

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

		ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4							
1	030401	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ HA รพ.เกาะคา	119,044.00						119,044.00
2	030402	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ PMQA สสอ.เกาะคา (ไม่ใช้งบ)	-						-
3	030403	โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส ITA อำเภอเกาะคา	13,000.00						13,000.00
4	030404	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง CFO อำเภอเกาะคา (ไม่ใช้งบ)	-						-
5	030405	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพอำเภอเกาะคา	88,900.00					1,030,000.00	1,118,900.00
รวม ข.4 ทั้งหมด 5 โครงการ เป็นเงิน			220,944.00	-	-	-	-	1,030,000.00	1,250,944.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเกาะคา

โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็น/ งาน : พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัด (KPI) ผ่านการประเมินคุณภาพ จากองค์กรภายนอก

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (งานประจำ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

คปสอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

สถานการณ์ โรงพยาบาลเกาะคา ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ครั้งแรกปี ๒๕๕๔ และผ่านการประเมินซ้ำ มาแล้ว ๓ ครั้ง

ต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ เราจะเป็นโรงพยาบาลที่คนลำปางไว้วางใจ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุวัน/ปี)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ ๐๓๐๔๐๒ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ HA รพ.เกาะคา							
	๑.กิจกรรม คงสภาพการรับรองการพัฒนาคุณภาพHA จากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล							
	๑.รายงานความก้าวหน้า และ จัดทำแผน ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ (re-accreditation III)	๑ ครั้ง/ปี	ทุกหน่วยงาน	หน่วยงาน/ทีมกลางมีการพัฒนา			ตค.- มีค ๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	๒.ทบทวนแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	๑ ครั้ง/ปี	ทีมกลาง	มีแผนพัฒนาคุณภาพ ร.พ.			ต.ค.-๖๔	หน่วยงาน
	๓.ติดตามกำกับการดำเนินงานตามแผนของทีมกลาง ประชุมประจำเดือนทีมกลาง	๑ ครั้ง/เดือน	ทีมกลาง				ตค๖๓-กย๖๔	
	ประกอบด้วย ประธานหรือเลขา							
	๔.ติดตามการประเมินตนเองหน่วยงาน Service profile	๒ ครั้ง/ปี	ทุกหน่วยงาน	รายงานการประเมินตนเอง			ตค.๖๓, มีค๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
			ทีมกลาง					
	๕.ทบทวน ปรับปรุงฐาน เก็บข้อมูลเอกสารกำกับงานพัฒนาคุณภาพ	๑ ครั้ง/เดือน	ทีมกลาง	มีฐานข้อมูล			ตค๖๓-กย๖๔	ทีมกลาง
	WI, SOP , นวัตกรรม, R to R		หน่วยงาน					
	๖.กิจกรรมเยี่ยมสำรวจภายใน (WWSHA)	๔๘ ครั้ง/ปี	ทีมกลาง	รายงาน WWSHA			ตค.๖๓-กย๖๔	ณัฐจุจา
	๗.ติดตามการประเมินตนเองทีมกลาง SA	๒ ครั้ง/ปี	ทีมกลาง	รายงานการประเมินตนเอง			พย.๖๓ , เมย.๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	๘.ประเมิน Overall scoring ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔	๒ ครั้ง / ปี	ทีมกลาง	ผลการประเมิน Overall scoring			พย.๖๓ , เมย.๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	๙.กระตุ้นติดตามการพัฒนาคุณภาพจากการเขียน	๑๒ ครั้ง/ปี	ทุกหน่วยงาน	มีone month one page			ตค.๖๓-กย๖๔	ณัฐจุจา
	one month one page หน่วยงานและทีมกลางทุกทีม ในการประชุมร่วมทีมนำ		ทุกทีมกลาง	ของหน่วยงาน+ทีมกลาง				อรุณี
	๑๐.สรุปรายงานการประชุมของทีมกลาง+หน่วยงาน โดยสรุปแจ้งใน one	๑๒ ครั้ง/ปี	ทีมกลาง	รายงานการประชุม ประจำเดือน			ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	ณัฐจุจา
	month one page			ของทุกหน่วยงาน+ทีมกลาง				อรุณี

	๒.กิจกรรม เตรียมรับการเยี่ยม Surveillance จากสรพ.	ทีมนำ ทีมกลาง	ทีมนำ ทีมกลาง	ผ่านการรับรองเยี่ยม Surveillance				
	๒.๑.ประสานการเข้าเยี่ยมประเมินรับรอง	หน่วยงาน	หน่วยงาน	จากสรพ.			๑-ต.ค.-๖๓	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	๒.๒.เตรียมความพร้อมหน่วยงานและทีมกลางเพื่อพร้อม	ตามข้อ					ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	รับการเยี่ยม Surveillance จากสรพ.	เสนอแนะ						
	๒.๓.ประชุม เตรียมความพร้อมของทีม และเอกสาร	๑ ครั้ง/เดือน					ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	
	๒.๔.รับการเยี่ยม Surveillance จากสรพ.	๑ ครั้ง			๔๖,๐๐๐	UC	๑๔-ธ.ค.-๖๓	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	ค่าตอบแทนผู้เยี่ยมสำรวจ =๑๘,๐๐๐*๒ คน=๓๖,๐๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๑๐๐ คน *๕๐ บาท =๕,๐๐๐บาท							
	ค่าอาหารว่าง ๑๐๐ คน *๒๕ บาท *๒ มื้อ = ๕,๐๐๐ บาท							
	รวม ๔๖,๐๐๐ บาท							
	๒.๕.ประชุม สรุป ข้อเสนอแนะหลังรับเยี่ยม AAR (After Action review)	๑ ครั้ง	รพ.เกาะคา				๑๖-ธ.ค.-๖๓	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	เพื่อทำแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะ							
	๓.กิจกรรมกระตุ้นจัดมทกรมคุณภาพส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ							
	๓.๑.นำเสนอผลงาน CQI /Tracer/นวัตกรรม / R๒R	๑ ครั้ง/ปี	รพ/รพสต.	ผลงานCQI /Tracer	๙,๖๐๐	UC	๓๐ มี.ย.,๑ ก.ค ๖๔	ทีมพัฒนาคุณภาพ
	ค่าอาหารว่าง ๖๐ คน * ๒๐ บาท * ๒ มื้อ * ๒วัน = ๔,๘๐๐ บาท			นวัตกรรม / R๒R				
	ค่าจ้างเหมาจัดทำกรอบใบประกาศ รางวัลนำเสนอผลงาน							
	๓๐๐ บาท * ๔ รางวัล * ๔ ประเภท = ๔,๘๐๐ บาท							
	๓.๒.ปฐมนิเทศพื้นฐานงานคุณภาพ	เจ้าหน้าที่ใหม่		เจ้าหน้าที่ใหม่				ทีมพัฒนาคุณภาพ
	บูรณาการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ HRD			มีความรู้งานคุณภาพ				
	๔.เพิ่มการเรียนรู้ในงานพัฒนาคุณภาพให้กับทีมกลางโดยอบรมหลักสูตรออนไลน์ของ สรพ (หลักสูตรละ ๑,๓๙๙ บาท/account) EL๐๐๒ ความรู้พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพ EL๐๐๓ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย EL๐๐๔ Hospital profile EL๐๐๕ การทบทวนเวชระเบียน EL๐๐๖ มาตรฐาน HA part I-๓ EL๐๐๗ มาตรฐาน HA part I-๕	ทีมกลางทุกทีม	รพ.เกาะคา	ทีมกลางได้รับการพัฒนาพื้นฐาน ความรู้งานHA	๘,๓๙๙.๐๐	UC	ม.ค.-มี.ค.๖๔	
	๕.กิจกรรม การประเมินรับรองมาตรฐานสภาวิชาชีพ		ทุกหน่วยงาน	ผ่านการประเมินตามเกณฑ์				
	๕.๑ จัดประชุมรับการขอประเมินรับรองมาตรฐาน ดังนี้			มาตรฐานวิชาชีพ				
	- มาตรฐานสภาพยาบาล	ประเมินพร้อมสรพ.	รพ.เกาะคา					กลุ่มการพยาบาล
	- มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา & RDU สำญจร	รอประเมินปี ๒๕๖๕	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๑๕-ก.ค.-๖๔	กลุ่มงานเภสัชกรรม
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							

	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							งานชั้นสูตร
	- มาตรฐานยาเสพติดคุณภาพ	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา					งานให้คำปรึกษา
	- มาตรฐานทันตกรรม	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๙-ก.ค.-๖๔	
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							
	- ER คุณภาพ	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๘-ก.ค.-๖๔	งาน ER
	ค่าตรวจเยี่ยมประเมิน บาท/วัน							
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							
	- NCD คุณภาพ	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๗-ก.ค.-๖๔	งาน NCD
	ค่าตรวจเยี่ยมประเมิน บาท/วัน							
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							
	- green & clean + งานสุขศึกษา	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๓๐-เม.ย.-๖๔	งานสุขาภิบาลฯ
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							
	ตามแผน green & clean + งานสุขศึกษา							
	- มาตรฐานงานTB	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		๓,๐๐๐.๐๐	UC	๑๙-ก.ค.-๖๔	งานสุขศึกษา
	ค่าอาหารว่าง ๓๐ คน *๒๐ บาท *๒ มื้อ*๑ วัน ๑,๒๐๐ บาท							
	ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน *๖๐ บาท*๑วัน ๑,๘๐๐ บาท							
	กิจกรรม พัฒนาวិชาการด้านการวิจัย(RtoR)เพื่อพัฒนา							
	๑. ส่งอบรม R to R	ร.พ. ๑๐ เรื่อง	ร.พ	มีผลงานวิจัย ร.พ ๑๐ เรื่อง			ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	ผ.ช เขาวลิต(สสอ.)
	๒. พัฒนาทีมและติดตามแนะนำการดำเนินงาน R to R	รพสต.๑๐เรื่อง	รพสต.					พ.ญ.อรัญญา
	๓. สนับสนุนนำเสนอผลงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร							สุทธิลักษณ์
								ณัฐรจา
	RM register(ทีมจังหวัดจัดอบรม)							
	กิจกรรม ระบบบริหารความเสี่ยง (RM)							
	๑.จัดประชุมฟื้นฟูความเข้าใจเรื่องระบบบริหารความเสี่ยง	๒รุ่นๆละ๓๐คน	ร.พ.เกาะคา	เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจ	๔๘๐๐	UC	๑๔พ.ค,๒๔พ.ค๖๔	จิษนัย
	และการวิเคราะห์ RCA		รพสต.	ในระบบบริหารความเสี่ยง>๘๕%				
	๒.กิจกรรมหัวหน้าพาทำ ๑๒ ทบทวน	๔๓ หน่วยงาน	ร.พ.เกาะคา	มีการนำกิจกรรม ๑๒ ทบทวน	-	-	ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	หัวหน้างาน
				ทุกหน่วยงาน ๑๐๐%				ทุกหน่วย
	๓.กิจกรรม WWVS ร่วมกับทีมนำโรงพยาบาล		ร.พ.เกาะคา	อุบัติการณ์ที่สำคัญได้รับการ				
				แก้ไขทันเวลา ๑๐๐%	-	-	ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	กกบ.และหัวหน้างาน
	๔.จัดทำ risk register ในระดับองค์กรทีมกลางและทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน	ร.พ.เกาะคา	มีการจัดทำ risk register	-	-	มี.ค ๖๔	จิษนัย ,อุบลวรรณ
		และทีมกลาง		ทุกหน่วยงาน และทีมกลาง				ทุกหน่วยงานและทีมกลาง
	๕.สำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในรพ.ทุกระดับ	ทุกหน่วยงาน	ร.พ.เกาะคา	เจ้าหน้าที่ใน รพ. ร่วมตอบแบบ			ต.ค.-๖๓	RM+HA

		และทีมกลาง		สอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย				
				ร้อยละ ๑๐๐				
	กิจกรรม ทีมสารสนเทศและเวชระเบียน(IM)							
	๑.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้งานสารสนเทศและเวชระเบียน		รพ.เกาะคา	คณะกรรมการ IM&MRA				
	๑.๑.อบรม ทบทวน การเรียนรู้มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกัทีม มาตรฐาน	คณะกรรมการIM		และบุคลากรใน รพ.เกาะคา	๑,๒๕๐	เงินบำรุง	๒๕-ม.ค.-๖๔	HA+IM
	I-๔,II-๕ และ ระบบจัดการความเสี่ยง IM ทบทวนตนเอง (SA)	๓๐ คน		เข้าร่วมอบรม ๑๐๐%				
	**ค่าอาหารว่าง ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๕๐ คน คิดเป็น ๑,๒๕๐ บาท	บุคลากรในรพ.๒๐						
	๑.๒. อบรม ทบทวน กระบวนการบันทึกข้อมูลใน Hosxp อย่างถูกต้อง	จนท.ผู้ใช้งาน HOSXP		อัตราความสมบูรณ์ของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม = ๑๐๐%	๒,๕๐๐		ธ.ค.๖๓-เม.ย. ๖๔	IM+IT
	ค่าอาหารว่าง ๒๕ บาท จำนวน ๑๐๐ คน รวมเป็น = ๒,๕๐๐ บาท	จำนวน ๕ รุ่นรุ่นละ ๒๐ คน						
	๑.๓.อบรม ทบทวน ประเมินผล การใช้งานระบบ Paper less	จนท.ผู้ใช้งาน HOSXP		บุคลากรใน รพ. ใช้งาน	๑,๒๕๐		๑๘-มี.ค.-๖๔	IM+IT
	> ระบบสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	จำนวน ๕๐ คน		Paperless ได้อย่างถูกต้อง				เวชระเบียน
	> ระบบอัปโหลดไฟล์สแกนเวชระเบียนเข้าระบบ			๑๐๐%				
	> วิธีตรวจสอบเวชระเบียนในระบบ (Mali / OPD-IPD Scan on web)							
	**ค่าอาหารว่าง ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๕๐ คน คิดเป็น ๑,๒๕๐ บาท							
	๒.อบรมการใช้งานโปรแกรม Online ของ รพ.เกาะคา	บุคลากรใน รพ.	รพ.เกาะคา	บุคลากรใน รพ.เข้ารับการอบรม	๑,๒๕๐		๑๒-ก.พ.-๖๔	IM+IT
	๒.๑.อบรมการเข้าใช้งานโปรแกรมแจ้งซ่อม Online/buy now	จำนวน ๕๐ คน		๑๐๐%				เวชระเบียน
	๒.๒.อบรมการเข้าใช้งานโปรแกรม COC	ตัวแทนหน่วยงานละ						
	๒.๓.อบรมการเข้าใช้งานโปรแกรม เช็คข้อมูล Admit/ข้อมูลการให้บริการ	๑ คน						
	๒.๔.อบรมการใช้งานโปรแกรม Back Office							
	๒.๕.อบรมการใช้งาน Zoom meeting							
	๒.๖.อบรมการใช้งาน Google Drive/Google Sheet							
	**ค่าอาหารว่าง ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๕๐ คน คิดเป็น ๑,๒๕๐ บาท							
	๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ	บุคลากรใน รพ.	รพ.เกาะคา	บุคลากรใน รพ.เข้าสมัครเรียน	-		พ.ย.-๖๓	
	๓.๑. อบรมการใช้งาน Thai mooc	ทุกระดับ จำนวน		Thai Mooc ร้อยละ ๙๐				
		๔๐๐ คน		อัตราบุคลากรเรียน Thai Mooc				
				ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕				
	๔.ซ่อมแผนรองรับอุบัติการณ์ฉุกเฉินด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน	บุคลากรใน รพ.	รพ.เกาะคา	บุคลากรใน รพ. ทำตาม	๖,๐๐๐		๒๐-พ.ค.-๖๔	IM+IT
	**ค่าอาหารว่าง ๑ มื้อๆละ ๒๐ บาท จำนวน ๖๐ คน คิดเป็น ๒,๔๐๐ บาท	จำนวน ๕๐ คน		แนวทางปฏิบัติกรณีเกิดอุบัติการณ์				เวชระเบียน
	**ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๖๐ บาท จำนวน ๖๐ คนคิดเป็น ๓,๖๐๐ บาท	หน.ฝ่าย/หน.งาน		ไม่ปกติได้ถูกต้อง ๑๐๐%				
		PM,ห้องบัตร,IT						

		เวชสถิติ,MRA						
		Outsouce ๒ คน						
		จำนวน ๑๐ คน						
		รพศ.๑คน/สสจ.๑คน						
		แม่เมาะ๑คน/แม่ทะ๑คน						
		สบปราบ๑คน/กีน๑คน						
		เสริมงาม๑คน/ห้างฉัตร๑คน						
	๕. ประเมิน ทบทวน การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียนเข้ามาใช้งาน	ผู้ให้บริการ	รพ.เกาะคา	ร้อยละ ๘๕ พึงพอใจ			ต.ค.-๖๓	
	> ประเมินการใช้ Smart Q ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และคลินิก NCD	ผู้รับบริการ		ต่อเทคโนโลยีที่นำมาใช้งาน			มี.ค.-๖๔	
	> ประเมินการใช้งานเครื่องมือ Smart Hospital เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต	ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน		ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	แบบดิจิทัล เป็นต้น	จำนวน ๑๐๐ ตัวอย่าง						
	> ประเมินจอแสดงรายชื่อผู้ป่วยใน / ER	เป็นอย่างดีน้อย						
	> ประเมินการใช้งานระบบ Paperless	ปีละ ๒ ครั้ง						
	> ประเมินโปรแกรม Online ภายใน รพ.							
	กิจกรรมอื่นๆ							
	๑.ประชุมประจำเดือน							
	***ทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน หากตรงกับการประชุม กกบ. หรือ วันหยุดนักขัตฤกษ์	คณะกรรมการ IM ๓๐ คน	รพ.เกาะคา	ร้อยละ ๘๐ ของคณะ			ต.ค.๖๓-	IM
	จะแจ้งทราบใน Line กลุ่ม	staff IT๕๐		กรรมการเข้าร่วมประชุม			ก.ย.-๖๔	
				ตามวัน เวลา ที่กำหนดได้				
	๒.สำรวจความต้องการใช้งานสารสนเทศ แบ่งตามกลุ่ม การใช้ข้อมูลสารสนเทศดังนี้	จนท.รพ.เกาะคา	รพ.เกาะคา	ร้อยละ ๘๐ ของ ผู้ต้องการ			ต.ค.-ธ.ค.๖๓	IM
	๑.สำนักบริหาร			ใช้งานสารสนเทศ ส่งข้อมูล				
	๒.ทีมนำ/ทีมกลาง			ความต้องการทันเวลา				
	๓.หน่วยงาน							
	๓.ทบทวนความเสี่ยงสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน เพื่อ	คณะกรรมการ IM&MRA	รพ.เกาะคา	มีการทบทวน Risk			ต.ค.-ธ.ค.๖๓	IM
	ขึ้นทะเบียน Risk profile ใช้ในการติดตาม ประเมินผลการทำงาน			Management ปีละ ๒				
				ครั้ง				
	๔.ประชุมประเมินตนเอง(SA) ให้มี Score เพิ่มขึ้นจากเดิม ๐.๕	คณะกรรมการ IM&MRA	รพ.เกาะคา	Overall Scoring เพิ่มขึ้น			ต.ค.-๖๓	IM
				จากปีก่อนหน้า ๐.๕			ก.ย.-๖๔	
	๕.จัดทำแผนแม่บท IT (IT Master Plan๖๓)	คณะกรรมการ IM&MRA	รพ.เกาะคา	แผนแม่บทปี ๖๓ ฉบับ			ต.ค.-๖๒	IM

				สมบูรณ์			ก.ย.-๖๓	
	กิจกรรม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)							
	๑.ประชุมประจำเดือน							
	๑.อบรมฟื้นฟูการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล							
	๑.๑.กลุ่มลูกจ้าง NA,เปล,พร, แม่บ้านทำความสะอาด,แม่บ้านประจำ รพสต	จำนวน ๒ รุ่น	พ.เกาะคา/รพส	มีการปฏิบัติตามมาตรการ			ม.ค.-๖๓	ณัฐจา+สนอง
	พนักงานขนส่งขยะ	รุ่นละ ๕๐ คน		standard precaution อย่าง				
				ถูกต้อง				
	๑.๒. อบรมฟื้นฟูบูรณาการการจัดการเชื้อดื้อยาแบบสหสาขาวิชาชีพ	จำนวน ๒ รุ่น	พ.เกาะคา/รพส	การปฏิบัติตามมาตรการการป้องกัน			ก.พ.-๖๓	ทีม ICC+RDU
	ทบทวนระบบการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	รุ่นละ ๕๐ คน		เชื้อดื้อยาถูกต้อง				
			อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล					
				ลดลงร้อยละ ๑๐				
	๑.๓.อบรมหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ๒ สัปดาห์	จำนวน ๒ คน		พัฒนาศักยภาพ ICWN	*๑๔๐๐๐	หมวดใช้สอย	มี.ค.-๖๔	ดีกอายุรกรรมปราณี
								กรุณา
	๑.๔.ประชุม ICN Forum ๒๕๖๓	จำนวน ๒ คน		พัฒนาศักยภาพ IC+ICWN	*๑๐๐๐๐	หมวดใช้สอย	ก.พ.-๖๔	ณัฐจา+ICWN
	๒.ประเมินมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหน่วยงานครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ	หน่วยงานให้บริการผู้ป่วย	รพ.เกาะคา	หน่วยงานได้รับการประเมิน นิเทศด้าน IC ๑๐๐%			ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	ทีม ICC
	โดยใช้แบบฟอร์มการนิเทศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย/หน่วยงานต่างๆ	จำนวน ๒๒ หน่วยงาน						
	๒.ปรับปรุงกระบวนการทำความสะอาดทำปราศจากเชื้อตั้งแต่	-หน่วยงานจ่ายกลาง	รพ.เกาะคา	หน่วยงานทบทวนระบบการทำ ปราศจากเชื้อ			ต.ค.-๖๓	
	-ปรับโครงสร้างให้เส้นทางการขนส่งของสกริปให้เป็นระบบ One way	-Logistic						
	-การจัดเก็บการขนส่งในหน่วยงาน							
	-กระบวนการทำปราศจากเชื้อ							
	กระบวนการทดสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อ/การทวนสอบกรณีเครื่องมือ ไม่ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพ							
	-การขนส่งคืนหน่วยงาน ระบบการจัดเก็บ							
	๓.ร่วมกับ ENV ปรับปรุง Flow OPD ที่คลินิกวัณโรค ระบบระบายอากาศ	งาน TB	รพ.เกาะคา	ปรับระบบระบายอากาศงานTB			ต.ค.-๖๓	งาน TB+IC
	๔.ทบทวนกระบวนการจัดการสิ่งปนเปื้อนหน่วยงานซักฟอก จ่ายกลางตั้งแต่หน่วยงานต้นทาง และระบบการขนย้าย	งานซักฟอก+จ่ายกลาง+ Logistic	รพ.เกาะคา	หน่วยงานมีกระบวนการจัดการ ผ้าเปื้อนที่ถูกต้องตามหลัก IC				งานซักฟอก+จ่ายกลาง+ Logistic+IC

	๕.ทบทวนการจัดการสิ่งปนเปื้อน และขยะตั้งแต่ต้นทางหน่วยงาน การขนย้ายจากจุดทิ้งไปจุดพัก	ทุกหน่วยงานในรพ. งานสุขาภิบาล และ สิ่งแวดล้อม	รพ.เกาะคา	หน่วยงานมีกระบวนการจัดการ ขยะที่ถูกต้องตามหลัก IC			ด.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	งานสุขาภิบาล+ICC
	๖.ทีม IC เชื่อมโยงระบบทีมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยระบบการ รายงานความเสี่ยง WWSUP/ WWSHA โดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพ ๒P Safty รายงานผลการพัฒนาและการปฏิบัติให้กับทีมความเสี่ยงทุกเดือน	-ทีม ICC+ทีมนำ	รพ.เกาะคา	มีการนำการติดเชื้อสำคัญใน รพ.ประกอบด้วย SSI,CAUTI,VAP CLABSI มา ติดตามในระบบ WWSUPทุกวันและเชื่อมโยง ทบทวนพัฒนาทุกเดือน				ทีม ICC
	๖.ติดตามการปฏิบัติ การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อIsolation precaution , standard precaution	-ทุกหน่วยงาน	รพ.เกาะคา	หน่วยงานได้รับการปฏิบัติตาม หลักIsolation precaution , standard precaution ๑๐๐%			ด.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	ทีม ICC
	โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย/หน่วยงานต่างๆ ดังนี้							
	-การป้องกันอุบัติเหตุ							
	การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ใน แพทย์พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน บุคลากรในหน่วยงานกลุ่มเสี่ยง							
	-ประเมินการล้างมือคุณภาพ							
	-การแยกขยะ							
	-การจัดการผ้าเปื้อน							
	-การทำลายเชื้อและทำปราศจากเชื้อในวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	ทีม PCT							
	โครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก							
	เตรียมความพร้อมในการ Survilance for re-accreditation IV		รพ.เกาะคา		ไม่มี	ไม่มี	๒ เมย.๖๔	
	๑.ทบทวนคณะกรรมการทีมหลักและทีมสาขาเพื่อกำหนดบทบาทและมอบ หน้าที่	PCTหลัก PCT สาขา		คำสั่งแต่งตั้งคณะ กรรมการทีม	ไม่มี	ไม่มี	ด.ค.๖๓	พญ.พนัสนิศา,เพ็ญศรี,เยาวเรศ ประธาน ๕ทีมสาขา
	๒.ทบทวน/กำหนดแผนพัฒนาทีม PCT สาขา		รพ.เกาะคา		ไม่มี	ไม่มี	กย.-ด.ค..๖๔	ประธาน+เลขาฯ ๕ทีมสาขา
	๓.จัดทำ.Road Map to re-accreditation IV ปี ๒๕๖๕		รพ.เกาะคา				สค.๖๔	พญ.พนัสนิศา,เพ็ญศรี
	๔.รวบรวมข้อมูลภาพรวมทีมผ่านทีมหลัก	ทุกเดือน	รพ.เกาะคา		ไม่มี	ไม่มี	ด.ค.๖๓-กย.๖๔	เพ็ญศรี
	๔.๑ One month one page PCT กลาง			เอกสาร One month one page	ไม่มี	ไม่มี	ด.ค.๖๓-กย.๖๔	
	๔.๒ One month one page แยก ๕ สาขา			เอกสาร One month one page	ไม่มี	ไม่มี	ด.ค.๖๓-กย.๖๔	เพ็ญศรี

	๔.๓ รายงานการประชุมประจำเดือน	ทุกเดือน		บันทึกประชุม	ไม่มี	ไม่มี	ตค.๖๓-กย.๖๕	
	๔.๔ การทบทวน Case conference/RCA one page	ตามอุบัติการณ์		เอกสารทบทวน	ไม่มี	ไม่มี	ตค.๖๓-กย.๖๕	เพ็ญศรี ,เยาวเรศ
	๕.ทบทวน Safety Goal ร่วมกับทีมความเสี่ยง	๑ครั้ง	รพ.เกาะคา	๒ P Safety Goal	ไม่มี	ไม่มี	ตค.๖๓	เพ็ญศรี ,เยาวเรศ
	๖.รวบรวม Specific clinical risk ที่ทบทวน/ปรับปรุงจาก PCT ๕ สาขา	๑ครั้ง	รพ.เกาะคา	Specific clinical risk	ไม่มี	ไม่มี	ตค.-พย.๖๓	เพ็ญศรี ,เยาวเรศ
	๗.ทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงาน /WI	๑ครั้ง		WI รอบปี ๒๕๖๔	ไม่มี	ไม่มี	ตค.-ธค. ๖๓	เลขาฯ ๕ ทีมสาขา
	๘.บรรจุกิจกรรมทบทวนความเสี่ยงสำคัญทางคลินิกเข้ากับงานประจำ	ทุกเดือน			ไม่มี	ไม่มี	ตค.๖๓-กย.๖๔	เพ็ญศรี ,เยาวเรศ,พวงทอง
	๘.๑ การทบทวน Case conference อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ G-I	อุบัติการณ์ระดับ G-I	รพ.เกาะคา	เอกสารการทำ"ทบทวนทันที"			ตค.๖๓-กย.๖๔	เพ็ญศรี,เยาวเรศ
	๘.๒ การทำ RCA One page อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E -F	อุบัติการณ์ระดับ E-F	รพ.เกาะคา	เอกสาร RCA One Page			ตค.๖๓-กย.๖๔	เพ็ญศรี,เยาวเรศ
	๙.จัดอบรมวิชาการบุคลากรในเวทีทุกระดับ						ตค.๖๓-กย.๖๔	
	๙.๑ ความรู้เรื่อง Stroke / MI			Guide line/Protocol	๗๕๐	UC	๑๐กพ.๖๔	FM
	๙.๒ การปรับพฤติกรรมกลุ่มแบบ Self health Group				ไม่มี	ไม่มี		คุณสมเพ็ชร /คุณอรุณี
	๙.๓ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว				ไม่มี	ไม่มี		FM
	๑๐.ร่วมออกแบบกิจกรรมซ้อมแผนเตรียมพร้อมรับ COVID-๑๙						๒ เมย.๖๔	พณิดา คุณณัฐรจา,คุณเยาวเรศ
	๑๑. ประชุมทีม PCT กลาง	เดือนละ ๑ ครั้ง	รพ.เกาะคา	บันทึกการประชุม	ไม่มี	ไม่มี		เพ็ญศรี ,เลขาฯ ๕ทีมสาขา
	๑๑.รวบรวมผลการปฏิบัติงานรอบ ๖เดือน/๑๒ เดือนPCT แต่ละสาขา	๒ครั้ง			ไม่มี	ไม่มี	มีค.๖๔,สก.๖๔	เพ็ญศรี
	๑๑.๑ SAI,II,III							
	๑๐.๒ Service Profile							
	๑๑.๓ Clinacal tracer							
	๑๑.๔ CQI							
	๑๑.๕. นวัตกรรม/เรื่องเล่า							
	๑๑.จัดกิจกรรมกระตุ้นการเรียนรู้ PCT ในมทกรรม HA ๒๕๖๔	๑ครั้ง			ไม่มี	ไม่มี	กค.๖๔	เพ็ญศรี ,เลขาฯ ๕ทีมสาขา
	๑๒.สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๔	๑ครั้ง			ไม่มี	ไม่มี	สก.๖๔	ประธาน +เลขาฯ ทีมสาขา
	กิจกรรม การพัฒนาทีม PTC							
	๑. ประชุมชี้แจง นโยบายด้านยา มาตราการประหยัทยา ลงสู่การปฏิบัติ ในหน่วยงาน							
	๒. ประชุมทีม PTC พัฒนาระบบยา							
	๓.สรุปผลการดำเนินงาน One month one page							
	๔.เยี่ยมหน่วยงาน ติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานระบบยาII-๖ นโยบายความปลอดภัยด้านยา และมาตราการประหยัทยา WALK WITH SHA							

	๕.ประเมินผลการดำเนินงาน							
	๖. ประเมินตนเอง SA							
	๗. ประเมิน Overall scoring							
	พัฒนาระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นไปอย่างเพียงพอพร้อมใช้ เหมาะสม ปลอดภัย ไม่หมดอายุ							
	๑. ทบทวนบัญชียาพ. จัดทำบัญชียาพ.ให้เป็นปัจจุบัน	๑ ครั้ง / ปี		มีบัญชียาพ.เกาะคา			พ.ย.-๖๓	ภญ.วิรุณี ภญ.ชวนพิศ ภญ.ณัฐกานต์
	๒. ทบทวนบัญชียา NPCU & รพสต. จัดทำบัญชียาพสต.ให้เป็นปัจจุบัน	๑ ครั้ง/ปี		มีบัญชียา NPCU & รพสต.			ต.ค.-๖๓	ภก.ภัคพล ภญ.อ้อมฤทัย
	๓. ทบทวนรายการยาที่สำรองในหน่วยงาน ทุก ๖ เดือนเพื่อให้บริหารยาผู้ป่วย ปลอดภัย	๒ ครั้ง/ปี		มีบัญชียาเป็นปัจจุบัน			พ.ย.๖๓ , พ.ค.๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
	๔. ควบคุมกำกับ การเก็บ/การส่งใช้ยา/การเบิกยา/การจ่ายยา/การบริหารยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	ทุกวัน		ไม่พบอุบัติการณ์เบิก/การเก็บ/ การส่งใช้ยา/การจ่ายยา/การ บริหารยายส. วจ.ไม่เป็นตาม แนวทาง			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภก.ภัคพล ภญ.นุชปวีร์ ภญ.ปิยะ พันธ์ พรทิwa พร้อมพรรณ โยชิกา
	๕. ควบคุมกำกับ การส่งใช้ยา/การรับคำสั่งวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท/ยาเฉพาะ ทาง/ยาrefer	ทุกวัน		ไม่พบอุบัติการณ์การเบิก/การ เก็บ/การส่งใช้ยา/การจ่ายยา/ การบริหารยา ยส. วจ. ไม่เป็น ตามแนวทางที่กำหนด			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภก.ภัคพล ภญ.นุชปวีร์ ภญ.ปิยะ พันธ์ พรทิwa พร้อมพรรณ โยชิกา
	๖. ทบวาระบบ Emergency box set	ER WARD OR		ยาเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่ เสื่อมสภาพ ไม่สูญหาย			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.วิรุณี ภญ.นพมาศ ภญ.ศุทธิ ยา ภญ.นุชปวีร์
	๗. จัดซื้อ Cable tie สำหรับ Emergency box set (๒ เส้น ต่อ ๑ box ราคา ๒ บาท ต่อ ๑ เส้น ประมาณการเปลี่ยน ๕ box ต่อวัน = ๕X๒X๓๐X๑๒ = ๓,๖๐๐ เส้น/ปี)	๓,๖๐๐ เส้น/ปี	ทุก หน่วยงานที่ มีกล่องยา Emergency box set	ยาเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่ เสื่อมสภาพ ไม่สูญหาย		งบฯหมวดใช้ สอย	ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา Emergency box set
	๘ เบิกยาทดแทนทุกวันตามแนวทางที่กำหนด	ทุกวัน	ทุก หน่วยงานที่ สำรองยา	ยาเพียงพอ พร้อมใช้ ยาพร้อมใช้ ไม่เสื่อมสภาพ			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
	๙. กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบ First in first out (FIFO)&EXPIRE ทุกวัน	ทุกวัน	ทุก หน่วยงานที่ สำรองยา	ยาเพียงพอ พร้อมใช้			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
	๑๐. กำหนดให้กลุ่มงานเภสัชกรรม ตรวจสอบ First in first out (FIFO)&EXPIRE ในหน่วยงานสำรองยา ทุก ๓ เดือน	ทุก ๓ เดือน	ทุก หน่วยงานที่ สำรองยา	ยาเพียงพอ พร้อมใช้			พ.ย.๖๓ , ก.พ.๖๔ , พ.ค.๖๔ , ส.ค.๖๔	ภญ.ศุทธิยา ภญ.ปิยะพันธ์ พร้อมพรรณ/ภญ.ชวนพิศ ภญ. นุชปวีร์ พรทิwa

	๑๑ บันทึกอุณหภูมิผู้เฝ้าไข้ทุกวัน กรณีตรวจพบปัญหา ปรับอุณหภูมิตามแนวทาง	ทุกวัน	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา	บันทึกอุณหภูมิเป็นปัจจุบัน ไม่พบยาแฉ่เย็น เสื่อมสภาพ ในหน่วยบริการ			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
	๑๒. ทบทวนข้อมูลวิชาการการเตรียมยา เก็บยาหลังผสม/เปิดใช้	๑ ครั้ง / ปี		มีข้อมูลวิชาการในคู่มือการบริหารยา			๒๔๒๔๙๒	ภญ.วิรุณี/ภญ.นุชปวีร์
	๑๓. ระบุวันหมดอายุของยาหลังเปิดใช้ยาที่เปิดใช้หลายครั้ง (multiple dose) ทุกครั้ง	ทุกวัน	ทุก WARD	ไม่พบยาเสื่อมสภาพ			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุกหน่วยงานที่สำรองยา
	๑๔. จัดซื้อโถรงบดยา สำหรับเตรียมยาให้ กลุ่มผู้ป่วยเด็ก และ กลุ่มผู้ป่วย NG feed	๑๐ ชุด	ทุก WARD ที่เตรียมยา	ยาเตรียมได้ตามมาตรฐานเภสัชกรรม		งบฯหมวดใช้สอย	ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ทุก WARD ที่เตรียมยา
	๑๕. ระบบติดตามยาหมดอายุ โดยระบบ Barcode ติดตามยาหมดอายุ	ทุกเดือน	รายการยาใกล้หมดอายุในปีนั้น	ไม่พบยาเสื่อมสภาพ		งบฯหมวดใช้สอย	ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.ชวนพิศ ภญ.นพมาศ ภญ.ศัทธิดา ภญ.นุชปวีร์ ภญ.ณัฐกานต์ พรทิศา กนกวรรณ พร้อมพรรณ จารุวรรณ
	๑๖. ระบบการบริหารจัดการวัคซีนและวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นให้ได้คุณภาพมาตรฐาน	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน	ไม่พบยาเสื่อมสภาพ			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.ชวนพิศ ภญ.ศัทธิดา
	พัฒนาระบบป้องกัน เฝ้าระวัง ความความคลาดเคลื่อนทางยา medication error							
	๑. กระตุ้นการรายงานความคลาดเคลื่อนยาโดยสหวิชาชีพ	ทุกวัน	ทุกหน่วยงาน	รายงานความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้น			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.เรืองฤทัย ภญ.ศัทธิดา
	๒. กิจกรรม ลดความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน	ทุกวัน	งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน WARD	ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในลดลง			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.วิรุณี/ภญ.นุชปวีร์
	๓. เฝ้าระวัง LASA drugs แจ้งทาง LINE PTC GROUP	ทุกครั้งที่มียาที่เฝ้าระวัง LASA drugs	ทุกหน่วยงาน	Medication error จาก LASA drugs			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.เรืองฤทัย ภญ.ศัทธิดา
	๔. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ LASA drugs	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน	การปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.เรืองฤทัย ภญ.ศัทธิดา
	๕. ประชาสัมพันธ์ "ใส่ใจยาเดิม นำมาเดิมนะ"	ทุกวัน	ทุกหน่วยงาน	มูลค่ายาขึ้น			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.เรืองฤทัย ภญ.ศัทธิดา
	๖.ระบบ Medication Reconciliation ในคลินิกพิเศษ ส่งต่อ NPCU รพสต.	ทุกวัน	ผู้ป่วย NCD CLINIC	ไม่พบ medication errorระดับ E ขึ้นไป จากกระบวนการ Medication Reconciliation			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.เรืองฤทัย ภญ.อ้อมฤทัย

	๗.ระบบ Admission Medication Reconciliation (AMR) ในผู้ป่วยใน	ทุกวัน	ผู้ป่วยใน WARD	ไม่พบ medication errorระดับ E ขึ้นไป จากกระบวนการ Admission Medication Reconciliation (AMR)			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.นุชปวีร์
	๘. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง Admission Medication Reconciliation (AMR)	ทุกเดือน	ทุกหน่วยงาน	การปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.เรืองฤทธิ์ ภญ. นุชปวีร์
	๙. สรุปประวัติการใช้ยาล่าสุดในสมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคเรื้อรัง DM HT on WARFARIN ที่ไปรักษาที่รพ.อื่น รพสต.ทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนการรักษา	ทุกรายที่ส่งต่อ	ผู้ป่วย NCD CLINIC WARFARIN CLINIC	ผู้ป่วยได้รับการสรุปรายการยา ก่อนส่งต่อรักษาที่รพ.อื่น รพ สต.ทุกราย ทุกครั้งที่มีการ ปรับเปลี่ยนการรักษา			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.เรืองฤทธิ์ ภญ.ศัทธิตา ภญ. อ้อมฤทธิ์
	๑๐. สรุปรายการยาผู้ป่วยในโรคเรื้อรังกลับบ้าน	ทุกราย	ผู้ป่วยใน กลับบ้าน	ผู้ป่วยได้รับการสรุปรายการยา ผู้ป่วยในกลับบ้านโรคเรื้อรังทุก ราย			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.นุชปวีร์
	พัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ป้องกันเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยา อำเภอกะลา							
	๑. พัฒนาศักยภาพระบบติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และ เฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อำเภอกะลา	ทุกหน่วยงาน รพ.รพสต.		ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ			ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔	ภญ.เรืองฤทธิ์ ภญ.อ้อมฤทธิ์
				ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการสั่งใช้ยา รับคำสั่งใช้ยา จ่ายยาการบริหารยา ระดับ รุนแรง G-I				
	๒. พัฒนาศักยภาพระบบติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin อำเภอกะลา	ทุกหน่วยงาน รพ.รพสต.		อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ รุนแรง E ขึ้นไปจากการสั่งใช้ยา รับคำสั่งใช้ยา จ่ายยา การ บริหารยา Warfarin ลดลง			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.ศัทธิตา
	๓. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังการใช้ยาร่วมกับ warfarin	ทุกเดือน		สุมการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.ศัทธิตา
	๔. จัดให้มีระบบ กระตุ้นเตือน เฝ้าระวัง การใช้ยา Warfarin	รพ.เกาะคา/ รพสต.ทุก แห่ง		มีSticker POP-UPเตือน เฝ้า ระวัง การใช้ยา Warfarin			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.ศัทธิตา
	๕. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางคัดกรองแพ้ยาและการออกบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยา ที่รุนแรง	ทุกเดือน		สุมการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.เรืองฤทธิ์
	๖. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง/เฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วย G-๖ PD	ทุกเดือน		สุมการปฏิบัติตามแนวทาง			ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	ภญ.เรืองฤทธิ์

	พัฒนาระบบยาให้มีความปลอดภัยจากใช้ยากลุ่มเสี่ยง กลุ่มเฝ้าระวังพิเศษ SAFETY FROM HAD HDD							
	๑. ทบทวนแนวทาง แบบฟอร์มการติดตามเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ครอบคลุมการสั่งใช้ของแพทย์ การจัดเก็บ การจัดเตรียม จ่ายยา การบริหารยา และ เกณฑ์การรายงานแพทย์	๑ ครั้ง/ปี		มีแนวทาง แบบฟอร์ม การเตรียมยา การติดตามเฝ้าระวัง การใช้ยากลุ่มเสี่ยง HAD รวมถึง เกณฑ์การรายงานแพทย์			๒๔๒๔๓๑	ภญ.ปิยะพันธ์/ภญ.นุชปวีร์
	๒. ทบทวน รายการที่ต้องเฝ้าระวังการใช้พิเศษ HDDกำหนดให้มี DRUG TIP ขอบ่งใช้ ขนาดยาวิธีการบริหารยา การติดตามเฝ้าระวังการเก็บรักษา การแก้ไขพิษ	๑ ครั้ง/ปี		รายการที่ต้องเฝ้าระวังการใช้พิเศษ HDDมี DRUG TIPใน หน่วยงานที่ใช้ยา และ ใน HOS-XP			ต.ค.-๖๓	ภญ.ปิยะพันธ์/ภญ.นุชปวีร์
	๓.จัดทำคู่มือการใช้ยากลุ่มเสี่ยง HAD ยาเฝ้าระวังพิเศษ HDD	๑ ครั้ง/ปี		มีคู่มือการใช้ยากลุ่มเสี่ยง HAD ยาเฝ้าระวังพิเศษ HDD			พ.ย. - ธ.ค.๖๓	ภญ.ปิยะพันธ์/ภญ.นุชปวีร์
	๔. ติดตามการปฏิบัติตามแนวสร้างความปลอดภัยจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยง HAD ยาเฝ้าระวังพิเศษ HDD	ทุกเดือน ร่วมกับ ER WARD		ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา HAD ยาเฝ้า ระวังพิเศษ HDD			ต.ค.๖๓ -ก.ย. ๖๔	ภญ.สลิลา/ภญ.วิรุณี/หัวหน้า WARD
	ควบคุมกำกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม Drug Use Evaluation (DUE)							
	๑. กิจกรรมติดตามประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม DUE	ทุกหน่วยงาน		เสนอแพทย์เซ็นแบบฟอร์ม DUE				ER WARD
	๒.ทบทวนระบบประเมิน DUE การเก็บข้อมูล DUE	๑ ครั้ง/ปี		ปรับแบบฟอร์ม			๒๔๒๔๓๑	ภญ.วิรุณี ภญ.นุชปวีร์
	๓. กำกับการใช้ยาตามเงื่อนไข การประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม ยา ๖ รายการ Cefixime cap. , Cefixime syr. , Clarithromycin tab. , Colistin inj., Piperacillin ๔ g + tazobactam ๕๐๐ mg inj. Meropenam inj. , Vancomycin inj. tab.	ทุกวัน		ร้อยละความเหมาะสมการสั่งใช้ ยา DUE > ๘๕%			ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔	ภญ.วิรุณี ภญ.นุชปวีร์
	ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย : ENV							
	- การประชุมประจำเดือนคณะกรรมการ	๑๒ ครั้ง	รพ.เกาะคา	* รายงานการประชุม ๑๒ ฉบับ		-	ตค.๖๓ - กย. ๖๔	ทีม ENV
	- ทบทวนนโยบายสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกัน ตามการพัฒนาตามมาตรฐานระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ทุกหน่วย	รพ.เกาะคา	* นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย				
	ระบบที่ ๑ ระบบโครงสร้าง							ทีม ENV
	*ENV Round WWSHA	๑๒ ครั้ง	รพ.เกาะคา	* รายงานการเยี่ยมสำรวจ ๑๒ ฉบับ	-			
	*CCTV บริเวณ ICU CT ห้องคลอด เพิ่มเติม	๑ งาน	โชนบ้านพัก	กล้องวงจรปิดพร้อมใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่สำคัญ	*๑๐๐๐๐๐	หมวดครุภัณฑ์		งานพัสดุ

	บำรุงรักษาระบบลิฟท์	ทุกเดือน	๓ ตัว ดึง หลวงลำปาง และเขาลางค์ ยินดี	ไม่พบอุบัติเหตุการณลิฟท์ที่ไม่พร้อมใช้	*๑๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		งานพัสดุ
	ปรับปรุงหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น ๕ ดึงหลวงลำปาง	๑ งาน	ดักหลวงลำปาง	มีระบบพักน้ำใต้เทียม ๒๔ ชม	*๓๗๕๐๐๐๐	งบค่าเสื่อม		งานพัสดุ
	ทำระบบตรวจสอบอุณหภูมิ online ในหน่วยงาน	๑๐ จุด	คลังยา ห้อง ยา ห้องควบคุม ลิฟท์	ไม่พบอุบัติเหตุการณเวชภัณฑ์ สูญเสียและระบบควบคุมลิฟท์ ไม่ทำงาน	*๑๕๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		งานพัสดุ
	ระบบที่ ๒ วัสดุของเสียอันตราย							ทีม ENV
	- การตรวจคุณภาพน้ำทิ้งและน้ำประปาและชื่อน้ำยา PH ,CL	๒ ครั้ง/ปี	ระบบบำบัดน้ำ	* ดัชนีวัดคุณภาพน้ำทิ้งและ น้ำประปาผ่านเกณฑ์ * รายงานผลการตรวจ	*๗๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		งานสุขาภิบาล
	- ตรวจสอบการทะลวงแนวท่อบำบัดน้ำเสีย	๑ครั้ง/ปี	ระบบบำบัดน้ำ	* ไม่พบสถิติการตันของท่อ บำบัดน้ำเสีย	*๒๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		งานสุขาภิบาล
	* เปลี่ยนทรายกรองน้ำประปา	๑ครั้ง/ปี	ระบบประปา ร	* ไม่พบอุบัติเหตุการณน้ำประปา พุ่งแดง	*๕๐๐๐	หมวดวัสดุ		งานสุขาภิบาล
	* เปลี่ยนสารกรองน้ำบริโภค RO อุปโภค	๒ ครั้ง/ปี	จ่ายกลาง และตึกผู้ป่วย	ผลน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	*๑๐๐๐๐๐	หมวดวัสดุ		งานสุขาภิบาล
	*จัดซื้อสารเคมีกำจัดเชื้อโรค (คลอรีน)	๑๒ ถัง	ระบบประปา ร	ผลน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	*๓๖๐๐๐	หมวดวัสดุ		งานสุขาภิบาล
	*การจัดการขยะถูกต้อง จำนวนถังขยะ ในการจัดเก็บ	๑๒ ถัง	ทุกพื้นที่ รพ	ร้อยละการจัดการขยะถูกต้อง > ๙๐ ,ปริมาณขยะติดเชื้อไม่เกิน ๐.๘kg/เตียง/วัน	*๒๕๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		งานสุขาภิบาล
	ระบบที่ ๓ อคคีภัย							ทีม ENV
	- อบรมอคคีภัย	๑ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	* ผลการประชุม / อบรม ช้อม แผนอคคีภัย>๘๐%	๑๕,๕๕๐	เงินบำรุง (งบHA)		
	- มีแผนบำรุงรักษาระบบสัญญาณเตือนอคคีภัยและอุปกรณ์ระงับอคคีภัย	๑ครั้ง/เดือน	รพ.เกาะคา	* ไม่พบอุบัติเหตุการณระบบเตือน อคคีภัยและอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ งาน	*๑๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		
	- วางแผนอุทกภัยและแผ่นดินไหว	๑ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	มีแผนอุทกภัยและแผ่นดินไหว	-			
	ระบบที่๔ เครื่องมือ							ทีม ENV
	* สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ สบส	๑ครั้ง/ปี		* เครื่องมือแพทย์สำคัญผ่านการ	*๑๐๐๐๐	หมวดใช้สอย	ตค.๖๒ - กย. ๖๓	ทีมซ่อมบำรุง
	สอบเทียบเครื่องมือ LAB เอกชน	๑ครั้ง/ปี		* เครื่องมือแพทย์อยู่ในสภาพ พร้อมใช้งาน ๑๐๐%	*๕๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง

	- การตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้า(ตู้เย็น,ทีวี,เครื่องทำน้ำเย็น,เครื่องทำความร้อน)	๑ครั้ง/เดือน		* เครื่องใช้ไฟฟ้าสำหรับผู้รับบริการพร้อมใช้งานและปลอดภัย	-			ทีมซ่อมบำรุง
	- การตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ ระบบกรองอากาศOR ห้องแยกโรค ICU	ทุกเดือน		* ระบบเครื่องปรับอากาศพร้อมใช้และปลอดภัย	*๕๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	- การตรวจสอบ Nurse call	ทุกเดือน		* ระบบ Nurs call พร้อมใช้งาน	-			ทีมซ่อมบำรุง
	- บำรุงรักษาอุปกรณ์งานจ่ายกลาง(เครื่องแก๊ส,เครื่องนิ่งไอน้ำ,เครื่องล้างอุปกรณ์)	ทุกวัน		* อุปกรณ์พร้อมใช้งาน ๑๐๐ %	*๑๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	ระบบที่ ๕ ระบบไฟฟ้า							ทีม ENV
	*บำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้า (๒ เครื่อง)	๑ครั้ง/ปี	๕๐๐ kVA และ ๒๕๐ kVA	*ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน พร้อมใช้การได้ภายใน๑๐ วินาที	*๑๑๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	*บำรุงรักษาหม้อแปลงไฟฟ้า (๖ลูก)	๑ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	พร้อมใช้	*๒๕๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	* การตรวจสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง	ทุกสัปดาห์	๔ เครื่อง	*ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน พร้อมใช้การได้ภายใน๑๐ วินาที	-			ทีมซ่อมบำรุง
	* การตรวจสอบเครื่องไฟส่องสว่างฉุกเฉิน	ทุกเดือน	รพ.เกาะคา	* ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน พร้อมใช้	*๓๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	* การตรวจสอบการจ่ายไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้า	๔ ครั้ง/ปี	๔ เครื่อง	*ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน พร้อมใช้การได้ภายใน๑๐ วินาที	-	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	ระบบที่ ๖ ก๊าซ							ทีม ENV
	*บำรุงรักษาระบบก๊าซทางการแพทย์ VAC AIR	๑ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	พร้อมใช้	*๑๕๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		
	*ติดตั้งระบบ LPG Pipeline Vaporization	๑ครั้ง/ปี	ซีกฟอก	พร้อมใช้	*๑๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	* การตรวจสอบระบบก๊าซออกซิเจน	ทุกวัน	ออกซิเจนเหลว	* ระบบก๊าซออกซิเจนพร้อมใช้	*๒๐๐๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		ทีมซ่อมบำรุง
	ระบบที่ ๗ สิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ							ทีม ENV
	* การพัฒนากิจกรรม ๕ ส.Big Cleaning day	๑ครั้ง/ปี		* ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ๕ ส.มากกว่าร้อยละ ๘๐	-			
	* การตัดกิ่งต้นไม้ที่ใกล้สายไฟและใกล้อาคารบ้านพัก	๑ครั้ง/ปี			-			
	* จัดอบรมให้ความรู้แกนนำด้านอาชีวอนามัยแต่ละหน่วยงาน	๑ ครั้ง/ปี		* บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาชีวอนามัยระดับดีเด่น	*๕๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		
	*ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมการทำงาน (แสง เสียง ฝุ่น ความร้อน) ทีมจาก สคร๑๐	๑ครั้ง/ปี		ได้รับการประเมินสิ่งแวดล้อม	*๕๐๐๐	หมวดจ้างเหมา		

	* จัดอบรมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยแก่แม่บ้าน และงานสวน ช่างบำรุง และพร	๑ ครั้ง/ปี		*ป้องกันการบาดเจ็บและ เจ็บป่วยจากการทำงาน	-			
	ทีมจริยธรรม							
	กิจกรรม.อบรมเชิงปฏิบัติการ Happy Heart สร้างวัฒนธรรมและ	๑ ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	สร้างวัฒนธรรมและส่งเสริม	๒๐,๐๐๐	เงินบำรุง	๒๖-ธ.ค.-๖๓	ทีมจริยธรรม
	ส่งเสริมค่านิยมในองค์กร			ค่านิยมในองค์กรในบุคคลากร				
				รวมงบประมาณ UC	๑๑๙,๐๔๔.๐๐			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามเกณฑ์ PMQA

ตัวชี้วัด (KPI)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์หมวดที่ 3 และ 6 คงสภาพหมวดที่ 1 2 4 และ 5 ร้อยละ 100

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. ปีงบประมาณ 2563 สสอ.เกาะคา มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามเกณฑ์ PMQA ในหมวดที่ 1 หมวดที่ 5 และ หมวดที่ 7

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ บุรณการ โครงการพัฒนาคุณภาพ							
	การบริหารจัดการภาครัฐ PMQA สำนักงาน							
	สาธารณสุขอำเภอเกาะคา							
	กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ							
	ภาครัฐตามเกณฑ์ PMQA							
	1. ชี้แจงนโยบายให้บุคลากรในสังกัดรับทราบ	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา				พย 2563	ศุภณัฐกรณ์
	2. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	คณะกรรมการฯ			พย 2563	ศุภณัฐกรณ์
	3. ประชุมคณะกรรมการฯ	3 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	คณะกรรมการฯ มีการ			ธค 2563	ศุภณัฐกรณ์
				ประชุม			มีค / มิย 2564	
	4. พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการตามเกณฑ์PMQA							
	4.1 ทบทวนเพิ่มเติมลักษณะสำคัญขององค์กร	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	ข้อมูลลักษณะสำคัญ			พย.2563	คณะกรรมการฯ
				ขององค์กร				
	4.2 ประเมินองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหาร	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	มีการประเมินตนเองตาม				คณะกรรมการฯ
	จัดการภาครัฐ (PMQA)ในหมวดที่คงสภาพ(1,2,4,5)			เกณฑ์ PMQA			พย.2563	

	หมวดที่มุ่งเน้นปี 64 คือหมวดที่ 3,6 รวมทั้งพิจารณา						
	เกณฑ์ในการประเมินผลตามหมวด 7						
	4.3 นำผลการประเมินองค์กร (OFI) หมวด 3,6 มาจัดทำ	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	มีแผนพัฒนาองค์กร		พย.2563	คณะกรรมการฯ
	แผนพัฒนาฯ หมวดละ 1 แผนพร้อมทั้งจัดทำตัวชี้วัดที่			และตัวชี้วัดผลลัพธ์			
	สะท้อนผลลัพธ์ดำเนินการหมวด3,6 หมวดละ 3 ตัวชี้วัด			ดำเนินงาน			
	ตามเกณฑ์ของหมวด7						
	4.4 ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร		สสอ.เกาะคา				
	5. ประเมินผลการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์PMQAใน						
	หมวดที่ดำเนินการ	4 รอบ/ปี	สสอ.เกาะคา			ธค2563/มีค	ศุภณัฐกรณ์
	-ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด	(3ด.,6ด.,9ด.,12ด.)				มีย/กย2564	
	-ประเมินการบรรลุผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด						
	6.รายงานผลการดำเนินงานผ่าน ระบบการพัฒนา	4 รอบ/ปี	สสอ.เกาะคา	มีการรายงานผลการ		ธค2563/มีค	ศุภณัฐกรณ์
	องค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	(3ด.,6ด.,9ด.,12ด.)		ดำเนินงานตามรอบที่		มีย/กย2564	
	(กพร.สป.)			ระบบรายงานฯกำหนด			
				รวมงบประมาณ UC	0		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

☐ สนับสนุนงานในประเด็นยุทธศาสตร์ R งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

ตัวชี้วัด (KPI) :

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ITA (ร้อยละ 90)

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน ☐

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

- 1. ปีงบประมาณ 2563 สสอ.เกาะคา และ รพ.เกาะคา ในปี 2563 ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA(100คะแนน)
- 2. ในปี 2563 อำเภอกะเคา มีการจัดทำระบบควบคุมภายใน / ตรวจสอบภายใน บริหารความเสี่ยง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ 030401							
	1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส อำเภอกะเคา							
	1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินคุณธรรมและ	1 คณะ	รพ.เกาะคา	คณะกรรมการITA			พย2563	เสาวนีย์
	ความโปร่งใส ITA (รพ ผู้บริหารและหน.ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง)		สสอ.เกาะคา					ศุภณัฐกรณ์
	(สสอ ผู้บริหารและจนท.ทุกคนของสสอ และผอ.รพ.สต)							
	กำหนดบทบาทหน้าที่							
	2. จัดทำแผนพัฒนาระบบการประเมิน ITA							
	2.1. คัดเลือกแผนงานโครงการที่บุคคลภายนอกมีส่วนร่วม	1 โครงการ	รพ.เกาะคา				ธค2563	คณะกรรมการฯ
			สสอ.เกาะคา					
	(1).จัดทำคู่มือ แนวทาง sop Flow chart โครงการ	1 ครั้ง	รพ.เกาะคา	มีSOP/Flow chart			ธค2563	คณะกรรมการฯ
			สสอ.เกาะคา	ในการดำเนินการ				
	(2).การจัดทำรายงานสรุปผลการประชุมทุกโครงการ		รพ.เกาะคา	รายงานสรุปผลการประชุม			มค-กย2564	คณะกรรมการฯ

	ตามมาตรฐาน		สสอ.เกาะคา					
	(3)ให้ระบุความเสี่ยงเพื่อป้องกันการละเว้นแบบทำยโครงการ		รพ.เกาะคา	รับทราบความเสี่ยง			มค-กย2564	เสาวนีย์
			สสอ.เกาะคา					ศุภณัฐกรณ์
	2.2.พัฒนาระบบจัดซื้อจัดจ้าง โปร่งใส โดย		รพ.เกาะคา	การจัดซื้อจัดจ้างที่โปร่งใส			ตค2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
			สสอ.เกาะคา					
	(1) การพัฒนาระบบจัดซื้อจัดจ้าง(EB1-EB4)		รพ.เกาะคา				ตค 2563 - ก.ย.2564	คณะกรรมการฯ
	(1) วิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างของปีที่ผ่านมา		สสอ.เกาะคา					
	(2) จัดทำ/เผยแพร่แผนซื้อจัดจ้างประจำปี							
	(3) แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ปิด-ปลดประกาศ							
	(4) เขียนหนังสือแสดงความบริสุทธิ์ใจ							
	(5) จัดทำเอกสารซื้อ/จ้างตามระเบียบ							
	(6) สรุปรายงานผลซื้อ/จ้าง สขร.รายเดือน web.							
	(2) การมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกดำเนินการตามภารกิจ		รพ.เกาะคา				ตค 2563 - ก.ค.2564	คณะกรรมการฯ
	หลักแผนงาน/โครงการ.....(EB5-EB7)		สสอ.เกาะคา					
	(1)จัดทำโครงการตามภารกิจหลักด้าน.....							
	(ที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมดำเนินการ)							
	(2) การจัดประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย							
	(ประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น/ร่วมจัดทำแผนงาน/							
	โครงการ/ร่วมดำเนินการ)							
	(3) การจัดทำคู่มือการดำเนินการ มี flow การทำงาน							
	(4) สรุปผลการประชุม/เผยแพร่ผลการดำเนินงาน							
	(3) กำหนดมาตรการ กลไก หรือเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะผ่าน		รพ.เกาะคา				ตค 2563 - ก.ย.2564	คณะกรรมการฯ
	เว็บไซต์ของหน่วยงาน(EB8-12)		สสอ.เกาะคา					
	(1) จัดทำคำสั่ง ข้อสั่งการของผู้บังคับบัญชา							
	(2) บันทึกข้อมูลที่กำหนดในเว็บไซต์							

(4)การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี 2564	รพ.เกาะคา				ตค 2563 - ก.ย.2564	คณะกรรมการฯ
(1) จัดทำแผน/อนุมัติแผนปฏิบัติราชการ(แผนยุทธศาสตร์)	สสอ.เกาะคา					
(2) การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผน						
(3) สรุปผลการดำเนินการตามปฏิบัติราชการประจำปี						
(4) เผยแพร่ผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์						
(5) ระบบรายงานการประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการประจำปีของบุคคลากร(EB13-EB14)	รพ.เกาะคา				ธค 2563/กค2564	คณะกรรมการฯ
(1) ประกาศรายผู้ม้ผลการประเมินดีเด่น และดีมาก	สสอ.เกาะคา					
(2) จัดทำกรอบแนวทางและการดำเนินการเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่มีผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานต่ำ						
(3) ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจให้ทราบทั้งองค์กร						
(6) การเผยแพร่เจตจำนงสุจริตของผู้บริหารต่อสาธารณชน(EB15)	รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
(1) ดำเนินการประกาศเจตจำนงสุจริตโดยผู้บริหาร	สสอ.เกาะคา					
และมีการเผยแพร่บนเว็บไซต์						
(2) เผยแพร่เจตจำนงฯและภาพกิจกรรม						
(7) จัดทำมาตรการ กลไกเกี่ยวกับการร้องเรียนฯ (EB16)	รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
(1) คำสั่งผู้รับผิดชอบ	สสอ.เกาะคา					
(2)ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต						
ไปรษณีย์ แอปพลิเคชันหรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสม						
(3) คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียน						
(4) แผนผังขั้นตอนการร้องเรียน						
(5) รายงานสรุปผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน						
2 รอบต่อปี						
(6) มีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณชน						
(8) การกำหนดมาตรการกำหนดมาตรการ กลไก เกี่ยวกับการรับสินบน(EB17)	รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	สสอ.เกาะคา					

	(1) ประกาศมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ							
	(2) กำกับติดตามผลการดำเนินงาน							
	(3) รายงานสรุปผลประกาศมาตรการการป้องกันการรับสินบน							
	(9) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรค่านิยมสุจริตและต่อต้านการทุจริต		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(1) ดำเนินโครงการที่มีวัตถุประสงค์สร้างวัฒนธรรม		สสอ.เกาะคา					
	ในองค์กร(คุณธรรมนำไทย (พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา)							
	(2) สร้างค่านิยม MOPH							
	(3)จรรยาข้าราชการ							
	(4)ประมวลจริยธรรมข้าราชการ							
	(10) การดำเนินการกลุ่มบริหารที่โปร่งใส (EB19)		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(1) แผนการดำเนินงานของกลุ่มที่ความพยายามที่จะปรับปรุง		สสอ.เกาะคา					
	การบริหารงานของหน่วยให้มีความโปร่งใสมากขึ้น							
	(2) กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน							
	(3) รายงานสรุปผลของกลุ่ม							
	(11) วิเคราะห์/ความรู้ความเสี่ยเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(EB20-EB22)		สสอ.เกาะคา					
	(1) จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับ							
	ผลประโยชน์ทับซ้อน							
	(2) จัดทำรายงานการประชุมประโยชน์ทับซ้อน							
	(12) จัดทำแผนการปฏิบัติการป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(EB23-24)		สสอ.เกาะคา					
	(1) จัดทำแผนการปฏิบัติการป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ							
	1.1.แผนป้องกันปราบปรามการทุจริต							
	1.2.แผนการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม วินัย							
	1.3.แผนบริหารความเสี่ยง/ควบคุมภายใน							

	1.4.แผนการตรวจสอบภายใน							
	(2) จัดทำรายงานกำกับติดตามการดำเนินการตามแผน							
	ป้องกันปราบปรามทุจริตมิชอบ(1.1-1.4)							
	(3) เผยแพร่ผลการดำเนินงาน							
	(4) มีหลักฐานการชี้แจงเจ้าหน้าที่ มีคำสั่ง ข้อสั่งการ ประกาศ							
	(13) การกำหนดมาตรการ&ระบบตรวจสอบการปฏิบัติงาน (EB25)		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(1) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน		สสอ.เกาะคา					
	(2) จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน							
	(3) จัดทำแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของ							
	เจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน							
	(14) การอำนวยความสะดวกประชาชน งานบริการ (EB26)		รพ.เกาะคา				ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
	(1) จัดทำคู่มือ การอำนวยความสะดวกประชาชน		สสอ.เกาะคา					
	(2) มาตรฐานการปฏิบัติงาน การอำนวยความสะดวกประชาชน							
	(3) มีหลักฐานการเผยแพร่ต่อสาธารณชน							
	2.3.จัดระบบป้องกันปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ		รพ.เกาะคา	มีระบบป้องกันฯ			ตค 2563-กย2564	คณะกรรมการฯ
			สสอ.เกาะคา					
	3. ประชุมวิชาการ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	1 ครั้ง	2 คน	บุคลากรมีความรู้	เบิกตามค่าใช้จ่ายฯ	UC	พย.2563	เสาวนีย์
	ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ		รพ.1/สสอ.1					ศุภณัฐกรณ์
	4. ถ่ายทอดความรู้ระบบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	1 ครั้ง	รพ.เกาะคา	จนท.มีความเข้าใจระบบการประเมิน			พ.ย-ธ.ค.63	เสาวนีย์
	/กำหนดแนวทางการประเมินฯ		สสอ.เกาะคา	หน่วยงาน				คณะกรรมการฯ
	5. พัฒนาความรู้บุคลากรสาธารณสุขของ รพ.เกาะคา ในการ	1 ครั้ง	รพ.เกาะคา	บุคลากรมีความรู้ลดการทุจริต	10,000.00	UC	กพ2564	เสาวนีย์
	ป้องกันและปราบปรามการทุจริตและความโปร่งใส	100 คน		และมีความโปร่งใส				ศุภณัฐกรณ์
	6. พัฒนาความรู้บุคลากรสาธารณสุข ของ สสอ/ รพ.สต. ในการ	1 ครั้ง	สสอ.เกาะคา	บุคลากรมีความรู้ลดการทุจริต	3,000.00	UC	กพ2564	ศุภณัฐกรณ์

	ป้องกัน และปราบปรามการทุจริตและความโปร่งใส	30 คน		และมีความโปร่งใส				
	7. ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ ปรับปรุง	4 ครั้ง	รพ.เกาะคา	มีการประเมินตนเอง			ธค2563/มีค	คณะกรรมการฯ
	และพัฒนากระบวนการให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้		สสอ.เกาะคา	และพัฒนากระบวนการ			มีย/กย2564	
	รายไตรมาส							
รวมงบประมาณ UC					13,000.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาร

คปสอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็น / งาน : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ภาวะวิกฤติระดับ 3 รายจ่าย > แผน เกิน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน
	รหัสโครงการ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอำเภอเกาะคา	
	1. ทบทวนโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของคกก.อำเภอ ประกอบด้วย	
	1. ทบทวนคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่ และกำหนดให้มีการประชุม	
	รวมถึงการจัดวางระบบ(Flow) บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ได้แก่	
	1.1 คณะกรรมการบริหารด้านการเงินการคลัง (CFO) ระดับอำเภอ	4 ครั้ง/ปี
	1.2. คกก.ตรวจสอบควบคุมภายใน/ Auditor ระดับอำเภอ ด้านการตรวจสอบ	2 ครั้ง/ปี
	คุณภาพ บัญชีหน่วยบริการและการจัดเก็บรายได้ 5 มิติ	
	1.3. คณะกรรมการ MRA ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ระดับอำเภอ	2 ครั้ง/ปี
	2. เพิ่มศักยภาพคณะกรรมการ ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง	
	กำหนด	
	ระบบงานและผู้รับผิดชอบการควบคุมกำกับแผน Planfin ภาพรวม	
	และควบคุมกำกับแผน 6 แผน โดยประชุมคณะกรรมการตามแผนการประชุมทีม	
	2.1.การบริหารจัดการแผน Planfin (ประมาณการรายได้และค่าใช้จ่าย)	2 ครั้ง/ปี
	และแผน 6 แผน	
	- แผนจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	
	- แผนจัดซื้อวัสดุอื่น	
	- แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่	
	- แผนบริหารจัดการลูกหนี้	
	- แผนการลงทุนเพิ่ม	

	- แผนงบลงทุน	
	2.2 จัดทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพ ได้แก่ พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้	2 ครั้ง/ปี
	แผนชำระหนี้ ระบบการติดตามลูกหนี้ การก่อกำหนดผู้กู้	
	2.3 CFOอำเภอ ประชุม วิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงิน”Planfin Plus”:	4 ครั้ง/ปี
	ตามการดำเนินการ 4 แนวทาง 10 เครื่องมือ ในการพัฒนาประสิทธิภาพ รายเดือน	
	เพื่อนำเสนอ กกบ. และคปสอ ส่งรายงานการประชุมให้จังหวัด รายเดือน	
	3. การเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินการคลังโดยใช้ Model “Smart Hospital”	
	3. การเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินการคลังโดยใช้ Model “Smart Hospital”	
	3.1จัดระบบบริหารจัดการด้านแผนการเงิน,บัญชีการเงิน,จัดเก็บรายได้,	
	- กำหนดผู้รับผิดชอบหลักของงานที่สำคัญ 5 กลุ่ม	1 ครั้ง/ปี
	กลุ่ม claim Center ,	
	งานประกันสุขภาพ,	
	งานตรวจสอบรายได้และการเรียกเก็บทุกกลุ่มสิทธิ,	
	กลุ่มงานพัสดุและ	
	งานการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการ	
	- จัดประชุมผู้รับผิดชอบเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล ผู้รับบริการ/ด้านการเงิน	12 ครั้ง/ปี
	- ทบทวนอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ยา วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ ให้เป็นปัจจุบัน	2 ครั้ง/ปี
	ตามระเบียบกรมบัญชีกลางและประกาศกระทรวงสาธารณสุขปี 2562	
	- กำกับติดตามวิเคราะห์การดำเนินงาน 5 กลุ่ม	12 ครั้ง/ปี
	1 กลุ่ม Claim Center	
	ตรวจสอบและส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในเพื่อเรียกเก็บค่าบริการ ดำเนินการ	

วิเคราะห์ผลการส่งข้อมูล Claim และเงินที่ได้รับจัดตั้งทีม MRA/+Auditor	
2 งานประกันสุขภาพ	
แจ้งประสานงานการเงิน และนำเสนอผู้บริหาร จัดทำและส่งข้อมูลต้นทุน OP/IP	
รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สรุปนำเสนอผู้บริหาร	
3 งานตรวจสอบรายได้และการเรียกเก็บ	
ทุกกลุ่มสิทธิ สอบทานข้อมูลให้มีความถูกต้องตรงกันควบคุมกำกับกับการส่งข้อมูล	
บริการให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน&ทันเวลา	
3.1 สอบทานข้อมูลทุกสิทธิ รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลระหว่างศูนย์เรียกเก็บ	
และการเงินบัญชี โดยโปรแกรม RCM	
3.2 เพิ่มรายได้ ได้แก่ ให้มีศูนย์จัดเก็บรายได้ คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการเพิ่ม	
ห้อง/เตียงพิเศษ ผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การให้บริการOP/PP/IP	
3.3 ควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ การจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม การพัฒนาแผนกำลังคน	
ควบคุมรายจ่ายและพัสดุ ติดตามประเมินผลการก่อหนี้	
-กำกับให้มีการ audit เวชระเบียนก่อนส่งClaim&มีการcoding audit รายไตรมาส	
- กลุ่มพัสดุ ควบคุมกำกับกิจกรรมที่จัดทำและการเบิกจ่ายเงิน ให้เป็นไปตามแผน	
Planfin	
4. บริหารจัดการอย่างมีระบบ Business Unit :	12 ครั้ง/ปี
4.1.บริหารจัดการหนี้สิน มีวินัยการเงิน ในการชำระหนี้บริการระหว่างกัน	
4.2 บริหารแผนการชำระหนี้การค้า	
4.3 บริหารค่าตอบแทนที่ค้างจ่าย /ค่าใช้จ่ายบุคลากร/Outsourcing	
4.4 การวางแผนการลงทุนการขยายบริการให้บริการ ติดตามวิเคราะห์ผล	
5 พัฒนาคูณภาพบัญชีหน่วยบริการ	12 ครั้ง/ปี
5.1 Mapping จากบัญชีภาคสุขภาพสู่บัญชีGFMSเพื่อการตั้งยอดบัญชี	
5.2 ตรวจสอบงบการเงินรายเดือนของ รพ/รพ.สต	
6.ระบบควบคุมกำกับติดตามประเมินผล ให้เป็นไปตามแผน	
6.1 ประชุม CFO อำเภอก่อนวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินรายเดือน	4 ครั้ง/ปี
(Risk Matrix Scoring .Financial Risk Score. HGR Unit Cost)	
-นำเสนอผลการวิเคราะห์ ต่อผู้บริหาร คกก.บริหาร รพ./ คปสอ./CFO	12 ครั้ง/ปี

	อำเภอรายเดือน	
	- มีกระบวนการร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา	
	6.2 นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การเงินในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารและคปสอ	12 ครั้ง/ปี
	ทุกเดือน	
	1. ติดตามสถานการณ์การเงินการคลังในที่ประชุม คณะกรรมการบริหารคปสอ / CFO	
	2. ประชุมคณะกรรมการบริหาร รพ./ คปสอ / CFO.ทุกเดือน โดยมีการกำหนด	
	ประเด็นการติดตามสถานการณ์การเงินการคลัง/นำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไข	
	ในการประชุม	
	6.3 ควบคุมภายใน EIA และตรวจสอบภายใน	
	- ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุม ภายใน กำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่	
	คณะกรรมการควบคุมภายใน&บริหารความเสี่ยง และคณะ	
	- จัดทำแผนพัฒนาระบบควบคุมภายใน&บริหารความเสี่ยง	
	- ดำเนินงานระบบควบคุมภายใน EIA และปรับปรุงแก้ไขส่วนที่เป็นความเสี่ยง	
	- ประชุมพัฒนาความรู้ระบบควบคุมภายใน รพ/สสอ/รพ.สต	2 ครั้ง/ปี
	- ประชุมคณะทำงานตรวจประเมินระบบควบคุมภายใน/ทบทวน Flow	2 ครั้ง/ปี
	มาตรฐานการทำงาน	
	- ติดตามการประเมินจัดทำแผน/ตรวจสอบภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ด้านบัญชี	2 ครั้ง/ปี
	ด้านการบริหารพัสดุ ด้านการจัดเก็บรายได้ และระบบควบคุมภายใน	
	-ตรวจสอบภายในรอบปกติ รพ./สสอ./รพ.สต. ปีละ 2 ครั้ง	2 ครั้ง/ปี
	- ประเมินความเสี่ยงและกิจกรรมควบคุมภายใน จัดทำรายงานตามแบบ	2 ครั้ง/ปี
	ปค. เพื่อจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	

ารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2564

๖ 5%

พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
		จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
คปสอ.	มีคณะกรรมการและ	-		ตค. 2563	นงคราญ
เกาะคา	กระบวนการทำงาน				ศุภณัฐกรณ์
	ประชุมตามแผนที่กำหนด	-		ธค 2563	
				มีค/ มิย/ กย 2564	
		-		มีค , สค 2564	
		-		มีค , สค 2564	
คปสอ.	Planfin เกินดุล	-		ตค.2563-	นงคราญ
เกาะคา	(แผน 2)			กย2564	ศุภณัฐกรณ์
					สุภาณพงค์
	ไม่เกินแผน > 10%			ต.ค.2563 -	
				กย2564	

	การจัดเก็บรายได้			พย.2563-	
	เป็นไปตามแผนที่กำหนด			มีค 2564	
	ประชุมตามแผนที่กำหนด			ตค.2563-	
				กย2564	
คปสอ.	Risk score	-		ตค.2563-	นงคราญ
เกาะคา	ไม่เกินระดับ 2			กย2564	ศุภณัฐกรณ์
					มณภัทร
					รัฐพล
					สุภาณพงค์
	เป็นไปตามแนวทาง			ตค 2563	
	ที่กำหนด				
	ประชุมตามแผนที่กำหนด			ตค.2563-	
				กย2564	
	ทบทวนตามแผน			ตค.2563-	
	ที่กำหนด			กย2564	
	ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง			ตค.2563-	
	และทันเวลา			กย2564	

คปสอ.	Risk score	-		ตค.2563-	นงคราญ
เกาะคา	ไม่เกินระดับ 2			กย2564	สุภาณพวงศ์
					มนภัทร
	ค่า SumAdjRW				
	มากกว่า 16,000 /ปี				
คปสอ.	คุณภาพบัญชีร้อยละ	-		ตค.2563-	
เกาะคา	100			กย2564	
คปสอ.	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	-		ตค.2563-	นงคราญ
เกาะคา				กย2564	ศุภณัฐกรณ์
					เสาวนีย์

					สุภาณพงค์
				ตค.2563-	เสาวนีย์
				กย2564	
				กพ / สค2564	
				ตค.2563-	
				กย2564	
				ม.ค , สค 2564	
				มค , พค 2564	
				มค , พค 2564	
				มีค , สค 2564	
				พ.ย.-ธ.ค.2563 ,	
				เม.ย-พ.ค 2564	
รวมงบประมาณ UC		-			

ยุทธศาสตร์ที่ 4. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPI)

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

- 1.มีศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับอำเภอคุณภาพ
- 1.2 คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์
- 1.3 คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ร้อยละ 85
- 1.4 คุณภาพข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กแม่และเด็ก
- 1.5 หน่วยบริการNPCU มีและใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล
- 1.6 การสนับสนุน ส่งต่อ ข้อมูลระหว่างสถานบริการ ภายในอำเภอเกาะคามีคุณภาพ
- 2.ร้อยละของจังหวัด อำเภอและหน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital
- 4 บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้าน Digital Competency ผ่านร้อยละ 75

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

- 1.ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined)ของหน่วยบริการ ร้อยละ 30.63 ของการตายทั้งหมด
- 2.คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคของหน่วยบริการ มีความถูกต้องครบถ้วน ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 86.54 และ
- 3.คุณภาพข้อมูล 43 ปี 2563 ค่าเฉลี่ยจังหวัดลำปาง มีความถูกต้อง ร้อยละ 93.58, ความทันเวลา ร้อยละ 88.67
4. หน่วยงานระดับอำเภอไม่มีผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศที่ชัดเจน
- 5.ขาดการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง การส่งข้อมูล การแก้ไขข้อมูล และการรายงานผลการดำเนินงาน.
- 6.ผู้รับผิดชอบงานด้านข้อมูลสารสนเทศ ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้าน Digital Competency

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน
	รหัสโครงการ 030403 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพอำเภอเกาะคา	
	1. พัฒนาศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับ อำเภอ มีคุณภาพ	
	1.1 การบริหารจัดการศูนย์ข้อมูล ระดับอำเภอ	
	a.)คปสอ. แต่งตั้งคณะกรรมการสารสนเทศระดับอำเภอ (CIO) และส่งสำเนาคำสั่ง/รายชื่อให้จังหวัด	- สสอ. รพ.เกาะคา - รพ.สต. รวม 20 คน
	- ควบคุม กำกับ ตรวจสอบ ให้คำปรึกษา และการปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับอำเภอ	

	- กำหนดผู้รับผิดชอบสารสนเทศระดับอำเภอ (IM) - วิเคราะห์ รวบรวม รายงานผล กำกับตัวชี้วัด ประเมินผล นำเสนอ Health profile อำเภอ - ตรวจสอบคุณภาพชุดข้อมูล ความครบถ้วน ถูกต้องข้อมูล 43 แฟ้ม ที่ได้รับจากหน่วยบริการ ส่งข้อมูลที่ผิดพลาดให้หน่วยบริการแก้ไข ส่งข้อมูลที่ถูกต้องเข้าสู่ระบบ HDC รายงานให้ CIO อำเภอ - ตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัดในเว็บไซต์ส่วนกลาง (HDC)	รพ.สต. / รพ.เกาะคา
	- กำหนดผู้รับผิดชอบข้อมูลระดับงาน/กลุ่มงาน/หน่วยบริการ (CM, PM) - ตรวจสอบข้อมูลหน้างาน การคืนข้อมูล Data Exchange การแก้ไขข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลรายงานในระบบ HDC	รพ.สต. / รพ.เกาะคา
	b) .ติดตั้ง Data center ระดับอำเภอ (DHDC : เอ๊ะ! EH) และกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก	รพ.สต. / รพ.เกาะคา
	- กำหนดผู้รับผิดชอบงาน Admin IT หน่วยบริการ - การอัปเดต ปรับปรุงระบบโปรแกรม HosxP และ JHCIS - การสำรองข้อมูลทุกสัปดาห์ - ปรับโครงสร้าง รหัส ตามมาตรฐาน เป็นปัจจุบัน - ใช้ชุดคำสั่ง รายงานข้อมูล - ตรวจสอบ บำรุงรักษา และซ่อมทำระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายสารสนเทศของหน่วยงาน ให้พร้อมใช้ และรองรับการทำงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบำรุงรักษาและเก็บสำรองข้อมูลต่าง ๆ ไม่ให้เกิดการสูญหายหรือชำรุด	
	c) ผู้รับผิดชอบข้อมูลจัดทำข้อมูล และรายงานตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Minimum Data Set) Up load ขึ้นระบบตามที่จังหวัดกำหนด	ทุกเดือน, ทุกไตรมาส, ทุก 6 เดือน
	d) หน่วยบริการในอำเภอ ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ที่ได้รับการตรวจสอบเบื้องต้นจากโปรแกรม OPPOP2010 แล้วส่งไปยัง Data Center ระดับอำเภอ (EH) และรายงานผลการตรวจสอบข้อมูลให้ผู้บริหารระดับอำเภอ	ทุกวัน ทุกสัปดาห์ รายงานการตรวจสอบ
	<u>ระดับคปสอ</u>	
	- IT, IM อำเภอตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลในระบบ HE ทุกวัน	
	- แจ้งพื้นที่ตรวจสอบ แก้ไขข้อมูลในระบบ HE	
	- IT ส่งออก 43 ให้จังหวัด ในระบบ HDC ทุกสัปดาห์ (ส่งไฟล์แยกรายรหัสหน่วยบริการ)	
	<u>ระดับหน่วยบริการ</u>	
	- หน่วยบริการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกวัน	
	- ตรวจสอบ 43 แฟ้ม ด้วยโปรแกรม OPPOP2010 ถ้าพบ Error ให้ทำการแก้ไขใน HIS ให้ถูกต้อง	

- ส่ง 43 แฟ้ม ที่ครบถ้วน ถูกต้อง ให้อำเภอ DHDC โปรแกรม HE ทุกวัน	
e) ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล Monitor ข้อมูลผ่านระบบ Data Center อำเภอ (EH) รายงาน ผลผู้บริหารระดับอำเภอ แจ้งผู้รับผิดชอบงานปรับปรุงแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และลงชื่อ รับรองรายงานความถูกต้อง	ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน, ทุกไตรมาส,
f) อำเภอ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ รายงานผลให้ผู้บริหารอำเภอ และส่งรายงานการประชุม ให้จังหวัด	ประชุม คปสอ. ทุกเดือน
g) ประชุมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการระบบข้อมูลข่าวสาร อำเภอเกาะคา ค่าอาหาร กลางวัน/อาหารว่างคนละ 110บ.×20คน=2,200บ.,ค่าวิทยากร 600บ×4ชม.=2,400บ. จำนวน 4 ครั้ง รวมเป็นเงิน 20,000บาท	จำนวน20 คน จำนวน 4 ครั้ง
1.2 คุณภาพข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	
1.2.1ข้อมูลประชากร	
a) สำรวจ ปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานประชากร	
a.1) หน่วยบริการสำรวจข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ และประชากรที่อาศัยอยู่จริงใน เขตรับผิดชอบ (หมู่บ้านรับผิดชอบ) แยกตามสำรวจประชากรสัญชาติไทย PERSON TYPEAREA 1+2 เทียบกับฐานทะเบียนราษฎร์ ส่วนต่างไม่เกินร้อยละ 3	ปี ละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก.พ.-มี.ค.64 ครั้งที่ 2 ส.ค.-ก.ย.64
- ครั้งที่ 1 ก.พ.-มี.ค.64 เทียบข้อมูล ทะเบียนราษฎร์ ณ 1 ม.ค.	
- ครั้งที่ 2 ส.ค.-ก.ย เทียบข้อมูล ทะเบียนราษฎร์ ณ 1 ก.ค.	
a.2). หน่วยบริการปรับปรุงข้อมูลประชากรที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ถูกต้อง มี ความเคลื่อนไหวของประชากรในเขต เช่น การเกิด การตาย การย้ายเข้า-ออกทุกเดือน ประกอบด้วย	ทุกไตรมาส
- ข้อมูลเลขบัตรประชาชน (CID)	
- คำนำหน้าของสมณะ (พระสงฆ์)	
- สถานะภาพของสมณะ (พระสงฆ์)	
- ข้อมูลเพศ (SEX)	
- ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)	
- ข้อมูลสัญชาติ (NATION)	
- ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)	
a.3). ตรวจสอบการเชื่อมโยงข้อมูลแฟ้มประชาชน กับแฟ้มที่อยู่	ทุกไตรมาส
- ปชก. TYPEAREA 1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน แฟ้ม Home	
- ปชก. TYPEAREA 1 ที่อยู่ในเขตแต่ไม่ตรงทะเบียนบ้าน บ้านที่มาอยู่จริง แฟ้ม Home, ตามทะเบียนบ้าน แฟ้ม Address	
- ปชก. TYPEAREA 2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน แฟ้ม Home	

	- ปชก. TYPEAREA 3 ที่อยู่ในเขตแต่ไม่ตรงทะเบียนบ้าน บ้านที่มาอยู่จริง แฟ้ม Home, ตามทะเบียนบ้าน แฟ้ม Address	
	- ปชก. TYPEAREA 4 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่ติดต่อได้ แฟ้ม Address	
	a.4). ตรวจสอบประชากรในเขตรับผิดชอบซ้ำซ้อน TYPEAREA 1, 3 กับหน่วยบริการอื่นๆ	ทุกเดือน
	- ตรวจสอบข้อมูล Data Exchange	
	- สำรวจพื้นที่หาข้อเท็จจริง และปรับปรุงฐานข้อมูล HIS	
	- หน่วยบริการเจ้าของพื้นที่ รายงานผลการปฏิบัติงานให้ผู้รับผิดชอบอำเภอทราบ	
	1.2.2.การพัฒนาแฟ้มบริการ	
	a) ตรวจสอบความเชื่อมโยง ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงกันและเท่ากันของกลุ่มแฟ้มผู้ป่วยใน 43 แฟ้ม กับ 12 แฟ้ม	
	- จำนวนผู้ป่วย	
	- จำนวนวันนอน วันที่รับ Admit วันที่ Discharge	
	- บันทึกแผนกที่รับผู้ป่วย/วินิจฉัย ทุกต้องเป็นจริง	
	- การให้รหัสการวินิจฉัยโรค เวลาที่วินิจฉัยโรค	
	- การให้รหัสหัตถการ วันที่และเวลาการทำหัตถการ ราคา ค่าใช้จ่าย	
	- รหัสยาและเวชภัณฑ์ จำนวนที่จ่าย ราคา วันที่เริ่มให้ยา	
	- ข้อมูลการรับ-ส่งรักษาต่อ (ฟิวด์ ที่เกี่ยวข้องกับการ Refer)	
	- ข้อมูล DRG, RW, ADJWR, สิทธิการรักษาพยาบาล	
	b) ส่งข้อมูลข้อมูล 12 แฟ้ม เว็บบ CMI เขต 1 และ สสจ. ไม่เกินวันที่ 10 ของทุกเดือน	
	1.2.3 การพัฒนาแฟ้มข้อมูลงานแม่และเด็ก	
	a) PM อำเภอดูแลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล Dashboard MCH รายงานผู้บริหาร และแจ้งผู้รับผิดชอบงานปรับปรุงแก้ไขข้อมูล	ทุกเดือน
	b) IT, PM, User ร่วมกันตรวจสอบความเชื่อมโยงข้อมูลแฟ้ม Diag_OPD (วินิจฉัย Z34-Z35), แฟ้ม ANC, แฟ้ม Prenatal ในโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ มีจำนวนถูกต้อง สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน หากไม่ตรงกันให้ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งข้อมูลที่แก้ไขเข้าสู่ระบบ HDC	ทุกเดือนเป้าหมาย 100 %
	c) IT, PM, User ร่วมกันตรวจสอบความเชื่อมโยงข้อมูลแฟ้ม Diag_IPD (O80-O84), แฟ้ม Labor, แฟ้ม Newborn ในโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ มีจำนวนถูกต้อง สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน หากไม่ตรงกันให้ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งข้อมูลที่แก้ไขเข้าสู่ระบบ HDC	
	ระดับหน่วยบริการ	

c.1. ผู้รับผิดชอบงาน (หน้างานแต่ละจุด) บันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระบบการบันทึกข้อมูล PM ประสาน IT ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล (ครบตามโครงสร้าง Item, ไม่มีค่าว่าง, ชุดข้อมูล/รหัสถูกต้อง, จำนวนตัวเลขสามารถแปรผลได้)	52 ครั้ง/ปี
c.2. IT ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยการฝากครรภ์ Z34 – Z35 เทียบกับจำนวนการฝากครรภ์ (ANC) ในระบบ HIS แจ้งผลให้ PM ทราบ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบแก้ไขให้ถูกต้อง (เท่า หรือใกล้เคียงกัน ในกรณีให้บริการฝากครรภ์)	52 ครั้ง/ปี
c.3. IT ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน วินิจฉัย O80 – O84 เปรียบเทียบกับการบันทึกข้อมูลการคลอด ตรวจสอบความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ (แฟ้มแม่, แฟ้มลูก) ก่อนส่งข้อมูลให้จังหวัด รูปแบบ 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC	52 ครั้ง/ปี
c.4. ตรวจสอบการลง Ultrasound ให้สัมพันธ์การฝากครรภ์ ครั้งที่ 1 ก่อน 24 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์ การลงรหัส หัตถการ ICD 9 = 8878	52 ครั้ง/ปี
c.5. ติดตามข้อมูล Data Exchange จาก HDC ปรับปรุงข้อมูลตามส่วนขาด หรือ Error หรือข้อมูลการตั้งครรภ์ที่ไม่ตรงกัน แก้ไขในระบบ HIS หน่วยบริการ และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC	52 ครั้ง/ปี
c.6. ติดตามตรวจสอบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ใกล้คลอด (36 wks+) เพื่อการวางแผนการคลอด และติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เกิน 42 wks	52 ครั้ง/ปี
c.7. ส่งข้อมูลการคลอดในโรงพยาบาล ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และการคืนข้อมูลให้หน่วยบริการเครือข่าย	12 ครั้ง/ปี
d) PM กำกับ ติดตาม หน่วยบริการในการจัดทำรายงานการคลอด ในสถานบริการ และในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ส่งรายงานให้อำเภอและจังหวัด	ทุกเดือน
1.2.4 การพัฒนาแฟ้มข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	
a) CM อำเภอตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย NCD ของจังหวัด และอำเภอ ในระบบ Data Exchange คืนข้อมูล	ทุกเดือน
b) IT และ PM ตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย NCD แฟ้ม Diag_OPD, Diag_IPD ใน HIS ของหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนแฟ้ม Chronic ให้ทำการปรับปรุงแก้ไข และขึ้นทะเบียน ทุกระย และตรวจสอบสถานะการเสียชีวิตกับแฟ้ม Death และแฟ้ม Person ให้เป็นปัจจุบัน	ทุกเดือน
ระดับหน่วยบริการ	
b.1. ผู้รับผิดชอบงานปรับปรุงข้อมูลกลุ่มแฟ้ม NCD ให้เป็นปัจจุบัน	52 ครั้ง/ปี

b.2. ผู้รับผิดชอบงาน (หน้างานแต่ละจุด) บันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระบบการบันทึกข้อมูล PM ประสาน IT ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล เช่น แฟ้มทะเบียน แฟ้มบริการ แฟ้มความครอบคลุม (ครบตามโครงสร้าง Item, ไม่มีค่าว่าง, ชุดข้อมูล/รหัสถูกต้อง, จำนวนตัวเลขสามารถแปลผลได้) ทุกวัน	52 ครั้ง/ปี
b.3. IT, PM ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัย NCD ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกสัปดาห์	52 ครั้ง/ปี
b.4. ตรวจสอบข้อมูลแฟ้ม Death เชื่อมโยงแฟ้ม Person, Chronic และแฟ้มบริการอื่นๆ ทุกสัปดาห์	52 ครั้ง/ปี
b.5. IT ตรวจสอบความสัมพันธ์ของชุดข้อมูลก่อนส่งข้อมูลให้จังหวัด รูปแบบ 43 แฟ้ม มาที่ระบบ HDC ทุกวัน	52 ครั้ง/ปี
b.6. ติดตามข้อมูล Data Exchange จาก HDC ปรับปรุงข้อมูลตามส่วนขาด หรือ Error หรือข้อมูลไม่สัมพันธ์ หรือไม่ตรงกัน แก้ไขในระบบ HIS หน่วยบริการ และส่งข้อมูลมาที่ระบบ HDC ทุกวัน	52 ครั้ง/ปี
d) ผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยบริการติดตามเยี่ยมบ้าน รักษา พันฟู ให้การช่วยเหลือ และรายงานการช่วยเหลือเข้าสู่ระบบสารสนเทศ HIS และระบบ COC	ทุกเดือน
- แฟ้ม Service และกลุ่มแฟ้มผู้ป่วยนอก	งานเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 9
- แฟ้ม Community Service	
- แฟ้ม Community Activity	
- โปรแกรม COC	
1.2.5 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยโรคและการให้สาเหตุการตาย	
a) IM, MRA มีแผนการตรวจคุณภาพเวชระเบียน การควบคุม กีบกับ ติดตามการตรวจ Audit การแก้ไข แฟ้มผู้ป่วยนอก แฟ้มผู้ป่วยใน ของหน่วยบริการ มีการรายงานผลการตรวจสอบ แผนการแก้ไขปัญหาที่พบในที่ประชุมระดับอำเภอ และส่งผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนให้จังหวัด	ทุกเดือน ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 90
b) โรงพยาบาลมีแนวทาง และมีการพัฒนาแพทย์ และ/หรือผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลหรือการวินิจฉัยสาเหตุการตาย	ปีละ 1 ครั้ง
c) โรงพยาบาลมีระบบการให้ หรือทวนสอบหาสาเหตุการตายกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล/แพทย์ออกชันสูตรพลิกศพ พร้อมทั้งมีการเก็บรวบรวมรายงานการให้/การทวนสอบไว้เป็นหลักฐาน	ทุกราย
d). สํารวจและรายงานข้อมูลการเสียชีวิตของบุคคลในเขตรับผิดชอบให้อำเภอทุกเดือน	12 ครั้ง

e) กรณีเสียชีวิตในหน่วยบริการ จุดทำทะเบียนใบรับรองการตาย ทร. 4/1 สอบทวนการวินิจฉัยสาเหตุการตายของแพทย์ ก่อนให้ญาตินำไปสำนักทะเบียนเพื่อออกใบมรณบัตร	12 ครั้ง
f) กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ นอกสถานพยาบาล ให้ญาติผู้เสียชีวิตมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์ ในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้ความเห็นการเสียชีวิตในเอกสารรับรองการตาย	12 ครั้ง
2. โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเป็น Smart Hospital	
2.1 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบคิวที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่/คิวแยกเฉพาะจุดบริการ คลินิก/คิวออนไลน์/ จอแสดงลำดับคิว	
จุด OPD,	OPD ตึกศรีเกาะคา (OPD Ortho ห้องตรวจ สุขภาพ ห้อง
จุด เอ็กซเรย์,	
จุด ห้องปฏิบัติการ,	LAB 1 จุด
จุด ห้องยา การเงิน	
2.2 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบนัดหมายเหลื่อมเวลา แสดงเวลานัดหมายชัดเจน หรือมีลำดับขั้นตอนการนัดหมายระบุชัดเจนในใบนัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไป ใบนัดทุกใบ	OPD เฉพาะทางทุก OPD
2.3 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีนโยบายยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน มีการใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชนสำหรับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ทุกจุดบริการ และจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) และมีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกห้องตรวจ	ยกเลิกบัตร OPD Card และเรียกเก็บสำเนาบัตร 100 %
2.4 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีและใช้ระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) ในการบริหารจัดการระบบงาน Back Office ให้มีความเชื่อมโยงกัน เช่น ระบบบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เป็นต้น	อย่างน้อย 1 ระบบ
2.5โรงพยาบาลทุกแห่ง พัฒนาระบบ HIS ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ได้แบบอัตโนมัติ เช่นเครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดสัญญาณชีพ ระบบเอ็กซเรย์ ฯลฯ	อย่างน้อย 3 ระบบ
3. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำปาง มีและใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล	
3.1 โรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU)	

a) คณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ร่วมกันวิเคราะห์ ศึกษา และวางแผนการจัดการระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU) กำหนดบัญชีทรัพยากร เวชภัณฑ์ ที่ใช้ในหน่วยปฐมภูมิ	
b) โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดเตรียมอุปกรณ์การบริหารเครือข่ายสำหรับการเชื่อมโยงระบบ VPN หน่วยปฐมภูมิมายัง HIS โรงพยาบาลแม่ข่าย ติดตั้งระบบความปลอดภัย และกำหนดรหัสผู้ใช้งานในผู้เกี่ยวข้อง และทดสอบระบบสารสนเทศสำหรับการให้บริการในปฐมภูมิ (PCU)	
c) ทบทวน ติดตั้ง ทดสอบระบบการใช้โปรแกรม Thai Refer ในหน่วยงานปฐมภูมิ และกำหนดผู้รับผิดชอบการส่ง Refer กรณีเกณฑ์ศักยภาพของ รพ.สต. และกำหนดผู้รับผิดชอบการลงรับผู้ป่วย กำหนดคิวส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจคลินิกปฐมภูมิ นั้นๆ	
d) Admin IT ที่ดูแลระบบ HIS โรงพยาบาลแม่ข่ายศึกษาวิธีการเพิ่มคลินิกแผนก ปฐมภูมิ ตามรหัส PCU ที่ขึ้นทะเบียนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	
e) ประมวลผล และรายงานผู้บริหาร	ทุกไตรมาส
4.เพิ่มสมรรถนะด้าน Digital Competency ของเจ้าหน้าที่	
4.1.สื่อสารประชาสัมพันธ์การเรียนรู้ออนไลน์ ผ่านเว็บ thaimooc.org	ลงทะเบียน ร้อยละ 90
4.2. รายงานข้อมูล Digital competency ของบุคลากรในสังกัด	2. เรียนรู้ครบหลักสูตร และได้ใบประกาศ ร้อยละ 75
5.พัฒนาระบบบริการสารสนเทศและเวชระเบียนในสถานบริการรพ+รพ.สต	
<u>ระดับหน่วยบริการ รพ./NPCU/รพสต</u>	
5.1. จัดประชุมติดตามการบันทึกข้อมูลบริการNPCU (HosXP + JHCIS) to HDC ร่วมกับ PM แต่ละสาขา จำนวน 6 ครั้ง จำนวน 30 คน - ค่าอาหารกลางวัน/อาหารว่างคนละ 110 บาท จำนวน 30 คนจำนวน 6 ครั้ง 19800 - ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน 6 ชม.ๆละ 600 บาท 6 ครั้ง รวมเป็นเงิน 7200 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 13200 บาท	เจ้าหน้าที่รพ./Project Manager /เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล รพ/ รพสต.
5.2.พัฒนาการลงข้อมูล ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การให้รหัสโรค-หัตถการ การลง Diag text	1. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก รพ/ รพ
<u>ระดับหน่วยบริการ รพ.</u>	

	5.3.พัฒนาการลงข้อมูล ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน การให้รหัสโรค-หัตถการ การสรุป เวชระเบียนผู้ป่วยใน และการลงค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน การลงสาเหตุการตาย	๔๐ คน/1. แพทย์ประจำ โรงพยาบาลเกาะคา/2. เจ้าหน้าที่ศูนย์จำหน่าย และเรียกเก็บ/3. เจ้า พนักงานเวชสถิติ
	5.4.โครงการอบรมการใช้งานโปรแกรม RCM สำหรับ Disease managerสอนการใช้ โปรแกรม RCM สิทธิ์บัตรทองนอกเขตและกองทุนย่อย/ การAudit ข้อมูลการบันทึกข้อมูล เวชระเบียนการรักษา/การตั้งค่างานข้อมูลสถานพยาบาลให้สอดคล้องกับโปรแกรม บริหารงานลูกหนี้และเรียกเก็บ (RCM) โดยอาจารย์ภศล สุริยะและอาจารย์จารวี ชำนิม	1. Disease manager 20 คน/2. เจ้าหน้าที่ หน่วยงาน 20 คน/3. เจ้าพนักงานเวชสถิติ 1 คน/4. นักวิชาการ สาธารณสุข 1 คน/5. งานประกันและงานเรียก เก็บ 4 คน
	5.5.การอบรมการใช้โปรแกรม (EMA) ทำการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	1.พยาบาลรพ.เกาะคา/2. คณะกรรมการ MRA/3. นักวิชาการคอมพิวเตอร์

กาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2564

ะคา จังหวัดลำปาง

ผู้ป่วยใน ร้อยละ 81.60

ที่เป็นรูปธรรม

พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
		จำนวน	แหล่งงบ		
สสอ.เกาะคา	1.รายชื่อ CIO คณะทำงานสารสนเทศ ระดับอำเภอส่งสำเนา คำสั่ง/รายชื่อให้จังหวัด			ต.ค.-63	เขาวลิต/กิตติพงษ์

รพ.สต. / รพ.เกาะคา	2.มีรายชื่อ IM อำเภอ			ต.ค.-63	เขาวลิตร/กิตติพงษ์
รพ.สต. / รพ.เกาะคา	3. มีผู้รับผิดชอบงาน ข้อมูลระดับงาน/ หน่วยงาน			ต.ค.-63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง					
	4. มีผู้รับผิดชอบงาน Admin IT หน่วยบริการ รพ./รพ.สต ทุกแห่ง			ต.ค.-63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	-ใช้ระบบจัดเก็บข้อมูล (Cloud Storage)			ต.ค.-ธ.ค.63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง					
				ต.ค.-ธ.ค.63	
				ต.ค.-ธ.ค.63	

รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ต.ค63-กย 64	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	จัดบริการสารสนเทศ (On Web.)			ต.ค63-กย 64	
คปสอ.เกาะคา		18,400.00	UC	กพ 64 มี.ค.64 พค.64สค.64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	ข้อมูลมีคุณภาพ มีความ แตกต่าง น้อยกว่า ร้อย ละ3			ม.ค.-กย.64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
				ก.พ.-มี.ค.64	
				ส.ค.-ก.ย.64	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง					

รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง	Data Exchange HDC				
	ไม่พบประชากรซ้ำซ้อน				
รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง					
รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง					
รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง	มีDashboard Monitor ประมวลผลข้อมูลหญิง ตั้งครรภ์ รายเดือน				ต.ค.-ธ.ค.63
รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง					
รพ./รพ.สต. ทุกแห่ง					

รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง					
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	พัฒนาสารสนเทศผู้ป่วย NCD กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย กลุ่ม CVD และ กลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการ			ต.ค.-ธ.ค.63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	สนับสนุนการพัฒนา IT, CM และ USER ใน การจัดการข้อมูล สารสนเทศสงาน NCD			ต.ค.63-ก.ย.64	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เซาวลิต/กิตติพงษ์

รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	จัดทำสารสนเทศ ประเมินการติดตามการ ให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยบริการระดับ อำเภอ				
0					
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	การตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ของกระทรวง สาธารณสุข และสปสช.			ต.ค.-ธ.ค.63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	ข้อมูลการเสียชีวิต กระทรวงมหาดไทย			ต.ค.-ธ.ค.63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง	คู่มือการวินิจฉัยสาเหตุ การตาย กระทรวง สาธารณสุข			ต.ค.-ธ.ค.63	
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์

รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ./รพ.สต ทุกแห่ง				ตค63-กย64	เขาวลิต/กิตติพงษ์
รพ				ต.ค. - ธ.ค. 63	
รพ	OPD ตึกศรีเกาะคา ห้องเ	330,000.00	เงินบำรุง หมวดอื่น	ต.ค. - ธ.ค. 63	เนติพงษ์
รพ	ใบนัดทุกใบมีระบบการ นัดหมายเหลืออมเวลา	ไม่ใช้งบ		ต.ค. - ธ.ค. 63	เนติพงษ์
รพ	ยกเลิกบัตร OPD Card และเรียกเก็บ สำเนาบัตร 100 %			ต.ค.-ธ.ค.	
รพ	มีระบบ ERP ในการ บริหารจัดการ Back office	200,000.00	เงินบำรุง หมวดอื่น	ต.ค.-ก.ย.	เนติพงษ์
รพ	ระบบ HISสามารถ เชื่อมโยง เครื่องวัด ความดันโลหิต เครื่อง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	500,000.00	เงินบำรุง หมวดอื่น	ต.ค.-ก.ย.	เนติพงษ์
	แนวทางการพัฒนา สารสนเทศสำหรับการ ให้บริการในปฐมภูมิ			ต.ค.-ธ.ค.	

				ต.ค.-ธ.ค.	
	ใช้ระบบ VPN			ต.ค.-ธ.ค.	
				ต.ค.-ธ.ค.	
				ต.ค.-ธ.ค.	
				ต.ค.-ธ.ค.	
	จัดทำคู่มือการเข้าถึง Thaimooc เป็นดิจิทัล ไฟล์ ในอำเภอ			ต.ค.-ธ.ค. 63	
	ายวิชาพื้นฐานทางด้าน ไอที ที่เจ้าหน้าที่ควร เรียนรู้			ม.ค.-มี.ค 64	
รพ.เกาะคา	ร้อยละ 100 ของผู้เข้า รับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการ บันทึกข้อมูล 43 แพ้ม	27,000.00	UC	ม.ค.-ต.ค. 64	กิติพงษ์/เชาวลิต
รพ/ รพสต.		7,600.00	UC	ธ, ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓	

รพ.เกาะคา		7,600.00	UC	๒, ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔	
45 คน/รพ.เกาะคา		25,800.00	UC	๙-๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓	
๒๕ คน/รพ.เกาะคา		2,500.00	UC	18/2/2564	
	รวมงบประมาณหมวดอื่น	1,030,000.00			
	รวมงบประมาณ UC	88,900.00			
	รวมงบประมาณโครงการ	1,118,900.00			