

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพยาบาล
ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

๑. นายแพทย์กิตติ	กรรณิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	ประธานการประชุม
๒. นายนิยม	เต็มศรีสุข	รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	
๓. นายศักดิ์ชัย	แดงฮ่อ	รองอธิบดีกรมการปกครอง	
๔. นางอัญชลี	พัฒนสาร	รองอธิบดีกรมคุมประพฤติ	
๕. นายแพทย์อัมรินทร์ รวยอาจิณ		รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
๖. นางสาวจุฑารัตน์ จินตกานนท์		ผู้อำนวยการกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์	
๗. นางสาวเสาวลักษณ์ ปลั่งเกียรติยศ		กรมคุมประพฤติ	
๘. นางสาวลัดดาวรรณ คงนิล		กรมคุมประพฤติ	
๙. นางสาวปัทมาพร ภูมิเวียงศรี		สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	
๑๐. นายแพทย์อังกูร ภัทรการ		รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	
๑๑. นางระเบียบ	โตแก้ว	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	
๑๒. แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	
๑๓. นายแพทย์นิพนธ์	ชินนันทเวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
๑๔. นางสาวจุรีย์	อุสาหะ	รองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
๑๕. นางสาวมณีนรัตน์	ยินดี	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
๑๖. นางสาวจิราภรณ์	นกหงส์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
๑๗. แพทย์หญิงวลัยรัตน์	ไชยฟู	รองผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
๑๘. ร.ต.อ.หญิง นันทิยา บุญยะจินดา		กองควบคุมวัตถุเสพติด	
๑๙. นายแพทย์วรัญญู	จำนงประสาทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	
๒๐. นายแพทย์ชลอวัฒน์	อินปา	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	
๒๑. นายแพทย์ทวีโชค	โรจนอารัมภ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง	
๒๒. นายแพทย์ธงชัย	เสรีรัตน์	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	
๒๓. นายแพทย์วิวรรธ	ก่อวิริยะกมล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	
๒๔. แพทย์หญิงศรีธรรมา	อัจฉริยะสวัสดิ์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	
๒๕. นายแพทย์สุเมธ	ฉายศิริกุล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	
			๒๖. นายแพทย์อดิศักดิ์...

๒๖. นายแพทย์อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
๒๗. นายแพทย์ดำรง แวะอาลี โรงพยาบาลยะลา
๒๘. นายแพทย์สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
๒๙. นายแพทย์ศิระ กิตติวัฒนโชติ โรงพยาบาลสมุทรสาคร
๓๐. นางพรทิพย์ เอมอ่อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๓๑. นางเจติญา รุ่มนุ่น โรงพยาบาลพุทธมณฑล
๓๒. นางกษมา พลตงนอก โรงพยาบาลภูเวียง
๓๓. นางบุญญาพร แผงผล โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าน
๓๔. นางสาวแพรวฤดี วิชาผา สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
๓๕. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง กองบริหารการสาธารณสุข
๓๖. นางจอมขวัญ รุ่งโชติ กองบริหารการสาธารณสุข
๓๗. นางสาวอัจฉรา ชำนาญพจน์ กองบริหารการสาธารณสุข
๓๘. นางสาวกนกทิพย์ พัฒนาผล กองบริหารการสาธารณสุข
๓๙. นางสาวหทัยภัทร วันโส กองบริหารการสาธารณสุข
๔๐. นางสาวศรัณญา สอบัติบ กองบริหารการสาธารณสุข
๔๑. นางสาวศศิประภา พรหมด้วง กองบริหารการสาธารณสุข
๔๒. นางสาวอรทัย สืบเทพ กองบริหารการสาธารณสุข

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

นายแพทย์กิตติ กรรณิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕ ประธานการประชุมฯ กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และดำเนินการประชุม ดังนี้

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานที่ประชุมฯ แจ้งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๗๓/๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาเยาเสพติด พร้อมชี้แจงรายละเอียดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดดังกล่าว (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๒ เรื่องเพื่อทราบ

๒.๑ ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อเตรียมรับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์อัศรพล ศุรุศาสตร์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข นำเสนอผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อเตรียมรับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

ผู้แทนกรมราชทัณฑ์ : ผลการดำเนินงานของกรมราชทัณฑ์เกินเป้าหมาย เนื่องจากมีผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เมื่อจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย จะร้องขอให้กรมราชทัณฑ์ช่วยดำเนินการ จึงมีข้อเสนอแนะ ให้การบำบัดฟื้นฟู ไม่เร่งรัดให้ดำเนินการตามเป้าหมายที่ได้รับจนเกินไป เนื่องจากบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เพราะขาดบุคลากรในการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งต้องขอความช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ช่วยดำเนินการเรื่องดังกล่าว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ : จากข้อมูลสถานการณ์ข้างต้น กรอบอัตรากำลังบำบัดฟื้นฟู ส่วนใหญ่งานจิตเวช เมื่อวิเคราะห์ตามภาระงาน จะพบว่าบุคลากร ๑ คน มีภารกิจงานเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ งาน ซึ่งเป็นงานเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายและได้รับผลกระทบ งานศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Crisis Center : OSCC) และงานศูนย์พึ่งได้ จากความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และครอบครัว ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เห็นควรให้เกิดกรอบโครงสร้างงานจิตเวช และงานช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงภารกิจงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาจากขนาดประชากรในพื้นที่ นำมาสู่การออกแบบรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ให้มีความเหมาะสมกับขีดความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงเตียงรองรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติด ให้เกิดความเหมาะสม ไม่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมป้องกันปัญหาเสพติด ภายใต้โครงการ (To be number one) รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานศึกษา และการบำบัดในสถานศึกษา ซึ่งมีการพัฒนาร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กิจกรรมการให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา

ผู้แทนสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : จากข้อมูลสถานการณ์ข้างต้น พบว่าข้อมูลเจ้าหน้าที่ยาเสพติด (กลุ่มพยาบาลยาเสพติด) น้อยกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ซึ่งพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด ๔ เดือน ทั่วประเทศน่าจะมีจำนวนสูงกว่านี้ ประมาณการ ๓๐๐ คน รวมถึงยังขาดข้อมูลพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรยาเสพติด ระยะเวลา ๓ - ๕ วัน ซึ่งสถาบันฯ จะส่งข้อมูลให้กองบริหารการสาธารณสุข ดำเนินการรวบรวมต่อไป

ประธานการประชุม : เสนอให้มีการกำหนดปัจจัยนำเข้า (Input) เชิงบูรณาการดำเนินงาน เนื่องจากเพียงประเภทเดียวกัน สามารถให้บริการได้ทั้ง ๒ อย่าง และประเด็นบุคลากร ให้ดำเนินการคิดวิเคราะห์ให้ละเอียดในส่วนไหนที่ต้องเพิ่มเติม

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๗ : เรื่องของบุคลากร เห็นควรสร้างความชัดเจนด้านโครงสร้างจากการทำหน้าที่ (Functional) ไปสู่โครงสร้างงาน (Structure) เนื่องจากการทำหน้าที่ดังกล่าว ไม่มีความก้าวหน้าในการทำงาน ทำให้มีอัตราการโยกย้ายงานสูงในพื้นที่

ผู้แทนโรงพยาบาลยะลา : โครงสร้างจิตแพทย์ในการปฏิบัติงานยาเสพติด กำลังอยู่ในช่วงพิจารณา โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาเรื่องดังกล่าว

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๐ : อัตรากำลังในพื้นที่ ดูจากตัวเลขเหมือนมาก แต่บุคลากรหนึ่งคนรับหลายงาน อีกทั้งระบบส่งต่อของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังขาดการเชื่อมโยง มีข้อจำกัด คือ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีเงื่อนไขรับผู้ป่วยยาเสพติดไว้ในโรงพยาบาล (Admit) จะต้องมีการทางจิต จิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประเมินแล้วพบอาการทางจิต หากไม่รับไว้ในโรงพยาบาล (Admit) จะเป็นปัญหา จึงไม่ทราบว่าส่งต่อรักษาที่ไหน และในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ไม่มีโรงพยาบาลอัญญารักษ์ ต้องส่งต่อข้ามเขต ทำให้เกิดข้อจำกัดในการส่งต่อ

รวมถึงนโยบายผู้บริหาร ไม่ให้มีการส่งต่อข้ามเขต ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง เห็นควรดำเนินการสร้างระบบการส่งต่อในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ให้เกิดความชัดเจน

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ : หากยอมรับว่างานยาเสพติดเป็นภาระงาน และมีเนื้องานพอสมควร ซึ่งภาระงานยาเสพติด หากไม่สนับสนุนทรัพยากรเพิ่ม เป็นเรื่องที่หนักมาก ถ้าจำเป็นต้องดำเนินการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านโครงสร้าง กำลังคน การบริหารจัดการ และองค์ความรู้ ในส่วนของการบริหารจัดการกำลังคน (Clearing workforce) บุคลากรที่มีประสบการณ์และยังปฏิบัติงาน (เดิม) ต้องประเมิน ให้มีการพัฒนาฝึกอบรม หากพบว่าไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ส่วนบุคลากรที่เคยผ่านการอบรมหรือเพิ่งผ่านการอบรมแล้ว หากไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จำเป็นต้องมีมาตรการ/เงื่อนไขเข้มข้น ให้ปฏิบัติงานได้ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เกิดภาพการดำเนินงานที่ชัดเจน กรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินจากแอมเฟตามีน (เมายาบ้า/ก๊าวร้าว) และจิตเวช จะดำเนินการอย่างไร รวมถึงปัญหา (Social Harm Reduction) โรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ต้องรับการบำบัดฟื้นฟูหรือไม่ กรณีกลุ่มใช้ยาเสพติด (Drug use) และกลุ่มที่ก่อให้เกิดอันตราย (Harm full) หากพิจารณา พบว่าร้อยละ ๗๐ เป็นผู้ป่วยนอก (OPD case ได้) ไม่เช่นนั้นจำนวนเตียงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งในส่วนนี้ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรมการปกครอง และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ กรมคุมประพฤติ สามารถรองรับกลุ่มเหล่านี้ได้ รวมถึงรูปแบบการบำบัดในชุมชน (Community base treatment) เป็นทางเลือกหนึ่ง ที่รองรับและแก้ไขปัญหานี้ได้ ส่วนที่ยังเป็นปัญหาสำคัญอีก การมีหน่วยงานบริหารจัดการกลางเตียงรองรับผู้ป่วยยาเสพติด (Clearing house) รวมถึงการส่งต่อ (Refer) ทั้งในและนอกเขต และปัญหาโรคร่วมด้วย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระของกรมวิชาการในการดูแล เนื่องจากไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ เสนอให้มีหน่วยบริหารจัดการกลาง เพื่อทำหน้าที่จัดการเรื่องค่าใช้จ่ายโรคร่วมที่ได้รับงบประมาณ จากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๑ : ซินชม ฐานข้อมูลมีความชัดเจน ซึ่งพบว่าข้อมูลพยาบาลยาเสพติดมีไม่มาก และสรรหาพยาบาลเข้าฝึกอบรมยาก ในส่วนของพยาบาลจิตเวชมีการกิจทั้งปฏิบัติงานยาเสพติด งานจิตเวช หรือบางคนทำงานควบ ๒ ภารกิจ เสนอให้มีข้อมูลเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานควบ ๒ ภารกิจ รวมถึงข้อมูลการฝึกอบรม และเสริมศักยภาพบุคลากร กรณีปัญหาการสรรหาเจ้าหน้าที่เข้าฝึกอบรมยาก เสนอให้พิจารณากลุ่มคนเมื่อเข้ารับการอบรม ๓ – ๕ วัน แล้วออกไปประกาศ หรือ มีใบรับรอง เพื่อระบุยืนยันตัวตนว่าผ่านการอบรมแล้ว หากไม่มีการดำเนินการเรื่องดังกล่าว จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมจะไม่เพิ่มขึ้น และในอนาคตถ้าเป็นลักษณะงานที่เข้มข้น (Intensive) เหมือนงานจิตเวช จะทำให้ชัดเจนขึ้น

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ : เมื่อไม่มีการจัดการโครงสร้างที่ชัดเจน ผู้รับผิดชอบงานแบกงานหนัก กรณีเป็นงานเข้มข้น (Intensive) นี้ จำเป็นต้องพิจารณาคำตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข (พตส.) เป็นพิเศษ สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานตรงนี้ (เพิ่มเป็นพิเศษ) ซึ่งน่าจะอยู่ในขอบเขตและสามารถจัดการได้ง่าย รวดเร็ว รวมถึงการประเมินหลังการอบรมว่าสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ในเชิงคุณภาพ

รองอธิบดีกรมการปกครอง : การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ มีคณะกรรมการระดับจังหวัด และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในระดับจังหวัดและอำเภอ หากกระทรวงสาธารณสุขพบปัญหาหรือต้องการขอความช่วยเหลือ สามารถนำเรื่องดังกล่าวเสนอที่ประชุมคณะกรรมการฯ ได้

มติที่ประชุม เห็นชอบ แผนการดำเนินงานดังกล่าวฯ และมอบทีมเลขาฯ จัดทำรายละเอียดสรุปสถานการณ์การดำเนินงานยาเสพติด เสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

๑. การสืบสวน และวางรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง ตามขั้นตอน เช่น ขนาดประชากร และจำนวนเตียง และเจ้าหน้าที่บุคลากรที่เหมาะสม ในการรองรับผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งในระบบสมัครใจ ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระทรวงมหาดไทย และในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ระบบต้องโทษ กรมราชทัณฑ์ หากพิจารณาความเป็นไปได้ จำเป็นต้องดำเนินการขยายเตียง และเพิ่มจำนวนบุคลากร เพื่อการรองรับผู้ป่วยยาเสพติดให้เกิดความเหมาะสม

๒. การกำหนดปัจจัยนำเข้า (Input) ให้แก่ทรัพยากรในแต่ละกรม รวมถึงจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยยาเสพติด กรณีอัตรากำลังคน หากพบว่ามีภารกิจงานเพิ่มขึ้น หรือปฏิบัติงานครบ ๒ ภารกิจ จำเป็นต้องมีฐานข้อมูล รวมถึงมุมมองในแง่มุมอื่นๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำงานได้ ตลอดจนกระบวนการงานที่ได้ดำเนินการ (Process) และระบบการส่งต่อ เปรียบเทียบปีที่แล้วกับปีนี้ เปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากพบว่าเปลี่ยน เปลี่ยนแปลงอย่างไร ให้ระบุตัวเลข ผลลัพธ์ เป็นอย่างไร มุ่งเน้นคุณภาพบริการ Quality of Service ต้องมาอันดับ ๑ ในโรงพยาบาลรัฐ จำเป็นต้องจัดระบบการส่งต่อให้ชัดเจน ทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและภายนอก

๓. ปัญหา/อุปสรรค จากพื้นที่ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข ดังนี้

๒.๑ การบังคับให้ได้มาซึ่งเป้าหมาย (จำนวนผู้ป่วย) โดยเฉพาะในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ของกรมราชทัณฑ์ ขอให้มีการสรุปข้อมูลดังกล่าว

๓.๒ การบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management : HRM) ได้แก่ การบริหารจัดการ (Management) และการพัฒนาองค์ความรู้ (Education) เป็นหลัก รวมถึงคำตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข (พตส.) ให้สรุปและหาข้อเท็จจริงภาพรวมประเทศ มีการกระจาย ระดับเขต/จังหวัด เป็นอย่างไร เพื่อจัดทำ Road map การบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ใครที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ การบูรณาการเชิงโครงสร้างทางกายภาพ (Structure) เช่น จำนวนเตียง บุคลากร หรืออื่นๆ ในภาพประเทศ จะมีการดำเนินการอย่างไร

๓.๔ ระบบการส่งต่อ (Refer)

๒.๒ ความก้าวหน้าแนวทางการบำบัดฟื้นฟู (จิตสังคมในสถานศึกษา)

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นางจอมขวัญ รุ่งโชติ กองบริหารการสาธารณสุข นำเสนอความก้าวหน้าแนวทางการบำบัดฟื้นฟู (จิตสังคมในสถานศึกษา) (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : จิตสังคมในสถานศึกษา ในที่นี้หมายถึงจิตสังคมบำบัดหรือไม่

ผู้แทนกรมสุขภาพจิต : เหตุผลที่ต้องใช้คำว่า “จิตสังคมในสถานศึกษา” เนื่องจากกระทรวงศึกษาชี้แจงว่า ถ้ามีคำว่าบำบัด ต้องเป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่กระทรวงศึกษาธิการ ขอเปลี่ยนเป็น “จิตสังคม” แทน “การบำบัด” โดยมีครู/อาจารย์ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และพัฒนาคู่มือการให้คำปรึกษา จำนวน ๔ เล่ม ผ่านการดูแลของทีมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ จากกรมสุขภาพจิต และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อนำกิจกรรมไปสู่การพัฒนาทดลองใช้ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็ก และดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ กระทรวงศึกษาธิการ จะเชิญกรมสุขภาพจิตวิพากษ์อีกครั้ง และมีคลินิกเสมารักษ์ขึ้นในทุกโรงเรียน ทำหน้าที่คัดกรองเด็ก หากสงสัยว่าเด็กติดยาเสพติด เริ่มตั้งแต่สูบบุหรี่ ถ้าพบว่าสูบบุหรี่ จะถูกส่งไปให้คำปรึกษาที่คลินิกเสมารักษ์ และใช้ V๒ คัดกรอง จำแนกผู้ใช้/ผู้เสพติดยาเสพติด และผู้ติดยาเสพติด ถ้าพบว่าเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ให้ส่งต่อสถานบำบัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป็นผังขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow chart) และการส่งต่อ

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : ถือเป็นโอกาสที่ดีในการทำงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ถ้ามีหลักฐานเอกสารทางวิชาการ (Evidence base) พบว่าเด็กวัยรุ่นมีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น เห็นควรมีการส่งเสริมป้องกัน (Prevention) ตามแนวทางที่กำหนด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการใช้อำนาจทางการเมือง

รองอธิบดีกรมการปกครอง : ปัญหานี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในโรงเรียน ครู/อาจารย์ ควรทราบดีว่ามีเด็กเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ยังเกี่ยวข้องกับครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครองด้วย

ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : สุรา และบุหรี่ เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้เด็กและเยาวชนติดยาเสพติด มาตรการที่สำคัญคือ โรงเรียนปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ ที่ต้องทำไปพร้อมกับยาเสพติด และการร่วมมือกับตำรวจครูแดร์ (Drug Abuse Resistance Education : D.A.R.E.) เพื่อให้ความรู้ในเรื่องยาเสพติด บุหรี่ สุรา ใช้เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น (Assist) และการใช้โปรแกรมตรวจสอบ (Audit) ผสมกับกลไกที่ทำให้หน่วยบริการให้การบำบัดฟื้นฟู ควบคู่กับการดูแลเรื่องบุหรี่ สุรา ในระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาเสพติด

ผู้แทนโรงพยาบาลยะลา : เห็นด้วย ในการผนวกการดูแลเรื่องบุหรี่ สุรา เข้าระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาเสพติด เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานเป็นคนเดียวกัน ซึ่งในเชิงปฏิบัติสามารถดำเนินการไปพร้อมกัน ทั้ง งานจิตเวช งานยาเสพติด และงานบุหรี่ สุราได้

รองอธิบดีกรมการปกครอง : เสนอให้ใช้มาตรการทางสังคมกดดัน เนื่องจากสื่อมวลชน ไม่เสนอข่าวในส่วนนี้ เพราะได้ผลประโยชน์จากการโฆษณา โดยผลิตสื่อที่บ่งชี้ให้เห็นโทษพิษภัย และเสนอข่าวในลักษณะการป้องกัน เพื่อให้เกิดมาตรการทางสังคม

มติที่ประชุม เห็นชอบให้ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เริ่ม Model ยาเสพติดในสถานศึกษา และรวมเรื่องบุหรี่ สุรา เข้าไป และให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และสารเสพติด ในสถานศึกษา กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค เป็นเจ้าภาพหลักและกรมการแพทย์ กองบริหารการสาธารณสุข เพื่อกำหนดกรอบทิศทาง และขั้นตอนการดำเนินงาน ส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และสารเสพติด ในสถานศึกษา ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ

๒.๓ แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (Inspection Guideline) **ตอนที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หัวข้อ : การบำบัดรักษา ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด**

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นางอัจฉรา วิไลสกุลยง กองบริหารการสาธารณสุข และนางระเบียบ โตแก้ว สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ นำเสนอแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (Inspection Guideline) **ตอนที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หัวข้อ : การบำบัดรักษา ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)**

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

ประธานการประชุม : ปิงปประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้นำแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขมาประชุมฯ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันว่าจะใช้ตัวชี้วัดตัวใดบ้าง ในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : เห็นควรเพิ่มตัวชี้วัดย่อย เช่น การประสานงานร่วมกับภาคประชาสังคม และการสื่อสารอื่นๆ ได้แก่ ชุมคู่มือต่างๆ สถานที่ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop in Center) ในจังหวัดน่าน ร้อย ๓๖ จังหวัด และกทม. และเปิดบริการให้ยาทดแทน Methadone Maintenance ในพื้นที่ เพื่อลดการรับบริการ Methadone ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : ได้มีคำสั่งให้กำหนดนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ให้เป็นรูปธรรม โดยรวมกลุ่มยาเสพติดชนิดอื่น (Non-IDU) ร่วมด้วยการพัฒนานโยบายดังกล่าว โดยอาศัยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และสายวิชาการเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขอรับการสนับสนุนวิชาการจากประเทศเยอรมัน เพื่อรวบรวมและนำเสนอประเด็นมาพิจารณาว่าต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง ซึ่งจังหวัดน่าน ร้อย ๓๖ จังหวัด และกทม. ดำเนินการจากข้อมูลในระบบ บสต. เป็นลำดับแรก ที่ไหนมีการใช้ยาชนิดฉีด (IDU) มาเป็นตัวตั้งต้น ขณะนี้ สำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการทำความเข้าใจกับทีมที่จะลงไปดำเนินการ แต่เข้าใจว่าน่าจะยังไม่ชัดเจนพอที่จะทำให้ทีมเคลื่อนไปได้ แต่มีบางจังหวัดสามารถทำได้จริงและทำมาก่อนหน้านี้ ซึ่งจะมีเวทีการประชุมฯ ปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน จากการดำเนินงานยาเสพติดที่ผ่านมา พบว่าในมิติของคดียาเสพติด ตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีคดียาเสพติดที่มีการจับกุมทุกข้อหา ประมาณ ๖๐,๐๐๐ คดี และประมาณ ๓๐,๐๐๐ คดี เป็นเสพรอบครอง มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคดีเสพ แสดงว่า ประมาณ ๑๕,๐๐๐ คน เข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูได้ ประเด็นคือ การส่งสัญญาณไปทาง คอปปส. จังหวัด ให้ชัด คือไม่นำคนกลุ่มนี้เข้าสู่เรือนจำ เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครอง ค้นพบผู้เสพจากการตั้งด่าน ตรวจค้น หรือวิธีอื่นๆ เพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัด จึงมีความเป็นไปได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) จะให้บริการกลุ่มนี้เพิ่ม ซึ่งได้มีการประสานงาน กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด (บขปส.) มีหนังสือสั่งการไปยังเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าว

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ : กรณี Harm reduction ในพื้นที่ปัญหาหลักไม่ใช่ Heroin แต่เป็นยาบ้า และยาเสพติด อื่นๆ ซึ่งไม่มีการศึกษาในระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) แต่ให้การดูแลรักษา ฉะนั้นผู้ป่วยที่นำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ บสต. เป็นส่วนหนึ่งที่มีทีมจิตเวชดูแล ถ้าพิจารณาเป็นพิเศษ คือ มีการเสพยา แล้วมีอาการทางจิต ต้องรักษาต่อเนื่อง กลุ่มนี้ควรได้รับการเงินชดเชยในส่วนที่โรงพยาบาล ต้องแบกรับภาระ ที่ไม่ได้อยู่ในระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในปัดไป

รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : ตามคำสั่งของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เมื่อ ๓ ปีที่แล้ว ดำเนินการเฉพาะในกลุ่ม IDU แต่ในระยะที่ ๒ ครอบคลุมกลุ่ม non-IDU Methamphetamine ในต่างประเทศ ไม่มีการใช้สารทดแทน เป็นลักษณะทำให้อยู่ภายใต้การควบคุมและเสพได้อย่างปลอดภัย แต่ในประเทศไทยยังไม่สามารถทำได้ ในส่วนที่พยายามจะผลักดัน (put) เข้าไป โดยภาคประชาสังคมที่เข้าถึงประมาณการประมาณ ๔ - ๕ พันคนต่อปี ซึ่งถ้าตามประมาณการ จะทำให้ทราบว่าความชุกของโรค ขนาดปัญหา เมื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้แล้ว ภาคประชาสังคม จำเป็นต้องจูงใจกลุ่มคนดังกล่าว เข้าสู่ระบบการบำบัด โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งงบประมาณไว้แล้ว

มติที่ประชุม เห็นชอบแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (Inspection Guideline)

วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ประธานที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์อัศพรพล ศุภศาสตร์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข นำเสนอแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม)

ความเห็นที่ประชุม ดังนี้

รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : ระบบการติดตามฯ ๓ ระบบ ดังนี้

๑. ระบบสมัครใจ : หลักการติดตามฯ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้ง เป็นเวลา ๑ ปี ภายหลังปรับการติดตาม ๔ ครั้ง หรือ ๑๒ ครั้ง ในระยะเวลา ๑ ปี และมีการลงสมุดติดตาม ซึ่งเป็นที่มาของการแก้ไขประกาศ สำนักงาน ป.ป.ส. เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นการบังคับให้รายงานตัว ถ้าไม่มาตามกำหนดจะเพิ่มโทษขึ้นไปเป็นข้อหาหนัก และมีแผนที่จะหารือแนวทางการใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยติดตาม โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ซึ่งต้องหารืออีกครั้ง

๒. ระบบบังคับบำบัด : เป็นบทบาทของกรมคุมประพฤติ ซึ่งต้องหารืออีกครั้ง

๓. ระบบต้องโทษ : ข้อมูลการติดตามถูกส่งไปที่กรมการปกครอง แต่ในแง่ของภารกิจ กรอบหน้าที่ การงาน ที่จะดำเนินการไม่ใช่เรื่องง่าย มีผลกระทบหลายประเด็น ถ้าเป็นไปได้จะดำเนินการจัดเวทีเฉพาะเพื่อให้เกิดความชัดเจน

รองอธิบดีกรมการปกครอง : การติดตามฯ เป็นเรื่องยาก เนื่องจากคนมีพลวัติของการเคลื่อนย้าย จึงเสนอให้มีสมุดประจำตัวก่อนออกจากระบบการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นการบังคับให้มารายงานตัว ฉะนั้นเป็นหน้าที่ของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต้องมารายงานตัวที่ไหนก็ได้ เช่น ใกล้สถานที่ไหนให้ไปที่นั่น เนื่องจากมีระบบบันทึกข้อมูลที่เชื่อมโยงได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด สิ่งสำคัญคือการสร้างความเข้าใจร่วมกันก่อน

ประธานการประชุม : เห็นด้วยกับรองอธิบดีกรมการปกครอง ถ้าเป็นไปได้ให้ไปรายงานได้ทุกหน่วยงานราชการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น โดยเสนอให้จัดทำเป็นระบบ

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๗ : เสนอให้มีการเสริมแรง (Reinforcement) ไปด้วย หากไม่มารายงานตัว หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข

รองผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ : เสนอข้อคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. กรณีติดป้ายชื่อ จะทำให้ถูกสังคมตีตรา

๒. การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเอดส์โดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing : VCT) และการตรวจหาเชื้อ HIV สามารถเจาะฟรีทุกสิทธิปีละ ๒ ครั้ง ในส่วนมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มวิธีฉีดยาและวิธีแบบอื่นๆ ที่ต้องเข้า VCT มีโครงการที่ขอของกองทุนโลกไว้ ซึ่งทำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเอดส์โดยสมัครใจ ในผู้ที่มาบำบัด จะมีการเชิญประชุมและหารืออีกครั้งในส่วนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์

๓. การให้ยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อจะให้ PrEP ในกลุ่ม Pre-vic ใช้เข็มฉีดยาแล้วยังไม่ติดเชื้อ โดยใช้งบของกองทุนโรค ซึ่งดำเนินในปี ๒๕๖๑ ใน ๓๗ จังหวัดนำร่อง จะมีแค่ ๑๐ จังหวัดเป็นกลุ่มเป้าหมาย ถ้าได้รับการอนุมัติแล้วจะเชิญประชุมอีกครั้ง

๔. ฤงยางอนามัย มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย (Men who have Sex with Men : MSM) และ Pre-vic ซึ่งกระจายไปทั่วประเทศ

๕. เข็มฉีดยา มีการซื้อและกระจายไปยังจังหวัดต่างๆ ซึ่งตอนนี้ยังมีเหลือ หากสนใจสามารถติดต่อทางสำนักสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่ ๒/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มอบหมายให้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี แต่ละภูมิภาค เป็นผู้วางแนวทาง/มาตรการ Harm Reduction ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้ว ถ้ามีโอกาสจะนำมาเพิ่มในส่วนนี้ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดฉุกเฉิน (Acute case) ถือเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) อย่างหนึ่ง ถ้าไม่รักษาจะเป็นปัญหาสังคมตามมา จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานผลการดำเนินงาน

ผู้แทนโรงพยาบาลยะลา : การจัดบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ถ้ากำหนดเป็นตัวชี้วัด ควรจะมีหลักเกณฑ์ในการควบคุม และพิจารณาว่าใน ๑๔ ชุดบริการ หากดำเนินการไม่ครบทุกชุดบริการ จะส่งผลกับตัวชี้วัดหรือไม่

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ : สิ่งที่จะขอความร่วมมือจากคณะกรรมการฯ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระดับการดูแล (Level of care) ผู้ป่วยยาเสพติด มีการระบุให้ครอบคลุมผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยา ในระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) รวมถึงกำหนดให้ชัดเจนว่าต้องนำเข้าสู่ข้อมูลดังกล่าว ในส่วนประเด็นการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องมีการทำความเข้าใจกับกลุ่ม NGO ในเรื่ององค์ความรู้ และวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ต้องมีการวางแผนการทำงานให้ชัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย กรณีของศูนย์คัดกรองฯ ไม่ควรสร้างตราบาป (Stigma) แต่ให้ใช้ระบบการประชาสัมพันธ์ให้ทราบ ถึงช่องทางพิเศษ แล้วอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงจุดบริการที่ง่าย สะดวก รวมถึงการประสานเครือข่ายตำรวจ ฝ่ายปกครอง กรณีการคัดกรองที่ไม่ได้เร่งด่วน ไม่จำเป็นต้องรีบเร่ง ให้ตกลงกันว่า จะมีวิธีดำเนินการอย่างไร เนื่องจากบริการสามารถรอได้ ชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นที่ทราบว่า ทั้งกรมการแพทย์ และกองบริหารการสาธารณสุข มีระบบอยู่แล้ว ควรจะนำมาเชื่อมโยงให้เป็นระบบเดียวกัน ในส่วนของชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา ควรมีวิธีการบริหารจัดการที่เหมาะสม เช่น ใน case ที่ติดเชื้อ HIV แล้วแจกเข็มให้ จะช่วยลดการติดเชื้อ HIV หรือไม่ ต้องหาความสมดุล (Balance) ของกลุ่มที่ป้องกัน กับกลุ่มที่บำบัด ในการลดโรค เพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้มากเกินไป ในกลุ่มที่ใช้เข็ม ควรนำเข้าสู่ระบบการรักษาให้เร็ว ตลอดจนให้มีการทบทวนกระบวนการที่ทำงานร่วมกับกลุ่ม NGO

ผู้แทนโรงพยาบาลยะลา : ประเด็นการแจกเข็มต้องคำนึงถึง Culture โดยเฉพาะ ๓ จังหวัดภาคใต้

รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : เห็นด้วยกับประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ สิ่งที่จะท่อนมาตลอด คือ ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อทราบขนาดของปัญหา โดยการบูรณาการ (Integrate)

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากภาคประชาสังคม (Non Governmental Organizations : NGO) เพื่อตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง

ประธาน Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๒ : ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ ๑๒ กำลังดำเนินการทำยาเสริม (Addition medicine) เพื่อให้จิตแพทย์หรือแพทย์สาขาอื่นๆ มาเพิ่มเติม เป็นหลักสูตรที่ช่วยย่นเวลาศึกษา สำหรับบุคลากรที่มีพื้นฐานอยู่แล้ว แล้วให้อาจารย์จากต่างประเทศเข้ามาเพิ่มเติมความรู้ให้ชัดเจน

รองผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี : ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เสนอให้มีการปรับระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ให้สามารถลงบันทึกข้อมูลการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่ม Hardcore อีก ๑ Item และปรับแบบคัดกรองฯ เดิมจาก V๒ เป็น V๓ โดยใช้ Division ของการแบ่งระดับความรุนแรงของการใช้ยาเป็นความผิดปกติของการใช้สารเสพติด Substance use disorder

รองอธิบดีกรมการปกครอง : นำเรียนประธานการประชุมฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากมีประเด็นใดที่ต้องการให้ช่วยเหลือ ให้แจ้งมายังจังหวัด/อำเภอ หรือส่งไปยัง สำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อเสนอเป็นนโยบายชาติ โดยให้กำหนดเป็นข้อสั่งการ

มติที่ประชุม เห็นชอบแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รายละเอียด ดังนี้

๑. **แนวทางการติดตามดูแล ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดปี ๒๕๖๑** เห็นชอบ ให้มีการกำหนดแนวทางการติดตามดูแล ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ปี ๒๕๖๑ ให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ โดยที่ประชุมมอบสำนักงาน ป.ป.ส. รับไปดำเนินการจัดประชุมหารือแนวทางการติดตามดูแล ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ปี ๒๕๖๑ ให้เกิดความชัดเจน ร่วมกันระหว่างสำนักงาน ป.ป.ส. กับกระทรวงสาธารณสุข และประกาศให้หน่วยงานพหุภาคีที่เกี่ยวข้องรับทราบ

๒. **Harm Reduction** เห็นชอบ ให้มีทีมเลขานุการ และกองบริหารการสาธารณสุข ดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ให้ตัดชื่อแผนงาน/กิจกรรม การกำหนดให้มีป้ายชื่อ “ศูนย์คัดกรอง บำบัด ลดอันตรายอำเภอ.....” และจัดตั้งศูนย์คัดกรอง บำบัดลดอันตราย อำเภอ.....นั้น ที่ประชุมฯ กำหนดให้การจัดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ระบุอยู่ในระบบการจัดบริการสุขภาพ ดังเช่นปกติ ในสถานพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

๒.๒ ให้กำหนดหลักเกณฑ์/เงื่อนไข การจัดการบริการสุขภาพลดอันตรายจากยาเสพติด ใน ๙ ชุดกิจกรรม ที่ดำเนินการทั้งในกลุ่มใช้ยาเสพติดแบบฉีด และกลุ่มใช้ยาเสพติดวิธีอื่น ระดับใด เช่น ดำเนินการให้บริการสุขภาพลดอันตรายจากยาเสพติด ๑ ชุดบริการ ใน ๙ ชุดบริการ ถือว่าผ่าน และคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และบริบทของพื้นที่ เป็นสำคัญ

๒.๓ การจัดการบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ด้านสังคม ดำเนินการโดยบทบาทขององค์การสาธารณประโยชน์ (Non-Governmental Organization : NGO) ให้ระบุการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

๓. **การปรับระบบรายงานยาเสพติด (บสต.)** เห็นชอบ ระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) พัฒนาเชื่อมต่อข้อมูลสมุดติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และระบบรายงานตัว สามารถดำเนินการได้ในสถานที่ ที่กำหนด เช่น ที่ว่าการอำเภอ ตำบล หรือโรงพยาบาล ได้แบบ On – line และมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่รัฐรับรองผลการติดตาม เมื่อมีการรายงานตัว

๔. **การปรับแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัด** กระทรวงสาธารณสุข (V.๒) ไปสู่แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัด

กระทรวงสาธารณสุข (V.๓) เห็นชอบ ให้ปรับแบบคัดกรองฯ (V.๒) ไปสู่ (V.๓) โดยการอ้างอิงเอกสารและหลักฐานวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ให้สามารถปรับใช้ในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

นางสาวกนกทิพย์ พัฒนาผล
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางจอมขวัญ รุ่งโชติ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้จัดรายงานการประชุม
นายแพทย์อัศวพล ศุภศาสตร์
รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
ผู้ตรวจรายงานการประชุม