

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา NCD เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2561



จังหวัดอุดรธานี



จังหวัดสกลนคร



จังหวัดเลย



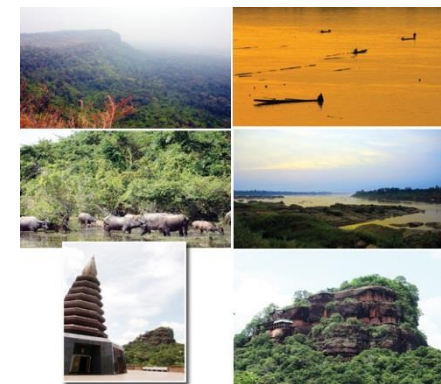
จังหวัดนครพนม



จังหวัดหนองคาย



จังหวัดหนองบัวลำภู

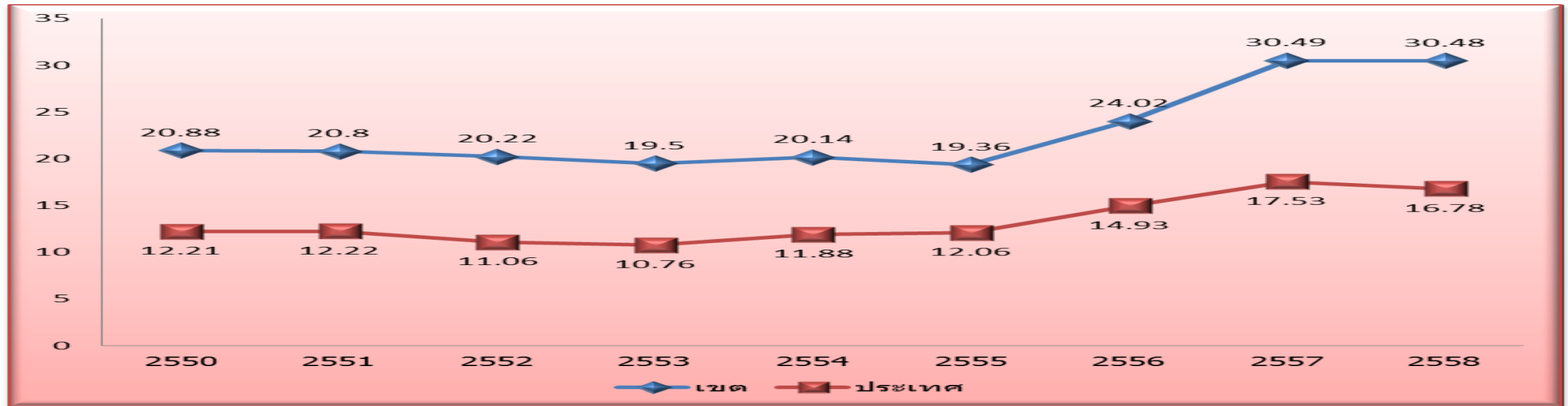
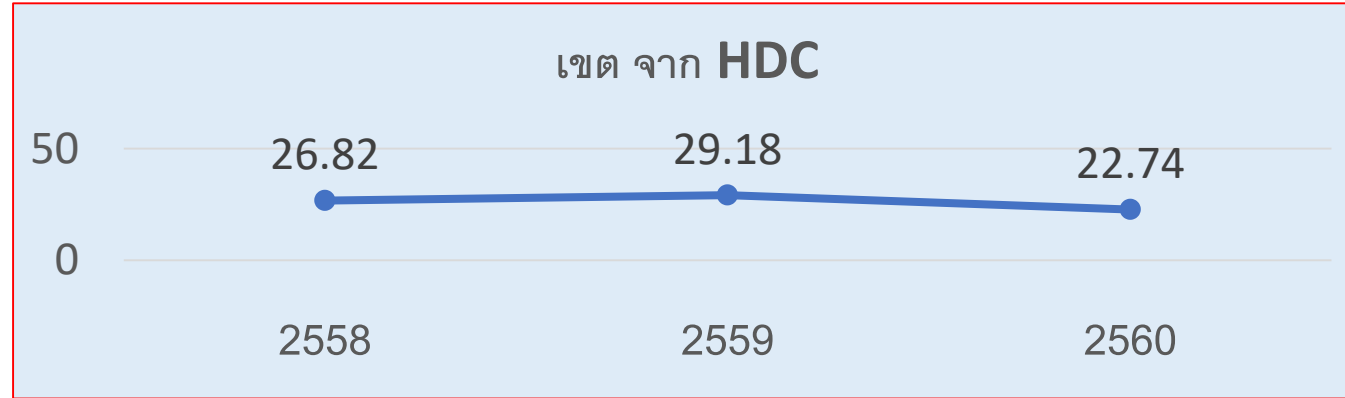


จังหวัดบึงกาฬ

อัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2550-2558



DM



อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน เปรียบเทียบ

ระหว่างปี 2559 - 2560

จังหวัด	อัตราการป่วยใหม่โรคเบาหวาน		อัตรา เพิ่ม/ลด ร้อยละ
	2559	2560	
บึงกาฬ	0.55	0.48	ลดร้อยละ 12.73
หนองบัวลำภู	0.28	0.37	เพิ่มร้อยละ 32.14
อุดรธานี	0.26	0.51	เพิ่มร้อยละ 96.15
เลย	0.39	0.62	เพิ่มร้อยละ 58.97
หนองคาย	0.63	0.55	ลดร้อยละ 12.70
สกลนคร	0.58	0.51	ลดร้อยละ 12.07
นครพนม	0.44	0.39	ลดร้อยละ 11.36
เขตสุขภาพที่ 8	0.42	0.49	เพิ่มร้อยละ 2.38
ประเทศ	0.52	0.53	เพิ่มร้อยละ 1.89



● เขตสุขภาพที่ 8

● ประเทศ

แหล่งที่มาข้อมูล : จาก HDC ปี 2559 - 2560 (คิดอัตราต่อแสนประชากร)

แผนงาน การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

หน่วยงานหลัก:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

หน่วยงานร่วม:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5 (เทียบกับปี 2559) 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) ไม่เกินร้อยละ 2.40 3. อัตราตายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5 ต่อปี (ลดลงร้อยละ 25 ในปี 2568) 4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr. 5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-25) <27 ต่อแสน ปชก. 6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7 7.อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD < 130 ครั้งต่อแสน ปชก. 8.อัตราการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 % 9. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือน ≥ ร้อยละ 50</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	<p>เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2550 – 2558 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน จากอัตรา 20.88 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2550 มาเป็น 30.84 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 และสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศอัตรา 16.78 ต่อแสนประชากร) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น จากอัตรา 421.86 ต่อแสนประชากรในปี 2559 เพิ่มเป็นอัตรา 473.35 ต่อแสนประชากรในปี 2560 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.21 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2560 กลับพบว่าลดลงเมื่อเทียบกับปี 2559 (ปี 2559 ร้อยละ 3.02, ปี 2560 ร้อยละ 1.72)</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>Strategy 1: สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน</p>	<p>Strategy 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่</p>	<p>Strategy 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล</p>	
กิจกรรม หลัก	<ol style="list-style-type: none"> ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน DHB NCD เขต จังหวัด อําเภอ คัดกรองโรคเบาหวาน/โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน /โรคไตเรื้อรัง/ ตำบลจัดการสุขภาพดี สื่อสารเตือนภัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติการ 3 อ.2 ส. (ลดหวาน ลดมัน ขยับออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ดนุหรี่และเหล้า)/Self Care (MI) อาหารลดเค็ม (กินจัด ยืดชีวิต) สถานประกอบการ โรงเรียน วัด เป็นต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค DM อปท./ หน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นองค์กรไร้พุง เพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพบุคลากร Case Manager ผู้จัดการรายกรณี พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คลินิก NCD Clinic Plus คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ/ CKD Clinic คุณภาพ/ ฟันพุ่มสมรรถภาพหัวใจ พัฒนาคลินิก DPAC คุณภาพใน รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ประเมินและค้นหาภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ช่องปาก หัวใจ หลอดเลือดสมอง ซึมเศร้า (2Q 9Q) ดูแล รักษา ติดตามร่วมกับ COC/ LTC/ Palliative Care พัฒนาระบบ STEMI STROKE Fast track เปิดให้บริการ Stroke Unit ใน รพ.ระดับ S 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในทุกระดับ พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนา Dashboard ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมและโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง/ Stroke /STEMI/ COPD/ สุขภาพจิต Dictionary LTC และ Specific Package Care จัดทำคู่มือการจำแนกประเภทเตียงผู้ป่วย รายโรค และแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 	
ระดับ ความสำเร็จ	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวานร้อยละ 60 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD >50% ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับคัดกรองเบาหวานร้อยละ 60 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ไม่เพิ่มขึ้น มีระบบฐานข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 40 ไต, CVD Risk ร้อยละ 60 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 30 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90 ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ลดลงร้อยละ 5 มีตำบลจัดการสุขภาพดี ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 50 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk ร้อยละ 80 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน สถานบริการรักษาระดับมาตรฐานการบริการ NCD Clinic Plus คุณภาพ คลินิก DPAC คุณภาพ คลินิกอดบุหรี่คุณภาพและคลินิก CKD Clinic คุณภาพ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk ร้อยละ 90 ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ลดลง ร้อยละ 10 มีตำบลจัดการสุขภาพดี ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 80 อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7%) ร้อยละ 40 	<ol style="list-style-type: none"> อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre- DM) ลดลงร้อยละ 2.40 อัตราตายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 2.5 ต่อปี ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-25) <27 ต่อแสน ปชก.

P&P
Excellence

แผนงานที่...3.....

หน่วยงานหลัก:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

แผนงาน การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หน่วยงานร่วม:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด				
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน				
ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	Strategy 1: ไตเรื้อรัง, Stroke, STEMI , COPD	Strategy 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่	Strategy 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล NCD	
กิจกรรม หลัก				
ระดับ ความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1</p> <p>7.</p>	<p>ไตรมาส 2</p> <p>7. ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD >80%</p> <p>8.กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลที่สูงกว่าร้อยละ 80</p> <p>9. คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรได้มาตรฐานร้อยละ 50</p>	<p>ไตรมาส 3</p> <p>7. คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรได้มาตรฐานร้อยละ 60</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7</p> <p>7.อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD < 130 ครั้งต่อแสนปชก.</p> <p>8.อัตราการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %</p> <p>9. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือน ≥ ร้อยละ 50</p>

Action Plan สาขา NCD (โรคเบาหวาน)

มาตรการ	บูรณาการงาน/สาขา	แผนงาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	KPI/ระดับความสำเร็จ
1. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่น/ภาคี เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงาน คบ. งานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม	1. พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ ลดเสี่ยงโรค (ลดหวาน ลดมัน ขยัน ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ งดบุหรี่และเหล้า) 2. พัฒนาตำบล Self Care ต้นแบบ ลดเสี่ยงโรคเบาหวาน 3. โรงเรียน วัด ต้นแบบลดเสี่ยงโรค โรคเบาหวาน (ต่อยอด ร.ร./วัดส่งเสริม สุขภาพ 4. องค์กรต้นแบบไร้พุง ในหน่วยงาน สธ./อปท./สถานประกอบการ 5. ร้านอาหารเพื่อสุขภาพต้นแบบ	- ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน - อำเภอละ 1 ตำบล - อำเภอละ 1 แห่ง - หน่วยงาน สธ.100% อปท./สถานประกอบการ 1แห่ง/อำเภอ - จังหวัดละ 1 แห่ง	1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวานลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปี 2559) 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน (Pre-DM) ลดลงร้อยละ 2.40
2. พัฒนาระบบ บริหารจัดการและ ระบบบริการ	สาขาไต สาขาหัวใจ สาขาหลอดเลือดสมอง	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM : Case Manager 2. ประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus, CKD Clinic, Clinic DPAC, คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ 3. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ที่ยัง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน)	- นค.4, สก.1, อด.10, นพ.2, ลย. 1, นภ.1 รวม 19 แห่ง - ร้อยละ 40 ของ รพ.ที่ยัง ไม่ผ่านการประเมินรับรอง - 7 จังหวัด	1. อัตราตายอันเนื่องมาจาก โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5 ต่อปี 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี (HbA1C < 7% ร้อยละ 40)
3. พัฒนาระบบเฝ้า ระวังและการ จัดการข้อมูล	งาน IT	1. พัฒนาศักยภาพการจัดการระบบข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์ 2. พัฒนา Dashboard ข้อมูล NCD	- 7 จังหวัด	1. มีระบบข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ทันสมัย เป็นปัจจุบัน ทันต่อการ นำมาใช้ประโยชน์

Action Plan สาขา NCD (โรคเบาหวาน)

มาตรการ	บูรณาการงาน/สาขา	แผนงาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	KPI/ระดับความสำเร็จ
1. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่น/ภาคีเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน	-กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ -กลุ่มงาน คบ. -งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	1.พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงโรค (ลดหวานลดมัน ขยันออกกำลังกาย นั่งสมาธิ งดบุหรี่และเหล้า) 2.พัฒนาตำบล Self Care ต้นแบบลดเสี่ยงโรค DM 3.โรงเรียน วัด ต้นแบบลดเสี่ยงโรค DM (ต่อยอด ร.ร./วัดส่งเสริมสุขภาพ) 4. องค์กรต้นแบบไร้พุง ในหน่วยงาน สธ./อปท./สถานประกอบการ 5.ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ต้นแบบ	- ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน - อำเภอละ 1 ตำบล - อำเภอละ 1 แห่ง - หน่วยงาน สธ.100% เทศบาล./อบต. สถานประกอบการ 1แห่ง/อำเภอ - จังหวัดละ 1 แห่ง	1.อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5 (เทียบกับปี 2559) 2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) ลดลงร้อยละ 2.40

Action Plan สาขา NCD (โรคเบาหวาน)

มาตรการ	บูรณาการงาน/ สาขา	แผนงาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	KPI/ระดับ ความสำเร็จ
2. พัฒนาระบบ บริหารจัดการ และระบบ บริการ	สาขาไต สาขาหัวใจ สาขาหลอดเลือด สมอง	<p>1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM : Case Manager</p> <p>2. ประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus, CKD Clinic, Clinic DPAC, คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ</p> <p>3. พัฒนารูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วยโรค DM (ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน)</p>	<p>- นค.4, สก.1, อด.10, นพ.2, ลย. 1, นภ.1 รวม 19 แห่ง</p> <p>- ร้อยละ 70</p> <p>- 7 จังหวัด</p>	<p>1. อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 2.5 ต่อปี</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดี (HbA1C < 7% ร้อยละ 40)</p>

Action Plan สาขา NCD (โรคเบาหวาน)

มาตรการ	บูรณาการงาน/ สาขา	แผนงาระดับอำเภอ/ กิจกรรม	เป้าหมาย	KPI/ระดับ ความสำเร็จ
3.พัฒนา ระบบเฝ้า ระวังและ การจัดการ ข้อมูล	งาน IT ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ	1.พัฒนาบุคลากรในการ จัดการระบบข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำ ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ 2.พัฒนา Dashboard ข้อมูล NCD	- 7 จังหวัด	1.มีระบบข้อมูลที่ ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันสมัย เป็นปัจจุบันทันต่อ การนำมาใช้ ประโยชน์

แผนของงบประมาณ สาขา NCD (เบาหวาน)

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณ
1	จัดประชุม NCD Board ระดับเขต 4 ครั้ง/ปี	36,000 บาท
2	พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM : Case Manager 19 แห่ง	570,000 บาท
3	ออกประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus, CKD Clinic, Clinic DPAC, คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ	60,000 บาท
4	พัฒนาบุคลากรการจัดการระบบข้อมูล การวิเคราะห์ และ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ (200 คน)	160,000 บาท

รวม 826,000 บาท

สิ่งแวดล้อม

