การวิเคราะห์พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ 2554 - 2556 พบว่ามีจังหวัดมีอัตราตายต่อประชากรแสนคนสูงเกินอัตราตายของประเทศดังแสดง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2554 - 2556 จำแนกรายจังหวัด เรียงลำดับอัตราตายจากสูงไปต่ำ

ลำดับ	ปี 2554				ปี 2555				ปี 25556			
	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย
1	อ่างทอง	2	142	49.91	สระบุรี	2	302	48.47	อ่างทอง	2	192	67.65
2	นครนายก	2	117	46.19	อ่างทอง	2	127	44.72	สระบุรี	2	320	51.00
3	สระบุรี	2	278	44.92	นครนายก	2	105	41.26	พระนครศรีอยุธยา	1	400	50.27
4	พระนครศรีอยุธยา	1	315	40.13	นครสวรรค์	8	437	40.75	นครนายก	2	120	46.94
5	นครสวรรค์	8	427	39.81	พระนครศรีอยุธยา	1	320	40.48	ลพบุรี	2	352	46.44
6	อุตรดิตถ์	9	173	37.46	อุตรดิตถ์	9	186	40.33	นครสวรรค์	8	477	44.44
7	พัทลุง	12	182	35.67	ราชบุรี	4	314	37.17	สิงห์บุรี	2	93	43.67
8	ราชบุรี	4	293	34.84	สิงห์บุรี	2	79	37.02	ราชบุรี	4	339	39.96
9	กำแพงเพชร	8	251	34.55	พัทลุง	12	182	35.49	จันทบุรี	3	208	39.77
10	กรุงเทพมหานคร		**1,956**	**34.39**	กรุงเทพมหานคร		**1,979**	**34.88**	กรุงเทพมหานคร		**2,114**	**37.22**
11	สิงห์บุรี	2	71	33.16	นครศรีธรรมราช	11	511	33.39	แพร่	10	170	37.21
12	นครศรีธรรมราช	11	480	31.49	กำแพงเพชร	8	229	31.51	กำแพงเพชร	8	265	36.40
13	ลพบุรี	2	231	30.56	พังงา	11	80	31.22	อุทัยธานี	8	118	35.84
14	สุราษฎร์ธานี	11	301	29.91	ลพบุรี	2	236	31.17	พังงา	11	90	34.82
15	ชลบุรี	3	381	28.70	สมุทรสาคร	4	157	31.15	น่าน	10	166	34.74
16	จันทบุรี	3	148	28.70	น่าน	10	146	30.60	ชุมพร	11	170	34.22
17	ชัยนาท	8	93	27.84	ชลบุรี	3	411	30.41	ตรัง	12	213	33.60
18	เลย	6	173	27.70	พิษณุโลก	9	257	30.13	เลย	6	210	33.28
19	น่าน	10	130	27.28	สุราษฎร์ธานี	11	298	29.28	อุตรดิตถ์	9	152	32.96
20	พิษณุโลก	9	231	27.16	ปทุมธานี	1	294	28.76	ชลบุรี	3	452	32.82
21	นนทบุรี	1	295	26.52	อุทัยธานี	8	94	28.62	ลำปาง	10	247	32.68
22	ปทุมธานี	1	263	26.35	นนทบุรี	1	320	28.26	นครศรีธรรมราช	11	500	32.50
23	สมุทรปราการ	3	308	25.79	ลำปาง	10	214	28.26	ระนอง	11	58	32.45
24	อุทัยธานี	8	84	25.61	เลย	6	177	28.21	สุราษฎร์ธานี	11	329	32.02
25	สงขลา	12	347	25.48	นครปฐม	4	236	27.12	พัทลุง	12	165	31.96
26	ตรัง	12	158	25.29	ประจวบคีรีขันธ์	4	136	26.42	นนทบุรี	1	366	31.85
27	สมุทรสาคร	4	123	24.82	จันทบุรี	3	135	25.99	สมุทรปราการ	3	390	31.64
28	สุพรรณบุรี	4	208	24.60	ตาก	9	137	25.92	ปทุมธานี	1	326	31.24
29	ยะลา	12	117	23.85	ชุมพร	11	128	25.92	สมุทรสาคร	4	158	30.73

ลำดับ	ปี 2554				ปี 2555				ปี 25556			
	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย

30	สุโขทัย	9	143	23.77	กาญจนบุรี	4	216	25.76	ชัยนาท	8	102	30.63
31	แพร่	10	109	23.71	สงขลา	12	336	24.48	กระบี่	11	136	30.36
32	พังงา	11	60	23.62	พิจิตร	8	134	24.38	กาญจนบุรี	4	246	29.27
33	กาญจนบุรี	4	193	22.99	ตรัง	12	153	24.31	พิษณุโลก	9	243	28.41
34	กระบี่	11	98	22.51	ยะลา	12	120	24.13	ประจวบคีรีขันธ์	4	147	28.34
35	ทั่วประเทศ		**14,422**	**22.47**	ระยอง	3	155	24.09	สุพรรณบุรี	4	238	28.08
36	ปราจีนบุรี	3	104	22.22	แพร่	10	109	23.79	ฉะเชิงเทรา	3	190	27.62
37	ภูเก็ต	11	76	21.75	ทั่วประเทศ		**15,070**	**23.45**	ระยอง	3	178	27.17
38	ตาก	9	114	21.58	เชียงราย	10	279	23.26	สงขลา	12	376	27.16
39	ร้อยเอ็ด	6	276	21.11	สุพรรณบุรี	4	195	23.01	พิจิตร	8	149	27.13
40	สมุทรสงคราม	4	40	20.61	กระบี่	11	100	22.65	ทั่วประเทศ		**17,388**	**26.91**
41	นครปฐม	4	175	20.27	ชัยนาท	8	75	22.51	ลำพูน	10	107	26.42
42	ลำปาง	10	154	20.27	สตูล	12	68	22.39	เชียงราย	10	299	24.86
43	ชุมพร	11	98	19.96	ภูเก็ต	11	78	21.83	นครปฐม	4	213	24.25
44	ระนอง	11	36	19.62	นราธิวาส	12	163	21.66	เชียงใหม่	10	397	23.90
45	เพชรบุรี	4	91	19.57	ปราจีนบุรี	3	101	21.41	ตาก	9	126	23.81
46	ฉะเชิงเทรา	3	132	19.51	ฉะเชิงเทรา	3	146	21.39	ปราจีนบุรี	3	113	23.79
47	ระยอง	3	123	19.46	เพชรบุรี	4	100	21.39	นราธิวาส	12	180	23.63
48	ประจวบคีรีขันธ์	4	99	19.38	สมุทรปราการ	3	254	20.94	นครราชสีมา	5	611	23.45
49	พิจิตร	8	105	19.05	เชียงใหม่	10	342	20.72	สตูล	12	71	23.06
50	เชียงราย	10	228	19.02	สุโขทัย	9	122	20.06	พะเยา	10	111	22.77
51	ปัตตานี	12	123	18.65	ยโสธร	7	107	19.83	ภูเก็ต	11	83	22.73
52	ลำพูน	10	75	18.55	อุบลราชธานี	7	357	19.60	เพชรบูรณ์	9	224	22.53
53	เชียงใหม่	10	299	18.19	ร้อยเอ็ด	6	254	19.44	สุโขทัย	9	132	21.90
54	นราธิวาส	12	135	18.19	ลำพูน	10	77	19.04	เพชรบุรี	4	102	21.70
55	อุบลราชธานี	7	324	17.86	สมุทรสงคราม	4	35	18.04	อุบลราชธานี	7	397	21.67
56	เพชรบูรณ์	9	175	17.62	นครราชสีมา	5	454	17.51	ยะลา	12	106	21.05
57	สตูล	12	52	17.37	เพชรบูรณ์	9	170	17.13	ร้อยเอ็ด	6	275	21.01
58	ตราด	3	38	17.16	พะเยา	10	81	16.62	ยโสธร	7	110	20.36
59	สระแก้ว	3	91	16.70	ขอนแก่น	6	281	15.87	ศรีสะเกษ	7	294	20.13
60	นครราชสีมา	5	430	16.64	ระนอง	11	29	15.83	ขอนแก่น	6	343	19.29
61	ยโสธร	7	87	16.14	สระแก้ว	3	86	15.72	สมุทรสงคราม	4	37	19.06
62	อำนาจเจริญ	7	59	15.85	ปัตตานี	12	104	15.58	อำนาจเจริญ	7	70	18.71
63	พะเยา	10	77	15.83	ตราด	3	32	14.39	ตราด	3	41	18.35
64	ขอนแก่น	6	251	14.21	ศรีสะเกษ	7	206	14.16	สกลนคร	7	199	17.58
65	ชัยภูมิ	5	153	13.57	มหาสารคาม	6	129	13.69	ชัยภูมิ	5	189	16.66
66	บุรีรัมย์	5	210	13.49	อำนาจเจริญ	7	51	13.68	หนองบัวลำภู	6	81	16.00
67	ศรีสะเกษ	7	190	13.08	แม่ฮ่องสอน	10	31	12.69	มหาสารคาม	6	151	15.89
68	มหาสารคาม	6	121	12.87	อุดรธานี	6	186	11.98	สุรินทร์	5	211	15.21
69	อุดรธานี	6	197	12.74	สกลนคร	7	133	11.81	บึงกาฬ	6	63	15.20
70	นครพนม	7	87	12.36	สุรินทร์	5	162	11.71	สระแก้ว	3	83	15.10

ลำดับ	**ปี 2554**	**ปี 2555**	**ปี 25556**

	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย	จังหวัด	สคร.	จำนวน	อัตราตาย
71	แม่ฮ่องสอน	10	30	12.33	บุรีรัมย์	5	180	11.52	ปัตตานี	12	101	14.96
72	สุรินทร์	5	145	10.50	นครพนม	7	80	11.32	นครพนม	7	100	14.09
73	หนองบัวลำภู	6	50	9.95	ชัยภูมิ	5	116	10.26	อุดรธานี	6	199	12.75
74	กาฬสินธุ์	6	97	9.88	หนองคาย	6	52	10.17	กาฬสินธุ์	6	120	12.19
75	มุกดาหาร	7	33	9.70	หนองบัวลำภู	6	49	9.73	แม่ฮ่องสอน	10	29	11.81
76	สกลนคร	7	106	9.44	มุกดาหาร	7	32	9.36	บุรีรัมย์	5	180	11.46
77	หนองคาย	6	45	6.33	กาฬสินธุ์	6	91	9.25	มุกดาหาร	7	34	9.90
78	บึงกาฬ	6	12	2.94	บึงกาฬ	6	32	7.80	หนองคาย	6	41	7.98

สถานการณ์การตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

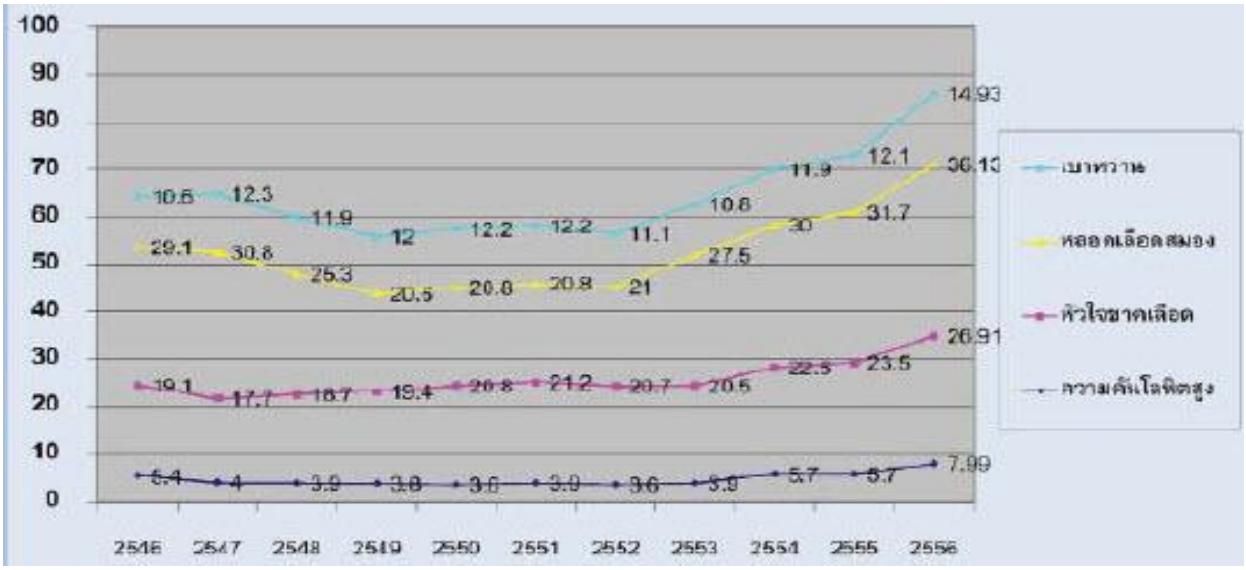
จากรายงานสถิติสาธารณสุขพ.ศ.2546 – 2556 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์อัมพาต) และโรคเบาหวานพบว่าในปีพ.ศ. 2553 ถึง 2556 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรคดังข้อมูลตามตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน) ปีพ.ศ.2546 – 2556 ทั่วประเทศ (รวม กทม.)

โรค	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
HT	5.4	4.0	3.9	3.8	3.6	3.9	3.6	3.9	5.7	5.7	7.99
IHD	19.1	17.7	18.7	19.4	20.8	21.2	20.7	20.5	22.5	23.5	26.91
Stroke	29.1	30.8	25.3	20.6	20.8	20.8	21.0	27.5	30.0	31.7	36.13
DM	10.6	12.3	11.9	12.0	12.2	12.2	11.1	10.8	11.9	12.1	14.93

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดยกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค
หมายเหตุ : - โรคความดันโลหิตสูง (HT) รหัส I 10 - I 15
- โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) รหัส I 20 - I 25
- โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาต (Stroke) รหัส I 60 - I 69
- โรคเบาหวาน (DM) รหัส E 10 – E 14

ภาพที่ 1 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน) ปีพ.ศ.2546 – 2556 ทั่วประเทศ (รวม กทม.)



สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

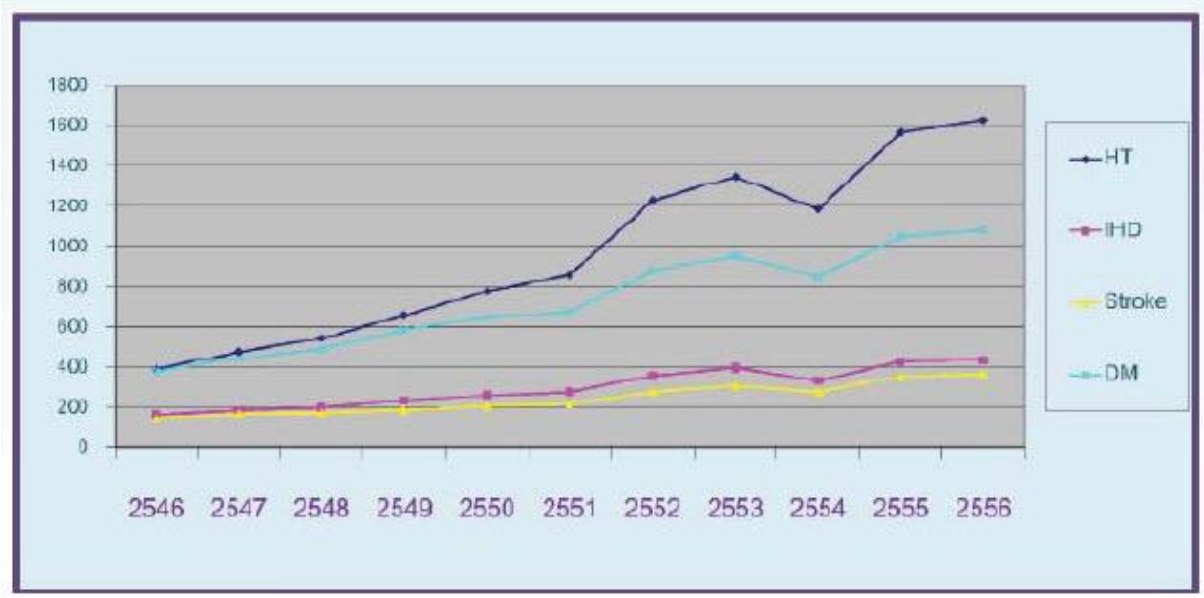
จากรายงานสถิติสาธารณสุขพ.ศ.2546 – 2556 พบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาตและโรคเบาหวานพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 - 2553 ซึ่งในปี 2554จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคดังกล่าวลดลงทุกโรคและกลับเพิ่มมากขึ้นทุกโรคอีกในปี 2556 ดังข้อมูลตามตารางที่ 2 และภาพที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาตและโรคเบาหวานตามกลุ่มสาเหตุป่วย (75 โรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2546 – 2556 ทั้งประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานคร

พ.ศ.	HT		IHD		Stroke		DM	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2546	218,218	389.8	92,733	165.7	84,807	151.5	213,136	380.8
2547	265,636	477.4	103,352	185.7	94,567	169.9	247,165	444.2
2548	307,671	544.1	112,352	198.7	98,895	174.9	277,391	490.5
2549	375,600	659.6	132,500	232.7	107,246	188.3	334,168	586.8
2550	445,300	778.1	149,510	261.3	117,571	205.5	374,518	650.4
2551	494,809	860.5	159,176	276.8	124,532	216.6	388,551	675.7
2552	780,629	1,230.2	228,032	359.3	176,202	277.7	558,156	879.6
2553	859,583	1,349.4	253,016	397.2	196,159	307.9	607,828	954.2
2554	694,309	1,187.0	195,849	334.8	162,467	277.8	496,471	848.8
2555	1,009,385	1,570.6	274,753	427.52	227,848	354.5	674,826	1,050.1
2556	1,053,294	1629.9	281,221	435.1	237,039	366.8	698,720	1081.2

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดยกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค

ภาพที่ 2 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาตและโรคเบาหวานตามกลุ่มสาเหตุป่วย(75 โรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2546 – 2556 ทั้งประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานคร



กลุ่มประชากรเป้าหมาย

รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทยพ.ศ.2552 ชี้ให้เห็นว่าวัยทำงานอายุ 15-59 ปีในภาพรวมตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูงสุดรองลงมาได้แก่กลุ่มการบาดเจ็บและกลุ่มโรคติดเชื้อเมื่อแยกตามช่วงอายุพบว่ากลุ่มวัยทำงานตอนต้นอายุ 15-29 ปีเพศชายตายจากกลุ่มการบาดเจ็บมากที่สุดเพศหญิงตายจากสามกลุ่มสาเหตุในสัดส่วนเท่าๆกันและเมื่ออายุสูงขึ้นทั้งสองเพศตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูงขึ้นดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 สัดส่วนการตายของประชากรไทยพ.ศ.2552 ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำแนกตามเพศและกลุ่มโรค

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทยพ.ศ.2552

จากการสำรวจภาวะสุขภาพแรงงานไทยปี 2552 พบว่ากว่า 1 ใน 10 ของวัยแรงงานในระบบเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ 3 ลำดับที่พบสูงสุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน/ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อร้อยละ 21.1 และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 18.7 และกว่า 1 ใน 4ของการบาดเจ็บเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะโดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 27.1 รองลงมาจากการพลัดตกหกล้มร้อยละ 20.0 นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ดื่มสุราการใช้สารเสพติด

อื่นๆและปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานซึ่งข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเชิงรับ (รง.506/2) พ.ศ. 2546-2552 ของสำนักระบาดวิทยาพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 4,378 รายต่อปีกลุ่มโรคที่มีการรายงานผู้ป่วยมากตามลำดับได้แก่กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 45.0 กลุ่มพิษจากสัตว์ร้อยละ 24.5 กลุ่มโรคผิวหนังร้อยละ 20.3 กลุ่มโรคปอดและทางเดินหายใจร้อยละ 2.7 และกลุ่มสารกำจัดแมลงศัตรูพืชร้อยละ 1.6 โดยมีแนวโน้มการรายงานจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคเพิ่มขึ้น

ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเร่งจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นที่โรคหัวใจและหลอดเลือด คือประชากรกลุ่มวัยทำงาน

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC) ปี 2558

1. ความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นนโยบายการทำงานสุขภาพในระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้อำเภอเป็นฐานมองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกันทั้งสาธารณสุขส่วนราชการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนโดยขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผสมผสานทั้งงานส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูโดยมีเป้าหมายให้เกิด “อำเภอสุขภาวะ” คือสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นประชาชนดูแลตนเองได้และทีมสุขภาพมีความเข้มแข็งมีการดำเนินงานผ่านโครงการเพื่อจัดการประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ (One District One Project: ODOP) กรอบการพัฒนากำหนดเป็นเกณฑ์บันได 5ขั้นใน 6 ประเด็น**(UCCARE)** ดังนี้

1.Unity Team	**ขั้นที่ 5** ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ **ขั้นที่ 4** fully integrateเป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบโดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย **ขั้นที่ 3** cross functionalเป็นteam ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันโดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน **ขั้นที่ 2** มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย **ขั้นที่ 1** มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ
2.Customer Focus	**ขั้นที่ 5** ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆจนทำให้ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธาผูกพันและมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ **ขั้นที่ 4** มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น **ขั้นที่ 3** มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่มครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่และนำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน **ขั้นที่ 2** มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง **ขั้นที่ 1** มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive

3.Community Participation	**ขั้นที่ 5** ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจรรวมทั้งการประเมินผลจนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ **ขั้นที่ 4** ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น **ขั้นที่ 3** ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิดร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม **ขั้นที่ 2** ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น **ขั้นที่ 1** มีแนวทางหรือเริ่มให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
4.Appreciation	**ขั้นที่ 5** สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุขภูมิใจรับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ **ขั้นที่ 4** เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท **ขั้นที่ 3** ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจและความผูกพัน(engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ **ขั้นที่ 2** มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงานหรือในแต่ละระดับ **ขั้นที่ 1** มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจนหรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร
5.Resources Sharing and Human Development	**ขั้นที่ 5** มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน **ขั้นที่ 4** มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น **ขั้นที่ 3** มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ **ขั้นที่ 2** มีการดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็นหรือบางระบบ **ขั้นที่ 1** มีแนวทางหรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันและพัฒนาบุคลากรร่วมกันเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
6. Essential Care	**ขั้นที่ 5** มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชนชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี **ขั้นที่ 4** มีการเรียนรู้ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องมากขึ้น

	ขั้นที่ 3 มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชนแต่ละกลุ่มและชุมชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ **ขั้นที่ 2** มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทและตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชนและชุมชนบางส่วนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง **ขั้นที่ 1** มีแนวทางหรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มตามบริบทของชุมชน

แนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรค **สำนักโรคไม่ติดต่อ**

1. **กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มวัยทำงาน**
2. **พื้นที่ดำเนินการ (Setting)**
   - **สถานบริการ**
   - **สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ**

3. มาตรการหลัก/มาตรการสนับสนุน

1. สร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตในประชากร

- บูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ
- บูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนใน DHS
- สถานที่ทำงาน/สปก.ปลอดโรค ปลอดภัย ฯ
- บังคับใช้กฎหมาย (สุรา บุหรี่)
- สื่อสารความเสี่ยง (3อ 2ส 3ม 2ข 1ร)
- การประเมินสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (มะเร็งและความเสี่ยงจากการทำงาน)

2.พัฒนาคลินิกบริการและการจัดการโรค

- คลินิก NCD คุณภาพ (+บูรณาการบริการ DPAC Psychosocial บริการช่วยเลิกบุหรี่ และสุรา และบริการอาชีวอนามัย)

การดำเนินงานเพื่อสนับสนุน

1. พัฒนาและประเมินคลินิก NCD คุณภาพ

- แนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ และแบบประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2558
- แนวทางพัฒนาการดำเนินงานคลีนิก NCD คุณภาพ ใน รพสต. ปี 2558
- การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินด้วย CVD risk score

แนวทางการดำเนินงาน NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- ชี้แจงแผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงานให้แก่ เครือข่ายส่วนกลาง และศูนย์วิชาการเขตทั่วประเทศ
- อบรมเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาทีมจัดการระบบการจัดการโรคเรื้อรังระดับเขต (หลักสูตร NCD System manager)2 รุ่นครั้งที่ 1จำนวน 80 คน และ ครั้งที่ 2จำนวน 60 คน

2. **ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม**

- จัดทำร่างยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศ เพื่อตอบสนอง ต่อ 9 เป้าหมายสำคัญในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่สำคัญทุกภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานรัฐ (ทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข) มหาวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพต่างๆ

3. จัดทำคู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558

4. จัดทำ (ร่าง) คู่มือบูรณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลในคลินิก สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

5. จัดทำ (ร่าง) คู่มือบูรณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

6. พัฒนาแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

7. โปสเตอร์และแผ่นพับประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

8. แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคไต