



ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>



มหาอุทกภัย
ปี 2554
บทเรียนจากประสบการณ์



มหาอุทกภัย ปี 2554

บทเรียนจากประสบการณ์

มหาคุทกภัย ปี 2554 : บทเรียนจากประสบการณ์

พิมพ์ครั้งที่ 1	สิงหาคม 2555
จำนวน	1,000 เล่ม
ที่ปรึกษา	นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
ผู้เขียน	ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.)
บรรณาธิการ	นพ.คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ
กองบรรณาธิการ	น.ส.วรรณพร บุญเรือง น.ส.นิธิภา อุดมสาลี น.ส.ฐิติมา นวชินกุล นายศุภชิต สนธิสุข
สนับสนุนและจัดพิมพ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Thailand - IHPP) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund - UNICEF) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) www.december.com ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชันดำการพิมพ์
ภาพประกอบ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ออกแบบรูปเล่ม	ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ที่	ช.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201 www.hsri.or.th

สารบัญ

บทนำ	7
แนวคิดการรับมือภัยพิบัติในขอบเขตบริการการแพทย์และการสาธารณสุข	9
ข้อค้นพบ	11
• ภาพรวม	11
• กลไกเจ้าภาพ	16
• ความพร้อมในการรับมือ	21
ประสบการณ์ปัญหาและบทเรียนสำคัญ	26



คำนำ

ปัญหาอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ได้สร้างความเสียหายแก่ประเทศและประชาชนจำนวนมาก แม้ว่าหน่วยงานต่างๆ จะได้พยายามอย่างเต็มที่ในการเยียวยาความเดือดร้อนดังกล่าว เมื่อปัญหาดังกล่าวทุเลาลง หน่วยงานหลายภาคส่วนจึงให้ความสนใจถอดบทเรียนเพื่อพลิกวิกฤติเป็นโอกาสพัฒนา สำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพต่างๆ อาทิเช่น สำนักบริหารการสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฯลฯ ต่างได้ดำเนินการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการรับมือกับภัยพิบัติของหน่วยงานนั้นๆ ในโอกาสต่อไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า บทเรียนที่หน่วยงานต่างๆ สรุปขึ้นเป็นข้อมูลและความรู้ที่ทรงคุณค่ายิ่ง แต่จะมีประโยชน์มากขึ้น หากได้บูรณาการความรู้ทั้งหมดเข้าด้วยกัน เป็นความรู้เชิงระบบเพื่อเตรียมรับมือกับปัญหาอุทกภัยและภัยพิบัติอื่นๆ ในอนาคต

บทเรียนที่น่าเสนอในครั้งนี้นุ่งเน้นมิติสุขภาพเป็นหลัก และพุ่งประเด็นไปยังการบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสำคัญ โดยประมวลบทเรียนของหน่วยงานดังกล่าว ร่วมกับทบทวนเอกสารวิชาการ พร้อมนำผลการสำรวจครัวเรือนประสบภัยในพื้นที่น้ำท่วม 61 จังหวัดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผ่านการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก มาประกอบการสังเคราะห์ให้ได้บทเรียนที่สะท้อนมิติสุขภาพอย่างครอบคลุม

บทเรียนเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ใช่ความรู้ใหม่ แต่เป็นสิ่งที่เราได้รับการพร่ำสอนผ่านสำนวน สุภาษิต คำพังเพยมาตั้งแต่เด็ก การละเลยข้อคิดดีๆ เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ดังปรากฏในหนังสือเล่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารจัดการ การประสานงาน การตัดสินใจ และระบบสารสนเทศ ความท้าทายของกระบวนการถอดบทเรียนจึงมิใช่เพียงให้ได้มาซึ่งบทเรียน แต่เป็นการเสนอบทเรียนเหล่านี้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อผิดพลาดเหล่านี้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าทุกครั้งที่เผชิญภัยพิบัติ ซึ่งมีแนวโน้มจะอยู่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเราในอนาคต ทั้งนี้ด้วยความหวังหลักว่าโอกาสสูญเสียชีวิตที่ดี สูญเสียทรัพย์สินที่ดี ทุกข์ทรมานกายและใจที่ดี จะเกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะน้อยได้

ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้สละบทเรียนอันคุณค่าเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าสำหรับการสรุปบทเรียนในครั้งนี้ และขอขอบคุณทีมงานวิชาการนำโดย ศ.นพ.ไพฑูรย์ สุริยวงค์ไพศาล ที่ได้ทบทวนเอกสารวิชาการเพิ่มเติมและบูรณาการบทเรียนทั้งหมดในครั้งนี้

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



บทนำ

25 กรกฎาคม 2554 ถึง 16 มกราคม 2555 แผ่นดินกว่า 36 ล้านไร่จมน้ำ ครอบคลุม 65 จังหวัด ตั้งแต่เชียงใหม่จรดกรุงเทพมหานคร สร้างความเดือดร้อนให้ประชาชน 12 ล้านคน อย่างน้อย 815 คนเสียชีวิต อย่างน้อย 5,388,204 คน กลายเป็นผู้พลัดถิ่น 650,000 คนตกลานหรือได้รับผลกระทบ เศรษฐกิจ พินาศ 1.425 ล้านล้านบาท หรือเท่ากับ 7 เท่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ.2554 ในสายตาของสำนักงาน UNISDR* ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก มหาอุทกภัย นี้ถือเป็นความเสียหายขั้นหายนะ ขณะที่ธนาคารโลกจัดอันดับความเสียหายทาง เศรษฐกิจเป็นอันดับ 4 ของโลก ถัดจากแผ่นดินไหวและสึนามิในญี่ปุ่น (2554) แผ่นดินไหวในโกเบ(2538) และเฮอริเคนแคทรีน่า(2548) ความเสียหายครั้งมโหฬารนี้ ไม่จำกัดอยู่เฉพาะประเทศไทย หากยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสู่ประเทศอื่น ทั่วโลก ผ่านการเชื่อมโยงของห่วงโซ่อุปทานข้ามชาติ

* United Nations International Strategy for Disaster Reduction (สำนักงานว่าด้วยภัยพิบัติระหว่างประเทศ เพื่อการลดภัยพิบัติแห่งสหประชาชาติ)

มหาอุทกภัยที่ผ่านมาให้บทเรียนอะไรแก่ระบบบริการสุขภาพ สำหรับปรับตัวลดความสูญเสีย พร้อมเยียวยาผู้ประสบภัยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต คำถามนี้ควรคู่แก่การหาคำตอบ ทางเลือกหนึ่ง คือ การสกัดบทเรียนจากปฏิบัติการตอบโต้มหาอุทกภัยที่ผ่านมาโดยหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักบริหารการสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ผ่านการแลกเปลี่ยนเอกสารสรุปบทเรียนของแต่ละหน่วยงาน การทบทวนเอกสารอื่น การประชุมระดมสมองระหว่างหน่วยงาน ควบคู่การวิเคราะห์ผลการสำรวจครัวเรือนที่ประสบอุทกภัย เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบ ปัญหาและบทเรียน



แนวคิดการรับมือภัยพิบัติในขอบเขต บริการการแพทย์และการสาธารณสุข

เอกสารเกี่ยวกับการรับมือภัยพิบัติขององค์การระหว่างประเทศ ตลอดจนหน่วยงานสำคัญของประเทศไทย ล้วนให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม

1. เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย

- มีแผนอำนวยการและแผนปฏิบัติการที่ถูกต้องทันสมัย ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุก แทนการบริหารจัดการภัยพิบัติเชิงรับ
- มีหน่วยงานเจ้าภาพในกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการวางแผนซ้อมแผน และกระตุ้นสังคมให้ตื่นตัวอยู่เสมอ
- มีงบประมาณรองรับการซ้อมแผน การอบรม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพัฒนาระบบสารสนเทศ การบัญญัติหรือทบทวนกฎข้อบังคับ การสำรองยา/เวชภัณฑ์
- มีการซ้อมแผนและปรับปรุงแผนให้ทันสมัย

2. เตรียมความพร้อมยามเกิดภัย

- ดำเนินตามแผน โดยให้ความสำคัญกับการประสานงานในแนวตั้งและแนวนอน
- ปรับปรุงแผนให้เท่าทันสถานการณ์จริง โดยอาศัยการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ

3. เตรียมความพร้อมหลังเกิดภัย

- ประเมินความต้องการบริการฟื้นฟูพื้นที่ที่เกิดภัย
- ฟื้นฟูพื้นที่ที่พร้อมโดยไม่รอให้ภัยยุติ



ข้อค้นพบ

ภาพรวม

หากถามว่า ณ ช่วงเวลามหาอุทกภัย 2554 หน่วยงานของรัฐมีความพร้อมรับมือเพียงใด ความเห็นจากสื่อมวลชนในประเทศและต่างประเทศบ่งชี้ทิศทางเดียวกันว่ายังไม่พร้อม แผนการรับมืออุทกภัยที่ได้ผลย่อมเป็นไปได้ยากหากยังหาความชัดเจนเกี่ยวกับการบริหารน้ำไม่ได้ ดังข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระดับน้ำในเขื่อนและการปล่อยน้ำจากเขื่อน และแม้เมื่อมหาอุทกภัยผ่านพ้น ความกังวลต่อการเตรียมป้องกันน้ำท่วมยังไม่บรรเทาเบาบาง การทบทวนรายงานประจำปี 2554 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดที่จัดตั้งครอบคลุม 40 จังหวัดไม่เป็นไปตามคาดหวัง MARK SALTER ผู้เชี่ยวชาญจาก HEALTH PROTECTION AGENCY สหราชอาณาจักร มีความเห็นว่าการรับมือทางสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดด้านการวางแผน การตัดสินใจ จึงเป็นไปอย่างฉกฉวย การวางแผนก่อนเกิดภัยและการทำงานร่วมกับนักวิชาการ น่าจะช่วยให้การเตรียมรับมือดีขึ้น เช่น การระบุพื้นที่น้ำท่วมและอาคารที่อาจใช้เป็นศูนย์พักพิง และการสำรองยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากถูกตัดขาดจากบริการรักษาพยาบาล

ผลการสำรวจครัวเรือนที่ประสบภัยน้ำท่วม ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2554 เฉพาะพื้นที่ที่ถูกน้ำท่วมใน 61 จังหวัด¹ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ UNICEF และ WORLD HEALTH ORGANIZATION จำนวน 36,910 ราย พบมีครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้ำท่วม 5.3 ล้านครัวเรือน ในจำนวนนี้มีครัวเรือนที่ถูกน้ำท่วมร้อยละ 73.7 น้ำท่วมขังนอกและในตัวบ้าน นานใกล้เคียงกัน คือ 25—27 วัน น้ำท่วมสูงเฉลี่ย 87-88 ซม. แต่มีครัวเรือน ประมาณร้อยละ 30 ถูกน้ำท่วมขังนานกว่า 30 วัน และประมาณร้อยละ 19 มี น้ำท่วมขังสูงกว่า 120 ซม. โดยพบในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากกว่า ภาคอื่น

ครัวเรือนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.1) มีการเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ น้ำท่วม รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยและยานพาหนะ โดยมีการเตรียมตัวรับมือด้านการเจ็บป่วย (ยารักษาโรคผู้ป่วยเรื้อรัง ยาสามัญ ประจำบ้าน) ร้อยละ 16 และประมาณ 1 ใน 4 ของครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายสำหรับ เตรียมการป้องกันและบรรเทาปัญหาน้ำท่วม โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในช่วง ก่อนน้ำท่วม 5,904 บาทต่อครัวเรือน และช่วงน้ำท่วม 8,419 บาทต่อครัวเรือน

¹ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง 18 จังหวัด (นนทบุรี ปทุมธานี อยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี นครนายก สระแก้ว สุพรรณบุรี นครปฐม และสมุทรสาคร) ภาคเหนือ 16 จังหวัด (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และเพชรบูรณ์) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17 จังหวัด (นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร ชัยภูมิ อำนาจเจริญ บึงกาฬ หนองบัวลำภู ขอนแก่น เลย หนองคาย มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมุกดาหาร) ภาคใต้ 9 จังหวัด (นครศรีธรรมราช พังงา สุราษฎร์ธานี สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส)

ในส่วนเตรียมการเพื่อให้เกิดความพร้อมในการเอาชีวิตรอด มีประชาชนถึง ร้อยละ 51.1 ว่ายน้ำไม่เป็น มีเพียงร้อยละ 18.6 ว่ายน้ำได้ตามมาตรฐานสากล (ว่ายน้ำขึ้นตลิ่งฝั่งตรงข้ามที่มีระยะทาง 25 เมตร ขณะสวมใส่เสื้อผ้าตามปกติ) ผู้ว่ายน้ำได้น้อยกว่า 25 เมตรมีร้อยละ 26.4 (ระยะทางเฉลี่ย 8.49 เมตร) มีเพียง ร้อยละ 3.7 ช่วยเหลือตัวเองได้เพียงลอยคอ/พุงตัวในน้ำ (เวลาเฉลี่ย 10 นาที) เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีว่ายน้ำได้น้อยมาก

น้ำท่วมได้ผลักดันนับล้านออกจากที่อยู่อาศัย จำนวนหนึ่งพึ่งศูนย์พักพิงของรัฐ คำถามที่ตามมาคือคุณภาพการดูแลผู้พักพิงด้านความปลอดภัยต่อชีวิตและ ทรัพย์สิน สมาชิกในครัวเรือนอพยพออกจากพื้นที่ร้อยละ 18.0 โดยอพยพออกไป เฉลี่ยนานกว่า 1 เดือน (39 วัน) อพยพทั้งครัวเรือนร้อยละ 15.2 ผู้ไม่อพยพ (ร้อยละ 82.0) เป็นห่วงบ้าน/ทรัพย์สิน คิดว่าท่วมไม่นาน/ไม่ท่วม ไม่มีที่ไป/ไม่มี เงิน และมีคนชรา/เด็ก/คนป่วย/คนพิการ โดยจะพบว่าคนที่เคยมีประสบการณ์ เกี่ยวกับการรับมือน้ำท่วมมาก่อนหน้านี้มีอัตราการอพยพน้อยลง ครัวเรือนที่ถูก น้ำท่วมขังนานและน้ำท่วมสูงมากมีการอพยพมากกว่า

การทำงานแบบเต็มเวลาลดลงจากร้อยละ 53.0 เป็นร้อยละ 47.2 ขณะที่การ ทำงานแบบไม่เต็มเวลาและการตกงานมีเพิ่มขึ้น รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนลดลง จากช่วงก่อนน้ำท่วมประมาณร้อยละ 10 ครัวเรือนในกรุงเทพมหานครและ ภาคกลางสูญเสียทรัพย์สินและรายได้จากการประกอบอาชีพโดยเฉลี่ยมากกว่า ภาคอื่นหลายเท่า

ครัวเรือนร้อยละ 8.1 มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 0.3 สาเหตุหนึ่งคือไฟฟ้าดูด/ช็อต สมาชิกในครัวเรือนใช้บริการทางการแพทย์ร้อยละ 15.3 ผู้ใช้บริการร้อยละ 18.3 เห็นว่าการให้บริการช่วงน้ำท่วมดีกว่าก่อนน้ำท่วม ร้อยละ 5.2 เห็นว่าแย่ลง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครเห็นว่าแย่ลงสูงถึงร้อยละ 17.3 ช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ครัวเรือนทราบมากที่สุด คือ รถฉุกเฉิน (ร้อยละ 55.0) สายด่วน 1669 มีทราบร้อยละ 47.3 ขณะที่เรือและเฮลิคอปเตอร์ฉุกเฉินมีผู้ทราบน้อยมาก

ภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อมใน กทม.และเมืองอื่นจะมีความเด่นชัดมากกว่าภาวะปกติ เมื่อมหาอุทกภัยมาเยือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าครัวเรือนประสบปัญหาขยะและการกำจัดสิ่งปฏิกูลร้อยละ 32.3 และ 24.2 ตามลำดับ ครัวเรือนในกรุงเทพมหานครและภาคกลางประสบปัญหาดังกล่าวมากกว่าภาคอื่น

น้ำท่วมขังนานนับเดือนในย่านชุมชนที่อยู่อาศัย พาณิชยกรรม เกษตรกรรม อุตสาหกรรม ยังก่อให้เกิดความหวุ่นวิตกเกี่ยวกับการปนเปื้อนสารเคมีและชีวภาพ จะเข้ ออกเฟ้นฟ่านในชุมชนหลายพื้นที่ แม้แต่กรุงเทพมหานคร ขวนให้วิตกเกี่ยวกับความบกพร่องของการบังคับใช้เทศบัญญัติว่าด้วยการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์

ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการดำเนินงานของรัฐบาล ในการแก้ไขปัญหาน้ำท่วม ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันและกู้เส้นทางสายหลัก การให้ข้อมูลข่าวสาร การใช้แรงดันในการดันน้ำ การปรับปรุงสาธารณูปโภค การระบายน้ำออกจากพื้นที่ การใช้ถุงทราย/คันกันน้ำชะลอการไหลของน้ำเข้าท่วมพื้นที่ และการควบคุมการเปิดปิดประตูระบายน้ำ โดยพบว่าความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง

กลไกเจ้าภาพ

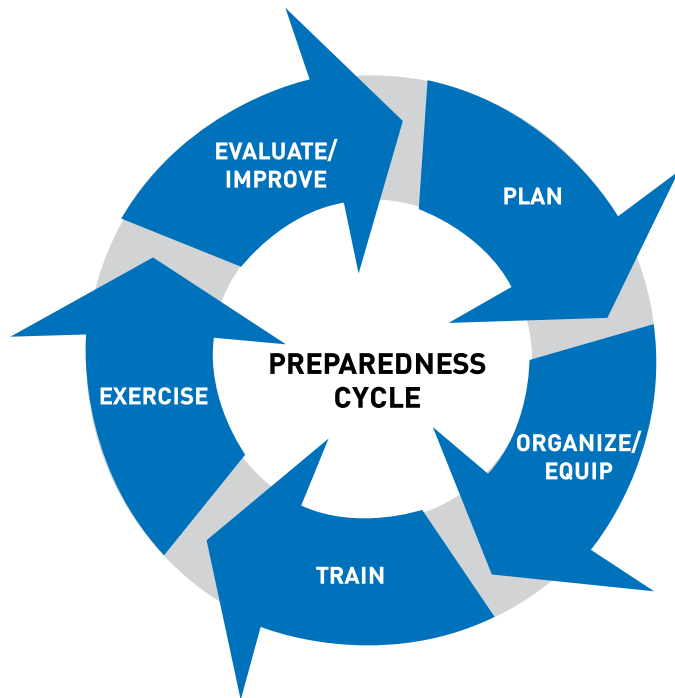
สำหรับประเทศไทย การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ (รูป 1) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ (รูป 2) ทั้งสองกลไกเชื่อมโยงกัน (รูป 3) มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลไกเหมือนกัน คือ การสั่งการ การร้องขอ และการประสานงาน จึงต้องอาศัยการยอมรับ ความเข้าใจ และการตระหนักในสำคัญของการประสานเชื่อมโยง

ภายใต้ระบบราชการที่คุ้นชินการสั่งการแนวดิ่ง การซ่อมแผนเป็นระยะ สม่่าเสมอถือเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่ง อีกประการ คือ การมีกลไกเจ้าภาพที่ทำหน้าที่ส่งเสริมความเชี่ยวชาญด้านการจัดการและทางเทคนิค ดังเช่น FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY ของสหรัฐอเมริกา REGIONAL EMERGENCY MANAGEMENT ADVISORY COMMITTEES ของแคนาดา FEDERAL OFFICE OF CIVIL PROTECTION AND DISASTER ASSISTANCE ของเยอรมนี CHILEAN NATIONAL OFFICE OF EMERGENCIES ของประเทศชิลี เป็นต้น

[illegible]

แม้ประเทศไทยจะมีกลไกเจ้าภาพระดับชาติ แต่ยามเกิดภัยพิบัติกลับไม่พบหลักฐานความพร้อมต่อความต้องการในสถานการณ์จริง ประเทศที่เผชิญภัยพิบัติอยู่เนืองๆ อาทิ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น จีน ให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง มีการหมั่นฝึกซ้อมและปรับแผนรับมือภัยพิบัติให้ทันสมัย หมุนเป็นวงจรเตรียมความพร้อม (รูป 4) สำหรับประเทศไทยซึ่งไม่ได้เผชิญภัยพิบัติบ่อยครั้ง การหมุนวงจรนี้อย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน เปรียบเช่นการซ้อมปฏิบัติการคือบราซิลที่โดดเด่นในการเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงระหว่างประเทศต่อเนื่องมา 31 ปี

รูป 4 วงจรเตรียมความพร้อม



ความพร้อมในการรับมือ

1) ก่อนเกิดภัย

แม้จะมีโครงสร้างและสายบังคับบัญชาชัดเจน แต่จุดที่ไม่ชัดเจน คือ เนื้อหาของแผนอำนวยการและการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ อาทิ ภาควิชาชุมชนและภาคเอกชน

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนปฏิบัติการตอบโต้ ครอบคลุมโรคไม่มีแผนรองรับกรณีเกิดอุทกภัย มีเพียงการแจ้งเตือนหน่วยงานระดับจังหวัดให้ดำเนินการป้องกันโรค กรมอนามัยมีแผนด้านการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เพื่อแก้ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีแผนปฏิบัติการ แต่ยังขาดความชัดเจนด้านขอบเขตความรับผิดชอบว่าครอบคลุมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลทั้งการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่

ฉะนั้น การซ้อมแผนยังไม่เพียงพอ ดังข้อความ “การประสานงานและสั่งการยังมีความซ้ำซ้อน” จากบันทึกบทเรียนของกรมควบคุมโรค หรือ “การประสานขอข้อมูลจากหน่วยงานอื่นทำได้ยาก เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์ แต่ละหน่วยก็มีการกักตุน ไม่มีการให้ข้อมูลได้ ขาดข้อมูลที่เป็นจริงในสถานการณ์จริง” จากบันทึกบทเรียนของกรมอนามัย

ผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัยระบุว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริง ไม่มีใครสนใจทำตามแผนหรือขั้นตอนที่กำหนดไว้ แต่ทำตามคำสั่ง และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามสภาพปัญหา อาจเป็นเพราะไม่มีการซ้อมแผน หรืออาจเป็นเพราะแผนกับ

สถานการณ์จริงไม่สอดคล้อง โรงพยาบาลแถบชายฝั่งตะวันออก (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด) ซึ่งรองรับผู้ป่วยหนักจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ประสบปัญหาการประสานงานที่สับสน ขาดการหารือ ผลวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับบทเรียนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบความจำเป็นในการปรับปรุงระบบส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลสนามและโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน

บทเรียนของกรมควบคุมโรคพบว่า พื้นที่จัดเก็บเวชภัณฑ์มีไม่เพียงพอและเสี่ยงต่อน้ำท่วม ระบบสารสนเทศมีลักษณะตั้งรับมากกว่ารุก ขณะที่สำนักบริหารการสาธารณสุขเสนอให้อพยพหรือส่งต่อผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ และส่งสัญญาณแจ้งเตือนเพื่อขอการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ในระยะยาว ทั้งหมดนี้บ่งชี้การขาดซึ่งการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เพียงพอ กรมอนามัยระบุว่าแผนที่เตรียมไว้เป็นแผนตั้งรับ แต่ไม่ได้ดำเนินการเมื่อเกิดเหตุจริง แม้จะมีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมโดยสุ่มตรวจคุณภาพน้ำจากโรงงานอุตสาหกรรมระยะน้ำลด เฉพาะจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการสำรวจการเจ็บป่วยจากสิ่งแวดล้อมในสามจังหวัด (อยุธยา ปทุมธานี ลพบุรี)

โครงสร้างกลไกเจ้าภาพระดับชาติและระดับจังหวัดในการวางแผน ซ้อมแผน และกระตุ้นสังคมในส่วนบริการการแพทย์และบริการสาธารณสุขยังขาดความชัดเจน เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ปรากฏหมวดรายจ่ายด้านนี้ในสรุปผลการจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2555 ขณะที่กรมอนามัยมีงบประมาณสำหรับหน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ

นอกจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งมีแผนรองรับและดำเนินการซ้อมจริงร่วมกับหน่วยงานระหว่างประเทศในภาวะภัยพิบัติแล้ว ไม่มีหลักฐานบ่งชี้ว่ามีแผนและการซ้อมแผนเกี่ยวกับอุทกภัยโดยหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นกรมอนามัยที่ระบุว่ามิมีแผน แต่ไม่ได้ทำตามแผน เพราะไม่ได้ซ้อมแผน

หลังอุทกภัย กระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเผชิญเหตุ โดยกำหนดให้มีระบบสั่งการที่ชัดเจน มีการซ้อมแผน มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข แต่ยังคงขาดความชัดเจนว่าหน่วยงานใดคือเจ้าภาพที่จะคอยกระตุ้น ติดตาม และสนับสนุนให้คำสั่งการมีผลในทางปฏิบัติต่อเนื่องจริงจัง

2) เมื่อเกิดภัย

สำนักบริหารการสาธารณสุขมีการสั่งการชัดเจนไปยังภูมิภาค ทำให้การปรับย้ายสถานที่ให้บริการของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประสบความสำเร็จ และแม้จะมีอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน แต่ในที่สุดการส่งต่อสามารถดำเนินการได้ครบ ไม่ปรากฏหลักฐานว่าศูนย์บูรณาการประสานการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ยามเกิดภัยพิบัติขนาดใหญ่และรุนแรง ได้ให้ความช่วยเหลือ บรรเทาความเดือดร้อน และป้องกันการสูญเสียชีวิตและความพิการของประชาชนที่ได้รับภัยพิบัติใน 24-72 ชั่วโมงแรกครอบคลุมเพียงใด การกำกับติดตามและประเมินผลในส่วนบริการสาธารณสุขยังพบความซ้ำซ้อนของการประสานงานและสั่งการ

ผลและอุปสรรคของการดำเนินการมีดังนี้

- สถานการณ์ไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบมีบริเวณกว้าง ประชาชนได้รับความเดือดร้อนจำนวนมาก ขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด
- สำหรับบริการผู้ป่วยใน มีเตียงสำรอง 1,241 เตียง มีการจัดตั้งคณะทำงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นการเฉพาะ ในการประสานแผนการส่งผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลที่รับดูแลชั่วคราว
- สำหรับบริการผู้ป่วยนอก มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประจำจุดและสัญจรตามบ้านเรือนใน 53 จังหวัด ดูแลผู้ป่วยกว่า 1.3 ล้านราย ในกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการดูแลประชาชนได้ 31,950 ราย กรมสุขภาพจิตประเมินปัญหาสุขภาพจิต 125,762 ราย พบภาวะเครียดสูง 7,521 ราย ซึมเศร้า 9,730 ราย เสี่ยงฆ่าตัวตาย 1,744 ราย และได้รับยาทางจิต 8,731 ราย แต่ไม่ทราบว่าครอบคลุมความต้องการจริงเพียงใด ไม่ทราบว่ากลุ่มด้อยโอกาสเข้าถึงบริการเพียงใด มหาวิทยาลัยเยลและทูเลนรายงานว่าพบผู้ป่วยโรคติดต่อกว่า 1 แสนราย ทุกวันมีรายงานอุจจาระร่วงประมาณ 200 ราย
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศจำนวน 73 ราย และช่วยเหลือทางบก และทางเรือ จำนวน 2,046 ราย แต่ไม่ทราบว่าครอบคลุมความต้องการจริงเพียงใด กรณีเสียชีวิต 728 ราย เกิดจากจมน้ำร้อยละ 86 ไฟฟ้าช็อตร้อยละ 14
- สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์โดยใช้สายด่วน 1668 กด 1 และสนับสนุนยาแก่ทีมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ แต่ไม่มีข้อมูลปัญหาการขาดยาว่ามีจำนวนมากน้อยเพียงใด

- การทดสอบคุณภาพน้ำ 149 แห่งในจังหวัดน้ำท่วม ร้อยละ 24 มีคุณภาพน้ำระดับต่ำ ร้อยละ 32 ระดับพอใช้ และร้อยละ 21 ระดับดี

3) หลังเกิดภัย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกิจกรรมฟื้นฟูหน่วยบริการและระบบบริการใน 45 วัน การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขอนามัยที่ครอบคลุมคุณภาพอาหาร น้ำ การล้างตลาด การปรับปรุงระบบประปาและคุณภาพสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนด 10 ตัวชี้วัดสำหรับติดตามการฟื้นฟู จำแนกเป็น 3 ระดับของสถานะสุขภาพ คือ ปกติ ดีขึ้นบางส่วน และต้องฟื้นฟูอย่างมาก แต่ไม่พบหลักฐานกลไกติดตามประเมินผลดำเนินการ

ประสบการณ์ปัญหาและบทเรียนสำคัญ

ปัญหาหลักที่พบในช่วงมหายุทธภัยปี 2554 และบทเรียนสำคัญที่ได้รับมีดังนี้

กลไกเจ้าภาพยังขาดความชัดเจน : ระบบบริการสุขภาพไทย ณ ปัจจุบันมีความพร้อมระยะก่อนเกิดภัยน้อยที่สุด โดยแม้จะมีระบบเฝ้าระวังโรคที่ครอบคลุมทั่วประเทศ และแม้เครือข่ายโรงพยาบาลในภูมิภาคจะมีความยืดหยุ่นสูงในการรองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร แต่การบริหารจัดการภาพรวมยังขาดความครบถ้วน นับแต่การวางแผน การจัดหาเวชภัณฑ์พัสดุ การซ่อมแผน การดำเนินแผน การกำกับติดตามและประเมินผล การพัฒนาระบบสารสนเทศ รวมทั้งการกระตุ้นความตื่นตัวในทุกระดับ ทุกพื้นที่ ทุกภาคส่วน อย่างต่อเนื่อง ทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ

บทเรียนสำคัญ : ควรกำหนดและพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกเจ้าภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นจุดตั้งต้นสืบสานความเข้มแข็งของกลไกเจ้าภาพส่วนอื่นและนำไปสู่ความพร้อมในทุกระยะ ความต่อเนื่องของบุคคลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ ทุกระดับ น่าจะช่วยลดความสับสนในการประสานงานจากการตัดสินใจสั่งการที่ถูกละหลวมและขาดข่าวกรองที่ดี

องค์ประกอบสำคัญที่ประกันความต่อเนื่องของกลไกเจ้าภาพ คือ

1. ระบบบันไดวิชาชีพและการพัฒนากำลังคนที่เกื้อหนุนการสืบสานความเชี่ยวชาญ
2. งบประมาณรองรับพันธกิจบริหารจัดการภาพรวมอย่างสม่ำเสมอเพียงพอและคล่องตัว

3. การอภิบาลกลไกเจ้าภาพโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ โปร่งใส มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และใช้ความรู้ชั้นนำ

ทางเลือกแรก พัฒนากลไกเจ้าภาพในขอบเขตความรับผิดชอบ เพื่อบริหารจัดการภาพรวมได้ครบถ้วน ตั้งแต่ การวางแผน การซ่อมแผน การดำเนินแผน การกำกับติดตามและประเมินผล ตลอดจนการสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยทุกระดับ ทุกพื้นที่ ทุกภาคส่วน อย่างต่อเนื่อง ทั้งยามปกติและยามเกิดภัยพิบัติ โดยจัดตั้งกลไกใหม่ให้มีคุณลักษณะดังนี้

1. กำหนดให้กลุ่มบุคลากรระดับนำของกลไกเจ้าภาพมีบันไดวิชาชีพสูงสุดถึงขั้นซี 11 และกลุ่มสนับสนุนถึงขั้นซี 8 โดยประเมินจากผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน
2. จัดสรรงบประมาณให้กลไกเจ้าภาพ เพื่อรองรับพันธกิจบริหารจัดการภาพรวมอย่างสม่ำเสมอ เพียงพอ คล่องตัว
3. จัดระบบการอภิบาลกลไกเจ้าภาพโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ โปร่งใส มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และใช้ความรู้ชั้นนำ

ทางเลือกสอง มอบหมายสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้รับภาระกลไกเจ้าภาพ โดยขยายขอบเขตความรับผิดชอบ ครอบคลุมการบริหารจัดการบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ แผนการผสมผสานสองบทบาท คือ บริหารจัดการและดำเนินการเช่นที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ข้อดีข้อจำกัดของสองทางเลือกสำหรับกลไกบริหารจัดการ

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด
1	- กระทรวงสาธารณสุขมีขอบเขตอำนาจ ความรับผิดชอบและพันธมิตในสากลกว้างขวางกว่าสอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารจัดการโครงสร้าง ด้านบริการการแพทย์และบริการสาธารณสุข - กระทรวงสาธารณสุขยังกำกับดูแลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	- ระบบบริหารบุคคลเป็นแบบเก้าอี้ดนตรี ยากจะรักษาผู้เชี่ยวชาญให้คงไว้นาน - การกำกับดูแลที่ไม่มีการถ่วงดุลจากหลายภาคีทำให้อ่อนไหวต่อทิศทางการเมือง
2	- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีความยืดหยุ่นด้านการบริหารบุคคลและงบประมาณมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข จึงมีโอกาสสืบสานความเชี่ยวชาญต่อเนื่องได้มากกว่า - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีอำนาจและพันธกิจตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภัยพิบัติ - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติสะสมชุดประสบการณ์และพันธมิตในประเทศและสากลจำนวนหนึ่งที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อการจัดบริการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน	- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและผู้เกี่ยวข้องยึดมั่นกับความเข้าใจว่าขอบเขตพันธกิจคือการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะนี้เป็นอุปสรรคต่อการขยายขอบเขตพันธกิจให้ครอบคลุมมากขึ้น - ถึงแม้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะมีพันธกิจป้องกันเหตุอันนำไปสู่ภาวะฉุกเฉิน แต่บริการสาธารณสุขกลับไม่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ความสลับสนของการประสานงาน : แม้โครงสร้างและสายบังคับบัญชามีความชัดเจนตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับจังหวัด แต่หน่วยงานของกรมและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังมีความพร้อมด้านเตรียมแผนอำนวยการและปฏิบัติการ

ไม่เท่ากัน บางหน่วยงานมีแผน แต่ขาดการฝึกซ้อม บางหน่วยงานไม่มีแผน แต่อาศัยการตอบสนองเชิงรับมากกว่าเชิงรุก บางหน่วยงานมีแผน แต่ไม่ได้รวมตัวแทนจากภาคส่วนอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข

บทเรียนสำคัญ : ควรมีการเตรียมแผน ซ้อมแผน ทบทวนแผน โดยรวมภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์จริงไม่สอดคล้องกับการคาดการณ์ : ถึงแม้บางหน่วยงานได้มีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับมือ แต่สถานการณ์จริงยามเกิดภัยพิบัติกลับแตกต่างจากที่คาดการณ์ ประกอบกับการขอข้อมูลจากหน่วยงานอื่นเป็นไปได้ยาก เพราะแต่ละหน่วยมีภารกิจมาก จึงไม่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ทัน ต้องอาศัยการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การขาดแคลนข้อมูลยังมีผลต่อการตัดสินใจสั่งการทั้งยังเป็นเหตุให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์จริงคลาดเคลื่อน

บทเรียนสำคัญ : ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์และสาธารณสุขยามภัยพิบัติ โดยรวมทุกภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน

เอาน้ำ “อยู่” บนบกนานเกินกว่าที่ควรเป็น : หลายครัวเรือนในภาคกลางและกรุงเทพมหานครต้องประสบปริมาณน้ำที่สูงและท่วมขังนานกว่าภาคอื่น นอกจากปัจจัยธรรมชาติ อาทิ น้ำทะเลหนุนสูงแล้ว ปัจจัยจากมนุษย์ ได้แก่ การบริหารจัดการและการวางผังเมืองที่ผิดพลาด มีส่วนสำคัญมากกว่าในการทำให้น้ำที่ควรไหลลงทะเลต้องค้างอยู่บนบกเป็นเวลานาน

บทเรียนสำคัญ : ควรจัดตั้งกลไกแห่งชาติในการบริหารจัดการด้านภัยพิบัติ และควรมีการทบทวนกฎหมายและมาตรการต่างๆ อาทิ การใช้ที่ดินสำหรับ พาณิชยกรรม เกษตรกรรม อุตสาหกรรม และสาธารณูปโภค เพื่อปรับปรุงผังเมือง ให้สอดคล้องอย่างยั่งยืนกับสภาพภูมิอากาศ ประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ศูนย์อพยพจัดตั้งอย่างปัจจุบันทันด่วน : เหตุผลหนึ่งที่ผู้ประสบภัยจำนวนมากไม่ยอมอพยพออกจากที่อยู่อาศัย คือ ความไม่มั่นใจในชีวิต ทรัพย์สิน และประสิทธิภาพของศูนย์พักพิง อีกเหตุผลคือความไม่สะดวกของการเดินทาง

บทเรียนสำคัญ : ควรมองหาทำเลจัดตั้งศูนย์อพยพกรณีภัยพิบัติครอบคลุมทั่วประเทศ และเนื่องจากในยามภัยพิบัตินั้น ศูนย์อพยพเปรียบเสมือนชุมชนหนึ่ง ฉะนั้นนอกเหนือทำเลที่ตั้ง จึงควรเตรียมความพร้อมด้านอื่นด้วย อาทิ สวัสดิการ ต่อชีวิตและทรัพย์สิน สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

ประชาชนขาดความรู้และทักษะในการเตรียมความพร้อม : ประชาชนยังพึ่งพาตนเองได้น้อย หลายครัวเรือนจำต้องอาศัยการช่วยเหลือจากรัฐบาลที่อาจมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการได้ทั่วถึง ผลที่ตามมาจึงเป็นการสูญเสียชีวิต เวลา และทรัพย์สิน ปัญหานี้อาจป้องกันได้หากมีการเตรียมความพร้อมที่ดี

บทเรียนสำคัญ : ควรเสริมสร้างทักษะการเตรียมความพร้อมแก่ประชาชน อาทิ ความรู้ในการเก็บออมเงินยามฉุกเฉิน ความรู้ในการเตรียมยาสามัญประจำบ้านและยารักษาโรคประจำตัว (ประการหลังต้องอาศัยปฏิบัติการเชิงรุกของ

สถานบริการร่วมด้วย) ความรู้ในการเตรียมถุงยังชีพยามฉุกเฉิน ความรู้ในการป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร ความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ความรู้ในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และทักษะการเอาชีวิตรอด เช่น การว่ายน้ำ การปีนต้นไม้ เป็นต้น ▲

รายงานฉบับสมบูรณ์และเอกสารอ้างอิงสามารถหาอ่านได้ทาง

www.hsri.or.th



ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนอุทกภัยปี 2554

อรรถ รัชชชัยวิวงศ์
งามเนตร เขี่ยมนาคะ
ภัทรพล จีสงมเจตน์ไพศาล
จอมขวัญ รุ่งโชติ
พรเพชร ปัญจะปิยะกุล
เจริญ หาญบุญจิก
ทิพยา เผื่อนพิภาพ
ธนชีพ พีระธรรณิศร์
นัยนา ใช้เทียมวงศ์
แสงโสม สีนะวัฒน์
บรรพต คงสำราญ
พัชรา เสถียรพัฑฒ์
สุทัศน์ กองขุนทด
ปนัดดา ซิลวา
อภิรติ์ ฉะรอน
อภิสิทธิ์ เหมาะสมบุญ
อัมพร เบญจพลพิทักษ์
อมรากุล อินโชนานนท์
ปวิตร คตโคตร
วรรณภา หาญเขาวัวรกุล
รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์
สุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์
จุฑารัตน์ ไต้เมฆ
ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย
นลินรัตน์ เรืองจิราย
ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล
สังกร แผงสวัสดิ์
พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร
พรพิศ ศิลขุทธ์
วรรณพร บุญเรือง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข