

รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข

ครั้งที่ ๙/๒๕๖๖

เมื่อวันพุธที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าประชุม

๑.	นพ.ชลน่าน	ศรีแก้ว	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานการประชุม
๒.	นายสันติ	พร้อมพัฒน์	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๓.	นายวิชาญ	มินชัยนันท์	ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๔.	น.ต.นพ.พลเทพ	สุนทร	เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๕.	พญ.นวลสกุล	บำรุงพงษ์	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๖.	นายมงคล	สมคำ	คณะทำงานรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๗.	นางสาวพิมพ์สุดา	เพ็ญแสง	คณะทำงานรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๘.	นพ.โอภาส	การย์กวินพงศ์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๙.	นพ.ทวีศิลป์	วิษณุโยธิน	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๐.	นพ.ยงยศ	ธรรมวุฒิ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๑.	นพ.ณรงค์	อภิกุลวณิช	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๒.	นพ.ศักดิ์ดา	อัลภาชน	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๓.	ผศ.(พิเศษ) นพ.สุภาโชค	เวชภัณฑ์เภสัช	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๔.	นพ.รุ่งเรือง	กิจผาติ	หัวหน้าที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข
๑๕.	ดร.นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
๑๖.	นพ.ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	(แทน) อธิบดีกรมการแพทย์
๑๗.	นพ.ธงชัย	เลิศวิไลรัตนพงศ์	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๘.	นพ.ธเรศ	กรัษณ์รวิวงศ์	อธิบดีกรมควบคุมโรค
๑๙.	นพ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒๐.	นพ.สุระ	วิเศษศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒๑.	พญ.อัมพร	เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
๒๒.	นพ.สุรารณชัย	วัฒนาอิงเจริญชัย	อธิบดีกรมอนามัย
๒๓.	นพ.ไพศาล	ตันคุ้ม	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๒๔.	ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย	เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
๒๕.	นพ.กฤษ	ลีทองอิน	(แทน) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒๖.	ผศ.ดร.จรรยาพร	ศรีศลักษณ์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๗.	พญ.ปิยวรรณ	ลิ้มปัญญาเลิศ	ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
๒๘.	พญ.มิ่งขวัญ	สุพรรณพงศ์	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
๒๙.	ร.อ.นพ.อัจฉริยะ	แพงมา	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
๓๐.	นพ.พรเทพ	พงศ์ทวีกร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
๓๑.	นายสุทธิพงษ์	วสุโสภาพล	(แทน) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔.	นางเยาวภา	จันทร์เหมือน	ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ
๕.	นพ.นนท์	จินดาเวช	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๖.	นพ.ชาติชาย	คล้ายสุพรรณ	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๗.	นพ.จักรพันธ์	จันทร์สว่าง	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๘.	นพ.สมพร	สหจรัพัฒน์	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๙.	นางเพ็ญศรี	ตรามิกุล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๐.	นางสาวสุกัญญา	มยุสือทอง	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๑.	นางสาวบุญทอง	ธูปน้ำคำ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๒.	นางสาวฐิติมา	ธรรมไชย	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๓.	นายเจตพัฒน์	จำปีเพชร	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานการประชุม แจ้งที่ประชุมทราบ เรื่องโครงการ Quick Win ภายใต้นโยบาย ๓๐ บาท พลัส ผ่าน ๑๓ ประเด็น สร้าง Quick Win ให้เห็นเป็นรูปธรรมภายใน ๑๐๐ วัน เป็นการเน้นย้ำการดูแลสุขภาพประชาชน และเน้นย้ำการดูแลความเป็นอยู่ สวัสดิภาพ สวัสดิการของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าจะได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี โดยในการยกระดับ ๓๐ บาท พลัส จะดำเนินการครอบคลุมในทุกมิติที่เป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งมิติของสุขภาพกาย สุขภาพใจ สุขภาพปัญญา และสุขภาพทางสังคม โดยมุ่งเน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ นั้นหมายความว่าเข็มมุ่งของเราก็คือคนไทยสุขภาพดี ประเทศไทยสุขภาพดี เราจะขับเคลื่อน ผ่านนโยบาย ๑๓ ประเด็น ดังต่อไปนี้ ๑) โครงการพระราชดำริฯ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ถือเป็นเรื่องเด่นที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญ เราสามารถจะประกาศ Quick Win ที่อยู่ภายใต้โครงการนี้ ยกตัวอย่าง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๑๐ แห่ง และโรงพยาบาลเทเวศน์เวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา (โรงพยาบาลแม่แจ่มเดิม) รวมทั้งหมด ๑๑ แห่ง สามารถประกาศเป็น Quick Win ได้ มีการจัดบริการเป็น Smart Hospital ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้าง ปรับระบบโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฯ และยกมาเป็นต้นแบบเพื่อพัฒนาและเชื่อมโยงกับระบบ ๒) ๕๐ เขต ๕๐ โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ๓) สุขภาพจิตและยาเสพติด ๔) มะเร็ง ครบวงจร (HPV/มะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี) การรณรงค์ฉีดวัคซีน HPV ฝากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒ เชิญผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดหญิงมุสลิมคนแรกของประเทศไทย มาร่วมรณรงค์การฉีดวัคซีนในโครงการนี้ ๕) สร้างขวัญกำลังใจบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ๖) การแพทย์ปฐมภูมิ ๗) สาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เฉพาะ ๘) สถานชิวาภิบาล ๙) พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ๑๐) ดิจิทัลสุขภาพ ๑๑) ส่งเสริมการมีบุตร (ผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติ) ๑๒) เศรษฐกิจสุขภาพ ๑๓) นกทองเที่ยวปลอดภัย ซึ่ง Quick Win ๑๐๐ วันแรก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาคที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันผลักดันนโยบายให้เห็นเป็นรูปธรรม โดยทิศทางการกระทรวงสาธารณสุขนอกจากเป็นองค์กรหลักทางด้านสุขภาพแล้ว ต้องร่วมขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ โดยการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางด้านอุตสาหกรรมแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นกทองเที่ยวปลอดภัย และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน และบุคคลอื่นที่จะเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ฝากทุกท่านเร่งรัดกำกับติดตามนโยบายต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้ ทั้งนี้จะมีการประชุมติดตามทุกเช้าวันพุธ โดยเริ่มตั้งแต่สัปดาห์หน้าเป็นต้นไป ซึ่งจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ

และอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมั่นในศักยภาพของทุกท่าน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของทุกท่าน โดยทั้ง ๑๓ ประเด็นจะนำมาเป็นหมุดหมายในการปรับงบประมาณของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (ส่งภายใน ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖) ปรับงบประมาณขาขึ้น ซึ่งวงเงินเพิ่มขึ้นจาก ๓.๓๕ ล้านล้านบาท เป็น ๓.๔๘ ล้านล้านบาท และที่สำคัญเราจะมีกรอบทบทวนระเบียบ กฎเกณฑ์ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือดำเนินการให้ถูกต้องตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเรียนเชิญท่านสุขุมพงศ์ โง่นคำ อดีตรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นคณะที่ปรึกษาด้านกฎหมาย เพื่อเชื่อมโยงมิตินงานของกระทรวงสาธารณสุขกับฝ่ายนิติบัญญัติ

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๘/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

นพ.นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เลขาธิการการประชุมแจ้งว่าได้จัดส่งรายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๘/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ ให้องค์ประชุมตามหนังสือกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๒/๔๕๗๘ และที่ สธ ๐๒๐๙.๐๒/๔๕๗๙ ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ ซึ่งไม่มีหน่วยงานใดแจ้งขอแก้ไข จึงขอให้ที่ประชุมพิจารณาและรับรองรายงานการประชุม ต่อไป

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมโดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

๓.๑ สถานการณ์และมาตรการป้องกันควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกและสถานการณ์โรคที่สำคัญ

นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เสนอที่ประชุมเรื่องสถานการณ์และมาตรการป้องกันควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกและสถานการณ์โรคที่สำคัญ สถานการณ์ไข้เลือดออกในช่วงตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน อัตราของผู้ติดเชื้อประมาณ ๒ เท่า อย่างไรก็ตามในภาพรวมแนวโน้มผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตลดลงต่อเนื่องใน ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรมควบคุมโรคมีการเปิด EOC ตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคมและติดตามการทำงานกับเขตสุขภาพต่างๆ สำหรับสถานการณ์ของไทย ปี ๒๕๖๖ อัตราป่วยสูงทางภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ คำนวณฐานอายุผู้ป่วย ๑๗ ปี (๑ เดือน - ๙๘ ปี) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย ๙๑,๙๗๙ ราย อัตราป่วย ๑๓๙.๐๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๙๓ รายจาก ๔๔ จังหวัด อัตราป่วยร้อยละ ๐.๑ (๑ ใน ๑,๐๐๐) ในการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกัน มีการทำสื่อในประเภทต่างๆ เช่น virtual human โดยนำเรื่องราวจริง มาทำเป็นหนังสือ ในปี ๒๕๖๖ มีการกระจายของผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยยุงลาย ทั้ง ๓ โรค ดังนี้โรคไข้เลือดออก ๗๗ จังหวัด โรคไข้วัดข้อยุงลาย ๔๗ จังหวัด โรคติดต่อไวรัสซิกา ๒๖ จังหวัด โดยสรุป ๑) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกใน ปี ๒๕๖๖ เริ่มมีการชะลอตัวของการระบาด แต่ยังพบผู้ป่วยต่อเนื่องบางจังหวัด ๒) อัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน แต่อัตราป่วยสูงสุดในวัยทำงาน ๓) มาตรการป้องกันควบคุมโรค ยังเน้นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ควบคู่ไปกับการจำกัดยุงตัวแก่ในพื้นที่ระบาด และแนะนำการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ๔) กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพิ่มความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เสี่ยง เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน โรงงาน ๕) กรมควบคุมโรค เตรียมความพร้อมประกาศพื้นที่ โรคระบาดตามมาตรา ๙ แห่ง พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ หากสถานการณ์พื้นที่มีความรุนแรง ๖) กำจัดยุงลายต่อเนื่องเพื่อป้องกัน ๓ โรค (Dengue, Zika, Chikungunya) สำหรับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

๑ มกราคม – ๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วย ๑๕๔,๘๒๙ ราย อัตราป่วย ๒๓๓.๙๕ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๓ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๐๑ ซึ่งในขณะนี้มีผู้ป่วยต่อเนื่องเกิดขึ้นตามฤดูกาลมากกว่าปีที่แล้ว ๓ เท่า โดยสายพันธุ์ที่กำลังระบาด A/H1N1 (๒๐๐๙) จำนวน ๒๖ ราย ร้อยละ ๔๔.๑ สายพันธุ์ A/H3N2 จำนวน ๒๔ ราย ร้อยละ ๔๐.๗ สายพันธุ์ B จำนวน ๙ ราย ร้อยละ ๑๕.๓ พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนโดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงเรียนในวัยเด็กเล็ก การดำเนินการนโยบาย/มาตรการ โดยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเตรียมความพร้อม เฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียน โดยมีมาตรการ ดังนี้ มาตรการด้านสาธารณสุข ๑) คัดกรองอาการ ๒) ห้องพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน ๓) หมั่นทำความสะอาดบริเวณสัมผัสร่วม ๔) มีระบายอากาศ ๕) หากมีการระบาดจำนวนมากพิจารณาปิดสถานศึกษา ๖) ให้ความรู้ สำหรับมาตรการด้านวัคซีน ภาครัฐจัดหาประมาณ ๕ ล้านโดส ปี ๒๕๖๖ สำหรับประชาชน ๗ กลุ่มเสี่ยง ๔.๓ ล้านโดส (สปสช.) และบุคลากรทางการแพทย์ ๖๑๗,๐๐๐ โดส (กรมควบคุมโรค) ข้อเสนอที่ประชุม ๑) รับทราบสถานการณ์ไข้เลือดออก และไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งข้อเสนอแนะนโยบาย/มาตรการป้องกันควบคุมโรค ๒) ไข้เลือดออก ดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายต่อเนื่องทุกพื้นที่ ป้องกัน ๓ โรค สื่อสารประชาชน เพื่อรับรู้และสร้างความตระหนักในทุกช่องทางสื่อ ๓) ไข้หวัดใหญ่ เข้มมาตรการป้องกันไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียน เตรียมพร้อม CDCU สอบสวนควบคุมโรค เฝ้าระวัง วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ใน ๗ กลุ่มเสี่ยง และ อสม.

นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เสนอที่ประชุมเรื่องการขับเคลื่อนนโยบายการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV ล้านโดส ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากในหญิงไทยเป็นอันดับ ๒ รองจากมะเร็งเต้านมในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ ๖,๕๐๐ ราย/ปี และมีผู้เสียชีวิต ๒,๐๐๐ ราย/ปี HPV หรือ Human Papilloma Virus ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ติดต่อได้ระหว่างบุคคลด้วยการสัมผัสเชื้อโดยตรงหรือผ่านการมีเพศสัมพันธ์ สายพันธุ์ที่พบบ่อย คือสายพันธุ์ ๑๖ และ ๑๘ ซึ่งเป็นต้นเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากถึงร้อยละ ๗๐ วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV หรือมะเร็งปากมดลูก สามารถป้องกันการติดเชื้อ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรค หากฉีดวัคซีนตั้งแต่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์หรือในผู้หญิง อายุ ๙ - ๒๖ ปี ป้องกันได้มากถึงร้อยละ ๙๐ ทำให้ลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกใน ๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้า โดยประเทศไทยเริ่มต้นให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิง ป.๕ (อายุ ๑๑ - ๑๒ ปี) ในปีการศึกษา ๒๕๖๐ โดยการดำเนินงานบริการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ๑) ดำเนินการให้วัคซีน HPV ๒ เข็ม ตอน ป.๕ ตามสิทธิประโยชน์ ๒) เข้าเรียน ป.๕ ก่อนเริ่มมีนโยบายฉีดวัคซีน HPV โดยอยู่ระหว่างการสำรวจ ๓ cohort ก่อนมีนโยบาย (๑.๒ ล้านคน) และอีก ๔ cohort ที่เก็บตก จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่รอฉีดวัคซีน HPV เข็มที่ ๑ ผ่านระบบเบิกของ สปสช. จำนวน ๘๓๘,๔๔๕ โดส และเข็มที่ ๒ จากวัคซีนบริจาคกาชาด จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ โดส รวม ๑,๑๓๘,๔๔๕ โดส คาดประมาณจำนวนวัคซีนที่เร่งบริการฉีดสำหรับกลุ่มเป้าหมายอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ใน ๑๐๐ วันแรก โดยเข็มที่ ๑ จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน และเก็บตกเข็มที่ ๒ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน จำนวนวัคซีน HPV ที่เตรียมไว้สำหรับการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายหลักการจัดหาวัคซีน HPV ตามปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๗๖๒,๙๕๐ โดส จัดหา ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖ จำนวน ๔๐๐,๐๐๐ โดส จัดหา ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๗๐๓,๗๐๐ โดส จัดหา ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖ จำนวน ๙๗,๐๔๗ โดส วัคซีน สปสช. ที่จัดซื้อมาแล้วในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ โดส วัคซีนที่สถาบันวัคซีน รับบริจาค และส่งมอบให้กับ สปสช. (พฤศจิกายน ๒๕๖๖) จำนวน ๔๐๐,๐๐๐ โดส วัคซีนที่สภากาชาดไทย รับบริจาค และส่งมอบให้กับกระทรวงสาธารณสุข (กันยายน ๒๕๖๖) หมายเหตุ : วัคซีนที่มีแผนการฉีด จำนวน ๑,๑๓๘,๔๔๕ โดส (พื้นที่เบิกเข้ามาตามระบบ สปสช. และวัคซีนสภากาชาดไทย) แผนการดำเนินงานในระยะ ๑๐๐ วันแรก ช่วงเดือน

ตุลาคม ๒๕๖๖ ดังนี้ ๑) สื่อสารนโยบายโดยท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖ ๒) จัดทำแนวทางการให้บริการ และสำรวจจำนวนคน ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (กรมควบคุมโรค) ๓) จัดหาวัคซีน HPV ให้เพียงพอกับกลุ่มเป้าหมาย (สปสช.) ๔) พัฒนาระบบฐานข้อมูล MOPH Immunization Center หรือ MOPH IC (กรมควบคุมโรค/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ๕) ประสานกระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) และกรุงเทพมหานคร เพื่อเตรียมความพร้อม (กรมควบคุมโรค) ๖) จัดกิจกรรมแคมเปญรณรงค์ “Kick-off 1-M doses HPV Vaccine Campaign” ๗) จัดบริการฉีดนำร่อง เขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด พร้อมกันทั่วประเทศ ช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม ๒๕๖๖ ๘) เร่งรัดการบริการฉีดวัคซีน โดยโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา และหน่วยบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร กำหนด ๒) กำกับติดตามผล (เขตสุขภาพ) ช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๗ จัดกิจกรรมเพื่อมอบรางวัล และขอบคุณภาคีเครือข่าย “1-M doses HPV Vaccine: We Succeed ” ข้อเสนอที่ประชุม ทราบและให้ข้อเสนอ แผนการเร่งรัดฉีดวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายนักเรียนหญิงชั้น ป.๕ ถึงชั้นอุดมศึกษาปี ๒ (หรืออายุ ๑๑ – ๒๐ ปี) เพื่อพิจารณาอบหมาย ดังนี้ ๑) กรมควบคุมโรค เสนอ (ร่าง) กรอบแนวทาง และ (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการวัคซีน HPV ต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ และคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒) กรมควบคุมโรค และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ นำประเด็นคำแนะนำทางวิชาการหารือในคณะอนุกรรมการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ๓) สปสช. จัดหาวัคซีนให้สอดคล้องกับเป้าหมาย จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายวัคซีน สนับสนุนค่าฉีดวัคซีนสำหรับหน่วยบริการและเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเกิด AEFI ๔) กรมควบคุมโรค ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (ศทส.)/สำนักสุขภาพดิจิทัล (สสท.)) จัดทำ ฐานข้อมูล MOPH เพื่อบันทึกผลการฉีด ๕) กรมควบคุมโรค ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (อาทิ ศธ. สถ. กทม.) เพื่อร่วมดำเนินการ ๖) กลไกของเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรุงเทพมหานคร เร่งบริการฉีดวัคซีน และกำกับติดตามผล

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) โครงการฉีด HPV จำนวน ๑ ล้านโดส ในการพิจารณาจัดซื้อจากหน่วยงานภาครัฐ ขอให้ประสานงานกับหน่วยงานเอกชนที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม (สปส.) หรือคู่สัญญา ๓๐ บาท เพื่อให้เกิดการกระจายจุดฉีด และมีการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูล MOPH IC

๒) การพิจารณาในกลุ่มเป้าหมายโครงการฉีด HPV จำนวน ๑ ล้านโดส สำหรับกลุ่มที่อยู่นอก ระบบการศึกษา ควรใช้เทคโนโลยีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ติดตามเชื่อมโยงกับโทรศัพท์มือถือและลงในระบบ เพื่อสื่อสารเชิญชวนเข้าร่วมการฉีดวัคซีนต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้กรมควบคุมโรค พิจารณาการฉีดวัคซีนให้ทั่วถึงให้เกิดความครอบคลุม โดยเน้นเป้าหมายในกลุ่มเสี่ยง

๒) มอบหมายให้กรมควบคุมโรค พิจารณาทบทวนกำหนดการจัด กิจกรรมแคมเปญรณรงค์ “Kick-off 1-M doses HPV Vaccine Campaign” ในการฉีดวัคซีน HPV เนื่องจากเป็นช่วงปิดเทอมของ โรงเรียนและมหาวิทยาลัย โดยกำหนดวันเวลาให้สอดคล้องตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

๓) มอบหมายให้กรมควบคุมโรค ประสานเชิญผู้ว่าราชการจังหวัดหญิงคนแรก (นางพาตีเมาะ สะดียามู) ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี เข้าร่วมรณรงค์การฉีดวัคซีน HPV สำหรับสตรีมุสลิมต่อไป

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ ในระยะสั้นและเร่งด่วน (Quick win ๑๐๐ วัน)

ดร.นพ.พงศ์ธร พอกเพิ่มดี นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) เสนอที่ประชุม เรื่องการจัดทำร่างนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ และนโยบายระยะสั้นเร่งด่วน (Quick Win ๑๐๐ วัน) โดยมีกระบวนการจัดทำนโยบาย ดังนี้ ๑) ยุทธศาสตร์ชาติ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒) ผลลัพธ์สุขภาพเปรียบ OECD/ASEAN ปี ๒๕๖๖ SDGs INDEX ๓) ผลสำรวจความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพ ๔) ฉากทัศน์ระบบสุขภาพไทยใน ๑๐ ปีข้างหน้า และภาพในอนาคตระบบสาธารณสุขไทย ๕) นโยบายพรรคการเมือง นโยบายด้านสาธารณสุข มีการจัดลำดับความสำคัญและระดมความคิดของกระบวนการนำไปสู่นโยบายสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ ในด้านกฎหมายใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ได้แก่ ข.(๔) ลดการเหลื่อมล้ำของกองทุน ข.(๕) ระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข เน้นหมวดหมู่ที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทาง การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เป้าหมาย แผนแม่บทชาติประเด็นที่ ๕ : ด้านการท่องเที่ยว จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ด้านการพัฒนากำลังคน เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ แผนแม่บทชาติประเด็นที่ ๑๓ : ด้านการเสริมสร้างให้คนไทย มีสุขภาพที่ดีประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ลดความเหลื่อมล้ำ ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ภูมิอากาศ ผลลัพธ์สุขภาพเปรียบเทียบ OECD/ASEAN ปี ๒๕๖๖ ตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย กลุ่มประเทศ OECD จำนวน ๑๑๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย มิติที่ ๑ : สถานะสุขภาพ LE/HALE, NCD การเสียชีวิต ของแม่และเด็ก การเสียชีวิตจากบาดเจ็บ วัณโรค สมอเสื่อม สุขภาพจิต และการฆ่าตัวตาย มิติที่ ๒ : ปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ พฤติกรรมการกิน (ไม่กินผักบริโภคน้ำตาลสูง) น้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในวัยรุ่น การสูบบุหรี่ใน ผู้ใหญ่และเด็กอายุ ๑๓ – ๑๕ ปี การป่วย/ตายจากมลพิษทางอากาศ มิติที่ ๓ : การเข้าถึงบริการ การกระจายของแพทย์ เวลารอคอยการผ่าตัด (ต่อกระดูก ข้อเข่า ข้อสะโพก) การเข้าถึงเทคโนโลยีวินิจฉัยโรค (MRI CT PET Scanner) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพระยะยาว มิติที่ ๔ : คุณภาพการดูแล การรับวัคซีน (ไขหวัดใหญ่) การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (COPD, Asthma, CHF) การเสียชีวิตจาก AMI ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การ ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรคจิตเวช ODS มิติที่ ๕ : ทรัพยากรด้านสุขภาพ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุขในโรงพยาบาล การผลิตแพทย์ พยาบาล บุคลากรผู้ให้การดูแลระยะยาว จำนวนเตียงและอัตราการ ครองจำนวนเตียง ส่วนการสำรวจความต้องการของประชาชน เรื่องการพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๔,๓๖๔ ตัวอย่าง ต้องการมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๒.๗ ระบบ บริการ Smart Hospital ร้อยละ ๑๙.๙ พัฒนาศักยภาพ Excellence Center ร้อยละ ๑๔.๙ ศูนย์ดูแลจิตเวช/ ยาเสพติด ร้อยละ ๙.๘ บริการทันตกรรม ร้อยละ ๗ สำหรับฉากทัศน์ระบบสุขภาพไทยใน ๑๐ ปีข้างหน้า ปัจจัยหลัก ที่ส่งผลกระทบบสูง คือ ๑) โรคระบาดใหญ่ ๒) ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย นโยบายด้านสาธารณสุข มีการจัดลำดับความสำคัญและระดมความคิดของกระบวนการนำไปสู่ นโยบาย สาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ และมาตรการด้านกฎหมายต่าง ๆ โดย (ร่าง) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ ยกระดับ ๓๐ บาท พลัส เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน ผ่านนโยบายสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ ใน ๑๓ ประเด็น (ร่าง) นโยบายระยะสั้นเร่งด่วน Quick Win ๑๐๐ วัน MOPH Plus ดังนี้ โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ เน้นหนักเรื่อง (๑) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข (๒) โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ

๓) สุขศาลาพระราชทานผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง และอีกประเด็นสำคัญของเรื่องนี้เป็นคือ โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ ๗๒ พรรษา (ไตรมาศ ๒) ๑) โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ๕๐ เขต ๕๐ โรงพยาบาล และปริณทล จัดตั้งโรงพยาบาล ๑๒๐ เตียงในเขตดอนเมืองและอาจรวมถึงเชียงใหม่ ๒) สุขภาพจิต/ยาเสพติด จัดตั้งศูนย์อภัยารักษ์ ทุกจังหวัด รวมไปถึงมีหอผู้ป่วยจิตเวชทุกจังหวัดและกลุ่มงาน จิตเวชทุกอำเภอ ๓) มะเร็ง ครอบงว ให้วัคซีน HPV ในหญิงวัย ๑๑ - ๒๐ ปี ๑ ล้านคน คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ๑๐๐,๐๐๐ คน มี cancer warrior ทุกจังหวัด ๔) สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร มี Care Team D+ ในหน่วยบริการทุกระดับ บรรจุชำนาญการพิเศษ ครอบงว ตำแหน่ง ได้รับการเลื่อนเงินเดือนระหว่างการศึกษาต่อ ๕) การแพทย์ปฐมภูมิ ตรวจเลือดรับยา Telemedicine ใกล้เคียง ๑ จังหวัด ๑ โรงพยาบาล อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อ แม่) ๑ อำเภอ ๑ โรงเรียน ๖) สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ ขึ้นทะเบียน เบิกจ่าย real time บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ลงทะเบียนเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรเฉพาะ ๕ จังหวัด ๗) สถานชิวาภิบาล จัดตั้งสถานชิวาภิบาล จังหวัดละ ๑ แห่ง รวมถึงจัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ ๑ แห่ง และคลินิกผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล ๘) พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย กำหนดเป้าหมาย โรงพยาบาลแม่ข่าย จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มศักยภาพวินิจฉัยด้วย CT/MRI (๑๘/๒๖) ๙) ดิจิทัลสุขภาพ เข้าถึงบริการด้วยบัตรประชาชน ใบเดียว ๔ เขต มี ๒๐๐ โรงพยาบาล อัจฉริยะทั่วประเทศ ๑๐) ส่งเสริมการ มีบุตร บรรจุเป็นวาระแห่งชาติ บูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างน้อย ๑ จังหวัด ๑ แห่ง ๑๑) เศรษฐกิจสุขภาพ Blue zone เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง ขึ้นทะเบียน Wellness Center ๕๐๐ แห่ง การอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ๑๐๐ รายการ สร้างงานสร้างอาชีพ (นวดไทย ๕,๐๐๐ คน) ๑๒) นักท่องเที่ยวปลอดภัย safety tourist เขตละ ๑ พื้นที่ การแพทย์ฉุกเฉิน ใน ๘ นาทีมากกว่าร้อยละ ๔ ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ๑) โปรดเห็นชอบนโยบายกระทรวง สาธารณสุขและเร่งด่วน (Quick Win ๑๐๐ วัน) ปี ๒๕๖๗ ๒) มอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำมาตรการสำคัญ ตัวชี้วัด และงบประมาณรองรับในการดำเนินการดังกล่าว ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) การบริการแพทย์ปฐมภูมิ สถานชิวาภิบาล และสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ ขอให้ทีม Digital Health ประสานกับ โรงพยาบาลพระราม ๙ ที่ดำเนินการเรื่อง Virtual Hospital เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินการ

๒) อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อ แม่) เป็น Early Detection ให้ปรับใส่ในประเด็นส่งเสริมการมีบุตร ซึ่งได้หารือกับ สปสช. ไว้เบื้องต้นว่าจะเพิ่ม Detection ๔๐ กลุ่มโรค เปิดให้การ Detection เด็กแรกคลอด และใช้กลไกของกรมสุขภาพจิตที่ทำได้ (ครู หมอ พ่อ แม่) มาสานต่อ เพื่อลดปัญหา Early Detection ต่างๆ

๓) เรื่อง care giver ในสถานชิวาภิบาล ฝากเพิ่มเติมเป้าหมายในระยะสั้น การสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน โดย อสม. ที่มีศักยภาพให้นำเข้าในหลักสูตร care giver ให้เป็นหลักสูตรมาตรฐาน และขอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนออีกครั้งว่า ถ้าผ่านการอบรม ๔๒๐ ชั่วโมงแล้ว จะมีฐานวิชาชีพรองรับเป็น care giver ที่จะมาช่วยเรื่องสถานชิวาภิบาล ไม่ว่าจะเป็น Community based หรือ Hospital based

๔) เรื่องเศรษฐกิจสุขภาพ Blue Zone มอบปลัดกระทรวงสาธารณสุขและทีมงาน พิจารณาเป้าหมายเขตละ ๑ แห่ง เป็น Wellness Community โดยมีคณะทำงานเฉพาะ เช่น จังหวัดน่าน โดยมีคณะทำงานที่ดูภาพรวมทั้งหมด คือ ๑๓ เขตสุขภาพ มีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขดูแลอยู่แล้ว และมีโครงสร้างเฉพาะจุดลงไปในพื้นที่ และเชิญผู้ที่มีประสบการณ์และเคยทำงานในพื้นที่นั้นๆ เข้ามาเป็นคณะทำงานเป็นที่ปรึกษา อาทิ เช่น ดร.นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ท่านยินดีเข้ามาช่วยเพื่อให้เห็นมิติการส่งเสริมให้ชัดเจนขึ้น

๕) การแพทย์ฉุกเฉิน (response time) ใน ๘ นาที มากกว่าร้อยละ ๔๐ ใน Quick Win ๑๐๐ วัน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ขอเสนอปรับเป็น ๑ Region ๑ sky doctor

๖) จากเป้าหมายใน SDGs ที่ไทยยังติดตัวแดงอยู่ ๒ ประเด็นคือเรื่องวัณโรค (TB) และอุบัติเหตุทางถนน ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ยกขึ้นมาเป็นแผนสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขและสื่อสารให้รับทราบว่า เราให้ความสำคัญที่จะแก้ไขปัญหา

๗) การส่งเสริมให้มีการผลิตแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และมีการบรรจุแพทย์เข้าสู่ระบบราชการเพื่อเป็นขวัญกำลังใจต่อไป

มติที่ประชุม เห็นชอบตามเสนอ และมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบรับข้อเสนอเพิ่มเติมไปพิจารณา ดำเนินการต่อไป

วาระที่ ๕ เรื่องเพื่อทราบ

๕.๑ ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุมเรื่อง ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนี้ **(๑) ด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร** มีการบริหารตำแหน่งว่างข้าราชการ จำนวน ๑๒,๕๒๐ ตำแหน่งจาก ๒๒๒,๐๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๔ Best Practice หน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ส่งแล้วในระดับเขต สุขภาพ จำนวน ๑๒ เขตสุขภาพ ๕๒ หน่วยงาน ระดับกรมและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ๘ กรม ๖๕ หน่วยงาน (กรมควบคุมโรค รวบรวมผลการพิจารณาคัดเลือก) หน่วยบริการสื่อสาร “๑ จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” จำนวน ๑๒๙ ข่าวดี สำนักสารนิเทศ นำมาขยายผล รวม ๒๔ ข่าวดี **(๒) การนำสุขภาพ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ** ภัยสุขภาพการแพทย์ ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษา จำนวน ๑๖,๘๐๓ ราย จาก ๑๖๒,๔๒๗ ราย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตแล้ว ๙๔๑ รายการ ร้อยละ ๙๗.๐๑ มีสถานประกอบการที่สมัครขอเข้ารับรองเป็นศูนย์ Wellness จำนวน ๗๙๖ แห่ง ผ่านการรับรอง จำนวน ๔๘๙ แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๓๐๗ แห่ง **(๓) ข้อมูลและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข** PHR มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓,๒๘๓ แห่ง มีข้อมูลสุขภาพส่งเข้ามา PHR Center จำนวน ๕๐.๗ ล้านคน ๕๓๔ ล้านชุดข้อมูล DID บุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัล ID ร้อยละ ๘๑.๕ ประชาชนมีดิจิทัล ID ร้อยละ ๘.๑๖ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ฐานข้อมูลและเครือข่ายสื่อสารด้วยหลักสูตรฝึกปฏิบัติการซ้อมรับภัยโจมตีทางไซเบอร์ (Cyber Drills) หลักสูตรสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ และหลักสูตร พ.ร.บ. ไซเบอร์และการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ การติดตั้งระบบ Telemedicine จำนวน ๖๗๐ แห่ง จากจำนวน ๙๐๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๔ ทุกเขตสุขภาพมีการให้บริการ จำนวน ๓๙๑,๓๙๙ ครั้ง **(๔) สุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง** การคัดกรองผู้สูงอายุ ดำเนินการได้ ๗.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๖๕ คลินิกผู้สูงอายุดำเนินการได้ จำนวน ๘๒๘ แห่ง ร้อยละ ๙๓.๐๑ Long Term Care ร้อยละ ๙๖.๑๙ สำหรับแว่นตาดำเนินการได้ ร้อยละ ๕๘.๔๙ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ แผ่นเสริมซึมซับ ร้อยละ ๔๒๓.๑๕ ฟันเทียม ร้อยละ ๑๐๓.๐๙ ในส่วนรากฟันเทียมยังน้อยกว่า เป้าหมายพอสมควร ร้อยละ ๓๙.๕๔ ชมรมผู้สูงอายุตั้งเป้าหมาย ๗,๒๕๕ แห่ง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๔.๖๓ **(๕) การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง** รพ.สต. รอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๓,๒๐๓ แห่ง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๒,๕๒๙ แห่ง เกินค่าเป้าหมาย จำนวน ๒,๐๐๐ แห่ง วัคซีนใจในชุมชน ๑,๙๘๒ ตำบล จาก ๘๐๑ อำเภอ ที่ร่วมดำเนินการไปกับ พชอ. (ใน ๑๓ เขตสุขภาพ) พัฒนาศักยภาพทีมนำในระดับเขตสุขภาพ ๖๐ คน พัฒนาทีมนำในระดับพื้นที่ ๘,๖๓๗ คน **(๖) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและ**

ลดอัตราการตายโรคที่สำคัญ สาขาจิตเวชและยาเสพติด การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อนุมัติจาก อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔๘๒ แห่ง ยังไม่ได้รับอนุมัติ จำนวน ๒๙๔ แห่ง เปิดศูนย์อำนวยการรักษจังหวัด จำนวน ๒๓ แห่ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดเวชแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ๒๔/๗ ในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จำนวน ๒๗ แห่ง สาขาศัลยกรรม ขยายบริการ Telemedicine ให้ครอบคลุมการบริการเตรียมผ่าตัด ODS และ MIS เสนอรายการบริการ ในปีงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ODS จำนวน ๑๔ รายการ และขยายบริการเดิม ๑ รายการ MIS จำนวน ๑๑ รายการ สาขาสุขภาพช่องปาก หน่วยบริการที่แสดงความจำนงเข้าร่วมนโยบายการพัฒนา โรงพยาบาลทันตกรรม ๔๔ แห่ง การพัฒนาสถานบริการ นโยบาย EMS ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๘๔๒ แห่ง (ร้อยละ ๙๓.๒๔) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ขั้นสูง (The Best) โดยสำนักงานเขตสุขภาพ ๒๖ โรงพยาบาล/๑๒ เขตสุขภาพ นโยบาย Smart Hospital โรงพยาบาลที่พัฒนาเป็น Smart Hospital ทั้ง ๓ ด้าน (Smart ER, Modernize OPD, การใช้พลังงานสะอาด) มีโรงพยาบาลพัฒนา ๑ ใน ๓ ด้าน ร้อยละ ๑๖.๖๑ พัฒนา ๒ ใน ๓ ด้าน ร้อยละ ๔๔.๐๘ พัฒนาทั้ง ๓ ด้าน ร้อยละ ๑๔.๘๔ และอยู่ระหว่างดำเนินการ ร้อยละ ๒๔.๔๗ สำหรับนโยบาย SECA การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าแสงอาทิตย์ จำนวน ๑,๘๕๕ แห่ง ติดตั้งแล้ว จำนวน ๖๐๐ แห่ง (เพิ่มจากเดิม ๒๒๓ แห่ง) อยู่ระหว่างการดำเนิน จำนวน ๗๐๕ แห่ง ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน ๕๕๐ แห่ง

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๒ การเปิดให้บริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค (IEM) ๒๔ โรค

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำเสนอที่ประชุมเรื่องการเปิดให้บริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค (IEM) ๒๔ โรค การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดคือการตรวจกรองภาวะหรือโรคบางอย่างที่เป็นมาตั้งแต่แรกเกิด แต่ยังไม่มีการแสดง เพื่อให้ทารกได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่มีก่อนมีอาการ การคัดกรองได้ตั้งแต่แรกเกิดและการรักษาก่อนที่จะแสดงอาการ จะทำให้ผลการรักษาดี เด็กมีพัฒนาการและเขาว์ปัญญาปกติ ลดความพิการหรือการเสียชีวิตในวัยทารกหรือวัยเด็กได้ ในอดีตประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดเพียง ๒ โรค คือภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism; CHT) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria; PKU) ซึ่งดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ และต่อมาได้ถูกบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ สปสช. ได้ขยายเพิ่มการตรวจคัดกรองกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Inborn errors of metabolism) เรียกชื่อย่อว่า IEM จำนวน ๒๔ โรค (ซึ่งรวม PKU) พร้อมทั้งบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอย่างครบวงจร โดยการตรวจคัดกรองแบบเพิ่มจำนวนโรค สปสช. สนับสนุนงบประมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการในอัตรา ๖๓๕ บาทต่อราย ซึ่งเด็กไทยตรวจฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งนี้หากพบความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก สามารถติดตามเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยัน และการส่งต่อรักษาไปยัง ๗ ศูนย์ดูแลรักษาโรคหายาก ซึ่งปัจจุบันมีเพียง ๗ แห่ง และ สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายครอบคลุมเป็นไปตามเงื่อนไขของการดูแลรักษาตามกลุ่มโรค หลายประเทศที่มีศักยภาพใกล้เคียงกับประเทศไทย อาทิ เช่น ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ได้มีนโยบายขยายการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดได้หลายโรคตามความพร้อมและบริบทของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก IEM ด้วย Tandem mass spectrometry (TMS) เป็นเทคนิคที่มีความไวและความแม่นยำสูง สามารถตรวจคัดกรองกลุ่มโรค IEM ได้หลายโรคจากตัวอย่างหยดเลือดบนกระดาษกรองได้ในคราวเดียวกัน กลุ่มโรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมที่หายาก พบได้น้อยประมาณ ๗๐ - ๑๐๐ รายต่อปี อุบัติการณ์โดยรวมอยู่ที่

(๑ : ๑๐,๐๐๐) มีอาการทั่วไปคล้ายกับโรคอื่นๆ ในเด็ก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ สถิติปัญหาบกพร่อง พิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตในช่วงวัยทารกและต้องรักษาอย่างรวดเร็วภายในอายุเด็กไม่เกิน ๗ วัน ผลการประเมินของ HITAP พบว่าการรักษาผู้ป่วยโรค IEM จำนวน ๑ ราย ใช้งบประมาณ ๓.๖ - ๘.๗ ล้านบาทต่อคน คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (๒๕๔ - ๖๑๐ ล้านบาทต่อปี) ส่วนอุบัติการณ์ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน พบสูงกว่าคือ ประมาณ ๕๐๐ - ๕๕๐ รายต่อปี (๑ : ๒,๐๐๐) ผลการวิจัยจากจุฬาลงกรณ์เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ระบุว่า ต้นทุน : อัตราผลได้ อยู่ที่ ๑:๘.๓ ใกล้เคียงกับปัจจุบันที่พบว่า อัตราผลได้ต่อการลงทุนมีประมาณสิบเท่า มีรายงานว่า การดูแลรักษาเด็กที่มีความพิการเจ็บป่วยมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากเด็กปกติประมาณ ๒.๕ ล้านบาทต่อคน คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายและฟื้นฟูประมาณ ๙๐๐,๐๐๐ บาทต่อคน ส่วนอีก ๑,๖๐๐,๐๐๐ บาท เป็นค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อการดูแลเลี้ยงดู โดยกระบวนการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยยืนยันและการส่งต่อรักษา จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและบูรณาการความร่วมมือกับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ และกรมอนามัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายและทีมแพทย์เวชพันธุศาสตร์จากศูนย์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป้าหมายของการคัดกรองทารกแรกเกิดคือ “ตรวจเร็ว รู้เร็ว รักษาง่าย ผลการรักษาดี สถิติปัญหาดี” เพื่อความเท่าเทียม เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จึงได้พัฒนาศักยภาพ และขยายหน่วยบริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค ให้ครอบคลุมทุกภูมิภาค ตามเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ นนทบุรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๑๓ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ (เชียงราย) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๐ (อุบลราชธานี) และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๑ (สุราษฎร์ธานี) รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ ตามลำดับ พร้อมทั้งร่วมกับศูนย์การดูแลรักษาโรคหายาก (IEM) อีก ๗ แห่ง ที่ร่วมกันรับผิดชอบครอบคลุมทั่วประเทศทั้ง ๑๓ เขตสุขภาพ และพร้อมเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป ทั้งนี้โรงพยาบาลสามารถสอบถามและเข้าดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <http://www.neoscreen.go.th.php/th/> ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เบอร์โทร ๐๒ - ๙๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๙๙๒๒๗, ๙๙๒๙๗ หรือ ๐๙๐ - ๑๙๗๖๔๗๖ - ๗, ๐๘๔ - ๔๓๘๒๒๗๙

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๓ การดำเนินงานการจัดงาน Expo 2025 Osaka Kansai ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำเสนอที่ประชุมเรื่องการดำเนินงานการจัดงาน Expo 2025 Osaka Kansai ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น ความคืบหน้าการดำเนินงานจัดนิทรรศการ Expo 2025 Osaka Kansai ๑) ความเป็นมาของการเข้าร่วมงาน ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๔ มีมติอนุมัติในหลักการให้ประเทศไทยเข้าร่วมงาน โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานเจ้าภาพ มติ ครม. เมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ (๑) เห็นชอบแผนการดำเนินงานเข้าร่วมการจัดงาน Expo 2025 Osaka Kansai ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น (๒) เห็นชอบให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยตำแหน่งเป็น Commissioner General of Section (CG) ของไทย เป็นผู้ลงนามในสัญญาต่างๆ สำหรับการเข้าร่วมงาน Expo 2025 Osaka Kansai ๓) เห็นชอบกรอบงบประมาณ

ทั้งสิ้น ๙๗๓.๔๘ ล้านบาท ระยะเวลาดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ เพื่อใช้จัดงานนิทรรศการ Expo 2025 Osaka Kansai ๘๖๗.๘๘ ล้านบาท กรอบงบประมาณรองรับการจัดนิทรรศการไทยในงาน ค่าใช้จ่ายในการบริหารและเตรียมงาน รวมทั้งสิ้น ๑๐๕,๖๐๐,๔๐๐ บาท ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดงาน นิทรรศการ ๘๖๗,๘๘๑,๖๑๑ บาท รวมงบประมาณ ๙๗๓,๔๘๒,๐๑๑ บาท ๒) แต่งตั้งคณะกรรมการจัดงาน Expo 2025 Osaka คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๗๙/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดงาน Expo 2025 Osaka Kansai สั่ง ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ (๑) คณะกรรมการอำนวยการ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรรมการและเลขานุการ ประชุมไปแล้ว ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อ ๓ มกราคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ (๒) คณะกรรมการการดำเนินการจัดงาน Expo 2025 Osaka Kansai อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประธานกรรมการ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ ประชุมไปแล้วจำนวน ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ การเดินทางไปราชการ ต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ ณ นครโอซากา และกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น สำหรับการเตรียมความพร้อมการจัดงานเข้าร่วมประชุม IPM ๒๐๒๒ ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ประเทศญี่ปุ่น หรือการเจรจาการก่อสร้าง THAILAND Pavilion ร่วมกับสถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงโตเกียว สถานกงสุลใหญ่ไทย ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น และ Japan Association for the 2025 World Exposition ครั้งที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น ลงนามในสัญญาการเข้าร่วมงาน EXPO 2025 OSAKA KANSAI (PARTICIPATION CONTRACT of Expo 2025 Osaka, Kansai, Japan (Official Participant ๓) ปัญหาในการจัดทำอาคาร Pavilion ในงาน Expo 2025 Osaka Kansai (๑) การขาดแคลนแรงงานในการจัดสร้างอาคารนิทรรศการ ในประเทศญี่ปุ่น (๒) การขาดแคลนวัสดุการก่อสร้าง เช่น เหล็ก (จากสภาวะสงครามในยูเครน) (๓) กฎหมายแรงงานฉบับใหม่มีผล บังคับใช้ในประเทศญี่ปุ่น (๔) ค่าก่อสร้าง Pavilion ในประเทศญี่ปุ่น เพิ่มสูงขึ้นมากจากที่ประมาณการ ส่งผลให้ ไม่มีบริษัทรับเหมาก่อสร้างในประเทศญี่ปุ่นรับงานก่อสร้าง Pavilion ของประเทศต่างๆ **ทางเลือกสำหรับ Thailand Pavilion** ๑) ให้จัดสร้างอาคารนิทรรศการแบบ Type A ที่ไม่ซับซ้อน เพื่อลดระยะเวลาในการจัดสร้าง โดยจะเป็นการประกอบวัสดุจากไทยนำเข้าญี่ปุ่น และมีการนำเข้าแรงงานไทย (ในกรณีจำเป็น) (๒) ประเทศไทย พิจารณา เปลี่ยนแปลงจาก Type A ไปสู่ Type X (Alternative Pavilion) ๔) การเสนอทางเลือกในการก่อสร้าง อาคารนิทรรศการแบบ Type X Pavilion เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ H.E. Mr. NASHIDA Kazuya เอกอัครราชทูตวิสามัญผู้มีอำนาจเต็มแห่งญี่ปุ่นประจำประเทศไทย เข้าเยี่ยมคารวะนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (๑) รัฐบาลญี่ปุ่นได้เสนอการก่อสร้างแบบ Type X Pavilion ซึ่งฝ่ายญี่ปุ่นจะเป็นผู้ก่อสร้างโครงสร้าง (Basic structure) (๒) ประเทศไทยได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้ ก่อสร้างอาคารนิทรรศการแบบก่อสร้างเอง (Type A (Self-Built) Pavilion ๓) รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรี ว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้ประสานงานร่วมกับ Mr.TASAKA Takuro, Minister (Economic Affairs) ซึ่งได้รับมอบหมายจากสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้แทนสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่นประจำประเทศไทย ได้นำหนังสือจาก Minister for the World Expo 2025 Japan มามอบให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพแจ้งว่าได้รับหนังสือจาก Mr.Naoki Okada ซึ่งเป็นรัฐมนตรีที่รับผิดชอบงาน World Expo 2025 ได้ระบุกำหนดเวลาสุดท้ายในการพิจารณาการก่อสร้าง Type X Pavilion คือ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖ ๕) ผลการประชุมคณะกรรมการการดำเนินงาน Expo 2025 Osaka Kansai Osaka Kansai ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ มติที่ประชุม เห็นชอบให้ดำเนินการ จัดทำอาคารนิทรรศการไทย (Thailand Pavilion) ในรูปแบบ Type A ต่อไป เนื่องจากราคาค่าก่อสร้างไม่แตกต่างกัน

และหากเลือก Type X จะต้องนำเข้าสู่การพิจารณาของ ครม. อีกครั้ง ๖) ข้อมูลเปรียบเทียบการก่อสร้างระหว่าง Type A Pavilion และ Type X Pavilion Type A Pavilion ราคาก่อสร้างต่อตารางเมตร ประมาณ ๑,๐๐๐,๐๐๐ เยน (ประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ บาท) (รวมระบบท่อและอุปกรณ์) สืบถึงอัตลักษณ์ความเป็นไทย จัดทำโดยผู้รับจ้างที่ไทย กำหนด พื้นที่ใช้สอยสูงสุดในอาคาร ๒,๔๐๐ ตารางเมตร Type X Pavilion ราคาก่อสร้างต่อตารางเมตร ประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ เยน (ประมาณ ๑๙๒,๐๐๐ บาท) (ไม่รวมระบบท่อและอุปกรณ์) ไม่สืบถึง อัตลักษณ์ความเป็นไทย ไม่ได้จัดทำโดยผู้รับจ้างที่ไทยกำหนด พื้นที่ใช้สอยสูงสุดในอาคาร ๑,๒๐๐ ตารางเมตร ด้วยเหตุนี้ เลียยืนยันที่จะยังคงใช้ Type A Pavilion ต่อไป ๗) ความคืบหน้าการจัดจ้างผู้ดำเนินการจัดนิทรรศการ Expo 2025 Osaka Kansai ณ นครโอซากา ประเทศญี่ปุ่น (ดำเนินการครั้งที่ ๒) (๑) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้เห็นชอบให้ดำเนินการจ้างผู้ดำเนินการจัดนิทรรศการฯ (ดำเนินการครั้งที่ ๒) โดยวิธีคัดเลือกเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ๒) กระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติสั่งให้สั่งจ้างกับกิจการร่วมค้าอาร์เอ็มเอหนึ่งร้อยสิบ เมื่อ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๓) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา เมื่อ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ซึ่งผู้ชนะการเสนอราคา ได้แก่ กิจการร่วมค้าอาร์เอ็มเอหนึ่งร้อยสิบ ๔) บมจ. อินเด็กซ์ ครีเอทีฟ วิลเลจ ได้ยื่นอุทธรณ์ผลการจัดจ้างต่อ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๕) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รายงานผลการอุทธรณ์ไปยังคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์และข้อร้องเรียนกรมบัญชีกลาง เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๖) นำเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์และข้อร้องเรียน เมื่อ ๘ กันยายน ๒๕๖๖ และนำเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์และข้อร้องเรียน เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ซึ่งขณะนี้รอหนังสือตอบกลับมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๔ รายงานผลการเดินทางเข้าร่วมประชุม WHO Traditional Medicine Global Summit ณ คานธีนคร รัฐคุชราต สาธารณรัฐอินเดีย (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสาร เรื่อง รายงานผลการเดินทางเข้าร่วมประชุม WHO Traditional Medicine Global Summit ณ คานธีนคร รัฐคุชราต สาธารณรัฐอินเดีย คณะผู้แทนไทย นำโดยนายแพทย์ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และคณะ องค์การอนามัยโลก ร่วมกับรัฐบาลอินเดียจัดการประชุม WHO Traditional Medicine Global Summit ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ คานธีนคร รัฐคุชราต สาธารณรัฐอินเดีย โดยการประชุมครั้งนี้ได้เชิญผู้นำประเทศ เจ้าหน้าที่ระดับสูงจากภาครัฐ ผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชาการและภาคเอกชน รวมทั้งผู้แทนชุมชน และผู้ใช้การแพทย์ดั้งเดิม มากกว่า ๓๐๐ คน เพื่อร่วมขับเคลื่อน political commitment และ evidence-based action ทาง การแพทย์ดั้งเดิม และหารือประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น การพัฒนาการแพทย์แผนดั้งเดิมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทั่วโลก ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการแพทย์ดั้งเดิม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการอนุรักษ์คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม และบทบาทของการแพทย์ดั้งเดิมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการประชุมครั้งนี้ ถือเป็นก้าวสำคัญในการผลักดันให้การแพทย์ดั้งเดิมได้รับการยอมรับ และใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายมากขึ้นทั่วโลก ผลการเข้าร่วมประชุมในการประชุมครั้งนี้ คณะผู้แทนไทยได้มีบทบาทสำคัญ ดังนี้ ๑) ร่วมประชุม Pre-Summit Meeting ของประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) เพื่อนำเสนอ ภาพรวมการจัดนิทรรศการของประเทศไทยภายในงาน และแลกเปลี่ยนความเห็นต่อกิจกรรม Post-Summit ที่เสนอโดยประเทศสมาชิก ๓ ประเทศ ได้แก่ อินเดีย (การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา) ภูฏาน (การวิจัย) และศรีลังกา (ระบบติดตามและประเมินผล) ๒) ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศไทย

ในหัวข้อ “Thailand's ๒๐ years of experience in integrating traditional medicine in the health system to support UHC goals” ภายใต้ Plenary Session 4 : Integrative health for well-being at all ages โดยเน้นย้ำความสำเร็จของประเทศไทยมาจากความมุ่งมั่นที่ยั่งยืนของรัฐบาลในการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนด้านนโยบาย และการแบ่งปันข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นระหว่างผู้จ่ายยาและผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ผู้แทนไทยได้ร่วมแลกเปลี่ยนให้หัวข้อ “Folk Health Tradition and its Heritage Beneficial Value for Biodiversity and Sustainability” ภายใต้ Parallel Session 3B : Biodiversity, one health, and traditional medicine โดยเน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่างภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมและความหลากหลายทางชีวภาพและความสำคัญในการสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน เพื่อการอนุรักษ์คุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน ๓) จัดนิทรรศการการแพทย์ดั้งเดิม โดยประเทศไทยได้นำเสนอวิถีทัศน์และโปสเตอร์ในรูปแบบดิจิทัลในประเด็นต่าง ๆ เช่น ความสำเร็จในการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพของประเทศ แนะนำบทบาทหน้าที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ฟาโตะลายโจรเพื่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ หมอพื้นบ้านที่ได้รับการยกย่องเป็นหมอไทยดีเด่น การออกกำลังกาย “ไทยสู้สุข” โดยใช้ฤๅษีดัดตนแบบประยุกต์ ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ ทีมนิทรรศการจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังสาธิตและให้ความรู้การดูแลมารดาหลังคลอด ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการนวดตัวเองเพื่อแก้อาการออฟฟิศซินโดรม แก่ผู้เยี่ยมชมนิทรรศการ โดยมีผู้สนใจเยี่ยมชมนิทรรศการประมาณ ๒๐๐ คน ๔) ร่วมประชุมและแลกเปลี่ยนผลการดำเนินการ กับ WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine ทั่วโลก ข้อเสนอแนะ (ต่อกระทรวงสาธารณสุข) ในการดำเนินการต่อไป ๑) การเข้าร่วม WHO Traditional Medicine Global Summit ในครั้งนี้ทำให้ประเทศไทยมีโอกาสได้แสดงศักยภาพด้านการแพทย์แผนไทย ให้เป็นที่รู้จัก และยอมรับในระดับสากลมากยิ่งขึ้น ทั้งในเวทีวิชาการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จของประเทศไทยในการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของชาติ เพื่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพ และความสำคัญในการอนุรักษ์คุ้มครองภูมิปัญญาและความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืน และในส่วนนิทรรศการที่มีการให้ข้อมูลความสำเร็จของประเทศไทยในด้านต่างๆ รวมทั้งการสาธิตและให้ความรู้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยแก่ผู้เยี่ยมชม จากทั่วโลก ซึ่งเป็นแนวทางให้กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ ๒) ประเทศไทยมีโอกาสสร้างเครือข่ายกับเจ้าหน้าที่ระดับสูงจากภาครัฐ ผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชาการและภาคเอกชนจากทั่วโลก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิมต่อไปในอนาคต

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๕ รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสาร เรื่อง รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข ความเป็นมา ๑) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรีมีมติให้หน่วยงานภาครัฐ เข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด และกำหนดให้เป็นเครื่องมือในการยกระดับมาตรฐานการดำเนินงาน ภาครัฐตาม ตัวชี้วัดของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) (๘๕ คะแนนขึ้นไป) ๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นตัวชี้วัดตามแผนปฏิรูปราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๒) ซึ่งศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพและผู้รับผิดชอบหลัก หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมการ ประเมิน จำนวน ๑๗ หน่วยงาน ประกอบด้วย (๒.๑) ส่วนราชการระดับกรม (๑) สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข (๒) กรมการแพทย์ (๓) กรมควบคุมโรค (๔) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (๕) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (๖) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๗) กรมสุขภาพจิต (๘) กรมอนามัย (๙) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (๑๐) สถาบันพระบรมราชชนก (๒.๒) หน่วยงานของรัฐในกำกับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (๑) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ(๓) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (๔) สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (๒.๓) องค์การมหาชน (๑) โรงพยาบาล บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) (๒) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (๒.๔) รัฐวิสาหกิจ องค์การเภสัชกรรม หน่วยงานทั้ง ๑๗ หน่วยงาน ดำเนินการประเมินตามระเบียบวิธีการประเมิน ITA ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่เป็นไปตามหลักการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) และหลักการทางสถิติ ที่มีการจัดเก็บข้อมูลประกอบการประเมินอย่างรอบด้านและหลากหลายมิติ เพื่อให้ผลการประเมิน สามารถสะท้อนสุข ภาวะขององค์กรในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสได้อย่างแท้จริง ๓) สำนักงาน ป.ป.ช. แลงข่าวประกาศผลการ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมมนทบุรี ๑ ชั้น ๓ อาคาร ๔ สำนักงาน ป.ป.ช. ถนนนนทบุรี ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และ ถ่ายทอดสดการแถลงข่าว ผ่านทาง Facebook : ITAS NACC และ YouTube : ITAS NACC พร้อมทั้งเผยแพร่ผล การประเมินฯ ผ่านทางระบบ ITAS รายละเอียดดังนี้ จากตารางที่ ๑ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๗ หน่วยงาน พบว่า หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๗ หน่วยงาน ประกอบด้วย ส่วนราชการระดับกรม จำนวน ๑๐ หน่วยงาน หน่วยงานของรัฐในกำกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔ หน่วยงาน องค์การมหาชน จำนวน ๒ หน่วยงาน และรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑ หน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ย ทั้ง ๑๗ หน่วยงาน เท่ากับร้อยละ ๘๖.๐๖ เมื่อจำแนกรายเครื่องมือ ๓ เครื่องมือ พบว่า คะแนนเครื่องมือ Open Data Integrity and Transparency Assessment หรือ OIT มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เท่ากับร้อยละ ๙๐.๒๖ รองลงมาคือ คะแนนเครื่องมือ Internal Integrity and Transparency Assessment หรือ IIT คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๘๕.๐๓ คะแนนเครื่องมือ External Integrity and Transparency Assessment ส่วนที่ ๑ หรือ EIT ส่วนที่ ๑ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ ๘๒.๖๐ และคะแนนเครื่องมือ External Integrity and Transparency Assessment ส่วนที่ ๒ หรือ EIT ส่วนที่ ๒ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๘๐.๓๙ และผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป) จำนวน ๑๑ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๗๑ และไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป) จำนวน ๖ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๙ หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประกอบด้วย (๑) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เท่ากับร้อยละ ๗๒.๑๖ (๒) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เท่ากับร้อยละ ๘๐.๔๓ (๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับร้อยละ ๘๐.๔๗ (๔) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เท่ากับร้อยละ ๘๑.๐๘ (๕) สถาบันพระบรมราชชนก เท่ากับร้อยละ ๘๑.๖๑ และ (๖) สถาบันวัคซีนแห่งชาติ เท่ากับร้อยละ ๘๔.๑๕ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข มีคะแนนการประเมินสูงสุด ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๗ หน่วยงาน โดยมีคะแนนเท่ากับร้อยละ ๙๕.๕๔ ทั้งนี้ หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป) จำนวน ๑๑ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๗๑ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป) จำนวน ๖ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๙ ไม่ผ่านตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๒) เมื่อพิจารณาผลการประเมิน ITA ในภาพรวม ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ หน่วยงาน ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและยังพบอีกว่า มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ หน่วยงาน ที่มีคะแนน ลดลงจากปีก่อนหน้า ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และองค์การเภสัชกรรม หน่วยงานที่มีคะแนนลดลงจากปีก่อนหน้าสูงสุด ๓ หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ตามลำดับ

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๖ สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสาร เรื่อง สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ (แผนระดับที่ ๓ ระยะที่ ๒) เป็นแผนฯ ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติ จัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยยึดตามหลัก 2P2R ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention & Mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ รับทราบตามที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ เสนอ ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๒๐๒/ว๒๑๙ ลงวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ได้จัดทำขึ้นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ ในการประมวล วิเคราะห์ จนนำไปสู่ยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญ ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การส่งเสริมการลดความเสี่ยงต่อสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ๒) การบูรณาการระบบและให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ๓) การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูด้านการแพทย์และสาธารณสุขหลังเกิดสาธารณภัย และ ๔) การพัฒนาศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างประเทศในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมทั้งสิ้น ๔ ยุทธศาสตร์/ ๔ เป้าประสงค์/ ๑๕ กลยุทธ์/ ๖๖ ตัวชี้วัด

เพื่อให้รับมือได้กับทุกโรคและภัยสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ เป็นระบบ และมีความเป็นเอกภาพ นำไปสู่การบรรลุตามวิสัยทัศน์ “สังคมไทยมีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดภัยแบบบูรณาการและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการลดความเสี่ยง การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ที่สำคัญของประเทศ” ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๖) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ในฐานะผู้จัดทำแผนฯ และในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการแผนด้านการสร้างระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จะมีการขับเคลื่อนและเผยแพร่แผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ ในรูปแบบการจัดประชุม มีกลุ่มเป้าหมายหลัก/รอง ได้แก่ หน่วยงานภายใน อาทิ กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง ๗๖ จังหวัด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และหน่วยงานภายนอก อาทิ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๗ สถานการณ์สายพันธุ์เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในประเทศไทย (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสาร เรื่อง สถานการณ์สายพันธุ์เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในประเทศไทย ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการติดตามโอไมครอน ๑๐ สายพันธุ์ จากพื้นฐานของข้อมูลการเพิ่มความชุกหรือความได้เปรียบด้านอัตราการเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับสายพันธุ์อื่น ๆ และการกลายพันธุ์ในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการได้เปรียบในการก่อโรค ได้แก่ สายพันธุ์ที่เฝ้าระวัง หรือ Variants of Interest (VOI) ๓ สายพันธุ์ ได้แก่ XBB.1.5, XBB.1.16 และ EG.5 และสายพันธุ์ที่ต้องจับตามอง หรือ Variants under monitoring (VUM) จำนวน ๗ สายพันธุ์ ได้แก่ BA.2.75, BA.2.86, CH.1.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 และ XBB.2.3 สถานการณ์ภาพรวมทั่วโลกจากฐานข้อมูลกลาง GISAID พบสายพันธุ์ในกลุ่ม VOI ดังนี้ EG.5* มากกว่า XBB.1.16* และ XBB.1.5* คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๖.๑ ร้อยละ ๒๒.๗ และร้อยละ ๑๐.๒ ตามลำดับ แม้ปัจจุบันยังไม่พบมีรายงานการเพิ่มความรุนแรงของโรคจากสายพันธุ์ EG.5* แต่จากการได้เปรียบในการเติบโตและคุณลักษณะหลบภูมิคุ้มกัน จะเห็นได้ว่า EG.5* มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นสายพันธุ์หลักในระดับประเทศหรือทั่วโลกในขณะที่ XBB.1.5 มีแนวโน้มลดลง ส่วน XBB.1.16* อยู่ในระดับคงที่ สำหรับ BA.2.86 ที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่ม VUM เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา ปัจจุบันทั่วโลก รายงาน BA.2.86 จำนวน ๒๑ ราย จาก ๗ ประเทศ (ทวีปยุโรป ๕ ราย ทวีปแอฟริกา ๗ ราย และ ๑ ราย จากสหรัฐอเมริกา) ซึ่งยังไม่พบรายงานการติดเชื้อ BA.2.86 ในเคสเสียชีวิต ประเทศไทยรายงานการปนเปื้อนของเชื้อสายพันธุ์ BA.2.86 ในแหล่งน้ำ แต่ยังไม่มียารายงานพบผู้ติดเชื้อ BA.2.86 ในประเทศไทย ขณะนี้ยังไม่ชัดเจนว่า BA.2.86 ก่อให้เกิดโรคที่รุนแรงกว่าที่เคยเป็นมาหรือไม่ หรือจะหายไป หรือกลายเป็นสายพันธุ์หลักต่อไป สถานการณ์สายพันธุ์โอไมครอนในประเทศไทยยังคงเป็นสายพันธุ์ลูกผสม XBB.1.16* สัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ XBB.1.5* แสดงแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สัดส่วนสายพันธุ์ลูกผสมทั้งในกลุ่ม VOI และ VUM ในรอบ ๙๐ วัน (๑๘ มิถุนายน - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖) พบ XBB.1.16* มากที่สุดคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๕.๙๓ รองลงมาคือ XBB.1.9.1* และ XBB.2.3* สัดส่วนร้อยละ ๑๕.๖๗ และร้อยละ ๑๒.๗๕ ตามลำดับ ส่วน EG.5.1* พบในสัดส่วนที่ต่ำกว่า XBB.*, XBB.1.5*, XBB.1.9.2* โดยพบสัดส่วนร้อยละ ๓.๕๓ ในรอบสัปดาห์ระหว่างวันที่ ๔ - ๑๗ กันยายน ๒๕๖๖ ผลการถอดรหัสพันธุกรรมเชื้อก่อโรคโควิด 19 พบเป็นสายพันธุ์ลูกผสมร้อยละ ๑๐๐ กระจายทุกเขตสุขภาพ โดยพบสายพันธุ์ XBB.1.16* มากกว่า XBB.2.3* มากกว่า XBB.1.9.1* มากกว่า EG.5.1* มากกว่า XBB.1.5* มากกว่า HK.3 มากกว่า XBB* สัดส่วนร้อยละ ๓๘.๑๐ ร้อยละ ๒๐.๒๔

ร้อยละ ๑๖.๖๗ ร้อยละ ๗.๑๔ ร้อยละ ๔.๗๖ ร้อยละ ๔.๗๖ และร้อยละ ๓.๕๗ ตามลำดับ นอกจากนี้ พบ โอมิครอนสายพันธุ์ BA.๓ ครั้งแรกในประเทศไทย จำนวน ๒ ราย ทั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มพบครั้งแรกปลายปี ๒๕๖๔ ในแอฟริกาจนถึงปัจจุบัน ทั่วโลกมีรายงาน ๘๗๖ ราย ซึ่งมีจำนวนค่อนข้างต่ำมาก องค์การอนามัยโลก ยังเน้นย้ำการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ที่น่าจะเป็นอันตรายต่อสถานการณ์สาธารณสุขโลก พร้อมชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการ ประวัติการพำนัก/เดินทาง เป็นต้น ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับเครือข่าย ยังคงเฝ้าระวังติดตามการกลายพันธุ์ของเชื้อ SARS-CoV-2 อย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่บนฐานข้อมูลสากล GISAID อย่างสม่ำเสมอ ข้อเสนอที่ประชุมเพื่อทราบ

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

- ไม่มี

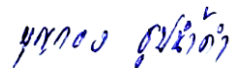
เลิกประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.



(นายเจตพัฒน์ จำปีเพ็ชร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม



(นางสาวบุญทอง ฐปน้ำคำ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้สรุปรายงานการประชุม



(นางเพ็ญศรี ตรามิคุณ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม