

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2562

งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเกาะคา

โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็น/ งาน : พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัด (KPI) ผ่านการประเมินคุณภาพ จากองค์กรภายนอก

สถานการณ์ โรงพยาบาลเกาะคา ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ครั้งแรกปี 2554 และผ่านการประเมินซ้ำ มาแล้ว มาแล้ว 2 ครั้ง โดยจำครบกำหนดอายุการรับรอง

25 กรกฎาคม 2562

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
	รหัสโครงการ k030402 โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ อำเภอเกาะคา								
		กิจกรรม การเตรียมความพร้อมในการ Re accreditation ในปี 2562							
		1.Road Map to reaccrdition ปี 2562	1 ครั้ง					ก.ย.-61	ทีมพัฒนาคุณภาพพรพ.
		2.ทบทวนแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	1 ครั้ง					ก.ย.-61	
		3.จัดทำฐานและคลังเก็บข้อมูลงานพัฒนาคุณภาพ						ต.ค.61 - ก.ย.62	
		รวบรวมข้อมูลสำคัญโรงพยาบาล WI, SOP ,CQI , LEAN, นวัตกรรม, เรื่องเล่า							
		4.กิจกรรมHA พาเพลินกระตุ้นการพัฒนาHA	12 ครั้ง						ทีมกลาง
		หมุนเวียนในแต่ละทีม							
		5.กระตุ้นติดตามการพัฒนาคุณภาพจากการเขียน	12 ครั้ง					ต.ค.61 - ก.ย.62	พวงทอง
		one month one page หน่วยงาน							
		ทีมกลางทุกทีม							
		5. กระตุ้นการประชุมคุณภาพ ของทีมกลาง 18 ทีม						ต.ค.61 - ก.ย.62	
		6.กระตุ้นติดตามการพัฒนาคุณภาพจากการเขียน	4 ครั้ง					ธค61 และ มี.ค.มี.ย กย 62	พวงทอง
		Long term diary หน่วยงาน							
		ทีมกลางทุกทีม							
		กิจกรรมรับการประเมินการรับรองคุณภาพซ้ำ(Re-accreditation)							
		1.ประเมินการรับรองจาก สรพ.	1 ครั้ง	รพเกาะคา	ผ่านการประเมินรับรอง Re-accreditation III	158,400.00	UC	มี.ค-มี.ย 62	ทีมพัฒนาคุณภาพ& หน่วยงานทุกหน่วย
		2.ทีม PCT รวบรวม เอกสาร ตามข้อกำหนด สรพ						17-ธ.ค.-61	ทีมพัฒนาคุณภาพพรพ.
		3. ประสานการเข้าเยี่ยมประเมินรับรอง							
		4. เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่เพื่อพร้อมรับการ Accreditation						5,12 เม.ย 62(สุกรีสุขพัฒนา	ทีมพัฒนาคุณภาพพรพ.
		3.กิจกรรมเยี่ยมสำรวจภายใน	2 ครั้ง/ปี					ครั้งที่ 1 พ.ย.-ธ.ค.61	ทีม IS
								ครั้งที่ 2 มี.ย.-ก.ค.62	
		กิจกรรม จัดมหกรรมคุณภาพส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ							
		1.ประกวดผลงานคุณภาพ	1 ครั้ง/ปี		รพ/รพสต			22-23 ก.ค 62	ทีมคุณภาพ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		2.ฐานการเรียนรู้งานคุณภาพ							
		3. วิชาการพัฒนาตามปัญหา(หลักสูตรมีหน่วย CNEU)				8,200.00	UC	22-23 ก.ค 62	นพ.กฤษฏี
		กิจกรรม เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล ตามโครงการTHIP (Thailand hospital Indicator Program)							
		1.สมัครสมาชิกโครงการTHIP	1 ครั้ง/ปี			*5000	งบฯหมวดใช้สอย	ต.ค.-61	กิติพงษ์ งานแผน IM
		2.ติดตามข้อมูลและลงโปรแกรม THIP							
		กิจกรรม การประเมินรับรองมาตรฐานสภาวิชาชีพ							
		ขอประเมินรับรองมาตรฐาน							
		1. มาตรฐานสภาพยาบาล	1 ครั้ง/ปี						กลุ่มการพยาบาล
		2 สภาเภสัชกรรม	1 ครั้ง/ปี						กลุ่มงานเภสัชกรรม
		3 สภาเทคนิคการแพทย์	1 ครั้ง/ปี					สค 2562	งานชั้นสูตร
		4. ER คุณภาพ	1 ครั้ง/ปี						งาน ER
		5. NCD คุณภาพ	1 ครั้ง/ปี						งาน NCD
		6. โรงพยาบาล green & cline	1 ครั้ง/ปี						งานสุขภาพิบาลา
		8., มาตรฐานงานรังสี	1 ครั้ง/ปี						งาน รังสีขั้นสูตร
		9. มาตรฐานงานสุขศึกษา	1 ครั้ง/ปี						งานสุขศึกษา
		กิจกรรม พัฒนาวิชาการด้านการวิจัยเพื่อพัฒนา							
		1. เชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกมาให้ความรู้	3 ครั้ง		ผลงานวิจัย 6 ชิ้น	77,600.00	UC	ครั้งที่ 1 มกราคม 2562	ผ.ช เขาวลิต (สสอ.)
		และติดตามแนะนำการดำเนินงานวิจัย			(รพ.3 สสอ3)			ครั้งที่ 2 กุมภาพันธ์ 2562	นพ.กฤษฏี, พวงทอง
					ผลงานR to R 10 ชิ้น			ครั้งที่ 3 พฤษภาคม 2562	สุทธิลักษณ์
		2. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการจัดทำ งานวิจัย			(รพ 7 สสอ 3)				
		นวัตกรรมในองค์กร							
		3. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการนำเสนอ งานวิจัย							นพ.กฤษฏี , พวงทอง
		นวัตกรรมในเวทีงานมหกรรม วิชาการ							สุทธิลักษณ์
		กิจกรรม งานสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร							
1		1.โครงการตรวจสุขภาพประจำปีประกวดเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ							
		*ประกวดหน่วยงานแบบอย่างด้านสุขภาพ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		1.1 บุคลากรรับบริการ	รางวัล		มค - มี.ค62	ดรุณี
		*ประกวดบุคลากรแบบอย่างด้านสุขภาพ	อำเภอเกาะคา		ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 100	ประกวด			เรืองอุไร
			400 คน		2 ผลตรวจสุขภาพ	Healthy model			โอहार
					พบปกติ ร้อยละ 60				ทีมสุขภาพ
					1.3 ผลการทดสอบ				
					สมรรถภาพอยู่				
					ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 80				
					1.4 ดัชนีมวลกายอยู่				
					ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ60				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
					1.5 บุคลากรเป็นแบบ				
					อย่างด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น				
					ร้อยละ10				
		กิจกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ							
		2. แข่งขันกีฬาประจำปี	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		2.1 เจ้าหน้าที่เข้าร่วม	งบบูรณาการ ย3HRD	องค์การ	21 ธค. 61	ครุณี
			อำเภอเกาะคา		กิจกรรม ร้อยละ 80		เภสัชกรรม		โอहार
			400 คน				บูรณาการ ย3HRD		ทีมสุขภาพ
		กิจกรรม การรักษสุขภาพ	เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง		3.1 กลุ่มเป้าหมาย	*คำวิทยากร		14 มิย 62	ครุณี
		*ในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง(DM/HT)อ้วน	และ กลุ่มอ้วน		มีพฤติกรรมถูกต้อง	*คำอาหารว่าง		21 มิย 62	อรุณี
		และการประกวดการลดน้ำหนัก	50 คน		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	*รางวัลการแข่งขัน		28 มิย 62	ทีมสุขภาพ
						ลดน้ำหนัก		5 กค 62	
						งบบูรณาการ ย3HRD			
		3.2 กิจกรรมเพิ่มน้ำหนักในจนท.	เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง		3.2 กลุ่มเป้าหมาย	*คำวิทยากร			
		ดัชนีมวลกายต่ำ	ดัชนีมวลกายต่ำ		มีพฤติกรรมถูกต้อง	*คำอาหารว่าง			
			30 คน		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	*รางวัลการแข่งขัน			
						เพิ่มน้ำหนัก			
						งบบูรณาการ ย3HRD			
1		กิจกรรม ระบบงานบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมรพ. เกาะคา(ENV)							ทีม ENV
		- การประชุมประจำเดือนคณะกรรมการ	12 ครั้ง	รพ.เกาะคา	* รายงานการประชุม 12 ฉบับ		-	ตค.61 - มค.62	
		- ทบทวนนโยบายสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกันการพัฒนาตามมาตรฐานระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ทุกหน่วย	รพ.เกาะคา	* มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยชัดเจน				
		ระบบที่ 1 ระบบโครงสร้าง (ENV)							ทีม ENV
		*ENV Round	4 ครั้ง/ปี ทุกจุด				-		
		*ติดตั้งระบบ Nurse call							
		*CCTV ดึงเขลางค์และโซนICU บ้านพัก 26 จุด							
		เสียงตามสาย							
		ปรับปรุงห้อง ANC และ OPD เฉพาะทาง							
		ปรับปรุงห้องน้ำ OPD ดึงศรีเกาะคา							
		ระบบที่ 2 วัสดุของเสียอันตราย(ENV)							ทีม ENV
		- การตรวจคุณภาพน้ำทิ้งและน้ำประปา	2 ครั้ง/ปี		*คุณภาพน้ำทิ้ง				งานสุขาภิบาล
		และชื้อน้ำยา PH ,CL			ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		- ตรวจสอบการทะลวงแนวท่อบำบัดน้ำเสีย	1ครั้ง/ปี		* ไม่พบอุบัติเหตุการรั่ว ของท่อบำบัดน้ำเสีย				งานสุขาภิบาล
		* เปลี่ยนทรายกรองน้ำประปา	1ครั้ง/ปี		* ไม่พบอุบัติเหตุ น้ำประปาขุ่นแดง				งานสุขาภิบาล
		* เปลี่ยนสารกรองน้ำ	2 ครั้ง/ปี						งานสุขาภิบาล
		*จัดซื้อสารเคมีกำจัดเชื้อโรค (คลอรีน)	12 ถัง			*36000	งบหมวดใช้สอย		งานสุขาภิบาล
		*ถังขยะ ในการจัดเก็บ	12 ถัง			*25000	งบหมวดใช้สอย		งานสุขาภิบาล
		*บำรุงรักษาเครื่องระบบงานจ่ายกลาง	4 เครื่อง						งานสุขาภิบาล
		ระบบที่ 3 อัดคิย(ENV)							ทีม ENV
		อบรมอัดคิย - อบรมบุคลากร 2 รุ่นๆละ 50 คน วันที่ 7 และ9 พฤษภาคม 2562 - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน100คนๆละ 20บาท1มื้อเป็นเงิน2,000 บาท - ค่าวิทยากร 2ชม.ๆละ 600 บาท *2ครั้ง เป็นเงิน 2,400 บาท รวมงบประมาณ 4,400 บาท	2 รุ่น ๆ ละ 50 คน		* มีการ อบรม ซ้อมแผน อัดคิย โดยมีบุคลากรเข้า ร่วม >80%	4,400.00	UC	วันที่ 1 : 7 พ.ค 62 วันที่ 2: 9 พ.ค 62	ทีม ENV
		*อบรมซักซ้อมแผนอัดคิยร่วมกับทีมนำ - อบรมซักซ้อมแผนกับทีมนำ ทีมENV 50 คนวันที่ 21 พฤษภาคม 2562 -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน50 คนๆละ20บาท1มื้อ เป็นเงิน 1,000 บาท - ค่าวิทยากร 2ชม.ๆละ 600 บาท *1ครั้ง เป็นเงิน 1,200 บาท รวมงบประมาณ 2,200 บาท	50 คน			2,200.00	UC	21-พ.ค.-62	
		*อบรมซักซ้อมแผนอัดคิยร่วมกับทีมภายนอก (บมโตะ) - -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน 110คนๆละ 20 บาท1มื้อเป็นเงิน 2,200 บาท -ค่าวิทยากร 2ชม.ๆละ 600 บาท *1ครั้ง เป็นเงิน 1,200 บาท รวมงบประมาณทั้งสิ้น 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)	110 คน			10,000.00	UC	23-พ.ค.-62	
		*อบรมให้ความรู้แกนนำด้านชีวอนามัย -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน 5 คนๆละ 20 บาท 2 มื้อ เป็นเงิน 2,000 บาท -ค่าวิทยากร 5ชม.ๆละ 600 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท เป็นเงิน 5,000 บาท	50 คน	*ทุกหน่วยงานส่ง บุคลากรเข้าร่วม การอบรม ร้อยละ 100	* บุคลากรมีความรู้ความ เข้าใจ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานอาชีวอนามัย ระดับดี	5,000.00	UC	วันที่ 1 : 5 มี.ค 62 วันที่ 2 : 7 มี.ค 62	
		- มีแผนบำรุงรักษาระบบสัญญาณเตือนอัดคิยและอุปกรณ์ระบบอัดคิย	1ครั้ง/เดือน		* อุบัติเหตุระบบเตือน อัดคิยไม่พร้อมใช้งาน< 2 %				
		- วางแผนอุทกภัยและแผ่นดินไหว	1ครั้ง/ปี		*มีแผนรองรับอุทกภัยและ แผ่นดินไหว				
		ระบบที่4 เครื่องมือ(ENV)							ทีม ENV

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		* สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ สบส	1ครั้ง/ปี		* เครื่องมือแพทย์สำคัญ			ตค.61 - กย.62	
					ได้รับการสอบเทียบ ครอบคลุม				
					100%				
		สอบเทียบเครื่องมือ LAB เอกชน	1ครั้ง/ปี		* เครื่องมือLabได้รับการ				ทีม ENV
					สอบเทียบครอบคลุม100%				
		- การตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้า (ตู้เย็น,ทีวี,เครื่องทำน้ำเย็น,เครื่องทำความร้อน)	1ครั้ง/เดือน		* เครื่องใช้ไฟฟ้าสำหรับ ผู้รับบริการพร้อมใช้งาน และปลอดภัย				ทีม ENV
		- การตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ	2ครั้ง/ปี		* ระบบเครื่องปรับอากาศ พร้อมใช้และปลอดภัย				
		- การตรวจสอบ Nurse call	ทุกเดือน		* ระบบ Nurse call พร้อมใช้งาน	-			
		- บำรุงรักษาอุปกรณ์งานจ่ายกลาง(เครื่องแก๊ส,เครื่องนึ่งไอน้ำ,เครื่องล้างอุปกรณ์)	ทุกวัน		* อุปกรณ์พร้อมใช้งาน 100 %				
		ระบบที่ 5 ระบบไฟฟ้า(ENV)							ทีม ENV
		*บำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้า (2 เครื่อง)	1ครั้ง/ปี		*ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน				
					พร้อมใช้การได้ภายใน10 วินาที				
		*บำรุงรักษาหม้อแปลงไฟฟ้า	1ครั้ง/ปี		ไม่พบอุบัติเหตุหม้อ แปลงขัดข้อง จากปัญหา การบำรุง				
		* การตรวจสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง	ทุกสัปดาห์		*ระบบไฟฟ้าสำรอง ฉุกเฉินพร้อมใช้การได้ ภายใน10 วินาที				
		* การตรวจสอบเครื่องไฟส่องสว่างฉุกเฉิน	ทุกเดือน		* ระบบไฟฟ้าสำรอง ฉุกเฉินพร้อมใช้				
		ระบบที่ 6 ก๊าซ(ENV)							ทีม ENV
		*บำรุงรักษาระบบก๊าซทางการแพทย์ VAC AIR	1ครั้ง/ปี						
		*ติดตั้งระบบ LPG Pipeline Vaporization	1ครั้ง/ปี						
		* การตรวจสอบระบบก๊าซออกซิเจน	ทุกวัน		* ไม่พบอุบัติเหตุก๊าซ ออกซิเจนไม่พร้อมใช้				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		ระบบที่ 7 สิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ(ENV)							ทีม ENV
		* การพัฒนากิจกรรม 5 ส.Big Cleaning day	1ครั้ง/ปี		*หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ประเมิน 5 ส.มากกว่าร้อยละ 80				
		* การตัดกิ่งต้นไม้ที่ใกล้สายไฟและใกล้อาคารบ้านพัก	1ครั้ง/ปี						
		* จัดอบรมให้ความรู้แก่นำด้านอาชีวอนามัยแต่ละหน่วยงาน	1 ครั้ง/ปี	*ทุกหน่วยงานส่ง บุคลากรเข้าร่วม การอบรม ร้อยละ 100	* บุคลากรมีความรู้ความ เข้าใจ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานอาชีวอนามัย ระดับดี		UC		ทีม ENV
		* จัดอบรมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยแก่แม่บ้าน และงานสวน ช่างบำรุง และ พร	1 ครั้ง/ปี	* บุคลากร เข้า ร่วมการอบรม ร้อยละ 100	*ไม่พบอุบัติเหตุการ บาดเจ็บ	-			
1		กิจกรรมระบบบริหารความเสี่ยง เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารความเสี่ยง (RM)							
		1. จัดประชุมฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ระบบบริหารความเสี่ยงและการวิเคราะห์ RCA	2 รุ่น รุ่นละ 30 คน	รพ. เกษะคา	เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจ ในระบบบริหารความเสี่ยง > 85 %	4,800.00	UC	29 มี.ค.62 , 24 พ.ค.62	จิษณัย รักหบุตร
		2. กิจกรรมหัวหน้าพาทำกิจกรรม 12 ทบทวน	43 หน่วยงาน	รพ.เกษะคา	มีการทำกิจกรรม 12 ทบทวน ทุกหน่วยงาน 100 %	-	-	ตค.61-กย.62	หัวหน้างานทุกหน่วย
		3.กิจกรรม WWS ร่วมกับทีมนำโรงพยาบาล	ทุกวัน	รพ.เกษะคา	อุบัติการณ์ที่สำคัญได้รับการ แก้ไขทันเวลา 100 %	-	-	ตค.61-กย.62	คณะกรรมการบริหาร และหัวหน้างาน
		4. จัดทำ Risk Register ในระดับองค์กร ทีมกลาง และทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน ทุกทีมกลาง	รพ. เกษะคา	มีการจัดทำ Risk register ทุกทีมกลางและทุกหน่วยงาน	-	-	ตค.61-กย.62	จิษณัย รักหบุตร อุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ
		กิจกรรม งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)							
		ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU(IC)							
		1.บูรณาการเชื้อติดต่อกับ RDU วิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัช ชันสูตร	150 คน	รพ.เกษะคา	อบรม 2 รุ่น	งบ RDU		ศุกร์สุขพัฒนาบูรณาการ ร่วม RDU 11,13 มค.62	ทีมIC+RDU
		พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital G-Garbage การจัดการขยะมูลฝอย (IC)							
		ฟื้นฟูความรู้การจัดการเชื้อติดต่อกับและการจัดการขยะติดเชื้อ	100 คน	รพ./รพสต.	อบรม 3 รุ่น	งบGreen&Clean		ศุกร์สุขพัฒนาบูรณาการ ย.2 11,13 มค.62	ณัฐรุจา,สนอง ทีม IC
		2.1.กลุ่มพยาบาล รพสต/ลูกจ้าง รพสต.			1 รุ่น			7,14 ธ.ค 61	ทีม IC
		2.2.กลุ่มลูกจ้าง N/A,พร. เพล แม่บ้าน			2 รุ่น				ทีม IC
		จัดการสิ่งแวดล้อมเชื้อติดต่อกับในหน่วยงานให้ถูกหลัก (IC)							
		1.ทำฉากกันระหว่างเตียงในหน่วยงานดูแลผู้ป่วย เพื่อแยกผู้ป่วยเชื้อติดต่อกับ	4 หน่วยงาน	รพ.เกษะคา	หน่วยงานมีฉากกันเตียง ผู้ป่วยเชื้อติดต่อกับ			ม.ค- ก.ย.2562	ทีมICร่วมกับ งานพัสดุ
		2.ปรับระบบของใช้ผู้ป่วยเช่นขวดน้ำดื่มแก้วน้ำ ของใส่ยา แบบใช้แล้วทิ้ง	5 หน่วยงาน	รพ.เกษะคา	หน่วยงานมีการแยก			ม.ค- ก.ย.2562	ทีมICร่วมกับ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		กิจกรรม การสร้างนิสัยการล้างมือเป็นวัฒนธรรมองค์กร/การป้องกันอุบัติเหตุของมีคม (IC)			ของใช้ในผู้ป่วยเชื้อ				งานพัสดุ
		1.ประกวดหน่วยงานต้นแบบด้านการล้างมือและการป้องกันอุบัติเหตุของมีคม	ทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน	คัดเลือกหน่วยงานต้นแบบด้านการล้างมือและการจัดการของมีคม	10,000.00	UC	มี.ย.- ก.ค.62	ทีม IC
		กิจกรรม เพิ่มสมรรถนะบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(IC)							
		1.ฟื้นฟูความรู้ICWN/ICN	จำนวน 1 คน	สคร.1 จังหวัดเชียงใหม่				พ.ย.-61	ณัฐรญา
		2. ทบทวนการวิจัยการติดเชื้อ	ทีม ICWN	รพ.เกาะคา	100%			ธ.ค.-61	พญ.รดา
		3. ทบทวนและจัดทำวิธีปฏิบัติแนวทาง						ต.ค.-61	ทีม IC
		การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ							
		4.ศึกษาดูงาน รพ.ระดับ M1,M2						มี.ค.-61	
		กิจกรรมการ ดูแลสุขภาพบุคลากรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับบุคลากร(IC)							
		1. การสนับสนุน PPE	หน่วยงานผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	รพ.เกาะคา	หน่วยงานมีการใช้ PPE ที่ถูกต้องเหมาะสม			พ.ย.2561-ก.ย 62	วัสดุการแพทย์/งานพัสดุ
		2.การได้รับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	ทุกหน่วยงาน	รพ.เกาะคา	หน่วยงานบริการผู้ป่วยรับวัคซีนครบร้อยละ 90			มี.ย.-ส.ค.2561	ทีม icร่วมกับงานอาชีวอนามัย
		กิจกรรม งาน : PCT กุมาร (PCT)							คณะกรรมการPCT เด็ก
		1.พัฒนาศักยภาพของบุคลากร							
		1. จัดอบรม PALS และ NCPDR 1 ครั้ง/ปี	20 คน	รพ. เกาะคา	เจ้าหน้าที่มี ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดและเด็กโต				จนท.ประจำหน่วยงานกุมาร , ER,พิเศษ , ห้องคลอด
		2. ส่งเจ้าหน้าที่อบรม ดูงานโรงพยาบาล ลำปางที่หอผู้ป่วย PICU		รพ.เกาะคา	เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุ < 15 ปี (รองรับผู้ป่วยจากร.พ.ศ)				หน่วยงาน ICU
		กิจกรรม .พัฒนาสถานที่ (PCT)							
		1. จัดทำพื้นที่ในการทำหัตถการฉุกเฉินและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ส่งมาจาก OPD เพื่อลดการรอทำหัตถการที่ ER		ตึกกฤษฎา	ผู้ป่วยเด็กได้รับการบริการที่จำเป็นเร่งด่วนได้รวดเร็วก่อนส่งหอผู้ป่วยใน				
		2. จัดทำลานของเล่นเด็ก	1ชุด	ตึกกฤษฎา	มีที่เล่นสำหรับให้ผู้ป่วยเด็กเพื่อลดความเครียด	*9000	งบฯหมวดใช้สอย		ตึกกฤษฎา
		กิจกรรม การพัฒนาทีม PTC							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		1. ประชุมชี้แจง นโยบายด้านยา ลงสู่การปฏิบัติ ในหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน ด้านยา	รพ.เกาะคา และ 13 รพ.สต.	รับทราบนโยบายด้านยา			ต.ค.-61	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.สลิล/ ภญ.วิรุณี
		2. ประชุมทีม	1 ครั้ง/เดือน		รายงานการประชุม			ต.ค.61-ก.ย.62	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.วิรุณี
		3.สรุปผลการดำเนินงาน One month one page	1 ครั้ง/เดือน		One page			ต.ค.61-ก.ย.62	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.วิรุณี
		4.เยี่ยมหน่วยงาน ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการด้านยา นโยบายความปลอดภัยด้านยา และมาตรการประหยัทยา	2 ครั้ง/ปี		รายงานการเยี่ยม			ม.ค.62 , พ.ค.62	ทีม PTC
		5.ประเมินผลการดำเนินงาน	2 ครั้ง/ปี		รายงานการประเมิน			ต.ค.61 , มี.ค.62	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.วิรุณี
		6. ประเมินตนเอง SA	2 ครั้ง/ปี		ตนเอง			พ.ย.61 , เม.ย.62	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.วิรุณี
		7. ประเมิน Overall scoring	1 ครั้ง / ปี		ผลการประเมิน Overall scoring			พ.ย.61 , เม.ย.62	พญ.พิมพ์ธนิศ/ภญ.วิรุณี
		8. ศึกษาดูงานระบบยา รพ.จอมทอง	1 ครั้ง / ปี		รายงานผลการศึกษาดูงาน	6,000.00	UC	ก.พ.-62	ทีม PTC
		9. สนับสนุนการขอรับการประเมินรับรองมาตรฐานสถานเภสัชกรรม	ส่งเอกสารการ รับรองก่อนการ ขอรับรอง HA		สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาลแจ้งผลการ เข้าประเมินมาตรฐานสภา เภสัชกรรม			ม.ค.-62	ภญ.สลิล/ภญ.วิรุณี
		10.จัดกิจกรรม หายห่วง ยาปลอดภัย พร้อมใช้ ไร้ Error							ทีม PTC
		11.พัฒนาระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นไปอย่างเพียงพอพร้อมใช้ เหมาะสม ปลอดภัย ไม่หมดอายุ	ทุกหน่วยงาน						ภญ.สลิล/ภญ.ชวนพิศ/ภญ.วิ รุณี/ภญ.นพมาศ/ภญ.เรือง ฤทัย
		11.1 ทบทวนบัญชียา รพ.	1 ครั้ง / ปี		มีบัญชียา รพ.เกาะคา			พ.ย.-61	ภญ.ชวนพิศ ภญ.วิรุณี ภญ.ณัฐกานต์
		11.2 ทบทวนบัญชียา รพ.สต.	1 ครั้ง/ปี		มีบัญชียา รพ.สต.			ธ.ค.-61	ภก.ภัคพล ภญ.ชัยยุภาณุช
		11.3 ทบทวนรายการยาที่สำรองในหน่วยงาน ทุก 6 เดือนเพื่อให้บริหารยาผู้ป่วย ปลอดภัย	2 ครั้ง/ปี		มีบัญชียาเป็นปัจจุบัน			ธ.ค.61 , มิ.ย.62	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
					ไม่พบอุบัติการณ์บริหาร ยาที่แพ้				ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
					ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึง ประสงค์จากการบริหารยา				ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
		11.4 ควบคุมกำกับ การเก็บ/การส่ง/ใช้ยา/การเบิกยา/การจ่ายยา/การบริหารยา เสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	ทุกวัน		ไม่พบอุบัติการณ์เบิก/การ เก็บ/การส่ง/ใช้ยา/การจ่าย ยา/การบริหารยา ส. วจ. ไม่เป็นตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภก.ภัคพล พรทิวา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		11.5 ควบคุมกำกับ การสั่งใช้ยา/การรับคำสั่งวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทยาเฉพาะทางยาrefer	ทุกวัน		ไม่พบอุบัติการณ์การเบิก/การเก็บ/การสั่งใช้ยา/การจ่ายยา/การบริหารยา ยส. วจ. ไม่เป็นตามแนวทางที่กำหนด			ต.ค.61-ก.ย.62	ภก.ภัคพล พรทิวา
		11.6 จัดซื้อจัดหาEmergency stock box /lock set	ER WARD OR		มีEmergency stock box /lock set	*8000	งบทวมค่าใช้จ่าย	ม.ค.-ก.พ.62	ภญ.สลิลา ภญ.วิรุณี
					ยาพร้อมใช้ ไม่เสื่อมสภาพ				
		11.7 เบิกยาทดแทนทุกวันตามแนวทางที่กำหนด	แลกเปลี่ยนยา		ยาเพียงพอ พร้อมใช้ ยาพร้อมใช้ ไม่เสื่อมสภาพ			ต.ค.61-ก.ย.62	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
		11.8 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบFIFO&EXPIRE ทุกวัน	ทุกวัน		ยาเพียงพอ พร้อมใช้			ต.ค.61-ก.ย.62	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
		11.9 บันทึกลูกหมึกผู้ยื่นที่เก็บยาทุกวัน กรณีตรวจพบปัญหา ปรับลุ่มหมึกตามแนวทาง	ทุกวัน		บันทึกลูกหมึกเป็นปัจจุบัน ไม่พบยาแช่เย็นเสื่อมสภาพ ในหน่วยบริการ			ต.ค.61-ก.ย.62	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
		11.10 ทบทวนข้อมูลวิชาการการเตรียมยา เก็บยาหลังผสม/เปิดใช้	1 ครั้ง / ปี		ไม่พบอุบัติการณ์การเตรียมบริหารยา ที่เกินกำหนดวัน เวลา ที่ระบุหมดอายุ			ธ.ค.-61	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		11.11 ระบุวันหมดอายุของยาหลังเปิดใช้ยาที่เปิดใช้หลายครั้ง (multiple dose) ทุกครั้ง	ทุกวัน		ไม่พบยาเสื่อมสภาพ			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		11.12 พัฒนาระบบติดตามยาหมดอายุ โดย Sticker สี ติดตามยาหมดอายุ	1 ครั้ง / ปี					ม.ค.62 - ก.ย.62	ภญ.ชวนพิศ ภญ.ณัฐกานต์
		11.13 กำหนดให้มีการตรวจสอบจากห้องยา	4 ครั้ง/ปี					พ.ย./ก.พ./พ.ค./ส.ค.	ภญ.นพมาศ ภญ.เรืองฤทัย
		11.14 พัฒนาระบบการบริหารจัดการวัคซีนและวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นให้ได้คุณภาพมาตรฐาน			วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นให้ได้คุณภาพมาตรฐาน			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ศัทธิตยา
		12.กิจกรรมเพิ่มการรายงานความคลาดเคลื่อน	ทุกหน่วยงาน						ภญ.เรืองฤทัย ภญ.นพมาศ
		12.1 กระตุ้นการรายงานความคลาดเคลื่อนยาโดยสาขาวิชาชีพ	ทุกวัน		รายงานความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้น			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย ภญ.นพมาศ
		12.2 พัฒนาระบบยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน	OPD ER OR WARD		ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในลดลง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		12.3 เผื่อระวัง LASA drugs							ภญ.เรืองฤทัย ภญ.นพมาศ
		12.4 กิจกรรมเชิงรางวัล LASA drugs						ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย ภญ.นพมาศ
		12.5 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ LASA drugs						ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย ภญ.นพมาศ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		13.กิจกรรม Medication Reconciliation	ทุกหน่วยงาน		Medication error ที่เกี่ยวข้องกับจากกระบวนการ Admissio Medication Reconciliation (AMR)			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		13.1 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง Admission Medication Reconciliation (AMR)	ทุกวัน					ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		13.2 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง Medication Reconciliation	ทุกวัน		ไม่พบ medication errorsระดับ E ขึ้นไป จากกระบวนการ Admission Medication Reconciliation (AMR)			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		13.3 ประชาสัมพันธ์รณรงค์ "ใส่ใจยาเดิม นำมาเดิทยาใหม่"	ทุกวัน		ปฏิบัติตามแนวทางมูลค่ายาคืน 80%ขึ้นไป			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		13.4 สรุปประวัติการใช้ยาล่าสุดในสมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคเรื้อรัง DM HT on WARFARIN ที่ไปรักษาที่รพ.อื่น รพสต.ทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนการรักษา	ทุกวัน		ผู้ป่วยได้รับการสรุปรายการยาก่อนส่งต่อรักษาที่รพ.อื่น รพสต.ทุกราย ทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนการรักษา			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.วิรุณี ภญ.ศัทธินิศา
		13.5 สรุปรายการยาผู้ป่วยในโรคเรื้อรังกลับบ้าน	ทุกครั้ง		ผู้ป่วยได้รับการสรุปรายการยาผู้ป่วยในกลับบ้านโรคเรื้อรังทุกราย			ต.ค.-61	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		14.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin และ เฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อำเภอกะลา	ทุกหน่วยงาน		ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยา รับคำสั่งใช้ยา จ่ายยา การบริหารยา ระดับรุนแรง G-I			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.วิรุณี ภญ.ศัทธินิศา ภญ.สุ
					อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง E ขึ้นไปจากการสั่งใช้ยา รับคำสั่งใช้ยา จ่ายยา การบริหารยา Warfarin ลดลง				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		14.1 พัฒนาเครือข่ายติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin	เครือข่ายรพช.		จำนวนเครือข่ายติดตาม เฝ้าระวังอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา Warfarin			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ศัทธยา
		14.2 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังการใช้ยาร่วมกับ warfarin	ทุกเดือน		สุ่มการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ศัทธยา
		14.3 จัดให้มีระบบ กระตุ้นเตือน เฝ้าระวัง การใช้ยา Warfarin	รพช./ รพสต. ทุกแห่ง					ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ศัทธยา
		14.4 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางคัดกรองแพทย์และการออกบัตรเฝ้าระวังการ แพทย์ที่รุนแรง	ทุกเดือน		สุ่มการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.วิรุณี ภญ.สุนิศา
		14.5 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง/เฝ้าระวังในกลุ่ม ผู้ป่วย G-6 PD	ทุกเดือน		สุ่มการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.วิรุณี ภญ.สุนิศา
		15.กิจกรรม SAFETY FROM HAD HDD	ทุกหน่วยงาน						ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		15.1 ทบทวนมาตรการในการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ครอบคลุมการสั่งใช้ของแพทย์ การ จัดเก็บ การจัดเตรียม จ่ายยา การบริหารยา และ เกณฑ์การรายงานแพทย์	1 ครั้ง/ปี		มีแนวทางติดตามการใช้ ยากลุ่มเสี่ยง HAD			ต.ค.-61	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		15.2 ติดตามการปฏิบัติตามแนวสร้างความปลอดภัยจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยง HAD ยาเฝ้าระวังพิเศษ HDD	ทุกเดือน ร่วมกับ ER WARD		ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา HAD			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		15.3 ทบทวน รายการที่ต้องเฝ้าระวังการใช้พิเศษ HDDกำหนดให้มี DRUG TIP ข้อ บ่งชี้ ขนาดยาวิธีการบริหารยา การติดตามเฝ้าระวังการเก็บรักษา การแก้ไขพิเศษ	1 ครั้ง/ปี		รายการที่ต้องเฝ้าระวังการ ใช้พิเศษ HDDมี DRUG TIPในหน่วยงานที่ใช้ยา และ ใน HOS-XP			พ.ย.-61	ภญ.เรืองฤทัย/ภญ.ณัฐณรี
		16.กิจกรรม Antibiotic Smart Use ; ASU ติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผล 3 โรค URI , AGI , แผลสะอาด (ตามแผน RDU)	ทุกหน่วยงาน						ภญ.นพมาศ , ภญ.สุนิศา , ณัฐรุจจา , Disease manager สาขาที่เกี่ยวข้อง
		16.1 ทบทวนแนวทาง Antibiotic Smart Use ; ASU 3 โรค URI , AGI , แผล สะอาด ร่วมกับทีม IC ER และ Disease anager	1 ครั้ง/ปี		การใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 3 กลุ่มโรค URI ≤ 20% , AD ≤ 20% , FTW ≤ 40%			ธ.ค.-61	ภญ.นพมาศ , ภญ.สุนิศา , ณัฐรุจจา , Disease manager สาขาที่เกี่ยวข้อง
		16.2 RDU WEEK ร่วมกับทีม IC	2 ครั้ง/ปี		จัดกิจกรรมตามเป้าหมาย			ม.ค.62 , พ.ค.62	ภญ.นพมาศ , ภญ.สุนิศา , ณัฐรุจจา , Disease manager สาขาที่เกี่ยวข้อง
		16.3 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ASU	ทุกเดือน		สุ่มการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.นพมาศ , ภญ.สุนิศา , ณัฐรุจจา , Disease manager สาขาที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต ผลลัพธ์	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบฯ		
		17.กิจกรรมติดตามประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม DUE	ทุกหน่วยงาน		ร้อยละความเหมาะสม การสั่งจ่าย DUE > 85%				ภญ.ณัฐณรี
		17.1 ปรับแบบฟอร์ม DUE จากหลายรายการเป็นแบบฟอร์มแผ่นเดียว			ปรับแบบฟอร์ม			ต.ค.-61	ภญ.ณัฐณรี
		17.2 ควบคุมกำกับการใช้ยาตามเงื่อนไข การประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม ยา 6 รายการ Cefixime cap. , Cefixime syr. , ClarithromycinColistin inj., Piperacillin 4 g + tazobactam 500 mg inj. Meropenam inj. , Vancomycin inj. tab. ,	ทุกวัน					ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ณัฐณรี
		17.3 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง DUE	ทุกเดือน		สุ่มการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.61-ก.ย.62	ภญ.ณัฐณรี
		18.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ทุกหน่วยงาน		ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2			ต.ค.61-ก.ย.62	พญ.พิมพ์ธนิด/ภญ.สลิลา/ ภญ.วิรุณี
		ติดตามกำกับการดำเนินงาน	ทุก 3 เดือน					ม.ค./เม.ย./ก.ค./ก.ย. 62	พญ.พิมพ์ธนิด/ภญ.สลิลา/ ภญ.วิรุณี
		วิเคราะห์ ประเมินผลตามตัวชี้วัด	ทุก 3 เดือน					ม.ค./เม.ย./ก.ค./ก.ย. 62	พญ.พิมพ์ธนิด/ภญ.สลิลา/ ภญ.วิรุณี
		สรุปผลการดำเนินงาน	ทุก 3 เดือน					ม.ค./เม.ย./ก.ค./ก.ย. 62	พญ.พิมพ์ธนิด/ภญ.สลิลา/ ภญ.วิรุณี
					รวมงบUC	314,100.00			