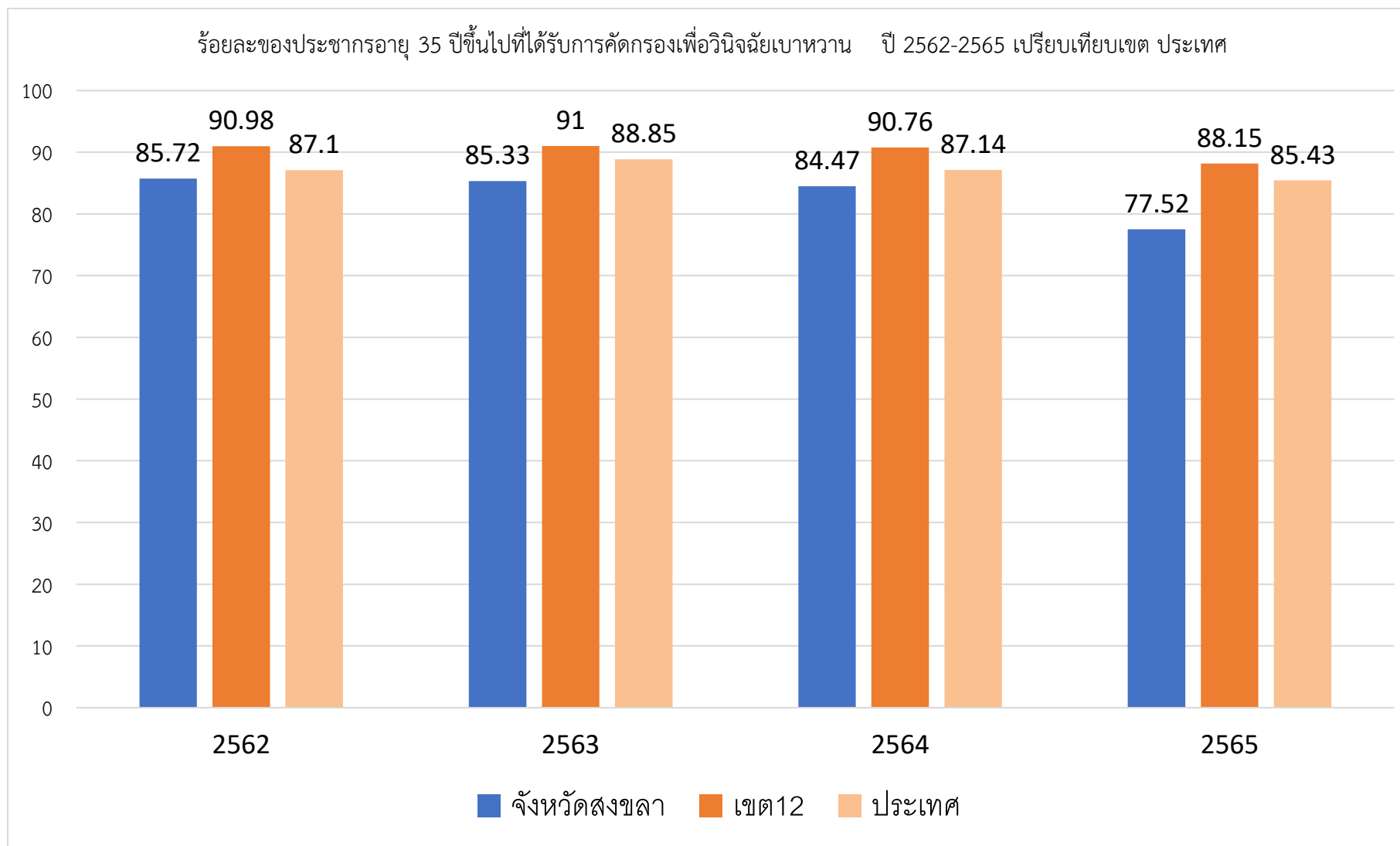
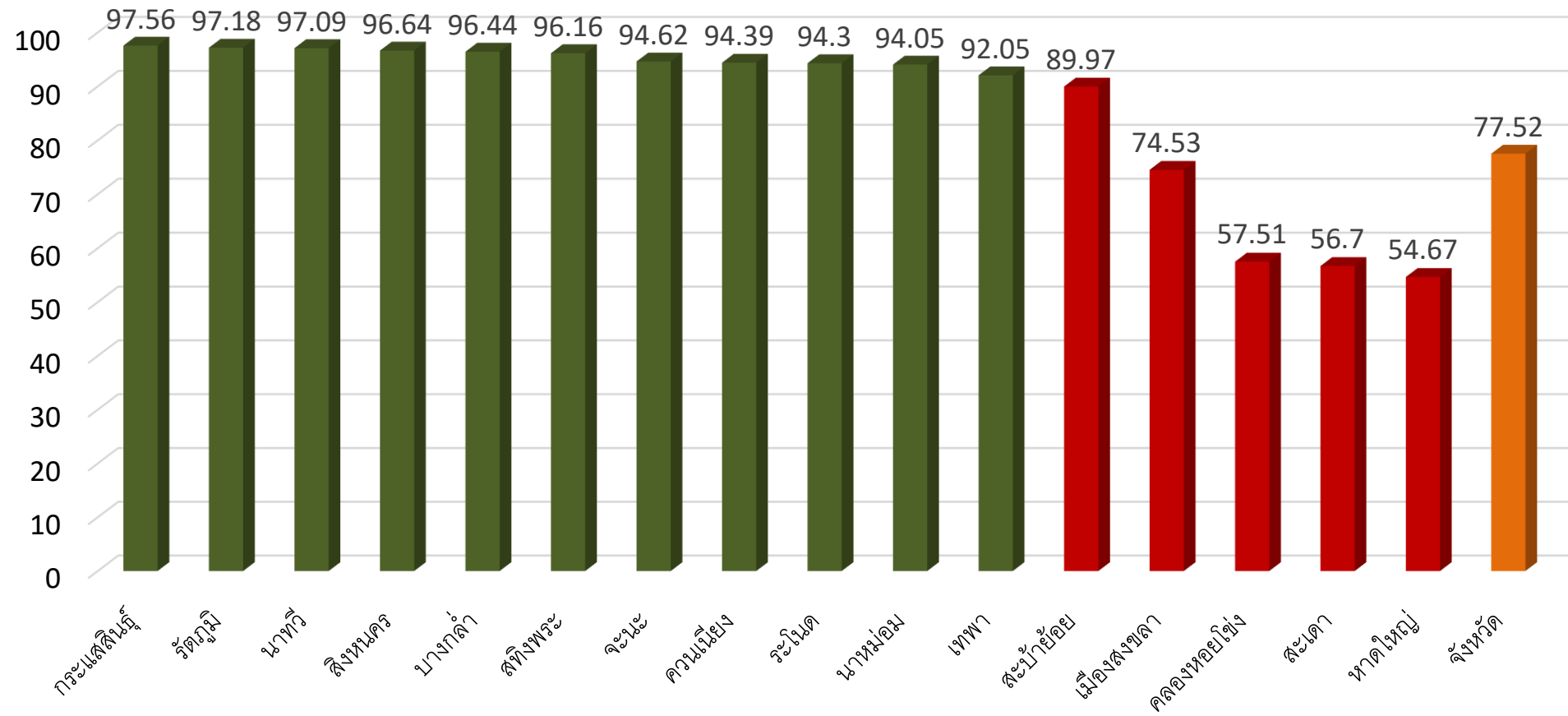


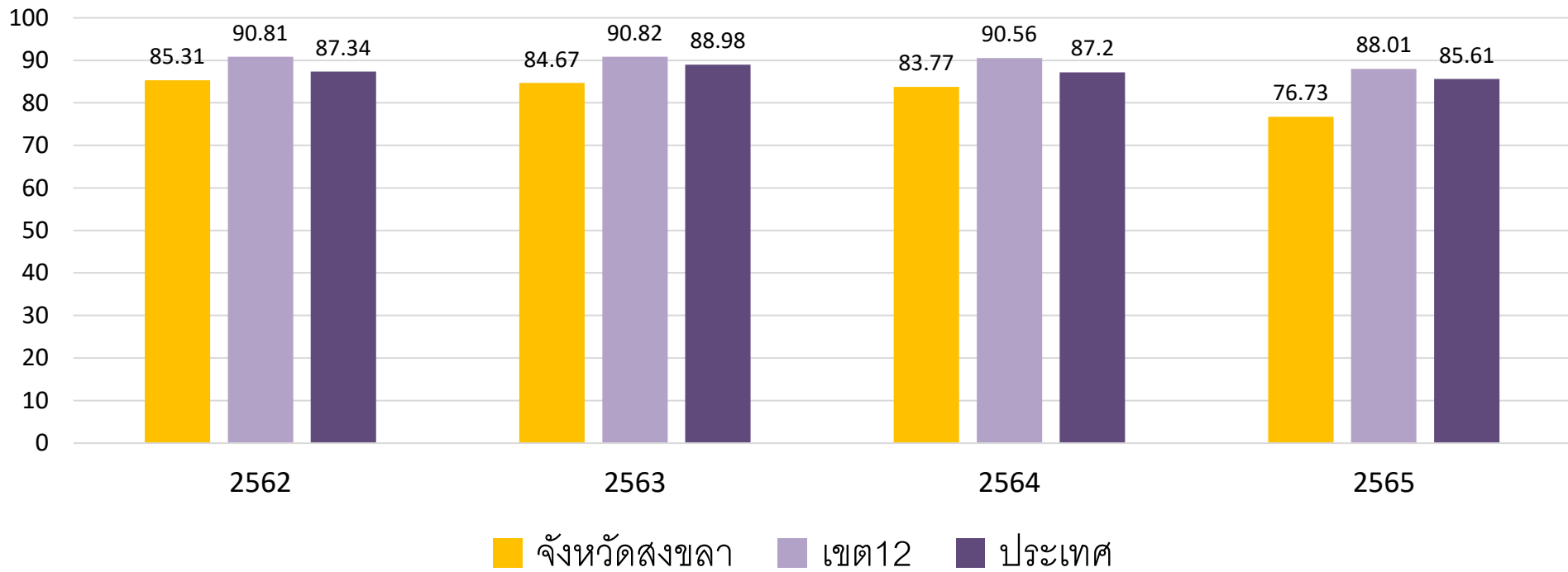
Service Plan โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)
จังหวัดสงขลา



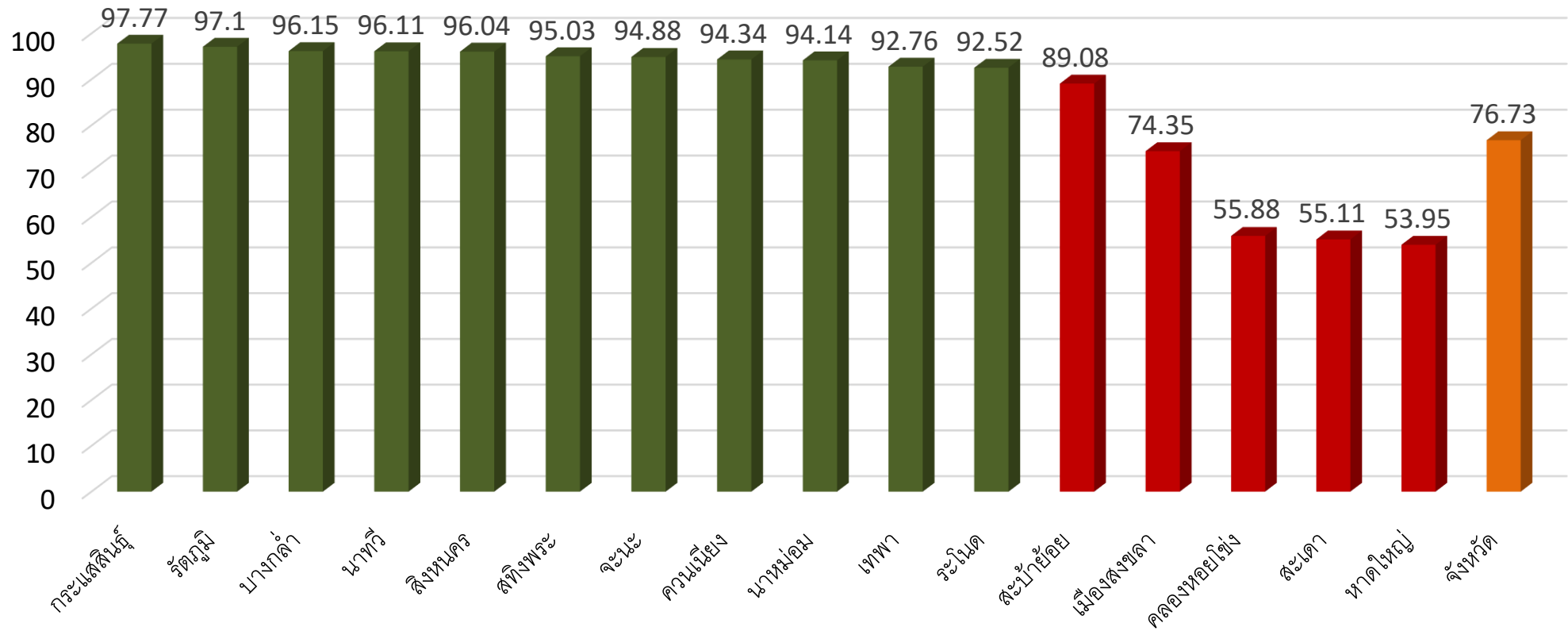
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ปี 2565 จำแนกรายอำเภอ



ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง
เพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ปี 2562-2565 เปรียบเทียบเขต ประเทศ

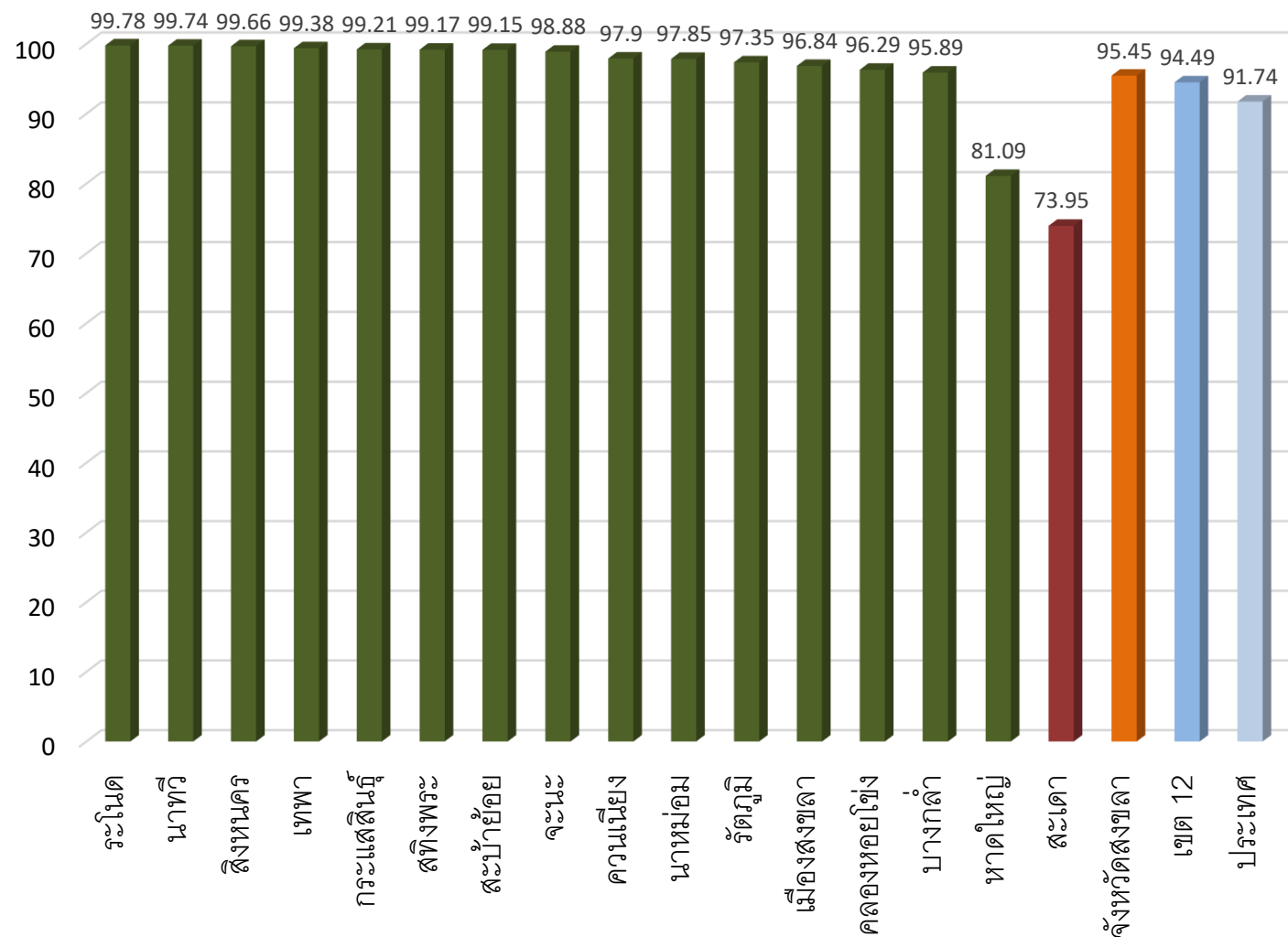


ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันฯ ปี 2565 จำแนกรายอำเภอ



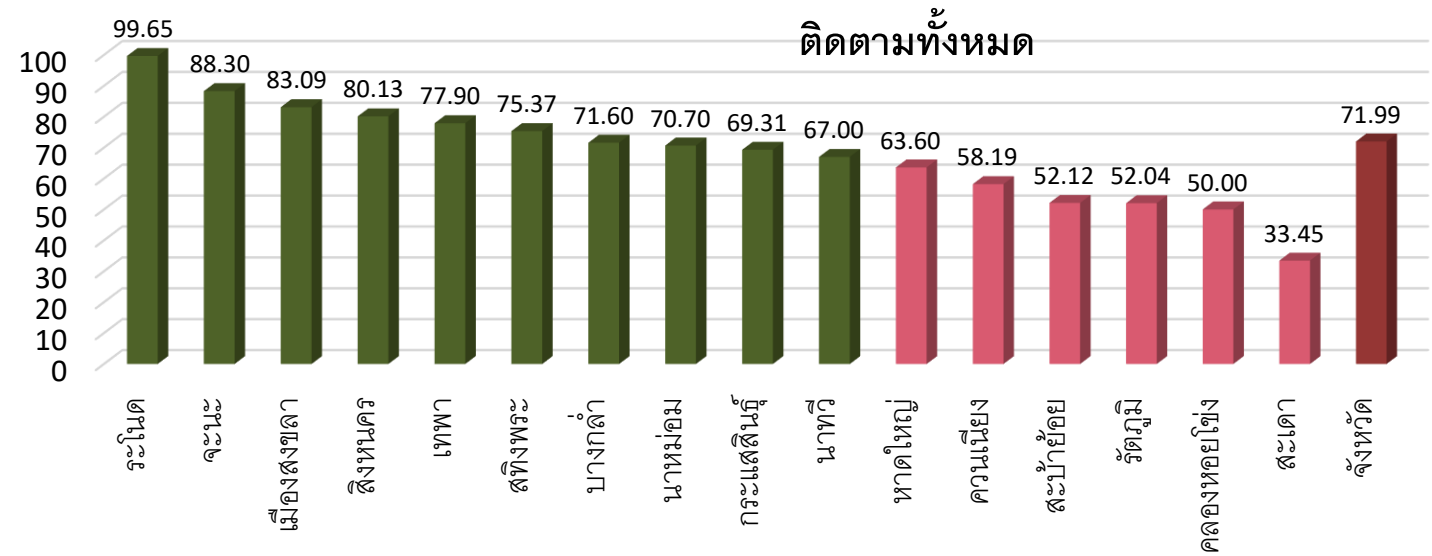
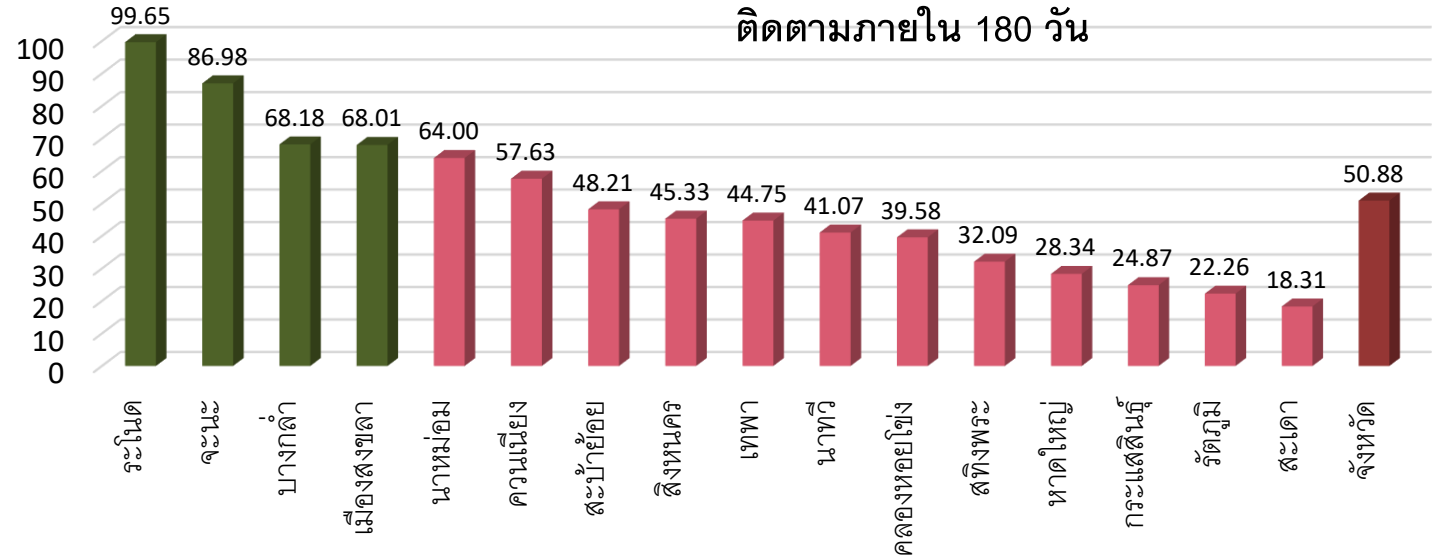
ร้อยละตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565 จำแนกรายอำเภอ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)

	จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (คน)[B]	ได้รับการติดตามเพื่อการวินิจฉัยไม่นับซ้ำ (คน)[A]	ร้อยละ [A/B]x100
ระโนด	1,362	1,359	99.78
นาทวี	1,541	1,537	99.74
สิงหนคร	1,168	1,164	99.66
เทพา	1,131	1,124	99.38
กระแสสินธุ์	382	379	99.21
สติงพระ	967	959	99.17
สะบ้าย้อย	1,536	1,523	99.15
จะนะ	1,601	1,583	98.88
ควนเนียง	808	791	97.9
นาหม่อม	557	545	97.85
รัตภูมิ	943	918	97.35
เมืองสงขลา	1,519	1,471	96.84
คลองหอยโข่ง	782	753	96.29
บางกล่ำ	365	350	95.89
หาดใหญ่	1,639	1,329	81.09
สะเดา	1,052	778	73.95
จังหวัดสงขลา	17,353	16,563	95.45
เขต 12	69394	65569	94.49
ประเทศ	772,319	708,546	91.74

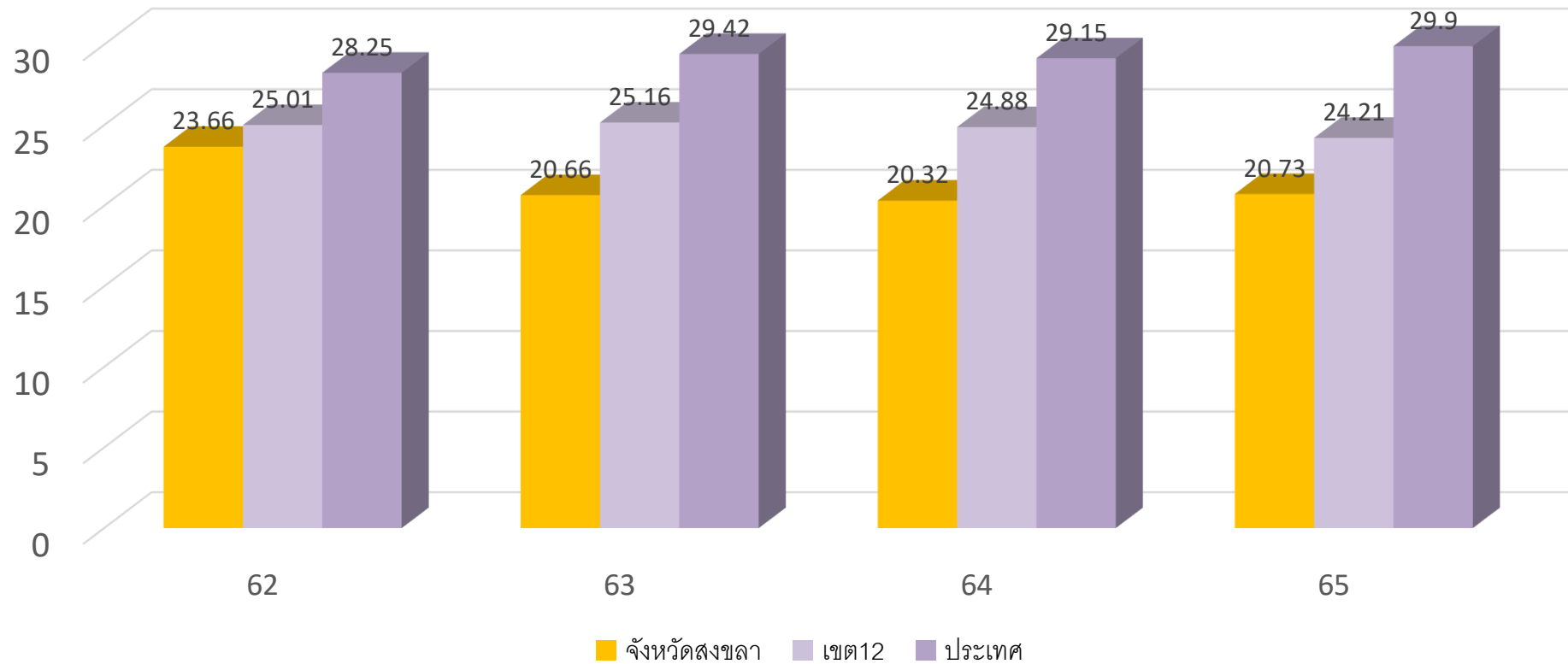


ร้อยละตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายอำเภอ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 67)

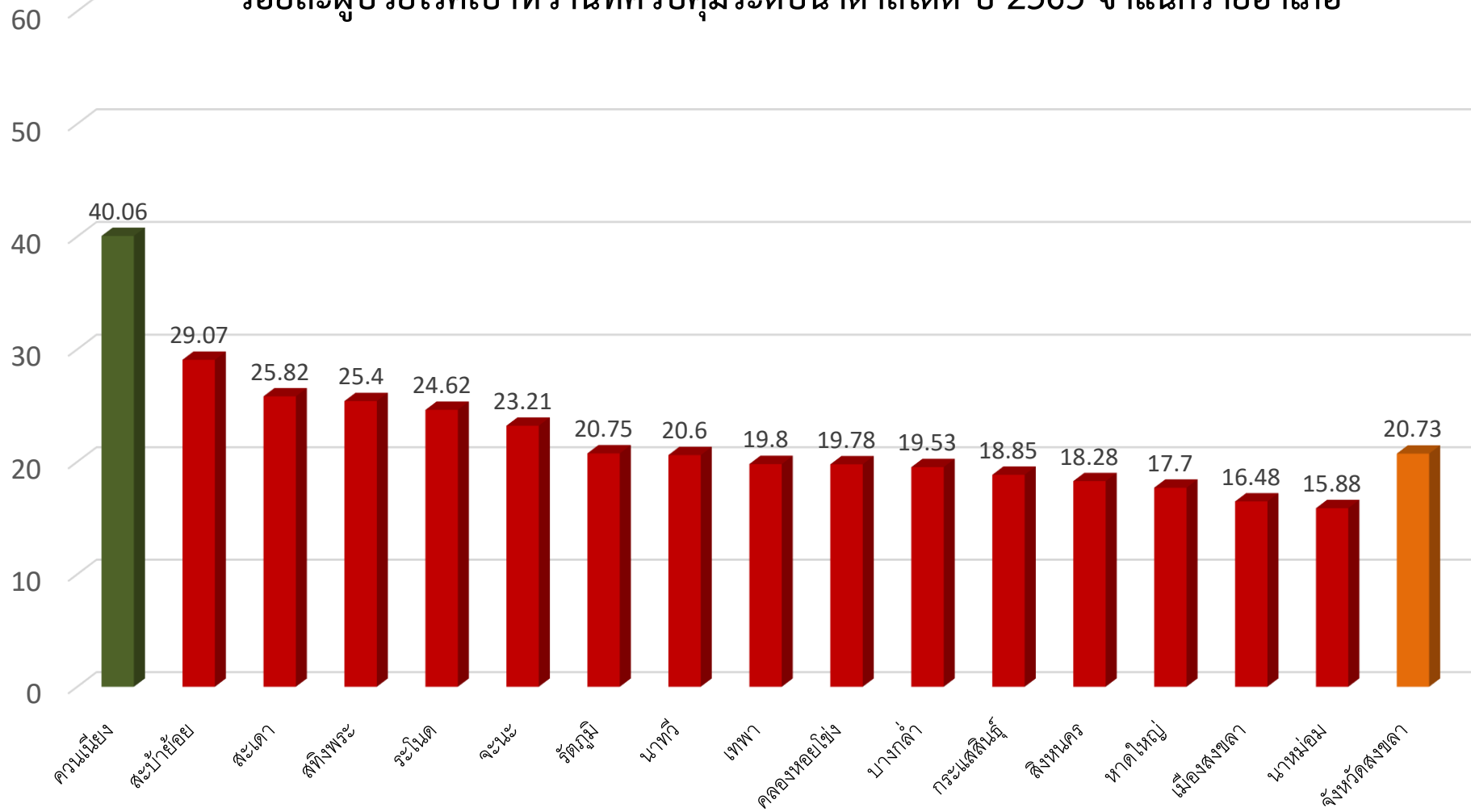
อำเภอ	ติดตามภายใน 180 วัน			ติดตาม > 180 วัน		รวมติดตามทั้งหมด	
	กลุ่มสงสัยป่วย	ติดตาม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระโนด	576	574	99.65	0	0	574	99.65
จะนะ	530	461	86.98	7	1.32	468	88.3
เมืองสงขลา	272	185	68.01	41	15.07	226	83.09
สิงหนคร	911	413	45.33	317	34.8	730	80.13
เทพา	181	81	44.75	60	33.15	141	77.9
สติงพระ	402	129	32.09	174	43.28	303	75.37
บางกล่ำ	88	60	68.18	3	3.41	63	71.6
นาหม่อม	75	48	64	5	6.67	53	70.7
กระแสสินธุ์	189	47	24.87	84	44.44	131	69.31
นาทวี	448	184	41.07	116	25.89	300	67
หาดใหญ่	621	176	28.34	219	35.27	395	63.6
ควนเนียง	354	204	57.63	2	0.56	206	58.19
สะบ้าย้อย	307	148	48.21	12	3.91	160	52.12
รัตภูมิ	319	71	22.26	95	29.78	166	52.04
คลองหอยโข่ง	48	19	39.58	5	10.42	24	50
สะเดา	284	52	18.31	43	15.14	95	33.45
จังหวัด	5,605	2,852	50.88	1,183	21.11	4035	71.99
เขต12	18,593	11,601	62.39	1,700	9.14	13301	71.54
ประเทศ	183,964	129,369	70.32	6466	3.51	135835	73.84



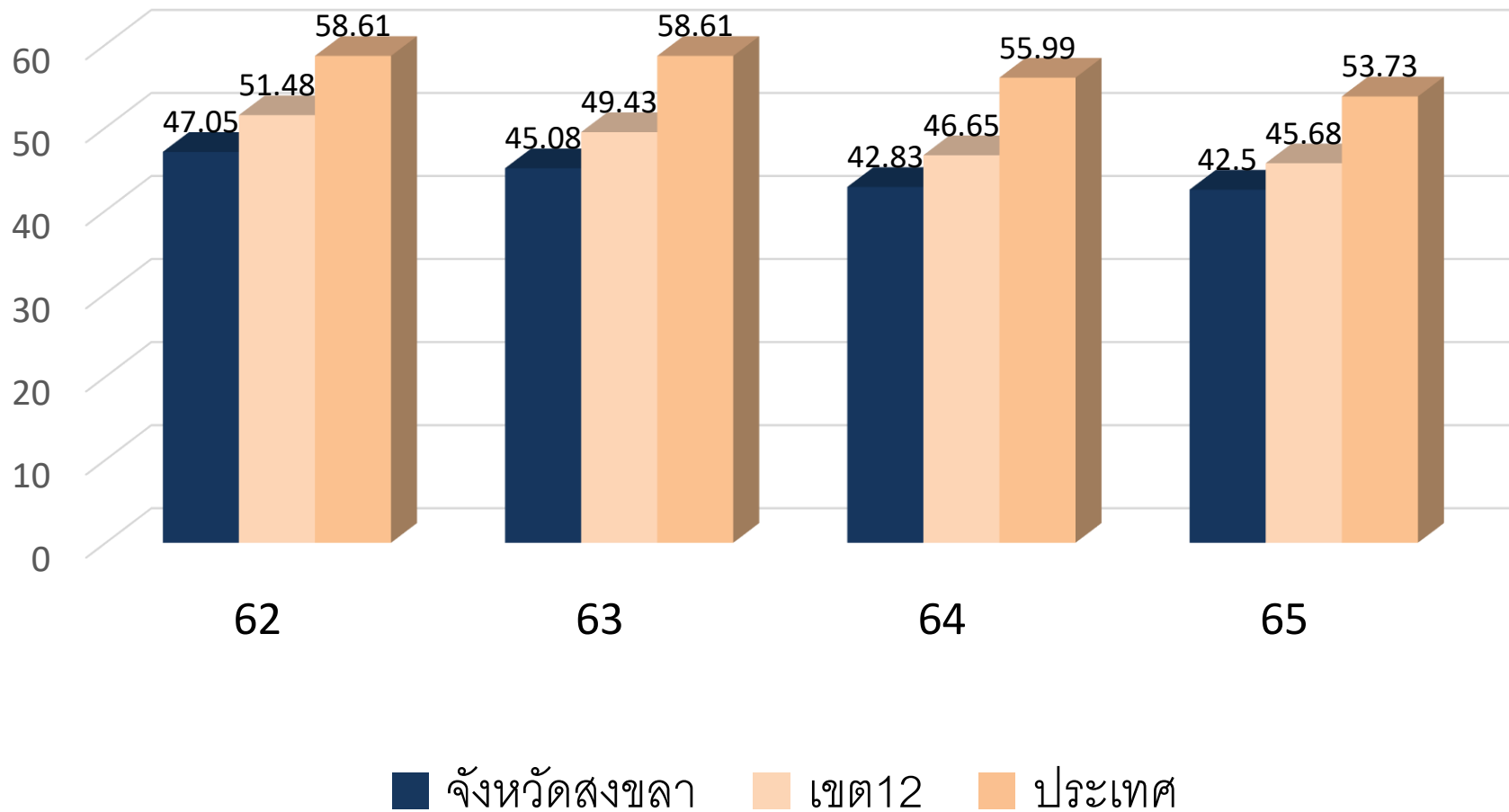
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2562-2565



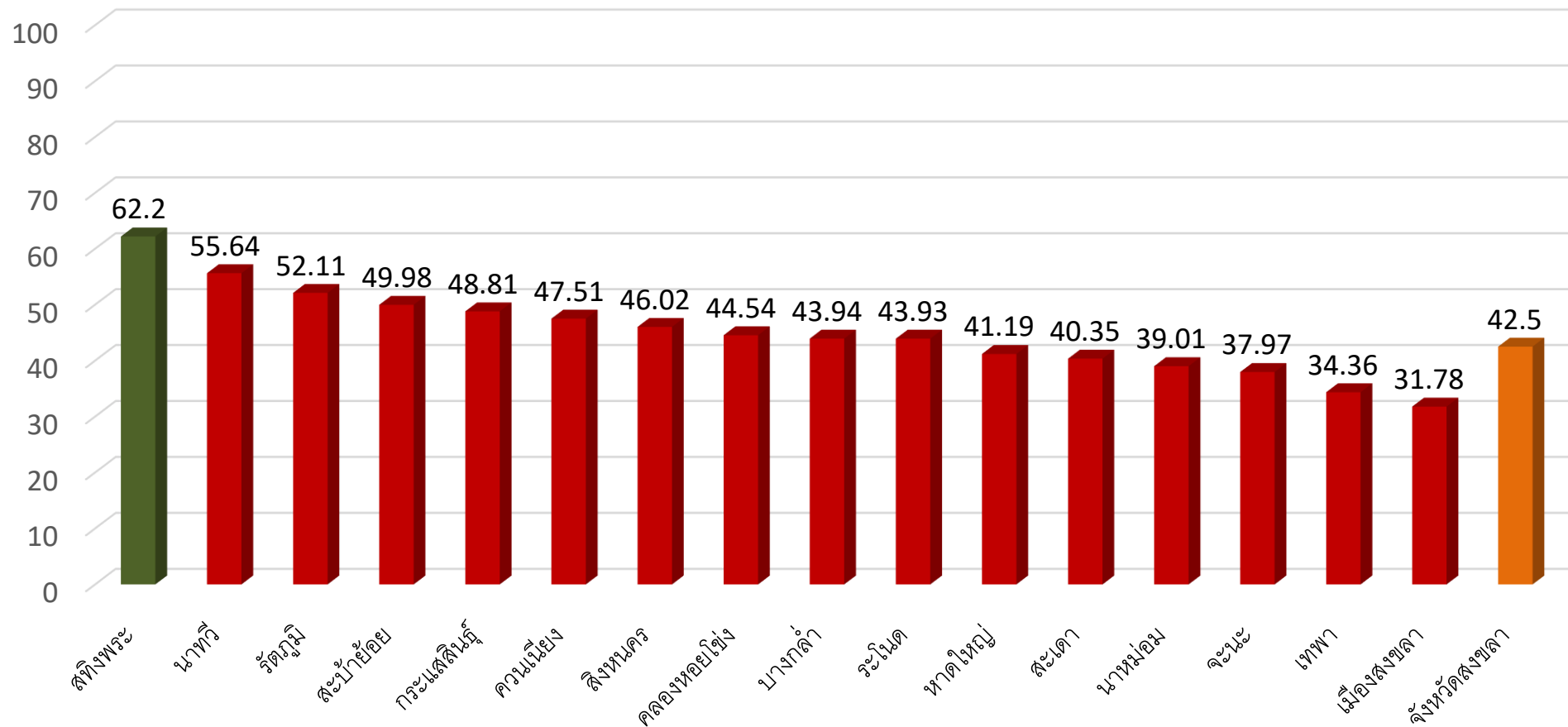
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2565 จำแนกรายอำเภอ



ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี 2562-2565

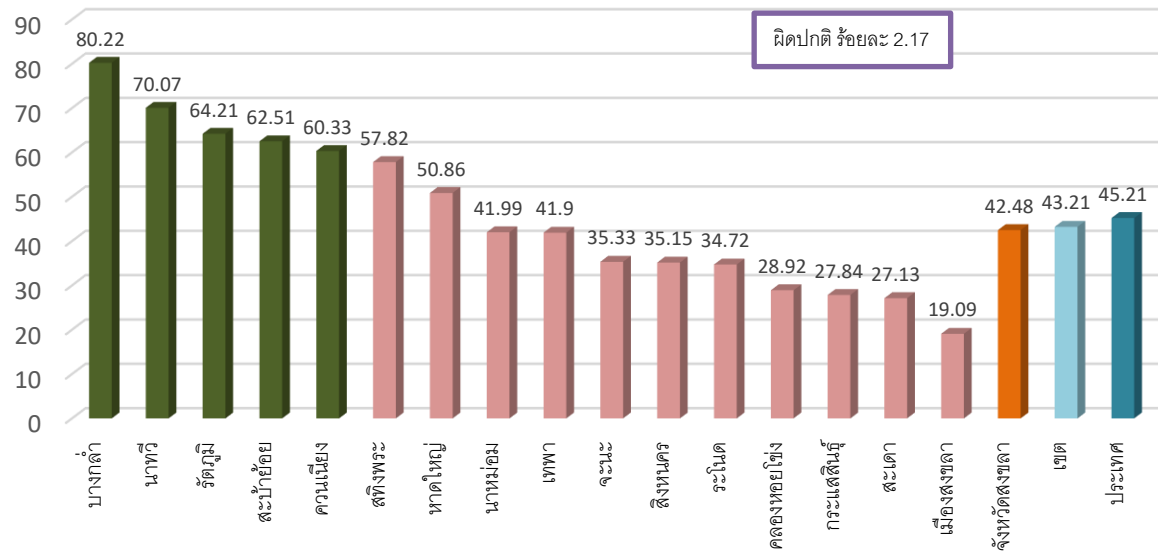


ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี 2565 จำแนกรายอำเภอ

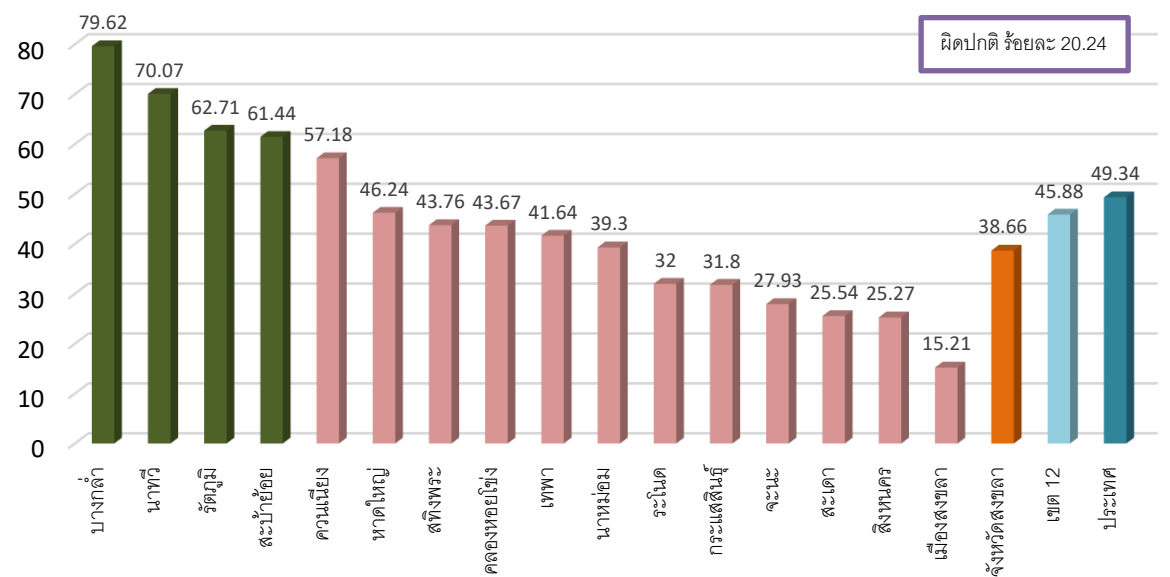


การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

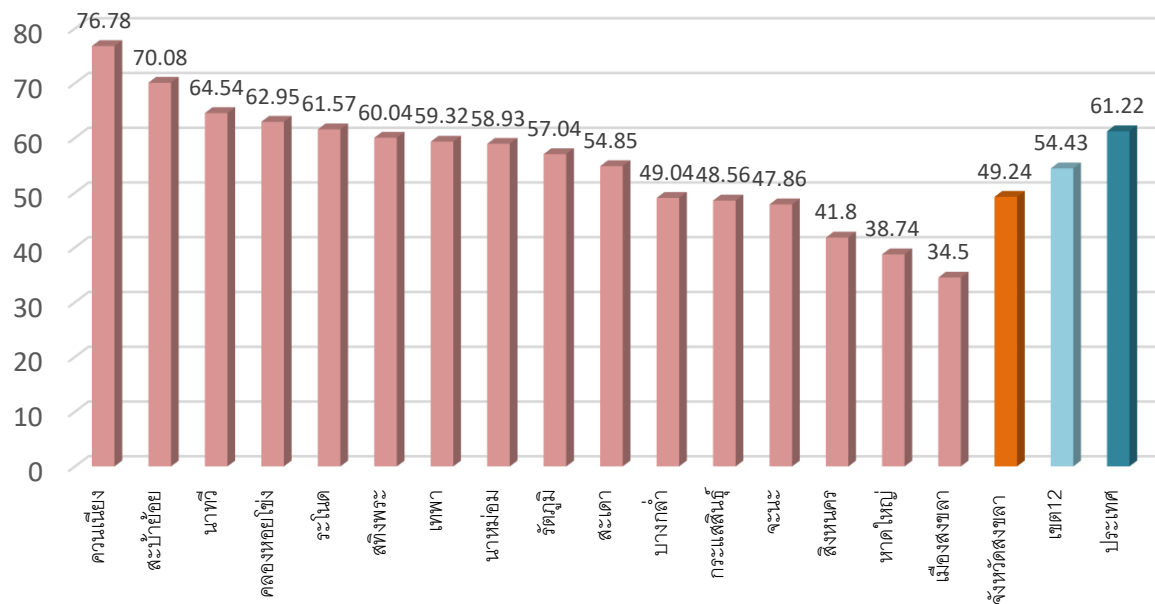
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เป้าหมาย ร้อยละ 60



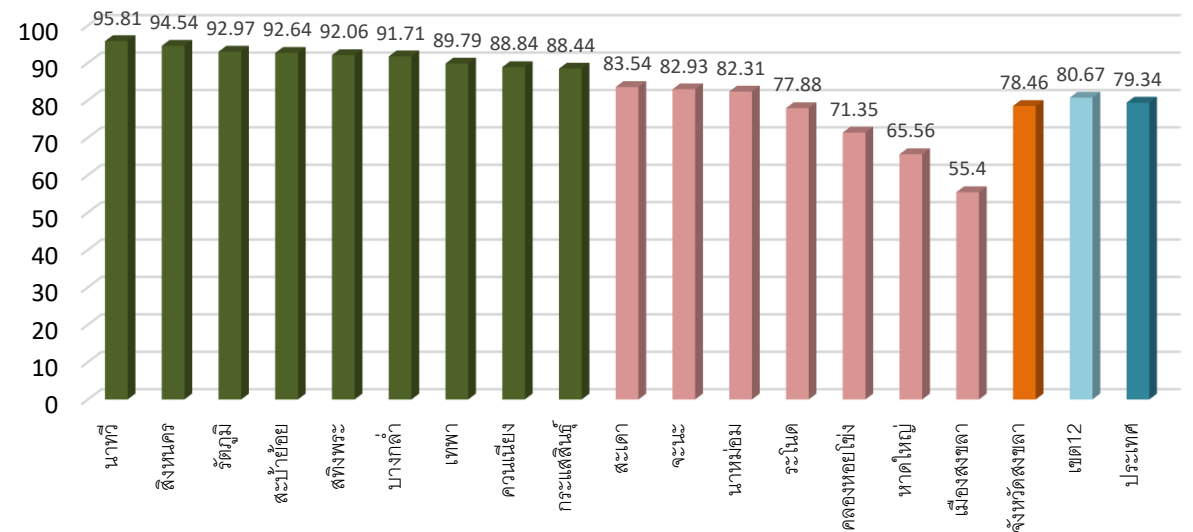
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า เป้าหมาย ร้อยละ 60



ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เป้าหมาย ร้อยละ 80



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)



Pain point

1. เข้าถึงบริการคัดกรองในเขตเมือง
2. คุณภาพการรักษา (การรักษาต่อเนื่อง ผลลัพธ์การรักษา)
3. สถานการณ์การโควิด ส่งผลต่อการจัดกิจกรรม คัดกรอง ปรับเปลี่ยน การติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย
4. การเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยบริการภาคเอกชนและนอกเครือข่ายจังหวัด
5. ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน ความดัน ใช้เวลานาน มีผู้ป่วยแออัดมากไป
6. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลด **risk** ทำได้ยาก เพราะปัจจัยเรื่องปัจเจกบุคคลและต้องดำเนินกิจกรรมให้ได้อย่างต่อเนื่อง
7. แพทย์ **FAMMED** รวมถึงการทำ **home health care** โดยสาขาชีพยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขา **NCD** (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)
ปี 2566

ระบบบริการ (SERVICE DELIVERY)

1. พัฒนาคุณภาพ **NCD clinic plus**

เป้าหมาย
ผ่าน ระดับดี ร้อยละ 50
ระดับดีมาก ร้อยละ 20
ระดับดีเด่น ร้อยละ 10

2. เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทุติยภูมิใน

การรักษาและการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนใน
ผู้ป่วย DM HT (เพิ่มกรดยา พัฒนาศักยภาพ เพิ่ม
เครื่องมือ)

3. พัฒนาบริการ DM remission

(คลินิกเบาหวานสงบ) (นาร่อง)

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (LEADERSHIP/GOVERNMENT)

-NCD board ระดับจังหวัด /
อำเภอ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (FINANCING)

1. งบลงทุน
2. งบส่งเสริมสุขภาพ : PP
3. งบกองทุนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สปสช)

กำลังคนด้านสุขภาพ (HEALTH WORKFORCE)

FM: รพช. ละ 1 คน
CM (หลักสูตร 4 เดือน) : รพศ. / รพท./ รพช.
(ปี 66 : จະนะ ระโนด สทิงพระ)
CM (หลักสูตร 3 วัน) : รพ.สต. PCU
(ทุกแห่ง)
SM : สสอ. (2 แห่ง)

-การเข้าถึงบริการ : คัดกรอง ติดตาม ปรับเปลี่ยน
รักษาต่อเนื่อง
-ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมาย $\geq 40\%$)
-ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับBP ได้ดี (เป้าหมาย $\geq 60\%$)
-ลดภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า หลอดเลือดสมอง/หัวใจ)

ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ Medical Products, Vaccines & Technologies

ยา (เพิ่มกรดยา)

Pioglitazone(30) เดิม มี (15) /Mixtard PF เดิม Mixtard 70/30

NPH vial & PF เดิม มี NPH / Nifedipine SR/ Lercanidipine HCl

เครื่องมือ

-เครื่องตรวจตา วิเคราะห์โดย AI

เทคโนโลยี

-พัฒนาระบบให้คำปรึกษา (tele med-tele consult)

-CPG : การวินิจฉัย รักษา การให้คำปรึกษาและส่งต่อ

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (HEALTH INFORMATION SYSTEM)

พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(DM HT) จังหวัดสงขลา

1. ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วย DM HT
2. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ
-โปรแกรมระบบติดตาม DM HT
-Home visit

Thank you

