|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Excellence | | | แผนงาน | | โครงการพัฒนาระบบบริหารและการจัดการโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562 | | | | | | |
| **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2. เพื่อพัฒนาระบบบริการและการจัดการโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ  มาตรฐาน 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 พชอ. เขต จังหวัด อำเภอ  2. คัดกรองโรคเบาหวาน/ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  3. พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน /โรคไตเรื้อรัง  4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติการ 3 อ.2 ส. 1 ฟ.  (ลดหวาน ลดมัน ขยันออกกำลัง นั่งสมาธิ งดบุหรี่และเหล้า เฝ้าระวังฟัน)/  และ Self Care (MI)  5. สื่อสารเตือนภัยรณรงค์ลดการกินอาหารลดเค็ม (กินจืด ยืดชีวิต)  6. สถานประกอบการ โรงเรียน วัด เป็นต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค DM  7. อปท./ หน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นองค์กรไร้พุง | | | |  |  | /  /  /  /  /  / | | ต.ค.2561-  ก.ย.2562 | งบประมาณของจังหวัด |
| **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. พัฒนาคลินิก DPAC คุณภาพใน รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.  4. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย  5. ประเมินและค้นหาภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ช่องปาก หัวใจ หลอดเลือดสมอง  ซึมเศร้า (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./สนข.8  งบจังหวัด |
| Small success | 3 เดือน  1. ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการดำเนินงาน  หมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน  2. ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวาน  ร้อยละ 60  3. ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง  COPD > 30%  4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับ  คัดกรองเบาหวาน 60 %  5. ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI > 25  kg/m2) ไม่เพิ่มขึ้น  6. มีระบบฐานข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง  7. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา  เท้า ช่องปาก ร้อยละ 40 ไต, CVD Risk 60 %  8. ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขต  รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน10% | | | 6 เดือน  1. ร้อยละ 30 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์  หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน  2. ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวาน  ร้อยละ90  3. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับการ  คัดกรองเบาหวานร้อยละ 90  4. ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD  > 50%  5. ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI  > 25 kg/m2) ลดลงร้อยละ 5  6. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน  ตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk  ร้อยละ 80  7. ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขต  รับผิดชอบ 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 ได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk 90 %  4. ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI > 25 kg/m2) ลดลงร้อยละ 10  5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7%) >ร้อยละ 40  6. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี >ร้อยละ 50  7. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับ  ผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 30 % | | | | 12 เดือน  1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง  ร้อยละ 5  2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก  กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre- DM)  ลดลงร้อยละ 2.05  3.อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5  4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการ  ลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr.  ร้อยละ 67  5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20 - I25)  <27 ต่อแสน ปชก.  6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง≤ 7 %  7. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันใน  ผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้ง  ต่อ 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 ได้รับ  คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ > ร้อยละ 50  **11.** ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่  เลิกสูบบุหรี่ได้ > ร้อยละ 10 | | |
| หน่วยงานรับผิดชอบ สสจ. หน่วยงานหลัก รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. หน่วยงานร่วม อปท./หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง | | | | | | | | | | | |