

สรุปการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ อาคาร ๑ ชั้น ๑ กรมอนามัย

และผ่านระบบ Video Conference (Cisco Webex Meeting)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ

- | | |
|---|---|
| ๑. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๒. นายแพทย์สุพรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย | อธิบดีกรมอนามัย |
| ๓. ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ฐิธำพันธ์ | ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย |
| ๔. นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง | นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
กรมอนามัย |
| ๕. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ |
| ๖. แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์ | รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ |
| ๗. นางประภาภรณ์ จังพานิช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๘. นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดซา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๙. นางจุฬารัตน์ เขมทอง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๑๐. นายวสุรัตน์ พลอยล้วน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๑๑. นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๑๒. นางสาวปรียาภรณ์ รัชทาย | ผู้ประสานงานโครงการฯ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบ Video Conference

- | | |
|--|--|
| ๑. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิมพ์ล วงศ์ศิริเดช | ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๒. รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล | ผู้เชี่ยวชาญการสภาวะการพยาบาล |
| ๓. รองศาสตราจารย์สุปราณี เจริญผล | ผู้เชี่ยวชาญการสภาวะการพยาบาล |
| ๔. นายแพทย์สุรศักดิ์ มหาศิริมงคล | ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| ๕. นางหรรษา ไทยศรี | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| ๖. นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล | นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต |
| ๗. แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์ | ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล |
| ๘. นางภาวณีย์ ธนกิจไพบูลย์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค |
| ๙. นางสาวพิมพ์ชนก คล้ายแย้ม | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค |

- | | |
|--|---|
| ๑๐.นางสาวณัฏฐาภา กระวานิช | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค |
| ๑๑.ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษแพทย์หญิงนัยนา ณีศะนันท์ | รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| ๑๒.แพทย์หญิงช่อแก้ว คงการค้า | นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| ๑๓.นายแพทย์วิโรจน์ รัตนอมรสกุล | ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาแม่และเด็ก |
| ๑๔.นางอารีย์ เชื้อเดช | ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย |
| ๑๕.นายวสันต์ แก้ววี | ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน |
| ๑๖.นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์ | ผู้แทนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต |
| ๑๗.แพทย์หญิงฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| ๑๘.แพทย์หญิงเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง | รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร |
| ๑๙.นางฤดี ทุตติยานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| ๒๐.นางสาวนิสาชล นิมเวช | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| ๒๑.นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ | รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ |
| ๒๒.นางเปรมฤทัย เกตุเรน | พยาบาลวิชาชีพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ |

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งเพื่อทราบ

๑.๑ วัตถุประสงค์การประชุม

โดย นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๒. ขอความเห็นชอบในประเด็น

- กลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามเพื่อลดการตายมารดา
- แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไว้ชีพ
- การป้องกันควบคุมโรคภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด
- การตรวจรอกทารกแรกเกิดโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกแบบเพิ่มจำนวนโรค

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๔

โดย นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ตามที่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ได้มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ อาคาร ๑ ชั้น ๑ กรมอนามัย และผ่านระบบ Web Conference กรมอนามัย (Cisco WebEx Meeting) นั้น

ฝ่ายเลขานุการ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำสรุปรายงานการประชุม และจัดทำหนังสือเวียนส่งให้คณะกรรมการ เพื่อรับรองและแก้ไขการประชุมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏตามเอกสารประกอบการประชุม

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก

โดย นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

จากการเฝ้าระวังสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่า ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์เท่ากับ ๘๑.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการติดตามเท่ากับ ๙๐.๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วนเท่ากับ ๘.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเท่ากับ ๑๐.๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเตี้ย และร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอมเท่ากับ ๕.๕ และร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียวเท่ากับ ๖๒ นอกจากนี้ยังพบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ เท่ากับ ๗๓.๘ ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ เท่ากับ ๗๑ ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดเท่ากับ ๑๒.๕ ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมเท่ากับ ๙.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเท่ากับ ๘๔.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก+สมวัยครั้งที่สอง) เท่ากับ ๘๑.๖

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่า การตายมารดาและทารกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราส่วนการตายมารดาไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นต้นมาและจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดโดยอัตราส่วนการตายมารดาปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เท่ากับ ๓๖.๙ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราทารกเกิดไร้ชีพ อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน ๒๘ วัน และอัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑ ปี ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (๔.๕/๑,๐๐๐, ๔.๓/๑,๐๐๐, ๔.๗/๑,๐๐๐, และ ๖.๘/๑,๐๐๐ ตามลำดับ)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบมารดาตายทั้งหมด ๑๘๔ ราย ซึ่งตายจาก Indirect cause ๑๐๒ ราย จาก direct cause ๖๕ ราย และไม่ทราบสาเหตุการตาย ๑๗ ราย เมื่อจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า สาเหตุการตายของมารดาที่เป็นอันดับแรกของปีนี้มาจากการติดเชื้อโควิด 19 คือ ร้อยละ ๓๕ ส่วนการตายจากสาเหตุตกเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหลักของทุก ๆ ปีที่ผ่านมาและเป็นประเด็นมุ่งเน้นที่ทุกเขตสุขภาพเร่งขับเคลื่อนในการลดมารดาตายจากภาวะตกเลือดนั้น พบได้ร้อยละ ๑๔ ซึ่งลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๘ (ปี ๒๕๖๓ มารดาตายจากการตกเลือด ร้อยละ ๑๘) อย่างไรก็ตามการลดลงของมารดาตายจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา”

สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ระลอก 3 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ได้มีจำนวนประชากรติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบบสาธารณสุขเริ่มประสบปัญหาผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล เต็มเตียงเต็มและขาดกำลังคน หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้ารับบริการทำคลอดในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ทำให้เกิดความล่าช้า (Delay in reaching care and delay in receiving adequate health care) กลุ่มอนามัยแม่และเด็กสำนักส่งเสริมสุขภาพได้จัดทำระบบรายงานข้อมูลการติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ตั้งแต่ 1 เมษายน – 4 ธันวาคม 2564 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งหมด 6,017 ราย มีประวัติได้รับวัคซีนเพียงแค่ 471 ราย และมีหญิงตั้งครรภ์ตายจากการติดเชื้อ 103 ราย และมีทารกตาย 55 ราย ทารกเกิดไร้ชีพ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.97 ทารกแรกเกิดตายระยะต้น 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.65 หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วทั้งหมด 3,408 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.64 คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด 1,805 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.96 คลอดทางช่องท้อง 1,603 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.04 ทารกติดเชื้อ 286 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.39 และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 550 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.14

ข้อสังเกต

1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดส่วนใหญ่ลดลงและไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แสดงให้เห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มีผลต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการและการเข้าถึงระบบบริการของประชาชน
2. ข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ของ MICs และ HDC service กระทรวงสาธารณสุขไม่สอดคล้องกัน กระบวนการและวิธีการเก็บข้อมูลต่างกัน ก่อให้เกิดความแตกต่างของผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่วัดการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่
ขาดการวัดคุณภาพของงาน/ และผลลัพธ์ของบริการที่เกิดกับประชาชน

มิติที่ประชุม : ที่ประชุมรับทราบและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. มอบกรมอนามัย ทบทวนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กให้เป็นปัจจุบัน และสามารถ
เปรียบเทียบในระดับสากลได้
๒. เปลี่ยนแปลงวิธีการวัดผลการดำเนินงานจากเดิมวัดค่าเป้าหมายที่กำหนดเป็นวัดคุณภาพของผลการ
ดำเนินงาน ระบบบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน

๓.๒ แนวทางบริการฝากครรภ์ประเทศไทย ปี ๒๕๖๕

วาระที่ ๓.๒ แนวทางบริการฝากครรภ์ประเทศไทย ปี ๒๕๖๕

โดย แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์ รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ประเทศไทยเริ่มฝากครรภ์ ๔ ครั้ง เมื่อปี ๒๕๕๗ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำและมีการนำร่อง
ระหว่างปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ เมื่อสรุปผลการศึกษา พบว่า ประเทศไทยควรให้บริการฝากครรภ์ ๕ ครั้ง โดยเพิ่ม
ในช่วงอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ อีกหนึ่งครั้ง และในปี ๒๕๕๙ กรมอนามัยร่วมกับสสข. ได้ประกาศนโยบาย
“ฝากครรภ์แนวใหม่” (๕ ครั้ง) และในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้ประกาศคำแนะนำ WHO
recommendation 2016 (๘ contacts) เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้ศึกษาและพบว่า stillbirth
ในบางประเทศเพิ่มสูงขึ้น จึงได้ออกคำแนะนำให้เพิ่มการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ อีก ๓ ครั้ง รวมเป็น ๘ ครั้ง
แต่ประเทศไทยยังดำเนินการฝากครรภ์ ๕ ครั้งเช่นเดิม และปี ๒๕๖๔ กรมอนามัย ได้ศึกษาวิเคราะห์
สถานการณ์ฝากครรภ์ในประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก เก็บข้อมูล
ในหญิงหลังคลอด กลุ่มความเสี่ยงต่ำจำนวน ๔๖๘ คน และผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดจำนวน ๕๙ คน
จากโรงพยาบาล ๒๔ แห่ง ใน ๑๒ เขตสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ ๗๔.๓ ของหญิงตั้งครรภ์
มาฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๔.๕ ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ และจำนวนการฝากครรภ์เฉลี่ย
๔.๘ ครั้ง/คน โดยครั้งที่ ๑ - ๔ เฉลี่ย ๑.๕ ครั้ง ส่วนครั้งที่ ๕ เฉลี่ย ๓.๖๓ ครั้ง หากมีการเปลี่ยนการฝากครรภ์
เป็น ๘ ครั้ง ก็สามารถทำได้เนื่องจากสถานบริการได้ปฏิบัติอยู่แล้ว

กิจกรรมฝากครรภ์ที่ได้รับอย่างน้อย ๑ ครั้งต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (N = ๔๖๘)

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
๑	ตรวจฟังเสียงการหายใจ และเสียงหัวใจ	๓๔๒	๗๓.๑
๒	ปัญหาการดื่มสุรา	๓๓๖	๗๑.๘
๓	ตรวจเต้านม	๓๓๑	๗๐.๗
๔	คัดกรองโรคซึมเศร้า	๓๓๑	๗๐.๗
๕	ประเมินความเครียด	๓๒๖	๖๙.๗
๖	ตรวจสุขภาพช่องปาก	๓๑๕	๖๗.๓
๗	ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่	๒๖๐	๕๕.๖
๘	โรงเรียนพ่อแม่	๒๓๗	๕๐.๖
๙	ขัดและทำความสะอาดฟัน	๑๕๗	๓๓.๕

จากผลการศึกษากรมนามัยได้มีการดำเนินการประชุมหารือกับภาคีเครือข่าย ดังนี้

- การประชุมผู้เชี่ยวชาญ วันที่ ๕ ต.ค. ๖๔ เห็นชอบกับการฝากครรภ์ ๘ ครั้งโดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาส ๓ แต่ควรกำหนดกิจกรรมและเป้าหมายให้ชัดเจนในการฝากครรภ์แต่ละครั้ง

- การประชุมหารือแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการฝากครรภ์ กับ สปสช. วันที่ ๗ ต.ค. ๖๔ สปสช. เสนอปรับวิธีการเบิกจ่ายการฝากครรภ์ เป็น ๘ ครั้ง โดยแยกจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการออกจากการบริการตรวจครรภ์ เริ่ม ๑ ม.ค. ๖๕

- การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๒๐ ต.ค. ๒๕๖๔ มีมติเห็นชอบการปรับแนวปฏิบัติการบริการฝากครรภ์เป็น ๘ ครั้ง (National guideline) และแผนการดำเนินงาน เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยน

- การประชุมคณะกรรมการทำงานทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย วันที่ ๒๙ พ.ย. ๒๕๖๔ ปรับช่วงอายุครรภ์ในแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์ให้สอดคล้องกับการตรวจคัดกรองที่จำเป็น เช่น คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจอัลตราซาวด์ การคัดกรองเบาหวาน เป็นต้น

แผนการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการฝากครรภ์

กิจกรรม	ต.ค.-ธ.ค.๖๔	ม.ค.-มี.ค.๖๕	เม.ย.-มิ.ย.๖๕	ก.ค.-ก.ย.๖๕
➤ ทบทวนแนวปฏิบัติการฝากครรภ์ของประเทศไทย	↔			
➤ จัดพิมพ์คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	↔			
➤ ประกาศแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย		ม.ค. ๖๕		
➤ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์		↔		
➤ จัดทำระบบบันทึกและรายงานข้อมูลร่วมกับศูนย์เทค สป.	↔			
➤ การประเมินการดำเนินงานแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย				
• พัฒนาเครื่องมือประเมินผล		↔		
• เก็บข้อมูล				↔

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ที่ฉีดในไตรมาสที่ ๒ ปัจจุบันมีรายงานการวิจัยว่าสามารถฉีดได้ตั้งแต่ไตรมาสที่ ๑ ได้ ดังนั้น ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีการปรับคำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการแก่หญิงฝากครรภ์หรือไม่

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ธิวาทน์ ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่าขณะนี้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กำลังจัดทำคำแนะนำในการใช้วัคซีนคอตีบบาดทะยักไอกรน (Tdap) จะมีการประกาศในภายหลัง และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางบริการฝากครรภ์ประเทศไทย ปี ๒๕๖๕ ดังนี้

- จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ การฝากครรภ์ ๕ ครั้ง หรือ ๘ ครั้ง เป็นการวัดจำนวนครั้งของผู้ให้บริการเมื่อมาฝากครรภ์ครบถ้วนผ่านตัวชี้วัด แต่การวัดผลดังกล่าวไม่สามารถวัดความครบถ้วนและคุณภาพของการให้บริการได้ ดังนั้น จึงขอเสนอให้ยกเลิกการนับจำนวนครั้งฝากครรภ์ และวัดคุณภาพของการให้บริการในแต่ละครั้งแทน เช่น การฝากครรภ์ ๑ ครั้งได้รับบริการอะไรบ้างครบถ้วนหรือไม่

- ในกรณีแม่ตายที่ระบุสาเหตุการตายเป็น Unknown ควรมีการประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการตายให้ครบทุกราย เพื่อการวางแผนดำเนินงานต่อไป

นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นด้วยกับ**ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ธิวาทน์** กรณียกเลิกการนับจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ และวัดคุณภาพการให้บริการในการฝากครรภ์แต่ละครั้งแทน และให้ข้อมูลว่าการเบิกจ่ายงบประมาณจาก สปสช. ในอดีตเบิกจ่ายตามจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ แต่ในปัจจุบันจะมีการเบิกจ่ายตามกิจกรรมที่ได้รับบริการ เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เป็นต้น และได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ยกเลิกตัวชี้วัดฝากครรภ์ ๕ ครั้งตามเกณฑ์จะทำให้หนังสือชี้แจงให้สถานบริการทุกแห่งทราบ
- การปรับตัวชี้วัดการฝากครรภ์คุณภาพนับจากการได้รับกิจกรรมสำคัญที่ต้องได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ในระยะแรกควรเลือกกิจกรรมสำคัญจำนวน ๕ - ๖ กิจกรรม โดยใช้กลไกทางการเงินในการควบคุมกำกับ การดำเนินงาน ส่วนการเก็บข้อมูลให้ใช้ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายจาก สปสช. ในการประเมินผลตัวชี้วัด และกรณีตัวชี้วัดจำนวนครั้งของการมารับบริการฝากครรภ์ที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับนานาชาติก็สามารถใช้ฐานข้อมูลเดียวกันได้ เป็นการช่วยประหยัดเวลาในการรายงานตัวชี้วัดของสถานบริการอีกด้วย

- การทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ โดยเน้นที่คุณภาพบริการมากกว่าการนับจำนวนครั้ง โดยผู้รับผิดชอบร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ในกำหนดกิจกรรมสำคัญเมื่อมาฝากครรภ์ เพื่อจัดทำแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทยและเสนอต่อ สปสช. ในการเบิกจ่ายงบประมาณด้วย

รองศาสตราจารย์แพทย์พิมล วงศ์ศิริเดช ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เสนอแนะให้จัดทำตัวชี้วัดที่เน้นคุณภาพและกิจกรรมบริการที่จำเป็นที่ส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น การลดการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด การกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เป็นต้น

มติที่ประชุม : ที่ประชุมเห็นชอบ

มอบให้กรมอนามัยร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ดำเนินการดังนี้

๑. ทบทวนแนวทางการฝากครรภ์และหาแนวทางวัดคุณภาพบริการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ
๒. กำหนดกิจกรรมสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการฝากครรภ์และต้องสอดคล้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณจาก สปสช.
๓. ประสานความร่วมมือด้านข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับ สปสช. เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลและการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ประชาชนพึงได้รับ

๓.๓ การขับเคลื่อนแผนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

โดย นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ

ปัจจุบันมีจำนวนเด็กเกิดลดลง ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ในปี ๒๕๖๔ มีเด็กเกิดทั้งหมด ๕๔๒,๖๔๘ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๔) อัตราเจริญพันธุ์รวมของสตรีไทย ปี ๒๕๐๘ - ๒๕๕๓ มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ซึ่งในปี ๒๕๖๔ มีเพียง ๑.๕๑ ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร (TFR $\geq$ ๒.๑) สถานการณ์เด็กปฐมวัยข้อมูลเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๑ พ.ย. ๒๕๖๔) พบว่า เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๘๗.๐๘% มีพัฒนาการสมวัย (๑) ๗๒.๗๑% ส่งต่อทันที ๐.๑๘% และพบสงสัยล่าช้า ๒๗.๑% สามารถติดตามได้ ๙๐.๕๖% ติดตามไม่ได้ ๓๐ วัน ๙.๔๓% ไม่ได้เข้ารับบริการ ๑๕.๙๑% และคัดกรองพัฒนาการซ้ำในเด็กสงสัยล่าช้า พบว่า มีพัฒนาการสมวัย (๒) ๙๙.๐๙% ล่าช้าส่งต่อ ๐.๙% และมีพัฒนาการสมวัย (๑+๒) ๘๑.๕๘%



โครงการที่ใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่

โครงการหลัก

๑. โครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน (ANC, PP, WCC คุณภาพ)
๒. โครงการต้นแบบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (4D : Dental ,Diet ,Development ,disease) ภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

โครงการย่อย

๑. โครงการเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Family Free Fun)
๒. โครงการ ๒๐๐๐ วันปัญญาดี (เช่น กิจกรรม Positive parenting)
๓. โครงการการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ งานพัฒนาการเด็ก งานโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข งานควบคุมโรค

นำเสนอ ร่าง กรอบการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย ๖ กระทรวง (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙) ซึ่งประกอบไปด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ๘ ตัวชี้วัด ได้แก่

๑. ด้านการส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ
 - หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์
๒. ด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ
 - เด็ก ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน
๓. ด้านการพัฒนาการเด็กสมวัย
 - เด็ก ๐ - ๕ ปี พัฒนาการสมวัย
๔. ด้านการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว
 - ค่าดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัว
๕. ด้านการส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐาน
 - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินการได้ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยขั้นต้น (ระดับ C2)
๖. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - ร้อยละของชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดและให้บริการแก่เด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๗. ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประถมศึกษา
 - เด็กผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเข้าประถมศึกษา
๘. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลเด็กปฐมวัย
 - ระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย

มติที่ประชุม : ที่ประชุมรับทราบและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. กำหนดรูปแบบและกิจกรรมการดำเนินงาน รวมถึงแนวทางการขับเคลื่อนกลยุทธ์ต่าง ๆ ให้ชัดเจน พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เน้นชี้แจงในพื้นที่/ส่วนภูมิภาค
๒. โครงการต้นแบบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (4D : Dental ,Diet ,Development ,disease) อาจจะเลือกให้ความสำคัญกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ไม่ทำทั้ง ๔ เรื่อง หรืออาจจะเลือกทำในบางพื้นที่
๓. มอบกรมอนามัย ทบทวนการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหาก รพ.สต. ทั้งหมดต้องเปลี่ยนไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. ทบทวนเป้าหมายตัวชี้วัด เพื่อให้สามารถวัดประสิทธิภาพการทำงานที่มีคุณภาพ ระบุสิ่งที่จะวัด กระบวนการต่าง ๆ ให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกิจกรรมและวิธีการทำงานในระดับพื้นที่
๕. พัฒนาการเด็ก ควรยกเลิกการให้เจ้าหน้าที่เป็นคนวัดพัฒนาการ ปรับเปลี่ยนวิธีการโดยให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้สอนแก่ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงให้มีความรู้สามารถวัดพัฒนาการเด็กได้

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารกปริกำเนิด

โดย แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

เหตุผลและความจำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารกปริกำเนิด

๑. การตายมารดา พบว่าร้อยละ ๓๕ ของการตายมารดามีสาเหตุจากการติดเชื้อโควิด 19 และการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดไม่ลดลง ปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๒๑ ราย และปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๒๕ ราย และยังพบว่าในระบบตรวจราชการ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ เรื่อง แม่ตายไม่ได้ถูกนำมาเป็นประเด็นมุ่งเน้น แต่ปัญหาแม่ตายยังไม่ลดลง ในปี ๒๕๖๕ คณะทำงานกำหนดประเด็นการตรวจราชการ กลุ่ม ๔ เสนอให้ นำประเด็น แม่ตาย กำกับติดตามผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต/จังหวัด
๒. การตายทารกปริกำเนิด พบว่ายังขาดแนวทางการทบทวนและวิเคราะห์การตายทารกปริกำเนิดสำหรับประเทศไทย และยังไม่มีระบบฐานข้อมูลรายงานการตายทารกปริกำเนิด

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายของประเทศ สามารถลดการตายมารดาและทารกจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนรายชื่อและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและเื้ออำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

๔.๑.๑ คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ

นำเสนอร่าง คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก โดยอยู่ภายใต้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ๒ คณะ ได้แก่ ๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และ ๒) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ข้อสังเกต

๑. เพิ่มประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรม และประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด เขตกรุงเทพมหานคร ในคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด
๒. ทบทวน/ เพิ่มเติม คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ดังนี้
 - เปลี่ยนชื่อเป็น คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานพัฒนาอนามัยเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
 - เพิ่มเติมรายชื่อคณะกรรมการโดยให้มีผู้แทนจากส่วนภูมิภาค
 - แก้ไขอำนาจหน้าที่ โดยเพิ่มคำว่า อนามัย ในข้อ ๒.๒.๑, ๒.๒.๓ และ ๒.๒.๔

มติที่ประชุม :

๑. เห็นชอบให้แก้ไขและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด
๒. ปรับรายชื่อและอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานพัฒนาอนามัยเด็กปฐมวัยแห่งชาติตามข้อสังเกตของคณะกรรมการฯ
๓. การแต่งตั้งคณะกรรมการทั้ง ๒ คณะให้อยู่ภายใต้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ โดยมีประธานกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติลงนามแต่งตั้งคณะอนุกรรมการดังกล่าว

๔.๑.๒ แนวทางการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานลดการตายมารดาและทารก

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนกลไกการกำกับและติดตามการดำเนินงานตามสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ กรมอนามัยจึงได้กำหนดประเด็นมุ่งเน้นเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พร้อมปรับกลไกการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ดังต่อไปนี้

ประเด็นมุ่งเน้น ปี 2565 เพื่อขับเคลื่อนดำเนินงานลดการตายมารดาและทารก

1. อัตราป่วยตายของมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 ไม่เกินร้อยละ 1.55

- จัดวัคซีนโควิด 19 เข็มรุก
- จัดบริการแบบ ONE STOP SERVICE ณ คลินิกฝากครรภ์สำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19
- ร้อยละ 70 ของการตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19
- ส่งเสริม สื่อสาร รณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 เน้นประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และอาการไม่พึงประสงค์ แก่หญิงตั้งครรภ์

2. การตายจากสาเหตุตกเลือด ลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 5

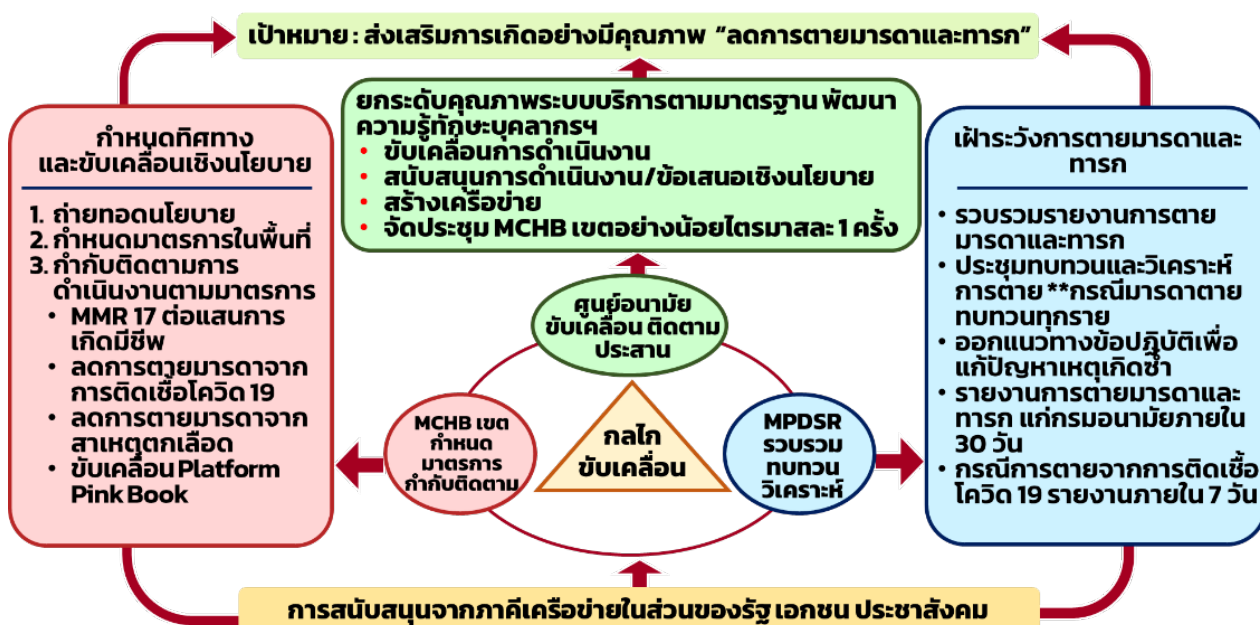
- มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน
- มีระบบคัดกรองและจัดการความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด
- จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤตเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด โดยจัด Zoning สู่ตีแพทย์ และจัดระบบบริหารจัดการ เวชภัณฑ์ ยา คลังเลือดภายในเครือข่าย

ตัวชี้วัด	ลดการตายมารดาจากการตกเลือด		
พ.ศ.	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เป้าหมาย	ลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 2 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 3 ใน 5

3. ลดการตายทารกปริกำเนิด (อยู่ระหว่างพิจารณา)

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลการคลอด การป่วย การตาย มารดาและการรก
- ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิด ในพื้นที่นำร่อง

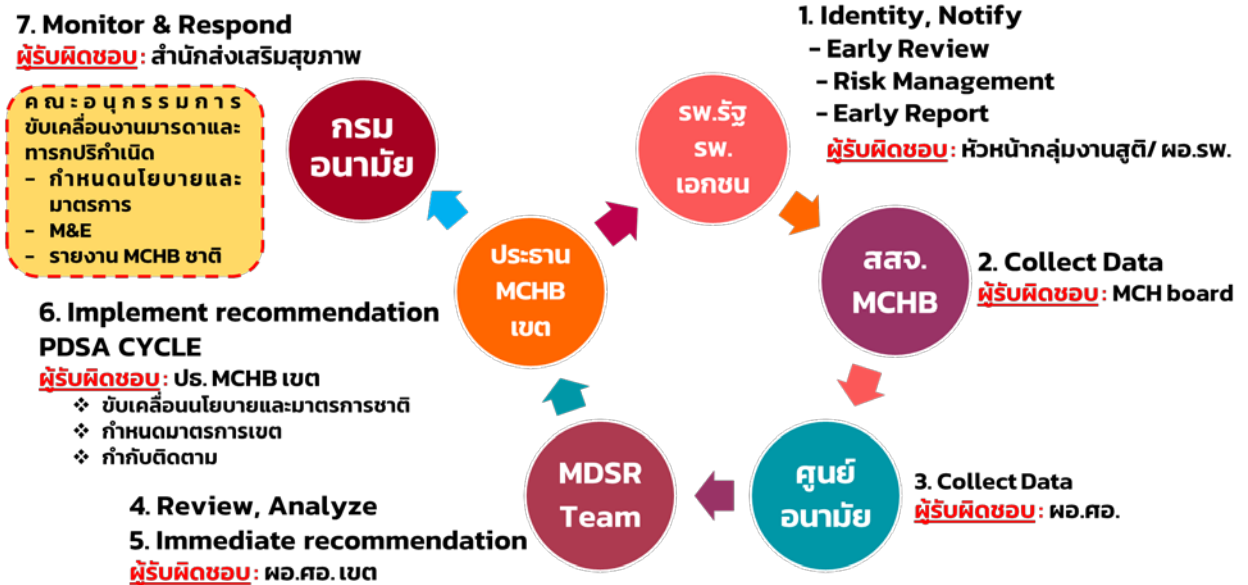
กลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารก



การปรับเปลี่ยนกลไกการขับเคลื่อนดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารกนั้น เน้นสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบส่งต่อผ่านกลไก MCH Board รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพมารดาและทารกให้มีความน่าเชื่อถือ จัดรูปแบบการบริการแบบวิถีใหม่ (New normal) ในคลินิกฝากครรภ์ให้มีความยั่งยืน

เพื่อรองรับการแพร่ระบาดของที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต สร้างความรอบรู้และความตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเมื่อเกิดการตายมารดาและทารก หน่วยที่ประสบเหตุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายตามขั้นตอนการเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกตามคำแนะนำของกรมอนามัย สรุปโดยสังเขปดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตาย



ดัดแปลงจาก 6-step of mortality audit cycle ขององค์การอนามัยโลก

เสนอเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

- กลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานลดการตายมารดาและทารก

มติที่ประชุม :

๑. เห็นชอบให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มภาคีเครือข่ายดำเนินงานตามกลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารก
๒. มอบกรมอนามัยทำหน้าที่สื่อสารการแจ้งทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินงานตามแนวทางฯ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๔.๑.๓ แนวทางพัฒนาระบบฐานข้อมูลการตายปริกำเนิดของประเทศไทย

โดย แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

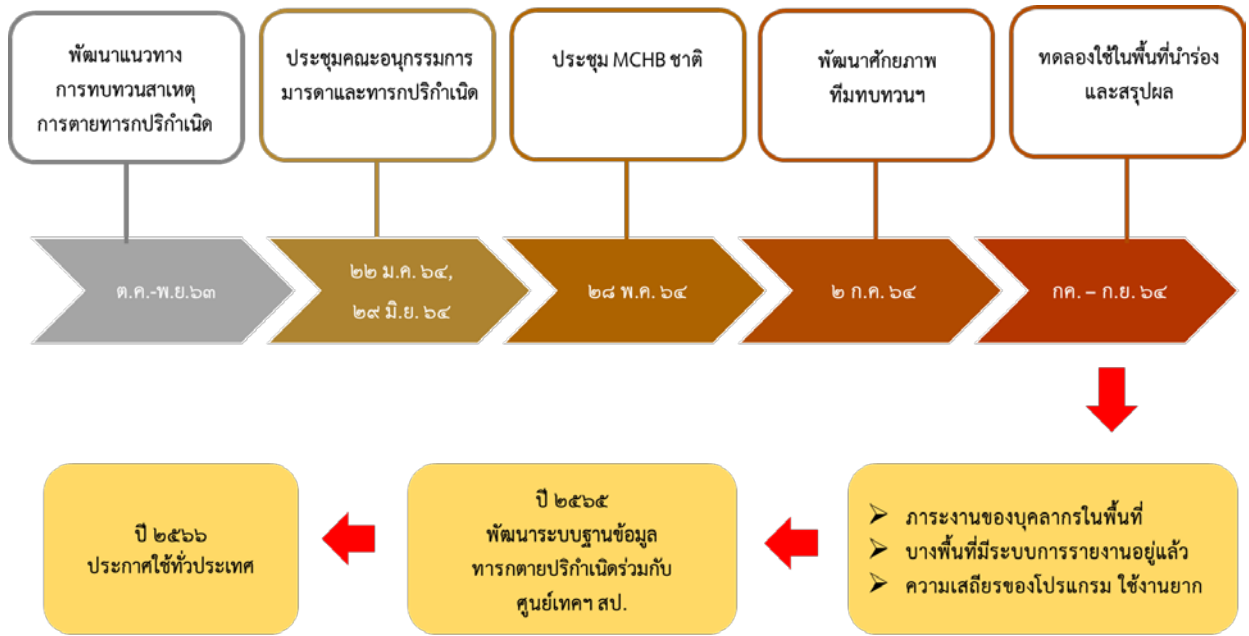
ความเป็นมาของการกำหนดแนวทางการรายงานการเกิดไร้ชีพในประเทศไทย

- การรายงานสาเหตุการตายในประเทศไทย มีความผิดพลาดค่อนข้างสูง
- Systematic analysis ของ GBD (Global Burden of Disease Study 2016 : Lancet 2017) พบว่าในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗ มีรายงานสาเหตุการตายผิดพลาด ร้อยละ ๕๒.๐, ๔๙.๐, ๔๗.๐, ๔๔.๐ และ ๔๑.๐
- IHPP จัดทำโครงการ Data for Health Initiative โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน Vital Strategies และมูลนิธิ Bloomberg โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ
- จากการประชุมคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสถิติและระบบทะเบียนราษฎร มีมติเห็นชอบมอบกรมอนามัยหาแนวทางแก้ปัญหาเรื่องการเกิดไร้ชีพ

- ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ การรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนในประเด็นของการรายงาน และการจดทะเบียนการตายคลอดในประเทศไทย ที่ประชุมมีข้อเสนอให้มีการปรับแก้กฎหมาย พระราชบัญญัติ ทะเบียนราษฎร พ.ศ.๒๕๓๔

- กรมอนามัยได้เสนอแนวทางการรายงานการตายคลอด (เกิดไร้ชีพ) ในประเทศไทย โดยจะดำเนินการ คู่ขนานกันไป

กรอบการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖

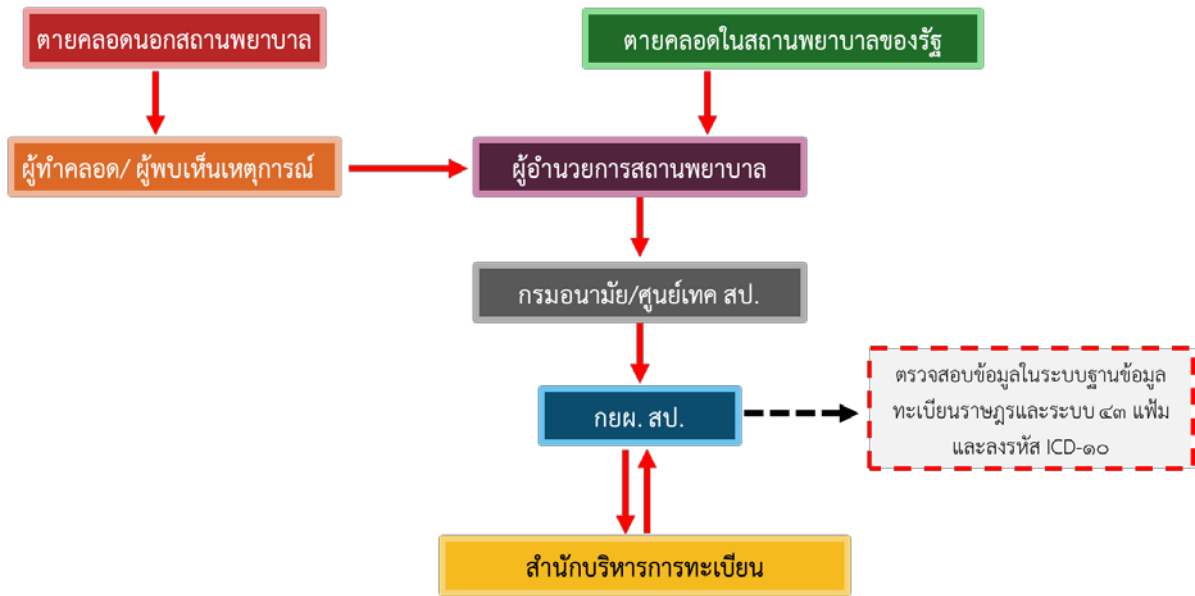


แบบฟอร์มสรุบบันทึกการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก

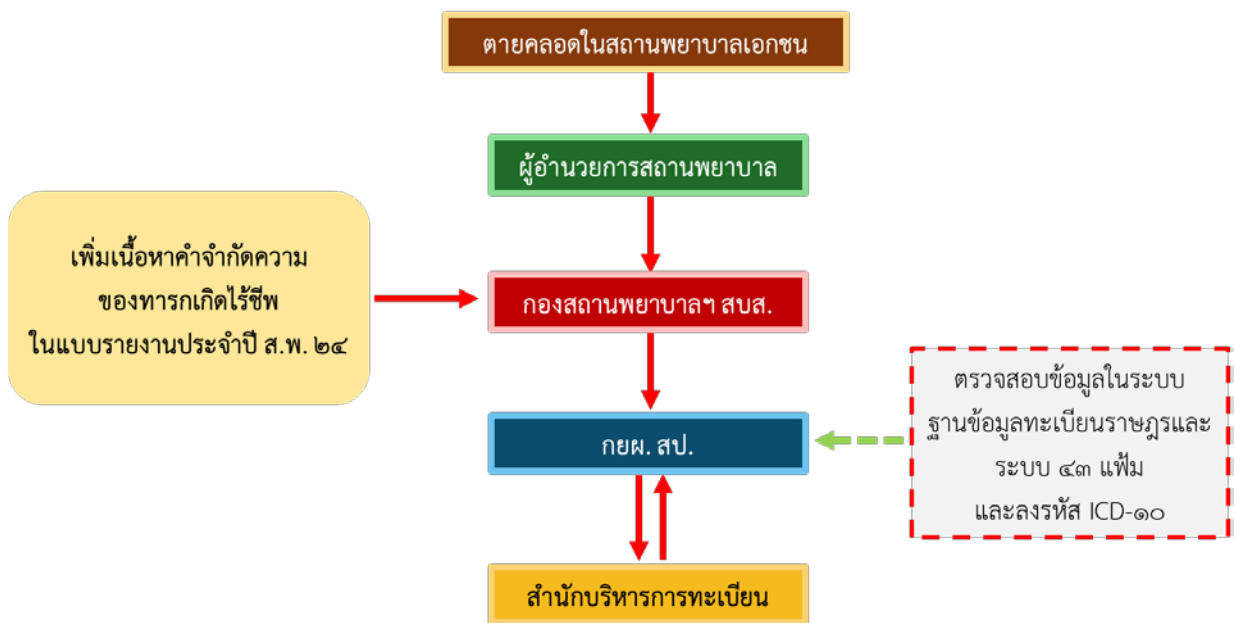
รายการข้อมูล	
A	จำนวนทารกเกิดทั้งหมด
B	จำนวนทารกเกิดมีชีพ
C	จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (≥ ๒๔ wk)
D	จำนวน antepartum stillbirth (≥ ๒๔ wk)
E	จำนวน intrapartum stillbirth (≥ ๒๔ wk)
F	จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (≥ ๒๘ wk)
G	จำนวน antepartum stillbirth (≥ ๒๘ wk)
H	จำนวน intrapartum stillbirth (≥ ๒๘ wk)
I	จำนวน Early neonatal death (๐-๗ วัน)
J	จำนวน Neonatal death (๐-๒๘ วัน)
K	จำนวนมารดาตาย
L	จำนวนการผ่าคลอด
M	จำนวนการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด
N	จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (< ๒,๕๐๐ g)
O	จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด (< ๓๗ สัปดาห์)

อัตรา	สูตรคำนวณ
๑. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (≥ ๒๔ wk)	(C/A) x ๑,๐๐๐
๒. ร้อยละของ antepartum stillbirth (≥ ๒๔ wk)	(D/C) x ๑๐๐
๓. ร้อยละของ intrapartum stillbirth (≥ ๒๔ wk)	(E/C) x ๑๐๐
๔. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (≥ ๒๘ wk)	(F/A) x ๑,๐๐๐
๕. ร้อยละของ antepartum stillbirth (≥ ๒๘ wk)	(G/F) x ๑๐๐
๖. ร้อยละของ intrapartum stillbirth (≥ ๒๘ wk)	(H/F) x ๑๐๐
๗. อัตรา Early neonatal death	(I/B) x ๑,๐๐๐
๘. อัตรา Perinatal mortality (≥ ๒๔ wk)	((C+I)/A) x ๑,๐๐๐
๙. อัตรา Perinatal mortality (≥ ๒๘ wk)	((F+I)/A) x ๑,๐๐๐
๑๐. อัตรา Neonatal mortality	(J/B) x ๑,๐๐๐
๑๑. อัตราส่วนการตายมารดา	(K/B) x ๑๐๐,๐๐๐
๑๒. อัตราการผ่าคลอด (การเกิดทั้งหมด)	(L/A) x ๑๐๐
๑๓. อัตราการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด (การเกิดทั้งหมด)	(M/A) x ๑๐๐
๑๔. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ทารกเกิดมีชีพ)	(N/B) x ๑๐๐
๑๕. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ทารกเกิดมีชีพ)	(O/B) x ๑๐๐

(ร่าง) แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ใน/นอกสถานพยาบาลของรัฐ



(ร่าง) แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ในสถานพยาบาลเอกชน



เสนอเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

๑. แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพในสถานพยาบาลของรัฐ และนอกสถานพยาบาล
๒. แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ธิฐาพันธ์ ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรายการบันทึกการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก

๑. รายงานข้อมูล “M = จำนวนการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด” เปลี่ยนเป็น “จำนวนการคลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด”

๒. การรายงานจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) เมื่ออายุครรภ์ ≥ 24 สัปดาห์ และ ≥ 28 สัปดาห์ ควรมีรายละเอียดและวิธีการรายงานข้อมูล เนื่องจากอาจก่อให้เกิดความสับสนได้ เช่น กรณีทารกเสียชีวิตเมื่ออายุครรภ์ ๒๙ สัปดาห์ จะต้องรายงานข้อมูลจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ ทั้ง อายุครรภ์ ≥ 24 สัปดาห์ และ ≥ 28 สัปดาห์ เป็นต้น

๓. เสนอให้ยกเลิกการรายงานข้อมูลจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ เมื่ออายุครรภ์ ≥ 28 สัปดาห์ เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีการรายงานข้อมูลนี้แล้ว

๔. การปรับคำนิยามดังนี้

- ทารกเกิดไร้ชีพ หมายถึง ทารกตายเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป ในกรณีทารกอายุครรภ์ กรณีไม่ทราบอายุครรภ์ใช้น้ำหนักของทารกเป็นเกณฑ์ โดยน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๕๐๐ กรัมขึ้นไป

- อัตราการผ่าคลอด (การเกิดทั้งหมด) เปลี่ยนเป็น “อัตราการผ่าคลอด (จำนวนการคลอดทั้งหมด)”

นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. การรายงานจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ ที่อายุครรภ์ ≥ 24 สัปดาห์ และยกเลิกการรายงานจำนวนทารกเกิดไร้ชีพที่อายุครรภ์ ≥ 28 สัปดาห์ โดยอ้างอิงการรายงานตามองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับนานาชาติ

๒. การรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) นอกสถานพยาบาลในช่วงแรกการรายงานอาจจะขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาระบบการรายงาน พร้อมทั้งสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจ

๓. แนวทางการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ในสถานพยาบาลเอกชน ควรประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการจัดเก็บข้อมูล

รองศาสตราจารย์แพทย์พิมล วงศ์ศิริเดช ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อเสนอแนะในการนิยามทารกเกิดไร้ชีพ ควรเน้นย้ำว่า “ทารกตายเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป แต่น้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๕๐๐ กรัมขึ้นไป ใช้ในกรณีไม่ทราบอายุครรภ์”

นายแพทย์สุรธรรมชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย ให้เสนอแนะ ดังนี้

๑. ผู้รับผิดชอบดำเนินการทบทวนคำจำกัดความข้อมูลการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก

๒. การรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) นอกสถานพยาบาลควรหาหรือสถานพยาบาลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการดำเนินการระบบรายงานการตายนอกสถานพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

มติที่ประชุม : ที่ประชุมเห็นชอบตามที่เสนอ โดยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- ทบทวนคำนิยามข้อมูลรายงานการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก

- การรายงานจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ให้รายงานที่อายุครรภ์ ≥ 24 สัปดาห์ และยกเลิกการรายงานจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ที่อายุครรภ์ ≥ 28 สัปดาห์ โดยอ้างอิงการรายงานตามองค์การอนามัยโลก

- การรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) นอกสถานพยาบาลให้ประสานความร่วมมือกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำระบบให้สอดคล้องกับรายงานการตายนอกสถานพยาบาล

- ประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการรายงานข้อมูลทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) ในสถานพยาบาลเอกชน

๔.๒ การขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ

โดย แพทย์หญิงช่อแก้ว คงการคำ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ติดตามการคัดกรองและการรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ ได้ดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ โดยมีเป้าหมายติดตามทารกที่มีผลการคัดกรองผิดปกติให้ได้รับการตรวจยืนยันและได้รับการรักษาภายในอายุ ๑๔ วันหลังเกิด และทารกที่มีผลยืนยันผิดปกติ (เป็นโรค) ได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี และได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาอุปสรรคในเรื่องระบบขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่หลายหน่วยงาน และขาดฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการและหน่วยติดตาม แต่จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้การติดตามได้ไม่ครอบคลุม และในปี ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หยุดการสนับสนุนงบประมาณในการติดตามเด็ก

๔.๓ แนวทางการตรวจกรองทารกแรกเกิดโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกแบบเพิ่มจำนวนโรค

(Expanded Newborn Screening) ด้วย Tandem mass spectrometry

โดย นายแพทย์สุรศักดิ์ มหาศิริมงคล ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน Congenital Hypothyroidism (CHT) และ ภาวะพร่องเอนไซม์ย่อยสลายกรดอะมิโนฟีนิลอะลานีน หรือ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria: PKU) ในทารกแรกเกิด ที่ส่งมาจากหน่วยบริการทั่วประเทศ โดยใช้วิธีกระดาษซับเลือด แผลผล และส่งผลการตรวจให้กับหน่วยบริการเพื่อติดตามเด็กมารับการตรวจวินิจฉัย กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ และในปี ๒๕๖๕ นี้มีแผนการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบขยายจำนวนโรคหายาก จำนวน ๒๔ โรค ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำลังจะบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ในการดำเนินงานดังกล่าว ได้บูรณาการความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย ในการขับเคลื่อนให้เป็นนโยบายระดับประเทศ ผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กชาติ (MCH board) และกลไกการตรวจราชการกระทรวง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน และการรายงานผลเข้าสู่ Web Portal กรมการแพทย์ และโรงเรียนแพทย์ ตรวจวินิจฉัย การรักษาและการดูแลต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณในชุดสิทธิประโยชน์ และในปี ๒๕๖๕ มีแผนการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง โดยมีเป้าหมายในการตรวจคัดกรองทารกจำนวน ๑๖๐,๐๐๐ ราย และในปี ๒๕๖๖ ขยายครอบคลุมทั่วประเทศ

มติที่ประชุม : ประเด็น ๔.๒ และ ๔.๓ ให้พิจารณาและหาแนวทางในการดำเนินการร่วมกัน โดยให้ศูนย์ติดตามฯ ดำเนินงานต่อ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนัดหารือกันในการบริหารจัดการภาพรวมของประเทศ และนำไปหารือในคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานระดับประเทศในการดูแลรักษาและป้องกันเด็กพิการแต่กำเนิดก่อน

วาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

- ไม่มี -

ปิดการประชุมเวลา ๑๖.๔๕ น.

ผู้บันทึกและสรุปการประชุม
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการฯ