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนและส่งเสริมการรายงานผล	รพ. 1 แห่ง	รพ.รพช.	มีการวิจัยติดตาม	-	บูรณาการ	ค.ศ. 63 -	ภก.ภาณุ
	กระทรวงสาธารณสุข			เป็นไปตามเกณฑ์		ร่วมกับ	ก.บ. 64	
				จริยธรรม		ตามประจำ		
2.9	ประเมินเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในคนและส่งเสริมการรายงานผลกระทรวง	รพ. 1 แห่ง	รพ.รพช.	ผลการประเมินคน	-	บูรณาการ	ค.ศ. 63 -	ภก.ภาณุ
	สาธารณสุข			เกณฑ์จริยธรรม		ร่วมกับ	ก.บ. 64	
				วิจัย		ตามประจำ		
2 โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)								
1.พัฒนาการดำเนินงานใน 5 กิจกรรมหลักตามที่กระทรวงกำหนด								
1.1	กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานการขับเคลื่อนงาน RDU (RDU Co-ordinator) ในระดับอำเภอและตำบล	ผู้รับผิดชอบหลัก	ค.บ.อ.รพช.	รายชื่อผู้รับผิดชอบ	-	บูรณาการ	ค.ศ.63	ภญ.บุษิรา
	- โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานประกอบด้วย เกษีกรปฐมภูมิ เกษีกรแพทย์แผนไทย	5 ราย		RDU Co-ordinator		ร่วมกับ		ทีม PCU
				เพื่อประสานงาน		ตามประจำ		แพทย์แผนไทย
1.2	กำหนดทีมรับผิดชอบการขับเคลื่อน RDU ที่เชื่อมโยงการทำงานมีกระทรวง โรงพยาบาลและชุมชน (RDU hospital and RDU community)	ทีมรับผิดชอบจำนวน	ค.บ.อ.รพช.	ทีมรับผิดชอบการ	-	บูรณาการ	ค.ศ.63	ภก.ภาณุ
		20 ราย		ขับเคลื่อน RDU		ร่วมกับ		ภญ.บุษิรา
				hospital and RDU		ตามประจำ		แพทย์แผนไทย
				community				รพ.สต.ทุกแห่ง
1.3	จัดประชุมเชิงจัดทำความเข้าใจเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอและตำบล	ทีมรับผิดชอบจำนวน	ค.บ.อ.รพช.	เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	500	uc	ค.ศ.- พ.บ.63	ภญ.บุษิรา
	- ซึ่งแจ้งแนวทางในการดำเนินงาน RDU community เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน	20 ราย		เข้าใจแนวทางในการ				ภก. พิเช็ด
				ดำเนินงาน RDU				
				community				
1.4	กำหนดพื้นที่เป้าหมายที่จะดำเนินการ RDU Community ให้ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล โดยส่งรายชื่อให้เลขา.	รพ.สต. 1 แห่ง	รพ.สต.แม่เหล็ก	รายชื่อ รพ.สต.ที่	-	บูรณาการ	ค.ศ.63 -	ภญ.บุษิรา
				เป็นพื้นที่เป้าหมาย		ร่วมกับ		ภญ.วิชาดา
						ตามประจำ		รพ.สต.แม่เหล็ก
1.5	กำหนดผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่อาจพบปัญหาและควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs Steroids ยาสูบ ยาสมุนไพร	ชุมชน	อำเภอจาง	รายการผลิตภัณฑ์	-	บูรณาการ	ค.ศ.63 -	ภญ.บุษิรา
				กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้า		ร่วมกับ		
				ระวัง		ตามประจำ		
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)								

2.1	จัดระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ในการค้นหาผู้ป่วย ที่ การซักประวัติ การวินิจฉัยยืนยัน การประเมิน สรุป จัดทำรายงาน และจัดส่ง รายงานการประเมิน รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยสู่การรักษา	รพ. 1 แห่ง	รพ.จว	รายงานเฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้าน ยาในโรงพยาบาล	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ. บุฉิรา ภญ. ชนิษดา
2.2	ติดตามแหล่งที่มาและจัดการแก้ไขปัญหาลิขสิทธิ์ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย พบปัญหาทุกราย		คปสอ.จว	แหล่งที่มาและ จัดการแก้ไขปัญหา ผลิตภัณฑ์ที่เป็น สาเหตุของการ เจ็บป่วย	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ. บุฉิรา
2.3	รวบรวมข้อมูล APR ส่งเข้าระบบ HPVC ของ อบ.	ทุกราย	คปสอ.จว	มีการส่งต่อข้อมูล APR อย่างเป็น ปัจจุบัน	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ. บุฉิรา ภญ. ชนิษดา
2.4	สื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่ - นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บ APR ในผู้ป่วย ส่งคืนสู่ชุมชนเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัย จากการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ต่อไป	รพ. 1 แห่ง	คปสอ.จว	ชุมชนปลอดภัยจาก ผลิตภัณฑ์ทาง สุขภาพ	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ. บุฉิรา รพ.ศ.พญ.พ่ง
2.5	จัดตั้งศูนย์รับแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน	รพ. 1 แห่ง รพ.ศ. 12 แห่ง	คปสอ.จว	ชุมชนปลอดภัยจาก ผลิตภัณฑ์ทาง สุขภาพ	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ. บุฉิรา ทีม PCU รพ.ศ.พญ.พ่ง
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)								
3.1	ตรวจสอบเฝ้าระวังแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยจัดทำ แบบสำรวจ และคืนข้อมูลเพื่อใช้ทราบสถานการณ์ - ดำรวจแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน - นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และทำการคืนข้อมูลสู่ชุมชนผ่านอบค. และ อบต.	บ้านชยา บ้านต้า	บ้านจว บ้านจว	แหล่งกระจาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเสี่ยงในชุมชน	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ.บุฉิรา ทีม PCU อบค. อบต.
3.2	เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย หากพบปัญหาหรือความเสี่ยง ประสานงานเตือนแก้ไข ปัญหา - นำผู้ป่วยที่พบปัญหาความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เข้าสู่ระบบเยี่ยมบ้าน ศูนย์ COC ของโรงพยาบาล เพื่อให้ทีมเข้าไปดูแลแก้ไขปัญหามอบพร้อม	ผู้ป่วยที่พบ ปัญหาทุกราย	คปสอ.จว	- ผู้ป่วยที่พบปัญหา รับการแก้ไขปัญหา ระบบ	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ทีม PCU
3.3	จัดการความเสี่ยงในกรณีที่ตรวจพบความเสี่ยงจากการเฝ้าระวังความปลอดภัย ด้านยาเชิงรุกในชุมชน - แนวทางการจัดการความเสี่ยงเมื่อพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย	รพ. 1 แห่ง รพ.ศ. 12 แห่ง	คปสอ.จว		-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ.บุฉิรา ทีม PCU รพ.ศ.พญ.พ่ง
3.4	จัดช่องทางกรร้องเรียน แจ้งเบาะแสแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยง หรือพบผู้ที่ได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงระบบการรับเรื่อง	รพ. 1 แห่ง รพ.ศ. 12 แห่ง	คปสอ.จว	ได้รับเบาะแสแหล่ง กระจายผลิตภัณฑ์	-	บุคลากร ร่วมกับ	ค.ศ.63 - ก.ย.64	ภญ.บุฉิรา ทีม PCU

โรงเรียนและแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	สสอ. 1 แห่ง		ที่มีความเสี่ยงอย่าง		งานประจำ		รท.ศ. พจน. พ่
- จัดให้มีศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนและแจ้งเบาะแสในชุมชน และโรงเรียนทาง			ทันเหตุการณ์				
โทรศัพท์							
- แนวทางการในการฝึกวิทยากร อสม. และการแจ้งเรื่องร้องเรียน							
4. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล							
(Community Participation)							
4.1 สัปดาห์และวาระความสามัคคีและปิติสุขในชุมชนและเครือข่ายชุมชน	รท. 1 แห่ง	รท. ๑๖	ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาในชุมชน	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ร.ศ. - ร.ศ.63	ภญ.บุษิรา ทีม PCU
4.2 สร้างทีมและเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ประกอบการร้าน	ผู้ประกอบการและ	อำเภอจาว	มีทีมเครือข่าย	1,000	๖๐	ร.ศ.63	ภก. ภญ
ยา ร้านชำ สถานประกอบการสุขภาพ สบิก ผู้จำหน่าย อสม. ๗๗๓ หมู่ ๑๑	เครือข่ายภาค					ร.ศ. 64	ภญ.บุษิรา
ประชาชน) และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง	ประชาชน						
- จัดประชุมตั้งถึงงานด้านอื่นๆ และการมีเวทีความเชื่อมโยงสุขภาพ	จำนวน 40 คน			4000	๖๐	ร.ศ.64	ภญ.บุษิรา
ในชุมชน							
4.3 จัดประชุม RDU co-ordinator ระดับอำเภอและตำบล (Teleconference)	RDU co-ordinator	ร.ศ.๑๖.จาว		-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ร.ศ. - ร.ศ.63	ภญ.บุษิรา
เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้าน เครือข่ายและประชาชนในปัญหาที่พบในพื้นที่							
- เข้าร่วมประชุมผ่าน teleconference จาก ๗๗๓ สบิก อำเภอ							
4.4 จัดกิจกรรมในการดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในชุมชนตามบริบทและความ	รท. 1 แห่ง	อำเภอจาว	มีการดำเนินการจัด	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ร.ศ.63-	ภก. ภญ
พร้อมของพื้นที่			กิจกรรมอย่างต่อ			ร.ศ. 64	ภญ.บุษิรา
- การสำรวจร้านชำ	ร้านชำ		เนื่อง		งานประจำ		ภก. พิเชิ
- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่มีปัญหา		มีการตรวจบ้านชำ				ทีม PCU
	ด้านยาตามเกณฑ์		มีละ 1 ครั้ง				
	ทุกราย						
- ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายหมู่บ้าน	หมู่บ้าน		ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง/ปี				
- ให้ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเพจโรงพยาบาลจาว	ประชาชนทั่วไป		มีการเผยแพร่ความรู้				
			ผ่านเพจ รท.				
5. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)							
5.1 ประชาสัมพันธ์สื่อสารประกอบการด้านภาคเอกชนในพื้นที่ เช่น ร้านชำ	ร้านชำ	อำเภอจาว	ทะเบียนรายชื่อร้าน	-	บุคลากร ร่วมกับ งานประจำ	ร.ศ.63 -	ภก. ภญ
ร้านยา สบิก สหกิจเข้าร่วมโครงการให้ความปลอดภัยการใช้ยาในชุมชน	ร้านยา		ยา สถานพยาบาลที่				ภญ.บุษิรา
	สถานพยาบาล		ของบุคลากรแล้ว		งานประจำ		
			และรายชื่อร้านยา				
			เครือข่าย RDU				
			ร้อยละ 50				
5.2 ทัศนียภาพ และผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่	ทีมเครือข่าย	อำเภอจาว	รายงานทัศนียภาพ	-	บุคลากร	ร.ศ.63	ภก. ภญ

ไม่เต็มหรือซ้ำ				อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี		ร่วมกับ	ส.ศ. 64	ภญ.บุษิรา
						งานประจำ		
5.3 จัดประชุมผู้ปกครองนักเรียนประจำสัปดาห์ด้านวิชาการตามเวลาที่กำหนด	บ้านคำ	อ.เมืองจ.ราช	บ้านคำเข้าร่วม		บุคลากร	ร่วมกับ	ส.ศ.63	ภก. พิเชิ
						ร่วมกับ		ภญ.บุษิรา
						งานประจำ		
6. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อายอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)								
6.1 ให้ความรู้ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการใช้ยาในชุมชน	รพ. 1 แห่ง รพ.ศ. 12 แห่ง	ส.ป.จ.ราช		ข้อมูลปัญหาการใช้ ยาในชุมชน	-	บุคลากร	ส.ศ.- ส.ศ.63	ภญ.บุษิรา ภก. พิเชิ
						ร่วมกับ		
						งานประจำ		
6.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากร/เจ้าหน้าที่ภายในอำเภอ	อสม. ประจำหมู่บ้าน	อ.เมืองจ.ราช		บุคลากรผู้มีความ รอบรู้ด้านยา		บุคลากร	ส.ศ. 63	ภญ.บุษิรา
- สร้างบุคลากรให้มีความรอบรู้ด้านการใช้อายอย่างสมเหตุผลเพื่อนำไปสอนผู้ชุมชนได้	หมู่บ้านละ 2 ราย					ร่วมกับ		ภก. พิเชิ
โดยจัดอบรม และส่งต่อข้อมูลสถานการณ์ต่างๆผ่านกลุ่มไลน์						งานประจำ		
6.3 จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยใน PCU ราช	ผู้ป่วย PCU ราช	PCU ราช		การวางแผนการดูแล	-	บุคลากร	ส.ศ.63 -	ภญ.บุษิรา
- ให้ความรู้ด้านยาบุคคลในผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้อาย ที PCU ราช	บุคลากรที่พบปัญหา จากการใช้อาย			ด้านการใช้อายราย บุคคล		ร่วมกับ	ส.ศ.64	ภก. พิเชิ
						งานประจำ		
6.4 ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ	รพ.ราช	อ.เมืองจ.ราช		สื่อความรู้ให้แม่	-	บุคลากร	ส.ศ.63 -	ภญ.บุษิรา
- ให้ความรู้ด้านยาแก่กลุ่มผู้ป่วย NCD ขณะรอตรวจผ่านทางสื่อ VDO				ขณะรอตรวจ		ร่วมกับ	ส.ศ.64	ศ.นิพนธ์พิศษ
						งานประจำ		OPD,PCC
6.5 จัดระบบและช่องทางให้ประชาชนร่วมเฝ้าระวังและแจ้งเหตุ	มอ.ค.และอสม.	อ.เมืองจ.ราช		ชุมชนมีส่วนร่วมใน	-	บุคลากร	ส.ศ.63 -	ภญ.บุษิรา
- ประชาสัมพันธ์ระบบและช่องทางเฝ้าระวังความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์	ทุกชาย			การเฝ้าระวังความ เสี่ยงจากยา/ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ		ร่วมกับ		ภก. พิเชิ
สุขภาพในชุมชนผ่านทาง มอ.ค. อสม. เพื่อให้ประชาชนร่วมกันเฝ้าระวัง						งานประจำ		
6.6 ค้นข้อมูลความเสี่ยงจากผลการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักและ	มอ.ค.และอสม.	อ.เมืองจ.ราช		ข้อมูลความเสี่ยง	-	บุคลากร	ส.ศ.64	ภญ.บุษิรา
ร่วมเฝ้าระวัง	ทุกชาย			จากผลการ ดำเนินงานในพื้นที่		ร่วมกับ	ส.ศ.64	ภก. พิเชิ
						งานประจำ		
6.7 ประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อายอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ 10	รพ.ราช		ผลการสุ่มประเมิน	-	บุคลากร	ส.ศ.64	ภญ.บุษิรา
- ทำการสุ่มประเมินความรอบรู้ด้านยาในผู้รับบริการ รพ.ราช	ขอผู้ป่วยที่มารับ บริการเดือน ส.ศ.			ผู้รับบริการร้อยละ		ร่วมกับ		ภก. พิเชิ
						งานประจำ		

5,500.0

แบบปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จว ลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

ประเด็น / งาน : แพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่โครงการ

1. ร้อยละการเข้าใช้บริการแพทย์แผนไทยทั้งด้านจัดการและยาสมุนไพร (ร้อยละ 20.5)
2. เพิ่มการเข้าใช้บริการกัญชาทางการแพทย์

ข้อมูลพื้นฐาน/ ความสำเร็จด้านการดำเนินงาน

1. ประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่โรงพยาบาล ภาควิชาการ ร้อยละ 15.19 ส่วน รพ.จว ร้อยละ 8.09
2. บริการ 4 โรคหลัก ได้แก่ อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไมเกรน และโรคภูมิแพ้ทางผิวหนังส่วนต้น
3. บริการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวิธีการแพทย์แผนไทย(ปรับหมอนเกลือ) จำนวน 13 คน 64 ครั้ง
4. บริการผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม(Osteoarthritis of Knee หรือ OA Knee) ด้วยศาสตร์แผนไทย(พอกเข่าด้วยสมุนไพร) จำนวน 151 ราย 366 ครั้ง
5. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร รพ.จว. และ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2563 มูลค่า 278,519.00 บาท จากปีงบประมาณ 2562 มูลค่า 330,394.75บาท ลดลง คิดเป็นร้อยละ 18.63
6. มูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรที่ส่งเสริมให้ใช้เป็นลำดับแรก (First Line Drug) (ยาหมั่นชิมและยาพิศหลายใจ) ปีงบประมาณ 2563 มีมูลค่า 81,393.75 บาท
7. เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย มีผู้รับบริการ 10 คน จ่ายยาสมุนไพร 77 ซอง ยาฟ้าหลั่งสมุนไพร 178 ซอง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการระบุปีงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	ผลลัพธ์โครงการ 020205							
	โครงการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก							
	1. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก							
	1.1 จัดบริการคลินิกเฉพาะโรค กลุ่มโรค/อาการ 4 โรคหลัก ได้แก่ ไมเกรน,ภูมิแพ้,อัมพฤกษ์-อัมพาต,ข้อเข่าเสื่อม และกลุ่มผู้ป่วยอกต้อลง	ร้อยละ 50 ของ รพ.จว	รพ.จว	แผนกผู้ป่วยนอกให้บริการรักษา โดยแพทย์แผนไทย	-	-	ค.ศ.63-ก.บ.64	รพ.แพทย์แผนไทย สสจ.ลำปาง
	ได้พบและรับการรักษาโดยแพทย์แผนไทย							
	1.2 จัดให้บริการจัดการ พอกเข่าสมุนไพร(lampang model)	ร้อยละ 50 ของผู้สูง	รพ.จว	ผู้สูงอายุและคนผู้ที่มีอายุ 55 ปี	73,000	UC กาง	ค.ศ.63-ก.บ.64	รพ.แพทย์แผนไทย
	รพ. สนับสนุนยาสมุนไพรพอกเข่า ที่โรงพยาบาลในพื้นที่	อายุหรือผู้ที่มีอายุ	รพ.สต. 12 แห่ง	ขึ้นไปได้รับการพอกเข่า				รพ.สต.จว
	บริการ	55 ปีขึ้นไป ที่มารับ		จัดทำสมุนไพรพอกเข่า อ้างอิงจาก				รพ.สต.จว
	***จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์พอกเข่าสมุนไพร (หมั่นชิม, โปศหลายใจ, พริกไทยดำ) การบูร,น้ำมันงา)	บริการ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี		สูตร lampang model สูตรเดิม				รพ.สต./CG
		7037 ราย						

-เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	เปิดบริการอย่าง น้อย 2 วัน/สัปดาห์ อังคารและพฤหัสบดี	รพ.ลาว	เพิ่มการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น	-	-	ค.ศ.63-ก.ย.64	องค์การแพทย์ สถานพยาบาลพิเศษ และสถานพินิจ สถานศึกษากรม	
-จัดทำแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและจัดหาตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ อย่างน้อย 4 ตำรับ	มีแนวทางการใช้ บริการคลินิกกัญชา	รพ.ลาว	มีองค์การให้บริการที่ชัดเจน	-	-	ค.ศ.63-ก.ย.64		
-แพทย์แผนไทย เป็นผู้ตรวจ วินิจฉัยและสั่งการรักษา ยกเว้นตำรับยาน้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน(ดอก)	แพทย์แผนไทย เป็นผู้สั่งใช้ตำรับยาที่มี กัญชาปรุงผสมอยู่	รพ.ลาว	มีผู้สั่งจ่ายตำรับยาสมุนไพรที่มี กัญชาปรุงผสมอยู่	-	-	ค.ศ.63-ก.ย.64		
-จัดให้มีตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 1) ตำรับศุภไสยาสน์ 2) ตำรับท่าอากาศยาน 3) ตำรับเม็ดมะลิ 4) ตำรับสมิทธิงู	มีและจ่ายยาตำรับ กัญชา อย่างน้อย 4 ตำรับ	รพ.ลาว	มีการใช้ตำรับยาสมุนไพรที่มี กัญชาปรุงผสมอยู่เพิ่มขึ้น	-	-	ค.ศ.63-ก.ย.64		
2.พัฒนาองค์ความรู้และทักษะบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย								
2.1.เพิ่มศักยภาพ ด้านทักษะปฏิบัติการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย (นวด อบ ประคบกับหม้อต้ม) สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	จำนวน 13 คน	รพ.ลาว 5 คน รพ.สค. 8 คน	รพ.ลาว	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมีทักษะ ปฏิบัติการให้บริการ ด้านการ แพทย์แผนไทยที่ถูกต้อง ได้รับการอบรมคณะ 1 ครั้ง/ปี	1,300	UCกลาง	27ก.ค.64	สถานแพทย์แผนไทย
2.2.ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย เครือข่ายอำเภอลาว	จำนวน 15 คน		รพ.ลาว	จัดการประชุม 3 ครั้ง/ปี	1,125	UCกลาง	11ก.พ.64	สถานแพทย์แผนไทย
3.ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน		รพ.ลาวและ รพ.สค.	รพ.ลาว รพ.สค. 10 แห่ง	ร้อยละ 30 ของหน่วยบริการ แพทย์แผนไทยทุกระดับต้องผ่าน การรับรองคุณภาพ	-	-	ก.ย.64	สถานแพทย์แผนไทย
					78,425			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564
สปสอ. จาว จักรวิสัยล่าง

ชุดศาสตร์ที่ 2

งาน การใช้กัญชาทางการแพทย์

สนับสนุนประเด็นชุดศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเลิศ(Service Excellence)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่คาดการณ์ มีการจัดตั้งคลินิกบริการให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์

- 1.มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนสถานพยาบาลแม่โขง รพศ./วพช./วพช. ร้อยละ 100
- 2.จำนวนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์

ข้อมูลพื้นฐาน/ วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ต้องมีคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลจาวเป็นโรงพยาบาล F2
- 2.มีศักยภาพในการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ.ลำปาง)
- 3.เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทุกวันพุธ ช่วงเวลา (13.00-16.00 น.) (มี 2 คำรับ สุขไสยาสน์ และ ทำยาพระสุเมธา)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	วัตถุประสงค์โครงการ 020204							
	โครงการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์							
	1.เพิ่มการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์							
	-เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	เปิดบริการคลินิก	รพ.จาว	เป็นการเข้าถึง			ร.ศ. 63-ก.บ .64	นพ.ภวิศ
	-จัดทำแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	กัญชาทางการแพทย์		บริการกัญชาทาง				ภญ.วิภาดา
	-แพทย์แผนไทย เป็นผู้ตรวจ วินิจฉัยและสั่งการรักษา	แผนไทย อย่างน้อย		การแพทย์แผน				สุนทรี, ธนุสรา
	-จัดให้มีคำปรึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ คำรับแมกซ์แมกซ์ คำรับแมกซ์แมกซ์	1 วัน/สัปดาห์		ไทยและแผนปัจจุบัน				สุทธิวิทย์
	และคำรับน้ำเงินกัญชา	มีเลขจ่ายยาคำรับ		มากขึ้น				
		กัญชา อย่างน้อย						
		4 คำรับ						
	2.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์							
	-ประชุมคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลจาว	รพ.10 คน	รพ.จาว	มีความรู้ความเข้าใจ	1,650	UC	มี.ค.-64	นพ.ภวิศ
	ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง	สสจ.12 คน		เกี่ยวข้องกับกัญชาทาง				ภญ.วิภาดา
	ค่าอาหาร 22 คน*1 มี*50 บาท*1 ครั้ง = 1,100บาท			การแพทย์อย่างถูกต้อง				สุนทรี, ธนุสรา
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 22 คน*1 มี*25 บาท*1 ครั้ง = 550บาท			ต้องและสามารถส่ง				สุทธิวิทย์
				ส่งความรู้ความเข้าใจ				
				ไปยังประชาชน				
	3.ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจกัญชาทางการแพทย์							
	-ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีม รพ.สต. 12 แห่ง	ประชาชนทั่วไป	รพ.1แห่ง และ	มีความรู้ความเข้าใจ	1,750	UC	เม.ย.-64	นพ.ภวิศ
	ค่าใช้จ่ายขนส่ง ประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเข้าใจกัญชาทางการแพทย์ ชม.ชม. AS	ทีมบริการใน	รพ.สต.12 แห่ง	เกี่ยวข้องกับกัญชาทาง				ภญ.วิภาดา
	มีงบ 50 บาท จำนวน 35 แห่ง แบ่งเป็น รพ.สต. 24 แห่ง และ รพ. 11 แห่ง	สถานพยาบาล		การแพทย์อย่างถูกต้อง				สุนทรี, ธนุสรา
								สุทธิวิทย์
					3,400			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จว. จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การป้องกันควบคุมโรค

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 2. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์โรคอำเภอจว 1 ค.ศ.62 ถึง 31ค.ศ.63 คัดกรองร้อยละ 93.08 /ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 61 ราย คิดเป็นความครอบคลุมการรักษา ร้อยละ 83.67(ปช.จว

54689 คน ,คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน) /ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 8 ราย (สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะทุพโภชนาการและมีโรคร่วมDM 1 ราย,CKD Stg5 1 ราย,Sepsis 2

ราย ,อายุต่ำกว่า 60 ปี มีโรคร่วม HIV 1 ราย,CA 2ราย, DMHT 1ราย / อัตราการรักษาสำเร็จ(Success rate)ร้อยละ 83.58 อัตราตายร้อยละ 11.94 / ปัญหา 1.คัดกรองไม่ครอบคลุม

ในกลุ่มสูงอายุดีตติง, ติดสุรา 2. ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงไม่ตรงกับฐานทะเบียน HDC 3.ระดับความสำเร็จในการรักษา และผู้ป่วยเสียชีวิตยังไม่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุให้ ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	<u>รหัสโครงการ 050206</u>							
	<u>โครงการป้องกันและควบคุมโรค คปสอ.จว</u>							
	1.เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคคือยา	7 กลุ่มเสี่ยง ดังนี้	รพสต. 12 แห่ง	1. กลุ่มเสี่ยง			กย. 63	อักษร
	1.1 ระบบข้อมูลคัดกรอง	*ผู้สัมผัสย้อนหลัง		ได้รับการคัด				รัตติพันธ์
	- ทบทวนกลุ่มเสี่ยง (ความถูกต้อง รหัส ICD-10, type person)	(ตั้งแต่ปี61) *คัด		กรองร้อยละ				
	1.2 แผนการคัดกรอง	เชื้อHIV,*แรงงาน		100			กค-กย. 63	อักษร
	- จัดทำแผนการส่งตรวจ CXR ทำ CXR alert (โดยCM นำข้อมูลกลุ่มเสี่ยง	ข้ามชาติ, *ผู้ต้อง		2. ผู้ป่วยOn				รัตติพันธ์
	ที่ Loss Mobile X-Rays มาทำ CXR alert คัดกรองในกรณีWalk in	จ้าง * จนท.สส,		Treatment				
	<u>คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CXR ที่รพ.</u>	*ผู้สูงอายุ มีโรค	รพ.จว	ได้รับการเยี่ยม				อักษร
	* สูงอายุที่โทรMobile ไม่ได้ * HIV 304 ราย , * จนท 237 ราย	ร่วม/CKDstg 4-5,		บ้านและติดตาม				รัตติพันธ์
	<u>คัดกรอง CXR เชิงรุกด้วย X-ray mobile</u>	COPD , DM ,	รพสต. 12 แห่ง	การกินยา	300,000	สปสข.		อักษร
	* ผู้สัมผัสย้อนหลัง , *สูงอายุโรคร่วมCKDstg4-5	BMI<18.5 *กลุ่ม	รพ.จว	ร้อยละ 100				รัตติพันธ์
	* ผู้สูงอายุมีโรคร่วม/COPD , * โรคร่วม DM	ติดสุรา		3.อัตราการ				
	* ผู้สูงอายุ BMI<18.5 , *ติดสุรา ,	<u>ในพื้นที่สูงอายุ</u>		ขาดยา				
	* สูงอายุ HT+BMI ≤18.5 , * กลุ่มผล CXR ผิดปกติ แต่ผลเสมหะ	<u>HT+BMI ≤18.5,</u>		ร้อยละ 0				
	สปีในปี 63 , * ผู้มีประวัติป่วย ย้อนหลัง รวม 4811 ราย	<u>กลุ่มผล CXR</u>						

- สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยง+ชุมชนเห็นความสำคัญการคัดกรอง	มีตปกติ <u>แต่ยังคง</u>						
- คัดกรองตามแผนและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HosXPและ NTIP	<u>ลงทะเบียนเป็น</u>					80% ใน ตค.63	อักษร
เริ่ม 1 ตค.63	<u>ปี 63 ผู้รับประวัติ</u>						
- ทบทวนแผนการคัดกรองและปรับแผนทุกสัปดาห์	<u>ป่วย ย้อนหลัง</u>						
- ทำทะเบียนผู้ติดเชื้อคัดกรองตามผลเสมหะในปี 64 และส่งรายชื่อ	<u>ปี 57-61)</u>					10 มค 64	อักษร
พร้อม ID No.ให้จังหวัด	รวม 5,352 คน						
- ทำแผนติดตามกลุ่มมีตปกติปี 64 (Verbal ทุก 3 เดือน CXR ทุก 6 เดือน)						10 มค 64	อักษร
- ทำทะเบียนบันทึกคุณภาพเสมหะราย รพ.สต.						ตค.63	
1.3 การกำกับติดตาม							อักษร
- TB case management Team ประสานทีม PCC ในการดูแลผู้ป่วยใน						ตค.63	วัดติพนันธุ์
ชุมชน							
- รายงานและติดตามผล ในที่ประชุม ศปสอ ทุกเดือน							
- สรุปรายงานส่งจังหวัดทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน							
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคคอตีบ							
2.1 ระบบข้อมูลการรักษา						ตค.63	อักษร
- ขึ้นทะเบียนรักษา/ส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และบันทึกข้อมูลใน NTIP ให้เป็น							วัดติพนันธุ์
ปัจจุบัน							
- ทะเบียนผู้ป่วยจำแนกความเสี่ยง และแนวทางการติดตาม							
- บันทึกข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน และใกล้ชิด ลงใน NTIP ทุกราย							
2.2 ระบบการรักษา						ตค.63	นพ.ภวิศ
- ใช้แบบประเมิน Dead Risk Score ทุกราย(ตจ.ลำปาง) เพื่อประเมิน							ภก.นุจิรา
กลุ่มเสี่ยงเสียชีวิต							อักษร
- การรักษาทุกรายต้องลงลายมือชื่อกำกับโดยทีม ประกอบด้วย แพทย์							วัดติพนันธุ์
เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงาน และผอ.รพ							
- ดำเนินการมาตรการด้านการรักษาในกลุ่ม High & Intermediate Risk							
ทุกราย ดังนี้ 1) ปรึกษาอายุรแพทย์ 2) Standard Lab (LFT ทุกสัปดาห์							
ใน 1 เดือนแรก และเดือนที่2 ทุก2 สัปดาห์, Cr./ Cr.CL)							
- เข้าร่วม M&M conference ระดับจังหวัด 3 ครั้ง						มค,เมย.,ตค 64	อักษร

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จว. จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การป้องกันควบคุมโรค

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 2. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์โรคอำเภอจว 1 ค.ศ.62 ถึง 31ค.ศ.63 คัดกรองร้อยละ 93.08 /ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 61 ราย คิดเป็นความครอบคลุมการรักษา ร้อยละ 83.67(ปช.จว

54689 คน ,คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน) /ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 8 ราย (สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะทุพโภชนาการและมีโรคร่วมDM 1 ราย,CKD Stg5 1 ราย,Sepsis 2

ราย ,อายุต่ำกว่า 60 ปี มีโรคร่วม HIV 1 ราย,CA 2ราย, DMHT 1ราย / อัตราการรักษาสำเร็จ(Success rate)ร้อยละ 83.58 อัตราตายร้อยละ 11.94 / ปัญหา 1.คัดกรองไม่ครอบคลุม

ในกลุ่มสูงอายุดีตติง, ติดสุรา 2. ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงไม่ตรงกับฐานทะเบียน HDC 3.ระดับความสำเร็จในการรักษา และผู้ป่วยเสียชีวิตยังไม่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุให้ ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	<u>รหัสโครงการ 050206</u>							
	<u>โครงการป้องกันและควบคุมโรค คปสอ.จว</u>							
	1.เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคคือยา	7 กลุ่มเสี่ยง ดังนี้	รพสต. 12 แห่ง	1. กลุ่มเสี่ยง			กย. 63	อักษร
	1.1 ระบบข้อมูลคัดกรอง	*ผู้สัมผัสย้อนหลัง		ได้รับการคัด				รัตติพันธ์
	- ทบทวนกลุ่มเสี่ยง (ความถูกต้อง รหัส ICD-10, type person)	(ตั้งแต่ปี61) *ติด		กรองร้อยละ				
	1.2 แผนการคัดกรอง	เชื้อHIV,*แรงงาน		100			กค-กย. 63	อักษร
	- จัดทำแผนการส่งตรวจ CXR ทำ CXR alert (โดยCM นำข้อมูลกลุ่มเสี่ยง	ข้ามชาติ, *ผู้ต้อง		2. ผู้ป่วยOn				รัตติพันธ์
	ที่ Loss Mobile X-Rays มาทำ CXR alert คัดกรองในกรณีWalk in	จ้าง * จนท.สส,		Treatment				
	<u>คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CXR ที่รพ.</u>	*ผู้สูงอายุ มีโรค	รพ.จว	ได้รับการเยี่ยม				อักษร
	* สูงอายุที่โทรMobile ไม่ได้ * HIV 304 ราย , * จนท 237 ราย	ร่วม/CKDstg 4-5,		บ้านและติดตาม				รัตติพันธ์
	<u>คัดกรอง CXR เชิงรุกด้วย X-ray mobile</u>	COPD , DM ,	รพสต. 12 แห่ง	การกินยา	300,000	สปสข.		อักษร
	* ผู้สัมผัสย้อนหลัง , *สูงอายุโรคร่วมCKDstg4-5	BMI<18.5 *กลุ่ม	รพ.จว	ร้อยละ 100				รัตติพันธ์
	* ผู้สูงอายุมีโรคร่วม/COPD , * โรคร่วม DM	ติดสุรา		3.อัตราการ				
	* ผู้สูงอายุ BMI<18.5 , *ติดสุรา ,	<u>ในพื้นที่สูงอายุ</u>		ขาดยา				
	* สูงอายุ HT+BMI ≤18.5 , * กลุ่มผล CXR ผิดปกติ แต่ผลเสมหะ	<u>HT+BMI ≤18.5,</u>		ร้อยละ 0				
	สปีในปี 63 , * ผู้มีประวัติป่วย ย้อนหลัง รวม 4811 ราย	<u>กลุ่มผล CXR</u>						

- สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยง+ชุมชนเห็นความสำคัญการคัดกรอง	มีตปกติ <u>แต่ยังคง</u>						
- คัดกรองตามแผนและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HosXPและ NTIP	<u>ลงทะเบียนเป็น</u>					80% ใน ๓๓.63	อักษร
เริ่ม 1 ตค.63	<u>ปี 63 ผู้รับประวัติ</u>						
- ทบทวนแผนการคัดกรองและปรับแผนทุกสัปดาห์	<u>ป่วย ย้อนหลัง</u>						
- ทำทะเบียนผู้ที CXR ผิดปกติแต่ผลเสมหะลบในปี 64 และส่งรายชื่อ	<u>ปี 57-61)</u>					10 ๓๓ 64	อักษร
พร้อม ID No.ให้จังหวัด	รวม 5,352 คน						
- ทำแผนติดตามกลุ่มมีตปกติปี 64 (Verbal ทุก 3 เดือน CXR ทุก 6 เดือน)						10 ๓๓ 64	อักษร
- ทำทะเบียนบันทึกคุณภาพเสมหะราย รพ.สต.						๓๓.63	
1.3 การกำกับติดตาม							อักษร
- TB case management Team ประสานทีม PCC ในการดูแลผู้ป่วยใน						๓๓.63	วัดติพนันธุ์
ชุมชน							
- รายงานและติดตามผล ในที่ประชุม คปสอ ทุกเดือน							
- สรุปรายงานส่งจังหวัดทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน							
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคคอตีบ							
2.1 ระบบข้อมูลการรักษา						๓๓.63	อักษร
- ขึ้นทะเบียนรักษา/ส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และบันทึกข้อมูลใน NTIP ให้เป็น							วัดติพนันธุ์
ปัจจุบัน							
- ทะเบียนผู้ป่วยจำแนกความเสี่ยง และแนวทางการติดตาม							
- บันทึกข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน และใกล้ชิด ลงใน NTIP ทุกราย							
2.2 ระบบการรักษา						๓๓.63	นพ.ภวิศ
- ใช้แบบประเมิน Dead Risk Score ทุกราย(๓๓๖.ลำปาง) เพื่อประเมิน							ภก.นุจิรา
กลุ่มเสี่ยงเสียชีวิต							อักษร
- การรักษาทุกรายต้องลงลายมือชื่อกำกับโดยทีม ประกอบด้วย แพทย์							วัดติพนันธุ์
เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงาน และผอ.รพ							
- ดำเนินการมาตรการด้านการรักษาในกลุ่ม High & Intermediate Risk							
ทุกราย ดังนี้ 1) ปรึกษาอายุรแพทย์ 2) Standard Lab (LFT ทุกสัปดาห์							
ใน 1 เดือนแรก และเดือนที่2 ทุก2 สัปดาห์, Cr./ Cr.CL)							
- เข้าร่วม M&M conference ระดับจังหวัด 3 ครั้ง						๓๓.๖๖,๓๓ 64	อักษร

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)....

ประเด็น / งาน : งานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ป้องกันและบาดเจ็บทางถนน

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 14 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตมาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24
3. ECS คุณภาพ > 60 %

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปี พ.ศ.2563 อำเภอจาว1. มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 6 ราย (16.66 ต่อแสนประชากร) มีผู้บาดเจ็บ 520 ราย และจำนวนหน่วยปฏิบัติการ

ALS 1หน่วย และหน่วยระดับต้น (EMR) 4 หน่วย ออกปฏิบัติการ 105 ครั้งจำนวน 102 คน ออกปฏิบัติงานโดยหน่วย ALS ร้อยละ 44.11

หน่วยกู้ชีพเครือข่าย(EMR) ร้อยละ55.82 response time ภายใน10 นาทีคิดเป็นร้อยละ 55.92 2. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบEMS คิดเป็นร้อยละ19.45

3. ECS คุณภาพ 12 องค์ประกอบได้ 69.3 % ที่ได้คะแนนค่าองค์ประกอบที่ 12 คือ เรื่องงานวิจัย R2R องค์ประกอบที่ 2 บุคลากรคือไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม

EN/EPN และองค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่

ด้านอาคารสถานที่คับแคบ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ รวม(ปี)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	วทศโครงการ 020208							
	โครงการ_งานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร							
	ป้องกันและบาดเจ็บทางถนน							
	1.บุคคลากรที่เตรียมความพร้อมด้านจราจรป้องกัน							
	และลดการบาดเจ็บทางถนน							
	1.1 ประชุมทีมสืบสวนอุบัติเหตุระดับอำเภอเพื่อหาแนวทางการจัดการอุบัติเหตุการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นระบบ	10 คน/ 3 ครั้ง	อ.จาว	- คณะกรรมการระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง ในการประสานงาน/ ขับเคลื่อนนโยบาย/ การดำเนินงาน	2500	UC	ตค63 กย64	วิยาพร จิรวัฒน์ พิมพ์
	1.2.สอนสวนอุบัติเหตุตามเกณฑ์การสืบสวนวิเคราะห์ข้อมูลและจัดการจุดเสี่ยง	อบท หมู่ รชราชการ รถนักเรียน มีผู้เสียชีวิต	อ.จาว	-มีการสืบสวนโดย สหวิชาชีพทุกกรณี เจ้าหน้าที่				วิยาพร จิรวัฒน์ พิมพ์
	1.3.เก็บข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง/พ่อ/ภรรยา	ทุกเดือน		-พื้นที่ได้รับข้อมูล				วิยาพร
	1.4. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นต้นแบบในการขับซิปแอลกอฮอล์	จนท.สอ.	คปอ.จาว	- จนท.สาธารณสุข				วิยาพร
		ทุกคน		ทุกคนปฏิบัติตามกฎ-				พิมพ์

				จราจรอย่างเคร่งครัด				
1.5. ประสานงานพื้นที่ที่เชื่อมแผนปฏิบัติการกลุ่มชน	อปท.	อบต.แม่ติ้ว		มีการเชื่อมแผนฯและ	20000	อปท.	มี.ค 64	วิยาพร
		1 ครั้ง		ประเมินผล				พิมพ์
1.6. ทบทวนการทำแผน รวบรวมภัยพิบัติรวมถึง	คณะกรรมการ	ศปสอ.จว.						
เตรียมทีมตอบโต้ตามระดับ	ศปสอ.							
		1 ครั้ง						
1.7. หน่วยงานที่ขึ้นชื่อลดภัยในบางเทศกาลต่างๆ		2 ครั้ง	อ.จว.				พ.ย 63	วิยาพร
								พิมพ์
								จิรวัฒน์
<u>2. มาตรการองค์กรหน่วยงานสาธารณสุข และมาตรการความปลอดภัย</u>								
<u>รถพยาบาล</u>								
2.1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแบบอย่างในเรื่องวินัยจราจร	จนท.สาธารณสุข	อ.จว.		ไม่มีมอบ รถพยาบาล			ตค63	วิยาพร
2.2. ขับรถความเร็วไม่เกิน 80 km/hr							กย64	พิมพ์
2.3. พพร. มีทักษะในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย								ภัทรภรณ์
2.4. การตรวจสภาพรถพยาบาลก่อนปฏิบัติงานทุกวัน	รถทุกคัน	จพ.จว.						สมเจต
2.5. พพร. มีทักษะในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย / ผู้บาดเจ็บ								
2.6. ประเมินสุขภาพ พนักงานขับรถ ปีละ 1 ครั้ง								
2.7. ส่งพพร.อบรมทักษะการขับรถพยาบาล	พพร. จำนวน	จพ.จว.						ภัทรภรณ์
	2 คน							สมเจต
<u>3. ECS, EMS, ศูนย์ภาพ</u>								
3.1. ประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 1669 โดยผ่านเสียงตามสาย	ประชาชนทั่วไป	ทุกตำบล		- การใช้บริการเพิ่มขึ้น	-	-		วิยาพร
หมู่บ้านไปสโตนอร์ผ่านพื้น								พิมพ์
3.2. มาตรการการใช้บริการ 1669 ในงานเทศกาลต่างๆ	2 ครั้ง	อ.จว.		ไม่มีมอบ รถพยาบาล			พ.ย64	
3.3. ผลักดันให้ อบต. จัดตั้งหน่วยกู้ชีพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่	อบต.บ้านหวด	อ.จว.		มีการให้บริการเพิ่มขึ้น	-	-	ตค63	พิมพ์
3.4. การกระตุ้นการออกปฏิบัติงาน / เรียกใช้หน่วยบริการ 1669	อบต.บ้านโป่ง						กย64	พิพพินา
	อบต.บ้านฮ่อม							รพสค
	อบต.บ้านร่อง							
	เทศบาล.หลวงใต้							
3.5. ฝึกคิดตามประเมินผลการออกปฏิบัติงานหน่วยกู้ชีพ EMR	2 ครั้ง	หน่วยกู้ชีพ		ความถูกต้องของการช่วย				วิยาพร
3.6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยการ		อบต.แม่ติ้ว		เหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ				
		อบต.ปางตา		ร้อยละ 98				
		สมาคมกู้ชีพจว.						
3.7. จัดเตรียมความพร้อมเครื่องมือ / อุปกรณ์ช่วยชีวิต	จนท.	ER		- อุปกรณ์พร้อมใช้ตลอด			ตค63	วิยาพร
วัสดุการแพทย์สนับสนุนหน่วยกู้ชีพ	12 คน			24 ชั่วโมง			กย64	

	ทุกวัน		ถูกต้อง 100%				
3.8 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่อง							
- หน่วยกู้ชีพ(EMR)	6 หน่วย		มีตราขายของผู้ป่วย PS score	6,500	UC	มี.ศ64	แพรวพราวณ
	50 คน		> 0.75 ใน รพ.ทุกระดับ และ				
			ได้รับการทำ root cause analysis				
- BLS	รพ.สต.		- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15,600	UC	มี.ศ64	แสนเดือน
	รพ/120		มีความรู้และสามารถให้การ				
- ACLS	พยาบาล รพ		ช่วยเหลือเบื้องต้นได้	6,500	UC	มี.ศ64	กิตติคุณ
	รพ.สต. จำนวน						
3.9 ส่งบุคลากรเข้ารับการ	50 คน						
ฝึกอบรมตามมาตรฐาน							
- ACLS	แพทย์,พยาบาล	รพ. ลำปาง	- ROSC เพิ่มขึ้น	บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ63-ก.ย64	กิตติคุณ
	4 คน		- อัตราการเสียชีวิตของ		UC		
			ผู้ป่วยวิกฤตตามขั้นตอน				
- พัฒนาสมรรถนะTrauma nurse	พยาบาล2 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ63-ก.ย64	วิยาพร
- การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน	พยาบาล2 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ-กย64	วิยาพร
- พยาบาล EN/ENP	พยาบาล1 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ-กย64	วิยาพร
- พยาบาลเวชปฏิบัติ	พยาบาล2 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ-กย64	กิตติคุณ
							แสนเดือน
- พัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ	พยาบาล2 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ-กย64	วิยาพร
							บวิชาติ
- การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	พยาบาล2 คน	ม.เชียงใหม่		บูรณาการ HRD	UC	ร.ศ-กย64	วิไลยดี
				51,100			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คสอ.จว ลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

ประเด็น / งาน : พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด (KPI) : 1. ผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับการ Reperfusion therapy ≥ 75%

2. อัตราการเสียชีวิตด้วย STEMI (in hospital) < 15%
3. อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 28 ต่อแสนประชากร
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด <1%
5. ระยะเวลาตั้งแต่คนไข้มาถึง ER จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Door to needle time)<30 นาที
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาด้วยระบบ EMS ...24... %

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ในปี 2564 จำนวนมี 1. ผู้ป่วยโรคหัวใจ คิดเป็น...63.88 ต่อแสนประชากร 2. จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 35.ราย โดยแยกเป็นชนิด STEMI = .12....ราย Non-STEMI = 23 ราย เสียชีวิตทั้งหมด .0....รายคิดเป็น 0.0% ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล...0.%เสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ...0.0% 3. ผู้ป่วย STEMIที่มีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับการ Reperfusion therapy 100% 4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด .0.% 4. ระยะเวลาตั้งแต่คนไข้มาถึง ER จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Door to needle time) <30 นาที = 0 % 6. การมาด้วยระบบ EMS พบว่าน้อยมากเพียง...4.3...% เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักและไม่ทราบการวินิจฉัยที่ตรงมาโรงพยาบาล บางรายคิดว่าอาการไม่มากอดูอาการก่อน บางรายไม่มีคนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการเรียกใช้ 1669

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		รอบเวลา ดำเนินการ (เริ่ม-สิ้นสุด)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รพชี่โครงการ 020209 โครงการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด							
	1. โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด							
	1.ระบบตรวจ CPG	จนท รพ	รพ. จว. ลำปาง	มี CPG ที่ใช้ร่วมกัน ทั้งจังหวัด	โรงพยาบาล	UC	ก.พ 64	วีรยุทธ เบ็ญชาติ
		จนท รพสส 20คน						
		1ครั้ง/ปี						
	2.พัฒนาความรู้บุคลากรโดยการให้ความรู้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน	จนท รพ		ปฏิบัติได้เป็นแนวทาง	-	-	มี.ค64	วีรยุทธ เบ็ญชาติ
	เพื่อโรคและระบบFast track โดยจัดให้มีการอบรมฟื้นฟู	จนท รพสส	รพ.จว	เดียวกัน				เบญจเดือน
	ความรู้ ACLS BLS และEMR	หน่วยกู้ชีพEMR						
		รวม 50 คน						
		1ครั้ง/ปี						
	3.พัฒนาระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง	1 ครั้ง/ปี	รพ. จว	เครื่องมือได้รับการดูแล	-	UC		ทวีตดา
	4.อบรมฟื้นฟูความรู้/ชุมชนที่ทางตรงและการประชาสัมพันธ์	อบรม	รพ. จว	การเข้าถึงระบบSTEMI Fast Track เพิ่มขึ้น	4000	UC	เม.ย 64	เบญจเดือน
		40 คน						
		1ครั้ง/ปี						
	5.จัดอบรม Care Giverผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ญาติผู้ป่วย	รพ.จว	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน/เกิดซ้ำลดลง	ผู้ป่วย Stroke	UC	มี.ค 63	เบญจเดือน
		20 คน						
					4000			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (งานประจำ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

คปสอ. จวว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

ประเด็น / งาน : พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ตัวชี้วัด (KPI) :
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาด้วยระบบ EMSร้อยละ 50
 2. อัตราการเข้าถึงบริการของโรคหลอดเลือดสมองภายใน 30 นาทีมากกว่าร้อยละ 60
 3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2
 4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านมากกว่าร้อยละ 80
 5. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 30 ต่อแสนประชากร

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ในปี 2563ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1. การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 3.7% เนื่องจาก ไม่ทราบอาการของโรค ไม่ทราบวิธีเรียกใช้บริการ และการให้บริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 คน คิดเป็น 16.66 ต่อแสนประชากร

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (รวมจัดซื้อจัดจ้าง)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	<u>จัดซื้อโครงการ 050210</u> <u>ถวาทพัฒนาการดูแลผู้ป่วย</u> <u>โรคหลอดเลือดสมอง</u>							
	1.ทบทวน CPG Stroke	จนท รพ จนท รพสธ 20คน	รพ. จวว ,สธจ	มี CPG ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน	2,600	UC	ก.พ 64	วิรัชพร ปรีชาติ
	2. พัฒนาความรู้บุคลากรโดยการให้ความรู้บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในเรื่องโรคและระบบFast track โดยจัด ร่วมกับอบรมฟื้นฟูความรู้ ACLS/LS และEMR	จนท รพ หน่วยกู้ชีพEMR รวม 50 คน	รพ. จวว	ปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน	-	-	มี.ค 64	วิรัชพร แสงเดือน
	3.พัฒนาระบบการนำรถรักษาเคลื่อนที่ที่เกี่ยวข้อง	1 ครั้ง	รพ. จวว	เครื่องมือได้รับการสอบเทียบ		UC		วรัตตา
	4.อบรมฟื้นฟูความรู้แก่ชุมชนที่โรงพยาบาลและการ ประชาสัมพันธ์	อสม 40 คน	รพ. จวว	การเข้าถึงระบบStroke Fast Track เพิ่มขึ้น	4,000	UC	เม.ย 64	ปรีชาติ แสงเดือน
	5.จัดอบรม Care Giver กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ หลอดเลือดหัวใจ	ญาติ/ผู้ป่วย 20 คน	รพจวว	อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อน/เกิดซ้ำลดลง	2,600	ใช้ร่วม	มี.ค 64	ปรีชาติ แสงเดือน
					9,200			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : งานพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย Sepsis

ประเด็น / งาน : พัฒนาการดูแลผู้ป่วย sepsis

- ตัวชี้วัด
1. อัตราการรอดชีวิตมากกว่าร้อยละ 90
 2. ผู้ป่วยได้รับการเจาะ H/C ก่อนได้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 100
 3. ร้อยละการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย sepsis
 4. ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 ซีซี / กก ภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100
 5. ร้อยละการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ลำปางภายใน 1 ชั่วโมงตามเกณฑ์

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตจำนวน 19 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 86 ราย คิดเป็นเสียชีวิตร้อยละ 22.1 หรืออัตราการรอดชีวิต 77.9
2. ผู้ป่วย sepsis ได้รับการเจาะ H/C ก่อนได้ยาปฏิชีวนะจำนวน 79 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.86
3. ผู้ป่วย sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 86 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 100
4. ผู้ป่วย sepsis ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 ซีซี จำนวน 62 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.1
5. ผู้ป่วย sepsis ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ลำปางภายใน 1 ชั่วโมงจำนวน 80 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 93

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ส่วนงาน	พื้นที่รับผิดชอบ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ 020211 การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย sepsis							
	1. พบพบ CPG sepsis	เจ้าหน้าที่รพ.จาว	รพ.จาว	1. มี CPG ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด			พ.ย.-63	พรรณเพ็ญ
	2. พัฒนาศูนย์บุคลากรเรื่องการประเมินผู้ป่วย sepsis โดยใช้เครื่องมือ eSOFA ในรหัส CPD ER IPD ใช้ SOFA ใน ER IPD	เจ้าหน้าที่รพ.จาว และรพสต	รพสต	2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน			ธ.ค.-63	พรรณเพ็ญ
	3. ประสานการทำงานของพันธมิตรวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยตาม CPG	เจ้าหน้าที่รพ.จาว และรพสต	รพจาวและ รพสต	3. ผู้ป่วย sepsis ได้รับการรักษาตาม CPG			ค.ศ.63-ก.ย.64	พรรณเพ็ญ
	4. เก็บข้อมูลผู้ป่วย sepsis ในระบบ HOS XP refer link นำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางาน		รพ.จาว	4.1. มีข้อมูลผู้ป่วย sepsis 4.2. นำข้อมูลมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย			ค.ศ.63-ก.ย.64	พรรณเพ็ญ ณัฐพรรัตน์
	5. พัฒนาศูนย์พยาบาลเรื่อง ACLS	พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน	นช	5. พยาบาลมีความรู้ทักษะเรื่องการฟื้นคืนชีพ	บูรณาการย.3		มี.ค.-64	สุพรรณนิการ์ อรรชรณ
	6. พัฒนาศูนย์เรื่องการบันทึกทางการแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน	นช	6. พยาบาลมีความรู้ในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์	บูรณาการย.3			พนิดา กาญจนา

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
 คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan CA

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีร้อยละ 40
- 2.อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ร้อยละ 80

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

: ผลการดำเนินงานคัดกรอง ปี2563 มีดังนี้

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 89.99 (เป้าหมายร้อยละ 40) พบผลผิดปกติ 12 ราย

การคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ87.28 (เป้าหมายร้อยละ 80)พบผิดปกติ 24 ราย

การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี 145 รายผิดปกติ 0 ราย รอกาวินิจฉัย 0 ราย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ050212							
	พัฒนาระบบบริการService Plan สาขามะเร็ง							
	1.คัดกรองมะเร็งเต้านม	10 ตำบล	งานเวชปฏิบัติ,	-สตรีอายุ30-60ปี ได้รับ			ตค.63-กย.64	ทีมพร
	- จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย	- สตรีอายุ30-	รพ.สต.,สสข,	ความรู้และมีการตรวจเต้านม				สุนงตา
	- ให้ความรู้เรื่องเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่ อสม.	70ปี ทุกราย	12 แห่ง	ด้วยตนเองร้อยละ 80				รพสต.,งาน
	และสตรีกลุ่มเป้าหมาย			- สตรีที่พบความผิดปกติ				เวชฯ
	- ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและกิจกรรม5 ทำ 5 ไม่			ของเต้านมได้รับการส่งต่อ				
	ทางไกลโรคมะเร็งแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย			การวินิจฉัย/รักษา ร้อยละ				

-สตรีอายุ 30-60 ปีตรวจคัดกรองด้วยตนเองโดยมี อสม. เป็นผู้ให้คำแนะนำ				100				
- ส่งต่อสตรีที่มีความผิดปกติของเต้านม พบแพทย์เพื่อการวินิจฉัย รักษา								
- สรุปผลการดำเนินงานจากHDC								
2.คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	10 ตำบล	งานเวชปฏิบัติ,	-ร้อยละของสตรีอายุ 30-			ตค.63-กย.64	ทีมพร	
- จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ30-60ปี	รพ.สต.,สสจ,	60 ปี ที่ได้รับการตรวจ				สุนงษา	
- ประชุมชี้แจงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกสถานบริการ	ทุกราย	12 แห่ง	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก				รพสต.,งาน	
โดยการทำ Pap smear			โดยวิธี Pap-smear หรือ				เวชฯ	
- พบผู้ความรูเจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่มาปฏิบัติงานใหม่/ขาดทักษะ			VIA (ในนอกวารอยละ					
การตรวจ			40 ในป 2564)					
- ส่งตรวจรายที่พบผลผิดปกติ รพ.ลำปาง			-ผู้ที่มีผล papsmear					
- บันทึกข้อมูลผลงาน/ความครอบคลุม Pap Smear นำมา			ผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อ					
บันทึกในโปรแกรมHosXP และระบบ J-HCIS			วินิจฉัยรักษาร้อยละ 100					
- ติดตามผลการดำเนินงานจาก HDC								
- สรุปผลการดำเนินงานตาม service Plan ในวาระการประชุม สปสอ.								
4.พัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง								
-อบรมที่เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	Nurse สุนงษา					6,000	บูรณาการย.3	
				รวม		6,000		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(COPD)

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < 130 ต่อแสนประชากร

จากสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2563 มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภोजาว 155 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วย COPD Readmit ปีงบประมาณ 2563ร้อยละ27.97 และจากการทบทวนระยะเวลาที่โรงพยาบาลจาวยังมีปัญหาการลงทะเบียน J449 ในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ผ่านการตรวจ PFT และผู้ป่วยCOPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ยังไม่ได้รับยา ICS/LABA ครบ 100 % / รพ.จาว ขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมอูรเวชา เนื่องจากเจ้าหน้าที่ย้ายหน่วยงาน และในการลงไปโปรแกรมของกรมการแพทย์ต้องใช้ทีมงาน สหวิชาชีพ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050213							
	โครงการฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ							
	ตรวจสอบสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอจาว							
	1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยCOPD เพื่อตรวจสอบสมรรถภาพประจำปี	ผู้ป่วยCOPD	ผู้ป่วย COPD	- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น			3 ม.ค 64	ระวีวรรณ
	งบประมาณ 2564	จำนวน 396 ราย	ในพื้นที่จาว	เรื้อรังได้รับการตรวจ			- 31 ก.ค 64	
	2. จัดระบบการให้บริการในคลินิก			สมรรถภาพปอดประจำปี	9,900			
	3. จัดซื้ออุปกรณ์ ตรวจสอบสมรรถภาพปอด			มากกว่าร้อยละ 90				
	- mouth peak	700 ชิ้น	รพ.จาว		7,000		ต.ค.63-ก.ค.64	ระวีวรรณ
	- virus filter	50 ชิ้น	รพ.จาว		9,000		ต.ค.63-ก.ค.64	ระวีวรรณ
	- ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโดยทีมกายภาพบำบัด							
	และกิจกรรมบำบัด เพื่อร่วมดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ							
	ปอดประเมิน 6MWT, MMR							กายภาพ
	- บันทึกประเมินผลผู้ป่วยที่จบโครงการ							ระวีวรรณ
	- ส่งแพทย์เข้ารับการอบรมเรื่องการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วย	1 ราย	รพ.จาว	แพทย์เข้ารับการอบรม			ต.ค.63-ก.ค.64	HRD
	COPD จากโรงพยาบาลลำปาง			วินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยCOPD				
	- ส่ง CM COPDเข้ารับการอบรมการลงและแปลผลข้อมูลใน	1 ราย	รพ.จาว	CMCOPDเข้ารับการอบรม			ต.ค.63-ก.ค.64	HRD
	โปรแกรม COPD จากจากโรงพยาบาลลำปาง							

- แพทย์ และ CM COPD นักกายภาพ อบรมเชิงปฏิบัติการภายใน จังหวัดเนือหาครอบคณววิชาการ -Thai Guideline COPD 2518 -เกณฑ์การส่งต่อ -การสรุป chart ที่ถูกต้อง -เทคนิคการพ่นยา -การทำ spirometry -การลงข้อมูลการแพทย์	- 3 ราย	รพ.จว	- แพทย์ และ CM COPD อบรมเชิงปฏิบัติการภายใน จังหวัด		-	ค.ศ.63-ก.ศ.64	HRD
- ส่งเจ้าหน้าที่ให้ เข้าผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมสูรเวชย์ อย่างน้อย 1 คนต่อโรงพยาบาล	- 1 ราย	รพ.จว	ส่งเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมสูร เวชย์ อย่างน้อย 1 คน		-	ค.ศ.63-ก.ศ.64	HRD
- อบรมฟื้นฟูให้ความรู้และทักษะ		จนท.รพ.จว					
ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		จนท.รพ.สต					
- ประชุมคณะทำงานชี้แจง							
ประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและ							
ประสานเครือข่ายในชุมชน							
- เตรียมทะเบียนผู้ป่วย							
COPD จำนวน 396 ราย							
- การบริการเชิงรุกติดตามเยี่ยม			- ผู้ป่วย COPD ที่ใช้			ค.ศ.63-ก.ศ.64	pcc 4 โชน
ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี			ภาวะ Exacerbation				
ภาวะ Exacerbation และ ใช้O2 home			และ ใช้O2 home ได้				
			รับการติดตามเยี่ยมบ้าน				
			100%				
					25900		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(COPD)

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < 130 ต่อแสนประชากร

จากสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2563 มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอจาว 155 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วย COPD Readmit ปีงบประมาณ 2563ร้อยละ27.97 และจากการทบทวนระยะเวลาที่โรงพยาบาลจาวยังมีปัญหาการลงทะเบียน J449 ในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ผ่านการตรวจ PFT และผู้ป่วยCOPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ยังไม่ได้รับยา ICS/LABA ครบ 100 % / รพ.จาว ขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมอูรเวชา เนื่องจากเจ้าหน้าที่ย้ายหน่วยงาน และในการลงไปประเมินของกรมการแพทย์ต้องใช้ทีมงาน สหวิชาชีพ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050213							
	โครงการฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ							
	ตรวจสอบสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอจาว							
	1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยCOPD เพื่อตรวจสอบสมรรถภาพประจำปี	ผู้ป่วยCOPD	ผู้ป่วย COPD	- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น			3 ม.ค 64	ระวีวรรณ
	งบประมาณ 2564	จำนวน 396 ราย	ในพื้นที่จาว	เรื้อรังได้รับการตรวจ			- 31 ก.ค 64	
	2. จัดระบบการให้บริการในคลินิก			สมรรถภาพปอดประจำปี	9,900			
	3. จัดซื้ออุปกรณ์ ตรวจสอบสมรรถภาพปอด			มากกว่าร้อยละ 90				
	- mouth peak	700 ชิ้น	รพ.จาว		7,000		ต.ค.63-ก.ค.64	ระวีวรรณ
	- virus filter	50 ชิ้น	รพ.จาว		9,000		ต.ค.63-ก.ค.64	ระวีวรรณ
	- ฟินฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโดยทีมกายภาพบำบัด							
	และกิจกรรมบำบัด เพื่อร่วมดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ							
	ปอดประเมิน 6MWT, MMR							กายภาพ
	- บันทึกประเมินผลผู้ป่วยที่จบโครงการ							ระวีวรรณ
	- ส่งแพทย์เข้ารับการอบรมเรื่องการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วย	1 ราย	รพ.จาว	แพทย์เข้ารับการอบรม			ต.ค.63-ก.ค.64	HRD
	COPD จากโรงพยาบาลลำปาง			วินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยCOPD				
	- ส่ง CM COPDเข้ารับการอบรมการลงและแปลผลข้อมูลใน	1 ราย	รพ.จาว	CMCOPDเข้ารับการอบรม			ต.ค.63-ก.ค.64	HRD
	โปรแกรม COPD จากจากโรงพยาบาลลำปาง							

- แพทย์ และ CM COPD นักกายภาพ อบรมเชิงปฏิบัติการภายใน จังหวัดเนือหาครอบคณววิชาการ -Thai Guideline COPD 2518 -เกณฑ์การส่งต่อ -การสรุป chart ที่ถูกต้อง -เทคนิคการพ่นยา -การทำ spirometry -การลงข้อมูลการแพทย์	- 3 ราย	รพ.จว	- แพทย์ และ CM COPD อบรมเชิงปฏิบัติการภายใน จังหวัด		-	ค.ศ.63-ก.ศ.64	HRD
- ส่งเจ้าหน้าที่ให้ เข้าผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมสูรเวชย์ อย่างน้อย 1 คนต่อโรงพยาบาล	- 1 ราย	รพ.จว	ส่งเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม spirometry จากสมาคมสูร เวชย์ อย่างน้อย 1 คน		-	ค.ศ.63-ก.ศ.64	HRD
- อบรมฟื้นฟูให้ความรู้และทักษะ		จนท.รพ.จว					
ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		จนท.รพ.สต					
- ประชุมคณะทำงานชี้แจง							
ประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและ							
ประสานเครือข่ายในชุมชน							
- เตรียมทะเบียนผู้ป่วย							
COPD จำนวน 396 ราย							
- การบริการเชิงรุกติดตามเยี่ยม			- ผู้ป่วย COPD ที่ใช้			ค.ศ.63-ก.ศ.64	pcc 4 โชน
ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี			ภาวะ Exacerbation				
ภาวะ Exacerbation และ ใช้O2 home			และ ใช้O2 home ได้				
			รับการติดตามเยี่ยมบ้าน				
			100%				
					25900		

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ คปสจ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ					รวมงบประมาณ
			UC	สปสจ.	สสจ.	PPA	งบ อื่นๆ	
1								0
2								0
3								0
รวม ย.1 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1	050201	PCU-NPCU	59,500					59,500
2	050202	พัฒนาระบบการการดูแลต่อเนื่อง COC	2,250					2,250
3	050203	RDU	5,500					5,500
4	050204	กัญชาทางการแพทย์	3,400					3,400
5	050205	แพทย์แผนไทย	78,425					78,425
6	050206	วัคซีนโรค		346,000				346,000
7	050207	พันธุฯPCU	0					0
8	050208	อุบัติเหตุ	51,100					51,100
9	050209	หลอดเลือดและหัวใจ	4,000					4,000
10	050210	หลอดเลือดสมอง	9,200					9,200
11	050211	Sepsis	0					0
12	050212	CA	6,000					6,000
13	050213	COPD	25,900					25,900
รวม ย.2 ทั้งหมด 13 โครงการ เป็นเงิน			245,275	346,000	0	0	0	591,275
1								0
2								0
3								0
รวม ย.3 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.4 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม แก้ไขปัญหา ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม บริการ ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
รวมทั้งหมด โครงการ เป็นเงินทั้งหมด			245,275	346,000	-	-	-	591,275

EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานฯ ๒๕๖๔ ยุทธศาสตร์ที่๓ คปสอ.งว

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้เป็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
 ๗๗๗.๕๖๖ ยุทธศาสตร์ที่ ๓

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (People excellence)

ประเด็น / การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด (จบ) : 1. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

3. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Workplace)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : ปี / 2562 รพ.งวามีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 171 คน / ๗๗๗.๕๖๖ รพ.งว.มีบุคลากรทั้งหมด ๗๗ คน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/งาน/ประเด็นกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการระบุ ไว้ให้ชัดเจน	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่ง เงิน		
	ผลสัมฤทธิ์ของงาน							
	โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		คปสอ.งว	มีระบบบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ				
1	การบริหารจัดการมีตราจ้าง (Human Resource Management/HRM)		คปสอ.งว					
1.1	พัฒนาคณะกรรมการ CHCO คปสอ	1 คณะ	คปสอ.งว	ได้ดำเนินการตั้ง			พ.ย.-63	
	ครอบคลุมบุคลากรวิชาชีพและทุกระดับ						พ.ย.-63	
1.2	ประชุมคณะกรรมการ CHCO ดำเนินร่วมกับการประชุม คปสอ.	คกก. CHCO	คปสอ.งว	รายงานการประชุม			พ.ย.63 - ก.ย.64	
		ครอบคลุมประชุม/รายไตรมาส						
1.3	วิเคราะห์สภาพปัญหาด้านกำลังคน กำหนดอยู่ในโครงสร้างระดับอำนาจ	2 ครั้ง /ปี	คปสอ.งว	ชี้แจงบุคลากร	-	-	พ.ย.63	
	วิเคราะห์ตราจ้างที่จัดจ้างปริมาณและคุณภาพ			มีความครบถ้วน			มี.ค.-64	
	เชิงปริมาณ - ครอบคลุม FTE	ทุกวิชาชีพ/รายไตรมาส		และเป็นปัจจุบัน				
	เชิงคุณภาพ : ความสอดคล้องกับการบริการและ Service Plan	ทุก สาขา/รายไตรมาส						
1.4	การพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลบุคลากร HCPCS	บุคลากรทุกระดับทั้งจำนวน ไตรมาส	คปสอ.งว	บริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ				
	การลงข้อมูลในระบบ HCPCS							
	- รายงานข้อมูลตราจ้างที่พัฒนาแบบฟอร์มที่ สสจ. กำแพง ชุมประชากรมการจ้าง	รายไตรมาส		1.ข้อมูลบุคลากรมีความถูกต้อง			3 ม.ค. 64	
	- รายงานความเคลื่อนไหวตราจ้าง			ความครบถ้วนและ			3 เม.ย. 64	
	บุคลากรออกหรือเข้าใหม่ หรือมีการจ้างผู้พิการ			เป็นปัจจุบัน			3 ก.ค. 64	
				2.สัฟฟ์ข้อมูลตามกำหนดเวลา			3 ส.ค. 64	
							พ.ย.63-ก.ค.63	
1.5	กรณีข้อมูลบุคลากร จัดทำหนังสือขอทดแทนตำแหน่งว่างให้ สสจ. ให้เป็นปัจจุบัน	คกก. CHCO	คปสอ.งว					
		ครอบคลุมประชุม/รายไตรมาส						
2	การวางแผนตราจ้าง (Human Resource Planning)							
2.1	จัดทำแผนตราจ้าง 1 ปี และแผน 5 ปี	1 ครั้ง	คปสอ.งว	เป็นแผนที่ตราจ้างถึงปีงบประมาณ 2564 - 2568			ม.ค. 64	
	สอดคล้องกับ Service Plan และ Service Blueprint							

สถานงาน ๑๑๗๓ ศูนย์แพทย์ เกษียณ และสถานอนามัย (Primary care Secondary & Tertiary care and Excellence) และสถานอนามัย						
กิจกรรมของระดับที่ในส่วนของ						
2.2 ในวาระโอกาสที่บุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสามารถ	1 ครั้ง	ศปส.กว	1. วางแผน		ม.ค. 64	
บริหารด้านสาธารณสุข ขณะนั้นในส่วนของสถานศึกษาสาธารณสุข และสถาน			การวิเคราะห์			
จากราชการเพื่อ			2. ดำเนินการติดตาม			
* วางกำลังคนทดแทน	3 คน	ศปส.กว	เป้าหมายที่กำหนด			
* บริหารด้านหน่วยงาน	3 คน					
2.3 การบริหารจัดการกำลังคนเป็นแบบ One Province One Hospital One resource ในทุกวิชาชีพ		ศปส.กว	1. มีแบบบริหารกำลังคน			
			2. มีโครงการที่เป็นเลิศ			
			ผลการปฏิบัติงาน			
(1) จัดทำแผนกระจายกำลังคนให้ครอบคลุม ครอบคลุมร่วมกัน จัดให้มีการหมุนเวียนบุคลากรในสถานศึกษาวิชาชีพ						
* แผนภาค						
- ระหว่าง ๑๗.๖.๖๓-๑๗.๖.๖๓	2 วัน/เดือน					
- ระหว่าง ๑๗.๖.๖๓-๑๗.๖.๖๓	1 วัน/อาทิตย์					
* พื้นที่เป้าหมาย						
* แผนที่ ๑๗.๖.๖๓ / ๑๗.๖.๖๓ NCD clinic 3 วัน/เดือน	3 วัน/เดือน					
(2) การใช้ระบบใหม่ / แก้ไขการช่วยเหลือกันระหว่างโซน						
2.4 สรุปรายงานปัญหา จุดตรวจและ ศปส.จังหวัด ทุกไตรมาส		ศปส.กว	1. มีรายงานเสนอ ผู้บริหารเพื่อขอจัดการ		ทุกไตรมาส	
			ปัญหาจุดตรวจที่เพิ่มขึ้น			
2.2 การประเมินผล		ศปส.กว				
2.2.1 กำหนดสมรรถนะที่บุคลากรทุกระดับ	1 ครั้ง		หลัก และสมรรถนะตาม	ไม่มี	ม.ค. 63	
ที่ส่วนบริการและสนับสนุนบริการ			บทบาทหน้าที่ของบุคลากร		มี.ค. 64	
2.2.2 ประเมินสมรรถนะบุคลากรทุกระดับ	2 ครั้ง		ทุกระดับ > ๖๐ และ ๗๐			
ที่ส่วนบริการและสนับสนุนบริการ						
2.3 เสนอผลงานของบุคลากร		ศปส.กว				
1. ประเมินผลงานของบุคลากร	15 คน		1. บุคลากรใหม่ผ่านการประเมิน 100%	ไม่มี	ค.ค. 63-๖.๖.๖4	
			2. อัตราการใหม่ผ่านการทดลองงาน 100%			
2. เสนอผลงานของบุคลากร	3 คน	ศปส.กว	ภาคสาธารณสุขการดำเนินงาน	13,000	๖.๖.๖4	กิจกรรม
2. พัฒนาระบบงานวิจัย/นวัตกรรม		ศปส.กว				
1. พัฒนาระบบงานระดับต่างๆ	ศปส./ราชโอรณ		1. พ.ศ. ๖๓ และ			
2. ประชุมคณะกรรมการ			ประชุม พ.ศ. ๖๓			
3. ขึ้นใจ จน.พ.ศ. ๖๓.๖๓	1 ครั้ง		วิจัย/นวัตกรรม			
บูรณาการประสาน ศปส.กับระบบบริหารสาธารณสุข(๖.๖.๖๓...)			ดำเนินการประสาน			
4. สนับสนุนการวิจัย/นวัตกรรมที่พัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติงานประจำ	6 ครั้ง		๗๑ 1 เรื่อง	71,000	๖.๖.๖๔	
พิจารณาจากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง	30 คน		2. ศปส.โครงการวิจัย			
ระยะที่ 1 มีจำนวนวิจัย ๖๖ เรื่องวิจัย			๖๖ เรื่องวิจัย			

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์หาข้อดีข้อเสียเบื้องต้นโปรแกรมคอมพิวเตอร์และตารางคำนวณออนไลน์									
ระยะที่ 3 ติดตามความก้าวหน้าของงาน									
ระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลวิเคราะห์									
ระยะที่ 5 เก็บรวบรวมเว็บไซต์บนเสิร์ชเอนจินเพื่อค้นหาเว็บไซต์วิชาการ									
ระยะที่ 6 นำเสนอผลการวิจัย									
5. ประชุมนำเสนอผลการเรียนรู้ออนไลน์ผ่านระบบภาพ, ออดิโอ, บันทึกหน้าจอในขณะ ระดับอำนาจ	1 ชั่วโมง				50,000	UC		๒๖.๕4	
ไฟล์ภาพ บันทึกวิชาการ และ เจ้าพนักงาน	10 คน								
6. ประชุมนำเสนอผลการเรียนรู้ออนไลน์ผ่านวิชาการวิชาการ ระดับจังหวัด	เดือน 13 คน							๒๖.๕4	
7. ส่งผลงานที่ได้รับคัดเลือกนำเสนอระดับเขต,ภาคและประเทศ								เดือน 64	
3. พัฒนาบุคลากร โดยให้บุคลากรได้เรียนรู้ออนไลน์	บุคลากรทุกคน	๑๐๐% ๕๖๖							
Individual self Learning ผ่านระบบ E-Learning									
โดยให้บุคลากรเข้าร่วมอบรมเป็น ในรูปแบบต่างๆ	จบใน ๑๐๐%	๑๐๐% ๕๖๖			6,000		๑.๑.๖3-๖.๖.๕4		ผู้ชำนาญการ
1. http://video.dccac.chula.ac.th/playlist?list=PL52_aaa	ทั้งหมด								พิเศษ
เพื่อเข้าร่วมอบรมระบบ E-learning online ๖๐๑ คน	100%								
2. www.Application เพื่อ YouTube ตามความสนใจ									
4. การพัฒนา core competency ด้าน digital competency	จบ ๑๐๐% ๕๖๖	๑๐๐% ๕๖๖			6,000			๒๖. - ๒๖. ๕4	
Internet ,Cloud, Applications, Technology	จำนวน 240 คน								
4.1 กลุ่มผู้บริหาร	๒๖ ๒๒๖ ชั่วโมง	๑๐๐% ๕๖๖							
- เข้าร่วมอบรมการใช้ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม Google Form	จำนวน 12 คน								
- เข้าร่วมอบรมการทำ Pivot Table จากข้อมูล Data Exchange									
- เข้าร่วมอบรม การสร้างสื่อสิ่งพิมพ์การนำเสนอโปรแกรม powerpoint									
4.2 กลุ่มปฏิบัติงานด้านสารสนเทศ	๓ จำนวน 30 คน	๑๐๐% ๕๖๖							
- เข้าร่วมอบรมหลักสูตร การวางระบบ Server									
- เข้าร่วม อบรม MySQL for Developer									
- เข้าร่วมอบรม PHP using Laravel FrameworkFramework									
4.3 กลุ่มปฏิบัติงานบริการ									
- เข้าร่วมอบรมเรื่องฐานข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในเชิงฐานข้อมูล	จำนวน -20 คน (๒๒๖ คน)	๑๐๐% ๕๖๖			3,000	UC	๑.๑.๖3-๖.๖.๕4		ฝึกฝน
- เข้าร่วมอบรมการพัฒนาเว็บไซต์เบื้องต้นด้วย Google Site เพื่อสร้างทักษะในการสร้างเว็บไซต์	จำนวน 240 คน (๒๒๖ คน)								
- อบรมความเข้าใจ และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Literacy) ตามหลักสูตร กศ.	จำนวน 240 คน หรือ ๒๒๖ คน								
5. การจัดทำ KM ในองค์กร,conference สหวิทยากร เพื่อเพิ่มศักยภาพ	จบ ๑๐๐% ๕๖๖	๑๐๐% ๕๖๖							
ด้านความรู้ ทักษะ ภายในหน่วยงาน โดยจัดทำ เวทีวิชาการชุมชน	จำนวน 240 คน								
6. พัฒนาระบบบุคลากร									
6.1 กลุ่มผู้บริหาร									
อบรมหลักสูตร อบรม	คน ๕๖๖ ระดับอำนาจ,	๑๐๐% ๕๖๖			170,000	UC	๒๖. ๕3-๒๖. ๕4		
	๒๖.๒๒๒ จำนวน 4 คน								

		หัวหน้างานศูนย์บริการพยาบาล		2 บุคลากรมีความ				
		จำนวน 3 คน	รพ.ยว					
อบรมหลักสูตร อบรม	รพ.ยว. สสจ. ภูเก็ต	ศบส.ยว		ความรู้ในการวางแผน	60,000	UC	ร.ร. 63-ร.ร. 64	
		จำนวน 2 คน		บริหารจัดการทรัพยากร				
		หัวหน้าพยาบาล / 1 คน		5. ระเบียบสหกรณ์เจ้า				
พัฒนาความสามารถผู้ชำนาญการ 3M.F2	รพ.ยว. จำนวน 3 คน	ศบส.ยว		ผู้ชำนาญปฏิบัติการ	51,000			
พัฒนาศักยภาพผู้บริหารสถานพยาบาล	หัวหน้าพยาบาล / 1 คน							
		จำนวน 5 คน						
พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	จำนวน 30 คน	ศบส.ยว		การวางแผน ก้าวทัน ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผน	66,000	UC	มี.ร.ร. 64, ร.ร. 64	
พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	จำนวน 15 คน	รพ.ยว		การวางแผน ก้าวทัน ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผน	41,250	UC	มี.ร.ร. 64, ร.ร. 64	
6.2 การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่								
โครงการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานเพื่อการลดอุบัติเหตุ	จำนวน 3 คน	รพ.ยว		มีองค์ความรู้ทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	164,000	สำนัก		
และหน่วยงานในกำกับดูแลวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว				เป็นวิทยากรสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ				
				และคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว				
โครงการอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขและการประกอบอาชีพจากกรณีศึกษา	ทันตพยาบาล 1 คน	รพ.ยว			12700		เม.ย 64	รพ.ยว
ส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยวิทยากรสาธารณสุขในพื้นที่				เพิ่มศักยภาพบุคลากร				
				เพิ่มศักยภาพบุคลากร				
หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการปรับภาษาสื่อสารกรมเฉพาะทาง สาขาเฉพาะ	เภสัชกร จำนวน 1 คน	เภสัชกรรม		เพิ่มศักยภาพบุคลากร	27,880	UC	1.ร.ร. 63-30 ร.ร. 64	ภาค
หลักสูตรนักกายภาพบำบัดชุมชน สหวิทยาคารครอบครัว	นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน	คณะ กายภาพบำบัด ร.ร. 63		เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานรวมที่ศูนย์	20,000	UC	ร.ร. 63 - ร.ร. 64 (5 วัน)	น.ส. สุพามา สวนเมือง
อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Management of cervical disorders: Assessment to recovery	นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน	มหาวิทยาลัย นครสวรรค์ จ. พิษณุโลก		เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานรวมที่ศูนย์	11,500	UC	ร.ร. 63 - ร.ร. 64 (5 วัน)	น.ส. เมตตา เมืองแก้ว
กายภาพบำบัดในการตรวจพบพร่องการได้ยินในวัยผู้ใหญ่	นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน	โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก		เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานรวมที่ศูนย์	10,000	UC	ร.ร. 63	น.ส. อาริยา พิบูลย์
อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ชำนาญการนักกายภาพบำบัด	ผู้ชำนาญการ บำบัดจำนวน 1 คน	มหาวิทยาลัย แม่ฟ้าหลวง จ. เชียงราย		เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานรวมที่ศูนย์	10,000	UC	ร.ร. 63 - ร.ร. 64 (5 วัน)	นางศรีวรรณ สี่ อินทร์
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต	1 คน	รพ.ยว		ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง	128,360			
1 การล้างไตทางช่องท้อง) 18 สัปดาห์				ทบทวนโรคไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย				
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจ และการควบคุม	1 คน	รพ.ยว		พัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมี	105,000			
การป้องกัน 16 สัปดาห์				ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาล ๑๓๙ ใช้จำนวนบุคลากร				
				ไม่มีผลการประเมินจากเชิงผู้ชุมชน				
				และที่แนวร่วม				
การควบคุมภายในและการตรวจลงยาใน (ตามพจนานุกรมวิชาการการแพทย์)	เจ้าหน้าที่ 2 คน	รพ.ยว		เพิ่มศักยภาพบุคลากร	17800	UC	ร.ร. 63-ร.ร. 64	กีพรานนท์
การพัฒนาคุณภาพการบริการต่อผู้ป่วยโรคไต (การพัฒนาความรู้และสมรรถนะบุคลากร)	เจ้าหน้าที่ 20 คน	รพ.ยว		เพิ่มศักยภาพบุคลากร	2,000	UC	ร.ร. 63-ร.ร. 64	กีพรานนท์

ศึกษากระบวนการคิดงานวันต่อ	เจ้าหน้าที่ 4 คน	ท.สมศักดิ์	เพิ่มศักยภาพบุคลากร	480		14 พ.ย. 63	ศูนย์บริการ
สืบดูความถี่ของยาชีวอนามัย 3 วัน	เจ้าหน้าที่ 2 คน	กัญญาพร	เพิ่มศักยภาพบุคลากร	6320		20-22 พ.ค. 63	โรงเรียนสุโขทัย
อบรมหลักสูตรความปลอดภัยปฏิบัติงาน 3 วัน	เจ้าหน้าที่ 3 คน	กัญญาพร	เพิ่มศักยภาพบุคลากร	13280		17-19 มี.ค. 63	โรงเรียนสุโขทัย
อบรมหลักสูตรความปลอดภัย 3 วัน	เจ้าหน้าที่ 2 คน	กัญญาพร	เพิ่มศักยภาพบุคลากร	6320		16-18 มี.ค. 63	โรงเรียนสุโขทัย
สืบดูความถี่เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	ชายสุบิน เชื้อเจตคน	อศนิต เมษ		3980		14-15 พ.ค.64	
สืบดูความถี่เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	น.ส. วชิรพร กอโงน	อศนิต เมษ		3980		14-15 พ.ค.64	
7. งานคุณภาพ							นายสุจิรา
10.1 หลักสูตร HA 601	3 คน	รศ.กรวีร	ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจมาตรฐานระบบ	44,240	UC	13-15 พ.ค.64	
ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล			บริหารความเสี่ยง นำไปประยุกต์ใช้ในโรง				
			พยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
10.2 หลักสูตร HA 602	3 คน	รศ.กรวีร	ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวางระบบบริหาร	51,550	UC	10-12 พ.ค.64	
คุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์			ความเสี่ยงทางผลิตภัณฑ์ในระดับภาพ				
			รวมและระดับที่ดูแลผู้ป่วย				
10.3 หลักสูตร HA 704	4 คน	รศ.กรวีร	ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจมาตรฐานระบบ	38,640	UC	1-2 พ.ค.64	
การประเมินเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาระบบ			การถอดรหัสมาตรฐานปฏิบัติ ผ่านการ				
			การนำมาตรฐานสู่การประยุกต์ใช้ 3C-PCSA				
10.4 หลักสูตร HA 303	1 คน	รศ.กรวีร	ผู้เข้ารับการอบรม	21,120	UC	21-23 เม.ย.64	
การประเมินการปฏิบัติงานของนางเตือนคุณภาพ			ศึกษาการพยาบาลในขนาด หลักการและแนวคิดการให้ มาตรฐาน				
			เครื่องมือการพัฒนาคณิตภาพ HA โดย Driver Diagram, Process Design,				
			12 วิธีการหมอบทวน				
			การเชื่อมโยงมาตรฐานวิชาชีพกับการพัฒนาคุณภาพ				
10.5 หลักสูตร HA 304	3 คน	รศ.กรวีร	ระบบการบริหารการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคูม	33,330	UC	16-18 พ.ค.63	
HA กับการบริหารการพยาบาล			การบริหารและการพัฒนาด้วยวิชาชีพโดยสามารถจัดการปัญหาและป้องกัน				
			ระบบการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการบริหารและการปฏิบัติงานการพยาบาล				
10.6 หลักสูตร HA 609	2 คน	รศ.กรวีร	การวิเคราะห์และจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาบริการสุขภาพ				
การบริหารระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล			การพัฒนาบริการสารสนเทศในโรงพยาบาล (Health)	18,000	UC	14-15 พ.ค.64	
			การวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงในระบบสารสนเทศ				
			การรวบรวม การค้นหา และการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ				
			การบริหารความเสี่ยงของระบบสารสนเทศ				
ACLS	แพทย์พยาบาล 4 คน	รศ. สว่าง	- PCSC ขึ้นชั้น	16,000	UC	8/63	โรงพยาบาล
			- จัดรายการเสียงวีดิทัศน์ของ		UC	8/63-8/64	โรงพยาบาล
			ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินตลอด				
พัฒนากระบวนการพยาบาล	พยาบาล 2 คน	น.เชษฐา		15,000	UC	8/63-8/64	โรงพยาบาล
การพัฒนาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน	พยาบาล 2 คน	น.เชษฐา		15,000	UC	8/63-8/64	โรงพยาบาล
พยาบาลเวชปฏิบัติ	พยาบาล 1 คน	รศ. สว่าง		105,000	UC	8/63-8/64	กิตติมาภ
สืบดูความปลอดภัยปฏิบัติงาน	พยาบาล 4 คน	รศ. สว่าง		14,400	UC	8/63-8/64	
การถ่ายและแปลผลชิ้นเนื้อที่หัวใจ	พยาบาล 2 คน	น.เชษฐา		15,000	UC	8/63-8/64	โรงพยาบาล
81 จบ พัฒนาศักยภาพในเชิงกลยุทธ์ต่าง ๆ	240 คน	ศ.ป.ดร.กรวีร	จบศ. มีความรู้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	1,680,000			ผู้อำนวยการ

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ คปสอ.จว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ					รวมงบประมาณ
			UC	สปสช.	สสจ.	PPA	งบ อื่นๆ	
1								0
2								0
3								0
รวม ย.1 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0		0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.2 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1	050301	โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	3,069,130				164,000	3,233,130
รวม ย.3 ทั้งหมด 1..... โครงการ เป็นเงิน			3,069,130	0	0	0	164,000	3,233,130
1								0
2								0
3								0
รวม ย.4 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม แก้ไขปัญหา ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม บริการ ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
รวมทั้งหมด โครงการ เป็นเงินทั้งหมด			3,069,130	-	-	-	164,000	3,233,130

EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานฯ ๒๕๖๔ ยุทธศาสตร์ที่๔ คปสอ.จว

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
คปสอ.จว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น การบริหารจัดการการเงินการคลัง

ตัวชี้วัด (KPI) : รพ.จวและหน่วยบริการ คปสอ.จว ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 หน่วยบริการไม่มีภาวะเสี่ยงทางการเงิน

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : ในปี2563 หน่วยบริการในอำเภอจวมีสถานะทางการเงินปกติ RiskScore=0 , NEW TPS ระดับ B ไนโตรเจนที่ 4 การบริหารความเสี่ยงทางการเงิน EIA ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93

จากการวิเคราะห์พบว่ามิใช่ด้านด้านการตรวจสอบข้อมูลระหว่างเดือนกันและบัญชี และการเชื่อมโยงระบบทางเดินเอกสารกับบัญชีให้มีประสิทธิภาพ เพื่อบริหารพัฒนาในปีงบประมาณ 64

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 020401							
	โครงการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารการเงินการคลัง							
1	การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ							
	1. การจัดทำแผนทางการเงินปีงบประมาณ 2564							
	1.1. ประชุมจัดทำแผน (Planfit) และแผนเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2564	คณะกรรมการ CFO	รพ.จว	รพ.จวมีแผนทางการเงินที่ครบถ้วน	600	UC	ค.ศ 63	CFO รพ.
	แผน (Planfit) เป็นแผนที่มีความได้มากกว่าค่าใช้จ่ายและปรับแผนกลางปี	จำนวน 12 คน รวม 2 ครั้ง		ความสมบูรณ์ของทุกรายการและ มีรายได้มากกว่ารายจ่ายและผลต่าง ไม่เกินร้อยละ 5 ของแผน			มี.ค.-64	นพตช บุชตัน
	1.2. ประชุมจัดทำแผน Fixed Cost รพสจ. ปีงบ 64	คณะกรรมการ CFO ระดับอำเภอ	รพ.สจ.ทุกแห่ง	รพ.สจ.ได้รับเงินจัดสรรเพียงพอ	1300	UC	ค.ศ 63	CFO อำเภอ
	ทำแผนตามนโยบาย สส. จังหวัด ลำปาง/กำหนด	จำนวน 13 คน รวม 4 ครั้ง		สถานะทางการเงินของแต่ละพื้นที่			มี.ค.-64	พิชญ์ จินโนเย็น นพตช บุชตัน
	1.3.ประชุมจัดทำแผนของศูนย์ / องค์การ	คณะกรรมการ CFO ระดับอำเภอ	รพ.จว	รพ.จวและรพสจ.มีคู่กันทางการเงิน	325	UC	ก.ย 63- ค.ศ 63	CFO อำเภอ
	ทำตามแผนบริหารจัดการศูนย์และสิ่งก่อสร้างตามแหล่งงบประมาณ	จำนวน 13 คน	รพ.สจ.ทุกแห่ง	แหล่งเงินเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ				พิชญ์ จินโนเย็น นางกัทธราภรณ์ ไชยชนะ
	และตามสิทธิของของศูนย์ (ค่าเช่า) ตามนโยบาย สสจ.							
	1.4. ประชุมจัดทำแผนเงินบำรุง รพ.	คณะกรรมการ CFO	รพ.จว	รพ.จว มีแผนรับจ่ายที่เอื้อเหมาะสม	600	UC	ค.ศ 63	CFO รพ.
	การจัดทำแผนรับจ่ายเงินบำรุง ให้สอดคล้องกับการจัดซื้อและแผน	รวม 2 ครั้ง		ตรวจสอบแผนที่วางไว้ ผู้บริหารสามารถ			มี.ค.-64	
	การจ่ายชำระหนี้และทางลงทุน	จำนวน 12 คน		กำกับติดตามวางแผนในแต่ละไตรมาส				
	1.5. การบริหารจัดการรายได้กองทุน 5 กองทุน กองทุนหลักประกันสุขภาพ	ทีมจัดเก็บรายได้	รพ.จว	มีระบบบริการที่ครอบคลุมแต่ละกองทุน	-	UC	ค.ศ 63- ก.ย.64	ไมตรี มะติน
	ถ้วนหน้า UC กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ กองทุนแรงงาน	จำนวน 10 คน		กำกับติดตามรายได้และการรับโอนเงิน				คณะกรรมการจัดเก็บรายได้
	ค่าตัว กองทุนบุคคลผู้มีอายุชราและสวัสดิ							
2	การพัฒนาจัดทำบัญชีสถานะการเงิน							
	2.1. ตรวจคุณภาพบัญชีบทคงของ รพ. และของรพสจ.ทุกเดือน	ผู้บันทึกบัญชี รพ./รพสจ.	รพ.จวและ รพสจ.	ข้อมูลบัญชีมีความถูกต้อง ครบถ้วน	16,800	UC	ค.ศ 63 - ก.ย.64	นพตช บุชตัน
	บันทึกบัญชี รพสจ. โดยมี รพ.ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งงบขึ้นกระทรวง	พี่สจของ รพ/ รพสจ.	รพ.สจ.ทุกแห่ง	ทันเวลา คุณภาพบัญชี รพ. และ				สุวิญญา จำกิต
	จัดส่งงบบทคงให้ทันของ รพ. วันที่ 10 และ รพสจ. วันที่ 25 และ	รพสจ. 12 แห่ง		รพสจ.นำงบมาการประเมินร้อยละ 100				
	ตรวจสอบร่วมกับผู้รับมีคชงบรายเดือนของแต่ละ รพสจ.	จำนวน 28 คน		ส่งงบบทคงขึ้นกระทรวงทันในวันที่				

		รวม 6 ครั้ง		10 ของ 10 และวันที่ 25 ของ 10				
2.1. มีการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน ยี่สิบห้า ของ 10	50 คน	ท.จ.ว.ร.ร.		มีระบบสหพันธ์การเงิน ควบคุม	10,000	UC	ก.พ.ก.ค.64	CFO ท.จ.
1 ครั้ง / ปี และ 1 ครั้ง / ปี	2 ครั้ง	ท.จ.ร.		ความเสี่ยงตามระบบควบคุมภายใน				CFO อำนวยการ
				5 มิติ				นางสีพรภรณ์ ไชยชนะ
3 พัฒนาศักยภาพทีมบริหารด้านการเงินการคลัง								
3.1 ประชุมการบริหารจัดการลูกค้าโดยโปรแกรม RCM (Receive Claim Management) มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ	คณะกรรมการจัดเก็บรายได้	ศูนย์จัดเก็บรายได้		ท.มีการบริหารจัดการทรัพยากร	1,000		ศ.ค.63 - ก.ค.64	ไมตรี เมธรัตน์
สหพันธ์จัดเก็บรายได้ทางศูนย์จัดเก็บและการเงินให้เป็นปัจจุบัน	จำนวน 10 คน	สิทธิบัตร		การบริหารและเชื่อมโยงบริการให้มี				MRA
	4 ครั้ง	การเงินและบัญชี		ศูนย์จัดเก็บและการเงินใช้ข้อมูล				คณะกรรมการจัดเก็บรายได้
				มีการประชุมและเปรียบเทียบรายการ				
				การเงินและการจัดเก็บรายได้ดีขึ้น				
3.2 ศึกษาฐานโปรแกรมวิเคราะห์ทางการเงินจาก	คณะกรรมการ CFO	ท.จ.ร.ว.		ท.มีระบบการเชื่อมทางอิเล็กทรอนิกส์	15,180	UC	บ.ค.-64	CFO ท.จ.ร.ว.
ท.จ.ร.ว. ในการประมวลผลและเพิ่มประสิทธิภาพ	12 คน			ท.มีโปรแกรมการประมวลผลพร้อม				
ภาพระบบการเงินการคลัง				กับการเพิ่มการจัดเก็บรายได้ให้มี				
				ประสิทธิภาพดีขึ้น				
4 เติบโตประสิทธิภาพการบริหารจัดการ								
4.1 ประชุมทีม MRA ออกแบบติดตามการใช้จ่ายโปรแกรม RCM มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีระบบตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิ	คณะกรรมการ MRA	ศูนย์จัดเก็บรายได้		จัดการประชุมและออกงบติดตาม	2,000		ศ.ค.63 - ก.ค.64	MRA / CFO
พัฒนาเชื่อมต่อระบบการจัดเก็บรายได้และการเงิน บัญชี	จำนวน 20 คน	การเงินและบัญชี		กำกับติดตามประเมินผลของโปรแกรม				
	4 ครั้ง			ของศูนย์ RCM เพื่อให้ Claim				
				ครบทุกสิทธิ 100 % Sent date				
				100 % ทุกเดือน				
5 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและกำกับติดตามประเมินผล								
4.1 ทำการเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงานทุก	คณะกรรมการ CFO	ท.จ.ร.ว.		ท.มีรายงานแผนทางการเงินที่ครบถ้วน				CFO ท.จ.
เดือน ถ้าเกินแผนของแผนปีงบประมาณดำเนินการ	12 คน			ไม่เกินร้อยละ 5 ของรายการของ				นพดล บุชรัตน์
				แผนรายได้และค่าใช้จ่าย				
4.2 มีระบบตรวจทานกำกับติดตามแผนเงินบำรุงแผน (Planfin)	คณะกรรมการ CFO	ท.จ.ร.ว.		ท.ไม่มีติดปัญหาทางการเงินระดับ 7	3,600	UC	ศ.ค.63 - ก.ค.64	CFO ท.จ.
มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ของ ท.จ.ร.ว.เดือน วิเคราะห์ติดตามผล	12 คน			มี Risk Score 7 Plus ส่วน 5 ตัว				นพดล บุชรัตน์
งานในเรื่องประสิทธิภาพการเงิน 7 Plus มีตั้งศูนย์ควบคุมและ	12 ครั้ง			มี Risk Score = 0 มี TPS เกณฑ์ B				นศ.ศิริวัฒน์ ไชยบุตร
ผู้ปฏิบัติงาน เปรียบเทียบกลุ่ม ท.จ.ร.ว.เกี่ยวกับผลการบริหารความเสี่ยง EIA				มีการควบคุมภายในและการบริหารความ				
ผ่านร้อยละ 90 มีเครื่องมือติดตามทางการเงินเพื่อใช้ NEW TPS ระดับ B				เสี่ยงทางการเงิน EIA ผ่านร้อยละ 90				
				ที่ศูนย์ผู้ปฏิบัติงานไม่เกินค่ากลางกลุ่มท.				
				เดียวกัน และมีการประชุม CFO และราช				
				งานให้ส.ท.ร.ว.ทุกเดือน				
				รวมเงิน	51,405			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ITA

ตัวชี้วัด (KPI) : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 90

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : ปี 2563 โรงพยาบาลจาว และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาว ผ่านการประเมิน 100 คะแนนเต็ม

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ	แหล่งงบ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1	รหัสโครงการ 050402							
	โครงการบริหารจัดการพัฒนา ITA							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. ทบทวนแต่งตั้งคณะทำงาน รพ./สสอ.							
	- แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ ITA (เพื่อรับมติขอใบการจัดทำมาตรฐานแต่ละ EB ตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมาย)	สสอ. 6 คน / รพ. 23	สสอ.จาว	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	-	-	ต.ค.-63	ภัทราภรณ์, พิษณุ
	- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	13 คน	สสอ., รพช.จาว	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	-	-	ต.ค.-63	ภัทราภรณ์, พิษณุ
	- แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนชมรมจริยธรรม เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล			- แผนปฏิบัติการ				
	วิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมคุณธรรมในหน่วยงาน ตลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมและรายงานผล			- สรุปรายงานผลการดำเนินการ				
	ปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมและรายงานผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ							
	2. กำหนดแผน/กิจกรรมการปฏิบัติงานรายเดือน							
	2.1.คัดเลือกแผนงานโครงการที่บุคลากรภายนอกมีส่วนร่วม		อำเภอ	- รายงานผลการดำเนินการ	-	-	ม.ค.-64	ภัทราภรณ์, พิษณุ
	- จัดทำคู่มือ แนวทาง sop Flow chart							
	- การจัดทำรายงานสรุปผลการประชุมทุกโครงการตามมาตรฐาน							
	- ให้ระบุดความเสียหายเพื่อป้องกันการละเว้นแบบท้ายโครงการ							
	2.2.จัดระบบจัดซื้อจัดจ้าง โปร่งใส							
	2.3.จัดระบบป้องกันปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ							

3. ประเมินตนเองตามแบบหลักฐาน	ตามมาตรฐาน EB	สสอ.,รพชงว.	- คำสั่งแต่งตั้ง	-	-	ธ.ค.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(3.1) การพัฒนาระบบจัดซื้อจัดจ้าง			- แผนจัดซื้อจัดจ้าง			กย.64	ชนท.พัสดุ
(1) วิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างของปีที่ผ่านมา			- สรุปรายงานผลซื้อ/จ้าง				
(2) จัดทำ/เผยแพร่แผนซื้อจัดจ้างประจำปี							
(3) แต่งตั้งเจ้าหน้าที่เปิด-ปิดประกาศ							
(4) เขียนหนังสือแสดงความบริสุทธิ์ใจ							
(5) จัดทำเอกสารซื้อ/จ้างตามระเบียบ							
(6) สรุปรายงานผลซื้อ/จ้างสขร.รายเดือนweb.							
(3.2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรภายนอกดำเนินการตามภารกิจหลัก	40 คน	อำเภอจาง	- งบการระดมสมอง		สสจ.	ม.ค.-64	ภัทราภรณ์,พิชญ
(1) จัดทำโครงการตามภารกิจหลักกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมดำเนินการ)			- คู่มือ / Flow				
(2) การจัดประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น/ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ/ร่วมดำเนินการ)							
(3) การจัดทำคู่มือการดำเนินการ มี flow การทำงาน			- คำสั่ง	-	-	ธ.ค.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(4) สรุปผลการประชุม/เผยแพร่ผลการดำเนินงาน						กย.64	
(3.3) กำหนดมาตรการ กลไก หรือเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน(EB8-12)			- แผนการกำกับติดตามผล	-	-	ธ.ค.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(1) จัดทำคำสั่ง ข้อสั่งการของผู้บังคับบัญชา			- สรุปผลการดำเนินงาน			กย.64	
(2) บันทึกข้อมูลที่กำหนดในเว็บไซต์							
(4)การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี 2564							
(1) จัดทำแผน/อนุมัติแผนปฏิบัติการ(แผนยุทธศาสตร์)							
(2) การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผน			- ทะเบียนรายชื่อ	-	-	ธ.ค.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(3) สรุปผลการดำเนินการตามปฏิบัติการประจำปี						กย.64	
(4) เผยแพร่ผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์							
(5) ระบบรายงานการประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติการประจำปีของบุคลากร(EB13-EB14)			- ประกาศ	-	-	ธ.ค.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(1) ประกาศรายชื่อผู้ผลการประเมินดีเด่น และดีมาด						กย.64	
(2) จัดทำกรอบแนวทางและการดำเนินการเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่มีผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานต่ำ							
(3) ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจให้ทราบทั้งหมด			- คำสั่ง	-	-	ม.ค.-64	ภัทราภรณ์,พิชญ
(6) การเผยแพร่เจตจำนงสุจริตของผู้บริหารต่อสาธารณชน(EB14)			- แผนผัง				
(1) ดำเนินการประกาศเจตจำนงสุจริตโดยผู้บริหาร และมีการเผยแพร่บนเว็บไซต์							
(2) เผยแพร่เจตจำนงและภาพกิจกรรม			- รายงาน				

(7) จัดทำมาตรการ ทั่วโลก เกี่ยวกับการร้องเรียนฯ(EB16)							
(1) คำสั่งผู้รับผิดชอบ							
(2) ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ไปรษณีย์ แอปพลิเคชันหรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสม							
(3) คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียน			- ประกาศ	-	-	ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(4) แผนผังขั้นตอนการร้องเรียน			- รายงาน				
(5) รายงานสรุปผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน 2 รอบต่อปี							
(6) มีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณชน							
(8) การกำหนดมาตรการกำหนดมาตรการ ทั่วโลก เกี่ยวกับการรับสินบน(EB17)						ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(1) ประกาศมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ				-	-	กย.64	
(2) กำกับติดตามผลการดำเนินงาน							
(3) รายงานสรุปผลประกาศมาตรการการป้องกันการรับสินบน						ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(9) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรค่านิยมสุจริตและต่อต้านการทุจริต				-	-	กย.64	
(1) ดำเนินโครงการที่มีวัตถุประสงค์สร้างวัฒนธรรมในองค์กร(คุณธรรมนำไทย(พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา)			- รายงาน				
(2) สร้างค่านิยม MOPH (3)จรรยาบรรณ (4)ประมวลจริยธรรมชรก							
(10) การดำเนินการกลุ่มบริหารที่โปร่งใส			- รายงาน	-	-	ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(1) แผนการดำเนินงานของกลุ่มที่ความพยายามที่จะปรับปรุงการบริหารงานของหน่วยให้มีความโปร่งใสมากขึ้น						กย.64	
(2) กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน							
(3) รายงานสรุปผลของกลุ่ม			- แผนการดำเนินการ	-	-	ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(11) วิเคราะห์/ความรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน(EB20-EB22)			- แผนตรวจสอบภายใน			กย.64	
(1) จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน			- แผนบริหารความเสี่ยง				
(2) จัดทำรายงานการประชุมประโยชน์ทับซ้อน			- รายงาน				
(12) จัดทำแผนการปฏิบัติการป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ(EB23-24)							
(1) จัดทำแผนการปฏิบัติการป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ							
1.1 แผนป้องกันปราบปรามการทุจริต							
1.2 แผนการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม วินัย							
1.3 แผนบริหารความเสี่ยง/ควบคุมภายใน							
1.4 แผนการตรวจสอบภายใน			- คู่มือ	-	-	ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ
(2) จัดทำรายงานกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ(1.1-1.4)			- แนวทาง			กย.64	
(3) เผยแพร่ผลการดำเนินงาน							
(4) มีหลักฐานการชี้แจงเจ้าหน้าที่ มีคำสั่ง ข้อสั่งการ ประกาศ							
(13) การกำหนดมาตรการระบบตรวจสอบการปฏิบัติงาน			- คู่มือ	-	-	ช.ศ.-63	ภัทราภรณ์,พิชญ

1 ด้านความโปร่งใส							
(1)การพัฒนาความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดหา				-	-	ตค63-ชค63	กัทรารณณ์,พิชญ
(2)การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
แสดงความคิดเห็น/ท่าแผน/ดำเนินงาน							
แผนงาน/โครงการตามภารกิจหลัก							
(3) การเปิดเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่อ				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
สาธารณะ ผ่านเว็บไซต์หน่วยงาน							
2. ด้านความพร้อมรับพิศชอบ							
(1) การประกาศเจตจำนงสุจริต						ตค63-ชค63	กัทรารณณ์,พิชญ
(2) การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี						ตค63-ชค63	กัทรารณณ์,พิชญ
(3) การรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน							
ตามแผนปฏิบัติราชการปีที่ผ่านมา)				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
(4)รายงานผลการติดตามแผนปฏิบัติงานประจำปี							
และการใช้จ่ายเงินตามแผนปฏิบัติงาน				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
(5) ประชุม/ทำความเข้าใจด้านการปฏิบัติงานตาม							
หน้าที่ของบุคลากร							
5.1)จัดทำแนวทางการบริหารผลการปฏิบัติงาน							
การดำเนินการกับชนที่มีผลสัมฤทธิ์ต่ำ							
5.2) ประกาศรายงานการประเมินผลเกี่ยวกับการประเมินผล							
การปฏิบัติราชการประจำปีของบุคลากรอยู่ใน							
ระดับต้นและดีมาก							
5.3) แนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของ							
เจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน							
(6)บริหารจัดการเรื่องร้องเรียนฯ				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
3. ด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน							
การรับสินบน				-	-	มค-มิถ 64	กัทรารณณ์,พิชญ
1) ประกาศมาตรการป้องกันการรับสินบนการให้							
การรับของขวัญ/การเบิกจ่ายยา ชวก การบริจาค/							
ทรัพย์สินบริจาค/การรับส่วนแถมพิเศษ การจัดสวัสดิการ							
2) รายงานสรุปผลตามมาตรการการป้องกันการรับสินบนฯ							
4. ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร							

(4.1) การสร้างวัฒนธรรมสุจริต				-	-	ม.ค.-มี.ค. 64	ภัทรภรณ์,พิชญ์
1) ดำเนินงานตามโครงการเพื่อสร้างวัฒนธรรม							
และค่านิยมของเจ้าหน้าที่ โดย ชมรมจริยธรรม							
โครงการฝึกอบรมคุณธรรม จริยธรรมให้กับเจ้าหน้าที่	จนท. 170 คน	รพ.จาว		13,450	UC	ม.ค.-มี.ค.64	
2.) การดำเนินงานเพื่อการบริหารที่โปร่งใส							
การขับเคลื่อนแผน"ชมรม STRONG"							
(4.2) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน	จนท. สตอ.	อำเภอจาว	- จนท.มีความรู้เพิ่มขึ้น	4,000	CUP	ม.ค.-มี.ค.64	ภัทรภรณ์,พิชญ์
ดำเนินการประชุมอบรม/การวิเคราะห์/รายงานผล	และ จนท รพ สต		- ไม่มีข้อร้องเรียน				
การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน	จนท.รพ.จาว	รพ.จาว		7,550	UC	ม.ค.-มี.ค.64	
(4.3)การจัดทำแผน/การรายงานผล							
1.) แผนป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ							
2.) แผนการส่งเสริมคุณธรรมของ "ชมรมจริยธรรม "							
5. ด้านคุณธรรมในการทำงานในหน่วยงาน							
(5.1) การกำหนดมาตรการ กลไก การวางระบบ							
ตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่							
(1) จัดทำคู่มือหรือ Flowมาตรฐานการปฏิบัติงาน							
(2) จัดทำแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงาน							
(3) บันทึกปฏิบัติการความเสี่ยง รายงานผู้บริหาร							
(5.2)การอำนวยความสะดวกประชาชน(งานบริการ)							
* (จัดทำคู่มือ มาตรฐานการปฏิบัติงาน แยกแพจ)							
			รวม	25,000	CUP+UC		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น/งาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050403							
	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสและบริหารความเสี่ยง							
	1.ด้านควบคุมภายใน							
	1.ด้านควบคุมภายใน							
	1.ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์กระทรวง	50 คน	- รพ.จาว	ทุกหน่วยงานใน	1,250	UC	มค.64	ภัทราภรณ์
	การคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลัก		- สสอ.จาว	คปสอ.จาวมีระบบ				พิชญ์
	เกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับ		- รพ.สต	การตรวจสอบภายใน				
	หน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561			การควบคุมภายใน				
	2.จัดโครงสร้างคณะทำงานฯ พร้อม	2 คณะ	คปสอ.จาว	และบริหารความเสี่ยง			คค.63 - กย.64	ภัทราภรณ์
	กำหนดบทบาทหน้าที่							พิชญ์
	- คณะกรรมการควบคุมภายในและ							
	บริหารความเสี่ยง							
	- คณะกรรมการตรวจสอบภายใน							
	3.จัดทำแผนพัฒนาระบบควบคุม							
	ภายในและบริหารความเสี่ยง							
	3.1ประเมินระบบและจัดทำแผน							
	ควบคุมบริหารความเสี่ยง ครบทุก							
	ส่วนงานย่อยและครอบคลุมทุกด้าน							
	โดยเฉพาะการดำเนินงานตามตัวชี้วัด							
	3.2 กำกับติดตามรายงานผลคตง.							
	ทุก 6 เดือน							

2.การประเมินเชิงประสิทธิผลของ								
เงินอุดหนุน งบประมาณภายใน								
5 มิติ								
1.แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง EIA			รพ.จาว				คค.63 - กย.64	ภัทรภรณ์ นภค
2.จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง EIA								
3.ควบคุมกำกับให้มีผู้รับผิดชอบหลัก								
การดำเนินการตามแผนควบคุมความเสี่ยง								
4.จัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์								
ประกอบการประเมิน EIA								
5.ประเมินและรายงานผลการบริหารความเสี่ยง EIA ทุกไตรมาสและประเมินในรูปแบบคณะกรรมการ								
3.การตรวจสอบภายใน								
1.ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะผู้ตรวจสอบภายใน	6 คน	คปอ.จาว	รายงานการประชุม คำสั่งแต่งตั้งคณะ	-	-	ชค.63	ภัทรภรณ์ พิษณุ	
2.จัดทำแผนการตรวจสอบภายใน 5 ด้าน			ทำงาน			ชค.63	ภัทรภรณ์	
3.ดำเนินการตรวจสอบภายใน รพ.สต. ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมสอ.ร่วมกับรพช.	6 คน	12 รพ.สต.	- สรุปผลการตรวจ สอนภายใน พร้อม	10080	cup	มีค.64,สค.64	กค.ตรวจสอบ ภายใน	
4.ตรวจสอบไขว้ระหว่างรพ.			ข้อเสนอแนะแยกเป็น					
5.รายงานผลการตรวจสอบภายใน			ราย รพ.สต.					
					11,330	UC		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คสอ.จว. จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น: การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข PMQA

ตัวชี้วัด (KPI) : ปี 64 ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 100

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ปี 2563 อำเภอจว. ผ่านเกณฑ์การประเมิน PMQA

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ไว้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
1	<u>ขยโครงการ 050404</u>							
	โครงการบริหารจัดการพัฒนา PMQA							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. ทบทวนคณะกรรมการ PMQA ระดับอำเภอ	10 คน	คสอ.จว.	- คำชี้แจงต่อคณะกรรมการ	-	-	ธ.ค.-64	รัตติพันธ์
	- ประชุมคณะกรรมการ PMQA			- รายงานประชุม				
	2 จัดสอนในการดำเนินงาน			- ฝึกอบรมพัฒนาตนเอง	-	-	ธ.ค.-64	รัตติพันธ์
	- จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ชื่อคำถาม และทบทวนทุกปี			- ที่ได้จากการประเมิน			กย.63	รัตติพันธ์
	- ดำเนินการภาคบังคับในปี 2564 หมวด 1 - 6							
	- นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เกี่ยวกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน	บุคลากรใน คสอ.	คสอ.จว.	ได้อย่างครบถ้วน			ม.ค.64	รัตติพันธ์
	- ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์			ทุกหมวด				
	- ดำเนินการจัดทำ หมวด 1 - 7						ม.ค.64-มิ.ค.64	รัตติพันธ์
	- กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ						ธ.ค.63-ธ.ค.64	รัตติพันธ์
	- ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหมวด 7 ผลักดันการดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ให้ความสำคัญสอดคล้องกับ OFI (Opportunity for Improvement) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)						ธ.ค.63-ธ.ค.65	รัตติพันธ์
	3. กำกับติดตามประเมินการดำเนินงาน	บุคลากรใน คสอ.	คสอ.จว.	มีการดำเนินงาน			ธ.ค.63-ก.ย.64	รัตติพันธ์
	- กำกับการดำเนินงานตามแผนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			หมวดที่ 3 และ 6				
	- ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด			ครบทุกหมวดที่			มี.ค.มิ.ย.	
	- ประเมินการบรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด			1, 2, 4 และ 5			กย.64	
	4. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ภายในระยะเวลาที่กำหนด	บุคลากรใน คสอ.	คสอ.จว.	มีการรายงานผล			ธ.ค.2563	รัตติพันธ์
				การดำเนินงาน			มี.ค. , ก.ย. 64	
				ตามกรอบที่ระบบ				
				รายงานที่กำหนด				

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : 1.พัฒนาระบบการกำกับติดตามประเมินผล 2.พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๑.ร้อยละของแผนงานโครงการได้รับการดำเนินการ (ร้อยละ ๙๐)

3.ร้อยละ 90 ของการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

๒.ร้อยละของผลสำเร็จตามตัวชี้วัดทุกระดับ (ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ แผนยุทธศาสตร์ 144/189 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 76.19 ,แผนแก้ไขปัญหา 8/14 กิจกรรม

คิดเป็นร้อยละ 57.14) แผนงานประจำ22/27กิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 81.48 รวมทั้งหมด174/230 กิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 75.65

,การเบิกจ่ายงบประมาณทุกโครงการคิดเป็นร้อยละ 55.63การออกนิเทศงานMCSERRพ.สค. ครั้งที่ 1 ครบทุกรพ.สค.

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050405 โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำกับติดตามและประเมินผล							
	1.ทบทวนแต่งตั้งคณะกรรมการ จัดทำแผนคปสอ.จาว	1 ครั้ง	คปสอ.จาว	1.มีคณะกรรมการพิจารณา อนุมัติแผนคปสอ.จาว				
	2.ประชุมถ่ายทอดแผน/จัดทำ แผน/ปรับแผน	3 ครั้ง	คปสอ.จาว	2.มีแผนปฏิบัติการคปสอ. จาวที่ถูกต้อง สมบูรณ์	89,500	UC	ตค.63-เมย.64	ไมตรี,พิชญ
	3.จัดทำโครงการตามแผน	1 ครั้ง	คปสอ.จาว	3.มีโครงการรองรับแผนฯ			พย.63	
	4.นำโครงการเข้าสู่โปรแกรม บริหารแผนของสสจ.ลำปาง	1 ครั้ง	คปสอ.จาว	4.โครงการได้รับการKeyในระบบ บริหารแผนของสสจ.ลำปาง			ธค.63	
	5.ติดตามผลการดำเนินงานตาม แผนในระบอบฯ/เวทีประชุมฯ	12 ครั้ง	คปสอ.จาว	5.ทราบความก้าวหน้า ปัญหา/แนว ทางการดำเนินงานตามแผน			ตค.63-กย.64	
	6.MCSER โดยทีมยุทธศาสตร์อำเภอจาว	7 ครั้ง/ปี	ทุกรพ.สค.ในเขต อำเภอจาว 12แห่ง	1.ครั้งที่1เจ้าหน้าที่มีความ ตัวชี้วัดและแนวทางตาม แผนยุทธศาสตร์ของอำเภอ	16,800	UC	มีนาคม.64	ไมตรี,พิชญ
				2.ครั้งที่ 2ติดตามผลการ ดำเนินงานและให้ข้อเสนอ แนะในการดำเนินงาน			กรกฎาคม.64	ไมตรี,พิชญ

7.รับMCSEจากทีมสง.ลำปาง	1 ครั้ง/ปี	คปสอ.จาว	1.ได้รับการMCSEจาก สง.ลำปาง	5,000	UC	มีค.64	โมตรี,พิชญ
8.วิเคราะห์ข้อมูลตาม HDC	ทุกวันที 5	คปสอ.จาว	1.ผู้ผลงานที่แสดงหน้าเวปHDC 2.ติดตาม ทบทวน แกไขผลงานที่ ยังไม่ถึงเป้าหมาย				โมตรี,พิชญ
9.ประชุมคปสอ.จาว	12ครั้ง/ปี		1.ผู้บริหารมีการประชุมติดตามงาน/ปรับกลยุทธ์ 2.ติดตามผลการดำเนินงานของ รพ.สต.	9,000	UC	คค.63-กย.64	โมตรี,พิชญ
10.ประเมินผลงานสาธารณสุขนอกสถานที่	2 ครั้ง/ปี	คปสอ.จาว	1.เจ้าหน้าที่แต่ละพื้นที่ได้ รับทราบผลการดำเนินงาน ,ปัญหา/อุปสรรคและแนว ทางแก้ไข	202,000	UC	พค.63 สค.63	โมตรี,พิชญ
11.ประชุมกรรมการบริหาร โรงพยาบาลจาว	12ครั้ง/ปี	รพ.จาว	1.ผู้บริหารมีการประชุมติดตามงาน/ปรับกลยุทธ์ 2.ติดตามผลการดำเนินงานของ กลุ่มงานต่างๆ	3600	UC	คค.63-กย.64	ภัทราภรณ์
				325,900	UC		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ คปสอ.จาว

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ประเด็น / งาน : 1.พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ

2.Digital Transformation

ตัวชี้วัด (1.ร้อยละ 95 ของการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

2.สุขภาพดำเนินการ Digital Transformation อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

3.มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

เป้าหมายจังหวัดลำปาง : โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการ Digital Transformation

1. โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาเป็น Smart Hospital (Queue, Less paper)

2. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

3. โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนา Healthcare Accreditation Information Technology (HAIT) ให้ผ่านการรับรอง ระดับ L2 ในปีงบประมาณ 2563

ข้อมูลพื้นฐาน/วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา :

1. ผลการส่งข้อมูล43เพิ่มในระบบHDC ครบถ้วน ถูกต้อง ความสอดคล้อง ทันเวลาร้อยละ 99.33,99.96,99.83,80 ตามลำดับ

2.ผลการAudit พบประวัติดูผู้ป่วยเฉลี่ยโดยรวมทุกสถานบริการร้อยละ 80.31

3. ปี 2561-ปัจจุบัน โรงพยาบาลจาว ขึ้นระบบ Paper Less ในระบบบริการผู้ป่วย

4. ปี 2562-ปัจจุบัน โรงพยาบาลจาว ขึ้นระบบ Smart Q ในระบบบริการผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 020406							
	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ คปสอ.จาว							
1	การพัฒนาศูนย์ข้อมูลอำเภอ และพัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศ							
	1.1การบริหารจัดการข้อมูลระดับอำเภอ							
	1.ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ	ระดับอำเภอ12คน	คปสอ.จาว	1.มีคณะกรรมการพัฒนา			ค.ศ.63	ไมตรี รัตติพันธ์ ไกรสิทธิ์
	พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ (CIO)			ระบบข้อมูลสุขภาพอำเภอ				
	- แต่งตั้ง IM หน่วยงานทุกระดับ	ระดับอำเภอ2คน		1.มีIMทุกระดับหน่วยงาน			ค.ศ.63	ไมตรี รัตติพันธ์ ไกรสิทธิ์
		ระดับNPCU,หน่วย งานย่อย 30 คน						
	2.ประชุมคณะกรรมการพัฒนา		ทุกPCU	1.มีการติดตามผลการบันทึก			ค.ศ.63	ไมตรี
	ระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ			ที่กข้อมูลและผลการดำเนินงาน				รัตติพันธ์
	(DHDC)เพื่อการตรวจสอบและ			งาน มีแนวทางดำเนินงาน				ไกรสิทธิ์

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	วิเคราะห์ข้อมูล 43 เพิ่มในระบบ			บันทึกข้อมูล				
	DHDC/HDC ขอหน่วยบริการ(Information Manager : Mr.IM)							
	2.1 มีการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น	ทุกเดือน	คปสอ.จว					
	ตัวชี้วัด สถานสุขภาพ การให้บริการ							
	- Mr.IM วิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ ทำรายงานเสนอผู้บริหาร							
	ติดตามความครอบคลุม ของข้อมูล และแจ้งผลการตามตัวชี้วัด							
	ให้หน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้อง							
	-Pm ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการบันทึกข้อมูล							
	-IT ระดับหน่วยบริการ ตรวจสอบข้อมูลจาก HDC							
	Data-Exchange ,lphmis							
	3.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาสารสนเทศระดับหน่วยบริการ	12 ครั้ง/ปี		จบท.มีความรู้ใหม่และทันสมัย	36,000	UC	คค.63-กย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	DHDC/HDC ขอหน่วยบริการ(Mr.IT)	30 คน		ความรู้เพิ่มขึ้นติดตามผลงาน				เออนก, นิจชา
	3.1 IT ระดับหน่วยบริการ ตรวจสอบข้อมูล 43 เพิ่ม							
	โดยใช้โปรแกรม OP-PP 2010 ,DATA ก่อนส่งข้อมูล>HDC							
	3.2 Admin IT ระดับอำเภอ ตรวจสอบข้อมูลและประมวลผล	ทุกอังคาร						รัตติพันธ์,เออนก
	แจ้ง Error ให้หน่วยบริการแก้ไขข้อมูล							ชลาณี, กษณ
	- ส่งข้อมูล 43 เพิ่ม ทุกวันพุธ							
	- ส่งข้อมูลผู้ป่วยในทุกเดือน							
	3.3 IT ตรวจสอบข้อมูลโดยใช้ EH ,Data-Exchange ,lphmis							
	DHDC ร่วมกับทีม Mr.IM เพื่อประเมินคุณภาพ ความถูกต้อง							
	การเชื่อมโยงของข้อมูล /ข้อมูลพื้นฐาน							
	3.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การบันทึกข้อมูลถูกต้อง							
	ให้กับผู้บันทึกข้อมูล (User) ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ(PM)							
	IT หน่วยบริการ							
	3.5 จัดทำข้อมูล และรายงานตามชุดข้อมูลมาตรฐาน	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน	มีรายงานชุดข้อมูลมาตรฐาน			คค.63-กย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	(Minimum Data Set) Up load ขึ้นระบบตามที่จังหวัดกำหนด							
	3.6 หน่วยบริการในอำเภอ ส่งข้อมูล 43 เพิ่ม	ทุกวัน	ทุกหน่วยงาน	มีรายงานชุดข้อมูลมาตรฐาน			คค.63-กย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	ที่ได้รับการตรวจสอบเบื้องต้นจากโปรแกรม OP-PP 2010 แล้ว							
	ส่งไปยัง Data Center ระดับอำเภอ (EH)							
	และรายงานผลการตรวจสอบข้อมูลให้ผู้บริหารระดับอำเภอ							

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	ระดับหน่วยบริการ - หน่วยบริการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกวัน - ตรวจสอบ 43 แฟ้ม ด้วยโปรแกรม OPPP2010 ถ้าพบ Error ให้ทำการแก้ไขใน HIS ให้ถูกต้อง - ส่ง 43 แฟ้ม ที่ครบถ้วน ถูกต้อง ให้อำเภอ DHDC โปรแกรม HE ทุกวัน ระดับอำเภอ - IT, IM อำเภอตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลในระบบ HE ทุกวัน - แจ้งพื้นที่ตรวจสอบ แก้ไขข้อมูลในระบบ HE - IT ส่งออก 43 ไฟล์จังหวัด ในระบบ HDC ทุกสัปดาห์ (ส่งไฟล์แก่ทนายหรือหน่วยบริการ)	ทุกวัน/ทุกสัปดาห์	ทุกหน่วยงาน	มีรายงานชุดข้อมูลมาตรฐาน			ค.ศ.63-ก.ย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	3.7 ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล Monitor ข้อมูลผ่านระบบ Data Center อำเภอ (EH) รายงานผลผู้บริหารระดับอำเภอ แจ้งผู้รับผิดชอบงานปรับปรุงแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และลงชื่อรับรองรายงานความถูกต้อง	ทุกวัน/ทุกสัปดาห์	ทุกหน่วยงาน	มีรายงานชุดข้อมูลมาตรฐาน			ค.ศ.63-ก.ย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	4.อำเภอ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ รายงานผลให้ผู้บริหารอำเภอ และส่งรายงานการประชุมให้จังหวัด	ทุกเดือน	คปสอ.จว	มีรายงานชุดข้อมูลมาตรฐาน			ค.ศ.63-ก.ย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	5.ติดตั้ง Data center ระดับอำเภอ (DHDC : เมื่! EH) และกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก	1 แห่ง	คปสอ.จว	มีศูนย์ข้อมูล Data Center			ค.ศ.63-ก.ย.64	โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	1.2 คุณภาพข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ							โกวิทพันธ์, รัตติพันธ์
	๑.๒.๑ ข้อมูลประชากร							ฉันท, ชลาสิทธิ์
	๑) สํารวจ ปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานประชากร ๑.๑) สํารวจประชากรสัญชาติไทย PERSON TYPE AREA ๑+๒ เปรียบกับฐานทะเบียนราษฎร ส่วนต่างไม่เกินร้อยละ ๓	ครั้งที่ ๑ ก.พ.-มี.ค.๖๔ ครั้งที่ ๒ ส.ค.-ก.ย.๖๔	ทุกหน่วยงาน					

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	๑.๒) ปรับปรุงข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบ และที่มาบริการในหน่วยบริการอื่นๆ ถูกต้อง ประกอบด้วย - ข้อมูลและประวัติประชาชน (CID) - คำนามหน้าของสมณะ (พระสงฆ์) - สถานะภาพของสมณะ (พระสงฆ์) - ข้อมูลเพศ (SEX) - ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) - ข้อมูลสัญชาติ (NATION) - ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)	ทุกไตรมาส	ทุกหน่วยงาน					
	๑.๓) ตรวจสอบการเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่มประชาชน กับพื้นที่อยู่ - ปชก. TYPEAREA ๑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เพิ่ม Home - ปชก. TYPEAREA ๑ ที่อยู่ในเขตแต่ไม่ตรงทะเบียนบ้าน บ้านที่มากอยู่จริง เพิ่ม Home, ตามทะเบียนบ้าน เพิ่ม Address - ปชก. TYPEAREA ๒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เพิ่ม Home - ปชก. TYPEAREA ๓ ตามบ้านที่มากอยู่จริง เพิ่ม Home, ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เพิ่ม Address - ปชก. TYPEAREA ๔ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่ติดต่อได้ เพิ่ม Address	ทุกไตรมาส	ทุกหน่วยงาน					
	๑.๔) ตรวจสอบประชากรในเขตรับผิดชอบซ้ำซ้อน TYPEAREA ๑, ๓ กับหน่วยบริการอื่นๆ - ตรวจสอบข้อมูล Data Exchange - สืบหาพื้นที่ทำซ้ำจริง และปรับปรุงฐานข้อมูล HIS - หน่วยบริการเจ้าของพื้นที่ รายงานผลการปฏิบัติงานให้ผู้รับผิดชอบอำเภอทราบ	ทุกไตรมาส	ทุกหน่วยงาน					
	๑.๒.๒ การพัฒนาพื้นที่บริการ		ทุกหน่วยงาน					

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	สรุปประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	๑) ตรวจสอบความเชื่อมโยง ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงกันและเท่ากันของ กลุ่มเพิ่มผู้ป่วยใน ๔๒ เพิ่ม กับ ๑๒ เพิ่ม - จำนวนผู้ป่วย - จำนวนวันนอน วันที่รับ Admit วันที่ Discharge - บันทึกแผนกที่รับผู้ป่วย/วินิจฉัย ทุกต้องเป็นจริง - การให้รหัสการวินิจฉัยโรค เวลาที่วินิจฉัยโรค - การให้รหัสผลการ วันที่และเวลาการทำการรักษา ราคา ค่าใช้จ่าย - รหัสยาและเวชภัณฑ์ จำนวนที่จ่าย ราคา วันที่เริ่มให้ยา - ข้อมูลการรับ-ส่งรักษาต่อ (พีดี ที่เกี่ยวข้องกับ Refer) - ข้อมูล DRG, RW, ADJWR, สิทธิการรักษาพยาบาล	ทุกเดือน						
	๒) ส่งข้อมูลข้อมูล ๑๒ เพิ่ม เว้น CMI เขต ๑ และ สสจ. ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน		ทุกหน่วยงาน					
	๑.๒.๓ การพัฒนาเพิ่มข้อมูลงานแม่และเด็ก		ทุกหน่วยงาน					
	๑) PM อำเภอลงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล Dashboard MCH รายงานผู้บริหาร และแจ้งผู้รับผิดชอบงานปรับปรุงแก้ไขข้อมูล	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน					
	๒) IT, PM, User ร่วมกันตรวจสอบความเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่ม Diag_OFD (วินิจฉัย Z๑๔-Z๑๕), เพิ่ม ANC, เพิ่ม Prenatal ในโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ มีจำนวนถูกต้อง สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน หากไม่ตรงกันให้ ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งข้อมูลที่มีใจเข้าสู่ระบบ HDC	ทุกเดือน เป้าหมาย ๑๐๐ %	ทุกหน่วยงาน					
	๑) IT, PM, User ร่วมกันตรวจสอบความเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่ม Diag_IPD (O๑๐-O๑๔), เพิ่ม Labor, เพิ่ม Newborn ในโปรแกรม HIS ของ หน่วยบริการ มีจำนวนถูกต้อง สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน หากไม่ตรงกันให้ ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งข้อมูลที่มีใจเข้าสู่ระบบ HDC	ทุกเดือน เป้าหมาย ๑๐๐ %	ทุกหน่วยงาน					
	๔) PM กำกับ ติดตาม หน่วยบริการในการจัดทำรายงานการคลอด ใน สถานบริการ และในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ส่งรายงานให้อำเภอและจังหวัด	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน					
	๑.๒.๔ การพัฒนาเพิ่มข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)		ทุกหน่วยงาน					
	๑) CM อำเภอลงตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย NCD ของจังหวัด และอำเภอ ในระบบ Data Exchange คืนข้อมูล	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน					

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	๒) IT และ CM ตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย NCD เพิ่ม Diag_OPD, Diag_IPD ใน HIS ของหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน เพิ่ม Chronic ให้ทำการปรับปรุงแก้ไข และขึ้นทะเบียน ทูทราย และ ตรวจสอบสถานะการเสียชีวิตเพิ่ม Death และเพิ่ม Person ให้เป็น ปัจจุบัน	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน					
	๓) ผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยบริการติดตามเยี่ยมบ้าน รักษา พื้นฟู ให้ การช่วยเหลือ และรายงานการช่วยเหลือเข้าสู่ระบบสารสนเทศ HIS และ ระบบ COC - เพิ่ม Service และกลุ่มฟื้นฟูผู้ป่วยนอก - เพิ่ม Community Service - เพิ่ม Community Activity - โปรแกรม COC	ทูทราย ทุกสี่ปดาห์ เป้าหมายการลง บันทึกการเยี่ยม บ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ๑๐๐ %	ทุกหน่วยงาน					
	๓.๒.๕ การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยโรคและการใช้สาเหตุการตาย		ทุกหน่วยงาน					
	๑) IM, MRA มีแผนการตรวจคุณภาพเวชระเบียน การควบคุม กับกับ ติดตามการตรวจ Audit การแก้ไข เพิ่มผู้ป่วยนอก เพิ่มผู้ป่วยใน ของ หน่วยบริการ มีการรายงานผลการตรวจสอบ แผนการแก้ไขปัญหาที่พบ ในที่ประชุมระดับอำนาจ และส่งผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนให้ จังหวัด	ทุกเดือน ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐	ทุกหน่วยงาน					
	๒) โรงพยาบาลทุกระดับมีแนวทาง และมีการพัฒนาแพทย์ และ/หรือ ผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลหรือการวินิจฉัยสาเหตุการตาย	ปีละ ๑ ครั้ง	รพ.จว					
	๓) โรงพยาบาลมีระบบการให้ หรือทวนสอบสาเหตุการตายกรณี เสียชีวิตในโรงพยาบาล/แพทย์ออกชั้นสูตราชึกศส หรือที่มีมีการเก็บ รวบรวมรายงานการให้/การทวนสอบไว้เป็นหลักฐาน	ทูทราย	รพ.จว					
	1M Smart Hospital ,Queue							
	1.จัดทำโปรแกรมระบบคิวผู้ป่วย(Soft ware)		รพ.จว	กระชับขั้นตอนระบบบริการ				ไกรสิทธิ์,เมณก
	2.จัดหาอุปกรณ์แสดคมและเพิ่มเพิ่ม ที่รองรับระบบคิว (Hard ware)			ภายใน รพ.ตจว.นพพทจ				
	3.ทบทวนและประเมินการใช้งานระบบคิวผู้ป่วย	จนท.รพ.จว 60 คน		Smart Hospital	บูรณาการLess paper			
	4.ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Smart Hospital โชนตเหนือ	20 คน			2,000	UC		ไกรสิทธิ์,เมณก
	5.มีระบบการเป็นvisิต่างหน้าสำหรับผู้ป่วยที่มีนัดล่วงหน้า						ศส.63-กบ.64	ชลาธิกชนม์
	6.มีระบบคิวที่สามารถ Scan QR Codeในใบคิวเพื่อทราบคิวคนเอชของ	OPD,LAB						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	ผู้รับบริการ	ห้องยาNCDA						
	7.มีพิธีบริการพิธี ในจุดคอย							
	8.มีการใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชนสำหรับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ	งดเรียกสำเนาบัตร						
	ทุกจุดบริการ และจัดเก็บข้อมูลระยะเวลาเรียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	ยกเลิกOPD Card						
	(EMR) และมีการใช้ในสื่ยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกห้องตรวจ	เก็บข้อมูลเป็นFile						
	9.มีระบบนัดหมายพร้อมเวลา แสดงเวลานัดหมายชัดเจน	ระบบนัดชัดเจน						
	หรือมีลำดับขั้นตอนการนัดหมายระบุชัดเจนในใบนัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไป	ผู้ป่วยไม่รอนาน						
	10. มีและใช้ระบบ ERP (Enterprise Resource Planning)	1 ระบบ						
	ในการบริหารจัดการระบบงาน Back Office ให้มีความเชื่อมโยงกัน เช่นระบบบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล							
	11.พัฒนาระบบ HIS ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ได้							
	แบบอัตโนมัติ เช่นเครื่องวัดความดัน เครื่องซีขน้ำหนัก วัดส่วนสูง							
	เครื่องวัดสัญญาณชีพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ							
	3. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำปาง							
	มีและใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล							
	๓.๑ โรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU)							โภาสสิทธิ์,ณนภ
	๑) คณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ร่วมกับวิเคราะห์ ศึกษา และวางแผนการจัดการระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU) กำหนดบัญชีทรัพยากร เวชภัณฑ์ ที่ใช้ในหน่วยปฐมภูมิ	ค.ศ.-อ.ศ.						รัตติพันธ์
	๒) โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดเตรียมอุปกรณ์การบริหารเครือข่ายสำหรับการเชื่อมโยงระบบ VPN หน่วยปฐมภูมิกายัง HIS โรงพยาบาลแม่ข่าย ติดตั้งระบบความปลอดภัย และกำหนดรหัสผู้ใช้งานในผู้เกี่ยวข้อง และทดสอบระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU)	ค.ศ.-อ.ศ.						
	๓) ทบทวน ติดตั้ง ทดสอบระบบการใช้โปรแกรม Thai Refer ในหน่วยงานปฐมภูมิ และกำหนดผู้รับผิดชอบการส่ง Refer กรณีเกณฑ์ศักยภาพของ รพ.สต. และกำหนดผู้รับผิดชอบการรับผู้ป่วย กำหนดค่าส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจคลินิกปฐมภูมิ นั้นๆ	ค.ศ.-อ.ศ.						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	๔) Admin IT ที่ดูแลระบบ HIS โรงพยาบาลแม่ข่ายศึกษาวิธีการเพิ่มคลินิกแผนก ปฐมภูมิ ตามรหัส PCU ที่ขึ้นทะเบียนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	ค.ศ.-จ.ศ.						
	๕) ประมวลผล และรายงานผู้บริหาร	ทุกไตรมาส						
	4.เพิ่มสมรรถนะด้าน Digital Competency ของเจ้าหน้าที่							บริหารกรม
	1.เจ้าหน้าที่เรียนรู้ออนไลน์ ผ่านเว็บ thaimcoo.org	ร้อยละ90 ของเจ้าหน้าที่		เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้าน Digital			ค.ศ.-จ.ศ.63	ไอที
	2. รายงานข้อมูล Digital competency ของบุคลากรในสังกัด และได้ไปประกาศ	เวียนครบหลักสูตร ร้อยละ 75					ค.ศ.-จ.ศ.64	
	งาน Less paper							
	1.จัดทำโปรแกรม less paper สำหรับสำนักงาน Back office		รพ.จาว	กระชับขั้นตอนระบบบริการ ภายใน รพ.ตามแนวทาง				ไอที,บริหารกรม
	2.จัดเตรียม Hardware และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบ Back office							
	3.อบรมการใช้งานระบบ less paper	รพ.รพ.จาว 170 คน คณะ1ครั้ง/ปี		Smart Hospital ลดพื้นที่การจัดเก็บเอกสาร	17,000	UC	ค.ศ.64	ไอที,แผนก นัชชา
	- ใช้ใบนำทางในการยื่นเข้ารับบริการและจุดบริการ โดยแพทย์ ศึกษาและบริการยื่นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ในแผนกผู้ป่วยนอก							
	ระบบ HisGateway		รพ.จาว	- ประชาชนสามารถดูข้อมูล				
	1.ลดทะเบียนระบบกับกระทรวงสาธารณสุข			สุขภาพของตนเองผ่าน			ค.ศ.63	ไอที,แผนก
	2.ทดลองการใช้งานระบบ			Application H4U				ชลาธิภรณ์
	3.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่รู้จักระบบH4U						พ.ย.63-ก.ย.64	
	4.เปิดรับหนังสือแสดงความยินยอมแก่ประชาชน						พ.ย.63-ก.ย.64	
	งาน Healthcare Accreditation Information Technology (HAIT)							
	1.ประกาศ HAIT เป็นนโยบายของโรงพยาบาล							ไอที,แผนก นัชชา
	1.1 ทบทวน/จัดตั้ง กก./ทีมงาน ที่เกี่ยวข้อง			ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				
	2.ประชุมคณะกรรมการพัฒนา HAIT ของโรงพยาบาล	2 ครั้ง / ปี		ขอพร.มีศักยภาพที่ทำงานได้	4,000	UC	จ.ศ.63	
	2.1 ทบทวนการประเมิน HAIT (ส่วนขาด)	20 คน		ทราบรับไม่หยุดชะงัก				
	2.2 จัดทำแผนในการพัฒนาตามส่วนขาด			โดยประเมินและจัดการระบบ				
	2.3 ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์ (PDCA)			ทำในปัจจุบันให้มีศักยภาพเพียงพอ				

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งรับ		
	2.4 จัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ HOSPITAL IT Master Plan และดำเนินการตาม กิจกรรมคุณภาพ ตามแนวทาง maturity model ของ TMI			รวมทั้งวางแผนการจัดการศึกษาภาพ ในระยะยาว				
	3.นิเทศติดตาม Help desk service รพ.สต. ด้านระบบฐานข้อมูล โปรแกรมHIS เครื่องถ่ายคอมพิวเตอร์ ให้กับเครือข่ายบริการ สป.สธ.จว	12 รพ.สต./ปี						โกวิทธีร์,เด่นก นัชชา
	4.จัดหา ปรับปรุง อุปกรณ์/เครื่องมือฯ ให้เป็นไปตามแนวทาง ของ TMI 4.1 ปรับปรุงระบบ network การร้องขอ ภายในห้องserver ภายในอาคาร และกับกำ label สายสัญญาณ 4.2 ระบบความปลอดภัย การเข้าถึงห้องserver 4.2.1 ระบบปรับอากาศ ระบบควบคุมอุณหภูมิ ระบบจับควัน และระบบดับเพลิง							
	5.การตรวจสอบคุณภาพเวช ระเบียบรพ.(OPD/IPD Audit)	4 ครั้ง/ปี 18 คน	รพ.จว	1.มีการติดตามผลการรับ ที่กข้อมูลและมีแนวทาง บันทึกข้อมูลที่ต้อง	7,200	UC	ค.ศ.63,ม.ศ.64 เม.ย.64,ก.ศ.64	ชลาธิกชนม์ ,โกวิทธีร์
	6.การตรวจสอบคุณภาพเวช ระเบียบรพ.สต.(OPD Audit)	4 ครั้ง/ปี 15 คน	ทุกรพ.สต.	1.มีการติดตามผลการรับ ที่กข้อมูลและมีแนวทาง บันทึกข้อมูลที่ต้อง	6,000	UC	ค.ศ.63,ม.ศ.64 เม.ย.64,ก.ศ.64	ชลาธิกชนม์ ,โกวิทธีร์
	7. ประชุมเชิงปฏิบัติพัฒนาคุณภาพ การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ - OPD - IPD - การบันทึกข้อมูลการตายในระบบ HIS	1 ครั้ง 60 คน	รพ.จว	1.มีการติดตามผลการรับ ที่กข้อมูลและมีแนวทาง บันทึกข้อมูลที่ต้อง	6,000	UC	เม.ย.64	ชลาธิกชนม์ ,โกวิทธีร์
	8.ประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการพัฒนาการลงข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ RCM	1ครั้ง 40คน	รพ.จว	จบท.มีความรู้และใช้งานระบบ RCM	17600	UC	พ.ศ.64	ชลาธิกชนม์ ,โกวิทธีร์
					95,800	UC		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น/งานการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายของกสร. : ร้อยละของ รพ.สต.ต้องผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ดีดดาว ระดับ 5 ดาว

ปี63-ร้อยละ 100

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ปี 2563 มี ผลจากการประเมินตนเองตาม UCCARE อยู่ในชั้น 4 ทุกด้าน
2. ปี 2563 มี รพ.สต.ทั้งหมด 12 แห่ง ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. 5 ดาว จำนวน 100 แห่ง และในปี 2563 มี รพ.สต.ที่หมดอายุต้องประเมินใหม่จำนวน 2 แห่ง (ส่วนใหญ่ยุติหมวด 5 งานวิจัยหรือนวัตกรรม)
3. ปี 2561 งานวิจัยของ มอศ. ได้พิจารณาให้ทุนองงานวิชาการของกระทรวง 3 เรื่อง ระดับเขต 6 เรื่อง (ประเภท poster presentation)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	วัตถุประสงค์โครงการ ๑๖๐4๐๗							
	โครงการพัฒนาศักยภาพพื้นที่เมือง รพ.สต.ดีดดาว							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. ประชุมทีมที่เมืองระดับอำเภอ เพื่อกระตุ้น แนะนำ หนุนเสริม	10	อำเภอจาว	- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	1,000	CUP	ม.ค.-63	พิชญ์รุจิรา
	การพัฒนา รพ.สต. ดีดดาว			- คณะกรรมการมีความใจเกนดท์				
	- การเสริมสร้างความเข้าใจทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ต่อการ			การการประเมินตรงกัน				
	พัฒนาคุณภาพ			- แผนพัฒนา รพ.สต.ตามส่วนขาด				
	- วางแผนพัฒนาส่วนขาด รพ.สต. ทุกแห่ง (ตาม GAP)							
	- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร (Training Need)							
	- การสนับสนุนความรู้วิชาการจากทีมสหวิชาชีพ รพ.แม่ข่าย							
	2.รพ.สต.ประเมินตนเองวิเคราะห์ GAP และส่วนขาด	12 แห่ง	อำเภอ	- รพ.สต.รู้ส่วนขาด/มีแผนพัฒนา	-	-	ม.ค.-64	ผอ.รพ.สต.
	3. รพ.สต.เขียน Profile	12 แห่ง	อำเภอ	- มี Profile ทุกสถานบริการ	-	-	ม.ค.-64	ผอ.รพ.สต.
	4. ทีมเยี่ยมประเมินออกเยี่ยมและหนุนเสริมในประเด็นที่เป็นปัญหา	10 คน	12 แห่ง	- สรุปผลการออกเยี่ยม	-	-	มี.ค.-64	พิชญ์รุจิรา

	(บูรณาการกับการนิเทศารอบที่)							
5.	ทบทวนระบบสนับสนุนบริการจาก รหัสแม่ข่าย ได้แก่	12 แห่ง	อำเภอ	- แผนการทบทวนเสริม	-	-	มี.ศ. - ก.ย.64	พิษณุ.รุจิรา
	- IT ระบบข้อมูลสารสนเทศ							หัวหน้างานที่
	- IC ระบบการควบคุมการติดเชื้อ							เกี่ยวข้อง
	- LAB ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ							
	- เภสัชกรรมและ RDU/คปส.							
	- พัฒนานาณียสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green & Clean							
6.	การสนับสนุน เป็นที่เดียวในการจัดทำผลงาน R2R นวัตกรรม	12 แห่ง	อำเภอ	- งานวิจัย /R2R	-	-	ม.ศ. - ก.ย.64	พิษณุ.รุจิรา
6.1	พัฒนาศักยภาพบุคลากร	30 คน						
	ด้านงานวิจัย							
	- แต่งตั้งคณะทำงาน							
	- อบรมให้ความรู้งานวิจัย							
	โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ							
	Phrase I (ระยะที่ 1)	30 คน	อำเภอจาว	โครงการงานวิจัย	14,200	CUP	ม.ศ.-64	พิษณุ.รุจิรา
	Phrase II (ระยะที่ 2)	30 คน	อำเภอจาว	เขียนบท 1-3 สมบูรณ์	14,200	CUP	ก.พ.-64	พิษณุ.รุจิรา
	Phrase III (ระยะที่ 3)	30 คน	อำเภอจาว	เขียนบท 1-3 สมบูรณ์	14,200	CUP	มิ.ย.-64	พิษณุ.รุจิรา
	Phrase II (ระยะที่ 4)	30 คน	อำเภอจาว	เขียนบท 1-3 สมบูรณ์	14,200	CUP		พิษณุ.รุจิรา
	Phrase III (ระยะที่ 5)	30 คน	อำเภอจาว	วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบท 4	14,200	CUP		พิษณุ.รุจิรา
7.	เขียนเสริมพลังและก้าว	12 รพ.ศ.	น้ำจ้ำ, พริ้ว	- สรุปผลการเขียน	-	-	มี.ศ.-64	พิษณุ.รุจิรา
	กับติดตามในพื้นที่			เสริมพลัง MCSER	-	-	ก.ศ.-64	
				รวม	72,000			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : งานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
- ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Workplace)

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- ปี 2563 มี ผลจากการประเมินตนเองตาม UCCARE อยู่ในชั้น 4 ทุกด้าน
- แต่งตั้งคณะขับเคลื่อนงานระดับตำบลทั้ง 10 ตำบล จำนวน 100 คน
- ทุกตำบลในพื้นที่อำเภอจาว มีประเด็นการขับเคลื่อนงาน อำเภอละ 3 ประเด็น

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 050408							
	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. ทบทวนและจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	25 คน	อำเภอจาว	- ค่าสิ่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	-	-	ธ.ค.-63	พิษณุ คุตติก
	2. ประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาประเด็นการพัฒนา และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเพิ่มจากปี 63 อย่างน้อย 1 เรื่อง	25 คน	อำเภอจาว	- รายงานผลการประชุม - ประเด็นการดำเนินงาน	2,500	CUP	ธ.ค.-63	พิษณุ คุตติก
	3. แต่งตั้งทีมสนับสนุนข้อมูลการดำเนินงาน พชอ. (ตามประเด็น พชอ.)	30 คน	อำเภอจาว	- ค่าสิ่งแต่งตั้ง	-	-	ธ.ค.-63	พิษณุ คุตติก
	4. ประชุมคณะทีมสนับสนุนข้อมูลการดำเนินงาน พชอ. อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง เพื่อ	30 คน	อำเภอจาว	- รายงานผลการประชุม - แผนการขับเคลื่อนงาน	9,000	CUP	ก.พ.-64	พิษณุ คุตติก
	- เตรียมขอมูลที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานตามประเด็น			- MOU การขับเคลื่อนงาน			พ.ค.-64	พิษณุ คุตติก
	- จัดทำแผนการดำเนินงานเชิงประเด็น						ธ.ค.-64	พิษณุ คุตติก

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.จาว จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1.โรงพยาบาลจาวได้รับการรับรองมาตรฐาน HA

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.โรงพยาบาลจาวได้รับการรับรองมาตรฐาน HA วันที่ 27 กพ.2558 หมดอายุ 26 กพ.2560 สรพ.จะเข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ วันที่ 14 -15 ก.ย.63

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	<u>รหัสโครงการ 050209</u>							
	โครงการพัฒนาคุณภาพ Haโรงพยาบาลจาว จังหวัดลำปาง							
	1.ประชุมจัดทำแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ ของสรพ.	2 ครั้ง/ละ20คน	รพ.จาว	- มีรายงานการประชุม	1,000	UC	พ.ย.63,กพ.64	รุจิรา
	2. ประชุมทบทวนคณะกรรมการระบบงานสำคัญ	2 ครั้ง/ละ20คน	รพ.จาว	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - มีรายงานการประชุม	1,000	UC	ม.ค.64,ก.ค.64	รุจิรา
	3. ประชุมทีมนำ/ระบบงาน	10ครั้ง/20คน	รพ.จาว	- มีรายงานการประชุม	20,000	UC	ธ.ค.63-กย.64	รุจิรา
	4. จัดกิจกรรม IS หน่วยงานโดยทีมนำ	3 ครั้ง/10 คน	รพ.จาว	- มีรายงานการประชุม IS	3,000	UC	กพ,มี.ค.พ.ค.64	รุจิรา
	5. ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่4	จำนวน 170คน แบ่งเป็น4 รุ่น	รพ.จาว	- มีรายงานการประชุม	17,000	UC	มี.ค.64	รุจิรา
	6. ประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง	1ครั้ง/ละ170คน	รพ.จาว	มีความรู้ความเข้าใจในระบบงาน ความเสี่ยง มีรายงานอุบัติการณ์ เพิ่มขึ้น	17000	UC	กพ.64	ทศ.วรพงษ์ ภก.พิชิต
	7. ประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1ครั้ง/ละ170คน	รพ.จาว	บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางได้	17,000	UC	มี.ค 64	นพ.ปริวัฒน์

				ถูกต้อง					ศศิวิมล
	8. ประชุมเชิงปฏิบัติการคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	1 ครั้ง ทุละ 170 คน	รพ.จว	มีความรู้ความเข้าใจในระบบงาน การดูแลผู้ป่วย	17,000	UC	เม.ย 64	นพ.วัฒนา อรพิน	
	9. ประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ข้อมูลสารสนเทศ	1 ครั้ง ทุละ 170 คน	รพ.จว	มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ ข้อมูลสารสนเทศ	17,000	UC	พ.ค 64	นพ.ณัฐพงษ์ ไกรสิทธิ์	
	10. ประชุมเชิงปฏิบัติการสิ่งแวดล้อมกับความปลอดภัย	1 ครั้ง ทุละ 170 คน	รพ.จว	มีความรู้ความเข้าใจในระบบสิ่ง แวดล้อมกับความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและบุคลากร	17,000	UC	มี.ย 64	ทญ.จริญญา	
	11. ประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum 22th	1 ครั้ง 10 คน	รพ.จว	แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานคุณภาพ	83,200	UC	มี.ค 64	รุจิรา	
	ณ เมืองทองธานี			โรงพยาบาล					
					210,200				

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ คปสอ.จาว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ					รวม งบประมาณ
			UC	สปสช.	สสจ.	PPA	งบ อื่นๆ	
1								0
2								0
3								0
รวม ย.1 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.2 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม ย.3 ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1	050401	พัฒนาการเงิน การคลัง	51,405					51,405
2	050402	พัฒนาธรรมาภิบาลTA	25,000					25,000
3	050403	ควบคุมภายใน	11,330					11,330
4	050404	PMQA	0					0
5	050405	ระบบบริหารจัดการกำกับติดตามและประเมินผล	325,900					325,900
6	050406	พัฒนาข้อมูลสุขภาพ	95,800					95,800
7	050407	รพ.สต.ติดดาว	72,000					72,000
8	050408	พชอ.	89,000					89,000
9	050409	HA	210,200					210,200
รวม ย.4 ทั้งหมด5..... โครงการ เป็นเงิน			880,635	0	0	0	0	880,635
1								
2								
3								
4								
5								
รวม แก้ไขปัญหา ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
1								0
2								0
3								0
รวม บริการ ทั้งหมด โครงการ เป็นเงิน			0	0	0	0	0	0
รวมทั้งหมด โครงการ เป็นเงินทั้งหมด			880,635	-	-	-	-	880,635



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง โทร.๐ ๕๔๒๖ ๑๑๖๗

ที่ ลป ๐๗๓๒/๑๒๘

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตนำแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน สาธารณสุขอำเภอจาง

ตามที่รัฐบาลกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประเด็นการเปิดเผยข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ได้รับประโยชน์สูงสุด สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวก และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารภาครัฐที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

เพื่อให้เป็นไปตามการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) EB๒ (ข้อ๑ - ข้อ๑๑) ให้มีการเสนอให้ผู้บริหารรับทราบและพิจารณาสั่งการเผยแพร่บนเว็บไซต์หน่วยงานหรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่นของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จึงขออนุญาตนำเอกสารไปเผยแพร่ในเว็บไซต์ <http://www.ngaohealth.go.th> และปิดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

(นายพิชญ์ จินใจเย็น)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ทราบ-อนุญาต

(นายสุทธิศักดิ์ ชีระเชื้อ)
สาธารณสุขอำเภอจาง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง
 ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๔
 สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
 อำเภอจาง จังหวัดลำปาง

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง

วัน/เดือน/ปี : ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

หัวข้อ : การแสดงหลักฐานจากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่แสดงการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานเป็นปัจจุบัน
 EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติการ
 ประจำปีของหน่วยงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ยุทธศาสตร์ที่๑- ๔ คปสอ.จาง)

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

การแสดงหลักฐานจากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่แสดงการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานเป็นปัจจุบัน
 EB๒ ข้อ๓ แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติการ
 ประจำปีของหน่วยงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ยุทธศาสตร์ที่๑- ๔ คปสอ.จาง)

Link ภายนอก : เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง <http://www.ngaohealth.go.th>

หมายเหตุ :

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง




(นายพิชญ จินใจเย็น)

(นายสุทธิศักดิ์ ชีระเชื้อ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สาธารณสุขอำเภอจาง

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสาวบุษบา อินชื้อว)

นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓