

รายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

ครั้งที่ ๔/๒๕๖๑

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมประเมินจันทวิมล อาคาร ๑ ชั้น ๑ กรมควบคุมโรค

ผู้มาประชุม

๑.	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย	อธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธาน
		แทน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	
๒.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๓.	ศ.เกียรติคุณ นพ.สมหวัง ด่านชัยวิจิตร	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๔.	นายแพทย์ครรชิต ลิ้มปกาญจน์รัตน์	นักวิชาการอิสระ	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๕.	พลตรีพจน์ เอ็มพันธ์	ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักสนับสนุน สำนักงานปลัดฯ	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงกลาโหม	
๖.	นางสุดาสรี พรหมชนะ	นักการทูตชำนาญการ กองการสังคม	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ	
๗.	นายปริยะ เวสสุบุตร	ผู้อำนวยการกองกลาง สำนักงานปลัดฯ	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงคมนาคม	
๘.	นายมนต์สิทธิ์ ไพศาลธนวัฒน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงมหาดไทย	
๙.	นางสาวรุสมิณา นิเม	นักวิชาการแรงงาน สำนักงานประกันสังคม	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงแรงงาน	
๑๐.	นายวีระกุล อรัณยะนาค	ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
		แทน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	
๑๑.	นายชินีร์ คล้ายสังข์	ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม	กรรมการ
		แทน เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา	
๑๒.	พล.ต.ต.หญิงพันวดี รัตนสุมาวงศ์	นายแพทย์ (สบ.๖) โรงพยาบาลตำรวจ	กรรมการ
		แทน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ	
๑๓.	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมการแพทย์	
๑๔.	นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ	รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
๑๕.	นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสุขภาพ)	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมอนามัย	
๑๖.	นางสาวนภาพร คำกล่อม	นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการ	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์	
๑๗.	น.สพ.จิระศักดิ์ พิพัฒน์พงศ์โสภณ	รองอธิบดีกรมปศุสัตว์	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมปศุสัตว์	
๑๘.	นายพิสิษฐ์ วงศ์เอียรธนา	นิติกรชำนาญการพิเศษ กองกฎหมาย	กรรมการ
		แทน อธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	

๑๙. นายเจษ เสียงลือชา	ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมการสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๐. นายสุชาติ โกษฆังค์	แทน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ผู้อำนวยการส่วนสารสนเทศด้านอนุรักษ์สัตว์ป่า สำนักอนุรักษ์สัตว์ป่า แทน อธิบดีกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช	กรรมการ
๒๑. นายแพทย์ชินทร์ ศิรินาค	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แทน ปลัดกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๒๒. นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม	กรรมการแพทยสภา ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
๒๓. ดร.ราศรี ลีนะกุล	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
๒๔. รศ.ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ	นายกสภาเทคนิคการแพทย์ ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๒๕. นายแพทย์สุรพล โล่ห์สิริวัฒน์	ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
๒๖. นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๗. นายแพทย์นคร เปรมศรี	ผู้อำนวยการสำนักโรคบาตวิทยา	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
<u>ผู้ไม่มาประชุม</u> เนื่องจากติดราชการ		
๑. นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๒. นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
<u>ผู้ร่วมประชุม</u>		
๑. นายแพทย์สถาพร สันเจริญกิจ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒. นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางนันทน์ภัส วงษ์พิรา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ	ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นางสาวนพร ดาวแจ้ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโรคบาตวิทยา	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายกฤษณะ ตีระพัฒน์	นิติกร กองกฎหมาย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นางสาวนฤมล บุญเนื่อง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นางสาวพรพิมล ตันตราธิวุฒิ	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	ผู้เข้าร่วมประชุม

๑๐.	น.สพ.พัสกร ไชยสาร	นายสัตวแพทย์ปฏิบัติการ กรมปศุสัตว์	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑.	นายกฤษฎา แก้วเงิน	นักจัดการงานทั่วไป	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒.	นางสาคร เคารพวงศ์ชัย	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓.	นางธนารักษ์ เหมชาติ	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔.	นางสาวศิริกาญจนา แยมผกา	นักประชาสัมพันธ์	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕.	นางสุพินดา ตีระรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖.	นางอารียา กล่อมกลิ่นสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗.	นางสาวลออรัตน์ เวชกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘.	นางสาวจันทร์จิรา เสนาพรหม	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙.	นางสาวธนัชฐา จันทร์พิลา	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค กรรมการและเลขานุการ ในฐานะประธานการประชุม กล่าวต้อนรับคณะกรรมการ ผู้เข้าร่วมประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม ดังนี้

๑. เพื่อเสนอเรื่องเข้าพิจารณา ๓ เรื่อง ได้แก่

๑.๑ การทบทวนรายชื่อโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

๑.๒ การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และเชื้อมีความสำคัญด้านจุลชีพในโรงพยาบาล ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

๑.๓ สถานการณ์และแนวทางการพิจารณาการประกาศเขตติดโรคติดต่อไวรัสอีโบล่า

(Ebola Virus Disease – EVD)

๒. เพื่อเสนอเรื่องเพื่อทราบ ๓ เรื่อง ได้แก่

๒.๑ รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคหัด (Measles)

๒.๒ การดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนราธิวาส กรณีโรคหัด (Measles)

๒.๓ ผลกระทบต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กรณียกเลิกการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมการตรวจลงตรา ประเภชนักท่องเที่ยว ชนิดใช้ได้ครั้งเดียว เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

มติที่ประชุม: รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒...

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม (ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑)

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
แจ้งที่ประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหรือผู้แทนพิจารณารายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๗ หน้า

มติที่ประชุม: รับรองรายงานการประชุมดังกล่าว โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง (รายงานความก้าวหน้า)

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ การทบทวนรายชื่อโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

นายแพทย์นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นำเสนอการ
ทบทวนรายชื่อโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ดังนี้

โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเป็นโรคติดต่อที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งใช้บัญชีรายชื่อโรคติดต่อ
ที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบริบทแวดล้อมทางระบาดวิทยาของโรค และพัฒนาการ
ทางการแพทย์ จึงเห็นควรให้มีการปรับเปลี่ยนรายชื่อโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยมีการประชุมหารือร่วมกับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีรายชื่อโรคที่เสนอขอตัดออก และรายชื่อโรคที่เสนอขอเพิ่มเติม และเสนอต่อคณะกรรมการ
ด้านวิชาการ ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีมติเห็นชอบในหลักการ
ให้มีการทบทวนรายชื่อโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

โรคที่เสนอขอตัดออก เนื่องจากมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขลดลงและหาข้อมูลโรคได้จากฐานข้อมูลอื่น
ได้แก่

๑. พยาธิโรคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ
๒. โลงที่อวัยวะเพศ
๓. หูดข้าวสุก
๔. โรคบิด Dysentery

โรคที่เสนอขอเพิ่ม เนื่องจากมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นส่วนสำคัญในการลดภาระของประเทศ

๑. โรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากมีความสำคัญเป็นปัจจัยต้นเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมีแผนงาน
ทศวรรษกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และการใช้
ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง ซึ่งเชื่อมโยงกับโรคที่เกิดจากจุลชีพดื้อยา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับความสำคัญของเรื่องนี้
ที่อยู่ในวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda)

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

นายแพทย์นครชิต ลิมปกาญจน์รัตน์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอว่า โรคที่เสนอขอตัดออก คือ โรคบิด
Dysentery ควรให้คงไว้ เพราะเป็นโรคที่สามารถวินิจฉัยได้ และมีโอกาสเกิดการระบาด ถ้าใช้ข้อมูลโรคที่ได้
จากฐานข้อมูลอื่นมา อาจไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวัง และโรคที่เสนอขอเพิ่ม คือ โรคติดเชื้อใน
โรงพยาบาล เป็นข้อมูลกว้างมากและอาจไม่เกิดประโยชน์ หากใช้รูปแบบอื่นในการติดตามสถานการณ์โรค
เช่น sentinel จะมีความถูกต้องของข้อมูลมากกว่า และสามารถติดตามแนวโน้มของโรคได้เช่นกัน ซึ่งดีกว่าอยู่ใน
ระบบเฝ้าระวังโรค รวมถึงควรดูข้อมูลผลกระทบด้วย

นายแพทย์นคร...

นายแพทย์นคร ชี้แจงเพิ่มเติมว่า การขอเสนอตัด โรคบิด Dysentery ออก เนื่องจากสามารถตรวจจับโรคนี้ได้ในการรายงานโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยในระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน ๕๐๖) จะเพิ่มการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุในการเกิดโรคเข้าไป ได้แก่ *Shigella* ทำให้สามารถตรวจจับเชื้อโรคบิด Dysentery ได้ ซึ่งจะช่วยไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน ส่วนกรณีโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องระบุความจำเพาะ เช่น กำหนดว่าโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ในระบบเฝ้าระวังเป็นการติดเชื้อที่อวัยวะส่วนใดเฉพาะที่สำคัญ ไม่นำทุกโรคที่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลมารายงาน ซึ่งสถาบันบำราศนราดูรมีข้อมูลอยู่แล้ว และมีการนำร่องระบบเฝ้าระวังโรคระยะต่อไป เป็นการขยายให้ครอบคลุมหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน การนำมาอยู่ในโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่ต้องรายงาน จะช่วยให้มีความครอบคลุมมากขึ้น นำไปสู่การเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ และมีแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรทางการแพทย์ในการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งนี้จะมีการพัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค เพื่อไม่ให้เป็นการซ้ำกับผู้ปฏิบัติงาน

มติที่ประชุม: เห็นชอบตามข้อเสนอ มอบฝ่ายเลขาฯ ดำเนินการตามความเห็นของที่ประชุม

๔.๒ การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร นำเสนอการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ดังนี้

ในปี ๒๕๕๖ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และรองอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ มีการดำเนินงานมาโดยตลอด และในปี ๒๕๕๔ ได้เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการ เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เป็นเลขานุการ

การดำเนินงานที่ผ่านมา เรื่องการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการใช้ระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Excel ในการบันทึกข้อมูล และเริ่มใช้โปรแกรม IC Surveillance นำร่องจากโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย จำนวน ๕๒๓ โรงพยาบาล จาก ๑,๓๒๐ โรงพยาบาล ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล รวม จำนวน ๓๕ เล่ม การสำรวจอัตราของการติดเชื้อในโรงพยาบาลประเทศไทย ในปี ๒๕๖๑ เท่ากับ ๔.๕% ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับสากล และพบว่า การติดเชื้อในโรงพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีการติดเชื้อมากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ

วัตถุประสงค์การตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

๑. เพื่อให้การขับเคลื่อนงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อ และเชื้อมดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด
๒. เพื่อศึกษาปัญหา ผลกระทบของการติดเชื้อและเชื้อมดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
๓. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ รวมทั้งบูรณาการแนวคิดและทิศทางให้สอดคล้องกับคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
๔. ติดตามประเมินการดำเนินงาน และขอให้เสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อและเชื้อมดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
๕. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

องค์ประกอบคณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ	
๑. ที่ปรึกษา	๓ ท่าน
๒. ประธาน	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย
๓. รองประธาน	อธิบดีกรมควบคุมโรค
๔. อนุกรรมการ	๒๖ ท่าน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข, ผู้แทนภาครัฐ, ผู้แทนด้านวิชาการและมหาวิทยาลัย, ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนภาคเอกชน
๕. จำนวนองค์ประกอบ (รวม)	๓๑ ท่าน

หน้าที่ของคณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

๑. ขับเคลื่อน เร่งรัดการดำเนินงานด้านนโยบาย รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผลในภาพรวม
๒. จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
๓. ทบทวน กลั่นกรอง ให้ข้อคิดเห็น และเสนอแนะประเด็นสำคัญเชิงนโยบาย
๔. สนับสนุน ส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วรายงานต่อ

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

๕. จัดให้มีรายงานประจำปีเพื่อแสดงความก้าวหน้าของคณะกรรมการฯ
๖. แต่งตั้งคณะทำงานหรือบุคคลเพื่อช่วยปฏิบัติงานตามความจำเป็นและเหมาะสม

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

รองศาสตราจารย์พญ. เอื้อวิจิตรอรุณ นายกสภาเทคนิคการแพทย์ กล่าวว่า การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล การตรวจพบโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาต่างๆ ส่วนใหญ่มาจากห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบที่เรีย หรืออื่นๆ ต้องได้รับการพัฒนาและขยายสู่โรงพยาบาลชุมชน สภาวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้เปิดสอนหลักสูตรเฉพาะทางด้านเชื้อดื้อยา สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ เป็นหลักสูตรของมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน ๒๔ คนต่อปี มีเป้าหมายเพื่อผลิตบุคลากรสู่โรงพยาบาล ให้สามารถวินิจฉัยเชื้อดื้อยาต่างๆ ได้

นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม กรรมการแพทยสภา เสนอว่าการควบคุมโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาไม่ควรจำกัดเพียงในโรงพยาบาล ควรมีการเฝ้าระวังภายนอกโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

นายแพทย์ชวินทร์ ศิรินาค ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เห็นด้วยเรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และตั้งข้อสังเกตว่า ในองค์ประกอบอนุกรรมการฯ ไม่มีตัวแทนจากโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร

ประธาน กล่าวว่า ตามคำสั่งเดิม เมื่อพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จะอาศัยอำนาจการบริหารราชการแผ่นดินในการแต่งตั้ง ทำให้ขาดอำนาจทางกฎหมาย ซึ่งกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะกรรมการจะอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการเสนอให้โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังแล้ว เพื่อให้เกิดการบังคับใช้ทางกฎหมาย จึงควรตั้งคณะกรรมการฯ ให้กระชับ โดยไม่ให้องค์ประกอบมากเกินไปและเมื่อแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้แล้ว คณะกรรมการฯ จะมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะทำงานตามอำนาจหน้าที่ในข้อ ๖ คือ การแต่งตั้งคณะทำงานหรือบุคคลเพื่อช่วยปฏิบัติงานตามความจำเป็นและเหมาะสม

ด้านการควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้มีคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (Antimicrobial Resistance : AMR) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ ส่วนในด้านการควบคุมเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจะสอดคล้องกับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทำให้ขอบเขตการดำเนินงานเฉพาะปัญหามากขึ้น

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กล่าวว่า การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ได้ดำเนินการป้องกัน ควบคุม เฉพาะเชื้อดื้อยาเท่านั้น แต่จะดำเนินการป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อทั้งหมด เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

นายพิสิษฐ์ วงศ์เรียรธนา นิติกรชำนาญการพิเศษ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ตั้งข้อสังเกตว่า จำนวนคณะกรรมการมีมากเกินไป และสอบถามคณะกรรมการที่ระบุรายชื่อในองค์ประกอบเชี่ยวชาญด้านใด อีกทั้งความจำเป็นในการแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการ ๓ ท่าน

นายแพทย์อภิชาติ ชี้แจงว่า องค์ประกอบในคณะกรรมการทั้งหมดเป็นคณะบุคคลที่ทำงานร่วมกันมา โดยตลอด อาจารย์ในคณะทำงานเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อทั้งหมด และเป็นเครือข่ายจากมหาวิทยาลัยต่างๆ

ประธาน ชี้แจงเพิ่มเติมว่า ในคณะกรรมการชุดเดิมที่แต่งตั้งโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนองค์ประกอบมากกว่าชุดนี้ ในการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ จึงได้ลดจำนวนลงเพื่อความเหมาะสม และขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการชุดนี้ มีอนุกรรมการและเลขานุการเพียง ๑ ท่าน และผู้ช่วยเลขานุการ ๓ ท่าน ไม่ใช่อนุกรรมการ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือการทำงาน แต่ไม่มีสิทธิแสดงความคิดเห็นในการประชุม

นายแพทย์อภิชาติ ชี้แจงประเด็นเพิ่มเติม ในคณะกรรมการชุดนี้มีพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ๓ ฉบับ คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง ๓ ฉบับนี้ทำงานสอดคล้องกัน แต่คณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จะควบคุมการทำงานในโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนการติดเชื้อภายนอกโรงพยาบาลมีขอบเขตอยู่ในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘

นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เห็นด้วยกับการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ ซึ่งขยายงานให้ครอบคลุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เพราะในส่วนของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะดูแลเฉพาะการจำหน่าย การส่งออก การตรวจหาเชื้อโรคและสารพิษจากสัตว์ ซึ่งไม่ได้ทำงานดูแล ควบคุม ป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในคณะกรรมการชุดนี้ได้ดำเนินการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) มาเผื่อระวัง ซึ่งต้องมีการจำกัดความให้ชัดเจน เนื่องจากมีหลายโรคที่หาสาเหตุการติดเชื้อได้ยาก กรณีตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้อวัณโรคโดยไม่ทราบสาเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล เชื่อมโยงถึงกองทุนชดเชยค่าตอบแทนผู้ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ทำให้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยติดเชื้อจากที่ใด และกระบวนการเก็บข้อมูลโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลก็ส่งผลกระทบเช่นกัน ต้องเก็บข้อมูลในครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่จนถึงโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

ประธาน กล่าวว่า ข้อมูลสาธารณสุขของประเทศไทยมีปัญหาโดยตลอด เนื่องจากข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกเก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ได้เป็นข้อมูลโดยรวมของประเทศ เช่นเดียวกับข้อมูลฐานใหญ่จะอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข แต่ที่ผ่านมาเมื่อมีการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทำให้การประเมินสถานการณ์สาธารณสุขโดยรวมของประเทศชัดเจนขึ้น

นายแพทย์อภิชาติ กล่าวเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ๕๒๓ โรงพยาบาล ถูกเก็บข้อมูลโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse: ICN) และมี ICN ที่ผ่านการอบรมประมาณกว่า ๑,๐๐๐ คน กระจายตามโรงพยาบาลต่างๆ การรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลนี้ เป็นการรายงานเชิงคุณภาพผ่านโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาแล้วทุกเดือน (IC Surveillance Program) เมื่อโรงพยาบาลใดประสบปัญหา สถาบันบำราศนราดูร จะตอบสนองกลับทันที การจัดการจึงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ยกตัวอย่าง กรณีโรงพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้เกิดการระบาดของโรคเมอร์ส แต่ไม่มีการจัดการแยกกักผู้ป่วยกับคนปกติ เนื่องจากไม่มีการควบคุม แต่ประเทศไทยมีการอบรมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทำให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาโรคติดเชื้อจากโรคติดต่ออันตรายได้ดี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมหวัง ด้านชัยจิตร กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กล่าวว่า จากการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ผ่านมาได้รับการยอมรับน้อย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากร การควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในอนาคตจะมีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำเพิ่มมากขึ้น

มติที่ประชุม: เห็นชอบในหลักการ ร่าง คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ โดยให้นำข้อสังเกตจากคณะกรรมการไปประกอบการพิจารณา และ มอบฝ่ายเลขานุการฯ ดำเนินการ

๔.๓ สถานการณ์และแนวทางการพิจารณาการประกาศเขตติดโรคเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola Virus Disease- EVD)

นายแพทย์นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นำเสนอ สถานการณ์และแนวทางการพิจารณาการประกาศเขตติดโรคเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola Virus Disease- EVD) ดังนี้ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระบาดในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic Republic of the Congo : DRC)

ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น ๕๐๐ ราย (Confirmed 452, Probable 48) เสียชีวิต ๒๘๙ ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๕๘) ในจำนวนผู้ป่วยที่ทราบอายุและเพศ พบว่าร้อยละ ๖๑ เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบมาก คือ กลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี และ ๓๕-๔๔ ปี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุความเสี่ยงด้านสาธารณสุขไว้อยู่ในระดับสูงมาก (Very High) ที่ระดับประเทศ และประเทศเพื่อนบ้าน (Uganda, Rwanda, South Sudan) ในขณะที่ยังมีความเสี่ยงต่ำ (Low) ที่จะระบาดข้ามทวีป จึงยังไม่กำหนดให้มีการปิดกั้นการเดินทางและการพาณิชย์

มาตรการสำหรับประเทศไทยที่กำลังดำเนินการอยู่

๑. จัดทำคู่มือสถานการณ์อย่างใกล้ชิด และควรกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกาศเป็นเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไว้เบื้องต้น

๒. เฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากพื้นที่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (DRC) คัดกรองผู้มีอาการ ณ ด้านควบคุมโรคท่าอากาศยานนานาชาติทุกแห่ง

๓. แยกกักไว้เพื่อตรวจชันสูตรและวินิจฉัยโรค และติดตามผู้สัมผัสโรคอย่างเข้มข้นเมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วย

ข้อเสนอเพื่อพิจารณาจากคณะกรรมการด้านวิชาการ เพื่อให้การประกาศเขตติดโรคสามารถดำเนินการได้อย่างทันทั่วถึง

แนะนำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เมื่อ

๑. องค์การอนามัยโลกประกาศ Public Health Emergency of International Concerns หรือ

๒. ให้คณะกรรมการวิชาการเรียกประชุมเป็นการเร่งด่วน หรือใช้การประชุมทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีฯ เมื่อ

- มีรายงานการระบาดรุ่นที่ ๒ (Second Generation of Case) ในประเทศข้างเคียง DRC
- มีรายงานการเกิดโรคในประเทศอื่นในทวีปแอฟริกา ที่ไม่มีพรมแดนติดกับ DRC
- มีรายงานการเกิดโรคในทวีปอื่น

มาตรการเมื่อ...

มาตรการเมื่อประกาศ DRC เป็นเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

๑. ประกาศเตือนประชาชนที่จะเดินทางไปเขตติดโรค
๒. กำหนดสถานที่จอดอากาศยานที่เดินทางมาจากเขตติดโรคเป็นการเฉพาะ
๓. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทุกแห่ง (ทางอากาศ ทางน้ำ ทางบก) คัดกรองผู้เดินทางทุกรายที่มาจากเขตติดโรคและแยกกักผู้มีอาการเพื่อการชันสูตรและวินิจฉัย และติดตามผู้สัมผัสโรคอย่างเข้มข้นเมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วย

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

นายพิสิษฐ์ สอบถาม การกำหนดที่จอดเครื่องบินในท่าอากาศยานเมื่อเกิดเหตุ ต้องประสานหน่วยงานใด

นายแพทย์โสภณ กล่าวว่า กรมควบคุมโรคมีด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศอยู่ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ซึ่งเป็นช่องทางเข้าออกหลักสำหรับผู้เดินทางมาจากประเทศ DRC โดยผ่านประเทศเอธิโอเปียหรือประเทศเคนย่า สามารถกำหนดจุดจอดเครื่องบินเพื่อคัดกรองผู้ติดโรค เพื่อไม่ให้ปะปนกับผู้โดยสารอื่น ๆ โดยกำหนดให้ผู้โดยสารที่เดินทางมาจากประเทศเขตติดโรค แยกคัดกรองโรคที่ Terminal E-F ซึ่งไม่ปะปนกับผู้โดยสารที่เดินทางมาจากประเทศอื่น

นายพิสิษฐ์ สอบถามเพิ่มเติมว่า สนามบินนานาชาติต่างจังหวัดมีเที่ยวบินจากประเทศเขตติดโรคหรือไม่

นายแพทย์โสภณ ตอบว่า มีน้อยมาก เนื่องจากผู้โดยสารที่เดินทางมาจากประเทศเขตติดโรคต้องมาต่อเครื่องบินที่สนามบินนานาชาติขนาดใหญ่ก่อน ซึ่งผู้เดินทางจาก DRC บางรายต่อเครื่องบินมาจากประเทศแถบยุโรปก่อนจึงมาถึงสนามบินนานาชาติสุวรรณภูมิหรือสนามบินนานาชาติเชียงใหม่ได้

ประธาน กล่าวเพิ่มเติมว่า มีกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) ในการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ซึ่งสนามบินนานาชาติสุวรรณภูมิได้มีการซ้อมแผนการแยกกักผู้ป่วยเป็นประจำ เมื่อประกาศเป็นเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทางสนามบินจะนำการแยกกักโรคตามแผนที่ซ้อมไว้

นายแพทย์ครุฑ กล่าวถึง การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีอัตราการป่วยตายสูง และมีการระบาดยาวนาน ประเทศ DRC เพิ่งประกาศเป็นเขตปลอดโรคได้ไม่นาน แต่มีการระบาดซ้ำ ซึ่งสถานการณ์น่าเป็นห่วง ต้องติดตามรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคและตัวเลขผู้เสียชีวิตอย่างใกล้ชิด โดยให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ควรมีระบบที่สามารถติดตามผู้เดินทางมาจากประเทศ DRC โดยระบบติดตามจะมีประโยชน์ในการรายงานโรคอื่น ๆ ในอนาคต เนื่องจากการเดินทางจากประเทศเขตติดโรคไม่ใช่เที่ยวบินตรง ต้องมีการ transit จะมีมาตรการหรือระบบติดตามอย่างไร

๒. ควรประสานงานภายในกับสำนักงานองค์การอนามัยโลก และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) เพื่อรวบรวมข้อมูลการระบาดของโรคและผู้เดินทางมาจากเขตติดโรค

นายแพทย์โสภณ กล่าวว่า การเดินทางจากประเทศ DRC มีอย่างน้อย 1 transit ได้แก่ ประเทศเคนย่าหรือเอธิโอเปีย transit ที่ ๒ อาจจะเป็นประเทศแถบยุโรปหรือตะวันออกกลาง ประเทศ DRC เป็น ๑ ใน ๔๒ ประเทศที่ประเทศไทยประกาศเป็นเขตติดโรคใช้เหลือง ต้องรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่ประจำด้านควบคุมโรค

มติที่ประชุม: เห็นชอบหลักการ แนวทางการพิจารณาการประกาศเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease- EVD) ตามที่สำนักโรคติดต่ออันตราย และมอบกรมควบคุมโรคดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อทราบ

๕.๑ รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคหัด (Measles)

แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคหัด (Measles) ดังนี้

สถานการณ์...

สถานการณ์โรคหัด (Measles) ปี ๒๕๖๑

สถานการณ์ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๑ พบจำนวนผู้ป่วยไข่ออกผื่น/ สงสัยโรคหัด ในประเทศไทย ทั้งหมด ๖,๓๖๔ ราย ผู้ป่วยยืนยัน ๒,๘๕๗ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา ๕๕๖ ราย ผู้เสียชีวิต ๒๓ คน (อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๓๖) ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า ๕ ปี อยู่ระหว่าง ๑-๔ ปี มากที่สุด โดยในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พบ อยู่อยู่ระหว่าง ๒๐ - ๓๙ ปี จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคหัดสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ยะลา, ปัตตานี, สงขลา, เชียงใหม่ และนราธิวาส

สถานการณ์โรคหัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒

พบผู้ป่วยไข่ออกผื่น/ สงสัยโรคหัด ทั้งหมด ๓,๗๔๖ ราย ผู้ป่วยยืนยัน ๑,๗๙๔ คน เสียชีวิต ๒๓ คน (อัตราป่วยตาย ๐.๖๑) มีแนวโน้มผู้ป่วยตายลดลง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ๑ - ๔ ปี รองลงมาคือ น้อยกว่า ๑ ปี โดยการระบาดเริ่มจาก จังหวัดยะลา ระบาดไปที่ จังหวัดปัตตานี และระบาดสู่จังหวัดใกล้เคียง ประวัติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนเลย จำนวน ๘๒%

ผู้เสียชีวิตที่มีอาการเข้าได้กับโรคหัดจากฐานข้อมูลโครงการกำจัดหัด ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึง ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑. ช่วงอายุระหว่าง ๗ เดือน - ๖ ปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ ๙ เดือน - ๒ ปี ๖ เดือน ๑๙ ราย อายุต่ำกว่า ๙ เดือน ๒ ราย และอายุเกิน ๒ ปี ๖ เดือน ๒ ราย

๒. ประวัติการรับวัคซีน พบว่า ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ๙ ราย เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ๑ ครั้ง ๓ ราย และเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ๒ ครั้ง ๑ ราย

๓. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีนได้นำประวัติผู้ป่วยมาทบทวน พบว่า การวินิจฉัยถูกต้อง แต่มีปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตได้แก่

- มาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการมากแล้ว
- ผู้ปกครองปฏิเสธกระบวนการรักษาที่สำคัญ
- ได้รับวิตามินเอขนาดสูงล่าช้า
- ได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า

สรุปสถานการณ์การระบาดและการควบคุมโรค

๑. จำนวนผู้ป่วยใหม่ใน ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีแนวโน้มลดลงในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ยังคงมีรายงานผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง

๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน ได้สนับสนุนวัคซีน MR, MMR ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการให้วัคซีนแก่เด็กกลุ่มเป้าหมาย รวม ๑๕๕,๕๑๐ โดส

๓. กรมควบคุมโรคเสนอโครงการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้งบประมาณจำนวน ๒๐๔,๕๗๒,๖๘๙ บาท โดยคิดเป็นค่าจัดหาและกระจายวัคซีน ๑๗๖,๓๕๗,๗๓๔ บาท ค่าดำเนินการ ๒๘,๒๑๔,๙๕๕ บาท ขณะนี้โครงการดังกล่าวอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานงบประมาณ

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

นายแพทย์สุรจิต สอบถามว่าประเทศไทยเคยพบผู้ป่วยวัยรุ่นหรือไม่ เนื่องจากในต่างประเทศต้องให้วัคซีนช้า ตอนอายุ ๑๘ ปี เนื่องจากพบผู้ป่วยโรคหัดมากในช่วงเข้ามหาวิทยาลัยและสามารถติดต่อผู้อื่นได้ และผู้ป่วยวัยเด็กที่เสียชีวิตเป็นเด็กทุกโภชนาการ ไม่ได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด ต้องทำการสอบสวนในพื้นที่

แพทย์หญิงสุชาดา ตอบว่าพบผู้ป่วยโรคหัดอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปภาคอื่นๆนอกเหนือจากภาคใต้ที่เป็นผู้ป่วยเด็ก

นายแพทย์ประเสริฐ กล่าวว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของการเกิดโรคหัด คือ ผู้ปกครองไม่让孩子ฉีดวัคซีนป้องกัน เนื่องจากไม่ใช่ฮาลาล สอบถามนายแพทย์ครุฑิตว่ามีความคิดเห็นอย่างไร

นายแพทย์ครุฑิต กล่าวถึง กรณีฮาลาลในปัจจุบันไม่ใช่ปัญหาใหญ่ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ และมีองค์ความรู้ที่มากขึ้น ประเด็นปัญหาคือความรู้ไม่ถึงประชาชน และพ่อแม่ของเด็ก **นายแพทย์ครุฑิต**... โดยการสื่อสารความรู้ไปยังผู้นำศาสนา

ประธาน สรุปประเด็นปัญหา ดังนี้

๑. ปัญหา ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ งานอนามัยแม่และเด็กต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อทางศาสนา

๒. ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องทางศาสนาทำงานสาธารณสุข จำเป็นต้องแก้ไขโดยความร่วมมือของผู้นำศาสนา เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในด้านฮาลาลกับงานสาธารณสุข จุฬาราชมนตรีคนปัจจุบันได้เป็นที่ปรึกษาในการทำงานแก้ไขด้านนี้ และให้นำเรียนอธิบดีกรมอนามัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก

มติที่ประชุม: รับทราบสถานการณ์โรคหัด โดยมีข้อสังเกตและความเห็นจากที่ประชุม ดังนี้

๑. การสอบสวน สาเหตุการตาย เพื่อการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก ความเชื่อทางด้านศาสนา

๕.๒ การดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนราธิวาส กรณีโรคหัด (Measles)

นายแพทย์สถาพร สันเจริญกิจ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รายงานการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนราธิวาส กรณีโรคหัด (Measles) ดังนี้

ในปี ๒๕๕๙ จังหวัดนราธิวาสมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัดสูงสุดถึง ๕๓๐ ราย มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับปีอื่นๆ โรคหัดเป็นโรคที่ป้องกันได้โดยวัคซีน เมื่อฉีดวัคซีนแล้ว ๓ วัน ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้มากถึงร้อยละ ๗๐ จึงเล็งเห็นว่าการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดมีความสำคัญ

การรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด เริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดตามบ้าน แต่ไม่สามารถฉีดได้ครบทุกบ้าน เมื่อผ่านไป ๓ เดือน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดไม่ถึงร้อยละ ๖๐ จึงรวบรวมรายชื่อเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนและใช้กลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด โดยการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีมติให้อำเภอทุกอำเภอประสานงานไปยังกำนันและผู้ใหญ่บ้านให้เจ้าหน้าที่ลงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดพร้อมกัน จึงทำให้การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดทำได้ครอบคลุมขึ้น มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านทางสถานีวิทยุประจำจังหวัด และประชาสัมพันธ์กับผู้นำศาสนาถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดที่มีสยิด

ผลการรณรงค์ให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ ๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙๙ และอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๘๓.๘๕ พบว่าเด็กในพื้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเพิ่มมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหัดลดลง

มติที่ประชุม: รับทราบ การดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดนราธิวาส กรณีโรคหัด (Measles)

๕.๓ ผลกระทบต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กรณียกเลิกการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมการตรวจลงตราประเภทนักท่องเที่ยว ชนิดใช้ได้ครั้งเดียว เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป นำเสนอผลกระทบต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กรณียกเลิกการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมการตรวจลงตรา ประเภทนักท่องเที่ยว ชนิดใช้ได้ครั้งเดียวเป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

คณะรัฐมนตรี...

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติยกเลิกการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมประเภทนักท่องเที่ยว ชนิดใช้ได้ครั้งเดียว เป็นการชั่วคราว พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้การยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมการตรวจลงตราคนต่างประเทศ (๒,๐๐๐ บาท)

ที่ประสงค์จะเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เพื่อการท่องเที่ยวไม่เกิน ๑๕ วัน ซึ่งยื่นขอรับการตรวจลงตราที่ช่องทางอนุญัตต์ด้านตรวจคนเข้าเมือง (Visa On Arrival)

รายชื่อ ๒๑ ประเทศที่อยู่ในมาตรการ ได้แก่

๑. ออสเตรเลีย ๒. บัลแกเรีย ๓. ภูฏาน ๔. จีน ๕. ไชปรัส ๖. เอธิโอเปีย ๗. ฟิจิ ๘. อินเดีย ๙. คาซัคสถาน ๑๐. ลัตเวีย ๑๑. ลิทัวเนีย ๑๒. มัลดีฟส์ ๑๓. มอลตา ๑๔. มอริเชียส ๑๕. ปาปัวนิวกินี ๑๖. โรมาเนีย ๑๗. ซานมารีโน ๑๘. ซาอุดีอาระเบีย ๑๙. ยูเครน ๒๐. อุซเบกิสถาน ๒๑. ไต้หวัน

ซึ่ง ๑ ใน ๔๒ ประเทศนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นเขตติดโรคไข้เหลือง คือ เอธิโอเปีย จากมาตรการนี้ คาดว่าจะมีผู้เดินทางเพิ่มขึ้น ข้อมูล ณ สิ้นเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ประเทศที่มีผู้เดินทางเพิ่มขึ้น คือ เอธิโอเปีย และอินเดีย

ผลกระทบต่อการทำงานของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

๑. ปริมาณงานจากการคัดกรองโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางจากประเทศเอธิโอเปีย มีจำนวนมากขึ้น
๒. มีผู้เดินทางจากประเทศซาอุดีอาระเบีย ที่เป็นพื้นที่เฝ้าระวังโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือเมอร์ส มาตรการดำเนินงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

เพื่อรองรับจำนวนผู้เดินทางที่เพิ่มขึ้น โดยการปรับจุดคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ

- จุดคัดกรองฝั่งตะวันตก (west) เปิดบริการ ๒๔ ชั่วโมง (เดิม)
- จุดคัดกรองส่วนกลาง (middle) จากเดิม ๑๒ ชั่วโมง ขยายเป็น ๒๔ ชั่วโมง

ชี้แจงและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการประชุมคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR 2005) เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑. แจ้งสายการบินที่เกี่ยวข้องผ่านทางคณะกรรมการประกอบธุรกิจการบิน (AOC) ให้ทำ exit screening ก่อนที่จะขึ้นเครื่องบินมาประเทศไทย โดยการทำความเข้าใจกับผู้เดินทางที่ป่วยหรือสงสัยป่วยเพื่อให้เลื่อนวันเดินทาง

๒. สำหรับผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่เป็นเขตติดโรคไข้เหลือง ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลืองล่วงหน้าอย่างน้อย ๑๐ วัน และมีใบรับรองการได้รับวัคซีนแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ก่อนได้รับอนุญาตเข้าประเทศไทย

๓. แจ้งกองบังคับการตรวจคนเข้าเมืองท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ (บก.ตม.๒) เพื่อเตรียมการขอสนับสนุนข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วย รวมทั้งผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) ที่มากับเที่ยวบินเดียวกัน เพื่อความรวดเร็วในการติดตาม และการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

มติที่ประชุม: รับทราบผลกระทบต่อการบินป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กรณียกเลิกการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมการตรวจลงตรา ประเภทนักท่องเที่ยว ชนิดใช้ได้ครั้งเดียว เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๖.๑ มอบหมาย สำนักกระบวนวิธีฯ รายงานที่ประชุมครั้งต่อไป ในประเด็นต่อไปนี้

- ความครบถ้วนของผู้ที่ต้องรายงาน ตามกฎหมายเป็นอย่างไร เช่น โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- การพัฒนารูปแบบ วิธีการรายงาน ที่ใช้เทคโนโลยี เพื่อลดภาระของผู้ปฏิบัติในการรายงาน

๖.๒ นัดหมายการ...

๖.๒ นัดหมายการประชุมครั้งถัดไป
วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

มติที่ประชุม: รับทราบ

เลิกประชุม เวลา ๑๕.๓๐ น.

นางสาวธนิษฐา จันทร์พิลา นักวิชาการสาธารณสุข
นางสุพินดา ตีระรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้จัดรายงานการประชุม
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป
ผู้ตรวจรายงานการประชุม