

| | | | | | | | |
|--|--|---|----------|-----|---------|-----------------------|------------------------|
| Excellence | แผนงาน | โครงการพัฒนาระบบบริหารและการจัดการโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562 | | | | | |
| วัตถุประสงค์ 1. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2. เพื่อพัฒนาระบบบริการและการจัดการโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการที่มีคุณภาพมาตรฐาน 3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ | | | | | | | |
| ตัวชี้วัด : 1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5 (เทียบกับปี 2561) 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) ไม่เกินร้อยละ 2.05 3. อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5 4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr. 5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-25) <27 ต่อแสน ปชก. 6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7 7.อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD 8.อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 % 9. อัตราการตัดนิ้ว เท้า ขา ใน DM Foot ไม่เกิน 30% 10.ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ≥ ร้อยละ 50 11. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ ≥ ร้อยละ 10 | | | | | | | |
| สถานการณ์ : 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) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรลดลง จากอัตรา 567.29 ต่อแสนประชากรในปี 2560 ลดลงเป็นอัตรา 530.21 ต่อแสนประชากรในปี 2561 หรือลดลงร้อยละ 6.54 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2561 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2560 (2560 ร้อยละ 1.96, 2561 ร้อยละ 1.69) | | | | | | | |
| มาตรการ | แนวทาง/กิจกรรมหลัก | | ส่วนกลาง | เขต | จังหวัด | ระยะเวลา | งบประมาณ |
| มาตรการที่..1..พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล.. | 1. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับในการจัดบริการ CKD CVD บุหรี่ | | | / | / | ธ.ค.2561 | 200,000 บาท สคร.8 |
| | 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล NCDs | | | / | / | พ.ย.2561 | สนข.8 |
| | 3. พัฒนา Dashboard NCD ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมและโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง/ Stroke /STEMI/ COPD | | | / | / | ต.ค.2561 | สนข.8 |
| มาตรการที่. 2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคเบาหวาน/โรคไตเรื้อรัง/ Stroke /STEMI/ COPD | 1. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ/การดำเนินงานผ่าน พขอ. เขต จังหวัด อำเภอ | | | | / | ต.ค.2561- ก.ย.2562 | งบประมาณของ จังหวัด |
| | 2. คัดกรองโรคเบาหวาน/ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | | | | / | | |
| | 3. พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน /โรคไตเรื้อรัง | | | | / | | |
| | 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติการ 3 อ.2 ส. 1 ฟ. (ลดหวาน ลดมัน ขยับออกกำลังกาย นั้งสมาธิ งดบุหรี่และเหล้า เฝ้าระวังฟัน)/ และ Self Care (MI) | | | | / | | |
| | 5. สื่อสารเตือนภัยรณรงค์ลดการกินอาหารลดเค็ม (กินจืด ยืดชีวิต) | | | | | | |
| | 6. สถานประกอบการ โรงเรียน วัด เป็นต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค DM | | | | / | | |
| | 7. อปท./ หน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นองค์กรไร้พุง | | | | / | | |

| มาตรการ | | แนวทาง/กิจกรรมหลัก | | ส่วนกลาง | เขต | จังหวัด | ระยะเวลา | งบประมาณ |
|---|--|--|---|---|-----|---------|---|--------------------------|
| มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ | | 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร Case Manager ผู้จัดการรายกรณี(ทดแทนฟื้นฟู) 2. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คลินิก NCD Clinic Plus คลินิก COPD / CKD Clinic คุณภาพ/ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3. พัฒนาศูนย์ DPAC คุณภาพใน รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. 4. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 5. ประเมินและค้นหาภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ช่องปาก หัวใจ หลอดเลือดสมอง ชีมีเศร้า (2Q 9Q) 6. ดูแล รักษา ติดตามร่วมกับ COC/ LTC/ Palliative Care 7. พัฒนาระบบ STEMI STROKE Fast track 8. เปิดให้บริการ Stroke Unit ใน รพ.ระดับ S | | | / | / | ม.ค.2562 ต.ค.2561-ก.ย. 2562 “ “ “ “ “ “ | สปสช./สนช.8 งบจังหวัด |
| Small success | 3 เดือน 1. ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน 2. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 60 3. ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง COPD ≥ 30% 4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับการคัดกรองเบาหวาน 60 % 5. ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m ²) ไม่เพิ่มขึ้น 6. มีระบบฐานข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง 7. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 40 ไต, CVD Risk 60 % 8. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน10% | 6 เดือน 1. ร้อยละ 30 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน 2. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ90 3. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90 4. ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD ≥ 50% 5. ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m ²) ลดลงร้อยละ 5 6. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk ร้อยละ 80 7. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 20 | 9 เดือน 1. ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน 2. สถานบริการรักษาระดับมาตรฐานการบริการ NCD Clinic Plus คุณภาพ คลินิก DPAC คุณภาพ CKD Clinic คุณภาพ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 3. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk 90 % 4. ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m ²) ลดลงร้อยละ 10 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7%) ≥ร้อยละ 40 6. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ≥ร้อยละ 50 7. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 30 % | 12 เดือน 1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre- DM) ลดลงร้อยละ 2.05 3. อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5 4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr. ร้อยละ 67 5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20 - I25) <27 ต่อแสน ปชก. 6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง≤ 7 % 7. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD 8. อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษา | | | | |

| มาตรการ | แนวทาง/กิจกรรมหลัก | ส่วนกลาง | เขต | จังหวัด |
|------------------------|--------------------|------------------------------------|-----|--|
| | | | | ครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 % 9. อัตราการตัดนิ้ว เท้า ขา ใน DM Foot ไม่เกิน 30% 10. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ \geq ร้อยละ 50 11. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ \geq ร้อยละ 10 |
| หน่วยงานรับผิดชอบ สสจ. | | หน่วยงานหลัก รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. | | หน่วยงานร่วม อปท./หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง |