

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2566

เขตสุขภาพที่ 1 : จังหวัดเชียงใหม่

ระหว่างวันที่ 21 - 23 มิถุนายน 2566

1) กรอบประเด็นการตรวจราชการ () Agenda Based (/) Functional Based () Area Based

2) ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น /ตัวชี้วัดฯ :

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

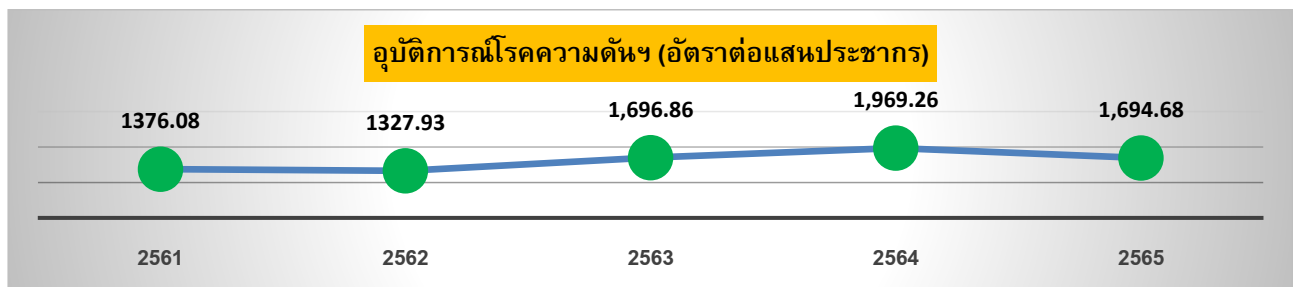
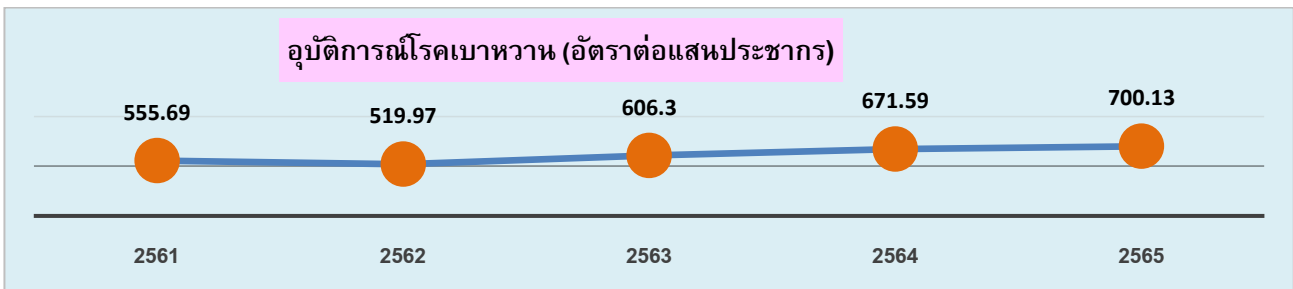
3) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ /โรคหลอดเลือดหัวใจ /โรคหลอดเลือดสมอง

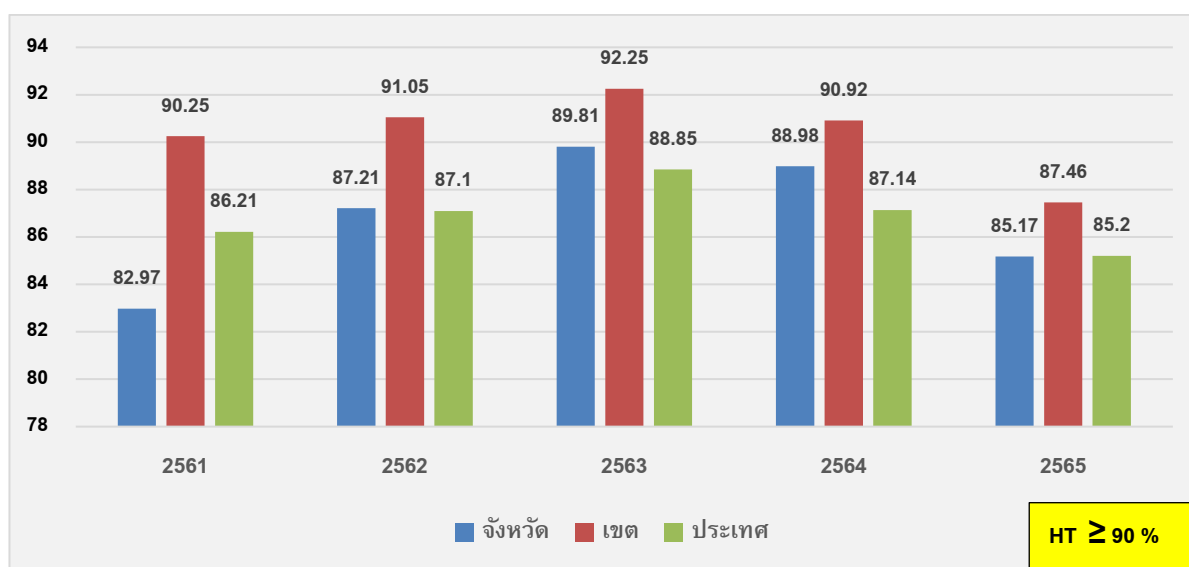
4) วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและจัดการปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 11 มกราคม 2566 จังหวัดเชียงใหม่ในปี 2561 - 2565 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน 555.69, 519.97, 606.3, 671.59 และ 700.13 ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1,376.08, 1,327.93, 1,696.86 ,1,969.26 และ 1,694.68 ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มลดลง

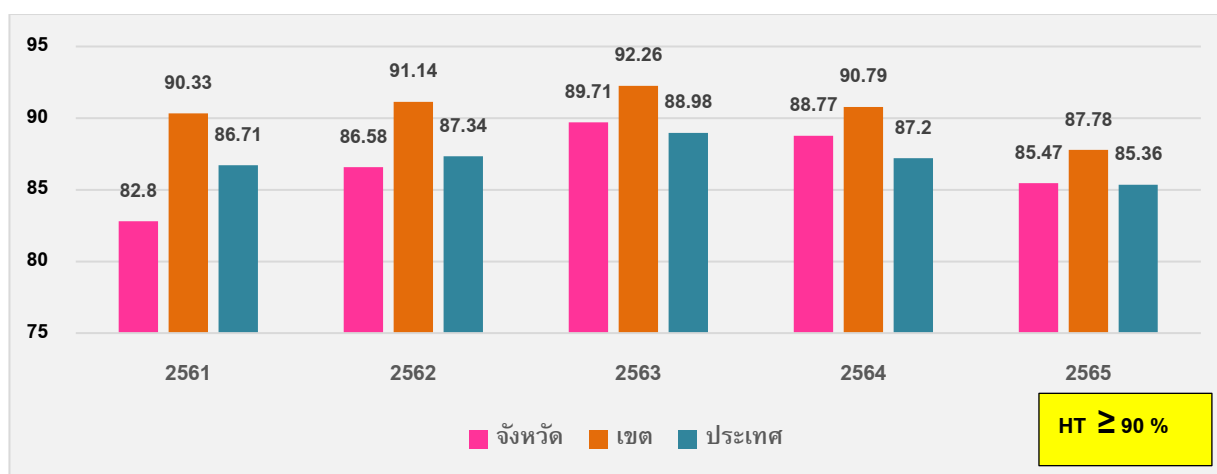


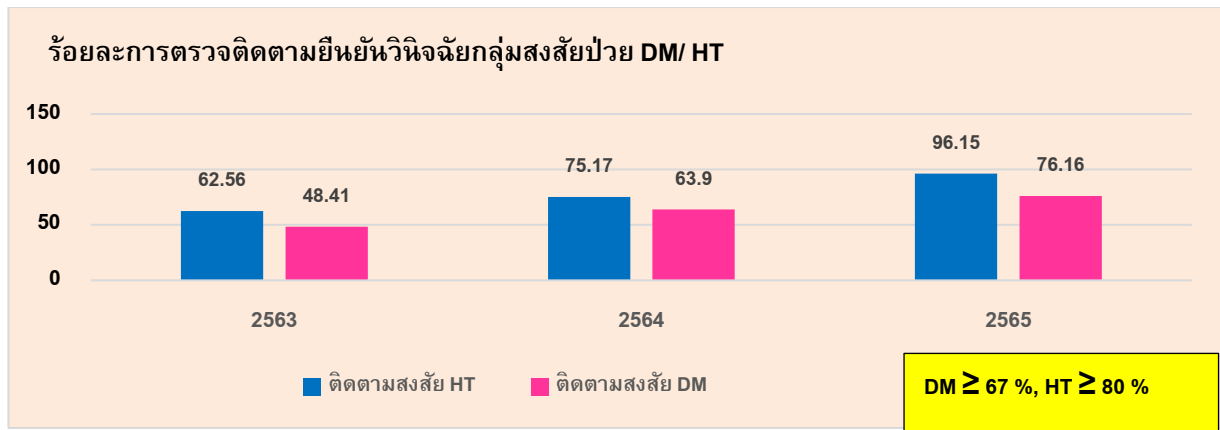
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2561 - 2665 พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการคัดกรองเบาหวานในประชาชน 35 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 82.97 87.21 89.81 88.98 และ 85.17 ตามลำดับ มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน 35 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 82.8 86.58 89.71 88.75 และ 85.47 ตามลำดับ ซึ่งในการคัดกรองทั้งเบาหวานและความดันในปี 2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต้อง \geq ร้อยละ 90) กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ปี 2563 - 2565 ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 48.41 63.9 และ 76.16 (เกณฑ์การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน \geq ร้อยละ 67) สำหรับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ปี 2563 - 2565 ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.56 75.17 และ 96.15 (เกณฑ์การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงต้อง \geq ร้อยละ 80)

ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป



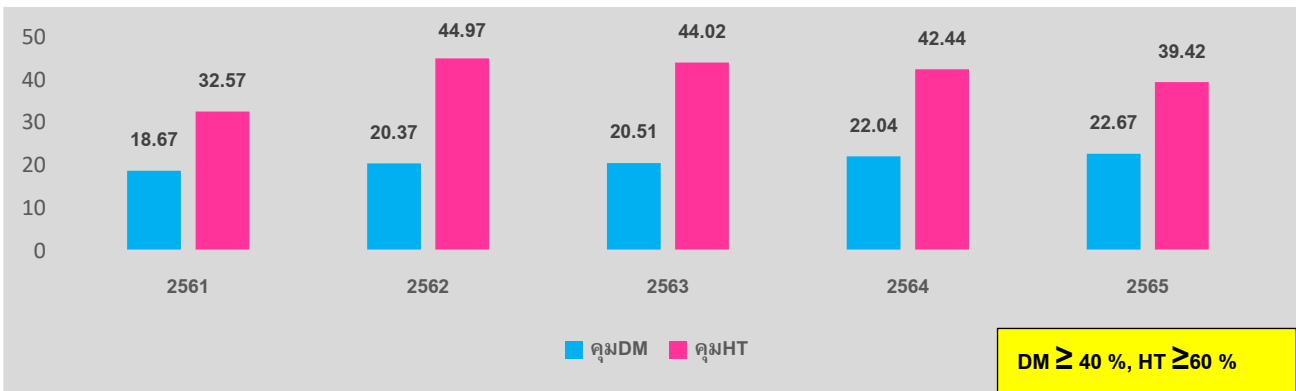
ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป





สำหรับการควบคุมโรคได้ดีในกลุ่มเบาหวาน ความดัน (เกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ≥ ร้อยละ 40) โดยผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีปี 2565 ร้อยละ 22.67 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ดีเพียง ร้อยละ 39.42 (เกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 60) ซึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยในปี 2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วย DM/ HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดี



ในปี 2566 จังหวัดเชียงใหม่มีลักษณะการดำเนินงาน (ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน มาตรการ โครงการ/กิจกรรม) มีการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่าน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ จังหวัดเชียงใหม่ และคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาบริการ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ระบบบริการของหน่วยบริการทุกระดับ รวมทั้งภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และกิจกรรมหลัก ระยะเวลา ดำเนินการ การบูรณาการกับงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) - โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) ในรูปแบบ House Model (ในไตรมาสที่ 1)

ภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพที่ 1 :

1. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ
2. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและลดอัตราการตายโรคที่สำคัญ : ลดป่วย ลดตาย ลดแทรกซ้อน ลดแออัด ลดรอคอย
3. BIG ROCK 2 : NCD (เชียงใหม่)

5) ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566

1. ให้ดำเนินกิจกรรมในพื้นที่นำร่องปรับหลักสูตร รร.เบญจมาภรณ์วิทยาลัยให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในจังหวัด และถอดบทเรียนก่อนขยายผลต่อไป

การดำเนินการ : หลักสูตร รร.เบญจมาภรณ์วิทยาลัย

- ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาครู ก หลักสูตรโรงเรียนเบญจมาภรณ์วิทยาลัยในการจัดบริการผู้กลุ่มเสียง /สงสัยป่วยเบญจมาภรณ์ระดับปฐมภูมิ จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์ 2566 และ รุ่นที่ 2 วันที่ 15-16 มีนาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมเป็นครู ก จาก รพ.สต. จำนวน 120 คน ในพื้นที่นำร่อง 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอหางดง ดอยสะเก็ด สารภี สันกำแพง แม่อน แม่แตง ฝาง สันป่าตอง แม่ฮาด ดอยเต่า พร้าวและจอมทอง เพื่อเป็นแนวทางและเสนอทางเลือกให้กับแต่ละพื้นที่นำกระบวนการ หรือ Intervention ได้รับไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่ายของพื้นที่และขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการในงบ ปี 2567

- ในปี 2566 จังหวัดจะทำการส่งเสริม พัฒนาและติดตามแต่ละพื้นที่ถึงการนำไปพัฒนางานหรือขยายผล โดยจังหวัดจะทำการถอดบทเรียน ในปี 2567



การดำเนินการ : หลักสูตร MI (Motivational Interviewing)

- ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการหลักการสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยด้วยกระบวนการ MI ให้ห่างไกลโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในวันที่ 4 - 5 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมศรีเวียงพิงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมจากทุกโรงพยาบาล จำนวน 60 คนเพื่อเป็นแนวทางและเสนอทางเลือกให้กับแต่ละพื้นที่นำกระบวนการ หรือ Intervention ที่ได้รับไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่ายของพื้นที่และขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการปี 2567

- ทดลองใช้รูปแบบแนวทางลดหวานมันเค็มในผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย จำนวน 10 ราย/อำเภอ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมและเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมโรคได้และเพื่อเป็นต้นแบบ เริ่มใช้โปรแกรมเดือนมิถุนายน - กันยายน 2566

- ในปี 2566 จังหวัดจะทำการส่งเสริม พัฒนาและติดตามแต่ละพื้นที่ถึงการนำไปพัฒนางานหรือขยายผล โดยจังหวัดจะทำการถอดบทเรียน ในปี 2567

- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปรับรูปแบบบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

- ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน ความดัน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรฯ

- แจ้งผ่านการประชุม กวป.ให้ทุกหน่วยบริการดำเนินการ

* แยกสีตามระดับการควบคุมของผู้ป่วยเพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มตามแนวทางของโปรแกรม NCDx

2. แนะนำให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน โดยการเรียนหลักสูตรการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น หลักสูตรออนไลน์ของกรมควบคุมโรค

การดำเนินการ :

- ได้มีการประชาสัมพันธ์แนะนำผู้รับผิดชอบงานทุกพื้นที่ ทั้งในระบบงานสารบรรณแบบเป็นทางการและระบบ Line Group เฉพาะกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยสามารถลงทะเบียนเรียนออนไลน์ฟรี ตามหลักสูตรออนไลน์ของกรมควบคุมโรค

- ส่งเสริม สนับสนุน ให้แต่ละพื้นที่คัดเลือกบุคลากรเป็นตัวแทนเพื่อรับโควตาในการ เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 กำหนดจัดขึ้นอีกด้วย มีทั้งหลักสูตร System management team (SM NCD) และ Case manager (CM NCD)

- จังหวัดเชียงใหม่ ได้ส่งเจ้าหน้าที่ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้จัดการโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 1 ในหลักสูตร System management team (SM NCD) จำนวน 6 คน (เรียนในเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2566)

3. ประเมินผลลัพธ์ Intervention ในพื้นที่

การดำเนินการ : - อยู่ในระหว่างการติดตามผลลัพธ์

4. พัฒนาแผนการรักษาในระดับรายบุคคลซึ่งอาจนำร่องในพื้นที่ๆ มีต้นทุนสูง มีการตรวจมากกว่าร้อยละ 60 สำหรับพื้นที่อื่นที่มี Coverage น้อยกว่าร้อยละ 50 อาจทำแผนระยะสั้น 2 - 3 ปี เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจรักษา

การดำเนินการ :

จังหวัดเชียงใหม่ได้คัดเลือกอำเภอสันป่าตอง พริ้ว จอมทอง แม่วาง เมืองเชียงใหม่และหางดง ในการดำเนินโครงการการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยออกแบบกิจกรรมโดยทุกคนที่เป็นเป้าหมายต้องได้รับการประเมินระดับบุคคลและระดับครอบครัว (PPA)

1. ระดับบุคคล

* มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

* ประเมิน Biometric /Psychometric/Medical History และจัดตั้ง Group Line

2. ระดับครอบครัว สนับสนุนและให้ความรู้แก่ Care Giver ในครอบครัว

3. ระดับชุมชน แต่ละชุมชนให้มีการบูรณาการร่วมกับ พชต. มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชน ส่งเสริมให้เกิดนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับปัญหาชุมชน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง

ผู้ป่วยที่เป็นระดับเสี่ยงสูง

- วิเคราะห์ และออกแบบกิจกรรมตามปัญหา (Individual Care Plan)

- การติดตามโดย อสม.และ มอศ. ทุกเดือน - SMBG/SMBP ทุก 1 เดือน

- Mapping - Telemedicine กับ FM หรือติดตามเยี่ยมบ้าน

- ติดตามและประเมิน CVD ซ้ำทุก 3 เดือน

ผู้ป่วยระดับเสี่ยงปานกลาง /ระดับเสี่ยงน้อย

- วิเคราะห์ และออกแบบกิจกรรมตามปัญหา

- การติดตามโดย อสม.และ มอศ. ทุก สองเดือน

- ให้ความรู้แบบรายกลุ่ม - Telemedicine - ติดตามและประเมิน CVD ซ้ำทุก 3 เดือน

บริการส่งต่อ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ผลตรวจมีความผิดปกติเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพต่อไป

6) ผลการดำเนินงานตาม Small Success ในรอบ 9 เดือน ปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 14 มิถุนายน 2566)

รอบ 9 เดือน	ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานประจำปี - ประกาศนโยบายสุขภาพพระดั่ง พชอ./ พชต. ตามบริบท - การบูรณาการงาน NCD ร่วมกับงานปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ และเชื่อมต่อโดยระบบข้อมูล (smart อสม.) - ร้อยละของ ปชก.อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง DM และ HT ได้ \geq ร้อยละ 90 - ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM ร้อยละ 70/HT ร้อยละ 93 - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ดี \geq ร้อยละ 60 - จัดคลินิกบริการเฉพาะกลุ่ม Uncontrol และจัดให้มี Group Line ผู้ป่วย NCD ใน รพ.หน่วยบริการปฐมภูมิ - เตรียมความพร้อมระบบ Telemed ในการรักษา /ส่งต่อ - มี Health Station ระดับตำบล \geq 30 % - จังหวัดดำเนินการคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อประจำปีผ่าน App. Smart อสม. (จังหวัดละ 1 ตำบล) - ตรวจ Yearly Check Up ภาวะแทรกซ้อนตา ไต หัวใจ CVD Risk กลุ่มป่วย \geq 60 % - จัดกลุ่มประชาชน ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยคุมได้ (เขียว/เหลือง) กลุ่มป่วยคุมไม่ได้ (ส้ม/แดง) กลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน (ดำ) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง HL และดำเนินการให้ Interventions ตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ \geq 60 % - มี Health Station ระดับตำบล \geq 50 % - อสม.ใช้ self check self monitor ในตำบลต้นแบบ - NCD Clinic Plus ให้อยู่ในระดับดีขึ้นเพิ่มขึ้น 5 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> * ดำเนินการแล้ว * ดำเนินการแล้ว * ดำเนินการแล้ว * DM ร้อยละ 65 * HT ร้อยละ 63.44 * DM ร้อยละ 51.79 * HT ร้อยละ 97.25 * คุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 20.95 * คุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี ร้อยละ 35.26 * ส่งการผ่าน กวป. * เริ่มใช้ระบบแล้ว * ร้อยละ 42 * ตำบลดอนแก้ว อำเภอจอมทอง * คัดกรองตา ร้อยละ 44.50 * คัดกรองไต ร้อยละ 42.45 * คัดกรองเท้า ร้อยละ 44.24 * CVD Risk ร้อยละ 63.92 * ร้อยละ 100 (รพ.ทุกแห่ง) * ร้อยละ 60 * ร้อยละ 100 * 1 แห่ง (รพ.วัดจันทร์ฯ)

7) ปัญหา /อุปสรรค /แนวทางการแก้ไข

ปัญหา : การดำเนินงานไม่ถึงเป้าหมาย

อุปสรรคในการดำเนินงาน : ระบบการเปลี่ยนแปลงในการ Authentication /การลงข้อมูลล่าช้า / การตรวจรักษาในปฐมภูมิยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

แนวทางในการแก้ไขปัญหา : นำสู่การประชุม Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ มีมติเห็นชอบ ให้นำเข้า กวป. โดยให้ทุก คป.สอ. เร่งรัดการทำงานและให้ดำเนินการงานเบาหวาน /ความดัน ในหน่วยบริการ

การคัดกรอง DM/HT

1. ทุกหน่วยบริการคัดกรอง /ลงข้อมูลให้ตามเป้าหมาย ภายในเดือนมิถุนายน 2566
2. กรณีหน่วยบริการถ่ายโอน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้ง อบจ.ภายในเดือนมิถุนายน 2566

การติดตามวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง

- ทุกหน่วยบริการติดตามเจาะ FBS และลงข้อมูลภายในเดือนมิถุนายน 2566 เพื่อรายงานผลใน กวป เดือน มิถุนายน 66

คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา

- ปัญหาจากเครื่องฯ เสีย ได้บริหารจัดการภายในจังหวัดแล้ว ให้ทุกโรงพยาบาลเร่งรัดการคัดกรองและลงข้อมูล ภายในเดือน 20 มิถุนายน 2566 เพื่อรายงานผลใน กวป. เดือนมิถุนายน 2566

การควบคุมระดับ DM/HT

1. จัดทำ CPG (การรักษาใน รพ. /รพ.สต และการส่งต่อสู่ รพ.Node /นครพิงค์)
2. ทุกหน่วยบริการดำเนินการ

* แยกสีตามระดับการควบคุมของผู้ป่วยเพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มตามแนวทางของโปรแกรมร.ร.เบาหวานวิทยา NCDX /MI

* ประเมิน CVD Risk ในผู้ป่วยทุกราย

ระบบข้อมูล

ผู้ลงข้อมูลทุกหน่วยบริการ ทำความเข้าใจและตรวจสอบการ Mapping ของรหัสตามเทมเพลตของแต่ละตัวชี้วัด เพื่อจะได้ครบถ้วนและถูกต้อง

8) แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

1. ประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา NCD ชี้แจงและกำหนดนโยบายการดำเนินงานและติดตามการดำเนินงาน (2 ครั้ง/ปี)

2. จัดทำและเผยแพร่ CPG ของจังหวัดเชียงใหม่

3. ทุกหน่วยบริการดำเนินการ

* แยกสีตามระดับการควบคุมของผู้ป่วยเพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มตามแนวทางของโปรแกรม NCDX /MI /ร.ร.เบาหวานวิทยา

* ประเมิน CVD Risk ในผู้ป่วยทุกราย

4. บูรณาการการทำงานในปฐมภูมิ โดยจะถอดบทเรียนพื้นที่นำร่องที่ใช้โปรแกรมNCDX /MI /รร.เบาหวาน วิทยาลัยพื้นที่การดำเนินงานการใช้โปรแกรมNCDX /MI /รร.เบาหวานวิทยาในระดับปฐมภูมิ

5. มีการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ /CKD คุณภาพ และประเมิน NCD Clinnic Plus คุณภาพ

6. เข้าร่วมโครงการค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (Nationwide Hospital BP) กลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลแม่อน

9) นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

อำเภอ	ผลงานเด่น / นวัตกรรม
พริ้ว	<ul style="list-style-type: none"> - นวัตกรรม NCD Self Care ในยุคโควิด 19 - Public BP (ดำเนินรูปแบบ Health station นำเครื่องวัด BP ไว้ตามชุมชน เช่น ร้านค้า ธนาคาร ธกส.) - ปฏิทินเมนูอาหารลดเค็มในครัวเรือน - เมนูรักษาสุขภาพ “หวานน้อยก็อร่อยได้” ดำเนินการร่วมกับร้านเครื่องดื่ม
สันป่าตอง	CQI : การจัดบริการ NCD new normal มีการจัดกลุ่มบริการเพื่อลดความแออัดและเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง
หางดง	<ul style="list-style-type: none"> - ร.ร.มินิเบาหวาน : เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย - line OA : เพื่อลดความแออัด เป็นการนัด การจัดคิว และระบบ Fast track refill ยา - นวัตกรรมทุกที่ทุกเวลา - Pop Up ผลการตรวจสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน
แม่อน	- ใบเหลืองเตือนใจ
ไชยปราการ	- แก้วน้ำไม่หวาน และ พัด 4 สี
แม่วาง	- ชันข้าวปลอดน้ำตาล
ดอยหล่อ	- QR code ช่องทางการสื่อสารการใช้ยา, เหยียบกะลานวดฝ่าเท้า
สะเมิง	- นวัตกรรมป้องกันไต โดยสมุดสีม่วง (ห้ามจ่ายยา NSIDs)
อมก๋อย	- แผงยากันลื่น
ดอยสะเก็ด	- หมู่บ้านโลโซเดียวม ตำบลป่าเมี่ยง

ผู้รายงาน : นางโปรดปราน ขำสุวรรณ

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วัน/เดือน/ปี : วันที่ 16 มิถุนายน 2566