POLICY & OPERATIONAL INPUT • 10 MIN

การเตรียมความพร้อม เพื่อจัดการระบบสาธารณสุข ในภาวะวิกฤติ

กรอบปฏิบัติสำหรับการจัดการ 3 ระยะ
ก่อนเกิดภัย → เผชิญเหตุ → ฟื้นฟู



นายแพทย์สฤษดิ์เดช เจริญไชย
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 | พ.ศ. 2569

รู้ความเสี่ยง • เตรียมระบบให้พร้อม • บริการไม่หยุดชะงัก • ฟื้นฟูให้เข้มแข็ง

ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมรับ ทุกโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มความเสี่ยงสำคัญใน All-Hazards Plan และผลกระทบที่เชื่อมโยงต่อระบบสุขภาพ

กลุ่มความเสี่ยงสำคัญใน All-Hazards Plan

01 ชีวภาพ

02 สิ่งแวดล้อม

03 ธรรมชาติ

04 สารเคมี รังสีและนิวเคลียร์

05 อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

ภัยและความเสี่ยง



ส่งผลกระทบในวงกว้าง

ผลกระทบที่เชื่อมโยงต่อระบบสุขภาพ

01 ชีวิตและสุขภาพ

02 บริการสุขภาพ

03 เศรษฐกิจ

04 สังคมและชุมชน

05 โครงสร้างพื้นฐาน

06 ความมั่นคง

เป้าหมาย | **ลดการสูญเสียชีวิตและทำให้บริการสุขภาพดำเนินต่อเนื่องได้ในทุกวิกฤต**

เปลี่ยนจากการตอบโต้ → การบริหารความเสี่ยง

แนวคิดที่ต้องก้าวข้าม

- รอให้เกิดเหตุแล้วจึงระดมกำลัง
- แต่ละหน่วยงานวางแผนแยกกัน
- ประชาชนรอรับความช่วยเหลือ
- ฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม

แนวคิดที่ต้องพัฒนา

- ประเมินและลดความเสี่ยงล่วงหน้า
- บูรณาการแผน ข้อมูล และทรัพยากร
- ชุมชนร่วมออกแบบและลงมือทำ
- ฟื้นฟูให้ปลอดภัยและเข้มแข็งกว่าเดิม

วัดความสำเร็จจาก “ความสูญเสียที่ป้องกันได้” ไม่ใช่เฉพาะปริมาณการช่วยเหลือ

วิธีคิดของญี่ปุ่น: ลดความสูญเสียจาก Nankai Trough

กรณีศึกษาด้านนโยบาย | Japan, 2025

> “เริ่มจากความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น แล้วออกแบบมาตรการเพื่อลดความสูญเสีย”

01 ประเมินความสูญเสีย

คาดการณ์ผู้เสียชีวิตและผลกระทบ

02 ระบุปัจจัยเสี่ยง

ค้นหาสาเหตุที่ป้องกันได้

03 ออกแบบมาตรการ

อพยพปลอดภัย • อาคารทนภัย • ระบบไฟฟ้าสำรอง

04 วัดผลการลดความสูญเสีย

ประเมินผลและปรับปรุงแผน

เป้าหมายของญี่ปุ่น

80%

เป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่คาดการณ์ลงประมาณ 80% ภายใน 10 ปี

เป็นเป้าหมายเชิงนโยบาย ไม่ใช่ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นแล้ว

ที่มา: Cabinet Office, Japan / Central Disaster Management Council, Nankai Trough Earthquake Disaster Management Basic Plan (ปรับปรุง 1 ก.ค. 2025), bousai.go.jp

ถ้าประเทศไทยนำวิธีคิดนี้มาใช้ ควรทำอย่างไร?

คำถามเดิมที่มักใช้	คำถามใหม่แบบญี่ปุ่น	ตัวชี้วัดที่ควรใช้
มีแผนอพยพกี่แห่ง?	ผู้ป่วยและประชาชนหนีทันกี่คน?	ร้อยละที่อพยพสำเร็จภายในเวลาปลอดภัย
โรงพยาบาลมีเครื่องปั่นไฟหรือไม่?	เมื่อไฟดับ ยังรักษาผู้ป่วยวิกฤตได้นานเท่าไร?	ชั่วโมงที่บริการวิกฤตดำเนินต่อได้
มีรถ EMS กี่คัน?	เมื่อถนนถูกตัด ยังเข้าถึงผู้ป่วยได้หรือไม่?	ร้อยละประชากรเสี่ยงที่เข้าถึง EMS ได้
มีทีม MERT กี่ทีม?	ระดมทีมถึงจุดเกิดเหตุและเริ่มภารกิจเร็วเพียงใด?	เวลาเริ่มปฏิบัติการและกำลังรองรับผู้ป่วย
มีศูนย์พักพิงกี่แห่ง?	ศูนย์พักพิงป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้หรือไม่?	ความครอบคลุมการดูแลกลุ่มเปราะบางและความเสี่ยงสุขภาพที่ได้รับการแก้ไข

ชี้วัดผลจากผลลัพธ์ที่ปกป้องชีวิตและสุขภาพ ไม่ใช่เพียงจำนวนทรัพยากร

Health EDRM เชื่อมโยงกับระบบ 2P2R

วงจรจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และแนวทางที่ใช้ร่วมกันทุกระยะ



1 ป้องกันและลดผลกระทบ
ลดความเสี่ยงและความสูญเสีย

2 เตรียมความพร้อม
วางแผน ฝึกซ้อม เตรียมทรัพยากร

3 ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
บัญชาการ ประสานงาน รักษาบริการ

4 ฟื้นฟูและพัฒนา
คืนบริการ ถอดบทเรียน ปรับปรุงระบบ

5 ประเด็นสำคัญที่ใช้ร่วมกันในทุกระยะของ 2P2R

1 ใช้ความเสี่ยงเป็นฐาน
ประเมินและจัดลำดับความเสี่ยง

2 ระบบสุขภาพยืดหยุ่น
บริการสำคัญปลอดภัยและต่อเนื่อง

3 ร่วมมือหลายภาคส่วน
เชื่อมแผน ข้อมูล และทรัพยากร

4 ชุมชนมีส่วนร่วม
วางแผนและลงมือปฏิบัติ

5 เรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง
ฝึกซ้อม ถอดบทเรียน ปรับปรุง

ทั้ง 5 ประเด็นเป็นกลไกสนับสนุนที่ต้องใช้พร้อมกันในทุกระยะ ไม่ใช่การแบ่งหนึ่งประเด็นต่อหนึ่งระยะ

หมายเหตุ: 5 ประเด็นเป็นการสังเคราะห์เพื่อการนำเสนอ ไม่ใช่ 5 องค์ประกอบทางการของ WHO; Health EDRM Framework (2019) มี 10 องค์ประกอบหลัก

สรุปผลการดำเนินงานรามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 - 2570

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ภาพรวมความก้าวหน้าการดำเนินงาน สำหรับผู้บริหาร

4 ยุทธศาสตร์

15 กลยุทธ์

81 กระบวนการ 66 เป้าประสงค์ 15

เป้าหมายปี 2570
ยกระดับความพร้อมแบบ All Hazards บูรณาการแผน งาน และงบประมาณ โดย กสธฉ. เป็นหน่วยงานแกนกลาง

ภาพรวมความก้าวหน้า

ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569 (9 เดือน)
100%	98.44%	95.31%
สำเร็จ 100% (59/59)	สำเร็จ 98.44% (63/64)	สำเร็จ 95.31% (61/64)

จุดเด่นสำคัญ

- ฝึกซ้อมแผนครบทุกจังหวัด **100%**
- พื้นฟูบริการโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง **97.25%**
- ภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน **100%**

ประเด็นเร่งรัด

- จังหวัดผ่านเกณฑ์ PHEOC **68.4%** (52/76) ต่ำกว่าเป้าหมาย 80%
- สถานบริการได้รับผลกระทบจนให้บริการไม่ได้ **26.4%** (67/254) สูงกว่าเป้าหมายไม่เกิน 25%
- ตัวชี้วัดยังไม่แล้วเสร็จ **3 รายการ** อยู่ในยุทธศาสตร์การฟื้นฟู

ข้อเสนอเชิงบริหาร

1. เร่งพัฒนา PHEOC จังหวัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์
2. ยกระดับ Disaster Risk Assessment, DBH และ BCP
3. เสริมการป้องกันโรคหลังสาธารณภัย
4. เร่งพัฒนาทีม EMT/MERT และระบบ PDNA

ข้อค้นพบหลัก: ระบบและกระบวนการพัฒนาได้ดี **แต่หลลัพธ์ด้านการลดความสูญเสียยังต้องเร่งรัด**

DBH: โรงพยาบาลปลอดภัย บริการต่อเนื่อง

กระบวนการประเมินเพื่อพัฒนาความพร้อมรองรับสาธารณภัย

Disaster Base Hospital : Risk-based Assessment



01 วิเคราะห์ความเสี่ยง

ศึกษาบริบท ความเสี่ยง และผลกระทบต่อการให้บริการ

02 เลือกภัยสำคัญ

ระบุภัยคุกคามที่มีความเสี่ยงสูง ตามบริบทพื้นที่

03 ประเมินความพร้อม

ประเมิน 5 หมวดหลัก ตามแนวทาง DBH

04 จัดทำแผนพัฒนา

ระบุช่องว่างและกำหนดแผนพัฒนาเพื่อยกระดับความพร้อม

เป้าหมาย | **สถานพยาบาลปลอดภัย และให้บริการสำคัญต่อเนื่องได้ในภาวะวิกฤต**

เกณฑ์การประเมิน 5 หมวดหลัก

1. ความปลอดภัยของสถานพยาบาล
2. การบริหารจัดการและบัญชาการเหตุการณ์
3. ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะวิกฤต
4. กำลังคนและทีมปฏิบัติการ
5. โลจิสติกส์และการประสานงาน

"ประเมินเพื่อค้นหา**ช่องว่างความพร้อม และพัฒนา**ให้โรงพยาบาลสามารถ**รักษาบริการสำคัญได้อย่างต่อเนื่อง**ในภาวะวิกฤต"

6 เสาหลักการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

กรอบข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

01 รู้ความเสี่ยงและเตรียมพร้อมล่วงหน้า

02 บัญชาการและประสานงาน

03 บริการสุขภาพไม่หยุดชะงัก

04 ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม

05 คน ทรัพยากรและงบประมาณพร้อม

06 ฟื้นฟูและเรียนรู้เพื่อปรับปรุง

3 ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

ลดความสูญเสีย | ระบบสุขภาพปลอดภัย | ประชาชนเข้าถึงบริการได้ต่อเนื่องในทุกวิกฤต

1 รู้ความเสี่ยงล่วงหน้า

ทุกเขตสุขภาพและจังหวัดมีการประเมินความเสี่ยงและช่องว่างความพร้อมของระบบสุขภาพ



2 โรงพยาบาลปลอดภัย บริการไม่หยุดชะงัก

พัฒนา DBH, BCP, EMS และระบบส่งต่อให้พร้อมตามความเสี่ยงของพื้นที่

- **DBH** โรงพยาบาลปลอดภัย
- **BCP** แผนความต่อเนื่อง
- **EMS** บริการฉุกเฉิน
- **ระบบส่งต่อ** ไร้รอยต่อ

3 วัดผลจากความสูญเสียที่ป้องกันได้

ใช้ตัวชี้วัดความปลอดภัย การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่อง และการฟื้นตัวของระบบสุขภาพ

- ความปลอดภัย
- การเข้าถึงบริการ
- ความต่อเนื่อง
- การฟื้นตัว

เป้าหมายสูงสุด | ประเทศไทยมีระบบสุขภาพที่พร้อมรับมือทุกภัย **ลดความสูญเสีย** และให้บริการประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและเท่าเทียม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19

BACK UP

ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม

การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการระบบสาธารณสุข
ในภาวะวิกฤติ

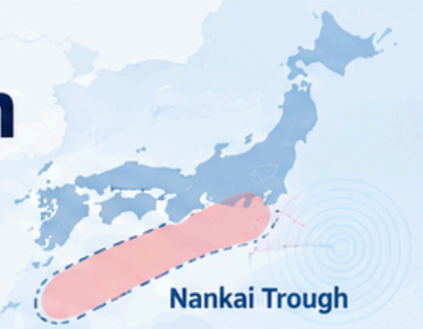


ข้อมูลประกอบการนำเสนอ

วิธีคิดของญี่ปุ่นในการลดความเสี่ยงจาก Nankai Trough



> “เริ่มจากวิเคราะห์ว่า ประชาชนจะเสียชีวิตเพราะอะไร แล้วออกแบบมาตรการเพื่อลดความสูญเสียให้ได้มากที่สุด”



Cabinet Office, Japan (2025)

1 จำลองความสูญเสีย



ประเมินภัยรุนแรงที่สุด
จำนวนผู้เสียชีวิต พื้นที่เสี่ยง
และผลกระทบต่อระบบบริการ

2 ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้



วิเคราะห์สาเหตุสำคัญ เช่น
อพยพไม่ทัน อาคารถล่ม
และโรงพยาบาลหยุดบริการ

3 ออกแบบมาตรการตรงจุด



พัฒนาระบบเตือนภัย เส้นทางและหออพยพ
เสริมความแข็งแรงอาคาร
และระบบสำรองโรงพยาบาล

4 จำลองผลและวัดความสำเร็จ



ประเมินว่ามาตรการช่วยลดผู้เสียชีวิตได้เท่าไร
ประชาชนอพยพทันกี่คน และบริการสุขภาพ
ดำเนินต่อได้เพียงใด

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม



สึนามิ:
สร้างหออพยพและฝึกให้
ประชาชนหนีทันเวลา



แผ่นดินไหว:
เสริมความแข็งแรงอาคาร
ลดการบาดเจ็บและการติดอยู่
ภายใน



สาธารณสุข:
เตรียมโรงพยาบาลให้บริการ
สำคัญต่อเนื่องอย่างน้อย
72 ชั่วโมง

เป้าหมายญี่ปุ่น

ลดผู้เสียชีวิตที่คาดการณ์จากแผ่นดินไหวนันไก

80% ภายใน 10 ปี

(พ.ศ. 2568–2578)

KEY MESSAGE: เปลี่ยนจาก ‘เตรียมพร้อมรับมือภัย’ → ‘ออกแบบมาตรการเพื่อลดการเสียชีวิตที่วัดผลได้’

การประเมินโรงพยาบาลรองรับสถานการณ์สาธารณภัย (DBH)

Disaster Base Hospital : Risk-based Assessment



ประเมินตาม Hospital Risk Profile | **4 ภัยหลัก**: อุทกภัย · แผ่นดินไหว · สารเคมี · การสู้รบ/ความไม่สงบ

1 ที่มา

ความเสี่ยงสาธารณภัยแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ จึงต้องพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เหมาะสมกับความเสี่ยงจริงของแต่ละเขตสุขภาพ

2 ความสำคัญ

คงความปลอดภัยและบริการที่จำเป็น รองรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พร้อมประสานช่วยเหลือและเชื่อมโยงระบบส่งต่อในเครือข่าย

แนวคิดหลัก | Risk-Based Assessment

เลือกประเมินเฉพาะภัยที่มีความเสี่ยงในพื้นที่

1. **วิเคราะห์ความเสี่ยง** — Hospital Risk Profile
2. **เลือกภัยสำคัญ** — น้ำท่วม / แผ่นดินไหว / ฯลฯ
3. **ประเมินความพร้อม** — 5 หมวด • 24 ข้อ
4. **จัดทำแผนพัฒนา** — ระบุ Gap และปรับปรุง

1 ความปลอดภัยของสถานพยาบาล (Hospital Safety)

- โครงสร้างและพื้นที่วิกฤต
- ความปลอดภัยการใช้งาน
- ไฟฟ้า น้ำ ออกซิเจนสำรอง
- เวชภัณฑ์และสารสนเทศ
- ความปลอดภัยบุคลากร/ผู้ป่วย

2 การบริหารจัดการและบัญชาการเหตุการณ์ (Command & Control)

- ICS / EOC
- แผนรองรับทุกภัย
- ติดตามสถานการณ์และทรัพยากร
- สื่อสารและสั่งการ
- ประสานเครือข่าย

3 ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะวิกฤต (Medical & Public Health Services)

- การดูแลผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (MCI)
- Surge Capacity
- บริการสำคัญและกลุ่มเปราะบาง
- ความต่อเนื่องของบริการ
- สุขาภิบาลและควบคุมโรค

4 กำลังคนและทีมปฏิบัติการ (Workforce & Response Teams)

- แผนกำลังคนสำรอง
- ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ
- ทีมปฏิบัติการเฉพาะกิจ MERT, Mini MERT, MCATT, SEHRT
- สวัสดิภาพและความปลอดภัยของบุคลากร
- การสนับสนุนจากเครือข่ายและความช่วยเหลือระหว่างหน่วยงาน

5 โลจิสติกส์และการประสานงาน (Logistics & Coordination)

- สำรองยาและเวชภัณฑ์
- คลังและกระจายทรัพยากร
- EMS และระบบส่งต่อ
- ประสานงานภายใน/ภายนอก
- ระบบสื่อสารสำรอง

โครงสร้างแบบประเมิน: 5 หมวด | 24 ข้อ ต่อ 1 ภัย | 72 คะแนน ต่อ 1 ภัย

เกณฑ์คะแนนและการผ่าน

- คะแนนรวม (Overall Index) ≥ 70%
- ทุกหมวดมีคะแนนความพร้อม ≥ 60%
- ไม่มีข้อใดได้ 0 คะแนน (Critical Gap)

ระดับความพร้อม: ● ≤ 50% วิกฤต · ● 50–69% จำกัด · ● 70–84% พร้อม · ● ≥ 85% สูง