

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ

บทนำ

จากการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน หนึ่งในนั้น คือ การส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) มีการวางแผนในระยะยาวด้านนี้ อันประกอบด้วย ๔ แผนงาน ได้แก่

- ๑ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- ๒ แผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- ๓ แผนความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔ แผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และมีการปรับ พัฒนาระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” รวมถึง การเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ นโยบายสาธารณะ เพื่อเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมอบหมายให้ทุกเขตสุขภาพนำนโยบายสู่การปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่ ที่มีสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ในเขตสุขภาพที่๑๒ ประกอบด้วย ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส ซึ่งมีการขยายตัวของสังคมเมืองเพิ่มขึ้นเช่นกัน และสภาพปัญหาสุขภาพ รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกาย ใจ สังคม จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกันด้วยการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการและเศรษฐกิจ (Empowerment and Participation) รวมถึงผู้ประกอบการ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและปกป้องคุ้มครองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ต่อไป

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพทั้งระดับเขตและประเทศ

สถานการณ์สุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

สถานการณ์สตรี

ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๒ ในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ อัตราส่วนการตายของมารดา อัตราขึ้น ๆ ลง ๆ ทุกปีอัตราส่วนสูงกว่า ๓๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สูงสุดในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ เท่ากับ ๔๘.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อัตราส่วนการตายของมารดา ๔๕.๓ สูงกว่าเขตสุขภาพอื่น และสูงกว่าระดับประเทศ เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่าการตายใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่ นราธิวาส ยะลาและปัตตานี สูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ อัตราส่วน ๑๑๓.๒, ๕๔.๒ และปัตตานี ๓๕.๗ ตามลำดับสาเหตุการตายของมารดาในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ร้อยละ ๕๖.๗ ตายจากสาเหตุทางตรง ส่วนใหญ่จากตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด สาเหตุทางอ้อมร้อยละ ๔๓.๓ ส่วนใหญ่จาก ปอดบวม โรคหัวใจ และการติดเชื้อในกระแสเลือด

องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับเพิ่มเติม (Millennium Development Goals Plus-MDG+) ให้ลดอัตราส่วนการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งภายในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ ในปี ๒๕๔๘ อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๔๒.๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๕๘ อัตราส่วน ๕๕.๑ สูงกว่าเป้าหมายตาม MDG+ เกือบ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ เกือบ ๔ เท่า

สถานการณ์เด็กปฐมวัย

ผลการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย Denver II ปี ๒๕๕๘ พบว่าเขต ๑๒ พบเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๐.๙ ซึ่งเป็นอันดับที่ ๘ ของประเทศ และต่ำกว่าระดับประเทศที่พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๒.๘๑

ด้านการเจริญเติบโต พบว่า ในปี ๒๕๕๙ เด็กปฐมวัยมีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วนร้อยละ ๔๖.๒๑ ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศที่พบร้อยละ ๔๗.๘๕ และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วนในปี ๒๕๖๐ (งวดที่ ๒) พบเด็กมีการเจริญเติบโตสูงดี รูปร่างสมส่วนร้อยละ ๔๘.๓๙ ซึ่งยังคงต่ำกว่าระดับประเทศ (๕๐.๓๕) และเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ ๕๑ โดยมีเพียงจังหวัดยะลาจังหวัดเดียวที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๕๘.๔๕ ความสูงเฉลี่ยเมื่ออายุ ๕ ปี ของเพศชายในเขตสุขภาพที่ ๑๒ เท่ากับ ๑๐๘.๑๖ เซนติเมตรเพศหญิง ๑๐๗.๕๕ เซนติเมตรต่ำกว่าระดับประเทศที่มีความสูงเฉลี่ยที่ ๑๐๙.๔๕ และ ๑๐๘.๘๒ เซนติเมตรตามลำดับ (เป้าหมายเพศ ชาย= ๑๑๓ เซนติเมตร เพศหญิง = ๑๑๒ เซนติเมตร)

อัตราฟันผุในกลุ่มอายุ ๓ ปี เขตสุขภาพที่ ๑๒ พบร้อยละ ๕๔.๖ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่มีอัตราฟันผุร้อยละ ๕๑.๕ และสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่าร้อยละ ๔๘)

สถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพในเด็ก ๓ ปี และ ๑๒ ปี

อัตราการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ ๓ ขวบของเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีความชุกที่สูงกว่าเป้าหมายของประเทศ (เด็ก ๓ ขวบฟันผุไม่เกินร้อยละ ๕๐) โดยในปี ๒๕๕๙ มีอัตราฟันผุเฉลี่ย ร้อยละ ๕๔.๖ อัตราการเปลี่ยนแปลงจากปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๑.๗ จังหวัดที่มีฟันผุต่ำสุด คือจังหวัดตรัง (ร้อยละ๔๗.๗) อัตราฟันผุลดลงจากปีล่าสุด ร้อยละ ๑.๑ จังหวัดที่มีฟันผุสูงสุด คือ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ ๖๙.๒ อัตราฟันผุลดลงจากปีล่าสุด ร้อยละ ๓.๕ จังหวัดที่มีอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้น คือ จังหวัดพัทลุง ฟันผุ

เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑.๙ (จากร้อยละ ๕๒.๕ เป็น ๕๔.๔) และจังหวัดสตูล ฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.๕ (จากร้อยละ ๖๐.๔เป็น ๖๖.๘)

ส่วนอัตราการเกิดฟันผุในฟันถาวรของเด็กอายุ ๑๒ ปี ของเขตสุขภาพที่ ๑๒ ในปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๕๔.๒ อัตราฟันผุลดลงจากปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๑ จังหวัดที่มีอัตราการเกิดฟันผุลดลง คือ จังหวัดสงขลา (จากร้อยละ ๕๑.๘ เป็น ๔๙.๐) จังหวัดสตูล (จากร้อยละ ๕๔.๐ เป็น ๔๒.๒) จังหวัดยะลา (จากร้อยละ ๕๔.๐ เป็น ๔๓.๒) และจังหวัดนราธิวาส (จากร้อยละ ๖๙.๙เป็น ๖๔.๕) ส่วนจังหวัดอื่น ๆ มีฟันผุเพิ่มขึ้นและยังคงมีอัตราการเกิดฟันผุที่สูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศ ยกเว้นจังหวัดตรังแม้จะมีอัตราฟันผุเพิ่มขึ้นแต่อัตราการเกิดฟันผุต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ (ร้อยละ ๔๐.๖)

สถานการณ์เด็กอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีฟันผุ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ปี ๒๕๖๐ เป็นผลงานจากการบันทึกข้อมูล ๔๓ แห่งของทุกหน่วยบริการ โดยเป็นเด็กอายุ ๑๒ ปีที่มาใช้บริการในหน่วยบริการ สุขภาพ ไม่ได้เป็นข้อมูลจากการสำรวจ ดังนั้นจะพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและมาใช้บริการ

ความหมายของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีฟันผุ (cavity free) หมายถึงเด็กอายุ ๑๒ ปี -๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๙ วัน ที่ไม่มีฟันผุหรือฟันผุแล้วได้รับการอุดฟันทุกซี่ที่ผุ และจะต้องไม่มีฟันซี่ใดๆถูกถอนไป

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า จังหวัดตรัง เป็นจังหวัดที่มีอัตราการเกิดฟันผุต่ำสุด (ร้อยละ๓๒.๖๑) และฟันดีไม่มีฟันสูงสุด (ร้อยละ ๗๑.๓๓) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์สภาวะช่องปากของจังหวัดตรังที่มีเด็กทั้ง ๓ ขวบและ ๑๒ ขวบ มีอัตราการเกิดฟันผุต่ำ และในขณะเดียวกันหน่วยบริการได้มีการจัดบริการให้กับเด็กที่มีฟันผุให้ได้รับการอุดฟัน รวมทั้งมีการคืนกลับข้อมูลให้ผู้ปกครองได้รับทราบและนำบุตรหลานไปพบทันตแพทย์ในช่วงปิดเทอมและคืนกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในช่วงเวลาเปิดเทอม

ส่วนจังหวัดนราธิวาสและปัตตานี มีอัตราการเกิดฟันผุสูง และมีฟันดีไม่มีฟันต่ำ โดยจังหวัดนราธิวาส มีเด็กฟันผุ ร้อยละ ๗๗.๐๒ มีฟันดีไม่มีฟัน ร้อยละ ๒๓.๙ และจังหวัดปัตตานี มีฟันผุร้อยละ ๗๖.๗๖ มีฟันดีไม่มีฟัน ร้อยละ ๒๘.๗๖ ส่วนจังหวัดพัทลุง มีฟันผุค่อนข้างสูงเช่นกัน ร้อยละ ๗๐.๑๓ แต่พบว่ามีฟันดีไม่มีฟันที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๔.๐๓ นั้นหมายความว่าเด็กได้รับการอุดฟันมากขึ้น

สถานการณ์วัยเรียน

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน มีจุดมุ่งหมายให้ประชากรกลุ่มวัยดังกล่าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถควบคุม ป้องกัน และเสริมสร้างสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศก้าวหน้าทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม และความมั่นคงของประเทศ จากข้อมูลรายงานของระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี ๒๕๕๖ -๒๕๕๙ พบสถานการณ์เด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย โดยพบร้อยละเด็กวัยเรียนสูงสุดที่สมส่วน ๖๐.๐๓ ๖๒.๑๙ ๖๑.๗๔ และ ๖๒.๖๓ ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของกรมอนามัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖) ในขณะเดียวกันสถานการณ์ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเขตสุขภาพที่ ๑๒ นั้นยังคงมีอยู่ โดยในช่วง ๔ ปีที่ผ่านมาพบเด็กวัยเรียนมีภาวะผอมลดลงเล็กน้อย โดยพบเด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ ๕.๘๑ ๕.๔๒ ๕.๑๐ และ๕.๓๙ ตามลำดับ เช่นเดียวกับภาวะเตี้ยที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ ๑๑.๖๕ ในปี ๒๕๕๖ ลดลงเหลือร้อยละ ๘.๗๕ ในปี ๒๕๕๙ อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วน (เริ่มอ้วนและอ้วน) แนวโน้มสูงขึ้น

เล็กน้อยโดยในปี ๒๕๕๖ พบร้อยละ ๘.๑๖ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๘.๒๔ ปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๘.๓๘ ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๘.๒๕ และ ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๑.๙๕ ตามลำดับ

เมื่อเทียบข้อมูลเป็นรายจังหวัด ในปี ๒๕๕๙ พบว่าสี่จังหวัดภาคใต้ตอนบน ได้แก่ สงขลา สตูล ตรัง และพัทลุง มีแนวโน้มพบเด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนสูงกว่าในสามจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เนื่องจากพื้นที่เป็นเขตชุมชนเมือง โดยจากข้อมูลในระบบ HDC ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พบภาวะอ้วนสูงสุดที่จังหวัดพัทลุง (ร้อยละ ๑๒.๘๗) รองลงมา คือจังหวัดตรัง (ร้อยละ ๑๐.๖๒) และจังหวัดสตูล (ร้อยละ ๙.๙๙) นอกจากนี้พบว่า ภาวะเตี้ยมีแนวโน้มพบมากในสามจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยพบสูงสุดที่จังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ ๑๒.๙๕) รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี (ร้อยละ ๑๑.๖๙) และจังหวัดยะลา (ร้อยละ ๑๐.๓๐) สรุปในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๒ พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๘.๒๕ ซึ่งต่ำกว่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ ๑๐.๑๘) ภาวะผอมและเตี้ย ร้อยละ ๕.๓๙ และ ๘.๗๕ ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ ๔.๔๖ และ ร้อยละ ๖.๓๔)

สถานการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนถึงปัญหาสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องควบคุม ป้องกัน และพัฒนาไกล่เกลี่ยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย อาทิ โรงเรียน สาธารณสุข ท้องถิ่น ชุมชน ในการร่วมกันพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีทักษะสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เต็มที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

สถานการณ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy)

จากข้อมูลการคลอดประเทศไทย ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า วัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี มีแนวโน้มการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๓ ใน พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๘ ใน พ.ศ.๒๕๕๗

จากระบบรายงาน HDC ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ พบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อยู่ที่ร้อยละ ๒๓.๐ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ ลดลงเหลือ ร้อยละ ๑๖.๗๕ และใน พ.ศ.๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๑๙.๐ ซึ่งจังหวัดที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำสูง คือ ตรัง สงขลา สตูล และยะลา ส่วนจังหวัดปัตตานีและนราธิวาส จะเห็นว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำเกินเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มที่ลดลง

สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำ เกิดจากวัยรุ่นหลังคลอดหรือแท้งไม่คุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราวทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์อายุน้อย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และภาวะซีดขณะตั้งครรภ์

สถานการณ์วัยทำงาน

ข้อมูลจากผลการสำรวจ BRFSS ปี ๒๕๕๘ พบว่า ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า ๒๕ ในระดับเขตและระดับประเทศ คือ ร้อยละ ๓๑.๕ และ ๓๐.๕ ตามลำดับ และพบว่า สถานการณ์ภาวะอ้วนของประชากรกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกจังหวัด โดยข้อมูลจากระบบรายงาน HDCปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

(BMI \geq ๒๕ กก/ม^๒ และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย ๙๐ ซม. หญิง ๘๐ ซม.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ ร้อยละ ๒๘.๐๓ ๓๔.๗๗ และ๓๖.๖๕ ตามลำดับ และข้อมูลระดับประเทศ ร้อยละ ๒๖.๓๘ ๓๐.๗๘ และ๓๒.๔๘ ตามลำดับ จังหวัดที่มีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ได้แก่ สงขลา พัทลุง ตามลำดับ และสอดคล้องกับข้อมูลประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน พบว่า ข้อมูลปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ ร้อยละ ๕๑.๖๒ ๔๖.๔๗ และ ๔๕.๐๙ ตามลำดับและข้อมูลระดับประเทศ ร้อยละ ๕๔.๒๑ ๕๐.๖๘ และ ๔๙.๒๒ ตามลำดับ (เป้าหมายประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๔) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง อีกทั้งยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะไตวายเรื้อรังได้ ซึ่งจะเห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ ๑๒ และระดับประเทศ ปี ๒๕๕๘ พบ ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ ๘.๖ และร้อยละ ๖.๓ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๐.๘ และร้อยละ ๑๕.๓ จากสถานการณ์โรค NCDs พบว่า อัตราการตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๒ ร้อยละ ๓๔๓.๑ ปี ๒๕๕๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๕๐.๓ และในปี ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๕๕.๓ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้แนวโน้มการเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ภาระโรครวมทิศทางเพิ่มขึ้น

สถานการณ์วัยผู้สูงอายุ

สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๑๒

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๗ พบว่าปี ๒๕๓๗ มีจำนวน ๔,๐๑๑,๘๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๘ ปี ๒๕๔๕ จำนวน ๕,๙๖๙,๐๓๐ คน ร้อยละ ๙.๔ ปี ๒๕๕๐ จำนวน ๗,๐๒๐,๙๕๙ คน ร้อยละ ๑๐.๗ ปี ๒๕๕๔ จำนวน ๘,๒๖๖,๓๐๔ คน ร้อยละ ๑๒.๒ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑๐,๐๑๔,๗๐๕ คน ร้อยละ ๑๔.๙

โดยในปี ๒๕๖๐ พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๗ ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ ๑๕.๖๙ และหญิงร้อยละ ๑๘.๕๙) สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๓ (ชายร้อยละ ๑๒.๔๔ และหญิงร้อยละ ๑๕.๓๕) ซึ่งยังคงน้อยกว่าระดับประเทศ แต่ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ที่มีสัดส่วน ๑๒.๗๖ และ ๑๓.๔๓ ตามลำดับ เมื่อจำแนกสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดคือจังหวัดพัทลุง ร้อยละ ๑๙.๗๑ และน้อยที่สุด จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ ๑๑.๑๐ (ข้อมูลจาก HDC-Report ณ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐)

เมื่อจำแนกข้อมูลการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๑๒ ทั้งหมด จำนวน ๕๕๗,๑๔๓ คน ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน ๔๙๘,๑๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๒ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ (กลุ่มติดสังคม) จำนวน ๔๗๗,๓๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๒ กลุ่มที่ ๒ สามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน ๑๗,๑๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๔ และกลุ่มที่ ๓ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กลุ่มติดเตียง) จำนวน ๓,๖๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๔ ซึ่งเมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ (กลุ่มติดสังคม) มากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาสและจังหวัดสตูล ร้อยละ ๙๗.๑๓ , ๙๖.๙๑ และ ๙๖.๔๘ จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มากที่สุด ๓ ลำดับได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดสงขลา และจังหวัดตรัง ร้อยละ ๔.๕๐ ,

๓.๖๙ และ ๓.๖๐ และจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มากที่สุด ๓ ลำดับได้แก่ จังหวัดพัทลุง จังหวัดตรัง และจังหวัดสงขลา ร้อยละ ๑.๐ , ๐.๙๑ และ ๐.๘๐ ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การหกล้ม พบว่า มีผู้สูงอายุเคยหกล้มวัยต้นร้อยละ ๑๐.๐ วัยกลาง ร้อยละ ๑๓.๒ วัยปลายร้อยละ ๑๔.๘ สาเหตุการหกล้ม พบว่า สะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ ๓๙.๐ รองลงมาคือลื่น ร้อยละ ๓๔.๔ เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียน ร้อยละ ๑๑.๒ มีสาเหตุจากพื้นที่ต่างระดับ ร้อยละ ๙.๕ สถานที่หกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นหกล้มภายในตัวบ้าน ร้อยละ ๓๑.๒ บริเวณตัวบ้าน ร้อยละ ๒๔.๔ นอกบริเวณบ้าน ร้อยละ ๔๔.๔ ส่วนวัยกลาง พบว่า หกล้มภายในบริเวณบ้าน ร้อยละ ๓๘.๘ บริเวณตัวบ้าน ร้อยละ ๒๐.๒ นอกบริเวณบ้าน ร้อยละ ๓๒.๐ สำหรับวัยปลาย พบว่า หกล้มภายในบ้าน ร้อยละ ๔๒.๑ บริเวณตัวบ้าน ร้อยละ ๓๑.๗ นอกบริเวณบ้าน ร้อยละ ๒๖.๒ การใส่ฟันปลอม พบว่า ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมสูงขึ้นตามวัย คือวัยต้นใส่ฟันปลอม ร้อยละ ๑๙.๖ วัยกลาง ร้อยละ ๒๗.๔ วัยปลาย ๒๙.๘

สถานการณ์การคัดกรองปัญหาสุขภาพ ในผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวมเขต ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/เสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ ๓๖.๓๒ รองลงมาโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ ๓๔.๖๘ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดพัทลุงมีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ ๕๘.๘๘ รองลงมาจังหวัดสงขลา ร้อยละ ๕๗.๒๕ และจังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๕๕.๑๓ โรคความดันโลหิตสูงจังหวัดพัทลุงพบมากที่สุด ร้อยละ ๕๕.๘๓ รองลงมาจังหวัดตรัง ร้อยละ ๔๓.๐๕ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ ๔๑.๘๒ สำหรับโรคเบาหวานจังหวัดพัทลุงพบมากที่สุด ร้อยละ ๒๒.๑๑ รองลงมาจังหวัดนราธิวาสร้อยละ ๑๖.๑๘ และจังหวัดสตูล ร้อยละ ๑๒.๓๙ ซึ่งในส่วนของข้อมูลการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases : NCD) ในผู้สูงอายุพบว่าโรคส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

๑. โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๔.๓๓ (ปี ๒๕๕๘ = ๔๓.๑๔ , ปี ๒๕๕๙ = ๔๓.๓๒)
๒. โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๕.๘๗ (ปี ๒๕๕๘ = ๑๕.๒๖ , ปี ๒๕๕๙ = ๑๕.๔๕)
๓. โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๓.๑๓ (ปี ๒๕๕๘ = ๒.๘๘ , ปี ๒๕๕๙ = ๓.๑๗)
๔. โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๒.๑๔ (ปี ๒๕๕๘ = ๑.๙๒ , ปี ๒๕๕๙ = ๒.๑๗)

(HCD-Report ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐)

สถานการณ์ด้านโรคติดต่อที่สำคัญในเขตสุขภาพที่ ๑๒

โรคไข้เลือดออก

ปัจจุบันอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก ๗๘.๗๓ ต่อแสนประชากร เป็นอันดับ ๑ ของประเทศ โดยจังหวัดสงขลา มีอัตราป่วยสูงสุด ๑๓๓.๘๖ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือจังหวัดพัทลุง(๑๐๔.๖๘) จังหวัดปัตตานี(๙๓.๔๖) จังหวัดนราธิวาส(๗๖.๕๑) เป็นอันดับ ๑ ถึง ๔ ของประเทศตามลำดับ ทั้งนี้การระบาดนอกฤดูกาลระบาด โดยมีจำนวนผู้ป่วยไม่น้อยกว่า ๘๐-๑๕๐ รายต่อเดือน อาจสูงมากถึง ๑,๕๐๐-๒,๐๐๐ รายต่อเดือน ในช่วงที่มีการระบาดรุนแรง มีอัตราตายร้อยละ ๐.๐๙ - ๐.๑๐ เกือบทุกปี กลุ่มเสี่ยงอยู่ในช่วงอายุ ๕-๒๔ ปี เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ยังมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุด ระยะหลังพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ป่วยร้อยละ ๖๐ และผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ ๕๐

ไข้มาลาเรีย

สถานการณ์โรคมาลาเรียในเขตสุขภาพที่ ๑๒ พบว่า มีการระบาดกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ โดยข้อมูล ณ วันที่ ๑ มกราคม - ๑๙ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดในพื้นที่เขต ๑๒ คือจังหวัดยะลา

มีอัตราป่วย ๘.๒๐๗ ต่อพันประชากร (๔,๒๑๐ ราย) รองลงมาคือ จังหวัดนราธิวาส อัตราป่วย ๐.๗๗๖ ต่อพันประชากร (๕๘๘ ราย) และจังหวัดสงขลา อัตราป่วย ๐.๓๖๙ ต่อพันประชากร (๕๑๕ ราย) สำหรับอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก คือ อ.ธารโต , อ.บันนังสตา , อ.กาบัง , อ.ยะหา และ อ.กรงปินัง จังหวัดยะลา ชนิดเชื้อที่พบ ส่วนใหญ่เป็นเชื้อชนิดเรื้อรัง P.vivax ร้อยละ ๗๙.๓๙ กระจายอยู่ในทุกกลุ่มอายุ

โรคพิษสุนัขบ้า

จากรายงานสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบ ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในเขตสุขภาพที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๕๓ - ๒๕๕๙ จำนวน ๑, ๑, ๑, ๑, ๑, ๐, ๑ ราย ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๕๙ พบผู้เสียชีวิตในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ทั้งนี้ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนฯ จากโปรแกรมรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า ผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนฯครบชุด ๔-๕ เข็มหรือกระตุ้น จำนวน ๒,๑๘๔ ราย ผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนฯ พร้อมกับสังเกตอาการสุนัขหรือแมวให้อาการปกติภายใน ๑๐ วัน จึงหยุดฉีดจำนวน ๒๘๔ ราย และได้รับวัคซีนฯไม่ครบชุด ๓,๑๕๔ ราย

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ความครอบคลุมของวัคซีนในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ของวัคซีน DHB๓ เกือบทุกจังหวัดดำเนินการได้ดีต่ำกว่าเป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดพัทลุง(๙๓.๘๘) จังหวัดตรัง(๙๓.๒๑) และจังหวัดสตูล(๙๑.๖๖) ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ส่วนวัคซีน MMR ทุกจังหวัดดำเนินการได้ดีต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๙๕ ส่งผลให้เกิดโรคหัดมากกว่าค่าเป้าหมาย(๐.๔ ต่อแสนประชากร) โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี(๓๒.๔๑) จังหวัดยะลา(๒๘.๒๕) และจังหวัดนราธิวาส(๒๕.๓๒) เป็นต้น

วัณโรค

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทและกลับเป็นซ้ำ (all form cohort ๑-๒ /๕๙) เขตสุขภาพที่ ๑๒ จากโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ เท่ากับ ร้อยละ ๗๕.๗๕ โดยจังหวัดที่มีผลสำเร็จของการรักษาต่ำ ได้แก่ จังหวัดสงขลา(๖๘.๖๑) จังหวัดพัทลุง (๗๔.๗๗) จังหวัดปัตตานี (๗๖.๙๕) จังหวัดตรัง (๗๙.๑) จังหวัดสตูล (๘๒.๖๘) จังหวัดยะลา (๘๓.๔๗) และจังหวัดนราธิวาส (๘๔.๙๗) สาเหตุที่ทำให้ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคต่ำ เกิดจากการตาย ร้อยละ ๕.๒๐ การขาดยา ร้อยละ ๓.๖๙ และไม่นำมาประเมิน ร้อยละ๑๐.๒๑ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ลงผลการรักษาเพื่อปิด case ในระบบ TBCM ๒๐๑๐

การเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่

เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผู้แสวงบุญชาวไทยที่เดินทางกลับจากพิธีฮัจย์ที่ได้รับการคัดกรอง ติดตามและเฝ้าระวังโรคจำนวน ๓,๖๙๙ ราย จากการคัดกรองพบผู้ป่วยไข้ และ URI ๓๓ ราย, URI อย่างเดียว ๑๖๘ ราย และได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ๓๑ ราย ไม่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

สถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพที่สำคัญในเขตสุขภาพที่ ๑๒ การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ เท่ากับ ๖.๐๙, ๕.๙๐, ๕.๐๖ ต่อประชากรเด็กแสนคน ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ ทั้งนี้กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี) มีสัดส่วนการเสียชีวิตร้อยละ ๔๔ จากข้อมูลรายงาน one page drowning

พบว่าปัญหาหลักการเสียชีวิต เกิดจากการดูแลเด็กไม่ดี ปล่อยเด็กไว้กับเพื่อนหรือพี่ และจมน้ำแหล่งน้ำบริเวณรอบๆบ้านและแหล่งน้ำในบ้าน สำหรับเด็กอายุ ๕-๑๔ ปี พบว่า มีการจมน้ำบริเวณแหล่งน้ำในชุมชนและแหล่งท่องเที่ยว โดยไม่มีการจัดการแหล่งน้ำให้ปลอดภัย เช่น ระดับความลึก กระแสน้ำ เป็นต้น ปัญหาด้านระบบการช่วยเหลือ และการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ

การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ มีอัตราการตายจากการจราจรทางถนน ๑๖.๓๘, ๑๕.๑๑, ๑๘.๔๘ ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยจังหวัดพัทลุง ตรัง สงขลา มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเป้าหมาย ปัจจัยเสี่ยงในช่วงเทศกาล พบสูงในเพศชายและหญิง ช่วง อายุ ๑๕-๑๙ ปี เวลา ๑๕.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. ส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะ โดยผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัยมากกว่าร้อยละ ๙๐ ต้มสุรา ร้อยละ ๑๙

โรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลรณบัตร ปี ๒๕๕๘ พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๒๕.๑๑ ต่อแสนประชากร โดยทุกจังหวัดมีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน สูงกว่าอัตราตายเฉลี่ยรวมของประเทศ(๑๑.๕๘ ต่อแสนประชากร) โดยจังหวัดนราธิวาส(๔๓.๓๙ ต่อแสนประชากร) และจังหวัดปัตตานี(๔๒.๓๑ ต่อแสนประชากร) สูงเป็นอันดับ ๑ และ ๒ ของทั้งประเทศ

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญในเขตสุขภาพที่ ๑๒

การบริโภคผักเพียงพอ

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๕๘ พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๒ รับประทานผักหรือผลไม้เพียงพอ เพียงแค่ ร้อยละ ๓๕.๖

การบริโภคที่ไม่เหมาะสม

การศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เพื่อสำรวจติดตามสถานการณ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในสภาพบริบททางสังคมของพื้นที่เขต ๑๒ ในประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ของศูนย์อนามัยที่ ๑๒ จังหวัดยะลา พบว่า มีการบริโภคน้ำมันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ปริมาณ ๖ ช้อนชา/วัน) จำนวน ๘ ช้อนชา ร้อยละ ๒๒.๐ การบริโภคน้ำตาลมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(ปริมาณ ๖ ช้อนชา/วัน) จำนวน วัน ๘ ช้อนชา ร้อยละ ๓๓.๖ และ ๑๒ ช้อนชา/วัน ร้อยละ ๕.๖ และบริโภคเกลือมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(ปริมาณ ๑ ช้อนชา/วัน) จำนวน ๒ ช้อนชา/วัน ร้อยละ ๓๔.๘

การออกกำลังกายที่เพียงพอ

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประชากรอายุ ๑๕ - ๗๙ ปี ออกกำลังกาย ร้อยละ ๖๔.๖ ได้ทำกิจกรรมทางกายต่างๆ เช่น เดินแอโรบิก เดินรำ โยคะ เดิน เป็นต้น ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมประเทศ(๓๖.๑)

การสูบบุหรี่

จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี๒๕๕๗ พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ ๑๒ คือ ๒๕.๐๐ โดยทุกจังหวัดมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ(๒๐.๖๘)

แนวโน้มสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

การจัดการมูลฝอย

มูลฝอยติดเชื้อ : การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลของรัฐในเขต ๑๒ ส่วนใหญ่จะบริหารในรูปแบบ CUP โดย รพ.สต. คัดแยก และขนส่งด้วยรถยนต์ส่วนตัว หรือรถยนต์ราชการ นำมาเก็บรวบรวมไว้ที่โรงพยาบาล ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมดประมาณ ๓.๓๒ ตันต่อวัน ได้รับการกำจัดในเตาเผา เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อของสถานพยาบาลของรัฐ เตาเผาของเทศบาล และเตาเผาเอกชน ทั้งหมด แต่เตาเผาทั้งหมดมีสภาพเสื่อมโทรมและไม่ได้มาตรฐาน และไม่มีการตรวจคุณภาพอากาศ ส่วนการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยเอกชนยังไม่สามารถใช้ใบกำกับการขนส่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลของเอกชน คลินิก ห้องปฏิบัติการ และสถานพยาบาลสัตว์ ยังไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

การจัดการมูลฝอยทั่วไป : มีปริมาณมูลฝอยปริมาณขยะมูลฝอยทั่วไปเกิดขึ้น ๔,๘๙๔.๔๐ ตัน/วัน ในจำนวนนี้ได้รับการกำจัดถูกต้องเพียงร้อยละ ๓๐.๐๗ และมีแหล่งรวบรวมมูลฝอยหรือบ่อขยะ เพียง ๑๓ แห่งที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ จากทั้งหมด ๑๖๒ แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่กำจัดด้วยวิธีการเทกองบนพื้น ทำให้เป็นปัญหาในด้านสุขาภิบาล ด้านแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์แมลงนำโรค เช่น หนู แมลงวัน และแมลงสาบ นอกจากนี้ขยะอันตรายของครัวเรือนยังทิ้งรวมกับขยะทั่วไป ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะกลับมากระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ต่อไป

การจัดการมูลฝอยอันตราย : ศูนย์ฯ ร่วมกับสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค ได้เชิญชวนองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นเจ้าภาพรวบรวมและส่งกำจัด ดำเนินการแล้ว ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตรัง, พัทลุง, สงขลา, สตูล และยะลา

การจัดการสิ่งปฏิกูล

สิ่งปฏิกูล เป็น หนึ่งในสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง หากมีการจัดการที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ซึ่งจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็ก และนักเรียน พบว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลจำนวน ๕๔ แห่ง จาก ๑๗๔ แห่ง มีรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลบริการ แต่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ๖ แห่ง ได้แก่ ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลเมืองพัทลุง เทศบาลนครตรัง เทศบาลนครหาดใหญ่ เทศบาลเมืองสงขลา เทศบาลเมืองสะเดา และเทศบาลเมืองกันตัง และส่วนใหญ่ชำรุดไม่ได้ใช้งานแล้ว และอีกร้อยละ ๘๐.๙๕ ปล่อยสิ่งปฏิกูลทิ้งในแหล่งน้ำสวนยาง หรือสวนปาล์มของเอกชน โดยไม่ได้นำไปบำบัดให้ปลอดภัยโรคและไขหวัดหวัดก่อน

เหตุรำคาญ

ระดับความเป็นเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้การจัดการระบบบริการสังคมของเมืองเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ รวมถึงสถานประกอบการในครัวเรือนอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ที่แทรกตัวอยู่ในชุมชน และบ่อยครั้งที่พบว่าไม่มีระบบการจัดการที่ดี และไม่ดำเนินการตามกฎหมายกำหนด จึงก่อให้เกิดปัญหาหมอกพิษ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจสร้างความเดือดร้อนแก่ประชาชนที่พักอาศัยในบริเวณใกล้เคียง ปัญหา

ที่ท้องถิ่นได้รับเรื่องร้องเรียนมากที่สุด คือ กลิ่นเหม็น ร้อยละ ๘๘.๘๙ รองลงมาปัญหาน้ำเสีย ร้อยละ ๕๐.๗๙ เสียงดัง ร้อยละ ๔๒.๘๖ ตามลำดับ

การออกข้อกำหนดท้องถิ่น

ปัญหาการดำเนินการตามกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าร้อยละ ๕๕.๙๒ มีการออกข้อกำหนดท้องถิ่น แต่ยังไม่มีการบังคับใช้ตามกฎหมายอย่างจริงจัง เนื่องจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายยังขาดความรู้และทักษะทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้

สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ใน ๗ จังหวัดมีจำนวน ๑๐,๗๓๑ ร้าน การดำเนินงาน CFGT ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ผ่านการประเมิน CFGT จำนวน ๘,๖๓๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๖๔ และมีเพียงจังหวัดนราธิวาส และปัตตานี ที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ ๔๕.๙๖ และ ๗๓.๔๐ ตามลำดับ

ตลาดประเภทที่ ๑ ใน ๗ จังหวัดมีจำนวน ๖๐ แห่ง การดำเนินงานตามมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ผ่านการประเมินตามมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ จำนวน ๔๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐ และมีเพียงจังหวัดสตูลที่ดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

แหล่งน้ำบริโภคที่ทำการสุ่มเก็บและส่งวิเคราะห์ตัวอย่าง ในพื้นที่เขต ๑๒ น้ำบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำกรมอนามัยเพียงร้อยละ ๒๘ และเมื่อจำแนกตามประเภทแหล่งน้ำบริโภค พบว่าน้ำตู้หยอดเหรียญผ่านมาตรฐานสูงสุดร้อยละ ๗๓ ส่วนที่ผ่านมาตรฐานต่ำสุดคือน้ำบ่อ ผ่านมาตรฐานเพียงร้อยละ ๖ ส่วนน้ำประปาผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๓๒ ปัญหาคุณภาพน้ำส่วนใหญ่ที่พบ คือไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำด้านโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

จำนวนโรงพยาบาลที่มีโรงครัวจัดบริการอาหารให้ผู้มารับบริการในเขต ๑๒ มีจำนวน ๖๕ แห่ง ผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโรงครัว ๖๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕

การดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรปลอดโพนี มีองค์กรภาครัฐและเอกชนได้รับใบประกาศรับรององค์กรปลอดโพนี ๖๙ แห่ง โรงเรียนปลอดโพนี ๑ แห่ง สถานประกอบการจำหน่ายอาหารปลอดโพนี ๔๒ แห่ง และมหกรรมอาหารปลอดโพนี ๒ มหกรรม

มลพิษสิ่งแวดล้อม

ปัญหาพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากหมอกควันข้ามแดนอินโดนีเซีย พื้นที่ในเขตอุตสาหกรรม และอุตสาหกรรมครัวเรือน โรงไฟฟ้าชีวมวล โรงไฟฟ้าถ่านหินสงขลา เหมืองแร่เกาะยะลา แพลลา/เรืออวนลาก/อู่ต่อเรือสงขลา สตูล ตรังและปัตตานี ทำเทียบเรือขนาดใหญ่ปากบารา สตูลรวมถึงพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนสารเคมีทางการเกษตร และการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ ที่มีการขยายตัวของเมือง การเคลื่อนย้ายประชากร การขนส่งที่มากขึ้น การเกิดอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนตามมา

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศในระดับเขตสุขภาพที่ ๑๒

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและมีความสุข ภายในปี ๒๕๗๙”

๒. พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศ โดยเน้นกระบวนการเสริมพลังสร้างความร่วมมือเครือข่ายทุกภาคส่วนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ภายใต้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนเกิดสุขภาพดีและมีความสุข

๓. Goals

ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๔. วัตถุประสงค์ (Objective)

๑. จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยเน้นความร่วมมือของครอบครัว และชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการและเศรษฐกิจ เพื่อให้มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง

๒. เพิ่มความเข้มแข็งของการจัดบริการป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

๓. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมายทางสังคม และสวัสดิการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

๔. มีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมทุกแห่ง เพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

๕. หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ (Strategic Directions)

- ยึดกรอบยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๗๙
- มุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand ๔.๐
- มุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)
- ยึดหลักการและแนวทางตาม PIRAB (Partnership – Invest – Regulate – Advocate – Build Capacity)
- มุ่งสู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของคนในชาติ (Health Literacy)
- ส่งเสริมการนำสุขภาพเข้าเป็นองค์ประกอบในทุกนโยบาย (Health in all policies)
- มุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม (Equity)
- ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (Human rights) ในการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
- เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆและชุมชน (Empowerment and Participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการและเศรษฐกิจในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑๐. สร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (Social Accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ

๑๑. พัฒนาคุณภาพบริการทุกด้านอย่างต่อเนื่อง (Quality)

๑๒. สร้างความครอบคลุมประชาชนทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (Availability & Accessibility)

๑๓. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) ในการขับเคลื่อนงาน

๑๔. มุ่งการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑๕. การนำตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๖. ยุทธศาสตร์

๑ เสริมสร้างขีดความสามารถประชาชนในการจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มปัจจัยป้องกัน ปกป้อง ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข

๒ ขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้วยการเสริมพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ เศรษฐกิจและผู้ประกอบการ

๓ ผลักดันและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ทางสังคม สวัสดิการ ตลอดจนคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ

๔ พัฒนาระบบข้อมูล นวัตกรรม และ เทคโนโลยีที่ทันสมัยรวดเร็ว ใช้ในสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวัง ร้องรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ

๕ เป็นแหล่งฝึกอบรม (Training Center) และศึกษาวิจัย (Research Center) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัย คุ้มครองด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๗ เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ ๑

ทุกครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีสมรรถนะ ความรอบรู้ส่งเสริม ป้องกัน ปกป้องสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ ๒

ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีการบูรณาการการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่ ในการลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ และจัดบริการสิ่งแวดล้อมให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทันสมัย

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ ๓

ประชาชนได้รับการคุ้มครองปกป้องสุขภาพด้วยมาตรการเชิงนโยบาย กฎหมาย สังคม สวัสดิการตลอดจนคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสมอภาค

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๔

ประชาชนทุกกลุ่มวัยและภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้และบอกต่อข้อมูล นวัตกรรม ข่าวสารความรอบรู้สุขภาพ ที่ถูกต้องเหมาะสมและทันต่อการเปลี่ยนแปลง

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๕

ประชาชนทุกกลุ่มวัย ภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพด้าน ความรู้และการวิจัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัย ค้ำครองด้านสุขภาพและ สิ่งแวดล้อม

๘ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๑

-ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

อัตราEarly ANC

อัตราทารกแรกเกิดกินนมแม่

อัตราภาวะเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าเด็ก ๐-๕ปี

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

ร้อยละของเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน

ร้อยละของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๘ ปี สูงดีสมส่วน

ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุ

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ ๒๐ ซี่และ ๔ คู่สบ

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ๑๕-๑๙ ปี

อัตราการคัดกรองภาวะสุขภาพตามกลุ่มวัย

ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า ๒๕

ร้อยละของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย ๙๐ ซม. หญิง ๘๐ ซม.)

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ

อัตราการตายจากการจราจรทางถนน

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

-อัตราป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดต่อลดลง

-จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และโรคแทรกซ้อนในโรคไม่ติดต่อลดลง

-จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดจากโรค อุบัติเหตุและภัยธรรมชาติที่ป้องกันได้ลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๒

-คุณภาพการบริหารจัดการของ District Health Board ระดับจังหวัด อำเภอ ในเชียงใหม่ ประเด็น PP Excellence ระดับพื้นที่

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๓

จังหวัด อำเภอมีการผลักดันและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ทางสังคม สวัสดิการ ตลอดจนคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการ ที่มีประสิทธิภาพและเสมอภาค

คุณภาพมาตรฐานของระบบบริการในพื้นที่

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๔

มีฐานข้อมูล นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว สามารถรองรับการตอบโต้ภาวะ
ฉุกเฉินและภัยสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่๕

จำนวนประชาชนทุกกลุ่มวัย ภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนา
ศักยภาพด้านความรู้และการวิจัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัย ค้ำครองด้าน
สุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๙ แผนงาน

๑. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

- กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
- กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

- ระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- ควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหา
- ควบคุมโรคไม่ติดต่อ/ภัยสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

๓. ความปลอดภัยด้านอาหาร

- ส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงด้านอาหาร

๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและพัฒนาคุณภาพสถานบริการ

- บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
- บริหารจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมใน

พื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

๑๐ กลยุทธ์/มาตรการ

๑.เสริมสร้างขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ภาคีเครือข่ายในการ
ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันโรคและปกป้องคุ้มครองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๒.สร้างความเข้มแข็งการบริหารจัดการ/บูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ ในการลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่ม
ปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย

๓. พัฒนา /ขับเคลื่อน/บังคับใช้มาตรการเชิงนโยบาย กฎหมาย สังคมสวัสดิการ และคุณภาพ
มาตรฐานของระบบบริการส่งเสริม ป้องกันโรคและปกป้องคุ้มครองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๔. มีข้อมูล นวัตกรรม ข่าวสารความรอบรู้สุขภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและ
ปกป้องคุ้มครองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้เทคโนโลยีที่สมัยและหลากหลายช่องทาง

๕. ประชาชน ภาคีเครือข่ายและบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะความรอบรู้ในการสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้
ด้วยตนเอง

๑๑. กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับและประเมินผล

๑ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลคุณภาพประชาชนตลอดช่วงชีวิต (Life Course Approach) และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน สังคมได้

๒ ผลักดันการดำเนินงานด้วยกลไกพระราชรัฐ ในรูปของคณะกรรมการระดับเขต จังหวัด อำเภอในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันโรค ปกป้อง คัดกรองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓ นำยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ PIRAB เป็นทิศทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในทุกแผนงาน

๔ ใช้กลไก Empowerment ในการ Monitoring & Evaluation ด้วยการค้นหา KSF & Sharing กล่าวชื่นชมและสร้างมูลค่าเพิ่ม (Appreciation & Add Value) ให้กับพื้นที่

๕ มีฐานข้อมูล นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว สามารถรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ

๖ มีระบบสื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยระบบ Digital Health Learning และ Media Productions

๗ มีระบบนิเทศงาน และประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการ ในทุกระดับ (small success) ตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ของแต่ละแผนงานส่งเสริม ป้องกันโรค ปกป้อง คัดกรองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๘ ใช้ค่านิยม MOPH ในการดำเนินงานให้บรรลุผลรวมระดับความสำเร็จ ๕ เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

๑๒. Road Map การพัฒนาตามแผน ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๙)



๑๓. สร้างข้อตกลงร่วมในระดับภาคได้



ปณิธาน “ศรีวิชัย” HAPPEN

1. ขับเคลื่อนเป้าหมายร่วมทุกภาคส่วนไปสู่ **Health Literacy** ที่ยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและเรียนรู้ด้วยการนำ **Technology** ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขับเคลื่อน “**PP Excellence**” ให้ประชาชนสุขภาพดี
2. ส่งเสริม กระบวนการ **Appreciation** เป็นกลไกสร้างคุณค่า และ ติดตามประเมินผล กระบวนการพัฒนา และ นวัตกรรม ของภาคสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม เสริมสร้าง กลไก “**ประชาธิปไตย**” ในรูปแบบ **Provincial Health Board** และ “**District Health Board**” เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคคือ
3. นำยุทธศาสตร์ **PIRAB** เป็นเข็มทิศการพัฒนาาระบบสุขภาพผ่านกลไก “**ประชาธิปไตย**” เพื่อ สร้างนโยบายสาธารณะด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค แบบบูรณาการ ตามภารกิจ อย่าง สร้างสรรค์
4. สร้างกลไก **Empowerment** พัฒนาศักยภาพทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพตั้งแต่ระดับ ประชาชนไปถึงแกนนำ อาสาสมัคร ท้องถิ่น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างยั่งยืน
5. ระบบนี้ให้เรียกว่า **Nec-Health** ระบบสุขภาพใหม่ที่จะทำให้หลายข้อจำกัด ในระบบสุขภาพ ปัจจุบัน นำไปสู่ขุมใหม่ในระบบสุขภาพไทยอย่างแท้จริง