

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบ ๑/๒๕๖๖
เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : ลดป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑ : ระดับความสำเร็จของการลดป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และ
ระดับความสำเร็จของการลดป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน)

๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๓๐

๑.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๔๐

๒. อัตราป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย ๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน)

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐

๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๐

๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบ ๑๑.๗, ๑๕.๕ และ ๘.๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ มากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด ยกเว้นปี ๒๕๖๕ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระบบบริการเพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการนำกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานมาตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จังหวัดเชียงใหม่ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๙.๖๘ ยังไม่บรรลุเป้าหมายรอบ ๖ เดือน (ร้อยละ ๓๐) และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๑๐.๙๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

สถานการณ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือด ระหว่างปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบ ๗๐.๕ ๓๕.๖ และ ๑๓.๐ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสถานการณ์เป็นไปในทิศทางที่ดี เนื่องจากอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ น้อยกว่าค่าเป้าหมายของปี ๒๕๖๖ ที่กำหนดไว้มาโดยตลอด การดำเนินงานเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เข้าสู่ระบบบริการเพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการนำกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จังหวัดเชียงใหม่ดำเนินการได้ร้อยละ ๘๘.๑๒ ผ่านเป้าหมายรอบ ๖ เดือน (ร้อยละ ๖๐) และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๒๔.๔๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย NCD ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีผลการดำเนินงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ สอดคล้องกับการตรวจ HbA1C ที่น้อย เนื่องจากอุปสรรคด้านงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของ Intervention ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่ และผู้ป่วย

เสียโอกาสในการได้รับบริการที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค เช่น การปรับยาเพิ่มในกรณีที่ HbA1C สูงมาก หรือการปรับลดยาลงในกรณีที่ HbA1C อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมต่อเนื่อง ฯลฯ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไปได้ และในปี ๒๕๖๖ มีการปรับนโยบายจาก สปสช. ด้านการเคลมงบประมาณการตรวจ HbA1C ปีละ ๒ ครั้งๆละ ๑๕๐ บาท/คน/ครั้ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ช่วยจัดอุปสรรคด้านงบประมาณ ทำให้ระบบมีความพร้อมมากขึ้น

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของงาน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

การกำหนดนโยบายระดับจังหวัด จาก Service plan NCD ในการตั้งเป้าในการตรวจ HbA1C ที่ท้าทาย เช่น ตั้งเป้าร้อยละ ๘๐ เพื่อเพิ่ม Coverage การตรวจ HbA1C และประเมินผลลัพธ์ Intervention ในพื้นที่ รวมถึงพัฒนาแผนการรักษาในระดับรายบุคคล ซึ่งอาจนำร่องในพื้นที่ที่มีต้นทุนสูง มีการตรวจมากกว่าร้อยละ ๖๐ ก่อน สำหรับพื้นที่อื่นที่มี Coverage น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ อาจทำแผนระยะสั้น ๒ - ๓ ปี เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจต่อไป

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

หากมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและกำกับติดตามแผนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผลลัพธ์การควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

ไม่มี