

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาพยาบาล

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันจันทร์ที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

๑. นายแพทย์จิโรจ สินธวานนท์
๒. นายอดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์
๓. นางสาวจุฑารัตน์ จินตกานนท์
๔. นางจำเรียง สวัสดิวัฒน์ ณ อยุธยา
๕. นางดวงพร ปิณจีเสศิริกุล
๖. นายอังกูร ภัทรการ
๗. นายอัศรพล ศุภสาสตรา
๘. นายอภิรักษ์ อร่ามรัตน์
๙. นางสาวจิตรลดา อารีย์สันติชัย
๑๐. นายเสกสรรค์ สุขคุณ
๑๑. นางสาวน้ำฝน ผ่านภพ
๑๒. นางสาวลัดดาวัลย์ คงนิล
๑๓. นายวิศิษฐ์ศักดิ์ ทวีวัฒนปรีชา
๑๔. นางสาวอังคณา กริชพิทักษ์เงิน
๑๕. นางสาวลัดดาวัลย์ พงศ์ดีตระกูล
๑๖. นางธนัชฐา พูนสินสี
๑๗. นางรุ่งเพชร อูมา
๑๘. นางระเบียบ โตแก้ว
๑๙. นางสาวจารุวัตร วัชรโบล
๒๐. นางสาวอุมาพร นริทรินภา
๒๑. นางสาวจุฑามาศ มากบุญขร
๒๒. นางมนติรา เฉลิมเกียรติสกุล
๒๓. นางสาวณัฏฐธิดา สุขใหญ่
๒๔. นางสาวมณีนรัตน์ ยินดี
๒๕. นายแพทย์ทวีโชค โรจนอารัมภ์กุล
๒๖. นางสาวกฤษฎา ตั้งสุวรรณศรี
๒๗. นายวิรัตน์ กำลึงเกื้อ
๒๘. นางพรทิพย์ เอมอ่อน
๒๙. นางสาวกฤษฎา ตั้งสุวรรณศรี
๓๐. นางชมพูนุท ดานุรักษ์
๓๑. นางชนิษฐา พงศ์ศักดิ์พิบูลย์
๓๒. นางสาววิจิต อินทร์ลำพันธ์

- | | |
|--|-----------------|
| ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข | ประธานการประชุม |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี | |
| ผู้อำนวยการกองบริหารทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ | |
| ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ | |
| ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด กรุงเทพมหานคร | |
| รองสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี | |
| รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | |
| มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | |
| จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | |
| กระทรวงมหาดไทย | |
| กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน | |
| กรมคุมประพฤติ | |
| กรมสุขภาพจิต | |
| กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | |
| สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ | |
| สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ | |
| สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด | |
| สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี | |
| สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | |
| สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | |
| สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | |
| สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี | |

๓๓. นายทัปณ สัมปทณรักษ์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๓๔. นายแพทย์ธงชัย เสรีรัตน์	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๓๕. นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา	โรงพยาบาลพระเจ้าตากสินมหาราช
๓๖. นางวรรณยา พัวพันธ์	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
๓๗. นางสาวสิริพร เพชรงาม	โรงพยาบาลชลบุรี
๓๘. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง	กองบริหารการสาธารณสุข
๓๙. นางจอมขวัญ รุ่งโชติ	กองบริหารการสาธารณสุข
๔๐. นางสาววรรณิตา ศรีสุพรรณ	กองบริหารการสาธารณสุข
๔๑. นางสาวกนกทิพย์ พัฒนาผล	กองบริหารการสาธารณสุข

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

ด้วยนายแพทย์กิตติ กรรณิรมย์ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข รักษาราชการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ประธานการประชุมฯ ตัดภารกิจสำคัญ มอบนายแพทย์จิโรจน์ สิ้นธวานนท์ ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ และเป็นประธานดำเนินการประชุมฯ ดังนี้

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

ประธานที่ประชุมฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๑.๑ วัตถุประสงค์การประชุม :

๑.๑.๑ รับทราบผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ๑๓ เขตสุขภาพ และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ

๑.๑.๒ ร่วมพิจารณากรอบ และทิศทางการดำเนินงาน Service Deliveries งานยาเสพติด และตัวชี้วัดการดำเนินงานปี ๒๕๖๑

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๒ เรื่องสืบเนื่อง

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาเยาเสพติด ครั้งที่ ๒/๒๕๖๐ ในวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐

มติที่ประชุม : รับทราบ

วาระที่ ๓ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมทราบ

๓.๑ รายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ๑๓ เขต และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๓.๑.๑ รายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ๑๓ เขต

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา นำเสนอรายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ๑๓ เขต (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

ประธานการประชุม : ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ ดังกล่าว นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาการจัดบริการในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร มีการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งมีข้อมูลบางส่วน ยังไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ประมวลและรายงานผลการดำเนินงานดังกล่าว

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข : ที่มาของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ฯ มาจากข้อมูลประชุมเชิงปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในแต่ละภาค ซึ่งในความเป็นจริงอาจจะมีข้อมูลมากกว่านั้น แต่ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้

มติที่ประชุม เสนอให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุกเขตสุขภาพ ได้อธิบายข้อมูล ซึ่งรายงานผลข้อมูลดังกล่าว อาจมีมากกว่านั้น และไม่สะท้อนภาพที่แท้จริง เช่น กำลังคน หากมองภาพระบบควรมีวิธีการจัดการอย่างไร รวมถึงให้มีการใช้ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนกลับการดำเนินงาน เพื่อทบทวนแผนการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเสพติด ของเขตสุขภาพ

๓.๑.๒ สรุปผลการวิเคราะห์การประเมินตนเองของศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามมาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินป่า นำเสนอรายงานสรุปผลการวิเคราะห์การประเมินตนเองของศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามมาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

ประธานการประชุม : ผลการประเมินตนเองไม่ควรมีความเป็น ๐ เทียบจากผลการดำเนินงานที่มีอยู่สาเหตุอาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่เข้าใจวิธีการกรอกแบบประเมิน เสนอให้มีการทบทวนและวางระบบด้านบุคลากรให้สามารถทำงานได้ เพื่อปิดช่องว่าง (Gap)

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร : จากปัญหาข้างต้นมองว่ากระทรวงสาธารณสุขควรแก้ไขปัญหาโดยการสั่งการหรือการพัฒนาจากระบบจากส่วนกลาง ในการวางแผนให้นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เข้ามามีส่วนร่วมในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย : กรณีด้านบุคลากรที่ไม่ผ่านการประเมิน ในกลุ่มนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นทีมให้คำปรึกษาไม่ได้อยู่ประจำศูนย์ฯ กระทรวงมหาดไทยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่จะเข้าช่วยเหลือตามสถานการณ์ ประสงค์ให้กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางแก้ไขปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข : หลังจากที่พื้นที่ประเมินตนเองเข้ามา เสนอให้มีการจัดตั้งคณะประเมินเยี่ยมสำรวจ โดยมีผู้แทนกรมจากกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน และสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงาน ป.ป.ส. ยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณรองรับการตรวจประเมินภายนอก ผู้แทนขอให้นำประเด็นดังกล่าวหารือกับผู้บริหารต่อไป

ประธานการประชุม : ให้ผู้เกี่ยวข้องหารือกันในการกำหนดว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้จัดทำคำของบประมาณ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยการประชุมอีกครั้งหลังจากผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดหารือกับผู้บริหารแล้วเสร็จ

มติที่ประชุมฯ เห็นชอบ ให้มีการประเมินจากทีมผู้ตรวจประเมินภายนอกในระบบสมัครใจ (ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว (ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด) ด้านงบประมาณการตรวจประเมิน มอบสำนักงาน ป.ป.ส. พิจารณาสืบสนุนงบประมาณการดำเนินงานดังกล่าว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยการตรวจประเมินขับเคลื่อนผ่านกลไกเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๒ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นางจอมขวัญ รุ่งโชติ นำเสนอความก้าวหน้ามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม มีดังนี้

ประธานการประชุม : ข้อห่วงใยในระบบบังคับบำบัด ประเด็นมาตรฐานฯ อาจประสบปัญหา เช่นเดียวกับศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเด็นด้านบุคลากร ส่วนด้านอื่นๆ ไม่พบปัญหา ยกเว้น ด้านเครื่องมือ ยารักษาโรค เนื่องจากส่วนใหญ่ การบำบัดฟื้นฟู ดำเนินการในค่ายของกองทัพ หากค่ายใดไม่มีโรงพยาบาลของ กองทัพ จะไม่มีแพทย์ หรือพยาบาลเข้ามาดูแล และไม่ได้นำเข้าข้อมูลในระบบ บสต. โดยมอบให้กรมคุมประพฤติ ดำเนินการเรื่องดังกล่าว ซึ่งกรมคุมประพฤติอยู่ระหว่างดำเนินการนำเข้าข้อมูล และปรับระบบ เสนอให้มีข้อตกลง ที่ชัดเจน ในการกำหนดศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีโครงสร้างอย่างไร การใช้ทรัพยากรร่วมกันแบบเครือข่าย หรือแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการประเมินที่ชัดเจน

หากประกอบทีมในลักษณะการแต่งตั้งคณะกรรมการ ขอให้มีรูปแบบที่ชัดเจน มีระบบสนับสนุนให้ ทำเป็นหนึ่งภารกิจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน กำหนดให้เป็นมาตรการลงโทษจากกระทรวงสาธารณสุขให้ชัดเจน เพื่อให้ระบบขับเคลื่อนได้

ข้อเสนอฝากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงาน เรื่องบำบัดฟื้นฟู กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนรับผิดชอบ บริหารจัดการเรื่องทรัพยากรบุคคล ถือเป็นงานสำคัญ เร่งด่วนที่ต้องพัฒนา เพื่อสร้างระบบเพิ่มกำลังคนเข้ามาสนับสนุน เฉพาะคำสั่งไม่สามารถบรรลุผลได้

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข : ทีมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เสนอให้ใช้ทีมสุขภาพ (Health system) ร่วมสนับสนุนมาตรฐานระบบบำบัดต่างๆ ในมิติการบำบัดฟื้นฟู สามารถปรับใช้เพื่อ ประกอบทีมที่ปรึกษา ลักษณะการประกอบทีมให้คำปรึกษาในระบบบำบัด 3 ระบบ ในแต่ละพื้นที่ที่มีการดำเนินการดังกล่าวเป็นไปได้อย่างไร หรือมีอุปสรรคปัญหาด้านใด ซึ่งสรุปความเห็นของผู้แทนเขตสุขภาพ ดังนี้

๑. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๒ ภาระงานประจำมีมาก เรื่องการตั้งบอร์ดพื้นที่มองว่ายังเป็นปัญหาอยู่
๒. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๔ มีความเห็นเช่นเดียวกับผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๒ แต่มีทีมพยาบาล และทีม โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ส่วนกลาง) พัฒนาความรู้ด้านวิชาการ เชื่อมั่นว่าหากมีความรู้ เอื้อต่อศักยภาพในการดูแล ช่วยเหลือ หรือพัฒนาทีมดูแลได้เพียงพอ
๓. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๖ มีความเห็นเช่นเดียวกับผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๒ กรณีกรมราชทัณฑ์ ทีมบำบัด กระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หากเป็นไปได้ไม่ขอรับบำบัดฟื้นฟู ในเรือนจำ แต่ขอให้ทีมเรือนจำเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้กับสาธารณสุขแล้วนำไปสอนงาน
๔. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๗ มีจิตแพทย์ และพยาบาลพอสมควร ปฏิบัติงานในเรือนจำซึ่งเป็นการเพิ่มภารกิจ เสนอให้เพิ่มพยาบาลเข้ามาสนับสนุนงานดังกล่าว
๕. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๘ ระบบการบริหารเช่นเดียวกับผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๒ ในส่วนของเอกสาร มีครบสมบูรณ์ ซึ่งบุคลากรมีปัญหาไม่เพียงพอในหลายๆ หน่วยงาน
๖. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีปัญหาล้ำไต่กับทุกเขตสุขภาพที่กล่าวมา คือบุคลากรในการปฏิบัติงาน ไม่เพียงพอ
๗. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๑ ไม่มีปัญหาด้านบุคลากร มีทีมโรงพยาบาลธัญญารักษ์เข้ามาช่วยสนับสนุน แต่ยังพบปัญหาเรื่องการคัดกรอง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๘. ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๒ ภาพรวมในการจัดการทั้ง ๓ ระบบ ปัญหาคือบุคลากรไม่พอเพียง สิ่งสำคัญที่ต้องทบทวน คือ การวางระบบและการบริหารทรัพยากรบุคคล สิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการแบบเร่งด่วน คือ การจัดทรัพยากรที่มีอยู่ โดยนำแพทย์ที่มีความประสงค์ทำงานยาเสพติด ไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์ มาพัฒนาฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อปฏิบัติงานได้ในระยะเวลา ๑ - ๒ ปีนี้ และในระยะกลาง จัดทำหลักสูตรอบรม

ระยะสั้นให้กรมราชทัณฑ์ส่งพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ เข้ามาฝึกอบรมร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ประมาณ ๔ เดือน แล้ววางระบบหมุนเวียนบุคลากรกลับไป โดยมีทีมสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และเชื่อมต่อ การจัดการทรัพยากรภายในหน่วยงาน

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร : เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดให้ภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแต่ละหน่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน กำหนดทิศทางที่ชัดเจน และกำหนดรูปแบบการติดตาม/แนวทางการตรวจประเมินภายนอกในปีถัดไป พร้อมจัดสรรงบประมาณรองรับ **มติที่ประชุม** มาตรฐานการดูแลผู้ติดยาเสพติดทั้ง ๓ ระบบ ประกอบด้วยระบบสมัครใจ (ศูนย์ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม) ระบบบังคับบำบัด(แบบควบคุมตัว) และระบบต้องโทษ(กรมราชทัณฑ์) ให้กระทรวงสาธารณสุข วางระบบ/แผนกำลังคน(HRP) การบริหารทรัพยากรบุคคล (HRM) และการพัฒนาบุคลากร (HRD) ของกระทรวง สาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย (HRP : Human Resource Planning , HRM : Human Resource Management , HRD : Human Resource Development)

๓.๓ โครงการนำร่องการบำบัดในชุมชน (Community Based Therapy)

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์อัศรพล ศุภศาสตรา และนายแพทย์ภินันท์ อร่ามรัตน์ นำเสนอโครงการนำร่องการบำบัดในชุมชน (Community Based Therapy) (รายละเอียดตามเอกสาร ประกอบการประชุม)

จุดเน้น : แนวคิดประชารัฐ = รัฐต้องคิดถึงการใช่วิถีนำวิถี เอาวิถีชาวบ้านมานำวิธีการที่เราจะใช้ ถ้านำวิถีของรัฐมานำวิถีของชาวบ้านมันจะล้มเหลว

ความเห็นที่ประชุม มีดังนี้

ประธานการประชุม : แนวคิดประชารัฐเมื่อกระทรวงยุติธรรมขับเคลื่อนแล้ว กระทรวงสาธารณสุขต้อง คิดวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและขยายต่อไป

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ถ้ามีรูปแบบกลาง Community based therapy รูปแบบที่ ๑ ร่างโดย นายแพทย์ภินันท์ อร่ามรัตน์ แล้วนำมาเป็นโครงการนำร่อง เพื่อความหลากหลายของศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยกกระดับเป็นการบำบัด ในชุมชน (Community based therapy ในระยะยาว และระยะสั้นมีความเป็นไปได้ในการนำร่องโครงการ ดังกล่าวหรือไม่ และนำร่องโครงการฯ รูปแบบใดจะเหมาะสม หากไม่มีการปรับเปลี่ยน เสนอให้ใช้งบประมาณ ของศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นตัวขับเคลื่อน หรือ สำนักงาน ป.ป.ส. สนับสนุนแหล่งงบประมาณ เพื่อทำให้เกิดโครงการนำร่องการบำบัดในชุมชน (community based therapy)

ทั้งนี้ พบข้อจำกัดในการบำบัดรักษาทั้ง ๓ ระบบ ในผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟูเป็นเวลานาน เหมือนบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรณีพื้นที่ที่ไม่มีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ต้องดำเนินการอย่างไร หากจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟู ที่มีระยะเวลานาน จะใช้งบประมาณบูรณาการจากหน่วยงานใด เพื่อจัดตั้ง เป็นศูนย์บำบัดฟื้นฟู เสนอให้มีเวทีสำหรับนำเรื่องดังกล่าว พิจารณาผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เพื่อจัดทำข้อเสนอ และมีการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์อัศรพล ศุภศาสตรา นำเสนอกรอบ และทิศทางการดำเนินงาน Service Deliveries งานยาเสพติด (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม มีดังนี้

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ควรแยกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มใช้ยาเสพติดแบบฉีดยา และวิธีอื่นรวมถึงการค้นหาเป็นบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขหรือไม่ อีกทั้งความชัดเจนด้านการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดโดยสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปมีส่วนร่วมในด้านใดบ้าง

ผู้แทนโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต : สนับสนุนแนวคิดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เนื่องจากโรงพยาบาลในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีภาระงานของกระทรวงสาธารณสุขมาก ส่งผลต่ออัตรากำลังพลไม่เพียงพอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี : เสนอให้ทบทวนบทบาท ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนการค้นหา กำกับ และติดตาม ในส่วนที่นอกเหนือหรือคาบเกี่ยวกันในการดำเนินงาน จะเชื่อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร

ประเด็นชุดบริการสุขภาพ (Harm reduction) ๑๐ ชุดบริการ เสนอให้จัดกลุ่มคนพิจารณาให้ชัด ซึ่งบางชุดบริการให้แล้วเกิดผลดีหรือไม่ดี ต้องมีการประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็นชุดบริการขั้นต่ำ (minimum requirement) และแยกออกเป็นหมวดหมู่ หรือประเมิน วัดผลตามจำนวนการให้บริการพื้นฐานที่ครอบคลุม

ผู้แทนวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : จากข้อมูลการประเมินการลดอันตรายจากยาเสพติด Harm Reduction ในอดีตด้วย ๑๐ ชุดบริการ โดยประเมินจากผู้รับบริการขึ้นไป เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ๓๙๓ ราย แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือรายใหม่ยังไม่เคยรับบริการ ๔๒ ราย กลุ่มที่เข้าไปรับบริการ และออกมาจากคั่นไม่เข้าไปอีก ๑๒๓ ราย รวมถึงกลุ่มที่ยังอยู่ระหว่างการรับบริการ ๒๒๘ ราย พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๒๒ รายงานการใช้ยา over dose ร้อยละ ๑๗ ซึ่งทั้ง ๓ กลุ่มไม่แตกต่างกัน เพราะชุดบริการในชุดเดิมไม่เอื้อเรื่องของการลดอันตรายจากยาเสพติด ประเด็นการลดอาชญากรรม พบว่าในรายงานงานวิจัยนี้ ร้อยละ ๑๗ และอยู่ในปริมาณที่ (Harm Reduction) ขับเคลื่อนไปได้และเห็นผล แต่มีข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของการลดอันตราย (Harm Reduction) ในความเป็นจริงไม่ได้ถูกขับเคลื่อนไปอย่างราบรื่น มีปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ทั้งในเชิงคุณภาพและการขับเคลื่อนในชุมชน ชุมชนกับภาครัฐยังไม่ประสานเชื่อมโยงกัน และประสงค์ให้มีการประเมินผลการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ เพิ่มขึ้น สิ่งที่สนับสนุนคือการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : โครงสร้างการลดอันตรายจากสารเสพติด (เดิม) หากตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่ศูนย์บำบัดฯ จะเบิกไม่ได้ จำเป็นต้องใช้วิธีพิเศษ คือ

๑. การเข้าถึงผู้ที่มีปัญหา เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษาให้เร็ว เพื่อลดการแพร่เชื้อต่างๆ โดยให้เพื่อนผู้ติดยาเชิญชวนในการเข้าถึงบริการ

๒. ส่งเสริมการขยายบริการการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ในแต่ละบริบท สะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินงานการลดอันตราย (Harm Reduction) ให้กว้างออกไปกว่าการใช้ยาเสพติด เสนอให้กรมควบคุมโรค นำเสนอตัวชี้วัดดังกล่าว ระบุข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีเท่าไร และผลกระทบโรคติดเชื้อที่กว้างกว่าการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งยังขาดองค์ประกอบภาพรวมที่ผ่านการดำเนินงานลดอันตราย (Harm Reduction) สำเร็จหรือไม่ ที่ผ่านมามีการประสานงานร่วมยังเป็นปัญหา

มติที่ประชุม ที่ประชุมเห็นชอบ Service Deliveries รายละเอียดดังนี้

SD๑ : การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดำเนินการ ในส่วนการ ค้นหาและการติดตาม มอบกระทรวงมหาดไทยและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือภาคีเครือข่าย

SD๒ : การลดอันตรายจากสารเสพติด (Harm Reduction) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ด้านสุขภาพ (หน่วยนับ : จำนวนครั้งของการได้รับบริการ) เห็นชอบโครงการนำร่องการบำบัดในชุมชน (Community Based Therapy) และมอบสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จัดสรรงบประมาณเพื่อการสนับสนุนโครงการนำร่องดังกล่าว

๔.๒ ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นำเสนอตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม มีดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี : ตัวชี้วัดปีงบประมาณ ๖๑ มีการปรับหรือไม่ กรณีปรับ ในส่วนของการบริหารจัดการ ให้สำนักงาน ป.ป.ส. หรือผู้เกี่ยวข้องหารือร่วมกับผู้บริหาร กรณีไม่ปรับ พบว่าการดำเนินงานในพื้นที่ยุ่งยาก เสนอให้เก็บข้อมูลควบคู่กับการเก็บตัวชี้วัดในระดับนโยบายลงมา แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ หากเปลี่ยนตัวชี้วัด ให้มีการหารือว่าจะเปลี่ยนอย่างไร บุคคลใดจะทำหน้าที่ประสานหารือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเปลี่ยน ส่วนที่ ๒ หากไม่เปลี่ยน เสนอให้มีตัวชี้วัดเพิ่ม ตัวหารคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด (Register) เข้ามาในระบบบำบัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ประธานการประชุม : ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตัวชี้วัด (เดิม) ให้ดำเนินการนำเสนอผู้บริหาร หากมีการเพิ่ม ตัวชี้วัดภายในเพื่อให้เกิดการพัฒนา ให้ผู้เกี่ยวข้องหารือร่วมกัน เพื่อจัดทำตัวชี้วัดต่อไป

ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : สนับสนุนการกำหนดตัวชี้วัดที่ทำให้เกิดการพัฒนา ในการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : เห็นด้วย กับแนวคิดผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ประเด็นที่ ๑ ให้มีการวัดจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามา ในระบบบำบัด ประเด็นที่ ๒ ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พื้นที่ยอมรับได้หรือไม่ นอกจากการวัดผล ๒ แบบ คือ แบบที่ ๑ การวัดผู้ป่วยทั้งหมด และ แบบที่ ๒ การวัดผู้ป่วยที่อยู่ครบกำหนด (good boy) น่าจะมี กลไกเข้าไปวัดผลการดำเนินงานทั้ง ๓ ระบบ (สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ) เพิ่ม ส่งผลต่อการรายงาน ผล ในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบดำเนินงาน ผู้ป่วยมีความสัมฤทธิ์ผลคิดเป็นร้อยละเท่าไร

มติที่ประชุม ที่ประชุมมีมติเห็นชอบตัวชี้วัดการดำเนินงานยาเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate)

ตัวชี้วัดที่ ๒ : อัตราคงอยู่ขณะบำบัดรักษา (Retention Rate) ร้อยละ ๗๕

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate)

จำนวนผู้ป่วย Register เข้าสู่ระบบการบำบัดทุกระบบทั้งหมด เพื่อสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริง *๑๐๐

วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ เป้าหมายบำบัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นำเสนอเป้าหมายบำบัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม มีดังนี้

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี : เป้าหมายบำบัดที่กำหนดใกล้เคียงกับความเป็นจริง พบข้อมูลการเข้าสู่ระบบบังคับบำบัดได้สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจมีการดำเนินงานในพื้นที่เข้มแข็ง

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก : เป้าหมายที่กำหนด ต่ำกว่าการดำเนินงานที่เป็นจริง พบผลการดำเนินงานในพื้นที่มีมากกว่า

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : กรณีสถาปัตยกรรมกระบวนการรักษาให้คำนึงถึงพื้นที่ที่ดำเนินการได้จริง เนื่องจากการเคลื่อนย้าย อพยพของประชากร มีผลต่อความชุก เนื่องจากการเกณฑ์ทหารจะเกณฑ์ตามภูมิลำเนา

ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย : การใช้เกณฑ์ของทหารเกณฑ์ เป็นตัวกำหนดต้องคำนึงถึงการเคลื่อนย้ายของประชากร เนื่องจากกลุ่มประชากรดังกล่าว ส่วนใหญ่กลับไปเกณฑ์ทหารตามภูมิลำเนา หากยึดเกณฑ์นี้ ต้องให้จังหวัดมีสิทธิอุทธรณ์ เนื่องจากประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง น้อยกว่าที่ประมาณการไว้ แต่ในปี ๒๕๖๐ ให้ยึดตามแนวทางเดิมที่กำหนดไปก่อน

ผู้แทนเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี : ศึกษาความเป็นไปได้ ให้นำรายงานทำด้วยมือ (Manual) และ บสต. ๓ ปีย้อนหลังมาเป็นตัวหาร จะได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความเป็นจริง

มติที่ประชุม ที่ประชุมเห็นชอบเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สมการการคำนวณ โดยใช้ข้อมูลผลการตรวจปัสสาวะในทหารเกณฑ์ และข้อมูลจำนวนประชากรกลางปีของกระทรวงมหาดไทย โดยส่งให้เขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Adjusted) ปรับฐาน เพื่อกำหนดเป้าหมายบำบัด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ รายจังหวัด

สรุปข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเป้าหมายบำบัด

๑. เสนอให้มีการสำรวจ (Survey) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เสนอให้มีการสำรวจ (Survey) เพื่อจะได้จำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงความจริง และให้ไปปรับแก้ (Adjusted) ระดับเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพประชุมหารือร่วมกับจังหวัดปรับแก้ (Adjusted) ซึ่งสอดคล้องกับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว ปรับตามจำนวนผู้ป่วย โดยหน่วยงานวิชาการกลาง (มหาวิทยาลัย) สนับสนุนข้อมูลเอกสารหลักฐานวิชาการจากการสำรวจ (Survey) เพื่อใช้ประโยชน์ในการประมาณการผู้เข้ารับการรักษาจำนวนเท่าไร โดยมีการหารือร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ซึ่งข้อมูลปี ๒๕๕๙ ได้มีการสำรวจครัวเรือนครั้งใหม่ พบว่าข้อมูลคาดเคลื่อนมาก และมีแนวคิดประเด็นการตรวจปัสสาวะในทหารเกณฑ์ หากไม่นำไปสู่การลงโทษ เห็นควรวางแผนนำไปสู่การแก้ปัญหา และเชื่อว่าการวางแผน และข้อมูลการตรวจปัสสาวะในทหารเกณฑ์ คิดว่าข้อมูลนี้วางแผนการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดได้ พบข้อสังเกตเรื่องการเคลื่อนย้ายประชากร จะมีการปรับแก้ (Adjusted) อย่างไร ซึ่งตัวเลขภูมิลำเนาอาจยังไม่สะท้อนปัญหาในปัจจุบัน แต่ควรเพิ่มเติมเพิ่มเติมเงื่อนไข เช่น มีคำถามเพิ่มเติมเพื่อเกิดความชัดเจนมากขึ้น เพื่อสนับสนุนวิธีคิด และการคำนวณ เพื่อให้เขตสุขภาพปรับแก้ (adjusted) เป็นไปตามกรอบหรือข้อกำหนดที่ชัดเจน กรณีแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน เสนอให้นักวิชาการสาขายาเสพติดชี้แนะให้กับเขตสุขภาพ เพื่อกำหนดเป็นค่าเฉลี่ยความแพร่หลาย (Prevalence) ของเขตสุขภาพแทนรายจังหวัด แล้วนำค่าที่ได้มาเป็นตัวคูณ

๒. ก่อนมีการตั้งเป้าหมายบำบัด เสนอให้มีการหารือเรื่องการคัดกรอง และการค้นหาในระดับชุมชน โดยใช้เครื่องมือคัดกรองฯ นอกกระทรวงสาธารณสุข (บคก.สร. V๑) พิจารณาร่วมกับกลุ่มเวชกรรมสังคมในการกำหนดเป้าหมายต่อไป

๓. กรณีการตรวจปัสสาวะในทหารเกณฑ์ ที่ตรวจพบปัสสาวะเป็นบวกประมาณร้อยละ ๗๐ ที่มีการดำเนินงานนอกพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาประเมินผลได้ เนื่องจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน แม้เป็นพื้นที่ใกล้เคียงกัน

๔. กรณีการค้นหาหากเป็น Service Deliveries กระทรวงมหาดไทย หรือ กระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการชี้แจงการแพร่ระบาดของยาเสพติด ระบุคนป่วยเจ็บป่วยประมาณเท่าไร ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของโรค เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นการลดความรุนแรงในพื้นที่ให้ได้ ไม่เกิดการแพร่ระบาดต่อไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ตัวชี้วัดผลการบำบัดฟื้นฟูฯ ตั้งแต่การเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูฯ กระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯ และผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) ไม่กลับไปเสพซ้ำ กระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างการบำบัดฯ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาองค์ความรู้ อบรมบุคลากรให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การบูรณาการความรับผิดชอบตัวชี้วัดตามระยะกระบวนการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และการติดตามดูแลช่วยเหลือ ร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ความสำคัญกรณีส่งผู้ป่วยกลับไปยังชุมชน ชุมชนมีการวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

๕. กรณีการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน (Community based therapy) พบว่ามีหลายหน่วยงานดำเนินการอยู่ แม้ไม่มีแหล่งเงินสนับสนุนจากภาครัฐ หากยกระดับเป็นสถานบำบัดฟื้นฟูในชุมชน หน่วยงานดังกล่าวจะได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงาน ป.ป.ส. เป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการบำบัดในชุมชน (Community based therapy)

เลิกประชุม เวลา ๑๖.๓๐ น

นางสาวกนกทิพย์ พัฒผล
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นางจอมขวัญ รุ่งโชติ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการผู้จัดรายงานการประชุม

นายแพทย์อัศพรพล ศุภาสตรา
รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข
ผู้ตรวจรายงานการประชุม