กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

กรมการแพทย์
กับการดำเนินงานสถานการณ์การระบาด
COVID-19

จัดทำโดย
กองวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

Version 10.07.2020

บทสรุปผู้บริหาร

กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีและด้วยสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้กรมการแพทย์ที่มีภารกิจการดูแลรักษาฝ่ายกายและมีระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ รวมถึงการนำวิชาการแพทย์ที่เข้มแข็งพร้อมด้วยเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจัดระบบรองรับการรักษา รักษาพยาบาล COVID-19 นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังพัฒนารูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ในสถานพยาบาลแต่ละระดับนำร่องในพื้นที่ระบาดของCOVID-19 ที่จังหวัดปัตตานี (New normal Pattani Model) เป็นที่แรกเพื่อนำรูปแบบดังกล่าวต่อยอดไปสู่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพรวมการดำเนินการของกรมการแพทย์ในสถานการณ์ COVID-19 โดยมีมาตรการ ดังนี้

1. การสร้างภาคีเครือข่าย
2. ลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล
3. การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Guideline) / คำแนะนำในการจัดการ COVID-19
4. จัดระบบรองรับผู้ป่วย
5. ระบบบริหารจัดการ (Management)
6. การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรม
7. การดูแลบุคลากร
8. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์

กรมการแพทย์ดำเนินการมาตรการต่างๆ ตามภารกิจของกรมการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ตั้งแต่ระยะการระบาด (Pandemic) ได้แก่ การเป็นแกนหลักในการจัดทำแนวทางการรักษา การบริหารจัดการ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) รวมถึงการบริหารจัดการเตียงและสถานการณ์บริการสุขภาพ เพื่อรองรับผู้ป่วยภายในระยะที่ควบคุมการระบาดแล้ว กรมการแพทย์ได้ดำเนินการกลยุทธ์การเปิดให้บริการของสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ (2P Safety) และการลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการใช้ข้อมูลทางวิชาการและการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนวิธีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยง COVID-19 อย่างเหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ของการระบาด และในส่วนสุดท้าย กรมการแพทย์ดำเนินการจัดการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) โดยหลักการเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ระดับชุมชน โดยใช้การปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วย ลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยในสถานบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ การระบาดของ COVID-19 ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักเรื่องของสุขภาพ รับรู้ เข้าใจ การดูแลรักษาการป้องกันตนเอง ส่งผลให้การแพทย์และสาธารณสุขของไทยได้รับการยอมรับจากนานาชาติจากมาตรการการป้องกันควบคุมการระบาด รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ กรมการแพทย์ในฐานะกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ด้านการบริการทางการแพทย์ จึงต้องการพัฒนาการแพทย์วิถีใหม่ด้านการดูแลรักษาที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลแต่ละระดับลงสู่การปฏิบัติแก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) ผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด งานทันตกรรม telemedicine เป็นต้น รวมถึงบริบทตามสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่ ส่วนด้านวิชาการ กรมการแพทย์พัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล เช่น ประเมินผลการทดสอบการติดเชื้อ COVID-19 ด้วย rapid test ในโรงพยาบาล/ สถาบันสังกัดกรมการแพทย์ การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรอง COVID-19 ในผู้ป่วยที่นัดมารับการผ่าตัด สถานพยาบาลจังหวัดปัตตานี เป็นต้น และงานวิจัยอื่นๆ ที่ร่วมมือกับหลายภาคส่วนเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการต่อไป

“ดูแลด้วยใจ หายได้ด้วยเทคโนโลยี”

บทนำ

จากการระบาดของ COVID-19 ไปทั่วโลก มีจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากรวมถึงประเทศไทยด้วยแม้ในขณะนี้แต่ละประเทศก็มาตรการการดูแลประชาชนภายในประเทของตนเองทั้งการป้องกันและรักษาเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤติการณ์ครั้งนี้ไปให้ได้แม้จะยังไม่มีวัคซีนหรือยารักษาที่ยังอยู่ในการศึกษาวิจัยก็ตาม ประเทศไทยได้ดำเนินการมาตรการเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการระบาดตั้งแต่เริ่มแรกทำให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมากซึ่งกรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขและมีหน้าที่ในการดูแลรักษาจึงมีแนวทางปฏิบัติ การรักษาพยาบาลและร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข บูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อจัดระบบรองรับการรักษา ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ รวมถึงการเป็นต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพในสถานการณ์ COVID-19 ในด้านต่างๆ เช่น การจัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute respiratory Infection clinic: ARI Clinic) หอผู้ป่วยรวมเฉพาะผู้ป่วย COVID-19 (Cohort Ward) หอผู้ป่วยเฉพาะราย (Airborne Infection Isolation Room: AIIR) เป็นต้น

นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังพัฒนารูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ในสถานพยาบาลแต่ละระดับนำร่องในพื้นที่ระบาดของ COVID-19 ที่จังหวัดปัตตานี (New normal Pattani Model) เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวต่อยอดไปสู่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ดังนั้นการดำเนินการของกรมการแพทย์ในสถานการณ์ COVID-19 มีมาตรการที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลรักษา ได้แก่ 1) การสร้างภาคีเครือข่าย 2) ลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล 3) การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Guideline) / คำแนะนำในการจัดการ COVID-19 4) จัดระบบรองรับผู้ป่วย 5) การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรม 6) ระบบบริหารจัดการ (Management) 7) การดูแลบุคลากร และ 8) การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ดังนั้นการดำเนินงานที่กรมการแพทย์ได้รวบรวมขึ้นมีการดำเนินการในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์มาอย่างต่อเนื่องและพัฒนาบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนโดยใช้องค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ศักยภาพที่มีอย่างเต็มกำลัง ที่จะจัดการระบบเพื่อรองรับการดูแลรักษาพยาบาล COVID-19 ให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหายจากโรคและผู้ที่ติดเชื้อ ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อรู้เท่าทันโรค รับรู้และตัดสินใจการป้องกันตนเอง ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ทำให้การแพทย์และการสาธารณสุขของไทยเป็นที่ยอมรับยั่งยืนตลอดไป

สารบัญ

เรื่อง	**หน้า**
● บทสรุปผู้บริหาร	ก
● บทนำ	ข
● ปัจจัยความสำเร็จของกรมการแพทย์ในการจัดการโรคระบาด COVID-19	1
● สรุปภาพรวมการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ (New Normal Medical Services) ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ จังหวัดปัตตานี ภายใต้โครงการ DMS-Pattani model	10
ภาคผนวก	13
ภาคผนวก 1	14
- กรมการแพทย์จัดการประชุมเชิงนโยบายเพื่อการบริหารจัดการร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบการแพทย์และสาธารณสุข	14
- รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19	15
- สรุปประเด็น/รายงานการประชุมมาตรการด้านการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019COVID (-19)	93
ภาคผนวก 2	165
- สรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ในสถานการณ์ COVID - 19	

ปัจจัยความสำเร็จของกรมการแพทย์ในการจัดการโรคระบาด COVID-19

COVID-19 (corona virus disease) เป็นโรคอุบัติใหม่ (emerging disease) ที่เป็นปรากฏการณ์โรคระบาดในระดับโลก (pandemic) เกิดขึ้นที่เมือง Wuhan ในประเทศจีนเมื่อปลายปี 2562 ส่งผลให้เกิดการระบาดของการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างรวดเร็ว และนำไปสู่กลุ่มอาการโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe acute respiratory syndrome: SARS) เกิดโรคปอดบวม (pneumonia) และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome: ARDS) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีอาการหอบเหนื่อย โดยมีสาเหตุมาจากของเหลวในหลอดเลือดปอดรั่วไหลเข้าไปในถุงลมปอดแทนที่อากาศ ปอดจึงทำงานแลกเปลี่ยนออกซิเจนกับอากาศได้น้อยลง ข้อมูล ณ ปัจจุบันระบุว่าการติดต่อของโรคผ่านการแพร่กระจายของละอองฝอยที่ออกมาจากทางเดินหายใจ และการอยู่ใกล้ชิดกันภายในระยะ 1 เมตร รวมถึงการกระจายผ่านขั้นตอนที่ทำให้เกิดละอองฝอย อาทิ การพ่นยา การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ COVID-19 เกิดขึ้นได้ในหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย อาการแสดงที่พบได้บ่อย คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ปวดตัว เป็นต้น ผู้ที่ได้รับเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยคล้ายไข้หวัด และ/ หรือไข้หวัดใหญ่ ส่วนที่เหลือมีจำนวนไม่มากที่เป็นโรคปอดบวมและผู้ได้รับเชื้อจำนวนหนึ่งไม่แสดงอาการ

กลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการ COVID-19 ในระบบสาธารณสุข ได้แก่ ลดการแพร่กระจายเชื้อและหยุดการระบาดโรคโดยเร็วที่สุด สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงและติดเชื้อ COVID-19 ต้องได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

กรมการแพทย์มีภารกิจและบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุน รวมถึงการศึกษา วิจัย พัฒนารูปแบบ และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้กับสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลรักษาและจัดการกับ COVID-19 ได้อย่างเหมาะสม ประเด็นสำคัญของการดำเนินงานมุ่งเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่เป็นหัวใจสำคัญของการกำกับดูแลในภาวะวิกฤติ ร่วมกับการประสานงานกับทุกภาคส่วนในสังคม โดยใช้กลยุทธ์ตามหลักฐานข้อมูลทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อให้การรักษาและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ติดเชื้อ COVID-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่แพร่ระบาดภายในประเทศอย่างรวดเร็ว กอรปกับคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติประกาศให้โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย กรมการแพทย์จึงได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดปรับระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการดำเนินงานในสถานการณ์ COVID-19 ตามบริบทของหน่วยงานในด้านต่างๆ โดยครอบคลุมการปรับด้านโครงสร้าง การปรับด้านระบบบริการและการปรับด้านบุคลากร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ กรมการแพทย์ได้รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์การถอดบทเรียนของแต่ละหน่วยงานเพื่อสะท้อนถึงวิธีการดำเนินงาน อุปสรรค/ ปัญหา การแก้ไข ตลอดจนปัจจัยความสำเร็จที่เกิดขึ้น

มาตรการหลักในการดำเนินการของกรมการแพทย์ในระยะที่มีการระบาดของ COVID-19

1.1 การสร้างภาคีเครือข่าย
1.2 ลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล
1.3 การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Guideline) / คำแนะนำในการจัดการ COVID-19
1.4 จัดระบบรองรับผู้ป่วย
1.5 ระบบบริหารจัดการ (Management)
1.6 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรม
1.7 การดูแลบุคลากร
1.8 การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์

มาตรการที่ 1 การสร้างภาคีเครือข่าย

การสร้างภาคีเครือข่ายเป็นมาตรการหนึ่งที่ดำเนินการรองรับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของกรมการแพทย์ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญคือ การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ (Emergency Operation Center: EOC) ของแต่ละหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข วิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม วางแผน แก้ไขปัญหา โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident commander system) และสื่อสารแบบ real time โดยมีผู้อำนวยการ/ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เป็นประธานการประชุมคณะกรรกมารดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยทีมตระหนักรู้สถานการณ์และวิชาการ ทีมปฏิบัติการดูแลรักษาและเฝ้าระวังความปลอดภัย ทีมสำรองเวชภัณฑ์ ทีมการเงินและงบประมาณ ทีมสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ และทีมสอบสวนควบคุมโรค รวมถึงมีประชุมเพื่อติดตามและรายงานสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุมคณะกรรมการบริหารระดับสูง ร่วมกับตัวแทนหน่วยงานจากทุกภาคส่วน โดยดำเนินการผ่านระบบเทคโนโลยี (กลุ่มไลน์, cisco webex meeting, zoom meeting เป็นต้น) มีศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเพื่อจัดหาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วย COVID-19 รวมถึงระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย มีการบูรณาการร่วมกับเขตสุขภาพ อาทิ การดำเนินการร่วมกับจังหวัดในการคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ การจัดให้มีหน่วยงานหลัก (focal point) ในการบริหารจัดการเตียง ตลอดจนประสานงานติดต่อผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังได้รับความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายและภาคเอกชนต่างๆ ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ในด้านการบริจาคยา วัสดุ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงการประสานงานเรื่องการเบิกจ่าย (reimburse) แบบมีส่วนร่วมตามมาตรการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง)

การสร้างเครือข่ายและแนวทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของกรมการแพทย์ พบว่า COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาและวิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องตามหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ (evidence-based) ทำให้มีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นจำนวนมาก ทั้งด้านวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ การดำเนินงานที่ต้องวางแผนการทำงานร่วมกันจึงต้องมีการประสานงานหลายภาคส่วนและทำความเข้าใจขอบเขต บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน รวมถึงการสร้างแผนการดำเนินงานร่วมกันให้มีความชัดเจน โดยมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนอย่างเหมาะสม มีการประชุมสื่อสารความก้าวหน้าข้อมูลทางวิชาการและข่าวสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตอบโต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างทันท่วงที

การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 มีความล่าช้าในระยะแรกเนื่องจากระบบการดำเนินงานในพื้นที่มีความแตกต่างกัน การแก้ไขโดยการหารือและกำหนดแนวทางร่วมกันโดยอนุญาตให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ เพื่อการประสานไปยังผู้ป่วยได้ทันทีที่มีข้อมูลเบื้องต้น โดยผ่านทางโทรศัพท์ SMS (short message service) หรือ line application เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบว่าอยู่ในกระบวนการจัดหาเตียงและเป็นการประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นในเวลาเดียวกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสร้างเครือข่ายในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของกรมการแพทย์ คือ หน่วยงานภายในสังกัดกรมการแพทย์มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอกกรมการแพทย์เป็นอย่างดีมาโดยตลอด ดังนั้น ในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำที่เกิดขึ้น กรมการแพทย์จึงได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เป็นอย่างดี ทั้งในด้านองค์ความรู้ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการบริหารจัดการด้านต่างๆ ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในสถานการณ์วิกฤตที่ถือว่าเป็นวาระแห่งชาติ โดยเล็งเห็นเป้าหมายเดียวกันในการทำงานร่วมกัน ได้แก่ การลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต ลดการระบาดของโรค และการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมาตรฐานผ่านความร่วมมือและการประสานงานด้านการอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้เป็นไปอย่างราบรื่น

มาตรการที่ 2 การลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล

สถานบริการสุขภาพสังกัดกรมการแพทย์ยึดหลักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด เมื่อเกิดการระบาดของ COVID-19 ทำให้หน่วยงานได้ใช้ศักยภาพหลายๆ ด้านในการจัดการระบบการบริการเพื่อลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล โดยการปรับด้านโครงสร้าง ใช้การควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมและวิศวกรรมเข้ามาบริหารจัดการ ร่วมกับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้เฉพาะทางด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยจัดตั้งเป็นทีมเฉพาะกิจด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดระบบคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง COVID-19 แบบเบ็ดเสร็จ การแยกผู้ป่วยต้องสงสัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องยึดหลักการว่าผู้ป่วยทุกรายอาจติดเชื้อ COVID-19 ได้ การปรับปรุงสถานที่โดยใช้วัสดุ/ อุปกรณ์ที่สามารถหาได้ง่าย ราคาไม่แพงในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อาทิ โครงพลาสติกหรือฉากอะคริลิคกั้นโต๊ะตรวจของแพทย์ ใช้พลาสติกใสทำ face shield เป็นต้น

การลดความแออัดในโรงพยาบาลเป็นการป้องกันและการติดเชื้อ COVID-19 โดยใช้หลักการการมาโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ดี ควรเพิ่มระยะห่างของการมาโรงพยาบาล โดยการจัดให้มีระบบประเมินผู้ป่วยทุกรายเมื่อแรกรับและ/ หรือประเมินตนเองก่อนมาใช้บริการด้วย application ของโรงพยาบาล จัดระบบนัดหมายล่วงหน้า พัฒนาระบบ telemedicine และนำไปสู่การใช้ระบบ video call การส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่อง หรือรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน และการเลื่อนนัดหัตถการผู้ป่วยในรายที่ไม่เร่งด่วน โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติพร้อมกับเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารในกรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉิน/ เร่งด่วนหากมีอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ผู้ป่วยยังคงอยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ซึ่งเฝ้าระวังให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและการรักษาโรคน้อยที่สุด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ และ/ หรือ สัมผัสผู้ป่วยให้น้อยเท่าที่จำเป็น ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาใช้จึงมีบทบาทเพิ่มขึ้น อาทิ การใช้หุ่นยนต์ในการให้บริการจ่ายยา/ ส่งยา การ monitor ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย COVID-19 ด้วยโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) การนำเครื่องอบปลอดเชื้อเพื่อมาใช้ฆ่าเชื้อจุดที่โดนสัมผัส รวมถึงการแบ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้ทำงานที่บ้าน (work from home) เพื่อลดการสัมผัส ป้องกันความเสี่ยงบุคลากรที่มีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบบริการแม้ในระบบรายงานจำนวนผู้ใช้บริการลดลงแต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงการลดความแออัดในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมาโรงพยาบาล การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาพยาบาลอย่างเดียวแต่เป็นการทำงานเชิงระบบที่ส่งผลให้หน่วยงานไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ COVID-19 จากการดูแลรักษาผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นจากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การดำเนินการบางประการมีการลงทุนสูง อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมถึงได้รับบริจาควัสดุ/ ครุภัณฑ์ในการป้องกันการติดเชื้อ การรักษาผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยความสำเร็จของการลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้เป็นสำคัญ ผู้บริหารสร้างความตระหนัก ความมั่นใจ และสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรในหน่วยงาน รับทราบถึงปัญหาและเร่งแก้ไขโดยทันทีในสถานการณ์ที่สุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อพิจารณาจากความปลอดภัยในการทำงาน มีมาตราการ quarantine ชัดเจนในเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยง โดยใช้มาตรฐานเดียวกันในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ รวมถึงมีแผนพัฒนาศักยภาพของทีมให้มีความรู้และทักษะในการจัดการโรคติดเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

มาตรการที่ 3 การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Guideline) / คำแนะนำในการจัดการ COVID-19

COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ติดต่อระหว่างคนสู่คน ผู้ติดเชื้อบางรายจะมีอาการรุนแรง เกิดปอดอักเสบรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การดำเนินการจัดการประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนมากเพียงพอ สถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ขาดองค์ความรู้และขาดแนวทางในการการดูแลรักษาและจัดการกับ COVID-19 ด้วยเหตุนี้กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการ จึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติและคำแนะนำในการจัดการด้านการแพทย์กับสถานการณ์ COVID-19 ที่เกิดขึ้น โดยเป็นแกนกลางและประสานงานเชิญทีมผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านมาร่วมประชุม หารือ และรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงข้อมูลทางวิชาการเท่าที่มีในปัจจุบัน เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติ/ คำแนะนำในการจัดการกับ COVID-19 ได้แก่

1. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ล่าสุดเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8)
2. แนวทางการคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดสำหรับผู้ติดเชื้อ
4. แนวทางการจัดการศพผู้ติดเชื้อ COVID–19
5. แนวทางปฏิบัติชั่วคราวการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์ COVID-19
6. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
7. แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย COVID-19 สู่ผู้สูงอายุ
8. คำแนะนำการปฏิบัติการแยกตัวที่บ้าน (home isolation)
9. แนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE)
10. แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospitel)

แนวทางปฏิบัติ/ คำแนะนำได้รับการปรับปรุงและแก้ไขอย่างเป็นพลวัต เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และพร้อมปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ/ คำแนะนำเมื่อมีข้อมูลทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง

มาตรการที่ 4 จัดระบบรองรับผู้ป่วย

ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจของกรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลราชวิถี ในการประสานการจัดหาโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย COVID-19 เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงเป็นการแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อออกจากชุมชน โดยผู้ป่วยอาจอยู่ที่พักหรืออยู่ในสถานที่ที่ได้จัดไว้ (state quarantine) ทั้งนี้ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ได้มีการจัดเตรียมระบบรองรับผู้ป่วย ทั้งในด้านสถานที่สำหรับรองรับผู้ป่วย การให้บริการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมทีมบุคลกรทางการแพทย์ในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ

ด้านสถานที่สำหรับรองรับผู้ป่วย ได้มีการจัดตั้ง acute respiratory infection (ARI) clinic แยกออกจากคลินิกผู้ป่วยนอก โดยให้บริการแบบ one stop service เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรค รวมถึงจัดเตรียมหอผู้ป่วยแยกโรคที่เป็นห้องแยกเดี่ยว มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน โดยจัดเตรียมห้องแยกที่เป็น negative pressure หอผู้ป่วยเฉพาะ COVID-19 (cohort ward) และห้องที่มีระบบดูดอากาศชนิด modified airborne infection isolation room (AIIR) ที่รองรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการจัดแยกบริเวณที่เป็น negative pressure และ positive pressure ในการจัดพื้นที่ให้บริการเพื่อแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงออกจากกัน โดยการจัดการระบบไหลเวียนอากาศให้เป็นแบบทิศทางเดียว รวมถึงการจัด zoning เว้นระยะห่างระหว่างพื้นที่และที่นั่งทุกหน่วยบริการ จัดแยกสถานที่ที่ทำหัตถการ

แล้วเกิดการฟุ้งกระจายออกจากหัตถการที่ไม่ฟุ้งกระจาย เตรียมฉากกั้นสำหรับพื้นที่ทำ treatment พ่นยา หรือเก็บ swab สร้างเต็นท์ที่เป็น negative pressure สำหรับรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และใช้สำหรับเป็นพื้นที่ในการพ่นยา รวมถึงมีระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน โรงพยาบาล hospitel และ state quarantine

ด้านการให้บริการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วย มีการปรับระบบการให้บริการในหลายหน่วยบริการ ได้แก่

1. การให้บริการที่ OPD มีการจำกัดจำนวนคิวตามช่วงเวลาเพื่อลดความแออัด
2. แพทย์กำหนดเวลานัดเป็นช่วงเวลาและลงตรวจตามเวลา
3. มีระบบ fast track ในการให้บริการกรณีจำเป็นเร่งด่วน
4. การให้บริการที่ ER มีการคัดกรองและให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเสี่ยง (เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อย) พร้อมจัดทำ flow การทำงานที่ชัดเจน
5. การให้บริการที่ OR กรณีผู้ป่วยผ่าตัด จัดลำดับความเร่งด่วน (emergency, urgency และ elective case) โดยกำหนดให้ทำการผ่าตัดในผู้ป่วยเฉพาะ emergency และ urgency รวมถึงมีการจัด zoning ห้องผ่าตัด และปฏิบัติตามแนวทางการผ่าตัดผู้ป่วยเมื่อมีการระบาดของ COVID-19 (ระยะก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในกรณีที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ COVID-19
6. มีแนวทางส่งต่อ (refer case) ระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินการในระยะของ transitional phase
7. มีการดมยาแบบใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (rapid sequencing intubation: RSI)
8. ให้ผู้ป่วยกักตัว 14 วันก่อน admit ในโรงพยาบาลกรณีไม่ฉุกเฉิน
9. มีการจัดแยกห้องคลอดเป็นโซน COVID-19 และโซนปกติ มีทางเข้าที่แยกกันชัดเจน และแบ่งด้วยฉากกั้นโดยไม่ติดต่อกัน
10. จัดระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ มีห้องปฏิบัติการที่มีความปลอดภัย และแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน
11. ระบบวินิจฉัยทางรังสีวิทยา กำหนด zone ชัดเจนและรายงานผ่านระบบ PAC แบบ real time
12. มี transport negative chamber สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย PUI ไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน
13. สร้างตู้สำหรับทำการ swab กลุ่ม PUI ลดการสัมผัสผู้ป่วย
14. ติดตั้งเครื่องฟอกอากาศเพื่อฆ่าเชื้อไวรัสในห้องฉุกเฉิน

ด้านบุคลากร เป็นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและบุคลากรสายสนับสนุน มีการจัดสรรแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการหมุนเวียนมาให้บริการผู้ป่วยให้เพียงพอทั้งในเวลาและนอกเวลา จัดการกำหนด standing order เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 มีการจัดอัตรากำลังทีมสำรองกรณีมีการสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อและจำเป็นต้องกักตัว ซึ่งจะมีทีมสำรองที่ให้การบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้ง intubation team เพื่อเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ rapid sequence intubation (RSI)

การดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่

1. ด้านโครงสร้างที่ยังไม่มี separation & isolation zone ที่ชัดเจน ผู้บริหารควรจัดระบบและปรับโครงสร้างให้มีสถานที่แยกรอตรวจรักษา ARI & PUI clinic และหอผู้ป่วยเฝ้าระวังอุบัติใหม่
2. ด้านการให้บริการ พบปัญหาการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย COVID-19 ซึ่งไม่สามารถตรวจ rt-PCR ได้ แนวทางการแก้ไขดำเนินการโดยจัดซื้อ GeneXpert: COVID-19 ซึ่งห้องปฏิบัติการมีความชำนาญในการใช้งานตรวจวัณโรค ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัย COVID-19 ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
3. ด้านบุคลากร พบปัญหาในเรื่องของอัตรากำลังห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอกับปริมาณงาน เนื่องจากต้องมีความชำนาญและความสามารถเฉพาะด้าน สามรรถแก้ไขได้โดยการจัดเรียงลำดับความสำคัญของงาน ที่เป็นภารกิจเร่งด่วน (SARS-CoV-2) และไม่เร่งด่วน โดยปรับระยะเวลาการออกผล (total turnaround time; TAT) สำหรับบางรายการ เช่น PCR for TB จาก 3 วันทำการเป็น 7 วันทำการ และประสานงานไปยังหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ใช้บริการ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยทั่วไปหรือลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีการตรวจวิเคราะห์ทั่วไปที่ไม่เร่งด่วน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการจัดเตรียมระบบรองรับผู้ป่วย คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญทั้ง 4 M (Man, Money, Material, & Management) บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสามัคคี ให้ความร่วมมือ และมี spirits ในการทำงานร่วมกัน มีทัศนคติที่ดี มีทิศทาง วิธีการทำงาน และมองเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในลักษณะนี้มาก่อนจึงสามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมามาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรครวมถึงวิธีแก้ไขที่เกิดขึ้น ทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปได้

มาตรการที่ 5 การจัดระบบบริหารจัดการ (Management)

การจัดระบบบริหารจัดการด้านบริการทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ในสถานการณ์โรค COVID-19 ระบาด โดยมีการจัดระบบเพื่อเตรียมความพร้อมของสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและป้องกันโรค COVID-19 อาทิ ชุด PPE ยารักษา สถานที่รักษาและกักตัวผู้ป่วย เป็นต้น การดำเนินการสถานบริการสุขภาพ ได้แก่

1. จัดทำโปรแกรมประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้ผู้มีความเสี่ยงได้ประเมินตนเองก่อนมาโรงพยาบาล
2. มีช่องทางการปรึกษาแพทย์ผ่านการลงทะเบียนในระบบ online
3. จัดสถานที่และกำหนดการคัดกรองผู้มาใช้บริการตามมาตรฐาน (standard precaution)
4. แบ่งกลุ่มผู้มาใช้บริการอย่างเป็นระบบ
5. จัดระบบการกำกับ ติดตาม
6. จัดระบบ telemedicine เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการใช้บริการ ลดความแออัดของโรงพยาบาล หน่วยงานส่วนใหญ่ในกรมการแพทย์ที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ มีการวางรูปแบบการดูแลรักษาทั้งในสถานการณ์ปกติและในภาวะวิกฤติ
7. พัฒนาระบบบุคลากรทุกระดับด้านการซักซ้อมการป้องกันตนเอง การใช้อุปกรณ์ ให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลความจำเป็นสำหรับชนิดและปริมาณของสิ่งที่ต้องการรับบริจาคอย่างชัดเจนการให้บริการ มอบหมายรองผู้อำนวยการ กำหนดการใช้ ควบคุมการเบิกจ่าย มีผู้จัดการ PPE และสื่อสารกับหน้างาน โดยพิจารณาจากความเสี่ยง เน้นความปลอดภัยและเหมาะสม
8. พัฒนาระบบการสำรองอุปกรณ์ป้องกันฯ โดยมีคลังพัสดุเป็น center stock และ sub-stock ในการบริหารจัดการอุปกรณ์ PPE

การบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล (staff) มีความสำคัญในสถานการณ์การระบาด COVID-19 จัดระบบด้วยการประเมินและรวบรวมบุคลากรทางการแพทย์ด้านต่างๆ อาทิ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายอำนวยการ โดยการลดระดับการทำงานในภาวะปกติ เพื่อสับเปลี่ยนหมุนเวียนมาสนับสนุนการดำเนินงานด้าน COVID-19 ได้แก่ จุดคัดกรอง จัดทีมหมุนเวียนแพทย์ พยาบาลทุกสาขารวมทั้งฝ่ายบริหาร ช่วยรับดูแลผู้ป่วย COVID-19 ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ พัฒนาศักยภาพการดูแลเฉพาะทาง เช่น intubation team เพื่อเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ rapid sequence intubation กำหนด standing order ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ของกรมการแพทย์ มี flow chart ความรับผิดชอบในการทำงานของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเข้าใจระบบการทำงาน นอกจากการบริหารจัดการด้านบริการ ด้านบุคลากรแล้ว กรมการแพทย์มีการพัฒนาระบบการสื่อสารสำหรับประชาชนด้วยหมายเลขสายด่วน 1668 ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มาต่อยอดเพื่อเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ ความเข้าใจ

ในการปฏิบัติตัวของประชาชนด้านการดูแลรักษาโรค COVID -19 โดยมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นผู้ให้ข้อมูล คำปรึกษา คำแนะนำทางการแพทย์และการพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง

การบริหารจัดการด้านวิชาการ กรมการแพทย์ได้จัดการอบรม การเรียน การสอนแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทาง สหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ สถานฝึกอบรมของกรมการแพทย์จัดระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ร่วมกับการสอนภาคปฏิบัติที่มีการจัดเป็นแบบ social distancing โดยการแบ่งกลุ่มการเรียนฝึกทักษะจากวิดีทัศน์ การสอบรายบุคคลในสาขาที่ไม่สามารถเลื่อนได้ ทั้งนี้ การเรียนการสอนเป็นไปตามข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง COVID-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ประเด็น ได้แก่ การใช้ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ การติดตามและการบริหารจัดการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดการ ได้แก่ การสื่อสารอย่างต่อเนื่องผ่านหลายช่องทาง ที่ทำให้หน่วยงานทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ทิศทางและการสั่งการของผู้บริหารมีความชัดเจน การมอบหมายผู้ดำเนินการเป็นไปอย่างเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างราบรื่น

มาตรการที่ 6 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น ข้อมูลวิชาการที่ใช้สนับสนุนการบริหารจัดการโรค COVID-19 มีไม่เพียงพอ การศึกษาวิจัยจึงเป็นวิธีที่จะได้มาซึ่งข้อมูลทางวิชาการที่มีความเชื่อถือในด้านประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย กรมการแพทย์ได้ดำเนินการและ/ หรือร่วมดำเนินการการ ได้แก่

1. จัดทำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-CRF) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่เป็นรูปแบบเดียวกันในระดับประเทศ โดยหน่วยงานต่างๆ สามารถบันทึกข้อมูลออนไลน์ ซึ่งระบบออกแบบให้มีการรายงานในภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมดและเป็นรายหน่วยงาน
2. ประเมินผลการทดสอบการติดเชื้อ COVID-19 ด้วย rapid test ในโรงพยาบาล/ สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ rapid test ในระยะเวลาการติดเชื้อที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิชาการในการสนับสนุนความแม่นยำของเครื่องมือที่ใช้ตรวจหาเชื้อ COVID-19
3. ประสานงานและดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกในส่วนของประเทศไทยที่เข้าร่วมกับองค์การอนามัยโลกในประเด็นประสิทธิผลของยาที่ใช้รักษา COVID-19 รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบสุ่มในหลายหน่วยงาน ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. จัดทำโครงการวิจัยแบบสุ่มในการรักษา COVID-19 ด้วยยาต้านไวรัสร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยโรงพยาบาลราชวิถีเป็นหน่วยงานหลัก ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สวรส. กสทช. และกรมการแพทย์
5. วิจัยประสิทธิผลของยา angiotensin II receptor blocker (ARB) ในการป้องกันการเกิด acute respiratory distress syndrome (ARDS) ในแบบจำลองเซลล์ COVID-19 แบบ 3 มิติ โดยสถาบันโรคทรวงอก โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สวรส.
6. วิจัยระยะเวลาการคงอยู่ของเชื้อ COVID-19 จากการเพาะเชื้อในกรณีที่ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษามาแล้วมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ยังคงมีผลการตรวจ PCR เป็นบวก โดยดำเนินการร่วมกับคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลของการศึกษาจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะแพร่เชื้อได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย COVID-19 ที่ติดเชื้อมาเป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์แต่ผลตรวจ PCR เป็นบวก เป็นผลมาจากซากของไวรัสที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งไม่สามารถแพร่เชื้อได้
7. ดำเนินการวิจัยร่วมกับหน่วยงานด้านวิศวกรรม เพื่อพัฒนาระบบกำกับ ติดตามผลผู้ป่วยโดยการควบคุมระยะไกลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงโอกาสติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ได้

8. วิจัยหุ่นยนต์อัตโนมัติเพื่อใช้ในการกำจัดเชื้อด้วยรังสี UVC และหุ่นยนต์ส่งยา/ อาหารร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อลดโอกาสติดเชื้อของบุคลากร รวมถึงการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ปัจจัยของความสำเร็จ มาจากความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมดำเนินการวิจัย และสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ รวมถึงวิสัยทัศน์ของผู้บริหารระดับต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยยงคงมีปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากขาดเครื่องมือเพื่อทำการศึกษาวิจัยเชิงลึก ขาดงบประมาณในการพัฒนาการสร้างนวัตกรรมที่ชัดเจน และข้อจำกัดของเวลาในการดำเนินงานที่ผูกพันกับรอบปีงบประมาณ

มาตรการที่ 7 การดูแลบุคลากร

หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรตั้งแต่ก่อนเริ่มมีการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย โดยได้จัดทำชุดข้อมูลเฝ้าระวังของ COVID-19 เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงการป้องกันตนเองและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อเริ่มมีการระบาดของโรคหน่วยงานได้มีการจัดเตรียมระบบเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในบุคลากร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น มีแนวทางการให้ความรู้และการปฏิบัติด้านการป้องกันการติดเชื้อและการระบาดของโรค การฝึกอบรม/ ทบทวนทักษะการใส่ - ถอดอุปกรณ์ PPE อย่างปลอดภัยและเหมาะสมแก่บุคลาการทางการแพทย์ รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แม่บ้าน พนักงานเปล คนขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย ให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การจัดระบบบริการเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากร เช่น การคัดกรองก่อนเข้าปฏิบัติงาน การจัดเวรหมุนเวียนการปฏิบัติหน้าที่สำหรับบุคลากรทางคลินิก การเหลื่อมเวลาในการเข้าปฏิบัติงาน หรือการให้บุคลากรสายสนับสนุนปฏิบัติงานที่บ้าน (work from home) และมีการจัด zoning เว้นระยะห่างพื้นที่สำหรับบุคลากร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

สำหรับการบริหารจัดการอุปกรณ์ PPE หน่วยงานได้มีการวางแผนจัดสรร PPE ให้บุคลากรอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยการกำหนดการเบิกจ่ายอุปกรณ์ PPE การนำกลับมาใช้ซ้ำ (reused) รวมถึงการสนับสนุนให้สร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์การป้องกันตนเองจากวัสดุที่มีอยู่ในพื้นที่ (face shield, leg cover ที่ผลิตจาก non-woven, hood ผลิตจาก non-woven, หน้ากากผ้า, ตู้กันละอองฝอย) และการรับบริจาคอุปกรณ์ PPE จากภาคีเครือข่าย เพื่อลดปัญหาการขาดแคลน PPE

ด้านการสร้างขวัญและกำลังใจ กรมการแพทย์ได้ประสานความร่วมมือในการจัดทำกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้ผู้บริหารระดับสูงได้แสดงความห่วงใยและได้ให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหา/อุปสรรค ในการดูแลบุคลากรและแนวทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของกรมการแพทย์ คือ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันในภาวะวิกฤต การสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน การปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกันสถานการณ์ สำหรับการแก้ไขโดยการรับบริจาคอุปกรณ์ป้องกัน การสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ป้องกันในหน่วยงาน การให้ความรู้/ ทักษะและการซักซ้อมแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการชี้แจงเมื่อมีแนวทางปฏิบัติใหม่ ทั้งนี้ หัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาคือการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างทันท่วงทีต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจสถานการณ์และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานมากขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลบุคลากรในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของกรมการแพทย์ คือ มีคณะกรรมการของหน่วยงานเพื่อวางแผนการดูแลบุคลากรที่ชัดเจน มีการสนับสนุนองค์ความรู้ที่จำเป็นและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างพอเพียงแก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นการสร้างความมั่นใจการปฏิบัติหน้าที่อย่างปลอดภัย มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

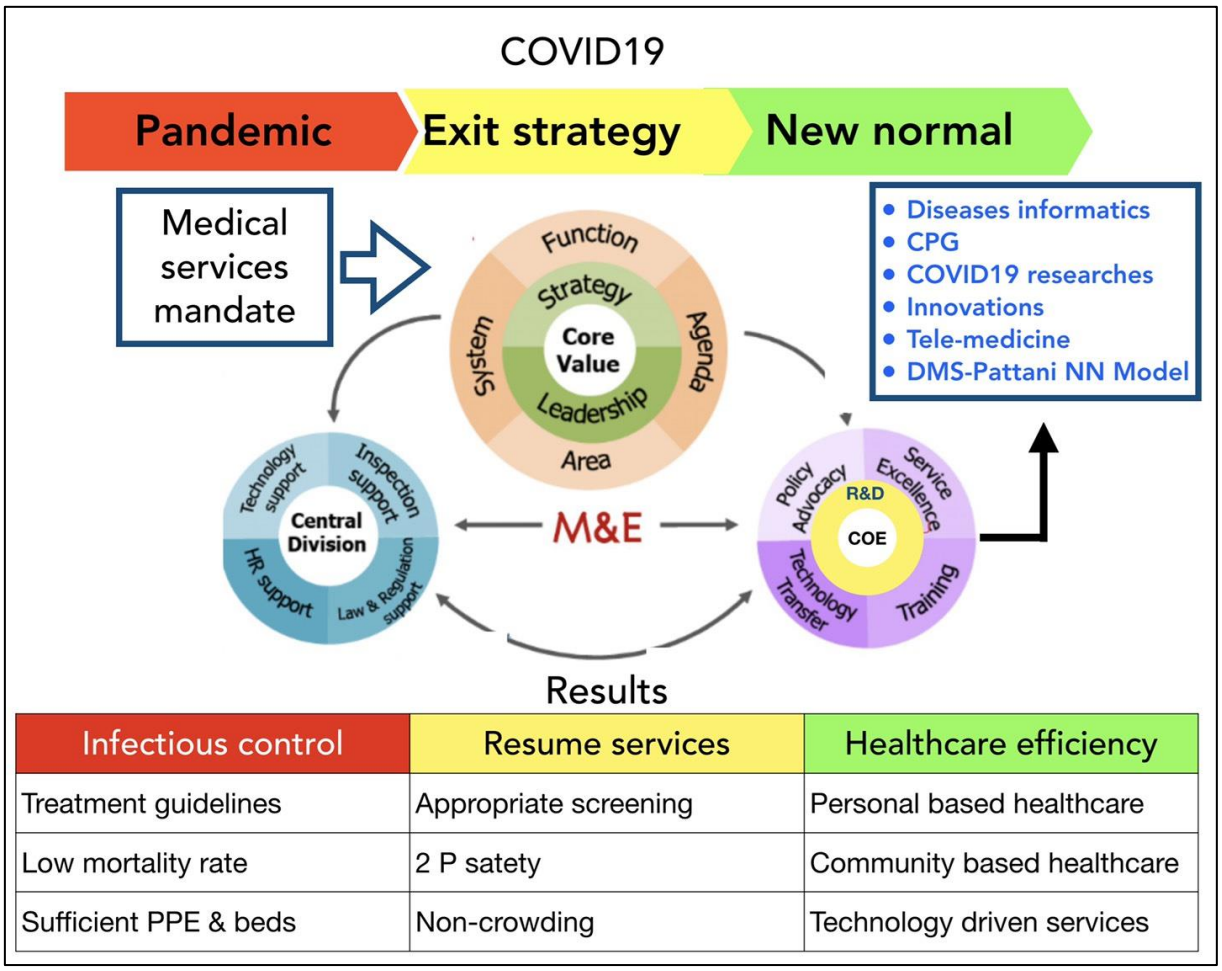
มีการฝึกซ้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และมีการสนับสนุนของผู้บริหารของกรมการแพทย์ทั้งในด้านการจัดหากรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองและการให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

มาตรการที่ 8 การประชาสัมพันธ์

หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ได้มีการปรับรูปแบบของการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน ให้เป็นไปในรูปแบบออนไลน์มากขึ้น ผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือ application ต่างๆ มีการสื่อสารนโยบายต่างๆ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติภายในหน่วยงาน และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่หน่วยงานอื่นๆ เช่น การจัดทำคู่มือหรือแนวทางการส่งตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ การจัดทำคลิปแนะนำการปฏิบัติตัวในการวัดความดันโลหิต วัดไข้ วัดออกซิเจน การจัดทำคลิปการสวมและถอด PPE การทำสื่อประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังป้องกันโรค 3 ภาษา แบบคัดกรอง 3 ภาษา การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทางไลน์ นอกจากนี้ ยังมีการจัดประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและสอบถามข้อมูลได้ จัดให้มี Facebook live มีการนัดหมายให้แพทย์ต่างๆ เวียนมาตอบคำถาม จัดให้มีป้ายประชาสัมพันธ์ google site ให้ข้อมูลทางเลือกในการรับการบริการด้วยการโทรเข้ามาสอบถาม การขอเข้ารับบริการ รายการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ตลอดการประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการด้วยตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเป็นสิ่งสาคัญที่ต้องดำเนินการทันทีและต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนักและไม่ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ การสื่อสารในองค์กรควรใช้ทุกช่องทางในการสื่อสาร ประชุม พูดคุย ประเมินสถานการณ์ แก้ไขความบกพร่อง/ ความคลาดเคลื่อน ปรับเปลี่ยนโดยเร็ว สร้างความรู้ความเข้าใจให้ทันต่อเหตุการณ์

การสื่อสารแนวทางการปฏิบัติภายในหน่วยงาน ยังพบปัญหาการเข้าใจที่คลาดเคลื่อน วิธีการแก้ปัญหาโดยการเน้นย้ำให้หัวหน้าในทุกระดับมีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน และผู้บริหารสื่อสารด้วยตนเองเพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานพบปัญหาของการเข้าใจไม่ตรงกัน ซึ่งหน่วยงานปรับแก้ไขโดยการอธิบายข้อสงสัยและวางระเบียบขั้นตอนที่ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งรับข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการประชาสัมพันธ์ เกิดจากการสื่อสารผ่านแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำงาน การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น โดยช่องทางต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยการสื่อสารต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันและทั่วถึง ตั้งแต่นโยบายระดับประเทศ กรมการแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับต่างๆ ลงไปจนถึงผู้ปฏิบัติ

สรุปภาพรวมการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ (New Normal Medical Services) ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ จังหวัดปัตตานี ภายใต้โครงการ DMS-Pattani model



Infectious control	Resume services	Healthcare efficiency
Treatment guidelines	Appropriate screening	Personal based healthcare
Low mortality rate	2 P satety	Community based healthcare
Sufficient PPE & beds	Non-crowding	Technology driven services

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการ COVID-19 ในระยะต่างๆ

จากสถานการณ์การระบาด COVID-19 ในประเทศเริ่มคลี่คลายลงและกำลังเข้าสู่การบริการสุขภาพที่ต้องตั้งอยู่ในความรอบคอบและการจัดระบบรองรับหากมีการระบาดครั้งใหม่ กรมการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการทางการแพทย์เป็นหลักที่จะส่งผลการควบคุมการดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้เกิดความมั่นใจในระบบสาธารณสุขของประเทศ กรมการแพทย์จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการทางการแพทย์แบบใหม่(New Normal Medical Services) ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ โดยใช้ความเชี่ยวชาญ องค์ความรู้และความเป็นเลิศด้านการบริการทางการแพทย์มาพัฒนาต่อยอดใน 3 ประเด็นหลัก คือ โครงสร้าง (structure) ระบบ (system)และบุคลากร (staff) เพื่อส่งผลให้เกิดการตื่นตัวด้านการดูรักษาและการดูแลสุขภาพจากระบบโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนและระดับบุคคล จึงเลือกพื้นที่จังหวัดปัตตานีนำร่อง โดยพิจารณาจาก สถานการณ์ในพื้นที่ขณะดำเนินโครงการมีการระบาด COVID-19 ความพร้อมในการดำเนินงานพื้นที่ รวมถึงนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดที่สั่งการมาตรการอันส่งผลต่อการควบคุมการระบาดของ COVID-19 อย่างเป็นรูปธรรม และมีหน่วยงานในสังกัดของกรมการแพทย์อยู่ในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลักในจังหวัดปัตตานีร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี การสร้างความปกติในรูปแบบใหม่ของระบบการแพทย์ได้ยึดหลัก 2P Safety ลดแออัด ลดรอคอย และความเท่าเทียม โดยใช้ดิจิทัลในการบริหารจัดการ มีการวางแผนดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม - 12 มิถุนายน 2563

เริ่มลงสำรวจพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อม งาน Research model และ Service model implementation จำนวน 4 Module และลงพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องจึงพอสรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้

Research model โดยตั้งสมมติฐานว่า วิธีการคัดกรองต่างๆ นั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปนเปื้อน (contaminate) ไม่เกิน 1 ราย/ ปี ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ในพื้นที่ พบประเด็น ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการสัมผัสผู้ป่วย COVID-19 ไม่มีผลต่อการติดตามสัญญาณอาการแต่อย่างใด และพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างอาการในผู้ป่วย COVID-19 และอาการของผู้ป่วย Acute respiratory infection แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือประวัติการสัมผัสของผู้ป่วย ทั้งจากผู้ป่วยที่ยืนยันผล COVID-19 ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็น COVID-19 หรือ การเดินทางไปพื้นที่ต่างๆ หรืออาชีพเกี่ยวข้อง และถ้ามีสาเหตุจากทั้งหมดนี้ให้เลื่อนการผ่าตัดออกไป 14 วัน เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อในห้องผ่าตัด

2. กระบวนการการคัดกรองด้วยวิธีการต่างๆ จะเริ่มเกิดประโยชน์ในกรณีที่มีอุบัติการณ์มากกว่าร้อยละ 0.15 หรือพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 3 ราย/วัน ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้
ในกรณีที่พบอุบัติการณ์ของพื้นที่น้อยกว่าร้อยละ 0.15 หรือคิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 3 ราย/วัน พบว่าไม่มีความจำเป็นในการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว

2.1 ในกรณีที่พบอุบัติการณ์ของพื้นที่ในช่วงร้อยละ 0.15-0.6 หรือคิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่น้อยกว่า 12 ราย/วัน ควรคัดกรองด้วยวิธี PCR NPS (Nasopharyngeal Swab) หรือ PCR saliva

2.2 ในกรณีที่พบอุบัติการณ์ของพื้นที่ในช่วงร้อยละ 0.6-1.5 หรือคิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่น้อยกว่า 30 ราย/วัน ควรคัดกรองด้วยวิธี PCR และ Rapid test

2.3 ในกรณีที่พบอุบัติการณ์ของพื้นที่มากกว่าร้อยละ 1.5 หรือคิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 30 ราย/วัน ควรดำเนินการแบบ Full protection และ triage ต่อไป

การประเมินกลุ่มเสี่ยงจากการซักประวัติอาการและอาการแสดง ยังไม่สามารถบอกได้ว่ามีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ชัดเจน เนื่องจากช่วงที่ทำการวิจัยเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์ต่ำ ซึ่งมีแผนศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรอง COVID-19 ในผู้ป่วยที่นัดมารับการผ่าตัดในจังหวัดปัตตานี และลงพื้นที่เพื่อคืนข้อมูลต่อไป

Service model implementation ได้แก่

1. Dental Module มีการสำรวจและวางแผนการปรับ Structure ของทุกโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถทำหัตถการที่ฟุ้งกระจายได้ในหัวข้อ (1) Four-handed dentistry (2) Rubber dam และ (3) การใช้ High power suction โดยมีกำหนดกลับมาให้บริการในวันที่ 1 มิถุนายน 2563

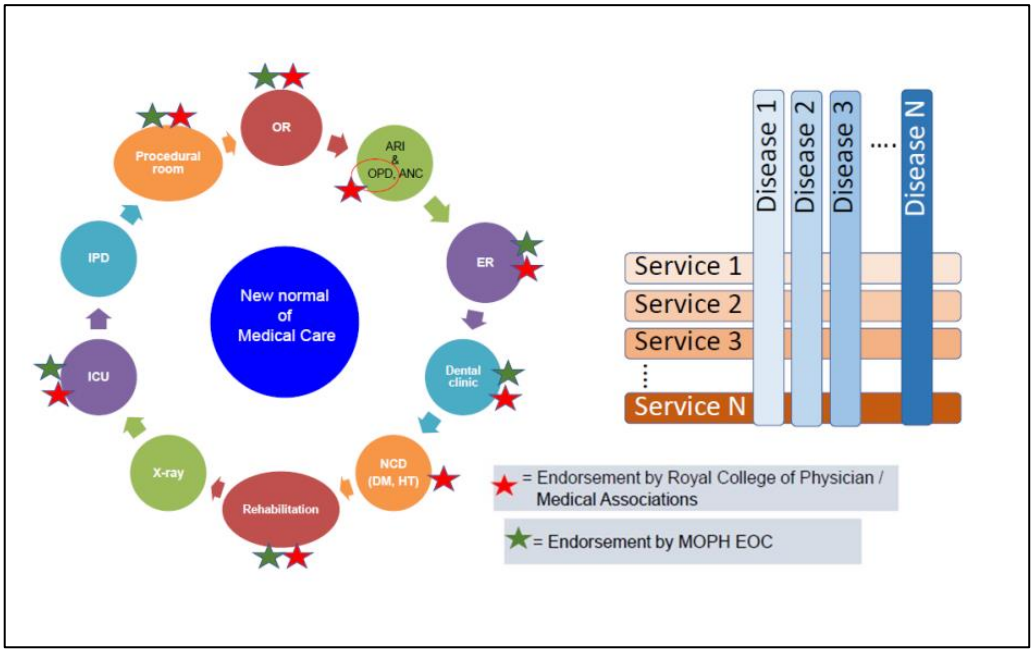
2. ER Module ได้จัดทำ Modify negative pressure room ของโรงพยาบาลปัตตานีและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในหัวข้อ (1) Triage with ER zoning และการใส่ชุด PPE และ (2) การใส่ท่อช่วยหายใจ ET-Tube Nebulize และ CPR ในหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง โดยปัจจุบันกลับมาให้บริการแล้ว

3. OR Module ได้จัดทำ Modify negative pressure room ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี และข้อเสนอแนะการจัดระบบ Hybrid negative pressure room ที่โรงพยาบาลปัตตานี พร้อมทั้งปรับระบบการคัดกรอง และการพัฒนาคุณภาพงานตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่กรมการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่ายกำหนดในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยติดเชื้อ COVID-19 ในห้อง OR ซึ่งพื้นที่ดำเนินการได้ตามบริบทของตนเอง โดยมีตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล

4. NCD Module (DM, HT) มีการดำเนินงานโดยยึดหลัก Health Literacy ไปสู่ Self-Monitoring เพื่อลดแออัด ลดรอคอย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น (1) กลุ่มควบคุมได้ดี (2) กลุ่มควบคุมได้ปานกลาง และ (3) กลุ่มควบคุมได้ไม่ดีพร้อมทั้งจัดทำ Flow การให้บริการทั้งหมดของจังหวัดปัตตานี

การประเมินผลในภาพรวม แบ่งเป็น (1) ระยะสั้น โดยการประเมินความพึงพอใจ (2) ระยะกลาง ได้รับความร่วมมือจาก IHPP ในการจัดทำแบบประเมินผล และ (3) ระยะยาวหรือภาพรวม จะมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง 12 เขตสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโรค(WHO) สนับสนุนงบประมาณนอกจากนี้กรมการแพทย์ยังความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) ในการสร้างความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนใน NCD Module และ Dental Module และ IHPP (International Health Policy Program, Thailand) หรือสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในการติดตามและประเมินผลร่วมออกแบบระบบการประเมิน (Input, Process, Output, Outcome, Impact) นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนด้านดิจิทัลจากบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) เพื่อส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารทางการแพทย์และสาธารณสุข (tele medicine) ได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กรมการแพทย์ได้มีแผนการพัฒนาการแพทย์วิถีใหม่ (Model New Normal Medical Service)ในอีกหลายรูปแบบ ซึ่งผ่านมติความเห็นชอบจากราชวิทยาลัย/แพทยสมาคม และคณะกรรมการ EOC ของกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือจาก 4 model เช่น Rehabilitation, ICU, OPD, IPD, Procedural room เป็นต้น โดยรูปแบบของการ implement จะดำเนินการในลักษณะกลุ่มเครือข่ายโดยไม่แยกเป็นโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง หลังจากimplement แล้วจะได้รูปแบบchecklist ของแต่ละ model ออกมาเพื่อติดตามและพัฒนาในด้านระบบ (System) โครงสร้าง (Structure) และบุคลากร (Staff) ที่ทำให้เห็น gap ของแต่ละพื้นที่เพื่อพัฒนาต่อไป



ภาพที่ 2 New normal of Medical Care

ภาคผนวก

- **ภาคผนวก 1**
  - รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
  - สรุปประเด็นรายงานการประชุมมาตรการด้านการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- **ภาคผนวก 2**

  สรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ในสถานการณ์ COVID - 19

ภาคผนวก 1

กรมการแพทย์จัดการประชุมเชิงนโยบายเพื่อการบริหารจัดการร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบการแพทย์และสาธารณสุข

1. การประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาธร เป็นประธาน) จำนวน 9 ครั้ง (ล่าสุด 2 มิ.ย.63) ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ประธานองค์การเภสัชกรรม นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย คณบดี/ รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รองปลัดกรุงเทพมหานคร อธิบดี/ เลขาธิการกรรมการวิจัย เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนกรมแพทย์เหล่าทัพ ฯลฯ

การประชุมมุ่งเน้นการติดตามความก้าวหน้า การจัดการปัญหา การวางแผนงานและการบริหารจัดการด้านทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งประเทศ ที่ระดมทุกภาคส่วนภาครัฐและเอกชนร่วมเสนอ ร่วมคิด ร่วมทำ ในประเด็น ดังต่อไปนี้ สถานการณ์ COVID-19 การบริหารอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส แผนขยายจำนวนเตียงและหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ของสถานพยาบาลในกรุงเมพมหานครและปริมณฑล วัคซีนป้องกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติ ระบบดิจิทัลสำหรับ COVID-19 และแลกเปลี่ยนการพัฒนาระบบการแพทย์วิถีใหม่ เป็นต้น

2. การประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

(ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน) จำนวน 12 ครั้ง (ล่าสุด 27 มิ.ย.63) ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ อธิบดี/ รองอธิบดี นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นายกสมาคมโรงพยาบลเอกชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ฯลฯ

การประชุมมุ่งเน้นการบริหารจัดการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและในการดูแลรักษาและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การบริหารจัดการทรัพยากรอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส การบริหารเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษา หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ เป็นต้น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 3 เมษายน 2563 เวลา 11.00 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้ที่มาประชุม

1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2. นายแพทย์โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
4. นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
5. เภสัชกรหญิงสุรัชนี เศวตศิลา แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
6. ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
8. ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
9. ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
10. ศ.นพ.รื่นเริง ลีลานุกรม แทน คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
12. รศ.นพ.ประยุทธ ศิริวงษ์ คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ วชิรพยาบาล
13. รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
14. ผศ.นพ.อนุแสง จิตสมเกษม รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
15. แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ รองปลัดกรุงเทพมหานคร
16. นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์
17. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
18. นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
19. นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์
20. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
21. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
22. รศ.นพ.วิศิษฏ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
23. นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
24. นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
25. นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
26. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์
27. แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์
28. นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
29. นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
30. นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2.	นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
3.	รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.	พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
5.	น.ท.พงศ์เทพ พุกะนัดด์	กรมแพทย์ทหารอากาศ
6.	นายโอฬาร สืบสาย	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
7.	เภสัชกรหญิงดนตรี เกษสุวรรณสิงห์	รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
8.	เภสัชกรหญิงสุนทรี ตันติทวีวัฒน์	ผู้อำนวยการฝ่ายประกันคุณภาพ องค์การเภสัชกรรม
9.	พ.ต.อ.หญิง สุภารัตน์ ปัญญาปัตโชโต	โรงพยาบาลตำรวจ
10.	เภสัชกรอภิชัย พจน์เลิศอรุณ	กรมควบคุมโรค
11.	นางสาวขวัญเนตร มีเงิน	กรมควบคุมโรค
12.	นายชัยชนะ วีระสุชาติ	กรมการแพทย์
13.	นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
14.	นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 11.00 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งทราบ

ประธานแจ้งเรื่องการผลิต Silicone Mask N99 และ PAPR ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดังนี้

1. เนื่องจากขณะนี้มีหลายแห่งกำลังพัฒนาการผลิตหน้ากาก N99 รัฐบาลจะให้การสนับสนุนทางคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในเบื้องต้น 2.5 ล้านบาท สำหรับการดำเนินการในส่วนนี้

2. Power Air Purifying Respirator (PARP) ทางจุฬาฯ กำลังดำเนินการผลิต 10,000 ชิ้น แต่จะได้ในอีก 2-3 เดือน จึงขอให้คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการผลิต 1,000 ชิ้น โดยจะได้รับงบสนับสนุน 10 ล้านบาท

ประสานขอให้ อย. ตรวจสอบและรับรองคุณภาพ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 สถานการณ์และแผนขยายจำนวนเตียงของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์นำเสนอสถานการณ์จำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ในภาพรวม และการคาดการณ์การใช้เตียง ICU กทม. หาก R_0 1.8 จะมีการใช้เตียงจำนวน 190 เตียง ในปลายเดือนเมษายน หาก R_0 2.2 จะมีการใช้เตียงจำนวน 205 เตียง ในปลายเดือนพฤษภาคม และได้เสนอข้อมูลการสำรวจแผนพัฒนาศักยภาพความพร้อมของเตียง AIIR, ICU และ AIIR modified (Semi) จากโรงพยาบาลในเขต กทม. โดยนำเสนอเป็นแผนผังแสดงแผนขยายศักยภาพ

ขอใช้แผนผังนี้ซึ่งได้มีการหารือกับโรงพยาบาลแล้วทุกแห่งในการติดตามแต่ละช่วงเวลาและใช้ในการบริหารจัดการ ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร แพทย์ พยาบาล และความพร้อมของอุปกรณ์ Ventilator Monitor Others จึงต้องการให้มีการ Matching กันทุกโรงพยาบาล ดังแผนผังต่อไปนี้

AIIR & ICU

ชื่อรพ.	ประเภท		แผนขยาย									
	AIIR ICU	AIIR modified (Semi)	ประเภทห้อง	จำนวน	เม.ย. 2563				พ.ค. 2563			
					WK1	WK2	WK3	WK4	WK1	WK2	WK3	WK4
1.รพ.ศิริราช	7	6		7								
2.รพ.จุฬา	4	7		7								
3.รพ.วชิระพยาบาล	2		2+6 (mod)	8								
4.รพ.ตำรวจ	2			5 + 5								
5.รพ.สิรินธร			mod	3								
6.รพ.พระปิ่นเกล้า	1	3		9								
7.รพ.กลาง	2		mod	2								
8.รพ.ธรรมศาสตร์	2			11								
9.ส.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์*	10	6		22								
10.รพ.ราชวิถี **	4			8								
11.รพ.เลิดสิน			mod	(5)+(5)								
12.ส.บำราศนราดูร	8	7	mod	10								
13.รพ.ภูมิพล	3	5		12								
14.รพ.เจริญกรุง		2		2								
15.รพ.นพรัตนราชธานี	2											
16.รพ.พระมงกุฎ	2			5								
17.รพ.ตากสิน	2											
18.ส.ทรวงอก	2											
19.ส.เด็ก	2											
20.เอกชน	(44)	(45)										
รวม	55	36		116	22		8	22				64
ส.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ IMC 9	รพ.ราชวิถี IMC 16	91			113		121	143				207

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

ตัวเลขเตียงที่ได้จากการสำรวจต้องระวังว่าสามารถทำได้จริงหรือไม่ เนื่องจากมีเตียงและจะต้องมีบุคลากรด้วย

3.2 การเตรียมความพร้อมสำหรับห้อง ICU

รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ นำเสนอวิธีการเตรียมการรับมือผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ในเขต กทม. จากการคาดประมาณศักยภาพเตียง และปริมาณผู้ป่วยวิกฤตสะสม พบว่าศักยภาพเตียงสำหรับดูแลผู้ป่วยวิกฤต ณ วันที่ 15 เมษายน 2563 จำนวน 120 เตียง แต่ปริมาณผู้ป่วยวิกฤตสะสมมีจำนวน 200 คน จึงมีแนวคิด 2 ทาง คือ 1. ขยายบริการในสถานที่เดิมที่มีอยู่ 2. ขยายการบริการในที่ใหม่คือจัดตั้ง ICU สนาม

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ICU สนามคิดว่าทำได้ยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน Resource บุคลากร ระบบต่างๆ ภายในของโรงพยาบาล
- ควรหาข้อสรุปว่าจะต้องสร้าง ICU สนามหรือไม่ แต่หากจำเป็นต้องทำจริงๆ ตามสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น จะเลือกสถานที่ใดเป็นที่ตั้ง และควรจะเตรียมวางแผนการจัดการ Resource และเตรียมข้อมูลต่าง ๆ ไว้ก่อน
- ควรประสานงานกับ SCG และกองวิศวกรรมสถานไว้ก่อน และ SCG ยินดีเป็น Project manager
- ICU สนามควรจัดทำในโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างพื้นฐานอยู่แล้ว (Hospital based setting)
- ในอนาคตอาจจะต้องพิจารณาจัดตั้ง ICU สนามในโรงพยาบาลต่างจังหวัด

มติที่ประชุม

- หาข้อมูล Surge capacity เพิ่มเติมที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ ขอให้หารือนอกรอบ
- มอบนพ.ณรงค์ ประสานกับ นพ.นิธิพัฒน์ เรื่องข้อมูลแพทย์ที่ดูแล critical care
- เตรียมการณ์ เรื่อง Training พยาบาล
- มอบ นพ.ณรงค์ ประสานกับ กบรส. เรื่องแนวทางการพัฒนา ICU ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด

3.3 ความก้าวหน้าด้านดิจิตอลสำหรับ COVID-19

พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์ นำเสนอการใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการผู้ป่วย COVID-19 ณ ปัจจุบัน กรมควบคุมโรคสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับ สป. ได้แล้ว แต่ข้อมูลไม่สามารถ Search ได้ จึงต้องดำเนินการใหม่ทั้งหมด ส่วนกรมการแพทย์ดำเนินการจัดทำ Sabaideebot ในการช่วยเหลือผู้รับบริการ ซึ่งได้ทดลองใช้ในรพ.ราชวิถีแล้ว จะสามารถดำเนินการได้โดยไม่ผ่านส่วนกลาง และได้เสนอให้กับ รพ.รามาธิบดี ซึ่งรพ.รามาธิบดีจะเริ่มดำเนินการใช้ระบบนี้ในอีก 2 สัปดาห์

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- มีบริษัท EA เสนอเข้ามาในการจัดทำข้อมูลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่าน Smart phone
- ขอให้กรมควบคุมโรคมอบหมายผู้ดูแลเรื่องดิจิตอลเข้าร่วมประชุมในครั้งหน้าด้วย
- ควรดึงภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือ เช่น ค่ายมือถือต่าง ๆ

มติที่ประชุม

ในการประชุมครั้งหน้า วันอังคารที่ 7 เมษายน 2563 ให้เชิญ

- บริษัท EA เข้ามานำเสนอข้อมูล
- ผู้ที่รับผิดชอบด้าน Digital เข้าร่วมประชุมด้วย

3.4 การกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

3.4.1 อุปกรณ์ป้องกัน PPE และ N95

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา นำเสนอข้อมูล

1. PPE

Standard PPE ใช้ที่จุดคัดกรองหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ต้องสงสัยหรือติดเชื้อ	**Full PPE** ใช้ที่จุดตรวจผู้ป่วยต้องสงสัยและเก็บตัวอย่างจากช่องจมูก หรือใส่เข้าห้องผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อดูแลรักษาในรายที่ไม่มีการทำหัตถการที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจาย	**Enhanced PPE** ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้ออย่างใกล้ชิด และมีการทำหัตการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย หรือมีโอกาสสัมผัสกับเลือด/สารคัดหลั่ง โดยใส่คู่กับการใช้ PAPR
Isolation gown 1. Hair net 2. Goggles/Eyes-visions 3. Surgical mask 4. Disposable gloves 5. Shoes cover	Isolation gown 1. Hair net 2. Goggles/Eyes-visions 3. Face shield 4. N95 mask 5. Disposable gloves 6. Shoes cover	Medical protecting gown 1. Medical cap 2. Goggles/Eyes-visions 3. Face shield 4. N95/Respirator mask 5. Double disposable gloves 6. Shoes cover

<u>มาตรการการใช้ PPE ในสถานการณ์ที่ไม่เพียงพอ</u> คือ

- ใช้ชุด Gown หรือ Overall ที่ได้รับรองตามมาตรฐานอื่นๆ
- เพิ่มอายุการใช้งาน ไม่ต้องเปลี่ยนชุด Surgical gown ทุกครั้งในกรณีที่มีการใช้งานกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อประเภทเดียวกัน
- ใช้ซ้ำ (Reuse)
- ใช้เสื้อคลุมห้องปฏิบัติการแบบใช้แล้วทิ้ง หรือเสื้อคลุมสำหรับคนไข้แบบซักได้ หรือเสื้อคลุมห้องปฏิบัติการแบบซักได้ หรือผ้ากันเปื้อนใช้แล้วทิ้ง
- ตัดเย็บเอง

คุณสมบัติชุด PPE (Surgical gown) ที่ผลิตภายในประเทศไทย สำหรับการใช้งานกับผู้ป่วย COVID-19

- ป้องกันการซึมผ่านของน้ำ
- ผ้าที่ใช้ทำ Surgical gown มีคุณสมบัติในการซึมผ่านของน้ำที่มีแรงดัน และมีคุณสมบัติในการสะท้อนน้ำ
- มีคุณสมบัติในการใช้ซ้ำ (Reuse) อย่างน้อย 20 ครั้ง ด้วยวิธีการซักล้างตามกระบวนการของโรงพยาบาล
- ผลิตโดยสมาคมอุตสาหกรรม ราคาประมาณ 500 บาท/ชุด

2. N95 Mask

2.1 การใช้ N95 ในรายที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

N95 ทางการแพทย์ (Medical grade) และ N95 ธรรมดา (Industrial grade) มีความแตกต่างที่สำคัญ คือการต้านทานการซึมผ่านของของเหลว

มาตรการการใช้ N95 ในสถานการณ์ที่ไม่เพียงพอ คือ

- ใช้ N95 ที่เป็น Industrial grade ในประเด็นนี้ขอความคิดเห็นจากที่ประชุม เพื่อการดำเนินการสั่งของ และหา Reference สำหรับทำความเข้าใจกันหน่วยงานว่าสามารถใช้ Industrial grade ได้
- ลดจำนวนผู้ใช้งานที่ไม่มีความจำเป็น
- ใช้ซ้ำ (Reuse) โดยกระบวนการ UVC หรือ Dry heat
- แยกบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ออกจากการดูแลผู้ป่วย COVID-19

2.2 การ Reuse N95

คุณสมบัติของการ Reuse คือ

- จะต้องฆ่าเชื้อไวรัสและแบคทีเรียที่สะสมบนหน้ากากอย่างมีประสิทธิภาพ
- ไม่ทำลายโครงสร้างของหน้ากาก
- คงประสิทธิภาพการกรองของหน้ากาก

วิธีการ Reuse แล้วแต่บริบทและอุปกรณ์ที่มีอยู่ของหน่วยงาน ซึ่งไม่ได้บ่งบอกว่าวิธีไหนดีที่สุด สามารถใช้ได้ทั้ง 3 วิธี คือ

วิธี Reuse	กระบวนการ	จำนวนครั้งที่ Reuse	ข้อดี/ข้อเสีย
1. UV	อบ 30 นาที	-	- แสงต้องส่องถูกทุกพื้นผิว - มีอัตรายต่อผิวหนังและดวงตา - ความเข้มแสงของแต่ละเครื่องต่างกัน - ยังไม่มีผลการทดลอง - ทำลาย Electrostatic charge แต่ไม่ทำลายโครงสร้างหน้ากาก
2. Dry heat	อบความร้อน 70°C 30 นาที	4 ครั้ง	- ความร้อนทั่วถึง - ไม่มีอันตราย - ปรับอุณหภูมิได้ตามต้องการ - ใช้ทั่วไปตามห้องปฏิบัติการติดเชื้อ - ไม่ทำลาย Electrostatic charge แต่ถ้าอบหลายครั้งจะทำลายโครงสร้างหน้ากาก
3. Hydrogen peroxide vapor	-	50 ครั้ง	- มีความเป็นพิษต่ำ - ผ่านการประเมินการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- จากสถานการณ์ในขณะนี้ควรต้องมีการ Reuse
- จะต้องมีหลักการ วิธีการทำของแต่ละวิธี แนะนำและบ่งบอกให้ชัดเจน
- ควรมีการทดสอบเพิ่มเติม คือ Fit test คุณสมบัติของหน้ากากในการแนบหน้าหลังจาก Reuse จะหายไปหรือไม่
- ควรมีข้อ Concern บอกในคำแนะนำด้วย
- จากการวิจัยของรามาฯ พบว่า UV จะทำให้โครงสร้างเสียหายน้อยกว่า และ Dry heat จะทำให้ยางที่หน้ากากหย่อน ปัญหาที่พบตอนนี้คือไม่สามารถหาซื้อหม้อ UV ได้
- เห็นด้วยว่า Reuse โดยวิธี Dry heat ทำได้ถึง 4 ครั้ง
- ผู้ใช้เมื่อจะ Reuse ต้องดูว่ามีการ Soiling หรือไม่ ถ้าหากมีการปนเปื้อนต้องไม่นำมา Reuse และเทคนิคการถอดอุปกรณ์ส่งเก็บ การควบคุมระบบ Sterile เป็นเรื่องที่ต้อง Concern
- N95 Industrial grade มีปัญหาคือใช้สำหรับกันฝุ่น แต่ไม่กันน้ำ ซึ่งการใช้จะต้องใช้ควบคู่กับ Surgical mask หรือ Face shield

มติที่ประชุม

- มอบกรมวิทยาศาสตร์ฯ ดำเนินการจัดทำข้อแนะนำ การ Reuse หน้ากาก N95 ในแต่ละวิธี เป็น One page Info graphic และ Clip Video
- สำหรับ PPE มอบ อย. สรุปภาพรวมข้อบ่งชี้การใช้ PPE รวมถึงวัสดุที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ผลิต PPE แต่ละชนิด โดยใช้ข้อมูล Guideline การใช้ PPE ที่กรมการแพทย์ได้เคยจัดทำไว้เป็นข้อมูลประกอบ
- มอบ อย. ประสานกับทางคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล วางแผนการผลิต รวมถึงการกระจาย PARP และ N99 ควรไปให้ที่ใดบ้าง
- N95 Industrial grade จะต้องใช้ควบคู่กับ Surgical mask หรือ Face shield

3.4.2 ยาต้านไวรัส

มติที่ประชุม

- มอบเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หารือนอกรอบกับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจัดสรรการกระจายยาโดยให้ใช้ระบบเดียวกับการกระจายยากำพร้า โดยขอให้สรุปในการประชุมวันอังคารที่ 7 เมษายน 2563
- มอบ อย. สปสช. รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.มานัส) ผอ.รพ.ราชวิถี ปรับ Stock ยาที่เหลือ
- รพ.รัฐ และรพ.เอกชนต้องได้รับยาที่เสมอกัน

3.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจาก นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ติดราชการ ที่ประชุมจึงมอบให้ นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ หาข้อมูลประเด็นและนำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป ดังนี้

- กรมวิทย์ฯ และกรมควบคุมโรคหารือกันในประเด็นการ Screening ในชุมชน
- การกระจายการขยายการตรวจ ให้มีความชัดเจน เพื่อนำเสนอต่อสื่อได้
- การตรวจ Screening จะทำอย่างไรให้ขยายการเข้าถึง Screening นี้ทั้งภาครัฐและเอกชน และต่างจังหวัด

3.6 ความก้าวหน้าของวัคซีน

เลื่อนการนำเสนอไปครั้งหน้า

3.7 การดูแลผู้ป่วยที่ Hospitel

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ

- รายงานสรุปการใช้ยา Favipiravir 200 mg ในเขต กทม. และการกระจายยาในเขต กทม. มีการใช้ยาทั้งสิ้น 268 Case

- Hospitel ในช่วงเริ่มต้นมีปัญหาเกี่ยวกับเกณฑ์การรับผู้ป่วยที่ไม่ตรงกัน แต่ปัจจุบันปรับปรุงให้มีความใกล้เคียงกันแล้ว

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

ควรมีเกณฑ์การ discharge และการกลับเข้าสู่สังคม ให้ชัดเจน

มติที่ประชุม

หารือเกณฑ์การ discharge นอกรอบ และสรุปนำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน (ณ วันที่ 3 เมษายน 2563) มียอดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 103 ราย เสียชีวิต 19 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ยืนยันก่อนหน้านี้ และมีการแพร่เชื้อสู่ต่างจังหวัดจากผู้ป่วยที่เดินทางจากกทม. ปัจจัยสำคัญในการควบคุมคือการแยกตัว กักตัว ซึ่งสถานการณ์ใน กทม. คิดว่าน่าจะควบคุมได้

สถานการณ์จังหวัดภูเก็ตในขณะนี้มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมาตรการควบคุมยังดำเนินการได้ไม่เต็มที่ และมีการกระจายทั่วจังหวัด ซึ่งกำลังส่งทีมไปช่วยเหลือ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- กทม.มีปัญหาเรื่องของสถานที่ในการรองรับกลุ่มเสี่ยง ปัจจุบันใช้โรงเรียนกีฬาเป็นสถานที่รองรับห้องพักเป็นห้องแยก แต่ห้องน้ำเป็นห้องน้ำรวม จึงกำลังหาโรงแรม แต่ไม่ได้ทำเป็น Hospitel

- กทม.ต้องการการสนับสนุนภารกิจในการควบคุมโรคให้ชัดเจน การติดตามคนเฝ้าระวัง และงบประมาณ กทม.ได้จากมหาดไทยประมาณ 50 ล้านบาท

มติที่ประชุม

ให้กรมควบคุมโรคประสานงานกับ กทม.

4.2 การตรวจ Screening Lab

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- จำนวน Case ที่เข้าสู่ Lab ในช่วง 1-5 วันที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนน้อย ไม่ถึง 4,000 ราย เมื่อเทียบกับก่อนหน้านี้ที่มีจำนวนถึง 6,000 ราย จึงมีความกังวลว่า Case ที่จำเป็นต้องตรวจ Lab จะตกหล่นหรือไม่ รองอธิบดีกรมควบคุมโรครายงานว่าการที่ Case ลดลงเป็นเพราะผ่านช่วงเวลาที่มี Outbreak และปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนทำ Swab ลดน้อยลงจึงทำให้ Case เข้าสู่ Lab น้อยลง

- นโยบายการ Screening หากมีการจำกัดการเข้าถึง อาจจะเกิดการระบาดได้ และในอนาคตอาจจะพบผู้ป่วยที่มีอาการหนักแล้วมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

มติที่ประชุม มอบให้กรมควบคุมโรคพิจารณาในเรื่องนี้

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 7 เมษายน 2563 ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี เวลา 12.30 น.

ปิดประชุมเวลา 13.10 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 7 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้ที่มาประชุม

1.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2.	นายแพทย์โสภณ เมฆธน	ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3.	นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
4.	นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
5.	เภสัชกรหญิงสุรัชนี เศวตศิลา	แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
6.	คลินิก นพ.อุดม คชินทร	อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	ศ.รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล	นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
8.	พล.ท.ชาญชัย ติกขะปัญโญ	เจ้ากรมแพทย์ทหารบก
9.	ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
10.	ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11.	รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
12.	รศ.นพ.ประยุทธ ศิริวงษ์	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ วชิรพยาบาล
13.	รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์	รองคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14.	รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
15.	แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ	รองปลัดกรุงเทพมหานคร
16.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์
17.	นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
18.	นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
19.	นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
20.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
21.	นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
22.	นายแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
23.	รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
24.	รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
25.	นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
26.	นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
27.	นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
28.	นายแพทย์นคร เปรมศรี	ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ
29.	นายแพทย์สุขสันต์ กิตติศุภกร	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
30.	นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.
31.	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
32.	นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
33.	นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
34.	นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
3. นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
4. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค
5. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
6. ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ	ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
7. รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. นายโอฬาร สืบสาย	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
9. นายสุนทร สุนทรชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
10. นายณัฐพงษ์ บัญชาจารุรัตน์	สถาปนิกอาสา
11. นายรณชัย ศิริธนารัตนกุล	วิศวกรอาสา
12. รอ.นพ.นิมิต ประสิทธิ์ดำรง	ประธานคณะกรรมการบริหารศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงวัย The Senizen
13. นท.พญ.ภาพร ประสิทธิ์ดำรง	รองประธานคณะกรรมการบริหารศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงวัย The Senizens
14. รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ดร.รวินกานต์ ศรีนนท์	มหาวิทยาลัยมหิดล
16. นายฆนัท พูลสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
17. นายธเนศ วิริยะเมธานนท์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
18. นายวัฒนศักดิ์ ศรรุ่ง	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
19. นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
20. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.35 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

1. การสำรวจสถานที่เพื่อขยาย AIIR ICU ณ รพ.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กทม. และมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2563 ที่ผ่านมา

2. ในการประชุมครั้งนี้ได้เชิญบุคลากรที่อาสามาช่วย ขอให้นำเสนอ 2 ท่าน คือ

- รอ.นพ.นิมิต ประสิทธิ์ดำรง เรื่อง เครื่องอบ UVC สำหรับการ Reuse หน้ากาก N95
- รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย เรื่อง ระบบ Logistic บริหารจัดการข้อมูลเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์ในวันนี้ (7 เมษายน 2563) มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 38 ราย มีแนวโน้มที่ดีหลังจากประกาศห้ามอากาศยานบินเข้าสู่ประเทศไทยเป็นการชั่วคราว หากปิดน่านฟ้าได้นานจะสามารถควบคุม Import Case ที่จะเข้ามาจากต่างประเทศได้มากขึ้น

ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ 38 ราย ส่วนใหญ่อยู่ใน กทม. จำนวน 25 ราย ซึ่งการ Control ของต่างจังหวัดในขณะนี้ค่อนข้างทำได้ดี สาเหตุที่ กทม. มีจำนวน Case สูงเกิดจากการมี Health care worker ติดเชื้อ

ขณะนี้ Case ส่วนใหญ่ใน กทม. เป็น Health care worker โดยจำนวน Health care worker ที่ติดเชื้อทั้งหมดมีจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 2.8) ประกอบด้วย พยาบาล 27 ราย แพทย์ 16 ราย นอกนั้นคือ ผู้ช่วยแพทย์ ทันตแพทย์ Residence ดังนั้นกลุ่มหลักๆ คือ พยาบาลและแพทย์ (ประมาณร้อยละ 80) จากการสอบสวนมี Health care worker 3 cluster โดย Cluster ที่ใหญ่ที่สุดคือ รพ.เอกชนแห่งหนึ่งใน กทม. อยู่ในระหว่างการสอบสวน สำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ดำเนินการเฝ้าระวังกันอย่างเต็มที่ และต้องมีการทำระบบ IC แพทย์พยาบาลต้องมีความตระหนักในการป้องกันตนเอง มี Appropriate PPE ที่ถูกต้อง

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- อย่านิ่งนอนใจกับตัวเลขที่ลดน้อยลง
- ควรบอกให้ประชาชนรับทราบจำนวน Case ที่ได้ตรวจ PCR และผลที่ได้ Positive
- กระทรวงต้องมีมาตรการเพิ่มศักยภาพในการตรวจ RT PCR อย่างน้อย 1 ล้านราย ภายใน 6 เดือน เนื่องจากรายงานที่ผ่านมาน้ำยาสำหรับการตรวจไม่ขาดแคลน แต่มีปัญหาด้านบุคลากร
- Criteria ของ PUI ต้องขยายขอบเขต
- นโยบาย คือ การ Screening ให้ครอบคลุม และเพิ่มมากขึ้น

มติที่ประชุม รับทราบสถานการณ์

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์และแผนขยายจำนวนเตียง และ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอการสำรวจพื้นที่ขยาย AIIR ICU รองรับสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งมีการวางแผนไว้ 3 Setting คือ

1. ขยายพื้นที่ในโรงพยาบาล/สถาบัน ของรัฐบาล
2. ความร่วมมือจากภาคเอกชน
3. New setting 3 แห่ง (81 เตียง) คือ
   - รพ.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ (40 เตียง) ต้องเตรียมการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
   - รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน (25 เตียง) ต้องเตรียมทรัพยากร และระบบสนับสนุน
   - รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (16 เตียง (มีห้องที่พร้อมจะจัดตั้งหากจำเป็นอีก 24 เตียง)) มีข้อจำกัดด้านลิฟต์ขนส่ง Logistic

ในเบื้องต้นมีมติให้ดำเนินการใน Phase แรก จำนวน 81 เตียง และมีการสำรวจความพร้อมโดยทีมสถาปนิกอาสา ทั้ง 3 แห่ง ซึ่งต้องมีการปรับแต่งพื้นที่เล็กน้อยเพื่อให้เป็น AIIR ICU เช่น ห้องความดันลบ การควบคุมทิศทางการเข้า-ออก เป็นต้น

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- เสนอให้รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน และรพ.ธรรมศาสตร์ฯ ใช้เอกสารที่ รพ.รามาจักรีนฤบดินทร์ ของบประมาณ (ตึก, ครุภัณฑ์) เป็นตัวอย่างในการของบประมาณกลาง โดย รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน ของบจาก กทม. และรพ.ธรรมศาสตร์ฯ ของบจากกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- การเพิ่มศักยภาพห้อง AIIR ICU นอกจากประเด็นความพร้อมของสถานที่และเครื่องมือแพทย์แล้ว ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมของปัจจัย supply chain อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความพร้อมของทรัพยากรบุคคล ระบบงานสนับสนุนต่างๆ เช่น CSSD งานโภชนาการ งานทำความสะอาด รวมถึงการใช้งานระบบ HIS ของแต่ละที่ที่มีความแตกต่างกัน จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความพร้อมในประเด็นเหล่านี้ด้วย
- ประเด็นความพร้อมด้านบุคลากร รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล ได้เตรียมดำเนินการในระดับหนึ่ง

- ศ.นพ.สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ แจ้งว่า ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พร้อมที่จะขยาย AIIR ICU จากเดิมมี 17 เตียง สามารถขยายเพิ่มได้อีก 10 เตียง และในเฟสต่อไปยังอาจเพิ่มได้อีก 10 เตียง ซึ่งจะสามารถเป็น node ให้แก่โซนในเมืองได้ แต่ต้องขอการสนับสนุนเรื่องบุคลากร

- ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา แจ้งว่า ผอ.โรงเรียนพยาบาลของรามาได้จัดทำหลักสูตร เรียนลัด 4 สัปดาห์ สำหรับ critical care nurse ซึ่งหากได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลจะทำให้สามารถเปิดรับการฝึกอบรมได้เลย ประมาณการว่าต้องการบุคลากรทางด้านนี้เพิ่มอีก แพทย์จำนวน 64 คน และพยาบาลจำนวน 300 คน

- มีการประสานกับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่ยินดีพร้อมให้การสนับสนุนทีมบุคลากรสำหรับ critical care

- ในอนาคตอาจต้องทำระบบ แพทย์ พยาบาล Volunteers เพื่อรองรับปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

- การกระจายอุปกรณ์ Ventilator ที่ได้รับพระราชทาน ขอให้มีการพิจารณามาใช้ที่ 3 แห่งนี้ก่อน

มติที่ประชุม

- ขอให้ทั้ง 3 โรงพยาบาล รวมถึงทางรพ.จุฬาดำเนินการเตรียมการรองรับสถานการณ์ได้เลยตามมติที่ประชุม

- ประธานฯ จะรับไปประสานด้านการจัดทีมบุคลากรทางการแพทย์กับเอกชน (BDMS)

- มอบ ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา ร่วมกับ รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล เป็นผู้ดูแลการเตรียมความพร้อมในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ด้าน critical care โดยการประสานกับทางผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น วิทยาลัยพยาบาล สภาการพยาบาล เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการพิจารณาค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสม

- มอบนายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ ประสานกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เรื่องการขยาย AIIR ICU

3.2 ความก้าวหน้าด้านดิจิตอลสำหรับ COVID-19

นพ.อนันต์ กนกศิลป์ ผอ.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. นำเสนอภาพรวมที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการด้านดิจิตอลสำหรับ COVID-19 ทั้งหมด โดยการเชื่อมโยงข้อมูลในระบบแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทั่วไป กลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มผู้ป่วย ในช่วงแรกของการระบาด Import case ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรคซึ่งดำเนินการมามากพอสมควร ดังนั้นจึงเหลือประเด็นที่ต้องบูรณาการกัน คือ 1. ลดคนไปโรงพยาบาล (การ Refill ยา และพัฒนา Tele medicine) 2. การตรวจ Lab เนื่องจากมีสถานที่ตรวจ Lab กระจายทั่วพื้นที่ และประชาชนเข้าถึงทุกบริการ จึงต้องทำเป็น Platform กลาง เพื่อให้ข้อมูลจากทุกที่มารวมกัน 3. การ Supply ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ serve การรักษา ซึ่งทางศูนย์เทคฯ ได้เตรียมแบบฟอร์มไว้แล้ว

ศูนย์เทคฯ ได้พัฒนา National Healthcare Platform (NHP) เป็นศูนย์กลางในการเก็บรวบรวมข้อมูลขนาดใหญ่ จากหน่วยงานต่างๆ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง Modify ภาวะเสี่ยงต่างๆ และคืนข้อมูลให้กับประชาชนผ่านทาง Application H4U และเจ้าหน้าที่ได้ ภายในสัปดาห์นี้ (5 – 11 เมษายน 2563) จะสามารถดำเนินการระบบหลังบ้าน HIE แลกเปลี่ยนข้อมูล และ Application H4U ในสัปดาห์ต่อไปจะดำเนินการระบบสนับสนุนต่างๆ และจะดำเนินการนำร่อง ใน รพ. 20 จังหวัดที่มีการระบาดของโรคจำนวนมาก ในช่วงสัปดาห์ที่ 19 – 26 เมษายน 2563

Patient Journey ต้องมีการบูรณาการข้อมูลระบบการรักษาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการทั้งหมด กรมการแพทย์ที่มีการดำเนินการสบายดีบอท ศูนย์เทคฯ ที่จัดเตรียมข้อมูล H4U ซึ่งประชาชนสามารถใช้ Application ใดก็ได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการเข้าถึง ประกอบด้วย การเข้าถึงผล Lab การจัดการบริหารและการนำส่งเตียง การ Discharge การติดตาม

การจัดการข้อมูลสนับสนุนการ Supply แบ่งออกเป็น

- เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (Surgical mask, N95, PPEรวมรายการย่อย) GPO จัดหาเวชภัณฑ์ ไปรษณีย์ไทย Stock และจัดส่ง (มีระบบ Tracking) โดยหน่วยงานแจ้งความต้องการเวชภัณฑ์ผ่านระบบ NHP ขณะนี้ระบบ

ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว แต่ยังไม่มีการ Implement เนื่องจากพื้นที่มีระบบที่หลากหลายทำให้ถูกปฏิเสธในการ Implement โปรแกรมใหม่ จึงจะแก้ปัญหาโดยการ Switch ระบบภายในสัปดาห์หน้า ปัจจุบันจัดสรรโควต้าเวชภัณฑ์โดยทาง อย. ดำเนินการไปก่อน สำหรับของบริจาค เช่น อาลีบาบา ได้ดำเนินการ Plug-in โปรแกรมและจัดสรรเข้าสู่ระบบไปรษณีย์ไทยเพื่อนำส่ง แต่ของบริจาคในระบบอื่น ๆ ที่มี Partner อยู่แล้วในการ Distribute จะใช้ระบบที่มีการพัฒนาโดย LogHealth เพื่อจัดสรรในพื้นที่ ลดความสิ้นเปลืองในการขนส่ง

- การกระจายยาโดยใช้ระบบยากำพร้า โดยหน่วยงานแม่ข่ายส่งข้อมูล Request เข้าระบบ สปสช. ระบบสปสช. ส่งเข้า NHP และ NHP ส่งข้อมูลไป GPO โดยหน่วยงานในพื้นที่ทั้ง 13 เขต ใช้ระบบแม่ข่ายและลูกข่าย ซึ่ง Stock ไว้ที่แม่ข่าย

- ระบบบริหารจัดการเตียง และ Respirator ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากระบบเดิมที่ใช้ คือ ระบบ EOC ของ สป. เขต 1-12 และระบบของกรมการแพทย์ เขต 13 และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ เข้าสู่ระบบ NHP ประกอบด้วยฐานข้อมูล 5 Items คือ 1. AIIR/ICU 2. Modified AIIR 3. Singled Room 4. Cohort ward (Bed) และ 5. Hospitel (Room) ปัญหาที่พบในตอนนี้คือ ระบบ EOC ซึ่งยังอยู่ระหว่างการหารือเพื่อบูรณาการแก้ปัญหา สำหรับ Respirator ติดปัญหาที่คำนิยามของข้อมูล และการ Input ข้อมูล ในการดูข้อมูล Dashboard ทรัพยากรทางการแพทย์ ผู้บริหารสามารถดูข้อมูลได้ที่ https://coviddashboars.moph.go.th รหัสผ่านคือ เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงาน

- Resource บุคลากร ใช้ฐานข้อมูล จาก สป. เป็นหลัก ยังไม่มีการบูรณาการร่วมกัน

- ใช้ Link https://covid19.mpoh.go.th เป็น Portal กลาง ซึ่งจะ Switch ข้อมูลทั้งหมดมาไว้ในนี้เป็นหลัก

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- เรื่องนี้มีความเชื่อมโยงกับระบบ Logistic ของอย. แต่เป็นส่วนเล็กๆ ของระบบที่ศูนย์เทคฯ จัดทำ

- โดยหลักการควรเป็นโปรแกรมจัดการเพียงระบบเดียวที่ใช้กับสถานพยาบาลทุกแห่ง แต่ในปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมที่แตกต่างกัน กรมการแพทย์จัดทำโปรแกรมที่ใช้เองซึ่งสามารถรองรับข้อมูลทั้ง 12 เขต แต่ต้องกำหนดผู้ติดตามข้อมูลของแต่ละเขตให้ชัดเจน ในขณะเดียวกันหากศูนย์เทคฯ ต้องการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในที่เดียว กรมการแพทย์ยินดีร่วมลงข้อมูลโดยใช้โปรแกรมนี้ในการบริหารจัดการ

- การกำหนดโปรแกรมที่จะใช้ Implement ระบบนี้ คงต้องให้ EOC ของกระทรวงเป็นผู้ตัดสินใจ เนื่องจากเวทีประชุมนี้เป็นเรื่องการบริหารจัดการ และดูแลรักษาพยาบาล

- การชักจูงให้เขตต่าง ๆ ใช้ระบบนี้ ต้องสอดแทรก 2 กลวิธีหลัก ๆ คือ 1) การ Reimbursement โดยใช้ข้อมูลจากระบบ ซึ่งต้องเชิญ สปสช. และกรมบัญชีกลางเข้ามามีส่วนร่วม และ 2) กำหนดให้การแบ่ง Resource จากส่วนกลาง เช่น N95 PPE จะขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการคีย์ข้อมูลเข้าสู่ระบบด้วย

- ควรเพิ่มช่องทางการส่งข้อมูล CT Scan Chest ซึ่งมีภาคเอกชนหลายแห่งที่ต้องการช่วยสนับสนุน

- ในเบื้องต้น ต้องการเห็นภาพที่ชัดเจนก่อนในเรื่องการทำระบบการติดตาม อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และการกระจายยา ในภาพรวมทั้งประเทศให้เป็น Real-time

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.3 การกระจายอุปกรณ์ป้องกัน

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา นำเสนอข้อมูลการกระจาย PPE เดิมใช้ข้อมูลของกรมควบคุมโรค (ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2563) ในการคำนวณการกระจายให้พื้นที่ ปัญหาที่พบ คือ ข้อมูลของกรมควบคุมโรคไม่ Real-time จึงมีการเสนอให้ใช้ข้อมูลของกรมการแพทย์เป็นเกณฑ์ในการกระจาย PPE แทน เพราะมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ทำให้มีความเหมาะสมมากกว่าในการนำมาพิจารณาการกระจาย PPE และอาจจะขยายไปใช้ทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- Mild case x 10 ชิ้น/วัน
- Moderate case x 20 ชิ้น/วัน
- Sever case x 30 ชิ้น/วัน

จากการประชุมครั้งที่แล้ว ที่ประชุมให้เชื่อมโยงข้อมูลการกระจายทรัพยากรกับ CPG กรมการแพทย์ จากข้อมูลล่าสุด กรมการแพทย์ได้เลิกแนะนำการใช้ Surgical gown ให้ใช้แต่เพียง Isolation gown กับ Cover all ปัญหาคือ GPO ไม่ได้สั่งซื้อ Isolation gown จึงจะหารือในวันพฤหัสบดีนี้เรื่องการผลิต Gown ในประเทศ ให้เป็นมาตรฐาน Isolation gown

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.4 การกระจายยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา นำเสนอข้อมูล ความเพียงพอของยา

- ยา Chloroquine GPO สามารถผลิตได้ ร่วมกับบริษัทผลิตยา 5 แห่ง มียาอยู่ใน Stock ประมาณ 3,378,000 เม็ด
- ยา Hydroxychloroquine มีอยู่ใน Stock ประมาณ 1,825,210 เม็ด และมี Stock เตรียมผลิตได้อีก 4.5 ล้านเม็ด
- ยา Lopinavir มียาอยู่ใน Stock 9,285,600 เม็ด
- ยา Darunavir มียาอยู่ใน Stock 109,200 เม็ด
- ยา Ritonavir มียาอยู่ใน Stock 924,090 เม็ด
- ยา Azithromycin ไม่มีปัญหาเนื่องจากมีผู้ผลิตและนำเข้าจำนวนมาก

ภายในอาทิตย์นี้จะสามารถแก้ไขปัญหาการ Stock ยาได้ โดยการกระจายยามี 2 รูปแบบ คือ Favipiravir กระจายตาม Node ในกรุงเทพฯ และ 12 เขตสุขภาพ ส่วนกลุ่มยาที่มีความเพียงพอจะกระจายไปครบ 76 จังหวัด

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ฝากประเด็นเพิ่มการความชัดเจนในการใช้ยา Darunavir ตาม Guideline หากมีการใช้ยานี้มากเกินไปจะมีปัญหายาอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย HIV
- ยา Chloroquine และ Hydroxychloroquine ของ UHosNet มียาใน Stock สำรองได้ไม่เกิน 2 เดือน
- บริษัทยาศรีประสิทธิ จะขายยา Hydroxychloroquine ให้ GPO 2 lot 450,000 เม็ด และ 950,000 เม็ด ราคาในแต่ละ lot ไม่เท่ากัน เนื่องจากวัตถุดิบมีราคาแพงขึ้น
- Stock ยามีความเพียงพอ

มติที่ประชุม

ขอให้ อย.จัด Stock ยาให้มีความเพียงพอต่อความต้องการในการใช้รักษา

3.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เภสัชกรหญิงสุรัชนี เศวตศิลา แทนอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์ฯ นำเสนอ นโยบาย One Province One Lab ในปัจจุบันสามารถจัดตั้งห้องปฏิบัติการได้ 77 แห่ง อยู่ระหว่างจัดตั้ง 31 แห่ง (กทม. 39 แห่ง ต่างจังหวัด 38 แห่ง) เพราะฉะนั้นภายในวันที่ 30 เมษายน 2563 จะมีทั้งหมด 108 แห่ง สำหรับศักยภาพการตรวจ ในกทม. ตรวจได้ 10,000 ตัวอย่าง/ วัน ต่างจังหวัด ตรวจได้ 853 ตัวอย่าง/ เขตสุขภาพ/ วัน

สำหรับการรายงานผลภายใน 24 ชั่วโมงต้องปรับปรุงกระบวนการ ที่ผ่านมามีการประชุมหารือกันแล้ว และเชิญ สปสช. เข้าร่วมประชุมด้วยประเด็นการใช้ระบบ E-claim ในการรายงานผล สำหรับระบบ SAT

เมื่อ Key ข้อมูล ระบบจะประมวลผลแบบออนไลน์ได้ทันที เพราะฉะนั้นการนำส่งตัวอย่างจะทำได้ใน 6 ชั่วโมง การวิเคราะห์ ออกรายงาน 4 ชั่วโมง และการรายงานผลจะส่งไปที่หน่วยงานโดยตรงซึ่งสามารถลดระยะเวลาได้

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- นโยบายของรัฐบาลตอนนี้ คือ ตรวจมาก ตรวจเร็ว Criteria ในการตรวจต้องลดลง การตรวจใน Non PUI มีความสำคัญมาก ซึ่งกรมควบคุมโรคได้ปรับเกณฑ์ PUI ให้กว้างมากขึ้นแล้ว
- ควรเพิ่มการติดตั้งตู้ Nasopharynx swab เพื่อลดปัญหาคอขวดในการตรวจ swab
- ปัญหาคอขวดส่วนหนึ่งอยู่ที่การขอ Screening จาก สคร. แต่ขณะนี้ได้เปลี่ยนแนวทางให้ทุกโรงพยาบาลออก SAT code เองได้
- การจากปรับเกณฑ์จะทำให้มีคนมาตรวจเพิ่มมากขึ้น ต้องหาวิธีการในการลดความแออัดในการตรวจ เนื่องจากแพทย์ Swab มีไม่เพียงพอ จะเป็นไปได้หรือไม่หากจะมีระบบออนไลน์ให้ประชาชนที่มีอาการลงทะเบียนนัด และเลือกสถานที่รับการตรวจ Swab ในที่ไม่มีคนรอตรวจแออัดได้
- ควรจัดทำ Mapping สถานที่ส่งตรวจพร้อมศักยภาพในการรับสิ่งส่งตรวจ เพื่อกระจายการตรวจตัวอย่าง และลดเวลารอคอย
- ประเด็น Rapid test ในการ Screening ในอนาคตจะมีแผนดำเนินการอย่างไร ซึ่งการตรวจ Rapid test สามารถทำได้รวดเร็ว แต่มาตรฐานของผลการตรวจไม่สามารถเทียบกับ PCR ได้
- รพ.รามาธิบดี มีการอบรมพยาบาลสำหรับการทำ Swab
- ควรเรียก Rapid IgG, IgM แทนการเรียก Rapid test เพื่อลดความสับสนกับ Rapid Antigen test
- ในกรณีที่การตรวจจากเอกชนโดยบริการเชิงรุก ต้องหาแนวทางดำเนินการให้ทุกเคส ที่ได้รับการตรวจเข้าสู่ระบบ เนื่องจากในปัจจุบันหากเป็นบริการจากโรงพยาบาลจำนวนเคส จะเข้าสู่ระบบทั้งผลบวกและผลลบ แต่หากไม่ใช่โรงพยาบาลจะเข้าสู่ระบบเฉพาะเคสที่มีผลเป็นบวก

มติที่ประชุม

- มอบกรมวิทย์ฯ รับประเด็นการแก้ปัญหาความแออัดในการรอตรวจ และการ Map สถานที่ส่งตรวจพร้อมศักยภาพในการรับสิ่งส่งตรวจ
- มอบสมาคมแพทย์โรคติดเชื้อให้ข้อมูลที่ชัดเจนเรื่อง Rapid test
- มอบกรมการแพทย์รับประเด็นเพิ่มการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติใน Guideline ที่ออกโดยกรมการแพทย์

3.6 ความก้าวหน้าของวัคซีน

นพ.นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ นำเสนอการเตรียมความพร้อมด้านวัคซีนในการรักษา COVID-19 ในปัจจุบันทั่วโลกมีวัคซีน candidates 52 ตัว ซึ่งวัคซีนที่มีพัฒนาไปได้มากที่สุดคือ 1. mRNA (USA) 2. Ad5-nCoV (China) 3. ChAdOx1 nCoV-19 (UK) และ 4. LV-SMENP-DC (China)

สำหรับการพัฒนาวัคซีนในประเทศไทย วางเป้าหมายใน 6 เดือน เพื่อดูผลการดำเนินงานและคัดเลือก 1-2 ตัว เพื่อพัฒนาต่อใน phase ต่อไป ประกอบด้วย

- mRNA ของจุฬาฯ อยู่ระหว่างการทำ R&D และมีการทดลองในหนู อยู่ระหว่างรอผล ได้รับทุนจากสถาบันวัคซีนฯ และ วช.
- DNA ของ Bionet Asia เริ่มดำเนินการทดลองในหนู
- Protien Subunit ของคณะวิทยาศาสตร์ ม.มหิดล อยู่ระหว่างพัฒนา Vaccine concept ได้รับทุนจากสถาบันวัคซีนฯ และ วช.
- Inactivated ของศูนย์ทดสอบวัคซีน ม.มหิดล ได้รับทุนจากสถาบันวัคซีนฯ และ วช.
- VLP ของคณะแพทย์ศิริราชพยาบาล ได้รับทุนจาก GPO

สำหรับการทดสอบในคน ขึ้นอยู่กับ Emergency pathway ของอย. จะมีขั้นตอนของ pathway ใน non-human อย่างไรเพื่อให้การพัฒนาวัคซีนทำได้รวดเร็วขึ้น

ด้านความร่วมมือกับต่างประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ Clinical study ในประเทศไทย ซึ่งกำลังประสานความร่วมมือกับประเทศจีน (Tsinghua University และ CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา (NIH-NIAID และ Sanofi Pasteur) ไต้หวัน และเกาหลี

ประเด็นสำคัญคือ การเข้าถึงวัคซีน COVID-19 เร็วที่สุด

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สวรส. ได้ประสานงานกับ ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ จากจุฬาฯ ในการวิจัย การรักษาโดยใช้พลาสมาจากผู้ติดเชื้อที่หายแล้ว จึงขอเชิญชวน รพ.รามาฯ รพ.ศิริราช รพ.ราชวิถี และรพ.บำราศฯ เข้าร่วม และขอ update criteria ในการรักษากับกรมการแพทย์ โดยทาง สวรส. จะเป็นผู้ประสานงานกับสภากาชาดไทยเพื่อเก็บพลาสมา

- การทำ Research ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ควรต่อยอดจากองค์ความรู้เดิม และการรักษาด้วยวิธีนี้อาจมีทั้งคุณและโทษ ดังนั้นก่อนการวิจัยจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วย และญาติที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาได้เข้าใจตรงกันก่อนว่า ในการวิจัยนี้การให้พลาสมาจากผู้ติดเชื้อที่หายแล้วอาจไม่ได้มีผลช่วยในการรักษาทุกรายเสมอไป ซึ่งผู้ป่วยเมื่อได้รับพลาสมาจากผู้ติดเชื้อที่หายแล้วนั้น อาจจะอาการดีขึ้นหรือแย่ลง แล้วแต่ Phasing ที่เหมาะสมในการให้วัคซีนแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ต้องชี้แจงประเด็นนี้ให้ละเอียด มิฉะนั้นจะเป็นการผิดจริยธรรมของการทำวิจัย

มติที่ประชุม

รับทราบ และมอบสถาบันวัคซีนแห่งชาติจัดทำแผนการดำเนินการเพื่อความพร้อม การลงทุน และพัฒนาศักยภาพการผลิตวัคซีน COVID-19 เพื่อขออนุมัติงบประมาณ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 กระบวนการการดูแล Quarantine

- Quarantine เป็นวิธีการที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- Quarantine มี 3 ระบบ คือ 1) State Quarantine กระทรวงกลาโหมรับผิดชอบหลักในการรับเคสที่มาจากทางอากาศทั้งหมด 2) Local Quarantine กระทรวงมหาดไทยมอบให้ทุกจังหวัดดำเนินการรับเคสที่มาจากทางบก และทางเรือ ซึ่งสิ่งสำคัญที่ต้องการ คือ มาตรฐานในการเตรียมสถานที่กักตัว 3) Home Quarantine

- ที่ผ่านมาระบบการประสานงานระหว่างทางกระทรวงกลาโหม กทม. และกระทรวงสาธารณสุขอาจยังเชื่อมประสานไม่เรียบร้อย ในทางปฏิบัติจึงเกิดข้อขัดข้องอยู่บ้าง ดังนั้นขอให้ทางกรมควบคุมโรคเป็นเจ้าภาพหลัก ประสานกับผู้เกี่ยวข้องในระบบ Quarantine ทั้งหมด และจัดแผนปฏิบัติการให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถทำงานประสานต่อเนื่องได้

มติที่ประชุม

มอบกรมควบคุมโรค รับประเด็นการวางระบบกระบวนการดูแล Quarantine และจัดทำแผนปฏิบัติการให้ชัดเจน ไปพิจารณา

4.2 เครื่องอบ UVC

รอ.นพ.นิมิต ประสิทธิ์ดำรง นำเสนอบทบาทของภาคเอกชนในการช่วยเหลือรัฐบาล คือ การจัดทำตู้อบ UVC เพื่อใช้สำหรับการอบ Reuse หน้ากาก N95 ได้ทำการวิจัยร่วมกับ Biotect ศิริราช รามาธิบดี จุฬาลงกรณ์ จากการศึกษาพบว่า หลอด 15 วัตต์ 4 หลอด สามารถฆ่าเชื้อ SARs ที่อยู่บนพื้นผิวได้ จึงทำการ

ทดสอบสิ่งที่ต้องการ คือ 1) ฆ่าเชื้อได้หมดเพาะเชื้อไม่ขึ้น 2) แสง UVC ต้องสามารถส่องได้ทั่วพื้นผิว 3) คุณสมบัติในการกรอง

ขณะนี้มีแผนการผลิต 2,000 ตู้สำหรับแจก ในเบื้องต้นแจกโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เช่น ศิริราช รามาฯ ตำรวจ เป็นต้น ขณะนี้อยู่ระหว่างการขออนุญาตจาก อย. ตู้อบ UVC ที่จะผลิตมี 2 ขนาด คือ ตู้เล็ก ใช้หลอด 15 วัตต์ อบได้ครั้งละ 3 ชิ้น สำหรับตู้ใหญ่ ใช้หลอด 30 วัตต์ อบได้ครั้งละ 6 ชิ้น หากได้รับอนุญาตจาก อย. จะสามารถดำเนินการได้เลย

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สนับสนุนการผลิต ตู้อบ UVC เนื่องจากมีมติจากการประชุมครั้งที่ผ่านมาว่าจำเป็นต้อง Reuse หน้ากาก N95 เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลน

มติที่ประชุม

- มอบ อย. ทำ Timeline เพื่อให้เห็นแผนการดำเนินการ โดยประสานกับ รอ.นพ.นิมิต เกี่ยวกับกระบวนการผลิต การ Approve และการ Certify

4.3 ระบบ Logistic บริหารจัดการข้อมูลเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19

รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย นำเสนอข้อมูลการจัดทำ ระบบ Logistic บริหารจัดการข้อมูลเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (LogHealth) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหา 1) มีการ Supply โดยไม่ได้ดู Demand ของแต่ละโรงพยาบาล 2) Supply ต่างคนต่างซื้อและส่งตรงไปโรงพยาบาล 3) ของบริจาคบางส่วนกองสะสมอยู่ที่ส่วนกลาง และ 4) ไม่มีการ Tracking supply และไม่มีการ Feedback ดังนั้นจึงเสนอหลักการ Matching ระหว่าง Supply กับ Demand คือโรงพยาบาล (Demand) ต้องการอะไร อยู่เขตไหน แล้วนำมา Match กับ Supply โดยเลือกจาก Catalogue ที่ดำเนินการทำฐานข้อมูลแล้ว จากนั้นวิเคราะห์ชนิดสินค้า ปริมาณ สถานที่ตั้ง และสถานการณ์โรค ของ Demand ผ่านเข้ามาที่ระบบ NHP ของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการกระจายโดย Supply อยู่ในเขตไหน ส่งของให้กับ Demand ในเขตนั้นได้โดยไม่ต้องผ่านเข้ามาที่ส่วนกลางของกระทรวง จัดส่งโดยไปรษณีย์ไทย ซึ่งไปรษณีย์จะทำ Tracking ให้ และมี Feedback มาที่ผู้ซื้อ GPO หรือผู้บริจาคเพื่อให้ทราบสถานการณ์ว่าประเทศยังต้องการเวชภัณฑ์อีกเท่าไหร่ และจัดหาให้ตรงกับความต้องการ

มติที่ประชุม

รับทราบ

4.4 สถานการณ์การจัดซื้อหน้ากาก N95 และ PPE

หน้ากาก N95 สิ้นเดือนเมษายน 2563 จะมีหน้ากาก N95 จำนวน 860,000 ชิ้น

- 3M จำนวน 200,000 ชิ้น ส่ง GPO ประมาณวันที่ 10 เมษายน 2563
- บริษัทสยามโคเค็น จำนวน 100,000 ชิ้น ส่งประมาณกลางเดือนเมษายน 2563
  จำนวน 160,000 ชิ้น ส่งประมาณปลายเดือนเมษายน 2563
- จีน จำนวน 400,000 ชิ้น ส่งประมาณ วันที่ 27 เมษายน 2563

ชุด PPE ชุด Cover all จำนวน 540,000 ชุด ชุดผ้าแรงดันน้ำ จำนวน 40,000 ชุด

- ชุด Cover all จากบริษัทเลคแลนด์ จำนวน 40,000 ชุด ได้ของประมาณวันที่ 10 เมษายน 2563
  จำนวน 100,000 ชุด ได้ของประมาณสิ้นเดือน เมษายน 2563
- ชุด Cover all จากจีน จำนวน 400,000 ชุด
- ชุดผ้าแรงดันน้ำ จากจีน จำนวน 40,000 ชุด (1 ชุด ใช้ได้ 20 ครั้ง)

นัดประชุมครั้งต่อไป วันศุกร์ที่ 10 เมษายน 2563 ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี เวลา 12.30 น.

ปิดประชุมเวลา 15.30 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 10 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล
2.	นายแพทย์โสภณ เมฆธน	ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3.	นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
4.	เภสัชกรหญิงสุรัชนี เศวตศิลา	แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5.	ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร	อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6.	ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
7.	ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
8.	ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9.	รศ.นพ.ประยุทธ ศิริวงษ์	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
10.	รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11.	รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
12.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์
13.	นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
14.	นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
15.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
16.	นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
17.	รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
18.	รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
19.	ดร.ภญ.นันทกาญจน์ สุวรรณปิฎกกุลแทน	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
20.	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
21.	แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
22.	นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
23.	นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
24.	นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2.	รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3.	นายโอฬาร สืบสาย	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
4.	ดร.ณรงค์ ศิริเลิศวรกุล (สวทช.)	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
5.	ศ.นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์	รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
6.	นางสาววารุณี ลีละธนาวิทย์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

7. ดร.สิทธิโชค ตั้งภัสสรเรือง	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
8. นางสาววรรัตน์ คงสมัย	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
9. นสพ.พรพิทักษ์ พันธ์หล้า	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
10. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล	ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
11. นายแพทย์ธนินทร์ เวชชาภินันท์	ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา
12. นายแพทย์จุมพล สิงห์หิรัญนุสรณ์	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
13. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
14. นายแพทย์ศุภกร พิทักษ์การกุล	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
15. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
16. นายนที วิชิตสรสาตร	สำนักงานบริหารนโยบายของนายกรัฐมนตรี
17. นางสาวสิริณัฏฐ์ จันทร์ภาตรี	กรมควบคุมโรค
18. นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
19. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.40 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งทราบ

1. จากการเข้าร่วมประชุมกับศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) โดยนายกรัฐมนตรี ผอ.ศบค. เป็นประธานการประชุม ได้นำเสนอการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ในประเด็นที่ได้จากการประชุมผ่านคณะกรรมการฯ นี้ ดังนี้

- การเพิ่มขยาย ICU จำนวน 80 เตียง ประกอบด้วย รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รพ.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ และรพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน ประเด็นนี้นายกฯ ให้ดำเนินการจัดทำรายละเอียด เพื่อของบประมาณ โดยขอให้ทุกรพ.จัดทำรายละเอียดโครงการแล้วส่งช่องทางตามระบบและส่งให้ประธานฯ เพื่อรวบรวม และพิจารณาเสนอนายกฯ โดยตรงอีกช่องทาง

- หลักสูตรอบรมพยาบาล Critical Care แบบ Intensive course 1 เดือน (ภาคทฤษฎี 1 สัปดาห์ ภาคปฏิบัติ 3 สัปดาห์) โดยจะเริ่มฝึกอบรมในอาทิตย์หน้า รุ่นแรกฝึกอบรมพยาบาล ICU พยาบาลศัลย์ฯ พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลอายุรศาสตร์ที่สมัครใจ ทั้งหมดประมาณ 30 คน และจะขยายการฝึกอบรมทั่วประเทศ (กทม. สภากาชาด กระทรวงสาธารณสุข) ในเบื้องต้น ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา ประสานกับคณะพยาบาลเกื้อการุณย์ และประสานกับสภาการพยาบาลให้มีการรับรองประกาศนียบัตร เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติม ซึ่งต้องขอบคุณ ศ.นพ.ปิยะมิตร ที่ช่วยดำเนินการให้เกิดหลักสูตรนี้ได้อย่างรวดเร็ว

- หน้ากาก N95

- การสั่งจากจีน ให้สั่งซื้อผ่านการทำสัญญาแบบรัฐต่อรัฐ (G2G) เพื่อควบคุมคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมด มอบองค์การเภสัชฯ ดำเนินการติดต่อผ่าน G2G

- การผลิตหน้ากากของวชิรพยาบาล และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอให้เชิญ นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ มานำเสนอในวันอังคารที่ 14 เม.ย. 63

- ตู้ UVC สำหรับการ Reuse หน้ากาก N95 สามารถ Reuse ได้ถึง 4 ครั้งหรือมากกว่า มอบ อย. ให้รีบดำเนินการ Approve และ Certify

- สามารถใช้หน้ากาก N95 Industrial grade ควบคู่กับ Face Shield

2. การกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์ขอให้กระจายอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งรพ.รัฐ รพ.เอกชน รวมทั้งรพ.ของสภากาชาดไทยด้วย

3. ความร่วมมือของภาคเอกชนในการช่วยเหลือภารกิจ

- โปรแกรม Application การติดตามผู้ใกล้ชิดคนติดเชื้อ โปรแกรมนี้มีเสนอเข้ามา 2 บริษัท คือ SCG (คุณรุ่งโรจน์) และกลุ่มพลังงานบริสุทธิ์ (คุณสมโภชน์) ให้ทั้ง 2 บริษัทนี้นำเสนอในวันอังคารที่ 14 เม.ย. 63 เพื่อตัดสินว่าจะใช้โปรแกรมของบริษัทใด และให้ทั้ง 2 บริษัท และกลุ่มต่างๆ ที่ต้องการร่วมมือ พัฒนาโปรแกรมนั้นร่วมกันเพื่อส่วนรวม

- บริษัท SCG กำลังดำเนินการติดต่อบริษัทผลิตเครื่อง Ventilator ซึ่งให้บริษัทติดต่อรศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล เพื่อกำหนด Spec ของเครื่อง Ventilator

- บริษัท SCG มีความพร้อมสำหรับการสร้างห้อง Negative pressure ขนาดใหญ่ แต่ในประเด็นนี้ รพ. ที่จะขยาย ICU แต่ละรพ.มีลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างกัน สิ่งที่แต่ละรพ.ต้องการ คือขอให้ภาคเอกชนเป็น Project manager ทางวิศวกร สำหรับการประเมิน Vender ที่จะเข้ามาแก้ไข การดูแบบควบคุมคุณภาพ และประเมินราคาที่สมเหตุสมผล ให้กับภาครัฐ และสนับสนุนทีมงานเพื่อกำกับดูแล ให้กับรพ.ต่างจังหวัด มอบ ศ.นพ.ปิยะมิตร อธิบายความต้องการกับบริษัท SCG

4. ศ.นพ.ปิยะมิตร ได้รับการประสานจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี พร้อมให้ความช่วยเหลือด้าน Disinfection หน้ากาก N95 โดยการใช้ Hydrogen peroxide ซึ่งจัดทำเป็นตู้คล้าย ๆ กับ UVC ขอให้เข้านำมาเสนอใน วันอังคารที่ 14 เม.ย. 63 และหากรพ.ใดต้องการ Hydrogen peroxide ให้ประสานไปที่รองนายกรัฐมนตรี ท่านอนุทิน ชาญวีรกุล ข้อเสนอแนะสำหรับ Hydrogen peroxide ในการฆ่าเชื้อต้องเป็น Hydrogen peroxide vapor เท่านั้น และต้องอบในห้องปิด ซึ่งการฉีดพ่นไม่สามารถฆ่าเชื้อได้

นพ.โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม นำเสนอสถานการณ์หน้ากาก N95 วันนี้ (10 เม.ย.63) ได้รับส่งมอบจาก 3M จำนวน 200,000 ชิ้น และได้กระจายของแล้ว สำหรับบริษัทสยามโคเค็น จะส่งมอบเดือนละ 300,000 ชิ้น ในปัจจุบันไม่มีจำนวนการใช้ที่ชัดเจน จึงต้องการให้แต่ละ รพ. ทำ Safety stock โดยเริ่มที่เดือน ก.พ. ได้รับของจำนวนเท่าไหร่ เดือน มี.ค. ใช้ไปเท่าไหร่ สิ้นเดือน มี.ค. เหลือใน Stock เท่าไหร่ และจะเติมของด้วยโปรแกรมที่คล้ายกับระบบยากำพร้า และจากการหารือกับสถาบันสิ่งทอในการผลิต Isolation gown ตอนนี้อยู่ระหว่างการทดลองซัก คาดว่าในสิ้นเดือนจะได้ชุดสำเร็จที่นำมาใช้งานได้

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

2.1 แนวทาง CPG

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ แพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอ CPG ที่ปรับแก้ไข Update 8 เม.ย. 63 ใน 4 ประเด็น คือ

- การปรับคำนิยามผู้ป่วยยืนยัน
- การปรับแนวทางการรักษา และการให้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยืนยันการวินิจฉัย
- การส่งต่อผู้ป่วย
- การจำหน่ายผู้ป่วย เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณี mild case และเกณฑ์การจำหน่ายจาก Hospitel

ต้องสื่อสาร Guideline ที่มีการ Update อย่างเป็นทางการให้แพทย์เข้าใจ ยอมรับ และไม่สับสน จึงได้จัดประชุมแบบออนไลน์ (Live Streaming ทาง Facebook) และ Teleconference เพื่อให้แพทย์ในทุกภาคส่วนเข้าใจ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- Guideline ฉบับนี้ค่อนข้างมีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากสื่อสารให้แพทย์เข้าใจแล้ว ยังต้องสื่อสารให้สังคมเข้าใจด้วย

- รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ ผอ.รพ.ศิริราช เพิ่มเติมประเด็น การส่งต่อผู้ป่วย ควรกำหนดให้ชัดเจน รพ.ระดับไหนที่รับเคส Pneumonia รพ.ระดับไหนที่รับเคส Severe เงื่อนไขการ Refer คืออะไร เพื่อต้องการให้ Early refer และมาตรฐานในการ Refer

- รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ รองคณบดีฯแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ขอให้พิจารณา 2 ประเด็น คือ

1. การกำหนดเกณฑ์ที่ Oxygen Saturation (room air) < 95% ควรต้องพิจารณาควบคู่กับอัตราการหายใจของผู้ป่วยด้วย เพราะหากคนไข้หายใจเร็ว Oxygen Sat จะไม่ต่ำกว่า 95%

2. สำหรับข้อกำหนดที่ระบุว่า เมื่อพักอยู่ใน Hospitel จนครบ 14 วันหลังจากที่เริ่มมีอาการ และแนะนำให้ผู้ป่วย self-isolation อีก 14 วันนั้น ในช่วง self-isolation จะกลับไปทำงานได้หรือไม่

- รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผอ.รพ.รามาฯ ต้องการให้มีคำแนะนำการกลับไปทำงานให้ชัดเจน

- ในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันได้ว่า ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นและอยู่ในช่วง self-isolation จะไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่น ดังนั้น ในช่วง self-isolation จึงควรดูแลเป็น home quarantine และยังไม่ควรกลับไปทำงาน

- นพ.โสภณ จาก Guideline การรักษาควรนำมาสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์การใช้ยา Favipiravir เพื่อจะได้คำนวณ และหาซื้อยามา Stock ให้เพียงพอ

- จากการประชุม EOC ของกระทรวงประเมินจำนวนยาที่ต้องใช้สิ้นเดือน พ.ค. ประมาณ 320,000 เม็ด

มติที่ประชุม

- Self-Isolation หรือ Home Isolation ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ต้องแยกตัวที่บ้าน 14 วัน หากมี Evidence มายืนยันค่อยเปลี่ยนแปลง

- มอบให้ประเมินจำนวนยาที่ต้องใช้ โดยประเมินให้ over ไว้ก่อน เพื่อไม่ให้เกิดสถานการณ์ขาดแคลนยา และการ Stock ยาต้องคำนึงถึงวันหมดอายุด้วย

2.2 การคำนวณโมเดลคณิตศาสตร์ถึงความต้องการ AIIR

ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี นำเสนอโมเดลความต้องการ AIIR ในระยะ 6 เดือน เป็นการประเมินแบบ worst case scenario ซึ่งอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์จริง โมเดลนี้ดำเนินการร่วมกับศูนย์การออกแบบทางสังคมของจุฬาฯ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนทั่วประเทศ ใช้จำนวนคนไข้ในการพิจารณา capacity และเมื่อประเมินจากกรณี worst case scenario แล้ว ในกทม. ยังมีเตียง AIIR ที่ขาดแคลน โดย peak จะอยู่ในช่วงปลายเดือน เม.ย. 64 ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพ ควรต้องพิจารณาและดำเนินการตั้งแต่กลางปี 63 เป็นต้นไป

- สามารถทำโมเดลเรื่องนี้ได้ แต่ต้องปรับพารามิเตอร์ที่จะนำไปสู่การคาดการณ์แม่นยำที่มากขึ้นในการกำหนดนโยบาย

- โมเดลเลอร์สามารถช่วยกำหนดนโยบายได้ สามารถช่วยตอบระยะของการระบาดได้

- จากประสบการณ์ตัวเลขภาพใหญ่ไม่ค่อยช่วยอะไร ต้องลงข้อมูลถึงต่างจังหวัด

- ให้มองโมเดลนี้เป็นโมเดลในการติดตาม

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ AIIR ใน 6 เดือนข้างหน้า จะมีเคสหนัก ๆ จำนวนมาก ต้องช่วยกันวางแผน Resource ภาพรวมในระยะยาว

- ต้องดูภาพใหญ่ด้านสังคม และเศรษฐกิจด้วย หากต้องทำ Social distancing หรือ Lock down ควรแนะนำมาตรการที่เข้มงวดสลับกับผ่อนคลาย เพื่อไม่ให้กระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ และสภาพจิตใจของประชาชน

มติที่ประชุม

รับทราบ

2.3 การบริหารจัดการเตียงรองรับ COVID-19 กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอข้อมูลการ Update สถานการณ์เตียงในปัจจุบัน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์เตียงแรกรับในตอนนี้มีประมาณ 2,000 เตียง AIIR ICU และ AIIR Modified ขณะนี้มี 82 เตียงที่พร้อมให้การรักษา

สำหรับ New setting (Surge capacity) ล่าสุด รพ.ธรรมศาสตร์ฯ จะดำเนินการทั้ง 40 เตียง สามารถเปิดได้ทั้งระบบในช่วงต้นเดือน มิ.ย. 63 รพ.จุฬาฯ เพิ่มอีก 7 เตียง และมีแผนเพิ่ม AIIR ICU ใน รพ.เอกชน ทั้งหมด 42 เตียง

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ต้องคำนึงถึง Equipment ที่จำเป็นต้องใช้ในห้อง AIIR ICU ด้วย เช่น เครื่อง Ventilator เครื่อง Monitor เป็นต้น
- ห้องที่ขยายเพิ่มไม่สามารถมี Full Equipment ซึ่งต้อง modify ไปตามสถานการณ์
- สถานการณ์เครื่อง Ventilator มีเพียงพอที่จะขยาย แต่ต้องรวบรวมข้อมูลว่ามีเครื่องอยู่ที่ไหนบ้าง เพื่อบริหารจัดการเรื่องการกระจายให้ทั่วถึง และการส่งคืนอุปกรณ์หลังจบภารกิจ
- จากการรวบรวมข้อมูล UHosnet เอกชน กรมการแพทย์ มีเครื่อง Invasive ventilator จำนวน 2,500 เครื่อง Non Invasive ventilator จำนวน 500 เครื่อง รวม 3,000 เครื่อง
- ต้องเช็ค Supply chain ทั้งหมด เช่น Hepa filter ที่มีความจำเป็นต้องใช้ มีสินค้าพร้อมจำหน่ายหรือไม่ ซึ่งเบื้องต้นได้ประสานกับ TCEL เรื่องการผลิต Hepa filter เพื่อรองรับในภาวะของขาดแคลน
- ต้องคำนึงถึงเคส Non COVID ที่ต้องการใช้ Invasive ventilator ด้วย
- ประสานขอข้อมูลจาก ผศ.ดร.นพ.บวรศม ในการคำนวณความต้องการ โดยคำนวณย้อนหลังจาก Surge capacity ในการหาจำนวน Moderate intensive care ที่เพิ่มขึ้นต่อวัน เพื่อ Monitor ในระยะเวลาสั้นๆ

มติที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

ดร.ณรงค์ ศิริเลิศวรกุล ผอ.สวทช. นำทีมงานนำเสนอข้อมูลเพื่อหารือ ในประเด็นดังนี้

3.1 COVID19 Knowledge Sharing System for Doctor

คุณวารุณี ลีลาธนวิทย์ ผช.ผอ.สวทช. นำเสนอ การจัดทำระบบเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้การดูแลรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วย COVID-19 สำหรับแพทย์ในกทม. และต่างจังหวัด ทาง Web Based Application โดยจำกัดผู้ใช้เป็นแพทย์เท่านั้น มีประเด็นเพื่อหารือ 2 ประเด็น คือ

1. URL ที่จะเหมาะสม และสะดวกต่อการเข้าถึง เบื้องต้นมีให้เลือกระหว่าง http://nstda.or.th/ksd (สามารถเปิดใช้ได้ทันที) และ http://ksd.in.th (รอจด Domain 1 วันทำการ) หรือเปลี่ยนเป็นชื่ออื่นได้
2. การกำหนด Criteria สำหรับการคัดกรองสมาชิก ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- การคัดกรองสมาชิกเสนอให้กรอกข้อมูลเลขที่ใบประกอบวิชาชีพจากแพทยสภา ในขั้นตอนการสมัคร
- ระบบต้องมี Admin ดูแลเพื่อป้องกันปัญหาความขัดแย้งในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งในเชิงระบบ สวทช. สามารถเป็น Admin ได้ แต่ในเชิงวิชาการต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็น Admin
- ต้องคำนึงถึงเรื่องกฎหมาย การละเมิดสิทธิ ความปลอดภัย
- Platform ของ สวทช. สามารถดำเนินการได้ แต่ในเรื่อง privacy ของการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ อาจจะมีปัญหาตามมาได้ เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องตระหนักถึง

- UHosNet เพิ่งดำเนินการเปิดระบบการแลกเปลี่ยนความรู้ในรูปแบบ Line Admin มีการรวมกลุ่มระหว่าง จุฬาฯ ธรรมศาสตร์ รามา และศิริราช จัดเวรกันเพื่อเป็น Admin ให้แพทย์จากต่างจังหวัดสอบถามปัญหาเข้ามา และให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็น Admin ให้คำปรึกษา และมีผู้ดูแลด้าน Privacy

มติที่ประชุม

รับทราบข้อมูล เนื่องด้วยมี platform เดิมที่ UHosNet ใช้ให้คำปรึกษาอยู่แล้ว จึงขอให้มีการหารือนอกรอบระหว่าง UHosNet และ สวทช. เพื่อร่วมพัฒนา platform ที่นำเสนอโดย สวทช.นี้ สามารถต่อยอดไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องมีความปลอดภัยทางด้านกฎหมายด้วย

3.2 การสกัด Virus RNA

ดร.สิทธิโชค ตั้งภัสสรเรือง สวทช. นำเสนอการพัฒนาวิธีการสกัด RNA โดยไม่ใช้ Commercial kit และ การตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 โดยปกติในขั้นตอน RNA Extraction จะต้องใช้ commercial kit ซึ่งมีราคาสูงและต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ดังนั้นวัตถุประสงค์คือ ต้องการพัฒนาเทคนิคสกัด RNA โดยสารที่สามารถหาได้ในประเทศ ผลการศึกษาพบว่า สารสกัด RNA ที่พัฒนาสามารถ Detect ได้ เครื่องมือในการสกัด RNA เป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่ในรพ.และมีราคาถูก ประมาณ 35 บาท/sample

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- วิธี RT-Lamp และวิธีการสกัด RNA ต่างกันที่ก่อนจะทำ RT-Lamp ได้ จะต้องสกัด RNA Extraction ก่อนเพื่อเข้าสู่ PCR

- ขั้นตอนสกัด RNA ที่นำเสนอนั้น อาจต้องพิจารณาเรื่อง sensitivity ของผลการทดสอบด้วย

มติที่ประชุม

ประสานหารือกับกรมวิทย์ศาสตร์ฯ ที่ทำวิจัยเรื่อง RT-Lamp เพื่อร่วมพัฒนาให้นำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 Antibody Test Kit จาก CAS

ศ.นพ.ประสิทธิ ผลิตผลการพิมพ์ รองผอ.สวทช. นำเสนอการได้รับชุดเครื่องมือ ตรวจ Antibody จาก CAS ซึ่งสามารถต่อยอดความร่วมมือกันได้หากเครื่องมือมีประสิทธิภาพ ขอหารือให้ ศ.นพ.ปิยะมิตร นำไปทดสอบประเมิน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

หากเครื่องมือนี้มีผลการทดสอบที่ดี จะสามารถซื้อจาก CAS ได้ในราคาที่ถูกกว่าเดิม และสามารถซื้อผ่าน G2G ได้

มติที่ประชุม

มอบ ศ.นพ.ปิยะมิตร นำ Test kit 200 ชุด ไปทดสอบ

3.4 การบริหารจัดการทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็ง และหลอดเลือดสมอง

พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอการบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 แผนการจัดระบบบริการทางการแพทย์ หลักๆ คือ การปรับภารกิจของสถานพยาบาล การบริหารเตียง การบริหารจัดการทรัพยากร และการบัญชาเหตุการณ์ มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) โรคทั่วไปที่ใช้ทรัพยากร PPE 2) โรคทั่วไปที่ไม่กระทบต่อทรัพยากร 3) โรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง 4) โรคที่ระยะรอคอยการรักษามีผลต่อชีวิต 5) วิกฤตฉุกเฉินและการช่วยชีวิต 6) รักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนวทางการปรับภารกิจการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแต่ละระดับในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่ ซึ่งแนวทางการปรับภารกิจการบริการทางการแพทย์ได้เผยแพร่ทาง Website กรมการแพทย์แล้ว

แนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มคัดกรองให้เลื่อนนัด 2) กลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉิน รักษาตามมาตรฐาน 3) กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ รักษาตามมาตรฐานโดยอาจจะปรับ

การรักษาเพื่อลดความเสี่ยงให้มากที่สุด 4) กลุ่มผู้ป่วยรายเก่า ในเคสที่ควบคุมโรคไม่ดีให้นัดมารพ. แต่ถ้าควบคุมได้ดีให้เลื่อนนัด และกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ให้กลับไปรักษาตามสิทธิที่บ้าน

มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยด้วยรังสีรักษา ลดการนัด พิจารณาเทคนิค ระยะเวลาการฉายรังสี และมีคู่มือ ctRO เผยแพร่เกี่ยวกับโรคที่สามารถฉายรังสีรักษาได้ในสถานการณ์ COVID-19 โดยเฉพาะ

นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์ ผอ.สถาบันประสาทวิทยา นำเสนอแนวทางการผ่าตัดในผู้ป่วยด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์ COVID-19

- Emergency มีความจำเป็นต้องผ่าตัดหรือทำหัตถการ โดยใช้หลักการ Universal precaution ใส่ชุด PPE ระดับ 3 หลังผ่าตัดพักฟื้นห้อง AIIR ICU และส่งผลและรอผลตรวจเชื้อ COVID หากผลเป็นลบ ย้ายผู้ป่วยไป ward ปกติ แต่หากผลเป็นบวก ย้ายผู้ป่วยไป Isolation ward และรักษาตาม CPG COVID

- Urgency ในกรณีนัดผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการ นัดผู้ป่วยมา admit Isolation โดยห้ามเยี่ยมก่อนผ่าตัด 8-10 วัน ซึ่งจะทำการผ่าตัดในวันที่ 8-10 เพื่อรอผลตรวจหาเชื้อ COVID ในวันที่ 1 และ 7 หากผลเป็นลบดำเนินการผ่าตัด/หัตถการ/ตรวจพิเศษตามปกติ แต่หากผลเป็นบวกจะเลื่อนนัดการรักษา

นพ.จุมพล สิงห์หิรัญนุสรณ์ รองผอ.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ นำเสนอการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งเพื่อผ่าตัดในสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งได้ทำร่างสำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งในกรณีไม่เร่งด่วน (Elective) แบบดมยาสลบ (General Anesthesia) ต้องซักประวัติ และนัดคนไข้ Admit ก่อนผ่าตัด 3-5 วัน งดเยี่ยมทุกกรณี ตรวจหาเชื้อโควิด โดย RT-PCR ในวันที่ Admit และตรวจ Rapid IgM/IgG หลังตรวจ RT-PCR 3 วัน หากผลเป็นลบดำเนินการผ่าตัด แต่หากผลเป็นบวกประสานส่งต่อ รพ.ราชวิถี แต่ร่างนี้ยังไม่ได้เผยแพร่ จึงขอหารือจากที่ประชุม

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- แนวทางการ Test ของสถาบันประสาทฯ (RT-PCR วันที่ 3 และวันที่ 7) และสถาบันมะเร็งฯ (RT-PCR วันที่ 1 และ Rapid IgM/IgG หลังตรวจ RT-PCR วันที่ 3) มีความแตกต่างกัน

- สำหรับ รพ.รามาฯ เคส Elective ที่ทำผ่าตัด under local anesthesia จะใส่ Mask ธรรมดา แต่ต้องมีการซักประวัติก่อน และหากเป็นการผ่าตัด under GA จะให้ทำ Swab ก่อนผ่าตัด 6 ชม. สำหรับเคส Emergency ต้องใช้ชุด Full protection

- รศ.นพ.วิศิษฎ์ เห็นด้วยกับการ Test ของสถาบันประสาทฯ ในกรณีที่ Elective แต่ตอนนี้ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องด้วยไม่มีห้องพักผู้ป่วยที่เพียงพอ ศิริราชจะประชุมกำหนดแนวทางในวันจันทร์ คาดว่าจะทำ swab ตรวจ PCR ร่วมกับ CT AI ของหัวเหว่ย เป็นการ screening สำหรับเคส elective

- เห็นด้วยกับการ Admit 7 วัน แต่รพ.บางแห่งมีเตียงไม่เพียงพอสำหรับการ Admit เพื่อรอผ่าตัด 7 วัน ต้องขึ้นอยู่กับ Situation ของแต่ละ รพ.

- Setting ของ รพ.รามาฯ รพ.ศิริราช ไม่เหมือนกับ Setting ของสถาบันประสาทวิยา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เนื่องจากรพ.รามาฯ รพ.ศิริราช เป็น Setting COVID ด้วย

- ขณะนี้สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ได้ทยอยกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับกรณีเหล่านี้ออกมาบ้างแล้ว

มติที่ประชุม

เสนอให้สถาบันประสาทฯ และสถาบันมะเร็งฯ รอดูแนวทางที่โรงเรียนแพทย์ หรือสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ กำลังดำเนินการ แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถาบัน

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 14 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี (อาจจะพิจารณาลดการประชุมเหลือเฉพาะวันอังคารวันเดียว)

ปิดประชุม เวลา 15.30 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 14 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2.	นายแพทย์โสภณ เมฆธน	ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3.	นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
4.	ดร.สุภาพร ภูมิอมร	แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5.	ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร	อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6.	ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
7.	ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
8.	ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
9.	รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10.	รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์	รองคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11.	รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
12.	แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ	รองปลัดกรุงเทพมหานคร
13.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์
14.	นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
15.	นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
16.	นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
17.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
18.	นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
19.	รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
20.	รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
21.	นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
22.	เภสัชกรหญิงดนตรี เกษสุวรรณสิงห์	แทน ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
23.	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
24.	นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
25.	นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
26.	นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
27.	นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	รศ.ดร.ศักรินทร์ ภูมิรัตน	อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
2.	รศ.ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3.	ดร.พัฒนศักดิ์ มงคลวัฒน์	คณบดีคณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยมหิดล
4.	นพ.เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5.	ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล	เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
6.	ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
7.	แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	รองผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
8.	ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ	ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
9.	แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา	คณะกรรมการชุด CPG สธ.
10.	รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11.	นางสาวรุ่งรัตน์ ศิริรัตนาพานิชย์	สมาคมส่งเสริมการรับช่วงการผลิตไทย
12.	นายยุทธนา เจียมตระการ	ผู้ช่วยผู้จัดการใหญ่-การบริหารกลาง บริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน)
13.	นายสมโภชน์ อาหุนัย	ผู้บริหาร บริษัทพลังงานบริสุทธิ์ จำกัด (มหาชน)
14.	นายรณัฐชัย เฉินบำรุง	บริษัทพลังงานบริสุทธิ์ จำกัด (มหาชน)
15.	นายศิลา สิลสินานนท์	บริษัทพลังงานบริสุทธิ์ จำกัด (มหาชน)
16.	ดร.ขจรวุฒิ อุ่นใจ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
17.	ดร.วรินธร สงคศิริ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
18.	ดร.อรรณพ นพรัตน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
19.	นพ.สุรัคเมธ มหาศิริมงคล	ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
20.	นายแพทย์สิทธิลักษณ์ วงษ์วันทนีย์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
21.	นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท	หัวหน้ากลุ่มพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม และเครือข่าย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
22.	พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
23.	แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
24.	นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
25.	แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์	สถาบันโรคทรวงอก
26.	นางสาวสุวิมล วรเกษมสุข	องค์การเภสัชกรรม
27.	นางสาวศรินทร เกียรติยศเจริญ	องค์การเภสัชกรรม
28.	นางสาวสิริณัฏฐ์ จันทร์ภาตรี	กรมควบคุมโรค
29.	นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
30.	นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.40 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งทราบ

- การประชุมวันนี้ มีบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ทั้งภาครัฐ และเอกชน ร่วมนำเสนอความรู้ นวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อหารือ และแสดงความคิดเห็น

- อย่าวางใจกับรายงานตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ที่ลดลง ต้องดำเนินตามมาตรการอย่างเข้มแข็ง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 10 เมษายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์ COVID-19 ในปัจจุบันผู้ป่วยรายใหม่ มีแนวโน้มคงที่ แต่ยังวางใจไม่ได้เนื่องจากยังมีอีกหลาย ๆ ปัจจัยที่อาจจะเกิดขึ้น ขณะนี้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ Discharge จึงทำให้มีเตียงเพียงพอสำหรับเตรียมการรองรับ ในส่วน State Quarantine ให้ตรวจหาเชื้อทุกเคส และมีผลตรวจ Positive ลดน้อยลงจากที่ผ่านมา ซึ่งกำลังเตรียมการสำหรับรองรับผู้ที่จะเข้ามาจากมาเลเซีย อินโดนีเซีย และอินเดียอีกจำนวนมาก

การแพร่กระจาย มีการกระจายแล้ว 68 จังหวัด ใน กทม.สามารถควบคุมการแพร่กระจายได้ดี สำหรับต่างจังหวัดมีแนวโน้มการแพร่กระจายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาคใต้ จังหวัดที่น่าเป็นห่วงนี้คือ ยะลา และปัตตานี จึงได้เตรียมทีมจากส่วนกลางเพื่อลงไปช่วยเหลือ และถอดบทเรียนจากการทำ Active Case Finding ที่ประสบผลสำเร็จจากการดำเนินการใน จ.ภูเก็ต มาใช้ที่ จ.ยะลา และ จ.ปัตตานี

เรื่องที่ต้องตระหนักที่สุดในขณะนี้คือ Health Care Worker และผู้ที่กลับมาจากการประกอบพิธีทางศาสนาอาจจะนำเชื้อไปแพร่กระจายสู่ชุมชนของตนเอง

มติที่ประชุม รับทราบสถานการณ์ และสำหรับเดือนรอมฎอมที่กำลังจะมาถึง หากมีมาตรการใดที่สามารถควบคุม ป้องกันการแพร่กระจาย ขอให้นำเสนอเข้ามา

3.2 การบริหารทรัพยากรเตียง และ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ ขณะนี้มีสถานพยาบาลลงข้อมูลใน Link จำนวน 105 แห่ง (เอกชน 76 แห่ง) มี Step down care ประมาณ 600 เตียง 3 แห่ง คือ โรงแรมปริ้นซ์ตัน ธรรมศาสตร์ และจุฬาฯ

จากกราฟแสดงสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในการรักษา (AIIR-ICU) กราฟแสดงยอดผู้ป่วยสะสม และกราฟแสดงประเภทความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งกราฟต่าง ๆ เหล่านี้ สิ่งสำคัญที่สุด คือความถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นจึงขอให้มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนการรายงาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการ Monitor ทั้งระบบ

การติดตามการขยาย AIIR ICU ในสัปดาห์ที่ 2 รพ.จุฬาฯ รพ.วชิระฯ และรพ.พระมงกุฎฯ สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่วางไว้ จำนวนตัวเลขเตียง ณ ขณะนี้มี 104 เตียง (เฉพาะภาครัฐ) สำหรับ Surge capacity รพ.รามาธิบดีจักรีฯ ขอขยายเวลาในการจัดตั้ง ประมาณกลางเดือนพ.ค. จะพร้อมทั้งระบบ และโรงพยาบาลเอกชน มีเพิ่ม 42 เตียง พร้อมดำเนินการกลางเดือน พ.ค. เช่นเดียวกัน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- รพ.เอกชนร่วมดูแลผู้ป่วยและมีปัญหาขาดแคลนหน้ากากอนามัย (Surgical mask) ระบบการจัดสรรยังไม่มีความชัดเจน

- ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ รายงาน CP สามารถผลิต Surgical mask 3,000,000 ชิ้นต่อเดือน ซึ่งได้หารือกับ อย. แล้วว่า รพ.จุฬาฯ และสภากาชาดฯ จะแบ่ง Surgical mask ส่วนหนึ่งให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกระจายในรพ. ต่าง ๆ ที่ต้องการ สำหรับตัวเลขจำนวนจะเรียนให้ทราบในครั้งต่อไป

- ต้องจัดสรร และกระจายอุปกรณ์ ให้กับภาคเอกชน อย่างเท่าเทียมและเพียงพอ

- จากการประชุมเมื่อวันเสาร์ที่ผ่านมา กทม. มีประเด็นการกลับบ้านหลังจาก 14 วัน คนไข้ไม่สามารถทำ Home Isolation ได้ ดังนั้นจึงหารือกันให้ส่งคนไข้ที่ไม่สามารถทำ Home Isolation มาที่ Hospitel ของกรมการแพทย์ โดยต้องเขียนแบบฟอร์มการส่งตัวเพื่อทำเรื่องเบิกกับ สปสช.ต่อไป และจากการหารือกับ นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผอ.กองโรคติดต่อทั่วไป ประเด็น PUI ต้องการให้ Admit เพื่อรอฟังผลทุกเคส ซึ่งกรมการแพทย์ยินดีรับเข้า Hospitel เพื่อแก้ไขปัญหา Home Isolation และเคส PUI

- รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย เสนอต้องทำ Discharge Criteria ให้ชัดเจน รพ.ธรรมศาสตร์ได้จัดทำโดยใช้เกณฑ์ของกรมการแพทย์เป็นแนวทาง

- รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ เมื่อวันเสาร์ที่ผ่านมา มีการ Discuss ประเด็นการ Discharge และได้มีการหารือกับผู้ปฏิบัติใน รพ.ศิริราช หลังจากคนไข้ Discharge แล้ว หากคนไข้อยู่ในกทม.พยาบาลจะประสานไปยังสำนักอนามัยเพื่อรายงาน Condition ของคนไข้สำหรับการติดตาม Home Isolation ส่วนต่างจังหวัดจะประสานไปยัง สสจ.

- นพ.มานัส โพธาภรณ์ ที่ผ่านมากรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำคำแนะนำสำหรับการ Discharge และการปฏิบัติตัวสำหรับทำ Home Isolation แล้ว และได้รับการประสานจากสำนักอนามัยพบว่ามีสำนักงานเขตบางแห่ง ยังไม่เข้าใจ Home Isolation เบื้องต้นสำนักอนามัยจะทำความเข้าใจ และสื่อสารกับสำนักงานเขต และจะมีการทำ Discharge plan สำหรับคนไข้ หลังจาก Admit ใน Hospitel ว่ามีความเหมาะสมหรือสะดวกในการทำ Home Isolation หรือไม่ หากไม่สามารถทำ Home Isolation ได้ จะนำเข้าสู่ระบบ Hospitel ต่อไป

- ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ รพ.จุฬาฯ มีการทำ Home Isolation หลัง 14 วัน พบปัญหาในกรณีคนไข้ที่อยู่คอนโด นิติบุคคลของคอนโด ไม่ยอมให้ทำ Home Isolation ที่ห้อง ดังนั้นควรมีการสื่อสารให้สังคมรับทราบว่าหลัง 14 วันแล้ว คนไข้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

- แนวทาง CPG ต่าง ๆ ทุกแห่งควรใช้แนวทางเดียวกันเพื่อให้เป็นมาตรฐาน และไม่ให้เกิดความสับสน

- ควรหาคำอื่น แทนการใช้ Home Isolation สำหรับคนที่หายป่วยแล้วพักฟื้นอยู่ที่บ้าน เนื่องจาก Isolation คือคนที่ยังเป็นผู้ป่วยอยู่ แต่ไม่ได้รักษาในโรงพยาบาล ขอให้ดำเนินการให้ชัดเจนป้องกันการสับสน

มติที่ประชุม

- มอบกรมการแพทย์จัดทำ Criteria การแนะนำหลังจาก Discharge ให้มีความชัดเจน Update และจัดทำแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับทำ Home Isolation ที่บ้าน และคอนโด เพิ่มเติม มอบนพ.มานัส หารือการจัดทำเกณฑ์ กับโรงเรียนแพทย์ และกทม.

- มอบผู้ทรงคุณวุฒิหารือการใช้คำที่เหมาะสมแทน Home Isolation โดยอ้างอิงจากหลักสากล

3.3 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการฯ อย. นำเสนอ การบริหาร PPE N95 ยา 6 รายการ และยา Favipiravia

PPE และ N95 การกระจายอุปกรณ์ ใช้สูตรของ รศ.นพ.นิธิพัฒน์ ในการคำนวณจำนวนของ PPE และ N95 ตามระดับความรุนแรงของเคส ในกทม. ใช้สูตร 10, 20 และ30 ชิ้นต่อวัน ส่วนต่างจังหวัดใช้ค่าเฉลี่ย 15 ชิ้นต่อวัน สำหรับ surgical gown แนวทาง Guideline ใหม่ของกรมการแพทย์เปลี่ยนเป็น Isolation gown ถ้ามีทรัพยากรเพียงพอจะกระจายตามตัวเลขที่คำนวณ แต่หากทรัพยากรขาดแคลนจะถูกลดลงจากที่คำนวณ

ยา 6 รายการ เนื่องจากเป็นยา First line และมีจำนวนมากพอ จึงกระจายยาให้ทุกโรงพยาบาลผ่านโปรแกรม NHP

ยา Favipiravia กระจายตาม Node ผ่านโปรแกรมระบบยากำพร้าของ สปสช. ซึ่งยังต้องปรับปรุงโปรแกรมบางส่วน และพยายามเชื่อมกับ NHP ของศูนย์เทคฯ กระทรวงสาธารณสุข

การเชื่อมโยงกับโปรแกรม Log Health ของดร.ดวงพรรณ ในการกระจายอุปกรณ์ ต้องหารือกันว่าจะกระจายในรูปแบบใด ซึ่ง ทางดร.ดวงพรรณ จะอ้างอิงกับระบบของกระทรวงสาธารณสุขได้ในวันพรุ่งนี้ (15 เม.ย.63) ซึ่งข้อมูล Stock ของกระทรวงฯ มีการเตรียมไว้แล้ว แต่อาจต้องเชื่อมโยงกับนอกกระทรวงด้วย

การส่งมอบหน้ากากอนามัย N95 ที่ผ่านมากระจายไปแล้วตามยอดผู้ป่วย แต่ขณะนี้มีปัญหาการนำเข้าจากจีน จึงทำให้หน้ากาก N95 ไม่เพียงพอ ซึ่งจะได้จากสยามโคเค็น 200,000 ชิ้นต่อเดือน หากมีการ Reuse ได้ 3-4 ครั้ง จะทำให้มีปริมาณที่เพียงพอ

สำหรับชุด PPE เดิม GPO สั่งซื้อ Cover all และ surgical gown แต่ Guideline กรมการแพทย์ Update แนะนำให้ใช้เพียง Isolation gown กับ Cover all ซึ่งสถานการณ์ Stock ของชุด PPE ในขณะนี้ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ และของที่ได้จากการบริจาคไม่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงหาวิธีการแก้ปัญหา Isolation gown โดยการผลิตชุด Isolation gown รุ่นเราสู้ เพื่อทดแทน แต่จะเริ่มผลิตได้ในปลายเดือน เม.ย.63

ภก.ดนตรี เกษสุวรรณสิงห์ รองผอ.องค์การเภสัชกรรม นำเสนอการจัดหาหน้ากาก N95 และ PPE และกำหนดส่งมอบในเดือนเม.ย. และพ.ค. 63

หน้ากาก N95 เม.ย.63 Med grade (3M) จำนวน 443,520 ชิ้น และ Non-med จำนวน 140,000 ชิ้น
พ.ค. 63 Med grade (สยามโคเค็น) จำนวน 60,000 ชิ้น

PPE เม.ย. 63 Cover all จำนวน 176,250 ชุด Surgical Gown จำนวน 100,000 ชุด
พ.ค. 63 Cover all (Lakekane) จำนวน 73,750 ชุด

Reusable Isolation Gown อยู่ระหว่างรอ Approve จาก อย. และประกาศสั่งซื้อ สั่งผลิตในประเทศ 10 บริษัท จำนวน 40,000 ชุด การใช้งาน 20 ครั้ง/ชุด คาดว่าได้ของภายในเดือน พ.ค.63

ขอหารือประเด็นการสั่งหน้ากาก N95 จากประเทศจีน ควรดำเนินการหรือไม่ เบื้องต้นหารือกับ อย. ว่ายังไม่ควรสั่งนำเข้ามา

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สำหรับ Surgical mask อย. ใช้งบประมาณกลางในการสั่งซื้อเพื่อกระจายให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย แต่สำหรับเอกชนต้องจัดซื้อเอง ดังนั้นจะต้องหากระบวนการในการสร้างความสมดุลกับ รพ.เอกชน

- ควรประชาสัมพันธ์ การใช้ชุด PPE ตามความจำเป็นของหัตถการ และจัดสรรทรัพยากรตามความเหมาะสม เพื่อประหยัด และลดปัญหาชุดไม่เพียงพอ โดยแนะนำให้ใช้ตาม Guideline ของกรมการแพทย์

- ผลักดันอุปกรณ์สำหรับการ Reuse ให้สำเร็จ เพื่อจัดการปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอ

- นพ.โสภณ เมฆธน ในเชิงบริหารจัดการ แต่ละรพ.ควรมีข้อมูล Safety stock ซึ่ง อย. และ GPO จึงจะสามารถคำนวณปริมาณการจัดซื้อได้เหมาะสม

- นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ การใช้ชุด PPE ใน Guideline สำหรับหัตถการเปลี่ยน Ventilator เดิมใช้ Isolation gown ควรเปลี่ยนเป็น Cover all แต่ พญ.จริยา แสงสัจจา ซึ่งเป็นคณะกรรมการจัดทำ CPG สธ. อธิบายว่าการเปลี่ยน Ventilator มีความเสี่ยงเฉพาะบริเวณใบหน้า ดังนั้นจึงป้องกันเฉพาะใบหน้าก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องใช้ชุด Cover all จะนำประเด็นนี้เข้าหารือในประชุมคณะกรรมการฯ จัดทำ CPG

- ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม เสนอ หากมี Comment หรือต้องการเพิ่มเติมรายละเอียด ขอให้ประสานที่กรมการแพทย์ หรือทาง ผศ.นพ.กำธร โดยตรง เพื่อป้องกันการสับสนของข้อมูล

มติที่ประชุม

- ประเด็น Surgical mask มอบ อย. เสนอในที่ประชุม คกก.เฉพาะกิจเกี่ยวกับการบริหารจัดการพัสดุสำหรับการป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- มอบกรมการแพทย์ และ ผศ.นพ.กำธร ประสานกับสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ หารือ Guideline แนะนำการใช้ชุด PPE โดยแบ่งเป็นระดับ ให้มีความชัดเจน ถูกต้อง ยึดหลักวิชาการและประชาสัมพันธ์สื่อสารในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

- มอบ อย. ประสานกับ GPO เรื่องข้อมูล Safety stock ของแต่ละ รพ. และติดตามจำนวนเครื่อง Reuse ที่เอกชนบริจาค

- ประเด็นการสั่งหน้ากาก N95 จากประเทศจีน ขอดูข้อมูลรายละเอียดจากพัฒนาการผลิตในประเทศ และการ Reuse ก่อน และขอหารือกันนอกรอบในประเด็นนี้ เนื่องจากต้องสอบถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ใช้งานว่าต้องการหน้ากาก N95 แบบที่จะสั่งจากจีนหรือไม่

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 การพัฒนาหน้ากากอนามัย N95 PPE

ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ นำเสนอเบื้องต้น กระทรวงอุดมศึกษาฯ ได้รับมอบหมายดำเนินการ 4 ประเด็น คือ

1. หน้ากาก N95 มุ่งเน้นที่ N95 equivalent คือ N95 ที่ใช้ซ้ำได้ จึงสนับสนุนกิจกรรมเร่งด่วน 3 โครงการ คือ 1) TCEL 2. วชิระพยาบาล และ 3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับ TCEL และวชิระพยาบาลมีวัสดุเตรียมพร้อมสำหรับผลิต สามารถผลิตได้ประมาณ 100,000 ชิ้น ภายในสิ้นเดือน เม.ย. 63

2. PPE ประกอบด้วย PAPR และ surgical gown

- PAPR เข้าสู่กระบวนการผลิตแล้ว 3,000 ชิ้น จากกลุ่มไทย Support 1,000 ชิ้น และวชิระพยาบาล 2,000 ชิ้น และได้รับสนับสนุนวัสดุสำหรับผลิต จำนวน 7,500 ชิ้น พัดลมสำหรับทำ PAPR ภาคอุตสาหกรรมในประเทศไทยผลิตพร้อม Supply 10,500 ชิ้น

- Surgical gown กำลังดำเนินการผลิต 40,000 ชิ้น

3. Ventilator

4. Negative pressure facility

มีนักวิจัยจำนวนมากสนใจทำวิจัยเป็นจำนวนมาก วช.จึงประกาศให้ทุนวิจัย (Open call) โดยให้ยื่นเสนอโครงร่างภายใน 15 เม.ย.63 ซึ่งจะประเมินกลั่นกรองโดยผู้เชี่ยวชาญ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- N95 และ PAPR ในประเทศไทยคาดว่ามีเพียงพอ หากไม่เพียงพอสามารถผลิตได้ในประเทศไทย

- การผลิต N95 และ PAPR ต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก อย. ก่อน

- การวิจัย การพัฒนานวัตกรรม สำหรับ COVID-19 จำเป็นต้องเชื่อมโยงกันทั้งหมด เพื่อให้ทราบข้อมูล สถานการณ์ของประเทศ

มติที่ประชุม

มอบ อย.และ อภ. ประสานจำนวนอุปกรณ์สำหรับใช้ Reuse เช่น ตู้อบ UVC, N95 equivalent ที่กำลังผลิต หรือผลิตแล้วกระจายอยู่ที่ใดบ้าง เพื่อเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ

4.2 โปรแกรม Application การติดตามเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด

คุณยุทธนา เจียมตระการ ตัวแทนจากบริษัท SCG นำเสนอ Application การติดตามเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ควรนำเทคโนโลยีมาปรับเปลี่ยนใช้ระบบ Digital ในการติดตาม ระบบการติดตามมีประโยชน์สำหรับประชาชนได้รับการแจ้งเตือน รับทราบความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อ สถานการณ์พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

เพื่อหลีกเลี่ยง หรือหาวิธีการป้องกันตัวหากเข้าไปในสถานที่นั้น ในประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนา Application บ้างแล้ว เช่น หมอชนะ และยังมี Platform อื่น ๆ อีกมากมาย จึงทำให้ประชาชนเกิดความสับสนว่าต้องใช้ Platform ใด ซึ่ง SCG ได้พัฒนา Application “Employee Connect” สำหรับการติดตาม โดยเริ่มจากการใช้งานของพนักงานในบริษัท และผู้รับเหมาก่อน แต่หากต้องทำเป็น Platform เดียวกันทั้งประเทศ บริษัท SCG ยินดีเปลี่ยนจาก Platform ของ SCG เป็น Platform official ของประเทศ และให้ความร่วมมือในการพัฒนา Platform

นอกจากนี้ บริษัท SCG ยังช่วย Support ในประเด็นอื่น ๆ คือ

- เครื่อง CT Scan จากจีน ติดตั้งที่รพ.รามาฯ และกำลังดำเนินการติดตั้งที่ รพ.ราชวิถี
- การ Maintenance และซ่อมเครื่อง Ventilator โดยร่วมมือกับบริษัท โตโยต้า และสยามคูโบต้า สนับสนุนในการซ่อมแซมอุปกรณ์ Ventilator ให้สามารถใช้งานได้ หากหน่วยงานใดต้องการการสนับสนุนให้ติดต่อที่ SCG ได้
- สั่งตู้ Swab จากประเทศเกาหลี 20 ตู้ เพื่อทำเป็นจุดตรวจหาเชื้อในรพ.รามาฯ และรพ.ราชวิถี

คุณสมโภชน์ อาหุนัย ประธานกรรมการบริหารบริษัทพลังงานบริสุทธิ์ และทีมงานนำเสนอ การพัฒนาซอฟต์แวร์ Application “หมอชนะ” โดยใช้ GPS Bluetooth และ QR code ในการจับสัญญาณ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สืบสวนสอบสวน พยากรณ์การเกิดโรค และมีข้อมูลการพบปะ หรือเข้าใกล้กับคนอื่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยไม่ระบุตัวตนเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว ซึ่งข้อมูลจะลบทิ้งภายใน 30 วัน และเมื่อสิ้นสุดการระบาด Application นี้จะถูกลบทิ้ง Application ได้มีการนำไปใช้งานแล้วเมื่อ 2 วันที่ผ่านมา และซอฟต์แวร์นี้ได้ link กับกรมควบคุมโรค ในการทำ Real time ข้อมูลความเสี่ยงของบุคคล ซึ่งยินดีร่วมมือกับบริษัทอื่น ๆ ในการพัฒนาร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่ม Feature ต่าง ๆ ที่ต้องการ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- Application จะมีประโยชน์สูงสุด คือ ประชาชนต้องมีการใช้งานทั่วประเทศ
- Key success factor คือ Participants ที่จะใช้ Application ซึ่งอาจจะอาศัยอำนาจ พรบ. โรคติดต่อ มาตรา 10 ในการบังคับให้ประชาชนใช้ Application นี้ได้ โดยใช้อำนาจของอธิบดีกรมควบคุมโรค
- การเข้าถึงข้อมูลต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว จึงต้องมีหน่วยงานในการดูแลข้อมูล
- รศ.ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ เสนอควรให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจมากกว่า Status ของการติดเชื้อ สอดแทรกประเด็น Health literacy สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชน ดังนั้นควรหารือกัน เพื่อออกแบบ และเชื่อมโยงข้อมูล แต่ในเบื้องต้นต้องเน้นประเด็นเรื่อง COVID-19 เป็นอันดับแรกก่อน
- ทีมพัฒนาจะต้อง Identified บุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น แพทย์ซึ่งมีการป้องกันตัวที่ดี แต่ต้องรักษาผู้ป่วย จึงทำให้ข้อมูลขึ้นว่ามีความเสี่ยง ดังนั้นต้องแยก Classify อาชีพด้วย

มติที่ประชุม

- มอบกรมควบคุมโรคหารือรายละเอียด โดยมุ่งเน้น COVID-19 ก่อน ร่วมกับ นพ.อนันต์ กนกศิลป์ ผอ.ศูนย์เทคฯ สธ., นพ.นวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์ รพ.รามาธิบดี, ดร.พัฒนศักดิ์ มงคลวัฒน์ คณบดี ICT ม.มหิดล และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ต้องดำเนินการจัดทำ Application และเปิดใช้ ให้ได้
- ขอสรุปข้อมูลภายในอาทิตย์หน้า

4.3 การ Disinfection หน้ากาก N95 ด้วยวิธี Hydrogen peroxide

ดร.ขจรวุฒิ อุ่นใจ ตัวแทนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี นำเสนอวิธี Reuse หน้ากาก N95 ด้วยวิธี Hydrogen peroxide vapor ซึ่งเป็นระบบที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจาก USFDA จุดเด่นคือ เหมาะกับการฆ่าเชื้อจำนวนมาก 3,500 ชิ้น/Cycle ใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง/Cycle และสามารถใช้ซ้ำได้มากกว่า 20 ครั้ง สำหรับองค์ประกอบหลักของโครงการ คือ

1. ออกแบบระบบ และสร้างห้องฆ่าเชื้อด้วยวิธี Hydrogen peroxide 1 ตร.ม. สามารถฆ่าเชื้อชุด PPE ประมาณ 10 ชุด หรือหน้ากาก N95 ประมาณ 400 ชิ้น ดำเนินการได้ 2-3 Cycle/วัน ในเบื้องต้น รพ.พระมงกุฎ ฯ เสนอเป็นสถานที่จัดตั้งเป็นห้องขนาด 3 x 6 เมตร

2. การทดสอบประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อ การทดสอบทางชีวภาพ กำลังดำเนินการทดสอบการฆ่าเชื้อ การทดสอบทางกายภาพ ทดสอบโครงสร้างเส้นใย ประสิทธิภาพการกรอง

3. การออกแบบ SOP 10 ขั้นตอน เพื่อความปลอดภัยของกระบวนการทำงานทั้งระบบ

และในอนาคตอาจนำ N95 Industrial grade มาใช้ Reuse ซึ่งมีข้อเสียคือ เส้นยางของหน้ากากเสื่อมสภาพ จึงได้ทำการคิดค้นเส้นยางทดแทน หรือวิธียึดติดทดแทน กำลังอยู่ระหว่างการทดลอง

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- การฆ่าเชื้อด้วยวิธี Hydrogen peroxide ถือว่าเป็นวิธีที่ดีมาก แต่มีข้อจำกัดเรื่องขนาดห้องที่ใหญ่เกินความจำเป็นสำหรับการฆ่าเชื้อหน้ากาก N95 ถ้าเป็นชุด PPE สามารถใช้ห้องขนาดนี้ได้ หากเป็นไปได้ควรลดขนาดห้องลง และกระจายห้องไปหลาย ๆ จุด แต่เครื่องพ่น Hydrogen peroxide มีราคาสูงมาก (3.5 ล้านบาท) จึงไม่เหมาะกับการทำห้องขนาดเล็ก แต่หากมีความจำเป็นต้อง Operate ภายใน 1 เดือน เสนอให้เช่าเครื่อง 70,000 บาท/เดือน

- ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล เสนอว่ารพ.จุฬาฯ ทำ Hydrogen peroxide ด้วยเครื่อง Fumigation ซึ่งมีราคาต่อเครื่องประมาณ 20,000 – 30,000 บาท และต้องการให้นำหลาย ๆ ทีมที่ดำเนินการเหมือนกันมาหารือร่วมกัน

มติที่ประชุม

มอบ ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล นำทีมหารือ และสรุปข้อมูลที่ดีที่สุดสำหรับการใช้ในประเทศภายในอาทิตย์หน้า

4.4 การจัดตั้งคณะทำงานทีม COVID-ICU BKK

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอหลักการตั้งทีมคณะทำงานสำหรับดำเนินการ COVID-ICU ในกรุงเทพมหานคร มีบทบาทเพื่อ

- ติดตามความคืบหน้าในการปรับปรุงสถานที่
- การจัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์
- การอบรมแพทย์ พยาบาล
- Health work force recruitment จัดเตรียมบุคลากรแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ

ในเบื้องต้นเสนอ รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ เป็นประธาน โดยนพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช เป็นเลขาฯ และจะรายงานความคืบหน้าทุกอาทิตย์

มติที่ประชุม

เห็นชอบ

4.5 การพ่นละอองฝอยเพื่อการฆ่าเชื้อตามหลักวิชาการ และความปลอดภัย

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอจากปัญหาความเข้าใจผิดในการฉีดพ่นละอองฝอยเพื่อการฆ่าเชื้อขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งก่อนหน้านี้กรมควบคุมโรคได้มีแนวทางการปฏิบัติไม่ฉีด ไม่พ่น ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19 วิธีที่เหมาะสมคือการเช็ดถู เป็นไปในแนวทางเดียวกับประกาศของสมาคมแพทย์โรคติดเชื้อ จึงขอความเห็นจากที่ประชุมเพื่อดำเนินการให้ชัดเจน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม กล่าวว่า สาเหตุที่ออกประกาศเรื่องการฉีดพ่นละอองฝอย ของสมาคมฯ จัดทำเพื่อแก้ปัญหาในคอนโด เนื่องจากบางคอนโดไม่รับคนไข้กลับเข้าคอนโด เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฉีดพ่นฆ่าเชื้อในคอนโด จึงออกประกาศเพื่อทำความเข้าใจว่าการพ่นละอองฝอย ไม่สามารถฆ่าเชื้อได้

- หน่วยงานของรัฐบาล โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นแบบอย่างไม่ฉีดพ่นละอองฝอยเพื่อฆ่าเชื้อ เน้นการปฏิบัติ Social distancing ซึ่งได้ผลดีกว่า

มติที่ประชุม

หาหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน และสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง

4.6 แนวทางป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รองผอ.สรพ. นำเสนอสถานการณ์ COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ขณะนี้มี Health care worker ติดเชื้อ 100 ราย สาเหตุที่สำคัญ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ทราบว่าคนไข้ติดเชื้อ เนื่องจากเกิดความคลาดเคลื่อนในการซักประวัติ และคนไข้ปกปิดข้อมูล กรมควบคุมโรคจึงวางมาตรการให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดหลัก Universal precaution ในการดูแลคนไข้ทุกราย การทำ Distancing และการใช้อุปกรณ์ PPE ให้เหมาะสมและถูกวิธี สำหรับแนวทางในการปฏิบัติคือ ให้ผู้นำสถานพยาบาลกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร และสร้างขวัญกำลังใจ วิเคราะห์การทำงานของบุคลากรแต่ละกลุ่มเพื่อจัดสรร PPE ให้เหมาะสม ให้บุคลากรเขียน Healthcare workers Journey และให้ทุกสถานพยาบาลมี Rapid response team เพื่อดูแลบุคลากรที่ติดเชื้อ

สำหรับการจัดทำ Personnel Safety Guideline อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำร่าง Draft 1 และทำ Route Cause Analysis ที่ Cluster A ซึ่งมี Health care worker ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นจะนำ Draft 1 หารือกับกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสนันสนุนฯ เพื่อเป็น Guideline สำหรับบุคลากรทางการแพทย์นำไปปฏิบัติ ซึ่งจะประกาศใช้โดยรัฐมนตรีฯ ในวันที่ 17 เม.ย. 63

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ใน Guideline ควรมีประเด็นการดูแลตนเองจากสังคมด้วย ไม่ใช่เพียงการดูแลตนเองในสถานพยาบาล เพียงอย่างเดียว

- ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม เสนอต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ COVID-19 ที่ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อาการแสดงของคนไข้ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับตัวบุคลากรได้ในการคัดกรอง และป้องกันตนเอง

- ความรู้ทำให้เกิดความ Balance ในการปฏิบัติ ดังนั้นควรจัดทำประชุมออนไลน์ เชิญบุคลากรที่ดูแลรักษาคนไข้มาเล่าและแชร์ประสบการณ์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทั้งประเทศฟัง

- Standard precaution มีความจำเป็นกับทุกๆ Procedure Medicine เช่น ทันตกรรม OPD ER เป็นต้น และเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ มอบ นพ.มานัส โพธาภรณ์ ดำเนินการจัดการในเรื่องนี้ต่อไป

มติที่ประชุม

เห็นด้วยกับการออกเป็นนโยบายป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

4.7 วิเคราะห์กระบวนการการรักษาผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว

พญ.เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ สถาบันโรคทรวงอก นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษา COVID-19 จากการบันทึกการรักษา การให้ยา อาการแสดง ในระบบ Online ซึ่งกรมการแพทย์ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาคนไข้ในภาพรวมประเทศไทย และดำเนินการจัดทำ Case record form online โดยเบื้องต้นให้หน่วยงานในกรมฯ ลงรายละเอียดการรักษาทั้งหมด ซึ่งสถาบันโรคทรวงอกได้มีการลงข้อมูลนำร่องแล้ว จึงต้องการเชิญชวนโรงเรียนแพทย์ร่วมกันจัดทำบันทึกข้อมูล หากที่ประชุมเห็นชอบ จะขอติดต่อ Focal point เพื่อประสานการลงข้อมูล และกรมการแพทย์กำลังดำเนินการจัดทำ Death case review ซึ่งจะประสานขอข้อมูลจากกรมควบคุมโรคเพื่อการเก็บข้อมูล และ Identify ในแต่ละเขตที่มีเคสเสียชีวิต เพื่อให้เห็นสถานการณ์ของคนไข้ทั้งหมด

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ เห็นด้วยว่าควรต้องมีการเก็บข้อมูลร่วมกัน และรพ.จุฬาฯ ได้มีการหารือในการเก็บข้อมูล และ Sample แล้ว ซึ่งการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงเรียนแพทย์ไม่เหมือนกัน ข้อมูล CRF สามารถเก็บได้ แต่ต้องเก็บไว้ที่หน่วยงานก่อน ไม่สามารถส่งข้อมูลเข้าระบบส่วนกลางได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นข้อมูลของคนไข้ แต่หากต้องการขอข้อมูลทำโปรเจคจะต้องของ IRB สำหรับโปรเจคนั้นก่อน จึงจะสามารถให้ข้อมูลได้

- สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับรพ.มะเร็งอุดรธานี ดำเนินการจัดทำ AI Chest X-ray หากเป็นไปได้ขอความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน decode และส่งฟิล์ม X-ray เข้าสู่ระบบ

- AI Chest X-ray สำหรับ COVID-19 ในขณะนี้มี 4 แห่งที่ดำเนินการ ดังนั้นจึงควรหารือกันเพื่อนำมารวมกันเพียงหนึ่งเดียว เพราะตอนนี้ต่างคนต่างทำ

- สถานการณ์การเสียชีวิตในขณะนี้ต่างจังหวัดมีความน่าเป็นห่วง จะหาวิธีการลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างไรบ้าง ซึ่งกรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำ Live Streaming ทาง Facebook เพื่อสื่อสาร Guideline สู่เขตสุขภาพแล้ว

- สำหรับโครงการ Solidarity ของ WHO ปัญหาในขณะนี้คือ แพทย์หลายท่านไม่กล้าเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากมี Placebo arm ขัดแย้งกับการให้ยาตาม Guideline ซึ่งจาก Guideline เองก็ยังเป็น Evidence type C ดังนั้นต้องให้ EC พิจารณาว่าสามารถใช้ Placebo แทนการใช้ยาตาม Guideline ได้ แต่สำหรับผู้ปฏิบัติยังมีความกังวลหากต้องให้ Placebo แต่ถ้าให้ยา Placebo ใน Mild Case ก็ยังพอจะทำได้

มติที่ประชุม

- มอบกรมการแพทย์ (นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ) ติดต่อประสานงานกับ Focal Point รามาฯ ศิริราช ธรรมศาสตร์ฯ มศว. จุฬาฯ หารือในประเด็น eCRF รวมทั้ง AI Chest X-ray, Whole genome sequencing และเรื่องอื่นๆ เพื่อดำเนินการเป็นภาพรวมของประเทศ

- กรมการแพทย์รับประสานงานเรื่อง Clinical trial เพื่อจัดประชุมหารือโครงการ Solidarity ของ WHO

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ

การผลิต PAPRs และ Mobile ICU

นพ.เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์ โรงพยาบาลศิริราช และคณะ นำเสนอ โครงการผลิตเพื่อการบริจาคหน้ากากป้องกันเชื้อโรคแบบคลุมศีรษะพร้อมชุดกรองอากาศประสิทธิภาพสูง (PAPR) และโครงการ Mobile ICU ห้องดูแลผู้ป่วยความดันลบภาคสนามแบบเชื่อมต่อและทำงานได้รวดเร็ว

โครงการ THAI PAPR ตัวต้นแบบอยู่ระหว่างทดสอบ Biological test ผ่านกระบวนการทดสอบ Leak test, Differential Pressure test และ Virus Spray test แล้ว มีแผนการผลิต 7,000 ชุด ภายใน 4 เดือน ซึ่ง จุดเด่นของ PAPR ที่ผลิตคือ สามารถใช้งานได้ต่อเนื่องนาน 7 ชั่วโมง มี Hepa filter 99.99 % โดยต้องการกระจายให้บุคลากรทางการแพทย์ ใน รพศ. รพท. และ รพช.

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ระบบ Flow ของ PAPR ของ รพ.ศิริราช (ใช้งานได้นาน 7 ชม.) ต่างกับของวชิระพยาบาล (150 นาที)

- รพ.ศิริราช ได้รับบริจาคจากบริษัท Delta ที่ผลิตพัดลม จำนวน 10,000 ตัว แต่ รพ.วชิระฯ พัฒนาพัดลมเองเนื่องจากเกิดปัญหาขาดแคลนพัดลม และไม่ตรงตาม Spec ซึ่งได้มีการประสานกับบริษัท Delta ให้ออกแบบพัดลมเป็นแบบเดียวกัน และมีการ Supply ให้ รพ.วชิระฯ แล้ว

- เสนอผลักดันให้เข้าสู่ระบบ อว.

- Hood ควรทำให้ Safety และควรพัฒนาให้เล็กลง ซึ่งอยู่ในแผนการพัฒนาต่อของโครงการแล้ว

มติที่ประชุม

ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

โครงการ Mobile ICU เริ่มต้นโครงการ 5 เม.ย.63 โดยรวบรวมสปานิก วิศวกร ผู้บริหาร แพทย์และผู้ปฏิบัติงานร่วมกันออกแบบ ให้ตรงตามเกณฑ์ AIIR ทั้งระบบปรับอากาศ ระบบแก๊ส ระบบไฟฟ้า และระบบสื่อสาร ซึ่งสามารถดำเนินการติดตั้งประมาณ 8 สัปดาห์ ค่าใช้จ่ายประมาณ 22.4 ล้านบาท ต้องการหารือการจัดตั้ง ICU Mobile ต้นแบบเพื่อพัฒนาต่อไป

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- หากต้องการจัดตั้ง ICU Mobile พื้นที่ต้องเตรียมพื้นฐานรากเพื่อรองรับน้ำหนัก
- เนื่องจากในเขต กทม. ดำเนินการขยาย AIIR ICU จากการปรับปรุงพื้นที่เดิม และ ICU Mobile ใช้งบประมาณจัดตั้งค่อนข้างสูง จึงไม่สะดวกในการจัดตั้ง และการจัดตั้ง ICU Mobile ต้องคำนึงถึงทรัพยากรบุคคลด้วย

มติที่ประชุม

- รับทราบ ICU Mobile เพื่อเป็นข้อมูล
- กรมการแพทย์รับประสาน ICU Mobile กับกรมสนับสนุนฯ โดยขอให้ติดต่อกับ นพ.เข็มชาติ

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 21 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 15.55 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 21 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2. นายแพทย์โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
4. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
6. ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
7. ศ.นพ.รื่นเริง ลีลานุกรม แทน คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9. รศ.นพ.ประยุทธ ศิริวงษ์ คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ วชิรพยาบาล
10. รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
11. นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์
12. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
13. นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
14. นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์
15. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท แทน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
16. นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
17. รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
18. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
19. นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
20. นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
21. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
22. แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
23. นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
24. นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
25. นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
3. รศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. นายโอฬาร สืบสาย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
7. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย กรมแพทย์ทหารบก
8. นายแพทย์สมเกียรติ เชื้อเพชระโสภณ อาสาสู้โควิด-19
9. ผศ.ดร.อัจฉริยา สุริยะวงค์ อาสาสู้โควิด-19

10. นายปรีชา ไพรภัทรกุล	อาสาสู้โควิด-19
11. รอ.นพ.นิมิต ประสิทธิ์ดำรง	ประธานคณะกรรมการบริหาร ศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงวัย The Senizens
12. นท.พญ.ภาพร ประสิทธิ์ดำรง	รองประธานคณะกรรมการบริหาร ศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงวัย The Senizens
13. นายทิตนันท์ มัลลิกะมาส	ผู้ช่วยผู้ว่าการ สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย
14. นายจิตเกษม พรประพันธ์	ผู้อำนวยการอาวุโส ฝ่ายนโยบายโครงสร้างเศรษฐกิจ ธนาคารแห่งประเทศไทย
15. แพทย์หญิงอลิศรา ทัตตากร	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
16. ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
17. นายยุทธนา ตันติพาณิชย์	ผู้อำนวยการกองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม
18. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล	ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
19. นายแพทย์ชนาธิป ไชยเหล็ก	กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
20. นายแพทย์ธเนศ ดุสิตสุนทรกุล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.
21. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
22. นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช – ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
23. นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมการแพทย์
24. ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล	โรงพยาบาลราชวิถี
25. นางสาวชนิดา เลิศศลารักษ์	สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
26. นางวิภาวรรณ ธรรมบำรุง	องค์การเภสัชกรรม
27. นางสาวธาดา เกษตร	องค์การเภสัชกรรม
28. นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
29. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.35 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งทราบ

สรุปจากการประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) โดยนายกรัฐมนตรี ผอ.ศบค. มอบให้ดำเนินการจัดทำรายละเอียดสำหรับมาตรการผ่อนปรน ซึ่งได้หารือในประชุม EOC กระทรวงแล้ว แต่มาตรการนี้อาจยังไม่เกิดขึ้นในเดือนนี้

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 14 เมษายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 สะสม ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยกลับบ้านของประเทศไทยในปัจจุบัน (21 เม.ย. 63) ปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยยืนยัน 2 สัปดาห์ล่าสุด 3 อันดับแรก คือ สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ (State Quarantine) และอาชีพเสี่ยง เช่นทำงานในสถานที่แออัด สำหรับสถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยอยู่ในอันดับที่ 55 ของโลก ในประเทศแถบเอเชียส่วนใหญ่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยโดยเฉพาะอินเดีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์

ประเด็นที่น่าสนใจในต่างประเทศ เช่น การยังไม่ผ่อนคลายมาตรการล็อคดาว์นในประเทศอังกฤษ ถึงแม้ว่าตัวเลขผู้เสียชีวิตจะน้อยลงแล้วก็ตาม การเริ่มหารือแผนปลดล็อคดาว์นในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา มาตรการผ่อนปรนล็อคดาว์นในประเทศต่าง ๆ เป็นต้น

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- นพ.โสภณ เมฆธน เสนอควรเพิ่มเติมรายละเอียดสถานที่แออัด เพื่อเป็นข้อมูลช่วยตัดสินสำหรับการคลายล็อคดาว์น ซึ่งที่ทราบแน่ชัดคือ สนามมวย สถานบันเทิง แต่สำหรับสถานที่อื่นๆ ยังมีอีกหรือไม่ และผลการสอบสวนในสถานพยาบาลมีความสำคัญสำหรับการป้องกัน ควรเป็นจุดที่จะต้องลงรายละเอียดเพิ่มเติมเช่นกัน

มติที่ประชุม

มอบกรมควบคุมโรค วิเคราะห์ประเด็นสถานที่ที่แออัด โดยเน้นความสำคัญในการลงรายละเอียดการสอบสวนที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ดังกล่าว รวมถึงการสอบสวนในโรงพยาบาลที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกัน และขอให้กลับมานำเสนอในครั้งต่อไป

3.2 การบริหารทรัพยากรเตียง และ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ สถานการณ์เตียงขณะนี้รพ.ในกทม. และปริมณฑล มีเตียงว่างจำนวน 1,690 เตียง Step down care มีเตียงว่าง 457 เตียง ในการพัฒนาศักยภาพเตียง AIIR ICU ของกทม. และปริมณฑล ขณะนี้มี AIIR Modified 103 เตียง สิ้นเดือน พ.ค. 63 คาดว่าจะมีเตียง 280 เตียง

สรุปความคืบหน้าจากทีมคณะทำงานฯ 2 ประเด็นคือ 1. การดำเนินการ COVID ICU ชนิด AIIR และสภาพแวดล้อม 2. Modular Negative Pressure ดังนี้

- จัดทำคำจำกัดความ หรือนิยามของ COVID ICU ชนิด AIIR และ Modified Negative Pressure ให้ชัดเจน เพื่อใช้ประเมินห้อง ICU ที่กำลังจะดำเนินการจัดตั้ง COVID ICU ต้องมี 2 องค์ประกอบหลักคือ 1. สมรรถนะห้อง ICU มีความพร้อมเรื่องระบบ อุปกรณ์ และ 2. สภาพแวดล้อม ห้องความดันลบ AnterRoom มีระบบกรองอากาศ Nurse station และ work flow

- การกำหนด Critical care team ประมาณการองค์ประกอบของทีมแพทย์ และทีมพยาบาลสำหรับการรองรับการขยายเตียง AIIR ICU

- ด้านกำลังคน อยู่ระหว่างหารือกับแพทยสภา และสภาการพยาบาล เพื่อเตรียมบุคลากรสนับสนุนและรองรับสถานการณ์ และจากการที่แพทยสภารับสมัครแพทย์อาสามีทั้งอายุรแพทย์โรคปอด Emergency Medicine มาลงทะเบียนจำนวนหนึ่ง

- สมาคมอุรเวชฯ และทีม อยู่ระหว่างจัดทำแบบจำลองเพื่อพยากรณ์ขีดความสามารถสำหรับการดูแลผู้ป่วย COVID ICU และ Criteria ในการ Activate New Setting

- โครงการ Field Modular Negative Pressure ที่พัฒนาโดย นพ.เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์ รพ.ศิริราช เป็น Model ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการขยาย ICU จากการปรับปรุงพื้นที่เดิม หรือจัดทำ

เป็น Field Modular ได้ ซึ่งมีความสมบูรณ์ทั้งด้านการออกแบบ และระบบ work flow จึงหารือกับกรมสนับสนุนฯ ในการจัดทำแผนเชิงรุก และ Timeline สำหรับการพัฒนา Modified negative pressure ของสถานพยาบาล ข้อสรุปจากการหารือ คือ รพศ. รพท. ทุกแห่งควรมี AIIR หรือ Modified negative pressure ICU อย่างน้อย ร้อยละ 10 ของ ICU หรือสอดคล้องกับจำนวนที่คาดการณ์ สำหรับ รพช. บางแห่งควรเตรียม Cohort ward หรือห้อง Modified negative pressure 1-2 เตียง ซึ่งในสัปดาห์หน้า สบส. จะจัดทำข้อสรุปเสนอในที่ประชุมคณะทำงานฯ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- กระบวนการในการเพิ่ม AIIR ICU (Surge capacity) ในกทม. และโครงการต่าง ๆ ที่เสนอผ่าน อว. หากมีปัญหาติดขัดในเรื่องใด สามารถแจ้งเข้าในที่ประชุมนี้ได้

- จากประเด็นหารือของทีม นพ.เข็มชาติ ในกรณีมีผู้ต้องการบริจาคเงินเพื่อจัดทำ Field Modular ได้เสนอให้บริจาคไปที่ รพ.ที่ต้องการ และดำเนินการจัดตั้ง Field Modular ใน รพ. นั้น

- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เสนอให้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับการจัดตั้ง AIIR ICU (Surge capacity) ของส.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน รพ.ธรรมศาสตร์ฯ และรพ.จุฬาฯ บรรจุในแผนของ กทม. สำหรับปริมณฑล และภูมิภาคควรดำเนินการเช่นกัน เพื่อเป็นแผนระยะยาวสำหรับการรองรับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

มติที่ประชุม

รับทราบสถานการณ์ และรอผลสรุปความคืบหน้าในการประชุมครั้งต่อไป

3.3 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการฯ อย. นำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินการจากสัปดาห์ที่แล้วได้ Implement โปรแกรม NHP ของศูนย์เทคฯ สป. ทั่วประเทศ ซึ่งสถานพยาบาลเริ่มลงข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 เม.ย.63 ดังนั้นการกระจายทรัพยากร PPE และ N95 จะพิจารณาจากข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้ง Stock ของรพ. ด้วย

การกระจายยา **Favipiravia** กระจายตาม Node 12 Node ภูมิภาค และ กทม.

ยา 6 รายการ กระจายตาม Node 76 จังหวัด เริ่มดำเนินการในสัปดาห์นี้

สรุปการกระจายอุปกรณ์ที่ผ่านมา (มี.ค.- 15 เม.ย. 63) **N95** ประมาณ 650,000 ชิ้น

PPE, Cover all ประมาณ 250,000 ชิ้น

เนื่องจาก Cover all, Surgical gown และ Isolation gown ไม่มีของ จึงคาดว่าจะเป็นปัญหาในระยะยาวต่อไป สำหรับ N95 ลดปัญหาได้เนื่องจากมีการ Reuse

นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผอ.องค์การเภสัชกรรม นำเสนอ PPE ได้ดำเนินการประกาศให้บริษัทที่มีความพร้อมเสนอเข้ามา เบื้องต้นสั่งซื้อแล้ว 100,000 ชุด และมีของบริษัท Lakekane อีกจำนวนหนึ่ง และจากความร่วมมือจากสภาอุตสาหกรรม สมาคมสิ่งทอไทย มีผู้ผลิตจำนวน 12 ราย เสนอผลิต Reusable Gown 40,000 ชิ้น ซึ่งอยู่ระหว่างการทดสอบการซัก นอกจากนี้ยังมีผู้ผลิตอีกหลายรายที่สามารถผลิตชุด Cover all ได้อีกจำนวนหนึ่ง และได้รับการสนับสนุนจากบริษัท BOI ประเทศไต้หวัน นำวัสดุมาผลิตในประเทศ

สำหรับยา Favipiravia ดำเนินการสั่งจากประเทศจีน จำนวน 200,000 เม็ด สำหรับประเทศญี่ปุ่นติดปัญหาเล็กน้อยต้องทำ MTA (Material Transfer Agreement) จำนวน 108,360 เม็ด ดังนั้นในเดือน พ.ค. 63 จะมียา Favipiravia ประมาณ 300,000 เม็ด

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- นพ.สุรโชค เสนอการทดสอบมาตรฐาน Gown กันน้ำ สำหรับ Low risk, Moderate risk สามารถดำเนินการทดสอบการกันน้ำได้ในประเทศ แต่ที่เป็นปัญหา คือ Cover all ที่ใช้สำหรับ High risk ต้องมี

การทดสอบมากกว่าการกันน้ำเพียงอย่างเดียว ซึ่งในประเทศไม่มีการทดสอบนี้ ดังนั้นต้องพัฒนาหรือหา Lab ทดลองเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ใช้งาน

- นพ.โสภณ เสนอการทดสอบ Cover all ต้องการมาตรฐาน Class 5-6 กันเลือด และเชื้อไวรัสได้ ซึ่งคณะวิศวฯ จุฬาฯ กำลังดำเนินการพัฒนา Lab อยู่ จึงสามารถนำมาทดสอบที่ lab นี้ได้ สำหรับ Reusable Gown ที่กำลังทดสอบการซัก ตอนนี้กำลังปรับสูตรสารเคลือบบนผ้า และต้องรอทดสอบใหม่อีกครั้ง

- ชุด PPE ที่เป็นผ้าหากมี Safety Stock ให้รพ.จะช่วยลดปัญหาการไม่เพียงพอ และสามารถกระจายสู่ รพ.สต.ได้

- มีผู้ผลิตหลายแห่งสั่งผ้าสปันบอนด์เพื่อผลิตชุด Cover all อยู่ระหว่างดำเนินการทดสอบว่าสามารถใช้ผ้าชนิดนี้ได้หรือไม่

- Cover all ทางการแพทย์มี 2 ระดับ ระดับ 1 ใช้ในกิจกรรมดูแลคนไข้ ผู้ป่วย ICU ทั่วไป หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ระดับ 2 ใช้ในกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ สำหรับผ้าสปันบอนด์หากต้องใช้ต้องมีสารเคลือบกันน้ำ และใช้ Reuse ไม่ได้ แต่ถ้าเป็น Polyester สามารถใช้ได้แต่มีปัญหาการทำความสะอาดหลังการใช้งาน ซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษา

มติที่ประชุม

รับทราบสถานการณ์

3.4 โปรแกรม Application การติดตามเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด

นพ.เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนกรมควบคุมโรค นำเสนอแนวทางการขยายการใช้งาน Application “หมอชนะ” เบื้องต้นได้ประชุมหารือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่ง Application นี้เป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับติดตามเมื่อเกิดการผ่อนคลายมาตรการ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ความเสี่ยง และรับมือกับความเสี่ยงระบาดระลอกใหม่ ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลสถานที่/ยานพาหนะเสี่ยงจากการแจ้งเตือนการสัมผัส เพื่อประเมินความเสี่ยงของตนเอง สำหรับโรงพยาบาลจะช่วยลดความแออัด และลดการสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ ด้านระบบควบคุมโรคของประเทศจะได้ทราบประวัติการเดินทาง location จาก Application เพื่อช่วยในการสืบค้นขอข้อมูลจากเครือข่ายอื่น เช่น ในสถานที่เสี่ยงแห่งนั้น ช่วงเวลานั้นมีเบอร์โทรศัพท์ใดบ้างที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการสอบสวนโรค ค้นหาผู้สัมผัส ปัจจัยที่จะทำให้ Application สำเร็จ คือต้องมีผู้ใช้ Application จำนวนมาก คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความสะดวกในการเข้าถึงแอปฯ ข้อมูลเป็นประโยชน์สำหรับผู้ใช้งาน ดังนั้นจึงมีแผนการประชาสัมพันธ์สำหรับประชาชนทั่วไปโดยทีมแอปหมอชนะ สำหรับส่วนราชการจะกำหนดเป็นนโยบายและประชาสัมพันธ์ใน กสธ. รวมทั้งต้องติดตามความก้าวหน้าการใช้งานโดยทีมแอปฯ หมอชนะจะรายงานจำนวนผู้ดาว์นโหลดทุกสัปดาห์

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- เสนอเปลี่ยนชื่อ Application นพ.เฉวตสรร รับข้อเสนอหารือกับคณะทำงานเพื่อพิจารณาหาวิธีการทางเทคนิคสำหรับการเปลี่ยนชื่อ

- จะมีมาตรการจูงใจอย่างไรสำหรับการให้ประชาชนดาว์นโหลด เช่น ก่อนปลด Lock down ต้องให้ประชาชนดาว์นโหลด Application นี้ เป็นต้น

- ควรจัดทำข้อมูลการพิจารณาเปรียบเทียบ Application หมอชนะ กับแอปฯ อื่นๆ เนื่องจากมีผู้พัฒนาแอปฯ ที่คล้าย ๆ กันเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นข้อมูลประกอบว่าทำไมถึงต้องเลือกใช้แอปฯ นี้ เบื้องต้นจุดแข็งของแอปฯ นี้ คือ GPS ประวัติการเดินทางย้อนหลัง ความถูกต้องข้อมูลสถานที่เนื่องจากใช้ Bluetooth ในการจับสัญญาณ และแอปฯ นี้ ได้เปิดตัวโดยกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

- ประเด็นการจากประชุมครั้งที่แล้วฝากให้ทีมพัฒนาหาวิธีการแก้ไข Gap เรื่องการ Identified บุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ทีมพัฒนากำลังหารือเพื่อหาวิธีแก้ไขประเด็นนี้อยู่

- ควรมี Application เดียว และต้องมี Admin ในการควบคุม เสนอกรมควบคุมโรค และแอปฯ นี้ต้องเกิดประโยชน์กับทุกภาคส่วนนอกจากประชาชน คนไข้ รพ.และกรมควบคุมโรคแล้ว ภาคธุรกิจ บริษัท เอกชน ร้านค้าจะได้ประโยชน์อะไรจากแอปฯ นี้บ้าง ควรหาข้อมูลประเด็นนี้เพิ่มเติม

มติที่ประชุม

มอบกรมควบคุมโรคตัดสินว่าจะใช้ Application ใด และพัฒนา Application นั้นต่อ

3.5 การใช้ข้อมูลจากมือถือเพื่อติดตาม Social Distancing

รศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ รองคณบดีคณะวิศวกรรมฯ ม.มหิดล และ ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม ผอ.สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ(สสส.) นำเสนอความร่วมมือในการพัฒนาการใช้ข้อมูลจากมือถือเพื่อติดตาม Social Distancing ซึ่งที่มาของ Project นี้เพื่อสนับสนุนมาตรการ Social Distancing เครื่องมือนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการติดตาม ออกมาตรการ หรือจัดทำกลยุทธ์ในการควบคุมป้องกัน หลักการคือ เป็นข้อมูล Dash board ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลของเครือข่าย (AIS) ซึ่งข้อมูลนี้เปิดเผยสำหรับ Policy Maker เท่านั้น มีประโยชน์สำหรับการเฝ้าระวังและควบคุม โดยวิเคราะห์ข้อมูล 3 ประเด็น คือ

1. Mobility of population การเคลื่อนไหวของประชาชนจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่งทั่วประเทศ
2. Change of population ณ สถานที่ต่าง ๆ มีจำนวนประชาชนเท่าไหร่ เพื่อดูข้อมูลจำนวนประชากรที่ใช้บริการในสถานที่ต่างๆ หลังจากออกมาตรการป้องกัน
3. Characteristics of population เป็นการรายงานข้อมูลเชิงลึก พฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ เช่น ผู้ชายมีการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้หญิงในภาวะเสี่ยง เป็นต้น

สำหรับข้อมูลที่นำเสนอจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกันกับสถาบันวิจัยประชากรฯ ม.มหิดล และจะหารือกับกรมควบคุมโรคต่อไป

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ข้อมูลสามารถ Tag Individual ได้ แต่ข้อมูลห้ามเปิดเผย
- ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์มาก เช่น การ Screen กลุ่มเสี่ยง การ Monitor หากมีมาตรการผ่อนคลาย เป็นต้น
- ในด้านกฎหมาย เสนอกรมควบคุมโรคพิจารณา หากเห็นว่าข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ควรนำเสนอในคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
- ควรมีการประสานขอข้อมูลการใช้มือถือจากเครือข่ายทั้ง 3 ค่าย
- จากข้อมูลที่นำเสนอยังพบว่าการ Work from home เขตสีลมยังไม่ได้ผล ประเด็นนี้ควรเป็นข้อมูลกระตุ้นให้รัฐบาลดำเนินการ Work from home มากขึ้น หรือทำงานเหลื่อมเวลา เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดหากผ่อนคลายมาตรการ
- ศ.นพ.ปิยะมิตร ขอส่งนักศึกษาของรพ.รามาธิบดี เข้าร่วมโปรเจคนี้ด้วย เพื่อช่วยทำงาน และประสานกับกรมควบคุมโรค

มติที่ประชุม

มอบกรมควมคุมโรค ประสานกับทีม รศ.ดร.ยศชนัน นพ.ไพโรจน์ และรพ.รามาธิบดี ประเด็นการจัดทำ Dash board การขอความร่วมมือจากค่ายมือถือทั้ง 3 และด้านกฎหมาย

3.6 ความก้าวหน้าของการพิจารณาเรื่อง Disinfection หน้ากาก N95 ด้วยวิธี Hydrogen peroxide และการพัฒนาการผลิต PAPR

ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ นำเสนอความก้าวหน้า 3 ประเด็น คือ

1. หน้ากากทดแทน N95 (N95-equivalent) มี 3 โครงการ คือ
   - หน้ากาก N95 พัฒนาโดย TCELS
   - หน้ากาก Silicone mask N99 (VJR-NMU mask) พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

- หน้ากาก Nano พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หน้ากากทั้ง 3 แบบนี้ มีความพร้อมสำหรับดำเนินการแล้ว จำนวน 100,000 ชิ้น

2. กระบวนการ Disinfection ของ N95 มีเทคโนโลยีที่ได้รับการ Prove แล้ว 3 วิธี คือ UVC, Hydrogen peroxide และ Dryheat สำหรับโครงการที่พร้อมผลิตภายใน 1 เดือน ประกอบด้วย

- ตู้ SOS อบฆ่าเชื้อด้วยแสง UVC พัฒนาโดย ศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงวัย
- ตู้คอนเทนเนอร์ฆ่าเชื้อด้วยละอองฝอย Hydrogen peroxide Vapor พัฒนาโดย ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
- ตู้ฆ่าเชื้อ วิคิว 20 พลัส เอพี 35 ด้วยละอองฝอย Hydrogen peroxide พัฒนาโดย จุฬาฯ

3. PAPR มีโครงการเสนอเข้ามา 11 โครงการ อยู่ระหว่างพิจารณารายละเอียด ซึ่งอนุมัติแล้ว 2 โครงการ จะได้ PAPR จำนวน 3,000 ชุด พร้อมทั้งเตรียมกลไกในการสนับสนุน และวัสดุสำหรับการผลิตได้รับการสนับสนุน DC Fan จากบริษัทเดลต้า และ BOI จำนวน 10,500 ชุด เพื่อดำเนินการผลิตต่อไป

โครงการ N95-equivalent โครงการ Disinfection และโครงการ PAPR ผ่านกระบวนการวิจัยและนวัตกรรมแล้ว กระบวนการต่อไปคือการขยายผล จึงขอหารือจำนวนที่ต้องผลิต ระยะเวลา ปริมาณความต้องการ และการกระจายอุปกรณ์

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- รอ.นพ.นิมิต ได้มีการกระจาย ตู้ UVC สำหรับการฆ่าเชื้อบนหน้ากาก N95 บ้างแล้ว จากการหารือกับ ศ.นพ.สิริฤกษ์ ต้นทุนต่อชุด (30 วัตต์ 4 หลอด อบได้ครั้งละ 6 ชิ้น) ประมาณ 10,000 บาท วช.พร้อมสนับสนุนในการผลิต ซึ่งต้องหารือกับ GPO เนื่องจากหน่วยงานที่รับทุนจาก วช. ได้นั้นจะต้องเป็นหน่วยงานภาครัฐ
- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ ตั้งคำถาม 2 ประเด็น คือ
  - UVC มีผลต่อสายรัด และแผ่นที่ทำให้ Fit กับใบหน้าหรือไม่ การทำ UVC ไม่มีผลต่อสายรัดและแผ่นที่ทำให้ Fit กับใบหน้า เนื่องจากไม่มีความร้อนในการอบซึ่งเป็นปัจจัยทำให้สายรัดเสื่อมได้ แต่อาจจะมีกลิ่นโอโซนติดมา แต่ไม่เป็นอันตราย
  - UVC สามารถเข้าถึงพื้นที่รอยพับหรือรอยย่นของหน้ากากได้หรือไม่ แนะนำเพิ่ม Dose ของรังสี โดยการเพิ่มเวลาในการอบจาก 5 นาที เป็น 15 นาที
- ควรมีข้อแนะนำสำหรับการนำหน้ากากมา Reuse เช่น หน้ากากต้องไม่มีการปนเปื้อน
- อุปกรณ์ทางการแพทย์ชิ้นเล็ก เช่น หน้ากาก N95 เหมาะกับการ Reuse ด้วยวิธีอบ UVC แต่หากเป็นอุปกรณ์ขนาดใหญ่ เช่น ชุด gown เหมาะกับการพ่นละอองฝอย Hydrogen peroxide

มติที่ประชุม

มอบองค์การเภสัช หารือกับผู้ผลิต และ อว. ในการร่วมกันจัดทำแผนการผลิต แผนการสนับสนุนอุปกรณ์ PPE และอุปกรณ์ Reuse ในภาพรวมทั้งหมด รวมถึงการกระจายไปยังรพ.ต่างๆ ทั่วประเทศอย่างเหมาะสม โดยจัดเป็น Timeline ในการบริหารจัดการและนำเสนอในอีก 2 สัปดาห์

3.7 การจัดทำ Case Record Form ในภาพรวมของประเทศ

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีการการแพทย์ นำเสนอสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว กรมการแพทย์รับติดต่อประสานงานกับ Focal Point รามาฯ ศิริราช ธรรมศาสตร์ฯ มศว. และจุฬาฯ เพื่อหารือการจัดทำกรอบร่างประเด็น eCRF และเพิ่มเติมประเด็น convalescence plasma ด้วย อยู่ระหว่างดำเนินการนัดประชุมวันที่ 23 เม.ย. 63 ในเบื้องต้น eCRF ที่กรมการแพทย์ดำเนินการมี Link ในการกรอกข้อมูลอยู่บนหน้าเว็ปไซต์กรมฯ ประกอบด้วยรายละเอียด 10 Items ซึ่งจะปรับเพิ่มหรือลดหลังจากประชุมหารือ (23 เม.ย. 63) สถานพยาบาลที่ลงข้อมูลจะสามารถดูรายงานข้อมูล Dash board ได้ ประโยชน์ของ eCRF คือ เป็นฐานข้อมูลระบาดวิทยาในภาพรวมของประเทศ จัดทำ Dead case analysis ใช้ประเมินการรักษาผู้ป่วยตาม Guideline รวมถึงการประเมินการใช้ยาที่ใช้รักษา และใช้สำหรับงานวิจัย

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- การลงข้อมูล สามารถลงข้อมูลรายวันหรือสิ้นสุดการรักษาแล้วลงข้อมูลได้

- **ระบบ eCRF** เน้นเรื่องข้อมูล Progression ของการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ส่วน **ระบบ NHP** เน้นการบริหารจัดการ Logistic และ**ระบบ COVID DDC** ของกรมควบคุมโรคเน้นการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยและการออกโค้ดตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยศูนย์เทคฯ สป. สามารถดึงข้อมูลจากระบบ COVID DDC ใส่ในระบบ NHP ได้

- CRF Form ควรรวมกันเป็น 1 โปรแกรม เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล

มติที่ประชุม

มอบกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ สป. หารือเพื่อ Consolidate การลงข้อมูลร่วมกัน และนำเสนอต่อไป

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อทราบ

4.1 DMS Exit Strategy of COVID-19

นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ ผอ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ นำเสนอแนวทางการจัดทำ Exit Strategy เนื่องจากปัจจุบันสถานการณ์ COVID-19 เริ่มดีขึ้นจึงมีแนวคิดในการปรับระบบการให้บริการสำหรับคนไข้ COVID และ Non COVID ดังนั้นจึงต้องมีการจัดทำแผน Exit ที่ดี เพื่อใช้สื่อสารให้บุคลากรในองค์กรเข้าใจทิศทางการปฏิบัติ มีเป้าหมายเดียวกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน จากการวิเคราะห์ควรมีแผนในการ Exit 2 ระยะ คือแผนระยะสั้น และแผนระยะยาว โดยแผนระยะสั้น เน้นด้านความปลอดภัยของการบริการในสถานพยาบาลเป็นหลัก เป้าหมายคือต้องการให้ Non COVID-19 กลับมาให้บริการได้ใกล้เคียงปกติ และยังต้องรักษาสภาพความปลอดภัยของ COVID ไว้ด้วย สำหรับช่วง Intermediate term เป้าหมายคือ 2P Safety Guideline ลดความแออัด และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเท่าเทียม ไม่เกิดความเหลื่อมล้ำ Intermediate Goal เป็นมุมมอง Health care ทั่วประเทศ สำหรับการจัด New normal of medical service ของกรมการแพทย์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการเปลี่ยนจาก Hospital based เป็น Personal based เพื่อความลดแออัดเพิ่มการเข้าถึง พร้อมทั้งได้นำเสนอตัวอย่างที่กรมการแพทย์ได้ดำเนินการไปบ้างแล้ว

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- รศ.นพ.วิศิษฎ์ เห็นว่าตอนนี้อยู่ในระยะ Transitional แนวทางของแต่ละ รพ.จะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละ รพ. แต่การที่จะ Move ไปสู่ระยะใหม่แนวทางจะคล้ายๆ กัน New Normal คือคนไข้มา รพ.เมื่อจำเป็นเท่านั้น

- รศ.นพ.ประยุทธ เสนอด้านทันตกรรมก็มีความสำคัญ เนื่องจากมีความเสี่ยงมาก ซึ่งกรมการแพทย์ได้มอบให้สถาบันทันตกรรมดำเนินการ

- ต้องการข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำให้เป็นแนวทางเดียวกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์ เพื่อเป็นร่างสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพต่อไป

- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ ให้ความเห็นว่า New Normal เป็นเรื่องใหญ่ของระบบการแพทย์ของประเทศไทย ดังนั้นต้องระดมสมองในการจัดทำ เพื่อเป็นแนวทางของประเทศ และรพ.สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

- ศ.นพ.ปิยะมิตร เสนอแนวคิดสำหรับทันตกรรม การ Screen อาจจะใช้การ Screen จากน้ำลายเพื่อลด Cost ในการตรวจ

- รศ.นพ.สุรศักดิ์ เสนอควรจะดำเนินการเป็นเรื่อง ๆ หากมีคณะกรรมการจัดทำเสนอให้เรียงลำดับความสำคัญของแต่ละเรื่อง และดำเนินการตามลำดับ

มติที่ประชุม

กรมการแพทย์จัดทำร่าง 2P safety ของ AIR Clinic ,OR, ER, ทันตกรรม และจะนำมาเสนอเพื่อขอความเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการประชุมนี้ และอาจจะนำเสนอใน National body ต่อไป

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเพื่อพิจารณา

5.1 เกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วย / แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย /แนวทาง การปฏิบัติ Home isolation สำหรับผู้ป่วย

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ เกณฑ์การ Discharge จากโรงพยาบาล ซึ่งมีความชัดเจนตาม Guideline การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วย COVID-19 ฉบับวันที่ 8 เม.ย.63 เกณฑ์การ Discharge จาก Hospitel และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพจิต สำหรับคำเรียกที่ใช้แทน Home Isolation เสนอคำว่า Rest @ Home with Physical Distancing เพื่อพิจารณา

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม เสนอจาก พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 มี 3 คำคือ แยกกักตัว กักกัน คุมไว้สังเกต
- Home Isolation แยกกักตัวที่บ้าน (เบาสุด)
- State Quarantine คุมไว้สังเกตในที่ที่ราชการกำหนด (หนักสุด)
- สำหรับกักกัน ไม่อยากให้ใช้เนื่องจากให้ความหมายในเชิงลบ จึงเสนอให้มีคำภาษาไทย และตรงกับพรบ.โรคไม่ติดต่อด้วย
- ควรเคลียร์ความหมายกันก่อน Quarantine ใช้กับคนที่ยังไม่รู้ว่าเป็นโรคหรือไม่ Isolation ใช้กับคนที่รู้ว่าเป็นโรคแล้ว
- นพ.เฉวตสรร จาก พรบ.โรคติดต่อ ยังมีรายละเอียดที่ยังไม่ค่อยตรงกับหลักวิชาการ ซึ่ง Isolate เน้น Infectiousness Period แต่ถ้าไม่มีอาการคือ Quarantine จึงเห็นต่างจาก ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม สำหรับคำว่า คุมไว้สังเกต เนื่องจากคิดว่าการคุมไว้สังเกตคืออนุญาตให้ไปไหนมาไหนได้แต่ต้องรายงาน ซึ่งเป็นวิธีการที่เบาที่สุด กักกันคือ Quarantine แยกกักคือ Isolation แต่คุมไว้สังเกต แปลเป็นภาษาอังกฤษได้ยาก
- การจำหน่ายจากสถานพยาบาล คือ อยู่รพ.หรือสถานที่ที่รัฐจัดให้อย่างน้อย 14 วันหลังจากเริ่มมีอาการ ซึ่งหลังจาก 14 วันนั้น ให้ "แยกกักตัว" ที่บ้านต่อจนครบ 1 เดือน แต่กรณีที่ไม่สามารถแยกกักตัวที่บ้านได้ให้ส่งไปแยกกักตัวที่ Hospitel
- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ กล่าวว่าจากบทความของประเทศจีนได้ยกเลิกการทำ Home Isolation เนื่องจาก Home Isolation ที่ดีต้องมีห้องน้ำแยก กินข้าวแยกกัน แยกกันอยู่ไม่เดินไปมาในบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายจากสารคัดหลั่ง
- ต้องการคำแนะนำและรายงานทางการแพทย์เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยหายแล้ว เพื่อแก้ปัญหาถูกต่อต้านในกลุ่มที่กลับคอนโด และกลับเข้าทำงาน

มติที่ประชุม

สำหรับภาษาไทยใช้คำว่า "แยกกักตัว" มีความเข้าใจ และชัดเจน ซึ่งต้องสื่อสารให้เข้าใจ ใช้คำว่าแยกกักตัวที่บ้าน หรือแยกกักตัวที่ Hospitel หลังจากอยู่ในรพ.หรือสถานที่ที่รัฐจัดให้ครบอย่างน้อย 14 วันหลังจากเริ่มมีอาการ

5.2 แนวทางการใช้ชุด PPE

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอแนวทางการใช้ PPE สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กรณี COVID-19 ที่มีการ Update ล่าสุด และเผยแพร่แนวทางนี้บนเว็ปไซต์กรมการแพทย์

เมื่อวันที่ 20 เม.ย.63 การเลือกชนิดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายสำหรับบุคลากรในสถานพยาบาล แบ่งตามระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง กลุ่มความเสี่ยงสูง และกลุ่มความเสี่ยงสูงมาก

การ Reuse N95 มีวิธีการฆ่าเชื้อที่ปนเปื้อนบนหน้ากาก 3 วิธี คือ อบแห้ง ฉายรังสี UV-C และการรมฆ่าเชื้อด้วยไอไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์

เนื่องจากมีความสับสนระหว่าง Isolation gown และ Surgical gown ดังนั้น PPE Guideline จึงใช้คำว่า Protective gown ซึ่งประกอบด้วย Isolation gown, Surgical gown และ Surgical Isolation gown หากสถานพยาบาลมีชุดไหนใน Stock สามารถใช้ชุดนั้นเป็น Protective gown ได้

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ควรมี Guideline การใช้ที่ปลอดภัยสำหรับชุด Cover all หรือ N95 ที่ได้รับบริจาค หรือเป็น Industrial grade ซึ่งใน Guideline ล่าสุดเพิ่มเติมรายละเอียดการใช้ N95 Industrial grade จะต้องใช้ Surgical mask ปิดทับด้านนอกแล้ว

- สำหรับการกำหนด Spec ชุด Cover all ได้มีการประชุมหารือกับ อย. กรมวิทย์ฯ และเผยแพร่มาตรฐานชุด Cover all ของแต่ละประเทศ

มติที่ประชุม

รับทราบ และเผยแพร่แนวทางการใช้ PPE สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กรณี COVID-19 ที่เป็นมาตรฐานนี้

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องอื่น ๆ

การผลิตหน้ากากอนามัย N95 equivalent โดยกลุ่มอาสาสู้ COVID-19

นพ.สมเกียรติ เชื้อเพชระโสภณ และทีมอาสาสู้โควิด-19 นำเสนอ เนื่องจากได้รับการประสานงานจากนักธุรกิจ ต้องการอาสาผลิตหน้ากาก N95 เพื่อบริจาคและแก้ปัญหาขาดแคลน จึงตั้งกลุ่มอาสาสู้โควิด-19 ขึ้นมาเพื่อดำเนินการจัดทำหน้ากาก N95 สำหรับบริจาคให้บุคลากรทางการแพทย์ หลักการของหน้ากากคือ 1. ต้องมีประสิทธิภาพเป็น N95 equivalent Medical grade 2. ใส่สบาย หายใจง่าย ซึ่งผ่านการทดสอบ Filter Efficiency จาก Lab จุฬาฯ การผลิตใน Phase แรกจะให้โรงงานพลาสติกทั่วประเทศฉีดขึ้นรูปหน้ากาก และนำฟิลเตอร์มาติด สำหรับใน Phase 2 จะทำเป็นเชิงอุตสาหกรรม ซึ่งวางแผนจะเริ่มผลิตในเดือน พ.ค.63

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เสนอให้ทำเป็นสายคล้องหัว เพื่อเวลาใช้งานหน้ากากจะไม่หลุดเลื่อน หรือหากเป็นสายคล้องหู จะต้องมีกิ๊บด้านหลัง สำหรับในแง่ประสิทธิภาพคิดว่าไม่น่าเป็นห่วงเนื่องจากอุปกรณ์ที่สำคัญคือ ฟิลเตอร์ สามารถกรองอนุภาคได้

- หากต้องการผลิตในกรณีเร่งด่วน การใช้ Electric filter ดักจับอนุภาคที่ขนาด 0.1 ไมครอน ร้อยละ 99 ยังไม่มีความจำเป็น เนื่องจากไวรัสมีขนาด ประมาณ 0.3 - 0.5 ไมครอน

- เสนอให้ Set มาตรฐานใหม่เป็น TN 95 เพื่อเป็นหน้ากากของประเทศไทย

- รอ.นพ.นิมิต ยินดีขอเข้าร่วมทำงานกับโครงการนี้ โดยสามารถช่วยประสานงานในการจัดหาวัสดุได้

- ต้องการการสนับสนุนจากทางราชการ ในเรื่อง compliance อุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้ อย.รับรอง เพื่อให้ผู้ใช้งานเกิดความมั่นใจ

มติที่ประชุม

- มอบ รศ.นพ นิธิพัฒน์ ให้คำปรึกษา

- มอบ ประธานองค์การเภสัชฯ อย. และ อภ. ให้การสนับสนุนเรื่อง compliance และอย.ต้องร่วมดำเนินการตั้งแต่ต้นจนถึงขั้นตอนการรับรอง โดยควรมีการจัดตั้งทีมคณะทำงานอย่างเป็นทางการ

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 28 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 15.40 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 28 เมษายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2. นายแพทย์โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
4. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
5. รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
6. ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
7. รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ แทน คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9. รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
10. แพทย์หญิงอลิศรา ทัตตากร แทน รองปลัดกรุงเทพมหานคร
11. นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์
12. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
13. นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
14. นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์
15. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท แทน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
16. นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
17. รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
18. นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
19. นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
20. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
21. นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
22. นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นางสาวอัจฉรา ดอกกุหลาบ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. นางสาวชนิดา เลิศศลารักษ์ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
6. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย กรมแพทย์ทหารบก
7. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
8. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
9. นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมการแพทย์
10. นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
11. นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10 กรมการแพทย์
12. แพทย์หญิงชรัฐพร จิตรพีระ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

13. นางสาวนิภาพรรณ สฤษดิ์อภิรักษ์ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
14. นางอำไพพร ยังวัฒนา กรมการแพทย์
15. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.35 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- ในการประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) วันที่ 20 เม.ย.63 ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขยืนยันต้องมีมาตรการเข้มงวดเพื่อรองรับการผ่อนปรน ประกอบด้วย Social distancing สวมหน้ากากอนามัย วัดอุณหภูมิร่างกาย และล้างมือ/แอลกอฮอล์เจล โดยจะประเมินมาตรการผ่อนปรน 14 วัน

- จากการหารือกับรัฐมนตรีฯ กระทรวงแรงงาน หากเปิดสถานประกอบกิจการ กสธ. ขอให้ดำเนินการประเมินสถานประกอบกิจการก่อนอนุมัติเปิด และสุ่มตรวจคัดกรองคนที่จะกลับเข้ามาทำงาน ด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR จาก pooled-saliva ซึ่งจำนวนการสุ่มตรวจต้องมีความเหมาะสมเพื่อยืนยันว่าจะไม่มีโอกาสแพร่ระบาดหรือเกิดขึ้นได้น้อยที่สุด

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 21 เมษายน 2563 โดยแก้ไขเพิ่มเติมตำแหน่งของ ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (กกอ.)

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.เฉวตสรร นามวาท ผอ.โครงการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม กรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการถอดบทเรียนจากการสอบสวนโรคที่จังหวัดชุมพร สถานการณ์ COVID-19 ของไทย ณ ปัจจุบัน(28 เม.ย. 63) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงมาเหลือเพียง 7 ราย การจัดกลุ่มจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยจัดทำเป็น Mapping แยกสีตามการรายงานผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ตามพื้นที่ 7 วันที่ผ่านมา ต่างจังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่สูงกว่า กทม.และนนทบุรี ปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยยืนยัน 2 สัปดาห์ล่าสุด 3 อันดับแรกมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม คือ จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยก่อนหน้านี้ จาก ศูนย์กักขังตรวจคนเข้าเมือง และจากการค้นหาเชิงรุก (Active case finding) สำหรับสถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยอยู่ในอันดับที่ 58 ของโลก

การถอดบทเรียนจากการสอบสวนโรคที่จังหวัดชุมพร เริ่ม Index case คือผู้ป่วยหญิงรายที่ 2 ของจังหวัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกในวอร์ดอายุรกรรมหญิง รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีผู้ป่วยยืนยันจากการสอบสวนครั้งนี้ 21 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยในวอร์ด คนเฝ้าไข้ คนมาเยี่ยม ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ โดย 16 ราย มีอาการแสดง ประเด็นการถอดบทเรียนที่ได้จากการสอบสวนคือ โรงพยาบาลควรมีความเข้มงวดในการสอบสวนหาที่มาของการติดเชื้อ (พื้นที่ ลำดับเวลา) การสำรวจสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดฆ่าเชื้อ การสร้างความตระหนักให้บุคลากรทางการแพทย์ และควรระวังการใช้ Rapid Ab test เนื่องจากการทำ Rapid Ab test ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ควรนำมาใช้ในการตัดสินใจการดูแลรักษา

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

การตรวจสุขภาพในแรงงานต่างด้าว จะต้องเพิ่มการคัดกรอง COVID-19 ด้วย ซึ่งมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หน่วยงานใดจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย

มติที่ประชุม

รับทราบสถานการณ์ และมอบกรมควบคุมโรคประสานแนวทางการทำ Active screening สุ่มตรวจในแรงงานที่กำลังจะกลับเข้ามาทำงาน(ประมาณ 1,500,000 คน) รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการคัดกรองแรงงานไทยและต่างด้าว

3.2 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการฯ อย. นำเสนอ ความคืบหน้าการกระจายอุปกรณ์ และยาต้านไวรัส

ยา 6 รายการ มีการดำเนินการกระจาย Stock ยา ใน 76 จังหวัด โดยลงข้อมูลผ่านโปรแกรม NHP ซึ่ง Set ค่า Maximum และ Minimum Stock หากจำนวนยาใน Stock ลดลงต่ำกว่า Minimum Stock จะมีการ Auto refill จาก GPO ผ่านทางไปรษณีย์ไทย

Favipiravir บริหาร Stock ยา ตาม Node ในภูมิภาค และกทม. สำหรับภูมิภาคกระจายโดยใช้โปรแกรมของ สปสช. ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงกับโปรแกรมของ LogHealth เพื่อความสะดวกในการกระจายยาเป็นอัตโนมัติมากขึ้น แต่ กทม. ไม่ได้ใช้โปรแกรมของ สปสช. แต่จะรายงานการใช้ยาเป็นไฟล์ Excel ส่งมาทุกวัน ซึ่งจะนำข้อมูล Excel ที่ได้ลงในโปรแกรม NHP เพื่อรายงานข้อมูลเป็น Dash board

ซึ่งต่อไปจะมีการรายงาน และมีข้อมูล Stock ยา ทั้งยา 6 รายการ และยา Favipiravia ทั่วประเทศมีอยู่ที่ไหนบ้าง ใช้ไปเท่าไร

Surgical Mask ทั่วประเทศมีโรงงานผลิต 12 โรงงาน (ผลิตได้ 2,500,000 ชิ้น/วัน) สธ.ได้รับการจัดสรร 1,500,000 ชิ้น/วัน สำหรับโรงพยาบาลเอกชนได้ใช้งบของรัฐบาลในการจัดสรรให้เช่นกัน แต่ปัญหาของโรงงานผลิตคาดการณ์ว่าในเดือนพ.ค. 63 วัสดุในการผลิตหน้ากากจะขาดแคลน ดังนั้นจำนวนในการจัดสรรจะเริ่มน้อยลง จึงต้องการให้โรงพยาบาลต่างๆ Stock ของไว้ในช่วงนี้ เพื่อเตรียมแก้ไขหากเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดี

PPE และ N95 กระจายโดยคำนวณตามสูตร แต่การจัดสรรก็จะคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ด้วย และได้มีการหารือกับทีม LogHealth เพื่อเพิ่ม Algorithm การคำนวณในโปรแกรม

การจัดสรรที่ผ่านมา (มี.ค. - 19 เม.ย. 63) **N95** ประมาณ 700,000 ชิ้น **Cover all และ Surgical gown** ประมาณ 300,000 ชุด ซึ่งไม่ถึง 50% ของชุด PPE ที่คำนวณตาม N95 เนื่องจากมีไม่เพียงพอ

ดังนั้นในช่วงนี้ต้องพิจารณาการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม และ Supply chain ซึ่ง BOI ได้ช่วยเจรจากับโรงงานเพื่อผลิตหน้ากากเพิ่มขึ้น และหาบริษัทเพื่อผลิตฟิลเตอร์ในประเทศไทย

สำหรับการ Reuse, GPO ได้สนับสนุนตู้สำหรับ Reuse เพียงให้มีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และกำลังดำเนินการจัดทำมาตรฐาน และการประเมินเพื่อการผลิต PPE และ N95 ทดแทนในประเทศไทย

นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผอ.องค์การเภสัชกรรม นำเสนอ

หน้ากาก N95 ในเดือน พ.ค.63 ประมาณ 720,000 ชิ้น

- บริษัทโคเค็น จำนวน 320,000 ชิ้น
- บริษัท 3M (Industrial grade) จำนวน 400,000 ชิ้น

ชุด PPE

- บริษัท Sport Import 20,000 ชุด
- อยู่ระหว่างสรรหาจากบริษัทที่เสนอเข้ามา
- ได้รับการติดต่อจากบริษัทดูปองท์(ประเทศไทย) จะได้ PPE (ราคา 400-600 บาท) แต่ของจะมาในช่วงปลายเดือน พ.ค. 63 รุ่นละ 10,000 ชิ้น
- สำหรับผู้ผลิตในประเทศ ซึ่งผ่านการทดสอบจาก Lab จุฬาฯ แล้ว สำหรับการรับรองมาตรฐานอยู่ระหว่างหารือการกำหนดมาตรฐานคุณสมบัติของ PPE

- Isolation gown จากผู้ผลิตในประเทศไทย คาดว่าจะได้ของวันที่ 7 พ.ค. 63 จำนวน 40,000 ชุด ซึ่งสามารถซักได้ 20 ครั้ง

การ Reusable

- ตู้ SOS อบฆ่าเชื้อด้วยแสง UVC มีการส่งมอบแล้ว 80 ตู้ ไปยังรพ.ภูมิภาค จำนวน 40 ตู้ และ UHosNet จำนวน 40 ตู้ สำหรับวันนี้ (28 เม.ย. 63) จะส่งมอบในกทม. จำนวน 10 ตู้ และวันที่ 30 เม.ย.63 จะส่งมอบ รพ.ภูมิภาค จำนวน 100 ตู้

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- หลายรพ. เริ่มใช้นโยบาย Reuse N95 แล้ว แต่ผู้ปฏิบัติงานยังต้องการใช้ของใหม่ จึงเป็นปัญหาว่ายังมีความขาดแคลน

- ควรเตรียมอุปกรณ์ PPE, N95 และ Surgical mask เพื่อสำรองไว้สำหรับบริการอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นหลังจากผ่อนคลายสถานการณ์

- จำนวนการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศ ขอให้สั่งซื้อตามจำนวนโควต้าที่ได้เพื่อเก็บไว้สำรอง แต่หากมีจำนวนมากเกินไปสามารถขายต่อให้ประเทศที่ต้องการได้

- สำหรับ PPE ต้องดู Stock เพื่อพิจารณาการสั่งซื้อจากต่างประเทศในปริมาณที่เหมาะสม และมีคุณภาพในอนาคตประเทศไทยสามารถผลิต PPE เองได้ จึงต้องคำนึงถึงส่วนนี้ด้วย

- Cover all และ Isolation gown มีแนวโน้มการใช้ลดน้อยลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากจำนวนเคสที่น้อยลงเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบริหารจัดการสำหรับการป้องกันที่ดี และการเลือกใช้ชุดให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงด้วย ดังนั้นความต้องการ PPE จะต้องพิจารณาจากกิจกรรมการทำงานด้วย

- Surgical mask ยังมีความน่าเป็นห่วง จึงฝากให้ อย. และ อภ. พิจารณาการทำหน้ากากผ้าจากผ้ากันน้ำเพื่อทดแทน หากเกิดกรณีขาดแคลนวัสดุโรงงงานไม่สามารถผลิต Surgical mask ได้

- ในสถานการณ์ปัจจุบัน Stock ของ PPE, N95 และ surgical mask มีความเพียงพอ แต่หากในอนาคตมี Second wave เกิดขึ้น และมีการเปิดให้บริการในคลินิกต่างๆ เพิ่มมากขึ้น อาจจะไม่เพียงพอหากยังไม่มีวัคซีนสำหรับการป้องกันโรคนี้ได้

- ต้องมีคำแนะนำสำหรับการใช้ ดูแลรักษา และการตรวจสอบสำรวจ PPE และ N95 ก่อนนำมา Reuse เพื่อให้สามารถ Reuse ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

- สำหรับยา Favipiravir เนื่องจากมียาใน Stock มาก จึงต้องการให้ขยายแนวทางการใช้ยานี้ใน Guideline ให้กว้างขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ เช่น เริ่มให้ยาในกลุ่ม High risk เลยเป็นต้น ฝากประเด็นนี้พิจารณาในคณะจัดทำ Guideline แต่อาจต้องพิจารณาเผื่อสถานการณ์ผ่อนปรนด้วย

มติที่ประชุม

มอบคณะกรรมการจัดทำ Guideline (พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ) พิจารณาประเด็นขยายแนวทางการให้ยา Favipiravir และขอจัดตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ที่พิจารณาเฉพาะเรื่องการ Reuse PPE และ N95

3.3 ระบบการขนส่งและกระจายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย นำเสนอระบบขนส่งและกระจายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่าง LogHealth ศูนย์เทคฯ สป. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไปรษณีย์ไทย ซึ่งมีการพัฒนา 6 ระบบ ประกอบด้วย 1. ระบบรับสินค้าและบริจาค 2. Product Catalogue 3. ระบบเก็บ Stock 4. ระบบจับคู่ Supply & Demand 5. ระบบรับ Demand จาก รพ. 6. ระบบติดตามเชื่อมกับไปรษณีย์ โดยหลักการ Supply Pool (รวมยอด Supply ทั้งประเทศ ทุกแหล่งที่มา) และ Demand Pool (ยอดความต้องการจากรพ. ที่ส่งเข้าระบบ NHP) นำมา Matching กัน โดยให้ อย. Approve จัดส่งโดยไปรษณีย์ไทย และสะท้อนข้อมูล จำนวนการจัดส่ง ข้อมูลคงเหลือ (ที่ http://donate.covid19.moph.go.th) กลับไปยังผู้บริจาคหรือหน่วยงาน Supply ส่วนกลาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณ Stock และวางแผนการจัดซื้อ ปัจจุบันระบบนี้จัดการกระจาย

สินค้าจากแหล่ง Supply ที่บริจาคเข้ามา ซึ่งในอนาคตสามารถ Match กับแหล่ง Supply อื่นๆ เช่น สินค้าจากรัฐจากงบกลาง เป็นต้น

สำหรับการดำเนินการของระบบในแต่ละวัน เวลา 0.00 น. Cut of order => 06.00 น. Run ระบบ Supply & Demand => ก่อน 12.00 น. กบรส. Allocate => ก่อน 14.00 น. อย. Approve => ก่อน 16.00 น. ส่ง Order ไปที่ไปรษณีย์ เพื่อจัดส่งไปยังโรงพยาบาล

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ยังไม่มั่นใจกับ Order ที่โรงพยาบาลกรอกข้อมูลมา แต่จะสามารถจับสถิติของ รพ.ได้เมื่อมีการกรอกข้อมูลไปสักระยะ
- ควรเพิ่ม Supply จาก GPO เข้าไปในระบบนี้ด้วย
- ในอนาคตอาจจะปรับมาใช้ระบบนี้เพื่อการกระจายยา 6 รายการ และ Favipiravir ซึ่งปัจจุบันใช้โปรแกรมยากำพร้าของ สปสช. NPH ของ สป. และโปรแกรมของกรมการแพทย์ ตามความสะดวกของแต่ละสถานพยาบาล

มติที่ประชุม

รับทราบ หากติดขัดในส่วนใดขอให้แจ้งเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาให้ระบบมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.4 โปรแกรม Application การติดตามเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด

นพ.เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนกรมควบคุมโรค นำเสนอ Application “หมอชนะ” ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข สั่งการ (24 เม.ย.63) ให้กรมควบคุมโรคเปิดใช้งาน Application “หมอชนะ” โดยประสานกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และทีมพัฒนาในการเตรียมจัดแถลงข่าวประชาสัมพันธ์ แต่ยังมีข้อกังวลในเรื่อง Privacy อยู่ ซึ่งได้ประสานให้ทีมกฎหมายดำเนินการหาข้อสรุปเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ทีมพัฒนา และบริษัทโทรคมนาคมต่างๆ

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.5 Exit Strategy of COVID-19: New normal medical service of ER

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ New Normal การปรับเปลี่ยน Emergency Department เดิม Pain point ก่อนเกิดสถานการณ์ COVID คือความล่าช้า และความแออัด เมื่อมีสถานการณ์ COVID-19 จึงมีความเสี่ยงในเรื่อง Airborne Transmission โดยเฉพาะ COVID-19 Transmission ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย (2P Safety) จึงต้องทบทวนสำหรับปรับเปลี่ยนทั้งโครงสร้าง ระบบและบุคลากร ในกระบวนการต่างๆ ประกอบด้วย Prehospital care (EMS), Triage, ER Zone, High risk procedure และ Transfer เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การสร้างห้อง Negative Pressure ในห้องฉุกเฉิน ออกแบบห้อง ER แบ่งเป็น Clean & Contaminated zone เป็นต้น ดังนั้นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือ New normal 2P Safety in all ซึ่งได้ดำเนินการหารือร่วมกันระหว่าง รพ.ของกรมการแพทย์ และรพ.รามาธิบดี ในการร่าง Protocol สำหรับการ Transformation โดยจะนำร่างนี้เสนอเพื่อขอความคิดเห็นและการประเมินจากวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย สรพ. และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และทดสอบดำเนินการใน รพ.ของ กรมการแพทย์ เพื่อปรับ Model และนำไป Implement ต่อไปในเขตสุขภาพ

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- เป็น Model ที่ดี ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่าง กสธ. โรงเรียนแพทย์ และสมาคม/ราชวิทยาลัย
- ต้องดำเนินการให้ครบวงจรรวม เช่น Post ER setting พื้นที่รอผลการตรวจคัดกรอง ห้อง Lab สำหรับตรวจ Specimen เป็นต้น

- การจัดทำ New Normal เป็นเรื่องใหญ่ของการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศ ควรดำเนินการเป็นวาระแห่งชาติ ผลักดันผ่าน National Body เพื่อให้การ Implement มีความน่าเชื่อถือ

- สามารถผลักดันการดำเนินงานต่อในการประชุมนี้ได้ และควรจัดตั้งคณะกรรมการโดยเชิญองค์กรที่มี Authority ในแต่ละเรื่องมามีส่วนร่วมในการระดมสมองดำเนินการจัดทำให้เกิดทั่วประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

- New Normal ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่า คุ้มทุน ต้องมี Value base ที่เหมาะสมและสมควรสามารถใช้ประโยชน์ได้ อาจจะต้องมีการวิจัยความคุ้มทุนคุ้มค่าด้วย

- เบื้องต้นกำหนดคลินิกอื่นๆ ที่ควรจัดทำ New Normal ดังนี้ OPD, ARI, ER, ทันตกรรม, Rehabilitation, Lab, X-ray, ANC Labor, OR, IPD และ ICU โดยกรมการแพทย์จะดำเนินการจัดทำร่าง และเชิญองค์กรผู้เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และต้องการให้มี Sandbox ในระดับจังหวัด ซึ่งกรมการแพทย์ได้ดำเนินการทดลองในรพ.ธัญญารักษ์ปัตตานี และอาจจะขยายผลไปยังภูมิภาคอื่นๆ

- ควรถามข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆ ร่วมด้วย เนื่องจากบางหัวข้อได้มีการจัดทำขึ้นมาบ้างแล้ว

มติที่ประชุม

รับทราบ ดำเนินการจัดทำ New Normal ใน Emergency Department ต่อไปให้ออกมาเป็นรูปธรรม และขอให้ที่ประชุมเสนอรายชื่อเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำ New Normal ในส่วนอื่นๆ

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 12 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 14.15 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 12 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธาน
2.	นายแพทย์โสภณ เมฆธน	ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร	ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
4.	นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
5.	รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล	นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
6.	ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
7.	ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
8.	รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์	รองคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9.	รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
10.	แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ	รองปลัดกรุงเทพมหานคร
11.	นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
12.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
13.	นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
14.	รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
15.	นายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
16.	นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
17.	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
18.	นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
19.	นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
20.	นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	ดร.สุมาลี อุทัยเฉลิม	ที่ปรึกษารองนายกรัฐมนตรี (ดร.วิษณุ เครืองาม)
2.	รศ.ดร.สมยศ เกียรติวนิชวิไล	รองอธิการบดี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
3.	นายแพทย์อนวัช เสริมสวรรค์	รองคณบดีฝ่ายบริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
4.	รศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์	รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5.	ดร.รัชนี กุลยานนท์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานวิจัยและนวัตกรรมพระจอมเกล้าลาดกระบัง (รก.)
6.	นางสาวกาญจนา จินันทุยา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
7.	นางสาวสุจิวรรณ แซวกระโทก	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
8.	ดร.รัตน์ชัยนันท์ ธรรมสุจริต	คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
9.	รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10.	ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

11. นางสาวกานต์ชนก ศิริสอน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
12. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	Senior Advisor สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
13. นายสมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
14. นางสาวเพียงใจ บุญสุข	องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
15. นายสมบูรณ์ มาตรคำจันทร์	AIS
16. นายสุทธิโชติ รักษ์เกียรติคุณ	AIS
17. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
18. แพทย์หญิงอลิศรา ทัตตากร	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
19. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล	ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
20. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
21. นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์	รองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
22. นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมการแพทย์
23. ร.อ.นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
24. นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
25. ทันตแพทย์หญิงออนอง มั่งคั่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการ กรมการแพทย์
26. นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
27. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.40 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

สถานการณ์ในประเทศตอนนี้ดีขึ้น แต่อย่าเพิ่งวางใจ ดังนั้นการประชุมนี้ควรยังต้องดำเนินการอยู่และต้องมีการประเมินมาตรการเพื่อผ่อนปรน

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 28 เมษายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์ COVID-19 ประจำวันที่ 12 พ.ค. 63 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 2 ราย (กทม. 1 นราธิวาส 1) จึงมียอดผู้ป่วยสะสม 3,017 ราย รักษาหายแล้ว 2,798 ราย ไม่มียอดผู้เสียชีวิตเพิ่ม รวมเสียชีวิต 56 ราย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ปัจจุบันมี 50 จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยช่วง 28 วันที่ผ่านมา และ 18 จังหวัดมีรายงานผู้ป่วย 28 วันที่ผ่านมา สำหรับสัดส่วนการตรวจโดยออก CODE ผ่าน DDC COVID-19 ส่วนใหญ่ ผ่านเกณฑ์ PUI 41 % รองลงมาคือ ไม่ผ่านเกณฑ์ PUI แต่แพทย์สงสัย 32 % ซึ่งในขณะนี้กรมควบคุมโรคกำลังดำเนินการทำ Active case finding และกรมการแพทย์จัดทำระบบ New Normal

สำหรับการผ่าตัด จึงจะทำให้มีการตรวจ Screen เพิ่มมากขึ้น สำหรับสถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยอยู่ในอันดับที่ 66 ของโลก ประเด็นที่น่าสนใจในต่างประเทศ คือ

- เกาหลีใต้เกิดการระบาดเพิ่มขึ้นจากผับและคลับ ดังนั้นประเทศไทยจึงต้องระมัดระวังในการผ่อนปรนสำหรับการเปิดสถานบริการต่างๆ
- USA เสี่ยงระบาดหนักรอบ 2 จากการเปิดเศรษฐกิจที่เร็วเกินไป จนอาจทำให้เศรษฐกิจเข้าสู่ภาวะถดถอย
- ฝรั่งเศส ปรับยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการปลดล็อคดาวน์ เตรียมการสำหรับค้นหา และให้ประชาชนทุกคนสวมหน้ากาก
- สิงคโปร์ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่คือ แรงงานต่างด้าว

มติที่ประชุม

รับทราบสถานการณ์ COVID-19 ในปัจจุบัน

3.2 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการ อย. นำเสนอการจัดหาทรัพยากรในช่วงนี้ ถึงแม้ว่าสถานการณ์จะดีขึ้นสามารถจัดหา N95 เฉลี่ย 300,000 ชิ้น/เดือน ซึ่งมีความเพียงพอ แต่ที่น่ากังวลคือ ชุด PPE จัดหาได้เพียง 100,000 – 200,000 ชุด/เดือน หากสถานการณ์แย่ลง ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจะทำให้ไม่เพียงพอ จึงผลิตชุด PPE รุ่นเราสู้ โดย GPO ในเดือน พ.ค.63 จำนวน 44,000 ชุด ซึ่งจะกระจายชุดไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศ (รพศ. รพท. รร.แพทย์ และรพ.ขนาดใหญ่นอกสังกัด สป. จำนวน 200 ชุด/รพ. สำหรับ รพช. 50 ชุด/รพ.) เพื่อใช้ในหัตถการที่มีความเสี่ยง

นพ.โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม นำเสนอ

1. การผลิตชุด PPE สำหรับ Reuse กำลังอยู่ระหว่างทดลอง หากผ่านการทดสอบจะสามารถผลิตได้ 300,000 ชุด/เดือน เนื่องจากสามารถผลิตผ้าในประเทศได้เอง สำหรับ Coverall ที่ผลิตด้วยผ้าสปันบอนด์ต้องรอดูศักยภาพต่อไปเนื่องจากไม่กันเลือด และรัฐบาลโดยกระทรวงพานิชย์ควรส่งเสริมการผลิตขายในต่างประเทศด้วย
2. N95 Reuse หน้ากาก N95 ของมหาวิทยาลัยนวมินทราฯ กำลังอยู่ระหว่างทดสอบ Fit test และการใช้งานอาจจะต้องใช้คู่กับ surgical mask ด้วยเนื่องจาก N95 นี้ไม่สามารถกันน้ำได้
3. Platform eStock กำลังพัฒนาร่วมกับบริษัทพันธวณิช เพื่อการจัดซื้อที่โปร่งใส

นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผอ.องค์การเภสัชกรรม นำเสนอเพิ่มเติมประเด็นหน้ากาก N95 ที่พัฒนาโดยกลุ่มของ นพ.สมเกียรติ เชื้อเพชระโสภณ กำลังดำเนินการขยายผล ซึ่งยังไม่มีการทดสอบ หากมีผลการดำเนินการจะรายงานให้ที่ประชุมทราบต่อไป

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ขอให้ อย. และ GPO ช่วยกันผลักดันในการผลิต N95 และชุด PPE ในประเทศไทย และอำนวยความสะดวกให้สามารถผลิตได้ในประเทศ
- การผลิตต้องคำนึงถึงจำนวนที่เหมาะสม ไม่ควรผลิตมากเกินไปเนื่องจากอาจจะเกิดการขาดทุนได้ และควรมีเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพของสินค้าที่ผลิต เพื่อการส่งออกในอนาคต
- ประเด็นการต่อยอดสินค้าให้เป็น National Product ควรมีองค์กรระดับประเทศเป็นผู้ผลักดัน
- Surgical Mask มีการกระจายไปยังสถานดูแลผู้สูงอายุ ฟรีทั้งภาครัฐและเอกชน ตามที่มีหนังสือขอมา

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบ อย.ดำเนินการกำหนดมาตรฐาน

3.3 Update CPG การดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 (ฉบับปรับปรุงวันที่ 1 พ.ค. 63)

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์ นำเสนอการอัพเดต CPG แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับปรับปรุงวันที่ 1 พ.ค. 63 CPG เดิมมีจำนวน 5 หน้า แต่ฉบับปรับปรุงมีการแก้ไขและเพิ่มเติม เป็นจำนวน 6 หน้า ประกอบด้วย

ประเด็นที่ 1 (หน้า 1) แก้ไขคำนิยามให้สอดคล้องกับ PUI ของกรมควบคุมโรคและเพิ่มเติมอาการคือไม่มีกลิ่น

ประเด็นที่ 2 (หน้า 2 - 4) ไม่มีการแก้ไข ใช้คำนิยามตามอาการผู้ป่วยเดิม การรักษา การให้ยา ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ 3 (หน้า 5) การส่งต่อ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่เน้นย้ำการพิจารณา Oxygen sat ที่ room air <95% และ Rapid Progressive Pneumonia 48 ชั่วโมง หลังรับรักษา

ประเด็นที่ 4 (หน้า 5 – 6) การจำหน่ายผู้ป่วย และคำแนะนำการปฏิบัติตน มีการแก้ไข เน้นย้ำเรื่องผู้ป่วยพักในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 หรือโรงพยาบาลที่รัฐจัดให้ จนครบ 14 วัน นับจากเริ่มป่วย หากสภาพของที่พักอาศัยไม่เอื้ออำนวยต่อการแยกตัวจากผู้อื่น อาจให้พักในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 หรือโรงพยาบาลที่รัฐจัดให้ จนครบ 30 วัน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- เมื่อมี CPG แล้ว ควรประสานงานกับ UHosnet เพื่อประเมิน Outcome ของ case ที่ Recover ทั้งหมด และนำผลลัพธ์เปรียบเทียบกับกระบวนการที่ดำเนินการเพื่อพัฒนาต่อไป ซึ่งกรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำ eCRF เก็บข้อมูลแล้ว

มติที่ประชุม

รับทราบ CPG มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3.4 ความคืบหน้าโปรแกรม National Health Platform

เนื่องจากนพ.อนันต์ กนกศิลป์ ผอ.ศูนย์เทคฯ ติดราชการจึงขอให้นำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

3.5 ข้อมูล Mobility ของคนไทยหลังจาก Lockdown จากการวิเคราะห์สัญญาณโทรศัพท์มือถือ

รศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ พร้อมด้วยตัวแทนจาก AIS และ TRUE นำเสนอข้อมูล Mobility จากสัญญาณโทรศัพท์มือถือ (AIS) ข้อมูลในเดือน พ.ค. 63 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดน้อยลง ประชาชนจึงเริ่มมีการเคลื่อนไหวประมาณ 70% ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลการเคลื่อนที่ของประชาชนในแต่ละจังหวัดพบว่า ประชาชนจากกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนที่ไปทางภาคอีสาน ประชาชนภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงของการระบาดส่วนใหญ่จะเคลื่อนที่อยู่ในพื้นที่ เนื่องจากไม่มีสายการบินเปิดทำให้ประชาชนไม่ได้เคลื่อนที่เข้ามาในกรุงเทพฯ การระบาดจึงยังไม่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จะเห็นได้ว่าข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาช่วยในการวิเคราะห์ประเด็นของ Logistic ได้ และยังมีการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลจากสัญญาณโทรศัพท์ของการใช้บริการโดยสารทางเรือคลองแสนแสบซึ่งจะพบความแออัดของประชากรในแต่ละช่วงเวลา และหากมีมาตรการผ่อนปรนเปิดห้าง หรือตลาดนัด ก็สามารถดูข้อมูลการเคลื่อนที่ได้เช่นกัน หรือในที่ประชุมต้องการข้อมูลในพื้นที่ใดหรือจังหวัดใดสามารถ List รายชื่อสถานที่มาแสดงได้

TRUE จัดทำ Dashboard ร่วมกับกรมควบคุมโรค ข้อมูลเป็น Real-time สามารถดูความหนาแน่นของประชากรในแต่ละพื้นที่ได้ ข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ AIS แต่ในขณะนี้ต้องดูข้อมูลของทั้ง 2 เครือข่ายควบคู่กัน เนื่องจากยังไม่ได้พัฒนาไปถึงการรวมข้อมูลเป็นแหล่งเดียวกัน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สิ่งสำคัญคือการนำ Data ของทั้ง 2 เครือข่ายมารวมกัน ซึ่ง Policy Maker มีความสนใจ Mobility การเคลื่อนที่ของประชาชนในต่างจังหวัดว่ามีการเปลี่ยนไปอย่างไรตามมาตรการที่ออกมา และสามารถใช้ในการติดตามระยะยาวได้

- ควรมีทีม Data science เพื่อติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารเพื่อคิดมาตรการต่างๆ

- กรมควบคุมโรคควรเป็นแกนหลักในการติดตาม รายงานข้อมูล ปรับแผนนโยบายให้มีความชัดเจน

- ในระยะสั้นควรนำข้อมูลของทั้ง 2 เครือข่ายมาเป็นข้อมูลในการ Monitor กิจกรรมมาตรการต่างๆ เช่น มีมาตรการ Work from home แต่ยังพบว่ายังมีการเคลื่อนที่ของประชากรเป็นจำนวนมากอยู่ ควรนำข้อมูลนี้มาใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการให้เข้มงวดขึ้นเพื่อให้เกิดผล ซึ่งในส่วนนี้อาจจะต้องให้กรมอนามัยมีส่วนร่วม

- ในระยะกลาง หากมีการเปิดประเทศ กรมควบคุมโรค และค่ายมือถือจะมีกระบวนการใดบ้างที่จะสามารถ Monitor คนที่เดินทางเข้าประเทศได้บ้าง

- ควร Monitor เฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว หรือกลุ่มอาชีพอื่นๆ ด้วย เนื่องจากตามหลักระบาดวิทยาต้องเน้นเรื่องในเชิง Person ด้วย

- ในด้านผู้ปฏิบัติงาน ข้อมูล Mobility จะบอกได้ว่าคนที่ควรกักตัวอยู่กับที่ ได้อยู่กับที่จริงหรือไม่

- แอปพลิเคชันที่พัฒนาจากหน่วยงานต่างๆ จะสามารถนำมาบูรณาการกันได้หรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลต้องการ หลักๆ คือ Thai Stop COVID (กรมอนามัย+ธนาคารกรุงไทย, กระทรวงการคลัง) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับผ่อนปรนร้านค้า, DDC Care (กรมควบคุมโรค) เก็บข้อมูลการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย, หมอชนะเป็นการเก็บข้อมูลการติดตามประชาชนทั่วไป ซึ่งอยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกใช้

- สามารถนำข้อมูล Mobility ต่อยอดเป็นงานวิจัยได้ เช่น การเปรียบเทียบ Mobility กับรายได้ เป็นต้น

- ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่าง กสธ., รพ.รามาฯ, รพ.ศิริราช, สปสช., สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า Most common ของประชาชนหลังจากมาตรการผ่อนปรน คือ ตลาด ซูเปอร์มาร์เก็ต

- ต้องการให้วิเคราะห์ข้อมูลเป็นราย Grid ของห้างสรรพสินค้า

- กำลังดำเนินโครงการสำรวจโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากการขอหมายเลขโทรศัพท์จากสปสช. โดย รพ.รามาฯ เป็น Coordinator และนักศึกษาม.มหิดลในเขตพญาไทเป็นผู้สัมภาษณ์ เบื้องต้นจะสัมภาษณ์ 4,000 หมายเลข/สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เริ่มวันที่ 15 พ.ค. 63

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.6 New Normal Medical Care

นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ ผอ.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงาน New Normal Medical Care กรมการแพทย์ได้จัดทำ Clinical Guidance สำหรับ New Normal เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ 10 ประเด็น ประกอบด้วย OR, ARI & OPD & ANC, ED, Dental clinic, NCD, Rehabilitation, X-ray, ICU, IPD, Procedural room โดย OR, ED, Dental clinic ดำเนินการสำเร็จแล้ว และนำเสนอในที่ประชุมสมาคมวิชาชีพ/ ราชวิทยาลัยร่วมปรับปรุงแก้ไข ในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้นำเสนอ Guidance ในที่ประชุมผู้ตรวจราชการ สธ.แล้ว ซึ่งจะนำไปปฏิบัติในแต่ละเขตสุขภาพต่อไป และจัดทำ Pattani Sandbox เพื่อทดลองใช้ New Normal Guidance ปัจจัยสำคัญของ New Normal Medical Care คือประชาชนต้องเข้าใจ รับทราบ ปฏิบัติตาม จึงจะประสบความสำเร็จ ดังนั้นต้องมีการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ จึงนำ Guidance ที่ดำเนินการสำเร็จเข้าสู่ Public Sector ให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา Guidance และผลักดันสู่ประชาชน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ในสถานการณ์ตอนนี้เป็นโอกาสในการผลักดัน New Normal Medical service
- ประเด็นสำคัญคือการจัดการคนไข้ก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากคนไข้บางรายไม่จำเป็นต้องมา รพ. ให้คำปรึกษาทางไกล Telemedicine เพื่อลดความแออัดใน รพ. ได้ นำไปสู่ค่าใช้จ่ายสูงในการจัดรูปแบบ New Normal จึงควรมีการวิจัยความคุ้มทุนคุ้มค่า
- ยังมีรายละเอียดอีกจำนวนมากที่ยังต้องมีการปรับ Practice
- รพ.ศิริราช มีแอปพลิเคชันนัดหมาย เลื่อนนัด Confirm นัด คิวนัด สำหรับผู้ป่วยรายเก่าซึ่งสามารถช่วยลดความแออัดในรพ. ได้ โดยจะพัฒนาต่อในคนไข้ First visit การเจาะเลือดไม่จำเป็นต้องมาเจาะที่รพ.ศิริราช และปรับระบบการเบิกจ่าย
- 3 กองทุน สปสช. กรมบัญชีกลาง และประกันสังคม จะต้องมี flexibility ในการปรับเข้ากับ New Normal

มติที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อทราบ

4.1 การวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางจัดสรรทรัพยากรในการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ผอ.HITAP นำเสนอการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางจัดสรรทรัพยากรในการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เป็นงานวิจัยระหว่าง IHPP HITAP สช. และวช. โดยมีที่มาจากความต้องการใช้ทรัพยากรในการบริบาลผู้ป่วยวิกฤตในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 ซึ่งในบางประเทศเกิดภาวะขาดแคลนทรัพยากร และเกิดความกดดันในการตัดสินใจการรักษาผู้ป่วย ประเทศไทยจึงพัฒนาจัดทำร่างแนวทางจัดสรรทรัพยากรในการบริบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาสำหรับการรักษาผู้ป่วยวิกฤติอย่างเป็นธรรม และมีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั่วประเทศ โดยร่างแนวทางจัดสรรทรัพยากรในการบริบาลผู้ป่วยวิกฤติ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ประกอบด้วย

1. เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization Criteria) เครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญ ประกอบด้วย 1) ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน 2) เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลว 3) การประเมินภาวะเปราะบาง และ 4) การทดสอบภาวะการณ์รับรู้บกพร่อง เลือกใช้อย่างน้อย 2 เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งใช้ประเมินผู้ป่วยได้ ทุกรายไม่เฉพาะผู้ป่วยโควิดเท่านั้น

2. กระบวนการตัดสินใจ (Decision making process) ตั้งคณะกรรมการประเมินภาวะผู้ป่วยเป็นที่ปรึกษาให้ข้อแนะนำแพทย์ผู้ให้การรักษาและสื่อสารผลการพิจารณาต่อผู้ป่วย และญาติ แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประกอบด้วยสหวิชาชีพ 3-5 คน ตามความเหมาะสม และมีเลขานุการในการจดบันทึกข้อมูลตามแบบประเมิน

3. การทบทวนกระบวนการจัดสรรทรัพยากร (Review process) ควรมีบุคคลที่สามในรพ. หรือบุคคลภายนอก รพ. เป็นผู้ทบทวนตรวจสอบผลการพิจารณาเพื่อความโปร่งใสและเป็นธรรม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจสอบควรส่งไปยังส่วนกลางเพื่อตรวจสอบและประเมินในระดับประเทศด้วย

4. การนำแนวทางไปปฏิบัติ (Implementation) เกณฑ์นี้ควรมีการประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางนี้เป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย และต้องมีการสื่อสารต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปให้รับทราบ และเข้าใจถึงคุณค่าของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่วนรวม

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- แนวทางนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้ทรัพยากร ที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อส่วนรวม
- ต้องสื่อให้ชัดเจนว่าแนวทางนี้ใช้เฉพาะในช่วง Medical disaster ไม่ได้ใช้ใน Normal condition เนื่องจากจะทำให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ และแนวทางนี้จะใช้ได้ต่อเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรแล้ว และมีการวิเคราะห์แล้วว่าจำเป็นต้องใช้
- แนวทางนี้สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยวิกฤติทั่วไปที่ใส่ Tube อยู่ตามวอร์ดนอกห้องไอซียูเพื่อจัดลำดับความสำคัญเพื่อเข้าห้องไอซียู
- ควรมีกฎหมายรองรับด้วย ไม่เฉพาะเพียงแพทยสภารองรับเท่านั้น ซึ่งจะมีกฎหมายพิเศษอะไรรองรับถ้าหากไม่มีออกเป็นข้อบังคับจะดีที่สุด
- ควรให้ EOC ทำหนังสือถึงแพทยสภา ให้ออกข้อบังคับ และแจ้งสมาชิกแพทยสภาทราบ
- ต้องการให้กรมการแพทย์ทำหนังสือถึงแพทยสภาว่ามีการปรับเปลี่ยนเอกสาร
- เบื้องต้นยังไม่ควรดำเนินการใช้แนวทางในตอนนี้ ควรต้องพิจารณาให้ครบถ้วนก่อนเนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน แต่หากจะดำเนินการควรทำในสถานการณ์ Medical disaster เพื่อเป็นต้นแบบ และต่อยอดในอนาคต

มติที่ประชุม

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก จึงยังไม่ควรนำมาพิจารณาดำเนินการในตอนนี้ ซึ่งเห็นด้วยกับเกณฑ์และหลักการ แต่สำหรับข้อบังคับทางกฎหมายในขณะนี้อาจจะดำเนินการได้ยาก

4.2 แนวทางการรวมตัวอย่างน้ำลายสำหรับ Sentinel Surveillance

นพ.สุรัคเมธ มหาศิริมงคล ผอ.กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำเสนอ แนวทางการรวมตัวอย่างน้ำลาย เนื่องจากต้องการตรวจหาเชื้อ และเฝ้าระวัง COVID-19 ให้ครอบคลุมมากกว่าตอนนี้ ซึ่งกรมควบคุมโรคได้นำเสนอในประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ เมื่อวันที่ 29 เม.ย.63 ที่ผ่านมา โดยแบ่งกลุ่มเฝ้าระวังออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม PUI 2) กลุ่ม Sentinel Surveillance (ค้นหาในกลุ่มอาชีพเสี่ยง, พื้นที่เสี่ยง) และ 3) กลุ่มตรวจด้วยวัตถุประสงค์อื่น ในกลุ่มที่ 1 มีอัตราการตรวจพบเชื้อสูงจึงแนะนำใช้วิธี NPS เป็นหลัก หรือน้ำลายแล้วแต่กรณี ในกลุ่มที่ 2 และ3 จะใช้วิธีการตรวจน้ำลาย pool sample ซึ่งผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อ หากตรวจพบเชื้อมากกว่าร้อยละ 1 ของการคัดกรอง จะต้องเปลี่ยนเป็นการตรวจรายบุคคล งบประมาณในการตรวจของกลุ่มที่ 1 และ 2 เบิกได้จากงบ สปสช. ต้องมีรายงานผ่านเว็ปไซต์กรมควบคุมโรค DCC COVID-19 เพื่อมีข้อมูลติดตาม สำหรับการเก็บน้ำลาย เก็บได้ทุกช่วงเวลา แต่แนะนำให้เก็บหลังตื่นนอนตอนเช้าเก็บรักษาที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ตรวจทางห้องปฏิบัติการแปลผลเช่นเดียวกับตัวอย่าง Nasopharyngeal swab การตรวจ pool sample ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 500 บาท/คน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- การตรวจด้วยน้ำลายในกลุ่มที่ 1 กรมการแพทย์เคยเสนอถ้าตรวจคนไข้ OR ควรใช้วิธี NPS ส่วนคนไข้ทันตกรรม ใช้วิธีตรวจน้ำลาย จึงขอให้กรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์ฯ หาความชัดเจนในประเด็นนี้
- ไม่เห็นด้วยกับการใช้วิธีเก็บน้ำลายในด้านทันตกรรม ควรเก็บด้วยวิธี NPS เช่นเดียวกับ OR
- ผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มที่ 2 และ3 ขอให้กรมควบคุมโรคนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อเพื่อพิจารณาทบทวนให้ รพ.เอกชน สามารถดำเนินการตรวจได้ เนื่องจาก รพ.เครือข่ายเอกชนท้วงติงในประเด็นนี้มา
- เนื่องจากในกลุ่มที่ 2 เป็นการตรวจเพื่อเฝ้าระวังจึงให้อำนาจในการตรวจเฉพาะภาครัฐเท่านั้น
- การตรวจสุขภาพในแรงงานต่างด้าว ควรต้องตรวจหา COVID-19 ด้วยซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจหน่วยงานใดจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย และสามารถใช้วิธีตรวจน้ำลายได้หรือไม่

มติที่ประชุม

มอบกรมควบคุมโรคพิจารณาทบทวนประเด็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอกชน และมาตรการตรวจในแรงงานต่างด้าว

4.3 เครื่องช่วยหายใจเพื่อส่งต่อผู้ป่วย (Transport ventilator)

รศ.ดร.สมยศ เกียรติวนิชวิไล รองอธิการบดีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง นำเสนอ สจล. ผลิตผลงานนวัตกรรมสำหรับการดูแลรักษา COVID-19 หลายชิ้นงาน ซึ่งเครื่องช่วยหายใจเป็นหนึ่งในผลงานนวัตกรรม โดยพัฒนาเป็นเครื่องช่วยหายใจที่นำมาใช้เพื่อการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากปัจจุบันอุปกรณ์ช่วยหายใจในการส่งต่อผู้ป่วยใช้ Ambu Bag ซึ่งไม่มีความแน่นอนของ Volume จึงดัดแปลงจาก Ward ventilator แต่การบีบอากาศเข้าเครื่องยังใช้ Ambu bag จึงใช้ได้เฉพาะโหมด CMV เท่านั้น มี Monitor แสดงกราฟ Volume, Flow, Pressure ราคาต่อเครื่องประมาณ 30,000 บาท

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ก่อนนำไปใช้งานจริงควรต้องนำไปทดสอบการใช้งาน ประสิทธิภาพของเครื่อง และประเมินการใช้งานอย่างเป็นทางการด้วย

มติที่ประชุม

เห็นด้วย มอบ นพ.สุรัคเมธ มหาศิริมงคล ประสาน ศ.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เพื่อพิจารณารายละเอียด และสนับสนุนในการพัฒนาต่อไป

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 26 พฤษภาคม 2563 เวลา 12..30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 15.05 น.

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 26 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

21. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล	ประธาน
22. นายแพทย์โสภณ เมฆธน	ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม	
23. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร	ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	
24. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์	
25. รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล	นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
26. ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
27. รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย	คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
28. รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์	รองคณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
29. รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	
30. แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ	รองปลัดกรุงเทพมหานคร	
31. นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
32. นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
33. นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
34. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
35. นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	
36. เภสัชกรหญิงจิรารัตน์ ตรีรัตนพันธ์	แทนผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	
37. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์	
38. นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	
39. นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	

ผู้เข้าร่วมประชุม

28. ผศ.นพ.อนุแสง จิตสมเกษม	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ม.นวมินทราธิราช
29. รศ.ดร.อนงค์นาฏ สมหวังธนโรจน์	รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30. ศ.ดร.สนอง เอกสิทธิ์	คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาธุรกิจเทคโนโลยีและการจัดการนวัตกรรม
31. รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
32. ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ	ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
33. นายปณิธาน ปวโรฬารวิทยา	กรรมการบริหาร สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
34. นายสมคิด รัตนประภาพร	นายกสมาคมอุตสาหกรรมเส้นใยประดิษฐ์ไทย
35. ดร.กนิษฐ์ ตะปะสา	ผู้อำนวยการกองวัสดุวิศวกรรม กรมวิทยาศาสตร์บริการ
36. นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.

37. นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
38. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล	ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
39. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท	รองผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
40. ดร.ริชาร์ด บราวน์	องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
41. นางสาวอรธิมา กุหลาบ	องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
42. แพทย์หญิงอลิศรา ทัตตากร	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
43. เภสัชกรหญิงกรภัทร ตรีสารศรี	ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ อย.
44. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย	กรมแพทย์ทหารบก
45. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
46. นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมการแพทย์
47. แพทย์หญิงอลิสา ยาณะสาร	โรงพยาบาลเลิดสิน
48. นางสาวชนิดา เลิศศลารักษ์	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
49. นางสาวสุวัสสา ลิ่มปิยะกรณ์	บริษัท ไทยยางก่อไพศาล จำกัด
50. นางสาวอุสุมา นาคนิคาม	กรมวิทยาศาสตร์บริการ
51. นางสาวภัสรา สดรัมย์	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.
52. นางอำไพพร ยังวัฒนา	กรมการแพทย์
53. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.32 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

เนื่องจาก เวลา 13.15 น. ประธานต้องไปประชุมร่วมกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์) เรื่องวัคซีน COVID และยาที่จะผลิตเองในประเทศ เพื่อนำเสนอต่อนายกรัฐมนตรีในวันที่ 27 พ.ค. 63 ท่านประธานมอบ ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร ดำเนินการประชุมต่อไป

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 12 พฤษภาคม 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์ COVID-19 ประจำวันที่ 26 พ.ค. 63 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยสะสม 3,045 ราย กลับบ้านแล้ว 2,929 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 59 ราย เสียชีวิตทั้งหมด 57 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ที่พบส่วนใหญ่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ซึ่งต่อไปมีแนวทางการตรวจหาเชื้อใน Quarantine ให้เร็วขึ้น หลังจากมาตรการผ่อนปรนระยะที่ 1 และ 2 แนวโน้มของการติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง การตรวจ Lab มีการกระจายการตรวจ และสัดส่วนการออก SAT CODE กระจายในกลุ่ม

PUI กลุ่มเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในกลุ่ม Pre-Operative สำหรับสถานการณ์ทั่วโลก ณ ขณะนี้ยังมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นอยู่ และมีความกังวลจะเกิดการระบาดในกลุ่มประเทศอเมริกาใต้

การเฝ้าระวัง และค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง ถึงแม้ว่าสถานการณ์ในประเทศจะดีขึ้น แต่ยังต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันดำเนินการตรวจเฝ้าระวังใน 4 กลุ่มใหญ่ คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ 2) ผู้ต้องขังแรกรับ 3) อาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก และ 4) กลุ่มอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา เช่น ชุมชนแออัด เป็นต้น ผลการดำเนินการตรวจทั้งหมด พบติดเชื้อเพียง 1 ราย

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- สิ่งที่น่ากังวลคือช่วงหลังจากเปิดเทอม ดังนั้นต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด
- เสนอให้การรายงานผู้ป่วยรายใหม่ หากผู้ป่วยติดเชื้อมาจากต่างประเทศไม่ได้ติดเชื้อจากในประเทศ แต่มาตรวจพบในประเทศไทย ควรรายงานเป็น 0 ราย แต่ใส่วงเล็บเป็น 3 ราย

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.2 การตรวจหา COVID-19 เพื่อการเฝ้าระวังโดยโรงพยาบาลเอกชน

นพ.เฉวตสรร นามวาท รองผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นำเสนอ สืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้วในประเด็นการตรวจหา COVID-19 เพื่อการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลเอกชน กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการออกหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้ว่าฯ กทม. เมื่อวันที่ 16 พ.ค. 63 แจ้งแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ติดเชื้อในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง โดยได้มีการแก้ไขและระบุในเอกสารแนบท้าย “ผู้ดำเนินการ” เป็นหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในพื้นที่ หรือหน่วยงานอื่นๆ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลเอกชนสามารถมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการตรวจเฝ้าระวังได้ แต่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามสำหรับกลุ่มที่กรมควบคุมโรคกำหนดเป้าหมายไว้ ขอให้ส่งตรวจในระบบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเก็บข้อมูลและพัฒนาระเบียบวิธีในการตรวจหาเชื้อด้วยน้ำลายให้ได้มาตรฐาน

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.3 การบริหารอุปกรณ์ป้องกัน/ Coverall Level 4 Development และยาต้านไวรัส

นพ.โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม นำเสนอที่ผ่านมาดำเนินการพัฒนาชุด PPE สำหรับใช้เองในประเทศ โดยชุด Reuse ที่ผลิตด้วยผ้า Polyester ได้พัฒนาจนประสบความสำเร็จแล้ว (Level 2) สำหรับชุด Disposable Single Use ดำเนินการพัฒนาโดยคุณสมคิด รัตนประภาพร นายกสมาคมอุตสาหกรรมเส้นใยประดิษฐ์ไทย ตั้งเป้าในการพัฒนาชุด Coverall ให้อยู่ใน Level 4 ซึ่งผลิตผ้าและตัดเย็บในประเทศไทยทั้งหมด

Coverall Level 4 Development

คุณสมคิด รัตนประภาพร นายกสมาคมอุตสาหกรรมเส้นใยประดิษฐ์ไทย และดร.กนิษฐ์ ตะปะสา ผอ.กองวัสดุวิศวกรรม กรมวิทยาศาสตร์บริการ นำเสนอความก้าวหน้าในการพัฒนาชุด Coverall Level 4 ซึ่งมีการดำเนินการร่วมกันในด้าน Lab ทดสอบการซึมผ่านไวรัส (กรมวิทยาศาสตร์บริการ คณะวิศวกรรมฯ จุฬา คณะเภสัชฯ จุฬา คณะเทคนิคการแพทย์ มหิดล) และด้านมาตรฐาน (อย. อภ. วพ. และภาคเอกชน) กระบวนการในการพัฒนา ประกอบด้วย การพัฒนาผ้า Spunbond ประกอบด้วย PP Spunbond และ PET Spunbond และ Laminate ด้วย PE ชนิดที่สามารถระบายอากาศได้ ปรับปรุงดีไซน์การตัดเย็บเพื่อป้องกัน

การซึมผ่านของเลือดและไวรัส จากนั้นทดสอบการซึมผ่านเลือดและไวรัส สำหรับมาตรฐานการทดสอบ แบ่งออกเป็น 3 มาตรฐาน เน้นการทดสอบการซึมผ่านของเลือดและไวรัส เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการพัฒนาชุด Coverall Level 4 คือสามารถทนทานต่อการซึมผ่านของเลือดและไวรัสที่แรงดัน 14 กิโลปลาสคาล หรือเทียบเท่า Class 5 โดยทดสอบตามมาตรฐานของชุดที่ผลิตโดยดูปองท์ ซึ่งผลการทดสอบการซึมผ่านเลือดตามตะเข็บผ่านมาตรฐานที่กำหนด แต่กำลังรอผลการทดสอบไวรัส

Spunbond Supply Chain ในประเทศไทย ผ้า Spunbond เป็น Nonwoven ชนิดหนึ่งที่สามารถผลิตในประเทศไทย และนำมาผลิตเป็น PPE Coverall คือ PP Spunbond และ PET Spunbond ซึ่งกำลังผลิตผ้า Spunbond 5,000 ตัน และ 10,000 ตันต่อปี ตามลำดับ โดยคาดประมาณผ้า 1 กิโลกรัม สามารถผลิตชุด Coverall 3 - 4 ตัว ดังนั้น Capacity ของผ้า Spunbond จึงไม่เป็นปัญหา นอกจากการพัฒนาผ้า Spunbond แล้วยังมีการพัฒนา Film และ Resin เพื่อป้องกันการซึมผ่านของเลือดและของเหลว โดยบริษัทที่สามารถผลิตผ้า Spunbond ที่ดำเนินการพัฒนาสำหรับ Level 4 ประกอบด้วยบริษัท TPC, Teijin Frontier และ Narula สำหรับกำลังการผลิตชุด ประมาณ 150,000 - 200,000 ชุด/เดือน หากผ่านการทดสอบสามารถดำเนินการผลิตและจัดส่งได้ในเดือนกรกฎาคม 2563 จำนวน 60,000 ชุด สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนคือ การ Certify ชุด Coverall เพื่อการซื้อขายในประเทศ และส่งออกต่างประเทศ ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงของ Supply Chain และเศรษฐกิจของประเทศ

การบริหารจัดการ PPE และมาตรฐาน Coverall

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา นำเสนอชี้แจงจากการประชุมร่วมกับ สปสช. เรื่องการจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ และชุด PPE ให้หน่วยบริการ ซึ่งตามระเบียบ สปสช. จะจ่ายค่าชุด PPE ให้ทุกกิจกรรม/หัตถการที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 แต่เนื่องจาก สปสช. มีความเข้าใจผิดว่า กสธ. จัดสรรชุด PPE ให้ทุกหน่วยบริการแล้ว จึงจะไม่จ่ายเงินในส่วนนี้ ซึ่งที่ผ่านมา กสธ. จัดสรรหลัก ๆ คือ N95, ชุด Coverall, Surgical gown, Isolation gown เท่านั้น โดยกระจาย N95 ประมาณ 600,000 ชิ้น และ Coverall & Surgical gown ประมาณ 300,000 ตัว ซึ่ง สปสช.จะขอไม่จ่ายเงินสำหรับกิจกรรม PUI และ Confirm case เพราะกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดสรรของไปให้หน่วยบริการ ดังนั้นจึงชี้แจงกับสปสช. ว่า สปสช.ต้องจ่าย เนื่องจากชุด Coverall, Surgical gown, Isolation gown ไม่ได้ถูกกระจายไปครบถ้วนทุกหน่วยบริการ บางโรงพยาบาลต้องจัดซื้อเองจึงควรได้รับการเบิกจ่ายชดเชย แต่ สปสช. ยังไม่ได้ตัดสินใจว่าต้องดำเนินการอย่างไร จึงนำเรียนให้ที่ประชุมทราบว่าในช่วงนี้อาจจะมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์ และชุด PPE ที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ต้องประมาณการความต้องการชุด Coverall เพื่อ Stock ไว้ในประเทศไทย และมองภาพการส่งออกด้วย เพื่อความคุ้มค่าการผลิต ดังนั้นองค์การเภสัชฯ ต้องวางแผนเพื่อความมั่นคงของประเทศ
- สำหรับชุด Coverall หากมีการขึ้นทะเบียนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์กับ อย. แล้ว ในภาคอุตสาหกรรมสามารถซื้อได้ ขึ้นอยู่กับการเขียนกำหนด Spec ของผู้ซื้อ

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.4 Reuse of N-95 and PPE

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอสืบเนื่องจากกรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้ประเมินการใช้ PPE ที่ผ่านมา จึงดำเนินการประชุมติดตามการใช้ PPE จากรพ.ภาครัฐและเอกชนผ่าน Web Ex ซึ่งมี 5 ประเด็น ดังนี้

1. ปัญหาอุปสรรคการใช้ PPE ในแต่ละพื้นที่ พบว่าอุปสรรคในช่วงแรกคือ PPE ไม่เพียงพอ

2. การเตรียมความพร้อมการใช้ PPE เพื่อรองรับการแพร่ระบาดในระลอกสอง ซึ่งต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

3. การนำนวัตกรรมใหม่ใช้ในการ Reuse PPE ให้เพียงพอ เช่น ตู้ UVC เรื่อง Hydrogen peroxide

4. สำรวจการจัดสรรชุด PPE, Surgical mask ให้ Update ตัวเลข เพื่อรับการสนับสนุนต่อไป

5. มอบโรงพยาบาลทุกแห่งสำรวจของที่ได้รับบริจาคมีรายการใด และมาจากแหล่งใด เพื่อตรวจสอบมาตรฐาน และหารือทีม Logistic ต่อไป

เครื่องผลิตละอองไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์สำหรับฆ่าเชื้อ

ศ.ดร.สนอง เอกสิทธิ์ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอวัตถุประสงค์ของการผลิตเครื่องผลิตละอองไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์สำหรับฆ่าเชื้อ เพื่อใช้ทำความสะอาด Reuse และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งตู้นี้สามารถแขวนชุด PPE ได้ทั้งชุดไม่มีรอยยับ และไม่มีปัญหาเรื่อง Shielding สามารถทำความสะอาดชุดได้ 7 ชุด/ครั้ง ใช้เวลาทำความสะอาด 2 ชั่วโมง แต่ต้องรอให้เปอร์ออกไซด์สลายตัวอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จึงนำมาใช้ใหม่ได้ จากงานวิจัยสามารถใช้ซ้ำได้มากกว่า 10 ครั้ง จึงช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย สำหรับตัวเครื่องนี้ได้มีการพัฒนา ทำ Hardware และออกแบบขึ้นมาเอง แต่หัว Ultrasonic สั่งซื้อจากประเทศจีน โดยมีต้นทุนทั้งหมดประมาณเครื่องละ 25,000 บาท ในตอนนี้พัฒนาเป็น 2 Version คือ VQ20 เพื่อใช้ฆ่าเชื้อในห้องพักผู้ป่วย ในรถพยาบาล รถสาธารณะ สถานรับเลี้ยงเด็ก ห้องประชุม โรงแรม หรือบ้านพักคนชรา เป็นต้น และ VQ20^{+}HP35 เป็นตู้เพื่อฆ่าเชื้อเครื่องมือแพทย์ PPE PAPR หน้ากากอนามัย N95 เครื่องมือทันตกรรม เป็นต้น ใช้เวลาพ่น 5 นาที แล้วทิ้งไว้ 30 นาที จากนั้นเข้าสู่กระบวนการดูดอากาศออกเพื่อไล่สลายเปอร์ออกไซด์ ตู้นี้จะพร้อมใช้งานในโรงพยาบาลประมาณปลายเดือนมิ.ย. 63 ในอนาคตวางแผนขึ้นบัญชีนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ และใช้ประโยชน์ในด้านอื่นนอกจากฆ่าเชื้อ COVID-19 เพื่อความยั่งยืน

หน้ากากทดแทน N95 (Mask FLOMAX)

ผศ.นพ.อนุแสง จิตสมเกษม รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ม.นวมินทราธิราช นำเสนอหน้ากากทดแทน N95 พัฒนาโดยบริษัทไทยยางกิจไพศาล เป็นบริษัทผลิตฟิลเตอร์เดิมผลิตฟิลเตอร์สำหรับใช้ในรถ และเพิ่มการผลิตเป็น Medical equipment คือหน้ากากยี่ห้อ FLOMAX มีฟิลเตอร์เป็นนาโนไฟเบอร์ พลาสติกตัวหน้ากากผลิตจาก Thermoplastic ที่เป็น Polyester ผ่านการทดสอบจาก Nelson Lab สหรัฐอเมริกา คือ ประสิทธิภาพของ Filtration ≥ 95 % ที่ 0.3 ไมครอน, Inhalation Resistance = 3.5 mm H_2O, Exhalation Resistance = 2.8 mm H_2O, Bacteria Filtration Efficiency > 99 % ที่ 3 ไมครอน, Fit test และอยู่ระหว่างรอผลการทดสอบ Blood Filtration ต้นทุนหน้ากากประมาณ 70 บาท/ชิ้น หากใช้งานธรรมดาที่ไม่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อสามารถใช้งานได้ 1 สัปดาห์/ชิ้น

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- Mask FLOMAX ควรนำไปทดลองใช้ใน Healthcare worker ซึ่งอาจจะพบปัญหาเรื่องความ Fit ของหน้ากากเมื่อโดนเหงื่อ หรือโดนความมัน เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

- ควรหาวิธีอื่นๆ หรือ Cycle ที่สามารถทำให้เปอร์ออกไซด์สลายได้เร็วกว่านี้ เนื่องจากระยะเวลารอให้เปอร์ออกไซด์สลายใช้เวลานานเกินไป

มติที่ประชุม

รับทราบ กระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชฯ ต้องเตรียมการณ์จัด Stock รองรับการระบาดระลอก 2 ด้วย

3.5 สถานการณ์และแผนขยายจำนวนเตียง และ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอ ยอดการใช้เตียงในขณะนี้ลดน้อยลง แต่ยังคงรักษาศักยภาพสมรรถนะของเตียงเตรียมพร้อมไว้อยู่ ทั้งรพ.รัฐ และรพ.เอกชน ซึ่งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจของรพ.ธรรมศาสตร์ ได้ปิดการดำเนินการแล้วแต่พร้อมจะเปิดหากมีการระบาดระลอกสอง ส่วนรพ.ราชวิถี

กำลังจะปิดในเร็ว ๆ นี้ จำนวนผู้ป่วยใน กทม. ตอนนี้อยู่ในโรงพยาบาล 10 ราย Hospitel 6 ราย ไม่มีอาการรุนแรง จำนวนเตียง ICU มีทั้งหมด 159 เตียง ซึ่งแผนการขยายจำนวนเตียงยังดำเนินการอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง สำหรับศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ รพ.ราชวิถี ยังดำเนินการประสานงาน และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจาก State Quarantine ส่วน Hospitel ของกรมการแพทย์ขอไม่รับผู้ป่วยเพิ่ม เนื่องจากเตรียมคืนสถานที่ แต่หากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รพ.สนามธรรมศาสตร์ พร้อมเปิดรับ

มติที่ประชุม

รับทราบ หาก Resume ให้นึกถึงรพ.สนามธรรมศาสตร์เป็นที่แรก

3.6 ความคืบหน้าโปรแกรม National Health Platform

นพ.อนันต์ กนกศิลป์ ผอ.ศูนย์เทคฯ สป. นำเสนอ โปรแกรม National Health Platform ทำหน้าที่บูรณาการข้อมูลจากภารกิจต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย Disease Control, Case Detection, Treatment, และ Supply & Logistic ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาตามภารกิจที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ประกอบด้วย DDC COVID, Co-Lab และ Co-Ward ทั้ง 3 ระบบมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันแล้ว

- ระบบ Co-Ward พบว่ามีโรงพยาบาลที่ดำเนินการทั้งหมด 1,473 แห่งมีการลงทะเบียน รพ.ภาครัฐ 89 % รพ.เอกชน 35 % การรายงานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Co-Ward ได้มอบให้ สพฉ.ดำเนินการ Verify ข้อมูลเคสที่ลงทะเบียนในระบบ และเคสที่รายงานทางกรมควบคุมโรคว่ามีความต่างกันอย่างไร และมีปัญหาที่เกิดจากผู้ใช้งานคือไม่มีการอัพเดทข้อมูลเกิน 10 วัน จึงให้ระบบส่ง SMS เตือนไปยังผู้ใช้งานเพื่อรับทราบว่าไม่มีการอัพเดทข้อมูล

- ระบบ Co-Lab เริ่มระบบเมื่อวันที่ 23 พ.ค.63 เนื่องจากมีความยุ่งยากในการเชื่อมโยงข้อมูลห้องปฏิบัติการทั้งหมดมีจำนวน 178 แห่ง ขึ้นทะเบียน 173 แห่ง มีการสร้างรายงานเพื่อส่งข้อมูลการรับสิ่งส่งตรวจ การตรวจ และการรับรองผลตรวจในแพลตฟอร์ม พบปัญหาที่ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานของผู้ใช้งาน และบางห้อง Lab เจ้าหน้าที่ Technician กับเจ้าหน้าที่รับรอง Supervisor เป็นคนเดียวกัน ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน Requirement ของห้อง Lab จึงต้องการให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปรับกระบวนให้สอดคล้องตามมาตรฐานเพื่อความน่าเชื่อถือในการรับรองผล

มีการดำเนินการจัดทำ Dashboard ทรัพยากรทางการแพทย์ รวมผลการดำเนินงานทั้ง 4 ภารกิจ ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมทั้งหมด และหลังจากสถานการณ์คลี่คลายจะนำ NHP ไปใช้กับภารกิจอื่นๆ เช่น การ Detect ARI รายงานข้อมูล Real-time อยู่ระหว่างดำเนินการ Implement และเชื่อมต่อฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- บริบทในกทม.มีความซ้ำซ้อนเนื่องจากมีทั้ง รพ.รัฐ รพ.เอกชน รพ.กทม. ใน Sector ต่างๆ ของโปรแกรมควรจะสามารถ Plug-in และสะท้อนข้อมูลกลับในเชิง Area ได้ เพื่อการแชร์ทรัพยากร

- การ Supply ของ PPE, N95 ถือว่าเป็นปัญหา ถ้าหากเพิ่มในโปรแกรมนี้ได้เหมือนกับโปรแกรมระบบขนส่งและกระจายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของม.มหิดล จะดีมาก หรือจะเชื่อมโปรแกรมกันอย่างไรได้บ้าง และควรมีระบบ Safety Stock

- ได้รับการติดต่อจาก รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย จะส่งมอบโปรแกรมระบบขนส่งและกระจายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบต่อไป

- การลงทะเบียน Co-ward ในเขตสุขภาพ 13 จะต้องกระตุ้นในมีการลงทะเบียนให้มากขึ้น จึงขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งรพ.รัฐ และรพ.เอกชน ให้ลงทะเบียน

- ในประเด็น Data Exchange ต้องมีการทำ standardize ของชุดข้อมูล เพื่อการ Flow data ระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งศูนย์เทคฯ สป. ได้ดำเนินการบ้างแล้ว ได้มีการหารือการจัด Standard โดยสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยารับเรื่องยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพรับเรื่องสถานพยาบาลกับผู้ให้บริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับเรื่อง Lab และ X-ray กรมการแพทย์รับเรื่อง Service ต่างๆ หากมีการบูรณาการกันได้จะสามารถดำเนินการเชื่อมโยงข้ามระบบได้ ซึ่ง Code นี้ต้องทำเป็น Universal code และให้หน่วยงานที่จ่ายเงิน (สปสช. กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม) เป็นผู้กำหนด และบังคับใช้ดำเนินการ

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.7 ความคืบหน้า New Normal Medical Service

นพ.สกานต์ บุนนาค ผอ.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ นำเสนอความก้าวหน้า Model ของ New Normal Medical Service จัดทำในลักษณะ Model Service setting ซึ่ง Modelที่ได้การรับรองจากราชวิทยาลัย สมาคมวิชาชีพ EOC กสธ. แล้ว ประกอบด้วย OR, OPD, ER, Dental clinic, NCD (DM,HT), Rehabilitation, ICU, Procedural room เหลือ X-ray และ IPD ที่ยังไม่ผ่าน หลังจากได้ Model กรมการแพทย์จึงจัดทำ Sandbox Pattani Model เพื่อนำ Model ที่ได้ (OR, ER, NCD, และ Dental clinic) ทดลองปฏิบัติว่าจะสามารถ Implement ได้จริง และมี Value base หรือไม่ และจะนำมาถอดบทเรียนหากประสบผลสำเร็จจะนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป โดย Implement ในลักษณะเครือข่าย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ Service Model และ Research Model สำหรับการประเมิน Pattani Model หน่วยงาน IHPP ออกแบบระบบการประเมิน

ความคืบหน้า New normal OPD Model ได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ภาคส่วนในการให้ข้อเสนอแนะการจัดบริการ New normal OPD ในด้าน System, Structure, Environment, และ Equipment โดย System Flow ของการจัดบริการ OPD จะนำระบบ IT เข้ามาช่วยดำเนินการ สำหรับคนไข้ที่มารับยาไม่ต้องพบแพทย์จะใช้ระบบตรวจรักษาทาง Tele-Med รับส่งยาทางไปรษณีย์ อสม. หรือร้านขายยาใกล้บ้าน ส่วนคนไข้ที่ต้องพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจะจัดคิวเข้าตรวจให้เหลื่อมเวลากัน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- New normal OPD ต้องมีความระมัดระวังในหลาย ๆ เรื่อง เช่น Consent form สำหรับผู้เข้ารับบริการ Tele-Med ใน Consent form จะต้องระบุคำชี้แจงที่ชัดเจน การบันทึกเสียงสนทนาระหว่างรักษา ปัญหาเรื่องการส่งยามีข้อจำกัดสำหรับยาที่ต้องแช่เย็นจะต้องหาวิธีแก้ไข
- ถึงแม้ว่าสถานการณ์ COVID-19 จะลดลง แต่ระบบการดำเนินงานนี้ รพ.รามาฯ จะยังใช้ต่อ เนื่องจากเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาล
- สำหรับเรื่องการตรวจสอบสิทธิ สำหรับ รพ.รามาฯ ยังมีปัญหาเรื่องสิทธิเบิกได้ เนื่องจากติดปัญหาการทำธุรกรรมผ่านธนาคาร เพราะกรมบัญชีกลางทำธุรกรรมผ่านธนาคารกรุงไทย แต่รพ.รามาฯ ใช้แอปฯ ธนาคารไทยพานิชย์ ซึ่งทั้ง 2 ธนาคารยังไม่มีการเชื่อมโยงกัน แต่สำหรับเงินสดไม่มีปัญหา
- เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้องนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน รพ.รามาฯ อาจจะให้ รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ มานำเสนอ
- ระบบ Tele-Med ต้องสามารถตรวจสอบสิทธิ และเปิดสิทธิออนไลน์ได้ เพื่อประโยชน์ของการจ่ายค่าตอบแทน

มติที่ประชุม

รับทราบ ในการประชุมครั้งต่อไปให้แต่ละหน่วยงานนำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อผลักดันเป็นเชิงนโยบาย และเป็นกรอบให้โรงพยาบาลดำเนินการให้เข้ากับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 แนวทางการสนับสนุนนวัตกรรมในประเทศด้วย พรก.เงินกู้

นพ.สกานต์ บุนนาค ผอ.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เนื่องจากได้รับการประสานจาก นพ.วิชัย อัศวภาคย์ ประธานคณะกรรมการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับ พรก.เงินกู้ เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจาก COVID-19 กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณราว 40,000 ล้านบาท โรงเรียนแพทย์ 5,000 ล้านบาท ซึ่งในประเทศไทยมีนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ที่ได้มาตรฐาน ใช้งานได้ดี และมีราคาถูกเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เช่น PAPRs ตู้ Swab positive, Negative pressure, ห้อง Negative pressure, Transfer capsule, ตู้อบ UVC, เครื่อง Fumigation ด้วย Hydrogen peroxide, อุปกรณ์ Reuse N95/ชุด PPE, เตาเผาขยะติดเชื้อไร้ควัน เป็นต้น กบรส.ร่วมกับ รพ.ต่างๆ จัดทำ Shopping list อุปกรณ์ที่เป็นนวัตกรรมเหล่านี้ แต่ไม่สามารถจัดซื้อด้วยเงินงบประมาณตามระเบียบราชการได้ เพราะนวัตกรรมไม่มีการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงขอความคิดเห็นจากที่ประชุมในประเด็นการรับรองมาตรฐานของนวัตกรรม และต้องเป็นบทบาทของหน่วยงานใดสำหรับการรับรองมาตรฐาน

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

- ในภาครัฐหน่วยงานที่รับรอง กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย อย., กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประกอบด้วย กรมวิทยาศาสตร์บริการ

- พรบ.เครื่องมือแพทย์ อย. เป็นผู้ประกาศและกำหนดมาตรฐาน เช่น ชุด PPE หรือ อุปกรณ์ Reuse อย.ต้องประกาศเพื่อให้มีการจดแจ้ง และครอบคลุมมาตรฐานที่กำหนด สำหรับ สมอ. กระทรวงอุตสาหกรรม กำหนดมาตรฐานเช่นกัน แต่ปัญหาอยู่ที่หาห้องปฏิบัติการสำหรับทดสอบไม่ได้ ไม่มีหน่วยงานรับรอง ดังนั้นควรร่วมมือกันเป็นเครือข่ายเพื่อรับรองมาตรฐานให้มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อไปในด้านเศรษฐกิจ

- ที่ผ่านมาให้ สมอ. ดำเนินการในเชิงอุตสาหกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกับทางการแพทย์ ดังนั้นจึงเห็นด้วยให้กรมวิทยาศาสตร์บริการดำเนินการเกี่ยวกับการรับรองมาตรฐานทางการแพทย์ และหน่วยงานที่รับรองต้องพัฒนาให้เป็นมาตรฐานสากล ดังนั้นให้กรมวิทยาศาสตร์บริการเป็นตัวกลางในการผลักดันหรือ endorse ให้หน่วยงานต่างๆ สามารถ Certify ได้ และมีคุณภาพในระดับสากล

- กรมวิทยาศาสตร์บริการ ได้รับมอบหมายจาก ดร.สุวิทย์ ให้ดำเนินการในเรื่อง Standard Testing และกำลังดำเนินการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานทางคุณภาพด้านสาธารณสุข (NQI) ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะประชุมร่วมกับคณะวิศวกรรมฯ และ UHosNet เกี่ยวกับการทำเครือข่ายห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการทดสอบอุปกรณ์ PPE และเครื่องมือแพทย์อื่น ๆ

- ตามหลักการแล้วสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ถือกฎหมายที่เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ จึงต้องเป็นผู้กำหนด spec ว่าแต่ละเครื่องมือต้องตรวจที่ใดบ้าง และปัจจุบันห้องปฏิบัติการต้องจัดเป็นเครือข่าย เนื่องจากไม่มีห้องปฏิบัติการใดสามารถดำเนินการตรวจได้ครบทุกรายการ ดังนั้นเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้กำหนดนโยบาย กรมวิทยาศาสตร์บริการ เป็นผู้บริหารเครือข่ายห้องปฏิบัติการเพื่อให้มีการตรวจครบทุกรายการ

- เสนอให้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเรื่องนี้โดยเฉพาะ อาศัยคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีสำหรับการแต่งตั้ง ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ (อย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการฯ กรมวิทยาศาสตร์บริการ) เนื่องจากหน่วยงานที่มี Authority จะไม่มี Facility และหน่วยงานที่มี Facility จะไม่มี Authority ดังนั้นต้องดำเนินการร่วมกัน และต้องกำหนดบทบาทของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน

- ปัญหาที่พบคือ 1) ห้องปฏิบัติการมีอยู่กระจัดกระจาย และไม่มีการ Certify มาตรฐาน 2) ห้องปฏิบัติการบางแห่งไม่กล้าลงทุนเนื่องจากไม่มีหน่วยงานใดแจ้งว่าต้องมีหรือไม่มี ดังนั้นต้องหาเจ้าภาพ

สำหรับ Lab เดิมที่มีอยู่แล้วนำมาจัดระบบ และ Lab ที่ยังไม่มีต้องลงทุนให้มีถึงแม้จะขาดทุนก็ตามเพื่อความมั่นคงในอนาคต

- อย.ได้ดำเนินการรวมรวบข้อมูลห้องปฏิบัติการทั้งหมดในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการ Certify ซึ่งพบว่าห้องปฏิบัติการสามารถตรวจได้ครบทุกรายการ แต่ไม่มีห้องปฏิบัติการใดที่ผ่านมาตรฐานสากลจึงเป็นปัญหาสำหรับการส่งออกต่างประเทศ ดังนั้นจึงต้องพัฒนาห้องปฏิบัติการต่อไป

- เบื้องต้นในระยะแรก อย.จะเป็นหน่วยงานที่รับรองมาตรฐาน และ Recognize ห้องปฏิบัติการทั้งหมดในประเทศ เพื่อให้สามารถผลิต PPE สำหรับใช้ในประเทศไทย ในระยะต่อไปพยายามผลักดันให้ห้องปฏิบัติการสามารถ Certify ในระดับสากล ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ของบประมาณเงินกู้เพื่อซื้ออุปกรณ์ทดสอบสำหรับการ Certify ที่ได้มาตรฐานสากล

- อย.กำลังดำเนินการออกประกาศเอกสารการรับรอง PPE ในสัปดาห์นี้ก่อน สำหรับ N95 และ PAPRs จะดำเนินการต่อไป เพื่อให้ทันกับพรก.เงินกู้ โดยกรมวิทยาศาสตร์บริการเป็นผู้กำหนดหัวข้อว่าต้องตรวจรายการใดบ้างและ อย.เป็นผู้ประกาศ

มติที่ประชุม

มอบ อย. เป็นแกนหลักสำหรับการดำเนินการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เนื่องจาก อย. เป็นหน่วยงานที่ออกระเบียบ กำหนด และ Certify ห้องปฏิบัติการทั้งหมดในประเทศ และขอให้ อย.เร่งดำเนินการ Certify เครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมที่ออกใหม่ และขึ้นทะเบียน ให้ทันกับ พรก.เงินกู้ เพื่อการซื้อขายในประเทศได้ตามระเบียบราชการ

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 9 มิถุนายน 2563 เวลา 12..30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 14.55 น

รายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
วันที่ 9 มิถุนายน 2563 เวลา 12.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประธานการประชุม
2. นายแพทย์โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
3. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.อุดม คชินทร ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
4. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
5. รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
6. ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
7. รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
8. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
9. นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
10. นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์
11. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท แทนรองอธิบดีกรมควบคุมโรค
12. นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
13. รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
14. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
15. นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
16. นายแพทย์นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ
17. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
18. แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
19. นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. รศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
2. รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ.นพ.โอภาส พุทธเจริญ ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. รศ.ดร.พญ.อติพร อิงค์สาธิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. รศ.พ.อ.หญิง ปริยนันทน์ จารุจินดา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
6. พ.อ.กศม ภังคานนท์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
7. นายแพทย์สุรัคเมธ มหาศิริมงคล ผู้อำนวยการกองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
8. นายแพทย์แดเนียล เคอร์เทสซ์ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
9. นางสาวสุวิมล สงวนสัตย์ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
10. เภสัชกรหญิงดนตรี เกษสุวรรณสิงห์ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
11. แพทย์หญิงอลิศรา ทัตตากร ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
12. พ.อ.นพ.วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย กรมแพทย์ทหารบก
13. นางเบญญาภา นนทมาลย์ กรมการแพทย์

14. นางอำไพพร ยังวัฒนา กรมการแพทย์
15. นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง กรมการแพทย์

เริ่มประชุม 12.36 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ช่วงเช้าที่ผ่านมามีงานแถลงข่าวระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และทีมพัฒนา LogHealth ม.มหิดล เปิดตัวนวัตกรรมระบบจัดการโลจิสติกส์เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ซึ่งที่ผ่านมาประสบความสำเร็จในการใช้ระบบนี้สำหรับการกระจายและติดตามเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

2. การประชุมในวันนี้มีผู้แทนจาก WHO ประเทศไทยเข้าร่วมสังเกตการณ์การบริหารจัดการและรับมือสถานการณ์ COVID 19 เพื่อจัดทำสรุปบทเรียนของประเทศไทย

3. ประธานได้รับการติดต่อจากคุณรุ่งโรจน์ รังสิโยภาส ผู้บริหารบริษัท SCG เกี่ยวกับความร่วมมือของประเทศไทยในการพัฒนาวัคซีนร่วมกับ University of Oxford และบริษัท Astra Zeneca ซึ่งประธานได้หารือกับนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.อุดม คชินทร นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา และนพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล มีความเห็นตรงกันว่าให้ SCG เข้าไปคุยและดูข้อเสนอก่อน หากมีความร่วมมือสำหรับการพัฒนาร่วมกันให้นำบริษัทสยามไบโอไซเอนท์เข้าร่วมด้วย แต่หากเป็นเพียงการเสนอเพื่อซื้อขายให้ปฏิเสธเนื่องจากประเทศไทยไม่มีนโยบายนี้

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 26 พฤษภาคม 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.เฉวตสรร นามวาท รองผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นำเสนอสถานการณ์ COVID-19 ประจำวันที่ 9 มิ.ย. 63 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาจากต่างประเทศ และเข้า State Quarantine (การติดเชื้อในประเทศเท่ากับ 0 ราย ติดต่อกัน 15 วัน) รายที่ 1 เพศชาย เป็นนักศึกษากลับมาจากประเทศซาอุดิอาระเบีย มีอาการไข้ ตรวจครั้งแรกวันที่ 25 พ.ค. 63 ไม่พบเชื้อ และตรวจครั้งที่ 2 วันที่ 7 มิ.ย. 63 ผลพบเชื้อ รายที่ 2 เพศหญิง เป็นพนักงานบริษัทกลับมาจากประเทศเนเธอร์แลนด์ ตรวจวันที่ 3 มิ.ย. 63 ผลพบเชื้อ เคยมีประวัติสัมผัสกับเพื่อนร่วมงานซึ่งสงสัยเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ช่วงเดือน ก.พ. 63 และเคยมีอาการจมูกไม่ได้กลิ่น คัดจมูก ไอ เจ็บคอ ซึ่งอาการเข้าได้กับโควิด 19 สาธารณสุขเนเธอร์แลนด์จึงแนะนำให้พักอยู่ในบ้านจนอาการดีขึ้น จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลนักศึกษาที่เดินทางกลับจากซาอุดิอาระเบียพบว่าร้อยละของการติดเชื้อมีจำนวนค่อนข้างสูงร้อยละ 28.21 สำหรับอัตราป่วยในกลุ่มผู้เข้ากักกันโรค State และ Local Quarantine คิดเป็นร้อยละ 0.53 (184 ราย/35,012 ราย) ระยะเวลาของการตรวจพบเชื้อของผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและเข้า State Quarantine ในช่วง 9 - 14 ของวันมาถึง มีจำนวนร้อยละ 9.7 ซึ่งยังเป็นตัวเลขที่สูงจึงเห็นสมควรว่าต้องมีการกักตัวใน State Quarantine 14 วันเหมือนเดิม การออก SAT CODE ในช่วงเดือน พ.ค. - มิ.ย. 63 มีการออกเพิ่มขึ้นในกลุ่ม Sentinel Surveillance และกลุ่มคัดกรองก่อนผ่าตัด ในโรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 72) มีการออก SAT CODE มากกว่าโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 28)

ผลการดำเนินงานตรวจ Sentinel Surveillance ในกลุ่มที่ 3 อาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก ประกอบด้วย คนขับรถหรือพนักงานประจำรถสาธารณะ, พนักงานในสำนักงาน, ช่างตัดผม/เสริมสวย, พนักงานบริการ และอื่นๆ ได้ดำเนินการตรวจแล้วร้อยละ 56.78 ของเป้าหมาย สำหรับกลุ่มที่ 4 อาชีพอื่นๆ

ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา มีบางกลุ่มอาชีพซ้ำซ้อนกับกลุ่มที่ 3 เนื่องจากคณะกรรมการฯ บางจังหวัดให้ความสำคัญกับกลุ่มอาชีพนั้น ดำเนินการตรวจแล้วร้อยละ 69.64 ของเป้าหมาย

สถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก พบการติดเชื้อจำนวน 211 ประเทศ 2 เขตบริการพิเศษ และ 2 เรือสำราญ ประเทศที่พบจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา บราซิล และรัสเซีย ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 83

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. มีข้อสังเกตจากรายงานสถานการณ์ ประกอบด้วย เครื่องบินที่รับผู้โดยสารกลับมาในแต่ละลำที่มาด้วยกันมีจำนวนกี่คน นักบิน/ลูกเรือเป็นอย่างไรบ้าง การจัดที่นั่งบนเครื่องบินเป็นอย่างไร ควรมีข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการคลายล็อกในเดือน ก.ค. 63

2. การเว้นระยะห่าง จัดโซนที่นั่งสำหรับผู้ที่มีอาการบนเครื่องบิน กรมควบคุมโรคได้มีข้อแนะนำ Feedback แล้ว แต่ปัญหาอยู่ที่เรื่องของการบริหารต้นทุนจึงจัดผู้โดยสารมาเต็มลำ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง

3. มีข้อสังเกตว่าทำไมถึงมีการติดเชื้อใน State Quarantine จำนวนมาก เป็นไปได้หรือไม่ว่ามีการติดเชื้อใน State Quarantine ด้วยกันเอง ซึ่งจะสื่อสารอย่างไรให้ประชาชนมีความมั่นใจว่าใน State Quarantine มีความปลอดภัยในประเด็นนี้ทีมสอบสวนกรมควบคุมโรคกำลังดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังอยู่

4. ในวันที่ 10 มิ.ย. 63 จะมีการประชุมของสภาความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับการปลดล็อกครั้งที่ 4 สามารถเสนอข้อสังเกตไปได้

5. ต้องเตรียมความพร้อมรับมือสำหรับการเปิดเทอมของนักเรียนและนักศึกษา

6. เนื่องจากตอนนี้คนไทยเดินทางกลับจากต่างประเทศมากขึ้น กระทรวงกลาโหมจึงขอความร่วมมือจาก UHosNet กทม.และกรมการแพทย์ รับดูแลในโรงแรมที่เป็น State Quarantine

7. ขอให้กรมควบคุมโรคให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแล State Quarantine เกี่ยวกับการทำ Home Isolate หลังออกจาก State Quarantine

8. สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 คาดว่าเชื้อไวรัสอาจจะเป็นซาก อธิบดีกรมการแพทย์จึงมอบให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทำ Culture เพิ่ม และให้ ผอ.โรงพยาบาลติดตามผู้ป่วยรายนี้ทุกวัน

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบกรมควบคุมโรคศึกษารายละเอียดของข้อสังเกตการณ์ต่างๆ

3.2 การบริหารอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา นำเสนอการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ ในช่วงนี้มีผู้ป่วยค่อนข้างน้อยจึงไม่มีการกระจาย แต่กำลังจะดำเนินการกระจาย Reuse Isolation Gown ที่ GPO จ้างผลิต ซึ่งคาดว่าของจะถึงพื้นที่ในวันอังคารที่ 16 มิ.ย. 63 โดยกระจายให้โรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไป สำหรับข้อมูล adverse event ของยา Favipiravir ที่ประเทศญี่ปุ่นมอบยาให้กับประเทศไทยนั้นข้อมูลในระบบของ อย. มีรายงานทั้งหมด 9 ราย ซึ่งต่ำกว่ายอดการใช้จริง เดิมการกระจายยา 6 รายการ กระจายไป 76 จังหวัด ปัจจุบันข้อมูลยาจะรายงานไปที่ Co-Ward ของโปรแกรม NHP สป. ยา Favipiravir กระจายเป็น Node เขตละ 1 แห่ง โดยใช้ระบบยากำพร้าของ สปสช. ส่วนใน กทม. ใช้ระบบของกรมการแพทย์ในการกระจายยา ซึ่งโปรแกรมของสปสช. และกรมการแพทย์ยังไม่ link กับ Co-Ward จึงหารือกับศูนย์เทคโนโลยีฯ สป. และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการ Link ข้อมูลการใช้ยา Favipiravir ไปยังโปรแกรม Co-Ward ซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ หากปรับโปรแกรมได้จะย้ายมาลงข้อมูลยา Favipiravir ที่โปรแกรม Co-Ward ทั้งหมด ซึ่งจะ Link กับระบบการเติมยาของ GPO และให้ได้ข้อมูลประสิทธิภาพของยา และข้อมูล adverse event ที่เกิดขึ้นด้วย

เภสัชกรหญิงดนตรี เกษสุวรรณสิงห์ รอง ผอ.องค์การเภสัชกรรม นำเสนอทรัพยากรสินค้าคงคลัง ณ วันที่ 7 มิ.ย. 63

N 95	Non Med จำนวน 540,000 ชิ้น Med จำนวน 432,160 ชิ้น
Cover all	จำนวน 97,222 ชุด
Isolation GownDisposable	จำนวน 24,745 ชุด Reusable จำนวน 46,994 ชุด (สั่งผลิตจากผู้ประกอบการในประเทศไทย)
Surgical Gown	จำนวน 35,760 ชุด
ยา Favipiravir (ญี่ปุ่น)	คงเหลือ 1,000 เม็ด กำลังสั่งซื้อส่งมอบภายใน 14 มิ.ย. 63 จำนวน 103,680 เม็ด
ยา Favipiravir (จีน)	คงเหลือ 86,000 เม็ด กำลังสั่งซื้อส่งมอบภายใน 30 มิ.ย. 63 จำนวน 400,000 เม็ด

จากการประชุม EOC ของกระทรวงมอบให้ GPO จัดหา N 95 ประมาณ 1,000,000 ชิ้น Cover all 1,000,000 ชิ้น จึงจัดทำแผนการจัดหาซึ่งได้ติดต่อกับบริษัทต่างๆ ที่จำหน่ายของดังกล่าวแล้ว สำหรับโครงการพัฒนาผู้ประกอบการในไทยเพื่อการผลิต Cover all level 4 จำนวน 4 ราย กำหนดราคาขายชุดละไม่เกิน 380 บาท ซึ่งโครงการนี้ใช้เงินในส่วนงบประมาณ 1,500 ล้านบาท ที่รัฐบาลให้ GPO แต่โครงการนี้อาจจะใช้เงินไม่ทันเดือน มิ.ย. 63 เนื่องจากต้องรอขอรับการรับรองมาตรฐานของ อย. ก่อน โดยจะเสนอเพื่อกันงบไว้สำหรับโครงการนี้ต่อไปประมาณ 25 ล้านบาท

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. ข้อมูลปัจจุบันมีการใช้ยา Favipiravir กับคนไข้จำนวน 700 กว่าราย แต่ผลดีและผลข้างเคียงจากการใช้ยากำลังรวบรวมข้อมูลอยู่

2. กรมการแพทย์และโรงเรียนแพทย์ได้ร่วมมือกันรวบรวมข้อมูลการใช้ยาผ่านคณะกรรมการจัดทำ CPG อยู่ระหว่างการ Clean Data คาดว่าจะได้ข้อมูลในอีก 2 สัปดาห์

3. Stock ของ PPE ดำเนินการเพื่อรองรับการเกิด Second wave แต่ถ้าหากไม่เกิด PPE เหล่านี้จะถูกนำไปใช้สำหรับการจัดบริการรักษาพยาบาลแนวใหม่ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้

4. ขอสนับสนุนโครงการพัฒนาผู้ประกอบการในไทยในการผลิต Cover all level 4 เนื่องจากทำให้เห็นถึงศักยภาพของผู้ประกอบการในประเทศไทยและการแก้ไขปัญหาในระยะยาว ต้องการให้ดำเนินการอย่างจริงจังและกันเงินงบประมาณไว้สำหรับโครงการนี้

5. มีความกังวลว่าจะต้องใช้งบประมาณให้ทันภายในเดือน มิ.ย. 63 จึงขอให้ประธาน (นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาธร) หารือกับนายกรัฐมนตรี โดยให้ GPO ทำเรื่องผ่านกระทรวงสาธารณสุข และเสนอในการประชุม ศบค.ของ กสธ. ด้วยอีกทาง

6. มีการกำหนดและประเมินจำนวน PPE เพื่อรองรับสถานการณ์ระลอกสองจนถึงเดือน ก.ย. 63 แต่หากสถานการณ์ไม่เลวร้าย PPE จะสามารถใช้ได้ถึงปลายปี 63

มติที่ประชุม

รับทราบ ในการประชุมครั้งต่อไปมอบ อย. นำเสนอ

- ข้อมูล Adverse event และผลดี ของยา Favipiravir ในคนไข้ จำนวน 700 กว่าราย
- ข้อมูลการกระจาย Stock PPE จากระบบขนส่งและกระจายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

3.3 ข้อมูลปัจจุบันของยา Remdesivir

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอจากการทบทวนข้อมูลยา Remdesivir เพื่อเป็นยาที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย ยานี้มีศักยภาพในการรักษาโรคจากโคโรนาไวรัสชนิดต่าง ๆ ได้แก่ SARS, MERS และ Ebola แต่สำหรับ COVID-19 อยู่ระหว่างการศึกษา ยังไม่ได้รับอนุมัติเป็นข้อบ่งใช้ยา Remdesivir เป็นยาชนิดฉีด การออกฤทธิ์ของยาประกอบด้วย 1) ขัดขวางการทำงานของ RNA Polymerase ซึ่งมีผลต่อการแยกตัวของ RNA จึงยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัส 2) สร้างสารพันธุกรรม RNA ของไวรัสที่ผิดปกติ และทำให้ไวรัสหมดฤทธิ์ 3) ยับยั้งไวรัสไม่ให้เข้าสู่เซลล์ในร่างกายคน มีการศึกษาประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา Remdesivir ทั้งในสหรัฐอเมริกา จีน และบริษัท Gilead Sciences แต่ผลการศึกษาอยู่ระหว่างดำเนินการ ขณะที่ WHO กำลังดำเนินการทำ Clinical management of COVID-19 ซึ่งยา Remdesivir เป็นยาชนิดหนึ่งที่อยู่ในการศึกษาทดลอง WHO SOLIDARITY Clinical Trial สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ 1) Remdesivir เป็นยาใหม่ที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย 2) ประเทศไทยเป็น 1 ใน 13 ประเทศที่เข้าร่วมโครงการ SOLIDARITY TRIAL ของ WHO และ 3) เสนอมอบให้คณะทำงานพัฒนา CPG COVID-19 พิจารณาปรับการใช้ยา Remdesivir ใน CPG COVID-19 ต่อไป

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. ประสิทธิภาพของยา Favipiravir อาจจะยังไม่ชัดเจนเท่ากับ Remdesivir เนื่องจากผลการศึกษายา Favipiravir ใช้สำหรับการรักษา Influenza แต่ก็สามารถใช้รักษา COVID-19 ได้ แต่สำหรับยา Remdesivir ส่วนใหญ่ใช้แถบประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมีข้อมูลผลการศึกษามากกว่า ซึ่งมีผลการศึกษาของยา Remdesivir ในเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงผลการรักษาของยา Remdesivir สามารถทำให้คนไข้หายไวกว่าได้รับยา Placebo 4 วัน

2. เนื่องจาก Remdesivir เป็นยาชนิดฉีด และมีความปลอดภัยสำหรับคนท้องมากกว่า ยา Favipiravir ดังนั้นยา Remdesivir จึงอาจจะมีประโยชน์มากกว่าใช้ได้ในกลุ่มที่หลากหลาย

3. มอบประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม ศึกษาข้อมูลการนำเข้ายา ราคายา ประเทศที่ขาย Remdesivir เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสั่งยาเพื่อใช้ในการรักษาหากเกิด Second wave แต่ยังไม่สั่งในตอนนี้เนื่องจากต้องรอ CPG COVID-19 จะมีการปรับนำยา Remdesivir มาใช้หรือไม่

4. โครงการ SOLIDARITY TRIAL ปัญหาที่พบในขณะนี้ คือไม่มีผู้ป่วยหนัก

5. GPO เคยนำเข้ายา Remdesivir มา 2 รอบจากประเทศจีน โดยรอบแรก 220 Vial สำหรับ 30 ราย และรอบที่ 2/ 330 Vial สำหรับ 30 ราย ยาทั้งหมดส่งให้สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งใช้ในคนไข้ severe จำนวน 6 ราย แต่ยังไม่ได้ผลของการใช้ยา

มติที่ประชุม

รับทราบ ในการประชุมครั้งต่อไป มอบ

- GPO รายงานข้อมูลการนำเข้ายา ราคายา ประเทศที่ขาย Remdesivir
- มอบคณะทำงานพัฒนา CPG Rewrite ข้อมูลการใช้ยา Remdesivir ใน Guideline
- มอบ พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หารือการใช้ยา IL-6 (โทซิลิซูแมบ) ในรายที่เกิด Cytokine storm กับคณะทำงานพัฒนา CPG COVID-19 และข้อมูลของยา IL-6 (โทซิลิซูแมบ) ที่บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์กำลังดำเนินการผลิต

3.4 สถานการณ์และแผนขยายจำนวนเตียง และ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอรายงานสถานการณ์เตียงของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ณ วันที่ 8 มิ.ย. 63 ซึ่งข้อมูลเตียงทั้งหมดได้ Link กับโปรแกรม Co-ward แล้ว มีเตียงทั้งหมด 2,393 เตียง สำหรับโรงพยาบาลสนามในตอนนี้ปิดให้บริการ และไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวนเคส Admit คงเหลือ (ไม่รวมรพ.สนาม) 38 ราย รพ.สนาม 2 ราย แผนการเพิ่ม AIIR ICU ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนยังคงดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่อง

มติที่ประชุม

รับทราบ

3.5 ความก้าวหน้าเรื่องวัคซีนป้องกัน COVID-19

นพ.นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ นำเสนอความก้าวหน้าในการพัฒนาวัคซีนป้องกัน COVID-19 ในขณะนี้นักวิทยาศาสตร์มีเป้าหมายเน้นไปที่ Antibody ที่จะไป Bind หรือ Neutralizing กับ Coronavirus spike ซึ่งมีการพัฒนาออกมา 4 Platforms โดยเน้นที่ Spike Protein เป็นหลัก ประกอบด้วย

1. Virus Vaccines เป็น Weakened Virus หรือ Inactivated virus โดยหลักๆ คือทำให้เชื้ออ่อนแรงลง และทำให้เป็นวัคซีนขึ้นมา ซึ่งจะไปกระตุ้น pathway ต่างๆ เช่น plasma cell, B cell ให้สร้าง Antibody ขึ้นมา

2. Viral Vector Vaccines คือ การใช้อะดิโนไวรัสเป็นตัวพาหะ โดยใส่ Spike gene เข้าไปแล้วเลี้ยงจนไวรัสพาหะจำนวนมากขึ้นจึงกลายเป็นวัคซีนได้ มี 2 รูปแบบ คือ Replicating vector (เพิ่มจำนวนได้ในคน) และ Non-replicating vector (เพิ่มจำนวนไม่ได้ในคน) ซึ่ง Non-replicating น่าจะดีกว่า แต่ขึ้นอยู่กับความต้องการใช้โดสของวัคซีน หากต้องการใช้โดสน้อยควรใช้ replicating เนื่องจากสามารถเพิ่มจำนวนได้ในคน แต่ข้อดีของ Non-replicating คือไม่มีตัวต้านไวรัสที่เป็นพาหะ ซึ่งจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันไวรัสได้ดีกว่า

3. Nucleic Acid Vaccines คือ DNA/mRNA Vaccine หลักการคือการใส่ Genetic sequence เข้าไปในเซลล์ของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสร้าง Antigen ขึ้นมา โดย DNA เป้าหมายต้องเข้าไปให้ถึงนิวเคลียสของเซลล์ ส่วน mRNA เข้าไปในระดับไซโทพลาสซึมของเซลล์

4. Protein-Based Vaccines เป็น Subunit protein

COVID-19 candidate vaccines ที่กำลังพัฒนาทั่วโลกในตอนนี้มีประมาณ 150 candidate ส่วนใหญ่ทำ Protein Subunit และมี 10 candidate ที่กำลังทดสอบในคน ซึ่ง Adenovirus vaccine ของ University of Oxford และบริษัท AstraZeneca ทางสถาบันวัคซีนแห่งชาติได้ติดต่อไปยังหน่วยงานของ University of Oxford แต่ได้รับการประสานว่าหากต้องการติดต่อเรื่องวัคซีนให้ติดต่อกับบริษัท AstraZeneca อย่างเดียว สำหรับ mRNA ของ Moderna กำลังดำเนินการทำ agreement ร่วมกันอยู่ ส่วน PiCoVacc ของ Sinovac ลงนาม MOU ร่วมกันแล้ว และกำลังทำความร่วมมือกับ Wuhan Institute เพื่อนำวัคซีนมาทดสอบในคน

สำหรับ COVID-19 candidate vaccines ที่กำลังพัฒนาในประเทศไทยมีจำนวน 11 candidate ใน 6 Platforms ประกอบด้วย mRNA, DNA, Protein Subunit, Inactivated, VLP และ Viral vector ความก้าวหน้า

ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการทดลองในสัตว์ ซึ่ง candidate ที่ก้าวหน้าที่สุดคือ mRNA ของคณะแพทย์จุฬาฯ สำหรับแผน Clinical trail จะเป็นความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อให้มีโอกาสในการร่วมวิจัยและได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี และคนไทยสามารถเข้าถึงวัคซีนได้เพียงพอในเวลาใกล้เคียงกับประเทศอื่น ดังนั้นกรอบการดำเนินการต่อไปคือ เตรียมความพร้อมสำหรับการผลิตกึ่งอุตสาหกรรมระดับ GMP ซึ่งมีการเตรียม Platform ไว้ 1) Nucleic Acid Vaccines mRNA/DNA (บริษัทไบโอเนท-เอเชีย) และ 2) Viral Vector Vaccines (มจธ.)

ข้อสรุปความมั่นคงด้านวัคซีนของประเทศไทย จากสถานการณ์นี้จึงควรวางรากฐานแผนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างครบวงจร เช่น Virology, Immunology, Epidemiology, Vaccinology เป็นต้น เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ต้องให้ความสำคัญกับ Platform ทั้ง New และ Traditional platform และลงทุนการผลิตในรูปแบบ (Platform) การผลิตวัคซีน ควรเป็น Platform ที่สามารถ switch ปรับเปลี่ยนใช้กับเชื้อไวรัสต่างๆ ได้ และมีข้อมูลจากประเทศรัสเซีย พัฒนา Platform Viral Vector โดยใช้ Flu virus เป็นพาหนะ ซึ่งในประเทศไทยมีโรงงานผลิต Influenza สามารถรองรับการผลิตวัคซีน Platform นี้ได้

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

ควรมีการลงทุนในด้านเทคโนโลยี

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบ นพ.นคร เปรมศรี รวบรวมและหารือกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อการตัดสินใจสำหรับการลงทุนด้านเทคโนโลยี

3.6 การแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดทำ New Normal Medical Service

<u>รพ.รามาธิบดี</u> นำเสนอโดย รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผอ.รพ.รามาธิบดี มีการวางแผนเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ระบาด second wave ของประเทศ จะค่อยๆ เพิ่มบริการ Surgical, Medical และ Support department รวมถึงขยายการบริการไปที่รพ.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ โดยมีการ Monitor เป็นระยะ ในกรณีผู้ป่วย OPD แบ่งคนไข้ออกเป็น 3 กลุ่มโดย กลุ่มสีแดง คือคนไข้จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล (มาตามนัดปกติ) กลุ่มสีเหลือง คือคนไข้สามารถรักษาที่บ้านได้ (Telemedicine/โทรศัพท์) และกลุ่มสีเขียว คือกลุ่มเลื่อนนัด (โทรศัพท์) แนวทางในการบริการคือ ลดกลุ่มสีเขียว เพิ่มกลุ่มสีเหลือง และจำกัดกลุ่มสีแดง เพื่อลดความแออัดซึ่งมีการ Monitor Distancing ความหนาแน่นผู้ป่วยใน OPD แต่ละแผนกในเวลาราชการ หากมีความหนาแน่นสูงจะต้องจัดการเคลียร์คนไข้ ดังนั้นจึงมีการใช้ Telemedicine ซึ่งรพ.รามาฯ วางแผนใช้สำหรับคนไข้กลุ่มสีเหลือง โดยถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สำหรับ Application ในการตรวจ Telemedicine ได้แก่ Rama App และ Line แต่จะใช้สำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่ Stable คัดเลือกผู้ป่วยโดยแพทย์เป็นผู้ Screen จากรายชื่อคนไข้นัดหมาย แล้วดำเนินการติดต่อกับคนไข้เพื่อทำ Telemedicine โดยมีกระบวนตั้งแต่ฝ่ายเวชระเบียน หน่วยรับรองสิทธิ OPD ห้องตรวจ ห้องจัดยา และห้องบรรจุกล่องไปรษณีย์ และมีแบบฟอร์มแนวทางการสื่อสารสำหรับการทำ Telemedicine กับคนไข้ด้วย ผลการดำเนินงานมีการตรวจทาง Telemedicine ไปแล้วประมาณ 9,414 ราย ใช้เวลาเฉลี่ยในการตรวจประมาณ 5 นาที/ราย กระบวนการดำเนินการตั้งแต่ต้นจนถึงส่งยาให้คนไข้การันตีไม่เกิน 1 สัปดาห์ ผลความพึงพอใจของคนไข้ในการรับบริการตรวจทางไกล การรับยาทางไปรษณีย์/รับด้วยตนเองที่ รพ. และการชำระค่าบริการในช่วง COVID-19 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสำหรับการพัฒนาการให้บริการในระยะต่อไปจะดำเนินการทำระบบส่งยา E-Refill มีระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ประเภทยาแช่เย็น และยาเสพติด ส่วนการให้บริการ Telemedicine กำลังพัฒนาใช้ VDO Call ผ่าน Rama App และดำเนินการบนเครื่อง PC สำหรับแผนการดำเนินงานด้านห้องผ่าตัด และผู้ป่วยในจะขยายการทำหัตถการ แบ่งผู้ป่วยในและ นศพ. Resident ไปที่ รพ.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ด้วย

<u>รพ.ศิริราช</u> นำเสนอโดย รศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ รองผอ.รพ.ศิริราช การให้บริการแนวใหม่ของรพ.ศิริราช แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) บริการพบแพทย์ออนไลน์ Telemedicine โดยลงทะเบียนผ่านทาง Application Siriraj Connect ซึ่งมีกระบวนการตั้งแต่การนัดหมาย ตรวจสอบสิทธิ์ เปลี่ยนที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ พบแพทย์ออนไลน์ VDO call ทาง Line จ่ายเงิน จนถึงการส่งยาทางไปรษณีย์ และ 2) การลดเวลาสำหรับคนไข้มารับบริการที่โรงพยาบาล เริ่มจากมีการแจ้งเตือนนัดผ่าน Application Siriraj Connect แจ้งลำดับคิวตรวจแบบ Real time เพื่อลดความแออัดการรอคิวหน้าห้องตรวจ นัดคิวพบแพทย์ติดตามครั้งต่อไป ชำระค่าบริการผ่าน Application Siriraj Connect ส่งยาทางไปรษณีย์โดยมีเภสัชกร VDO call เพื่อแจ้งวิธีการใช้ยาและยอดชำระ แต่ในบางกรณีการพบแพทย์ออนไลน์แพทย์อาจไม่สามารถสั่งยาได้เนื่องจากการพูดคุยทางไกลไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยจึงจะแนะนำให้คนไข้มาพบแพทย์ตามปกติ หรือมีอาการเร่งด่วนมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน หรือพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับการจัดส่งยาทางไปรษณีย์มีการดำเนินมาแล้ว 5 ปี พบว่าคนไข้ประมาณร้อยละ 92 ได้รับยาภายใน 2 วัน ซึ่งจะมีการ Monitor การส่งยาในคนไข้ทุกราย จึงทำให้ส่งยาถึงบ้านคนไข้ร้อยละ 100 มีศูนย์ Telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับคนไข้และญาติในการดำเนินการทำ Telemedicine หรือแพทย์สามารถมาทำ Telemedicine ที่ศูนย์นี้ได้ สำหรับการ Refer อาจต้องทำ Telemedicine ก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมของข้อมูล นัดหมาย และบริการที่เป็น New Normal อีกรูปแบบ คือ Drive Thru เจาะเลือด สำหรับอนาคตในคลินิกจะไม่มีห้องยามีเพียงห้องเภสัชกรเพื่ออธิบายวิธีการใช้ยา โดยข้อมูลยาจะส่งไปที่ Robot เพื่อจัดยา ซึ่งคนไข้สามารถเลือกจะรอรับยาเลย หรือรับยาแบบ Drive Thru หรือส่งทางไปรษณีย์ได้

<u>รพ.พระมงกุฎเกล้า</u> นำเสนอโดย รศ.พ.อ.หญิง ปริยนันทน์ จารุจินดา รองผอ.รพ.พระมงกุฎเกล้า ความสำเร็จในการรับยาทางไปรษณีย์ช่วงที่มีการระบาด COVID-19 เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มี Mobile Application เหมือนกันโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้นต้องเป็นผู้ป่วยรายเก่าลงทะเบียนในระบบส่งยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาล แนวทางการพัฒนาระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ในเบื้องต้นอัพเดทที่อยู่ในการจัดส่งยาทาง Google form และส่ง Link ไปเวชระเบียน จากนั้นจึงพัฒนาบันทึกข้อมูลทาง Web Application PMK Drug Delivery พยาบาลหรือคนไข้สามารถแก้ไขตรวจสอบข้อมูลที่อยู่ได้โดยยืนยันตัวตนด้วยเลขบัตรประชาชนและ HN และยังสามารถติดตามสถานการณ์ส่งยาทางไปรษณีย์ได้ สำหรับการชำระเงินหากมีส่วนเกินจากสิทธิที่เบิกได้ เช่น ค่ากล่อง ค่าจัดส่ง จะมีการเรียกเก็บเงินปลายทาง แต่หลังจากสถานการณ์ COVID-19 เริ่มดีขึ้นการจัดส่งยาทางไปรษณีย์เริ่มลดลงเนื่องจากคนไข้กลับมารับบริการที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ส่วน Mobile Application อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนา

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

กรมการแพทย์กำลังดำเนินการผลักดันเพื่อนำ New Normal ใน 4 เรื่อง ประกอบด้วย OR, ER, NCD และทันตกรรม ไป Implement ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ซึ่งนำร่องที่ Pattani Model เป็นแห่งแรก

มติที่ประชุม

รับทราบ เป็นการแชร์ประสบการณ์ที่ดีของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสามารถนำข้อดีไปปรับใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 ผลการประเมินการส่งตรวจ COVID-19 ก่อนการทำหัตถการ

นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอสรุปผลการทำ Pre-Op Screening for COVID-19 ใน OR ที่ทำ GA และหัตถการที่ทำนอก OR พบว่าในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยจำนวน 11 แห่ง พบคนไข้มีผล rRT-PCR positive จำนวน 2 ราย เมื่อวันที่ 16 และ 18 เม.ย. 63 ซึ่งอยู่ในช่วงที่มี Prevalence ของโรคสูง สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 14 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทย จำนวน 2 แห่ง ไม่พบคนไข้ที่มีผล rRT-PCR positive ดังนั้นตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. - 7 มิ.ย. 63 มีคนไข้ทำ Swab ก่อนการทำหัตถการทั้งหมด จำนวน 9,855 ราย ให้ผล Positive 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.02 สรุปจากข้อมูลที่ได้มาคำนวณโดยกำหนดให้ Test มี Sensitivity 99 %, Spec 99 %, Prevalence ของข้อมูลชุดนี้ 0.02 % จะได้ PPV = 1.9 % มี False Positive 1 % ดังนั้นเท่ากับใช้งบประมาณในการวินิจฉัย COVID-19 1 Case จำนวน 15 ล้านบาท

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. จากข้อมูลข้างต้นนำเสนอใน EOC ของกระทรวงฯ เมื่อเช้าที่ผ่านมา ซึ่งปลัดกระทรวงฯ รับนโยบายปรับเปลี่ยนแนวทางการตรวจ COVID-19 ก่อนทำหัตถการ เพื่อลดงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยก่อนการทำหัตถการ

2. โรงพยาบาลศิริราช ยกเลิกการตรวจ COVID-19 ก่อนทำหัตถการแล้ว แต่ก่อนทำหัตถการต้องซักประวัติให้ชัดเจน

มติที่ประชุม

รับทราบ

4.2 ประเด็นจากประกาศของสภาเภสัชกรรม

นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอประกาศของสภาเภสัชกรรม ที่ 5/2563 ลงวันที่ 2 มิ.ย. 63 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เพื่อขอความคิดเห็นจากคณะกรรมการฯ ในประเด็นมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการที่สภาเภสัชกรรมกำหนด ประเด็นหลักๆ คือ ต้องมีระบบการบันทึกเสียง หรือ VDO จัดทำบันทึกประวัติการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยต้องมีการบันทึกเสียงตลอดระยะเวลาให้บริการเป็นอย่างน้อย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูล และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต้องกระทำในหน่วยงานหรือสถานที่ที่ขึ้นทะเบียนกับสภาเภสัชกรรม ซึ่งอาจมีผลกระทบและข้อจำกัดในการดำเนินงาน ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามประกาศ และหากไม่ปฏิบัติตามประกาศจะผิดกฎหมายหรือไม่

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่คนไข้ที่มาโรงพยาบาลไม่ได้รับยาด้วยตนเอง 100 % ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติรับยาแทน และไม่เคยมีการถ่าย VDO หรือมีการเซ็นอนุญาตให้รับยาแทน ซึ่งมาตรฐานจากประกาศฯ ที่กำหนดมานั้นเกินความจำเป็นจากที่เคยปฏิบัติมา

2. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ได้จัดทำหนังสือในนามของ UHosNet เพื่อหารือเกี่ยวกับกรณีประกาศฯ ดังกล่าวแล้ว

3. การจัดทำประกาศจากองค์กร/สภาวิชาชีพต่างๆ ควรต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติด้วย

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบผู้เกี่ยวข้องหารือกับฝ่ายกฎหมายเพื่อพิจารณา และหาข้อมูลเพิ่มเติม

4.3 โครงการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อรองรับการระบาดของไวรัส SARS-COV-2

นพ.สุรัคเมธ มหาศิริมงคล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำเสนอโครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมรองรับการระบาดของ COVID-19 เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างกรมวิทยาศาสตร์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ จุฬาฯ และมอ. จากข้อมูลคนไข้ COVID-19 มีอาการที่หลากหลาย และพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม คนไข้เลือด Group O มีความเสี่ยงการเกิดโรคน้อยกว่าคนไข้ Group เลือดอื่น และมี Gene บางตัวทำให้การตอบสนองของเชื้อไวรัสแตกต่างกัน จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมเจ้าบ้าน (Host Genetic Factors) ในผู้ป่วย COVID-19 เนื่องจากเชื้อมีความหลากหลายแต่ไม่สามารถอธิบายทาง Clinical จึงศึกษาพันธุกรรมของเชื้อและผู้ป่วย และดูการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันแตกต่างกันหรือไม่ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง และอาการไม่รุนแรง ขั้นตอนการดำเนินงานในระยะที่ 1 เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 500 ราย เก็บตัวอย่างเลือด EDTA tube และ Serum จากคนไข้ทั่วประเทศ ซึ่งจะมีตัวอย่างระดับภูมิคุ้มกันที่ 3 เดือน และ 6 เดือน และมีคำถามหลังจาก 6 เดือนจะยังมีภูมิคุ้มกันอยู่หรือไม่

ความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุม

1. ควรประสานงานกับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ที่กำลังดำเนินการเก็บ Serum อยู่เพื่อร่วมมือกันหรือขอแบ่งตัวอย่างเพื่อทำวิจัย

2. Immune Post Infection มีความสำคัญมากในการพัฒนาวัคซีน ซึ่งหากดำเนินการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากอาจจะได้ผลการศึกษาที่ดีกว่างานวิจัยของประเทศจีน หรือทำวิจัยในเชิง Cohort study เพื่อดู Reinfection จะมีการเกิดขึ้นหรือไม่

3. ในเชิงการทำวิจัยช่วงนี้มีจำนวนผู้ป่วยน้อย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน state quarantine จำนวน 90 ราย ในขณะนี้ เสนอให้ใช้กลไกจากคณะกรรมการ CPG สำรวจประสานการทำวิจัยของแต่ละหน่วยงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบ พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ประสานว่าในแต่ละหน่วยงานมี Project วิจัยเรื่องใดบ้าง เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกัน หรือซ้ำซ้อนกับโครงการ SOLIDARITY Trial ของ WHO และนำเสนอ Mechanism ในการประชุมครั้งต่อไป

นัดประชุมครั้งต่อไป วันอังคารที่ 23 มิถุนายน 2563 เวลา 12..30 น. ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิดประชุม เวลา 15.09 น.

สรุปประเด็นการประชุมมาตรการด้านการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019COVID (-19)
วันอาทิตย์ที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2563 เวลา 16.30 น.ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว ชั้น 1 ตึกกรมการแพทย์
โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

มาตรการ/ ประเด็น	มติที่ประชุม
1. การลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลให้จัดบริการใกล้บ้าน	- ให้คนไข้รับยาใกล้บ้านกรณีการผ่าตัดไม่เร่งด่วน ควรเลื่อนไปก่อน - คนไข้โรคเรื้อรัง ที่ต้องรับยาประจำ ควรขยายเวลารับยาให้นานขึ้น - มอบ นพ.มานัสรองอธิบดีกรมการแพทย์ประสานเรื่องการเบิกจ่ายกับกรมบัญชีกลาง, สปสช. และสำนักงานประกันสังคม
2. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ARI Clinic (คลินิกไข้หวัด) แบบ One Stop Service ในโรงพยาบาลทุกระดับ	- เพื่อแยกคนไข้ไม่ให้ปะปนกับคนไข้อื่นๆ หน่วยงานในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดเริ่มด าเนินการแล้ว - มอบให้สถานบริการทุกแห่งจัดให้มี ARI clinic และดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการความพร้อมของเตียงในการรับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เหล่าทัพและตำรวจ รวมถึงจัดระบบส่งต่อร่วมกับภาคเอกชน	การเตรียมเตียงรองรับผู้ป่วย (บริหารจัดการเฉพาะในกรุงเทพและปริมณฑล) - ถ้า รพ.เอกชนเจอ case ขอให้รับไว้ ไม่ส่งต่อ หรือรับผิดชอบจนกว่าจะหา รพ.ให้ผู้ป่วย admit ได้ และแนะนำประชาชนในการเดินทางมารับบริการ กรณีจำเป็นต้องส่งต่อ ต้องมีเงื่อนไข - หลักเกณฑ์เรื่องสิทธิการรักษาและการบริหารจัดการภายในเครือข่ายของ รพ.เอกชน ขอหารือร่วมกันก่อนโดยมอบนายแพทย์ธเรศ (อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ดำเนินการและรายงานความก้าวหน้าภายในวันอังคารที่ 17 มีนาคม 2563 - ประเด็นเรื่องยา Favipiravir ครอบคลุม รพ.เอกชนด้วย โดยติดต่อรับยาได้ที่ รพ.ราชวิถีถ้าเข้าเกณฑ์ไม่ว่าคนไทย หรือต่างชาติ ต้องได้รับยา แต่กรณีคนต่างชาติอาจจะต้องเสียค่ายาเองในการจ่ายยาต้องจ่ายพร้อม case record form (CRF) และแบบฟอร์มการเบิกยาเพราะต้องทำ Clinical trial เพื่อติดตามผลการรักษา - case PUI ดูตามอาการถ้าไม่รุนแรง ให้ดูแลตัวเองที่บ้าน (นำร่องเฉพาะกทม.) ไม่ต้อง admit ในรพ. ให้ admit เฉพาะ case positive อย่างน้อย 48 ชม.เพื่อเตรียม รพ.ไว้สำหรับรองรับเฉพาะ case รุนแรง

มาตรการ/ ประเด็น (ต่อ)	มติที่ประชุม (ต่อ)
3. การบูรณาการความพร้อมของเตียงในการรับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เหล่าทัพและตำรวจ รวมถึงจัดระบบส่งต่อร่วมกับภาคเอกชน (ต่อ)	- มาตรการรีสอร์ทหรือโรงแรมช่วยชาติ หาแนวทางเพื่อรองรับผู้ป่วย (community setting) ท่าน รมช.สาธิตจะรับไปประสานงานหาสถานที่ มอบกรมควบคุมโรคจัดให้มี protocol สำหรับการดูแลผู้ป่วย - จัดทำ SOP: Hospital setting สำหรับคนไข้แต่ละแบบ -มอบท่านรองณรงค์ ประสานเรื่องบริหารจัดการเตียง จำนวน capacity ของทุ่งสีกัน, บางขุนเทียน (32 เตียง), สถาบันจักรีนฤบดินทร์ และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก - ให้ทุกโรงพบาบาลในเครือข่าย กทม.Register ลงในระบบการบริหารจัดการเตียง มอบ พญ.ปฐมพร ที่ปรึกษากรมการแพทย์ รับผิดชอบในการจัดทำฐานข้อมูลจำนวนเตียงเพื่อให้เป็น real time สำหรับการบริหารจัดการต่อไปโดยขอความร่วมมือหน่วยงานของรัฐแจ้งทรัพยากรต่างๆ เช่น จำนวนเตียงทุกประเภท ยา และ PPE แบบreal time ทุกวัน เริ่มทดสอบระบบการลงข้อมูลวันที่ 16มีนาคม 2563 เวลา15.00 น. แจ้งที่พญ.ปฐมพร และคุณรังสิยา
4. การใช้แนวทางการวินิจฉัยรักษาร่วม (กลาง) เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกเครือข่าย	- Flow chart PUI ที่ออกโดยกรมการแพทย์ ซึ่งผ่านการประชุมและเห็นชอบจากสมาคมอุรเวชช์ฯ, สมาคมโรคติดเชื้อฯ - มอบกรมควบคุมโรค รับไปปรับ PUI เพื่อประกาศใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน
5. การสำรวจสำรอง ยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเอง PPE	- ภาคเอกชนขอให้กระทรวงสาธารณสุข ช่วยจัดหาแหล่งซื้อ หรือยืม PPE ได้และขอความร่วมมือหน่วยงานของรัฐสำรวจความต้องการPPEแจ้งผ่านมาที่ นพ.มานัส รองอธิบดีกรมการแพทย์ หรือ อย. (logistics กระทรวง)
6. การเตรียมจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในระยะต่อไป	- จำนวน case เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ต้องเตรียมบุคลากรในการจัดทำ รพ.สนาม
7. การสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน	คณะกรรมการประกันภัย มอบกรมธรรม์ประกันภัยฟรี จำนวน70,000 กรมธรรม์ ครอบคลุมทุกเครือข่ายในหน่วยงานราชการและกระทรวงการคลังจ่ายเงินค่าชดเชย กรณีผู้ปฏิบัติงานป่วยและเสียชีวิต - กองทุนทดแทนแรงงาน ครอบคลุมภาคเอกชน

มาตรการ/ ประเด็น (ต่อ)	มติที่ประชุม (ต่อ)
8. อื่นๆ	**การสื่อสารความเสี่ยง** การทำความเข้าใจกับสาธารณะเชิงรุกทำอย่างไรให้คนไม่ตระหนกคนในชาติต้องวินัยการสื่อสารสาธารณะเป็นสิ่งสำคัญควรหารือและออกแถลงการณ์ร่วมกันในรูปแบบภาคีเครือข่ายในนาม กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ **การคุกคามผู้ปฏิบัติงาน** หาแนวทางแก้ไข ร่วมกันพิจารณาบทลงโทษ เรื่องความชัดเจนด้านกฎหมาย เรื่องพรบ.โรคติดต่อ จัดทำคลิปวิดีโอ มอบ นพ.ปราการ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ดำเนินการ **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต้องปรับบทบาท** โดยเป็น trainerให้กับห้อง lab อื่นๆ ให้มีความสามารถตรวจได้มากขึ้น เพราะ early detection ได้เร็วจะลด 5% severe case ได้ **การ training capacity** สำหรับรพ.เอกชน มอบ พญ.นฤมล **ดหาหอพักในมหาวิทยาลัย** เพื่อจัดทำเป็น community setting มอบ ศ.นพ.ปิยมิตร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีหาแนวทางดำเนินการ **การติดตาม case PUI** ด้วยระบบไอที มอบ พญ.ปฐมพร

ข้อสรุปจากการประชุมเตรียมความพร้อมการรับมือเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน
เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2563 ณ กรมการแพทย์

มาตรการ/ประเด็น	มติที่ประชุม
1. สถานการณ์ในปัจจุบัน	**ข้อมูลจาก รศ.รพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล** นายกสมาคมอุรเวชช์ฯ ประกอบด้วย - ข้อมูลประเทศที่รายงาน ณ วันที่ 20 มี.ค. 63 ประกอบด้วย คนไข้หนัก จำนวน 3 ราย (คนไข้เก่า 1 ราย และ คนไข้ใหม่ 2 ราย) - ข้อมูลที่มีการ Connect กับกรมการแพทย์ (ไม่รวมสถาบันบำราศฯ 1 ราย) ประกอบด้วย คนไข้หนัก จำนวน 6 ราย (รพ.ศิริราช 2 ราย รพ.จุฬาฯ 2 ราย, รพ.พระมงกุฎ 1 ราย และรพ.เอกชน 1 ราย) - ข้อมูลคนไข้ที่คาดว่าจะเป็นคนไข้หนักในอาทิตย์นี้ อีก 3 ราย ดังนั้นในอาทิตย์หน้าและต่อๆ ไปจะมีคนไข้หนักเพิ่มมากขึ้น โดยในอาทิตย์หน้าคาดประมาณ Case ใหม่ ไม่รวม Case เก่า เพิ่มขึ้น 12 ราย และในอาทิตย์ที่ 4 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 80 ราย - ข้อมูล Estimate ระหว่าง เม.ย. 63 – มี.ค. 64 ประกอบด้วย - มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 200,000 ราย - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลรักษา จำนวน 40,000 ราย (20%) แบ่งเป็น - กทม. 50% (Mild 80 % Moderate 15% Sever 5%) - ต่างจังหวัด 50 % - สถานการณ์จะเริ่มดีขึ้นในเดือนมิ.ย. 63 และในเดือนก.พ.–มี.ค.64 สถานการณ์โรคจะเป็นเพียงไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล **ข้อมูลจากกองโรคระบาด กรมควบคุมโรค** ประกอบด้วย - สัดส่วนของผู้ติดเชื้อจะพบผู้ป่วย asymptomatic > 50 % มีอาการเล็กน้อย 41% มีอาการปอดบวม 6.3 % และมีอาการรุนแรง 2.2 % - การระบาดหากยังไม่มีมาตรการในการชะลอการเกิดโรค คาดว่าจะขึ้นสูงสุดในช่วงเดือน ก.ย. - ต.ค.63 แต่ถ้ามีมาตรการจะขึ้นสูงสุดในช่วงเดือน ม.ค.-ก.พ. 64 - ผู้ป่วยรายใหม่ที่คาดการณ์ในเดือน มี.ค. 63 ประกอบด้วย Severe 11 ราย Mild 217 ราย ซึ่งปัจจุบันมีรายงานข้อมูลสูงกว่าที่คาดประมาณไว้ - จำนวนเตียงที่มีการ Update ข้อมูล ณ วันที่ 20 มี.ค. 63 - Cohort 143 เตียง - Isolation 237 เตียง - ICU 136 เตียง - ข้อเสนอควรงดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของประชาชนมากๆ เพื่อควบคุม R_0 ความเร็วของการแพร่ระบาด และต้องมีมาตรการในการชะลอการระบาด

มาตรการ/ประเด็น	มติที่ประชุม
2. การบริหารจัดการเตียง	- กระทรวงกลาโหม ดำเนินการสำรวจโรงแรมสำหรับรองรับผู้ป่วย - โรงแรมแถวสุวรรณภูมิ 300 เตียง (900 บาท/คน/วัน) อาหาร 3 มื้อ - โรงแรมแถวบางละมุง 700 เตียง (900 บาท/คน/วัน) อาหาร 3 มื้อ - โรงแรมแถวพัทยา 1,500 เตียง (700 บาท/คน/วัน) - กระทรวงสาธารณสุขกำลังพิจารณาจัดให้โรงแรมบางกอกพาเลซ จำนวน 350 ห้อง เป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ Mild case คาดว่าจะสามารถดำเนินการจัดการได้ในวันที่ 23 มี.ค.63 และไม่เกินวันที่ 30 มี.ค. 63 จะสามารถจัดเตียงตามระดับของกลุ่มผู้ป่วยได้ - กรมการแพทย์สำรวจเตียงที่พร้อม ได้แก่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, รพ.วิภารามชัยปราการ, รพ.มงกุฎวัฒนะ,รพ.ราชประชาสมาสัย ข้อมูล ณ 20 มีนาคม 63 ซึ่งในการสำรวจเตียงจะได้เพิ่มขึ้นมากกว่า 1,000 เตียง - สำนักการแพทย์ ให้ Cohort ward ที่รพ.บางขุนเทียน ซึ่งเป็นอาคารที่ยังไม่เปิดให้บริการ - ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชน UHoNet และโรงพยาบาลต่างๆ ในการ Update ข้อมูลการสำรวจทรัพยากรในพื้นที่ กทม. และปริมณฑล 7 Items ที่เว็ปไซต์ link: cov19bkkrm.dms.go.thวันละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ (ประมวลผลทุกวัน เวลา 20.00 น.โดยกรมการแพทย์) - ขอให้กำหนด contact person ที่ชัดเจน (UHOSNET, กองทัพ 4 เหล่าทัพ, รพ.เอกชน) สำหรับการติดตามเพื่อ Update ข้อมูล
3. การบริหารจัดการยาและ PPE	**อธิบดีกรมการแพทย์: เรื่องการบริหารจัดการยา** - กทม. ให้สำนักการแพทย์เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ - UHoNet มอบ รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ เป็นสื่อกลางไปประชุมหารือการบริหารจัดการในแต่ละโรงพยาบาล สำหรับจำนวนยาที่ต้องการ และต้องมี case recode form ในการบันทึกข้อมูล - ขอความร่วมมือใช้ยาตาม Guideline เพื่อเป็นการควบคุมการใช้ยา เนื่องจากยามีจำนวนจำกัด จะไม่ใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย - มอบหมายให้ นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ช่วยสำรวจข้อมูลความต้องการยาของโรงพยาบาลต่างๆ ว่าในแต่ละแห่งต้องการ Stock ยากี่รายและต้องมี case recode form มาแสดงด้วย เนื่องจากยามีจำนวนจำกัด **นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา** **- Surgical mask** ข้อมูล ณ วันที่ 20 มีนาคม 2563 ได้มาแล้ว 160,000 ชิ้น มีเพิ่มเติมในสัปดาห์หน้า จำนวน 100,000 ชิ้น วันที่ 24 มีนาคม 2563 จำนวน 100,000 ชิ้น เดือนเมษายน จำนวน 300,000 ชิ้น **- N95** เป้าหมายในการจัดหา จำนวน 2,000,000 ชิ้น จัดหาจากจีนในเดือน มี.ค. จำนวน 1,336,000 ชิ้น และจะจัดส่งถึงประเทศไทยภายใน 2 สัปดาห์ **- PPE** เป้าหมายในการจัดหา จำนวน 2,400,000 ชุด มีอยู่แล้ว 17,000 ชุด รอนำเข้าจากจีนมีจำนวน 20,000 ชุด และอยู่ระหว่างนำเข้า(ท่าเรือ) 80,000 ชุด

มาตรการ/ประเด็น	มติที่ประชุม
3. การบริหารจัดการยาและ PPE (ต่อ)	รวมเป็น 100,000 ชุด ซึ่งเป็นชุด coverall อย่างเดียวไม่รวมอุปกรณ์เสริม เนื่องจากชุดและอุปกรณ์มาไม่พร้อมกัน - จะจัดสรร PPE จำนวน 10,200 ชุด ในเขต กทม. ในจันทร์ที่ 23 มี.ค. - จัดหาเพิ่มจากจีน ในเดือนมีนาคม จำนวน 1,650,000 ชุด - ในสัปดาห์หน้าจะมีชุด Surgical Gown มาอีกจำนวน 50,000 ชุด **- ยา Favipiravir 200 mg** ปัจจุบันมีจำนวน 47,000 เม็ด ดังนี้ - กรมควบคุมโรค 17,000 เม็ด - กรมการแพทย์ 10,000 เม็ด - GPO 20,000 เม็ด (กระจายให้ภูมิภาค 9,500 เม็ดดังนั้นคงเหลือประมาณ 10,000 เม็ด) - กำลังสั่งจากประเทศจีนประมาณ 10,000 เม็ด จะมาถึงประเทศไทยในเดือนต้นเมษายน 2563 **นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม** **- ยา Favipiravir 200 mg** ข้อมูล ณ ขณะนี้มี 10,500 เม็ด ซึ่งถือเป็น first line drug - สั่งซื้อจากญี่ปุ่นจำนวน 40,000 เม็ด - จากประเทศจีน จำนวน 100,000 เม็ด ดังนั้นจะมียาจำนวน 140,000 เม็ด และหากใช้ยาวันละ 10,000 เม็ด จะสามารถใช้ยาได้ 14 วัน สำหรับในระยะยาวกำลังผลิตยาเอง แต่ยังไม่สามารถหา EPI vaccine ซึ่งมีขายแบบควบคุมอยู่ที่ประเทศจีน **- PPE** ซื้อจากบริษัทเลคแลนด์ จำนวน 100,000 ชุด และรอบแรกที่จัดส่งมาให้จำนวน 20,000 ชุด มีเฉพาะชุดแต่ไม่มีหน้ากาก และ face shield ซึ่งมีการเจรจานำเข้ามาจากประเทศจีน ดังนั้นต้องมีการใช้อย่างระมัดระวัง - ไม่สามารถจำหน่าย หน้ากาก N95 PPE และยา ให้กับโรงเรียนแพทย์ และ รพ. เอกชน หากต้องการซื้อต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ **ประเด็นอื่นๆ** - จะจัดสรร PPE ให้มากขึ้นกว่า 15 ชุดต่อ case ต่อวัน - การจัดสรรจะพิจารณาตาม PUI case เป็นหลัก และพิจารณาทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมด้วย - องค์การเภสัชกรรมมีกรอบระยะเวลาในการจัดสรร ดังนั้นกลุ่มของโรงพยาบาลจะต้องมีการบริหารจัดการด้วย - การใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยลดการ admit ในโรงพยาบาลได้ ช่วยลดเชื้อ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการให้ยาไม่จำเป็นต้องรอถึงระยะ moderate แต่ควรให้ยาในรายที่มีระยะกึ่งกลางระหว่าง Mild และ Moderate

มาตรการ/ประเด็น	มติที่ประชุม
4. Guideline	มอบ พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นำ Guideline ขึ้นเว็บไซต์ และ Facebook กรมการแพทย์ ดังนี้ - แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - แนวทางการดูแลรักษา และการใช้ยาต้านไวรัส กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - แนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) - ขอให้ทุกโรงพยาบาลใช้ Guideline ดังกล่าวนี้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
5. อื่น ๆ	เกณฑ์ในการพิจารณาให้คนไข้กลับบ้านได้ การกลับสู่ชุมชน จะพิจารณากันในการประชุมครั้งต่อไป

ข้อสรุปจากการประชุมหารือภาคีเครือข่ายกรมการแพทย์
เตรียมความพร้อมการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน
เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2563 ณ กรมการแพทย์

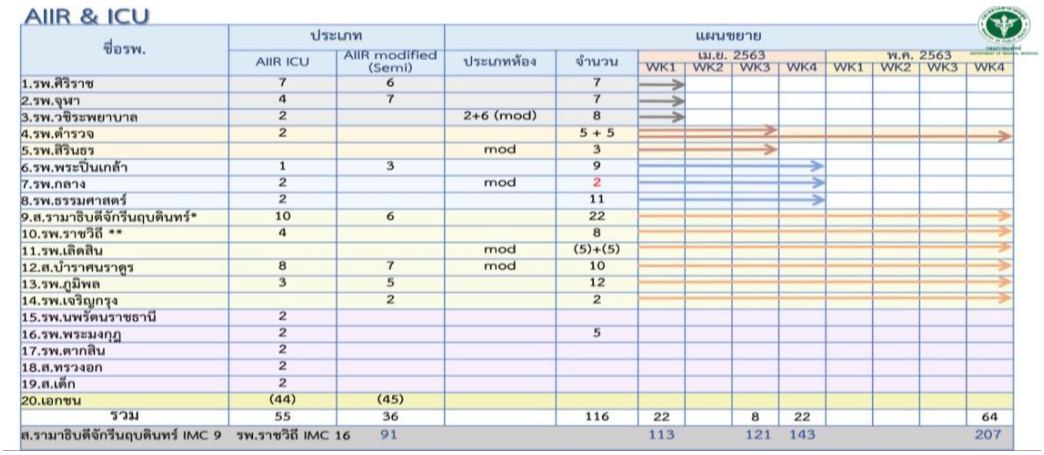
มาตรการ/ ประเด็น	มติที่ประชุม
1. รับทราบ CPG	- รับทราบ CPG ฉบับปรับปรุง (วันที่ 21 มีนาคม 63) ให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติ
2. การบริหารจัดการยา, PPE และเวชภัณฑ์	- ในระยะสั้นให้ทุกหน่วยงานมีการสำรอง PPE และสมาคม รพ.เอกชน ควรมี Focal point ในการสำรอง PPE โดยให้มีการเชื่อมโยงกับ bed managementเพื่อให้มีความยั่งยืน - มอบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย และกรมการแพทย์ให้พิจารณาและตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่ได้รับบริจาคให้มีคุณภาพเหมาะสมกับประเภทการใช้งาน - มอบ นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหาข้อสรุปในการบริหารจัดการ surgical mask, N95 เพื่อนำเสนอต่อรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันพุธที่ 1 เมษายน 2563 - ขอความร่วมมือทุกหน่วยงาน ประชาสัมพันธ์การขอรับบริจาคเวชภัณฑ์ต่างๆ ในเชิงบวก เพื่อการพัฒนาศักยภาพการทำงานในการป้องกันการระบาด - การบริหารจัดการยา มอบกองบริหารสาธารณสุข รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 1-12 และมอบกรมการแพทย์ รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 13 และ UHOSNET - มอบกรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมการแพทย์ ร่วมวางแผนเพื่อบริหารจัดการเตียง ยา, PPEและเวชภัณฑ์ต่างๆ ตามแนวโน้มของการระบาด

มาตรการ/ประเด็น	มติที่ประชุม
3. การบริหารจัดการเตียง	- เสนอให้ นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล (นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) เขียนคำจำกัดความของห้องและเตียงประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และแนบท้ายในรายงานการประชุมเสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข - เสนอให้ นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล (นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) และทีมโรงเรียนแพทย์ หารือการบริหารจัดการห้อง ICU เพื่อรองรับ severe case - หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 (Hospitel) มอบ นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ปรับเกณฑ์การรับผู้ป่วยในการ admit ที่ Hospitel และรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
4. อื่น ๆ	- รับทราบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหา COVID-19 Patient Journeyโดยจะเริ่มทดสอบระบบ วันพุธที่ 1 เมษายน 63 - ประชุมครั้งต่อไป วันเสาร์ที่ 4 เมษายน 2563 ที่ สำนักการแพทย์ กทม.

สรุปประเด็นการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 4 เมษายน 2563 เวลา 13.30 น.
ณ ห้องรัตนโกสินทร์ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร (เสาชิงช้า)
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
1. เรื่องที่ประธานแจ้ง	จากสถานการณ์ที่สุวรรณภูมิเมื่อคืนที่ผ่านมาควรบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งจะเสนอไปยัง ศบค. ผู้ที่มาจากต่างประเทศต้องกักตัวตาม พรบ.และพรก.ที่กำหนด	-
2. รับรองรายงานการประชุม	-	-
3.1 แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	- CPG ของกรมการแพทย์อยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุง ซึ่งจะมีการประชุมจัดเกณฑ์ในวันอังคารที่ 7 เม.ย. 63 - กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคมีการปรับเกณฑ์คำนิยามผู้ที่ต้องสอบสวนโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (PUI) ใน 4 กรณี ให้มีเกณฑ์ที่กว้างขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงการตรวจหาเชื้อได้เพิ่มมากขึ้น - เกณฑ์ PUI ที่เปิดกว้างขึ้นนั้นอาจจะมีผลกระทบทำให้มีคนมาตรวจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกรมควบคุมโรคและกรมวิทย์ฯต้องเตรียม Lab ให้เพิ่มมากขึ้น และตรวจให้เร็วที่สุดเพื่อลดปัญหาคอขวดในการตรวจ Lab และโรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น - เกณฑ์ PUI จะต้องเขียน Protocol ให้ชัดเจนในประเด็นสิทธิการเบิกจ่ายค่าตรวจ Lab ครั้งแรก และครั้งต่อๆ ไป	- มอบพญ.นฤมล และผู้เชี่ยวชาญดำเนินการ Update CPG และนำเสนอในการประชุมครั้งหน้า

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
3.2 สถานการณ์และแนวโน้มความต้องการเตียงของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล **3.3 การบริหารเตียงและการส่งต่อผู้ป่วย COVID-19** **3.7 การจัดเตรียมห้อง ICU ที่เหมาะสม**	- การคาดการณ์การใช้เตียง ICU กทม. หาก R_0 1.8 จะมีการใช้เตียงจำนวน 190 เตียง ในปลายเดือนเมษายน หาก R_0 2.0 จะมีการใช้เตียงจำนวน 200 เตียง ในต้นเดือนพฤษภาคมและ R_0 2.2 จะมีการใช้เตียงจำนวน 205 เตียง ในปลายเดือนพฤษภาคม - ที่ผ่านมาได้รับความร่วมมือการรายงานสถานการณ์เตียงเป็นอย่างดี โดยจะขอยึดแผนผังดังรูปข้างล่างนี้ในการติดตามแต่ละช่วงเวลา และใช้ในการบริหารจัดการเตียง - สถานการณ์ในตอนนี้เตียงปกติไม่มีความน่าเป็นห่วง แต่ที่น่าเป็นห่วงคือเตียง ICU - ควรให้คำนิยามของ Fully Negative และ Modified Negative ให้ชัดเจน - ควรที่จะ Aim ถึง Modified Negative มากกว่า Fully Negative เนื่องจากการจำกัดของทรัพยากร และการรักษา COVID-19 ใช้ Modified Negative ก็เพียงพอแล้ว เนื่องจากทำให้ห้องเป็นความดันลบเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรเท่านั้น - หากต้องมีการเตรียมห้อง ICU โรงพยาบาลสนามเพิ่มเติม ต้องคำนวณจำนวนบุคลากรในแต่ละทีมเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล โดยอาศัยความร่วมมือเครือข่ายลูกศิษย์จากโรงพยาบาลเอกชน - ในวันพรุ่งนี้ (5 เม.ย.63) คณะท่านปิยะสกลจะเดินทางไปสำรวจ รพ.จักรีนฤบดินทร์ - เสนอให้สำรวจโรงพยาบาลบางขุนเทียนเพื่อเตรียมความพร้อมในการสำรองเตียง ICU โดยจะมีความร่วมมือจาก SCG และทีมสถาปนิกเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะกำหนดวันอีกครั้งนึง - ประเด็นมุ่งความดันลบมีความเหมาะสมกับ Moderate Case แต่ไม่เหมาะสมกับ Severe case	- ให้ทุกหน่วยงานปรับ Update ข้อมูลในตารางแผนผังรูปข้างล่าง โดยขอข้อมูล AIIR Modified ที่จะเป็น ICU เท่านั้น - มอบนพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล (นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) รวบรวมบุคลากรจาก รพ.เอกชนมาช่วย - มอบรองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ) เจรจากับฝ่ายกฎหมายเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายของรพ.เอกชน - ฝากให้โรงพยาบาลเอกชนช่วย Survey Resource ที่มีอยู่



AIIR & ICU

ชื่อรพ.	ประเภท		แผนขยาย									
	AIIR ICU	AIIR modified (Semi)	ประเภทห้อง	จำนวน	เม.ย. 2563 WK1	WK2	WK3	WK4	พ.ค. 2563 WK1	WK2	WK3	WK4
1.รพ.ศิริราช	7	6		7								
2.รพ.จุฬา	4	7		7								
3.รพ.วชิระพยาบาล	2		2+6 (mod)	8								
4.รพ.ตำรวจ	2			5 + 5								
5.รพ.สิรินธร			mod	3								
6.รพ.พระปิ่นเกล้า	1	3		9								
7.รพ.กลาง	2		mod	2								
8.รพ.ธรรมศาสตร์	2			11								
9.ส.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์*	10	6		22								
10.รพ.ราชวิถี **	4			8								
11.รพ.เลิดสิน			mod	(5)+(5)								
12.ส.บำราศนราดูร	8	7	mod	10								
13.รพ.ภูมิพล	3	5		12								
14.รพ.เจริญกรุง		2		2								
15.รพ.นพรัตนราชธานี	2											
16.รพ.พระมงกุฎ	2			5								
17.รพ.ตากสิน	2											
18.ส.ทรวงอก	2											
19.ส.เด็ก	2											
20.เอกชน	(44)	(45)										
รวม	55	36		116	22		8	22				64
ส.รามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ IMC 9	รพ.ราชวิถี IMC 16	91			113		121	143				207

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
3.4 การบริหารยา และเวชภัณฑ์		
การบริหารยา	- สถานการณ์ยาในขณะนี้มีพียงพถึงสิ้นเดือน พ.ค. ไม่เกิน 500 case - การกระจายยาระบบยากำพร้าขึ้นกับความเร่งด่วนของการได้รับยา - ในพื้นที่ กทม. กำหนด Node การกระจายยา คือ รพ.ราชวิถี และรพ.ศิริราช โดยให้รพ.อื่นๆติดต่อกับ 2 รพ.นี้โดยตรง แล้วส่งข้อมูลไปยัง GPO จึงนำยาออกไปใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง - การจ่ายยาในภาวะที่มียา Stock เหลือน้อย ต้องหาข้อกำหนดการจ่ายยาว่าจะให้ไปทีเดียวหรือค่อยๆ ทยอยให้ เพื่อนำมาใส่ในโปรแกรมการจ่ายยา - ต้องทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลต่างๆ ว่ายาโควิดนี้ไม่จำเป็นต้องสำรอง - ฝากให้พิจารณาเกณฑ์การให้ยาในกลุ่ม Early treatment ถ้าหากยามีเพียงพอให้พิจารณาการให้ยาในกลุ่ม Moderate case - ในกรณที่มียาเพียงพอขอให้ปรับการอนุมัติใช้ยา เพื่อให้เกิดความคล่องตัว	- มอบ สปสช. และ อย. ดำเนินการจัดการระบบการกระจายยา และมอบรองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.มานัส) หารือนอกรอบ - มอบพญ.นฤมล review Guideline การใช้ยา และรายงานผลภายในวันพุธที่ 8 เม.ย.63 - มอบให้องค์การเภสัชฯ และ อย. จัดทำ Timeline ของการรับส่งหน้ากาก เพื่อการกระจาย และให้นวมินทราฯ แจ้ง Stock การผลิตเพื่อวางแผนเตรียมจัดสรร - มอบให้องค์การเภสัชฯ และ อย. ดำเนินการจัดทำมาตรฐานหน้ากากจากจีน และ USA - ให้นวมินทราฯส่ง N99 ให้ศิริราชช่วยทดสอบคุณภาพของหน้ากาก - มอบกรมวิทย์ฯ จัดทำข้อมูลการ Reuse - ท่านรมช. จะดำเนินการเจรจากับพาณิชย์

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
การบริหารเวชภัณฑ์	- หน้ากาก 3M มีการดีลกันไว้จะได้ของในวันที่ 10 เม.ย. 63 รบกวนให้มีการติดตามด้วย - ในวันที่ 15 เม.ย. 63 จะได้รับจำนวน 100,000 ชิ้น จากบริษัทโคเค็น - Silicone Mask N99 ที่นวมินทราฯจัดทำ มี 3 ขนาด สามารถผลิตได้เดือนละ 10,000 ชิ้น - Power Air Purifying Respirator (PARP) จะผลิตให้ได้ 1,000 ชุด แต่มีข้อเสนอผ้าที่ใช้รองควรมีคุณสมบัติในการกันน้ำ 3.5 - 7 กิโลปลาสคาล - PPE ในประเทศไทยต้องทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเผยแพร่ไปยัง รพ.รัฐและเอกชน - ควรมีการกำหนดเกณฑ์การใช้ N95 ให้ชัดเจน ใน 1 case ต้องใช้จำนวนเท่าไหร่ เพื่อกระจายให้ทั่วถึง เท่าเทียม และเพียงพอ - N95 Industrial grade มีปัญหาคือใช้สำหรับกันฝุ่น แต่ไม่กันน้ำ ซึ่งการใช้จะต้องใช้ควบคู่กับ Surgical mask หรือ Face shield - ควรทำมาตรฐานหน้ากากจากจีน และ USA เพื่อให้ได้หน้ากากที่มีมาตรฐานมาใช้ - ข้อเสนอแนะจากฐานะผู้ใช้ การ Reuse ถือเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะทำ เนื่องจากไม่มีความมั่นใจในการ test ดังนั้น ตัวเลือกที่ 1 คือ Medical mask ตัวเลือกที่ 2 คือ N95 Industrial grade - ปัญหาราคา Surgical mask	
การตรวจห้องปฏิบัติการ	- การตรวจ lab ของเอกชน จะสามารถช่วยรพ.เล็กๆ ได้ เพราะฉะนั้นควรมี Contract กับรพ. เพื่อรับผิดชอบผลหากตรวจเจอเป็น Positive	- มอบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เร่งศักยภาพเพิ่มจำนวนการตรวจให้มากขึ้น และสามารถรายงานผลได้รวดเร็ว ภายใน 24 ชม. - มอบกรมควบคุมโรค และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพควบคุมการตรวจ Lab

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
3.5 การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดบริการผู้ป่วย COVID-19	- cov19bkkrm.dms.go.th ในปัจจุบันมี รพ. จำนวน 101 แห่ง ดำเนินการส่งข้อมูลเข้ามาในระบบ - ดำเนินการปรับคำนิยามในแต่ละตารางข้อมูลให้มีความชัดเจนแล้ว - ในปัจจุบันกรมควบคุมโรคให้ทุกหน่วยงานลงข้อมูลผ่านทางระบบ Online ทั้งข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลผล Lab โดยไม่ต้องส่งหลักฐาน และไม่ต้องทำแบบฟอร์ม Novelcorona 1 ซึ่งหน่วยงานสามารถขอ Password ได้ที่ สปคม. กรมควบคุมโรค - เสนอให้กรมควบคุมโรค พิจารณาความจำเป็นของข้อมูลในบางหัวข้อ ที่ต้องลงในระบบ Online ว่าสามารถปรับให้ข้อมูลลดน้อยลงได้หรือไม่ เพื่อลดภาระในการลงข้อมูล - ระบบการติดตามของกรมการแพทย์เป็นการติดตามเตียง เวชภัณฑ์ การสนับสนุน ในเชิงปริมาณ จึงต้องการข้อมูลในเชิงคุณภาพโดยต้องมีการเชื่อมโยงโปรแกรมกันเพื่อติดตามในเชิงคุณภาพ ซึ่ง กทม. จะมีการจัดประชุมในวันอังคาร ช่วงบ่ายโมง	
3.6 หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 โรงพยาบาลราชวิถี	- Hospitel มีการปรับปรุงเกณฑ์ ของกรมการแพทย์ และรพ.ธรรมศาสตร์ให้มีเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกันแล้ว - สามารถเบิกค่าใช้จ่าย Hospitel ได้ตามสิทธิ 3 กองทุน - ต้องการให้มีการปรับเกณฑ์การรับเข้าและการ Discharge ของ Hospitel เป็นเกณฑ์เดียวกันในทุก ๆ แห่ง - กทม. ไม่มีความจำเป็นต้องจัดหา Hospitel เนื่องจาก Hospitel ที่มีอยู่ ณ ขณะนี้มีจำนวนมากแล้ว และ กทม.มีเตียงที่รพ.บางขุนเทียนรองรับที่เพียงพอแล้วซึ่งหากมี	- มอบกรมควบคุมโรค และกรมอนามัยดำเนินการเรื่องการสื่อสาร - กรมการแพทย์รับไปคุยกับกรมอนามัย - หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 (Hospitel) มอบนพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ปรับเกณฑ์การรับผู้ป่วยในการ admit ที่Hospitel และรายละเอียด ที่เกี่ยวข้องให้เหมือนกัน

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
	Case จำนวนมากสามารถส่ง case ต่อให้กระทรวงสาธารณสุข - ต้องกำหนดคำนิยามการ Discharge ของ Hospitel ให้ชัดเจน เช่นการนับ 14 วัน เริ่มนับจากวันไหน ซึ่งตอนนี้ยังไม่มีความชัดเจนและประชาชนยังไม่ทราบ - เสนอให้เก็บสถิติใน 14 วัน มีผลเชื้อเป็น Negative กี่ราย เพื่อเป็น Reference ให้ประชาชน - การ Discharge ใน 14 วัน เฉพาะ Mild Case เท่านั้น - ควรมีการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจสำหรับการ Discharge ของผู้ป่วยที่มีผลเป็น Negative ใช้หลักวิชาการนำสื่อสารประชาชน โดยให้ Idol เป็นผู้เผยแพร่ การสื่อสารต้องถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว - ก่อน Discharge ไม่จำเป็นต้องทำ Swap ตรวจหาเชื้ออีก แต่ต้องสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถแพร่เชื้อได้หากกลับบ้านแล้ว - ก่อนการ Discharge จะต้องสื่อสารกับ กทม. เพื่อติดตาม Isolate ต่อที่บ้าน ซึ่ง กทม. โดยสำนักอนามัยฯ ต้องการได้รับข้อมูลและแผนการรักษาของคนไข้แต่ละ Case เข้าสู่ระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตาม - การติดตามผู้ป่วยหลังจาก Discharge เสนอให้ติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Application เพื่อไม่ให้เพื่อนบ้านตื่นตระหนก และไม่เกิดการตีตราผู้ป่วย	- กรมการแพทย์จะสื่อสารในพรุ่งนี้ (5 เม.ย.63) ทางสื่อ Thai PBS - มอบ พญ.ปฐมพร เขียน Script สื่อสารการ Discharge ประเด็น 1. การ Discharge ใน 14 วัน 2. ไม่ต้องตรวจ Swap ก่อนกลับบ้าน และประสานเพื่อให้โฆษกกระทรวงสาธารณสุขสื่อสารในวันพรุ่งนี้ (5 เม.ย.63)
3.8 Application COVID Journey	- ในขณะนี้มีความร่วมมือกับกลุ่มเอกชนที่เข้ามาช่วยเหลือในการจัดทำ Cumulative Risk Story เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลพื้นที่เสี่ยงบน Smart phone เพื่อเป็นการควบคุมโรค - กรมการแพทย์จัดทำการติดตามด้วยโปรแกรม Sabaideebot	รับทราบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหา COVID-19 Patient Journey

ระเบียบวาระ	ข้อเสนอ/ความคิดเห็น จากที่ประชุม	มติที่ประชุม
4. เรื่องอื่นๆ	แนวทางการดำเนินงานประชุมของในเขตกทม. ที่ดำเนินการประชุมทุกอาทิตย์แบบนี้ ทำเป็น Model ให้กับต่างจังหวัด เนื่องจากจำนวน Case ที่ต่างจังหวัดเริ่มสูงขึ้น	- อาจจะมอบให้อธิบดีกรมการแพทย์เข้าร่วมประชุมกับต่างจังหวัดเพื่อเป็นต้นแบบ
	ประชุมครั้งต่อไป วันเสาร์ที่ 11 เมษายน 2563 เวลา 13.30 น. ที่ รพ.รามาธิบดี	

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 11 เมษายน 2563 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

1. ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานที่ประชุม กล่าวถึงการจัดหา เตียง AIIR ICU ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

มติที่ประชุม รับทราบ

มอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญหาแนวทางในการบริหารจัดการเตียง ICU และรายงาน ความก้าวหน้าต่อไป

ขอให้ผู้บริหารทั้ง 4 หน่วยงาน (สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) เสนอรายละเอียดงบประมาณการขยาย AIIR ICU ผ่านต้นสังกัดและสำเนาให้เลขาภายในวันศุกร์ที่ 17 เมษายน 2563

2. แนวทางเวชปฏิบัติ CPG

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ที่ปรึกษากรมการแพทย์นำเสนอ CPG ฉบับปรับปรุงล่าสุดเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 ต่อที่ประชุม

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยครบกำหนดอยู่โรงพยาบาล 14 วันแล้ว ปฏิเสธการกลับบ้าน และที่บ้านไม่มีการทำ home isolation ในกรณีที่ผลตรวจเป็นบวก ผู้ป่วยปฏิเสธการ admit ในโรงพยาบาล ไม่มีการกักตัวในชุมชนหรือขัดขืนไม่ยอมทำ home isolation ควรทำอย่างไร จะมีวิธีจัดการอย่างไร

2. รศ.นพ. นิธิพัฒน์ เจียรกุล (นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) อ้างอิงถึงบทความในวารสาร The Lancet ได้กล่าวถึงระยะการตรวจพบเชื้อของโรคอยู่ในช่วง 8 - 37 วัน ซึ่งใน CPG ของประเทศไทยได้กำหนดไว้ว่าจะต้องอยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 14 วัน (รวมพักฟื้นที่ hospitel) น่าจะเพียงพอสำหรับผู้ป่วยในการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่อาจจะไม่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กในชุมชน จึงแนะนำให้ผู้ป่วยทำ home isolation ต่อที่บ้านอีกจนครบ 30 วันหลังจากวันที่เริ่มมีอาการ

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลครบกำหนด 14 วันแล้ว แต่ปฏิเสธการกลับบ้านเพื่อทำ home isolation ต่อที่บ้านเนื่องจากที่บ้านมีผู้สูงอายุและเด็ก ถ้าพิจารณาให้อยู่ต่อในกรณีเลยกำหนด 14 วัน หากมี ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะดำเนินการอย่างไร

4. สำนักการแพทย์กรุงเทพฯ แจ้งว่าหากจะมีการส่งผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อครบ 14 วัน ต้องแจ้งข้อมูลไปยังสำนักอนามัยกรุงเทพฯ ด้วย เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยที่กลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน สำนักอนามัยกรุงเทพฯ จะต้องไปสำรวจบ้านของผู้ป่วยถึงความเหมาะสมก่อนที่จะกลับไปทำ home isolation ที่บ้านต่ออีกจนครบ 30 วัน หลังจากวันที่เริ่มมีอาการ ซึ่งหากไม่สามารถกลับบ้านได้ก็สามารถอยู่ต่อที่ hospitel หรือ hotel quarantine ที่เปิดให้บริการ

5. กรณีแรงงานต่างด้าวไม่ถูกกฎหมาย ถ้าส่งกลับเมื่อครบ 14 วันแล้ว จะต้องดำเนินการอย่างไร

6. สิทธิประกันสังคมสามารถอยู่รักษาต่อเนื่องหลังจากครบกำหนด 14 วันได้ โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของ แพทย์ผู้รักษา โดยสามารถเบิกจ่ายจากประกันสังคมได้

7. ผู้ป่วยที่มีอาการสูญเสียการได้กลิ่น ควรเพิ่มลงไปในแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยหรือไม่

มติที่ประชุม

- ผู้ป่วยจะต้องอยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 14 วัน (รวมพักฟื้นที่ hospitel) หลังจากวันที่เริ่มมีอาการหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำ home isolation ต่อที่บ้านอีกจนครบ 1 เดือน และเสนอให้เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยกรุงเทพฯ ออกหนังสือกักกันโดยใช้กฎหมายบังคับตาม พรบ.โรคติดต่อ มาตรา 34 (1) หากผู้ป่วยปฏิเสธการ admit ในโรงพยาบาล ไม่มีการกักตัวในชุมชน หรือขัดขืนไม่ยอมทำ home isolation โดยอาจกลับมากักกันใน hospitel ต่อ

- มอบหมาย พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ ประเด็นในการพิจารณาเพิ่มอาการสูญเสียการได้กลิ่นในอาการของผู้ป่วยต่อไป รวมถึงขอให้มีการกำหนดวันในการอัพเดทข้อมูลและการอัพเดทข้อมูล ขึ้นกับความเหมาะสมตามสถานการณ์

3. Patient Journey การรับบริการทางการแพทย์

สำนักการแพทย์กรุงเทพฯ นำเสนอ Patient Journey การรับบริการทางการแพทย์

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. การบันทึกข้อมูลควรให้มีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักอนามัยกรุงเทพฯ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สปสช. ซึ่งจะลดปัญหาการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและไม่ครบถ้วนหากต้องมีการส่งรายงานแบบแยกส่วนกัน

2. สปสช. แจ้งว่าระบบ e - claim อยู่ระหว่างการทดสอบโปรแกรม และคาดว่าจะสามารถใช้ได้ประมาณวันที่ 15 เมษายน 2563 และขอให้หน่วยงานลงโปรแกรมของกรมควบคุมโรค โดยเริ่มจากกระบวนการ swab ให้กรอกข้อมูลที่จำเป็น เช่น ชื่อ– สกุล ที่อยู่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันที่ swab ผล swab วันที่ admit วันที่ discharge เพื่อรายงานลงบนเว็บไซต์ดังกล่าว

3. เสนอให้ดำเนินการแยกลงข้อมูลในการตั้งเบิก สปสช.

4. เสนอให้มีการประเมิน home isolation ในโปรแกรมเพื่อสะดวกต่อการส่งต่อข้อมูล หากครบกำหนด 14 วัน แล้วไม่สามารถกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านได้ อาจจะพิจารณาให้อยู่ hospitel ต่อ

มติที่ประชุม มอบหมายให้กรมควบคุมโรคปรับปรุงโปรแกรมให้ง่ายเหมาะแก่การใช้งาน โดยสามารถใช้ข้อมูลเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

4. การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดบริการผู้ป่วย COVID-19 (การจัดทำศูนย์ data dictionary)
ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. พื้นฐานการลงข้อมูล เบื้องต้นเสนอให้ลงโปรแกรมของกรมควบคุมโรคก่อน และ สปสช. จะปรึกษากับกรมควบคุมโรคในการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังสำนักอนามัยกรุงเทพฯ ส่วนโปรแกรมของกรมการแพทย์ให้กรอก ข้อมูลเรื่องการรักษาและทรัพยากร และโปรแกรมของ สปสช.กรอกข้อมูลเรื่องการตั้งเบิกจ่าย

มติที่ประชุม มอบหมายให้ พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ประสานไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ปรับแก้ไขข้อมูลให้แต่ละหน่วยงานใช้ข้อมูลเชื่อมโยงกัน เพื่อให้สะดวกในการลงข้อมูล และรายงานในที่ประชุมทราบวันเสาร์หน้า

5. การเบิกจ่าย

สปสช. นำเสนอหลักเกณฑ์การตั้งเบิกจ่าย

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. ในกรณีที่โรงพยาบาลที่ตรวจ swab จะต้องเป็นผู้กรอกในส่วนของการตรวจผล lab ด้วย ถ้าโรงพยาบาลนั้นไม่มีห้องตรวจ lab ควรพิจารณาปรับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายใหม่ เพื่อลดการความซ้ำซ้อนกันของข้อมูลเรื่อง การตั้งเบิกของหน่วยงาน

2. สิทธิในการตรวจคัดกรอง COVID-19 สามารถเบิกได้ทุกกองทุนตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป ในกรณีภาครัฐที่มีค่าตรวจรวมถึงค่าบริการ จะมีช่วงโหว่ในการเบิกจ่าย ถ้าเป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายในกรุงเทพมหานครให้ตั้งเบิกจากกองทุน OP และนอกเหนือจากนั้นให้ตั้งเบิกกองทุน UCEP ทั้งนี้ สิทธิบัตรทอง 30 บาท ให้ตั้งเบิกจากกองทุน OP หรือกองทุน UCEP ส่วนสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมให้ตั้งเบิกจากกองทุน UCEP

มติที่ประชุม มอบหมายให้ สปสช. พิจารณาปรับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายกรณีค่าตรวจ Lab ใหม่ โดยให้โรงพยาบาลเจ้าของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลและตั้งเบิกทั้งหมดเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน

6. Bed management

รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช) นำเสนอความคืบหน้า

- สถานการณ์เตียง กทม.และปริมณฑล จำนวนเตียง ทั้งหมดมี 1,973 เตียง hospitel 603 เตียง และได้จัดเตรียมความพร้อม Cohort ward อีก 353 เตียง

- สถานการณ์ AIIR ICU ในภาครัฐมี AIIR Modified 82 เตียง ในภาคเอกชนมี AIIR ICU 44 เตียง และ AIIR Modified 45 เตียง แผนขยายเพิ่ม AIIR ICU คาดการณ์ว่าสิ้นเดือนเมษายน 187 เตียง และสิ้น เดือน พฤษภาคม 292 เตียง ส่วนแผนเพิ่ม AIIR ICU ในเอกชน คาดการณ์ว่าในเดือนพฤษภาคม จะขยายเพิ่มอีก 42 เตียง หากมีแผนขยาย AIIR ICU เพิ่มอีกขอให้แจ้งเตือนไปยัง รพ.เอกชนเพื่อจะได้แจ้งให้ รพ. 3 แห่ง (รพ. World Medical, รพ.เกษมราษฎร์ประชาชื่น และรพ.เกษมราษฎร์บางแค) ในการวางแผนเตรียมคนและวางระบบต่างๆ ให้พร้อม

มติที่ประชุม รับทราบ

7. Respirator

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

รศ.นพ. นิธิพัฒน์ เจียรกุล (นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) ได้สรุปข้อมูล Respirator ของ กทม. ซึ่งใน รพ.ภาครัฐ มี Respirator เกรด Hi-end ทั้งหมดประมาณ 2,000 เครื่อง ซึ่งได้กันไว้ใช้กับผู้ป่วยโควิด 200 เครื่อง และสามารถขอเพิ่มได้อีก 200 เครื่อง และในส่วนภูมิภาคมี 2-3 เท่าของจำนวนเตียง

ที่รับผู้ป่วยได้ ซึ่งคาดว่ามีเพียงพอต่อความต้องการ ในส่วน รพ.เอกชนเสนอว่าหากสถานการณ์เข้าขั้นวิกฤต มีเครื่องช่วยหายใจสำรองเพิ่มได้ประมาณมากกว่า 80 เครื่อง และในกลุ่มของ รพ.เอกชนขนาดเล็กหากมี case หนัก และ stand alone จะมีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนจาก รพ.เอกชนขนาดใหญ่

มติที่ประชุม รับทราบ

8. ยา Favipiravir

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.มานัส โพธาภรณ์) นำเสนอ program ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ใช้จัดการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่ม ซึ่งมีปัญหาเรื่องความขาดแคลน การสำรองยาเพื่อนำมาปรับใช้สำหรับยา Favipiravir ในการบริหารจัดการยา โดยความร่วมมือของ 3 หน่วยงาน คือ องค์กรเภสัชกรรม สปสช. และ National Healthcare Platform (NHP) ซึ่งในเขต กทม. มีแม่ข่าย 4 แห่งคือ รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.รามาธิบดี รพ.ศิริราช และกรมการแพทย์ ทำหน้าที่ประสานงานการกระจายยาไปยังโรงพยาบาลลูกข่าย

มติที่ประชุม มอบหมาย นพ.มานัส โพธาภรณ์ ประชุมหารือเรื่องระบบบริหารจัดการยาระบบใหม่ (ประชุมวันที่ 12 เมษายน 2563 เวลา 09.30 น.)

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 18 เมษายน 2563 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ไม่มี

วาระที่ 2 เรื่องรับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 11 เมษายน 2563

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

1. Bed management

รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช) นำเสนอความคืบหน้า

สถานการณ์เตียง กทม.และปริมณฑล (ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2563 เวลา 09.00 น.) จำนวนเตียงทั้งหมดมี 2,217 เตียง ได้แก่ AIIR-ICU 132 เตียง Modified AIIR 171 เตียง Isolate room 1,114 เตียง และ Cohort ward 800 เตียง และได้จัดเตรียมความพร้อม hospitel 522 เตียง

- สถานการณ์และแนวโน้มความต้องการ AIIR ICU โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ต้องการ AIIR ICU 55 เตียง AIIR Modified 24 เตียงรวม 79 เตียง แผนขยายเพิ่ม AIIR ICU ใน รพ.ภาครัฐ คาดการณ์ว่าสิ้นเดือนเมษายน 140 เตียง และสิ้นเดือนพฤษภาคม 288 เตียง ส่วนแผนเพิ่ม AIIR ICU ในภาคเอกชนคาดการณ์ว่าในเดือนพฤษภาคมจะขยายเพิ่มอีก 42 เตียง หากมีแผนขยาย AIIR ICU เพิ่มอีกขอให้แจ้งเตือนไปยัง รพ.เอกชน เพื่อจะได้แจ้งให้ รพ. 5 แห่ง (รพ. World Medical, รพ.เกษมราษฎร์ประชาชื่น รพ.เกษมราษฎร์บางแค รพ.วิภารามพัฒนาการ และ รพ.ธนบุรี บางซื่อ) ในการวางแผนเตรียมคนและวางระบบต่าง ๆ ให้พร้อม
- ความพร้อมสถานพยาบาลเพิ่มศักยภาพ Cohort ward ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 247 เตียง ได้แก่ รพ.นพรัตนราชธานี 16 เตียง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 40 เตียง รพ.บางกรวยสอง 30 เตียง รพ.มหาวชิราลงกรณธัญบุรี 30 เตียง และรพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน 131 เตียง

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. กรณีที่มีจำนวนเตียง AIIR ICU เพิ่มมากขึ้น ควรดำเนินการสำรวจ Human workforce ว่ามีพร้อมแค่ไหน อย่างไร
2. ข้อจำกัดในการจัดรถไปรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI เนื่องจาก รพ.ราชวิถี รับเฉพาะผู้ป่วยยืนยันเท่านั้น

มติที่ประชุม

- มอบหมายให้ รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช) และทีมศูนย์เอราวัณดำเนินการ set ระบบในการจัดรถรับส่งกรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI ให้ชัดเจน

- มอบหมายให้ รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช) และ รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย กรกมารแพทย์ มหาวิทยาลัย ทหาร ภาคเอกชน และ medical care เพื่อหารือการจัดทำ Model ตัวอย่างในการปฏิบัติงาน รวมทั้งกำหนดคำจำกัดความ AIIR ICU ให้ชัดเจน เพื่อการให้การปฏิบัติงานเป็นทิศทางเดียวกัน และรายงานในที่ประชุมทราบความก้าวหน้า

2. ยา Favipiravir

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.มานัส โพธาภรณ์)

นำเสนอการประยุกต์ใช้ระบบยา Antidote ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยได้ดำเนินการ training และทดลองใช้ระบบในเขต กทม. ซึ่งมีแม่ข่าย 4 แห่ง คือ รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.รามาธิบดี รพ.ศิริราช และกรมการแพทย์ จากการทดลองใช้ระบบ พบว่าและจะปรับให้ User Friendly เรื่องการใช้โปรแกรมมีข้อจำกัด เช่น การอนุมัติใช้ยา ระบบรายงาน ระบบการ approve ปัญหาเรื่องการส่งข้อมูล เป็นต้น ในเขต กทม. ผู้ใช้งานรู้สึกว่าไม่ได้ช่วยในการทำงาน จึงขอกลับมาใช้ระบบเดิม โดยจะปรับให้ User Friendly หลักการแม่ข่าย 4 แห่งจะช่วยทำการ approve การใช้ยาของลูกข่าย สำหรับการเบิกยาตาม Stock กรมการแพทย์จะดำเนินการประสานกับสิริฟาร์มา เรื่องการกระจายยาไม่น่าจะมีปัญหา เพราะมีแม่ข่ายช่วยกันพิจารณาการใช้ยา ก็จะทำให้การใช้ยามีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดคือส่วนกลางต้องการจะเห็นข้อมูลจากระบบ Antidote ทั้งหมด ซึ่งได้หารือกับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตว่าถ้ามีการรายงานข้อมูลทุกวัน รวมกับเขตสุขภาพที่ 13 การรายงานผู้บริหารก็สามารถทำได้

สรุป กทม. ใช้ระบบเดิมไปก่อนโดยให้ รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.รามาธิบดี รพ.ศิริราช approve รพ.เอกชนในส่วนที่ตัวเองรับผิดชอบ ยังไม่ได้มีการใช้ระบบ ยา Antidote เต็มที่ เพราะมีปัญหาเรื่องของการส่งข้อมูล แต่ทางสปสช.จะรับไป เชื่อมฐานข้อมูลเพื่อจะให้ใช้ระบบได้ทั้งประเทศ รวมทั้งเขตสุขภาพที่ 13 และจะออกแบบให้เป็น User Friendly

มติที่ประชุม รับทราบ

3. โปรแกรม CO-ward

นพ.อนันต์ กนกศิลป์ ผู้อำนวยการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. นำเสนอโปรแกรม CO-ward

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้มีข้อมูลทั้งที่อยู่ปัจจุบันและที่อยู่ตามบัตรประชาชน

2. ควรลงข้อมูลย้อนหลัง เฉพาะยาที่ได้รับในปัจจุบัน เพื่อจะได้คำนวณยาในวันต่อไปได้

3. ถ้าศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค) ต้องการข้อมูลรายจังหวัด รายบุคคล ให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข เอาข้อมูลที่มีอยู่ไปบูรณาการกับนพ.อนันต์ กนกศิลป์ โปรแกรม CO-ward ถ้าจะเพิ่มเติมลักษณะผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ขอให้เชื่อมต่อฐานข้อมูลกันได้ และต้องเป็น One stop สามารถชี้ให้เห็นว่าการที่จะทำ โปรแกรม CO-ward แต่ละพื้นที่มีโอกาสใช้ข้อมูลได้ในหลากหลายรูปแบบและเป็นประโยชน์ ในส่วนพื้นที่กทม.และปริมณฑล มีระบบที่กำลังดำเนินการใกล้เคียงกันกับโปรแกรม CO-ward จำเป็นต้องยกเลิกระบบเดิมหรือไม่ หรือสามารถเชื่อมบูรณาการข้อมูลกันได้เลย

4. อยากได้ตัวแทนของแต่ละส่วน หารือในประเด็นต่างๆ เพื่อจะได้ทราบว่าทุกส่วนต้องการอะไร เพื่อความชัดเจน แล้วมานำเสนอ และต้องหารือกับกรมควบคุมโรคในแง่ของข้อมูลย้อนหลังว่าจะสามารถรวบรวมได้กี่เปอร์เซ็นต์

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับโปรแกรม CO-ward แต่ต้องใช้งานได้ง่ายและไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำซ้อนหลายโปรแกรม ระยะแรกให้เขตสุขภาพที่ 13 ใช้ระบบเดิมไปก่อน มอบหมายให้นพ.อนันต์ กนกศิลป์ หาวิธีเชื่อมฐานข้อมูล หารือกับผู้แทน กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม UhosNet กรุงเทพมหานคร รพ.เอกชน รพ.สังกัดกลาโหม และให้รายงานความคืบหน้าในที่ประชุมทุกวันเสาร์ การเชื่อมโยงข้อมูลในส่วนที่จำเป็นฝ่ายความมั่นคงขอข้อมูลก่อน 30 เมษายน 63 เพื่อที่จะนำไปใช้ตัดสินใจในเรื่องของนโยบาย

4. PPE Guide Line

ที่ปรึกษากรมการแพทย์ (พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ) นำเสนอ (ร่าง) PPE Guideline ฉบับวันที่16 เมษายน 2563 ต่อที่ประชุม

ประเด็นที่ประชุมและข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มประเด็นการใช้หน้ากาก N-95 ในแต่ละประเภท เช่น ในกรณีที่ไม่มีหน้ากาก N-95 Medical grade แต่มีหน้ากาก N-95 industrial grade ให้ใช้ร่วมกับ surgical mask โดยให้ใส่ surgical mask ไว้ด้านนอก

2. เพิ่มประเด็นการใช้ Coverall ที่เป็น industrial grade ให้ใช้ isolation gown คลุมอีกชั้น

3. เพิ่มประเด็น Reuse N-95

4. ในกรณีแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใน ICU ให้ใช้ Coverall และปรับให้เทียบเท่ากับกลุ่มเสี่ยงสูงมาก

5. ในกรณีผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลครบกำหนด 14 วันแล้ว หลังจากวันที่เริ่มมีอาการ จากนั้นให้ผู้ป่วยทำ home isolation ต่อที่บ้านอีกจนครบ 1 เดือน นับจากวันที่เริ่มป่วย แนะนำสวมหน้ากากอนามัย ระมัดระวังสุขอนามัย และหลังจากกลับไปบ้านแล้วผู้ป่วยมีอาการและโทรกลับมาที่ รพ. อีกครั้ง ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้ PPE ระดับไหนในการกลับไปรับผู้ป่วยที่บ้าน ควรเพิ่มลงไปในแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มติที่ประชุม

- มอบหมาย ที่ปรึกษากรมการแพทย์ (พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ) ปรับเพิ่มประเด็นการใช้ PPE Guide Line ตามข้อเสนอแนะในที่ประชุม ข้อ 1-4
- มอบหมาย ที่ปรึกษากรมการแพทย์ (พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ) ประเด็นในการพิจารณาเพิ่มการใช้ PPE สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีกลับไปรับผู้ป่วยที่บ้านหลังจากผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านและมีอาการอีกครั้ง

5. ความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รองผอ.สรพ. นำเสนอ WHO เน้นเรื่อง Save Healthcare Worker "No Patient Safety Without Health Worker Safety" สถานการณ์การติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์ประเทศไทย ในปัจจุบัน (ณ วันที่ 18 เม.ย. 63) ติดเชื้อจำนวน 101 ราย คิดเป็น 3.7 % ของผู้ป่วยทั้งหมด จากการสอบสวนโรคติดเชื้อจำนวน 7 Cluster ประกอบด้วย รพ เอกชน.5 Cluster , รพ.ยะลา และ รพ.ปัตตานี 2 Cluster กลุ่มผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ COVID 19 จึงเป็นที่มาของการทำ Personnel Safety เป็นการทำงานโดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนในการพัฒนา Personnel Safety Guideline,

Personnel Safety Policy และการวิเคราะห์สถานการณ์ สอบสวนโรค สื่อสารและแชร์ความรู้ประสบการณ์ จากประกาศโดยรองนายกรัฐมนตรีท่านอนุทิน ชาญวีรกูล มีสาระสำคัญ 6 ข้อคือ เป้าหมายบุคลากรปลอดภัย มีแนวทางมั่นใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ สงสัยตรวจได้ เจ็บไข้รักษาทันที คุ้มครองทุกชีวี ใส่ใจทุกคน

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- สำหรับประเด็นการแนะนำให้ประชาชนใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า ซึ่งการเลือกใช้หน้ากากผ้าต้องขึ้นอยู่กับคุณภาพของผ้าแต่ละชนิด หรือเลือกผ้าที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพการกรองแล้ว

- ควรแยกความหมายของกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ป่วยทางเดินหายใจแนะนำการใช้หน้ากาก Surgical Mask สำหรับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปอาจไม่จำเป็นต้องใช้ Surgical Mask แต่จากการทำ Route cause analysis พบว่าคนไข้ที่ติดเชื้อบางรายไม่ได้แสดงอาการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ จึงเป็นที่มาของการแนะนำให้คนไข้ทุกคนใช้หน้ากาก Surgical Mask

6. Exit Strategy of COVID-19

นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ ผอ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน นำเสนอ เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองด้านทรัพยากรในการรองรับสถานการณ์ และมีผลกระทบกับการให้บริการ Non COVID-19 ในปัจจุบันสถานการณ์เริ่มดีขึ้นจึงเป็นที่มาของแนวคิดการปรับระบบบริหารหรือมาตรการต่าง ๆ เพื่อกลับเข้าสู่การบริการปกติ จึงต้องมีแผน Exit Strategy ที่ดี และการสื่อสารให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจภาระกิจ เกิดแนวทางปฏิบัติเหมือนกัน และมีศักยภาพในการรับมือที่ดี การทำ Exit Strategy มี 2 ระยะ คือ Short term และ Intermediate term โดย

- Short term เน้นการปฏิบัติงานของ Service Unit ของ รพ.

- Intermediate term มองทิศทางในภาพรวมสุขภาพของประเทศทั้งหมด

Short term Strategy คือต้องการให้ Non COVID-19 กลับมาให้บริการได้ตามปกติ มีความปลอดภัยกับคนไข้ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยแผนปฏิบัติการมองที่ Service delivery ในแต่ละหน่วยบริการของแต่ละรพ. มีโอกาสพบปะคนไข้ COVID ดังนั้นในแต่ละจุดบริการต้องเตรียมมาตรการป้องกันในการรับมือ โดยเฉพาะ ARI Clinic และ OR จึงต้องมีแผนตามสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ประกอบด้วย Active phase, Transitional phase และ Inactive phase ซึ่งได้รวบรวมมาตรการห้องผ่าตัดจากหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบด้วย สถาบันประสาทวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รพ.ราชวิถี รพ.ศิริราช และ รพ.รามาธิบดี นำเสนอเพื่อเปรียบเทียบ ซึ่งแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ความสำคัญในการทำ Exit Strategy ร่วมกันคือ 1. ความปลอดภัยของการปฏิบัติงาน 2. ลดความแออัด และ 3. ประชานสามารถเข้าถึงบริการ เกิดความเท่าเทียม และลดความเหลื่อมล้ำ

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- แผน Exit Strategy นอกจากมาตรการในห้องผ่าตัดแล้ว ต้องจัดทำมาตรการในบริการอื่นๆ เช่น ทันตกรรม IPD OPD เด็ก ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

- รศ.นพ.กำธร มาลาธรรม เสนอควรจัดทำเกณฑ์กลางสำหรับการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน และป้องกันการสับสน โดยเสนอกลุ่มที่ทำ CPG (นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ ประธาน) เป็นกลุ่มหลักในการจัดทำ และหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ หน่วยบริการ และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง

- รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์ เห็นด้วยกับการจัดทำเกณฑ์กลางของประเทศ แต่ต้องคำนึงถึงเรื่องอื่นๆ นอกจากวิชาการ เช่น ความปลอดภัย Emotional การ Management เป็นต้น

- รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ควรคำนึงถึงบริบทของแต่ละรพ. เนื่องจากมีทรัพยากรเตียงและ Lab ไม่เหมือนกัน ซึ่งต้องเป็นข้อมูล Input เข้าไปในเกณฑ์

- ศ.นพ.รื่นเริง ลีลานุกรม UHosNet มีทรัพยากรค่อนข้างเยอะกว่า รพ.ต่างจังหวัด ซึ่งหากเกณฑ์ใช้บรรทัดฐานเดียวกันอาจจะมีผลต่อรพ.ต่างจังหวัดได้

- ดังนั้น Guideline ต้องมีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละรพ.ได้

- ผศ.นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ จะนำประเด็นนี้หารือในที่ประชุมของแพทยสภา และราชวิทยาลัยและจะนำเสนอความคืบหน้าต่อไป

- กรมการแพทย์ขอเสนอเป็นทีมกลางจัดทำ Guideline กลาง โดยจะเชิญผู้เชี่ยวชาญตัวแทนจากที่ต่าง ๆ UHosNet กทม. กลาโหม และรพ.เอกชน เข้าร่วมหารือจัดทำ โดยเป้าหมายหลักคือ 2P Safety และนำมาเสนอในการประชุมนี้ และให้ประชุมนี้ Approve และ Endorse ในเชิงบริหารจัดการ

- นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผอ.กองวิชาการแพทย์ เสนอให้คณะทำงานเดิมที่จัดทำ Guideline ห้องผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์ ศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ และสภาการพยาบาล จัดทำ Exit Guideline แต่จะใช้เฉพาะกลุ่มวิชาชีพอย่างเดียวไม่ได้ ต้องคำนึงถึงโรงพยาบาลด้วย ซึ่งบางกลไกสามารถใช้คณะนี้ได้

- คณะจัดทำ Guideline เบื้องต้น ประกอบด้วย นายกสมาคมโรคติดเชื้อฯ (ผศ.นพ.กำธร) กรมการแพทย์เป็นเลขาฯ ตัวแทน UHosNet กทม. กรมควบคุมโรค รพ.เอกชน กลาโหม ตำรวจ และรพ.พื้นที่

- พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ เสนอหากทำ Guideline ในเชิงปฏิบัติ ควรเชิญ รพศ. รพท. และรพช. เข้าร่วมพิจารณาด้วย

- ต้องคำนึงถึง Factor บางอย่างด้วย เช่น สถิติการติดเชื้อในกลุ่ม Silence, จำนวนการติดเชื้อในประชาชน เนื่องจากมีผลต่อการกำหนดนโยบาย การ Exit ต้องมีขั้นตอนในแต่ละ Stage คณะทำงานจึงต้องมีข้อมูล Valid มาประกอบการจัดทำ

มติที่ประชุม กรมการแพทย์ดำเนินการจัดทีมคณะทำงานจัดทำ Guideline

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อทราบ

New technique for Screening COVID-19

รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ นำเสนอการวิจัย New technique เพื่อเป็นทางเลือกในการตรวจหาเชื้อ ประกอบด้วย การตรวจเชื้อ SAR-COV-2 โดยน้ำลายเป็นตัวอย่างส่งตรวจ และ LAMP

<u>การตรวจเชื้อ SAR-COV-2 โดยน้ำลายเป็นตัวอย่างส่งตรวจ</u> เนื่องจากการเก็บสิ่งส่งตรวจโดยวิธี Nasopharyngeal และ Throat Swab ที่ผ่านมาไม่ทราบว่าวิธีการ Swab ของเจ้าหน้าที่ทำถูกต้องหรือไม่ จึงทำการวิจัยโดยเก็บตัวอย่างจากการบ้วนน้ำลายซึ่งเก็บได้ง่ายกว่า โอกาสการแพร่กระจายเชื้อน้อย และแก้ปัญหา PPE ไม่เพียงพอ ซึ่งทีมวิจัยกำลังพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจด้วยวิธีนี้

<u>LAMP (Loop-Mediated Isothermal Amplification)</u> คือการนำ Enzyme polymerase ย่อยที่อุณหภูมิเดียว และ Copy เพื่อให้ได้จำนวนสารพันธุกรรมเพิ่มมากขึ้น จุดเด่นคือ ใช้เวลาน้อย ราคาถูก ทำง่าย ใช้เครื่องมือที่มีอยู่ใน รพ. แต่น้ำยาต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ทดลองเปรียบเทียบกับวิธี RT-PCR ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ออกมามีความน่าเชื่อถือ ได้ทดสอบประสิทธิภาพและนำไปใช้งานในภาคสนามที่ อ.บางละมุง จ.ชลบุรีแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาคอขวดในการตรวจ Lab

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล เสนอการเก็บน้ำลายหลังทำ Swab และการเก็บน้ำลายก่อนทำ Swab จะได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน หากต้องการให้ได้ผลที่ดีควร เก็บน้ำลายก่อนทำ Swab และเห็นด้วยกับการตรวจด้วยน้ำลาย เนื่องจากทำให้การทำงานง่ายขึ้น ถ้าได้ผลตรวจที่แม่นยำ

- นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร เสนอทำเทียบกับ Nasal Swab เนื่องจาก ผลการวิจัยทำ Nasopharyngeal Swab ที่ถูกวิธีได้ผลบวก 100% เทียบกับ Saliva จะได้ผลบวก 84% หากเทียบด้วย Nasal Swab ผลของ Saliva น่าจะออกมาได้ดีกว่า ซึ่งหากผลออกมาได้ดีกว่าจริงจะทำให้การตรวจง่ายขึ้นมาก

- นพ.สุกิจ ศรีทิพยวรรณ เสนอการทดลอง SAR-COV-2 โดยน้ำลาย ต้องเพิ่มการ Exclude เช่น ยาบางชนิดมีผลต่อการตรวจ และการเก็บน้ำลาย ซึ่งต้องนำ PI มาหารือกัน และต้องระมัดระวังหากจะนำมาใช้แทน Gold standard

- หากกรมวิทย์ฯ รับรอง Standard ของการทำ LAMP จะสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ภาคสนาม หรือรพ. ต่างๆ ในการตรวจ RT-PCR

- LAMP เป็นทางเลือกที่ดี และกรมควบคุมโรคจะสนับสนุนน้ำยา GeneXpert สำหรับใช้ในการตรวจ น้ำยาอยู่ระหว่างสั่งซื้อจากต่างประเทศ เครื่อง GeneXpert มีกระจายอยู่ในรพ. ทั่วประเทศและรพ.สังกัดกทม. เตรียมใช้ได้เลย

มติที่ประชุม

เลขาฯ ประชุม รับข้อมูลการตรวจเชื้อ SAR-COV-2 โดยน้ำลายเป็นตัวอย่างส่งตรวจ จากรพ. รามาธิบดีส่งต่อกรมวิทยาศาสตร์ เพื่อให้กรมวิทย์ลงรับข้อมูล และวิเคราะห์ร่วมกัน

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ

1. นพ.พรเทพ แซ่เฮ้ง ผอ.ศูนย์เอราวัณ หารือปรึกษาแนวทางการจัดการสำหรับกลุ่มผู้ที่กลับบ้านทำ Home Isolation หลังจากกักตัวที่รพ. หรือ Hospitel ครบ 14 วันแล้ว แล้วมีอาการไม่สบายขณะทำ Home Isolation 2 ประเด็น คือ

1. เจ้าหน้าที่ที่ไปรับต้องใส่ชุด PPE หรือไม่
2. ต้องนำส่ง รพ.ตามสิทธิ หรือรพ. ที่เคย Admit

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- เนื่องจาก Guideline ปัจจุบัน หลังกักตัวครบ 14 วัน แนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยและดูแลสุขภาพเท่านั้น ไม่มีคำแนะนำว่าจะต้องทำ Home Isolation จึงขอความชัดเจน

- ขอให้กรมการแพทย์ หรือกรมควบคุมโรค จัดทำ Guideline แนะนำการปฏิบัติ ความจำเป็นในการใส่ชุด PPE สำหรับทีมที่ต้องออกไปรับผู้ป่วยที่มีอาการหลังกักตัวครบ 14 วัน หรือคำแนะนำว่าคนไข้สามารถมารพ. เองได้หรือไม่ มารพ.ตามสิทธิ หรือรพ. ที่เคย Admit และสิทธิในการเบิกยังเบิกด้วย COVID-19 ได้หรือไม่

- โดยหลักการถ้ามีอาการหลัง 14 วันแล้ว ไม่น่าจะเป็น COVID-19 ซ้ำ แต่หากแนะนำควรเป็น Universal Precaution

มติที่ประชุม กรมการแพทย์รับไปหารือการทำ Guideline ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

2. ขอความกรุณาฝากท่าน รมช. หารือกับรัฐบาลประเด็นการถูกตัดงบประมาณ ปี 2564 งบดำเนินงาน ถูกตัด 25% งบครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่ดิน ถูกตัด 50%

มติที่ประชุม ท่าน รมช. รับไปหาข้อมูลในประเด็นนี้

3. นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร นำเสนอข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสถานการณ์ในขณะนี้ประเทศจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง แต่ใน กทม. มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สาเหตุมาจากการคัดกรอง ฝากเป็น Signal sign ให้กับกรมควบคุมโรค

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- นพ.พิชญา นาควัชระ ให้ข้อมูล Cluster ที่ทำให้จำนวนสูงขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากบ่อน ซึ่งเคสบ่อนส่วนใหญ่อยู่ รพ.จุฬาฯ จึงขอฝากให้ รพ.จุฬาฯ ช่วยสอดส่องดูแล

4. นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร ต้องการทราบความคืบหน้าการวิจัย Rapid test Antibody มียี่ห้อใดที่ผ่าน อย.บ้างแล้ว หรือมี test kit ไหนที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาวิจัย ซึ่งสามารถดำเนินการเป็น Multi-center ร่วมกันต่อไปได้

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- รพ.รามาธิบดี ภาควิชาพยาธิฯ จัดทำยี่ห้อต่าง ๆ และ test ที่รพ.รามาฯ แต่ไม่ทราบรายละเอียดเชิงลึก
- รพ.ศิริราช ทำ Antigen ยี่ห้อหนึ่ง Lot แรกผ่านกรมวิทย์ฯ แต่ยังรอจำนวนเคสไม่ครบ
- นพ.มานัส โพธาภรณ์ ได้มีการเก็บข้อมูลพื้นฐาน Case record form online ซึ่งจะขอข้อมูลจาก รพ.จุฬาฯ รามาฯ ศิริราช เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการอย่างอื่นต่อ ในวันพุธที่ 22 เม.ย.63 ขอเชิญ นพ.สุขสันต์ กลาโหม ตำรวจ และ รพ.เอกชน เข้าร่วมประชุมหารือการจัดทำ Case record form online เพื่อหาข้อมูลใช้ร่วมกัน ซึ่งการกรอกข้อมูลจะมีค่าตอบแทนให้กับคนกรอกข้อมูลด้วย

5. นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร ขอสอบถามความชัดเจน ความก้าวหน้าในกระบวนการสำหรับค่าตอบแทน และการเลื่อนขั้นขึ้นเงินเดือน เพื่อนำเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงาน

ประชุมครั้งต่อไป วันเสาร์ที่ 25 เมษายน 2563 เวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์โดยเน้นประเด็น Exit Strategy

ปิดการประชุม 16.40 น.

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 25 เมษายน 2563 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองรางานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 18 เมษายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์ล่าสุดวันที่ 25 เมษายน 2563 พบผู้ป่วย COVID-19 รายใหม่ จำนวน 53 ราย เสียชีวิต 1 ราย รักษาหายกลับบ้าน 57 ราย รวมผู้ป่วยสะสม 2,907 ราย รวมรักษาหายกลับบ้าน 2,547 ราย เสียชีวิตรวม 51 ราย สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ 53 รายนั้น พบว่าเป็นชาวโรฮิงญาในศูนย์กักกันที่จังหวัดสงขลา จำนวน 42 ราย

ข้อเสนอแนะในที่ประชุม

1. เสนอให้มีการแยกข้อมูลเป็น Subarea ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความหน้าแน่นของประชากรสูง มีอัตราป่วยสูง ทั้งนี้ในกรณีผ่อนปรนมาตรการของรัฐบาล จะได้มีการวางมาตรการในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2. ในกรณีที่มีการคลายมาตรการตาม พรก. ฉุกเฉิน เป็นไปได้ว่าอาจมีการระบาดรอบ 2 เหมือนในบางประเทศ ซึ่งยังไม่อาจวางใจได้ จึงต้องมีมาตรการรับมือ เช่น การ Active Case finding ในผู้ป่วยรายใหม่ ที่ประชุมได้เสนอให้หน่วยงานเอกชนสามารถทำการ Active Case finding หรือ Screening ได้ โดยในพื้นที่ต่างจังหวัดการ Active Case finding สามารถตกลงกันได้เองกับพื้นที่ในที่นี้คือทีมสาธารณสุขจังหวัด ในกรณีที่หากมีการผ่อนปรนมาตรการแล้วมีสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจนำไปสู่การแพร่ระบาดหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้แจ้งกับหน่วยงานในพื้นที่หรือกรมควบคุมโรค ซึ่งจะมีทีมสอบสวมโรคที่เชี่ยวชาญและจะมีมาตรการว่าพื้นที่ไหนต้องจัดการอย่างไร

มติที่ประชุม รับทราบ

3.2 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม.และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

เรื่องการบริหารจัดการเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในส่วนของความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนปัจจุบันมีจำนวนเตียงทุกประเภท (AIIR-ICU, Mod AIIR, Isolate room, Cohort ward, Hospitel) รวม 2,216 เตียง นอกจากนั้นยังมีโรงพยาบาลที่สามารถเพิ่มศักยภาพได้ในกรณียังมี

การระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อมากขึ้น ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามแม้จะมีแนวโน้มผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง และอาจมีการผ่อนปรนมาตรการ แต่ยังเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่กรณีมีการระบาดรอบ 2 รวมทั้งการพัฒนาทีมบุคลากร ทั้งนี้การจัดตั้งพื้นที่สำหรับผู้ป่วยได้รับความร่วมมือจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในเรื่องของแบบแปลน ละทีมวิศวกรที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หากหน่วยงานใดมีทีมบุคลากรหรืออาสาสมัครที่จะสนับสนุนการดำเนินงานให้แจ้งมาที่กรมการแพทย์เพื่อที่จะได้ทำการบริการจัดการให้เพียงพอและเหมาะสม

มติที่ประชุม รับทราบ

3.3 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นำเสนอสถานการณ์ของ PPE ดังนี้ ปัจจุบันได้กระจาย Surgical mask จำนวน 1.5 ล้านชิ้นต่อวัน ไปยังหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดส่งโดยให้ไปรษณีย์ จัดส่ง แต่ทว่าปัจจุบันโรงงานที่รับผลิตมีแนวโน้มประสบปัญหาขาด Filter ซึ่งเป็นวัตถุดิบหลักสำคัญ ซึ่งได้ประสานงานกับทางประเทศจีนเพื่อนำเข้า Filter

การกระจายยาปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ องค์การเภสัชกรรมได้ดำเนินการจัดสรรยาส่วนภูมิภาค โดย ยา 6 ชนิด กระจายไปที่ Node ทุกจังหวัด มีการกำหนด Minimum Stock ว่าควรจะเป็นเท่าไหร่ มีการเติม Stock 76 รพ. โดย รพ.Key จ่ายเป็นรายบุคคล องค์การเภสัชกรรมเติมยา Auto refill เป็น pack ยกเว้น Favipiravir ที่ ใช้โปรแกรมของ สปสช. ส่วนของกทม.ทางรพ.ราชวิถีเป็นคนจัดสรรและมีการ รายงานทุกวัน

PPE N95 มีการจัดสรรให้โรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่พบปัญหาคือ Coverall ยอดประมาณ 2 แสน ชุด ซึ่งการคำนวณเดิมเราใช้ประมาณเดือนละ 5 แสน ชุด อาจจะไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรใช้อย่างเหมาะสมและถ้าเราใช้ Isolation gown แทนในบางกิจกรรมก็จะทำให้ช่วยชะลอการใช้ Coverall ได้

ข้อเสนอแนะที่ประชุม

1. PCU ของเอกชนที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นโครงสร้างมานานแล้วที่ไม่มีโรงพยาบาลมารองรับ ฝากท่าน รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นจัดสรร PPE

2. หากมีการผ่อนปรนมาตรการจะต้องให้ความรู้ประชาชนและให้ประชาชนใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า

3. การทดสอบ Isolation gown ที่แรงดันของน้ำ ≥ 3.5 กิโลปาสกาล ค่าแรงดันน้ำสูงไป เป็น Level สำหรับใช้ใน ICU เกรด

มติที่ประชุม มอบกรรมการที่ทำ Guideline หาแนวทางการ reuse PPE หากไม่เพียงพอ

3.4 แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นำเสนอแนวทางการใช้ PPE สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรณี COVID-19 ที่มีการ Update ล่าสุดร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ฉบับวันที่ 20 เม.ย. 63 การเลือกชนิดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายสำหรับบุคลากรในสถานพยาบาล แบ่งตามระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ, กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง, กลุ่มความเสี่ยงสูง และกลุ่มความเสี่ยงสูงมาก

ข้อเสนอแนะที่ประชุม

1. วิธีการ Reuse N95 มี 3 วิธีตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือ อบแห้ง, ฉายรังสี UV-C และการรมฆ่าเชื้อด้วยไอไฮโดรเจเปอร์ออกไซด์

2. ของที่รับบริจาคมาจะต้องผ่านการทดสอบจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามีคุณภาพมาตรฐานสามารถใช้งานได้ ส่วนเรื่องมาตรการต่างๆ ในการใช้ PPE นั้นทีมผู้เชี่ยวชาญต้องคอยประสานงานให้ความมั่นใจกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ด้วยความร่วมมือจากหลายส่วน เช่น อย. อภ.

3. แนวทางการใช้ PPE ควรใช้คำให้ชัดและครอบคลุม เช่น ต้องใช้ หากไม่มี...ควรจะ ห้ามใช้ เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดข้อฟ้องร้องภายหลังจากกรณีทำการรักษา

4. การปรับแนวทางการใช้ PPE ควรหารือกับ GPO ก่อนด้วย

5. ที่ประชุมแจ้งว่าปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าร่วมกับ WHO ในการเป็นหนึ่งในยี่สิบประเทศที่เข้าร่วมการศึกษาแบบ Trial ในการใช้ยา

มติที่ประชุม

1. CPG ของกรมการแพทย์เป็นแนวทางให้แพทย์พิจารณาในการใช้

2. ขอให้ทุกหน่วยงานในกทม.รวมข้อมูลการใช้ยา Favipiravir เพื่อให้เห็นภาพว่าใช้ยาแล้วเป็นอย่างไร

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 Exit Strategy of COVID-19

4.1.1 แนวทางการจัดการรักษาโรคไตระยะสุดท้ายในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

4.1.2 แนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

4.1.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Renal failure ที่ต้องรับการรักษาด้วย renal replacement therapy ในช่วง COVID-19

4.1.4 การให้บริการทันตกรรมในช่วง COVID-19

ข้อเสนอแนะที่ประชุม

1. แนะนำให้ทำ Test PCR Screening เฉพาะ Case ที่จะดมยา เพราะ Case ที่ไม่ได้ดมยาไม่ได้เกี่ยวกับ Airway เหตุผลที่ใช้ Test PCR เนื่องจาก Test อื่นๆยังมีประสิทธิภาพไม่ดีพอที่จะมาทำ Screening ดังนั้นให้ทำ Test ครั้งเดียวแล้วผ่าตัดภายใน 7 วัน

2. ระบบเหมาจ่าย UC ควรจะมีหมายเหตุว่าค่าใช้จ่ายส่วนกรณี COVID-19 ที่เพิ่มขึ้น ไม่ควรอยู่ในค่าใช้จ่ายพื้นฐาน

3. ในเชิงวิสัญญีในระหว่างที่ทำหัตถการมีโอกาสเปลี่ยนแผนตลอดเวลา มีการใช้ห้องพักคนไข้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด และเคลื่อนย้ายคนไข้ตลอดเวลา ไม่สามารถแยกส่วนได้ชัดเจน ในทุก Case ที่มาทำการผ่าตัดควรจะต้องมีการตรวจ Screening ทุกราย

4. หลักเกณฑ์ควรใช้ได้ทั่วประเทศ แล้วแต่บริบทของพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงไม่เท่ากัน

5. ควรพิจารณาตามขนาด OR แล้วแต่ดุลยพินิจของแต่ละรพ.

6. อาจจะต้องมี Ontop โปรแกรมในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ในกรณี COVID-19 กรมการแพทย์และ UHosNet จะประสานกับ สปสช. กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม เรื่องค่าตรวจที่จำเป็น

7. ทันตกรรมจะ ปรับปรุงห้องเป็น isolation Room จะให้บริการใน Case ที่เป็น Emergency เท่านั้น ที่ประชุมเสนอ High Risk ที่จะต้องทำการผ่าตัดจะต้องทำ RT PCR ด้วยทุกราย

8. ER แต่ละที่ไม่ได้ใหญ่มาก ที่จะสามารถสร้างห้อง Negative pressure ได้ แนะนำทำ Isolator Chamber-Negative Pressure หน้า ER

9. ทั้ง 4 กลุ่ม ที่นำเสนอมา จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเกิดขึ้นอยู่แล้ว แต่ช่วยดูเรื่อง financial ของผู้ให้บริการด้วย

มติที่ประชุม กรมการแพทย์จะนำเสนอประเด็นนี้อีกครั้ง ฝากทั้ง 4 กลุ่มนี้ไป Review สิ่งที่ต้องทำ ว่ามีอะไรบ้างแต่ละ Level และจะแนะนำอย่างไรในเรื่องของ protocol ของกลุ่ม Exit Strategy ทั้ง 4 กลุ่ม และรวมทั้งส่วนของ Ontop มอบรองอธิบดีกรมการแพทย์ นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ประสานงานกับสปสช.

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

การพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดบริการผู้ป่วย COVID-19

นพ.อนันต์ กนกศิลป์ นำเสนอประเด็นบูรณาการข้อมูลโดย NHP เชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการ เป็นการบริหารจัดการบันทึกข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน มี 3 ระบบ คือ DDC Covid, Co-Lab, Co-ward

พญ.ปฐมพร ได้นำเสนอเพิ่มเติมในส่วนของระบบข้อมูล โปรแกรมหมอชนะ และ สบายดีบอท เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อและติดตามประวัติ และในอนาคตจะเชื่อมโยงกับข้อมูลกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. เพื่อให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในที่ประชุม

1. ช่วงนี้เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากกการใช้ระบบเดิมเป็นระบบใหม่ ฝากทีมเข้าไปหารือเรื่อง Data base Management ร่วมกันจะทำให้ลดภาระหน้างานได้

2. โปรแกรมทางศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. จะมีประโยชน์มากหากทุกคนคีย์ให้ครบมิติ

3. เรื่องของการคีย์ข้อมูล หากแบ่งความรับผิดชอบของแต่ละหน้างาน ภาระในการคีย์ก็จะหมดไป

4. ระบบนี้อยู่ภายใต้ MOU ที่ทำกับ CAT เดือนสิงหาคม 2562 ดังนั้นประสิทธิภาพของระบบเทียบเท่ากับ google การรองรับการข้อมูลรวดเร็ว ซึ่งเป็น platform ที่ถ่ายทอดเทคโนโลยีจาก AIS

5. อยากให้โปรแกรมหลักเป็นของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะโปรแกรมหมอชนะมีในเรื่องของกฎหมาย ซึ่งไม่ได้มีการประเมิน Case ก่อน ควรจะเชื่อมโยงกับโปรแกรมของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนสำนักการแพทย์ กทม. ยังใช้โปรแกรม BBK COVID-19

6. ควรจะมีการนัดประชุมชี้แจงผู้คีย์ข้อมูลหรือผู้อำนวยการแต่ละรพ.เพื่อชี้แจงการใช้โปรแกรมให้เข้าใจตรงกัน

มติที่ประชุม เห็นด้วยหากสามารถเชื่องโยงให้เป็นโปรแกรมเดียวกันได้ ให้แต่ละที่ดำเนินการแบบเดิมไปก่อน ถ้าสามารถใช้โปรแกรมใหม่ได้แล้วค่อยเลิกการใช้โปรแกรมเดิม ให้ดำเนินการคู่ขนานไปก่อนระหว่างระบบเก่าและระบบใหม่ เรื่อง Payment รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับไปแล้ว มอบนพ.อนันต์ กนกศิลป์และ พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ นัดประชุม กับทีมที่คีย์ข้อมูลในระบบของกรมการแพทย์และแจ้งเอกชนเข้าร่วมด้วย

ปิดประชุม เวลา 16.30 น.

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์
โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 25 เมษายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.เฉวตสรร นามวาท กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์ล่าสุดวันที่ 2 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วย COVID-19 รายใหม่ จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยสะสม 2,966 ราย รักษาหายกลับบ้าน 2,732 ราย ยังคงรักษาอยู่ 180 ราย เสียชีวิตรวม 54 ราย และได้นำเสนอกลุ่มเป้าหมายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การ Active case finding และ การ Sentinel Surveillance

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ฝากให้กรมควบคุมโรคประสานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในแต่ละจังหวัด จะต้องมีการนิยามการกักตัว พร้อมทั้งประกาศให้ชัดเจนไม่ทำให้เกิดความสับสนขึ้น

2. หัวข้อผู้รับผิดชอบในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากพิจารณาตามข้อมูลที่นำเสนอจะพบว่าข้อ 1.2 2 และ 3 โรงพยาบาลเอกชนจะไม่สามารถตรวจได้ ซึ่งถ้าเขียนขึ้นมาในลักษณะนี้จะเหมือนเป็นการถูกรอนสิทธิของโรงพยาบาลเอกชน ในสภาวการณ์แบบนี้ไม่ควรแบ่งเป็น ภาครัฐหรือภาคเอกชน

3. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ชี้แจงในกรณี ข้อ 3 การจ่ายเงินค่าตรวจจะแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ 1) สปสช. จ่ายในกรณีเข้าเงื่อนไขการผ่อนปรนของรัฐบาล ณ ช่วงเวลานั้น 2) ผู้ประกอบการ/ผู้รับการตรวจรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง 4. ควรมีการกำหนดราคากลางที่จะต้องจ่ายทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขออกเป็นประกาศ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ก็ออกประกาศให้เป็นไปในทางเดียวกันกับกระทรวงสาธารณสุข

5. สไลด์ที่นำเสนอกลุ่มเป้าหมายในการตรวจข้อ 2 และ 3 ในส่วนผู้รับผิดชอบในการตรวจนั้น ฝากให้กรมควบคุมโรคกลับไปทบทวนหารืออีกครั้ง และเห็นด้วยกับข้อความให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นผู้กำหนด หากภาครัฐไม่สามารถตรวจได้ก็ควรให้เอกชนเข้ามาดำเนินการตรวจได้ด้วย

6. สไลด์ที่นำเสนอกลุ่มเป้าหมายในการตรวจข้อ 2 งบประมาณเบิกจาก สปสช. หากเป็นคนไทย ไม่มีปัญหา แต่จะมีปัญหาในการตรวจแรงงานต่างด้าว ถ้าจะตรวจแล้วหน่วยงานไหนจะเป็นผู้จ่ายเงิน ซึ่ง สปสช. ไม่สามารถจ่ายให้ได้ ควรจะหาหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในการจ่ายเงินค่าตรวจนี้

7. หัวข้อผู้รับผิดชอบในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มเป้าหมายในการตรวจข้อ 2 และ 3 ควรจะเขียนเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

8. หัวข้อผู้รับผิดชอบในการตรวจ ควรเขียนเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ และเอกชนทุกสังกัด ให้หมดทั้ง 4 ช่อง ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายข้อ 1.1 1.2 2 และ3

9. State Quarantine ต้องตรวจ 2 ครั้ง

10. หากประกาศอะไรออกมาก็ตามขอให้ลงวันที่กำกับด้วย เพื่อให้เป็นที่ทราบและเป็นแนวทางในการปฏิบัติโดยทั่วกัน

11. การทำ pool sample จะทำใน case ทำฟัน หรือกรณีที่มีความเสี่ยงไม่มากเท่า OR ซึ่งในความเป็นจริง pool sample จะนำมาใช้ในการทำ Sentinel Surveillance เป็นจุดๆ แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับการพิจารณาจากการปฏิบัติงานจริง

12. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ชี้แจงในกรณีเบิกจ่าย สปสช. มีบทบาทในเรื่องการคัดกรองยืนยัน สิทธิ PP เบิกได้ พิจารณาเบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ 2 กรณี กรณีที่ 1 ให้เป็นไปตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรณีที่ 2 ตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

13. ควรทำเรื่องการตรวจก่อนเข้า OR อาจจะใช้ระยะเวลาประมาณ 15 วัน หรือ 1 เดือน แล้วดำเนินการเก็บข้อมูล preliminary ประเมินความคุ้มทุนและนำเสนอ สปสช. ว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อไป

14. Sentinel Surveillance กรมควบคุมโรคจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า ในโซนแต่ละจังหวัด แต่ละเขต หรือกลุ่มผู้ประกอบธุรกิจที่กำลังจะเปิดนั้น มีกลุ่มไหนบ้างที่จะต้องทำ Sentinel Surveillance และในการทำจะมีการทำซ้ำอีกครั้งตอนไหนบ้าง เช่น ทำซ้ำทุก 1 2 หรือ 3 เดือน เป็นต้น ซึ่งกรมควบคุมโรคจะต้องเป็นหลักให้ทั่วประเทศเข้าใจตรงกัน

15. ในการเบิกจ่ายของกลุ่มเป้าหมายข้อ 1.1 ขอผู้มีอำนาจออกหนังสือ เอกสาร ให้ชัดเจนว่าในเดือนพฤษภาคม ถ้ามีการทำการตรวจจะเบิกจ่ายจาก สปสช. ฝาก นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี

16. แพทย์หญิง เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ประเด็นเรื่อง Sentinel Surveillance ควรมีความชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจ Lab ใช้วิธีน้ำลาย pool sample ซึ่งจะมีผลต่อการเบิกจ่าย เนื่องจาก กทม.มีการสำรวจแคมป์คนงานไว้เรียบร้อยแล้ว เตรียมที่จะลงตรวจ หากไม่มีความชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจก็จะยังไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายจะเบิกได้อย่างไร ขอให้กรมควบคุมโรคให้ความชัดเจนในเรื่องนี้ และกรมควบคุมโรคจะนำเรื่องนี้กลับไป Explore และจะนำแจ้งต่อไป

17. นายแพทย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ขอความร่วมมือส่งข้อมูล pre-op swab ของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งหมด เพื่อจะเป็นข้อมูลในการน าเสนอในครั้งต่อไป

มติที่ประชุม

1. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท กรมควบคุมโรค รับข้อเสนอแนะนำกลับไปหารือ ทำความชัดเจนให้มากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นการเบิกจ่ายจะต้องสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ สปสช. และนิยามในการตรวจก่อนทำหัตถการจะเพิ่มในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างไรจะนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2. ฝาก นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และทีม เรื่องการพิจารณาการเบิกจ่าย ซึ่งมีแนวทางคร่าวๆอยู่แล้ว

3. กรมการแพทย์กำลังดำเนินการทำแนวทางในแต่ละเรื่อง และจะนำแนวทางไปหารือกับ สปสช. แต่ถ้าหากจะประกาศแนวทางจะเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาหารือร่วมกัน

4. มอบหมายให้นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์หารือร่วมกับ กรมควบคุมโรค เรื่องการตรวจสำหรับการวินิจฉัย ดูแลรักษา และสอบสวนระบาดวิทยา ประเด็นการตรวจตามดุลยพินิจของแพทย์

3.2 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลในกทม.และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ น าเสนอการบริหารจัดการเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในส่วนของความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนปัจจุบันมีจำนวนเตียงทุกประเภท (AIIR-ICU, Mod AIIR, Isolate room, Cohort ward, Hospitel room) เตียงทั้งหมด 2,296 เตียง มีแผนเพิ่มประมาณ 247 เตียง Hospite กับ รพ.ที่เป็น step down ก็ยังด าเนินการอยู่ จำนวนผู้ป่วยเหลือน้อยลง ไม่ถึง 100 ใน กทม. สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ความรุนแรง ICU ในภาครัฐ ที่ขยายในเดือนเมษายน ขณะทำเสร็จแล้ว 130 เตียง ในภาครัฐ ในแผนขยาย เดือน มิถุนายน คาดว่าจะมี 290 เตียง ส่วนในภาคเอกชน ในเดือนพ.ค. จำนวน 62 เตียง ในส่วนของศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจก็ยังดำเนินการอยู่

มติที่ประชุม รับทราบ

3.3 แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นำเสนอว่าได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางเวชปฏิบัติ ณ วันที่ 1 พ.ค. 63 เกือบทุกหน้า ดังนี้ หน้าแรกแก้ไขคำนิยาม PUI หน้าที่ 2 แก้ไขเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยในกลุ่มที่เป็น asymptomatic และ ในกลุ่ม mind case และที่แก้ไขมากที่สุดคือ หน้า 5 และหน้า 6 เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ฝากนายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยเรื่องยาบางตัวที่มี side effect หรือ ไม่ควรใช้และยาบางตัวที่ไม่จำเป็นต้องให้เลย

2. Case ที่กลับไปแล้วจาก Hospitel หรือว่า รพ. จะกลับมา Admit ใหม่จากสภาพที่อยู่ไม่เอื้ออำนวย ก่อนจำหน่ายควรถามญาติว่าคนไข้มีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีปัญหาให้ Admit ครบ 1 เดือนไปเลย สปสช. ยินดีจ่าย ครอบคลุม 30 วัน

3. ความคืบหน้าได้ทำการศึกษา การจำหน่ายผู้ป่วย มีแนวโน้มว่าเรียกมาเจาะ Antibody แล้ว ผลเป็นบวก ทั้ง 2 ตัว แต่ทำ PCR ผลเป็นลบ ถ้ามีความคืบหน้าจะเอามานำเสนอ

4. กทม. ทั้งจังหวัดเป็นพื้นที่เสี่ยง ถ้ามั่นใจว่าเป็น PUI จริงต้องใส่ PPE ตาม Guideline เพื่อป้องกันตัวเองก่อน จากการหารือกับผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้ทำ Paper ออกมาแล้ว Rapid test ไม่แนะนำให้ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยเพราะไม่น่าเชื่อถือ

มติที่ประชุม

1. CPG ของกรมการแพทย์นี้ เป็นแนวทางให้แพทย์พิจารณาในการใช้

2. ให้เช็คประวัติเสี่ยงถ้าไม่แน่ใจให้สงสัยไว้ก่อน เพื่อเป็นการป้องกันบุคลากร

3. เรื่อง การตรวจ Antibody ไม่มีความน่าเชื่อถือ

3.4 แนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ นำเสนอแนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นความร่วมมือของเครือข่าย 18 หน่วยงาน โดยมีมติเห็นชอบร่วมกัน ดังนี้

เริ่มให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย urgency และ elective case ตามล าดับ ซึ่งการผ่าตัดจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลมีมาตรการการป้องกันที่เหมาะสมและไม่ใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองเกินความจำเป็น และมีการบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดหลายสาขา ควรมีการจัด work flow และการจัดสรรงาน (job allocation) ที่มีความชัดเจน

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จัดลำดับตามความเร่งด่วนของโรค มีการคัดกรองซักประวัติ หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงจะยังไม่นำเข้า flow นี้ สิ่งสำคัญคือหลีกเลี่ยงการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ แนะนำให้มีการตรวจการติดเชื้อไวรัส โดยวิธี RT-PCR ก่อนการผ่าตัด 2 กรณี คือ มีการดมยาสลบหรือมีแนวโน้มต้องมีการดมยาสลบ และการผ่าตัดที่เป็น high risk สำหรับ droplet and aerosol generating procedures

การให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย urgency case บุคลากรทางการแพทย์ควรสวมอุปกรณ์ปกป้องตามคำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment: PPE) สำหรับการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย elective case ถ้าผู้ป่วยสามารถรอผลตรวจ RT-PCR ได้ ให้รอผลตรวจ หากผลตรวจเป็น negative ให้ปฏิบัติตามหลัก standard precautions แต่หากผลตรวจเป็น positive ให้เลื่อนผ่าตัดออกไปอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและไม่ต้องตรวจ RT-PCR ซ้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด ให้ปฏิบัติตามหลัก standard precautions

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ในช่วงเดือนพฤษภาคม เสนอให้มีการตรวจการติดเชื้อไวรัส โดยวิธี RT-PCR ทุกรายก่อนการผ่าตัดที่มีการดมยาสลบหรือมีแนวโน้มต้องมีการดมยาสลบ

2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดข้อ 7. การตรวจการติดเชื้อไวรัส โดยวิธี RT-PCR ก่อนการผ่าตัดทั้ง 2 กรณี สามารถเบิกจ่ายได้ทุกราย โดยคนไทยเบิกจ่ายจาก สปสช. ส่วนแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิการรักษาเบิกจากกรมควบคุมโรคติดต่อ

2. เสนอให้ปรับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดข้อ 7. จาก ในการผ่าตัดที่เป็น high risk เป็นในการทำหัตถการที่เป็น high risk

4. ในช่วงเดือนพฤษภาคม ผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัดที่มีความจำเป็นต้อง admit ก่อนการผ่าตัดเพิ่มเติม สามารถเบิกจ่ายได้

5. เกณฑ์ในการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยังอยู่ในเงื่อนไขที่ได้ประกาศไป แต่จะมีการชักซ้อมความเข้าใจเพิ่มเติมเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

6. เสนอให้ออกประกาศหรือแนวทางการเบิกจ่ายที่มีความชัดเจนในช่วงเดือนพฤษภาคม และประเมินผลเพื่อปรับแนวทางต่อไป

7. การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic) เป็นส่วนหนึ่งของการผ่าตัด ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ มีรายงานว่าการผ่าตัดผ่านกล้องทำให้เชื้อไวรัสในช่องท้องกระจายออกมาได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดผ่านกล้อง

8. การให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยที่เข้าข่าย PUI หรือผู้ป่วย non-COVID-19 ที่เป็น emergency case บุคลากรทางการแพทย์ควรสวมอุปกรณ์ปกป้องตามคำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment: PPE)

9. ในแนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัด ระบุให้ใช้ N95 และ face shield แต่ไม่ได้ระบุให้ใช้ PAPRเนื่องจาก PAPR ไม่มีความจ าเป็น แต่มีไว้สำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

10. ในระหว่างที่รอผลตรวจ RT-PCR 7 วัน ของโรงพยาบาลต่างจังหวัด ไม่จำเป็นต้อง admit มานอนโรงพยาบาล เนื่องจากในช่วงเวลา 7 วัน มีโอกาสติดเชื้อต่ำ แต่ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และแพทย์ต้องให้คำแนะนำกับผู้ป่วย

11. เสนอให้มีการซักประวัติผู้ป่วยบ่อยครั้ง เพื่อการประหยัดงบประมาณ โดยให้มีการซักประวัติในช่วงของการคัดกรอง การดมยาสลบ และวันมานอนโรงพยาบาล

มติที่ประชุม มอบนายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการ สปสช. จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายที่มีความชัดเจนเพื่อใช้ในการซักซ้อมความเข้าใจ

3.5 แนวทางปฏิบัติการห้องฉุกเฉินในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นำเสนอแนวทางปฏิบัติการ New normal Emergency Department โดย รพ.รามาธิบดี รพ.ศิริราช รพ.จุฬาฯ ร่วมให้ความคิดเห็น เดิม Pain point คือความล่าช้า และความแออัด หลังจากสถานการณ์ COVID-19 เริ่มลดลงกลับสู่ภาวะปกติ จึงจัดทำแนวทางปฏิบัติการสำหรับห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึง 2P Safety in all ในกระบวนการหลักๆ ประกอบด้วย Pre-hospital care (EMS), Triage, High risk procedure และ Transfer ได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการ ในประเด็น Triage คือการคัดกรองเพื่อจัดระดับความรุนแรงก่อนเข้าห้องฉุกเฉิน และ High risk procedure คือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง จากสถานการณ์ COVID-19 จึงมีเกณฑ์คัดแยกผู้ป่วยพิจารณาตามความรุนแรงและการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อจัด Zone ER ที่ถูกต้อง และอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมสำหรับการรักษา สำหรับรพ.ที่ไม่มีห้อง Negative แก้ปัญหาโดยการสร้างเต้นท์ Negative Pressure เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำหัตการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ออกแบบ Protocol ให้เหมาะสมกับเขตสุขภาพ และอบรมบุคลากรทางการแพทย์ Timeline ปัจจุบัน นำ Model นี้ Implement ใน รพ.นพรัตนราชธานี รพ.เลิดสิน และรพ.ราชวิถี ขั้นตอนต่อไปในเดือน พ.ค. 63 รับฟังความเห็นจากวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.สรพ , และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการประเมินวิเคราะห์ Gap จากนั้นจะออกแบบร่วมกับเขตสุขภาพเพื่อ Implement Model ที่เหมาะสม โดยเริ่มจาก รพศ. รพท. และขยายผลไปสู่ รพช. ต่อไป

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ER เน้น Triage จัดระบบการ Zoning การป้องกันและการคัดกรอง ซึ่งต่างจาก OR เน้นการ Swab

2. ควรหารือกับสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นงบประมาณสำหรับการปรับรูปแบบพื้นที่บริการของ รพ.ในเขตสุขภาพ

3. การออกแบบ ER ต้องคำนึงถึงโครงสร้างทางกายภาพของแต่ละโรงพยาบาลด้วย และต่อไปห้อง ER ใน รพ.ควรต้องมี Negative Area ที่ถาวร เนื่องจากเต้นท์ Negative Pressure ยังไม่ปลอดภัย

4. ต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละ Zone ความเสี่ยง เนื่องจากแต่ละ Zone ใช้อุปกรณ์ PPE ต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละ Zone ไม่ควรปะปนกันเพื่อความปลอดภัย

5. New normal ต้องคำนึงถึงเรื่องงบประมาณ เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนทั้งโครงสร้าง ระบบ และบุคลากร

6. ต้องสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ว่ากลางคืนหากไม่ฉุกเฉินจริงๆ ไม่ต้องมาโรงพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้บริการห้องฉุกเฉินในช่วงงดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการนำไปต่อยอดได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

8. วิเคราะห์ Benefit ความคุ้มค่า คุ้มทุน เพิ่มเติม ซึ่งมีข้อมูลบ้างแล้วในบางส่วน

9. กรมการแพทย์จะหารือกับ กทม. ศูนย์เอราวัณ สพฉ. ในประเด็น Pre-hospital care (EMS) ต่อไป

10. พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ สปสช. จะดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจหลักเกณฑ์แนวทางเกณฑ์การเบิกจ่าย สาระสำคัญ คือเกณฑ์การเบิกจ่ายตามกระทรวงสาธารณสุขก าหนด และเกณฑ์ตามดุลยพินิจของแพทย์

11. การซักซ้อมความเข้าใจ จะต้องมีหลักฐานประกอบด้วย

มติที่ประชุม

1. สปสช. ดำเนินการซักซ้อมความมั่นใจ และอ้างอิงแนวทางเกณฑ์การเบิกจ่ายแนวทางเกณฑ์การเบิกจ่ายตามหัตถการต่าง ๆ จากมติคณะกรรมการโรคติดต่อ

2. กรมการแพทย์ปรับแนวทางการปฏิบัติการห้องฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด ตามความคิดเห็นจากที่ประชุม และจะผลักดันผ่านทางแพทยสภา และ EOC กระทรวงสาธารณสุข เพื่อ Approve และ Implement

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 การพัฒนาฐานข้อมูลการจัดการทรัพยากรเพื่อรองรับสถานการณ์ COVID พื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ นำเสนอการพัฒนาฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงCOVID ในประเด็น Co-ward เดิมระบบของกรมการแพทย์เก็บข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการเตียง โดยเก็บในระดับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ปัจจุบันต้องการลงข้อมูลรายบุคคล เพื่อจัดสรร PPE และยา ใน 12 เขตสุขภาพ และกทม. โดยศูนย์เทคฯ สป. พัฒนาระบบฐานข้อมูล NHP และสั่งการให้เขตสุขภาพลงข้อมูลในโปรแกรมนี้ ซึ่งกรม สบส. สื่อสารให้รพ.เอกชนรับทราบ กรมการแพทย์ประสานกทม.เพื่อรับฟังแนวทางและนัดเปลี่ยนระบบในวันที่ 1 พ.ค. 63 ปัญหาที่พบคือ กทม. ยังดำเนินการไม่ได้เนื่องจากเป็นพื้นที่พิเศษที่แตกต่างจากเขตสุขภาพ เช่น การจัดสรรยา เป็นต้น ระบบรายงานข้อมูล Dashboard ไม่ตอบโจทย์การนำข้อมูลไปบริหารเตียงของพื้นที่ และกรณีเร่งด่วนไม่สามารถหาเตียงว่างใน กทม. และปริมณฑล ได้ เนื่องจากการรายงานต้องเลือกจากหลายสังกัด ซึ่งมีหลายหน่วยงานยังไม่สะดวกในการลงข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูล Co-ward กับโปรแกรม NHP ต้องใช้เวลานาน ดังนั้นการลงข้อมูล eCRF ขอลงข้อมูลในระบบกรมการแพทย์ไปก่อน สำหรับ Co-ward ต้องรอการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงจากศูนย์เทคฯ สป.

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

สนับสนุนให้มีระบบเดียวทั้งประเทศ แต่ยังติดปัญหาในประเด็นการเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละระบบ และระบบใหม่ไม่สามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ซึ่งตามหลักการหน่วยงานที่ลงข้อมูลจะต้องได้ใช้

ข้อมูลมติที่ประชุม

รวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ ที่สามารถดำเนินการได้ และไม่สามารถดำเนินการได้ เพื่อให้ท่านรัฐมนตรีช่วยฯ นัดประชุมกับคณะพัฒนาโปรแกรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเดินหน้าต่อไปหรือกลับไปใช้ระบบเดิม

4.2 การลงข้อมูล Dead Cases เพื่อท า Dead Case Conference

นพ.สกานต์ บุนนาค ผอ.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุนำเสนอข้อมูล Dead case ทั่วประเทศ ณ วันที่ 1 พ.ค. 63 จำนวน 54 ราย ที่มาของการลงข้อมูล Dead case เพื่อเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการอ้างอิง ซึ่งมีประโยชน์สำหรับการทำ Guideline สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ซึ่งจะนำมารวมกับข้อมูลจากการสอบสวนโรค (novel coronavirus) กรมควบคุมโรค ข้อมูล eCRF กรมการแพทย์ ซึ่งจะทำให้เห็นการดำเนินการดูแลรักษา COVID-19 ตั้งแต่การสอบสวน การดูแลรักษา จนเสียชีวิต ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจาก COVID-19 ลงข้อมูลในระบบผ่านทาง website กรมการแพทย์ www.dms.go.th แล้วคลิกที่สัญลักษณ์ eCRF และ Log in ด้วย Username และ Password เดียวกันคือเลขรหัสสถานบริการ 5 หลักของโรงพยาบาล

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. จากการหารือกับ ปปส. จึงขอฝากคณะทำงานหาความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตจาก COVID-19 กับการใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์

2. ขอตัวแทนจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และ UhosNet แห่งละ 2 ท่าน และหน่วยงานอื่น ๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการ

มติที่ประชุม มอบ นพ.สกานต์ บุนนาค ด าเนินการต่อไป

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ

1. จากการประชุมสื่อสารของ สปสช. ที่ผ่านมา (1 พ.ค. 63) ฝาก สปสช. ตรวจสอบข้อมูลประเด็น PPE ถูกจัดสรรโดยกระทรวงสาธารณสุขให้ทุกโรงพยาบาล แต่ที่จริงแล้ว PPE ที่ภาคเอกชนได้รับการจัดสรรจาก อย. ได้รับเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์ PUI และคนไข้ COVID Positive เท่านั้น นอกนั้นเป็น PPE ที่โรงพยาบาลจัดสรรเอง

2. ควรทบทวนประเด็นการติดเชื้อในกลุ่ม Health Work เพื่อหาช่องว่างว่าเกิดจากความผิดพลาดในส่วนไหน ซึ่งกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการเก็บข้อมูลและสอบสวนโรคแล้ว

3. มาตรการการกำหนด Indication สำหรับ circuit breaker หลังเปิดเมือง กรมควบคุมโรคได้มีการพิจารณาไว้แล้วหรือไม่ เพื่อช่วยกันสังเกตติดตามไปด้วยกัน

4. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผอ.รพ.รามาธิบดี ขอข้อมูลจำนวนการ Swab และ Operation ที่ดำเนินการจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประชุมครั้งต่อไป

5. นพ.สุขสันต์ กิตติศุภกร ให้ข้อมูลผลการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ การเปิดกิจการ New normal ในส่วนของ กทม.จะอ้างอิงตามประกาศฉบับที่ 6 ของรัฐบาลเป็นหลัก แต่จะมีมาตรการที่เข้มงวดกว่าประชุมครั้งต่อไป วันเสาร์ที่ 16 พฤษภาคม 2563 เวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์

ปิดการประชุม 16.45 น.

วาระการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 16 พฤษภาคม 2563 เวลา 09.30-12.00 น.
ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ดร.สาธิต ปิตุเตชะ	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธาน
2. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
3. นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์
4. นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
5. นพ. มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
6. ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
7. นพ.สมฤกษ์ จึงสมาน	รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
8. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
9. รศ.นพ.นิพัฒน์ เจียรกุล	นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
10. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
12. นพ.เฉลิม หายพาณิชย์	นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
13. นพ.ไพบูลย์ เอกแสงศรี	เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
14. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
15. นพ.ทัศนชาติ จิตรีธาตุ	แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
16. นพ.สมบูรณ์ ทศบวร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
17. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์
18. นพ.ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
19. พญ.ภัทรา อังสุวรรณ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
20. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
21. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์
22. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10
23. พล.อ.ต.ทวีพงษ์ ปาจรีย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมพลอดุลยเดช
24. พันเอกสุธี อินทรชาติ	สำนักการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
25. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
26. นพ.ไพโรจน์ บุญคงชื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักกรีนฤบดินทร์
27. รศ.นพ.พฤหัส ต่ออุดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
28. นพ.สุกิจ ศรีทิพยวรรณ	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
29. พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
30. น.ส.พรเพ็ญ จำรูญรัตน์	ผู้อำนวยการส่วนยุทธศาสตร์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักการแพทย์ กทม.
31. นพ.พรเทพ แซ่เฮ้ง	ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายพิบูลย์ มีนิล	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
2. น.ส.พิชญาภัค ภูคำอ้าย	กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
4. รศ.ดร.ไพศาล สันติธรรมนนท์	คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
5. นายประจักษ์ อิสสะอาด	กองวิชาการแพทย์
6. น.ส.ลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์	กองวิชาการแพทย์
7. น.ส.ชุติกาญจน์ ปักเคธาติ	กองวิชาการแพทย์
8. น.ส.ฉวีวรรณ พงษ์วงษ์	กองวิชาการแพทย์
9. นางสาวเพชรีภรณ์ ศรีบุศกร	กองวิชาการแพทย์

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 2 พฤษภาคม 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์ล่าสุดวันที่ 16 พ.ค. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ 0 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,025 ราย ผู้ป่วยกลับบ้าน 2,855 ราย ผู้ป่วยรักษาอยู่ 114 ราย เสียชีวิตสะสม 56 ราย

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เกณฑ์ที่เราจะประกาศยกเลิกประเทศกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในบางประเทศไม่มี Case เลย เรามีเกณฑ์อะไรที่กำหนดชัดเจนหรือไม่ เราจะยกเลิกหรือไม่เนื่องจากการเดินทางเข้ามายังประเทศไทยลำบากมาก

- กรณีที่จะประกาศยกเลิกจะมีคณะวิชาการที่จะให้คำปรึกษากับนายกรัฐมนตรี ซึ่งจะพิจารณาหลายปัจจัยประกอบกัน

2. ในเขต กทม. เริ่มมีการผ่อนปรน การกำหนด sentinel size ที่จะทำ sentinel surveillance กลุ่มไหนบ้าง ต้องทำทุกกี่เดือน ถ้าต้องกลับไปล็อคดาวน์เหมือนเดิม จะจากปัจจัยใด มีการกำหนดเกณฑ์ขึ้นมาหรือไม่

- เรื่อง sentinel size ได้มีการชี้แจงไปแล้วทั้งหมด 4 กลุ่ม และได้มีการวางแผนกับทีมสำนักอนามัย กทม. ในการลงพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว ได้วางระบบการสุ่มในแคมป์คนงานก่อสร้าง, ชุมชนแออัด, และกลุ่มตลาดสด โดยการตรวจโดยใช้น้ำลายและRT PCR ส่วนบุคลากรและเจ้าหน้าที่

ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามสถานประกอบการที่เปิด เป็นการเฝ้าระวังด้วยระบบ ถ้าเข้าเกณฑ์ PUI ก็สามารถมาตรวจรักษาตามระบบได้ ส่วนการกำหนดการกลับมาใช้มาตรการล็อคดาวน์ หากมีการระบาดรอบ 2 จะมีอีกทีมคือทีมยุทธศาสตร์ของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และน่าจะมีกระบวนการในตัดสินใจ

3. มีแนวคิดในแง่ของเศรษฐกิจ โดยจะมีการจับคู่ประเทศที่ควบคุมการระบาดได้ เปิดให้มีการเดินทางไปมาของกลุ่มประเทศเพื่อฟื้นเศรษฐกิจ

- ประเทศออสเตรเลียกับประเทศนิวซีแลนด์เริ่มทำแล้วในการเที่ยวระหว่างกัน อาจจะต้องไปดู Model ของสองประเทศนี้ว่าทำอย่างไร

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทั้ง 12 เขต ต้องมีการเฝ้าระวังชายแดน เช่น สุ่มตรวจคนขับรถที่ข้ามมาจากประเทศเพื่อนบ้าน อีกเรื่องถ้าหากประเทศออสเตรเลียกับประเทศนิวซีแลนด์ จะเข้ามาในประเทศไทยจะต้องมีประกันสุขภาพ อย่างน้อย 1 ล้านบาท และ Fit to fly การตรวจหาเชื้อจะต้องทำทุกกี่วัน มาตรการต้องเข้มข้น

- เสนอให้มีการเปิดเป็นเฉพาะบางเกาะ เช่นเกาะภูเก็ต เกาะสมุย หรือเกาะที่ควบคุมการระบาดได้ คณะกรรมการของแต่ละเกาะจะต้องมีการประชุมหารือกันว่าจะมีมาตรการอย่างไร โดยส่วนกลางเข้าร่วมประชุมหารือด้วย

- ต้องตกลงกติกาว่า ถ้าเปิดประเทศได้ Indicator คืออะไร การระบาดรอบแรก ส่วนใหญ่เป็น Case ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง แต่การระบาดรอบที่ 2 น่าจะเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังเข้ามาเยอะขึ้นกว่าเดิม และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีมาตรการไม่เหมือนกัน ต้องไปบริหารจัดการระบบของแต่ละจังหวัด

- ตัวแปรสำคัญอีกอย่างคือ Testing Capacity มีจำนวนเพียงพอหรือไม่ เพื่อที่จะรองรับการเปิดประเทศ

มติที่ประชุม รับทราบ

มอบ ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค หารือกับกรมควบคุมโรค ในเรื่องเกณฑ์ของการล็อคดาวน์อีกครั้งหากเกิดการระบาดรอบที่ 2

3.2 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม.และปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอการบริหารจัดการเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในส่วนของความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนปัจจุบันมีจำนวนเตียงทุกประเภท (AIIR-ICU, Mod AIIR, Isolate room, Cohort ward, Hospitel room) เตียงทั้งหมด 2,282 เตียง ได้มีการเปลี่ยนมาใช้ข้อมูลจากโปรแกรม Co-ward พบอุปสรรคบ้าง แต่ได้หารือกันกับหน้างานแล้ว ผู้ป่วย Admit คงเหลือ ไม่รวมโรงพยาบาลสนาม 34 ราย จำนวน AIIR ICU ใน ภาครัฐ มี 130 เตียง ที่พร้อมให้การดูแลผู้ป่วย COVID-19 และจำนวน AIIR ICU ภาคเอกชน รพ.World Medical Center และรพ.เกษมราษฎร์ พร้อมรับผู้ป่วยแล้ว ในส่วนของศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจก็ยังดำเนินการอยู่ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้หารือเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง state & Local Quarantine ซึ่งเป็นภารกิจ ต่อเนื่องกันกับศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ ได้หารือกับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกทม.

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. Quarantine area มีกลุ่มที่ยังเป็นปัญหาในการบริหารจัดการเช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งศูนย์เอราวัณจะต้องรับผู้ป่วยส่งต่อไปยัง รพ.ปลายทาง เป็นไปได้หรือไม่ว่าจะมีทีมฉุกเฉินลงไป Standby

2. ในช่วงที่ผ่านได้มีการไปรับผู้ป่วยจิตเวช 6 ครั้ง มี Case ทำร้ายร่างกายตอนกลางคืนแล้วโทรมาที่ศูนย์เอราวัณ ซึ่งได้ประสานความช่วยเหลือไปที่ศูนย์ refer รพ.ราชวิถี ซึ่งเป็นนอกเวลาราชการ โอกาสที่จะรับผู้ป่วยค่อนข้างมีปัญหาเรื่องการประสานงาน ส่วนใหญ่ให้รอจนกระทั่งเช้า ซึ่งหน้างานมีความเป็นห่วงว่าคนไข้จะทำร้ายตัวเอง ไม่มีทีมที่จะเข้าไปดูแล เนื่องจากว่า state Quarantine เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงกลาโหม ดังนั้นอาจจะต้องมีความเชื่อมโยงกับทีมว่า ความต้องการแค่ไหน ช่องทาง contract person ภายใต้กรมสุขภาพจิตเป็นใคร เพื่อให้การประสานงานราบรื่นช่วยผู้ป่วยได้ทัน

3. พันเอกสุธี อินทรชาติ สำนักปลัดกระทรวงกลาโหม กล่าวว่า ทางทีม state Quarantine มี job description เขียนชัดเจน ขณะนี้รับผิดชอบจังหวัดสมุทรปราการ ได้รับ Case จิตเวช ปัญหาไม่ได้อยู่ที่โรงแรม แต่เป็นกระบวนการส่งต่อ ที่เจอผู้ป่วยประสานงานประมาณ 5 ชั่วโมง ได้ส่งต่อไปยังสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จึงต้องให้กระทรงสาธารณสุขช่วยหาโรงพยาบาลปลายทางให้

- นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ ชี้แจงว่า ให้ทำตาม Protocol การปฏิบัติมีทีมที่ประจำแต่ละโรงแรม และศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ state Quarantine เรื่อง Emergency เดิมทีที่ออกแบบระบบไว้สำหรับการหาเตียงผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI และผู้ป่วยยืนยัน จึงรับเรื่องไว้ก่อน แต่สมรรถนะของทีมกับ protocol ของทีมต้องฝากทางกระทรวงกลาโหม ช่วยยืนยันกับทุกทีมที่ดูแลโรงแรมด้วย และFocal point ให้ประสาน POC กรมสุขภาพจิต เบอร์โทร 081-8605943

4. นพ.เฉลิม หายพาณิชย์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน กล่าวว่า เนื่องจากได้รับการขอร้องจากรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงกลาโหม ในประเด็นคนไข้ทั่วไปที่ไม่ใช่โรคโควิด หารพ.รับไม่ได้จะเบิกจ่ายอย่างไร เกิดเป็นประเด็นร้องเรียน เลยได้จับคู่โรงแรมกับโรงพยาบาลเอกชนไว้รองรับเรียบร้อยแล้ว แต่ไม่แน่ใจว่ามีการสื่อสารเพียงพอหรือไม่ อีกประเด็นตอนนี้กำลัง Match Alternative State Quarantine ในโรงแรมต่างๆ ทั่วกทม.กับโรงพยาบาลเอกชน ขอฝากท่านรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการเบิกจ่ายกับกองทุนต่างๆ ช่วงถูก State Quarantine เป็นเงื่อนไขพิเศษหรือไม่ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

5. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชี้แจงว่าโดยระบบคนไข้ที่กรณีฉุกเฉินมีระบบรองรับอยู่แล้ว แม้ไม่ใช่ UCEP ก็สามารถเข้า รพ.ที่ใกล้ที่สุดได้แล้วทางสปสช. จะไปจ่ายให้ แต่จะมีระบบเคลียร์เงินอีกระบบที่รองรับ

มติที่ประชุม รับทราบ

1. มอบนพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์และนพ.พรเทพ แซ่เฮ้ง ผู้อำนวยการศูนย์เอราวัณ ประสานงานกับกรมสุขภาพจิต เรื่องรับผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีจิตเวช

2. มอบนพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์และพันเอกสุธี อินทรชาติ ประสานงานกับกรมสุขภาพจิต เรื่องการเบิกจ่าย State Quarantine ของ รพ. จิตเวช

3.3 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส

นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รายงานว่าได้จัดสรรอุปกรณ์ต่างๆ ไปวันที่ 21 เมษายน- 4 พฤษภาคม 2563 โดยใช้หลักการเดิม แต่เนื่องจากองค์การเภสัชกรรม (อภ.) สำรอง N95 อย่างเดียว ซึ่งในพื้นที่จะได้รับสัปดาห์หน้า แต่ Coverall และ Isolation gown มีสำรองไว้แค่หลักหมื่น สัปดาห์หน้าจะมีของเข้ามาเพิ่ม และจะเริ่มกระจายในส่วนของ Coverall และ Isolation gown ในเรื่อง Program Co-ward จะทำทั้งระบบในสัปดาห์หน้า พบปัญหาขาดข้อมูลของ

รพ.เอกชนในต่างจังหวัด ส่วน Surgical Mask ทรัพยากรขาด ได้เจรจากับ 3 บริษัท กำลังตรวจสอบมาตรฐานและราคา ส่วนการกระจายทางปลัดกระทรวงสาธารสุข แจ้งว่าถ้าหมด พ.ร.ก.ฉุกเฉิน แต่ละโรงพยาบาลจะต้องทำการจัดซื้อเอง ตอนนี้ทางองค์การเภสัชกรรม มี N95 ที่เป็น Industrial grade พอสมควร ชุด PPE ที่เป็น Isolation gown จะกระจายเรียบร้อยภายในสิ้นเดือน 4,000 ชุด และอาจต้องมีการกระจายอุปกรณ์พวกนี้ไว้ก่อนเพื่อรองรับการระบาดรอบ 2 เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ ทางองค์การเภสัชกรรมจะจัดหา N 95 ในอีก 2-3 เดือน ได้ประมาณ 3 แสนกว่าชิ้น ที่จะมีปัญหาคือ Isolation gown Coverall จะจัดหาได้แค่ 2 แสน ชิ้นต่อเดือน

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. นพ.เฉลิม หายพาณิชย์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน กล่าวว่า หัวข้อที่ สปสช. ขึ้นในเว็บไซต์ ขอชะลอการจ่ายชุด PPE เดือน เมษายน 2563 เนื่องจากอยู่ระหว่างการหาข้อสรุปการจ่ายค่าชุด PPE ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้รพ.เอกชนเฉพาะ Case Positive แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง

- นพ.การุณย์ คุณติรานนท์ รองเลขาธิการ สปสช. ชี้แจงว่า เรื่อง PPE มีการหารือกันโดยเชิญกระทรวงสาธารณสุข, อภ., อย. และกองทุนที่เกี่ยวข้อง โดย ชุด PPE ทางกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ Provide ให้ทั้งหมด เบื้องต้นก็เลยทำชะลอไว้ก่อน เมื่อไปตรวจสอบอีกครั้ง พบว่าทางกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้จ่ายให้ทุกกรณี จะจ่ายให้กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI และ Case Positive ซึ่งชุด PPE มาจากทาง อย.และ อภ. จริง แต่ค่าใช้จ่ายทางกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จ่ายให้ คิดว่ายังไม่ครอบคลุมทั้งหมด เราจึงมีการนัดหารืออีกครั้งวันที่ 20 พ.ค. 2563 เพื่อที่จะเคลียร์เรื่องนี้ให้ชัดเจน ในระหว่างนี้จึงขอชะลอไว้ก่อน ถ้ามีความชัดเจนแล้วจะจัดสรรเงินออกไป

3. มีแผนการที่จะผลิตยา Favipiravir หรือไม่

- ทาง อภ. ได้มีการซื้อสารตั้งต้นมาจากทางประเทศจีนแล้ว คิดว่าขั้นตอนในการผลิตน่าจะทำได้ แต่อาจต้องใช้เวลา และตรวจสอบการคงตัวและความคล้ายคลึงยาของประเทศจีน

- ยา Favipiravir ได้มีการสั่งสำรองถึงสิ้นเดือนหลายแสนเม็ด จึงพียงพอ แต่ขอความร่วมมือทุกหน่วยงาน ลงข้อมูล ตาม eCRF ภายในวันจันทร์หรือวันอังคารนี้ เนื่องจาก ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะทำวิเคราะห์ข้อมูลของคนไทยที่ได้รับยาตาม CPG เป็นงานวิจัยสั้นๆ และขณะนี้มีการนำ Plasma มารักษาคนไข้

มติที่ประชุม รับทราบ

3.4 หลักการสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายการตรวจ RT-PCR

หลักเกณฑ์เงื่อนไขการเบิกจ่ายเรื่องกรณีตรวจคัดกรอง และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID-19 ของสปสช. โดยมีงบประมาณสนับสนุน จากงบประมาณกลาง จำนวน 3,260 ล้านบาท งบประมาณสปสช. โดยตรง 1,020 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 4,280 ล้านบาท สำหรับการเบิกจ่ายในกรณี COVID-19 เงื่อนไขการจ่าย กลุ่มที่เข้าเกณฑ์การตรวจคัดกรองและยืนยัน ได้แก่

1.1 กลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2 กลุ่มที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตาม<u>ดุลยพินิจของแพทย์</u>ในแนวทางของกรมควบคุมโรค ที่ใช้ในปัจจุบันในโปรแกรม DDC

1= ด่านควบคุมโรค
2= PU Iตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค
3= ติดตามผู้สัมผัส
4= คัดกรองผู้ถูกกักกัน
5= Active Case Finding
6= Sentinel Surveillance
7= คัดกรองก่อนทำหัตถการ
8= PUI ไม่ผ่านเกณฑ์ แต่แพทย์สงสัย

หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

1. ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) ยกเว้นต่างด้าว ซึ่งทางกรมควบคุมโรคกำลังหาแนวทางอยู่

2. การตรวจคัดกรองจะดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ต้องเป็นห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับส่งต่อทางด้านห้องปฏิบัติการหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะค้นเทคนิคการแพทย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การจ่ายชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยสำหรับข้อมูลบริการตั้งแต่ วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป กรณีหน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐแล้ว ไม่ให้นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

รายงานการตรวจคัดกรอง COVID-19 ในระบบ e-Claim

การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 แยกตามประเภทหน่วยบริการรัฐ เอกชนการเก็บตัวอย่างตรวจ Lab เก็บตัวอย่างและตรวจ Labของภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 23.66 ของเอกชน ร้อยละ 76.34 โดยสิทธิส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม รองลงมาเป็นสิทธิ UC และสิทธิข้าราชการ ตามลำดับ โดย

- ข้อมูลส่งเบิกในระบบ ตั้งแต่ 9 เม.ย.63 ถึง 15 พ.ค. 63 เฉพาะรายการที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ผ่าน) โดยเป็นข้อมูลบริการตั้งแต่ 2 มี.ค. 63 ถึงปัจจุบันชะลอการจ่ายค่าชุด PPE ให้เป็น 0 บาท ยังหาข้อกำหนดแนวทางในการจ่ายไม่ได้
- การนับจำนวนคนเป็นการนับซ้ำจึงนับ เนื่องจากแยกบริการภาครัฐและเอกชน
- ข้อมูลตั้งแต่ 1 พ.ค.2563 ถ้าไม่ลงผล LAB จะถูกปฏิเสธการจ่าย
- หลายโรงพยาบาล ยังไม่ได้สมัครเข้า สปสช. Screening แต่ดำเนินการไปแล้วให้ประสานเข้ามาที่ สปสช. โดยตรงทาง สปสช. จะตรวจสอบและดำเนินการต่อไปให้

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ กล่าวว่า การประเมินตามดุลยพินิจของแพทย์ ในโปรแกรม DDC ที่มี 8 กลุ่มย่อย ถ้ามีเพิ่มเติมจากนี้ ต้องทำเรื่องยังไงหรือเอาจากกรรมการชุดนี้เสนอได้เลย, ความก้าวหน้ากรณีข้อเสนอ Dialysis ในช่วง 30 วันหลังป่วยจาก COVID แล้วก็ขอเบิกตัวกรอง

- เรื่องของ HD ได้มีการแจ้งเวียน หารือกันวันที่ 22 พ.ค.2563 สปสช. คิดว่าถ้ามีความจำเป็นทางทีมวิชาการเห็นด้วย ก็จะประกาศแนวทางการจ่ายชดเชย โดยหลังจากวันที่ 22 คงมีข้อสรุป ส่วนเรื่องของประเด็นอื่นๆนอกเหนือจาก 8 กลุ่ม ย่อย ถ้าแพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ ก็สามารถเบิกจ่ายได้ แต่ถ้า Update เป็นรายการยึดตามกรมควบคุมโรคประกาศ

2. Sentinel Surveillance ใช้งบของกรมควบคุมโรคหรือไม่

- ถ้าอยู่ในกลุ่มเป้าหมายของกรมควบคุมโรคก็ให้เบิกกับกรมควบคุมโรค แต่มีหลายๆที่ดูแล้วเกินกลุ่มเสี่ยงมากกว่างบประมาณของกรมควบคุมโรคจึงจะมาเบิกกับ สปสช. ยึดตาม Lab ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับรองคือ RT-PCR ส่วนการตรวจน้ำลายรอให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ

3. นพ.ไพบูลย์ เอกแสงศรี เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน สรุปก็คือ 1 พ.ค.2563 เป็นต้นไปต้องมีอนุญาตถึงจะเบิกได้ใช่หรือไม่ ก่อนหน้าที่จะมีประกาศ ที่รพ.เอกชนคัดกรอง ต้องมีใบอนุญาตหรือไม่

- การอนุญาตกติกาเริ่มวันที่ 1 พ.ค. 63 ที่ต้องขออนุญาตไปที่คระกรรมการโรคติดต่อจังหวัดก่อนหน้านี้ ก็เป็นไปตามกติกาเดิมไม่ได้เอามาบังคับใช้ย้อนหลัง

มติที่ประชุม รับทราบ

3.5 ติดตามผล RT-PCRในการตรวจ pre-operative

สรุปจำนวนผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดในสถานการณ์ COVID-19

หน่วยงาน	จำนวนการทำpre-op screening for COVID (ราย) ใน Operation ที่ทำGA		จำนวนการทำpre-op screening for COVID (ราย)ในหัตถการที่ทำนอก OR	
	ทำ swap for PCR	ผล (rRT-PCR) เป็น(+) ve	ทำ swap for PCR	ผล (rRT-PCR) เป็น(+) ve
ข้อมูลจาก UHOSNET	645	2	0	0
รพ.สังกัดกรมการแพทย์	699	0	22	0
รวม	1,687	2	22	0

รวมทำ swab ทั้งหมด 1,709 ราย ผล positive 2 ราย คิดเป็น 0.12 %

- รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ขอความร่วมมือทุกหน่วยงานลงข้อมูลให้ในระยะเวลา 1 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาประเมินความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองและทบทวนเกณฑ์ในการตรวจคัดกรองอีกครั้ง

มติที่ประชุม รับทราบ

3.6 ติดตามความก้าวหน้า New Normal of health care

นำทีมโดยรองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.มานัส โพธาภรณ์) ลงพื้นที่จังหวัดปัตตานี เพื่อสำรวจโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อเก็บข้อมูลปัญหาหน้างาน และวิเคราะห์ศักยภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อทำ action plan ระหว่างกรมการแพทย์ร่วมกับทีมพื้นที่จังหวัดปัตตานี ซึ่งmodel ที่จะนำไปใช้ มีห้องทันตกรรม ห้องผ่าตัด งาน NCD (HT,DM) ห้อง ERโดยจะเชื่อมต่อตั้งแต่ระดับ primary จนถึงระดับ tertiary จะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกรมแพทย์กับทีมผู้บริหารปัตตานีในการทำ small group สรุปและประเมินผลต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 นวัตกรรม

กลุ่มสหศาสตร์นวัตกรรมไทยต้านภัยโควิด (THAIMIC) นำเสนอโดยนายแพทย์เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์กลุ่ม THAIMIC ก่อตั้งโดยแพทย์หญิงเนาวรัตน์ ทวีศิลป์ เป็นความร่วมมือของหลากหลายสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ วิศวกร และสถาปนิก มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ออกมาแล้ว 6 - 7 ผลิตภัณฑ์นำเสนอข้อมูลผลิตภัณฑ์ดังนี้

1. Powered Air-Purifying Respirators (PAPRs) เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำออกสู่ตลาดเรียบร้อยแล้ว มีต้นทุนในการผลิตประมาณ 4,000 บาท ผ่านการรับรองมาตรฐานengineering test และ biological test จากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีนโยบายการกระจายสินค้าแบบfair allocation ไม่มีภาครัฐหรือภาคเอกชน

2. Personal Protective Equipment (PPE Suit) ผลิตจากผ้า Dupont Tyvek 1460 R ผ่านการทดสอบจากสถาบันสิ่งทอผ่านมาตรฐานระดับ 3 คือ กันน้ำได้ลึกกว่า 0.5 เมตร ใช้ใน ICU, CPR, Intubationซึ่งเป็นชุดแบบDisposableและมีโครงการพัฒนาชุด Reusable Level3 ซึ่งอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงานและการทดสอบ

3. Modular Negative-Pressurized ICU หอดูแลผู้ป่วยหนักความดันลบแบบประกอบง่าย มีแนวคิดที่ต้องการทำ ICU รูปแบบใหม่ จะใช้เวลาดำเนินการไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังเริ่มสั่งทำ จุดเด่นคือเริ่มต้นจะสร้างเป็นแบบแรงดันลบและจะสามารถเปลี่ยนเป็นแรงดันบวกเมื่อหมดสถานการณ์COVID-19 ได้ โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ Modular Field ICU และUpgraded Ward ICU โดย ICU ที่เหมาะสมควรมีขนาดอย่างน้อย 16 ตารางเมตร เป็นห้องเดี่ยวต้องมี Flow ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และแม่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญมากและต้องคำนึงถึงระบบปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการการแพทย์ ระบบไฟฟ้า และระบบสื่อสาร

4. วายุรักษ์ เพื่อใช้ป้องกันการแพร่กระจายของละอองฝอยในอากาศ ป้องกันบุคลากรทางการแพทย์จากการติดเชื้อจากผู้ป่วยในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือการทำหัตถการโดยออกแบบให้มี hood ขนาดเหมาะสมผ่านการกรองแบบHEPA Filter สามารถปรับรูปแบบและขนาดได้อัตราการระบายอากาศใน hood12-20 เท่าของปริมาตร hoodต่อชั่วโมงออกแบบให้เป็น Internet of Thing (IoT) มี censor แจ้งเตือนเข้าโทรศัพท์มือถือ

ผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในระหว่างการพัฒนาอีก 2 ผลิตภัณฑ์ คือ การทำให้รถ Ambulance มีระบบ HEPA Filter ที่สามารถกรองอากาศได้ และ Possible HEPA Filter Unit ที่สามารถเคลื่อนย้ายเพื่อไปทำความสะอาดห้องต่างๆ ได้

4.2 PAPRS Project: Development PAPRs for Thailand Donation

คุณรุ่งรัตน์ ศิริรัตนาพานิชย์ สมาคมส่งเสริมการรับช่วงการผลิตไทย (Thai Subcontracting Promotion Association) เสนอแนะให้มีการทำบัญชีความมั่นคงทางสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ระบุข้อมูลเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น PPEPAPRs หรือเครื่องมือที่ไม่มีความซับซ้อน เพื่อให้ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถนำเข้าเครื่องมือหรืออุปกรณ์จากต่างประเทศได้

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน จะมีการออกประกาศให้มีการรายงานข้อมูลวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นใน

สภาวะที่เกิดโรคระบาดขึ้นเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งประเทศมารวมกันที่ศูนย์กลาง เพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนและใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่

2. นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ไม่มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินเปรียบเทียบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ แต่เป็น Regulator ควบคุมมาตรฐานของผู้ที่จะขอขึ้นทะเบียนให้ได้มาตรฐานตามที่ผู้ใช้ยอมรับและปลอดภัย

3. การดำเนินการกำหนดมาตรฐาน ควรเป็นความร่วมมือของผู้ใช้ ผู้ผลิตCertified Body และผู้เชี่ยวชาญโดยมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็น Regulator

4. เสนอให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีบทบาทร่วมกันในการจัดทำมาตรฐาน ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะเป็นหน่วย Certified Body กลางและควรมีการประสานงานกับเครือข่ายภาคเอกชน

5. เสนอให้มีการกำหนดมาตรฐานเป็น Thai FDA Standard หรือ Thai MOPH Standard

6. เสนอให้มีการจัดทำชุดข้อมูลเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมด ซึ่งยังไม่มีชุดข้อมูลมาตรฐานที่เป็นชุดเดียวกัน

7. เรื่องการปรับปรุงห้อง ICU ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ฝากนายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ประสานทีม THAIMIC

8. เรื่องอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับ EMT เช่น OPD ภาคสนาม ICU ภาคสนาม เป็นต้น ฝากนายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ประสานทีม THAIMIC

9. เรื่องการดำเนินงาน EMT หากจะ Upgrade เป็น Type 3หรือ ICU ภาคสนาม(Field ICU) ที่อาจจะเป็นประโยชน์ ฝากแพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ ซึ่งเป็น focal point ของการดำเนินงาน EMT ประสานกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และTHAIMIC

มติที่ประชุม

การกำหนดมาตรฐาน PAPRs ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤษภาคม 2563 ให้เป็นความร่วมมือของผู้ใช้ ผู้ผลิต ผู้เชี่ยวชาญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำขึ้น พร้อมทั้งให้นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ และนายแพทย์สมบูรณ์ ทศบวร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เข้าร่วมทีมในการจัดทำมาตรฐานดังกล่าวโดยที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยนายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา รับทราบเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและรายงานความก้าวหน้าต่อนายสาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ปิดประชุมเวลา 13.00 น.

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 30 พฤษภาคม 2563 เวลา 09.30-12.00 น.
ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ดร.สาธิต ปิตุเตชะ	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์	
3. นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
4. นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
5. นพ. มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
6. นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
7. นพ.เฉวตสรร นามวาท	แทนรองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
8. รศ.นพ.นิพัฒน์ เจียรกุล	นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย	
9. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
10. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	
11. ศ.ดร.นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์	นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
12. นพ.ไพบูลย์ เอกแสงศรี	เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
13. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	
14. พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	
15. น.ส.อุมา วันดี	แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	
16. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์	
17. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
18. นางทิวา รัชทินพันธ์	เลขานุการกรมการแพทย์	
19. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์	
20. นพ.สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
21. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี	
22. รศ.นพ.พฤหัส ต่ออุดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	
23. นพ.สุกิจ ศรีทิพยวรรณ	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	
24. พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายพิบูลย์ มีนิล	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
2. น.ส.จิตรดารา นพเกตุ	คณะทำงานรัฐมนตรีช่วยว่าการการทรวงสาธารณสุข
3. น.ส.พิชญาภัค ภูคำอ้าย	กระทรวงสาธารณสุข
4. นางเพียงใจ บุญสุข	WHO
5. นายประจักษ์ อิสสะอาด	กองวิชาการแพทย์
6. น.ส.วิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กองวิชาการแพทย์
7. น.ส.ลลิตา พนาคร	กองวิชาการแพทย์
8. น.ส.ชุติกาญจน์ ปักเคธาติ	กองวิชาการแพทย์

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 16 พฤษภาคม 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นพ.เฉวตสรร นามวาท กองระบาดวิทยา ผู้แทนรองอธิบดีกรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์ล่าสุดวันที่ 30 พ.ค. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,077 ราย ผู้ป่วยกลับบ้าน 2,961 ราย ผู้ป่วยรักษาอยู่ 59 ราย เสียชีวิตสะสม 57 ราย

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลในระบบ สปสช. ที่เบิกจ่ายตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 ตอนนี้มีเบิกเข้ามาแล้ว จำนวน 190,000 ราย เท่าที่เคลียร์ข้อมูลกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนหน้าวันที่ 2 มีนาคม 2563 เกือบแสนราย เพราะฉะนั้น น่าจะตรวจไปประมาณ 3 แสนราย

2. ในเดือนมิถุนายน 2563 อยู่ในช่วงเวลาที่ให้พื้นที่ต่างๆ ทำ surveillance ตรวจหาการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่กำหนด

3. ประกาศกระทรวงแรงงานในการตรวจสุขภาพเพื่อขึ้นทะเบียนเลื่อนไปถึงเดือนพฤศจิกายน การขยายพรก.ฉุกเฉิน ผลกระทบตอนสิ้นพรก.ฉุกเฉิน คือจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชายแดนเข้ามาหรือไม่ และแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจะมีผลกระทบต่อการระบาดหรือไม่

4. เรื่องการคัดกรองโควิด ใน EOC ของกระทรวงสาธารณสุขมีตัวเลขจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ชัดเจน ประเด็นคือภาคเอกชนตรวจได้ประมาณ 160,000 ด้วย PCR อย่างเดียว ไม่แน่ใจว่าที่กรมวิทย์ฯ เก็บเอารายงานจากการทดลองตรวจด้วยน้ำลายมาด้วยหรือไม่ ช่วงแรกๆ ที่ Drive thru ของรพ. เอกชน รายงานเป็น 100% ดังนั้นให้แยกด้วยว่าตัวเลขมีการตรวจ Pool Saliva Sample ด้วยหรือไม่ เพราะยังไม่ได้มาตรฐาน

5. ชุดทดสอบจะต้องแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มสำหรับทำ active case finding ต้องใช้ gold standard แต่กลุ่มที่เป็น sentinel surveillance อาจจะไม่ต้อง เข้าใจว่า Saliva น่าจะเป็นในกลุ่มของ sentinel surveillance สิ่งที่อยากให้จับตามองก่อนประเทศเวียดนามคือประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งตอนนี้มีการผ่อนปรนเหมือนประเทศเกาหลีใต้ และประเทศเกาหลีใต้ผ่อนปรนแล้วเกิด outbreak อีกครั้ง เมื่อ 6 พ.ค. 2563 ควรจะศึกษาไว้

6. ทางกทม.ได้มีการตรวจ sentinel surveillance ตามคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ดังนี้ 1.บุคลากรทางการแพทย์ 2.กลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ 3.อาชีพที่ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก 4.กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ตามคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ซึ่งอาทิตย์ที่แล้วได้มีการอนุมัติอีก 4 กลุ่ม คือ 1.บุคลากรที่ทำงานในหน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจใดๆ ที่ต้องพบบุคคลจำนวนมาก 2.พนักงานร้านค้า ร้านอาหาร

3. ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ในตลาด 4.พนักงานขายของในห้างสรรพสินค้า ตอนนี้วางแผนไว้เป็น pool sample โดยจำนวน Sample ได้มาจากงบของกรมควบคุมโรคก็คือ 15,210 ราย ส่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจทั้งหมด

มติที่ประชุม รับทราบ

3.2 การตรวจหา COVID-19 เพื่อการเฝ้าระวังโดยโรงพยาบาลเอกชน

ความก้าวหน้า กรมควบคุมโรคได้มีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัดและกทม. เลขที่ สธ 0410.7/ว 341 ลงวันที่ 15 พ.ค. 63 ส่งแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง โดยในเอกสารแนบท้ายระบุ “ผู้ดำเนินการ” เป็น หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในพื้นที่ หรือ หน่วยงานอื่นๆ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ตามแนวปฏิบัติ

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ปัจจุบันรพ. เอกชนหยุดทำคัดกรองเนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตและยังไม่มี protocol เบิกจาก สปสช. เพราะไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน ถ้ามีการขยายกลุ่มมาให้รพ.เอกชนช่วยคัดกรองต้องมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ในภาคเอกชนไม่มีงบอะไรมาสนับสนุนอยู่แล้วจึงสั่ง ทำเฉพาะ PCR ในรพ. ฝากหารือเรื่องเกณฑ์การตรวจคัดกรองให้มีความชัดเจนกว่านี้

2. ในเรื่องสถิติมีความสำคัญเนื่องจากจะทำเป็น medical hub รับคนเข้ามาเพื่อการรักษา ถ้าสถิติเราไม่เอา gold standard แยกออกมาต่างหากเลยว่าเป็น PCR ถ้าต่างชาติเอาตัวเลขนี้ไป จะทำให้ความเชื่อถือของประเทศหายไป การรายงานตัวเลขต้องชัดเจนว่าเป็น PCR อย่างเดียว

มติที่ประชุม รับทราบ

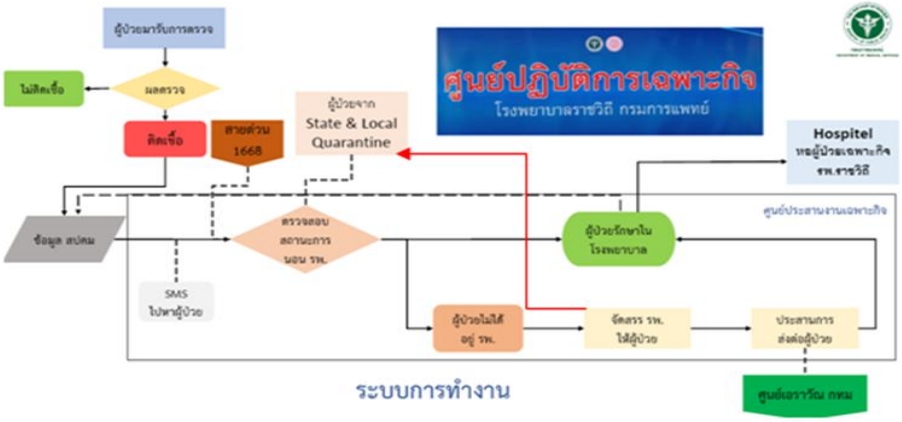
3.3 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลในกทม. และ ปริมณฑล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำเสนอสถานการณ์เตียงแต่ละหน่วยงานยังคงสมรรถนะและศักยภาพไว้อยู่ ในสัปดาห์หน้าจะดำเนินการสำรวจข้อมูลเตียงที่เหลืออยู่จริง สำหรับหอผู้ป่วยเฉพาะกิจจะปิดดำเนินการหลังเดือนมิถุนายนซึ่งจะเปลี่ยนเป็น State quarantine ในข้อมูล Co-Ward สามารถรายงานจำนวนผู้ป่วยและจำนวนเตียงในแต่ละโรงพยาบาลและ Hospitel ได้ โดยในตอนนี้จำนวนผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 16 ราย Hospitel 5 ราย ไม่มีผู้ป่วยวิกฤต และยังขอความร่วมมือจากทุกโรงพยาบาลในการอัพเดตข้อมูล สำหรับเตียง ICU ยังดำเนินการทำ Surge Capacity ตามแผนที่วางไว้ เตียง ICU ที่มีความพร้อมในภาครัฐมีจำนวน 159 เตียง รพ.เอกชนประมาณ 200 เตียง สำหรับศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ รพ.ราชวิถี ยังดำเนินการประสานการปฏิบัติงาน และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจาก State Quarantine และจะขยายผลการใช้ Bed management ในการบริหารทรัพยากรในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. Hospitel ของรพ. ราชวิถี ระหว่างการรอยกเลิกสัญญาในเดือนมิถุนายนจะนำนักเรียนพยาบาล และนักเรียนแพทย์ของกรมการแพทย์ มาดำเนินการทำ Local quarantine

2. ปัญหาที่พบใน State quarantine คือ มีคนไข้ป่วยด้วยโรคที่ไม่ใช่ COVID-19 ในระหว่างการกักตัว และมีการส่งตัวไปรักษาใน รพ.ที่ Contact แต่เมื่อมีอาการดีขึ้นจะส่งตัวกลับไปกักตัวต่อที่ State quarantine มีปัญหาในเรื่องรถ Ambulance รับส่ง และตัวผู้ป่วย ดังนั้นเสนอให้ปรับแผนผัง โดยเพิ่มลูกศรโยงจากจัดสรรรพ.ให้ผู้ป่วย ย้อนกลับไปยังผู้ป่วยจาก State & Local Quarantine



3. ในการประชุมของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ผ่านมามีการเสนอเพิ่ม Alternative Hospital quarantine เนื่องจากจะมีคนไทยที่เดินทางกลับจากประเทศตามนโยบายรัฐบาลในการนำคนไทยกลับจากต่างประเทศมากขึ้น ซึ่งมีผู้ที่เดินทางกลับหลายรายที่สามารถออกค่าใช้จ่ายเองได้และมีความประสงค์เข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่เข้า State quarantine ในส่วนนี้ต้องให้กรมสนับสนุนฯ หารือทำความเข้าใจกับกลาโหมว่ามี Option นี้เพิ่มเติมมา ส่วนระบบการจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์ PUI

4. พบปัญหาการ Swab ใน State quarantine มีความยุ่งยาก รวมถึงการ Sterile technic หลังจากตรวจพบผู้ป่วยใน State quarantine ซึ่งไม่สะดวกเท่ากับการทำในโรงพยาบาล

5. ควรดำเนินการทำ Mapping Quarantine ในโซนที่มีสนามบินใหญ่ หรือสนามบิน International ที่มีการบินตรงจากต่างประเทศ เนื่องจาก Quarantine เป็นกลไกที่ดีในการป้องกันควบคุมโรค

6. Key success ของการบริหารจัดการเตียงใน กทม.ช่วงที่มีสถานการณ์ COVID-19 เกิดจากความร่วมมือของทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งก่อนหน้าที่จะมีการระบาดนั้นมักจะเกิดปัญหาเรื่องของการบริหารจัดการเตียงในกทม. โดยเฉพาะผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ จึงขอหารือในความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีส่วนร่วมสำหรับการดูแลคนไข้บางสิทธิในบางกรณี เพื่อให้การใช้ทรัพยากรในกทม. มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดปัญหาของภาครัฐ

7. ศ.นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์ สำหรับสิทธิ UCEP ในสถานการณ์ปกติ ผู้ป่วยวิกฤติสีแดงภาคเอกชนมีเกณฑ์ Pre Authorize ซึ่งเป็นการทำ CSR ของรพ.เอกชน แต่ปัญหาที่พบคือการเบิกจ่ายเงินซึ่งเคยเสนอให้ สพฉ. ตั้งงบประมาณต่อหัวประชากรไทยเพื่อจ่ายเงินให้รพ.เอกชนได้เหมาะสม เดิมการจ่ายเงินเป็นสำมะโนราคา เบิก DRG ได้น้อย ไม่สะท้อนต้นทุนของรพ.เอกชน และไม่มีการกำหนดกติกาการจัด Dispatch ในแต่ละ Node ที่ชัดเจน หากมีความชัดเจนจะไม่ทำให้เกิดปัญหา และเป็นผลดีต่อประชาชนทุกคน ซึ่ง รพ.เอกชนพร้อมให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาการจัดการทรัพยากร แต่ต้องมีกระบวนการ กฎเกณฑ์กติกาต้องชัดเจน

8. สิทธิ UCEP ส่วนใหญ่ประกันสังคม และ UC ไม่ค่อยมีปัญหา แต่จะมีปัญหาที่สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ เคยหารือกับกรมบัญชีกลางยังคงยืนยันยึด DRG ซึ่งไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของเคสอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงค่าใช้จ่ายหลัง 72 ชั่วโมงด้วย

9. การบริหารทรัพยากรในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล Bed management จะดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหารือกันในประเด็นต่าง ๆ โดยจะเชิญ เครือข่ายรพ.เอกชน กทม. และ UHosNet IHPP ร่วมเป็นคณะกรรมการ

มติที่ประชุม

รับทราบ เห็นด้วยกับการจัดตั้งคณะกรรมการ Bed management สำหรับเรื่องมาตรการผ่อนปรนการเดินทางเข้าประเทศสำหรับบางประเทศจะนำหารือในที่ประชุมกำหนดนโยบาย

3.4 แนวทางการบริหารการกระจายอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาฯ อย. นำเสนอ การเบิกจ่ายเงิน Stock N95 และ PPE และการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทย การกระจายของ ตั้งแต่วันที่ 1 มี.ค.-10 พ.ค. 63 มีการกระจาย N95 จำนวน 651,508 ชิ้น Coverall & Surgical gown จำนวน 327,246 ตัว ที่ผ่านมาจัดสรรกระจายของให้เฉพาะการดูแลผู้ป่วย PUI และ Confirm case ในกรณีชุด PPE หากเบิกจาก กสธ. แล้วยังมีความจำเป็นต้องใช้สามารถเบิกจ่ายในระบบ UCEP ของ COVID-19 ได้ แต่ติดในประเด็นผู้จ่ายเงินกลัวเกิดความซ้ำซ้อน ซึ่งอย.ได้ส่งข้อมูลการกระจายของไปยังแต่ละหน่วยงานให้ สปสช. เพื่อจัดสรรต่อ จึงนำเรียนให้ที่ประชุมทราบเพื่อนำไปตกลงหารือกันระหว่างผู้จ่าย 3 กองทุน และผู้รับเงิน

สินค้าคงคลัง ข้อมูล ณ วันที่ 28 พ.ค. 63 **N95** จำนวน 972,160 ชิ้น แบ่งออกเป็น Medical grade 432,160 ชิ้น Non Medical grade 540,000 ชิ้น Stock ของ N95 ไม่มีปัญหา **Coverall** 73,000 ชุด **Isolation gown** 24,000 ชุด **Reusable** 34,819 ชิ้น ซึ่ง Reusable จะมีการกระจายไปยังโรงพยาบาลภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในสัปดาห์หน้า **Surgical gown** 21,456 ชุด **ยา AVIGAN** 1,000 เม็ด **Favipiravir** 86,000 เม็ด ซึ่งจะมีมาเพิ่มในเดือนมิ.ย.63 ประมาณ 100,000 - 200,000 เม็ด

จากการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 4 เดือน ตั้งแต่ มิ.ย.จนถึง 30 ก.ย. 63 แบ่งเป็น 3 ฉากทัศน์ ประกอบด้วย **ฉากทัศน์ 1** คาดการณ์รายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ 3 คน/วัน ประมาณการจำนวน Coverall & N95 อย่างละ 54,000 ชิ้น **ฉากทัศน์ 2** คาดการณ์รายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ 24 คน/วัน ประมาณการจำนวน Coverall & N95 อย่างละ 432,000 ชิ้น **ฉากทัศน์ 3** คาดการณ์รายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ 65 คน/วัน ประมาณการจำนวน Coverall & N95 อย่างละ 1,170,000 ชิ้น

การสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทย เครื่องมือการแพทย์ที่ผลิตในประเทศมีปัญหาที่สำคัญคือผู้ใช้ไม่เชื่อถือจึงทำให้ขายได้น้อย และมีคู่แข่งต่างประเทศซึ่งมีราคาถูกกว่า และได้รับการ Certify มาตรฐาน ที่ผ่านมาในเรื่องมาตรฐาน อย.ไม่มีการกำหนดขึ้นมาเองใช้มาตรฐานของต่างประเทศเป็นหลัก จึงไม่มีหน่วยงานในการ Certify ดังนั้น อย.จึงกำหนดมาตรฐานสำหรับเครื่องมือการแพทย์ที่ผลิตในประเทศ และกำลังดำเนินการร่างประกาศกำหนดมาตรฐานชุด Coverall ที่ต้องมาจดแจ้งกับ อย. มีรายการดังนี้ 1. ANSI/AAMI PB70;2012 (อเมริกา) 2. EN 14126:2003 (ยุโรป) 3. มาตรฐานอื่นที่เทียบเท่า ซึ่งห้องปฏิบัติการที่ดำเนินการ Certify ในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานใดได้การรับรองตามมาตรฐานสากลจึงทำให้ไปสามารถส่งขายต่างประเทศได้ ขายได้เฉพาะในประเทศ แนวทางให้การสนับสนุนเบื้องต้นในระยะสั้น คือการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ โดย อย.จะเป็นหน่วยงานประเมินรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการในประเทศสร้างความน่าเชื่อถือ และประกาศรายชื่อห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเพื่อให้ผู้ผลิตนำชิ้นงานไปทดสอบกับห้องปฏิบัติการนั้น แล้วนำผลการทดสอบมาขึ้นทะเบียนกับอย. สำหรับระยะยาวคือมีห้องปฏิบัติการได้รับมาตรฐานในระดับสากลเพื่อแข่งขันกับต่างประเทศ โดยร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของบเงินกู้เพื่อจัดซื้อเครื่องมือในการประเมิน personal productive ทั้งหมด แผนการดำเนินการประกาศเรื่องกำหนดมาตรฐานเดือน มิ.ย. 63 ประกาศ เรื่องกำหมดมาตรฐาน Coverall, Isolation gown และ Surgical gown ในถัดไปจะประกาศเรื่องกำหนดมาตรฐาน N95, Surgical mask สำหรับ PAPR ยังมีปัญหาเนื่องจากมีมาตรฐานหลายหัวข้อซึ่งสามารถประเมินในประเทศไทยได้เพียง 2 หัวข้อแต่จะพยายามดำเนินการประกาศให้ทันพร้อมกัน

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เครือข่ายรพ. เอกชนขอฝากให้ อย. จัดการ Clear concept การเบิกจ่ายค่า PPE ให้ชัดเจน รพ.ใช้งบส่วนตัวลงทุนในการจัดหา PPE เอง ดังนั้นควรเป็นสิทธิที่รพ.จะต้องเบิกได้

2. ในช่วงแรกที่มีการระบาด PPE มีราคาที่ค่อนข้างสูง ซึ่งได้มีการสัญญาและกำหนดงบไว้ไม่เกิน 540 บาท ดังนั้นควรจะเบิกได้ในราคาที่กำหนดไว้แต่แรก หรือถ้าหากคืนเป็นของกลับมาจะพบว่าต้นทุนในช่วงนั้นกับตอนนี้มีความแตกต่างกันมาก และอาจทำให้ PPE เหลือค้างอยู่ใน stock จำนวนมากเนื่องจากไม่มีการรักษาผู้ป่วยแล้ว

3. ประเทศไทยขาดความมั่นคงทางด้านสาธารณสุข แต่ Medical device จะเป็นตัวช่วยในการ Sustain ระบบ โดยการจัดทำ Thailand brand ให้มีมาตรฐานเทียบเคียงกับยุโรป ราคาถูก และต้องมีการเชื่อมโยง Innovation ไปสู่ Commercial ให้ได้ ทำให้เกิดเป็น Commercial โดยภาครัฐจะต้องเป็นผู้ซื้อสินค้าเหล่านี้เป็นตัวนำร่อง

4. ปัญหาของ Medical device ในประเทศไทยคือ การ Maintenance Service และไม่มี Connect กับหน่วยงานต่างชาติ คือ ECRI จึงต้องหาวิธีในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้

5. เรื่องงบ พรก. เงินกู้ สำหรับจัดซื้อเครื่องมือที่ผลิตในประเทศ ให้ชี้แจงกับคณะกรรมการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อซักถามมาว่าไม่ต้องกังวลกับเรื่องนี้สามารถจัดซื้อได้

มติที่ประชุม

รับทราบ มอบ อย.ดำเนินการสนับสนุนภาคเอกชนในการผลิตนวัตกรรมทางการแพทย์ และการรับรองมาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการ

3.5 ความคืบหน้า National Healthcare Platform

นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอโปรแกรม National Health Platform ที่เป็นระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย Covid-19 มีผลการดำเนินงาน National Health platform ที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลมาจาก DDC COVID, Co-Lab และ Co-Ward ซึ่งทั้ง 3 ระบบมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันแล้วโดย Co-Wardได้เริ่มระบบเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2563 และหากมี positive case ก็จะมีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านระบบการจัดหาเตียงด้วย

ระบบ Co-Wardมีหน่วยบริการทั้งหมด1,473 แห่ง ที่ลงทะเบียนในภาครัฐ จำนวน970 แห่ง และภาคเอกชน จำนวน141 แห่ง จากการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ มีการดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนของภาคเอกชนจำนวน 5 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 เขตสุขภาพที่ 6เขตสุขภาพที่ 7 เขตสุขภาพที่ 10 และเขตสุขภาพที่ 13 มีผู้ป่วยที่ยังรักษาอยู่ในระบบทั้งหมด 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มอาการรุนแรง (severe case)ทั้งหมด 2 ราย จากเขตสุขภาพที่ 5(โรงพยาบาลพหลพลหยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี) จำนวน 1 ราย และเขตสุขภาพที่ 12 (โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์) จำนวน 1 รายอยู่ในห้อง AIIR 6 รายและ Invasive 2 รายนอกจากนี้ ระบบ Co-Wardมีการบันทึกรายงานทุกวัน หากมีหน่วยงานใดไม่มีการอัพเดทข้อมูลภายใน 10 วัน จะมีข้อความแจ้งเตือนไปยังผู้บันทึกข้อมูลแต่ละหน่วยงานเพื่อทราบ

ระบบ Co-lab มีห้องปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งหมด 178 แห่ง และจำนวนห้องปฏิบัติการที่ลงทะเบียนใน platform Co-Labเปิดดำเนินการ ทั้งหมด173 แห่ง จาก 178 แห่ง โดยอีก 5 แห่ง ยังอยู่ระหว่างการรอเปิดดำเนินการตรวจ นอกจากนี้ ระบบ Co-labมีจำนวนทะเบียนผู้ใช้ทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ (Custodian) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจของห้องปฏิบัติการ (Technical) เจ้าหน้าที่อาวุโสผู้ตรวจของห้องปฏิบัติการ (Supervisor) และเจ้าหน้าที่บริหารของห้องปฏิบัติการ

(Admin) อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการดำเนินการของผู้ใช้งานอยู่ซึ่งบางห้อง lab มีเจ้าหน้าที่Technical และเจ้าหน้าที่Supervisorเป็นคนเดียวกัน จึงทำให้ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้งานในห้อง labดังนั้น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรปรับกระบวนให้สอดคล้องตามมาตรฐานเพื่อความน่าเชื่อถือในการรับรองผล

มีการดำเนินการจัดทำ Dashboard ทรัพยากรทางการแพทย์โดยรวมผลการดำเนินงาน 4 ภารกิจ ได้แก่ การควบคุมและสอบสวนโรค การทำ lab การรักษา และการจัดสรรทรัพยากร ปัจจุบันระบบมีการปิดปรับปรุงชั่วคราว เนื่องจากมีการอัพเดทข้อมูลภายใน และคาดว่าจะเปิดระบบใหม่อีกครั้งในสัปดาห์หน้า สำหรับปัญหาที่พบของ Dashboard คือ

1. มีปัญหาในการบันทึกข้อมูล เนื่องจาก case finding และจำนวนเคสเพิ่มขึ้นเยอะ

2. โรงพยาบาลต้องการอุปกรณ์เสริมในการออก label

3. หน่วยงานส่ง specimen ที่ไม่มี label จึงทำให้เป็นอุปสรรคต้อการสแกน barcode เนื่องจากห้อง Co-lab รองรับการใช้ระบบ barcode

4. ควรมีการปรับปรุงระบบภายในด้านการพัฒนาการนำเข้าข้อมูล (import) และการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Digital signature) เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน

ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบplatform ได้ดำเนินการลงนาม โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในที่ประชุม

1. หาข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีห้องปฏิบัติการในภาคใต้มีทุกจังหวัด แต่ยกเว้นจังหวัดพังงาที่ไม่มีห้องปฏิบัติการ แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าจังหวัดพังงาได้ส่งตรวจไปที่ห้อง lab จังหวัดภูเก็ต ได้ผลภายใน 24 ชั่วโมง โดยเปิด lab เองที่พังงาและอำเภอตะกั่วป่า ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นจำนวน 10,000,000 บาท และสัปดาห์หน้าจะขึ้นทะเบียนรับรองกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พร้อมเปิดดำเนินการภายในวันที่ 8 มิถุนายน 2563

2. ขอให้มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาplatformครั้งแรกโดยเร็วที่สุด เพื่อพัฒนา platform ให้สมบูรณ์ที่สุด

มติที่ประชุม รับทราบ

3.6 ความคืบหน้า New Normal Medical Service

นายแพทย์สกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินการจัดทำ Model New Normal Medical Serviceทั้งหมด 10 model ซึ่งผ่านมติความเห็นชอบจากราชวิทยาลัย/ แพทยสมาคม และคณะกรรมการ EOC ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 8 model ได้แก่ OR, OPD, ER, Dental clinic, NCD (DM,HT), Rehabilitation, ICU, Procedural room หลังจากได้ model มาแล้วกรมการแพทย์ได้ทำ Sandbox Pattani model โดยมีรองอธิบดีกรมการแพทย์ (นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์) เป็นผู้อำนวยการโครงการ โดยใช้ Service setting ในการ implement คือOR, OPD, ER, Dental clinic, NCD model รวมถึง Research model ที่ได้นำไปทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่โดยรูปแบบของการ implement จะดำเนินการในลักษณะกลุ่มเครือข่าย โดยไม่แยกเป็นโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง หลังจากimplement แล้วจะได้รูปแบบchecklist ของแต่ละ model ออกมาเพื่อติดตามและพัฒนาในด้านระบบ(System)โครงสร้าง (Structure) และบุคลากร (Staff) ที่ทำให้เห็น gap ของแต่ละพื้นและจะปิด gap เหล่านี้ได้อย่างไร จึงได้มีการกำหนด timeline ในการ implement ขึ้นมาเพื่อติดตามและพัฒนาระบบดังกล่าว นอกจากนี้มีผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงาน IHPP

ได้ร่วมออกแบบระบบการประเมิน (Input, Process, Output, Outcome, Impact) เพื่อประเมินว่าสามารถ implement ได้จริงหรือไม่ มีความยากง่ายเพียงใด และมี value based healthcare จริงหรือไม่ และหากถอดบทเรียนแล้วได้ผลสำเร็จจริง ก็จะนำ model ขยายไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

ความคืบหน้า New Normal OPD Model ได้รับความร่วมมือจากองค์กรวิชาชีพหลายภาคส่วน โดยตั้งเป้าหมายเพื่อสร้างความปลอดภัย (2P Safety) ลดความแออัด และสร้างความเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ การใช้ระบบ IT เพื่อเป็นระบบเสริมในการจัดบริการรูปแบบใหม่ของ OPD ในการลดความแออัด เช่น การใช้ application ในการคัดกรอง การลงทะเบียนออนไลน์ การตรวจสิทธิ์และการเปิดสิทธิ์ผ่านระบบ kiosk การส่งต่อออนไลน์ การนัดหมาย/เรียกคิวออนไลน์ และระบบตรวจรักษาทาง Tele-med ซึ่งต้องมีมาตรฐานทางการแพทย์ โดยทำการบันทึกการตรวจรักษาและการเชื่อมโยงการตรวจสอบสิทธิ์และการเบิกจ่าย เพื่อเป็นหลักฐานการเบิกจ่ายตามสิทธิ์ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ จะมีการนัดหมายคิวทางออนไลน์และตรวจรักษาทาง Tele-med มีการบริการส่งยาทางไปรษณีย์ อสม.ส่งยา การdrive thru หรือการรับยาใกล้บ้าน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจะต้องตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องหรือไม่ สำหรับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ จะต้องมีระบบคิวเข้าตรวจรักษาในการเหลื่อมเวลากัน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ทั้งนี้มาตรการในการเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่ OPD เช่น จุดคัดกรอง ห้องหัตถการ หรือจุดจ่ายยา บุคลากรทางการแพทย์จะต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ตลอดเวลาที่ให้บริการ จัดให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร มีฉากกั้น/อคริลิกกั้น หรือใส่ face shield มีจุดบริการล้างมือหรือมีแอลกอฮอล์เจล และควรมีการทำควรสะอาดจุดเสี่ยงสัมผัสต่างๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะในที่ประชุม

1. การตรวจรักษาทางTele-med จะต้องคำนึงถึงระเบียบ กฎหมายหรือพรบ. ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนบุคคลหรือการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยรวมถึงการบันทึกภาพและเสียงการสนทนากับผู้ป่วย รัฐควรออกกฎหมายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้การตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพไม่ควรมีความแตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

2. แพทยสภาควรกำหนดขอบเขตการตรวจรักษาทาง Tele-medทั้งนี้ แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า แพทยสภาได้มีการกำหนดโรคในการตรวจรักษาทาง Tele-med ซึ่งไม่ใช่ทุกโรคที่จะสามารถตรวจรักษาทาง Tele-med ได้ และควรมีการบันทึกภาพและเสียง เพื่อเป็นประโยชน์ในอนาคต

3. การใช้Tele-medในการตรวจรักษาอาจมีผลต่อการเบิกจ่ายตามสิทธิ์ เช่น การตรวจรักษาที่นี่แล้วจะต้องไปรับยาที่ไหน จึงทำให้ต้องเบิกจ่ายทั้ง 2 ทาง

4. New normal medical services ที่จัดทำขึ้นมา ล้อไปในทิศทางเดียวกับมาตรฐานการรักษาของกรมสนับสนุนการบริการสุขภาพหรือไม่

5. เสนอให้โรงเรียนแพทย์ และกทม. ดำเนินการทำ New normal Medical Services เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ปิดประชุมเวลา 12.00 น. นัดประชุมครั้งต่อไป 13 มิ.ย. 2563

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 13 มิถุนายน 2563 เวลา 13.30-16.30 น.
ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ดร.สาธิต ปิตุเตชะ	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธาน
2. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
3. นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์
4. นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
5. นพ. มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
6. นพ.เฉวตสรร นามวาท	แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค
7. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8. นพ.สัญชัย ชาสมบัติ	รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
9. นพ.อัครพล คุรุศาสตรา	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
10. ศ.ดร.นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์	นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
11. นพ.ไพบูลย์ เอกแสงศรี	เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
12. นพ.สุรพล โล่สิริวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 3
13. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
14. น.ส.อุมา วันดี	แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
15. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์
16. นพ. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
17. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
18. นางทิวา รัชทินพันธ์	เลขานุการกรมการแพทย์
19. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์
20. นพ.สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
21. รศ.นพ.พฤหัส ต่ออุดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
22. พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
23. พันเอกพจน์ เอมพันธ์	ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

ผู้เข้าร่วมประชุมทาง Webex

1. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
2. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
3. ผศ.นพ กำธร มาลาธรรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
4. รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
5. ศ.นพ.รื่นเริง ลีลานุกรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายพิบูลย์ มีนิล	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
2. น.ส.จิตรดารา นพเกตุ	คณะทำงานรัฐมนตรีช่วยว่าการการทรวงสาธารณสุข
3. น.ส.พิชญาภัค ภูคำอ้าย	กระทรวงสาธารณสุข
4. นางเพียงใจ บุญสุข	WHO
5. นพ.เข็มชาติ หวังทวีทรัพย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
6. นายประจักษ์ อิสสะอาด	กองวิชาการแพทย์
7. นางสาวภัทราภรณ์ สมศรี	กองวิชาการแพทย์
8. น.ส.ชุติกาญจน์ ปักเคธาติ	กองวิชาการแพทย์
9. น.ส.เพชรีภรณ์ ศรีบุศกร	กองวิชาการแพทย์

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานการประชุม โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข แจ้งที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. ที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 เมื่อวันศุกร์ที่ 12 มิถุนายน 2563 มีประเด็นหารือกันเรื่องการเปิดประเทศ โดยการจับคู่ประเทศในการท่องเที่ยว โดยประเทศที่อยู่ในเป้าหมาย คือ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม สาธารณรัฐประชาชนจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) เพื่อเตรียมความพร้อมภายใต้หลักการต่างๆ ซึ่งกรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการท่องเที่ยวต้องร่วมกันหารือแนวทาง/มาตรการในการจัดการ เช่น เข้ามาแล้วต้องไม่ quarantine การตรวจต้องตรวจคัดกรองตั้งแต่ต้นทาง การคัดกรองที่ประเทศไทย ซึ่งยังคงมีข้อจำกัดอยู่ว่าห้องปฏิบัติการตรวจ (Lab) ควรตั้งที่สนามบินเลยหรือไม่เพื่อลดระยะเวลาการคัดกรอง ซึ่งต้องดำเนินการตรวจให้เสร็จภายใน 6 ชั่วโมง ซึ่งจะเริ่มต้นที่นักธุรกิจที่จะเดินทางมาก่อน จำนวนเที่ยวละ 200-250 คน

2. อยากให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนช่วยกันพิจารณาและตรวจสอบการใช้งบประมาณโครงการต่างๆ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ของงบประมาณ 4 แสนล้านบาท ที่จะกู้มาเพื่อใช้ในการกระตุ้นเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการฟื้นฟูเศรษฐกิจฐานราก

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค ขอแก้ไขรายงานการประชุม ซึ่งได้ดำเนินการแจ้งแก้ไขกับคณะท างานเรียบร้อยแล้ว

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์ COVID-19

นำเสนอโดย นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

1) ข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 สะสม ของประเทศไทย ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 3,134 ราย รักษาหายแล้ว ,987 2 ราย เสียชีวิต 58 ราย ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 89 ราย

โดยมีอัตราป่วย ราย 4.71 ต่อแสนประชากร หากไม่นับรวมจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาจากต่างประเทศ และกักตัวอยู่ใน State Quarantine อัตราป่วยในประเทศเป็น 4.32 ต่อแสนประชากร

2) ข้อมูลวันที่ 13 มิถุนายน 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษาเพศชาย ที่เดินทางมาจากประเทศซาอุดิอาระเบียและเข้ากักตัวอยู่ใน State Quarantine ซึ่งเดินทางถึงไทยเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2563 มีผู้โดยสารเครื่องบินลำเดียวกันทั้งหมด 195 คน มีการคัดกรองโรค ณ ด่านสุวรรณภูมิ พบว่ามีอาการและป่วย จำนวน 18 ราย (PUI 17 ราย และโรคประจำตัว 1 ราย) ส่งตรวจวันที่ 12 มิถุนายน 2563 และผลพบเชื้อ

3) ปัจจุบันประเทศไทย ไม่พบการติดเชื้อภายในประเทศเป็นเวลา 19 วัน

4) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวนรวม 57 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นคนไทยที่กลับมาจากต่างประเทศ และกักตัวอยู่ใน State Quarantine

5) โครงสร้างอายุของผู้ป่วยยังคงมีลักษณะเหมือนเดิม คือ กลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดทั้งเพศชาย และหญิงอยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี

6) ภายหลังจากการเปิด State Quarantine เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2563 และมาตรการปิดน่านฟ้า เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2563 พบผู้ป่วยคนไทยที่กลับจากต่างประเทศเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อจากต่างประเทศที่เข้า State Quarantine สะสมรวมทั้งสิ้น 197 ราย จากผู้เข้ากักตัวทั้งหมด 38,324 ราย คิดเป็นอัตราป่วยในกลุ่มผู้เข้ากักตัวร้อยละ 0.51 โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 4.47 เท่า อายุเฉลี่ย 39 ปี เกือบทั้งหมดเป็นคนสัญชาติไทย (ร้อยละ 98.98) (ข้อมูลตั้งแต่กุมภาพันธ์ - วันที่ 13 มิถุนายน 2563)

7) สถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสม 7,732,948 ราย (ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 135,961 ราย) เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรง 53,887 ราย (ร้อยละ 0.7) รักษาหายแล้ว 3,956,279 ราย เสียชีวิต 428,248 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยปัจจุบันอยู่ที่อันดับ 87 ของโลก

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เสนอให้กรมควบคุมโรคจัดทำข้อมูลรายงานสถานการณ์ COVID-19 ของประเทศไทยเป็นภาษาอังกฤษ เพิ่มเติม และระบุให้ชัดเจนว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มาจากต่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับต่างประเทศ ว่าปัจจุบันยังไม่พบการติดเชื้อภายในประเทศไทย

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.2 การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นำเสนอโดย นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

1. ระบบ Co-Ward มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแยกเป็นรายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน

2. จะมีการปรับปรุงระบบการกระจายและการบริหารจัดการยา favipiravir เนื่องจาก 1) ระบบในการกระจาย และการบริหารยา favipiravir ของทั้งประเทศไม่ได้เป็นระบบเดียวกัน ซึ่งเดิมเขตสุขภาพที่ 1-12 มีการจัดการโดยใช้ระบบยากำพร้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการลงทะเบียน สำหรับกรุงเทพมหานคร ใช้ระบบการเบิกยาจากกรมการแพทย์ และ 2) ประเทศญี่ปุ่นต้องการทราบข้อมูลประสิทธิภาพของยาและผลข้างเคียง จากการใช้ยา favipiravirของประเทศไทย ซึ่งหลังจากที่มีการใช้ยาไปแล้วกว่า700 ราย มีการรายงานข้อมูลผลข้างเคียงจากการใช้ยาผ่านระบบการติดตามความปลอดภัยของยา (Pharmacovigilance) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพียง 9 ราย ทั้งนี้เนื่องจากระบบ

การรายงานผลข้างเคียงดังกล่าวเป็นระบบสมัครใจ ทำให้บางโรงพยาบาลอาจจะไม่ได้รายงานผลข้างเคียง จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงวางแผนจะปรับปรุงระบบการกระจายและการบริหารจัดการยา COVID-19 โดยเพิ่มเติมเรื่องยา favipiravir เข้าไปในระบบ Co-Ward และพัฒนาระบบให้ตอบโจทย์ข้อมูลต่างๆ ที่ต้องการในการบริหารจัดการยา favipiravir ดังนี้

1) pre authorization online

2) สามารถ set วงแม่ข่าย-ลูกข่ายได้ ทั้งในเขตสุขภาพต่างๆ และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) มีระบบโอนยา node-network เดียวกันได้ (เห็นภาพรวม stock เขต และทราบว่ามียาอยู่ที่โรงพยาบาลลูกข่ายใดบ้าง)

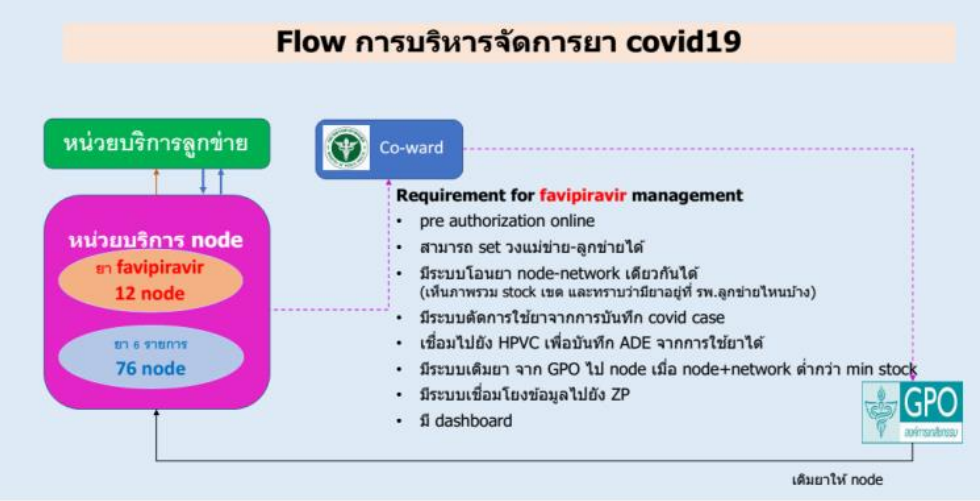
4) มีระบบตัดการใช้ยาจากการบันทึก COVID Case

5) มีการรายงานเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเข้าสู่ระบบ โดยจะเชื่อมโยงกับระบบของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center; HPVC) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADE) ได้

6) มีระบบเติมยาจาก GPO ไป node เมื่อ node+network ต่ำกว่า min stock

7) มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลไปยัง ZP

8) มี dashboard ให้ผู้บริหารได้ทราบข้อมูล



หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบและคาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 1-2 สัปดาห์

3. องค์การเภสัชกรรมได้ดำเนินการผลิตชุดเสื้อคลุมแขนยาวกันน้ำชนิดใช้ซ้ำได้ (Reusable Isolation Gown) รุ่นเราสู้ ครบ 46 ,000 ชุด เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม สัปดาห์ที่ผ่านมาได้มีการกระจายชุดประมาณ 42,000 ชุด ไปยังโรงพยาบาลของรัฐต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร

4. การขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ในการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ผู้วิจัยหรือผู้พัฒนาต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าชุดต้นแบบมีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้อย่างไร และตอบสนองต่อผู้ใช้ ซึ่งจะมีมาตรฐานพื้นฐานต่างๆ กำหนดไว้ เช่น ถ้าเป็นเครื่องมือแพทย์ที่สัมผัสกับผิวของร่างกายจะต้องมีความปลอดภัยทางชีวภาพของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างไร (ทดสอบ Biocompatibility) ถ้าจะต้องมีการฆ่าเชื้อ (Sterilization) ควรจะทำด้วยกระบวนการอย่างไรโดยปกติถ้ามีการนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศ จะต้องขอข้อมูลวิชาการ เพียงพอที่จะพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีความปลอดภัย

แต่ถ้าข้อมูลยังไม่เพียงพอจะต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม แต่สำหรับอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทย ปัจจุบันเป็นเพียงแค่การแจ้งขอผลิต ยังไม่ได้มีการตรวจสอบ/ทดสอบซึ่งหากไม่มีการทดสอบ/ตรวจสอบจะท าให้ผู้ใช้ไม่มีความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย

5. การออกประกาศมาตรฐาน PAPR สำหรับประเทศไทยอาจยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีการทับซ้อนกับพระราชบัญญัติควบคุมยุทธภัณฑ์ พ.ศ. 2530 ซึ่งกำหนดให้ PAPR เป็นยุทธภัณฑ์ทางทหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้หารือร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์บริการ ได้ข้อสรุปว่าจะออกเป็นคำแนะนำคุณลักษณะมาตรฐาน PAPR สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แทนการออกเป็นกฎหมาย โดยร่างข้อกำหนดคุณลักษณะ มาตรฐานดังกล่าวขอบข่ายการใช้งานเบื้องต้นไม่ครอบคลุมการนำไปใช้ในงานทันตกรรมและงานศัลยกรรม รวมทั้งใช้ภายในห้องปลอดเชื้อ ทั้งนี้มาตรฐานที่ต้องตรวจตามคุณลักษณะต่างๆ ในปัจจุบันบางคุณลักษณะ ยังไม่สามารถดำเนินการตรวจได้ ดังนั้นในช่วงต้นจะใช้การทดสอบการกรองของเชื้อไวรัส และความสะดวกในการสวมใส่และใช้งานเป็นหลัก (ด้านเสียง น้ำหนัก การเกิดฝ้าที่หน้ากาก และแบตเตอรี่)

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เสนอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเร่งดำเนินการออกเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดคุณลักษณะมาตรฐานอุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจจ่ายอากาศบริสุทธิ์แบบหมวกผ้าคลุมครอบศีรษะ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ทันเสนอให้ออกเป็นคำแนะนำก่อนเพื่อให้ผู้ใช้ มีความมั่นในคุณภาพและความปลอดภัยของอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.3 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม. และปริมณฑล

นำเสนอโดย นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขปดังนี้

การบริหารจัดการเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนเตียงยังมีอยู่ตามการแจ้งของแต่ละหน่วยงานทั้งหมด 2,471 เตียง ขณะนี้ได้ใช้โปรแกรม Co-ward ในการจัดการข้อมูล สิ้นเดือนมิถุนายนจะปิด Hospitel จำนวน 300 เตียง ซึ่งพร้อมเปิดให้บริการภายใน 24-48 ชม.หากมีผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย Admit คงเหลือ รวมโรงพยาบาลสนาม 32 ราย จำนวน AIIR ICU ใน ภาครัฐ มี 159 เตียง ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ใน พรบ.เงินกู้ ที่พิจารณาไปแล้วในเรื่องการสนับสนุนปรับปรุงห้อง ICU ในส่วนของภาคเอกชน ก็ยังมีการติดตามโดยใช้ศูนย์ของรพ.ราชวิถีในการประสานงาน มีการเตรียมความพร้อมไว้อย่างเต็มระบบ

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.4 แนวทางการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต UCEP

นำเสนอโดย นพ.สัญชัย ชาสมบัติ รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

การดำเนินการตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เดิมคือ Emergency claim online (EMCO) ได้มีการปรับปรุงมาเรื่อยๆ จนถึง 28 มี.ค. 2560 เข้ามติ ครม. เริ่มด าเนินการ 1 เมษายน 2560 (UCEP) 1. เห็นชอบหลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไข การก าหนดค่าใช้จ่ายในการด าเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2. เห็นชอบให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และให้รับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหลัง 72 ชั่วโมง 3. ให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์และจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่าย

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การจ่ายจะแยกเป็นอีกประเด็น การคัดแยกหลักๆ รพ.เอกชนก็ทำการดูแลรักษาประคองชีพ เกณฑ์การคัดแยกเป็นระบบคอมพิวเตอร์ ถ้าเข้าเกณฑ์ก็ไม่ต้องจ่ายแต่ถ้ากรณีไม่เข้าเกณฑ์ก็ต้องจ่ายเองทั้งหมด

2. ใน พรบ. สถานพยาบาล มาตรา 36 สถานพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยไม่มีเงื่อนไขเรียกเก็บ แต่ก็ต้องมีการเข้าสู่กลไกการประเมิน

3. UCEP ออกตามมาตรา 36 พรบ.สถานพยาบาล ใช้บังคับรพ.เอกชนก่อน รพ.รัฐไม่ได้อยู่ใน พรบ.สถานพยาบาล แต่เป็นข้อยกเว้นตามมาตรา 5 เพราะฉะนั้น คนไข้ที่มาทำการรักษาใน รพ.ภาครัฐก็จะให้การรักษาตามกลไกของ รพ.ภาครัฐ แต่บางอย่างที่เกินศักยภาพและพบว่ามี รพ.เอกชนใกล้ๆ มีศักยภาพสูงกว่าและสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ จึงส่งต่อมายังรพ.เอกชน ดังนั้นรพ.เอกชนก็ต้องให้การรักษาทันทีและก็ต้องมีการทำ PA เพื่อจะมาเข้าสู่กลไกในการใช้สิทธิ์ UCEP และได้มีการนำเรื่องนี้เข้าคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาในส่วนนี้ และได้ให้ดำเนินการอย่างนี้ไปก่อน ซึ่งทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นว่าบางอย่างก็ไม่เป็นธรรมต่อ รพ.เอกชน จึงนำเข้าครม. ซึ่งมีมติว่าให้ UCEP ครอบคลุมไปถึง รพ.รัฐด้วย ในอนาคตอันใกล้นี้ทางกรมบัญชีกลาง ก็ต้องประกาศว่าในคนไข้ที่เป็น UCEP เข้า รพ.ภาครัฐต้องประเมินและก็ต้องมีการ clearing แบบ free schedule แบบที่ รพ.เอกชนใช้ ซึ่งกำลังหารือกันว่ากรมบัญชีกลางจะไหวหรือไม่ เพราะราคาในการจ่ายแบบ free schedule สูงกว่าราคาปกติ จะมีการประชุมอนุกรรมการเพิ่มราคาให้สูงขึ้นเพื่อให้รพ.เอกชนรับข้อเสนอได้

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ น าเสนอเพิ่มเติมในส่วนของกรุงเทพมหานคร สาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้โดยมี รพ.ราชวิถี รับมอบภารกิจนี้ เมื่อ มี.ค. 60 ระหว่างที่เปลี่ยนจาก EMCO เป็น UCEP ซึ่งไม่มีศูนย์ปฏิบัติการกลางในส่วนนี้ ได้เริ่มปฏิบัติการตั้งแต่ 1 เม.ย. 60 ในส่วนของกรุงเทพมหานคร ภารกิจแรกได้รับมอบหมายให้ดูผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งจะหาเตียงยากลำบากเพราะไม่มีรพ.ต้นสิทธิ ได้หารือกันว่าถ้าเป็นข้าราชการในสังกัดใดก็ให้ต้นสังกัดรับไป เรียกว่าจำแนกตามกลุ่มสังกัด ถ้าพ้นจากกลุ่มนี้ไปก็จะเป็น กลุ่ม Activate และกลุ่มไม่เข้าเกณฑ์ ตามลำดับ ได้เสนอรูปแบบศูนย์บริหารจัดการเตียง UCEP กทม. ซึ่งมีบาง Model อยากให้ผลักดันในการใช้ให้เห็นภาพรวมของเตียงที่ว่าง คือ STEMI Fast Tract Model ของกรอบ กทม. มีการแบ่งเป็น 9 โซน ของศูนย์เอราวัณ ใน โซน 1-5 เป็นโซนของโรคหัวใจขาดเลือด จึงได้มีการปรับ โซนนี้ หลักการคือรพ.แม่ข่ายเป็นรพ.รัฐ รพ.ลูกข่ายเป็นรพ.เอกชน ระยะเดินทางระหว่างรพ.ไม่เกิน 60 นาที ในส่วนนี้กำลังดำเนินการ

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ในเรื่องของการบริหารเตียง เป็นเรื่องใหญ่มาก ควรจะทำให้เป็นภาพรวมของประเทศ น่าจะมีกลไกเมื่อหลังจากที่มีการทำ PA จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) แล้ว 1669 ก็ต้องหาเตียงสำรองไว้ ความชัดเจนของการย้ายเตียงมีความจ าเป็นเพราะเป็นเรื่องของสิทธิการเบิกจ่าย หากไม่ย้ายก็ต้องจ่ายเงินเอง ซึ่งถ้าเป็นรพ.เอกชน ค่าใช้จ่ายจะสูงมาก น่าจะมีระบบบริหารเตียงกลางขึ้นมาว่าจะให้ใครบริหารเตียงทั้งหมดทั้งในกทม.และต่างจังหวัด แล้วสพฉ.จะต้องทราบการบริหารเตียงเพราะเป็นต้องส่งต่อ

2. กรณี เกิน 72 ชม. ถ้าเป็นสิทธิประกันสังคม รพ.ตามสิทธิ์ก็จะรีบรับกลับ เพราะตามระเบียบถ้าไม่รับกลับต้องจ่ายเงิน แต่สิทธิ์UC สิทธิ์ข้าราชการ ปัญหาคือ UCEP ขาดทุนทุกขั้นตอน

3. ในหัวข้ออัตราการจ่าย เรื่อง DRG base rate พอหลัง 72 ชม. แล้วอาจจะไม่เป็นไปตามค่าใช้จ่าย แนวโน้มเหมือนจะเป็นเรื่องของ free Schedule และจ่ายเพิ่ม 20% ประเด็นคือกรมบัญชีกลางถ้าตกลงเงื่อนไขก็อาจจะแก้ปัญหานี้ได้

4. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ ปัจจุบันใกล้ที่ไหนไปที่นั่น ไม่ใช่ที่ที่เหมาะสมที่สุด ถ้าเราสามารถทราบจำนวนเตียงว่างของภาครัฐและภาคเอกชน เวลาที่ดูผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละวันเราสามมารถ By Pass เข้าไปส่วนนี้ได้ เรื่องการบริหารเตียงกับเรื่องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่เชื่อมกันอยู่ ถ้าหากสามารถทำระบบเชื่อมกันได้ ทั้งประเทศจะสามารถดูแลตรงนี้ได้

5. STEMI Fast Tract Model ใน กทม. ทำใน application เสร็จเกือบหมดแล้ว เหลือ implement แล้วทดลองระบบ ที่เสนอเป็น Timelineไว้ อยากจะให้ใช้โปรแกรม Bed management นี้ ซึ่งจะมีการปรับปรุงในส่วนนี้ในรพ.ที่อยากจะเข้าร่วม และน่าจะมี facility บางส่วนที่เป็นกลไกการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามต้องค่อยๆ ออกแบบระบบ และ Scale up จากบางโมเดลขึ้นไป

6. กรณีรัฐวิสาหกิจ 50 กว่าแห่งและองค์กรมหาชน 100 กว่าแห่ง ยังไม่ได้จ่าย รพ.เอกชน ประมาณ 20 กว่าล้านบาท ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำลังจะนำเรื่องนี้เข้าครม. โดยหลักการครม. แล้วเสร็จ จะให้ทาง สปสช. ไป clearing ทาง สปสช.สามารถนำเงินไปจ่ายได้แต่ต้องเป็นเงินที่รัฐบาลส่งมาให้ ถ้าเข้าครม.เสร็จหลักการก็คือ ต้องตัดเงินจากส านักงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่ สปสช. เพื่อใช้จ่ายแล้วจากนั้นกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไปผูกหนี้กับกองทุนต่างๆ เพื่อใช้จ่ายคืนงบประมาณรัฐบาลต่อไป

7. โดยปกติเอกชนเห็นด้วย แต่ประเด็นคือโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้ปรับปรุง ขอให้ดูทุกมิติให้ครบ

8. ช่วยสื่อสารกับประชาชนเน้นย้ำว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินใกล้ที่ไหนให้ไปที่นั่น

9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและกรมการแพทย์ ควรจะมีกรอบเวลาว่าจะทำอย่างไร แต่ละส่วนไปประสานกับหน่วยงานอื่นอย่างไร

10. กองทุนที่ยังไม่ได้จ่ายรพ. 20 ล้าน กำลังจะเสนอไปยังรัฐบาลขอให้เอางบมาตั้งเป็นกองทุนกลาง พอสปสช. clearing ให้ ทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ก็ไปเอาจากกองทุนที่เกี่ยวข้องเพื่อคืนกองคลังเป็นเงินหมุนเวียน ถ้าเคลียร์ตรงนี้ได้แล้วเพิ่มเรทราคาเตียง refer ของรพ.เอกชนให้รับได้ ปัญหาก็จะจบไป ส่วนเรื่องร้องเรียนกรบสนับสนุนบริการสุขภาพจัดการได้หมดแล้ว ส่วนเรื่องอุทธรณ์ ก็เป็นไปตามกฎหมายปกติ

มติที่ประชุม : รับทราบ

1. มอบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขับเคลื่อนเรื่องนี้กับทุกหน่วยงานให้เสร็จภายใน 3 เดือน

2. นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ จัดการเรื่องเตียงและข้อมูลข่าวสาร

3.5 ข้อมูลปัจจุบันของยา remdesivir

นำเสนอโดย พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

ยา remdesivir gป็นยาตัวใหม่ ขณะนี้ยังไม่มีชื่อการค้า โรคที่รักษาได้ผลดีคือ SARS, MERS, Ebola virus ซึ่งการรักษาโรค CoVID-19 อยู่ระหว่างการศึกษา ยังไม่ได้รับอนุมัติในข้อบ่งใช้ได้ และประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย Solidarity trial

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. อย่างไรก็ตามข้อมูลยังไม่นิ่ง คณะท างานพัฒนา CPG COVID-19 ของกรมการแพทย์ จะนำเรื่องนี้ไปศึกษาร่วมกัน ใน Solidarity trial ที่เข้าใจว่า ผ่าน Medical committee ของทั้งหมดแล้ว เริ่มรับคนไข้ได้ปลายเดือนนี้ อาจจะเป็นคนไข้ของ State Quarantine

2. ได้มีการ Tele Conference กับของประเทศสิงคโปร์ซึ่งก าลังประกาศให้สามารถใช้ Remdisivir ได้ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของสิงคโปร์มีจำนวนน้อยมาก 0.1% เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีอายุน้อย

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.6 State quarantine: กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ

นำเสนอโดย นพ.อัครพล คุรุศาสตรา ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

State quarantine มีสถานที่ของทางราชการ 2 แห่ง ได้แก่อาคารกิจการสวัสดิการ ทร. อาคารรับรอง รร.การบิน ทอ. และโรงแรมของเอกชนเปิดท าการ 27 แห่ง ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้ถูกกักกันโรค (สะสม) 18,872 ราย พ้นระยะกักกันโรคแล้ว 12,584 ราย ยังคงถูกกักกันอยู่ 6,288 ราย Alternative State Quarantine โรงแรมของเอกชน + รพ.เอกชนคู่สัญญาเปิดทำการ 7 แห่ง โดยคาดการณ์จำนวนผู้เข้าพักวันละ 500 คน ขณะนี้มีจำนวนห้องพัก 10,000 ห้อง และจะมีการเตรียมการส ารองอีก 1,000 ห้อง หลังจากผู้ที่เดินทางมาจากญี่ปุ่นอีกวันละ 100 คน ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้ถูกกักกันโรค (สะสม) 514 ราย พ้นระยะกักกันโรคแล้ว 247 ราย ยังคงถูกกักกันอยู่ 267 ราย มีทีมปฏิบัติการทางการแพทย์แบ่งตาม

1. พื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล จำนวน 4,570 ห้อง จำนวน SQ 17 แห่ง ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย 13 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 1 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 แห่ง และกรุงเทพมหานคร 1 แห่งและจำนวนชุดแพทย์ 18 ชุด

2. พัทยา ชลบุรี จำนวน 4,090 ห้อง จำนวน SQ 10แห่ง + 2 แห่ง ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย 9แห่ง กระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง ส านักงานตำรวจแห่งชาติ 1 แห่ง และสภากาชาดไทย 1 แห่ง และจำนวนชุดแพทย์ 12 ชุด และมีการจัดทำบัญชีโรงพยาบาลรัฐคู่ปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นปลายทางในการรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยทั่วไปจากพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล ทั้งหมด 16 แห่ง ภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส านักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีภารกิจดังนี้

1. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรงแรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ
2. คัดกรองสุขภาพจิตและสุขภาพกาย
3. บริการตรวจทดสอบเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ครั้ง
4. จัดระบบส่งต่อจาก โรงแรม ไป รพ.ปฏิบัติการร่วม เมื่อมีเหตุจำเป็น
5. บริการรักษาพยาบาลโรคทางกายและจิตที่มีในผู้กักกันตน
6. บันทึกข้อมูลตามที่รัฐกำหนด
7. จัดระบบ telemedicine
8. จัดบริการยาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมาจากต่างประเทศ Hospital Quarantineผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศ มายังที่สนามบินสุวรรณภูมิ/ดอนเมือง/อู่ตะเภาให้แจ้งความจำนงที่สถานทูตต้นทาง ในการเลือกสถานที่กักกัน โดยประชาชนไทย สามารถกักกันได้ที่ Hospital Quarantine

ที่รัฐกำหนด หรือAlternative Hospital Quarantine โดยยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเองส่วนคนต่างชาติและญาติผู้ป่วยเข้ากักกันที่ Alternative Hospital Quarantine โดยที่ยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.7 นวัตกรรมไทย: THAIMIX

THAIMIX นำเสนอรายละเอียด PAPR ver.2 ที่ผลิตโดยคนไทย แจ้งว่ามีการประสานงานในทิศทางเชิงพาณิชย์ และการแจกได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายล่าช้าจากเดิมที่กำหนดไว้เดือนพฤษภาคม 2563 ซึ่งจะมีการประชุมหารืออีกครั้งในวันที่ 19 มิถุนายน 2563 ซึ่งทางมูลนิธิชัยพัฒนาจะมีการนำไปเป็นของพระราชทาน ต่อโรงพยาบาลชุมชนผ่านมูลนิธิแพทย์ชนบท จำนวน 6,700-7,000 ชิ้น โดยรอให้มีการผลิต ดำเนินการอย่างเป็นทางการก่อน และนำเสนอ PPE Cover all Level 3 และมอบตัวอย่างที่ผ่านการทดสอบแล้วให้ในที่ประชุม จำนวน 50 ชุด

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ผลักดันให้ผลิตและพัฒนาได้ด้วยประเทศไทยเองทุกขั้นตอน โดยไม่ต้องนำเข้าวัสดุจากต่างประเทศ และให้สามารถส่งออกต่างประเทศได้ในภาวะปกติ

2. ให้ อย.และ GPO เร่งพัฒนาเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน หากไม่ทัน ต้องคอยให้คำแนะนำ

3. ปรับราคาจำหน่ายให้เป็นทิศทางเดียวกันทั้งภาครัฐและเอกชน

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 ผลการประเมินการส่งตรวจ COVID-19 ก่อนท าหัตถการ

นำเสนอโดยนายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์โดยมีสาระสำคัญพอสังเขปดังนี้

1. ปัจจุบันมีโรงพยาบาลภาครัฐและมหาวิทยาลัยที่ส่งข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ช่วงเวลา 1 เมษายน 2563 - 31 พฤษภาคม 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2563) จำนวน 132 แห่ง ซึ่งจากข้อมูลที่รายงานพบว่ามีการทำ sawb ส่งตรวจ COVID-19 ก่อนทำหัตถการ ทั้งการผ่าตัดที่ทำ General Anesthesia/Potential GA ในห้อง OR และหัตถการที่ทำนอก OR รวมทั้งหมด 15,318 ราย ให้ผลบวก 2 ราย (ผลบวกเดิมเมื่อวันที่ 16,18 เมษายน 2563) คิดเป็นร้อยละ 0.01

2. จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมีข้อเสนอแนะในการคัดกรองผู้ป่วยก่อนทำหัตถการต่างๆ ดังนี้ 1) แนะนำให้ซักประวัติและส่งตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองความเสี่ยงทุกราย 2) แนะนำให้ตรวจ RT-PCR เฉพาะกรณีที่มีความเสี่ยงจากการ screening หรืออาจขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ข้อเสนอแนะดังกล่าวอาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ อุบัติการณ์ และความชุกในกรณีที่มีการระบาดรอบสอง

3. วันจันทร์ที่ 15 มิถุนายน 2563 จะมีการประชุมคณะทำงานเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ใหม่ให้สอดคล้องกับข้อมูลในปัจจุบันเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ไม่ควรเปิดช่องว่างให้ใช้ดุลยพินิจของแพทย์ในการพิจารณาส่งตรวจ RT-PCR เนื่องจากแพทย์บางส่วนอาจยังไม่มีความมั่นใจ ถึงแม้จะมีข้อมูลแสดงให้เห็นชัดเจน หรือใช้ดุลยพินิจของแพทย์ร่วมกับข้อมูล ทางคลินิกบางอย่าง ซึ่งต้องเขียนวิธีการดำเนินการให้ชัดเจน อาทิ หากคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีความเสี่ยง แต่แพทย์ยังคงประสงค์ให้ส่งตรวจ RTPCR จะไม่สามารถเบิกเงินคืนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เป็นต้น

2. เสนอให้นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ นำข้อเสนอแนะตามข้อ 1 ไปทบทวนการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ร่วมกับคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญชุดห้องผ่าตัดอีกครั้ง

3. เสนอให้มีการปรับแก้ไขแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และปูองกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CPG) ในส่วนของการพิจารณาการส่งท า Swab/ส่งตรวจ RT-PCR ตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รับผิดชอบที่ดูแล COVID-19 ร่วมด้วย เช่นเดียวกับกรณีของการพิจารณาส่งตรวจก่อนท าหัตถการ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และปรับเกณฑ์ PUI ให้สอดคล้องกับของกรมควบคุมโรคที่ก าลังจะมีการปรับใหม่ โดยมอบหมายให้แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์นำข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้นเข้าหารือกับคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องชุดCPG

4. หากจะมีการปรับแก้ไขแนวทางปฏิบัติหรือเกณฑ์ใดใหม่ ต้องมีการด าเนินการและระบุข้อกำหนดต่างๆ ให้ชัดเจน เนื่องจากการดำเนินการใดๆ ที่เคยทำได้และสามารถเบิกจ่ายได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงแล้วไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ต้องระบุให้ชัดเจนว่ามีผลบังคับใช้เมื่อใด และต้องมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงและเป็นทางการ

มติที่ประชุม : รับทราบ

ปิดการประชุม 16.30 น.

รายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล
และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร
วันที่ 27 มิถุนายน 2563 เวลา 09.30-12.00 น.
ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. ดร.สาธิต ปิตุเตชะ	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์	
3. นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
4. นพ.มานัส โพธาภรณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
5. นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	
6. นพ.เฉวตสรร นามวาท	แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค	
7. ศ.ดร.นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์	นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
8. นพ.สุรพล โล่สิริวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 3	
9. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	
11. พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	
11. น.ส.อุมา วันดี	แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	
12. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์	
13. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
14. นางทิวา รัชทินพันธ์	เลขานุการกรมการแพทย์	
15. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์	
16. รอ.นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	

ผู้เข้าร่วมประชุม ทาง Webex

1. รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
2. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
3. ผศ.นพ กำธร มาลาธรรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
4. รศ.นพ.วิศิษฎ์ วามวาณิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
5. ศ.นพ.รื่นเริง ลีลานุกรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. นพ.สุกิจ ศรีทิพยวรรณ	รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
7. นพ.ไพโรจน์ บุญคงชื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายพิบูลย์ มีนิล	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
2. น.ส.จิตรดารา นพเกตุ	คณะทำงานรัฐมนตรีช่วยว่าการการทรวงสาธารณสุข
6. นายประจักษ์ อิสสะอาด	กองวิชาการแพทย์
7. นางสาวสาวิตรี ยาหอม	กองวิชาการแพทย์
8. น.ส.ชุติกาญจน์ ปักเคธาติ	กองวิชาการแพทย์
9. น.ส.เพชรีภรณ์ ศรีบุศกร	กองวิชาการแพทย์

เริ่มประชุมเวลา 13.30น.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี COVID-19ในเขตกรุงเทพมหานคร วันที่ 13 มิถุนายน 2563

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

3.1 สถานการณ์COVID-19

นำเสนอโดย นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

1) ข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 สะสม ของประเทศไทย ถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 3,162 ราย รักษาหายแล้ว 3,053 ราย เสียชีวิต 58 ราย ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 51 ราย โดยมีอัตราป่วย 4.76 ต่อแสนประชากร หากไม่นับรวมจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาจากต่างประเทศ และกักตัวอยู่ใน State Quarantine อัตราป่วยในประเทศเป็น 4.32 ต่อแสนประชากร

2) ข้อมูลวันที่ 27 มิถุนายน 2563 ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

3) ปัจจุบันประเทศไทยไม่พบการติดเชื้อภายในประเทศเป็นเวลา 33 วัน

4) โครงสร้างอายุของผู้ป่วยยังคงมีลักษณะเหมือนเดิม คือ กลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดทั้งเพศชายและหญิงอยู่ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี

5) ภายหลังจากการเปิด State Quarantine เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2563 และมาตรการปิดน่านฟ้า เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2563 จำแนกตามประเภทผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อจากต่างประเทศ 718 ราย ได้แก่ คนต่างชาติ125 ราย (ร้อยละ 18)คนไทย 368 ราย (ร้อยละ 51) (พิธีกรรมทางศาสนา 99) และคนไทย เข้า State Quarantine225 ราย (ร้อยละ 31) (ข้อมูลตั้งแต่กุมภาพันธ์ - วันที่ 27 มิถุนายน 2563)

6) สถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสม 9,904,936 ราย (ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 194,758 ราย) เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรง 57,643 ราย (ร้อยละ 0.6) รักษาหายแล้ว 5,357,840 ราย เสียชีวิต 496,866 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยปัจจุบันอยู่ที่อันดับ 95 ของโลก

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

เสนอให้กรมควบคุมโรคกำหนดเกณฑ์และจัดทำตัวเลขในภาพของประเทศ ตัวเลขของเขตกรุงเทพมหานครและตัวเลขในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด เพื่อใช้สำหรับเป็นค่ากลางในการเตรียมมาตรการรองรับกรณีระบาดในระลอก 2 ว่าต้องมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนกี่รายต่อวัน จึงจะใช้มาตรการล็อคดาวน์ประเทศอีกครั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลสื่อสารให้ประชาชนทราบล่วงหน้า และนำมารายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมครั้งต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.2 การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกัน และยาต้านไวรัส

นำเสนอโดย นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

1) การบริหารจัดการยา favipiravir ได้จัดเตรียม Stock ยาไว้ ในกรณีที่มีผู้ป่วยเฉลี่ย 68 - 300 ราย ต่อวัน ถึงเดือนกันยายน 2563(ปัจจุบันมียา favipiravir ของประเทศจีน 80,000 เม็ด และประเทศญี่ปุ่น จำนวน 100,000 เม็ด รวมทั้งสิ้น 180,000 เม็ด)

2) กระทรวงพาณิชย์มีการขยายการควบคุมการส่งออก surgical mask ต่อ จากเดิมมีกำหนดไว้ถึงสิ้นเดือนมิถุนายน 2563

3) กำลังการผลิต surgical mask ปัจจุบันสามารถผลิตได้เพิ่มขึ้นเป็น 3,500,000 ชิ้นต่อวัน จากเดิมผลิตได้ 1,000,000 ชิ้นต่อวัน

4) การบริหารระยะยาว surgical mask มีการประชุมเฉพาะกิจในส่วนเกินจากความต้องการของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ยังเป็นที่ถกเถียงกันในส่วนเกินนี้จะจัดการอย่างไรทั้งนี้จะดำเนินการหาข้อสรุปเพื่อเสนอเข้าที่ประชุม ครม.ต่อไป

5) อุปกรณ์ PPE และ N95 องค์การเภสัชกรรม ได้ดำเนินการStock ไว้ โดยสามารถใช้ได้ถึงเดือนกันยายน 2563 ซึ่งจัดสรรโดยใช้ข้อมูลจาก Coward

6) ปัจจุบันขององค์การเภสัชกรรมยังไม่ได้ซื้อยา favipiravir ของประเทศอินเดีย

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. เนื่องจากมีประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในกรณีที่มีการเก็บสำรองอุปกรณ์ PPE ให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับรูปแบบสถานที่จัดเก็บให้มีความเหมาะสม และปลอดภัย

2. ประเด็นด้านการให้บริการด้านทันตกรรม ปัจจุบันแผ่นยางอนามัย (Rubber Dam) ใน รพ.ภาครัฐขาดแคลน มอบ รพ.ภาคเอกชน และ รพ.สังกัด UHosNet หาข้อมูลว่าประสบปัญหานี้หรือไม่ และมีการแก้ไขอย่างไร

3.3 การบริหารทรัพยากรเตียงและ ICU ของสถานพยาบาลใน กทม.และปริมณฑล

นำเสนอโดย นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

การบริหารจัดการเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนเตียงยังมีอยู่ตามการแจ้งของแต่ละหน่วยงานทั้งหมด 2,471 เตียง ขณะนี้ได้ใช้โปรแกรม Co-ward ในการจัดการข้อมูล สิ้นเดือนมิถุนายนจะปิดหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel)ของ รพ.ราชวิถี จำนวน 200 เตียง ซึ่ง รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพร้อมเปิดให้บริการโรงพยาบาลสนามภายใน 24-48 ชม.หากมีผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย Admit คงเหลือรวมโรงพยาบาลสนาม 23 ราย จำนวน AIIR ICU มี 143 เตียง จำนวน AIIR modified มี 164 เตียง ซึ่งแผนการเพิ่ม AIIR ICU ตามการขยายศักยภาพของ รพ. สถาบัน ได้ติดตามความก้าวหน้าของ รพ.ภูมิพล ซึ่งดำเนินการแล้วเสร็จ 6 เตียง ที่เหลือคาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จกันยายน 2563 นี้ส่วนแผนเพิ่ม AIIRICU สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์, รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ รพ.จุฬาลงกรณ์ ได้ดำเนินการแล้วเสร็จไปบางส่วนแล้ว สำหรับ รพ.ผู้สูงอายุ บางขุนเทียนอยู่ในระหว่างรองบประมาณ พรบ.เงินกู้ ที่พิจารณาไปแล้วในเรื่องการสนับสนุนปรับปรุงห้อง ICU ในส่วนของภาคเอกชน ก็ยังมีการติดตามโดยใช้ศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจของรพ.ราชวิถีในการประสานงาน มีการเตรียมความพร้อมไว้อย่างเต็มระบบ

มติที่ประชุม : รับทราบ

3.4 แนวทางการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต UCEP

นำเสนอโดย นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

ได้มีการประชุมกับเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลภาครัฐ,ภาคเอกชน, UhosNet และกรุงเทพมหานคร จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ครั้งที่2/63 เมื่อวันที่ 22 มิ.ย.2563 โดยมีข้อสรุปเบื้องต้น ดังนี้จะบริหารจัดการเตียงหลัง 72 ชม.เพื่อรองรับการส่งกลับให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นโดยใช้รูปแบบที่เคยทำ Bed Management ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขณะนี้ตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเริ่มเข้ามาดูระบบของข้อมูลที่จะทำร่วมกัน ภายใน 2 สัปดาห์นี้ คาดว่าจะได้ตัวชุดข้อมูลร่วมกัน

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1.STEEMI &STROKพร้อมรับผู้ป่วย 72 ชั่วโมงแรก ทั้ง Fast track หรือ Emergency รพ. UhosNet รพ.กรมการแพทย์ รพ.กรุงเทพมหานคร รพ.เอกชน ในส่วนของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน การรับผู้ป่วยหลัง 72 ชม. กลับ เดิมทีดูในกลุ่มข้าราชการเป็นหลัก แล้วดูตามสังกัด ถ้าไม่มีสังกัดใดก็จะวนใน Loop รพ. UhosNet กับรพ.ในเครือข่ายทั้งหมด เป็นวิธีปฏิบัติเดิมตั้งแต่ เมษายน 2560 ปัจจุบันกรณีไม่มีผู้รับผิดชอบหลังครบ 72 ชม. เพิ่ม 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในกรุงเทพฯ มอบให้รพ.ในสังกัดกรมการแพทย์รับผิดชอบ กลุ่มรัฐวิสาหกิจและกลุ่มครูเอกชนศูนย์ฯรพ.ราชวิถีประสานหาเตียงรองรับร่วมกับรพ.เครือข่ายUCEP

2. ที่ผ่านมาเป็นการขอความร่วมมือ รพ.UhosNet ในการวนรับผู้ป่วยกับเอกชน กรณีที่ครบ 72 ชม.แล้ว อาจจะต้องฟัง Feedback จากทีมงานที่อยู่ในหน้างานเรื่องการวนรับCase อาจจะมีประเด็น Loop ที่จัดไว้เป็นไปตามแผนหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใด

3. รพ.เอกชน ได้ทำสำรวจรพ.ทั้งหมด ตอบรับมา 178 แห่ง เสียงส่วนใหญ่ ขอเป็น Free for Service ส่วนลด 20% และ 3 แห่ง เป็น Free Schedule เพิ่ม 20% อีกส่วนหนึ่งFree for Service ส่วนลด 20%กับผู้ป่วยร่วมจ่าย

4. ปัญหานี้จะแก้ได้เสร็จสิ้น จะทำอย่างไรให้คุ้มค่าไม่ให้ขาดทุน ต้องไปคุยกับกองทุนว่าจะจ่ายได้หรือไม่

มติที่ประชุม : รับทราบ

1. มอบนพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ หาความชัดเจนในเรื่อง รพ.ที่จะรับผู้ป่วยหลัง 72 ชม. กรณีไม่มีผู้รับผิดชอบ

2. เริ่มทำ pilot 1 สิงหาคม 2563 ตามความสมัครใจ 3-6เดือน

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 การดูแลคนไทยในต่างประเทศ

นำเสนอ โดย พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้

ได้รับแจ้งจากกระทรวงต่างประเทศ ว่ามีนักเรียนไทยในต่างประเทศที่ติดเชื้อ Covid-19 ไม่สามารถเดินทางกลับเข้าประเทศไทยได้ มีข้อมูลเบื้องต้นในประเทศ ดังนี้ ประเทศซาอุดิอาระเบีย อียิปต์ และอิหร่าน โดยกรมการแพทย์ได้เตรียม ความพร้อม ทีมแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านฉุกเฉิน/โรคติดเชื้อ และโรคปอด รวมทั้งพยาบาลโรคติดเชื้อ ทีมละ 3 คน จากโรงพยาบาลในสังกัด จำนวน 10 ทีม ได้แก่

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2 ทีม โรงพยาบาลเลิดสิน 2 ทีม โรงพยาบาลราชวิถี 4 ทีม และสถาบันโรคทรวงอก 2 ทีม ในช่วงแรกดำเนินการให้การแนะนำทาง online & plan for Telemed ต่อกงสุล/สถานทูต และให้คำแนะนำ ปรึกษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แก่นักศึกษาผ่านช่องทาง Line Group ในแต่ละประเทศ โดยจะประสานเพิ่มเติมเพื่อทราบความต้องการความช่วยเหลือ การเตรียมทีมแพทย์ และติดตามประเมินผลต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

มอบ พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ สำรวจ จัดทำแนวทางการดูแลในด้านการรักษา การจ่ายยาตามอาการแก่สถานทูตด้วย หรืออาจจะมีการหาแนวทางจัดชุดยาส่งยังสำรองไว้ยังสถานทูตในแต่ละประเทศนั้นด้วย

4.2 ความก้าวหน้าในการพัฒนาหลักสูตร Minimert COVID for SQ&LQ

นำเสนอ โดย พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์โดยมีสาระสำคัญพอสังเขป ดังนี้หลักสูตรที่ครอบคลุมประเด็น เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย Covid-19 ตั้งแต่แรกรับ การบริหารจัดการ การรักษา การเฝ้าระวังไปจนถึงการส่งต่อหรือส่งกลับบ้านและได้มีการเตรียมการประชุมหารือร่วมกับกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิตและวิทยาลัยการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว เพื่อให้ทีม ผู้ปฏิบัติเข้าใจและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งทีมปฏิบัติงานชุดบริการแพทย์สถานกักกันโรคแห่งรัฐ 1 ทีมจะประกอบด้วย แพทย์ 1 นาย พยาบาล 2 นาย ผู้ช่วยพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เวชกิจฉุกเฉิน 3 นาย โดยมีการทดลองหลักสูตรให้เรียนผ่านทาง Online โดยใช้เวลาเรียน 1 วันแล้วนั้น มี 40 กว่าหน่วยงานได้เข้ามาร่วมทดลองเรียนแล้วนั้น ต่อไปจะพัฒนาให้เป็นรูปแบบ Self-Learning โดยจะมีการให้ถามตอบ หรือตอบโต้ด้วยตนเอง และจะมีการติดตามช่วงที่ปฏิบัติภาระกิจ และประเมินผลด้วยในวันที่ 7 และ/หรือวัน 14 ซึ่งมีแนวทางในการขับเคลื่อนโดยจะกำหนดพื้นที่ที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา เรียนรู้หลักสูตรนี้ก่อนได้แก่ SQ/LQ ก่อน คาดการว่าจะนำไปImplementationในเดือนกรกฎาคม 2563 นี้ และได้เตรียมการ Designated hospital เพื่อรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอาการรุนแรง ใน SQ/LQ ได้แก่ รพ.ราชวิถี /รพ.นพรัตน์ราชธานี / รพ.เลิดสิน /ส.โรคทรวงอก/ ส.สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี / ส.มะเร็งแห่งชาติ / สบยช./ ศูนย์มะเร็ง ฯ / ส.ประสาทวิทยา / ส.สิรินธรฯปัญหาเรื่องสุขภาพจิต รพ. สมเด็จเจ้าพระยาฯลฯ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ทบทวน Check list ให้กับ ทีม MiniMERT COVIDตั้งแต่ ก่อนขึ้นเครื่องบิน ระหว่าง ที่ด่าน และ ที่ SQ/LQ เพื่อประเมิน อาการ และ อาการแสดง ของ ผู้ที่มาพักที่ SQ/LQ การเตรียม Designated hospital for high risk groupประสานงาน เพื่อการเตรียมกรณี สำหรับกรณีALQ /ASQ

ข้อเสนอแนะในที่ประชุม

- ALQ /ASQมีระเบียบรองรับแล้ว
- จัดทำมาตรฐาน AHQ/ASQ และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลเอกชน
- คัดกรองประวัติที่ SQ ให้ละเอียดมากขึ้น ใช้ระบบรายงานเดียวกัน
- เมื่อเปิดประเทศ การรับผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษา ต้องลงข้อมูล Passport และที่อยู่ให้ละเอียด

ในกรณีคนไทยให้ลงข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน

- ระบบ Refer non Covid-19 ปัจจุบันประสานผ่านศูนย์เอราวัณ ส่วน Covid-19 ประสานผ่านโรงพยาบาลราชวิถี

- ประเด็นค่าเวร ในระยะยาวถ้าเป็นไปได้อยากให้ตั้งเป็นงบกลาง เพราะว่าจะได้เหมือนกันหมดและจัดการได้ง่าย

- ให้ใช้งบ COVID จ่ายค่าตอบแทน ไม่ใช่งบของโรงพยาบาล ซึ่งรพ. UhosNet น่าจะได้งบประมาณส่วนนี้ เหมือนของกรมการแพทย์ ซึ่งงบในระยะที่ 2 แทบจะไม่ได้ใช้เลยเพราะแทบจะไม่มี Case

- ได้เข้าไปประชุมกับกระทรวงกลาโหมเรื่องค่าตอบแทนที่จะได้เป็นค่าเสี่ยงภัย ในเอกสารที่ส่งมาได้เป็นรายวัน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ได้ 1,500 บาท /24 ชม. ระดับต่ำกว่าแพทย์ ได้ 1,000 บาท/24 ชม. ประเด็นปัญหาที่รพ.พบก็คือการที่จะเอาแพทย์กับพยาบาลออกไปนอกสถานที่ ซึ่งเดิมงานใน โรงเรียนแพทย์ก็มีภาระงานเยอะมากแล้ว โรงพยาบาลก็เลยต้องออกค่าตอบแทนส่วนเกิน จ่ายเพิ่มให้แพทย์กับพยาบาลออกไป

- ในระเบียบของ SQ มีการกำหนดว่า แพทย์ 1 คน/วัน พยาบาล 2 คน/วันและผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งมีกำหนดจำนวนคนชัดเจน ถ้าหมดพรก.ฉุกเฉิน อาจจะต้องหาทางแก้ปัญหาค่าตอบแทนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น อาจจะต้องใช้พรบ.โรคติดต่อ ต้องหารือกับกรมควบคุมโรคในการตั้งงบประมาณส่วนนี้ ในทางปฏิบัติแพทย์ On Call ถ้าอยากได้ค่าตอบแทนส่วนนี้จะต้องลงไปปฏิบัติหน้างาน

- อีกอันที่จะเชื่อมกับ New Normal ก็คือ Telemedicine ค่าตอบแทนส่วนของแพทย์อาจจะใช้ส่วนนี้ได้หรือไม่ จะหารือกันอีกครั้ง

มติที่ประชุม รับทราบ

- พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ กับนพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์ หารือกับกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- มอบรองอธิบดีกรมการแพทย์นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ ประสานเรื่องการทำเบิกค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของทีมแพทย์ที่ไปประจำที่ SQ ต้องทำเรื่องเบิกส่งไปที่ใดและจัดทีมหารือเรื่องค่าตอบแทนเสี่ยงภัยที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบส่วนต่างต่อไป

- มอบนพ.เฉวตสรร นามวาท ประสาน/หารือกับอธิบดีกรมควบคุมโรค ในเรื่องค่าตอบแทนเสี่ยงภัยภายในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชื่อมต่อกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ใน UHosNet ให้เท่าเทียมกัน

4.3 New Normal Medical Service: DMS-PATTANI Model

นำเสนอโดย รอ.นพ.สมชาย ธนสิทธิชัย ผอ.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีฯ กรมการแพทย์

1. การวิจัย Screeningtest โดยตั้งสมมติฐานในการทำการศึกษา ในช่วงทำการคัดกรองให้คนไข้เข้าสู่กระบวนการการผ่าตัด ทำทุกราย เนื่องจากกระบวนการคัดกรองของผู้ป่วยที่เป็น COVID-19 ต่างจาก ผู้ป่วย HIV ดังนั้นจะมีคนไข้หลุดเข้าไปในระบบได้ ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ ในที่นี้ตั้งสมมติฐานการคัดกรองอัตราการปนเปื้อนหรือคนไข้ที่หลุดเข้าไปในระบบหลังคัดกรอง 1 เคสต่อปี

2. เรื่องการ Implement ดูGapของกระบวนการต่างๆที่ออกเป็น guideline เมื่อเอาไปใช้ในรพ.ขนาดเล็กหรือรพ.ห่างไกล มีปัญหาอะไรหรือไม่ เป็นการลงไปจ.ปัตตานี พบว่ารพ.ขนาดเล็กมีปัญหา Air Change ไม่ได้ตามต้องการ สถาบันเด็กจึงพัฒนา modified negative pressure เต้นท์ เพื่อเอาลงไปช่วยให้ดำเนินกิจกรรมได้ เช่น ทดลองปรับปรุงAir Change และพัฒนาmodified negative pressure ในห้องผ่าตัดรพร.สายบุรี"

3. ทันตกรรม ช่วงที่ผ่านมาการทำทันตกรรมลดลงอย่างมากในการให้บริการ จ.ปัตตานี ลดลงไปเกิน 80% ดังนั้นการที่จะทำให้เกิดการบริการอีกครั้ง โดย การนัดหมายเพื่อให้เกิด Social Distancing และการทำ Risk Screening การลดการฟุ้งกระจายทำนวัตกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า RubberDam

การพัฒนาระบบการจัดการ 4-Hands&HVEและพบปัญหาเครื่องมือไม่เพียงพอ พื้นที่จำกัดการระบายอากาศไม่เพียงพอ

4. Emergency System เป้าหมายหลัก คือการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 1.Structure การออกแบบ Negative pressure Room หรือ Isolate Room2. การ Triage Zoning ขอคนไข้ที่มีความเสี่ยงต่างๆกัน 3.การ train บุคลากรให้เกิดความคุ้นเคยในรูปแบบใหม่ ได้ไปทำ modified Negative pressure Room ในราคาต่ำเพื่อขยายผลต่อไป

5. NCD Care หลักการสำคัญ

1.สร้างความตระหนัก ความรอบรู้ในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

2. ผู้ป่วยต้องทำ Self Monitoring (Home BP, DTX) หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาเครื่องมือหรือทำการตรวจเองได้ จะต้องมีการจัดบริการช่วยเหลือ

3. มีการส่งผลการตรวจไม่ว่าจากการตรวจด้วยตนเอง จากจุด check point หรือ ตรวจโดยเจ้าหน้าที่

ประเด็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. อัตราการปนเปื้อน หมายถึงอุบัติการณ์ของพื้นที่นั้นๆ ต้องใช้ Population ของประชากรในพื้นที่ ในการเอามาคิดเราไม่สามารถใช้เป็นสะสมได้ เป็นอุบัติการณ์ New Case ถึงเน้นว่าการทำ Sentinel Surveillance เป็นเรื่องที่จำเป็นมากในช่วงเวลานั้นๆของแต่ละพื้นที่จะต้องมีการทำตลอด และ State quarantine เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด

2. ทางรพ.จุฬาลงกรณ์ ได้เข้าไป ใช้ Rapid Test IgM ซึ่งทำก่อนกรมการแพทย์ เมษายน-พฤษภาคม พื้นที่ที่ทำมีความต่างกัน ทำเฉพาะจุดที่มีรายงานว่าติดเชื้อ ส่วนที่กรมการแพทย์ลงไปทำการเก็บข้อมูล ทั้งใน รพสต. AIIR Clinic รพ.ปัตตานี รพร.และรพช. บางที่ ทำ Test 4 อย่าง ผลพบว่า negative 100%และTest ดูว่า Testที่ทำ ดีจริงหรือไม่ เอาคนไข้ที่เป็น State Quarantine มาทำTest ทุกอย่างเหมือนกันหมด พบว่าผลสอดคล้องกัน 100%

3. New Normal NCD ได้มีความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการนำ Applicationหมอรู้จักคุณ เพื่อจะนำมาใช้ในการScreening และ Self Monitoring คนไข้ ซึ่งข้อมูลจะมาจากคนไข้สู่ รพสต.และไปที่ รพ.ชุมชน กับนพ.ทั่วไป เพื่อลดการเข้าไปรักษาในรพ.

4. ในส่วน ของ modified negative pressure ในห้องผ่าตัดรพร.สายบุรี พบว่าตามแบบมาตรฐานค่าใช้จ่ายประมาณ 3ล้าน ซึ่งรพ.ขนาดเล็กทั่วประเทศ ไม่สามารถลงทุนได้ ซึ่งได้มีเต้นท์ทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีอาจารย์วิศวะ มหาวิทยาลัยศรีปทุม มาช่วยออกแบบเต้นท์ และได้มีการประชุมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เชิญกองแผนและกองวิศวกรรมการแพทย์มาช่วย สรุปโดยหลักการสามารถใช้ได้ซึ่งทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะลงพื้นที่ไปดูอีกรอบถ้าสามารถทำได้ อาจจะเป็นทางเลือกและเผยแพร่ทั่วประเทศได้ และขยายไปยังห้องคลอกและห้องอื่นๆ ได้

มติที่ประชุม รับทราบ

มอบ นพ.เฉวตสรร นามวาทหารือกับกองระบาดวิทยา สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์DMS-PATTANI Model ถ้าตกลงกันได้ให้เสนอเข้าEOC เพื่อเป็นการประหยัดทรัพยากร

ปิดการประชุม 12.00 น.

ภาคผนวก 2

New Normal Rajavithi Hospital: Opportunity and Challenge

สุกรม ชีเจริญ โรงพยาบาลราชวิถี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Result)

แสดงวิธีการดำเนินงาน และผลการปฏิบัติงาน ตั้งแต่เริ่มภารกิจ จนถึงปัจจุบัน ในตารางที่ 1

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	รายละเอียด
1. ผู้บริหาร	1. สนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ 4 M ได้แก่ Man Money Material Management 2. มี Action plan และติดตามการดำเนินงานผ่านคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข รพ.ราชวิถี (RJ-EOC) ช่วงแรกของการระบาด ประชุม 3 วัน/สัปดาห์ และปรับลดเหลือ 2 วัน/สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน
2. สหวิชาชีพและ Team work	ความพร้อมของบุคลากร ความร่วมมือร่วมใจและสามัคคี (SPIRITS)
3. การใช้เทคโนโลยี	มีการเลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงาน เช่น Me-More Application, Telemedicine, QR-Code, Robot
4. การสื่อสาร	สื่อสารแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำงาน การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน การประชาสัมพันธ์ สื่อสารโดยช่องทางต่างๆทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล และการแก้ปัญหาลงสู่หน้างาน
5. เครือข่ายและหน่วยงานอื่นๆ	SCG ในการจัดหา Chamber ที่ ARI clinic, บริษัท ไดเวอร์เจนท์ ติ้งกิ้ง จำกัด ในการสนับสนุน Me-More application, ปตท., การให้หรือบริจาคทรัพยากรที่จำเป็นจากหน่วยงานต่างๆและภาคประชาชน

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
1. ARI Clinic แยกจากพื้นที่อื่นๆ หน้าอาคารศูนย์การแพทย์ จากรูปแบบเต็นท์ สู่ Chamber โดยการสนับสนุนจาก SCG แยกพื้นที่ negative pressure สำหรับแพทย์ตรวจ การ swab ห้อง CXR และส่วน positive pressure สำหรับบุคลากร	1. นำ Telecop Service มาใช้ในการทำบัตรและจัดพื้นที่เข้าคิวให้มีระยะห่างที่เหมาะสมและจัดให้มีแอลกอฮอล์ เจลบริการในจุดที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยได้ใช้ 2. มีแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางของคณะกรรมการโรคติดเชื้อและคัดกรองผู้ป่วยส่งตามพื้นที่ที่เหมาะสมตามการประเมินโดยพยาบาลคัดกรอง 3.ผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติเข้าได้กับกลุ่มเสี่ยง (PUI) ส่งตรวจที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) เพื่อพบแพทย์ - ส่ง CXR ในห้องแยก negative room - เจาะเลือดส่งตรวจ CBC - ส่ง Swab 4. ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับกลุ่ม(URI) พบแพทย์รับยาแล้วกลับบ้าน 5. ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินมีอาการและประวัติเข้าได้กับกลุ่มเสี่ยง (PUI) ประสาน ER และ ICN ส่งผู้ป่วยเข้าห้อง negative room เพื่อส่งต่อให้การรักษา 6. จัดพื้นที่รอตรวจแบ่งโซนพื้นที่ระหว่างผู้ป่วยให้มีระยะห่าง 1 เมตร ระหว่างเก้าอี้นั่งรอตรวจ 7. มีตู้จ่ายยาอัตโนมัติโดยมีการเชื่อมโยงกับ QR –Code เพื่อจำแนกการจ่ายยาตามประเภทที่จัดสรรไว้ให้กับผู้ป่วย 8. การรับใบรับรองแพทย์ จัด printer ไว้หลังผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอำนวยความสะดวกให้รับใบรับรองแพทย์ของตนเองได้เมื่อตรวจเสร็จ 9. เปิดให้บริการผู้ป่วยทุกวัน เวลา 08.00น.-22.00 น.	1. จัดสรรแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการหมุนเวียนมาให้บริการผู้ป่วยให้เพียงพอทั้งในเวลาและนอกเวลา 2. มีแนวทางการปฏิบัติงาน และทบทวนการปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน 3. จัดหาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกัน ชุด PPE ให้เพียงพอ 4. จัดสถานที่ปฏิบัติงานและพักผ่อนสำหรับบุคลากรทั้งโซนสะอาดและ สกปรก เพื่อลดการปนเปื้อน	จำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจ 4,333 คน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ swab 586 คน จำนวนผู้ป่วย COVID -19: detected 33 คน จำนวนบุคลากรใน ARI clinic พบ COVID-19 0 คน	1. ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่หน่วยงานอื่นๆ เช่น WHO, หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข 2. ต้นแบบ ARI clinic สู่การ implement ในหน่วยงานอื่นๆ

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
2. OPD	1. เลื่อนนัด/นัดเป็นเวลา ลดความแออัด 2. ให้ผู้ป่วยเจาะเลือดหรือ CXR ก่อนวันมาพบแพทย์ หรือใช้คลินิกเครือข่าย เพื่อมีผลก่อนพบแพทย์ 3. ผู้ป่วยภาวะ stable ใช้การส่งยาทางไปรษณีย์, refill ยา	1. แพทย์กำหนดเวลานัดเป็นช่วงเวลาและลงตรวจตามเวลา 2. เจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจออกใบนัด ส่วนผู้ป่วยใน/ER เจ้าหน้าที่ประสานห้องตรวจเพื่อลงเวลานัด ติดตามการรักษา 3. จำกัดจำนวนคิวเข้าอาคารศูนย์การแพทย์ตามช่วงเวลา เพื่อลดความแออัด	ลดจำนวนผู้ป่วยนอก บางห้องตรวจได้ 10-30%	ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ
3. New Normal ER	การคัดกรองและให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเสี่ยงในห้องฉุกเฉิน เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อย พร้อม flow ที่ชัดเจนและจัด PPE ที่เหมาะสม เป้าหมายเพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน	ปฏิบัติงานตามพื้นที่ความเสี่ยง และใช้ PPE ที่เหมาะสม แยกผู้ปฏิบัติงานตามพื้นที่ที่ประจำอยู่ เพื่อลดการปนเปื้อนและการใช้ทรัพยากร PPE	ผู้ป่วยได้รับการบริการตาม protocol ทุกราย	เป้าหมาย 2P safety ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ไม่พบการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
4. ห้องปฏิบัติการ BSL-2 plus	เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์โควิด-19 เมื่อวันที่ 11 ก.พ. 2563 มีห้องปฏิบัติการที่มีความปลอดภัยระดับ 2 และแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน 1. ห้องเตรียมตัวอย่างและสกัดสารพันธุกรรม 2. ห้องเตรียมน้ำยา 3. ห้อง Real-time PCR	บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ผ่านการฝึกอบรม Special Training อย่างสม่ำเสมอ มีการเตรียมเสริมทีมเจ้าหน้าที่จากห้องปฏิบัติการอื่นๆมาเรียนรู้เพื่อรองรับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น	สถิติการส่งตรวจ 11 ก.พ. 2563- 5 พ.ค. 2563 Total 1,919 sample, Detected 124 sample - กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 59 sample - มีนาคม 2563 จำนวน 482 sample - เมษายน 2563 จำนวน 1,210 sample - พฤษภาคม 2563 จำนวน 168 sample	1. เป็นห้องปฏิบัติการเครือข่ายกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วันที่ 4 มีนาคม 2563) 2. เป็นห้องปฏิบัติการแม่ข่ายโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ (ส.เด็ก, ส.ประสาท, ส. มะเร็ง, รพ.สงฆ์, รพ.นพรัตน์ และ สบยช.) รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง (รพ.มงกุฎวัฒนะ)

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
				3. ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่หน่วยงานอื่นๆ ในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ 4. มีคู่มือ/แนวทางการส่งตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ทั้งในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
5. Operation room	1. จัดลำดับความเร่งด่วน Emergency, Urgency และ Elective case มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการตรวจก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด และหลังการผ่าตัด 2. ใช้เกณฑ์ PUI ของกระทรวงสาธารณสุข และการใช้ PPE ตามเกณฑ์กรมการแพทย์ 3. มีแนวทางส่งต่อ refer case การใช้โรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแล	จัดทีมในการปฏิบัติงาน เพื่อรองรับกรณีฉุกเฉิน	1. ข้อมูลการตรวจก่อนผ่าตัด 1-30 เมษายน 2563 ประมาณ250 ราย ผล COVID-19 negative ทั้งหมด 2. ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดเข้าสู่การการปฏิบัติตาม protocol ทุกราย	เป้าหมาย 2P safety ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย โดยไม่พบการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
6. การดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด	1. จัดตั้งและประชุมคณะทำงานการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด สำหรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ประกอบ ด้วย สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล ICN พยาบาลห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้อง nursery เป็นต้น เพื่อสร้างแผนแม่บทในการปฏิบัติการ มีข้อสรุปสังเขปดังนี้ 1.1 จัดแยกห้องคลอดเป็นโซน COVID และโซนปกติ มีทางเข้าที่แยกกันชัดเจน และแบ่งด้วยฉากกั้น ไม่ติดต่อกัน 1.2 มีการคัดกรองผู้มาคลอดที่ ER (เปลี่ยนกฎเกณฑ์ให้ผู้คลอดทุกคนต้องไปที่ ER เท่านั้น) และเวรเปลจะนำส่งตามโซนที่กำหนด 1.3 มีแนวทางการปฏิบัติชัดเจน สำหรับผู้เกี่ยวข้องที่มีหลายแผนก 1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์สนับสนุนให้เพียงพอ ได้แก่ ตู้อบเด็ก (incubator) เครื่อง fetal heart monitor ชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร เครื่องกรองอากาศ และหุ่นยนต์ 2. ซักซ้อมแผนจำลองร่วมกัน เมื่อมีการคลอดเกิดขึ้นในผู้คลอด PUI หรือ COVID + ระหว่างสูติแพทย์และกุมารแพทย์ โดยมีอายุรแพทย์โรคติดเชื้อร่วมให้คำแนะนำ 3. ประชุม PCT ของกลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ เพื่อซักซ้อมทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานให้ไปตามแนวทางแผนแม่บท	1. สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล ICN พยาบาลห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้อง nursery 2. จัดอัตรากำลังเป็นทีมมากกว่า 1 ทีม ทั้งแพทย์ประจำและแพทย์ประจำบ้าน กรณีมีการสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อและจำเป็นต้องกักตัว จะได้มีทีมสำรองสามารถให้การดูแลบริการต่อไป	ผู้คลอดและทารกแรกเกิดเข้าสู่การปฏิบัติตาม protocol ทุกราย	เป้าหมาย 2P safety ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย โดยไม่พบการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
7. IPD ตึกอายุรกรรม ถูกจัดให้เป็นอาคารรับ Admit ผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วย PUI โดยมีทั้งห้อง Negative pressure, ห้องแยกโรค และ Cohort ward	1. ประชุมทบทวนวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 2. ใช้หลัก Standard Precaution และ 2P safety ในการทำงาน 3. สอน สาธิต และฝึกปฏิบัติจริง เกี่ยวกับการใส่ และถอด PPE ให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ และนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่มีประสบการณ์ 4. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาล ตามนโยบายกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลราชวิถี และติดตามสถานการณ์ ประเมินผลปรับปรุงระบบงานให้เป็นปัจจุบัน 5. กำหนด Visiting Policy สำหรับญาติ/ care giver และบุคลากร **ในกรณีเฉพาะของหอผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ ดังนี้** <u>Cohort Ward</u> 1. นำหุ่นยนต์ ชื่อ “TEMI” มาช่วยให้บริการ เช่น การแจกอาหาร พร้อมยาหลังอาหาร และยาstatและหุ่นยนต์ I-Robot ทำความสะอาดบริเวณพื้น Corridor ลดการสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ 2. ติดต่อสื่อสารผู้ป่วยผ่าน SCG Tele-Monitoring, We Chat 3. นำระบบ IT มาใช้ bedside Monitor โดยผู้ป่วยสามารถวัดอุณหภูมิ ความดัน และO_2 Sat ของตัวเอง แล้วถ่ายรูป ส่ง lineให้พยาบาลที่เคาน์เตอร์ ในอนาคตจะ link เข้าระบบ 4. ใช้ digital เช่น Application LINE ในการรายงานอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองเป็นประจำทุกวัน และการบริการสั่งอาหารโดยใช้บริการ delivery แล้วให้หุ่นยนต์นำอาหารไปส่งให้ผู้ป่วย	1. ลดภารกิจในหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้รับบริการน้อยลงเพื่อเตรียมอัตรากำลังสำหรับให้บริการกลุ่มผู้ป่วย COVID-19 2. จัดซื้อกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลให้ครอบคลุม 3. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค COVID -19 และการใช้ PPE และอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย COVID -19 4. ให้มีกระบวนการคัดกรองวัดอุณหภูมิ แก่บุคลากรทุกระดับทุกวัน 5. ผู้บริหารทางการพยาบาลติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด ร่วมแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการทำงาน ได้แก่ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย, การจัดอบรมการ CPR และดูแลผู้ป่วย COVID -19 ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ , M&M Conference ในทีมพยาบาล และ Conference ร่วมกับทีมแพทย์ 6. จัดเตรียมห้องทำงาน ชุดสำหรับใส่ปฏิบัติงาน ดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่ม จัดห้องพักผ่อน อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการอาบน้ำสระผม หลังการดูแลผู้ป่วย	<u>**Cohort ward รวม 42 ราย**</u> แบ่งตามกลุ่มอาการ (n/ร้อยละ) 1. Confirmed case ไม่มีอาการ = 7 (16.66%) 2. Confirmed case with mild symptoms and no risk factors = 22 (52.38%) 3. Confirmed case with mild symptoms and risk factors = 5 (11.90%) 4. Confirmed case with pneumonia and risk factors = 8 (19.04%) <u>**ผลการดูแล**</u> 1. ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน = 8 (19.04%) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ Hospitel = 23 (54.76%) 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการย้ายหอผู้ป่วย = 5 (11.09%) 4. ผู้ป่วยที่ยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล = 6 (14.28%) ** ข้อมูล วันที่ 25 มีนาคม 2563 -6 พฤษภาคม 2563	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
	ใช้ Inter com ช่วยเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามแผนการรักษา เช่น การนอน Prone Position เป็นต้น 5. พยาบาลประเมินภาวะซึมเศร้าและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 6. จัดมุม Edutainment corner เช่น มุมหนังสือ น้ำดื่ม และให้ผู้ป่วยหยิบยืมไปใช้ที่เตียงตนเอง 7.การส่งผู้ป่วยไป Hospitel ให้คำแนะนำและใบยินยอม โดยบุคลากรทางการพยาบาลนำไปส่งขึ้นรถนเรนทรไป Hospitel พร้อมชุดของใช้ส่วนตัว สร้างความประทับใจให้ผู้ป่วย 8. มีการอบโอโซน อบเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายทุกรายในแต่ละห้อง **<u>AIIR ที่รับผู้ป่วยภาวะวิกฤต</u>** 1. ติดตั้ง Central monitor, กล้องวงจรปิดที่สามารถซูมภาพภายในห้อง เพื่อให้มองเห็นผู้ป่วยและ สัญญาณชีพของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา 2. นำ HEPA Filter มาใช้กับเครื่องช่วยหายใจ, Ambu bag และการต่อระบบ ICD 3. การใช้ Wet Wipe แทนการเช็ดตัวด้วยน้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวิกฤต 4. นำ Automated CPR machine มาใช้ในการ CPR 5. จัดทำ Intubation kit, ICD kit เพื่อความรวดเร็วและพร้อมใช้ ในการให้รักษาผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน 6. จัดกล่องยา Emergency ให้มีประจำทุกห้องที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ และเปลี่ยนกล่องบรรจุยาเป็นกล่องที่สามารถทำความสะอาดได้ง่าย	**ในกรณีเฉพาะของหอผู้ป่วย มีการจัดอัตรากำลัง ดังนี้** **<u>Cohort Ward</u>** ขอพยาบาลวิชาชีพ (ICWN) จากหอผู้ป่วยใน จำนวน 17 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 9 คน จากหอผู้ป่วยในและก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริงต้องผ่านการฝึก Training จาก 2 หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วย covid-19 และ PUI หรือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างน้อย 10-14 วัน **<u>AIIR ที่รับผู้ป่วยภาวะวิกฤต</u>** จัดพยาบาลวิชาชีพ จากงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่หอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยวอายุรกรรม ชั้น 3 ตั้งแต่วันที่ 23 มี.ค. 2563 ระยะแรกมีผู้ป่วยวิกฤติ 1-2 ราย จัดพยาบาลวิชาชีพ เวรละ 1คน ต่อมามีผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น จึงเพิ่มอัตรากำลังเป็นเวรละ 2 คน ตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 2563 โดยให้ปฏิบัติงานคนละประมาณ 1 เดือนครึ่ง	**<u>AIIR ที่รับผู้ป่วยภาวะวิกฤต</u>** ผู้ป่วยทั้งสิ้น = 81 (100%) ผู้ป่วยผลPCR+ = 35(43.21%) ผู้ป่วย PUI = 46 (56.79%) ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ = 10 (12.3%) ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ (เสียชีวิต) = 4 (4.9%) ** ข้อมูล วันที่ 17 มกราคม – 6 พฤษภาคม 2563	

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
	7. เปลี่ยนโทรศัพท์ในห้องผู้ป่วยเป็นโทรศัพท์แบบไร้สาย เพื่อความสะดวกในการใช้งาน 8. การให้การพยาบาลหากต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยใช้ระบบ Buddy 9. จัดเตรียม PPE สำหรับให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ โดยประสานกับงานพัสดุ 10. M&M Conference เพื่อทบทวนและปรับปรุงการให้การดูแลผู้ป่วย	และต้องมีระยะพักอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนกลับไปปฏิบัติงานที่ตึกเดิม		
8. การส่งยาทางไปรษณีย์	1. เปิดให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ต้นเดือนเมษายน 2563 แทนการจ่ายยา 6 เดือน โดยแบ่งจ่ายยาทุก 3 เดือน ในทุกสิทธิการรักษา **ยกเว้น** บัตรทองส่งต่อต่างจังหวัด เพื่อไม่ให้ปริมาณยาสำรองคงคลังมากเกินไป ซึ่งอาจมีผลต่ออายุของยา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการส่งยาทางไปรษณีย์ได้ โดยการโทรศัพท์ติดต่อพยาบาลแต่ละคลินิก หรือติดต่อห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีปริมาณยาสำรองอย่างน้อย 1 สัปดาห์ การจัดส่งยาได้รับความร่วมมือจากบริษัทไปรษณีย์ไทย ในการรับจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยถึงบ้านทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการหรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 100 บาท) 2. การรับยาที่ร้านขายยาในเครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี 4 แห่ง (ไม่มีค่าใช้จ่าย)	แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่บริษัทไปรษณีย์ไทย	1. จำนวนครั้งของการส่งยาทางไปรษณีย์แก่ผู้ป่วย แยกตามสิทธิ จำนวน 1,983 visit (วันที่ 1-30 เมษายน 2563) 2. จำนวนครั้งการรับยาที่ร้านขายยาในเครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี 4 แห่ง จำนวน 24 visit (มีค-เมย.63)	1. ผู้ป่วยได้รับยาตามมาตรฐานการรักษา 2. ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ 3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยต่างจังหวัด

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
9. Telemedicine	Telemedicine เป็นการปรึกษาแพทย์ไกลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปเพื่อรองรับการระบาดของ COVID-19 ชื่อว่า “ราชวิถี-มีหมอ (Rajavithi-MeMore) เป็นความร่วมมือกันระหว่าง รพ.ราชวิถี กับ บริษัท ไดเวอร์เจนท์ ติ้งกิ้ง จำกัด (เจ้าของลิขสิทธิ์ Application “Me-More”) เริ่มมีการให้บริการเต็มรูปแบบ ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2563 โดยรองรับผู้ป่วยและประชาชนจากทั่วประเทศเน้นเขตปริมณฑล และจะทำการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เข้ารับการรับบริการที่ รพ.ต้นสังกัดหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยมีสิทธิ์การรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีด้วย	1. บุคลากรในรพ.ราชวิถี ประกอบด้วยทีมแพทย์บูรณาการทั้ง young staff และแพทย์อาวุโส 2. เจ้าหน้าที่บริษัท ไดเวอร์เจนท์ ติ้งกิ้ง จำกัด	มีผู้เข้ารับบริการรับคำปรึกษาด้วยระบบราชวิถีมีหมอ จำนวน 171 คน (7 เม.ย. 2563 -24 เม.ย 2563) และมีการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่ ARI clinic จำนวน 3 คน	1. ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ 2. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันเวลา
10. Online Learning	1. การจัดการเรียนการสอนระบบ online หรือ virtual learning ในระดับ under graduation และ post-graduation 2. การปรับรูปแบบการอบรมระยะต่างๆ เป็น online training courses	แพทย์ สหวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง, นักศึกษาแพทย์, แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ต่อยอด	ผู้เข้าเรียน/อบรม มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในหลักสูตรตามเป้าหมายที่กำหนด	1. ผู้เข้าเรียน/อบรม นำความรู้ไปปรับใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้อง 2. ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ
11. Online Meeting	ปรับรูปแบบการประชุม การสื่อสารทั้งในระดับหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน เป็นแบบ online meeting ผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือ application ต่างๆ เช่น Webex meeting, Zoom, Google Meet	บุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี และบุคลากรภายนอก	ผู้เข้าประชุม มีส่วนร่วมในการประชุม/สื่อสารตามเป้าหมายที่กำหนด	1. บุคลากรโรงพยาบาลราชวิถีและบุคลากรภายนอก นำข้อสรุปในการประชุม/การสื่อสารไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน 2. ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินงาน (Implementation) และผลการดำเนินงาน (Results)

Structure	Service	Staff	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ
12. Work from Home (WFH)/ แบ่งทีมปฏิบัติงาน/ เหลื่อมเวลาปฏิบัติงาน	กรมการแพทย์และโรงพยาบาลราชวิถีมีนโยบายให้ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from Home)/แบ่งทีมปฏิบัติงาน/เหลื่อมเวลาปฏิบัติงาน เพื่อลดการเผชิญหน้าในภาวะวิกฤติของสถานการณ์ COVID-19	บุคลากรโรงพยาบาลราชวิถีในระดับผู้ปฏิบัติงาน	จำนวน 561 คน (ข้อมูล เมษายน 2563)	1. การปฏิบัติงานตามภารกิจเป็นไปตามแผนงานที่กำหนด 2. มีทีมสำรองพร้อมปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน 3. ลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิด physical and social distancing ที่มีประสิทธิภาพ

3. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหา
1. ทิศทางการกำกับและการสื่อสารจากผู้บริหาร (มีหลายคำสั่ง เปลี่ยนแปลงบ่อยตามความรุนแรงของสถานการณ์)	1. ดำเนินการตามสายบังคับบัญชา เป็นลำดับขั้น 2. เพิ่มช่องทางการสื่อสารแบบ fast tract 3. ผู้บริหารลงสู่หน้างานเพื่อแก้ปัญหา 4. กำหนดแนวทางการจัดการในทิศทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
2. อัตรากำลัง 2.1 อัตรากำลังไม่เพียงพอ	อัตรากำลังห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอกับปริมาณงาน เนื่องจากต้องมีความสามารถเฉพาะด้าน แก้ไขโดยจัดเรียงลำดับความสำคัญของงาน แบ่งเป็นภารกิจเร่งด่วน (SARS-CoV-2) และไม่เร่งด่วน โดยปรับระยะเวลาการออกผล (TAT) สำหรับบางรายการ เช่น PCR for TB จาก 3 วันทำการเป็น 7 วันทำการ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ใช้บริการ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยทั่วไปหรือลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีการตรวจวิเคราะห์ทั่วไป ไม่เร่งด่วน
2.2 การปฏิบัติงานข้ามสายงาน เพื่อปฏิบัติการเฉพาะกิจ	1. ผู้บริหารมีคำสั่งแต่งตั้งการปฏิบัติงานเฉพาะกิจในภารกิจ COVID-19 เป็นการเฉพาะ เพื่อมอบหมายหน้าที่และภารกิจดำเนินงาน และหมุนเวียนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งโรงพยาบาลมาที่ ARI clinic 2. มีแนวทางการ share resource ในระดับโรงพยาบาล เช่น นักเทคนิคการแพทย์ และระดับกรมการแพทย์ในส่วนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3. มีการจัดทำสื่อ แนวทางการปฏิบัติงาน การสอนแนะ ฝึกปฏิบัติ และ orientation การหมุนเวียนปฏิบัติงาน
3. อุปกรณ์ PPE ไม่เพียงพอ	1. มอบหมายรองผู้อำนวยการ กำหนดการใช้ ควบคุมการเบิกจ่าย มีผู้จัดการ PPE และสื่อสารกับหน้างาน โดยพิจารณาจากความเสี่ยง เน้นความปลอดภัยและเหมาะสม 2. บริหารทรัพยากรโดยใช้ Evidence-based สนับสนุนในการใช้ซ้ำหรือ re-used เช่น ใช้หม้อนึ่ง UVC เพื่อนำ N95 กลับมาใช้ซ้ำ 3. จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งการจัดซื้อหรือการรับบริจาค เพื่อให้มีเพียงพอต่อการใช้งาน 4. สื่อสารข้อมูลความจำเป็นสำหรับชนิดและปริมาณของสิ่งที่ต้องการรับบริจาคอย่างชัดเจน
4. อุปกรณ์เครื่องมือหลักไม่เพียงพอ เช่น เครื่องสกัดอัตโนมัติ, เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม, central monitor ในหอผู้ป่วย	ประสานให้บริษัทเข้ามาดำเนินการติดตั้งเครื่องมือและอุปกรณ์เพิ่มเติม

3. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve) (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหา
5. ระบบการจัดการและรายงานข้อมูล 5.1 ความซ้ำซ้อนในการรายงานข้อมูลหลายหน่วยงาน	1. โปรแกรมสบายดีบอท ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 2. เสนอผู้บริหารให้มีการรายงานหรือจัดการข้อมูลแบบรวมศูนย์ข้อมูล
5.2 ระบบความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย	การบริการ Telemedicine มีการทำข้อตกลงเรื่องการเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วย ระหว่าง รพ.ราชวิถี และ บริษัท ไดเวอร์เจนท์ ติ้งกิ้ง จำกัด และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเพื่อยินยอมใช้บริการ (Informed consent) จากทาง application ทั้งนี้ไม่อนุญาตให้บริษัท เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้อย่างอิสระ
6. สิทธิการรักษาในการส่งยาทางไปรษณีย์โดยเฉพาะสิทธิส่งตัวของผู้ป่วย (บัตรทองส่งต่อ) หมดอายุ ทำให้การจัดส่งยาในเดือนถัดไปมีปัญหา	เภสัชกรตรวจสอบระยะเวลาของเอกสารส่งตัวให้ผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้ป่วยดำเนินการเรื่องสิทธิการส่งตัวให้เรียบร้อย
7. ระบบการจัดการด้าน IT 7.1 ยังไม่มีการเชื่อมต่อของระบบ Telemedicine กับระบบ Hospital Information System (HIS) เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างสองระบบปฏิบัติการ	1. ใช้การส่งต่อข้อมูลด้วยระบบ manual เป็นรายบุคคล ในช่วงแรกที่มีการดำเนินงาน Telemedicine 2. อยู่ในกระบวนการพัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งจะสามารถต่อยอดเพื่อรองรับการใช้งานสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ในอนาคต
7.2 ระบบการบริหารจัดการใน รพ. เช่น การจ่ายเงิน ยังไม่รองรับ online payment	มีการพัฒนาระบบ payment gateway เพื่อรองรับการใช้งานสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ. ซึ่งจำเป็นต้องมีการจ่ายยาและส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์

4. การเรียนรู้ (Lesson learn)

1. โรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นอีกได้ในอนาคตซึ่งจะต้องมีการติดตามสถานการณ์ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านทรัพยากร แผนรองรับการเผชิญเหตุระยะต่างๆ การซักซ้อมแผน เพื่อให้จัดการบริการสำหรับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2. การบริหารจัดการความแตกต่างของบุคลากรในระดับวิชาชีพและ generation

3. การมีเครือข่าย ในวิชาชีพอื่นๆ สามารถพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิมในด้านจำนวน คุณภาพ ความปลอดภัย โดยมีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกิดจากคิดร่วมกันและการทำงานเป็นทีม

4. เกิด New Normal หรือ ชีวิตวิถีใหม่ๆ ในรูปแบบต่าง ๆ เป็นจุดเปลี่ยนที่เกินความคาดหมาย การพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์ การปฏิบัติงานแบบ work from home การคิดนอกกรอบ โดยใช้โอกาสหรือนโยบายผ่อนปรนในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องมีการปรับตัวทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และประโยชน์ที่จะได้รับเป็นหลัก

5. ในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยคุกคามของชาติ คนไทยพร้อมที่จะสนับสนุนหน่วยงานด้านสาธารณสุขอย่างเต็มที่ การสื่อสารถึงชนิดและปริมาณของสิ่งที่ต้องการรับบริจาคอย่างชัดเจนจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด

6. โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดการตีตราทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจในโรค COVID-19 อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของกรมการแพทย์

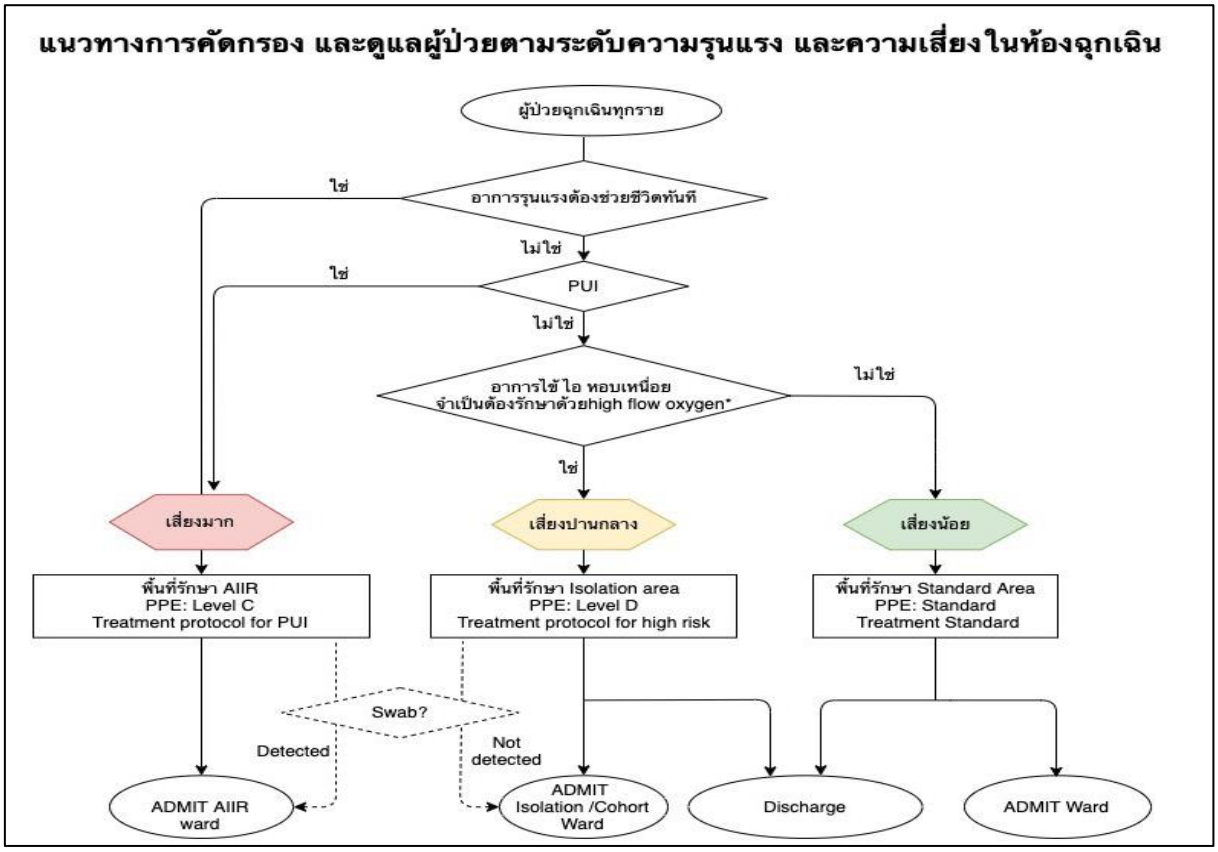
5. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

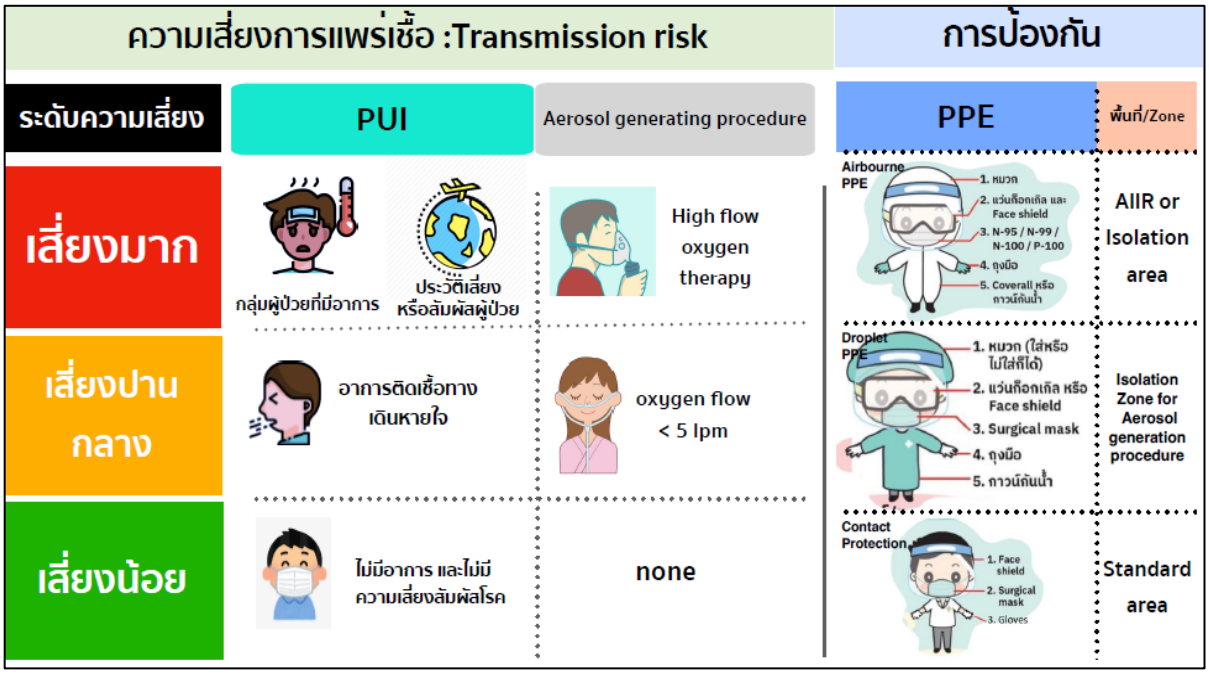
1. Telemedicine เทรนด์ใหม่ในการดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุข รับปรึกษาผู้ป่วยที่สงสัย COVID-19 และทำการนัดหมายล่วงหน้าในการเข้ามาตรวจที่ ARI clinic ลดความแออัด และเชื่อมโยงกับระบบ HIS ของโรงพยาบาล ในการนัดหมายเป็นช่วงเวลา

2. ARI clinic โมเดลการ screening ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ โดยใช้ ARI clinic ให้การรักษาเบื้องต้น ก่อนการไปพบ specialist เป็นโมเดลที่มีประโยชน์ และควรต่อยอดไปสู่การปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆหรือโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ เป็นต้น

3. การส่งยาทางไปรษณีย์ และ refill ยา เป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ลดความแออัด ลดโอกาสเสี่ยงการสัมผัสเชื้อ ต่อยอดสู่การบริการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีภาวะ stable และพัฒนาให้มีการส่งยาได้หลากหลายรูปแบบ เช่น Drive Through ทั้งนี้โดยคำนึงถึงคุณภาพของยาจนถึงผู้ป่วย

4. การพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ เช่น application, payment gateway ควรนำสู่การ implement ในระบบการจัดการทั่วทั้งโรงพยาบาลหลังจบภารกิจ COVID-19 เพื่อก้าวสู่สังคมลดการใช้เงินสดในอนาคต



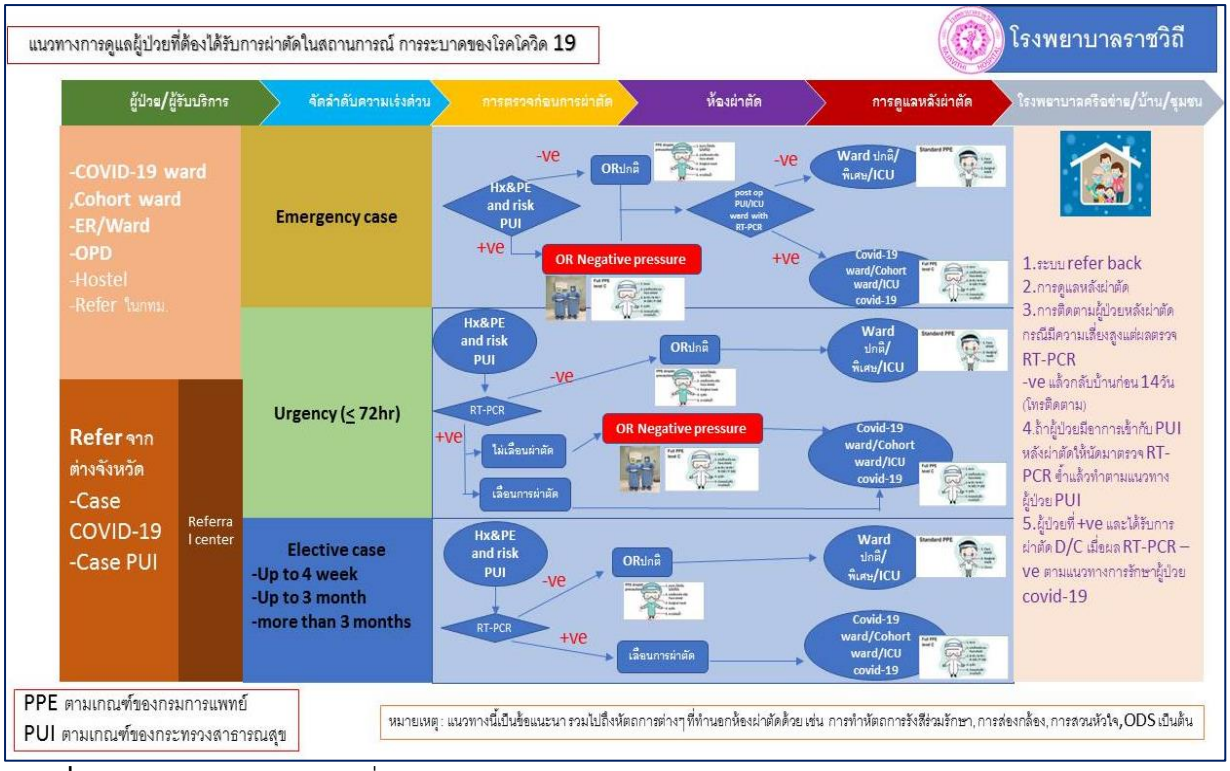


ภาพที่ 1 New Normal ER





ภาพที่ 2 Cohort Ward



ภาพที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดในสถานการณ์ COVID-19

การประสานการส่งต่อผู้ป่วย COVID-19 ไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เกษมสุข โยธาสมุทร โรงพยาบาลเลิดสิน
เสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลราชวิถี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

Structure

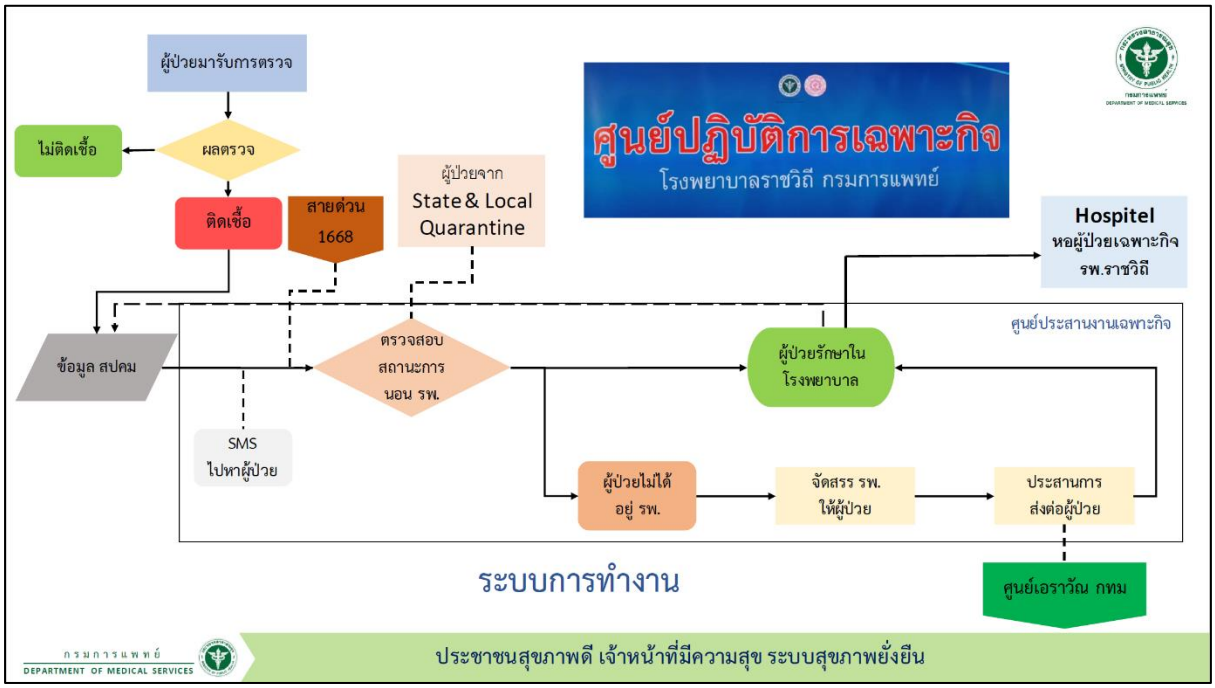
ศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจฯตั้งอยู่ที่ตึกอำนวยการของโรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้พื้นที่ของห้องตรวจอายุรกรรมเก่าที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว โดยแบ่งสัดส่วนเป็นสำนักงาน ห้องประชุม และห้องพักรับประทานอาหาร โดยได้มีการเปิดปฏิบัติการเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2563

Staff

บุคลากรของศูนย์ปฏิบัติการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล อย่างละท่าน โดยจะมีพยาบาลที่มาช่วยเสริมการปฏิบัติการในบางช่วงเวลา

Service

ภารกิจหลักของศูนย์ปฏิบัติการฯคือการประสานงานจัดหาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วย COVID-19 เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอาการ รวมถึงเป็นการแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อออกจากชุมชน โดยผู้ป่วยอาจอยู่ที่พักหรืออยู่ในสถานที่ที่จัดไว้สำหรับ state quarantine ช่วงก่อนที่จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจฯขึ้น ภารกิจนี้ได้รับการดูแลโดยศูนย์ประสานงานรับส่งต่อ (ศูนย์ refer) ของโรงพยาบาลราชวิถี



ภาพที่ 1 ระบบการทำงานของศูนย์ประสานงานรับส่งต่อ (ศูนย์ refer) ของโรงพยาบาลราชวิถี

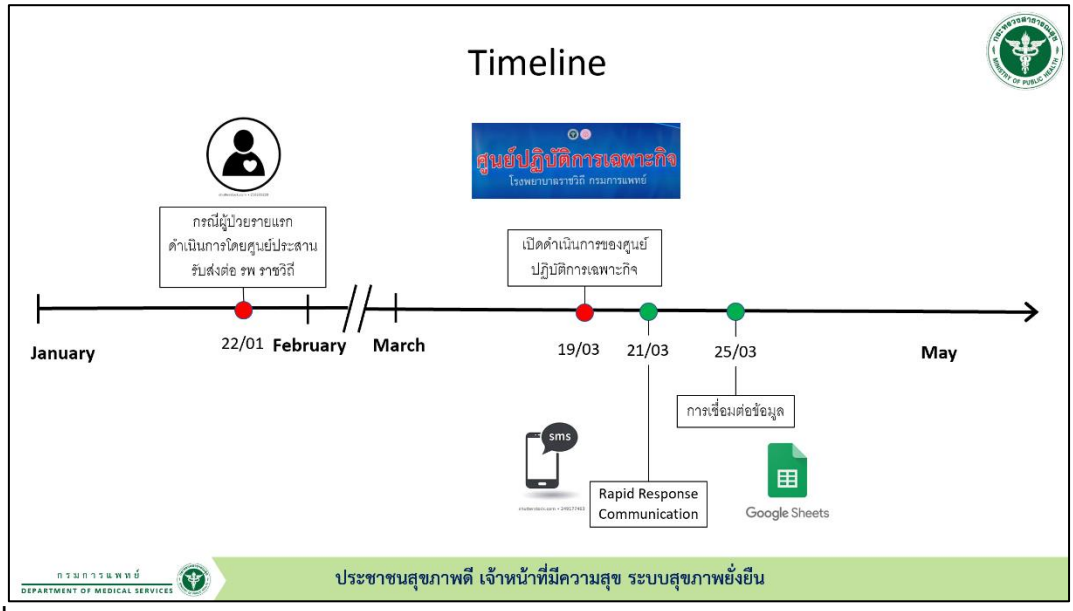
ภารกิจรองคือการประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการประสานหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นที่ปรึกษาสำหรับกรณีผู้ป่วยหนักที่อยู่โรงพยาบาลต่าง ๆ นอกจากนั้นในช่วงที่ศูนย์เริ่มต้นการทำงานได้ทำหน้าที่ในการสำรวจจำนวนเตียงว่างในแต่ละหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการเรื่องเตียงสำหรับผู้ป่วยโรค COVID-19

2. ผลการดาเนินงาน (Result)

ผลการดำเนินการในการนำผู้ป่วย COVID-19 เข้าสู่โรงพยาบาลมีทั้งหมด (เริ่มต้น 22 มกราคม 2563 จนถึง 30 เมษายน 2563) เป็นตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการในการนำผู้ป่วย COVID-19 เข้าสู่โรงพยาบาล (เริ่มต้น 22 มกราคม 2563 จนถึง 30 เมษายน 2563)

เดือน	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	รวม
1. จำนวนผู้ป่วยที่ดำเนินการผ่านศูนย์ฯ	15 ราย	43 ราย	416 ราย	104 ราย	578 ราย
2. จำนวนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของ สปคม	0 ราย	0 ราย	941 ราย	410 ราย	1351 ราย
3. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่ดำเนินการผ่านศูนย์ฯ	1.5 ราย	1.48 ราย	13.4 ราย	3.47 ราย	5.78 ราย
4. จำนวนผู้ป่วยสูงสุดต่อวัน	4 ราย (วันที่ 29)	8 ราย (วันที่ 1)	35 ราย (วันที่ 25 และ 26)	12 ราย (วันที่ 3)	35 ราย (วันที่ 25 และ 26 มีนาคม)



ภาพที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินการ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน

ทางศูนย์ฯ ได้มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้งานเพื่อให้ภารกิจสำเร็จไปด้วยดี ตั้งแต่การเชื่อมต่อข้อมูลกับทาง สปคม. แบบ real time โดยใช้ google sheet การเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล DMS: COVID-19 เพื่อนำข้อมูลมาช่วยในเรื่องการบริหารเตียง นอกจากนั้นยังมีการใช้ video call ผ่านทาง Line Application เมื่อการประเมินอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นระหว่างการสนทนา

3.2 การติดตามข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้สำหรับการวางแผน

การติดตามข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติงานเนื่องจากข้อมูลนั้นจะนำมาใช้สำหรับดำเนินการและการวางแผน โดยทางศูนย์จะติดตามข้อมูลจากการแถลงของ ศบค. การแถลงการของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ โดยในช่วงกลางเดือนเมษายนได้มีการรับประชาชนชาวไทยที่กลับจากต่างประเทศและเข้าสู่ระบบ state quarantine จึงต้องมีการติดตามข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงและเตรียมการเรื่องโรงพยาบาลรองรับ

3.3 การนำประสบการณ์จากการทำงานที่ผ่านมามาประยุกต์ใช้

บุคลการที่ปฏิบัติงานเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในลักษณะนี้มาก่อน จึงสามารถประยุกต์การทำงานและมีเครือข่ายในการติดต่อประสานงาน

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรค	การแก้ไขปัญหา
1. การประสานส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าในช่วงแรก เนื่องจากทาง สปคม.ส่งข้อมูลมาที่ศูนย์ปฏิบัติการฯ ล่าช้าและข้อมูลไม่ครบถ้วน	- การอนุญาตให้ทางศูนย์ปฏิบัติการฯเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยบน google sheet ได้ - การติดต่อไปยังผู้ป่วยทันทีที่มีข้อมูลเบื้องต้นโดยผ่านการโทรศัพท์ SMS หรือ Line application เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบว่าอยู่ในกระบวนการจัดหาเตียงและเป็นการประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น
2. จำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลมีจำกัด (ในช่วงเดือนมีนาคมและต้นเมษายน)	- การประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อที่จะได้นำผู้ป่วยที่มีอาการหนักเข้าสู่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว - การเพิ่มจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย COVID-19 ในแต่ละโรงพยาบาลที่ปัจจุบันรองรับผู้ป่วย COVID-19 - การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และHospitel เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 มาดูแลต่อเนื่อง - การกำหนดข้อตกลงในการให้โรงพยาบาลแต่ละที่ที่ทำการตรวจหา COVID-19 ทางห้องปฏิบัติการ รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษา
3. ขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักในบางโรงพยาบาลมีขีดจำกัด	การประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการหนักระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ การจัดหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลภาคเอกชน

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 การเตรียมการและการวางแผนเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยต้องมีการตระหนักถึงสถานการณ์และข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

5.2 การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ต้องมีการคิดถึงผู้ป่วยแบบองค์รวม

5.3 การใช้เทคโนโลยีมีความสำคัญ โดยจะต้องนำมาใช้ให้เหมาะสม

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 แนวทางการปฏิบัติการของศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจฯ สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้หากเกิดสถานการณ์โรคระบาดขึ้นในอนาคตหรือสถานการณ์วิกฤติอื่นๆ ที่มีการเกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์

6.2 การพัฒนาจากศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเป็นศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่มีโครงสร้างองค์กรแบบถาวร ซึ่งในภาวะปกติจะยังไม่มีการปฏิบัติงาน แต่เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นจะสามารถเรียกตัวบุคคลากรมาปฏิบัติงานได้ทันที

ตระหนัก แต่ไม่ตระหนก พลิกวิกฤติ สู่การเปลี่ยนแปลง

รุจิรา อักษร ทีม EOC COVID -19 โรงพยาบาลเลิดสิน

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาและจัดระบบบริการทางการแพทย์ ด้วยหลักการ Crisis management กับวิกฤต COVID -19 สู่ 2P safety โดยการเตรียมความพร้อมรับ ป้องกัน ดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรค COVID-19 ให้ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดในวงกว้างอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

Active phase (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2563)

1. แต่งตั้งคณะกรรมการ EOC COVID -19 รพ.เลิดสิน ใช้ระบบบัญชาการเหตุกาณ์ (Incident commander system) และสื่อสารแบบReal time โดย มีผู้อำนวยการเป็น Incident commander และรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์เป็นรอง Incident commander ประกอบด้วยทีมตระหนักรู้สถานการณ์และวิชาการ ทีมปฏิบัติการและดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมสำรองเวชภัณฑ์ฯ ทีมการเงินงบประมาณ ทีมสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ และทีมสอบสวนควบคุมโรค ซึ่งประชุมทีมทุกสัปดาห์ ในการวิเคราะห์สถานกาณ์ แนวโน้ม วางแผน แก้ไขปัญหา ประสานการดูแลและสื่อสารใน group line LH 2019-nCoV
2. กำหนด focal point เป็น แพทย์ ID และ ICN เป็นผู้ประสานงาน สื่อสารโรคอุบัติใหม่ ทำสื่อประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวัง ป้องกันโรค 3 ภาษา แบบคัดกรอง 3 ภาษา สอนสาธิตการใส่และถอดPPE
3. ประชุมเตรียมการพร้อมรับกับ EOC กรมการแพทย์ ผ่านระบบ Tele conference ทุกวันศุกร์ รวมทั้งจัดประชุมทีมประจำสัปดาห์ แบบ physical distancing ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การจัดระบบบริการ การทำประกันชีวิต และซ้อมแผนรองรับสถานการณ์แต่ละ Situation ได้แก่ OPD ER EMS IPD
4. ID ร่วมจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก COVID -19 กับกรมการแพทย์สื่อสารสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลรวมทั้งเสนอมาตรการที่สำคัญ กับ ICS กำหนดเป็นนโยบายสำคัญโรงพยาบาล
5. เตรียมหอผู้ป่วยสำหรับการรับเป็นผู้ป่วยใน และจัดตั้ง ARI Clinic
6. สนับสนุนกิจกรรม hand hygiene โดยติดตั้งเพิ่ม Automatic alcohol gel dispenser จุดเสี่ยง 150 จุด

Active phase (มีนาคม – เมษายน 2563) สู่ Transitional phase (พฤษภาคม 2563)

1. พัฒนาและจัดระบบบริการทางการแพทย์ ด้วย Multidisciplinary Care team ได้แก่

1.1 Triage system and triage site ด้วยการ Early detection วัดไข้และคัดกรองผู้เข้าข่ายสงสัยเข้าอาคาร 4 จุด กำหนดพื้นที่ Early Separation บริเวณหน้า ER จัดมาตรการเส้นทางลำเลียง Early isolation ไปยัง Isolation room Cohort ward Cohort zone และ Modified AIIR

1.2 ปรับ ARI &PUI Clinic เป็นแบบ One Stop service ที่สวนอินเคป ให้บริการในและนอกเวลาราชการ ซึ่งผู้ป่วยPUI (mild case) มี PUI Nurse manager ติดตามดูแลสื่อสารผ่านLine @ sabaideebot

1.3 ปรับปรุงหอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยวชั้น 21 22/1และ 22/2 เป็นหอผู้ป่วยเฝ้าระวังอุบัติใหม่ Cohort Ward จำนวน 27 เตียง รับผู้ป่วย Confirm ประเภท Asymptomatic Mild and Moderate และ PUI ปรับปรุง Isolation room กั้นประตูกระจกเป็น Anteroom ติดตั้งพัดลมดูดอากาศ จัด Monitor life support และสื่อสารกับผู้ป่วย ผ่าน Intercom Nurse Call

1.4 ปรับปรุงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็น Cohort zone ในราย pneumonia หรือ PUI (severe case)

1.5 จัดอัตรากำลังด้านการแพทย์จัดตารางเวรหมุนเวียน ARI & PUI Clinic และทีมแพทย์ ID & Chest เป็นที่ปรึกษา OPD ER & IPD ตลอด 24 ชั่วโมง ด้านการพยาบาล ใช้สัดส่วนพยาบาล 1:2-1:4 จัดอัตรากำลังสำรองจากอาสาสมัครตลอด 24 ชั่วโมง มี ICN เป็นที่ปรึกษาระบบงานตลอด 24 ชั่วโมง

1.6 จัดระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ESI 1-2 และเข้าข่ายสงสัย PUI ในห้อง Modified AIIR อาคารเลิดรักษ์

1.7 Activate Care Team ที่ Alert ผ่าน line Application ซึ่งมีทีมแพทย์ ID เป็น หัวหน้าทีม ผู้ตรวจการพยาบาลและผู้ตรวจการบริหาร ประสานงาน Activate team นอกเวลาราชการ

1.8 บริหารจัดการด้านการรับ - ส่งต่อ Transportation ที่บ้าน โรงพยาบาล Hospitel, Stage Quarantine

1.9 ทบทวนและฝึกซ้อมการใส่และถอดอุปกรณ์ PPE แก่ทีมผู้ให้การดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ

1.10 ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กำหนด Point of care testing ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

1.11 ระบบวินิจฉัยทางรังสีวิทยา กำหนด Zone และระบบรายงานผ่าน PAC real time

1.12 ดำเนินการการสอบสวนโรคในบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วย ร่วมกับ สปคม.โดยทีมแพทย์ ID และ ICN

2. พัฒนาระบบสื่อสารและประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร ในการจัดการข้อมูลและสื่อสารสถานการณ์ มาตรการที่สำคัญผ่านช่องทางต่างๆ ที่รวดเร็วทันสมัย ทาง line Poster เสียงตามสาย Smart TV Internet Intranet

3. พัฒนาระบบการสำรองอุปกรณ์ป้องกันฯ โดยมีคลังพัสดุเป็น Center stock และ Sub stock ที่ชั้น 21 บริหารจัดการอุปกรณ์ PPE แบบ Logistic ผ่านสารสนเทศ กำหนด Focal point รับบริจาค ผลิตนวัตกรรมอุปกรณ์ป้องกัน DIY ได้แก่ face shield แผ่นอะคลิริค ม่านพลาสติก ตู้ Swab และ Reuse N95 ด้วย UV-C

4. จัดระบบการเบิกจ่ายและประสานสิทธิ (Reimburse) แบบมีส่วนร่วม ด้วยการประสานความร่วมมือกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ Coder OPD IPD และการเงิน ตามมาตรการการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน

2. ผลการดำเนินงาน (Result) (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2563)

1. ผู้ป่วยคัดกรองรับบริการทั้งหมด 4,589 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เข้าเกณฑ์PUI 151 ราย (ร้อยละ 3.29) เป็นผู้ป่วยยืนยัน 11 ราย (ร้อยละ 0.24)

2. อัตรารักษาหาย ร้อยละ 94.44 จากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 36 ราย รักษาหาย 34 ราย (รวมส่งต่อเข้าห้องแยกความดันลบ 7 ราย) ปัจจุบันกำลังรักษาอยู่ 2 ราย

3. อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 0 เนื่องจาก early detection ประสานการส่งต่อผู้ป่วย 7 ราย ได้อย่างรวดเร็ว

4. อัตราการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์เท่ากับ 0

5. อัตราการเบิกจ่ายสำรองเงินเพื่อกรณีฉุกเฉิน รอบที่ 1 ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย ร้อยละ 46.69 ค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 11.51 (รายงานผลผ่านระบบ GFMIS ทันเวลา เป็นลำดับ 1 ของกรมการแพทย์ ณ วันที่ 24 เมษายน 2563)

6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ระดับดีมาก

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors)

1. Team work and Collaboration การบังคับบัญชาชัดเจน มีผู้รับผิดชอบหลัก มี Key man ประสานงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประชุมทุกสัปดาห์ กำหนดทิศทาง เป้าหมาย วิธีการไปทางเดียวกัน ประสานความร่วมมือ ประเมินสถานการณ์ พัฒนาระบบงาน ทดลองปฏิบัติ แก้ไข เป็นวงล้อคุณภาพ

2. Knowledge management มีแพทย์ ID เป็น Key man ร่วมพัฒนา CPG ของกรมการแพทย์ และสื่อสาร CPG สู่การปฏิบัติในทีมแพทย์ และเป็นหลักร่วมแบ่งปันความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลจริงเชิงวิชาการ

3. Tour กลุ่มงาน ได้แก่ ออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สูติกรรม กุมารเวชกรรม ห้องผ่าตัด ในการสื่อสาร ชี้แจง แนวทางดำเนินการรับฟังปัญหาและตอบข้อซักถาม ตามข้อเท็จจริง

4. Social network and digital communication การมีเครือข่ายในกรมการแพทย์ และการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลจริง รวดเร็ว ลดขั้นตอน

4. ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

1. ด้านโครงสร้าง ไม่มี Separation and Isolation Zone ผู้บริหาร Leader Quality Round จัดระบบปรับโครงสร้างให้มีสถานที่แยกรอตรวจรักษา ARI & PUI Clinic และหอผู้ป่วยเฝ้าระวังอุบัติใหม่

2. ด้านบุคลากร Stress and Panic ตระหนกในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย จิตแพทย์คัดกรองและประเมินผลเพื่อจัดการความเครียด และผู้บริหารสื่อสารองค์กรแบบ One way and Two way ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสร้างความปลอดภัยและใช้ศักยภาพร่วมกัน

3. ด้าน Clinical พบปัญหาผู้ป่วยปอดอักเสบยังไม่ทราบสาเหตุ ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งผู้ป่วยปกปิดข้อมูล การรายงานผลตรวจผิดพลาด จึงทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยแยกผู้ป่วยปอดอักเสบเข้า Cohort zone ตรวจคัดกรอง COVID -19 ทุกราย และประเมิน Clinical ซ้ำที่ 48 ชั่วโมง

5. การเรียนรู้ (lesson learn)

1. Communication การสื่อสารกับผู้รับบริการและบุคลากรในโรงพยาบาล ชัดเจน รวดเร็ว ในสถานการณ์ ข้อมูลจริงที่เป็นประโยชน์ มาตรการสำคัญในการพร้อมรับ PPE Mask เจลล้างมือ แผนสำรองเวชภัณฑ์และยา จะลดความเครียด/ความกังวล สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการและทีม เกิดความสามัคคีในองค์กร

2. Tackling with Consciousness and Growth mindset รับมือด้วยสติ ตระหนักรู้และเข้าใจความเสี่ยง จะขจัดความกลัวและสร้างภูมิคุ้มกันต่อวิกฤติ COVID – 19 ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลง

3. Safety culture ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัย Standard precaution โดยเฉพาะการล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัย เป็น Habits New Normal จากการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. Rapid response team ทำ Sport map ในกระบวนการสอบสวนโรค ที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงของบุคลากรที่สัมผัสโรค

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

1. การสร้าง AIIR 4 ห้อง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และ ER

2. การพิจารณานำเทคโนโลยี อัตโนมัติต่างๆมาใช้ในระบบบริการเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เช่น ประตูอัตโนมัติ อุปกรณ์ช่วยเปิดด้วยเท้า หรือ No touch การใช้หุ่นยนต์แจกยาและอาหาร เป็นต้น

3. New Normal พัฒนาระบบ Telemedicine Tele consult Telehealth ส่งยาถึงบ้าน หรือรับยาคลินิกใกล้บ้าน ในผู้ป่วยเรื้อรังที่อาการคงที่ เพื่อลดแออัด ลดการติดเชื้อตามมาตรการรักษาระยะห่าง

4. การวิเคราะห์ ประเมินต้นทุนและประโยชน์ของการจัดระบบบริการ ARI Clinic Cohort ward เพื่อพิจารณาวางแผนดำเนินการ ทำระบบฐานข้อมูลด้านการเงิน และการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ






ICS กับการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร
ICS
สื่อสารมาตรการความปลอดภัย
สื่อสารมาตรการเข้าเยี่ยม
ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน
ลงทะเบียน
ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ
จัดการข้อมูล PUI
จัดการข้อมูลวิชาการสถานการณ์


ICS กับการจัดการทรัพยากร
ICS
Logistic & Stockpiling
Stock and Sub stock
Focal point รับบริจาคและจัดการทรัพยากร
สิ่งประดิษฐ์ Face shied Leg cover นวตกรรมตู้ Swab

ถอดบทเรียนในสถานการณ์ การระบาด COVID–19 ARI Clinic

นารี บัวทอง และคณะทำงาน ARI Clinic โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธ์ใหม่ 2019 (COVID–19) ซึ่งพบที่เมืองอู่ฮั่น มลฑลหูเป่ย ประเทศจีน ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า ๔ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 2.8 แสนกว่าคน ในประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยตั้งแต่ 13 มกราคม 2563 โดยอาการของผู้ป่วยเหมือนไข้หวัด

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้จัดบริการ ARI Clinic ขึ้น แบบ One Stop Service เพื่อแยกกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีอาการไข้ ออกจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ ผู้ใช้บริการอื่นๆ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีการเตรียมความพร้อมสถานที่ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากรในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มเปิดให้บริการ 11 กุมภาพันธ์ 2563 และมีการดำเนินการใน 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1.1 Structure

1.1.1 จัดตั้ง ARI Clinic ในพื้นที่โล่ง อยู่นอกอาคาร แยกจากห้องตรวจอื่นๆ โดยใช้เต้นท์กางด้านข้างอาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (3 เต้นท์) โดย 2 เต้นท์ เป็นพื้นที่การให้บริการต่างๆ ส่วนอีก 1 เต้นท์ เป็นที่พักคอยของผู้ใช้บริการ โดยจัดให้นั่งห่างกันประมาณ 1 เมตร

1.1.2 ตั้งพัดลมในพื้นที่ตรวจ พื้นที่พักคอยของผู้ป่วยโดยให้หันไปทิศทางเดียวกัน พัดจากผู้ให้บริการไปทางผู้ใช้บริการ

1.1.3 เตรียมฉากกั้นสำหรับพื้นที่ทำ Treatment/พ่นยา/เก็บ Swab หาเชื้อ Flu A,B (ในระยะแรก)

1.1.4 มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการตรวจรักษา PPE และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

1.1.5 มีการติดตั้ง Software & Hardware ที่เกี่ยวข้อง เช่น การทำบัตร การ Key ยา Online การดู lab & X-ray รวมถึงการนัด F/U เป็นต้น

1.1.6 โต๊ะคัดกรอง/โต๊ะแพทย์ตรวจในระยะแรกไม่มีฉากกั้น หลังดำเนินการได้ประมาณสัปดาห์ที่ได้ปรับติดตั้งฉากอะคิลิค และมีแผนติดตั้งตู้ความดันบวกและลบในการตรวจรักษา

1.1.7 มีการติดตั้งอ่างล้างมือ ในพื้นที่ให้บริการเพิ่มเติมจากการใช้ Alcohol gel

1.2 System

1.2.1 จัดเป็น One Stop Service ในพื้นที่เดียวกัน โดยมีจุดคัดกรอง/ซักประวัติ ทำประวัติเข้าตรวจพร้อมการตรวจสอบสิทธิ์การรักษา การตรวจรักษา การทำการพยาบาล จ่ายยา เก็บค่ารักษาพยาบาล ให้คำแนะนำและการนัด F/U จุดคัดกรอง มีจุดคัดกรองรวมอยู่ด้านหน้าอาคารผู้ป่วยนอก (เฉลิมพระเกียรติ) เพื่อแยกผู้ป่วย PUI ออกจาก ARI (มี Flow การดำเนินการแยกผู้ป่วย PUI ออกจากผู้ป่วย ARI)

1.2.2 เปิดให้บริการ 08.00 -16.00 น.หลังจากนั้นตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ (จัด Zone แยก และใช้ระบบ FAST Track ในการตรวจ รับยาและจ่ายเงิน)

1.2.3 สามารถส่ง Lab & X-ray โดยใช้ระบบ FAST Track (ช่วงแรก X-rayใช้พื้นที่ห้อง Modify Negativeใกล้ห้องตรวจ ARI แต่มีปัญหากรณีมี Case PUI มาตรวจพร้อมกัน จึงปรับไปใช้ที่ห้อง X-ray ใหญ่ และติดสัญลักษณ์ ARI Clinic โดยมีเจ้าหน้าที่พาไป/กลับ และผู้ป่วยผูก Mask)

1.2.4 มีการจัด WI ในการปฏิบัติงาน

1.2.5 มีการติดตั้งโทรศัพท์สายในใช้ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่น หน่วยสนับสนุน และการปรึกษาเฉพาะทาง (ช่วงแรกจัด 1 เบอร์ และภายหลังจัดเพิ่มอีก 1 เบอร์)

1.2.6 มีระบบการทำความสะอาด และการจัดการขยะ

1.3 Staff

1.3.1 มีการจัดแพทย์ประจาในการตรวจรักษา บุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบในทีมการรักษา

1.3.2 มีการ Train/การทบทวน ทักษะเฉพาะแก่บุคลากรหน้างาน

1.3.3 มีการจัดพื้นที่ให้พักรับประทานอาหาร (ในช่วงหลัง) จัดสวัสดิการน้ำดื่ม

1.3.4 มีการจัดเสื้อผ้าให้เปลี่ยนขณะที่ปฏิบัติงานในคลินิก

2. ผลการดำเนินงาน (Result) ตั้งแต่ 11 กุมภาพันธ์ - 8 พฤษภาคม 2563

2.1 จำนวนผู้ป่วยสะสมในเวลาราชการทั้งหมด 2,859 ราย (ไม่ได้รวมนอกเวลาราชการที่ห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ และที่ห้องฉุกเฉิน)

2.2 มีผู้ป่วยที่คัดกรองส่งมาตรวจที่ ARI Clinic และมาซักได้ประวัติ PUI 2 ราย แต่ผล Swab not detected

2.3 ไม่พบผู้ปฏิบัติงานใน ARI Clinic มีอาการ PUI

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors)

3.1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ และสนับสนุนบริการ (ทั้งผู้ป่วยนอก/ใน)

3.2 มีการทำ AAR ทุกวันหลังปิด Clinic เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน การจัดบริการ สิ่งที่เป็นข้อขัดข้อง และการปรับแก้ไขในการให้บริการวันถัดไป (ในช่วงแรกๆทของการให้บริการ โดยมีรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการเข้าร่วมทำ AAR ด้วย) ทำให้การแก้ไขข้อขัดข้องต่างๆ ได้รับการจัดการรวดเร็ว

3.3 ที่สำคัญได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงพยาบาล ทั้งในเรื่องการจัดอัตรากำลัง การจัดการข้อขัดข้อง และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ และตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน้างาน

4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 สถานที่ เนื่องจากเป็นที่โล่ง/เป็นเต้นท์ธรรมดา มีปัญหาเรื่องความร้อนจากอากาศ/แสงแดด ฝนตก น้ำท่วมขัง

แนวทางแก้ไข ปรับเปลี่ยนพื้นที่การทำงานตามความเหมาะสม และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสม รวมถึงการหาการสนับสนุนตู้ตรวจรักษาที่เป็นความดันบวก/ความดันลบ ซึ่งมีระบบปรับอากาศ (จากบริษัทบูลสโคป)

4.2 การหมุนเวียนบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล (คัดกรอง) และบุคลากรด้านอื่นๆ

แนวทางแก้ไข มีการจัดทำ VDO แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติงาน มีการ Orientation ก่อนการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าห้องตรวจที่รับผิดชอบรายสัปดาห์ การทำ WI ในการปฏิบัติงาน และผู้ประสานงานรายวัน

4.3 อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ฉากอะคิลิคกั้นในโต๊ะตรวจของแพทย์ และจุดอื่นๆ ในช่วงแรกๆ

แนวทางแก้ไข บุคลากรมีเครือข่ายเพื่อนๆ ช่วยกันหา มีผู้ป่วยและญาติทำมาบริจาค

5. การเรียนรู้ (Lesson Learn)

5.1 โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำมักมาหาโดยไม่แจ้งเตือนล่วงหน้า การวางแผนรองรับเป็นเรื่องที่ควรมีให้ครอบคลุมทั้งในเรื่องของ Structure System & Staff และมีการซักซ้อมอยู่เสมอ

5.2 เกิด Innovation เพื่อนำมาใช้เป็น PPE ป้องกันการติดเชื้อ เช่น การประดิษฐ์ Face shield การทำ Shoes cover จากพลาสติกเหลือใช้ เป็นต้น

5.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับวิถีปกติใหม่ (New Normal) ในการให้บริการต่างๆ ที่ต้องเตรียม หรือปรับให้มี

6. โอกาส และการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยนอก ที่ต้องคำนึงถึงกลุ่ม EID ที่ต้องคำนึงถึงหรือทำควบคู่กับระบบปกติ

6.2 นำรูปแบบของการจัดบริการ ARI Clinic มาใช้ในการจัด Clinic อื่นๆ เช่น TB Clinic ให้เป็น One Stop Service เป็นต้น

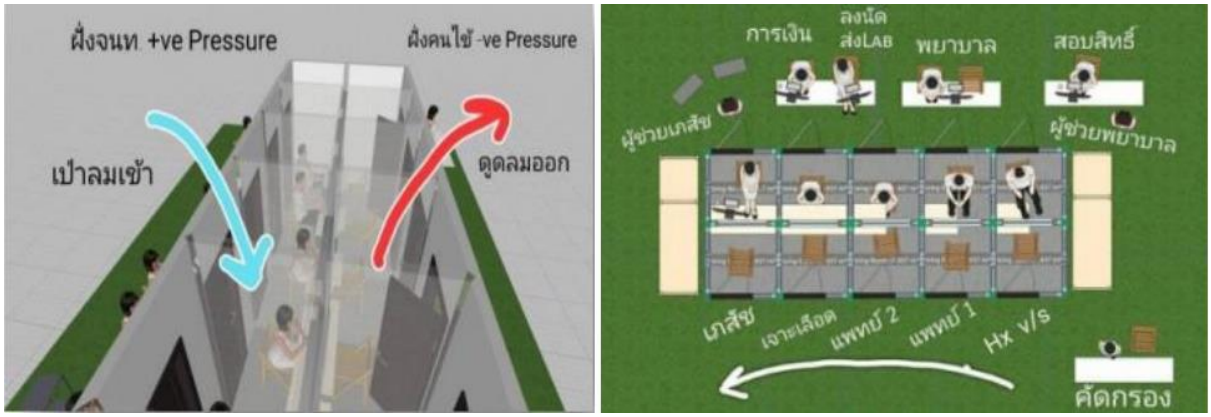
ARI Clinic โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



ภาพที่ 1 การเตรียมพร้อมเปิดให้บริการ ARI Clinic (7 กุมภาพันธ์ 2563) เริ่มเปิดให้บริการ (11 กุมภาพันธ์ 2563) ถึงปัจจุบัน



ภาพที่ 2 ผู้บริหารเยี่ยมให้กาลังใจ และการปรับแก้ไขปัญหาต่างๆ (แดดส่อง ฝนตกมีน้าท่วมขัง)



ภาพที่ 3 วางแผนในอนาคตเพื่อความปลอดภัย และความสุขสบายของผู้ให้และผู้รับบริการ

ถอดบทเรียนสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

ประกิตฐิ์ชัย ตันติพงศ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1. วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานเตรียมเข้าสู่สถานการณ์จนถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาโดยครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง

1.1.1 ปรับพื้นที่การดูแลผู้ป่วยแยกโซนการดูแลผู้ป่วยเป็น contaminated กับ clean zone

1.1.2 ปรับปรุงห้องแยกโรคให้เป็น modified negative pressure เพื่อดูแลกลุ่ม PUI ที่มีอาการหนัก

1.1.3 สร้างเต็นท์แรงดันลบสำหรับรักษากลุ่มเสี่ยง และใช้สำหรับเป็นพื้นที่ในการพ่นยา

1.1.4 สร้าง transport negative chamber สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยPUI ไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน

1.1.5 สร้างตู้สำหรับทำการ swab กลุ่ม PUI ลดการสัมผัสผู้ป่วย

1.1.6 ติดตั้งเครื่องฟอกอากาศฆ่าเชื้อไวรัสในห้องฉุกเฉิน

1.2 ด้านระบบบริการ

1.2.1 ปรับระบบการคัดกรองใหม่ให้สอดคล้องกับเกณฑ์PUI (modified triage for COVID-19 situation)

1.2.2 แผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยPUI ที่เป็นระยะวิกฤติ/ฉุกเฉิน

1.2.3 แผนการทำ CPR ผู้ป่วย PUI

1.2.4 แผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย PUI ไปหอผู้ป่วยใน

1.2.5 แผนการจัดการกรณีพบผู้ป่วย PUI เข้ามาในER (clean zone)

1.2.6 ระบบการช่วยเหลือผู้ป่วย PUI ในหอผู้ป่วยใน ที่มีภาวะ respiratory failure โดยทีมแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.7 ให้บริการตรวจรักษาและทำการ swab กลุ่มPUI ที่มานอกเวลาราชการ

1.2.8 ให้บริการรถกู้ชีพออกรับผู้ป่วย PUI และ confirmed case มารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล

1.3 ด้านบุคลากร

1.3.1 จัดตั้ง EOC ของหน่วยงาน มีการประชุมสถานการณ์ทุกวัน

1.3.2 จัดตั้งทีมสำหรับตรวจผู้ป่วยกลุ่ม PUI และจัดตารางเวรแพทย์ใหม่เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วย

1.3.3 ฝึกอบรมบุคคลกรในการทำหัตถการสำคัญ ได้แก่ RSI+VL การใช้เครื่อง mechanical CPR

1.3.4 ฝึกซ้อมแผนการตามแนวทางที่กำหนด

1.3.5 จัดเตรียมชุด PPE

2. ผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา (กุมภาพันธ์ - เมษายน) ความสำเร็จของการดำเนินงานรองรับสถานการณ์ ทางหน่วยงานให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น การป้องกันการติดต่อโรคของผู้ป่วย COVID-19 และสามารถให้การรักษาได้ตามมาตรฐาน โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย ทางหน่วยงานได้ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม PUI ทั้งหมด 50 ราย ในจำนวนนี้มีเป็นผู้ป่วยระยะวิกฤติต้องทาการ CPR จำนวน 4 ราย ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 5 ราย เป็น confirmed case จำนวน 6 ราย

2.2 ด้านบุคลากร จำนวนบุคลากรที่ต้องทำการกักตัวเนื่องจากสัมผัสผู้ป่วยความเสี่ยงสูง มีทั้งสิ้น 6ราย ได้แก่ พยาบาล จำนวน 3 ราย ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 ราย และแพทย์ จำนวน 1 ราย โดยทั้ง 6 ราย เกิดในช่วงต้นเดือนมีนาคม ภายหลังมีการจัด zoning แนวทางการดูแลผู้ป่วย PUI และฝึกซ้อมแผนตามแนวทาง ไม่พบบุคลากรที่ต้องทำการกักตัวเพิ่มเติมอีก และไม่มีบุคลากรของหน่วยงานที่ติดเชื้อ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของมาตรการการป้องกันการติดเชื้อของหน่วยงาน

3. ปัจจัยความสำเร็จ

3.1 การร่วมมือกันของสหวิชาชีพภายในหน่วยงาน เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ทีม EMS รวมถึงภาคเอกชนที่ให้การสนับสนุน

3.2 การเตรียมแผนการเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ และการศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

3.3 การฝึกซ้อมแผนและทักษะที่จำเป็นอย่างสม่าเสมอ

4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

4.1 บุคลากรในช่วงแรกบางส่วนยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด แต่ภายหลังจากได้มีการกำหนดแนวทางและซักซ้อมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรเห็นถึงความสำคัญและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

4.2 การขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ห้อง modified negative เต็นท์แรงดันลบ transfer chamber เบื้องต้นได้มีการร่วมมือกับภาคเอกชนเข้ามาช่วยจัดหา แนวทางแก้ไขในระยะยาวต้องมีการวางแผนจัดการสถานที่ อุปกรณ์ใหม่สำหรับห้องฉุกเฉินในอนาคต (new normal)

5. การเรียนรู้

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ ความสำเร็จในการควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ต้องอาศัยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมไม่เพียงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนรวมถึงภาคประชาชนต้องให้ความร่วมมือในการดูแลและป้องกันตนเองตามนโยบายที่กำหนดด้วย จึงจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

โอกาสและการพัฒนา

โอกาสในการพัฒนาของหน่วยงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถนาไปต่อยอดได้คือ การพัฒนาห้องฉุกเฉินทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการรักษา และทักษะการทำหัตถการต่างๆ ให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการติดต่อของโรคที่เกิดขึ้นในห้องฉุกเฉิน

COVID – 19 WARD

วรวรรณ สัมฤทธิมโนพร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

เมื่อมีข่าวการแพร่ระบาดของ COVID-19 และเริ่มมีการคัดกรอง นักท่องเที่ยว จากประเทศกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในสังกัดกรมการแพทย์ที่มีการรับส่งต่อ ผู้ป่วย PUI จากสนามบินกลาง

ขั้นตอนการดำเนินงาน อ้างอิงจากประสบการณ์ในการรับผู้ป่วย ที่สงสัยในช่วงมีการระบาดของอีโบล่า โรคทางเดินหายใจตะวันออก ไข้หวัด 2009 ซึ่งมีแนวทางในการจัดการ/ดำเนินการที่จัดทำไว้เดิม แต่อาจมีความแตกต่างบ้าง วิธีการแพร่กระจายเชื้อ ระยะเวลาฟักตัว อาการแสดง รวมทั้งการรักษา

ปัญหาการดำเนินงาน เนื่องจากห้องแยกโรค AIIR อยู่ในอาคารเดิมที่ไม่ได้ใช้งาน ไม่มีการบำรุงรักษา จำเป็นต้องปรับปรุงฟื้นฟูศักยภาพให้พร้อมใช้งาน ในระยะเวลาจำกัด และจัดพื้นที่สำหรับห้องแยกโรคเดียว เพื่อดูแลผู้ป่วย PUI รวมถึงจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการถอด PPE เนื่องจากอาคารเดิมเป็นหอผู้ป่วยห้องแยกเดี่ยวและห้องรวมไม่มี Anteroom

ต่อมาแม้ว่าจะพบผู้ป่วยยืนยัน ไม่พบเจ้าหน้าที่ติดเชื้อหลังจากเริ่มรับผู้ป่วย มีห้องชำรุดเป็นระยะ ซึ่งเป็นปัญหาในการเข้าแก้ไข เมื่อมีผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยเดียวกันแม้อาจจะคนละห้อง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่เข้าแก้ไขมีความวิตกกังวล

หอผู้ป่วยรวมโควิด ได้รับการปรับปรุง เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยหากมีจำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่รวมถึงความสะดวกสบายของชุมชน ตามสมควร แต่เนื่องจากปัญหาการมองรอบ ไม่มีประสบการณ์รวมถึงความรู้โดยเฉพาะด้วยวิศวกรรม/การจัดการอากาศในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีความล่าช้าของความพร้อมของหอผู้ป่วยรวม

เนื่องจากหอผู้ป่วยโควิด เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ จึงต้องจัดสรรเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ เพื่อจัดตารางทำงาน โดยปรับลดจากหอผู้ป่วยปกติ จัดสรร PPE เพื่อความปลอดภัยของบุคลากร และมีการทบทวนขั้นตอนเพื่อความมั่นใจของบุคลากร

- จำนวนผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ที่ได้รับจนถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2563 ทั้งหมด 30 ราย (รับส่งต่อมหาราช) มีผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะ ARDS และเสียชีวิต บุคลากร บุคลากรที่เปลี่ยนหมุนเงินมาจึงจำเป็นต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงจาเป็นต้องจัดพยาบาลวิกฤต มาทางานด้วยจึงจาเป็นต้องลดผู้ป่วยหอผู้ป่วยปกติและไม่มีแพทย์
- ผู้เชี่ยวชาญทางโรคทางเดินหายใจ รวมทั้งไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ARDS ด้วย pron position
- การส่งต่อผู้ป่วยจัดให้มี Focal point หลัก ในการจัดการเตียง ประสานงานรับ – ส่งต่อผู้ป่วย และประสานงานกับผู้มีหน้าที่ในวันนั้นๆ
- การจัดสรรเตียงเนื่องจากต้องปรับตามสถานการณ์เนื่องจากหากสถานการณ์มีผู้ป่วย PUI ต้องการห้องแยกเดี่ยวจัดสรรปรับห้องผู้ป่วยรวมรับผู้ป่วย 1 เตียง แต่หากเป็นผู้ป่วยยืนยันปรับให้รับผู้ป่วยเป็นห้องรวมรับผู้ป่วยยืนยันอยู่ห้องร่วมกัน
- การดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง จัดให้ผู้ป่วยสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ สอนให้ผู้ป่วยวัด Vital Sign เอง เพื่อลดอาการใช้ PPE การสั่งอาหารโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องเข้าไปในห้องผู้ป่วย เพื่อให้ PPE ได้เพียงพอ

- มีการพัฒนาการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในช่วงแรกของการมีการระบาด เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถตรวจได้ ต้องส่งต่อโรงพยาบาบจุฬาลงกรณ์ ต่อมาได้มีการจัดซื้อเครื่อง เพื่อให้สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อCOVID-19 ได้ที่โรงพยาบาลเอง

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 รับผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 30 ราย มีผู้ป่วยรุนแรงใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 1 รายและเสียชีวิต ปัจจุบันกลับบ้าน/ส่ง hospital 23 ราย refer ออก 4 ราย

2.2 รับผู้ป่วย PUI สะสม 39 ราย นอนรักษาในโรงพยาบาล 2 ราย

2.3 ปัจจุบันเริ่มมีการตรวจคัดกรอง ในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

3. ปัจจัยแห่งความสาเร็จ (Critical Success factors)

มีการร่วมมือในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยสนับสนุน จัดสรรความสำคัญเรื่องเร่งด่วน มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงในผู้เกี่ยวข้อง มีการจัดการปัญหา ประเมินข้อปัญหา อุปสรรค ปรับปรุงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยต่อบุคลากรเป็นการปรับปรุงให้มี Anteroom

4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 หอผู้ป่วยเนื่องจากเป็นหอผู้ป่วย ที่ไม่ได้ใช้งานเป็นระยะเวลานานกลับมาเปิดเฉพาะกิจ มี ปัญหาทางกายภาพที่ไม่เหมาะสมกับการใช้งาน ปัญหาการชำรุดต่างๆ แอร์หยด ท่อน้ำรั่ว ห้องน้ำตัน

แก้ไขปัญหา ให้ใช้งานได้ แต่ก็อาจมีปัญหากลับมาอีก

4.2 บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะทางไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีตำแหน่งเพิ่มเติม

4.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนที่คลาดเคลื่อน

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

การเรียนรู้การรับมือโรคระบาด อาจมีความแตกต่างกับทั้งตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ อาการของผู้ป่วย การได้รับผู้ป่วยเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ การจัดการปัญหาแก้ไขปัญหาโดยปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ภายใต้หลักการที่ปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยให้บุคลากร

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 เนื่องจากมีการระบาดของโรคมาเป็นระยะ ตั้งแต่ไข้หวัดใหญ่ 2009 อีโบล่า โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง จนมาถึง COVID-19 การมีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน พร้อมที่ใช้งานอาจมีการปรับเปลี่ยนใช้งานปกติช่วงที่ไม่มีการระบาดได้

6.2 การใช้เทคโนโลยีมีส่วนช่วยทางการแพทย์ให้ได้ประสิทธิภาพและแพร่หลาย ครอบคลุมเรื่องการสื่อสารให้ความรู้ ช่วยลดภาระบุคลากรเพิ่มความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร

วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

1.1 Structure โครงสร้างการให้บริการผู้ป่วย

1.1.1 บริการผู้ป่วยนอก ในช่วงแรกซึ่งเป็นการระบาดอยู่ในวงจำกัดได้มีการจัดบริการพื้นที่พิเศษสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แต่ระยะหลังประมาณกลางเดือนมีนาคมเป็นต้นไป จากการพยากรณ์ที่จะมีโอกาสแพร่กระจายของเชื้อเป็นวงกว้างหรือที่เรียกว่า phase 3 ของการระบาดจึงได้มีการตัดสินใจจัดหาให้มีคลินิก ARI แยกออกมาโดยเฉพาะให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจไม่ปะปนกับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการระบบอื่นๆ

1.1.2 บริการผู้ป่วยใน ในช่วงที่มีการวางแผนทำ ARI คลินิกหรือคลินิกไข้หวัดแบบเต็มรูปแบบช่วงปลายเดือนมีนาคมก็ได้มีการปรับเปลี่ยนการทำงานของหอผู้ป่วยใน เช่นเดียวกันโดยแยกเป็นหอผู้ป่วยที่รับโรคระบบทางเดินหายใจเพียงอย่างเดียว และหอผู้ป่วยที่รับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบทางเดินหายใจ และมีการปรับปรุงห้องเดี่ยวในหอผู้ป่วยพิเศษให้สามารถมีระบบดูดอากาศที่รองรับเป็นชนิด modified airborne infection isolation room (AIIR) เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมการแพร่กระจายได้ดียิ่งขึ้น พร้อมติดตั้งกล้องวงจรปิดในหอผู้ป่วยซึ่งออกแบบไว้ให้รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้



ภาพที่ 1 ห้องรับรองหอผู้ป่วยในห้อง modified Airborne Infection Isolation Room: AIIR

1.2 Service การให้บริการตรวจรักษา

มีนโยบายลดความแออัดโดยการเลื่อนการผ่าตัดและการนัดผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นโดยเน้นเป็นการให้คำปรึกษาทางการในการส่งยาทางไปรษณีย์ มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทางไลน์มีการจัดประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและสอบถามข้อมูลได้จัดให้มี Facebook Live รายการที่นี่มีหมอเด็ก มีการนัดหมายให้แพทย์ต่างๆ เวียนมาตอบคำถาม จัดให้มีป้ายประชาสัมพันธ์ Google site ให้ข้อมูล ทางเลือกในการรับการบริการด้วยการโทรเข้ามาสอบถามการขอเข้ารับบริการรายการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ตลอดการประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนการกลับบ้านจะมีการนัดหมายโทรติดตามผู้ป่วยแทนการรับผู้ป่วยมารับการประเมินที่โรงพยาบาลตามปกติ

การฝึกอบรม ได้ยกเลิกกิจกรรมการศึกษาดูงานระยะสั้นในช่วงตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นไป สำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านได้จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางกายภาพโดยการใช้ Application Zoom และ Webex

1.3 Staff โครงสร้างทีมบริหารจัดการเชิงระบบ ระดับโรงพยาบาลแบ่งเป็น

1.3.1 การเฝ้าระวังและคัดกรอง ประกอบไปด้วย พยาบาลคัดกรองร่วมกับแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ

1.3.2 การรักษาวิชาการ ประกอบไปด้วยทีมแพทย์โรคติดเชื้อ แพทย์ระบบทางเดินหายใจ และแพทย์วิสัญญี

1.3.3 Logistics ประกอบไปด้วยรองอำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วางแผน support มีการประสานงานกับเครือข่ายที่รับบริจาคอุปกรณ์ป้องกัน ติดตั้งระบบถ่ายเทอากาศในห้องแยกที่เตรียมพร้อมสำหรับการใช้รับผู้ป่วยติดเชื้อ

1.3.4 Laboratory testing เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

1.3.5 Communication ฝ่ายประชาสัมพันธ์ สรุปประเด็นการสื่อสารต่างๆ ที่ได้จากการประชุมจากฝ่ายบริหารและผู้ปฏิบัติงาน

1.3.6 Strategic Technical Advisory Group มีกรรมการบริหารและกรรมการวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้อำนวยการเป็นประธาน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนหายดีกลับจากโรงพยาบาลทุกราย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการ

2.2 จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล PUI ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ประมาณ 1 - 2 คืน มีการติดตามผลและวางแผนในการส่งตัวจนสามารถได้รับผลตรวจและวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมได้ ภายในเวลา 1 วัน ในผู้ป่วยที่เป็น Confirm Test ส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาล 3 - 7 วัน

2.3 จำนวน PPE ที่ใช้ มีมากเพียงพอและจำนวนที่ใช้กับผู้ป่วย 1 ราย อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มากเกินไป แม้จะต้องใช้บุคลากรเข้าไปเป็นจำนวนมากกว่าแต่ละครั้งเมื่อเทียบกับผู้ป่วยผู้ใหญ่มีการวางแผนการรียูส N95 ที่เป็นระบบทำให้ช่วยประหยัดอุปกรณ์ได้มาก

2.4 จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อเป็นศูนย์

2.5 นวัตกรรมที่เกิดขึ้นกว่า 10 เรื่อง ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2.6 งานวิจัยที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 เรื่อง มีโครงร่างวิจัยซึ่งผ่านการส่งประเมินโดยกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่ช่วยต่อยอดแนวทางการให้บริการการรักษาทางไกลและการลดความแออัด มีการทำโครงร่างการวิจัยด้านประเมินเทคโนโลยี เรื่องการส่งตรวจหาเชื้อก่อนการผ่าตัดในแง่ของความคุ้มทุนและความสำเร็จ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

สิ่งสำคัญที่สุด คือ Mindset ว่า ทุกๆ วิกฤต จะนำสิ่งที่ดีที่สุดของชีวิตของเราออกมา และในความยากลำบาก มีกุญแจที่จะไขไปสู่โอกาสอันยิ่งใหญ่ เพราะทุกวิกฤตคือ the best catalyst ของการเปลี่ยนแปลง และวันที่ยากลำบาก คือวันที่จะกำหนดว่าเราเป็นใคร และที่สำคัญคือความร่วมแรงร่วมใจกันเข้ามาช่วยเหลือจากทุกฝ่าย แม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1 ปัญหาและอุปสรรค บุคลากรในระบบราชการยังไม่คุ้นชินกับการแก้ปัญหาหน้างานที่จะต้องอาศัยการดำเนินการอย่างรวดเร็วและไม่สามารถรอการสั่งการเป็นระบบทีละขั้นตอนแบบเดิมได้ และการสื่อสาร เนื่องจากในทุกวิกฤตอยู่ที่มาคู่กันก็คือ ข่าวลือและข่าวลวงหรือ Fake News ให้คนมีความกังวลใจมากขึ้น ทำให้ทางทีมงานรักษาคนไข้จะทำงานยากขึ้น เพราะบุคลากรเองก็กังวลใจไม่ค่อยอยากให้ความร่วมมือ เพราะทุกคนก็ล้วนแล้วแต่เป็นห่วงตัวเองและครอบครัวทั้งสิ้น

4.2 การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ

4.2.1 มีการถอดบทเรียนในแต่ละวัน ในแต่ละครั้งที่มีเคส ในเช้าวันถัดมาจะเข้าไปนั่งคุยกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้เล่าถึงปัญหาอุปสรรคใดๆ ในแง่ของการทำงาน ก็จะทำให้เห็นประเด็นปัญหาอย่างต่อเนื่องและนำสิ่งเหล่านี้มาเป็นโจทย์ในการวางแผนแก้ปัญหา

4.2.2 การพยายามทำความเข้าใจถึงปัญหาอย่างแท้จริง ดูการพูดคุยสำรวจลงลึกว่าการที่ไม่ได้รับความร่วมมือเกิดจากบุคลากรมีความกังวลอะไร



5. การเรียนรู้ (Lessons learned)

5.1 ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติใหม่ทุกชนิด ต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่าสามารถติดเชื้อจากคนสู่คนได้ และติดเชื้อในช่วงที่ยังไม่มีอาการได้ มิเช่นนั้นอาจจะเกิดความเสี่ยงที่จะต้อง quarantine บุคลากรเป็นจำนวนมาก

5.2 เข้าใจและเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเจอปฏิกิริยาและพฤติกรรมที่ไม่น่าพึงประสงค์ของผู้ป่วยในวันแรกการนอนโรงพยาบาล พยายามทำความเข้าใจ อดทนและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

5.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ การใช้ประโยชน์จากเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือในกรณีพิเศษ เพื่อให้ได้ผลตรวจเชื้อในเวลาอันรวดเร็วและบริหารจัดการการส่งสิ่งส่งตรวจ

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 ควรมีการบรีฟงานให้กับทีมงานล่วงหน้าจะต้องเจอกับอะไรบ้างในการจัดการกับผู้ป่วยด้านของความเครียด ความจำกัดในการสื่อสาร

6.2 การที่บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลเข้าใจบริบทของคนที่ทำงานของกรมควบคุมโรคและทีมสอบสวนโรค จะทำให้เข้าใจและวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การเข้าระบบการรักษาพยาบาลแต่เป็นเกณฑ์ของการสอบสวนโรคและทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม จากข้อมูลฉบับเต็มได้ที่ https://anyflip.com/bookcase/xqudv

COVID-19 เราต้องชนะไปด้วยกัน

อัครวุฒิ วิริยเวชกุล สถาบันประสาทวิทยา

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในหลายประเทศและมีรายงานพบผู้ติดเชื้อมากขึ้น ประกอบกับคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ทำให้กรมการแพทย์ และสถาบันประสาทวิทยา มีความตื่นตัวในทางวิชาการและการดูแลผู้ป่วย ทางผู้บริหารระดับสูงของกรมการแพทย์และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ได้มอบนโยบายว่าสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นสถาบันที่มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 จากนั้นได้มอบหมายให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดเชื้อปอดอักเสบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 อย่างครบวงจร โดยสถาบันประสาทวิทยาจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ไม่มีอาการหอบเหนื่อยเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนักมีอาการหอบเหนื่อยได้จัดให้หน่วยงานอื่นๆ เป็นผู้ดูแลแทน สถาบันประสาทวิทยาได้จัดประชุมเรื่องมาตรการการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรค COVID-19 โดยมีผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาร่วมประชุม อาทิเช่น องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล บุคลากรส่วนสนับสนุน ฯลฯ เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการแพทย์

ด้านสถานที่รองรับผู้ป่วย ทางสถาบันประสาทวิทยาได้ปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยจักษุพิเศษ ซึ่งเป็นห้องแยกเดี่ยวและมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ทางคณะผู้บริหารจึงเห็นว่าเหมาะสมที่จะใช้เป็นหอผู้ป่วย COVID-19 แต่ให้เพิ่มระบบกล้องวงจรปิดเพื่อใช้สาหรับการเฝ้าระวังและสื่อสารกับผู้ป่วยเพิ่มเติม จัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เพื่อให้บริการตรวจรักษากับผู้ป่วยและบุคลากรที่มีอาการของทางเดินหายใจ โดยจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว แยกออกจากอาคารคลินิกผู้ป่วยนอกปกติ เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ส่วนของห้องแยก negative pressure เดิมมีอยู่ จานวน 1 ห้อง ได้จัดสร้างเพิ่มเติมจานวน 3 ห้อง ณ งานผู้ป่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ICU ประสาทวิทยา และหอผู้ป่วย ICU ศัลยศาสตร์

ด้านผู้ปฏิบัติงานผ่านทางรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ ประธานคณะกรรมการโรคติดเชื้อปอดอักเสบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้ติดต่อประสานงานหาอุปกรณ์ประจำหอผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย COVID–19 อาทิ อุปกรณ์ความปลอดภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การจัดหาอุปกรณ์อำนวยการความสะดวกสำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยสนับสนุน แต่ที่สำคัญที่สุดคือ การจัดหาแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เพื่อมาร่วมกันดูแลผู้ป่วย การได้รับความร่วมมือร่วมใจจากผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจากแพทย์ พยาบาล หน่วยงานสนับสนุน ล้วนทำให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี สามารถจัดตั้งหอผู้ป่วย COVID–19 ได้สำเร็จภายใน 1 – 2 วัน เท่านั้น นอกเหนือจากการร่วมมือร่วมใจ การระดมความคิดจากทุกภาคส่วนแล้ว การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกในรูปแบบการบริจาคทั้งในรูปแบบของอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาหาร เครื่องดื่ม ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น

ด้านการดูแลผู้ป่วย กรณีผู้ป่วย COVID-19 มีการจัดระบบแพทย์เวร COVID-19 ซึ่งเป็นแพทย์จากหลายสาขา ทำงานร่วมกันกับแพทย์ attending ward ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ จัดการกำหนด standing order เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ให้กับแพทย์เวร COVID-19 ในส่วนของผู้ป่วย PUI โดยมีแพทย์ห้องฉุกเฉินและทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินร่วมดูแลรักษา กรณีผู้ป่วยผ่าตัด กำหนดให้ทำการผ่าตัดในผู้ป่วย emergency และ urgency โดยมีการจัด zoning ในผู้ป่วยศัลยกรรม ICU ประสาทวิทยา และ ICU ศัลยกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในกรณีที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ COVID-19

ในส่วนของการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกคลินิกปกติ เพื่อลดความแออัดในการใช้บริการ ประกอบกับมาตราการการลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดการเดินทางของประชาชน ทำให้ไม่สามารถเดินทางข้ามจังหวัดได้ผู้ป่วยเดินทางมาตรวจที่สถาบันประสาทวิทยาได้ยากลำบาก จึงได้มีการจัดทำระบบพบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ โดยได้ระดมความคิดจากหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นงานผู้ป่วยนอก การเงิน เภสัชกรรม สังคมสงเคราะห์ ตลอดจนแพทย์ ในปัจจุบันการสั่งยา online ได้ดำเนินการไปแล้วกว่า 1,000 ราย

2. ผลการดาเนินงาน (Result)

ได้จัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เพื่อให้บริการตรวจรักษากับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จัดให้มีระบบพบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และความแออัดในการใช้บริการ จัดให้มีหอผู้ป่วยแยกโรค (หอผู้ป่วยจักษุพิเศษ) และจัดทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) รวมถึงผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2563 จนถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 รวมจานวน 30 ราย

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

การทำงานที่สำเร็จลุล่วงด้วยดี ล้วนเกิดจากการที่ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน มีการมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติมีการสนับสนุนจากทุกฝ่าย มีการระดมความคิดจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง การอะลุ่มอล่วยในข้อปฏิบัติ การมองไปที่เป้าหมายเดียวกันคือ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยปลอดภัยบุคลากรทางการแพทย์ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ทำให้งานทุกชนิดสำเร็จลุล่วงได้อย่างรวดเร็วและสมบูรณ์

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปกรณ์ในการดำเนินงาน	**การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ**
การจัดหาบุคลากรมาประจำหอผู้ป่วย COVID-19	- อธิบายถึงความจำเป็นในการจัดตั้งหอผู้ป่วยCOVID-19 ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีหอผู้ป่วยแยกและจาเป็นต้องมีบุคลากรที่พร้อมทางานมาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ - มีการฝึกซ้อมการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเพื่อให้เกิดความชำนาญ และถูกต้อง - อธิบายถึงความปลอดภัยที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับเพื่อปูองกันตนเองในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย	- ประสานผู้เกี่ยวข้องจัดหา โดยอาจต้องอาศัยการประสานงาน และติดตามงานอย่างใกล้ชิด เพื่อให้งานสำเร็จโดยเร็ว
การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความปลอดภัย	- ประสานผู้เกี่ยวข้องระดมความคิด เพื่อให้ได้อุปกรณ์ที่พร้อมใช้และประหยัด เช่น การติดตั้งกล้องวงจรปิดและประตูแม่เหล็ก เพื่อรองรับการจัดตั้งหอผู้ป่วยให้สำเร็จโดยเร็ว
การวิตกของแพทย์ว่าอาจไม่มีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้	- ขอคำปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมในการร่วมดูแลและการจัดทำ standing order ที่เหมาะสม

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 การมีเป้าหมายว่างานต้องสำเร็จทำให้ทุกฝ่ายร่วมมือกัน

5.2 ความกลัวของบุคลากรต่อโรค COVID-19 แก้ไขด้วยการให้องค์ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ

5.3 งานที่ยาก หากร่วมมือกัน งานทุกอย่างสามารถทำให้ลุล่วงไปได้

5.4 การยอมบางอย่างเพื่อให้งานสำเร็จมีอยู่จริง

5.5 ผู้บริหารมีการเยี่ยมหน่วยงานให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีกำลังใจ ทุ่มเททำงานอย่างเต็มความสามารถ

5.6 การพูดคุยด้วยไมตรีจิต ทำให้งานราบรื่น

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 ข้อจำกัดจากระเบียบ ข้อปฏิบัติที่มีหลายขั้นตอน ทำให้งานลุล่วงช้าไม่ทันการณ์ ควรมีการปรับขั้นตอน มีการ lean กระบวนการเพื่อให้งานสำเร็จถูกต้องโดยเร็ว

6.2 องค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐาน เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การใช้ universal precautions ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ

6.3 การปรับทัศนคติของบุคลากรให้มีการปรับตัวอย่างรวดเร็วเหมาะสมต่อสถานการณ์มีความจำเป็น



ภาพที่ 1 การดำเนินกิจกรรมของสถาบันประสาทวิทยา

พบแพทย์ออนไลน์และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์

ธเนศ เติมกลิ่นจันทน์ สถาบันประสาทวิทยา

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีรายงานพบผู้ติดเชื้อมากขึ้นในประเทศไทยอย่างก้าวกระโดดในช่วงกลางเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 สาเหตุเนื่องมาจาก super spreader จากแหล่งสนามมวย และสถานบันเทิง ทำให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และควบคุมการเดินทางของประชาชนข้ามจังหวัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีความยากลำบาก และเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทางผู้บริหารระดับสูงของกรมการแพทย์ และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาจึงได้มอบนโยบายว่า สถาบันประสาทวิทยาควรจะมีระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านระบบวีดีโอคอล และส่งยาทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตรวจรักษาที่สถาบันประสาทได้ ทางกลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์จึงได้ปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องต่างๆ จนมีแนวทางที่ต้องดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ โดยมีเป้าหมายคือ แพทย์กับผู้ป่วยสนทนาผ่านระบบวีดีโอคอล สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และสามารถส่งยาได้อย่างรวดเร็ว ขั้นตอนดำเนินการมีดังนี้

ระบบติดต่อระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยผ่านระบบวีดีโอคอล ทางทีมได้เลือกใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ (Line®) เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยหรือญาติน่าจะคุ้นเคยกับการใช้งาน

การทำธุรกรรมเบิกค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้เรียกเก็บกับกองทุนต่างๆได้ โดยติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของธนาคารกรุงไทย ผ่านระบบ KTB Corporate online เพื่อประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล ตามแบบฟอร์มของธนาคาร โดยบันทึกเหตุผล ว่าส่งยาทางไปรษณีย์ โดยระบุเลขการจัดส่งตามประกาศของกรมบัญชีกลาง ซึ่งธนาคารดำเนินการให้แล้วเสร็จประมาณวันที่ 3 เมษายน 2563

เอกสารให้ความยินยอมร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในการรับบริการตรวจรักษาออนไลน์ และให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการชำระเงินค่าจัดส่งไปรษณีย์ ซึ่งไม่สามารถนำไปเบิกได้ ทางทีมงานเลือกใช้ google form เนื่องจากสะดวก และง่ายต่อการปรับรูปแบบฟอร์มให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการข้อมูล และยังสามารถสร้างใบยินยอมผ่านเอกสารออนไลน์ และพิมพ์ให้ผู้ป่วยมาลงนามอีกครั้งเมื่อมาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาล

การนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการออนไลน์ ทางทีมเลือกสมัคร Line official account แบบ premium ID เพื่อเป็นโปรแกรมกลางที่สะดวกในการบริหารจัดการไลน์ ไอดี ระหว่างห้องแพทย์และผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ โดยใช้โซเชียลมีเดีย ทีวี และใช้โทรศัพท์ หรือส่งข้อความให้ผู้ป่วยที่มีนัดล่วงหน้า 7 วัน ให้แอดไลน์ official account และลงทะเบียนเพื่อแสดงความยินยอมรับบริการผ่าน google form พร้อมถ่ายรูปบัตรนัด จากนั้นเจ้าหน้าที่จะแจ้งวันนัดหมายออนไลน์ใหม่ และพบแพทย์ท่านเดิม โดยช่วงแรกเลือกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนัดเก่า ที่เป็นสิทธิ์เบิกได้ หรือจ่ายเอง

ระบบส่งยา ทางทีมงานได้ติดต่อไปทางไปรษณีย์ไทย เพื่อทำข้อตกลงในการมารับพัสดุยาที่สถาบันประสาทวิทยาทุกวันในเวลาราชการ และชำระค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือน

ทีมตรวจสอบความผิดพลาด มีเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจสอบสิทธิ์ช่วยตรวจสอบที่อยู่จัดส่งยา เจ้าหน้าที่การเงิน และเภสัชกรคอยตรวจสอบความผิดพลาดอยู่เบื้องหลังเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และยาตามลำดับ และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องยา สามารถสอบถามผ่านทางไลน์ @pniconsult ได้

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

ผู้ที่ติดต่อลงทะเบียนทาง google form มีทั้งหมด 1,320 คน ในจำนวนนี้ผู้ที่ใช้บริการตรวจรักษาจนได้รับยาแล้วมีประมาณ 631 คน (หลังจากเปิดให้บริการได้ประมาณ ๑ เดือน) และมีผู้ป่วยนัดแล้วรอตรวจรักษาแบบออนไลน์อีกประมาณ 642 คน โดยเฉลี่ยแล้วมีตรวจออนไลน์วันละประมาณ 30 คน โดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจแล้วประมาณ 320 คน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ที่ไม่ต้องขาดยาหรือเสี่ยงต่อการมาใช้บริการที่สถาบันประสาทในช่วงที่ระบาดของโควิด 19 ตอนนี้เริ่มเปิดให้บริการสำหรับสิทธิ์บัตรทองต่างจังหวัดแล้ว

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

ทีมงานที่ร่วมมือเร่งจัดทำระบบปรึกษาออนไลน์ภายใต้ข้อจำกัดของเงินงบประมาณ และขาดบุคคลากรที่พัฒนาโปรแกรมได้ แต่ได้รับความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรตั้งแต่ระดับผู้นำองค์กรจนถึงผู้ปฏิบัติการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน ที่สำคัญคือ ได้รับการสนับสนุนอย่างเปิดเผยจากอธิบดี และรองอธิบดีกรมการแพทย์ให้ดำเนินการได้ ในการใช้แอปพลิชั่นไลน์ ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ผ่านทางสื่อโทรทัศน์และโซเชียลมีเดีย ทำให้ทีมงานรู้สึกปลอดภัยในการเร่งดำเนินการ ซึ่งบางครั้งอาจจะมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นได้จากเวลาจำกัดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้ขาดการรักษา ส่วนความพร้อมของระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลเป็นเรื่องรองลงมา

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
<u>ปัญหาการลงทะเบียนตรวจออนไลน์</u> - ไม่มีไลน์ ไอดี หรือไม่ทราบไลน์ ไอดี ตนเอง - ไม่ทราบขั้นตอนการตรวจออนไลน์ - ส่ง sms ไปแจ้ง แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับ	-แนะนำให้สามารถใช้ไลน์ ไอดี ของญาติที่ทราบอาการผู้ป่วย - จัดทำ rich menu ใน line official account และระบบตอบกลับอัตโนมัติเพื่อแจ้งให้ผู้ใช้บริการพิมพ์ชื่อนามสกุล และเลขโรงพยาบาล พร้อมแนะนำการใช้บริการออนไลน์ - ส่ง sms ผ่านเวบไซต์ และจัดทำ white list เพื่อปลดล็อคการบล็อก sms ของผู้ป่วย
<u>ปัญหาการใช้ไลน์วีดีโอคอล</u> - ผู้ป่วยมีหลายไลน์ไอดี ให้ไลน์ไอดีผู้ที่ไม่ว่างจะคุยกับแพทย์ หรือทำธุระอื่นๆ อยู่ขณะตรวจ - แพทย์ไลน์คอลแล้วติดต่อไม่ได้ - สิทธิ์ผู้ป่วยหลุด หรือสั่งยาจำนวนผิด แจ้งค่าใช้จ่ายผิด	- สอนวิธีอนุญาตเพิ่มไลน์ไอดี และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบไลน์ไอดีของผู้ป่วยทุกคนก่อนใช้บริการ - แจ้งผู้ป่วยให้ใช้ไลน์ ไอดีของผู้ที่ติดต่อได้ และให้ลิงค์แอดไลน์ ไอดีห้องแพทย์ ก่อนตรวจ 1 วัน - ให้แพทย์แจ้ง admin ถึงช่วงเวลาที่พร้อมตรวจออนไลน์ เพื่อให้admin แจ้งผู้ป่วยได้ล่วงหน้าก่อนตรวจจริง 10 - 15 นาที - ทำคู่มือวิธีตรวจออนไลน์ และสอนเจ้าหน้าที่ห้องแพทย์คอยช่วยเหลือ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
<u>ปัญหาแจ้งชำระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม</u>	
- เจ้าหน้าที่การเงินไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้ตรวจหรือไม่ในกรณีไม่มียา	- หลังเสร็จ OPD ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจออนไลน์ทุกวัน
- ผู้ป่วยไม่ทราบบัญชีที่ชำระเงิน หรือชำระเงินเกินเวลาที่กำหนด หรือชำระเงินแล้วแจ้งกลับไปทางไลน์แพทย์	- ทำ rich menu แจ้งว่าเลขบัญชีอยู่ที่ใบแจ้งชำระค่าบริการ และช่วงเวลาที่ต้องชำระ - แสดงตัวอย่างใบแจ้งชำระเงินในไลน์ official
<u>ปัญหาการส่งยาทางไปรษณีย์</u>	
- ส่งของไม่ครบ ขาดยาบางตัว ขาดใบเสร็จรับเงิน ขาดใบรับรองแพทย์	-ทำใบเชคลิส และให้ตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้เท่านั้น -มีเจ้าหน้าที่คอยกรองตรวจสอบปัญหาทางไลน์ official และ tag ปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องตอบ

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 มีคนประสานการทำงานของแต่ละทีม ทำให้สามารถทำงานได้รวดเร็ว และครบถ้วน และซึ่งต้องอาศัยคนที่มีทักษะความสามารถด้านสังคม (Soft skill) มีหน้าที่ต้องคอยควบคุมประสานให้คนในแต่ละทีมสามารถทำงานร่วมกันได้ ไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน

5.2 ทำงานเป็นทีมที่ช่วยกันเสนอแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหน้างาน และหาแนวทางป้องกันไม่ใช่มีแต่ปัญหา แต่ไม่เสนอวิธีแก้ไข

5.3 ผู้บริหารระดับสูงให้ความมั่นใจ และรับทราบในการใช้ระบบไลน์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการมีความมั่นใจในการทำงาน

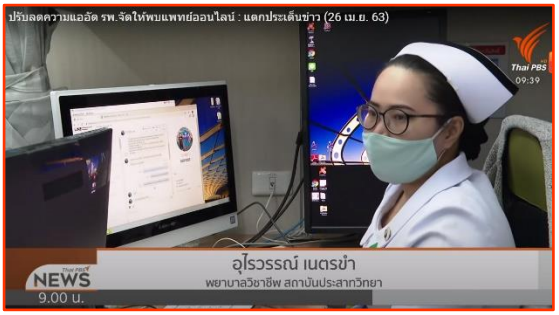
6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

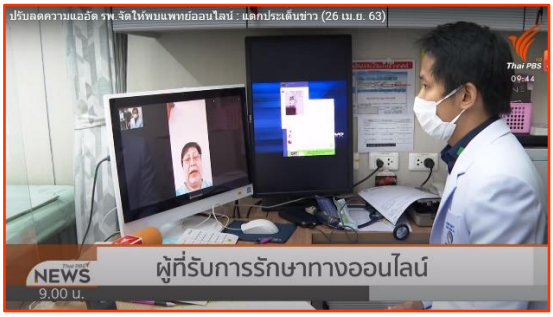
6.1 พัฒนาระบบตรวจรักษาทางไกลโดยใช้ แอปพลิเคชั่นของโรงพยาบาลบนโทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่อกับระบบบริหารโรงพยาบาล เพื่อลดความผิดพลาดจากการใช้คนพิมพ์ เช่น ที่อยู่จัดส่งยา หรือไลน์ไอดีของผู้ป่วย

6.2 พัฒนาระบบวีดีโอคอลให้สามารถบันทึกภาพและเสียงระหว่างสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติได้ เพื่อเป็นหลักฐานในอนาคตกรณีเกิดการฟ้องร้องกันเกิดขึ้น

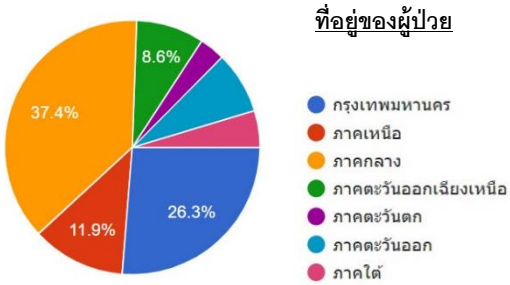


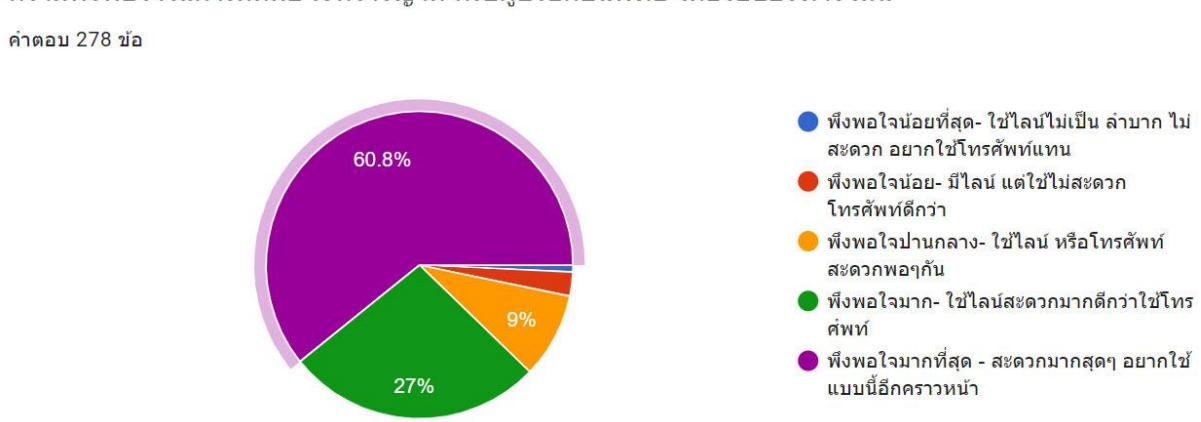












ภาพที่ 1 กิจกรรมการดำเนินการ

สถาบันการแพทย์เฉพาะทางโรคระบบประสาท
กับการรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วย COVID-19 สถาบันประสาทวิทยา

1. วิธีดำเนินงาน (Implementation)

ในช่วงวันหยุดปีใหม่ปลายปี 2019 มีข่าวการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งยังไม่มีใครทราบว่าเป็นคือเชื้อไวรัสชนิดใด ICN ของกรมการแพทย์ได้มีการประชุมปรึกษาและวางแผนในการรับมือกับโรคนี้ โดยรับนโยบายจากผู้บริหารของกรมการแพทย์ ให้โรงพยาบาลในกรมการแพทย์ทุกโรงพยาบาลต้องรับรักษาผู้ป่วยของตัวเองโดยไม่มีการส่งต่อ สถานการณ์การแพร่ระบาดเริ่มรุนแรงมากขึ้นมีการปิดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยรายแรก ซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวเดินทางมาจากประเทศจีน และพบรายต่อๆ มา การระบาดเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทย แถบเอเชีย และทั่วโลก ทำให้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เริ่มขาดแคลน ระบบเศรษฐกิจชะลอตัว ประชาชนทั่วไป เกิดความกลัว วิตกกังวล และส่งผลต่อสุขภาพจิต

สถาบันประสาทวิทยาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคสมอง และระบบประสาทไขสันหลัง ขาดประสบการณ์ในการรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เป็นโรคอุบัติใหม่ ขาดความพร้อมในการรับมือด้านต่างๆ ทั้งบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ และความเชี่ยวชาญในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ แต่ก็ได้รับความมั่นใจจากแพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ ในการประชุมเตรียมความพร้อมของทีม ICN กรมการแพทย์ว่าเราจะขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน และจะมีทีมนักวิชาการ ผู้บริหารของกรมการแพทย์ รวมถึงสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ที่เป็นแหล่งข้อมูลและคอยช่วยเหลือให้เราสามารถขับเคลื่อนการรับมือครั้งนี้ไปได้ การเตรียมทีมในสถาบันประสาทวิทยา เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งคณะกรรมการโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีผู้อำนวยการเป็นที่ปรึกษา มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดเป้าหมายการทำงานและมอบหมายงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง การสำรวจความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) เวชภัณฑ์ต่างๆ การจัดทำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง และดูแลผู้ป่วย การจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลบุคลากร การให้ความรู้กับบุคลากร การเตรียมการซ้อมแผนรับผู้ป่วย การคัดกรอง การเตรียมสถานที่รับผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา การดำเนินงานในช่วงแรกเกิดปัญหาและอุปสรรคขึ้น แต่เพราะทีมงานได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และได้กำลังใจจากนายแพทย์ธนินทร์ เวชชาภินันท์ ผู้อำนวยการ และนายแพทย์อัครวุฒิ วิริยเวชกุล ประธานคณะอนุกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลรวมไปถึงผู้บริหาร และบุคลากรทุกฝ่ายในสถาบันฯ ทำให้การดำเนินงานสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยความเรียบร้อย

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

สถาบันประสาทวิทยาได้จัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เพื่อให้บริการตรวจรักษากับผู้ป่วยและบุคลากรที่มีอาการของทางเดินหายใจ โดยจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว มีทีมงานห้องฉุกเฉินและงานผู้ป่วยนอกช่วยขับเคลื่อนระบบ จัดให้มีหอผู้ป่วยแยกโรค (หอผู้ป่วยจักษุพิเศษ) และจัดทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) รวมถึงผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2563 จนถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 รวมจำนวน 30 ราย มีการฝึกซ้อมการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเพื่อให้เกิดความชำนาญและสามารถช่วยเหลือ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายได้อย่างถูกต้อง มีการใส่ใจในการล้างมือเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งผู้มารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ ถือว่าเป็นโอกาสที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤต

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 การทำงานเป็นทีม และศักยภาพของทีม และความเชื่อที่ว่าทรัพยากรมนุษย์สามารถพัฒนาและต่อยอดได้

3.2 ผู้นำองค์กรที่มีความสามารถ การมีเครือข่ายที่ดี และกล้าตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญขององค์กร

3.3 ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรสายสนับสนุนที่ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงการเสียสละสิ่งของ เวลา รวมถึงการช่วยกันจัดหาเครื่องป้องกันการติดเชื้อต่างๆ

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 ถูกรังเกียจจากเพื่อนร่วมงาน มีการหวาดกลัวจากแผนกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้อง lab ห้องยา นักสังคมเคราะห์ ช่างซ่อมต่างๆ หรือบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ต่างไม่กล้าขึ้นมาที่หอผู้ป่วย COVID-19 หรือไม่รับเอกสารที่มาจากตึกที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 เพราะกลัวจะมีเชื้อติดไปด้วย ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจ โดยในช่วงแรกมีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากร เรื่องโรคและการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ มีการสแกนใบสั่งยาของแพทย์แทนการนำใบสั่งยาไปห้องยา และการนำเครื่องอบปลอดเชื้อเพื่อมาใช้ฆ่าเชื้อที่โดนสัมผัสกับผู้ป่วย COVID-19 เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และลดความวิตกกังวล

4.2 อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ มีกลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษาช่วยประสานงานและจัดหาอุปกรณ์ฯ ให้เพียงพอกับการให้บริการ บุคลากรในสถาบันช่วยกันจัดทำเพิ่มช่วงหลังได้จากน้ำใจคนไทยที่เข้ามาบริจาคเครื่องมือทางการแพทย์

4.3 ขาดความมั่นใจการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) โดยฝึกซ้อมการใส่ให้บ่อยครั้งขึ้น โดยงาน IC นิเทศเกี่ยวกับการใส่และถอดอย่างถูกต้อง จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับฝึกซ้อมให้กับหอผู้ป่วยที่ต้องการสามารถนำไปฝึกซ้อมด้วยตนเองได้

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 การทำงานเป็นทีม การมอบหมายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

5.2 การมีทีมนำที่ดี กล้าตัดสินใจ นำมาสู่ความสำเร็จของงาน

5.3 การสื่อสารแบบประนีประนอมนำมาซึ่งความสำเร็จของงานและสัมพันธภาพที่ดีภายในหน่วยงาน

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 โรงพยาบาลเฉพาะทางโรคสมอง และระบบประสาทไขสันหลัง กับการเตรียมรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้บุคลากรเกิดการพัฒนาตนเองและเป็นการเพิ่มศักยภาพของสถาบันฯ ให้มีขีดความสามารถในการให้บริการในสถานการณ์ที่เป็นวาระสำคัญของประเทศ

6.2 แนวทางปฏิบัติต่างๆ และขั้นตอนการทำงานที่จัดทำขึ้นในช่วงที่มีการระบาดโดยอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ และหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุน สามารถนำมาต่อยอดเพื่อเตรียมแผนรับโรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

6.3 การเตรียมการรับมือที่ต่อเนื่องมีการซักซ้อมและเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง

6.4 ระบบการจัดการอากาศสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ

6.5 ห้องแยกระบบทางเดินหายใจที่มีระบบการจัดการอากาศที่ดี อาทิ งานห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆได้ในระยะยาว รวมถึงอุปกรณ์อื่นๆที่ได้รับการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากร และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย (2P safety)

6.6 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงานเป็นเรื่องสำคัญ อาทิ การฝึกซ้อมการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) ควรมีการฝึกซ้อมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจก่อนการปฏิบัติงาน และต้องเตรียมทีมให้มีความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยแม้ว่าจะเป็นสถาบันการแพทย์เฉพาะทาง



ภาพที่ 1 การดำเนินกิจกรรมของสถาบันประสาทวิทยา

ถอดบทเรียนการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID–19 สถาบันพยาธิวิทยา

สมฤทัย ช่วงโชติ สถาบันพยาธิวิทยา

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

ตั้งแต่เริ่มสถานการณ์การระบาดในต่างประเทศ จนถึงการระบาดในประเทศไทย ทางสถาบันมีการติดตามข้อมูลจากทั้งในประเทศและต่างประเทศและนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับให้เข้าสู่บริบทของสถาบัน โดยเราได้ถอดบทเรียนจากประเทศต่างๆ ที่มีการระบาด เราพบว่า ความเร็วของการระบาด รวมทั้งความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดในแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน มีผลมาจากความรวดเร็วในการเริ่มรับมือและมาตรการรับมือที่เข้มข้นและจริงจัง รวมทั้งพื้นฐานทางวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน

สถาบันได้ใช้บทเรียนมาปรับการทำงานในสถานการณ์นี้ตั้งแต่เข้มข้นน้อยในช่วงแรก ไปสู่มาตการที่เข้มข้นขึ้นตามสถานการณ์แต่ละช่วง โดยสรุป

1. สื่อสารให้ครอบคลุม รวมทั้งให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ครอบคลุม ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ไม่ตระหนก แต่ตระหนักกับความรุนแรงที่สามารถเกิดได้
2. มาตรการการดำเนินการ

ก่อนมาตรการ work from home

- ดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้องและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมในทุกกิจกรรม
- โครงการปิดบ้าน โดยปิดทางเข้าออกให้เหลือทางเดียว จำกัดสถานที่การเข้าติดต่อของคนนอกและผู้มาติดต่อต้องใส่ mask เช็ด alcohol วัดอุณหภูมิ
- ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยารวมทั้งการรักษาศพมีวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมปลอดภัยและอ้างอิงได้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID–19
- เตรียม PPE ที่เหมาะสมและพอเพียงแก่การทำงานให้เจ้าหน้าที่ทุกคน
- เตรียมความพร้อมสำหรับ work from home เช่น ซักซ้อมการประชุมทาง online วิเคราะห์ความเสี่ยงและวางแผนการทำงาน

ช่วงมาตรการ work from home

- แบ่งกลุ่มการทำงานเป็น 2 ทีมสลับวันกัน (ทีม A & B) เพื่อลดความแออัดและป้องกันการขาดคนทำงาน กรณีต้อง quarantine โดยทั้งสองทีมสามารถทำงานแทนกันได้ ยกเว้น ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการฝ่ายอำนวยการ
- มีการ assign งานที่ชัดเจนในการทำงานจากบ้าน เพื่อให้งานไม่หยุดชะงัก

3. สร้างความมั่นใจ อำนวยความสะดวกและสร้างขวัญกำลังใจ
- PPE และ alcohol เพียงพอ มีมาตรการในการใช้ PPE ที่เหมาะสม พิจารณาจากความปลอดภัยในการทำงานเป็นสำคัญ โดยใช้มาตรฐานเดียวกันในเจ้าหน้าที่ทุกะดับ
- ทำประกัน COVID ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน
- จัดหาที่จอดรถ เพื่อลดความเสี่ยงในการเดินทางสาธารณะ
- มีมาตราการ quarantine ชัดเจนในเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยง

4. การดำเนินการและติดตามเพื่อให้งานต่างๆ ดำเนินต่อไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ
- งาน service และการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน ยังดำเนินการปกติ โดยมีการสอนและทำ conference from home
- ยกเลิกการอบรมดูงานเพื่อลดความเสี่ยง

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

เดือน	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน
ปริมาณงานบริการ (ราย)	7,968	7,653	6,574	7,599	8,096	8,526	5,442
TAT (เป้าหมายร้อยละ 80)	94	91.5	91.6	96.5	65.1	83.0	94.4

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำ

3.2 การสื่อสารที่โปร่งใส ครอบคลุมและชัดเจน

3.3 การดำเนินการที่ต่อเนื่อง พร้อมมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและปรับปรุงอยู่เสมอ

3.4 ความมุ่งมั่น ตั้งใจ และความร่วมมือของบุคลากร

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 งานบริการ บางงานทำงานไม่ได้ตาม turnaround time ปริมาณงาน service ในสถาบันส่วนใหญ่ลดลงประมาณร้อยละ 40 เนื่องจากการผ่าตัด elective case ลดลง ทำให้การสลับมาทีมละครึ่งไม่เป็นปัญหาในการทำงาน แต่มีบางงานพบมีปริมาณงานลดลงไม่มาก ประมาณร้อยละ 20 ทำให้ผลงานล่าช้ากว่าปกติ ทางเจ้าหน้าที่จึงขออนุญาตมาทำงานทุกวันตามปกติ

<u>การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ</u>

- วิเคราะห์งานและผลงานในแต่ละหน่วยงานและปรับเปลี่ยนการทำงานของบางกลุ่มงาน เป็น 3 ทีม
- (ทีม A, B, C) โดยทีม C คือ ทีมที่มาทุกวัน
- ทีม C มีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่ต้องแบ่งโซนการทำงาน และเวลาที่ชัดเจน

4.2 Resident Training การแบ่ง resident เป็นทีม A, B ตาม staff ทำให้บริหารจัดการยาก เนื่องจากการสอน slide ผ่านทาง zoom ค่อนข้างมีปัญหา ทำให้บาง activity ต้องงดไป

<u>การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ</u>

จัด resident เข้าทีม A ทั้งหมด โดยกิจกรรมในทีม A เน้นการสอนปฏิบัติในการดูสไลด์ ส่วนวันที่ work from home การเรียนการสอนของทีม B เน้นการสอนหรือนำเสนอผ่าน power point ทำให้หลังดำเนินการมา 3 อาทิตย์ ผลการดำเนินงานออกมาเป็นที่พึงพอใจ

5. การเรียนรู้ (Lesson learned)

การดำเนินการที่จะให้บรรลุความสำเร็จต้องประกอบด้วยผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการดำเนินการต้องมาจากการถอดบทเรียน และความรู้ที่ถูกต้อง อ้างอิงได้ รวมทั้งต้องมีการวิเคราะห์การดำเนินงานไปตลอดการดำเนินงาน

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 วิธีปฏิบัติ new normal เพื่อรองรับเหตุการณ์ในอนาคต

6.2 พัฒนาการใช้ on line meeting ทั้งประสิทธิภาพ และ เพิ่มช่องทางมากขึ้น

6.3 พัฒนาระบบการ scan slide ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อรองรับการทำงานจากบ้าน

ถอดบทเรียนการดูแลพระอาพาธติดเชื้อ COVID – 19 โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ระพีวรรณ อรุณสุริยศักดิ์ โรงพยาบาลสงฆ์

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์ทมี่การระบาดของ COVID-19 อย่างต่อเนื่องจากประเทศจีน ทางผู้บริหารโรงพยาบาลได้มีนโยบายให้เตรียมการเพื่อรองรับพระอาพาธตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 โรงพยาบาลสงฆ์ได้รับพระอาพาธรูปแรกเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 โดยการติดเชื้อมาจากบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติเดินทางไปประเทศกลุ่มเสี่ยงโดยไม่มีอาการ

Structure ตั้งคณะกรรมการการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยมีรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์เป็นประธาน กำหนดพื้นที่และบุคลากรของหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพพระอาพาธเป็นสถานที่รับพระอาพาธ เดิมเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทีมีห้องแยกโรคเดี่ยว 2 ห้องและห้อง Negative Pressure 1 ห้อง ตรวจสอบระบบการทางานของห้องความดันลบ การระบายอากาศในห้องแยกเดี่ยว การเตรียม Cohort ward

Service การบริการทางานร่วมกับคณะกรรมการ IC การจาลองเหตุการณ์ฝึกซ้อมเสมือนจริง การบริหารจัดการ PPE ให้เพียงพอ การสื่อสารทาความเข้าใจในการดูแล มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่หน่วยงานและของโรงพยาบาล จัดทำคลิปแนะนำการปฏิบัติตัวในการ การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การวัดระดับออกซิเจนในเลือด

Staff มอบหมายบุคลากรทั้งหมดของหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพพระอาพาธปฏิบัติงาน เตรียมองค์ความรู้ของทีมในเรื่องโรคหลักการควบคุมป้องกันแพร่กระจายเชื้อ การฝึกใส่ถอดชุด PPE ทุกคนให้ชำนาญ สื่อสารทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานแต่ละเวรตามคู่มือและแนวทางที่กาหนดไว้ การดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติของทีมผู้ดูแลวิธีการทาความสะอาดห้องปฏิบัติงานร่วมกับ ICN

2. ผลการดาเนินงาน (Result)

ประเภท	COVID-19	PUI	State Quarantine	Local Quarantine
จำนวน (รูป)	1	25	1	6

(รายงาน ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2563)

พระอาพาธ: ได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติได้รับยา chloroquine ร่วมกับ lopinavir/ritonavir 5 วัน มีอาการข้างเคียงเล็กน้อย คือ ถ่ายเหลววันที่ 2 หลังจากฉันยา ไม่ไอ ปวดเมื่อยตามตัวเล็กน้อย ดีขึ้นตามลาดับ ก่อนจำหน่าย ผล X - Ray ปอด ผลปกติ ผล swab ไม่พบเชื้อ ทีมงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตลงพื้นที่ที่วัด นิมนต์กลับวัดวันที่ 20 เมษายน 2563 พักรักษาที่โรงพยาบาล 33 วัน มาตรวจตามนัดวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 X - Ray ปอด ผลปกติ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สุขภาพแข็งแรง

บุคลากร: มีการติดตามวัดไข้ทุกวัน พบว่า ทุกคนไม่มีไข้ ($T<37.5^{o}C$) และไม่มีอาการเข้าข่าย PUI

3. ปัจจัยแห่งความสาเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ผู้บริหารสนับสนุนและช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว

3.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการออกแบบการปฏิบัติงาน รับฟัง หาวิธีการจัดการต่างๆ ในการทำงานให้

3.3 ปลอดภัย เกิดความคิดสร้างสรรค์ จึงเป็นที่ยอมรับของทุกคน และพร้อมปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

3.4 การมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน การเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.5 บุคลากรมีประสบการณ์รับสถานการณ์ MERS และ TB ระยะแพร่เชื้อ

3.6 การนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลพระอาพาธ

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 การสื่อสารกับพระอาพาธในระหว่างอยู่ในห้องแยก การแนะนำการใปฏิบัติตัว การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยนาน

<u>การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ</u> จัดทำคลิปวีดีโอ แนะนำการรับบริการในห้องแยกและการปฏิบัติตัว แนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ สามารถดูได้หลายครั้ง จนเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง

4.2 ระบบการดูแลพระอาพาธมาด้วยอาการหนัก เหนื่อยหอบ จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ การสื่อสารไม่ชัดเจน เกิดความล่าช้าในบางจุดบริการ

<u>การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ</u> ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง สรุปแนวทางใส่ท่อช่วยหายใจที่ ER และหอผู้ป่วย กำหนดทีมช่วยและบริเวณห้องชัดเจน ปรับปรุงแนวทางคู่มือสื่อสารให้ทีมเกี่ยวข้องให้เข้าใจตรงกัน ดำเนินการซ้อมแผนตามแนวทางที่ปรับปรุง

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 โรงพยาบาลสงฆ์ได้รับพระอาพาธ 1 รูป การติดเชื้อมาจากบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติเดินทางไปประเทศกลุ่มเสี่ยง โดยไม่มีอาการ ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผลยืนยันว่ามีการติดเชื้อ ได้รับการประสานงานให้นิมนต์มารักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ดังนั้นการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy) เป็นสิ่งสำคัญ หากพระคุณเจ้าไม่ตระหนักรู้ ไม่รีบไปตรวจร่างกาย อาจเป็นการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างได้

5.2 การเข้าถึงและเริ่มการรักษาได้เร็ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง อาการไม่ทรุดลง

5.3 การใช้เทคโนโลยี แอพลิเคชั่นใช้ในการดูแล เฝ้าระวัง ติดตามอาการพระอาพาธ ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพและบุคลากรปลอดภัย

5.4 การสื่อสารนโยบาย หรือมาตรการที่บังคับใช้ชัดเจน มีความสำคัญในการปฏิบัติระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.5 วัดเป็นสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มกันของประชาชนในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น งดกิจกรรมที่ภายในวัด การปฏิบัติศาสนกิจ สุขอนามัยส่วนบุคคล มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน รวดเร็ว ทันเวลาเมื่อเกิดโรคระบาดมีการทำงานร่วมกันระหว่างวัด – โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.6 ขวัญและกาลังใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นสงิ่ สาคัญ ซึ่งเกิดจากการรับรู้และเข้าใจทถูกต้องของผู้ร่วมงานในองค์รวมทั้งการสนับสนุนและการดูแลให้กำลังใจจากผู้บริหาร

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 การสร้างความปลอดภัยรูปแบบใหม่ในการรับบริการการพยาบาล การออกแบบหอผู้ป่วยในที่ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีห้องความดันลบในทุกหอผู้ป่วย มีระบบความดันบวกในพื้นที่ของบุคลากร การจัดโซน การเว้นระยะห่างของเตียง ความรู้ของบุคลากรในเรื่อง Standard Precaution ในทุกระดับ ประเมินความรู้เป็นระยะ มีระบบการทำงานผ่านอุปกรณ์เชื่อมต่อที่ใช้เทคโนโลยี Internet of Things ช่วยเสริมศักยภาพในการดูแลพระอาพาธและบุคลากรให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

6.2 การบริหารความเสี่ยง ออกแบบระบบและมาตรการต่างๆ เพื่อจัดการสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (Worst case scenario) เพื่อการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ที่ครอบคลุมทุกด้าน

6.3 ทำแผนรองรับการระบาดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำของโรงพยาบาล มีช่องทางสื่อสารให้ความรู้และสร้างความมั่นใจของบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ เพิ่มสมรรถนะของบุคลากร มีการจัดทำเหตุการณ์จำลองให้บุคลากรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องได้มาฝึกซ้อมเสมือนจริง

6.4 การบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องป้องกันร่างกายให้เพียงพอ ติดตามประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

6.5 สร้างห้องความดันลบในหน่วยงานที่มีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น ER, ICU

6.6 การเตรียมทีมดูแลอย่างน้อย 2 ทีม เพื่อเตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือหมุนเวียนปฏิบัติงานที่พร้อมปฏิบัติงานได้ทันที

6.7 เพิ่มศักยภาพห้องปฏิบัติการสามารถตรวจ PCR COVID-19 และการตรวจอื่นๆ ที่จำเป็นได้ทันที เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว

6.8 ทีมจิตเวชกำหนดแนวทางประเมินความเครียดผู้ป่วยในระหว่างการรักษา การให้คำปรึกษาก่อนกลับเข้าสู่สังคม

“ความพร้อมทำงานโดยไม่มีเงื่อนไข ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรืออาจอันตรายถึงชีวิต
เป็นการยกระดับจิตใจ ที่ทำให้เรามีพละกำลัง จิตวิญญาณจะเติบโตงอกงามขึ้นมาได้ด้วยจิตสำนึก
ที่สุดแล้วฮีโร่ตัวจริง ที่ทำให้เรายืนหยัดอยู่ได้ ก็คือคนไข้ของเราเอง”

จากใจ ทีมงานดูแลอุปัฏฐากพระอาพาธติดเชื้อโควิด-19
วันที่ 8 พฤษภาคม 2563

ด้วยความระลึกถึงครับ เมื่อวานตรงกับวันพระ หมู่คณะพระสงฆ์ เริ่มมาหามาเยี่ยมทั้งวัน แต่ก็ทำตามข้อป้องกันที่แนะนำมาทุกรูป **ทั้งใส่แมส ใช้เจล เว้นระยะห่าง ฉันแยก** เล่าเรื่องของการอยู่ที่โรงพยาบาลสงฆ์ ณ หวอดนี้ เป็นเวลาเดือนกว่าให้ทุกรูป ทุกคนฟัง ยังด้วยความประทับใจ และคิดถึงครับ

ปล.มีหลายสิ่งที่เกิดขึ้นในห้องความดันต่ำนั้น อาตมภาพได้เขียนบันทึกผ่านไดอารี่บ้าง ผ่านการเขียนจดหมายบ้าง เพื่อเก็บไว้เป็นความทรงจำ และมีฆราวาสที่ได้อ่านจากเฟซบุค ขอนำบันทึกนี้ไปพิมพ์รวมเล่ม เป็นธรรมทาน รวมถึงจดหมายฉบับนี้ที่ถูกเขียนขึ้นเมื่อวันที่ ๕ เมษายน แล้วอาร์ม กรกันต์ ช่วยอ่านเป็นไฟล์เสียงให้ เผื่อจะเป็นประโยชน์แก่คนป่วย ผู้รักษาหาย ผู้ให้การรักษา และผู้ที่กำลังจากลา วันนี้เลยส่งมาให้ฟังเพลินๆ https://youtu.be/pLkQjDTR32s
ด้วยความระลึกถึงพระคุณของทุกท่านดังเดิม

แต่ก่อนชอบไปทำบุญที่โรงพยาบาลสงฆ์ พอถึงเวลาบุญก็จัดสรรให้มารักษาตัวที่นี่เลย จริงๆ ตอนแรกที่รู้ว่าติดเชื้อ ได้รีบประสานติดต่อโรงพยาบาลเอกชนตามที่เคยรักษามาแต่เป็นฆราวาส ด้วยมีประกันชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ที่นี่ แต่เขาก็แบ่งรับแบ่งสู้ ราวกับน้ำท่วมปากยังงั้นไม่รู้อาจด้วยเพราะตอนนั้นภาครัฐกำลังประชุมหารือ เกี่ยวกับการรักษาโรคนี้ ถ้าหากเข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้เข้ารักษาที่โรงพยาบาลภาครัฐที่เตรียมไว้ ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนและผู้ติดเชื้อในช่วงแรกที่เพิ่งเริ่มระบาดกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมประสานงานทั้งหมด ตอนแรกแจ้งว่าจะได้รักษาอาการอาพาธที่โรงพยาบาลราชวิถี เพราะเขานึกว่าเราเป็นฆราวาส พอรู้ว่าเป็นพระภิกษุ เจ้าหน้าที่มีอึ้งไปเล็กน้อย แล้วแจ้งว่าจะรีบประสานให้เร็วที่สุด เช็คไปเช็คมาทางโรงพยาบาลราชวิถีแจ้งว่าเตียงเต็ม แต่ได้ประสานให้โรงพยาบาลสงฆ์รับดูแลรักษาอาการให้แล้ว ยอมรับเลยตอนที่แจ้งมาว่าต้องไปอยู่ที่โรงพยาบาลสงฆ์ นิสัยคุณหนูรักสบายทั้งที่เป็นพระก็มีกำเริบเสิบสาน คิดว่างานนี้ต้องลำบากลำบนแน่แท้ ปรุงแต่งสารพัดสารเพไปหมด

แต่พอช่วงบ่ายวันนั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ประสานมา กลับรู้สึกอบอุ่นใจอย่างประหลาดทั้งความตั้งใจที่จะเข้ามาดูแลอุปัฏฐากแพทย์เจ้าของไข้ที่ตั้งใจจะมารับพระผู้อาพาธนี้ด้วยตนเอง ยิ่งรู้สึกว่าไอ้ที่เราคิดปรุงแต่งเป็นเพราะเรานี่เอง เราเป็นพระ เราต้องอยู่โรงพยาบาลสงฆ์น่ะถูกแล้ว ศัพท์แสงที่เขาใช้ประสานมาก็ฟังรู้ว่าเขาอยู่ดูแลพระคณะสงฆ์มาเท่าไหร่ และยิ่งตอนที่ได้ไปอยู่ที่โรงพยาบาลสงฆ์จริงๆ เหมือนได้อยู่ที่วัดดังเดิม แค่ย้ายที่เท่านั้น ที่ห้องปลอดเชื้อนั้น สันโดษและวิเวกมาก จนพยาบาลที่นั่นพูดเองว่า “หลวงพี่มาอยู่ถ้ำใจกลางเมือง”ทุกเวลา ๐๗.๓๐ น. และ ๑๗.๐๐ น. โดยประมาณ จะมีเสียงตามสายเป็นเสียงบันทึกพระสงฆ์ทำวัตรเช้า-เย็น การดูแลอุปัฏฐากก็เป็นไปตามพระวินัย จนหายจากอาการอาพาธแล้วยังรู้สึกถึงความโชคดี ที่ได้เข้าไปอยู่รักษาอาการอาพาธที่นี่อยู่ แม้จะออกจากโรงพยาบาลสงฆ์มาอยู่วัดแล้วก็ตาม คณะผู้รักษากลับกลายเป็นกัลยาณมิตร คอยไถ่ถามอาการและปวารณาอุปัฏฐากคอยรับใช้เหมือนเดิม หากมีอาการอาพาธใดเกิดขึ้นอีกนี่แหละ “โรงพยาบาลสงฆ์ในความทรงจำ” ๒๘ เมษายน ๒๕๖๓

ขอเจริญพร
พระปกรณ์วินณ์ ฐิตวโส (วงศ์มาลาธร)
วัดปทุมวนาราม ราชวรวิหาร









"...นี่คือวันสุดท้ายของการรักษา
วันสุดท้ายที่ได้อยู่ห้องอันปลอดภัย
ที่นี่ที่เราเรียกว่าอาณาจักรริเวนเดลล์
ที่นี่ที่ทำให้เห็นความรักความเกื้อกูล
ถามถึงสาเหตุว่าติดเชื้อมาจากไหน
ถามทำไมทำอะไรให้เพลี่ยงพล้ำ
เมื่อมีเหตุสืบเนื่องย่อมยังผล
เมื่อยิ่งรู้ว่าถึงคราวมรณะภัย
เพราะไปถือว่าข้านั้นยังหนุ่มแน่น
เพราะทะนงว่าความตายยังไกลตา
จึงได้เห็นคนที่รักไม่พึงรัก
จึงได้รู้ว่าโลกหมุนไปเพราะใคร
เรารักษากายได้ในวันนี้
เราจึงต้องให้ตระหนักทุกยามยืน
เราจึงเห็นว่าวิกฤตมีโอกาส
เราจึงน้อมตั้ง"พุทโธ"ให้ดำรงค์
"พุทโธ"เพียรผ่านคืนวันอันเงียบเชียบ
"สังโฆ"เกิดเห็นคุณค่าผู้เห็นภัย
หนทางนั้นเกิดขึ้นในใจนี้
หนทางเอกเป็นเช่นนั้นมิผันแปร
ถึงวันนี้เราต้องจากที่นี่ไป
ถึงต้องเจอสิ่งใดใดที่เข้ามา
แม้กิเลสจักหมุนกาลนานเท่าไหร่
แม้ที่นี่จะแปรเปลี่ยนตามคืนวัน
เธอคือผู้รักษากายและดวงใจ
เธอคือผู้พาฉันให้พบเจอ
ขอพุทโธที่สลักปักที่นี่
ขอพุทโธนำทางเธอจนพ้นภัย
นิทานเรื่องโควิดนี้ได้รู้ว่า
เมื่อมีเกิดทุกสิ่งดับนับอนันต์
วันจากลาในการกักตัวให้สิ้นสงสัย
วันจากไกลของการไร้เชื้อโดยสมบูรณ์
ดินแดนของเอลฟ์ที่รักษาไข้ให้สิ้นสูญ
ดินแดนที่จะไม่สาปสูญในความทรงจำ
ตอบไม่ได้ในเหตุการณ์ที่ไปถลำ
ตอบว่ากรรมนั่นแหละเหตุให้เป็นไป
ได้พิจารณาใจกายตนเสียยกใหญ่
ได้อะไรมาบ้างหรือที่ถือมา
เลยดูแคลนว่าเจ็บไข้แค่รักษา
เลยรู้ว่าเขามาหาทุกวันไป
จนตระหนักถึงการเกิดและดับได้
จนได้กายลมหายใจยังใจคืน
แต่สักวันกายนี้คงไข้อื่น
แต่อย่าเหลิงเมื่อต้องคืนกายล้มลง
ต้องไม่พลาดวันเวลาพาลุ่มหลง
สร้างทางเดินจงกรมขึ้นในใจ
"ธัมโม"สร้างทางเลาะเลียบในโลกใหม่
"พระรัตนตรัย"นั้นจึงหยั่งทางที่แท้
เป็นผลที่เพียรถมทางแน่วแน่
เป็นทางแก้ทุกขสัจจ์ที่ผ่านมา
บนเส้นทางกลางเมืองใหญ่ในวันหน้า
บนเส้นทางธรรมยาตราจักนิรันดร์
แต่มรรคาแห่งธรรมไซร้ไม่แปรผัน
แต่ใจฉันได้ถมทางเพื่อพบเธอ
ด้วยเธอคือผู้ให้ไว้เสมอ
ด้วยเธอคือ"พุทโธ"ยาดวงใจ
พุทโธแผ่บารมีสว่างไสว
พุทโธให้เธอนั้นไม่ลืมกัน
ธรรมดาทุกสรรพสิ่งต้องเปลี่ยนผัน
แต่ปัจจุบันให้ที่นั่นยัง"พุทโธ"..."



นี่คือลำนำแห่งชีวิตที่ติดเชื้อโควิทในคราหนึ่ง ขอบคุณที่ให้เรามาเจอกัน
ขอบคุณทุกคนที่ให้กำลังใจ ขอบคุณทุกการช่วยเหลือดูแล
ขอโทษหากทำให้หลายคนต้องเดือดร้อนโดยไม่เจตนา

ฐิตวโสภิกขุ วัดปทุมวนาราม
๑๙ เมษายน ๒๕๖๓
วันที่ก้าวออกจากห้องปลอดเชื้อและไร้เชื้ออีกต่อไป

COVIDENT ถอดบทเรียนงานทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

สุมนา โพธิ์ศรีทอง สถาบันทันตกรรม

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย สถาบันทันตกรรม ได้มีกระบวนการการทำงานตั้งแต่เริ่มเข้าสู่สถานการณ์การระบาดในประเทศไทย จนกระทั่งถึงการดำเนินงานในปัจจุบัน ดังนี้

ด้าน service

- ติดต่อสื่อสาร ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงสถานการณ์ของโรค (Communication) และความจำเป็นในการเลื่อนการรักษาที่ไม่ฉุกเฉินออกไป
- การรักษาช่วงที่มีการระบาดนั้นจะรับเฉพาะกรณีฉุกเฉิน หลีกเลี่ยงกรณีเร่งด่วน และเมื่อเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน (post peak) จะรักษาครอบคลุมในกลุ่มฉุกเฉิน เร่งด่วน และ elective case ต่อเนื่อง
- นำระบบนัดหมายเข้ามาใช้เพิ่มมากขึ้น จัดพื้นที่นั่งคอยให้มีระยะห่าง
- มีการใช้ teleconference ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย (IT)
- มีระบบการคัดกรองแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ออกจากกลุ่มทั่วไป
- การฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ เปลี่ยนรูปแบบมาใช้ออนไลน์มากขึ้น (E-learning)

ด้าน structure

- มีการจัดพื้นที่ในการให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ออกจากกลุ่มไม่เสี่ยง รวมถึงแยกหัตถการที่ฟุ้งกระจายออกจากไม่ฟุ้งกระจาย
- เตรียมจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย รวมทั้งปรึกษาสถาปนิกและวิศวกรถึงเรื่องการปรับปรุงคลินิกทันตกรรมให้มีระบบการหมุนเวียนอากาศที่เหมาะสม

ด้าน staff

- มีการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจเพื่อการจัดการณ์สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในระยะต่างๆ ภายในสถาบันทันตกรรม รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะให้กับ COE เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานทันตกรรมในภาพรวมของประเทศร่วมกับองค์กรวิชาชีพต่างๆ
- มีการแจ้ง ทำความเข้าใจกับบุคลากรในหน่วยงานถึงสถานการณ์ของโรคและผลกระทบของสถานการณ์ต่อการปฏิบัติงาน
- จัดแบ่งทีมในการทำงานเพื่อในกรณีที่มีปัญหาเกิดการสัมผัสเชื้อจะได้ยังคงมีบุคลากรเพียงพอในการปฏิบัติงาน
- มีการ monitor บุคลากรทุกวันเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ
- อบรมการใช้ PPE ที่เหมาะสมตลอดจนฝึกการถอด - ใส่ PPE แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรทำให้ต้องมีการ modified และ reuse PPE
- จัดหา PPE ให้เหมาะสมและเพียงพอ
- จัดอบรม refresher บุคลากรเกี่ยวกับ infection control ในแต่ละส่วนของการปฏิบัติงาน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่จำเป็นต้องเลื่อนนัดผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินนั้น พบว่าผู้ป่วยโดยรวมมีความเข้าใจถึงสถานการณ์ของโรคและให้ความยินยอมในการเลื่อนนัดเป็นอย่างดี การนำ teleconference เข้ามาใช้ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยจำนวน 42 ราย (20 เมษายน – 7 พฤษภาคม 63) ผู้ป่วยให้การตอบรับดีและมีความพึงพอใจในการใช้ teleconference

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

ปัจจัยในการดำเนินงานที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จคือ ผู้บริหารทั้งในระดับกรมและภายในสถาบันทันตกรรมเองให้ความสำคัญกับสถานการณ์การระบาดของโรคต่อการดำเนินงานของสถาบัน (Organizing) นอกจากนี้ความร่วมมือจากหน่วยงานภายในและภายนอกกรมการแพทย์ (Networking) ก็เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จ และสิ่งที่สำคัญคือความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรภายในสถาบันทันตกรรมเอง

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ในระยะแรกของการดำเนินงานปัญหาและอุปสรรค คือ ความตื่นตระหนกของบุคลากรในเรื่องสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และความไม่เพียงพอของ PPE ตลอดจนความไม่ชำนาญในการใส่ - ถอด PPE ตลอดจนการใช้ PPE มากเกินความจำเป็น

การแก้ไขปัญหาทำโดย เชิญผู้เชี่ยวชาญในด้านโรคติดเชื้อ ด้าน infection control มาอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ถึงการใช้ PPE ที่เหมาะสมตลอดจนมีการฝึกใส่ - ถอด PPE และมีการประสานงานกับเครือข่ายขอสนับสนุน PPE

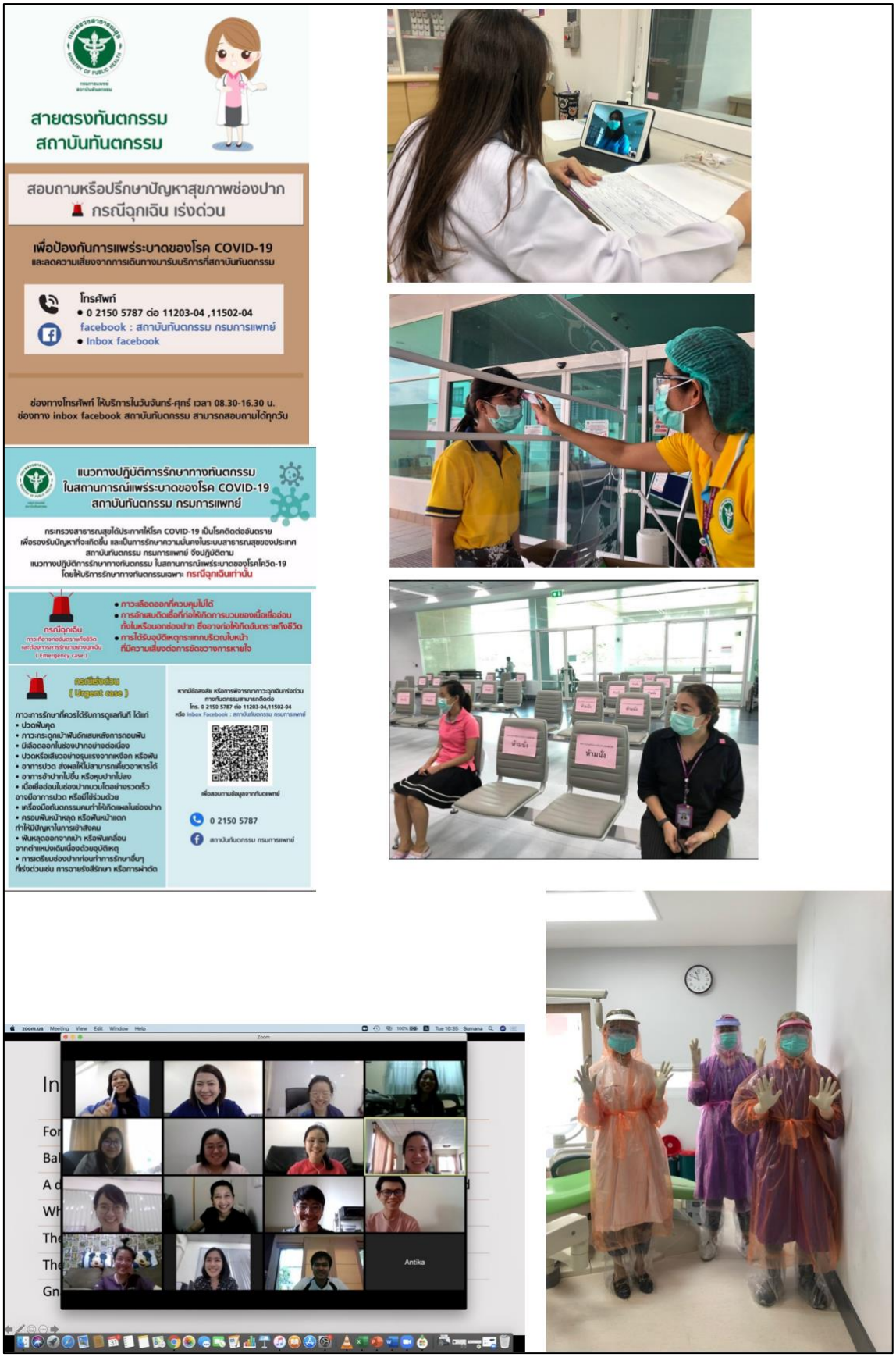
5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

สิ่งที่สถาบันทันตกรรมได้เรียนรู้จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 คือ สถาบันทันตกรรมควรมีการเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงปรับตัวที่จะทำงานในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น (Versatile) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 หรือจากเชื้อโรคใหม่ๆ ในอนาคตขึ้นมาอีก ซึ่งก็จะทำให้การบริการทางทันตกรรมหยุดชะงักอีก ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องสถานที่ บุคลากร ระบบการให้บริการ และการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยจัดการเพื่อให้เกิด digital transformation จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Transformation)

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

สิ่งที่สถาบันทันตกรรมสามารถนำไปต่อยอดเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานและพัฒนาระบบบริการของหน่วยงาน (Development) คือ การใช้ระบบนัดหมายเพิ่มมากขึ้นสำหรับคลินิก OPD เพื่อลดปัญหาจากการใช้ระบบ first come first serve ที่ผู้ป่วยต้องมาแย่งคิวกันตั้งแต่เช้า และต้องรอคอยที่จะได้รับการรักษาเป็นเวลานาน การขยาย teleconference ให้ครอบคลุมไปถึงการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ตลอดจนการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงานอื่นๆ ในเรื่องการฝึกอบรม สัมมนา เน้นการใช้รูปแบบออนไลน์เพิ่มมากขึ้น

Key message: C = Communication, O = Organizing, V = Versatile, I = IT, D = Development, E = E-learning, N = Networking, T = Transformation



ภาพที่ 1 การดำเนินกิจกรรม

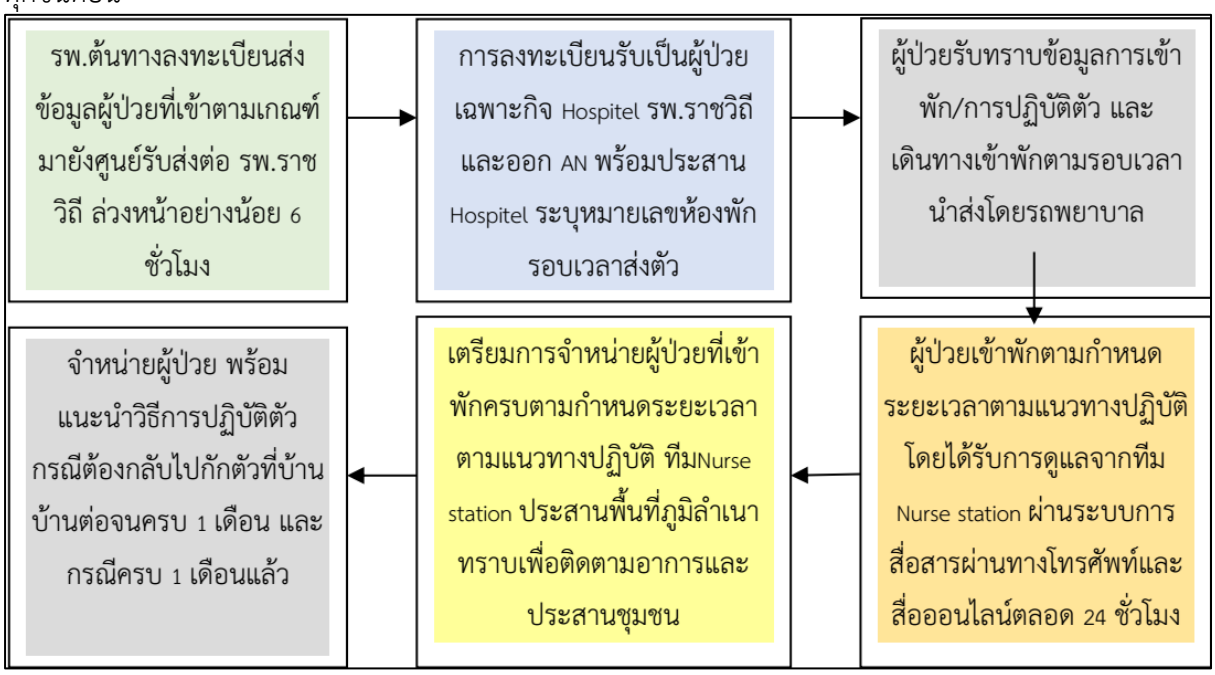
1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

1.1 การประเมินเตรียมสถานที่เพื่อทำภารกิจ Hospitel ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านโครงสร้างอาคารและวิศวกรรม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อชุมชน ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือทางการแพทย์และวัสดุสำนักงาน และด้านเวชภัณฑ์

1.2 วางแผนดำเนินงาน กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของฝ่ายต่างๆ อาทิ ฝ่ายลงทะเบียนรับส่งต่อผู้ป่วย ฝ่ายดูแลผู้ป่วยที่ Nurse station ฝ่ายแม่บ้านโรงแรม ฝ่ายรักษาความปลอดภัยประจำโรงแรม ฝ่ายสนับสนุนเวชภัณฑ์ เครื่องมือจากโรงพยาบาลหลัก ฝ่ายอำนวยการ และฝ่ายประมวลผลข้อมูล เป็นต้น รวมทั้ง การประมาณการงบประมาณค่าใช้จ่าย การกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด การกำหนดแผนดำเนินการ และการวางแผนจัดการความเสี่ยง

1.3 ดำเนินการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงแรม และบุคลากรโรงพยาบาล ในภารกิจที่เกี่ยวข้อง

1.4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ และมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพงานทุกขั้นตอน



ภาพที่ 1 แผนปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ

1.5 ติดตาม ตรวจสอบคุณภาพ ประเมินผล และรายงานผลเป็นรายวัน เพื่อสรุปสถานการณ์ปัจจุบัน ประเมิน คาดการณ์ล่วงหน้า และเตรียมการรับมืออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่ 25 มีนาคม 2563 ถึงปัจจุบัน (รายงาน ณ วันที่ 6 พฤษภาคม 2563) รับผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง รวมทั้งสิ้น 168 ราย จำหน่ายกลับบ้านแล้ว 153 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ โดยรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน กว่า 22 แห่ง จำแนกเป็นต้นสังกัดกรมการแพทย์ 48 ราย (ร้อยละ 28) สังกัดมหาวิทยาลัย 42 ราย (ร้อยละ 25) สังกัดเอกชน 75 ราย (ร้อยละ 45) กระทรวงกลาโหม 2 ราย (ร้อยละ 1) และกทม. 1 ราย (ร้อยละ 1) โดยทีม Nurse station ได้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยที่เข้าพักที่ Hospitel ในด้านความสะดวกสบายของห้องพัก ความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร และการบริการโดยรวม ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 94.4

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors)

3.1 การประเมินสถานการณ์ที่ทันท่วงที และคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แม่นยำ

3.2 การวางแผนการดำเนินการ วางระบบงานที่ครอบคลุม และมีความยืดหยุ่น

3.3 ทีมปฏิบัติงานที่สามารถทำงานประสานกันได้ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม และมีการตอบสนองอย่างทันท่วงที โดยผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายทราบถึงเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน

3.4 ระบบการสั่งการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายปฏิบัติการ และฝ่ายสนับสนุน

3.5 การสนับสนุนจากหน่วยงานหลายสังกัดทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งด้านความร่วมมือการประสานงานอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ เครื่องใช้ และอาหารสำหรับผู้ป่วย

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลต้นทางรับทราบ และปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงต้นที่เริ่มดำเนินการมีปัญหาการสื่อสารทำความเข้าใจซึ่งได้ดำเนินการชี้แจงข้อสงสัย และวางระเบียบขั้นตอนที่ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งรับข้อเสนอแนะต่างๆ มาแก้ไข

4.2 หลักเกณฑ์การคิดค่าใช้จ่ายและเบิกค่ารักษาพยาบาลกับต้นสังกัดในช่วงแรกยังกำหนดไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทางผู้บริหารได้ประสานทำความเข้าใจกับต้นสังกัดสิทธิทุกสิทธิ และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

4.3 ผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมกังวลขาดความมั่นใจ ถึงการดำเนินโรค สภาวะการหายของโรค และการกลับสู่สังคมของผู้ป่วย ได้ดำเนินการประสานผู้เชี่ยวชาญผลิตสื่อนำเสน อความรู้ประเด็นข้อสงสัยดังกล่าว

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 การวางแผนระบบงานใหม่ ภายใต้กรอบความปลอดภัย (2P Safety) และสถานการณ์วิกฤตเป็นโมเดลที่สามารถนำไปใช้ขยายผลได้

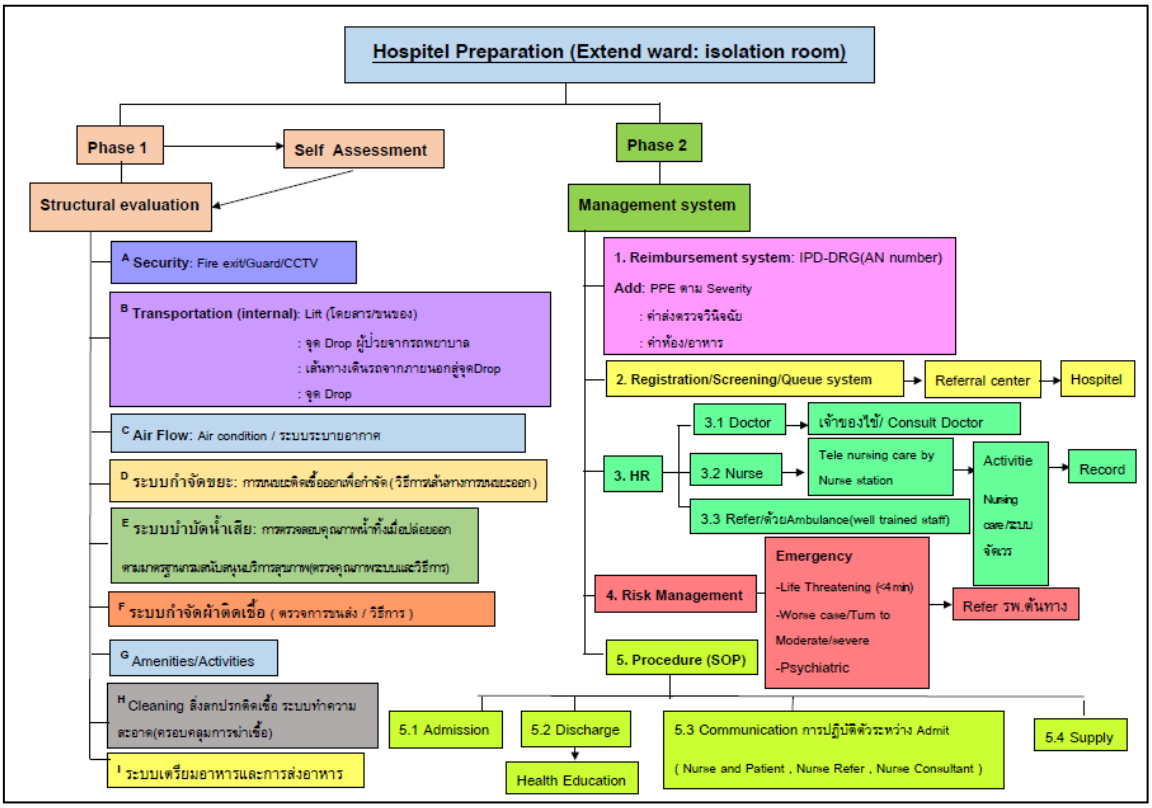
5.2 การประสานงาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายโดยการนำระบบการจัดการองค์กรแบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) มาใช้เป็นแนวคิดหลัก

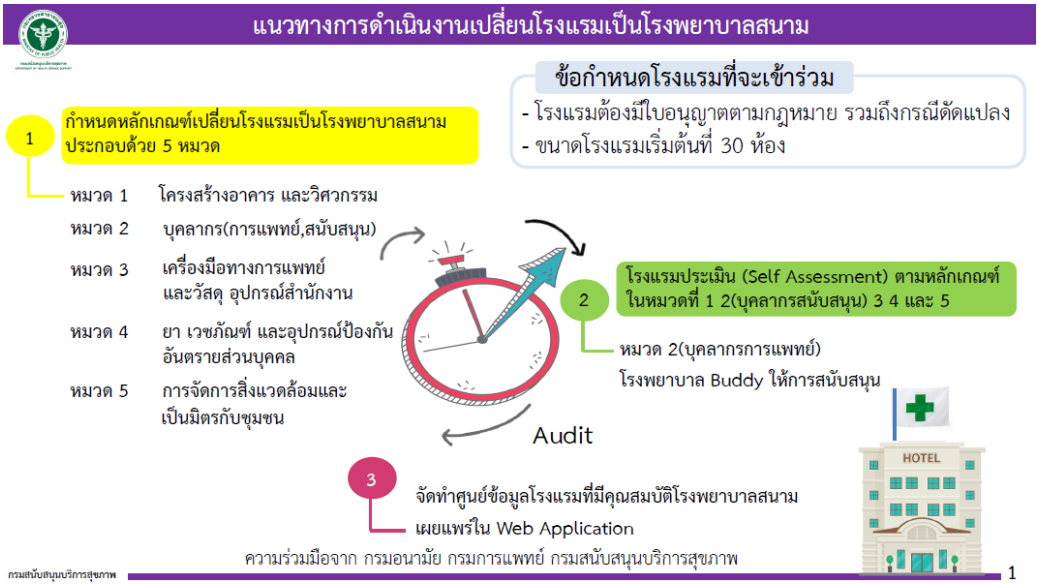
6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 การขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่อาจมีการแพร่ระเบิดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น โดยการใช้ทรัพยากร และเทคโนโลยีอย่างคุ้มค่า

6.2 การพัฒนาบุคลากร ให้มีศักยภาพปฏิบัติงานที่หลากหลาย และประสานร่วมมือกัน แม้มาจากต่างหน่วยงาน รวมทั้งทักษะการเรียนรู้ การปรับใช้เทคโนโลยีสนับสนุนต่างๆ

6.3 การร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานรัฐ และภาคเอกชนในการดำเนินงานภารกิจในวิกฤตการณ์

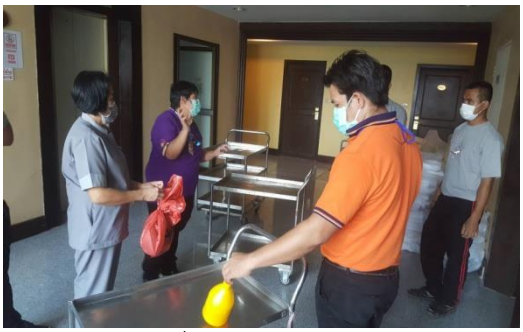




Link : 1. Hospitel ภารกิจช่วยชาติ โดยบุญมีฤทธิ์ มีเดีย
https://m.facebook.com/boonmeritmedia/videos/886492815097826/?refsrc=https%3A%2F%2Fm.facebook.com%2F1371103572910115%2Fposts%2F3103438569676598%2F&_rdr

2.รายงานพิเศษ: เปิด Hospitel โดยทีมข่าวช่อง 7 https://news.ch7.com/detail/410595

3.Green report โดยทีมข่าวช่อง 7 https://news.ch7.com/detail/409556

การเตรียมการอบรมชี้แจง ฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากร และเจ้าหน้าที่โรงแรมภายใต้หลัก 2PSafety




การประชุมประเมินสถานการณ์ เตรียมการวางแผนดำเนินงาน และตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงาน




การดำเนินที่ประสานงานกันภายใต้เงื่อนไขความปลอดภัย กรอบเวลาในสถานการณ์วิกฤต




ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ ที่พร้อมสนับสนุนทีมงานที่เข้มแข็ง ให้พร้อมสู้ไปด้วยกันในภารกิจสำคัญนี้

ถอดบทเรียนระบบการจัดการสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19 ของหน่วยงาน สถาบันโรคทรวงอก

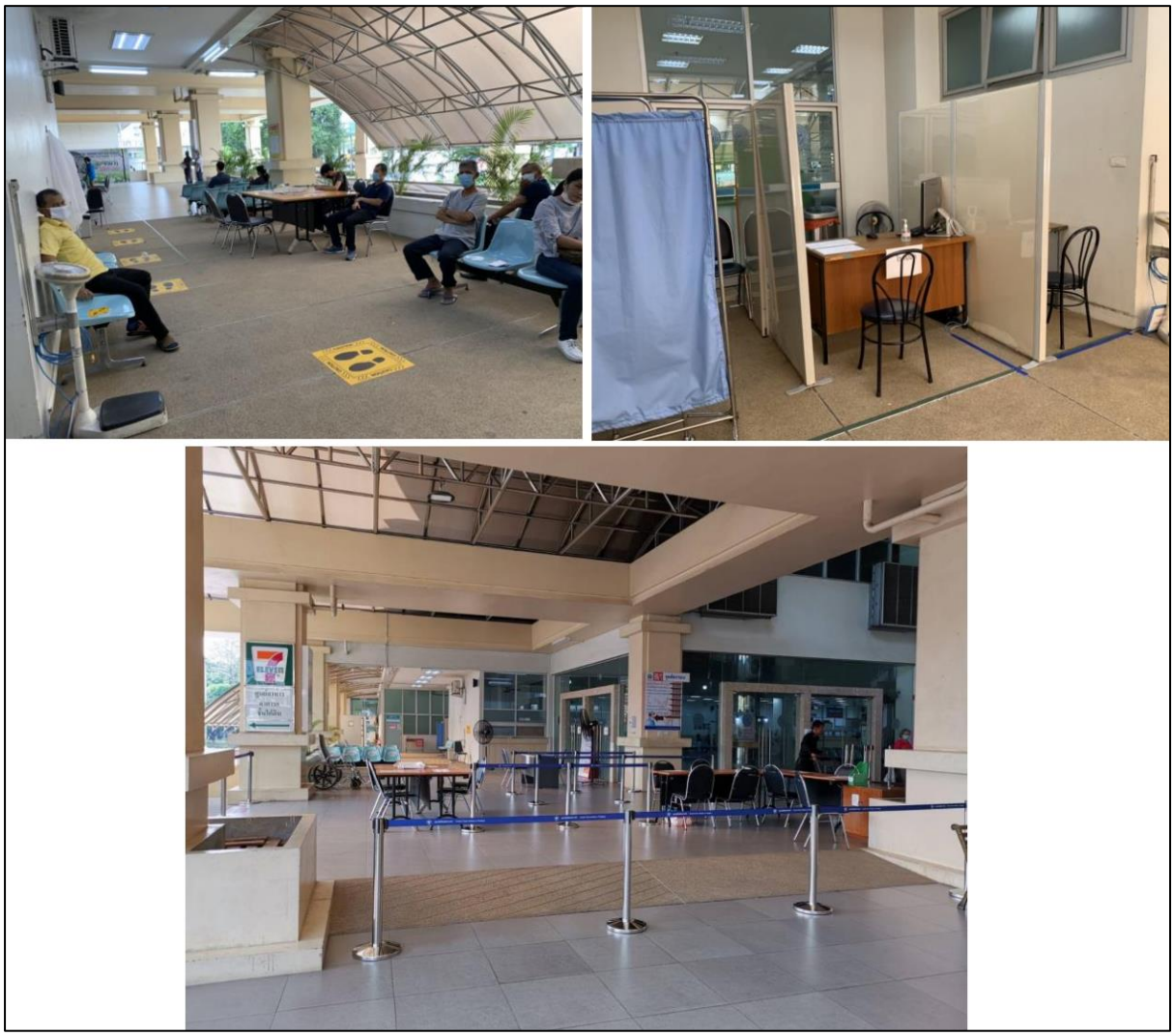
เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ กิตติมา บ่างพัฒนาศิริ สถาบันโรคทรวงอก

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

ระบบการจัดการสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19 ของสถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการเชิงรุก โดย

1.1 การบริหารสถานที่ (structure)

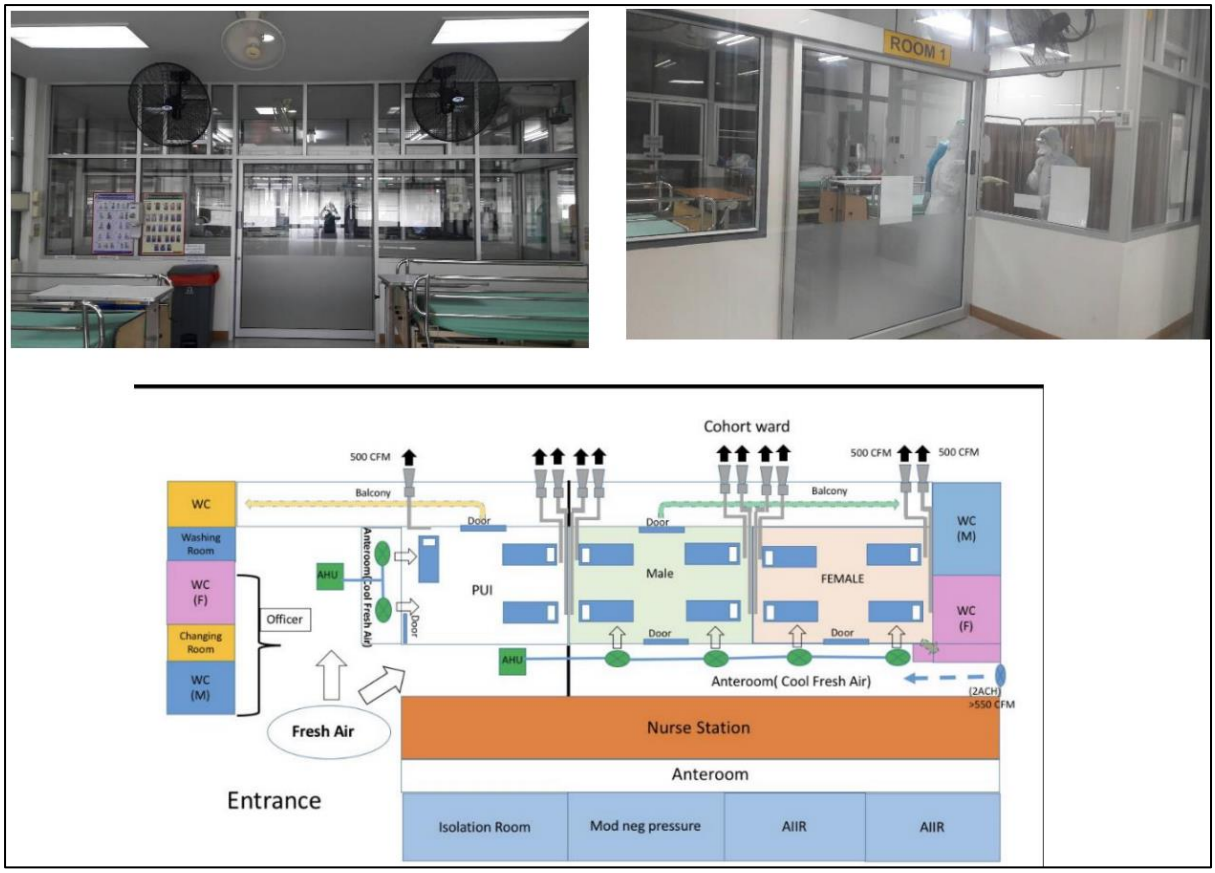
1.1.1 จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าที่มีความเสี่ยงหรือสงสัย COVID-19 ในพื้นที่ที่ปลอดภัย โดยจัดพื้นที่คัดกรองแยกจากระบบบริการปกติ ซึ่งเป็นพื้นที่นอกตึกที่มีการจัดการระบบไหลเวียนอากาศเป็นแบบทิศทางเดียว (one - way air flow direction) มีการวัดประเมินการถ่ายเทอากาศ (air change per hour) มากกว่า 12 รอบต่อชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยในประเทศไทย เดือนมกราคม 2563 โดยการคัดกรองจะเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยผ่านเข้าตึกดำเนินการคัดกรองแบบง่ายโดยการวัดไข้จนถึงจุดคัดกรองหลักบริเวณนอกตึก (99/1) คัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อภายในตึกหลัก



1.1.2 ดำเนินการเปิดคลินิกไข้หวัดสำหรับตรวจรักษาและทำการเก็บตัวอย่างสำหรับส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (nasopharyngeal and throat swab) ผู้ป่วยสงสัย COVID-19 เพื่อลดการปนเปื้อนและแพร่กระจายเชื้อในจุดคัดกรอง โดยพื้นที่คลินิกไข้หวัดเป็นพื้นที่แยกจากระบบบริการปกติ มีการจัดระบบการระบายอากาศตามมาตรฐาน มีการจัดพื้นที่และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรในการตรวจรักษาและเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

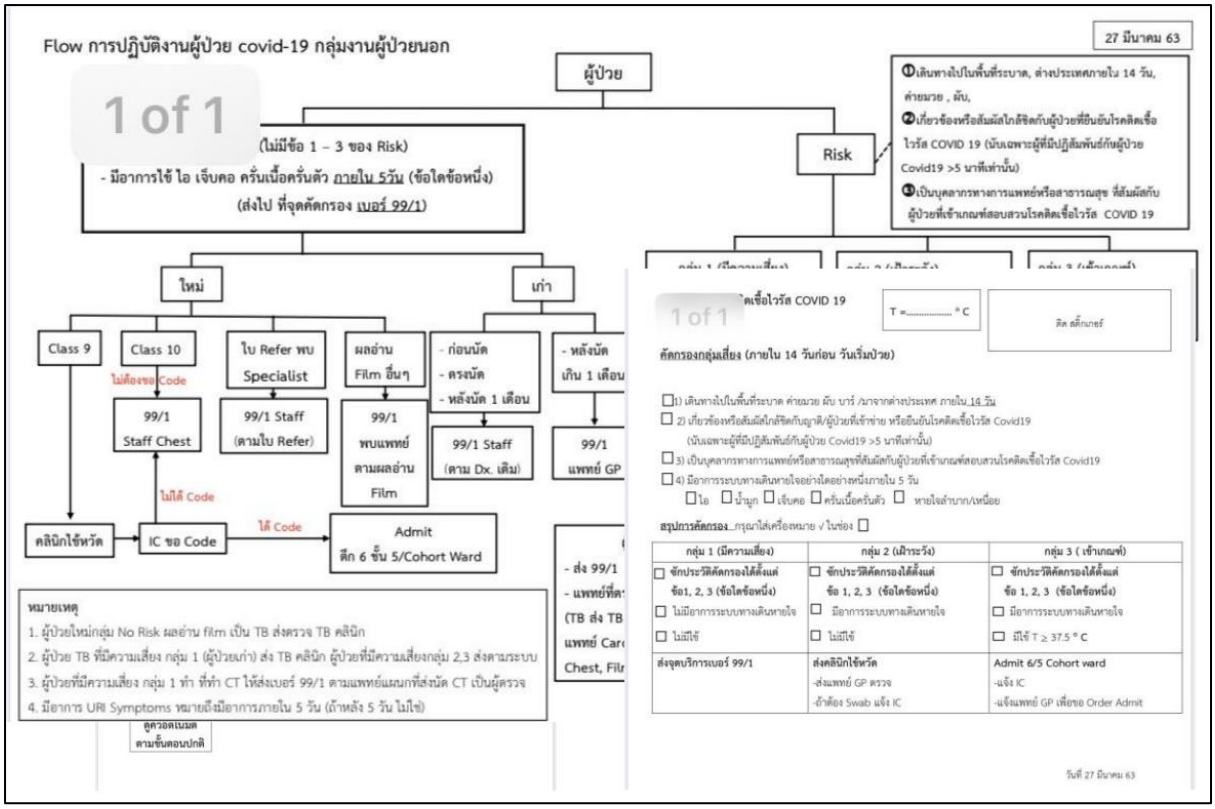


1.1.3 การพัฒนา Cohort ward ที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกมีการพัฒนาระบบการจัดการอากาศในงานวัณโรคอยู่แล้ว ในสถานการณ์ COVID-19 สถาบันได้ต่อยอดความรู้มาใช้ในการจัดระบบระบายอากาศเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งแบบร่างการจัดการนั้นได้มีการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อบุคคลภายนอกในภาคหนึ่งของวีดีทัศน์ Cohort ward จัดทำโดยกรมการแพทย์



1.2 การบริหารระบบบริการ (service)

1.2.1 ออกแบบแนวทางการคัดกรองและการปฏิบัติงานตามแนวทางการรักษา (guideline) ของกรมการแพทย์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องและเป็นไปในทางเดียวกัน โดยมีการปรับปรุงแนวทางการคัดกรองและการปฏิบัติงานให้ทันสมัยและสอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์ที่มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา



1.2.2 การกำหนด standing order ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ของกรมการแพทย์ เนื่องจากแพทย์ในสถาบันโรคทรวงอกมีจำนวนน้อย การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ทุกสาขาในโรงพยาบาล การใช้ standing order ที่เหมือนกัน จะทำให้แพทย์เข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ standing order ของสถาบันโรคทรวงอกยังได้รับการเผยแพร่ในวงกว้างไปสู่บุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศทางสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook เป็นต้น

1.3 การบริหารทรัพยากรบุคคล (staff)

1.3.1 ประเมินและรวบรวมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายอำนวยการที่มีการลดระดับการทำงานปกติ เพื่อมาหมุนเวียนช่วยในการดำเนินงานจุดคัดกรองหน้าตึกและจุดคัดกรองใหญ่ (99/1)

1.3.2 หมุนเวียนแพทย์ทุกสาขารวมทั้งฝ่ายบริหาร ช่วยรับดูแลผู้ป่วย COVID-19 และหมุนเวียนอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีปอดอักเสบ

1.3.3 หมุนเวียนพยาบาลจากทุกสาขาดูแลผู้ป่วยบนตึก COVID-19 และหมุนเวียนพยาบาลหอผู้ป่วยหนักหัวใจ ปอด ศัลยกรรม ร่วมดูแลผู้ป่วยหนักที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

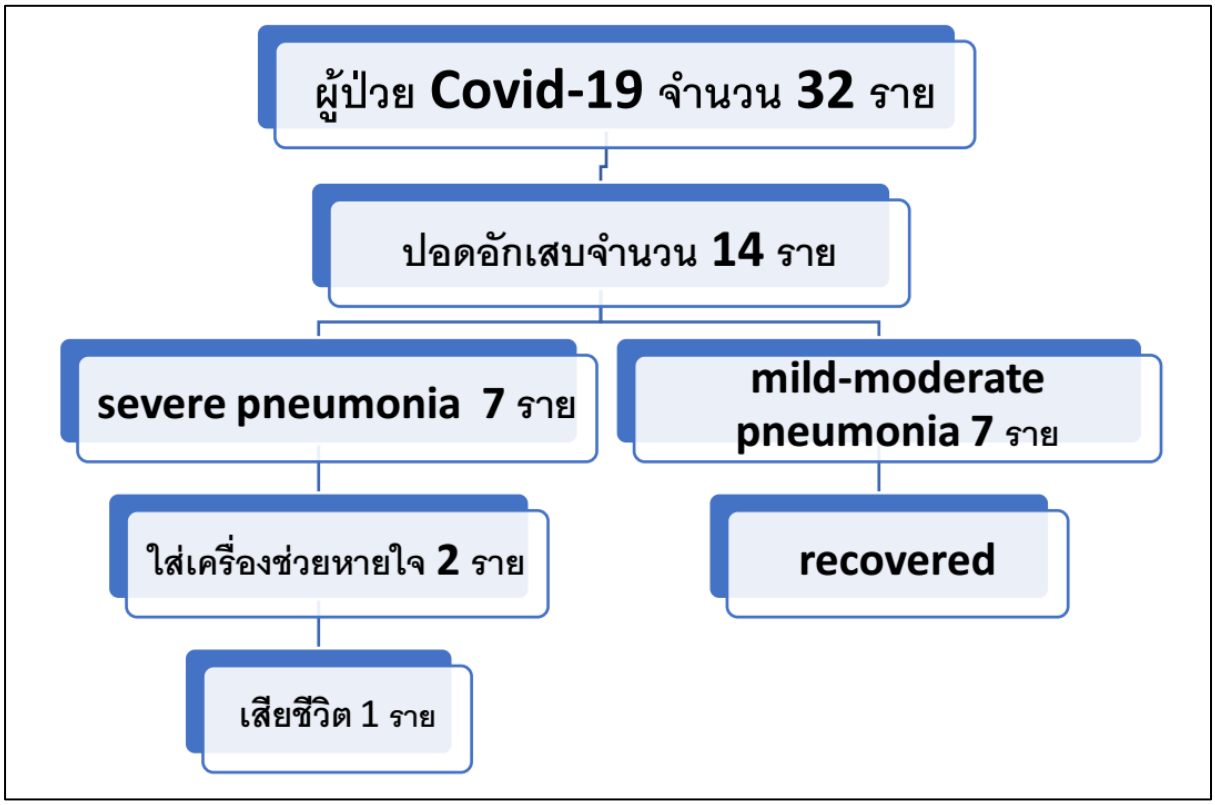
1.3.4 จัดตั้ง Intubation team เพื่อเตรียมความพร้อม และฝึกซ้อมการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ rapid sequence intubation

1.3.5 จัด flow chart ความรับผิดชอบในการทำ nasopharyngeal swab และการตรวจผู้ป่วยสงสัย COVID-19

1.3.6 จัดการอบรมให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และฝึกซ้อมการใส่ - ถอดชุดป้องกันการติดเชื้อ (PPE) ให้กับแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น แม่บ้าน พนักงานเปล คนขับรถ พนักงาน รักษาความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการดำเนินงาน (Result) ตั้งแต่มกราคม – 30 เมษายน 2563

2.1 ประเมิน PUI ทั้งหมด 124 ราย รับดูแลผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 จำนวน 32 ราย



2.2 การตอบรับในฐานะผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการยอมรับให้ร่วมเขียนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 เป็นทีมผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอนุมัติการให้ยา FAVIPIRAVIR ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ Tocilizumab ในกรมการแพทย์ เป็นทีมให้คำปรึกษาการใช้ยา FAVIPIRAVIR ระดับประเทศ เป็นทีมให้คำปรึกษาการจัดระบบ Cohort ward ได้รับการตอบรับการใช้ standing order ของสถาบันโรคทรวงอกในพื้นที่ต่างจังหวัด

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ความสามัคคีและร่วมมือร่วมใจในสถาบันเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ เช่น การเวียนแพทย์ทั้งโรงพยาบาลมาช่วยกันดูแลผู้ป่วย COVID-19 ความร่วมมือภายในกลุ่มงานอายุรกรรมปอดช่วยระดมความคิดและช่วยเหลือผู้ป่วยทุกราย เสมือนเป็นเจ้าของไข้รวมถึงแพทย์สาขาต่างๆ เมื่อได้รับคำปรึกษาขอความช่วยเหลือ ความสนับสนุนของฝ่ายอำนวยการและพยาบาล ในการคัดกรองผู้ป่วยหลายชั้นตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาลจนถึงจุดคัดกรอง ความร่วมมือของกลุ่มงาน การพยาบาลที่มีความทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วยซึ่งในบางครั้งมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากผู้ป่วยหนัก ความร่วมมือของแผนกเภสัชกรรมที่จัดหายาอย่างทันท่วงที ความร่วมมือของงาน IC และอาชีวอนามัยในการประสานงานจัดเตรียมและการฝึกซ้อมการใช้อุปกรณ์ป้องกันทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

3.2 ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนในการจัดการพัฒนาทุกรูปแบบ เช่น การจัดระบบ cohort ward หรือการใช้ยาราคาแพงนอกสิทธิ์ในผู้ป่วยหนัก การประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล เช่น ปรึกษา

อายุรแพทย์โรคไตเพื่อการดูแลผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งลงมือปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย COVID-19

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 การจัดระบบขยายพื้นที่ cohort ward ใน phase ต่อไป ยังมีปัญหาเรื่องการจัดหาระบบเนื่องจากเกิดความเข้าใจผิดของผู้ที่คิดว่าจะบริจาค และอุปกรณ์ที่ใช้ติดตั้งในระบบขาดตลาด

การแก้ไข: ดำเนินการหาผู้รับเหมาร่วมกับของบประมาณจากกรมการแพทย์

4.2 การสำรองอุปกรณ์เช่น หน้ากาก N95 ในระยะต่อไปถ้ายังมีการระบาดต่อเนื่อง

การแก้ไข: การใช้เครื่องอบหน้ากาก N95 เพื่อนำมาใช้ซ้ำ (reuse) เพื่อให้มีการสำรองเพียงพอในระยะยาวการให้บริการผู้ป่วยคู่ขนานทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วย COVID-19 ถ้ามีการระบาดรุนแรงระลอกสอง

4.3 กำลังบุคลากรและอุปกรณ์อาจไม่พอต่อการดูแลผู้ป่วย

การแก้ไข: ในช่วงที่ยังไม่มีระลอกต่อไป เน้นการรักษาผู้ป่วยอื่นให้เต็มกำลัง เพื่อลดคิวรอนานและสามารถลดระดับการทำงานกรณีมีการระบาดระลอกสองปัญหาการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย COVID-19 ในสถาบันโรคทรวงอกซึ่งไม่สามารถตรวจRT-PCR ได้

การแก้ไข: ดำเนินการจัดซื้อ Genxpert: COVID-19 ซึ่งห้องปฏิบัติการมีความชำนาญในการใช้งานจากการทำงานวัณโรค จะช่วยในการตรวจวินิจฉัย COVID-19 ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

การเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติ ภาวะผู้นำ ความสามัคคีและเอื้อเฟื้อภายในหน่วยงานและโรงพยาบาล

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

มีความพร้อมในการเผชิญกับวิกฤติในระลอกต่อๆ ไปทั้งการคัดกรองและการรักษา

From COVID-19 to New Normal 2020

พู่กลิ่น ตรีสุโกศล สมใจ ฉันทวรลักษณ์ พสิษฐ์ เงางาม สถาบันโรคผิวหนัง

1. วิธีดำเนินงาน (Implementation)

สถาบันโรคผิวหนังได้มีการจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการดำเนินงานรองรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

1.1 Service

1.1.1 การคัดกรองเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยร้อยละ 100 ใช้แอลกอฮอล์เจล เว้นระยะห่างระหว่างเข้าคิว วัดอุณหภูมิ และซักประวัติความเสี่ยง

1.1.2 จัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้บริการตามความเร่งด่วน และเหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อทางเดินหายใจ กลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรง อาการคงที่ ผู้ป่วยรับยาเดิม ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ และเด็กเล็ก และบริหารจัดการตามกลุ่มผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้

1.1.3 กระจายผู้ป่วยให้มี Physical Distancing ขณะเข้ารับการรักษา ลดแออัดและลดระยะเวลารอคอย โดยใช้การเหลื่อมเวลาการลงทะเบียนและเข้าตรวจ ผู้ป่วย Walk - in กับผู้ป่วยนัด

1.1.4 ลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการผู้ป่วยอาการคงที่และไม่ซับซ้อน ให้ใช้ระบบ Consult แพทย์ทางโทรศัพท์และส่งยาทางไปรษณีย์

1.1.5 ลดการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง แต่ไม่เร่งด่วน เช่น ศัลยกรรมและเลเซอร์ความงาม

1.1.6 ลดความแออัดของผู้ป่วยแพทย์นัดให้มีการนัดระยะเวลานานขึ้น กรณีผู้ป่วยมีอาการคงที่ เพื่อลดการมาโรงพยาบาลบ่อย

1.1.7 ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยใช้ระบบนัดทางโทรศัพท์และอินเตอร์เน็ตมากขึ้น

1.1.8 ใช้ระบบ Telehealth เข้ามาช่วยในการตรวจรักษา โดยสถาบันฯ กำลังดำเนินการนำเอา Telemedicine มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19

1.1.9 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างชัดเจน

1.1.10 มีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยรับยาเดิม

1.1.11 สร้างและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ภายในสถาบันฯ เพื่อรองรับการให้บริการที่มีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว

1.1.12 ด้านการฝึกอบรม สถาบันฯ ต้องจัดการเรียนการสอนให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ด้วยนโยบาย Social Distancing เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 สถาบันโรคผิวหนัง จึงต้องจัดการเรียนการสอนแบบ Online

1.2 Structure

1.2.1 การจัดสถานที่ ได้แก่ จุดคัดกรอง จุดตรวจ ARI การจัดหาเครื่องป้องกันต่างๆ ให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นจุดเสี่ยงใช้ Arcylic กั้นเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย เช่น จุดซักประวัติ ห้องตรวจ ห้องหัตถการ ฯลฯ

1.2.2 จัด Zoning เว้นระยะห่างพื้นที่และเก้าอี้นั่งทุกหน่วยงานบริการ

1.2.3 ทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยบริการให้บ่อย และมอบหมายผู้รับผิดชอบให้ดูแล

1.2.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ PPE ให้พร้อมใช้บริหารจัดการ PPE ที่มีอยู่จำกัด

1.3 Staff

1.3.1 เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสวมหน้ากากอนามัย และ PPE อย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยงอย่างเคร่งครัดก่อนให้บริการผู้ป่วย

1.3.2 เจ้าหน้าที่ล้างมือก่อนและหลังให้บริการโดยใช้หลัก Standard Precaution

1.3.3 เจ้าหน้าที่มีความรู้และ Awareness ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.3.4 เว้นระยะห่าง Physical Distancing การจัดให้เจ้าหน้าที่มีการทำงานจากบ้านบางส่วนและบางส่วนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล มีการกักตัวในกรณีที่มาจากพื้นที่เสี่ยง

1.3.5 เจ้าหน้าที่ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

ผลการดำเนินงานที่สะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงปริมาณไม่พบเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่เป็น COVID-19 ผลการดำเนินงานที่สะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงคุณภาพ สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและไม่มีผู้ติดเชื้อในผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการกับผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่กับเจ้าหน้าที่

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors)

3.1 ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ทุกคนปฏิบัติตามคำแนะนาต่างๆ และให้ความร่วมมืออย่างดีต่อการป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นด้าน Social distancing/ Physical distancing การล้างมือบ่อยๆ การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การสวมเครื่องป้องกันต่างๆ

3.2 ด้านทรัพยากรในการป้องกัน สถาบันได้มีการจัดหา PPE และน้ายาต่างๆ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์สำหรับใช้ในการปฏิบัติงาน และป้องกันตนเองอย่างเพียงพอ

3.3 ด้านการวางระบบการให้บริการ เนื่องจากสถาบันโรคผิวหนัง มีข้อจำกัดด้านสถานที่ จึงได้มีการวางระบบการบริการโดยการจัดพื้นที่ในการคัดกรองผู้มารับบริการ ให้ผ่านช่องทางเดียวเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานภายใต้บุคลากรที่จำกัด ประเมินผู้มารับบริการทุกรายและเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เข้ามาในสถาบันโรคผิวหนัง จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจแยกออกจากผู้มารับบริการอื่นๆ กรณีที่พบผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจให้ส่งต่อไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีความพร้อมมากกว่ามีการลดจำนวนบุคลากรและจำนวนผู้มารับบริการให้น้อยลง เช่น การทำงานจากบ้าน (Work from home) การเลื่อนนัดผู้มารับ บริการกรณีไม่ใช่การรักษาเร่งด่วน

3.4 ด้านสถานที่ ได้มีการจัดทาแผ่นพลาสติกกั้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จัดเก้าอี้นั่งรอตรวจให้ห่าง ประมาณ 1 - 2 เมตร และการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวโต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตู ปุ่มกดลิฟท์ เครื่องใช้สำนักงาน เช่น คอมพิวเตอร์ แป้นพิมพ์ เม้าท์ด้วยแอลกอฮอล์ เป็นต้น

3.5 ด้านการกักตัว มีการกักตัวเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยง เช่น มาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ยืนยัน หากมีอาการทางเดินหายใจได้มีส่งตัวไปรับการตรวจ

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน สถาบันโรคผิวหนังมาเช่าพื้นที่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในการให้บริการมีหน่วยบริการหลายหน่วยในชั้นเดียวกัน ทำให้พื้นที่คับแคบ การระบายอากาศไม่ดีพอ

ผู้มารับบริการมีเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน และการติดต่อใช้บริการต้องผ่านการใช้ลิฟต์ในการให้บริการทุกแผนก จุดคัดกรองตั้งอยู่บนชั้น 10

การแก้ปัญหาที่ดำเนินการ

4.1 ได้มีการเปลี่ยนจุดคัดกรอง โดยให้เจ้าหน้าที่คัดกรองและเจ้าหน้าที่เวชระเบียนมาแจกคิวตรวจ ณ บริเวณ ชั้น 1 ก่อนที่เจ้าหน้าที่จะขึ้นไปปฏิบัติงานและผู้มารับบริการจะขึ้นลิฟต์ไปใช้บริการแต่ละแผนก เพื่อให้สามารถคัดกรองได้อย่างทั่วถึง

4.2 การแก้ปัญหา PPE บางชนิดที่มีจำกัด เช่น N95 ดำเนินการใช้เครื่องอบ เพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ ตรวจเช็ค PPE ทุกวัน เพื่อดำเนินการจัดหาให้เพียงพอและพร้อมใช้ในระยะยาว

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

ความสำเร็จจะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีการร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างเคร่งครัด การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งคน งาน เงิน สิ่งของ โดยการทำงานอาจไม่มีอะไรที่ยึดติดเกินไป สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ทำให้สถานการณ์ผ่านไปได้ด้วยดี

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 Digital Transformation

6.2 การใช้ระบบ Telehealth เพิ่มช่องทางการรับบริการโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นการบริการ แบบ Home-based Healthcare ให้มากขึ้นเพื่อลดความแออัด และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้

6.3 พัฒนาระบบนัด ระบบคิว และ Application ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6.4 มีโอกาสในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมใหม่ๆ ของสถาบันฯ ในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นด้านงานวิจัยหรือการให้บริการรักษาพยาบาล

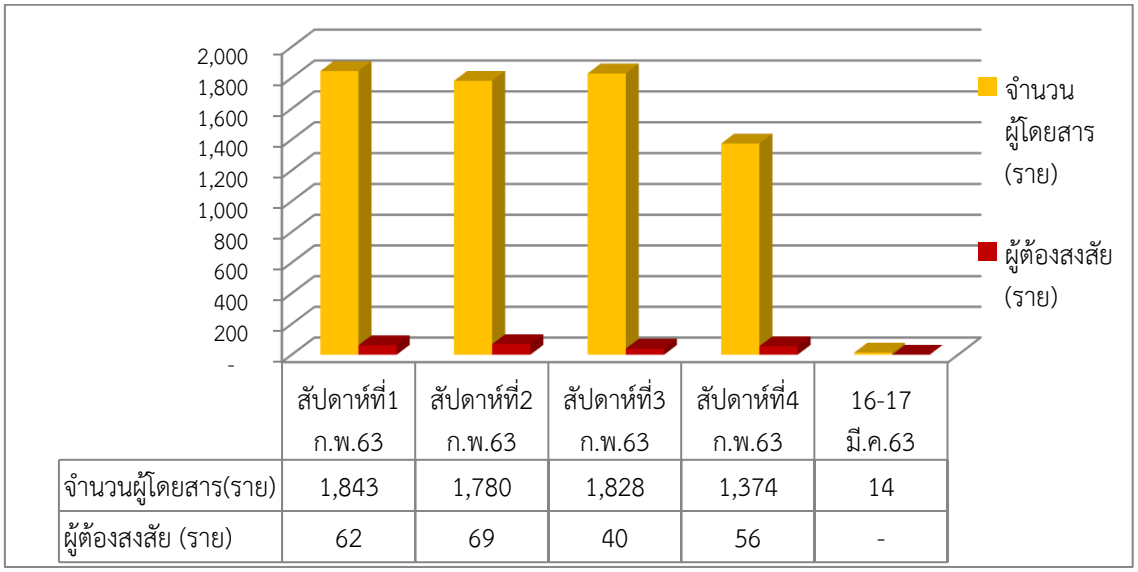
1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

การสื่อสาร วางแผน และการเตรียมรับการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ดำเนินการแต่งตั้งทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามคำสั่งโรงพยาบาล เลขที่ 13/2563 โดยทีม EOC ดำเนินการประชุมทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 09.30 น. เพื่อวางแผนการเตรียมรับการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดำเนินการประชุมหารือการติดตามและประเมินมาตรการจากกรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 และระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วม ผ่านระบบการประชุมทางไกล ดำเนินการประชุมเตรียมการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่านคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 15.30 น. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ตอบข้อซักถามความกังวลใจ

การดำเนินการบูรณาการความร่วมมือกับจังหวัด

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ดำเนินการร่วมกับจังหวัดเชียงใหม่ในการคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ตลอดเดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม จำนวน 2 วัน โดยมีผลการปฏิบัติงานภารกิจคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ท่าอากาศยานเชียงใหม่



	สัปดาห์ที่1 ก.พ.63	สัปดาห์ที่2 ก.พ.63	สัปดาห์ที่3 ก.พ.63	สัปดาห์ที่4 ก.พ.63	16-17 มี.ค.63
จำนวนผู้โดยสาร(ราย)	1,843	1,780	1,828	1,374	14
ผู้ต้องสงสัย (ราย)	62	69	40	56	-

ภาพที่ 1 ผลการปฏิบัติงานภารกิจคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ท่าอากาศยานเชียงใหม่

1.1 Service

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดเชียงใหม่กำลังจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จากเดิมที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางด้านระบบประสาท ปรับบริการให้เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 โดยเพิ่มการรับผู้ป่วย confirm

mild case จากระบบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เพื่อช่วยให้จังหวัดเชียงใหม่มีโรงพยาบาลที่สามารถรองรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

การเตรียมรับการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เพื่อเป้าหมาย 2P Safety

1.1.1 ด้านประชาชนและผู้รับบริการ (Patient safety)

1) ลดโอกาสการแพร่เชื้อภายในโรงพยาบาลและชุมชน

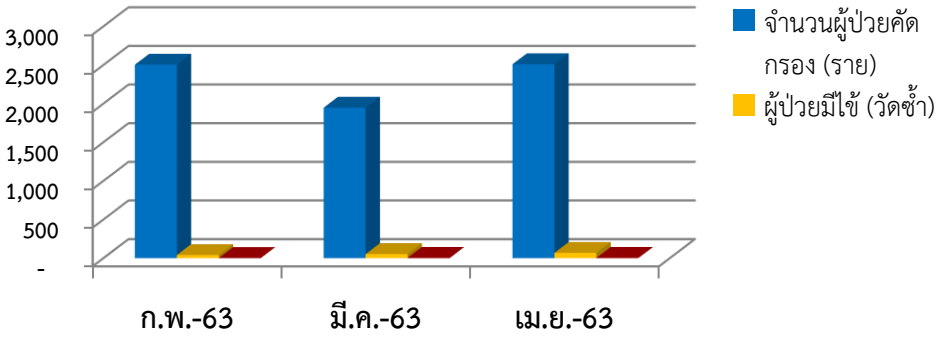
2) ผู้รับบริการปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1.2 ด้านบุคลากรโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (Personnel safety)

1) บุคลากรโรงพยาบาลไม่ติดเชื้อจากการให้บริการ

2) ลดผลกระทบทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตสังคมเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ดำเนินการเปิดคลินิกไข้หวัด (ARI Clinic) เพื่อคัดกรอง/รักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่ 6 กุมภาพันธ์ 2563



	ก.พ.-63	มี.ค.-63	เม.ย.-63
จำนวนผู้ป่วยคัดกรอง (ราย)	2,504	1,947	2,509
ผู้ป่วยมีไข้ (วัดซ้ำ)	40	53	68
ส่งคลีนิกวัดไข้ (ต้องสงสัย)	2	4	4

ภาพที่ 2 รายงานผลการคัดกรองผู้ป่วยที่มีไข้ (37.5 องศาเซลเซียส)

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ให้บริการตรวจผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัด เป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ในการเดินทางและมาตรวจที่โรงพยาบาล โดยสอบถามอาการของผู้ป่วยและให้การรักษาผ่านทาง VDO Call Line Application เพื่อจัดเตรียมยาส่งให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผู้ป่วย สอบถามอาการและให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เปิดบริการส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วย เพื่อความสะดวกให้ผู้ป่วยและลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID–19

ตารางที่ 1 สรุปผลการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม - 29 เมษายน 2563

รายการ	จำนวน/ราย
ผู้ป่วยที่โทรศัพท์แจ้งความจำนงขอส่งยาทางไปรษณีย์ เดือนมีนาคม 2563 = 138 ราย เดือนเมษายน 2563 = 295 ราย	433
บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์แก่ผู้ป่วยที่บ้าน	184
แพทย์ตรวจทางระบบ Tele Medicine (Application Line VDO call)	28
แนะนำญาติมาพบ(ยาใกล้หมด ญาติสามารถเดินทางมา รพ.ได้)	74
มีอาการเปลี่ยนแปลง แนะนำไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน	3

<u>โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่กำหนดมาตรการป้องกันและลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล</u> ดังนี้

- กำหนดจุดคัดกรองวัดไข้ ผู้ป่วย/ญาติและผู้มาติดต่อ 1 จุด ที่ OPD และจัดให้มีจุดบริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือ
- จัดพื้นที่การรับบริการให้เว้นระยะของผู้ป่วยทุกพื้นที่ (Physical distancing)
- ออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ในการงดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกกรณี กรณีเฝ้าไข้พิเศษ เฝ้าได้ไม่เกิน 1 คน และต้องมีอุปกรณ์ป้องกันตนเอง และสื่อสารประกาศให้ผู้ป่วยและญาติทราบอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
- กำหนดวิธีปฏิบัติการทำความสะอาดจุดเสี่ยง จุดที่มีการสัมผัสร่วม เช่น ลิฟต์ ทางเดินเชื่อมอาคาร บันไดเลื่อน ห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง
- กำหนดวิธีปฏิบัติ การทำความสะอาดในหน่วยงาน เช่น เคาน์เตอร์ โต๊ะให้บริการ โต๊ะทำงาน อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ แป้นพิมพ์ โทรศัพท์ ประตู ลูกบิด ฯลฯ ทุก 2 ชั่วโมง
- ร้านอาหารในโรงพยาบาลจัดเก้าอี้ไม่ให้นั่งรวมกลุ่มหรือตรงเผชิญหน้ากัน และขอให้ผู้ประกอบการจัดเตรียมภาชนะบรรจุแบบนำกลับไปรับประทานภายนอกโรงอาหาร

<u>การเตรียมการเพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก</u>

- ประสานกับ EOC จังหวัด เพื่อเป็นโรงพยาบาล COVID Hospital
- จัดทำแผนกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ เปิดโรงพยาบาล COVID Hospital ของจังหวัดเชียงใหม่
- จัดสถานที่สำหรับการรองรับผู้ป่วยจำนวนมากภายนอกอาคาร รวมทั้งให้ความรู้ ผู้ป่วย PUI ก่อนให้กลับ Home Quarantine
- งดการผ่าตัดผู้ป่วย Elective case
- ขยายและเลื่อนระยะเวลาการนัดผู้ป่วย และจ่ายยาล่วงหน้า 3 - 4 เดือน ขยายบริการการส่งยาทางไปรษณีย์
- กลุ่มงานจัดทำแผนการลดหรืองดบริการปิดบริการชั่วคราว บางวันในคลินิกที่สามารถชะลอการให้บริการโดยไม่กระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งจัดระบบการจัดบริการกรณีเกิดปัญหาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย
- ยกเลิกคลินิกหัตถบำบัด คลินิคฝังเข็ม
- ให้หน่วยบริการเฉพาะ เช่น OR วิสัญญี LAB X - Ray กำหนด guideline และสำรองอุปกรณ์ป้องกัน สำหรับการให้บริการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย COVID-19 และซ้อมแผน
- จัดเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์ สำหรับห้องปฏิบัติการให้เพียงพอตลอด 24 ชั่วโมง

1.2 Structure

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ดำเนินการปรับปรุงอาคาร เพื่อเตรียมการรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก ดังนี้

2.2.1 ปรับปรุงหอผู้ป่วยใน ชั้น 7 และ 8 อาคาร 8 ชั้น เป็น Positive Pressure สำหรับรองรับผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 24 ห้อง และเตรียมบุคลากรให้พร้อมบริการ

2.2.2 ปรับปรุงหอผู้ป่วยแรงดันลบ ชั้น 4 จำนวน 1 ห้อง

2.2.3 ปรับปรุงห้อง ER เป็นห้อง Negative Pressure จำนวน 1 ห้อง

1.3 Staff

2.3.1 จัดบุคลากรปฏิบัติงานตามความรู้ ความสามารถ และความสมัครใจ

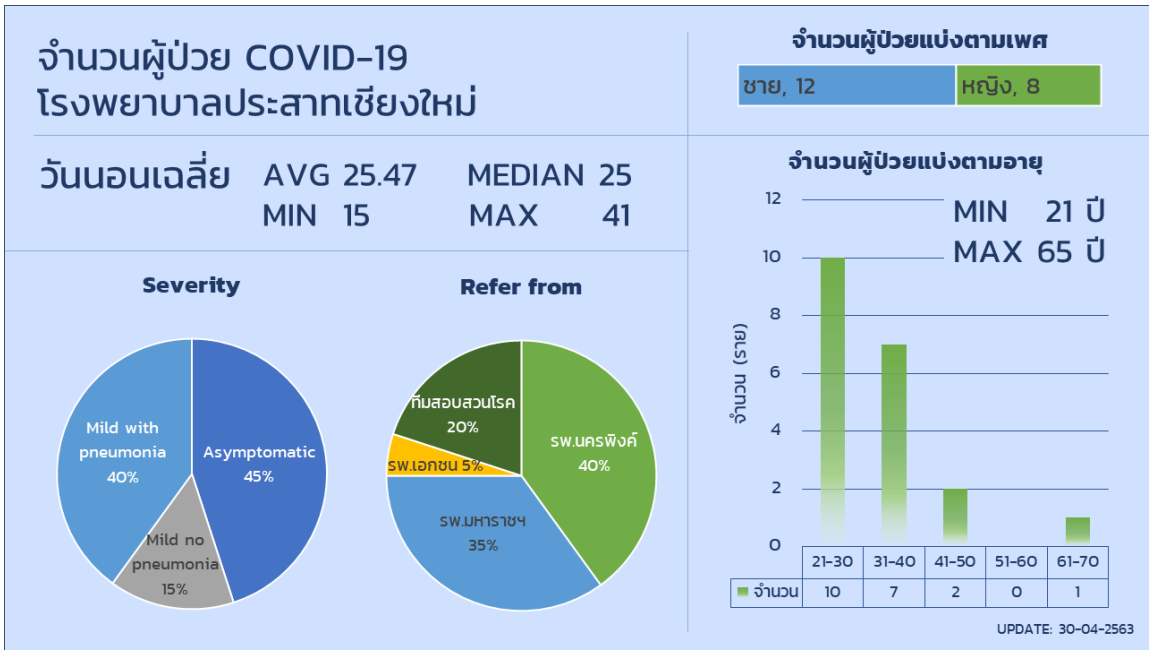
2.3.2 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ทันต่อองค์ความรู้ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2.3.3 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จัดการอบรมวิธีการสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล Personal Protective Equipment (PPE) ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 13 - 24 เมษายน 2563 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการซ้อมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล Personal Protective Equipment (PPE) และเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส โดยมีบุคลากรเข้าร่วมการฝึกจำนวนทั้งสิ้น 160 คน

<u>การดูแลบุคลากรโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่</u>

- กรมการแพทย์สนับสนุนกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับบุคลากรที่ให้บริการโดยตรงและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จำนวนบุคลากร ทั้งสิ้น 243 คน
- กรมการแพทย์สนับสนุนค่าตอบแทนเสี่ยงภัย เพื่อจัดสรรให้บุคลากรที่เสี่ยงภัยในการปฏิบัติหน้าที่
- รายงานสถานการณ์ ข่าว ข้อกำหนด ข้อปฏิบัติ ข้อควรระวัง ให้ถึงบุคลากรทุกระดับ
- จัดหาที่พักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเดินทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ณ อิสทิน ตันโฮเต็ล เชียงใหม่ จำนวนผู้เข้าพักตามความสมัครใจจำนวน 20 คน
- สื่อสาร สร้างขวัญ กำลังใจ ให้กับบุคลากรทุกคนให้เห็นอก เห็นใจ เข้าใจ ซึ่งกันและกัน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)



3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors) ปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ

3.1 กรมการแพทย์ให้ความสำคัญ และถ่ายทอดให้ผู้บริหารหน่วยงานในกรมการแพทย์ทราบตั้งแต่การประชุมกรมเดือนมกราคม ทำให้มีเวลาศึกษาและเตรียมการ เนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่มีสายการบินตรงจากอู่ฮั่น 3 ไฟลท์ต่อสัปดาห์ และยังมีสายการบินจากจีน ซึ่งนำนักท่องเที่ยวบินตรงนับหมื่นคนต่อสัปดาห์

3.2 ฝ่ายวิชาการของกรมการแพทย์ เตรียมองค์ความรู้ โดยเฉพาะเรื่องของการรักษา งานวิจัย ออกข้อกำหนดที่นำไปปฏิบัติได้ เช่น เกณฑ์การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การจัดอัตรากำลัง หอผู้ป่วย และสนับสนุนโครงการจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็น

3.3 บุคลากรในโรงพยาบาลประสาททุกระดับ พร้อมเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของควบคุมโรคระบาดอุบัติใหม่

3.4 การได้ร่วมเป็นหน่วยคัดกรองที่ด่านสนามบินเชียงใหม่ตั้งแต่ปลายเดือนมกราคมตั้งแต่ช่วงต้นของเหตุการณ์ ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3.5 ความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขทุกสังกัดในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนปรุง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลค่ายกาวิละ กรมการแพทย์ เป็นต้น

3.6 ภาคประชาสังคมให้การสนับสนุนการเงิน อุปกรณ์ป้องกัน อาหาร กำลังใจ

3.7 ผู้ป่วยสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ สร้างความรู้ความเข้าใจ การยอมรับในสังคม

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

การสื่อสารในองค์กร ควรใช้ทุกช่องทางในการสื่อสาร ประชุม พูดคุย ประเมินสถานการณ์ แก้ไขความบกพร่อง คลาดเคลื่อน ปรับเปลี่ยนโดยเร็ว สร้างความรู้ความเข้าใจ มากกว่าความตระหนก

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

มีสิ่งที่ยังไม่รู้อีกมากมาย เปิดใจให้กว้าง พร้อมรับสิ่งใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลง

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

การปรับตัวกับมาตรฐานใหม่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การบริหารภายใต้ความกดดัน ทรัพยากรจำกัด







ระยะติดเชื้อ



ข่าวประชาสัมพันธ์กรมการแพทย์
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่รับมอบบริจาคอาหารและอุปกรณ์การแพทย์

ข่าวประชาสัมพันธ์กรมการแพทย์
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่รับมอบชุดเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข่าวประชาสัมพันธ์กรมการแพทย์
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ร่วมส่งผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาหายแล้วเป็นรายสุดท้ายของโรงพยาบาลและจังหวัดเชียงใหม่กลับบ้าน

บทความถอดบทเรียนของหน่วยงาน OPD

สุตศรัญย์ พรึงลำภู โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อน จังหวัดตรัง

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

1.1 ช่วงเข้าสู่สถานการณ์การระบาดในประเทศ

1.1.1 ด้าน Structure

1) จัดตั้ง ARI clinic (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563)

2) จัดเตรียม Cohort ward เพื่อตอบสนองนโยบายของจังหวัดตรัง เพื่อรับ Asymptomatic case และ confirmed case with no underlying disease

3) จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานสำหรับแยกเจ้าหน้าที่ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง หรือสัมผัสครอบครัวที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง (ความเสี่ยงต่ำ)

4) จัดเตรียมสถานที่พักคอยนอกอาคารสำหรับญาติผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์

5) จัดระบบ logistic วางแผนการจัดสรร PPE เพื่อป้องกันให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล

1.1.2 ด้าน Service

1) จัดทำระบบคัดกรองผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคและกรมการแพทย์

2) จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตรัง ตามแนวทางของสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3) งดเว้นการทำหัตถการที่ OPD OR และ Laser ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็ว

4) เพิ่มการบริการตรวจทางไกล Work from home ในบุคลากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

5) เพิ่มระบบการรับยาเดิมผ่านทางไปรษณีย์

6) เพิ่มระบบการตรวจทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยที่ประเมิน Risk Stratification แล้วมีความเสี่ยงสูง

7) เพิ่มระบบการตรวจทางไกลร่วมกับรพ.ชุมชน (โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียติหาดสำราญ)

1.1.3 ด้าน Staff

1) จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่องโรค COVID-19 เดือนมกราคม 2563

2) ชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคให้แก่เจ้าหน้าที่

3) ให้บุคลากรที่มีความเสี่ยง กักกัน (Self - quarantine) และ work from home

4) จัดให้มีบุคลากรหมุนเวียนในจุดคัดกรอง

5) จัดให้มีบุคลากรหมุนเวียนใน ARI Clinic (แพทย์และพยาบาล)

6) จัดบุคลากรมาทำงานในจุดระบบการรับยาเดิมทางไปรษณีย์

7) จัดบุคลากรมาหมุนเวียนในตรวจทาง telemedicine (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร)

8) จัดระบบในการเฝ้าระวังและติดตามบุคลากรที่ไปนอกพื้นที่จังหวัดตรัง

1.2 การดำเนินงานในปัจจุบัน

1.2.1 ด้าน Structure

1) จัดทำแผนปรับปรุง ARI clinic นอกอาคารอย่างถาวร

2) มี Cohort ward เพื่อรองรับผู้ป่วย

3) มีสถานที่ปฏิบัติงานสำหรับแยกเจ้าหน้าที่ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง หรือสัมผัสครอบครัวที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง (ความเสี่ยงต่ำ)

4) มีสถานที่พักคอยนอกอาคารสำหรับญาติผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์

5) มีระบบ logistic วางแผนการจัดสรร PPE เพื่อป้องกันให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล

1.2.2 ด้าน Service

1) ปรับปรุงแนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน

2) การบริการตรวจทางไกล Work from home ในบุคลากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3) ระบบการรับยาเดิมผ่านทางไปรษณีย์สื่อสารผ่านโทรศัพท์และผ่าน application

4) ระบบการตรวจทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่ประเมิน Risk Stratification แล้วมีความเสี่ยงสูง

5) ระบบการตรวจทางไกลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติหาดสำราญ) Telemedicine และ Tele consult

6) ระบบเชิงรุกติดตามคนไข้ที่มีนัดพบแพทย์ แล้วไม่มาเข้ามารับบริการตามนัด

1.2.3 ด้าน Staff

1) บุคลากรหมุนเวียนในจุดคัดกรอง

2) บุคลาการหมุนเวียนใน ARI Clinic (แพทย์และพยาบาล)

3) บุคลากรมาทำงานในจุดระบบการรับยาเดิมทางไปรษณีย์

4) บุคลากรมาหมุนเวียนในตรวจทาง telemedicine (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร)

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 จำนวนผู้รับบริการที่ได้ผ่านการคัดกรองจำนวน 7,292 ราย

2.2 จำนวนคนไข้ที่ได้ตรวจใน ARI Clinic จำนวน 54 ราย

2.3 จำนวนคนไข้ที่รับยาเดิมผ่านทางไปรษณีย์จำนวน 185 ราย

2.4 จำนวนคนไข้ที่ได้รับการตรวจผ่านทาง telemedicineจำนวน 25 ราย

2.5 จำนวนคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการตรวจผ่านทาง telemedicine และ tele consult จำนวน 3 ราย

2.6 บุคลากรที่ติดเชื้อจากคนไข้ที่มาใช้บริการในช่วงสถานการณ์โควิด จำนวน 0 ราย

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 การร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรในโรงพยาบาล

3.2 การสนับสนุนและช่วยเหลือจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล

3.3 การจัดให้มีการประชุมของคณะระบบบริการ ทุกวัน เพื่อนำปัญหาจากการเพิ่มระบบบริการและการปรับเปลี่ยนระบบบริการ มาปรับแก้ให้ระบบทำงานได้สมบูรณ์อย่างรวดเร็วในวันถัดไป

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ขั้นตอนในการจัดตั้งระบบการรับยาเดิมทางไปรษณีย์และระบบ telemedicine

- ที่อยู่จัดส่ง ไม่ตรงกับที่อยู่ตามบัตรประชาชน → สอบถามและ recheck 3 ขั้นตอนด้วย เวชระเบียน พยาบาล และเภสัชกร

- ยาเกินหลักเกณฑ์ที่พยาบาลจ่ายได้ → ให้แพทย์พิจารณาสั่งจ่ายเป็นรายๆไป

- คนไข้ขอรับยาเดิมแต่มีอาการของโรคที่เป็นมากขึ้น → ให้แพทย์ตรวจผ่าน video call และสั่งจ่ายยา

- ภาพผื่นคนไข้ไม่ชัดเวลาทำ Video call → ให้คนไข้ถ่ายรูปผื่นก่อนทำ Video call เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูรอยโรค

- คนไข้ไม่ทราบวิธีการใช้ยา → จัดให้คนไข้ video call กับเภสัชกรเพื่อแนะนำวิธีการใช้ยา และให้มีการติดตามเมื่อยาส่งไปถึงคนไข้

- คนไข้ไม่สามารถติดต่อนอกราชการทางโทรศัพท์ → จัดทำระบบ Application ให้คนไข้สามารถลงทะเบียน กรอกประวัติ และนัดเวลามาตรวจ telemedicine ในเวลาที่สะดวกได้

5. การเรียนรู้ (Lesson Learn) สิ่งที่หน่วยงานได้เรียนรู้จากการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ดังนี้

5.1 ได้เรียนรู้ระบบการดูแลคนไข้ในช่วงการเกิดโรคระบาด ช่วยลดโอกาสการติดเชื้อ และสามารถนำระบบการรับยาทางไปรษณีย์และตรวจทาง telemedicine ไปใช้เป็นงานประจำในอนาคต (New Normal Medical Service) เพื่อเพิ่มความสะดวกของคนไข้ และลดความแออัดในโรงพยาบาลได้

5.2 เรียนรู้ระบบออนไลน์ต่างๆ ทั้งในระบบบริการเก่าและระบบบริการใหม่

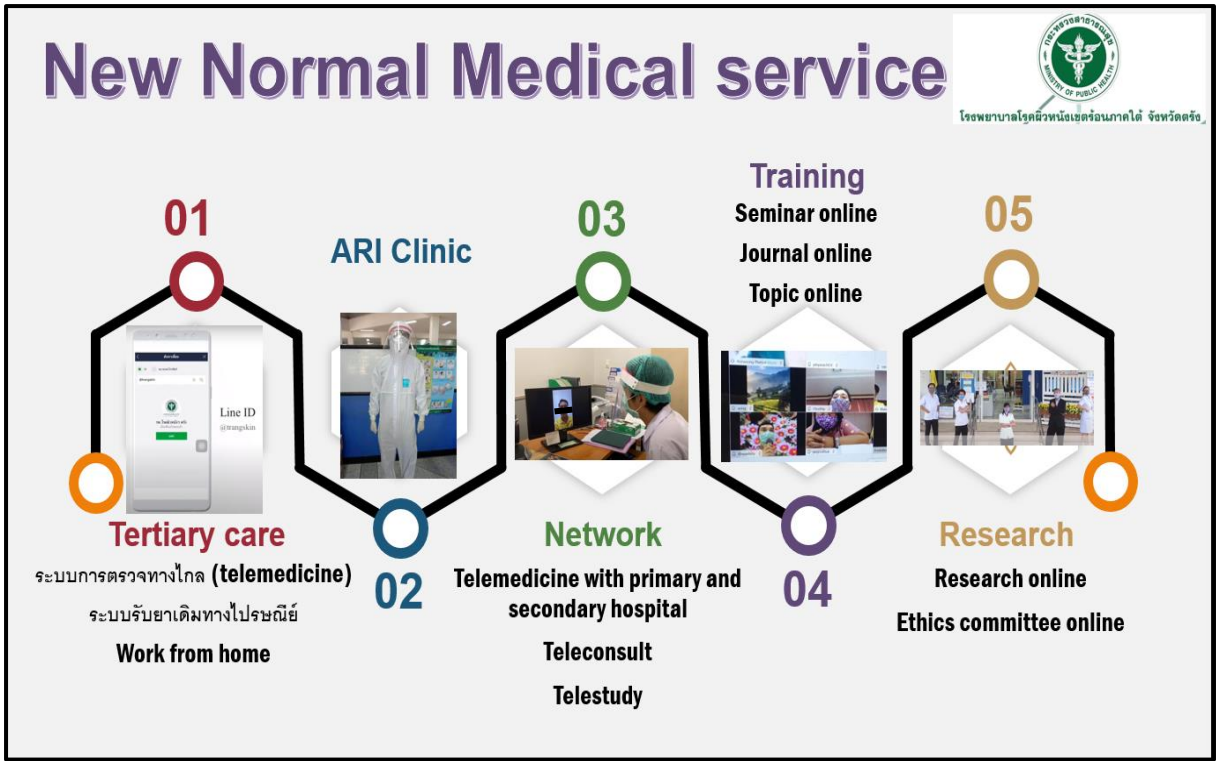
6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 พัฒนาระบบต่างๆให้สมบูรณ์มากขึ้น

6.2 พัฒนาระบบการตรวจรักษาทางไกลในคนไข้รายใหม่

6.3 พัฒนาระบบการตรวจรักษาทางไกลกับโรงพยาบาลปฐมภูมิและตติยภูมิ

6.4 พัฒนาระบบการให้บริการกับผลิตภัณฑ์เวชสำอาง



หมายเหตุ : ภาพถ่ายดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย

New normal Medical service

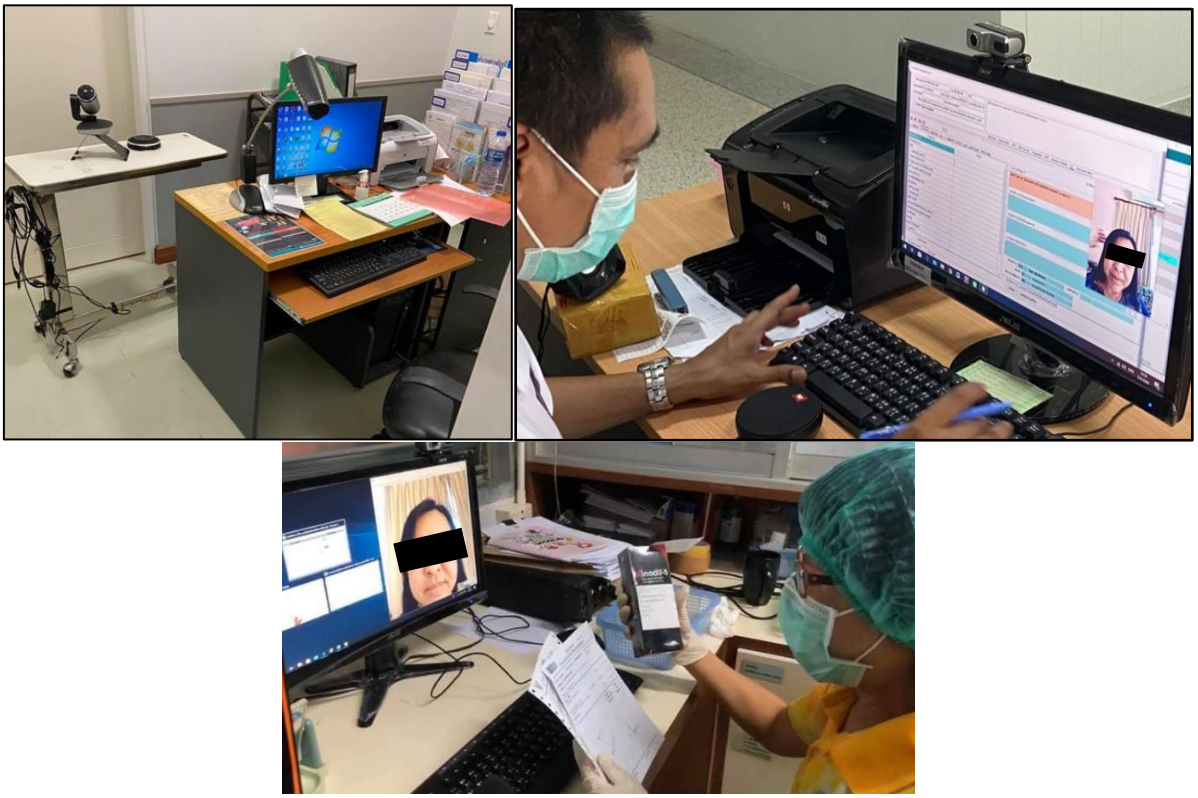


ภาพที่ 1 Service การรับยาทางระบบไปรษณีย์



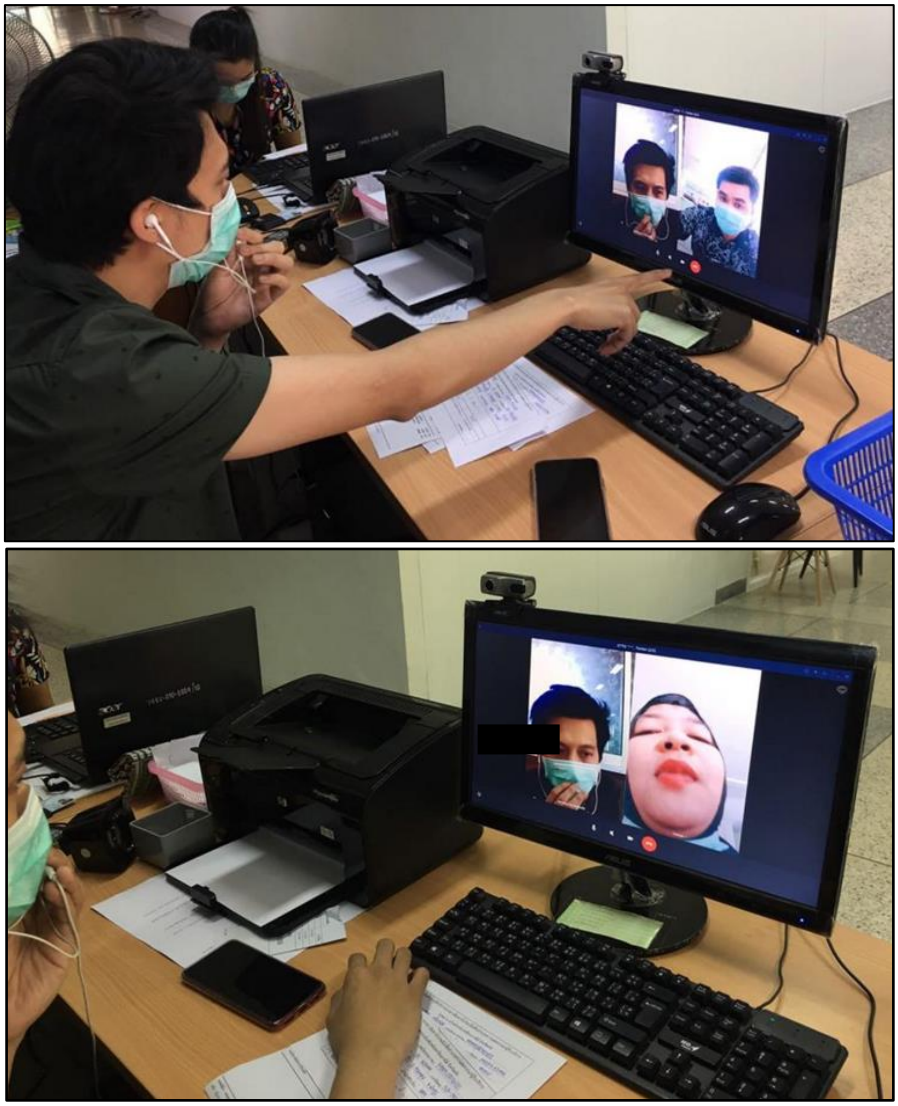
ภาพที่ 2 Work from home

หมายเหตุ: ภาพถ่ายดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย



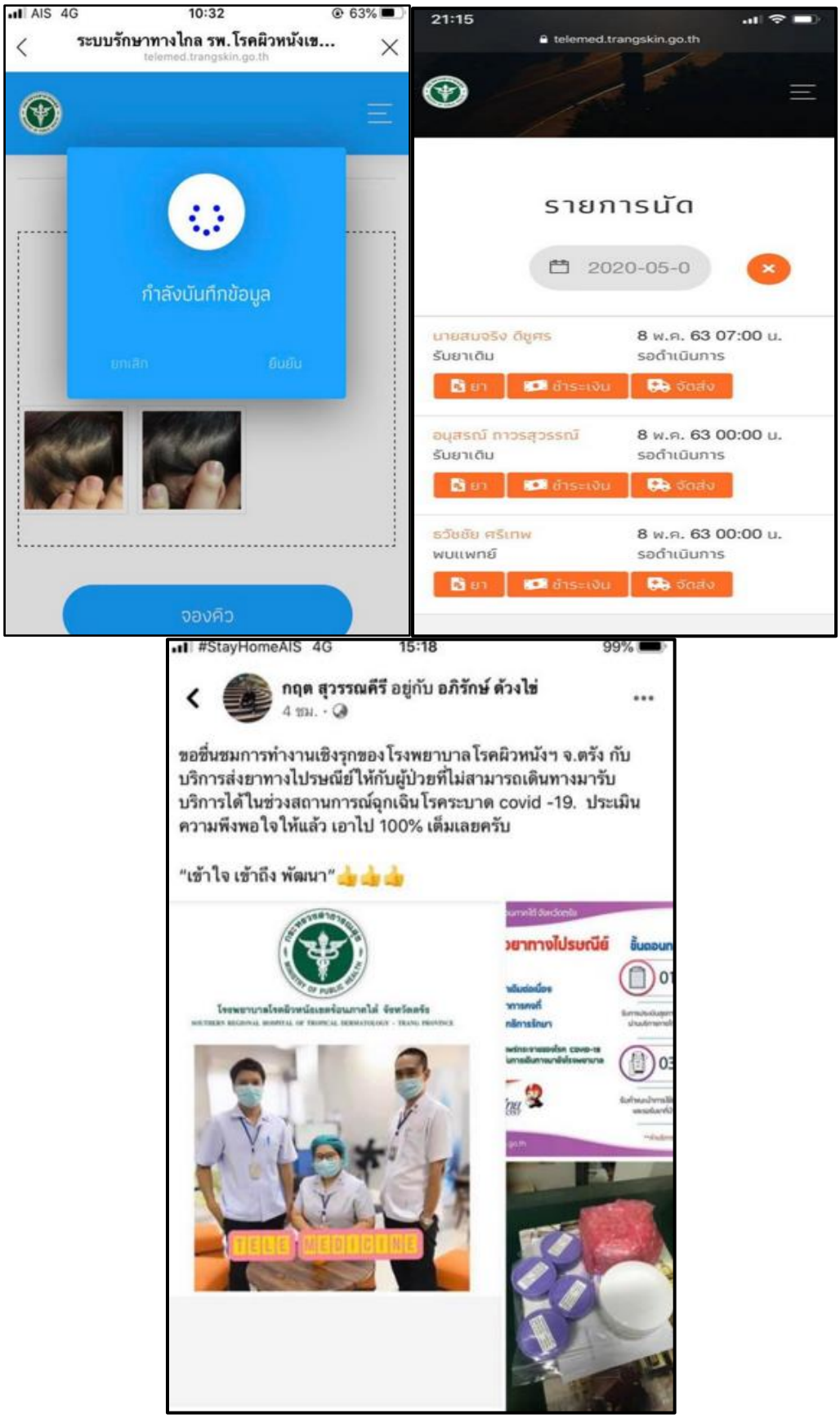
ภาพที่ 3 ระบบการตรวจทางไกล Telemedicine

หมายเหตุ: ภาพถ่ายดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย



ภาพที่ 4 ระบบการตรวจทางไกลกับโรงพยาบาลตติยภูมิ และ Tele consult

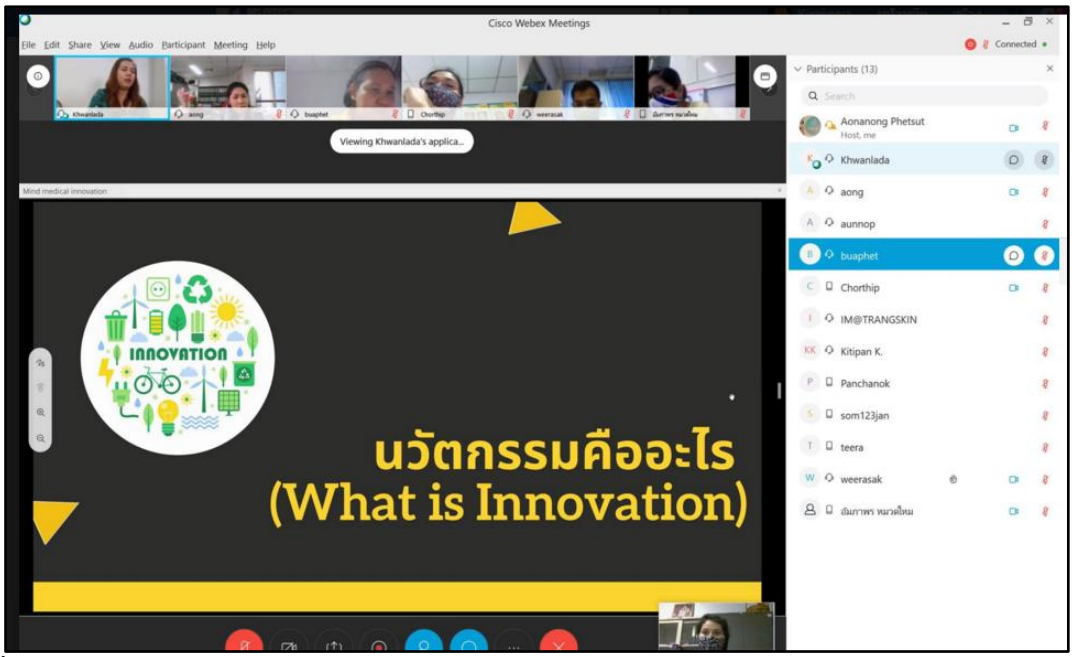
หมายเหตุ: ภาพถ่ายดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย



ภาพที่ 5 ระบบการตรวจทางไกลโดยใช้ระบบ Application



ภาพที่ 6 ARI Clinic / PPE



ภาพที่ 7 Training online

We cannot jump high but we never jump backwards

ดลสุข พงษ์นิกร โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ COVID–19 ดังนี้

1.1 จัดตั้งคณะกรรมการ Emergency Operation Center: EOC โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2563 ได้มีการประชุมทุกสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 7 ทีม ดังนี้

1.1.1 ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (IC) คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.1.2 หน่วยประเมินสถานการณ์ (Situation Awareness Team) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้รายงานสถานการณ์ COVID–19 ในภาพรวมของประเทศ เขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดลำปาง ทุกสัปดาห์ พยาบาล OPD รายงานสรุป ARI clinic พยาบาล IPD รายงานสรุปสถานการณ์หอผู้ป่วย และนักวิชาการสาธารณสุขรายงานสรุปการคัดกรองของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกวัน

1.1.3 คณะทำงานกลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ (Liaison) ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข และนักจัดการงานทั่วไป รายงานปัญหาและอุปสรรค์ทุกวันและสรุปรายงานทุกสัปดาห์

1.1.4 กลุ่มภารกิจส่วนสนับสนุนกำลังบำรุง (Logistics) ประกอบด้วย รองอำนวยการ รองอำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ เภสัชกร พัสดุ ทำหน้าที่จัดหา สถานที่ อุปกรณ์การป้องกัน (PPE) อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ปรับปรุงโครงสร้างสถานที่ และรายงานปริมาณคงเหลือ PPE ทุกวัน

1.1.5 กลุ่มภารกิจปฏิบัติการด้านการรักษา ป้องกันและเฝ้าระวังความปลอดภัย/ ป้องกันและสอบสวนโรค (Operation) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และตัวแทนวิชาชีพ ทำหน้าที่เตรียมรับผู้ป่วย COVID-19 โดยจัดทำแนวทางต่างๆ และการฝึกอบรมบุคลากร

1.1.6 กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ (Risk communication) ประกอบด้วย ตัวแทนจากทีมสหวิชาชีพและงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำหน้าที่ สื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล

1.1.7 กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ (Finance) ประกอบด้วย รองอำนวยการ การเงิน ทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่าย วางแผนงบประมาณ ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย อนุมัติเจ้าหน้าที่ปฏิบัติราชการในสถานการณ์ COVID–19

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

มีการประชุมคณะกรรมการ Emergency Operation Center : EOC โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง ติดตามงานทุกสัปดาห์ โดยมีรายงานสถานการณ์ และความคืบหน้าของแต่ละทีม ดังนี้

2.1 ทีมประเมินสถานการณ์ (Situation Awareness Team) การรายงานผู้ป่วย ARI clinic จำนวน 37 ครั้ง พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 1 คน รายงานสถานการณ์หอผู้ป่วย จำนวน 37 ครั้ง พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 107 คน และการรายงานการคัดกรองและเฝ้าระวังบุคลากร จำนวน 37 ครั้ง พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 21 คน

2.2 ทีม Logistics ดำเนินการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างในสถานการณ์ COVID-19 ทั้งหมดจำนวน 48 รายการ ได้รับของแล้ว จำนวน 8 รายการ อยู่ระหว่างการจัดซื้อ 26 รายการ และยังเหลือครุภัณฑ์ COVID-19 ที่ยังไม่ได้จัดซื้อ จำนวน 14 รายการ เนื่องจากรองบประมาณจากกรมซึ่งกำลังได้รับการจัดสรรมาเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2563

2.3 ทีม Operation ได้ดำเนินการตามแผนมากกว่า 90 % แล้ว โดยแบ่งเป็น Non COVID-19 มีการติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ร้อยละ 100 จำนวน 181 ราย และ COVID-19 มีการจัดทำแนวทางต่างๆ มีการส่งพยาบาลไปฝึกอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่โรงพยาบาลเกาะคา และยังเหลือการซ้อมแผนร่วมกับโรงพยาบาลเกาะคา

2.4 ทีม Risk communication ได้ดำเนินการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โดยได้จัดทำสื่อวีดีทัศน์ จำนวน 7 เรื่อง และจัดทำสื่อเผยแพร่ประเภท info graphic เพื่อสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 6 เรื่อง

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 มีการจัดตั้งทีม การแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบ ที่ชัดเจนตั้งแต่แรก ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานในการประชุมทุกครั้ง ทำให้มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว

3.3 มีการสื่อสารหลายช่องทาง ทั้ง การประชุมที่เป็นทางการ Line และ Facebook live ในการสื่อสารระหว่างผู้บริหารและบุคลากร ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถดำเนินการได้รวดเร็วและทันเหตุการณ์

3.4 มีการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการประชุมในวันเสาร์ - อาทิตย์

3.5 มีการรับฟังความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3.6 มีเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานในจังหวัดลำปาง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลเกาะคา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กฟผ.แม่เมาะ) และหน่วยงานภายนอกจังหวัดลำปาง (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 จังหวัดเชียงใหม่ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา)

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ
1.เป็นเรื่องใหม่ ทำให้บุคลากรยังขาดความรู้ประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติงาน	1. จัดอบรมให้ความรู้ภายในหน่วยงาน และการฝึกอบรม (Training) ภายนอกหน่วยงานที่โรงพยาบาลเกาะคา
2.ภาระงานที่เพิ่มขึ้น/ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานมากขึ้น ผู้รับผิดชอบงานบางคนต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เนื่องจากในเวลาราชการต้องปฏิบัติงานในหน้าที่หลัก	2. มีการมอบหมายงานให้ทุกคนในทีมได้มีส่วนช่วยในการทำงาน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงาน โดยการช่วยกันปฏิบัติงานนอกเหนือจากที่ได้รับมอบหมายของตนเอง และพยายามปฏิบัติงานในเวลาราชการให้มากที่สุด
3.การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในการดำเนินการค่อนข้างยาก เกิดความขาดแคลน บางรายการไม่สามารถจัดหาได้ บางรายการต้องใช้ระยะเวลาในการจัดหาที่นานกว่าปกติ	3. ปรับปรุงวิธีการทำงานให้กระชับ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลา ให้เกิดความรวดเร็วขึ้น และประสานงานกับบริษัท ห้าง ร้าน เพื่อแจ้งชนิด ประเภท จำนวนของวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ระยะเวลาที่ต้องการ
4.มีความจำกัดของทรัพยากรของโรงพยาบาล ทั้งเรื่องเงินบำรุงที่มีน้อย และมีกำลังคนน้อย	4. ใช้ทรัพยากรร่วมกับโรงพยาบาลเกาะคา ในเรื่องอัตรากำลังคนขึ้นเวร เวชภัณฑ์ต่างๆ ระบบการจัดการที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และสารสนเทศ

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง มีผู้อำนวยการมารับตำแหน่งยังไม่ถึง 1 ปี มีแพทย์ทั่วไปประจำอยู่เพียง 1 คน มีพยาบาลเฉพาะทางด้านการฟื้นฟู จำนวน 10 คน และมีบุคลากรรวมทั้งหมด จำนวน 56 คน ซึ่งมีอายุงานเฉลี่ยที่ 2 ปี แต่สามารถเตรียมความพร้อมและมีความมั่นใจในการรับสถานการณ์ COVID–19 ได้มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งเกิดจากสิ่งที่ได้เรียนรู้คือ

5.1 การบริหารจัดการที่เป็นระบบ

5.2 การตัดสินใจของผู้บริหาร

5.3 การร่วมมือในการทำงานและการแก้ไขปัญหา ไม่เกี่ยงกันทำงาน เมื่อเกิดความผิดพลาดจะไม่โทษกันไปมา (No Blame Culture)

5.4 การประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

5.5 การมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ นอกเหนือจากงานประจำมากยิ่งขึ้น เรียนรู้การทำงานร่วมกันในสถานการณ์ใหม่ๆ และค้นพบพรสวรรค์ที่อยู่ภายในตัวบุคคล

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

นำรูปแบบการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์ COVID–19 มาปรับใช้กับช่วงเปลี่ยนผ่าน New normal Medical Service เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ จึงต้องมีการแบ่งงาน การตัดสินใจ การสื่อสารที่ชัดเจน และการติดตามงานอย่างใกล้ชิด ซึ่งประสบการณ์จากสถานการณ์ COVID–19 น่าจะสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดได้



ภาพที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้เข้าตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วย



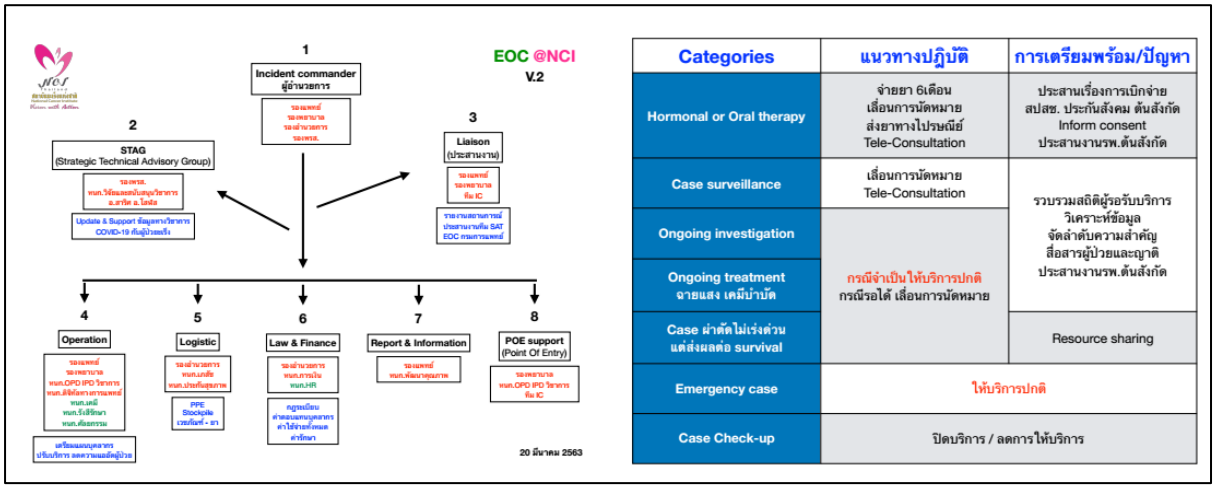
ภาพที่ 2 ประชุมหารือร่วมกับโรงพยาบาลเกาะคา



ภาพที่ 3 ประชุมคณะกรรม Emergency Operation Center: EOC โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

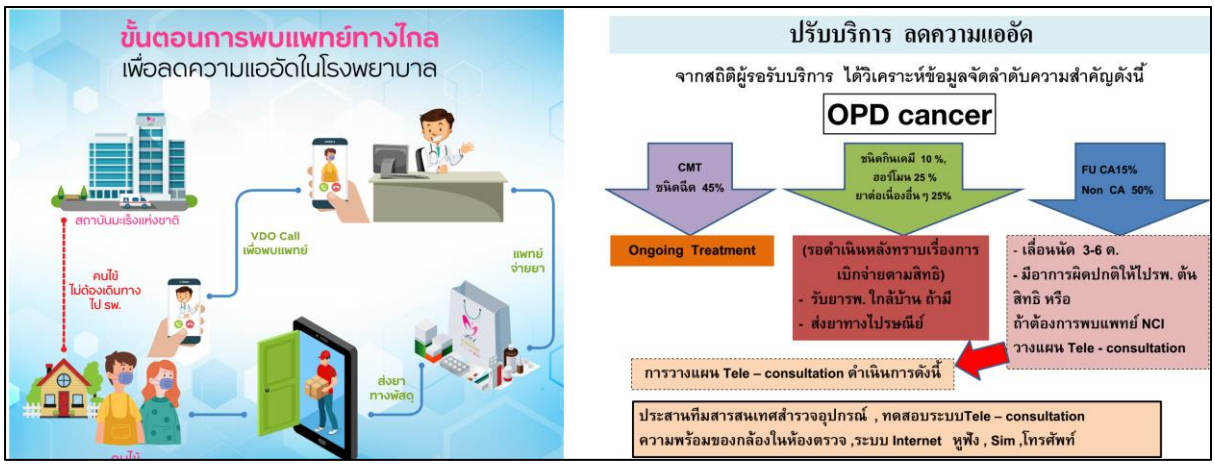
1. วิธีการดำเนินการ (Implementation)

เมื่อเริ่มเข้าสู่การระบาดในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้มีการปรับรูปแบบการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินผ่านคณะกรรมการ EOC มีการบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ โดยมีผู้อำนวยการเป็นผู้บัญชาการสถานการณ์ และมีการเรียกประชุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมแผนรับมือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

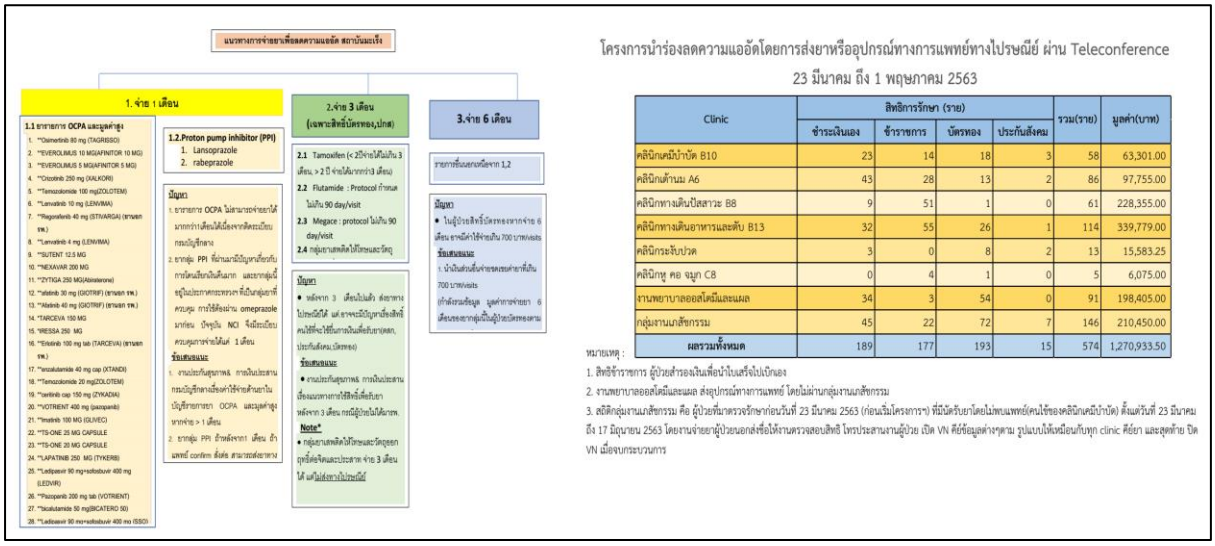


Categories	แนวทางปฏิบัติ	การเตรียมพร้อม/ปัญหา
Hormonal or Oral therapy	จ่ายยา 6เดือน เลื่อนการนัดหมาย ส่งยาทางไปรษณีย์ Tele-Consultation	ประสานเรื่องการเบิกจ่าย สปสช. ประกันสังคม ต้นสังกัด Inform consent ประสานงานรพ.ต้นสังกัด
Case surveillance	เลื่อนการนัดหมาย Tele-Consultation	รวบรวมสถิติผู้รอรับบริการ วิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ สื่อสารผู้ป่วยและญาติ ประสานงานรพ.ต้นสังกัด
Ongoing investigation		
Ongoing treatment ฉายแสง เคมีบำบัด	กรณีจำเป็นให้บริการปกติ กรณีรอได้ เลื่อนการนัดหมาย	
Case ผ่าตัดไม่เร่งด่วน แต่ส่งผลต่อ survival		Resource sharing
Emergency case	ให้บริการปกติ	
Case Check-up	ปิดบริการ / ลดการให้บริการ	

มีการแบ่งแยกผู้ป่วยในช่วงแรกออกเป็นหลายกลุ่ม กำหนดแนวทางปฏิบัติ และเตรียมพร้อมรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อความชัดเจนในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในสถานการณ์ที่วิกฤต เน้นการเลื่อนนัดหมาย ส่งยาทางไปรษณีย์ และรับยาใกล้บ้าน จากนั้นเริ่มให้บริการ Teleconsultation ผ่าน LINE application ของแต่ละคลินิค โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อลดผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งให้น้อยที่สุด



วิเคราะห์ความต้องการยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พิจารณาความจำเป็นเร่งด่วนและระเบียบการเบิกจ่ายตามสิทธิ์การรักษาต่างๆ โดยยึดประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้เป็นหลักเทียบกับความเสี่ยงที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลในสถานการณ์ระบาด ส่วนเกินสิทธิ์รักษาพยาบาลได้มีการสนับสนุนโดยใช้เงินบริจาคเพื่อผู้ป่วยอนาถา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมถึงการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในทุกสิทธิ์การรักษา



Clinic	สิทธิการรักษา (ราย)				รวม(ราย)	มูลค่า(บาท)
	ชำระเงินเอง	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม		
คลินิกเคมีบำบัด B10	23	14	18	3	58	63,301.00
คลินิกเต้านม A6	43	28	13	2	86	97,755.00
คลินิกทางเดินปัสสาวะ B8	9	51	1	0	61	228,355.00
คลินิกทางเดินอาหารและตับ B13	32	55	26	1	114	339,779.00
คลินิกระงับปวด	3	0	8	2	13	15,583.25
คลินิกหู คอ จมูก C8	0	4	1	0	5	6,075.00
งานพยาบาลออสโตมีและแผล	34	3	54	0	91	198,405.00
กลุ่มงานเภสัชกรรม	45	22	72	7	146	210,450.00
ผลรวมทั้งหมด	189	177	193	15	574	1,270,933.50

หมายเหตุ :
1. สิทธิข้าราชการ ผู้ป่วยสำรองเงินเพื่อนำใบเสร็จไปเบิกเอง
2. งานพยาบาลออสโตมีและแผล ส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยไม่ผ่านกลุ่มงานเภสัชกรรม
3. สถิติกลุ่มงานเภสัชกรรม คือ ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาก่อนวันที่ 23 มีนาคม 2563 (ก่อนเริ่มโครงการฯ) ที่มีนัดรับยาโดยไม่ทบแพทย์(คนไข้ของคลินิกเคมีบำบัด) ตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม ถึง 17 มิถุนายน 2563 โดยงานจ่ายผู้ป่วยนอกส่งชื่อให้งานตรวจสอบสิทธิ ไทรประสานงานผู้ป่วย เปิด VN คีย์ข้อมูลต่างๆตาม รูปแบบให้เหมือนกับทุก clinic คีย์ยา และสุดท้าย ปิด VN เมื่อจบกระบวนการ

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง และข้อมูลทางวิชาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สามารถดาวน์โหลดได้จาก QR code



Service

ARI Clinic

เลื่อนนัด

ปิดบริการคลินิค SMC & Check up

จำแนกผู้ป่วย เพื่อนัดหมาย 1-3-6-12 เดือน

ส่งยาทางไปรษณีย์ 1-3-6 เดือน

รับยาใกล้บ้าน

Tele-consultation (LINE)

Group community (@LINE)

NCI easy & NCI connect

กำหนดห้วงเวลา และจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสม

บูรณาการ การรับส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูล สิทธ์การรักษา

Safety

นโยบาย "NCI safe zone"

Risk assessment via QR code

Tracking via NCI easy application

14 days timeline record

Physical distancing

Mask and Hand hygiene

ICN and ICWN team coordination

PUI & COVID-19 protocol

Standard PPE protocol

เพิ่มสัญลักษณ์ และป้ายรณรงค์ต่างๆ

Big cleaning day

Outbreak protocol & Emergency PPE kit

Preoperative screening protocol (NCI)

งดเยี่ยม กรณีมีเฝ้าไข้ต้องปฏิบัติตามแนวทาง

Staff

บริหารอัตรากำลังบุคลากร

WFH เหลื่อมวัน เหลื่อมเวลา

2P safety & IC literacy & MA

Multi-tasking personnel

ติดตามแนวทางปฏิบัติต่างๆ อย่างใกล้ชิด

บูรณาการ บริหารจัดการเตียง (Gantt model)

Active discharge plan (เพิ่มการหมุนเตียง)

การพยากรณ์สถานการณ์เตียง (Forecast)

บูรณาการ บริหารจัดการห้องผ่าตัด ครบวงจร

Structure

จำกัดทางเข้า-ออก เหลือแค่ 2ประตู

ติดตั้งฉากกั้น ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

กำหนดจุดรับส่งสินค้าภายนอกอาคาร (Drop point)

เพิ่มมาตรการทำความสะอาด บริเวณที่ทำหัตถการต่างๆ

Modified Quarantine area

Modified AIIR

ปรับปรุง Nurse station (Positive zone)

Modified Anteroom

ตู้ความดันลบ (Chula VID) สำหรับการทำ swab

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factor)

Leadership

Organisation core value (NCI comes first, We are national body, We are mister cancer)

Teamwork

Adaptive capability

4. การเรียนรู้ (Lesson learn)

4.1 การบริหารจัดการองค์กร ในสถานการณ์วิกฤต ที่ส่งผลกระทบวงกว้าง อย่างรุนแรงและรวดเร็ว

4.2 การบริหารทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

4.3 การบริหารความขัดแย้งภายใต้สถานการณ์ที่บุคลากรในองค์กรกดดัน และมีความเครียด

4.4 การสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร

5. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for improvement)

5.1 Redesign service core process

5.2 Lean system

5.3 Stratification of cancer patient

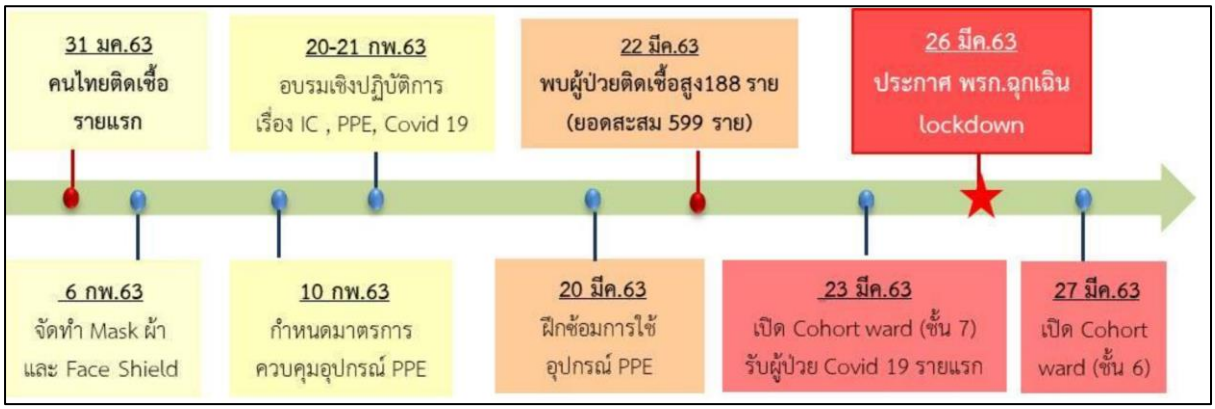
5.4 Booster of technology (emerging or existing)

5.5 Data analysis and problem solving

ถอดบทเรียน COVID–19 การรับมือเมื่อโควิด 19 ระบาด: การตระหนักรู้และเตรียมพร้อมของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

วรรณา ฉายอรุณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

จากข่าวสารการแพร่ระบาดของ COVID–19 ในต่างประเทศ จนกระทั่งเริ่มพบคนไทยติดเชื้อรายแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 จากการวิเคราะห์และคาดคะเนสถานการณ์ ความตระหนักและเอาใจใส่ของผู้อำนวยการและทีมบริหารทำให้โรงพยาบาลมีความพร้อมในการรับมือ กรณีมีการแพร่ระบาดที่ขยายวงกว้างมากขึ้น หรือเมื่อต้องรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID–19 เข้ามาดูแลรักษาในโรงพยาบาล



1. วิธีดำเนินงานและการเตรียมความพร้อม

1.1 ทรัพยากรและอุปกรณ์ป้องกัน (PPE)

มีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการใช้งาน มีการวางแผนโดยคำนึงถึงสถานการณ์ กรณีเกิดความรุนแรงสูงสุด (worst case scenario) โดยการศึกษาชนิดของอุปกรณ์ป้องกัน ตามหลัก standard precaution คาดคะเนปริมาณการใช้พร้อมจัดหาให้มำรองใช้เพียงพอไม่น้อยกว่า 3 เดือน กำหนดมาตรการควบคุม และการเบิกจ่ายอย่างเคร่งครัด ผู้บริหารสามารถควบคุมและติดตามโดย IT ทำให้ทราบสถิติการใช้ปริมาณคงคลังและจ านวนวันที่ยังมีพอใช้แบบ real time

นอกจากอุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ยังมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นให้มีอย่างเพียงพอ เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายทางหน้าผาก เครื่องวัด O_2 sat และเครื่องวัดความดันอัตโนมัติแบบสอดแขน เป็นต้น

1.2 บุคลากรการสื่อสาร

เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการทันทีและต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก และไม่ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ มีการแต่งตั้งทีม EOC โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน การตั้งทีมติดตามสถานการณ์และข้อมูลข่าวสารเพื่อสื่อสารแก่บุคลากร เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ โดยช่องทางต่างๆ ที่บุคลากรทุกระดับเข้าถึงได้ง่าย เช่น group line การให้ความรู้พื้นฐานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เน้นย้ำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัยและการล้างมือ ร่วมทั้งการสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนมีแอลกอฮอล์เจลแบบพกพาติดตัว

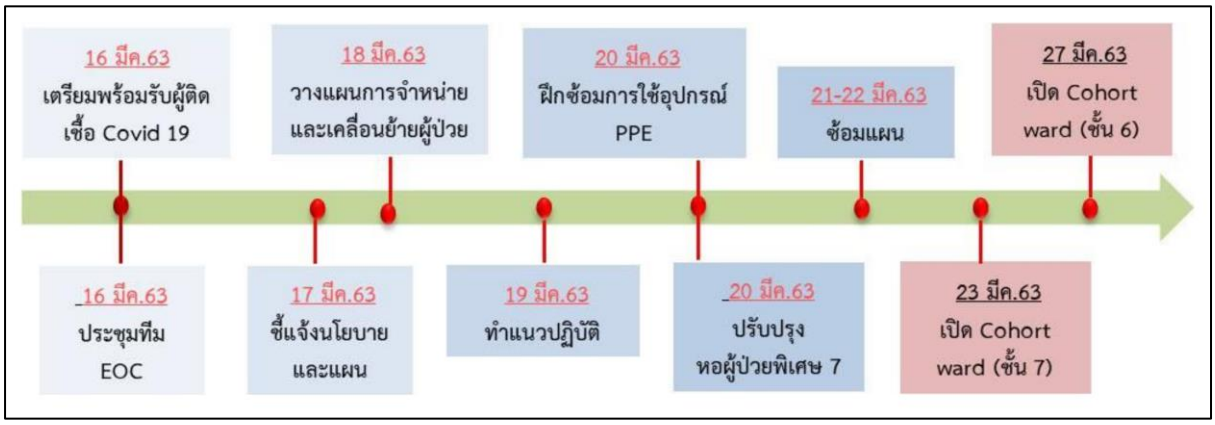
บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COVID–19 ตั้งแต่ทีมแพทย์ พยาบาล จนถึงแม่บ้านต้องมีความรู้และฝึกซ้อมการใส่และถอด PPE อย่างถูกต้อง มีการเพิ่มสมรรถนะและจัดทีมแม่บ้านในกรณีต้องจัดการ

ความสะอาดที่เกิดจากกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ Code ดร.สะอาด 019..... ซึ่งจะกำจัดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน

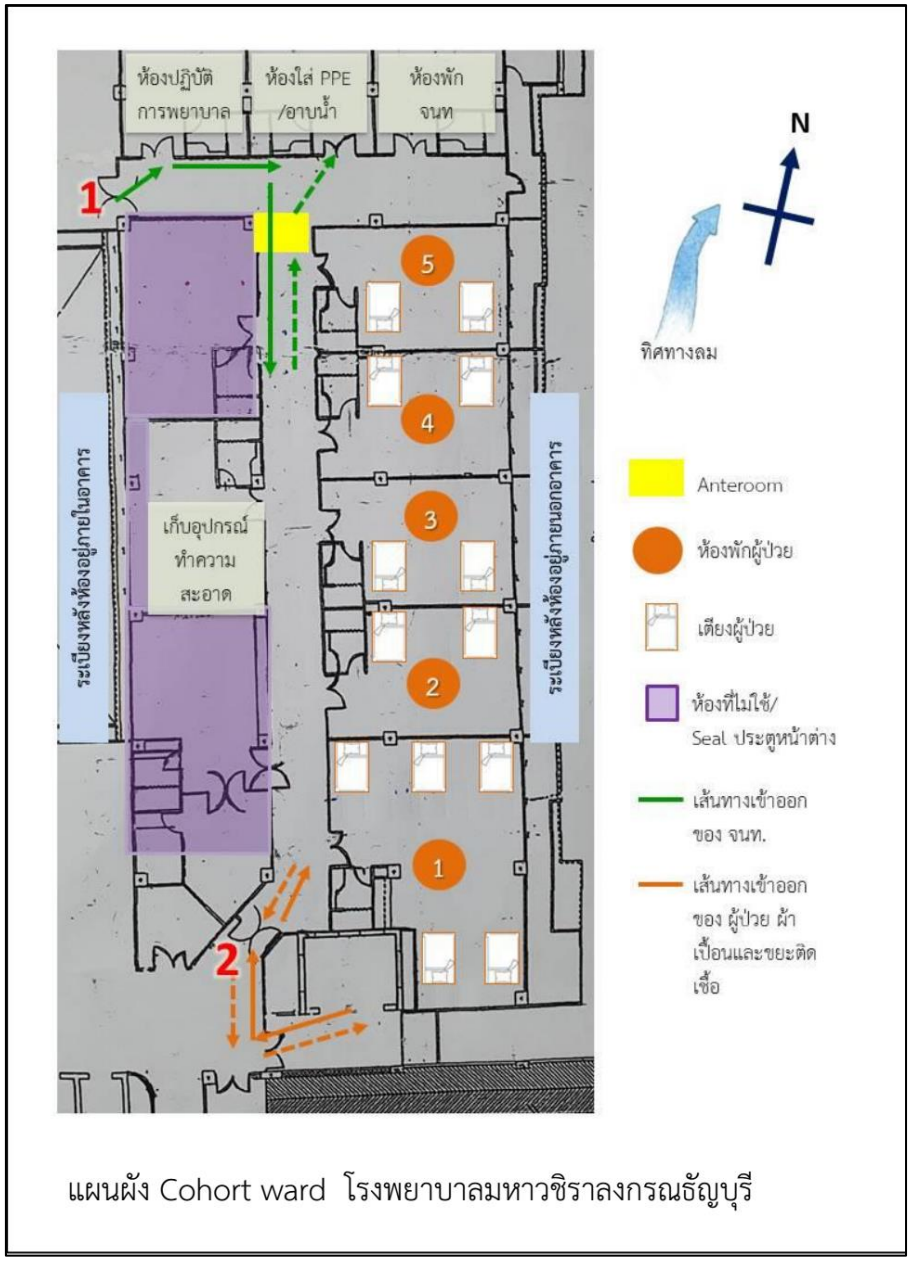
ดังนั้นในการเปิด Cohort ward จึงมีพยาบาลเข้าปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและจัดลดับการเข้าปฏิบัติงาน เช่น ไม่มีโรคประจำตัว BMI ไม่อยู่ในเกณฑ์อ้วนหรืออ้วนมาก สามารถพักในหอพักโรงพยาบาลได้ ไม่มีบุตรเล็กที่ต้องดูแล ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมบ้าน ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลทีมแรกจำนวน 13 คน จึงได้เริ่มขึ้น ก่อนการประกาศภาวะฉุกเฉิน 3 วัน

1.3 การจัดการระบบ สถานที่และสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีการกำหนดทางเข้าออกอาคารให้เหลือเพียง 1 จุด มีระบบการคัดกรองและค้นหาผู้เข้ามาในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยง กำหนด Zoning พื้นที่ให้บริการ จัดให้มี ARI Clinic และระบบบริการแบบ One Stop Service ไว้ด้านนอกตัวอาคาร ด้วยทำเลและที่ตั้งของโรงพยาบาล บนพื้นที่ 93 ไร่ ไม่ติดกับแหล่งชุมชน ทำให้เหมาะสมสำหรับเตรียมความพร้อมรับผู้ติดเชื้อ COVID–19 นับเป็นความท้าทายและความสำเร็จของผู้บริหารและทีมงานที่สามารถดำเนินการทั้งในด้านสถานที่และการวางระบบได้เสร็จสิ้นและพร้อมรับผู้ติดเชื้อ COVID–19 ได้ ภายใน 3 วัน



หอผู้ป่วยที่รับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในเฟสแรกปรับปรุงจากหอผู้ป่วยพิเศษ 7 และหอผู้ป่วยพิเศษ 6 รวม 30 เตียง โดยมีการจัดการห้องต่างๆ ให้พร้อมเป็นห้องปฏิบัติงานและรับผู้ติดเชื้อ การเลือกใช้ห้องผู้ป่วยจะเลือกห้องที่อากาศไหลเวียนดี ได้แก่ ห้องที่ติดระเบียง โดยมีระบบไหลเวียนอากาศออกสู่ภายนอกตัวอาคาร ได้รับแสงสว่างตลอดทั้งวัน ทิศทางลมที่ไม่พัดกลับเข้ามาภายในห้องพัก (จากการทดสอบ Smoke test) ติดพัดลมดูดอากาศในแต่ละห้องตามมาตรฐาน ปรับปรุงเพิ่มห้อง Anteroom เพื่อแยกพื้นที่สะอาดกับพื้นที่ปนเปื้อน การจัดระบบและทิศทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบทิศทางเดียว (ตามแผนภาพที่เสดง) และการกำหนดเส้นทางการรับผู้ป่วย



ภาพที่ 1 แผนผัง Cohort ward โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

2. ผลลัพธ์และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

เป้าหมายหลักสำคัญในการดำเนินการครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ไม่ติดเชื้อจนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 23 ราย มีการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เนื่องจากมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ส่วนที่เหลือส่งกลับบ้านเมื่อครบการรักษาตามแผน และไม่พบว่ามีเจ้าหน้าที่เข้าข่ายสงสัย (PUI) หรือมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้บุคลากรยังมีขวัญกำลังใจที่ดี จากการดูแลและความใส่ใจ



ภาพที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3. ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขดำเนินการ
1.ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการมาให้คำแนะนำในการจัดเตรียมระบบและสถานที่	1. ด้วยข้อจำกัดที่มีอยู่ การปรับสถานที่ให้เป็น Cohort Ward จึงมีการนำหลักและแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้อย่างเคร่งครัด ใส่ใจรายละเอียดในทุกขั้นตอน นำจุดแข็งของโครงสร้างอาคารมาประยุกต์ใช้และเชิญผู้เชี่ยวชาญมาตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำ
2.เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคระบาดใหม่ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาอยู่ตลอดเวลา	2. มีการติดตามข้อมูลข่าวสารและสื่อสารแนวทางการดูแลแก่บุคลากรในทีมสหวิชาชีพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

4. การเรียนรู้ และโอกาสพัฒนา

4.1 ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีอาการผิดปกติบางเพียงเล็กน้อย จึงมีความต้องการการดูแลและใช้ชีวิตเหมือนปกติ ดังนั้นควรมีการตอบสนองและอำนวยความสะดวกเท่าที่ทำได้ภายใต้ข้อจำกัด เช่น อาหาร การสื่อสาร สิ่งบันเทิงต่างๆ เป็นต้น

4.2 การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร เช่น ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling) เนื่องจากอาจมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นอีก จึงควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร เพิ่มความรู้และสมรรถนะตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ นอกเหนือจากความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง

4.3 การนำทักษะและความเชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การนำ Art relaxation มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลายและลดความเครียด การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลัก Humanized care

4.4 การจัดทำแผนฉุกเฉินเพื่อพร้อมใช้ กรณีเกิดโรคระบาดใหม่ ซึ่งคุกคามต่อเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยมีการซ้อมและทบทวนแผนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4.5 การศึกษาแนวทางการให้การรักษาพยาบาลแบบ Humanized care โดยมีระยะห่าง (Personal distancing) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ต่างจากการบริการแบบเดิม

การจัดรูปแบบบริการในสถานการณ์ระบาด COVID-19 ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

สุรัฐญา ศิริอาชากุล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

1. วิธีการดำเนินงาน

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีดำเนินงานจัดรูปแบบบริการในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้หลัก 2P safety ทั้ง infrastructure equipment system คือ อุปกรณ์ป้องกัน การปรับสถานที่บริการให้ปลอดภัย standard precaution จัดรูปแบบบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อ และบริหารจัดการระบบเพื่อลดความแออัด ลดรอคอย ลดความเหลื่อมล้ำ โดยการใช้เครือข่ายและ smart hospital ช่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนในด้านต่างๆ ดังนี้

	Active phase	Transitional phase
ARI CLINI	- ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจต้องมาตรวจที่ ARI clinic ทุกราย	- การคัดกรองในจุด screening ต้องทำทุกเคสโดยมีจุดพักคอยรอการคัดกรองแยกต่างหาก - Standard precaution - พัฒนา QR Code ให้ผู้ป่วยและญาติคัดกรองความเสี่ยงของตนเองก่อนเข้าโรงพยาบาล
OPD	- เลื่อนนัด ลดแออัด - tele – consultation - tele – medicine - ส่งยาทางไปรษณีย์ - จุด screening ผู้ป่วย ญาติ - เจ้าหน้าที่	- ผู้ป่วย Non COVID-19 กลับเข้าสู่ระบบมากขึ้น - กรองผู้ป่วยในระบบ Digital ร่วมกับ primary care - พัฒนาระบบ Application ที่ใช้ อสม. และ รพ.สต เป็น center ประเมินและส่งต่อผู้ป่วย - แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม 1. ไม่ต้องมาโรงพยาบาล 2. F/U แบ่งออกเป็น tele – consult, tele - medicine 3. ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล 3.1 จัดระบบคิวนัดเหลื่อมเวลา 3.2 จัดระยะห่าง 3.3 Standard precaution - ส่งยามาที่ รพ.สต. - เจาะ LAB ที่ PCU/รพ.สต. และนำส่งมาที่โรงพยาบาล รายงานผล Online
IPD	- เลื่อนนัดคนไข้ผ่าตัด คนไข้ที่ต้องนอนโรงพยาบาล - จำกัดญาติเฝ้าได้ 1 คน และงดเยี่ยมทุกกรณี	- Social distancing (จัดสิ่งแวดล้อมใน Word เตียงห่างกัน 2 เมตร) - Cohort word สำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ - Standard precaution - พัฒนาหุ่นยนต์จ่ายยาและส่งยา รางส่งยาหุ่นยนต์พูดกับพยาบาล - Central monitor, กล้องวงจรปิดมีไมค์

	Active phase	Transitional phase
OR	- เลื่อน case elective ทำเฉพาะ emergency และ urgency case โดย Standard precaution เต็มรูปแบบ - PPE safety	- กลับมาผ่าตัดเหมือนเดิม - Screening PCR Covid test ทุกราย ก่อนทำหัตถการ - Standard precaution - ดมยาแบบ RSI - ให้ผู้ป่วยกักตัวอยู่บ้านก่อนมา Amid ผ่าตัด 14 วัน
Pharmacy	- Standard precaution - จัดโครงสร้างอุปกรณ์ป้องกัน ฉากกั้น - Tele – medicine - ส่งยาทางไปรษณีย์/ รับยาร้านยา	- จัดโครงสร้างอุปกรณ์ป้องกัน - Tele-medicine - Application on mobile phone, VDO call - ในยาเคมีบ าบัดที่ประเมินแล้วว่ามีความปลอดภัยในการให้สูง สามารถเตรียมยาใส่ในอุปกรณ์ที่สามารถให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านได้ (มีการพัฒนาอุปกรณ์นี้อยู่โดยโรงพยาบาลรามาธิบดี) โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
Lab	- Standard precaution - จัดโครงสร้างอุปกรณ์ป้องกัน ฉากกั้น	- จองคิวเจาะเลือด online จาก application และ kios - ควบคุมปริมาณคนต่อพื้นที่ - จัดระบบเครือข่ายจัดเก็บตัวอย่างผ่าน logistic - รายงานผล online - ให้คำปรึกษาทางห้องปฏิบัติการ ทาง tele – conference - Standard precaution

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical success factor)

2.1 การสื่อสารที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและทั่วถึง ตั้งแต่นโยบายระดับประเทศ กรมการแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับต่างๆ ลงไปจนถึงผู้ปฏิบัติบุคลากรทุกระดับ

2.2 ในโรงพยาบาลมีความตระหนักและเข้าใจในนโยบายและความสำคัญของสถานการณ์โรคในปัจจุบัน ทำให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจ ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดมากขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

2.3 การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงทั้งในเรื่องอุปกรณ์ คน และปัจจัยด้านต่างๆ

3. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

3.1 เมื่อเริ่มปฏิบัติเพื่อป้องกันการระบาดมากขึ้น ได้ประชุมเพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ลงมือปฏิบัติและนัดประชุมรายสัปดาห์ เพื่อเมื่อพบปัญหาที่หน้างานจะได้นำมาปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทุกระดับ

3.2 ปัญหาเรื่องข้อมูลแนวทางการปฏิบัติสื่อสารไม่ถึงทุกคนในโรงพยาบาล ทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน แก้ปัญหาโดยการเน้นย้ำให้หัวหน้าในทุกระดับสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน และผู้บริหารลงไปสื่อสารเองในระดับบุคคลเพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่น

4. การเรียนรู้

เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคระบาดหรือเหตุการณ์ไม่ปกติอื่นในด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ระดับปฏิบัติทราบนโยบายและสามารถ าไปปรับใช้ในโรงพยาบาลได้เหมาะสม ถูกต้องกับบริบทที่แตกต่างกันไป ต้องสื่อสารเป็นระยะๆเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไวมาก และต้องอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรเต็มที่ในการปฏิบัติงาน

5. โอกาสและการพัฒนา

นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการระบาดครั้งนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันต่อไปเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำใหม่ และให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล และเตรียมพร้อมเสมอเพื่อรองรับการระบาดครั้งต่อไป







ARI



OPD




Lab

Pharmacy

การจัดระบบดูแลผู้ป่วยในห้อง Modify AIIR

ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ ยุวลี ฉายวงศ์ เพียงใจ โพธิ์เงิน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. วิธีการดำเนินการ

วันที่ 16 เมษายน2563 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้รับผู้ป่วย PUI ผู้ป่วยชายสูงวัย ชาวสปป.ลาว มาตามนัดตรวจที่ OPD เคมี ดวยอาการไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูกร่วมกับอุจาระร่วงหลังได้รับยาเคมีบำบัด 14 วัน เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/chest X - Ray ผล chest X - Ray พบ Pneumonitis แพทย์วินิจฉัย ให้เข้าข่าย PUI ส่งตรวจ Swab PCR ครั้งที่ 1 ผล Negative ส่งตรวจ Swab PCR ครั้งที่ 2 ผล Negative และยืนยันซ้ำด้วยผล CT Chest ระหว่างการรอผลวินิจฉัยผู้ป่วย BP drop จำเป็นจะต้องเข้ารับการดูแลในห้องที่มีความพร้อมของเครื่องช่วยหายใจเข้าข่าย PUI ที่มีความเสี่ยงสูงในการแพร่กระจายเชื้อ เพราะอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นหัตการที่เกิด Aerosol จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลในห้อง modify AIIR โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพึ่งทำการติดตั้งห้องเสร็จ ทีม IC จึงต้องจัดระบบการใช้ห้องและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การใช้ห้องมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.1 กำหนดเขตพื้นที่เนื่องจากการจัดทำห้อง modify AIIR ได้จัดทำลักษณะเป็นกล่องที่อยู่ในห้อง Isolate จึงมีประตู 2 ชั้นระหว่างประตูมีพื้นที่ห่างกัน 3 เมตร จึงทำการกำหนดพื้นที่แยกส่วนประกอบด้วย

1.1.1 พื้นที่เป็นเขตสะอาดกำหนดไว้นอกห้อง บริเวณหน้าประตูนอกสุด

1.1.2 พื้นที่กึ่งสะอาดกำหนดพื้นที่หลังประตูนอกสุดเข้าไปหาประตูหน้ากล่อง 2 เมตร

1.1.3 พื้นที่ปนเปื้อเป็นพื้นที่ติดประตูหน้ากล่องออกมาไม่เกิน 1 เมตร กำหนดให้เป็นเขตดูแลผู้ป่วยและถอดชุด PPE

1.2 กำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

1.2.1 กิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติและอยู่ในห้องด้วยตนเองมากที่สุด และอยู่เฉพาะในห้อง

1.2.2 กิจกรรมการพยาบาล จะกำหนดกิจกรรมเข้าปฏิบัติให้สั้นและจำนวนน้อยครั้งที่สุด

1.3 บุคลากรผู้ดูแลกำหนดให้บุคลากรจาก ICUเป็นหลักและต้องผ่านการฝึกทบทวนทักษะการสวมใส่ชุด PPE ล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน

1.4 การดูแลอุปกรณ์ชุด PPE บริหารจัดการโดยทีม SA โรงพยาบาล

1.5 การทำความสะอาดห้องขณะใช้งาน ทำความสะอาดวันละหนึ่งครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Pose cresol หรือ Sodium hypochlorite

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 ผู้ป่วย PUI ได้รับการดูแลในห้อง modify AIIR เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จำนวน 1 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2563)

2.2 คลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

2.3 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในห้อง modify AIIR ในระดับดี

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

3.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในห้อง modify AIIR

3.3 ระบบการใช้ห้องไม่ซับซ้อน

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา

- ห้องมีพื้นที่จำกัด ทำให้การกำหนดพื้นที่ต่างๆ แยกจากกัน ด้วยการใช้เส้นแบ่งเขต
- พื้นที่สะอาดจะรวมอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ทำให้การควบคุมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องระมัดระวังการหยิบจับของผู้ไม่รู้
- ห้องจะมีข้อจำกัดในเรื่องห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย

การแก้ไข

- มีการซักซ้อมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในการใช้พื้นที่
- ใช้ตู้เก็บของที่มีประตูปิดล๊อคได้
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องถ่ายอุจาระปัสสาวะ ในอุปกรณ์ที่ใช้แล้วทิ้ง เช่ ถุงแดง แพมเพิส ถุงรองรับสิ่งคัดหลั่ง

5. การเรียนรู้

5.1 ต้องมีการนำหลักวิชาการการจัดระบบห้อง modify AIIR สู่การปฏิบัติในบริบทที่แท้จริง

5.2 การกำหนดกิจกรรมทั้งของบุคลากรและผู้ป่วยต้องประยุกต์ไปตามห้องที่มี

6. โอกาสพัฒนา

การพิจารณาการติดตั้ง modify AIIR ครั้งต่อไปจะต้องพิจารณาการบริการและการดูแลหน่วยบริการที่จะติดตั้งด้วย เช่นหากหน่วยบริการเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ปกติควรพิจารณาขนาดพื้นที่ห้องเพิ่มขึ้น หากติดตั้งเพื่อทำหัตถการใช้เวลานานใช้ขนาดห้องเท่าเดิมได้





การฝึกปฏิบัติการสวมใส่ PPE สำหรับบุคลากร

ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ สุเมธา ขวัญส่ง ทรรศนีย์ นครชัย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. วิธีการดำเนินการ

เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจะต้องมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน แต่เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่ได้เป็นหน่วยรับผิดชอบโรคติดต่อ จึงทำให้บุคลากรขาดทักษะในการใช้ชุด PPE อีกทั้งชุด PPE ไม่เพียงพอต้องประยุกต์ใช้หลายรายการ เพื่อให้บุคคลกรและผู้รับบริการปลอดภัยจากโรคโรค COVID-19 กลุ่มงานวิชาการพยาบาล จัดการหน่วยฝึกสอน สาธิต และปฏิบัติการสวมใส่ PPE ดังนี้

1.1 ทีมวิชาการพยาบาล ศึกษาการใช้ PPE ในหน่วยงานเฉพาะที่เกี่ยวข้องและเลือกหน่วยงานที่ใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาล

1.2 จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสัมผัสแต่ละระดับ โดยยึดแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรคและกรมการแพทย์

1.3 สำรวจวัสดุการแพทย์และอุปกรณ์ป้องกันในโรงพยาบาล เพื่อปรับใช้ให้เหมาะกับบุคลากรสัมผัสแต่ละระดับ

1.4 จัดให้มีห้องฝึกปฏิบัติการณ์ พร้อมสื่อวิดีโอ การสวมใส่

1.5 ทำการสอนทฤษฎี และปฏิบัติในช่วงบ่ายของทุกวัน โดยทีม IC เปิดสอนวันแรก 18 มีนาคม 2563

1.6 ทบทวน และปรับการเลือก PPE สำหรับบุคลากรในสถานพยาบาลทุกเช้าก่อนการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการปรับจากส่วนกลางอยู่ต่อเนื่อง

1.7 ทำการทบทวนการสวมใส่จากหน้างานทุกครั้งที่มี PUI โดยทีม SAT

1.8 จัดทำภาพประกอบการสวมใส่ PPE ติดตั้งยังหน่วยบริการรับผู้ป่วยสงสัย และติดเชื้อโรค COVID-19

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 320 คน ประกอบด้วย

- 2.1.1 แพทย์
- 2.1.2 พยาบาล
- 2.1.3 เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ
- 2.1.4 เจ้าหน้าที่สนับสนุนทั้งส่วนของโรงพยาบาลและ out source

2.2 ผู้เข้าอบรมผ่านการประเมินเกณฑ์กำหนดร้อยล 80

2.3 ผู้เข้าอบรมมีความมั่นใจในการสวม ถอดชุด PPE ร้อยละ 85

2.4 ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจระดับดีมากร้อยละ 90

2.5 DIY อุปกรณ์ PPE ที่ยังไม่สามารถนำเข้าได้ จำนวน 3 ประเภท ประกอบด้วย

- 2.5.1 Face shield
- 2.5.2 leg cover ผลิตจาก non-woven และใช้ถุงพลาสติกแบบยาว
- 2.5.3 Hood ผลิตจาก non-woven

2.6 เพิ่มคุณค่าด้านจิตใจ

พยาบาล: ขอบคุณนะคะที่ช่วยจัดการฝึกปฏิบัติ ยังคิดอยู่เลยว่าจะใส่อะไรก่อนหลัง แต่ที่สำคัญถอดอย่างไร กลัวทำไม่ถูก ดูวิดีโอไม่เหมือนคนชี้แนะค่ะ เห็นจุดปรับปรุงได้ทันที ทำให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นว่าการใช้อุปกรณ์ PPE สำคัญที่คนใช้นี่ละค่ะ

พนักงานเปล: ผมคลายความกังวลลงเยอะเลยครับนี่ถ้าไม่ได้ทบทวนและฝึก ผมก็ไม่รู้ว่าอันที่เคยปฏิบัติมา มันพอเพียงต่อโรคนี้หรือเปล่า การมาเรียนมาฝึกทำให้ผมรู้ว่าทุกคนทุกระดับมีความสำคัญทั้งนั้นในการดูแลป้องกันโรคโควิดนี้

แม่บ้าน: ขอบคุณนะคะที่ไม่ลืมพวกเราให้เกียรติ ให้ความสำคัญต่อการที่แม่บ้านอย่างพวกป้าจะไปทำงาน

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 บุคลากรมีความเข้าใจในสถานการณ์และให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประยุกต์อุปกรณ์ของใช้ที่มีอยู่แล Recycle

3.2 ความหวาดกลัวต่อการระบาดของโรค ความรับผิดชอบต่อหน้าที่และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

3.3 ประชาชนให้กำลังใจและให้การสนับสนุนอุปกรณ์ที่ขาด

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา

1. อุปกรณ์ในการใช้ฝึกไม่เพียงพอ
2. แนวปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงวันต่อวัน

การแก้ไข

1. รับบริจาคจากบุคลากรในโรงพยาบาลจากประชาชนทั่วไปและบุคลากร ระดมผู้มีความรู้ ความสามารถทั้งในและนอกโรงพยาบาล สร้างประดิษฐ์อุปกรณ์ที่มีอยู่มาใช้แทน PPE ที่ขาด
2. มีผู้นำรับผิดชอบติดตามสถานการณ์ และนำสู่การทบทวนและปรับเปลี่ยนก่อนการเรียนการสอนทุกเช้า

5. การเรียนรู้

5.1 การใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน (PPE)บุคลากรทุกระดับจะต้องมีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้หลงลืมและมีความพร้อมอยู่เสมอ

5.2 การให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่บุคลากรทุกระดับเป็นการทบทวนวิธีปฏิบัติพร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร

6. โอกาสพัฒนา

6.1 ควรจะต้องมีห้องฝึกปฏิบัติสำหรับบุคลากรประจำและกำหนดให้มีการฟื้นฟูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6.2 สื่อการสอนจะต้องตรงกับอุปกรณ์ที่มีอยู่จริงของแต่ละโรงพยาบาล

6.3 ควรมีการจัดความรู้ทบทวนในภาพรวมของกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง


ยินดีต้อนรับ
นักรบ
ชุดขาว





การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในสถานการณ์โควิด “ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรไม่ติดเชื้อ

สุกัญญา กาญจนบัตร โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ “COVID-19” การแพร่ระบาดเริ่มจากมณฑลอู่ฮั่นของประเทศจีนและกระจายไปในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบรายงานการติดเชื้อรายแรกในปลายเดือนมกราคม 2563 และมีการแพร่ระบาดในหลายพื้นที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ได้ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดดังกล่าว มีการดำเนินการตามนโยบายทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร สถานที่ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ต่างๆ ในการรองรับสถานการณ์เพื่อให้พร้อมบริการ โดยเน้นความปลอดภัยของบุคลากร ผู้ป่วย และผู้รับบริการเป็นสาคัญ สรุปภาพรวมการดาเนินงาน ดังนี้

1.1 การประกาศนโยบาย การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.2 จัดประชุมบุคลากรเพื่อสื่อสารความเข้าใจและสร้างความตระหนักในการเตรียมความพร้อมเพื่อการรับมือภาวะวิกฤติ ระดับโรงพยาบาลและประสานระดับจังหวัด/เขต

1.3 สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ พร้อมทั้งกาหนดแนวปฏิบัติในการประเมิน คัดกรอง การเฝ้าระวัง การทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ชัดเจน

1.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล เตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อ โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น การใส่ชุด PPE การทำความสะอาด และระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วย

1.5 Re-design infrastructure ตามหลักการบริหารจัดการสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง Cohort War การจัด Isolate room การจัด ward รับผู้ป่วยสังเกตอาการ 15 วัน ปรับปรุงห้องผู้ป่วย รวมถึงปรับปรุงระบบระบายอากาศทั้งใน OPD และตึกผู้ป่วยใน

1.6 กำหนดวิธีการ Stock การรายงานและการเบิกจ่ายรวมทั้งกาหนดผู้รับผิดชอบเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จาเป็นให้พร้อมใช้งาน Mask N95 ชุด PPE Alcohol gel 70% Alcohol

1.7 พัฒนาระบบบริการ กระบวนการบาบัด โดยยึดหลัก 2P safety ได้แก่ กระบวนการรับผู้ป่วย การสัมภาษณ์ซักประวัติ และการตรวจประเมินโดยแพทย์ โดยมีการจัดตั้งฉากอะคลิลิคได้มาตรฐาน และเว้นระยะห่างในการสนทนากับผู้ป่วย รวมทั้งจากัดกลุ่มกิจกรรมบาบัดต่างๆ ให้เน้นการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร และการให้ญาติเยี่ยมผ่านทาง Video Call เป็นต้น

1.8 จัดระบบบริการแบบใหม่ New normal medical services ได้แก่ New design nursing process การใช้ช่องทาง social network ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น Application LINE, Online group, online counseling, health education ผ่าน Video, Tele medicine, การส่งยาทางไปรษณีย์ การนัด Follow up ห่างขึ้น การพัฒนาระบบการติดตามผลในรูปแบบใหม่

1.9 การนาเทคโนโลยีมาช่วยในการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การให้บริการ เช่น E-learning สาหรับบุคลากร Video conference

1.10 มีการประชุมติดตามสถานการณ์ ประชุมทบทวน ปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 มีวัสดุอุปกรณ์ตามมาตรฐานที่จำเป็นเพียงพอต่อการใช้งาน Mask, N95, ชุด PPE, Alcohol Gel, 70% Alcohol, Face shield

2.2 บุคลากรมีการใช้หน้ากากอนามัยร้อยละ 100 และใช้ตรงตามมาตรฐานความปลอดภัย

2.3 บุคลากร ผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อราชการได้รับการประเมินคัดกรองตามระบบร้อยละ 100

2.4 สามารถให้บริการผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ทั้ง OPD case และ IPD case ได้ตามปกติ โดยปฏิบัติตามมาตรฐาน New normal medical services

2.5 มีแนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในช่วงสถานการณ์ COVID-19

2.6 บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ

2.7 ผลการดำเนินการประเมินคัดกรองผู้ป่วย ผู้รับบริการ บุคลากร ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2563 ไม่พบผู้ป่วยเข้าข่าย PUI บุคลากรปลอดภัยไม่ติดเชื้อ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

6.1 ในฐานะเป็นผู้บริหารด้านการพยาบาลได้คิดและวางแผนล่วงหน้าและได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลให้เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนา ปรึกษากับทีมผู้ปฏิบัติโดยตรงอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอและสามารถติดต่อให้คาปรึกษาได้ตลอดเวลา

6.2 บุคลากรมีความตื่นตัว มีการทางานเป็นทีม ร่วมแรงร่วมใจ มีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

6.3 ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นจากหน่วยงานส่วนกลาง ได้รับความร่วมมือของหน่วยงานเอกชน องค์กรภายนอก ประชาชนผู้มารับบริการอย่างรวดเร็ว

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve) ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
- วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีจำกัดในระยะแรก	- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น การจัดซื้อ การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชน - สร้างการร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรในการประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อใช้ในการให้บริการ
- บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน	- มีการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักให้กับบุคลากรทุกวัน ผ่าน Application LINE, Video conference หนังสือแจ้งเวียน การสื่อสารผ่านหัวหน้างานแต่ละระดับลงสู่ผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากร การจัดอบรม ฝึกทักษะ จัดทำแนวปฏิบัติ - ออกแบบแนวทางบริการพยาบาลวิถีใหม่ New normal nursing process
- ความพร้อมด้านอาคารสถานที่ในการให้บริการเพื่อการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ	- ขอรับการสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการ Re-designs structure -ปรับปรุงสถานที่ จุดให้บริการตามหลักการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อให้ได้ตามมาตรฐาน

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
- การสื่อสารกับผู้รับบริการ	- จัดบุคลากรคอยให้คาแนะนาผู้มารับบริการ การแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์ Application LINE การจัดป้ายประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน
- การประสานงานเครือข่าย	- กำหนดแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยและประสานการส่งต่อกับเครือข่าย - สร้างนวัตกรรม/Clip VDO การแนะนาผู้ป่วยเพื่อลดการบริการแบบ face to face

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 ความรักและสามัคคีคือพลังอันยิ่งใหญ่ สามารถช่วยให้การทำงานในทุกสถานการณ์ผ่านไปด้วยดี

5.2 ทำไป เรียนรู้ไป ตามหลัก PDCA เกิดนวัตกรรม

5.3 การคิดนอกกรอบและกล้าทำในสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติ New normal

5.4 การนำ IT มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริการ

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 การพัฒนานวัตกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ line counseling, video conference, training online

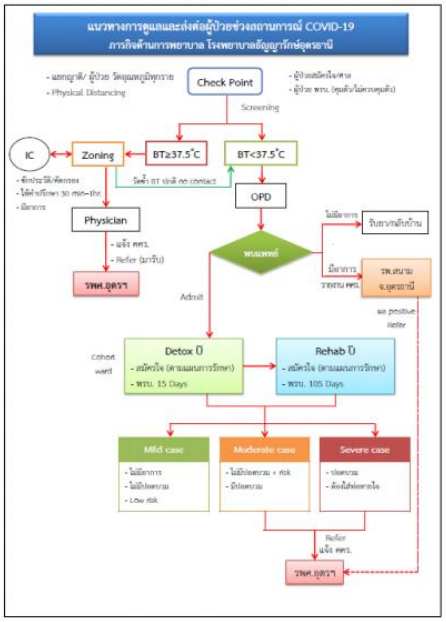
6.2 ระบบการบำบัดแบบ New normal กำหนดมาตรการ Physical distancing, Isolation and quarantine ในแต่ละกลุ่ม New design nursing process

6.3 Re-design infrastructure เพื่อเตรียมความพร้อมในทุกสถานการณ์





จัดทำคำแนะนำการบริการผ่านช่องทาง YouTube



จัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยช่วงสถานการณ์ COVID-19







การเว้นระยะห่างทางสังคมในการตรวจรักษาและทำกลุ่มบำบัด และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยพยาบาลวิชาชีพ

ภาพที่ 1 ปรับกระบวนการแบบใหม่ New Normal Medical Service

บทเรียนการจัดบริการงานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ลดความแออัด

ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ สุวิญญา ธนสีลังกุล ชญานิศ ชำนาญจันทร์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. วิธีการดำเนินการ

งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ได้รับนโยบายลดแออัดในโรงพยาบาลมาเมื่อช่วงปลายปี 62 จนเกิดสถานการณ์โรคระบาด Covid19 จากประเทศจีนจนเข้าสู่ไทย และเริ่มมีการระบาดในจังหวัดอุดรธานีรายแรกเดือนมีนาคม 63 งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ได้นำแนวทางปฏิบัติตามกรมควบคุมโรคและกรมการแพทย์มาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการในช่วงที่มีการระบาดหลายประการด้วยกัน อีกทั้ง จึงปรับรูปแบบและจัดสถานที่ระบบนัด รวมถึง flow งานในส่วนต่างๆ ดังนี้ งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษาได้ย้ายสถานที่บริการใหม่ อาคารรังสีรักษาและเวชศาตร์นิวเคลียร์ จึงได้มีการปรับสถานที่ให้เหมาะสมให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการแพร่ระบาด ของ Covid-19 และ TB ดังนี้

จัดกลุ่มผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ UDCH
2. กลุ่มผู้ป่วยต้องการคำแนะนำและ/ หรือการดูแลเบื้องต้นที่รพ.ใกล้บ้านได้
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่ยังต้องตรวจติดตามหรือทานยาต่อเนื่องที่บ้านได้

ระบบบริการ

1. จัดให้มีจุดคัดแยกก่อนเข้าตึกรังสีรักษาและเวชศาตร์นิวเคลียร์ ดังนี้

- มีการวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้าอาคาร กำหนดให้ใส่ mask ทุกราย สติกเกอร์วงกลมสีเขียว เป็นสัญลักษณ์พร้อมปรับช่วงเวลาคัดแยกเร็วขึ้น (จากเดิม 7.30 น. เป็น 7.00 น.)
- เจ้าหน้าสวมใส่ PPE ตามกำหนดและปรับตามที่มีข้อหนดใหม่ทุกวัน
- ร่วมประชุมและทบทวนกรณีมีเคส PUI เข้าไปที่คลินิกเฉพาะทางโดยไม่ผ่านจุดคัดแยกและพยายามปิดช่องทางเข้าอาคารให้เหลือน้อยที่สุด

2. มีการปรับ Flow การให้บริการ และสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ป้องกันเพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการให้และรับบริการดังนี้

ฉากป้องกันละอองน้ำลาย Face Shield อุปกรณ์ช่วยกดแอลกอฮอล์ล้างมือ/เครื่องจ่ายแอลกอฮอล์ล้างมืออัตโนมัติ mark จุด social distancing สติกเกอร์สัญลักษณ์ที่ติดแน่นทั้งวัน

3. จัดเก้าอี้นั่งรอตรวจ social distancing 1.5 – 2 เมตร จัดที่นั่งแยกโซนผู้ป่วย ที่มีอาการไข้ ไอ และ On tracheostomy

4. ใช้ระบบ Fast track ในผู้ป่วย Neutropenia

5. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ให้ญาติรอข้างนอก หรือมาคนเดียว หากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีญาติ 1 คน. มีระบบนัดล่วงหน้าทาง electronic (อนาคตหากเป็นไปได้นัดล่วงหน้าร้อยละ 100 ยกเว้น emergency

6. นัดผู้ป่วย 25 ราย/ แพทย์ 1 คน (รวม new case) 3 ห้องตรวจ โดย

- นัดเป็นช่วงเวลา ชั่วโมงละ 10 ราย (รวมทุกห้องตรวจ)
- ห้องใส่แร่ นัดวันละไม่เกิน 6 ราย
- เวชศาสตร์นิวเคลียร์ นัดวันละไม่เกิน 6 ราย

7. ระบบโทร/Video call ติดตามอาการ และตรวจประเมินอาการโดยแพทย์ ระบบส่งยาทางไปรษณีย์ => กลุ่มผู้ป่วยรับยาฮอร์โมน และยาแก้ปวด

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 จำนวนผู้ป่วย

ก่อนปรับ	80 – 90 ราย/วัน	ลดลงร้อยละ
หลังปรับ	60 – 65 ราย/วัน	25 - 28

2.2 จำนวนญาติ

ก่อนปรับ	160 – 240 คน/วัน	ลดลงร้อยละ
หลังปรับ	60 – 65 คน / วัน	62 - 72

2.3 เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ มีความวิตกกังวลการติดเชื้อโรคโควิคในการให้และรับบริการในแผนกรังสีในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 ผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญและให้กำลังใจ

3.2 ความรักและสามัคคีของทีม การสื่อสารด้วยพลังบวก การให้กำลังใจกันและกัน เมื่อมีข้อผิดพลาด การมองเห็นว่าเราเป็นทีมเดียวกัน สามารถช่วยให้การทำงานในทุกสถานการณ์ผ่านไปด้วยดี

3.3 นโยบายที่ชัดเจนเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกปลอดภัย เมื่อต้องปฏิเสธหรืออื่นๆ ที่ขัดกับความปกติที่ผู้รับบริการปฏิบัติ ในช่วยเปลี่ยนผ่านช่วงแรก

3.4 การไม่ยึดติดกฎระเบียบเดิมๆ

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา

1. ความไม่เข้าใจของผู้รับบริการ ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการใหม่เพื่อป้องกันการระบาด
2. สถานที่คับแคบ

การแก้ไข

1. ผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญและปรึกษาทีมงานผู้มีความรู้ความเข้าใจ มีนโยบายชัดเจนและสนับสนุนทีมในการจัดระบบบริการ เพิ่มแนวทางการให้ข้อมูลและเป็นไปในทิศทางเดียวกันที่แผนกบริการของโรงพยาบาล
2. จัดบริการด้านหัตถการไปยังหอผู้ป่วยในที่อยู่ใกล้กับแผนกรังสีรักษา

5. การเรียนรู้

5.1 ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ช่วยทำให้สิ่งที่คิดว่าเป็นไปไม่ได้หรือเปลี่ยนได้ยากนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในทันที

5.2 รูปแบบแนวทางการปฏิบัติงานใหม่

5.3 การใช้สื่อ social media ในการให้ Health literacy และตรวจรักษาในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มได้

6. โอกาสพัฒนา

6.1 พัฒนารูปแบบการนัดหมายและสร้างค่านิยมในการมาโรงพยาบาลตามเวลานัดหมาย

6.2 วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย พบแพทย์ทาง Online เพิ่มขึ้นแต่ต้องคำนึงถึงมาตรฐานและความจำเป็น ซึ่งการวิเคราะห์อาจจะต้องร่วมวิเคราะห์ในภาพรวมของ 7 + 1

บทเรียนการจัดเตรียมห้องพัก PUI ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ ยุวลี ฉายวงศ์ เพียงใจ โพธิ์เงิน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. **วิธีการดำเนินการ**

วันที่ 13 มีนาคม 2563 รับผู้ป่วยพระภิกษุไทยวัยกลางคนเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ณ หอผู้ป่วยรวมชายด้วยอาการไอ หายใจ หอบเหนื่อย นอนได้ 1 คืน อาการหอบรุนแรงขึ้น จำต้องเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ผล film X - Ray: unexplained pneumonitis with ARDS ร่วมกับอาการหอบที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและอยู่ช่วงระบาดโควิด อีกทั้งกิจวัตรก่อนป่วยท่านธุดงค์ไปหลายจังหวัด ทำให้เข้าข่าย PUI จึงดำเนินกาส่ง Swab PCR ช่วงที่รอผลตรวจมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่ง ณ ในเวลานั้น ทางโรงพยาบาลมะเร็งเองยังมิได้มีแผนการรับผู้ป่วยสงสัยหรือโควิดที่ชัดเจน แต่ได้มีการร่างแนวทางปฏิบัติไว้เบื้องต้นแล้ว การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับกรณีผู้ป่วยรายนี้ จึงใช้แยกผู้ป่วยมาเข้าห้องเดี่ยว ซึ่งเป็นห้องเดี่ยวที่อยู่ในพื้นที่ที่เคยใช้เป็นห้อง ICU อุปกรณ์ส่วนใหญ่โดยเฉพาะไปป์ไลน์ยังคงใช้การได้ดี ทำการแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นให้การพยาบาลแบบแยกและเข้าทำหัตถการเฉพาะที่จำเป็นรอผลตรวจโควิด เวลา 17.00 น ในวันที่ 15 มีนาคม 2563 ผลตรวจพบว่าเป็นลบ ระหว่างรอผลตรวจประมาณ 16 ชั่วโมง บุคลากรมีความกังวลใจอย่างสูง เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง การแพร่กระจายเชื้อนอกจากเป็น droplet transmission แล้วยังเป็น aerosol อีกด้วย วันที่ 16 มีนาคม 2563 จึงนำข้อมูลทบทวนและเรียนผู้อำนวยการเพื่อหาแนวทางพัฒนาอย่างเร่งด่วน ท่านผู้อำนวยการเห็นควรที่เราจะต้องมีห้องความดันลบอย่างเร่งด่วเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จึงได้มีการสั่งการให้ดำเนินการติดตั้ง ณ ห้องแยกเดิมที่เป็นเพียง Isolate room เป็น Modified AIIR สามารถใช้งานได้ตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2563 เป็นต้นมา

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีห้อง Modified AIIR 1 กล่อง ขนาดกว้าง 3 เมตร ยาว 3 เมตร สูง 2.5 เมตร ติดตั้งอยู่ในห้อง Isolate room ที่มีพื้นที่กว้าง 4 เมตร ยาว 6 เมตร สูง 2.5 เมตร

2.2 งบประมาณ 400,000บาท (สี่แสนบาทถ้วน)

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 ผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญ

3.2 การมีแนวร่วมที่ดีเห็นประโยชน์ต่อส่วนร่วมมากกว่าทำการค้า จะสามารถติดตั้งอุปกรณ์ได้อย่างรวดเร็ว

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา การค้นหาแหล่งผลิตแหล่งติดตั้งต้องอาศัยผู้มีความรู้ความเข้าใจในระบบการทำงานและบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี จึงจะสามารถกำหนดและตัดสินใจในการติดตั้ง

การแก้ไข ผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญและปรึกษาทีมงานผู้มีความรู้ความเข้าใจตรวจสอบสถานที่ ตรวจสอบบริษัทที่ดำเนินการโดยยึดคุณสมบัติพึงมีเป็นพื้นฐานประกอบการตัดสินใจที่เร่งด่วน

5. การเรียนรู้

5.1 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับโรคโควิดที่เป็นห้องความดันลบ แต่ละโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีเป็นพื้นฐาน

5.2 ในสถานการณเร่งด่วน ต้องอาศัยอำนาจตัดสินใจจากผู้บริหารระดับสูงเพื่อลดขั้นตอนทางราชการ

6. โอกาสพัฒนา

ควรมีอำนาจบริหารการเงินการคลังในสถานการณ์ฉุกเฉินแก่ผู้บริหารส่วนภูมิภาคควบคู่กับการสั่งการพระราชกำหนดฉุกเฉิน





บทเรียนการบริหารจัดการหน้ากากชนิด Surgical mask และ N-95 และ PPE ส่วนอื่น

ธวัช อิงศิโรรัตน์ ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. วิธีการดำเนินการ

กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ได้รู้จากภายนอกว่าหน้ากากอนามัยหาซื้ออยาก ร้านขายยาเริ่มจำกัดการขายต่อคนและราคาเริ่มสูงขึ้นจากเดิม จึงคาดการณ์ได้ว่าหน้ากากอนามัยจะขาดตลาด บริษัทจะไม่สามารถส่งหน้ากากอนามัยให้โรงพยาบาลตามแผน เพื่อให้หน้ากากพอเพียงต่อการใช้งานและบุคลากรปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ ปลอดภัยจากการบริการด้านเคมีบำบัด และจาก COVID-19 ที่เริ่มระบาด คณะกรรมการจัดการวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยการนำของประธานคณะกรรมการ คือ นายแพทย์ธวัช อิงศิโรรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร่วมกับภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้ปรึกษาและจัดการประชุมออกมาตรการใช้หน้ากากป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจ (รายละเอียดแนบท้าย) เป็นการกำหนดการใช้หน้ากาก แต่ละประเภท แต่ละหน่วยบริการทำการปรับวิธีการเบิก–จ่ายหน้ากากอนามัย และ N95 ให้มีผู้รับผิดชอบเบิกจากคลังจำนวนน้อยลง หน่วยงานที่จะเบิกได้เป็นงานบริการด่านหน้าที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ผู้รับผิดชอบเบิกจากคลังจะรับผิดชอบจ่ายให้เป็นรายบุคคลโดยกำหนด 1 คน/ 1 วัน/ 1 ชิ้น กำหนดการใช้หน้ากาก N95 ให้ใช้วงแคบลง คือ ใช้เฉพาะผสมยาเคมี บริหารยาเคมี และการสัมผัสผู้ป่วย TB ระยะ active และผู้ป่วย COVID-19 เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 จนถึงปัจจุบัน

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 จำนวนหน้ากากอนามัยจ่ายออกจากคลังวัสดุ

ก่อนออกมาตรการ	219 กล่อง/เดือน	อ้างอิงข้อมูลเดือนมกราคม 2563
หลังปรับมาตรการ	153 กล่อง/เดือน	อ้างอิงเดือนมีนาคม 2563

2.2 บุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีหน้ากากอนามัยใช้เป็นไปตามตามมาตรการและแผนที่วางไว้ตั้งแต่ประกาศใช้มาตรการจนถึงปัจจุบัน

2.3 มีการใช้หน้ากาก N95 ตามมาตรฐาน เพียงพอต่อการใช้ในผู้ป่วย PUI ที่ผ่านมา

2.4 หน้ากาก N95 ที่ใช้บริหารยาเคมี ปรับมาใช้ N99 หน่วยผสม 1คน/ 1 วัน หน่วยบริหารยา 1คน/ 1 อาทิตย์ (จุดนี้นำเครื่องอบแสง UV มาช่วยในการ Reuse)

2.5 .ยังไม่มีข้อร้องเรียนต่อการไม่มีหน้ากากใช้ของบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วย

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 บุคลากรให้ความร่วมมือ

3.2 การวิเคราะห์ วางแผนตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

3.3 ผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญ

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา การกำกับวัสดุ PPE ของคณะกรรมจัดการวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ดำเนินการได้เป็นบางส่วน เช่น หน้ากากอนามัย เสื้อกันเปียกที่ไม่มีหมวก เป็นส่วนที่เคยมีในคลังเดิมก่อนโรค COVID-19 ระบาด

การแก้ไข มอบให้คณะกรรมการ IC บริหารจัดหา และจัดจ่ายในส่วน PPE ที่จัดหามาเพิ่มเติมและเร่งด่วนไปก่อนในช่วงระบาดนี้

5. การเรียนรู้

5.1 การปรับมาตรการการใช้วัสดุที่ท้องตลาดมีความต้องการใช้สูงทำได้เร็วและชัดเจน จะช่วยให้การใช้หน้ากากมีประสิทธิภาพ

5.2 มาตรการการปรับการใช้ต้องให้สอดคล้องทั้งบริบทและหลักวิชาการ

5.3 การปรับวิธีการที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยบริการ ต้องเริ่มจากการรับฟังความคิดเห็นและหาข้อยุติร่วมกันจากตัวแทนทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง ไม่ควรออกคำสั่งเลย

6. โอกาสพัฒนา

6.1 ควรจัดทำคลัง PPE ส่วนกลางไว้ใช้เฉพาะเวลาเกิดโรคระบาด อาจจัดเป็นคลังกลางรวมสถานบริการที่คล้ายคลึงกัน เช่น คลัง PPE 7+1 เพื่อเป็นคลังสำรอง

6.2 มีการกำหนดการเบิกจ่ายของแต่ละหน่วยให้เบิกได้ตามบริบทที่รับผิดชอบ เช่น รับผิดชอบคัดแยกสามารถเบิก PPE อะไรได้บ้าง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง: บทบาทความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสาธารณสุข ในการป้องกันเชื้อไวรัส COVID-19

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปางตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ซึ่งถือได้ว่าทีมงาน EOC ของจังหวัดลำปาง นำโดยผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง ได้มีแนวปฏิบัติและมาตรการในการป้องกันเชื้อไวรัส COVID -19 อย่างเข้มข้น ตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของการระบาด ซึ่งทำให้จังหวัดลำปางพบผู้ติดเชื้อเพียง 4 ราย จำกัดอยู่เพียงหมู่บ้านเดียว ไม่มีการระบาดในวงกว้าง และปัจจุบันผู้ป่วยรักษาหายแล้ว ไม่มีผู้ติดเชื้อเพิ่ม จากสถานการณ์ความสำเร็จดังกล่าว โรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยยึดหลักกระบวนการทำงาน ดังนี้

1.1 กำหนดทีมรับผิดชอบให้ชัดเจน ในช่วงเริ่มต้นของสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 การสั่งการหรือมอบหมายงานมาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพียงผู้เดียว ต่อมาจำเป็นต้องมีการประสานงานหลายๆ เรื่อง กับทั้งทางกรมการแพทย์และจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยกำหนดทีมให้สอดคล้องกับทางจังหวัดลำปาง โดยผู้อำนวยการเป็นผู้บัญชาการ (Incident Commander) ประกอบด้วยทีมประเมินสถานการณ์ (SAT) ทีมปฏิบัติการ (Operation) ทีมการเงิน (Finance) ทีมจัดหาพัสดุ (Logistics) ทีมประชาสัมพันธ์และรายงานความเสี่ยง (Risk relation) และทีมประสานงานและเลขานุการ (Liaisons) ขับเคลื่อนระบบโดยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและกรมการแพทย์ไปพร้อมๆ กันทำให้การทำงานแบ่งหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนและทำงานได้รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์

1.2 ติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความเสี่ยงเหตุการณ์การเฝ้าระวัง เตรียมความพร้อมทุกสถานการณ์ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล สำหรับภายในโรงพยาบาลมีการรายงานเฝ้าระวังผู้ป่วย pneumonia ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางประจำวัน ส่วนภายนอกโรงพยาบาลมีการประสานงานและติดตามการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในระดับประเทศและระดับลำปาง อาทิเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานจังหวัดลำปาง

1.3 เตรียมบุคลากรและทรัพยากรให้พร้อมเสมอ มีการซักซ้อมบุคลากรแผนการตั้งรับตามสถานการณ์ การสวมใส่ PPE ด้านทรัพยากร โรงพยาบาลจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ PPE ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โดย 1) ประสานงานหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเพื่อประเมินความต้องการขอสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ หรือการปรับปรุงสถานที่หรือสิ่งก่อสร้าง สำหรับภารกิจการรับสถานการณ์โรค COVID-19 2) ประสานกับหน่วยงาน หรือองค์กร หรือเอกชนจากภายนอกโรงพยาบาล ที่ประสงค์จะบริจาควัสดุ สิ่งของ ครุภัณฑ์ ต่างๆ 3) กำหนดหลักเกณฑ์ และแนวทางการปฏิบัติการรับและจ่ายสิ่งของบริจาค

1.4 ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ปลอดการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ของจังหวัดลำปางเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีการดำเนินการชัดเจน กำหนดให้โรงพยาบาลมะเร็งลำปางดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ PUI และ asymptomatic mild case นอกเหนือจากนั้นจะ refer ไปโรงพยาบาลลำปางเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง มีการประสานความร่วมมือทั้งจังหวัดโดยจัดทีมอายุรแพทย์ไปดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงที่โรงพยาบาลเกาะคา ดำเนินการจัดตั้ง ARI clinic และ isolation room จัดระบบคัดกรองและแบ่งแยก (screening & zoning)

1.5 พัฒนาศักยภาพการบริการตรวจไวรัส COVID-19 ในเขตสุขภาพ เพื่อรองรับการให้บริการตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 ในเขตสุขภาพที่ 1 ให้ครอบคลุมและทั่วถึง ให้บริการรวดเร็วต่อความต้องการตรวจของประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยง ทีมบริหารโรงพยาบาลได้ทบทวนศักยภาพของโรงพยาบาลพบว่าสามารถตรวจ RT-PCR ได้ กำลังดำเนินการปรับห้องปฏิบัติการตรวจให้สามารถดำเนินการได้ประมาณเดือนมิถุนายน 2563

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 ไม่พบผู้ป่วย PUI ในโรงพยาบาล

2.2 การดำเนินการในรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด มีการประสานงาน เชื่อมโยงข้อมูลและเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยไปด้วยกัน

2.3 บริหารจัดการทรัพยากรที่ขาดแคลนให้มีใช้งานอย่างเพียงพอและต่อเนื่องภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้มีการแบ่งปันสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่มีมากพอจำนวนหนึ่ง เช่น กล่องอะคริลิก ให้กับโรงพยาบาลในภาคีเครือข่าย เช่น เกาะคา และโรงพยาบาลลำปาง

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ด้านนโยบาย และผู้บริหาร โดยผู้บริหารทุกระดับต้องติดตามสถานการณ์ให้เป็นปัจจุบัน มีนโยบายที่ชัดเจน และการสั่งการต้องมีความเด็ดขาด

3.2 ผู้ปฏิบัติสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ มีความร่วมแรงร่วมใจ สามัคคี ไม่ย่อท้อและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้ตลอดเวลา รับแรงกดดันได้ทั้งภายในและภายนอก

3.3 หน่วยงานต่างๆ ที่ขอสนับสนุน ต้องมีความเข้าใจ ความเป็นไปได้ เป็นไปไม่ได้ หรือข้อจำกัดของการดำเนินการของกลุ่มฯ

3.4 ผู้บริจาคสิ่งของ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากระบบราชการมีกระบวนการจัดหาที่ใช้เวลา แต่สิ่งของบางอย่างไม่ต้องจัดหาตามระบบ เนื่องจากได้รับบริจาคมา สามารถจัดการจำหน่าย จ่ายแจกให้หน่วยงานได้ทันที

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ความล่าช้า ความไม่เข้าใจ หรือข้อจำกัดในการจัดหาไม่ได้ เช่น หน้ากาก N95 ชุด PPE เป็นต้น

4.2 การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ การเน้นย้ำเรื่องการสื่อสารทั้งภายในและภายนอก การตั้งวาระการประชุมเพื่อหามติและข้อสรุป การกระตุ้นผู้รับผิดชอบให้หาช่องทางการปฏิบัติที่รวบรัด รวดเร็วขึ้น แต่ไม่ผิดกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การระบาดของโรคที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ภายใต้ความกดดัน และการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานให้ทันตามสถานการณ์ เกิดระบบให้บริการแบบ new normal medical service ให้เอื้อต่อการให้บริการในอนาคต ลดการแออัดในโรงพยาบาล มีการใช้ช่องทางอื่นๆ ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น โทรศัพท์และวิดีโอคอล การส่งยาทางไปรษณีย์ การนัดหมายเหลื่อมเวลาในการเข้ารับบริการ เป็นต้น

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

พัฒนาระบบการนัดหมายผ่าน LPCH Easy การตรวจรักษาทางไกล และการค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 เชิงรุก



การเตรียมความพร้อมรองรับการให้บริการ ผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชุติวรรณ วิวัฒนาสิทธิพงศ์ ชลิยา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ต้องรับผู้ป่วยส่งต่อจาก 5 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร และมีช่องทางติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านคือประเทศลาวและประเทศกัมพูชา ซึ่งในสถานการณ์ COVID ก็ยังมีผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีจึงได้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2563 และเมื่อมีแนวโน้มของการระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้น จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสถาการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ปิดช่องทางเข้าออกของโรงพยาบาลให้เหลือ 2 จุด และตั้งจุดคัดกรองเพื่อคัดกรอง วินิจฉัย แยกผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พร้อมทั้งจัดตั้งคลินิกไข้หวัด (Fever and ARI Clinic) ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2563 จนถึงปัจจุบัน (ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2563 รวม 42 วันทำการ) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังไปปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป และลดการแพร่กระจายเชื้อและช่วยให้การคัดกรองผู้ป่วยมีความถูกต้อง รวดเร็วและตรงกับโรค โดยมีการจัดหมุนเวียนอัตรากำลังออกมาให้บริการผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว แบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี จากแพทย์ พยาบาล หน่วยงานสนับสนุน เช่น เอกซเรย์ เภสัชกรรม ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และงานสนับสนุนอื่นๆ เมื่อสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่เป็นระยะเวลา 28 วัน (เป็นระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรค) จึงได้มีการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ เพื่อให้ทราบผลของการดำเนินการที่ผ่านมา เพื่อการเรียนรู้และปรับปรุงการพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

ผลการดำเนินการเตรียมความพร้อมสถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีได้มีการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน โดยสามารถนำเสนอผลการดำเนินการในรูปแบบตารางและข้อความบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง และค้นหาผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2563

การบริการคัดกรอง	จำนวนผู้รับบริการ	
	รายใหม่ (เดือน พ.ค.)	สะสม (คน)
1. การคัดกรองรวม	2,174	51,154
2. Acute respiration Infection: ARI Clinic	1	219
- URI		38
- Bronchitis	1	26
- Common cold		22
- Allergic		19
- Acute tonsillitis		8
- Acute pharyngitis		36
- Fatigue		12
- Anxiety		2
- ไม่พบอาการผิดปกติ		56
3. Self Quarantine 14 วัน	0	7
- บุคลากรมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง (ญี่ปุ่น) = 4 คน		
- บุคลากรสัมผัสกับบุคคลที่มาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง = 1 คน		
- บุคลากรปฏิบัติงานที่ ARI Clinic (มีไข้) = 1 คน		
- ผู้ป่วยรับ Refer จากพื้นที่เสี่ยง (กรุงเทพและปริมณฑล) = 1 คน		
4. ผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามเฝ้าระวังโรค เข้าเกณฑ์การสอบสวน (Patient under investigation : PUI)		4
- ผู้ป่วย = 2 คน (ผล 2019-nCoV PCR Negative)		
- บุคลากรทางการแพทย์ = 2 คน (ผล 2019-nCoV PCR Negative)		
5. ผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	-	0

จากตารางที่ 1 พบว่า โรงพยาบาลมีดำเนินการคัดกรองจำนวนทั้งสิ้น 51,154 ราย มีอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.32 ของจำนวนผู้ผ่านการคัดกรอง การบริการคลินิกไข้หวัด เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2563 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 219 ราย จากการดำเนินการพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.83 ของผู้มารับบริการ ณ คลินิกไข้หวัด ซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกรายไม่พบเชื้อ

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการการพัฒนาระบบการบริการ โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาร่วมการตรวจรักษา และติดตามผู้ป่วยทางไกล (ข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ ถึง 6 พฤษภาคม 2563)

การบริการ	จำนวนผู้รับบริการ (คน)
1. ตรวจรักษาและติดตามผู้ป่วยทางไกลผ่านระบบเครือข่ายโทรศัพท์และแอพพลิเคชั่นไลน์	1,160
2. จัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ทางไปรษณีย์	84

จากตารางที่ 2 พบว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการบริการ โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาร่วมการตรวจรักษา และติดตามผู้ป่วยทางไกล พร้อมบริการส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงของการได้รับเชื้อจากการเดินทางเพื่อมารับบริการในโรงพยาบาล โดยการเลื่อนระยะเวลาของการรักษา อ้างอิงตามหลักวิชาการและประวัติการรักษาของผู้ป่วย

จากผลการดำเนินการ จะเห็นได้ว่า บุคลากรและผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมีความตระหนักรู้เท่าทันต่อสถานการณ์สุขภาพ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เกิดความร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาระบบการดูแล ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขพัฒนาดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการประสานในหน่วยงาน ระดับจังหวัด เครือข่าย ระหว่างประเทศ เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประเทศกัมพูชา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและการดูแลรักษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ในการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โดยทำจากวัสดุที่หาได้ภายในพื้นที่ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือและบริจาคจากภาคีเครือข่ายและภาคเอกชนต่างๆ ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดปัญหาการขาดแคลนวัสดุบางอย่างในชั่วขณะได้ ซึ่งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้มีการบริหารจัดการควบคุมในเรื่องอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ค่อนข้างดี ทำให้การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ให้การบริการผู้ป่วยได้เพียงพอ และสำรองไว้ได้จำนวนหนึ่ง และมีการดำกับติดตามโดยคณะกรรมการ COVID ของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors)

ประเทศไทยเคยมีประสบการณ์ในการรับมือกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อาทิเช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) หรือโรคเมอร์ส รวมถึงเคยมีการจัดซ้อมแผนเพื่อรับมือกับสถาการณ์การระบาดของโรค จึงเป็นปัจจัยในการดำเนินงานที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ดังนี้

2.1 เป็นสถานการณ์ของโรคติดเชื้อที่ทั่วโลกให้ความสนใจ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับประเทศ ส่งผลต่อการระดมทรัพยากรและความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (มีการสนับสนุนเต็มกำลังและไม่ปฏิเสธเมื่อถูกร้องขอ)

2.2 เป็นสถานการณ์ที่พอมีระยะเวลาในการตั้งรับ สามารถปรับตัวและทบทวนกระบวนการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อลดโอกาสของการได้รับเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างทันท่วงที

2.3 มีผู้นำที่เข็มแข็ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ส่งผลให้เกิดความยืดหยุ่นภายในองค์กร สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินงานตามการเปลี่ยนแปลงของสถาการณ์ของโรคได้อย่างรวดเร็ว

2.4 มีการระดมทรัพยากรง่าย เพราะระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อตอบโต้สถาการณ์ฉุกเฉินที่มีทรัพยากรเป็นของตนเอง

2.5 มีเครือข่ายระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบ

2.6 คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานมาก่อน

3. ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาด (Pandemic) ทั่วโลก และมีผลกระทบในวงกว้าง	1. การค้นหาความรู้จากสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ และการให้ความรู้จากวิทยากรที่มีประสบการผ่านช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์ 2. ประสานขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อของเขตสุขภาพ ในการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในระบบการเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วย 3. ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลสนามของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วย
2. มีการแพร่ข่าวที่เป็นเท็จ ส่งผลให้เกิดความตื่นตระหนกในสังคม	1.จัดทำช่องทางการสื่อสารผ่านแอพลิเคชั่นไลน์ โดยมีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ COVID ของรพ.มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อให้ความรู้ ตอบโต้สถานการณ์ ให้ข่าวและการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว
3. บุคลากรไม่มีทักษะพิเศษในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลระบบ Class C	1. มีการจัดโครงการ Trainer for Training : พัฒนาศักยภาพสร้างพยาบาลพี่เลี้ยงการสวม-ถอดอุปกรณ์การป้องกันส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มทักษะให้กับบุคลากรอย่างรวดเร็ว และมีการจับคู่ในการฝึกปฏิบัติ มีการสอนและฝึกซ้อมการใส่ PPE ที่ถูกต้องให้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ เป็นต้น
4. ห้องแยกโรค (Isolation Room) ที่คลินิกไข้หวัดไม่สามารถให้ผู้ป่วยพักรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RT-PCR) ซึ่งต้องใช้เวลา 6 - 8 ชั่วโมง เนื่องจากไม่มีห้องน้ำบริการสำหรับผู้ป่วย	1. ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การสอบสวน (PUI) ไปยังโรงพยาบาลสนาม เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ 2. จัดทำแผนปรับปรุงห้องแยกโรคแบบ modified ที่ OPD และ IPD

4. การเรียนรู้ (Lesson Learn)

หน่วยงานได้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน จากการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน สามารถสัมผัสได้ถึงความมีน้ำใจ การให้ความร่วมมือของเครือข่ายในการทำงานร่วมกันและการระดมทรัพยากรที่ทำได้รวดเร็วทาง social network รู้จักแหล่งที่จัดซื้อ หรือสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทำให้ได้ขยายขอบเขตการทำงานของตนเองและการปฏิบัติ

ตาม Incident commander ซึ่งมีการปรับแผนตลอดเวลา (ในช่วงที่ index cases รายแรกของจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2563) การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่ไม่รู้เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือระดับสูงสุด เกิดการทบทวนความรู้และระดมสมองในการกำหนดแนวทางและมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สามารถติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไปถึง 5 เท่า จึงเป็นความท้าทายในการดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งและบุคคลากรเกิดความปลอดภัยสูงสุด

5. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

เนื่องจากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสที่มีการปรับเปลี่ยนเสมอ ต้องมีการปรับองค์กรและตนเองเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของทีมในการฝ้าระวังและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ Rapid Response Team ซึ่งมีความสำคัญมาก ทางโรงพยาบาลจะต้องมีแผนพัฒนาศักยภาพของทีมให้มีความรู้และทักษะในโรคติดเชื้อหรือโรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ให้ความพร้อมอยู่เสมอ รวมทั้งการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น อาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และทรัพยากรบุคคล โดยต้องวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันและจัดทำแผนพัฒนาให้สอดคล้องกัน

6. ประมวลภาพการถอดบทเรียน

การจัดตั้งจุดคัดกรองบริเวณหน้าประตูทางเข้าอาคาร ณ งานพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป และงานพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา เพื่อตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย ผู้มารับบริการ และบุคลากร โดยทำการวัดอุณหภูมิ Verbal Screening และล้างมือด้วย Alcohol Gel ก่อนเข้าภายในอาคาร และติดสติกเกอร์สีเขียวที่หน้าอก



ภาพที่ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์คัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



ภาพที่ 1 การสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี การล้างมือ 7 ขั้นตอน ในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจน

ปรับปรุงแบบฟอร์มคัดกรองการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยอ้างอิงจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งพัฒนาให้เป็นในรูปแบบฉบับ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ภาษาลาว ภาษากัมพูชา (ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากเจ้าของภาษา) และให้มีความสะดวกสอดคล้องเหมาะสมกับบริบท



ภาพที่ 2 แบบฟอร์มคัดกรองการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

จัดตั้งคลินิกไข้หวัด (Fever and ARI Clinic) และเตรียมห้องตรวจแยกโรค (Isolation room) และพื้นที่แยกเพื่อรองรับผู้ป่วย ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



ภาพที่ 3จัดตั้งคลินิกไข้หวัด (Fever and ARI Clinic) และเตรียมห้องตรวจแยกโรค (Isolation room)



ภาพที่ 4 การพัฒนาศักยภาพสร้างพยาบาลพี่เลี้ยงการสวม - ถอดอุปกรณ์การป้องกันส่วนบุคคล

เพิ่มความปลอดภัย เพิ่มระยะห่าง (Social Distancing) โดยจัดระยะห่างระหว่างการขอเข้ารับบริการ ณ จุดคัดกรองและในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล



ภาพที่ 5 เพิ่มความปลอดภัย เพิ่มระยะห่าง (Social Distancing)

- การตรวจรักษา และติดตามผู้ป่วยทางไกล พร้อมบริการส่งยาทางไปรษณีย์



ภาพที่ 6 การตรวจรักษา และติดตามผู้ป่วยทางไกล พร้อมบริการส่งยาทางไปรษณีย์

สรุปผลการดำเนินงานการให้บริการปรึกษาแพทย์ทางไกลและการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยของไวรัส SARCoV-2 ที่ทำให้เกิดโรค COVID-19 ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 จนปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางสาธารณสุขมากมายทั้งมิติการควบคุมป้องกันโรค การคัดกรองการดูแลรักษา โดยที่ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน อัตราการแพร่ระบาดสูงขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขที่มีหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิและในกรมการแพทย์ที่มีหน่วยบริการเฉพาะทางที่เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่างๆ ได้มีมาตรการการจัดเตรียมทรัพยากรและระบบเพื่อรองรับการดูแลรักษา ตามคาดการณ์สถิติทางระบาดวิทยากรณีฉากทรรศน์ต่างๆ หนึ่งในกระบวนการรองรับนอกจากมุ่งเน้นที่การพัฒนาหน่วยคัดกรอง หน่วยส่งต่อ การดูแลผู้ต้องสงสัยติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อ ยังมีประเด็นหลักในการลดการแออัดในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคต่างๆ มีการงด ลด เลื่อนการดูแลผู้ป่วยปกติกรณีที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน ซึ่งได้รับการร่วมมืออย่างดีจากประชาชน ทำให้การเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน การทำหัตถการ ภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 40 – 60 ผู้ป่วยที่มีภาวะ COVID-19 มีอัตราการตายสูงในผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคร่วม และมีอัตราการแพร่กระจายเชื้อสูงโดยที่ไม่มีอาการ (asymptomatic) กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย (mild) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติดพบว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง (vulnerability) ยังพบว่าการมุ่งเน้นให้ความสำคัญยังมีไม่มาก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ได้มีการทบทวน ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดสถานการณ์การดูแลรักษา โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งใช้มาตรฐานการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงจากกรมการแพทย์โดยนำมาปรับใช้ในบริบทโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และแอลกอฮอลล์ การบำบัดรักษาหลักที่เป็น evidence-based คือการให้การดูแลด้วยจิตสังคมบำบัด ซึ่งมีทั้งแบบกลุ่มและแบบเดี่ยว ใช้เวลาในการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยระยะเวลาบำบัดเข้มข้นที่ยาวตั้งแต่ 30 -120 วัน ต่อด้วยการติดตามการบำบัดรักษาที่ใช้เวลาอย่างน้อย 12เดือน ในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย(patient safety) พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดแอลกอฮอล์ บุหรี่ ที่ยังคงใช้อยู่ (active use) คุณลักษณะร่วมกันที่สำคัญคือ การขาดการควบคุมตนเองขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนตัวและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม ทำให้ยากในการควบคุมดูแลสุขอนามัยหรือจำกัดบริเวณ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (physical distance) นอกเหนือจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง (มีความซับซ้อนและเสพซ้ำบ่อย ที่ต้องบำบัดเข้มข้น) กลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ติดเชื้อ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนสูงหากมีภาวะCOVID-19

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยยึดหลักการคัดกรอง การลดแความแออัด การให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (COVID-19 in Substance use disorder) มีการทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ (SAMSHA:USA) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2545 (ผู้ป่วยบังคับบำบัด) กฎหมายการครอบครองการจำหน่าย การบริหารยากลุ่มยาเสพติด (methadone) วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (benzodiazepine) โดยการหารือไปยังคณะกรรมการอาหารและยา ส่งผลให้เกิดการปรับกระบวนการ เกณฑ์การดูแลผู้ป่วย อาทิ เกณฑ์คัดกรอง การบริหารจัดการเตียง การพัฒนาระบบ non-physical contact addiction treatment and care ด้วยการสร้างระบบการให้การปรึกษาทางไกลผ่านนัดโดยแพทย์และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โดยมีกระบวนการต่างๆ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาสั้น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 9 เมษายน ถึงปัจจุบัน (5 ครั้ง: สรุป 7 พฤษภาคม 2563)

หลักการและเหตุผล

1. ผู้ป่วยยาเสพติดและแอลกอฮอลล์ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสน้อยในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (accessibility, inequity, vulnerability)

2. ผู้ป่วยยาเสพติดและแอลกอฮอลล์ โดยมากเป็นผู้ป่วยที่ขาดการควบคุมตนเอง (impulsivity, frontal lobe disinhibition) และขาดการดูแลสุขอนามัยตนเอง (poor self-care)

3. มาตรการทางกฎหมายส่งเสริมให้มีการลดการเคลื่อนย้ายของประชาชน และเพิ่มระยะทางระหว่างบุคคล

4. ความแออัดและการรอคอยในการเข้ารับการบำบัดที่นาน เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีความรุนแรงเสพซ้ำมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น

5. อันตรายต่อตนเอง และสังคมจากปัญหายาเสพติดที่เป็นผลกระทบจากสภาวะทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ทำให้มีความจำเป็นเร่งด่วนในการค้นหา การเร่งให้การดูแล ดูแลต่อเนื่องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดที่รุนแรงมากขึ้น

6. ผลกระทบทางจิตใจส่งผลให้เกิดการกลับไปใช้ซ้ำ การกำเริบ การเริ่มใช้มากขึ้น หากขาดการดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการลดการเคลื่อนย้าย ลดการรวมกลุ่ม ลดความแออัด ลดการรอคอย และเพิ่มการเข้าถึงการเข้ารับบริการบำบัดรักษา

2. เพื่อมุ่งเน้นความปลอดภัยของบุคลากรจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ขณะให้บริการบำบัดรักษา

วิธีการดำเนินการ

1. มีการจัดประชุมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยมีแพทย์เป็นแกนนำร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยตกลงใช้ระบบเทคโนโลยีพื้นฐานที่มีการใช้แพร่หลาย (line) และได้มีการปรับเกณฑ์การให้บริการ (inclusion) กระบวนการดูแล ปรับผังการดูแล (flow) ทั้งหมด 2 ครั้ง

2. การทดลองใช้กับผู้ป่วยจำลอง และผู้ป่วยจริง

3. ปรับผังการดูแลโดยเชื่อมโยงเข้ากับระบบเอกสาร การใช้linkเพื่อชำระเงิน การจัดนำส่งทางไปรษณีย์

4. การประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่เตรียมการจำหน่า

5. ปฏิบัติจริงวันที่ 9 เมษายน 2563 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า มีผู้สนใจมากขึ้น จึงเพิ่มเป็นสัปดาห์ละสองวัน (วันอังคาร และวันพุธ)

6. ทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประชุมกลุ่มย่อย

ผลการดำเนินการ

1.ด้านปริมาณ

	ผู้ป่วยนัดทั้งหมด (คน)	ไม่เข้าเกณฑ์ telemed (คน)	เข้าเกณฑ์ telemed (คน)	ได้telemed จริง (คน)	ได้ tele จริง (ครั้ง)	inform consent (คน)	ต้องส่งยา (คน)	ได้รับยา (คน)	ตอบกลับ (คน)	สิทธิบัตร (กรณีมียาต้องส่ง)
รวม	224	77	147	57	62	32	43	32	32	
สาเหตุ		-MMT (methadone maintenance treatment) -บำบัดแบบOPDยังไม่ครบโปรแกรม -จนท.รพ. นวดไทย ทันตกรรม **หมายเหตุ:ตาม inclusion criteria**		-รับยารพ.ใกล้บ้าน -ไม่มี line -ไม่มีinternet banking -ติดต่อไม่ได้/ไม่add line -ไม่สะดวกใช้ VDO call ในช่วงเวลา		-ระหว่างรอเอกสาร (11คน)	-ติดต่อไม่ได้หรือไม่ตอบรับ -ยังไม่ได้ชำระเงิน	-อยู่ในระหว่างการส่งยากลับบ้าน (11คน)		-ชำระเอง 26คน -เบิกตรง 16คน -สปสช 1 คน

ด้านคุณภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป

	จำนวน (ร้อยละ)		**จำนวน (ร้อยละ)**
1. ภูมิลำเนา		**3.ระยะเวลาปกติที่ใช้ในการมา รพ.(ไป-กลับ)**	
เขต 1			
- เชียงราย	8 ราย (12.90)	1-4 ชั่วโมง	8 ราย (12.90)
- เชียงใหม่	16 ราย (25.81)	5-9 ชั่วโมง	29 ราย (46.77)
- น่าน	1 ราย (1.61)	10-14 ชั่วโมง	16 ราย (25.80)
- พะเยา	4 ราย (6.45)	15-19 ชั่วโมง	0 ราย (0.00)
- แพร่	5 ราย (8.06)	20-24 ชั่วโมง	3 ราย (4.83)
- แม่ฮ่องสอน	1 ราย (1.61)	มากกว่า 24 ชั่วโมง	6 ราย (9.67)
- ลำปาง	5 ราย (8.06)		
- ลำพูน	13 ราย (20.97)		
เขต 2		**เฉลี่ย 12.63 ชั่วโมง**	
- พิษณุโลก	1 ราย (1.61)	น้อยสุด 3 ชั่วโมง	
- อุตรดิตถ์	1 ราย (1.61)	มากสุด 48 ชั่วโมง	
เขต 3			
- กำแพงเพชร	4 ราย (6.45)		
- นครสวรรค์	1 ราย (1.61)		
- พิจิตร	2 ราย (3.23)		

	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)
2. อายุ		**4.ค่าใช้จ่ายในการมา**	
- 15 - 24 ปี	4 ราย (6.45)	**รพ. (ไม่รวมยา)**	
- 25 - 34 ปี	30 ราย (48.38)	1 - 500 บาท	12ราย (19.35)
- 35 - 44 ปี	6 ราย (9.67)	501 - 1,000 บาท	30ราย (48.38)
- 45 - 54 ปี	8 ราย (12.90)	1,001 - 1,500 บาท	5 ราย (8.06)
- 55 - 64 ปี	10 ราย (16.12)	1,501 - 2,000 บาท	8 ราย (12.90)
65 - 74 ป	4 ราย (6.45)	2,001 - 2,500 บาท	1 ราย (1.61)
		มากกว่า 2,500 บาท	6 ราย (9.67)
อายุเฉลี่ย 40.48 **ปี**		**เฉลี่ย** 1,251.61**บาท**	
อายุน้อยสุด 22 ปี		น้อยสุด 300 บาท	
อายุมากสุด 69 ปี		มากสุด 4,000บาท	
3. การศึกษา		**6.จำนวนผู้ดูแลที่พามา**	
- ประถมต้น	3 ราย	**โรงพยาบาล** (ไม่รวม	
- ประถมปลาย	7 ราย	ผู้ป่วย) (เฉลี่ย 2.37 คน)	
- มัธยมต้น	15 ราย	0 คน	0 ราย
- มัธยมปลาย	14 ราย	1 คน	9 ราย
- อนุปริญญา	4 ราย	2 คน	28 ราย
- ปริญญาตรี	16 ราย	3 คน	18 ราย
- สูงกว่าปริญญาตรี	2 ราย	4 คน	7 ราย
- ไม่ได้เรียน	1 ราย	5 คน	0 ราย

2.ข้อมูลการรักษา

รายการ	จำนวน (ราย)
1.วินิจฉัยโรคหลัก	
- Alcohol use disorder	23
- Alcohol withdrawal	3
- Methamphetamine use disorder	21
- Methamphetamine use disorder (ice)	3
- Benzodiazepine use disorder	1
- Tramadol use disorder	2
- Insomnia	1
- MDD	2
- Panic	1

รายการ	จำนวน (ราย)
2.วินิจฉัยร่วมทางจิตเวช	
- ไม่มี	25
- Alcohol use disorder	2
- Cannabis use disorder	3
- Methamphetamine use disorder	1
- Nicotine use disorder	3
- Substance induced mood disorder	10
- Substance induced psychosis	6
- MDD	5
- Bipolar I disorder	4
- Schizophrenia	1
- Insomnia	1
- Social anxiety disorder	1
3.วินิจฉัยร่วมทางกาย	
- ไม่มี	33
- Alcohol-related dementia, HT, DLD	1
- DLD	1
- DM	2
- fatty liver	1
- Hepatitis	3
- Hepatitis,HT	2
- hepatitis,HT,DLD	2
- hepatitis,HT,DLD,GA	1
- HT	3
- HT,DLD	3
- HT,epilepsy	1
- Serotonin syndrome	1

3.ข้อมูลการให้บริการ

รายการ		จำนวน (ราย)
1.ระยะเวลาในการ tele med	0-5 นาที	5 ราย
3.08 – 53.25 (เฉลี่ย12.38 นาที)	6-10 นาที	31ราย
	11-15นาที	13 ราย
	16-20 นาที	5ราย
	21-30 นาที	3 ราย
	มากกว่า 30 นาที	5 ราย
2.จำนวนรายการยา (รายการ)	อยู่ระหว่าง 0 – 9 รายการ (เฉลี่ย 4 รายการ)	
3. ระยะเวลาได้รับยา (เดือน)	3 เดือน	22 ราย (ร้อยละ 35.48)
(อยู่ระหว่าง 10 วัน – 3 เดือน)	2 เดือน	4 ราย (ร้อยละ 6.45)
4. คะแนนความพึงพอใจ (เต็ม 10)	8 – 10 (เฉลี่ย 9.03 คะแนน)	
5. ผลการรักษาโรคหลัก	แย่ลง	7 ราย
	คงที่	11 ราย
	ดีขึ้น	44 ราย
6. GAF (Global assessment of functioning scale) การประเมินระดับความสามารถในการใช้ชีวิตทั่วไปของผู้ป่วย (0 แย่ – 100 ดีมาก)		
- 91 - 100 คะแนน (ไม่มีอาการ ทำหน้าที่ได้อย่างดีเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้)		0 ราย
- 81 - 90 คะแนน (มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย ทำสิ่งต่างๆได้ดีในทุกๆ ด้าน)		8 ราย (ร้อยละ 12.90)
- 71 - 80 คะแนน (มีอาการน้อยมาก หากมีอาการเป็นเพียงการตอบสนองต่อความเครียดที่พบได้โดยทั่วไป)		31 ราย (ร้อยละ 50.00)
- 61 - 70 คะแนน (mild) (มีอาการเล็กน้อย ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้)		9 ราย (ร้อยละ 14.52)
- 51 - 60 คะแนน (moderate) มีอาการระดับกลาง เช่นอารมณ์เฉย พูดวกวน สั่นจนควบคุมไม่ได้ มีความยากลำบากในการเข้าสังคม		7 ราย (ร้อยละ 11.29)
- 41 - 50 คะแนน (severe) (อาการรุนแรง เช่น มีความคิดอยากตาย ย้ำคิดจนหยุดไม่ได้ขโมยของ)		2 ราย (ร้อยละ 3.23)
- 31 - 40 คะแนน (สูญเสียความความสามารถในการรับรู้ความจริงหรือการสื่อสาร และด้านสังคมอย่างมาก)		2 ราย (ร้อยละ 3.23)

- 21 - 30 คะแนน (มีพฤติกรรมที่เกิดจากหลงผิดประสาทหลอน หรือบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อสาร หมกมุ่นกับความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สามารถทำอะไรได้ในทุกด้าน)		1 ราย (ร้อยละ 1.61)
- 11 - 20 คะแนน (อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น บางครั้งไม่สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนตัวได้ไม่คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริง)		2 ราย (ร้อยละ 3.23)
- 1 - 10 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา มีความคาดหวังว่าจะตายชัดเจน)		0 ราย
0 คะแนน (ไม่มีข้อมูลพอ)		0 ราย
7. CGI-S (clinical global impression – severity scale) **ค่าตั้งแต่ 1 (ปกติ) -7 (อาการรุนแรงมากที่สุด)**		ค่าเฉลี่ย 3.29 คะแนน
1 คะแนน (normal, not at all ill)		0 ราย
2 คะแนน (borderline mentally ill)		8 ราย
3 คะแนน (mildly ill)		36 ราย
4 คะแนน (moderately ill)		11 ราย
5 คะแนน (markedly ill)		1 ราย
6 คะแนน (severely ill)		4 ราย
7 คะแนน (most extremely ill)		0 ราย
8. CGI-I (clinical global impression – improvement scale) ค่าตั้งแต่ 1 (ดีขึ้นมาก) - 7 (อาการแย่ลงมากที่สุด)		ค่าเฉลี่ย 3.42 คะแนน
1 คะแนน (very much improved)		1 ราย
2 คะแนน (much improved)		10 ราย
3 คะแนน (minimally improved)		31 ราย
4 คะแนน (no change)		9 ราย
5 คะแนน (minimally worse)		5 ราย
6 คะแนน (much worse)		5 ราย
7 คะแนน (very much worse)		1 ราย
9.ความเห็นต่อมาตรการ COVIDในชุมชนที่อาศัย	- เข้มงวดน้อย	1 ราย (ร้อยละ 1.61)
	- เข้มงวดปานกลาง	11 ราย (ร้อยละ 17.74)
	- เข้มงวด	48 ราย (ร้อยละ 77.42)
	- ไม่แน่ใจ	2 ราย (ร้อยละ 3.23)
10. บความรู้เข้าใจและการปฏิบัติตน (distancing ล้างมือ mask)	- ไม่ทราบ	0 ราย
	- ทราบปานกลาง 10 ครั้ง	10 ราย (ร้อยละ 16.13)
	- ทราบดี 52 ครั้ง	52 ราย (ร้อยละ 83.87)

11.ความมั่นใจว่าสามารถแนะนำผู้อื่น เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติตนและการเลือกใช้บริการสาธารณสุขได้	- ไม่ค่อยมั่นใจ - มั่นใจปานกลาง - มั่นใจมาก	20 ราย (ร้อยละ 32.26) 35 ราย (ร้อยละ 56.45) 7 ราย (ร้อยละ 11.29)
12.การใช้โทรศัพท์smart phoneในการติดต่อรพ	- ใช้คล่อง - ให้ญาติช่วย	52 ราย (ร้อยละ 83.87) 10 ราย (ร้อยละ 16.13)
13.ช่องทางรับรู้ข่าวสาร COVID ที่ถนัดหรือใช้บ่อย	- Line - Facebook	58 ราย (ร้อยละ 93.55) 4 ราย (ร้อยละ 6.45)

จากระยะเวลา 5 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง) มีผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ได้ให้การปรึกษาทางไกลโดยแพทย์รับยาทางไปรษณีย์ 57 คน (62 ครั้ง) เป็นเพศชาย 46 คนเพศหญิง 7 คน ผู้ป่วยชาวไทย 55 คน ต่างชาติ 2 คน อายุเฉลี่ย 40.48 (22 – 69) ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมต้นขึ้นไปภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 (49 คน) เขตสุขภาพที่ 2 (2 คน) เขตสุขภาพที่3 (6 คน) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง 11 คน นอกเขตอำเภอเมือง 46 คนจำนวนผู้ดูแลที่พามาโรงพยาบาล (ไม่รวมผู้ป่วย) เฉลี่ย 2.37 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปกลับเฉลี่ย 12.63 (3 - 48) ชั่วโมงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลไปกลับ (ไม่รวมยา) เฉลี่ย 1,251.61 (300 - 4,000) บาท สิทธิการรักษา (กรณีมียา) ชำระเอง 26 คน เบิกตรง 16 คน สปสช. 1 คน วินิจฉัยหลักที่พบบ่อยคือ alcohol use disorder (F10.xx) 26 รายรองลงมาคือ Methamphetamine use disorder (F15.xx) 24 ราย โรคร่วมทางจิตเวชที่พบบ่อยคือ substance induced disorder (secondary psychiatric disease) 16 ราย โรคทางจิตเวชที่เป็นอยู่ก่อน/ เกิดพร้อมกันกับการใช้สารเสพติด (primary psychiatric disease) 12 ราย ใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับสารหลัก 9 ราย ไม่พบโรคร่วมทางจิตเวชหรือการใช้สารเสพติดร่วม 25 ราย วินิจฉัยโรคร่วมทางกายส่วนมากพบในกลุ่ม alcohol use disorder โรคที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง 12 ราย และ alcohol-related liver disease 9 ราย

ผลการรักษาโรคหลักพบว่า ดีขึ้น 44 ราย คงที่ 11 ราย แย่ลง 7 ราย ระยะเวลาในการทำ telemedicine (เวลาช่วงสนทนากับผู้ป่วย) 3.08 – 53.25 (เฉลี่ย12.38) นาที การรักษาด้วยยาร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interview: MI) 43 คน จิตสังคมบำบัดเชิงลึกและการให้คำปรึกษา (ไม่มียา) 14 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจหลักการและเหตุผลในการทำ telemedicine มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลและมาตรการทางสังคมของโรค COVID-19 สามารถนำความรู้ไปใช้กับตนเองและผู้อื่นในการเลือกใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล (literacy) ความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับสูง การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารอยู่ในระดับดี(ตามเกณฑ์ inclusion)

สรุปผลเบื้องต้น

การดำเนินการให้คำปรึกษาทางไกลโดยแพทย์และการส่งยาทางไปรษณีย์เป็นกระบวนการให้บริการที่มีความเหมาะสมโดยเฉพาะในสถานการณ์ไม่ปกติ ที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยผ่านการใช้เทคโนโลยีต่างๆตามบริบท ลดการใช้ทรัพยากร ลดความแออัด และลดการรอคอย ระบบบริการนี้เป็นระบบที่มีใช้อยู่น้อย พบว่าแม้ในช่วงสถานการณ์ที่ไม่ปกติแต่ยังคงต้องมีการบำบัดอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นทางเลือกในการใช้โอกาสจากสถานการณ์นี้ มาช่วยผลักดันให้เกิดขึ้นได้จริงและเหมาะสม และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อการนำไปใช้ในรูปแบบอื่นๆในสถานการณ์รูปแบบวิถีใหม่(new normal)

ผลการดำเนินการเบื้องต้นพบว่าการให้บริการผ่านระบบนี้ สามารถใช้ได้ดีและเข้ากับบริบทผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่อง ที่ผ่านมาผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีการออกจากการติดตามรักษา

เป็นจำนวนมาก จากอุปสรรคทางระยะทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ผลกระทบทางตรงที่เกิดจากการใช้บริการ telemedicine คือการ ลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลา เพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบโดยปกป้องศักดิ์ศรีและการลดความรู้สึกถูกตีตราจากบริการปกติ

การนำผลไปใช้เพื่อการพัฒนา

1. ผู้ป่วยส่วนมากอาการดีขึ้นทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง การสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยพบว่าการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ มีความสอดคล้องกับแบบประเมินมาตรฐานทั้งในด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (global assessment of functioning: GAF) ความรุนแรงของโรค(clinical global impression – severity scale: CGI-S) การดีขึ้นของโรค(clinical global impression – improvement scale: CGI-I)

2. พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการดีขึ้น หรือความรุนแรงน้อย และระดับความสามารถในการทำหน้าที่ดี เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการให้การปรึกษาพบแพทย์ทางไกล (telemedicine)เพียง 5 - 15 นาที (ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด) สามารถนำไปใช้จัดบริการลำดับการบริการและจำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ที่ให้บริการ (revise flow chart) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI)

3. พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้เวลา telemedicine มากกว่า 30 นาที ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคบุคลิกภาพแปรปรวนผิดปกติ สามารถนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีลักษณะใกล้เคียงกันมาใช้จัดบริการแยก เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางหรือให้บริการเชิงลึกด้วยสหวิชาชีพ

4. สามารถประเมินภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย อาทิ สภาพที่อยู่อาศัย การทานยา การเก็บยาได้ในขณะให้บริการ

5. หากมีการเก็บข้อมูลหรือการให้บริการอย่างต่อเนื่อง จะสามารถเห็นผลกระทบ(impact)ที่ชัดเจนทั้งทางคลินิก (อาการดีขึ้น retention rate สูงขึ้น drop out ลดลง) ทางเศรษฐกิจสังคม (ลดเวลาเดินทาง ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระของผู้ดูแล)

6. สามารถนำมาจัดระบบการสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ โดยคำนึงถึงมาตรฐานและกฎหมายที่รองรับ ส่งผลให้เกิดการเร่งการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการให้บริการสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จ (key success factor)

1. มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ชัดเจน
2. มีกระบวนการทำงานและระบุ jobdescription ชัดเจน
3. มีการ informed consent พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด ความเสี่ยง ข้อดี ข้อเสีย ที่ชัดเจน
4. มีอุปกรณ์ hard ware สนับสนุน
5. มี soft ware ที่เอื้อต่อผู้ให้และผู้รับบริการ
6. มีกระบวนการเชื่อมต่อระหว่างการบริการและการเงิน
7. มีการเก็บข้อมูลที่ครบถ้วน
8. มีการทบทวนกระบวนการและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรค

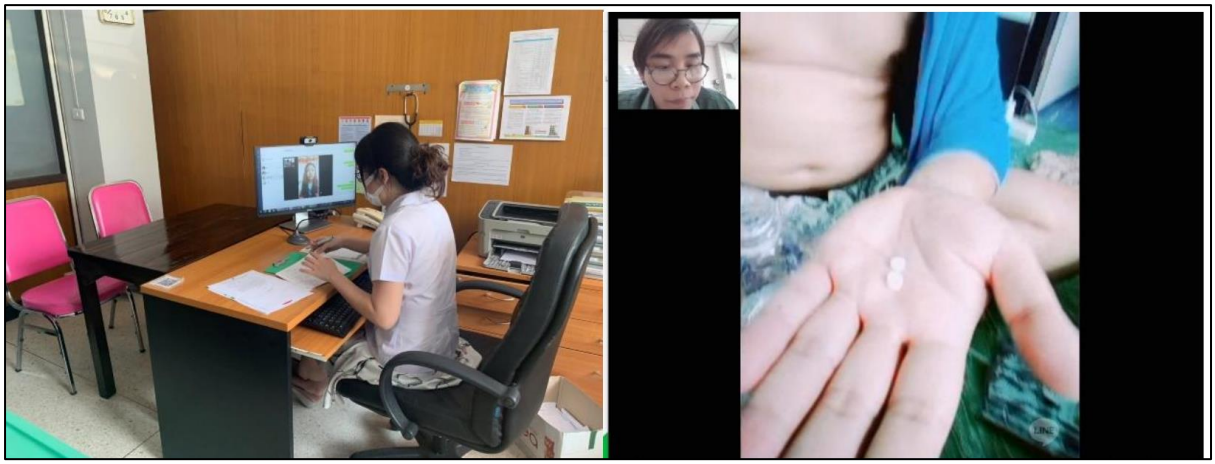
1. ยังขาดโปรแกรมเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการบริการและระบบการเงิน ปัจจุบันใช้ line และการโอนเงินผ่าน online banking ที่แต่ละจุดยังไม่เชื่อมกันต้องใช้ id หรือ QR code ที่ต่างกัน ทำให้เกิดความล่าช้าและต้องติดตามการชำระเงินโดยเจ้าหน้าที่
2. ผู้ป่วยเปลี่ยนที่อยู่หรือเบอร์โทรติด หรือไม่สะดวกติดต่อกลับ ทำให้การนัด การบริการ การชำระเงินล่าช้า
3. ขาดความเสถียรของระบบ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สัญญาณน้อย
4. ผู้ให้บริการยังขาดความมั่นใจในเรื่องกฎหมาย กฎระเบียบรองรับการให้บริการทางไกล
5. ระบบการกระจายหรือระบุเวลานัด telemedicineที่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยกระจุกตัวในช่วงเดียวกัน

โอกาสพัฒนา

1. ควรมีโปรแกรมช่วยในการเชื่อมต่อระบบบริการ telemedicine เข้ากับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง front และ back office
2. ประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ปฏิบัติทุกระดับรับทราบและใช้งานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและถือปฏิบัติเป็นแนวทางบริการในวิถีใหม่ (new normal SUD treatment and care)

แผนพัฒนา

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง มาใช้จัดกลุ่มย่อยเพื่อให้บริการผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ซับซ้อน และผู้ป่วยยาเสพติดที่ซับซ้อน จะช่วยทำให้เกิดการบริการที่เหมาะสมรวดเร็วมีคุณภาพและมีความจำเพาะต่อผู้ป่วยมากขึ้น
2. นำไปใช้พัฒนาการให้บริการต่อยอดในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ อาทิ ผู้ป่วยที่มีปัญหา cognitive impairment จากสารเสพติด การประยุกต์ใช้ในช่วงบำบัด (จิตสังคม) การใช้ติดตามร่วมกับการให้ psychosocial intervention การให้ทานยาต่อหน้าเพื่อป้องกันการขาดยา การทบทวนการใช้ยาอย่างถูกต้อง



ธัญญารักษ์ร่วมใจ ต้านภัยโควิด 19

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

1. วิธีดำเนินการ (Implementation)

Strategy: ตั้งวิสัยทัศน์ในการตัดสินใจ ทำความเข้าใจสถานการณ์ภายใน รพ.และเป้าหมายภารกิจ ธัญญารักษ์ร่วมใจ ต้านภัยโควิด 19 มอบหมายทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน COVID 2019 วางแผนกลยุทธ์ กำหนดแผนปฏิบัติการ

Structure: กำหนดให้สถานการณ์โควิดเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล จัดสรรงบดำเนินงานและงบฉุกเฉินเงินบำรุงและมีช่องทางด่วนรองรับโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจธัญญารักษ์ร่วมใจ ต้านภัยโควิด 19 ถ้าพบกฎระเบียบขั้นตอนที่เป็นปัญหาอุปสรรคให้หารือกับทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทันที ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว

Style: โรงพยาบาลพร้อมดูแลและสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ในภารกิจธัญญารักษ์ร่วมใจต้านภัยโควิด 19 อย่างดีที่สุด โดยใช้เงินสวัสดิการโรงพยาบาลจัดทำกรมธรรม์ประกันชีวิต วงเงิน 100,000 บาท ให้กับบุคลากรชุดแรกที่ปฏิบัติภารกิจ จำนวน 60 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แม่บ้าน รปภ.ประจำจุดคัดกรอง หลังจากนั้นเมื่อได้รับการจัดสรรจากกรม ทำให้บุคลากรทุกคนได้รับการจัดทำกรมธรรม์ นอกจากนี้ยังสนับสนุนอาหารกลางวัน อาหารว่างให้กับ จนท.ประจำจุดคัดกรองทุกวัน

System: เตรียมความพร้อมในกระบวนงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

ระบบคัดกรอง จัดตั้งคลินิก ป(ล)อดโปร่ง (ใช้ชื่อที่ลด stigma กับผู้รับบริการ) เป็น ARI Clinic วางมาตรการคัดกรอง จัดบริการที่สอดคล้องกับมาตรการ social distancing จัดหากล้องตรวจวัดอุณหภูมิแบบอินฟราเรด ปรับปรุงห้องแยกโรคจำนวน 10 ห้อง และ Cohort Ward 2 ward 36 เตียงรองรับผู้ป่วย Mild Case และเตรียมห้องพักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่ต้องกักกันตัวหลังปฏิบัติงานครบ 2 สัปดาห์ จำนวน 20 ห้อง ระบบยาและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สำรอง Surgical Mask หน้ากาก N95 อุปกรณ์ PPE แอลกอฮอล์เจล และ alcohol solution ตั้งแต่เดือนมกราคม ทำให้ช่วงเริ่มมีการระบาดรุนแรงในเดือนมีนาคม โรงพยาบาลมี Surgical Mask 5,000 ชิ้น เพียงพอต่อการใช้ 3 เดือน หน้ากาก N95 200 ชิ้น ชุด PPE 60 ชุด ลดภาระของกรมในการจัดสรรมาสนับสนุน นอกจากนี้กลุ่มภารกิจอำนวยการช่วยสนับสนุนการดำเนินงานโดยร่วมใจจัดทำ Face Shield หน้ากากผ้า ตู้กันละอองฝอย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติภารกิจทุกคนมั่นใจได้ว่าทุกคนในโรงพยาบาลพร้อมที่จะสนับสนุนการทำงานอย่างดีที่สุด

ระบบบริการ ลดความแออัดของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในร้อยละ 50 โดยการเลื่อนนัด บริการส่งยาทางไปรษณีย์ ให้คำปรึกษาผ่านวีดีโอคอล ปรับกิจกรรมบำบัด โดยลดกิจกรรมกลุ่ม เน้นให้คำปรึกษารายบุคคลแบบมีระยะห่างทางสังคม

Staff: จัดทำทีมปฏิบัติภารกิจโควิด 8 ชุด เพื่อให้การทำงานเกิดความต่อเนื่องถ้ามีเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งติดเชื้อ

Skill: ทีม IC ทบทวนองค์ความรู้ ถ่ายทอดและซ้อมแผนปฏิบัติแก่บุคลากร

Share Valued: ดึงจุดแข็งของวัฒนธรรมองค์กร **TYR Teamwork/ Yield Value/ Result based** (ทีมร่วมทำงาน สร้างบริการมีคุณค่า ใฝ่หาผลลัพธ์) มาช่วยสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการบรรลุเป้าหมาย

2. ผลดำเนินงาน (Result)

2.1 ผลการคัดกรอง เดือนมีนาคมและเดือนเมษายน คัดกรองผู้รับบริการ 6,010 คน แบ่งเป็นเสี่ยงต่ำ 5,981คน เสี่ยงสูง 1 คน ประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยง 28 คน ทุกรายติดตามครบ 14 วัน ไม่พบการติดเชื้อ

2.2 ลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกได้ร้อยละ 60 ผู้ป่วยในอัตราครองเตียงจากร้อยละ 87 เหลือร้อยละ 50

2.3 จากการสำรองอุปกรณ์ที่เพียงพอ ทำให้สามารถมอบอุปกรณ์ PPE N95 สนับสนุนการทำงานของโรงพยาบาลขอนแก่น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors)

3.1 VISION & UNDERSTANDING: การสร้างความเข้าใจสถานการณ์และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลและบทบาทของตนเองต่อการสนับสนุนภารกิจแก้ปัญหาการระบาดของโรค ทำให้ทุกคนในโรงพยาบาลร่วมแรงร่วมใจโดยมีเป้าหมายเดียวกัน

3.2 CLARIFY& AGILITY: การจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับสถานการณ์ตั้งแต่ก่อนการระบาด ทำให้สามารถเตรียมการเรื่องสถานที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และแนวทางการทำงาน ให้พร้อมใช้ทันต่อปัญหาการระบาดในพื้นที่มาตรการ 2P Safety ของโรงพยาบาลและการตอบสนองต่อปัญหาที่รวดเร็ว ช่วยสร้างขวัญกำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข (Problem and Solve)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาด (Pandemic) ทั่วโลก และมีผลกระทบในวงกว้าง ประชาชนตื่นตระหนก แนวทางการจัดการไม่ชัดเจนคลุมเครือ	1. ตื่นตัวแต่ไม่ตื่นตระหนก กำหนด vision strategy และสื่อสารกับทุกคนในองค์กร 2. ไม่ประมาท การ์ดอย่าตก ประเมินสถานการณ์และมี AAR ทุกวัน 3. คนสำราญ งานสำเร็จ สร้างขวัญกำลังใจและอยู่เคียงข้างกันในทุกสถานการณ์

5. การเรียนรู้ (Lesson Learn)

ในวันที่มีวิกฤติโควิดสิบเก้า เพียงพวกเราร่วมแรงใจไม่หวั่นไหว
พร้อมมุ่งหน้าฝ่าฟันพร้อมกันไป ภูมิปัญญาพาไทยทุกทางดี
ในวันที่วิกฤติคลายหายหมองเศร้า เพียงพวกเราเรียนรู้เปลี่ยนวิถี
พร้อมสรรค์สร้างสมดุลใหม่ใช้ชีวี อย่ารอรีโลกบังคับปรับเปลี่ยนคุณ

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้รับบริการคุ้นเคยมาช่วยลดขั้นตอนและลดต้นทุนการดำเนินงาน เช่น ผู้รับบริการคุ้นเคยกับการใช้ไลน์ วีดีโอคอลมากกว่า Application อื่น ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้งานมากกว่าการให้คำปรึกษาร่วมกับการส่งยาทางไปรษณีย์ ในผู้ป่วยระยะ After Care ช่วยลดความแออัดโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการ

6.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี health literacy และการเปลี่ยนผ่าน hospital base health care สู่ personal base health care ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยเริ่มจากผู้ป่วยในระยะ After Care ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและรายงานผลให้ผู้บำบัดได้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อช่วยวางแผนในการให้คำปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมผ่านวีดีโอคอล พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดภาระงานในการจัดเก็บข้อมูล

ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อสู้ภัย COVID-19

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนจึงได้มีการวางแผนดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวโดยจัดตั้งคณะทำงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) โดยมีการปรับวิธีดำเนินงานโดยใน ดังนี้

1.1 ด้านการให้บริการ (Service)

1.1.1 ดำเนินการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) แยกออกจากหน่วยบริการผู้ป่วยทั่วไปเพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

1.1.2 ปรับลดการบริการที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ได้แก่

1) เพิ่มช่องทางการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาด้านยาและสารเสพติดออนไลน์หรือทางโทรศัพท์

2) การติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาออนไลน์

3) การให้บริการญาติเยี่ยมออนไลน์

4) การรับยาทางไปรษณีย์ (สำหรับผู้รับบริการสิทธิเบิกจ่ายตรง)

1.1.3 ปรับรูปแบบการรับผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโดยเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคของกรมควบคุมโรคตั้งแต่ระยะแรกรับ

1.1.4 ใช้มาตรการ social distancing ในทุกพื้นที่ให้บริการ และเพิ่มการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในทุกจุดบริการผู้ป่วย

1.2 ด้านโครงสร้างการให้บริการ (Structure)

1.2.1 ปรับให้มีทางเข้าออกเป็นทางเดียวเพื่อให้ผู้ป่วย บุคลากรและผู้มาติดต่อราชการทุกรายผ่านการคัดกรองก่อนเข้าสู่หน่วยงาน

1.2.2 เพิ่มจุดให้บริการล้างมือ (alcohol hand rub)

1.2.3 จัดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลรวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันฝอยละอองและสารคัดหลั่ง

1.2.4 กำหนดจุดพื้นที่ระยะห่างในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน

1.2.5 ปรับเพิ่มระยะห่างของเตียงโดยยึดหลัก social distancing

1.2.6 ปรับปรุงอาคารเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ cohort ward

นอกจากนี้ ได้มีการสื่อสารข้อมูลและสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทุกคนอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดมาตรการการดูแลตนเองในกรณีมีเหตุจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่อย่างเป็นระบบ สร้างมาตรการในการให้บริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 ด้านการคัดกรอง มีผู้ผ่านการคัดกรองจำนวนทั้งสิ้น 4,302 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยในจำนวนนี้พบผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) จำนวน 1 ราย มีผู้เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงจำนวน 5 ราย ใช้การปฏิบัติตัว home quarantine 14 วัน ในจำนวนนี้ 2 รายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจเป็นลบ

2.2 ด้านอุปกรณ์ PPE มีระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ ทำให้ในปัจจุบันมีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้

2.3 จัดตั้ง cohort ward พร้อมรองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง

2.4 ปรับรูปแบบการให้บริการแนวใหม่ เช่น ทางการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาด้านยาและสารเสพติดออนไลน์หรือทางโทรศัพท์ การติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาออนไลน์ การให้บริการญาติเยี่ยมออนไลน์ การรับยาทางไปรษณีย์ (สำหรับผู้รับบริการสิทธิเบิกจ่ายตรง)

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ความร่วมมือและความตระหนักต่อสถานการณ์ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

3.2 การแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนและทำงานร่วมกันเป็นทีม

3.3 การสื่อสารในทีมและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

3.4 การติดตามสถานการณ์และข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

3.5 การกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.6 ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนที่ดีทั้งจากหน่วยงานภายในและภายนอก

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข (Problem & Solve)

4.1 ในระยะแรกบุคลากรบางส่วนยังไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดเนื่องจากประเมินความรุนแรงของสถานการณ์น้อยกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น จึงได้มีการแก้ไขโดยการประชาสัมพันธ์ เน้นย้ำ ชี้แจง และทำความเข้าใจ รวมทั้งมีการทบทวนปรับปรุงแนวทางมาตรการที่ช่วยให้เกิดความสะดวกมากขึ้น

4.2 ในระยะแรกของสถานการณ์อุปกรณ์ PPE มีปริมาณจำกัด แก้ไขโดยการสร้างระบบบริหารคลังอย่างเหมาะสม และจัดทำอุปกรณ์ที่สามารถผลิตขึ้นเองได้

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 การปรับตัว พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อสถานการณ์

5.2 ต้องมีการติดตามข่าวสารสถานการณ์ เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5.3 การสื่อสารที่ชัดเจนและต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจจะทำให้ได้รับความร่วมมือ

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส โดยการสร้างกระบวนการดูแลแบบใหม่ สามารถช่วยลดความแออัดจากผู้ป่วยที่มารับบริการ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

ตารางที่ 1 แผนพัฒนา

ลำดับ	แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	ระยะเวลาดำเนินงาน	งบประมาณ (บาท)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1	พัฒนาระบบการบำบัดรักษาแบบออนไลน์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานจิตวิทยา	1. เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อ การเข้าถึงบริการ การให้คำปรึกษาด้านยาและสารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน 2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการบำบัดรักษาตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง	พ.ค. - ก.ย. 63	24,500	1. เกิดระบบการรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล 2. เกิดระบบการทำจิตบำบัด การปรึกษาครอบครัวบำบัด และกิจกรรมบำบัดต่างๆ ผ่านช่องทางออนไลน์ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
2	พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะแรกรับหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะแรกรับ ให้มีความพร้อมในการคัดกรอง และเฝ้าระวังในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2.เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ จากผู้ป่วยระยะแรกรับสู่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	1 พ.ค. 63 – 31 ก.ค. 63	ประมาณการ 300,000 (รอ 9 พ.ค. 63 ขอยืนยันจากช่างผู้ประเมิน BOQ)	1.ผู้ป่วยระยะแรกรับ ได้รับการคัดกรองดูแลและเฝ้าระวัง อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างมีประสิทธิและมีมาตรฐาน 2.ไม่เกิดการแพร่ระบาดของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากผู้ป่วยระยะแรกรับสู่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 แผนพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	ระยะเวลาดำเนินงาน	งบประมาณ (บาท)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
3	พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่าน Application line (Family Communication by application line)	1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา 2.เพื่อเพิ่มช่องทางในการติดต่อระหว่างญาติและผู้ป่วย 3. ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด	1 เม.ย. 63	งบประมาณ 30,000 บาท	1. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา 2.ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางการติดต่อสื่อสารกัน ผ่าน Application line 3. ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล เสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา



ภาพที่ 1 การดำเนินงานป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

รัชณีย์ วรรณขาม สุนทรพจน์ ชูช่วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

1. วิธีการดำเนินงาน (Implementation)

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิดในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ด้านนโยบาย มีการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่

1.1.1 สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัย 100%

1.1.2 ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ถูกต้องตาม 7 ขั้นตอน

1.1.3 Physical distancing

1.1.4 บุคลากรรายงานตัวทุกครั้งที่กลับจากจังหวัดเสี่ยงหรือสัมผัสกับญาติที่มาจากประเทศเสี่ยง

1.1.5 ยกระดับการสวมเครื่องป้องกันตนเองของบุคลากร ในจุดที่มีความเสี่ยงในการคัดกรองผู้ป่วย

1.1.6 งดการเยี่ยมของญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่สามารถเยี่ยมผ่านระบบออนไลน์ได้

1.2 โครงสร้างในการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.2.1 กำหนดโครงสร้างการทำงานของบุคลากร โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เฉพาะกิจ

1.2.2 ด้านสถานที่ มีการเตรียมสถานที่ เพื่อคัดกรองเฝ้าระวัง และรองรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสCOVID-19 ดังนี้

1) จุดคัดกรองผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 จุด คือ จุดที่ 1 เน้นการคัดกรองเบื้องต้น และจุดที่ 2 ARI CLINIC ซึ่งเป็นการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อ COVID-19

2) จัดให้มีอ่างล้างมืออย่างเพียงพอต่อการใช้งานในโรงพยาบาล

3) จัดเตรียม isolate room สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง

4) จัดเตรียม cohort ward สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยทั่วไปที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง

1.3 ด้านบุคลากร มีการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังสำหรับบุคลากร ดังนี้

1.3.1 บุคลากรที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง และสัมผัสกลุ่มเสี่ยง มีการรายงานอาการในระบบออนไลน์ google form เป็นเวลา 14 วัน

1.3.2 บุคลากรจะต้องปฏิบัติตาม 5 มาตรการอย่างเคร่งครัด มีระบบการติดตามจากสายบังคับบัญชา

1.3.3 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง

1.4 พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยในเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้

1.4.1 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) มีการพัฒนาระบบ ดังนี้

1) การคัดกรองแยกโรค

2) ลดการแออัดในโรงพยาบาลโดยการปรับรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยผ่าน Video call การติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาผ่าน line application

3) การกำหนดพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยโดยการ Physical distancing

1.4.2 งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบ closed system ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การรับผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เป็นรอบ รอบละ 10 คน ห่างกัน 7 วัน

2) ปรับรูปแบบการการเยี่ยมของญาติผ่าน Video call

3) เน้นการดูแลผู้ป่วยให้เต็มศักยภาพสูงสุด ลดการส่งต่อผู้ป่วย

4) การกำหนดพื้นที่แบบ Physical distancing และ

5) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยเน้น กิจกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเอง สื่อการสอนเรื่องโรค COVID-19 จิตอาสาในการเย็บหน้ากากอนามัย มีการประเมินความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อกลับคืนสู่สังคมแบบ New normal

1.4.3 งานอาชีวะบำบัด มีการปรับกิจกรรมการฝึกอาชีพ โดยการฝึกเย็บหน้ากากอนามัย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1.5 มาตรการรองรับผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยทั่วไปที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระยะที่ 1 เน้นการคัดกรองและส่งต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระยะที่ 2 เป็นการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ใน isolate room จำนวน 2 เตียง

ระยะที่ 3 เป็นการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยทั่วไปที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ใน cohort ward จำนวน 8 เตียง

1.6 การเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ โดยมีการรายงานสถานการณ์การใช้รายวัน จำนวนคงเหลือคงคลัง และการประมาณการใช้ เพื่อวางแผนการจัดหาให้เพียงพอต่อการใช้งาน ผ่านระบบ google form

1.7 การรายงานสถานการณ์และข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสาร COVID-19 โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีรายวัน เพื่อการสื่อสารความเสี่ยงให้กับบุคลากรและผู้มารับบริการทราบ โดยใช้รูปแบบ One Page

1.8 จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ infographic ให้กับผู้รับบริการและบุคลากรในโรงพยาบาล รับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายวัน

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาล

จำนวนผู้รับบริการผ่านการคัดกรองไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีจำนวน 1,184 ราย มีอาการแต่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI จำนวน 16 ราย

2.2 ผู้รับบริการในโรงพยาบาลไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เท่ากับ 0 ราย

2.3 บุคลากรของโรงพยาบาลไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- จำนวนบุคลากรที่ได้รับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง มีจำนวน 22 ราย ไม่พบการติดเชื้อ COVID-19

- มีระบบการรายตัวของบุคลากรที่มาจากจังหวัดเสี่ยงและสัมผัสญาติที่มาจากประเทศที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ผ่านระบบออนไลน์ google form

2.4 มีระบบการรายงานอุปกรณ์ป้องกันตนเองผ่านระบบ google form

2.5 มีการจัดตั้ง ARI CLINIC ในโรงพยาบาล

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success factors)

3.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร

3.2 ผู้รับบริการและบุคลากรให้ความร่วมมือตามมาตรการที่วางไว้

3.3 มีโครงสร้างคณะทำงานในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างชัดเจน

3.4 มีระบบการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างชัดเจน ทั้งในสายการประสานงานและตามสายโครงสร้างการทำงาน

4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Problem & Solve)

41 เนื่องจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินหายใจ

42 บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

<u>การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ</u>

- มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพยาบาลและแพทย์โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ของกรมการแพทย์

5. การเรียนรู้ (Lesson learn)

5.1 ได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด การเยี่ยมของญาติผู้ป่วยผ่านระบบ VDO call

5.2 ผู้รับบริการและบุคลากรเรียนรู้วิธีป้องกันตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ห่างไกลโรค COVID-19 (New normal)

6. โอกาสและการพัฒนา (Opportunity for Improvement)

6.1 พัฒนาระบบการให้ค าปรึกษาแก่ผู้ป่วยยาเสพติดผ่านระบบออนไลน์

6.2 พัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาผ่านระบบออนไลน์

6.3 ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผ่านระบบออนไลน์

6.4 พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเข้าสู่ New normal

ปลอดภัยในสถานการณ์ COVID-19

บุบผา บุญญามณี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

1. วิธีการดำเนินงาน (Implement)

จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้รับมอบนโยบายจากกรมการแพทย์ให้เตรียมความพร้อมรับมือการติดเชื้อตามสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นเป็นวงกว้างตามบริบทของหน่วยงานและพื้นที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาซึ่งรับผิดชอบดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ได้สร้างความตระหนักแก่บุคลากรและผู้รับบริการ วางแผนการดำเนินงานโดยปรับรูปแบบการจัดบริการเพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการปลอดภัยจากการการระบาดของโรค จากการวิเคราะห์ดังกล่าวมีการปรับกระบวนการและการให้บริการดังนี้

1.1 Structure:

1.1.1 กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทิศทางของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

1.1.2 มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในภาวะฉุกเฉิน

1.1.3 มีการกำหนดสถานที่ในการให้บริการ ได้แก่ จุดคัดกรอง พื้นที่สำหรับรองรับ ผู้ป่วย ARI และ PUI กำหนดพื้นที่ตามแนวทาง Social Distancing กำหนดเส้นทางการรับบริการ เช่น เข้าออกทางเดียว กำหนดพื้นที่สะอาดและพื้นที่เสี่ยง มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

1.1.4 สนับสนุนการดำเนินงานและอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองได้แก่ ชุด PPE อุปกรณ์ทำความสะอาด และอุปกรณ์ในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อ

1.1.5 Health literacy ให้แก่บุคลากร เรื่องโควิด 19 ในการป้องกันตนเอง

1.2 Service: มีการปรับการให้บริการเป็นรูปแบบ NEW NORMAL MEDICAL SERVICE ได้แก่

1.2.1 ให้บริการคัดกรองตามเกณฑ์เฝ้าระวังและสอบสวนโรคแก่เจ้าหน้าที่ ผู้เข้ามารับบริการและผู้ที่มาติดต่อราชการ โดยติดสัญญาลักษณ์สติกเกอร์ผู้ผ่านเกณฑ์คัดกรอง

1.2.2 มีระบบ Online/ VDO Consultation เป็นเครื่องมือให้แพทย์และผู้ป่วยได้ติดต่อพูดคุยและปรึกษากันโดยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

1.2.3 มีการบริการส่งยาด้วยระบบโลจิสติกส์ และการชำระเงินค่ารักษา/ ค่ายา ผ่านบัญชีธนาคาร

1.2.4 การบริการผู้ป่วยนอกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยในการบริหารจัดการ ได้แก่ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้ไม่ต้องพบแพทย์ไม่ต้องมารับยาที่โรงพยาบาล กลุ่มที่ต้องการปรึกษาแพทย์ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลโดยให้บริการผ่านระบบการสื่อสาร Telemedicine และกลุ่มที่ต้องการการรักษาในโรงพยาบาล

1.2.5 การบริการผู้ป่วยในปรับรูปแบบในการรับผู้ป่วยเป็นรอบโดยแต่ละรอบห่างกัน 14 วัน ปรับกิจกรรมบำบัดตามแนวทาง Social Distancing

1.3 Staff:

1.3.1 ทีมกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) และคณะการรมการการดูแลผู้ป่วย (PCT)

1.3.2 กำหนดผู้ประสานงานหลัก และผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดบริการ จัดเจ้าหน้าที่จุดกรอง 2 จุด ได้แก่ ป้อมยามและหน้าตึกผู้ป่วยนอก มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

1.3.3 ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

1.3.4 เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดและกำจัดขยะติดเชื้อ

2. ผลการดำเนินงาน (Result)

2.1 จำนวนผู้ป่วยรับบริการด้วยระบบ VDO call จำนวน 11 ราย

2.2 จำนวนผู้ป่วยบริการส่งยา Drug delivery จำนวน 9 ราย

2.3 จำนวนเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อราชการ ได้รับการคัดกรอง 2,409 ราย

2.4 จำนวนผู้ป่วยติดตามผลผ่านระบบ line และ VDO call จำนวน 889 ราย

2.5 จำนวนผู้ป่วยคัดกรองพบความเสี่ยงประสานการส่งต่อ 1 ราย ติดตามแล้วไม่พบเชื้อ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1 มีการเตรียมความพร้อม วิเคราะห์บริบทและศักยภาพของหน่วยงาน

3.2 การจัดบริการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3.3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยมีหลายช่องทาง เช่น การประชุม ทางFacebook และทาง Line

3.4 การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของบุคลากร

3.5 การได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์และได้รับทรัพยากรที่เพียงพอ

3.6 ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาชน

3.7 การให้ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองแก่บุคคล และติดตามข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง

3.8 ความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากรในการประดิษฐ์อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Covid-19 เช่น อุปกรณ์สำหรับวาง Alcohol gel โดยใช้เท้าเหยียบ ก๊อกล้างมือโดยใช้เท้าเหยียบ Partition กั้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ

3.9 การจัดทำสื่อในการป้องกันและวิธีการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้รับบริการ 3 ภาษา คือ ภาษาไทยสากล ภาษาท้องถิ่น และภาษายาวี

4.ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการ
1. ความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าถึงเทคโนโลยี/สัญญาณ WIFI	1.เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการ เช่น โทรศัพท์ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง line @
2. การจัดสรรเวลาระหว่างผู้ป่วยที่รอรับบริการหน้าห้องตรวจกับผู้ป่วยที่นัด VDO Call	2. มีการบริหารเวลาในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการหน้างานกับผู้ป่วยที่รอ VDO Call ให้เหลื่อมเวลากัน
3.ทักษะการใช้งานระบบ Telemedicine ของเจ้าหน้าที่	3. มีการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติทดลองใช้ ระบบ Telemedicine ให้กับเจ้าหน้าที่
4. วัสดุอุปกรณ์ Video Call ไม่เพียงพอ	4. จัดหาให้ครอบคลุมทุกจุดบริการ

5. การเรียนรู้

5.1 การปรับตัวในสภาวะ Covid-19

5.2 การคิดเชิงระบบ

5.3 การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในภาวะ Covid-19

5.4 การใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ในภาวะ Covid-19

6. โอกาสและการพัฒนา

6.1 เรื่องของการเข้าถึงบริการในรูปแบบ New Normal Medical Service ในรูปแบบของ Telemedicine, Tele consult, Drug Delivery, นโยบาย Social Distancing, Physical Distancing

6.2 เพิ่มช่องทางให้ญาติเยี่ยมทาง VDO call สำหรับผู้ป่วยต่างจังหวัด

















ภาพที่ 1 ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

