



แผนยุทธศาสตร์
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีพ.ศ.2560-2579 เขตสุขภาพที่

5



คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙ เขตสุขภาพที่ ๕ ยังคงใช้ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ PP Excellence ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะและมีความสุขภายในปี ๒๕๗๙”

เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ PP ของเขตสุขภาพที่ ๕ ทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพในปัจจุบัน คณะทำงานจึงได้นำสรุปสาระสำคัญ จากการประชุมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ ระหว่างวันที่ ๒๙- ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเซ็นทาราศูนย์ราชการ มาใช้เป็นปัจจัยตั้งต้น นอกจากนี้ยังได้นำข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญอันจะส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ในอนาคต ๒๐ ปีข้างหน้า ซึ่งได้มาจากการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานตลอดจนข้อมูลจากเครือข่ายทางวิชาการของแผนงานต่าง ๆ มาใช้ประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ PP Excellence ฉบับนี้ด้วย โดยให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทย

สุดท้ายนี้ เขตสุขภาพที่ ๕ ใคร่ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลในแผนฉบับนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ ๑

- ข้อมูลทั่วไป
- ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ
- หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ
- กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
- การดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๕

๑
๑๔
๑๕
๑๖
๑๗

ส่วนที่ ๒

- การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของประชากร เขตสุขภาพที่ ๕
- แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙ เขตสุขภาพที่ ๕
 - ๑. แผนงานที่ ๑ พัฒนาคูณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย
 - ❖ แผนเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)
 - ❖ แผนเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)
 - ❖ แผนเด็กวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)
 - ❖ แผนวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)
 - ❖ แผนผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)
 - ๒. แผนป้องกันควบคุมโรค
 - ๓. แผนคุ้มครองผู้บริโภค
 - ๔. แผนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๑๘
๑๙
๑๙
๑๙
๒๐
๒๑
๒๑
๒๓
๒๔
๒๕

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

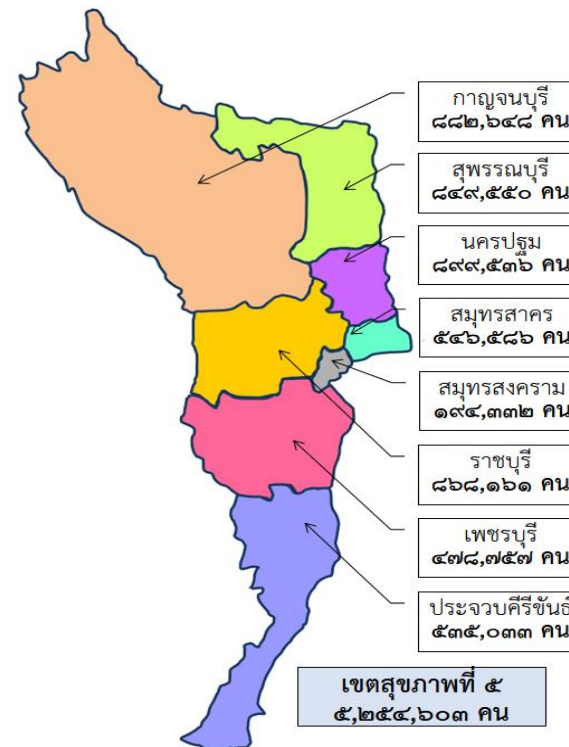
- เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์กรสหประชาชาติ (SDGs) คศ. ๒๐๑๖-๒๐๓๐ (๑๕ ปี)
- แผน ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

๒๗
๒๘

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

เขตสุขภาพที่ ๕ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง จำนวน ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีพื้นที่รวมกัน ประมาณ ๔๖,๐๘๘.๐๕๙ ตารางกิโลเมตร

๑. แผนที่ และสภาพทั่วไปของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๕



๑.๑ จังหวัดราชบุรี จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันตก โดยเป็นศูนย์กลางในด้านอุตสาหกรรมแปรรูปสินค้าเกษตร และการปศุสัตว์ของประเทศ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในด้านพลังงานของประเทศในปัจจุบัน โดยมีเมืองราชบุรีเป็นศูนย์กลางด้านการปกครอง เศรษฐกิจ และการคมนาคมในภูมิภาค ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรี ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดเพชรบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดนครปฐม และทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่า มีพื้นที่ ๕,๑๙๖.๔๖๒ ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่ประกอบด้วยลักษณะพื้นที่ภูเขาสูง บริเวณชายแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศพม่า และด้านใต้ติดกับจังหวัดเพชรบุรี ในระดับความสูง ตั้งแต่ ๒๐๐ เมตร ถึง ๑,๔๐๐ เมตร ในเขตอำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา และอำเภอปากท่อด้านทิศตะวันตก พื้นที่ราบสูง ได้แก่ บริเวณถัดจากเทือกเขามาทางด้านตะวันออก พื้นที่ตัวจังหวัดเป็นที่ราบสูงและที่เนินลาด นอกจากนี้ยังประกอบด้วยที่ราบลุ่มและที่ราบลุ่มต่ำ ได้แก่ บริเวณสองฝั่งแม่น้ำแม่กลอง และด้านตะวันออกของพื้นที่จังหวัด เนื้อดิน เป็นดินร่วนและดินร่วนปนดินเหนียว มีความอุดมสมบูรณ์ มีระบบชลประทานแม่กลอง ที่เป็นระบบชลประทานขนาดใหญ่มาก มีแม่น้ำแม่กลองที่ติดต่อกับจังหวัด สมุทรสงคราม อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลกลางเพียง ๑-๒ เมตร ดินจะมีความสมบูรณ์ เหมาะแก่การทำการสวนผักผลไม้ จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในภาคตะวันตก จากการประมาณในไตรมาสแรกในปี ๒๕๕๓ ของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ราชบุรีมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด(GPP) คิดเป็นมูลค่า ๑๒๐,๒๐๐ ล้านบาท มากเป็นอันดับ ๑๗ ของประเทศ และมีรายได้ต่อประชากร (GPP PER CAPITA) สูงถึง ๑๔๔,๐๖๒ บาท เป็นอันดับที่ ๑๓ ของประเทศ จังหวัดราชบุรีมีการลงทุนทางอุตสาหกรรมถึง ๑,๑๐๐ โครงการ คิดเป็นเงินลงทุนมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ล้านบาท เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคมีธุรกิจการค้าประเภทสินค้าเกษตร และผลิตภัณฑ์แปรรูปทางการเกษตรเป็นโครงสร้างหลักทางเศรษฐกิจ โดยมีศูนย์กลางตลาดผักผลไม้ในภูมิภาค โดยเป็นหนึ่งในตลาดกลางสินค้าเกษตรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีตลาดสดและตลาดนัดในท้องที่ต่าง ๆ ควบคู่กับการเลี้ยงปศุสัตว์และโรงงานอาหารสัตว์ที่มีมากในเขตอำเภอปากท่อ และอำเภอโพธาราม และยังมีอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น อุตสาหกรรมไฟฟ้าและก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรมยานยนต์ อุตสาหกรรมน้ำตาล และอุตสาหกรรมกระดาษ อุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น โดยจังหวัดราชบุรีเป็น ๑ ใน ๑๔ จังหวัดที่มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของประเทศไทย มีศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญซึ่งกระจายอยู่ในเมืองใหญ่ ได้แก่ เมืองราชบุรี และเมืองบ้านโป่ง เป็นต้น โดยเป็นที่ตั้งศูนย์ และสำนักงานสาขาในเขตภูมิภาคของบริษัทชั้นนำหลาย ๆ แห่ง เช่น ปตท. โตโยต้า เป็นต้น อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีเศรษฐกิจเติบโตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ ๕-๖ % ทำให้มีการลงทุนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ศูนย์การค้า โครงการที่อยู่อาศัย บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ เป็นต้น

๑.๒ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันตก ประมาณ ๑๒๙ กิโลเมตร ตามเส้นทางนครปฐม - บ้านโป่ง - กาญจนบุรี มีพื้นที่ทั้งหมด ๑๙,๔๘๓,๑๔๘ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๒ ล้านไร่ มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ ๓ ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่

มีอาณาเขต ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดตากและจังหวัดอุทัยธานี ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสุพรรณบุรีและนครปฐม ทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่า ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดราชบุรี ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดกาญจนบุรี แบ่งออกได้ ๓ ลักษณะดังนี้ ๑. เขตภูเขาและพื้นที่สูงด้านทิศเหนือของจังหวัด ได้แก่บริเวณอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอศรีสวัสดิ์และอำเภอไทรโยค มีลักษณะเป็นเทือกเขา ต่อเนื่องมาจากเทือกเขาถนนธงชัย ถัดไปทางด้านตะวันตกของจังหวัด เทือกเขาตะนาวศรีซึ่งกั้นพรมแดนระหว่างไทยกับประเทศพม่าทอดยาวลงไปทางด้านใต้ บริเวณนี้จะเป็นแหล่งกำเนิดต้นน้ำที่สำคัญของจังหวัด คือแม่น้ำแควใหญ่และแควน้อย ๒. เขตที่ราบลูกฟูก ได้แก่ พื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบเชิงเขาสลับกับเนินเขาเตี้ย ๆ อยู่บริเวณอำเภอเลาขวัญ อำเภอบ่อพลอย และบางส่วนของอำเภอพนมทวน ๓. เขตที่ราบลุ่มน้ำ ได้แก่พื้นที่ทางด้านใต้ของจังหวัด ลักษณะเป็นที่ราบ ดินมีความอุดมสมบูรณ์ อยู่บริเวณอำเภอท่ามะกา อำเภอท่าม่วง และบางส่วนของ อำเภอพนมทวน รวมทั้งอำเภอเมืองกาญจนบุรี ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาอาชีพค้าปลีกค้าส่งและทำงานโรงงานอุตสาหกรรมตามลำดับ จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่อยู่ติดชายแดนประเทศพม่าจึงเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการค้ามนุษย์ ปัญหาโรคติดต่อโดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอไทรโยค อำเภอศรีสวัสดิ์ และอำเภอเมืองกาญจนบุรี ซึ่งเป็นช่องทางผ่านแดนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวสู่อำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอท่าม่วง อำเภอท่ามะกา ตลอดจนจังหวัดใกล้เคียง

๑.๓ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งอยู่ในเขตภาคกลางด้านตะวันตก สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ ๑๐๗ กิโลเมตร มีเนื้อที่ ๕,๓๕๘.๐๑๐ ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ๗ จังหวัด ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดชัยนาทและจังหวัดอุทัยธานี ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดอุทัยธานี ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งออกเป็น ๒ เขต คือ ๑.บริเวณพื้นที่ราบลุ่มอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดตลอดแนว ตั้งแต่เหนือจรดใต้เป็นบริเวณพื้นที่ราบลุ่ม แม่น้ำท่าจีน หรือแม่น้ำสุพรรณบุรี ครอบคลุมพื้นที่ของอำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอสามชูก อำเภอดอนเจดีย์ อำเภอศรีประจันต์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อำเภอบางปลาม้า อำเภอสองพี่น้อง และบางส่วนของอำเภออู่ทอง ๒.บริเวณพื้นที่ดอนลาดสลับดอนชันจนถึงเทือกเขาสูง เริ่มตั้งแต่ด้านทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตะวันตกเฉียงใต้ ของอำเภอ อู่ทอง ทอดขึ้นไปทางเหนือลักษณะพื้นที่ลูกคลื่นลอนลาดสลับเชิงเขา ส่วนทางด้านตะวันตกของอำเภอด่านช้างมีสภาพเป็นลูกคลื่นลอนลาดสลับชันจนถึงเทือกเขาสูงชัน มียอดเขาสูงที่สุดอยู่ใกล้กับบ้านห้วยหินดา มีลำธารเล็ก ๆ หลายสายไหลผ่านลงสู่ลำห้วยกระเสียว ซึ่งอยู่ในที่ราบหุบเขา และบริเวณหุบเขาแห่งนี้มีเขื่อนกระเสียว ซึ่งเป็นเขื่อนดิน ถัดจากที่ราบหุบเขามาทางทิศตะวันออกจะเป็นแนวลูกคลื่นลอนชันถึงเนินเขาแล้วค่อย ๆ ลาดเทลงมาทางทิศตะวันออกจนถึงแม่น้ำท่าจีน ประชากรของจังหวัดสุพรรณบุรีประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก รองลงมาคือ ปศุสัตว์ ประมง อุตสาหกรรมและหัตถกรรม

๑.๔ จังหวัดนครปฐม จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ ๕๘ กิโลเมตร และเป็นจังหวัด ๑ ใน ๕ ของ จังหวัดปริมณฑล (ได้แก่ นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ นนทบุรี และปทุมธานี) มีพื้นที่ประมาณ ๒,๑๖๘.๓๒๗ ตารางกิโลเมตร และจัดอยู่ในลำดับที่ ๖๒ ของประเทศ มีอาณาเขตติดต่อดังนี้ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดนนทบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ กรุงเทพมหานคร ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดราชบุรี ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดราชบุรีและจังหวัดกาญจนบุรี สภาพภูมิประเทศของจังหวัดนครปฐม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบไม่มีภูเขาและป่าไม้ ระดับความสูงของพื้นที่แตกต่างกัน ๒-๑๐ เมตร เนือระดับน้ำทะเลปานกลาง สภาพพื้นที่โดยทั่วไปสูงจากระดับน้ำทะเลปานกลาง ๖ เมตรลาดเอียงจากทิศเหนือสู่ทิศใต้และทิศตะวันตกสู่ทิศตะวันออก มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่านจากทิศเหนือสู่ทิศใต้พื้นที่ทางตอนเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นที่ดอนมีระดับความสูง ๖-๑๐ เมตร ส่วนพื้นที่ตอนกลางของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มมีที่ดอนกระจายเป็นแห่ง ๆ มีแหล่งน้ำกระจายอยู่ทั่วไป พื้นที่ด้านตะวันออก และทิศใต้เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำท่าจีน มีคลองธรรมชาติและคลองข่อยที่ขุดขึ้นเพื่อการเกษตรและคมนาคมมากมาย ประชากรในจังหวัดส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพ เกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ก็มีการทำหัตถกรรมพื้นบ้านและการค้าขาย

๑.๕ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครมีพื้นที่ประมาณ ๘๗๒.๓๔๗ ตารางกิโลเมตร มีลักษณะเป็นสีกะหล่ำปลีพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม และป่าชายเลนไม่มีป่าไม้ และ แร่ธาตุ ไม่มีเกาะและภูเขา มีสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล น้ำทะเลขึ้นถึงตอนเล็กน้อย มีแม่น้ำท่าจีน ซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่านตลาดกลางของพื้นที่เขตจังหวัด ยาว ประมาณ ๗๐ กิโลเมตร และยังเป็นแม่น้ำสาขาหนึ่งของแม่น้ำเจ้าพระยาโดยแยกแม่น้ำเจ้าพระยาที่บ้านปากคลองมะขามเฒ่า อำเภอดุสิต จังหวัดชัยนาท แล้วไหลคดเคี้ยวไปตามแนวเหนือขนานกับแม่น้ำเจ้าพระยาในระยะห่างกันประมาณ ๓๕ กิโลเมตรลงสู่อ่าวไทยที่จังหวัดสมุทรสาคร รวมความยาวทั้งสิ้น ประมาณ ๓๒๕ กิโลเมตร ส่วนพื้นที่ส่วนล่างสุดของจังหวัดจดกับอ่าวไทยและส่วนใหญ่เป็นป่าชายเลนทำให้บริเวณนี้ไม่เหมาะแก่การเพาะปลูก อาชีพหลักของประชากรคือ อาชีพประมงทะเล การเพาะเลี้ยงชายฝั่ง และการทำนาเกลือ ในปัจจุบันมีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งอาชีพ จังหวัดสมุทรสาครเป็นเมืองแห่งเศรษฐกิจที่มีศักยภาพทั้งทางด้านการอุตสาหกรรม การประมง และการเกษตรกรรม จากข้อมูลสถิติผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด (GPP) พบว่าจังหวัดสมุทรสาครยังเป็น จังหวัด ๑ ใน ๑๐ ของประเทศที่มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงตลอดมา

๑.๖ จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่น้อยที่สุดในประเทศไทยคือ มีพื้นที่เพียง ๔๑๖.๗๐๗ ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนล่างของภาคกลาง โดยตั้งอยู่ริมฝั่ง ทะเลอ่าวไทย บริเวณปากแม่น้ำแม่กลอง ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ ๖๕ กิโลเมตร พื้นที่โดยทั่วไปของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มริมทะเลโดยตลอด สภาพของดินเป็นดินเหนียวปนทรายไม่มีภูเขาหรือเกาะ เดิมเคยมีป่าไม้โกงกาง ไม้แสม ตามชายฝั่งทะเลและมีป่าตามแนวปากแม่น้ำ แต่ปัจจุบันได้มีการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ดังกล่าว ในการเลี้ยงกุ้งกุลาดำเกือบทั้งหมด ต่อมาการเลี้ยงกุ้งได้เกิดการขาดทุน ทำให้ปล่อยบ่อกุ้งร้างจำนวนมาก แม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่านคือแม่น้ำแม่กลอง

ไหลผ่านบริเวณท้องที่อำเภอบางคนที อำเภออัมพวาไปออกทะเลอ่าวไทยที่บริเวณปากแม่น้ำแม่กลองในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังมีลำคลองใหญ่น้อยมากมายแยกจากแม่น้ำแม่กลองกว่า ๓๐๐ คลอง กระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ จากสภาพภูมิประเทศเช่นนี้ทำให้เกิดความสะดวกในด้านการคมนาคมทางน้ำ และการประกอบอาชีพด้านการเกษตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและกสิกรรม มีการทำประมงและทำนาบ้างเล็กน้อย และมีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมด้วย ส่วนอุตสาหกรรมนั้นส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก โดยอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตน้ำตาล อุตสาหกรรมอาหาร อุตสาหกรรมแปรรูปสัตว์น้ำ อุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และมีโรงงานทั้งสิ้น ๒๗๐ โรงงาน ทุนจดทะเบียนรวม ๕,๐๖๘,๐๘๔,๙๔๗ บาท จำนวนการจ้างงาน ๗,๐๙๙ คน สภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดสมุทรสงครามขยายตัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และการประมงเป็นสาขาการผลิตในภาคเกษตรที่ทำรายได้สูงสุดของจังหวัด รองลงมาคือ กสิกรรม และการแปรรูปสินค้าเกษตรอย่างง่าย

๑.๗ จังหวัดเพชรบุรี อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข ๓๕ ระยะทางประมาณ ๑๒๓ กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด ๖,๒๒๕.๑๓๘ ตาราง กิโลเมตรหรือ ๓,๘๙๐,๗๑๑.๒๐ ไร่ โดยมีส่วนที่กว้างที่สุดวัดได้ ๑๐๓ กิโลเมตรจากทิศตะวันออก-ตะวันตก และส่วนที่ยาวที่สุดวัดได้ ๘๐ กิโลเมตร จากทิศเหนือ-ใต้ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดและประเทศใกล้เคียงต่อไปนี้ ด้านเหนือ ติดกับ อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี และอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ด้านตะวันออก ติดชายฝั่งอ่าวไทย (น่านน้ำติดต่อดตรงข้ามกับน่านน้ำจังหวัดชลบุรี ด้านทิศใต้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านทิศเหนือ น่านน้ำจังหวัดสมุทรสงคราม น่านน้ำจังหวัดสมุทรสาคร น่านน้ำ กรุงเทพมหานคร และน่านน้ำจังหวัดสมุทรปราการ ด้านใต้ ติดกับอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านตะวันตก ติดกับเขตตะนาวศรีของสหภาพพม่า พื้นที่ด้าน ตะวันตกเป็นป่าไม้และภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีเทือกเขาตะนาวศรีเป็นเส้นกั้นอาณาเขตระหว่างไทยกับสหภาพพม่า เฉพาะในเขตจังหวัดเพชรบุรีมีความยาวประมาณ ๑๒๐ กิโลเมตร แม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน ๓ สาย ได้แก่ แม่น้ำเพชรบุรีมีความยาวตลอดสาย ๒๒๗ กิโลเมตร แม่น้ำบางกลอยมีความยาว ๔๔ กิโลเมตร และแม่น้ำ บางตะบูน มีความยาว ๑๘ กิโลเมตร มีประชากรอาศัยหนาแน่นทางตะวันออกของพื้นที่ ซึ่งเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็น ๓ เขต คือ ๑. เขตภูเขาและที่ราบสูง อยู่ทางด้านตะวันตกของจังหวัดติดกับพม่าในบริเวณอำเภอแก่งกระจานและอำเภอหนองหญ้าปล้อง มีภูเขาสูงและเป็นบริเวณที่สูงชันของจังหวัด มีลักษณะเป็นเทือกเขาทอดยาวจากเหนือมาใต้ พื้นที่ถัดจากบริเวณนี้จะค่อย ๆ ลาดต่ำลงมาทางด้านตะวันออก บริเวณนี้เป็นต้นกำเนิดแม่น้ำเพชรบุรีและแม่น้ำปราณบุรี ๒. เขตที่ราบลุ่มแม่น้ำบริเวณตอนกลางของจังหวัดซึ่งอุดมสมบูรณ์ที่สุด มีแม่น้ำเพชรบุรีซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน และมีเขื่อนแก่งกระจานและเขื่อน เพชรบุรีซึ่งเป็นแหล่งน้ำระบบชลประทาน บริเวณนี้เป็นเขตเกษตรกรรมที่สำคัญของจังหวัด เขตนี้คือบริเวณบางส่วนของอำเภอเมืองเพชรบุรี อำเภอท่ายาง อำเภอชะอำอำเภอบ้านลาด อำเภอบ้านแหลม และอำเภอเขาย้อย ๓. เขตที่ราบฝั่งทะเล อยู่ทางด้านตะวันออกของจังหวัดติดกับชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย บริเวณนี้นับเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่ง

ของจังหวัดในด้านการประมง การท่องเที่ยว ลักษณะพื้นที่ชายฝั่งเพชรบุรี เนือแหลมหลวงไปทางทิศเหนือเป็นพื้นที่ชายฝั่งหาดโคลน มีระบบนิเวศ ป่าชายเลน ด้านทิศใต้ของแหลมหลวงลงไปมีระบบนิเวศเป็นหาดทราย

๑.๘ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางตอนล่าง ซึ่งมีเขตแดนติดต่อกับภาคใต้ และมีแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจหลายแห่งมีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ ๓๒๓ กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด ๖,๓๖๗.๖๒๐ ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่แคบเป็นคาบสมุทรยาวลงไปทางใต้ โดยมีส่วนที่แคบที่สุดจากเขตแดนไทย-พม่า ด้าน ตะวันตก จนถึงฝั่งทะเลด้านตะวันออกเป็นระยะทางประมาณ ๑๑ กิโลเมตร และมีความยาวจากเหนือจรดใต้เป็นระยะทางประมาณ ๒๑๒ กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ ทิศเหนือจดเขตอำเภอชะอำ อำเภอท่ายางและอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ทิศใต้จดเขตอำเภอปะทิว และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ทิศตะวันออกจดอ่าวไทย ทิศตะวันตกจดประเทศสหภาพพม่า ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไปมีความลาดเอียงจากทิศตะวันตกซึ่งเป็นเทือกเขาตะนาวศรีอันเป็นเทือกเขากั้นพรมแดนระหว่างไทยกับพม่าลงสู่ด้านตะวันออกซึ่งเป็นอ่าวไทยและมีเทือกเขาและภูเขากระจัดกระจายทั่วไปทั้งบริเวณชายฝั่งทะเล และบริเวณส่วนกลางของพื้นที่จังหวัดเทือกเขาที่สำคัญได้แก่ เทือกเขาสามร้อยยอด ซึ่งมีความสูงโดยเฉลี่ยของเทือกเขาด้านตะวันออกประมาณ ๗๕๐ เมตร เหนือระดับน้ำทะเลสูงสุด ๑,๒๑๕ เมตร ต่ำสุด ๓๐๖ เมตร สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีการลงทุนใน ๓ ด้าน คือ ด้านเกษตรกรรม ด้านอุตสาหกรรม และด้านการท่องเที่ยว โดยด้านเกษตรกรรม มีอาชีพทำการเกษตร ประมาณ ๔๘,๘๘๑ ครัวเรือน โดยทำไร่ เลี้ยงสัตว์และทำการประมง พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ สับปะรด มีพื้นที่เพาะปลูกประมาณ ๗๒๐,๓๘๒ ไร่ และมะพร้าวมีพื้นที่เพาะปลูก ประมาณ ๔๘๖,๘๕๘ ไร่ ในด้านอุตสาหกรรมมีการลงทุนด้านอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับการแปรรูปสินค้าเกษตร และอุตสาหกรรมเหล็ก เช่น โรงงานสับปะรดกระป๋อง ผลไม้กระป๋อง สับปะรดกวน และผลไม้กวน อบแห้ง โรงงานหีบน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม โรงงานผลิตเหล็กแผ่นม้วนรีดร้อน รีดเย็น เหล็กแผ่นเคลือบสังกะสี เป็นต้น ด้านการท่องเที่ยว มีสถานที่ท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็น ภูเขา น้ำตก หรือทะเล เพราะแหล่งท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ยังคงสภาพความเป็น ธรรมชาติ อีกทั้งยังมีความสงบเงียบ รวมถึงสภาพการคมนาคมที่ค่อนข้างสะดวกสบาย ทำให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวรวมประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน/ปี

๒. ลักษณะภูมิอากาศ

เขตสุขภาพที่ ๕ ตั้งอยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง มีลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อน คือมีฝนตกปานกลางและสลับกับฤดูแล้ง มีอากาศชุ่มชื้น เนื่องจากอยู่ใกล้ทะเลมากกว่าภาคกลางตอนบน มีปัจจัยที่ควบคุมอุณหภูมิ ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่นำความชุ่มชื้นมาสู่ภาคกลาง การวางตัว ของแนวภูเขาตะนาวศรีและภูเขาถนนธงชัยในลักษณะเหนือ-ใต้ ทำให้ส่วนที่เป็นหลังเขามีฝนตกน้อย และความใกล้ไกลทะเลทำให้อุณหภูมิของอากาศแตกต่างกันมาก ระหว่างฤดู

ร้อนกับฤดูหนาว โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ ๒๗-๒๘ องศาเซลเซียส ซึ่งอากาศค่อนข้างร้อน มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ ๑,๓๗๕ มิลลิเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขต
อับฝน โดยฝนตกมากสุดในเดือนกันยายน

๓. ทรัพยากรธรรมชาติในภาคกลาง

๓.๑ ทรัพยากรดิน ภาคกลางตอนบนเป็นดินตะกอนเก่า ไม่เหมาะสมในการเพาะปลูกเนื่องจากเกิดการจับตัวแข็งในช่วงฤดูแล้ง ดินที่เหมาะสมในการเพาะปลูกควร
เป็นดินเหนียวท่า จิน ดินร่วน ก แพงแสน และดินเหนียวด ารุงเทพฯ ซึ่งเป็นดินที่เกิดจากการทับถมของตะกอนที่น้ำพัดพามารวมกันเป็นที่ราบขนาดใหญ่ของภาคกลาง
ส่วนดินบริเวณที่ราบ เนินภูเขาจะ เกิดจากการสลายตัวของหินปูนและหินอัคนี เหมาะแก่การปลูกพืชไร่ เช่น ข้าวโพด ข้าวฟ่าง มะม่วง ขนุน เป็นต้น

๓.๒ ทรัพยากรน้ำ ประกอบด้วยแม่น้ำและลำคลองจำนวนมากจึงเป็นภาคที่อุดมสมบูรณ์ที่สุดของประเทศ ประกอบด้วยแม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำท่าจีน และม
ีการสร้างเขื่อนต่าง ๆ เช่น เขื่อนเจ้าพระยา จังหวัดชัยนาท เขื่อนกระเสียว จังหวัดสุพรรณบุรี เขื่อนป่าสัก จังหวัดลพบุรี

๓.๓ ทรัพยากรป่าไม้ ภาคกลางมีพื้นที่ป่าไม้น้อยมาก ส่วนใหญ่พบในภาคกลางตอนบนเป็นป่าเบญจพรรณและป่าดงดิบในจังหวัดเพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์
และกาญจนบุรี ซึ่งเป็น ที่ตั้งของอุทยานแห่งชาติเป็นพื้นที่ที่มีทรัพยากรป่าไม้มากที่สุด

๔. กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญ

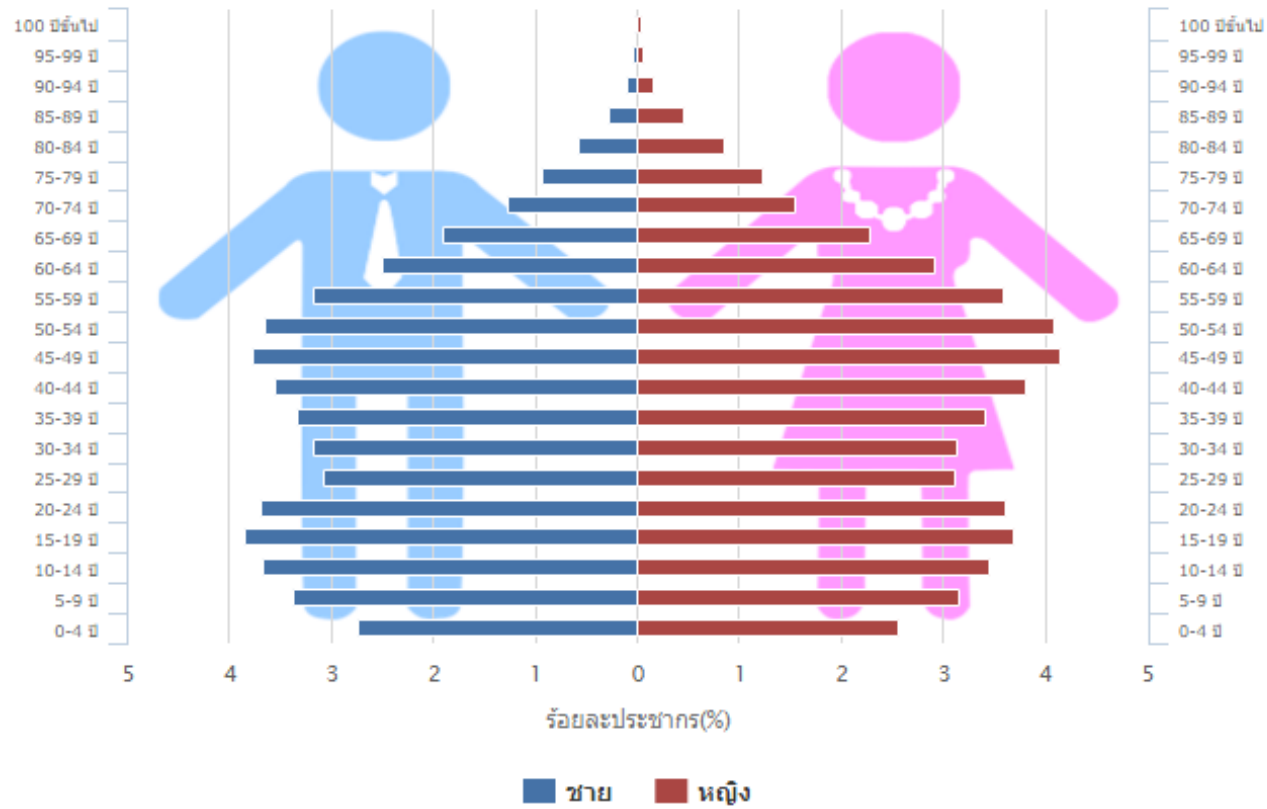
กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ การเพาะปลูก ประชากรมีการปลูกข้าวเป็นอาชีพหลัก เพราะอยู่ในบริเวณที่อุดมสมบูรณ์และเป็น ที่ราบลุ่มแม่น้ำ ส่วนการปลูก
พืชไร่จะปลูกบริเวณจังหวัด สุพรรณบุรี นครปฐม ในด้านการเลี้ยงสัตว์ จะมีการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร เช่น สุกร เป็ด ไก่ และการประมง มีการทำประมงน้ำจืด ประมง
น้ำเค็มและน้ำกร่อยในบริเวณจังหวัดที่อยู่ติดชายฝั่งทะเล นอกจากนี้ยังมีอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมอาหารกระป๋อง อาหารทะเล น้ำตาล กระดาษ

๕. ข้อมูลประชากร และหลังคาเรือน

ตารางที่ ๑ จำนวนประชากร จำนวนหลังคาเรือนและความหนาแน่นประชากร จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	พื้นที่ (ตร.กม.)	หลังคาเรือน (หลัง)	ประชากร จากฐานข้อมูล ทะเบียนราษฎร (๓๑ ธ.ค. ๕๙)			ความหนาแน่น (ปชก./ตร.กม.)
			ชาย	หญิง	รวม (คน)	
ราชบุรี	๕,๑๙๖.๔๖๒	๒๘๕,๓๘๗	๔๒๔,๒๘๐	๔๔๕,๕๔๓	๘๖๙,๘๒๓	๑๕๙.๙๕
กาญจนบุรี	๑๙,๔๘๓.๔๔๘	๓๑๐,๒๕๔	๔๔๕,๑๑๓	๔๓๙,๙๙๙	๘๘๕,๑๑๒	๔๑.๓๗
สุพรรณบุรี	๕,๓๕๘.๐๑๐	๒๗๒,๖๕๓	๔๑๐,๖๑๗	๔๓๗,๙๕๐	๘๔๘,๕๖๗	๑๕๗.๖๖
นครปฐม	๒,๑๖๘.๓๒๗	๑๗๐,๙๙๒	๔๓๔,๑๐๕	๔๗๐,๙๐๓	๙๐๕,๐๐๘	๓๗๔.๗๙
สมุทรสาคร	๘๗๒.๓๔๗	๒๓๕,๕๔๗	๒๖๘,๘๓๒	๒๘๗,๘๘๗	๕๕๖,๗๑๙	๙๖๓.๐๘
สมุทรสงคราม	๔๑๖.๗๐๗	๕๒,๑๕๗	๙๓,๑๗๙	๑๐๐,๘๙๐	๑๙๔,๐๖๙	๔๗๑.๑๖
เพชรบุรี	๖,๒๒๕.๑๓๘	๑๗๓,๔๔๘	๒๓๒,๘๒๑	๒๔๗,๘๓๑	๔๘๐,๖๕๒	๗๒.๕๐
ประจวบคีรีขันธ์	๖,๓๖๗.๖๒๐	๒๑๗,๓๐๙	๒๖๗,๑๔๙	๒๗๒,๓๘๕	๕๓๙,๕๓๔	๘๒.๐๗
รวมเขต ๕	๔๖,๐๘๘.๐๕๙	๑,๗๑๗,๗๔๗	๒,๕๗๖,๐๙๖	๒,๗๐๓,๓๘๘	๕,๒๗๙,๔๘๔	๑๑๓.๙๔

แผนภาพที่ ๑ แสดง ปิระมิดประชากร เขตสุขภาพที่ ๕ แยกรายช่วงอายุ



ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ (HDC)

ตารางที่ ๒ จำนวนประชากรของ ๘ จังหวัดแยกชาย-หญิงตั้งแต่ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙

จังหวัด	ประชากร ณ 1 มค. 2557			ประชากร ณ 1 มค. 2558			ประชากร ณ 1 มค. 2559		
	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม
ราชบุรี	414,517	435,686	850,203	415,742	437,555	853,297	423,421	444,740	868,161
กาญจนบุรี	422,468	420,618	843,086	425,602	423,193	848,795	444,037	438,611	882,648
สุพรรณบุรี	410,700	437,301	848,001	410,980	437,929	848,909	411,206	438,344	849,550
นครปฐม	424,130	458,599	882,729	428,241	463,317	891,558	432,023	467,513	899,536
สมุทรสาคร	251,425	268,921	520,346	257,342	275,544	532,886	263,958	282,628	546,586
สมุทรสงคราม	93,254	100,821	194,075	93,271	100,841	194,112	93,370	100,962	194,332
เพชรบุรี	228,180	243,101	471,281	229,660	244,743	474,403	231,838	246,919	478,757
ประจวบคีรีขันธ์	258,940	261,775	520,715	260,621	264,779	525,400	265,027	270,006	535,033
รวม	2,503,614	2,626,822	5,130,436	2,521,459	2,647,901	5,169,360	2,564,880	2,689,723	5,254,603

ตารางที่ ๓ แสดงอัตราเกิดของประชากรในเขตสุขภาพที่ ๕ จำแนกรายจังหวัดปี ๒๕๕๖-๒๕๕๙

จังหวัด	อัตราเกิด (ต่อ 1,000 ประชากร)			
	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙
ราชบุรี	๑๒.๓๖	๑๒.๖๓	๑๑.๗๐	๙.๑๗
กาญจนบุรี	๑๑.๒๗	๑๑.๑๙	๑๐.๑๙	๑๐.๘๑
สุพรรณบุรี	๑๐.๕๙	๑๐.๕๙	๙.๗๘	๙.๒๗
นครปฐม	๑๐.๘	๑๐.๔๙	๙.๙๔	๕.๘๔
สมุทรสาคร	๒๖.๒๓	๒๖.๔๗	๒๕.๖๙	๒๐.๙๑
สมุทรสงคราม	๗.๕๕	๗.๖๔	๗.๐๓	๕.๖๒
เพชรบุรี	๙.๘๖	๙.๙๖	๙.๓๗	๙.๐๒
ประจวบคีรีขันธ์	๑๓.๐๙	๑๓.๓๔	๑๒.๖	๑๐.๗๖
เขต ๕	๑๒.๗๒	๑๒.๗๙	๑๒.๐๔	๑๐.๐๙

ตารางที่ ๔ แสดงอัตราตายของประชากรในเขตสุขภาพที่ ๕ จำแนกรายจังหวัดปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙

จังหวัด	อัตราตาย (ต่อ๑๐๐๐ ประชากร)		
	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙
ราชบุรี	๗.๖๑	๘.๐๖	๘.๓๔
กาญจนบุรี	๖.๙๓	๖.๔๑	๗.๐๓
สุพรรณบุรี	๗.๘๘	๘.๐๓	๘.๓๑
นครปฐม	๖.๖๑	๖.๖๔	๖.๙๓
สมุทรสาคร	๗.๒๙	๗.๒๙	๗.๖๘
สมุทรสงคราม	๗.๘๐	๘.๐๐	๘.๐๘
เพชรบุรี	๗.๑๙	๗.๒๗	๗.๖๓
ประจวบคีรีขันธ์	๖.๔๖	๖.๕๗	๖.๘๙
เขต ๕	๗.๑๙	๗.๒๔	๗.๕๙

ข้อมูลจาก ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

ตารางที่ ๕ จำนวนการตายจำแนกตามสาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก ปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

ลำดับ	ชื่อโรค	๒๕๕๗ (คน)	๒๕๕๘ (คน)	๒๕๕๙ (คน)
๑	วัยชรา	๔,๐๕๖	๒,๙๗๘	๓,๖๑๓
๒	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๒,๐๙๓	๒,๔๘๐	๒,๗๑๔
๓	สาเหตุการตายอื่นที่ไม่ชัดเจนและไม่ระบุรายละเอียด	๑,๕๕๖	๘๔๔	๙๑๖
๔	หัวใจล้มเหลว	๑,๐๓๖	๖๕๕	๘๐๖
๕	ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	๔๘๖	๔๖๙	๖๔๕
๖	การติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ระบุชนิด	๓๕๘	๒๔๑	๓๗๙
๗	เหตุการณ์ที่ไม่ระบุรายละเอียด ไม่ทราบเจตนา สถานที่ไม่ ระบุรายละเอียด	๒๙๑	๓๘๑	๓๕๕
๘	หัวใจหยุดเต้น ไม่ระบุรายละเอียด	๓๔๑	๑๐๙	๓๓๕
๙	ความผิดปกติอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียดของระบบ ไหลเวียนโลหิต	***	๒๙๓	๓๓๔
๑๐	หัวใจหยุดเต้น	***	๑๙๙	๓๒๑

*** ไม่มีการรายงานใน ๑๐ อันดับโรค
(ข้อมูลจาก HDC)

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence หรือ PP Excellence)

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

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

๒. พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อให้เกิดสภาวะ

๓. เป้าประสงค์ (Goals)

๑. ทุกครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการมีสภาวะผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. ประชาชนปราศจากโรคและภัยสุขภาพด้วยการจัดบริการในทุกระดับซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
๓. ประชาชนได้รับการปกป้องสุขภาพด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้วยมาตรการเชิงนโยบาย กฎหมาย สังคมและสวัสดิการ อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. สภาพแวดล้อมทุกแห่งได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

๔. วัตถุประสงค์ (Objectives)

๑. จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยโดยเน้นความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนเพื่อให้มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ
๒. เพิ่มความเข้มแข็งของการจัดบริการป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
๓. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการ ทางกฎหมาย ทางสังคมและสวัสดิการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
๔. มีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมทุกแห่งเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ (Strategic Directions)

๑. ยึดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน)
๒. มุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand ๔.๐
๓. มุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)
๔. ยึดหลักการและแนวทางที่กำหนดใน “กฎบัตรออตตาวา” ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) รวมทั้งกฎบัตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ตามแนวทาง PIRAB (Partnership-Invest-Regulate-Advocate-Build capacity)
๕. มุ่งสู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของคนในชาติ (health literacy)
๖. ส่งเสริมการนำสุขภาพเข้าเป็นองค์ประกอบในทุกนโยบาย (health in all policies)
๗. มุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม (equity)
๘. ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (human rights) ในการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
๙. เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และชุมชน (empowerment and participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ และเศรษฐกิจในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๑๐. สร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่าง ๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ
๑๑. พัฒนาคุณภาพบริการทุกด้านอย่างต่อเนื่อง (quality)
๑๒. สร้างความครอบคลุมทั้งด้านบริการและครอบคลุมประชาชนทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (availability & accessibility)
๑๓. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการขับเคลื่อนงาน
๑๔. มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยี และสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสาธารณะประเภทต่าง ๆ ในการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน
๑๕. นำการตลาดเชิงสังคม (social marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

เขตสุขภาพที่ ๕ มีแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศซึ่งได้มีการจัดทำทั้งหมดจำนวน ๔ แผน (แผน ๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการอยู่ในทุกแผน) ทั้งนี้ได้มีการจัดทำโดยคำนึงถึง ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ

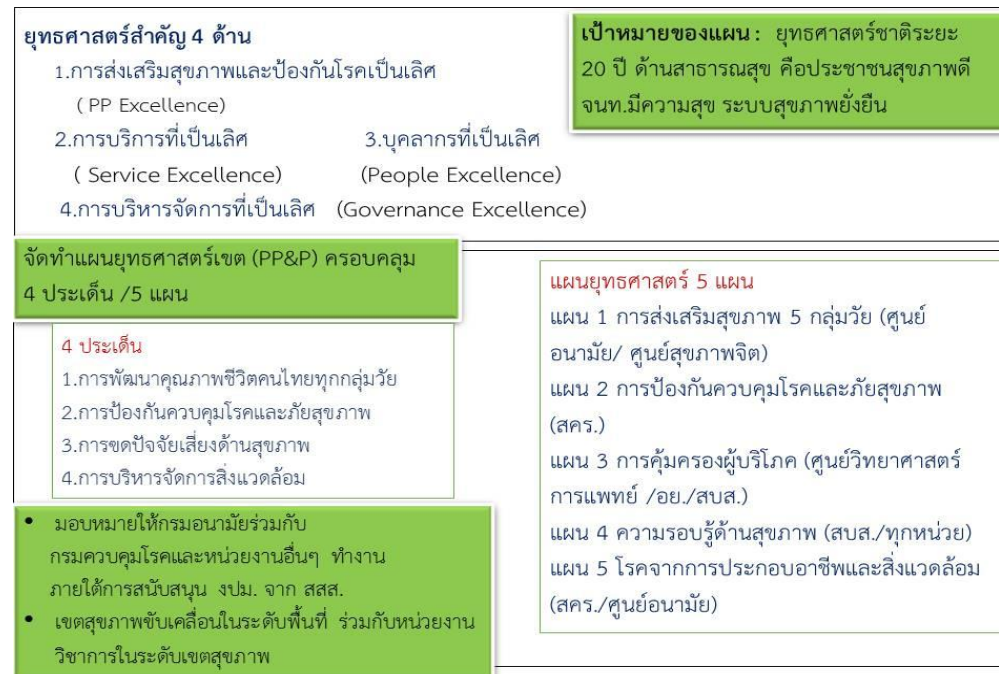
๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๓. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ดังแสดงได้ดังภาพ



ภาพที่ ๒ แสดงแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่ ๕

การดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๕

จากแนวทางดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เขตสุขภาพที่ ๕ ได้มีการประชุมจัดทำแผน จำนวน ๓ ครั้ง ดังแสดงรายละเอียดการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตามตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ แสดงรายละเอียดการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๕

การประชุม	ผู้เข้าร่วมประชุม	การดำเนินการ
๑. การประชุมครั้งที่ ๑ ประชุมเตรียมการ ๑ วัน (๔ พ.ค.๒๕๖๐ ที่ศูนย์อนามัยที่ ๕)	๖๓ คน	ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบแนวทางการจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ งาน PP รวมทั้งมีการกำหนดแนวทาง/กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้แผน PP
๒.การประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ครั้งที่ ๒ (๑๘-๑๙ พ.ค.๒๕๖๐ ที่ โรงแรมโกลเด้นท์ซิตี จ.ราชบุรี)	๑๕๐ คน	วันที่ ๑๘ พ.ค. ๒๕๖๐ รับทราบแนวทางและจัดกลุ่มย่อยจัดทำ ๕ แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วันที่ ๑๙ พ.ค. ๒๕๖๐ วิพากษ์ร่างแผนรอบที่ ๑ (ช่วงเช้า) และปรับแผนในช่วงบ่าย
๓.การประชุมนำเสนอแผน PP เขต ๕ ต่อผู้ตรวจราชการ (๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๐)	๗๗ คน	นำเสนอแผนต่อผู้ตรวจราชการและนำแผนที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการแล้วมาปรับแก้อีกครั้งเพื่อเตรียมเสนอต่อกรมอนามัยรวบรวมเป็นภาพของประเทศเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

ส่วนที่ ๒ สถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพใน ๒๐ ปีข้างหน้า แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙ เขตสุขภาพที่ ๕

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของประชากร เขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มวัยของประชากร	การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของประชากร
๑.กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	เด็กเกิดใหม่แต่ละปีมีแนวโน้มลดน้อยลงเท่ากับ ๒.๔ ,๒.๓ , ๒.๐ แสนคน ไม่ควรคำนึงเรื่องปริมาณแต่ควรมุ่งเน้นคุณภาพของเด็กเกิดใหม่
๒. กลุ่มวัยเรียน	ประชากรวัยศึกษาเล่าเรียนมีแนวโน้มลดลงเท่ากับ ๕.๖๒ ,๕.๕๕ , ๕.๕๐ แสนคน รัฐสามารถเน้นคุณภาพการศึกษาได้ดีขึ้น
๓. กลุ่มวัยทำงาน (รวมกลุ่มประชากรของวัยรุ่นด้วย คือ ๑๕-๕๙ ปี)	จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากเท่ากับ ๒.๘๓,๒.๘๔,๒.๘๔ ล้านคน แต่ความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจมี แนวโน้มสูงขึ้น การนำเข้าแรงงานจากต่างประเทศเป็นสิ่งจำเป็น
๔. กลุ่มวัยสูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ ๖.๙ ,๗.๒ ,๗.๖ แสนคน มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการหรือสุขภาพอนามัย ต้องพัฒนาให้ทัน กับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากร

๒.แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙

๑. แผนงานที่ ๑ พัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรทุกกลุ่มวัย

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๑.กลุ่มเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี ๑.๑ พัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ ๒๗.๒ ๑.๒ อัตราเด็ก Preterm ปี ๕๗-๕๙ ร้อยละ ๔.๖๒ , ๔.๘๗ , ๔.๖๑	๑. รับเร่งสร้างพลเมืองไทยรุ่นใหม่ให้มีคุณภาพโดยมุ่งเน้นเรื่อง - พัฒนาเด็ก ๐-๕ ปีเต็มศักยภาพให้มีความพร้อม ก่อนก่อนเข้าสู่ระบบการศึกษา - มีระบบงานแม่และเด็กที่สามารถรับเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ๒. ลดอัตรา Premature Birth	๑. เด็กต้องได้โอกาสการเกิด อย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพดี มีความพร้อมด้านพัฒนาการสมวัยทุกด้านจริงๆ ๒. เด็กได้รับการพัฒนาทักษะ การเรียนรู้ด้านวิชาการ วิชาชีพ และทักษะชีวิต มีภูมิคุ้มกัน ๓. เด็กมี productivities สูงขึ้น สามารถเพิ่มผลผลิตของตนเองได้ดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าพ่อแม่	๑. เด็กมีความพร้อมเข้าสู่วัยเรียนที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม อย่างน้อยร้อยละ ๒๕ (เทียบจากผลการประเมินตามยุทธศาสตร์ของแผนเด็กวัยเรียน) ๒. อัตราการเกิด preterm ลดลงจากฐานข้อมูลเดิมร้อยละ ๑๐ ในทุก ๕ ปี
๒.เด็กวัยเรียน ๕-๑๔ ปี ๒.๑ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗- ๒๕๕๙ มีเด็กภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ ๙.๓๕, ๑๐.๑๐ , ๑๖.๘๘ อ้วนเกินพิกัดเสี่ยงที่จะเกิดโรครุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ พฤติกรรมขาดและเกินในการบริโภคอาหารส่งผล ผอม – อ้วน – เตี้ย ๖๓ % ของเด็กไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ม.มหิดล,๒๕๕๘)	๑. เตรียมการรับมือกับปัญหา Child obesity เป็นลำดับแรก ๒. สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงวัย เก่งเกินวัย ด้วยการดูแลการบริโภคอาหาร ๓. จำเป็นเร่งด่วนในการหารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและเพียงพอให้กับเด็ก (Active School) ๔. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	๑. มีระบบกลไกเพื่อให้เด็กไทย มีภาวะโภชนาการที่ดี โดยพุ่งเป้าไปที่ ผู้ใหญ่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู ชุมชน ๒. มีโรงเรียนต้นแบบที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กอย่างสมวัยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและคุณครูเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมและจัดกิจกรรมนันทนาการ ๓. เกิดเครือข่ายเด็ก และครอบครัวร่วมกิจกรรม	๑. อัตราเด็ก child obesity ไม่เพิ่มขึ้น – ลดลงจากฐานเดิมร้อยละ ๑๐ ในทุก ๕ ปี ๒.ร้อยละ ๘๐ ของเครือข่ายมีการดำเนินงาน ที่สนับสนุนประเด็น ✓ การบริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ ✓ การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ✓ การป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครกในวัยรุ่น

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๓.กลุ่มวัยรุ่น ๑๕-๒๑ ปี ๓.๑ การคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี อัตรา ๕๖.๘๒, ๔๙.๓๒, ๔๖.๐๒ ๓.๒ หญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีคลอดบุตรร้อยละ ๑๙.๘๓ , ๑๙.๐๖ , ๑๘.๑๔ ๓.๓ หญิงอายุ ๑๐- ๑๔ ปี คลอดบุตรร้อยละ ๒.๒๐ , ๒.๐๘ , ๒.๐๐ ๓.๔ ผลจากความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและสื่อมัลติมีเดียส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นไทยใช้เวลาโดยเฉลี่ยวันละ ๑๓ ชั่วโมง ๕๔ นาทีไปกับพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior, ม.มหิดล, ๒๕๕๘) ส่งผลต่อการเสริมสร้างพัฒนาการด้านร่างกาย น้ำหนักตัวเกิน โรคอ้วน สมาธิสั้น เป็นผู้ใหญ่ที่เฉื่อย ขาดความกระตือรือร้น	๑. การท้องในวัยรุ่นคือปลายเหตุ ดังนั้นต้องจัดการกับต้นเหตุให้ได้ก่อน (ตัวอย่าง ในสหรัฐอเมริกาสามารถแก้ปัญหา Teenage Pregnancy ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ) ๒. ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กวัยรุ่นตามกระแสนั้น Fit and Firm ๓. ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กวัยรุ่นในการต่อยอดกิจกรรมในช่วง “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” ให้มีความหลากหลายและเหมาะสม กับพัฒนาการตามช่วงวัย	๑. สร้างประสบการณ์ทักษะชีวิตแนวใหม่ของวัยรุ่นให้สามารถคิด ตัดสินใจ รับผิด ชอบดูแลตนเองได้ (Sex Literacy) ส่งผลให้แม่วัยรุ่นลดลง ๒. สร้างความเข้าใจเรื่องมิติสุขภาพในแนวคนรุ่นใหม่ ๓. ปรับวิธีคิดและรูปแบบการให้บริการของวัยรุ่น รพ./รร./อปท. เพื่อรองรับ Lifestyle ของวัยรุ่น ๔. พัฒนานวัตกรรมเชิงกระบวนการเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ได้แก่ การสร้างความเข้าใจกับทุกฝ่าย เพื่อจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนและพัฒนาสิ่งแวดล้อม (Health Space) ตามบริบทของโรงเรียน	๑. เด็กวัยรุ่นไทยมี sex literacy สามารถคิดตัดสินใจ รับผิดชอบ ดูแลตนเองได้ ๒. สังคมไทยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองเรื่องทางเพศและปฏิบัติสุขภาพของคนรุ่นใหม่ ๓. กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข่าวสาร เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนทัศนคติอย่างน้อยร้อยละ ๖๕

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๔. กลุ่มวัยทำงาน ๑๕-๕๙ ปี ๔.๑ มี BMI ปกติร้อยละ ๕๒ ๔.๒ ความชุกภาวะอ้วนร้อยละ ๓๓.๔๑ ๔.๓ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๑.๖ ๔.๕ ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ ๖๕.๔๑ ๔.๖ มีความเสี่ยงสะสมจากวัยก่อนหน้าและความเสี่ยง ในวัยของตนเอง ๔.๗ เผชิญกับ Sedentary Life Style ของคนเมืองที่แออัด ไม่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ	๑. ลดอัตราการตายก่อนวัย ๖๕ ปี จาก NCD ๒. เตรียมการรองรับความเสี่ยงจาก NCD	๑. เตรียมวัยทำงานโดยใช้หลักคิด “เส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life Course Approach to Health) ให้ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการเตรียมความพร้อมก่อนสูงอายุ แล้ว Identify ความเสี่ยงในอนาคตได้ ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ๒. เตรียมการในการเพิ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ให้มีความรู้ด้าน Social and Behavioral science ช่วยให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๑. Premature death จาก NCD ลดลงร้อยละ ๕๐ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า
๕. กลุ่มวัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๕.๑ สัดส่วนผู้สูงอายุเขต ๕ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๑๖ , ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๘.๙๔ ๕.๒ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และอยู่นานขึ้น จากการคาดการณ์ประชากรในปี ๒๕๖๗ – ๒๕๗๗ ผู้สูงอายุ ๙๐ ปีขึ้นไปจะมีประมาณร้อยละ ๔ และจะมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมประมาณร้อยละ ๓๐ ของประชากรสูงอายุ (มหิตล ,๒๕๕๙)	๑. กำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการหรือเรื่องสุขอนามัย จะต้องพัฒนาให้ทันกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องใช้ศาสตร์หลายด้าน ทั้งด้านการแพทย์ สังคม และอื่น ๆ	๑. ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (Self – management) ถ้าไม่สามารถทำได้ ควรเป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชน	๑. สัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและบริการของสังคมอื่นๆลดลง

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๕. กลุ่มวัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ต่อ)	๒. ระบบสุขภาพยังไม่พร้อมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ ต้องมีระบบที่สามารถรับมือแต่ละกลุ่มได้อย่างจริงจังและสามารถวางแผนจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมโดยให้ความสำคัญกับทุกกลุ่ม -วัยสูงอายุตอนต้น (๖๐-๗๐ ปี) มี NCD อยู่กับชีวิตประจำวันใช้หลัก Preserve and Protect ด้วยการ Rehabilitation service ที่เข้าถึง -วัยสูงอายุตอนกลาง (๗๑-๘๑ปี) มีปัญหาเชิงระบบต้องการการดูแลใกล้ชิดและเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก -วัยสูงอายุตอนปลาย (๘๑ ปีขึ้นไป) ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จัด LTC เสริมได้แต่ไม่ใช่คำตอบสำเร็จรูป ควรปรับสิ่งแวดล้อมและอำนวยความสะดวกให้เข้าออกนอกบ้านได้ ๓. หน่วยงานภาครัฐพัฒนาระบบ กลไกการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้มีมาตรฐานเมืองและชุมชน ส่วนอปท.และองค์กรพัฒนาเอกชนร่วมสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม		

๒. แผนงานที่ ๒ แผนป้องกันควบคุมโรค

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๑. TB และ NCD มีแนวโน้มสูงขึ้น ๒. RTI อัตราตายเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ ๓. Zika พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ ทารกมีศีรษะเล็ก พบการแพร่กระจาย ๔. DHF อัตราป่วยสะสม ๙.๘๙ : ๑๐๐,๐๐๐ ๕. การบริหารจัดการ EOC และกลไกการตายได้ ภาวะฉุกเฉินยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมโรค	๑. ลดอัตรา Premature Death จาก - CD, TB, DHF - NCD , EOC ๒. NCD ควรบูรณาการกับกลุ่มวัย ที่ผ่าน มาDPAC เป็นเครื่องมือที่ยังไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนั้นควรมีการศึกษาทดลองหารูปแบบ ใหม่ๆและมีการลงทุน ๓. ควรบูรณาการโรคที่ควบคุมแบบ เดียวกันได้แก่ DHF, Zika ฯลฯ ๔. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อควบคุม โรค Tropical disease ที่ Comment ระดับ โลก และต้อง Ending Epidemics ได้แก่ HIV, TB, Malaria ตามที่กำหนดไว้แล้ว นั้น ควรนำสภาพความเป็นจริงหรือความ ยากง่ายของกิจกรรมมากำหนด เช่น TB จะกวาดล้างให้เร็วกว่า ๒๐ ปีได้อย่างไร ๕. จะพัฒนา Health Literacy ให้กับ ประชาชนในด้านการป้องกันโรคอย่างไร	๑. ประชากรสุขภาพดี (ลดโรค ลดเสี่ยง ลดตาย) ๒. มีระบบการควบคุมโรคที่เป็นเลิศ (Center of Excellent in disease control) ๓. มีระบบการป้องกันโรคแบบ ประชาธิปไตย ได้แก่ ➤ การเฝ้าระวังโดยชุมชน ➤ การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ➤ มาตรการทางสังคมที่จะควบคุมโรค ➤ ชุมชนมีโครงการแก้ปัญหาในชุมชน ๔. ประชาชนทุกกลุ่มวัย มี Health literacy ด้านการป้องกันโรค	เมื่อสิ้นสุดปี ๒๕๖๔ ๑. อายุคาดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี ๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๓. แผนงานที่ ๓ คัดกรองผู้บริโภค

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพยังไม่ปลอดภัยหรือไม่ผ่านมาตรฐาน ๒. มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย	๑. Thailand ๔.๐ ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์มากมาย ระบบจะรองรับอย่างไร ๒. ผลิตภัณฑ์ที่มี antibiotic ทำให้เชื้อมีดื้อยา ทำให้คนตายจำนวน ๓๘,๐๐๐ คน จะแก้ปัญหาอย่างไร ๓. ผลิตภัณฑ์ที่มี Toxicity จากสารเคมีที่มีผู้นำเข้าจะแก้ไขอย่างไร ๔. เครือข่ายผู้บริโภคที่จะเป็นพลังคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่บรรลุผล ต้องคิดประเด็นใหม่	๑. เตรียมการรับมือเรื่อง Future Product ๒. เตรียมการเฝ้าระวัง New Product ๓. พัฒนาระบบ/ลงทุนด้านเครื่องมือตรวจสอบสารเคมีที่เกษตรกรใช้ ๔. พัฒนา/ผลักดันให้เกิดระบบ Health claim (บริษัทจ่ายให้กับผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบ)	๑. ลดอัตราผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและไม่ได้มาตรฐาน

๔. แผนงานที่ ๔ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของปัญหา	ความท้าทาย	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	เป้าและตัวชี้วัด
๑. มีขยะตกค้างจำนวนมาก ส่วนการจัดการขยะติดเชื้อและมูลฝอยอันตรายสามารถจัดการได้เฉพาะหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ๒. ในส่วนของการคุ้มครองประชาชน อปท.ออกกฎหมายมากที่สุดแต่ประสิทธิภาพการบังคับใช้น้อยทำให้เกิดการร้องเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก	๑. ลดอัตราการเกิด Premature Death ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการประกอบอาชีพ ๒. บทเรียนจากเหตุการณ์สำคัญด้านสวส. ที่เกิดขึ้น เช่น เหมืองทองที่พิจิตร , ห้วยคลิตี้ , eastern seaboard จำเป็น ต้องมีหลักฐานทางวิชาการทุกครั้ง ๓. เตรียมการลงทุนและมีเครื่องมือการตรวจหรือ Lab ที่มีประสิทธิภาพทันต่อการพัฒนาอุตสาหกรรม ที่จะเพิ่มมากขึ้น ๔. ผลักดันให้เกิดนโยบาย/มาตรการ ให้ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดใหญ่ ต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของอาหารโดยตรง (จป.วิชาชีพ ในสถานประกอบการอาหาร) ๕. เตรียมกลไกเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง จากอาหารสดในท้องตลาด เป็น frozen food ซึ่งมีความนิยมเพิ่มมากขึ้น ตาม life style ที่เปลี่ยนแปลงไป	๑. ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เน้นหนัก ๒ เรื่อง ได้แก่ ➤ สิ่งแวดล้อมที่ปราศจากการปนเปื้อน ➤ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น Green Area , Public space	๑. อัตราการป่วยและการตายจากสิ่งแวดล้อมและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพลดลง

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ Sustainable Development Goals (SDGs)

ทิศทางของกระแสสุขภาพโลก ใน 20 ปี ข้างหน้า

SDG ด้านสุขภาพ: Goal 3: Ensure healthy lives

TARGETS

- 3.1 By 2030, reduce the global **maternal mortality** ratio to less than 70 per 100,000 live births
- 3.2 By 2030, end preventable **deaths of newborns and children**, reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births
- 3.3 By 2030, end the epidemics of **AIDS, tuberculosis, malaria and other communicable diseases**
- 3.4 By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and promote **mental health** and well-being
- 3.5 Strengthen the prevention and treatment of **substance abuse**
- 3.6 By 2020, halve the number of global **deaths and injuries** from road traffic accidents
- 3.7 By 2030, ensure universal access to **sexual and reproductive health** services, including information and education, and the integration of reproductive health into national development programmes
- 3.8 Achieve **universal health coverage**, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
- 3.9 By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from **hazardous chemicals and air, water and soil pollution** and contamination
- 3.a Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on **Tobacco Control** in all countries, as appropriate
- 3.b Support the research and **development of vaccines and medicines** for the communicable and non-communicable diseases that primarily affect developing countries, provide access to affordable essential medicines and vaccines, in accordance with the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, which affirms the right of developing countries to use to the full the provisions in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights regarding flexibilities to protect public health, and provide access to medicines for all
- 3.c Substantially increase **health financing** and the recruitment, development, training and retention of the **health workforce** in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States
- 3.d Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for **early warning, risk reduction and management of national and global health risks**



ทุกประเทศยอมรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ หรือ

Sustainable development goals (SDGs)

ค.ศ.2016-2030 (15 ปี)

- เป้าหมายทางสุขภาพใน SDGs

คือเป้าหมายที่ 3 (13 รายการ)

๒. แผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

แผน 20 ปี กสธ.

Promotion & Prevention Excellence Strategies

1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

- โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย
 - กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
 - กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
 - กลุ่มวัยทำงาน
 - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

2. ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

- ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- ควบคุมโรคติดต่อ
- ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ



4. บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

- บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
- คุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

- ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร
- ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ