



รายงานการประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ครั้งที่ ๗ / ๒๕๖๑

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุม ชัยนาทนเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

ลำดับ	ชื่อ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.	น.พ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประธาน
๒.	นายผดุงชัย	เคียนทอง	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑
๓.	น.พ.บุญชัย	ธีระกาญจน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๓
๔.	น.ส.อังคณา	จรรยากุลวงศ์	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๔
๕.	นางจารุภา	จำนงค์ศักดิ์	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๕
๖.	น.พ.สุเทพ	เพชรมากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๖
๗.	นางสุมาลี	จรงจิตตานุสนธิ์	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๗
๘.	น.ส.สุภาพร	เฉยทิม	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๘
๙.	น.พ.ประพนธ์	ตั้งศรีเกียรติกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๐.	น.พ.อุดม	ภู่วโรดม	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๑.	นางสุนันทา	กาญจนพงศ์	แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๒.	น.ส.นภาพร	บุตรจันทร์	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑
๑๓.	นางประพร	อุ้นชัยศรี	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๒
๑๔.	น.ส.ศิริลักษณ์	จุลหิรัญ	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๓
๑๕.	น.ส.อังคณา	จรรยากุลวงศ์	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๔
๑๖.	นางชัยญ์ญาณ์	ชูมาศ	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๑๓
๑๗.	นางพิชิตกมล	ทองคำ	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๖
๑๘.	นางสิริพรรณ	โชติกมาศ	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๘
๑๙.	น.พ.ยุทธนา	พูนพานิช	สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๙
๒๐.	น.ส.ลภัสสรดา	โอสถานนท์	แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๑.	น.พ.อุดม	ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๒.	นายผดุงชัย	เคียนทอง	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑
๒๓.	น.ส.ปนิดา	ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๓
๒๔.	น.ส.อังคณา	จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๔
๒๕.	นางจารุภา	จำนงค์ศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕
๒๖.	น.ส.นฤมล	พลวิต	แทน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖
๒๗.	นางสุมาลี	จรงจิตตานุสนธิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๗
๒๘.	นางสิริพรรณ	โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘
๒๙.	นางจุฑารัตน์	มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๙
๓๐.	นางจิราภรณ์	อุ้นเสียม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๑

๓๑. นายอนิวัตต์	เขาแก้ว	แทน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๒
๓๒. นางสุนันทา	กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๒
๓๓. ดร.ณธิป	วิมุตติโกศล	แทน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๓๔. นางดลธรรณ	อุณนະนันท์	แทน ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
๓๕. นายสมศักดิ์	กรีชัย	แทน อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๓๖. นายพิเชฐ	บัญญัติ	แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๓๗. น.ส.อนุสรာ	จันทรวงศา	แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิต
๓๘. น.ส.ศนิษฐ	ริมชลาถัย	แทน อธิบดีกรมอนามัย
๓๙. น.ส.ดาริกา	มุสิกุล	แทน อธิบดีกรมควบคุมโรค
๔๐. พ.ญ.ดารินทร์	อารีย์โชคชัย	แทน ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
๔๑. นายสารโรจน์	ยอดประดิษฐ์	แทน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๔๒. นายเกษม	อยู่คง	สถาปนิกชำนาญการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๔๓. นางมยุรี	เอี่ยมเจริญ	แทน ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๔๔. นางทัศนา	เดชจด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข
๔๕. น.พ.ธงชัย	เขมรัตน์ตระกูล	แทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๔๖. น.ส.กนกวรรณ	ธรรมศิริ	แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง
๔๗. น.ส.ฐิกรรัตน์	รอดคุ้ม	นักจัดการทั่วไป กลุ่มตรวจสอบภายในระดับ สป.
๔๘. น.ส.เสาวลักษณ์	นิมจาด	แทน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๔๙. นางมัธยัสต์	เหล่าสุรสุนทร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
๕๐. น.ส.ณัชยากร	เดชา	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
๕๑. น.พ.วิเชียร	เทียนจารูวัฒนา	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
๕๒. น.พ.พิชิต	ศิริวรรณ	ผู้แทน สภาภาษาไทย
๕๓. ศ.เกียรติคุณ พญ.พรสวรรค์ วสันต์		ผู้แทน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๕๔. นายพิพัฒน์	นิยมการ	รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
๕๕. ภญ.อมรรัตน์	สีบุญเชิวงวงศ์	ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาดและการขาย
๕๖. น.ส.รำไพ	สมจิตรมุล	ผู้อำนวยการฝ่ายบัญชีและการเงิน
๕๗. น.ส.บุญยงค์	ทิพย์ประดิษฐ์กุล	ผู้อำนวยการกองบัญชี ฝ่ายบัญชีและการเงิน
๕๘. ภญ.กนกวรรณ	เหล่าแพทย์กิจ	ผู้อำนวยการกองการขยายภาครัฐ
๕๙. ภญ.ธัญลักษณ์	ดีเย็น	ผู้อำนวยการกองบริหารลูกค้าสัมพันธ์
๖๐. น.ส.พิสมัย	พรนาวากุล	หัวหน้าแผนกบัญชีลูกค้าสัมพันธ์ กองบัญชี
๖๑. น.ส.ภักฎิญา	มูลจันทร์	นักการตลาด ๘ กลุ่มงานลูกค้าสัมพันธ์
๖๒. นางสุนีย์	สว่างศรี	หัวหน้ากลุ่มประเมิน
๖๓. นางวัชรภาพร	เห็นใจชน	หัวหน้ากลุ่มรับเรื่องร้องเรียน
๖๔. นางสุธนา	ลีลาอดิสร	หัวหน้ากลุ่มอำนาจการ
๖๕. นางศิริพร	ลั่นซ้าย	แทน หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๖๖. นายพีระพล	กล้าหาญ	แทน หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
๖๗. นางวันทาย	ไฉฉลาด	แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑
๖๘. นายสุรติ	ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๒
๖๙. นางภคภรณ์	นิศุภโชคชัย	แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕

๗๐. นางพัฒนศิริ	ทองคำ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖	
๗๑. นางปาริฉัตร	ตันติยวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘	
๗๒. นางกอมณี	สุรวงษ์สิน	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐	
๗๓. นางศิริเพ็ญ	ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๑	
๗๔. นายชิตชนินทร์	นิยมไทย	แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๒	
๗๕. นางแสงจันทร์	ชาติประสิทธิ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๓	
๗๖. นายถาวร	โฮมแพน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	
๗๗. นายภัทร	แก่นยะกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	
๗๘. น.ส.พิมพ์ลดา	เลขนอก	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน	
๗๙. น.พ.สุภโชค	เวชภัณฑ์เภสัช	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	เลขานุการ
๘๐. น.ส.นวลภรณ์	เฉยรอด	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์	ผู้ช่วยเลขานุการ
๘๑. นางชนิตา	เกียรติพัฒนกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๘๒. น.ส.อินทิรา	คำไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการอื่น

๑. น.พ.ไพศาล	ต้นคุ้ม	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๙
๒. พ.ญ. อัจฉรา	นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ ๗
๓. น.ส.ฐปนภร	เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๓
๔. นายอดิชาติ	หงส์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๔
๕. น.ส.ลภัสสรดา	สระดอกบัว	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๗
๖. นางพรอนันต์	กิตติมันคง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๙

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. น.ส.พชรวรรณ	หนูฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๒. นางอุบลวรรณ	การสมเจตน์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
๓. นางสุรียาพร	เตชะวิหะจินดา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๔. นางคณินิจ	แท่นมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๕. นางนัญมกล	ฟ้าบรรเจิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๖. น.ส.สิรินันท์	พานพิศ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
๗. น.ส.ขวัญแก้ว	จันทร์วิเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
๘. นายอิทธิธรรม	อนันตรสุชาติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
๙. ดร.กฤษดา	แสงวงดี	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง สำนักวิชาการสาธารณสุข
๑๐. น.ส.พิมพ์วรรณ	พวงพันธ์บุตร	นักจัดการงานทั่วไป
๑๑. น.ส.สุภาภรณ์	ไทยแท้	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
๑๒. น.ส.ปรินดา	สุขสันติภาพ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
๑๓. นายปิยวิทย์	ตันติสาครเขต	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
๑๔. นายกรวิษณุ	สุวรรณศรี	งานด้านคอมพิวเตอร์

เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๐๐ น.

ประธาน กล่าวเปิดประชุมและดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระ ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุม

๑. ความคืบหน้าการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตามที่กรม.ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขโดยมี นพ.เสรี ตูจันดา เป็นประธานนั้น ขณะนี้ได้แผนปฏิรูปแล้ว กสธ.ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อน มีประเด็น ๔ ประเด็นหลัก ๓ ประเด็นย่อย แต่เนื่องจากบางประเด็นมีคณะกรรมการซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้าร่วมทำให้กลไกการทำงานมีความล่าช้าอยู่ระหว่างหาหรือ ให้เป็นกรรมการชุดเดียวกัน

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๖/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับรองโดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

๓.๑ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก

พญ.ดารินทร์ อารีย์โชคชัย ผู้แทนสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

๑. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วย ณ สัปดาห์ที่ ๒๕ ของแต่ละปี						
ปี พ.ศ.	๒๕๖๑	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๕๘	๒๕๕๗	๒๕๕๖
ป่วย (ราย)	๒๕,๔๐๘	๑๘,๕๒๑	๒๑,๔๑๔	๓๓,๙๓๗	๑๔,๑๙๓	๗๓,๖๗๘
ตาย (ราย)	๓๓+๑๐	๒๙	๑๗	๒๑	๑๓	๖๘
อัตราป่วยต่อแสน	๓๘.๖๐	๒๘.๓๑	๓๒.๗๓	๕๒.๑๑	๒๑.๘๕	๑๑๔.๙๙
อัตราป่วยตาย(%)	๐.๑๓	๐.๑๖	๐.๐๘	๐.๐๖	๐.๐๙	๐.๐๙

- คาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะใกล้เคียงกับ พ.ศ.๒๕๕๘ คือ ๑๓๐,๐๐๐ - ๑๔๐,๐๐๐ ราย

- ช่วงเดือน มิ.ย. - ก.ย. จะพบผู้ป่วยมากกว่า ๑๐,๐๐๐ รายต่อเดือน

๒. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต พ.ศ.๒๕๖๑

กลุ่มอายุ (ปี)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
๐ - ๔	๑,๖๕๐	๓	๐.๑๘
๕ - ๑๔	๙,๓๔๔	๑๐	๐.๑๑
๑๕ - ๓๔	๑๐,๐๘๑	๑๓	๐.๑๓
๓๕ - ๕๙	๓,๕๕๑	๑๒	๐.๓๔
๖๐ ปีขึ้นไป	๗๘๒	๕	๐.๖๔
รวม	๒๕,๔๐๘	๔๓	๐.๑๓

- ๗๐% ของผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้ใหญ่

- อัตราป่วยตายในผู้ใหญ่ ๓๕ ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ สูงกว่าวัยที่อายุต่ำกว่าถึง ๓-๖ เท่า

- ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคอ้วน โรคเรื้อรัง(โรคตับ โรคเลือด โรคหัวใจ) และไป

คลินิก ซ้อยากินเอง ทำให้ไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลซ้ำ ๒๑ ราย

๓. มาตรการป้องกัน ควบคุมการระบาด

๑) การเฝ้าระวังโรค ๑.๑) Early Detection ตรวจจับผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ๑.๒) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ทุกจังหวัดมีทีมวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดโรค โดยชี้เป้าตำบลที่มีรายงานผู้ป่วยเกินกว่าค่าเฉลี่ย ๕ ปีย้อนหลัง

๒) การควบคุมโรค ๒.๑) เมื่อพบผู้ป่วยในหมู่บ้าน ให้ควบคุมโรคตามมาตรการ ๓-๓-๑ และทุกสัปดาห์โดยมีเป้าหมายให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านไม่เกินร้อยละ ๕ ๒.๒) เปิด EOCทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๓) การดูแลรักษาผู้ป่วย ๓.๑) อบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จับใหม่ เรื่องแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ๓.๒) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คอยให้คำปรึกษาในทุกเขตสุขภาพ

๔) การสื่อสารความเสี่ยง ๔.๑) สื่อสารคลินิก ร้านขายยา ถึงอาการป่วยที่ต้องสงสัยไข้เลือดออก และส่งไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ๔.๒) สื่อสารประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ๔.๓) รณรงค์มาตรการ ๓ เก็บ ป้องกัน ๓ โรค

๔. แผนปฏิบัติการ “อาสาปราบยุง ควบคุมไข้เลือดออก”

- วัตถุประสงค์

๑) ลดจำนวนผู้ป่วยให้ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ รายภายในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ รายเมื่อสิ้นปี

๒) ควบคุมยุงพาหะให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนไม่เกินร้อยละ ๕ และไม่พบลูกน้ำยุงลายในสถานที่สาธารณะ

๓) สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

- กำหนดมาตรการตามพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการต่อเนื่องตลอดฤดูฝน

๑) พื้นที่ระบาดและพื้นที่เสี่ยง เน้นมาตรการควบคุมโรคเข้มข้นทุกชุมชนทุกหลังคาเรือน เปิด EOC อำเภอ ทุกวัน เพื่อติดตามสถานการณ์ผู้ป่วย ตำบลชุมชนที่พบดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินกว่าร้อยละ ๕ ควบคุมยุงพาหะที่จุดเกิดโรคตามมาตรการ ๓ - ๓ - ๑ อสม.เคาะประตูบ้านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกหลังคาเรือน

๒) พื้นที่ปกติ รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกพื้นที่ ศาลากลางจังหวัด ศูนย์ราชการ ที่ว่าการอำเภอ เทศบาล อบต. สสจ. และ รพ. กระทรวงสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. รพ.สต.

- มาตรการสื่อสารความเสี่ยง

๑) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึง Line@อาสาปราบยุง

๒) สื่อสารความเสี่ยงผ่านทางหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน โรงเรียน เป็นต้น

๓) สื่อสารความเสี่ยงความรู้ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สติกเกอร์กำจัดยุงลายลดป่วยตายด้วยโรค

ไข้เลือดออก

๔) สื่อสารความเสี่ยงความรู้ในวงกว้าง ผ่านสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ สื่อโซเชียล

๕) กิจกรรมอาสาทำกิจกรรมปราบยุงลาย ทุกหน่วยงานตามข้อสั่งการ

- การติดตาม ประเมินผล

๑) ทุกหน่วยงานตามแผนปฏิบัติการภายในจังหวัด รายงานผลการดำเนินกิจกรรมไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่

๒) กระทรวงสาธารณสุข จัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วย ดัชนีลูกน้ำยุงลาย และอำเภอที่เป็นพื้นที่ระบาดและพื้นที่เสี่ยง พร้อมผลการปฏิบัติงาน ทุกสัปดาห์

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

- ปฏิทินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของสำนักงานงบประมาณ ฉบับปรับปรุง ๑๐ ต.ค.๖๐

ระยะเวลา	กิจกรรม
๗ มิถุนายน ๒๕๖๑	ร่วมประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พิจารณาร่าง พรบ.๖๒ วาระที่ ๑
๘ มิถุนายน- ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๑	ชี้แจงร่าง พรบ.๖๒ ต่อคณะกรรมการสิทธิการฯและอนุกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้อง
๙ - ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑	เข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการฯ พิจารณางบของกระทรวงสาธารณสุขทุกแผนงาน
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๑	ร่วมประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พิจารณาร่าง พรบ.๖๒ ในวาระ ๒-๓
๗ กันยายน ๒๕๖๑	สำนักเลขาธิการ ครม.นาร่าง พรบ. ปี ๖๒ ขึ้นทูลเกล้าฯ

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) ขอให้ส่วนราชการเตรียมความพร้อมงบประมาณปี ๒๕๖๒ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง ตามขั้นตอนแต่ละวิธีทุกรายการเมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สงป. และขอให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างให้ทันภายใน กันยายน ๒๕๖๑

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

๔.๑ Folic สิวไทยแถมแดง

ศ.เกียรติคุณ พญ.พรสวรรค์ วสันต์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล นำเสนอความสำคัญของโฟเลต ในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด ดังนี้

๑. ความเป็นมา ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในทารกตั้งแต่แรกเกิดและภายในขวบปีแรกของชีวิต สำหรับทารกที่ได้รับการรักษาและมีโอกาสรอดชีวิตก็มักจะพิการไปตลอดชีวิต องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินว่าทารก ๑ ใน ๓๓ คน จะมีความพิการแต่กำเนิด ซึ่งหมายความว่าจะมีทารก/เด็กพิการแต่กำเนิดประมาณ ๓.๒ ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการตายของทารก/เด็ก ๒๗๐,๐๐๐ รายต่อปี ตัวเลขประมาณการนี้อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการเก็บข้อมูลที่ยังไม่ตีพหรือไม่มีเลยในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางหลายประเทศทั่วโลก

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง เกือบร้อยละ ๙๔ เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง และ พบว่ามีสาเหตุจากภาวะทุโภชนาการในมารดาและการได้รับสารก่อความพิการ (teratogenic agents) เช่น เหล้าและบุหรี่ เป็นต้น สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ micronutrient insufficiency และ deficiency โรคประจำตัวของมารดา เช่น เบาหวาน ภาวะอ้วน (obesity) และการใช้ยาบางอย่างระหว่าง ตั้งครรภ์ เช่น ยาแก้นชัก (valproic acid) , ยารักษาสิว (retinoic acid) เป็นต้น สาเหตุบางอย่าง อาจปรับได้ยาก เช่น ต้องอาศัยการปรับพฤติกรรม เช่น ลดเหล้าและบุหรี่ ปรับเปลี่ยนยา ก่อนตั้งครรภ์ การรักษาโรคของมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการได้รับกรดโฟลิก ที่เรียก folic acid supplementation หรือเสริมโฟเลตในอาหาร ที่เรียก folate fortification เป็นต้น

๒. ความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย ได้แก่

- ความพิการแต่กำเนิดของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต (cardiovascular system)

- หลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects) ภาวะหลอดประสาทไม่ปิดนับเป็นความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงมาก เพราะหลอดประสาทในตัวอ่อน/ทารกในครรภ์จะต้องพัฒนาไปเป็นระบบสมองประสาทและไขสันหลัง ซึ่งมักเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกและทำให้มีความพิการไปตลอดชีวิต

๓. ภาวะพร่องกรดโฟลิก (Folic acid deficiency) หรือ ภาวะกรดโฟลิกไม่เพียงพอ (Folic acid insufficiency) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหรือหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะมีทารกเป็นหลอดประสาทไม่ปิด อย่างไรก็ตามถึงแม้ส่วนใหญ่ภาวะหลอดประสาทไม่ปิดสามารถป้องกันได้ โดยรับประทานวิตามินโฟเลต แต่เนื่องจากหลอดประสาทปิด ๒๘ วันหลังปฏิสนธิ ทำให้มีข้อจำกัดของการได้รับโฟเลต (limited window of prevention

opportunity) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่น หากมารดาหรือหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาบางอย่าง เช่น ยากันชัก (valproic acid) หรือมีโรคเรื้อรังบางอย่างเช่น เบาหวาน หรือ ภาวะอ้วน ในมารดา / หญิงตั้งครรภ์

ในปี ค.ศ.๑๙๙๒ กระทรวงสาธารณสุขแห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้หญิงทุกคนที่มีประจำเดือนและมีโอกาสตั้งครรภ์ ได้รับ ๔๐๐ micrograms ของกรดโฟลิกเพื่อป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด คำแนะนำดังกล่าวนี้ ต่อมาเป็นกฎหมายขององค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่จะใส่กรดโฟลิกเข้าไปในอาหารประเภท cereal grain products ซึ่งต่อมาพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหลอดประสาทไม่ปิดได้ถึงร้อยละ ๓๖ และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ถึง ๙๕% ล้านดอลล่าร์ต่อปี ดังนั้นการบังคับให้เป็นกฎหมายหรือที่เรียกว่า mandatory fortification ในประเทศสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นประโยชน์อย่างชัดเจนและเป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพที่จะเพิ่มการบริโภคกรดโฟลิกในชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินอาหาร ต่อมา ประเทศชิลี อัฟริกาใต้ แคนาดา และคอซตาริกา ได้มีกฎหมายบังคับให้มี mandatory fortification program และเห็น การลดลงของอัตราการเกิดของทารก / เด็กที่มีภาวะหลอดประสาทไม่ปิด แต่สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีเพียงประเทศอินโดนีเซีย และเนปาลเท่านั้น ที่มีการบังคับเป็นกฎหมายที่เรียกว่า mandatory flour fortification และเป็นนโยบายของกระทรวง

โดยสรุป ภาวะหลอดประสาทไม่ปิดเป็นความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงมากและพบได้บ่อย ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้โดยการได้รับกรดโฟลิกอย่างเพียงพอในช่วงก่อนและหลังการปฏิสนธิ (peri - conceptional period) ภาวะของความพิการแต่กำเนิดในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia) นับว่าสูงที่สุดในโลก และควรมีความพยายามที่จะนำไปสู่ นโยบายการป้องกันความพิการแต่กำเนิดของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศต่างๆในภูมิภาคแห่งนี้ของโลก

๔. หลักการสำคัญเกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โภชนาการในมารดา / หญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ความเสี่ยงของทารกในครรภ์ต่อการที่จะเกิดโรคเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จะถูกกำหนดโดยโภชนาการของ มารดา / หญิงตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและหลังตั้งครรภ์ รวมทั้งในช่วงแรกของชีวิตของทารก / เด็ก ด้วย การที่ทารกในครรภ์พยายามปรับตัวในสภาวะที่มารดา / หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารไม่พอเพียงนี้ จะทำให้ทารก / เด็กมีการตอบสนองต่ออินซูลินสูงเมื่อได้รับอาหารและทำให้การเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ(รวมทั้งหัวใจ) ไขมัน และกระดูกที่ลดลง

ดังนั้นโภชนาการที่สำคัญในมารดา / หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน polyunsaturated fatty acids ,เหล็ก ,ไอโอดีน , วิตามิน A , B๖ , B๑๒, C, E , D , แคลเซียม และ micronutrients (multivitamins) รวมทั้งโฟเลต

๕. พบว่านโยบายการให้โฟเลต supplementation ๐.๔ mg. ต่อวัน สามารถลดอัตราการเกิดหลอดประสาทไม่ปิดได้เพียงร้อยละ ๒๐ ถ้าเพิ่มขนาดเป็นโฟเลต ๔ mg. ต่อวัน จะสามารถลดอัตราการเกิดหลอดประสาทไม่ปิดได้ถึงร้อยละ ๘๒ การให้โฟเลตระหว่างตั้งครรภ์จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดได้ในช่วง ๒๐ - ๓๒ สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ อีกด้วย

๖. การให้โฟเลตในหญิงตั้งครรภ์กับหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) นับเป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และมีความรุนแรงมากเพราะอาจ จำเป็นต้องผ่าตัด หรือให้การรักษาไปตลอดชีวิต พบได้ ๔ - ๕๐ ในทารกคลอดมีชีพ ๑,๐๐๐ ราย การให้ ๐.๘ folic acid สามารถลดอุบัติการณ์ของหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาในประเทศจีน พบว่ากรดโฟลิกสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ถึงร้อยละ ๗๐ หลังจากที่มีการนำ periconceptional folic acid supplementation มาใช้เป็นนโยบาย

นพ.พิชิต ศิริวรรณ ผู้แทนสภาวิชาชีพ แพทย์ เสนอที่ประชุมว่า จากที่ ศ.เกียรติคุณ พญ.พรสวรรค์ วสันต์ ได้นำเสนอไปนั้นจะเห็นว่า Folic มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์และสามารถลดการเกิดความพิการแต่กำเนิดได้อีกทั้งยังเป็นสิทธิมนุษยชนอีกสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคน เห็นควรส่งเสริมการให้โภชนศึกษาแก่หญิงวัยเจริญ

พันธู์และคู่สมรสที่พร้อมจะมีบุตรได้รับทราบถึงประโยชน์ของกรดโฟลิกในการลดความพิการแต่กำเนิดของทารก และเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนานโยบายและแผนการดำเนินงานสำหรับการกำหนดให้เติมกรดโฟลิกเป็นส่วนประกอบในอาหาร

ทั้งนี้ขอความร่วมมือจากสำนักตรวจราชการ และ ผตร. สธน. ทุกท่านในการติดตามการดำเนินการเรื่องโฟลิกดังกล่าวให้บรรลุวัตถุประสงค์

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) สำนักตรวจราชการจะนำเรียน รมว.สธ.ในประชุมทุกวันพุธ เพื่อดำเนินการในพื้นที่ให้กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพสำรวจปริมาณการรับประทาน Folic ให้ชัดเจนวิธีการติดตามความก้าวหน้าจะหาวิธีช่วยติดตามอีก ๓ เดือนข้างหน้า

๔.๒ การจัดสรรเงินงบประมาณ UC เพิ่มเติม

ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ความก้าวหน้าการจ่ายงบกลาง IP ปี ๒๕๖๑ ดังนี้

๑. สรุปการกำหนดค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K๒) รายหน่วยบริการ ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ผลการพิจารณากำหนดค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K๒) รายหน่วยบริการ ของหน่วยบริการ สป.สธ.ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. สำหรับจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพิ่มเติม (งบกลาง)

กลุ่ม	ผลการพิจารณา	จำนวน	เขต
กลุ่ม ๑	ไม่กำหนดค่า K๒ ให้จ่ายในอัตราที่เท่ากันทุกแห่ง	๔ เขต	เขต ๖ ระยอง,เขต ๘ อุดรธานี,เขต ๙ นครราชสีมา, เขต ๑๐ อุบลราชธานี
กลุ่ม ๒	กำหนดค่า K๒ เท่ากับค่า K๑ ตามประเภทกลุ่ม รพ.	๒ เขต	เขต ๓ นครสวรรค์, เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
กลุ่ม ๓	กำหนดค่า K๒ รายหน่วยบริการ	๖ เขต	เขต ๑ เชียงใหม่, เขต ๒ พิษณุโลก, เขต ๔ สระบุรี, เขต ๕ ราชบุรี, เขต ๗ ขอนแก่น, เขต ๑๒ สงขลา

เขต	เกณฑ์การพิจารณา
๑ เชียงใหม่	สถานะทางการเงินของหน่วยบริการ โดยหลักเกณฑ์ที่กำหนด มีดังนี้ ๑) ปรับค่า K๒ ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าหน่วยบริการอื่น ให้กับหน่วยบริการที่มีสถานะความมั่นคงทางการเงิน จำนวน ๖ แห่ง ๒) ปรับค่า K๒ ในสัดส่วนที่สูงกว่าหน่วยบริการอื่นแต่ไม่เกินกว่า ๑๐ ให้กับหน่วยบริการที่แต่ละจังหวัดมีความเห็นว่าเป็นหน่วยบริการที่มีสถานะการเงินที่ไม่เพียงพอ จำนวน ๑๗ แห่ง ๓) ปรับค่า K๒ ในสัดส่วนที่ไม่ต่ำกว่าค่า K๑ โดยให้ได้รับงบบกลางที่เพิ่มขึ้น ให้กับหน่วยบริการที่เหลือทั้งหมด
๒ พิษณุโลก	รพ.ที่ประสบปัญหาทางการเงิน ดูจาก รพ. ที่มี EBITDA ๒๕๖๐ หักกับเงินทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ๒๕๖๐ แล้วติดลบ โดยกำหนดค่า K๒ ดังนี้ ๑) รพ.อุ้มผาง ปรับให้ ค่า K๒ เท่ากับ ๓ ซึ่งเป็น รพ.ในพื้นที่ทุรกันดารระดับ ๒ และ พื้นที่ยากลำบากห่างไกล ๒) รพ.ที่เหลือ ให้ค่าตามที่จัดกลุ่มไว้เดิม (เท่ากับ K๑)

๔ สระบุรี	คัดเลือกจากหน่วยบริการที่มีสถานะทางการเงินไตรมาส ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วิกฤติ ระดับ ๔-๗ และปีงบประมาณ ๒๕๖๐ วิกฤติ ระดับ ๗ รวมจำนวนไม่เกิน ๒๒ แห่ง โดยพิจารณาตามส่วนขาด จากทุนสำรองสุทธิ NWC หรือ กำไร (ขาดทุน) สุทธิ NI จำนวนที่น้อยที่สุด ๑. คาดการณ์สิ้นปี จากแผนการเงิน (Plan Fin) ๒. คาดการณ์สิ้นปี จากงบการเงินครึ่งปี ๒๕๖๑ ๓. ส่วนขาดจาก ไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๑
๕ ราชบุรี	CFO เขตสุขภาพที่ ๕ คัดเลือกหน่วยบริการที่ประสบปัญหาสภาพการเงินในไตรมาส ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๑) กำหนดค่า K๒ ให้หน่วยบริการ จำนวน ๘ แห่ง โดยแบ่งเป็น ๒ ระดับ ๑.๑ รพ.ระดับ M๑ ให้ค่า K๒ เท่ากับ ๑.๒ ๑.๒ รพ.ระดับ F ให้ค่า K๒ เท่ากับ ๑.๕ ๒) รพ.ส่วนที่เหลือกำหนดค่า K๒ เท่ากับ ๑
๗ ขอนแก่น	ความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน โดยพิจารณาจากข้อมูลทางการเงินไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ ของปี ๒๕๖๑ ๑) กำหนดค่า K๒ เท่ากับ ๒ ให้ รพ.จำนวน ๗ แห่ง ๒) รพ.ส่วนที่เหลือกำหนดค่า K๒ เท่ากับ ๑
๑๒ สงขลา	ความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน โดยพิจารณาจากข้อมูลทางการเงินไตรมาส ๒ ของปี ๒๕๖๑ ๑) กำหนดค่า K๒ มีค่าระหว่าง ๑.๗๙ - ๖.๒๗ ให้ รพ.จำนวน ๖ แห่ง ๒) รพ.ส่วนที่เหลือกำหนดค่า K๒ เท่ากับ ๑

๒. แนวทางการประมวลผลการจ่าย IP ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑) รายการ Fixed rate จ่ายตามอัตราที่กำหนด

๒) IP ในเขต และเด็กแรกเกิดปกติ นน.>๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป จ่ายที่อัตราเบื้องต้น ๘,๐๐๐ บาท ต่อ Adj.RW ซึ่งจะประมวลจ่ายตั้งแต่ผลงานเดือน ต.ค.๖๐ โดยการบริหารการจ่ายของหน่วยบริการ สป.สธ. กำหนดเงื่อนไขดังนี้

๒.๑ งบ IP เดิม ให้คงการจัดสรรแบบมีค่า K๑ (ตามประเภทกลุ่มหน่วยบริการ)

๒.๒ งบ IP เพิ่มเติม เพื่อจ่ายเพิ่มเติมให้อัตราจ่ายได้ ๘,๐๐๐ บาท ให้จ่ายในอัตราที่เท่ากันในแต่ละเขต และอาจมีการกำหนดค่า K๒ รายหน่วยบริการได้ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๓) หาก Global budget ระดับเขต มีเงินไม่พอจ่าย ใช้เงินกัน ๑๐๐ ล้านบาท จ่ายเพิ่มเติมให้ครบอัตรา ๘,๐๐๐ บาท ทั้งนี้ หากไม่พอจ่ายในอัตรา ๘,๐๐๐ บาทให้จ่ายตามวงเงินที่มีอยู่ ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการบริหารกองทุนฯ กำหนด

๔) เมื่อสิ้นปีงบประมาณหากมีเงินเหลือจ่าย Global budget ระดับเขต และเงินกัน ๑๐๐ ล้านบาท ให้จ่ายเงินเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามผลงาน IP ในเขต และเด็กแรกเกิด นน.>๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) การใช้ k๒ แทน k๑ ขอให้ทุกเขตเช็คเงินของเขตว่าเงินไปหน่วยบริการแล้วหรือยัง และเร่งรัดทุกเขตส่งแนวทางและหลักเกณฑ์ที่ใช้ พิจารณากำหนดค่า K๒ ของเขต ให้ สปสข.เขต เพื่อแจ้ง สปสข. ส่วนกลางรวบรวมเสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน และใช้ประกอบการตรวจสอบของหน่วยงานตรวจสอบภายนอกต่อไป

๔.๓ การจัดสรรตำแหน่งข้าราชการและการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

น.ส.เสาวลักษณ์ ฉิมจาด ผู้แทนกองบริหารทรัพยากรบุคคล นำเสนอการจัดสรรตำแหน่งข้าราชการและการดำเนินการปี ๒๕๖๑ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน ๓,๗๐๐ อัตรา ดังนี้

๑. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรร พิจารณาจัดสรรตามลำดับความสำคัญเป็นไปตามเงื่อนไขมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๑ ธ.ค. ๒๕๕๕ ซึ่งได้กำหนดแนวทางการกระจายอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ (ก) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน (ข) โรงพยาบาลทั่วไปในถิ่นทุรกันดาร (ค) โรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่ (ง) โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง (จ) โรงพยาบาลที่มีภาระงานหนัก (ฉ) หน่วยงานที่มีภารกิจด้านบริการเด็กและเยียวยา

๒. ผลการจัดสรรปี ๒๕๖๐ รวม ๓,๙๙๒ อัตรา แบ่งเป็น การจัดสรรตามความขาดแคลนตามประเภทสถานบริการ จำนวน ๓,๒๐๐ (๘๐%) และ จัดสรรให้กับสถานบริการที่ขาดแคลนหรือมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น จำนวน ๗๙๒ (๒๐%) (จัดสรรให้ PCC ๗๙ อัตรา และ จัดสรรให้ รพ.ที่มีภาระงานเพิ่ม ๗๑๓ อัตรา เงื่อนไขการจัดสรร ๗๑๓ อัตราโควตาที่ได้รับจัดสรรจะหักจำนวนตำแหน่ง พวช. ขพ. ที่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ)

๓. สถานการณ์ความขาดแคลนอัตรากำลังตามประเภทสถานบริการ ความขาดแคลนรวม ๒๔,๓๐๖ อัตรา แบ่งเป็น รพศ./รพท.(๖๓.๓๑%) ๑๕,๓๘๘ อัตรา รพช.

สถานบริการ	ความขาดแคลน	ผลการจัดสรร
รพศ./รพท.	๑๕,๓๘๘	๒,๓๔๒
รพช.	๔,๐๗๙	๖๒๑
รพ.สต.	๔,๘๔๐	๗๓๗



ผลการจัดสรรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี 61 รายเขตสุขภาพ

เขต	กรอบขั้นต่ำ (ว 1707)	ขรก.ควรมี (90%)	ขรก. 1 มี.ย.61	ขรก. ขาด/เกิน	ประเภทการ จ้างอื่น(พรก./ พกส./ลจช.)	จำนวนที่ ได้รับจัดสรร	จำนวน ขรก. หลังจัดสรร	ร้อยละ ขรก. หลังจัดสรร
	a	b = a*.90	c	d = c - b	e	f	g = c + f	h = g/b*100
9	13,045	11,741	9,014	(2,727)	1,579	560	9,574	81.54
5	11,703	10,533	8,490	(2,043)	1,050	464	8,954	85.00
6	10,910	9,819	8,053	(1,766)	1,165	412	8,465	86.21
8	9,727	8,754	7,266	(1,488)	1,683	311	7,577	86.55
7	9,300	8,370	7,062	(1,308)	1,510	316	7,378	88.15
10	8,795	7,915	6,660	(1,255)	1,294	319	6,979	88.17
11	9,540	8,586	7,316	(1,270)	1,082	299	7,615	88.68
3	5,867	5,280	4,522	(758)	405	170	4,692	88.86
2	7,162	6,446	5,569	(877)	796	210	5,779	89.66
1	12,090	10,881	9,880	(1,001)	1,650	275	10,155	93.33
4	9,029	8,126	7,509	(617)	750	262	7,771	95.63
12	5,592	5,033	4,824	(209)	653	103	4,927	97.90
รวม	112,760	101,484	87,107	(14,377)	13,617	3,700	90,807	89.48

หมายเหตุ
เรียงลำดับตาม
ร้อยละ ขรก.
หลังจัดสรรจาก
น้อยไปหามาก



๔. Timeline ของปี ๒๕๖๑ ที่ต้องดำเนินการ (กรกฎาคม – กันยายน)

ระยะเวลา	กิจกรรม
๕ – ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑	CHRO ตรวจสอบกรอบอัตรากำลังและรายชื่อหน่วยงาน
๙ – ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑	เขตจัดสรรโควตาให้แก่แต่ละจังหวัด
๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑	บค.จัดสรรตำแหน่งตามความขาดแคลนและแจ้งโควตา ให้ CHRO
๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑	บันทึกข้อมูลหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรในระบบ HROPS (ตามโครงสร้างใหม่)
๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑	เสนอ อ.ก.พ.สป.เกลี่ยตำแหน่งให้หน่วยงานที่ได้รับจัดสรร
๒๐ ก.ค. – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๑	หน่วยงานประกาศสรรหาบุคคล ๑. กรณีมีผู้ได้รับการขึ้นบัญชีแล้วสามารถเรียกมารายงานตัวบรรจุเข้ารับราชการได้ ๒. กรณีไม่มีบัญชีให้สรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) ขอให้เขตบันทึกข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๓ ก.ค.๖๑ เพื่อเสนอ อ.ก.พ.สป ภายใน ๑๙ ก.ค.๖๑ หลังจากนั้น สป. จะแจ้งให้ จ.ทราบ บางเขตมีขึ้นบัญชีไว้แล้ว หน่วยงานที่ยังไม่ขึ้นบัญชีให้สรรหาบรรจุภายใน ๓๐ ก.ย.๖๑

๔.๔ ความก้าวหน้าการปฏิรูปเขตสุขภาพ

ผศ.(พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เกษัช ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงาน คณะทำงานการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ตามแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข ดังนี้

๑. การปฏิรูประบบสาธารณสุข ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และจากผลการประชุมผู้บริหารระดับสูง Retreat ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๙ -๒๐ ม.ค. ๖๑ ณ อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม ที่ผ่านมา ประเด็นการปฏิรูปโครงสร้างของ สป.สธ. เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งรวมถึงบทบาทและโครงสร้างของเขตสุขภาพและการปฏิรูปที่ยึดเป้าหมายเพื่อประชาชนเป็นหลัก โดยมีการมอบหมายการปฏิบัติหน้าที่จากส่วนกลางโดยกำหนดหน้าที่ตามตำแหน่งบทบาทหลักของ ผตร. คือ ผตร.เป็นผู้บริหารสูงสุดของเขตสุขภาพ (CEO) และมีหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญคือสำนักงานเขตสุขภาพ และคกก.สุขภาพระดับเขตซึ่งคณะกรรมการนี้จะบริหารภาพรวมการดำเนินงานในเขตสุขภาพทั้งหมด

๒. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการเขตสุขภาพตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร) เป็นประธาน หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน คณะทำงานประกอบไปด้วย ผตร.เขตสุขภาพที่ ๖, ๘ และ ๑๒ ผู้แทนจากกรมวิชาการทุกกรม ผู้แทนจากกองต่างๆที่เกี่ยวข้อง และมีผู้อำนวยการกองตรวจราชการเป็นเลขานุการคณะทำงาน

๓. แผนการทำงานของคณะทำงาน หน้าที่ของคณะทำงาน ประกอบไปด้วย ๑) จัดทำกลไกและแนวทางการบริหารจัดการเขตสุขภาพนาร่องให้สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานระดับพื้นที่ภายในเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ๒) จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานของเขตสุขภาพนาร่อง ๓) จัดทำแนวทางกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพนาร่อง ๔) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการขยายผลการดำเนินงานทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ

๔. การประชุมการขับเคลื่อนการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๘-๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ประชุมได้พิจารณาเรื่อง ๑) (ร่าง)แนวทาง ๒) (ร่าง) Work Flow คือ

- ๑) แผนยุทธศาสตร์ ๒) Service Plan ๓) งบประมาณ
๔) Monitor ๕) ตรวจสอบภายใน ๖) อื่นๆ

ตั้งมีรายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสาร <https://goo.gl/DSKzB๑>

มติที่ประชุม รับทราบ

๔.๕ การติดตาม กำกับ ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Cockpit)

นางลักษณา ว่องประทานพร หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ นำเสนอระบบ E-Cockpit แก่ที่ประชุม ดังนี้

ระบบ E-Cockpit เป็นระบบ Central Cockpit การเริ่มต้นพัฒนาจะมุ่งเน้น ๓๕ ตัวชี้วัดตรวจราชการ พัฒนามาตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๑ จนถึงบัดนี้ เข้าถึงระบบได้จาก <http://bie.moph.go.th/cockpit/> หรือเข้าถึง Website ของกองตรวจราชการเลือกหัวข้อระบบสารสนเทศ เลือก E-cockpit สามารถกดเลือกดูรายงานตาม ตัวชี้วัดตรวจราชการได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ Flow chart, Template

หากพบปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะ แจ้งได้ที่กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ

กำหนดการประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑

เลิกประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

นางสาวอินทิรา คำไทย
นางชนิตา เกียรติพัฒนกุล
นางสาวนวลภรณ์ ฉะยรอด

สรุปรายงานการประชุม
สรุปรายงานการประชุม
ตรวจรายงานการประชุม