

ประเด็นที่ 17 : การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าหมายประเด็น : 1) เพื่อให้ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่ม Pre-DM/ Pre-HT 3) เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ 4) เพื่อพัฒนาสถานประกอบการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ 5) เพื่อชะลอการป่วย เมื่อป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์ /ผลการดำเนินงาน ปี 2568 ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 67.29 ร้อยละการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.70 อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 30.00 ความครอบคลุมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.28 ร้อยละการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0 อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 22.44 BMI เกิน ร้อยละ 46.29 กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ร้อยละ 50 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 48.81

GAPS: 1) ระบบฐานข้อมูลใน Hos.xp ไม่เป็นปัจจุบันและการบันทึกข้อมูลติดตามกลุ่มเสี่ยงไม่ครบถ้วน 2) การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง 3) ชุมชนขาดมาตรการการขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายพื้นที่เป้าหมาย	รายละเอียดงบประมาณ	จำนวนเงิน (บาท)	การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ /การใช้งบประมาณ												ผู้รับผิดชอบ	
								ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4				
								ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
			3) รพ.(ประเมิน NCD Clinic Plus) ผ่านระดับดีมาก	5) ประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน NCD Clinic Plus/NCDs Clinic ใน รพ.	เครือข่ายบริการ NCD อำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-			/	/										รัตนภรณ์
				6) อบรมบุคลากรในเรื่อง Soft Skill, Motivation,Coaching			-			/	/										
				7) ขยายการจัดบริการ NCD clinic Plus เป็น Smart NCD Clinic Plus			-			/	/										
			4) ผู้ป่วย DM/HT ที่มี CVD Risk ≥ 20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง ≥ร้อยละ 40	8) เพิ่มการคัดกรองไตในกลุ่มเป้าหมายและผู้ป่วยโรค NCDs	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแควทุกคน	ไม่ใช้งบประมาณ	-			/	/										รัตนภรณ์
			5) DM/HT ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 69)	9) เพิ่มการคัดกรอง AF ในกลุ่มป่วยโรค NCD ทุกวัย	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-			/	/										รัตนภรณ์
			6) ผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจตา ร้อยละ ≥ร้อยละ 60	10) ขับเคลื่อนอำเภอสภาพดี ส่งเสริม ป้องกัน ครอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืน	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-								/						รัตนภรณ์
			7) ผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ≥ร้อยละ 60	11) ขับเคลื่อนเมนูสุขภาพอาหารดีวิถีล้านตื้อต่อไต ขับเคลื่อน "โรงเรียนรักไต"	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแควทุกคน	ไม่ใช้งบประมาณ	-									/					รัตนภรณ์
				12) ประสานยืมเครื่อง (Fundus camera) มีกำหนดช่วงเวลาการนัดผู้ป่วยเพื่อตรวจตาที่ชัดเจน	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-										/				รัตนภรณ์
				13) คัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า AF ฟัน)	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-										/				
				14) ผู้ป่วย CKD Stage 3 ได้รับการให้คำปรึกษาทุกราย	ผู้ป่วย HT DM เครือข่ายอำเภอสองแคว	ไม่ใช้งบประมาณ	-					/	/	/							รัตนภรณ์

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายพื้นที่เป้าหมาย	รายละเอียดงบประมาณ	จำนวนเงิน (บาท)	การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ /การใช้งบประมาณ												ผู้รับผิดชอบ
								ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4			
								ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
			5) ดำเนินการคลินิก DM Remission ในแม่ข่าย PCU/อำเภอสองแคว	15) ทบทวน CPG ใน รพช./รพ.สต. สนับสนุน กำกับ ติดตาม การจัดบริการ NCD Clinic Plus (6 องค์ประกอบ) ในรพ.และ รพ.สต.ขับเคลื่อนการ ดำเนินการคลินิก DM Remission (คลินิกน่านนคร เบาหวานหายได้) อย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วย เบาหวาน อำเภอสองแคว		-							/	/	/				รัตนาภรณ์
				16) สรุปผลการดำเนินงาน และ ค้นข้อมูลแก่พื้นที่		ไม่ใช้งบประมาณ	-											/		
รวมงบประมาณ (สามหมื่นหกพันหนึ่งร้อยสองบาทถ้วน)							36,102.00													

แหล่งงบประมาณ : PPA