

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

คณะที่ 1:การพัฒนาคุณภาพชีวิต(ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย

ตรวจราชการ วันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ 2560

KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่

(ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557 – 2559 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่า ในปี 2557 ถึง 2558 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นในทุกโรค แต่ในปี 2559 มีอัตราตายมีแนวโน้มลดลง

ดังข้อมูลตามตารางที่ 1

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	35.15	39.79	31.83
ความดันโลหิตสูง	17.46	23.21	14.59
เบาหวาน	21.00	31.39	24.10
หลอดเลือดสมอง	41.12	51.73	48.86
ถุงลมโป่งพอง	26.97	25.20	24.98

ตารางที่ 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคน ทุกกลุ่มอายุ ด้วยโรคไม่ติดต่อ (IHD,HT,DM,CPOD)ปี พ.ศ. 2557– 2559

ที่มา : ข้อมูลระยะบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์โดย กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 3 มกราคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคถุงลมโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลตามตารางที่ 2

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	378.9	540.59	574.98
ความดันโลหิตสูง	17463	18580	19769
เบาหวาน	6964.85	7485.83	7594
หลอดเลือดสมอง	133.83	204.91	212.71
ถุงลมโป่งพอง	506.56	600.42	607.75

ตารางที่ 2 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2557–2559

ที่มา :HDC วันที่ 9 มกราคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคถุงลมโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มลดลงทุกโรค ดังข้อมูลตามตารางที่ 3

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	250.27	126.86	81.83
ความดันโลหิตสูง	619.95	664.08	523.92
เบาหวาน	405.97	352.55	312.27
หลอดเลือดสมอง	20.45	45.68	26.76
ถุงลมโป่งพอง	92.37	131	53.52

ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2557–2559
ที่มา :HDC วันที่ 9 มกราคม 2560

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง).	1.การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปทุกคน 2.กำหนด Time line ในการคัดกรอง 3.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน 2.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 76.24 - คัดกรอง DM ร้อยละ 72.35	-	-	-
2.การป้องกันระดับชุมชน	1. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา 2.ให้สุศึกษาการป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ชมรมต่างๆ 3.มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์	1. จัดทำสื่อต้นแบบในการรณรงค์สื่อสารเตือนภัย 2. รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน	1.รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2. มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์	1.ดำเนินการตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนในการประชาสัมพันธ์	มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์	มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ชัดเจน	มีตำบลต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจงแผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง	-	-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. การป้องกันในสถานบริการ(กลุ่มป่วย)	1. ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการพิจารณารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 2. พัฒนาและสนับสนุนโปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) 3. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิก DPAC ทุกสถานบริการ 4. กระตุ้นให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S	1. ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการพิจารณารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 2. พัฒนาระบบคลินิก NCD คุณภาพ, CKD Clinic 3. พัฒนาและสนับสนุนชุดองค์ความรู้ Service package ในการดำเนินงาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อ จัดช่องทางด่วน 5. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำประจำ ครอบครัว 2. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI , Warfarin และ Heart Failure รัยยาใกล้บ้าน	1. การพัฒนาคุณภาพการบริการ และเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ 2. จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ 1 คนเพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled บริการใน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 30%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 50% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 35 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิก คุณภาพ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวาน ลดลง ร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5 - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 65 - รพ. ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพโดยคณะทำงานระดับจังหวัด - อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกินร้อยละ 7
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 48.32	-	-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4.การบริหารจัดการ	1. จัดทำแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1..ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-มีแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด -มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล	-มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุม 2 ครั้ง	-	-	-

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	รองกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน รายใหม่ (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2558	762.68	694.46	472.41	395.08	434.11	655.38	615.88	664.56	600.13
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	121,151	50,543	56,307	77,705	36,857	51,726	47,087	18,358	459,734
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	924	351	266	307	160	339	290	122	2,759
	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2559	564.49	611.84	345.02	373.06	498.68	559.93	494.1	427.07	492.07
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	673	304	191	284	181	285	230	77	2.225

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้องกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้องกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน รายใหม่ (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2558	423.23	312.34	356.85	407.06	385.49	319.92	275.46	330.91	364.50
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	102,781	49,625	55,206	76,155	35,799	50,950	46,467	18,132	435,115
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	435	155	197	310	138	163	128	60	1,586
	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2559	384.15	257.62	249.28	409.84	396.74	222.01	255.64	293.95	323.99
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	458	128	138	312	144	113	119	53	1,465

ที่มา :HDC วันที่ 24 มกราคม 2560

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดแพร่มีเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขาหลอดเลือดหัวใจสาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาCOPD และสาขาตาโดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager ,Mini case manager)ในทุกรพ. และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด
- มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่าย การจัดระบบบริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

ประเด็นปัญหา	สาเหตุปัญหา	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ.	- ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลา บางอาการไม่เด่นชัดและยังสามารดำเนนกิจกรรมได้ตามปกติ - ครอบครัว ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ - ภาคิเครือข่าย (โรงเรียน โรงงาน อบต. สถานบริการภาครัฐ / เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย	- เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - เน้นคุณภาพ การดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อ รองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมี Clinic ให้คำปรึกษาพฤติกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต. ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC) และคลินิก NCD
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	- การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - จัดทางงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยเครือข่าย - บริหารจัดการระบบการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ระบบการตรวจตา เท้า LAB ฯลฯ

ประเด็นปัญหา	สาเหตุปัญหา	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ระบบโปรแกรมของแต่ละรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการส่งออก 43 แฟ้มทำให้การรายงานไม่ครบถ้วนทำให้การรายงานให้ผลได้น้อยกว่าที่ดำเนินการจริง	- ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อมีการเปลี่ยนแปลงและมีการเพิ่มข้อมูลในการจัดเก็บ ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีการปรับตลอดเวลา	- ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของหน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงานแก้ไขปัญหาและการติดตามประเมินผล - มีการตรวจสอบ และคืนข้อมูลเป็นระยะๆ - มีการสรุปแนวทางและระดับส่วนกลางจัดทำคู่มือให้

แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมเช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะต้องเร่งรัดดำเนินงานทั้งเชิงรับ และเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพิการ
2. ประชาชนยังไม่ตระหนักและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคซึ่งต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพต่อไป
3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
4. ประชุมทีมงาน/คณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
5. สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ และบูรณาการงานร่วมกับ CKD คลินิก
6. ร่วมกับทีม Service plan สาขาที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วย
7. ส่ง case manager ร่วมประชุมวิชาการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งระดับ เขตสุขภาพ และระดับ กรมฯ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้
8. จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภูตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 25/01/2560

โทร..084- 687 4984 e-mail sirirat037 @gmail.com