

การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติ ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของ ราชอาณาจักรไทย

รายงานผลการประเมิน

31 ตุลาคม – 4 พฤศจิกายน 2565

องค์การอนามัยโลก



World Health
Organization

**การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติ
ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของ
ราชอาณาจักรไทย**

รายงานผลการประเมิน

31 ตุลาคม – 4 พฤศจิกายน 2565

องค์การอนามัยโลก



**World Health
Organization**

การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของราชอาณาจักรไทย: รายงานผลการประเมิน 31 ตุลาคม – 4 พฤศจิกายน 2565

ISBN 978-92-4-008027-0 (ฉบับอิเล็กทรอนิกส์)

ISBN 978-92-4-008028-7 (ฉบับตีพิมพ์)

© องค์การอนามัยโลก 2566

สงวนลิขสิทธิ์บางส่วน ผลงานนี้เผยแพร่ภายใต้ใบอนุญาตให้แลกเปลี่ยนงานที่มีลักษณะเป็นงานสร้างสรรค์โดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์ 3.0 IGO (Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO) (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)

ภายใต้เงื่อนไขของใบอนุญาตนี้ ท่านสามารถนำงานนี้ไปทำสำเนา แจกจ่ายต่อ และปรับเปลี่ยนโดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์ได้ โดยมีเงื่อนไขหากมีการอ้างอิงงานอย่างเหมาะสมตามรูปแบบที่ระบุไว้ด้านล่าง ในการใช้งานงานนี้ไปใช้ ท่านต้องไม่กล่าวเป็นนัยว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนองค์กรผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ และไม่อนุญาตให้นำตราสัญลักษณ์ขององค์การอนามัยโลกไปใช้ หากมีการปรับเปลี่ยนงานชิ้นนี้ ท่านจะต้องให้สิทธิ์ใช้งานของท่านภายใต้ให้แลกเปลี่ยนงานที่มีลักษณะเป็นงานสร้างสรรค์โดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์อย่างเดียวกันหรือเทียบเท่า หากมีการแปลงงานชิ้นนี้ ท่านควรเพิ่มความจำกัดความรับผิดชอบดังต่อไปนี้พร้อมกับการอ้างอิงที่แนะนำ: “องค์การอนามัยโลกไม่ได้เป็นผู้แปลงงานนี้และจะไม่รับผิดชอบต่อเนื้อหา หรือความถูกต้องของการแปล ให้ถือว่าต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นฉบับที่ถูกต้องและมีผลผูกพันทางกฎหมาย”

การไกล่เกลี่ยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อพิพาทที่เกิดขึ้นภายใต้ใบอนุญาตนี้ให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)

การอ้างอิงที่แนะนำ การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของราชอาณาจักรไทย: รายงานผลการประเมิน 31 ตุลาคม – 4 พฤศจิกายน 2565. เจนีวา: องค์การอนามัยโลก; 2565. ใบอนุญาต: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ข้อมูลบรรณานุกรมสิ่งพิมพ์ (CIP) ดูได้ที่ <http://apps.who.int/iris>

การขาย สิทธิ และการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์ หากต้องการซื้อสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก <https://www.who.int/publications/book-orders> สำหรับการยื่นคำขอให้ใช้งานในเชิงพาณิชย์ และการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์และการอนุญาต โปรดดูที่ <https://www.who.int/copyright>

เนื้อหาที่เป็นสิทธิ์ของบุคคลที่สาม หากท่านประสงค์จะนำเนื้อหาซึ่งเป็นผลงานของบุคคลที่สามมา ซึ่งปรากฏในงานชิ้นนี้ เช่น ตาราง ตัวเลข หรือรูปภาพไปใช้ ท่านมีความรับผิดชอบในการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับอนุญาตเพื่อนำมาใช้ซ้ำหรือไม่ และต้องเป็นผู้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้ถือลิขสิทธิ์ ความเสี่ยงของการถูกฟ้องร้องอันเป็นผลจากการละเมิดลิขสิทธิ์ของบุคคลที่สามถือเป็นความเสี่ยงของผู้นำผลงานไปใช้แต่เพียงผู้เดียว

ข้อความจำกัดความรับผิดชอบทั่วไป การกำหนด และการนำเสนอเนื้อหาในเอกสารฉบับนี้ไม่ถือว่าเป็นความคิดเห็นขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อสถานะทางกฎหมายของประเทศ ดินแดน เมือง พื้นที่ หรือต่อผู้มีอำนาจ หรือต่อการกำหนดเส้นแบ่งแดน หรือเขตแดนของบริเวณดังกล่าว ไม่ว่าจะมีกรณีใด ๆ เส้นประ หรือเส้นไขปลานบนแผนที่แสดงถึงเส้นเขตแดนโดยประมาณซึ่งอาจมีได้ตกลงกันสมบูรณ์

การกล่าวถึงบริษัทใดบริษัทหนึ่ง หรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตบางรายในงานชิ้นนี้ องค์การอนามัยโลกไม่ได้มีนัยรับรอง หรือ แนะนำให้ใช้บริษัท หรือผลิตภัณฑ์นั้นมากกว่าบริษัท หรือผลิตภัณฑ์อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ชื่อของผลิตภัณฑ์ที่มีผู้ถือกรรมสิทธิ์ จะถูกเน้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นในกรณีที่เกิดจากความผิดพลาด หรือหลงลืมเท่านั้น

องค์การอนามัยโลกได้ใช้ความพยายามตามสมควรเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสารนี้ อย่างไรก็ตามเนื้อหาที่ถูกเผยแพร่ไม่มีการรับประกันใด ผู้อ่านต้องรับผิดชอบในการตีความ และการนำเนื้อหาในเอกสารนี้ไปใช้ องค์การอนามัยโลกไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำเนื้อหาในเอกสารนี้ไปใช้ไม่ว่าในกรณีใด

ออกแบบและจัดวางโดยเจนีวาดีไซน์

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศv
คำย่อ	vi
บทสรุปสำหรับผู้บริหารx
คะแนนและกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ	1

การป้องกัน ————— 10

P1. เครื่องมือทางกฎหมาย	11
P2. การเงิน	14
P3. การประสานงาน IHR บทบาทหน่วย/ผู้ประสานงานภูมินาัมยระหว่างประเทศและการขยายการดำเนินงาน	18
P4. การดื้อยาต้านจุลชีพ	21
P5. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน	26
P6. ความปลอดภัยอาหาร	30
P7. ความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ	32
P8. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	35

การตรวจจับ ————— 38

D1. ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติ	39
D2: การเฝ้าระวัง	43
D3. ทรัพยากรมนุษย์ กำลังคนด้านสุขภาพ	47

การตอบโต้ ————— 52

R1. การจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ	53
R2. การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานความมั่นคง	58
R3. การจัดบริการสุขภาพ	60
R4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	64
R5. การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน	68

ภัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับ IHR และช่องทางเข้าออกประเทศ ————— 72

PoE: ช่องทางเข้าออกประเทศ	73
CE. เหตุการณ์สารเคมี	76
RE. เหตุฉุกเฉินทางรังสี	79

ภาคผนวก: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ JEE ————— 83

กิตติกรรมประกาศ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประสงค์ที่จะแจ้งให้ทราบถึงหน่วยงานและบุคคลต่อไปนี้ ซึ่งการสนับสนุนและความมุ่งมั่นต่อหลักการของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) ได้รับประกันผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จของภารกิจการประเมินภายนอกร่วม (JEE) นี้:

- รัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญระดับชาติของประเทศไทยที่ให้การสนับสนุนและเตรียมการสำหรับภารกิจ JEE;
- รัฐบาลของแคนาดา อินโดนีเซีย โมร็อกโก เนปาล สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ และสหรัฐอเมริกาในการจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคสำหรับกระบวนการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
- ธนาคารพัฒนาเอเชีย องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) องค์การสุขภาพสัตว์โลก (WOAH) ทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และมหาวิทยาลัยฟิลิปปินส์ สำหรับการสนับสนุนของพวกเขา ผู้เชี่ยวชาญและความเชี่ยวชาญ
- สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก;
- แนวคิดวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก สำหรับความร่วมมือและการสนับสนุน และ
- รัฐบาลของประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ให้การสนับสนุนทางการเงินแก่ภารกิจนี้

คำย่อ

AAR	การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน
ACE	ศูนย์พลังงานอาเซียน
ACIP	คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านแนวทางปฏิบัติด้านการสร้างภูมิคุ้มกัน
AFNC	ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม
AFP	กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน
AFRIMS	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์กองทัพบก
AI	ปัญญาประดิษฐ์
AIIR	ห้องแยกการติดเชื้อทางอากาศ
AMR	การดื้อยาต้านจุลชีพ
AOT	การทำอากาศยานแห่งประเทศไทย
APBA	สมาคมความปลอดภัยทางชีวภาพแห่งเอเชียแปซิฟิก
API	อินเทอร์เฟซการเขียนโปรแกรมแอปพลิเคชัน
ARI	การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน
ASEAN	สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
ASEANTOM ASEAN	เครือข่ายหน่วยงานกำกับดูแลพลังงานปรมาณูอาเซียน
AST	การทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ
BeSD	แรงผลักดันด้านพฤติกรรมและสังคมของการฉีดวัคซีน
BIDI	สถาบันบาราศนราดูร
BLQS	สำนักมาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการ
BQCLP	สำนักควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์
BSC	ผู้ความปลอดภัยทางชีวภาพ
BSNT	เครือข่ายความปลอดภัยทางชีวภาพและความปลอดภัยทางชีวภาพแห่งประเทศไทย
CCS-AMR	ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศขององค์การอนามัยโลกในโครงการการดื้อยาต้านจุลชีพ
CCS-PHE	ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศขององค์การอนามัยโลกสำหรับโครงการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
CCSA	ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19
CDCU	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ
CONI	พันธมิตรเครือข่ายสืบสวนโควิด 19
CPG	แนวปฏิบัติทางคลินิก
CSSD	แผนกฆ่าเชื้อส่วนกลาง
CUOH	หน่วยประสานงานเพื่อสุขภาพหนึ่งเดียว
DDC	กรมควบคุมโรค
DLD	กรมปศุสัตว์
DMSc	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
DNP	กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

AEFI	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน
EBRD	ธนาคารยุโรปเพื่อการบูรณะและพัฒนา
EC	คณะกรรมการการยุโรป
ECDC	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งยุโรป
EHS	บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น
EIA	เอนไซม์อิมมูโนแอสเสย์
EID	โรคติดเชื้ออุบัติใหม่
EMS	บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
EMT	หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน
EOC	ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน
EVSM	การจัดการการเก็บวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ
FAO	องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ
FDA	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
FELTP	โครงการฝึกอบรมระดับวิทยาลัยภาคสนามและห้องปฏิบัติการ
FETP	โครงการอบรมระดับวิทยาลัยภาคสนาม
FETP-V	โครงการอบรมระดับวิทยาลัยภาคสนามสำหรับสัตว์แพทย์
GAP	แนวปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี
GAP-AMR	แผนปฏิบัติการระดับโลกรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ
GAVI	พันธมิตรระดับโลกด้านวัคซีนและการสร้างภูมิคุ้มกัน
GDP	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
GPS	ระบบกำหนดตำแหน่งบนโลก
GLASS	ระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพทั่วโลก
GPO	องค์การเภสัชกรรม
GVAP	แผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก
HAI	การติดเชื้อจากโรงพยาบาล
HCAI	การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
HDC	ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ
HPV	ไวรัสสภาพิลโลมาของมนุษย์
IAEA	ทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ
IAM	การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการ
IAR	การทบทวนระหว่างการปฏิบัติงาน
ICAO	องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ
iCAP	ความคิดริเริ่มสำหรับการจัดซื้อยาแก้พิษแบบประสานงาน
ICS	ระบบบัญชาการเหตุการณ์
IHR NFP	จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ
IMS	ระบบการจัดการเหตุการณ์
INFOSAN	เครือข่ายหน่วยงานความปลอดภัยด้านอาหารระหว่างประเทศ

IPC	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
IPCS	โครงการนานาชาติด้านความปลอดภัยของสารเคมี
IRB	คณะกรรมการพิจารณาสถาบัน
IT	เทคโนโลยีสารสนเทศ
IVD	การวินิจฉัยภายนอกร่างกาย
JRA	การประเมินความเสี่ยงร่วมกัน
MALDI-TOF MS	มัลดีทอปแมสสเปคโตรเมทรี
MBDS	การเฝ้าระวังโรคกลุ่มน้ำโง
MCATT	ทีมประเมินและบำบัดภาวะวิกฤตสุขภาพจิต
MDES	กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
MDRO	การต่อต้านจุลชีพหลายชนิด
MERT	ทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์
MHESI	กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
MMR	โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน
MOAC	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
MOPH	กระทรวงสาธารณสุข
MOU	บันทึกความเข้าใจ
NAPHS	แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ
NARST	ศูนย์เฝ้าระวังการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ ประเทศไทย
NDRMP	แผนบริหารจัดการความเสี่ยงจากสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570
NHSO	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NIAH	สถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ
NICC	คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ
NIH	สถาบันสุขภาพแห่งชาติ
NIP	โครงการสร้างภูมิคุ้มกันแห่งชาติ
NITAG	กลุ่มที่ปรึกษาด้านเทคนิคการสร้างภูมิคุ้มกันแห่งชาติ
NNREP	แผนฉุกเฉินนิวเคลียร์และรังสีแห่งชาติ
NPRAS	การสนับสนุนการบริหารโครงการนิวเคลียร์และรังสีวิทยาของแคนาดา
NRL	ห้องปฏิบัติการอ้างอิงแห่งชาติ
NSP-AMR	แผนยุทธศาสตร์ชาติเรื่องการต่อต้านจุลชีพ
NT	โทรคมนาคมแห่งชาติ
OAP	สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
OPV	วัคซีนโปลิโอในช่องปาก
OSCE	องค์กรเพื่อความมั่นคงและความร่วมมือ
PBS	องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย
PCR	ปฏิกิริยาลูกโซ่โพลีเมอเรส
PDP	แผนพัฒนากำลังไฟฟ้าแห่งชาติ

PHEIC	ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ
PHEM	การจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
PHEOC	ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
PHSM	มาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม
POE	ช่องทางเข้าออกประเทศ
PPE	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
PRD	กรมประชาสัมพันธ์
PVS	การประเมินสมรรถนะงานสัตวแพทย์บริการ
RASFF	ระบบแจ้งเตือนภัยด้านความปลอดภัยอาหารและอาหารสัตว์
RCCE	การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน
RPHLN	เครือข่ายห้องปฏิบัติการสาธารณสุขภูมิภาค
RRL	ห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับภูมิภาค
RRT	ทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
RT-PCR	ปฏิกิริยาลูกโซ่โพลีเมอเรสแบบเรียลไทม์
RVRDC	ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ระดับภูมิภาค
SCP	จุดควบคุมสุขภาพ
SOP	ขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐาน
SPAR	เครื่องมือรายงานการประเมินตนเองประจำปีของรัฐภาคี
SPS	สุขอนามัยและสุขอนามัยพืช
SRRT	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
Thailand-SAC	การเฝ้าระวังการบริโภคนกยูงด้านจุลชีพของประเทศไทย
TISTR	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย
TSRI	วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมประเทศไทย
UCS	โครงการความคุ้มครองสากล
UHC	ความคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า
UHPR	การทบทวนการเตรียมความพร้อมกรณีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและสุขภาพถ้วนหน้า
UNDP	โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ
UNICEF	กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ
US CDC	ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา
VBAC	ศูนย์ทดสอบและวิจัยชีววิทยาทางสัตวแพทย์
VHV	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
VLMS	ระบบการจัดการลอจิสติกส์วัคซีนอิเล็กทรอนิกส์
VMI	ผู้ขายจัดการสินค้าคงคลัง
WASH	น้ำ สุขอนามัย และสุขอนามัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ทีมประเมินร่วม JEE จากภายนอกขอแสดงความชื่นชมต่อประเทศไทยที่สมัครใจเข้าสู่กระบวนการประเมินสมรรถนะ JEE และเป็นประเทศแรกของโลกที่ได้รับการประเมิน JEE เป็นครั้งที่ 2 การตอบโต้การระบาดโควิด 19 และการเข้าสู่กระบวนการประเมินสมรรถนะ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในโครงการริเริ่ม ด้านสุขภาพในระดับโลก เป็นตัวอย่างที่ดี มีความสม่ำเสมอ ซึ่งแสดง ความยืดหยุ่น ให้การสนับสนุนเชิงนโยบายทางการเมือง การมองสู่นาคต ความมีผู้นำ และความรับผิดชอบต่อของรัฐบาลไทย ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนา IHR และการสร้างให้มั่นคง

สมรรถนะหลักของประเทศไทยภายใต้กรอบการดำเนินการกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 ก่อนการประเมินครั้งนี้ มีจำนวน 116 ประเทศ ได้เข้ารับการประเมิน JEE ด้วยเครื่องมือ JEE รุ่นที่ 1 หรือ 2 เครื่องมือ JEE ได้รับการทบทวนปรับปรุงใหม่ ในรุ่นที่ 3 ซึ่งนำเอาบทเรียนจาก โควิด 19 รวมทั้งเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ เข้ามาพิจารณา ครั้งนี้เป็นก้าวสู่การนำเครื่องมือ ที่มีประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่ใช้การประเมิน JEE โดยใช้เครื่องมือ JEE รุ่นใหม่ และเป็นครั้งที่ 117 ของการประเมิน JEE

ในขณะที่จะมีประเทศอีกจำนวนมากตามรอยตัวอย่างของประเทศไทย และเข้าสู่การประเมินด้วยเครื่องมือ JEE ที่ปรับปรุงใหม่ ทีมประเมินคาดว่าคะแนนในบางหัวข้อของประเทศอาจได้ต่ำกว่าเดิมถึงแม้ว่าประเทศเหล่านั้นจะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ดังนั้น ผลการประเมินควรได้รับการตีความหมายอย่างระมัดระวัง คำนึงถึงผลของการใช้เครื่องมือที่ปรับใหม่ สิ่งที่เคยคิดว่า จะมีสมรรถนะดีเพียงพอต่อการป้องกัน การตรวจจับ และการตอบโต้ ต่อภัยสุขภาพอาจไม่เพียงพอได้ การได้คะแนนต่ำลงจากการใช้เครื่องมือรุ่นที่ 3 นี้ อาจไม่จำเป็นต้องหมายความว่าประเทศมีสมรรถนะด้อยลง

ประเทศที่เข้าร่วมการประเมิน JEE ควรได้รับความชื่นชมในการทำงานอย่างหนัก เข้มแข็ง โปร่งใส ยึดมั่นในการทำงาน IHR และการร่วมสู่เป้าหมายเดียวกันในการสร้างความมั่นคงสุขภาพโลก

การค้นพบและผลที่ได้จากการประเมิน

ภารกิจประเมิน JEE เริ่มระหว่างปลายเดือนตุลาคมและต้นเดือนพฤศจิกายน การทบทวนทั้ง 19 หัวข้อ ดำเนินการโดยวิธีการ ตรวจสอบ ทบทวนข้อมูล การประชุม การอภิปราย การดูรายละเอียดการปฏิบัติในภาคสนามระหว่างทีมเจ้าหน้าที่ นักวิชาการ ผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนของประเทศไทย กับ ทีมประเมินร่วม JEE โดยการจับคู่ ทีมต่าง ๆ ในหัวข้อความเชี่ยวชาญในเรื่องเดียวกัน (peer-to-peer) กระบวนการนี้ใช้เวลา หรือ อภิปรายและทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดนานเป็นสัปดาห์ ซึ่งผลการตัดสินใจให้คะแนนและการคัดเลือกกิจกรรมที่มีความสำคัญสูง เกิดจากความเห็นร่วมกันเป็นเอกฉันท์ ทั้ง 19 หัวข้อ

ตั้งแต่ก่อน โควิด 19 ประเทศไทยมีการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถที่ขึ้นอย่างยั่งยืน มีแนวทางการพัฒนาสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของการประเมิน JEE ในรอบแรกเมื่อ พ.ศ. 2560 การระบาดใหญ่ โควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินที่กดดันประเทศไทยต้องทำงานอย่างหนัก พยายามให้การบริการสุขภาพดำเนินต่อไปได้ ประเทศไทยได้เพิ่มการประสานงานทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง เพิ่มความมั่นใจ การให้บริการต่อเนื่องของระบบสุขภาพ โดยผ่านการใช้กฎหมายหลายฉบับ การออก/ปรับนโยบาย การจัดหาและบริหารการเงิน การรักษาความโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อตรวจสอบได้ของการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการใช้กฎหมาย พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งช่วยให้เกิดความคล่องตัว ระหว่างด้านการเงินและโครงสร้างการทำงานด้านความมั่นคงทางสุขภาพ

เครื่องมือทางกฎหมาย และเนื้อหาของกฎหมายมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การให้ความเท่าเทียมระหว่างเพศ การพิทักษ์สิทธิมนุษยย์และความเท่าเทียมกัน เมื่อปัจจัยเหล่านี้มาเสริมกับความแข็งแกร่งระบบสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การตอบโต้ โควิด 19 ได้ผลอย่างดี การนำเอาเทคโนโลยีใหม่ เช่น ดิจิทัลเทคโนโลยี ระบบการแพทย์/การสาธารณสุขทางไกล แสดงถึงวิสัยทัศน์ต่อการมองอนาคต นวัตกรรม และการประสานงานซึ่งจะช่วยสร้างความสามารถในการป้องกัน การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน และการตรวจจับเหตุการณ์ การรายงาน และการตอบโต้ปัญหาสุขภาพที่ท้าทายได้

รัฐบาลไทยได้ใช้โอกาสจากประสบการณ์การเผชิญต่อการระบาดขนาดใหญ่ สร้างระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นมีความสามารถฟื้นคืนได้ การสร้างความก้าวหน้าให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความมั่นคงทางสุขภาพ

ในขณะที่ประเด็นต่าง ๆ ใน 19 หัวข้อของ JEE ได้รับการวิเคราะห์ และรายงานในแต่ละส่วนของเอกสารนี้ โดยภาพรวมของการประเมินครั้งนี้ได้สังเคราะห์ประเด็นที่สำคัญ 5 เรื่องที่ควรเสนอเป็นข้อเสนอแนะทั่วไป ข้อเสนอแนะที่มีความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (Overarching Recommendation) ที่จะนำเสนอในส่วนล่างนี้ สันับสนุนเชิงนโยบาย 3 ประเด็นคือ

- 1) การธำรงรักษาการปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practice) ในการประสานงาน การดูแลโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ การสร้างนวัตกรรมในระหว่าง โควิด 19
- 2) เพิ่มการใช้/ขยาย การใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี (เช่น ระบบดิจิทัลการแพทย์) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการขยายการบริการสุขภาพ
- 3) การใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เอื้อต่อการสนับสนุน สาธารณสุขมูลฐานและการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (เช่น จุดบริการ แรกรับ/การติดต่อจากผู้ป่วย-ญาติ ชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศ เสริมส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความมั่นคงของสุขภาพ)

ข้อเสนอแนะที่มีความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ต่อการดำเนินการ IHR ที่ได้จากกระบวนการ JEE

1. นำบทเรียน จากโควิด 19 ไปปฏิบัติ รวมทั้งผลจากการทบทวนการตอบโต้ระหว่างภาวะระบาด COVID-19 Joint Intra-Action Review (IAR) ผลการทบทวนการเตรียมพร้อมทางสุขภาพทั่วไปและผลการประเมิน การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ๆ ควรนำสิ่งเหล่านี้มาทบทวนและหาทางเพิ่มความเข้มแข็งให้ องค์กร/สถาบัน และกรอบการทำงานตามกฎหมาย แล้วใช้กลไกและกรอบการทำงานเหล่านี้เสริมสร้างกลไกการกำกับดูแล ติดตามผล

การทบทวน IAR พบว่าประเทศไทยสามารถลด การแพร่กระจายโควิด 19 ในชุมชนได้เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 9 เดือนแรกของการระบาด ส่งผลให้มีผลกระทบต่อการบริการสุขภาพที่จำเป็นเพียงเล็กน้อย การทบทวนนี้ได้พบปัจจัยหลักหลายอย่างที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ และ วิธีที่ประเทศไทยสามารถเพิ่มสมรรถนะในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพในอนาคต

2. สร้างแผนบูรณาการที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน สำหรับการดำเนินการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” โดยให้มีการจัดงบประมาณ/การหาทุนสำหรับภาคส่วนที่ร่วมมือ และการทบทวน ปรับปรุง กลไกบริหาร กำกับดูแลที่ดี การพัฒนาความสามารถ สมรรถนะ การทำงาน “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในระดับจังหวัด ตลอดจนการเสริมสร้างระบบการเฝ้าระวังที่ครอบคลุม สัตว์ป่า มีการทำแผนปฏิบัติการรายปีของ “สุขภาพหนึ่งเดียว”

จุดชีพก่อโรคที่มีจุดกำเนิดมาจากสัตว์เป็นภัยคุกคามระดับโลก การใช้หลักการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนในทุกระดับของระบบสุขภาพ มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะสู้กับภัยคุกคามนี้ทั้งปัจจุบันและอนาคต และมีความจำเป็นที่ภาคส่วนสุขภาพสัตว์ และ สัตว์ป่าควรได้รับการพิจารณาเป็นลำดับสำคัญแรกที่ได้รับงบประมาณ/ทุน สนับสนุนไปพร้อม ๆ กับภาคสุขภาพมนุษย์

3. ปรับและบูรณาการกลไกบริหารการเงิน การจัดหางบประมาณ/ทุน ให้สอดคล้อง สะดวก ปฏิบัติได้ง่ายระหว่างกัน เน้นเพิ่มพูนความสำคัญในการสร้างสมรรถนะหลักของ IHR ซึ่งจะเป็นส่วนที่ทำให้ระบบสุขภาพฟื้นคืนปกติ ควรมีทุน/งบประมาณเพียงพอ ไม่เพียงแต่สุขภาพคนเท่านั้นแต่ควรเพียงพอสำหรับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขภาพสัตว์ สัตว์ป่าด้วย พัฒนามุ่งสู่การจัดการทางการเงินที่ยั่งยืน สนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพ และการบริการสุขภาพที่จำเป็น ทั้งนี้ไม่เพียงแต่การทำตามข้อเสนอแนะใน หัวข้อที่ 2 (Financing) แต่ควร พัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านความมั่นคงทางสุขภาพ (NAPHS) ที่มีเนื้อหาจากข้อเสนอแนะจาก UHPR รวมทั้งข้อมูลจากการประเมินความจำเป็นทางการเงินของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขณะที่ข้อมูลด้านการดำเนินงาน IHR ที่ได้จากกระบวนการประเมินชี้ว่าประเทศไทยมีกรอบการทำงาน IHR ที่ดี แต่กลับพบว่าในด้านการเงินมีลักษณะแยกกันเป็นส่วน ๆ มีกฎหมายและหลักการบริหารพื้นฐานที่แตกต่างกันทั้งด้านกลยุทธ์และวิธีการปฏิบัติ การทบทวนพบว่าหลายภาคส่วนไม่มีงบประมาณที่เพียงพอ เช่น ภาคส่วนสุขภาพสัตว์มีงบประมาณน้อยเป็นเวลานาน และยังพบว่าการไม่มีงบประมาณในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกันเป็นปัญหาที่ทำทลาย เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สุขภาพหนึ่งเดียว ในกรณีนี้หมายความว่า การจัดแผนบูรณาการ จัดแผนการเงินพร้อมกับการปรับให้สะดวก ปฏิบัติได้ง่ายระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ จะเพิ่มประสิทธิภาพ เสริมการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในด้านการประสานงาน มีทิศทาง แนวปฏิบัติสอดคล้องและเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

4. จัดให้มีโครงการฝึกอบรมสุขภาพหนึ่งเดียว เพื่อให้มีการฝึกอบรมและการช้อมกิจกรรม/การตอบโต้/ประสานงาน ร่วมกันระหว่างบุคลากรในภาคสุขภาพคน และภาคสุขภาพสัตว์ ในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศมุ่งเน้นงาน ที่จะทำร่วมกัน การประสานการปฏิบัติและการใช้มาตรฐานปฏิบัติงาน การฝึกอบรมอาจทำได้ง่ายใน การศึกษา ต่อเนื่อง (เช่น โดยการใช้ ชุดการเรียน (โมดูล) การฝึกอบรมสุขภาพหนึ่งเดียวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ สัตวแพทย์ที่รับใหม่) และให้มีการผสมผสานในการเรียนเบื้องต้นทางสุขภาพ (เช่น นำเอาโมดูลระดับวิทยา ในสุขภาพหนึ่งเดียว และหัวข้อที่เกี่ยวข้องกัน สำหรับนักศึกษา แพทย์/สัตวแพทย์) การฝึกอบรมร่วมกัน อาจ พิจารณาเจาะจงกลุ่มเฉพาะเช่น การฝึกอบรมร่วมกันด้านห้องปฏิบัติการ ทั้งส่วนสุขภาพสัตว์และส่วนสุขภาพ คน หรือการฝึกอบรม ระดับวิทยาร่วมกันสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและสัตวแพทย์

กิจกรรมข้างต้นเหล่านี้จะช่วยการพัฒนาสุขภาพหนึ่งเดียวที่ใช้แนวคิดการทำงานร่วมกัน โดยพยายามเสริมการปฏิบัติงานร่วมกัน และเป็นปฏิสัมพันธ์ที่สะท้อนความเชี่ยวชาญระหว่างกันอย่างเป็นธรรมชาติ อีกทั้งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเป็นแนวเดียวกันกับทุก ภาคส่วน สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและการแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญ รวมทั้งข่าวสารระหว่างกัน

5. โดยเหตุที่สัดส่วนการให้บริการสุขภาพโดยภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นและมีบทบาทสำคัญในประเทศไทย จึงควร เสริมความร่วมมือและให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อม ปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ เสริมการทำงานขยายงาน IHR ให้ได้มากที่สุด

การขาดการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในกิจกรรมที่เกี่ยวกับ IHR จะทำให้การรายงานเหตุการณ์ผิดปกติและล่าช้า ส่งผลให้การ ตอบสนอง/โต้ ไม่มีประสิทธิภาพและเสียค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการแพงขึ้นอย่างมาก คุณภาพของการตอบโต้ในระดับชาติจะถูกกระทบ ถ้าภาคเอกชนไม่มีการเตรียมพร้อมและสมรรถนะไม่อยู่ในแนวเดียวกันกับแนวทางของประเทศ ในขณะที่เดียวกันการบูรณาการที่มี ประสิทธิภาพด้วยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน จะเพิ่มศักยภาพการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาพรวมไปพร้อมกัน

อาจมีกรณีที่มีความเชี่ยวชาญที่สำคัญและมีคุณค่าอยู่ในภาคเอกชน ซึ่งอาจอยู่นอกเหนือจากบริการสุขภาพ (เช่นการบริหารจัดการ ห่วงโซ่อุปทาน) ความเชี่ยวชาญนี้อาจช่วยการสร้างความสามารถต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นฉับพลัน (surge capacity) ได้ รวมทั้งอาจ เสริมคุณภาพการบริการ หนุนช่วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าสู่เป้าหมาย SDG การมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนจะเป็นการ ขยายขอบเขตความร่วมมือ ส่งผลให้การประสานงาน และความร่วมมือมีประสิทธิภาพดีขึ้น

สมาชิกในทีม JEE จากภายนอกทุกคน ขอขอบคุณและชื่นชมอย่างจริงใจ ที่ได้รับการต้อนรับในบรรยากาศการหารือ การสอบถามและการ อธิบายด้วยข้อมูลแบบเปิดเผย ตรงไปตรงมา และขอขอบคุณที่ได้แสดงความเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทบทวน JEE

ในฐานะของทีม JEE เราขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมในกระบวนการทบทวน JEE ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้นำเสนอและทีม ผู้แปลภาษา ที่ ทำให้การสอบถามและการอธิบายดำเนินไปอย่างดี ขอขอบคุณทุกคนที่ทำงานอย่างหนักในการเตรียมข้อมูล เอกสาร การนำเสนอและ การต้อนรับในฐานะเจ้าภาพที่ดียิ่ง

คะแนนของประเทศไทยและงานที่มีลำดับความสำคัญ

ตาราง ต่อไปนี้แสดงผลคะแนนสรุปสุดท้าย ในแต่ละประเด็นของหัวข้อทางเทคนิค IHR โดยผ่านการลงความเห็นสุดท้ายของฝ่ายไทย และทีม JEE ภายนอก หลักการและวิธีการให้คะแนน ของ เครื่องมือ JEE มีการอธิบายไว้ใน เว็บไซต์ นี้

<https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations/joint-external-evaluations>

กล่าวโดยย่อระดับคะแนนมี 5 ระดับ ใช้ชั้นลำดับตามวิธี Likert scale คะแนนเท่ากับ 1 แทนระดับ “ไม่มีสมรรถนะ” และเพิ่มขึ้นตาม ลำดับเงื่อนไขที่บังคับไว้ คะแนนที่เพิ่มขึ้นแต่ละคะแนนจะต้องมีเงื่อนไขครบทุกข้อจึงจะเลื่อนระดับคะแนนเพิ่มได้ คะแนนระดับ 5 แสดง ว่าประเทศไทยระดับสมรรถนะเต็มตามเงื่อนไขที่กำหนด และต้องสามารถยกระดับสมรรถนะนั้นไว้ได้ ดัชนีชี้วัดในแต่ละหัวข้อ จะถูกใช้เป็น ข้อมูลเทียบเคียง การเลือกดัชนีเหล่านี้ชี้วัดมีวัตถุประสงค์ ที่ช่วยการอธิบายที่กว้างกว่า สมรรถนะ IHR ที่จะใช้วัดจริง

เพื่อให้ระดับสมรรถนะ สังเกตได้ง่าย รายงานนี้จะใช้ระบบสี แบบ “จราจร” โดยระดับคะแนน 1 เป็นสีแดง ระดับ 2 และ 3 แทนด้วย สีเหลือง และ ระดับ 4 – 5 แทนด้วยสี เขียว

คะแนนและกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

คะแนน: 1= ไม่มีสมรรถนะ ; 2= มีสมรรถนะอย่างจำกัด ; 3= มีสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา ; 4= มีสมรรถนะที่แสดงผลได้ ; 5= มีสมรรถนะที่ยั่งยืน

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
Prevent				
P1. กฎหมาย	P1.1.	เครื่องมือทางกฎหมาย	5	<ul style="list-style-type: none"> • ปรับกฎหมาย ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน และทุกระดับของทางราชการให้มีทิศทางการสนับสนุน การตรวจจับ ประเมิน แจ่งข่าวสาร และการรายงานให้เหมาะสม ต่อการความเสี่ยงด้านสุขภาพ (รวม ความเสี่ยงภัยคุกคามหลายแบบ) และภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ • จัดทำแนวทางการพัฒนาการจับกุมข้อมูล ให้สามารถมีข้อมูลวิเคราะห์ตัวแปร ชาย-หญิง เพื่อการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มได้ (รวมทั้งการวิเคราะห์ความไวความแตกต่าง) เพื่อช่วยการออกแบบกำหนดนโยบาย และการสนับสนุนทางการเงินที่จะพัฒนาความเสมอภาคและการปฏิบัติที่เท่าเทียมทางเพศในสถานการณ์ฉุกเฉิน • จัดทำข้อมูลแผนที่ทรัพยากรและความรับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ (map) ระหว่างองค์กร หน่วยงาน ให้พร้อมจะใช้ในการสนับสนุน การตรวจจับ ประเมิน แจ่งข่าวสาร และการตอบโต้สาธารณสุข และภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพได้ทันเวลา พร้อมกับจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เสริมความเข้าใจ ความรับผิดชอบและการใช้อำนาจทางกฎหมายระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับของราชการ
	P1.2.	ความเท่าเทียมเสมอภาคทางเพศในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	4	
P2. การเงิน	P2.1.	ระบบการเงินสนับสนุนการค้าเงินงาน IHR	4	<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำเอกสารบันทึกประสบการณ์การเงิน การรับมือ โควิด 19 ด้วยการทบทวนหลังการปฏิบัติผ่านไปแล้ว (AAR) และวิเคราะห์หาประเด็นที่อาจเป็นไปได้ในการแก้ไข เพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำเอกสารเรื่องการทบทวนหลังการปฏิบัติผ่านไปแล้ว (AAR report) จะเป็นเอกสารอ้างอิงที่ดีสำหรับการตอบโต้ต่อภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพในอนาคตได้อีกด้วย เอกสารนี้ควร มีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> » สำนักงบประมาณและสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ทบพทวนระเบียบวิธีการงบประมาณสำหรับใช้ในภาวะฉุกเฉิน » สำนักงานงานตรวจสอบการเงินการบัญชี ภาครัฐ ทบพทวนประเด็นความยืดหยุ่นของงบประมาณ ในภาวะฉุกเฉิน และจัดทำแนวปฏิบัติที่จะช่วยให้เกิดความรวดเร็วเพิ่มขึ้นในการใช้งบในภาวะฉุกเฉิน » กระทรวงสาธารณสุข ทบพทวนการใช้งบฉุกเฉิน ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณของมาตรการ หรือ นโยบายต่าง ๆ ที่นำไปปฏิบัติ (เช่น มาตรการ ล็อคดาว์น การกักกัน และมาตรการสื่อสารความเสี่ยงและการรณรงค์ในชุมชน) » หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน) ทบพทวน ระเบียบการเงินให้มีความ รวดเร็ว ถูกต้อง รับผิดชอบตรวจสอบได้ เหมาะสมสำหรับใช้ในระหว่างการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน • มีตรวจสอบให้แน่ใจว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับ IHR ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับงบประมาณ ที่เป็นสัดส่วน และระบุประเภทการใช้งบประมาณที่ใช้ใน IHR เพื่อทำให้เกิดการประสานงาน และการติดตามได้สะดวกขึ้น • ปรับปรุงแผนการลงทุน ให้ครอบคลุมความต้องการในภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น <ul style="list-style-type: none"> » จัดประชุมหารือ กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ระดับความสามารถ IHR ที่ต้องการจะรักษาระดับต่อไปหลังการระบาด และร่วมกันวางแผนปฏิบัติตร่วมกัน โดยมีแผนการเงิน งบประมาณที่จะใช้ในงานร่วมกันอย่างสมเหตุสมผลกับสมรรถนะ IHR โดยมีการพิจารณาวางแผนร่วมกัน
	P2.2.	ระบบการเงินสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	4	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
				<ul style="list-style-type: none"> » ริเริ่มการจัดงบประมาณที่จะใช้ระหว่าง/ข้ามหน่วยงานในด้านสุขภาพหนึ่งเดียว รวมถึงการใช้งบประมาณที่เดียวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะภูมิอากาศที่มีผลต่อสุขภาพ สุขภาพแรงงาน/ ประชากรตัวดำ และ » ปรับแก้ช่องว่างงบประมาณในประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่ และประเด็นที่เป็นปัญหาด้านการดำเนินงาน IHR อาทิเช่น การจัดระบบห้องปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียว การฝึกอบรมระดับวิทยาสถาสนาม การสร้างแรงจูงใจ แก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในงานบริการสำคัญ (เช่น พยาบาลงานป้องกันการติดเชื้อ) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้ทำงานด้านการสื่อสาร ความรู้สุขภาพที่ถูกต้อง และการพัฒนาดิจิทัลสุขภาพ
P3. การประสานงานบทบาทหน่วย/ผู้ประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศและการขยายการดำเนินงาน	P3.1.	หน้าที่ของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ	4	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวน ปรับปรุงระบบบริหาร การดูแลกำกับ และโครงสร้างการดำเนินงานให้เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการประสานงาน การทำหน้าที่ของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR NFP และการสื่อสารเชิงนโยบายเพื่อการขยายงาน IHR • พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรมนุษย์และนำสู่การปฏิบัติ สร้างความเข้มแข็งการทำงาน IHR อย่างต่อเนื่องในทุกหัวข้อมาตรฐานเสริมภาระหน้าที่หลักของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR NFP และเสริมขีดความสามารถของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของ IHR • เสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการประสานงานหลายภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการใช้ คู่มือ แนวปฏิบัติ และคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน SOPs • ปรับปรุงแผน มาตรการและมาตรฐานการปฏิบัติงาน SOPs เพื่อใช้ในการประสานการปฏิบัติ ด้านการเตรียมพร้อม ตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการชุมนุมของคนจำนวนมาก
	P3.2.	กลไกการประสานงานแบบพหุภาคี	5	
	P3.3.	การวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับกฎอนามัยระหว่างประเทศ การเตรียมความพร้อมสำหรับความมั่นคงด้านสุขภาพ	5	
P4. การดำเนินงานด้านจุลชีพ	P4.1.	การประสานงานหลายภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพ เรื่องการต่อต้านจุลชีพ และแผนปฏิบัติการระดับชาติ	5	<ul style="list-style-type: none"> • รักษาความต่อเนื่องในด้านความเป็นผู้นำ และความร่วมมือของหลายภาคส่วนในระดับสูงของรัฐ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดให้มั่นใจว่าจะเกิดการดำเนินการ AMR ร่วมกัน และมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการตาม NSP-AMR พ.ศ.2566-2570 • ทบทวน และดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้การทำงานแบบ One Health และมีแพลตฟอร์มสำหรับ M&E (หรือพัฒนาใหม่ตามความจำเป็น) ศึกษา/หาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์และสนับสนุนการดำเนินการ NSP-AMR พ.ศ.2566-2570 อย่างมีประสิทธิภาพ • สร้างชุดโครงสร้างข้อมูลมาตรฐานที่จำเป็นของ AMR/HAI และมีกรอบการรวบรวมข้อมูลภายในและระหว่างโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ • เสริมสร้างความเป็นผู้นำและขยายการจัดการ AMR แบบบูรณาการในโรงพยาบาล ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้มีทรัพยากรบุคคลเพียงพอสำหรับ IPC และงานด้านระบาดวิทยาของโรงพยาบาล การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวัง AMR และ HAI รวมถึงมี ผู้ดูแลเอาใจใส่กำกับดูแลการทำงานตามแผนยาต้านจุลชีพ (stewardship) • เพิ่มความตระหนักรู้ของสาธารณะเกี่ยวกับภัยคุกคาม AMR และผลดีของการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในทุกภาคส่วนด้วยการส่งเสริมความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบการศึกษา สื่อ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคประชาสังคม และภาคเอกชน (รวมถึงผู้ผลิตอาหาร)
	P4.2.	การเฝ้าระวังการต่อต้านจุลชีพ	4	
	P4.3.	การป้องกันเชื้อดื้อยาหลายขนาน	4	
	P4.4.	การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในคน	4	
	P4.5.	การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในสุขภาพสัตว์และภาคการเกษตร	4	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
P.5 โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน	P5.1.	การเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน	4	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนและปรับปรุงการบริหารจัดการ การกำกับดูแล สุขภาพหนึ่งเดียวในระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด โดย <ul style="list-style-type: none"> » เสริมสร้างความเข้มแข็งและการประสานงานหลายภาคส่วนในระดับชาติโดยการสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียวในกรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช (โดยมีทรัพยากรบุคคลและการเงินที่เหมาะสมในแต่ละหน่วย/ส่วน) เพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานของกิจกรรมด้านสุขภาพหนึ่งเดียวอย่างต่อเนื่องทั้งภายในองค์กรและระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ » ขยายองค์ประกอบของคณะทำงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวให้ครอบคลุมภาคส่วนอื่น ๆ และกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียวในด้าน การกำกับดูแล และการประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว » การสร้างหน่วยประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับเขต/จังหวัด (Subnational level) » เสริมสร้างความเข้มแข็งของสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด ให้เป็นหน่วยประสานงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวด้านสัตว์ป่า • ประสานงานและจัดการฝึกอบรม สุขภาพหนึ่งเดียวอย่างยั่งยืน รวมทั้งการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังควบคุมและการป้องกันโรค ขยายความรับผิดชอบที่มีอยู่ของอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและปศุสัตว์เพื่อให้ร่วมเป็นอาสาสมัครสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับชุมชน • เสริมสร้างความเข้มแข็ง การเฝ้าระวังในสัตว์ป่าโดยการพัฒนาสมรรถนะให้บุคลากร ในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มต้น การเก็บตัวอย่างและการรายงาน การปรับปรุงการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานในระบบผ่านเว็บ (web-based system) เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และแบ่งปันข้อมูลการเฝ้าระวังโรค • จัดให้มีการทำงาน/เวที/ช่องทาง/การฝึกปฏิบัติร่วมกัน ที่จะช่วยสนับสนุนการแบ่งปันความเชี่ยวชาญและทรัพยากรบุคคลระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ให้ทันความต้องการเช่น งานทางห้องปฏิบัติการ ระบาดวิทยา และการประเมินความเสี่ยง เป็นต้น
	P5.2.	การตอบโต้โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน	4	
	P5.3.	ระบบสุขอนามัยและสุขาภิบาลการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร	5	
P6. อาหารปลอดภัย	P6.1.	การเฝ้าระวังโรคจากเชื้อที่ปนมากับอาหารและจากสารปนเปื้อน	4	<ul style="list-style-type: none"> • เพิ่มการใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงตาม ที่ระบุไว้ใน Codex Alimentarius เพื่อประเมิน จัดการ และสื่อสารความเสี่ยงความปลอดภัยด้านอาหารทั่วทั้งห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่การผลิตไปจนถึงการบริโภค • ในการทำงานร่วมมือและประสานงานกันในโครงการสำรวจอาหารปลอดภัย เช่นการเก็บตัวอย่างในห่วงโซ่อาหาร (การตรวจเชื้อดื้อยา เชื้อก่อโรคที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คน) ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังที่จัดลำดับความสำคัญของเชื้อก่อโรค และสารปนเปื้อน และสร้างโมเดลการประเมินความเสี่ยง เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเกี่ยวข้องจนสามารถนำมาใช้ในการหาทางลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น • กำหนดผังแสดงแนวทางปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมทั้งหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อปรับปรุงการสื่อสารความเสี่ยงและการตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉิน • ปรับปรุงแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงและทำการทดสอบด้วยการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง รวมทั้งทบทวนบทเรียนหลังเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากความปลอดภัยด้านอาหาร
	P6.2.	การตอบโต้และการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านอาหาร	4	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
P.7 ความปลอดภัย และความ มั่นคงทาง ชีวภาพ	P7.1.	การมีระบบความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งในท้องปฏิบัติ การสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และการเกษตร	4	<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ คู่มือระดับชาติด้านความปลอดภัยและความมั่นคงชีวภาพให้เป็นเอกภาพ • ทบทวน ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายการกำกับ การปฏิบัติ และ บังคับใช้การปฏิบัติตามแนวทาง ความปลอดภัยระดับ BSL-3 ทุกหน่วยงาน • จัดทำระบบ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยสนับสนุนการส่งต่อตัวอย่างส่งตรวจ และระบบการขนส่ง ตัวอย่างอันตรายทางไปรษณีย์หรือการขนส่งด่วน • จัดทำ คู่มือระดับชาติด้านการส่งต่อตัวอย่างส่งตรวจ และระบบการขนส่ง ตัวอย่างอันตราย และจัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรม ครูพี่เลี้ยงช่วย การขยายผลจัดทำ
	P7.2.	การฝึกอบรมวิธีปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงมนุษย์ สัตว์ และ เกษตรกรรม)	4	
P8. การสร้างเสริม ภูมิคุ้มกัน	P8.1.	ความครอบคลุมของวัคซีน หัด โนโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	3	<ul style="list-style-type: none"> • เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนหลังจากที่ความครอบคลุมวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมายจากการระบาดของโควิด 19 โดยควรดำเนินการต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> » กำกับติดตามความครอบคลุมของวัคซีนอย่างต่อเนื่อง » การรณรงค์ให้วัคซีน OPV และ MR » การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (supplemental immunization activities (SIA)) » การขยายการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือรับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่เข้าถึงยากหรือมีความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีน • การบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุข รวมไปถึงเอกชนเพื่ออธิบายและทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีนในจังหวัดชายแดนใต้ ควรพิจารณาเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนหรือผู้นำจิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ และแก้ไขปัญหา • การพัฒนาระบบข้อมูลการรายงานและระบบข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีน โดย <ul style="list-style-type: none"> » การลงข้อมูลการเข้ารับบริการวัคซีนโดยใช้ระบบดิจิทัล » การค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อกำหนดเป็นค่าเป้าหมาย (Denominator) เช่น กลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มที่อยู่ชายแดน » การบูรณาการข้อมูลด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการวัคซีนเข้าเป็นหนึ่งในหัวข้อการสำรวจทางสถิติระดับประเทศ เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงเหตุผลและความต้องการของการเข้ารับบริการวัคซีนของประชาชน • เพิ่มความเข้มข้นและรักษาระดับความสามารถด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดย <ul style="list-style-type: none"> » ควรมีการจัดเตรียมวัคซีน MR เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้น » เพิ่มศักยภาพและรักษาระดับผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ในแต่ละระดับ และพิจารณาจัดกรอบเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง » จัดทำ การประเมินความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนเพื่อเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การลาออก หรือเปลี่ยนงานของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
	P8.2.	การเข้าถึงและให้บริการวัคซีนระดับชาติ	5	
	P8.3.	การให้วัคซีนให้แก่คนจำนวนมาก กรณีเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	5	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
Detect				
D1. ห้องปฏิบัติการระดับชาติ	D1.1.	การส่งตัวอย่างและการขนส่ง	4	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาแผนบูรณาการยุทธศาสตร์ห้องปฏิบัติการในแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ปี พ.ศ. 2566-2569 โดยให้มีแผนปฏิบัติการประจำปีที่มีหัวข้อต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> » พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลห้องปฏิบัติการ เชื่อมโยงข้อมูลระดับชาติ ข้อมูลทางคลินิก ทั้งภาคส่วนสุขภาพสัตว์ คน และสิ่งแวดล้อม » พัฒนา และตรวจสอบกำกับ การออกใบอนุญาต/รับรอง ห้องปฏิบัติการทั้งส่วนราชการ และภาคเอกชน เพื่อให้มีการประกันคุณภาพที่เหมาะสมในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ » จัดทำแนวปฏิบัติ กลไกการประสานงาน การประเมินชุด/เครื่องมือ การวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In Vitro Diagnosis: IVD) อย่างครบวงจร ตั้งแต่ การพัฒนา การผลิต การตรวจสอบ การนำมาใช้ และการติดตามประเมินผลหลังการขายผลิตภัณฑ์ในตลาด ในระหว่างภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ » กระจ่าย พัฒนาความสามารถ ให้มีการตรวจทดสอบโรคที่มีความสำคัญ และโรคที่ต้องแจ้งรายงาน ให้กว้างขึ้น ลงสู่ระดับบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยการฝึกอบรมที่เป็นระบบ พร้อมกับการมีวิธีการจัดซื้อ จัดหา มีโครงสร้างการทำงานสนับสนุนและเครือข่าย » จัดตั้งศูนย์ร่วมการฝึกอบรม (training hub) และชุมชน/กลุ่มสังคม ส่งเสริมการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมการทำงาน สถาบันสุขภาพแห่งชาติของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานร่วม ระบาดวิทยา การตรวจจับโรค ความปลอดภัยด้านชีวภาพ และความมั่นคงในระบบชีวภาพ ในภาพรวมทั้งสุขภาพสัตว์ คน และในประเทศในภูมิภาคนี้ » ปรับปรุง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของเครือข่ายห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ในประเทศโดย การจัดทำมี วิธีการตรวจสอบคุณภาพ การตรวจแบบชุด (proficiency panel testing) สำหรับ โรคในสัตว์ และการปฏิบัติตามกับข้อกำหนด ใน ISO 17043 » ปรับปรุง คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ในเรื่องมาตรฐานการระบบส่งต่อ และการขนส่งตัวอย่าง ไปส่วนกลางระดับประเทศ
	D1.2.	คุณภาพของระบบห้องปฏิบัติการ	4	
	D1.3.	ความสามารถการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	4	
	D1.4.	ประสิทธิภาพเครือข่ายห้องปฏิบัติการ	5	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
D2. การเฝ้าระวังโรค	D2.1.	ฟังก์ชันการเฝ้าระวังล่วงหน้า	4	<ul style="list-style-type: none"> ลงทุนในการปรับปรุงระบบข้อมูลให้ทันสมัย รวมถึงการใช้โครงสร้างข้อมูลขนาดใหญ่และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการบูรณาการข้อมูล, การวิเคราะห์, การจำลองโมเดลถึงการพยากรณ์ และการวิเคราะห์ความเสี่ยง ควรเพิ่มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการนำไปใช้ เสริมการเฝ้าระวังเหตุการณ์เชิงเหตุการณ์ การเฝ้าระวังโรคแบบตัวชี้วัด พร้อมกับการปรับปรุงการรายงาน ทำให้ระบบมีความง่ายต่อผู้ใช้งาน ควรใช้การสนับสนุนทางนโยบายและเงินทุน เพิ่มการรายงานโรคจากสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งจากสายงานด้านสุขภาพสัตว์ รวมถึงการบูรณาการรวมข้อมูล (เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา และข้อมูลห้องปฏิบัติการ เป็นต้น) เพื่อช่วยสนับสนุนการสอบสวนการระบาด เพิ่มทรัพยากรบุคลากร เพื่อเสริมการเฝ้าระวังที่ระดับภูมิภาค, ระดับประเทศ, ระดับภูมิภาคและระดับโลก, รวมถึง: <ul style="list-style-type: none"> » การขยายจำนวนบุคลากรด้านปศุสัตว์ในระดับอำเภอและกำหนดหน้าที่เพื่อเสริมการเฝ้าระวังและประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล » การเข้าร่วมภาคีเครือข่าย One Health และโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างกลไกในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลจากการเฝ้าระวังในระดับภูมิภาคและระดับโลก
	D2.2.	การตรวจสอบเหตุการณ์และการสอบสวน	5	
	D2.3.	การวิเคราะห์และการแบ่งปันข้อมูล	5	
D3. ทรัพยากรมนุษย์กำลังคนด้านสุขภาพ	D3.1.	ยุทธศาสตร์ทางด้านกำลังคนหลายภาคส่วน	4	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินและปรับปรุงนโยบายด้านทรัพยากรบุคคล โดยใช้บทเรียนจากประสบการณ์ของการระบาดของโควิด 19 ทบทวนในเรื่องต่างเช่น แนวทางการจ้างงาน การเตรียมความพร้อม กระบวนการทำงาน ค่าตอบแทน การลา การฝึกอบรม การศึกษาต่อเนื่อง, การปรับเลื่อนตำแหน่ง สภาพแวดล้อมการทำงาน การคงรักษาบุคลากรให้ทำงานในองค์กร การเลิกจ้าง การดำเนินการตามนโยบายอาชีพอนามัยและการดำเนินงานที่สำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ มีข้อเสนอให้บุคลากรด้านสุขภาพในสาขาเทคนิคต่าง ๆ ครอบคลุมไปถึงการดำเนินงานในสาขาที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว, การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ, ระบาดวิทยาภาคสนาม, การเฝ้าระวัง, การดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการให้บริการทางด้านสาธารณสุข การสนับสนุนเงินทุนและการจ่ายค่าตอบแทนควรจัดสรรอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้งกำลังคนทางด้านสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม เพิ่มและคงรักษาจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคน สัตว์และสิ่งแวดล้อมที่มีความสามารถ โดยใช้กลยุทธ์การขยายโอกาสความก้าวหน้าของสายอาชีพที่ชัดเจน การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน และการจัดหาระบบและบริการเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้แก่เจ้าหน้าที่ ขยายช่องทางการพัฒนาด้านกำลังคนสาธารณสุขที่มีอยู่ และจัดทำตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการพัฒนาากำลังคนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาคส่วนสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม
	D3.2.	ทรัพยากรมนุษย์สำหรับดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ	4	
	D3.3.	การฝึกอบรมพัฒนากำลังคน	4	
	D3.4.	การจัดสรรกำลังคนระหว่างภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข	5	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
Respond				
R1. การจัดการ ภาวะฉุกเฉิน ด้านสุขภาพ	R1.1.	การประเมินความเสี่ยง และความพร้อมต่อ เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉิน	4	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผน เสนอแผนขอรับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการขยายงาน ที่มีองค์ประกอบของการติดตาม ประเมินผล ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่า มีงบประมาณสนับสนุนหลังการระบุดใหญ่อย่างยั่งยืน สำหรับภารกิจของ EOCs การเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน และการประเมินความเสี่ยง กำหนดแผน และดำเนินการให้มั่นใจว่ามีสมรรถนะของการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ โดยมีการกำกับกำกับการปฏิบัตินโยบายและมิกลไกทางกฎหมาย ที่สามารถเร่งรัด การอนุมัติงบประมาณอย่างรวดเร็ว มีความคล่องตัวของการบริหารจัดการการจัดซื้อจัดจ้าง และการสรรหา เจ้าหน้าที่รองรับภาวะฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เสริมความพร้อม การจัดการ และตอบโต้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดจากสารเคมี, เชื้อโรค, รั้งสี, นิวเคลียร์, และวัตถุระเบิด (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosives หรือ CBRNE) โดยการสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิชาการ และการจัดทำบัญชีคลังพัสดุภัณฑ์การช่วยเหลือทางการแพทย์ จัดให้มีระบบที่มีศักยภาพสูงและยั่งยืนในเรื่องแพลตฟอร์มการจัดการ ข้อมูลอย่างบูรณาการ ของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center - PHEOC) และให้ครอบคลุมเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) อื่น ๆ แพลตฟอร์มการจัดการข้อมูลนี้มีระดับความสามารถจัดการแบบอัตโนมัติ ในด้านการรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การทำแผนที่ภูมิศาสตร์สารสนเทศ การสร้างภาพข้อมูลและการรายงานอัตโนมัติให้ หน่วยงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดทำกรอบการวิจัยภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นทางการ (มี กลไกด้านการเงินและการดำเนินการ) จัดลำดับความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านฉุกเฉินด้าน สุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง มีเอกสารการประเมินผล ทำเอกสารระบุ กลยุทธ์ ประสพการณ์ ที่จะช่วยให้มีกระบวนการเร่งรัดในการขออนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (Institutional Review Board หรือ IRB) อย่างรวดเร็ว สำหรับช่วงภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
	R1.2.	ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ฉุกเฉินด้านสุขภาพ	4	
	R1.3.	การบริหารจัดการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ	4	
	R1.4.	การสั่งเปิดปฏิบัติการและ การประสานงานบุคลากร ด้านสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน	4	
	R1.5.	การจัดการพัสดุ การขนส่ง และห่วงโซ่อุปทานใน ภาวะฉุกเฉิน	4	
	R1.6.	การวิจัย พัฒนา และ นวัตกรรม	4	
R2. การ ประสานงาน ระหว่าง หน่วยงาน สาธารณสุข กับหน่วยงาน ความมั่นคง	R2.1.	มีการติดต่อสื่อสาร กันระหว่างหน่วยงาน สาธารณสุขกับหน่วยงาน ความมั่นคง (เช่น การ บังคับใช้กฎหมาย, การ ควบคุมพื้นที่ชายแดน, การศุลกากร) ขณะเกิด เหตุการณ์ทางชีวภาพ เคมี หรือกัมมันตรังสีที่ต้อง สงสัยหรือได้รับการยืนยัน	4	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำกลไกความร่วมมือและการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้าน สาธารณสุขและความมั่นคงอย่างเป็นทางการ และตรวจสอบให้แน่ใจ ว่าภาคส่วนความมั่นคงมีอำนาจตามกฎหมายในการแบ่งปันข่าวกรอง ที่อาจมีผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขและมีผู้แทนทางสาธารณสุขที่ได้รับ มอบหมาย ดำเนินการจัดอบรมร่วมกันด้านสาธารณสุข/หน่วยงานด้านความ มั่นคง/การปฐมพยาบาล/การทหารหรืออย่างเป็นทางการ โดยมีผู้บริหารภาค รัฐบาลในระดับสูงที่เหมาะสมเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความ ร่วมมือซึ่งกันและกันในเรื่องความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องในระหว่างเหตุการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงผ่านการฝึกหัดตาม สถานการณ์จริง (เช่น การปล่อยวัสดุชีวภาพหรือนิวเคลียร์โดยเจตนา)

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
R3. การจัดบริการสุขภาพ	R3.1.	การจัดการ ดูแลผู้ป่วย	5	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาสมรรถนะ ชีตความสามารถ ในการเตรียมพร้อมการจัดการภาวะฉุกเฉินให้เข้มแข็งและต่อเนื่อง รวมทั้งให้มั่นใจว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีความสามารถเพียงพอทั้งในการทำงานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การให้บริการ EHS และ การปรับให้เข้ากับความต้องการของประชาชน ในช่วงเวลาที่ระบบสุขภาพมีการขาดตอนเนื่องจากเหตุการณ์ผิดปกติ ทบทวนและเสริมความเข้มแข็งความสามารถการจัดการ จัดหา สนับสนุน พัสตุ/อุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็น (รวมทั้ง การจัดเก็บ คลัง พัสตุ ระบบความเย็น การจัดส่ง) โดยเน้นการจัดส่งถึงสถานบริการระดับพื้นที่ และการส่งเสริมความสามารถการผลิตในประเทศ ทำการศึกษาประเมินความต้องการ การให้บริการ EHS ในภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ระบบสุขภาพหยุดชะงัก โดยเน้นปัจจัยความเสี่ยง จุดอ่อนไหว ต่อประชากรสูงอายุและประชากรชายขอบ ตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีการทบทวนประเด็น ความต่อเนื่องของแผนการบริการสุขภาพและมีแนวทางการประสานงานระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับอยู่ในเนื้อหาการปรับปรุง พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สร้างความร่วมมือภาครัฐ-เอกชนให้มีความยั่งยืน มีการประสานงานผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และ ศูนย์ EOC ในภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา
	R3.2.	ความต่อเนื่องการบริการสุขภาพฉุกเฉิน	4	
	R3.3.	การใช้ระบบ EHS	4	
R4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	R4.1.	โปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4	<ul style="list-style-type: none"> เสริมการขยายการทำงานของหน่วยเลขานุการ IPC โดยให้มีบุคลากรที่มีคุณภาพ ทำงานเต็มเวลา ท่วมเท เพื่อสนับสนุนศูนย์ NICC ทำงานตามภารกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของแผนงานระดับชาติ รวมถึง <ul style="list-style-type: none"> การกำหนด ขอบเขตการทำงาน บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในระดับชาติ อย่างชัดเจน มอบอำนาจ ในการตัดสินใจ การบริหารการปฏิบัติงาน จัดสรร งบประมาณที่ชัดเจน ตามแผนกิจกรรม ที่กำหนดไว้ใน National Plan for HAI Prevention and Control 2023–2027 สนับสนุน ขวัญ กำลังใจให้ผู้ทำงาน IPC ระดับสถานบริการสุขภาพ ในด้าน ความก้าวหน้าสายอาชีพ เพิ่มแรงจูงใจ ค่าตอบแทน และตำแหน่งระดับสูงขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ซึ่งควรมีอัตราส่วน 1 คน ต่อ 150 เตียง เพิ่มจำนวน โรงพยาบาลเข้าสู่โครงการ HAI/AMR surveillance ยก ระดับเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้แน่ใจว่าจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานกลับ มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา ใช้ดัชนีชี้วัดกระบวนการ IPC และดัชนีชี้วัดที่ใช้ในชุดโครงการริเริ่มการต่อต้านจุลชีพ (AMR initiatives) เช่น integrated assessment models และการรับรองคุณภาพสถานบริการ Healthcare Accreditation เพื่อนำมาปรับ ประยุกต์ในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง แผนงานโครงการระดับประเทศ และกรอบการทำงานติดตามประเมินผล พร้อมกับการฝึกอบรมเพื่อการเพิ่มการยึดมั่นในหลักปฏิบัติ IPC ได้เต็มที่
	R4.2.	การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	4	
	R4.3.	สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ	4	

Technical areas	ตัวชี้วัด no.	ตัวชี้วัด	คะแนน	ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ
R5. การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน	R5.1.	ระบบการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาวะฉุกเฉิน	5	• จัดตั้งหน่วยปฏิบัติงานสื่อสารความเสี่ยงด้านสาธารณสุขภายในระดับจังหวัด และ/หรือปรับปรุงกลไกการประชาสัมพันธ์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงที่มีอยู่ในระดับจังหวัด
	R5.2.	การสื่อสารความเสี่ยง	5	• จัดทำแนวทางที่ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีความท้าทายสูง
	R5.3.	การมีส่วนร่วมของชุมชน	4	• จัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมมาตรฐานด้านการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับ กลุ่มชายขอบ ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดน

IHR related hazards and points of entry and border health

PoE ช่องทางเข้าออกประเทศ	PoE1.	ข้อกำหนดสมรรถนะหลักสำหรับช่องทางเข้าออก	4	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาแนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานขั้นตอนการทำงาน รวมถึงให้การฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ช่องทางข้ามพรมแดนทางพื้นดิน ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศปี 2548 ตาม ภาคผนวก 1B เสริมความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดที่มีอยู่ที่ช่องทางเข้าออก โดยใช้กลยุทธ์การเฝ้าระวังเชิงเหตุการณ์ และผนวกเข้าไปในระบบของการเฝ้าระวังโรคของประเทศ พัฒนาชุดแนวทางที่ปรับให้เหมาะกับช่องทางเข้าออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกิจกรรม ที่ปฏิบัติประจำวัน อาทิ การบำรุงรักษาสุขอนามัยอาหารและน้ำดื่ม การจัดการของเสียและการควบคุมแมลง
	PoE2.	การตอบโต้ทางด้านสาธารณสุข ณ ช่องทางเข้าออก	4	
	PoE3.	แนวทางประเมินความเสี่ยงสำหรับมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางระหว่างประเทศ	3	
CE เหตุการณ์สารเคมี	CE1.	กลไกและการดำเนินการตรวจจับและตอบโต้เหตุการณ์ทางเคมีหรือภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี	4	<ul style="list-style-type: none"> ให้มั่นใจว่า มีการเตรียมความพร้อม มีทรัพยากร และความสามารถที่เพียงพอในการจัดการกับเหตุการณ์ทางเคมีได้ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยทำการวิเคราะห์ตามความเสี่ยง/หาจุดบกพร่องเพื่อปรับปรุงแก้ไข ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และในระดับท้องถิ่น และบริเวณช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ เพื่อตอบสนองเหตุการณ์เหล่านั้น
	CE2.	สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Enabling Environment) ต่อการจัดการเหตุการณ์สารเคมี	5	
RE. เหตุฉุกเฉินทางรังสี	RE1.	กลไกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจจับและตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์	4	<ul style="list-style-type: none"> บังคับใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติตามพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. 2562 ทั่วทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ที่เป็นทางการสำหรับการแจ้งและประสานงานกับจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR National Focal Point) ในกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉินทางรังสีหรือนิวเคลียร์ จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ด่านหน้าและผู้เผชิญเหตุฉุกเฉินให้มากขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุบนโต๊ะและการฝึกซ้อมแผนภาคสนาม รวมทั้งความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีระเบียบวิธีปฏิบัติในการจัดการทางคลินิกสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุฉุกเฉินทางรังสีและบุคลากรในโรงพยาบาลเฉพาะทางได้รับการฝึกอบรมในการใช้ระเบียบวิธีปฏิบัติเหล่านี้ นอกจากนี้ควรจัดทำวิธีการและมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) สำหรับการเข้าถึงเวชภัณฑ์ (คลังเวชภัณฑ์) ที่จำเป็นสำหรับการรักษาอาการบาดเจ็บจากรังสี จัดให้มีการจัดเตรียมแผนที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ รวมทั้งการสนับสนุนจากภาคเอกชนด้วย
	RE2.	มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์	5	

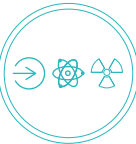
การป้องกัน



P1. เครื่องมือทางกฎหมาย

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ International Health Regulations 2005 (IHR 2005) เป็นทั้งข้อบังคับและสิทธิของรัฐภาคี/ประเทศ ในบางประเทศอาจต้องจัดทำกฎหมายขึ้นใหม่หรือปรับปรุงกฎหมายเดิมเพื่อนำจะกฎอนามัยระหว่างประเทศ(IHR 2005)ไปปฏิบัติได้ดีขึ้น แม้ว่าบางครั้งการร่างกฎหมายใหม่หรือการปรับปรุงอาจไม่จำเป็น รัฐภาคีอาจเลือกที่จะปรับปรุงข้อบังคับหรือกฎหมายที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในการนำ IHR ไปปฏิบัติ การใช้เครื่องมือทางกฎหมายจะช่วยรัฐภาคีในการจัดระบบงาน IHR และเสริมบทบาทหน้าที่ IHR ตามบริบทของประเทศ นอกจากนี้ยังจะช่วยเสริมการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ ในการนำ IHR ไปปฏิบัติได้สะดวกขึ้น การมีนโยบายที่กำหนดชัดเจนด้านโครงสร้างการทำงาน ขอบเขตการรับผิดชอบ และการจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากรการเงินให้พอเพียงแก่การปฏิบัติ การมีความสำคัญมาก ควรศึกษาเอกสารแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายที่ควรมีสำหรับประเทศในการนำ IHR ไปปฏิบัติด้วย



เป้าหมาย

รัฐภาคี/ประเทศ มีเครื่องมือทางกฎหมายที่เพียงพอในการสนับสนุนและการนำ IHR ไปปฏิบัติตามข้อบังคับและการใช้สิทธิของประเทศตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR (2005) ด้วยเหตุนี้ การยกร่างกฎหมายใหม่หรือการปรับปรุงเครื่องมือทางกฎหมายที่มีอยู่เป็นสิ่งจำเป็นในการนำ IHR ไปปฏิบัติ แม้ว่ากรร่างกฎหมายใหม่หรือการปรับปรุงอาจไม่จำเป็น ภายใต้ระบบกฎหมายของรัฐภาคี ประเทศอาจเลือกที่จะปรับปรุงข้อบังคับหรือกฎหมาย ข้อบังคับบางฉบับที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในการนำ IHR ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเกิดประโยชน์

ระดับสมรรถนะ

ประเทศไทยมีชุดของกฎหมายแม่และกฎหมายลูกที่สอดคล้องกัน ลักษณะเช่นนี้ช่วยให้ขับเคลื่อนการตอบโต้ได้ทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติจนถึงทั่วประเทศ กฎหมายเหล่านี้ใช้บังคับได้ทุกภาคส่วน ทั้งนี้กฎหมายหลักในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้รับอำนาจเป็นผู้บังคับใช้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีบทบัญญัติกำหนดหลักการทั่วไปและข้อปฏิบัติที่เชื่อมโยงนโยบายและกระบวนการจัดทำกฎหมายไว้แล้ว และยังมีกฎหมายระเบียบวิธีการจัดทำกฎหมายและการประเมินซึ่งสามารถใช้ได้อีกด้วย

กฎหมายหลักที่นำมาใช้สนับสนุน IHR คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎหมายนี้ระบุให้มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ 3 ชุด ในระดับชาติ ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ มีกรรมการวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกทั้งภาคส่วนสุขภาพ สถาบันทางวิชาการ และนอกภาคส่วนสุขภาพ ร่วมมือกันทำงานสนับสนุนกรมการระดับชาติในด้านวิชาการ

ในช่วงแรกของวิกฤตการระบาดทั่วโลกของ โควิด 19 กฎหมายนี้ได้ถูกนำมาใช้ร่วมกับ พรก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีการตั้งคณะกรรมการร่วมทุกภาคส่วนในระดับชาติโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ภายใต้อำนาจตามกฎหมายนี้ นายกรัฐมนตรีมีอำนาจที่จะแต่งตั้งข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ พรก. ฉุกเฉินนี้ได้ ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมาย นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรียังมีอำนาจ ออกกฎข้อบังคับตามความจำเป็นเพื่อเยียวยา และแก้ไขปัญหาฉุกเฉินได้ทันที เพื่อป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้ายลง

กฎหมายทั้งสองฉบับ ให้อำนาจ “เจ้าพนักงาน” ทำหน้าที่บริหารจัดการความเสี่ยง และจัดการภาวะฉุกเฉินได้อีกด้วย รวมทั้งอำนาจบังคับการให้บุคคลออกประเทศหรือไม่ให้เข้าประเทศ ณ จุดผ่านแดน ประเทศไทยมีการประเมินการใช้กฎหมาย และข้อจำกัดการใช้กฎหมายในภาวะการระบาด โควิด 19 ซึ่งพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

- กฎหมายต่าง ๆ ไม่มีความสอดคล้องกันเพียงพอ ที่จะในการนำมาใช้หลายภาคส่วนพร้อม ๆ กัน
- พรก. ฉุกเฉินฯ ช่วยการตอบโต้ร่วมกันจากหลายภาคส่วนได้ดีภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคส่วนความมั่นคง อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์ โควิด 19 คลี่คลายเข้าสู่ภาวะ “โรคประจำถิ่น” จะคงเหลือแค่กฎหมายควบคุมโรคซึ่งอาจลดความเข้มข้นการมีส่วนร่วมจากภาคต่าง ๆ ลง
- การตีความของ ความหมายบางคำ มีปัญหาความยุ่งยากในทางปฏิบัติต่อการควบคุมโรค เช่น “การก่อกองร้าย” “การชุมนุมประท้วง” จึงจำเป็นต้องนำมาพิจารณา
- ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนในการใช้กฎหมาย (ชนิด/มาตรา) และการบังคับใช้กฎหมาย และการตีความด้านขอบเขตบังคับใช้ และการใช้ทั่วไป

การวิเคราะห์กฎหมาย พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งดำเนินการผ่านกระบวนการประชุมปรึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายพบว่า กฎหมายนี้ ขาดอำนาจบังคับที่จำเป็นใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ข้อเสนอการแก้ไขได้รับการอนุมัติโดยของคณะรัฐมนตรีในวันที่ 21 กันยายน 2566 การเสนอแก้ไขเพิ่มเติมนี้ จะรวมเอาระบบการทำงานใหม่และกลไกการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมทั้งมีการกำหนดนิยามใหม่ให้ชัดเจนกับภาวะฉุกเฉิน และเพิ่มอำนาจให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดบทบัญญัติสิทธิ “ความเท่าเทียม ชายและหญิง” และยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่ใช้สนับสนุน “ความเท่าเทียม” ในแผนพัฒนาประเทศในทุกระดับ พรบ. ที่เกี่ยวกับ “ความเท่าเทียม ชายและหญิง” มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 และทำให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศเพื่อขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาความก้าวหน้าความเสมอภาคทางเพศในประเทศ ดัชนี “ความเท่าเทียมทางเพศ” ของประเทศไทยมีการเชื่อมโยงกับ เป้าหมายที่ 5 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ที่จะให้เกิดความเท่าเทียม หญิง ชายและเสริม บทบาทสตรี และเด็กหญิง ให้มากขึ้น ดัชนี “ความเท่าเทียม” ในปี 2019 เท่ากับ 0.359 ดีขึ้นจากเดิม 0.419 ในปี 2016 สะท้อนการพัฒนาความเท่าเทียมทางเพศในสังคมไทย

ดัชนีชี้วัดและคะแนน

P1.1. รัฐภาคี/ประเทศ มีการประเมิน ปรับ และจัดให้กฎหมายที่มีอยู่หลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่าง ๆ เสริมหนุน สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน IHR – คะแนน 5

จุดแข็ง

- กฎหมายของประเทศไทยตระหนักถึงการสร้างการมีส่วนร่วม และให้การสนับสนุน
- ประเทศไทย มีบทบัญญัติให้มีการประเมินกฎหมายทุก 5 ปี หลังจากได้มีผลบังคับใช้ไปแล้ว และการประเมินนำโดยคณะกรรมการระดับสูง
 - » พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ โดยมี รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน พรบ. นี้ยังกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และ กรุงเทพมหานคร
 - » พรก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ การบริหารจัดการราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน จากภาคส่วนต่าง ๆ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน¹
- คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและระดับจังหวัด มุ่งมั่นทำงานในแนวทางประสานร่วมกัน การสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคมีความสำคัญต่อการทำงานและขยายงาน IHR
- มีความยืดหยุ่นในการออกกฎหมายลูก (subordinate legislation) สามารถปรับให้ตรงกับสภาพปัญหา ความเสี่ยงและจำเป็นต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพได้
- ประเทศไทยทบทวนบทเรียนหลังการเผชิญ โควิด 19 (post-COVID review) เพื่อป้องกัน ภัยคุกคาม ช่องว่างต่าง ๆ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา

ข้อท้าทาย

- การปรับกฎหมาย ให้สอดคล้องกัน และบังคับใช้ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ท้าทายมาก มีรายงานของประเทศไทยในหัวข้อสรุปบทเรียนจากการบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการต่าง ๆ ในการบริหารจัดการ โควิด 19 พบว่ามีช่องว่างที่สำคัญ

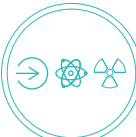
- พรก. ฉุกเฉิน ไม่ได้รับการออกแบบ/วางแผน สำหรับประเด็นความมั่นคงในระดับการระบาดไปทั่วโลก
- การตีความของความหมายบางคำที่เกี่ยวกับ ความเสี่ยงที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น “การก่อการร้าย” “การชุมนุมประท้วง” มีปัญหาความยุ่งยากในทางปฏิบัติ จำเป็นต้องได้รับการพิจารณา
- ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเพียงพอในการนำกฎหมายมาใช้ในประเด็นต่าง ๆ และวิธีการบังคับใช้กฎหมาย และมีการตีความด้านขอบเขต บังคับใช้ ที่แตกต่างกัน



P1.2. ความเสมอภาคและเท่าเทียมทางเพศในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- รัฐธรรมนูญไทย กำหนด สิทธิเท่าเทียม ชาย หญิงไว้ในกฎหมาย
- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติ (2560 - 2564) ได้รับการพัฒนา ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด
- แผนปฏิบัติการพัฒนา สตรี ระยะที่ 1 (2563 - 2565) ได้รับการจัดทำโดย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระจายสู่การปฏิบัติในทุกภาคส่วน ใน วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565
- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ให้ความครอบคลุมสวัสดิการ ทุกด้าน ทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจค้น/หา โรค และการควบคุมโรค ตลอดจน การให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน การวินิจฉัยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และการรักษาที่บ้านเพื่อการแยกโรค
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) จัดหางบประมาณ และให้หลักประกันสุขภาพครอบคลุม การป้องกัน การตรวจค้น/หา โรคสำหรับชาวไทยทุกคนโดยไม่ว่ามีเพศสถานะใด
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 80 รับภารกิจหน้าที่และความรับผิดชอบ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้การศึกษา เข้าใจมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ให้กับชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ อาสาสมัครผู้หญิงได้พิสูจน์ว่ามีความสามารถในการรับมือหา ความรู้วิธีการให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นเป็นอย่างดี ทำให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคได้ถูกต้อง ผลงานนี้ได้รับการยกย่อง ว่าเป็นปัจจัยหลักในการลดการแพร่กระจายการระบาด ในชุมชน และในกลุ่มประชากร เปราะบาง รวมทั้ง แรงงาน/ประชากรเคลื่อนย้ายถิ่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาที่สถานบริการ หรือไม่ประสงค์เดินทางมารับบริการ เนื่องจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนสำคัญในการเชื่อมต่อ ส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป ตามความจำเป็นและเงื่อนไขต่าง ๆ ได้



ประเด็นท้าทาย

- มีความจำเป็นที่ควรจัดเก็บข้อมูลให้ละเอียดขึ้นสามารถแยกข้อมูลวิเคราะห์ในรายละเอียดได้
- มีความจำเป็นที่ให้มีข่าวสารสื่อสารความเสี่ยงสาธารณะให้มากขึ้น และหลากหลายภาษาและวัฒนธรรม ให้เข้าถึงแรงงาน ประชากรเคลื่อนย้าย
- การสำรวจการเข้าถึงข่าวสาร On-line พบว่า แรงงาน/ประชากรเคลื่อนย้าย เพศชายมีโอกาสได้รับข่าวสาร โควิด 19 มากกว่าเพศหญิง

ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- ปรับกฎหมายข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน และทุกระดับของทางราชการ ให้มีทิศทางการสนับสนุน การตรวจจับ ประเมิน แจ้งข่าวสาร และการรายงานให้เหมาะสม ต่อการความเสี่ยงด้านสุขภาพ (รวม ความเสี่ยงภัยคุกคามหลายแบบ) และภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ
- จัดทำแนวทางการพัฒนาการเก็บข้อมูลที่จัดทำข้อมูลรวม ให้สามารถมีข้อมูลวิเคราะห์ตัวแปร ชาย-หญิง เพื่อการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มได้ (รวมทั้งการวิเคราะห์ความไวความแตกต่าง) เพื่อช่วยการออกแบบกำหนดนโยบายและการสนับสนุนทางการเงินที่ พัฒนาความเสมอภาคและการปฏิบัติที่เท่าเทียมทางเพศในสถานการณ์ฉุกเฉิน
- จัดทำข้อมูลแผนที่ทรัพยากร บทบาทและความรับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ (map) ระหว่างองค์กร หน่วยงาน ให้พร้อมจะใช้ในการสนับสนุน การตรวจจับ ประเมิน แจ้งข่าวสาร และการตอบโต้สาธารณภัยและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพได้ทันเวลา พร้อมกับจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่เสริมความเข้าใจ ความรับผิดชอบและการใช้อำนาจทางกฎหมายระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับของราชการ

P2. การเงิน

บทนำ

การปฏิบัติและขยายงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งหมายความรวมถึงการสร้างสมรรถนะหลัก จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณ/ทุน รัฐบาลจำเป็นต้องแน่ใจว่าได้จัดสรร งบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

เป้าหมาย

รัฐบาล/ประเทศควรแน่ใจว่าได้จัดสรร งบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน IHR โดยจัดสรรงบประมาณประเทศ หรือจาก กลไกอื่นในการจัดหา ประเทศมีแหล่งทรัพยากรการเงินที่เข้าถึงได้ จัดงบประมาณการดำเนินการได้ต่อเนื่องเป็นงานประจำวัน สำหรับสร้างสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ แหล่งทรัพยากรการเงิน งบประมาณนี้สามารถจัดหาได้ทันเวลาพร้อม ใช้งบประมาณสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพทันที

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างเข้มแข็งในสองทศวรรษที่ผ่านมา ร่วมกับนโยบายและความมุ่งมั่นของรัฐต่อการสร้างสังคมที่มีความสุข สุขภาพดี ทำให้มีการลงทุนด้านสุขภาพมากมายหลายด้าน ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการนำเอาระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในปี 2002 (พ.ศ. 2545) ประชาชนทั้งประเทศ มีหลักประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ² มีการนำเอาข้อมูลเชิงประจักษ์ และการวิจัยมาใช้ในการตัดสินใจ มีการปรับระบบการเงิน การจ่ายค่าชดเชย/ตอบแทนอย่างละเอียด รอบคอบ ทำให้มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพดี ค่า ค่า สถานะสุขภาพของประชาชน ปรับดีขึ้นตามลำดับจนมีระดับสุขภาพเทียบเคียง กับประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมจะมีเพียงร้อยละ 4 ของ จีดีพี หรือประมาณ ร้อยละ 9-10 ของ งบประมาณประจำปี ระบบการเงินและการจัดหางบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี ซึ่งมีความสม่ำเสมอ เสถียรในระดับดี คาดการณ์ ได้ และเป็นธรรม ค่าใช้จ่ายการบริการทางสุขภาพที่ประชาชนจ่ายเองโดยตรงมีสัดส่วนลดลงมาเรื่อย ๆ จนเหลือประมาณ ร้อยละ 8.67 ของค่าใช้จ่ายทางการบริการสุขภาพทั้งหมด³

รัฐบาลเป็นผู้จัดงบประมาณการบริการสุขภาพแก่ประชากรและกิจกรรม IHR เป็นประจำทุกปีผ่านกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง มีกฎหมายหลายฉบับ และมีกลยุทธทางการเงินต่าง ๆ เป็นเครื่องมือทางกฎหมาย และการบริหารสนับสนุนการจัดหา งบประมาณได้เพียงพอ เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนภัยพิบัติระดับชาติ ในภาวะฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ สามารถเข้าถึงงบประมาณ กลางได้ตามกระบวนการทางกฎหมายงบประมาณระดับชาติ ในช่วงการระบาดของ โควิด 19 รัฐบาลได้ระดมทุนผ่าน การออกพันธบัตรและ การกู้เงินจากแหล่งภายนอก

ภาครัฐจัดระเบียบกลไกงบประมาณไว้อย่างชัดเจน ในด้านการจัดหางบประมาณ การของบประมาณ ขั้นตอนอนุมัติ และการเบิกจ่าย มีระเบียบการเงินและการตรวจสอบ งบประมาณได้รับการจัดสรรเป็นรายปี ตามพระราชบัญญัติงบประมาณ แต่จะต้องวางแผนล่วงหน้า 2-3 ปี คณะกรรมการประสานการทำงานระดับชาติ (National IHR Committee) ประกอบด้วยกรรมการจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีกรรมการจากสำนักงานงบประมาณ คณะกรรมการนี้จะร่วมมือกันดูภาพรวมการวางแผนงบประมาณการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับ ประเด็นวาระเร่งด่วนของประเทศ

ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานงบประมาณ ได้อนุมัติ งบประมาณ 3,457.4 ล้านบาทสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับประเด็นใหญ่ ๆ ของ IHR รวมถึง การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน การเตรียมพร้อมรับมืออุบัติภัยจากธรรมชาติ รวมถึงการแก้ปัญหาภาวะ มลพิษ ภัยจากสารเคมีอันตราย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับ IHR (IHR infrastructure) การเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล การพัฒนากฎหมายป้องกันควบคุมโรค และการติดตาม การรับรู้ความรู้ โรคอุบัติใหม่-ซ้ำ

2 These are: 1) civil servants' health insurance; 2) social security insurance for formal sector employees; and 3) a Universal Coverage Scheme (UCS) that covers everybody else.

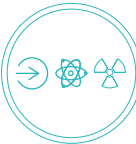
3 World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TH> Accessed 2 November 2022.

การจัดสรรงบประมาณ การกระจาย อนุมัติ ในช่วงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ได้เอาประเด็นการพิจารณา ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ประชากรที่อ่อนแอหรือมีโอกาสได้รับภัย/ผลกระทบสูง ตัวอย่างเช่น การให้ลำดับความสำคัญการให้วัคซีนแก่ประชากรสูงอายุ ประชากรที่มีโรคร่วมที่อาจป่วยรุนแรง ตลอดจน ขยายโอกาสไปยังผู้ไร้บ้าน และชาวต่างชาติ

การบริหารงบประมาณทำได้ในระดับที่น่าพอใจ มีเพียงบางกรณีเท่านั้นที่มีการเบิกจ่ายต่ำและไม่มีการณีใดเลยที่เบิกจ่ายเกิน โครงสร้าง และการจัดการงบประมาณมีความยืดหยุ่นเพียงพอต่อความสะดุดในการทำงาน และทำให้ระบบงบประมาณ การเงินตอบสนองต่อความต้องการของส่วนต่าง ๆ ได้ดี ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับชาติ (EOC) ทำหน้าที่ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ การเงินในภาวะฉุกเฉินซึ่งเชื่อมโยงไประดับจังหวัดและพื้นที่ที่มีการตรวจสอบภายใน/ภายนอกเพื่อความถูกต้อง เป็นไปตามระเบียบและความรับผิดชอบทางการเงิน

ระบบงบประมาณสำหรับงาน IHR มีจุดอ่อนบางประการ ประการแรก งบประมาณไม่ครอบคลุม กระจายไปให้บางส่วนที่จำเป็น และควรได้รับการสนับสนุน การขาดงบประมาณสนับสนุนการทำงานข้ามเชื่อมโยงกัน หลายภาคส่วน ซึ่งสำคัญมากเช่น กรณีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพหนึ่งเดียวและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน รวมทั้งสุขภาพสัตว์ป่า (wildlife) ประการที่สอง ระบบงบประมาณไม่มีการระบุประเภทการใช้จ่ายที่เกี่ยวกับ IHR ทำให้ไม่สามารถประมาณการมูลค่าใช้จ่ายรวมได้ ประการที่สาม แม้ว่าจะมีการจัดแนวทางเร่งรัดให้สะดุดในระหว่างการระบาดใหญ่ การเบิกจ่ายยังล่าช้า ใช้เวลาไม่ทันต่อสถานการณ์ และมีการล่าช้าที่เหมือนกัน ในกรณีการขอเปลี่ยนแปลงหมวดหรือโยกย้ายการใช้งบประมาณ ทรัพยากรไปที่อื่น ประการที่สี่ การจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพระดับล่างที่ใกล้ชิดประชาชน ชุมชน น้อยและล่าช้าเมื่อเทียบกับภาคเอกชนทำให้มีการเปลี่ยนงานสูงขึ้น สูญเสียบุคลากร และจำเป็นต้องฝึกอบรมใหม่

โควิด 19 ที่ระบาดรุนแรงสะท้อนความจำเป็นต้องยกระดับการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ประเทศไทยจะได้ประโยชน์จากการทบทวนประสิทธิภาพทางการเงินอย่างละเอียดและรอบด้าน ชัดความสามารถด้านห้องปฏิบัติการ และบุคลากร เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ด้วยการเพิ่มงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุน แต่การรักษาระดับความสามารถนี้ในระยะหลังโควิด 19 อาจต้องสนับสนุนต่อไป ในขณะเดียวกันยังมีช่องว่างของงบประมาณที่ควรสนับสนุน การพัฒนาสมรรถนะหลัก IHR โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดแคลนทรัพยากรงบประมาณ และสิ่งจูงใจในการส่งเสริมการทำงานร่วมกันที่เข้มแข็งขึ้นของหลายภาคส่วน



ดัชนีวัด และคะแนน

P2.1. การจัดการทางการเงิน งบประมาณสำหรับการดำเนินงาน IHR – คะแนน 4

จุดแข็ง

- การดำเนินการ IHR ได้รับการอำนวยความสะดวกในการวางแผนรายกิจกรรมด้วยวิธีการทางงบประมาณ การเงินที่แข็งแกร่ง
- มีกลไกการงบประมาณการเงิน ระเบียบ พร้อมในระบบ ทำให้มีความรับผิดชอบ โปร่งใส ตรวจสอบได้
- มีงบประมาณสนับสนุนเพื่อพัฒนา ชัดความสามารถ สมรรถนะ IHR จากหุ้นส่วนการพัฒนาต่าง ๆ เสริมงบประมาณปกติ ที่มีประจำปี
- แผนพัฒนาประเทศระยะยาว และแผนระยะกลางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมแห่งชาติ วางกรอบการทำงานงบประมาณที่เป็นเอกภาพได้
- สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน มีการตรวจสอบ ด้านผลการปฏิบัติ และประสิทธิภาพเป็นประจำ ช่วยเสริมสร้าง ชัดความสามารถ สมรรถนะหลัก IHR และการเตรียมพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ

ประเด็นท้าทาย

- ระบบการเงิน งบประมาณที่ใช้ปัจจุบันไม่ได้ระบุความชัดเจนการใช้งบประมาณในหัวข้อที่เกี่ยวกับ IHR มีหลายหน่วยงาน กรมต่าง ๆ ในแต่ละกระทรวงทำงานที่เกี่ยวข้องกับ IHR แต่ไม่สามารถระบุ ติดตามในระบบที่มีอยู่นี้
- มีงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการทำงานร่วมกัน ระหว่างหลายภาคส่วน เช่นในด้านการติดต่อ ประสานงาน สื่อสารระหว่างกัน รวมทั้งกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีช่องว่างของงบประมาณสำหรับรองรับปัญหาใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน IHR ที่เกิดขึ้น เช่นการจัดประสาน การปฏิบัติการ การเชื่อมต่อข้อมูล ของห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ สุขภาพหนึ่งเดียว สุขภาพจิต แรงงาน/คนต่างด้าว และการใช้ดิจิทัลรองรับระบบสุขภาพ
- ผลกระทบชั่วคราวในเชิงเศรษฐกิจ เนื่องจากปัญหา โควิด 19 จะมีผลกระทบต่อ ทรัพยากรการเงินต่อ ระบบสุขภาพ การคงรักษา ระดับความยืดหยุ่นทางนโยบาย การสนับสนุนทางการเมืองเป็นหัวใจสำคัญ

P2.2. ทรัพยากรทางการเงิน สนับสนุน ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

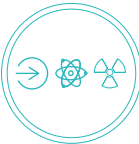
- งบกลางของรัฐบาลสามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรทางการเงินในภาวะฉุกเฉิน
- ระบบงบประมาณ และการบริหารการเงิน มีความยืดหยุ่น (เช่นระเบียบการจัดหา) ในภาวะฉุกเฉิน
- รัฐบาล สามารถเข้าถึงแหล่งทุนภายนอกด้วยการกู้ยืมได้⁴ และการออกพันธบัตรของรัฐบาลเพื่อจัดหาทุน/ทรัพยากรที่ต้องการได้
- การจัดตั้ง ศูนย์บริหารจัดการโควิด 19 ระดับชาติ (CCSA) มีส่วนช่วยในการบริหารการเงิน งบประมาณ และการจัดซื้อ จัดหา พัสตูล การแพทย์ที่จำเป็นและใช้ในการ ป้องกัน ควบคุม การระบาดขนาดใหญ่ของโควิด 19

ประเด็นท้าทาย

- แม้ว่าจะมีกลไกทางการเงินพร้อมอยู่แล้ว แต่กระบวนการของงบประมาณจากงบกลางและจากภายนอก ยังใช้เวลานานกว่าที่คาดไว้ เนื่องจากปริมาณเอกสาร ข้อมูล เหตุผล และระเบียบการอนุมัติยังซับซ้อน
- ทรัพยากร งบประมาณจากงบกลางและจากภายนอกมีความยืดหยุ่นต่ำ และใช้ได้เฉพาะที่จัดทำไว้ล่วงหน้าแล้วเท่านั้น เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดที่เปลี่ยนไป การขอปรับงบประมาณ หรือโยกย้ายไปใช้ในกิจกรรมอื่น ๆ นั้นการอนุมัติใช้เวลาหลายสัปดาห์
- การเบิกจ่ายงบประมาณจากงบฉุกเฉิน มีบางกรณีที่ล่าช้า เน้นย้ำความท้าทายในการปรับแก้ กระบวนการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน ที่ควรปรับเปลี่ยน

ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- จัดทำเอกสารบันทึกประสบการณ์การเงิน งบประมาณ ในการรับมือ โควิด 19 ด้วยการทบทวนหลังการปฏิบัติผ่านไป และหาประเด็น จุดที่เป็นไปได้ในการแก้ไข เพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำเอกสารเรื่องการทบทวนหลังการปฏิบัติผ่านไป (AAR report) จะเป็นเอกสารอ้างอิงที่ดีสำหรับการตอบโต้ต่อภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพในอนาคต เอกสารนี้ควร มีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 - » สำนักงบประมาณและสำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทบทวนระเบียบวิธีการงบประมาณในภาวะฉุกเฉิน
 - » สำนักงานตรวจสอบการเงินการบัญชี (ของรัฐ) ทบทวนประเด็น ความยืดหยุ่นของงบประมาณ ในภาวะฉุกเฉิน และจัดทำแนวปฏิบัติที่จะช่วยให้เกิดความรวดเร็วเพิ่มขึ้นในการใช้งบฉุกเฉิน
 - » กระทรวงสาธารณสุข ทบทวนการใช้งบฉุกเฉิน และประสิทธิผล ต่อการใช้งบประมาณ ของมาตรการ/นโยบายต่าง ๆ ที่นำไปปฏิบัติ (เช่น มาตรการ ล็อคดาวน์ และการกักกัน มาตรการสื่อสารความเสี่ยงและการรณรงค์ในชุมชน
 - » หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น สำนักตรวจเงิน) ทบทวน ระเบียบทางการเงินในด้านความ รวดเร็ว ถูกต้อง รับผิดชอบตรวจสอบได้ ในระหว่างการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับ IHR ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับงบประมาณตรงเป็นสัดส่วนนำมาใช้ได้ และระบุประเภทการใช้งบประมาณ เพื่อทำให้เกิดการประสานงาน และการติดตามได้สะดวก
- ปรับปรุงแผนการลงทุน ให้ครอบคลุม ความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น
 - » จัดประชุมหารือ กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ระดับความสามารถ IHR capacities ที่ต้องการจะรักษาระดับ ต่อไปหลังการระบาด และร่วมกันวางแผนปฏิบัติร่วมกัน โดยมีแผนการเงิน งบประมาณที่จะใช้ในงานร่วมกันอย่างสมเหตุสมผลกับ สมรรถนะ IHR ที่เห็นชอบร่วมกัน
 - » ริเริ่มการจัด งบประมาณที่จะใช้ข้ามหน่วยงาน ที่ร่วมกันในด้านสุขภาพหนึ่งเดียว การเปลี่ยนแปลงภาวะ ภูมิอากาศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุขภาพแรงงาน/ประชากรตัวด้าว และ
 - » ปรับแก้ช่องว่างงบประมาณในประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่ ประเด็นที่เป็นปัญหาด้านการทำงาน IHR ที่พบ อาทิเช่น การจัดระบบห้องปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียว การฝึกอบรมระดับวิทยาสถาบัน การสร้างแรงจูงใจสำหรับ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในงานบริการสำคัญ (เช่น พยาบาลงานป้องกันการติดเชื้อ) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้ทำงานด้านการสื่อสารสุขภาพด้วยความรู้ที่ถูกต้อง และการพัฒนาดิจิทัลสุขภาพ



P3. การประสานงาน IHR บทบาทหน่วย/ผู้ประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศและการขยายการดำเนินงาน

บทนำ

การดำเนินงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยแนวคิดการทำงานแบบพหุภาคี/สหสาขาและความร่วมมือของหุ้นส่วนภายในประเทศ จึงจะนำไปสู่การมีระบบการเตือนภัยและการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานทรัพยากรทั่วประเทศ เช่น กำหนดให้มีจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ และมีทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานและสื่อสารคือปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศในประเทศนั้น ๆ

เป้าหมาย

แนวคิดการทำงานแบบพหุภาคี/สหสาขาและความร่วมมือของหุ้นส่วนภายในประเทศ ช่วยให้ประเทศมีระบบการเตือนภัยล่วงหน้า การตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ และทำให้ประเทศดำเนินงาน IHR ได้ดี เพื่อให้เกิดการประสานงานทรัพยากรทั่วประเทศและการทำงานที่ยั่งยืน จึงต้องมีจุดประสาน IHR ที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารงาน IHR ระดับชาติที่สามารถติดต่อและเข้าถึงได้ตลอดเวลา (ตามข้อบังคับผูกพันที่สำคัญของ IHR) - รัฐ/ภาคีต้องแจ้งรายละเอียดการติดต่อของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติไปยังองค์การอนามัยโลก พร้อมกับปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่องและยืนยันทุกปี รายงานโรคที่ต้องแจ้งรายงาน (notifiable diseases) ทันเวลา และรายงานเหตุการณ์ที่อาจมีนัยสำคัญด้านสาธารณสุขตามเงื่อนไขขององค์การอนามัยโลก และส่งผ่านข้อมูลในองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศอย่างสม่ำเสมอ รัฐ/ประเทศมีการวางแผนและการพัฒนาความสมรรถนะ ด้วยการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการและการพัฒนา IHR มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง

ระดับสมรรถนะ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศเริ่มตั้งแต่มีมติคณะรัฐมนตรีในเดือนมิถุนายน 2550 และประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะความก้าวหน้าการประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ การปฏิบัติตามหน้าที่ของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแผนพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) และแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ถูกกำหนดตั้งอยู่ในกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยภาพรวม การกำกับดูแล การดำเนินงาน และการประสานงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยใช้กลไกคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศแห่งชาติ ซึ่งรวมผู้แทนจาก 18 หน่วยงานระดับกระทรวง คณะอนุกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศ 8 คณะ และคณะกรรมการเพิ่มเติมถาวรระดับชาติ 4 คณะ

จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ สามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทางเจ้าหน้าที่ประจำห้าคนซึ่งได้รับการฝึกอบรม และมีการสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานกับองค์การอนามัยโลก และกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของระดับกระทรวงของประเทศไทยโดยใช้แนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว และแนวทางตอบโต้ภัยอันตรายทุกชนิด

การทำงานร่วมกันในประเทศและกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย ได้รับการเสริมให้เข้มแข็ง โดยการ ทบทวน บทเรียนและปฏิบัติการที่ดีที่สุด ร่วมกันในการตอบสนองต่อการระบาดทั่วโลกของโรคโควิด 19

ตัวชี้วัดและคะแนน

P3.1. หน้าที่ของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- กลไกการประสานงานของกฏอนามัยระหว่างประเทศ ได้รับการประกาศในมติคณะรัฐมนตรีให้ถือปฏิบัติเป็นกฎหมาย (มติคณะรัฐมนตรีในปี พ.ศ.2550) ซึ่งมอบภารกิจให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ประสานงานการดำเนินงาน IHR กับหน่วยงานต่าง ๆ
- จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศเป็นศูนย์ประสานงานที่มีทรัพยากร และงบประมาณประจำปีที่เพียงพอ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลการเฝ้าระวัง และตอบสนองที่เกี่ยวข้อง และกระบวนการตัดสินใจ
- คณะกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติปฏิบัติงานในระหว่างเหตุการณ์จริงด้านสุขภาพได้ดี ซึ่งรวมถึงการระบาดของโรคโควิด 19 และโรคฝีดาษวานร และได้ตรวจสอบบทวน ประเมิน และปรับปรุงงานตามข้อสังเกตของการประเมินหลายครั้ง รวมถึงการทบทวนระหว่างการปฏิบัติงาน (IAR) และการทบทวนการเตรียมความพร้อมกรณีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและสุขภาพ
- ประเทศไทยมีการแจ้งเตือนองค์การอนามัยโลก และรัฐภาคีอื่น ๆ อย่างดี และเป็นประเทศแรกที่รายงานโรคโควิด 19 นอกประเทศจีน
- มีรายงานสถานการณ์โรคฝีดาษวานรในประเทศ
- ประเทศไทยมีส่วนร่วมในกรอบการติดตามและการประเมินผลกฏอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งรวมถึงจัดทำรายงานประจำปี ผลการประเมินสมรรถนะตนเองของรัฐภาคี (SPAR) การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกประเทศร่วมกัน (JEE) (ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่ประเมิน JEE ครั้งที่สอง) การซ้อมแผนโดยจำลองสถานการณ์, การทบทวนระหว่างการปฏิบัติงาน การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) และแผนปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ (NAPHS).
- ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ดีกับหน่วยงานภายในประเทศ และในระดับท้องถิ่น

ความท้าทาย

- มีความจำเป็นที่จะเสริมสร้างสมรรถนะกฏอนามัยระหว่างประเทศสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศจากกฏอนามัยระหว่างประเทศ
- ประเทศไทยได้รับประโยชน์จากการเสริมสร้างระบบข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ ควรนำมาใช้ในจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ
- ควรแก้ไขและปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) สำหรับจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศให้ทันสมัย
- หน้าที่หลักของศูนย์ประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR NFP ในการแจ้งข่าวสารเหตุการณ์ การสื่อสารด้านการเตรียมพร้อมในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและการติดตาม ประเมินผล ควรสร้างให้มีความยั่งยืน
- การรักษาสมรรถนะระดับสูงของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศในด้านข่าวกรองด้านสาธารณสุขเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากต้องใช้เวลานานในการสั่งสมความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

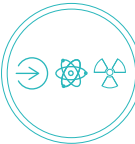
P3.2. กลไกการประสานงานแบบพหุภาคี – คะแนน 5

จุดแข็ง

- ประเทศไทยใช้แนวทางความร่วมมือของภาครัฐทั้งหมดในการประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ รวมถึงต่างกระทรวงผ่านคณะกรรมการและอนุกรรมการระดับชาติและระดับภูมิภาค และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศได้ปรับปรุงขั้นตอนการประสานงานแบบพหุภาคีอย่างสม่ำเสมอ
- ประเทศไทยมีการทำงานที่แข็งแกร่งในด้านความร่วมมือของภาครัฐทั้งหมดจากหลายภาคส่วนในการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และโรคอุบัติใหม่ (เช่น การระบาดทั่วโลกของโรคโควิด 19) บนพื้นฐาน พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ความท้าทาย

- ต้องมีการปรับปรุงกลไกการประสานงานในแต่ละประเด็นทางเทคนิค เพื่อจัดการกับปัญหาที่เชื่อมโยงกัน
- ประเทศไทยจำเป็นต้องแน่ใจว่าได้รับการสนับสนุนจากระดับสูงอย่างเข้มแข็ง ยึดมั่นในภาระผูกพันในการประสานงานแบบพหุภาคีในทุกภาคส่วนของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน



P3.3. การวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับกฎอนามัยระหว่างประเทศ การเตรียมความพร้อมสำหรับความมั่นคงด้านสุขภาพ – คะแนน 5

จุดแข็ง

- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ให้อำนาจและภาระผูกพันของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเพื่ออนุมัติแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด
- กลยุทธ์การสนับสนุนสำหรับกฎอนามัยระหว่างประเทศได้ระบุให้มีการดำเนินการในแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

ความท้าทาย

- มีความจำเป็นในการปรับปรุงแผน มาตรการและมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) เพื่อประสานงานการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ ระหว่างการประชุมของกลุ่มคนจำนวนมาก
- มีความจำเป็นในการเชื่อมโยงการปฏิบัติและความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุข และหน่วยงานความปลอดภัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีความจำเป็นในการคงรักษา และยกระดับการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยการเสริมสร้างและทดสอบกลไกที่มีอยู่สำหรับการประสานงาน การสื่อสาร และการสื่อสารเชิงนโยบายเพื่อการขยายงาน IHR

ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- ทบทวน ปรับปรุงระบบบริหาร ดูแลกำกับและโครงสร้างการดำเนินงานให้เหมาะสมเพียงพอต่อการขยาย การประสานงาน การทำหน้าที่ของ จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR NFP และการสื่อสารเชิงนโยบายเพื่อการขยายงาน IHR
- พัฒนาแผนสู่การนำไปใช้ปฏิบัติ ด้านทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง การรักษาระดับการทำงานที่ต่อเนื่องในทุกหัวข้อ ทางเทคนิค ภาระหน้าที่หลักของจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR NFP สมรรถนะ และขีดความสามารถของภาคส่วนต่างที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหลักของ IHR
- เสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการประสานงานหลายภาคส่วน อย่างต่อเนื่องโดยใช้ผ่านการใช้ คู่มือ แนวปฏิบัติ และคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน SOPs
- ปรับปรุงแผน มาตรการและมาตรฐานการปฏิบัติงาน SOPs เพื่อใช้ในการประสานการปฏิบัติ ด้านการเตรียมพร้อม ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการชุมนุมของคนจำนวนมาก

P4. การดื้อยาต้านจุลชีพ

คำนำ

แบคทีเรีย และจุลชีพชนิดอื่นปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและพัฒนากลไกต้านสารที่มีฤทธิ์ฆ่าจุลชีพได้ในที่สุด นับเป็นเวลาหลายสิบปีแล้ว ที่การดื้อยาเป็นปัญหาที่ควบคุมได้ เนื่องจากการภาวะดื้อยาเพิ่มขึ้นค่อนข้างช้า และอุตสาหกรรมยา ยังคงสามารถผลิตยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ได้เรื่อย ๆ

อย่างไรก็ตาม ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัญหานี้ได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ การดื้อยาต้านจุลชีพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อย่างน่าตกใจ และขณะนี้สามารถพัฒนาการดื้อยาเร็วกว่าการพัฒนายาชนิดใหม่ ที่สามารถยับยั้งการติดเชื้อในมนุษย์ สถานการณ์เช่นนี้เป็นภัยคุกคามการดูแลสุขภาพ การเติบโตทางเศรษฐกิจ สุขภาพของประชาชน เกษตรกรรม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ

เป้าหมาย

ประเทศมีระดับการดำเนินงานที่ใช้สำหรับการตอบสนองการดื้อยาต้านจุลชีพระดับชาติ ตามแนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว “One Health” ประกอบด้วย

- การดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน ที่ครอบคลุมด้านมนุษย์ สัตว์ พืชผล อาหารปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การพัฒนา และการดำเนินการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อต่อสู้กับการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยการดื้อยาต้านจุลชีพ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance: GAP-AMR)
- ระดับสมรรถนะในการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพระดับชาติในการติดตามโดยใช้ระบบที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ เช่น ระบบเฝ้าระวังตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (Global Antimicrobial Resistance Surveillance System ;GLASS) และฐานข้อมูลระดับโลกขององค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (World Organization for Animal Health หรือ Office International des Epizooties; OIE) ซึ่งเกี่ยวกับการใช้สารต้านจุลชีพในสัตว์
- การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล ผลิตภัณฑ์อาหาร และในชุมชน โดยใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- การรับรองการใช้อย่างเหมาะสม รวมถึงการรับประกันคุณภาพของยาที่มีอยู่ และการเข้าถึงยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเมื่อจำเป็น ซึ่งรวมถึงการลดใช้ยาที่ไม่เหมาะสมด้วย

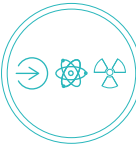
ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

แผนบูรณาการระดับชาติหลายภาคส่วนว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Thailand’s National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance ;NSP-AMR) โดยมีการระบุแหล่งงบประมาณในการดำเนินการ และกรอบระยะเวลาในการติดตามผล โดยแผนดังกล่าวได้รับการปรับปรุงและประเมินผลเป็นประจำโดยดำเนินการสิ้นสุดในปี พ.ศ.2565 และในช่วงเวลาของ JEE ประเทศไทยได้มีการสรุปการพัฒนา NSP-AMP ฉบับที่สองให้ครอบคลุม ในปี พ.ศ.2566-2570

ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีการเฝ้าระวังระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในคนระดับชาติที่ได้มาตรฐาน (National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand ;NARST) ซึ่งได้รับการกำหนดให้เป็นห้องปฏิบัติการแห่งชาติ (National Research Laboratory ;NRL) สำหรับ AMR ระบบจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยโดยผ่านจากเครือข่ายระบบเฝ้าระวังที่จัดตั้งขึ้น

แนวทางการปฏิบัติระดับชาติได้ถูกจัดตั้งขึ้นสำหรับเครือข่ายเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา โดยบูรณาการภายใต้แนวทาง One Health ซึ่งสถานบริการในภาคประชาชนทุกแห่งสามารถยืนยันเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant organisms ; MDRO) และแจ้งเตือนไปยัง NARST ได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมเมื่อตรวจพบเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มีลำดับความสำคัญ มีการตอบโต้ที่ได้รับการติดตามและตรวจยืนยันเชื้อดื้อยาหลายขนานจากทั้งระดับภูมิภาค และระดับประเทศ

แนวทางการปฏิบัติ สำหรับการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้ถูกนำมาใช้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งการดำเนินโครงการดูแล AMR มีอยู่ในสถานพยาบาลที่สำคัญทุกแห่งจำนวน 126 แห่ง โดยผ่านการจัดตั้งการจัดการ AMR ผ่านกรอบการทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management ;IAM) ในโรงพยาบาล ระบบนี้ถูกอ้างอิงการใช้งานตามความต้องการขององค์กรที่มีความพร้อมในกลไกการกำกับดูแลที่เข้มแข็งในโรงพยาบาล เพื่อรองรับการดำเนินงานร่วมกัน



สำหรับการเฝ้าระวัง AMR การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control ;IPC) และการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมี การเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อสุขภาพของคน โดยอ้างอิงจำแนกตามประเภทของยาปฏิชีวนะ

กรอบการติดตามและกำกับดูแลระดับชาติสำหรับยาปฏิชีวนะ หรือยาฆ่าแมลงได้รวมเอาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่รวมอยู่ในมาตรฐานสากล ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีความรอบคอบและรับผิดชอบ เช่น (WOAH Terrestrial And Aquatic Codes Alimentarius) ตามสายพันธุ์ ชนิด พันธุ์พืช รวมถึงภาคการผลิต

ตัวชี้วัดและคะแนน

P4.1. การประสานงานหลายภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ และแผนปฏิบัติการ ระดับชาติ – คะแนน 5

จุดแข็ง

- ประเทศไทยแสดงความมุ่งมั่นและการกำกับดูแลของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนนโยบาย
- กลไกการกำกับดูแลระดับชาติและความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อร่วมกันดำเนินการตาม NSP-AMR ที่ก่อตั้งขึ้นภายใต้แนวทาง One Health
- มีระบบติดตามและประเมินผลเพื่อติดตามความคืบหน้า ความท้าทาย และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน NAP-AMR
- ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยโครงการดื้อยาต้านจุลชีพ (CCS-AMR Program) เป็นหน่วยงานทางเทคนิคสำหรับการดำเนินการ NSP-AMR
- AMR ได้รวมอยู่ในโครงการ WHO CCS สำหรับเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (CCS-PHE) ในปี 2565 – 2568 เพื่อให้มั่นใจว่ามีการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสำหรับการดำเนินงานตาม NSP-AMR

ความท้าทาย

- การคงระดับความสำคัญของ AMR ด้วยนโยบายระดับสูง
- แหล่งงบประมาณสนับสนุนมีความผันผวน โดยเฉพาะภายหลังจากโครงการ NSP-AMR สิ้นสุดลง

P4.2. การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยได้จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ ในรูปแบบการบูรณาการระดับชาติภายใต้แนวทาง One Health โดย ครอบคลุมการเฝ้าระวังโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ประเทศไทยมีความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก เพื่อการเฝ้าระวังและการฝึกอบรมด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นศูนย์ ความร่วมมือเพื่อป้องกันและกักกันการดื้อยาต้านจุลชีพ และศูนย์อ้างอิงขององค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO)
- ประเทศไทยได้เสริมสร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาในคน สัตว์(ปศุสัตว์และการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ) ภาคอาหารและสิ่งแวดล้อม
- ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ ของเชื้อ β -lactamase Escherichia coli ภายใต้โครงการ Tricycle project ขององค์การอนามัยโลก เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังระดับชาติรูปแบบบูรณาการหลายภาคส่วน สำหรับการดื้อยาโดยใช้ β -lactamase ซึ่งผลิตเชื้อ E. coli ที่เป็นตัวบ่งชี้ง่าย ๆ ที่เกิดขึ้นในคน อาหาร(สัตว์) และสิ่งแวดล้อม
- ประเทศไทยอยู่ระหว่างดำเนินการตามระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (GLASS) ในโรงพยาบาล จำนวน 20 แห่ง เป็นจุดเฝ้าระวังในแต่ละเขตสุขภาพ
- ประเทศไทย มีระบบเฝ้าระวังและตอบสนองทางระบาดวิทยาในระดับชาติสำหรับการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงรายงานกรณีการดื้อยา ต้านจุลชีพสำหรับเชื้อโรคที่ดื้อยาต้านจุลชีพที่มีโอกาสเกิดขึ้นใหม่
- ระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพในห้องปฏิบัติการได้ถูกสร้างขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบในฐานข้อมูลการดื้อยาในโรงพยาบาล
- ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาศูนย์เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติด้วยเป็นตัวอย่างระดับชาติ มีข้อมูลแสดงแนวโน้มของ การใช้ยาปฏิชีวนะในระดับประเทศ และ 12 เขตสุขภาพ และระหว่างโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลได้ ประเทศไทย มีการจัดตั้งโครงการเฝ้าระวังระดับชาติสำหรับการดื้อยาต้านจุลชีพในสัตว์ที่ผลิตเป็นอาหาร เช่น ไก่ และหมู เป็นต้น

ความท้าทาย

- ระบบฐานข้อมูล AMR มีความกระจายอยู่หลายส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน
- มีความจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับข้อมูลการเฝ้าระวัง AMR และยาต้านจุลชีพ ควรเพิ่มการอำนวยความสะดวกในการแบ่งปันข้อมูล รวมถึงการเฝ้าระวังแบบบูรณาการของ AMR ภายใต้แนวทาง One Health

P4.3. การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาหลายขนานในสถานพยาบาล – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยได้ดำเนินการตามแผนแม่บทแห่งชาติ นับแต่แผนฉบับแรกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 – 2564 และในแผนแม่บทระดับชาติฉบับที่ 2 (ครอบคลุมปี พ.ศ. 2566-2570)
- คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติมีส่วนช่วยในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การจัดการทรัพยากรบุคคล การดำเนินงานตามนโยบาย และการติดตามการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (HCAI)
- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อสามารถเฝ้าระวังและดำเนินการมาตรการที่เหมาะสมเพื่อลด HCAI และควบคุมจุลชีพที่ดื้อยาหลายขนาน
- ประเทศไทยมีพยายามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และการฝึกอบรมด้าน IPC
- ความร่วมมือระหว่างนักวิชาการกับกระทรวงสาธารณสุขทำให้เกิดการจัดตั้งสภาแห่งชาติด้านการควบคุมและป้องกันโรคการติดเชื้อ
- ระบบเฝ้าระวัง AMR ระดับชาติ รวมถึง คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ มหาวิทยาลัย และหน่วยงานด้านสาธารณสุข ดำเนินงานร่วมกันเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ AMR ให้กับผู้บริหารระดับสูง เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป เป็นต้น
- ประเทศไทยดำเนินการจัดโครงการฝึกอบรมและประชุมวิชาการด้านการควบคุมการติดเชื้อ

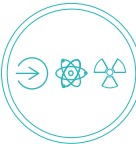
ความท้าทาย

- มีความจำเป็นต้องปรับปรุงและประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางชีววิทยาอย่างสม่ำเสมอ
- มีความจำเป็นต้องมีศูนย์ควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ระดับชาติ เพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลในการส่งข้อมูลการเฝ้าระวัง HCAI และ MDRO ใช้ในการเปรียบเทียบ และนำนโยบายที่เป็นปัจจุบันมาใช้ (พิจารณาร่วมกับข้อ R.4 ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)
- ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณทั้งสำหรับ IPC ในโรงพยาบาลและการวิจัย
- พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เผชิญความเสี่ยงต่อความไม่แน่นอนความก้าวหน้าในอาชีพ/สายงาน มีแรงจูงใจน้อย เมื่อเทียบกับสายอาชีพอื่น

P4.4. การใช้อย่างเหมาะสมของยาต้านจุลชีพในคน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการบริโภคยาต้านจุลชีพ (โดยเฉพาะสารต้านแบคทีเรีย ซึ่งบรรลุเป้าหมาย โดยลดลงร้อยละ 24 ในระดับประเทศ)
- ประเทศไทยประสบความสำเร็จทำให้แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในแผนกดูแลผู้ป่วยนอก และหน่วยให้บริการปฐมภูมิ (ตัวอย่างเช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องร่วงเฉียบพลัน และการบาดเจ็บเล็กน้อย) โดยมีข้อมูลสนับสนุน
- ประเทศไทยริเริ่มดำเนินการตามแนวทางอย่างเป็นระบบ เช่น การใช้ IAM เพื่อแก้ไขปัญหาความซับซ้อนของ AMR ในแผนกผู้ป่วยวิกฤต หรือแผนกผู้ป่วยใน
- ประเทศไทยมีการกำหนดใช้ และกฎหมายเพื่อการจัดการกับการดื้อยาด้านจุลชีพ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม และการจัดประเภทยาปฏิชีวนะใหม่เป็นยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์
- การเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะของประเทศไทย (Thailand-SAC) ได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบในระดับประเทศเป็นระบบแรกในการติดตามการบริโภคยาปฏิชีวนะทั้งในคนและในสัตว์



ความท้าทาย

- การดำเนินงานตามกรอบ IAM ในโรงพยาบาลเกิดความล่าช้าเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- ความซับซ้อนของข้อมูลระดับประเทศและการกระจายของฐานข้อมูลที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการวิเคราะห์การดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
- ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องมีทรัพยากรบุคลากรในการดำเนินงานที่มากขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
- การจัดประเภทยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มยาสั่งจ่าย/ขายได้ กระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก มีการคัดค้านเกิดขึ้น

P4.5. การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในสุขภาพสัตว์และภาคการเกษตร – คะแนน 4

จุดแข็ง

ภาคปศุสัตว์

- ประเทศไทยกำหนดห้ามใช้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นสารเร่งการเจริญเติบโตในสัตว์ปีก ปีพ.ศ.2549 และพ.ศ. 2558
- พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2558 กำหนดให้สัตวแพทย์ดูแลการผลิตอาหารสัตว์และยา
- ระบบการแปรรูปเนื้อสัตว์ ได้รับการปรับปรุงภายใต้การควบคุมภายใต้การควบคุมการฆ่าสัตว์และพระราชบัญญัติควบคุมการฆ่าสัตว์เพื่อการจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ. 2559
- ประเทศไทยมีการจัดตั้งโครงการพิทักษ์ยาต้านจุลชีพเพื่อการเกษตรและสัตว์หลายโครงการ เช่น ความร่วมมือกับฟาร์มและผู้ค้าปลีกในหลายโครงการที่งดใช้ยาต้านจุลชีพ (Raised Without Antibiotic) ในฟาร์มสุกร เพื่อให้เกิดทางเลือกของผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ต่อผู้บริโภค
- ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในปี 2564 ซึ่งรวมถึงการลดใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์ลดลง 30%
- ประเทศไทยเป็นฐานในการผลิตขนาดใหญ่สำหรับผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะไก่ และอาหารในประเทศ รวมถึงอุตสาหกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานและแนวทางสากล เช่น คณะกรรมาธิการโครงการมาตรฐานอาหาร FAO/WHO (Codex Alimentarius Commission - CAC) ตลอดจนนโยบายของพันธมิตรที่มีประสิทธิภาพ เช่น สหภาพยุโรป การปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ เป็นการสร้างโอกาสในการปรับปรุงความปลอดภัยของการผลิตเนื้อสัตว์ เพื่อการส่งออกและเพื่อการบริโภคภายในประเทศ
- กรอบการประสานงานหลายภาคส่วนได้รับการขยายการมีส่วนร่วมกับ ภาคสิ่งแวดล้อม ภาคการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ พืช ซึ่งมีสัตวแพทย์ประจำอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมประมง
- การบังคับใช้กฎหมายมีความเข้มแข็ง ทำให้การจัดการยาต้านจุลชีพมีประสิทธิภาพ เช่น ยาที่ใช้ในภาคสุขภาพสัตว์ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติมและพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2558
- ประเทศไทยมีการจัดตั้งระบบดิจิทัลในการติดตามการบริโภคสารต้านจุลชีพผ่านอาหารเม็ด และยาที่รายงานอาหารสัตว์ และเปิดดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 การติดตามปริมาณการใช้สารต้านจุลชีพผ่านอาหารและยาในเครื่องผสมอาหารในฟาร์ม ได้ดำเนินการมาในพ.ศ.2563 โดยมีเครื่องดิจิทัลในการพัฒนาเพื่อจุดประสงค์ ซึ่งมีการรายงานการใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์การผลิตเป็นประจำไปยัง WOAH
- สภาสัตวแพทย์และสมาคม ได้ออกแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับผลิตภัณฑ์ยารักษาสัตว์สำหรับสัตว์เลี้ยง
- ประเทศไทยลงทุนด้านการวิจัยเพื่อการค้นหาวัฏกรรมและทางเลือกทดแทน รวมถึงการลดใช้ยาปฏิชีวนะในการเกษตร เช่น สมุนไพร และพรีไบโอติกในสุขภาพสัตว์
- โปรแกรมการตรวจสอบสารตกค้างอยู่ในการดำเนินการ สำหรับการตรวจผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์และในฟาร์มเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นอาหารที่ปลอดภัย
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและกรมปศุสัตว์ดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยารักษาสัตว์เพื่อการประกันคุณภาพของผลิตภัณฑ์

ภาคการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ

- การให้ความรู้และการฝึกอบรมเรื่องการใช้อา ยาปฏิชีวนะและสารเคมีเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำอย่างเหมาะสม
- มีการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับเกษตรกรผู้เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและเจ้าหน้าที่ระดับภูมิภาคของกรมประมง เพื่อการสร้างเสริมขีดความสามารถในการควบคุม AMR รวมถึงกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ประเทศไทยกำลังดำเนินการตรวจสอบปริมาณยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ

ภาคสัตว์เลี้ยง

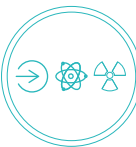
- แนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์เลี้ยง กำลังได้รับ อยู่ระหว่างการพัฒนาโดยเครือข่ายของคณะสัตวแพทย์ สัตวแพทย์สภา ในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยตามแนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว
- ประเทศไทยกำลังดำเนินการตรวจสอบประเภทและปริมาณของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในสัตว์เลี้ยงใช้เป็นเพื่อน

ภาคการผลิตพืชผล

- การวิเคราะห์สถานการณ์และการศึกษา กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการเกี่ยวกับประสิทธิผลและผลกระทบของการใช้ยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับโรคสั้มเขียวหวาน และการตรวจสอบสารต้านจุลชีพที่ตกค้างในผลไม้รสเปรี้ยวกำลังดำเนินการอยู่
- การดำเนินการตามหลักปฏิบัติการทางเกษตรที่ดีได้รับการส่งเสริมในการปลูกพืช เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมรวมทั้งในพืชเศรษฐกิจที่ใช้เป็นอาหาร

ความท้าทาย

- การศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับ AMR เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้เชี่ยวชาญในภาคส่วนต่าง ๆ
- จำเป็นต้องมีนโยบายและความเป็นผู้นำในองค์กรเพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ขยายบริบทเพื่อการจัดการกับ AMR ความตระหนักเกี่ยวกับ เป็นความใหม่ในภาคส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกันคน โดยเฉพะอย่างยิ่งในภาคการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ การผลิตพืชผล และสิ่งแวดล้อม
- จำเป็นต้องมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างรอบคอบ ยาในภาคเกษตรกรรม สาเหตุหลักมาจากเกษตรกรผู้ปลูกสั้มบางรายประสบปัญหาโรคใบเขียวจึงตัดสินใจในการยาปฏิชีวนะเพื่อแก้ไขปัญหา



ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- รักษาความต่อเนื่องของภาวะความเป็นผู้นำและความร่วมมือของหลายภาคส่วนในระดับสูง ของรัฐ ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด เพื่อให้มั่นใจว่าจะเกิดการดำเนินการร่วมกัน และมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและต่อเนื่องในการดำเนินการตาม NSP-AMR พ.ศ.2566-2570
- ทบทวน และดำเนินการแก้ไขด้วยการทำงานในลักษณะ One Health และ แพลตฟอร์มสำหรับ M&E ที่เกี่ยวข้อง (หรือพัฒนาใหม่ที่จำเป็น) เพื่อหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์และสนับสนุนการดำเนินการ NSP-AMR พ.ศ.2566-2570 อย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างชุดข้อมูลมาตรฐานที่จำเป็นของ AMR/HAI และกรอบการรวบรวมข้อมูลภายในและระหว่างโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชื่อมโยงกันผ่านระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ
- เสริมสร้างความเป็นผู้นำและขยายการจัดการ AMR แบบบูรณาการในโรงพยาบาล ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อให้มีทรัพยากรบุคคลเพียงพอสำหรับ IPC และในด้านระบาดวิทยาสำหรับโรงพยาบาล การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวัง AMR และ HAI รวมถึงมี ผู้ดูแลเอาใจใส่/ระบบการกำกับดูแลการทำงานตามแผนยาต้านจุลชีพ (stewardship)
- เพิ่มความตระหนักของสาธารณะเกี่ยวกับภัยคุกคาม AMR และผลดีของการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในทุกภาคส่วน ด้วยการร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบการศึกษา สื่อ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคประชาสังคม และภาคเอกชน (รวมถึงผู้ผลิตอาหาร)

P5. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

บทนำ

โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (Zoonotic diseases) เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายระหว่างสัตว์และในคนได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส แบคทีเรีย ปรสิต และเชื้อรา ที่อาศัยพาหะในการแพร่เชื้อ เช่น สัตว์ แมลง หรือพาหะที่ไม่มีชีวิต โดยทั่วไป ประมาณร้อยละ 75 ของโรคอุบัติใหม่ในคนนั้นเริ่มต้นกำเนิดมาจากสัตว์ และพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของเชื้อโรคที่พบในคนทั้งหมดเป็นเชื้อในประเภทที่ติดต่อกันระหว่างสัตว์และคนได้

เป้าหมาย

รัฐภาคี/ประเทศ มีกลไกที่ทำหน้าที่การทำงาน ประสานงานได้ดี มีการกำหนด นโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง ลดการแพร่กระจายของโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่มนุษย์

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยมีประวัติที่ยาวนานด้านการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) มีแผนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการติดต่อประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงมีการดำเนินกิจกรรมซึ่งที่ครอบคลุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนต่าง ๆ ตามหลักสุขภาพหนึ่งเดียวอย่างต่อเนื่อง จากบทเรียนจากการเกิดการระบาดที่ผ่านมา เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดนก โรค severe acute respiratory syndrome (SARS) ได้ถูกนำมาทบทเรียนเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีแผนระดับชาติ และเครื่องมือทางกฎหมายมากมาย ตลอดจนมีแผนการดำเนินงานร่วมกันที่สำคัญ เป็นกิจกรรมสร้างความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน หรือโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) สำหรับงานดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว มีการรับรองโดยลงนามความร่วมมือ 7 กระทรวงและสภาภาคไทย เอกสารนี้ได้กำหนดแนวทางพื้นฐานสำหรับความร่วมมือหลายภาคส่วน และการทำงานร่วมกันเพื่อจัดการโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน คณะทำงานศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Steering Committee) จัดการประชุมทางการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลตามความเหมาะสม ทางกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, DDC) ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (Coordinating Unit for One Health) ขึ้นทำหน้าที่ประสานงานระดับประเทศ และการขยายหน่วยประสานงานในระดับภูมิภาค และในขณะเดียวกันมีแนวคิดว่าจะจัดตั้งหน่วยประสานงานที่คล้ายคลึงกันในกรมปศุสัตว์ กระทรวงการเกษตรและสหกรณ์ ซึ่งเป็นผลจากการประชุมกำหนดแผนเส้นทางการพัฒนาที่คิดร่วมกันในระหว่างการประชุม IHR/PVS National Bridging Workshop กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช สังกัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (Department of National Parks, Wildlife and Plant Conservation, DNP) มีการวางแผนจัดตั้งหน่วยงานภายใต้บังคับกรในอนาคตอนใกล้ การพัฒนาเหล่านี้จะช่วยการติดต่อประสานงาน แลกเปลี่ยนความรู้ความเชี่ยวชาญทางเทคนิค ซึ่งปัจจุบันยังคงเป็นเรื่องที่ท้าทาย

ในเดือนพฤษภาคมปี 2565 ประเทศไทยได้มีการจัดการประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนต่าง ๆ ตามหลักการสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับประเทศ การประชุมนี้มีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาคมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ร่วมกันพิจารณาอย่างละเอียด ได้มีการจัดลำดับ 5 โรคสำคัญของประเทศ คือ โรคไข้หวัดนกที่มีติดต่อกันจากสัตว์มาสู่มนุษย์ได้ โรคจากไวรัสตระกูลโคโรนาไวรัส (โควิด 19, SARS และ MERS เป็นต้น) โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคพิษสุนัขบ้า และ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีการวางแผนการจัดลำดับความสำคัญของโรคในระดับภูมิภาคต่อไป

ในเดือนมีนาคมปี 2564 ประเทศไทยได้มีการจัดการประเมินความเสี่ยงร่วมสามภาคีพันธมิตร (Tripartite Joint Risk Assessment; JRA) สำหรับโรคไข้หวัดนก ซึ่งมีแผนในการประเมินความเสี่ยงในโรคอื่น ๆ ด้วย โดยรวมแล้ว ประเทศไทยมีแผนการจัดการประเมินปัจจัยเสี่ยง (JRA) สำหรับโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนภายใต้การดูแลของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

ประเทศไทยได้ประเมินสมรรถนะการบริการทางสัตวแพทย์ (PVS evaluation mission) ในปี 2555 และ การวิเคราะห์ช่องว่างผลการประเมินสมรรถนะการบริการทางสัตวแพทย์ (PVS gap analysis mission) ในปี 2557 โดยสำหรับปี 2566 มีการประเมินสมรรถนะการบริการทางสัตวแพทย์ด้านห้องปฏิบัติการ (PVS laboratory mission) มีการพิจารณาการประเมินสมรรถนะการบริการทางสัตวแพทย์ด้วยตนเอง (PVS self-evaluation) ซึ่งทาง JEE ได้มีการแนะนำแล้วก่อนหน้านี้ว่าสามารถปฏิบัติได้จริง ในรูปแบบของ การประเมินสมรรถนะการบริการทางสัตวแพทย์ด้วยตนเองตามที่ได้มีการวางแผนไว้ หรือในรูปแบบของการติดตามงาน PVS ที่อาจจะใช้เนื้อหาเฉพาะโรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคอหิวาต์แอฟริกาในสุกร

ในเดือนกรกฎาคมปี 2565 ประเทศไทยเป็นสมาชิกประเทศแรกของโลกที่มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ IHR/PVS National Bridging Workshop เป็นครั้งที่สอง

ผลงานการดำเนินการที่ดีเหล่านี้ เนื่องจากมีงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรอย่างต่อเนื่องให้กรมปศุสัตว์และกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช สำหรับการจัดการกิจกรรมการเฝ้าระวังและการตอบโต้โรคต่าง ๆ

ดัชนีและคะแนน

P5.1. การเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน – 4

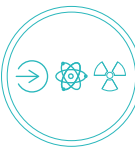
ระบบการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน แบบบูรณาการจากหน่วยงานหลายภาคส่วนมีการดำเนินการในระดับประเทศและยังมีโครงสร้างการประสานงานอย่างเป็นทางการระหว่างภาคส่วนของสุขภาพสัตว์ ภาคสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในระดับเขต ทำให้มีความครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ในกรณีโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งเป็นโรคที่มีลำดับความสำคัญ ทั้งด้านสัตว์ คน และสิ่งแวดล้อมมีการดำเนินงานประสานงานเฝ้าระวังโรคอย่างสม่ำเสมอ มีการทดสอบ ประเมิน และแก้ไขอย่างต่อเนื่องควรได้คะแนนในเกณฑ์ 5 คะแนน แต่แผนงานของโรคอื่น ๆ ภายใต้อาสาสมัครของทั้งสามภาคส่วนยังไม่สามารถจัดว่าอยู่ในระดับเกณฑ์คะแนนนี้ได้ แนวทางที่ได้เตรียมไว้ต่อไปจะเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถทำให้ประเทศไทยสามารถเข้าถึงระดับเกณฑ์ 5 คะแนนได้ในอนาคต

จุดแข็ง

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (เช่น One Health Steering Committee, คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ และคณะกรรมการโรคอุบัติใหม่ Committee of Emerging Infectious Diseases)
- กรมปศุสัตว์มีการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยมีระบบเฉพาะสำหรับโรคแต่ละชนิด
- การเฝ้าระวังจำนวนผู้ติดเชื้อจากสัตว์มีระบบเฝ้าระวังโรคในระดับชาติสองระบบ
- มีการเฝ้าระวังประสานกันระหว่างระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) ตามหลักสุขภาพหนึ่งเดียว
- มีการแบ่งปันข้อมูลให้ทุกฝ่ายอย่างเป็นทางการในการประชุมคณะทำงานศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Steering Committee)
- ห้องปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพสัตว์มีกระบวนการแบ่งปันตัวอย่างร่วมกัน แต่ในทางปฏิบัติการทำได้ร่วมกันบางส่วน เช่นตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำได้จำกัด หากห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์จะช่วยตรวจตัวอย่างจากคน ควรให้ห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานก่อน
- ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ทำหน้าที่รับข่าวสาร ตรวจสอบและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยงทางสาธารณสุขรายวัน รวมถึง ภัยคุกคามจากโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน มีขั้นตอนปฏิบัติการมาตรฐาน (SOPs) สำหรับการแจ้งเตือนไปยังภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเมื่อมีเหตุเกิดขึ้น
- เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครปศุสัตว์ในระดับหมู่บ้าน เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าสำคัญในการเข้าถึงชุมชน
- ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการจัดการประชุมปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนต่าง ๆ ตามหลักการสุขภาพหนึ่งเดียว มีการประเมินความเสี่ยงร่วม และประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการเชื่อมโยงการประเมินภูมามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการประเมินสมรรถนะงานสัตวแพทย์บริการ (PVS) เป็นครั้งที่สอง

ปัญหาท้าทาย

- ประเทศไทยจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ซึ่งครอบคลุมการแบ่งปันข้อมูลอย่างเป็นระบบและทันท่วงทีในทุกระดับ ทั้งในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพในแง่ต่าง ๆ
- การพัฒนาศักยภาพยังต้องมีการยกระดับขีดความสามารถในบางประเด็นที่สำคัญเป็นกรณีเฉพาะ เช่น บางด้าน อาทิ ระบบการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคชนิดใหม่ ๆ วิธีการบริหารจัดการโรคและการรักษา ภายใต้อาสาสมัครสุขภาพหนึ่งเดียว และในด้านการเก็บตัวอย่างในสัตว์ป่า การรายงานที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ป่า และการจัดการฐานข้อมูล
- การทำงานเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพคนและสุขภาพสัตว์ยังคงเป็นประเด็นที่ทำนาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคที่มีพาหะนำโรค
- ในขณะที่มีการบูรณาการแบบหลากหลายภาคส่วนที่ชัดเจนของการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าและโรคไข้หวัดนก แต่การกำหนดแผนที่ทิศทางปฏิบัติงานปี 2565 (roadmap 2022) ของการประชุม National Bridging Workshop 2565 ระบุกรอบการดำเนินงานเชื่อมโยงกับโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสการระบาดใหญ่ได้ (เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) โรคที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้าน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเหล่านี้จะต้องใช้การแก้ปัญหาด้วยการทำงานด้วยแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว



P5.2. การตอบโต้โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน – 4

จุดแข็ง

- มีกลไกในการ “เปิดระบบให้ทำงาน” ให้ทีมระหว่างหลายหน่วยงาน มาปฏิบัติกร่วมในด้านการสอบสวนในกรณีที่ต้องสงสัยว่ามีการระบาดของโรคระหว่างสัตว์และคน โดยในช่วงสองปีที่ผ่านมาได้มีการส่งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่ เพื่อสอบสวนการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าและในระยะแรกของการระบาดโรคโควิด 19
- ประเทศไทยมีแผนเตรียมความพร้อมในการจัดการกับระหว่างสัตว์และคน โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ (รวมถึงแผนโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2564 ซึ่งจะมีการปรับแผนเพื่อตอบโต้สถานการณ์ การระบาดในทุก ๆ 5 ปี นอกจากนี้ยังได้รับมอบหมายให้พัฒนาแผนเหล่านี้อย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด โดยเน้นการพัฒนาแผนรองรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่
- ประเทศไทยได้ดำเนินฝึกซ้อมแผนตอบโต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเต็มรูปแบบ ในหลายจังหวัด รวมถึงมีการประชุมทบทวนหลังปฏิบัติงาน ในระดับชาติและในจังหวัดภูเก็ต โดยทั่วไป ประเทศไทยจะจัดให้มีการฝึกซ้อมแผนบนี้เป็นประจำปีเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับอำเภอและจังหวัด โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนด้านสุขภาพสัตว์และสุขภาพคนด้วย อีกทั้งมีการฝึกซ้อมแผน เพื่อเตรียมพร้อมรองรับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าประจำจังหวัดในปี พ.ศ. 2565
- ประเทศไทยมีเป้าหมายกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย

ความท้าทาย

- การตอบโต้การระบาด/โรคอาจจะรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าระบบการแบ่งปันสื่อสารข้อมูลได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและทำให้เข้มแข็ง ปัจจุบันแต่ละส่วนยังมีระบบข่าวสารเฉพาะตนเอง ที่น่าจะมารวมประสานกันได้
- ในกรณีที่ไม่ใช่แพลตฟอร์มรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลสัตว์ หรือคลินิกสัตว์เอกชนจะรายงานโรคในสัตว์ ไปยังกรมปศุสัตว์ เพียงปีละครั้งเท่านั้น การพัฒนาแพลตฟอร์มการรายงานและรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ควรปรับปรุงให้มีความทันเวลาและความครบถ้วนของการรายงานโรค
- ทั่วโลกด้านอาชีวอนามัย/อาชีวอนามัยสาธารณสุขนับว่ากลไกที่ดีมีคุณค่า แต่ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งในอนาคต
- ควรมีการสนับสนุน และกระตุ้นให้มีการสอบสวนการระบาดร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองต่อโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนและโรคอุบัติใหม่ การลงสอบสวนโรคร่วมกันสิ่งนี้ไม่ควรจำกัดเฉพาะโรคโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนเท่านั้น ควรรวมถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติด้วย (เช่น น้ำท่วม)
- อัตรการเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบงานเป็นปัญหาที่ท้าทาย และส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน
- ควรมีการแต่งตั้ง ผู้ประสานงานในแต่ละภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- ยังคงมีปัญหาเรื่องการไม่มีงบประมาณที่สามารถใช้ร่วมกันได้เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ในสถานการณ์ที่มีการระบาดฉุกเฉิน การเข้าถึงทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น การเงิน โครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ และทรัพยากรกำลังคน เป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมาก การมีทรัพยากรดังกล่าวที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุม โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน รวมทั้งภาคส่วนสัตว์ป่าร่วมด้วย

P5.3. ระบบสุขอนามัยและสุขาภิบาลการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร – คะแนน 5

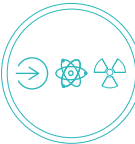
จุดแข็ง

- มีการใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการผลิตเนื้อสัตว์หลักที่ใช้เป็นอาหาร รวมทั้งผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ตามหลักการผลิตการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (GAP) มีการตรวจสอบและมีการประเมินการผลิตทางการเกษตรตามห่วงโซ่คุณค่าตามมาตรฐานแห่งชาติ
- มีการพัฒนากฎระเบียบและมาตรฐานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ประกอบธุรกิจอาหาร สถาบันการศึกษา องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรและหน่วยงาน ผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้องในห่วงโซ่อาหาร
- ประเทศไทยปฏิบัติตามมาตรฐานสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (SPS) เพื่อป้องกันการนำเข้าและส่งออก ผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์ที่อาจก่อให้เกิดโรคติดต่อระหว่างสัตว์ กระบวนการที่กรมปศุสัตว์ว่าราชการที่ใช้อยู่ ได้มีการเผยแพร่ในหมู่สมาชิกองค์การการค้าโลกด้วย
- ประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครอง และมีทรัพยากรบุคคล (ในกรมปศุสัตว์) เพื่อการคุ้มครองสวัสดิภาพสัตว์
- มีกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมตลาดและตลาดค้าขายสัตว์มีชีวิต และมาตรการที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสกับเชื้อโรคจากสัตว์และคน

- การเลี้ยงหมูป่าได้รับอนุญาตให้ทำในลักษณะฟาร์มได้ในประเทศไทย โดยกรมปศุสัตว์มีหน้าที่กำกับดูแล การเลี้ยง และความปลอดภัยด้านสุขภาพ ตลอดจนการจัดการเลี้ยงที่ดี มีระบบตรวจสอบติดตามได้
- มีระบบแจ้งเตือนด้านความปลอดภัยอาหารสำหรับอาหารทั่วไปและอาหารสำหรับสัตว์ (RASFF) อย่างรวดเร็วและได้นำมาใช้สำหรับดูแลการผลิตเนื้อสัตว์ที่ผลิตเป็นอาหาร ทั้งสัตว์บกและสัตว์น้ำ

ประเด็นท้าทาย

- มีความท้าทายในการสร้างความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย ให้มีความเข้มแข็ง
- มีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบสวน เพิ่มขีดความสามารถและความเข้าใจที่ถูกต้องในการผลิตสัตว์ที่ถูกสุขอนามัย ครอบคลุมห่วงโซ่อุปทาน และพัฒนากระบวนการตรวจสอบปัญหาย้อนกลับ (รวมอันตรายที่อาจเกิดขึ้นใหม่)
- มีความจำเป็น ที่ควรค้นหาปัญหาและช่องว่างต่าง ๆ เพื่อสร้างแผนงานที่มีประสิทธิภาพในการผลิตสัตว์อย่างถูกหลักสุขาภิบาล
- ควรพิจารณาอย่างจริงจังในประเด็นความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อโรคอันตรายในสัตว์ที่จะกระจายข้ามสู่คนจากการทำงาน (ความปลอดภัยในการทำงาน)
- มีหลักฐานการค้าสัตว์ป่าเพื่อนำมาเป็นสัตว์เลี้ยงหรือใช้เป็นอาหารอย่างผิดกฎหมายในประเทศไทย ดังนั้นควรมีการวิเคราะห์ห่วงโซ่การปฏิบัติเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอเพื่อจัดการความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรคจากต่างประเทศโดยการนำสัตว์ป่า หรือการนำสัตว์ต่างถิ่นเข้ามาใช้อย่างถูกกฎหมายหรือผิดกฎหมาย และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคข้ามไปยังสัตว์หรือมนุษย์ในประเทศไทย



คำแนะนำสำหรับการดำเนินการที่มีลำดับความสำคัญ

- ทบทวนและปรับปรุง ระบบการทำงานด้วยหลักการสุขภาพเดียว ที่มีการร่วมมือเป็นหุ้นส่วนที่ดี มีประสิทธิภาพและโปร่งใสในระดับส่วนกลางและระดับย่อยโดย
 - » เสริมสร้างความเข้มแข็งและจัดให้มีการประสานงานหลายภาคส่วนในระดับชาติโดยให้มีการจัดตั้งหน่วยประสานงานสุขภาพหนึ่งหน่วยในกรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมอุทยาน แห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช (โดยมีทรัพยากรบุคคลและการเงินที่เหมาะสมในแต่ละภาคส่วน) เพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานตามปกติของกิจกรรมด้านสุขภาพหนึ่งเดียวภายในองค์กรและระหว่างภาคส่วน
 - » ขยายองค์ประกอบของคณะทำงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวให้ครอบคลุมภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของคณะทำงานกำกับดูแลและหน่วยประสานงาน ด้านสุขภาพหนึ่งเดียว
 - » การสร้างหน่วยประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับเขต (Subnational level)
 - » เสริมสร้างความเข้มแข็งของสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ให้เป็นหน่วยประสานงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวด้านสัตว์ป่า
- ประสานงานและจัดการฝึกอบรม สุขภาพหนึ่งเดียวอย่างยั่งยืน รวมทั้งการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังควบคุมและการป้องกันโรค ขยายความรับผิดชอบที่มีอยู่ของอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและปศุสัตว์ เพื่อให้ร่วมเป็นอาสาสมัครสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับชุมชน
- เสริมสร้างความเข้มแข็ง การเฝ้าระวังในสัตว์ป่าโดยการพัฒนาสมรรถนะให้บุคลากร ในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มต้น การเก็บตัวอย่างและการรายงาน การปรับปรุงการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานในระบบผ่านเว็บ (web-based system) เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และแบ่งปันข้อมูลการเฝ้าระวังโรค
- จัดให้มีการทำงาน/เวที/ช่องทาง/การฝึกปฏิบัติร่วมกัน ที่จะช่วยสนับสนุนการแบ่งปันความเชี่ยวชาญและทรัพยากรบุคคลระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อย่างทันเวลา เช่น งานทางห้องปฏิบัติการ ระบาดวิทยา และการประเมินความเสี่ยง เป็นต้น

P6. ความปลอดภัยอาหาร

คำนำ

การป่วยเนื่องจากอาหารที่ไม่ปลอดภัยและโรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และเสียชีวิตอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะในประเทศด้อยพัฒนา การขยายตัวอย่างรวดเร็วของอุตสาหกรรมผลิตอาหารและการค้าในระดับนานาชาติเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดเหตุการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับอาหารปนเปื้อน การค้นหาสาเหตุของโรคและการระบาดของโรคและการจัดการความเสี่ยงที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการควบคุมโรค ประเทศควรมีพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการ ความเสี่ยงนี้ทุกขั้นตอนตลอดห่วงโซ่อาหาร หากการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาชี้ชัดว่าอาหารเป็นต้นตอของเหตุการณ์ จะสามารถเตรียมทางเลือกการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมได้ และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (หรือจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น)

เป้าหมาย

รัฐภาคี/ประเทศ มีระบบการทำงานที่ดีและพร้อมในด้านการเฝ้าระวังและการตอบโต้โรคจากอาหารที่ไม่ปลอดภัยและความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ผิดปกติจากสารปนเปื้อนในอาหาร มีกระบวนการการสื่อสารและความร่วมมือกันที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคส่วนที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของอาหาร

ระดับสมรรถนะ

ประเทศไทยให้ความสำคัญสูงต่อความปลอดภัยด้านอาหารและการคุ้มครองผู้บริโภค ไม่เพียงแต่เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่เพื่อปกป้องชื่อเสียง ในฐานะผู้ผลิต และส่งออกอาหารรายใหญ่อรวมทั้งเป็นจุดหมายปลายทางที่นักท่องเที่ยวต่างประเทศนิยมเดินทางมาเยือนในช่วงวันหยุดด้วย นอกจากนี้ ในฐานะผู้ส่งออกผลิตภัณฑ์อาหารในตลาดโลก ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารที่เข้มงวด ซึ่งกำหนดโดยประเทศผู้นำเข้า

ความปลอดภัยด้านอาหารอยู่ในความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลัก 2 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงสาธารณสุข โดยที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์มีหน้าที่รับผิดชอบความปลอดภัยด้านอาหาร ฟาร์มและแหล่งผลิตอาหารสำหรับตลาดในประเทศและตลาดส่งออก รวมทั้งการควบคุมการนำเข้าพืช สัตว์ เนื้อสัตว์ ปลาทูน่า กุ้ง อาหารสัตว์ สารเคมี เพื่อเกษตรกรและวัตถุดิบทางการเกษตร ส่วนกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบความปลอดภัยและคุณภาพของอาหารที่ผลิตในประเทศและนำเข้า เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย ฉลากสินค้า โฆษณา และบรรจุภัณฑ์ ตลอดจน การตรวจสอบ และเฝ้าติดตาม ณ บริเวณพรมแดนและภายในตลาดในประเทศ

ตัวชี้วัดและคะแนน

P6.1. การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อและการปนเปื้อนในอาหาร – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีความสามารถในด้านห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรอง มีระบบเฝ้าระวังอาหารชนิดเคลื่อนที่ ที่สามารถนำไปใช้งานในสถานที่ต่าง ๆ ตามความจำเป็นเพื่อสำรวจความเสี่ยงในอาหารได้
- มีกฎหมายใหม่เกี่ยวกับการควบคุมนำเข้าและส่งออกสินค้า การควบคุมสัญญา การกำกับดูแลความปลอดภัยของอาหารที่ส่งออกและอาหารเพื่อการบริโภคภายในประเทศมากขึ้น
- ประเทศไทยได้ใช้ และเผยแพร่แนวปฏิบัติสำหรับการดูแลและการตอบโต้อย่างรวดเร็วต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของอาหารและสำหรับการวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยยึดหลักแนวปฏิบัติของ Codex Alimentarius

ประเด็นที่ต้องปรับปรุง

- การให้ความสำคัญและการจัดลำดับความสำคัญมากขึ้นของการตรวจสอบและการเฝ้าระวังตามความเสี่ยง แทนการตรวจจับอันตรายในผลิตภัณฑ์ การประเมินนี้ จะช่วยให้ระบุได้ว่ามีการทำงานขั้นตอนใด หรือแบบไหนที่ทำให้ผลิตภัณฑ์มีความเสี่ยงต่อการทำให้อาหารไม่ปลอดภัยได้และจะช่วยให้สามารถดำเนินกลยุทธ์การป้องกันโรคได้เร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

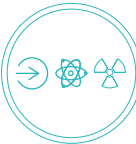
- การผสมผสานกิจกรรมการสำรวจและการวิเคราะห์ระหว่างภาคส่วนการผลิตต่าง ๆ (เช่น ผลไม้และผัก ประมง สัตว์เลี้ยง และ ไข่) และทางเทคนิควิชาการ (เช่น ระบบอาหารเกษตร, รายงานโรคสุขภาพมนุษย์, และการตรวจสอบสิ่งแวดล้อม) จะช่วยเพิ่มความเข้าใจระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ของการผลิตอาหาร และเพิ่มการตระหนักรู้ เกี่ยวกับอันตรายต่อความปลอดภัยของอาหารและวิธีการควบคุมได้
- การเสริมสร้างความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลตามแนวคิด One Health ระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งนี้ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ในหน่วยงาน/ผลิต การผลิต/แปรรูปในขั้นตอนระหว่างกัน หน่วยภายนอก และพาร์ตเนอร์ในภาคเอกชน ความร่วมมือจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของผู้เกี่ยวข้องแต่ละภาคส่วนในการรักษาความปลอดภัยด้านอาหาร และนำไปสู่การพัฒนา และนวัตกรรมที่รวดเร็วแก้ไขปัญหาคือความปลอดภัยด้านอาหารที่มีความยุ่งยากได้



P6.2. การตอบโต้และการจัดการภาวะฉุกเฉินความปลอดภัยด้านอาหาร – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตอบโต้ในภาวะฉุกเฉิน จากสหสาขาวิชาชีพอย่างรวดเร็วต่อเหตุการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร และมีการจัดการฝึกอบรมรองรับ
- ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกที่มีบทบาทเข้มแข็งในเครือข่าย INFOSAN และ Codex Alimentarius
- มีระบบเตือนภัยที่ทันเหตุการณ์ระดับชาติและเครือข่ายการตรวจสอบ ติดตาม อาหารที่สงสัยซึ่งสามารถให้ข้อมูล ย้อนกลับ เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง และวิธีการตอบโต้ต่อความเสี่ยงนั้น ๆ ได้รวดเร็ว
- มีการกำหนดโรคที่ต้องรายงานไว้อย่างชัดเจน



ประเด็นที่ต้องปรับปรุง

- ควรมีการจำลองสถานการณ์และการฝึกซ้อมบนโต๊ะ การทบทวนการตอบโต้เป็นประจำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดคุ้นเคยกับระเบียบวิธีการตอบโต้เหตุฉุกเฉิน และระบุจุดแข็ง ข้อจำกัด และขอบเขตที่ควรปรับปรุงในแผนปัจจุบัน
- ควรมีกลยุทธ์และทรัพยากรคำแนะนำในการจัดการกับการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หุ้นส่วน และองค์กรระหว่างประเทศจะช่วยให้การไหลเวียนของข้อมูลราบรื่นขึ้นในช่วงวิกฤต

ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- เพิ่มการใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงตามที่ระบุไว้ใน Codex Alimentarius เพื่อประเมิน จัดการ และสื่อสารความเสี่ยงความปลอดภัยด้านอาหารทั่วทั้งห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่การผลิตไปจนถึงการบริโภค
- ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัย ติดตาม เชื้อโรค สิ่งก่อโรค และสารปนเปื้อน ควบคุมประสานความร่วมมือ และการดำเนินการไปกับ โครงการตรวจสอบตัวอย่างต่าง ๆ (เช่น AMR และ Zoonosis) เพื่อสร้างโมเดลการประเมินความเสี่ยง พร้อมกับการแสวงหาความเป็นไปได้ของลดผลกระทบ
- กำหนดแนวทาง ผู้ปฏิบัติและลำดับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมทั้งหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสาธารณะ และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อปรับปรุงการสื่อสารความเสี่ยงและการตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากความปลอดภัยด้านอาหาร
- ปรับปรุงแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินให้ทันต่อเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอด้วยข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงใหม่ ๆ และทดสอบด้วยการฝึกซ้อมบนโต๊ะและการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง รวมทั้งดำเนินการทบทวนหลังการดำเนินการรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากความปลอดภัยด้านอาหารใด ๆ

P7. ความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ

คำนำ

ในด้านวิชาการ สังคม/ชุมชนด้านวิทยาศาสตร์ในโลกนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องทำงานกับจุลชีพก่อโรค โดยในห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เราสามารถพัฒนาความรู้ นวัตกรรม และเครื่องมือ เช่น ยา เครื่องตรวจวินิจฉัย และวัคซีน เพื่อรับมือกับภัยคุกคามจากโรคติดเชื้อที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

การวิจัยเชื้อก่อโรคมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนา และการเตรียมเครื่องมือทางสาธารณสุขและการแพทย์ให้พร้อมและจำเป็นต่อการใช้ตรวจจับ การวินิจฉัย การตรวจแยกชนิดเชื้อและการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ ทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และเกิดขึ้นจากการกระทำโดยตั้งใจ ขณะเดียวกันการเพิ่มขยายโครงสร้างพื้นฐานห้องปฏิบัติการ และทรัพยากรการทำงานกับเชื้อก่อโรคนำมาซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับการความปลอดภัยทางชีวภาพ (Biosafety) และความมั่นคงทางห้องปฏิบัติการ (Biosecurity) จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการที่เหมาะสม ในการป้องกันภัยทางชีวภาพเพื่อคุ้มครองนักวิจัย บุคลากรและชุมชนให้ปลอดภัยในขณะปฏิบัติการและ มีมาตรการสำคัญที่ป้องกันไม่ให้เชื้อโรคติดต่อถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดโดยบุคคลที่มีเจตนาทำให้เกิดอันตรายแก่คน สัตว์ พืช หรือสิ่งแวดล้อม

เป้าหมาย

ประเทศมีระบบความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพโดยการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนของราชการ และมีระบบความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารชีวภาพที่มีผลกระทบสูง (high-consequence biological agents) มีการระบุชนิดและถูกเก็บรักษาไว้หรือควบคุมในที่ปลอดภัย มีการติดตามตรวจสอบในสถานปฏิบัติงานหรือสถานที่เก็บรักษาที่กำหนดไว้ ซึ่งควรมีเพียงไม่กี่แห่งและด้วยวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด ระดับประเทศมีการจัดอบรมการจัดการความเสี่ยงทางชีวภาพ และการเผยแพร่ความรู้ไปถึงผู้ปฏิบัติงานเป้าหมาย (Educational Outreach) เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีมาตรการลดความเสี่ยงจากการนำไปใช้ได้สองด้าน (Dual – use risk) คือ ทั้งการใช้ที่ทำให้เกิดประโยชน์ หรือใช้ทำให้เกิดโทษ ป้องกันการแพร่กระจายทางชีวภาพ และป้องกันภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจากเจตนาของมนุษย์ มีมาตรการให้มั่นใจว่าการเคลื่อนย้ายชีววัตถุ (Biological Agent) เป็นไปอย่างปลอดภัย ตลอดจนมีกฎหมายด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพเฉพาะของประเทศ มีการออกใบอนุญาตห้องปฏิบัติการ และมาตรการควบคุมจุลชีพก่อโรคตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดำเนินการด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข ห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ และเครือข่ายห้องปฏิบัติการด้านสิ่งแวดล้อม และได้พัฒนากฎหมายหลายฉบับสนับสนุนความพยายามดังกล่าว ประเทศไทยยังมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางชีวภาพและความมั่นคงทางชีวภาพในระดับภูมิภาคอีกด้วย

พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 มีบทบัญญัติในการควบคุมเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ และกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ การผลิต การนำเข้า การส่งออก การขาย การขนส่ง และ/หรือครอบครองเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ อันหมายรวมถึงเข้าดำเนินการแทรกแซงในสถานการณ์ที่อาจไม่ปลอดภัยและเป็นอันตราย เหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์ที่จำเป็น ได้แก่ การยุติการผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือการมีเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ไว้ในครอบครอง การพักใช้และการเพิกถอนหนังสือรับรองการแจ้งและใบอนุญาต การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ วิธีการอุทธรณ์ พร้อมกับความรับผิดชอบทางแพ่งและบทกำหนดโทษ นอกจากนี้ประเทศไทยมีการทบทวนพระราชบัญญัติประกอบกฎหมายนี้ (auxiliary acts) ทุก ๆ ห้าปี หรือตามคำขอของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้นโยบายการควบคุมโรคติดต่อ

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (Bureau of Laboratory Quality Standards: BLQS) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ติดตามและปรับปรุงบันทึกข้อมูล สินค้าคงคลัง การเก็บไว้ใช้ ของเชื้อโรคก่อโรคและสารพิษ อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ สำนักมาตรฐานฯ เป็นหน่วยงานปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ในการดูแลระบบการลงทะเบียนออนไลน์ ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เพื่อติดตาม องค์กร และสถานที่ปฏิบัติการกับเชื้อโรคและสารพิษบางชนิดในประเทศไทย

เครือข่ายความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพแห่งประเทศไทย (Biosafety & Biosecurity Network of Thailand: BSNT) เป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไรก่อตั้งและดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2552 ภายใต้การกำกับดูแลของสมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย) และเป็นภาคีเครือข่ายของสมาคมความปลอดภัยทางชีวภาพแห่งเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Biosafety Association)

ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางชีวภาพของไทยได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก และได้ให้การสนับสนุนโครงการความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพในประเทศต่าง ๆ

ประเทศไทยมีระบบในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความรู้และทักษะเพื่อรักษาสมรรถนะด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ มีชุดเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงด้านชีวภาพ (Biorisk Management toolkit) ฉบับภาษาไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เครื่องมือนี้ได้ดัดแปลงจากหลักสูตรการฝึกอบรม WHO BRM-ATP และ CWA 15793 เพื่อใช้ฝึกอบรมให้กับบุคลากรด้านห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลและสถาบันต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ประเทศไทยยังมีหลักสูตรการฝึกอบรมและให้ประกาศนียบัตรรับรองการปฏิบัติตามระดับความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ (ข้อมูล ในช่วงของการประเมิน Joint external evaluation: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จัดการอบรมหลักสูตรความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ และมี อีก 10 หน่วยงานที่จัดให้มีการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมปฏิบัติการบริหารจัดการห้องปฏิบัติการชีววิทยาระดับ 3 (BSL-3 practice courses) ข้อบังคับภายใต้พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ กำหนดให้ผู้ดำเนินการและผู้ปฏิบัติการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพตามหลักสูตรของหน่วยงานหรือองค์กรที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศรับรอง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งหรือวันที่ได้รับอนุญาต และต้องได้รับการฝึกอบรมซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งทุกสามปี

ตัวชี้วัดและคะแนน

P7.1 ระบบความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในห้องปฏิบัติการสุขภาพคน ห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ และห้องปฏิบัติการเกษตร – คะแนน 4

จุดแข็ง

- การดำเนินการตามพระราชบัญญัติเชื้อโรค และพิษจากสัตว์ (ประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อปี 2525 และแก้ไขในปี 2558) และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งใช้สำหรับห้องปฏิบัติการสุขภาพคน และห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ทั่วประเทศ
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ
- คลังเก็บรักษาจุลชีพก่อโรคของประเทศได้รับการติดตาม และมีโปรแกรม PAT ACT ออนไลน์ เป็นระบบการลงทะเบียนออนไลน์ ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย สำหรับหน่วยงานและสนับสนุนการทำงานกับเชื้อโรคและสารพิษบางชนิดในประเทศไทย
- ห้องปฏิบัติการด้านสาธารณสุขต้องรวบรวมรายงานประจำเดือนและส่งไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 ครั้ง/ปี และจะต้องต่ออายุใบอนุญาตการปฏิบัติงานกับจุลชีพก่อโรค และสารชีวพิษเป็นประจำทุกปี
- การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมศุลกากร เพื่อลดความเสี่ยงในการนำเข้า และส่งออกชีวภาพ
- กฎระเบียบการนำเข้าและส่งออก ได้รับการควบคุมโดยระบบออกใบอนุญาตทางอิเล็กทรอนิกส์

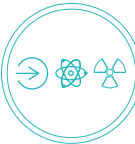
ปัญหาอุปสรรค

- กฎหมายประกอบพระราชบัญญัติ นี้ (auxiliary acts) มีการแก้ไขอย่างรวดเร็วในช่วงการระบาดของโควิด 19 โดยยังไม่ได้รับพิจารณาหรือการแสวงหาความเห็นและเหตุผลจากฝ่ายต่าง ๆ อย่างเพียงพอ การเพิ่มความพยายาม แสวงหาความเห็นและเหตุผลจากฝ่ายต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยน จะทำให้การบังคับใช้กฎหมายประกอบนี้ดีขึ้น
- แรงจูงใจการทำงานที่เข้มข้นขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย เช่นเพิ่มความพยายามในการสื่อสาร ติดต่o ความร่วมมือ และการประสานงาน
- ประเทศไทยจะได้รับประโยชน์จากการผสมผสานหลักสูตรอบรมความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพระดับชาติ

P7.2 การฝึกอบรมและวิธีปฏิบัติงาน ด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงมนุษย์ สัตว์ และเกษตรกรรม) – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีหลักสูตรการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ และหลักสูตรอื่นที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศรับรอง



- ประเทศไทยมีหลักสูตรการฝึกอบรมและแพลตฟอร์มการฝึกอบรมออนไลน์เกี่ยวกับความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพที่สามารถเข้าถึงได้
- ผู้ดำเนินการและผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพตามหลักสูตรของหน่วยงานหรือองค์กรที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศรับรอง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งหรือวันที่ได้รับอนุญาต และต้องได้รับการฝึกอบรมซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งทุกสามปี
- ชุดเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงด้านชีวภาพ (BRM toolkit) ได้รับการจัดทำเป็นภาษาไทยในปี 2557
- การฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยงด้านชีวภาพเป็นประจำ

ปัญหาอุปสรรค

- ขยายการฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยงทางชีวภาพไปยังห้องปฏิบัติการเอกชนและภาคส่วนด้านสุขภาพสัตว์
- ประเทศไทยจะได้ประโยชน์มาก หากมีการ กระตุ้นให้เกิดความสนใจ และการรับรู้ใหม่ ๆ จากการใช้คู่มือ ฉบับที่ 4 หรือ Laboratory biosafety manual (4th edition)

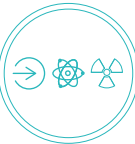
ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับสำคัญ

- จัดทำ คู่มือระดับชาติด้านความปลอดภัยและความมั่นคงชีวภาพให้เป็นเอกภาพ
- ทบทวน ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายการกำกับกรปฏิบัติ และ บังคับใช้การปฏิบัติตามแนวทาง ความปลอดภัยระดับ BSL-3 ทุกหน่วยงาน
- จัดทำระบบ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยสนับสนุนการส่งต่อตัวอย่างส่งตรวจ และระบบการขนส่ง ตัวอย่างอันตรายทางไปรษณีย์หรือการขนส่งด่วน
- จัดทำ คู่มือระดับชาติด้านการส่งต่อตัวอย่างส่งตรวจ และระบบการขนส่ง ตัวอย่างอันตราย และจัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมครูพี่เลี้ยงช่วยการขยายผลBiosafety Level 3 (BSL-3) certification and maintenance across all sectors.

P8. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน

บทนำ

วัคซีนสามารถป้องกันการเสียชีวิตของคนได้ประมาณ 2 ล้านคนทั่วโลก จึงถือได้ว่าวัคซีนเป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าในการป้องกันการเสียชีวิตของคนจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน วัคซีนป้องกันโรคหัด ถูกจัดให้มีความสำคัญ และใช้เป็นตัวแทนบ่งบอกความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานแทนภาพรวมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน แต่ละประเทศควรจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายกลุ่มประชากรที่จะได้รับวัคซีนให้ชัดเจน เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงตามวัย หรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอื่น ๆ ในประเทศ (เช่น วัคซีนป้องกันโรคหัดหัดเยอรมัน ไขสันมออักเสบ Japanese encephalitis ไข้กาฬหลังแอ่น ไทฟอยด์ ไข้เหลือง เป็นต้น) รวมถึงวัคซีนป้องกันโรคที่มีการติดต่อจากสัตว์สู่คน เช่น แอนแทรกซ์ และพิษสุนัขบ้า



เป้าหมาย

ประเทศมี ระบบการกระจาย และส่งวัคซีน ครอบคลุมทั่วถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียม มีระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และมีความพร้อมสำหรับรองรับการระบาดของโรคได้

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยมีโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2520 โดยคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ (The national Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)) ได้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดในการให้คำแนะนำเรื่อง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในภาพรวม และการให้วัคซีนพื้นฐาน รวม 11 ชนิดวัคซีน จาก 13 เชื้อโรค ซึ่งรวมไปถึงวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV vaccine) ที่เริ่มมีการให้ในปี 2550 หลังจากการประเมิน JEE ในครั้งแรก

ในภาพรวม นับตั้งแต่การประเมิน JEE ครั้งแรกประเทศไทยยังคงรักษาความเข้มแข็งของโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้เป็นอย่างดี การระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่มีอยู่ จากเหตุผลต่าง ๆ เช่น มีการระดมบุคลากรไปกับการรณรงค์ให้วัคซีนโควิด 19 ในประชากรไทย รวมไปถึงความกังวลของประชาชน/ผู้ปกครองต่อการได้รับวัคซีน ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนต่ำลงอย่างมาก และทำให้มีประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันเพิ่มมากขึ้น (เช่น ความครอบคลุมของวัคซีนหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือนน้อยกว่า 90%) ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในช่วงภายหลังการระบาดของโควิด 19 โดยเน้นไปที่วัคซีนโปลิโอ (OPV) และหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) เป็นลำดับแรกก่อน

ในอีกมุมหนึ่ง การระบาดของโควิด 19 ได้ส่งผลในทางบวกต่อประเทศไทยในด้านวิธีการบริหารวัคซีน เช่น การกระจายวัคซีนกว่า 120 ล้านโดสของวัคซีนโควิด 19 ไปทั่วประเทศ รวมไปถึงการเพิ่มศักยภาพของประเทศในการพัฒนางานวิจัยด้านวัคซีนซึ่งรวมไปถึงวัคซีน mRNA และ DNA

ตัวชี้วัด และคะแนน (Indicators and scores)

P8.1. ความครอบคลุมของวัคซีนหัด ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค – คะแนน 3

จุดแข็ง

- โปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย ดำเนินการสอดคล้องกับแผนวัคซีนโลก (WHO Global Vaccine Action Plan).
- เป้าหมายของความครอบคลุมของวัคซีนทุกชนิดคือมากกว่า 90% และความครอบคลุมของวัคซีน MMR มากกว่า 95%

- มีการปรับช่วงเวลาของการให้วัคซีน MMR เข็มที่สองจากอายุ 2 ปี 6 เดือน เป็นอายุ 1 ปี 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมปี 2564
- กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนเพิ่มความเข้มแข็ง รักษาและเพิ่มระดับความครอบคลุมของวัคซีนภายหลังการระบาดของโควิด 19 คือ แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะกลายเป็นโรคประจำถิ่นของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- กระทรวงสาธารณสุขสั่งการไปยังทุกจังหวัดให้เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์
- กรมควบคุมโรคได้มีการลงไปตรวจเยี่ยมพื้นที่เพื่อกำกับติดตามความครอบคลุมของวัคซีนและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพื้นที่

ความท้าทาย

- ในปี 2564 การระบาดของโควิด 19 สร้างผลกระทบด้านลบต่อโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยพบว่าความครอบคลุมของวัคซีน MMR1 ลดต่ำลงเหลือ 86.7% และความครอบคลุมของวัคซีน MMR2 อยู่ที่ 85.1%. เนื่องจากบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคถูกมอบหมายให้ทำเรื่องการรณรงค์วัคซีนโควิด 19 ให้มีความสำคัญในระดับสูงสุด
- ควรเพิ่มความเข้มข้นของโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายหลังการระบาดของโควิด 19 ที่จะปรับเข้าสู่โรคประจำถิ่น โดยให้มุ่งเน้นการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์
- ความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีนเป็นความท้าทายสำคัญของโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดชายแดนใต้ที่มีมายาวนาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความลังเลดังกล่าวเกิดมาจากทัศนคติ ความเชื่อ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ของประชาชนในพื้นที่
- กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีความลังเลในการเข้ารับบริการ และกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงการบริการวัคซีน

P8.2. ความสามารถในการเข้าถึงและให้บริการวัคซีน – คะแนน 5

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั่วประเทศ และการให้บริการวัคซีนสามารถทำได้ถึงระดับตำบล
- รัฐบาลให้ความสำคัญโดยการจัดหาวัคซีนในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ประชาชนทุกคนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ระบบลูกโซ่ความเย็นมีความพร้อมและทำงานได้ดี เข้าถึงสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน
- ระบบการจัดเก็บ ขนส่งและจัดส่งวัคซีน (vendor-managed inventory (VMI)) สามารถใช้ดำเนินการได้ทั้งที่ระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาค
- การบริหารจัดการขนส่งวัคซีนภายใต้ห่วงโซ่ความเย็นสามารถทำได้ในทุกจังหวัด

ความท้าทาย

- มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมเสริมสร้างความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง ควรการประเมินสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย ๆ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปัญหา และนำไปสู่การแก้ไขเชิงนโยบายในการคงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรทำงานในระบบได้อย่างต่อเนื่องต่อไป
- การรักษาระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบลูกโซ่ความเย็น และผู้รับผิดชอบดูแลระบบมีความสำคัญอย่างยิ่ง

P8.3. การรณรงค์ให้วัคซีนให้แก่คนจำนวนมาก กรณีเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน – คะแนน 5

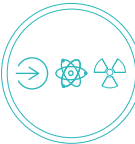
จุดแข็ง

- การรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ (OPV) มีการดำเนินการทุกปีในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ ซึ่งรวมทั้งจังหวัดชายแดนใต้และจังหวัดชายแดนระหว่างประเทศไทย และเมียนมาร์
- มีการรณรงค์ให้วัคซีนหัด หัดเยอรมัน (MR) หรือหัด หัดเยอรมันและคางทูม (MMR) ในปี 2562 โดยให้แก่เด็กอายุ 1-12 ปีที่มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์
- การรณรงค์วัคซีนหัด หัดเยอรมัน (MR) ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2563 โดยกลุ่มเป้าหมายคือ ทหารเกณฑ์ นักโทษ บุคลากรทางการแพทย์ นักเรียน และแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

- แม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมป้องกันโรคเช่น การจำกัดการเดินทางในช่วงการระบาดของโควิด 19 ระหว่างปี 2563 – 2565 แต่สถานพยาบาลต่าง ๆ ยังสามารถตรวจให้วัคซีน OPV และ MR ตามแผนที่วางไว้ได้
- ประเทศไทยมีการตรวจให้วัคซีนโควิด 19 แก่ประชากรในวงกว้างตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ซึ่งเป็นการตรวจครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์

ความท้าทาย

- การเพิ่มความเข้มข้นของการตรวจให้วัคซีน OPV และ MR ควรมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วนภายหลังการระบาดของโควิด 19 (post-pandemic phase)
- การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุข รวมไปถึงภาคเอกชนจะเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การขับเคลื่อนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประชากร
- การวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่ครอบคลุมด้านการสื่อสารความเสี่ยง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน และการขับเคลื่อนของชุมชนมีความสำคัญในการเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่เข้าถึงยาก หรือมีความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีน
- ควรมีการเร่งดำเนินการเพิ่มความเข้มข้นในการค้นหาเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีน (zero-dose population) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจ และความมั่นใจในการเข้ารับบริการวัคซีนแก่เด็กและผู้ดูแลเด็ก



ข้อเสนอแนะ กิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนหลังจากที่ความครอบคลุมวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมายจากการระบาดของโควิด 19 โดยควรดำเนินการต่อไปนี้
 - » กำกับติดตามความครอบคลุมของวัคซีนอย่างต่อเนื่อง
 - » การตรวจให้วัคซีน OPV และMR
 - » การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (supplemental immunization activities (SIA))
 - » การขยายการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือรับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่เข้าถึงยากหรือมีความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีน
- การบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุข รวมไปถึงเอกชนเพื่ออธิบายและทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความลังเลในการเข้ารับบริการวัคซีนในจังหวัดชายแดนใต้ ควรพิจารณาเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนหรือผู้นำจิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขปัญหา
- การพัฒนาระบบข้อมูลการรายงานและระบบข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีน โดย
 - » การลงข้อมูลการเข้ารับบริการวัคซีนโดยใช้ระบบดิจิทัล
 - » การค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อกำหนดเป็นค่าเป้าหมาย (Denominator) เช่น กลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มที่อยู่ชายแดน
 - » การบูรณาการข้อมูลด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการวัคซีนเข้าเป็นหนึ่งในหัวข้อการสำรวจทางสถิติระดับประเทศ เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงเหตุผลและความต้องการของการเข้ารับบริการวัคซีนของประชาชน
- เพิ่มความเข้มข้นและรักษาระดับความสามารถด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดย
 - » ควรมีการจัดเตรียมวัคซีน MR เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้น
 - » เพิ่มศักยภาพและรักษาระดับผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้มีในทุกระดับ และพิจารณาจัดการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง
 - » จัดทำการประเมินความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนเพื่อเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออก หรือเปลี่ยนงานของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

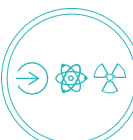
การตรวจจับ



D1. ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติ

คำนำ

ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับชาติให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญ ได้แก่ การตรวจจับโรคและการระบาด การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการกำกับติดตามปัญหาสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้ ห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ยังทำหน้าที่เป็นจุดประสานงานสนับสนุนระบบห้องปฏิบัติการระดับชาติ ซึ่งโดยรวมมีภารกิจหลักครอบคลุมการสาธารณสุข การสัตวแพทย์ และความปลอดภัยอาหาร ซึ่งประกอบด้วยงานต่าง ๆ เช่น การป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรค รวมไปถึงการจัดการการบูรณาการข้อมูล การกำกับดูแลห้องปฏิบัติการ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การวิจัยด้านสาธารณสุข การฝึกอบรมและการศึกษา และประสานความร่วมมือ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลระหว่าง



เป้าหมาย

การเฝ้าระวังโรคของประเทศ มีการใช้ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับชาติเป็นแกนหลักที่สำคัญ มีการใช้ระบบห้องปฏิบัติการในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสุขภาพของมนุษย์และสัตว์ และใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการในจุดดูแลรับผู้ป่วยที่ปรับให้ทันสมัย และใช้ห้องปฏิบัติการช่วยการวินิจฉัยโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

ประเทศไทยได้จัดตั้งระบบห้องปฏิบัติการสุขภาพคนและสัตว์ที่มีความครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของประเทศ กระจายในทุก ๆ จังหวัด โดยมีกรมวิทยาศาสตร์เป็นศูนย์กลางที่ตั้งของห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับชาติ ซึ่งอยู่ภายในสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีทำหน้าที่ประสานงานเครือข่ายห้องปฏิบัติการ 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย ห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรค ห้องปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการแห่งชาติ ทั้งนี้ มีสถานบริการสาธารณสุขในการรับส่งต่อผู้ป่วย (Referral Hospital cascade) อันเป็นเครือข่ายการส่งต่อซึ่งเป็นไปตามลำดับขั้นตอนและเป็นระบบระเบียบเดียวกัน ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 901 แห่ง โรงพยาบาลที่ไม่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 120 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 411 แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ 822 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 17 แห่ง นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ระดับภูมิภาค 14 แห่ง ห้องปฏิบัติการย่อยทั่วประเทศที่มีขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัยครอบคลุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำต่าง ๆ และกลไกการส่งตัวอย่าง (ไปยังสถาบันสุขภาพฯ) เพื่อการตรวจเพื่อยืนยันผล

ประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรคทางปศุสัตว์ จำนวน 9 แห่ง ภายใต้กรมปศุสัตว์ รวมถึงสถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติในกรุงเทพฯ และศูนย์วิจัยและพัฒนาในระดับภูมิภาค จำนวน 8 แห่ง อีกทั้ง ศูนย์อ้างอิงโรคปากและเท้าเปื่อยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และศูนย์ทดสอบและวิจัยคุณภาพชีวิตสัตว์สำหรับสัตว์ ก้อยู่ในเครือข่ายสถาบันสุขภาพสัตว์ฯ ด้วยเช่นกัน

ประเทศไทยยังมีห้องปฏิบัติการชั้นสูตร จำนวน 19 แห่ง ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้แก่ ห้องปฏิบัติการของศูนย์วิจัยและพัฒนาการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่ง จำนวน 14 แห่ง (ในสังกัดกองวิจัยและพัฒนาเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่ง), ห้องปฏิบัติการในศูนย์วิจัยและพัฒนาประมงทะเล (ในสังกัดกองวิจัยและพัฒนาประมงทะเล) จำนวน 2 แห่ง, ห้องปฏิบัติการวิจัยสุขภาพสัตว์น้ำ จำนวน 2 แห่ง และห้องปฏิบัติการในสังกัดกองวิจัยและพัฒนาพันธุ์กรรมสัตว์น้ำ จำนวน 1 แห่ง (ผ่าน)

ระบบห้องปฏิบัติการสุขภาพมนุษย์และสัตว์ยังเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายระหว่างประเทศที่เข้มแข็ง โดยเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับชาติหลายแห่งเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (สำหรับ โรคโปลิโอ ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด และหัดเยอรมัน) และ/หรือศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลก (สำหรับ การเฝ้าระวังและการฝึกอบรมด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ และการเสริมสร้างระบบคุณภาพในห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพ) อีกทั้ง ประเทศไทยยังมีห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับภูมิภาคขององค์การอนามัยสัตว์โลกสำหรับโรคปากและเท้าเปื่อยและโรคบรูเซลโลซิส

พระราชบัญญัติและนโยบายระดับชาติหลายฉบับบังคับใช้กับห้องปฏิบัติการภาคสุขภาพของมนุษย์และสัตว์ รวมถึงพระราชบัญญัติเชื้อโรคและสารพิษจากสัตว์ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ และนโยบายแห่งชาติว่าด้วยห้องปฏิบัติการสุขภาพเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัยโดยรวมในประเทศไทย

โดยรวมแล้ว ความสามารถที่ระบุไว้ใน JEE ก่อนหน้านี้ได้รับการรักษาระดับขีดความสามารถไว้เป็นอย่างดี และได้นำบทเรียนบางประการในการตอบโต้ต่อการระบาดใหญ่ของโควิด 19 มาพัฒนาการดำเนินงานเพิ่มอีกด้วย

ตัวชี้วัดและคะแนน

D1.1. ระบบส่งต่อและขนส่งตัวอย่างส่งตรวจ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ สามารถส่งตัวอย่างจากพื้นที่ท้องถิ่นไปยังห้องปฏิบัติการอ้างอิงและห้องปฏิบัติการระดับชาติได้ภายใน 24 ชั่วโมง
- ห้องปฏิบัติการแห่งชาติมีความสามารถในการส่งตัวอย่างไปยังเครือข่ายห้องปฏิบัติการระหว่างประเทศ และแบ่งปันตัวอย่างเป็นประจำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมเครือข่าย
- ห้องปฏิบัติการอ้างอิงเข้าร่วมและดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นทางการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายโรคระหว่างประเทศ (เช่น การทดสอบความชำนาญและการมีส่วนร่วมในหลักสูตรการฝึกอบรมและการประชุม)
- ประเทศไทยจัดสัมมนาออนไลน์สำหรับเครือข่ายโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (มกราคม-ธันวาคม 2564) ในหัวข้อ “การบรรจุและการขนส่งสารชีวภาพ”
- ประเทศไทยได้นำระบบการรับรองคุณภาพมาใช้กับสถานบริการตรวจโรคโควิด 19

ปัญหาอุปสรรค

- ในช่วงที่เกิดโรคระบาด บุคลากรที่มีทักษะ มีจำกัดในทุกระดับ ทั้งภาคมนุษย์และสัตว์
- การใช้บรรจุภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานและมีการควบคุมอุณหภูมิในขณะขนส่งตัวอย่าง จากภาคสนามไปยังเครือข่ายห้องปฏิบัติการสัตว์ควรมีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

D1.2. ระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีการใช้ระบบคุณภาพทั่วทั้งระบบสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีกลไกการออกใบอนุญาตห้องปฏิบัติการในกรณีฉุกเฉิน/วิกฤตด้านสาธารณสุข
- มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและการรับรองห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานตามคุณภาพที่กำหนดขึ้นสำหรับระบบสุขภาพไทย โดย ISO 15189 และ 17025 เป็นมาตรฐานสากล
 - » ห้องปฏิบัติการทางคลินิกและห้องปฏิบัติการกรมปศุสัตว์ ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพที่เกี่ยวข้อง คิดเป็น 100%
 - » ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และการทดสอบทั้งระดับชาติและระดับภูมิภาคได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO 15189 และ 17025.
 - » ห้องปฏิบัติการกรมปศุสัตว์ทั้งระดับชาติและระดับภูมิภาคได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO 17025 คิดเป็น 91%
- สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการได้รับการกำหนดให้เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองระดับชาติ
- ห้องปฏิบัติการระดับชาติมีส่วนร่วมในแผนการประกันคุณภาพระดับนานาชาติและระดับประเทศ
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (วว.) ได้รับการกำหนดให้เป็นหน่วยรับรองห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ISO 9001
- กรมปศุสัตว์มีอำนาจในการออกใบอนุญาตห้องปฏิบัติการเอกชนตามความสมัครใจ (ภายใต้สถานสุขภาพสัตว์แห่งชาติ สำหรับการทดสอบเชื้อซาลโมเนลลา (Salmonella) และ สำนักตรวจสอบคุณภาพสินค้าปศุสัตว์ เพื่อความปลอดภัยของอาหาร)

ปัญหาอุปสรรค/ท้าทาย

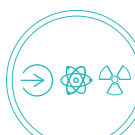
- จัดให้มีกลไก/กระบวนการ การออกใบอนุญาตห้องปฏิบัติการทั้งของรัฐและเอกชนให้มีความโปร่งใส
- ประเทศไทยควรขยายการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กับห้องปฏิบัติการสาธารณะ
- การจัดหา วิธีการตรวจสอบคุณภาพการตรวจแบบชุด (proficiency panel) ซึ่งจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพห้องปฏิบัติการของเครือข่ายสัตว์แพทย์



D1.3. ความสามารถในการทดสอบในห้องปฏิบัติการ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติสามารถทดสอบโรคที่มีความสำคัญสูงและไม่ทราบสาเหตุและเชื้อที่อยู่เสถียรการควบคุม โดยใช้ความสามารถในการทดสอบที่หลากหลาย อันรวมถึง การทดสอบระดับโมเลกุลและการทดสอบอาศัยหลักการทางภูมิคุ้มกันร่างกาย (Serology Test) และการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม (Whole Genome sequencing: WGS)
- การทดสอบหลักภายในเครือข่ายห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์นั้นสอดคล้องกับมาตรฐานองค์การอนามัยสัตว์โลก
- การใช้อัลกอริทึมในห้องปฏิบัติการแห่งชาติสำหรับโรคที่มีความสำคัญสูง (อาทิ โควิด 19, วัณโรค, เอชไอวี) และสอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติ
- นโยบายระดับกระทรวง ในการสนับสนุนการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคลากร (เช่น แอปพลิเคชันหมอพร้อม)
- ประเทศไทยขยายขีดความสามารถในการตรวจหาเชื้อโควิด 19 โดยได้จัดตั้งเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั่วประเทศ ทั้งห้องปฏิบัติการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ซึ่งทำให้สามารถยืนยันผลการตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง และตัวอย่างจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับชาติเพื่อระบุสายพันธุ์โดยใช้วิธี Genome sequencing และผลลัพธ์จะถูกส่งไปยังโครงการริเริ่มระดับโลกในการแบ่งปันข้อมูลไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด (Global Initiative on Sharing All Influenza Data: GISAID)
- กลุ่มพันธมิตร COVID-19 Network Investigations (CONI Alliance) ดำเนินการเฝ้าระวังจีโนมของเชื้อ โควิด 19 ตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยเครือข่ายดังกล่าวมีฐานอยู่ที่มหาวิทยาลัยมหิดล และมีสมาชิกที่ให้การสนับสนุนจากสถาบันอื่น ๆ ได้แก่ มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร สหรัฐฯ (US Army Medical Directorate's Armed Forces Research Institute of Medical Sciences: AFRIMS)
- กรมปศุสัตว์และกรมควบคุมโรคได้จัดการฝึกอบรมการเก็บตัวอย่างเชื้อโควิด 19 ในสัตว์ให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคนและสัตว์



ปัญหาอุปสรรค/ท้าทาย

- มีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลของห้องปฏิบัติการอิเล็กทรอนิกส์ไปยังศูนย์ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลสุขภาพของบุคคลากร โดยใช้ API (Application Programming Interface)
- มีความจำเป็นต้องปรับปรุงการแบ่งปันข้อมูลระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพมนุษย์และสัตว์
- ควรกระจายความสามารถในการตรวจหาโรคที่มีความสำคัญสูงและโรคที่ต้องแจ้งความ (notifiable disease) ไปยังระบบการดูแลสุขภาพที่อยู่ระดับล่าง
- จำเป็นต้องมีนโยบายที่สอดคล้องกันซึ่งครอบคลุมถึงการประเมินการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In Vitro Diagnosis: IVD) โดยมีความสอดคล้องที่คำนึงถึง การใช้กฎหมาย ร่วมกับความสามารถของผู้ประเมิน และการติดตามประเมินหลังการขายผลิตภัณฑ์ในตลาด
- จำเป็นต้องมีการสื่อสารและมีกิจกรรมร่วมกันให้บ่อยและมีคุณภาพดีขึ้น เช่น การฝึกอบรมร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพของมนุษย์และสัตว์

D1.4. เครือข่ายการวินิจฉัยระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ – คะแนน 5

จุดแข็ง

- เครือข่ายการวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพมีส่วนช่วยในการตอบสนองเหตุฉุกเฉินเพื่อการทดสอบ การระดมสรรพกำลัง และการแบ่งปันทรัพยากร
- การใช้แพลตฟอร์มที่หลากหลายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เทคโนโลยี WGS, เทคโนโลยีเอ็นจีเอส (Next Generation Sequencing: NGS) และเทคโนโลยีมวลติ-ออฟ เอ็มเอส (MALDI-TOF MS) ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จุดดูแลผู้ป่วยจะใช้ตามความเหมาะสม รวมถึงการทดสอบอย่างรวดเร็วสำหรับโรคฉี่หนูและมาลาเรีย
- มีห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่ ทั้งสุขภาพสัตว์และสุขภาพมนุษย์
- ห้องปฏิบัติการควบคุมเชื้อระดับสูง จำนวน 13 แห่งทั้งในเครือข่ายสุขภาพมนุษย์และสุขภาพสัตว์ อยู่ระหว่างการขอการตรวจสอบความปลอดภัยทางชีวภาพของห้องปฏิบัติการระดับ 3 (BSL-3)

- ประเทศไทยมีเครือข่ายห้องปฏิบัติการสาธารณสุขระดับภูมิภาค (Regional Public Health Laboratory Network: RPHL Network) และเครือข่ายห้องปฏิบัติการสัตว์แพทย์
- ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในเครือข่ายห้องปฏิบัติการระดับภูมิภาค เช่น จัดการสัมมนาออนไลน์ด้านวิชาการ
- การฝึกอบรมความปลอดภัยทางชีวภาพและความปลอดภัยทางชีวภาพร่วมกันระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการของมนุษย์และสัตว์ ตั้งแต่เครือข่ายความปลอดภัยทางชีวภาพของห้องปฏิบัติการระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3
- ประเทศไทยดำเนินการฝึกจำลองสถานการณ์ร่วมสำหรับ “Disease X” ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 และเสริมสร้างขีดความสามารถระดับชาติด้านเทคโนโลยีเอ็นจีเอส โดยประเทศสามารถตรวจจับและระบุเชื้อ SARS-CoV2 ได้ภายในสามวัน

ปัญหาอุปสรรค/ท้าทาย

- มีความจำเป็นต้องเสริมให้เข้มแข็งในประเด็นการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล การประสานงาน และความร่วมมือ ทั้งภาคสุขภาพ สัตว์ คน รวมทั้งกับเครือข่ายระดับ นานาชาติในภูมิภาค Regional Public Health Laboratory Network (RPHLN)

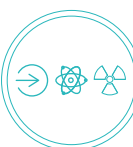
คำแนะนำสำหรับ กิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- พัฒนาแผนบูรณาการยุทธศาสตร์ห้องปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งชาติสำหรับปี พ.ศ. 2566-2569 โดยมีแผนปฏิบัติการประจำปีที่เน้นย้ำข้อเสนอแนะต่อไปนี้
 - » พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลห้องปฏิบัติการ ที่เชื่อมโยงข้อมูลระดับวิทยา ข้อมูลทางคลินิก ทั้งภาคส่วนสุขภาพสัตว์ คน และสิ่งแวดล้อม
 - » พัฒนา และตรวจสอบกำกับ การออกใบอนุญาต/รับรอง ห้องปฏิบัติการ ทั้งส่วนราชการ และภาคเอกชน เพื่อให้มีการประกันคุณภาพที่เหมาะสม ในการให้บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - » จัดทำ แนวปฏิบัติ กลไกการประสานงาน การประเมินชุด/เครื่องมือ การวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In Vitro Diagnosis: IVD) อย่างครบวงจร ตั้งแต่ การพัฒนา การผลิต การตรวจสอบ การนำมาใช้ และการติดตามประเมินผลหลังการขายผลิตภัณฑ์ในตลาด ในระหว่างภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ
 - » กระจาย พัฒนาความสามารถ ให้มีการตรวจทดสอบโรคที่มีความสำคัญ และโรคที่ต้องแจ้งรายงาน ให้กว้างขึ้น ลงสู่ระดับบริการสุขภาพ ในพื้นที่ โดยการฝึกอบรมที่เป็นระบบ พร้อมกับการมีวิธีการจัดซื้อ จัดหา มีโครงสร้างการทำงานสนับสนุน และเครือข่าย
- จัดตั้ง ศูนย์ร่วมการฝึกอบรม (training hub) และชุมชน/กลุ่มสังคมการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมการทำงาน สถาบันสุขภาพแห่งชาติของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น การทำงานร่วม ระดับวิทยา การตรวจจับโรค ความปลอดภัยด้านชีวภาพ และความมั่นคงในระบบชีวภาพ ในภาพรวมทั้งสุขภาพสัตว์ คน และในประเทศในภูมิภาคนี้
- ปรับปรุง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของเครือข่ายห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ในประเทศโดย การจัดให้มี วิธีการตรวจสอบคุณภาพการตรวจแบบชุด (proficiency panel testing) สำหรับ โรคใน สัตว์ และการปฏิบัติตามกับข้อกำหนด ใน ISO 17043
- ปรับปรุง คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ ในเรื่องมาตรฐานการระบบส่งต่อ และการขนส่งตัวอย่าง ไปส่วนกลางระดับประเทศ

D2: การเฝ้าระวัง

บทนำ

วัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์คือการพัฒนาประเทศไปสู่ความปลอดภัย ความมั่นคงและความเข้มแข็งของประเทศด้วยการมีระบบการเฝ้าระวังแบบบูรณาการ มีระบบเตือนภัยล่วงหน้า การตระหนักรู้ต่อสถานการณ์/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทุกชนิดที่กำหนดใน IHR (International Health Regulations)



เป้าหมาย

ระบบการเฝ้าระวังที่ได้รับการเสริมสร้างให้เข้มแข็งจะสามารถตรวจจับเหตุการณ์ที่สำคัญต่อสาธารณสุขและความมั่นคงทางสุขภาพได้รวดเร็ว ช่วยให้การสื่อสารและการร่วมมือระหว่างภาคส่วนและระหว่างกันในแต่ละระดับความรับผิดชอบ และขอบเขตอำนาจของการบริหาร ได้แก่ ระดับประเทศ ระดับกลาง และระดับพื้นที่ ประสานร่วมมือกันในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีความสำคัญต่อสาธารณสุข และช่วยการพัฒนาความสามารถและศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับประเทศและระดับกลาง ความสามารถและศักยภาพการวิเคราะห์นี้รวมถึงข้อมูลทางระบาดวิทยา ทางคลินิก ทางห้องปฏิบัติการ การทดสอบสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และข้อมูลชีวสารสนเทศ รวมทั้งพัฒนาความก้าวหน้างานมีศักยภาพหลักที่จำเป็นครบตามที่กำหนดไว้ใน IHR

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยมีประวัติยาวนานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลตั้งแต่การรายงานกาฬโรคในปี 1913 และต่อมาได้สร้างระบบการเฝ้าระวังโรคในประเทศปี 1968 ระบบเฝ้าระวัง HIV/AIDS (ในปี 1985) ระบบเฝ้าระวังสุขภาพของผู้อพยพ (ในปี 1996) ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (ในปี 2005) ระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ในปี 2009) และระบบเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ (ในปี 2014) นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีการติดตามโรคที่สำคัญอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด โควิด 19 มาลาเรีย วัณโรค และฝีดาษวานร

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) กำหนดนโยบายและแนวทางสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ และการระบาดที่เป็นอันตราย พระราชบัญญัติ นี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างกิจกรรมการเฝ้าระวังและการตอบสนองของประเทศไทยทั่วประเทศ

ระบบการเฝ้าระวังที่ใช้ ข้อมูลเชิงตัวบ่งชี้สุขภาพ (indicator-based) ของประเทศไทยมีการรายงานจากสามระดับได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น, โรงพยาบาลชุมชน, และโรงพยาบาลภูมิภาค/ทั่วไป การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based) จะมีรายงานจากหลากหลายส่วน รวมถึงการรายงานจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีมากกว่า 1,000,000 คน และอาสาสมัครปศุสัตว์ที่มีมากกว่า 80,000 คน กรณีที่พบผู้ป่วย/เหตุการณ์สงสัยจะมีการสอบสวนโรคโดยทีมสอบสวนโรค/หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ที่ได้รับการฝึกฝนกว่า 2,700 ทีม และมีการใช้ระบบการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการสำหรับประเด็นที่สำคัญ เช่น AMR

มีเครื่องมือดิจิทัลที่ช่วยในการรายงานเหตุการณ์ และมีการตรวจสอบข่าวการระบาดจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์และรายงานทางเว็บไซต์ ข้อมูลเหล่านี้ถูกวิเคราะห์โดยทีมตระหนักรู้ทางสถานการณ์และหากได้รับการตรวจสอบยืนยันแล้ว เหตุการณ์ที่สำคัญเหล่านี้จะถูกรายงานไปยังอธิบดี และผู้เกี่ยวข้องในระดับประเทศและระดับภูมิภาค ตามเกณฑ์การรายงานข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้อำนวยการ(ภายใน 30 นาทีสำหรับโรคที่สำคัญ เช่น โรคติดต่ออันตราย) และภายในหนึ่งวันสำหรับโรคเข้าตามเกณฑ์ทั่วไป

ประเทศไทยจัดทำรายงานการเฝ้าระวังรายสัปดาห์และรายปีและเปิดเผยให้ทราบสาธารณสุขผ่านเว็บไซต์ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังแบ่งปันข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้านเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อโรคที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น การจัดการประชุม ทาง Zoom เกี่ยวกับกรณีโรคฝีดาษวานรกับเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของสมาคมประชาชาติอาเซียน (ASEAN Emergency Operations Centre Network)

ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ/การรักษา อยู่ภายใต้การดูแลจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ (ในกรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) กระทรวงกลาโหม (เช่น โรงพยาบาลทหาร) และภาคเอกชน ระบบที่เชื่อมโยงนี้ ช่วยให้การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย COVID-19 จากหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตลอดช่วงการระบาดของโรค COVID-19 อย่างไรก็ตามในการที่จะได้คะแนน JEE (Joint External Evaluation) สูงที่สุด ประเทศไทยจำเป็นต้องใช้ประโยชน์ต่อยอดบนฐานความสำเร็จที่ได้รับในช่วงการระบาดนี้และพัฒนานโยบายและ/หรือกฎหมายเพื่อให้การรายงานโรคจากหน่วยงานทั้งหลายเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพคงอยู่

นอกจากนี้ในขณะที่ประเทศไทยเป็นผู้ราระดับภูมิภาคและระดับโลกในด้าน One Health, การให้ความสนใจในการรวมข้อมูลระหว่างภาคส่วนทางด้านสัตว์ สัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ระบบการเตือนภัยล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพสามารถตรวจพบว่ามีความเสี่ยงต่อสาธารณสุขจากการติดต่อของโรคจากสัตว์สู่มนุษย์ได้

ตัวชี้วัดและคะแนน

D2.1. ฟังก์ชันการเฝ้าระวังล่วงหน้า – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์มีอยู่และการทำงานทุกระดับของระบบสุขภาพในประเทศไทย ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ครอบคลุมทุกภัยอันตราย
- มีเครือข่ายขนาดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่เข้าร่วมในระบบการเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ
- มีรายชื่อโรคที่ต้องรายงานตามพ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- ประเทศไทยมีเครือข่ายที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาและมีความแข็งแกร่งในการเฝ้าระวังรายโรคแบบที่มีตัวบ่งชี้ ระบบการรายงานโรคติดต่อกำลังเปลี่ยนไปสู่การเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์มากขึ้น
- ระบบเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการที่มีการรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการมีในโรคที่สำคัญเช่น COVID-19, ไข้หวัด และมาลาเรีย
- มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- การประเมินระบบเฝ้าระวังถูกดำเนินการอย่างเป็นประจำสำหรับบางโปรแกรมโรค ได้แก่ กลุ่มอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อชนิดอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (AFP) และหัด นอกจากนี้ นอกจากนั้นในแต่ละปีจะมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคอื่น ๆ ที่ถูกเลือกขึ้นมา
- เว็บไซต์และฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ถูกใช้เป็นประจำที่ระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัด
- บุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนจะเป็นผู้ตรวจสอบเหตุการณ์และประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นประจำ และผลลัพธ์การประเมินถูกนำเสนอให้ผู้บริหารและมีอำนาจตัดสินใจทุกสัปดาห์ เหตุการณ์รวมถึงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เครือข่ายสาธารณสุข (เช่น ข่าว, สื่อสังคม, ฯลฯ)
- ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลายสาขา (เช่น โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ (เช่น กรมปศุสัตว์ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ฯลฯ) จะได้รับการแจ้ง
- มีการเชื่อมโยงระหว่างการเฝ้าระวังที่ทางเข้าประเทศและการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของประเทศ ซึ่งจะช่วยให้เชื่อมโยงกับทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมสอบสวนโรคร่วมเพื่อตรวจจับเหตุผิดปกติได้แต่ในระยะแรก

ความท้าทาย

- เทคโนโลยี เช่น GPS และแดชบอร์ดสามารถเสริมความทันเวลาและความสมบูรณ์ของการรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์
- บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังโรคควรตรวจให้แน่ใจว่าข้อมูลจากการทดสอบทางห้องปฏิบัติการในจุดดูแลสุขภาพถูกรายงานเข้าสู่ระบบ
- ทีมวิชาการสหสาขาควรร่วมมือกันเพื่อเสริมระบบการเฝ้าระวัง รวมถึงการเฝ้าระวังข้อมูลการตาย
- ควรมีกระบวนการแบ่งปันข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาสามารถเสริมให้เข้มแข็งมากขึ้นโดยการพัฒนาและรักษาเครือข่ายให้แข็งแกร่ง
- จำเป็นต้องพัฒนาการเชื่อมโยงอัตโนมัติระหว่างข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ
- บุคลากรในระดับพื้นที่/ด้านหน้า มีทรัพยากรและศักยภาพจำกัดในการเฝ้าระวัง
- ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคทางสาธารณสุขและบทบาทของในการตรวจจับและรายงานโรคสามารถเสริมขึ้นมาได้
- ภาระงานทางเอกสารทางการที่เป็นในรูปแบบกระดาษที่ใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้า ไม่สามารถทำได้อย่างทันเวลา
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ในระดับตำบลของสาธารณสุข) อยู่ในการบังคับบัญชาของหน่วยงานท้องถิ่นในหลายจังหวัดและไม่ได้อยู่ในการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขอาจเป็นปัญหาสำหรับการประสานงานได้

D2.2. การตรวจสอบเหตุการณ์และการสอบสวน – คะแนน 5

จุดแข็ง

- มีบุคลากรที่ผ่านการฝึกฝนอย่างดีและมุ่งมั่นอยู่ในทุกระดับในระบบการเฝ้าระวัง (สำหรับการเฝ้าระวังโรคตามข้อมูลบ่งชี้และการเฝ้าระวังเหตุการณ์) รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการสอบสวน
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ให้อำนาจทางกฎหมายเบื้องต้นในการดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ทีมการเฝ้าระวังและการสอบสวนในทุกระดับ และให้พร้อมทำงาน 24 ชั่วโมงตลอดทุกวัน
- กำลังคนได้รับการสนับสนุนและฝึกฝนในการตรวจสอบเหตุการณ์และการสอบสวนจากโปรแกรมการอบรมระดับวิทยาลัยอาชีวศึกษา (FETP) สำหรับภาคส่วนสุขภาพของคน และโปรแกรมการอบรมทางด้านระดับวิทยาลัยอาชีวศึกษาสำหรับสัตวแพทย์ (FETP-V) สำหรับสุขภาพของสัตว์ รองรับด้วยเครือข่ายในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
- กองระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีโปรแกรมในการฝึกอบรมทีมท้องถิ่นในทักษะการสอบสวนเหตุการณ์ระดับ
- การประเมินความเสี่ยงระดับชาติมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ มีการฝึกอบรมในการประเมินความเสี่ยงที่ระดับภูมิภาคและระดับปฐมภูมิ

ข้อท้าทาย

- ประเทศไทยสามารถพิจารณาการใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 บทที่ 7 ข้อ 50 ในการเน้นความรับผิดชอบ บังคับใช้ในกรณีไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับการรายงานให้มากขึ้น
- การประเมินความเสี่ยงควรประเมิน, ตรวจสอบ, และนำไปใช้โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ตัดสินใจในการดำเนินนโยบาย และรายงานการประเมินเหล่านี้ควรถูกระบายและสื่อสารไปยังประชาชนและผู้เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในการลดและจัดการความเสี่ยง
- ผู้นำ/ผู้บริหาร ในทุกระดับควรส่งเสริมให้มีการประเมินความเสี่ยงมากขึ้นในระดับภูมิภาคและระดับย่อยลงไป
- ควรมีทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรควรมีพร้อมสำหรับการเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อการระบาดในตลอด 24 ชั่วโมงของทุกวันในแต่ละปี
- ในหลายจังหวัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(ในระดับตำบลของสาธารณสุข) อยู่ในการบังคับบัญชาของหน่วยงานท้องถิ่นในหลายจังหวัดและไม่ได้อยู่ในสายการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประสานงาน
- การประสานงานระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ควรส่งเสริม พัฒนาให้มากขึ้น

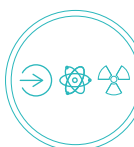
D2.3. การวิเคราะห์และการแบ่งปันข้อมูล – คะแนน 5

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางระบาดวิทยาในระดับพื้นฐานและระดับสูง
- มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอในโรคที่สำคัญ (เช่น ไข้หวัดใหญ่ และ COVID-19) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งปันกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
- กระทรวงสาธารณสุขตีพิมพ์รายงานการเฝ้าระวังรายสัปดาห์และรายปีเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการชี้แนะเชิงนโยบาย ได้แก่ รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยารายสัปดาห์ วารสารรายงานการระบาด การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค และรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี)
- บุคลากรด้านสาธารณสุขได้รับการฝึกฝนในการวิเคราะห์ข้อมูล
- ประเทศไทยสามารถเข้าถึงกลไกในการแบ่งปันข้อมูลระดับภูมิภาคผ่านเครือข่ายการอบรมทางระบาดวิทยาภาคสนาม ASEAN+3

ข้อท้าทาย

- ประเทศไทยสามารถตีพิมพ์ข้อมูล และการศึกษาทางระบาดวิทยาของการเฝ้าระวังโรค นำเสนอระดับนานาชาติอย่างสม่ำเสมอ
- มีความจำเป็นที่จะเพิ่มการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยและหน่วยงานในภาคเอกชน
- ข้อมูลการเสียชีวิตควรถูกรวบรวมเพื่อประเมินสัญญาณสำหรับการตรวจจับเหตุการณ์ที่ไม่ปกติทางสุขภาพตั้งแต่วัยเริ่มต้น ๆ
- มีความจำเป็นที่จะเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงคนที่สามารถพูดหลายภาษา
- ยังคงมีช่องว่าง ในการหาข้อมูล จัดให้มีการใช้ และการรับเทคโนโลยีใหม่ให้ทันเวลา ในการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของระบบสุขภาพให้ดีขึ้น (เช่น ข้อมูลจากห้อง/หน่วยฉุกเฉิน, อัตราการใช้เตียงบริการดูแล/ดูแลระดับวิกฤต เป็นต้น) ต้องถูกแก้ไข ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้สามารถประเมินภาระของโรคระบาดของในระบบการบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลได้



ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการที่มีลำดับความสำคัญ

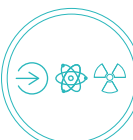
- ควรลงทุนในการปรับปรุงระบบข้อมูลรวมถึงการใช้โครงสร้างข้อมูลขนาดใหญ่และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการรวมข้อมูล, การวิเคราะห์, การจำลองโมเดลถึงและการวิเคราะห์ความเสี่ยง
- ควรเพิ่มการใช้และการนำไปใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเสริม การเฝ้าระวังเหตุการณ์และการเฝ้าระวังโรคแบบตัวชี้วัด พร้อมกับการปรับปรุงการรายงาน โดยทำให้ระบบง่ายต่อผู้ใช้งานมากขึ้น
- ควรใช้การสนับสนุนทางนโยบายและเงินทุนเพื่อนำมาเพิ่มการรายงานโรคจากสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งจากสายงานด้านสุขภาพสัตว์ รวมถึงการรวมข้อมูล (เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา และข้อมูลห้องปฏิบัติการ เป็นต้น) เพื่อช่วยสนับสนุนการสอบสวนการระบาด
- เพิ่มทรัพยากรบุคลากร เพื่อเสริมการเฝ้าระวังที่ระดับภูมิภาค, ระดับประเทศ, ระดับภูมิภาคและระดับโลก, รวมถึง:
 - » การขยายจำนวนบุคลากรด้านปศุสัตว์ในระดับอำเภอและกำหนดหน้าที่เพื่อเสริมการเฝ้าระวังและประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
 - » การเข้าร่วมภาคีเครือข่ายสหสาขาวิชา One Health และโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างกลไกในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลจากการเฝ้าระวังในระดับภูมิภาคและระดับโลก

D3. ทรัพยากรมนุษย์ กำลังคนด้าน สุขภาพ

คำนำ

เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืนได้ต่อเนื่อง ประเทศจำเป็นต้องมีการพัฒนาและรักษาคุณภาพของกำลังคนทางด้านสาธารณสุขให้มีคุณภาพสูง โดยการฝึกอบรมทางเทคนิคที่เหมาะสม พัฒนาทักษะด้านวิทยาศาสตร์ ความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ทรัพยากรมนุษย์ในที่นี้หมายถึง ประกอบด้วย พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นักวิทยาศาสตร์สังคม, การสื่อสาร, อาชีวอนามัย, นักวิทยาศาสตร์ / ช่างเทคนิคในห้องปฏิบัติการ, นักชีวสถิติ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) นักเทคนิคชีวการแพทย์และบุคลากรในภาคปศุสัตว์ (สัตวแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสัตว์ ผู้ช่วยสัตวแพทย์ นักระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านไอที ฯลฯ)

ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับอัตราส่วนที่เหมาะสมของแพทย์ พยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์สำหรับงานบริการประจำทั่วไป ควรมี 4.45 คนต่อประชากรจำนวน 1,000 คนและควรสามารถขยายเสริมรองรับภาวะฉุกเฉินได้ 30 เปอร์เซ็นต์ อัตราส่วนความครอบคลุมนักระบาดวิทยา (Field Epidemiologist หรือ เทียบเท่า) เท่ากับ 1 ต่อ 200,000 ประชากร โดยนักระบาดวิทยาสามารถทำงาน และประสานในประเด็นของมาตรฐาน IHR และ PVS ได้ ทั้งนี้ ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จำเป็นต้องมีนักระบาดวิทยาที่ผ่านการฝึกอบรมหนึ่งคน



เป้าหมาย

ประเทศ/รัฐภาคี มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีทักษะและมีความสามารถดำเนินงานการเฝ้าระวังและตอบโต้ภัยสุขภาพได้อย่างยั่งยืนในทุกระดับของระบบสาธารณสุข และดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับของศักยภาพ

ประเทศไทยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ครอบคลุมกลยุทธ์หลักสี่ประการ ได้แก่ 1. ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริม ป้องกันและการปกป้อง 2. “ความเป็นเลิศด้านการให้บริการ” 3. “ความเป็นเลิศของบุคลากร” และ 4. “ความเป็นเลิศด้านธรรมาภิบาล” แผนกลยุทธ์นี้ ประกอบด้วย 15 แผนงานย่อย และ 45 โครงการ โดยทุกกิจกรรมมีเป้าหมายตัวชี้วัดประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานและกลไกการติดตามประเมินผล แผนกลยุทธ์นี้สอดคล้องกับแผนระดับชาติต่าง ๆ อาทิเช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) วาระประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs) ยุทธศาสตร์เพื่อความเป็นเลิศกำลังคน การพัฒนาและการผลิตกำลังคน การพัฒนาการบริการบริหารจัดการกำลังคนและการบริหารจัดการภาคีเครือข่ายของกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านสุขภาพสัตว์ และยังมียุทธศาสตร์กำลังคนของกรมปศุสัตว์ พ.ศ. 2561-2565 ครอบคลุมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านปศุสัตว์ การดูแลสุขภาพสัตว์และภาคการผลิตเนื้อสัตว์

พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 อำนวยความสะดวก ต่อการตอบโต้และการสอบสวนทางระบาดวิทยา กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจหลายภาคส่วน กฎหมายฉบับนี้ให้แนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับคณะทำงานชุดต่าง ๆ เช่น คณะทำงานที่ประจำอยู่ ณ ด้านควบคุมโรค (ตามกฎหมายระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. 2548) การประสานและสั่งการในระดับประเทศ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และประกอบด้วยสมาชิกจาก 10 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร แพทยสภา การพยาบาล และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย สภาเทคนิคการแพทย์ และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน วิธีการดำเนินงานโดยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนนี้ช่วยอำนวยความสะดวกในการระดมทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเมื่อจำเป็น

พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดกลไกสำหรับประเทศไทยเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน ในระดับของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีโปรแกรมการฝึกอบรมที่ดำเนินการอยู่และเป็นกฎข้อบังคับให้เจ้าหน้าที่รับการฝึกอบรมทุกคน

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีภาคเอกชน และสมาคมโรงพยาบาลเป็นสมาชิก สามารถสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและธุรกิจสุขภาพได้ดี โรงพยาบาลเอกชนและภาคเอกชนต่าง ๆ มีส่วนร่วมมากขึ้น มีความพร้อมระดับกำลังคนเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในวงกว้าง

ประเทศไทยยังเป็นผู้บุกเบิกในการระดมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน) เพื่อให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชนและปฏิบัติงานการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยอาสาสมัครเหล่านี้มีบทบาทสำคัญเป็นที่ประจักษ์ในการป้องกันและควบคุมโรคทั่วประเทศในช่วงการระบาดของโควิด 19 (อ้างอิงในนิตยสาร National Geographic) ข้อมูลที่ผ่านมาไม่นานมานี้ แสดงถึง ข้อดีจากประวัติศาสตร์อันยาวนานของจิตอาสาในสังคมไทยซึ่งช่วยอธิบายว่าทำไมประชาชนจำนวนมากจึงเลือกที่จะอาสาต่อสู้กับโควิด 19 แทนที่จะรอรับความช่วยเหลือ รัฐบาลไทยยังได้ขยายความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ บุคลากรทางทหาร ผู้ประกอบการรายย่อย และอื่น ๆ ในการร่วมเป็นกำลังสำคัญเพื่อช่วยรับมือกับโรคระบาด

ประเทศไทยได้ใช้กลไกในการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรรกำลังคน ตัวอย่างเช่น สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของรัฐที่รับผิดชอบในการบริหารโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมมือกับภาคเอกชนเพื่อขยายการบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) มีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งเข้าร่วมในโครงการ UCS นี้ โดยให้บริการด้านสุขภาพและการดูแลฉุกเฉินแก่ผู้รับผลประโยชน์ของโครงการ บริการเหล่านี้ยังรวมไปถึงการให้บริการฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรคและการดูแลฉุกเฉิน และที่สำคัญในภาวะวิกฤติได้ขยายการบริการไปยังผู้ที่ไม่ใช่ชาวไทยอีกด้วย

ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Program: FETP) ซึ่งจัดให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทยและเจ้าหน้าที่จากประเทศเพื่อนบ้าน ตั้งแต่ปี 2523 โปรแกรมนี้ได้ผลิตผู้สำเร็จการศึกษาด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ถึง 40 รุ่น โดย 80% ของผู้สำเร็จการศึกษานั้นเป็นชาวไทย⁵ การฝึกอบรมมีห้าระดับโดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามระยะเวลาการฝึกอบรมและระดับความสามารถ ซึ่งเนื้อหาของหลักสูตรนั้นมีความหลากหลาย อาทิ ด้านโรคไม่ติดต่อ ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ และด้านสัตวแพทย์ (FETP-V) เป็นต้น

ประเทศไทยมีการอบรมอื่น ๆ เช่น หลักสูตรการศึกษาวิชาชีพต่อเนื่องในประเทศไทย ซึ่งจัดโดยสภาวิชาชีพ (เช่น แพทยสภาและสัตวแพทยสภา) การจัดหลักสูตรเสริม อาทิเช่น กองระบาดวิทยานั้นได้จัดหลักสูตรการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาภาคสนามระดับกลางและระดับสูงด้วยงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลไทย นอกจากนี้ยังมีอบรม ด้านสุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น ระบาดวิทยาสัตวแพทย์ภาคสนาม โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย และองค์กรระหว่างประเทศเป็นอย่างดี

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่มีอายุสูงขึ้น อัตราการเกิดใหม่ต่ำ สิ่งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาระทางสุขภาพ โดยในปี 2552 นั้น 75% ของการเสียชีวิตมาจากโรคไม่ติดต่อ (เทียบกับ 12.5% ที่มาจากโรคติดต่อ) การดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต ทั้งด้านการเตรียมความพร้อม การป้องกันการตรวจจับและการตอบโต้ภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุข ต้องพิจารณาปัจจัยการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มทางด้านสุขภาพของประเทศไทยไปพร้อมกัน

ตัวชี้วัดและคะแนน

D3.1. ยุทธศาสตร์ทางด้านกำลังคนหลายภาคส่วน – คะแนน 4

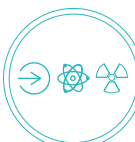
จุดแข็ง

- กระทรวงสาธารณสุขมีการติดตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านระบบ GIS Dashboard ผ่านทางเว็บไซต์ <http://moph.go.th/healthmap/index.php>.
- ประเทศไทยมีหลักสูตรนักระบาดวิทยาภาคสนามที่เข้มแข็งซึ่งมีหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างกันออกไปในระบบสุขภาพ โดยหลักสูตรนักระบาดวิทยาภาคสนาม เป็นแหล่งสำคัญในการสร้างนักระบาดวิทยาภาคสนามที่มั่นคงสำหรับประเทศไทยโดยผู้สำเร็จการศึกษายอย่างน้อย 80% เป็นคนไทย
- หลักสูตรระบาดวิทยาสัตวแพทย์ภาคสนาม หรือ FETP-V เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับสัตวแพทย์เพื่อ สนับสนุนในการตอบโต้การแพร่ระบาดของโรค และการเฝ้าระวังเชื้อโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่อาจเป็นอันตรายผ่านโดยใช้หลักการสุขภาพหนึ่งเดียว
- ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังและตอบโต้อย่างรวดเร็วที่มาจากหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งปัจจุบันเรียกว่าหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit : CDCU) ซึ่งมีอยู่ในทุกระดับของระบบสุขภาพ
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานระบาดวิทยาภาคสนาม เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประเทศไทย ปี 2566 – 2576 โดยแผนดังกล่าวนี้ปัจจุบันอยู่ภายใต้การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

5 Thailand Field Epidemiology Training Program. See: <https://www.tephinet.org/training-programs/thailand-field-epidemiology-training-program>, accessed 3 November 2022.

ความท้าทาย

- จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของประชากรไทยและภาระโรคที่เพิ่มมากขึ้น (Burden of Diseases) ประเทศไทยควรมุ่งเน้นการพัฒนาโครงการด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ประโยชน์จาก โปรแกรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับเวชศาสตร์ป้องกันที่มีอยู่
- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น สัตวแพทย์และนักเทคนิคการแพทย์มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ไม่ชัดเจนและค่าตอบแทนที่จำกัด ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้เด่นชัดมากขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ โดยสิ่งนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข
- การดำเนินการให้บริการปฐมภูมิรวมถึงการบริการป้องกันขั้นพื้นฐาน (เช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข) ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่รัฐบาลท้องถิ่นมีความสามารถและทรัพยากรที่จำกัด
- อัตราการโยกย้ายงานที่สูง ภาระงานที่เพิ่มขึ้นและจำนวนพนักงานที่มีจำกัด เป็นประเด็นสำคัญที่อาจขัดขวางแรงจูงใจของบุคลากรใหม่ให้เข้าร่วมงานและเป็นอุปสรรคต่อการขยายงานด้านระบาดวิทยาภาคสนาม



D3.2. ทรัพยากรมนุษย์สำหรับดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- เจ้าหน้าที่อาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและสอบสวนการแพร่ระบาดของโควิด 19
- หลักสูตรระบาดวิทยาภาคสนามที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ทำงาน ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และเจ้าหน้าที่นอกภาคส่วนสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วยหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นที่ครอบคลุมเนื้อหาหลักสูตรที่สำคัญ อาทิ ภาพรวมของโรคติดต่อ การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การ ค้นหา ตรวจจับ ปัญหาโรคและภัยสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงการประเมินความเสี่ยงและ การสื่อสารเสี่ยง ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
- หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน เวชศาสตร์การเดินทางและเวชศาสตร์การจรจร ซึ่งรวมเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรเกี่ยวกับการสอบสวนการระบาด การศึกษาการเฝ้าระวังโรคและการดำเนินงาน ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
- หลักสูตรฝึกอบรมพิเศษในสาขาทางการแพทย์ที่หลากหลายซึ่งได้มีการรวมเนื้อหาระบาดวิทยาภาคสนามไว้ในหลักสูตร
- แนวความคิดหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคได้รับการประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกับภัยคุกคามอื่น ๆ และได้มีการประยุกต์นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ความท้าทาย

- การฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในทุกสาขาจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ
- มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยในขอบเขตของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ อาทิ วิทยาศาสตร์ข้อมูลและการพยากรณ์ที่อาจจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคในอนาคต
- ความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ไม่ชัดเจน ค่าจ้างต่ำและแรงจูงใจค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่จำกัด นับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ยากต่อการรักษามูลค่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ทำงานในองค์กร
- มีความจำเป็นต้องฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ บทบาท ความรับผิดชอบ และความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรค รวมถึงความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมายสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ)

D3.3. การฝึกอบรมพัฒนากำลังคน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยเป็นประเทศนำในการดำเนินงาน “ชุดกิจกรรม” ด้านการพัฒนากำลังคน ภายใต้เครือข่ายวาระความมั่นคงทางด้านสุขภาพโลก และยังเป็นที่ตั้งของสำนักเลขาธิการเครือข่ายระบาดวิทยาภาคสนามอาเซียนบวกสาม
- มีการส่งเสริมหลักสูตรระบาดวิทยาภาคสนาม โดยมีการให้การรับรองอย่างเป็นทางการแก่ผู้เข้าอบรมซึ่งเป็นแพทย์ และสัตวแพทย์ (อาทิ ประกาศศนียบัตร และ ปริญญา) พร้อมทั้งให้ค่าตอบแทนพิเศษเพิ่มเติม
- โปรแกรมการฝึกอบรมบางโครงการได้พัฒนาเครือข่ายระดับชาติที่เข้มแข็ง ซึ่งเครือข่ายดังกล่าวได้ให้การสนับสนุนทางการเงิน และการให้คำปรึกษา (เช่น เครือข่ายนักระบาดวิทยาภาคสนาม)

ความท้าทาย

- ระบบการให้คำปรึกษา (Mentorship) มักถูกจำกัดไว้ที่โปรแกรมการฝึกอบรมเพียงไม่กี่โปรแกรมเนื่องจากจำนวนที่ปรึกษาที่จำกัดซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการขาดแคลนที่มีประสิทธิภาพในการสรรหาที่ปรึกษา
- การคงรักษาพนักงานให้ทำงานอยู่ในองค์กรนั้นยังเป็นประเด็นท้าทายเนื่องจากเส้นทางอาชีพ หรือความก้าวหน้าในสายงานที่ไม่ชัดเจน ขาดการรับรองสถานะอย่างเป็นทางการและค่าตอบแทนที่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับนักระบาดวิทยาภาคสนามระดับกลาง
- วิชาชีพสัตวแพทย์ที่ทำงานทั้งในภาคปศุสัตว์และสัตว์ป่านั้นมีการฝึกอบรมอยู่แล้ว โดยโครงการอบรมดังกล่าวจัดทำโดยคณะกรรมการสัตวแพทย์สภา อย่างไรก็ตาม ไม่มีสิ่งดึงดูดใจในแง่ของค่าตอบแทนหรือความก้าวหน้าในสายอาชีพ
- ความยั่งยืนของงบประมาณ เงินทุนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวางแผนและการขยายโปรแกรมในอนาคต ตัวอย่างเช่น หน่วยงานที่มีอำนาจ (กรมปศุสัตว์) ควรใช้งบประมาณโดยตรงเพื่อสนับสนุนการฝึกอบรมวิชาชีพเพื่อที่จะช่วยแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข และเพื่อปฏิบัติงานต่างของกรมฯ
- กระบวนการขอรับเงินทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใหม่ ๆ (อาทิ รัฐบาลท้องถิ่น และแหล่งทุนเอกชน) ควรได้รับการพิจารณาและมีช่องทางดำเนินการ

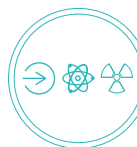
D3.4. การจัดสรรกำลังคนระหว่างภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข – คะแนน 5

จุดแข็ง

- การฝึกอบรมในเนื้อหาที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (อาทิ ระบบของศูนย์ปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์) ปัจจุบันเป็นข้อบังคับสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางประเภทงานเพื่อให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมตลอดช่วงการแพร่ระบาดอย่างเหมาะสม
- ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ได้จัดให้มีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ
- การฝึกอบรมเรื่องโควิด 19 ที่มีจัดไว้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและ คู่มือปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) สำหรับการสรรหาพนักงานมีให้บริการในทุกภาคส่วน
- กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงให้เห็นว่าสามารถรับสมัคร จัดสรรทีม และมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างรวดเร็วในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19

ความท้าทาย

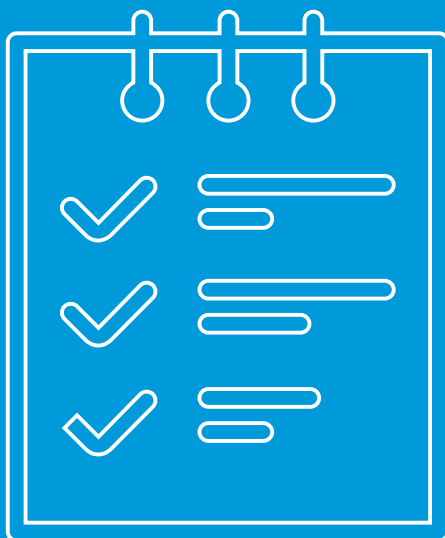
- แม้จะมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตอบโต้โควิด 19 อย่างไรก็ตามยังคงขาดบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง
- งานสำคัญหลายงานได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน น้อย และไม่มีการชดเชยความเสี่ยงใด ๆ เว้นแต่โรคนั้นจะได้รับการประกาศให้เป็น “โรคติดต่ออันตราย” อย่างเป็นทางการ
- ไม่มีกลไกการให้รางวัลสำหรับการเข้าร่วมในการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน (EOC)
- มีการตั้งข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานต่ำกว่ามาตรฐานมักจะไม่สนใจที่ช่วยเหลือการดำเนินงานภายใต้ศูนย์ EOC
- บ่อยครั้งที่พนักงานไม่ได้รับมอบหมายให้ทำงานในหน้าที่ที่ตนเองถนัด กล่าวคือ งานที่ได้รับมอบหมายไม่ตรงกับทักษะความสามารถของเจ้าหน้าที่



ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- ประเมินและปรับปรุงนโยบายด้านทรัพยากรบุคคล ใช้การพิจารณาบทเรียนของ การระบาดของโควิด 19 ทบทวนควรรวมถึง แนวทางการจ้างงาน การเตรียมความพร้อม กระบวนการทำงาน ค่าตอบแทน การลา การฝึกอบรม การศึกษาต่อเนื่อง, การปรับเลื่อนตำแหน่ง สภาพแวดล้อมการทำงาน การเก็บรักษาบุคลากรให้ทำงานในองค์กร การเลิกจ้าง การดำเนินการตามนโยบายอาชีวอนามัยและการดำเนินงานที่สำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ มีข้อเสนอให้บุคลากรด้านสุขภาพในสาขาเทคนิคต่าง ๆ ครอบคลุมไปถึงการดำเนินงานในสาขาที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว, การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ, ระบาดวิทยาภาคสนาม, การเฝ้าระวัง, การดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการ, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการให้บริการทางด้านสาธารณสุข
- การสนับสนุนเงินทุนและการจ่ายค่าตอบแทนควรจัดสรรอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้งกำลังคนทางด้านสุขภาพคน สัตว์ และ สิ่งแวดล้อม
- เพิ่มและคงรักษาจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคน สัตว์และสิ่งแวดล้อมที่มีความสามารถผ่านกลยุทธ์การขยายโอกาสความก้าวหน้าของสายอาชีพที่ชัดเจน การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน และการจัดหาระบบและบริการเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้แก่เจ้าหน้าที่
- ขยายช่องทางการพัฒนาด้านกำลังคนสาธารณสุขที่มีอยู่ และจัดทำตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการพัฒนากำลังคนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาคส่วนสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

การตอบโต้



R1. การจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ

คำนำ

ความสามารถที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพและระบบเพื่อให้ประเทศต่าง ๆ สามารถเตรียมพร้อมและพร้อมปฏิบัติการเพื่อตอบโต้ต่อเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขใด ๆ รวมถึงเหตุฉุกเฉิน โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดด้านภัยอันตรายทุกประเภทของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) มีแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยง ความพร้อมและการตอบโต้ และมีโครงสร้างการจัดการเหตุฉุกเฉินที่แข็งแกร่งพร้อมระดมทรัพยากรในระหว่างภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทันเหตุการณ์

เป้าหมาย

1. มีการประเมินความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ รองรับภาวะฉุกเฉินจากภัยนานาชาติ เป็นโครงสร้างวิเคราะห์ความเสี่ยงและข้อมูลทรัพยากรสำหรับภาวะฉุกเฉิน(แผนที่ทรัพยากร)
2. มีการประเมินสถานะความพร้อมในกรณีฉุกเฉิน
3. การพัฒนาแผนและขั้นตอนการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ด้านสุขภาพแห่งชาติ
4. มีการจัดตั้งกลไกการประสานงานการตอบโต้เหตุฉุกเฉินหรือระบบการจัดการเหตุการณ์
5. มีหลักฐานการตอบโต้ต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างน้อยหนึ่งครั้งภายในปีที่ผ่านมาซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศส่งหรือรับมาตรการตอบโต้ทางการแพทย์และบุคลากรตามระเบียบการระดับชาติหรือระหว่างประเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร
6. มีระบบ/กลไกการจัดการ สนับสนุนที่จำเป็น ระบบการขนส่งและห่วงโซ่อุปทานรองรับภาวะฉุกเฉิน
7. มีนโยบายและขั้นตอนการวิจัย การพัฒนา และนวัตกรรมเพื่อการเตรียมพร้อมและการตอบโต้ต่อภาวะฉุกเฉิน

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

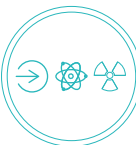
ประเทศไทยมีแผนต่าง ๆ ที่ได้รับการพัฒนาเป็นอย่างดีเพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เช่น แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านความมั่นคงด้านสุขภาพทุกภัยอันตราย (National Action Plan for Health Security : NAPHS) ปี 2561–2565 ได้รับการพัฒนาโดยใช้ข้อมูลจากรายงาน (Joint external evaluation: JEE) ปี 2560 รายงานประจำปีการประเมินตนเองของรัฐภาคี (State Party Self-Assessment Annual Report : SPAR) แผนปฏิบัติการระดับชาติของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases: EID) และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ แผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อม การป้องกัน และการตอบโต้ต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ปี 2566–2570 อยู่ระหว่างการพัฒนา

กรมควบคุมโรค (DDC) มีการประเมินและจัดทำแผนที่ความเสี่ยงด้านสุขภาพในทุกระดับทุกปี และแบ่งปันข้อมูลกับกระทรวงอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงในโรคติดต่อเบื้องต้น ได้แก่ โรคไข้หวัดนกจากสัตว์สู่คน เชื้อไวรัสโคโรนา (โรคโควิด 19, โรคซาร์ส, โรคเมอร์ส ฯลฯ) ไวรัสชนิดอื่น ๆ โรคพิษสุนัขบ้า โรคอีโบล่า และไวรัสไข้เลือดออก รวมทั้งภัยคุกคามอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อ ได้แก่ น้ำท่วม รั้งสี และเหตุการณ์ทางเคมี

ทรัพยากรบุคคล/ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีอยู่ในสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ และผู้เชี่ยวชาญด้านอันตรายจากสารเคมีสามารถพบได้ในกรมควบคุมมลพิษและกรมโรงงานอุตสาหกรรม

สัญญาณเสี่ยงอันตรายของภัยคุกคามต่าง ๆ ด้านสุขภาพ จะถูกรวบรวมในรูปแบบข้อมูลบ่งชี้ดัชนีสุขภาพ และข้อมูลเชิงเหตุการณ์จะถูกตรวจจับและรายงานโดยเครือข่ายการเฝ้าระวัง ทีมตระหนักรู้เหตุการณ์ (situation awareness teams) ทำหน้าที่ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวัง ทีมตอบโต้รวดเร็วจะถูกส่งลงตรวจสอบเหตุการณ์ และให้การควบคุมด้วยมาตรการที่จำเป็น ตามสถานการณ์ที่เหมาะสม

แผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ได้รับการพัฒนาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสาธารณสุข (PHEOCs) เหล่านี้ ดำเนินงานในระดับส่วนกลาง ระดับกลาง และระดับท้องถิ่น โดยร่วมประสานงานกันตลอดช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (EOCs) ใช้โครงสร้างการทำงานด้วยระบบสั่งการเชิงเหตุ (IMS structure) และมาตรฐานการปฏิบัติ SOPs มีการพัฒนาการฝึกอบรม และดำเนินการในระดับพื้นที่ ทรัพยากรที่ใช้ในการฝึกอบรมสำหรับ ส่วนกลางมีมากกว่า แต่น้อยไป สำหรับภูมิภาค



กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการระดม ทรัพยากร สาธารณสุขระหว่าง จังหวัด และเขตสุขภาพต่าง ๆ เพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน องค์การเภสัชกรรม(GPO) เป็นแกน ศูนย์กลางในการผลิตและ/หรือจัดหามาตรการรับมือทางการแพทย์ ได้แก่ ยา อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และวัคซีนตลอดจนการบริหารพัสดุคงคลังและการกระจายไปสู่หน่วยต่าง ๆ การจัดซื้อจัดจ้างมีความล่าช้าเนื่องจากขั้นตอนการบริหารซึ่งทำให้มีข้อจำกัดต่อความรวดเร็วการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การบริหารพัสดุคงคลังมีการจัดเตรียมในทุกระดับ แต่เน้นไปที่โรคติดเชื้อและความปลอดภัยของอาหารเป็นส่วนใหญ่ สำนักงานที่รับผิดชอบเหตุการณ์ทางเคมีและรังสี ดูแลคลังสำรองของพัสดุคงคลัง แยกออกไปเป็นของตนเอง

สถานโยบายการศึกษาระดับอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ ได้ปรับจัดตั้งขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางด้านวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรมระดับประเทศโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เป็นหน่วยงานหลักด้านการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และมีบันทึกข้อตกลงระหว่างสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และกรมควบคุมโรค โดยกำหนดให้มีงบประมาณประจำปีเพื่อสนับสนุนการวิจัย ณ ปัจจุบัน (ระหว่าง JEE mission) พบว่ามีปัญหาการล่าช้าของกระบวนการอนุมัติทางจริยธรรมทำให้การวิจัยในระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขล่าช้า มีการดำเนินการวิจัยและเผยแพร่ข้อผลการศึกษาได้บางส่วนที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ในกรณีฉุกเฉินที่มีลำดับความสำคัญ เช่นการล่าช้าของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด และคะแนน

R.1.1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและความพร้อมในการรับมือ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- แผนปฏิบัติการสำหรับภัยอันตรายชนิดต่าง ๆ ซึ่งใช้แนวทางการจัดการภัยพิบัติมีอยู่ในระดับชาติ และระดับภูมิภาค
- แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายด้านสาธารณสุข และการประเมินความเสี่ยงประจำปี ดำเนินการโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- มีการฝึกซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายเป็นประจำทุกปี
- การทบทวนหลังการดำเนินการจะดำเนินการหลังจากเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น โรคเมอร์ส, ไวรัสซิกา, โรคโควิด 19 และผลการทบทวน บทเรียนวิจัยได้ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขแนวทางและการปฏิบัติงาน
- การฝึกปฏิบัติเรื่องโควิด 19 ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับประเทศจัดขึ้นในปี 2563

ปัญหาอุปสรรค

- จำเป็นต้องมีทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOCs) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และความสามารถในการประเมินความเสี่ยงอย่างรวดเร็วในระดับจังหวัด
- การถ่ายทอดความรู้ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ เพื่อความเข้มแข็งมากขึ้น

R.1.2. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOCs) ระดับชาติ มีสถานที่และพื้นที่ทำงานประจำ สะดวกเหมาะสม มีระบบพลังงานสำรอง และโครงสร้างพื้นฐานด้านไอทีภายในกรมควบคุมโรค และความพร้อมของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (DPHEM)
- มีนโยบายและขั้นตอนปฏิบัติของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) พร้อมด้วยมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) และแนวทางปฏิบัติที่ได้รับอนุมัติแล้ว
- เจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่พลัดสำรองได้รับการมอบหมายอย่างเป็นทางการ และฝึกอบรมให้ทำหน้าที่หลักของระบบการจัดการแบบบูรณาการ (Integrated Management System: IMS) ตามความสามารถหลักในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
- กลไกและมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาครัฐและเอกชน รวมถึงพันธมิตรที่ทำงานด้านวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
- มีงบประมาณการดำเนินงานสำหรับการจัดบุคลากรหลัก การดำเนินงานประจำวัน และการบำรุงรักษาของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOCs)
- มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับกลางและระดับท้องถิ่น โดยมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับกลางของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ผ่านการฝึกซ้อม
- ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) /ระบบการจัดการแบบบูรณาการ (Integrated Management System: IMS) ได้รับการทบทวนและฝึกปฏิบัติ โดยใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง รวมเข้าไปในแบบปฏิบัติด้วย

ปัญหาอุปสรรค

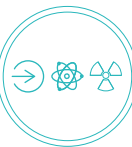
- การหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง อาจเป็นเรื่องท้าทาย
- เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ระดับกระทรวงสาธารณสุข/กรมควบคุมโรค จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง มีหลักสูตรการฝึกอบรมทันสมัยซึ่งจำเป็นต้องใช้พัฒนาบุคลากร
- ระบบการจัดการข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ยังขาดลักษณะและคุณสมบัติ การทำงานเชื่อมต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (interoperability) ระหว่างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน EOCs ต่าง ๆ ใน ระดับชาติ และมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแสดงภาพการสรุปข้อมูล
- ประเด็น ความยั่งยืนของงบประมาณ/เงินทุนสำหรับการดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข
- ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยว ทำให้การประกาศเป็น “พื้นที่ประสบภัยพิบัติ” อาจเป็นประเด็นอ่อนไหวได้
- เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) มีจำนวนจำกัด



R.1.3 การจัดการตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ระบบการจัดการแบบบูรณาการ (Integrated Management System: IMS) ได้รับการบูรณาการเข้ากับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ระดับชาติ และนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มเติมในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOCs) ระดับกลางและระดับจังหวัด
- ระบบการจัดการแบบบูรณาการ (Integrated Management System: IMS) ได้รับการทบทวนและดำเนินการ โดยใช้แบบฝึกหัดจำลองถอดบทเรียน และการทบทวนภายในดำเนินการหรือการทบทวนหลังปฏิบัติงานสำหรับสถานการณ์เหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นจริง/หรือใกล้เคียงอย่างน้อยปีละครั้ง
- มีการปรับปรุงโดยอิงตามบทเรียนจากการทบทวนและแบบฝึกหัด รวมถึงการทบทวนภายในดำเนินการ (Intra Action Review: IAR) เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในปี 2563
- มีมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) การจัดการเหตุการณ์ที่ฉุกเฉินทางสุขภาพ



ปัญหาอุปสรรค

- การวางแผนตอบสนองต่อ “โรค x” ควรได้รับการทบทวน ปรับปรุง
- การเงิน กฎหมาย และการจัดซื้อจัดจ้างมีความล่าช้า และลดความเร็วในการตอบโต้
- มีความจำเป็นที่จะต้องมีนโยบายระดับสูงเข้มแข็งขึ้น และการสนับสนุนความเป็นผู้นำ
- จำเป็นต้องมีมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) เฉพาะเรื่องโรคและเหตุฉุกเฉินเพิ่มเติม

R.1.4. การเปิดระบบปฏิบัติการและการประสานงานของบุคลากรด้านสุขภาพในเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ข้อตกลงร่วมทีมแพทย์ฉุกเฉินอาเซียนที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) และมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) ได้รับการพัฒนา
- ประเทศไทยได้รับการรับรองทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) จากองค์การอนามัยโลก (WHO) สำหรับสนับสนุนการปฏิบัติงานระหว่างประเทศ
- มีการกำหนดเกณฑ์วิธีสำหรับการระดมกำลังคนที่มีสมรรถนะ/ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) ผ่านโครงสร้างระบบการจัดการแบบบูรณาการ (Integrated Management System: IMS)
- มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะรับหรือส่งระหว่างเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ)

- โปรแกรมการฝึกอบรมทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) ระดับชาติได้รับการพัฒนาและกำลังดำเนินการอยู่
- มีกลไกการประสานงานระหว่างพลเรือน/กองทัพ สำหรับทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) และการจัดกำลังพล
- ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) ระดับชาติ มีหลายแห่งที่พร้อมตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงใน อาทิเช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และกองทัพ
- ในปี 2562 ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการประชุม - The 4th Emergency Medical Team (EMTs) Global Meeting

ปัญหาอุปสรรค

- ขณะนี้ยังไม่มีแผนระดับประเทศที่ กำหนดระบบสำหรับการเตรียมการระดมทรัพยากรก่อนการปรับใช้งาน การใช้งาน และหลังการใช้งานของทีมงานในระดับชาติและทีมระดับนานาชาติ
- มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOPs) ยังขาดความเป็นมาตรฐานความสามารถ/ความเข้าใจภารกิจ ก่อนออกปฏิบัติการ และการประเมินผลหลังการปรับใช้งาน
- มีการฝึกซ้อมแผนเพื่อส่งและรับบุคลากรทางการแพทย์ (ทั้งในประเทศและต่างประเทศ) ในช่วงที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขน้อย
- ไม่มีระบบการประสานงานทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) อย่างเป็นทางการ
- มีความจำเป็นต้องสร้าง แพลตฟอร์มดิจิทัล สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เสริมการปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและการแพทย์และเพื่อติดตามทีมการติดตามด้านโลจิสติกส์ และการติดตามผลการปฏิบัติงาน
- ประเทศไทยยังไม่มีมาตรฐาน วิธีการกำหนดให้มีไอดีระบุเป็นการเฉพาะ (unique identifier or record) ของแต่ละข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลบันทึกเหตุการณ์สาธารณสุข
- องค์กรต่าง ๆ มีนโยบายและเกณฑ์วิธีปฏิบัติทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Team: EMT) ที่แตกต่างกัน

R.1.5. การจัดการขนส่งและห่วงโซ่อุปทานระหว่างเหตุการณ์ฉุกเฉิน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- แนวทางปฏิบัติการด้านการขนส่งและห่วงโซ่อุปทาน สนับสนุนการช่วยเหลือทางการแพทย์ครอบคลุมเรื่องการส่งและรับสิ่งของในช่วงภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข มีองค์การเภสัชกรรม (GPO) ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ รับผิดชอบดูแล
- การดำเนินการขนส่งฉุกเฉินสามารถรองรับเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพในได้ทุกระดับ และประสบการณ์ที่สำคัญได้รับการพัฒนาในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19
- ประเทศไทยเป็นภาคีใน ความร่วมมือสนับสนุนการช่วยเหลือทางการแพทย์ของอาเซียน
- มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการสนับสนุนทางการแพทย์และทรัพยากรในภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ
- มีคลังพัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สนับสนุนการช่วยเหลือทางการแพทย์ ในหลายระดับ สำหรับ โรคติดเชื้อ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ความปลอดภัยของอาหาร และมีคลังระดับชาติเพิ่มเติมสำหรับอันตรายอื่น ๆ (เช่น สารเคมีและรังสีวิทยา)

ปัญหาอุปสรรค

- โครงสร้างพื้นฐานการดำเนินการขนส่งฉุกเฉิน เพื่อใช้สนับสนุนระดับสาธารณสุขมูลฐานมีจำกัด
- จำเป็นต้องมีการซักซ้อมแผนปฏิบัติ การสนับสนุน และการส่งอุปกรณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ
- มีข้อตกลงล่วงหน้ากับผู้ผลิต/หรือผู้ขนส่งพัสดุในการจัดหา ซ้อ พักตร์ อุปกรณ์ สิ่งของต้องใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน น้อยหรือจำกัด
- การดำเนินการตอบโต้ด้านสาธารณสุขอาจล่าช้าได้ เนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างล่าช้าในระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

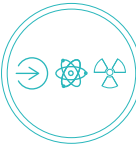
R.1.6. การวิจัย พัฒนา และนวัตกรรม สำหรับภูมามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมตลอดจนการจัดการความเสี่ยง – คะแนน 4

จุดแข็ง

- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) (Thailand Science Research and Innovation: TSRI) เป็นหน่วยงานหลักสำหรับการวิจัย รวมถึงการวิจัยเกี่ยวกับเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ
- บันทึกข้อตกลงระหว่างสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) (Thailand Science Research and Innovation: TSRI) และกรมควบคุมโรคกำหนดให้มีงบประมาณการวิจัยประจำปี
- คณะกรรมการพิจารณาของสถาบันดำเนินการทบทวนข้อเสนอการวิจัยตามหลักจริยธรรมทางชีวภาพ
- งานวิจัยตีพิมพ์เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้เผยแพร่ข้อค้นพบจากประสิทธิภาพการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในประเทศไทย⁶

ปัญหาอุปสรรค/ท้าทาย

- ควรมีการดำเนินการและเผยแพร่การวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการวิจัยที่เน้นการเสริมสร้างการจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ
- กระบวนการอนุมัติทางจริยธรรมทางชีวภาพที่ช้าอาจทำให้การวิจัยล่าช้าในระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข



ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญสูง

- จัดทำแผน เสนอขอรับการสนับสนุน เชิงนโยบายและการขยายงาน (advocacy plan) ที่มีองค์ประกอบของการติดตามประเมินผลเพื่อให้แน่ใจว่ามีงบประมาณสนับสนุนหลังการระบาดใหญ่อย่างยั่งยืน สำหรับภารกิจของ EOCs การเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน และการประเมินความเสี่ยง
- สร้างความมั่นใจในสมรรถนะของการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโดยมีการกำกับการปฏิบัตินโยบายและมีกลไกทางกฎหมาย ที่สามารถเร่งรัด การอนุมัติงบประมาณอย่างรวดเร็ว มีความคล่องตัวของการบริหารจัดการการจัดซื้อจัดจ้าง และการสรรหาเจ้าหน้าที่รองรับภาวะฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
- เสริมความพร้อมรับเหตุการณ์ที่เกิดจากสารเคมี, เชื้อโรค, รัังสี, นิวเคลียร์, และวัตถุระเบิด (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosives หรือ CBRNE) โดยการสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิชาการ และการจัดทำบัญชีคลังพัสดุภัณฑ์การช่วยเหลือทางการแพทย์
- จัดให้มีระบบที่มีศักยภาพสูงและยั่งยืนในเรื่องแพลตฟอร์มการจัดการข้อมูลอย่างบูรณาการ ของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center - PHEOC) และให้ครอบคลุมเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) อื่น ๆ แพลตฟอร์มการจัดการข้อมูลนี้มีระดับความสามารถจัดการแบบอัตโนมัติ ในด้านการรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การทำแผนที่ภูมิศาสตร์สารสนเทศ การสร้างภาพข้อมูล และการรายงานอัตโนมัติให้ หน่วยงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- จัดทำกรอบการวิจัยภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นทางการ (มีกลไกด้านการเงินและการดำเนินการ) จัดลำดับความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านฉุกเฉินด้านสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง มีเอกสารการประเมินผล ทำเอกสารระบุกลยุทธ์ ประสพการณ์ ที่จะช่วยให้มีกระบวนการเร่งรัดในการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (Institutional Review Board หรือ IRB) อย่างรวดเร็ว สำหรับช่วงภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

6 Suphanchaimat R, Nittayasoot N, Jiraphongsa C, Thammawijaya P, Bumrungwong P, Tulyathan A et al. Real-world effectiveness of mix-and-match vaccine regimens against SARS-CoV-2 Delta variant in Thailand: a nationwide test-negative matched case-control study. Vaccines (Basel). 2022;10(7):1080. doi:10.3390/vaccines10071080.

R2. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน สาธารณสุขกับหน่วยงานความมั่นคง

คำนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นปัญหาพิเศษที่ทำทลายความสามารถของการบังคับใช้กฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ หรือภัยที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย ต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์โดยเร็ว

เป้าหมาย

ประเทศดำเนินการตอบโต้อย่างรวดเร็วและทำงานร่วมกับหลายภาคส่วนต่อเหตุการณ์ใด ๆ ที่ต้องสงสัยหรือได้รับการยืนยันว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการกระทำโดยเจตนา ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเชื่อมโยงด้านสาธารณสุขและการบังคับใช้กฎหมาย และเพื่อให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศอย่างทันที่

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

- ก่อนเกิดการระบาดใหญ่ของโควิด 19 การประสานงาน การสื่อสาร และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงในประเทศไทยใช้การดำเนินการลักษณะเฉพาะกิจเป็นหลัก โดยผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ภายใต้กฎหมายที่มีอยู่ได้แก่ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสาธารณะ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- การดำเนินการข้างต้นได้รับการจัดทำอย่างเป็นทางการสำหรับกิจกรรมในการรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 ผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 หลังจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 มีการจัดระเบียบหมวดหมู่กฎหมายหรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลในชั้นปกปิดที่อาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ
- คณะกรรมการช่องทางเข้าออกประเทศสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงในพื้นที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนด้านสาธารณสุข หน่วยงานความมั่นคง และภาคเอกชน คณะกรรมการดังกล่าวได้รับการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีการใช้ มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) เพื่อจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉิน

นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่อนุญาตให้รัฐบาลสามารถกักกันบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสาธารณสุขได้

ตัวชี้วัดและคะแนน

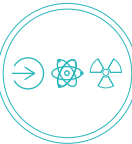
R2.1. มีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานความมั่นคง (เช่น การบังคับใช้กฎหมาย, การควบคุมพื้นที่ชายแดน, การศุลกากร) ขณะเกิดเหตุการณ์ทางชีวภาพ เคมี หรือกัมมันตรังสีที่ต้องสงสัยหรือได้รับการยืนยัน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- การใช้ระบบอย่างเป็นทางการสำหรับการประสานงาน การสื่อสาร และความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ผ่านทางศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19
- การฝึกซ้อมและปฏิบัติการร่วมหลายครั้งในหน่วยงานความมั่นคงหลายแห่ง รวมถึงการใช้สถานการณ์สมมติด้านการลักลอบขนอาวุธทำลายล้างสูง (ในปี พ.ศ. 2565)
- คณะกรรมการช่องทางเข้าออกประเทศสนับสนุนการทำงานร่วมกัน ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคง
- การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อจัดการเหตุฉุกเฉิน ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ อันรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคง

ปัญหาอุปสรรค

- การขยายและทำให้ทั่วโลกที่ความร่วมมือและการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านความมั่นคงที่มีอยู่และทำให้เป็นทางการ
- ความร่วมมือที่ยั่งยืนระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- ประเทศไทยจะได้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติร่วมกันเป็นประจำเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลและข้อพิจารณาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องสำหรับภาคสาธารณสุขและความมั่นคง



คำแนะนำสำหรับลำดับความสำคัญในการดำเนินงาน

- จัดทำกลไกความร่วมมือและการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงอย่างเป็นทางการและตรวจสอบให้แน่ใจว่าภาคส่วนความมั่นคงมีอำนาจตามกฎหมายในการแบ่งปันข่าวกรองที่อาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุขและมีผู้แทนทางสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย
- ดำเนินการจัดอบรมร่วมกันด้านสาธารณสุข/หน่วยงานด้านความมั่นคง/การปฐมพยาบาล/การทหารอย่างเป็นทางการ โดยมีรัฐบาลระดับสูงที่เหมาะสมเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือซึ่งกันและกันในเรื่องความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องในระหว่างเหตุการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงผ่านการฝึกหัดตามสถานการณ์จริง (เช่น การปล่อยวัสดุชีวภาพหรือนิวเคลียร์โดยเจตนา)

R3. การจัดบริการสุขภาพ

บทนำ

การกลับฟื้นคืนสู่การบริการที่ดีของระบบสุขภาพของชาติหลังการเผชิญกับเหตุการณ์สุขภาพที่รุนแรง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกประเทศ ในการป้องกัน ตรวจจับ ตอบโต้ และฟื้นคืนระบบสุขภาพ ในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามประคองระบบรักษาให้ทำงานต่อไปได้โดยเฉพาะ การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานในทุกระดับ โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินการจัดบริการสุขภาพทั้งสองกรณี ได้แก่ การดูแล รักษา จัดการผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ผิดปกติ/ฉุกเฉิน และบริการสุขภาพทั่วไปมีความสำคัญเท่ากัน นอกจากนี้จะต้องมั่นใจว่ามีผลกระทบ ทำให้ระบบบริการขาดตอนน้อยที่สุด ทั้งในระยะ ก่อนเหตุการณ์ ระหว่าง และหลังเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ โดยให้มีการดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วยบริการและในบริบทต่าง ๆ ได้ทั้งประเทศเป็นหลักสำคัญในการฟื้นคืนระบบการบริการสุขภาพ

เป้าหมาย

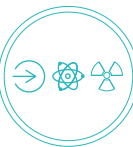
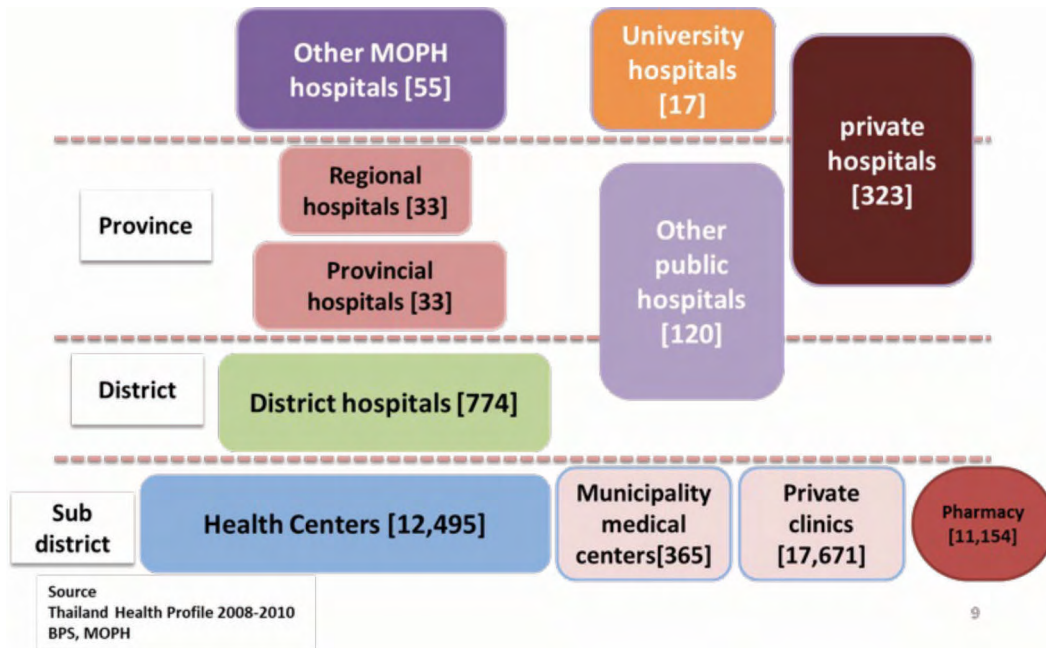
- 1) มีหลักฐานแสดงถึงการมีและใช้กระบวนการดูแล ผู้ป่วย/ผู้ได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภัยอันตรายที่เกี่ยวกับ IHR
- 2) ทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถดำเนินการได้เต็มที่ เหมาะสมในภาวะฉุกเฉิน
- 3) มีความพร้อม และมั่นใจว่าสามารถจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ตลอดช่วงเวลาที่ภาวะฉุกเฉิน

ระดับสมรรถนะ

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน (EHS) และการฟื้นคืนระบบบริการ ได้ ในระหว่างการระบาดทั่วโลกของ โควิด 19 รวมทั้งการจัดบริการ EHS ให้แรงงานข้ามชาติ และประชากรพลัดถิ่น ประเทศไทยมีการเตรียมระบบสุขภาพ แผนการตอบโต้ และนโยบายการปฏิบัติในแพลตฟอร์มการให้บริการตั้งแต่ระบบทุติยภูมิลงมาถึงระดับปฐมภูมิ ภาคเอกชนจำนวนมากหลากหลายรูปแบบ ทั้งด้านการมีสถานบริการดูแล รักษา ด้านอุตสาหกรรมสุขภาพ และ ภาคอาสาสมัครได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ การตอบโต้โควิด 19 ในรูปแบบต่าง ๆ โดยรวม ทั้งหมดนี้ผนึกกันเป็นตัวอย่างที่ดี ในระดับโลกที่แสดงถึง การขับเคลื่อนทั้งสังคม และทุกฝ่ายร่วมมือกันแก้ไขการระบาดที่มีปัญหาที่ซับซ้อน ยากและยาวนาน (รูปที่1).

สำหรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จะมีการประเมินสถานบริการด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สองหัวข้อ คือประเมินมาตรฐานทั่วไปและประเมินระดับคุณภาพ ในช่วงการระบาด โควิด 19 ได้ให้ความสำคัญเป็นหลักกับระบบ EHS และแพทย์ทางไกล (telemedicine) และใช้ในการป้องกันการขาดตอนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเลือกวิธีกรรมนี้มีข้อดีในระยะยาว มีความคุ้มค่าและเพิ่มความครอบคลุมการบริการได้ อีกทั้งยังเหมาะสำหรับการเตรียมการภาวะฉุกเฉินในอนาคตด้วย

Figure 1. Thailand health profile for provision of health services



ตัวชี้วัดและคะแนน

R3.1. ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย – คะแนน 5

จุดแข็ง

- มีแพลตฟอร์ม และกลไกที่ดีและพร้อมสำหรับการพัฒนา ปรับปรุง และติดตามการใช้ แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย
- มีการสนับสนุน ให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพการบริการในระดับสูง และเท่าเทียม โดยการสนับสนุนที่ชัดเจนจากผู้บริหารระดับสูงในระหว่างการระบาด โควิด 19 ด้วย
- ประเทศไทยได้แสดง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง จากกระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการ และกลุ่มนักวิทยาศาสตร์
- ประเทศไทยมีการประสาน ติดตามกำกับที่ดี เช่นการประสานการปฏิบัติกับหน่วยงานที่ดูแลก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การดูแลทันต่อเวลา และมีการใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดซึ่งสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้

การปฏิบัติงานที่เป็นตัวอย่างที่ดี

- ในช่วงการระบาดใน ระลอกแรกและระลอกที่สองของโควิด 19 วิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดและความรู้ในการตอบโต้โรคอุบัติใหม่ มีอยู่อย่างกระจัดกระจายไม่เป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำมีแพลตฟอร์ม/เวท ที่ให้ ผู้เชี่ยวชาญ และหน่วยงานที่สนใจ มาปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพัฒนา/ปรับปรุง แนวทางการดูแลรักษาในระดับชาติ Clinical Practice Guideline (CPG) for COVID-19 ได้ทันเหตุการณ์
- เมื่อใดก็ตามที่มีการรายงาน การตายหรือการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ทีมสหสาขา(และทีมเฝ้าระวังสอบสวน) ถูกส่งเข้าพื้นที่และมีรายงานข้อมูลกลับมาทำให้ผู้เชี่ยวชาญมีข้อมูลพิจารณาในการปรับแก้ไข CPG

ประเด็นท้าทาย

- ประเทศไทยประสบกับปัญหาการขาดแคลนชุดป้องกัน PPE ในช่วงต้นของการระบาด เช่นเดียวกับกับประเทศอื่น ๆ ปัญหาการขาดแคลนชุดป้องกันทำให้มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติด้านหน้า ประสบการณ์ที่ได้จากปัญหานี้ ชี้ให้เห็นความสำคัญของการวางแผน การจัดการด้าน พัสดุ การดูแลบัญชีคงคลัง และห่วงโซ่อุปทานสนับสนุน
- มีความจำเป็นต้องมีการประสานและการจัดการที่เข้มแข็ง ในการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ และการผสมผสานความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเข้าด้วยกัน เพื่อที่จะสร้างแนวปฏิบัติกรให้บริการสุขภาพในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง

R3.2. การใช้ระบบ EHS – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีหน่วยงานเฉพาะรับผิดชอบโดยตรง ทำให้มีการประสานงาน การสั่งการและปฏิบัติ ในระหว่างภาวะฉุกเฉิน
- มีการจัดตั้งระบบ ตรวจสอบ ติดตาม และ เผื่อระวังความเชื่อมั่น ความน่าเชื่อถือสาธารณะของระบบสุขภาพและการบริการสุขภาพ
- มีระบบข้อมูลข่าวสาร EHS ที่สามารถติดตามการปฏิบัติการได้ดี
- มีระบบการรับรองคุณภาพบริการ และสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่ช่วยให้มีความเชื่อมั่นคุณภาพบริการที่ดี รวมทั้งความเชื่อมั่น การให้บริการ อย่างต่อเนื่อง ในภาวะปกติ
- มีการประสานงาน ระหว่างภาคบริการสุขภาพและภาคส่วนอื่น ๆ
- การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผ่านทางเทคโนโลยีดิจิทัลและทางแพลตฟอร์มการแพทย์ทางไกล แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ได้รับ การติดตาม ดูแลที่บ้านและในระดับชุมชนตนเองได้ ซึ่งจะลดความจำเป็น และค่าใช้จ่าย การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพการจัดการ IPC ได้

การปฏิบัติงานที่เป็นตัวอย่างที่ดี

- ประเทศไทยมี “ทีมเชิงรุก” ในการลงสอบสวน ประเมิน ความเสียหายของสถานบริการ ช่วยให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ จะสามารถกลับมาให้บริการอย่างเต็มที่หรือบางส่วน ภายใน 24 ชั่วโมง
- มีระบบ ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกลาง Health Data Centre (HDC) เชื่อมต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบล สู่ระดับอำเภอ จังหวัด และระดับประเทศ
- มีสถาบันรับรองคุณภาพการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณะ รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพบริการ และให้การรับรองคุณภาพ ของสถานบริการ
- ศูนย์กักกันมิตรบุตรได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลสนามสำหรับ โควิด 19 และใช้เป็นศูนย์จำแนกระดับการป่วยเร่งด่วนก่อน การส่งต่อ(triage center) ช่วยการรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง

ความท้าทาย

- การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับพื้นที่ชนบทยังมีน้อย
- มีความจำเป็นต้องยกระดับความรู้ด้านดิจิทัล ของชุมชน เพื่อให้ชุมชนใช้เทคโนโลยีนี้เข้าถึงการบริการการแพทย์ได้
- ยังมี ประชากรกลุ่มเปราะบางหลายกลุ่มในพื้นที่ชนบท ที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ และทรัพยากรที่จำเป็น สำหรับประชากร ที่มี ความจำเป็น/ความต้องการที่หลากหลาย

R3.3. ความต่อเนื่องการบริการสุขภาพฉุกเฉิน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีแผนบริการสุขภาพและแผนการเตรียมพร้อม โต้ตอบในภาวะฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนที่ระบุความต่อเนื่องการบริการ EHS โดยเฉพาะ

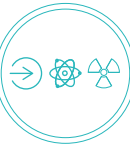
การปฏิบัติงานที่เป็นตัวอย่างที่ดี

- ประเทศไทยมีแผนความต่อเนื่องการประกอบธุรกิจ ที่ใช้เป็นข้อแนะนำในการจัดทำแนวทางการทำงาน การจัดลำดับการบริการที่ จำเป็นของโรงพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ความเสี่ยงและความจำเป็นที่เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย
- กลุ่มประชากรเปราะบาง อ่อนไหวหรืออ่อนแอ (เช่น บุคคลพิการหรือการป่วยระยะสุดท้าย) ได้รับการจัดลำดับแรกในการเข้าถึง บริการเช่นการได้รับวัคซีน คนสัญชาติอื่นสามารถถึงบริการการแพทย์ได้ รวมทั้งการได้รับ วัคซีนโควิด 19

ประเด็นท้าทาย

- มีความจำเป็น การให้/ขยายความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และบริการสุขภาพเข้าถึงแรงงานต่างด้าวนอกระบบ/ไม่ขึ้น ทะเบียน และให้มีบริการการแพทย์ที่จำเป็นในระดับพื้นที่ด้วย
- มีความจำเป็นการแก้ไขปัญหาการอ่อนล้าจากการทำงานยาวนาน และให้มีการสนับสนุนเสริมกำลังใจให้บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการส่วนหน้า การริเริ่มงานนี้ควรให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาสมรรถนะและ ความสามารถของบุคลากร

- เสริมการทำงานการระบุตัวบุคคล ของ Division of Health Economics and Health Security (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) และการจัดหาทุน สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ารักษา สำหรับแรงงานต่างด้าวนอกระบบ/ไม่ขึ้นทะเบียน และแรงงานที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน หรือ อาการ long COVID-19 และปัญหาอื่นที่กระทบความเป็นอยู่



ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- พัฒนาสมรรถนะ ชีตความสามารถในการเตรียมพร้อม การจัดการภาวะฉุกเฉินให้เข้มแข็งและต่อเนื่อง รวมทั้งให้มั่นใจว่าบุคลากรด้านสุขภาพมีความสามารถเพียงพอทั้งในการทำงานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การให้บริการ EHS และ การปรับให้เข้ากับความต้องการของประชาชน ในช่วงเวลาที่ระบบสุขภาพขาดตอนเนื่องจากเหตุการณ์ผิดปกติ
- ทบทวนและเสริมความเข้มแข็งความสามารถการจัดการ จัดหา สนับสนุน วัสดุ/อุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็น (รวมทั้ง การจัดเก็บ คลังพัสดุ ระบบความเย็น การจัดส่ง) โดยเน้นการจัดส่งถึงสถานบริการระดับพื้นที่ และการส่งเสริมความสามารถการผลิตในประเทศ
- ทำการศึกษาประเมินความต้องการ การให้บริการ EHS ในภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ระบบสุขภาพหยุดชะงัก โดยมุ่งความสนใจในปัจจัยความเสี่ยง จุดอ่อนไหวต่อประชากรสูงอายุและประชากรชายขอบ
- ตรวจสอบให้มั่นใจว่า การทบทวนประเด็น ความต่อเนื่องของแผนการบริการสุขภาพและมีการแนวทางการประสานงานระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับอยู่ในเนื้อหาการปรับปรุง พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- สร้างความร่วมมือภาครัฐ-เอกชนให้มีความยั่งยืน มีการประสานงานผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และ ศูนย์ EOC ในภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

R4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

คำนำ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพช่วยให้การดูแลสุขภาพมีความปลอดภัยต่อการบริการที่สุขภาพจำเป็น และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประเทศ/รัฐ ต้องแน่ใจว่าอย่างน้อยมีมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามข้อกำหนดขั้นต่ำในระดับประเทศและในระดับสถานบริการดำเนินการอยู่ และมีพัฒนาเพิ่มขึ้นจนบรรลุข้อกำหนดทั้งหมดตามข้อเสนอแนะขององค์ประกอบหลักในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์การอนามัยโลก

เป้าหมาย

1) มีการพัฒนาและเผยแพร่ยุทธศาสตร์ระดับชาติของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2) แผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้มีการดำเนินการ และมีกรรายงานและการติดตามการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) จัดให้มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ และมีทรัพยากรสนับสนุนการพัฒนาให้เป็นสถานบริการสุขภาพที่ปลอดภัย

ระดับสมรรถนะ

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการ/โรงพยาบาล (HCAIs) มีความยุ่งยาก ซับซ้อนเพิ่มขึ้นจากปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นและยากต่อการจัดการมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลการศึกษาในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในโรงพยาบาล 1,023 แห่ง คาดว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้น 268,628 ครั้ง คิดเป็นเกือบ 4% ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด และในจำนวนการรักษาในโรงพยาบาล 87,751 ครั้ง พบว่ามีการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพส่งผลให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 3.25 ล้านวัน และเสียชีวิต 38,481 ราย ดังนั้นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) จึงมีความคุ้มค่าสูงและเป็น “ทางเลือกที่ดีที่สุดที่ควรลงทุนซื้อ” ด้านสาธารณสุข โดยจัดให้มีมาตรการแนวทางในการลดการติดเชื้อและลดการดื้อยาต้านจุลชีพในการดูแลสุขภาพ ปรับปรุงสุขภาพ และปกป้องบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้รับการประเมินผลสมรรถนะ JEE ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 และการประเมินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเชิงลึกในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในระดับประเทศและในระดับสถานบริการ ความก้าวหน้าที่ชัดเจนคือระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับประเทศที่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2559 และขยายไปถึงการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในปี พ.ศ. 2561 นอกจากนี้ มีการปฏิบัติที่ได้ขยายไปยังบังคับที่ต้องรายงานเริ่มในเดือนมกราคม 2563 เพื่อติดตามการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมดและรายงานให้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐภายในเจ็ดวัน ผลการเฝ้าระวังตามปกติจะถูกติดตามทุกเดือนโดยเจ้าหน้าที่จุดประสานงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และข้อมูลจะถูกเผยแพร่ทั่วประเทศทุกเดือน

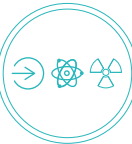
การเฝ้าระวังการเชื้อที่ดื้อยาหลายขนานที่รวมตัวกันแบบเป็นโคโลนีจากการเพาะเชื้อ ยังไม่ถูกกำหนดอยู่ในนโยบายการเฝ้าระวัง และในปัจจุบันยังไม่มีข้อเสนอแนะในแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย

โปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อปัจจุบันได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ (NICC) ที่สนับสนุนโดยฝ่ายเลขานุการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร (BIDI) ฝ่ายเลขานุการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประกอบด้วยพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝน นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีภาระงานของโรงพยาบาล (รวมการให้บริการผู้ป่วย) และงานในแผนงานระดับชาติ แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2566-2570) ได้รับการพัฒนาและใช้ในปัจจุบัน

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากโครงการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการดื้อยาต้านจุลชีพทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การยึดถือปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขอนามัยมือ (Hand hygiene compliance) เป็นหัวข้อการตรวจสอบอันหนึ่งของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แต่ตัวชี้วัดอีกหลายข้อของกระบวนการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อยังไม่ได้ใช้เป็นตัวชี้วัดการรับรองคุณภาพมากพอ

สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยให้การฝึกอบรมส่วนบุคคลและในสถานพยาบาล แต่ไม่มีหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับชาติที่เป็นมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยมีน้ำใช้ที่ปลอดภัยซึ่งเป็นดัชนีส่วนหนึ่งของมาตรฐานของโรงพยาบาล น้ำใช้ในสถานบริการสุขภาพได้รับการดูแลและตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอโดยกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ จัดการและดูแลการออกแบบและการก่อสร้างที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้มีมาตรฐานและมีการปฏิบัติที่ดี



ตัวชี้วัดและคะแนน

R4.1. โปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีแผนปฏิบัติการแม่บทด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา พ.ศ. 2566-2570 แผนนี้ดำเนินการโดยคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ และปรับปรุงและตรวจสอบทุกห้าปี
- ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขประกาศภาวะการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” และต้องรายงานไปยังกรมควบคุมโรคภายในเจ็ดวัน
- มีผู้จัดการโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่งในระดับเขต
- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล/การดื้อยาต้านจุลชีพ (HCAI/AMR) ได้รับการติดตามและประเมินอย่างสม่ำเสมอและแจ้งไปยังแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ
- คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติได้ประเมินโรงพยาบาลมากกว่า 600 แห่งในเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตเป็นประจำทุกปี
- สถานบริการสุขภาพทุกแห่งทั้งหมดมีแผนแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและหน่วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานอยู่ รวมถึงพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อในระดับแผนก
- มีความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการและกระทรวงสาธารณสุขในการจัดโครงการฝึกอบรม แนวปฏิบัติ การวิจัย และการประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอ
- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนสำคัญของมาตรฐานโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติมอบหมายให้สถาบันบำราศนราดูร และองค์กรอื่น ๆ ที่จะพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามหลักฐานเชิงประจักษ์ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งสามารถนำไปใช้ปรับปรุงการทำงานได้อย่างสม่ำเสมอในสถานบริการสุขภาพทั้งหมด
- ประเทศไทยมีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญระดับชาติที่เข้มแข็งในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเชื่อมโยงกับสถาบันวิชาการที่สนับสนุนการศึกษา และการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มต่าง ๆ

ความท้าทาย

- มีความจำเป็นในการสร้างความตระหนักของฝ่ายบริหารและผู้ดูแลระบบของสถานบริการสุขภาพ เห็นความสำคัญและตระหนักในความคุ้มค่าของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และสร้างกรณีตัวอย่างของการลงทุนในการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลและในที่สุดสามารถลดการดื้อยาต้านจุลชีพ
- โปรแกรม IPC ระดับประเทศมีคณะกรรมการดำเนินการเพียงชุดเดียว และมีฝ่ายเลขานุการสนับสนุนซึ่งทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ที่แบ่งงานออกไป การเสริมขยายการทำงานฝ่ายเลขานุการ และการหาบุคลากรที่มีความสามารถสูง ทุ่มเท อุทิศตน และการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอแก่โครงการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับชาติจะช่วยปรับปรุงและทำให้สถานการณ์นี้อย่างมาก
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากไม่มีความรู้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน IPC ที่ดี
- โรงพยาบาลจำนวนมากมีงบประมาณที่จำกัด สำหรับกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และสำหรับการวิจัย
- เส้นทางการอาชีพ และความก้าวหน้าสำหรับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีความไม่แน่นอน และมีค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อยสำหรับวิชาชีพในสาขา
- โครงการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ IPC ไม่ได้ ระบุเน้น เรื่องการปรับแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ (SOP) เพื่อใช้ประยุกต์ดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานในระดับสถานบริการสุขภาพท้องถิ่น

- โครงการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ IPC ไม่ได้ให้แนวทาง และข้อเสนอแนะสำหรับการฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แก่บุคลากรที่ระหว่างการทำงานตามหน้าที่ (in-service) ในระดับสถานบริการสุขภาพ (เช่น การกำหนดภาระงาน จำนวนครั้งการทำงานที่เหมาะสม ความเชี่ยวชาญพื้นฐานที่จำเป็น การแนะนำให้ บุคลากรใหม่ และ/หรือการติดตามและการประเมิน)
- การยึดถือและปฏิบัติตามสุขอนามัยการใช้มือ (Hand hygiene compliance) และตัวชี้วัดกระบวนการการ IPC อื่น ๆ มีการนำมาใช้ในการ ติดตามประเมินผลน้อยเกินไป ที่จะใช้ประโยชน์สำหรับการปรับปรุงแผน IPC ให้ดีขึ้น

R4.2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล – คะแนน 4

จุดแข็ง

- มีการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังระดับชาติสำหรับการติดเชื้อในโรงพยาบาล และได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาลและหน่วยงานในประเทศ
- โครงการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติให้ข้อเสนอแนะข้อมูลการเฝ้าระวังที่เพื่อการพิจารณาและการปรับปรุงแผนงานอย่างเป็นประจำ
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีการเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ และสถานการณ์การเฝ้าระวังได้รับการเผยแพร่ในรายงานประจำปีของคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ
- มีนิยามและมาตรฐานในประเทศสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ รวมทั้งการวิเคราะห์การตรวจสอบในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีผู้ประสานงานหลักของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ติดตามข้อมูลการเฝ้าระวังทุกเดือน และดำเนินการสุ่มควบคุมคุณภาพและประเมินผลในแต่ละปี
- ข้อมูลการเฝ้าระวังทั้งหมดได้รับการเผยแพร่ไปยังสถานบริการสุขภาพ และคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติทุกหกเดือน
- โรงพยาบาล 50 แห่งได้รับการคัดเลือกเป็นตัวอย่างเพื่อการเฝ้าระวังในพื้นที่เฉพาะเพื่อให้มั่นใจว่าเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ และเป็นตัวแทนจากเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง
- มีการสำรวจความชุก ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกสามปี
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST) ของประเทศไทย และห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับภูมิภาคทั้งสิ้นแห่งสามารถตรวจและระบุพีโนไทป์และจีโนไทป์ของการดื้อยาต้านจุลชีพได้
- มีห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาทางคลินิกในโรงพยาบาลทั่วประเทศสามารถจำแนกเชื้อก่อโรคและทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อ

ความท้าทาย

- การเข้าร่วมโครงการการรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของสถานบริการสุขภาพมีจำนวนลง และจำเป็นต้องปรับปรุงความทันเวลาในการรายงาน และการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวดเร็ว และการส่งข้อมูลกลับ
- มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์และปรับปรุงความพร้อมและตอบโต้อย่างรวดเร็วต่อการระบาดผ่านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้วยกระบวนการ IPC
- การจัดการข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้การแสดงผลข้อมูล และการวางโครงสร้างทางเทคโนโลยีสารสนเทศอื่น ๆ มีระบบขนาดใหญ่และซับซ้อนต้องการการสนับสนุนทางเทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญ

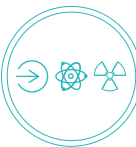
R4.3. สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ – คะแนน 4

จุดแข็ง

- สถานบริการสุขภาพทุกแห่งมีการจัดการน้ำและขยะที่ปลอดภัย และมีพื้นที่แยกกักที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานของประเทศ
- สถานบริการสุขภาพทุกแห่งมีบริการฆ่าเชื้อที่ดำเนินการโดยแผนกจ่ายกลางวัสดุปลอดเชื้อ (CSSD).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีการประเมินสถานะของระบบน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย (WASH) (เช่น การจัดหาหน้าที่ปลอดภัยมีการติดตามทุก 3 เดือน)
- องค์การเภสัชกรรม (GPO) มีแผนการผลิตอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ในประเทศเพื่อสนับสนุนการกระจายวัสดุการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- ประเทศไทยมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องในเรื่อง สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งรวมถึงระบบน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย (WASH) และการแยกกักผู้ป่วยและการฆ่าทำลายเชื้อ
- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการตั้งมาตรฐาน แนวทาง และขั้นตอนสำหรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
- ประเทศไทยดำเนินการระบบการคัดแยกและแยกกักผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการดำเนินงานใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการและการยับยั้งของการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (MDRO)
- มีศูนย์ส่งต่อระดับชาติสำหรับแยกกักโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สถาบันบำราศนราดูร รวมถึงแผนกผู้ป่วยที่ออกแบบมาใหม่ซึ่งหน้าที่เป็นห้องแยกกักสำหรับโรคติดเชื้อทางอากาศ (AIIR)

ความท้าทาย

- มีความจำเป็นในการปรับมาตรฐานคุณภาพของพื้นที่แยกกักและห้องแยกกักสำหรับโรคติดเชื้อทางอากาศ
- มีการขาดแคลนของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 19



ข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- เสริมการขยายงานและการทำงาน ของ หน่วยเลขานุการ IPC โดยให้มี บุคลากรทำงานเต็มเวลาที่มีคุณภาพ ทุ่มเท เพื่อสนับสนุนศูนย์ NICC ทำงานตามภารกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของแผนงานระดับชาติ รวมถึง
 - » การกำหนด ขอบเขตการทำงาน บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในระดับชาติ อย่างชัดเจน
 - » มอบอำนาจ ในการตัดสินใจ การบริหารการปฏิบัติงาน
 - » จัดสรร งบประมาณที่ชัดเจน ตามแผนกิจกรรม ที่กำหนดไว้ใน National Plan for HAI Prevention and Control 2023–2027. (รอเปลี่ยนเป็นภาษาไทย)
- สนับสนุน ขวัญ กำลังใจให้พนักงาน IPC ระดับสถานบริการสุขภาพ ในด้าน ความก้าวหน้าสายอาชีพ เพิ่มแรงจูงใจ ค่าตอบแทน และตำแหน่งที่ระดับสูงขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ซึ่งควรมีอัตราส่วน 1 คน ต่อ 150 เตียง
- เพิ่มจำนวน โรงพยาบาลเข้าสู่โครงการ HAI/AMR surveillance ยกระดับเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้แน่ใจว่าจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานกลับ มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา
- ใช้ดัชนีชี้วัดกระบวนการ IPC และ ดัชนีชี้วัดที่ใช้ในชุดโครงการริเริ่มการดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR initiatives) เช่น integrated assessment models และการรับรองคุณภาพสถานบริการ Healthcare Accreditation เพื่อนำมาปรับ ประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง แผนงานโครงการระดับประเทศ และกรอบการทำงานติดตาม ประเมินผล national IPC M&E framework พร้อมกับการฝึกอบรมเพื่อการเพิ่มการยึดมั่นในหลักปฏิบัติ IPC ได้เต็มที่

R5. การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วม ร่วมของชุมชน

คำนำ

การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับและมีมุมมองรอบด้าน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทุกฝ่ายได้ค้นหา ประเด็นความเสี่ยง ระบุชี้ภัยคุกคาม ประเมินจุดอ่อน เพื่อช่วยให้ชุมชนมีความยืดหยุ่นในการฟื้นคืนจากผลกระทบได้รวดเร็ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมขีดความสามารถการสื่อสารความเสี่ยงให้พร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น สิ่งที่สำคัญของการสื่อสารความเสี่ยงคือการเผยแพร่ข้อมูลความเสี่ยงและเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขสู่สาธารณะ เช่น การระบาดของโรค การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงองค์ประกอบทางด้านสังคม ศาสนา วัฒนธรรม การเมืองและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ รวมถึงความคิดเห็นของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ

เป้าหมาย

รัฐภาคี/ประเทศสมาชิก มีระบบการสื่อสารความเสี่ยงที่มีส่วนร่วมของชุมชนในทุกระดับอย่างรอบด้าน มีความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบเรียลไทม์ ให้คำแนะนำและแสดงความคิดเห็นในช่วงเหตุการณ์ผิดปกติ และไม่คาดคิด การสื่อสารความเสี่ยงจะให้ข้อมูลที่ประกอบการตัดสินใจ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการลดผลกระทบของภัยคุกคามรวมทั้งกำหนดแนวทางการป้องกันอย่างมีหลักการ แนวทางนี้ควร ประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างกลยุทธ์การสื่อสารและการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การสื่อสารผ่านสื่อและโซเชียลมีเดีย การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ การส่งเสริมสุขภาพ การระดมขับเคลื่อนทางสังคม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชน รวมทั้งการจัดการข้อมูลข่าวสารที่แพร่ระบาดอย่างเหมาะสม

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ และทันเวลา การสื่อสารดังกล่าวนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าใจ สามารถป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงความตื่นตระหนกในระหว่างที่เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข หรือภัยพิบัติ กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในเชิงรุกจะนำไปสู่ความโปร่งใสและสร้างความไว้วางใจ

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงแนวปฏิบัติที่ดีหลายประการ เช่น การพัฒนานโยบายและมาตรการการสื่อสารความเสี่ยง เตรียมความพร้อมให้กับทุกหน่วยงานและประชาชนในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ ปัจจัยที่สำคัญในเรื่องดังกล่าวนี้คือนโยบายด้านการสื่อสาร แผนการสื่อสารแห่งชาติฉบับที่ 5 ของกรมประชาสัมพันธ์ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี และแผนการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และมาตรการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานและหน่วยงานต่าง ๆ ในด้านการสื่อสารความเสี่ยง เช่น ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CCSA) ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม (AFNC) และศูนย์ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ ซึ่งจะทำให้สามารถดำเนินการตามแผนการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้กลไกการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับและเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทยใช้กลยุทธ์ การใช้ประเภทของสื่อ และช่องทางการสื่อสารที่ครอบคลุมอย่างเหมาะสมในทุกระดับ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สื่อทางการ สื่อสังคมออนไลน์และสายด่วน (เช่น สายด่วน 1422) ซึ่งเป็นช่องทางสำหรับการรับฟังข้อคิดเห็นของสังคม การตอบโต้ และการสื่อสารที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยมีทั้งในภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน มีกระบวนการรับฟังข้อคิดเห็นของสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพของสื่อในประเทศไทยในการติดตาม ทบทวนและการตอบโต้ต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความร่วมมือหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคม นำไปสู่ความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยงและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของประเทศไทยอย่างยั่งยืน มีการเน้นย้ำถึงการมีส่วนร่วมและการประสานงานอย่างแข็งขันของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสัมพันธ์ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ และอื่น ๆ นอกจากนี้ ภาคเอกชนยังเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงาน เช่น องค์การกระจายเสียงและโทรทัศน์แห่งประเทศไทย (พีบีเอส) ศูนย์การประสานงานฉุกเฉินด้านโรคโควิด 19 บริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ [NT] จำกัด (มหาชน) และเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ต่าง ๆ และกลุ่มประชาสังคมต่าง ๆ เช่น เพจไทยสู้ภัย มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิศุภนิมิตฯ รวมทั้ง Up for Thai, Doctor A to Z, Let's Be Hero และอื่น ๆ



ตัวชี้วัดและคะแนน

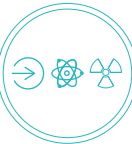
R5.1. ระบบการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาวะฉุกเฉิน – 5 คะแนน

จุดแข็ง

- มีนโยบายระดับชาติด้านการสื่อสาร ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากแผนการสื่อสารแห่งชาติฉบับที่ 5 ของกรมประชาสัมพันธ์ แผนการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข
- ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CCSA) ได้แสดงให้เห็นถึงการประสานงานในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการอย่างเป็นระบบและมีความสม่ำเสมอระหว่างกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายในประเทศและต่างประเทศ
- มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศการประชาสัมพันธ์ และศูนย์ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ทุกระดับทั่วประเทศ
- แผนการสื่อสารเชิงกลยุทธ์มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยใช้กลไกการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในทุกระดับ
- ประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมในการติดตามข่าวปลอมและข้อมูลเท็จ กรมประชาสัมพันธ์ มีบทบาทในการแถลงข่าวของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CCSA) และกระทรวงการต่างประเทศมีบทบาทในการสื่อสารกับสถานทูตและเครือข่ายสื่อมวลชนต่างประเทศ
- มีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

ความท้าทาย

- ปัจจุบันประเทศไทยยังมีจำนวนโฆษกและผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าใจบริบทของชุมชน วัฒนธรรม สังคม และภาษาท้องถิ่นต่าง ๆ ไม่เพียงพอ
- จำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานที่ยั่งยืน เพื่อการสื่อสารความเสี่ยงในหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



R5.2. การสื่อสารความเสี่ยง – คะแนน 5

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีกระบวนการรับฟังข้อกังวลของประชาชนและติดตามการรับรู้ความเสี่ยงผ่านการออกเสียงลงคะแนน การสำรวจความคิดเห็น และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของสังคม
- ประเทศไทยมีการจัดตั้งศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม (AFNC) เพื่อตอบโต้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร
- มีการสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อและช่องทางต่าง ๆ ทั้งแบบออฟไลน์ (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์) และออนไลน์ (เช่น Line, Twitter, Facebook และ TikTok) โดยมีการถ่ายทอดข้อมูลสำคัญผ่านสื่อและช่องทางที่กำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- มีช่องทางการสื่อสารแบบสองทางร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลสำคัญในภาษาต่าง ๆ ผ่านช่องทางที่หลากหลาย
- มีช่องทางการสื่อสารทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ (เช่น แรเงงานข้ามชาติ ประชากรกลุ่มเปราะบาง ผู้พิการทางสายตา เป็นต้น) ด้วยข้อมูลที่ถูกต้องทันเวลา
- มีการให้รางวัล “THAILAND ZOCIAL AWARDS” เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมกันสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการเสริมสร้างขีดความสามารถด้านสื่อสารความเสี่ยงให้กับบุคลากรการ ทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น และยังมีหลักสูตรการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- การมีส่วนร่วมในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาและการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การสื่อสารความเสี่ยงในระดับชาติ
- ประเทศไทยมีการจัดอบรมหลักสูตรการจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข โดยได้รับการรับรองจาก US CDC และมูลนิธิเฝ้าระวังโรคกลุ่มน้ำโขง (MBDS)

ความท้าทาย

- จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมด้านการสื่อสารความเสี่ยงให้กับโฆษกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น
- จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมด้านการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับอาสาสมัครและบุคลากรที่ทำงานใน ศูนย์บริการข้อมูล (เช่น อาสาสมัคร แรเงงานข้ามชาติ) เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการบริการด้วยภาษาต่าง ๆ มากขึ้น

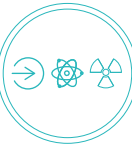
R5.3. การมีส่วนร่วมของชุมชน – คะแนน 4

จุดแข็ง

- ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่า 1 ล้านคน ที่ทำงานอย่างใกล้ชิดกับบุคลากรจากทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข
- มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอ โดยประเทศไทยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกจากภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้นำชุมชนผู้นำศาสนา และอาสาสมัคร
- มีแอปพลิเคชัน SMART Village Health Volunteer “SMART VHV” สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและกลายเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในระบบเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์ อำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลไปยังโรงพยาบาลท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 600,000 คน ลงทะเบียนเพื่อใช้แอปพลิเคชันนี้
- ประเทศไทยมีทั้งหลักสูตรและคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อสื่อสารความเสี่ยง
- มีนโยบายการสื่อสารความเสี่ยงระดับชาติที่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทำให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
- ประเทศไทยมีการบริการที่เป็นมิตรต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติและทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ

ความท้าทาย

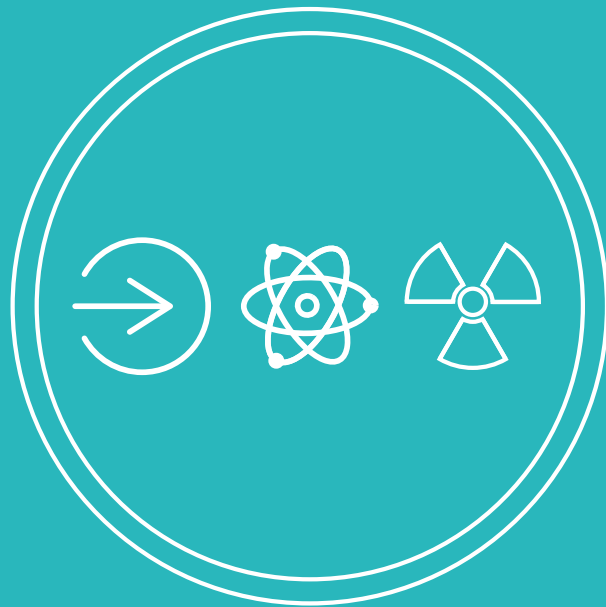
- จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็งเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง ชนกลุ่มน้อย และชุมชนห่างไกลในชนบทบริเวณชายแดน
- จำเป็นต้องมีบันทึกความเข้าใจอย่างเป็นทางการ สนับสนุนบริหารจัดการการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพ ในสถานการณ์ปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และตำรวจตระเวนชายแดน
- ประเทศไทยจะได้ประโยชน์จากการฝึกอบรมอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอทั่วประเทศ เพื่อให้เป็นผู้ฝึกสอนด้านการสื่อสารความเสี่ยง
- ประเทศไทยจะได้ประโยชน์จากการพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่น



คำแนะนำสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญ

- จัดตั้งหน่วยปฏิบัติงานสื่อสารความเสี่ยงด้านสาธารณสุขภายในระดับจังหวัด และ/หรือปรับปรุงกลไกการประชาสัมพันธ์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงที่มีอยู่ในระดับจังหวัด
- จัดทำแนวทางที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีความท้าทายสูง
- จัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมมาตรฐานด้านการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับ กลุ่มชายขอบ ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดน

ภัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับ IHR และช่องทางเข้าออกประเทศ



PoE: ช่องทางเข้าออกประเทศ



คำนำ

ประเทศจะต้องใช้ความสามารถหลักพื้นฐาน IHR และมาตรการสำหรับ ภัยคุกคามทุกชนิด นำมาปฏิบัติ ณ จุด ผ่านแดน “points of entry” (POE) เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคข้ามประเทศระดับนานาชาติ รัฐภาคี/ประเทศ มีความจำเป็นต้องรักษาสมรรถนะหลัก ณ จุดท่าอากาศยาน และท่าเรือนานาชาติที่ประกาศกำหนดเป็นจุดผ่านแดน (และในกรณีที่มีเหตุผลทางด้านสาธารณสุข รัฐภาคีอาจประกาศ ด้านพรมแดนทางบก เพิ่มเติม) เพื่อจะได้ดำเนินการทางสาธารณสุขที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ สำหรับการจัดการความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย สุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

เป้าหมาย

รัฐภาคีประกาศกำหนดจุด ผ่านแดนอย่างเป็นทางการ ณ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ (หรือ จุดผ่านแดนทางบก ตามเหตุผลความจำเป็นด้านสุขภาพ) เพื่อการนำเอามาตรการด้านสุขภาพที่จำเป็นในระดับด่านระหว่างประเทศมาใช้จัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพที่หลากหลาย

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

ประเทศไทยนั้นมีพรมแดนทางทิศตะวันตกและตะวันตกเฉียงเหนือที่ติดกับประเทศเมียนมาร์ ทิศตะวันตกเฉียงใต้ติดกับทะเล อันดามัน ทิศตะวันออกและตะวันออกเฉียงเหนือติดกับสาธารณรัฐประชาชนลาว และทิศใต้ติดกับอ่าวไทยและมาเลเซีย

ประเทศไทยมีช่องทางเข้าออกทั้งหมด 69 แห่ง โดย 18 แห่งเป็นจุดเข้าประเทศภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 นั้นหมายความว่าสมรรถนะหลักนั้นมีกำหนดอยู่ในช่องทางเข้าออกทั้ง 18 แห่งดังกล่าวตามบทบัญญัติของภาคผนวก 1 ของ กฎอนามัยระหว่างประเทศ ช่องทางเข้าออกที่กำหนดไว้จำนวน 18 แห่ง ประกอบด้วย ท่าอากาศยานจำนวน 4 แห่ง ท่าเรือจำนวน 5 แห่งและ ด่านพรมแดนจำนวน 9 แห่ง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ช่องทางเข้าออก ในประเทศไทยเรียกว่า “เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ” เจ้าหน้าที่ดังกล่าวทำงานภายใต้อำนาจตามกฎหมายที่ กำกับดูแลโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทเป็น “หน่วยงานที่มีอำนาจ” ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ

การจัดการกิจกรรมด้านสาธารณสุข การให้บริการด้านสุขภาพที่ช่องทางเข้าออก และระบบการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งได้มาตรฐาน นั้นได้รับการสนับสนุนจากกรอบกฎหมายที่ครอบคลุม และใช้บังคับนี้ นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีกลไกการประสานงานอย่างเป็นทางการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ณ ช่องทางเข้าออกทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค

ประเทศไทยมีท่าเรือ “ที่ได้รับอนุญาต” อีก 20 แห่ง ซึ่งออกใบรับรองการสุขภาพใบลบนเรือตามบทบัญญัติของกฎอนามัยระหว่างประเทศ มาตรา 20 ได้

ประเทศไทยได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจหลายฉบับกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อสนับสนุนความร่วมมือด้านสุขภาพข้ามพรมแดนตามบทบัญญัติของกฎอนามัยระหว่างประเทศ มาตรา 21

ประเทศไทยยังได้ลงทะเบียนเข้าร่วมในโครงการระเบียบสาธารณสุขขององค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (ICAO) เพื่อพัฒนารอบการประเมินความเสี่ยงด้านการบิน และดำเนินการยุทธศาสตร์ด้านการจัดการการความเสี่ยงหลากหลายมิติ

ตัวชี้วัดและคะแนน

POE1. ช่องทางเข้าออก 1 : ข้อกำหนดสมรรถนะหลักสำหรับช่องทางเข้าออก – 4 คะแนน

จุดแข็ง

- มีการทำข้อตกลงพหุภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านเกี่ยวกับความร่วมมือทางด้านสุขภาพข้ามพรมแดน
- มีการจัดการฝึกอบรมลักษณะแบบปฏิบัติงานจริงเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่องทางเข้าออกเป็นประจำ
- มีการจัดตั้งกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ณ ช่องทางเข้าออก ทั้งในระดับประเทศและในระดับภูมิภาค
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2 ระบบ ณ ช่องทางเข้าออก ได้แก่ 1. ระบบส่งต่อสำหรับเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์และ 2. ระบบส่งต่อสำหรับโรคติดต่อ
- มีการประสานงานและความร่วมมือที่ดีในด้านการบริการทางด้านสาธารณสุขและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้การดำเนินงานของท่าอากาศยานไทย

ความท้าทาย

- นอกเหนือจากมาตรฐานแห่งชาติที่ใช้บังคับในระดับชุมชนแล้ว ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ได้กับการดำเนินงาน ณ ช่องทางเข้าออก อาทิ มาตรฐานความปลอดภัยของน้ำดื่มและอาหาร มาตรฐานการจัดการของเสีย และมาตรฐานการควบคุมแมลง
- นอกเหนือจากระบบเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว กลยุทธ์การเฝ้าระวังเหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการเสริมเข้าไปในระบบของการเฝ้าระวังแห่งชาติ
- จำเป็นต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่ปรับเปลี่ยนได้ มาตรฐานการดำเนินงาน และการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ ช่องทางข้ามพรมแดนทางบก
- การนำเทคโนโลยีไร้สัมผัสมาใช้ ณ ช่องทางเข้าออก จะช่วยปรับปรุงเรื่องสุขอนามัย

POE2. ช่องทางเข้าออก 2: การตอบโต้ทางด้านสาธารณสุข ณ ช่องทางเข้าออก – 4 คะแนน

จุดแข็ง

- แผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้รับการบูรณาการร่วมกับแผนฉุกเฉินช่องทางเข้าออก
- สมรรถนะทางห้องปฏิบัติการด้านการตรวจ RT PCR ได้มีการพัฒนาจัดตั้งขึ้นเพื่อตรวจหาโควิด 19 และโรคฝีดาษวานร ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ
- มีการจัดการฝึกจำลองสถานการณ์เป็นประจำโดยประสานงานกับสนามบินและผู้ประกอบการท่าเรือ
- มีระบบคัดกรองสุขภาพในกลุ่มนักเดินทางที่มาจากประเทศเฉพาะถิ่นใช้เหลียง
- ประเทศไทยมีประสบการณ์ที่ดีเปรียบพร้อมด้วยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านระเบียบการคัดกรองการเข้าประเทศ
- รวมถึงมาตรการการตรวจวัดอุณหภูมิ การส่งแบบฟอร์มสุขภาพ การตรวจสอบทางกายภาพ การจัดการฝูงชน การตรวจทดสอบหาเชื้อ และการตรวจสอบข้อมูลรับรองการฉีดวัคซีน

ความท้าทาย

- ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถในการตอบโต้เหตุการณ์รั่วไหลของสารเคมีทั้งโดยเจตนาหรือไม่เจตนา รวมถึงเหตุการณ์รังสีนิวเคลียร์ ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการดำเนินงานเพื่อจัดการภัยอันตรายทุกรูปแบบ
- ประเทศไทยควรพิจารณาจัดทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลสัตว์แพทย์ในท้องถิ่นเพื่อคัดแยกและรักษาสัตว์นำเข้าที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงให้การสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหากจำเป็น
- มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มบริษัทสายการบินเกี่ยวกับการใช้ใบแสดงชื่อลูกเรือที่เหมาะสมรวมถึงการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการดำเนินการฆ่าเชื้อในอากาศยาน

POE3. ช่องทางเข้าออก 3 : แนวทางประเมินความเสี่ยงสำหรับมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางระหว่างประเทศ – 3 คะแนน

จุดแข็ง

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการช่องทางเข้าออกประเทศภายใต้ปลัดกระทรวงคมนาคม ในฐานะที่เป็นหน่วยงานพหุภาคีระดับชาติซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ว่าด้วยมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางระหว่างประเทศ โดยกิจกรรมนี้ดำเนินการผ่านการประสานงานและอยู่บนพื้นฐานของข้อเสนอแนะจาก
 - คณะกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศแห่งชาติ และ
 - การตัดสินใจทางด้านกฎหมายของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ (โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกับพระราชกำหนดฉุกเฉินของนายกรัฐมนตรี)

ความท้าทาย

- ประเทศไทยควรพิจารณาหลีกเลี่ยงข้อจำกัดการเดินทางแบบครอบคลุม และพิจารณารับรองการดำเนินการตามแนวทางที่สอดคล้องกับความเสี่ยงเฉพาะ โดยสอดคล้องกับ ก) แนวทางทางเทคนิคขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยแนวทางประเมินความเสี่ยงสำหรับการเดินทางระหว่างประเทศ และ ข) มาตรา 2 และ 43 ของกฏอนามัยระหว่างประเทศปี พ.ศ. 2548

ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมที่มีลำดับสำคัญ

- พัฒนาแนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานขั้นตอนการดำเนินงาน รวมถึงให้การฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ช่องทางข้ามพรมแดนทางบก ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ตาม ภาคผนวก 1B
- เสริมความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดที่มีอยู่ที่ช่องทางเข้าออก โดยใช้กลยุทธ์การเฝ้าระวังเชิงเหตุการณ์ และผนวกเข้าไปในระบบของการเฝ้าระวังโรคของประเทศ
- พัฒนาชุดแนวทางที่ปรับให้เหมาะกับช่องทางเข้าออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกิจกรรม ที่ปฏิบัติประจำทุกวัน อาทิ การบำรุงรักษาสุขอนามัยอาหารและน้ำดื่ม การจัดการของเสียและการควบคุมแมลง



CE. เหตุการณ์สารเคมี

คำนำ

การตรวจจับ (เหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็ว) อย่างทันท่วงที และการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพต่อความเสี่ยงและ/หรือเหตุการณ์ทางเคมี ที่อาจเกิดขึ้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของสารเคมี อุทสาหกรรม การขนส่ง และการกำจัดอย่างปลอดภัย รัฐบาลจำเป็นต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังและตอบสนองเพื่อจัดการความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ทางเคมี พร้อมในการสื่อสาร และความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคส่วนที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของสารเคมี

เป้าหมาย

รัฐบาลมีสมรรถนะในการเฝ้าระวัง ที่มีความสามารถในการจัดการกับความเสี่ยง มีสมรรถนะ ในการสื่อสาร และมีความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพของแต่ละภาคส่วนที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของสารเคมี รวมถึงด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านสุขภาพ ด้านอาชีวอนามัย ด้านเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการขนส่ง และการกำจัดสารเคมีอย่างปลอดภัย ด้านเกษตรกรรม/สัตวแพทย์ และด้านอุตสาหกรรม

ระดับสมรรถนะของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่เข้าร่วมลงนามรับรองข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องต่าง ๆ รวมถึง อนุสัญญา Rotterdam ดัม อนุสัญญาสตอกโฮล์ม อนุสัญญาบาเซล และอนุสัญญามินามาตะ ประเทศไทยมอบหมายให้หน่วยงานมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อดำเนินการตามบทบัญญัติของอนุสัญญาเหล่านั้น ประเทศไทยออกกฎระเบียบภายในประเทศเพื่อควบคุม จัดการกับสารเคมีในด้านต่าง ๆ ตลอดทั้งกระบวนการ/มาตรการ ที่จะปกป้องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมภายใต้ขอบเขตของแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยความปลอดภัยของสารเคมีเป็นหน่วยงานระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ได้รับการตั้งขึ้น เพื่อรับผิดชอบในด้านความปลอดภัยของสารเคมี ในการพัฒนาแผนการจัดการสารเคมีแห่งชาติกำหนด แนวทาง โดยการประสานงานทางด้านนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้มีกระบวนการจัดตั้งเครือข่ายขึ้นเพื่อที่จะให้แน่ใจว่าหน่วยงาน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการประสานงานและเพื่อให้การส่งผ่าน แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาค คณะกรรมการระหว่างหน่วยงานมีการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการควบคุมและการจัดการสารเคมี

ระบบการเฝ้าระวังประจำตามปกติ และระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ทางสารเคมี ได้รับการดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละหน่วยงาน ตามลักษณะเหตุการณ์หรือสาเหตุจากชนิดสารเคมี และประเด็นข้อกังวลอันตราย ยังไม่มีระบบข้อมูลกลาง รวมศูนย์เข้าด้วยกัน ในการจัดพิมพ์เผยแพร่ข่าวสารทางเคมี และบันทึกเหตุการณ์ เผยแพร่ข่าวสารเหตุการณ์ทางเคมีในทางทฤษฎี ระบบการเฝ้าระวังสารเคมีและเหตุการณ์ทางสารเคมี จะประกอบด้วย การเฝ้าระวังทางพิษวิทยา ทางสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย อาหาร และบริโภคภัณฑ์ มีการลงทะเบียน โรงงาน/สถานประกอบการเคมี ลงทะเบียนสารเคมี และการใช้สารเคมีในสิ่งแวดล้อมและมีกฎระเบียบใช้บังคับและการตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติตามข้อบังคับ รายงานการตรวจสอบและรายงานทั่วไปจะต้องมีการพิมพ์เผยแพร่เป็นประจำ

ประเทศไทยมีความสามารถด้านการวิเคราะห์สารเคมีที่เหมาะสม มีหน่วยงานที่ดำเนินงาน ในเครือข่ายความร่วมมือและมีบทบาทที่เกี่ยวข้อง (เช่น การเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม) มีข้อตกลงการบริการ กับห้องปฏิบัติการเชิงพาณิชย์ห้องปฏิบัติการดำเนินการตามขั้นตอนที่เป็นที่ยอมรับและมาตรฐานสากล (เช่น ISO) และประเทศไทยกำลังขยายขอบเขตและเสริมสร้างสมรรถนะในการเฝ้าระวัง

แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ 2564-2570 (NDRMP) ได้กำหนดกลยุทธ์ การจัดการเหตุการณ์ที่ครอบคลุม โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทที่ชัดเจนในแผนเผชิญเหตุการณ์ระดับชาติ แผนการตอบสนองได้รับการตรวจสอบและทดสอบอย่างสม่ำเสมอ เช่นผ่านการฝึกซ้อมชนิดจำลองกลยุทธ์บนโต๊ะ (Table top exercise) และการจำลองสถานการณ์จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ประเทศไทยกำลังขยายขอบเขตประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่หลากหลายมากขึ้น มีความตั้งใจที่จะพัฒนาประสบการณ์และความสามารถให้เพิ่มมากขึ้น

มีกลไกในการระดมทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมตอบสนองฉุกเฉินได้รับการจัดตั้งขึ้นภายใน แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ 2564-2570 (NDRMP)

แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ 2564-2570 (NDRMP) กำหนดหน้าที่การประสานงานระหว่างหน่วยงานสนับสนุน การดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีให้กับกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ แผนนี้สนับสนุนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้าน สาธารณสุขและบริการทางการแพทย์ มีการกำหนดแนวทางการรับมือ การจัดการทางการแพทย์ การดำเนินการ และการเฝ้าระวังอย่างไร ก็ตาม การจัดทำแผนรับมือหลายหน่วยงานพบว่ามีความจำเป็นต่อการเตรียมความพร้อมบางภาคส่วน ที่จะลงไปถึง ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ หรือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์บางแห่ง

ประเทศไทยมีศูนย์พิษวิทยาที่ปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง ศูนย์นี้ให้คำแนะนำด้านการวินิจฉัยและการจัดการทางคลินิกแก่ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานเฝ้าระวังและบริการอื่น ๆ ศูนย์พิษวิทยาธิบดีเป็นศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกใน การป้องกันและควบคุมพิษ และทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานสำหรับโครงการริเริ่มการจัดการภัยแก้พิษแบบประสานงาน (โครงการ iCAP) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีฐานข้อมูลข้อมูลทางเคมีหลายแห่งและสามารถใช้เพื่อสนับสนุนทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินด้านสาร เคมีและผู้เผชิญเหตุอื่น ๆ

ประเทศไทยได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ แผนนี้มีความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานลำดับความ สำคัญ นับตั้งแต่ Joint External Evaluation (JEE) ครั้งแรกของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560⁷ ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมในเครือข่าย และ โครงการด้านเคมี/พิษวิทยาระดับภูมิภาคและนานาชาติหลายแห่ง รวมทั้งโครงการนานาชาติว่าด้วยความปลอดภัยด้านสารเคมี (IPCS) และเป็นพันธมิตรของฐานข้อมูลความปลอดภัยสารเคมีอาเซียน-ญี่ปุ่น

ประเทศไทยกำลังทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อ 3.9 และ 12.4 เป้าหมายของนโยบายยุทธศาสตร์การจัดการ สารเคมีระหว่างประเทศมีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์ การจัดการสารเคมีที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ สถาบันวิทยาศาสตร์อิสระ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสาธารณะ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กลุ่ม อุตสาหกรรม และผู้เชี่ยวชาญอิสระ

ตัวชี้วัดและคะแนน

CE1. กลไกและการดำเนินการตรวจจับและตอบโต้เหตุการณ์ทางเคมีหรือภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี – 4 คะแนน

จุดแข็ง

- การเฝ้าระวังการตอบสนองตามปกติ และเหตุการณ์สำหรับสารเคมีจากที่มาจากแหล่งต่าง ๆ ได้ถูกบริหารจัดการโดยหน่วยงานแต่ละ แห่งที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละแห่งมีทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะ
- ห้องปฏิบัติการที่มีสมรรถนะในการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบตามขั้นตอนที่เป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากลประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงพยายามที่จะสร้างขีดความสามารถ และเพิ่มการปรับตัวในสถานการณ์ด้านสารเคมี
- มีการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และชุดคำสั่งหรือแนวทางการทำงานที่ถูกกำหนดขึ้นให้เป็นมาตรฐานในกระบวนการ ในการฝึกอบรม สำหรับกิจกรรมเตรียมความพร้อมและเผชิญเหตุ รวมถึงการเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทางเคมี และการจัดการทางคลินิก
- ประเทศไทยมีศูนย์พิษที่เปิดบริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้คำแนะนำ และการตรวจวินิจฉัย ให้คำแนะนำในด้านบริหารจัดการ การวางแผนเตรียมความพร้อม และสนับสนุนยาแก้พิษภายในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการตอบสนองต่อเหตุการณ์ทางเคมี

ความท้าทาย

- ประเทศไทยยังขาดสมรรถนะ และยังมีข้อจำกัดในด้านของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองเหตุฉุกเฉินทางเคมีในระดับ ห้องถิ่น
- ต้องเพิ่มขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการวิเคราะห์เพื่อรองรับ ติดตามการประเมินผล (และ สร้างการปรับตัวอย่างยั่งยืน) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เสี่ยง



⁷ See: Joint external evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Thailand. Mission report: June 26–30, 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-REP-2017.38>, accessed 8 June 2023).

CE2. สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Enabling Environment) ต่อการจัดการเหตุการณ์สารเคมี – 5 คะแนน

จุดแข็ง

- แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (NDRMP) เป็นแผนแม่บทในการจัดเตรียมกลยุทธ์ การจัดการเหตุการณ์หลายรูปแบบ หลายหน่วยงาน และหลายภาคส่วนที่ครอบคลุม โดยพิจารณาขอบเขตของการทำงานที่จำเป็น มีทั้งแผนฉุกเฉินในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และระดับอาคารสถานที่
- ประเทศไทยมีหน่วยงานระหว่างกระทรวงที่รับผิดชอบในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ และมีการประสานงานด้านนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ผ่านหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- อนุสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้รับการรับรองแล้ว
- ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการจัดการสารเคมีแห่งชาติ และมีกฎหมายหลายฉบับใช้ในการควบคุม การจัดการสารเคมี และอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์ในด้านต่าง ๆ ตลอดทั้งกระบวนการของผลิตภัณฑ์ เพื่อปกป้องสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม
- มีแผนการตอบสนองต่อผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในหลาย ๆ ฝ่ายที่ได้รับการทดสอบผ่านเหตุการณ์จริง การจำลองสถานการณ์ และแผนได้มีการทบทวน
- มีระบบบัญชาเหตุการณ์ (ICS) ในการใช้งานเพื่อรับมือเหตุฉุกเฉินในทุกระดับ

ความท้าทาย

- ต้องมีมาตรการในการฝึกซ้อมแผนการเผชิญเหตุฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอเพื่อเตรียมความพร้อมและรักษามีความคุ้นเคยในการฝึกซ้อมแผนควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทุกภาคส่วนที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการที่มีความสำคัญสูง

- ต้องมีมาตรการในการเตรียมความพร้อม ระดมทรัพยากร และความสามารถที่เพียงพอในการจัดการกับเหตุการณ์ทางเคมีของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และสามารถทำได้โดยการวิเคราะห์ตามความเสี่ยง/หาจุดบกพร่องเพื่อปรับปรุงแก้ไข ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และในระดับท้องถิ่น บริเวณช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ เพื่อพร้อมตอบสนองเหตุการณ์เหล่านั้น

RE. เหตุฉุกเฉินทางรังสี

คำนำ

เพื่อตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสี และนิวเคลียร์ ตรวจสอบทันเวลา และตอบโต้ภัย/เหตุการณ์/ภาวะฉุกเฉินทางรังสี และนิวเคลียร์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่รับผิดชอบต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินทางรังสี



เป้าหมาย

รัฐภาคีควรมีสมรรถนะในการเฝ้าระวังและสมรรถนะในการตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสี และอุบัติเหตุทางนิวเคลียร์ การดำเนินการเช่นนี้ ต้องอาศัยการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมและตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสี

ระดับความสามารถ

ประเทศไทยได้จัดตั้งหน่วยงานนิวเคลียร์แห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรกในช่วงปลายทศวรรษ 1950 และผ่านพระราชบัญญัติพลังงานปรมาณูเพื่อสันติในปี พ.ศ. 2504 ประเทศนี้มีพื้นฐานทางกฎหมายที่มั่นคงในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีนิวเคลียร์อย่างสันติ

ปัจจุบันไม่มีโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ที่ดำเนินการจัดหาไฟฟ้าเชิงพาณิชย์ในประเทศไทย แต่ประเทศไทยถือเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของประเทศที่มี “พลังงานนิวเคลียร์เกิดใหม่” ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากการศึกษาค้นคว้าความเป็นไปได้เบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ พ.ศ. 2561 ในอาเซียน การศึกษาวิเคราะห์โดยศูนย์พลังงานอาเซียน (ACE) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลแคนาดาภายใต้โครงการสนับสนุนการบริหารโครงการนิวเคลียร์และรังสีวิทยา (NPRAS) เพื่อสร้างสถานะของการพัฒนาพลังงานนิวเคลียร์พลเรือนในภูมิภาค แผนการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์เพื่อผลิตไฟฟ้าได้เปิดและปิดแผนพัฒนากำลังไฟฟ้าแห่งชาติ (PDP) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

ปัจจุบันสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ (ปส.) ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการกำกับดูแลการใช้รังสีและเทคโนโลยีนิวเคลียร์ รวมถึงการสร้างเครื่องมือทางกฎหมาย (เช่น พระราชบัญญัติ กฎหมาย กฎ ฎีกา และแนวทาง) เพื่อควบคุมการใช้แหล่งกำเนิดรังสีในประเทศไทย

พระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. 2559 ออกเมื่อปี 2559 และแก้ไขเพิ่มเติมในปี 2562 พระราชบัญญัตินี้เป็นพื้นฐานในการจัดทำกฎกระทรวงเพื่อการกำกับดูแลเพิ่มเติมสำหรับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พระราชกฤษฎีกา และระเบียบข้อบังคับ ของพระราชบัญญัติ ซึ่งมีชื่อเรียกว่า เหตุฉุกเฉินนิวเคลียร์และรังสี ระบุทบทวนที่สำค้ำคัญสำหรับความรับผิดชอบในการตอบโต้เหตุฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม กฎกระทรวงที่วางแผนไว้ว่าด้วยการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์ยังไม่เป็นที่สิ้นสุด

ในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจระดับชาติ ได้จัดทำแผนฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสีวิทยาแห่งชาติ (NNREP)⁸ ซึ่งเป็นแผนสนับสนุนภายใต้แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (NDRPP) แผนฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสีวิทยาแห่งชาติ อธิบายถึงบทบาทที่เกี่ยวข้องของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้เหตุฉุกเฉินด้านรังสี และกรอบการทำงานสำหรับการประสานงานระหว่างกัน

พื้นที่และภาคส่วนที่ใช้แหล่งกำเนิดรังสีในประเทศไทย ได้แก่ การแพทย์ อุตสาหกรรม เกษตรกรรม และการวิจัย สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติได้ดำเนินการจัดทำแผนที่ความเสี่ยงเพื่อระบุอันตรายหลักที่อาจเกิดขึ้นจากนิวเคลียร์และจัดหมวดหมู่ตามมาตรฐานความปลอดภัยของทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ⁹ ดังนี้

8 https://www.oap.go.th/images/documents/resources/media-library/publications/EMERGENCY_PLAN.pdf

9 IAEA GSR Part 7: Preparedness and Response for a Nuclear or Radiological Emergency, Vienna: International Atomic Energy Agency; 2015 (<https://www.iaea.org/publications/10905/preparedness-and-response-for-a-nuclear-or-radiological-emergency>, accessed 9 June 2023).

- หมวดที่ 2 เรือนิวเคลียร์ที่เดินทางเข้าสู่ดินแดนไทย;
- หมวดที่ 3: สิ่งอำนวยความสะดวกการฉายรังสีทางอุตสาหกรรมและโรงพยาบาลบางแห่ง;
- หมวดที่ 4: กิจกรรมและการกระทำที่อาจก่อให้เกิดเหตุฉุกเฉินทางนิวเคลียร์หรือรังสี;
- หมวดที่ 5: พื้นที่ภายในโซนการวางแผนฉุกเฉิน และพื้นที่ที่อยู่ในระยะการวางแผนฉุกเฉินของสถานที่หมวดที่ 1 หรือ หมวดที่ 2 ที่ตั้งอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน

เรือนิวเคลียร์ที่เดินทางเข้าสู่ดินแดนไทย สิ่งอำนวยความสะดวกการฉายรังสีทางอุตสาหกรรมและโรงพยาบาลบางแห่ง กิจกรรมและการกระทำที่อาจก่อให้เกิดเหตุฉุกเฉินทางนิวเคลียร์หรือรังสี พื้นที่ภายในเขตการวางแผนฉุกเฉิน และพื้นที่ที่อยู่ในระยะการวางแผนฉุกเฉินของสถานที่หมวดที่ 1 หรือ หมวดที่ 2 ที่ตั้งอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน การระบุความเสี่ยงหลักเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีแผนที่จะสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ แต่มีเครื่องปฏิกรณ์นิวเคลียร์เพื่อการวิจัยในกรุงเทพมหานคร ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์หลายประการ รวมถึงการผลิตไอโซโทปรังสีสำหรับเวชศาสตร์นิวเคลียร์และการวิจัย การใช้ในอุตสาหกรรม และการฝึกอบรม

ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกของทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA) และเป็นผู้ลงนามในสนธิสัญญาและอนุสัญญาหลายฉบับในสาขาหลักด้านความปลอดภัย ความมั่นคง และการคุ้มครองของทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสีวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาว่าด้วยการแจ้งเหตุทางนิวเคลียร์โดยเร็วและอนุสัญญาว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือในกรณีเกิดอุบัติเหตุทางนิวเคลียร์หรือเหตุฉุกเฉินทางรังสี

อนุสัญญาอันหลังนี้ถูกนำมาใช้เพื่อขอความช่วยเหลือจากทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศในการตอบโต้อุบัติเหตุทางรังสีที่รุนแรงในจังหวัดสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2543 โดยมีผู้ป่วย 17 ราย ได้รับความเดือดร้อนจากการได้รับรังสีมากเกินไป ผู้ป่วย 10 ราย ได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บจากรังสี และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย บทเรียนจากประสบการณ์นี้มีส่วนช่วยในการแก้ไขและเสริมสร้างแผนเตรียมความพร้อมระดับชาติสำหรับเหตุฉุกเฉินด้านรังสี

สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ รายงานว่ามีอุปกรณ์ที่จำเป็น การฝึกอบรม และแนวปฏิบัติในการตอบโต้ต่อเหตุฉุกเฉิน

ประเทศไทยได้จัดให้มีระบบรวมศูนย์ในการติดตามระดับกัมมันตภาพรังสีเป็นประจำ และระบบเตือนภัยล่วงหน้าที่ครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ทั่วประเทศ ระบบตรวจสอบแกมมามีการติดตั้ง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศที่กำหนดไว้

มีการจัดเตรียมอย่างเป็นทางการสำหรับกิจกรรมการออกใบอนุญาตที่เกี่ยวข้องกับการใช้แหล่งกัมมันตภาพรังสี บัญชีรายการแหล่งที่มา และความปลอดภัยในการทำงานสำหรับผู้ที่ใช้ที่ได้รับใบอนุญาต มีระบบการฝึกอบรมออนไลน์สำหรับผู้รับใบอนุญาตทุกคน และมีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ

ประเทศไทยมีส่วนร่วมในโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศกับทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ¹⁰ และคณะกรรมาธิการยุโรป (EC) โดยมีเป้าหมายในการเป็นผู้นำระดับภูมิภาคในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และให้การสนับสนุนประเทศเพื่อนบ้านในอนาคต

การสร้างกลไกประสานงานการทำงานกับภาคส่วนด้านสาธารณสุขเป็นกระบวนการที่กำลังดำเนินอยู่ การติดต่ออย่างไม่เป็นทางการระหว่างสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติและกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีอยู่ แต่สิ่งเหล่านี้ควรจัดให้มีอย่างเป็นทางการและคงไว้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ความสามารถของภาคสาธารณสุขในการจัดการกับบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจากรังสีหรือการปนเปื้อนภายในด้วยนิวไคลด์กัมมันตรังสีดูเหมือนจะไม่เต็มประสิทธิภาพ (เช่น ไม่ได้แสดงให้เห็นระเบียบวิธีการจัดการผู้ป่วย และคลังสารที่จำเป็นสำหรับการรักษาอาการบาดเจ็บดังกล่าว - นอกเหนือจากยาเม็ดโพแทสเซียมไอโอไดด์ - ยังไม่ได้กำหนด)

10 National report of Thailand Convention on Nuclear Safety. Bangkok: Office of Atoms for Peace; 2019 (https://www.iaea.org/sites/default/files/national_report_of_thailand_for_the_8th_review_meeting.pdf, accessed 9 June 2023).

ตัวชี้วัดและคะแนน

RE1. กลไกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจจับและตอบโต้เหตุฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์ – 4 คะแนน

จุดแข็ง

- มีระบบเฝ้าระวังทางรังสีพร้อมการตรวจติดตามสิ่งแวดล้อมเป็นประจำทั่วประเทศไทย
- สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติร่วมมือกับกรมศุลกากรได้ติดตั้งเครื่องตรวจจับกัมมันตภาพรังสี ณ ช่องทางเข้าออกประเทศที่กำหนด และให้ข้อมูลแก่สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติอย่างเป็นระบบ
- มีกลไกการแจ้งเตือนทุกวันตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเกี่ยวกับแหล่งกัมมันตภาพรังสี
- มีการประสานงานและแนวปฏิบัติด้านความร่วมมือ (เช่น การฝึกปฏิบัติบ่อยครั้ง)
- ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาระหว่างประเทศสองฉบับเกี่ยวกับการแจ้งเหตุทางนิวเคลียร์โดยเร็วและการให้ความช่วยเหลือในกรณีเกิดอุบัติเหตุทางนิวเคลียร์หรือเหตุฉุกเฉินทางรังสี และได้จัดตั้งความร่วมมือที่เข้มแข็งภายในประชาคมระหว่างประเทศเกี่ยวกับเหตุฉุกเฉินด้านรังสี (เช่น กับทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA) คณะกรรมาธิการยุโรป (EC) และอื่น ๆ).
- มีแผนฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสีวิทยาแห่งชาติ (NNREP) และมีการประสานงานกับองค์กรเผชิญเหตุอื่น ๆ และใช้เป็นประจำ

ความท้าทาย

- จำเป็นต้องมีกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อสนับสนุนแผนฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสีวิทยาแห่งชาติ ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงและสอดคล้องกับกฎหมายและมาตรฐานของทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA)
- ประเทศไทยยังไม่ได้จัดตั้งการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR National Focal Point) และหน่วยงานผู้มีส่วนระดับชาติ (สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ) และเพื่อกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน รวมถึงความร่วมมือในช่วงเวลาของการเตรียมพร้อมและการตอบโต้ การสร้างขีดความสามารถร่วมกัน (การฝึกอบรม การฝึกหัด การแบ่งปันข้อมูล) และการกำหนดระเบียบปฏิบัติและมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ที่ชัดเจน
- ความสามารถด้านทรัพยากรบุคคลจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างเพิ่มเติมผ่านการฝึกอบรมและการศึกษาอย่างสม่ำเสมอรวมถึงกลุ่มเจ้าหน้าที่แนวหน้าซึ่งต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติมในการตรวจจับและตอบโต้ต่อเหตุฉุกเฉิน
- ควรจะมีแนวทางการจัดการทางคลินิกสำหรับการวินิจฉัยและการจัดการการบาดเจ็บจากรังสี
- จำเป็นต้องมีการเตรียมการเพื่อการเข้าถึงคลังยาเฉพาอย่างรวดเร็ว
- ความสามารถในการประเมินปริมาณรังสีส่วนบุคคล (รวมถึงห้องปฏิบัติการมาตรวัดทางชีวภาพและการตรวจวิเคราะห์ทางชีวภาพสำหรับการติดตามการปนเปื้อนภายใน) จำเป็นต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติม

RE2. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์ – 4 คะแนน

จุดแข็ง

- แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2557
- จัดให้มีระบบห้องปฏิบัติการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติเพื่อติดตามและวัดระดับรังสีเพื่อรองรับการตอบโต้ฉุกเฉินด้านรังสี ข้อมูลจะถูกแบ่งปันกับชุมชนระหว่างประเทศของหน่วยงานผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉินด้านรังสี
- ประเทศไทยได้กำหนดระดับการแทรกแซงการปฏิบัติงานระดับชาติสำหรับการดำเนินการป้องกันฉุกเฉินแต่ละครั้ง (เช่น ที่พักพิง การกระจายยาเม็ดโพแทสเซียมไอโอไดด์ การอพยพ การดำเนินการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม ฯลฯ) ตามมาตรฐานความปลอดภัยสากลสำหรับเหตุฉุกเฉินด้านรังสี
- มีการฝึกซ้อมแผนฉุกเฉินเป็นประจำ
- มีการจัดตั้งความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง
- การแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก่อตั้งขึ้น และรวมถึงความร่วมมือกับเครือข่ายอาเซียน (ASEAN) และเครือข่ายหน่วยงานกำกับดูแลความปลอดภัยจากพลังงานปรมาณูในภูมิภาคอาเซียน (ASEANTOM) (กรอบความร่วมมือเฉพาะสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลนิวเคลียร์ของอาเซียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)
- ประเทศไทยเป็นผู้นำในอาเซียนด้านการตรวจติดตามรังสีและการพัฒนาระบบการตรวจวัดสำหรับสถานีตรวจวัด
- เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการจัดการเหตุฉุกเฉินระหว่างอุบัติเหตุทางนิวเคลียร์และรังสี
- มีคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (เช่น ตำรวจและทีมแพทย์) ในกรณีฉุกเฉินด้านนิวเคลียร์และรังสี



- มีบริการสายด่วนทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับเหตุฉุกเฉินด้านรังสี (สายด่วน: 1296)
- คู่มือสำหรับประชาชนทั่วไปเพื่อใช้ในการค้นหาต้นกำเนิดรังสีที่ไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลหรือในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านรังสี มีอยู่ในเว็บไซต์ของสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

ความท้าทาย

- ฐานข้อมูลการตรวจติดตามที่เครื่องตรวจจับกัมมันตภาพรังสี, ช่องทางเข้าออกประเทศ และสถานีตรวจวัดทั่วประเทศ จำเป็นต้องรวมเป็นหนึ่งเดียว
- เจ้าหน้าที่สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติจำเป็นต้องเข้าถึงการปรับปรุงทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มขีดความสามารถในการตอบโต้ต่อเหตุฉุกเฉินด้านรังสี
- การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินควรได้รับการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการทดสอบที่เกี่ยวข้องกับภาคสาธารณสุข
- กฎระเบียบและมาตรฐานระดับชาติจำเป็นสำหรับการสนับสนุนการติดตามตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในกรณีฉุกเฉินด้านรังสี
- ประเทศไทยต้องการเงินทุนที่ทำให้ดีขึ้นเพื่อสนับสนุนความสามารถหลักในด้านนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการที่มีความสำคัญสูง

- สรุปลงและตรากฎหมายเพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. 2562 ทั่วทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ที่เป็นทางการสำหรับการแจ้งและประสานงานกับจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR National Focal Point) ในกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉินทางรังสีหรือนิวเคลียร์
- จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ด่านหน้าและผู้เผชิญเหตุฉุกเฉินให้มากขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุ บนโต๊ะ และการฝึกซ้อมแผนภาคสนาม รวมทั้งความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีระเบียบวิธีปฏิบัติในการจัดการทางคลินิกสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุฉุกเฉินทางรังสี และบุคลากรในโรงพยาบาลเฉพาะทางได้รับการฝึกอบรมในการใช้ระเบียบวิธีปฏิบัติเหล่านี้ นอกจากนี้ควรจัดทำวิธีการ และมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) สำหรับการเข้าถึงเวชภัณฑ์ (คลังเวชภัณฑ์) ที่จำเป็นสำหรับการรักษาอาการบาดเจ็บจากรังสี
- จัดให้มีการจัดเตรียมที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ รวมทั้งการสนับสนุนจากภาคเอกชนด้วย

ภาคผนวก: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ JEE

สถานที่และวันที่ปฏิบัติการกิจ

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม–4 พฤศจิกายน 2565

สมาชิกในทีมประเมิน:

- Karen Sliter (หัวหน้าทีม), ทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ
- Sohel Saikat (รองหัวหน้าทีม), สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Rajesh Sreedharan (รองหัวหน้าทีม), สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Yolanda Bayugo, สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Nienke Bruinsma, สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Zhanat Carr, สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Haydn Cole, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งสหราชอาณาจักร
- Michelle Dynes, กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ
- Maung Maung Htike, สำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- Genevieve Howse, สำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก
- Meredith Labarda, มหาวิทยาลัยฟิลิปินส์
- Jeffrey LeJeune, องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ
- Vania Lopes, สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- John MacArthur, ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา
- Mohamed Mousif, กระทรวงสาธารณสุขโมร็อกโก
- Dhamari Naidoo, สำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- Eric J Nilles, มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา
- Howard Njoo, ผู้เชี่ยวชาญด้าน IHR ของรัฐภาคีที่ได้รับการแต่งตั้งสำหรับแคนาดา
- Mark Nunn, นักเขียน
- Reuben Samuel, สำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- Ni Ketut Susilarini, สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพแห่งชาติอินโดนีเซีย
- Anthony Twyman, สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
- Laure Weber-Vintzel, องค์การอนามัยสัตว์โลกสำนักงานใหญ่สุขภาพสัตว์องค์การโลก
- Ye Xu, ธนาคารพัฒนาเอเชีย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินขีดความสามารถและสมรรถนะของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับ 19 ด้านทางเทคนิคของเครื่องมือ JEE ให้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อสนับสนุนความพยายามของประเทศไทยในการปฏิรูปและปรับปรุงความมั่นคงด้านสาธารณสุข

กระบวนการ JEE

กระบวนการ JEE เป็นการทบทวนแบบ peer-to-peer การประเมินภายนอกทั้งหมด – รวมถึงการอภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินการตามลำดับความสำคัญ จุดแข็ง พื้นที่ที่ต้องการการเสริมสร้าง แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ความท้าทาย และคะแนน - คือ ร่วมมือกับสมาชิกในทีม JEE และผู้เชี่ยวชาญของประเทศเจ้าภาพที่ต้องการข้อตกลงฉบับสมบูรณ์ในทุกด้านของผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในรายงานขั้นสุดท้าย

หากมีความขัดแย้งที่สำคัญและไม่สามารถประนีประนอมได้ระหว่างสมาชิกในทีมผู้เชี่ยวชาญภายนอกและผู้เชี่ยวชาญของประเทศเจ้าบ้าน หรือระหว่างผู้เชี่ยวชาญภายนอก หรือระหว่างผู้เชี่ยวชาญของประเทศเจ้าบ้าน JEE หัวหน้าทีมจะเป็นผู้ตัดสินผล สิ่งนี้จะถูกบันทึกไว้ในรายงานขั้นสุดท้ายพร้อมกับเหตุผลสำหรับท่าทีของแต่ละฝ่าย

ข้อจำกัดและสมมติฐาน

- การประเมินกำหนดเวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งจำกัดปริมาณและความลึกของข้อมูลที่สามารถจัดการได้
- คาดว่าผลการประเมินนี้จะเปิดเผยต่อสาธารณะ
- การประเมินไม่ใช่แค่การตรวจสอบเท่านั้น ข้อมูลที่ประเทศไทยมอบให้จะไม่ได้รับการตรวจสอบโดยอิสระ แต่จะมีการหารือและคะแนนการประเมินที่ตกลงร่วมกันโดยประเทศเจ้าบ้านและทีมประเมิน นี่คือการทบทวนแบบ peer-to-peer

รายชื่อผู้เข้าร่วมประเมิน และองค์กรผู้ร่วมการประเมินในประเทศ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมหลัก (key Participants) สำนักนายกรัฐมนตรี

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| • นายอนุทิน ชาญวีรกูล | สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี |
| • นางสาววีราภา บุญหมื่น | สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ |
| • นายสรวิชัย กาญจนวนา | สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ |
| • นายพลากร ดาวเจริญ | สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ |
| • นายชินีร์ คล้ายสังข์ | สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา |
| • นางทัศนีย์ ผลชานิกโก | กรมประชาสัมพันธ์ |
| • นางมจรินทร์ ทองนวล | กรมประชาสัมพันธ์ |
| • นายภควัต พรหมเพ็ญ | กรมประชาสัมพันธ์ |

กระทรวงกลาโหม

- | | |
|--|--|
| • พลโท พจน์ เอ็มพันธ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม |
| • พลโท หม่อมเจ้า เฉลิมศึก ยุคล | กรมวิทยาศาสตร์ทหารบก |
| • พันเอก ภคเดชน์ มหัจฉริยวงศ์ | กรมยุทธบริการทหารบก กองบัญชาการกองทัพไทย |
| • พันเอก อรรถสิทธิ์ สิทธิถาวร | กองบัญชาการกองทัพไทย |
| • นาวาเอกหญิงลลิตา อีสี่ประดิษฐ์ | กองบัญชาการกองทัพไทย |
| • นาวาโทหญิง ธัญญาพัทธ์ หิรัญรัมย์ | กองบัญชาการกองทัพไทย |
| • พันเอกหญิง ยุพร ทองจันทร์ | กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| • นาวาอากาศโทหญิง อสิริยาภรณ์ หนูนธรรม | กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| • นาวาอากาศโทหญิง ภูริณัฐ ศาลากิจ | กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| • นาวาโทหญิง เปรมใจ สุขศิริ | กรมแพทย์ทหารเรือ |

กระทรวงยุติธรรม

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| • ร้อยโทหญิงชุติมา เจริญพร | กรมราชทัณฑ์ |
| • นางสาวภาสุรีย์ ดวงประทีป | กรมราชทัณฑ์ |
| • นางสาวพิมพ์สิริ สิริสุนทรานนท์ | กรมราชทัณฑ์ |
| • นางสาวชนัญญา สุภารัตน์โชติ | กรมราชทัณฑ์ |

กระทรวงการคลัง

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| • ร้อยตำรวจโท อมรเทพ มหิวรรณ | กรมศุลกากร |
| • นายนิพนธ์ ทองพุก | กรมศุลกากร |
| • นางน้ำฝน ทศพลด้าเกิง | กรมบัญชีกลาง |
| • นางสาววิไลวรรณ ดาราคร | กรมบัญชีกลาง |
| • นางสาวหัตยา อักษรพรหม | สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ |
| • นายพีเนต ต้นศิริ | สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ |
| • นางสาวกฤษฎีกุลยา ไวยกาญจน์ | สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ |
| • นายน้อง เจริญนาค | สำนักงบประมาณ |
| • นางสาวธัญญา ศรีดามา | สำนักงบประมาณ |

กระทรวงการต่างประเทศ

- นายณัฐภานุ นพคุณ
- นางสาวยาใจ บุนนาค
- นางสาวพิศตรีวิภา อววิพันธุ์
- นายฐิติรัฐ ร่องแก้ว
- นายณภัส แดงบุหงา

กระทรวงการต่างประเทศ
กระทรวงการต่างประเทศ
กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย
กรมองค์การระหว่างประเทศ
กรมองค์การระหว่างประเทศ

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

- ร้อยโท สิทธิชัย ตันชสิทธิ์
- นายวัชรกร ทรัพย์สมบูรณ์

สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

- นางสุภาน้อย ทรัพย์สินเสริม
- นางสาวปริญานันท์ ศรีวรรณยศ
- นางสาวสิริวิมล ทำการดี
- นางสาวมัลลิกา แก้ววิเศษ
- นางสาวอัญชลี นามวงษ์
- นางสาวอมรรัตน์ กุศลกลางุวัฒน์
- นางณัฐริมา โฆษิตเจริญกุล
- นายสัตวแพทย์ ดร. ศิษณุ เปรมัชเชษฐ์
- นายสุภัฐ ยงพิศาลภพ
- นายอุดม จันทร์ประไพภัทร
- นางสาวรดา รังสิตยากร
- นางสาวธีรดา โค้ววิเศษสุด
- นางสาวอรปวีณ์ สการะเศรณี
- นางสาวไกล่รุ่ง ทนสรระน้อย
- นายณฤเบศ เนินทอง
- นางสาวสุนนนาฏ เนินกลาง
- นายสัตวแพทย์ ดร. วีรพงษ์ ธนพงศ์ธรรม
- นายสัตวแพทย์ ทศพล เดชขยง
- นายพัสกร ไชยสาร
- คุณอินทอร อีรานูวัฒน์
- คุณอรปวีณ์ สการะเศรณี
- นางสาวนภพรรณ พันภัย
- สัตวแพทย์หญิง นันทพร วันดี
- นางสาวสุมาลี จำเริญ
- นางธรรมรัฐ สุขจิต
- นายเชมพรรษ บุญโญ
- นางสาววิไลภรณ์ วงศ์พฤกษาสูง
- นายพีรวิทย์ บุญปางบรรพ
- นางนวพร วัตเดลล์
- สัตวแพทย์หญิง บุชรา สิทธิวิเชียรวงศ์
- นางสาวพีรดา ศิริวัชรวงษ์
- สัตวแพทย์หญิง จุฬาพร ศรีหนา
- นางสาวสุชญา สุขกัลดี
- นางสาวพัสวี ภัคพงศ์
- นางสาวพอใจ รัตนปนัดดา
- นางสาวเปรมวดี ยศอิ
- นางสาวสุภาพร วงศ์ศรีไชย
- นายพิทักษ์ ชายสม
- นางสาวพิศุทธิกาญจน์ แสงวิสุทธิ
- นางสาวศรดาญมณี กระจ่างวงษ์

กรมประมง
กรมประมง
กรมประมง
กรมวิชาการเกษตร
กรมวิชาการเกษตร
กรมวิชาการเกษตร
กรมวิชาการเกษตร
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์
สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ

กระทรวงคมนาคม

- นางสาวพรพิมล แก้วงาม
- นางสาวฉวีรัตน์ สุทธิโสภณ
- นางสาวเพลงพิน จิวะเกียรติ
- นายปณิธิศร์ เอื้อสุดกิจ
- นายภาณุวัฒน์ ผิวพรรณ
- นายสังจา พันธวงษ์
- นางสาวมณฑกัญญา บรจจแต่้ม
- นางสาวธนาวดี เทพานนท์
- พลอากาศโท นายแพทย์ มานพ จิตต์จรัส
- นายแพทย์ พัฒน์พงษ์ ไชยนิคม
- นางวิชัยญา บุรรัักษ์
- นายธเนศ กาญจนสวัสดิ์
- นางอุมาพร ผิวสุวรรณ

- กระทรวงคมนาคม
- กรมทางหลวง
- กรมทางหลวง
- กรมทางหลวง
- กรมเจ้าท่า
- กรมเจ้าท่า
- กรมท่าอากาศยาน
- กรมท่าอากาศยาน
- สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
- บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน)
- บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน)
- การทำเรือแห่งประเทศไทย
- การทำเรือแห่งประเทศไทย

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- นายวุทธิชัย แก้วกระจ่าง
- นายไชโย จุ้ยศิริ
- นางสาวกิริมา นรเดขานนท์
- นางสาวศุภลักษณ์ ประจันทร์
- นายณรงค์ฤทธิ์ สุขปรากฏ
- นายพัฒนา เพชรกรด

- กรมควบคุมมลพิษ
- กรมควบคุมมลพิษ
- กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช
- กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช
- กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช
- กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช

กระทรวงดิจิทัลเศรษฐกิจและสังคม

- นายมนูญ โตะโอโย

กรมอุตุนิยมวิทยา

กระทรวงมหาดไทย

- นางสาวพัลลภรินทร์ ภูกิจ
- นางสาวชัชดาพร บุญพิระณัช
- นางสาวอนัญญา เทียนหอม
- นางสาววิษิณี อีรัตน์
- นางสาวสุวาริ มิ่งเมือง
- นางสุจิตรา ฤทธิ์ดี
- นายเฉลิมรัตน์ จันทร์สีวานนท์
- นายวรานนท์ สมคิด

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

- ดร. อีรพัทธ์ มานวงศ์
- นายจักรนรินทร์ ดุมนัน
- นางสาวมนต์ดา ธรรมศรีธา
- นางสาววรารมภ์ สุขชัยจิต

- สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
- สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

- นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์
- นางสาวพิมพ์รัตน์ บัวลอยเลิศ
- นางมุสตี บุญคุ้ม
- นางสาวประไพพิมพ์ รัตนคเชนทร์
- นางสาวธัญจิรา เพ็ญสิริกุล
- นางอติภัทร คูหา
- นางสาววัลรัตน์ ฝั้นแสน
- นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา
- นางสาวฉวีรัตน์กร เดชา

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

• ดร. ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
• นางสาวกัญญารัตน์ กรรมสุต	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
• นางสาววีรยา แก้วกลม	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
• นางสาวธัญพร น้อยราย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
• นางสาวเพชรมณี วิริยะสีบงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
• นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ชจรศักดิ์ แก้วจรัส	กรมควบคุมโรค
• นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงวรรณภา หาญเชาว์วรกุล	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์อนุพงษ์ สุจริยากุล	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงชุติพร จิระพงษา	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงวารัลักษณ์ ตั้งคณะกุล	กรมควบคุมโรค
• สัตวแพทย์หญิงเสาวพักตร์ ฮั่นจำลอง	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ครรชิต ลิ้มปาญจนารัตน์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์สมชาย พิระปกรณ์	กรมควบคุมโรค
• สัตวแพทย์หญิงดาริกา กิ่งเนตร	กรมควบคุมโรค
• สัตวแพทย์หญิง สุธาร์ตน์ ดำรงค์วัฒนโกคิน	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์วิชาญ ปาวัน	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงสุนัน วัชรสินธุ์	กรมควบคุมโรค
• นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์ล้ำ	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ชนินันท์ สนั่นไชย	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์โรม บัวทอง	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	กรมควบคุมโรค
• นายนิรุติ นิรุติธรรมธธา	กรมควบคุมโรค
• นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์หิรัญวุฒิ แพร่คุณธรรม	กรมควบคุมโรค
• นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ	กรมควบคุมโรค
• นางสาวสุทธีณี มโนสมุทร	กรมควบคุมโรค
• นายสัตวแพทย์ชิตี หุ่นอุตถุพงษ์	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงภาวินี ดำรงเงิน	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงธนวดี จันทร์เทียน	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์รัฐพงษ์ ปุริวงศ์	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงปรีธดา วัฒนศรี	กรมควบคุมโรค
• สัตวแพทย์หญิงรัตนพร ตั้งวังวิวัฒน์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ปณิธิ ธรรมวิจิตร	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงพันธุ์ทิพย์ อธิชัย	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์สรรพสิทธิ์ ศรีแสง	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงศรุตยา วงศ์สุวรรณพร	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงสิริยากร ธนะสิทธิ์ชัย	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์วีโรดม ศรสุรินทร์	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงภัททิยา วิชญะพงศ์	กรมควบคุมโรค
• นายแพทย์ชณะสาร แสงวงผล	กรมควบคุมโรค
• นางสาวจุฬารัตน์ อากาศพิทะกุล	กรมควบคุมโรค
• นางสาววัลลยา เศรษฐประณายน	กรมควบคุมโรค

- นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ
- นายแพทย์ชัยศิริ ศรีเจริญจิตร
- แพทย์หญิงลลลลธิดา เจริญพงษ์
- นายวิศิษฐ์ มูลศาสตร์
- นางสาววินนระดา คงเดชศักดิ์ดา
- นางสาวอัมไพวรรณ พวงกำหยาด
- นางสาววัลย์พร วิสิฐนนทชัย
- นายชุมแพ สมบูรณ์
- นางสาวพิมลอร พรรณชูล
- นายรัฐพงษ์ เทพาโส
- นางสาวณัฐธิดา ฮอทรินทร์
- นางสาววินนระดา คงเดชศักดิ์ดา
- นางสาวสุนนมาลย์ อุทยมกุล
- นางสาวอุบลวรรณ พุ่มไสว
- นางนันทน์ภัส วงษ์พิรา
- นางสาวบุตษรา นาคลำภา
- นายอภิชัย พจน์เลิศอรุณ
- นางสาวปิ่นดา ตรีระรัตน์
- นายพนิต ทองพูล
- นางสาวพิชชญาญุช สมนาม
- นายวิรัตน์ พลเลิศ
- นางสาวจิราวรรณ เวฬุวนารักษ์
- นางสาวรัตนพร ตั้งวังวิวัฒน์
- นางสาวชฎาภรณ์ เพียรเจริญ
- นางสาวไอรินดา วิศิษฎ์พรกุล
- นายอภิสิทธิ์ นันทะภูมิ
- นางสาวนิจสิรี จันทร์แก้ว
- นางสาวชนัดดา ตั้งวงศ์จุลนิยม
- นางสาวศันสนีย์ ผลประเสริฐ
- นางสาวกิตติยา ฝ่ายเจริญ
- นายโกวิท บุญมีพงศ์
- นางสาวสุทธินีย์ มโนสมุทร
- นายนรุตม์ พัฒนไพศาลชัย
- นายกฤษฏาบัณ ปานไ้
- นางสาววราลี พรหมกะจัน
- นางสาววางคณา จันทร์สุข
- นางสาวจรรยา อุปมัย
- นางสาวชนิษฐา สำเภาทอง
- นางสาวประภาพร สมพงษ์
- นางเมตตา คำพิบูลย์
- นายฐิติรัตน์ รุ่งฤทธิ
- นางสาวพินดา โกมลนาค
- นายกฤษกร คนหาญ
- นายอลงกรณ์ โคถึก
- นายวุฒิชัย ช่อละลาศรี
- นายประเสริฐ เหลืองเจริญกุล
- นางสาวภัทรวดี อินวกุล
- นายกมลพัฒน์ คำยา
- นางสาวนรินทร์ดา ไชยพาน
- นายณัฐพล ศรีเกษม
- นางสาววรุจยา แก้วทรัพย์ศักดิ์

กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค

• นางกาญจนา คงศักดิ์ตระกูล	กรมควบคุมโรค
• นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์	กรมควบคุมโรค
• นางสาวปาจารีย์ อักษรนิตย์	กรมควบคุมโรค
• นางสาววรรณนา สามารถ	กรมควบคุมโรค
• นายดิศภูมิ ศิยะพงษ์	กรมควบคุมโรค
• นายอนุชิต สายศร	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงสิริรักษ์ ธนะสกุลประเสริฐ	กรมควบคุมโรค
• นางวารุภรณ์ เทียนทอง	กรมควบคุมโรค
• นางอนงนาฏ มโนภิรมย์	กรมควบคุมโรค
• นางสาวมยุรฉัตร เบี้ยกลาง	กรมควบคุมโรค
• นายวิชณกรณ์ กวยลี	กรมควบคุมโรค
• นายณัฐรัชต์ ราชศิลา	กรมควบคุมโรค
• นายคุณภาพ คงเจือ	กรมควบคุมโรค
• นายเทวพร जानนอก	กรมควบคุมโรค
• นายสุรรัตน์ ผลทอง	กรมควบคุมโรค
• นายพรชัย เกิดศิริ	กรมควบคุมโรค
• นายวชิรพันธ์ ชัยนนธิ	กรมควบคุมโรค
• แพทย์หญิงสุทธิพร ประกาสโส	กรมควบคุมโรค
• นางอรณิชา อินทร์ก	กรมควบคุมโรค
• นายเอกภพ บุญเครือข่าย	กรมควบคุมโรค
• นางสาววรียา อินตะมนตรี	กรมควบคุมโรค
• นางสาวกมลชนก ช่วยจันทร์	กรมควบคุมโรค
• นางสาวชุลีพร ชัยนนธิ	กรมควบคุมโรค
• นางสาวณนทสรวง กัลยาศิริ	กรมควบคุมโรค
• นางสาวประภรณ์ พรหมเอี้ยง	กรมควบคุมโรค
• นางสาวศนิษา เจริญผล	กรมควบคุมโรค
• นางสาววรรณภรณ์ เก่งการณ์	กรมควบคุมโรค
• นางสาวธนภรณ์ งามสมทรัพย์	กรมควบคุมโรค
• นายธำนิษฐ์ สังข์ทอง	กรมควบคุมโรค
• นางสาวพิชชาภา กลีบคำเจียม	กรมควบคุมโรค
• นางสาววิกานต์ บุญยะประดับ	กรมควบคุมโรค
• นางสาวศุภรัตน์ ศรีสุข	กรมควบคุมโรค
• นางสาวเป็รัมย์กมล สังข์ทรัพย์	กรมควบคุมโรค
• นายวัฒนา มะสังหล	กรมควบคุมโรค
• นายจิตรภาณุ ศรีเดช	กรมควบคุมโรค
• นางสาวตรีอมร วิสุทธิศิริ	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
• นางรุจิรา ตระกูลพั้ว	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
• นางศิริมา ธนันทน์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
• นายธนรงค์ ดวงเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
• นายแพทย์พีริยะ วตะกุลสิน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
• นายขวลิต แก้วก	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
• นางสาวณัฐทิชา หงษ์สามสิบหก	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
• นายนิธูรณ์ เพ็ชรสินเดชากุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
• นางเพ็ญศรี ไผ่รัตน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
• นางสาวทานรัตน์ จำงโพธิ์แจ้	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
• นางสาวโชติรส คระรัมย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
• แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
• นางมนตรียา อุ่นเทียมโสม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
• นายอรุณ เทียงอาษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
• แพทย์ธรวาทย์ อุปพงษ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
• ดร. วรวิทย์ ชาญวิรัตน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

- นางสาวอัญชลี จิตรภักดิ์
 - นางสาวจิรารัตน์ เทศะศิลป์
 - นางสาวเยาวเรศ อุปมายันต์
 - นางสาวใจพร พุ่มคำ
 - นางสาวนันทิยา สมเจตนากุล
 - นายเรวูฒิ ทองวัน
 - นางสาวสุกัญญา นำสวัสดิ์
 - นางสาวสิริมา ปุณณินท์
 - นางสาวนงเยาว์ ประทีปะจิตติ
 - นางสาวนิตา ภูพิชญ์พงษ์
 - นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ
 - นางสาวกนกเนตร รัตนจันท
 - นางสาวจิตพรพรรณ จันทราช
 - นายพลวัฒน์ พุทธิรักษ์
 - นางสาวปรียานุช เรื่องทัญญวนิช
 - นางสาวยุพิน ไฉ่แปง
 - นายภิญญาพัชญ์ จุลสุข
 - นางสาวพรนิกาญจน วังกุ่ม
 - นางณิรณัฐ อาภาจรัส
 - นางสาวสิจมาน ตรันจรรย์
 - นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง
 - นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล
 - นางพันธวีรา เวยสาร
 - เรืออากาศเอก นายแพทย์อัฉริยะ แพงมา
 - นายแพทย์ชัยพร สุขชาติสุนทร
 - ดร. พิเชษฐ์ หนองช้าง
 - นางสาวดั่งฝัน พรหมขำ
 - นายแพทย์ปฎิภาคย์ นมะหุต
 - นายแพทย์กฤษ สี่ทองอิน
 - นายแพทย์สาธิต ทิมขำ
 - นางวิไลลักษณ์ วิสาสะ
 - นายแพทย์นคร เปรมศรี
 - แพทย์หญิงสุนทร ชื่นกิจมงคล
 - นายวรวิช บุญยาพิษฐาน
 - นางสาวผาณิตา โกมลมาลย์
 - นางสาวอัญญารัตน์ ธรรมเจริญ
 - นางสาวณัฐญา อนุรัฐพันธุ์
 - นายสมชัย เจ็ดเสริมอนันต์
 - รองศาสตราจารย์นายสัตวแพทย์ปานเทพ รัตนากร
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กรมอนามัย
กรมอนามัย
กรมอนามัย
กรมอนามัย
กรมอนามัย
กรมอนามัย
กรมสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สภาเทคนิคการแพทย์
เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย

กระทรวงอุตสาหกรรม

- นางสาวปัทมวรรณ คุณประเสริฐ กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นางสาวปิยะพร เขียรเจริญ กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นางสาวธนธร ยอดสมสวย กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นางสาวกฤติยา เหมือนใจ กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นายนนต์ฉัตร อู่ยี่น กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นางสาวจณัญญา อ่อนศรี กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- นางสาวสุคนธ์ เอี่ยมอนันต์ กรมโรงงานอุตสาหกรรม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- ดร. จิตภินันท์ วงษ์จันทร์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ดร. พีรดา ภูมิสวัสดิ์ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
- นายโรดมวิชัย เทียมศักดิ์ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว

กระทรวงแรงงาน

- นางสาวชัมัยพร เทพานวล กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

- พันตำรวจโทนิยม กาแข็ง กองการต่างประเทศ

สำนักอัยการสูงสุด

- นายกุลชัย ทองลงยา สำนักงานอัยการสูงสุด

มหาวิทยาลัยมหิดล

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย วนานุกูล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ยงค์ รงค์รุ่งเรือง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กำธร มาลาธรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
- นายแพทย์สมหวัง ด่านชัยวิจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สมาคมชีวรักษ์ (ประเทศไทย)

- ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุดา ลุยศิริโรจนกุล
- ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีสิน คุณสมิทธิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ดร. สุภาภรณ์ วัชรพฤษชาติ ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

- สัตวแพทย์หญิงบาร์บารา คันทันท์
- นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท
- แพทย์หญิงจรัสดาว บุญยธิ

องค์การนอกภาครัฐ

- นางสาวหลินฟ้า อุบัติชัย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

เอกสารประกอบที่จัดทำโดยประเทศเจ้าภาพ

01. เครื่องมือทางกฎหมาย

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560
- พระราชบัญญัติการร่างกฎหมายและการประเมินกฎหมาย พ.ศ. 2562
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักกรรมและวิธีปฏิบัติในการกำกับดูแลกิจการที่ดี พ.ศ. 2546
- พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548
- การทำแผนที่ทางกฎหมาย การประเมินทางกฎหมาย หรือรายงานการประเมินผลของเครื่องมือทางกฎหมาย

02. งบประมาณ

- ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 <http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2019/10/NationalStrategy-Eng-Final-25-OCT-2019.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- แผนแม่บทแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2580 <http://nscr.nesdc.go.th/master-plans/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย).
- พระราชบัญญัติควบคุมโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2558
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- แผนบริหารจัดการความเสี่ยงจากสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2558 https://www.disaster.go.th/upload/download/file_attach/584115d64fcee.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- พระราชบัญญัติวิธีพิจารณางบประมาณ พ.ศ. 2561
- การจัดทำงบประมาณในประเทศไทย คณะทำงานเจ้าหน้าที่งบประมาณอาวุโส องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา. [https://one.oecd.org/document/GOV/PGC/SBO\(2020\)15/En/pdf](https://one.oecd.org/document/GOV/PGC/SBO(2020)15/En/pdf) (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2566)

03. การประสานงาน บทบาทหน่วย/ผู้ประสานงาน กฎอนามัยระหว่างประเทศและการขยายการดำเนินงาน

- มติคณะรัฐมนตรี 5 มิถุนายน 2550 (มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขประสานงาน IHR)
- ดำเนินการร่วมกับทุกกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1359/2563 คณะกรรมการ IHR แห่งชาติ พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2563.
- แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแห่งชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579
- แผนพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคและอันตรายต่อสุขภาพแห่งชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579.
- แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ (NAPHS) พ.ศ. 2561-2565
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. พ.ศ. 2558 (พ.ศ. 2558).
- การประชุมเชิงปฏิบัติการเชื่อมโยงระดับชาติว่าด้วยกฎระเบียบด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (IHR) และการปฏิบัติงานของ
- รายงานเส้นทางบริการสัตว์แพทย์ (PVS) ปี 2565
- การทบทวนการดำเนินการภายในร่วมของการตอบสนองด้านสาธารณสุขต่อโรคโควิด 19 ในประเทศไทย
- สรุปการฝึกซ้อมแผนโต้ตอบในการในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย
- กระบวนการทบทวนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพถ้วนหน้า (UHPR): ประสบการณ์ของประเทศไทย
- SOP สำหรับรายงานประจำปีของภูมิภาค IHR/SOP สำหรับ PHEIC

04. การดำเนินงานด้านจุลชีพ

- แผนยุทธศาสตร์ชาติเรื่องการต่อต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 <https://amrthailand.net/> (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2566)
- รายงานความคืบหน้ากลางภาค: การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านยาต้านจุลชีพของประเทศไทย แนวด้านปี พ.ศ. 2560-2564 <https://amrthailand.net/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- การเฝ้าระวังการต่อต้านจุลชีพแบบบูรณาการของประเทศไทยด้วยแนวทางแนวทางด้านสุขภาพเดียว (<http://narst.dmsc.moph.go.th/>) (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566).
- ศูนย์เฝ้าระวังด้านจุลชีพแห่งชาติ ประเทศไทย (<http://narst.dmsc.moph.go.th/>) (เข้าถึง 10 มิถุนายน 2566)
- คำแนะนำในการเฝ้าระวัง MDRO ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง <http://amrboe.moph.go.th/amr-web/?lang=th> (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566)

- หลักปฏิบัติในการเฝ้าระวังและติดตามการดื้อยาต้านจุลชีพในปศุสัตว์ https://www.acfs.go.th/files/files/commodity-standard/20220427152220_576764.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2559)
- รายงานสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทยเกี่ยวกับการบริโภคน้ำดื่มและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื้อยาต้านจุลชีพในปี 2561 <https://ihppthaigov.net/publication/thailandsonethealthreportantonantimicrobial> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย.2566)
- แนวทางการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล <https://drive.google.co/file/d/16UAqSDdUMM94GbNe-kscHol3AsnwhcyK/view> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- แนวทางการจัดการ AMR แบบบูรณาการในโรงพยาบาล https://amrthailand.net/uploads/Strategy/73/Final_Factsheet_IAM_EN.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- บทใหม่ในการจัดการกับการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j2423.full.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- แผนยุทธศาสตร์ชาติเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย (<https://wncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381094/pdf/BLT.20.280644.pdf>) (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)

05. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

- การประชุมเชิงปฏิบัติการเชื่อมโยงระดับชาติว่าด้วยกฎระเบียบด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (IHR) และการปฏิบัติงานของ
- รายงานเส้นทางบริการสัตว์แพทย์ (PVS) ปี 2022
- บันทึกความเข้าใจสำหรับงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหนึ่งงาน
- ร่างรายงานขั้นสุดท้ายสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของโรคจากสัตว์สู่คนด้านสุขภาพหนึ่งรายการ
- ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580
- แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง
- MOU สำหรับงานสุขภาพหนึ่งเดียว
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับสุขภาพ 1 ฉบับ
- สรุปรายการประเมินความเสี่ยงร่วม
- เครือข่ายโรคพิษสุนัขบ้าไทย <http://www.thairabies.net/trn/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- ระบบเฝ้าระวังอัจฉริยะทางอิเล็กทรอนิกส์ <http://esmartsur.net/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคใช้สัตว์
- แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพสัตว์ปี 2022
- การเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ (รายงาน 506) <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>
- รายงานการเฝ้าระวังระบาดวิทยารายสัปดาห์: https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/ (ภาษาไทย)
- คำสั่งคณะกรรมการโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัด
- รายงานการสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดสระแก้วและสงขลา
- รายงานการฝึกจำลอง
- การทบทวนการดำเนินการภายในร่วมของการตอบสนองด้านสาธารณสุขต่อโรคโควิด 19 ในประเทศไทย
- แบบฝึกหัดบนโต๊ะสำหรับโรคใช้สัตว์
- สรุปรายการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะที่ดำเนินการในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย
- พระราชบัญญัติป้องกันการทารุณกรรมและสวัสดิภาพสัตว์ พ.ศ. 2557 <https://legal.dld.go.th/web2012/ข่าว/P15/153/ความโหดร้าย%20การป้องกัน%20และ%20สวัสดิการ%20OF%20ANIMAL%20ACT,%20B.E.%202557.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023)

06. อาหารปลอดภัย

- การเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ (รายงาน 506) (<http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>)
- การเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (EBS)
- คำจำกัดความกรณีเฝ้าระวังโรคติดต่อ ประเทศไทย พ.ศ. 2563 <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1142920210518092542.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023)

- โครงการฝึกอบรม CDCU สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เรื่อง หลักระบาดวิทยา การระบาด การสอบสวนและการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดจากอาหาร
- โครงการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบอาหาร
- มาตรฐานและแนวปฏิบัติสำหรับทีมรับรู้สถานการณ์ ทีมสืบสวนร่วม และการเฝ้าระวัง และทีมงานตอบสนองอย่างรวดเร็ว <http://103.40.150.229/EOC/Content/2563-SATJITSRRT-DDC.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ภาษาไทย)
- รายชื่อห้องปฏิบัติการเอกชนและขอบเขตของรายการทดสอบที่ลงทะเบียนเพื่อถ่ายโอนภารกิจการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์ <https://qcontrol.dld.go.th/images/stories/Transferringlivestockproducts/03%20listlab.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- การเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566).
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลศูนย์ INFOSAN ผ่านกลุ่มอีเมล: infosanthailand@moph.mail.go.th
- แนวปฏิบัติระดับชาติสำหรับแผนเผชิญเหตุฉุกเฉินด้านความปลอดภัยของอาหาร
- ขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานของ INFOSAN ประเทศไทย
- กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรครายสัปดาห์ https://ddc.moph.go.th/uploads/files_en/36420210819112013.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023)
- การสื่อสารความเสี่ยง <https://ddc.moph.go.th/brc/publishinfo.php?info> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย).
- การจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหาร <http://foodsafety.moph.go.th/main/?p=list&detail=&sec=34>. (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 , ภาษาไทย)

07. ความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ

- พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558
- การแจ้งและการออกหนังสือรับรองการแจ้งการผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย ขนส่ง หรือมีไว้ในครอบครองเชื้อโรคกลุ่มที่ 2 หรือพิษจากสัตว์กลุ่มที่ 1 พ.ศ. 2563
- รายชื่อเชื้อโรคที่ต้องการควบคุมตามมาตรา 18 พ.ศ. 2561
- พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554
- การรับรองหน่วยงานหรือหน่วยงานที่มีหลักสูตรการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยทางชีวภาพและความปลอดภัยทางชีวภาพ
- รับรองหน่วยงานหรือหน่วยงานที่ผ่านการฝึกอบรมสถานปฏิบัติการระดับ 3
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติควบคุมอาวุธ พ.ศ. 2530
- นโยบาย ข้อกำหนด และเงื่อนไขการรับรองห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสุขภาพ 8 เมษายน 2565
- คู่มือความปลอดภัยทางชีวภาพในห้องปฏิบัติการ (แปลจากแนวปฏิบัติของ WHO)
- คู่มือความปลอดภัยทางชีวภาพในห้องปฏิบัติการของสถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ (NIAH)
- คำแนะนำการทำงานด้านความปลอดภัยทางชีวภาพในห้องปฏิบัติการ
- แบบฟอร์มการตรวจสอบภายในด้านความปลอดภัยทางชีวภาพและความปลอดภัยทางชีวภาพของ NIAH
- เครื่องมือทำแผนที่ห้องปฏิบัติการ (FAO-LMT)
- รายงานพันธกิจด้านการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางชีวภาพที่ NIAH โดย Dr. Stuart Blacksell (FAO)
- แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยทางชีวภาพประจำสถาบันของ NIAH

08. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

- ตารางการฉีดวัคซีนแห่งชาติ
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- แผนเสริมสร้างความเข้มแข็งสำหรับโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติ (NIP) เพื่อเตรียมพร้อมรับมือการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 เฟส
- คู่มือผู้ใช้ VMI สำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติ
- คู่มือมาตรฐานการสร้างภูมิคุ้มกัน

- คำสั่งให้ยกระดับและรักษาความครอบคลุมของวัคซีน
- แผนปฏิบัติการสร้างภูมิคุ้มกันประจำปี

09. ห้องปฏิบัติการระดับชาติ

- พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. พ.ศ. 2558 (พ.ศ. 2558).
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. พ.ศ. 2541)..
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. พ.ศ. 2545 (2545)..
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. พ.ศ. 2558 (พ.ศ. 2558).
- คู่มือการเก็บตัวอย่างและบริการห้องปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ 2559.
- คู่มือแบคทีเรียวิทยาและเชื้อราในโรงพยาบาล พ.ศ. 2561 (ISBN 978-616-11-3803-5)
- คู่มือห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564 (ISBN 978-616-11-4778-5)
- คู่มือการวินิจฉัยโรค SARS-CoV-2 ในห้องปฏิบัติการ ปี 2564 (ISBN 978-616-11-4644-3)
- เครือข่ายห้องปฏิบัติการโรคอุบัติใหม่ 2021. (<http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/covid/EIDLabNetwork.pdf>)

10. การเฝ้าระวังโรค

- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- คู่มือการเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ
- รายชื่อโรคติดต่อที่มีลำดับความสำคัญสูงตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ (2558)
- รายชื่อโรค/เหตุการณ์ผิดปกติ/การระบาด และเกณฑ์ภายใต้การเฝ้าระวังตามเหตุการณ์
- การเฝ้าระวังตามเหตุการณ์
- สมุดบันทึกตามเหตุการณ์และการตรวจสอบที่สถานพยาบาลทุกแห่ง
- โปรแกรม R506.
- แนวปฏิบัติของระบบการรายงาน R506
- คู่มือการทำงานของการทำงานเฝ้าระวังตามเหตุการณ์
- แนวทางการเฝ้าระวัง: SOP สำหรับการเฝ้าระวังสำหรับทีมเฝ้าระวังและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (SRRT)
- รายงานการทัศนศึกษาจากการลงพื้นที่เพื่อติดตามประเด็นการเฝ้าระวัง
- รายงานผลการทัศนศึกษาประเมินผลการเฝ้าระวัง
- รายงานจากการประเมิน SRRT
- หลักสูตรของ FETP/FEMT รวมถึงจำนวนการฝึกอบรมและผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- เอกสารการฝึกอบรมในระดับภูมิภาคหรือระดับจังหวัด
- ทีมงานให้ความรู้สถานการณ์ (SAT) ปฐมนิเทศกรมควบคุมโรค และแนวทาง.
- หนังสือแนะนำเผยแพร่ไปยังบริการด้านสุขภาพทั้งหมดเพื่อจัดให้มีวิธีการรายงานการตอบสนอง EID
- รายงานและแผนการสร้างขีดความสามารถมนุษย์เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล
- การวิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานรายสัปดาห์ และรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี)
- แนวทาง/SOP สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล
- รายงานการประชุมจากศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว และคณะกรรมการโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนระดับชาติและระดับจังหวัด
- แนวทางการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โรคฉี่หนู และโรคเท้าติดต่อก
- เว็บไซต์สถานการณ์การระบาดจากผู้จัดการ SAT ไปยัง SMEs ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับกระทรวงสาธารณสุขและภายนอก
- รายงานการเฝ้าระวังแสดงบนเว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา
- โบรชัวร์นาฬิกา DDC
- รายงานประจำปีสำนักระบาดวิทยา
- รายงานการเฝ้าระวังระบาดวิทยารายสัปดาห์ (WESR) อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ
- รายงานประจำปีสำหรับการเฝ้าระวังห้องปฏิบัติการ

- คู่มือการพัฒนารายงาน ILI
- สรุปรูปสถานการณ์การเฝ้าระวังของ AFP
- รายงานประจำสัปดาห์ของทิม Situation Awareness (SAT)
- สรุปรายการประชุมนโยบาย
- การไหลของระบบการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและแนวปฏิบัติในการแจ้งเหตุฉุกเฉิน
- ศูนย์ปฏิบัติการ (EOC) และผู้จัดการ SAT
- คู่มือการปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ด้านการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์
- แนวปฏิบัติสำหรับระบบการรายงานการเฝ้าระวังโรคที่มีลำดับความสำคัญ พ.ศ. 2555
- หนังสืออย่างเป็นทางการเพื่อแจ้งบริการสุขภาพถึงวิธีการรายงานการเฝ้าระวังโรค
- แนวทางการพัฒนารายงานการเฝ้าระวัง

11. ทรัพยากรมนุษย์ กำลังคนด้านสุขภาพ

- แผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุข. https://hr.moph.go.th/site/letter/asset/files/12_46962019-07-23.pdf
- ร่างแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อพัฒนาและสร้างขีดความสามารถด้านระบาดวิทยาภาคสนามเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของชาติในประเทศไทย 2566-2575.
- แผนยุทธศาสตร์กรมปศุสัตว์. https://dld.go.th/th/images/stories/aboutus/organization_chart/2561/strategy2561_2565.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- แดชบอร์ดการจัดทำแผนที่ทรัพยากร <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/>
- ฐานข้อมูลนักระบาดวิทยาภาคสนาม: <http://164.115.45.89/th/index.php> (เข้าถึงมิถุนายน 2566)
- SOP ของทรัพยากรบุคคลในระหว่างสถานการณ์ฉุกเฉิน:
- กองควบคุมโรคในกรณีฉุกเฉิน รายงานประจำปี พ.ศ. 2564 (2564). <https://anyflip.com/volzo/exdk/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- สำนักงาน ก.พ. และระบบ กอ.รรมน. <https://www.ocsc.go.th/english/ocsc> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566).
- สำนักงานทรัพยากรบุคคลเพื่อการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ โปรแกรมนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- น.สริตากริภักษ์, แพทย์คุณนถธรรม. การศึกษาอัตราการสูญเสียของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาสายเฝ้าระวังและความรวดเร็ว. *ทีมงานตอบรับ. วารสารควบคุมโรค.* 2014;40(3):250–9.

12. การจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ

- แผนจัดการความเสี่ยงจากสาธารณสุขภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 https://www.disaster.go.th/upload/download/file_attach/584115d64fcee.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 <https://corporate.airportthai.co.th/storage/2021/03/CDA-B.E.-2558-A.D.-2015-Unofficial-edit20.06.59.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) แก้ไขครั้งแรก 2018 <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebook-MOPH-20-yrs-plan-2017-Final-Eng-120961.pdf>
- SOP ของ PHEOC
- รายงาน AAR เกี่ยวกับการดำเนินการจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสำหรับโรคโควิด 19

13. การเชื่อมโยงหน่วยงานด้านสาธารณสุขและความมั่นคง

- การดำเนินงานของ CCSA ในกรุงเทพฯ ได้ทำการฝึกจำลองสถานการณ์โรคโควิด 19 ในกรุงเทพฯ
- แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วันศุกร์ที่ 4 มิถุนายน 2564 <https://www.mhesi.go.th/index.php/news-and-announce-all/news-all/pr-news/3821-gistda-2019.html> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023, ภาษาไทย)
- การฝึกอบรมปฏิบัติการร่วมของกองทัพเรือไทยบูรณาการกับการฝึกอบรมการจัดการวิกฤตการณ์ระดับชาติ (ซี-เม็กซ์ 2022). https://www.navy.mi.th/index.php/main/detail/content_id/22067 (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ภาษาไทย)
- รายงาน AAR เกี่ยวกับการดำเนินการจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสำหรับโรคโควิด 19

14. การให้บริการด้านสุขภาพ

- CPG เกี่ยวกับโควิด 19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ฉบับแก้ไข #25 ลงวันที่ 29 กันยายน 2022 โดยกรมการแพทย์.
- แผนความต่อเนื่องทางธุรกิจสำหรับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล: BCP สำหรับโรคอุบัติใหม่ในสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพ (แผนแม่บท) และ BCP ของโรงพยาบาลในแผนบริการสุขภาพระดับภูมิภาค 13 แผนกทั่วประเทศไทย
- แผนจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570
- แผนปฏิบัติการ “The Big Rock” ด้านสาธารณสุข.
- แผนปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2567-2570
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

15. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- แผนแม่บทระดับชาติด้านการป้องกันและควบคุม HAI พ.ศ. 2562-2564
- แผนแม่บทระดับชาติด้านการป้องกันและควบคุม HAI พ.ศ. 2566-2570
- มาตรฐานโรงพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
- คู่มือโปรแกรมเฝ้าระวัง IPC และ AMR
- อัปเดตคู่มือแนวปฏิบัติ IPC ระดับชาติปี 2563
- รายงานประจำปีของ NICC
- แนวทางเกณฑ์กำหนดการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การวิจัยเรื่อง WASH ในสถานพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2562
- มาตรฐานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN
- การก่อสร้างและปรับปรุงสถานพยาบาล 2560
- รับมือกับความท้าทายของ IPC ในประเทศไทย พ.ศ. 2565
- การจัดการ EIDs (บทเรียนจากโควิด 19) ปี 2564
- ป้องกัน AMR 2019

16. การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน

- เว็บไซต์กรมควบคุมโรค: <https://ddc.moph.go.th/en/index.php> and <https://ddc.moph.go.th/brc/index.php> (accessed 10 June 2023).
- DATARISKCOM DDC: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th> (accessed 10 June 2023, in Thai).
- Media DDC (accessed 10 June 2023, in Thai):
- <https://liff.line.me/1645278921-kWRPP32q?accountId=bzg3674m>
- <https://www.facebook.com/profile.php?id=100068069971811>
- https://twitter.com/ddc_riskcom?s=11&t=E8SI9xSCRfyBpRN5gXsmFA
- https://www.tiktok.com/@ddc.official?_t=8WQymT9gJs2&_r=1
- https://instagram.com/ddcthailand_official?igshid=YmMyMTA2M2Y=
- <https://m.youtube.com/c/%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84/featured>
- R.5.1 ระบบการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน (RCCE) สำหรับเหตุฉุกเฉิน (เข้าถึงได้ 10 มิถุนายน 2566):
- https://www.disaster.go.th/upload/download/file_attach/584115d64fcee.pdf
- http://project-wre.eng.chula.ac.th/watercu_eng/sites/default/files/lecture%20intro%202112681%20materials/9%20Disaster%20Prevention%20and%20Mitigation%20Act%202550.pdf
- https://drive.google.com/file/d/1xnkEo98C7Ez9kU_AcvTz03hnEhS_KjiW/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1fpV5Lt_4U3GlfB4oUTw3tYe6SJ5lUtek/view?usp=sharing
- <https://drive.google.com/file/d/1hSloW42T6SV90-bE18rNLctOfTRj8V8l/view?usp=sharing>
- https://drive.google.com/file/d/1rl-fi_O8W-VR5_kM80mK6M4YosjsW7GY/view?usp=sharing

- https://drive.google.com/file/d/1v82BVw5OK8Q7YtxZ_gFfeucEJnoZEVH1/view?usp=sharing
- <https://drive.google.com/file/d/1jCUhg3EKbuPNuRtgeVoX9RnWullAPfYb/view?usp=sharing>
- R. 5.2 การสื่อสารความเสี่ยง (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566):
- <https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid>
- https://m.facebook.com/ThaiMFA/videos/395103802614972/?extid=CL-UNK-UNK-UNK-AN_GK0TGK1C-GK2C
- <https://drive.google.com/file/d/11PznPXaO0acR-LM8cJaDahN2Y8L4SqdT/view?usp=sharing>
- https://drive.google.com/file/d/1QcdaZtToTKxELtEryysbO0RMW_lIclbU/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1WTD7y-dvM31PTesMK7rhdq4_SSoS8rg7/view?usp=sharing
- <https://drive.google.com/file/d/1YUTHfls32ofQSEoe1QjuLTi2d3YYaGy0/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1NPGt46-sPj4-ooJkH2PXnQohmzCcHgmX/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1yvgXFASSJzfKt4TA4QLedX5R5s-AArc/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1XY47cdBNm6SM-C6LnA7QjxD8x68MbfW/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1QJwSGUFev6XffjblMvZE7vObQqEbRb/view?usp=sharing>
- https://drive.google.com/file/d/1VeUT0sBWGjrDKWIE7fr3U8u89weJOGUP/view?usp=share_link
- <https://drive.google.com/file/d/11uEavr9XVNdLXgWiQL-Rn8l8WoU4HKpr/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1IgrHniYOGi6ihOgdrK0aYMwGs2K7ipMA/view?usp=sharing>
- https://drive.google.com/file/d/1hAi_FPH8namq6tWNWZYqtUqKnCK_QnoM/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1ZUzBZ1qsBezdxJP_kY6ourFMREOR6bDw/view?usp=sharing
- <https://drive.google.com/file/d/1MGM33ku9joPyVWZ38ip1dwZpfd5oDg76/view?usp=sharing>
- <https://drive.google.com/file/d/1YPaPc2jrFzCR1glhakP04CnwHuk8YpYd/view?usp=sharing>
- R.5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566):
- https://drive.google.com/file/d/1V_q4DNKJlRy39VkbloQ_IgxELiOMuuj/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1V_q4DNKJlRy39VkbloQ_IgxELiOMuuj/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1h_xcoelaOEK6ytNnC2_4_YCuppvm6G3y/view?usp=sharing
- https://drive.google.com/file/d/1A5tUNMFVWVOC_lpLal3VbOWzVD76ylq0/view?usp=sharing

17. ช่องทางเข้าออกประเทศและสุขภาพชายแดน

- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570. <https://dmcrth.dmcr.go.th/attachment/dw/download.php?WP=nKq4MUNjoGy3ZHkCoMoAhKGtnJg4WaN4oGA3A0j1oH9axUF5nrO4MNo7o3Q o7o3Q> (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566)
- พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/ทั่วไป/DATA0001/00001422.PDF>
- บันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรกัมพูชาว่าด้วยความร่วมมือทวิภาคีเพื่อจัดการค้ามนุษย์ในเด็กและสตรีและช่วยเหลือผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ https://www.ilo.org/asia/info/WCMS_160926/lang-en/index.htm
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER056/GENERAL/DATA0002/00002353.PDF>
- แนวทางการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. คลังการค้าแห่งชาติของประเทศไทย. thailandntr.com (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (พ.ศ. 2548) กฎหมาย OD ศูนย์ข้อมูลแม่โขง opendevdevelopmentcambodia.net (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)

18. เหตุการณ์ทางเคมี

- แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2564
- แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2564
- แผนแม่บทการจัดการสารเคมี พ.ศ. 2562-2580
- กลยุทธ์แผนปฏิบัติการการจัดการสารเคมี พ.ศ. 2562-2565
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 <https://www.diw.go.th/webdiw/law-haz/>
- พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
- พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
- การปรับปรุงและรักษาพระราชบัญญัติคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554
- พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ.2518
- แผนบริหารจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570
https://www.disaster.go.th/upload/download/file_attach/584115d64fcee.pdf
- แผนปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565
- ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่อง ชี้แจงการสัมพัทธสารเคมีทางเดินหายใจเฉียบพลัน กรมควบคุมมลพิษ. <https://www.pcd.go.th/laws/5155>
- บัญชีรายชื่อวัตถุอันตรายตามบัญชี 5.1 (บัญชีรายชื่อสารควบคุม) ที่มีการนำเข้า-ส่งออก การแจ้งเตือนในช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2564
- ไตเรกทอรีข้อมูลสารเคมีและวัตถุอันตราย <http://inventory.diw.go.th/hazarous61/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังสารเคมี ปี 2564 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/2564_18022022.pdf .
- กองจัดการกากของเสียและวัตถุอันตราย กรมควบคุมมลพิษ ประจำปีรายงานปี 2564 <https://www.pcd.go.th/publication/25304> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- สถิติอุบัติเหตุ พ.ศ. 2564 กองส่งเสริมเทคโนโลยีความปลอดภัยอุตสาหกรรม. <http://reg3.diw.go.th/ety/%e0%b8%ໂພສະນາ%e0%b8%b8%e0%b8%9a%e0%b8%b1%e0%b8%95%e0%b8%b4%e0%b9%80%e0%b8%ab%e0%b8%95%e0%b8%b8/> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- คู่มือการปฏิบัติงานภาคสนามสำหรับผู้บังคับบัญชา ณ ที่เกิดเหตุสารเคมี กรมควบคุมมลพิษ <https://www.pcd.go.th/publication/5101> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
- ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. <https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/>.
- ศูนย์ควบคุมสารพิษศิริราช โรงพยาบาลศิริราช. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/shtc/> (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2566)
- ศูนย์บำบัดพิษตะวันออก โรงพยาบาลระยอง. <http://www.rayonghospital.net/toxiccentre> (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2566)
- ศูนย์ความร่วมมือ WHO เพื่อป้องกันและควบคุมพิษ <https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?A3urjfLcTpuCfza890bjdA==> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- ฐานข้อมูลความปลอดภัยทางเคมีของอาเซียน - ญี่ปุ่น <https://www.ajcsd.org> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)

19. เหตุฉุกเฉินด้านรังสี

- พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 http://project-wre.eng.chula.ac.th/watercu_eng/sites/default/files/lecture%20intro%20112681%20materials/9%20Disaster%20Prevention%20and%20Mitigation%20Act%202550.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023)
- แผนบริหารจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 https://www.disaster.go.th/upload/download/file_แบบ/584115d64fcee.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566)
- พระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติภาพ พ.ศ. 2559 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=830950&ext=pdf> (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ภาษาไทย)
- แผนฉุกเฉินนิวเคลียร์และรังสีแห่งชาติ พ.ศ. 2557
- https://www.oap.go.th/images/documents/resources/media-library/publications/EMERGENCY_PLAN.pdf (เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2023)

9789240080270



9 789240 080270