รายงานการประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ครั้งที่ ๗/๒๕๖๖
เมื่อวันที่อังคาร ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖
ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

....

ผู้เข้าประชุม

๑.	นพ.โอภาส	การย์กวินพงศ์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ประธานการประชุม)
๒.	นพ.ทวีศิลป์	วิษณุโยธิน	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓.	นพ.ยงยศ	ธรรมวุฒิ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔.	นพ.พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕.	นพ.ณรงค์	อภิกุลวณิช	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๖.	พญ.อัมพร	เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
๗.	นพ.ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
๘.	นายสมศักดิ์	กรีชัย	(แทน) รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๙.	นพ.โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
๑๐.	นพ.บัลลังค์	อุปพงษ์	รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๑๑.	นพ.สามารถ	ถิระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑๒.	นางวิมล	โรมา	(แทน) รองอธิบดีกรมอนามัย
๑๓.	นายชาญยุทธ	พรหมประพัฒน์	(แทน) รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
๑๔.	นพ.มนู	ศุกลสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ (แทน) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖
๑๕.	นพ.ปราโมทย์	เสถียรรัตน์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘
๑๖.	นพ.ทศเทพ	บุญทอง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ (แทน) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑
๑๗.	นพ.ภาณุมาศ	ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒
๑๘.	พญ.วิพรรรณ	สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓
๑๙.	นพ.ประสิทธิชัย	มั่งจิตร	(แทน) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔
๒๐.	พญ.อัจฉรา	นิธิอภิญญาสกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕
๒๑.	นพ.ภูวเดช	สุระโคตร	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๙
๒๒.	นพ.สมฤกษ์	จึงสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๓.	นพ.กิตติศักดิ์	อักษรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๔.	นพ.ชิโนรส	ลี้สวัสดิ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒
๒๕.	นายชาลี	เอี่ยมมา	(แทน) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
๒๖.	นพ.จรัญ	จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
๒๗.	นพ.ภาคี	ทรัพย์พิพัฒน์	รก.สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙

๒๘. นพ.ศักดา	อัลภาชน์	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒๙. ผศ.(พิเศษ) นพ.สุภโชค	เวชภัณฑ์เภสัช	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓๐. นพ.รุ่งเรือง	กิจผาติ	หัวหน้าที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข
๓๑. นพ.ภัทรพล	จึงสมเจตไพศาล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
๓๒. พญ.ทิวาวรรณ	ปิยกุลมาลา	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรม)
๓๓. นพ.เกษม	ตั้งเกษมสำราญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค)
๓๔. ภก.ชัยวัฒน์	สิงห์หิรัญนุสรณ์	รก.นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ
๓๕. นางสาวพินทุสร	เหมพิสุทธิ์	รก.นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ (ด้านกำลังคนสาธารณสุข)
๓๖. นายนำพล	บัวศรี	รก.ผู้อำนวยการกองกลาง
๓๗. นางสาวโศภิษฐ์	สุวรรณเกษาวงษ์	(แทน) ผู้อำนวยการกองการพยาบาล
๓๘. นายสมชาย	รำจวน	(แทน) ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
๓๙. นางจิตรา	บัวสุวรรณ	ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง
๔๐. นพ.กรกฤช	ลิ้มสมมุติ	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๔๑. นายสรรเสริญ	นามพรม	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๔๒. นางสุนีย์	สว่างศรี	(แทน) ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔๓. นพ.ดิเรก	สุดแดน	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
๔๔. นพ.สฤษดิ์เดช	เจริญไชย	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง
๔๕. นพ.สุรัคเมธ	มหาศิริมงคล	รก.ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
๔๖. นพ.พฤทธิ์	ธนะแพสย์	ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลสุขภาพ
๔๗. ดร.สุดคนึง	ฤทธิ์ฤาชัย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข
๔๘. พญ.พิมพ์เพชร	สุขุมาลไพบูลย์	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
๔๙. นพ.อภิสรรค์	บุญประดับ	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๕๐. ดร.ไพบูลย์	เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย
๕๑. นพ.กิตติ	โล่สุวรรณรักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์
๕๒. นางเยาวภา	จันทร์เหมือน	ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ
๕๓. นางธัญชนก	เสาวรัจ	รก.หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงสาธารณสุข
๕๔. นางสาววรกมล	อยู่นาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕๕. นางสิริพร	สมชื่อ	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
๕๖. นายเกตุแก้ว	แก้วใส	ผู้อำนวยการกลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม

๕๗.	นางสาวพรนิดา	นาคทับทิม	(แทน) หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
๕๘.	นางนฐวรรณ	เพ็งไพบูลย์	(แทน) ผู้อำนวยการศูนย์บริหารจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ กระทรวงสาธารณสุข
๕๙.	นพ.นเรศฤทธิ์	ขัดธะสีมา	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (เลขานุการ)

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม (เนื่องจากติดราชการสำคัญ)

๑.	นพ.ณรงค์	สายวงศ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒.	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา		
๓.	นพ.สวัสดิ์	อภิวัจนีวงศ์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒
๔.	นพ.ธนรักษ์	ผลิพัฒน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗
๕.	นพ.ปรีชา	เปรมปรี	รก.สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔
๖.	นพ.กิตติ	กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕
๗.	นพ.อุดม	ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗
๘.	นพ.ธนิศ	เสริมแก้ว	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๙.	นพ.สมบัติ	ผดุงวิทย์วัฒนา	รก.สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๐.	ดร.นพ.พงศธร	พอกเพิ่มดี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
๑๑.	ผศ.พญ.ปฐมพร	ศิรประภาศิริ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ)
๑๒.	นางสุนันทา	กาญจนพงศ์	รก.นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ (ด้านแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข)
๑๓.	ดร.วลัยพร	พัชรนฤมล	ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ
๑๔.	นางสาวพิมพ์รดา	สิริจิตต์ธงชัย	ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	นพ.มานัส	โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
๒.	ดร.พญ.เบ็ญจมาส	พฤกษ์กานนท์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต
๓.	นพ.พงษ์ศักดิ์	นิติการุญ	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๔.	นพ.อารยะ	ไข่มุกด์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๕.	นพ.วีระศักดิ์	ดำรงพงษ์	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๖.	นพ.อิทธิพล	อุดตมะปัญญา	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๗.	นพ.ชาติชาย	คล้ายสุบรรณ	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๘.	นางเพ็ญศรี	ตรามีคุณ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๙.	ภก.อัญชลี	เอื้อจงมานี	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๐.	นางสาวสุกัญญา	มุยสีทอง	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๑.	นางสาวบุญกอง	ธูปน้ำคำ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๒.	นางสาวฐิติมา	ธรรมไชย	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๑๓.	นายเจตพัฒน์	จำปีเพ็ชร์	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานการประชุม แจ้งที่ประชุมทราบ ดังนี้

๑) การดำเนินงานเข้าสู่ไตรมาสที่ ๔ ถือเป็นช่วงเร่งรัดและสรุปผลการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามสถานการณ์ทางการเมือง เนื่องจากมีความเกี่ยวเนื่องกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้สอดรับกับนโยบายใหม่ ขอให้ทุกท่านที่เกี่ยวข้องติดตามสถานการณ์ เตรียมข้อมูลต่างๆ ให้ครบถ้วน โดยเฉพาะกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองบริหารการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒) นโยบายการใช้จ่ายเงินบำรุง หน่วยบริการมีการลงทุนต่างๆ ดังนี้ (๑) สวัสดิการค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ จากการติดตามเบื้องต้นไม่มีผลกระทบต่อสถานะเงินบำรุง แต่สิ่งที่ได้กลับมา คือ ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน (๒) สวัสดิการบ้านพัก มีการทำสัญญาสร้างบ้านพัก ซึ่งใช้เวลาประมาณ ๑ - ๒ ปี หากยังไม่ได้ทำสัญญา ขอให้เร่งรัดการดำเนินการ (๓) นโยบายประหยัดพลังงาน การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ (Solar cell) ดำเนินงานได้มากพอสมควร ขอให้ติดตามหน่วยงานที่ยังไม่ได้ติดตั้งด้วย

๓) การจัดเก็บรายได้ จากรายงานพบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งมีปัญหาการจัดเก็บรายได้ค่อนข้างมาก ขอให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ดูแล สถานพยาบาลที่มีการละเลยในการหาเงินบำรุง และขอให้มีการนำระบบไอทีมาช่วยในการจัดเก็บรายได้ และการหารายได้อื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อให้โรงพยาบาล มีสภาพคล่องมากขึ้น

๔) การยกระดับสถานพยาบาล (SAP) ของเดิมแบ่งระดับของโรงพยาบาลเป็น FMSA ซึ่งยังมีประโยชน์ในเรื่องของโครงสร้างและการจัดกรอบอัตรากำลัง แต่การยกระดับสถานพยาบาล (SAP) จะใช้ในการยกระดับการบริการ ขณะนี้ให้ใช้ควบคู่กันและจะมาพิจารณาอีกครั้ง เพื่อปรับให้มีสอดคล้องกับสถานการณ์

๕) การตรวจเยี่ยมสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจย์ ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย ได้เห็นถึงสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนไป แต่ละประเทศมีการพัฒนาด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งตรงกับนโยบาย Global health และ Global health Security และพบว่าประเทศซาอุดีอาระเบีย มีความต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศไทยเพื่อเปิดโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรดูองค์ประกอบภาพรวมทั้งในประเทศและนอกประเทศให้สอดคล้องกันด้วย

๖) ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ได้มีการหารือกับราชวิทยาลัยต่างๆ และได้มีการเสนอตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นผู้ประสานงานกับราชวิทยาลัยอย่างใกล้ชิด ทั้งในเรื่องความก้าวหน้า งานวิชาการ รวมถึงการผลิตกำลังคน โดยสิ่งที่อยากได้ คือ ผู้บริหารที่เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นหัวหน้าทีม และทีมงานอีก ๒ คน เข้าร่วม

สำหรับนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ ต้องมีการจัดบริการที่เป็นรูปแบบเคลื่อนที่ (Mobile) ซึ่งขณะนี้มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่ (Mobile Stroke Unit) หน่วยฟอกไตเคลื่อนที่ (Mobile Hemodialysis Unit) ห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่ (Mobile Lab) และทางกรมสุขภาพจิต กำลังจะมีบริการ Mobile ล้างใจ ขอให้แต่ละระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองบริหารการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามสถานการณ์ด้านการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ และการดำเนินงานให้สอดรับกับนโยบายใหม่

๒) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เร่งรัดการดำเนินการสร้างบ้านพักสำหรับเจ้าหน้าที่

๓) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขติดตามหน่วยงานที่ยังไม่ได้ติดตั้งติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ (Solar cell)

๔) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ดูแล และแก้ไขปัญหาการจัดเก็บรายได้ของสถานพยาบาล

๕) มอบหมายให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช) ระบุรายชื่อผู้ประสานงานกับทางราชวิทยาลัยต่างๆ

๖) มอบหมายให้ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) แต่ละสาขาจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ตามนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคนอกสถานที่ ครั้งที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๒ - ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖

นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ขัดธะสีมา ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เลขานุการการประชุม แจ้งว่าได้จัดส่งรายงานการการประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคนอกสถานที่ ครั้งที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมขุมทองวิไล มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย ประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ - ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ ให้องค์ประชุมตามหนังสือกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๒/๓๓๔๐ และ ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๒/๓๓๔๑ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ ซึ่งไม่มีหน่วยงานใดแจ้งขอแก้ไข จึงขอให้ที่ประชุมพิจารณาและรับรองรายงานการประชุม ต่อไป

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมโดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

๓.๑ สรุปผลการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และผลการเบิกจ่ายงบกลาง COVID-19

นางจิตรา บัวสุวรรณ ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง เสนอที่ประชุมเรื่องสรุปผลการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และผลการเบิกจ่ายงบกลาง COVID-19 โดยผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (ไม่รวมงบกลาง) ภาพรวม เงินประจำงวด ๑๑๖,๑๘๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เบิกจ่ายและผูกพัน ๙๒,๐๗๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๕ คงเหลือ ๒๔,๑๐๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๕ แบ่งเป็น ๑) รายจ่ายประจำ ๑๐๔,๗๑๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๑๓ เบิกจ่ายและผูกพัน ๘๒,๖๗๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๙๕ คงเหลือ ๒๒,๐๔๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๐๕ ๒) รายจ่ายลงทุน ๑๑,๔๖๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙.๘๗ เบิกจ่ายและผูกพัน ๙,๔๐๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๘๒ คงเหลือ ๒,๐๖๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๘ ผลการใช้จ่ายเงิน รายจ่ายประจำ (รายเขตสุขภาพ) เงินจัดสรร ๘,๖๓๐ ล้านบาท เบิกจ่าย

๖,๖๙๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๕๙ วาง PO ๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๑ เบิกจ่ายและวาง PO ๖,๗๐๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๐ คงเหลือ ๑,๙๒๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๐ ผลการใช้จ่ายรายจ่ายประจำ (ส่วนกลาง ๓๑ หน่วยงาน) เงินจัดสรร ๓,๙๘๕.๐๕ ล้านบาท เบิกจ่าย ๒,๕๑๘.๗๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๒๐ วาง PO ๘๕.๕๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๕ เบิกจ่ายและวาง PO ๒,๖๐๔.๒๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๓๕ คงเหลือ ๑,๓๘๐.๘๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๖๕ ผลการใช้จ่ายเงินงบลงทุน (รายเขตสุขภาพ) เงินจัดสรร ๑๑,๑๖๖ ล้านบาท เบิกจ่าย ๓,๖๙๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๑๒ วาง PO ๕,๖๕๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๔ เบิกจ่ายและวาง PO ๙,๓๕๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗๖ คงเหลือ ๑,๘๑๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๒๔

โดยสรุป ๑) ภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรรงบประมาณรวมเบิกแทนกัน จำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๑๖,๑๘๓ ล้านบาท ๒) ผลการเบิกจ่ายและก่อหนี้ (PO) ๙๒,๐๗๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๕ ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๓) ขอให้หน่วยงานเร่งรัดการเบิกจ่าย และการก่อหนี้ผูกพันงบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และ ๔) ขอให้หน่วยงานดำเนินการชำระหนี้ค่าสาธารณูโภคให้เป็นปัจจุบัน

ผลการใช้จ่ายงบกลาง COVID-19 ปี ๒๕๖๕ (เฉพาะค่ารักษาผู้ป่วยไร้สิทธิ์ฯ) งบกลาง ๗๑๓.๐๒ ล้านบาท เบิกจ่าย ๔๕๗.๑๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๑๑ คงเหลือ ๒๕๕.๘๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๘๙ สำหรับผลกรใช้จ่ายเงินกู้ฯ COVID-19 ปี ๒๕๖๕ (เฉพาะค่ารักษาผู้ป่วยไร้สิทธิ์ฯ) เงินกู้ฯ COVID-19 ๑๙๗.๗๗ ล้านบาท เบิกจ่าย ๙.๓๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๓ คงเหลือ ๑๘๘.๔๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๗ ซึ่งจะต้องเบิกจ่ายภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ประสานส่งรายชื่อหน่วยงานที่เสนอของบเงินกู้ฯ COVID-19 แล้วยังไม่ได้รับ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๖ และจัดทำหนังสือแจ้งหน่วยงานเอกชนหรือสมาคม เพื่อรับทราบ

๒) มอบหมายให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จัดทำหนังสือแจ้งหน่วยงานเอกชน เรื่องการเบิกจ่ายงบกลาง COVID-19 อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยแจ้งครั้งที่ ๑ ก่อน เว้นระยะแล้วแจ้งครั้งที่ ๒ โดยต้องแจ้งระยะเวลาสิ้นสุดไปด้วย

๓) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำชับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดการเบิกจ่ายในไตรมาสสุดท้าย โดยเฉพาะค่าสาธารณูปโภคให้ครบถ้วน

๓.๒ การจัดสรรงบประมาณ งบดำเนินงานส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ งวดที่ ๓ (ไตรมาสที่ ๔) และงบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

นายแพทย์กรกฤช ลิ้มสมมุติ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข เสนอที่ประชุมเรื่องการจัดสรรงบประมาณ งบดำเนินงานส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ งวดที่ ๓ (ไตรมาสที่ ๔) และงบลงทุน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยการจัดสรรงบประมาณ งบดำเนินงานส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ งวดที่ ๓ (ไตรมาส ๔) ตามหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ ดังนี้ ๑) พิจารณาประสิทธิภาพการเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS ซึ่งผลการเบิกจ่าย ร้อยละ

๘๐.๐๐ ขึ้นไป ได้รับงบจัดสรร ร้อยละ ๑๐๐ (๑๓ จังหวัด) ผลการเบิกจ่าย ร้อยละ ๗๙.๙๙ - ๗๐.๐๐ ได้รับงบจัดสรร ร้อยละ ๙๐ (๒๑ จังหวัด) ผลการเบิกจ่ายตั้งแต่ร้อยละ ๖๙.๙๙ ลงมา ได้รับงบจัดสรร ร้อยละ ๘๐ (๔๒ จังหวัด) ๒) จังหวัดตามข้อ ๑ ที่ได้น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท จัดสรรให้เท่ากับ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ๓) เพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อน โดยผลการเบิกจ่าย ร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป เพิ่มจังหวัดละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ผลการเบิกจ่าย ร้อยละ ๗๙.๙๙ - ๘๐.๐๐ เพิ่มจังหวัดละ ๕๐,๐๐๐ บาท สรุปวงเงินจัดสรรทั้งสิ้น ๓๖.๕๗ ล้านบาท เพื่อสนับสนุนกิจกรรม ดังต่อไปนี้ ๑) สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๑๑.๓๕ ล้านบาท ๒) สนับสนุนและดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๗.๘๒ ล้านบาท ๓) พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) ๑๗.๔๐ ล้านบาท ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ขอให้เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ ให้เป็นไปตามเป้าหมายการใช้งบประมาณ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ และในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ หากใช้งบประมาณไม่ถึงร้อยละ ๘๐ จะตัดงบประมาณกลับส่วนกลาง

การบริหารงบลงทุน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนภูมิภาค โดยงบลงทุนที่กันเงินเหลื่อมปีไว้ใช้จ่ายในปี ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ วงเงินรวม ๔,๘๗๓.๐๒ ล้านบาท เบิกจ่ายแล้ว ๒,๔๒๘.๔๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๘๔ ยังเบิกจ่ายไม่แล้วเสร็จ ๒,๔๔๒.๐๔ ล้านบาท แบ่งเป็น ครุภัณฑ์ ๒ รายการ ๓.๒๙ ล้านบาท ก่อสร้างปีเดียว ๒๒๖.๔๖ ล้านบาท ก่อสร้างผูกพัน ๗๙ รายการ วงเงิน ๒,๒๘๑.๗๖ ล้านบาท ซึ่งจำแนกตามสถานะความเสี่ยง ดังนี้ ความเสี่ยงปานกลาง ๑๔ รายการ วงเงิน ๑๐๔.๑๑ ล้านบาท ความเสี่ยงสูง ๓๑ รายการ วงเงิน ๓๗๖.๒๐ ล้านบาท ความเสี่ยงสูงและคาดว่าจะพับ ๕๖ รายการ ๑,๙๖๑.๗๓ ล้านบาท (เบิกจ่ายภายในเดือนกันยายน ๙๓๒.๘๕ ล้านบาท เสี่ยงพับ ๑,๐๒๘.๘๘ ล้านบาท) โดยมีนโยบายการกำกับติดตาม คือ ๑) ติดตามผลการเบิกจ่ายในระบบ GFMIS ๒) ตรวจสอบ ง.๗๐๐ ทุกเดือน ๓) กำกับติดตามแบบออนไลน์ โดยกองบริหารการสาธารณสุขและการลงพื้นที่ ๔) รายงานผลการดำเนินงานไปยังผู้บริหารทุกเดือน สำหรับระยะเวลาการกำกับติดตามการบริหารงบลงทุน ปี ๒๕๖๖ ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖ ติดตามการลงนามและบริหารสัญญา โดยผลการเบิกจ่ายงบลงทุน ปี ๒๕๖๖ วงเงินลงทุนสุทธิ ๑๐,๙๖๓.๐๙ ล้านบาท การใช้จ่ายงบลงทุน (เบิกจ่ายและวาง PO) ๙,๑๙๓.๕๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๘๖ เบิกจ่าย ๓,๖๗๐.๕๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๔๘ วาง PO ๕,๕๒๒.๙๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๘ คงเหลือ ๑,๗๖๙.๕๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๑๔ ซึ่งเขตสุขภาพที่เบิกจ่ายได้ดี คือ เขตสุขภาพที่ ๖ เขตสุขภาพที่ ๒ และเขตสุขภาพที่ ๙ ตามลำดับ

สำหรับผลการดำเนินงานงบลงทุน ปี ๒๕๖๖ รวมจัดสรร ๕,๗๑๖ หน่วย จำนวนที่ดำเนินการ ๕,๖๕๔ หน่วย ก่อนประกาศ ๖ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๑ ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพละ ๑ รายการ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ จำนวน ๓ รายการ อยู่ในขั้นตอนประกาศ ๑๗ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๐ รอลงนาม ๖๘ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๐ ลงนาม ๕,๕๖๓ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๓๙ คืนงบ ๖๒ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๘ ส่วนคาดการณ์ระยะเวลาคำของบลงทุน ปี ๒๕๖๗ คาดว่าจะมีการให้ปรับปรุงงบประมาณขาขึ้นอีกครั้ง ดังนั้น เมื่อวันใดที่คณะอนุกรรมาธิการ ในวาระที่ ๑ มีความเห็นชอบ จะให้เริ่มกระบวนการจัดซื้อจ้าง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

สำหรับแนวทางการจัดทำคำของบลงทุน ปี ๒๕๖๘ (Project Investment of MOPH) กองบริหารการสาธารณสุข กำลังเร่งดำเนินการพูดคุยกับพื้นที่ให้เกิดความเข้าใจ โดยมีการจัดอบรมร่วมกันระหว่างจังหวัด กองบริหารการสาธารณสุข และกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อจัดทำ Project Investment ให้เป็นภาพรวมของแต่ละจังหวัด เกิดทักษะการทำงานร่วมกัน ไปจนถึงเดือนกันยายน จะเป็นการรวบรวม วิเคราะห์รายละเอียดโครงการ จะมีการประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๑ - ๒ จากนั้นจะ

ทบทวน ปรับปรุงโครงการก่อนจะนำเข้าการพิจารณาของคณะกรรมการงบลงทุนอีกครั้ง จากนั้นจะเสนอคำของบลงทุน ปี ๒๕๖๘ ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนตุลาคม มายังกองบริหารการสาธารณสุข เพื่อบันทึกคำขอลงในระบบต่อไป สำหรับข้อเสนอเพื่อพิจารณา ๑) เร่งรัดการบริหารงบลงทุน ปี ๒๕๖๕ ที่กันเงินเหลื่อมปีไว้ใช้จ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๒) เร่งรัดกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๓) รายงานผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรมติดตามงบลงทุน ของกองบริหารการสาธารณสุข และ ๔) เพื่อทราบและเตรียมความพร้อมบริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำของบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กลไกงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ อาจมีความล่าช้า ขอให้แต่ละหน่วยงานดำเนินการหาคุณสมบัติ (Spec) ไปพลางก่อน เมื่อผ่านคณะอนุกรรมาธิการ ในวาระที่ ๑ แล้วจะได้ดำเนินการด้านพัสดุ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงงบประมาณถูกพับในปีหน้าได้ และขอให้ผู้บริหารช่วยกำชับพื้นที่ในการดำเนินการต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๕ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ เร่งดำเนินการงบลงทุนในรายการที่อยู่ในขั้นตอนก่อนประกาศ เพื่อไม่ให้งบประมาณถูกพับ ซึ่งหากงบประมาณถูกพับต้องมีการบริหารสัญญาต่อเนื่อง ต้องหาแหล่งเงินใหม่เพื่อไม่ให้มีปัญหากับคู่สัญญา รวมถึงขอให้ยึดนโยบายไม่เปลี่ยนแปลงแบบก่อสร้าง

๓.๓ สถานการณ์เงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ดิเรก สุดแดน ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ เสนอที่ประชุมเรื่องสถานการณ์เงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยภาพรวมข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๓) เมื่อเทียบปี ๒๕๖๖ กับปี ๒๕๖๒ ลดลง ร้อยละ ๒๒.๓ ภาพรวมข้อมูลบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เมื่อเทียบปี ๒๕๖๖ กับปี ๒๕๖๒ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕.๘ สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๓) เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) ๗๖,๕๘๗.๑ ล้านบาท และทุนสำรองสุทธิ (NWC) ๑๓๖,๕๓๔.๓ ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบทุนสำรองสุทธิ (NWC) และเงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) ติดลบ ของปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๓) มีแนวโน้มทุนสำรองสุทธิ (NWC) ติดลบน้อยที่สุด คือ ๒ โรงพยาบาล และเงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) เป็นลบ ๑.๕ ล้านบาท สำหรับอัตราการเปลี่ยนแปลงทุนสำรองสุทธิ (NWC) ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๓) เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) ๗๖,๕๘๗ ล้านบาท พบว่าลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ลดลง ร้อยละ ๑๗.๙ อยู่ที่ ๔๔,๙๑๓ ล้านบาท ซึ่งลดลงจากปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕๔,๖๘๙ ล้านบาท หมายถึง สามารถติดตามลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลได้ดีขึ้นในภาพรวม ส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ เริ่มเข้ากลับสู่ภาวะปกติ สำหรับเงินทุนสำรองสุทธิ และเงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) รายเขตสุขภาพ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๓) ยังเป็นเขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๙ ที่ยังมีเงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้แล้ว) และเริ่มมีวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ - ๗ เพิ่มขึ้น

ข้อสังเกตและพิจารณาดำเนินการ ๑) ผู้บริหาร ควบคุมกำกับประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาล เริ่มมีภาวะวิกฤต โดยมีทีม CFO ในแต่ละระดับช่วยวิเคราะห์และเสนอแนวทางช่วยเหลือตามความเหมาะสม ๒) โรงพยาบาลเริ่มมีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ลดลง แสดงถึงการมีคุณภาพในการ

จัดเก็บหนี้ได้ดีมากขึ้น และ ๓) ข้อมูลในไตรมาสที่ ๓ เริ่มเข้าสู่ภาวะใกล้เคียงสถานการณ์ ในปีงบประมาณปกติ ที่ไม่มีผลจากการเพิ่มรายได้จาก COVID-19

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) จากสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ขอให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยนอกที่ลดลงนั้น ลดลงจริง หรือเป็นจากชุดข้อมูลบริการที่ถ่ายโอนไปแล้วไม่เข้าสู่ระบบ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

๒) สถานการณ์ทางการเงินลดลง ความเสี่ยงแต่ละระดับเริ่มเพิ่มขึ้น และภาพรวมเงินในระบบเริ่มจะไม่เพิ่มแล้ว หน่วยงานระดับย่อยเริ่มมีปัญหา ขอให้ผู้บริหารช่วยดูแล กำกับ ต่อไป

๓) จากที่กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจสอบพบว่า การที่ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลลดลงไม่ใช่เฉพาะที่เรียกเก็บหนี้ได้ดี บางส่วนเกิดจากการปรับปรุงลูกหนี้ลดลงเนื่องจากเรียกเก็บไม่ได้ และมีประเด็นไม่สามารถตัดหนี้สูญได้ เนื่องจากเป็นกฎหมาย ซึ่งกรมบัญชีกลางมีหนังสือตอบมาที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้กำหนดหลักเกณฑ์ ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการ ส่วนการจัดเก็บรายได้ที่ยังไม่ดี เกิดจากเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ยังขาดความรู้ความเข้าใจสิทธิต่างๆ เช่น กองทุนประกันสังคม ยังมีการหักเงินอยู่ ส่วนของกรมบัญชีกลางมีการเรียกเก็บ ๒ อัตรา คือ กระทรวงสาธารณสุขและกรมบัญชีกลาง ทำให้มีการเรียกเก็บผิดอัตรา และถูกเรียกเงินคืน

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ดูแลเรื่องศูนย์จัดเก็บรายได้ โดยเฉพาะที่จัดเก็บไม่ครบถ้วน รวมไปถึงกรณีหนี้หายไป โดยไม่ถูกต้องตามระเบียบ

๒) มอบหมายให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน) ดูรายละเอียดการกำหนดเกณฑ์ และวิธีการการตัดหนี้อย่างไร ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก

๓) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๑ ดูแลโรงพยาบาลวิกฤตระดับ ๗ โดยใช้หลัก One Province One Hospital

๓.๔ การบริหารทรัพยากรบุคคล (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล เสนอที่ประชุมเป็นเอกสารเรื่องความก้าวหน้าในด้านการบริหารงานบุคคล ดังนี้

๑) การบริหารตำแหน่งว่าง โดยมีเป้าหมายในไตรมาส ๓ (๙ เดือน) คือ (๑) เขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย (๒) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผ่านระบบออนไลน์ (๓) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ เขตสุขภาพมีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ ๕ โดยมีมาตรการกระทรวงสาธารณสุข สู่ผลลัพธ์ตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) คือ ๑) คัดเลือกบรรจุ/เรียกตัวผู้สอบแข่งขันได้ (มกราคม - เมษายน ๒๕๖๖) ๒) รับย้าย/รับโอน (พฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๖) ๓) ปรับปรุงตำแหน่งเป็นสายงานการแพทย์หรือที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (สิงหาคม ๒๕๖๖) ๔) ยุบรวมเพื่อกำหนดตำแหน่ง (กันยายน ๒๕๖๖) ซึ่งผลลัพธ์ตามมติคณะรัฐมนตรีจะทำให้เมื่อบริหารตำแหน่งว่างแล้วเสร็จ ประชาชนได้รับการจ้างงานเพิ่มขึ้น และมีผลการบริหารตำแหน่งรายงานต่อคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) และส่งผลลัพธ์ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ บุคลากรมีความก้าวหน้า ทั้งผู้รอบรรจุ ผู้มีผลสอบ เพื่อเปลี่ยนสายงาน

ผู้รอเลื่อนระดับสูงขึ้น การบริหารตำแหน่งว่าง มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างลดลง) มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการ และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน มีความมั่นคงในอาชีพ ซึ่งกองบริหารทรัพยากรบุคคลมีแผนการเรียกใช้บัญชี โดยดำเนินการเรียกผู้สอบแข่งขันได้ เป็นประจำทุกเดือน เพื่อทดแทนอัตราว่างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสรุปการบริหารตำแหน่งว่าง ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ ๕.๗๘ (ไม่ผ่านเกณฑ์รอบ ๙ เดือน) สำหรับรายงานสถานการณ์ตำแหน่งว่างส่วนภูมิภาค ตำแหน่งข้าราชการส่วนภูมิภาคทั้งหมด จำนวน ๒๒๐,๖๙๖ อัตรา ตำแหน่งทั้งหมดส่วนภูมิภาค จำนวน ๑๓,๒๑๑ อัตรา ร้อยละตำแหน่งว่างส่วนภูมิภาค ร้อยละ ๕.๙๙

๒) ความก้าวหน้าของบุคลากร เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ได้มีการหารือเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อสรุปร่วมให้จัดตั้งคณะทำงานร่วมดำเนินการภายใน ๓๐ วัน เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างทันการณ์ เป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ ได้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งที่ ๘๘๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ โดยมีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และสำนักงบประมาณ จากนั้นวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ ได้มีการประชุมคณะทำงาน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ ซึ่งที่ประชุมมีมติ เห็นชอบ ข้อเสนอคำขอการพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะจัดทำรายละเอียดข้อเสนอฯ เพื่อจัดส่งให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนพิจารณา นำเข้าสู่การประชุมคณะรัฐมนตรีต่อไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งรายละเอียดตามหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๕/๑๙๑๓ ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ โดยมีข้อเสนอแนะ และมติ ใน ๓ ประเด็น ดังนี้ ๑) เห็นชอบข้อเสนอการพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ๒) เห็นชอบเพิ่มองค์ประกอบคณะทำงานฯ ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงการคลัง (กค.) ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (กรม สถ.) ผู้แทนกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) และผู้แทนแพทยสภา และ ๓) เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน พิจารณารายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานฯ ต่อคณะรัฐมนตรี

ความก้าวหน้าในสายอาชีพภาพรวมการดำเนินการกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จากการประชุม อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบ ๑) การกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ๑๐ ตำแหน่ง ๒) เห็นชอบแผนการปรับปรุงการกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้นประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒

สถานการณ์ดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายความก้าวหน้าของบุคลากร เพื่อบรรลุเป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน คือ ร้อยละของข้าราชการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนจัดส่งเอกสารประกอบการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ดังนี้ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ ข้อมูลผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน แบ่งเป็น ประเภททั่วไป ๕,๐๕๔ ราย ประเภทวิชาการ ๒๐,๖๗๔ ราย และสายงานแพทย์/ทันตแพทย์ ๑,๓๕๗ ราย (ไม่รวมแพทย์/ทันตแพทย์) เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ แจ้งเวียนการตรวจสอบข้อมูล โดยมีการแจ้งเวียนแนวทาง และประชุมชี้แจงหน่วยงาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๖ ตรวจสอบข้อมูล โดยหน่วยงานตรวจสอบข้อมูล เพื่อจัดทำเอกสารประเมินฯ มีการประชุมชี้แจง และจัดทำประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงาน ช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๖ ติดตามการประเมินฯ โดยจัดทำหนังสือติดตามการประเมินฯ จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ และให้จัดส่งข้อมูลมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ จากนั้นช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๖ จะเป็นการ

รายงานผลผู้ส่งการประเมิน โดยจังหวัดรวบรวมไฟล์ประกาศไว้ตามเวลาที่กำหนด และจัดส่งไฟล์ประกาศ และรายงานผลให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ (ร่าง) ข้อเสนอการหักเงินเดือนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านป้องกันควบคุมโรค) นำเสนอที่ประชุมเรื่อง (ร่าง) ข้อเสนอการหักเงินเดือนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย (ร่าง) ข้อเสนองบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๗ ภาพรวมงบประมาณ ๒๑๒,๔๔๙.๘๒ ล้านบาท แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่ม A งบเหมาจ่ายรายหัว ๑๖๔,๐๑๒.๕๕ ล้านบาท กลุ่ม B ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว ๒๐,๒๓๘.๐๔ ล้านบาท และกลุ่ม C รายการใหม่ แยกมาจากงบเหมาจ่าย ๒๘,๑๙๙.๒๒ ล้านบาท โดยอัตราการเติบโตของอัตราเหมาจ่ายรายหัว คิดเป็นร้อยละ ๑.๗ ขณะที่มีเงินเดือนภาครัฐบางส่วนถูกนำมาหักเงินเดือน ร้อยละ ๖ ตามที่สำนักงานงบประมาณกำหนด ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเติบโตของเงินเดือนเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๓ เท่านั้น โดยกองทุนเหมาจ่ายรายหัว เงินเดือนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ปี ๒๕๖๕ วงเงิน ๖๑,๘๔๒ ล้านบาท (เงินเดือนต่อหัว เท่ากับ ๑,๒๙๕ บาท) ปี ๒๕๖๖ เพิ่มเป็น ๖๕,๕๕๒ ล้านบาท (เงินเดือนต่อหัว เท่ากับ ๑,๓๗๕ บาท) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๖ อัตราการเพิ่มของเงินเดือนที่ถูกหักมากกว่างบประมาณกองทุนที่เพิ่มประมาณ ๓ เท่า โดยเงินเหมาจ่ายต่อประชากร เพิ่มร้อยละ ๑.๖ แต่การหักเงินเดือนต่อหัวเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๖ ซึ่งในภาพรวมปี ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขถูกหักเงินเดือนอยู่ที่ ๕๙,๔๔๓ ล้านบาท และจะเป็นฐานในปี ๒๕๖๗ ต่อไป

สำหรับการเติบโตของการหักเงินเดือนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ (หักจาก OP/PP/IP Basic Payment) อัตราการการเติบโตของประชากร ลดลง ร้อยละ ๐.๐๗ ภาพรวมงบประมาณอยู่ที่ ร้อยละ ๑.๖๓ และคงเหลือหลังหักเงินเดือน ลดลง ร้อยละ ๒.๔๘ ซึ่งได้มีการนำเสนอและสรุปมติการประชุมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(๑) มติการประชุมคณะกรรมการ ๗x๗ ในวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ (๑) เห็นชอบในหลักการข้อเสนอการปรับลดค่าแรงของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยปรับอัตราการเติบโต จากอัตราร้อยละ ๖ เป็นตามอัตราการเติบโตของงบเหมาจ่ายรายหัวแต่ละปี และปรับสัดส่วนการปรับลดค่าแรงจากตามฐานการคำนวณ เป็นไม่เกินร้อยละ ๕๐ - ๕๕ ของเงินเดือนตาม จ.๑๘

(๒) นำเสนอต่อการประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ โดยขอให้ปรับการเติบโตของวงเงินในหักเงินเดือนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากร้อยละ ๖ เป็นเท่ากับการเติบโตของงบเหมาจ่ายรายหัว และให้กำหนดฐานการหักเงินเดือนหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่เกินร้อยละ ๕๐ - ๕๕ ของเงินเดือนตาม จ.๑๘ และที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ได้มีมติ (จากการประสานเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข ประสานกับคณะกรรมการร่วมจัดทำข้อมูลการหักเงินเดือน และนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายในเดือนตุลาคม

(๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเสนอประเด็น ในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และที่ประชุมได้มีมติ (จากการประสานเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) มอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการจัดทำคำของบประมาณ ปี ๒๕๖๗ ที่จะเสนอใหม่ และให้สร้างความมั่นใจว่า เมื่อหักเงินเดือนบุคลากรภาครัฐแล้ว งบดำเนินการหลักจะไม่ลดลง และควรเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อฐานะการเงินของหน่วยบริการ

สำหรับการจัดทำข้อมูลเพื่อจำลองสถานการณ์ ๑) การปรับลดค่าแรงไม่เกิน ร้อยละ ๕๐ - ๕๕ ของเงินเดือนตาม จ.๑๘ ซึ่งจากการปรับลดค่าแรง ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๕ ของเงินเดือนเท่ากับ ๕๙,๔๔๓.๒๙ ล้านบาท ข้อเสนอปรับลดค่าแรง ร้อยละ ๕๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้เงินกระทรวงสาธารณสุข เพิ่ม ๑๓,๗๐๐ ล้านบาท หากลดค่าแรง ร้อยละ ๕๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้เงิน กระทรวงสารธารณสุข เพิ่ม ๙,๑๒๖.๗๖ ล้านบาท และหากลดค่าแรง ร้อยละ ๕๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้เงิน กระทรวงสาธารณสุข เพิ่ม ๔,๕๕๒.๕๓ ล้านบาท (เงินเดือนตาม GFMIS (จ.๑๘ เบิกจริง) ปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ๙๑,๔๘๔.๖๐ ล้านบาท) ๒) การปรับลดค่าแรงที่เท่ากับการเติบโตของงบเหมาจ่ายรายหัว หากใช้อัตราการเติบโต ตามคำขอปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๑.๖๑ จะมีส่วนต่างจากปี ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๖ อยู่ที่ ๒,๖๐๙.๕๖ ล้านบาท และหากใช้อัตราการเติบโตเฉลี่ยของปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๖ ร้อยละ ๐.๖๑ จะมีส่วนต่าง ๓,๒๐๓.๙๙ ล้านบาท และ ๓) การปรับลดค่าแรง เมื่อปรับลดค่าแรงแล้วงบดำเนินการไม่ลดลง (เทียบกับปี ๒๕๖๕) และควรเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ ดังนี้ (๑) งบดำเนินงานหลังปรับลดค่าแรง ปี ๒๕๖๖ เท่ากับปี ๒๕๖๕ อัตราเพิ่มร้อยละ ๐ คาดการณ์รายรับเพิ่ม ๑,๔๘๐.๔๑ ล้านบาท (๒) งบดำเนินงานหลังปรับลดค่าแรง ปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ปี ๒๕๖๕ รวมกับอัตราเงินเฟ้อ ปี ๒๕๖๕ อัตราเพิ่มร้อยละ ๖.๐๘ คาดการณ์รายรับเพิ่ม ๕,๑๑๒.๙๗ ล้านบาท (๓) งบดำเนินงานหลังปรับลดค่าแรงปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ปี ๒๕๖๕ รวมกับอัตราเงินเฟ้อ เฉลี่ย ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕) อัตราเพิ่มร้อยละ ๒.๑๖ คาดการณ์รายรับเพิ่ม ๒,๗๗๐.๙๒ ล้านบาท (งบของปี ๒๕๖๔ งบหลังปรับลดค่าแรง เท่ากับ ๖๒,๙๙๕.๘๑ ล้านบาท มากกว่า ปี ๒๕๖๕ เท่ากับ ๓,๒๔๙.๖๗ ล้านบาท) ซึ่งรายละเอียดทั้งหมดจะนำไปหารือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) ควรมีการติดตามกับสำนักงบประมาณ ถึงข้อมูลต่างๆ ว่ามีความเห็นอย่างไร

๒) ควรจัดทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอไปถึงสำนักงบประมาณ รวมถึงการเจรจาต่อรองกับผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ เพื่อให้รับทราบปัญหา

๓) หากหลังจากที่เจรจากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำเร็จแล้ว งบประมาณที่ได้รับกลับมาจะนำเข้าสู่สิทธิประโยชน์หรือไม่ ซึ่งจะเป็นภาระงาน ต้องจัดความสมดุลให้ได้ และดูผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ต่อไป

มติที่ประชุม เห็นชอบตามที่เสนอ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้กองยุทธศาสตร์และแผนงานประสานกับสำนักงบประมาณ โดยส่งข้อมูลต่างๆ ให้สำนักงบประมาณได้รับทราบ

๒) มอบหมายให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์) ดำเนินการตามที่หารือในที่ประชุม เพื่อหารือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

๔.๒ (ร่าง) ข้อเสนอหลักการจัดสรรค่าบริการ OP-IP-PP สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗

นายแพทย์ดิเรก สุดแดน ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ นำเสนอที่ประชุมเรื่อง (ร่าง) ข้อเสนอหลักการจัดสรรค่าบริการ OP-IP-PP สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ โดยแนวทางการจัดสรรเงิน UC ปี ๒๕๖๗ ยังคงแนวทางเดิมตามที่ใช้ในปี ๒๕๖๖ โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนวงเงินที่ใช้ในการจัดสรร สำหรับปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดสรรเงิน UC ปี ๒๕๖๗ จะบริหารจัดการ ดังนี้ ๑) การประมาณการเงินเดือนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อนำมาคำนวณในการหักจากกองทุน ๒) ความแตกต่างของการจัดสรรเงินสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังหน่วยงานอื่นของแต่ละ CUP กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพและจังหวัดใช้บริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการจัดสรรเงิน โดยใช้เงินที่ได้กันไว้ให้เขตสุขภาพและจังหวัดใช้ในการบริหารจัดการ ๓) การประมาณการรายรับของแต่ละ CUP หลัง COVID-19 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หาทางดำเนินการร่วมกัน และ ๔) หลักเกณฑ์ในการประกันรายรับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะทบทวนหลักเกณฑ์ใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยแนวทางการจัดสรรเงิน Basic payment ปี ๒๕๖๖ มี ๗ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) ประมาณการรายรับ OP IP PP ๒) กันเงินระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของประมาณการรายรับ OP IP PP วงเงินที่กัน ๗,๕๐๐ ล้านบาท แบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ บริหารจัดการระดับเขตสุขภาพ ๓,๒๐๐ ล้านบาท ระดับประเทศ ๖๐๐ ล้านบาท และใช้ประกันรายรับ ๓,๗๐๐ ล้านบาท ๓) คำนวณเงินโดยใช้ Step Ladder และ Ladder K factor ๔) หักเงินเดือนแต่ละ CUP โดยจังหวัดปรับเกลี่ยได้ ๕) ประกันรายรับและบริหารจัดการเพิ่มเติม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๕ ของรายรับขั้นต่ำ (ยอดประกันปี ๒๕๖๕) (โดยประกันรายรับหลังหักเงินเดือนแล้วไม่น้อยกว่า ๑๐ ล้านบาท) เงินที่เหลือใช้ปิดยอดปลายปี เพื่อให้ได้ตามการประกันรายรับ ๖) เขตสุขภาพและจังหวัดบริหารจัดการปรับเกลี่ยเพื่อเพิ่มสภาพคล่อง ประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนนโยบาย ๗) ประเทศจัดสรรเงินที่กันไว้ให้ CUP ในตอนปลายปี สำหรับ (ร่าง) ข้อเสนอแนวทางฯ งบ OP IP PP Basic Payment

จำลองสถานการณ์วงเงินกันและการประกันรายรับ คาดการณ์ ปี ๒๕๖๗ จะจำลองการกันเงินไว้ ๓ รูปแบบ โดยจะใช้หลักการเดิมเป็นหลัก แต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือ ๑) วงเงินระดับเขตสุขภาพ เดิมกันวงเงินที่ ๓,๒๐๐ ล้านบาท ปี ๒๕๖๗ มติการประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอการจัดสรรฯ ปี ๒๕๖๗ ให้เงินทุกเขตสุขภาพ ๓๐๐ ล้านบาท และให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการ ๒) การปรับเกลี่ยเงินประกัน เดิม ๓,๗๐๐ ล้านบาท ปี ๒๕๖๗ จะดูวงเงินที่ได้และใช้หลักการประกันร้อยละ ๘๕ ของ sheet ๐ ซึ่งวงเงินกันเพื่อบริหารระดับประเทศ (CF) กันไว้ ๖๐๐ ล้านบาท ช่วยสภาพคล่องเพิ่มประสิทธิภาพ ยังคงเดิม สำหรับ (ร่าง) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ยอดวงเงินงบ Hardship ๑,๔๙๐.๒๘ ล้านบาท หลักการที่เปลี่ยนแปลง คือ การเพิ่มจำนวนหน่วยบริการในพื้นที่กันดารและการยกระดับโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น สำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เงินได้เหมือนเดิม โดยให้คณะกรรมการ ๕x๕ เป็นผู้พิจารณา

ข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการงบกองทุน UC ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ การจัดสรรงบค่าเสื่อม ปี ๒๕๖๗ มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอการจัดสรรฯ ปี ๒๕๖๗ มีข้อเสนอจากที่ประชุมเขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ บริหารจัดการระดับเขตตามเดิม เขตสุขภาพที่ ๓ ร้อยละ ๓๐ บริหารจัดการระดับเขต ร้อยละ ๗๐ จ่ายตรงให้หน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ ๕ ร้อยละ ๒๐ บริหารจัดการระดับเขต ร้อยละ ๒๐

บริหารจัดการระดับจังหวัด ร้อยละ ๖๐ จ่ายตรงให้หน่วยบริการ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ ร้อยละ ๑๐ บริหารจัดการระดับเขต ร้อยละ ๒๐ บริหารจัดการระดับจังหวัด ร้อยละ ๗๐ จ่ายตรงให้หน่วยบริการ โดยจะรอที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ฐานะการเงินค่อนข้างดี วิธีคิดในการจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการคงต้องปรับ แต่ตัวเลขที่เหมาะสมแต่ละเขตสุขภาพอาจจะไม่เหมือนกัน ซึ่งเขตสุขภาพจะจัดการได้ว่าหน่วยบริการใดมีปัญหามากกว่ากัน

๒) ควรเพิ่มน้ำหนักไปที่เขตสุขภาพในการบริหารจัดการ และปรับเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอของเขตสุขภาพที่ ๓ และเขตสุขภาพที่ ๕ เพราะจะทำให้การจัดการในภาพเขตสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

๓) ตามนโยบาย One Region One Province One Hospital การให้น้ำหนักไปที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จะช่วยในการขับเคลื่อน ซึ่งสัดส่วนขึ้นอยู่กับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ดูความเหมาะสม หรือควรกำหนดช่วงร้อยละที่แคบไว้ นอกจากนั้นควรให้มีงบค่าเสื่อมลงไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย

มติที่ประชุม เห็นชอบในหลักการ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์) หารือกับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุกเขตสุขภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และชมรมฯ ในการจัดสรรงบค่าเสื่อมให้มีการสมดุล ทั้ง ๓ ส่วน

วาระที่ ๕ เรื่องเพื่อทราบ

๕.๑ ความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

๕.๑.๑ ด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุม เรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร กระทรวงสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง ด้วยแนวทาง 4T ได้แจ้งเวียนสื่อสารคู่มือแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และผ่านที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการสื่อสาร “๑ จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” จำนวน ๑๒ เขตสุขภาพ ๗๑ จังหวัด รวม ๙๕ ข่าวดี คิดเป็นร้อยละ ๙๓ และได้มีจัดโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักประชาสัมพันธ์ฯ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีผู้เข้าร่วม ๒๕๔ คน เป็นผู้แทนจากกรม เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

สถานการณ์ตำแหน่งว่างของกรมต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพระบรมราชชนก) มีตำแหน่งข้าราชการ ๒๓,๖๔๖ อัตรา ตำแหน่งว่าง ๑๕๒ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๙.๑๐ สำหรับการดำเนินงานการบริหารตำแหน่งว่างของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข คงเหลือ ๑๓,๓๕๐ ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๘ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีตำแหน่งว่างเพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๒๗ เมื่อเทียบกับเดือนเมษายน ๒๕๖๖ ซึ่งเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่มีอัตราว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๖ ในส่วนเขตสุขภาพที่ยังเกินอยู่ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๔

เขตสุขภาพที่ ๕ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ ปัญหา อุปสรรค และสาเหตุที่พบเนื่องจากการลาออกและยังไม่สามารถสรรหาบุคคลมาทดแทนตำแหน่งว่างอยู่เดิมได้ โดยการบริหารจัดการในภาพรวมให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๑๓,๓๕๐ คน แบ่งเป็น ๑) สายงานคัดเลือกบรรจุที่มีตำแหน่งว่างมากกว่า ๑๐๐ ตำแหน่งขึ้นไป จัดสรรตามความขาดแคลนและมีคนพร้อมบรรจุ จำนวน ๕,๐๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๗๖ แล้วเสร็จภายใน ๒ เดือน ๒) สายสอบแข่งขัน ให้ใช้บรรจุผู้สอบแข่งขันได้ ในสายงานที่มีผู้ได้รับการขึ้นบัญชี ๑,๕๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๘ แล้วเสร็จภายใน ๓ - ๖ เดือน จะคงเหลือ ๖,๘๐๑ คน

ความก้าวหน้าในสายอาชีพ มีมติคณะทำงานพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เห็นชอบ ข้อเสนอคำขอการพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะจัดทำรายละเอียดข้อเสนอฯ เพื่อจัดส่งให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนพิจารณา นำเข้าสู่การประชุมคณะรัฐมนตรี ต่อไป สำหรับการเลื่อนระดับตามคุณสมบัติและการกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น ผู้ที่เลื่อนระดับในตำแหน่งตัวเอง ๒๔,๒๐๖ คน ผู้มีคุณสมบัติทั้งหมด ๑๖,๗๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙ ส่งผลงานแล้ว ๗,๔๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑ ในส่วนสัดส่วนตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ เมื่อเทียบกับข้าราชการพลเรือนกระทรวงอื่นๆ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนที่น้อยคิดเป็นร้อยละ ๕.๔ ซึ่งหากเทียบระดับกรมต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนที่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔.๘ และสายงานหลัก เช่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คิดเป็นร้อยละ ๓.๓ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ คิดเป็นร้อยละ ๙.๘๖ จึงได้มีแผนการดำเนินการเสนอกำหนดตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ให้มีสัดส่วนความก้าวหน้าใกล้เคียงกับสายงานอื่นๆ ดังนี้ ๑) เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนด ๙,๒๗๗ ตำแหน่ง ๒) ใช้งบประมาณ ๒,๒๒๙.๘๑ ล้านบาท สำหรับเรื่องสวัสดิการ การดูแลภาระหนี้สินของบุคลากร โดยเฉพาะหนี้ส่วนบุคคล ได้มีการดำเนินงานตามนโยบาย ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ควรช่วยดูแลการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรที่ทำงานหนัก ให้ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง

๒) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อยมาก เนื่องจากเกณฑ์การประเมินและภาระงานที่แตกต่างกัน จึงควรมีการปรับเกณฑ์และมาตรฐานการประเมินให้เหมาะสม

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการผลักดันการเพิ่มค่าแรง เพิ่มความก้าวหน้า และปรับเกณฑ์และมาตรฐานการประเมินให้เหมาะสม

๕.๑.๒ ด้านการนำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุมเรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านการนำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ดังนี้ ๑) Academic Hub & Medical Hub (กัญชาทางการแพทย์) มี ๓ ประเด็น ได้แก่ (๑) เพิ่มประสิทธิภาพด้วยการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ การส่งเสริมงานวิจัยกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น ๒๓๘ เรื่อง (๒) มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เกณฑ์เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ รวมไตรมาส ๑ - ๓ (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๖) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๙๒.๕๑ (๓) เพิ่มคุณภาพ

ชีวิตด้วยกัญชาทางการแพทย์ มูลค่าการใช้ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๖) รวมมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน ๑๑๔.๖๕ ล้านบาท รวมมูลค่าการใช้ยาแผนไทย ๑๖๗.๙๘ ล้านบาท ๒) Health Tourism & Wellness Hub (พัฒนาการท่องเที่ยวและเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ) ได้แก่ (๑) การเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีมาตรฐานตามที่กำหนด จำนวนสถานประกอบการที่ยื่นขอประเมินรางวัลนวดพรีเมี่ยม ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๓๕ แห่ง ตรวจประเมินแล้ว ๑๑๘ แห่ง จำนวนสถานประกอบการที่ยื่นขอประเมินรางวัล Thai World Class Spa ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๔๓ แห่ง ตรวจประเมินแล้ว ๓๔ แห่ง (๒) การพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป้าหมาย ๑ จังหวัด ๑ เส้นทาง รวมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ ได้ ๓๕ เส้นทาง ซึ่งทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำลังดำเนินการกับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) และจังหวัดต่างๆ เพื่อประสานงานกำหนดเส้นทาง ๓) Product Hub (การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์) ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ผลักดันในเรื่องการขึ้นทะเบียนให้ได้มากกว่า ร้อยละ ๕๐ ของเป้าหมาย ในแต่ละเขตสุขภาพ ขณะนี้ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์เป้าหมายแล้ว โดยมีเขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๓ เขสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ทำได้ครบ ร้อยละ ๑๐๐

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๑.๓ ด้านข้อมูลและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล รักษาราชการแทนผู้อานวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร นำเสนอที่ประชุมเรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านข้อมูลและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยประเทศไทยเป็นอันดับต้นๆ ของเอเชียที่โดนโจมตีด้าน Cyber security ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๕ ของหน่วยงานที่ถูกโจมตี จึงมีการค้นหาความเสี่ยงทางไซเบอร์ โดย Health CIRT เพื่อแจ้งหน่วยงานให้ดำเนินการแก้ไขช่องโหว่ข้อมูล (๑ มิถุนายน - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖) พบความเสี่ยง ๓๘ เคส สำหรับมาตรการ Cyber Security & PDPA ได้การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกฎหมายเหล่านี้ครอบคลุมการทำงานทั้งส่วนราชการและการให้บริการ ซึ่งทั้ง ๒ กฎหมายนี้ มีความผิดทางแพ่งและทางอาญา จึงควรทบทวน และนำแนวทางการดำเนินการไปปฏิบัติกับผู้ดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน การดำเนินการตามมาตรการสำหรับผู้บริหาร ได้รวบรวมไว้ ๕ ประเด็น ดังนี้ ๑) ดำเนินการตาม “แนวทางการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงงบประมาณ บุคลากร และแนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘” ตามหนังสือแจ้งเวียน ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๑๒/ว ๑๘๓๒๐ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๒) ให้โรงพยาบาลพิจารณาขอรับรอง HA-IT ตามความเหมาะสม ๓) เก็บรักษาข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ไว้ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน นับแต่วันที่ข้อมูลนั้นเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ ๔) ดำเนินการสำรองข้อมูลตามความพร้อมของโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบ Offline ๕) พิจารณาแบ่งส่วนของระบบเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงการเข้าถึงฐานข้อมูลที่สำคัญของโรงพยาบาล นอกจากนั้นมีการทำงานร่วมกับเอกชนในการจัดทำ Data Processing Agreement Data (DPA) เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งหากสงสัยว่ามีเหตุการละเมิดต้องส่งรายงานภายใน ๗๒ ชั่วโมง นอกจากนั้นมีการจัดอบรมการสร้าง Awareness & Upskill ด้าน Cyber Security & PDPA สำหรับหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทาง

สารสนเทศ (CII) คือ หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานเอกชน ซึ่งมีภารกิจหรือให้บริการโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศ ซึ่งหน่วยงานที่คาดว่าจะเป็น CII ได้แก่ หน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ขนาด ๓๐๐ เตียงขึ้นไป โดยมีขั้นตอน (Flow) การแจ้งเหตุการณ์ คือ หากสงสัยการคุกคามทางไซเบอร์ให้แจ้งที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร CIRT/IT/SOC ของหน่วยงาน แจ้งหัวหน้าหน่วยงานเพื่อพิจารณา แจ้งชื่อ - นามสกุล เลขบัตรประชาชน แจ้ง PDPA ภายใน ๗๒ ชั่วโมง หรือถ้าเกิดไวรัสสามารถแจ้งศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อแก้ไขเบื้องต้น ถ้าหากแก้ไขไม่ได้ก็จะส่งเรื่องไปที่สำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (สกมช.) ให้ดำเนินการต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) ควรมีการแยกการใช้ระบบอินเตอร์เน็ตและระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล โดยห้ามคนอื่นใช้ เนื่องจากเป็นสาเหตุให้คนนอก Hack ระบบได้

๒) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ควรมีเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานรับรองการพัฒนาระบบ ว่าเป็นไปตามเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

๓) เรียนเชิญผู้บริหารเข้าร่วมหารือกับสำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (สกมช.) เพื่อศึกษาความรู้ หรือสอบถามประเด็นที่สงสัย

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้ผู้บริหารและผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำชับ และติดตามการดำเนินการต่อไป

๕.๑.๔ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒ นำเสนอที่ประชุมเรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านสุขภาพผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง โดยความก้าวหน้าการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายระหว่างตุลาคม ๒๕๖๕ - กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีการคัดกรองสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ ๑๐ ล้านคน ดำเนินการได้จำนวน ๗.๒ ล้านคน โดยคลินิกผู้สูงอายุจำนวน ๗๔๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔๖ Long term care จำนวน ๔๑๙,๗๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๖๗ ในส่วนวัสดุอุปกรณ์ แว่นตา เป้าหมายอยู่ที่ ๕ แสนชิ้น ดำเนินการได้ ๑๓๖,๙๑๗ ชิ้น คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๘ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองซับ/แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ๑๕,๖๘๖,๑๘๑ ชิ้น ซึ่งทำได้เกินเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๓๑๓.๗๒ ส่วนฟันเทียมจำนวน ๓๙,๐๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๐๒ รากฟันเทียม จำนวน ๖๐๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๑ ชมรมผู้สูงอายุดำเนินการไปแล้วจำนวน ๕,๘๒๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๒๖

ข้อเสนอแนะ ๑) เขตสุขภาพและจังหวัดเร่งรัดการตรวจคัดกรองการสนับสนุนแว่นตา รากฟันเทียม และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ได้ตามเป้าหมาย และ ๒) กรมวิชาการ จังหวัด วิเคราะห์ผลการตรวจคัดกรอง เพื่อวางแผนจัดบริการและพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัย ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) แว่นตาที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากเน้นการรับบริจาค และขับเคลื่อนผ่านกองทุนตำบล ซึ่งอยู่ระหว่างเร่งรัดดำเนินการ

๒) ควรมีการปรับยุทธศาสตร์ วิธีการจัดการเพื่อให้มีผู้ที่รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนงาน

๓) ใช้แนวทางการขับเคลื่อนโรงพยาบาลทันตกรรมเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องรากฟันเทียมเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๑.๕ ด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

นางวิมล โรมา รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) นำเสนอที่ประชุมเรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง โดยการดำเนินงานกำลังเข้าสู่ไตรมาสที่ ๔ มีผลการดำเนินงานในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ดังนี้ องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) ทำได้เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้จำนวน ๒,๐๐๐ แห่ง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน ๓,๐๒๗ แห่ง และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน ๒,๐๓๙ แห่ง เขตที่ดำเนินการได้สูงสุดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เขตสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๕๒๘ แห่ง ส่วนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จะอยู่ที่เขตสุขภาพที่ ๗ จำนวน ๓๔๔ แห่ง

สำหรับกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ "Smart City & HLO สู่คุณภาพการบริการสุขภาพในระดับชุมชนและเมือง" ในการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ในวันที่ ๒๑ - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ มีผู้เข้าร่วมประชุม ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอมเวนชั่น กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑,๕๓๖ คน รับชมผ่าน Facebook live จำนวน ๒๕,๓๘๑ คน และการประชุมมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูเกียรติองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ “ฮ่วมแฮง แบ่งปัน สร้างสรรค์สังคมสุขภาพดี” ปี ๒๕๖๖ (HLO of The Year ๒๐๒๓) ณ จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรที่ได้รับรางวัลแบ่งประเภทเป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ที่ได้รางวัลยอดเยี่ยมแห่งปี ได้แก่โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร ส่วนโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่โคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร และรางวัลชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพแห่งปี ได้แก่ ชุมชนบ้านสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

สำหรับวัคซีนใจในชุมชน ตั้งเป้าไว้จำนวน ๑,๒๐๐ แห่ง ได้วัคซีนใจในชุมชน จำนวน ๙๔๒ ตำบล จาก ๖๐๔ อำเภอ ที่ร่วมดำเนินการไปกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ใน ๑๓ เขตสุขภาพ) พัฒนาศักยภาพทีมนำในระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๖๐ คน พัฒนาทีมนำในระดับพื้นที่ จำนวน ๒,๑๕๔ คน เขตสุขภาพที่ทำได้เป็นอันดับ ๑ คือ เขตสุขภาพที่ ๖ ส่วนอำเภอที่มากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๗ มีการพัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ จำนวน ๑๐,๘๓๑ คน มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลจิตใจโดยทีม ๓ หมอ จำนวน ๓,๒๒๔ คน เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี คือ เขตสุขภาพที่ ๘ การพัฒนาต้นแบบชุมชนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Community set zero) รวม ๕๐ ชุมชน ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ มีการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิต สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔ แห่ง ในเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอประจำบ้าน มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๕๕๒,๐๓๔ คน โดยในไตรมาสที่ ๔ จะทำการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ครั้งที่ ๒ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานผ่านโครงการประชุม

เชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในวันที่ ๗ - ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๑.๖ ด้านบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและลดอัตราตายโรคที่สำคัญ

นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุม เรื่องความก้าวหน้าการดำเนินงานคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและลดอัตราตายโรคที่สำคัญ โดยมีการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) คือ ๑) สาขาปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ปี ๒๕๖๖ ได้จัดตั้ง PCU/NPCU ใน ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวน ๓,๕๑๘ หน่วย กรุงเทพมหานคร ๓๑๖ หน่วย (ครอบคลุมประชากร ๓๖.๗๕ ล้านคน) การประเมินตนเองตามคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๔,๘๔๓ ต่อ ๑๒,๐๖๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ๒) สาขาศัลยกรรม ODS & MIS มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน ๒๔๒ แห่ง โดยจำนวนผู้ป่วยปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รวมเป็น ๒๘,๖๕๒ ราย (ODS ๒๓,๘๙๔ ราย ต่อ MIS ๔,๗๕๘ ราย) (ข้อมูล ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖) ๓) สาขาหัวใจ มีหน่วยบริการสวนหัวใจจำนวน ๓๖ แห่ง หน่วยบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน ๒๙ แห่ง และมีแผนขยายหน่วยบริการสวนหัวใจ เพิ่มการเข้าถึงอีก ๗ จังหวัด ๔) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมการจัดบริการ AOC ที่ยังไม่มีการดำเนินการ ๒๒ จังหวัด และพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ รวมทั้งรอยต่อระหว่างเขตสุขภาพ

การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ด้านทีมปฏิบัติการ Sky doctor จำนวน ๖๒ ทีม ทีมปฏิบัติการร่วมจำนวน ๔๖ ทีม การปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน จำนวน ๒๔๒ ครั้ง การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน ๒๔๒ คน ผู้สูญหาย จำนวน ๒๒๖ ราย และผู้เสียชีวิต จำนวน ๑๖ ราย ขณะนี้ได้ขยายพื้นที่และขับเคลื่อนภาคใต้ตอนบนในเขตสุขภาพที่ ๕ ทางฝั่งอ่าวไทย และเขตสุขภาพที่ ๖

สำหรับการพัฒนาระบบบริการตามนโยบาย มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ ๑) นโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service) ผ่านเกณฑ์การประเมินสถานบริการฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๘๓๕ จาก ๙๐๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๔๗ ๒) ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง (The Best) โดยสำนักงานเขตสุขภาพ จำนวน ๒๖ โรงพยาบาล จาก ๑๒ เขตสุขภาพ นโยบาย Smart Hospital โรงพยาบาล จำนวน ๙๐๓ แห่ง มีการพัฒนา ๓ ด้าน คือ (๑) Smart ER (๒) Modernize OPD (๓) การใช้พลังงานสะอาด อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๒๖๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๐๑ และ ๒) การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ มีการติดตั้ง จำนวน ๑,๘๕๕ แห่ง ติดตั้งแล้วเสร็จ และอยู่ระหว่างดำเนินการรวม จำนวน ๗๑๖ แห่ง

สำหรับการขับเคลื่อนในระยะต่อไป GREEN ENERGY คือ ๑) การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ ๒) การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เพื่อการประหยัดพลังงาน ๓) ยานพาหนะพลังงานไฟฟ้า ๔) อาคารเพื่อการอนุรักษ์พลังงาน ๕) การเพิ่มพื้นที่สีเขียว (การปลูกต้นไม้ การจัดสวน) ๖) เพิ่มศักยภาพการให้บริการ (ลดการเดินทาง ใกล้บ้าน) ๗) การจัดการขยะมูลฝอย น้ำเสีย ๓R : Reduce Reuse Recycle และ ๘) การประกาศนโยบายและการรณรงค์

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การขับเคลื่อนด้วยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (Staff) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ควรมีโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน ต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สื่อสารนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการเรื่องการเปิด OPD นอกเวลาราชการ ให้หานายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มาอยู่เวร และพิจารณาค่าตอบแทนให้เหมาะสม

๒) มอบหมายให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช) ติดตามการดำเนินงานการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์อย่างจริงจัง เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลอย่างยั่งยืน ในปีต่อไป

๕.๒ "๑๒ สิงหาคม ๑๒ เขตสุขภาพ สาธารณสุขร่วมใจ คนไทยห่างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่"

นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอที่ประชุมเรื่อง "๑๒ สิงหาคม ๑๒ เขตสุขภาพ สาธารณสุขร่วมใจ คนไทยห่างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่" การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องแบบวันเดียวกลับ ข้อมูลพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเฉลี่ยวันละ ๑๕ คน หรือปีละ ๕,๔๗๖ คน และมีผู้ป่วยใหม่ ปีละกว่า ๑๕,๐๐๐ คน โดยผู้ป่วยได้รับคัดกรอง Fit Test น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ กลุ่มเป้าหมาย และผู้ที่มีผล Fit Test เป็นบวกจริง ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ยังค้างตรวจ COLONOSCOPY รวม ๑๒๐,๗๙๑ ราย (ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๖,๖๕๙ ราย ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓๕,๕๙๗ ราย ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕๘,๕๓๕ ราย) แผนการนำเสนอผู้บริหารจากการประชุม Service Plan Cancer และ ODS เพื่อทราบ ดังนี้ ๑) ให้คัดกรองโดยใช้ชุดตรวจ Fit Test ขนาด ๑๐๐ ng เท่านั้น ๒) กำหนดผู้รับผิดชอบ Mr. Colonoscopy ระดับจังหวัด ๓) สำรวจทรัพยากรที่มี (บุคลากรและเครื่องมือ) (โรงพยาบาลที่ผ่าน ODS โรงพยาบาลศูนย์ ๓๘ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๖๐ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐๙ แห่ง) ๔) ให้หน่วยบริการจัดหา Colonoscope ได้เอง โดยไม่ต้องรองบประมาณ (กองบริหารการสาธารณสุข) ๕) ทำโปรแกรมติดตาม Colonoscopy Tracking ผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่ Fit Test จนสิ้นสุดการรักษา ๕) รณรงค์กวาดล้างเคส Fit Test เป็นบวกค้าง ให้หมดภายใน ๑ ปี (๑๒๐,๐๐๐ ราย) โดยใช้ทรัพยากรภายในเขตในโอกาสพิเศษ ๖) พิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลาราชการเป็น ๒ เท่า เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑) การเชื่อมข้อมูล Tracking ร่วมกันผ่าน Financial Data Hub เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมข้อมูลต่อไป โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

๒) ควรมีการตรวจสอบข้อมูลตัวเลขที่ยังค้างตรวจ Colonoscopy ว่ามีใครบ้าง อยู่ที่ไหน เพื่อจะได้กำหนดเป้าหมายที่ถูกต้อง

๓) บางเขตสุขภาพไม่มีศัลยแพทย์เพียงพอที่จะส่องกล้อง ส่วนกลางควรมีช่องทางในการสนับสนุนแพทย์นอกพื้นที่ร่วมดำเนินการ

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้กรมการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลว่าดำเนินการไปแล้วสามารถช่วยชีวิตได้กี่คน เพื่อเห็นผลชัดเจนและเกิดประโยชน์ต่อไป

๕.๓ หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอที่ประชุมเรื่องหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด สำหรับหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด เป็นการต่อยอดจากหลักสูตร Fam med มีการประเมินสถาบันฝึกอบรม แบ่งการอบรมเป็น ๒ รูปแบบ Full training On site และ In-service training ซึ่งรูปแบบนี้จะมีการประเมิน ๓ ปีแรก โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ ๑) ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าที่แพทย์สภารับรองได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว ผ่านการอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นเวลา ๑ ปี ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรในสาขาดังนี้ (๑) เวชศาสตร์ครอบครัว (๒) สาขาอื่น ที่ต้องมีประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด คลินิกยาเสพติด อย่างน้อย ๓ ปี และ ๒) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์แพทยสภาในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ผู้อบรมประกาศนียบัตร โดยเมื่อเรียนจบแล้ว จะดูแลมินิธัญญารักษ์ คลินิกยาเสพติด สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีจิตแพทย์ในกรอบอัตรากำลัง สำหรับโอกาสและความก้าวหน้า คือ ๑) เป็น System managers ด้านยาเสพติดระดับจังหวัด เนื่องจากในหลักสูตร มี module เรื่องบริหารจัดการด้านยาเสพติด ๒) ยกศักยภาพความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติดในระดับนานาชาติ เนื่องจากในหลักสูตรจะผลักดันให้เรียนและสอบ (ICAP) ข้อเสนอที่ประชุมเพื่อทราบ ๑) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้การสนับสนุนการฝึกอบรมหลักสูตรฯ ๒) ผู้บริหารเขตสุขภาพส่งเสริมแผนพัฒนาบุคลากรเข้าฝึกอบรมหลักสูตรฯ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในเครือข่ายมินิธัญญารักษ์) ๓) คณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทน (ข้อ ๙, ข้อบังคับฯ ๒๕๖๖) พิจารณาเป็นสาขาส่งเสริมพิเศษ (ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายค่าตอบแทนฯ ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ฯ พ.ศ. ๒๕๖๖)

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) เสนอระยะเวลา กระบวนการฝึกอบรมรอบใหม่ให้รับทราบ ต่อไป

๕.๔ การศึกษาดูงานต่างประเทศ หลักสูตรนักบริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (นบส. สธ.) รุ่นที่ ๔ ณ เครือรัฐออสเตรเลีย

นางสาวสุดคนึง ฤทธิ์ฤาชัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข นำเสนอที่ประชุมเรื่องการศึกษาดูงานต่างประเทศ หลักสูตรนักบริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (นบส. สธ.) รุ่นที่ ๔ ณ เครือรัฐออสเตรเลีย เป็นการศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๖ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ เครือรัฐออสเตรเลีย โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะ New South Wales Government Department of Health ได้เรียนรู้ในประเด็น Health services, Safety and quality, Rural health Rural และ Hospital management สำหรับภาพรวมของ Health System ของประเทศออสเตรเลีย จะแบ่งตาม Based on WHO 6 Building Blocks โดยรัฐบาลกลางกำหนดนโยบายและจะให้งบประมาณให้ State and territory มาบริหารจัดการให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและปรับให้เข้ากับปัญหาแต่ละพื้นที่ และการขึ้นทะเบียนและควบคุมวิชาชีพแต่ละรัฐไม่เหมือนกัน สำหรับ Safety & Quality in health care ได้ศึกษาของ New South Wales ซึ่งมี Health service act ให้คำแนะนำด้านนโยบายความปลอดภัยของรัฐ ปรับปรุง Safety รวมถึง Review adverse clinical event ด้วยการติดตามความปลอดภัยและรายงานต่อกระทรวงโดยตรง มีระบบ Incident management (Risk Management) ครอบคลุมตาม

ความระดับเสี่ยง ๔ ระบบ ได้แก่ death serious, MINOR, NO HARM, NEAR MISS มีระบบ Quality Improvement data และ Audit system ตาม Parameters ต่างๆ และในส่วนของ Rural Health ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีพื้นที่กว้างใหญ่มาก ก็จะให้ความสำคัญกับ Rural Health โดยจะมีทีมไปดูแล และ Virtual care ใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการบริการ เพื่อลดการเดินทางไกลไปพบแพทย์ของประชาชน และไปศึกษา Royal north shore hospital ซึ่งให้ความสำคัญ Hospital in the home (HITH) ดูแลผู้ป่วยในชุมชน Model of care (๑) Acute and subacute ๒๔/๗ (๒) Escalation of care ดูแลเป็น Episode โดย General Practitioner : GP เริ่มตั้งแต่ Emergency department โดย “ตั้งคำถาม ผู้ป่วยรักษาที่บ้านได้ไหม” ผ่านระบบ Virtual care เช่น Telemedicine หรือ application ต่างๆ (๓) พิจารณาเงื่อนไข เช่น Cellulitis Pneumonia UTI Sepsis Post arthritis ฯลฯ และ Cost effective เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลแต่ค่าใช้จ่ายเท่ากัน และได้ไปดูเรื่อง Aged care : Aged care assessment จะเห็นได้ว่าระบบ Aged care assessment ดูแลได้ดีมาก Screening ครบทุกอย่าง ตั้งแต่ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน และ Screening ว่ามี facility และ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุขณะที่อยู่บ้าน และระบบดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งปัจจุบันมีให้บริการ Community care ๑.๕ หมื่นคน และ IPD ๒ พันคน นอกจากนั้นยังเข้าพบนางหัทยา คูสกุล กงสุลใหญ่ ณ นครซิดนีย์ และคณะ เพื่อหารือด้านการดูแลสุขภาพคนไทยในต่างประเทศ และได้ประชุมหารือทวิภาคี A bilateral meeting with Secretary Professor Brendan Murphy ในประเด็นความร่วมมือด้านการพัฒนานักบริหารกระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการ COVID-19, Digital Health, Therapeutic Goods Administration (TGA) และมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงได้ศึกษา Digital Health Agency ที่มีเป้าหมาย เพิ่มการเข้าถึงการดูแลเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการเงินลงทุนทั้งระบบ ๑,๐๐๐ ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (AUD Dollar) (ประมาณ ๒๕,๐๐๐ ล้านบาท) ในระยะ ๔ ปี และได้ศึกษาการดำเนินการเรื่อง Medicine shortage (ประเทศไทยไม่มี) เป้าหมายเพื่อลดผลกระทบให้ผู้ป่วยและสนับสนุนการเข้าถึงยาเมื่อมียาแล้ว และได้ศึกษาเรื่อง Health Security ที่มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข Emerging diseases ภัยพิบัติ ภาวะคุกคามตามชายแดน และได้เข้าพบนายทฤษฎี จำลองราษฎร์ อัครราชทูตที่ปรึกษาและคณะ ณ สถานทูตไทย กรุงแคนเบอร์รา หารือด้านการดูแลสุขภาพคนไทยในต่างแดน และความร่วมมือด้านสาธารณสุข สำหรับการนำไปปรับประยุกต์ใช้ คือ ๑) Out of hospital, Community care (๑) Home ward : Hospital in the home (HiTH) (๒)Specialized care (๓) Aged care ๒) Digital health : Primary care services, Personal health records และ ๓) Medicine security

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบสรุปผล และแจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำมาปรับใช้ โดยมีประเด็นที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ เช่น การคัดกรอง (Screening) ผู้สูงอายุของประเทศไทย มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่สิ่งสำคัญคือเมื่อการคัดกรอง (Screening) แล้วดำเนินการอย่างไร ต่อไป

๕.๕ ผลการอบรมหลักสูตร ICS100 (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นายแพทย์สฤษดิ์เดช เจริญไชย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสารเรื่องผลการอบรมหลักสูตร ICS100 เป็นการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEM ACADEMY – ICS100) สำหรับผู้บริหาร ผู้บัญชาการเหตุการณ์ระดับพื้นที่และจังหวัด โดยศูนย์การเรียนรู้ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการ

แพทย์และสาธารณสุข First course : PHEMA ACADEMY ICS100 ซึ่งการดำเนินการอบรม ประกอบด้วย การจัดกระบวนการจัดทำหลักสูตรฯ จัดกระบวนการรับสมัครลงทะเบียน จัดทำมาตรฐานการเรียนรู้ และสร้างครู มีการมอบประกาศนียบัตรและเกียรติบัตรและส่งเสริมการสร้างการสอนผู้อื่น โดยกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗ และกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ได้ร่วมการดำเนินการและจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการผ่านหลักสูตร ๑) Time คือ มีเวลาเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒) Test คือ ผ่าน Post test ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ผลการดำเนินงาน มีผู้สมัครเข้าร่วมการอบรม รวมทั้งสิ้น ๔๐๐ คน (๓ รุ่น) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฯ ครอบคลุม ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๓๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕ แบ่งเป็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๖๖ คน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๗๗ คน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๘๒ คน ผู้อำนวยการระดับกองฯ สังกัดกรมวิชาการ ทั้งที่ปฏิบัติงานหน่วยที่ตั้งส่วนกลางและภูมิภาค ผู้แทนกรมวิชาการ จำนวน ๗๙ คน (๘ กรม) งบประมาณ ๒๗๕,๗๒๙.๑๖ บาท ความพึงพอใจ ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๓๘ โดยมีความคิดเห็นที่ประชุม ดังนี้ ๑) เสนอให้มีกระบวนการรับรองหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ๒) การจัดทำ E–learning ๓) เสนอให้มีการทบทวนหลักสูตร และเพิ่มเวลาการอภิปราย การใช้ตัวอย่างเกิดขึ้นจริง และจัดอบรมทุกปี เป็นระยะ ๔) เสนอให้มีการจัดทำหลักสูตรอื่นๆ เพิ่มเติม แนวทางพัฒนา ๑) จัดระบบขั้นตอน การรับรองหลักสูตรฯและสนับสนุนการสอนของผู้เรียนรู้ และผู้สอนในพื้นที่ ๒) จัดทำและส่งเสริมให้ศึกษาด้วยตนเองผ่าน ระบบ E-learning ๓) วางแผน และระบบให้มีการทบทวนหลักสูตรและจัดฝึกอบรมทุกปี เป็นระยะ ๔) ขอความร่วมมือจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานระยะต่อไป ๑) จัดระบบการทบทวนหลักสูตรและจัดอบรมเป็นระยะ ๒) ขับเคลื่อนให้หน่วยงานพื้นที่จัดฝึกอบรม ตามมาตรฐานหลักสูตร มีเงื่อนไขการจัด คือ (๑) จังหวัด/หน่วยงานผู้จัดขอการรับรองหลักสูตรก่อนจัด (โดยขอมาที่กองสาธารณสุขฉุกเฉิน) (๒) วิทยากร ต้องเป็นวิทยากรหลักสูตร/ผู้บริหารที่ผ่านฝึกอบรมฯ ที่ศูนย์การเรียนรู้ฯ จัดขึ้น (๓) เวลาในการจัดการเรียนรู้ต้องไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง และเนื้อหาครบ ๙ หน่วยการเรียนรู้ (๔) ผู้ข้าร่วมผ่าน Test & Time ร้อยละ ๘๐ จากระบบที่ศูนย์การเรียนรู้ฯ กำหนด (๕) ศูนย์การเรียนรู้ฯ มอบประกาศนียบัตรการผ่านอบรม สำหรับผู้เรียนจากเครือข่าย ๓) จัดทำระบบ E–learning โดยพยายามประยุกต์ใช้ Open source ในเบื้องต้น

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๖ บันทึกสรุปการร่วมประชุมระบบสุขภาพปฐมภูมิภูมิภาคเอเชียตะวันออก (นำเสนอเป็นเอกสาร)

นายแพทย์อภิสรรค์ บุญประดับ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ นำเสนอที่ประชุมเป็นเอกสารเรื่องบันทึกสรุปการร่วมประชุมระบบสุขภาพปฐมภูมิภูมิภาคเอเชียตะวันออก จากการประชุม WHO SEARO PHC Forum Thematic workshop June ๒๐ - ๒๒, ๒๐๒๓ Radisson Blu Water Garden Hotel Dhaka, Bangladesh ได้มีการบันทึกสรุปการร่วมประชุมระบบสุขภาพปฐมภูมิภูมิภาคเอเชียตะวันออก (Meeting of the SEAR PHC Forum -Thematic Working Groups) โดยมีประเด็นบรรยายและแลกเปลี่ยน ดังนี้ ๑) Member State and Partner Update ๒) Service Delivery ๓) PHC Monitoring ๔) PHC Investment และมีประเด็นแลกเปลี่ยนและเรียนรู้รายกลุ่ม ดังนี้ ๑) PHC Workshop ๒) PHC Quality ๓) Urban PHC และ ๔) Community Engagement โดยมีประมวลผลการศึกษา ดังนี้ (๑) ประเทศไทยมีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สร้างความเท่าเทียมด้วยการมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระบบบริการ

ที่มีมาตรฐานและประชาชนเข้าถึงส่งต่อ โดยรัฐสนับสนุนกองทุนด้านสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโครงการ ๓ หมอ ที่ทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิยั่งยืน ประเทศต่างๆ ชื่นชม และต้องการนำมาทำเป็นต้นแบบ (๒) ระบบปฐมภูมิเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในทุกประเทศ แต่ละประเทศมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน (๓) ทุกประเทศให้ความสนใจในการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จิตอาสาภาคประชาชน และองค์กรอิสระ รวมถึงการกำกับติดตาม และประเมินผลลัพธ์บริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะนำสู่การปฏิบัติ ดังนี้ ๑) ประเทศไทย ควรมีแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองที่ชัดเจน ๒) ประเทศอินเดียมีระบบประเมินผล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาคประชาชน (รัฐจ้างงาน : ASHA) และ ๓) ระบบ ๓ หมอ เป็นระบบที่เอื้อต่อการบริการปฐมภูมิที่ยั่งยืน ประเด็นติดตามต่อเนื่อง (๑) จากการ Bilateral Meeting กับประเทศมัลดีฟส์ ขอศึกษาดูงาน Urban PHC ประเทศไทยระหว่างวันที่ ๑๙ – ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ (๒) การประชุม WHO : PHC Forum อีก ๖ เดือน ประเทศไทยรับหน้าที่ในการรวบรวมประเด็น PHC workforce, Monitoring "team" performance, Quality standard and strategy

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๖.๑ สถานการณ์และมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พ.ศ. ๒๕๖๖

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอที่ประชุมเรื่องสถานการณ์และมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พ.ศ. ๒๕๖๖ สถานการณ์แนวโน้มผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสะสม ๓๖,๔๗๐ ราย (รายงานเพิ่มจากสัปดาห์ที่ผ่านมา ๕,๔๒๘ ราย) โดยปัจจุบันมีผู้ป่วย ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ รายต่อสัปดาห์ และมีอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว พบผู้ป่วยโรคติดต่อนำโดยยุงลายทุกจังหวัด โดยมี ๑๔ จังหวัด ที่มีรายงานทั้ง ๓ โรค (Den, Zika, Chik) ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออก ผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นผู้ใหญ่อายุ ๓๕ - ๖๔ ปี ยกเว้นจังหวัดทางภาคใต้พบมากในเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี และกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๓๔ ปี ส่วนการเร่งรัดกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ไม่พบผู้ป่วย และควบคุมยุงลายในพื้นที่ระบาด สื่อสารประชาชนเน้นการสังเกตอาการป่วย และเข้ารับการรักษาทันทีหากสงสัยเป็นไข้เลือดออก โดยมีจังหวัดและเขตสุขภาพ ที่เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) บริหารจัดการสถานการณ์โรคไข้เลือดออกแล้ว ๖ เขตสุขภาพ ๒๕ จังหวัด

มาตรการเร่งรัดการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ มีดังต่อไปนี้ ๑) การป้องกันในพื้นที่ที่ยังไม่มีการระบาด โดยมุ่งไปที่การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ถ้าพื้นที่พบผู้ป่วยแล้ว ก็ใช้การควบคุมยุงลายร่วมด้วย โดยทางจังหวัดสามารถประสานความร่วมมือกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง เพื่อขอการสนับสนุน แต่ขอให้จังหวัดและท้องถิ่นเป็นหลักก่อน ๒) การทำ Dead case conference กรณีพบผู้ป่วยเสียชีวิต ให้จัดทำ Dead case conference ภายใน ๓ วัน และรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด ภายใน ๗ วัน ๓) นำเสนอสถานการณ์และมาตรการไข้เลือดออกในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ ตลอดช่วงหน้าฝน (กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๖) เพื่อระดมความร่วมมือบูรณาการภายในจังหวัด

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบหมาย ดังนี้

๑) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำชับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในฐานะคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ดำเนินการตามมาตรการ ต่อไป

๒) มอบหมายให้กรมควบคุมโรคศึกษากลไกการพิจารณาประกาศ เป็นโรคระบาดรายพื้นที่ หากมีความจำเป็น โดยการประกาศต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และความพร้อมของพื้นที่

๓) มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขบัญชาการสถานการณ์ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่พบการระบาด เช่น เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๖ เขตสุขภาพที่ ๑๐ และเขตสุขภาพที่ ๑๑

เลิกประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

(นางสาวฐิติมา ธรรมไชย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ผู้จดบันทึกรายงานการประชุม

(นางสาวสุกัญญา มุยสีทอง)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
ผู้สรุปรายงานการประชุม

(นางเพ็ญศรี ตรามีคุณ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ผู้ตรวจรายงานการประชุม