

แผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๖

ของ

โรงพยาบาลเกะคา

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ							รวมงบประมาณ	
			เงินบำรุงฯ			สตจ.	เขต1/สปสช	P&Pnpcu	ส.อยุรเวช		งบค่าเสื่อม66
			ม.ชื่อวัสดุ/ครุภัณฑ์	ม.จ้างเหมา	ม.ประชุม/อบรม						
1	030101	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย						280,200			280,200
2	030102	โครงการอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน						44,195			44,195
3	030103	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยรุ่นและทูปีนิมเบอร์วัน อำเภอเกาะคา						19,830			19,830
4	030104	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเกาะคา	282,776					270,000			552,776
5	030105	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา						191,250			191,250
	030106										
รวม ย.1 ทั้งหมด ...6..... โครงการ เป็นเงิน			282,776	0	0	0		535,475		0	1,088,251
1	030201	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Stroke อำเภอเกาะคา			12,000						12,000
2	030202	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ STEMI อำเภอเกาะคา									0
3	030203	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ CKD อำเภอเกาะคา		140,000	44,880						184,880
4	030204	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Trauma อำเภอเกาะคา	0		45,600	120,000					165,600
5	030205	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต อำเภอเกาะคา									0
6	030206	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ TB ความครอบคลุมคัดกรองวัณโรค			10,000			1,278,460			1,288,460
7	030207	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มะเร็ง						170,000			170,000
8	030208	โครงการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์									0
9	030209	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquire Sepsis									0
รวม ย.2 ทั้งหมด .....9..... โครงการ เป็นเงิน			0	140,000	112,480	120,000		1,448,460	0	0	1,820,940
1	030301	โครงการ HRD			2,604,600	120,000			6,000		2,730,600
2	030302	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทันตกรรม อำเภอเกาะคา			16,000						16,000
รวม ย.3 ทั้งหมด .....2..... โครงการ เป็นเงิน			0	0	2,620,600	120,000		0	6,000	0	2,746,600
1	030401	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอำเภอเกาะคา			32,704						32,704
รวม ย.4 ทั้งหมด .....1..... โครงการ เป็นเงิน			0	0	32,704	0		0	0	0	32,704
1	030501	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ EOC อำเภอเกาะคา	10,000		65,250						75,250
2	030502	โครงการ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย	40,000		5,000	600,000					645,000
3	030503	โครงการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก			7,180						7,180
4	030504	โครงการรณรงค์สร้างกระแสและปลูกจิตสำนึกการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด TO BE NUBER ONE อำเภอเกาะคา	157,800								157,800
5	030505	โครงการการวางแผนและประเมินผลควบคุมกำกับติดตามนิเทศ อำเภอเกาะคา			290,000						290,000
6	030506	โครงการพัฒนาระบบบริการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDUป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ			16,250						16,250
7	030507	โครงการพัฒนาระบบการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส อำเภอเกาะคา			14,000						14,000
8	030508	โครงการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในและการบริหารความเสี่ยง			24,800						24,800

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ						รวมงบประมาณ		
			เงินบำรุงฯ			สสจ.	เขต1/สปสข	P&Pnpcu		ส.อยุธยา	งบค่าเสื่อม66
9	030509	โครงการ...ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร อำเภอเกาะคา	4,550		1,950						6,500
10	030510	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทันตกรรม อำเภอเกาะคา									0
11	030511	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมGREEN & CLEAN Hospital อำเภอเกาะคา	48,000	15,000	5,000						68,000
12	030512	โครงการบริหารจัดการเวชระเบียนอย่างเหมาะสม			6,900						6,900
13	030513	โครงการห้องคลอดคุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย								400,000	400,000
14	030514	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA			281,610						281,610
15	030515	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเกาะคา (พชอ.)						12,000			12,000
16	030516	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ COPD Clinic คุณภาพอำเภอเกาะคา			8,000		6,000				14,000
17	030517	โครงการพัฒนาศักยภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อำเภอเกาะคา ปี 2566	428,500	120,000	30,500						579,000
18	030518	โครงการแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอสว) อำเภอเกาะคา ปี 2566			30,000						30,000
รวม งานประจำ ทั้งหมด .....17..... โครงการ เป็นเงิน			688,850	135,000	786,440	600,000	6,000	12,000	0	400,000	2,628,290
1	030601										0
	030602										0
รวม แก้ไขปัญหา ทั้งหมด .....โครงการ เป็นเงิน			0			0		0		0	0
รวมทั้งหมด .....34..... โครงการ เป็นเงินทั้งหมด			971,626	275,000	3,552,224	840,000	6,000	1,995,935	6,000	400,000	8,316,785

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ประเด็น กลุ่มวัยแม่และเด็ก แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดหลัก 1.ไม่มีมารดาตาย

2.อัตราการแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2750 กรัม ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดรอง 1.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

2.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

3.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

4.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100

5.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 20

6. อัตราตายทารกแรกเกิด ร้อยละ 0

7.ทารกแรกคลอดถึง ต่ำกว่า6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 60

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปีงบประมาณ 2565 มีหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ จำนวน 662ราย ในเขตอำเภอเกาะคา

306 รายคิดเป็นร้อยละ 46.22 นอกเขตอำเภอเกาะคาจำนวน 356 ราย

คิดเป็นร้อยละ 53.77 จากการคัดกรองพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 299 ราย คิดเป็นร้อยละ45.17

เสี่ยงทางอายุครรภ์ 106 รายคิดเป็นร้อยละ 33.11 เสี่ยงทางสูติกรรม 235 รายคิดเป็นร้อยละ 74.90

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ร้อยละ 75.72 ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 75.44 ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กร้อยละ 100

พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 17,28 จำนวนคลอด 607 ราย คลอดในเขตเกาะคา 291 ราย(47.94) รับส่งต่อจาก รพช.เครือข่าย 316 ราย (52.05%) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมร้อยละ 8.82

ทารกแรกคลอดถึง ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 72.56

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ร้อยละ 64 ของเด็ก 0-5 ปี สูงติสมส่วน

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยไม่เกิน ร้อยละ 9

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมไม่เกิน ร้อยละ 5

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 9

ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 113 เซนติเมตร เด็กหญิง 112 เซนติเมตร

2. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

ร้อยละ 25 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ

ร้อยละ 80 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEEDA4I

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปีงบประมาณ 2564 เด็ก 0-5 ปี สูงติสมส่วน ร้อยละ 48.3, 45.8, 42.56, 46.45

มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 14.6, 16.04, 17.14, 16.57 ผอม ร้อยละ 5.5, 7.48, 6.98, 7.39 อ้วน/เริ่มอ้วน ร้อยละ 17.06, 15.54, 18.73, 15.07

ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 107.09, 109.22, 112.60, 111.64 เด็กหญิง 107.82, 110.89, 111.61, 111.88

เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.62 (99.13, 98.34, 95.77, 84.10) เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 78.47

เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าร้อยละ 21.96 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 82.33

เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 ร้อยละ 100

เด็ก 0-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 84.43 (84.46, 82.46, 78.26, 71.64)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ
				จำนวน	แหล่งงบ	
1	รหัสโครงการ 030101					
	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย					
	ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus 2500 วัน					
	1. พัฒนา MCH Board อำเภอ					
	1.ประชุมคณะกรรมการMCH BORD ระดับอำเภอ	12ครั้ง	อ.เกาะคา			ต.ค65- ก.ย.66
	1.1 ทบทวนคณะกรรมการ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ	1ครั้ง	อ.เกาะคา			พย65
	1.2 คืบข้อมูล/ปัญหา /วิชาการ/case conference เวทีประชุม รพ.สต.	12ครั้ง	อ.เกาะคา			ต.ค65- ก.ย.66
	1.3 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา	12 ครั้ง	อ.เกาะคา			
	1.4 วางแผนพัฒนาระบบข้อมูล/ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		อ.เกาะคา			ต.ค65- ก.ย.66
	1.5 ประชุมติดตามการดำเนินงานคณะกรรมการ ประเมินผล สรุปผลการดำเนินงานMCH BORD ระดับอำเภอ	2ครั้ง	อ.เกาะคา			ธ.ค.65 มี.ย. 66
	1.6 ประชุม/อบรมให้ความรู้กำกับติดตามคณะกรรมการ MCH board รพ.สต.และ รพช.เครือข่าย	2ครั้ง/40 คน	อ.เกาะคา			มค65 ,สค65
	1.7 นิเทศติดตามการดำเนินงาน MCH ในรพ.สต. (บูรณาการกับการนิเทศ cup)	2ครั้ง	อ.เกาะคา			
	2. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับตำบล					
	1.ประชุม ประชุมชี้แจงโครงการให้ชุมชน ภาคีเครือข่าย อสม	1ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	2.เจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม.ดำเนินการออกสำรวจค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และรายที่ไม่เคยทราบมาก่อน	1ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	3.เจ้าหน้าที่ติดตามและส่งตัวเพื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด	4 ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	4.ติดตามให้อสม.คืบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ค้นหาได้ในเวทีประชุมอสม.	1 ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	5. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน	1ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	6.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่/หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คลินิกเอกชน และรายที่ไม่เคยทราบมาก่อน เพื่อการเฝ้าระวังและติดตาม	1ครั้ง/เดือน	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
	3. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์					

- ประชุมชี้แจง อสม.รับทราบแนวทางค้นหาหาเชิงรุกโดยภาคีเครือข่าย/อสม. ให้กับหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	อสม. 1,606 คน	อำเภอเกาะคา	75,000	NPCU	รค.65- กย.66
- จัดหาชุดดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ 300 คน		90,000	NPCU	รค.65- กย.66
- ส่งเสริม HL ในหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล					
- สร้างช่องทางในการให้ความรู้และคำปรึกษา ผ่านช่องทาง line group หญิง preg /นปค.เด็ก					
- จัดทำแนวทางการติดตามผลการดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่ แม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน และชุมชน					
- ดำเนินการติดตามตามแนวทางโดยทีม 3 หมอ					
- เยี่ยมติดตามประเมินความรู้หลังจากได้รับการฝากครรภ์ขณะ ตั้งครรภ์ครั้งแรก					
- จัดทำระบบส่งต่อ - หญิงตั้งครรภ์รับบริการ					
<b>4. ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์</b>	หญิงตั้งครรภ์200 คน	อำเภอเกาะคา	115,200	NPCU	รค.65- กย.66
1.รายละเอียดกิจกรรม	-ค่าBMI ต่ำ 40 คน				
- คัดกรองทะเบียนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์และ นน.ระหว่างตั้งครรภ์ไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	-นน.ระหว่างตั้งครรภ์ ไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์				
- จัดทำ Individual Care Plan	จำนวน 40 คน				
- ตั้งline group ANC รายรพ.สต.	-หญิงตั้งครรภ์ 24 สป.				
- ติดตามเยี่ยมประเมินภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2และ	ขึ้นไป				
<b>3 โดยทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง</b>					
- ติดตามเยี่ยมประเมินภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2และ3 โดยอสม. อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง					
<b>5.พัฒนาระบบบริการ ANC</b>					
<b>1. บริการ ANC Premium.ในรพ.</b>					
1.1คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.ในสถานบริการภาครัฐ/เอกชน	รพ.เกาะคา		-	ต.ค65- ก.ย.66
- screening risk 18 ข้อ ในสมุดสีชมพู		และรพ.สต.			
- คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า, suicide 5 ครั้ง					
1.2.จัดลำดับความรุนแรงตามความเสี่ยง					
: low risk /medium , risk/high risk					
และวางแผนการดูแล /ส่งต่อ รพ.สต.					
1.3 ตรวจ U/A 2 ครั้ง คัดกรองการติดเชื้อ					

ป้องกัน Preterm					
- ครั้งที่ 1 = ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ - 24 สัปดาห์					
- ครั้งที่ 2 = อายุครรภ์ 32 สัปดาห์					
1.4 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
- ครั้งที่1เมื่อแรกรับกลุ่มเลือด ABO, Rh, Hb/Hct, CBC,					
VDRL, Thalassemia screening(ตรวจยืนยันเมื่อมีผลผิดปกติ) และ Anti HIV					
- ครั้งที่ 2 ตรวจHct, VDRL, Anti HIV และตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะทุกครั้งที่มาฝากครรภ์					
- ตรวจ Hb Typing เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมถ้าผลตรวจ Thalassemia ผิดปกติ					
- ส่งต่อถ้าทารกในครรภ์เสี่ยงโรค Thalassemia หรือDown syndrome					
1.5 Ultrasound 2 ครั้ง					
- ครั้งที่ 1 = ANC ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์-24 สัปดาห์)					
ประเมินอายุครรภ์ และวัด Cervical length ถ้า<2.5 cm..					
ให้ยากกลุ่ม Progesterone ป้องกัน Preterm Labour					
- ครั้งที่ 2 = อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์					
1.6 นักโภชนาการประเมินBMI/พฤติกรรมโภชนาการหรือการบริโภคอาหารหญิงมีครรภ์ ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ สามมีและญาติเรื่องภาวะโภชนาการที่	หญิงตั้งครรภ์/สามี/ญาติทุก				
1.7 เฝ้าระวังติดตามน้ำหนักโดยสอน/สาธิต ให้หญิงตั้งครรภ์ลงบันทึก และการประเมินผลน้ำหนัก (Vallop Curve) เพื่อให้มีภาวะโภชนาการ	"				
1.8 สอนสาธิตอาหารหญิงตั้งครรภ์โดยนักโภชนาการ	"				
1.9 ประเมิน/สอนการนับเด็กดิ้นและการบันทึกในสมุดฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป	"				
1.10หญิงตั้งครรภ์Low riskพบแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง กลุ่ม High risk พบแพทย์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	"				
1.11ให้วัคซีน dT ครบ 3 ครั้งถ้าไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับไม่เกิน 10 ปี กรณีได้รับdTมา 2 ครั้งแต่ไม่เกิน 5 ปีให้เพิ่ม 1 เข็ม	หญิงตั้งครรภ์				
1.12ให้ยา Folic acid 1*1 , Iodine Tab 1*1 ในไตรมาสแรกหรือมีอาการแพ้ท้อง ไตรมาสที่2ให้ Triferdine1*1 /ประเมินการรับประทาน	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1ครั้ง/				
1.13สอนการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPMในหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1ครั้ง/				
1.13 เมื่อตรวจพบHct<33% ให้ยาธาตุเหล็กเพิ่มเพื่อการรักษา	หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบทุก				
1.14 ตรวจสุขภาพช่องปากทุกราย โดยทันตภิบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/ฝึกแปรงฟัน	หญิงตั้งครรภ์				
1.15 วางแผน Individual care plan หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงทุกราย				
- High risk : GDM / hypothyroid /Chronic hypertension/PIH					
- moderate risk : Twin, IUGR,HIV infection, Preterm					
- วางแผนการดูแลติดตามร่วมกับสูติแพทย์					
- ส่งคืนข้อมูลและ Individual care plan ให้ รพสต.	1ครั้ง/สัปดาห์				

2. การป้องกันภาวะโลหิตจาง					
- คัดกรองโรคเลือดจางธาลัสซีเมียและภาวะซีด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	-	ต.ค64- ก.ย.65	
- ให้อาหารเม็ด โฟลิก ธาตุเหล็ก ไอโอดีน ตามเกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย				
- จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสมโดยนักโภชนาการ	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย				
- ติดตามความเข้มข้นของเลือด(Hct)หลังให้ยา	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย				
3. การป้องกันทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2750 กรัม					
- ประเมินดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	-	ต.ค64- ก.ย.65	
- พบสูติแพทย์ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์	"				
- จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสม โดยนักโภชนาการ	"				
- จัดทำ Individul care plan หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง preterm	"				
- ทำ couple counselling หญิงตั้งครรภ์และญาติ	"				
- ให้ความรู้และแนะนำเมนูอาหารเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่ 2	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ทารกใน	รพ.เกาะคา		ต.ค64- ก.ย.65	
- ส่งต่อ Individul care plan ให้เจ้าหน้าที่รพสต.ดูแลติดตามเยี่ยมทาง line และ COC					
- เจ้าหน้าที่รพสต.ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	1 ครั้ง/สัปดาห์				
- กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม	ทุกวันจันทร์				
Individul care plan					
4. การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	-	ต.ค64- ก.ย.65	
- ประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	"				
- พบสูติแพทย์เพื่อ Ultrasound ;วัด Cervical length	"				
- ให้อาหาร Progesterone ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์	"				
- ทำ couple counselling หญิงตั้งครรภ์และญาติ	"				
- ส่งต่อ Individul care plan เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพสต.ดูแลติดตามเยี่ยมทาง line และ COC					
- เจ้าหน้าที่รพสต.ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	1 ครั้ง/สัปดาห์			ต.ค64- ก.ย.65	
- กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม Individul care plan	ทุกวันจันทร์			ต.ค64- ก.ย.65	



5. ห้องคลอดคุณภาพ					
1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และพัฒนาตามส่วนขาดที่ประเมินได้	12 ครั้ง	ห้องคลอด			ต.ค-พ.ย65
2.พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะวิกฤติในระยะคลอด					
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติในระยะคลอด -ประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทางดูแล	1 ครั้ง	ห้องคลอด			ต.ค- ธค 65
-ซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม	2 ครั้ง	ER /OR/ANC/ศูนย์เปล/กุมารเวชกรรม		-	มี.ค.65 / ก.ค.65
3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลเครือข่าย					
-เป็นแหล่งฝึกการทำคลอด พยาบาลห้องคลอดจำนวน 5วัน/คน/ปี	รพ เครือข่าย	รพ.เกาะคา		-	ต.ค65- ก.ย.66
6. เพิ่มคุณภาพการดูแลหลังคลอดในแม่กลุ่มเสี่ยง					
ระบบการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด					
-ให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาเชิงสังคมเพื่อพิจารณาการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพหลังคลอดในกลุ่มติดสารเสพติด กลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึง	ทุกราย	ANC/ห้องคลอด/ห้องให้			ต.ค65- ก.ย.66
5.ระบบการนิเทศติดตามและการควบคุมกำกับ					
-รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจากทีม รพ.ลำปาง	ปีละ 1 ครั้ง	ANC /LR/ PP/ WCC			ต.ค64-ธ.ค.65
2.2 การคุมกำเนิดหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ * โรคทางอายุรกรรมที่สำคัญที่จังหวัดกำหนด/มุ่งเน้น มีดังนี้ DM ,HT ,SLE ,					
1. โรคที่คุมเข้มการคุมกำเนิดไม่ควรตั้งครรภ์ เช่น SLE, Rheumatic heart disease, ITP, IDDM, On warfarin					
2. โรคทางอายุรกรรม เช่น heart disease, Thyrotoxicosis, DM, HT, HIV, ภูมิแพ้ตัวเอง, โลหิตจาง					
3.กลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาทางสังคม เช่น Drug Abuse, Unwanted-Preg					
2.2.1 โรงพยาบาลคลินิก NCD,อายุรกรรม คัดกรองประวัติ LMP และการคุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
2.2.2 กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายพิจารณายาฝังคุมกำเนิด	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50 ปีทุกร	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
2.2.3 อสม.ประชาสัมพันธ์โดยให้ชุดข้อมูลให้คำแนะนำวางแผนการตั้งครรภ์และคุมกำเนิด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	SNPCU			ต.ค64- ก.ย.65
2.3 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์หญิงอายุ 15-35 ปีและ	คูสามีภรรยาทั้งคู่	อ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65
- จัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์					
-จัดบริการให้คำปรึกษาแก่คูสามีภรรยาเพื่อเตรียมความพร้อม					
-ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย เลิกพฤติกรรมเสี่ยง งดการใชยาที่มีผลต่อการตั้งครรภ์					
<b>พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มเด็กปฐมวัย</b>					
7. ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย					
1. เด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
1.1 จัดทำทะเบียนเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบและปรับปรุง	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา			ต.ค.65 - ก.ย.66
ให้เป็นปัจจุบันเสมอ (ปรับปรุงฐานข้อมูลและระบบการบันทึกข้อมูล)					
1.2 สํารวจข้อมูลพื้นฐานกลุ่มเป้าหมายเด็ก 0-5 ปี	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา			

การเลี้ยงดู ผู้ดูแล ภาวะโภชนาการ สภาพแวดล้อม					
1.3 เฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา			
ตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง ปีละ 4 ครั้ง (ทุก 3 เดือน)					
โดยให้ความสำคัญกับมาตรฐานของเครื่องชั่งน้ำหนัก					
ที่วัดส่วนสูง และคุณภาพวิธีการชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูง					
1.4 อธิบายให้ผู้เลี้ยงดูทราบถึงภาวะโภชนาการเด็กเป็นอย่างไร	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา			
เมื่อเทียบกับภาวะโภชนาการที่ผ่านมา เพื่อประเมิน เฝ้าระวัง และ					
แก้ไขปัญหาโภชนาการในทิศทางที่ถูกต้อง					

1.5 สนับสนุนการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา		
1.6 จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเสี่ยงภาวะโภชนาการ Screening/ดูแล	เด็ก 0-5 ปี	อ.เกาะคา		
กลุ่มสีเขียว ตามเกณฑ์ / ผู้ปกครอง				
กลุ่มสีเหลือง ท้วม / อสม.				
กลุ่มสีส้ม ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างน้อย เริ่มอ้วน / มอค.				
กลุ่มสีแดง เตี้ย ผอม อ้วน / ทีม FCT, โรงพยาบาล				
1.7 ให้การดูแลตามโดยแบ่งเด็กตาม Setting การดูแล	ร้อยละ 5.5, 7.48, 6.98,	5NPCU/รพ.เกาะคา		
เด็ก 0-5 ปี ดูแลที่บ้านโดยผู้เลี้ยงดู ติดตามและดูแลใน WCC	7.39			
เด็ก 3-5 ปี ดูแลที่บ้านร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก Smatr	เริ่มอ้วน/อ้วน 180, 218,			
Healthy Program (อาหาร นอนกลับ ออกกำลังกาย)	212, 151			
แนะนำ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดู และครูที่เลี้ยงใน ศพด., อสม.	ร้อยละ 17.06, 15.54,			
- 4D Plus : Diet, Developoe & Play, Dental, Disease	18.73, 15.07			
- Triple P : Preschool, Paranting, Program				
(ส่งเสริมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดย				
ครอบครัวมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรม กอด เล่า เล่น วาด				
สร้างสมาธิและสร้างวินัย)				
1.8 จัดทำ Pakage ดูแลตามความเสี่ยง		รพ.สต./รพ.เกาะคา		
(มี Guide line เด็ก เตี้ย ผอม อ้วน)				
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการให้นมแม่				
ต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปี สนับสนุนเมนูอาหารเด็ก เมนูอาหารใน ศพด.				
รพ.สต./ศพด.เสนอโครงการเพิ่มนม 2 กลอง ไข่ 1 ฟอง กับท้องถิ่น				
รพ.สต./ศพด.เสนอโครงการกิจกรรมทางกาย และการนอน กับท้องถิ่น				
1.9 ติดตามเด็กตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง		รพ.สต./รพ.เกาะคา		
1.10 ติดตาม นิเทศ		สสอ./รพ.เกาะคา		
1.11 สรุปการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพตามข้อมูลที่สำรวจ		รพ.สต./รพ.เกาะคา		
1.12 ทบทวนรูปแบบกิจกรรม		รพ.สต./รพ.เกาะคา		
8. เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย				
2.1 จัดทำทะเบียนเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบและปรับปรุง	เด็ก 0-5 ปี ในอำเภอเกาะคา	รพ.สต./รพ.เกาะคา		
ให้เป็นปัจจุบันเสมอ (ปรับปรุงฐานข้อมูลและระบบการบันทึกข้อมูล)	เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย			

ติดตามเด็กกลุ่ม Screening เพื่อประเมินพัฒนาการรายเดือน	ร้อยละ 90				
2.1 ส่งเสริมการใช้เครื่องมือ DSPM ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์(ไตรมาส 3)		คลินิกANC,หลังคลอด			
หญิงหลังคลอด ผู้เลี้ยงดู อสม. ครู / พี่เลี้ยง ศพด.		รพ.สต./รพ.เกาะคา			
2.2 ประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตามช่วงอายุ Screening	ร้อยละ 90	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
(9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ในช่วงเวลาที่กำหนดให้ทันทั่วทั้ง					
2.2 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการส่งเสริม กระตุ้น	ร้อยละ 25	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
พัฒนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม ด้วย DSPM, DAIM					

2.3 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามหลังกระตุ้น	ร้อยละ 90	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
พัฒนาการภายใน 30 วัน และส่งต่อ โดย มอค.					
2.4 ชั้นทะเบียนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ส่งติดตามเยี่ยมผ่าน COC	ร้อยละ 100	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
2.5 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 80	รพ.เกาะคา			
2.6 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการรักษา การส่งต่อเพื่อรักษา					
ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ด้วยนักกิจกรรมบำบัด กุมารแพทย์					
2.7 โครงการดูแลเด็กป่วย เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ในพื้นที่ใกล้บ้าน	เด็กพัฒนาการล่าช้า	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
โดยนักกิจกรรมบำบัด, แพทย์ชุมชน	เด็กป่วย				
2.8 ติดตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่		รพ.สต./รพ.เกาะคา			
ตรวจสอบข้อมูล HDC ทุก 1 สัปดาห์					
คืนข้อมูลทางไลน์ทุกวันศุกร์					
รพ.สต.รายงานการประเมินพัฒนาการเด็กผ่านแบบฟอร์มการใช้ DSPM ของ สสจ. ทุก 1 เดือน					
9. ให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ					
3.1 ประเมิน/เฝ้าระวัง/ติดตามภาวะโภชนาการ สอนผู้ปกครอง	เด็กที่มาใช้บริการคลินิกWCC	รพ.สต./รพ.เกาะคา			
บันทึกกราฟโภชนาการ แปรผล กราฟโภชนาการ เพื่อติดตามการ					
เจริญเติบโต และเพื่อ ส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภค					
โดยพยาบาลและนักโภชนาการ					
3.2 ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/DIAM					
3.3 สอน/สาธิตการประเมินพัฒนาการตามวัยตามคู่มือDSPM/DAIM					
3.4 สอน/สาธิตอาหารที่เหมาะสมตามวัยให้ผู้ปกครอง					
ส่งเสริม Exclusive Breast Feeding สนับสนุนเมนูอาหาร					
3.5 ตรวจช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ แนะนำ การดูแลช่องปาก					
การแปรงฟัน โดยทันตภิบาลทุกราย					
3.6 พบกุมารแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ					
3.7 อายุ 6 เดือนตรวจ Hct, อายุ 4 ปี วัด BP และตรวจ U/A					
3.8 ให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปทุกราย					
3.9 ให้อาหารเสริมตามเกณฑ์อายุ / ให้อาหารเสริมในเด็กที่รับวัคซีนล่าช้า					
3.10 นัดรับบริการวัคซีนครั้งต่อไปและนัดพัฒนาการซ้ำ 1 เดือน					
ในรายที่สงสัยล่าช้า					

3.11	ส่งพบนักกิจกรรมบำบัดประเมินในกรณีตรวจพบพัฒนาการ					
	ล่าช้า/ส่งพบกุมารแพทย์เพื่อประเมินโรคทางกาย					
3.12	ส่งต่อรพศ.เพื่อประเมินโรคทางกาย					
3.13	ส่งต่อรพศ./รพ.เวชชาธิกร์ กระตุ้นพัฒนาการ					
3.14	จัดระบบการส่งต่อ/ติดตามเยี่ยม ดูแลเด็กทาง Line /					
	/ศูนย์COC/ เว็บไซต์ การส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ					

10. การบริหารจัดการข้อมูล					
4.1 ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลในระบบ JHCIS ,HosXP			รพ.สต./รพ.เกาะคา		
ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา					
4.2 ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานรพ.สต. / PM			รพ.สต./รพ.เกาะคา		
4.3 มีแผนลงสู่มัก้ากับติดตามคุณภาพการคัดกรองพัฒนาการในทุก			รพ.สต./รพ.เกาะคา		
สถานบริการ โดยทีมอำเภอ					
4.4 ประชุมผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย เพื่อติดตามปัญหาและการ			รพ.สต./รพ.เกาะคา		
ดำเนินงาน ข้อมูลเด็กที่ต้องบันทึกและส่งต่อข้อมูล ระดับอำเภอ					
โดยบูรณาการร่วมกับการประชุมงานอนามัยรดา					

งบNCPU	280,200
งบUCหมวดซื้อ/จ้าง/อื่นๆ	
งบUCหมวดประชุม/อบรม	
งบ สสจ	
งบสปสช	
รวมทั้งหมด	280,200

คปอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : กลุ่มปฐมวัย แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ร้อยละ 100 ของโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน "อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน"
- ร้อยละ 100 ของร้านค้ารอบรั้วโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปี 2565 เด็ก 6-14 ปี มีภาวะสูงตีสมาส่วน ร้อยละ 47.74 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนพบร้อยละ 19.67 เกินเป้าหมายที่กำหนด

ซึ่งในปัจจุบันพบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมภายในและบริเวณรอบๆ โรงเรียน บริโภคของเด็ก

เป็นหนึ่งในสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็ก และ ด้านกรมอนามัย สํารวจพบเด็กเล็กเกือบ 50 % ดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว เด็กวัยเรียนและ

วัยรุ่นประมาณ 1 ใน 3 คน กินขนมกรุบกรอบทุกวัน และมากกว่าครึ่งหนึ่งดื่มน้ำอัดลม 1-3 วันต่อสัปดาห์ และเกือบ 15 % ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน"

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	<p>รหัสโครงการ 030102</p> <p>โครงการอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน</p> <p>รายละเอียดกิจกรรม</p>	5 NPCU	ร้านค้า/แผงลอย				
	<p>1.ทบทวน/แต่งตั้ง คณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับตำบล</p> <p>ประชุมคณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ คณะทำงาน 2 ครั้งต่อปี หรือเทอม ละ 1 ครั้ง</p>	<p>รพ.สต. 13</p> <p>ครุ 23 อปท. 10</p> <p>เภสัช 1</p> <p>ทันต. 5</p> <p>รวม 52 คน</p>	<p>สองแควใต้</p> <p>ศาลากลาง</p> <p>วังพร้าว</p> <p>ไพล่หิน</p> <p>บ้านจู้ด</p>			ค.ค 65	แสงจันทร์
	<p>2 ชี้แจงการดำเนินงานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน แก่ผู้รับผิดชอบงาน</p> <p>- เกณฑ์โรงเรียนอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน</p> <p>- สํารวจเป้าหมายในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน</p> <p>- จัดทำทะเบียนโรงเรียน/ร้านค้า/แผงจำหน่ายอาหาร รอบรั้วโรงเรียน</p> <p>- กำกับติดตามรายงานผ่านแบบฟอร์ม ทุกเดือน</p> <p>- ชี้แจงการจัดทำข้อตกลง (MOU) คณะกรรมการผู้ปกครอง,ผู้ประกอบการและแกนนำนักเรียน</p>	จนท.ที่เกี่ยวข้อง	<p>รพ.....</p> <p>รพ.สต.ทุกแห่ง</p>				



	3.ชี้แจงการดำเนินงานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน แก่โรงเรียนทุกแห่ง ในอำเภอสกลปราบ และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ	-โรงเรียนทุกแห่งในอำเภอ จำนวน..... แห่ง	โรงเรียนทุกแห่งในอำเภอ จำนวน..... แห่ง				
	- เกณฑ์โรงเรียนอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน	-ร้านค้า,ร้านชำ,แผงลอย					
	- จัดทำนโยบายอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียนและประกาศในชุมชน	ระยะ 100 เมตรรอบรั้วโรงเรียน					
	3. กำหนดนโยบายอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน					ต.ค 65	
	4.ประชุมคณะทำงาน 2ครั้ง/ปี						
	-นำเข้าเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กกลุ่มวัยเรียนใน พขอ.						

5.สำรวจ และจัดทำทะเบียน โรงเรียน/ร้านค้า/แผงจำหน่ายอาหาร/ร้านเครื่องดื่ม/แผงลอย รอบรั้วโรงเรียน	ผู้ประกอบการ ร้อยละ100	5 NPCU สองแถวใต้ ศาลากลางลาน วังพร้าว			ครั้งที่ 1 ต.ค.65 ครั้งที่ 2 มิ.ย.66	5 NPCU
5.จัดทำทะเบียน โรงเรียน/ร้านค้า/แผงจำหน่ายอาหาร/ร้านเครื่องดื่ม/แผงลอย รอบรั้วโรงเรียน	ระบุจำนวนเป้าหมาย.....				พ.ย 65	
สนับสนุนป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ แก่เป้าหมาย	5 แห่ง	5 NPCU	2,500	5 NPCU		
4.สำรวจโรงเรียนเป้าหมาย โรงเรียน/ร้านค้า/แผงจำหน่ายอาหาร/ร้านเครื่องดื่ม/แผงลอย รอบรั้วโรงเรียน					พ.ย 65	
6.จัดหาอุปกรณ์ชุดทดสอบ	เป้าหมายทุกแห่งรอบรั้วโรงเรียน					
	3 ตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง					
6.1 ทดสอบสารปนเปื้อนอาหาร บอแรกซ์			1,294.70	5 NPCU	ต.ค 65	
6.2 ทดสอบสารปนเปื้อนอาหารโพลาไร			8,500	5 NPCU		
6.3 ทดสอบ S-I2	เป้าหมายทุกแห่งรอบรั้วโรงเรียน					
6.4 ชุดทดสอบ อ 11						
อุปกรณ์ละ 1 ชุด อุปกรณ์ชุดละ 500 บาท	5 ชุด		2,500	5 NPCU		
ชุดทดสอบตัวอย่างละ 15 บาท ตรวจร้อยละ	100 ชุดทดสอบ	5 NPCU สองแถวใต้ ศาลากลางลาน วังพร้าว โหลหิน บ้านจูด	1,500	5 NPCU		
	100 ชุดทดสอบ		1,500	5 NPCU		
	100 ชุดทดสอบ		1,500	5 NPCU		
	100 ชุดทดสอบ		1,500	5 NPCU		
			7,500	5 NPCU		
6.4 salt meter เครื่องวัดความเค็มพร้อมใช้ทุก รทสค.	12 เครื่อง		2,400	5 NPCU		
6.5 เครื่องวัดความหวาน	12 ชุด		12,000	5 NPCU		
-จัดทำป้ายอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียนตามไฟล์ต้นฉบับของจังหวัด						
8.ตรวจประเมินร้านค้า/แผงจำหน่ายอาหาร รอบรั้วโรงเรียนตามเกณฑ์ฯ ทุกแผง/ร้าน(ตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านเกณฑ์ติดต่อกัน 3 เดือน และตรวจซ้ำเทอมละ 1 ครั้ง)						
(ตรวจสารปนเปื้อน หวาน เค็ม/ตรวจฉลากอาหารแปรรูป เน้น เลขสารบบอาหาร วันหมดอายุ/ตรวจสุขาภิบาลอาหาร (เน้นประเด็นการปกปิดอาหาร การแต่งกาย ไม่ใช่มือหยิบจับอาหาร ไม่ใช่โฟม)						
8.1 ตรวจประเมินร้านค้า แผงจำหน่ายอาหาร รอบรั้วโรงเรียน ครั้งที่ 1					ธ.ค.-65	
8.2 ตรวจประเมินร้านค้า แผงจำหน่ายอาหาร รอบรั้วโรงเรียน ครั้งที่ 2					ม.ค.-66	
8.3 ตรวจประเมินร้านค้า แผงจำหน่ายอาหาร รอบรั้วโรงเรียน ครั้งที่ 3					ก.พ.-66	
9.ตรวจรับรองตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมมอบป้าย					ก.พ.66-ส.ค.66	
10.ตรวจติดตามหลังจากได้รับป้าย (ภาคเรียนละ 1 ครั้งต่อราย)					มิ.ย.66-ส.ค.66	

11.จัดส่งรายงานผลการตรวจ ภายในทุกวันที่ 25 ของเดือน						จ.ค.65-ส.ค.66	-
2. กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน							
1.1. เภมอายุ 6-14 ปีทุกเกณฑ์การวัดส่วนสูงและชนหนักบดละเอียด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 พ.ค.-ก.ค. หรือที่ 2 ต.ค.-ม.ค. - โดยมอค และคุณครู เครื่องชั่งและวัดส่วนสูงเครื่องที่ได้รับการทดสอบความเที่ยงตรง และเป็นเครื่องชั่งหรือมัลติยาล	เด็กอายุ 6-14 ปีทั้งหมดจำนวน 3123 คน	5 NPCU สองแควใต้ ศาลาดงลาน วังพร้าว โหลหิน บ้านจู้ด				พค -กค.65,ตค -มค 2566	แหล่งจันท 5 NPCU
1.2. คัดกรองObesity sign เด็กที่มีภาวะอ้วนได้รับ โดยมอค						พค -กค.65,ตค -มค 2566	
1.2.1 เด็กอ้วนเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย							
1.2.2 เด็กอ้วนควบคุมการบริโภค แป้งและน้ำตาล							
1.3. ลงข้อมูลภาวะโภชนาการในHos Xp , JHCIS ครั้งที่ 1 ก่อน 15 ส.ค. ครั้งที่ 2 ก่อน 15 ก.พ.							
1.4 ทำทะเบียนเด็ก อ้วน ผอม เตี้ย						ตค.2565	
1.5 วิเคราะห์ข้อมูลเด็ก อ้วน ผอม เตี้ย						ตค.-พย.2565	
2. ป้องกันแก้ไขปัญหาโภชนาการนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียน							
2.1 คินข้อมูลและร่วมวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับ 5 NPCU						ตค66	
2.2 คินข้อมูลให้ชุมชน โดยผ่านคณะกรรมการ พขอ.						ตค.2565	
2.2 มอค คินข้อมูลให้ โรงเรียน						ตค-พย2565	
2.3 มอค.คินข้อมูลให้ อสม. เพื่อขอความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ปกครองใน กระบวนการจัดการปัญหาน้ำหนักเด็กทุกโภชนาการ/เด็กอ้วน						ตค.พย2565	
2.4 มอค ทำcare plan ร่วมกับครูอนามัย ในเด็กมีปัญหภาวะโภชนาการ	ร้อยละ100 ของ	โรงเรียน				ธค.2565	
one page ให้ความรู้ โภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียน 6-14 ปี	เด็กอ้วน/ผอมและเตี้ย	5 NPCU					
แบบติดตาม(นม2กล่อง ไข่ 1 ฟอง)ด้วยตัวเอง/ผู้ปกครอง							
ติดตามน้ำหนัก ส่วนสูง/พฤติกรรมบริโภค ไข่1ฟองนม2กล่อง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว เด็กทุก 1 เดือน 3 ครั้ง	ทุก 1 เดือน / 3 ครั้ง						

	2.5 ออกเยี่ยมโรงเรียนเพื่อส่งเสริมให้รร.มีเมนูอาหารสำหรับเด็กเล็ก - เด็กที่มีน.น้อย						
	1.ประชุมผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายและครูอนามัยโรงเรียน(บูรณาการร่วมกับโรงเรียน)	23 รร.				พย.2565-กค02566	
	ให้เน้นอาหารที่เพิ่มพลังงานเพิ่มอาหารที่โปรตีนที่มีคุณภาพ (นม2กล่อง ไข่ 1 ฟอง)						
	เด็กเล็ก ให้มีการเลือกอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่นนมวันละ 2 กล่อง						
	/ กระตุ้นการออกกำลังกายทุกวันๆละ 60 นาที (สะสม) เน้นการ						
	กระแทกข้อต่อ /นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 8 ชม.						
	โดยเข้านอนก่อน 4 ทุ่ม.(กระตุ้นGrowth hormone) /เน้นกินอาหาร						
	หลากหลายครบ 5 หมู่ ( ผักที่มีแคลเซียม )						
	- เด็กอ้วน/เริ่มอ้วน						
	2.6 เด็กอ้วนที่พบ obesity sign ส่งพบแพทย์ NPCU	ร้อยละ100ของเด็กที่พบobesity sign	5NPCU			ตค.2565-กย2566	
	3.ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ						

3.1 การให้วัคซีนในเด็กป.MMR ที่ไม่ได้เข็ม2	นร.ป1 จำนวน 20 รร.				กค.2566	
3.2 ให้บริการวัคซีน dT ในเด็กนร.ป6	นร.ป6จำนวน 20 รร				กค.2566	
3.3 ให้บริการวัคซีนHPV ในเด็กนร.หญิง ป.5	นร.ป5 จำนวน 20 รร				กค.2566	
3.4 ให้บริการ จ่าย ยาเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6-14 ปี สัปดาห์ละ 1 เม็ด	นร.ป1-6 จำนวน 20 รร				ตค-กย2566	
3.5 เจาะหาค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเด็ก ป. 1 ทุกราย					ตค-กย.66	
3.6 หากพบHCT <35 % ให้ยา เสริมธาตุเหล็กกินทุกวัน ครบ 1 เดือนเจาะHCT ซ้ำ	นร.ป1 จำนวน 20 รร				กค.66	
กรณีเด็กที่พบภาวะโลหิตจาง (HCT) ต่ำกว่า 35 % ( 6-14 ปี )ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยผลและส่งต่อรักษา ต่อเนื่อง						
4.มีการดำเนินงานอนามัยวัยเรียน แบบบูรณาการร่วมกับกการทันตกรรม นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา	20 รร	5NPCU			ตค 65 - กย 66	
ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน						
1 ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน						
1.1 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น	20 รร.					
1.2 เน้นคุณภาพเคลือบหลุมร่องฟันกร มแห่งชาติ 1และ2 ในเด็ก ป.1 - ป.6 ตาม (reunited) และ ตรวจสอบการยึดติดทุกภาคเรียน (ทุกสถานบริการทบทวนกระบวนการเคลือบหลุมร่องฟันและ บันทึกข้อมูลพร้อมส่งแจ้งระดับจังหวัด Y2566/ซ้ำ)					ต.ค.65- ก.ย.66	
1.3 ผลักดันให้เกิดกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน	20 รร.				ต.ค.65- ก.ย.66	
- พัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการโรงเรียนอ่อนหวานปลอดภัยลด ละ เลิก อบ ร						
- กิจกรรมแปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน						
- เน้นกิจกรรมแปร่งฟันก่อนนอน ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม						
- ฝึกเด็กนักเรียนใช้วิธีการแปร่งฟันแบบแปร่งแห้ง						
- สนับสนุนให้นักเรียนใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟัน						

1.4 งานข้อมูล: ตรวจสอบสภาพช่องปากและสำรวจพฤติกรรมเด็กป.6 และบันทึกข้อมูลผ่านระบบข้อมูลของสถานบริการ						1มิ.ย.-15ก.ค.66	
1.5 ดำเนินกิจกรรมปรับปรุงทัศนภาพทุกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ และคัดเลือกโรงเรียนเข้าร่วมประกวดกิจกรรมปรับปรุงทัศนภาพระดับจังหวัด	เด็กนักเรียน ชั้น ป4 - ป6 จำนวน 238 คน	5NFCU				ต.ค.65	
- ร่วมกับโรงเรียนจัดกระบวนการให้นักเรียนแปร่งฟันเป็น(แปร่งฟันสะอาด) ทั้งถึงอย่างสม่ำเสมอ ด้วยตัวเอง) และสอนให้นักเรียนสามารถใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกต้อง							
- จัดหาอุปกรณ์การแปร่งฟัน ใหม่ขัดฟัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก							
- จัดกิจกรรมฐานความรู้ทางทันตสุขภาพให้ครูอนามัย และผู้นำนักเรียน							
1.6 สำรวจกิจกรรมทันตสุขภาพในรร.ทุกแห่ง และสำรวจพฤติกรรมบริโภคและการแปร่งฟัน(รายงานทส.02)						1มิ.ย.-15ก.ค.66	
					0		

งบNFCU	44,194.7
งบUCหมวดซื้อ/จ้างอื่นๆ	
งบUCหมวดประชุม/อบรม	
งบ สสง	
งบสปสข	
รวมทั้งหมด	44,194.7

หมายเหตุ อาหารปลอดภัยในโรงเรียนเป็นงานปกติ(โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) ประเมินโรงอาหารโดยใช้แบบตรวจมาตรฐานสุขภาพโรงอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” (ตามกฎกระทรวงลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561) และ

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน : คลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- : ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 14.5
- : การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
- : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่น ลดลง ร้อยละ 20 จากปี 2565

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการปรึกษาในคลินิกและใน social media ปี 60-65 คือ 303/50 ,552/45 , 582/53 ,587/47 ,568/52, 587/47 และ 537/46 ราย (ข้อมูล ณ ก.ค.65)
2. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (เป้าหมาย ≤34:1000) ,ที่มาคลอดรพ.เกาะคาทั้งหมด 58 ราย เฉพาะอำเภอเกาะคา 13 ราย คิดเป็น 11.70 อัตราต่อพัน ปชช. (ข้อมูล ณ ก.ค.65) จากหญิงอายุ 15-19 ปีทั้งหมด มี 1,111 ราย /นอกเขตอำเภอเกาะคา 45ราย
3. จำนวนวัยรุ่นอายุตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ รพ.เกาะคา จำนวน 58 ราย ตั้งครรภ์ซ้ำ 7 ราย คิดเป็น 12.07% (ในเขต อ.เกาะคา 3 ราย นอกเขต 4 ราย )
4. หลังคลอด แม่วัยรุ่นได้รับคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) 92.30% (เป้าหมายไม่น้อยกว่า 80%) (ข้อมูล ณ ก.ค.65)
5. จำนวนเด็กที่มารับบริการตรวจวัด IQ ทั้งหมด 42 ราย (ในเขต=40ราย(คิดเป็น 95.24%) ,นอกเขต=2ราย(คิดเป็น4.76%)
6. จำนวนเด็กที่มารับการตรวจประเมิน/ติดตาม ADHD=13 ราย ,ปัญหาพฤติกรรม=27 ราย ,จิตเวช= 44 ราย และโรคซึมเศร้า/ภาวะเครียด=30ราย
7. วัยรุ่น15-19 ปี มาบำบัดยาเสพติด ยาบ้า 17 ราย
8. จำนวนประชากรอายุ 6-24 ปี อำเภอเกาะคา 8333 คน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุให้ ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	<b>รหัสโครงการ 030103</b>						
1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยรุ่นและทูบีนัมเบอร์วัน อำเภอเกาะคา						
	1. กิจกรรมการสร้างเครือข่ายผู้ดูแล ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น อ.เกาะคา						
	1.1 ขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น	ผู้บริหารสถานศึกษา	สพฐ. อ.เกาะคา	-	-	ต.ค.65	แสงจันทร์
	ในสถานศึกษา โดยประสานงานร่วมกับ สพป.ลำปางเขต 2	ใน อ.เกาะคา					วิรินทร์ภัทร
	เพื่อร่วมประชุมชี้แจงช่องทางทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น						
	1.2. ร่วมประชุมชี้แจงช่องทางทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น	- ผู้บริหาร อปท.	อปท.ใน อ.เกาะคา	-	-	ต.ค.65	แสงจันทร์
	นอกสถานศึกษา ในการประชุมของหัวหน้าส่วนราชการ อปท.และพชอ.	อ.เกาะคา					วิรินทร์ภัทร
	- ช่องทางการปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ทางinbox ในคลินิกวัยรุ่น						
	หรือในสถานศึกษา และหรือที่บ้าน						
	1.3 ทบทวนคณะกรรมการภาคีเครือข่าย Teen Management อ.เกาะคา	คณะกรรมการและ	อำเภอเกาะคา	-	-	ต.ค.65	แสงจันทร์
	ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัยรุ่น	ผู้ดำเนินงานวัยรุ่น					วิรินทร์ภัทร
		อำเภอเกาะคา					
	1.4 กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่สื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศกับวัยรุ่น						

ลดพฤติกรรมต่อต้านสังคม เสริมสร้างทักษะของพ่อแม่วัยรุ่นในเรื่อง							
ทักษะการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น							
- คัดกรองผู้ปกครองวัยรุ่นที่ขาดเรียนบ่อย มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยครู	ปกครองเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา	โรงเรียนในอำเภอเกาะคา	-	-	ต.ค.65-ก.ย.66	NPCU 5 แห่ง	
- ประสานโรงเรียนในการจัด Group Counselling 1 วัน-เวลา-สถานที่	NPCU 5 แห่ง		-	-		วิรินทร์ภัทร	
- Counselling กลุ่มผู้ปกครอง และเด็ก แยกคนละกลุ่ม						แสงจันทร์	
และเชื่อมโยงกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง							
- ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทีม COC ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน	วัยรุ่นที่มีปัญหา	NPCU 5 แห่ง	-	-	ต.ค.65-ก.ย.66	วิรินทร์ภัทร	
						NPCU 5 แห่ง	
2. กิจกรรมวัยรุ่นเกาะคา รู้ทัน เข้าใจ แก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด							
(บนพื้นที่สร้างสรรค์เชิงบวก)							
2.1 ประชุมคณะทำงาน ยุทธศาสตร์ วัยเรียนวัยรุ่นระดับอำเภอเกาะคา							
เดือนพฤศจิกายน : การประชุมคณะกรรมการวัยเรียนวัยรุ่นระดับ	แพทย์FM 1 คน	สสอ.เกาะคา	-	-	25 พ.ย.65	แพทย์FM	
อำเภอ วางแผน/ชี้แจงการดำเนินงานวัยเรียนและวัยรุ่นในปีงบประมาณ2566	PM วัยรุ่น 1 คน					วิรินทร์ภัทร	
	ตัวแทน NPCU 5 แห่ง					NPCU 5 แห่ง	
	สสอ.เกาะคา					สสอ.เกาะคา	
	รวม 15 คน						
2.2 จัดกิจกรรมอบรมแกนนำเยาวชน อ.เกาะคา	ร.ร.อนุบาลเกาะคา	ร.ร.อนุบาลเกาะคา	5600	งบ NPCU	27 ม.ค. 66	แพทย์FM	
กำหนดหลักสูตรจำนวน 1 วัน โดยมีประเด็นในหลักสูตร ดังนี้	จำนวน 30 คน(นำร่อง)		ค่าอาหารกลางวัน 30 คน 1 มื้อ ฤๅละ 50 บาท เป็นเงิน 1500 บาท			วิรินทร์ภัทร	
- เทคนิคการให้คำปรึกษา(Basic counselling) ฝึกทักษะการช่วยเหลือเพื่อนวัยรุ่น เช่น การถูก Bully	นักเรียนชั้น ม.1-ม.3		ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 30 คน 2 มื้อ ฤๅละ 25 บาทเป็นเงิน 1500 บาท			NPCU 5 แห่ง	
- การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น			ค่าเอกสารประกอบการอบรม 30 คน ชุดละ 30 บาท เป็นเงิน 900 บาท			สสอ.เกาะคา	
- ครอบรู้เท่าทัน Social media			ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด 1*3 เมตร ฤๅละ 100 จำนวน 1 ป้าย เป็นเงิน 300 บาท				
- ครอบรู้เรื่องเพศ			ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด 40*60 ซม.ป้ายละ 100 จำนวน 4 ป้าย เป็นเงิน 400 บาท				
- ภาวะป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น/ประเมินซึมเศร้า			ค่าวัสดุประกอบการอบรม 1000 บาท				
2.3 จัดอบรมคุณครูรับผิดชอบระบบดูแลช่วยเหลือ/ครูที่ปรึกษา	จำนวน 11 โรงเรียน	สสอ.เกาะคา	1730	งบ NPCU	16 ธ.ค.65	วิรินทร์ภัทร	
เรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษา(Basic counselling)	แห่งละ 1คน		ค่าอาหารกลางวัน 11คน 1 มื้อ ฤๅละ 50 บาท เป็นเงิน 550บาท			แสงจันทร์	
			ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 11 คน 2 มื้อ ฤๅละ 25 บาทเป็นเงิน 550 บาท				
			ค่าเอกสารประกอบการอบรม 11คน ชุดละ 30 บาท เป็นเงิน 330 บาท				
			ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด 1*3 เมตร ฤๅละ 100 จำนวน 1 ป้าย เป็นเงิน 300 บาท				
2.4 สร้างเครือข่าย "วัยรุ่น วัฒนีส" ในพื้นที่ (Teenage-Social-Network)							



เชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในชุมชน ผ่าน Social Media (Facebook, Line Open chat,TikTok)							
1. กิจกรรมประกวดหนังสือผ่านสื่อออนไลน์	วัยรุ่นในสถานศึกษา	วัยรุ่นในอำเภอเกาะคา	12,500	งบ NPCU	ก.พ.66-พ.ค.66	แพทย์FM	
ในหัวข้อ รมรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย /การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง /การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การป้องกันยาเสพติด/การฆ่าตัว	และในชุมชน		เงินรางวัลจำนวน 11,000 บาท			วิรินทร์ภัทร	
ตายในวัยรุ่น (ตัดสินใจออกจากดก Like และ กด Share และคณะกรรมการ)	วัยรุ่นในเขต		ค่าตอบแทนกรรมการ จำนวน 3 คน คนละ 500 บาท เป็นเงิน 1,500 บาท			NPCU 5 แห่ง	
เงินรางวัลชนะเลิศ จำนวน 5,000 บาท	อ.เกาะคา					สสอ.เกาะคา	
เงินรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 จำนวน 3,000 บาท	อย่างน้อย 5 ทีม						
เงินรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 จำนวน 2,000 บาท							
เงินรางวัลชมเชยจำนวน 2 รางวัล รางวัลละ 500 บาท							
(ร่วมกิจกรรมเพจFacebook "คลินิกวัยรุ่นเกาะคา" และTiktok "KokhaTeenageLampang")							
3. กิจกรรมขยายเครือข่าย TO BE NUMBER ONE วัยรุ่นอำเภอเกาะคา							
3.1 จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ (Friend Corner) TO BE NUMBER ONE ในโรงเรียน	ร.ร.อนุบาลเกาะคา (นำ	ร.ร.อนุบาลเกาะคา	-	-	ม.ค.66	วิรินทร์ภัทร	
3.2 จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ วัยรุ่น TO BE NUMBER ONE ในชุมชน	อปท 10 แห่ง				ม.ค.66	แสงจันทร์	
-อบรมแกนนำศูนย์เพื่อนใจ วัยรุ่น TO BE NUMBER ONE ในชุมชน							
-เยี่ยมเสริมพลัง							
3.3 มหกรรมรวมพลคน TO BE NUMBER	วัยรุ่นในสถานศึกษา	ร.ร.อนุบาลเกาะคา	-	ศูนย์ยาเสพติดอำเภอ	มิ.ย.66	แสงจันทร์	
-กิจกรรมประกวดร้องเพลงพร้อมแดนเซอร์ และ Cover dance ประเภททีม	และชุมชนในอ.เกาะคา						
-เดินรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนสัมพันธ์กิจกรรม TO BE NUMBER							
4. พัฒนาคลินิกเพื่อนใจวัยรุ่นในรพ.สต.ทุกแห่ง							
4.1 จัดให้มีบริการคลินิกวัยรุ่นในรพ.สต.	13 รพ.สต.	อำเภอเกาะคา	-	-	พ.ย.65	แพทย์FM	
- ติดป้ายคลินิกวัยรุ่นให้เห็นชัดเจน	ในอำเภอเกาะคา					PM วัยรุ่น	
- จัดสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาวัยรุ่นเป็นสัดส่วน						ทุกรพ.สต.	
- จัดทำทะเบียนผู้รับบริการวัยรุ่นในพื้นที่							
4.2 อบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เรื่องทักษะการให้คำปรึกษาในกลุ่มวัยรุ่น	รพ.สต.ละ 2 คน	สสอ.เกาะคา	บูรณาการร่วมกับ ย.3	-		วิรินทร์ภัทร	
หลักสูตร 1 วัน	13 รพ.สต.					แสงจันทร์	
	จำนวน 26 คน						
4.3 Individual care plan วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มี IQ ต่ำ, EQ ต่ำ มีปัญหา	วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง	อำเภอเกาะคา		-	ต.ค.65-ก.ย.66	แพทย์FM	
พฤติกรรม,เรียนรู้อาชีพ ที่เข้ามารับบริการในรพ.เกาะคา และส่ง รพ.สต.	ที่มีปัญหา					PM วัยรุ่น	

	เพื่อติดตามต่อ ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม						NPCU 5 แห่ง
	- ติดตามการคุมกำเนิดของหญิงวัยรุ่นที่มาคลอดที่ รพ.เกาะคาทั้ง	แม่วัยรุ่นที่มาคลอด	- รพ.เกาะคา	-	-	ต.ค.65-ก.ย.66	
	ในเขตและนอกเขต (โดยเฉพาะ อ.เกาะคา ไม่ให้มีตั้งครรภ์ซ้ำ)	ที่รพ.เกาะคา	- รพ.สต. 13 แห่ง				
	โดยการติดตามเป็นรายบุคคลและมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เหมาะสม						
	5. พัฒนาFacebook, TikTok ,Twitter คลินิกวัยรุ่นเกาะคา			-	-	ต.ค.65-ก.ย.66	แพทย์FM
	- กระตุ้นโพสต์ ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	วัยรุ่นอ.เกาะคา	เพจใน Facebook				PM วัยรุ่น
			"คลินิกวัยรุ่นเกาะคา"				

งบNPCU 19830  
 งบUCหมวดซื้อ/จ้าง/อื่นๆ  
 งบUCหมวดประชุม/อบรม  
 งบ สสจ  
 งบสปสช  
 รวมทั้งหมด 19830

ยุทธศาสตร์ที่ 1 วัยทำงาน (NCD:DM/HT)

ประเด็น / งาน : .....โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....

**ตัวชี้วัด (KPI) / ผลลัพธ์ที่ต้องการ**

- 1.คัดกรองประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100
- 2.การเข้าร่วม group line ของกลุ่มเป้าหมายทุกหมู่บ้าน (ที่มี Smartphone)ร้อยละ 100
3. จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานความดันวิทยา 5 NPCU
4. การเข้าร่วม group line ในกลุ่มที่มี Smartphone (ทุกหมู่บ้าน)ร้อยละ 100
- 5.กลุ่มป่วย Uncontrolled DM HT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100
6. กลุ่มป่วย Uncontrolled ได้รับการทำ SMBG,SMBP/ มี Shared Care Plan ร้อยละ100
- 7.ผู้ป่วย (สีเขียว) ได้รับการพบแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100
- 8.กลุ่มผู้ป่วยรายได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา,ไต,หัวใจ,เท้า, ฟัน ร้อยละ100
- 9.ผู้ป่วย DM / HT ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจ EKG ปีละ 1 ครั้งร้อยละ 100
- 10.กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองและสีเขียวทุกราย ได้รับการเจาะ HbA1C ร้อยละ 100
- 11.มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลินแดงลงอย่างน้อย 1 ระดับร้อยละ 100

**ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา**

อ.เกาะคามีอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี2561-2565 ที่ 6,869.05 ,7,187.11 74,63.44,7839.65,8166.83 และมี อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี2561-2565 อยู่ที่ 15,980 , 16,865.61,17,268.1,18,760.47,19388.54 ตามลำดับ

1. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 87.85 ไม่ผ่านเป้าหมาย
2. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.69 ไม่ผ่านเป้าหมาย
  - มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงยังสูง ร้อยละ2.46 (ปี64= 3.51) เป้าหมายร้อยละ 1.75 (HDC)

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ยังสูงจากปีก่อน ร้อยละ 4.78

- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 85.95 (ผ่าน) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 99.61 (ผ่าน)
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 18.41 (เป้าหมาย ร้อยละ40)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 62.52(เป้าหมายร้อยละ 60 )

- คัดกรอง CVD ร้อยละ 79.88 เป้าหมายร้อยละ 90 ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 65.31 (เป้าหมายร้อยละ 60 )ได้ตามเป้าหมาย การตรวจฟันร้อยละ 45.67
- ทางตาร้อยละ65.67 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ69.76 (เป้าหมายร้อยละ 60)ในปี 2564 ได้รับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.
- การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมายกลุ่มผู้ป่วยuncontrol ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการทำSMBG,SMBP จัดทำindividual careplanเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และส่งผู้ป่วยได้รับบริการใกล้บ้าน มีโรงเรียนเบาหวานทุก NPCU มีหมู่บ้านรอบรู้สุขภาพ ส่งเสริม health literacy ในชุมชน

โดยเน้นการใช้ Digital เข้ามาเชื่อมโยงคนเข้ากับทีม 3หนอ ตามแผน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 030104						
	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน อำเภอเกาะคา						
	ลดผู้ป่วยรายใหม่						
	1.ปรับปรุงฐานข้อมูล	กลุ่มเสี่ยง DM = ..... คน	5 NPCU			ตค.65	แสงจันทร์/ศรณี
	- สืบหาฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่	กลุ่มเสี่ยง HT = ..... คน					5NPCU/เพชร
		pre DM = ..... คน					PM. NPCU
		pre HT = ..... คน					
	2.การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง						
	มีการจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชากร	คัดกรองประชากรที่มีอายุ35ปีขึ้นไป	5 NPCU			1ตค.65-30ธค	แสงจันทร์/ศรณี

อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	(24860 ราย)				5NPCU/พีเซอร์
จัดซื้อ อุปกรณ์จะเลือก					PM. NPCU
- เข็มเจาะ	25000 ชิ้น		45,000	NPCU	
- strip	500 กล้อง		90,000	NPCU	
3.กำหนดและแบ่งกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง DM HT ทุกวัย 100%				
จัดตั้งกลุ่มไลน์ทุกหมู่บ้าน ตามระดับ A และ B หรือ AB					
-ระดับ A : กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด					
ระดับ B : กลุ่มเสี่ยง DM,HT ที่มี BMI ≥ 25 และกลุ่มสงสัยป่วย					
- กลุ่มที่ไม่มี Smart phone /ผู้สูงอายุ จะมีทะเบียนติดตาม					
4.ดำเนินการด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
ชี้แจงโครงการแก่ NPCU					
มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
ประเมินสถานะเบื้องต้น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าBMI รอบเอว					
กิจกรรมที่ 1. ประเมินความรู้สุขภาพเบื้องต้นให้ความรู้โดยการบรรยายความเสี่ยงของการเกิดโรค					
ให้กลุ่มเป้าหมายวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง เป้าหมายที่ต้องทำ					
บันทึกในใบงานของตนเองและสรุปสาเหตุของแต่ละคนได้					
กิจกรรมที่ 2					
กลุ่มเสี่ยงสงสัยป่วยหรือสงสัยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ความเสี่ยงและสารอาหารที่ทาน					
กิจกรรมที่ 3					
กลุ่มสงสัยป่วยด้วยรูปหรือสม.ช่วยถ่ายรูปการออกกำลังกายของตนเอง					
และวิเคราะห์การออกกำลังกายของตนเอง(ความถี่ ระยะเวลา)					
กิจกรรมที่ 4ติดตามผลวัดเส้นรอบเอว น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต					
ค่าระดับน้ำตาลโดยทีมรพมอ					
ประสานขอความร่วมมือรพ.ในการมีสถานที่เพื่อต่อการปรับ					
เปลี่ยนสุขภาพ+เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
มีการเกิดบุคคลต้นแบบสามารถนำเสนอในที่ประชุมทชด/ทขอ.					
สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน					
1.3.เพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือ : เครื่องวัดน้ำตาล /ความดัน ฯลฯ					
- อสม.ทั้งหมด 1606 คน(มีเครื่องวัดความดันที่พร้อมใช้งาน 100 เครื่อง)	1:7 ( ต้องการเพิ่ม 78 เครื่อง )			สงจ.จัดสรร	
- มีเครื่องเจาะน้ำตาลทุกหมู่บ้าน (มีพร้อมใช้งาน 78 เครื่อง)	1:7 ต้องการเพิ่ม 100 เครื่อง			สงจ.จัดสรร	
- มีเครื่องวัดความเค็ม(หมู่บ้านละ 1 เครื่อง มีพร้อมใช้งาน 100 เครื่อง)	1:7 ต้องการเพิ่ม 78 เครื่อง			สงจ.จัดสรร	
- มีเครื่องวัดความหวาน(หมู่บ้านละ 1 เครื่อง) ยังไม่มี	1:7 ต้องการเพิ่ม 78 เครื่อง			สงจ.จัดสรร	
1.4. มีHealth station ในจุดที่เข้าถึงได้สะดวก	ทุกหมู่บ้าน 78 สถานี				
3.จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยา อยู่ในแผนงานปฐมภูมิ		5NPCU			แสงจันทร์/ตฤณี
3.1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร					5NPCU/พีเซอร์
- ศึกษาดูงานโรงเรียนเบาหวานวิทยา	1 ครั้ง				PM. NPCU
3.2 การดำเนินงานในโรงเรียนเบาหวานวิทยา					
- คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าโรงเรียน					
กลุ่มผู้ป่วยความดัน Uncontrol	10 คน/NPCU				

**จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานความดันวิทยาในกลุ่มเป้าหมาย**  
 สถานที่ : อยู่ในชุมชน(เพื่อความร่วมมือและเจ้าของชุมชน) กลุ่มเป้าหมาย : ตามบริบทของพื้นที่  
 กลุ่มเป้าหมาย : ตามบริบทของพื้นที่  
 ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารและออกกำลังกาย (3อ.2ส.1น.) ตามบปฎ  
**หลักสูตร: ประเมินสุขภาพเบื้องต้น , ตั้งเป้าหมาย ,ลงค์ความ  
 ระยะเวลา รุ่นละ 3 เดือน**

กลุ่มเสี่ยงสูง DM	10 คน/NPCU					
จำนวน 1 รุ่นๆละ 6 เดือน	ทั้งหมด 100 คน					
หลักสูตร ประเมินสุขภาพเบื้องต้น , ตั้งเป้าหมาย ,องค์ความรู้ , เพิ่มทักษะ						
การติดตาม						
- มอบรางวัลและประกาศนียบัตรแก่บุคคลต้นแบบ						
- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าโรงเรียน						
ผู้ป่วย NCD เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี						
1. พัฒนา NCD Clinic Plus ใน NPCU						
1.1 ประชุมคณะกรรมการ NCD บอร์ด ระดับอำเภอ	4 ครั้ง					
1.2 กิจกรรมพบทวนการดูแลผู้ป่วยNCDร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอายุรแพทย์	2 ครั้ง					
1.3 พัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วย						
system manager	อำเภอละ 1 คน					
Mini case manager	พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน 9 คน(ลูกข่าย)					
case manager	NPCU.ละ 1 คนรวม 5 คน					
1.4 พัฒนาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (แพทย์ พยาบาล เภสัช PCU)	30คน					
1.5 พัฒนาและเพิ่มทักษะการอ่าน EKG บูรณาการร่วมกับ service plan หัวใจ	20 คน					
1.6 พัฒนาและเพิ่มทักษะการถ่ายภาพตา (Fundus camera)	15 คน		13/แห่ง		ม.ค.66-ก.พ.66	แสงจันทร์/ตรุณี
1.7.รับการตรวจเยี่ยมติดตามประเมิน NCD Clinic Plus ใน NPCU	1 ครั้ง		13/แห่ง			5NPCU/เพชร
2.การจัดให้บริการผู้ป่วย NCD						PM. NPCU
2.1 การให้บริการในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ให้บริการทุกกลุ่มที่ NPCU						แสงจันทร์/ตรุณี
ความรับผิดชอบแต่ละพื้นที่						5NPCU/เพชร
ให้บริการผู้ป่วย NCD ที่ NPCU ให้มีมาตรฐานเทียบเท่า NCD Clinic รพ.เกาะคา						PM. NPCU
ตรวจ EKG ผู้ป่วย DM / HT ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจ EKG ปีละ 1 ครั้ง						
กลุ่มผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน						
ทางตา,ไต,หัวใจ,เท้า, ฟัน ที่ NPCU						
- ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจฟัน และส่งต่อการทำฟันปลอมในผู้ที่มีข้อบ่งชี้						
- สนับสนุนรองเท้าสำเร็จรูปให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลที่เท้า คู่ละ 1800 บาท	150 คู่	รพ./รพ.สต.	270000	สปสช.(วัสดุการ	ตค.65-กย.66	สมเพชร
- จัดซื้อ monofilament	50 อัน	รพ./รพ.สต. 14 แห่ง	5000	NPCU		สมเพชร
จัดตั้งกลุ่มไลน์ทุกหมู่บ้าน						
- กลุ่มผู้ป่วยทุกสี	78 หมู่บ้าน					
- กลุ่มผู้ป่วย uncontrolled (DM FBS ≥183 mg% 2 visit)	5 NPCU					
(HT BP ≥180/110mmHg) เทียบ Shared Care Plan						
- กลุ่ม HT						แพทย์ FM
*กลุ่มสีเขียวไม่เร่งด่วน BP<140/90mmHg	5204 คน	รพ./รพ.สต.			ตค.65-กย.66	
ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอล. จัดยาให้ที่บ้าน นัด 3-4 เดือน ได้พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง						
Monitor BP ตามพิจารณาของแพทย์						
BUN , Cr. ทุก 12 เดือน/กรณีมี macroalbuminuria เจาะทุก6 เดือน						
พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง						
สหวิชาชีพ : พบทีมสหวิชาชีพทุก 6 เดือน						
***ยกเว้นกรณีมีปัญหารายกรณี***						
*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เร่งด่วนปานกลาง BP 140/90-179/109 mmHg	957 คน	รพ./รพ.สต.			ตค.65-กย.66	
**BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นัด 1.5-2 เดือน	35 คน	รพ.เกาะคา				

เพิ่มกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วย  
system manager อำเภอละ 1 คน  
พัฒนาสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (แพทย์ พยาบาล เภสัช PCU)  
บูรณาการร่วมกับ service plan

ออกแบบระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มสี และทุกสีดูแล  
รพสต./ NPCU ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมไปถึง

สีเขียว Good control :

การนัดและติดตาม : นัดรับยาทุก 3 – 4 เดือน  
Monitor DTX ,BP ตามพิจารณาของแพทย์  
นัด HbA1C ทุก 6 – 12 เดือน  
BUN , Cr. ทุก 12 เดือน/กรณีมี macroalbuminuria เจาะทุก6 เด  
พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  
สหวิชาชีพ : พบทีมสหวิชาชีพทุก 6 เดือน  
\*\*\*ยกเว้นกรณีมีปัญหารายกรณี\*\*\*

สีเหลือง Moderate Control :

**BP สูงครั้งที่สอง ปรับพฤติกรรมดูแล consultแพทย์ จัดยาให้ นัด 1 เดือน ทำ SMBP ตามเกณฑ์	75 คน	จอมปิง					การนัดและติดตาม : นัดรับยาทุก 2-3 เดือน
- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่ รพ.สต./Health station สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	105 คน	บ้านจู้ด					Monitor DTX ,BP ตามพิจารณาของแพทย์
- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน 7 วัน	82 คน	ดอนธรรม					นัด HbA1C ทุก 6-12 เดือน
BUN , Cr. ทุก 12 เดือน/กรณี macroalbuminuria เจาะทุก6 เดือน	111คน	ท่ามา					BUN , Cr. ทุก 12 เดือน/กรณี macroalbuminuria เจาะทุก6 เด
โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)	30 คน	นาแสง					โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)
พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 2-4 ครั้ง	56คน	น้ำล้อม					พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
สหวิชาชีพ : พบทีมสหวิชาชีพทุก 2-3 เดือน	79 คน	วังพร้าว					สหวิชาชีพ : พบทีมสหวิชาชีพทุก 3 เดือน
CKD stage 3A : BUN, Cr ทุก 12 เดือน /ทุก 6 เดือนกรณี macroalbuminuria	86 คน	ดงลาน					***ยกเว้นกรณีมีปัญหารายกรณี***
CKD stage 3B : BUN, Cr ทุก 6 เดือน / ทุก 4 เดือนกรณี macroalbuminuria	60คน	ศาลาไชย					เสี่ยง Moderate Uncontrol :
โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)	78 คน	สองแควใต้					การนัดและติดตาม : นัดรับยาติดตามที่หน่วยบริการทุก 1.5-2 เดือ
เสี่ยง Shared Care Plan	14 คน	หาดปู่ด้าย					นัด HbA1C ทุก 3 เดือน , SMBG /SMBP ตามพิจารณาของแพท
(CKD stage 4-5 รับบริการที่ CKD Clinic ระยะเวลา)	55คน	ไหลหิน					CKD stage 3A : BUN, Cr ทุก 12 เดือน /ทุก 6 เดือนกรณีมี
	93 คน	ลำปางหลวง					CKD stage 3B : BUN, Cr ทุก 6 เดือน / ทุก 4 เดือนกรณีมี
*กลุ่มสีแดงแรงด่วน BP $\geq 180/110$ mmHg	58 คน	รพ.สต./ร.พ.			ตค.65-กย.66		โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)
**BP สูงประเมินพฤติกรรมดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBP ส่ง COC ตามเกณฑ์ จัดทำ Individual care plan	4 คน	ร.พ.เกาะคา					Shared Care Plan
- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน 7 วัน	3 คน	จอมปิง					แพทย์ : พบแพทย์ปีละ 2-4 ครั้ง
การนัดและติดตาม : นัดรับยาติดตามที่หน่วยบริการทุก 1 เดือน	6 คน	บ้านจู้ด					สหวิชาชีพ : ทุก 2 เดือนทำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัญหาที่
นัด SMBP ตามพิจารณาของแพทย์	7 คน	ดอนธรรม					สีแดง Floor control :
BUN , Cr. ทุก 4 เดือน	4 คน	ท่ามา					การนัดและติดตาม : นัดรับยาติดตามที่หน่วยบริการทุก 1 เดือน
โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)	2 คน	นาแสง					นัด HbA1C ทุก 3 เดือน , SMBG /SMBP ตามพิจารณาของแพท
Shared Care / individual care plan	5 คน	น้ำล้อม					BUN , Cr. ทุก 4 เดือน
แพทย์ : พบแพทย์ปีละ 2-4 ครั้ง	5 คน	วังพร้าว					โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)
สหวิชาชีพ : ทุก 1 เดือนทำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัญหาที่พบ	5 คน	ดงลาน					Shared Care / individual care plan
	4 คน	ศาลาไชย					แพทย์ : พบแพทย์ปีละ 2-4 ครั้ง
	4 คน	สองแควใต้					สหวิชาชีพ : ทุก 1 เดือนทำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัญหาที่
	0 คน	หาดปู่ด้าย					
	2 คน	ไหลหิน					
	7 คน	ลำปางหลวง					
- กลุ่ม DM							การคัดกรองและภาวะแทรกซ้อน
*กลุ่มสีเขียวไม่เร่งด่วน FBS 70-130 mg/dl /BP<140/90mmHg	2192 คน	ร.พ./รพ.สต.			ตค.65-กย.66	แพทย์	การคัดกรอง ตาเท้าฟัน ที่รพ.สต.
ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอก. จัดยาให้ที่บ้าน นัด 3-4 เดือน	1741 คน	รพ.สต.				ประνομ	การตรวจฟันและเท้า ให้บริการที่หน่วยบริการตามพื้นที่รับผิดชอบ
ได้พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง	73 คน	ร.พ.เกาะคา				Lab/รพ.สต.	-สำรวจความเพียงพอของเครื่องตรวจ monofilament แบบฟอร์มตรวจเท้า
Monitor DTX ,BP ตามพิจารณาของแพทย์	66 คน	จอมปิง				Lab/รพ.สต.	-ดำเนินการจัดซื้อ monofilament ให้เพียงพออย่างน้อย รพ.สต.ละ 1อัน
นัด HbA1C ทุก 6 - 12 เดือน	212 คน	บ้านจู้ด				Lab/รพ.สต.	
BUN , Cr. ทุก 12 เดือน/กรณี macroalbuminuria เจาะทุก6 เดือน	115 คน	ดอนธรรม				Lab/รพ.สต.	
พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	194 คน	ท่ามา				Lab/รพ.สต.	
สหวิชาชีพ : พบทีมสหวิชาชีพทุก 6 เดือน	72 คน	นาแสง				Lab/รพ.สต.	
***ยกเว้นกรณีมีปัญหารายกรณี***	140 คน	น้ำล้อม				Lab/รพ.สต.	
*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม แรงด่วนปานกลาง FBS 131- 182 mg/dl / BP 140/90-179/109 mmHg	214 คน	วังพร้าว	56,700.00	NPCU	ตค.65-กย.66	รพ.สต.	
การนัดและติดตาม : นัดรับยาติดตามที่หน่วยบริการทุก 1.5-2 เดือน	145 คน	ดงลาน				/ประνομ	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเสี่ยงสูงได้รับรองเท้าเบาหวาน
นัด HbA1C ทุก 3 เดือน , SMBG /SMBP ตามพิจารณาของแพทย์	101 คน	ศาลาไชย				Lab/รพ.สต.	
CKD stage 3A : BUN, Cr ทุก 12 เดือน /ทุก 6 เดือนกรณี macroalbuminuria	138 คน	สองแควใต้				Lab/รพ.สต.	

CKD stage 3B : BUN, Cr ทุก 6 เดือน / ทุก 4 เดือนกรณีมี macroalbuminuria	27 คน	หาดปูด้าย					Lab/รพ.สต.
โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)	135 คน	โหล่หิน					Lab/รพ.สต.
สืมน Shared Care Plan	109 คน	ลำปางหลวง					Lab/รพ.สต.
แพทย์ : พบแพทย์ปีละ 2-4 ครั้ง							
สหวิชาชีพ : ทุก 2 เดือนทำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัญหาที่พบ							
*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน FBS<70,>200 mg/dl / BP ≥180/110 mmHg							
FBS≥183mg/dl 1 visit	151 คน	ร.พ./รพ.สต.		10,800.00	NPCU	ตค.65-กย.66	สมเพชร/รพ.สต.
**FBS,BP สูงครั้งที่แรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นัด 2-4 สัปดาห์							
เจาะFBSที่ รพ.สต. 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ,SMBP ตามเกณฑ์							
FBS≥183mg/dl 2 visit	138คน					ตค.65-กย.66	แพทย์FM
**FBS,BP สูง ประเมินพฤติกรรม ดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBG ,SMBP							สมเพชร
ส่ง COC ตามเกณฑ์ ส่งต่อถ้ามีอาการผิดปกติ	83 คน						
FBS≥183mg/dl2visit ทำSMBG สัปดาห์ละ 2-3ครั้ง หรือเจาะเลือดตามตารางที่แพทย์กำหนด							
การนัดและติดตาม : นัดรับยาติดตามที่หน่วยบริการทุก 1 เดือน							
นัด HbA1C ทุก 3 เดือน , SMBG /SMBP ตามพิจารณาของแพทย์							
BUN , Cr. ทุก 4 เดือน							
โปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management)							
Shared Care / individual care plan							
แพทย์ : พบแพทย์ปีละ 2-4 ครั้ง							
สหวิชาชีพ : ทุก 1 เดือนทำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัญหาที่พบ							
มีการจัดตัวอย่างอาหารที่ควรทานแต่ละ							
มือโดยใช้ตัวอย่าง2:1:1 หรือ6:1:1							
มีตัวอย่างให้แต่ละรหัสต นำไปจัดมุมสุขภาพในองค์กร							
.นำตัวอย่างอาหารมาสอนในกลุ่มเสี่ยง							
กลุ่มเสี่ยงป่วย กลุ่มป่วยให้เกิดความ							
เข้าใจ เห็นจริง นำไปใช้ในครอบครัว							
และบอกต่อได้							
.นำประเด็นสุขภาพเข้าสู่ประชุมของ							
พอ.เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะจาก							
ชุมชนนำไปปฏิบัติต่อไป							
2.2 การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงDM	397ราย	13รพสต./1รพ.		75,276.00	NPCU	ตค.65-กย.66	
ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		รพ.เกาะคา0					
รับรู้ปัญหาของตนเอง โอกาสที่จะเกิดโรคต่อไป		น้ำค้อม45			ค่าถ่ายเอกสารติดตาม		เพียงเดือน
ติดตามทางสาเหตุที่บุตรกรมก่อให้เกิดโรค		ลำปางหลวง0			(PreHT PreDM)		ทักษะพร
รับรู้เรื่องสาเหตุการโรคเบาหวาน		บ้านจู้ด10			752*10=7520บาท		สมเพชร
วัดBP FBS BMI รอบเอว		สองแควได้160			ค่า strip 1774		
-เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการปรับเปลี่ยน		จอมปิง110			48กล่อง * 180 บาท		
และให้กลุ่มเสี่ยง.เป็น Buddy ในการซักชวน		โหล่หิน45			8640บาท*6ครั้ง		
การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					19,980บาท(วัสดุวิทยาศาสตร์)		
ติดตามเดือนที่2 ติดตามโดยมอ.		วังพร้าว0					
ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดงลาน50			ค่าเข็มเจาะเลือด		
ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ศาลาไชย15			2382คน*1.80บาท		
ประเมินสุขภาพผ่านApplication ในการ		บานแสง17			เป็นเงิน42876บาท*6ครั้ง(วัสดุวิทยาศาสตร์)		
					ค่าวัสดุบัตรและใบประกาศเกียรติคุณ		

การกำกับติดตาม  
ติดตามการดำเนินงาน และข้อมูลผ่านHDC/รายงานแยก/line group  
ถอดบทเรียน สรุปผลงาน ทุก 6 เดือน,12 เดือน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย			ท่ามา0			20*120=2400บาท(วัสดุวิทยาศาสตร์)
กินจาง ปกีนหวาน			คอนธรรม0			ค่าวัสดุจัดทำสื่อสร้างสถานีสสุขภาพ
ติดตามเดือนที่3. ติดตามโดยมอค.			หาดปู่ด้าย45			2500บาท
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย						
กินจาง ปกีนหวาน						
ติดตามเดือนที่4. ติดตามโดยมอค.						
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลFBS BP BMI รอบเอวลดลง						
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย						
กินจาง ปกีนหวาน						
ติดตามเดือนที่5. ติดตามโดยมอค.						
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลFBS BP BMI รอบเอวลดลง						
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย						
กินจาง ปกีนหวาน						
.กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยน						
พฤติกรรมต่อไป						
ติดตามเดือนที่6. ติดตามโดยมอค.						
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
.เกิดบุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปี						
ต่อไป						
.มอบประกาศเกียรติคุณแก่บุคคลต้นแบบ						
2.3 การดำเนินงานใน กลุ่มเสี่ยงHT	355ราย		รพ/รพสต	งบรวมในติดตาม	งบUC	1กท.65-31กศ
ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล			รพ.0	กลุ่มเสี่ยงPre dm		แสงจันทร์/จรูญี
รับรู้ปัญหาของตนเอง โอกาสที่จะเกิดโรคต่อไป			น้ำส้ม0			65 5NPCU/พีช
ติดตามทางสาเหตุทันตุกรมก่อให้เกิดโรค			ลำปางหลวง0			PM. NPCU
รับรู้เรื่องสาเหตุการโรคความดันโลหิตสูง			บ้านจู้ด0			
วัดBP BMI รอบเอว			สองแควได้140			
-เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการปรับเปลี่ยน			จอมปิง10			
และให้กลุ่มเสี่ยง.เป็น Buddy ในการซักชวน			โพสหิน45			
การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			วังพร้าว0			
ติดตามเดือนที่2. ติดตามโดยมอค.			ดงลาน65			
.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว			ศาลาไชย0			
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			นานสง80			



ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ			ท่าผา0				
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย			คอนธรรม0				
กินจาง บกินหวาน"			หาดปูค่าย15				
ติดตามเดือนที่3. ติดตามโดยมอค.							
ติดตามวัดBP BMI รอบเอว							
ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม							
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ							
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย							
กินจาง บกินหวาน"							
ติดตามเดือนที่4. ติดตามโดยมอค.							
ติดตามวัดBP BMI รอบเอว							
เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผล BP BMI รอบเอวลดลง							
ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม							
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ							
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย							
กินจาง บกินหวาน"							
ติดตามเดือนที่5. ติดตามโดยมอค.							
ติดตามวัดBP BMI รอบเอว							
เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลBP BMI รอบเอวลดลง							
ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ							
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแป้งน้อย							
กินจาง บกินหวาน"							
กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยน							
พฤติกรรมต่อไป							
ติดตามเดือนที่6. ติดตามโดยมอค.							
ติดตามวัดBP BMI รอบเอว							
เกิดบุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปี							
ต่อไป							
มอบประกาศเกียรติคุณแก่บุคคลต้นแบบ							
3. ระบบส่งต่อ							
- พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยDM,HT รักษาใกล้บ้าน	เบาหวาน 2,005 คน HT3,451 คน	รพ.สส				ตค.65-กย.66	แสงจันทร์/ครุณี
อัตราผู้ป่วยDM,HT รักษา รพ.สส.ต่อ ร.พ.	80:20	/ร.พ.					5NPCU/เพชร
- เจาะเลือดคัดกรองประจำปีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รักษา รพ.สส.	เบาหวาน 2163 คน HT 6193 คน	รพ.สส.				ตค.65-กย.66	PM. NPCU
	DM102คนHT296 คน	จอมปิง					
	DM317คนHT404 คน	บ้านจู้ด					
	DM178คนHT387 คน	คอนธรรม					
	DM155คนHT321 คน	ท่าผา					
	DM117คนHT253 คน	นาแสง					
	DM150คนHT254 คน	น้ำล้อม					

		DM293คนHT473 คน	วังพรวัว			
		DM163คนHT262 คน	คงลาน			
		DM84คนHT199 คน	ศาลาไชย			
		DM223คนHT497 คน	สองแควใต้			
		DM39คนHT45 คน	หาดปู่ดำ			
		DM208คนHT341 คน	โหลหิน			
		DM134คนHT298 คน	ลำปางหลวง			
	- ผู้ป่วยทราบ know your number & know your risk นำหมวก ส่วนสูง พก bf, หมวกคาด, เวชยา เอก BMI ลงบนเสื้อ สสรฯ	ผู้ป่วยDM,HT	ร.พ./รพ.สต.		ตค.65-กย.66	วารุมาตร์
	- ทำทะเบียนผู้ป่วยDM,HTกลุ่ม Uncontrolled สีแดง สีดำ และกลุ่มที่มี CVD risk ตั้งแต่เสี่ยงสูง	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol 347 คน			ตค.65-กย.66	สมเพชร
	- การวิเคราะห์พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มสีแดงและสีดำ	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol			ตค.65-กย.66	สมเพชร
	- มีแนวทางในการติดตามกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด	ผู้ป่วยDM,HT	ร.พ./รพ.สต.			สมเพชร
	1.ติดตามการขาดนัดทุกวัน					
	2.ผู้ป่วยที่ขาดนัด ให้ติดตามภายในวันนั้นโดยการโทรศัพท์ติดตาม					
	3.ผู้ป่วยที่ขาดนัดมากกว่า 2 เดือน ส่งรายชื่อให้ รพ.สต.ติดตาม					
	4.ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมา ร.พ. ให้ส่งรักษา รพ.สต.					
	5.ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมา ร.พ.หรือ รพ.สต.ให้ มอบติดตามและส่งยาให้ที่บ้าน					
	6.กรณีที่ถูกเฝ้าการรักษาให้เซ็นติไม่ยินยอม					
	4. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน					
	- ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ Application Smart อสม.,PCC, mHealth)	DM 138 ราย HT 25 ราย	รพ.สต./ร.พ.			แสงจันทร์/ตุรณี
	NCD any where any time					5NPCU/เพชร
	-ประเมินพฤติกรรมรายบุคคล ผู้ป่วย Uncontrolled DM,HTผ่าน Application เพื่อ 3 หมอ					PM. NPCU
	ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเน้น แป้งน้อย กินจำง บกินหวาน					
	- ประเมินการเข้าถึง Application	อสม. 1606 คน	รพ.สต./ร.พ.		ตค.65-กย.66	แสงจันทร์/ตุรณี
	- ทัศนาศักยภาพ อสม.ในการใช้ Application สมาร์ท อสม.,H4U					5NPCU/เพชร
	- ติดตามการใช้ Application สมาร์ท อสม., H4U, ของ อสม..					PM. NPCU

- ติดตามข้อมูลที่แสดงใน Dash Board Application ,mHealth OnesID						
* มีช่องทางสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพช.และรพสต. ทาง thai refer , แล ,ไลน์, โทรศัพ	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	รพ.สต./ร.พ.			ตค.65-กย.66	แสงจันทร์/ดุจณี
- ประชุมคณะกรรมการ NCD Board อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง	20คน	ร.พ.			ตค.65-กย.66	5NPCU/เพชร
- สรุปการประชุม NCD Boardและส่งรายงานให้กับจังหวัดทุก 3 เดือน						PM. NPCU
* วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงานทุก 1 เดือนภายในวันที่10ของทุกเดือน					ตค.65-กย.66	แสงจันทร์/ดุจณี
* รายงานผลการดำเนินงานในการประชุมทุรประสาน NPCU					ตค.65-กย.66	5NPCU/เพชร
* ติดตามผลการดำเนินงานใน HDC ทุก 1 เดือน						PM. NPCU
* รายงานผลการดำเนินงานรายสถานบริการทุก 1 เดือน						

งบNCPU	282,776.00
งบUCหมวดซื้อ/จ้าง/อื่นๆ	
งบUCหมวดประชุม/อบรม	
งบ สสจ	
งบสปลช	270000
รวมทั้งหมด	552,776.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

คปสอ...เกาะคา.. จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (KPI) / ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีการขยายกิจกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่มอายุ 55 – 59 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนสูงอายุ ระดับตำบล 40 %
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล 85 %
3. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งต่อ (Fall,สมองเสื่อม,ตา,หู,ฟัน,ซึมเศร้า) 60 %

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. อำเภอเกาะคา ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 14,693 คนคิดเป็นร้อยละ 33.25 ของประชากรทั้งหมดของอำเภอเกาะคา (ในปี 2560 ,2561, 2563 ,2564 ร้อยละ 25.53 , 27.56, 30.97, 32.93 ตามลำดับ พบทุกตำบลที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี2564
- 3 อันดับแรก ได้แก่ รพ.เกาะคา รพสต.จอมปิง และรพสต.น้ำล้อม ร้อยละ 41.07 , 40.51 และ 35.39
2. กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปในอำเภอเกาะคา มีทั้งหมด 4569 คน
3. การปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ เสี่ยงปานกลาง และ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 73.33
4. การประเมินผลตำบล LTC ที่ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีตำบล LTC. 4 ตำบล คิดเป็นร้อยละร้อยละ 20
5. อพท.ที่เข้าร่วม LTC ปี 59-62 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ยังไม่ร่วมอีก 5 แห่งคือ อพท.นาแก้ว อพท.เกาะคาเมยาว อพท.โหล่หิน อพท.ลำปางหลวงและ อบต.นาแ่ง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ดำเนินการ(ระบุ)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	<b>รหัสโครงการ 030105</b>						
	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา						
	กิจกรรมที่1 ประชุมชี้แจงคณะทำงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ						
	ประชุมชี้แจงคณะทำงาน แต่งตั้งคณะกรรมการปี 2566	PM สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพ	อำเภอเกาะคา			พ.ย.-65	แสงจันทร์/ตุรณี
		รวม 25 คน/1 ครั้ง	5 ทีม NPCU				5 NPCU
	<b>กิจกรรมที่ 2 การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (pre Agingpre Aging Program) : Style Smile Smart</b>	PM สูงอายุ แพทย์แผนไทย	5 NPCU		สสจ ลำปาง	ธ.ค 65	แสงจันทร์/ตุรณี
	1.1 อบรมครู ข เรื่องการจัดตั้ง Anti Aging Center ราย NPCU	ทันตภิบาล หรือผู้รับผิดชอบ	5ตำบล				5 NPCU
	อบรมสหวิชาชีพ PMสูงอายุ แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล แต่ละ NPCU	5 NPCU	คิดเป็นร้อยละ55.5				
	1.1.1 ประสานท้องถิ่น นำหลักสูตรบูรณาการ โรงเรียนผู้สูงอายุ	อพท.10 แห่ง	อำเภอเกาะคา				
	1.2 จัดตั้งศูนย์ในการให้คำปรึกษาสุขภาพ “Anti Aging Center” ใน NPCU	กลุ่มอายุ 55-59ปี	5 NPCU	12,500	NPCU	ม.ค 66	แสงจันทร์/ตุรณี
	จัดทำทะเบียนรายชื่อ และจัดทำสมุดประจำตัวกลุ่มเป้าหมาย	50 คน/ศูนย์					5 NPCU
	ประชาสัมพันธ์สร้างกระแส : Style Smile Smart	รวม 250 คน					
	- Style : เลือผ้า หน้า ผม						
	- Smile : สุขภาพจิต Social Network						
	- Smart : เชี่ยว ช้อ สมอง (เสื่อม) ตา BMI						
	รับสมัครสมาชิก/ตั้งคณะกรรมการ ประธาน กรรมการ เลขานุการ						
	จัดทำทะเบียนสมาชิกศูนย์ให้คำปรึกษา						
	1.2 จัดบริการประเมินและให้ความรู้ ตามโปรแกรม Anti-Aging หลักสูตร (8 weeks)	กลุ่มอายุ 55-59ปี	5 NPCU	100,000	NPCU	ม.ค - มี.ย 66	แสงจันทร์/ตุรณี
	ดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตร โดยมีกิจกรรมร่วมกันรวม 4 ครั้ง กิจกรรมติดตาม 4ครั้ง รวม 8 ครั้ง	50 คน/ศูนย์					5 NPCU
	ประชุมชี้แจงกิจกรรม ประเมินสุขภาพก่อนเข้าโครงการ 1 ครั้ง	รวม 250 คน					
	ดำเนินกิจกรรมโครงการ 2 ครั้ง	จำนวน 4 ครั้ง					

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ดำเนินการ(ระบุ)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คัดเลือกบุคคลต้นแบบ 1 ครั้ง (3 คนต่อNPCU รวม15คน)						
	<b>รายละเอียดกิจกรรม</b>						
	1) วิถีดูแลอาหารการกิน : สวนคนอายุยืน (พืช+ผัก+ข้าวกล้อง+สมุนไพร) ผักริมรั้ว						500
	2) ดูแลสุขภาพร่างกาย : ผม ผิว หน้า ซ้อม สอง การนอน						15
	ผม : สูตรสมุนไพรบำรุงผม (มะคำดีควาย/เทียนต้น?)						7500
	ผิว : สูตรสมุนไพรลด ไขมัน-กระ (น้ำมันมะพร้าว)						
	หน้า : บวดและพอกหน้าด้วยฝ่ามือ (ขนาดหน้า 7 ท่า (ฤาษีตัดตน)/ตำรับสมุนไพรพอกหน้า)						
	ชื่อ : ลดปวดตึงนวดและพอกขา (Lampang Model)						
	สมอ : บริหารสมอด้วย 2 มือ + 2 เท้า			15,000	NPCU	ม.ค - มี.ย 66	แสงจันทร์/ดรณี
	การนอนหลับ : กายบริหาร (SKT (สมาธิบำบัด))						5 NPCU
	โภชนาการ : BMI						
	3) สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงวัย : กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (ร้อง รำ ทำเพลง)						
	4) กิจกรรมนันทนาการ 9 กิจกรรม						
	- ออกกำลังกายด้วยยางยืด - คู่มือ - ร้อยลูกปัดและแยกสี - ศิลปะแก้วด้วยเท็ก						
	- นับเลขด้วยมือ - นวดหน้า 7 ท่า - ตาราง 9 ช่อง - บวกเลขประกอบท่าฤาษีตัดตน - ลังล็อก						
	1.3 สร้าง Line group ให้คำปรึกษาสุขภาพ "Anti Aging" ราย NPCU						
	1.4 ติดตาม ประเมินความพึงพอใจก่อน และหลังการเข้ารับบริการ						
	<b>กิจกรรมที่ 2 อยู่ลำปาง ไม่ลำพัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล</b>						
	2.1 ส่งอบรม CM เพิ่มเติมให้ครอบครัวทุกพื้นที่อำเภอเกาะคา Online	6 คน				สสจ ดำเนินงาน	แสงจันทร์/ดรณี
	2.2 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อบรม ในปี 2562	ค.นาแก้ว/นางแสง25คน				Sand Box	5 NPCU
	2.2 สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง ผู้สูงอายุอยู่บ้านโดยไม่มีผู้ดูแล						
	2.3 จัดทำทะเบียนใน Google sheet รายสถานบริการ						
	2.4 ประเมินสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง						
	2.5 นำเสนอประเด็นปัญหาสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง ในเวที พชค					บูรณาการประชุม พชอ. และ ย.3	
	.และส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหา						
	2.6 ประชุมจัดทำแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล/อยู่คนเดียว						
	<b>กิจกรรมที่ 3 Lampang Smart Aged Society</b>						
	1.แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ	5 NPCU					
	2.ทุก NPCU ออกแบบและจัดระบบบริการ ประเมิน/คัดกรอง รักษา ส่งต่อ						
	fall,สมอเสื่อม,ตา,หู,ฟัน,ซึมเศร้า (สอดคล้องการให้บริการ SandBox)						
	3. ส่งต่อโรงพยาบาล เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ซึมเศร้า , OA ,Fall ,สมอเสื่อม , หู ตา , ฟัน						
	4. ส่งรายงานประเมินผล ทุกไตรมาส						
	<b>กิจกรรมที่ 4</b>						
	<b>งานประจำ สูงอายุ</b>						
	<b>กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ</b>						
	<b>ประเมิน/คัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุ</b>		อ.เกาะคา				
	1.1 จัดทำคู่มือสุขภาพผู้สูงอายุ	250 เล่ม / 5 NPCU	5 NPCU	12500	NPCU	ตค-ธค 65	แสงจันทร์/ดรณี
	1.2คัดกรองผู้สูงอายุ เบื้องต้นโดยอสม. ได้แก่ ซึมเศร้า , OA ,Fall ,สมอเสื่อม , กลับปัสสาวะ,ไม่	14,693	78 หมู่บ้าน				5 NPCU
	1.3 ประเมินซ้ำในกลุ่มผิดปกติโดย เจ้าหน้าที่ รพชค						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ดำเนินการ(ระบุ)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	1.4 ลงข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม JHCIS Hos xp						
	1.5 จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ให้เป็นปัจจุบัน และแบ่งกลุ่ม ติดสังคม, ติดบ้าน, ติดเตียง แยกรายหมู่บ้าน						
	1.6 ทำ Care Plan						
	1.7 ส่งประเมินโดยแพทย์แต่ละ NPCU พิจารณาส่งต่อรพ. กรณีเข้าเกณฑ์ (ตาม CPG)						
	1.8 ประเมินชมรมผู้สูงอายุผ่าน Google Form และพัฒนาชมรมฯ ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านสุขภาพ						
	1.9 มีการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผู้สูงอายุ						
	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ						
	2.1 จัด ระบบการดูแลรักษา และการส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการคัดก		คลินิกเขลาค์ รพ เกาะคา			ตค-ธค 64	แสงจันทร์/ดุริณี
	2.2 เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบ3หมอ	5 NPCU					5 NPCU
	2.3 ประเมิน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ/คนพิการ (universal design)						
	- สถานบริการ รพ/รพสต/ศูนย์บริการสาธารณสุข	14 แห่ง					
	- วัด ( รพสต.ละ 1 แห่ง)	13 แห่ง					
	2.4 มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ/คนพิการ (universal design) ในสถานบริการ/วัด						
	2.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลมีผู้ดูแล-ไม่ถูกทอดทิ้ง/อยู่ในสถานบริบาลที่ได้มาตรฐาน)						
	* จัดทำ care plan ในผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	5 NPCU		งบ LTC	ตค 65-กย66	แสงจันทร์/ดุริณี
		และกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง			อปท		5 NPCU
	3.ประสานงานกับเครือข่าย ในเวที ประชุม คปสอ.และคืนข้อมูลในการประชุมLTC ในเทศบาล/	ทุกราย					
	* เสนอ CP ให้ อปท.สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ของ Care Giver					ตค 65-กย66	แสงจันทร์/ดุริณี
	(โครงการ LTC อปท)						5 NPCU
	* บันทึก ลงในโปรแกรม LTC และ 3C						
	4 นำเสนอข้อมูลแผนการดำเนินงานในเวทีพชอ. เกาะคา รอบเดือน						
	5 ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุก 3 เดือน เพื่อปรับแผน	ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	อำเภอเกาะคา			พย 64-กย65	แสงจันทร์/ดุริณี
	การดูแลรายบุคคล (care plan) ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา	และกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง					5 NPCU
	- ส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ศูนย์ COC เพื่อวางแผนการ	ทุกราย					COC และ
	ดูแลร่วมกับ ทีม NPCU ตาม care plan และเสนอปัญหาด้านเศรษฐกิจ						ทีม 5 NPCU
	และสังคมเข้าสู่เวที อปท. เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ต่อไป						
	6.อบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ Care Manager ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนหมดอายุ การรับรอง4 ปี	4 คน	4รพสต				
					ตามแผนของ		ศูนย์อนามัยที่ 1
					สสจ.ลำปาง		เชียงใหม่
	8.อบรมร Care Giver 70 ชม เขต ตำบลลำปางหลวง	13หมู่บ้านตำบลลำปางหลวง	ตำบลลำปาง		- ค่าอาหารกลางวัน	ก.พ.66	แสงจันทร์/ดุริณี
		หมู่บ้านละ 2 คน			จำนวน 26 คนๆละ		NPCU บ้านจัด
		รวม 26 คน			50 บาท		
					และอาหารว่าง		
					2มี้อ มีอละ25 บาท		
					รวม 12 วัน เป็นเงิน		
					31,600 NPCU		
					- จัดทำคู่มือ		
					26 ชุดๆละ100 บาท		
					ค่าไว้นิล 400 บาท		

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ดำเนินการ(ระ)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
				3,000	NPCU		
	9.อบรมฟื้นฟู Care giver ต.นาแก้ว และตำบล นาแสง 4 วัน	25 คน		- ค่าอาหาร	NPCU	ม.ค.66	แสงจันทร์/ดุริณี
				จำนวน 25	Sandbox		NPCU รั้งพราว
				50 บาท	ต.นาแก้ว		/สองแควใต้
				และอาหาร	ต.นาแสง		
				2มือ มือละ25 บาท			
				รวม 4 วัน เป็นเงิน			
				คู่มือ 25 ชุดๆละ70บาท			
				ค่าไวโวนิล 400 บาท			
				12150	NPCU		
	<b>กิจกรรมที่ 3 การจัดระบบข้อมูลและเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ</b>						
	1การบันทึก/จัดเก็บข้อมูลรายงาน Healthy Aging & LTC ใน	7 แห่ง	-ความครอบคลุม	-		ตค.65-กย.66	5 NPCU
	*Special PP		คลุมการบันทึก				
	* COC Select kokha		คัดกรองใน				
	*LTC สปสช		HDC				
	*3C กรมอนามัย						
	*vision 2020						
	-ติดตามกำกับผ่านระบบ รายงาน HDC / LTC						
	2ประสานความร่วมมือเครือข่าย ตำบล LTC เพื่อประเมินตนเอง	กองทุน LTC ใน	กองทุน LTC ผ่าน	-	-	พย.65,สค.66	CM 5 NPCU
	ตาม 4 องค์ประกอบ และพัฒนาในส่วนขาด ด้าน	ระดับตำบล	ผ่านเกณฑ์				
	- ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	5 แห่งที่เข้าร่วม	4 องค์ประกอบ				
	- การมีและใช้Care Plan		ครบ 100%				
	- การจัดการกองทุนLTC						
	- สนับสนุนให้ อปท.เข้าร่วมโครงการ LTC และตั้งศูนย์ LTC ในชุมชน	-อปท.ที่ยังไม่ได้	ในชุมชน				CM.สูงอายุ
		เข้าร่วม 5 แห่ง					ในตำบลที่ยังไม่
	<b>กิจกรรมที่ 3 การคัดกรอง senile cataract เพื่อผ่าตัดตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ</b>						เข้าร่วม
	9.1 รพสต.คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาVA<15/200	ผู้สูงอายุที่มีผลVA10/100	รพสต./รพ.เกาะคา				
	9.2 การฟื้นฟูความรู้เรื่องการวัดสายตาและการคัดกรองผู้มีปัญหาในการมองเห็น	35 คน		3,500	NPCU	20 กพ 65	พยาบาลที่รับผิดชอบ รพ
	โดยมี รพ เสริมงามและ รพ สปปราบเข้าร่วมอบรม	ผู้สูงอายุที่มีVA<15/200จำนวน 50 คน					เกาะคา และ ผู้รับผิดชอบ
	9.3 โครงการจักษุแพทย์เคลื่อนที่เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง	ทีมตรวจคัดกรอง 15คน				มีย .65	5 NPCU
	Blinding cataract						
	<b>กิจกรรมที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย</b>						
	5.1.ประสานส่งข้อมูลให้ศูนย์ COC ดูแลต่อเนื่องวางแผนการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุ	13 รพสต./1 รพ	อำเภอเกาะคา			ต.ค.65-ก.ย.66	แสงจันทร์/ดุริณี
	กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงสีแดง (บูรณาการร่วมกับงาน COC)						5 NPCU
	5.2.ลงข้อมูลการคัดกรอง สุขภาวะต่างๆลงใน Special pp.JHCIS,HOSXP รายงานผลการเฝ้า	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวช	อ.เกาะคา			ต.ค.65-ก.ย.66	บูรณาการร่วมกับงาน COC
	5.3.กำกับติดตามข้อมูลผ่าน HDC 43 แห่ง ระบบสารสนเทศสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวช	รพ.เกาะคา รพ. /สสอ			ธค 65 กย 66	

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ดำเนินการ(ระยะ)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
5.4	ส่งข้อมูลความก้าวหน้า ผลการทำงาน ให้ สสจ. ทางไลน์กลุ่มAging CM	ทุกตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้า	อ.เกาะคา			อค มีค มิย กย6๐	
5.5	ประชุมทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี (IWP)	ชมรมบ้านฝั่ง 10 คน	NPCU ดงลาน	1000	NPCU	สค.66	แสงจันทร์/ดุริณี
5.6	วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสูงอายุ อำเภอเกาะคา เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนดำเนินงานให้เหมาะสมกับปัญหาที่พบในปัจจุบันประมาณต่อไป						5 NPCU
	กิจกรรมที่ 5 .การควบคุมติดตาม						
6.1	กำกับติดตามเวทีประชุมคปสอ.ทุกเดือน	13 รพสต./1 รพ	อ.เกาะคา	ไม่ใช้งบ	พุทธประสาน	ตค65-กค66	แสงจันทร์/ดุริณี
6.2	ติดตามกำกับผ่านระบบรายงาน การประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน	13 รพสต./1 รพ	อ.เกาะคา				5 NPCU
	สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ						
	งานตามแผนยุทธศาสตร์						
			รณงน UC				

งบNPCU 191,250  
 งบUCหมวดซื้อ/จ้างอื่นๆ  
 งบUCหมวดประชุม/อบรม  
 งบ สสจ  
 งบสปช  
 รวมทั้งหมด 191,250

**ราคาวัสดุประกอบการอบรม**

1. สมุนไพรพอกหน้า ชุดละ 70 บาท
2. พอกเข้า ชุดละ 40 บาท
3. ฝีกสมอง ชุดละ 250
4. สมุดประจำตัวผู้สูงอายุเล่มละ 50 บาท

**ขอเสนอแนะ**

**1.Pre Aging Program**

-ปรับงบประมาณราคาสมุนไพรพอกเขา พอกหน้า

เพิ่มเติมจัดอบรมที่มหาวิทยาลัย ครู ข สหวิชาชีพ(แผนไทย พยาบาล นักวิชาการ) ให้ตำบลอื่นๆ

ประสานนำหลักสูตรบูรณาการ รร.สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ ,ท้องถิ่น

**2.ชมรมสูงอายุ**

เพิ่มงบจัดประชุมทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี (IWP) 1 ชมรม/อำเภอ

**3.Lampang Smart Aged Society**

รายละเอียด ผู้รับผิดชอบ



งาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) : Stroke

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเกาะคา (I๒๐-I๒๙) < ๗ %
๒. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการทันเวลา ๓ ชม นับตั้งแต่มีอาการ (Onset to ER) >๖๐
๓. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการโดยระบบ ๑๖๖๙ > ๒๐

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๕

๑. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๒๐-I๒๙) อำเภอเกาะคา = ๑ (เป้าหมาย<๗)
๒. อัตราการเข้าถึงบริการทันเวลา ๓ชั่วโมงผู้ป่วย Stroke = ๔๓.๒๔ (เป้าหมาย >๖๐)
๓. อัตราการเข้าถึงบริการโดยระบบ ๑๖๖๙ ของผู้ป่วย Stroke = ๙.๕๖ (เป้าหมาย >๒๐)

ประเด็นปัญหา : ๑. ขาดความตระหนักและรับรู้อาการสำคัญของโรค (Self awareness) ๒. การเข้าถึงระบบบริการ ๑๖๖๙ มีน้อย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
			จำนวน	แหล่งงบ		
๑	รหัสโครงการ ๑๓๐๒๑๑					
	โครงการ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย Stroke อำเภอเกาะคา					
	รายละเอียดกิจกรรม					
	๑. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและสร้าง Health literacy					
	๑.๑ คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke ใน NCD clinic โดยใช้ CVD Risk และจัดทำทะเบียน ในกลุ่ม	ผู้ป่วย DM/HT ทุกราย	ไม่มี		ต.ค.-๖๕	คุณสมเพ็ชร
	๑.๑.๑ กลุ่มประชาชนอายุ ๓๕-๗๐ ปี	ปชก.อายุ๓๕-๗๐ ปีจำนวน ๒๓,๑๐๘ราย	ไม่มี		ทุกวัน	คุณสมเพ็ชร
	๑.๑.๒ กลุ่มผู้ป่วย DM , HT	กลุ่มDM จำนวน ๔,๗๒๓ ราย กลุ่ม HT จำนวน ๗,๕๖๕ ราย				/ เลขฯ
	๑.๒ กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจ EKG ๑๒ LEAD ปีละ ๑ ครั้ง	กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาคัดกรอง				NPCU ๕ แห่ง
	๑.๒.๑ กลุ่ม CVD risk >๒๐	๑ กลุ่ม CVD risk >๒๐ จำนวน ๗๖ ราย	ไม่มี		ต.ค.๖๕ - มี.ย.๖๖	คุณสมเพ็ชร/ เลขฯ
	๑.๒.๒ กลุ่ม DM ที่อายุ > ๖๐ ปี	๒ กลุ่มDM อายุ >๖๐ ปี จำนวน๓๑๗๙ ราย				คุณสมเพ็ชร/ เลขฯ
	๑.๒.๓ กลุ่ม HT ที่อายุ > ๖๐ ปี	๓ กลุ่ม HTอายุ >๖๐ ปี จำนวน๕๘๙๕ ราย	ไม่มี		ต.ค.๖๕ - กย.๖๖	NPCU ๕ แห่ง
	๑.๓ กำหนดกิจกรรมประจำวันที่ให้บริการใน NCD clinic ทั้งในรพ.และ NPCU ๕ แห่ง เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ STROKE Awareness และประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙	ผู้ป่วย DM/HT ทุกราย				
				บูรณาการร่วมNPCU	มค. - มีค.๖๖	CM/NPCU
	๒. ออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นเรื่องการลดหรือเลิกสูรา ในกลุ่ม CVD risk แต่ละระดับ,การให้ความรู้เรื่อง STROKE Awareness และการเรียกใช้ ๑๖๖๙	NCD clinic ในรพ. / รพสต.	ไม่มี		มค. - มีค.๖๖	FM / เลขฯ

	๒.๑ กลุ่ม CVD risk >๒๐	กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาคัดกรอง				
	๒.๒ กลุ่ม DiA ที่อายุ > ๖๐ ปี	๑ กลุ่ม CVD risk >๒๐ จำนวน ๗๖ ราย				
	๒.๓ กลุ่ม HT ที่อายุ > ๖๐ ปี	๒ กลุ่ม DM อายุ >๖๐ ปี จำนวน ๓๑๗๙ ราย				
		๓ กลุ่ม HT อายุ >๖๐ ปี จำนวน ๕๕๕๕ ราย				
	๓. ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยตาม risk	NCD clinic ในรพ. / รพสต.	ไม่มี		ตค. - ธค.๖๕	FM / เลขานา
	๓.๑ ทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และ MAPPING	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี		ตค. - ธค.๖๕	
	๓.๒ บูรณาการกับ พชอ. เพื่อติดตามและส่งต่อผู้ป่วย	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี		ตค. - ธค.๖๕	
	๔. กิจกรรม "สื่อสาระดี มีทุกหมู่บ้าน" จัดทำสื่อความรู้เรื่องโรค Stroke Awareness และการใช้บริการ ๑๖๖๙ ในรูปแบบ Thumb Drive มอบทุกหมู่บ้าน ใช้ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายหมู่บ้านเพื่อเพิ่มการรับรู้เรื่องโรค/สัญญาณอันตราย	ทุกหมู่บ้าน จำนวน ๗๕ แห่ง	บูรณาการร่วม NPCU		มค. - มีค.๖๖	FM / เพ็ญศรี
	๕. พัฒนาความรู้เรื่องโรค Stroke Awareness แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยเป็นสื่อบุคคลในชุมชน (Personal Media)	อสม.ทุกหมู่บ้านจำนวน ๖๐๐ คน (ตำบลละ ๖๐ คน)	บูรณาการร่วม NPCU		มค. - มีค.๖๖	FM / เลขานา
	๖. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ใน NPCU ๕ แห่ง	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี		ตค. - ธค.๖๕	EP / FM
	๖.๑ จัดทำ Protocol การรักษาผู้ป่วย Stroke ใน รพสต. (Early consult, Early detect)					
	๖.๒ จัดทำแนวทาง Consult ระหว่าง NPCU กับ แพทย์ EP ในรพ.					
	๖.๓ การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือช่วยชีวิตสำคัญ					
	๖.๔ จัดอบรมวิชาการ Stroke แก่พยาบาล NCD clinic รพ./รพสต. ในเวทีประชุม พุทธประสาน รพสต.	พยาบาลรพ./รพสต. ๑๒ แห่ง จำนวน ๓๐ คน	บูรณาการร่วม พุทธประสาน รพสต.		ธค.๖๕ - มค.๖๖	FM / EP
	๗. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน					
	๗.๑ สนับสนุนให้เกิดหน่วยบริการของ อปท./อบต.ทุกแห่ง (One Tambon One EMS)	ทต.จำนวน ๔ แห่ง / อบต.จำนวน ๒ แห่ง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/เพ็ญศรี
	๗.๒ จัดอบรม Per-hospital Care แก่ อปท./อาสาสมัครกู้ภัย ในเครือข่ายอ.เกาะคา	อบต. / สยามกู้ภัย จำนวน ๔	บูรณาการร่วม Trauma		ม.ค. - มีค.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/เพ็ญศรี
	๘. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาล					
	๘.๑ พัฒนาศักยภาพการคัดกรองผู้ป่วย Stroke	พยาบาลคัดกรองทุก ER/OPD	ไม่มี		ม.ค. - มีค.๖๖	EP/พนักงาน ER/OPD
	๘.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke เครือข่ายจังหวัดลำปาง ตาม Service plan	เครือข่ายรพช.ลำปาง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	PM stroke
	๘.๓ ดูแลผู้ป่วย Stroke ในรพ. และระหว่างส่งต่อด้วยระบบ Telemedicine	ER				ER
	๘.๔ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke เครือข่าย จ.ลำปาง ตาม Service plan	ER/Stroke unit	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	PM stroke
	๘.๕ ส่งพยาบาล ER อบรม Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Stroke	ER/Stroke unit	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๗	HR
	๘.๖ ส่งพยาบาล อบรมหลักสูตร Stroke Basic Course	พยาบาล ER / IPD (๒ คน)	ไม่มี		๗-๑๑ พย.๖๕	HR
	๘.๗ เปิดบริการ Stroke unit ๔ unit ในรพ.	หอผู้ป่วยกรณามพ (๔ Unit)			ตามแผนฯ HR	Med/คุณแสงเดือน
	๘.๘ ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร "การจัดการรายกรณีผู้ป่วย Stroke (Stroke nurse case manager)" หลักสูตร ๓-๕ วัน	พยาบาล CM Stroke ๑ คน	๑๒๐๐๐	UC	ตามแหล่งจัดอบรม	HR
	๘.๙ ส่งพยาบาลห้องผ่าตัดศึกษาดูงาน รพช.ลำปาง เพื่อรองรับการผ่าตัด	พยาบาล OR จำนวน ๕ คน	ไม่มี		ตามแผนฯ HR	HR
	กลุ่ม Hemorrhagic stroke					

๘.๑๐	เตรียมเครื่องมือ / อุปกรณ์ช่วยชีวิตสำคัญให้พร้อมใช้ ๒๔ชม.	ER/IPD/รพสต.ทุกแห่ง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	ER/IPD/รพสต.ทุกแห่ง
๘.๑๑	รวม Conference case ทุก ๓ เดือน	ER/IPD	ไม่มี		ทุก ๓ เดือน	PM Stroke
๙. พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน						
๙.๑	คืนข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่แก่ NCDclinic/รพสต.	NCDclinic/รพสต.	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	คุณเพ็ญศรี
๙.๒	กำกับ / ติดตามการเยี่ยมบ้านผ่านศูนย์ COC Khoka Select				ตค.๖๕ - กย.๖๖	คุณเบญจวรรณ
๙.๓	ติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย Stroke หลังจำหน่าย ๓,๖ เดือน	Post Stroke ทุกราย	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	คุณโอฬาร
			รวม	๑๒๐๐๐		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

คปสอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) : STEMI

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. อัตราตายผู้ป่วย STEMI ในรพ. < ๑๐
๒. อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการทันเวลา ภายใน ๖๐ นาทีนับตั้งแต่มีอาการ (Onset to ER) > ๖๐
๓. อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการโดยระบบ ๑๖๖๙ > ๒๐

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๔

๑. อัตราตายผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล = ๖.๒๕ (เป้าหมาย < ๑๐%)
๒. อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการทันเวลา ๖๐ นาทีนับตั้งแต่มีอาการ = ๕๐ (เป้าหมาย > ๖๐)
๓. อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการโดยระบบ ๑๖๖๙ = ๓.๕๗ (เป้าหมาย > ๒๐)

ประเด็นปัญหา : ๑. ขาดความตระหนักและรับรู้อาการสำคัญของโรค (Self awareness) ๒. การเข้าถึงระบบบริการ ๑๖๖๙ มีน้อย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
			จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
๑	รหัสโครงการ ๑๓๐๒๐๓					
	โครงการ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย STEMI อำเภอเกาะคา					
	รายละเอียดกิจกรรม					
	๑. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและสร้าง Health literacy					
	๑.๑ คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง STEMI ใน NCD clinic โดยใช้ CVD Risk และจัดทำทะเบียน ในกลุ่ม		ไม่มี		ค.ค.-ธ.ค.๖๕	คุณสมเพชร
	๑.๑.๑ กลุ่มประชาชนอายุ ๓๕-๗๐ ปี	ปก.อายุ๓๕-๗๐ ปีจำนวน ๒๓,๑๐๘ราย				
	๑.๑.๒ กลุ่มผู้ป่วย DM , HT	กลุ่มDM จำนวน ๔,๗๒๓ ราย กลุ่ม HT จำนวน ๗,๕๖๕ ราย				
	๑.๒ กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจ EKG ๑๒ LEAD ปีละ ๑ ครั้ง	กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาคัดกรอง	ไม่มี		ค.ค.๖๕ - กย.๖๖	คุณสมเพชร/PM
	๑.๒.๑ กลุ่ม CVD risk > ๒๐	๑ กลุ่ม CVD risk > ๒๐ จำนวน ๗๖ ราย				เลขาฯNPCU ๕ แห่ง
	๑.๒.๒ กลุ่ม DM ที่อายุ > ๖๐ ปี	๒ กลุ่ม DM อายุ > ๖๐ ปีจำนวน๓๑๙๙ ราย				
	๑.๒.๓ กลุ่ม HT ที่อายุ > ๖๐ ปี	๓ กลุ่ม HTอายุ > ๖๐ ปี จำนวน๕๘๕๕ ราย				
	๑.๓ กำหนดกิจกรรมประจำวันก่อนให้บริการใน NCD clinic ทั้งในรพ.และ NPCU ๕ แห่ง เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ STEMI Awareness และประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙	ผู้ป่วย DM/HT ทุกราย	ไม่มี		ทุกวัน	คุณสมเพชร/PM เลขาฯNPCU ๕ แห่ง
	๒. ออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นเรื่องการลดหรือเลิกสูรา ในกลุ่มCVD risk แต่ละระดับ,การให้ความรู้เรื่อง STEMI Awareness และการเรียกใช้ ๑๖๖๙		ไม่มี		ค.ค.๖๕ - มิ.ย.๖๖	คุณสมเพชร/ เลขาฯ NPCU ๕ แห่ง
	๒.๑ กลุ่ม CVD risk > ๒๐	๑ กลุ่ม CVD risk > ๒๐ จำนวน ๗๖ ราย				
	๒.๒ กลุ่ม DM ที่อายุ > ๖๐ ปี	๒ กลุ่ม DM อายุ > ๖๐ ปีจำนวน๓๑๙๙ ราย				
	๒.๓ กลุ่ม HT ที่อายุ > ๖๐ ปี	๓ กลุ่ม HTอายุ > ๖๐ ปี จำนวน๕๘๕๕ ราย				
	***ดำเนินการเข้มข้นในกลุ่ม ๒.๑ - ๒.๓ ***	***ดำเนินการเข้มข้นในกลุ่ม ๒.๑ - ๒.๓ ***				
	๓. ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยตาม risk		ไม่มี		ค.ค.-ธ.ค.๖๕	คุณสมเพชร/PM

3.1 ทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และ MAPPING	มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง				เลขานNPCU ๕ แห่ง
3.2 บูรณาการกับ พชอ. เพื่อติดตามและส่งต่อผู้ป่วย	1.กลุ่มผู้ป่วย STEMI เดิมจำนวน1๐๑ราย 2 กลุ่ม CVD risk >๒๐ จำนวน ๗๖ ราย				
	3 กลุ่ม DM อายุ >๖๐ ปีจำนวน๓๑๗ ราย ๔ กลุ่ม HTอายุ >๖๐ ปี จำนวน๕๘๕๕ ราย				
4. กิจกรรม "สื่อสาระคดี มีทุกหมู่บ้าน" จัดทำสื่อความรู้เรื่องโรค STEMI Awareness Sign และการใช้บริการ๑๖๖๔ ในในรูปแบบThumb Drive	ทุกหมู่บ้าน จำนวน ๗๕ แห่ง	บูรณาการร่วมNPCU		มค. - มีค.๖๖	FM / เพ็ญศรี
มอบทุกหมู่บ้าน ใช้ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายหมู่บ้านเพื่อเพิ่มการรับรู้เรื่องโรค/สัญญาณอันตราย					
5.พัฒนาความรู้เรื่องโรค STEMI Awareness แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยเป็นสื่อบุคคลในชุมชน (Personal Media)	อสม.ทุกหมู่บ้านจำนวน ๖๐๐คน (ตำบลละ ๖๐คน)	บูรณาการร่วมNPCU		มค. - มีย.๖๖	FM / เลขาฯ
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน NPCU ๕ แห่ง					
6.๑จัดทำ Protocol การรักษาผู้ป่วย STEMI ใน รพสต. (Early consult, Early detect)	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี		ตค. - ธค.๖๕	เลขานNPCU
6.๒ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง EKG ใน NPCU ทุกแห่ง	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี			
6.๒ จัดทำแนวทาง Consult ระหว่าง NPCUกับแพทย์ EP ในรพ.	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี			
6.๓ การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือช่วยชีวิตสำคัญ	NPCU ๕ แห่ง	ไม่มี			
6.๔ จัดอบรมวิชาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แก่พยาบาลNCD clinic รพ./รพสต.ในเวทีประชุม พุทธประสาธน์ รพสต.	พยาบาลNCD รพ./รพสต.๑๒๒แห่ง จำนวน ๓๐ คน	บูรณาการร่วมNPCU		ธค.๖๕ - มค.๖๖	FM / EP
๗. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน					
๗.๑ สนับสนุนให้เกิดหน่วยบริการของ อปท./อบต.ทุกแห่ง (One Tambon One EMS)	ทต.จำนวน ๔ แห่ง/อบต.จำนวน ๒ แห่ง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/เพ็ญศรี
๗.๒ จัดอบรม Per-hospital Care แก่ อปท./อาสาสมัครกู้ชีพ	ทต. / อบต. / สมากมกู้ชีพ จำนวน ๘๐ คน	บูรณาการร่วม Trauma		มค. - มีค.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/เพ็ญศรี
๘. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล					
๘.๑ พัฒนาศักยภาพการคัดกรองผู้ป่วย STEMI	พยาบาลคัดกรองทุก ER/OPD	ไม่มี		มค. - มีค.๖๖	EP/พนักงานER/OPD
๘.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เครือข่ายจังหวัดลำปาง	เครือข่ายรพช.จ.ลำปาง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	
ตามService plan					/Med/CM
๘.๓ ดูแลผู้ป่วย STEMI ในรพ.และระหว่างส่งต่อด้วยระบบ Telemedicine	ผู้ป่วย STEMI ทุกราย	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	ทุกหน่วยงาน
๘.๔ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI เครือข่าย จ.ลำปาง ตามService plan		ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	พญ.พันนิศา/CM
๘.๕ ส่งพยาบาล ER อบรม Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI	พยาบาล ER	ไม่มี		ตามSP	คุณเพ็ญศรี
๘.๖ ส่งพยาบาล อบรมหลักสูตร ACLS provider	พยาบาล ER/OPD อย่างน้อย ๓ คน	ตามSPจังหวัด		ตามแหล่งจัดอบรม	HR
๘.๗ เตรียมเครื่องมือ / อุปกรณ์ช่วยชีวิตสำคัญให้พร้อมใช้ ๒๔ชม.	ER / ทุกหอผู้ป่วย	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	ทุกหน่วยงาน
๘.๘ เข้าอบรมการตรวจวินิจฉัยด้วย Echocardiogram	แพทย์ ๑ คนและ พยาบาล ER ๑ คน			ตามSP	GP/พยาบาลER
๘.๘ ส่งพยาบาลเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ การอ่าน EKG	แพทย์และพยาบาลประจำ NPCU			ตามSP	FM/พยาบาลNPCU
๘.๑๐ ตรวจวินิจฉัยด้วย Echocardiogram ในรพ.	ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นด้วย Echocardiogram ได้			ตามSP	Med/EP/GP
๘.๑๑ ร่วม Conference case ทุก ๓ เดือน	แพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน			ตามSP	พญ.พันนิศาคุณเพ็ญศรี
๙. พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน					
๙.๑ ขึ้นข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่แก่ NCDclinic/รพสต.	รพ./รพสต.๑๒ แห่ง	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	คุณเพ็ญศรี
๙.๒ กำกับ / ติดตามการเยี่ยมบ้านผ่านศูนย์ COC Khoka Select	Old MI ทุกราย	ไม่มี		ตค.๖๕ - กย.๖๖	คุณบุญจรรยา

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

คปสอ.....เกาะคา..... จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน แผนพัฒนาคุณภาพบริการสาขาไต ๑.การคัดกรองค้นหาโรคไต ๒. การชะลอการเสื่อมของไต ๓. การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ ๑.ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เป้าหมาย  $\geq$  ๘๐ %

๒. อัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า ๕ ซีซี ต่อ นาที ต่อ ๑.๗๓m๒ ต่อ ปี เป้าหมาย  $\geq$  ๖๖ %

๓.ผู้ป่วย ESRD เข้าถึงการบำบัดทดแทนไต ๑๐๐ %

๔.มีพยาบาลเชี่ยวชาญไตเทียมในปี ๒๕๖๖ เป้าหมาย ๒ คน

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

๑. โรงพยาบาลเกาะคามีแผนรองรับการจัดการโรคไตเรื้อรังในอำเภอโดยการจัดตั้งให้มี คลินิกโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๗ขับเคลื่อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

และบูรณาการร่วมกับงานNCDโดยเน้นจัดบริการในผู้ป่วย DM HT ซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นสาเหตุการเกิดCKD มากเป็นอันดับ ๑ และ ๒ ตามลำดับ

ปัจจุบันมีผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๑-๕ จำนวน ๑,๓๑๗ ราย(ข้อมูลจากHDC วันที่ ๓๑ ก.ค ๖๕)

จากผลการดำเนินงานการเพิ่มกลยุทธ์และกิจกรรมในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมาได้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นโดย

อัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า ๕ ซีซี ต่อ นาที ต่อ ๑.๗๓m๒ ต่อปีผลงาน ๗๗ % ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

แต่ยังเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินงานต่อไป ๒๕๖๖

๒. โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค DM/HT การคัดกรองค้นหาและได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะต้นๆจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ช่วยยืดระยะเวลาเข้าสู่ ESRD จนได้รับการฟอกไตซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำและต้องใช้งบประมาณในการดูแลสูง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาการคัดกรองยังไม่บรรลุเป้าหมายคือผลงานได้ ๖๕.๗ %

๓.โรงพยาบาลเกาะคามีแผนดำเนินการเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในปี ๒๕๖๒ แต่ยังคงขาดพยาบาลเชี่ยวชาญไตเทียมเป็นผู้ดูแลศูนย์

และขาดอายุรแพทย์โรคไต แนวทางแก้ไขโดยให้ Out source เข้ามาดำเนินการแทนตั้งแต่เดือน กพ ๒๕๖๓ เพื่อรองรับนโยบายที่รัฐบาลเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

และเพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับการขยายการบำบัดทดแทนไตในอนาคต องค์ประกอบหนึ่งที่ต้องพัฒนาคือการเพิ่ม

ศักยภาพพยาบาลไตเทียมสู่การเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญไตเทียมโดยต้องฝึกเก็บประสบการณ์การฟอกไตไม่ต่ำกว่า ๔ ปี และอบรมฟื้นฟู

ความรู้วิชาการหลักสูตรที่สมาคมโรคไตรับรองไม่ต่ำกว่า ๕ ครั้งในเวลา ๔ ปี คุณสมบัติจึงจะครบถ้วนมีสิทธิสมัครสอบพยาบาลเชี่ยวชาญไตเทียม

ซึ่งคาดว่าจะมีสิทธิสมัครสอบได้ ในปี ๒๕๖๕

๔ .ปัจจุบันเปิดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน ๑๒ เครื่องจำนวน ๓-๔ รอบต่อวันมีผู้รับบริการจำนวน ๑๒๖ คน แต่ยังรองรับผู้มารับบริการไม่เพียงพอ

เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ ได้กระจายผู้ป่วยไปรับบริการหน่วยฟอกไตของเอกชนที่เปิดใหม่ในชุมชนภายในปี๒๕๖๖

๕.ในเดือน มิย ๒๕๖๕ อายุรแพทย์ลาศึกษาต่อสาขาอายุรแพทย์โรคไตเป็นเวลา ๒ ปีกลับมาปฏิบัติงานในปี๒๕๖๗ เพื่อรองรับการให้บริการ Acute hemodialysis เพื่อให้มีอัตราค่าเงินเป็นไปตามที่สมาคมโรคไตกำหนดคือพยาบาลไตเทียม๑คนต่อผู้ป่วยที่ฟอกไตแบบวิกฤต ๒ คน(๑:๒)คาดว่าควรมีพยาบาลไตเทียมเพิ่มอีกจำนวน๒คน

๖.ผู้ป่วย ESRD ๑๑๖ ราย(ข้อมูลจาก HDC ณ ๓๑ กค ๖๕)ได้รับข้อมูลการบำบัดทดแทนไตและเข้าถึงบริการโดยการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยมี ๑๗ รายที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการฟอกไต เลือกHD ๕ ราย เลือก CAPD ๒ ราย ปฏิเสธขอ Palliative care ๑๐ ราย(อายุมากกว่า ๘๐ ปี)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
๑	รหัสโครงการ ๐๓๐๒๐๓						
	โครงการ...ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ผู้ป่วยDM, HT ที่ยัง	๑.คลินิกNCD	ไม่ใช้งบประมาณ		๑๓ค ๖๕-๓	๑.NPCU ๕ แห่ง
	รายละเอียดกิจกรรม	ไม่ได้รับการวินิจฉัย	๒.รพสต ๑๓ แห่ง				๒.คลินิก NCD
	๑.ประสานดำเนินงานร่วมกับงานNPCU ๕ แห่ง	เป็น CKD จำนวน					
	๒.ทำแนวทางคู่มือการคัดกรองโรคไตเรื้อรังสูงชันNCD และ รพสต	๘,๓๙๐ คนดังนี้					
	๒.๑ผู้ป่วย HT คัดกรองปีละ ๑ ครั้งโดย	น้ำลัอม ๔๒๔ คน					
	๒.๑.๑ตรวจระดับ Serum Cr ถ้า eGFR ต่ำกว่า๖๐ ซีซี/นาที/๑.๗๓m๒	ลปล ๔๙๘ คน					
	อีก ๓ เดือนให้ตรวจซ้ำ ถ้า eGFRยัง ต่ำกว่า๖๐ วินิจฉัยเป็น CKD	รูติ ๘๘๕ คน					
	ถ้าeGFR มากกว่า ๖๐ ให้คัดกรองในปีต่อไป	สองแควใต้ ๘๔๔ คน					
	๒.๒ ผู้ป่วย DM คัดกรองปีละ ๑ ครั้งโดย	จอมบึง ๔๒๔ คน					
	๒.๒.๑ตรวจระดับ Serum Cr และ Urine Albumin ถ้า	ไหลหิน ๗๗๒ คน					
	Urine Albumin ผลเป็นบวก ๒ ใน ๓ ครั้งในระยะเวลา ๓-๖ เดือน	วังพร้าว ๙๐๔ คน					
	วินิจฉัยเป็น CKD ถ้า eGFR ต่ำกว่า๖๐ ซีซี/นาที/๑.๗๓m๒ ติดต่อกัน ๒ครั้ง	ศาลาดงลาน ๖๐๑ คน					
	ห่างกัน ๓ เดือนโดยUrine Albumin ปกติก็ให้วินิจฉัยเป็น CKD	ศาลาไชย ๕๘๗ คน					
	๒.๒.๒ ผู้ป่วย DM type๒ และ HTให้เริ่ม คัดกรองตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการ	นาแสง ๔๔๘ คน					
	วินิจฉัย	ท่าผา ๘๕๖ คน					
	๒.๒.๓ผู้ป่วย DM type๑ให้คัดกรองหลังได้รับการวินิจฉัย ๕ ปี	ดอนธรรม ๗๔๘ คน					
	หมายเหตุ ให้คัดกรองช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยใดๆ	รพเกาะคา ๓๑๒ คน					
	๓.ติดตามการคัดกรองจากโปรแกรม HDC	หาดปู้ด้าย ๘๔ คน					
๒	รหัสโครงการ						
	โครงการ...ชะลอการเสื่อมของไตโดยสมุนไพรและโภชนบำบัด						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	กิจกรรมที่ ๑						
	๑.การให้ความรู้การใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง						
	ผ่านการทดลองและได้รับการขึ้นทะเบียน	ผู้ป่วยCKD	๑.คลินิกNCD/CKD	ไม่ใช้งบประมาณ		๑๓ค ๖๕-๓	๑.คลินิกNCD/CKD
	๒.ให้ความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักกับ	ระยะที่๑-๕	๒.รพสต ๑๓ แห่ง				๒.รพสต ๑๓ แห่ง
	การใช้สมุนไพรที่อาจมีผลต่อดับและไต	๑,๓๑๗ คน					
	โดยการจัดกลุ่ม๕-๑๐ คนในวันที่มาใช้บริการ						
	ที่คลินิกโรคไตเป็นเวลา ๓๐ นาทีก่อนพบแพทย์						

	โดยประสานนักแพทย์แผนไทยเป็นวิทยากร(พยาบาล					
	๓.ประเมินและติดตามผลเป็นรายบุคคลและ					
	ผลโดยรวมจากตัวชี้วัด					
	กิจกรรมที่ ๒					
	บำบัดด้วยการจัดการได้รับ					
	โปรตีนและพลังงานในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อวัน	ผู้ป่วยCKD	๑.คลินิกNCD/CKD	ไม่ใช้งบประมาณ	๑ตค ๖๕-๓	๑.คลินิกNCD/CKD
	๑ คำนวณปริมาณโปรตีนและพลังงานที่ควรได้	ระยะที่๓-๕	๒ .รพสต ๑๓ แห่ง			๒ .รพสต ๑๓ แห่ง
	รับต่อวันเป็นรายบุคคลโดยจัดกลุ่ม ๕-๘ คน ใน	๙๙๖คน				
	ช่วงเช้าก่อนรับการตรวจจากแพทย์					
	๒ จัดบอร์ดความรู้ในคลินิก					
	๓ สาธิตด้วยโมเดลอาหาร, สื่อการสอน					
	๔ แจกแผ่นพับ					
	กิจกรรมที่ ๓					
	บำบัดด้วยอาหารที่มีโซเดียมต่ำ(ความเค็ม)	ผู้ป่วยCKD	๑.คลินิกNCD/CKD	ไม่ใช้งบประมาณ	๑ตค ๖๕-๓	๑.คลินิกNCD/CKD
	๑ ให้ความรู้สร้างความตระหนักเป็นเวลา๓๐นาที	ระยะที่๑-๕	๒ .รพสต ๑๓ แห่ง			๒ .รพสต ๑๓ แห่ง
	ในช่วงเช้าก่อนรับการตรวจในวันที่มีคลินิกบริการ	๑,๓๑๗ คน				
	๒ จัดบอร์ดความรู้ในคลินิก					
	๓ สาธิตด้วยโมเดลอาหาร , สื่อการสอน					
	๔ ควบคุมปริมาณโซเดียมในการปรุงอาหาร					
	ในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลโดยใช้					
	แถบจุ่มวัดความเค็ม					
๓	รหัสโครงการ.....					
	โครงการ การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคไต(CKD clinic คุณภาพ )					
	รายละเอียดกิจกรรม					
	๑ . จัดบริการตามความซับซ้อนของโรค					
	๑.๑ ผู้ป่วยCKD ระยะที่๑-๓รับบริการที่	ผู้ป่วยDM , HT	๑.คลินิกNCD/CKD	ไม่ใช้งบประมาณ	๑ตค ๖๕-๓	๑.คลินิกNCD/CKD
	คลินิกNCD, รพสตโดยแพทย์	CKDจำนวน	๒ .รพสต ๑๓ แห่ง			๒ .รพสต ๑๓ แห่ง
	เวชศาสตร์ครอบครัว	๑,๓๑๗ คน				
	๑.๒ผู้ป่วยCKD ระยะที่ ๔-๕ รับบริการที่คลินิก					
	CKD โดย อายุรแพทย์					
	๒. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม					
	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมได้แก่					
	๑ แพทย์					



	๒ พยาบาล						
	๓ เกสซ์กร						
	๔ นักโภชนาการ						
	๕ นักกายภาพบำบัด						
	๖ นักแพทย์แผนไทย						
	๓. พัฒนาเกณฑ์การส่งต่อเพื่อการรักษา						
	ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคไต						
	และบริบทของโรงพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน						
	๓.๑ ผู้ป่วยCKDเข้าสู่ระยะ ๓b						
	ส่งต่อมารับบริการที่คลินิกNCDในโรงพยาบาล						
	และถ้าลดลงร่วมกับมากกว่า ๕ ml/min ต่อปี						
	ส่งต่อมารับบริการที่คลินิก CKD						
	เพื่อพบอายุรแพทย์						
	๓.๒ ผู้ป่วยCKD ระยะที่ ๑-๓ ที่ eGFR ลดลงมาก						
	กว่า ๕ ml/minต่อปี ส่งพบอายุรแพทย์						
	๓.๓ ผู้ป่วยCKD ระยะ ๓b ส่งพบอายุรแพทย์						
	ปีละ ๑ ครั้งพร้อมผลตรวจเลือดประจำปี						
	๓.๔ ร่วม Conference case กับโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก ๓ เดือน						
	๔. การเชื่อมโยงเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง						
	๔.๑ คืบข้อมูลCKDระยะที่ ๑-๓ ให้แก่ รพสต						
	๔.๒ คืบข้อมูลCKDระยะที่ ๔-๕ ให้แก่ รพสต						
	และศูนย์ COC เพื่อรับการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง						
	๔.๓ ประสานการดูแลผ่านเวทีบูรประสาน รพสต						
	และทางกลุ่มไลน์						
	๕. การจัดการข้อมูลและประเมินผล						
	๕.๑ มี Pop up แสดงข้อมูล ระดับการทำงานของไตที่เหลืออยู่และข้อ						
	ความแข็งแรงเตือนการหลีกเลี่ยงการช้ำและสมุนไพรที่มีผลต่อไตในผู้ป่วย						
	DM HTรวมถึงผู้ป่วยทุกรายในวันที่มารับบริการก่อนได้รับการตรวจรักษา						
	๕.๒ บันทึกข้อมูลครบถ้วนเพื่อส่งออก๔๓ แห่ง						
	๕.๓ จัดเก็บข้อมูลและประมวลผลของหน่วยงาน						
	๕.๔ ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลจากHDC						
๔	โครงการ ผู้ป่วย ESRD เข้าถึงการบำบัดทดแทนไตแบบที่ใช้ได้ทุกการ	ผู้ป่วยCKD ระยะที่ ๔-๕	คลินิก CKD	ไม่ใช้งบประมาณ		๑๓๐ ๖๕-๓	คลินิกCKD
	กิจกรรม	จำนวน ๔๐๐คน					
	๑.ผู้ป่วยCKD ระยะที่ ๔-๕ ได้รับข้อมูลการบำบัดทดแทนไตเบื้องต้นเป็น						

	เป็นระยะในวันที่มาตรวจเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก						
	๒.เมื่อ eGFR ต่ำกว่า ๑๐ ml/min นัดให้คำปรึกษาพร้อมผู้ดูแลและญาติ						
	โดยนัดแยกกับวันที่มาตรวจ ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจโดยใช้สื่อเป็น						
	รูปภาพ และเยี่ยมชมสถานที่จริง						
	๓.ติดตามการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติภายในไม่เกิน ๑ เดือน						
	๔.กรณีตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ส่งผู้ป่วยรับการบำบัดทดแทนไต						
	ตามสิทธิ						
	๕. กรณีปฏิเสธ ให้ข้อมูลซ้ำและเซ็นในแบบฟอร์มปฏิเสธการ						
	บำบัดทดแทนไตโดยลงนามทั้งผู้ป่วยและญาติสายตรง						
	๖. กรณีเปลี่ยนใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตตามสิทธิ						
๕	รหัสโครงการ.....						
	โครงการ						
	ฟื้นฟูความรู้ทางด้านวิชาการและทักษะการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม						
	เพื่อเพิ่มศักยภาพเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญไตเทียม						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	กิจกรรมที่๑						
	ฝึกทักษะและเก็บประสบการณ์การ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	พยาบาลไตเทียม	หน่วยไตเทียม	ไม่ใช้งบประมาณ	๑๓๖ ๖๕-๓	๑.พยาบาลไตเทียม	
	ครบ ๑,๐๐๐ รอบ(๔,๐๐๐ ชม )เป็นระยะเวลาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๔ ปี	จำนวน ๒ คน	โรงพยาบาลเกาะคา			๒.รพ เกาะคา	
	โดยฝึกที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเกาะคา						
	กิจกรรมที่๒						
	พยาบาลไตเทียมได้รับการอบรมฟื้นฟู	พยาบาลไตเทียม	ตามสถานที่จัดอบรม	๒๐,๐๐๐ บาท	แผนยุทธศาสตร์	๑๓๖ ๖๖-๒	๑.พยาบาลไตเทียม
	ความรู้ทางด้านวิชาการตามหลักสูตรที่สมาคม	จำนวน ๒ คน		จำนวน ๒ คน			๒.รพ เกาะคา
	โรคไตแห่งประเทศไทยรับรองจำนวนไม่น้อยกว่า ๕ ครั้ง						
	ในระยะเวลา ๔ ปี						
	กิจกรรมที่๓						
	สมัครสอบขั้นทะเบียนเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมทั้งภาคทฤษฎี	พยาบาลไตเทียม	สนามสอบตามที่	๒๔,๘๘๐บาท	แผนยุทธศาสตร์	๑๓๖ ๖๖-๓	๑.พยาบาลไตเทียม
	ภาคปฏิบัติ และภาคปากเปล่า	จำนวน ๒ คน	สมาคมโรคไตกำหนด	จำนวน๒คน			๒.รพ เกาะคา
๖	รหัสโครงการ						

โครงการ						
เตรียมอัตรากำลังพยาบาลไต่เทียมเพื่อรองรับการเปิดหน่วย Acute	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเกาะคา	๑๔๐,๐๐๐บาท	แผนยุทธศาสตร์	๑ตค ๖๖-๓	๑.รพ เกาะคา
หลังอายุแพทย์เรียนจบเป็นแพทย์ต่อยอด สาขาโรคไตในปี ๒๕๖๗	จำนวน ๑ คนต่อ ปี	๒.สถาบันการศึกษาที่	จำนวน๒คน			๒.พยาบาลไต่เทียม
รายละเอียดกิจกรรม	รวม ๒ คน	สมาคมโรคไตรับรอง				
๑.เสนอแผนต่อคณะกรรมการHRD						
๒.เปิดรับสมัครคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ เกณฑ์ดังนี้						
๑.๑เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข						
๑.๒มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย๒ปี						
๑.๓อายุไม่เกิน๓๕ปี มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ						
๒.ทำการคัดเลือกเบื้องต้นที่รพ.เกาะคา						
๓.ติดตามการสมัครสอบเข้าเรียนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง						
สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หลักสูตร๖เดือน						
๔.เข้ารับการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวเป็นเวลา๖ เดือน						
เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะได้รับใบประกาศนียบัตร พยาบาลไต่เทียม						

อบรม	๔๔๘๘๐
จ้างเหมา	๑๔๐๐๐๐

คปสอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) Trauma

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ มากกว่าร้อยละ ๒๖.๕
๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งในER และAdmit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
๓. อัตราตายผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนปี น้อยกว่า ๑๒ ต่อแสนประชากร

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเกาะคา มีเป้าหมายสำคัญคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานของ Emergency Care System : ECS มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินด้านอุบัติเหตุมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการเตรียมความพร้อมด้านระบบบริการ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต

๑. อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ = ๙.๐๒ (เป้าหมาย >ร้อยละ๒๖.๕)
๒. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งในER และAdmit) = ๖.๑๓ (เป้าหมาย<๑๒)
๓. อัตราตายผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน = ๑๘.๘๗ (ปี๒๕๖๕ = ๑๘.๗๑)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
			จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ ๐๓๐๒๐๔					
	โครงการพัฒนา โครงการกรการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Trauma อำเภอเกาะคา รายละเอียดกิจกรรม					
	๑.จัดการความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่สถานศึกษาและประชาชน					
	๑.๑จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องความปลอดภัยทางถนน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แก่สถานศึกษาในอำเภอเกาะคา	ครู/นักเรียน จำนวน ๑๕๐คน	๓๗๕๐	การแพทย์ฉุกเฉิน	๑มค.-๓๐มีย.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์ คุณเพ็ญศรี
	๑.๒ ประชาสัมพันธ์ระบบ ๑๖๖๙ ผ่านเสียงตามสายในชุมชน		บูรณาการร่วมNPCU			
	๒. พัฒนาระบบ EMS และ Pre-hospital care : ตามนโยบาย ๓P safety (Patient safety/Personal safety/ people and Public safety) ตาม แนวทาง TEMSA					
	๒.๑ ส่งเสริม สนับสนุนการขยายเครือข่ายทีมกู้ชีพในอ.เกาะคาและประสาน ความช่วยเหลือระดับจังหวัดเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ	ท./อบต./สมาคมกู้ภัยทุกแ	ไม่มี		๓.ค๖๕-ก.ย.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี
	๒.๒ ส่งเสริมการจัดตั้ง One Tumbon One FR	อปท./อบตทุกแห่ง	ไม่มี		๓.ค๖๕-ก.ย.๖๖	
	๒.๓ อบรม Pre-hospital care และการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่บ้านโต๊ะ (Table top) แก่อปท./อาสาสมัครกู้ภัยในพื้นที่ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการ ดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งรพ. และเตรียมความพร้อมการเข้าร่วมกิจกรรมซ้อมแผน อุบัติเหตุหมู่ร่วมกับรพ.	อปท./อาสาสมัครกู้ภัย ในอำเภอเกาะคา ๙๐คน	๑๔,๗๐๐	UC	๑๗,๒๔กพ.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี
	๒.๔ กิจกรรมซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการ สถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุและในรพ.	บุคลากรรพ./รพสต จำนวน ๓๐๐ คน	๑๔,๔๐๐	UC	๓ มีค.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี
	๒.๕ วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและคืนข้อมูลให้ศูนย์ป้องกันความ	สสอ./ตำรวจ/อำเภอ	ไม่มี		๓.ค๖๕-ก.ย.๖๖	คุณฤทธิชัย

ปลอดภัยทางถนนอำเภอเกาะคา						
๓. พัฒนาระบบบริการ Trauma ในรพ.						
๓.๑ พัฒนาระบบทางการดูแลผู้ป่วย Head injury / Multiple trauma ในรพ.	ผู้ป่วย Trauma	ไม่มี		ต.ค.-๖๕	นพ.ณัฐพงศ์/Neuro surg.	
๓.๒ กิจกรรม Work shop เสริมทักษะ แก่บุคลากรในหน่วยงาน ER		ไม่มี		เดือนละ ๒ ครั้ง	นพ.ณัฐพงศ์/นพ.พันธกานต์	
เพื่อการพัฒนาสมรรถนะสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย						
๓.๓ อบรมเชิงปฏิบัติการ BLS แก่บุคลากรสนับสนุนในรพ.เกาะคา/รพสต.	๓๐๐ คน	๗,๕๐๐	UC	๕,๑๒,๑๙,๒๖พค,๒มีย๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/นพ.พันธกานต์	
๓.๔ อบรมเชิงปฏิบัติการ ACLS แก่บุคลากรพยาบาลในรพ.เกาะคา	๑๓๐	๓,๒๕๐	UC	๖,๒๓,๓๐ มีย๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี/จุฬารัตน์	
๓.๕ เข้าร่วมกิจกรรมซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นใน หน่วยงานต่างๆในรพ.	หน่วยงานในรพ.	ไม่มี			นพ.ณัฐพงศ์/นพ.พันธกานต์	
๓.๖ ประชุมชี้แจงแผนการเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่แก่บุคลากรในรพ.	ทีมนำ ๓๐ คน	๗๕๐	UC	๒๔กพ.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี	
๓.๗ ประชุมชี้แจงแผนการเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่แก่บุคลากร รพ.ร่วมกับ หน่วยงานภายนอก	ทีมนำ+นาง.ภายนอก๕๐คน	๑,๒๕๐	UC	๒มีค.๖๖	นพ.ณัฐพงศ์/คุณเพ็ญศรี	
๓.๘ ส่งพยาบาลอบรม PHTLS /ACLS (ตาม Service Plan จังหวัด)	พยาบาล ER ๒ คน	ไม่มี	การแพทย์ฉุกเฉิน	มีค.-เมย.๖๖	คุณเพ็ญศรี	
๓.๙ ส่งพยาบาลอบรมฟื้นฟู ACLS provider (ตาม Service Plan จังหวัด)	พยาบาล ER ๑๐คน	ไม่มี	การแพทย์ฉุกเฉิน จ.ลำปาง		คุณเพ็ญศรี	
๓.๑๐ ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางระยะสั้น๔ เดือน (Emergency Nurse Practitioner) ตาม Service Plan จังหวัด	พยาบาล ER ๑ คน	๑๒๐,๐๐๐	การแพทย์ฉุกเฉิน	ตามSPจังหวัด	HR /คุณเพ็ญศรี	
๓.๑๑ ส่งพยาบาลอบรม Nurse-coordinator (ตาม Service Plan จังหวัด)	พยาบาล ER ๑ คน	ไม่มี	นง.ระบบการ	ตามSPจังหวัด	คุณเพ็ญศรี	
๓.๑๒ ส่งพยาบาลอบรมกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (triage)	บาล ER/OPD จำนวน ๒	ไม่มี	การแพทย์ฉุกเฉิน	ตามSPจังหวัด	คุณเพ็ญศรี	
๓.๑๓ ส่งบุคลากรอบรม EMR / EMTB (ตาม Service Plan จังหวัด)	JA/พร./เปล จำนวน ๔ คน	ตามจัด	การแพทย์ฉุกเฉิน	ตามSPจังหวัด	คุณเพ็ญศรี	
๓.๑๔ เตรียมความพร้อมจัดหาเครื่อง Telemed	จำนวน๓ เครื่อง		งบลงทุนสสจ.	ตามSPจังหวัด	สสจ.	
	(ER๑/รณAM๑/สำรอง ๑)					

งบUCหมวดซื้อ/จ้าง/อื่นๆ	
งบUCหมวดประชุม/อบรม	๔๕,๖๐๐
รวม UC	๔๕๖๐๐
งบ สสจ	๑๒๐๐๐๐
งบสปลช	๐
รวมทั้งหมด	๑๖๕๖๐๐

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข(งานประจำ)ประจำปีงบประมาณ 2566

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน : สุขภาพจิตและจิตเวช

สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

งานประจำ

ตัวชี้วัด(KPI)/ผลลัพธ์ที่ต้องการ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน 2. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 74%

ข้อมูลพื้นฐาน /วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา(ก.ค.65) :อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็น 13.64 ต่อประชากรแสนคน(8 ราย) การเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 73.26%(เป้าหมาย 74%)

สะสม 904ราย ปัญหาที่พบ คือการรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของการคิดฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ 50-59 ปี (34.48%)

รองลงมาอายุ 30-39 ปี (24.14%) สาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ ปัญหายาเสพติดและสุรา (34.48%) รองลงมา ชัดแย้งในครอบครัว (17.24%) และโรคทางจิตเวช (17.24%)

สถานบริการที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด (5 ปีย้อนหลัง) คือเขต รพ.ต. ดอนธรรม รพ.สต. ลำปางหลวง และ รพ.สต. ศาลาไชย แต่ในปี 2565 เขต รพ.สต.จอมปิง

ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 /ปัญหาการกระทำรุนแรงในเด็กและสตรียังมีอยู่ในปี65 มี เด็กหญิงถูกทำร้ายร่างกาย 1 ราย ไม่พบทางเพศ ส่วนในสตรีอายุมากกว่า 18 ปี ถูกกระทำรุนแรงทางกาย

25 ราย ทางเพศ 1 ราย /ปัญหา MCAAT ยังพบอีกคือภัย วาดภัยและอุทกภัยตามฤดูกาล /รพ.เกาะคา ระดับ M2 รับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรวมผู้ติดสุราจาก อำเภอใกล้เคียง

จำเป็นต้องมีแผนรองรับให้บริการ อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย

ลำดับ	ชื่อโครงการ / รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 030205						
	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ อ.เกาะคา						
	การป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ อ.เกาะคา : กลยุทธ์ 4 Pillars Model						
	ระบบข้อมูล ระบบดิจิทัล ระบบป้องกัน/บำบัด และการบริหารจัดการ						
	- ทบทวนคณะกรรมการสุขภาพจิตจิตเวชระดับอำเภอให้เป็นปัจจุบัน	25 คน	รพ.เกาะคา, สสอ.	-	-	ต.ค.65	เบญจวรรณ
	- ชื่นทะเบียนผู้มีปัญหาสุราเสพยาเสพติดที่มีการทางจิตและจิตเวชฉุกเฉิน		และตัวแทน				วิรินทร์ภัทร
	- ทบทวนทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง		NPCUอ.เกาะคา	-	-	ต.ค.65.-ก.ย.66	
	ในกลุ่ม Alcohol psychosis, Depressive และ กลุ่มจิตเวชที่อาการกำเริบบ่อย		5 แห่ง				
	และประสานส่งต่อ NPCU ในโปรแกรม COC						
	- สอบสวนโรคจากญาติ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกรายในปี 2565	จำนวนผู้ที่ฆ่า	NPCUอ.เกาะคา	-	-	ก.ค.65-ก.ย.6	ทีม NPCU
	เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดในขั้นที่อื่น โดยใจ	ตัวตาย สำเร็จ	5 แห่ง				วิรินทร์ภัทร
	แบบสอบสวนการฆ่าตัวตาย ใช้ version 10 * covid-19 * 2020-07-21						
	- ออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย ขาดยา	จิตจากสุรา 40 ราย	NPCUอ.เกาะคา	-	-	ต.ค.65-ก.ย.6	ทีม NPCU
	โดยเฉพาะในกลุ่มจิตเภท ติดสุรา โรคจิตจากสุราเสพยาเสพติด	จิตกำเริบ 10 ราย	5 แห่ง				เบญจวรรณ
	โดยร่วมกับทีม NPCU						
	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ พื้นฟูเรื่องการรับรู้สัญญาณเตือนการฆ่าตัวต	แกนนำ อสม	NPCUอ.เกาะคา	-	NPCU	,9,14,16 มี.ค.	ทีม NPCU
	* ค่าอาหารกลางวันมื้อละ50 บาท/คน* 85 คน รวม 4,250 บาท	จนท.สธ. NPCU	4 แห่ง				เบญจวรรณ
	* ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 25 บาท/มื้อ/คนx 2 มื้อ*85 คน	85 คน/แห่ง	(เขต รพ.สต.				วิรินทร์ภัทร
	รวม 4,250บาท		ศาลาไชย,				
	* ค่าวัสดุสำนักงาน 5,000 บาท		ดอนธรรม,สพ.				

	( 13,500 บาท *4 แห่ง รวม 54,000 บาท)		หลวง, จอมปิง)				
	- จูงใจผู้ติดสุราที่มี อาการทางจิตเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน	10 ราย	NPCU.เกาะคา	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	ทีม NPCU
	-การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้านค้าห้ามขายในเด็กต่ำกว่า18ปี	5 แห่ง		-			เพชรินทร์
	- สนับสนุนการงดเหล้าเข้าพรรษาผ่านผู้นำชุมชน อสม. รพ.สต.	ผู้นำชุมชน					วีรินทร์ภัทร
	- สนับสนุนการบังคับใช้ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยงาน คบส.						ภก. ภักพล
	- การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตแก่คนในครอบครัว และชุมชนขณะเฝ้า	ผู้ดูแลผู้ป่วย	NPCU.เกาะคา	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	ทีม NPCU
	พูดคุยให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาได้ในครอบครัวเชิงสร้างสรรค์	จิตเวช	5 แห่ง				
	- ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้สามารถประเมินและให้การดูแล	ผู้ป่วยจิตเวชที่มี	คลินิกจิตเวช	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	ต่อเนื่องได้โดยเฉพาะการจัดการเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ	อาการทางจิต					ดวงจิต
2	การพัฒนากระบวนการในและนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช	กำเริบบ่อย					
	- การTriage ผู้ป่วยขณะนั่งรอ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับและผู้ให้บริการ	พยาบาลจิตเวช	คลินิกจิตเวช	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	- กระตุ้นหน่วยงานต่างๆลงบันทึกการคัดกรอง 3Q ให้ครบถ้วน	- คลินิกโรคเรื้อรัง	รพ.เกาะคา				
	โดยเฉพาะใน Special PP ในกลุ่มโรคต่างๆ รวมถึงการคัดกรองในกลุ่ม	และผู้ป่วยนอก					
	- ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตรายใหม่และที่มีอาการทางจิตกำเริบ	- ผู้ป่วยจิตเวช	ตึกผู้ป่วยใน	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	แบบผู้ป่วยในได้ (Acute Care)	อาการรุนแรง					
	- ทบทวนระบบการ Consult จิตแพทย์ รพ.ลำปางและ Thai refer	แพทย์, พยาบาล	ผู้ป่วยในทุกตึก	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	- รับส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตยาเสพติด จาก รพ.เครือข่าย โดยพิจ	ผู้ป่วยจิตเวชที่รับ	รพ.เกาะคา	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	ให้การรักษาและหรือส่งต่อ รพ.ลำปางตามแนวทางปฏิบัติและประสาน	จาก รพ.เครือข่าย					
	- จัดหายาMethylphenidate ให้เพียงพอต่อผู้ป่วย ADHD	50 ราย	คลินิกเด็กและ	-	-	ม.ค.66	ภก.ชวนพิศ
	- การคัดกรองเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม การ ซึมหะเบียนจิตเวชเด็ก	50 ราย	คลินิกจิตเวช	-	-	ค.ค.65 - ก.ย.6	วีรินทร์ภัทร
	และติดตามประเมินพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง .ในชุมชน และหรือในสถานศึกษา		รพ.เกาะคา				
	- รับประทานปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ยาเสพติดแก่เครือข่ายทั้งในและ	ทีม NPCU และ	NPCU.เกาะคา	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	องค์กร ทางโทรศัพท์ , Line application , Tele-Psychiatry	แกนนำ อสม	5 แห่ง				วีรินทร์ภัทร
	- ลงรายงาน 506 DS ในโปรแกรม online ให้เป็นปัจจุบัน	ผู้ที่พยายาม และ	คลินิกจิตเวช	-	-	1 ครั้ง/สัปดาห์	วีรินทร์ภัทร
		ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	- ติดตามเยี่ยมสถานศึกษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และแนวทาง	ครูในสถาน	NPCU.เกาะคา	-	-	ค.ค.65.-ก.ย.6	วีรินทร์ภัทร
	ดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและหรือโรคจิตเวช	ศึกษาระดับมัธยม	5 แห่ง				ทีม NPCU
	- รับส่งต่อเด็กจากสถานศึกษาเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	11 แห่ง					
	เช่นการปรับพฤติกรรมและหรือการให้ยารักษา						
3	พัฒนาศักยภาพการให้บริการศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ให้มีคุณภาพมาตรฐาน						
	- ประชุมทีมงานที่ให้บริการ OSCC ใน รพ.เกาะคา เรื่องบท	- พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง	คลินิกจิตเวช	-	-	19 ม.ค.66	ดวงจิต
	แนวทางปฏิบัติในการรับผู้ถูกกระทำ และระบบจัดเก็บเอกสารหรือส่งต่อ	ช่อง 10 คน					เบญจวรรณ
	- ลงรายงานทางโปรแกรม Online เป็นปัจจุบัน	- ผู้ถูกกระทำรุนแรง	คลินิกจิตเวช	-	-	1 ครั้ง/สัปดาห์	ดวงจิต
	- ให้บริการทางด่วน เป็นความลับ, ให้บริการ One stop service						

	- ติดตามให้ความช่วยเหลือกรณีที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- ผู้ถูกกระทำรุนแรง	คลินิกจิตเวช	-	-	1 ครั้ง/เดือน	ดวงจิต
	การรักษาด้วยยา หรือหาที่พักอาศัยชั่วคราว(บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดลำปาง)		และNPCU				
	- ประสานเทศบาล อปท. หน่วยงาน พม. เข้าให้การช่วยเหลือตามคว	ผู้ถูกกระทำรุนแรง	NPCUอ.เกาะคา	-	-	ก.ค.65-ก.ย.6	ทีม NPCU
4	พัฒนาระบบบริการงาน MCATT หรือทีมเยียวยาจิตใจ (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team)		5 แห่ง				
	- ทบทวนคณะกรรมการทีม MCATT ระดับอำเภอปีงบประมาณ 65 (บูรณาการกับคณะกรรมการสุขภาพจิตยาเสพติด)	จนท. 25 คน	รพ.เกาะคา, สสอ. และตัวแทน NPCU 5 แห่ง	-	-	ต.ค.65	เบญจวรรณ
	อำเภอ ตำบล	จนท.สธ	รพ.เกาะคา, สสอ.	-	-	พ.ย..65	ดวงจิต
	เช่นการเตรียมคน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		NPCUอ.เกาะคา				
	- ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ และเยียวยาจิตใจ	ผู้ประสบเหตุและญาติ	5 แห่ง	-	-	มี.ค.66	เบญจวรรณ
	- ร่วมซ้อมแผนบนโต๊ะกับทีม EOC อุบัติการณ์กรณีน้ำท่วม วาดภัย อัและแก๊สระเบิด			-	-	ก.ค.66	เบญจวรรณ
	- ออกปฏิบัติการเยียวยาจิตใจร่วมกับทีมอำเภอและตำบลเมื่อเกิดภัยที่	ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัว	NPCUอ.เกาะคา 5 แห่ง	-	-	ก.ค.65-ก.ย.6	เพชรินทร์ วิรินทร์ภัทร
	- ติดตามประเมินอาการด้านจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบและให้การดูแลตามความเหมาะสมร่วมกับ ทีม						
	- สรุปรุเหตุการณ์และจัดทำรายงานส่งสาธารณสุขจังหวัดลำปางและศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เมื่อมีเหตุการณ์	ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัว	NPCUอ.เกาะคา 5 แห่ง	-	-	ก.ค.65-ก.ย.6	เพชรินทร์ วิรินทร์ภัทร
5	พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ สุขภาพจิต/จิตเวช						
	- ส่งแพทย์ พยาบาลเข้าร่วมอบรมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยและแบบวิกฤตฉุกเฉิน	4 คน	ตึกปราณี กรุณาเวชชาภิรักษ์ ห้องฉุกเฉิน ตึกศัลยกรรม	-	-	พ.ค.66	เบญจวรรณ
	- อบรมจิตวิทยาคลินิก ( ค่าลงทะเบียน 25,000 บาท บูรณาการใน ย.4)	นักจิตวิทยา รพ.เกาะคา 1 คน	คลินิกจิตเวช	-	UC	ก.ค. - ธ.ค.65	วิรินทร์ภัทร
	- KM ปัญหาที่พบในการทำงานเพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขรายกรณี	พยาบาล	คลินิกจิตเวช	-	-	ม.ค. , เม.ย.65	เบญจวรรณ
	- ร่วมรับฟังวิชาการ การตรวจเยี่ยมรพช.จากทีมจิตเวช รพ.ลำปาง (จิตเวชสัญจร)	แพทย์, พยาบาล	รพ.เกาะคา และ NPCU5แห่ง				
6	การสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน สุขภาพจิต จิตเวชตามกำหนด						
	- มีการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดย่อย, KPI และรายงานใน onemonth c	พยาบาล	คลินิกจิตเวช	-	-	ก.ค.65-ก.ย.6	เบญจวรรณ
	- ติดตามDashboards คลินิกจิตเวช รพ.ลำปาง ต่อเนื่องเพื่อรับรู้ข้อมูล					เดือนละ 1 ครั้ง	
	ผู้ที่พยายาม และฆ่าตัวตายสำเร็จ ในจ.ลำปาง และ อ.เกาะคา						



- นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางพัฒนางานบริการ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ	แพทย์, พยาบาล	รพ.เกาะคา และ NPCU5แห่ง	-	-	ก.พ. ,ก.ค. 66	เบญจวรรณ
- นำเสนอผลงานและปัญหาที่พบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาระดับตำบลและอำเภอทุก 6 เดือน	เจ้าหน้าที่ในคลินิก จิตเวช รพ.เกาะคา	คปสอ.เกาะคา	-	-	มี.ค. , ก.ค.66	เบญจวรรณ
- นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคแก่ Service plan สุขภาพระดับจังหวัด	พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา	คลินิกจิตเวช	-	-	มี.ค. , ก.ค.66	เบญจวรรณ
						วิรินทร์ภัทร

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหา จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ( Service Excellence )

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan )

ตัวชี้วัดหลัก (KPI) : 1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าร้อยละ 88

2. ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายด้วย ด้วย CXR ร้อยละ 90 (ค่าเป้าหมาย 150 : แส่นประชากร)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

ในปี 2565 การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 4,026 ราย ( 95.25 % ) พบ CXR ผิดปกติที่เข้าได้กับอาการสงสัยวัณโรค 156 ราย (3.87 % ) ส่งตรวจเสมหะ ( Sputum AFB ) 156ราย ( 100 % ) และพบว่าเป็นวัณโรคปอด 2 ราย ( 1.28 % )

อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 72 ใน 3 อันดับแรก ของกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุที่มี BMI <18.5 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 13.24 และ ผู้ใช้สารเสพติดและสุรา ร้อยละ 5.88

ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 24 รายกำลังรักษา 20 ราย รักษาหาย 8 ราย รักษาครบ 2 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลับเป็นซ้ำ 3 ราย รับโอน 3ราย

อัตราความสำเร็จของการรักษา ปี 2565 ร้อยละ 88.89

อัตราการเสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.85 มีระบบการadmit ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อชีวิต ( High risk score to dead ) ครบ ทุกราย

รวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต. ดูแลต่อ ผ่านทางระบบออนไลน์ ( Kokha COC select ) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 030206 โครงการการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ ( Service Plan ) TB ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคด้วยCXR ในกลุ่มเป้าหมาย			รวมเงินแผน TBทั้งหมด	UC		
	กลุ่มเป้าหมาย ปี 2566		ทุก รพ.สต	1,278,460		1 ต.ค 65-31มี.ค.66	บุญธรรม / วิทวัส และ NPCU ทุกแห่ง
	ประชากรในเขตอำเภอเกาะคา ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป		อำเภอเกาะคา				
	1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 35,896 ราย						
	1.1 คัดกรองCXRในรพ.เกาะคา ร้อยละ 50 คิดเป็น 17,948 ราย						
	แผน CXR ใน รพ รายเดือน (1ตค.65 - 31 ธค.65)	จำนวน(ราย)					
	กลุ่มผู้ป่วยที่มาบริการในรพ.เกาะคา ต่อวัน	12,448					
	NPCU ศาลาดงลาน 1-6พย.65	1,100					
	NPCU บ้านจู้ด 14- 20 พย.65	1,100					
	NPCU ไหลหิน 7-13พย.65	1,100					
	NPCU สองแควใต้ 24ตค.65-4 พย.65	1,100					
	NPCU วังพร้าว 21-27 พย.65	1,100					
	รวม	17,948					
	1.2 คัดกรอง Mobile CXR ในพื้นที่5 NPCU 13 รพ.สต.จำนวน 17,948 ราย			1,216,460	UC		
	รายละ 70 บาท						
	1.3 ค่าจ้างเหมาจัดสถานที่ Mobile CXR 13 แห่งๆละ1,000 บาท			13,000	UC		
	1.4 ค่าอาหารและอาหารว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการปฏิบัติงาน						

การคัดกรอง Mobile CXR 13รพสต.ละ10 คนๆละ100บาท จำนวน 39 วัน			39,000	UC	
NPCU ศาลา 8 วันๆละ1000บาท คิดเป็น 8,000 บาท			1,268,460		
NPCU บ้านจู้ด 7 วันๆละ1000บาท คิดเป็น 7,000 บาท					
NPCU ไหล่หิน 10 วันๆละ1000บาท คิดเป็น10,000 บาท					
NPCU สองแควใต้ 6 วันๆละ1000บาท คิดเป็น 6,000 บาท					
NPCU วังพร้าว 8 วันๆละ1000บาท คิดเป็น 8,000 บาท					
<b>***แนวทางทางการดำเนินการ ทำให้ Mobile CXR ****</b>	<b>จำนวนทั้งหมด</b>	<b>ร้อยละ50</b>			
กลุ่มเป้าหมายคัดกรองอายุ20ปีขึ้นไป ในแต่ละ NPCU	35,896	17,948		UC	
NPCU ศาลา		จำนวน(คน)	ค่าCXRต่อหัว(70บาท)		
รพสต.ศาลาดงลาน	2,295	1,148	80,325.00		
รพสต.ศาลาไชย	2,766	1,383	96,810.00		
รพสต.ท่าผา	2,978	1,489	104,230.00		
ม.3,ม.7 ต.ศาลา	1,140	570	-		
	9,179	4,590	281,365.00		
NPCU บ้านจู้ด					
รพสต.บ้านจู้ด	3,545	1,773	124,075.00		
รพสต.ลำปางหลวง	2,257	1,129	78,995.00		
	5,802	2,901	203,070.00		
NPCU ไหล่หิน					
รพสต.ไหล่หิน	3,242	1,621	113,470.00		
รพสต.ดอนธรรม	3,115	1,558	109,025.00		
รพสต.น้ำล้อม	2,592	1,296	90,720.00		
	8,949	4,475	313,215.00		
NPCU สองแควใต้					
รพสต.สองแควใต้	3,439	1,720	120,365.00		
รพสต.จอมปิง	1,510	755	52,850.00		
	4,949	2,475	173,215.00		
NPCU วังพร้าว					
รพสต.วังพร้าว	4,334	2,167	151,690.00		
รพสต.นาแสง	2,175	1,088	76,125.00		
รพสต.หาดปู่ด้าย	508	254	17,780.00		
	7,017	3,509	245,595.00		
<b>ยอดรวมทั้งหมด</b>	<b>35,896</b>	<b>17,948</b>	<b>1,216,460.00</b>		
2) ประชากรอายุต่ำกว่า 20ปี มีปัจจัยร่วมดังนี้	จำนวน(ราย)				
2.1) เคยป่วยวัณโรค 5 ปีย้อนหลัง	4				
2.2) ผู้สัมผัสรวมบ้าน/ใกล้ชิด ย้อนหลัง2 ปี	24				

2.3) ผู้ป่วย HIV	3				
2.4) ผู้ต้องขังในเรือนจำและสถานพินิจ	0				
	31				
กิจกรรมการจัดการข้อมูลการคัดกรองวัณโรค				1 ต.ค 65.-31มี.ค.66	บุญศรีสมิ / วิทวัส
1. ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ในเวทียศปสอ.					ธมกร
2. จัดทำตารางแผนการคัดกรอง ในแต่ละ NPCU ตามรายชื่อที่มีอยู่จริง					และ NPCU ทุกแห่ง
3. คัดกรองตามแผนและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HosXP และ NTIP					
4. คัดกรองโดยการทำ mobile x-ray ในชุมชน ในกลุ่มเป้าหมายและเจ้าหน้าที่ และในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล					จนท.เอกซเรย์
5. รวบรวมข้อมูลจากรายงานของจุด mobile x ray ส่งเข้าระบบรพ.ภายหลังจากวันทำการ Mobie X-Ray					งานOPD
6. มีข้อความแสดงบนหน้าจอคอมพิวเตอร์(Pop-up)ในระบบ Hos XP					ทุกสาขา
เพื่อให้ผู้ใช้งานรับทราบการคัดกรองCXR ในรายบุคคล ป้องกันการส่งCXRซ้ำ					
7.กลุ่มเป้าหมายที่ผล CXR ผิดปกติเข้าได้กับ TB	จำนวน(ราย)				
ส่งตรวจ LAMP และ Gene Xpert ตามกลุ่มเสี่ยง 7กลุ่ม (ร้อยละ40ของ ภายใน 7 วัน หลังได้รับผล CXR (อยู่ในระหว่างเตรียมการ)	14,000				
5.2.2 ผิดปกติที่ผิดปกติให้แพทย์อ่านซ้ำทุกราย					
1 ผิดปกติที่ผิดปกติได้กับวัณโรค ตรวจสอบโดยวิธี					
- Sputum AFB และ X pert ในกลุ่มเสี่ยง*					
- LAMP Test ในกลุ่มอื่นๆ					
2 ผิดปกติที่กำกวม ให้ปรึกษาChest Med รพ.ลำปาง ทุกราย					
กรณีผลเข้าได้กับวัณโรค ตรวจสอบโดยวิธี					
- Sputum AFB และ X pert ในกลุ่มเสี่ยง*					
- LAMP Test ในกลุ่มอื่นๆ(อยู่ในระหว่างเตรียมการ)					
3 ผลไม่เข้ากับวัณโรค					
- CXR ซ้ำปีละครั้ง					
- รักษาตามอาการ					
5.2.3 ส่งตรวจ IGRA กรณีกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/ใกล้ชิด และ HIV					
8. จัดทำทะเบียนกลุ่มปอดผิดปกติ รอบที่ 1					
ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและขึ้นทะเบียนผู้ป่วย					
9. จัดทำทะเบียนและติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ต้อง CXR ซ้ำ 6เดือน					
1 กลุ่มผลฟิล์มผิดปกติที่ยังไม่ได้เข้าสู่การรักษา					
2 กลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/ใกล้ชิด ย้อนหลัง2 ปี					
3 กลุ่ม HIV					
10. จนท.ลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม HOS xp และ NTIP					
2.) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค					
2.1) ดำเนินตามแนวทางการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค					

2.1.1	ใช้แนวทางการรักษา NTP ใหม่	ผู้ป่วยวัณโรค	ทุก รพ.สต		1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	ปญชรส์ม / วมกร
2.1.2	ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาโดย อายุรแพทย์	ทุกราย	อำเภอเกาะคา			อายุรแพทย์
	- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อเนืองที่บ้าน และกำกับกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT ) โดย จนท. สธ. / มอค. / อสม.					
	- จัดทำ Individual careplan ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทุกราย					
	- มีระบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ที่ผิดนัด ภายใน 1 วัน หลังวันนัด					
1.2	ระบบเฝ้าระวัง/สอบสวนและการจัดการ วัณโรคต่อยาทุกราย ( MDR-TB /XDR-TB )	ผู้ป่วย MDR TB / XDR-TB รายใหม่ทุกราย	รพ.เกาะคา ทุก รพ.สต อำเภอเกาะคา		1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	ปญชรส์ม / วิทวัส
1.3	Dead case conference ทุกราย	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต	รพ.เกาะคา		1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	ปญชรส์ม / วมกร
	- ทบทวน Dead Case Conference ทุกราย สรุปรายงานตามแบบ การเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค ส่ง สสจ.ลำปางหลังเสียชีวิต ไม่เกิน 2 สัปดาห์	ทุกราย	ทุก รพ.สต อำเภอเกาะคา			ปญชรส์ม / วมกร / อายุรแพทย์
	- ทบทวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ทุกราย ร่วมกับ ทีม PCTและรพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง					
	- นำเสนอผลการทบทวน แก่ ที่ประชุม คป.สอ					
1.4	การ Admit ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย	1.ผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ทุกราย	รพ.เกาะคา ทุก รพ.สต	ไม่ใช้งบประมาณ	1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	ปญชรส์ม // วมกร วิทวัส
	- จนท.คลินิกวัณโรคแจ้งให้ รพ.สต.กรณีมี ผู้ป่วยวัณโรค เพื่อกำหนดผู้กำกับกับการกินยา เป็น จนท.สธ / มอค / อสม.	2. ผู้ป่วยวัณโรคชนิดอื่น ๆ ที่มีโรคร่วม หรือ ข้อบ่งชี้ คือ	อำเภอเกาะคา			
	- จนท.สธ. เยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ที่ admit ใน โรงพยาบาล ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อ อธิบาย ขั้นตอนการให้บริการในชุมชน และ กำกับ การกินยาโดย จนท.สธ / มอค / อสม	2.1 ผู้ป่วย HIV 2.2 ผู้สูงอายุมีโรคร่วม 2.3. ผู้สูงอายุ BMI < 20 2.4 .กลุ่มติดสุรา				
	- มี จนท.สธ / มอค / อสม.เป็นกำกับกับการกินยา ผู้ป่วยที่บ้านทุกราย	2.5. ผู้ป่วย COPD 2.6 ผู้ป่วย CKD 4-5 BMI < 20				
	- กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการ admit ประสาน จนท. รพ.สต. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุกวัน จนครบ 2 สัปดาห์ หรือจนอาการผู้ป่วยคงที่					
	- จนท.รพ.สต. ยังไม่มาเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ที่ ward ผู้ป่วยจะ ไม่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน					
1.5.	การดูแลเรื่องโภชนาการ					
	- นักโภชนาการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยวัณโรคที่admit ทุกราย					



ทุกราย เพื่อเพิ่มไข่มื้อละ 1 ฟอง และนม 1 กล่อง						
- ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทุก visit ที่มารับบริการ และให้คำแนะนำเรื่องการเพิ่มภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ						
- กรณีผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ทางทีมประสานกองทุนเครือข่ายในพื้นที่สนับสนุนอาหารเสริมให้กับผู้ป่วยวันโรค						
2.2) ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวันโรค		รพ.เกาะคา	ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	บุญศรีสมิ / รมกร
- ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย ต้อง Admit		ทุก รพ.สต				/วิทวีส
อย่างน้อย 2 สัปดาห์		อำเภอเกาะคา				
- ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการประเมินปัจจัยต่อการเสียชีวิต ( Risk Score ) ตามแบบประเมิน						
- ดำเนินการมาตรการด้านการรักษาในกลุ่ม High & Intermediate Risk ทุกราย						
โดย 1)Consult อายุรแพทย์ ทุกราย 2)LFT ทุกสัปดาห์ใน 1 เดือนแรก (ครั้งที่1 - 4) LFT ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนที่ 2 (ครั้งที่ 5 - 6)						
3)Closed Monitor โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในช่วง Intensive						
- จัดทำ Individual careplan ผู้ป่วยวันโรครายใหม่	ผู้ป่วยวันโรค	ทุก รพ.สต				
ทุกราย	ทุกราย	อำเภอเกาะคา				
<b>3. ระบบข้อมูลการรักษา</b>						
3.1) ขึ้นทะเบียนรักษา/ส่งต่อผู้ป่วยวันโรค และบันทึกข้อมูลใน NTIP และ google form ให้เป็นปัจจุบัน						
3.2) ทะเบียนผู้ป่วยจำแนกความเสี่ยง และแนวทางการติดตามการรักษา การ Close Monitor ทุกราย						
3.3) บันทึกข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน และใกล้ชิด ลงใน NTIP ทุกราย						
3.4) ตรวจสอบข้อมูลทะเบียนรักษา/ส่งต่อผู้ป่วยวันโรค, ทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ใกล้ชิด, ทะเบียนผู้ป่วยจำแนกความเสี่ยง โดย TB Case management team						
<b>3.) การพัฒนาบุคลากร</b>						
3.1) อบรมเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรคใหม่ ( หลักสูตร 5 วัน อบรมที่เชียงใหม่ )	1 คน	พยาบาลวิชาชีพ	5,000.00			บุญศรีสมิ / รมกร
<b>4.) แผนกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานวันโรคในพื้นที่</b>						
4.1) ประชุมคณะทำงานบริหารจัดการผู้ป่วยวันโรค รายบุคคล ( TB Management Team ) จำนวน 4 ครั้ง ทุก3เดือน	ผู้รับผิดชอบงาน20คน	รพ.เกาะคา/รพ.สต.	2,000			
4.2) คณะทำงานบริหารจัดการผู้ป่วยวันโรครายบุคคล มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานวันโรค 1 ครั้ง / เดือน				ไม่ใช้งบประมาณ ( บูรณาการ ใน การประชุม คป.สอ. )	1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	บุญศรีสมิ / รมกร /วิทวีส
4.3)ติดตามผลงานการคัดกรองวันโรคราย รพ.สต ในที่ประชุม คป.สอ				ไม่ใช้งบประมาณ ( บูรณาการ ใน การประชุม คป.สอ.และพุทธประสาน )	1 ต.ค 65.-30 ก.ย.66	บุญศรีสมิ / รมกร /วิทวีส
4.4) ติดตามผลงานการคัดกรอง ใน HosXP					ทุกวันจันทร์	บุญศรีสมิ / รมกร

1 ครั้ง / สัปดาห์ และนำเสนอผลการต่อ						/วิทวัส
ผู้บริหาร คป.สอ. และ Mr.TB						
4.5) ทบทวนแผนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย					ทุก 2 สัปดาห์	บุญศรีสมิ / ธมกร
เมื่อการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายไม่เป็นไป						/วิทวัส
ตามแผนฯ						
4.6) นำเสนอผลการดำเนินการวินิจฉัย และผลการ						
คัดกรองจาก HDC ในที่ประชุม คป.สอ.						
4.7) ติดตามข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษา					ทุก 2 สัปดาห์	บุญศรีสมิ / ธมกร
และผู้ป่วยเสียชีวิตในที่ประชุม คป.สอ.						/วิทวัส
4.8) รายงานผลการดำเนินงาน ส่งสสจ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน						
4.9) รับการนิเทศ ติดตาม ประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน TB	รพ.เกาะคา/รพสต./สสจ.		3,000			
จาก สสจ.ลำปาง	จำนวน30คน					

รวม	10,000
คัดกรองไอบาย	1268460
รวม	1,278,460

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

คปสอ.....เกาะคา.. จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : โรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ ประชากรอายุ๕๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจ หาเลือดในอุจจาระ โดยการทำให้ Fit Test และที่มีผล Positive ได้ทำ Colonoscope

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๓๐-๖๐ ปี,มะเร็งเต้านมอายุ ๓๐-๗๐ ปี

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ๑. โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับ ๑ ของอำเภอเกาะคา ( ๑.มะเร็งตับ ๒.มะเร็งปอด ๓. มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง )

๒.โรคมะเร็งเต้านม , มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก ป่วยเป็นอันดับ๑,๒ และ๓ ของอำเภอเกาะคาตามลำดับ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
๑	<b>รหัสโครงการ ๐๓๐๒๐๗</b>						
	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มะเร็ง						
	โครงการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง						
	๑.รายละเอียดกิจกรรม						
	๑.๑.คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง	ประชากร	NPCU ๕ แห่ง	Fit Test	งบNPCU	ตค. ๖๕ - มค ๖๖	แสงจันทร์
	ด้วยการตรวจหาเลือดในอุจจาระ โดยการทำให้ Fit Test	อายุ ๕๐-๗๐ ปี		๒๐บาท/ชุด			Manager NPCU ๕ แห่ง
	บันทึกข้อมูลในHDCให้ครบถ้วน	( ๘,๕๐๐ ราย )		๑๗๐,๐๐๐			
	ถูกต้อง ทันเวลา	๑,๗๐๐ ราย	NPCU สองแควใต้				
		๑,๗๐๐ ราย	NPCU บ้านจู้ด				
		๑,๗๐๐ ราย	NPCU ไหล่หิน				
		๑,๗๐๐ ราย	NPCU วังพร้าว				
		๑,๗๐๐ ราย	NPCU ศาลาดงลาน				
	๑.๒.ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Fit Testในเขตอ.เกาะคา	ประชากร	ปชก เขตอำเภอเกาะคา				ดร.ณิ
	พบ Positive มาทำ Colonoscope ให้ครบ	ที่ได้รับการตรวจ					Manager NPCU ๕ แห่ง
	ผู้ป่วยที่พบผิดปกติได้รับการรักษา	Fit Test พบ Positive					
		๕๐๐ ราย					
	๑.๓. ทำColonoscope ในเขตรพช. เครือข่าย	ประชากร	ปชก เขตรพช.เครือข่าย			ตค. ๖๕ - กย. ๖๖	
	ที่มีผล Fit test positive	ที่ได้รับการตรวจ					
	รายละเอียดกิจกรรม	Fit Test พบ Positive					
	๑.ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ OPD ศัลยกรรม	๒,๐๐๐ ราย					จักริน , มาลี , จันทร์ฉาย
	พยาบาล OPD ศัลยกรรม ให้บริการซักประวัติ วัดV/S						
	ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนวันมารับบริการเพื่อทำ						
	Colonoscope และออกบัตรนัด						
	* ในผู้ป่วยเขตรพช.เครือข่ายขอคิวทำ Colonoscope						เสาวนีย์ , นุจรินทร์
	ผ่านศูนย์ประสานและส่งต่อรพ.เกาะคา						
	เมื่อได้คิวตรวจ พยาบาล OPD ที่รพช.ให้บริการซักประวัติ						
	ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนวันมารับบริการเพื่อทำ						
	Colonoscope และออกบัตรนัดมาทำ Colonoscope						
	๒.ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อทำ Colonoscope						นุจรินทร์



	วิธีปฏิบัติพยาบาลOR ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำ					
	Colonoscope และออกบัตรนัดมาฟังผลชิ้นเนื้อกรณีที่มีการ					
	ส่งตรวจชิ้นเนื้อ หรือนัดมาพบแพทย์ดูอาการซ้ำในบางราย					
	๓.ผู้ป่วยทำ Colonoscope					นพ.พิมานต์, พญ.พิมพัชร์ นิต พญ.กัญชณา
	๔.บันทึกข้อมูลการทำหัตถการและผลการทำ Colonoscope					นพ.พิมานต์, พญ.พิมพัชร์ นิต
	ใน Hos XP ให้ครบถ้วน ถูกต้อง					พญ.กัญชณา นางศุภลักษณ์ ดร.ณิ
	๕.ติดตามผลการรักษา และส่งข้อมูลตอบกลับให้รพช.เครือข่าย					ดร.ณิ
	<b>โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>					
	จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูก	หญิงวัยเจริญพันธุ์	NPCU ๕ แห่ง		กพ - มีค ๖๖	Manager NPCU ๕ แห่ง
	บันทึกข้อมูลในHDCให้ครบถ้วน	อายุ ๓๐-๖๐ ปี	สองแควใต้, บ้านจืด			
	ถูกต้อง ทันเวลา	๒๕๐๐ ราย	ไหล่หิน, วังพร้าว, ดงลาน			
	<b>โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม</b>					
	จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	หญิงวัยเจริญพันธุ์	NPCU ๕ แห่ง		เมย- พค ๖๖	Manager NPCU ๕ แห่ง
	บันทึกข้อมูลในHDCให้ครบถ้วน	อายุ ๓๐-๗๐ ปี	สองแควใต้, บ้านจืด			
	ถูกต้อง ทันเวลา	๔๓๐๐ ราย	ไหล่หิน, วังพร้าว, ดงลาน			
	ให้บริการด้วยการให้ยาTamoxifen ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	โรงพยาบาลเกาะคา		ตค ๖๕ - กย ๖๖	ศัลยแพทย์รพ.เกาะคา
		ที่ต้องรักษาด้วยยา				
		Tamoxifen				
๒	พัฒนาระบบสารสนเทศ ทะเบียนมะเร็งให้เป็นปัจจุบัน		NPCU ๕ แห่ง		ตค ๖๕ - กย ๖๖	ดร.ณิ
			สองแควใต้, บ้านจืด			Manager NPCU ๕ แห่ง
			ไหล่หิน, วังพร้าว, ดงลาน			

ประเด็น / งาน : กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด (KPI) / ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5
2. ผู้ป่วย Palliative ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5
3. บุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ : สมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ประชาชนเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์และใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย เปิดให้บริการ ๕ วัน/สัปดาห์
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ 59 ราย จากปี 2564 72 ราย ลดลงร้อยละ -29.52 (ไม่ผ่านตัวชี้วัด)
3. ผู้ป่วย Palliative ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ 6 ราย จากทั้งหมด 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.38

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	<b>รหัสโครงการ 030208</b> <b>โครงการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์</b> 1.การให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการ						
	1.1 จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์บริการตรวจ/วินิจฉัยโรค/ ส่งจ่ายยากัญชา ๖ รายการ (THC:CBD;๑:๑,ยาสุขไสยาศน์,ยา ทำลายพระสุเมรุ,น้ำมันกัญชา อ.เดชา,ยาแก้ลมแก้เส้น,ยาแก้ลมขึ้น เบื้องสูง ในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วย Palliative care ตรวจคัดกรองโดยพยาบาล Care Maneger และสั่งการรักษาโดย แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย  - คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน - คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (ปี65 = 59 ราย	รพ.เกาะคา			ต.ค.65 - ก.ย. 66	พญ.สุทธินภา พท.พรหมมินทร์ ภก.ภคพล
	1.2 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 5	ผู้ป่วย Palliative care ปี 65 = 64 ราย เป้าหมาย = 4 ราย	รพ.เกาะคา			ต.ค.65 - ก.ย. 66	แพทย์ FM งานแพทย์แผนไทยฯ งานเภสัชกรรมฯ
	1.3 ทบทวนและจัดทำแผนจัดซื้อยาสมุนไพรกัญชาจากแหล่งผลิต ๕ รพ.ในเขตบริการสุขภาพที่ ๑ ( รพ.พญาเม็งราย จ.เชียงราย ,รพ.แม่ใจ จ.พะเยา,รพ.ป่าซาง จ.ลำพูน,รพ.เด่นชัยแพร่ และ รพ.สอง จ.แพร่ )	ยากัญชาจำนวน 6 รายการ	รพ.เกาะคา	ค้ายาสมุนไพรต่ำ	UC	ต.ค.65 - ก.ย. 66	งานเภสัชกรรมฯ
	1.4 การนำยากัญชาเข้าครอบงวนชียา	มีรายการตำรับยากัญชา	รพ.เกาะคา	กัญชาบูรณาการรบ จัดซื้อกับฝ่ายเภสัชฯ		ต.ค.65 - ก.ย. 66	งานเภสัชกรรมฯ

	ครบในบัญชี						
1.6 ทบทวน CPG การส่งจ่ายยาสมุนไพรตำรับที่มีคุณภาพสูง ผสมอยู่และแนวทางปฏิบัติการเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์	ยากัญชา 6 รายการ	รพ.เกาเขคา	-	-	ต.ค.-65	พรหมมินทร์	
2.การบริหารจัดการระบบการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์							
2.1 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ แพทย์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ตำรับกัญชาที่มีสหวิชาชีพ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาเขคา				งานแพทย์แผนไทยฯ งานเภสัชกรรมฯ	
2.2 ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และ กระท่อม แก่ประชาชน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ	ผู้มารับบริการ / ประชาชนทั่วไป	รพ.เกาเขคา และรพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.65 - ก.ย. 66	งานแพทย์แผนไทยฯ	
2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพด้านกัญชา ทางการแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรความรู้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมั่นใจในการใช้ยากัญชาทาง การแพทย์ในผู้ป่วยเฉพาะราย และผู้ป่วย Palliative care	แพทย์,ทันตฯ,เภสัชฯ, พยาบาล และแพทย์ แผนไทย(จำนวน๕คน)	รพ.เกาเขคา รพ.สต.	อบรม E-learning ผ่านระบบ ออนไลน์	จังหวัดสนับสุนน	เม.ย.-66 ก.ค.-66	พรหมมินทร์	

ประเด็น / งาน : ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ ( Service Excellence)

ตัวชี้วัด (KPI) :1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30

2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจังหวัดลำปาง

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquire Sepsis เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 3 ของโรงพยาบาลเกาะคา

ปี 2561,2562, 2563, 2564 และ2565 อัตราการเสียชีวิต 7.1, 7.49 , 8.6, 10.41 และ 8.69 ตามลำดับ สาเหตุโรค Pneumonia , UTI , Septicemia และ Gastroenteritis

จากการขยายการรับบริการจาก รพช.เครือข่าย 12 อำเภอ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น, และอัตราการเข้าถึงบริการ ICU ลดลงตามลำดับ

ปี 2561,2562 ,2563, 2564 และ2565 เป็น 63, 84.03,77.6,64.35และ 69 ตามลำดับ สาเหตุจาก ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าทำให้ผู้ป่วยอาการหนัก, การเข้าถึงการวินิจฉัยล่าช้า,

การดูแลเบื้องต้น และการ consult อย่างถูกต้องและเหมาะสม และระยะทางในการเดินทางมา รพ.เกาะคา ส่งผลทำให้เกิดภาวะวิกฤต และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ตลอดจนการเข้าถึงบริการ ICU และ Semi-ICU ให้เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค และพัฒนาทักษะ และสมรรถนะทีมที่ให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	<b>รหัสโครงการ</b>						
	โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรม ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquire Sepsis						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	1.พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquire Sepsis					ต.ค.65	พญ.พัฒนิตา มหาราช
	1.1 การค้นหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Early detection) โดยให้	รพช.เครือข่าย	รพ.เกาะคา				อายุรแพทย์ 4 คน
	* โดยใช้เครื่องมือ qSOFA , SOFA และ early warning sign (MEWS)	รพ.เกาะคา					เขาวเรศ ดวงแก้ว
	* การเข้าถึง blood lactate						
	* การเข้าถึง CPG Sepsis Fast tract โรงพยาบาลเกาะคา						
	* ระบบ Consult อายุรแพทย์						
	1.2. ระบบเครือข่ายประสานการดูแล Sepsis อย่างต่อเนื่อง (sepsis net work)	รพช.เครือข่าย	รพ.ลำปาง			ม.ค 66	นพ.กิตติชัย พงษ์พันธ์
	* การเข้าร่วมประชุมพัฒนาความรู้และGuideline ในการรักษาผู้ป่วย Sepsis เครือข่าย จ.ลำปาง	รพ.เกาะคา	รพ.ลำปาง			ก.ค. 66	เขาวเรศ ดวงแก้ว
	* การใช้ CPG เป็นแนวทางเดียวกัน จังหวัดลำปาง	รพช.เครือข่าย	เครือข่ายจ.ลำปาง				
	<b>รพช.เครือข่าย</b>						
	* แนวทางการส่งต่อรพช. เครือข่าย จังหวัดลำปาง						
	* ระบบ Consult อายุรแพทย์	รพช.เครือข่าย	รพ.เกาะคา				อายุรแพทย์ 4 คน
	* ระบบการ Resuscitation ผู้ป่วย Septic shock รพช. เครือข่ายก่อน Refer รพ.เกาะคา	รพช.เครือข่าย	รพ.เกาะคา				อายุรแพทย์ 4 คน
	* การบริหารเตียง ICU เพื่อรองรับ Case ภายใน 3 ชั่วโมงจาก รพช.เครือข่าย	ICU 20 เตียง	รพ.เกาะคา				อายุรแพทย์ 4 คน
	* ระบบที่เลี้ยง ให้การปรึกษาให้กับ รพ.เครือข่าย	รพช.เครือข่าย	รพ.เกาะคา			ธ.ค 65, ม.ค 66,	อายุรแพทย์ 4 คน
	(บูรณาการประชุมศูนย์ส่งต่อจังหวัดลำปาง 3 เดือน/ครั้ง)					ม.ย 66, ก.ย 66	
	<b>รพ.สต.เครือข่าย เกาะคา</b>						
	* ระบบที่เลี้ยง ให้การปรึกษาให้กับ NPCU และ รพ.สต.ในเขตพื้นที่	NPCU 5 แห่ง ,	รพ.เกาะคา			ทุกวัน	อายุรแพทย์ 4 คน
	(ระบบ Temedicine เครือข่าย อ.เกาะคา)	รพ.สต. 12 แห่ง					
	2. พัฒนาบุคลากรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสำหรับดูแลผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาลเกาะคา in-hospital						
	* ประชุมชี้แจงการใช้ CPG, แนวทางการรักษาผู้ป่วย sepsis/Septic shock โรงพยาบาลเกาะคา	องค์กรแพทย์	รพ.เกาะคา				พญ.พัฒนิตา มหาราช
	* การใช้เครื่องมือ qSOFA , SOFA และ early warning sign (MEWS, PAS)	จำนวน 14 คน					
	* ระบบ Consult แพทย์เฉพาะสาขาทักษะ						
	* ระบบ Consult อายุรแพทย์ให้การดูแลร่วมทุกสาขาใน ICU						
	( บูรณาการประชุมองค์แพทย์ ทุกที่ 2 ของเดือน )					ม.ค 2566	
	Post-hospital						

* จัดอบรมให้ความรู้ชนพ.รพ.สต. เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงชนิด Community-acquiredและเสียชีวิต การคัดกรอง/การประเมินเบื้องต้น	NPCU 5 แห่ง	พยาบาลรพ./รพ.สต. 7 แห่ง			ก.พ 2566	นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
* การใช้เครื่องมือ qSOFA และ early warning sign (MEWS)	จำนวน 20 คน	รพ.เกาะคา				พญ. สุทธิณา วงศ์สวย
* ระบบ Consult แพทย์เฉพาะสาขาทุกสาขา ผ่านระบบ Telemedicin		แพทย์ทุกสาขา				
( บูรณาการประชุมพุธประสาน รพ.สต. พุธที่ 3 ของเดือน )					ธ.ค 2565	อายุรแพทย์ 4 คน
* ระบบการติดตามกำกับ นิเทศ รพ.สต.เครือข่ายอำเภอเกาะคาโดยทีมอายุรแพทย์	NPCU 5 แห่ง	อำเภอเกาะคา				นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
( บูรณาการร่วมกับทีม COC เครือข่ายอำเภอเกาะคา )	รพ.สต. 7 แห่ง				ม.ค, พ.ค , ก.ย 66	พญ. สุทธิณา วงศ์สวย
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูล (การทบทวนกรณีวิจัย และการสรุปเวชระเบียน )	อายุรแพทย์ 4 คน	รพ.เกาะคา			พ.ย 65	นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
* ทบทวนการลงรหัส ICD 10 โดยใช้รหัส R57.2 และ R65.1 ในภาวะ septic shock	แพทย์ทั่วไป					เยาวเรศ ดวงแก้ว
ใน Principle diagnosis และcomorbidity (ไม่นับรวม ผู้ป่วย Palliative care รหัส Z51.5)						เวชสถิติ รพ.เกาะคา
โดยทีม IM และ องค์กรแพทย์ (บูรณาการร่วมกับงาน IM ประชุมประจำเดือน )						องค์กรแพทย์
* ระบบการตรวจสอบความถูกต้องเวชระเบียน, การลงรหัส ICD10 โดยทีม Audit รพ. เกาะคา		รพ.เกาะคา			ทุกเดือน	เวชสถิติ
4. พัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis เครือข่ายจังหวัดลำปาง	PM sepsis จ.ลำปาง	เครือข่ายจ.ลำปาง			ธ.ค 65	นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
* การประชุม Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis เครือข่ายจ.ลำปาง (2 ครั้ง/ปี)	อายุแพทย์ 4 คน				ม.ค 66,	เยาวเรศ ดวงแก้ว
					ก.ค. 66	
* ทบทวน Conference case Sepsis เครือข่ายจังหวัดลำปาง 2 ครั้ง/ปี (ประชุมเครือข่ายจ.ลำปาง)	คณะกรรมการ sepsis	รพ.เกาะคา			ม.ค 66	นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
					ก.ค. 66	เยาวเรศ ดวงแก้ว
* ทบทวน Conference case Sepsis ในรพ.เกาะคา 2 ครั้ง/เดือน โดยทีมนำทางคลินิก	อายุรแพทย์ 4 คน, แพทย์ทั่วไป	รพ.เกาะคา			ทุก 2 เดือน	นพ.กิตติช พงษ์พันธ์
						เยาวเรศ ดวงแก้ว
		คณะกรรมการ PCT 10 คน				

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2566

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ( People Excellence )

ตัวชี้วัด(KPI) / ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1.บุคลากรเพียงพอต่อภาระงาน มากกว่าร้อยละ 80
- 2.บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ 80
- 3.บุคลากรได้รับการดูแลด้านสุขภาพ มากกว่า 95
- 4.บุคลากรมีขวัญ กำลังใจที่ดี มีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 70

ข้อมูลพื้นฐาน / วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ในการบริหารจัดการด้านทรัพยากร บุคลากรนับเป็นทรัพยากรสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆขององค์กรให้ไปสู่เป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดได้ ในส่วนของการจัดการทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็น การสรรหา บรรจุ แต่งตั้ง การดูแลความเป็นอยู่ให้บุคลากรคงอยู่ในองค์กรและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ รวมถึงได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพ ตลอดจนการสร้างขวัญกำลังใจ เป็นสิ่งที่มีผู้บริหารและปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่นั้นๆทั้งสิ้น นอกจากนี้การที่องค์กรมีการเปลี่ยนแปลงก็ย่อมส่งผลกระทบต่อขวัญ กำลังใจ และสุขภาพของบุคลากรด้วยเช่นเดียวกัน

คปสอ.เกาะคา ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับM2 ขนาด 120 เตียง 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอีก 13 แห่ง ที่รวมเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของภาครัฐที่ตั้งอยู่ในอำเภอเกาะคา มีบุคลากรของโรงพยาบาล 446 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 คน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 75 คน ประกอบด้วย กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นข้าราชการทุกตำแหน่งร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ได้แก่ รังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งไม่ใช่ข้าราชการทุกตำแหน่ง รวมถึงงานสนับสนุนบริการต่างๆที่มีทั้งข้าราชการและการจ้างในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ประเด็นที่ยุทธศาสตร์ได้ตระหนักและมุ่งเน้นคือบริหารทรัพยากรบุคคลแบบมีอาชีพ เพื่อให้ได้บุคลากรที่เพียงพอ มีความรู้ ความสามารถที่ตอบสนองต่อภาระงานที่มีรวมถึงคาดการณ์อนาคตที่เติบโตขององค์กรด้วย โดยโรงพยาบาลเกาะคาจะยกฐานะเป็นโรงพยาบาลระดับM1 ( รพ.ทั่วไป 250 เตียง) ในปี 2569 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะถูกควมรวมเป็นการทำงานในแบบ NPCU

ตั้งแต่ปี 2564 -ปี 2565 โรงพยาบาลเกาะคา มีบุคลากรเกษียณ และ ลาออกจากราชการ จำนวน 14 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน และบุคลากรอื่นๆ 4 คน ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไม่มีและตั้งแต่ปี 2566 จนถึงปี 2570 พบว่ามีบุคลากรระดับบริหารเกษียณอายุราชการตามวาระ ได้แก่ ปี 2566 หัวหน้าพยาบาล และ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และ ปี 2568

เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา ทางทีมทรัพยากรบุคคล ต้องมีการวางแผนกำลังคนทดแทนตำแหน่งดังกล่าวเพื่อให้การบริหารราชการมีความต่อเนื่อง และเป็นไปด้วยความราบรื่นต่อไป

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ 030301						
	โครงการ HRD						
1	วางแผนทรัพยากรบุคคล ( Human Resource Planning)						
	1.กำหนด Blue Print กำลังคนทุกวิชาชีพ ทุก ระดับโดยการคำนวณตามภาระงานประกอบ การทำแผน 5 ปี คือ ปี2566 - 2570	ทุกกลุ่มวิชาชีพทั้งงานบริการ และสนับสนุนบริการ 453 คน	รพ.เกาะคา / สสอ.เกาะคา และ 12 รพ.สต.	ไม่ใช้		1 ต.ค.65 - 31 ต.ค.65	สสอ.วิจิตพงษ์ ศุภรลมี
	* ทบทวนอัตรากำลังคนที่มีความจำเป็นและวิเคราะห์ส่วนขาด						
	* จัดทำ Job Specification						
	* จัดทำ Job Description						
	* หมุนเวียนบุคลากรไปหน่วยงานที่ขาด						
	2.กำหนดและจัดหาบุคลากรทดแทนผู้ที่ เกษียณอายุราชการ ปี 2566	หัวหน้าพยาบาล รพ.เกาะคา 1 คน งานจ่ายกลาง รพ.เกาะคา 1 คน	โรงพยาบาลเกาะคา	ไม่ใช้		1 มี.ค.66-31 มี.ค.66	สสอ.วิจิตพงษ์ ศุภรลมี

* ประกาศรับสมัคร	งานสุขภาพจิต รพ.เกาะคา 1 คน										
* คัดเลือก	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 1 คน										
* เสนอชื่อให้คณะกรรมการบริหาร	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ 1 คน										
3.วิเคราะห์ภาระงานและหาส่วนขาดเพื่อ	ทุกกลุ่มวิชาชีพทั้งงานบริการ	รพ.เกาะคา / สสอ.เกาะคา	ไม่ใช่		1 มี.ค.66-31 มี.ค.66	สสอ.วิจิตพงษ์					
เติมเต็มอัตรากำลัง	และสนับสนุนบริการ	และ 12 รพ.สต.				ศุภรัตน์					
* ค่าความ Productivity	ลำดับ	วิชาชีพ	มีอยู่ (คน)	ขอเพิ่ม(คน)							
				ปี 66	ปี67	ปี68	ปี69	ปี70			
4.ขอสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรจบใหม่	1 แพทย์		38	2	3	1	1	1	1 ก.พ.66-28 ก.พ.66	กก.บริหาร รพ.เกาะคา	
จากนักเรียนทุน หรือรับย้ายที่ รพ.เกาะคารองรับ	2 ทันตแพทย์		12	1	0	0	0	0		ศุภรัตน์	
ขยายบริการ	3 เภสัชกร		14	0	0	1	1	1			
	4 RN		139	4	0	10	10	10			
5.ทำแผนอัตรากำลังทั้งกลุ่มวิชาชีพและกลุ่ม	5 MT		10	0	0	1	1	0	1 ต.ค.65 - 31 ต.ค.65	สสอ.วิจิตพงษ์	
สนับสนุนบริการ รองรับงานบริการ M1 และทดแทน	6 นักรังสี		3	0	0	1	0	1		ศุภรัตน์	
กลุ่มเกษียณ / ลาออก	7 PT		3	0	0	1	1	1			
	8 นวท.สาสุข		5	0	0	0	1	0			
6.ติดตามบุคลากรที่ศึกษาต่อกลับมาทำงาน	* แพทย์	รพ.เกาะคา							1 มี.ย.66-30 มี.ย.66	กก.บริหาร รพ.เกาะคา	
	* พยาบาลวิชาชีพ									ศุภรัตน์	
7.จัดทำ Succession Plan เตรียมผู้นำ	เตรียมหัวหน้าพยาบาลใหม่ 1 คน	รพ.เกาะคา							งบ HRD เงินบำรุง	1 พ.ย.65 - 30 พ.ย.65	กก.บริหาร รพ.เกาะคา
* กำหนดคุณสมบัติผู้ขึ้นดำรงตำแหน่ง	เตรียมหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิค										ศุภรัตน์
* ประเมินผู้ที่มีคุณสมบัติ	การแพทย์ 1 คน										
* คัดเลือกผู้มีความสมบัติ											
* เสนอรายชื่อกรรมการบริหาร											
8.ทำแผนการจ้างเพิ่ม/ทดแทนในกลุ่มสนับสนุนบริการ	ไม่เกินร้อยละ 60 ของกลุ่มวิชาชีพ	รพ.เกาะคา							ร่วมกับแผนCFO เงินบำรุง	1 ต.ค.65 - 31 ต.ค.65	ศุภรัตน์
ได้แก่ NA / ผู้ช่วยนักรังสี เป็นต้น											พญ.มนภัทร
2	บริหารทรัพยากรบุคคล ( Human Resource Management )										
1.จัดทำ Career Ladder											
* ปฏิบัติการ เป็น ชำนาญการ	แพทย์ 5 คน	รพ.เกาะคา							ไม่ใช่	1 ต.ค.65 - 30 ก.ย.66	กก.บริหาร รพ.เกาะคา
	ทันตแพทย์ 1 คน										ศุภรัตน์
	พยาบาลวิชาชีพ 15 คน										
	นักกายภาพบำบัด 1 คน										
	นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน										
*ชำนาญการ เป็น ชำนาญการขอรับเงินประจำ	แพทย์ 5 คน	รพ.เกาะคา							ไม่ใช่	1 ต.ค.65 - 30 ก.ย.66	กก.บริหาร รพ.เกาะคา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 10 คน										ศุภรัตน์
*ชำนาญการ เป็น ชำนาญการพิเศษ	แพทย์ 5 คน								ไม่ใช่	1 ต.ค.65 - 30 ก.ย.66	กก.บริหาร รพ.เกาะคา
	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน								ไม่ใช่	1 มี.ค.66-31 มี.ค.66	ศุภรัตน์
	(หน.พยาบาล/หน.กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ)										
	นักวิชาการสาธารณสุข(ผอ.รพ.สต.)	รพ.สต.สองแควใต้							ไม่ใช่	1 ต.ค.65 - 31 ต.ค.65	สสอ.วิจิตพงษ์
2.จัดทำ Career Path เพื่อก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น											
* พัฒนาศักยภาพด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	9 กลุ่มงาน	รพ.เกาะคา							งบHRD เงินบำรุง	1 ต.ค.65 - 30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์

	เพื่อขึ้นสู่ตำแหน่ง หัวหน้างาน /หัวหน้าหอผู้ป่วย /	* รองแพทย์							ศุภรสิริ
	หัวหน้ากลุ่มงาน / ผอ.รพ.สต. และ ผอ.โรงพยาบาล	* หน.กลุ่มงานทันตกรรม							
		* หน.กลุ่มงานเภสัชกรรม							
		* หน.กลุ่มงานการพยาบาล							
		* หน.กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม							
		* หน.หอผู้ป่วย							
		* หน.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์							
		* นักวิชาการสาธารณสุข							
		* นักกายภาพบำบัด							
		3 คน	สสอ.เกาะคา						
		* นวก.สาธารณสุข							
	3.บริหารตำแหน่งทั้งงานบริการและงานสนับสนุน								
	บริการ								
	* แจกกรอบอัตราค่าจ้างตามแผนที่กำหนดทั้งกลุ่ม	ทุกกลุ่มวิชาชีพทั้งงานบริการ	รพ.เกาะคา						งาน จ. รพ.เกาะคา
	วิชาชีพ และกลุ่มสนับสนุนบริการ	และสนับสนุนบริการ 446 คน							
		บุคลากร สสอ.เกาะคา 9 คน	สสอ.เกาะคา						งาน จ.สสอ.เกาะคา
		บุคลากร รพ.สต.เกาะคา 75 คน	รพ.สต.13 แห่ง						
	* จัดทำข้อมูลการเข้า / ออก ของบุคลากรให้เป็น	เดือนละ 1 ครั้ง							
	ปัจจุบัน								
	* ประสานความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลบุคลากร	ทุก 3 เดือน							
	กับทางงานทรัพยากรบุคคลสจ.ลำปาง								
3	พัฒนาทรัพยากรบุคคล ( Human Resource Development)								
	รหัสโครงการ 030301 โครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพงานบริการ คปสอ.เกาะคา								
	*พัฒนาตามความเชี่ยวชาญของ รพ.และแนวทางการ								
	ดำเนินงานของ 5 NPCU รวมถึงพัฒนาศักยภาพ								
	ทดแทนผู้เกษียณ								
	1.พัฒนาด้านบริหารการพยาบาลเตรียมทดแทน	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน	รพ.เกาะคา	42,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.65			กก.บริหาร รพ.เกาะคา
	หัวหน้าพยาบาล โดยหลักสูตร 3 สัปดาห์ของ								ศุภรสิริ
	วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข								
	2.พัฒนาด้านการบริหารหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อม	พยาบาลวิชาชีพ 10 คน	รพ.เกาะคา	35,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66			ศุภรสิริ
	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน Gen ใหม่	(ใบอนุญาตฯ มลฑล / พันทิพา/ แสงเดือน ไชยทอง / อภิญาญ/ บุญทิศา / วิงวอน/อุบลวรรณ / รัตน์ดา / นิตยา / ชูใจ)							
	3.พัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยต่างๆโดย	แพทย์ 1 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ก.พ.66-28ก.พ.66			เพ็ญศรีและทีมงาน
	ศึกษาดูงานและฝึกทักษะที่รพ.สินทรายหรือ รพ.ลำปาง	พยาบาลวิชาชีพ 3 คน							
	เพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม								



4.พัฒนาสมรรถนะด้าน MRA รองรับการผลิตแทน	แพทย์ 1 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ทพญ.มนภัทร
บุคลากรเกษียณและเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการ	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน					
ตรวจสอบระบบบันทึกเวชระเบียน						
5.พัฒนาศักยภาพด้านการบริหาร						
* ผบค.	จนท.รพ. 2 คน ( นพ.อัศวิน / วิรุณี)	รพ.เกาะคา	60,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์ ศุภรต์
	จนท.สสอ. 2 คน (ผู้ช่วย สสอ. / ผอ.รพ.สต.)	สสอ.เกาะคา	60,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	
* ผบก.	จนท.สสอ. 2 คน ( ก๋าโร / ธาธา)	สสอ.เกาะคา	140,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ศุภรต์
	รพ. 2 คน (กิตติพงษ์/เพ็ญศรี)					
6.อบรมพยาบาลเชี่ยวชาญไต	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน (อินวมาศ / วราภรณ์ )	รพ.เกาะคา	8,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ศุภรต์
7.อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทางการพยาบาลใหม่	พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. 3 คน ( นันทพร สองแควใต้ นันทพร ไหล่หิน /สุพิชญา บ้านจู้ด)	สสอ.เกาะคา	15,000		1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	
8.อบรมฟื้นฟูเวชปฏิบัติด้านรักษาพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการฯ 4 คน	รพ.เกาะคา	31,500	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
เพื่อคงสภาพบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ	(จักริน / อุบลวรรณ /มาลี / ยุทธิน)	รพ.เกาะคา				ศุภรต์
ทางการพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเวชฯ 2 คน (สมเพ็ชร / เพ็ญเดือน)	รพ.เกาะคา				
	พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. 3 คน ( กชภัช /ชนากานต์ /ศิริรัตน์	สสอ.เกาะคา				
9.อบรมผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลเกษียณ	หน.พยาบาล 1 คน	รพ.เกาะคา	42,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
ของชมรมผู้บริหารการพยาบาล รพช. เพื่อเสริมสร้าง	หน.กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ 1 คน					ศุภรต์
สมรรถนะผู้เกษียณอายุราชการ	พยาบาลเกษียณ 3 คน					
10.พัฒนาสมรรถนะทีมดูแลผู้ป่วย Stroke	แพทย์ 2 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
* การให้ Rt PA และการดูแลใน ER	พยาบาลวิชาชีพ 6 คน					ศุภรต์
* การดูแลใน ICU /ในหอผู้ป่วย						
เพื่อเตรียมรองรับด้านอายุรกรรมสาขา Stroke						
และเปิดให้บริการ Stroke Unit						
11.พัฒนาสมรรถนะการช่วยแพทย์ส่งเครื่องมือผ่าตัด	พยาบาลวิชาชีพ 10 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
โดยส่งฝึกทักษะที่โรงพยาบาลลำปาง รองรับ						ศุภรต์
สาขาเชี่ยวชาญ Neuro Surgery						
12.พัฒนาสมรรถนะนักเทคนิคการแพทย์	นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน	รพ.เกาะคา	7,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รองรับการตรวจ						ศุภรต์
ทางห้องปฏิบัติการที่สูงขึ้น และเตรียมพร้อมเข้าสู่ M1						

13.พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย Palliative Care	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
รองรับ Stroke Unit	นักกายภาพบำบัด 2 คน					ศุภรัมย์
14. พัฒนาสมรรถนะด้านจิตวิทยาคลินิกรองรับสาขา	นักจิตวิทยา 1 คน	รพ.เกาะคา	25,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
จิตเวช โดยอบรม online 1 เดือน และมีทักษะ5เดือน						ศุภรัมย์
ที่ รพ.ลำปาง และ รพ.เกาะคา						
15.พัฒนาศักยภาพผู้เกษียณอายุราชการ	พยาบาลวิชาชีพ 4 คน	รพ.เกาะคา	40,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
หลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข/เขต /ชมรมต่างๆ	(ศุภรัมย์/ธัญพร/ดวงจิต/วิจิธา)					
เพื่อเสริมสร้างความสุขแก่ผู้เกษียณอายุราชการ	นวก.สาธารณสุข 1 คน(นงคราญ)					
	พนักงานขับรถยนต์ 1 คน(ชาติรี)					
	ช่างประปา 1 คน (ศักดิ์ )					
16.ส่งเสริมความสามัคคีในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข	จนท.คปสอ.400คน	สสอ.เกาะคา	191,000	เงินบำรุง	20-30 กันยายน 2566	สสอ.วิจิตพงษ์ /ศุภรัมย์
ในกิจกรรมมุทิตาจิต		รพ.เกาะคา				
17.จิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล	จนท.คปสอ.300คน	รพ.เกาะคา	14,600	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์ /ศุภรัมย์
และศึกษาดูงาน 5 ส.						
18.พัฒนาองค์ความรู้สาขาทันตสาธารณสุข	ทันตแพทย์ 1 คน(อภิญา)	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
						ศุภรัมย์
19 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการเงิน การคลัง	รพ.เกาะคา 5 คน	รพ.เกาะคา	6,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
และการบริหารวัสดุ เวชภัณฑ์	สสอ.เกาะคา 1 คน	สสอ.เกาะคา				ศุภรัมย์
20.พัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการระบบและ	นวก.คอมพิวเตอร์ 3 คน	รพ.เกาะคา	6,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
โปรแกรมคอมพิวเตอร์						ศุภรัมย์
21. พัฒนาศักยภาพด้านการบริหารทั่วไป	รพ.เกาะคา 1 คน (กิตพงษ์)	รพ.เกาะคา	4,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
						ศุภรัมย์
22.พัฒนาสมรรถนะด้าน RDU เพื่อส่งเสริมการใช้ยา	เภสัชกร 1 คน	รพ.เกาะคา	5,000	เงินบำรุง	1 มี.ค.-31 มี.ค.66	สสอ.วิจิตพงษ์
อย่างสมเหตุสมผล/เชื่อถือยา	(ชนัญญา วิเศษสิงห์)					ศุภรัมย์
23.เพิ่มพูนทักษะทันตแพทย์	ทันตแพทย์ 1 คน (นิพิฐ)	รพ.เกาะคา	10,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
						ศุภรัมย์
24.พัฒนาสมรรถนะ Case Manager	จนท.รพ.เกาะคา 100 คน	รพ.เกาะคา			1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
* สาขา TB	พยาบาลวิชาชีพ 1คน(ปัญชรัตน์)		5,000	เงินบำรุง		ศุภรัมย์
* สาขา COPD	พยาบาลวิชาชีพ 1คน		6,000	สมาคมอุรเวชช์		
	(นฤชา)		5,000	เงินบำรุง		
* สาขา Stroke	พยาบาลวิชาชีพ 1คน(เพ็ญศรี)		12,000	เงินบำรุง		
* สาขา NCD						
25.พัฒนาศักยภาพ ICWN	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน	รพ.เกาะคา	4,500	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ศุภรัมย์
26.อบรม EP Nurse	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ( ER )		120,000	สสจ.ลำปาง	2 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ศุภรัมย์
27.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการทำงานกับชุมชน	แพทย์ 5 คน	5 NPCU		งบ NPCU	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์
	พยาบาลวิชาชีพ 5 คน					ศุภรัมย์

		จนท.อื่นๆ 5 คน					
28.รับทีมนิเทศประเมิน NCD Clinic Plus	พยาบาลและทีมประเมิน 20 คน	รพ.เกาะคา	3,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์	ศุภรธรรม์
29.รับทีมนิเทศระบบส่งต่อ	พยาบาลและทีมประเมิน 20 คน	รพ.เกาะคา	3,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์	ศุภรธรรม์
30 พัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลตามความประสงค์ คนละ 5,000บาท(คนละ 1 ครั้งต่อปี) กลุ่มทันตกรรม	จนท.รพ.เกาะคา 300 คน	รพ.เกาะคา	1,500,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	ศุภรธรรม์	
	* สาขาจัดฟัน	ทันตแพทย์ 1 คน					
	*สาขาวิทยาการเอ็นโดดอนท์	ทันตแพทย์ 2 คน					
	* สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	ทันตแพทย์ 4 คน					
	* สาขาศัลยกรรมช่องปาก	ทันตแพทย์ 1 คน					
	* สาขาทันตกรรมทั่วไป	ทันตแพทย์ 3 คน					
	* สาขาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง	ทันตแพทย์ 1 คน					
	* วิชาการ จพ.ทันตสาธารณสุข	จพ.ทันตสาธารณสุข 2 คน					
	* วิชาการผู้ช่วยทันตแพทย์	ผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน					
	* วิชาการสหวิชาชีพ ( แพทย์/ เภสัชกร /พยาบาลวิชาชีพ และงสนับสนุนบริการต่างๆทุกกลุ่มงาน)						
31 พัฒนามรรณะตาม Service Plan และ ตามหนังสือสั่งการ	จนท.คปสอ.400คน	สสอ.เกาะคา รพ.เกาะคา	300,000	เงินบำรุง	1 ต.ค.65-30 ก.ย.66	สสอ.วิจิตพงษ์ ศุภรธรรม์	
			รวมเงินบำรุง				2,604,600.00

เงินบำรุง รพ.	2,604,600.00
สมาคมอุรเวชช์	6,000.00
สสจ.ลำปาง	120,000.00
รวมทุกงบ	2,730,600.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566

หน่วยงาน ทันตกรรม คปสอ.เกาะคา อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ประเด็น / งาน : พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม และส่งเสริม ขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทุกระดับ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ บุคลากรในงานทันตกรรมได้รับการพัฒนา

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

จากการให้บริการทันตกรรมซึ่งเป็นบริการเฉพาะทางที่ต้องการเสริมกระดูกและเนื้อเยื่อเพื่อให้รากเทียมมีคุณภาพมากขึ้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมรวมถึงวิชาการในงานเฉพาะทางอื่นๆเพื่อพัฒนา

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ 030302						
1	<b>พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานทันตกรรม</b>						
	<b>โครงการ.....ประชุมวิชาการ.....</b>						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	ประชุมวิชาการ ทันตแพทย์ประจำสาขา 1ครั้ง/คน/ปี	12 คน	ทันตแพทย์สมาคมแต่ละสาขา	2000/คน/ปี	เงินบำรุง	ตค.65-30กย.66	อภิญา
	- สาขาจัดฟัน 1 คน		สมาคมทันตแพทย์จัดฟัน				
	- สาขาวิทยาการเอ็นโดดอนท์ 2 คน		สมาคมเอ็นโดดอนท์กีสไทย				
	- สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ 4 คน		สมาคมทันตกรรมประดิษฐ์				
	- สาขาศัลยกรรมช่องปาก 1 คน		สมาคมศัลยกรรมช่องปาก				
	- สาขาทันตกรรมทั่วไป 3 คน		ทันตแพทย์สมาคม				
	- สาขาทันตกรรมทั่วไปชั้นสูง 1 คน		ราชวิทยาลัย				
	ประชุมวิชาการ เพิ่มพูนทักษะทันตแพทย์เฉพาะทาง 4 เดือน	2 คน	สมาคมรากเทียม	10,000	เงินบำรุง	ตค.65-30กย.66	นิติฐ
	ประชุมวิชาการ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	5 คน	วิทยาลัยการสาธารณสุข	2000/คน/ปี	เงินบำรุง	ตค.65-30กย.66	อภิญา
	ประชุมวิชาการในผู้ช่วยทันตแพทย์	2 คน	สสจ.ลำปาง	2000/คน/ปี	เงินบำรุง	ตค.65-30กย.66	อภิญา
	อบรมวิชาการสาขาทันตสาธารณสุขศาสตร์	ทันตภิบาล1คน	วิทยาลัยการสาธารณสุข	ไม่ใช้งบ	-	ตค.65-30กย.66	อภิญา
2	<b>ประชุมในงาน</b>						
	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานโดยทันตแพทย์-ผู้ช่วย	10 คน	กลุ่มงานทันตกรรม	10 คน	-	ตค.65-30กย.66	อภิญา
	ประชุมพัฒนาการใช้เครื่องมือสำคัญในผู้ช่วยทันตแพทย์	10 คน	กลุ่มงานทันตกรรม	10 คน	-	ตค.65-30กย.66	อภิญา
	ประชุมประจำหน่วยงาน	12 ครั้ง/25 คน	กลุ่มงานทันตกรรม	25 คน	-	ตค.65-30กย.66	อภิญา
3	<b>การสรรหาบุคลากร</b>						
	ทันตแพทย์สาขา เด็ก(ส่งเรียน)	1 คน	กลุ่มงานทันตกรรม	1 คน	-	ตค.65-30กย.66	อภิญา

เงินบำรุง รพ.

16,000.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

แผนที่ 13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการ 1. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตัวชี้วัดที่ 1 หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

-หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤต ทางการเงินระดับ 5-7

-หน่วยบริการมีระดับคะแนน TPS Score อยู่ในระดับ A-C

ตัวชี้วัดที่ 2 หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ

-ระดับดี (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80) ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 90

-ผ่านเกณฑ์ประเมิน มีติดการจัดเก็บรายได้ ระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติมากกว่าร้อยละ 80

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ 030401						
	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง						
1	พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)						
	1. ดำเนินการใช้โปรแกรม Back office ในระบบพัสดุและคลังพัสดุ	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะคา ตัวแทนหน่วยงาน 100 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	สุมิตรา สุกานุพงษ์
	2. จัดทำคู่มือ/แนวทางตรวจสอบคุณภาพบัญชี	งานการเงิน และงานบัญชี	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	ลาวัลย์ สิริยากร
	3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพบัญชี	งานการเงิน และงานบัญชี	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	ลาวัลย์ สิริยากร
	4. ตรวจสอบภายในโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วมกับจังหวัดเพื่อค้นหาความเสี่ยงในระบบ	คณะกรรมการตรวจสอบภายในรพ.เกาะคา	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	พ.ย.-ธ.ค. 66	สุมิตรา
	5. ตรวจสอบระบบบัญชีหน่วยบริการรายเดือน	งานการเงิน และงานบัญชี	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	ลาวัลย์ สิริยากร
2	การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)						
	1). นโยบายการบริหารรูปแบบ One Province One Hospital						
	1.วางแผนตามนโยบาย One Province One Hospital	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	สุมิตรา สรรวาศ
	2.บริหารเงินกันในภาคคปสอ.	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	สุมิตรา สรรวาศ
	3.วางแผนการบริหารงบ PP และติดตามค่าใช้จ่ายและผลงานบริการ	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ทุกเดือน	สุมิตรา บงคราญ
	4.บริหารงบค่าเสื่อม	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	สุมิตรา สุกานุพงษ์
	5. ติดตามกำกับประเมินผลการดำเนินงาน	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ทุกเดือน	สุมิตรา สรรวาศ
	2).จัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) และแผนเงินบำรุง						
	1.ประชุมชี้แจง ตรวจสอบการจัดทำแผนและกำกับติดตาม	คณะกรรมการทีมนำรพ.เกาะคา 40 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 ค.ค.65	ลาวัลย์ มนภัทร
	2.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประมาณรายได้รายจ่าย	คณะกรรมการทีมนำรพ.เกาะคา 40 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 ค.ค.65	มนภัทร สุกานุพงษ์
	3.ติดตามควบคุมกำกับและรายเดือนให้เป็นไปตามที่ประมาณการ	คณะกรรมการทีมนำรพ.เกาะคา 40 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ทุกเดือน	สุมิตรา สุกานุพงษ์
	3).จัดระบบบริการให้ประชาชนทุกกลุ่มสิทธิได้รับบริการอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าคุ้มครองบริการ						
	1.วิเคราะห์แผนรายได้และรายจ่าย ปรับแผนให้สอดคล้องกัน	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 มี.ค.65	มนภัทร สุกานุพงษ์
	2.เวทีแลกเปลี่ยน คกก. CFOและศูนย์จัดเก็บรายได้	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ทุกเดือน	มนภัทร สุกานุพงษ์
	3.กำกับติดตามความครอบคลุมการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ คนไทยและต่างด้าว	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 มี.ค.65	ชุติพงศ์
	4.พัฒนาระบบสารสนเทศ สนับสนุนงบประมาณและกำกับติดตาม	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา สุกานุพงษ์
3	พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลัง แก่เครือข่าย และบุคลากร(Competency)						
	1.แต่งตั้งคกก.CFO&MRAจังหวัดและอำเภอ	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปสอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.-ช.ค. 65	สุมิตรา สรรวาศ
	1.1 คณะกรรมการ CFO นำเสนอวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังเสนอที่ประชุมกกบ.พินนัง	คณะกรรมการทีมนำรพ.เกาะคา 40 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30 ก.ย.66	สุมิตรา บงคราญ

	1.2 ทีมตรวจสอบภายในตรวจสอบความเสี่ยงทุกเดือน	คณะกรรมการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลเกาะคา	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30 ก.ย.66	สุมิตรา ลาวีลย์
	1.3 จัดทำแผนเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย และกำกับติดตามรายเดือน	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30 ก.ย.66	สุมิตรา กิตติพงษ์
	1.4 ประธานขึ้นเคื่องานการรวมของอำเภอ ร่วมกับ คกก.จัดเก็บรายได้ คกก.MRA	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.65 มี.ค.66 มิ.ย.66 ก.ย.66	สุมิตรา สุภาพงษ์
	1.5 ดำเนินการแผนงานโครงการและกำกับติดตามโดยผู้รับผิดชอบแต่ละยุทธศาสตร์	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ค.ค.65 มี.ค.66 มิ.ย.66 ก.ย.66	นงคราญ กิตติพงษ์
	1.6 ประเมินความคุ้มค่าต้นทุนของหน่วยธุรกิจพิเศษ ได้แก่ พันศกรม ORTHO NEUROSUG	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา สุภาพงษ์
	2 ประชุมร่วมกับทีมจังหวัดในการเจ้าหลักบัญชีสำหรับทีมบริหาร วางแผน Application สำหรับติดตามทางการเงิน	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	รายไตรมาส	มนภัทร ลาวีลย์
	3.ประชุมร่วมกับทีมจังหวัดในหลักสูตร Mini MBA	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ไตรมาสแรกปีงบประมาณ	สุภาพงษ์ มนภัทร
	4.ประชุมปฏิบัติการระบบ Back office เพื่อใช้ในการจัดซื้อจัดจ้าง	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะคา ตัวแทนหน่วยงาน 100 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ทุก 3 เดือน	สุมิตรา สุภาพงษ์
4	สร้างประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)						
	1. พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยบริการ (757C7E)	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 ค.ค.65	มนภัทร สุภาพงษ์
	1.1 คกก.จัดเก็บรายได้ กำหนดยกเว้นภาษี	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 ค.ค.65	มนภัทร สุภาพงษ์
	1.2 Flow Chart ระบบบริการจัดเก็บรายได้แต่ละกลุ่มสิทธิ	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1-31 ค.ค.65	มนภัทร สุภาพงษ์
	1.3 วิเคราะห์ และประเมินติดตามทุกกองทุนที่เกี่ยวข้องทุกเดือน	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	บุญชนิต นิภาพร
	1.4 พัฒนา/เพิ่มทักษะกระบวนการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา	32704	เงินบำรุง	ไตรมาสแรกปีงบประมาณ	
	1.5 ปั่นที่ลูกหนี้ และสอบถามเปรียบเทียบรายได้ระหว่างงานประกัน งานพิชิต คบค.อื่นๆและบัญชี	งานประกัน งานการเงิน งานบัญชี	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	ลาวีลย์ มนภัทร
	2.จัดระบบ Claim Center ให้เป็นมืออาชีพ	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุภาพงษ์ มนภัทร
	2.1 ตรวจสอบเวชระเบียนโดยทีมสหวิชาชีพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องก่อนส่งเคลม	คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน 20 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	บุญชนิต นิภาพร
	2.2 Flow Chart ขึ้นคอบกระบวนการงานเบิกจ่ายค่าชดเชยทุกสิทธิ	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	มนภัทร ชุตินนท์
	2.3 Audit เวชระเบียน OP&P รายไตรมาส โดยทีมMRA หน่วยบริการ	คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน 20 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	บุญชนิต นิภาพร
	2.4 พัฒนาโปรแกรมRCM ใช้อย่างมีประสิทธิภาพทุกงานที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	มนภัทร ชุตินนท์
	2.5 ทวนสอบการเคลมMissing Visit, Delay ,Expiration, Error Inpatient MA /คิด Deny	คณะกรรมการศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ 30 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	มนภัทร ชุตินนท์
	3. พัฒนาระบบ Cost Center	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุภาพงษ์ มนภัทร
	3.1 ไปรณกรวิเคราะห์ต้นทุนและโครงการพิเศษ ของหน่วยบริการ NCD ,TB ,OR ฯลฯ	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุภาพงษ์ มนภัทร
	3.2 โรงพยาบาลเป็นศูนย์จัดซื้อจัดจ้าง รพ.และรพ.สต. (งบค่าเสื่อม)	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา สราวุธ
5	ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)						
	1.จัดทำและพัฒนาโปรแกรมติดตามเครื่องมือทางการเงิน HMONEY สสง.สำป่างใช้ในการวิเคราะห์ Planfin TPS /7Plus	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา สราวุธ
	2.บริหารแผนเงินบำรุง & แผนการบริหารจัดการหนี้	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา ลาวีลย์
	3.สอบทานระบบบริการของหน่วยบริการ	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	ไตรมาสสองปีงบประมาณ	สุมิตรา สราวุธ
	4.ประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านการเงิน	คณะกรรมการการเงินการคลังระดับอำเภอ 15 คน	คปอ.เกาะคา		ไม่ใช้งบประมาณ	1ค.ค.65-30ก.ย.66	สุมิตรา สราวุธ
				32704			

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลเกาะคา

วัน/เดือน/ปี : ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ : แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

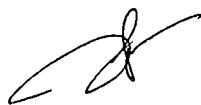
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ : เผยแพร่ทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลเกาะคา <http://www.kokhahospital.go.th>

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นายกิติพงษ์ บำเพ็ญ)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง

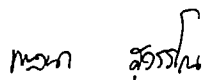


(นายสิทธิกร สองคำชุม)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสาวกาญจนา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์

วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕