



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ โทร ๐ ๕๔๒๒ ๗๕๒๗ ต่อ ๓๐๑

ที่ ลป ๐๐๓๓.๐๐๒/๕๖๗

วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จะต้องดำเนินการตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลักและยังคงมีกรอบแนวทางการประเมินเช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา เพื่อให้หน่วยงานที่มีการพัฒนาในระดับดีแล้วยังคงรักษามาตรฐานการดำเนินงานและการปฏิบัติหน้าที่ให้มีเสถียรภาพมากยิ่งขึ้น

เพื่อให้การดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน จึงขออนุญาตเผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน ให้เป็นไปตามการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ให้มีการเสนอให้ผู้บริหารรับทราบ และอนุมัติพิจารณาสั่งการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และอนุมัติ/พิจารณาอนุญาตนำเอกสารเผยแพร่บนเว็บไซต์ <http://www.lpho.go.th>

(นางสาววรวิร์ ปวงคำ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

(นางสมพร กิจสุวรรณรัตน์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(นายสุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง



QR Code

เล่มรายงานผลการดำเนินงาน



รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

(การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567)

สรุปประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567

วันที่ 26 กันยายน 2567 เวลา 08.30 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมธารา บอลรูม โรงแรมทรีธารา จังหวัดลำปาง

● สรุปผลการดำเนินงานด้านตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2567

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง 4 Excellence โดยทำงานแบบมีส่วนร่วมและได้กำหนดกลยุทธ์ One Province One Hospital เพื่อ Share Resource ร่วมกันทั้งจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนโดยนำตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 54 ตัวชี้วัด) และตัวชี้วัดตามประเด็นตรวจราชการ และมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (ปีงบประมาณ 2567 ตัวชี้วัดตรวจราชการ จำนวน 49 ตัวชี้วัด) มาขับเคลื่อนประเมินผลการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ประกอบด้วย 9 แผนงาน ได้แก่

ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็นย่อย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence	แผนงาน 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	1.1 อนามัยแม่และเด็ก
		1.2 เด็กปฐมวัย
		1.3 วัยเรียน
		1.4 วัยรุ่น
		1.5 วัยทำงาน
		1.6 วัยสูงอายุ
	แผนงาน 2 พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence	แผนงาน 3 พัฒนาศักยภาพระบบบริการสาธารณสุข (SAP)	3.1 SAP
	แผนงาน 4 พัฒนาคูณภาพระบบบริการ Service Plan	4.1 การพัฒนาคูณภาพระบบบริการ Service Plan 8 Burden ที่สำคัญ ได้แก่ STEMI ,Stroke ,CKD ,CA ,จิตเวชและยาเสพติด , Trauma ,TB ,Sepsis
ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence	แผนงาน 5 วางแผนทรัพยากรบุคคล	5.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล (HRP)
	แผนงาน 6 บริหารทรัพยากรบุคคล	6.1 การบริหารทรัพยากรบุคคล (HRM)
	แผนงาน 7 พัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคล	7.1 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence	แผนงาน 8 เพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง	8.1 การบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ จ.ลำปาง
	แผนงาน 9 Digital Health	9.1 ยกระดับ SMART HOSPITAL TO SMART HEALTH CARE

ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านตัวชี้วัด 4 Excellence จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567 (63 ตัวชี้วัด)

ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่บรรลุ	ร้อยละการบรรลุ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence	22 ตัวชี้วัด	11 ตัวชี้วัด	50.00
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence	28 ตัวชี้วัด	17 ตัวชี้วัด	60.71
ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence	5 ตัวชี้วัด	1 ตัวชี้วัด	20.00
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence	8 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	50.00
รวม	63 ตัวชี้วัด	33 ตัวชี้วัด	52.38

KPI 4 Excellence							
ประเด็นย่อย	ทั้งหมด	บรรลุ	ไม่บรรลุ	ประเด็นย่อย	ทั้งหมด	บรรลุ	ไม่บรรลุ
อนามัยแม่และเด็ก	3	-	3	STEMI	2	2	-
ปฐมวัย	2	1	1	STROKE	5	3	2
วัยเรียน	2	-	2	CKD	3	2	1
วัยรุ่น	3	2	1	CANCER	7	7	-
วัยทำงาน	4	2	2	จิตเวชและยาเสพติด	4	2	2
วัยสูงอายุ	5	3	2	TRAUMA	3	1	2
ปฐมภูมิ	3	3	-	TB	2	-	2
รวม ย.1	22	11	11	SEPSIS	2	-	2
				รวม ย.2	28	17	11
ประเด็นย่อย	ทั้งหมด	บรรลุ	ไม่บรรลุ	ประเด็นย่อย	ทั้งหมด	บรรลุ	ไม่บรรลุ
HRP HRM HRD	5	1	NA(4)	การเงินการคลัง	4	1	3
รวม ย.3	5	1	4	Digital Health	4	3	1
				รวม ย.4	8	4	4

ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence

อนามัยแม่และเด็ก	เด็กปฐมวัย	วัยเรียน	วัยรุ่น	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
- อัตราส่วนการตายมารดาไทย - ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนัก <2,500 g - ทารกแรกเกิดน้ำหนัก >2,750 g	- เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (เตี้ย ผอม อ้วน)	- ร้อยละ 100 ของโรงเรียน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน” - ร้อยละ 100 ของร้านค้ารอบรั้วโรงเรียน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน	- จำนวนเนื้อหาสื่อที่โพสต์บนช่องทางสื่อของวัยเรียน วัยรุ่น ลำปาง	- ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C<7) - ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี (BP<140/90 mmHg)	- ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence

STROKE	CKD	จิตเวชและยาเสพติด	TRAUMA	TB	SEPSIS
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) - ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	- ร้อยละการค้นหาคัดกรองไตในผู้ป่วย DM และ/หรือ HT	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	- อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality) - ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) จากค่าคาดประมาณ 155 ต่อแสนประชากร - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired - ร้อยละของผู้ป่วย Septic shock ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence

HRP	HRD		
- การจัดให้มีผู้บริหารที่มีศักยภาพสูงทันต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่น้อยกว่า 80% ของจำนวนที่สูญเสีย	- การจัดให้มีผู้บริหารที่มีศักยภาพสูงทันต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่น้อยกว่า 80% ของจำนวนที่สูญเสีย	- บุคลากรที่อยู่ใน Succession Plan ได้รับการพัฒนา	- บุคลากรตามวิชาชีพ ได้รับการพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence

การบริหารการเงินการคลัง	Digital Health
- ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6) - รพ. ที่มี TPS ระดับ B ขึ้นไปมากกว่า 80% - หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ ระดับดี+ดีมาก	- ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (รพ.ที่ยื่นขอรับรอง)

** หมายเหตุ : รายงานผลข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2567 (ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ) - ปรากฏในภาคผนวก

● การประเมินผลการดำเนินงานตาม 4 ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2567

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence			
แผนงาน 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย			
1.1 อนามัยแม่และเด็ก	-ทุกอำเภอเพิ่มวันรับบริการคลินิกฝากครรภ์ให้เข้าถึงได้ง่ายสะดวกรวดเร็ว มี QR CODE การเข้าถึงการฝากครรภ์ -หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-50 ปี ที่มีโรคอายุรกรรมได้รับคำแนะนำ F/P ร้อยละ 95.88 -หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีภาวะเสี่ยง 47.03% -Early ANC<12 wks. 71.63 -ANC ครบ 5 ครั้ง 69.26	1.เพิ่มการเข้าถึงโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกช่องทางให้มาฝากครรภ์ให้เร็ว SPOT วิทยุ,FACEBOOK, LINE,TIKTOK 2. STRENGTHEN LAMPANG ANC PREMIUM -คัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (ANC CHECK LIST) -ระบบการดูแลแม่กลุ่มเสี่ยงอายุรกรรม 3.พัฒนาระบบ One province One labor Room : ครอบคลุม รพช.ที่มีการดูแลระยะคลอดก่อนส่งต่อรพ.แม่ข่าย (Node เกาะคาดูแล ห้างฉัตร เสริมงาม แม่ทะ)	
	ส่งเสริมการมีบุตร “อย่างมีคุณภาพ” -ทารกคลอดมีชีพทั้งหมด 2,164 ราย ได้รับการคัดกรองโรคหายากร้อยละ 99.86 -ทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน เสียชีวิตที่รพ.ลำปาง = 5.67 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ(13 คน)	-วางแนวทางการตรวจคัดกรอง ANC คุณภาพ โดยเน้นทักษะการตรวจหา anomalies มากขึ้น และเฝ้าระวังในมารดาความเสี่ยงสูงโดยประสานความร่วมมือผ่านทาง MCH -ทำแนวปฏิบัติและการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ VAP, CLABSI , CAUTI	
1.2 เด็กปฐมวัย	1.พัฒนาการสมวัย 85.51% 2.กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I 69.47% 3.GAP การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ไม่ได้ตามเกณฑ์ -ผู้ป่วย : ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้, ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของผู้ปกครอง, ปัญหาครอบครัว, การเดินทางส่งต่อมารับบริการที่รพ.ลำปาง	1.คุณภาพการคัดกรองและการส่งต่อเด็กล่าช้าเข้าระบบบริการ -ประชุมชี้แจงในเรื่องการดำเนินงานพัฒนาการเด็กล่าช้าของหน่วยงานสาธารณสุขและนอกสังกัด (อบจ/เทศบาล) -ทบทวนแนวทางการดูแลติดตามและการส่งต่อ -Telemedicine ในการนัด F/U -ทะเบียนรายชื่อและระบบข้อมูลในการกำกับติดตาม	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	-ระบบการติดตามและระบบข้อมูล : ขาดการกำกับติดตามลงข้อมูลไม่ทันเวลา	2.ทบทวนแนวทางระบบการบริหารจัดการข้อมูลความครอบคลุมในการคัดกรอง	
-โภชนาการ	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 55.67% <u>GAP</u> -ไม่ได้วางแผนการให้บริการในพื้นที่/การกำกับติดตามตรวจสอบ ส่งข้อมูลแล้วไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล -การเข้าระบบ HDC เพื่อดึง Data Exchange ยาก -เปลี่ยนที่อยู่ตามผู้ดูแลหลัก/ติดตามไม่ได้ -ไม่ได้ปรับ Type ประชากรตามช่วงที่กำหนด -เด็กย้ายเข้าระหว่างปี เกินช่วงอายุที่คัดกรอง -ไม่ได้ชั่ง น้ำหนักส่วนสูงรายไตรมาส -การบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ไม่เป็นปัจจุบัน -เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการไม่ได้ดำเนินการตามแนวทางการดูแล /การส่งต่อ	1.ดำเนินการตามแนวทางการส่งต่อ Strengthen Nutrition 2.อำเภอที่ต้องติด วิเคราะห์ปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่	
1.3 ร้อยเรียน	1.ประเมินตามโรงเรียนอาหารปลอดภัยฯ 310 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 247 แห่ง ผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน ร้อยละ 79.7 2.ร้านค้าผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัยในและนอกสถานศึกษา ร้อยละ 68.9 โรงเรียนในเขตเทศบาลอำเภอเมืองลำปาง ร้อยละ 13.6 3.โรงเรียนผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัยในและนอกสถานศึกษา ร้อยละ 82.3 โรงเรียนในเขตเทศบาลอำเภอเมืองลำปาง ร้อยละ 33.3	1.จัดกลุ่มความเสี่ยง -จัดกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยง ทั้งที่เป็นความเสี่ยงจังหวัดและของอำเภอ เพื่อวางแผนดำเนินการ -จัดกลุ่มร้านค้า ผู้ประกอบการที่พบความเสี่ยงสูง ตามเกณฑ์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน 2.การดำเนินงาน -ตรวจตามเกณฑ์ฯ ภาคเรียนการศึกษาละ 1 ครั้ง -ตรวจโรงเรียนและร้านค้าให้ครบทุกแห่ง -หากพบผลิตภัณฑ์หรือร้านค้าไม่เป็นตามเกณฑ์กำหนด ให้นำและตรวจสอบซ้ำภายใน 1 อาทิตย์จนผ่าน	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
		-กลุ่มโรงเรียน/ ร้านค้า ที่พบความเสี่ยงสูง ให้ติดตามทุกเดือน 3.พัฒนาระบบจัดเก็บและรายงานข้อมูล	
1.4 วัยรุ่น	-จำนวนสื่อที่จัดทำ ของแต่ละอำเภอ ตัวชี้วัด ดำเนินการ ร้อยละ 100 ผลงาน ร้อยละ 88.03 -อัตราการคลอดมีชีพหญิงอายุ 15-19 ปี งบประมาณ 2567 คิดเป็น 9.13 (ไม่เกิน 21 ต่อพัน พช.ญ.อายุ 15-19 ปี) -อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี งบประมาณ 2567 คิดเป็นร้อยละ 8.36 (≤ร้อยละ 14.5)	พัฒนารูปแบบสื่อเพื่อแก้ปัญหา 4 ด้าน 1. เรื่องการฝากครรภ์เร็ว 2. สุขภาพจิตวัยรุ่น 3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงช่องทางการให้ คำปรึกษาวัยรุ่นจังหวัดลำปาง 4. เพื่อรณรงค์ป้องกัน สื่อสาร การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น	
1.5 วัยทำงาน NCD (DM,HT)	1.กิจกรรม 90 days change yourself :นอกสธ. เข้าร่วม 32 หน่วยงานราชการ 1 หน่วยงาน รัฐวิสาหกิจ -BMI กลุ่มสีเหลืองสีแดง ลดลง ร้อยละ 12 -มวลน้ำหนักนักรวมของบุคลากรทั้งองค์กร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.36 2.Health station มีผู้รับบริการทั้งหมด 102,778 ราย เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 53 กลุ่มป่วย ร้อยละ 46 กลุ่มส่งต่อวินิจัย ร้อยละ 1 3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง DM 4,284 คน HT 2,941 คน และกลุ่ม uncontrolled, DM remission นำร่อง อำเภอเถิน 4.เพิ่มคุณภาพบริการ :ปรับ CPG และ NCD clinic plus ผลลัพธ์ปี 67 ดีเด่น 5 แห่ง ดีมาก 6 แห่ง ดี 2 แห่ง <u>GAP</u> -การคัดกรองทำได้ไม่ครอบคลุม	1.การป้องกัน -ขับเคลื่อนผ่านพช/พขอ. -พัฒนา HL (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) -คัดกรอง DM HT ครบ 90% ภายในไตรมาส 2 -ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ในโรงเรียนเบาหวาน/ ความดัน -ขยาย Health Station ครอบคลุมทุกตำบล 2.การรักษา -ออกแบบบริการรูปแบบ NCD ใน รพ.สต. ,PCU, รพ. -ใช้ Telemedicine Telehealth -DM Remission กลุ่มป่วยของ ทุรพ. -conference case 2 ครั้ง /ปี -Audit Chart 13 รพ. -NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป 3.พัฒนาศักยภาพ อสม./เจ้าหน้าที่ เป็นครู ก. ในร. เบาหวาน/ความดัน	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ไม่ครอบคลุม -รายใหม่ของผู้ป่วย DM HT มีจำนวนเพิ่มขึ้น -การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ตามเป้าหมาย -การ controlled ไม่ได้ตามเกณฑ์ -การเกิด CKD รายใหม่เพิ่มขึ้น -ขาดการกำกับติดตาม	4.ทบทวนเรื่องข้อมูล บูรณาการกับกลุ่มงาน Digital	
1.6 ร้อยสูงอายุ	1.ADL -ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 150,481 คน 83.88% - ตำบล LTC 71/102 แห่ง (ร้อยละ 69.61) - Care Manager 286 คน - Care giver 1,835 คน /อสม. 17,972 คน - ผู้ป่วย LTC 3,983 คน 2.Pre Aging Program มีการดำเนินการศูนย์ฯ ระดับตำบล ร้อยละ 54 รวมทั้งหมด 54 ตำบล 3.อยู่ลำพัง ไม่ลำพัง มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ได้รับการดูแล ร้อยละ 89.43 4. Lampang Smart Aged Society -ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.32 -ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.61 5.ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 6.บริการในสถานชีวาภิบาลชุมชน 1 แห่ง (วัดนาไม้แดง) 7. Home ward จังหวัดลำปาง มีการขึ้นทะเบียน 14 แห่ง ร้อยละ 100	1.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : ลดความเสี่ยง BMI และHT ใน ชมรม/เรียนผู้สูงอายุ “สูงวัย Strong No Stroke” 2.คลินิกผู้สูงอายุ -ทุกอำเภอวางแผนให้บริการคลินิกฯ บูรณาการร่วมที่ NPCU (Mobile Clinic) ตามบริบทของพื้นที่ -เยี่ยมเสริมพลังคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จากทีมระดับจังหวัด 3.สถานชีวาภิบาล -ปรับปรุงการลงข้อมูลใน HDC. และวางแผนในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานต่อไป -มีนโยบายเพื่อกระตุ้นให้ ทุก อปท.ที่ยังไม่ดำเนินการเข้าร่วมกองทุน LTC -มีแผนอบรม CM /CG ในตำบลที่ขาด -ขยายเครือข่ายสถานชีวาภิบาลในชุมชน/ภูมิชีวาภิบาลให้ ครอบคลุมทุกอำเภอ	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
แผนงาน 2 พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
2.1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1.การขึ้นทะเบียน PCU/NPCU 59 ทีม ร้อยละ 100 GAP : รายชื่อแพทย์ไม่ตรงกับ PCU ที่ปฏิบัติงานจริง และแพทย์อบรม หมดอายุการรับรอง 2.การบริการโดย FM และทีมสหวิชาชีพออกปฏิบัติงาน PCU และกิจกรรมบริการตามเกณฑ์ GAP : การออกปฏิบัติงานของแพทย์ และทีมสหสาขา, ระบบบริหารจัดการยา NCD , ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง, ความร่วมมือกรณีถ่ายโอนฯ, ระบบกำกับติดตาม 3.การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย คปคม. ผ่านเกณฑ์ 24 PCU/NPCU ร้อยละ 40.68 4.อำเภอสุขภาพดีผ่านเกณฑ์ 13 อำเภอ ร้อยละ 100	1.การพัฒนาศักยภาพแพทย์รองรับการขึ้นทะเบียน/คงสถานะ PCU -กำหนดจำนวนประชากรในสัดส่วนที่เหมาะสม 1 ทีม : 10,000 คน (8,000 - 12,000 คน) 2.ด้านการบริการการพัฒนาเครือข่ายแพทย์ปฐมภูมิ จ.ลำปาง -แต่งตั้ง Core team ปฐมภูมิ และ PCU Manager อำเภอ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน -จัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานปฐมภูมิ 3.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมาย ร้อยละ 100 4.กำกับติดตาม ผลลัพธ์การดำเนินงานประเด็นสำคัญ พขอ. ตามมาตรการหลักอำเภอสุขภาพดี	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence			
แผนงาน 3 พัฒนาศักยภาพระบบบริการสาธารณสุข (SAP)			
3.1 SAP	การพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย รพ.เกาะคา - ให้บริการ rt-PA ได้ตลอด 24 ชม. - Stroke unit (Acute และ non Acute) - เพิ่มศักยภาพการให้การผ่าตัด ผลงานการผ่าตัด กระดูกสันหลัง (Spine) 9 ราย ผ่าตัดสมอง 8 ราย ฉีดยา เข้าไขสันหลัง ในเคสที่เป็น L-Spondylosis ที่เป็นผ่าตัดเล็ก Epidural injection เพิ่มแผนกบริการ ODS /MIS	Acute / Post Actue - Stroke unit รพ.เกาะคา : Ac.+Post Ac. รพ.เถิน : Ac.+Post Ac. รพ.แจ้ห่ม : Post Ac - Refer back รพช.ทุกแห่ง ศัลยกรรม ODS -appendices, hernia รพ.เกาะคา / รพ.เถิน Palliative +Ventilator - Ventilator 1 เครื่อง ใน รพ. F2 ทุกแห่ง	การยกระดับโรงพยาบาลเกาะคา เป็นระดับ M2 เพื่อขยายการบริการ CT Scan ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดทำแผนโดยกำหนดงบประมาณ 25,000,000 บาท หากมีการขยายการบริการควรมีการจัดสรรเงินงบประมาณเพิ่มเติม

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- Service Nephrology โรคไตเฉียบพลัน / โรคไตเรื้อรัง / การบำบัดทดแทนไต ** เคมีบำบัด (ไข้ยี่ที่ผสมแล้วจาก รพ.ลำปาง) รพ.เถิน - เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการเดิม - เพิ่มแผนกบริการ และหัตถการ ODS/MIS - เพิ่มศักยภาพการให้การผ่าตัด หลังจากการวินิจฉัย จากการทำ CT แล้ว - แผนระยะยาว : เคมีบำบัด (ไข้ยี่ที่ผสมแล้วจาก รพ.ลำปาง) รพ.แจ้ห่ม - CT Scan - Stroke unit	เคมีบำบัด (ผสมยาจาก รพศ.) -รพ.เกาะคา / รพ.เถิน บริการเจาะเลือดใกล้บ้านนอกหน่วยบริการ แม่ข่าย รพ.ลำปาง รับผิดชอบเขตอำเภอเมือง -รพ.สต. 27 แห่ง -ศสม.หัวเวียง, ศสม.ม่อนกระตัง, เซ็นทรัลแลกรูปลำปาง แม่ข่าย รพ.เกาะคา รับผิดชอบเขตอำเภอเกาะคา รพ.สต. 12 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขลำปางหลวง *รอกการอนุมัติขึ้นทะเบียน*	ให้ทางโรงพยาบาล เช่นมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการสนับสนุนให้แก่สถานบริการ
แผนงาน 4 พัฒนาคุณภาพระบบบริการ Service Plan			
4.1 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Service Plan 8 Burden ที่สำคัญ			
4.1.1 Service Plan STEMI	- อัตราการเสียชีวิต STEMI เท่ากับ 6.5% - ได้มาตรฐานตามเวลา 61% - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI (ที่มีข้อบ่งชี้) จ.ลำปางที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือการทำ Primary PCI ปี 2567 (เป้า >85%) ผลการดำเนินงาน 92.2 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI (ที่มีข้อบ่งชี้) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ Primary PCI จำแนกตามปีงบประมาณ (Total reperfusion rate=92, Primary PCI=92, Fibrinolysis=0)	<u>ต้นน้ำ</u> 1.ผู้ป่วยไม่ทราบอาการแจ้งเตือน หรือมีอุปสรรคในการเดินทาง (ไม่มีใครมาส่ง) ทำให้เข้าถึงระบบการรักษาได้ช้า - เพิ่มการรับรู้ ตระหนักถึงอาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่เร็วขึ้น - เพิ่มการประชาสัมพันธ์เข้าถึงระบบบริการฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น 2.การ control risk factors ทำได้ไม่ค่อยดี - ผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการ screening เรื่องของ NCD (HTN/DM/Dyslipidemia) และผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี ที่มีโรคร่วม ควรได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI จ.ลำปางที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที และ หรือได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย STEMI (เป้า >60%) ผลการดำเนินงาน 61% - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI จ.ลำปางที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 90 นาที และหรือได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (walk in) (เป้า>60%) ผลการดำเนินงาน 88.5 - ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาล ลำปางจนกระทั่งได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการทำการ Primary PCI Door to device time (นาที*median<90นาที) ผลการดำเนินงาน 68.5 - ร้อยละและจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เรียก EMS ในเขตเมือง และนอกเขตเมือง (ทั้งจังหวัด=12.0%, ในเขตเมือง=20.5%, นอกเขตเมือง=8.1%)	อายุ > 70 ปี ที่มี NCD risk ควรได้รับการติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 3. การเข้าถึงบริการ 1669 และ ระบบ zone mapping ผู้ป่วย STEMI <u>กลางน้ำ</u> 1.ความล่าช้าของกระบวนการรักษาก่อนการตัดสินใจให้การรักษา - ในแต่ละพื้นที่มีการวางระบบการบริการที่เหมาะสมตามบริบท และทบทวนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการวินิจฉัย หรือการรักษาเป็นระยะตามแต่ละพื้นที่ 2. ระบบการส่งต่อในบางที่ล่าช้า - มีระบบ fast tract STEMI ในแต่ละโรงพยาบาล ร่วมกับการพัฒนา ตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานเวลาของการรักษา <u>ปลายน้ำ</u> 1.การลงข้อมูล Thai ACS ให้เป็นปัจจุบัน 2.ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงภายในเขตสุขภาพ 3.พัฒนาระบบ telemedicine ในแต่ละโรงพยาบาล 4.ระบบ rehabilitation	
4.1.2 Service Plan Stroke	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 6.22 (ลำปาง 8.52, เถิน 2.08, เกาะคา 0.67) - อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรวม 2.43 (ลำปาง 3.30, เกาะคา 1.82, เถิน 1.06) - อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรวม 17.24 (ลำปาง 18.72, เถิน 7.69, เกาะคา 3.13)	- คัดกรองและประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย NCD โดยใช้ CVD Risk ร่วมกับ Service Plan NCD - ประชาสัมพันธ์ Stroke alert, Stroke awareness โดยใช้ BEFAST ในผู้ป่วย NCD และการใช้ 1669 - พัฒนาระบบ fast Track ให้ครอบคลุม	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- จำนวนผู้ป่วย Ischemic ที่ได้รับ Thrombolytic agent รวม 69 (ลำปาง 64, เกาะคา 5)	- เพิ่ม node บริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ที่โรงพยาบาลเถิน - พัฒนาศักยภาพการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ที่โรงพยาบาลเถินให้ครอบคลุม 24 ชั่วโมงและพื้นที่ที่รับผิดชอบ - พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมทั้ง 12 อำเภอ - ส่งข้อมูลย้อนกลับให้แก่โรงพยาบาลชุมชนทุกเดือน	
4.1.3 Service Plan CKD	จำนวนผู้ป่วยโรคไตจังหวัดลำปาง จำนวน 20,536 ราย - ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย > 80% ผลการดำเนินงาน 75.27%) - ร้อยละผู้ป่วย CKD G1-4 & DM ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% (เป้าหมาย > 40% ผลการดำเนินงาน 25.32%) - ร้อยละผู้ป่วย CKD G1-4 ที่มารับบริการ BP<140/90 mmHg (เป้าหมาย > 80% ผลการดำเนินงาน 55.43%) - ร้อยละผู้ป่วย CKD G1-4 ที่มารับบริการได้รับ ACEI/ARB (เป้าหมาย > 60% ผลการดำเนินงาน 37.19%) - ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73 m² (เป้าหมาย >67% ผลการดำเนินงาน 69.32%)	1.การป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต - Clean data input : ทำต่อเนื่อง - ความเชื่อมโยง NCD, primary care, รพช, รพ.สต.; แพทย์ case manager - วิชาการ : Lampang CKD guideline (update), case conference (tele), ประชุมวิชาการประจำปี,เวทีแลกเปลี่ยน - CKD clinic performance ทุกรพช : ประเมินตนเอง & gap analysis, ส่งประกวดสมาคมโรคไตฯ - โครงการที่เยี่ยมน้อง : รพ.วังเหนือ รพ.ห้างฉัตร รพ.เมืองปาน - Health literacy : เสนอ official channel สสจ/รพ.ลำปาง 2.ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างเหมาะสมและได้มาตรฐาน - Unplanned dialysis: Shared decision making & ESKD life plan ระบบทั้งจังหวัด, registry, tele nephrology - HD: ระยะเวลาการรอคอย AVF - ความครอบคลุม HD/PD - บุคลากร: การส่งเรียน HD/PD nurse? (เดิน 1 ท่าน, วังเหนือ 1 ท่าน) - รพ.เถินฯ ดูแลรพ. ลูกข่าย ทั้ง pre-/dialysis KPI	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
4.1.4 Service Plan CA	<u>มะเร็งปากมดลูก</u> - ผลการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ในกลุ่มเป้าหมายประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี (เป้าหมาย 13,851 คน) ผลงาน 18,026 คิดเป็นร้อยละ 130.14 - ผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงาน 74.59% - ผลการตรวจ HPV DNA test ในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ผิดปกติได้รับการตรวจ colposcopy เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 100 <u>มะเร็งเต้านม</u> - สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE&CBE) ไม่น้อยกว่า 168,765 คน ผลการดำเนินงาน 135,418 คน คิดเป็นร้อยละ 80.24 - สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 68.87 <u>มะเร็งท่อน้ำดี</u> - การตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ จ.ลำปาง เป้าหมาย 3,000 คน ผลการดำเนินงานคัดกรอง 3,020 คน ร้อยละ 100.67 พบผล Positive 77 ราย ร้อยละ 2.55 ดำเนินการ Ultrasound ร้อยละ 100 - การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Ultrasound จ.ลำปาง เป้าหมาย 2,000 ราย ดำเนินการแล้ว 1,861 ราย คิดเป็น 93.05%	<u>มะเร็งปากมดลูก</u> - ประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง - เชิญรูกหากกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเข้าสู่การคัดกรอง - ลงเยี่ยมพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทางพัฒนา - เสนอการตรวจคัดกรองเพิ่มนอกเหนือ สปสช. ในกลุ่มอายุ 60-65 ปี <u>มะเร็งเต้านม</u> - ประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม - สำรวจและวางแผนการจัดซื้อหุ้่นเต้านม สอนฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง - รพ.ลำปางมีแผนจัดซื้อ Target Breast Ultrasound ปี 2568 ให้ศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจ เพื่อให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น - ร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของมูลนิธิกาญจนบารมี ทุกปี <u>มะเร็งท่อน้ำดี</u> - ปรับปรุง google form - พัฒนาระบบการบริการ ส่งต่อรักษา	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	<u>มะเร็งตับ</u> - ผลการคัดกรอง HBV ที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จ.ลำปาง เป้าหมาย ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 110.87 พบผล Positive ร้อยละ 3.41 - ผลการคัดกรอง HCV ที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จ.ลำปาง เป้าหมาย ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 111.96 พบผล Positive ร้อยละ 0.53 <u>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</u> - การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อายุ 50-70 ปี ด้วย FIT test เป้าหมาย $\geq 50\%$ (25,000 คน) ผลการดำเนินงานคัดกรอง จำนวน 23,610 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44% พบผล Positive ร้อยละ 7.66 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy เป้าหมาย $\geq 50\%$ ผลการดำเนินงาน พบผล Positive จำนวน 1,808 ราย ดำเนินการตรวจ colonoscopy จำนวน 1,359 คิดเป็น ร้อยละ 75.17 <u>GAP</u> 1. การติดตาม บันทึก รายงานข้อมูลทั้งหมด ด้วยระบบ manual และมีหลากหลายโปรแกรม ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบ 2. โปรแกรมทะเบียนมะเร็ง และ Cancer anywhere ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ อยู่ระหว่างการพัฒนาความเสถียร 3. ปัญหาการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล การติดตามผลงาน การรายงานผลการดำเนินงาน และการประมวลผลการถ่ายทอดใน Krungthai Digital Health Platform (KTb), FDH (Financial Data Hub)	<u>มะเร็งตับ</u> - วางแผนดำเนินการให้ทุกโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่อง "การดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ" ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Learning) ในระบบ DDC Learning system จะได้รับใบประกาศนียบัตร (e-certificate) ที่สามารถใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการขึ้นทะเบียนแพทย์ผู้ส่งไขยาบัญชี จ(2) <u>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</u> - ประชุมชี้แจงแนวทางการคัดกรอง FIT TEST (กลุ่มเป้าหมาย CM ทุกโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. ทุกอำเภอ และผู้รับผิดชอบงาน รพสต.อำเภอละ 3 คน) - ประชุมคณะทำงาน Node Colonoscopy เพื่อวางแผนการทำงานและบริหารจัดการข้อมูลร่วมกัน - Monitor และทวนสอบข้อมูลรายเดือน - การให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง - การประชาสัมพันธ์ด้วยสื่อต่าง ๆ ทั้งจังหวัด <u>แผนการดำเนินงานภาพรวม</u> 1. การรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งให้ได้ตามเป้าหมาย เน้นเชิงรุกค้นหากลุ่มที่ยังไม่ได้เข้ามารับการตรวจคัดกรอง 2. การเพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองรักษาและส่งต่อ 3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งให้เชื่อมต่อเครือข่าย 4. พัฒนาศักยภาพบริการด้านโรคมะเร็งเครือข่าย เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
4.1.5 Service Plan จิตเวชและยาเสพติด	<u>จิตเวช :</u> PP&Pการเสริมสร้างวัคซีนใจในทุกกลุ่มวัย กลุ่มปฐมวัย : โครงการ Triple-P อ.งาว วัยเรียน : -School health HERO ทุกอำเภอ -7 Days Parenting อ.เมือง - Health City Model อ.เมือง วัยรุ่น : -โครงการ"เช็คภาวะสุขภาพใจด้วยตนเอง"ทุกโรงเรียนในสังกัด สพป. สพม. วัยทำงาน : -Mental Health Check in -Biofeedback (ตำรวจ/ทหาร/เรือนจำ/สถานกักขังกลาง) ผู้สูงอายุ : -โครงการ 3 ส (3ร) สร้างพลังใจ สูงวัยอย่างเข้มแข็ง เมืองลำปาง เถิน เมืองปาน งาว	<u>ระบบงาน</u> 1. Update CPG / work flow 2. Telemedicine Tele-Psychiatry Consult ทางโทรศัพท์และLINEกับรพช. 3. ขยายบริการการเข้าถึงการรับยาMethylphenidateของเล็กสมาธิสั้นในรพช.อย่างต่อเนื่อง <u>พัฒนาศักยภาพบุคลากร</u> 1.พัฒนาศักยภาพพยาบาล PG จิตเวช 3 คน (เกาะคา1/แม่เมาะ1แม่ทะ1) 2.job training นักจิตวิทยา การทำจิตบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง 3.ศักยภาพทักษะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Case Conference <u>ระบบการคัดกรอง</u> กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังแบบมุ่งเป้า -กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต/โรคซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตนเอง กลุ่มติดสารเสพติด ผู้สูงอายุ (3ร -ชรา ไร้คนดูแล โรคเรื้อรัง) การมีส่วนร่วม -บูรณาการงานสุขภาพจิตกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทีม3หมอเครือข่ายนอกหน่วยงาน <u>ระบบข้อมูล</u> การกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล 5065 และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	ยาเสพติด : -ประเด็นยาเสพติดเข้าเป็นประเด็นการดำเนินงาน พขอ. ทั้ง 13 อำเภอ -ขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็ง(CBTx)ระดับพื้นที่ผ่านคกก.พขอ. 13 อำเภอ กำหนดพื้นที่เป้าหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน 6 อำเภอๆละ2 ตำบล ผลงานการบำบัด 608 ราย ผลการดำเนินงาน -คัดกรองกลุ่มสีเขียว 1,485 ราย สีเหลือง 6 ราย สีส้ม 4 ราย สีแดง 19 ราย -ได้รับการบำบัดรักษา 1,567 ราย สีเหลือง 5 ราย สีส้ม 3 ราย สีแดง 22 ราย - รูปแบบการบำบัดรักษา สมครใจ ม.113 227 ราย ม.114 93 ราย Retention rate ร้อยละ 63.99 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด รูปแบบ “โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์” -รพ.ห้วยฉัตร 49 ราย อัตราครองเตียง ร้อยละ 29.54 -รพ.เมืองปาน 15 ราย อัตราครองเตียง ร้อยละ 26.80 -รพ.สบปราบ 3 ราย อัตราครองเตียง ร้อยละ 4.74 -รพ.งาว 1 ราย อัตราครองเตียง ร้อยละ 3.11 ปัญหา/อุปสรรค -ระบบบันทึก บสต. ไม่เสถียร ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน อุปกรณ์คอมพิวเตอร์เก่าที่เจ้าหน้าที่ใช้งานไม่รองรับระบบโปรแกรมใหม่ -ศูนย์คัดกรองไม่พร้อม บุคลากรบางส่วนไม่มีองค์ความรู้ ไม่ทำตามแนวทางการดำเนินงาน	- สร้างความตระหนัก ถึงโทษพิษภัยยาเสพติด ทุกกลุ่มวัย: ผ่านทาง Social ,สถานศึกษาในพื้นที่ทุกพื้นที่ - สร้างความเข้มแข็งการดำเนินงาน CBTx ผ่าน พขอ. พชต. อย่างทั่วถึง - แก่ไขระบบส่งต่อร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นโดยจัดทำฐานข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดทุกอำเภอ และส่งต่อไปยังสภาพัฒน์บูรณาการทางสังคมทุกคน(มีแผนการดำเนินงาน) - กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนา ระบบบันทึก บสต.ใหม่ เริ่มใช้ในต้นปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมีระบบที่เสถียรมากขึ้น - พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดำเนินงานยาเสพติด - เพิ่มงบประมาณด้านเครื่องมือต่างๆ	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- มินิธัญญารักษ์ไม่พร้อมเรื่องสถานที่ อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอในการดำเนินงาน - ผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติด มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น - มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดแบบใหม่ หาได้ง่ายทางSocialในรูปแบบต่างๆ "การดำเนินงานเครือข่ายไม่เข้มแข็งเช่น ศูนย์คิดกรอง, CBTx ยังไม่เข้มแข็งมีช่องว่างในระบบส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดเข้าไม่เข้าสู่ศูนย์สภาพฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ทำให้เกิดการเสพยาซ้ำ		
4.1.6 Service Plan TRAUMA	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในระดับ รพ. A,S,M1 (ทั้ง ER และ Admit) <10% (จ.ลำปาง = 7.6%, เขตสุขภาพที่1 = 6.6%, ประเทศ = 7.6%) - ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 27% (จ.ลำปาง = 21%, เขตสุขภาพที่1 = 29%, ประเทศ = 22.5%) - อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury Mortality) <5% (จ. ลำปาง = 10.2%, เขตสุขภาพที่1 = 28%, ประเทศ = 20.4%) - ECS คุณภาพ จังหวัดลำปาง ปี 2566 เฉลี่ย 73%	1.สนับสนุนให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยในสาขาอุบัติเหตุ ทั้งในระดับเขตและประเทศ 2.สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ในสาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3.พัฒนา ER คุณภาพทั้งจังหวัด ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 1 4.สนับสนุนและร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการเพิ่ม Health Literacy เรื่องการดูแลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้กับประชาชนทั่วไป, ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง, อสม, อชช, ครู และนักเรียนม.1 ในชุมชน 5.พัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในงานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และการสื่อสารในทุก รพ. 6.อบรมเชิงปฏิบัติการ และซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมทีม MERT, Mini Mert ร่วมกันทั้งจังหวัดและเขต 7.พัฒนาระบบสื่อสารเครือข่ายสาธารณสุขจังหวัด โดยเพิ่มการติดตั้งสถานีทวนสัญญาณวิทยุสื่อสาร (Repeater) 1 สถานี และสนับสนุนการใช้วิทยุสื่อสารแบบมือถือชนิด POC (Push-to talk over cellular)	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
		8.การควบคุมกำกับ และติดตาม - KPI - การประเมิน ECS คุณภาพ และการวางแผนพัฒนา - การรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น DCIR, การสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร, ระบบรายงาน Injury Surveillance (IS), PHER Plus, ITEMS 4.0	
4.1.7 Service Plan TB	1.อัตราความครอบคลุมวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 ของค่าเป้าหมาย ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 69.48 2.อัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 66.17 อยู่ระหว่างกำลังรักษา ร้อยละ 13.9 โอนออกนอกพื้นที่ ร้อยละ 2.20 ขาดยา ร้อยละ 2.94 และเสียชีวิต ร้อยละ 14.71 <u>การวิเคราะห์การเสียชีวิต</u> พบเพศชาย ร้อยละ 75.28 เพศหญิง ร้อยละ 24.72 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่คือเป็น TB และมีโรคร่วม ร้อยละ 79.8 พบได้รับการ CXR ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 58.48 ไม่ได้ CXR ร้อยละ 41.52 ผู้เสียชีวิตอายุสูงสุด 92 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี	1.เตรียมการ - วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง - ทบทวนกลุ่มเป้าหมาย 2.การคัดกรอง - TB Project Manager/Assistant - แผน Mobile X ray ตามความเสี่ยง 3.การรักษา - ระบบ Consult กับ Line ผู้เชี่ยวชาญ - ประเมิน Risk score+ ปฏิบัติตาม Guideline - Case Management team - M&M conference 4.ระบบข้อมูลและกำกับติดตาม - ข้อมูลคัดกรอง HDC/NTIP - ขึ้นทะเบียน NTIP - ระบบ CLAIM โปรแกรมตรวจสอบ - กำกับติดตาม Dash board/เยี่ยมประเมิน	การคัดกรองวัณโรค โดยใช้วิธีการคัดกรองโดย TB Lamp ต้นทางน้ำยาที่ใช้ในการตรวจราคาสูง และหากพบผล Positive ต้องดำเนินการตรวจด้วยวิธี real-time PCR ซ้ำต่อไป ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ขอให้ผู้บริหารหาหรือแนวทางการสนับสนุนงบประมาณต่อไป

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
4.1.8 Service Plan Sepsis	- อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง Community-acquired <26% (จ.ลำปาง = 40.99%, เขตสุขภาพที่ 1 = 28.06%, ประเทศ = 27.83%) - จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock ที่เสียชีวิตใน 48 ชั่วโมง จำแนกตาม ภูมิภาค 1) ผู้ป่วย Sepsis จำนวน 30 ราย (อ.เมือง=40.0, ต่างอำเภอ = 60.00) 2) ผู้ป่วย Septic shock จำนวน 94 ราย (อ.เมือง=43.62, ต่างอำเภอ = 56.38)	- ติดตามความก้าวหน้าการจัดตั้งทีม PRT โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดลำปาง - ทีม RRT โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการดำเนินการ early warning signs - ใช้โปรแกรม Snomed CT ในการวินิจฉัย sepsis/ septic shock - วางแผนการขยาย ICU - ปรับระบบการรายงานข้อมูลจากงานสถิติให้เร็วขึ้นเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละเดือนให้เป็นปัจจุบัน - คณะกรรมการ sepsis ทุก รพ. ให้มีการกำกับติดตาม กระบวนการและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน ให้มีการ ทบทวนการลงข้อมูลการสรุปเวชระเบียน และ Audit chart ผู้ป่วย sepsis septic shock ทุก ราย โดยมีการวิเคราะห์ ข้อมูลระดับโรงพยาบาล	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence			
แผนงาน 5 วางแผนทรัพยากรบุคคล			
5.1 HRP	-การบริหารอัตรากำลัง : สสจ. 185 อัตรา, สสอ. 125 อัตรา, รพสต. 402 อัตรา, รพช. 2,375 อัตรา -กรอบปี 2565-2569 ที่มีส่วนขาด -48 อัตรา ดังนี้ - นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์ -6 อัตรา, นวก.พัสดุ -9 อัตรา, จพ.พัสดุ -13 อัตรา, นวก.การเงินและบัญชี -7 อัตรา, นักเทคโนโลยีสารสนเทศ -13 อัตรา		

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
แผนงาน 6 บริหารทรัพยากรบุคคล			
6.1 HRM	การเลื่อนระดับสูงขึ้นตาม ปีงบประมาณ 2567 รวม 45 ตำแหน่ง หรือ 44 ดังนี้ ข้าราชการ 3 ตำแหน่ง ข้าราชการ 33 ตำแหน่ง ข้าราชการพิเศษ 8 ตำแหน่ง - รอส่งผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ ปีงบประมาณ 2568 ประเภททั่วไป 55 คน, ประเภทวิชาการ 102 คน - สรุปการปรับปรุงตำแหน่งข้าราชการ ตาม ก.พ. ว.11/18 มี.ย.62 ข้อมูล ณ วันที่ 15 กันยายน 2567 จำนวน 54 อัตรา ได้รับอนุมัติ 34 อัตรา และนอก ก.พ. ว.11/18 มี.ย.62 จำนวน 5 อัตรา ได้รับอนุมัติ 5 อัตรา - การสรรหาคัดเลือกไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น/ ตำแหน่งทางการบริหาร (แบบเลื่อน) ในระดับ ข้าราชการพิเศษ 62 อัตรา ระดับเชี่ยวชาญ 4 อัตรา	- สรรหาคัดเลือกไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น/ ตำแหน่งทางการบริหารในสังกัด สสจ.ลำปางปี 2568 ในกรณีตำแหน่งว่าง และกรณีตำแหน่งคนครอง - ปรับปรุงตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข 43 ตำแหน่ง	
แผนงาน 7 พัฒนาทรัพยากรบุคคล			
7.1 HRD	1. ข้อมูลทันตแพทย์ ตามกรอบ 83 อัตรา - จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด 67 คน สตรี 10 คน รวม 77 คน - ตาม จ.18 โดยตรงตาม จ. 67 คน ไม่ตรง จ. 10 คน - สาขาเฉพาะทาง 29 ราย 2. ข้อมูลแพทย์เฉพาะทางข้อมูลตามจริง จำนวน 26 คน โดยจะจบในปี 2568 จำนวน 83 คน 3. ข้อมูลเภสัชกร ตามกรอบ 130 คน เป็นข้าราชการ 68 คน ตรงตาม จ. 54 คน และไม่ตรงตาม จ. 14 คน 4. บุคลากรได้รับการอบรม ผบก. 7/13(20) และ ผบต. 26/2(28)		

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
Care D Plus (การจัดการหนี้)	1.ประเมินตนเองโดยใช้เอกสาร 2.ประสานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด 3.ชำระหนี้ในส่วนของบริษัท/ ธนาคาร โดยการเจรจาตัดยอดหนี้ 4.หารายได้เสริมจากช่องทางต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้		
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence			
แผนงาน 8 เพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง			
8.1 การบริหารการเงินการคลัง หน่วยบริการ จ.ลำปาง	- ตัวชี้วัด KPI กระทรวงสาธารณสุข KPI ๑ รพ.ที่ประสบภาวะวิกฤติระดับ ๗<๒% และรพ.ที่ประสบภาวะวิกฤติระดับ ๖<๔ % ผลงาน ณ ส.ค.67 ระดับ 7 ไม่มี ระดับ 6 มีอยู่ 2 แห่ง คือ รพ.จาว และรพ.สบปราบ คิดเป็นร้อยละ 15.38 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ KPI ๒ รพ.ที่มี TPS Total Performance Score ระดับระดับ B ขึ้นไป ณ ไตรมาส 3 จ.ลำปาง ผ่านอยู่ 3 แห่ง คือ รพ.ลำปาง รพ.เถิน และรพ. เมืองปาน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ KPI ๓ ผลประกอบการเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ร้อยละ 100 แผนผลรายได้ และค่าใช้จ่าย $\pm < 5 \%$ จ.ลำปางผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเงินเข้ามาครบ และข้อสั่งการในไตรมาส 3 ให้ทุก รพ. ควบคุมแผนรายจ่ายอย่างเคร่งครัด งดการจ่ายนอกแผน - ต้นปีงบประมาณ 67 รพ. มีสภาพคล่องและประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งได้รับเงินโอนจาก สปสช. เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้) บวก 10 รพ. ติดลบ 3 รพ. แต่ ณ ไตรมาสที่ 4 เดือน ส.ค.67 มีผลประกอบการ	<u>แผนการดำเนินงานด้านการเงินการคลังปีงบประมาณ 2568</u> 1. ทบทวนแผนการลงทุนด้วยเงินบำรุง - การดำเนินการ การสร้างแพลตฟอร์มให้เป็นไปตามแผน - งบลงทุน/งบค่าเสื่อม 2568 เป็นไปตาม Service Plan - บริหารเงินกัน จากเงินบำรุงหน่วยบริการ 2. กำกับ ควบคุม แผน Planfin และ แผนเงินบำรุง - มีสมมติฐาน รายได้ ค่าใช้จ่าย ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ รพ. ประกอบในการจัดทำแผน - วิเคราะห์ปัจจัยภายใน-ภายนอกที่มีผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่าย - แผน Planfin ควรเป็นแบบที่ 1 ต้องไม่ควรเป็นแบบที่ 8 : ติดลบ, การลงทุนมากกว่า 20% (EBITDA), สัดส่วน NWC เหลือหลังลงทุนต่อรายจ่ายต่อเดือนน้อยกว่า 1 เดือน - ปรับลดค่าตอบแทนทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ 5 - ปรับสัดส่วน Fixed cost ตามขนาด สสอ. และรพ. - Monitor สร้างเครือข่ายระหว่างกัน เช่น แบ่ง Zoneดูแลกัน - เพิ่มประสิทธิภาพเคลมทุกกองทุนผ่าน FDH รูปแบบ Real Time - OP Anywhere ทิศทางให้ชัดเจน	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	ลดลงมาก Risk มีระดับตั้งแต่ 1-6 TPS ไม่ผ่าน 10 รพ. ผ่าน 3 รพ. (ลำปาง เถิน ห้างฉัตร) เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้) บวก 3 รพ. ติดลบ 10 รพ. ผลประกอบการลดลง รายจ่ายเพิ่ม NWC, Ebitda และเงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้) ภาพรวมลดลงไป 54% ส่วน รพช. เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้แล้ว) รวมกัน ติดลบ 104 ล้านบาท ยกเว้น รพ.ห้างฉัตร และรพ.เมืองปาน <u>ผลงาน Claim ปี 67 :</u> - เพิ่มขึ้น 6 รพ. ได้แก่ รพ.ลำปาง รพ.เกาะคา รพ.เสริมงาม รพ.เถิน รพ.แม่พริก และรพ.สบปราบ - ลดลง 7 รพ. ได้แก่ รพ.แม่เมาะ รพ.งาว รพ.แจ้ห่ม รพ.วังเหนือ รพ.แม่ทะ รพ.ห้างฉัตร และรพ.เมืองปาน <u>ศักยภาพการจัดบริการผู้ป่วยในและผลลัพธ์การให้บริการ หน่วยบริการ จ.ลำปาง ปีงบประมาณ 2565-O3/2567 :</u> * CMI ทุกโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด แต่ละปีมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น * เป้าหมาย อัตราครองเตียง น้อยกว่าร้อยละ 80 - ต่ำกว่าเป้าหมายต่อเนื่อง 5 รพ. ได้แก่ รพ.แม่เมาะ รพ.งาว รพ.แม่พริก รพ.สบปราบ และรพ.เมืองปาน - ต่ำกว่าเป้าหมายแต่แนวโน้มดีขึ้น ได้แก่ รพ.เสริมงาม รพ.แจ้ห่ม รพ.วังเหนือ และรพ.ห้างฉัตร เป้าหมาย อัตราครองเตียง มากกว่าร้อยละ 80 ผลงานดีขึ้นต่อเนื่อง 4 แห่ง รพ.ลำปาง รพ.เกาะคา รพ.เถิน และรพ.แม่ทะ	<u>แนวทางการจัดทำแผน Planfin ปีงบประมาณ 2568</u> ให้ปรับการจัดกลุ่มแผนทางการเงิน ในปี 2568 ดังนี้ - ย้ายจากการจัดกลุ่มใน P17 เงินเดือนและค่าจ้างประจำมาที่ P20 ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (เนื่องจาก 4 รายการนี้ เป็นบัญชีประเภทเงินงบประมาณงบดำเนินงาน) - ย้ายจากการจัดกลุ่มใน P20 ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น มาที่ P17 เงินเดือนและค่าจ้างประจำ (เนื่องจาก 2 รายการนี้เป็นบัญชีประเภทงบบุคลากร) - ข้อ 2 ชีท Revenue เพิ่มรายได้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 41065/42065/43045/45065 จากรายได้และค่ารักษาอื่น ๆ - ข้อ 3 ชีท Expense เพิ่ม 53051 ค่าใช้จ่ายอื่น(ระบบบันทึกอัตโนมัติ) <u>แผนบริหารจัดการ และควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ปีงบประมาณ 2568 สำหรับ รพช. และสสจ.ลำปาง</u> - จัดซื้อยา ร่วม ตามกรอบบัญชียา รพช. ทุกรายการ - จัดซื้อแบบ E-bidding ในรายการยา มูลค่าเกิน 5 แสนบาท/ปี - สนับสนุนผู้ขายที่ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมจัดซื้อ และส่งเสริมการขาย - ควบคุมอัตราสำรองคลังยาไม่เกิน 1.5 เดือน - ปรับปรุงข้อมูลรหัสยา เพื่อให้การเรียกเก็บเงินจาก สปสช. ครบถ้วน - จัดระบบงานให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ จัดให้มีระบบควบคุมภายใน เพื่อการตรวจสอบของหน่วยงานเอง	

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- SumAdj RW มีแนวโน้มดีขึ้น 3 รพ.ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.วังเหนือ รพ.แม่พริก และรพ. เมืองปาน <u>รายจ่าย ผลการวิเคราะห์ต้นทุน จำแนกตามหน่วยต้นทุน ค่าแรง และต้นทุนยา ปีงบประมาณ 2567 เทียบกับค่ากลาง HGR</u> - จ.ลำปาง มีต้นทุนค่าแรง และค่ายาสูงกว่าต้นทุนอื่น และอัตราค่าตอบแทนสูงกว่าจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 1 - ปัญหาค่ายาอัตราการใช้และส่งต่อเพิ่มขึ้น รวมทั้งมูลค่ายาปรับ ราคาสูงขึ้น รวมทั้งหน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการ ปรับเพิ่มรายการยา พบว่า Item ที่มี ราคาสูงเข้ามาในระบบ <u>การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังฯ ไตรมาส 4/2567 ณ เดือน ก.ย.67 ลดความเสี่ยงวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ดังนี้</u> 1. บริหารแผนเงินบำรุง&แผนเงินสด หน่วยบริการรายสัปดาห์ /รายเดือน 2. ทบทวนค่าตอบแทนทีมสหวิชาชีพ ปรับอัตราจ่าย Fixed cost สสอ.&รพ.สต. 3. ควบคุมกำกับ การ แผนรายจ่าย ชะลอก่อหนี้นอกแผน ลดหนี้ที่ไม่จำเป็นและหนี้ใหม่ ควบคุมแผนรายได้ให้เป็นไปตามเป้าหมายการเคลมผ่าน FDH UC STP FWF และเร่งรัดพัฒนาโครงสร้างแต่ละแฟ้มให้ได้มาตรฐานที่กำหนด		

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
แผนงาน 9 Digital Health			
9.1 ยกระดับ SMART HOSPITAL TO SMART HEALTH CARE -การดำเนินการนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว	<u>ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด :</u> 1.ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน ของ รพ.ในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ระดับเงินขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ระดับทองขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ 15.38 3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT มากกว่าหรือเท่ากับ ผลงานประเมินตนเอง ร้อยละ 100 แต่ยื่นขอรับการรับรองร้อยละ 7.69 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ10 4. บริการการแพทย์ทางไกล ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 จำนวน 15,896 ครั้ง จำนวนคลินิก 33 แห่ง ให้บริการ telemedicine 32 แห่ง ร้อยละ 96.97 <u>การดำเนินการยกระดับ :</u> 1. การเตรียมความพร้อม - การแต่งตั้งคณะกรรมการ, เชื่อมโยงข้อมูล PHR การส่งข้อมูล FDH ผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ - Health ID และ Provider ID ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ ยังต้องติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2. การพัฒนาระบบบริการ - นัดหมายออนไลน์ : มีผลการดำเนินงานดี ได้แก่ รพ.เกาะคา - Telemed : มีผลการดำเนินงานดี ได้แก่ รพ.ลำปาง รพ.เกาะคา รพ.สบปราบ รพ.แม่ทะ รพ.งาว ตามลำดับ	Health ID : ดำเนินการเชิงรุกในพื้นที่ เน้นย้ำในส่วนราชการ และดำเนินการพิสูจน์ตัวตนในโรงเรียนและสถานศึกษา และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ใช้ครอบคลุมทั่วถึง การบันทึกข้อมูล : จัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด และประสานงานงานทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจนขึ้น สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลอัจฉริยะ HAIT และ Cyber Security : 1. หน่วยบริการจัดทำแผนการพัฒนา รพ.อัจฉริยะ และ Cyber Security ให้ได้มาตรฐาน TAM โดยใช้งบประมาณคุ้มค่า 2.HAIT เป็นการพัฒนาระบบคุณภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในองค์กร ในปีงบประมาณ 68 เป้าหมายการยื่นขอ ตราวงเยี่ยมและรับรองจาก TMI ได้แก่ รพ.เกาะคา และรพ.ห้างฉัตร <u>แนวทางการพัฒนาในปี 2568 :</u> การเตรียมความพร้อมหน่วยบริการ - ดำเนินการ Health ID อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีผลการดำเนินงานครอบคลุมประชาชน Type area 1 และ 3 - ดำเนินการ Provider ID ในทุกกลุ่มวิชาชีพ - ดำเนินการส่ง FDH และตรวจสอบความถูกต้องของการส่งข้อมูล เพื่อให้สามารถเรียกเก็บได้อย่างถูกต้อง การพัฒนาระบบบริการหน่วยบริการ - พัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการ โดยเชื่อมต่อกับระบบ MOPH หรือ หมอพร้อม Station - เข้าร่วมโครงการ Health Rider ทุก รพ. - เข้าร่วมโครงการ Lab ใกล้บ้านใน รพ. ระดับ M	- แจ้งขยายระยะเวลาโครงการ Cyber Security เพิ่มจำนวน 3 เดือน ขอให้ทุก รพ. ส่ง เอกสารขยายระยะเวลา มายังกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลฯ สสจ.ลำปาง ภายในวันที่ 27 ก.ย.67 ก่อนเวลา 12.00 น.

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน / GAP	What's next	ข้อเสนอแนะ
	- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล : มีผลการดำเนินงานดี ได้แก่ รพ.เกาะคา รพ.แม่เมาะ ตามลำดับ - Health Rider : รพ.ลำปางดำเนินการแล้ว และรพ.เกาะคา รพ.เถิน รพ.งาว จะเริ่มดำเนินการในเดือน ต.ค.67 - Leb ใกล้บ้าน : รพ.ลำปางดำเนินการแล้ว และมีแผนการพัฒนา รพ.ระดับ M ต่อไป 3.ปัจจัยการสนับสนุน - รพ.อัญริยะ : ระดับเพชรจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.ลำปาง รพ.แม่ทะ มีแผนพัฒนาใน รพ.อื่น ให้เข้าสู่ระดับทองและระดับเพชร ต่อไป - HAIT : รพ.ลำปาง ได้ดำเนินการแล้ว และมีแผนพัฒนาต่อใน รพ.เกาะคา และ รพ.ห้างฉัตร - มาตรฐาน Cyber Security : ดำเนินงานร่วมกับ บริษัท ชีวงคอมพิวเตอร์ ผลการดำเนินงาน ณ ปัจจุบัน ผ่านเกณฑ์สีเขียวแล้วทั้งหมด GAP 1.ผลงานดำเนินงาน Health ID ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนยังไม่มีโทรศัพท์ หรือ ใช้งานโทรศัพท์ รุ่นเก่าทำให้ไม่สามารถยืนยันตัวตนได้ การประชาสัมพันธ์ ไม่ครอบคลุมทั่วถึง 2. การบันทึกข้อมูลการบริการตามนโยบาย 30 บาท มีหลายช่องทาง และหลายเงื่อนไข ซ้ำซ้อนในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล รวมถึงการเคลม 3. การดำเนินการ โรงพยาบาลอัญริยะ HAIT และ Cyber Security ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน	ปัจจัยการสนับสนุนหน่วยบริการ - พัฒนาระบบ IPD Paperless ในทุก รพ. เพื่อมุ่งสู่การพัฒนา รพ.อัญริยะ ระดับเพชร และ ระดับทอง - ยื่นขอรับการตรวจเยี่ยมและตรวจรับรอง HAIT ใน รพ. เกาะคา และ รพ.ห้างฉัตร - พัฒนาระบบ Cyber Security โดยใช้มาตรฐาน TAM การพัฒนา รพ.อัญริยะ สิ่งที่ต้องเตรียม ได้แก่ Software : โปรแกรม IPD Paperless (HM Merge, NEO) Hardware : เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ 2, เครื่องสำรองไฟฟ้าขนาด 10 kVA, คอมพิวเตอร์แท็บเล็ต แบบที่ 1 และเครื่องคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก สำหรับงานประมวลผล การพัฒนา Cyber Security ปี 68 หากใช้เกณฑ์ TAM ยังต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติม ให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดต่อไป	

ภาคผนวก

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567																
ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่อุสุ	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข จ.ลำปาง																
ยุทธศาสตร์ที่ 1																
อนามัยแม่และเด็ก																
◇ อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ต่อแสนการเกิด มีชีพ	<17	127.22 (3 ราย)	1 ราย	1 ราย	0	0	0	0	0	1 ราย	0	0	0	0	0
◇ ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนัก <2,500 g	ร้อยละ	≤7	9.08	12.24	8.84	6.63	9.17	9.03	4.4	9.6	6.92	8.83	6.63	9.86	12.08	7.76
◇ ทารกแรกเกิดน้ำหนัก >2,750 g	ร้อยละ	≥80	75.65	76.57	75.13	77.34	72.47	72.25	76.92	75.2	75.38	77.78	75.3	77.46	77.18	73.27
เด็กปฐมวัย																
◆ เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	≥68	55.67													
- มีภาวะเตี้ย	ร้อยละ	≤10	11.18	9.32	10.28	10.26	14.29	7.68	14.41	10.97	17.07	10.98	13.21	10.43	11.82	10.75
- มีภาวะพอม	ร้อยละ	≤5	7.66	7.71	9.22	7.58	7.24	6.86	6.6	8.14	7.67	10.2	9	6.41	8.13	5.07
- มีภาวะอ้วน	ร้อยละ	≤5	3.99	3.18	4.24	4.06	4.31	3.28	4.69	3.02	4.58	6.67	4.44	4.02	4.96	4.48
◆ เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	≥86	88.68	84.3	81.62	95.78	87.74	93.29	93.43	97.01	91.36	87.23	96.67	92.07	87.62	75.31
- ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	≥90	91.19	86.69	84.16	97.65	93.87	94.27	97.01	98.21	93.42	88.32	97.61	95.12	91.43	79.4
- ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	≥20	20.9	19.81	16.28	27.41	18.31	19.88	25.67	24.21	22.91	12.4	14.27	29.49	21.44	20.79
- เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	≥90	91.33	87.38	86.72	100	70.54	99.25	96.77	96.48	94.81	93.33	96.99	95.59	88.71	76.7
วัยเรียน																
◇ ร้อยละ 100 ของโรงเรียน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน”	ร้อยละ	100	79.7	ในเขต (65) นอกเขต (46.9)	80	100	93.3	66.7	100	90.5	96	80	72.2	75	75	100
◇ ร้อยละ 100 ของร้านค้ารอบรั้วโรงเรียน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน	ร้อยละ	100	58.7	ในเขต (22.2) นอกเขต (38.8)	75	100	60.5	45.1	100	97	17.1	53.3	72.2	76.5	86.5	100
วัยรุ่น																
◇ จำนวนเนื้อหาสื่อที่โฆษณาช่องทางสื่อ ของวัยเรียน วัยรุ่นลำปาง	ร้อยละ	100	88.03	55.56	0	52.78	0	38.89	291.67	277.78	16.67	108.33	136.11	75	91.67	0
◇ การแชร์ สื่อสุขภาพ ที่ลงในช่องทางสื่อ ของวัยเรียน วัยรุ่นลำปาง	ร้อยละ	50	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
◇ ความพึงพอใจ ช่องทางสื่อ วัยเรียน วัยรุ่นลำปาง	ร้อยละ	80	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
วัยทำงาน																
◇ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค DM	ร้อยละ	≥72	81.27	75.04	74.88	84.62	88.51	69.86	95.56	97.46	87.63	69.39	89.04	97	60.41	80.49
◇ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค HT	ร้อยละ	≥85	89.45	80.79	92.69	99.85	98.17	93.25	98.38	98.38	95.98	86.67	97.65	97.9	81.49	87.96
◇ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C<7)	ร้อยละ	≥40	31.7	34.5	29.29	39.35	35.84	28.19	17.69	25.91	37.71	46.95	25.61	30.61	26.94	26.04
◇ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี (BP<140/90 mmHg)	ร้อยละ	≥60	59.21	38.19	69.07	66.92	70.18	62.83	71.55	66.3	71.57	75.13	64.52	75.18	64.23	70.73
วัยสูงอายุ																
◇ มีการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพกลุ่มอายุ 50-59 ปีขึ้นไป ระดับตำบล	ร้อยละ	40	54	47.37	44.44	100	71.43	60	100	0	50	100	50	100	0	80
◇ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล (กลุ่มติดเตียง, เปราะบาง , ล่าพึ่ง)	ร้อยละ	85	89.43	90	80.62	88.15	94.14	93.45	100	85.15	99.77	96.44	95.78	88.1	79.17	86.02
◇ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล	ร้อยละ	≥96.75	97.54	97.75	98.08	96.67	98.31	97.49	96.91	97.37	97.92	96.27	96.74	98.12	97.58	98
◇ ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	100	99.32	100	100	100	90.91	98.08	100	100	100	100	100	100	100	100
◇ ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	100	98.61	100	100	100	92.31	91.21	100	100	100	83.78	100	100	100	100

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567																
ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่อุสุ	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
ปฐมภูมิ																
◇ จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 2,750 หน่วย	ร้อยละ	43	100 (ทั้งจังหวัด 59 ทีม)	18 ทีม	5 ทีม	4 ทีม	3 ทีม	3 ทีม	2 ทีม	4 ทีม	4 ทีม	1 ทีม	5 ทีม	2 ทีม	5 ทีม	3 ทีม
◇ อำเภอสุขภาพดี	ร้อยละ	100	100 (13 แห่ง)	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง
◇ อสม. มีศักยภาพในการจัดการบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ร้อยละ	65	68.03	62.01	49.06	52.77	85.93	61.52	69.29	61.69	56.9	65.73	70.28	67.87	59.59	55.85
ยุทธศาสตร์ที่ 2																
◇ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มศักยภาพการบริการตามความต้องการของประชาชน บริบท ศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่														-การนัดคิวออนไลน์ -การรับยาใกล้บ้าน -Tele medicine -App หมอพร้อม -Smart OPD -Home Ward		
STEMI																
◇ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	<9	6.5	6.6	0	0	14.28	0	0	0	14.29	0	0	0	0	2.94
◇ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (SK+PPCI)	ร้อยละ	≥60	61													
STROKE																
◇ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ข้อมูลจาก HDC วันที่ 24 ก.ย. 67	ร้อยละ	≤7	7.2 (HealthKPI 8/9/67) (6.22 SP 9 ต.)	10.14	3.02	3.23	1.49	0	6.98	0	0	0	3.3	3.23	0	0
◇ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke) (I63)	ร้อยละ	≤5	4.25 (10 ต.) (2.43 SP 9 ต.)	6.4	1.3 0.68	1.82	0	0	7.14	0	0	0	2.44	15.38	0	0
◇ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)(I60-I62)	ร้อยละ	≤25	16.89 (10 ต.) (17.24 SP 9 ต.)	21.28	2.63 6.25	11.36	6.67	0	33.33	0	0	0	5.88	0	0	0
◇ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	≥80	68.28	N/A	83.47	99.18	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
◇ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที	ร้อยละ	≥65	89.86	N/A	50.25	100	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CKD																
◇ ร้อยละการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM และ/หรือ HT	ร้อยละ	>80	75.27	70.02	68.6	77.45	74.19	73.7	56.8	73.42	71.08	75.35	75.45	80.06	64.62	68.59
◇ ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5ml/min/ 1.73m2/yr	ร้อยละ	>67	69.32	67.85	73.77	75.92	68.24	66.98	77.21	69.97	59.45	75.58	70.5	79.76	58	69.82
◇ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	ราย <ร้อยละ 10 ของ งบประมาณก่อน	-	38.79			22				11.24		3.21	ลดลง 1.37			

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567																
ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่อุริก	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
CANCER																
◇ อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี	ร้อยละ	≥80	80.24		75.04	94.94					86.71	86.87	84.88		79.68	68.41
◇ อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี	ร้อยละ	≥60	74.59		27.8	สสสม 5 ปี ได้ 100.42%					60.8				40.37	42.91
◇ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(ที่มา : รายงานแยก)	ร้อยละ	≥50	94.44	75.25	100	100	101.06	100.14	105	100	110.71	102.8	100	100.82	124.33	107.46
◇ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy(ที่มา : รายงานแยก)	ร้อยละ	≥50	75.17	76.33	98.27	82.58	60.53	80.15	73	73.4	56.52	48.39	73.19	63.24	75.89	76.29
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ 5 โรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด																
◇ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ 5 โรค ได้รับการรักษาการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	≥77	89.77													
◇ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ 5 โรค ได้รับการรักษาเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	≥77	89.03													
◇ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ 5 โรค ได้รับการรักษารังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	≥77	82.01													
จิตเวชและยาเสพติด																
◇ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ต่อแสนประชากร	≤8.0	14.97		19.06	8.87	21.01	20.54		17.3	11.83	6.7	10.68		18.3	21.73
◇ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	90	89.18		88.33		100	90.48		87.5		100	88.88			85.75
◇ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ร้อยละ	≥55	91.18									100	92.56			
◇ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ากระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ	≥62	63.99			90		88.24		65						81.81
TRAUMA																
◇ อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality)	ร้อยละ	<5	10.2							17.29	4.28			15.25		
◇ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	ร้อยละ	<10	7.6		7.65							0				
◇ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ	≥27	21		7.18		12.5			8.37	7.22	59		16.57		14.77
TB																
◇ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) จากค่าคาดประมาณ 155 ต่อแสนประชากร	ร้อยละ	≥85	69.48	73.1	86.67	50.56	81.36	34.43	57.45	104.94	52.24	54.53	100	33.99	55.84	56.07
◇ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	88	66.17	57.16	86.7	44.44	80	33.3	75	64.29	66.7	50	66.7	100	83.4	83.3
SEPSIS																
◇ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired	ร้อยละ	<26	40.99					0.62					3.13	4.11		2.13
◇ ร้อยละของผู้ป่วย Septic shock ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.	ร้อยละ	40	26.19 (ข้อมูลเฉพาะเดือนก.ค.67)		90	89.47							7.8			

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่พริก	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
ยุทธศาสตร์ที่ 3																
◇ การจัดให้มีผู้บริหารที่มีศักยภาพสูงทันต่อการเปลี่ยนแปลงไม่น้อยกว่า 80% ของจำนวนที่สูญเสีย	ร้อยละ	>80	NA													
◇ ร้อยละการบริหารตำแหน่งว่าง	ร้อยละ	≤4	0.18 (3/1706)													
◇ บุคลากรระดับบริหารได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	≥90	NA													
◇ บุคลากรที่อยู่ใน Succession Plan ได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	>80	NA													
◇ บุคลากรตามวิชาชีพ ได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	>60	NA													
ยุทธศาสตร์ที่ 4																
การบริหารการเงินการคลัง																
◇ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)	ร้อยละ	≤2	0	รพ.ลป. ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 6	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 6	ระดับ 1	ระดับ 1
◇ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)	ร้อยละ	≤4	15.38 (2 แห่ง)	รพ.ลป. ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 6	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 6	ระดับ 1	ระดับ 1
◇ รพ. ที่มี TPS ระดับ B ขึ้นไปมากกว่า 80%	ร้อยละ	>80	23.08 (3 แห่ง)	รพ.ลป. A	C	B	C	D	D	C	C	D	C	D	B	D
◇ หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพระดับดี+ดีมาก	ร้อยละ	>95	93													
Digital Health																
◇ ยกกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน เชื่อมโยงข้อมูล PHR	ร้อยละ	100	100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
◇ โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ระดับทองขึ้นไป	ร้อยละ	15	15.38 (2 แห่ง)	รพ.ลป. (ระดับเพชร)									ระดับเพชร			
◇ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (รพ.ที่ยื่นขอรับรอง)	ร้อยละ	≥10	7.69 (1 แห่ง)	รพ.ลป. /	มีกระบวนการพัฒนา										มีกระบวนการพัฒนา	
◇ บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	≥60	100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ตัวชี้วัดตามนโยบายสาธารณสุข (13 Quick Win) ** ที่ไม่มีในยุทธศาสตร์																
QW1 โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์																
◇ เครือข่ายราชทัณฑ์มีนสุขภาพ	แห่ง	2	2													
◇ ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรอง CXR	ร้อยละ	100	100													
◇ ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรอง CXR	ร้อยละ	90	100													
QW3 สุขภาพจิต/ยาเสพติด																
◇ นิติบัญญัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	30	100							3.11				4.74	29.54	26.8
◇ หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน รพ.ศ./รพท.	ร้อยละ	70	100													
◇ รพช. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ร้อยละ	100	100													

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567																
ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่พริก	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
QW4 มะเร็งครบวงจร																
◇ มีทีม Cancer Warrior	ทีม		5 ทีม													
◇ ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	100	130.14 (11,227/18,026)													
◇ ผู้ป่วยคัดกรอง CA Cx ได้รับการส่องกล้อง	ร้อยละ	≥ 70%	100 (223/223)													
QW5 สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร																
◇ มี Care D+ Team ในหน่วยบริการทุกระดับ			27 แห่ง (อำเภอ26+สสจ1)													
รพ.	ทีม			รพ.ลป. 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
สสอ.	ทีม			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
◇ จำนวนข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข/ปรับปรุง (เรื่อง/ราย)	ร้อยละ		99.60 (250/ 251 ราย)													
รพ.	เรื่อง/ราย		สสจ. 40	รพ.ลป. 58	7	3	-	14	10	-	-	-	21	-	-	7
สสอ.	เรื่อง/ราย			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◇ จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับความช่วยเหลือจาก Care D+ team (ราย)			148 ราย													
รพ.			สสจ. 13	รพ.ลป. 58	7	29	-	16	-	-	-	-	21	-	-	-
สสอ.				-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-
◇ จำนวนอุบัติเหตุผู้ป่วยทรุดลง ระดับ E up ที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า มากกว่าร้อยละ 50	ราย		3 ราย	-	-	-	-	-	-	-	-	-	รพ.แม่ทะ 5	-	-	-
◇ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า ร้อยละ 95	ร้อยละ	>95	เฉลี่ย (83.96)													
รพ. (แผนก OPD)	ร้อยละ	>95		รพ.ลป. -	-	86.88	-	95.84	-	-	-	-	81.5	80.59	85.25	100
◇ จัดตั้งคลินิกสุขภาพทางการเงินในโรงพยาบาล	แห่ง		14 แห่ง													
รพ.			สสจ. 1	รพ.ลป. -	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	2
สสอ.				1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
◇ จัดกิจกรรมของคลินิกสุขภาพทางการเงิน	แห่ง		14 แห่ง													
รพ.			สสจ. 1	รพ.ลป. -	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	1	2
สสอ.				1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
◇ จำนวนบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมในคลินิกสุขภาพทางการเงิน (ราย)	ราย		1,380 ราย (ได้รับการแก้ไข 211 ราย/ยื่นคำร้อง 511 ราย) คิดเป็นร้อยละ 41.29													
รพ.			สสจ. 20	รพ.ลป. -	-	292	-	26	-	47	-	-	1	3	12	4
สสอ.				25	9	-	-	-	-	-	-	-	5	30	-	-
QW6 การแพทย์ปฐมภูมิ																
*เข้ากัน ยุทธศาสตร์																

รายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย 2567	จังหวัด	อ.เมือง	อ.เกาะคา	อ.เด่น	อ.แจ้ห่ม	อ.แม่เมาะ	อ.เสริมงาม	อ.งาว	อ.วังเหนือ	อ.แม่อุสุ	อ.แม่ทะ	อ.สบปราบ	อ.ห้างฉัตร	อ.เมืองปาน
QW8 สถานชีวาภิบาล																
◇ จัดตั้งสถานชีวาภิบาล	ร้อยละ	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
◇ จัดตั้ง Hospital at Home/Home ward	ร้อยละ	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
◇ ดูแลตาม Advance Care Planning ในผู้ป่วย ระดับประคอง	ร้อยละ	≥70	43.92	36.37	6.12	37.5	47.74	37.56	91.46	22.99	4.35	90.51	58.08	48.05	75.86	61.47
◇ รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ	≥50	92.31	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
◇ ศูนย์ชีวาภิบาลใน รพ.	ร้อยละ	50	100													
QW9 พัฒนา รพช.แม่ข่าย																
*เข้ากัน ยุทธศาสตร์ (SAP)																
QW10 ดิจิทัลสุขภาพ																
*เข้ากัน ยุทธศาสตร์																
QW11 ส่งเสริมการมีบุตร																
◇ คลินิกส่งเสริมการมีบุตร (IUI)		100	100													
◇ ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองกลุ่มโรคหายาก 40 โรค		95	99.86													
◇ อัตราตายทารกแรกเกิด ≤28 วัน		<3.6ต่อ1000 การเกิดมีชีวิต	5.67													
QW12 เศรษฐกิจสุขภาพ																
◇ Health Cities Models	แห่ง	1	1													
◇ Wellness Center สถานประกอบการด้านการ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้น																
◇ Wellness Center /แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม	แห่ง		- Wellness Center 38 แห่ง - Thainess Wellness Destination 10 แห่ง - แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4 แห่ง													
◇ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการส่งเสริม และได้รับการอนุญาต	ร้อยละ	60	100													



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๘

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

วัน/เดือน/ปี : ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ : รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล

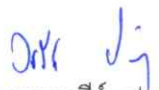
รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
(การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗)

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง


(นางสาววรรวิรี ปวงคำ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๑๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗


(นายสุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง
วันที่ ๑๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่


นางสาวศุภลักษณ์ บุญลิธาน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
วันที่ ๑๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗