



รายงานการประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ครั้งที่ ๑๒ / ๒๕๖๑

วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุม สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ อาคาร ๕ ชั้น ๘ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

| | | | |
|---------------------------|---------------|--|--------|
| ๑. น.พ.บุญชัย | ธีระกาญจน์ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๒. นางโกสุ่ม | สาลี | แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑ | |
| ๓. น.พ.ภานุมาศ | ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๒ | |
| ๔. น.พ.ปานเนตร | ปางพุมิพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๕ | |
| ๕. น.พ.สุเทพ | เพชรมาก | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๖ | |
| ๖. นางปวีณนภา | ตั้งทวีรัมย์ | แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๗ | |
| ๗. น.พ.ณรงค์ | สายวงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๙ | |
| ๘. น.พ.พิทักษ์พล | บุญยมมาลี | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๑ | |
| ๙. น.ส.นภาพร | บุตรจันทร์ | แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑ | |
| ๑๐. น.พ.ไชยนันท์ | ทยาวิวัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๒ | |
| ๑๑. น.พ.สวัสดิ์ | อภิวัจนินวงศ์ | สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๓ | |
| ๑๒. น.พ.สมยศ | ศรีจารนัย | สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๔ | |
| ๑๓. น.ส.ชัญญ์ญาณต์ | ชูมาศ | แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๑๓ | |
| ๑๔. นางรัตติยา | ฤทธิรงค์ | แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๙ | |
| ๑๕. น.พ.อุดม | ภู่วโรดม | สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑๑ | |
| ๑๖. นางวิภา | วงศ์เมฆ | แทน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑๒ | |
| ๑๗. นางนัชฎกมล | ฟ้าบรรเจิด | แทน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๒ | |
| ๑๘. น.ส.ปนิดา | ธีรสุฤษกุล | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๓ | |
| ๑๙. น.ส.อังคณา | จรรยากุลวงศ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๔ | |
| ๒๐. นางจารุภา | จำนงค์ศักดิ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕ | |
| ๒๑. นางสิริพรรณ | โชติกมาศ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘ | |
| ๒๒. นางจุฑารัตน์ | มากคงแก้ว | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๙ | |
| ๒๓. นางสุนันทา | กาญจนพงศ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๒ | |
| ๒๔. แทน อธิบดีกรมการแพทย์ | | | |
| ๒๕. น.ส.คริสติน่า | ลีสุรพลานนท์ | แทน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | |
| ๒๖. น.พ.โอภาส | การย์กวินพงศ์ | อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | |
| ๒๗. น.ส.ปาริฉัตร | จอมกัน | แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิต | |
| ๒๘. นางดลธรรณ | อุณหะนันท์ | แทน อธิบดีกรมอนามัย | |
| ๒๙. น.พ.เอกชัย | เพียรศรีวีชรา | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | |
| ๓๐. ดร.อัมพร | จันทวิบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย | |

| | | | |
|----------------------|--------------------|--|------------------|
| ๓๑. นายภาคภูมิ | องค์สุรียานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย | |
| ๓๒. น.ส.พรเพชร | ศักดิ์ศิริชัยศิลป์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย | |
| ๓๓. น.ส.ดาริกา | มุสิกุล | แทน อธิบดีกรมควบคุมโรค | |
| ๓๔. น.พ.นคร | เปรมศรี | ผู้อำนวยการสำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค | |
| ๓๕. น.ส.ปาริฉัตร | จอมกัน | แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิต | |
| ๓๖. นายสมศักดิ์ | กรีชัย | แทน อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๓๗. นายขมฉายุทธ | ศรีงามเมือง | แทน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | |
| ๓๘. นางดลนภัส | สุทธิวงศ์ | แทน ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | |
| ๓๙. ร.อ.น.พ.อัจฉริยะ | แพงมา | เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ | |
| ๔๐. นายพิเชษฐ์ | หนองช้าง | ผู้อำนวยการสำนักประสานการแพทย์ฉุกเฉิน | |
| ๔๑. นางสุนีย์ | สว่างศรี | หัวหน้ากลุ่มประเมินผล | |
| ๔๒. นางวัชรภาพร | เห็นใจชน | หัวหน้ากลุ่มรับเรื่องร้องเรียน | |
| ๔๓. นางลักษณา | ว่องประทานพร | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ | |
| ๔๔. นายวิวัฒน์ | ชอบดี | รท.หัวหน้ากลุ่มอำนาจการ | |
| ๔๕. นางคณินดิ | แท่นมณี | รท.หัวหน้ากลุ่มทรัพยากรบุคคล | |
| ๔๖. นางโกสุม | สาลี | แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ | |
| ๔๗. น.ส.ฐปณกร | เจริญวงศ์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๓ | |
| ๔๘. นายอติชาติ | หงษ์ทอง | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๔ | |
| ๔๙. นางอมรรัตน์ | ลิ้มจิตสมบูรณ์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕ | |
| ๕๐. นางพัชฌิภรณ์ | ทองคำ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖ | |
| ๕๑. น.ส.ลภัสรดา | สระดอกบัว | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๗ | |
| ๕๒. นางปาริฉัตร | ตันติยวงศ์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘ | |
| ๕๓. นางดุขุณี | ทองศิริ | แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๙ | |
| ๕๔. นางกอมณี | สุรวงษ์สิน | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐ | |
| ๕๕. นางศิริเพ็ญ | ตลับนาค | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๑ | |
| ๕๖. น.ส.ศิญาภัทร์ | จำรัสอิวัฒน์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๒ | |
| ๕๗. น.ส.ศิริประภา | กุลเกษ | แทน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๓ | |
| ๕๘. นายถาวร | โฮมแพน | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | |
| ๕๙. นายชิตชนินทร์ | นิยมไทย | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | |
| ๖๐. นายสยาม | อติญาณพิพัฒน์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | |
| ๖๑. นายภัทร | แก่นยะกุล | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ | |
| ๖๒. น.ส.พิมพ์ลดา | เลขนอก | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน | |
| ๖๓. นายปิยวิทย์ | ตันติสาครเขต | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ | |
| ๖๔. นายกรวิษณุ | สุวรรณศรี | งานด้านคอมพิวเตอร์ | |
| ๖๕. น.พ.วิเชียร | เทียนจากรูวัฒนา | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | เลขานุการ |
| ๖๖. น.ส.นวลภรณ์ | เฉยรอด | หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๖๗. นางชนิตา | เกียรติพัฒนกุล | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๖๘. น.ส.อินทรา | คำไทย | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการอื่น

| | | |
|-----------------|----------------|--------------------------------------|
| ๑. น.พ.สุระ | วิเศษศักดิ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๒. น.พ.ชาญวิทย์ | เทพเทพ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓. น.พ.ธงชัย | กิริติหัตถยากร | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๔. น.พ.เจษฎา | นายคุณรัฐ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๕. น.พ.อภิชาติ | รอดสม | สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๖. น.พ.สวัสดิ์ | อภิวัจนีวงศ์ | สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๗. น.พ.ทวีศิลป์ | วิษณุโยธิน | สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๘. นางภาณี | วสุเสถียร | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๙. นายถาวร | สกุลพาณิชย์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๑๐. นายสุรติ | ฉัตรไชยาฤกษ์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๒ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

| | | |
|-------------------|------------|---|
| ๑. นางชลชื่น | แสนใจกล้า | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| ๒. นางอุบลวรรณ | การสมเจตน์ | นักจัดการทั่วไปชำนาญการ |
| ๓. นางพชรวรรณ | หนูฤทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๔. น.ส.กิตติกานต์ | สาสุธรรม | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรมอนามัย |
| ๕. น.ส.สุภาพร | เฉยทิม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๖. น.ส.ศิริลักษณ์ | จุลหิรัญ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๗. นางสุภาวดี | เจตียนนท์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| ๘. นายชัชพิมุข | ชินวงศ์ | เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ปฏิบัติงาน |
| ๙. นางอรธันท์ | นิลวัตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๐. นายชนวีร์ | กริมละ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |

เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๐๐ น.

ประธาน กล่าวเปิดประชุมและดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระ ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุม

- ไม่มี -

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๑
เมื่อวันอังคารที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับรองโดยไม่มีกระแส

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

๓.๑ การพยากรณ์แนวโน้มและสถานการณ์โรคที่สำคัญ

นพ.นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

๑. สถานการณ์และการระบาดของโรคหัด

- ระหว่างวันที่ ๒๖ ตุลาคม - ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิต รวม ๗ ราย (๓ ราย น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) จากจังหวัดปัตตานี ๕ ราย สงขลาและนราธิวาส แห่งละ ๑ ราย เป็นเด็กอายุ ๗ เดือนถึง ๖ ปี ทุกรายไม่เคยได้รับวัคซีน MMR หลังได้รับการรักษา อาการไม่ดีขึ้น เสียชีวิต ระหว่างวันที่ ๓ - ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โดยมีปอดบวมแทรกทุกราย

การระบาดของโรคหัดอย่างเป็นกลุ่มก้อน ๓ เหตุการณ์ พบผู้ป่วยรวม ๕๐ ราย จาก

๑. จังหวัดนครนายกในกลุ่มเด็กนักเรียนที่ไปฝึกงานที่โรงเรียนนายร้อย จปร. ระหว่างวันที่ ๒๒ ต.ค.-๑๔ พ.ย. ๖๑ รวม ๒๓ ราย อัตราป่วยร้อยละ ๒๓.๗๑

๒. จังหวัดตาก ๑๓ ราย (เป็นแรงงานต่างชาติชาวพม่า) เริ่มป่วยวันที่ ๓๐ พ.ย.- ๑ ธ.ค.๖๑

๓. จังหวัดอุบลราชธานี ๑๔ ราย ระหว่างวันที่ ๑๘-๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เป็นพนักงานในห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง อายุ ๒๒-๔๗ ปี

- สถานการณ์โรคหัด ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ จำนวนผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ๒,๘๐๙ ราย ๔๖% (จาก ๖,๑๓๙ ราย) และ ๑,๖๖๒ ราย ๒๗% ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาและได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

- ๔,๒๕๖ ราย (๙๕%) เป็นชาวไทย, ๑๕๑ ราย (๓%) เป็นชาวเมียนมาร์, ๖๔ ราย (๒%) ประเทศอื่นๆ

- อายุระหว่าง ๙ วัน - ๕๒ ปี (ค่ามัธยฐาน ๘ ปี)

- กลุ่มอายุ : ๑ - ๔ ปี (๓๐%), ๒๐ - ๒๙ ปี (๑๗%), <๑ ปี (๑๖%), ๕ - ๙ ปี (๑๓%), ๓๐ - ๓๙ ปี (๘%), ๑๐ - ๑๔ ปี (๘%), ๑๕ - ๑๙ ปี (๖%) และ มากกว่า ๔๐ ปี (๒%)

๒. สถานการณ์การระบาดของโรคหัด ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๑ มกราคม - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

- การระบาดของโรคหัดใน ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสงขลา จำนวนผู้ป่วยสงสัย ๓,๔๕๗ ราย เสียชีวิต ๒๒ ราย (ร้อยละ ๐.๖๔) ผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ๑,๗๔๔ ราย (ร้อยละ ๕๑) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา ๑,๓๓๒ ราย (ร้อยละ ๓๙)

- ผู้ป่วยยืนยันมีอายุระหว่าง ๘ วัน - ๕๙ ปี

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๔๑

- ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ไม่เคยได้รับวัคซีน หรือไม่แน่ใจว่าเคยได้รับวัคซีนมาก่อน ร้อยละ

๕๐

- พบผู้ป่วยมากที่สุดในอำเภอยะหา จังหวัดยะลา ร้อยละ ๑๓

- ผู้ป่วยเสียชีวิตรวม ๒๒ ราย ยะลา (๑๐ ราย) ปัตตานี (๑๐ราย) สงขลา (๑ ราย) นราธิวาส (๑ ราย) อายุระหว่าง ๗ เดือนถึง ๑๔ ปี, อายุต่ำกว่า ๙ เดือน ๒ ราย, อายุระหว่าง ๙ เดือน-๑๔ ปี ๑๙ ราย, ไม่เคยได้รับวัคซีนหัด มี ๓ รายได้รับวัคซีน MMR ๑ รายได้รับวัคซีน MR, ผู้ป่วย ๑ ราย มีโรคประจำตัวเป็นหอบหืด

มีภาวะขาดสารอาหารอย่างน้อย ๒ ราย เป็น Leukemia ๑ ราย ภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบทุกราย , สัปดาห์ที่ ๔๗ มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย จาก อ.จะนะ จ. นราธิวาส

สรุปสถานการณ์โรคหัด

- การรายงานการระบาดของโรคหัดมีแนวโน้มลดลง ในจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีผู้เสียชีวิตในจังหวัดปัตตานี (๑๐ ราย) ยะลา (๑๐ ราย) สงขลา (๑ ราย) และ นราธิวาส (๑ ราย)
- การรายงานการระบาดของโรคหัดเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดตาก ๒ เหตุการณ์
 - ผู้ป่วยเด็กต่างด้าว ในโรงเรียน มีการรายงานผู้ป่วยสงสัยหัด ๑๓ ราย ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ๖ ราย เริ่มป่วย วันที่ ๒๕ - ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
 - ผู้ป่วยเด็กต่างด้าว ในศูนย์เด็กเล็ก จ.เมียวดี ประเทศพม่า ๒ ราย เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เริ่มป่วย วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ (อยู่ระหว่างรอผลทางห้องปฏิบัติการ
 - ในจังหวัดเพชรบุรีมีการกระจายของโรคหัดในพื้นที่ ๔ อำเภอ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยยืนยันหัด ๔๑ ราย จากจำนวนผู้ป่วยสงสัยหัด ๕๗ ราย (ร้อยละ ๗๒) พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนใน หมู่บ้าน โรงเรียน เรือนจำ ผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วย ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
 - การระบาดใหญ่พบในที่มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เช่น เรือนจำ ค่ายทหาร สถานศึกษา โรงงาน

ข้อเสนอแนะการดำเนินงานโรคหัด

- การเฝ้าระวังโรค
 - เพิ่มความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือสงสัยหัดในหน่วยงานสาธารณสุข และสถานพยาบาลทุกแห่ง โดยทำการสอบสวนโรคและรายงานผ่านระบบ Measles Database Online (www.eradicationthai.com) ภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัย
 - เจ้าหน้าที่ควรติดตามสถานการณ์การระบาดในพื้นที่ หากมีการระบาดควรต้องเฝ้าระวังอย่างน้อย ๖ สัปดาห์ภายหลังการพบผู้ป่วยรายสุดท้าย
 - ให้มีการรายงานผู้ป่วยไข่ออกผื่น หรือผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกราย ไม่ว่าจะเก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือไม่ก็ตาม
- การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการระบาดในโรงพยาบาล
 - เน้นการดูแลและแยกผู้ป่วยหัดในโรงพยาบาล โดยดำเนินการเช่นเดียวกับการคัดกรองและแยกผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
 - มีการทบทวนแนวทางการให้ความรู้กับแพทย์ และผู้ดูแลคนไข้ เรื่องการให้วิตามินเอแก่ผู้ป่วยสงสัยหัดเพื่อหวังผลการรักษาให้ลดอาการรุนแรงและการตายด้วยหัด

๓. สถานการณ์โรคคอตีบ

- ผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ ๘ ราย กระจายใน ๖ จังหวัด ระหว่างวันที่ ๖ พฤศจิกายน - ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑ สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ รวม ๘ ราย จากจังหวัดยะลา ๒ ราย สงขลา ๒ ราย และจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัตตานี กทม. และยโสธร จังหวัดละ ๑ ราย อายุ ๑-๖๖ ปี (ไม่ทราบอายุและเพศ ๑ ราย) มีพื้นฐาน ๕ ปี เป็นชาย ๒ ราย หญิง ๕ ราย ในจำนวนนี้ เสียชีวิต ๒ ราย ใส่เครื่องช่วยหายใจ ๓ ราย ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคได้ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสในชุมชนแล้ว ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

- สัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยสงสัยคอตีบรายงานทั้งสิ้น ๓ ราย เสียชีวิต ๑ ราย จังหวัดปัตตานี ยโสธร และ สงขลา จังหวัดละ ๑ ราย อายุ ๒, ๕ และ ๖๖ ปี ได้รับวัคซีนคอตีบ เมื่อตอนอายุ ๒ เดือน ๑ ราย ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน ๒ ราย อยู่ระหว่างการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสอบสวน

สรุปโรคคอตีบ

- ข้อมูลปี ๒๕๖๑ (จนถึงวันที่ ๑๑ ธ.ค. ๖๑) อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ ๔ จังหวัดชายแดนใต้

- จำนวนผู้ป่วยจากระบบรายงาน ๕๐๖ ต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ เน้นย้ำพื้นที่ให้รายงานผู้ป่วยสงสัยคอตีบเข้าสู่ระบบรายงาน ๕๐๖ โดยให้มีการรายงานตั้งแต่แพทย์สงสัยโดยไม่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการควบคุมและป้องกันโรค และติดตามสถานการณ์ในพื้นที่อย่างทันท่วงที

- มีการรายงานผู้ป่วยในทุกวัย แต่กลุ่มอายุที่มีการรายงานผู้ป่วยมาก ได้แก่ กลุ่มเด็กต่ำกว่า ๕ ปี, เด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีน, ได้รับวัคซีนไม่ครบ, ได้รับไม่เพียงพอ (น้อยกว่า ๓ เข็ม หรือ ไม่ได้รับการกระตุ้น) ผู้ใหญ่ในกลุ่มที่เกิดในช่วงต้นของ EPI ซึ่งอาจไม่ได้รับวัคซีน หรือภูมิคุ้มกันลดต่ำลง

- ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีประวัติได้รับวัคซีน

ข้อเสนอแนะการดำเนินงานโรคคอตีบ

- เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีน เร่งให้วัคซีนในกลุ่มเด็กให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นทุกพื้นที่ (> ๙๐%) ให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักกับผู้ปกครอง ถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนของบุตรหลาน ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ยังไม่มีประวัติได้รับวัคซีนมาก่อน และเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนให้ได้ครบตามเกณฑ์

- ฟื้นฟูความรู้เรื่องการวินิจฉัยและรักษาโรคคอตีบแก่แพทย์และพยาบาลในพื้นที่ เพื่อตรวจจับการระบาด ตั้งแต่ระยะแรกที่มีการแพร่เชื้อในพื้นที่ เพื่อลดการระบาดในวงกว้างและการเสียชีวิต

- เน้นความสำคัญของการสอบสวนโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ด้วยการสอบถามประวัติการได้รับวัคซีน และทำการค้นหาผู้ที่เป็นแหล่งโรคและผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อทำการเพาะเชื้อจากคอตีบ และให้ยาปฏิชีวนะในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยทุกราย แม้จะไม่มีอาการ โดยไม่ต้องรอผลการเพาะเชื้อจากคอตีบ

- เนื่องจากพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ อาจพิจารณาทำการศึกษา seroprevalence survey เพื่อทราบขนาดปัญหาของ immunity gap ในกลุ่มประชากร

๔. ไข้วัดข้อมูล Chikugunya

- สถานการณ์ ตั้งแต่วันที่ ๑ ม.ค. ๒๕๖๑ - ๑๑ ธ.ค. ๖๑ พบผู้ป่วย ๒,๑๔๓ ราย จาก ๑๓ จังหวัด อัตราป่วย ๓.๒๖ ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๑: ๑.๕๕ พบมากในกลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี ร้อยละ ๒๐.๕๓ รองลงมา คือ ๑๕-๒๔ ปี (๑๗.๘๓) และ ๓๕-๔๔ ปี (๑๗.๔๑) เป็นสัญชาติไทยร้อยละ ๙๙.๒ ส่วนใหญ่อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ ๓๗.๓ นักเรียน (๒๘.๒) และงานบ้าน (๑๑.๕)

- จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด ๕ อันดับแรก

| | | |
|---------------|----------------|-------------------------------|
| ๑) จ.สงขลา | ป่วย ๑,๔๓๒ ราย | อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๑๐๐.๓๕ |
| ๒) จ.สตูล | ป่วย ๒๒๖ ราย | อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๗๐.๔๐ |
| ๓) จ.นราธิวาส | ป่วย ๒๕๗ ราย | อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๓๒.๔๖ |
| ๔) จ.ภูเก็ต | ป่วย ๗๓ ราย | อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๑๘.๕๕ |

๕) จ.ปัตตานี ป่วย ๘๐ ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๑๑.๓๗

- ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด ระหว่างวันที่ ๕ -๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีเหตุการณ์โรคชิคุนกุนยาที่ได้รับแจ้ง ๒ เหตุการณ์ จากจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร

| เหตุการณ์ | จังหวัด | อำเภอ | ตำบล | จำนวนผู้ป่วย (ราย) | วันที่พบผู้ป่วย รายแรก | วันที่พบผู้ป่วย รายสุดท้าย | ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ |
|---|-----------|--------------------|------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ยืนยันผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา ปวดข้อยุ้งลาย | เชียงใหม่ | เมือง เชียงใหม่ | ศรีภูมิ | 1 | 30 พ.ย. 61 | 4 ธ.ค. 61 | Chikungunya PCR +ve 1 ราย |
| ยืนยันผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา ปวดข้อยุ้งลาย | กทม. | เขตธนบุรี | วัดกัลยาณ์ | 24 | 3 พ.ย. 61 | 26 พ.ย. 61 | Chikungunya PCR +ve 4 ราย |

- การประเมินความเสี่ยง

๑) สถานการณ์โรคชิคุนกุนยา ยังคงระบาดในพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒) มาตรการเฝ้าระวังโรค ดำเนินการเชิงรุกในการจัดการสิ่งแวดล้อม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน ที่อยู่อาศัย และโรงเรียน

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) มอบสำนักระบาดดำเนินการ

- สรุปประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่สำคัญให้ผู้ตรวจราชการ/สาธารณสุขนิเทศก์ได้รับทราบเพื่อช่วยผลักดันงานในพื้นที่ต่อไป

- ทบทวนระบบบริหารจัดการวัคซีนให้ครอบคลุมรวมทั้งการบันทึกข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริง

๓.๒ การบริหารจัดการงบลงทุน งบประมาณรายจ่าย ประจำปี ๒๕๖๑ และการเตรียมการปี ๒๕๖๒

นางคณภัส สุทธิวงศ์ ผู้แทนกองบริหารการสาธารณสุข นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

๑. งบลงทุนค่าสิ่งก่อสร้างผูกพัน ปี ๒๕๖๑ (รายเขต) ที่ยังไม่ลงนามสัญญา ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ ก่อสร้างผูกพัน ๕๓ หน่วย ลงนามแล้ว ๕๐ หน่วย ได้ผู้รับจ้างลงนาม (รอลงนาม) ๒ หน่วย ไม่ได้ผู้รับจ้าง ๑ หน่วย ดังนี้

๑) เขต ๑ อาคารผู้ป่วยใน รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ชั้นตอนปัจจุบัน จ.เชียงราย ส่งหนังสือขออนุมัติวงเงินเพิ่มเติมมายัง กบรส.เมื่อ ๑๘ ต.ค. ๖๑ ปัจจุบัน สงป.เห็นชอบวงเงิน ๑๔๕.๒ ลบ. เมื่อ ๒๑ พ.ย. ๖๑ แต่ให้ขออนุมัติวงเงินเพิ่มเติมกับ ครม. คาดว่าจะลงนามสัญญา ม.ค. ๖๒

๒) อาคารแพตแพทย์ ๔๐ ยูนิต รพ.กระบี่ ชั้นตอนปัจจุบัน ขณะนี้อยู่ระหว่างประกาศประกวดราคาจ้าง เมื่อวันที่ ๒ พ.ย. ๖๑ สิ้นสุด ๓๐ พ.ย. ๖๑ กำหนดเสนอราคา ๓ ธ.ค. ๖๑ ไม่มีผู้เสนอราคา อยู่ระหว่างจังหวัดดำเนินการแจ้ง ผวจ.

๓) อาคารเรียนและหอนอน วพบ.ราชบุรี สงป.เห็นชอบวงเงิน ๑๑๘.๐ ลบ. ปัจจุบันอยู่ระหว่างกลุ่มกฎหมายตรวจสอบเอกสารสั่งจ้าง คาดว่าจะลงนามสัญญาภายใน ธ.ค. ๖๑

๒. ผลการเบิกจ่ายงบลงทุน ปี ๒๕๖๑ และเป้าหมายการเบิกจ่ายปี ๒๕๖๒ ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

- เป้าหมายการเบิกจ่ายงบลงทุนปี ๒๕๖๒ กรมบัญชีกลางแจ้งเป้าหมายการเบิกจ่ายงบลงทุนทั้งปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ต้องเบิกจ่ายงบลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๖

- ผลการเบิกจ่ายงบลงทุนปี ๒๕๖๒ เบิกจ่ายรวม PO ๔๐.๖๖% เบิกจ่ายสะสม ๘.๐๒ %

๓. ผลการดำเนินงาน งบลงทุน ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑

- ครุภัณฑ์ ๗,๕๙๑ หน่วย ยังไม่ได้ผู้รับจ้าง ๑๗.๗% ได้ผู้รับจ้าง ๒๐.๖% ลงนามแล้ว ๖๑.๗%

- ก่อสร้างปีเดียว ๙๒๘ หน่วย ยังไม่ได้ผู้รับจ้าง ๔๒.๙% ได้ผู้รับจ้าง ๒๔.๙% ลงนามแล้ว ๓๑.๗% คืบหน้าประมาณ ๐.๕%

- ก่อสร้างผูกพัน ๓๒ หน่วย ยังไม่ได้ผู้รับจ้าง ๘๑.๓% ได้ผู้รับจ้าง ๑๘.๘%

๔. นโยบายการบริหารงบลงทุน รายการงบลงทุนค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

๑) ห้ามเปลี่ยนแปลงรายการ รูปแบบรายการสิ่งก่อสร้างและสถานที่ก่อสร้าง

๒) กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ ให้แจ้งคืบหน้าประมาณพร้อมชี้แจงเหตุผลภายในไตรมาสที่ ๑

๓) ให้ดำเนินการตามระเบียบฯ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างอย่างเคร่งครัด

๔) กรณีงบประมาณปีเดียว หากมีเงินเหลือจ่าย ให้แจ้งโอนเงินกลับคืนส่วนกลาง ทันทีเมื่อมีการลงนามสัญญาแล้ว

๕) กรณีงบผูกพันเดิม ขอให้ดำเนินการตามงวดงาน/งวดเงินในสัญญา ตามแผนการดำเนินงานที่ส่งไปยังสำนักงบประมาณ (ง๗๐๐)

๖) สป.สธ. จะติดตามผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรมติดตามงบประมาณ ของ กบรส. เท่านั้น

- รายงานความก้าวหน้าการจัดซื้อจัดจ้าง ทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์

- ก่อสร้างผูกพันเดิม สรุปผลความก้าวหน้า ทุกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน

๕. แนวทางการจัดทำคำขอ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ (ต่อ)

๑) รายการบ้านพักเจ้าหน้าที่/ปรับปรุงซ่อมแซมบ้านพักให้พิจารณาขอรับการจัดสรรเป็นลำดับต้นๆ

๒) ความปลอดภัยของหน่วยปฐมภูมิ เช่น รั้วของรพ.สต. กล้องวงจรปิด กริ่งสัญญาณ ควรพิจารณาขอรับการจัดสรรให้ครบทุกแห่ง

๓) รายการครุภัณฑ์ที่มีในบัญชีนวัตกรรมไทย ขอให้พิจารณาขอรับการจัดสรรโดยใช้บัญชีนวัตกรรมไทยตามนโยบายรัฐบาล เช่น รายการยูนิตทำฟัน รายการรถพยาบาล

๔) รายการบำบัดน้ำเสียทั้งสร้างใหม่และปรับปรุงที่ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากทีมวิศวกรสิ่งแวดล้อมของกองบริหารการสาธารณสุข หรือที่มีความพร้อม

๕) รายการตามนโยบาย Retreat Health Service

- ระดับ A ไม่เพิ่มเตียง แต่เพิ่มศักยภาพ : ICU , OR , ER ฯลฯ

- ระดับ M๒, M ๑ และ S เพิ่มศักยภาพและเพิ่มเตียง

- ระดับ F และ Intermediate care เพิ่มศักยภาพ

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) มอบ กบรส. ดังนี้

- งบลงทุนปี ๒๕๖๓ ให้ประสานแต่ละเขตเพื่อดูลำดับความสำคัญ
- การจัดทำงบประมาณปี ๒๕๖๓ เอกสารประกอบการพิจารณาทุกรายการ ที่ส่งสำนักงานงบประมาณ ขอให้เร่งรัดไม่เกิน ๒ สัปดาห์
- งบลงทุนปี ๒๕๖๒ รายการที่ได้ผู้รับจ้างแล้ว กบรส.ควรดำเนินการได้ทันทีไม่ต้องรอเขตส่งเข้ามาอีก

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

๔.๑ ตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาไทย

น.พ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ นำเสนอโดยสรุป ดังนี้
 สถานการณ์ อัตราส่วนการตายตายแวนโน้มดีขึ้นในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ ๒๐ ต่อแสน ข้อมูลปี ๒๕๖๐ มารดาตาย ๑๒๒ รายทั่วประเทศ ข้อมูลปี ๒๕๖๑ มารดาตาย ๑๐๒ รายทั่วประเทศ ปี ๒๕๖๐ พบมารดาตายมากกว่า พบว่า ๖ เขต ที่มีมารดาตายมากกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อแสน ในปี ๒๕๖๑ อัตราการตายลดลง มีเพียงเขต ๔ และ เขต ๑๒ ที่มีมารดาตายมากกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อแสน จากข้อมูล เขต ๑ เป็น best practice ที่ดี เนื่องจากอัตราการตายลดลง ร้อยละ ๔ ต่อแสน

สถานการณ์มารดาตาย เดือน ต.ค. ๖๑ มารดาตายทั้งสิ้น ๒๗ ราย เปรียบเทียบข้อมูล ๒ ปีย้อนหลัง (ต.ค. ๕๙ จำนวน ๑๔ ราย, ต.ค. ๖๐ จำนวน ๑๓ ราย) พบว่าสูงกว่าในอดีต และมีข้อสังเกตว่าอัตราการตายมารดาเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนตุลาคมของทุกปี จากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุการตายของมารดาทั้ง ๒๗ ราย พบว่าสาเหตุหลักคือ Indirect cause ร้อยละ ๖๐ (มาลาเรีย, Sepsis, ปอดบวม) ต.ค. ๖๑ พบมารดาฆ่าตัวตาย ๑ ราย (เขต ๑, นักศึกษา ๒๐ ปี กระโดดตึกฆ่าตัวตาย) Direct cause ร้อยละ ๔๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. เขตที่ดำเนินงานประสบความสำเร็จ เกิดจากนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมของภาคส่วน ภาคีเครือข่าย

การขับเคลื่อนปี ๖๒ ควรมีมาตรการที่ชัดเจนในแต่ละเขต การถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติต้องครอบคลุม ความเข้มแข็งของ MCH Board ระดับเขต และระดับจังหวัด สามารถลดอัตราการตายของมารดาได้อย่างชัดเจน

๒. การตั้งเป้า zet zero MMR FROM PPH/PIH

๓. Service Plan ควรมีความร่วมมือกันระหว่างสูติแพทย์และอายุรแพทย์ ร่วมมือกันดูแล Indirect Cause

๔. บริการเชิงรุกและการเยี่ยมบ้าน จนท. และ อสม. ควรมีเป้าหมายร่วมกันในการค้นหา High Risk pregnancy ภายในพื้นที่ ช่วยจัดการ Early ANC ได้ดีมากขึ้น

๕. Fast track บางเขตทำได้ดี และสามารถลดสาเหตุมารดาเสียชีวิตได้ และ การใช้ถุงตวงเลือด ซึ่งเป็นนวัตกรรมของเขต ๑ และ เขต ๓ ที่ดำเนินงานได้ค่อนข้างดี ถือเป็น Best Practice

ข้อสังเกต มีบุคลากรทางการแพทย์ประจำห้องคลอด Rotate งานค่อนข้างบ่อย ควรมีมาตรการและเงื่อนไขเพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

๗. ใช้กลไก พขอ. เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก

มติที่ประชุม รับทราบ

๔.๒ ตัวชี้วัดระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

น.ส.พรเพชร ศักดิ์ศิริชัยศิลป์ ผู้แทนกรมอนามัย นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

ปี ๒๕๖๒ ตัวชี้วัด ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ มีการปรับสูตรการคำนวณตัวชี้วัด โดยใช้ จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ทหารด้วย จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย ในการตรวจราชการเน้นประเด็นสำคัญไปที่ การเปลี่ยนกลุ่มผู้สูงอายุ จากติดเตียงกลายเป็นติดบ้าน และจากติดบ้านกลายเป็นติดสังคม พยายามให้พื้นที่นำร่องนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุมาปรับใช้เพื่อพัฒนางานผู้สูงอายุต่อไป

มาตรการที่ส่วนกลางกำหนดไว้ กรมอนามัย ร่วมมือกับ สปสช. ในการประเมิน UC Care เพื่อผลลัพธ์ว่า หลังจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุไปแล้ว ผู้สูงอายุมีผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นหรือไม่ โดยจะประเมินปีละ ๒ รอบ มีเป้าหมายคือ รอบที่ ๑ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๕ รอบที่ ๒ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ มีแนวทางการตรวจติดตามโดยให้พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบจังหวัดประเมินผลการดำเนินงานระดับพื้นที่และรายงานผลให้ศูนย์อนามัยเขตทุกเดือน จากนั้นศูนย์อนามัยเขตตรวจสอบวิเคราะห์ประเมินข้อมูลและรายงานให้ส่วนกลางทุกเดือน

การพัฒนา Care Manager และ Care giver กรมอนามัยได้ดำเนินการพัฒนามาถึงระดับหนึ่ง พบว่า CM และ CG ที่ได้รับการพัฒนาแล้วบางส่วนมีการย้าย/ลาออก ในปี ๖๒ กำลังผลักดันให้งบประมาณในการพัฒนา CM และ CG ลงไปอยู่กับท้องถิ่น เพื่อพัฒนาศักยภาพ CM และ CG ได้อย่างคล่องตัว ส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนาฟื้นฟู CM และ CG ที่ได้รับการอบรมไปแล้วเพื่อให้มีประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในพื้นที่

งบประมาณที่สนับสนุนหลักในปี ๖๒ เน้นพัฒนางานนวัตกรรมการดำเนินการผู้สูงอายุในพื้นที่ และเยี่ยมเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และ เน้นการอบรมการพัฒนา Long Term Care

การรายงานข้อมูล โครงการ LTC เป็นการเชื่อมโยงโปรแกรม LTC เข้ากับข้อมูลของ สปสช. เชื่อมฐานข้อมูล LTC, CM, CG เข้าด้วยกัน จุดเด่นของโปรแกรมรายงานคือพื้นที่ไม่ต้องรายงาน Manual ส่วนกลางไม่ต้องตามรายงานจังหวัด CM ในระดับ รพ.สต.จะเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในระบบ และสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และเสนอผู้บริหารได้ทันที โดยมีข้อมูลสำคัญทั้งหมด ๖ หัวข้อ คือ ๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้จัดการการดูแล ๓) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔) แผนการดูแลผู้สูงอายุ ๕) ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ๖) การเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุ

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

๒) ให้มีการชี้แจงให้พื้นที่ ในการทบทวนวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานผู้สูงอายุ (ADL,สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ) ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินผลการดำเนินงานระดับพื้นที่และรายงานผลให้ศูนย์อนามัยเขตทุกเดือน โดยศูนย์อนามัยเขตตรวจสอบ วิเคราะห์ประเมินข้อมูลและรายงานให้ส่วนกลางทุกเดือน

๔.๓ โครงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพ

รัตนราชสุตา ฯ สยามบรมราชกุมารี

ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย นำเสนอข้อมูลโดยสรุป ดังนี้

๑. พระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุตา ฯ สยามบรมราชกุมารี พระราชทานแก่คณะผู้ปฏิบัติงานโครงการตามพระราชดำริ ณ อาคารใหม่สวนอัมพร กรุงเทพมหานคร วันพฤหัสบดีที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๘ “...เรื่องสุขภาพอนามัย เริ่มต้นด้วยงานโภชนาการซึ่งไม่ได้เป็นการเอาอาหารไปให้นักเรียนอย่างเดียวแต่ให้นักเรียนมี

ส่วนร่วมในการเพาะปลูก ทาการเกษตรด้วยจึงเรียกว่า เกษตรเพื่ออาหารกลางวันจริง ๆ แล้วในส่วนแรกเป็นส่วนเรื่องของคุณภาพอนามัยเรื่องอาหารนั้น แต่เดิมนักเรียนที่มีความบกพร่องในเรื่องโภชนาการมีอยู่จำนวนมากมาถึงปัจจุบันเกือบ ๔๐ ปี หรือ ๓๐ กว่าปีนี้ ปรากฏว่า เท่าที่ได้ไปเยี่ยมดูยังมีปัญหาบ้างเพียงเล็กน้อย มีงานด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น เรื่องสุขภาพโภชนาการสุขภาพอื่น ๆ ความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว บริเวณโรงเรียน เป็นต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งแปลงผัก คอกสัตว์ต้องดูแลให้ถูกสุขลักษณะเป็นเรื่องที่ต้องดูแลกันต่อไปอย่างที่เราดูแลแล้ว เน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับอาหาร เช่น โรคพยาธิ ก็ยังมีอยู่บ้างต้องดูแลเกี่ยวกับเรื่องความสะอาด เรื่องล้างมือหรือว่าสิ่งที่ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ คือ ฟันไม่ดี ทันตสุขภาพต้องเน้นเรื่องการแปรงฟัน เป็นต้น ...”

๒. จากข้อมูลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในพื้นที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ โดยเฉพาะคุณภาพน้ำในโรงเรียนในหลายพื้นที่ที่พบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย และสารเคมีบางชนิด ทำให้เด็ก และเยาวชนในโรงเรียนในพื้นที่ตามโครงการพระราชดำริ ที่ดื่มและใช้น้ำเกิดความเสี่ง และมีโอกาสต่อการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ กระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็ก ดังนั้น จึงต้องสร้างกระบวนการ สร้างความตระหนักในเรื่องดังกล่าว โดยการสนับสนุนจากภาครัฐ และภาคีเครือข่าย รวมทั้งประชาชน ในการส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวัง และควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ดูแลระบบน้ำบริโภคของโรงเรียนในพื้นที่ดังกล่าว

๓. กรอบแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) เพื่อให้เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสมดุล โดยมีเป้าหมายหลัก คือเสริมสร้างสุขภาพของเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา ขยายการพัฒนาจากโรงเรียนสู่ชุมชน และพัฒนาสถานศึกษาเป็นศูนย์บริการความรู้ โดยใช้กลไกขับเคลื่อน คือ คกก.ร่วมส่วนกลาง ศูนย์ประสานงานร่วมระดับเขต คกก.จังหวัดบูรณาการ พขอ. และ ชุมชน/ครอบครัว

๔. พื้นที่เป้าหมายตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙)

| ปีการศึกษา ๒๕๖๑ (๕๑ จังหวัด) | | | |
|------------------------------|--------------|-----------|----------|
| กลุ่มเป้าหมาย | จำนวน (แห่ง) | เด็ก (คน) | ครู (คน) |
| รร.ตชด. | ๒๑๖ | ๒๖,๗๕๐ | ๒,๒๔๓ |
| รร.สพฐ.ทุรกันดาร | ๒๑๖ | ๕๔,๙๙๗ | ๓,๙๔๗ |
| ศศช. (กศน.) | ๒๘๒ | ๘,๐๓๔ | ๕๙๒ |
| รร.พระปริยัติธรรม | ๗๐ | ๗,๒๓๓ | ๑,๐๐๐ |
| รร.เอกชนอิสลาม | ๑๕ | ๑๓,๒๔๙ | ๗๖๖ |
| รร.อบต./อบจ. | ๙ | ๑,๓๗๙ | ๑๑๐ |
| ศูนย์ฯ เตาะเตาะ | ๓๐ | ๘๑๓ | ๗๙ |
| รร.กทม. | ๒๕ | ๒๐,๙๘๐ | ๑,๓๙๐ |
| รวมทั้งสิ้น | ๘๖๓ | ๑๓๓,๔๓๕ | ๑๐,๑๒๗ |

ข้อมูลสถานศึกษาในโครงการ กพด. ข้อมูล ณ ปี พ.ศ.๒๕๖๐

| เขตสุขภาพ | เขต ๑ | เขต ๒ | เขต ๔ | เขต ๕ | เขต ๖ | เขต ๗ | เขต ๘ | เขต ๙ | เขต ๑๐ | เขต ๑๑ | เขต ๑๒ | กทม. | รวม |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|------|-----|
| รร.ตชด. | ๔๖ | ๓๐ | | ๒๗ | ๑๙ | | ๒๖ | ๙ | ๑๔ | ๑๕ | ๒๗ | | ๒๑๓ |
| รร.สพฐ. | ๖๑ | ๓๙ | ๓๕ | ๒ | ๓ | ๓ | ๔๒ | ๓ | ๔ | ๓ | ๑๙ | ๒ | ๒๑๖ |
| รร.กศน. | ๑๙๑ | ๙๑ | | | | | | | | ๑ | ๑๖ | | ๒๙๙ |
| รร.พระปริยัติ | ๖๐ | | | | | | | | ๙ | | | | ๖๙ |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|-----|
| ธรรม | | | | | | | | | | | | | |
| อปท. | ๖ | ๑๑ | | | | | ๒๑ | | | ๑ | | | ๓๙ |
| รร.กทม. | | | | | | | | | | | | ๒๕ | ๒๕ |
| รวมทั้งหมด | ๓๖๔ | ๑๗๑ | ๓๕ | ๒๙ | ๒๒ | ๓ | ๘๙ | ๑๒ | ๒๗ | ๒๐ | ๖๒ | ๒๗ | ๘๖๑ |

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มุ่งเป้าดำเนินการให้ครอบคลุมทุกโรงเรียนในสังกัด ตชด.

สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) ในโครงการ กพด.

| เขตสุขภาพ | เขต 1 | เขต 2 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | รวม |
|---|--|------------|---------------------------------|-------------------|---|--------------------|--|-------------------|-------------------|-------|
| แผนกำหนดการเสด็จเยี่ยมโครงการ กพด. | ม.ค.62 เชียงใหม่, ก.พ. 62 พะเยา / เชียงราย | ธ.ค.61 ตาก | ม.ค.62 กาญจนบุรี/ ราชบุรี | ม.ค.62 สระแก้ว | ก.พ.62 บึงกาฬ / สกลนคร/ นครพนม | ม.ค.62 สุรินทร์ | ม.ค.62 อุบลราชธานี มี.ค.62 ศรีสะเกษ | ม.ค.62 นครศรีฯ | ม.ค.62 ปัตตานี | |
| จำนวนจังหวัดที่มี รร.ตชด. | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 7 | 40 |
| จำนวน รร.ตชด. | 46 | 30 | 27 | 19 | 26 | 9 | 14 | 15 | 27 | 213 |
| จำนวน รร.ตชด.ที่ยังไม่ได้เก็บตัวอย่างน้ำบริโภค ส่งตรวจ | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 |
| จำนวน รร.ตชด.ที่เก็บตัวอย่างน้ำบริโภค* | 38 | 29 | 27 | 19 | 26 | 9 | 14 | 13 | 27 | 202 |
| จำนวน รร.ตชด. ที่ตัวอย่างน้ำบริโภคผ่านเกณฑ์ | 3 | 6 | 1 | 7 | 10 | 3 | 3 | 2 | 5 | 40 |
| ร้อยละ รร.ตชด.ที่ตัวอย่างน้ำบริโภคผ่านเกณฑ์** | 7.89 | 20.69 | 3.70 | 36.84 | 38.46 | 33.33 | 21.43 | 15.38 | 18.52 | 19.80 |

๕. แนวทางการดำเนินงาน

๑) ส่วนกลาง กำหนดนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด สนับสนุนคู่มือองค์ความรู้ Template แบบตรวจ สุขาภิบาลโรงอาหาร การจัดการน้ำบริโภค

๒) ศูนย์อนามัย ประสาน สสจ.ในการวางแผนเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย (ผู้ตรวจฯ กำกับ ติดตามการดำเนินงาน)

๓) สสจ.ประสาน สสอ. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค

๔) สสอ.ประสาน รพ.สต. ในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค

๕) รพ.สต. ร่วมกับครุอนามัย รร.กพด. เก็บตัวอย่างเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ๒๐ พารามิเตอร์ และ ๑๑๑ และพัฒนาระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำเบื้องต้น (ได้ตัวอย่างน้ำ และ ส่งศูนย์ LAB กรมอนามัย จากนั้น รายงานผลตรวจ) ทั้งนี้กองกำกับ รร.ตชด. จัดสรรงบประมาณเพื่อการปรับปรุงระบบ

๖. กลไกการจัดการน้ำบริโภคในโรงเรียน ตชด. (ผู้ตรวจราชการฯ กำกับ ติดตามการดำเนินงาน)

- เขตสุขภาพ

๑. จัดทำฐานข้อมูลโรงเรียน ตชด.ในเขต

๒. สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่

๓. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

๔. ร่วมรับเสด็จฯ เยี่ยมโรงเรียน ตชด.

- สสจ.

๑. รวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำฐานข้อมูลโรงเรียน ตชด. ในจังหวัด

๒. สนับสนุน และประสานภาคีเครือข่ายในจังหวัดสนับสนุนดำเนินงาน

๓. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
๔. เตรียมการรับเสด็จฯ เยี่ยมโรงเรียน ตชด.
 - สสอ./รพ.สต.
๑. สำรองและตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียน ตชด. ใน พื้นที่รับผิดชอบ
๒. ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันพัฒนาระบบบริการน้ำบริโภคในโรงเรียน ตชด.
๓. สนับสนุนแกนนำนักเรียนเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียน ตชด. ด้วย Test Kit
๔. เตรียมการรับเสด็จฯ เยี่ยมโรงเรียน ตชด.

มติที่ประชุม ๑) รับทราบ

- ๒) ให้กรมอนามัยส่งแผนกำหนดการเสด็จเยี่ยมตามโครงการฯ พกต. ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงด้วย
- ๓) ควรศึกษาผลการวิจัยน้ำบริโภคแต่ละเขต รวมทั้งออกแบบระบบและกลไกให้มีคุณภาพอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ๔) ให้นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินการในเดือนถัดไป (มกราคม ๒๕๖๒)

๔.๔ แนวทางการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพและจังหวัด

นายพิเชษฐ หนองช้าง ผู้อำนวยการสำนักประสานการแพทย์ฉุกเฉิน นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

๑. แนวทางการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัด
 - ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สำคัญในการพัฒนาพื้นที่
 - ๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๑ และประกาศหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๑)
 - ๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ และข้อจำกัดของหน่วยปฏิบัติการ พ.ศ.๒๕๖๑ (อยู่ระหว่างรอประกาศราชกิจจานุเบกษา)
 - ตามประกาศข้างต้นกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ ควบคุมกำกับ (Regulator) , อบจ./กทม. ทำหน้าที่ ดำเนินการและบริหารจัดการระบบ (Provider Administrator) , รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ทำหน้าที่ การอำนวยการทางการแพทย์ (Provider Medical direction) , อบจ. อบต. เทศบาล เมืองพัทยา องค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รพ.รัฐสังกัดกระทรวงต่างๆ รพ.เอกชน รพ.สต. หน่วยปฏิบัติการสังกัดกรมอุทยานฯ โรงงานอุตสาหกรรม สังกัดองค์กรเอกชน และอื่นๆ ทำหน้าที่ จัดบริการ (Provider EMS)
๒. งานขับเคลื่อนงาน EMS ที่สำคัญในเขตสุขภาพและจังหวัด ปี ๒๕๖๒
 - การเข้าถึงของผู้ป่วยวิกฤติด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน ๘ นาที
 - การเพิ่ม ALS ให้ครอบคลุมพื้นที่ (ปัจจุบันส่วนมาก ALS ใน รพ.)
 - การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ EMS โดย อบจ.และ กทม. (ศูนย์รับแจ้งและจ่ายงานฯ และบริหารจัดการ Pre-hos)
 - การใช้ TEMSA (Thailand Emergency Medical Services Accreditation) ในการประเมินมาตรฐานและคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาตนเอง

- การพัฒนาระบบอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขตสุขภาพ
- การจ่ายตรงค่าชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินให้กับหน่วยปฏิบัติการ

๓. การสนับสนุนการพัฒนาพื้นที่เขตสุขภาพ/จังหวัด ปี ๒๕๖๒

- การสนับสนุนงบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนนโยบายงานที่ขับเคลื่อน การแก้ปัญหา และพัฒนาระดับเขต/ระดับจังหวัด (๑๔ ล้าน) โดยจัดทำโครงการตามกรอบที่กำหนด เสนอพิจารณาให้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

- การคัดเลือกจังหวัดที่มีการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินดีเด่น

๔. งบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

- วงเงิน ๘๙๑.๓๗๔ ลบ. แบ่งการใช้งบประมาณออกตามประเภท ดังนี้

๑) งบชดเชยการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสนับสนุนพื้นที่

๒.๑) งบสนับสนุนการปฏิบัติการ (ศูนย์ปฏิบัติการอำนวยการระดับจังหวัด, ศูนย์ปฏิบัติการอำนวยการระดับเขต, งบสนับสนุนฯ ตามผลงาน)

๒.๒) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน

๒.๓) สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้

๒.๔) สนับสนุนการผลักดันนโยบายเพิ่มเติม

- จังหวัดที่มีเงินคงเหลือสูงสุด ๑๐ อันดับแรก

| ลำดับ | จังหวัด | ยอดยกมา | รายรับ | รายจ่าย | คงเหลือ |
|-------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | ร้อยเอ็ด | 9,050,004 | 18,612,087 | 14,401,471 | 13,260,621 |
| 2 | กรุงเทพมหานคร | 16,258,382 | 27,003,178 | 30,196,478 | 13,065,082 |
| 3 | สุราษฎร์ธานี | 7,032,356 | 16,976,027 | 14,928,041 | 9,080,343 |
| 4 | เลย | 7,406,527 | 2,626,413 | 3,735,241 | 6,297,700 |
| 5 | สมุทรสงคราม | 5,751,382 | 918,640 | 497,149 | 6,172,873 |
| 6 | สงขลา | 6,094,252 | 14,877,979 | 15,250,582 | 5,721,649 |
| 7 | ปทุมธานี | 6,123,037 | 5,772,826 | 6,501,878 | 5,393,985 |
| 8 | ตรัง | 7,829,710 | 13,202,050 | 15,801,282 | 5,230,478 |
| 9 | สระแก้ว | 5,047,041 | 4,204,590 | 4,325,743 | 4,925,888 |
| 10 | อุตรธานี | 6,112,119 | 2,401,727 | 3,790,137 | 4,723,708 |

๕. ประเด็นปัญหาการใช้จ่ายงบประมาณ ทำให้มีเงินคงค้าง

หลายจังหวัดมีเงินคงเหลือจำนวนมาก โดยจังหวัดที่มีเงินมากกว่า ๒ ล้านบาท จำนวน ๒๖ จังหวัด เป็นเงิน ๑๒๐.๖๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๖ ของเงินทั้งหมด สรุปสาเหตุ ได้แก่ การลงบัญชีไม่ถูกต้อง ได้รับงบประมาณแต่ไม่นำไปพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และจัดสรรเงินค่าชดเชยปฏิบัติการล่าช้า

มาตรการเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาล

- จัดให้มีการตรวจสอบและปรับปรุงระบบบัญชีให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ควบคุมการใช้จ่ายเงินกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์
- กรณีที่มีคงเหลือตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลางที่กำหนดไว้ให้ส่งคืนเข้ากองทุน

- เร่งรัดการเบิกจ่ายค่าชดเชยให้หน่วยปฏิบัติการทันทีและต้องให้ทุกหน่วยงานเข้าระบบการจ่ายค่าชดเชยตรงภายในปี ๒๕๖๒

- กำกับติดตามรายงานสถานะเงินกองทุนของจังหวัดทุก ๖ เดือน

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ การตรวจยืนยันแพ้ยา

น.พ.โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำเสนอโดยสรุป ดังนี้

ความสำคัญของปัญหา ประเทศไทยมีรายงาน SJS/TEN จากยา carbamazepine (CBZ) ปีละ ประมาณ ๑๖๐ - ๑๘๐ ราย คนที่มียีน HLA-B*๑๕:๐๒ เสี่ยงต่อการเกิด SJS/TEN จากยา carbamazepine (CBZ) มากกว่าคนที่ไม่มียีนถึง ๕๕ เท่า จากผลการวิจัย ยีน HLA-B*๑๕:๐๒ มีความจำเพาะกับคนเอเชีย มากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ประเทศต่างๆ แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติจากประเทศแถบเอเชียตรวจยีน HLA-B*๑๕๐๒ ก่อนเริ่มการรักษาด้วย CBZ

HLA-B*๑๕๐๒ อัลลีล เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการแพ้ยากันชักที่ชื่อ คาร์บามาซีปีน HLA-B*๑๕๐๒ เป็นลักษณะพันธุกรรมที่พบบ่อยในคนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งคนไต้หวัน คนจีน มาเลเซีย อินโดนีเซีย และคนไทย ในคนไทยพบลักษณะทางพันธุกรรมชนิดนี้ได้ร้อยละ ๑๕ หรือ ประมาณ ๑ รายใน ๖ ราย ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยที่เกิดผื่นแพ้ยาชนิดมีการหลุดลอกของผิวหนัง ที่ชื่อกลุ่มสตีเวนส์-จอห์นสัน-ซินโดรม (SJS) จากยาคาร์บามาซีปีน โดยพบมากในประเทศมาเลเซียและไทยมากที่สุดในโลก สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้รับข้อมูลการเฝ้าระวังผลไม่พึงประสงค์จากยาในประเทศไทยช่วง ๑๐ ปี ระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๕๔ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้รับรายงานผู้ป่วย สตีเวนส์ จอห์นสัน ซินโดรม จากการแพ้ยาราว ๕,๐๐๐ ราย ยาที่ใช้มากที่สุด คือ ๑) Cotrimoxazole ๒๘ % ๒) Allopurinol ๑๗ % ๓) Carbamazepine ๑๔ % ทั้งนี้แนวโน้มการพบผู้ป่วยแพ้ยารุนแรงที่เกิดจากการใช้ยาดังกล่าวในประเทศไทยลดลง เนื่องจากแพทย์เลี่ยงไปใช้ยาอื่นเพราะความกลัวคนไข้เกิดการแพ้ยารุนแรงทั้งๆที่ยานี้เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีและราคาถูก และผู้ป่วยหลายรายที่จำเป็นต้องได้รับยานี้ โดยไปใช้ยากลุ่มที่มีราคาแพง และประสิทธิภาพอาจจะน้อยกว่า การให้บริการเภสัชพันธุศาสตร์เป็นส่วนสำคัญหนึ่งในการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) ที่ใช้ข้อมูลทางพันธุกรรมของผู้ป่วยมาเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยได้พัฒนาเทคนิคการตรวจสอบยีนพันธุกรรมเสี่ยง HLA-B*๑๕๐๒ เพื่อนำมาใช้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนได้รับยา หากมีผลการตรวจเป็นบวก พบยีน HLA-B*๑๕๐๒ ผู้ป่วยควรเลี่ยงไปใช้ยาอื่น ประเทศไต้หวัน และสิงคโปร์ เปิดให้บริการตรวจพันธุกรรมแล้ว ทำให้การแพ้ยาและการเสียชีวิตลดลงได้

กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ได้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เปิดให้บริการ เพื่อป้องกันภาวะแพ้ยารุนแรงทางผิวหนังในผู้ป่วยชาวไทย และถือเป็นการยกระดับมาตรฐานบริการสาธารณสุขของประเทศ จากเดิมที่ทำได้เพียงตามดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะผื่นแพ้ยารุนแรง เปลี่ยนแปลงไปสู่การป้องกันการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรงด้วยได้ด้วยวิทยาการสมัยใหม่ สปสช. ได้มอบให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ(HITAP) ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการตรวจยีน ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*๑๕๐๒ ก่อนให้ยา

คาร์บามาซิปีน มีประสิทธิผลทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เกิดผื่นแพ้ยาในกลุ่มสตีเวนส์ จอห์นสัน ซินโดรม ลดลงได้ถึงร้อยละ ๘๘ ลดโอกาสความพิการและเสียชีวิต และมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับการไม่คัดกรอง ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยแพ้ยาและการส่งจ่ายยากันชักรายการอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะสตีเวนส์ จอห์นสัน ซินโดรม

สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจยีน HLA ในผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ที่ ๑,๐๐๐ บาท/ราย โดยปี ๒๕๖๑ คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษาด้วยยาคาร์บามาซิปีน และต้องรับการตรวจยีน HLA เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะสตีเวนส์ จอห์นสัน ซินโดรม มีจำนวน ๑๐,๐๐๐ ราย รวมเป็นงบประมาณ ๑๐ ล้านบาท คาดว่ามูลค่าประหยัดค่าใช้จ่ายจากการรักษาเป็นจำนวน ๒๕๖.๑๘ ล้านบาท

สำหรับแนวทางการตรวจยีน HLA ในผู้ป่วยโรคลมชักก่อนเริ่มยาคาร์บามาซิปีน สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์ ปี ๒๕๕๙ เรียบร้อยแล้ว แนะนำให้พิจารณาส่งตรวจคัดกรองยีน HLA-B*๑๕๐๒ ก่อนเริ่มยาคาร์บามาซิปีน และก่อนหน้านี้ สปสช.ได้เตรียมความพร้อมดำเนินการ โดยประสานสมาคมโรคลมชักฯ เพื่อประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*๑๕๐๒ ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาคาร์บามาซิปีน ผ่านทางเว็บไซต์ของสมาคม และประสานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยสถานที่ส่งตรวจเป็นสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๔ ศูนย์ เป็นห้องปฏิบัติการการที่ส่งตรวจ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะดำเนินการ ๑) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักก่อนกินยาให้ปรึกษาแพทย์และตรวจเลือดก่อนทุกครั้ง ๒) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่งเปิดให้บริการประชาชนตามข้อบ่งชี้ที่แพทย์วินิจฉัย เพื่อให้เป็นของขวัญปีใหม่แก่คนไทยทุกคน จะบริการตรวจฟรีทุกคนในสิทธิต่างๆ ๓) เตรียมพร้อมบุคลากรในโรงพยาบาล ระดับมากกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง และจัดระบบส่งตรวจเลือดให้พร้อม ๔) จัดระบบติดตามผลการให้บริการและการประเมินเพื่อพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข มอบของขวัญปีใหม่ เพื่อคนไทยปี ๒๕๖๒ โดยเปิดให้บริการตรวจยีน เพื่อป้องกันภาวะแพ้ยารุนแรงทางผิวหนังในผู้ป่วย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๒

มติที่ประชุม รับทราบ

กำหนดการประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๑

เลิกประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

นางสาวอินทิรา คำไทย
นางชนิตา เกียรติพัฒนกุล
นางสาวนวลภรณ์ เฉยรอด

สรุปรายงานการประชุม
สรุปรายงานการประชุม
ตรวจรายงานการประชุม