

แผนพัฒนาองค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)							
แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)							
1	พัฒนาสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ จังหวัดน่าน (ประเด็นมุ่งเน้น)	1. ประชาชนเข้าถึงบริการ ด้านสาธารณสุข	<u>ด้านการรักษาพยาบาล</u> 1. เจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพ ประชาชนสามารถให้การ รักษาพยาบาลพื้นฐาน การ รักษาทางไกล และการส่ง ต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น	1. เจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพประชาชนมี ความรู้พื้นฐานแต่ยังขาดความมั่นใจในการทำ หัตถการ	1. กำหนดหลักสูตรกลางสำหรับอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะการรักษาพยาบาลและหัตถการ ให้แก่ จนท.ประจำสุขภาพประชาชนและอส.	1. อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลและ หัตถการ ให้แก่ จนท.ประจำสุขภาพประชาชน 2. จัดทำแนวทางการดูแลบาดแผล (CPG) ไว้ในสุขภาพ ประชาชน	1. เจ้าหน้าที่สุขภาพ ประชาชนมีความมั่นใจในการ รักษาพยาบาล สามารถให้บริการได้ ต่อเนื่อง
				2. ไม่มีผู้มาปฏิบัติงานแทน กรณีเจ้าหน้าที่ ประจำสุขภาพติดภารกิจ/ไม่สามารถอยู่ ปฏิบัติงานได้		3. อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลและ หัตถการ ให้แก่ อสม.อย่างน้อยแห่งละ 10 คน เพื่อให้ หมอนเวียนมาช่วยงานในสุขภาพประชาชน 4. จัดให้มี อสม.หมอนเวียนมาช่วยงานในสุขภาพฯ และ มาอยู่ช่วยรักษาความปลอดภัย	2. ประชาชนสามารถ รับบริการ รักษาพยาบาล ณ สุขภาพประชาชน ได้ต่อเนื่อง
				3. ระบบ Internet สำหรับรักษาทางไกลของ TOT ใช้งานไม่ได้	2. ประสานงานกับ TOT ให้พัฒนาระบบ Internet ที่เหมาะสมกับพื้นที่ 3. จัดหาระบบสื่อสารอื่นมาใช้งานเสริมควบคู่กับ TOT	5. จัดทำแผนค่าใช้จ่ายรองรับค่าบริการระบบสื่อสาร	3. สามารถ ติดต่อสื่อสารเพื่อ รักษาทางไกลได้
				4. การรับ-ส่งผู้ป่วยมีความยากลำบากในการ เดินทาง มีรถรับ-ส่ง แต่ไม่สามารถขับเข้าพื้นที่ ได้		6. พัฒนาให้มีกองทุนส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน และร่วมกัน จัดทำแนวทางปฏิบัติในการรับ-ส่งผู้ป่วย	4. สามารถส่งต่อ ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินได้

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
1	พัฒนาสุขภาพ พระราชทานในพื้นที่ จังหวัดน่าน	(ประชาชนเข้าถึงบริการด้าน สาธารณสุข)	<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</u> 2. หญิงตั้งครรภ์และหญิง หลังคลอด ได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สุข ศาลาพระราชทาน อสม. และแกนนำด้านสุขภาพ ร่วมกับ รพ.สต.แม่ข่าย	1. ขาดกระเปาะเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมกับพื้นที่ 2. เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะการคัดกรองความ เสี่ยงในการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ ถูกต้องครบถ้วน	1. จัดหากระเปาะเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับพื้นที่ 2. จัดทำ CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์สนับสนุนให้ สุขภาพดี	1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับงานส่งเสริม สุขภาพ ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, เด็ก 0-5 ปีที่ต้อง ติดตามโภชนาการ, เด็ก 0-5 ปีที่ต้องส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น และพัฒนาศักยภาพ อสม. ประจำสุขภาพ พระราชทาน ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริม สุขภาพตาม กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่	1. มีกลุ่มเป้าหมายที่ ชัดเจนสำหรับการ ดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ 2. มี อสม. เชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริม สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โภชนาการ และ พัฒนาการเด็ก มา ช่วยงานในสุขภาพ พระราชทาน 3. เจ้าหน้าที่มี กระเปาะเยี่ยมบ้านที่ เหมาะสมกับพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย
			3. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับ ติดตามภาวะโภชนาการ เป็นรายบุคคล โดย เจ้าหน้าที่สุขภาพ พระราชทาน อสม. และแกน นำด้านสุขภาพร่วมกับ รพ. สต.แม่ข่าย				

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
1	พัฒนาสุขภาพ พระราชทานในพื้นที่ จังหวัดน่าน		4. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการตามกิจกรรม Triple-P โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพศาลาพระราชทาน อสม. และแกนนำด้านสุขภาพร่วมกับ รพ.สต.แม่ข่าย	1. อุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังไม่เพียงพอ	1. จัดทำแผนซื้อวัสดุส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เพียงพอทุกพื้นที่		4. มีอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เพียงพอ
		2. ชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพสามารถพึ่งตนเองได้ (การจัดการสุขภาพชุมชนโดยใช้หลักการงานสาธารณสุขมูลฐาน ศาสตร์พระราชทาน และการพัฒนาที่ยั่งยืน)	<u>ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในพื้นที่สุขภาพศาลาพระราชทาน</u> 1. สร้างครัวเรือนต้นแบบการจัดการสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ 20 ของครัวเรือน 2. ขยายการจัดการสุขภาพชุมชน ไปยังกลุ่มบ้านบริวารอย่างน้อย 1 กลุ่มบ้าน	--บางพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย ขาดการประสานบูรณาการทำงานร่วมกัน --ขาดความต่อเนื่อง และการสร้างรูปธรรมของการพัฒนาสุขภาพชุมชน --ในช่วงฤดูฝน ไม่สามารถเข้าไปติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ได้	1. ทบทวนกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาร่วมกัน(สิ่งที่ทำได้ สิ่งที่ต้องปรับปรุง สิ่งต้องเพิ่มเติม) ร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายประเด็นที่ผ่านมา : น้ำสะอาด ความมั่นคงทางด้านอาหาร อาหารปลอดภัย การจัดขยะและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การลดปัจจัยเสี่ยง(เหล้า บุหรี่ สารเคมีการเกษตร) สมุนไพรพื้นบ้าน เศรษฐกิจชุมชน (การลดรายจ่ายในครัวเรือน) มาตรการชุมชน และอื่นๆ พร้อมทั้งจัดทำแผนปรับปรุงพัฒนา 2. จัดทำข้อมูลชุมชน (Mapping ข้อมูลครัวเรือนที่มีน้ำสะอาด ใช้ ปลุกพืชผักสวนครัว/สมุนไพร ครัวเรือนสะอาด ต้มเหล้า บุหรี่ ลดสารเคมี ลดรายจ่าย อื่นๆ) 3. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพชุมชนในระดับพื้นที่ตามแผนที่ไปทบทวนและพัฒนา 4. จัดกระบวนการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ (พอเพียง : น้ำดื่มสะอาด ครัวเรือนสะอาด ผักสวนครัว/สมุนไพร ลดรายจ่าย) เป้าหมาย : บ้านผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สุขภาพศาลา และผู้สนใจ 5. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 6. จัดเวทีเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และสรุปบทเรียนการทำงานร่วมกัน	1. กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาระดับอำเภอ(พขอ.) ระดับตำบล(พชต.) พร้อมทั้งกำหนดกลไก วิธีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 2. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ของแกนนำชุมชน อสม. ชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ตั้งแต่จัดทำฐานข้อมูลชุมชน ทบทวนกระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านมา ปรับทำแผนปรับปรุงพัฒนา 3. สนับสนุนผลักดันการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ (พอเพียง : น้ำดื่มสะอาด ครัวเรือนสะอาด ผักสวนครัว/สมุนไพร ลดรายจ่าย) 4. ผลักดันการขับเคลื่อนแผนที่ปรับปรุงพัฒนาไปสู่การปฏิบัติการสร้างรูปธรรมในพื้นที่ 5. สนับสนุน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 6. จัดเวทีเรียนรู้ระดับพื้นที่ ทั้งระหว่าง และหลังดำเนินการสรุปบทเรียนการทำงาน	1. แกนนำชุมชนมีศักยภาพ ทักษะกระบวนการ ในการจัดการสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน 2. มีครัวเรือนต้นแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ที่สามารถนำไปขยายผลต่อได้

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
2	โครงการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กและการสร้างวินัยเชิง บวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในเด็กปฐมวัย (ประเด็นมุ่งเน้น)	- สร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการ ดูแลเด็ก 1) พัฒนาการสมวัย 2) ผู้ปกครองมีความรู้และ สามารถใช้คู่มือ DSPM และ กระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้ โปรแกรม TripleP 3) ขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียง มีความพร้อมในการดำเนินงาน	- ผู้ปกครองสามารถใช้คู่มือ DSPM ได้ อย่างน้อยร้อยละ 80	เด็ก - ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวไม่เหมาะสม ขาดการกระตุ้นพัฒนาการ และการติดตามอย่าง ต่อเนื่อง ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก - พ่อแม่ ผ่านการอบรมการใช้คู่มือ DSPM แต่ ไม่ได้อยู่เลี้ยงดูเด็ก - ป่วย-ตายาย ไม่ได้ผ่านการอบรมการใช้คู่มือ DSPM แต่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก - ผู้ปกครอง ใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและ ประเมินพัฒนาการเด็กไม่เป็น จนท.สาธารณสุข 1. ความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมของกลุ่ม เจ้าหน้าที่และครูผู้ดูแลเด็ก 2. จนท.ขาดทักษะในการใช้ TEDA4I	1. พัฒนาศักยภาพ ทักษะ เสริมสร้างความมั่นใจใน การทำกิจกรรม Triple-P การใช้คู่มือ DSPM แบบประเมิน EQ ประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็ก จนท.สอ สม. 3. จัดทะเบียน จนท. (ครู ก-ข) และผู้ดูแลเด็กที่ผ่าน การอบรม 3. ประเมินทักษะการใช้คู่มือ DSPM ให้ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4. ขยายพื้นที่เพิ่มอีก 1 ศูนย์เด็กเล็ก และควรมีการ ประเมินศักยภาพของพื้นที่ให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ (Mapping จำนวนศพด.ในจังหวัดน่านที่ได้ดำเนินการ แล้ว จำนวน 36 แห่ง และที่ดำเนินการไปแต่ไม่ครบ กระบวนการอีก 101 แห่ง) 5. กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของ อำเภอ 6. มีการติดตามเด็กที่ผ่านกระบวนการ Triple P จน ถึงป.1 (วัด EQ ก่อนและหลัง) และมีระบบการติดตาม เด็กที่เข้าไม่ครบกระบวนการ 7. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ถอดบทเรียนพื้นที่นำ ร่องได้ดี นำไปเป็นต้นแบบในการดำเนินงานสำหรับ พื้นที่ใหม่	1. สร้างความเข้าใจที่ตรงกันเรื่องกระบวนการในการทำ กิจกรรม Triple-P ในระหว่างครู ผู้ปกครอง จนท.สา ธารณสุข และทีมวิทยากรกระบวนการ 2. สร้างทีมงานวิทยากรกระบวนการในระดับอำเภอ เพื่อ ขับเคลื่อน กิจกรรม Triple P ในระดับอำเภอ เช่น ที่ มอ.ปัว บ่อเกลือ พุ่งช้าง และเชียงกลาง 3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายใครเป็นผู้ เลี้ยงดูเด็ก จริงให้ความรู้การใช้คู่มือ DSPM 4. ทบทวนกระบวนการ Triple P และ DSPM ในกลุ่ม จนท. และจัดทำ Guideline ในการดำเนินงาน 5. คัดพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความพร้อมเข้าร่วม โครงการเพิ่มอีก 1 แห่ง รวมเป็น 3 แห่ง ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในโรงเรียน 6. ศูนย์เด็กเล็กที่ขยายเพิ่มไม่ใช่เป้าหมายของจังหวัด ต้อง ประเมินให้ได้ตามมาตรฐานตามเกณฑ์.	- ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กใน ปกครองของตนเอง - จนท.และผู้เลี้ยงดู เด็กมีความรู้และ สามารถใช้คู่มือ DSPM ได้ถูกต้อง - ขยายผลไปยังพื้นที่ ที่มีความพร้อมต่อไป

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
3	คนไข้ในพระราชานุเคราะห์ คนไข้ที่ได้รับประทานเงิน ช่วยเหลือ ฯลฯ (ประเด็นมุ่งเน้น)	ผู้ป่วยทุกคนได้รับความ ช่วยเหลือครอบคลุมทุกด้าน โดยบูรณาการกับเครือข่ายสห สาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ได้รับการติดตามเยี่ยมทุกราย ร้อยละ 80	1. ระบบฐานข้อมูลไม่ครบถ้วน 2. ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือไม่ครอบคลุมทุก ด้าน 3. ขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. มีผู้ป่วยที่ขอเป็นคนไข้ในพระบรมราชานุ เคราะห์ ที่ควบคุมไม่ได้	1. จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการ จัดการส่งต่อผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ฯ ระดับ จังหวัด เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและขับเคลื่อน การทำงาน ทุก 3 เดือน 2. จัดทำแผนการดูแล ติดตาม และพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ (แผนรายบุคคล) ให้เป็น ระบบเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. จัดทำระบบฐานข้อมูล ให้มีการบันทึกข้อมูล ติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วย การรักษา และการส่งต่อ สามารถ ประมวลผลได้ (ข้อมูลเดียวกันทั้งจังหวัด ตั้งแต่ ตำบล อำเภอ จังหวัด) 4. ประสานขอความอนุเคราะห์ที่พัก การช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาและค่าใช้จ่าย อื่นๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5. จัดทำกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมรา ชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยด้อยโอกาส จังหวัดน่าน 6. จัดทำเวที สรุปผลการดำเนินงานฯ ภาพรวมจังหวัด น่าน จำนวน 1 ครั้ง/ปี 7. กำกับติดตามระดับจังหวัด ตามไตรมาส และในที่ ประชุม กวป.	1. จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการ จัดการส่งต่อผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ฯ ระดับอำเภอ (แล้วแต่บริบทพื้นที่) 2. อำเภอจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care Plan) เพื่อติดตามออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (ตามไตร มาส) โดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับอำเภอ และสหสาขาวิชาชีพ (สาธารณสุข ปกครอง กาชาด) ส่งจังหวัด 3. มีทะเบียนผู้ป่วย บันทึก รวบรวม รายงานข้อมูลติดตาม เยี่ยมผู้ป่วย และประสานการส่งต่อเพื่อรับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ 5. รายงานผล.ตามแบบฟอร์ม.. ทุกไตรมาส	- ผู้ป่วยในพระราชานุ เคราะห์ ได้รับการ ติดตามเยี่ยมทุกราย - มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ ถูกต้อง ครบถ้วน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
4	แม่และเด็ก (ประเด็นรอง)	ลดแม่ตาย ลูกตาย	1) อัตราส่วนการตายมารดา ไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนเกิดมี ชีพ	มารดาหลังคลอดตาย 1 ระบบบริการ 1. ทักษะบุคลากรในการประเมินและจัดการภาวะ เสี่ยง 2. อัตราการกำเริบไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่หมอนเวียน 3. การประสานงานและการส่งต่อกรณีฉุกเฉินจาก รพช. ยังไม่คล่องตัว 4. การส่งต่อแม่และเด็กหลังคลอด เพื่อการดูแล ต่อเนื่องใน รพช./รพ.สต./ชุมชน	1. จัดระบบข้อมูลความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ (เป้าหมาย Detect high risk 30%) 1.1 จัดทำแนวทางประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 1.2 วางแผนการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคทางอายุกรรม โรค auto-immune หรือโรค เรื้อรังที่คุมอาการไม่ได้ โรคทางจิตเวช เป็นต้น 1.3 จัดระบบคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ เพิ่ม การเข้าถึงบริการของหญิงไทย อายุ 35 ปี ขึ้นไป ทุก สิทธิการรักษา ไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. จัดทำและปรับปรุงแนวทางส่งต่อสายเหนือ สาย กลางรวมได้ระบบปรึกษา Staff และ ระบบ Line group one province one LR 3. นำร่อง ANC premium ในอำเภอนาน้อย และ ขยายแนวคิดสู่อำเภออื่น ภายในปี 2563 เพื่อให้ทารก แรกเกิด BW>2800 กรัม และความยาว >49 ซม. เพื่อส่งผลให้ เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	1. ประเมินความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ จัดระดับความเสี่ยง 4 ระดับ ติดป้ายหน้าสมุดฝากครรภ์ 1.1 จัดทำ Individual care plan รายเสี่ยงสูง 1.2 วางแผนการตั้งครรภ์ การคลอด คลอดและการส่งต่อ 1.3 รพช.จัดระบบคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ และ การส่งสิ่งส่งตรวจ ไปศูนย์วิทย์ เขต 3 นครสวรรค์ รพช.ปัว/รพ.น่าน รับส่งต่อ กรณีมารดามีภาวะเสี่ยง จาก รพช. เพื่อ PND และส่ง Karyotyping ศูนย์วิทย์ เขต 3 นครสวรรค์ และให้บริการยุติการตั้งครรภ์ 2. อำเภอนาน้อยนำร่อง ANC premium และอำเภออื่นๆ ที่มีความพร้อมและสมัครใจดำเนินการ หรืออาจใช้ แนวคิดบางประเด็น ปรับใช้ในการบริการ ANC 3. จัดประชุมวิชาการ/การทบทวน Case/ส่งบุคลากรเข้า รับการอบรมวิชาการทางอนามัยแม่และเด็ก เพื่อมาเป็น ครู ก ในเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 4. จัดซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและกุมารเวช กรรมปีละ 1 ครั้ง 5. ติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และในกรณีที่มีความเสี่ยง สูงให้เยี่ยมทันที	การให้บริการที่มี คุณภาพตามมาตรฐาน
				ผู้รับบริการ การรับรู้ความเสี่ยงและตัดสินใจเข้ารับการ รักษาล่าช้า	1. จัดทำแนวทาง/คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ฉบับจังหวัดน่าน แผนก ANC PP WCC และการเยี่ยมบ้าน 2. กำกับ การดำเนินงานของพื้นที่ให้เป็นรูปธรรมตาม บริบทของพื้นที่	1. Empowerment มารดาและครอบครัว ผ่านการจัด กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในแผนก ANC PP WCC การรับรู้ ความเสี่ยง 2. การดูแลตนเอง สื่อสารความเข้าใจการใช้ คู่มือ DSPM สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน	ผู้รับบริการดูแลตนเอง และไม่มีแม่ตาย

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
4	แม่และเด็ก (ประเด็นรอง)			<p>การควบคุมกำกับ</p> <p>1. การเยี่ยมเสริมพลังโดยทีม MCH ระดับจังหวัดยังไม่ครอบคลุม</p> <p>2. การกำกับให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐาน/CPG</p>	<p>1. คณะกรรมการ MCH ระดับจังหวัด เยี่ยมเสริมพลัง 15 อำเภอ</p> <p>* ระบบบริการ ANC LR PP WCC</p> <p>* ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>* สะท้อนปัญหา</p> <p>2. นิเทศงานรอบปกติ คปสอ. 15 อำเภอ</p>	<p>1. ประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562</p> <p>2. วิเคราะห์ส่วนขาด และจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานทุกต้นปีงบประมาณ</p> <p>3. มี CPG / แนวทางการดำเนินงาน ในแผนก ANC LR PP WCC สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน สามารถใช้งานได้ทันที และมีการทบทวนกรณี Near miss (Case conference / Peer review) ในทีมสุขภาพระดับอำเภอ</p>	
				<p>ระบบข้อมูล</p> <p>1. ระบบข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมคุณภาพการติดตามทางคลินิก และการ M & E ในระดับจังหวัด</p> <p>2. การเข้าถึงสื่อสาธารณะ เพื่อเตือนภัยหญิงตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดู เด็ก 0-5 ปี ยังน้อย</p>	<p>1. ปรับปรุงระบบรายงาน</p> <p>1.1 การตายมารดา (กรมนามัย)</p> <p>1.2 รายงาน ก.2 แยก ANC+WCC กับ LR (สสจ. น่าน)</p> <p>2. จัดทำระบบข้อมูลความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่</p> <p>3. จัดทำระบบติดตามภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี (ก่อนขึ้น ป.1) โดยติดตามรายบุคคลตั้งแต่แม่ฝากครรภ์</p> <p>3.1 ภาวะโภชนาการมารดา (ภาวะซีด น้ำหนัก)</p> <p>3.2 น้ำหนักทารกแรกเกิด (ภาวะซีด น้ำหนัก)</p> <p>3.3 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือชั่งน้ำหนัก และทักษะการชั่งของเจ้าหน้าที่/อสม.</p> <p>3.4 ประเมินพฤติกรรมมารดาของแม่และเด็ก ระยะเวลาการกินนม</p>	<p>1. จัดทำรายงานส่ง สสจ. หลังสิ้นสุดบริการ 30 วัน หากมีกรณีมารดาตายในพื้นที่รายงานเข้า สสจ. ทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง ตามแนวทาง ปี 2562</p> <p>2. จัดทำระบบข้อมูลความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกราย จัดระดับความเสี่ยง จัดทำ Individual care plan รายรายที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>3. อำเภอแม่จริม และอำเภอสันติสุข นำร่องระบบติดตามภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย 0-5 ปี (ก่อนขึ้น ป.1) รายบุคคล (สสจ.ร่วมดำเนินงาน)</p>	มีการใช้ข้อมูลมาวางแผนในการดำเนินงานและประเมินเป็นระยะๆ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
5	พัฒนาการเด็ก (ประเด็นมุ่งเน้น)	เด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย และไม่เตี้ย	2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย > ร้อยละ 90 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน และส่วนสูง เฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 54	1. การใช้คู่มือ DSPM ในการกระตุ้นพัฒนาการ เด็กของผู้ปกครองมีน้อย (ข้อมูลสำรวจใช้ 50%) 2. ทักษะในการประเมินของเจ้าหน้าที่ในบางพท. ยังทำไม่ได้ 3. โรงเรียนพ่อแม่ ยังเป็นเชิงปริมาณ/การกระตุ้น พัฒนาการ	1.จัดทำแนวทาง/คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ตามแบบฉบับ จังหวัดน่าน (ใน รพ./ในชุมชน) - การใช้คู่มือ DSPM เริ่มตั้งแต่หลังคลอด ,คลินิก WBC , การติดตามเยี่ยมบ้านเชิงรุก - กระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการใช้และ ประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่เชิงรุก สามารถทำได้ ทุกช่วงวัย - กำกับ ติดตาม และประเมินการใช้รูปแบบฯ 2. พัฒนาทักษะการตรวจของเจ้าหน้าที่ โดยบูรณาการ ร่วมกับ TripleP ของงานโครงการพระราชดำริฯ	1.จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามแบบฉบับจังหวัดน่าน (ใน รพ.ในชุมชน) - Work shop กระตุ้นให้ผู้ปกครอง / ผู้เลี้ยงดูเด็ก มี ส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่เชิงรุก 2. อบรมเสริมทักษะการตรวจพัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่าย เช่น ครูผดด./ครูผู้ดูแลเด็กระดับ อนุบาล / อสม/ผู้ปกครอง 3. ติดตามและประเมินผลการใช้คู่มือ DSPM ของ ผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอบูรณาการร่วมกับ Triple P	- ผู้ปกครอง / ผู้เลี้ยง ดูเด็ก ใช้คู่มือ โรงเรียนพ่อแม่/คู่มือ DSPM ได้
6	วัยเรียน/วัยรุ่น (งานประจำ)	- เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I - จนท.สาธารณสุข ครู สามารถประเมินพัฒนาการเด็ก ได้	4.) เด็กไทยมีระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 4.1 ร้อยละเด็กปฐมวัย ที่ ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า พัฒนาการล่าช้า ได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน 5) ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	- มีการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น แต่ไม่ได้แก้ไข ปัญหาทุกโภชนาการอย่างจริงจัง	1. วางแผนการคัดกรองสุขภาพเด็ก และแนวทางการ ส่งเสริมสุขภาพนักเรียนใน โรงเรียน กพด. 2. พัฒนาโรงเรียนให้มีต้นแบบ HLS จำนวน 3 โรงเรียน และสนับสนุนการดำเนินงานเอนกน้อยแก้มใส ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน PM งาน วัยเรียนระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และครูในการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย กระโดดโลดเต้นในโรงเรียน 5. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่ รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการ ในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่ กำหนด ปีละ 2 ครั้ง 6. การสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ(วินัย จราจร การสวมหมวกกันน็อค/เตี้ย/โภชนาการอาหาร/ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ /CIPA	1. การดำเนินงานคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพ และส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคเด็กวัยเรียน 2. กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงที่สุด ส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กวัยเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ และดำเนินการตามแผน 3. จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน และแก้ไขปัญหาทุโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) รณรงค์ ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง ในวันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก 4.การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5. ส่งเสริมการออกกำลังกาย กระโดดโลดเต้นในโรงเรียน 6. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 ปี 60 มิลลิกรัม/สัปดาห์ (ตามชุดสิทธิประโยชน์) 7. รายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบ รายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด	เด็ก 6-18 ปี สูงที่สุด ส่วน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
6	วัยเรียน/วัยรุ่น (งานประจำ)	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทางเพศและอนามัยการเจริญ พันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร	6) อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ 15-19 ปี	1. การคุมกำเนิดยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากยังมี ความเชื่อและวิถีชนเผ่าที่ไม่ต้องการคุมกำเนิด และเรื่องการลงข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน 2. การเข้าถึงบริการของกลุ่มวัยรุ่นยังน้อย 3. การบูรณาการดำเนินงานในภาพรวม 5 กระทรวงหลัก ยังไม่มีการบูรณาการอย่างเป็น รูปธรรม	1. จัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด 2 ครั้ง 2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. Re-accredit เยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ (เวียงสา ห่งช้าง เชียงกลาง สองแคว สันติสุข นานะมื่น) 5. เยี่ยมติดตามสนับสนุนให้ อปท.สมัครเป็นแหล่ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 6. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่ รับผิดชอบรายงานข้อมูลในระบบรายงาน HDC	1. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ 2. มีการขยายบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลังคลอด หรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ 3. มีการให้คำปรึกษาทางเลือก ส่งต่อ เครือข่ายการยุติการ ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย 4. ขยายการอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว 5. ดำเนินการเพื่อ Re-accredit โรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (เวียงสา ห่งช้าง เชียงกลาง สองแคว สันติสุข นานะมื่น) 6. วัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน (วัยเจริญพันธุ์) ได้รับธาตุ เหล็ก 60 มิลลิกรัมและกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม/สัปดาห์ 7. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบ 43 แฟ้ม	1. หญิงอายุ 15-19 ปี มีความรอบรู้ในเรื่อง ของการป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2. ทุกภาคส่วนมีส่วน ร่วมในการขับเคลื่อน การณรงค์การ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ พึงประสงค์ ร่วม แก้ปัญหาพร้อมกัน 3. การเข้าถึงบริการที่ สะดวกปลอดภัย
7	ผู้สูงอายุ (ประเด็นรอง)	1. กลุ่มภาวะพึ่งพิงไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกด ทับ ข้อติด ติดเชื้อ ภาวะ ซึมเศร้า 2. ผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย	7) ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	- ข้อมูลการคัดกรองได้ไม่ครอบคลุม/ระบบการ บันทึกข้อมูล LTC ไม่ได้ตามเป้าหมาย - CM ไม่ครอบคลุม - ข้อมูลการวัดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยังไม่ได้รับ การคืนข้อมูล	1. จัดระบบข้อมูลใน HDC และโปรแกรม LTC 2. พัฒนาผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (CM) ให้ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ 3. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ	1. คัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในไตรมาส 1 2. วิเคราะห์ข้อมูล 10 เรื่องของผู้สูงอายุ และนำผลมา พัฒนาดำเนินงาน 3. พัฒนาการคุณภาพการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	ประเมินคัดกรองตั้งแต่ ไตรมาสแรกโดยใช้งบ สพช.ปีละ 100,000 บาท - วิเคราะห์และใช้ ข้อมูล - เพิ่มการขับเคลื่อน ชมรมผู้สูงอายุ...ให้มี กิจกรรม โดยไม่ต้องรอ ร.ผู้สูงอายุ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
8	สุขภาพพระสงฆ์/สามเณร (ประเด็นรอง)	- พระสงฆ์มีภาวะสุขภาพดีขึ้น กลุ่มเสี่ยง/ป่วย (พระอ้วน พระป่วย จากเพิ่ม NCD) ลดลง (ได้รับการตรวจคัด กรองภาวะสุขภาพให้ ครอบคลุม)	- ร้อยละของพระสงฆ์/ สามเณรได้รับการตรวจคัด กรองสุขภาพ	1. พฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ 2. ฐานข้อมูลที่มีใน HDC ต่ำกว่าข้อมูลจริง 3. ผลการคัดกรอง พบว่า มีภาวะเสี่ยง ในกลุ่ม อายุ 18 ปี ขึ้นไป BMI เกิน พบป่วยด้วยโรค เรื้อรังสูง. 4. น้ำดื่มใน รร.ปรียัติ ไม่ผ่านเกณฑ์ มีแบคทีเรีย ปน	1. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนธรรมนูญพระสงฆ์ /วัดส่งเสริมสุขภาพ และ กลุ่มงานในสถ.น่าน : ส่งเสริม ควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ พัฒนาคุณภาพฯ อวล. 2. พัฒนาพระคิลาณุปัฏฐาก (พระอสงว.) ให้ครอบคลุม การจัดกิจกรรมควรบูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่น 3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลระดับจังหวัดให้ตรงกัน 4. ให้ความสำคัญกับโรงเรียนพระปริยัติธรรม ดังนี้ 4.1 สุขอนามัยของพระสงฆ์ ได้รับการคัดกรองเฝ้า ระวังภาวะสุขภาพ 4.2 สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม (เช่น วัดข้างค้ำ) : อวล.(เฝ้า ระวังคุณภาพน้ำดื่ม) ร่วมแก้ไขปัญหาน้ำดื่มให้ พื้นที่ รร./อปท./กศน./สาธารณสุข ในแต่ละพื้นที่ โดยการนำร่องทุกวัดที่มีรร.ปรียัติ (ตัวอย่างเหมือนสุข ศาลา) 4.3 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยง (รร. ปรียัติฯ ผลที่ผ่านมาตรวจพบน้อย) และส่งเสริม สุขอนามัยส่วนบุคคล บูรณาการร่วมกับ	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพที่มี โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามเกณฑ์ ขั้นพื้นฐาน ขั้นก้าวหน้า ขั้นยั่งยืน 2. มีการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกรูป 3. มีกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความ ตระหนักให้แก่ประชาชนในการเลือกอาหารและเครื่องดื่ม ถวายพระสงฆ์ 4. ให้ความสำคัญกับโรงเรียนพระปริยัติธรรม ดังนี้ 4.1 สุขอนามัยของพระสงฆ์ ได้รับการคัดกรองเฝ้าระวัง ภาวะสุขภาพ 4.2 สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม (เช่น วัดข้างค้ำ) : อวล.(เฝ้า ระวังคุณภาพน้ำดื่ม) ร่วมแก้ไขปัญหาน้ำดื่มให้พื้นที่ รร./ อปท./กศน./สาธารณสุข ในแต่ละพื้นที่ โดยการนำร่องทุก วัดที่มีรร.ปรียัติ (ตัวอย่างเหมือนสุขศาลา) 4.3 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยง (รร.ปรียัติฯ ผลที่ผ่านมาตรวจพบน้อย) และส่งเสริมสุขอนามัยส่วน บุคคล บูรณาการร่วมกับ	- พระสงฆ์/สามเณรมี BMI ในภาวะปกติ มากขึ้น ลดการเกิดโรค เรื้อรังรายใหม่

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
9	วัยทำงาน (ประเด็นมุ่งเน้น)	วัยทำงานสุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้ เตรียมความพร้อม เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ - บุคลากรสาธารณสุขใน จังหวัดน่าน มีสภาพดี 7) ร้อยละ 57 ของประชาชน วัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มี ค่าดัชนีมวลกายปกติ	8) อัตราความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชากร (การ เข้าถึงบริการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค) 9) สัดส่วนประชาชนที่มี ความรู้สุขภาพเรื่องโรคอุบัติ ใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ	1. ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ พึงประสงค์ (เช่นการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง , BMI เกิน , โรค NCD มาก 2. จำนวนมีชมรม สร้างสุขภาพเกิดขึ้น จำนวนมาก แต่ยังไม่มีส่วนร่วมที่สะท้อนด้านการมีพฤติกรรมที่ พึงประสงค์	1.สร้าง และเชื่อมกลุ่มเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ (เช่น กลุ่มจักรยาน,วิ่ง,แอโรบิค,กลุ่มรักสุขภาพ ฯลฯ) ในจังหวัดน่าน โดยขึ้นทะเบียนในภาพจังหวัด เพื่อ ติดตาม สนับสนุนและสร้างให้เกิดความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ที่ตรงกับความต้องการ 2. ส่งเสริมการออกกำลังกาย โครงการ 10 ล้านครอบครัว คนไทย ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพเฉลิมพระ เกียรติ 3. สนับสนุนสื่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์สำหรับวัย ทำงาน	1. สร้างและเชื่อมกลุ่มเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ ในระดับพื้นที่ เพื่อติดตาม/สนับสนุน/สร้างให้เกิดความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ตรงกับความต้องการ 2. ส่งเสริมการออกกำลังกาย โครงการ 10 ล้านครอบครัว ไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ 3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรู้สุขภาพ ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4. ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในวัยทำงาน	กลุ่มเครือข่ายชมรม สร้างสุขภาพ ที่ขึ้น ทะเบียน มีพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ (BMI ปกติเพิ่มขึ้น)
10	ภาวะทันตสุขภาพ (ประเด็นรอง)	1. เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ 2. เด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุ 4. เด็กอายุ 12 ปี ไม่มีฟันแท้ผุ (cavity free) 5. เครือข่ายบริการผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก	1) ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ 2) ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ 3) ร้อยละเครือข่ายบริการ สุขภาพที่มี รพ./รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปาก อย่างมีคุณภาพ (เฉพาะ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม) เป้าหมาย ร้อยละ 60	1. เด็กทุกกลุ่มวัยมีปัญหาโรคฟันผุในระดับสูง 2. จำนวนโรงเรียนที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กมีจำนวนลดลง 3. อสม.ทันตสุขภาพ มีจำนวนน้อย ขาดความรู้ และทักษะที่ถูกต้องเรื่องทันตสุขภาพ 4. ทันตบุคลากรขาดโอกาส และมีจำนวนน้อยที่ ได้มีโอกาสนำเสนองานในเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้งานทันตสุขภาพ 5. รพ.แม่ข่ายโดยส่วนใหญ่ขาดระบบการนิเทศ ติดตามงานใน รพ.สต.	1. วางแผน กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย 2. กำหนดเกณฑ์ การจัดการบริการสุขภาพช่องปากอย่าง มีคุณภาพของจังหวัดน่าน 3. จัดประชุมชี้แจง ตามข้อ 1 และ 2 แก่เครือข่าย บริการสุขภาพให้ดำเนินการต่อไป 4. พัฒนาทันตบุคลากร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานด้าน ทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น 5. จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอผลงาน เด่นด้านทันตสุขภาพระดับจังหวัด 6. นิเทศติดตามการดำเนินงาน คปสอ. 7. ติดตามทุก 2 เดือนในการประชุมประสานแผนงาน และติดตามงานทันตสาธารณสุขจังหวัดน่านปี 2563 8. จัดระบบการช่วยเหลือในเครือข่ายที่ไม่สามารถ ปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมาย	1. พัฒนาศักยภาพการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้ได้ตาม เกณฑ์ 1.1.ตำบลฟันดีเด็ก 0-2 ปี เพิ่มจากเดิมอย่างน้อย 1 ตำบล 1.2.ศูนย์เด็กเล็กมาตรฐานทันตสุขภาพ เพิ่มจากเดิม อย่างน้อย 1 ศูนย์ 1.3.โรงเรียนฟันดี เพิ่มจากเดิมอย่างน้อย 1 โรงเรียน 1.4.ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามเกณฑ์ตำบล LTC 1.5.เครือข่ายบริการสุขภาพที่มี รพ./รพ.สต./ศสม./ สสมช.จัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ อย่าง น้อยร้อยละ 60 2. รพ.แม่ข่ายนิเทศติดตามงานใน รพ.สต./ศสม. 3. กำหนดให้เป็นเกณฑ์ตัวหนึ่งในการประเมินผลการ ปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	เครือข่ายบริการ สุขภาพสังกัด สป.ทุก แห่ง ให้บริการสุขภาพ ช่องปากอย่างมี คุณภาพ (เฉพาะ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม)

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
แผนงานที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ							
11	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต (พชอ.) (ประเด็นมุ่งเน้น)	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อุบัติเหตุ, ผู้สูงอายุ , สิ่งแวดล้อม ขยะ หมอกควัน , อาหารปลอดภัย การส่งเสริม การออกกำลังกาย)	10) ร้อยละของอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมินการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	1. การถ่ายทอดประเด็น พชอ.สู่การปฏิบัติส่วนใหญ่ยังไม่ลงถึงพื้นที่ตำบล/หมู่บ้าน (พชต.) 2. การมีส่วนร่วมของรพ. บางอำเภอ ใน คปสอ.มีน้อย 3. การติดตามประเมินผลลัพธ์ประเด็น พชอ.ยัง ไม่ได้ดำเนินการ	1. จัดกระบวนการ Knowledge sharing ประเด็น พชอ.ที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัด/ตั้งเป้าหมายร่วม ระดับจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อน 2. ถอดบทเรียน พชอ.3 แห่ง (ปัว,ทุ่งช้าง, นามื่น) / สรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด 3. สนับสนุนงบบฯ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์การ บริหารจัดการเชิงพื้นที่ / การเชื่อมโยงกับ พชต. และ ประชาชน	1. คปสอ.เป็นสำนักเลขา บริหารจัดการร่วมกัน ระหว่าง โรงพยาบาล และสสอ.จัดทำยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แผนงาน/โครงการของ พชอ. 2. วิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็น โดยใช้แนวคิดการ วิเคราะห์ตามแนวทางระบาดวิทยา (ชี้ให้ถึงระดับหมู่บ้าน) และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) 3. สำนักเลขา คินข้อมูลกลับชุมชน เน้นการขับเคลื่อนการ มีส่วนร่วมของชุมชน 4. จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างวัฒนธรรมและ การบริหารจัดการทุกระดับจาก พชอ.-พชต.-พชม.-ชุมชน	1. ประเด็น ปัญหาที่ ถูกกำหนดมีความ เชื่อมโยงกิจกรรมใน การแก้ไขปรากฏในทุก ระดับ 2. มีข้อมูลการ ประเมินผลลัพธ์ของ พชอ.
แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ							
12	EOC (ประเด็นรอง)	1. การวิเคราะห์ความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพ 2. มีการเตรียมความพร้อม หรือสามารถรองรับ สถานการณ์ฉุกเฉิน	11) ระดับความสำเร็จในการ จัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับจังหวัด ร้อยละ 95	1. การวิเคราะห์ภัยไม่สอดคล้อง 2. ทีม SAT ไม่เพียงพอ (สาเหตุจาก..คนไม่พอ)	1. พื้นฟูความรู้ ฝึกทักษะ /ฝึกซ้อมแผนให้ตรงกับความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้ของพื้นที่นั้นๆ 2. ให้มีการซ้อมแผน แบบ ICS 3. ถอดบทเรียนจากการซ้อมแผนของแต่ละพื้นที่	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและภัย สุขภาพของอำเภอ 2. จัดซ้อมแผนภายใต้ระบบ ICS ให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของพื้นที่ 3. ถอดบทเรียนและสรุปผลจากการซ้อมแผนตามระบบ ICS	1. มีการวิเคราะห์ความ เสี่ยงโรคและภัย สุขภาพ อย่างละ 1 เรื่อง 2. มีการจัดการเพื่อ รองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินของสถาน บริการและดูแล ประชาชนด้านสุขภาพ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
13	งานระบาดวิทยา (ประเด็นรอง)	1.ความทันเวลาในการรายงาน ร้อยละ 80 ขึ้นไป 2.ร้อยละ 70 ของเหตุระบาศ สอบสวนทันเวลา 3.สามารถควบคุมการระบาศ ของโรคติดต่อได้ (เกินคำมัย ฐานย้อนหลัง5ปีไม่เกินร้อยละ 20)	ส่งรายงานได้ทันเวลา ร้อยละ 100	1. ความทันเวลาของการส่งรายงานยังไม่ได้ เพราะคนมีจำกัด , ภาระงานมาก 2. การสอบสวนโรคไม่ทันเวลา เอาไปใช้ประโยชน์ ไม่ได้ เพราะเครื่องมือยาก ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน 3. การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค ยังไม่ดี ไม่ครอบคลุมตามฤดูกาล	1. จัดทำเครื่องมือในการเสริมระบบเฝ้าระวัง/สอบสวน โรคติดต่อทางระบาดวิทยา (ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป) 2. จัดทำปฏิทินการระบาศและชุดความรู้เพื่อแจ้ง เตือนก่อนการระบาศ 3. จัดทำแนวทางการวินิจฉัย (เพื่อเฝ้าระวัง) การ รายงาน การสอบสวนและการควบคุมโรค เป็นรายโรค (เฉพาะโรคที่สำคัญ) 4. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานระดับ อำเภอ	1. จัดทำแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวน และ ควบคุมโรคติดต่อของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอ(CDCU) 2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ใน(CDCU)อย่างน้อยปีละ1 ครั้ง 3. จัดทำแผนและซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรค ระบาศที่สำคัญ (ใช้เลือดออก มือเท้าปาก อาหารเป็นพิษ) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แผน 4. เพิ่มผู้รับผิดชอบงานระบาศสำรองในระดับอำเภอ สามารถออกควบคุมเหตุในภาวะฉุกเฉินและรายงานการ สอบสวนโรคได้	รายงานทันเวลา
14	DM/HT รายใหม่ (ประเด็นมุ่งเน้น)	- ลดผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป control DM/HT ได้ - การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง	12) อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความ ดันโลหิตที่บ้าน	1. ผู้ป่วย DM/HT รายใหม่เพิ่ม และจากกลุ่ม Unknown จำนวนมาก - การบันทึกข้อมูลซ้ำ DX - การวินิจฉัยโรคที่พบเป็น R/O แต่บันทึกการ ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง - PM ภาระงานมาก 2. ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่หรือ กลุ่มเสี่ยง 3. ผู้ป่วย DM/HT ที่ Control ไม่ได้ - จนท.ขาดทักษะในการให้คำปรึกษา และการ สร้างความรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ 4. เครื่องถ่ายภาพประสาทตา มีไม่เพียงพอใน การตรวจตาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา 5. ระบบการจัดการผู้ป่วย DM/HT ที่ศูนย์หรือ ใน คลินิกยังไม่ชัดเจนในระดับจังหวัด/ไม่มีผลลัพธ์ใน ภาพรวม	1. จนท. NCD Clinic Plus ในรพช.ศึกษาดูงานการให้ คำปรึกษาผู้ป่วยที่ Control DM/HT ไม่ได้ ที่รพ.น่าน และการให้คำปรึกษาการงดสูบบุหรี่แบบ One Stop Service 2. Peer review case Stroke MI และ Acute Complication โดยแบ่งโซน เหนือ กลาง ใต้ ทุก 4 เดือน 3. คัดกรอง CVD risk , CKD risk , AF โดยบูรณา การร่วมกับสาขาโรคหัวใจ , ไต และ Stroke) 4. การสื่อสาร Stroke awareness , STEMI Alert และ EMS 5. สร้าง Health literacy ให้เกิดขึ้นในชุมชน 6. ตรวจสอบระบบฐานข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง เป็น ปัจจุบันเพิ่มสิทธิ PM อ.ให้ SM , CM 7. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ หรือ กลุ่มเสี่ยง โดยใช้หลักการระบาดวิทยา 5. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค DM/HT	1. ศึกษาดูงานการให้คำปรึกษาผู้ป่วยของ NCD Clinic Plus รพ.น่าน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้คำปรึกษาการ งดสูบบุหรี่แบบ One Stop Service 2. Peer review case Stroke , MI และ Acute Complication ตามแผน 3. จัดระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง CVD risk , CKD risk , AF 4. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย/ระบบให้คำปรึกษาในกลุ่ม CKD Stage 3a , 3b 5. การสื่อสาร Stroke awareness , STEMI Alert และ EMS ในพื้นที่ และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6. ตรวจสอบระบบฐานข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง การให้ วินิจฉัยโรค ตาม CPG 7. กรณีพบรายใหม่/กลุ่มเสี่ยง ให้สอบสวนเชิงรุก วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง individual รายบุคคล 8. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระดับ อำเภอ	1. ผู้ป่วย DM/HT ราย ใหม่ ที่ได้รับการ วินิจฉัยที่ถูกต้องตาม CPG 2. จนท.สามารถให้ คำปรึกษา และการ สร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพได้

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
15	ใช้เลือดออก (ประเด็นมุ่งเน้น)	- อัตราป่วย ไม่เกิน 50 ต่อ แสนประชากร - อัตราการระบาดซ้ำ เท่ากับ 0 (second generation case)	อัตราการป่วยด้วยโรค ใช้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 ของค้ำมัยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ของจังหวัด (ค้ำมัยฐาน 5 ปี ของจังหวัดปี 61 เท่ากับ 40)	- case แรก รายงานไม่ทันเวลา - การวินิจฉัยโรคไม่เป็นไปตาม CPG เช่น การไม่ ใช้ TT ทุกราย / ใช้ Lab ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด - การนำนโยบายมาตรการ 3 ก ไปปฏิบัติไม่ ต่อเนื่อง สื่อสารไม่ทั่วถึง - ผู้รับผิดชอบ EOC & SAT SRRT ในระดับพื้นที่ ไม่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน	1. กำหนดให้ใช้มาตรการ 3 ก. (ไม่ให้ยุ่งกีด ไม่ให้ยุ่ง เกิด ไม่ให้ยุ่งหากิน) อย่างเข้มข้น และทั่วถึง 2. ติดตามการนำมาตรการ 3 ก. สู่การปฏิบัติ 3. ทบทวน Case เสี่ยงสูง/ช็อก/เสียชีวิต และการ วินิจฉัยที่ถูกต้อง (ทำ TT ทุกรายที่สงสัย) 4. SRRT จว.ลงท.ควบคุม กำกับ ติดตามในชุมชน ก่อนฤดูกาลระบาด ในพื้นที่ที่เคยมีการระบาดมาก่อน /การจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง 5. เปิด EOC ตามเกณฑ์ และทบทวนความรู้ กำหนด รูปแบบและเกณฑ์ให้แก่อำเภอ 6. พัฒนาทักษะทีม EOC & SAT & SRRT	1. นำมาตรการ 3 ก. สู่การปฏิบัติ 2. ทบทวน Case เสี่ยงสูง/ช็อก/เสียชีวิต และการวินิจฉัย ที่ถูกต้อง 3. กำหนดผู้รับผิดชอบ SAT หลัก และสำรอง 4. จัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามช่วงเวลา ที่กำหนดและรายงาน โดยเน้นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดระบาด 5. รายงานการสอบสวนโรค ที่พบรายแรกในชุมชน ดำเนินการตามมาตรการ 3-3-1 อย่างเคร่งครัด 6. เปิด EOC ตามเกณฑ์ อำเภอ/ตำบล	- การวินิจฉัยให้ตรง ตาม CPG - การควบคุมการ ระบาดของ ใช้เลือดออกที่พบใน รายแรกของปีให้ได้ - มีการใช้มาตร 3ก. อย่างทั่วถึงในพื้นที่
16	เอดส์	1. ประชากรหลักผู้มีความรู้ เสี่ยงทางเพศสามารถเข้าถึง การตรวจเลือดเอดส์เพิ่มขึ้น 2. กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงถุงยาง อนามัยได้มากขึ้น	ประชากรหลักร้อยละ 20 ได้รับข้อมูลข่าวสารและทราบ ช่องทางการตรวจเอดส์ (REACH)	1. การตรวจเลือดในกลุ่มประชากรหลักที่มี พฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม 2. การกระจายถุงยางอนามัยยังไม่ครอบคลุม	1. ส่งเสริมให้องค์กรพัฒนาเอกชนมีส่วนร่วมในการ ทำงานเชิงรุกกับกลุ่มประชากรหลัก 2. สนับสนุนการลดการติตราในสถานบริการสุขภาพ 3. สนับสนุนการกระจายถุงยางอนามัยในสถานบริการ	1. จัดกิจกรรมเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก(ได้รับข้อมูล ข่าวสารและทราบช่องทางการตรวจเอดส์ _REACH) 2. เพิ่มจุดกระจายถุงยางอนามัยในชุมชน	1. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับข้อมูลข่าวสาร และทราบช่องทางการ ตรวจเอดส์ (REACH) 2. ผป. HIV ได้รับยา และลดการแพร่เชื้อ
17	หนองพยาธิ และพยาธิ ใบไม้ในตับ	1. กลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป 4 ตำบล พื้นที่เป้าหมาย จำนวน 3,620 คน 2. ปชช.อายุ 40 - 70 ปี ได้รับ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ใน พื้นที่ 4 ตำบล เป้าหมายที่มี พร้อม		ปัญหา ทำได้ต่ำกว่าเป้า สาเหตุ - รังสีแพทย์ - ขาด จนท.และอุปกรณ์ในการตรวจในระดับ รพสต. - การสื่อสารความเสี่ยงถึงกลุ่มเป้าหมาย	1. ดำเนินการเฉพาะในตำบล ที่มีความพร้อม 2. เน้นการเก็บ Stool ในพระ/สามเณร บูรณาการ ร่วมกับงานส่งเสริมในโรงเรียนพระปริยัติธรรม		สามเณรในร.พระ ปริยัติธรรม ไม่พบโรค หนองพยาธิ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
18	การควบคุมโคหนองพยาธิ ใน กพด.	1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียนพระปริยัติธรรม รวม จำนวน 85 แห่ง ได้รับการ ตรวจคัดกรองโรคหนองพยาธิ อย่างน้อย ร้อยละ 70 2. อัตราการติดเชื้อ หนองพยาธิในจังหวัดลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5 3. กลุ่มเป้าหมาย : เด็ก/ นักเรียน/สามเณร/พระภิกษุ ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม		1. ขาดอุปกรณ์กล้องจุลทรรศน์ ไม่เพียงพอ 2. การสื่อสารความเสี่ยงในโรงเรียนยังไม่มี ประเมิน 3. ระบบน้ำยังไม่ได้คุณภาพเพราะไม่สะอาด	1. การบูรณาการร่วมกับงานส่งเสริมใน รร. กพด. 2. ประชุมราชการหน่วยบริการที่มีพื้นที่ กพด. และ เครือข่ายรร.กพด.การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร โดยมี อวล.และ ส่งเสริมร่วมบูรณาการ 3. จัดกิจกรรมการตรวจอุจจาระในช่วงเดือน มค.-กพ. 4. พัฒนาศึกษาภาพครูผู้สอน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พื้นที่จัดทำสื่อท้องถิ่น ตัมน้ำดื่ม 5. ประสานหน่วยงานเกี่ยวข้อง หาแนวทางแก้ไข (คืนข้อมูลให้ท้องถิ่น กระทรวงทรัพยากรฯ)	1. การบูรณาการกับส่งเสริมใน รร. กพด. 2. การสร้างความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแบบบูรณาการ	ปกก.. อายุ 15 ปี มี พฤติกรรมบริโภค ที่ถูกต้อง และ สุขอนามัยส่วนบุคคล ที่ดี
19	พิษสุนัขบ้า (Rabies)	- ไม่พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ในคน - ประชาชนมีวัคซีนป้องกัน โรคอย่างเพียงพอ	ไม่พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าใน คน	- ระบบรายงาน R.36 ของกรมควบคุมโรคยังไม่ ครบถ้วน - ผู้รับผิดชอบ EOC & SAT ในระดับอำเภอได้ ทำตามมาตรฐาน การควบคุมป้องกันโรค - ผู้สัมผัสโรคมารับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์	1. ทบทวน แนวทางการป้องกันควบคุมโรคแบบ บูรณาการ 2. การสื่อสารความเสี่ยง 3. การเปิด EOC ตามเกณฑ์ และทบทวนความรู้ กำหนดรูปแบบและเกณฑ์ให้อำเภอ การเขียนรายงาน 4. พัฒนาระบบรายงาน และระบบการติดตามผู้สัมผัส โรคของทีม SAT ในแนวทางเดียวกันแบบบูรณาการ 5.ระบบการบริหารวัคซีนในระดับจังหวัด(คปส.)	1. ทบทวน แนวทางการป้องกันควบคุมโรคแบบบูรณาการ 2. การสื่อสารความเสี่ยง 3. การเปิด EOC ตามเกณฑ์ และทบทวนความรู้ กำหนด รูปแบบและเกณฑ์ให้อำเภอ การเขียนรายงาน 4. พัฒนาระบบรายงาน และระบบการติดตามผู้สัมผัสโรค ของทีม SAT ในแนวทางเดียวกันแบบบูรณาการ 5.ระบบการบริหารวัคซีนในระดับ อำเภอ	- 15 อำเภอและเน้น อำเภอเสี่ยงสูง สอง แคว บ่อเกลือ ปัว เฉลิมพระเกียรติ ทุ่งช้าง

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม							
20	อาหารปลอดภัย (คปส) (ประเด็นรอง)	1. โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย(นำเข้า) จำนวน 14 แห่ง ต้องดำเนินการตาม เกณฑ์อาหารปลอดภัย 2. โรงพยาบาลที่เชื่อมโยง อาหารปลอดภัยกับชุมชน (นำ ร่อง) ได้ 3 แห่ง	13) ร้อยละของผลิตภัณฑ์ สุขภาพกลุ่มเสี่ยง (ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์ สมุนไพร) ที่ได้รับการ ตรวจสอบมีความปลอดภัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75 ของผลิตภัณฑ์ อาหารสดและอาหารแปรรูป มีความปลอดภัย	1. ผลิตภัณฑ์อาหาร ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 0.54 2. น้ำบริโภคและน้ำแข็ง ยังไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 5.79	1. จัดประชุมชี้แจงผู้ประกอบการน้ำบริโภค 2. ตรวจสอบสถานที่ผลิตเกลือ 3. ประชุมคณะกรรมการอาหารปลอดภัย 4. ประชุมคณะทำงานด้านอาหารและยาทุ่งช้าง 5. ประชุมคณะทำงาน รพ.อาหารปลอดภัย	1. โรงพยาบาลชุมชนนำร่องอาหารปลอดภัย 2. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร / ยา / เครื่องสำอาง ตรวจวิเคราะห์คุณภาพ ร่วมกับหน่วย Mobile unit 3. ตรวจสอบประเณินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคประจำปี	อาหารที่ให้ผู้ป่วยใน รพ.มีความปลอดภัย
21	Green & Clean hosp. (สารพิษ สารเคมี) (ประเด็นรอง)	1.เป้าหมาย ร.พ.น่าน (D Plus) ร.พ.น่าน้อย (ดี) 2. ร.พ. 15 แห่ง รพ.สต. 124 แห่ง 3. รพ.สต.ละ 2 หมู่บ้าน (250 หมู่บ้าน)	14) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	1. การดำเนินงาน G & C hosp. ของ ร.พ.น่าน และ ร.พ.น่าน้อย ยังต้องพัฒนาให้ขับเคลื่อนได้ คล่องตัว 2. ร.พ.ทุกแห่ง ยังต้องดำเนินการพัฒนางาน G & C hosp ในรูปการขับเคลื่อนแบบเครือข่ายทุก รพ.สต.ยังต้องพัฒนาการจัดการขยะติด เชื้อให้ได้มาตรฐาน 3. การขยายการดำเนินงานG&C สู่เครือข่ายและ ชุมชน(GREEN Community)ยังไม่ครอบคลุม และมีคุณภาพ	1. ร่วมวางแผนดำเนินงาน G & C ในรพ.น่าน รพ. น่าน้อย 2. ขับเคลื่อนงานG&Cร่วมกับเครือข่าย อวล.ในร.พ. และสสอ./รพ.สต. สนับสนุนถุงแดง ถังแดง คลอรีน กล่องทิ้งเข็มวัสดุเกี่ยวข้อง นำส่งตรวจน้ำเสีย/ประปา ร่วมกับศอ.1 ประเณินผล 3. สนับสนุนให้ รพ.สต.ดำเนินงาน Active Community ในหมู่บ้าน / รายงานเขต	1. เครือข่าย อวล.ในร.พ.ร่วมขับเคลื่อนงานในร.พ. / สสอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานG&Cใน รพ.สต. มุ่งเน้นการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2. ควบคุมกำกับและประเมินผล/รายงาน	โรงพยาบาลและรพ. สต.มีการดำเนินงาน G&C และได้มาตรฐาน มีการขยายการ ดำเนินงาน G&C สู่ เครือข่ายและชุมชน (GREEN Community) โดยทุก รพ.สต. มี Active Community ใน ชุมชนที่มีคุณภาพ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
22	การจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน	1.ศูนย์ข้อมูลสวล.ที่ครบถ้วน 1 แห่ง 2.ประชุมขับเคลื่อน คสจ. 2 ครั้ง 3.การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ยังให้ได้มาตรฐานและถูก กฎหมายทั้งจังหวัด 4. EHA ในเทศบาล 11 แห่ง 5. Active Community คุณภาพ 250 หมู่บ้าน (รพ. สต.ละ 2 หมู่บ้าน (บูรณาการ การลดใช้สารเคมีภาคเกษตร)	15) ร้อยละของจังหวัดมี ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่าง บูรณาการมีประสิทธิภาพและ ยั่งยืน	1. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมไม่ครบถ้วน 2. ยังไม่ได้ขับเคลื่อน คสจ. 3. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ได้มาตรฐาน และถูกกฎหมาย 4. EHA ยังไม่ได้ตามเกณฑ์	1. จังหวัดพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และ การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการผ่านกลไก คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. สนับสนุนแนวทางการจัดการ (ให้อะไร...) มูลฝอย ติดเชื้อของโรงพยาบาล รพ.สต.ให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัย สิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานให้การรับรอง (EHA) 5. สนับสนุน และพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีว อนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวัง ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด (อศจ.)หรือพขอ. 3. สนับสนุนแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ เครือข่ายบริการให้ถูกต้องตามกฎหมาย (2 ครั้ง/สัปดาห์) และรถเก็บขยะ 4. สนับสนุนให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ ได้มาตรฐาน 5. สนับสนุนและพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	ประชาชนได้รับการ คุ้มครองสุขภาพโดย บังคับใช้พรบ.การ สาธารณสุข 2535 การจัดการมูลฝอยติด เชื้อได้มาตรฐานถูก กฎหมาย บริการด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม ของอปท.ได้มาตรฐาน ประชาชนได้รับ บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ใน โรงพยาบาลและรพ.สต.
	- ลดการใช้สารเคมีภาค เกษตรกรรมนำสู่ตลาด ผู้บริโภคปลอดภัย(งบลุ่ม จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 63 ได้รับ 2.5 ล้านบาท)	15 อำเภอละ 2 หมู่บ้าน รวม 30หมู่บ้าน บูรณาการร่วมกับ Active Community	ลดการใช้สารเคมีภาค เกษตรกรรมนำสู่ตลาด ผู้บริโภคปลอดภัย (งบลุ่มจังหวัดภาคเหนือ ตอนบน ปี 63 ได้รับ 2.5 ล้านบาท)	ดำเนินการปีแรก (อवल.และคบส.)	1. เตรียมความพร้อมการบริหารจัดการ/จัดซื้อจัดจ้าง 2. บริหารโครงการ 3. สนับสนุนวัสดุเฝ้าระวังในเกษตรกรและผลผลิต 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. สสอ.และรพ.ร่วมขับเคลื่อนงานในพื้นที่ 2. พัฒนาองค์ความรู้กลุ่มเป้าหมาย 3. เฝ้าระวังในเกษตรกรและผลผลิต 4. MOU ระหว่างผู้ผลิตกับผู้บริโภค 5. ร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ทุกอำเภอมีหมู่บ้าน Active Community ดำเนินการลดการใช้ สารเคมีภาค เกษตรกรรมนำสู่ตลาด ผู้บริโภคปลอดภัย เพื่อส่งต่อผู้บริโภค คือ โรงพยาบาล ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
	- งานสุขาภิบาลและ อนามัยสิ่งแวดล้อม	ทุกอำเภอ	งานสุขาภิบาลและอนามัย สิ่งแวดล้อม	ต้องดำเนินการต่อเนื่องเป็นภารกิจหลัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนการพัฒนาสาม HAS 2. สนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอย 3. สนับสนุนการจัดการน้ำเสีย 4. สนับสนุนการจัดการน้ำสะอาด(ประปา/ตู้น้ำหยอด เหรียญ) 5. สนับสนุนการจัดการสิ่งปฏิกูล 6. ดำเนินการสุขาภิบาลอาหาร 7. บังคับใช้ พรบ.การสาธารณสุข 2535 8. ผลักดันการประกวด อสม.เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม 	ดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยบูรณาการกับภาคส่วนอื่น เช่น อปท.	สถานบริการ สาธารณสุขและชุมชน มีการดำเนินงานด้าน สุขาภิบาลและอนามัย สิ่งแวดล้อมที่มี มาตรฐาน - สามสะอาดพอเพียง- - จัดการขยะมูลฝอย น้ำเสีย/น้ำสะอาด สิ่ง ปฏิกูล - การสุขาภิบาล อาหาร Environmental Health Riterature
	- Safety Thailand	สถานประกอบกิจการ อุตสาหกรรม เกษตร ก่อสร้าง ขนส่ง	งานอาชีวอนามัยและความ ปลอดภัย	Safety Thailand เป็นนโยบายTH.4.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านความ ปลอดภัยและอาชีวอนามัย 2. การส่งเสริม กำกับ ดูแล และพัฒนามาตรการเชิง ป้องกันด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย 3. การส่งเสริมด้านความร่วมมือและพัฒนาภาคี เครือข่ายด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย 4. การพัฒนากลไกการบริหารจัดการด้านความ ปลอดภัยและอาชีวอนามัย 		สถานประกอบการ เอกชนในจังหวัดน่าน ได้รับการตรวจสอบ ประเมินให้มีความ ปลอดภัยในการ ดำเนินงาน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
	- พัฒนางานสุขาภิบาลใน พื้นที่สุขศาลาและชุมชน ลาบรี	1. สุขศาลาและชุมชน 3 แห่ง 2. ชุมชนลาบรี 2 แห่ง (บูรณาการโครงการปาร์กซ์น้ำ)	พัฒนางานสุขาภิบาลในพื้นที่ สุขศาลาและชุมชนลาบรี	ไม่ผ่านมาตรฐาน	1. สนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินงานบ้านสะอาดดีชีวิมีสุข 2. สนับสนุนการพัฒนาสาม HAS 3. สนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอย 4. สนับสนุนการจัดการน้ำเสีย 5. สนับสนุนการปรับปรุงน้ำสะอาด(ประปาภูเขา)และ เผ่าะวังคุณภาพ 6. สนับสนุนการจัดการสิ่งปฏิกูล 7. สนับสนุนการดำเนินการสุขาภิบาลอาหาร	ร่วมกับพร.สต.ดำเนินงานตามกิจกรรม	พื้นที่สุขศาลาในอ. บ่อ เกลือ/เฉลิมฯ และชม ชนลาบรี อ.เมือง น่าน/เวียงสา มี สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
23	วัคซีน (ประเด็นรอง)	1. ความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนครบชุดในกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ,ยกเว้น วัคซีน MMR ไม่น้อยกว่าร้อย ละ 95 เป็นรายพื้นที่ (หมู่บ้าน/ตำบล/เทศบาล) วัคซีนนักเรียนไม่น้อยกว่าร้อย ละ 95 เป็นรายโรงเรียน (กลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ใน ประเทศไทยทุกคนทั้งเด็กไทย และต่างชาติ) 2. กำจัดโรคหัดให้มีผู้ป่วยทุก กลุ่มอายุไม่เกิน 2 ต่อชก. ล้านคน 3. เป้าหมายลดโรค ลดอัตรา ป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรคคอตีบ มี อัตราป่วยไม่เกิน 0.015 ต่อ ชก.แสนคน	ความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนครบชุดในกลุ่มเป้าหมาย > ร้อยละ 90 (ยกเว้นวัคซีน หัด/วัคซีนในนักเรียน > ร้อย ละ 95	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุดน้อยกว่า เกณฑ์เนื่องจาก 1) การบันทึกข้อมูล 43 แห่งไม่สมบูรณ์,รหัส วัคซีนใหม่เพิ่มเติม,รหัสไม่ถูกต้อง,กลุ่มเป้าหมาย จำนวนมาก,มีความแตกต่างของการให้วัคซีนแต่ ละตัว 2) การให้บริการ : บางกลุ่มในพื้นที่ห่างไกลยัง เข้าไม่ถึงบริการ,ตามกลุ่มเป้าหมายไม่ได้,ย้ายตาม ครอบครัวชั่วคราว,ผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนบ่อย,มี วัคซีนupdate บ่อย,การประสานงานล่าช้า	1. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน 43 แห่งและการส่งออก HDC ในพื้นที่ๆ มีปัญหาพัฒนาศักยภาพทีม admin เครือข่ายระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง 2. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลงานความครอบคลุม และการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน (เน้น วัคซีนหัด โปลิโอ และคลินิควัคซีนผู้ใหญ่) 3. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลด้านการบริหารจัดการ วัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็นคลังวัคซีนระดับอำเภอ สู่สถานบริการจำนวน 2 แห่ง (บูรณาการกับงาน คปส.สสจ.) 4. ประชุม PM จังหวัด เครือข่ายประสานงานระดับ อำเภอ 2 ครั้ง/ปี 5. ประชุมพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรใหม่ทุกปี (ร่วมกับอบรมจากส่วนกลางสคร.เขต,กรมคร.,สถาบัน วัคซีนแห่งชาติ)	1. มีการเร่งรัดติดตามตรวจสอบความครอบคลุมของการ ได้รับวัคซีนในที่ประชุมคปสอ. หากพบว่าไม่บรรลุตาม เป้าหมายให้พิจารณาหาปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2. ตรวจสอบควบคุมกำกับกำกับการเบิกจ่ายวัคซีนที่ใช้ในงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเครือข่ายสถานบริการในอำเภอ ตำบล เพื่อให้การเบิกจ่ายวัคซีนเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ 3. ติดตาม และร่วมทีมนิเทศจังหวัด/สคร.เขต1 รายงาน ผลการประเมินตามแบบมาตรฐานการดำเนินงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับพื้นที่(ในอำเภอที่สู่ออก ประเมิน)	- กลุ่มเป้าหมายได้รับ วัคซีนครบชุดทุก ชนิด - การนิเทศติดตาม การบันทึกข้อมูลของ อำเภอเมือง,แม่จรม, ท่าวังผา,เวียงสา,สอง แควและภูเพียง และ พร.สต.ในพื้นที่ที่มี ความครอบคลุมต่ำมี การพัฒนากระบวนการ ติดตามที่ดีขึ้น

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
แผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ							
24	PCC (ประเด็นรอง)	1. เปิด PCC 16 ทีม ผ่านตาม เกณฑ์ 3 S (Staff System Structure) โดยมีแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว และทีมสห วิชาชีพ ดูแลประชาชนทุกคน 2. PCC 16 ทีม จัดรูปแบบตาม เกณฑ์ The Best PCC บริบท น่าน 11 ข้อ (สร้างคุณค่า และ สร้างชุมชนเข้มแข็ง ทั้งตนเอง ได้ (Value added) 3. ทบทวน Mapping PCC ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	16) ร้อยละของคลินิกหมอ ครอบครัวที่เปิดดำเนินการใน พื้นที่ (Primary Care Cluster)	1. รพ.สต.ที่จะจัดตั้งเป็น PCC ยังไม่เข้าใจการ ประเมินผลทั้ง Medical service, Community service ซึ่งต้องให้บริการเชิงรุก ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู 2. PCC ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ ในปี 2562 เปิดได้ 4 อำเภอ	1. เยี่ยมประเมินและพัฒนา PCC 3 อำเภอ (เวียงสา ปัว เมืองน่าน) 2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สหสาขาวิชาชีพที่จัดบริการ 16 ทีม 3. ประชุมเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจังหวัด น่าน 4. สนับสนุนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการคลินิกหมอ ครอบครัวพื้นที่ใหม่ จำนวน 6 ทีม (PCC รพ.สต.ไชย สถาน,PCCรพ.สต.ดูใต้,PCCรพ.สต.สถาน,PCCรพ.สต. ศิลาแลง,PCCรพ.ท่าวังผา,PCCรพ.สต.สัน) 5. สื่อสารพื้นที่อำเภอที่ยังไม่เปิด PCC เน้นการดูแล ประชาชนในพื้นที่ด้วยหลักการ FCT (Family care team) 6. ทบทวน Mapping PCC 42 ทีม	1. ประเมินตนเองและพัฒนาในส่วนขาด PCC 16 ทีม (เวียงสา ,ปัว ,เมืองน่าน ,ภูเพียง ,น่าน้อย ,ท่าวังผา) 2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สหสาขาวิชาชีพที่จัดบริการ 16 ทีม 3. ร่วมประชุมเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจังหวัด น่าน 4. ยืนยันการขึ้นทะเบียน PCC ปี 2559-2562 เดิมตาม เกณฑ์ 3 S จำนวน 10 ทีม (เมืองน่าน 7 ทีม ,ปัว 2 ทีม , เวียงสา 1 ทีม) 5. เตรียม PCC ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ 6 แห่ง ตามเกณฑ์ 3 S (อ.เมืองน่าน PCC ไชยสถาน,PCC รพ.สต.ดูใต้/อ.ปัว PCC รพ.สต.ศิลาแลง/อ.ท่าวังผา PCCรพ.ท่าวังผา/อ.ท่าวังผา PCC รพ.สต.สัน/อ.น่าน้อย PCC รพ.สต.สอน.สถาน) 6. รพ.แม่ข่าย สนับสนุนกำลังคนและทรัพยากรให้ PCC 7. รพ.พัฒนารูปแบบการรับส่งต่อจากรพ-ปฐมภูมิ (Green channel) 8. รพ.เชื่อมระบบข้อมูลทั้งเครือข่ายเป็นวงเดียวกัน	PCC แบบฉบับของ จังหวัดน่าน ให้บริการ เชิงรุก และรับ เพื่อ ลดความแออัดในรพ. แม่ข่าย
25		แพทย์ FM ขึ้นทะเบียน	17) ร้อยละของจำนวน ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนคู่กับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว				
26	โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพและ อสม.	แพทย์ FM ให้บริการ	18) ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล จาก อสม. หมอประจำบ้านมี คุณภาพชีวิตที่ดี				
แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ							

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
27	STROKE (ประเด็นหลัก)	1. การเข้าถึงบริการได้รับยา rtPA ภายใน 4.5 ชม. 2. ระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว 3. คัดกรอง AF ให้ครอบคลุม	19) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	1. การเข้าถึงบริการช้า ทำให้ได้รยาไม่ทัน Onset to hospital > 4.5 hr 2. ขั้นตอนลดระยะเวลาที่ รพ น่าน และ รพร ปัว ใช้เวลานาน 3. เจ้าหน้าที่ใน รพช.ขาดทักษะการประเมิน Large infarction due to 1) Unknown AF 2) Uncontrolled risk factor HT, DLP, DM - Nosocomial Infection - 2/3 Severe at onset due to uncontrolled risk factor - 1/3 Deny surgery	<u>Pre hospital care</u> - Stroke alert and stroke awareness : ประชาชนทั่วไป/กลุ่มเสี่ยง / บุคลากรทางการแพทย์ - พัฒนาคัดกรอง ER สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ - Screening AF in general population and high risk population , Control DM,HT,DLP , Prophylaxis craniectomy Infectious control esp. UTI and pneumonia <u>Hospital care</u> - เข้าถึง Stroke Fast Track ภายใน 4.5 ชม. และได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที (door to needle time) - Door to OR ภายใน 90 นาที - ฝึกระวังอุบัติเหตุการณภาวะแทรกซ้อน (การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบ และ แผลกดทับ) <u>Referral</u> - ระบบระบบการส่งต่อของรพช. (Door to refer) < 30 นาที ,การใช้ระบบ Telemedicine - Review case death Stroke	1. สื่อสารความเสี่ยงของโรค Stroke ในกลุ่มประชาชนทั่วไป /กลุ่มเสี่ยง/บุคลากรสาธารณสุข 2. จัดระบบบริการ การเข้าถึงบริการได้รับยา rtPA ตามเกณฑ์ ในพื้นที่ รพร ปัว (เฉลิมพระเกียรติ ทุ่งช้าง เชียงกลาง บ่อเกลือ) 3. พัฒนาระบบการส่งต่อ การใช้ระบบ Telemedicine 4. พัฒนาทักษะแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการประเมินอาการเบื้องต้นได้ 5. เชื่อมกับ service plan ผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ รพร ปัวภายใน 60 min	- ผู้ป่วย Stroke ได้รับยา rtPA ตามกำหนด ลดอัตราการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
28	TB (ประเด็นมุ่งเน้น)	อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับ เป็นซ้ำผ่านตามเกณฑ์	20) อัตราสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85	1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ติดเชื้อ/ผู้สูงอายุติด บ้าน/สูงอายุติดเตียง/ต่างดาว) ไม่แล้วเสร็จในไตร มาสที่ 2 เพราะกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ไม่ได้ วางแผนในการคัดกรองในกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ติดสุรา 2. การค้นพบรายใหม่ได้น้อย เพราะคัดกรองไม่ ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายมาก เข้าถึงยาก 3. การรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเป้าหมาย (คัดกรอง ช้า/ระบบ consult ,refer/สุขภาพ โรคร่วมของผู้ ป่วยแต่ละรายและภาวะโภชนาการของผู้ป่วย)	1. กำหนดการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เป็น 2 ลักษณะ คือ active และ passive โดยจัดทำแผนการคัด กรองให้แล้วเสร็จต้นเดือน ต.ค. 62 1.1 กลุ่ม active (6 กลุ่ม HIV ติดสุรา จนท. คน ใกล้ชิด TB ผู้ต้องขัง และคนต่างดาว) ให้ได้ใน 3 เดือน 1.2 กลุ่ม passive แล้วเสร็จภายใน 6 เดือน 2. การพัฒนา Node ทั้ง 3 แห่ง (consult , refer , การส่งต่อและการเยี่ยมบ้าน (DOT) 3. ปรับปรุง CPG (admit/Lab./Consult/Refer/การ ดูแลด้านโภชนาการ) 4. จัดประชุมวิชาการ Dead Case Conference พัฒนาทักษะ CM 5. นิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานของคปสอ. 6. ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานในที่ประชุม กวป.ทุกเดือน	1. จัดทำแผนการคัดกรองใน 6 กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่ม active และ กลุ่ม passive ส่งให้จังหวัดภายในเดือน ต.ค. 62 และ การนัดหมายกลุ่มเป้าหมายเชิงรุกในพื้นที่ 2. consult ตาม Node 3. ดำเนินการตาม CPG ของจังหวัดน่านอย่างเคร่งครัด 3.1 จัดตั้งทีม Case Manager สหวิชาชีพ 3.2 ทำตาม CPG (admit/Lab./Consult/Refer/การ ดูแลด้านโภชนาการ 3.3 ระบบการส่งต่อ และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (DOT) 3.4 Dead Case Conference ในระดับอำเภอ 4. การกำกับ ติดตามในที่ประชุม คปสอ.	- คัดกรองกลุ่ม Active ได้ตาม เป้าหมายในไตรมาส 1 และ passive ให้แล้ว เสร็จใน 6 เดือน - ค้นพบรายใหม่ ได้มากขึ้นและเร็วขึ้น
29	ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU)	1 จำนวน รพ.RDU ผ่าน เกณฑ์ขั้นที่ 2 ร้อยละ 60 และ ขั้นที่ 3 ร้อยละ 20 (ตาม เกณฑ์ของ กสธ. ปีงบประมาณ 2563) 2. มีการดำเนินงานชุมชน ต้นแบบด้านการใช้ยาอย่าง ปลอดภัยและสมเหตุผล	21) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ไม่พบ gap	1. ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับติดตามการ ดำเนินงานเพื่อพัฒนา รพ.RDU ให้ผ่านเกณฑ์ จำนวน รพ. RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 60 และ รพ. RDU ขั้นที่ 3 ร้อยละ 20 2. ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานการใช้ยาอย่าง ปลอดภัยและสมเหตุผลในชุมชน	1. ดำเนินการตามกิจกรรมกลยุทธ์ PLEASE โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ 2. เฝ้าระวังความปลอดภัย ด้านยาเชื่อมโยงจากรพ.-รพ. สต./สสช.-ชุมชน 3. ส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลใน รพ. รพ.สต.และชุมชน	- รพท. , รพช. , รพ. สต. และ สสช. - ชุมชนในพื้นที่ เป้าหมาย
30	- AMR	มีระบบจัดการการดื้อยาด้าน จุลชีพอย่างบูรณาการใน โรงพยาบาลที่เป็น กลุ่มเป้าหมาย (รพ.ระดับ S ขึ้นไป)	22) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ มีระบบจัดการการดื้อยาด้าน จุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		ดำเนินการจัดการการดื้อยาด้าน จุลชีพอย่างบูรณา การ และรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา CRE (Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae) ของ รพ. และการติดเชื้อในกระแสโลหิต	ไม่มี	ลดการเกิดอาการดื้อ ยา ในรพ. และการติด เชื้อในกระแสเลือด

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
31		เพื่อลดการส่งต่อนอกเขต สุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแลผู้ป่วยภายในจังหวัด/ เขตสุขภาพ	23) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย นอกเขตสุขภาพลดลง	1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งใน 1 รายมีการส่งต่อ หลายครั้ง ทำให้จำนวนส่งต่อมาก (ได้ปรับ นับเป็นรายคน) โรคหัวใจ รพ.น่านจะเปิดCath labต้นปี 63 และมีแพทย์ Cardio 2. ระบบข้อมูลของจังหวัดน่านยังไม่ได้ใช้ระบบ เดียวกัน ทำให้ไม่สะดวก ยุ่งยาก	1. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาส่งต่อและ IMC อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี โดยมีผู้รับผิดชอบงานใน ด้านการส่งต่อแต่ละรพ.ชัดเจน 2. ประสานข้อมูลด้านการส่งต่อไปยังรพ.ระดับ M1 (รพ.ปัว) และระดับ F2 (รพ.เวียงสา) เพื่อรวบรวมใน ภาพรวมจังหวัด	ส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมตามรายชื่อที่รับผิดชอบ และ ติดตามผลการประชุม (ส่งทางไลน์ให้ผู้บริหารกลุ่มการ พยาบาลทุกแห่ง)	
32			25) ร้อยละการบรรเทา อาการปวดและจัดการอาการ ต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ				
33	กัญชา (ประเด็นรอง)	แพทย์และเภสัชต้องผ่านการ อบรมทั้งคู่ จึงจะมีสิทธิ์รักษา ผู้ป่วยได้			1. สร้างทีมในเครือข่ายยาเสพติด สร้างความรู้ความ เข้าใจ ผลกระทบจากการเสพหรือติดสารเสพติดให้กับ เจ้าหน้าที่และประชาชน 2. การรักษาเป็นส่วนของรพ. แพทย์และเภสัช ต้อง ผ่านการอบรมจึงจะส่งจ่ายกัญชาได้ 3. แพทย์แผนไทย จะดูแลในส่วนของรพ.ที่ขอขึ้น ทะเบียนและผ่านการอบรม จึงจะจ่ายได้ มี 5 ตำรับ การใช้ สรรพคุณ ที่เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย ในการ รักษาโรคนานๆ นอนไม่หลับ การให้บริการที่ไหน 4. คบส.จะเกี่ยวข้องในการขอใบอนุญาต และชี้แจง พรบ.กฎหมายให้ประชาชนทราบ	1. สื่อสารความเสี่ยงผลกระทบจากการใช้กัญชา ให้กับ ประชาชนในพื้นที่ 2. รพช.น่าน้อย และรพ.น่าน ผ่านการอบรมทั้งแพทย์และ เภสัชทั้งคู่ จึงจะจ่ายได้ อยู่ระหว่างดำเนินการ 3. รพ.ที่มีแพทย์แผนไทย ผ่านการอบรมแล้ว สามารถจ่าย ยาตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม	ประชาชนเข้าใจ ผลกระทบจากการใช้ กัญชา

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
34	กุมารเวชกรรม พัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุ 1 เดือนถึง 5ปี	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมใน เด็ก อายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร้อยละ0.20 (ไม่เกินร้อยละ 1)		1.แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน 2.ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น Congenital,CHD,BPD 3.การประเมินอาการ/การดูแลรักษาที่รพ.ยังไม่ ดีพอ 4.การใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยระหว่างการrefer	1.พัฒนาการใช้เครื่องมือช่วยประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ ภาวะวิกฤติ (warning sign) 2.อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วย วิกฤติระบบทางเดินหายใจ 3.จัดหาอุปกรณ์o2 HHHFNC เพิ่มโดยการได้รับบริจาค 4.On The Job Training 5.พยาบาลอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระบบ ทางเดินหายใจ 6. ขยายบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ ให้ใช้ O2 HHHFNC ในหอผู้ป่วยเด็กเพิ่มกรณี เตียง NICU เต็ม	1.ใช้เครื่องมือช่วยประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (warning sign) 2.การประเมินผู้ป่วยก่อนการ refer และประเมินผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ 3. ระบบการปรึกษาระหว่างเครือข่าย 4. การใช้เครื่องมือ monitor O2 Saturation 5.การทบทวน Case และนำไปพัฒนา	
35	การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่มีคุณภาพมาตรฐาน	26) ร้อยละของผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (ร้อยละ 19.5)	1.1 ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ถึง เนื่องจากสถานบริการของรัฐบางแห่งไม่เปิด ให้บริการ (รพ.ภูเพียง / รพ.เฉลิมฯ) 1.2 ผู้รับผิดชอบหลัก ขาดการเข้าร่วมประชุม Service plan และได้ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม หรือส่งตัวแทนมาประชุม แต่ไม่มีการส่งต่อข้อมูล ให้ผู้รับผิดชอบ ทำให้ไม่ได้รับข้อมูล และขาด การส่งต่อข้อมูลที่ต้อง 1.3 ผู้ปฏิบัติงานไม่มีคู่มือประเมินมาตรฐาน รพ. สส.พท. / บางแห่งมีคู่มือ แต่ไม่ได้นำมาศึกษา หรือใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน 1.4 หน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยขาดการ ให้บริการทั่วมอเกลือ (ซึ่งเป็นงานเด่นของ แพทย์แผนไทย)	1.1 ประเมินมาตรฐานการแพทย์แผนไทย รพ.สส.พท. ในหน่วยงานของรัฐ ที่เปิดบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ รพท. 1 แห่ง / รพช. 12 แห่ง (จาก 14 แห่ง) / รพ.สต. 79 แห่ง (จาก 124 แห่ง) / สสข. 4 แห่ง (จาก 23 แห่ง) 1.2. จัดประชุม service plan 4 ครั้ง (ไตรมาสละ 1 ครั้ง) 1.2.1 ชี้แจงตัวชี้วัด แนวทางการทำงาน เกณฑ์ประเมิน ประเมิน ร่วมกันแก้ไขปัญหา ปรับปรุงระบบ 1.2.2 รพท./รพช. เปิดการให้บริการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น คลินิกครบวงจร/ คลินิกเฉพาะโรค/คลินิกแพทย์แผนจีน 1.2.3 ให้ รพ. แม่ข่ายสนับสนุนความรู้และทักษะ แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการให้บริการทั่วมอเกลือ 1.2.4 ติดตาม กำกับ สรุปผลประเมินตัวชี้วัด 1.3. จัดบริการแพทย์แผนไทยคลินิกครอบครัว (PCC) จังหวัดละ 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ปัว PCC แพทย์แผน ไทย นำร่องระดับประเทศ (จังหวัดลงพื้นที่ ติดตาม/ เยี่ยมเสริมพลัง)	1.1 เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานการแพทย์แผนไทย รพ. สส.พท. ร่วมกับจังหวัด 1.2 จัดประชุม Service plan แผนไทย ระดับ คปสอ. ประจำปี 2 ครั้ง > ส่งสรุปมาจังหวัด 1.2.1 ชี้แจงตัวชี้วัด แนวทางการทำงาน เกณฑ์ประเมิน ร่วมกันแก้ไขปัญหา ปรับปรุงระบบ 1.2.2 ติดตาม กำกับ สรุปผลประเมินตัวชี้วัด 1.3 ทำโครงการอย่างน้อย 1 เรื่อง/อำเภอ ให้สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ 1.4 กิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ตามแผนการ พัฒนาบริการ ระดับ คปสอ. 1.5 คปสอ.ปัว เยี่ยมเสริมพลังให้แก่ รพ.สต.ปัว เป็นหน่วย บริการนำร่อง งาน PCC แพทย์แผนไทย	1. ผู้รับผิดชอบงาน แพทย์แผนไทยมีความ เข้าใจเป้าหมาย เดียวกัน และพัฒนา งานแพทย์ไทย สอดคล้องกับแผนยุทธ ศาสตร์ 2. ประชาชนเข้าถึง บริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกได้ง่าย

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
35	การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	2. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา สมุนไพรทดแทนยาแผน ปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพร เป็นลำดับแรก (First line drugs) ในหน่วยบริการ	ควรมีการใช้ยาสมุนไพร อย่าง น้อย 10 รายการ ตาม มาตรฐาน รพ.สส.พ. ใน รพ./รพ.ส.ต ร้อยละ 100	2.1 จำนวนรายการยาสมุนไพรน้อย ไม่ถึงตาม เกณฑ์มาตรฐาน รพ.สส.พ. (กำหนด รพท. อย่างน้อย 30 รายการ / รพช. อย่างน้อย 30 รายการ / รพ.สต.อย่างน้อย 10 รายการ) 2.2 การสั่งใช้ยาสมุนไพรน้อย 2.3 ราคายาสมุนไพรแพง	2.1 ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบัน โดยการจัดทำ Pop-up ยาสมุนไพร ในโปรแกรม HosXP ให้แพทย์สั่งใช้ ในโรงพยาบาล 2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อบริหารยา สมุนไพรของจังหวัด 2.2.1 จัดซื้อยาสมุนไพร ร่วมระดับจังหวัด อย่าง น้อย 5 รายการ 2.2.2 จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารยาสมุนไพร ของจังหวัด	2.1 จัดทำ Pop-up ยาสมุนไพร ให้แพทย์สั่งใช้ ใน โรงพยาบาล 2.2 แผนยาสมุนไพร กำหนดให้ รพ./รพ.สต. มีจำนวน รายการยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการ แล้วแต่บริบท ของพื้นที่	มีการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น/ มีจำนวนยา สมุนไพรในสถาน บริการตามมาตรฐาน อย่างน้อย 10 รายการ ส่งผลให้ได้รับเงิน จัดสรรจาก สปสช. ตามการขึ้นทะเบียนที่ ถูกต้อง
		3. ทุกหน่วยบริการมีการขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการ งาน แพทย์แผนไทย ของ สปสช.ได้ อย่างถูกต้อง	หน่วยบริการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ งานแพทย์แผน ไทย สปสช.ถูกต้องและ ทันเวลา ร้อยละ 100	3.1 การขึ้นทะเบียน สปสช. ไม่สมบูรณ์ ทำให้ ไม่ได้รับเงินสนับสนุน 3.2 หน่วยบริการไม่ได้รับเงิน สปสช. เนื่องจาก โอนไปยังแม่ข่าย เพื่อจัดสรรต่อไป	3. จัดประชุมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแพทย์แผน ไทย สปสช. ในช่วงเวลา เดือน มิ.ย. ของทุกปี	3. ดำเนินการขึ้นทะเบียนแพทย์แผนไทย สปสช. ในช่วง เวลา เดือน มิ.ย. ของทุกปี	ทุกหน่วยบริการมีการ ขึ้นทะเบียนสปสช. ได้ ถูกต้อง และได้รับเงิน จัดสรรครบทุกหน่วย บริการ
		4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก	- งานวิจัย R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง/อำเภอ - นวัตกรรมเด่น 1 ชนิด/ อำเภอ	4.1 ผลงานด้านวิชาการ/งานวิจัย/ ไม่ต่อเนื่อง 4.2 ยังขาดความเข้าใจเรื่องนวัตกรรม (มอง งานวิจัย หรือนวัตกรรม เป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ หรือต้อง ได้รับรางวัล)	4.1 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านงานวิจัย และ นวัตกรรม ด้านแพทย์แผนไทย 4.2 จัดประชุม Update ความรู้ทางการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้แก่บุคลากร สาธารณสุข ประจำปี (เรื่องกัญชาทางการแพทย์แผน ปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย)	4.1 ทำงานวิจัย อย่างน้อย 1 เรื่อง/อำเภอ > ส่งระดับ จังหวัด 4.2 ค้นหานวัตกรรมเด่น 1 ชนิด/อำเภอ > ส่งระดับเขต สุขภาพที่ 1	เพื่อพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรแพทย์ แผนไทย และมี หลักฐานเชิงประจักษ์ แก่ประชาชน / นวัตกรรมสามารถ นำมาช่วยเหลือคนไข้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
36	โครงการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยและ พัฒนาเครือข่ายด้าน การแพทย์แผนไทย จังหวัดน่าน (งบกองทุนภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทย สสจ.น่าน)	1. คุ้มครองภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยและ สมุนไพรมุ่งเน้นตำรับยาแผน ไทย ตำราการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร 2. ส่งเสริมให้มีการศึกษาองค์ ความรู้และพัฒนาต่อยอดภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพร 3. ส่งเสริม พัฒนา และบูรณา การการใช้ประโยชน์จากภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพร - บุคลากรด้านการแพทย์แผน ไทยมีความรู้ สามารถถ่ายทอด ความรู้ได้ - องค์ความรู้ด้านการแพทย์ แผนไทยได้รับการยอมรับจาก บุคลากรสาธารณสุข	1. ตำรับยา/ตำราการแพทย์ แผนไทย ได้รับการประกาศ คุ้มครองเป็นตำรับ/ตำรา การแพทย์แผนไทยของชาติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 /ปี 2. จำนวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ การคุ้มครอง อนุรักษ์ พัฒนา สมุนไพรและถิ่นกำเนิด ที่ นำไปใช้ประโยชน์	1. จนท.สหวิชาชีพ ยังขาดองค์ความรู้ด้าน การแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรและแพทย์ แผนไทยยังขาดองค์ความรู้ในการนำตำรับยาแผน ไทยมาใช้ในระบบบริการและขาดกิจกรรม ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา อย่างเป็นรูปธรรม 2.จนท.สหวิชาชีพ ยัง ขาดความเชื่อมั่นในด้านองค์ความรู้ภูมิปัญญา หมอพื้นบ้านและขาดความมั่นใจในกระบวนการ จัดการด้านคุณภาพของสมุนไพร 3. จำนวนหมอพื้นบ้านที่มีการขึ้นทะเบียนมี จำนวนน้อยและชมรมหมอพื้นบ้านยังขาดความ เข้มแข็ง 4. จนท.สหวิชาชีพ ขาดความตระหนักถึง ความสำคัญในการจัดการฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน 5. จนท.สหวิชาชีพ ยังขาดองค์ความรู้เรื่องกัญชา ทางารแพทย์	1. ด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพรมุ่งเน้นตำรับยาแผนไทย ตำราการแพทย์แผน ไทยและสมุนไพร 1.1 การสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน ให้ครบถ้วนมีจำนวน เพิ่มขึ้น - จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และ คณะทำงานสหวิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง เพื่อขับเคลื่อน งานภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านมีความรู้และเข้าใจแนว ทางการขึ้นทะเบียนของหมอพื้นบ้าน - จัดประชุมคณะกรรมการชมรมหมอพื้นบ้าน ระดับจังหวัด จำนวน 1 ครั้ง - จัดประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จังหวัดน่าน จำนวน 1 ครั้ง - จัดประชุมคณะกรรมการหมอพื้นบ้านจังหวัด น่าน เพื่อพิจารณาการรับรองหมอพื้นบ้าน จำนวน 4 ครั้ง (ขึ้นอยู่กับจำนวนหมอพื้นบ้านที่ยื่นขอขึ้น ทะเบียน) 1.2 การสำรวจและศึกษาวิจัยสมุนไพรและบริเวณถิ่น กำเนิดของสมุนไพร และจัดทำฐานข้อมูลสมุนไพร ท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการกำหนดมาตรการเพื่อ คุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร - กำหนดพื้นที่ 1 แห่ง/ 1 อำเภอ ทั้ง 4 แห่ง (อ.นาหมื่น, อ.เวียงสา, อ.บ้านหลวง และ อ.ปัว)	1. จัดทำทะเบียนควบคุมแผนงานโครงการของทุกสถาน บริการที่พัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่นของพื้นที่ 2. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายหมอพื้นบ้านและการขึ้น ทะเบียนหมอพื้นบ้าน ให้ครบถ้วน มีจำนวน เพิ่มขึ้น 2.1 จัดประชุมและสร้างเครือข่ายชมรมหมอพื้นบ้าน และเครือข่ายอสม. และจัดทำฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน (กิจ กรรมรณรงค์การเชิญชวนหมอพื้นบ้าน มาขึ้นทะเบียน) 2.2 ให้บริการการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน 3. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทย 3.1 พัฒนางองค์ความรู้ด้านสมุนไพรส่งเสริม การใช้ สมุนไพรเป็นอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและองค์ ความรู้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน แก่ผู้ช่วยงานแพทย์แผนไทย เพื่อเชื่อมโยงหมอพื้นบ้าน และสถานบริการ 3.2 ศึกษาดูงานระดับภาค/ระดับประเทศ (งบประมาณ CUP)	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
36	โครงการคุ้มครอง และ ส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยและ พัฒนาเครือข่ายด้าน การแพทย์แผนไทย จังหวัดน่าน (งบกองทุนภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทย สสจ.น่าน)				<p>2. ด้านการศึกษาของคควารู้และพัฒนาต่อยอดภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร</p> <p>2.1 จัดประชุมแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ (พยาบาล/นวก.สาธารณสุข จำนวน 2 คน) จัดทำชุด ความรู้การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยด้วยการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพร (ประมาณเดือนตุลาคม 2562)</p> <p>2.2 จัดประชุมเครือข่ายแพทย์แผนไทยและสห วิชาชีพ ส่งเสริมองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพตาม กลุ่มวัยด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (ประมาณ ไตรมาส 2)</p> <p>2.3 จัดให้มีเวทีถอดบทเรียนตำบลต้นแบบด้าน การส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพร (ตำบลบ่อสวก อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน) (ประมาณเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2562)</p> <p>2.4 ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีโรงพยาบาล ต้นแบบการใช้ตำรับยาแผนไทยที่ได้รับการประกาศ เป็นตำราชาติ หรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อ ทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 3 รายการ (รพ.นา น้อย) (ประมาณเดือนตุลาคม 2562)</p>		

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
36	โครงการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพัฒนาเครือข่ายด้านการแพทย์แผนไทยจังหวัดน่าน (งบกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สสจ.น่าน)				<p>2.5 จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ (กลุ่มแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพที่ทำผลงานวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมเครือข่ายแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาความรู้และนวัตกรรมในด้านภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและสมุนไพรให้เกิดการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพและการส่งเสริม เศรษฐกิจอย่างครบวงจร จำนวน 15 คน จำนวน 3 ครั้ง - จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานประจำใน รพ. น่าน รพช.ทุกแห่ง และรพ.สต./สสข. จำนวน 4 ครั้ง โดยบูรณาการร่วมกับวิทยาลัยชุมชน - ศึกษาดูงานระดับภาค/ระดับประเทศ <p>3. ด้านการส่งเสริม พัฒนา และบูรณาการการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร</p> <p>3.1 ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และส่งเสริม การใช้สมุนไพรเป็นอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสมุนไพร 3 ต (ต้นสมุนไพร, ตูยาสมุนไพร สมุนไพรติดตัว) และพัฒนานวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ให้เป็นผลิตภัณฑ์เพื่อใช้</p> <p>ในเชิงพาณิชย์ (1 อำเภอ/ 1 โรงเรียน พื้นที่ อำเภอท่าวังผา)</p>		
37			27) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
38	ฆ่าตัวตาย (ประเด็นรอง)	ลดอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของ ประชากรในจังหวัดน่าน	28) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่า 6.3 ต่อแสน ประชากร	1. อัตราตายสูง เนื่องจาก การคัดกรองไม่ ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง 2. ทักษะของจนท./ไม่มีแนวทางในการดูแล ส่งผ.จิตเวชกลับบ้าน/การประสานงาน ระหว่างสหวิชาชีพ 3. กรอบโครงสร้างงานด้านสุขภาพจิตใน รพช. 4. ชุมชนขาดความตระหนัก	1. การคัดกรองผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม 2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานรพช./สสอ./รพ.สต. ในด้านการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิต MCATT /พรบ.สุขภาพจิต/การป้องกันการฆ่าตัวตาย 3. จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ปัญหา การฆ่าตัวตาย และการเก็บรวบรวมรายงานข้อมูล โรค จิต,ซึมเศร้า,ฆ่าตัวตาย 4. สนับสนุนเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ดำเนินการการ เฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยชุมชน (นำร่อง 1 อำเภอ 1 หมู่บ้าน) 5. MCATT/ระบบการดำเนินงานสนับสนุน สปสช./ service plan และวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาด วิทยาในกลุ่มผู้ที่ทำร้ายตนเอง 6. จัดเวทีถอดบทเรียน และเยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทุก 2 เดือน 7. ประชาสัมพันธ์และการคืนข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ	1. การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคเรื้อรัง NCD ชรา ภาพไม่มีคนดูแล โรคทางจิตเวช โรคที่เกิดจากการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการให้คำปรึกษาตามแนว ทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จนท.ร่วมกับ อสม. 2. จัดทำ mapping ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3. พัฒนาศักยภาพของจนท.ผู้รับผิดชอบงาน ในการดูแลผู้ ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิต 4. จัดบริการดูแลรักษา ติดตามและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วย สุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง วิกฤตสุขภาพจิต ตาม มาตรฐาน service plan 5. พัฒนามาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ปัญหา การฆ่าตัวตายในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (นำ ร่อง 1 อำเภอ 1 หมู่บ้าน) ร่วมกับคณะทำงานของ พชอ. 6. จัดเก็บ บันทึก รวบรวมรายงานข้อมูล โรคจิต,ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย , MCATT ในระบบที่เกี่ยวข้อง(สนับสนุน สปสช./service plan) 7. ประชาสัมพันธ์และการคืนข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ	- ค้นหาผู้ป่วยซึมเศร้า ได้มากขึ้น - ลดการเสียชีวิตก่อน วัย
		พื้นที่ต่อ 1 อำเภอ		- ปัญหากรอบโครงสร้างงานด้านสุขภาพจิตและ จิตเวชใน รพช - ปัญหาการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ - ชุมชนขาดความตระหนัก	1. คัดเลือกพื้นที่นำร่องที่อัตราการฆ่าตัวตายสูง 2. รวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายในชุมชนนำร่องราย ครัวเรือน 3. ปรับกรอบโครงสร้างงานสุขภาพจิตใน รพช 4. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน 5. อบรม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน รพช 6. ติดตามการดำเนินงานทุก 2 เดือน 7. ประชาสัมพันธ์และคืนข้อมูล	1. คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายนำร่องอำเภอละ 1 แห่ง 2. อบรม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน รพสต และอสม เรื่องการควบคุมปัญหาการฆ่าตัวตาย 3. ออกสำรวจความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครัวเรือนโดย อสม 4. จัดทำ mapping ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5. ประชุมวางแผนเฝ้าระวัง รักษาเบื้องต้น การส่งต่อและ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ 6. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน 7. ใช้กลไกคณะกรรมการ พชอ พชต. โดยการสร้างความ ตระหนักและคืนข้อมูลแก่ชุมชน	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
39	Sepsis	1. เพื่อลดอัตราการตายในผู้ป่วย กลุ่ม sepsis สามารถ early detection/ early resuscitate/ early treatment 2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัยอย่างเหมาะสมในรพช.	29) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 30	1. รพช.ขาดงบประมาณในการสนับสนุน (การ จัดซื้อเครื่องตรวจ lactate , แถบตรวจ strip และการส่งตรวจ H/C ซึ่งจำเป็นต้องใช้เพื่อช่วย วินิจฉัยก่อนการส่งต่อ) 2. ไม่มีอายุรแพทย์ในรพ.ชุมชนระดับ F2 (มี1 แห่งจาก 12 แห่ง) แพทย์จบใหม่ ขาดความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 3. Early warning signe ในระดับ รพ.สต./ชุมชน 4. เจ้าหน้าที่หมุนเวียนบ่อย 5. จำนวนเตียง ICU ไม่เพียงพอ (8.3) 6. ขาดการนิเทศ ติดตามสม่ำเสมอ (ภาระงานของ เจ้าหน้าที่)	1. สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤติ ปรับเครื่องมือ EWS จาก SOS score เป็น NEWS และมีทีมที่ ปรึกษาเฉพาะทาง (Rapid Response Team) 2. พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วย septic shock ระดับ 3 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาดูแลผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่อภาวะ sepsis อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี โดยมี ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละรพ.ชัดเจน 4. การบริหารจัดการเตียง (ICU , เตียงสามัญ) 5. มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย sepsis/septic shock ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิตโดย ไม่ได้วางแผน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ 6. จัดหาเครื่องตรวจ lactate ให้กับทุกรพ.และ แนะนำวิธีการใช้ให้ถูกต้อง 7. ติดตามนิเทศงานผู้รับผิดชอบงาน sepsis อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี เพื่อติดตามการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องและเป็น ปัจจุบัน	1. นำเครื่องมือ NEWS ไปใช้ในโรงพยาบาล เพื่อประเมิน ผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือนว่าจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ 2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย septic shock ระดับ 3 (รพ.ปัว) 3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย sepsis/septic shock ที่ เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน เพื่อ วิเคราะห์สาเหตุ 4. จัดซื้อแถบตรวจแลคเตทในเลือด เพื่อใช้ประเมินภาวะ ความรุนแรงของ sepsis (early resuscitate)	- ผู้ป่วยได้รับการ รักษาทันเวลาที่ - รพ.ทุกแห่งของ จังหวัดน่าน สามารถ ดูแลผู้ป่วยในระยะ วิกฤติได้ ไม่มีผู้เสียชีวิต

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
40	Refracture Prevention	1. ลดการเกิดกระดูกสะโพกหักรายใหม่ และลดการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำ ลดความพิการและทุพพลภาพ 2. เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้กับอสม.และผู้ดูแลในพื้นที่เป้าหมายในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ต่อเนื่อง	30) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้น	1. ขาดพยาบาลร่วมทีมคลินิกกระดูกพรุน ได้โยกพยาบาลออร์โธปิดิกส์จาก OPD และ ward มาช่วย แต่ยังพบปัญหาไม่เพียงพอ 2. รพร.ป่วยในระหว่างการพัฒนาด้านการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 2 คน แต่ขาดพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากขาดบุคลากร 3. ขาดงบประมาณจากส่วนกลางของงบจากภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ 4. ขาดการเชื่อมโยงด้านการรักษากับเครือข่ายชุมชนเช่นการรับยา และ D , Alendronate ที่ รพช. 5. การประสานกันแบบสหสาขาด้านการดูแลรักษา ยังไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน เช่นการให้บริการคลินิก กระดูกพรุนที่ OPD โดยเฉพาะเรื่องอัตราค่าล้างพยาบาล	1. จัดตั้งคลินิกกระดูกพรุน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ประกอบด้วยแพทย์/พยาบาลออร์โธปิดิกส์ นักกายภาพบำบัด/นักวิชาการศึกษา/งานเวชกรรมสังคม/พยาบาลตรวจวัดสายตา 2. จัดทำโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุหญิง 65 ปีขึ้นไป ในเขตชุมชนตำบลในเวียง ตูใต้ ดอนมูล และกองควาย 3. โครงการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลในพื้นที่จังหวัดน่านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักสูง ได้แก่ อำเภอนาหมื่น อำเภอนาน้อย อำเภอเวียงสา อำเภอท่าวังผา	1. จัดทำโปรแกรม และเก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกหักที่เข้ารับการรักษาใน รพ. น่าน 5 ปีย้อนหลัง 2. ลงทะเบียนผู้ป่วยที่อายุ >60 ปี ทั้งหมด 3. ค้นหาความเสี่ยงที่มีค่า FRAX hip fracture มากกว่า 3 % 4. ชี้แจงกลุ่มเสี่ยงและเซ็นติโบอินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการและการป้องกันการหกล้ม เพื่อทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและผู้ที่มีความเสี่ยง ในการติดตามดูแลปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้อง ทุก 3 เดือน และบันทึกผลการประเมินลงในสมุดคู่มือความเสี่ยง ในเขตที่จัดทำโครงการ 7. ตรวจสอบระดับวิตามินดีในเลือดทุก 3 เดือน	- ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการป้องกันการหกล้ม - รพ. M1 มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
41	STEMI (ประเด็นมุ่งเน้น)	1. ประชาชนเข้าถึงการได้รับยา SK ภายใน 3 ชม. 2. ได้รับการรักษาที่ ถูกต้องตามมาตรฐาน (ลด miss Dx.) 3. ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อ 4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างครบวงจร และพัฒนาโรงพยาบาลนำนเปิดศูนย์หัวใจโดยมีห้องตรวจตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด	31) ร้อยละของการให้การรักษาสู่ผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด Door to needle time <30 นาที ร้อยละ 50 32) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Stemi <10% 33) อัตราผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการถึงได้ยา < 180 นาที ร้อยละ 50 34) ร้อยละการเข้าถึงบริการ 1669 >ร้อยละ 50 ทุกพื้นที่ 35) มีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเรื่องอาการเตือนสำคัญปีละ 1 ครั้ง	- จาก severity ของผู้ป่วยเอง บางรายมี cardiogenic shock ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ และไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่าทันเวลา - ในกลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.ขาดทักษะในการให้ยาละลายลิ่มเลือด บางแห่งไม่มีการให้ยาตลอดทั้งปี - Delay Door to needle time เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมิน warning sign ได้ด้วยตนเอง และประชาชนไม่มีความรู้ - Delay Onset to needle time นานมากกว่า 12 ชั่วโมง ทำให้พลาดโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด บางรายทำให้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว - การ Action ในพื้นที่ไม่ตรงกับปัญหาที่พบ - ปัญหาการใช้ Telemedicine การเชื่อมต่อ internet - การ Detect การใช้ยาของแพทย์ที่ใช้ทุน และพยาบาล	1. Pre hospital care เพิ่มโอกาสการเข้าถึง - warning sign ชุมชน/รพสต, mapping - Health literacy ในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนให้ทราบถึงอาการและรับมารพ. สอน BLS ในชุมชนและเพิ่มช่องทางสื่อสารในรูปแบบต่างๆ - พัฒนาทีมในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 2. Hospital care - ปรับปรุง CPG และพัฒนาระบบ Fast tack - มีระบบการให้คำปรึกษาโดยตรง กับ cardiologists - พัฒนาระบบ Alert ใน ER ผู้ป่วย ACS ตามแนวทาง - พัฒนาศักยภาพทีม บุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ในการเปิดศูนย์ตรวจสวนหัวใจ - พัฒนาการตามรอยผู้ป่วย (Clinical Tracer) STEMI 3. Referral - พัฒนาระบบการส่งต่อทางอากาศยาน (skydoctor) IN STEMI - จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ACS ไปสู่โรงพยาบาลชุมชน (คลินิก ACS)	1. Pre hospital care เพิ่มโอกาสการเข้าถึง - warning sign ชุมชน/รพสต, mapping กลุ่มเสี่ยง Health literacy ในกลุ่มเสี่ยงและภาคประชาชนให้ทราบถึงอาการและรับมารพ. สอน BLS ในรพ.สต. - พัฒนาทีมในการประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 2. Hospital care - สร้างแนวทางการให้คำปรึกษา และการส่งต่อกับ cardiologists โดยตรง - รับการนิเทศจากรพ.แม่ข่าย และเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็น Node ได้แก่ สายเหนือ,สายกลาง,สายใต้ - ทุกโรงพยาบาลลงข้อมูล ACS registry 3. Referral - สร้างแนวทางระบบการส่งต่อด้วยแพทย์ ด้วยการ ใช้ระบบ Telemedicine ประกันเวลาส่งต่อรพช - รพ น่าน ไม่เกิน 30-60 นาที (กรณีไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือด) นับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ER รพช.จนลือหมุน	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ลดอัตราการเสียชีวิต
42	มะเร็ง	1. ผ่าตัด ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70 2. เคมีบำบัด ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70 3. รังสีบำบัด ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60	33) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	การคัดกรอง และการลงข้อมูลในระบบ HDC พบว่ายังล่าช้าในบางพื้นที่ เนื่องจากภาระงานและความเข้าใจของบุคลากรในการลงข้อมูล	1. สนับสนุนจัดระบบบริการ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาเชื่อมกับงาน service plan 2. นิเทศ ติดตามดำเนินงานคัดกรองมะเร็ง และควบคุมคุณภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งด้านมด้วยตนเอง 3. สนับสนุน พัฒนาการบันทึกข้อมูล จัดทำทะเบียนมะเร็ง	1. จัดระบบบริการ และส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา รวดเร็วและปลอดภัย ตามระบบ service plan 2. คัดกรองมะเร็ง อย่างถูกต้อง และบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามกำหนดเวลา	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเวลาที่กำหนด

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
43	CKD	<p>1. พัฒนาการบริการ CKD Clinic in NCD ให้มีประสิทธิภาพ และการจัดการฐานข้อมูลใน HDC</p> <p>2. พัฒนาระบบส่งต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</p> <p>3. เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต</p> <p>4. การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง</p> <p>5. การจัดการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต</p>	<p>34) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 mL/min/1.73m²/yr ≥ ร้อยละ 67</p>	<p>1. การเจาะ serum cr เพียง 1 ครั้ง/ปี ทำให้ข้อมูลบางส่วนหายไป</p> <p>2. การนำข้อมูลมาคำนวณจาก ICD 10 ตาม template ที่มีการตรวจ serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/ปีมาคำนวณ โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเป็น AKI on top CKD หรือไม่ (นำมาคำนวณทั้งผู้ป่วยในและนอก) ซึ่งถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น AKI on top CKD นอนโรงพยาบาลจะได้รับการเจาะเกือบทุกวัน</p> <p>3. การนำข้อมูลมาวิเคราะห์นั้นจะดึงเอาเฉพาะที่มีการคำนวณ eGFR แล้วเท่านั้น ทำให้ที่คำนวณครั้งเดียวหายไป</p> <p>4. ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ครบในรพช. และไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน</p> <p>5. โรคไตเรื้อรังมีโรคร่วมหลายสาเหตุ ถ้าได้รับการแก้ไขจะสามารถชะลอไตเสื่อมได้ ระยะที่ 2 -3</p> <p>6. การเข้าถึงการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเริ่มมีข้อจำกัด</p> <p>7. โรคที่เป็นสาเหตุเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังมีการ control ไม่ได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้สาเหตุจาก นิ่ว gout การกินยา NSAID ขาดการติดตามและส่งต่อในผู้ป่วยบางราย</p>	<p>1. การคัดกรอง/ค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิก และผู้ป่วยด้วยโรคสาเหตุอื่น ๆ เช่น นิ่ว gout และการคัดกรองเชิงรุก</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพแพทย์ใช้ทุน พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และพัฒนา CKD nurse</p> <p>3. ทบทวน review CPG จังหวัดน่าน</p> <p>4. พัฒนาระบบการส่งต่อพยาบาลโรคไต</p> <p>5. โครงการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ</p> <p>6. ขยายบริการบำบัดทดแทนไตโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลปัว</p> <p>7. นิเทศงาน กำกับ ติดตาม CKD clinic in NCD ร่วมกับ NCD วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละพื้นที่เพื่อหา GAP และสนับสนุน พัฒนางานวิจัยที่เป็นปัญหาในงาน</p> <p>8. การสื่อสารเตือนภัย การจัด Self health group เน้นการดูแลตนเอง และการ Coaching เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส./BMI</p> <p>9. จัดประชุมร่วม IT และ CM เพื่อทบทวนนิยามศัพท์ และจัดทำฐานข้อมูลในโรงพยาบาลโดย สสจ.</p> <p>10. กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย จัด self health group เน้นการดูแลตนเอง โดยใช้แนวทางการจัดการดูแลตนเองและการ Coaching</p> <p>11. หน่วยบริการ HD ทุกที่ ผ่านการรับรองมาตรฐานจากราชวิทยาลัย</p>	<p>1. การคัดกรอง/ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในทุกคลินิก โดยโปรแกรมการคัดกรองความเสี่ยง ในกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุอื่น เช่น นิ่ว gout</p> <p>2. ดำเนินการส่งเสริม "รพ.ลดเค็ม ลดโรค" และการจัดทีมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา และ โรงงานวัยทำงาน ร่วมกับทีมสุขภาพและอาสาสมัคร</p> <p>3. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จัด selfhealth group เน้นการดูแลตนเองโดยใช้แนวทางการจัดการดูแลตนเองและการ Coaching</p> <p>4. พัฒนาศักยภาพ จนท.ในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อส่งพบอายุรแพทย์โรคไตตาม CPG ใหม่ และเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาในการเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง HHC</p> <p>5. กำกับติดตาม วิเคราะห์ข้อมูล GAP ในระดับอำเภอเน้นพื้นที่ที่เสี่ยงในระดับตำบล</p> <p>6. จัดทำฐานข้อมูลในโรงพยาบาล ขับเคลื่อนโดยคกก. NCD ของรพ.ประชุมขับเคลื่อนอย่างน้อย</p>	<p>- ผู้ป่วย CKD สามารถดูแลตนเองได้</p>

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
44	ตาต้อกระจก	คัดกรองสายตาผู้สูงอายุ \geq ร้อยละ 85 - ลดภาวะตาบอดจากต้อ กระจก - เพิ่มการเข้าถึงบริการ - ลดระยะเวลารอคอย	35) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วันเป้าหมาย ร้อย ละ 80	1. ภาระงานของเจ้าหน้าที่ทุกสถานบริการมาก ทำให้การตรวจคัดกรองโรคทางตา และการลงผล การตรวจในโปรแกรม Vision 2020 ได้น้อยกว่า เป้าหมาย ส่วนใหญ่ในไตรมาส 2 ยังลงข้อมูลไม่ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการเนื่องจากการคัดกรอง ทำปีละ 1 ครั้ง 2. ขาดการประสานเชื่อมต่อการลงข้อมูลของแต่ละ หน่วยงาน การลงข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้การ ดึงข้อมูลคลาดเคลื่อน ข้อมูลไม่ตรงกัน	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก และแทรกคิว ผ่าตัดให้กับผู้ป่วย Blinding cataract และผู้ป่วยที่ เดินทางลำบาก - ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Blinding cataract (VA < 10/200) ภายใน 30 วัน - ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Low vision (VA 20/100 -10/200) ภายใน 90 วัน - รับ Refer จาก รพช รพ.สต. และส่งต่อผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อน และเกินศักยภาพไปยัง รพศ. 2. จัดประชุมวิชาการฟื้นฟู ทักษะความรู้โรคตาต้อ กระจก และแนวทางการตรวจคัดกรองโรคตา เชื่อม กับ service plan 3. ทบทวนการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 หรือ วิธีการดึงข้อมูลจาก HDC เข้ามาในโปรแกรม vision2020 4. ส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทาง ตา 5. นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน การลงข้อมูล โดยเฉพาะการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ให้ผ่านเกณฑ์	1. Pre hospital care เพิ่มโอกาสการเข้าถึง คัดกรอง ตรวจวัดสายตาผู้ป่วยอายุ 60ปีขึ้นไป โดยใช้ Snellen chart วัดสายตา ในเขตสถานบริการที่รับผิดชอบ เพื่อ ค้นหาผู้ป่วย Blinding cataract รายใหม่ในชุมชน ส่งต่อ ผู้ป่วยต้อกระจกที่มี ข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ (VA \leq 20/200) เพื่อเข้ารับการผ่าตัดใน รพ. น่าน และรวบรวมข้อมูลการ คัดกรองวัดสายตาในระบบฐานข้อมูล www.vision2020thailand 2. เพิ่มองค์ความรู้แก่แพทย์ พยาบาล/จนท.ที่เกี่ยวข้อง, แพทย์ใช้ทุนจบใหม่ได้รับการสอนการตรวจรักษาเบื้องต้น ทางจักษุโดยการส่งมอบรพ.จังหวัด 3. จัดระบบการเข้าถึงบริการ เชื่อมกับ service plan รับคืนข้อมูลจากรพ.จังหวัด 4. รับการนิเทศจากรพ.แม่ข่าย	- ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรองตาต้อกระจก และได้รับการรักษา ตามแนวทางฯ - การบันทึกข้อมูลที่มี คุณภาพ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
45	สาขาบริจาคอวัยวะ และดวงตา	- ผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ มาก ขึ้นมากกว่าปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๐ (รวมผู้ป่วยที่มี GCS 2T และ 3T) - เจริญการขอบริจาคอวัยวะ และดวงตา จากญาติผู้ป่วยทุก รายที่มีการรายงาน เป้าหมาย > ร้อยละ ๗๐	36) อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	- การเจริญการขอบริจาคอวัยวะและดวงตา จากญาติผู้ป่วย - แพทย์เจ้าของไข้ ต้องมี resuscitation อย่าง เหมาะสม เพื่อให้ได้ซึ่งอวัยวะ	1. ประชุมคณะกรรมการรับผิดชอบงาน เน้นย้ำ TC nurse และทีมงานบริจาคอวัยวะและดวงตา เพื่อ กำหนดแผนงาน และ ขั้นตอนการประสานงานที่ ชัดเจนมีประสิทธิภาพ 2. มอบหมายงาน TC nurse เป็นรายวัน/สัปดาห์ แยกผู้รับผิดชอบ เพื่อประเมิน case ศัลยกรรมและ อายุรกรรม 3. ทีมบริจาคอวัยวะและดวงตา รพ.น่าน ประสานงาน กับตึกผู้ป่วย เพื่อรับผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชน เพื่อ resuscitation และประดับประคองจนกว่าจะได้ Actual Donor-1 4. ให้ความรู้การบริจาคอวัยวะและดวงตา ในองค์การ แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 5. ทบทวนบทบาทหน้าที่ และมีการประชุมเพื่อ ติดตามงานทุก 2 เดือน 6. การประชาสัมพันธ์ สื่อสาร ข้อมูลการบริจาค อวัยวะทางเคเบิล TV ในโรงพยาบาล/จังหวัด 7. เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ เพื่อแสดงความ จำนงบริจาคอวัยวะและดวงตาที่ห้องรับบริจาคโลหิต 8. ประสานงานร่วมกับหน่วยงานเหล่ากาชาดจังหวัด น่าน	1. ให้ความรู้แก่ รพ.ชุมชน ว่าสามารถประสาน หน่วย บริจาคอวัยวะและดวงตาได้ ถ้ามีญาติแจ้งความจำนง 2. สนับสนุนการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ เพิ่มมากขึ้นใน รพช./รพ.สต. ทีมบริจาคอวัยวะและดวงตา รพ.น่าน มีการ ประสานงานกับตึกผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชน เพื่อ resuscitation และประดับประคองจนกว่าจะได้ Actual Donor-1	1. มีผู้ประสงค์บริจาค อวัยวะและดวงตา เพิ่มขึ้น 2. แพทย์/จนท.ที่ เกี่ยวข้อง ประชาสัมพันธ์การ บริจาคอวัยวะและ ดวงตาใน กลุ่มเป้าหมายกับญาติ ผู้ป่วย

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
46	ยาเสพติด	1. เพิ่มการบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่ อ.เมืองน่าน /ภูเพียง /ปัว / เวียงสา 2. เพิ่มอัตราการคงอยู่ใน ระบบการติดตามหลังการ บำบัดครบ 1 ปี ในพื้นที่อำเภอ เฉลิมพระเกียรติ แม่จรม นาน หมื่น บ่อเกลือ ปัว สองแคว	37) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี	1. การคัดกรอง/ค้นหาได้ต่ำ 2. โครงสร้างผู้รับผิดชอบงาน 3. ปัญหาการประสานงานในสาขาวิชาชีพ 4. ปัญหาการบันทึกข้อมูลมีข้อบกพร่อง	1. พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ตาม เกณฑ์มาตรฐาน และรับรองคุณภาพ 2. เอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานให้ผู้รับผิดชอบงาน รพ./สสอ./รพ.สต. ในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและ สารเสพติด(ยาบ้า/กัญชา) ผู้ติดยาและผู้ติดยา 3. จัดทำแนวทาง ระบบการคัดกรอง ดูแลรักษาผู้มี ปัญหาจากบุหรี่-สุรา (clinical practice Guideline : CPG) ในสถานบริการทุกระดับ 4. พัฒนารูปแบบการบำบัด โดยใช้ชุมชนเป็น ศูนย์กลาง “Community Based Treatment” CBTx/การดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา โดยใช้ กลไกพขอ. ในพื้นที่ (นำร่อง 1อำเภอ/1ชุมชน). 5. ตรวจสอบ ระบบรายงานข้อมูลด้านการบำบัด รักษาเสพติดฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 6. ประชุมชี้แจงแนวทาง การบริหารจัดการ งบประมาณด้านยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ 7. เฝ้าระวังควบคุมการเข้าถึงเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และควบคุมการบริโภคยาสูบ การสื่อสารสาธารณะ	1. จำแนก คัดกรองและนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้าสู่ระบบ บำบัดรักษา ในศูนย์คัดกรองระดับอำเภอ 2. ให้บริการบำบัดรักษาและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดยาและ สารเสพติด(ยาบ้า/กัญชา) ผู้ติดยาและผู้ติดยา ตาม มาตรฐาน 3. พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มการใช้ มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดและมาตรการทางเลือก / CBTx โดยใช้กลไกพขอ. ในพื้นที่ (นำร่อง 1อำเภอ/1 ชุมชน). 4. ติดตาม ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา 5. ลงบันทึกรายงานข้อมูลด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพ ติด(บสต.) / 43 แฟ้มให้ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	ผู้ติดยาเสพติดได้รับการ บำบัดที่เหมาะสม และใช้ชุมชนเป็น ศูนย์กลางบำบัดฟื้นฟู CBTx

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
46	ยาเสพติด	สนับสนุนมาตรการคัดกรอง และบำบัด รักษาและการช่วย ให้ผู้ติ่มผู้เสพยาให้เลิกติ่มเลิกสูบ	38) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแล ช่วยเหลือตามระดับความ รุนแรง อย่างต่อเนื่อง	คัดกรอง ต่ำ บำบัดต่ำ	1.พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ โดยประชุมชี้แจงการบันทึกข้อมูลกลุ่มผู้สนใจลด ละ เลิกบุหรี่ สุราและการคัดกรอง บำบัดรักษาในระบบ 43 แห่ง(Special PP) 2.สนับสนุนการคัดกรองและบำบัดรักษาและการ ช่วยเหลือผู้สมัครใจลด ละ เลิกติ่มเลิกสูบ 2.1 จัดทำแนวทาง ระบบการคัดกรอง ดูแลรักษาผู้มี ปัญหาจากบุหรี่-สุรา (clinical practice Guideline:CPG) ในสถานบริการทุกระดับ 2.2 พัฒนาศักยภาพด้านการคัดกรอง ดูแลรักษา ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่-สุรา ในรพ./รพ.สต.ทุกแห่ง 3.สื่อสารสาธารณะ พัฒนามาตรการในชุมชน 3.1 สื่อสาร ปชส.ให้ส่วนราชการและปชช.ทั่วไป รับทราบและปฏิบัติตามพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3.2 สนับสนุนภาคีเครือข่ายในชุมชน มีมาตรการทาง สังคมในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีบุคคล ต้นแบบ/เป็นแบบชุมชนต้นแบบ 3.3 สนับสนุนสถานศึกษาดำเนินการ สถานศึกษา ปลอดบุหรี่	1. ให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ ติดยาและผู้ใช้ติดยา ตามแนวทางที่กำหนด และลงบันทึก ข้อมูล ในระบบ 43 แห่ง(Special PP) 2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม.และภาคีในพื้นที่ ในการ สร้างแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ใน ชุมชน 3. รณรงค์สร้างกระแส ลด ละ เลิกบุหรี่-เลิกสุราเพื่อ สุขภาพ โดยชุมชน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมตาม เทศกาล งานบุญประเพณีสำคัญ เช่น เทศกาลสงกรานต์ วันงดสูบบุหรี่แห่งชาติ วันงดสูบบุหรี่โลก 4. ชุมชน มีมาตรการทางสังคมในการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ มีบุคคลต้นแบบ/เป็นแบบชุมชนต้นแบบ (อย่างน้อย 1 อำเภอ/ 1ชุมชนต้นแบบ)	ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับ บำบัดรักษาไม่กลับไป เสพยาอีก
		อัลกอฮอล์และยาสูบ - เลิกสูบ เป้าหมาย 34,290 คน			1.ระบบเฝ้าระวังควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และควบคุมการบริโภคยาสูบ 1) จัดประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ยาสูบจังหวัด 2) สนับสนุนผู้รับผิดชอบงาน สสจ./สสอ./รพ.สต. เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาระดับจว./เขต./ประเทศ		ผู้ติ่มและเสพลดลง จากปีที่ผ่านมา

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
47	intermediate care	1. รพ.ระดับ M1 - F2 สามารถ ให้บริการ IMC bed ตาม มาตรฐาน อย่างน้อยรพ.ละ 2 เตียง (ยกเว้น รพ.ภูเพียง) 2. สนับสนุนการพัฒนา Intermediate ward ใน รพ.ปัว และอยู่ระหว่างการ พิจารณา รพ.ภูเพียง เป็น IMC ward - ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมี คะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการ บริหารฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index=20	39) ร้อยละของโรงพยาบาล ระดับ M และ F ในจังหวัดที่ ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะ กลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	1. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะสั้น มีไม่ครบทุก รพช และนัก กายภาพบำบัดมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วย กลุ่มTraumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ยังไม่ชัดเจน และไม่ต่อเนื่อง 3. มีปัญหาการส่งกลับเพื่อไป admit ต่อที่ รพช เพื่อดูแลระยะ IMC จากที่ไม่มีรถรับส่งจาก รพช มาตามเวลาที่กำหนด 4. ผู้ป่วย IMC เขตเมืองและภูเพียง ไม่มีระบบ IPD รองรับ 5. ไม่มี รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ IMC ward 6. ไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลกลางที่ใช้ร่วมกัน และไม่มีผู้ติดตามเก็บข้อมูลที่ชัดเจน	1. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องใน Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ตั้งแต่ระยะ acute, intermediate และ long term care ให้ชัดเจนและเป็นรูปแบบเดียวกัน 2. พัฒนาระบบการส่งต่อ และการรับส่งผู้ป่วย เพื่อให้ การรับส่งกลับ Admit ได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้ 3. สนับสนุนการพัฒนา IMC ward ที่รพ.ปัว ให้ อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูระยะสั้น จำนวน 5 วัน 4. จัดประชุมนักกายภาพบำบัดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้งเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 5. มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาล เยี่ยมบ้านที่ผ่านการอบรม และแลกเปลี่ยนข้อมูลทาง ไลน์ 6. สนับสนุนอุปกรณ์ที่มีราคาแพงในการดูแลผู้ป่วยที่ อยู่ต่างอำเภอ เช่น รถเข็นนั่ง ในฐานะรพ.แม่ข่าย 7. เพิ่มศักยภาพ รพ.ภูเพียง ให้มีหอผู้ป่วยใน เพื่อ รองรับ ผป โรคไม่ซับซ้อนในเขตของภูเพียงและพัฒนา เพื่อรองรับผู้ป่วย IMC ของอ.ภูเพียงและอ.เมือง 8. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องให้เป็นแบบเดียวกันทั้งจังหวัด	1. นำแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้ D/C โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม (ถ้าเป็นไปได้) ในแต่ละ รพช เพียง , รับฝึกเป็น OPD case และมีการพัฒนางาน CBR ในชุมชน โดยความร่วมมือของทีม fammed และนัก กายภาพบำบัดชุมชน 3. รพ.สมเด็จพระพุทธราชบัว จัดหาพยาบาลวิชาชีพเรียนต่อ เฉพาะทางพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หรือ พยาบาล stroke กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละอำเภอ 4. บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Thai COC	รพช.ทุกแห่งในจังหวัด น่าน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
48	One Day surgery	- เพื่อลดอัตราการครองเตียง และเพิ่มรายได้จากการดูแล ผู้ป่วย ODS - เพิ่มจำนวนผู้รับบริการใน หัตถการงานส่องกล้อง หัตถการระบบ URO, ENT - ขยายบริการ one day surgery ใน รพ. M2 คือ รพ.ปัว	40) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดแบบ One Day Surgery มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	1. จำนวนแพทย์ที่ทำ ODS ยังไม่ครอบคลุมทุก กลุ่มโรค เนื่องจากต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและ การตัดสินใจที่เหมาะสม 2. สถานที่ห้องผ่าตัดอยู่ระหว่างการปรับปรุงจาก 14 ห้องเหลือ 6 ห้อง ซึ่งต้องใช้เวลากว่า 1 ปีใน การซ่อมแซม 3. ห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วย ODS ยังไม่มีต้อง อาศัยการสังเกตอาการต่อที่ ward 4. ปัญหาในการเดินทางแต่ละอำเภอค่อนข้างไกล ทำให้การไปกลับลำบาก 5. ผู้รับบริการฐานะยากจนไม่มีพาหนะส่วนตัวใน การเดินทาง 6. ขั้นตอนการให้บริการแต่ละจุดบริการล่าช้าไม่ ต่อเนื่อง	1. จัดตั้งทีมนิเทศงาน และสื่อสารจากรพ.น่าน และ โรงพยาบาลที่มีการสมัครเข้าร่วมโครงการ One day surgery 2. จัดระบบบริการ Flow One day surgery เพื่อ สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ 3. ชักชวนแพทย์ที่ทำหัตถการที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม โครงการ เพื่อเพิ่มจำนวนโรคในการรักษาแบบ ODS	1. ประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมเวชกรรมสังคมและ รพ. สต.ที่อยู่ในระยะการเดินทางของผู้รับบริการ 2. จัดระบบการ consult และ refer ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อ ง่ายต่อการดูแลต่อเนื่อง 3. สื่อสารขั้นตอนบริการกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง 4. กำหนด criteria ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน เพื่อ ป้องกัน complication	- ทบทวนการ selection case แนวทางการเตรียม ความพร้อมก่อนทำหัต การ และติดตาม ประเมินผลหลังทำ - การสื่อสารขั้นตอน ในการให้บริการทุก แผนกและเครือข่าย
49	ER & ECS คุณภาพ (ประเด็นรอง)	ลดแออัด จัดมาตรฐาน พัฒนา คน (4 key step : Awareness, Transfer, Triage, Fast Track)	41) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 น้อย กว่าร้อยละ 12	1. การเสียชีวิต 5 อันดับสูงสุด : Sever Head Injury , Trauma with shock , Septic shock , Hemorhagic , Stroke , STEMI 2. ความรู้ของบุคลากร และทักษะ PHTLS , ATLS และการใช้ Guideline Trauma Head injury fast track ของเครือข่าย Refer in ไม่ เพียงพอ 3. EMR ไม่พร้อมบริการตลอด 24 ชม. และไม่ ผ่านการอบรม เนื่องจากมีการสับเปลี่ยน หมุนเวียนบ่อย 4. การใช้ระบบ Telemedicine ในเครือข่ายการ ส่งต่อ refer in ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มโรค Fast Track	1. Awareness 1) การสร้าง Health Literacy โดยใช้ Model การ ให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ของรพ.น่านขยายสู่ รพช. 2) สสจ.น่าน จัดอบรม EMR รายใหม่/ฟื้นฟู/EMS Rally ระดับจังหวัด 3) ER รพ.น่าน จัดอบรมวิชาการ กลุ่มโรคฉุกเฉิน / Trauma/BLS/และกลุ่มโรค Fast Track โดยทีม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพ ห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.น่าน ร่วมกับที่เลี้ยงโซน(ปัว/ เวียงสา/ท่าวังผา) โดยสสจ.น่านสนับสนุนบริหาร จัดการการอบรมวิชาการ 4) สสจ.น่าน ร่วมขับเคลื่อนกลไก ศปถ.จ.น่าน (ข้อมูล 3 ฐาน/การสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์/ การขับเคลื่อนวิชาการ เครื่องมือ 5 ชิ้น)	1. ประชาสัมพันธ์ 1669 เชื่อมกับ SP สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง 2. (สสจ./รพ) ขับเคลื่อน ศปถ.อ./ศปถ.อปท./พชอ. อุบัติเหตุทางถนน (เครื่องมือ 5 ชิ้น /"ตำบลปลอดภัย") 3. จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมวิชาการ กลุ่มโรคฉุกเฉิน / Trauma/BLS/และกลุ่มโรค Fast Track โดยทีมแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน รพ.น่าน ร่วมกับที่เลี้ยงโซน(ปัว/เวียงสา/ท่าวังผา) 4. รพ.ทุกแห่งมีแผนเยี่ยมหน่วย กู้ชีพ ในเครือข่าย(คน/ รถ/หน่วย)	ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ได้รับการดูแลตาม มาตรฐาน Hospital Safety Index (HIS) ER service ยึด 2 P Safety Goal

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
49	ER & ECS คุณภาพ (ประเด็นรอง)			<p>1. พื้นที่ต่างอำเภอมีจุดอับสัญญาณวิทยุ โทรศัพท์ และ Internet</p> <p>2. ความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยที่ต้องขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ</p> <p>3. ขาดการวางแผนการซ่อมบำรุง/ทดแทน/จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในรถ EMS & Refer</p>	<p>2. Transfer</p> <p>1) งาน EMS สสจ.เสนอพิจารณาขยายจุด Repeater สายเหนือ โดยประสานกับกองวิศวกรรมสื่อสารของเขตฯ ร่วมกับ สพฉ. คั้นข้อมูล/แผนคลื่นวิทยุ สพฉ. (ขยายช่องสัญญาณไปยังหน่วยอปท.)</p> <p>2) สสจ.น่าน ขับเคลื่อนแผนพัฒนาตามนโยบายรพพยาบาลปลอดภัย</p> <p>3) ER รพ.น่าน Update เกณฑ์การรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สำหรับทีม ALS ออกเหตุ สื่อสารและปรับกระบวนการทำงานและรพช.ออกเหตุ/Refer โดยใช้ระบบ Telemedicine</p> <p>4) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รพ.น่าน มีแผนการสื่อสาร monitorคุณภาพการดูแลในระหว่างการส่งต่อ</p> <p>5) จัดทำช่องทางส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบ Sky doctor น่าน-ลำปาง</p> <p>6) งาน EMS สสจ.สนับสนุนงบประมาณ ให้จนท.เข้ารับอบรม Sky doctor จำนวน 6 คน(รพ.น่าน/ปัว/ท่าวังผา/บ่อเกลือ/เฉลิมฯ)</p>	<p>1. เน้นการใช้ระบบ Telemedicine ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกราย รวมถึงแผนจัดหา และ บำรุงรักษา/ต่อสัญญาณ ระบบ Telemedicine รายปี และ บำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์รายปี</p> <p>2. รพช.ปฏิบัติตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสำหรับทีม ALS ออกเหตุ สื่อสารและปรับกระบวนการทำงาน</p> <p>3. รพช.และหน่วย EMR อปท.ประเมิน TEMSA เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน</p>	
			<p>1.บุคลากร ER มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียน ทำให้ส่งผลต่อสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย ER</p> <p>2.การจัดระบบบริการผู้ป่วย (Flow) ไม่สัมพันธ์กับประเภทผู้ป่วย ในบาง รพ.</p>	<p>3.Triage</p> <p>1) งาน EMS สสจ.น่าน ร่วม ER รพ.น่าน จัดทำโครงการพัฒนาบุคลากร เรื่องการคัดแยก (MOPH ED Triage) 3 โซน(เหนือ/กลาง/ใต้) , Triage audit</p> <p>2) ER รพ.น่าน จัดทำแผนพัฒนาการจัดระบบบริการผู้ป่วย (Flow) สัมพันธ์กับประเภทผู้ป่วย</p> <p>3) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รพ.น่าน พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้าน Telephone triage ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินระดับ 4,5 เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินรับบริการที่ รพ.สต./การดูแลตนเองเบื้องต้น(ผู้ป่วยสีขาว)</p>	<p>1. จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมพัฒนาสมรรถนะการคัดแยกผู้ป่วย และมีการใช้ MOPH ED Triage 100% รวมถึงต้องทำ Audit Triage</p> <p>2. รพ.ทุกแห่ง ต้องทำ Trauma audit case Dead และการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง</p>		

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
49	ER & ECS คุณภาพ (ประเด็นรอง)			<p>1. การขับเคลื่อนแนวทาง Standing order Fast Track (SHI & Multiple Trauma)(ของ รพช.) และความเข้าใจ Guideline การประสานระหว่างหน่วยงานใน รพ.น่านยังไม่เพียงพอ</p> <p>2. บุคลากร ER มีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียน ทำให้ส่งผลต่อสมรรถนะด้าน ความรู้ ทักษะ PHTLS ATLS</p> <p>3. ขาดการวางแผนการซ่อมบำรุง/ทดแทน/จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast Track</p>	<p>4.Fast Track (SHI & Multiple Trauma)</p> <p>1) ER รพ.น่าน Update Standing order สอดคล้อง Guideline สื่อสาร และรับเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ทักษะการดูแลรักษาพยาบาล ของพยาบาล Nurse Co. รพช. (สสจ.สนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการ)</p> <p>2) ER รพ.น่าน พัฒนาสมรรถนะของแพทย์(ฝึกหัด) พยาบาลในการอ่านและแปลผล EKG</p> <p>3) ประชุมคณะทำงาน Core Team ECS และนิเทศเสริมพลัง ทีม ER ทุกรพ.</p> <p>4) สสจ.สนับสนุนงบประมาณการลงทะเบียนอบรมหลักสูตร ENP จำนวน 2 โควตา และCourse วิจัย (Prevention RTI/ Pre-hos/ER/PHER) 1 เรื่องวิจัย/R2R</p>	<p>1.ER ทุก รพ.พัฒนา จาก Gap Case Fast track รวมถึงการคืนข้อมูล Case (ช่องทาง ประชุมทุกไตรมาส /Line)</p> <p>2.รพช.ส่ง Nurse Co. รพช. เข้าอบรม Update Standing order สอดคล้อง Guideline สื่อสาร และทักษะการดูแลรักษาพยาบาล</p> <p>3.แพทย์(ฝึกหัด)และพยาบาลเข้ารับการพัฒนสมรรถนะในการอ่านและแปลผล EKG</p> <p>4.ใช้ Guideline/ Standing order 100%</p> <p>5.Audit & Peer review Case Dead (Ps score > 0.75)</p> <p>6.ใช้โปรแกรม IS เน้น Case อุบัติเหตุทางถนน/พลัดตกหกล้ม/เสียชีวิตทุกราย</p> <p>7.ประเมิน ECS คุณภาพตนเองและทำแผนพัฒนา ECS ปี 2563 (ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ENP/Sky doctor)</p> <p>8.พยาบาลรพ.สต.เข้ารับการอบรมวิชาการกลุ่มโรคฉุกเฉิน /Trauma/BLS/และกลุ่มโรค Fast Track</p> <p>9. R2R/ วิจัย (Prevention RTI/ Pre-hos/ER/PHER) 1 เรื่องวิจัย/ER รพ.</p>	
			<p>1. การมอบหมายงานตามโครงสร้าง TEA Unit</p> <p>2. ระบบข้อมูลสถิติการรับบริการ EMS ER ที่มีปัญหาในการบันทึก/ส่งออก/การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล รวมถึงข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ(IS program) ที่มีความล่าช้า ส่งผลต่อการบริหารจัดการด้านข้อมูล และตัวชี้วัด</p>	<p>5.TEA Unit</p> <p>1) เพิ่มการจัดโครงสร้าง มีแพทย์เฉพาะทางรับผิดชอบ Fast track Trauma & Head injury</p> <p>2) ER & IT รพ.น่าน ร่วมพัฒนาการส่งออกสถิติ ER</p> <p>3) TNWC โรงพยาบาลน่าน</p> <p>4) TEA unit รพ.น่าน Monitor KPI ทุก ไตรมาส ร่วมกับ สสจ. โดย รพช.ทุกแห่งเก็บตัวชี้วัด(ตัวชี้วัดเขต/จังหวัด)</p>			

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
50	ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฉุกเฉิน	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาด้วย ระบบ EMS เพิ่มขึ้น	42) ร้อยละของประชากร เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1. ประชาชนกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาด้วย EMS ต่ำกว่าเกณฑ์(เป้าหมาย > 22% ผลงาน 20.15%) 2. FR หน่วยอปท.มีบุคลากรสับเปลี่ยนหมุนเวียน บ่อย/ความพร้อมปฏิบัติของ จนท./นโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินขึ้นอยู่กับผู้บริหารของอปท. 3. ในบางหน่วย FR อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทาง การแพทย์ในรถพยาบาล(FR) มีสภาพชำรุด/ไม่ พร้อมใช้ 4. มีจุดอับสัญญาณ/Repeater ชำรุด	1. EMS อบรม FR รายใหม่/ฟื้นฟู 2. ปรับปรุง/ซ่อมบำรุง Repeater 3. นิเทศ ควบคุมกำกับหน่วย FR (แบ่งเป็นโซนโดย รพ.แม่ข่าย) 4. ประเมินมาตรฐาน TEMSA 5. บูรณาการทำงานร่วมกับ Service Plan	1. อบรมฟื้นฟูทักษะ FR ในปฏิบัติการที่จำเพาะต่อพื้นที่ (เช่น Scene size-up and Initial Assessment, Mass casualty, กู้ชีพอุทยาน) 2. การซ่อมแผน(Tabel Top/ Full skill) อุบัติเหตุหมู่ (ภายในรพ./อำเภอ) 3. นิเทศ ควบคุมกำกับหน่วย FR (คน/รถ/หน่วย) 4. ประเมินมาตรฐาน TEMSA	รพ.ทุกแห่ง/หน่วย FR อปท./อุทยาน
51			43) ร้อยละจังหวัดที่มีพื้นที่ เกาะสำหรับการท่องเที่ยว ทางทะเลมีระบบบริการ สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ				

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
52	COPD	1.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตาม มาตรฐาน (เข้าถึงยา ICS/LABA,LAMA) ตาม CPG 2. ลดการ Over Diagnosis การลงข้อมูลผ่านระบบการลง ข้อมูลของกรมการแพทย์ > ร้อยละ 80	1..อัตราผู้ป่วยใน COPD clinic ได้รับยา ICS/LABA , LAMA > 80% 2. ร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่ ได้รับการทำ spirometry > 60 % 3. อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ต่อร้อยละผู้ป่วย COPD ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป < 130 ครั้ง) 4. ผู้ป่วย COPD ได้รับการลง ข้อมูลผ่านระบบการลงข้อมูล ของกรมการแพทย์ > ร้อยละ 80	1.ราคายา ICS/LABA,LAMA ยังแพงกว่ายาพัน ชนิดอื่นที่อยู่ในบัญชียาหลักและสถานะเงินบำรุง ของรพ.หลายแห่งยังไม่ดีทำให้หลายโรงพยาบาล ใช้น้อยกว่าที่ควรและจ่ายยาไม่สม่ำเสมอ 2. เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ขาดความรู้ที่ทันสมัย แล ตรวจ spirometry ได้ 3. โปรแกรมของกรมการแพทย์ยังไม่เสถียร และ เป็นภาระกับเจ้าหน้าที่ในการลงข้อมูลผู้ป่วย 4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีการโยกย้ายสับเปลี่ยน หน่วยงานขาดการส่งต่องานและรับผิดชอบหลาย งานทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง	1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วย และการทำ spirometry 2. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงาน COPD ของ จังหวัดใหม่ และกำหนดผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูล ของกรมการแพทย์ของแต่ละรพ.และมีการส่งต่องาน เมื่อมีการโยกย้าย 3. จัดให้มีระบบการ consult chest med และ refer กรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบป่วยโดยให้ส่งปรึกษาเป็น OPD case ที่ COPD clinic ทุกวันอังคารในเวลา ราชการ 4. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติตาม Thai COPD guideline 2560 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติ exacerbation ใน 1 ปี ควรได้รับยา ICS/LABA หรือ LAMA 5. พัฒนา COPD Clinic คุณภาพตามแนวเวชปฏิบัติ อย่างครบวงจร	1. แพทย์แต่ละรพ.จ่ายยา ICS/LABA ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (ผู้ป่วยที่มีประวัติ exacerbation ใน 1 ปีควรได้รับยา ICS/LABA หรือ LAMA) 2. ทีมสหสาขาเข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อศักยภาพในการ ดูแลผู้ป่วย COPD ในจังหวัดน่าน 3. มีการ consult chest med และ refer กรณีผู้ป่วย อาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการรุนแรง 4. เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมการทำ spirometry กับสมาคม อุรเวชช์	ผู้ป่วย COPD ได้รับ การดูแล และได้รับ การตรวจ spirometry ทุกราย
53	พัฒนาระบบ SP	จัดระบบกลไกการพัฒนา ระบบบริการ SP ให้มี ประสิทธิภาพ		1. คณะกรรมการ CSO SP มีการเปลี่ยนแปลง 2. ประชุมไม่ต่อเนื่อง 3. การทำวิชาการ R2R นวัตกรรมยังมีน้อย ไม่มี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่าง SP	1. ทบทวนคณะกรรมการ CSO SP ใหม่ 2. จัดประชุม CSO ทุกไตรมาส เพื่อกำกับติดตาม ความก้าวหน้า SP 3. จัดเวที SP Sharing แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Good Practice, R2R, นวัตกรรม	1. พัฒนาระบบงานตาม SP ที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนา Good Practice, R2R, นวัตกรรม เพื่อพัฒนา ระบบงาน และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด	ทุกอำเภอ

แผนงานที่ 8 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
54	โครงการพัฒนาพื้นที่สูง แบบโครงการหลวง (ด้าน สาธารณสุข) จังหวัดน่าน	ประชาชนในพื้นที่โครงการ หลวง ได้รับการดูแลด้าน สาธารณสุข		กำกับ ติดตาม การดำเนินงานและการเบิกจ่าย งบประมาณ ทุก 3 เดือน	1. จัดทำแผนงาน โครงการ การใช้งบประมาณเฉพาะ ภาพรวมจังหวัด 2. ควบคุมกำกับ ติดตาม การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ และการเบิกจ่ายงบประมาณ ทุก 3 เดือน	1. วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จัดทำโครงการ 2. ดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆที่ได้จัดทำตามแผนงาน โครงการ	11 โครงการหลวง ใน พื้นที่ 9 อำเภอ เป้าหมาย
แผนงานที่ 9 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยว ความงามและการแพทย์แผนไทย							
55	พัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้าน การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพร พื้นบ้าน ได้รับงบ 7,869,600 บาท จากงบ พัฒนาจังหวัด	1. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วย ศาสตร์ภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพรพื้นบ้าน 2. พัฒนาระบบฐาน สารสนเทศงานภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยและ สมุนไพรพื้นบ้านจังหวัดน่าน	44) ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของ รายได้จากการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และแพทย์ แผนไทย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี) 1. ประชาชนพื้นที่ต้นแบบ ตำบลบ่อสวกสุขภาพดีแบบ พึ่งตน/ลดต้นทุนสุขภาพและมี รายได้เพิ่มขึ้นที่เกิดจากการ พัฒนาระบบการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ให้บริการด้วยศาสตร์ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย 2. มีนักท่องเที่ยวเข้ามาใน พื้นที่ต้นแบบเพิ่มขึ้น 3. จำนวนประชาชนที่เข้าถึง ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ด้านภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย และสมุนไพรจังหวัดน่าน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อพัฒนาตนเองหรือองค์กร	จังหวัดน่านมีพืชสมุนไพรหลากหลายพันธุ์มีและ องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาและตำรายาหมอ พื้นบ้านจำนวนมาก แต่ยังขาดการนำมาศึกษา และต่อยอดพัฒนาสู่การนำไปใช้ประโยชน์ในด้าน สุขภาพและเศรษฐกิจ	1. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วย ศาสตร์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พื้นบ้าน ต.บ่อสวก อ.เมืองน่าน จ.น่าน (งบ 7,869,600 บาท) 1.1 ด้านการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการด้านองค์ ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 1.2 การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต ด้านการปลูก และแปรรูป 1.3 การสร้างอาคารแปรรูปสมุนไพรและเอื้อนฮัก สุขภาพภูมิปัญญา 1.4 การจัดโปรแกรมเส้นทางท่องเที่ยวเชิงส่งเสริม สุขภาพด้วยภูมิปัญญาและสมุนไพร 2. การพัฒนาสารสนเทศด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผน ไทยและสมุนไพร จังหวัดน่าน (งบ 703,800 บาท) 2.1 ประชุมภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน 2.2 สสำรวจข้อมูลชนิดและปริมาณสมุนไพร สืบค้น รวบรวมข้อมูลด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจังหวัดน่าน 2.3 อบรมผู้ประกอบการ ผู้เก็บข้อมูล และผู้ดูแลระบบ 2.4 พัฒนาโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล 2.5 อบรมผู้ประกอบการ ผู้เก็บข้อมูล และผู้ดูแลระบบ 2.6 การบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล	1. จัดตั้งคณะทำงานสนับสนุนการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตามกิจกรรมในโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยศาสตร์ภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพรพื้นบ้าน พื้นที่ตำบลบ่อสวก อำเภอ เมืองน่าน จังหวัดน่าน 2. บูรณาการร่วมกันคณะทำงานสาขาวิชาชีพพัฒนางาน แพทย์แผนไทยและงานสุขภาพภาคประชาชน - การสำรวจข้อมูลชนิดและปริมาณสมุนไพร สืบค้น รวบรวมข้อมูลด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจังหวัดน่าน	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
56	ศูนย์พึ่งได้ OSCC	1. สนับสนุนการดำเนินการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาความ รุนแรงในเด็กและสตรีในการ พัฒนาศูนย์พึ่งได้ 2. พัฒนาศูนย์พึ่งได้		การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีมาตรการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเสี่ยง ต่อการทำร้ายตนเอง ตามแนวทางของศูนย์พึ่งได้ มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	1. ประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะ การปฏิบัติงานให้ผู้รับผิดชอบงานรพ./สสอ./รพ.สต. ในด้านการให้บริการ สิทธิผู้ป่วย ของเด็กและสตรี แรงงานต่างด้าวที่ถูกกระทำรุนแรง 2. ประสานการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพกับ หน่วยงานสังกัดพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 3. สนับสนุนผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ ของรพ./สสอ. เข้า ร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาระดับจว./เขต./ประเทศ	1. ให้บริการดูแลด้านสุขภาพ กลุ่มเด็กและสตรี ที่ถูก กระทำ ความรุนแรงในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. จัดเก็บ บันทึก รวบรวมรายงานข้อมูล	ศูนย์พึ่งได้มีมาตรฐาน ในการดูแลเด็กและ สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และผู้ตั้งครรภไม่มี พึ่งประสงค์
57	สาธารณสุขชายแดน	๑. ประชากรในพื้นที่ชายแดน ได้รับการบริการสาธารณสุขและการ ดูแลสุขภาพอย่าง ทั่วถึง ๒. พื้นที่ชายแดนมีการจัดการ ระบบสาธารณสุขอย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน ๓. สถานบริการสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานและเป็นมิตร (Friendly hospital)	๑. ร้อยละของโรงพยาบาล ชายแดนให้บริการที่เป็นมิตร (Friendly Service) แก่ ประชากรต่างด้าว ๒. ร้อยละการส่งเสริมให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ต่อประชากร ๓๐๐ คน	๑. ระบบการส่งต่อระหว่างประเทศ ในระดับจังหวัด ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลส่ง ต่อและการส่งกลับของผู้ป่วยต่างชาติได้ เนื่องจาก การดำเนินการตามข้อบันทึกร่วมกับแขวงไชยะบุรีระบุให้ มีการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งยังไม่มีความชัดเจน ดำเนินงานที่ชัดเจนยังโรคอื่นๆเช่น อุบัติเหตุ ,NCD , ANC เป็นต้น ๒. การพัฒนาอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) มี ข้อกำหนดในคุณสมบัติที่ชัดเจน คือต้องเป็น ชาวต่างชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและอาศัยอยู่ ในพื้นที่จังหวัดน่านอย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป จึง จำเป็นที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียนอย่างถี่ ถ้วนเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานที่กระทรวงได้กำหนด	๑. กำหนดผู้รับผิดชอบงานส่งต่อระหว่างประเทศ ใน ระดับจังหวัด โดยพิจารณาจากการประชุมของ คณะทำงานขับเคลื่อนงานสร.ชายแดน -สธ.อาเซียน สสจ. น่าน ๒. จัดทำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยใน พื้นที่ชายแดนห้วยโก๋น-รพ.เฉลิมพระเกียรติ - รพ.ทุ่งช้าง- รพ.ปัว - รพ.น่าน ๑.การติดตามต่างด้าวที่ได้รับการอบรมให้สามารถ ปฏิบัติงานได้จริง ๒. การออกบัตรประจำตัวอสต.เพื่อจัดทำทะเบียนอสต.ที่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้จริง	๑. ประชุมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาเครือข่าย ระบบส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดนห้วยโก๋น ๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ ชายแดนห้วยโก๋น-รพ.เฉลิมพระเกียรติ - รพ.ทุ่งช้าง-รพ.ปัว - รพ.น่าน ๑. การสำรวจชาวต่างชาติในพื้นที่ ๒. กระตุ้นต่างด้าวที่ได้รับ การอบรมฝึกปฏิบัติร่วมกับอสต.ในพื้นที่เพื่อดำเนินงานและส่ง รายชื่ออสต.ที่เข้าเกณฑ์ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด	๑. สามารถเก็บข้อมูล ส่งต่อและการส่งกลับ ของผู้ป่วยต่างชาติได้ ๒. มีระบบการส่งต่อ ระหว่างประเทศที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น มีทะเบียนต่างชาติใน พื้นที่จังหวัดน่าน สามารถตั้งศักยภาพ ชาวต่างชาติในพื้นที่มา ปฏิบัติงานร่วมกับอสต. ในพื้นที่ได้อย่างไร้รอยต่อ
		๔ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ สอบสวนโรคให้ทันเวลา สามารถ ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ ทางระบาดวิทยาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	๓.จังหวัดชายแดนที่มีระบบเฝ้า ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (ร้อยละ ๗๐)	๓.การดำเนินงานระบบเฝ้าระวัง ยังไม่ทันเวลา (ตามที่กำหนด) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีการ เปลี่ยนแปลงทำให้ไม่มีความต่อเนื่องของงาน ดำเนินงาน	โครงการจัดทำแผนและซ่อมแซมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุข กรณีโรคระบาด ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	โครงการจัดทำแผนและซ่อมแซมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุข กรณีโรคระบาดที่สำคัญในพื้นที่ (ระดับอำเภอและ ตำบล)	เจ้าหน้าที่มีความรู้ความ เข้าใจในการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรคที่สำคัญใน พื้นที่ และสามารถ ดำเนินงานได้ตาม มาตรฐานของกรม ควบคุมโรค

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
58	สาธารณสุขอาเซียน	ศูนย์ประสานงานเครือข่าย ประชาคมอาเซียนด้าน สาธารณสุข : ศคอส. จังหวัดน่าน เป็นองค์กรหลักในการ ดำเนินงานสาธารณสุขอาเซียน	ศูนย์ประสานงานเครือข่าย ประชาคมอาเซียนด้าน สาธารณสุข : ศคอส.ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒	๑. มีนโยบายแต่นำไปสู่การปฏิบัติน้อย	การจัดประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนงานสาธารณสุข ชายแดน สาธารณสุขอาเซียนในสสจ.น่าน เพื่อจัดทำ นโยบาย ,ยุทธศาสตร์ มาตรการ ของศคอส.ให้เป็นไปตาม ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข		ได้นโยบาย,ยุทธศาสตร์ มาตรการของ ศคอส.จ. น่าน
				๒. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบขาดทักษะการสื่อสาร ด้านภาษาอังกฤษ	๑.จัดประชุมสรุปผลงานสช.ชายแดน - อาเซียน และ จัดทำแผนปฏิบัติการสชต.ทุกแห่ง ๒. จัดประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนงานฯเพื่อพิจารณาค่า ของงบประมาณไปยังกระทรวงฯ	๑. จัดทำแผนปฏิบัติการสชต.ให้แล้วเสร็จตามที่สสจ.กำหนด	การใช้เงินงบประมาณ ตามวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน
					จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สชต.ภาษาต่างประเทศ ทั้งนี้ต้องมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการอบรม	อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านหน้า ในเรื่องภาษา การ ให้บริการที่เป็นมิตร ฯลฯ	เจ้าหน้าที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ทางด้านภาษาและด้านที่ เกี่ยวข้องในเรื่อง ให้บริการทำให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
					การนิเทศ ติดตามเสริมกำลังให้แก่จนท.สชต.และประเมิน ระดับสชต.ให้ผ่านเกณฑ์ (อย่างน้อยระดับ ๑) ทุกแห่ง		
ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)							
แผนงานที่ 10 โครงการบริหารจัดการกำลังคนสุขภาพ							
59	วิจัย (ประเด็นมุ่งเน้น)	บุคลากรสามารถใช้ กระบวนการทางวิจัยเป็น เครื่องมือในการพัฒนาตนเอง พัฒนางานและพัฒนาองค์กรได้	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	1. ทีมที่เลี้ยงในการส่งเสริมสนับสนุนคุณภาพ งานวิจัยระดับอำเภอและหน่วยงานมีไม่เพียงพอ 2. การนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ ขยายผล โดย เจ้าของงานที่รับผิดชอบ ยังมีน้อยเนื่องจากยังไม่ ได้มีการวิเคราะห์เสนอโจทย์ที่ควรวิจัยเพื่อ แก้ไขปัญหาจังหวัด 3. ฐานข้อมูลวิจัยระดับพื้นที่มีไม่ครบถ้วน 4. ขาดความเข้าใจกับการขอจริยธรรมการวิจัย	1. พัฒนา PM จังหวัดในประเด็นมุ่งเน้น โดยใช้ กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือพัฒนางาน และ ร่วมกันค้นหาโจทย์วิจัยที่ตอบปัญหาจังหวัด 2. พัฒนาทีมที่เลี้ยงอำเภอ เป็น Research Consultant เน้นพื้นที่ที่ยังมีผลงานน้อย / กลุ่ม SP / กลุ่มบริหารจัดการ / ประเด็นเขต 1 3. จัดกระบวนการ Knowledge Sharing ประเด็น มุ่งเน้นของจังหวัด และประเด็นวิจัยที่ได้ของเขต 1 (ร่วมกับเจ้าของงาน) 4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานวิจัยจังหวัดน่าน 5. จัดทำเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติผู้มีส่วนงานเด่นด้าน วิชาการประจำปี 6. จัดทำวารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน 7. จัดทำ SOPs จริยธรรมการวิจัย สสจ.น่าน	1. พัฒนางานความรู้การวิจัยให้บุคลากร ร่วมกันค้นหา โจทย์ในการวิจัยตอบปัญหาในพื้นที่ 2. จัดระบบสนับสนุนการวิจัยในอำเภอ (Research consultant) จัดทำฐานข้อมูลทีมที่เลี้ยงอำเภอ 3. จัดเวทีวิชาการระดับคปสอ.	1. มีโจทย์งานวิจัยที่ ตอบปัญหาของจังหวัด และของพื้นที่ 2. มีทีมที่เลี้ยงอำเภอ เป็นResearch Consultant ครบทุกพื้นที่ 3. มีฐานข้อมูลงานวิจัย เพื่อใช้อ้างอิง ขยาย ผลงานและเผยแพร่ได้

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
60			45) ระดับความสำเร็จของ เขตสุขภาพที่มีการบริหาร จัดการระบบการผลิตและ พัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์				
61	บริหารทรัพยากรบุคคล	มีการบริหารจัดการกำลังคน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	46) ร้อยละของเขตสุขภาพที่ มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	1. ทักษะการใช้โปรแกรม HROPS ของเจ้าหน้าที่ 2. ขั้นตอนกระบวนการมาก 3. ข้าราชการลาออก	1. จัดการฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน 2. บริหารตำแหน่ง และดำเนินการตามแผน 3. บุคลากรเพียงพอ		ข้อมูลด้านบุคลากร สาธารณสุขถูกต้อง เป็นปัจจุบัน บริหาร จัดการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)							
แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณธรรม							
62	Happinometer (ประเด็นมุ่งเน้น)	บุคลากรในองค์กรสาธารณสุข มีความสุข ในการทำงาน - Happy worklife - Happy Body - Happy soul	51) จำนวนหน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุข(Happy Organization) 1.Happy Worklife > 70% 2.Happy Body -BMI ปกติ -รอบเอว ปกติ -สมรรถนะการทำงานของ หัวใจ (จากการทดสอบ วิ่ง 2.4 km ในคนที่ไม่มีข้อห้าม) -ไขมัน Chol, TG เกณฑ์ ปกติ (ตามเกณฑ์พื้นฐานสิทธิ ประโยชน์) -พฤติกรรมสุขภาพดี 3 อ 2 ส 3. Happy Soul > 70%	1. แผนสร้างสุขขององค์กรไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง 2. จนท.สุขภาพไม่ดี / ภาระงานที่มาก /การ ให้บริการในระดับตำบล อำเภอ 3. ผู้เขียนและผู้ตรวจโครงการรู้สึกไม่มีความสุข ในการ การเขียนแผนงาน/โครงการ/จัดซื้อจัดจ้าง ยุ่งยาก	Happy Worklife 1. จัดตั้งทีมองค์กรสร้างสุขระดับจังหวัด เน้นใน 3 กิจกรรม ควบคุมทุกกิจกรรมให้ชัดเจน 2. จัดทำแผนความต้องการตามภาระงาน ลำดับตาม ความจำเป็นในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ และสายสนับสนุน 3. มีแผนพัฒนาบุคลากรตามส่วนขาด 4. การเขียนแผนงาน/โครงการ อย่างมีความสุข/ ระบบการจัดซื้อจัดจ้าง 5. สร้าง Flow องค์กร 15 กลุ่มงาน	Happy Worklife 1. แผนพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ : การสนับสนุนจาก ผู้บริหารให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี, เพิ่มการสื่อสาร ระหว่างคนทำงานกับผู้บริหาร เอื้อต่อการทำงานให้เกิด ความสำเร็จของแต่ละหน่วยย่อย หรือภารกิจสำคัญ / ด้าน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย / ด้านสวัสดิการต่างๆ 2. ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการและนำไปถ่ายทอดในระดับ อำเภอ ตำบล (ลดความยุ่งยากในการเสนอโครงการ โดยมี ผู้ตรวจสอบระดับจังหวัด เช่น งานการเงิน งานตรวจสอบ ภายใน งานพัสดุ เป็นวิทยากรร่วม) 3. แผนพัฒนาบุคลากรตามส่วนขาด (ความรู้ ทักษะ) 4. ประเมินความสุขของ จนท. และปัจจัยที่เป็นปัญหาใน พื้นที่ 5. สร้างความสุขด้วยกำลังออกกายร่วมกัน (รวมกลุ่มออก กำลังกาย/เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาจังหวัด และรายงานผล กลุ่มการออกกำลังกาย 6. จัดหรือร่วมกิจกรรมจิตอาสาระดับอำเภอ ตำบล และ รายงานผล	1. มีแผนองค์กรสร้าง สุขที่นำไปปฏิบัติได้ 2. จนท. เขียน แผนงาน/โครงการ/ จัดซื้อจัดจ้าง ได้ ถูกต้องและมีความสุข

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
62	Happinometer (ประเด็นมุ่งเน้น)			<p>- ขาดนโยบายระดับจังหวัดในเรื่อง เมนุษสุขภาพ</p> <p>- ขาดเจ้าภาพในการจัดงานระดับจังหวัด</p> <p>- ขาดการยืนยันตัวตนในการออกกำลังกาย</p> <p>- ไม่มีข้อมูลความต้องการของกิจกรรมในแต่ละ องค์กร</p> <p>- ชมรมจริยธรรม มีไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน</p>	<p>Happy Body</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายจังหวัด สร้าง Healthy break , เมนุษสุขภาพ 2. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อน 3. จัด Walk-run Event , Virtual Walk & Run ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด 4. ขึ้นทะเบียนชมรมสร้างสุขภาพ 3๐2ส (อย่างน้อย คปสอ. ละ 1 ชมรม และบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อยร้อยละ 50 เป็นสมาชิกชมรม) 5. กีฬาสาธารณสุข ระดับจังหวัด/โซน มีการสื่อสารสร้างกระแสต่อชุมชนด้วยรางวัลบุคคลต้นแบบด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ <p>Happy Soul</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนวิทยากร องค์กรความรู้ที่เกี่ยวข้อง 2. สร้างกระแส / สื่อสารเสริมพลังคนทำงาน / สร้างแรงบันดาลใจ ต่อเนื่อง 3. เรื่องเล่าสร้างแรงบันดาลใจในมหกรรมงานวิจัยประจำปี 	<p>Happy Body</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดเป็นนโยบายอำเภอ สร้าง Healthy break, เมนุษสุขภาพ 2. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ประเมินผลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3. เดินวิ่งในอำเภอ ที่สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ให้บุคลากรสาธารณสุข (ในจังหวัด) ที่สามารถสะสมระยะได้ตามเป้า เข้าร่วมได้ฟรี 4. กิจกรรม Virtual Walk & Run ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. จัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ 3๐2ส (อย่างน้อย คปสอ. ละ 1 ชมรม และบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อยร้อยละ 50 เป็นสมาชิกชมรม) และเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาจังหวัด รายงานผลกลุ่มการออกกำลังกาย 6. จัดหรือร่วมกิจกรรมจิตอาสาระดับ <p>Happy Soul</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สสำรวจความต้องการ ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับกิจกรรมในองค์กร 2. จัดตั้งชมรมจริยธรรม หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรม 3. จัดกิจกรรมตามบริบท เช่น ธนาคารความดี เรื่องเล่าจากเจ้าหน้าที่ จิตอาสาในองค์กร หรือร่วมกับชุมชนชมรมดนตรี 4. สนทริยสนทนา หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวก Empowerment 	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
63	ITA	- จำนวนหน่วยงาน ในสังกัด สสจ.น่าน ผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ : ITA (31 แห่ง)	47) ร้อยละของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	1. ผู้รับผิดชอบงาน ขาดความเข้าใจ ตลาดเคลื่อนไหว ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจาก จากงาน ITA จะปรับเปลี่ยนทุกปี 2. หลักฐานเชิงประจักษ์มีจำนวนมาก และมี มาตรฐานการให้คะแนนที่สูงขึ้น ต้องรวบรวม หลักฐานให้ครบถ้วน 3. ภาระงานของเจ้าหน้าที่มาก 4. ระบุพื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาด เช่น บ้านหลวง เชียงกลาง	1. กำหนดผู้รับผู้รับผิดชอบหลัก ตัวชี้วัดประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสฯ 2. ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Assessment Pre-ITA) ให้สอดคล้องกับการประเมิน ตามตัวชี้วัด/การจัดทำเอกสารในแต่ละรอบไตรมาส และแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วย งานภาครัฐ (ITA) 3. สื่อสารใหญ่บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับทราบการ ปฏิบัติงานด้านการประเมินคุณธรรมฯ (ITA) 4. สรุปรายชื่อเบื้องต้นเสนอผู้บริหารทราบ ในวาระ การประชุม กวป. เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินการ กำกับ/ติดตาม/สั่งการ 7. กำกับ ติดตาม ผู้รับผิดชอบหลัก ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานก่อนส่ง ตามแบบการประเมิน และ แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการประเมิน และการ รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ 8. ประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้า หมายและรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารตาม รายไตรมาส 9. จัดการระบบการทำงาน/ แก้ไข/ พัฒนางานที่ รับผิดชอบ	1. กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมิน คุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) 1.1 มีผู้รับผิดชอบหลัก 1.2 มีผู้รับผิดชอบราย ตัวชี้วัด 2. สื่อสารใหญ่บุคลากรของหน่วยงานได้รับทราบการ ปฏิบัติงาน ด้านการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสใน การดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) 2.1 . ดำเนินงานตามเกณฑ์และตามกรอบเวลา 2.2. รายงานผลการประเมินรายไตรมาสต่อผู้บริหาร ของหน่วยงาน 3. รวบรวมเอกสารหลักฐานฯ ตามตัวชี้วัด ที่จะทำการ ประเมินในแต่ละรอบไตรมาส 4. กิจกรรม (Assessment Pre-ITA) เพื่อตรวจประเมินฯ เบื้องต้น โดยมุ่งเน้นประเมินผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับเป้าหมายและรายงานผลการดำเนินงานให้ ผู้บังคับบัญชา ทราบเป็นราย ไตรมาส 5. จัดการระบบการทำงาน/ แก้ไข/ พัฒนางาน ในหน้าที่ ความรับผิดชอบ	
64	PMQA		48) ร้อยละความสำเร็จของ ส่วนราชการในสังกัดสป. ที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด	1. เป็นการพัฒนาเชิงปริมาณ ตอบตัวชี้วัดให้ผ่าน มากกว่าการพัฒนาคุณภาพองค์กรอย่างแท้จริง 2. เป็นการทำงานโดยผู้รับผิดชอบงาน ไม่ใช่ กระบวนการพัฒนาร่วมกันในองค์กร 3. ผู้รับผิดชอบงานของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องที่ รับผิดชอบตัวชี้วัดย่อยไม่ได้ดำเนินการตามแผน	1. การสร้างความเข้าใจ และวัฒนธรรมคุณภาพให้ เกิดขึ้นในองค์กร 2. ชี้แจงกระบวนการ การประเมิน และการบันทึก ผลงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ	1. ชี้แจงกระบวนการ การประเมิน และการบันทึกผลงาน ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
65	HA	ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงการให้บริการ	49) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	๑.การทำความเข้าใจมาตรฐาน ภาพรวมการพัฒนา และการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (CQI) ๒.การเขียนสรุปผลงาน	๑. การพัฒนาศักยภาพทีมนำคุณภาพรพ. เพื่อ Update องค์ความรู้และเครื่องมือใหม่ๆ 1 ครั้ง ๒.การประชุมคณะกรรมการ QRT จังหวัด เพื่อติดตามความก้าวหน้า และนำผลการพัฒนาในตอนต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๔ ครั้ง ๓.กำกับติดตามรพ.ที่จะต้อง Re-Ac ปี 2563 4. ติดตามผลรพ.ที่ผ่านการเข้าเยี่ยมในปี 2562	๑.พัฒนาศักยภาพทีม Fa ในรพ ๒.ทบทวนและปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ๓.จัดเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมจาก IS และสรพ.	รพ.ทุกแห่ง และรพ.ค่ายสุริยพงษ์ (เป่าเน้นหนักรพ.เฉลิมพระเกียรติ, นาน้อย)
66	รพ.สต.ติดดาว	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 5 ดาว ร้อยละ 80 (สะสม) อย่างน้อย 93 แห่ง (ปี 2562 ผ่านเกณฑ์ 38 แห่ง)	50) ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	-การให้บริการตามมาตรฐานต่างๆ ที่วางไว้ ต้องมีการทบทวนปรับปรุงที่ต่อเนื่อง(CQI) - การขอใช้งบเพื่อปรับปรุงให้ผ่านตามเกณฑ์ต้องผ่านมติระดับสสอ.และคปสอ.ทำให้การจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับที่ไม่ได้เร่งด่วน เช่น การเปลี่ยนผ้าบังของ Sterlie การเปลี่ยนก๊อกรุ่นแบบใช้มือดันในอ่างล้างมือ ระบบ IC	1.กำหนดเป้าหมายรพ.สต.อย่างน้อย 55 แห่ง สมครใจเข้าประเมินรับรองปี 2563 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินรับรองระดับอำเภอจังหวัดและทีมที่เลี้ยง 3.แต่งตั้งทีมประเมินรับรองระดับจังหวัด 4.สนับสนุนงบประมาณระดับจังหวัดเพื่อการพัฒนา รพ.สต.ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่สำคัญ	1.กำหนดเป้าหมาย เพื่อประเมินรับรองตามเป้าหมายร้อยละ 80 (สะสม) 2.รพ.สต.ประเมินตนเอง อำเภอแต่งตั้งทีมที่เลี้ยง พัฒนา ส่วนขาด คปสอ.ประเมินรับรอง 3.เตรียมรับการประเมินรับรองระดับโซน จังหวัด	

แผนงานที่ 12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ							
67	งานข้อมูล (ประเด็นมุ่งเน้น)	1. พัฒนาศักยภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ (เน้น HT/ผู้สูงอายุ/EPI/พัฒนาการเด็ก/QOF/PP fee Schudlue - รพ.ทุกแห่ง จัดระบบบริการเพื่อรองรับ Smart Hospital ตามตัวชี้วัดความสำเร็จ 7 ข้อ	52) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 53) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	1. Admin และผู้ปฏิบัติ ขาดการประสานงาน ด้านการบันทึก การแก้ไขระบบข้อมูล HDC ขาด center ICT คปสอ 2. ผู้ใช้ข้อมูล (กลุ่มงาน) ไม่เข้าใจการใช้ข้อมูล 3. ทักษะการใช้โปรแกรม HDC ของบุคลากรยังมีจำกัด 4. PM ขาดการกำกับติดตาม/ความรู้ การใช้ข้อมูล	1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ 1.1. ทบทวนและปรับปรุง - การบันทึก แก้ไขระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง/HDC - ทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการข้อมูล - ทำ Guide line/Time line การบันทึกและส่งข้อมูลตามตัวชี้วัดให้สอดคล้องกัน 1.2. จัดระบบติดตามกำกับกับการจัดการข้อมูล (PA QOF PP fee Schudlue) ใน กทบ.และ กวป 2. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน และการติดตามผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรพ.ที่เป็น Smart Hospital (7 ข้อ) 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน HIS Gateway	1. ทบทวน และติดตามงานของ Admin และผู้รับปฏิบัติ ในการบริหารจัดการข้อมูล ให้มีคุณภาพ (ตย.เช่น คปสอ. เชียงกลาง) 2. จัดระบบติดตาม กำกับ การบริหารจัดการข้อมูล ใน คปสอ. ทุกเดือน (PA QOF , PP , fee Schudlue) 3. ติดตามแก้ไขปัญหาในสถานบริการที่พบปัญหา กำหนดให้มีผู้จัดการเชิงระบบของข้อมูล และ IT ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 คน	PM จังหวัดและคปสอ. วิเคราะห์/ตรวจสอบ ให้ข้อมูลมีความถูกต้องและนำเข้ามาใช้ในการกำกับติดตาม และใช้ในการทำงานได้
แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ							

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
68	การเงิน การคลัง (ประเด็น มุ่งเน้น)	*บริหารกองทุน เพิ่มรายได้ทุก หน่วยบริการ" - ตรวจสอบภายใน - ตรวจสอบคุณภาพบัญชี สอบทาน รพ.อย่างต่อเนื่อง ประชุม บัญชี ไตรมาสละ 1 ครั้ง -- รพ.สต.ขึ้นทะเบียนร่วม โครงการจัดบริการ อปท / ทัน ตกรรมสิทธิประกันสังคม	57) ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน	(คะแนนการสอบทานคุณภาพระบบบัญชี คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 50) จำนวน 3 แห่ง 1. แหล่งข้อมูลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ 2. การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนตามนโยบายที่ กำหนด 3. ระบบการบริหารจัดการภายใน	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการ นักบัญชีทุกไตรมาส ในเรื่อง เกณฑ์การตรวจสอบทานและคุณภาพบัญชี 2. ติดตามการส่งรายงาน - สรุปงบประมาณส่งข้อมูลขึ้นเว็บ ทุกวันที่ 10 ของ เดือน - รพ./รพ.สต.บริหารลูกหนี้รายตัวโดยใช้ RCM - ส่งเคลมเดือนภายในเดือน - บริหารรายได้ของ รพ.สต. - บริการทันตกรรมสิทธิประกันสังคมใน รพ.สต. 1,200 บาท/คน เช่น การตรวจฟัน จนท.ปีละ 2 ครั้ง 3. กำกับติดตามทุกเดือน ทุกอำเภอ ทางไลน์	1.ประชุมชี้แจงกรรมการบริหารโรงพยาบาลให้เข้าใจ เกณฑ์ฯ (และ คปสอ.) 2. ส่งบทตงของโรงพยาบาลภายในวันที่ 10 ของทุก เดือน 3.ส่งข้อมูลการบริการของ รพ ภายในวันที่ 14 4. ส่งข้อมูลงบทตงระบบ GF บข 11 ภายในวันที่ 14 5. ส่งบทตงของ รพสต ภายในวันที่ 25 6. ทำข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังในที่ ประชุม กกบ / คปสอ ทุกเดือน	คะแนนการสอบทาน คุณภาพระบบบัญชี คะแนนรวม>50% จำนวน14 แห่ง
68	การเงิน การคลัง (ประเด็น มุ่งเน้น)	1. เพิ่มประสิทธิภาพการ จัดเก็บรายได้ รพช / รพ.สต. สสช. เดิมต่อเนื่อง และเพิ่มเติม ให้ครบ 2.รพช ส่งข้อมูลการชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์ ทันเวลา คนไข้ใน สิทธิ ข้าราชการและ UC ทันเวลาใน เดือนที่จำหน่ายร้อยละ 60 3. รพช มีประสิทธิภาพการ จัดเก็บลูกหนี้มีระยะเวลาถัว เฉลี่ยไม่เกินเกณฑ์60 วัน 4. คะแนนคุณภาพบัญชีหมวด จัดเก็บรายได้ เพิ่มขึ้น	5. รพ.แม่ข่ายไม่ประสบภาวะ วิกฤติระดับ 7	1. งานเคลม บัญชีการเงิน จุดเปิดvisit เช่น ER OPD บางจุดยังไม่สามารถดำเนินการได้ตาม ข้อกำหนด 2. งาน IT รพช ยังไม่ได้เข้าร่วมสนับสนุนระบบ RCM 3. งานระบบการส่งลูกหนี้จากงานเคลม ให้บัญชี ยังไม่เป็นไปตามกำหนดเวลา	1. ประชุมวิเคราะห์การ Claim ผู้เกี่ยวข้องในระบบ (งานเคลม บัญชีการเงิน จุดเปิด visit เช่น ER OPD) 2. พัฒนาผู้ติดตาม กำกับการใช้ประโยชน์ RCM ใน รพ 3. ประชุม งาน IT ทุก รพช เพื่อสนับสนุนระบบ RCM 2 ครั้ง 4. จัดระบบการส่งลูกหนี้จากงานเคลม ให้บัญชี ก่อน สิ้นเดือน 5. สนับสนุนให้งานการเงินออกใบเสร็จโดยใช้ ข้อมูล จาก RCM 6. วิเคราะห์ข้อมูลความทันเวลาของการส่งข้อมูล Claim ทันเวลาในเดือน 7. ส่งข้อมูลย้อนกลับระดับอำเภอ ทุกเดือน	1. รพช ส่งข้อมูลการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ทันเวลา คนไข้ใน สิทธิข้าราชการและ UC ทันเวลาใน เดือนที่จำหน่าย 2. พัฒนาผู้ติดตาม กำกับ การใช้ประโยชน์ RCM ใน รพ 3. งานเคลมส่งลูกหนี้ ให้บัญชี ก่อนสิ้นเดือน 4. งานการเงินออกใบเสร็จรับเงินในโปรแกรม RCM ให้ ครบถ้วน	1. การจัดเก็บรายได้ รพช เพิ่มขึ้น 2. รพช ส่งข้อมูลการ ชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์ ทันเวลา คนไข้ใน สิทธิ ข้าราชการและ UC ทันเวลาในเดือนที่ จำหน่ายร้อยละ 60 3. รพช มี ประสิทธิภาพการ จัดเก็บลูกหนี้มี ระยะเวลาถัวเฉลี่ยไม่ เกินเกณฑ์ 60 วัน

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
		5. รพ.สต. สมัครเข้าการ เบิกจ่ายตรง อพท. แห่ง ผ่าน เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต. (62 แห่ง) 6. รพ.สต. ที่มีทันตบุคลากร สมัครบริการทันตกรรมสิทธิ ประกันสังคมครบ 77 แห่ง		1. รพ. สต. ที่สมัครเข้าการเบิกจ่ายตรง อพท. ที่ สมัคร 29 แห่ง ยังไม่สามารถเบิกจ่ายตรงได้ 20 แห่ง ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหา การมีและใช้ Drug Catalog 2. รพ.แม่ข่าย ให้การสนับสนุนไม่เพียงพอ 3. รพ.สต.ที่มีทันตบุคลากร ยังไม่ได้สมัคร จัดบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคม 19 แห่ง ซึ่งเป็นเรื่องการขาดความเข้าใจในการสมัคร และ เกณฑ์การเบิกจ่าย	1. ประชุม รพ.สต. / ผู้ช่วย สสอ./ผู้เกี่ยวข้องใน อำเภอที่สมัครเบิกจ่ายตรง อพท.ที่ยังไม่สามารถเบิกได้ 2. ประชุม รพ.สต./ผู้ช่วย สสอ. ที่มีบริการทันตกรรม แต่ยังไม่สมัครจัดบริการสิทธิประกันสังคม	1. รพ.แม่ข่าย ให้การสนับสนุนและร่วมจัดระบบการเตรียม เอกสารรองรับให้สามารถเบิกจ่ายตรงได้ 2. รพ.สต.ที่มีทันตบุคลากรต้องสมัครเข้าร่วมการจัดบริการ ทันตกรรม	1. รพ.สต. สมัครเข้า การเบิกจ่ายตรง อพท. แห่ง ผ่านเกณฑ์ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต. (62 แห่ง) 2. รพ.สต.สมัคร จัดบริการทันตกรรม สิทธิประกันสังคมครบ ทุกแห่ง
- การบริหารจัดการความ ครอบคลุมสิทธิงาน ลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ปี 2563	เป้าหมายความครอบคลุมสิทธิ ร้อยละ ๑๐๐ สิทธิว่างร้อย ละ 0	1.เป้าหมายความครอบคลุม สิทธิ ร้อยละ ๑๐๐ สิทธิว่าง ร้อยละ 0 2. ปชช.ที่มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพได้รับการดูแลสุขภาพ ตามสิทธิ	ยังไม่ได้มีการติดตาม ให้มารลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ว่าง	1.กำกับ ติดตาม การลงทะเบียนสิทธิให้ครอบคลุมตาม เป้าหมาย แจ้งผลจำนวนประชากรทุกสิทธิรายอำเภอ แล้วแจ้งข้อมูลให้ หน่วยบริการเป็นลายลักษณ์อักษร ทุกวันที่ 10 ของเดือน 2.แจ้งรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายสิทธิว่างรายตำบลให้ นายทะเบียนอำเภอเพื่อติดตามมาลงทะเบียนสิทธิ 3.ประสานเครือข่ายภาคประชาชนในการรณรงค์การ เข้าถึงสิทธิ	1.กำกับ ติดตาม การลงทะเบียนสิทธิให้ครอบคลุมตาม เป้าหมาย แจ้งผลจำนวนประชากรทุกสิทธิรายอำเภอ แล้วแจ้งข้อมูลให้ หน่วยบริการเป็นลายลักษณ์อักษร ทุกวันที่ 10 ของเดือน 2.แจ้งรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายสิทธิว่างรายตำบลให้ นายทะเบียนอำเภอเพื่อติดตามมาลงทะเบียนสิทธิ 3.ประสานเครือข่ายภาคประชาชนในการรณรงค์การ เข้าถึงสิทธิ	1.ติดตาม การลงทะเบียนสิทธิให้ครอบคลุมตามเป้าหมาย แจ้งผลจำนวนประชากรทุกสิทธิรายตำบล แล้วแจ้งข้อมูล ให้ รพ.สต.ติดตามมาลงทะเบียนสิทธิ 3.ประสานเครือข่ายภาคประชาชนในการรณรงค์การ เข้าถึงสิทธิ	

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
	- CFO	1. คณะกรรมการ CFO / ผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการปรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง		ยังไม่ได้มีการติดตามการเฝ้าระวังฯ ในที่ประชุม คปสอ หรือ กภข ของโรงพยาบาล ระดับอำเภอ และให้มีการรายงานผลการเฝ้าระวัง เฝ้าระวังการเงินการคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย	1. กำกับ ติดตามผล และสรุปรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง 2. วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบบัญชี /ข้อมูลบริการ / ประสิทธิภาพการบริหารจัดการตามตัวชี้วัด 7 Plus / การติดตามผลรายได้-ค่าใช้จ่าย/หนี้สิน,สินทรัพย์/ ต้นทุนบริการ Quick method ต่อ คณะฯ CFO จังหวัด และ กวป. ทุกเดือนรวมถึงเสนอ ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังงบประมาณ 3. ประชุมนักบัญชี/ร่วมสอบทานโรงพยาบาลที่มีประสพภาวะวิกฤติ 4. ประสานและสนับสนุนการดำเนินงาน CFO ระดับเขต	1. CFO อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล ในที่ประชุม คปสอ เพื่อยกระดับประเด็น 2. นำข้อมูลมากำหนดประเด็นปัญหา นำข้อมูลมาจัดทำแผนประสิทธิภาพ และรายงานผล 3. กำกับ ติดตามผล และสรุปรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง (วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบบัญชี /ข้อมูลบริการ /ประสิทธิภาพการบริหารจัดการตามตัวชี้วัด 7 Plus / การติดตามผลรายได้-ค่าใช้จ่าย/หนี้สิน,สินทรัพย์/ ต้นทุนบริการ Quick method ต่อ คณะฯ CFO จังหวัด และ กวป. ทุกเดือน รวมถึงเสนอข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลัง 4. ส่งรายงานการประชุมให้ ระดับจังหวัดทราบ	CFO จังหวัดและอำเภอ มีการวิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งข้อเสนอแนะให้การบริหารจัดการ การเงินการคลังงบประมาณมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเพิ่มรายได้
69	นิเทศงาน คปสอ.	- นิเทศงาน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ทีมนิเทศระดับจังหวัด ประกอบด้วยกลุ่มงานต่างๆ ตามประเด็น ครั้งที่ 2 นำทีมโดยนพ.สสจ. เยี่ยมพื้นที่	นิเทศงาน คปสอ. 15 แห่ง 1 ครั้ง/ปี	- ระยะเวลาในการนิเทศงานนาน 4 เดือน (มี.ค. - มิ.ย. 62) - ผู้รับผิดชอบงานบางประเด็นไม่ได้ออกนิเทศด้วยทุก คปสอ. - หลังการนิเทศขาดการติดตามผลการนิเทศงาน - ทีมนิเทศจังหวัดมีจำนวนมากกว่าผู้รับการนิเทศในพื้นที่ ทำให้ต้องเสียเวลารอคอยผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ว่าง บางพื้นที่ต้องรับผิดชอบหลายงาน	1. ประชุมชี้แจงแนวทางการนิเทศงาน คปสอ.ระดับจังหวัด โดยมีรองนพ.สสจ.เป็นหัวหน้าทีมในการออกติดตามการนิเทศงาน 2. ผู้รับผิดชอบในแต่ละประเด็น ต้องวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาของพื้นที่ วางแผนก่อนออกนิเทศงาน และควรมีผู้รับผิดชอบสำรองในกรณีติดภารกิจไม่สามารถไปได้ 3. มีการติดตาม กำกับ หลังการนิเทศงาน คปสอ. 4. คืนข้อมูลให้พื้นที่ในที่ประชุมผู้บริหาร	1. ประชุมชี้แจงแนวทางการรับนิเทศงานจากจังหวัด ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานในประเด็นต่างๆ 2. อำเภอ ต้องวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาของพื้นที่ตนเอง และนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับปัญหา 3. มีการติดตาม กำกับ หลังการนิเทศงาน คปสอ. 4. คืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานในประเด็นต่างๆ	1. สร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 2. สนับสนุนในส่วนขาดของพื้นที่

ลำดับ	งาน	เป้าหมายงาน	ตัวชี้วัด	GAP (ข้อจำกัด/อุปสรรค/สิ่งที่ทำให้งานไม่สำเร็จ หรือทำงานไม่สำเร็จเพราะอะไร/ใน กระบวนการมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร...เพื่อจะ ได้นำมาแก้ไข ทำให้งานนั้นดีขึ้น ในปีต่อไป	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักจังหวัด)	แนวทางการแก้ไข (กิจกรรมหลักอำเภอ)	เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ได้อะไรที่ดีขึ้น/หรือ GAPอะไรจะหมดไป
70	แผนการจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพองค์กรสาธารณสุข จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	แผนพัฒนาสุขภาพองค์กร สาธารณสุขจังหวัดน่าน ตอบสนองการแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพของประชาชน จังหวัดน่าน สอดรับกับ นโยบายระดับกระทรวง ระดับ เขต ระดับพื้นที่ด้วย กระบวนการมีส่วนร่วม	แผนพัฒนาสุขภาพองค์กร สาธารณสุขจังหวัดน่าน สามารถสนับสนุนการแก้ไข ปัญหา 13 ประเด็นเร่งด่วน และดำเนินงานภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	1.ระยะเวลาในการจัดทำแผนฯนาน 5 เดือน(สค.- ธค.62) 2.กระบวนการและขั้นตอนการจัดทำ แผนมีหลายขั้นตอน 3.การมีส่วนร่วมทำแผนจาก ผู้เกี่ยวข้องน้อย 4.การพิจารณางบประมาณ แผนงานล่าช้าเนื่องจากไม่ได้กำหนดประเด็นงาน ที่สำคัญต้องพิจารณาทุกประเด็น	1.ออกแบบกระบวนการ ขั้นตอน ระยะเวลา ประเด็น การทำงานให้ชัดเจน สอดรับกับนโยบายและปัญหา พื้นที่ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนฯปีงบประมาณ 2563 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดสรรงบประมาณแผนงาน โครงการปี 2563 4.ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานด้าน สาธารณสุข การเบิกจ่ายงบประมาณ บูรณาการ ร่วมกับงานนิเทศงานทีมจังหวัด 5.ประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพองค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2564 6. ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดแผนพัฒนาสุขภาพ องค์กรด้านสาธารณสุขจังหวัดน่าน ลงสู่ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2564	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ 2563 ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพองค์กรสาธารณสุข จังหวัดน่าน 2.ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการฯ ปีงบประมาณ 2563 3.สรุปประเมินผลการดำเนินงานแผนงาน/ โครงการตามแผนปฏิบัติการ ปี 2563	แผนพัฒนาสุขภาพ องค์กรสาธารณสุข จังหวัดน่าน มี กระบวนการ ขั้นตอน ทำแผนกระชับ มีส่วน ร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง และส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้บริหารลงนามใน ระยะเวลา 2 เดือน (ตค.-พย.62)