

บริการเป็นเลิศ
Service Excellence



NCD

เครือข่ายอำเภอเมืองยะลา

สาขาโรคไม่ติดต่อ - Data, Information, evidence

สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาพรวมอำเภอเมือง

สถานการณ์โรค	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (%)
อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่ (ต่อแสน)	347.95	396.92	400.70
อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ (ต่อแสน)	800.58	742.76	817.88

ที่มาของข้อมูล :- รายงาน HDC ณ 30 กันยายน 63

ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาพรวมอำเภอเมืองยะลา

ข้อมูล	ปี 2561 (%)	ปี 2562 (%)	ปี 2563 (%)
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ 40)	19.98	25.95	29.48
ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ 40)	58.37	52.66	53.39
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	64.20	72.70	70.10
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจเท้า (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	83.26	83.86	81.93
ร้อยละของผู้ป่วย HT DM ที่ได้รับการคัดกรองทางไต (เป้าหมาย ร้อยละ 60)	46.68	45.31	46.99

ที่มาข้อมูล :- HDC สสจ.ยะลา ณ 30 กันยายน 63

ข้อมูลไม่ป่วยจริง เครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่าย	รพ.สต. (คน)	ศสม.(คน)	สถานพยาบาล เรือนจำ
1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน	2,846	2,336	8
2. จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	7,917	6,210	39
3. จำนวนผู้ป่วยมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	214	230	1
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีวินิจฉัยแต่ไม่ป่วยจริงที่ค้างในระบบ HDC	251	408	0
รวมไม่ป่วยจริง 659 ราย			

แนวทางการดำเนินงานของ สสจ.ยะลา ปี 2564

1. สสจ.ยะลา รับทราบข้อมูลของเครือข่ายที่ส่งเข้าทางเมล yalancd เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 63

2. สสจ.ยะลา งานควบคุมโรคไม่ติดต่อแจ้งประสานว่าจะมีการนัด ประชุมงาน it ของทุก รพ.ในเครือข่าย เข้าประชุมเพื่อ ดำเนินการตัดรายชื่อไปพร้อมกัน กับงาน IT สสจ.ยะลา

ผู้รับผิดชอบ นางสมถรณ์ ศิริมานนท์
Systems Manager NCD

ประเด็น/เชิงมุ่ง ปี 2564 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 40)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 40) ตัวชี้วัด : ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100			
สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๒๑.๒๗,๒๑.๐๔ และ ๒๕.๐๕ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๖ แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๒ แห่ง			
กิจกรรมหลัก	ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	การจัดระบบบริการ	การจัดระบบข้อมูล
	ระดับจังหวัด	โดยเจ้ากลุ่มแพทย์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกเครือข่าย ๒. ติดตามผลการดำเนินงานทุกปี (ผลจากที่ประชุม) ๓. จัดทำแผนติดตามระดับเครือข่าย	จัดระบบบริการผู้ป่วย ๑. มีการประชุมคลินิก Clinic NCD/Clinic DPAC/Clinic CD ๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด ๓. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ Clinic แบบบูรณาการ ๔. มีการประเมิน/ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ๕. เยี่ยมเสริมพลังและกระตุ้นการดำเนินงานของ รพ./รพ.สต.	๑. สืบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. ส่งผลการประเมินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและเครือข่าย ๓. สรุปผลการดำเนินงาน NCD ภาพรวมและนำเสนอในที่ประชุม ศสจ. และทุก ศสจ.
	ระดับอำเภอ	๑. จัดระบบบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. จัดระบบคัดกรองและติดตามการดำเนินงานระดับรพ./รพ.สต. ๓. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนในที่ประชุม NCD Meeting และระบบ Line	๑. มีการจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการ ๒. สืบข้อมูลผลการดำเนินงานในที่ประชุม NCD Board ระดับอำเภอ ๓. จัดระบบบริการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุม ๔. ติดตามผลการดำเนินงานและระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยงาน	๑. ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. สรุปวิเคราะห์ผล NCD Board ระดับอำเภอ ๓. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แห่ง และส่งข้อมูลย้อนกลับใน HDC
ระดับตำบล	1. ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายส่งข้อมูล 2. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่คลินิกและที่แผนกจัดการรวม ปรับแผนบริการตามความจำเป็น 3. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้/รักษาแพทย์ตรวจระดับ ควบคุมระดับที่บ้านบุคคล	๑. วิเคราะห์/จัดรูปแบบระบบบริการระดับตำบล เพื่อให้สอดคล้องกับ เกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๒. นำปัญหาที่ประชุมหรือความก้าวหน้าติดตามผลการดำเนินงานในที่ ประชุม ๓. ดำเนินปัญหาให้แจ้ง System Manager เพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยงาน	๑. มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ๔๓ แห่งที่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ๒. มีข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งต่อ เยี่ยมบ้าน ๓. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ให้เป็นปัจจุบัน	๑. รายงาน 4 (12 เดือน) - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5 - ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ระดับเยี่ยม ร้อยละ 100 - ประเมินผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์ปัญหาเพื่อ จัดทำแผนปี 2564
Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - แยกส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เครือข่ายที่ประสานห้อง Lab - เยี่ยมจากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาล และ ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในและ รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาส 2 (6 เดือน) - ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ (ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 63 ครั้งที่ 2 กรกฎาคม 63) - วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองพร้อมนำเสนอ ข้อมูลไปยังเครือข่ายทุกแห่ง - จัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	ไตรมาส 3 (9 เดือน) - จัดประชุมคณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย - ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานรายรอบ 6 เดือน	

ผู้รับผิดชอบ นางสมถรณ์ ศิริมานนท์
Systems Manager NCD

ประเด็น/เชิงมุ่ง ปี 2564 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 64 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50) จังหวัดยะลา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๓๑.๕๕,๓๑.๖๗ และ ๔๖.๔๒			
สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๓๑.๕๕,๓๑.๖๗ และ ๔๖.๔๒			
กิจกรรมหลัก	ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้	การจัดระบบบริการ	การจัดระบบข้อมูล
	ระดับจังหวัด	โดยเจ้ากลุ่มแพทย์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกเครือข่าย ๒. ติดตามผลการดำเนินงานทุกปี (ผลจากที่ประชุม) ๓. จัดทำแผนติดตามระดับเครือข่าย	จัดระบบบริการผู้ป่วย ๑. มีการประชุมคลินิก Clinic NCD/Clinic DPAC/Clinic CD ๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด ๓. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ Clinic แบบบูรณาการ ๔. มีการประเมิน/ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ๕. เยี่ยมเสริมพลังและกระตุ้นการดำเนินงานของ รพ./รพ.สต.	๑. สืบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. ส่งผลการประเมินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและ เครือข่าย ๓. สรุปผลการดำเนินงาน NCD ภาพรวมและนำเสนอในที่ ประชุม ศสจ. และทุก ศสจ.
	ระดับอำเภอ	๑. จัดระบบบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. จัดระบบคัดกรองและติดตามการดำเนินงานระดับรพ./รพ.สต./ชุมชน ๓. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนในที่ประชุม NCD Meeting และระบบ Line	๑. มีการจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการ ๒. สืบข้อมูลผลการดำเนินงานในที่ประชุม NCD Board ระดับอำเภอ ๓. จัดระบบบริการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ๔. ติดตามผลการดำเนินงานและระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยงาน	๑. ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. สรุปวิเคราะห์ผล NCD Board ระดับอำเภอ ๓. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แห่ง และส่งข้อมูลย้อนกลับใน HDC
ระดับตำบล	1. ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายพร้อมคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งต่อปฏิบัติการ 2. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่คลินิกและที่แผนกจัดการรวม ปรับแผนบริการตามความจำเป็น 3. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้/รักษาแพทย์ตรวจระดับ ควบคุมระดับที่บ้านบุคคล	๑. วิเคราะห์/จัดรูปแบบระบบบริการระดับตำบล เพื่อให้สอดคล้อง กับ เกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๒. นำปัญหาที่ประชุมหรือความก้าวหน้าติดตามผลการดำเนินงานในที่ ประชุม ๓. ดำเนินปัญหาให้แจ้ง System Manager เพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยงาน	๑. มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ๔๓ แห่งที่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ๒. มีข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อส่งต่อ เยี่ยมบ้าน ๓. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ให้เป็นปัจจุบัน	
Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - แยกส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เครือข่ายที่ประสานห้อง Lab - เยี่ยมจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมา งเพื่อติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาล เพื่อ ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในและ รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาส 2 (6 เดือน) - วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองพร้อมนำเสนอ ข้อมูลไปยังเครือข่ายทุกแห่ง - จัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	ไตรมาส 3 (9 เดือน) - จัดประชุมคณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย - ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานรายรอบ 6 เดือน	

ผู้รับผิดชอบ นางสมถรณ์ ศิริมานนท์
Systems Manager NCD

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ จังหวัดยะลา ปี ๒๕๖๓

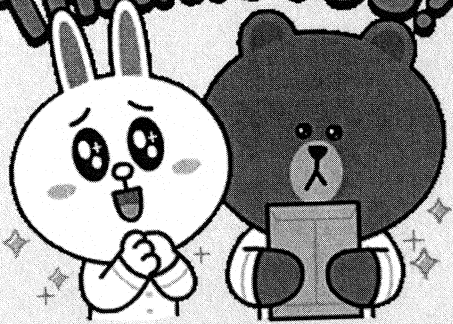
สรุปผลการดำเนินงานแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) ปี 2563 และจัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนาบริการสุขภาพ ปี 2564	
ตัวชี้วัดเป้าหมาย:	
1. ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 40) ตัวชี้วัด : ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100 ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50)
2. สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๒๑.๒๗,๒๑.๐๔ และ ๓๐.๐๕ ตามลำดับ และควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ ๔๖.๒๗,๓๑.๖๗ และ ๔๖.๔๒ ตามลำดับ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๖ แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๒ แห่ง
3. การดำเนินงานทั้งหมด มาปี 2563	จากผลการดำเนินงานปี 2563 ได้กำหนดความท้าทายของตัวชี้วัด เบาหวานควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3 และควบคุมความดันโลหิตได้ ตามค่าเป้าหมายเดิม (ร้อยละ 50) ซึ่งจากการดำเนินงาน พบว่า ช่างสถานการณ์โควิด-19 ระลอก 3 ทำให้รูปแบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยในจังหวัดเปลี่ยนแปลงไป และเครือข่ายด้านการจัดการบริการทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีขีดความสามารถในการดำเนินงานที่ท้าทายได้ เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือระหว่างกัน คือเครือข่ายคลินิก ร้อยละ 3 ได้แก่ เครือข่ายอย่างถาวร มีคุณหมอเบาหวานปี 63 ร้อยละ 62 คุณหมอเบาหวานปี 62 ร้อยละ 29.08 เพิ่มขึ้นจากปี 62 ร้อยละ 11.12 ของเครือข่ายอำเภอเมือง คุณหมอเบาหวานปี 63 ร้อยละ 29.11 ปี 62 ร้อยละ 25.95 เพิ่มขึ้นจากปี 62 ร้อยละ 3.16 ของเครือข่ายอำเภอเมือง ร้อยละ 54.40 ของเครือข่ายอำเภอเมือง ร้อยละ 53.72 ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี 62 จำนวน 4 เครือข่าย ได้แก่ เมือง ยะลา,บันลัดและระแงง นอกนี้ควบคุมได้ลดลงจากปี 62
4. จุดอ่อน/จุดแข็ง โดย: ปัญหาอุปสรรค	จุดอ่อน : จุดแข็ง : ปัญหาอุปสรรค :
5. มาตรการหลัก/มาตรการดำเนินงานเพื่อ ปัญหาอุปสรรค ปี 2564	แผนปี 2564 :

สรุปผลการดำเนินงานแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) ปี 2563 และจัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ปี 2564

รายชื่อ:	รายชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 60)		
2. สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ปีงบประมาณ 2561 2562 2563 ร้อยละ 59.74, 57.86 และ 56.20 ตามลำดับ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 62.75, 62.67 และ 63.32 ตามลำดับ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 87.12, 82.89 และ 79.72 ตามลำดับ		
3. การดำเนินงานที่ผ่านมา ปี 2563	จากการดำเนินงานปี 2563 พบปัญหาการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีศูนย์อนามัยที่ผ่านเกณฑ์ ๓ ครั้ง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จำนวน 13,977 คน ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต 6,153 คน ร้อยละ 44.02 ยังไม่มีศูนย์อนามัยที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) จึงได้ทางเครือข่ายอำเภอเมืองปรับรูปแบบการจัดระบบบริการในปี 2564 และให้กำหนดเป็นความท้าทายของ CUP เมืองพื้นดินอีก 1 เรื่อง และให้จัดทำวิเคราะห์ข้อมูลการรวมเครือข่าย พร้อมจัดทำแผนงาน/โครงการปี 64 ที่สอดคล้องกับปัญหาดังกล่าวพร้อมนำเสนอพัฒนาในที่ประชุม คปสอ.เมืองต่อไป		
4. จุดอ่อนจุดแข็ง โอกาส/ ปัญหาอุปสรรค	จุดอ่อน :	จุดแข็ง :	
	โอกาส :	ปัญหาอุปสรรค :	
5. แผนการหรือกิจกรรมการดำเนินงานในปี 2564	มาตรการหลักของทางราชการดำเนินงาน :	แก้ไขปัญหา :	แผน ปี 2564 :

ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	ระดับตำบล
1. ติดตามผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพทุกเครือข่าย (คุณภาพพันธกิจและกรกฎาคม 64) 2. รายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุม คปสจ.ทุกเดือน	1. ติดตามผลการดำเนินงานภาพรวมระดับอำเภอ 2. จัดทำแผนงานและดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาและเพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมโรคได้ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับเครือข่าย 3. ติดตามและประเมินผลทุกเดือนในที่ประชุม คปสอ.ทุกแห่ง	1. จัดทำแผนตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มายัง CUP เพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. วิเคราะห์ ติดตาม/ประเมินผลตามตัวชี้วัด 3. จัดการรายกรณีกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี 4. จัดทำแผน/โครงการ ของกองทุนตำบลในการแก้ไขปัญหา

THANK YOU!



น้อมรับข้อเสนอแนะทุกประการ