

สรุปลงการสำคัญ

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ

พ.ศ.2560-2579

เขตสุขภาพที่11

พ.ศ. 2560

บทที่ 1

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่11

1. บทนำ

เขตสุขภาพที่11 มีพื้นที่ 41,565.306 ตร.กม. ครอบคลุม 7 จังหวัด คือ จังหวัด กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี และ นครศรีธรรมราช แบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 74 อำเภอ 514 ตำบล 3 เทศบาลนคร 112 เทศบาลเมือง 418 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวน 1,832,270 หลังคาเรือน และมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,408,074 คน (แหล่งที่มา : <http://hdcservice.moph.go.th>)

มีหญิงวัยเจริญพันธุ์ 542,499 คน จำนวนการเกิดมีชีพ ต่อ ปี 42,588 คน มี เด็กต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 345,053 คน คิดเป็นร้อยละ 10.10 ของประชากรทั้งหมด เป็นเด็ก 0-1 ปี จำนวน 138,022 คน เด็ก 1-4 ปี จำนวน 276,044 คน มี อสม.จำนวน 70,706 คน

จากการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมในช่วงสหัสวรรษใหม่ ส่งผลถึงให้ปัญหาสุขภาพหรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนไทยในปัจจุบัน เปลี่ยนจากโรคติดต่อไปสู่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เพิ่มขึ้นจากปี 2548 จำนวน 2.5 เท่า มีสัดส่วนร้อยละ 70 ของโรคทั้งหมด โดยมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กว่า 10 และ 3 ล้าน ล้านคน ตามลำดับ โดยพบว่าอัตราป่วยโรคหัวใจ และ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่เทคโนโลยีการแพทย์มีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลถึงประสิทธิภาพการรักษาเยียวยา ทำให้คนมีอายุยืนขึ้น เกิดเป็นสังคมผู้สูงอายุเพิ่ม สัดส่วนเป็นร้อยละ 16 ในปี 2558 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมากขึ้น

สำหรับเขตสุขภาพที่11 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับภาพรวมประเทศ อีกทั้งพบว่าปัญหาอุปสรรคเชิงระบบในภาพรวมของการพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่

1. ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนกับมิติทางสังคม และเศรษฐกิจ
2. ระบบสุขภาพและการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐขาดความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น อปท.
3. การยึดติดผลงานของหน่วยบริการสาธารณสุข
4. การขาดพลังในการพัฒนา ต่างคนต่างทำงาน
5. การไม่มีระบบสนับสนุนข้อมูลที่ดีซึ่งกันและกัน

จากปัญหาข้างต้น ส่งผลกระทบให้เกิดสภาพปัญหาในปัจจุบัน คือ กลุ่มเสี่ยงล้นเมือง ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้พิการขาดการดูแล โรงพยาบาลรัฐขาดสภาพคล่อง ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนเติบโตขึ้นตามลำดับ หากแต่ยังพบว่าประชาชนยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่เป็นเลิศ อีกทั้งมีความไม่ชัดเจนและ ข้ำซ้อนของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อันเป็นหัวใจของระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค และพบว่าสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ การเข้าถึงสิทธิด้านบริการปฐมภูมิ ของประชาชนเป็นปัญหาเร่งด่วนด้านสาธารณสุขที่ต้องเร่งรัดพัฒนาในเขตสุขภาพที่11 ที่ต้องทบทวนในด้านแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน สู่ ชุมชนเข้มแข็ง การส่งมอบข้อมูล การค้นหาต้นแบบหรือผู้นำด้านสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การค้นหาความสำเร็จในการพัฒนา และ การขยายผลความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นโดยภาพรวมปัญหาที่เกิดขึ้นตามกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค ของเขตสุขภาพที่11 สรุปได้ 5 ประเด็นดังนี้

1. ประชาชน มีการจัดการสุขตนเองในระดับน้อยขาดการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ
2. ครอบครัวขาดความรู้ในการจัดการสุขภาพและระบบการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพ
3. ชุมชนมีความเข้มแข็งมี อสม.ชนบท แต่เขตเมืองอ่อนแอขาดรูปแบบการเข้าถึง
4. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ขาดมาตรฐานและสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ แต่สนับสนุนด้านทรัพยากรให้ชุมชนเกิดการขับเคลื่อนสุขภาพมากขึ้น และหลายหน่วยยังมีส่วนร่วมอย่างจำกัด ขาดการบูรณาการทิศทางและเป้าหมายในภาพประเทศ และขาดผู้กำกับตรวจสอบมาตรฐานด้านสุขภาพ
5. ส่วนราชการสาธารณสุข ทำผิดพลาดตามที่สังคมคาดหวัง โดยไปทำหน้าที่แทนหน่วยของ**องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ทั้งที่ทรัพยากรที่รัฐสนับสนุนอย่างจำกัด จึงขาดความครอบคลุมทั้งคุณภาพและปริมาณ โดยเฉพาะการบำบัดบเทาสนับสนุนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพประชาชน และขาดกฎหมายข้อบังคับและกลวิธีที่มีผลบรรลุจริงจัง

2. สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่11

2.1 สถานการณ์สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

2.1.1 กลุ่มสตรีมีครรภ์

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : อัตราการตายของมารดา ยังมีแนวโน้มสูงต่อเนื่อง (MMR > 15 ต่อ แสน เกิดมีชีพ และ ร้อยละ 90 เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ (ระยะเวลาเข้ารับการรักษาของมารดา คลอดนานกว่า 3-4 ชั่วโมง)

2.1.2 กลุ่มเด็ก0-5ปี

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : อัตราการฝากครรภ์เร็ว (ANC<12wks) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าร้อยละ 60 อัตราตายปริกำเนิด แนวโน้มไม่ลด แต่ น้อยกว่า 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด และ อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนัก น้อยกว่า 2500กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมากกว่าร้อยละ 7 อัตราการค้นพบภาวะเสี่ยง พัฒนาการล่าช้าจากการคัดกรองยังน้อยกว่าร้อยละ 20 (ภาพรวมประเทศ มากกว่าร้อยละ 30)

2.1.3 กลุ่มเด็กวัยเรียน 6-14 ปี

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : ภาวะอ้วนเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี2559 ร้อยละ 12.6) อัตราฟันแท้ไม่พุดในเด็ก12 ปี ร้อยละ 46.7 มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ต่ำกว่าระดับประเทศ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ 4.16 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 261.17 ต่อแสนประชากร การพัฒนาด้านสติปัญญา ค่าเฉลี่ย IQ เด็กวัยเรียน <100 จุด ด้านอารมณ์และสังคม ค่าเฉลี่ย EQ เด็ก ป.1 45.12 จุด มีภาวะเสี่ยงกลุ่มโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การเรียนรู้ในเด็กวัยเรียน มากกว่าร้อยละ 10 (LD/MR/Autistic/ ADHD) ในขณะที่อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความสามารถการเรียนรู้ของนักเรียน ประถมศึกษาปีที่1 น้อยกว่าร้อยละ 60 และเด็กวัยเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี ร้อยละ 67.82

2.1.4 กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15-19ปี)

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : อัตราการคลอดมารดาอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลง และน้อยกว่าร้อยละ 50 ต่อ พันหญิงอายุ15-19ปี (ปี 2556-2558 อัตรา 55.2 ,52.1 และ 29.1 ตามลำดับ) ในขณะที่อัตราการตายจากcriminal Abortion เขต11 สูงเป็นลำดับ 3 ของประเทศ และอัตราการตั้งครภ์ซ้ำของหญิงอายุ15-19ปี มีแนวโน้มสูง และ มากกว่าร้อยละ 10 (ปี2557 ร้อยละ 20.9 /ปี2558 ร้อยละ19) อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชน

ไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จากการสำรวจปี2554 จังหวัดในเขต11 ดิจ 3 ใน10 จังหวัดที่มีอัตราสูงสุด และอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 15-19 ปี ร้อยละ 9.26 ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 23.7

2.1.5 กลุ่มวัยทำงาน (15-59ปี)

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : อัตราโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรอายุ 35-60 ปี ยังมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยรายใหม่จากหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแนวโน้มสูงขึ้น และ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง น้อยกว่าร้อยละ 60 อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ และ โรคมะเร็ง มีแนวโน้มสูงขึ้น และ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สูงถึง 22.46 ต่อแสนประชากร เป็นลำดับ 5 ของประเทศ และสูงกว่าอัตราเฉลี่ยระดับประเทศ ด้านการเข้าถึงบริการการคัดกรองภาวะเสี่ยงสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดย ได้รับการ คัดกรองเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.92 อัตราการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 66.36 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 72.85 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 26.86 และ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลการคัดกรองสุขภาพประจำปีในกลุ่มวัยทำงาน

2.1.6 กลุ่มผู้สูงอายุ

สภาพปัญหา /ข้อเท็จจริง : อัตราผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี2555 ร้อยละ 5.25 และ 1.83 , ปี2557 ร้อยละ 8.82 และ 1.54 ปี,2558 ร้อยละ7.88 และ 1.73) ผู้สูงอายุสุขภาพดี ไม่เป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 5 อัตราการคัดกรองกลุ่มโรคพบบ่อยและ Geriatric syndrome น้อยกว่าร้อยละ 60 (สมองเสื่อม ร้อยละ 27.13% ,โรคซึมเศร้า ร้อยละ32.79 ,โรคเข่าเสื่อม ร้อยละ 32.71 ,ภาวะหกล้ม ร้อยละ 24.37,การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 26.84 และ การนอนไม่หลับ ร้อยละ 25.71) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ มากกว่าร้อยละ50

สถานการณ์โรคติดต่อสำคัญ

2.1.1 โรคไข้เลือดออก

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของเขตสุขภาพที่11 อัตราป่วย อัตราตาย และอัตราป่วยตาย เท่ากับ 106.27 0.05 และ 0.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549-2559) มีแนวโน้มลดลง พบผู้ป่วยกลุ่มอายุ 10-14 ปี สูงสุด (259.29 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ 5-9 ปี ,15-24 ปี และ 0-4 ปี ตามลำดับ ปี2559 อัตราป่วยลดลงจากปี 2558 ที่มีการระบาดมีอัตราป่วย 146.98 ต่อแสนประชากร อาชีพที่มีป่วยสูงสุดคือนักเรียน รองลงมาคือ รับจ้าง เกษตร และ ในปกครอง ตามลำดับ พบผู้ป่วยในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายนของทุกปี พบสูงสุดในเดือนกรกฎาคมของทุกปี และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี 2559 ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

2.1.2 โรคไข้มาลาเรีย

อัตราป่วย อัตราเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย 10.41 0.02 และ 0.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2548 (171.69 ต่อประชากรแสนคน) และเริ่มลดลงมาตลอด พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ มากที่สุด คือ 15-24 ปี (15.79) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี 10 - 14 ปี และ 35 - 44 ปี ตามลำดับ เป็นกลุ่มอาชีพ เกษตร สูงสุด รองลงมาคือ รับจ้าง และ นักเรียน ตามลำดับ พบการกระจายของโรคได้ตลอดทั้งปี จำนวนเพิ่มมากขึ้นในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม และมักพบสูงสุดในเดือนพฤษภาคม และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียในปี 2559 ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

2.1.3 โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อัตราป่วยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี สูงสุด คือ อัตราป่วย 6,490.17 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ ในปกครอง รองลงมาคือ รับจ้าง และนักเรียน และพบผู้ป่วยกระจายทั้งปี

อาหารเป็นพิษ (Food poisoning) อัตราป่วยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า อัตราป่วยสูงสุดในปี 2549 หลังจากนั้นลดลงและมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วย 150.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี ,15 - 24 ปี ,10 - 14 ปี และ 25 - 34 ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ รับจ้าง รองลงมาคือ นักเรียน ในปกครอง และเกษตรกร ตามลำดับ และ พบผู้ป่วยกระจายทั้งปี โดยในปี 2559 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

2.1.4 โรคเอดส์

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 -2556 พบว่าค่ามัธยฐานของผลเลือดบวกจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มลดลง แต่แนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และมีอัตราการใช้ถุงยางในกลุ่มเยาวชนต่ำ

2.1.5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

อัตราป่วย 18.37 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.81 : 1กลุ่มอายุสูงสุด คือ 15-24 ปี รองลงมา 25-34 ปี และ 35-44 ปีอาชีพที่พบสูงสุดคือ รับจ้าง ร้อยละ 41.85 รองลงมาคือ นักเรียน และเกษตรกรกรรม ตามลำดับ

2.1.6 โรควัณโรค

เขตสุขภาพที่11 ยังมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 7,463 ราย แต่จากระบบรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 5,105 ราย อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 78.80

2.1.7 กลุ่มโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน

โรคคางทูม อัตราป่วย 5.73 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต มีแนวโน้มลดลงจาก 40.63 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 5- 9 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ ในปกครอง ร้อยละ 41.77 รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน ร้อยละ และอาชีพรับจ้าง

โรคบาดทะยัก และบาดทะยักในเด็กแรกเกิด อัตราป่วย 0.21 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2548 จาก 0.43 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 45-54 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ รับจ้าง รองลงมาคือ งานบ้าน

โรคหัด (Measles) อัตราป่วย 1.59 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 0 - 4 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ ในปกครอง ร้อยละ 62.32 รองลงมาคือ นักเรียน และเกษตรกร ตามลำดับ พบผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล

โรคหัดเยอรมัน (Rubella) อัตราป่วย 0.32 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต มีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี 2549 จาก 0.6 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 0 - 4 ปี และ 5 - 9 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15-24ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ รับจ้าง รองลงมาคือ นักเรียน

โรคคอตีบ (Diphtheria) อัตราป่วย 0.05 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตทั้ง 2 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 100.0 อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 0.02 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554

โรคสุกใส (Chickenpox) อัตราป่วย 102.87 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 93.11 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2548 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 0 - 4 ปี อัตราป่วย 382.17 ต่อ

ประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปี ตามลำดับ พบอาชีพพนักงานเรียนที่ป่วยสูงสุด รองลงมาคือ ในปกครอง และรับจ้าง ตามลำดับ พบผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล.

2.1.8 โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease)

พบการระบาดในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อัตราป่วย 105.40 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ 0 - 4 ปี รองลงมาคือ 5 - 9 ปี 10 - 14 ปี 15 - 24 ปี และ 25 - 34 ปี ตามลำดับ อาชีพที่มีพบสูงสุดคือ ในปกครอง ร้อยละ 92.02 รองลงมาคือ นักเรียน พบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงกลางปี (มิถุนายน - กันยายน) จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

2.1.9 โรคเลปโตสไปโรซิส

อัตราป่วย อัตราเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย 6.79 0.12 และ 6.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2555 และเริ่มลดลงมาตลอด พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ มากที่สุด คือ 35 - 44 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 55 - 64ปี และ 45 - 54 ปี อาชีพที่มีพบสูงสุดคือ เกษตร รองลงมาคือ รับจ้าง ในปกครอง และนักเรียน ตามลำดับ พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี เพิ่มมากขึ้นช่วงหลังฤดูฝน เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม

2.2 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

จากการนำข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC /RDC ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์จากระบบบริการสุขภาพ มาวิเคราะห์เพื่อ สะท้อนถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มวัย ได้ พบประเด็นตัวบ่งชี้ที่เชื่อมโยงถึง พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มวัยได้ดังนี้

2.2.1 กลุ่มแม่และเด็ก

ความรู้ด้านสุขภาพของแม่และเด็ก ซึ่งสะท้อนมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพได้ พบว่าอัตราฝากครรภ์เร็ว หรือ ANC ก่อน 12 สัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าร้อยละ 60 และ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2500กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมากกว่าร้อยละ 7 และ อัตราการค้นพบภาวะเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าจากการคัดกรองยังน้อยกว่าร้อยละ 20

2.2.2 กลุ่มเด็กวัยเรียน 6-14 ปี

ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ซึ่งสะท้อนมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพได้ พบว่าภาวะอ้วนเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี2559 ร้อยละ 12.6) อัตราฟันแท้ไม่ผุในเด็ก12 ปี ร้อยละ 46.7 มีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความสามารถการเรียนรู้ของนักเรียน ประถมศึกษาปีที่1 น้อยกว่าร้อยละ 60 และเด็กวัยเรียนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 67.82

2.2.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15-19ปี)

ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่น ซึ่งสะท้อนมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพได้ พบว่าอัตราการตายจาก Criminal Abortion เขต11 สูงเป็นลำดับ 3 ของประเทศ (2ใน3 เป็นวัยรุ่นกลุ่มยุติ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ปลอดภัย) และ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุ15-19ปี มีแนวโน้มสูง และ มากกว่าร้อยละ 10

2.2.4 กลุ่มวัยทำงาน (15-59ปี)

ความรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน ซึ่งสะท้อนมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพได้ พบว่าอัตราโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรอายุ 35-60 ปี ยังมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยรายใหม่

จากหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแนวโน้มสูงขึ้น และ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง น้อยกว่าร้อยละ 60 และอัตราภาวะเสี่ยงโรคอ้วน (BMIเกินเกณฑ์) มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นกันโดยพบว่าปี2559 อัตราดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ29.1 สูงกว่าปี2558 อัตราร้อยละ 20.9

2.2.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพได้ พบว่า อัตราผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ ติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.2.6 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภค

พบว่าอัตราข้อร้องเรียนของประชาชนจากผลกระทบที่ได้รับจากการเหตุรำคาญต่อสุขภาพ ที่เกิดจากกิจการที่ของสถานบริการ หรือองค์กร หน่วยงานต่างๆส่งผลต่อสุขภาพ ผ่านศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย ในแต่ละจังหวัด มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระดับภาวะเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

2.4 สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

2.4.1.สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

2.4.1.1สุขาภิบาลอาหาร

ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนทั้งสิ้น 15,521 ร้าน ผ่านการประเมิน CFGT ปี 2558 จำนวน 13,064 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 84.17 และมีร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการเมนูสุขภาพจำนวน 715 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.05

ตลาดสดน้ำซื่อ เขตสุขภาพที่ 11 มี ตลาดประเภทที่ 1 จำนวน 96 แห่ง ผ่านการประเมินตามมาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อ จำนวน 88 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.67

ตลาดนัดน้ำซื่อ เขตสุขภาพที่ 11 มี ตลาดประเภทที่ 2 จำนวน 417 แห่ง ผ่านการประเมินตามมาตรฐานตลาดนัดน้ำซื่อ จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.40

เมืองครุฑภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการองค์กรปลอดภัย 244 หน่วยงาน ผ่านการประเมินระดับทอง 188 แห่ง ร้อยละ 77.05 และชุมชน จำนวน 64 ชุมชน ผ่านการประเมินระดับทอง ร้อยละ 37.5 ซึ่งภาพรวมครอบคลุมองค์กรต่างๆ น้อยกว่าร้อยละ 5 ของจำนวนองค์กรทั้งหมดในเขตสุขภาพที่11

2.4.1.2 สุขาภิบาลน้ำบริโภคในครัวเรือน

คุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนจากการเฝ้าระวังน้ำประปา น้ำบ่อตื้น น้ำบรรจุขวด น้ำฝน และน้ำบาดาลพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคกรมอนามัยเพียงร้อยละ 17.43 โดย พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านมากที่สุดคือ ด้านแบคทีเรียคิดเป็น ร้อยละ 75.23 และพารามิเตอร์ด้านเคมีที่ไม่ผ่านส่วนใหญ่คือค่าความเป็นกรด-ด่าง

2.4.2 สถานการณ์การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล

2.4.2.1 ขยะติดเชื้อ

แหล่งกำเนิดขยะติดเชื้อ ในเขตสุขภาพที่ 11 จาก สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 864 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขเอกชน จำนวน 1,773 แห่ง และ สถานบริการสาธารณสุขสำหรับสัตว์ จำนวนรวมกว่า 2,637 แห่ง ก่อให้เกิดปริมาณขยะติดเชื้อในพื้นที่เฉลี่ย จำนวน 8.4 ตันต่อวัน คิดเป็นปริมาณรวม 3,078 ตันต่อปี โดยขยะที่เกิดขึ้นมีรูปแบบการจัดการ 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขกำจัดเอง ร้อยละ 42.2 และส่งกำจัดโดยบริษัทเอกชน/อปท. ร้อยละ 57.8 และพบว่าขั้นตอนการจัดการขยะติดเชื้อ ได้แก่ การรวบรวมคัดแยก การเก็บขน เคลื่อนย้าย และการกำจัด พบว่าทุกขั้นตอนยังเป็นปัญหาการจัดการในพื้นที่ตามลักษณะสถานบริการสาธารณสุข

เขตบริการสุขภาพที่ 11 มีบริษัทเอกชนดำเนินการให้บริการเก็บขนและกำจัดขยะติดเชื้อ จากโรงพยาบาลในพื้นที่ 3 บริษัท แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีมาตรการหรือการติดตามตรวจสอบและเฝ้าระวังการดำเนินงานของบริษัท และมีจังหวัดภูเก็ต เป็นต้นแบบการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม โดยมีเทศบาลนครภูเก็ตเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน มีเตาเผาขยะติดเชื้อ ขนาด 150 กิโลกรัม/ชั่วโมง

2.4.2.2 การจัดการขยะทั่วไป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการดำเนินการให้บริการเก็บขนขยะมูลฝอยชุมชน มี 305 แห่ง จาก 559 แห่ง (ร้อยละ 54.56) มีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชน ประมาณ 3,833.62 ตัน/วัน ปริมาณที่เก็บขนไปกำจัดยังสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย ร้อยละ 72 (2,772.59 ตัน/วัน) และร้อยละ 18 (690 ตัน/วัน) มีการคัดแยกและถูกนำไปใช้ประโยชน์ และมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยในพื้นที่ จำนวน 147 แห่ง เป็นแบบถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของกรมควบคุมมลพิษจำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.08 ได้แก่ เทศบาลเมืองหลังสวน ชุมพร (Controlled Dump) เทศบาลเมืองดอนสัก สุราษฎร์ธานี (Engineer Landfill) เทศบาลเมืองปากพอง (Engineer Landfill) เทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง นครศรีธรรมราช (Sanitary Landfill และ Incineration) เทศบาลนครภูเก็ต และเทศบาลเมืองตะกั่วป่า(Engineer Landfill) พังงา และยังมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ยังมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของกรมควบคุมมลพิษ คือ การเทกอง (Open Dump) การฝังกลบแบบเทกองที่มีการควบคุม(Controlled Dump) ขนาดใหญ่ การเผากลางแจ้ง (Open Burning) หรือการกำจัดโดยไฟเตาเผาที่ไม่มีระบบกำจัดมลพิษทางอากาศ โดยปริมาณขยะมูลฝอยที่สะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยแบบไม่ถูกต้องมีประมาณรวมกว่า 2 ล้านตัน

2.4.3 การจัดการของเสียอันตรายชุมชน

ปัญหาของเสียอันตรายที่เกิดจากบ้านเรือนหรือสถานประกอบการต่างๆในชุมชน เป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เริ่มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ของเสียอันตรายที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ และเทคโนโลยี การกำจัดของเสียอันตรายอย่างถูกหลักวิชาการ ยังเป็นบริษัทเอกชน ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง การจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีน้อยมากในเขตสุขภาพที่11

2.4.4 การจัดการสิ่งปฏิกูล

พื้นที่เขตสุขภาพที่11 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ต้อง จำนวน 9 แห่ง เป็นระบบหมักตามแนวพระราชดำริจำนวน 6 แห่ง ใช้งานได้ดีเพียงแห่งเดียว คือ ระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลเทศบาลเมืองทุ่งสง อีก 3 แห่งเป็นระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลร่วมกับการบำบัดน้ำเสีย คือ ระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลเมืองภูเก็ต ระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลเมืองกระทุ้งและระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลเมืองป่าตอง

2.4.5 สถานการณ์การบังคับใช้กฎหมายการสาธารณสุข

จากข้อมูลการสำรวจการออกข้อบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า อปท.ร้อยละ 17.14 ไม่มีการออกข้อบังคับใด ๆ ร้อยละ 65.14 มีการออกข้อบังคับท้องถิ่นในการควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รองลงมาคือการออกข้อบังคับท้องถิ่นเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ร้อยละ 58.29

2.4.6 สถานการณ์การจัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. และ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ 77.38

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่เทศบาลในพื้นที่ทั้งหมด 173 แห่ง เข้าร่วมพัฒนาระบบคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม(EHA) 77 แห่งคิดเป็นร้อยละ 44.51 ผ่านมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการจัดการขยะ(EHA 4100) 27 แห่ง เพียงร้อยละ 35.06

บทที่ 4

การวิเคราะห์จุดอ่อน – จุดแข็ง และ โอกาสพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

จากสภาพปัญหาสุขภาพ สถานการณ์บริบททางสังคม และระบบสาธารณสุขปัจจุบันในเขตสุขภาพที่ 11 เทียบเคียงกับเป้าหมายการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคของประเทศ พบจุดแข็ง จุดอ่อน และ โอกาสพัฒนา ดังนี้

1. จุดแข็ง/ ปัจจัยความสำเร็จ

- มีระบบฐานข้อมูล RDC /43แฟ้ม ที่ใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุข
- มีภาคีเครือข่ายที่มีแนวโน้มให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคลังสมองภาคประชาชน
- ความสำเร็จหรือรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่มากมาย ที่เป็นแหล่งเรียนรู้สู่ การขยายผล
- มีระบบการรับรองมาตรฐาน
- มีระบบการสื่อสารสาธารณะและการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ(Production Media & Social Media)
- มีรูปแบบการติดตามนิเทศแนวใหม่ (Appreciation & Empowerment Approach)

2. จุดอ่อน /โอกาสพัฒนา

- การรักษามาตรฐานของสถานบริการที่ขาดความต่อเนื่อง
- ขั้นตอนและกระบวนการรับรองมาตรฐานมีมาก และ ซ้ำซ้อน
- ขาดการจัดการความรู้ (KM)
- การพัฒนา นวัตกรรมด้านส่งเสริม ป้องกัน มีน้อย
- ขาดการขยาย/ต่อยอด นวัตกรรม
- บุคลากรขาดสมรรถนะด้านการทำงานเชิงกลยุทธ์/ความคิดเชิงระบบ
- การวิจัย R2R ยังมีน้อย

บทที่ 5

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่11 (Health Promotion Prevention & Protection Excellence หรือ PP&P Excellence)

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและความสุข ภายในปี 2578”

2. พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อให้เกิดสุขภาพ

3. เป้าประสงค์ (Goals)

1. ประชาชน : มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพตนเอง : Self Care Capability Building by Health Literacy
2. ครอบครัว : มีความเข้มแข็ง มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และสามารถนำความรู้ สู่ คนในครอบครัว ผ่านกลไก Care Giver Registration
3. ชุมชน : มีกลไกการรวมตัว มีภาวะการนำ และมีรูปแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทันสมัย เข้มแข็งและยั่งยืน เป็น Health Volunteer Community 4.0
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : มีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชน ตามมาตรฐาน คุณภาพและความคาดหวังสังคม (Standard Local Health Organization)
5. สถานบริการระดับปฐมภูมิ : มีสมรรถนะสูงด้านการสนับสนุน ส่งเสริม และรับรองมาตรฐานคุณภาพ ท้องถิ่น ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน (Health Advocacy & Audit)

4. วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ตามกลุ่มวัย เน้นความร่วมมือของครอบครัว และชุมชนเพื่อให้มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ
2. เพิ่มความเข้มแข็งของการจัดบริการป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ โดยเน้น การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
3. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย ทางสังคมและสวัสดิการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่ม ปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
4. มีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมทุกแห่งเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

5. หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ ความเป็นเลิศ(Strategic Directions)

- 1.ยึดกรอบยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ.2560-2579
- 2.มุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0
- 3.มุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน(Sustainable Development Goals)
- 4.ยึดหลักการและแนวทางที่กำหนดใน กฎบัตรกรุงเทพ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Bangkok Charter) ตามแนวทาง PIRAB (Partnership- Invest- Regulate- Advocate- Build capacity) และ “กฎบัตร ออตตาวา” (Ottawa Charter) ตามกลไก Advocate- Mediate -Enable
- 5.มุ่งสู่การสร้างความรู้ความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy)
- 6.ส่งเสริมการนำสุขภาพเข้ามาเป็นองค์ประกอบในทุกนโยบาย (Health in all Policies)
- 7.มุ่งความเป็นธรรมในสังคม (Equity)
- 8.ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ในการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
- 9.เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และชุมชน (Empowerment and Participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ และเศรษฐกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม
- 10.สร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (Social Accountability)ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ
- 11.พัฒนาระบบคุณภาพ การประกันและรับรองมาตรฐานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม (PP&P Accreditation)
- 12.สร้างความครอบคลุมทั้งด้านบริการและความครอบคลุมประชาชนทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (Availability & Accessibility)
- 13.ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนงาน (Evidence- Based Practice)ในการขับเคลื่อนงาน
- 14.มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยี และสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริม (Empowerment and Participation) และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสาธารณะประเภทต่างๆ ในการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน
- 15.นำการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6. ยุทธศาสตร์

- (1) การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน
- (2) การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบประชารัฐจาก Best Practices
- (3) การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพด้านส่งเสริมป้องกันด้วยระบบ Smart Health 4.0
- (4) การกำกับและประเมินผล

7. มาตรการ คู่ ความสำเร็จ

- (1) พัฒนาระบบปฐมภูมิประชารัฐ ภายใตักลไก Provincial Health Board และ District Health Board
- (2) พัฒนาระบบจัดการสุขภาพออนไลน์ 4.2 ล้านโรงพยาบาล
- (3) จัดตั้งศูนย์ประสานการขับเคลื่อน และพัฒนาระบบประกันคุณภาพ PP&P Accreditation เขต11
- (4) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ครบวงจรผ่านEmpowerment Approachกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง

8. แผนงาน

8.1 แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

- กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
- กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

8.2 แผนงานการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

- พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- ควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหา
- ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

8.3 แผนงานการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

- ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- คุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ
- พัฒนาระบบการบริหารจัดการการสื่อสารสาธารณะสร้างปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ประชาชน

8.4 แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

- เฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
- ส่งเสริมการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- พัฒนาคูณภาพการจัดการสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ

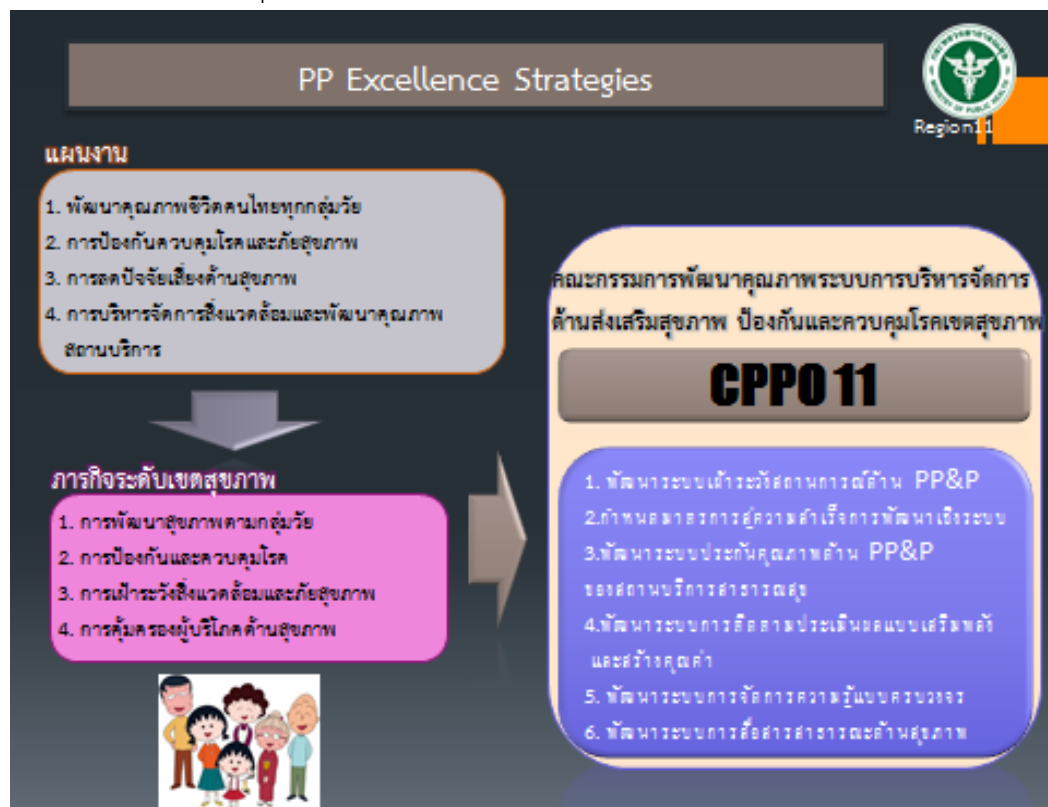
บทที่ 6

กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และประเมินผล

การขับเคลื่อนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่11 ได้กำหนดกลไกต่างๆดังนี้

1. การกำหนดโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระดับเขต

เขตสุขภาพที่11 ได้กำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ PP Excellence ระดับเขต ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค (Chief of Health Promotion Prevention and Protection Officer) ซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายภาคสาธารณสุขทุกฝ่าย ภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและ ภาคประชาชน ร่วมกันเป็นองค์กรกลางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค สู่ความเป็นเลิศของเขตสุขภาพที่11 โดยร่วมกันกำหนดกลไกการดำเนินงานและ แผนขั้นตอนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ระดับเขต



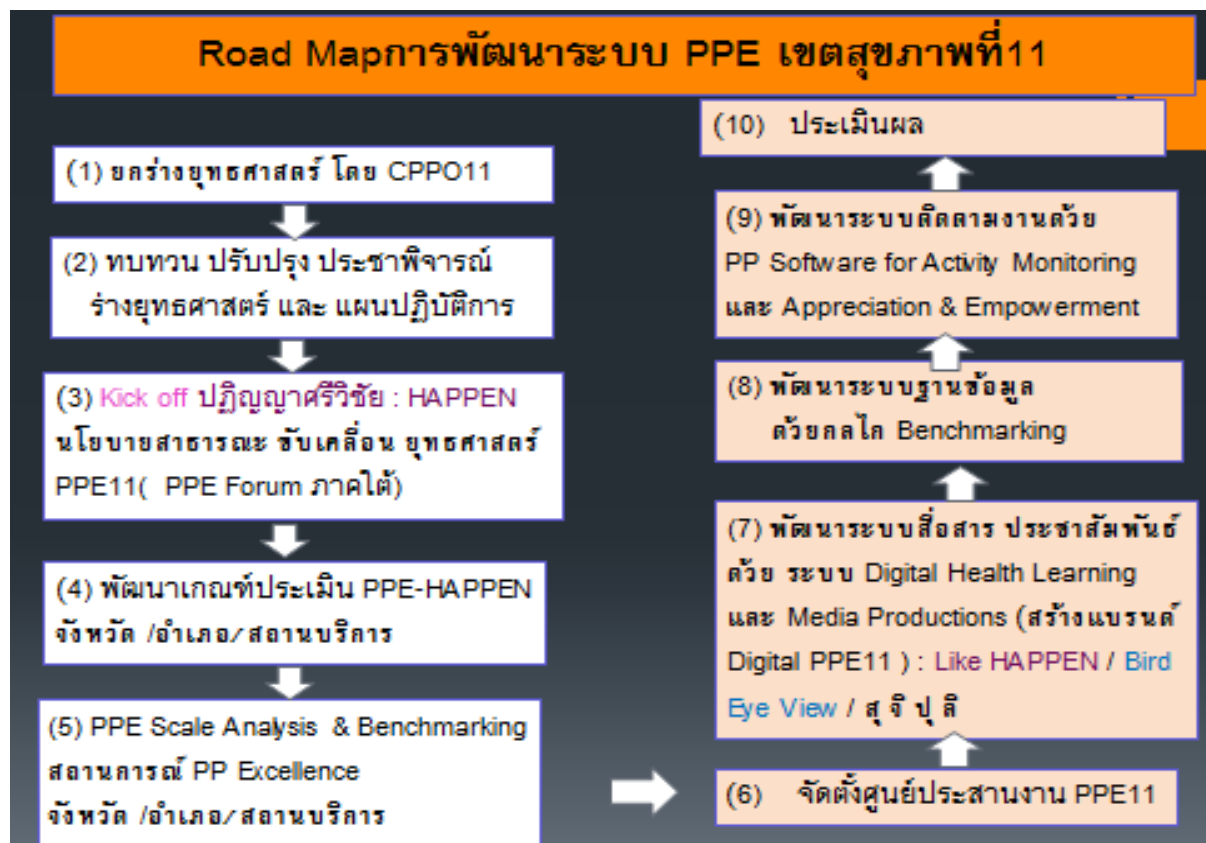
2. การกำหนดกลไกการดำเนินงานระดับเขต

(1) กำหนด Challenge Indicators เป็นเป้าหมายวัดความสำเร็จ ได้แก่ ลดอัตราการมารับบริการในโรงพยาบาลอย่างน้อย ร้อยละ 10 ต่อ ปี, อัตราป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ลดลง, ระบบการคัดกรองแยกกลุ่มเสี่ยงอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน, ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. เพิ่มขึ้น และ หน่วยงานสาธารณสุขทั้ง

ระดับอำนาจการ(จังหวัด/อำเภอ) และปฏิบัติการ (รพ.สต.) รวมทั้งภาคีระดับท้องถิ่นมีบทบาทตามมาตรฐานคุณภาพ ทั้งด้านกระบวนการบริหารจัดการและผลลัพธ์การพัฒนา

- (2) จัดตั้งศูนย์ประสานงานการขับเคลื่อน PP&P เขตสุขภาพที่11
- (3) พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์มาตรฐาน PP Accreditation ระดับจังหวัด/อำเภอ/ท้องถิ่น
- (4) Kick off ประกาศนโยบายสาธารณะ PP Excellence
- (5) พัฒนาระบบฐานข้อมูล ด้วยกลไก Benchmarking ในการเฝ้าระวังและยกระดับการนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์การวางแผนพัฒนา
- (6) พัฒนาระบบการติดตามประเมินงาน ด้วย PP Software for Activity Monitoring และ Appreciation & Empowerment Approach
- (7) พัฒนาระบบสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยระบบ Digital Health Learning และ Media Productions

3. การกำหนดแผนและขั้นตอนหลักการขับเคลื่อน (P&P Excellence Road Map)



4. การประกาศปฏิญญา เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะยุทธศาสตร์ P&P Excellence

เขตสุขภาพที่ 11 มีการร่วมสังเคราะห์ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค สู่ ความเป็นเลิศ ที่ใช้หลักการกฏบัตรกรุงเทพ : PIRAB ร่วมกับจุดแข็ง โอกาสพัฒนาของเขตสุขภาพที่11 เรื่อง ระบบติดตามนิเทศแนวใหม่ แบบเสริมพลังสร้างคุณค่า รวมทั้งหลักการพัฒนาระบบสุขภาพแบบประชารัฐ สู่ความยั่งยืนที่มี District Health Board เป็นฟันเฟืองสำคัญในระดับพื้นที่ ที่จะเชื่อมโยงถึงคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิได้ จึงได้บทสรุปว่าด้วยปฏิญญาศรัวิชัย : HAPPEN



ปฏิญญา “ศรีวิชัย” : **HAPPEN**

- (1) ขับเคลื่อนเป้าหมายร่วมทุกภาคส่วนไปสู่ “**Health Literacy**” ที่ยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและเรียนรู้ ด้วยการนำ Technology ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขับเคลื่อน PP Excellence " ให้ประชาชนมีสุขภาพดี"
- (2) ส่งเสริมกระบวนการ **Appreciation** เป็นกลไกสร้างคุณค่า และ ติดตาม ประเมินผล กระบวนการพัฒนา และนวัตกรรม ของภาคีสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม
- (3) เสริมสร้าง กลไก “**พระราชรัฐ**” ในรูปแบบ “**Provincial Health Board** และ **District Health Board**” เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม โดยยึด “**Health Literacy**” เป็นเป้าหมายร่วม
- (4) นำยุทธศาสตร์ “**PIRAB**” เป็นเข็มทิศการพัฒนาาระบบสุขภาพผ่านกลไก “**พระราชรัฐ**” เพื่อ สร้างนโยบาย สาธารณะด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค แบบบูรณาการตามภารกิจ อย่าง สร้างสรรค์
- (5) สร้างกลไก “**Empowerment**” พัฒนาศักยภาพทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ระดับประชาชน ไปถึงแกนนำ อาสาสมัคร ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และ เอกชนอย่างยั่งยืน
- (6) ระบบนี้ให้เรียกว่า **Neo-Health** ระบบสุขภาพใหม่ที่จะทำให้สลายข้อจำกัดในระบบสุขภาพปัจจุบัน นำไปสู่ยุคใหม่ในระบบสุขภาพไทยอย่างแท้จริง

 <p>H <i>Health Literacy</i></p>	<p>ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางการเปลี่ยนแปลง มีศักยภาพการบริหารจัดการอย่างเข้าใจ เข้าถึง พัฒนาสุขภาพตนเอง เป็นภารกิจขับเคลื่อนหลัก</p> <p>เทคนิควิธีที่จะนำมาขับเคลื่อนผู้เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ประชาชนจัดการสุขภาพตนเองได้สำเร็จ คือ การสร้างความตระหนัก สร้างความร่วมมือด้วยวิธีการยกย่องชื่นชมในบทบาทและผลงาน</p> <p>นาวาสุขภาพที่เป็นกลไกจะเชื่อมและขับเคลื่อน health in all policy ต้องมีผู้ว่าราชการจังหวัดที่มีบทบาทหัวเรื้อนนำ ตัวล่ำเรือทุกภาคส่วนที่มีหน้าที่ในภารกิจหลากหลายอันเกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชน โดยมีท้ายล่ำเรือเป็นสาธารณสุขจังหวัดที่มีข้อมูล วิชาการให้สามารถขับเคลื่อนไปยังเป้าหมายโดยวิธีที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>องค์ประกอบที่ต้องนำมาบริหารจัดการเพื่อให้การขับเคลื่อนภายใต้กรรมการขับเคลื่อนสุขภาพในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งมุ่งผลสัมฤทธิ์สูง คือ Partnership Investment Regulation Advocacy และ Building capacity</p> <p>เพื่อที่จะทำให้ระบบสุขภาพพัฒนาไปสู่เป้าหมายไม่หยุดนิ่งต้องนำเทคนิคการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องมาเป็นเครื่องมือสำคัญไปสู่ความสำเร็จ</p> <p>การสร้างความรู้ในทุกคนที่เกี่ยวข้อง ระบบสุขภาพใหม่นี้เท่านั้นที่จะทำให้สลายข้อจำกัดในระบบสุขภาพ ปัจจุบัน นำไปสู่ภาพใหม่ที่ต้องการในระบบสุขภาพไทยอย่างแท้จริง</p>
 <p>A <i>ppreciation</i></p>	
 <p>P <i>rovincial Health Board</i></p>	
 <p>IRAB</p>	
 <p>E <i>mpowerment</i></p>	
 <p>N <i>eo-Health</i></p>	

5. การพัฒนาเครื่องมือ เกณฑ์ประเมินสถานการณ์ PP Excellence

จาก ปฏิญญาศรีวิชัย : HAPPEN นำมากำหนดเป็นกรอบการพัฒนาเครื่องมือ PP Accreditation และตัวบ่งชี้ความสำเร็จ โดยมุ่งเน้นการพัฒนา 7 ประเด็นยุทธศาสตร์ (5 กลุ่มวัย ,ทันตสาธารณสุข ,อนามัยสิ่งแวดล้อม) ใน 3 หน่วยงานหลักภาคสาธารณสุข คือ สถานบริการสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

6. การพัฒนาระบบนิเทศติดตามและประเมินผล

โดยการปรับกระบวนการติดตามประเมินผลแนวใหม่...ในรูปแบบ...“Activity Monitoring และ Appreciation & Empowerment Approach”...โดยปรับเปลี่ยนเป็นกระบวนการประเมินเพื่อพัฒนาสมรรถนะ...ความคิดเชิงระบบ...แก่ภาคีเครือข่ายด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบแนวตั้งมาเป็นความสัมพันธ์ฉันทกัลยาณมิตรแบบแนวราบ ใช้การบูรณาการ และการจัดการความรู้แบบครบวงจร เป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อมุ่งอภิบาลระบบ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค"อย่างแท้จริง โดยคาดหวังว่าจะเป็นประเด็นที่คุ้มค่าในการลงทุน เพื่อนำไปสู่ การพัฒนาระบบคุณภาพขององค์กรภาคสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งมิติภายในและ ภายนอก อีกทั้งทำให้เกิดข้อมูลที่เป็นReal time ในเชิงคุณภาพ และสามารถสังเคราะห์เป็น องค์ความรู้ที่มีคุณค่า(Tacit knowledge) สู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ และการสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคม (Social Mobilization)

6. การพัฒนาระบบการจัดการความรู้

รูปแบบการดำเนินงานที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ในระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล ของภาคีเครือข่ายระดับ ชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ และ จังหวัด โดยการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการความรู้ใน บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ และ ตำบล อีกทั้งการสนับสนุนให้เกิดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย สุขภาพในพื้นที่จังหวัดเดียวกัน และ จังหวัดใกล้เคียง

7. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ด้วยกลไก PP Scale Analysis & Benchmarking

ในการเฝ้าระวังและยกระดับการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์การวางแผนพัฒนา และสะท้อนถึงคุณภาพการบริหารจัดการด้าน PP ระดับจังหวัด อีกทั้งเพื่อใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนงาน (Evidence- Based Practice) และกำหนดเข็มมุ่งประเด็น PP Excellence ภาพรวมการพัฒนารายจังหวัด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กันและกัน

8. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพ PP Accreditation

เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพ และ สร้างคุณค่าแก่หน่วยพัฒนา (Value Added) โดยการส่งข้อมูลกลับหน่วยพัฒนา ที่สะท้อนให้เห็นถึงเส้นทาง ระดับการพัฒนา ที่ทำได้สำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ที่สอดคล้องกับบริบทของ หน่วยพัฒนา พร้อมๆกับการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ เป็น Dummy model for PP Excellence ระดับจังหวัด และเป็นแหล่งเรียนรู้ ควบคู่กันไปด้วย

9. การพัฒนาทีมประเมิน

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข สู่ ปฏิบัติการ Accreditation 3 ระดับ ได้แก่ Self- assessment , Pre accreditation และ Accreditation

10. การพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะ Online

เพื่อสร้างสื่อ และช่องทางสื่อสาร สู่สาธารณะ ในการเผยแพร่ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยระบบ Digital Health Learning และ Media Productions