กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

แผนเตรียมความพร้อมและบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
(BUSINESS CONTINUITY PLAN : BCP)
กรณี การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

รอบปีงบประมาณ 1 ตุลาคม 2569 – 30 กันยายน 2570

ฉบับที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570

รายละเอียดเอกสาร

รายการ	รายละเอียด
ชื่อเอกสาร	แผนเตรียมความพร้อมและบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (Business Continuity Plan: BCP) กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
วันที่เผยแพร่ครั้งแรก	ตุลาคม 2569
ครั้งที่/วันที่แก้ไขเอกสารและเผยแพร่	ฉบับที่ 1 จัดทำเดือนตุลาคม 2569 เพื่อใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 (1 ตุลาคม 2569 – 30 กันยายน 2570)
รอบการทบทวน	ทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ภายในไตรมาสที่ 1 ของทุกปีงบประมาณ หรือทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร ผู้รับผิดชอบ แนวทางหรือประกาศทางการที่เกี่ยวข้อง หรือเกิดเหตุการณ์จริง
รอบการซักซ้อมแผน	ซักซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (Table-top exercise ไตรมาสที่ 2 และ Functional drill ไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ 2570)
ผู้อนุมัติแผน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
หน่วยงานเจ้าของแผน	คณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Plan) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ตามคำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘ โดยมีรองผู้อำนวยการด้านอำนวยการเป็นประธานคณะทำงาน และงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นเลขานุการคณะทำงาน ร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของโรงพยาบาล
ชั้นความลับ	เอกสารเผยแพร่ภายในหน่วยงาน

ที่ปรึกษา

นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

คณะทำงานจัดทำแผน (ตามคำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘)

นางสาวจริยา มาสุข รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ (ประธานคณะทำงาน)

แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ (รองประธานคณะทำงาน)

นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (คณะทำงาน)

แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ (คณะทำงาน)

คณะผู้จัดทำ

ผู้แทนกลุ่มงานบริหารทั่วไป

ผู้แทนกลุ่มงานการเงิน บัญชีและพัสดุ

ผู้แทนกลุ่มงานมะเร็งนรีเวช

ผู้แทนกลุ่มงานศัลยศาสตร์
ผู้แทนกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
ผู้แทนกลุ่มงานอายุรศาสตร์
ผู้แทนกลุ่มงานเคมีบำบัด
ผู้แทนกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
ผู้แทนกลุ่มงานรังสีรักษา
ผู้แทนกลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
ผู้แทนกลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
ผู้แทนกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์
ผู้แทนกลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
ผู้แทนกลุ่มงานทันตกรรม
ผู้แทนกลุ่มงานเภสัชกรรม
ผู้แทนกลุ่มงานโภชนศาสตร์
ผู้แทนกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ผู้แทนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ผู้แทนกลุ่มงานวิชาการพยาบาล
ผู้แทนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ผู้แทนกลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้แทนกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
ผู้แทนกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุน
ผู้แทนกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
ผู้แทนกลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์

บรรณาธิการ

นางสาวนงนภัส เด็กหลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุชาดา ธราพร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

จัดทำโดย

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 431 หมู่ที่ 5 ถนนสุราษฎร์ธานี–นาสาร ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100 โทรศัพท์ 077-277555

คำนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) เป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทั้งโรคที่เกิดจากเชื้อก่อโรคชนิดใหม่และโรคที่เคยพบแล้วแต่กลับมาระบาดซ้ำ เมื่อเกิดการระบาดในวงกว้าง สถานพยาบาลจะได้รับผลกระทบพร้อมกันหลายด้าน ทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ความต่อเนื่องของการรักษา ทรัพยากร การเงิน และความเชื่อมั่นของสังคม การเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สถานพยาบาลต้องให้ความสำคัญ

กรมการแพทย์มีนโยบายให้สถานพยาบาลในสังกัดจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan for Emerging Infectious Diseases in Healthcare Facilities) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีจึงจัดทำ “แผนเตรียมความพร้อมและบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่” ฉบับนี้ขึ้น โดยใช้กรอบการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตของสำนักงาน ก.พ.ร. แยกการตอบโต้การระบาดเพื่อควบคุมโรคออกจากการบริหารความต่อเนื่องเพื่อคงบริการสำคัญ กำหนดระดับสถานการณ์พร้อมเกณฑ์เปิดใช้ ลดระดับ และยุติแผน กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามช่องทางการแพร่เชื้อของโรคที่เกิดขึ้นจริง และให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง

ค่ากำหนดที่ใช้ในแผน เช่น เกณฑ์เปิดใช้แผน ระยะเวลาหยุดชะงักที่ยอมรับได้ ปริมาณสำรองเวชภัณฑ์และอัตรากำลังขั้นต่ำ กำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล แผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569 และแนวทางวิชาการ โดยสรุปค่าและที่มาไว้ในภาคผนวก ง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีขอขอบคุณคณะผู้บริหารกรมการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และคณะทำงานทุกภาคส่วนที่ร่วมจัดทำแผนฉบับนี้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร และการให้บริการที่ต่อเนื่อง ทั่วถึง และเท่าเทียม แม้ในสถานการณ์การระบาด

คณะทำงาน

ตุลาคม 2569

สารบัญ

บท/หัวข้อ	หน้า
รายละเอียดเอกสาร ที่ปรึกษา คณะผู้จัดทำ และบรรณาธิการ	**2**
คำนำ	**5**
สารบัญ	**6**
สารบัญตาราง	**10**
สารบัญภาพ	**13**
บทนำ	**15**
0.1 หลักการและเหตุผล	15
0.2 วัตถุประสงค์	16
0.3 ขอบเขตของแผน	16
0.4 สมมติฐานของแผน (Planning Assumptions)	17
0.5 สถานการณ์สมมติที่ใช้วางแผน	17
0.6 นิยามศัพท์	18
0.7 ความสัมพันธ์กับแผนและมาตรฐานอื่น	19
0.8 กรอบแนวคิดการบริหารความต่อเนื่อง	19
บทที่ 1 การทำความเข้าใจองค์กร	**23**
1.1 การจัดตั้งคณะทำงานแผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP Team)	23
1.2 การระบุบทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาล	24
1.3 การวิเคราะห์ทรัพยากรที่สำคัญ พิจารณาจากผลกระทบ 5 ด้าน	25
1.4 สรุปเหตุการณ์สภาวะวิกฤตและผลกระทบจากเหตุการณ์	26
บทที่ 2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของภัยคุกคามและผลกระทบต่อทรัพยากรสำคัญในการดำเนินงาน	**27**
2.1 การวิเคราะห์บทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคาม	27
2.2 การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ผลกระทบต่อกระบวนการทำงานหรือการให้บริการ (Business Impact Analysis)	28
2.2.1 ด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก	32
2.2.2 ด้านศักยภาพและขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์	33
2.2.3 ด้านความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร	34
2.2.4 ด้านการเงินและงบประมาณ	36
2.2.5 ด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียงของโรงพยาบาล	37
2.2.6 ด้านวิชาการและการฝึกอบรม	37
2.2.7 อื่น ๆ (ด้านเฉพาะภัย)	38
บทที่ 3 วิเคราะห์กระบวนการสำคัญ และทรัพยากรสำคัญที่ต้องใช้เพื่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง	**40**
3.1 การกำหนดระดับขั้นต่ำ (Acceptable level) ในการดำเนินภารกิจหลัก หรือการจัดบริการต่อเนื่องได้ในระหว่างเกิดสภาวะวิกฤต และช่วงเวลาที่สามารถรับมือกับสภาวะวิกฤตได้	40

บท/หัวข้อ	หน้า
3.2 การกำหนดระยะเวลาฟื้นคืนสู่ภาวะการทำงานได้ตามปกติ (Recovery Time)	45
บทที่ 4 วิเคราะห์ความต้องการด้านทรัพยากรที่สำคัญต่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง	**47**
4.1 การกำหนดทรัพยากรที่สำคัญในสภาวะวิกฤต (ระยะเฝ้าระวัง ระยะแจ้งเตือน ระยะตอบโต้)	47
4.1.1 ด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลักและสำรอง	47
4.1.2 ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์	48
4.1.3 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล	50
4.1.4 ด้านบุคลากรหลัก	51
4.1.5 ด้านคู่ค้าและผู้ให้บริการที่สำคัญ	52
4.2 เกณฑ์การเปิดแผน BCP ของหน่วยงาน	54
4.3 ผู้มีอำนาจและเกณฑ์การยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน	55
บทที่ 5 จัดทำกลยุทธ์ความต่อเนื่อง (Business Continuity Strategy)	**56**
5.1 การกำหนดกลยุทธ์ความต่อเนื่องให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ	56
5.2 การกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง	57
5.3 มาตรการเฉพาะภัย	58
5.3.1 กลยุทธ์ตามสถานการณ์ผลกระทบ	58
5.3.2 มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามช่องทางการแพร่เชื้อ	61
5.3.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง	62
5.3.4 ความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร	64
5.3.5 เส้นทางผู้ป่วย (Patient Journey)	65
5.3.6 กลยุทธ์รายหน่วยบริการ	65
บทที่ 6 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ และฟื้นฟูกระบวนการทำงานหลังเกิดเหตุวิกฤต	**71**
6.1 กำหนดแนวทางการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤต	71
6.1.1 การประเมินสถานการณ์	71
6.1.2 การสื่อสารองค์กร	74
6.1.3 การแจ้งเหตุฉุกเฉินให้กับทีมงานที่เกี่ยวข้องตามผังรายชื่อโทรศัพท์ (Call Tree)	77
6.1.4 การสำรวจความเสียหาย การจัดหาทรัพยากร การกลับมาให้บริการ และติดตามความคืบหน้า	78
6.1.5 ระบบบัญชาการเหตุการณ์ อำนาจการตัดสินใจ และการปฏิบัติหน้าที่แทน	79
6.1.6 สายการรายงานและรอบการรายงาน	89
6.2 ขั้นตอนการบริหารความต่อเนื่องและกอบกู้กระบวนการ	91
6.2.1 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทันที (ภายใน 24 ชั่วโมง)	91
6.2.2 วันที่ 2–7 การตอบสนองในระยะสั้น	92
6.2.3 วันที่ 8 การตอบสนองระยะกลาง (1 สัปดาห์)	93
6.2.4 การตอบสนองระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน)	93
6.3 แผนปฏิบัติการเฉพาะภัย	94

บท/หัวข้อ	หน้า
6.3.1 ภาพรวมแผนปฏิบัติการ	94
6.3.2 แผนที่ 1 การเฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเหตุ และประเมินความเสี่ยง	95
6.3.3 แผนที่ 2 การแยกผู้ป่วยและการจัดพื้นที่บริการ	96
6.3.4 แผนที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	97
6.3.5 แผนที่ 4 การบริหารอัตรากำลังบุคลากร	98
6.3.6 แผนที่ 5 การบริหารยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์	99
6.3.7 แผนที่ 6 บริการผู้ป่วยมะเร็ง	100
6.3.8 แผนที่ 7 การส่งต่อผู้ป่วย การประสานเครือข่ายบริการ และการสื่อสารความเสี่ยง	101
6.3.9 แผนที่ 8 เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล	102
6.3.10 แผนที่ 9 ระบบสาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน	103
บทที่ 7 การฝึกซ้อม การทบทวน และการปรับปรุงแผน	**105**
7.1 การฝึกซ้อมแผน	105
7.2 การทบทวนหลังเหตุการณ์ (After Action Review: AAR)	105
7.3 การทบทวนและปรับปรุงแผน	105
7.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผน	106
ภาคผนวก	**107**
ภาคผนวก ก คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต	107
ภาคผนวก ข ทะเบียนผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อ	108
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มที่ใช้ระหว่างเกิดเหตุ	110
ภาคผนวก ง ข้อมูลตั้งต้นและค่ากำหนดที่ใช้ในแผน	112
ภาคผนวก จ เอกสารอ้างอิง	116
ภาคผนวก ฉ ผลการตรวจสอบแผนตามแบบตรวจสอบแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP Check list) กรมการแพทย์	119

สารบัญตาราง

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
1	รายชื่อทีมงานบริหารความต่อเนื่อง	23
2	บทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	24
3	สรุปเหตุการณ์สภาวะวิกฤตและผลกระทบจากเหตุการณ์	26
4	บทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการระบาด	27
5	เมทริกซ์การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Matrix)	30
6	ระดับความเสี่ยงและแนวทางการจัดการ	30
7	ผลการประเมินความเสี่ยงรายหมวด	31
8	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก	32
9	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก รายหน่วยงาน	32
10	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านศักยภาพและขีดความสามารถ	33
11	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านศักยภาพและขีดความสามารถ รายหน่วยงาน	33
12	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	34
13	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน รายหน่วยงาน	34
14	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากร	35
15	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากร รายหน่วยงาน (คาดการณ์)	35
16	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านการเงินและงบประมาณ	36
17	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านการเงินและงบประมาณ	36
18	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียง	37
19	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียง รายกลุ่มภารกิจ	37
20	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านวิชาการและการฝึกอบรม	37
21	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านวิชาการและการฝึกอบรม รายหน่วยงาน (เฉพาะหน่วยงานที่มีภารกิจวิชาการ)	38
22	นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่	38
23	ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ รายหน่วยงาน	38
24	การวิเคราะห์ผลกระทบต่อบริการสำคัญ (ใช้ร่วมกับการจัดลำดับความเร่งด่วนในบทที่ 5)	41
25	ระยะเวลาหยุดชะงักสูงสุดที่ยอมรับได้และระยะเวลาเป้าหมายในการฟื้นคืน รายบริการ	45
26	การระบุพื้นที่ปฏิบัติงานหลักและพื้นที่สำรอง	47
27	การวางแผนวัสดุอุปกรณ์ตามอัตราการใช้	48
28	ความต้องการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล	50
29	อัตรากำลังรายหน่วยบริการ 3 ระดับ	51
30	คู่ค้าและผู้ให้บริการที่สำคัญ	52
31	เกณฑ์ระดับสถานการณ์และการเปิดใช้แผน	54

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
32	เกณฑ์ลดระดับและยุติแผน	55
33	แผนทรัพยากรเพื่อกำหนดกลยุทธ์ความต่อเนื่อง	56
34	แนวทางการจัดการความเสี่ยงกรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	57
35	กลยุทธ์ตอบสนองตามสถานการณ์ผลกระทบ 6 แบบ	59
36	มาตรการเพิ่มเติมตามช่องทางการแพร่เชื้อ (ใช้ร่วมกับข้อควรระวังมาตรฐาน)	61
37	การจัดลำดับความเร่งด่วนทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง	63
38	กลยุทธ์ความต่อเนื่องรายหน่วยบริการ	66
39	ตารางปฏิบัติการรายระดับสถานการณ์	72
40	แผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต	75
41	ช่องทางการสื่อสารหลักและสำรอง	75
42	การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก	76
43	ลำดับการแจ้งเหตุฉุกเฉิน	77
44	ขั้นตอนการฟื้นฟูบริการ	78
45	การแยกบทบาทของระบบ BCM ระบบ BCP และระบบบัญชาการเหตุการณ์	79
46	อำนาจการตัดสินใจเปิดใช้ ยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน	80
47	ตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบในระบบบัญชาการเหตุการณ์	85
48	สาขา หน่วย ผู้รับผิดชอบ และแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตามโครงสร้าง HEICS	86
49	รอบการรายงานตามระดับสถานการณ์	90
50	การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทันที ภายใน 24 ชั่วโมง	91
51	การตอบสนองต่อเหตุการณ์ วันที่ 2–7 การตอบสนองในระยะสั้น	92
52	การตอบสนองต่อเหตุการณ์ วันที่ 8 การตอบสนองระยะกลาง (1 สัปดาห์)	93
53	การตอบสนองระยะยาว มากกว่า 1 เดือน	93
54	ภาพรวมแผนปฏิบัติการแยกตามภารกิจ	94
55	แผนปฏิบัติการที่ 1 การเฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเหตุ และประเมินความเสี่ยง	95
56	แผนปฏิบัติการที่ 2 การแยกผู้ป่วยและการจัดพื้นที่บริการ	96
57	แผนปฏิบัติการที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	97
58	แผนปฏิบัติการที่ 4 การบริหารอัตรากำลังบุคลากร	98
59	แผนปฏิบัติการที่ 5 การบริหารยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์	99
60	แผนปฏิบัติการที่ 6 บริการผู้ป่วยมะเร็ง	100
61	แผนปฏิบัติการที่ 7 การส่งต่อผู้ป่วย การประสานเครือข่ายบริการ และการสื่อสารความเสี่ยง	101
62	แผนปฏิบัติการที่ 8 เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล	102
63	แผนปฏิบัติการที่ 9 ระบบสาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน	103
64	แผนการฝึกซ้อม	105
65	ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผน	106
66	ปริมาณวัสดุอุปกรณ์ตั้งต้น: บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ	112

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
67	ปริมาณวัสดุอุปกรณ์ตั้งต้น: บริการผู้ป่วยมะเร็ง	112
68	บุคลากรหลักตั้งต้น: บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ	112
69	บุคลากรหลักตั้งต้น: บริการผู้ป่วยมะเร็ง	113
70	ผลการตรวจสอบแผนตามแบบตรวจสอบ BCP Check list กรมการแพทย์	119

สารบัญภาพ

ภาพที่	เรื่อง	หน้า
1	กรอบแนวคิดการตอบโต้การระบาดและการบริหารความต่อเนื่อง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	22
2	ผังการดำเนินงานตั้งแต่รับสัญญาณจนยุติแผน	74
3	ผังการแจ้งเหตุฉุกเฉิน (Call Tree)	78
4	โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์โรงพยาบาล (HEICS) ระดับฝ่าย สาขา และหน่วย กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	83
5	สายการรายงาน (ลูกศรสีน้ำเงิน) และการสั่งการ/สื่อสารออกภายนอก (ลูกศรสีแดง)	90

บทนำ

0.1 หลักการและเหตุผล

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases: EID) หมายถึงโรคที่เกิดจากเชื้อก่อโรคชนิดใหม่ หรือโรคที่เคยพบแล้วแต่มีการระบาดเพิ่มขึ้น ขยายพื้นที่ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ ซึ่งอาจแพร่ผ่านทางอากาศ การสัมผัส เลือดและสารคัดหลั่ง หรือพาหะนำโรค ประเทศไทยเคยเผชิญโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำหลายโรค เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคฝีดาษวานร การระบาดที่ขยายวงกว้างไม่เพียงทำให้มีผู้ป่วยโรคติดต่อเพิ่มขึ้น แต่ยังทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องใช้ทรัพยากร บุคลากร และพื้นที่จำนวนมาก จนกระทบบริการในภาวะปกติที่ยังต้องดำเนินควบคู่ไปด้วย

กรอบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมรับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยไม่ผูกกับโรคใดโรคหนึ่ง ในระดับประเทศ กรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติการของตนให้สอดคล้องกับบทบาทและบริบท ในระดับสากล ข้อแก้ไขกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR 2005) ที่สมัชชาอนามัยโลกรับรองในพ.ศ. 2567 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยเพิ่มระดับการแจ้งเตือน “ภาวะฉุกเฉินจากการระบาดใหญ่” (Pandemic emergency) และองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่แนวทาง Preparedness and Resilience for Emerging Threats (PRET) ที่เน้นการวางแผนแบบไม่จำเพาะเชื้อ (pathogen-agnostic) ควบคู่กับการปรับตามเชื้อก่อโรคที่เกิดขึ้นจริง

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะตรวจวินิจฉัย การรักษาหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัด รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากโรคหรือการรักษา จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงมากกว่าประชาชนทั่วไป ขณะเดียวกันการรักษามะเร็งหลายรูปแบบมีกรอบเวลาที่การหยุดชะงักหรือล่าช้าอาจเปลี่ยนผลการรักษา บทบาทของโรงพยาบาลในการรับดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นกับแผนรับมือของจังหวัดสุราษฎร์ธานีในขณะนั้น โดยในการระบาดใหญ่ครั้งที่ผ่านมา จังหวัดกำหนดให้โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยรับรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ และโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้อและบุคลากรของโรงพยาบาล ในการระบาดครั้งต่อไปให้ยึดบทบาทตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุราษฎร์ธานีกำหนดในขณะนั้น

โรงพยาบาลจึงต้องมีแผนที่ (1) ตอบโต้การระบาดภายในโรงพยาบาลได้รวดเร็วตามคุณลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นจริง และ (2) คงบริการรักษามะเร็งที่จำเป็นไว้ได้แม้ทรัพยากรลดลง โดยใช้กรอบการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Management: BCM) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นฐาน

0.2 วัตถุประสงค์

1) เพื่อเป็นแนวทางเตรียมความพร้อม ตอบโต้ และฟื้นฟู กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล
2) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร ด้วยมาตรการที่สอดคล้องกับช่องทางการแพร่เชื้อและข้อมูลของโรคในขณะนั้น

3) เพื่อคงบริการสำคัญ โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตามความเร่งด่วนทางคลินิก ให้ดำเนินต่อได้ภายในระยะเวลาหยุดชะงักที่ยอมรับได้

4) เพื่อลดผลกระทบและความสูญเสียต่อผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาลให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

5) เพื่อกำหนดโครงสร้างบัญชาการ ผู้รับผิดชอบ เกณฑ์การเปิดใช้ ลดระดับ และยุติแผน ให้ชัดเจนและตรวจสอบได้

6) เพื่อให้ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาล แม้ต้องเผชิญสภาวะวิกฤต

0.3 ขอบเขตของแผน

แผนฉบับนี้ใช้รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือโรคติดต่ออุบัติซ้ำที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ครอบคลุม

- โรคติดต่ออุบัติใหม่ทุกช่องทางการแพร่เชื้อ ได้แก่ การแพร่ผ่านทางอากาศทั้งระยะใกล้และระยะไกล การสัมผัส เลือดและสารคัดหลั่ง และพาหะนำโรค รวมทั้งโรคที่ยังไม่ทราบช่องทางการแพร่เชื้อในระยะแรก
- การระบาดที่เกิดในชุมชน ในจังหวัด หรือในประเทศ ซึ่งส่งผลต่อการให้บริการ และการระบาดภายในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยหรือบุคลากรติดเชื้อ)
- ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มภารกิจด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล ด้านอำนวยการ และด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
- ระยะก่อนเกิดเหตุ (เตรียมพร้อม) ระยะตอบโต้ และระยะฟื้นฟู

แผนฉบับนี้ไม่ครอบคลุมภัยอื่นที่โรงพยาบาลมีแผนเฉพาะอยู่แล้ว เช่น วาตภัย อุทกภัย อัคคีภัย หรือระบบสารสนเทศล่ม เว้นแต่เหตุดังกล่าวเกิดซ้อนกับการระบาด ซึ่งให้ใช้แผนที่เกี่ยวข้องร่วมกันภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์เดียวกัน แผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569

0.4 สมมติฐานของแผน (Planning Assumptions)

- การระบาดอาจเกิดเป็นระลอกและต่อเนื่องหลายเดือน จากประสบการณ์การระบาดใหญ่ครั้งที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีการหยุดชะงักของการดำเนินงานประมาณ 4–5 เดือน ผู้ป่วยภาพรวมลดลงประมาณร้อยละ 20 และงานรังสีรักษาและงานตรวจสุขภาพประจำปีมีผู้รับบริการลดลงประมาณร้อยละ 50 (ใช้เป็นข้อมูลตั้งต้น โรคแต่ละโรคอาจมีผลกระทบต่างกัน)
- ในระยะแรกของโรคใหม่ ข้อมูลช่องทางการแพร่เชื้อ ระยะฟักตัว ความรุนแรง และการรักษาอาจยังไม่ชัดเจน โรงพยาบาลจึงต้องใช้มาตรการเชิงป้องกันไว้ก่อน แล้วปรับเมื่อมีข้อมูลหรือแนวทางทางการใหม่
- บุคลากรอาจขาดงานจากการติดเชื้อ การกักตัว หรือภาระครอบครัว พร้อมกันหลายหน่วยงาน
- ห่วงโซ่อุปทานเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และยาบางรายการอาจขาดแคลนทั่วประเทศ
- ศักยภาพการรับส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่ายอาจลดลงในช่วงการระบาดสูงสุด
- เหตุการณ์ไม่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ปฏิบัติงานสำรองที่จัดเตรียมไว้ และระบบสารสนเทศสำรองไม่ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับระบบหลัก

- “บุคลากร” ในแผนนี้ หมายถึง ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง และผู้ปฏิบัติงานภายใต้สัญญาจ้าง ทั้งหมดของโรงพยาบาล รวมถึงนักศึกษาฝึกงานขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

0.5 สถานการณ์สมมติที่ใช้วางแผน

เพื่อไม่ให้แผนผูกกับโรคใดโรคหนึ่ง คณะทำงานกำหนดสถานการณ์สมมติ 3 แบบตามช่องทางการแพร่เชื้อหลัก ใช้สำหรับการวางแผนทรัพยากรและการฝึกซ้อม ทั้งนี้ไม่ได้เป็นการคาดการณ์ว่าโรคใดจะเกิดขึ้น

สถานการณ์	ลักษณะสมมติ	ประเด็นที่ทดสอบในแผน
1. โรคทางเดินหายใจชนิดใหม่ แพร่ผ่านทางอากาศ ระบาดในวงกว้าง	แพร่ระหว่างคนสู่คนได้ง่าย มีผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ระบาดทั้งจังหวัดหลายเดือน	การคัดกรองทุกจุด ห้องแยก บุคลากรขาดงานจำนวนมาก PPE ขาดแคลน การส่งต่อจำกัด ความต่อเนื่องของเคมีบำบัดและรังสีรักษา
2. โรคติดต่อรุนแรงที่แพร่ผ่านการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	จำนวนผู้ป่วยน้อย แต่อัตราป่วยตายสูง ต้องใช้ PPE และการจัดการของเสียระดับสูง	การตรวจจับผู้ป่วยสงสัยรายแรก การแยกทันที การส่งต่อ การจัดการสิ่งส่งตรวจ ขยะติดเชื้อ และการสื่อสารความเสี่ยง
3. การระบาดภายในโรงพยาบาล (คลัสเตอร์ในหอผู้ป่วยหรือในบุคลากร)	พบผู้ติดเชื้อยืนยันในหอผู้ป่วยมะเร็งหรือในทีมบุคลากรหน่วยงานหนึ่ง	การสอบสวน ติดตามผู้สัมผัส ปิด/จำกัดหน่วยบริการ ย้ายอัตรากำลัง และความต่อเนื่องของบริการในหน่วยที่ได้รับผลกระทบ

0.6 นิยามศัพท์

คำศัพท์	ความหมายในแผนนี้
โรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID)	โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อก่อโรคชนิดใหม่ หรือโรคที่พบแล้วแต่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ขยายพื้นที่ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ รวมถึงโรคติดต่ออุบัติซ้ำ
ภัยคุกคาม (Hazard)	สถานการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาลหรือระบบสุขภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ ภัยจากมนุษย์ ภัยทางเทคโนโลยี และภัยจากโรคระบาด
ความเสี่ยง (Risk)	ผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดจากภัยคุกคาม ประเมินจากโอกาสเกิด (Likelihood) และความรุนแรงของผลกระทบ (Consequence)
ภาวะวิกฤต (Crisis)	สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อกระบวนการทำงานของโรงพยาบาล เช่น คุณภาพการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การขาดแคลนทรัพยากร ความเสียหายทางการเงิน และความเชื่อมั่น
การตอบโต้การระบาด (Outbreak response)	กิจกรรมเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การคัดกรอง ตรวจจับ แยกผู้ป่วย มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัส และดูแลรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่
การบริหารความต่อเนื่อง (Business continuity)	กิจกรรมเพื่อคงบริการสำคัญของโรงพยาบาลไว้ในระดับที่ยอมรับได้ระหว่างเกิดเหตุและฟื้นฟูกลับสู่ภาวะปกติภายในเวลาที่กำหนด
บริการสำคัญ (Critical service)	บริการที่หากหยุดชะงักเกินระยะเวลาที่ยอมรับได้จะเกิดอันตรายต่อชีวิต เปลี่ยนผลการรักษา หรือกระทบบริการอื่นจำนวนมาก
ระยะเวลาหยุดชะงักสูงสุดที่ยอมรับได้ (MTPD)	Maximum Tolerable Period of Disruption ระยะเวลาที่บริการหยุดได้นานที่สุดก่อนเกิดผลกระทบที่ยอมรับไม่ได้
ระยะเวลาเป้าหมายในการกอบกู้ (RTO)	Recovery Time Objective ระยะเวลาที่ตั้งเป้าให้บริการกลับมาดำเนินการได้ในระดับขั้นต่ำ ต้องสั้นกว่า MTPD
ทรัพยากรขั้นต่ำ (Minimum resources)	บุคลากร พื้นที่ อุปกรณ์ ระบบ และคู่ค้าในปริมาณน้อยที่สุดที่ทำให้บริการสำคัญดำเนินต่อได้อย่างปลอดภัย

คำศัพท์	ความหมายในแผนนี้
ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)	Incident Command System โครงสร้างการบัญชาการ สั่งการ และประสานงาน มาตรฐานที่ใช้ระหว่างเกิดเหตุ
ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง	ผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันลดลงจากโรคหรือการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือสเตียรอยด์ขนาดสูง หรือมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

หมายเหตุ: นิยาม MTPD และ RTO ใช้ตามความหมายสากลของการบริหารความต่อเนื่อง (ISO 22301) เนื่องจากคู่มือ BCM ของสำนักงาน ก.พ.ร. (พ.ศ. 2563) ใช้ช่วงระยะเวลาการหยุดชะงักในการประเมินผลกระทบ แต่ไม่ได้นิยามสองคำนี้ไว้โดยตรง

0.7 ความสัมพันธ์กับแผนและมาตรฐานอื่น

- แผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP) กรณีวาตภัย โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2569 ซึ่งใช้โครงสร้างทีมงานบริหารความต่อเนื่อง ผังการแจ้งเหตุ และทรัพยากรวิกฤตชุดเดียวกับแผนนี้
- แผนเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยเฉพาะหมวด II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และหมวด II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลฉบับปัจจุบัน และนโยบายอาชีวอนามัยบุคลากร

แผนนี้ใช้สารบัญมาตรฐานเดียวกับแผนบริหารความต่อเนื่อง กรณีวาตภัย ของโรงพยาบาล ทั้งบทนำ บทที่ 1–7 และภาคผนวก เพื่อให้ใช้คณะทำงาน ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ผังการแจ้งเหตุ และแบบฟอร์มชุดเดียวกัน ส่วนที่ต่างกันตามลักษณะภัยมี 2 หัวข้อ คือ หัวข้อ 5.3 มาตรการเฉพาะภัย และหัวข้อ 6.3 แผนปฏิบัติการเฉพาะภัย ตามหลักการจัดทำแผนพื้นฐานร่วมกับภาคผนวกเฉพาะภัยของ FEMA CPG 101 (2021)

0.8 กรอบแนวคิดการบริหารความต่อเนื่อง

ก. กรอบการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM)

แผนฉบับนี้ใช้กรอบตามคู่มือการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Management: BCM) ของสำนักงาน ก.พ.ร. (พฤษภาคม 2563) ซึ่งจัดทำตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2563 เรื่อง มาตรการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารราชการและให้บริการประชาชนในสภาวะวิกฤติ (คำว่า “ธุรกิจ” ในที่นี้หมายถึงงานและภารกิจ มิได้หมายถึงการค้า) โดยการจัดทำแผนมี 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1) **การทำความเข้าใจองค์กร** ได้แก่ การระบุกระบวนการหลักและบริการสำคัญ การประเมินความเสี่ยงและภัยคุกคาม (Risk Assessment) และการวิเคราะห์ผลกระทบต่อบริการ (Business Impact Analysis: BIA) ซึ่งในบริบทสถานพยาบาลอาจเรียกว่า Health Service Impact Analysis
2) **การกำหนดกลยุทธ์ในการสร้างความต่อเนื่อง** ได้แก่ การเตรียมทรัพยากร 5 ด้าน คือ อาคาร/สถานที่ วัสดุอุปกรณ์และการจัดหา เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล บุคลากรหลัก และคู่ค้า/ผู้ให้บริการ ซึ่งบางกลยุทธ์ต้องใช้งบประมาณ จึงต้องผ่านการพิจารณาของผู้บริหาร

3) **การจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง** ได้แก่ การแต่งตั้งคณะทำงานบริหารความต่อเนื่อง ลำดับการแจ้งเหตุ (Call Tree) ตามระดับบัญชาการ และแนวทางการตอบสนองและกอบกู้ ซึ่งต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ

เมื่อเกิดสภาวะวิกฤต ระดับการให้บริการอาจลดลงอย่างมากแล้วค่อย ๆ ฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ การบริหารความต่อเนื่องมุ่งลดผลกระทบใน 2 ด้าน คือ ลดระดับของผลกระทบให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และลดระยะเวลาการหยุดชะงักของภารกิจหลัก แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ (1) การตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน (Emergency management) ซึ่งยกระดับเป็นการบริหารภาวะวิกฤต (Crisis management) หากความเสียหายขยายวงกว้าง (2) การบริหารความต่อเนื่อง (Continuity management) และ (3) การกอบกู้ภารกิจ (Recovery) จนกลับมาให้บริการได้ตามปกติภายในเวลาที่กำหนด

การบริหารภาวะวิกฤตแบ่งตามห้วงเวลาได้เป็น ระยะก่อนวิกฤต (ป้องกันและเตรียมการ ทบทวนแผนให้เป็นปัจจุบัน) ระยะตอบโต้วิกฤต (ปฏิบัติการ สื่อสาร ติดตาม และปรับแผนอย่างยืดหยุ่นบนข้อมูลที่สนับสนุนได้) และระยะหลังวิกฤต (ฟื้นฟู ถอดบทเรียน และเตรียมการสำหรับเหตุครั้งต่อไป)

ข. การแยกและเชื่อมโยงการตอบโต้การระบาดกับการบริหารความต่อเนื่อง

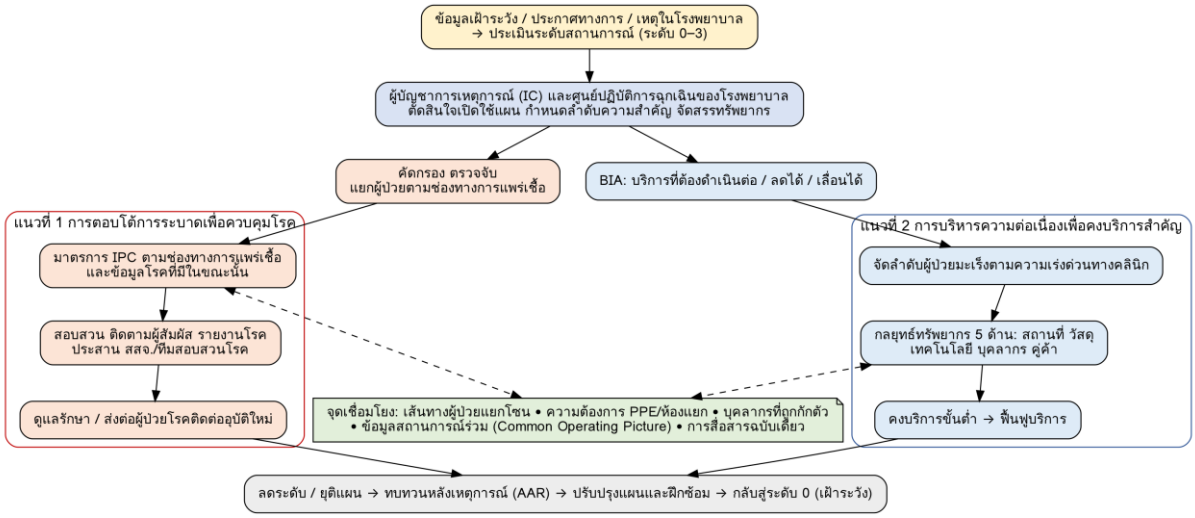
เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลต้องทำงาน 2 ด้านพร้อมกัน คือ ควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายในโรงพยาบาล และคงบริการรักษามะเร็งที่จำเป็นไว้ หากรวมกิจกรรมทั้งสองไว้ด้วยกัน ผู้รับผิดชอบและเกณฑ์ตัดสินใจจะไม่ชัดเจน แผนฉบับนี้จึงแยกเป็น 2 แนวงานที่ดำเนินคู่กันภายใต้ผู้บัญชาการเหตุการณ์คนเดียว ดังตารางและภาพต่อไปนี้

ประเด็น	แนวที่ 1 การตอบโต้การระบาดเพื่อควบคุมโรค	แนวที่ 2 การบริหารความต่อเนื่องเพื่อคงบริการสำคัญ
เป้าหมาย	หยุดหรือลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างปลอดภัย	คงบริการสำคัญไว้ในระดับขั้นต่ำที่ยอมรับได้และฟื้นฟูโดยเร็ว
คำถามหลัก	ใครติดเชื้อหรือเสี่ยง ต้องแยกอย่างไร ป้องกันอย่างไร	บริการใดต้องดำเนินต่อ ลดได้ หรือเลื่อนได้ ต้องใช้ทรัพยากรขั้นต่ำเท่าใด
กิจกรรมหลัก	คัดกรอง ตรวจจับ แยกผู้ป่วย IPC ตามช่องทางการแพร่เชื้อ สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัส รายงานโรค ดูแล/ส่งต่อผู้ป่วย	BIA จัดลำดับผู้ป่วยมะเร็งตามความเร่งด่วน ปรับรูปแบบบริการ ย้ายอัตรากำลัง พื้นที่สำรอง จัดหาทรัพยากร ส่งต่อเครือข่าย ฟื้นฟูบริการ
ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยสอบสวนและควบคุมโรค หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และหน่วยคัดแยก (สาขาบริการทางการแพทย์) ร่วมกับอายุรแพทย์	หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์ ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร และหัวหน้ากลุ่มงานทุกหน่วย
ข้อมูลที่ใช้ตัดสินใจ	นิยามผู้ป่วยและแนวทางของกรมควบคุมโรค จำนวนผู้ป่วย/ผู้สัมผัส ผลการสอบสวน	ผล BIA จำนวนบุคลากรที่มาทำงานได้ สต็อกเวชภัณฑ์ (จำนวนวันคงเหลือ) คิวผู้ป่วยที่เลื่อน
ตัวชี้วัดตัวอย่าง	จำนวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน ความครบถ้วนของการคัดกรอง	สัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วนที่ได้รับการรักษาตามกำหนด บริการสำคัญที่หยุดเกิน MTPD จำนวนวันคงเหลือของ PPE

จุดเชื่อมโยงของทั้งสองแนว ได้แก่ (1) เส้นทางบริการและการแยกโซน ซึ่งกำหนดโดยแนวที่ 1 แต่ส่งผลต่อพื้นที่และกำลังคนของแนวที่ 2 (2) ความต้องการ PPE ห้องแยก และระบบระบายอากาศ ซึ่งใช้ทรัพยากรชุดเดียวกัน (3) บุคลากรที่ติดเชื้อหรือถูกกักตัวตามผลการสอบสวน ซึ่งกำหนดกำลังคนที่เหลือของแนวที่ 2 (4) ข้อมูลสถานการณ์ร่วม (Common Operating Picture) ที่ฝ่ายวางแผนรวบรวมรายวัน

และ (5) การสื่อสารที่ออกจากเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพียงช่องทางเดียว เมื่อมีข้อขัดแย้งในการใช้ทรัพยากร ผู้บัญชาการเหตุการณ์เป็นผู้ตัดสิน โดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นอันดับแรก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการตอบโต้การระบาดและการบริหารความต่อเนื่อง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี



ค. วงจรการบริหารแผน

แผนฉบับนี้บริหารเป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ ประเมินความเสี่ยงและผลกระทบ ⟶ กำหนดกลยุทธ์ ⟶ จัดทำแผนและเตรียมทรัพยากร ⟶ ฝึกซ้อม (Drills & Exercises) ⟶ ใช้แผนจริงเมื่อเกิดเหตุ ⟶ ทบทวนหลังเหตุการณ์ (After Action Review: AAR) ⟶ ปรับปรุงแผน (Review & Revise) โดยมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ปลอดภัย เสียหายน้อย และฟื้นตัวเร็ว (รายละเอียดในหัวข้อ 6.1.4)

บทที่ 1 การทำความเข้าใจองค์กร

1.1 การจัดตั้งคณะทำงานแผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP Team)

โรงพยาบาลจัดตั้งคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Plan) ตามคำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘ (ภาคผนวก ก) มีรองผู้อำนวยการด้านอำนวยการเป็นประธาน รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์เป็นรองประธาน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและด้านการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นคณะทำงาน และงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นเลขานุการ คณะทำงานชุดนี้รับผิดชอบการจัดทำ ทบทวน และฝึกซ้อมแผนในภาวะปกติ ส่วนทีมงานบริหารความต่อเนื่องที่ปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุ ใช้ทีมงานบริหารความต่อเนื่องชุดเดียวกับแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ตามตารางต่อไปนี้ และทำงานภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ในหัวข้อ 6.1.5

ตารางที่ 1 รายชื่อทีมงานบริหารความต่อเนื่อง

ลำดับ	บทบาท	ชื่อ - สกุล	โทรศัพท์
๑	หัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่อง (ผู้บัญชาการเหตุการณ์)	นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ	๐๘๙-๕๓๕-๙๐๖๖
๒	รองหัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่อง	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล	๐๘๘-๒๔๔-๙๐๙๐
๓	หัวหน้าทีมด้านการพยาบาลและอัตรากำลังพยาบาล	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์	๐๘๙-๔๗๕-๒๒๐๕
๔	หัวหน้าทีมด้านอาคารสถานที่และสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ก๊าซทางการแพทย์ น้ำ)	นางสาวจริยา มาสุข	๐๘๐-๔๒๖-๓๕๙๖
๕	ทีมด้านอาคารสถานที่	นางนงลักษณ์ เดชนะ	๐๘๓-๙๖๘-๑๒๒๙
๖	หัวหน้าทีมด้านเครื่องมืออุปกรณ์	นางผกาทิพย์ บุญยะตุลานนท์	๐๘๙-๗๕๗-๘๖๐๑
๗	ทีมด้านเครื่องมืออุปกรณ์	นางสาวสุจิตราภรณ์ มีซ้าย	๐๘๓-๖๓๓-๖๙๘๐
๘	หัวหน้าทีมด้านยาและเวชภัณฑ์	นางสาวจันทิมา อ่อนทองหลา	๐๘๙-๘๖๖-๘๔๔๖
๙	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ	๐๘๔-๖๑๕-๓๗๒๓
๑๐	ทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	นายสมชาย โสมจันทร์	๐๘๙-๔๗๑-๗๐๑๕
๑๑	ทีมด้านบุคลากร	นางสาวทักษญา จินาอินทร์	๐๖๑-๖๒๙-๒๘๘๘
๑๒	ผู้ประสานงานทีมงานบริหารความต่อเนื่อง	นางสาวนงนภัส เด็กหลี	๐๙๐-๙๒๖-๙๘๗๘
๑๓	หัวหน้าทีมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและหน่วยจ่ายกลาง	นางสาวนงนภัส เด็กหลี	๐๙๐-๙๒๖-๙๘๗๘

หน้าที่ของทีมงานบริหารความต่อเนื่อง

1) กำหนดนโยบายและกรอบแนวทางการบริหารให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในภาวะวิกฤต
2) พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับภารกิจที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ระดับผลกระทบที่ยอมรับได้ ระยะเวลาการหยุดชะงัก และทรัพยากรที่ต้องใช้
3) ดำเนินการให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานและการให้บริการในภาวะวิกฤต
4) ให้ข้อมูลข่าวสารต่อบุคลากร ผู้ป่วย และสาธารณะ ผ่านเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์

ที่มา: คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระบบบัญชาการเหตุการณ์และทีมงานบริหารความต่อเนื่อง กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ข้อ 2 หมายเลขโทรศัพท์ตามทะเบียนติดต่อในภาคผนวก ข

1.2 การระบุบทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งในสังกัดกรมการแพทย์ แบ่งงานเป็น 4 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ด้านอำนวยการ ด้านวิชาการและการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจหลักที่ต้องรักษาความต่อเนื่องเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีดังนี้

ตารางที่ 2 บทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ภารกิจหลัก	ขอบเขตภารกิจ	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	ภารกิจที่เพิ่มขึ้นหรือปรับเปลี่ยนเมื่อเกิดการระบาด
1.2.1 การให้บริการดูแลผู้ป่วยใน	หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย	กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน ร่วมกับกลุ่มงานทางคลินิก	แยกผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันออกจากผู้ป่วยมะเร็ง เปิดห้องแยกและหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) คงบริการโดยไม่หยุด
1.2.2 การให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก	ตรวจวินิจฉัย ติดตามการรักษา ให้ยาเคมีบำบัด ฉายรังสี ทันตกรรม และห้องตรวจรักษาพิเศษ	กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก ร่วมกับกลุ่มงานทางคลินิก	คัดกรองทุกทางเข้า ลดความแออัด จัดนัดตามความเร่งด่วน ใช้ Telemedicine และการส่งยาทางไปรษณีย์
1.2.3 การส่งต่อผู้ป่วย	รับและส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 และรับผู้ป่วยส่งกลับ	ศูนย์ส่งต่อ กลุ่มภารกิจการพยาบาล ร่วมกับเจ้าหน้าที่ประสานงาน (Liaison)	ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อที่เกินศักยภาพ พร้อมมาตรการ IPC ระหว่างนำส่ง และส่งผู้ป่วยมะเร็งไปรับการรักษาต่อใกล้บ้านเมื่อจำเป็น
1.2.4 การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งแก่แพทย์พยาบาล และบุคลากรของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ งานถ่ายทอดการพยาบาล	เลื่อนหรือปรับเป็นออนไลน์ ยกเว้นการอบรมการคัดกรอง IPC และ PPE ซึ่งเป็นภารกิจเร่งด่วน
1.2.5 การบริหารจัดการภาครัฐเพื่อสนับสนุนงานบริการ (back office)	บริหารทั่วไป ทรัพยากรบุคคล การเงิน บัญชี พัสดุและบำรุงรักษา ยุทธศาสตร์และแผนงาน ประกันสุขภาพ ดิจิทัลการแพทย์	กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ และกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	จัดหา PPE ยา และเวชภัณฑ์ บริหารอัตรากำลัง งบประมาณฉุกเฉิน ระบบสารสนเทศ ซักฟอก ขยะติดเชื้อ และรักษาความปลอดภัย
1.2.6 อื่น ๆ: การวิจัย การจัดทำมาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพ	ศึกษาวิจัย จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	เลื่อนได้ ยกเว้นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโครงการวิจัย และการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของการตอบโต้การระบาด

ที่มา: ภารกิจตามกลุ่มภารกิจของโรงพยาบาลในแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569 และแผนภูมิโครงสร้างการแบ่งงานภายในส่วนราชการ กรมการแพทย์ (พ.ศ. 2563) จัดกลุ่มใหม่ตามภารกิจในแบบตรวจสอบ BCP ของกรมการแพทย์

1.3 การวิเคราะห์ทรัพยากรที่สำคัญ พิจารณาจากผลกระทบ 5 ด้าน

การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรของโรงพยาบาล 5 ด้าน ดังนี้

1.3.1 **ผลกระทบด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลัก** เหตุการณ์ที่ทำให้สถานที่ปฏิบัติงานหลักใช้ไม่ได้ หรือบุคลากรและผู้รับบริการเข้าไม่ได้ชั่วคราวหรือระยะยาว เช่น ต้องปิดหอผู้ป่วยเพื่อควบคุมการระบาด หรือห้องแยกไม่พอ

1.3.2 **ผลกระทบด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่สำคัญ** เหตุการณ์ที่ทำให้ใช้งานหรือจัดหา PPE ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญไม่ได้ หรือความต้องการเกินปริมาณคงคลัง

1.3.3 **ผลกระทบด้านบุคลากรหลัก** เหตุการณ์ที่ทำให้บุคลากรหลักมาปฏิบัติงานไม่ได้ตามปกติ เช่น ติดเชื้อ ถูกกักตัว หรือต้องดูแลครอบครัว

1.3.4 **ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลที่สำคัญ** เหตุการณ์ที่ทำให้ระบบงานหรือข้อมูลสำคัญใช้ไม่ได้ตามปกติ หรือไม่รองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้น เช่น Telemedicine และการทำงานนอกสถานที่

1.3.5 **ผลกระทบด้านคู่ค้า/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** เหตุการณ์ที่ทำให้คู่ค้า ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลรับส่งต่อ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ติดต่อหรือส่งมอบงานไม่ได้

1.4 สรุปเหตุการณ์สภาวะวิกฤตและผลกระทบจากเหตุการณ์

ตารางที่ 3 สรุปเหตุการณ์สภาวะวิกฤตและผลกระทบจากเหตุการณ์

สถานการณ์	อาคาร/สถานที่	วัสดุอุปกรณ์	บุคลากรหลัก	เทคโนโลยีสารสนเทศ	คู่ค้า/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
1. โรคทางเดินหายใจชนิดใหม่ ระบาดวงกว้าง	✓	✓	✓	✓	✓
2. โรคติดต่อรุนแรงผ่านเลือด/สารคัดหลั่ง	✓	✓	✓		✓
3. การระบาดภายในโรงพยาบาล	✓	✓	✓		

หมายเหตุ: ✓ หมายถึงด้านที่ได้รับผลกระทบ พิจารณาจากลักษณะของสถานการณ์สมมติแต่ละแบบในหัวข้อ 0.5 แผนฉบับนี้ไม่รองรับเหตุขัดข้องจากการดำเนินงานปกติที่หน่วยงานแก้ไขได้เองโดยไม่กระทบบริการในระดับสูง

บทที่ 2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของภัยคุกคามและผลกระทบต่อทรัพยากรสำคัญในการดำเนินงาน

การบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาลกรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ คือ การวางแผนเพื่อลดผลกระทบของการระบาดต่อภารกิจของโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลสุขภาพประชาชน การลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วย และการรักษาความปลอดภัยของบุคลากรทั้งทางกายและจิตใจ การประเมินความเสี่ยงและการวิเคราะห์ผลกระทบช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจองค์กร และจัดลำดับความสำคัญเพื่อเตรียมรับสภาวะวิกฤตได้

2.1 การวิเคราะห์บทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคาม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ หน่วยงานที่ต้องดูแลหรือสัมผัสผู้ป่วยสงสัย/ยืนยัน หรือต้องเพิ่มภารกิจเพื่อตอบโต้การระบาด จำแนกจากผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ (หัวข้อ 2.2.7) ระดับสูงขึ้นไป ส่วนหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงยังคงให้บริการเดิม หรือลด/เลื่อนบริการได้

ตารางที่ 4 บทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการระบาด

ภารกิจหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการระบาด	หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง
2.1.1 การให้บริการดูแลผู้ป่วยใน	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน/ห้องแยกโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มงานอายุรศาสตร์ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ หน่วยจ่ายกลาง	กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง (ยกเว้นผู้ป่วยระยะท้ายที่ติดเชื้อ) กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (ยกเว้นการประสานญาติผู้ป่วยที่ถูกแยก)
2.1.2 การให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก/คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด รังสีรักษา และศัลยกรรม งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานเคมีบำบัด กลุ่มงานรังสีรักษา กลุ่มงานทันตกรรม (หัตถการก่อละออง)	กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (ยกเว้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยสงสัย) การตรวจสุขภาพและคัดกรองมะเร็งในประชาชนทั่วไป
2.1.3 การส่งต่อผู้ป่วย	ศูนย์ส่งต่อและกลุ่มภารกิจการพยาบาล เจ้าหน้าที่ประสานงาน (Liaison) กลุ่มงานอายุรศาสตร์ งานบริหารทั่วไป (ยานพาหนะ) งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (มาตรการระหว่างนำส่ง)	–
2.1.4 การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (อบรมการคัดกรองและ PPE) งานถ่ายทอดการพยาบาล (อบรมฉุกเฉินแก่บุคลากรที่ย้ายมาปฏิบัติงาน)	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล (เลื่อนหรือปรับเป็นออนไลน์)
2.1.5 การบริหารจัดการภาครัฐเพื่อสนับสนุนงานบริการ (back office)	งานพัสดุและบำรุงรักษา งานทรัพยากรบุคคล งานบริหารทั่วไป (ซักฟอก ขยะติดเชื้อ รักษาความปลอดภัย) กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ งานยุทธศาสตร์และแผนงาน (SitRep)	งานการเงินและงานบัญชี (ยกเว้นการเบิกจ่ายฉุกเฉิน) กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ยกเว้นสิทธิการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ (ยกเว้นการติดตามตัวชี้วัด)
2.1.6 อื่น ๆ: การวิจัย การจัดทำมาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพ	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ (ปรับแนวทางตามหลักฐานใหม่) กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	โครงการวิจัยที่ไม่มีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษา การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

2.2 การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ผลกระทบต่อกระบวนการทำงานหรือการให้บริการ (Business Impact Analysis)

ก. การระบุภัยคุกคามตามช่องทางการแพร่เชื้อ

แผนฉบับนี้ระบุภัยคุกคามตามช่องทางการแพร่เชื้อ เพื่อให้มาตรการและทรัพยากรปรับตามโรคที่เกิดขึ้นจริง โดยคำนึงถึงปัจจัยของพื้นที่ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวและมีการเดินทางระหว่างประเทศ มีท่าอากาศยานและท่าเรือไปยังเกาะ และโรงพยาบาลรับผู้ป่วยมะเร็งจากจังหวัดต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 11 ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลและอาจนำเชื้อจากหลายพื้นที่เข้ามา

กลุ่มภัยคุกคาม	ลักษณะสำคัญต่อโรงพยาบาล	ความเปราะบางเฉพาะโรงพยาบาลมะเร็ง
โรคที่แพร่ผ่านทางอากาศ (ทั้งระยะใกล้และระยะไกล)	แพร่ได้เร็วในพื้นที่แออัด เช่น จุดรอตรวจ ห้องให้ยาเคมีบำบัด ห้องรอฉายรังสี ต้องใช้ห้องแยกและระบบระบายอากาศ	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยและนั่งรอนาน ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำอาจติดเชื้อรุนแรงและขับเชื้อนานกว่าปกติ
โรคที่แพร่ผ่านการสัมผัส (ทางตรง/ทางอ้อม)	แพร่ผ่านมือ อุปกรณ์ และพื้นผิวสิ่งแวดล้อม	ใช้อุปกรณ์ร่วมจำนวนมาก (สายสวน อุปกรณ์ให้ยา) ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน
โรคที่แพร่ผ่านเลือดและสารคัดหลั่ง (เช่น กลุ่มไข้เลือดออกจากเชื้อไวรัสรุนแรง)	ผู้ป่วยจำนวนน้อยแต่ความเสี่ยงต่อบุคลากรสูง ต้องใช้ PPE เฉพาะ การจัดการของเสียและสิ่งส่งตรวจพิเศษ	หัตถการรุกล้ำและการเจาะเลือดบ่อย
โรคที่นำโดยพาหะ หรือโรคจากสัตว์สู่คน	ส่วนใหญ่ไม่แพร่จากคนสู่คนในโรงพยาบาล แต่ทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่เพิ่มขึ้นและอาจกระทบการจัดหาเลือดและบุคลากร	ผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้ออาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องควบคุมพาหะในบริเวณโรงพยาบาล
โรคใหม่ที่ยังไม่ทราบช่องทางการแพร่เชื้อ	ข้อมูลเปลี่ยนแปลงเร็ว ต้องใช้มาตรการเชิงป้องกันไว้ก่อน	บุคลากรและผู้ป่วยวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยอาจไม่มารับการรักษาตามนัด

ข. หมวดหมู่ความเสี่ยง

คณะทำงานกำหนดหมวดหมู่ความเสี่ยงจากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่อโรงพยาบาลไว้ 9 หมวด ดังนี้

รหัส	หมวดความเสี่ยง	ประเด็นที่พิจารณา
A	ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่	การคัดกรอง แยก ดูแล และส่งต่อผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันตามมาตรฐาน
B	ด้านคุณภาพและความต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ)	การรักษามะเร็งล่าช้าหรือหยุดชะงัก ผู้ป่วยมะเร็งติดเชื้อในโรงพยาบาล
C	ด้านศักยภาพ/ขีดความสามารถในการให้บริการ	ขีดความสามารถของบริการ เตียง ห้องแยก และกำลังคนที่ลดลง
D	ด้านสุขภาพจิตของบุคลากร	ความเครียด ความกลัว และภาวะหมดไฟของบุคลากร
E	ด้านการเงินและงบประมาณ	รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นและรายรับที่ลดลง
F	ด้านความปลอดภัยของบุคลากร	การติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และการนำเชื้อสู่ครอบครัว
G	ด้านงานวิชาการ การวิจัย และการฝึกอบรม	การฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ และการเก็บข้อมูลวิจัยหยุดชะงัก
H	ด้านความเชื่อมั่น ชื่อเสียง และภาพลักษณ์	ข้อร้องเรียน ข่าวลือ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและสังคม
I	ด้านระบบสนับสนุนและห่วงโซ่อุปทาน (PPE ยา เวชภัณฑ์ ไฟฟ้า น้ำ ก๊าซทางการแพทย์ IT ซักฟอก ขยะติดเชื้อ)	การขาดแคลน PPE ยา เวชภัณฑ์ และการหยุดชะงักของระบบสาธารณูปโภคและผู้ให้บริการ

รหัส	หมวดความเสี่ยง	ประเด็นที่พิจารณา
		ภายนอก

ค. การประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยง

ประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) 5 ระดับ และความรุนแรงของผลกระทบ (Consequence) 5 ระดับ คะแนนความเสี่ยง = โอกาสเกิด × ความรุนแรง

ตารางที่ 5 เมทริกซ์การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Matrix)

Risk Assessment Matrix			ความรุนแรงของผลกระทบ (Consequences)				
			ไม่มีสาระ/น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/วิกฤต	สูงมาก/หายนะ
			1	2	3	4	5
โอกาสเกิด	สูงมาก/บ่อยมาก	5	5	10	15	20	25
	สูง/บ่อย	4	4	8	12	16	20 B
	ปานกลาง	3	3	6 G	9 D E	12 C F I	15 A
	ต่ำ/น้อย	2	2	4	6 H	8	10
	ต่ำมาก/น้อยมาก	1	1	2	3	4	5
			อักษร A–I = ตำแหน่งหมวดความเสี่ยงตามผลประเมินปีงบประมาณ 2570 (ตารางถัดไป) ระดับความเสี่ยง: เขียว = ต่ำ (1–2) เหลือง = ปานกลาง (3–9) ส้ม = สูง (10–16) แดง = สูงมาก (17–25)				

ตารางที่ 6 ระดับความเสี่ยงและแนวทางการจัดการ

ระดับความเสี่ยง	คะแนน	แถบสี	ความหมายและการจัดการ
ต่ำ (Low)	1–2	**เขียว**	ยอมรับได้ ไม่ต้องมีมาตรการเพิ่ม แต่ติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะ
ปานกลาง (Moderate)	3–9	**เหลือง**	ยอมรับได้ แต่ต้องติดตามใกล้ชิดไม่ให้เลื่อนสู่ระดับที่ยอมรับไม่ได้ อาจมีมาตรการป้องกันเฉพาะ
สูง (High)	10–16	**ส้ม**	ยอมรับไม่ได้ ต้องจัดการ ถ่ายโอน หรือกระจายความเสี่ยง มีมาตรการป้องกันเฉพาะ และ/หรือ จัดทำแผนตอบโต้
สูงมาก (Very high)	17–25	**แดง**	ยอมรับไม่ได้ ต้องเร่งจัดการทันที ประเมินซ้ำ และมีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ผลประเมินตั้งต้นมาจากการประเมินของคณะทำงานจากประสบการณ์การระบาดครั้งที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงที่การระบาดเกิดขึ้นแล้ว (โอกาสเกิดสูง) สำหรับปีงบประมาณ 2570 คณะทำงานประเมินซ้ำภายใต้สถานการณ์สมมติ 3 แบบในหัวข้อ 0.5 โดยกำหนดโอกาสเกิดของการระบาดที่กระทบโรงพยาบาลเป็นระดับปานกลาง (3) และปรับความรุนแรงของหมวด F ความปลอดภัยของบุคลากร หมวด C ศักยภาพบริการ และหมวด I ระบบสนับสนุน ให้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รายหน่วยงานและรายบริการ ลำดับความสำคัญในการวางแผนจึงเป็น B ⟶ A ⟶ F, C, I ⟶ E, D ⟶ G, H

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความเสี่ยงรายหมวด

รหัส	หมวดความเสี่ยง	ผลประเมินตั้งต้น (L×C = คะแนน)	ระดับ	ผลประเมินโดยคณะทำงานปีงบประมาณ 2570 (L×C / ระดับ)

รหัส	หมวดความเสี่ยง	ผลประเมินตั้งต้น (L×C = คะแนน)	ระดับ	ผลประเมินโดยคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2570 (L×C / ระดับ)
B	คุณภาพและความต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	5×5 = 25	สูงมาก	4×5 = 20 / สูงมาก
A	การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่	4×5 = 20	สูงมาก	3×5 = 15 / สูง
E	การเงินและงบประมาณ	4×3 = 12	สูง	3×3 = 9 / ปานกลาง
D	สุขภาพจิตของบุคลากร	3×2 = 6	ปานกลาง	3×3 = 9 / ปานกลาง
G	วิชาการ วิจัย และการฝึกอบรม	3×2 = 6	ปานกลาง	3×2 = 6 / ปานกลาง
F	ความปลอดภัยของบุคลากร	2×3 = 6	ปานกลาง	3×4 = 12 / สูง
C	ศักยภาพในการให้บริการ	2×2 = 4	ปานกลาง	3×4 = 12 / สูง
H	ความเชื่อมั่น ชื่อเสียง และภาพลักษณ์	1×2 = 2	ต่ำ	2×3 = 6 / ปานกลาง
I	ระบบสนับสนุนและห่วงโซ่อุปทาน	ไม่ได้ประเมิน	–	3×4 = 12 / สูง

หมายเหตุ: หมวด F และ C ในผลประเมินตั้งต้นต่ำกว่าผลการวิเคราะห์รายหน่วยงาน (หน่วยงานที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงหลายหน่วยอยู่ระดับสูงมาก) คณะทำงานจึงปรับเป็นระดับสูงในผลประเมินปีงบประมาณ 2570

ง. การวิเคราะห์ผลกระทบรายด้าน (ข้อ 2.2.1–2.2.7)

คณะทำงานวิเคราะห์ผลกระทบรายหน่วยงานตามนิยามระดับความรุนแรงของแต่ละด้าน ผลการวิเคราะห์เป็นข้อมูลตั้งต้น ให้แต่ละหน่วยงานทบทวนภายใต้สถานการณ์สมมติของแผนนี้ในการทบทวนแผนประจำปี “–” หมายถึงยังไม่ได้ประเมินหน่วยงานนั้นในด้านดังกล่าว

2.2.1 ด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก

ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (หมวดความเสี่ยง B)

ตารางที่ 8 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	ขีดความสามารถในการดำเนินงาน/ให้บริการลดลงมากกว่าร้อยละ 50
สูง	ลดลงร้อยละ 25–50
ปานกลาง	ลดลงร้อยละ 10–25
ต่ำ	ลดลงร้อยละ 5–10
ไม่เป็นสาระ	ไม่ได้รับผลกระทบ (ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 5)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก รายหน่วยงาน

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	สูง
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา	สูง
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	สูง
กลุ่มงานวิสัญญี	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานอายุรศาสตร์	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	สูงมาก
กลุ่มงานเคมีบำบัด	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	สูงมาก
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	สูง

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
กลุ่มงานรังสีรักษา	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ปานกลาง	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค	สูง	งานบริหารทั่วไป / หน่วยซักฟอก	ต่ำ
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	สูง	งานทรัพยากรบุคคล	ต่ำ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	ต่ำ	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	ต่ำ
กลุ่มงานทันตกรรม	สูงมาก	งานการเงิน	ต่ำ
กลุ่มงานเภสัชกรรม	ต่ำ	งานบัญชี	ต่ำ
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ต่ำ	งานพัสดุและบำรุงรักษา	ต่ำ
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	
งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ / หน่วยจ่ายกลาง	สูงมาก	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ต่ำ
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	ต่ำ	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	ต่ำ
งานถ่ายทอดการพยาบาล	สูง	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	ต่ำ
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ปานกลาง	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	ปานกลาง
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ / พนักงานเปล	สูง	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	สูง

2.2.2 ด้านศักยภาพและขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์

ตารางที่ 10 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านศักยภาพและขีดความสามารถ

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	บริการผู้ป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ 80
สูง	ลดลงมากกว่าร้อยละ 60–80
ปานกลาง	ลดลงมากกว่าร้อยละ 40–60
ต่ำ	ลดลงมากกว่าร้อยละ 20–40
ไม่เป็นสาระ	ลดลงไม่เกินร้อยละ 20

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านศักยภาพและขีดความสามารถ รายหน่วยงาน

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	ต่ำ
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา	ต่ำ
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	ต่ำ
กลุ่มงานวิสัญญี	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	ต่ำ
กลุ่มงานอายุรศาสตร์	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	ต่ำ
กลุ่มงานเคมีบำบัด	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	ต่ำ
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	ต่ำ
กลุ่มงานรังสีรักษา	ต่ำ	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	ต่ำ
กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ต่ำ	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค	ต่ำ	งานบริหารทั่วไป / หน่วยซักฟอก	–
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	ต่ำ	งานทรัพยากรบุคคล	–
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	ต่ำ	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	–
กลุ่มงานทันตกรรม	สูงมาก	งานการเงิน	–
กลุ่มงานเภสัชกรรม	ต่ำ	งานบัญชี	–
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ต่ำ	งานพัสดุและบำรุงรักษา	–
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ / หน่วยจ่ายกลาง	ต่ำ	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	–
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	–	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	–
งานถ่ายทอดการพยาบาล	–	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	–
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ต่ำ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	–
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ / พนักงานเปล	ต่ำ	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	–

ข้อสังเกตสำหรับการทบทวน: ข้อมูลตั้งต้นประเมินเกือบทุกหน่วยงานเป็นระดับต่ำ ยกเว้นทันตกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับด้านคุณภาพที่ประเมินหน่วยผ่าตัด วิสัญญี และเคมีบำบัดเป็นระดับสูงมาก ให้ทบทวนโดยใช้จำนวนผู้รับบริการจริงช่วงการระบาดครั้งที่ผ่านมาเทียบกับปีก่อนหน้า

2.2.3 ด้านความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร

ด้านความปลอดภัย

ตารางที่ 12 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	ดูแลสัมผัสผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยตรง
สูง	ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นที่อาจเป็นผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ
ปานกลาง	งานสนับสนุนบริการที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
ต่ำ	งานที่ไม่สัมผัสผู้ป่วย เช่น งานบริหาร งานอำนวยการ
ไม่เป็นสาระ	งานที่ไม่อยู่ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่เสี่ยง ทำงานจากที่บ้านได้

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน รายหน่วยงาน

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	สูง
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา	สูง
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	สูง
กลุ่มงานวิสัญญี	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานอายุรศาสตร์	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	สูง
กลุ่มงานเคมีบำบัด	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	สูง
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	สูงมาก
กลุ่มงานรังสีรักษา	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	สูง	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค	ปานกลาง	งานบริหารทั่วไป / หน่วยซักฟอก	ต่ำ
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	ปานกลาง	งานทรัพยากรบุคคล	ต่ำ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	ปานกลาง	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	ต่ำ
กลุ่มงานทันตกรรม	สูง	งานการเงิน	ต่ำ
กลุ่มงานเภสัชกรรม	ปานกลาง	งานบัญชี	ต่ำ
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ต่ำ	งานพัสดุและบำรุงรักษา	ต่ำ
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	
งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ / หน่วยจ่ายกลาง	สูง	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ต่ำ
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	ต่ำ	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	ต่ำ
งานถ่ายทอดการพยาบาล	ต่ำ	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	ต่ำ

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ต่ำ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	ต่ำ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ / พนักงานเปล	สูงมาก	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	ต่ำ

ด้านสุขภาพจิตของบุคลากร

ตารางที่ 14 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากร

ระดับ	ความหมาย (คะแนน ST-5)
มากที่สุด	คะแนน 10–15
มาก	คะแนน 8–9
ปานกลาง	คะแนน 5–7
เล็กน้อย	คะแนน 0–4

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากร รายหน่วยงาน (คาดการณ์)

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	มาก
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา	มาก
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	มาก
กลุ่มงานวิสัญญี	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	มาก
กลุ่มงานอายุรศาสตร์	มากที่สุด	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	มาก
กลุ่มงานเคมีบำบัด	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	มาก
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	มากที่สุด
กลุ่มงานรังสีรักษา	มาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	มากที่สุด
กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ปานกลาง	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค	มาก	งานบริหารทั่วไป / หน่วยซักฟอก	เล็กน้อย
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	มาก	งานทรัพยากรบุคคล	เล็กน้อย
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	เล็กน้อย	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	เล็กน้อย
กลุ่มงานทันตกรรม	มาก	งานการเงิน	เล็กน้อย
กลุ่มงานเภสัชกรรม	มากที่สุด	งานบัญชี	เล็กน้อย
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	เล็กน้อย	งานพัสดุและบำรุงรักษา	เล็กน้อย
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	
งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ / หน่วยจ่ายกลาง	มากที่สุด	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	เล็กน้อย
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	มาก	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	เล็กน้อย
งานถ่ายทอดการพยาบาล	มาก	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	เล็กน้อย
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	มาก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	เล็กน้อย
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ / พนักงานเปล	มากที่สุด	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	เล็กน้อย

หมายเหตุ: ระดับความเครียดรายหน่วยงานเป็นการคาดการณ์ของคณะทำงาน ไม่ใช่ผลคัดกรองรายบุคคล แบบคัดกรอง ST-5 รายบุคคลอยู่ในภาคผนวก ค

2.2.4 ด้านการเงินและงบประมาณ

ตารางที่ 16 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านการเงินและงบประมาณ

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	รายจ่ายเพิ่มขึ้น หรือรายรับลดลง มากกว่าร้อยละ 80
สูง	มากกว่าร้อยละ 60–80
ปานกลาง	มากกว่าร้อยละ 40–60
ต่ำ	มากกว่าร้อยละ 20–40
ไม่เป็นสาระ	ไม่เกินร้อยละ 20

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านการเงินและงบประมาณ

รายการ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่เป็นสาระ
รายรับ					
รายรับจากบริการปกติ (ลดนัด เลื่อนการรักษา)			✓		
การสนับสนุนจากภายนอก (งบประมาณกลาง เงินบริจาค)				✓	
รายจ่าย					
ประกันภัย ค่าเสี่ยงภัย และค่าตอบแทนบุคลากร		✓			
ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ (ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยา PPE)		✓			
การจัดซื้ออุปกรณ์จำเป็นและการปรับปรุงพื้นที่แยกโรค	✓				
งบประมาณ					
งบประมาณปกติที่ต้องปรับแผนการใช้จ่าย		✓			

ที่มา: ผลประเมินตั้งต้นด้านการเงินของคณะทำงาน (หมวดความเสี่ยง E ผลประเมินปีงบประมาณ 2570 ระดับปานกลาง) แนวทางรองรับอยู่ในหัวข้อ 5.2 และแผนที่ 5

2.2.5 ด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ตารางที่ 18 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียง

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน หรือมีการฟ้องร้องเป็นคดีความ
สูง	ร้องเรียนระดับกระทรวง/กรม หรือสื่อสังคมออนไลน์มีการแชร์จำนวนมาก
ปานกลาง	ร้องเรียนระดับโรงพยาบาล หรือสื่อสังคมออนไลน์มีการแชร์ปานกลาง
ต่ำ	ร้องเรียนระดับโรงพยาบาล ยุติได้ด้วยกระบวนการภายใน
ไม่เป็นสาระ	ไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียง รายกลุ่มภารกิจ

กลุ่มภารกิจ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่เป็นสาระ
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ				✓	
กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์				✓	
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล				✓	
กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ				✓	

หมายเหตุ: ผลประเมินตั้งต้นทั้ง 4 กลุ่มภารกิจอยู่ระดับต่ำ ส่วนผลประเมินระดับองค์กร (หมวดความเสี่ยง H) ปีงบประมาณ 2570 อยู่ระดับปานกลาง เนื่องจากความเสี่ยงจากข่าวลือในสื่อสังคมออนไลน์ แนวทางรองรับอยู่ในหัวข้อ 6.1.2

2.2.6 ด้านวิชาการและการฝึกอบรม

ตารางที่ 20 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านวิชาการและการฝึกอบรม

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	การฝึกอบรม/วิจัยต้องยุติ หรือขยายเวลาออกไปเกิน 3 เดือน
สูง	ฝึกอบรมครบ แต่การฝึกปฏิบัติ/วิจัยล่าช้ากว่ากำหนดมาก
ปานกลาง	ฝึกอบรมผ่านมาตรฐานขั้นต่ำ แต่ฝึกทักษะได้น้อยลง
ต่ำ	เก็บข้อมูลวิจัยได้แต่จำนวนตัวอย่างลดลง/มีอุปสรรค
ไม่เป็นสาระ	ไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านวิชาการและการฝึกอบรม รายหน่วยงาน (เฉพาะหน่วยงานที่มีภารกิจวิชาการ)

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	สูงมาก
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	สูงมาก
กลุ่มงานเคมีบำบัด	สูง	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานรังสีรักษา	สูง	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	ต่ำ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	ต่ำ	งานพัสดุและบำรุงรักษา	ต่ำ
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	สูง	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	ต่ำ
งานถ่ายทอดการพยาบาล	สูง	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	ต่ำ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	สูง		

2.2.7 อื่น ๆ (ด้านเฉพาะภัย)

ด้านเฉพาะภัยของแผนนี้มี 2 ด้าน คือ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ และด้านระบบสนับสนุนและห่วงโซ่อุปทาน

ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ (หมวดความเสี่ยง A) ประเมินว่าหน่วยงานใดต้องดูแลผู้ป่วยสงสัย/ยืนยัน และการดูแลจะเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ ใช้จำแนกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในหัวข้อ 2.1

ตารางที่ 22 นิยามระดับความรุนแรงของผลกระทบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่

ระดับ	ความหมาย
สูงมาก	บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ
สูง	การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจเปลี่ยนพยากรณ์โรค
ปานกลาง	การดูแลรักษาล่าช้า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
ต่ำ	การดูแลรักษาล่าช้า ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
ไม่เป็นสาระ	ผู้ป่วยไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ รายหน่วยงาน

หน่วยงาน	ระดับ	หน่วยงาน	ระดับ
ด้านวิชาการและการแพทย์		งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	สูง
กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา	สูง
กลุ่มงานศัลยศาสตร์	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด	สูง
กลุ่มงานวิสัญญี	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	สูง
กลุ่มงานอายุรศาสตร์	สูงมาก	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	สูง
กลุ่มงานเคมีบำบัด	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	สูง
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน / ห้องแยกโรค	สูงมาก
กลุ่มงานรังสีรักษา	สูง	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	สูงมาก
กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ปานกลาง	**ด้านอำนวยการ**	
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค	สูง	งานบริหารทั่วไป / หน่วยซักฟอก	ต่ำ
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	สูง	งานทรัพยากรบุคคล	ต่ำ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง	ต่ำ	งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	ต่ำ
กลุ่มงานทันตกรรม	สูง	งานการเงิน	ต่ำ
กลุ่มงานเภสัชกรรม	สูงมาก	งานบัญชี	ต่ำ
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ต่ำ	งานพัสดุและบำรุงรักษา	ต่ำ
ด้านการพยาบาล		**ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ**	
งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ / หน่วยจ่ายกลาง	สูงมาก	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ต่ำ
งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	สูง	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	ต่ำ
งานถ่ายทอดการพยาบาล	สูง	กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	ต่ำ
งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	สูง	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	ต่ำ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ / พนักงานเปล	สูงมาก	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	ต่ำ

ด้านระบบสนับสนุนและห่วงโซ่อุปทาน (หมวดความเสี่ยง I) ผลประเมินปีงบประมาณ 2570 อยู่ระดับสูง (3×4 = 12) จากความเสี่ยงที่ PPE ยา เวชภัณฑ์ ออกซิเจน และผู้ให้บริการภายนอกไม่พอหรือหยุดชะงัก ทรัพยากรขั้นต่ำและค่าเป้าหมายอยู่ในหัวข้อ 3.1, 4.1.2 และ 4.1.5 ส่วนการปฏิบัติอยู่ในแผนที่ 5 และแผนที่ 9

บทที่ 3 วิเคราะห์กระบวนการสำคัญ และทรัพยากรสำคัญที่ต้องใช้เพื่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง

3.1 การกำหนดระดับขั้นต่ำ (Acceptable level) ในการดำเนินภารกิจหลัก หรือการจัดบริการต่อเนื่องได้ในระหว่างเกิดสภาวะวิกฤต และช่วงเวลาที่สามารถรับมือกับสภาวะวิกฤตได้

การวิเคราะห์ผลกระทบรายบริการสำคัญมีเป้าหมายเพื่อระบุว่าบริการใดต้องดำเนินต่อ บริการใดลดหรือเลื่อนได้ ทรัพยากรขั้นต่ำ และระยะเวลาหยุดชะงักที่ยอมรับได้ การจัดระดับความสำคัญในตารางเป็นหลักการตามความเร่งด่วนทางคลินิก ส่วนค่า MTPD/RTO และทรัพยากรขั้นต่ำกำหนดจากแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569 ของโรงพยาบาล และหลักความเร่งด่วนทางคลินิก

ความหมายของระดับความสำคัญ ระดับ 1 = ต้องดำเนินต่อ (หยุดไม่ได้หรือหยุดได้เพียงช่วงสั้น) ระดับ 2 = ดำเนินต่อแบบลดขนาดหรือปรับรูปแบบ ระดับ 3 = เลื่อนได้ตลอดช่วงวิกฤตโดยมีระบบติดตามผู้ป่วย

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์ผลกระทบต่อบริการสำคัญ (ใช้ร่วมกับการจัดลำดับความเร่งด่วนในบทที่ 5)

บริการ	ระดับ	ส่วนที่ต้องดำเนินต่อ	ส่วนที่ลด/เลื่อนได้	ทรัพยากรขั้นต่ำ	ทางเลือกเมื่อหยุดชะงัก	MTPD / RTO
บริการทางคลินิก						
การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล	1	ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา ไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด/หลังได้ยาที่มีอาการรุนแรง	–	ทีมคัดแยกและกู้ชีพตลอด 24 ชม. จุดรับผู้ป่วยแยกโซนสงสัยติดเชื้อ ออกซิเจนและเครื่องกู้ชีพพร้อมใช้	ส่งต่อตามระบบเครือข่าย	MTPD 0 นาที / RTO ทันที
หอผู้ป่วยใน (รวมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย)	1	ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอยู่ และผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ตามความเร่งด่วน	รับผู้ป่วยนัดนอนเพื่อการรักษาที่เลื่อนได้	อัตรากำลังพยาบาลขั้นต่ำต่อเวร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของกรอบ และพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน ห้องเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ/สงสัยติดเชื้อ 4 ห้อง (หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2)	รวมหอผู้ป่วย (cohort) จำหน่ายเร็วร่วมกับติดตามทางไกล	ไม่หยุดบริการ / RTO ทันที–2 ชม.
การผ่าตัด	1 / 3	ผ่าตัดฉุกเฉิน ผ่าตัดมะเร็งที่การเลื่อนอาจทำให้โรคลุกลามจนผ่าตัดไม่ได้ (ตามการตัดสินของศัลยแพทย์/ทีมสหสาขา)	ผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาภาวะที่ไม่ใช่มะเร็งซึ่งรอได้ ผ่าตัดเสริมสร้าง	ห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ห้องตลอด 24 ชั่วโมง ห้อง วิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ทีม เครื่องมือผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อจาก CSSD	ส่งต่อผ่าตัดยังโรงพยาบาลเครือข่าย (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตาม MOU)	ฉุกเฉิน: RTO ≤ 2 ชม. / ที่เลื่อนได้: 3–7 วัน หรือตามระดับความเร่งด่วน
เคมีบำบัดและยามุ่งเป้า	1 / 2	การรักษามุ่งหายขาด (curative) เสริมก่อน/หลังผ่าตัด (neoadjuvant/adjuvant) และสูตรยาที่การเว้นช่วงลดประสิทธิผล	การรักษาแบบประคับประคอง บางสูตร อาจปรับเป็นยารับประทาน ขยายรอบ หรือพักยา ตามดุลยพินิจแพทย์	เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัดและตู้ปลอดเชื้อสำหรับผสมยา พยาบาลให้ยาเคมีบำบัด เก้าอี้/เตียงให้ยาที่จัดระยะห่าง อย่างน้อย 1 เมตร	ส่งต่อการให้ยาในโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีศักยภาพ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตาม MOU)	MTPD 7 วัน / RTO 72 ชม.
รังสีรักษา	1 / 2	ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างคอร์สฉายรังสี (การหยุดกลางคอร์สอาจลดผลการรักษา) ผู้ป่วยรังสีรักษาเร่งด่วน เช่น ไขสันหลังถูกกด เลือดออก	เริ่มคอร์สใหม่ในกลุ่มที่รอได้ อาจพิจารณาลดจำนวนครั้ง (hypofractionation) ตามดุลยพินิจรังสีแพทย์	เครื่องฉายรังสีพร้อมใช้ อย่างน้อย 1 เครื่อง นักฟิสิกส์การแพทย์และนักรังสีการแพทย์ขั้นต่ำ นักฟิสิกส์ 1 คน และนักรังสีการแพทย์ 2 คนต่อเครื่อง บริษัทบำรุงรักษาเครื่อง	ส่งต่อศูนย์รังสีรักษาเครือข่าย (โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตาม MOU)	MTPD 5 วันทำการ / RTO 48 ชม.
ผู้ป่วยนอก (ตรวจวินิจฉัยและติดตาม)	1 / 3	ผู้ป่วยรายใหม่สงสัยมะเร็ง ผู้ป่วยมีอาการใหม่หรือภาวะแทรกซ้อน	นัดติดตามผู้ป่วยที่อาการคงที่ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือเลื่อนนัด	จุดคัดกรองทุกทางเข้า ห้องตรวจแยกโซน ระบบนัดหมายและแจ้งเลื่อนนัด	Telemedicine ส่งยาทางไปรษณีย์	MTPD 5 วัน / RTO 48 ชม.
ทันตกรรม	2	ทันตกรรมเร่งด่วนและการเตรียมช่องปากก่อนรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ/ก่อนยาบางกลุ่ม	ทันตกรรมทั่วไปที่รอได้	ห้องทำฟันที่มีระบบระบายอากาศเหมาะสม สำหรับหัตถการที่ก่อละออง 1 ห้อง	ส่งต่อทันตกรรมเครือข่าย	MTPD 7 วัน / RTO 3–7 วัน
การดูแลแบบประคับประคอง	2	ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการทุกข์ทรมาน การจัดการปวด	การเยี่ยมบ้านปกติ (ปรับเป็นการติดตามทางไกล)	แพทย์/พยาบาลประคับประคอง ยาบรรเทาปวด ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	เครือข่ายการดูแลที่บ้าน/รพ.สต.	MTPD 3 วัน / RTO 24 ชม. (ให้คำปรึกษาทาง

บริการ	ระดับ	ส่วนที่ต้องดำเนินต่อ	ส่วนที่ลด/เลื่อนได้	ทรัพยากรขั้นต่ำ	ทางเลือกเมื่อหยุดชะงัก	MTPD / RTO
						โทรศัพท์)
ตรวจสุขภาพประจำปีและคัดกรองมะเร็งในประชาชนทั่วไป	3	–	เลื่อนได้ตลอดช่วงวิกฤต	–	แจ้งเลื่อนนัดและจัดคิวใหม่ในระยะฟื้นฟู	เลื่อนได้ตลอดช่วงวิกฤต
บริการสนับสนุนทางคลินิก						
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และคลังเลือด	1	การตรวจเร่งด่วน การตรวจก่อนให้ยาเคมีบำบัด การตรวจหาเชื้อตามนิยามผู้ป่วย	การตรวจที่เกี่ยวกับนัดที่เลื่อนได้	นักเทคนิคการแพทย์ขั้นต่ำ 1 คนต่อเวรตลอด 24 ชั่วโมง น้ำยา/ชุดตรวจคงคลัง ไม่น้อยกว่า 14 วัน ตู้ชีวนิรภัย (Biological safety cabinet) class II	ส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี / โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี)	ตรวจเร่งด่วน: RTO ≤ 2 ชม. / ตรวจทั่วไป: 3–7 วัน
พยาธิวิทยากายวิภาค	2	ชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยมะเร็งรายใหม่และผลที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษา	การตรวจที่ไม่เร่งด่วน	พยาธิแพทย์และนักเทคนิค อย่างน้อยตำแหน่งละ 1 คนในเวลาราชการ	ส่งตรวจเครือข่าย	MTPD 7 วัน / RTO 3–7 วัน
รังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	1 / 3	การตรวจฉุกเฉิน การตรวจเพื่อจัดระยะโรคก่อนเริ่มรักษา	การตรวจติดตามผลตามนัดในผู้ป่วยอาการคงที่	เครื่อง X-ray/CT พร้อมใช้ นักรังสีการแพทย์ขั้นต่ำ 1 คนต่อเวร จุดถ่ายภาพแยกผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ	ส่งตรวจเครือข่าย	ฉุกเฉิน: RTO ≤ 2 ชม. / ตรวจติดตาม: 3–7 วัน
เภสัชกรรม (จ่ายยา ผสมยาเคมีบำบัด คลังยา)	1	การจ่ายยาผู้ป่วยใน ยาเคมีบำบัด ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยนอก	การทบทวนยาที่ไม่เร่งด่วน	เภสัชกรขั้นต่ำ 1 คนต่อเวร และเภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด 1 คนในเวลาราชการ ยาจำเป็นคงคลัง ไม่น้อยกว่า 14 วัน ระบบส่งยาทางไปรษณีย์	จ่ายยาระยะยาวขึ้น ส่งยาทางไปรษณีย์ ยืมยาเครือข่าย	จ่ายยา: RTO 0–24 ชม. / ผสมยาเคมีบำบัด: MTPD 24 ชม., RTO 8 ชม.
หน่วยจ่ายกลาง (CSSD)	1	เครื่องมือสำหรับผ่าตัด หัตถการ และหอผู้ป่วย	–	เครื่องนึ่งไอน้ำและเครื่องทำให้ปราศจากเชื้ออุณหภูมิต่ำพร้อมใช้ บุคลากร CSSD ขั้นต่ำ 1 คนต่อเวร สารเคมีและตัวชี้วัดการทำให้ปราศจากเชื้อคงคลัง	ใช้บริการ CSSD โรงพยาบาลเครือข่าย (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามข้อตกลง)	MTPD 24 ชม. / RTO 12 ชม.
ระบบสนับสนุน						
ไฟฟ้า น้ำประปา ก๊าซทางการแพทย์ และระบบระบายอากาศ/ห้องความดันลบ	1	ทุกพื้นที่บริการ	–	เครื่องกำเนิดไฟฟ้าจ่ายไฟพื้นที่วิกฤตได้ไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง UPS ไม่น้อยกว่า 30 นาที ถังเก็บน้ำสำรองไม่น้อยกว่า 2 วัน ออกซิเจนคงคลัง ไม่น้อยกว่า 3 วันของอัตราการใช้สูงสุด	สัญญาจัดหาเชื้อเพลิง น้ำ และออกซิเจนฉุกเฉิน	ไฟฟ้า/ก๊าซ: MTPD 0 นาที, RTO ทันที / น้ำ: MTPD 8 ชม., RTO 4 ชม.
เทคโนโลยีสารสนเทศ (HIS, LIS, ระบบนัด, Telemedicine)	1	ระบบเวชระเบียน สั่งยา และรายงานผล	–	ระบบสำรองข้อมูล คู่มือบันทึกด้วยมือ (Manual)	บันทึกด้วยมือแล้วบันทึกย้อนหลัง	MTPD 24 ชม. (ใช้คู่มือบันทึกด้วยมือระหว่างรอ) / RTO 2 ชม. / RPO 1 ชม. (เครือข่าย HIS LIS

บริการ	ระดับ	ส่วนที่ต้องดำเนินต่อ	ส่วนที่ลด/เลื่อนได้	ทรัพยากรขั้นต่ำ	ทางเลือกเมื่อหยุดชะงัก	MTPD / RTO
						ตามแผน BCP ด้าน IT)
ซักฟอก ทำความสะอาด และการจัดการขยะติดเชื้อ	1	ผ้าสำหรับหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด ขยะติดเชื้อทุกพื้นที่	–	พนักงานขั้นต่ำ ร้อยละ 70 ของปกติ พื้นที่พักขยะติดเชื้อรองรับได้ 2 วัน	ผู้รับจ้างสำรอง (ผู้รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อรายสำรองที่ได้รับอนุญาต)	MTPD 48 ชม. / RTO 24 ชม.
พัสดุและห่วงโซ่อุปทาน (PPE ยา เวชภัณฑ์)	1	การจัดหาและกระจาย PPE และเวชภัณฑ์จำเป็น	การจัดซื้อที่ไม่เร่งด่วน	สต็อกขั้นต่ำเป็นจำนวนวันใช้ (Days on hand) : PPE ≥ 30 วัน ยา ≥ 14 วัน	ขอสนับสนุน สสจ./ กรมการแพทย์ ผู้จำหน่ายสำรอง	RTO 24–48 ชม.
โภชนาการ	1	อาหารผู้ป่วยใน อาหารเฉพาะโรค	–	บุคลากรและวัตถุดิบขั้นต่ำ 3 วัน (อาหารแห้งและน้ำดื่มสำรอง)	จ้างเหมาอาหารสำรอง	MTPD 8 ชม. / RTO 4 ชม.
การเงิน การจัดเก็บรายได้และสิทธิการรักษา	2	การตรวจสอบสิทธิ ค่าตอบแทนฉุกเฉิน	งานบัญชีที่ไม่เร่งด่วน	ทำงานจากที่บ้านได้บางส่วน	–	RTO 3–5 วัน
วิชาการ วิจัย และการฝึกอบรม	3	–	ปรับเป็นออนไลน์หรือเลื่อน	–	–	3–7 วัน หรือเลื่อนได้

หมายเหตุ: ระดับ “1 / 3” หมายถึงบริการเดียวกันมีทั้งส่วนที่ต้องดำเนินต่อและส่วนที่เลื่อนได้ การตัดสินรายผู้ป่วยเป็นของแพทย์ผู้รักษาหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ (Tumor board) ค่า MTPD/RTO ของบริการที่ซ้ำกับแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569 (เคมีบำบัด รังสีรักษา ผสมยาเคมีบำบัด CSSD ระบบไฟฟ้า ก๊าซ น้ำ และ HIS) ใช้ค่าเดียวกันเพื่อให้ทั้งสองแผนสอดคล้องกัน

อัตรากำลังขั้นต่ำรายหน่วยบริการที่ให้บริการระดับ 1 ได้อย่างปลอดภัย อยู่ในหัวข้อ 4.1.4

3.2 การกำหนดระยะเวลาฟื้นคืนสู่ภาวะการทำงานได้ตามปกติ (Recovery Time)

ระยะเวลาหยุดชะงักสูงสุดที่ยอมรับได้ (Maximum Tolerable Period of Disruption: MTPD) คือ ระยะเวลาที่บริการหยุดได้นานที่สุดก่อนเกิดผลเสียที่ยอมรับไม่ได้ต่อผู้ป่วยหรือโรงพยาบาล ส่วนระยะเวลาเป้าหมายในการฟื้นคืน (Recovery Time Objective: RTO) คือระยะเวลาที่ต้องทำให้บริการกลับมาอย่างน้อยในระดับขั้นต่ำ ซึ่งต้องสั้นกว่า MTPD ค่าที่ซ้ำกับแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัยใช้ค่าเดียวกัน

ตารางที่ 25 ระยะเวลาหยุดชะงักสูงสุดที่ยอมรับได้และระยะเวลาเป้าหมายในการฟื้นคืน รายบริการ

บริการ/กระบวนงาน	MTPD / RTO (และ RPO สำหรับข้อมูล)
การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล	MTPD 0 นาที / RTO ทันที
หอผู้ป่วยใน (รวมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย)	ไม่หยุดบริการ / RTO ทันที–2 ชม.
การผ่าตัด	ฉุกเฉิน: RTO ≤ 2 ชม. / ที่เลื่อนได้: 3–7 วัน หรือตามระดับความเร่งด่วน
เคมีบำบัดและยามุ่งเป้า	MTPD 7 วัน / RTO 72 ชม.
รังสีรักษา	MTPD 5 วันทำการ / RTO 48 ชม.
ผู้ป่วยนอก (ตรวจวินิจฉัยและติดตาม)	MTPD 5 วัน / RTO 48 ชม.
ทันตกรรม	MTPD 7 วัน / RTO 3–7 วัน
การดูแลแบบประคับประคอง	MTPD 3 วัน / RTO 24 ชม. (ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์)
ตรวจสุขภาพประจำปีและคัดกรองมะเร็งในประชาชนทั่วไป	เลื่อนได้ตลอดช่วงวิกฤต
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และคลังเลือด	ตรวจเร่งด่วน: RTO ≤ 2 ชม. / ตรวจทั่วไป: 3–7 วัน
พยาธิวิทยากายวิภาค	MTPD 7 วัน / RTO 3–7 วัน
รังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ฉุกเฉิน: RTO ≤ 2 ชม. / ตรวจติดตาม: 3–7 วัน
เภสัชกรรม (จ่ายยา ผสมยาเคมีบำบัด คลังยา)	จ่ายยา: RTO 0–24 ชม. / ผสมยาเคมีบำบัด: MTPD 24 ชม., RTO 8 ชม.
หน่วยจ่ายกลาง (CSSD)	MTPD 24 ชม. / RTO 12 ชม.
ไฟฟ้า น้ำประปา ก๊าซทางการแพทย์ และระบบระบายอากาศ/ห้องความดันลบ	ไฟฟ้า/ก๊าซ: MTPD 0 นาที, RTO ทันที / น้ำ: MTPD 8 ชม., RTO 4 ชม.
เทคโนโลยีสารสนเทศ (HIS, LIS, ระบบนัด, Telemedicine)	MTPD 24 ชม. (ใช้คู่มือบันทึกด้วยมือระหว่างรอ) / RTO 2 ชม. / RPO 1 ชม. (เครือข่าย HIS LIS ตามแผน BCP ด้าน IT)
ซักฟอก ทำความสะอาด และการจัดการขยะติดเชื้อ	MTPD 48 ชม. / RTO 24 ชม.
พัสดุและห่วงโซ่อุปทาน (PPE ยา เวชภัณฑ์)	RTO 24–48 ชม.
โภชนาการ	MTPD 8 ชม. / RTO 4 ชม.
การเงิน การจัดเก็บรายได้ และสิทธิการรักษา	RTO 3–5 วัน
วิชาการ วิจัย และการฝึกอบรม	3–7 วัน หรือเลื่อนได้

บทที่ 4 วิเคราะห์ความต้องการด้านทรัพยากรที่สำคัญต่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง

4.1 การกำหนดทรัพยากรที่สำคัญในสภาวะวิกฤต (ระยะเฝ้าระวัง ระยะแจ้งเตือน ระยะตอบโต้)

ทรัพยากรที่สำคัญกำหนดตามระดับสถานการณ์ในหัวข้อ 4.2 ซึ่งเทียบกับระยะของแบบตรวจสอบได้ ดังนี้ ระดับ 0 = ระยะเฝ้าระวัง ระดับ 1 = ระยะแจ้งเตือน (เตรียมพร้อม) ระดับ 2–3 = ระยะตอบโต้ ปริมาณ PPE คำนวณจากอัตราการใช้ของแต่ละระดับ ส่วนอัตรากำลังกำหนดเป็น 3 ระดับ (ปกติ ขั้นต่ำ และแหล่งกำลังเสริม)

4.1.1 ด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลักและสำรอง

พื้นที่ในตารางเป็นข้อมูลตั้งต้นจากการสำรวจของโรงพยาบาล งานพัสดุและบำรุงรักษาร่วมกับงาน IPC ตรวจระบบระบายอากาศของพื้นที่แยกโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และก่อนเปิดใช้ทุกครั้ง หากพื้นที่ใดอยู่ระหว่างปรับปรุงอาคาร ให้ใช้พื้นที่สำรองในคอลัมน์ที่สามแทน

ตารางที่ 26 การระบุพื้นที่ปฏิบัติงานหลักและพื้นที่สำรอง

วัตถุประสงค์การใช้พื้นที่	พื้นที่หลัก (ข้อมูลตั้งต้น)	พื้นที่สำรอง กรณีจำเป็น (ข้อมูลตั้งต้น)	ข้อกำหนดที่ต้องตรวจสอบ	สถานะปัจจุบัน
จุดคัดกรองและคลินิกตรวจผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อ	โรงจอดรถด้านหน้าโรงพยาบาล ปรับเป็นคลินิกคัดกรอง	พื้นที่ว่างหน้าศูนย์การเรียนรู้	อยู่นอกอาคารหลัก ทางสัญจรแยก ระบายอากาศธรรมชาติดี จุดรอตรวจเว้นระยะ	พร้อมใช้ ตั้งจุดตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง
ห้องแยกผู้ป่วยสงสัยรอผลตรวจ	หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2 จำนวน 4 ห้อง	หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2 ห้องว่างอีก 15 ห้อง	ห้องเดี่ยว ห้องน้ำในตัว ความดันลบหรือ modified negative pressure สำหรับโรคที่แพร่ทางอากาศ	พร้อมใช้ ตรวจความดันลบและอัตราแลกเปลี่ยนอากาศก่อนเปิดใช้
หอผู้ป่วยรวมสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง (Cohort ward)	หอผู้ป่วยพิเศษเก่าชั้น 2: ห้อง modified negative pressure 4 ห้อง และ cohort ward 8 เตียง	หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2 ห้องว่าง 15 ห้อง (เปิดใช้เป็นห้องเดี่ยวเมื่อ cohort เต็ม)	การแลกเปลี่ยนอากาศอย่างน้อย 6 ครั้งต่อชั่วโมง ทิศทางการไหลของอากาศจากสะอาดไปสกปรก	พร้อมใช้หลังตรวจระบบระบายอากาศ
ห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ	ห้องผ่าตัดที่ปรับระบบระบายอากาศแบบ hybrid	ส่งต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ห้อง Pre-op/Post-op แลกเปลี่ยนอากาศอย่างน้อย 12 ครั้งต่อชั่วโมง	ใช้ได้ ตรวจระบบระบายอากาศทุกปี
ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสำหรับหัตถการที่ก่อละออง (เป่าปอด พ่นยา)	ห้อง modified negative pressure ที่ OPD (สถานะปรับปรุงแล้ว ใช้สำหรับหัตถการที่ก่อละออง)	ใช้เครื่องกรองอากาศ HEPA แบบเคลื่อนที่ในห้องตรวจเดี่ยว	ระบบระบายอากาศและเครื่องกรองอากาศ HEPA	พร้อมใช้หลังตรวจระบบระบายอากาศ
ห้องทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยสงสัย	จัดห้อง AIIR และแบ่งโซน	งดหัตถการที่ก่อละอองในผู้ป่วยสงสัย และส่งต่อกรณีเร่งด่วน	แลกเปลี่ยนอากาศ 6–12 ครั้งต่อชั่วโมง	พร้อมใช้หลังตรวจระบบระบายอากาศ
บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้ติดเชื้อ	ใช้พื้นที่บริการปกติ ปรับเป็นบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services)	ห้องให้ยาเคมีบำบัดสำรอง (ห้องตรวจ OPD เคมีบำบัดที่ว่างจากการลดนัด)	แยกจากเส้นทางผู้ป่วยสงสัย จัดเวลานัดกระจาย	พร้อมใช้
คลังพัสดุและพื้นที่ส่งยา	อาคารพัสดุ พื้นที่เตรียมส่งยา	ห้องประชุมใกล้อาคาร	พื้นที่เก็บ PPE สำรอง 30 วัน	พร้อมใช้

วัตถุประสงค์การใช้พื้นที่	พื้นที่หลัก (ข้อมูลตั้งต้น)	พื้นที่สำรอง กรณีจำเป็น (ข้อมูลตั้งต้น)	ข้อกำหนดที่ต้องตรวจสอบ	สถานะปัจจุบัน
ทางไปรษณีย์	ทางไปรษณีย์ประมาณ 50 ตารางเมตร	พัสดุเป็นพื้นที่พักเวชภัณฑ์ชั่วคราว		

4.1.2 ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์

โรคติดต่ออุบัติใหม่แต่ละโรคใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ต่างกันตามช่องทางการแพร่เชื้อ แผนฉบับนี้จึงกำหนดปริมาณจากอัตราการใช้ (Burn rate) ตามระดับสถานการณ์และจำนวนวันคงเหลือ (Days on hand) แทนการกำหนดตัวเลขคงที่ ปริมาณตั้งต้นที่โรงพยาบาลเคยประมาณการไว้อยู่ในภาคผนวก ง

สูตรคำนวณ อัตราการใช้ต่อวัน = จำนวนบุคลากรที่ต้องใช้ × จำนวนครั้งที่เปลี่ยนต่อคนต่อวัน (หรือใช้ข้อมูลการเบิกจริงเฉลี่ย 7 วันล่าสุด) และจำนวนวันคงเหลือ = ปริมาณคงคลังทั้งหมด ÷ อัตราการใช้ต่อวัน

ตารางที่ 27 การวางแผนวัสดุอุปกรณ์ตามอัตราการใช้

รายการ	ใช้เมื่อ (ตามช่องทางการแพร่เชื้อ)	อัตราใช้ต่อวัน ระดับ 2	อัตราใช้ต่อวัน ระดับ 3	สต็อกขั้นต่ำ (วัน)	แหล่งจัดหา
หน้ากากอนามัย (Surgical mask)	ทุกโรคที่แพร่ทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีอาการ	360 ชิ้น	715 ชิ้น	30	รพ./ผู้จำหน่าย/สสจ./กรมการแพทย์
หน้ากากกรองอนุภาค N95 หรือเทียบเท่า	โรคที่แพร่ทางอากาศระยะไกล หัตถการที่ก่อละออง โรคที่ยังไม่ทราบช่องทาง	36 ชิ้น	72 ชิ้น	30	เดียวกัน
เสื้อคลุมกันน้ำ (Isolation/Protective gown)	การสัมผัส สารคัดหลั่ง	36 ชุด	72 ชุด	30	เดียวกัน
ชุดคลุมทั้งตัว (Coverall) และรองเท้าบูท/ที่หุ้มขา	โรคที่แพร่ผ่านเลือดและสารคัดหลั่งรุนแรง	36 ชุด (ใช้เมื่อมีผู้ป่วยกลุ่มนี้)	72 ชุด	30	เดียวกัน
แว่นป้องกันตา (Goggles) / กระบังหน้า (Face shield)	ละอองหรือสารคัดหลั่งกระเด็น	65 ชิ้น	130 ชิ้น	30	เดียวกัน
ถุงมือ	ทุกกรณีที่สัมผัสผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อม	360 คู่	715 คู่	30	เดียวกัน
หมวกคลุมผม	ตามแนวทาง IPC ของโรค	215 ชิ้น	430 ชิ้น	30	เดียวกัน
แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ	ทุกจุดบริการ	145 ขวดพกพา	285 ขวดพกพา	30	เดียวกัน/ผลิตเอง
อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ (เช่น VTM) และชุดตรวจ	ตามแนวทางการตรวจของโรค	2 ชุด × จำนวนผู้ป่วยสงสัยต่อวัน	2 ชุด × จำนวนผู้ป่วยสงสัยต่อวัน	14	เดียวกัน/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
น้ำยาทำลายเชื้อสำหรับสิ่งแวดล้อม	ตามคุณสมบัติของเชื้อ	1 ชุดทำความสะอาดต่อห้องแยกต่อวัน	2 ชุดต่อห้องแยกต่อวัน	30	ผู้จำหน่าย
ถุงและภาชนะขยะติดเชื้อ	ทุกพื้นที่แยกโรค	3 ถุงต่อห้องแยกต่อวัน	6 ถุงต่อห้องแยกต่อวัน	14	ผู้จำหน่าย
ยาจำเป็นและยาเคมีบำบัดหลัก	ตามรายการของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	อัตราการใช้จริงเฉลี่ย 3 เดือน	อัตราการใช้จริงเฉลี่ย 3 เดือน	14	บริษัทยา/องค์การเภสัชกรรม
ออกซิเจน อุปกรณ์ให้ออกซิเจน และเครื่องวัด	ผู้ป่วยทางเดินหายใจ	ตามอัตราการใช้สูงสุดของ	ตามอัตราการใช้สูงสุดของ	3	ผู้จำหน่ายก๊าซทางการแพทย์

รายการ	ใช้เมื่อ (ตามช่องทางการแพร่เชื้อ)	อัตราใช้ต่อวัน ระดับ 2	อัตราใช้ต่อวัน ระดับ 3	สต็อกขั้นต่ำ (วัน)	แหล่งจัดหา
ออกซิเจนปลายนิ้ว		โรงพยาบาล	โรงพยาบาล		

หมายเหตุ: อัตราการใช้ระดับ 3 คำนวณจากปริมาณ PPE ต่อสัปดาห์ที่โรงพยาบาลประมาณการไว้สำหรับบริการผู้ป่วยโรคติดต่อ (ภาคผนวก ง) หารด้วย 7 วัน และระดับ 2 ใช้ร้อยละ 50 ของระดับ 3 สต็อกขั้นต่ำ 30 วันสำหรับ PPE และ 14 วันสำหรับยาสอดคล้องกับแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย และออกซิเจน 3 วันของอัตราการใช้สูงสุด เมื่อเกิดเหตุจริงให้คำนวณใหม่จากการเบิกจริงเฉลี่ย 7 วันด้วยแนวทางของ CDC PPE Burn Rate Calculator

4.1.3 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล

ตารางที่ 28 ความต้องการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล

ระบบ/ทรัพยากร	การใช้งานในช่วงระบาด	ผู้รับผิดชอบ	ทางเลือกเมื่อใช้ไม่ได้
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และห้องปฏิบัติการ (LIS)	บันทึกเวชระเบียน สั่งยา สั่งตรวจ รายงานผล	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	คู่มือบันทึกด้วยมือ (Manual) แล้วบันทึกย้อนหลัง
ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และประชุมทางไกล (Teleconference)	ตรวจติดตามผู้ป่วย ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประชุม EOC	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	โทรศัพท์ แอปพลิเคชันสื่อสารที่โรงพยาบาลอนุมัติ
ระบบนัดหมาย/แจ้งเลื่อนนัดผ่านข้อความโทรศัพท์ และระบบจองคิว	ลดความแออัด แจ้งผู้ป่วยกลุ่มเลื่อนได้	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ / OPD	ทีมโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วย
ระบบข้อมูลสถานการณ์ (Dashboard/SitRep)	จำนวนผู้ป่วย ผู้สัมผัส บุคลากรขาดงาน สต็อก PPE จำนวนผู้ป่วยที่เลื่อน	ฝ่ายวางแผน	แบบฟอร์มกระดาษ/สเปรดชีต
ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เลื่อนการรักษา	ติดตามและเรียกกลับผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วน	หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์	ทะเบียนกระดาษ
คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สำหรับทำงานจากที่บ้าน	ข้อมูลตั้งต้น 10 เครื่อง	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	Notebook สำรองพร้อมเครื่องสำรองไฟ 2–15 เครื่องตามระยะเวลา (ชุดเดียวกับแผนวาตภัย)
ระบบสื่อสาร Wi-Fi และโทรศัพท์ภายใน/เคลื่อนที่ ที่จุดคัดกรองและหอผู้ป่วยแยก	ประสานงานโดยไม่ต้องเข้าออกพื้นที่แยกโรค	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	วิทยุสื่อสาร 12 เครื่อง พร้อมแบตเตอรี่สำรอง และ LINE กลุ่ม EOC

การใช้และเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยและบุคลากรระหว่างการระบาด ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ เปิดเผยเฉพาะเท่าที่จำเป็นต่อการควบคุมโรค

4.1.4 ด้านบุคลากรหลัก

ให้แต่ละหน่วยบริการกำหนดอัตรากำลัง 3 ระดับ เพื่อใช้ตัดสินใจย้ายกำลังคนและปรับบริการ จำนวนบุคลากรหลักตั้งต้นที่โรงพยาบาลเคยประมาณการไว้อยู่ในภาคผนวก ง

ตารางที่ 29 อัตรากำลังรายหน่วยบริการ 3 ระดับ

หน่วยบริการ	อัตรากำลังปกติ	อัตรากำลังขั้นต่ำที่ให้บริการระดับ 1 ได้อย่างปลอดภัย	แหล่งกำลังเสริม (ผ่านการฝึกข้ามสายงาน)

หน่วยบริการ	อัตรากำลังปกติ	อัตรากำลังขั้นต่ำที่ให้บริการระดับ 1 ได้อย่างปลอดภัย	แหล่งกำลังเสริม (ผ่านการฝึกข้ามสายงาน)
จุดคัดกรอง/คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ	พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คนต่อจุดในเวลาราชการ	พยาบาล 1 คนต่อจุดคัดกรอง และทีมคลินิกคัดกรอง 1 ทีม (แพทย์ 1 พยาบาล 1 ผู้ช่วย 1)	พยาบาล OPD จากการลดนัด และพยาบาลงานวิชาการ/งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต
หอผู้ป่วยใน (แต่ละหอ)	ตามกรอบอัตรากำลังของหอผู้ป่วย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของกรอบ และพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คนต่อเวร	พยาบาลจากหอผู้ป่วยที่ปิดหรือรวมหอ และพยาบาล OPD
หอผู้ป่วยแยกโรค/Cohort ward	ตามจำนวนผู้ป่วย อัตราส่วนพยาบาล 1:6	ข้อมูลตั้งต้น: พยาบาลอายุงาน ≥ 2 ปี 2 ทีม ทีมละ 6 คน (2 คนต่อเวร) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน เสมียน 1 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน	พยาบาลอายุงาน ≥ 2 ปีที่ผ่านการอบรม PPE จากหอผู้ป่วยใน
ห้องผ่าตัดและวิสัญญี	ตามตารางผ่าตัด	1 ทีมผ่าตัดฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (วิสัญญี 1 พยาบาลห้องผ่าตัด 2)	พยาบาลห้องผ่าตัดจากห้องที่งดผ่าตัดที่เลื่อนได้
หน่วยเคมีบำบัด (OPD/หอผู้ป่วย)	ตามจำนวนผู้ป่วยนัด	พยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 2 คนต่อวันให้ยา	พยาบาลที่ผ่านการอบรมเคมีบำบัดจากหอผู้ป่วยใน
รังสีรักษา (แพทย์ นักฟิสิกส์ นักรังสีการแพทย์)	รังสีแพทย์ 3 คน (ข้อมูลตั้งต้น)	รังสีแพทย์ 1 นักฟิสิกส์การแพทย์ 1 และนักรังสีการแพทย์ 2 คนต่อเครื่องที่เปิด	ขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช/กรมการแพทย์ หรือส่งต่อผู้ป่วย
ห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา	นักเทคนิคการแพทย์ 5 คน (ข้อมูลตั้งต้น)	นักเทคนิคการแพทย์ 1 คนต่อเวรตลอด 24 ชั่วโมง	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และส่งตรวจภายนอก
เภสัชกรรม (รวมผสมยาเคมีบำบัด)	เภสัชกร 6 คน (ข้อมูลตั้งต้น)	เภสัชกร 1 คนต่อเวร และเภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด 1 คนในเวลาราชการ	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และเภสัชกรงานบริหารเวชภัณฑ์
หน่วยจ่ายกลาง (CSSD)	ตามกรอบอัตรากำลังของหน่วย	เจ้าหน้าที่ที่เดินเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อได้ 1 คนต่อเวร	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ผ่านการอบรม CSSD
งาน IPC	พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ตามกรอบ	ICN 1 คนต่อวัน และ ICN เวรนอกเวลา (on-call)	พยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้านการควบคุมการติดเชื้อ (ICWN)
ซักฟอก ทำความสะอาด ขยะโภชนาการ รักษาความปลอดภัย	ตามสัญญาจ้างและกรอบอัตรากำลัง	ร้อยละ 70 ของปกติ	ผู้รับจ้างสำรอง และย้ายงานจากหน่วยที่ลดบริการ

4.1.5 ด้านคู่ค้าและผู้ให้บริการที่สำคัญ

คู่ค้าและผู้ให้บริการที่บริการรักษามะเร็งและการควบคุมการติดเชื้อต้องพึ่งพา มีดังนี้

ตารางที่ 30 คู่ค้าและผู้ให้บริการที่สำคัญ

คู่ค้า/ผู้ให้บริการ	บริการที่ได้รับผลกระทบหากหยุด	ข้อตกลง/สัญญา	ผู้ติดต่อและช่องทาง (หลัก/สำรอง)
การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค	ทุกบริการ	–	การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดสุราษฎร์ธานี สายด่วน 1129
การประปาส่วนภูมิภาค	ทุกบริการ CSSD ซักฟอก	–	การประปาส่วนภูมิภาค สายด่วน 1662 / ผู้ให้บริการรถบรรทุกน้ำ

คู่ค้า/ผู้ให้บริการ	บริการที่ได้รับผลกระทบหากหยุด	ข้อตกลง/สัญญา	ผู้ติดต่อและช่องทาง (หลัก/สำรอง)
บริษัทบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ (รวมเครื่องฉายรังสีและเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ)	รังสีรักษา CSSD ห้องผ่าตัด	สัญญาบำรุงรักษารายปี รวมเครื่องเร่งอนุภาค (LINAC)	งานพัสดุและบำรุงรักษา นางสาวจริยา มาสุข 080-426-3596
ผู้จำหน่ายก๊าซทางการแพทย์/ออกซิเจน	หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยทางเดินหายใจ	สัญญาจัดหาออกซิเจนเหลว/ท่อออกซิเจน ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง	งานวิศวกรรม/อาคารสถานที่ นางนงลักษณ์ เดชนะ 083-968-1229
บริษัทยาและองค์การเภสัชกรรม (รวมยาเคมีบำบัด)	เคมีบำบัด เภสัชกรรม	สัญญาจัดซื้อยาและข้อตกลงยืมยาในเครือข่าย	กลุ่มงานเภสัชกรรม นางสาวจันทิมา อ่อนทองหลา 089-866-8446
ผู้จำหน่าย PPE และเวชภัณฑ์ (เช่น บจก.วีเอ็นเมดิคอล)	ทุกบริการ	สัญญาจัดซื้อ และขอสนับสนุนจาก สสจ./กรมการแพทย์	งานพัสดุ นางสาวสุจิตราภรณ์ มีซ้าย 083-633-6980
บริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ	ทุกพื้นที่แยกโรค	สัญญาจ้างกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	งานอาคารสถานที่ นางนงลักษณ์ เดชนะ 083-968-1229
ไปรษณีย์/ระบบขนส่งยา	ส่งยาถึงบ้านผู้ป่วย	ข้อตกลงจัดส่งยาทางไปรษณีย์	กลุ่มงานเภสัชกรรม 089-866-8446
ห้องปฏิบัติการอ้างอิงภายนอก/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	การตรวจยืนยันเชื้อ	ส่งตรวจตามแนวทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี)	กลุ่มงานพยาธิวิทยา นายจักรพงษ์ ณ รังษี 093-576-9201
ผู้รับจ้างทำความสะอาด รักษาความปลอดภัย ซักฟอก โภชนาการ	การสนับสนุนทั่วไป	สัญญาจ้างเหมาบริการ	งานบริหารทั่วไป นางสายชล แย้มแก้ว 062-945-3662
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี / ทีมสอบสวนโรคจังหวัด	การสอบสวนโรค การสนับสนุน PPE การส่งต่อ	–	ผ่านเจ้าหน้าที่ประสานงาน นางสาวนงนภัส เด็กหลี 090-926-9878
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลเครือข่ายรับส่งต่อ	การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยมะเร็ง	MOU โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ผู้ป่วยทั่วไป วิกฤต เคมีบำบัด) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รังสีรักษา)	ศูนย์ส่งต่อผ่านระบบ PRM Referral Network / 1669
กรมการแพทย์ และโรงพยาบาล/สถาบันมะเร็งในสังกัด	การสนับสนุนบุคลากร ยา และการส่งต่อเฉพาะทาง	–	ผ่านผู้บัญชาการเหตุการณ์ นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ 089-535-9066

4.2 เกณฑ์การเปิดแผน BCP ของหน่วยงาน

การเปิดใช้แผนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยแยกการเปิดใช้มาตรการควบคุมโรค (ระดับ 1–2) ออกจากการเปิดใช้ BCP เต็มรูปแบบ (ระดับ 3) ซึ่งพิจารณาจากผลกระทบต่อบริการสำคัญ ไม่ใช่จากจำนวนผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เกณฑ์ภายนอกอ้างอิงประกาศและคำสั่งของหน่วยงานทางการ ส่วนเกณฑ์ภายในอ้างอิงสถานการณ์และทรัพยากรของโรงพยาบาล

เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งของระดับนั้นให้พิจารณายกระดับ ตัวเลขเกณฑ์ภายในต้องกำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล

ตารางที่ 31 เกณฑ์ระดับสถานการณ์และการเปิดใช้แผน

ระดับ	ปัจจัยภายนอกโรงพยาบาล	ปัจจัยภายในโรงพยาบาล
ระดับ 0 เฝ้าระวัง (ภาวะปกติ)	ไม่มีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ หรือมีเฉพาะข่าวการระบาดในต่างประเทศที่ยังไม่ประกาศเตือน	ดำเนินงาน IPC และเฝ้าระวังตามปกติ
ระดับ 1 เตรียมพร้อม (Alert)	• องค์การอนามัยโลกประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) หรือภาวะฉุกเฉินจากการระบาดใหญ่ (Pandemic emergency) ตาม IHR • กระทรวงสาธารณสุข/กรมควบคุมโรค ประกาศเตือนหรือออกแนวทางเฝ้าระวังโรคใหม่ • พบผู้ป่วยในประเทศ	• พบผู้ป่วยสงสัยตามนิยามมารับบริการ • ผู้จำหน่ายแจ้งความเสี่ยงขาดแคลน PPE หรือยาจำเป็น
ระดับ 2 ตอบโต้ (Response)	• พบผู้ป่วยยืนยันในจังหวัดสุราษฎร์ธานีหรือจังหวัดใกล้เคียง หรือมีการแพร่เชื้อในชุมชน • มีประกาศโรคติดต่ออันตรายหรือประกาศเขตติดโรค/โรคระบาดตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ • กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด สั่งการให้ยกระดับ	• พบผู้ป่วยหรือบุคลากรติดเชื้อยืนยันอย่างน้อย 1 ราย • พบผู้ป่วยสงสัยที่ต้องรับไว้ในห้องแยกพร้อมกัน ≥ 2 ราย • บุคลากรถูกกักตัวหรือขาดงานจากโรค ≥ ร้อยละ 10
ระดับ 3 วิกฤต: เปิดใช้ BCP เต็มรูปแบบ	• การระบาดในจังหวัดทำให้การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่ายทำไม่ได้หรือล่าช้าเกิน 4 ชั่วโมง • มีคำสั่งจากหน่วยงานต้นสังกัดให้ปรับ/จำกัดบริการ	• บริการสำคัญระดับ 1 ใดบริการหนึ่งหยุดชะงักหรือคาดว่าจะหยุดเกิน MTPD • บุคลากรขาดงาน ≥ ร้อยละ 30 ในหน่วยบริการสำคัญ หรือต่ำกว่าอัตรากำลังขั้นต่ำ • PPE หรือยาจำเป็นรายการใดเหลือน้อยกว่า 7 วัน • ห้องแยก/เตียงรองรับเต็มเกินร้อยละ 80 • พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ในโรงพยาบาลที่ต้องปิดหน่วยบริการ

4.3 ผู้มีอำนาจและเกณฑ์การยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน

ตารางที่ 32 เกณฑ์ลดระดับและยุติแผน

การเปลี่ยนระดับ	เกณฑ์ (ต้องครบทุกข้อ)
ระดับ 3 ⟶ ระดับ 2	• บริการสำคัญระดับ 1 กลับมาดำเนินการได้อย่างน้อยในระดับขั้นต่ำ ต่อเนื่อง 7 วัน • อัตรากำลังกลับมาสูงกว่าขั้นต่ำ และ PPE/ยาจำเป็นคงคลังมากกว่า 14 วัน • ระบบส่งต่อกลับมาใช้ได้

การเปลี่ยนระดับ	เกณฑ์ (ต้องครบทุกข้อ)
ระดับ 2 ⟶ ระดับ 1	• ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล ติดต่อกันอย่างน้อย 2 เท่าของระยะฟักตัวสูงสุดของโรค หรือตามแนวทางกรมควบคุมโรคขณะนั้น • สถานการณ์ในจังหวัดลดลงตามข้อมูลของ สสจ.สุราษฎร์ธานี
ระดับ 1 ⟶ ระดับ 0 (ยุติแผน)	• หน่วยงานทางการยกเลิกประกาศหรือลดระดับการเฝ้าระวัง หรือ IC พิจารณาว่าความเสี่ยงต่อโรงพยาบาลกลับสู่ภาวะปกติ • บริการกลับเข้าสู่ภาวะปกติตามแผนฟื้นฟู (หัวข้อ 6.1.4) • กำหนดวันทบทวนหลังเหตุการณ์ (AAR) แล้ว

หมายเหตุ: เกณฑ์ “2 เท่าของระยะฟักตัวสูงสุด” เป็นหลักปฏิบัติที่ใช้ทั่วไปในการประกาศสิ้นสุดการระบาด ให้ใช้เกณฑ์ของกรมควบคุมโรคสำหรับโรคนั้นเป็นหลักเมื่อมีการกำหนด

ผู้มีอำนาจสั่งเปิด ยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน และลำดับผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน เป็นไปตามหัวข้อ 6.1.5

บทที่ 5 จัดทำกลยุทธ์ความต่อเนื่อง (Business Continuity Strategy)

การกำหนดกลยุทธ์เป็นขั้นตอนก่อนการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้แผนสอดคล้องกับนโยบายและนำไปปฏิบัติได้จริง กลยุทธ์ที่ต้องใช้งบประมาณต้องผ่านการพิจารณาของผู้บริหาร บทนี้ประกอบด้วยกลยุทธ์ตามทรัพยากร 5 ด้าน กลยุทธ์ตามสถานการณ์ มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามช่องทางการแพร่เชื้อ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง การดูแลบุคลากร และกลยุทธ์รายหน่วยบริการ

5.1 การกำหนดกลยุทธ์ความต่อเนื่องให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ

ตารางที่ 33 แผนทรัพยากรเพื่อกำหนดกลยุทธ์ความต่อเนื่อง

ทรัพยากร	กลยุทธ์ความต่อเนื่อง
5.1.1 ด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลักและสำรอง	• ใช้พื้นที่สำรองภายในโรงพยาบาล สำรวจความเหมาะสมและเตรียมความพร้อมของสถานที่ร่วมกับสหวิชาชีพ ปรับปรุง ซ่อมแซม ให้ใช้งานได้ • ตรวจสอบระบบระบายอากาศของห้องแยกและพื้นที่สำรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และก่อนเปิดใช้ทุกครั้ง • กำหนดลำดับการแปลงพื้นที่ (เช่น หอผู้ป่วยพิเศษ ⟶ ห้องแยก ⟶ cohort ward) และเกณฑ์การปิด/ย้ายหน่วยบริการเมื่อมีการระบาดภายใน
5.1.2 ด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่สำคัญ	• สำรวจวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญและพร้อมใช้ พยากรณ์ความต้องการระยะสั้นและระยะยาวจากอัตราการใช้ • ประสานแหล่งผลิตและผู้จำหน่ายรายเดิมและรายใหม่เป็นทางเลือก ทำแผนร่วมกัน • นิเทศ กำกับ ติดตามการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่าบนมาตรฐานวิชาชีพทุกหน่วยงาน • กำหนดสต็อกขั้นต่ำเป็นจำนวนวันใช้ และหมุนเวียนตามวันหมดอายุ (First expire, first out)
5.1.4 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลที่สำคัญ	• สำรองข้อมูลและระบบ HIS/LIS กำหนดคู่มือบันทึกด้วยมือ สื่อสาร และซักซ้อม • เตรียมระบบ Telemedicine ระบบแจ้งเลื่อนนัด และระบบส่งยาทางไปรษณีย์ให้พร้อมใช้ในภาวะปกติ • จัดทำระบบข้อมูลสถานการณ์และทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อนการรักษา
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	• ทุกหน่วยงานจัดอัตรากำลังให้เปิดบริการในส่วนที่รับผิดชอบได้ต่อเนื่องตามความต้องการที่อาจเพิ่มหรือลด • จัดอัตรากำลังสำรองสำหรับบริการที่ขยายเพื่อรองรับวิกฤต และจัดทำบัญชีบุคลากรที่ผ่านการฝึกข้ามสายงาน • ซ้อมแผนและฟื้นฟูทักษะที่จำเป็น เช่น การสวมและถอด PPE การเก็บสิ่งส่งตรวจ การปฏิบัติงานในห้องความดันลบ • แบ่งทีมปฏิบัติงานแยกกันอย่างน้อย 2 ทีมในหน่วยบริการสำคัญ เพื่อไม่ให้การกักตัวทีมเดียวทำให้บริการหยุด
5.1.5 ด้านคู่ค้า/ผู้ให้บริการที่สำคัญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	• สร้างเครือข่ายสถานบริการเฉพาะทางเพื่อส่งต่อการรักษาต่อเนื่อง และทำข้อตกลง (MOU) กับบริษัทที่เกี่ยวข้อง • ระบบไฟฟ้าสำรอง: เครื่องกำเนิดไฟฟ้าจ่ายไฟพื้นที่วิกฤตได้ไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง UPS ไม่น้อยกว่า 30 นาที ระบบน้ำสำรองไม่น้อยกว่า 2 วัน และออกซิเจนสำรองไม่น้อยกว่า 3 วัน (สอดคล้องกับแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย) • ประสานศูนย์รับส่งต่อของกรมการแพทย์/จังหวัด • แนะนำผู้รับบริการที่ไม่เร่งด่วนให้ใช้สถานบริการใกล้บ้านตามสิทธิ

5.2 การกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง

โรงพยาบาลเลือกแนวทางจัดการความเสี่ยงหลายทางร่วมกัน โดยพิจารณาความสามารถในการจัดการของโรงพยาบาล ต้นทุน ทรัพยากรที่ต้องใช้ และความสามารถของหน่วยงานที่รับโอนความเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 34 แนวทางการจัดการความเสี่ยงกรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

แนวทาง	มาตรการของโรงพยาบาล
1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	• งดหรือเลื่อนบริการที่ไม่จำเป็นในพื้นที่เสี่ยง เช่น ตรวจสุขภาพและคัดกรองมะเร็งในประชาชนทั่วไป • งดหัตถการที่ก่อละอองในผู้ป่วยสงสัยเมื่อเลื่อนได้ • จำกัดการเยี่ยม และงดกิจกรรมรวมกลุ่มขนาดใหญ่
2. การขจัดแหล่งกำเนิดความเสี่ยง	• คัดกรองทุกทางเข้า และแยกผู้ป่วยสงสัยทันทีตามช่องทางการแพร่เชื้อ • บุคลากรที่มีอาการรายงานตนเองและงดปฏิบัติงานตามแนวทางกรมควบคุมโรค • ทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมตามคุณสมบัติของเชื้อ
3. การเปลี่ยนแปลงโอกาสที่จะเกิด	• มาตรการ IPC ตามช่องทางการแพร่เชื้อ การล้างมือ และการใช้ PPE ที่ถูกต้อง • ตรวจระบบระบายอากาศของพื้นที่แยกโรคปีละครั้งและก่อนเปิดใช้ • ให้วัคซีนแก่บุคลากรเมื่อมีวัคซีนสำหรับโรคนั้น • อบรมการสวมและถอด PPE ทุกปี
4. การเปลี่ยนแปลงผลกระทบที่จะเกิดตามมา	• แผนบริหารความต่อเนื่องฉบับนี้และแผนปฏิบัติการรายภารกิจ (หัวข้อ 6.3) • แบ่งบุคลากรหน่วยบริการสำคัญเป็น 2 ทีมที่ไม่สัมผัสกัน และบัญชีบุคลากรฝึกข้ามสายงาน • สำรอง PPE ≥ 30 วัน ยาจำเป็นและยาเคมีบำบัด ≥ 14 วัน ออกซิเจน ≥ 3 วัน • Telemedicine การส่งยาทางไปรษณีย์ และทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เลื่อนการรักษา
5. การแบ่งปันความเสี่ยงกับหน่วยงานอื่น	• ข้อตกลงส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 • ขอสนับสนุนบุคลากรและเวชภัณฑ์จากกรมการแพทย์และโรงพยาบาลในสังกัด • สัญญาผู้จำหน่ายหลักและผู้จำหน่ายสำรอง สัญญาบำรุงรักษาระบบ และใช้ CSSD เครือข่ายเมื่อเครื่องเสีย • สิทธิประโยชน์และการชดเชยบุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานตามระเบียบทางราชการ
6. การยอมรับความเสี่ยงไว้	• ความเสี่ยงระดับต่ำ เช่น ความล่าช้าของงานวิชาการ วิจัย และงานบริหารที่ไม่เร่งด่วน • การเลื่อนบริการกลุ่มความเร่งด่วนต่ำภายในกรอบเวลาที่ปลอดภัย โดยมีทะเบียนติดตาม

5.3 มาตรการเฉพาะภัย

มาตรการเฉพาะกรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย กลยุทธ์ตามสถานการณ์ผลกระทบ มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร เส้นทางผู้ป่วย และกลยุทธ์รายหน่วยบริการ

5.3.1 กลยุทธ์ตามสถานการณ์ผลกระทบ

สถานการณ์ทั้ง 6 แบบอาจเกิดพร้อมกัน ผู้บัญชาการเหตุการณ์ใช้ตารางนี้ร่วมกับผล BIA (บทที่ 2) เพื่อตัดสินใจ

ตารางที่ 35 กลยุทธ์ตอบสนองตามสถานการณ์ผลกระทบ 6 แบบ

สถานการณ์	ตัวบ่งชี้/เกณฑ์เฝ้าระวัง	ผลกระทบหลัก	กลยุทธ์ตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. บุคลากรติดเชื้อหรือขาดงาน	สัดส่วนบุคลากรขาดงานรายหน่วยรายวัน เทียบกับอัตรากำลังขั้นต่ำ เกณฑ์ เฝ้าระวังเมื่อขาดงาน ≥ ร้อยละ 10 / วิกฤตเมื่อ ≥ ร้อยละ 30 หรือต่ำกว่าอัตรากำลังขั้นต่ำ	หน่วยบริการสำคัญขาดกำลังคน ทีมถูกกักตัวพร้อมกัน	• ใช้อัตรากำลัง 3 ระดับ ลดบริการระดับ 3 แล้วย้ายกำลังไปบริการระดับ 1 • ใช้บัญชีบุคลากรฝึกข้ามสายงาน และทีมแยกอย่างน้อย 2 ทีม • การกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อหรือสัมผัสโรค ให้เป็นไปตามแนวทางกรมควบคุมโรคสำหรับโรคนั้น ร่วมกับการประเมินของงานอาชีวอนามัย • งานสนับสนุนที่ทำได้ ให้ทำงานจากที่บ้าน • ขอสนับสนุนบุคลากรจากกรมการแพทย์/เครือข่าย	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / หัวหน้ากลุ่มงาน / งานทรัพยากรบุคคล
2. ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกินศักยภาพ (Surge)	จำนวนผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันที่ต้องแยก อัตราครองเตียงห้องแยก เกณฑ์ ห้องแยกใช้ ≥ ร้อยละ 80	ห้องแยกเต็ม ทีมดูแลไม่พอ ผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปเสี่ยงสัมผัสเชื้อ	• ประชุมบริหารเตียงรายวัน • เปิดพื้นที่สำรองตามลำดับในบทที่ 4 • จัดผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันไว้รวมกัน (Cohort) • ส่งต่อตามแผนจังหวัด และจำหน่ายผู้ป่วยที่พร้อมร่วมกับการติดตามทางไกล • ลดการรับผู้ป่วยนัดที่เลื่อนได้	ฝ่ายปฏิบัติการ / หัวหน้าหอผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ประสานงาน
3. พื้นที่บริการไม่เพียงพอหรือต้องปิดพื้นที่	พื้นที่ถูกปิดเพื่อควบคุมการระบาด หรือระบบระบายอากาศขัดข้อง	บริการในพื้นที่นั้นหยุด	• ย้ายบริการไปพื้นที่สำรองที่สำรวจไว้ • ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อตามคุณสมบัติของเชื้อก่อนเปิดใช้ใหม่ • ใช้เครื่องกรองอากาศ HEPA แบบเคลื่อนที่เป็นมาตรการชั่วคราว • จัดนัดผู้ป่วยกระจายเวลาเพื่อลดความแออัด	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร (พัสดุและบำรุงรักษา) / งาน IPC
4. เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกัน หรือยาขาดแคลน	จำนวนวันคงเหลือรายรายการ เกณฑ์เตือน 14 วัน เกณฑ์วิกฤต 7 วัน	บุคลากรเสี่ยงติดเชื้อ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามกำหนด	• ติดตามอัตราการใช้รายวัน และจัดสรรตามความเสี่ยงของพื้นที่ • ใช้กลยุทธ์ประหยัด PPE ได้เฉพาะเมื่อมีแนวทางทางการรองรับ และคณะกรรมการ IPC อนุมัติ • ขอสนับสนุนจาก สสจ./กรมการแพทย์ และผู้จำหน่ายสำรอง • กรณียาเคมีบำบัดขาด ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดลำดับการใช้ร่วมกับแพทย์ผู้รักษา และยืมจากเครือข่าย	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร (พัสดุ) / กลุ่มงานเภสัชกรรม / งาน IPC
5. การส่งต่อผู้ป่วยถูกจำกัด	โรงพยาบาลรับส่งต่อปฏิเสธหรือรอเกิน 4 ชั่วโมง	ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไว้เองเกินศักยภาพปกติ	• ดูแลผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงในหอแยก/cohort ward (ห้อง modified negative pressure 4 ห้อง และ cohort ward 8 เตียง ที่หอผู้ป่วยพิเศษเก่าชั้น 2) • ปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อผ่านระบบทางไกล • ประสานโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะทาง	เจ้าหน้าที่ประสานงาน / ฝ่ายปฏิบัติการ
6. ระบบสนับสนุนหยุดชะงัก	ไฟฟ้า น้ำ ออกซิเจน IT ซักฟอก CSSD หรือการเก็บขยะติดเชื้อหยุดหรือคาดว่าจะหยุด	บริการหลายหน่วยหยุดพร้อมกัน	• ใช้ระบบไฟฟ้าและน้ำสำรอง ใช้คู่มือบันทึกด้วยมือเมื่อระบบ IT ล่ม • ใช้ CSSD ของโรงพยาบาลเครือข่ายหากเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อเสีย • ใช้ผู้รับจ้างสำรองสำหรับซักฟอกและขยะติดเชื้อ ขยายพื้นที่พักขยะชั่วคราวที่ปลอดภัย • ใช้แผนเฉพาะของระบบนั้นร่วมกัน	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร / กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ / หน่วยจ่ายกลาง

5.3.2 มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามช่องทางการแพร่เชื้อ

โรคติดต่ออุบัติใหม่แต่ละโรคมีช่องทางการแพร่เชื้อต่างกัน แผนฉบับนี้จึงไม่กำหนดมาตรการชุดเดียวกันสำหรับทุกโรค แต่กำหนดหลักการดังนี้

- **ข้อควรระวังมาตรฐาน (Standard precautions) ใช้กับผู้ป่วยทุกราย ทุกระดับสถานการณ์** ได้แก่ สุขอนามัยมือ การใช้ PPE ตามความเสี่ยงของกิจกรรม สุขอนามัยทางเดินหายใจ การจัดการอุปกรณ์ ผ้า ขยะ และสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในการฉีดยาและของมีคม
- **ข้อควรระวังตามช่องทางการแพร่เชื้อ (Transmission-based precautions)** เพิ่มตามช่องทางการแพร่เชื้อของโรคที่เกิดขึ้น ตามตารางด้านล่าง
- **กรณีโรคใหม่ที่ยังไม่ทราบช่องทางการแพร่เชื้อ** ให้ใช้มาตรการเชิงป้องกันไว้ก่อน คือ ข้อควรระวังแบบสัมผัสร่วมกับการแพร่ทางอากาศและการป้องกันตา ในผู้ป่วยสงสัย จนกว่าจะมีข้อมูลหรือแนวทางทางการ แล้วปรับลดหรือเพิ่มตามหลักฐาน
- **ยึดแนวทางทางการล่าสุดเป็นหลัก** ได้แก่ นิยามผู้ป่วย แนวทางการตรวจ และแนวทาง IPC ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ร่วมกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานสาธารณสุขหลักได้เผยแพร่ศัพท์ใหม่ใน พ.ศ. 2567 โดยใช้คำว่า “แพร่ผ่านทางอากาศ” (through the air) ด้วยอนุภาคติดเชื้อจากทางเดินหายใจ (Infectious respiratory particles) ครอบคลุมทั้งการหายใจเข้าและการตกลงบนเยื่อบุโดยตรง ทั้งในระยะใกล้และระยะไกล แทนการแบ่ง droplet/airborne ตามขนาดอนุภาคแบบเดิม แต่มาตรการปฏิบัติสำหรับแต่ละโรคยังต้องเป็นไปตามแนวทางที่ออกสำหรับโรคนั้น ตารางต่อไปนี้จึงใช้การแบ่งกลุ่มเชิงปฏิบัติที่โรงพยาบาลคุ้นเคย

ตารางที่ 36 มาตรการเพิ่มเติมตามช่องทางการแพร่เชื้อ (ใช้ร่วมกับข้อควรระวังมาตรฐาน)

ช่องทางการแพร่เชื้อ	การจัดผู้ป่วยและห้อง	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลหลัก	สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และขยะ
ผ่านทางอากาศระยะใกล้ (เดิมเรียก droplet)	ห้องเดี่ยวหรือรวมผู้ป่วยโรคเดียวกัน ระยะห่างระหว่างเตียง ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกห้อง	หน้ากากอนามัย ป้องกันตาเมื่อมีโอกาสกระเด็น	ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสบ่อย
ผ่านทางอากาศระยะไกล (เดิมเรียก airborne) และหัตถการที่ก่อละออง	ห้องแยกความดันลบ (AIIR) หรือ modified negative pressure หรือห้องที่ระบายอากาศเพียงพอ ปิดประตู จำกัดผู้เข้า	หน้ากากกรองอนุภาค N95 หรือเทียบเท่าที่ผ่านการทดสอบความแนบสนิท ป้องกันตา เสื้อคลุมและถุงมือเมื่อสัมผัส	ระยะเวลาปล่อยห้องว่างก่อนรับผู้ป่วยรายถัดไปตามอัตราการแลกเปลี่ยนอากาศ (12 ACH ประมาณ 35 นาที, 6 ACH ประมาณ 69 นาที เพื่อกำจัดอนุภาคร้อยละ 99.9)
การสัมผัส (ทางตรง/ทางอ้อม)	ห้องเดี่ยวหรือ Cohort อุปกรณ์เฉพาะราย	เสื้อคลุมและถุงมือเมื่อเข้าห้อง/สัมผัส	ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาที่มีผลต่อเชื้อนั้น
เลือดและสารคัดหลั่ง (โรคติดต่อรุนแรง)	ห้องเดี่ยวพร้อมห้องน้ำ/อุปกรณ์ขับถ่ายเฉพาะ พื้นที่สวม-ถอด PPE แยก มีผู้สังเกตการถอด PPE	PPE ตามแนวทางเฉพาะโรค เช่น ชุดคลุมกันน้ำ ถุงมือ 2 ชั้น ป้องกันใบหน้า รองเท้าบูท	ขยะติดเชื้อและสิ่งส่งตรวจตามแนวทางเฉพาะ จำกัดหัตถการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น
พาหะนำโรค	ไม่ต้องแยกจากคนสู่คน เว้นแต่โรคมีช่องทางอื่นร่วม	ข้อควรระวังมาตรฐาน	ควบคุมพาหะในอาคารและบริเวณโรงพยาบาล ป้องกันผู้ป่วยถูกพาหะกัด

การปรับมาตรการเมื่อมีข้อมูลใหม่ ให้ดำเนินการดังนี้

1) ทีม IPC ติดตามประกาศและแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และองค์การอนามัยโลก ทุกวันในระดับ 2–3 และทุกสัปดาห์ในระดับ 1
2) เมื่อมีแนวทางใหม่ ทีม IPC สรุปความแตกต่างจากมาตรการที่ใช้อยู่ และเสนอคณะกรรมการ IPC /IC ภายใน 24 ชั่วโมง
3) IC อนุมัติ ประกาศใช้ พร้อมระบุเลขฉบับและวันที่มีผล ยกเลิกฉบับเดิมทุกจุดบริการ
4) สื่อสารผ่านเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์และหัวหน้าหน่วยงาน และตรวจติดตามการปฏิบัติภายใน 7 วัน
5) บันทึกเหตุผลของการปรับมาตรการไว้ใน Log book เพื่อใช้ทบทวนหลังเหตุการณ์

5.3.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(1) การคัดกรองและแยกผู้ป่วย

- คัดกรองผู้ป่วยและญาติทุกรายที่ทุกทางเข้า ตามนิยามผู้ป่วยของโรคในขณะนั้น ร่วมกับการคัดกรองอาการทางเดินหายใจ ไข้ ผื่น และประวัติสัมผัส
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีไข้ ให้ประเมินภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำทันทีควบคู่กับการคัดกรองโรคติดต่อ โดยไม่ให้การแยกผู้ป่วยทำให้การรักษาภาวะฉุกเฉินล่าช้า
- แยกผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยติดเชื้อออกจากพื้นที่ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ (ห้องให้ยาเคมีบำบัด ห้องรอฉายรังสี หอผู้ป่วยเคมีบำบัด)
- จำกัดจำนวนญาติผู้ติดตามตามระดับสถานการณ์ และคัดกรองญาติเช่นเดียวกับผู้ป่วย

(2) การจัดเส้นทางบริการ

- แบ่งพื้นที่และเส้นทางเป็น 3 โซน คือ โซนทั่วไป โซนผู้ป่วยสงสัย และโซนผู้ป่วยยืนยัน โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้ติดเชื้อไม่ต้องผ่านโซนผู้ป่วยสงสัย
- จัดช่วงเวลานัดแบบกระจาย และนัดผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำในช่วงเวลาที่แยกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นเมื่อทำได้
- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อและต้องฉายรังสีต่อ ให้จัดคิวท้ายของวันหรือใช้เครื่องฉายที่กำหนด แล้วทำความสะอาดห้องและอุปกรณ์ตามคุณสมบัติของเชื้อ
- ใช้ Telemedicine การส่งยาทางไปรษณีย์ และการเจาะเลือดที่หน่วยบริการใกล้บ้าน (โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. ที่ส่งผลผ่านระบบหรือโทรสาร) สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

(3) การจัดลำดับความเร่งด่วนทางคลินิก แผนนี้ใช้หลักการแบ่ง 3 ระดับ ซึ่งดัดแปลงจากแนวทางของ European Society for Medical Oncology (ESMO) ที่จัดทำขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ การตัดสินรายผู้ป่วยเป็นของแพทย์ผู้รักษาหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องบันทึกเหตุผลในเวชระเบียน

ตารางที่ 37 การจัดลำดับความเร่งด่วนทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับความเร่งด่วน	หลักการ	ตัวอย่างในบริบทโรงพยาบาล (ให้องค์กรแพทย์ยืนยัน)	การจัดการช่วงวิกฤต
สูง (High priority)	ภาวะคุกคามชีวิตหรือไม่คงที่ทางคลินิก หรือการรักษาให้ประโยชน์มาก เช่น เพิ่มการรอดชีพหรือคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน	ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา การรักษามุ่งหายขาด ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างคอร์สรังสีรักษา ผู้ป่วยรายใหม่ที่สงสัยมะเร็งลุกลามเร็ว	ดำเนินการตามกำหนด ไม่เลื่อน
ปานกลาง (Medium priority)	ไม่วิกฤต แต่การล่าช้าเกินประมาณ 6–8 สัปดาห์อาจกระทบผลการรักษา หรือประโยชน์	การรักษาเสริมบางกรณี การผ่าตัดมะเร็งที่โรคไม่ลุกลามเร็ว	เลื่อนได้ในกรอบเวลาที่แพทย์กำหนด และติดตามผ่านทะเบียน

ระดับความเร่งด่วน	หลักการ	ตัวอย่างในบริบทโรงพยาบาล (ให้องค์กรแพทย์ยืนยัน)	การจัดการช่วงวิกฤต
	ระดับปานกลาง		
ต่ำ (Low priority)	ผู้ป่วยคงที่พอจะเลื่อนบริการออกไปตลอดช่วงการระบาด หรือการรักษาให้ประโยชน์น้อย	การตรวจติดตามในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ การตรวจคัดกรองในประชาชนทั่วไป	เลื่อนหรือเปลี่ยนเป็นติดตามทางไกล

- จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อนการรักษา ระบุระดับความเร่งด่วน วันที่เลื่อน และวันที่ต้องทบทวนอีกครั้ง ทบทวนทุก 7 วัน
- ผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้ทีมรักษามะเร็งร่วมกับอายุรแพทย์ตัดสินใจว่าจะชะลอหรือดำเนินการรักษาต่อ โดยพิจารณาความรุนแรงของการติดเชื้อและความเร่งด่วนของมะเร็ง
- การให้วัคซีนแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ญาติ และบุคลากร เมื่อมีวัคซีนสำหรับโรคนั้น ให้เป็นไปตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค

5.3.4 ความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร

- ประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อจากการทำงาน จัดอบรมและทดสอบการสวม-ถอด PPE และทดสอบความแนบสนิทของหน้ากาก N95 ให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงสูง
- ระบบรายงานการสัมผัสโรคของบุคลากร การประเมินผู้สัมผัส และการติดตามอาการ โดยงานอาชีวอนามัยร่วมกับงาน IPC
- จัดชั่วโมงการทำงานในพื้นที่แยกโรคไม่ให้นานเกินควร (พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกไม่ควรเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน) จัดพื้นที่พักแยกจากพื้นที่ปฏิบัติงาน และบันทึกเวลาเข้า-ออกของบุคลากรที่ไม่ได้ประจำหอผู้ป่วยแยก
- ดูแลจิตใจบุคลากรตามหลัก CARE ได้แก่ C – Clarify ทบทวนใจตนเอง, A – Aim ตั้งเป้าหมายและจัดการปัญหา, R – Relax and reassure ผ่อนคลายและสร้างความมั่นใจ, E – Empowerment สร้างพลังใจ
- คัดกรองความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 (ภาคผนวก ค) ในบุคลากรหน่วยเสี่ยงสูงทุก 2 สัปดาห์ ในระดับ 2–3 ผู้ที่มีคะแนน 8 ขึ้นไปให้ได้รับการติดตามและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (จิตแพทย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หรือสายด่วนสุขภาพจิต 1323)
- สื่อสารสวัสดิการ ค่าตอบแทน และการดูแลครอบครัวบุคลากรให้ชัดเจน

5.3.5 เส้นทางผู้ป่วย (Patient Journey)

การระบุเส้นทางผู้ป่วยช่วยให้ทราบว่าหน่วยงานใดรับผิดชอบช่วงใด ใช้พื้นที่ใด และใช้กำลังคนเท่าใด หากกำลังคนไม่พอ ผู้บริหารจะพิจารณาโยกย้ายบุคลากร อุปกรณ์ งบประมาณ และระบบสนับสนุนได้ แผนนี้กำหนดเส้นทางหลัก 2 เส้นทางที่ต้องแยกจากกันทั้งพื้นที่และเวลา

เส้นทาง	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
ก. ผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดต่ออุบัติใหม่	คัดกรองที่ทางเข้า (อาการ ประวัติสัมผัส ประวัติเดินทาง ตามนิยามผู้ป่วยขณะนั้น)	จุดตรวจแยก (คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อหรือพื้นที่ที่กำหนด)	ห้องแยกตามช่องทางการแพร่เชื้อ เก็บสิ่งส่งตรวจ	รับไว้ในห้องแยก/หอผู้ป่วยรวม หรือส่งต่อตามแผนจังหวัด	จำหน่าย/ส่งต่อ ติดตามผู้สัมผัส ทำความสะอาดพื้นที่
ข. ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้	คัดกรองที่ทางเข้า	ตรวจผู้ป่วยนอก/	Telemedicine	รับยา/ส่งยา	จำหน่าย/ส่งต่อ

เส้นทาง	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
ติดเชื้อ	แยกผู้มีอาการออก	เคมีบำบัด/รังสีรักษา ตามช่วงเวลานัดที่กระจาย	สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์	ทางไปรษณีย์ หรือรับไว้ผ่าตัด/นอนโรงพยาบาล	ติดตามทางไกล

ผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่และยังต้องรับการรักษามะเร็งต่อ ให้ใช้เส้นทาง ก ร่วมกับการปรึกษาทีมรักษามะเร็ง ตามหัวข้อ 5.3.3 ในบทที่ 5

5.3.6 กลยุทธ์รายหน่วยบริการ

กลยุทธ์รายหน่วยบริการครอบคลุม 13 หน่วย ได้แก่ จุดคัดกรองและคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด รังสีรักษา งานพัสดุ ห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในทันตกรรม ห้องผ่าตัด รังสีวินิจฉัย และหน่วยจ่ายกลาง ผู้รับผิดชอบระบุเป็นตำแหน่ง ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ให้ระบุในทะเบียนผู้รับผิดชอบ (ภาคผนวก ข)

ตารางที่ 38 กลยุทธ์ความต่อเนื่องรายหน่วยบริการ

ทรัพยากร	กลยุทธ์และรายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ (ตำแหน่ง)
1. จุดคัดกรองและคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ (เช่น ARI Clinic กรณีโรคทางเดินหายใจ)		
สถานที่	พื้นที่นอกอาคารหลัก ลดการสัมผัสผู้รับบริการอื่น เส้นทางสะดวกสู่ห้องแยก: คัดกรองที่หน้าอาคาร ผู้ป่วยสงสัยส่งห้องแยก ผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามส่งคลินิกคัดกรอง มีจุดนั่งรอตรวจและรอรับยาแยก คัดกรองซ้ำ มีห้อง modified negative pressure และตู้เก็บสิ่งส่งตรวจ (ข้อมูลตั้งต้น)	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก / หัวหน้างาน IPC
อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	โต๊ะคัดกรองมีฉากกั้น ไมโครโฟนและลำโพง เครื่องวัดอุณหภูมิ แบบคัดกรองที่ปรับตามนิยามผู้ป่วยล่าสุด เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว โทรศัพท์ภายใน PPE ตามช่องทางการแพร่เชื้อ หูฟังแพทย์ ถังขยะติดเชื้อมีฝาปิด	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา / หัวหน้างาน IPC
เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระบบบันทึกและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Wi-Fi ที่เสถียร โทรศัพท์เคลื่อนที่ ระบบรวบรวมข้อมูลส่วนกลางที่มีผู้รับผิดชอบรายงานทันสถานการณ์ คอมพิวเตอร์	หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	อัตรากำลังหมุนเวียนพยาบาลและผู้ช่วย 2 ทีม จัดแพทย์เก็บสิ่งส่งตรวจโดยเฉพาะ มีผู้รับผิดชอบประจำเพื่อลดความผิดพลาด บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service)	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
คู่ค้า/ผู้ให้บริการ	ช่างไฟฟ้าดูแลห้องและตู้เก็บสิ่งส่งตรวจ งาน IPC และงานอนามัยสิ่งแวดล้อมดูแลระบบความดันลบ บริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยดูแลเส้นทางผู้ป่วย	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
2. ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (ทั่วไป เคมีบำบัด รังสีรักษา)		
สถานที่	ใช้พื้นที่ปกติทั้ง 3 OPD มีจุดคัดกรองก่อนเข้าพื้นที่ ห้อง modified negative pressure สำหรับหัตถการที่ก่อละออง	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
อุปกรณ์	PPE ตามความเสี่ยง ฉากกั้นระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร ไมโครโฟน/อินเตอร์คอม โทรศัพท์ติดต่อภายนอก	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
เทคโนโลยีสารสนเทศ	Wi-Fi ระบบแจ้งเลื่อนนัดทางข้อความ ระบบจองคิว Telemedicine HIS	หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	ลดจำนวนผู้ป่วยนัดตามระดับความเร่งด่วน (ข้อมูลตั้งต้น: ลดร้อยละ 20) แล้วย้ายบุคลากรไปจุดคัดกรองและพื้นที่แยกโรค	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
3. หน่วยเคมีบำบัด (เพิ่มใหม่)		
สถานที่	ห้องให้ยาจัดระยะห่างระหว่างเก้าอี้/เตียง แยกจากเส้นทางผู้ป่วยสงสัย ห้องให้ยาสำรอง (ห้องตรวจ OPD เคมีบำบัดที่ว่างจากการลดนัด)	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด
บริการ	จัดลำดับตามความเร่งด่วนทางคลินิก พิจารณาสูตรยารับประทานหรือปรับรอบตามดุลยพินิจแพทย์ ตรวจเลือดล่วงหน้าที่หน่วยบริการใกล้บ้าน (โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย)	หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	พยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัดขั้นต่ำ 2 คน ต่อวัน และรายชื่อพยาบาลสำรอง	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
4. รังสีรักษา (เพิ่มใหม่)		
บริการ	ไม่หยุดคอร์สที่เริ่มแล้วโดยไม่จำเป็น จัดคิวผู้ป่วยติดเชื้อท้ายวัน ทำความสะอาดเครื่องและอุปกรณ์ยึดตรึงตามคุณสมบัติเชื้อ พิจารณา hypofractionation ตามดุลยพินิจรังสีแพทย์	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีรักษา
คู่ค้า	บริษัทบำรุงรักษาเครื่องฉายรังสี ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน (ทำเนียบผู้ให้บริการวิกฤต 24 ชั่วโมง ทบทวนทุก 6 เดือน)	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
5. งานพัสดุ		
สถานที่	อาคารพัสดุ ส่วนสำนักงานและคลังสินค้าด้านหลัง	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
อุปกรณ์	PPE สำหรับบุคลากรพัสดุ โทรศัพท์ติดต่อภายนอก ระบบติดตามสต็อกรายวัน	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระบบสำรองการบันทึกด้วยมือเมื่อระบบปกติหยุด จัดทำคู่มือ สื่อสาร และซักซ้อม	หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	วิเคราะห์ภาระงานควบคู่สถานการณ์ จัดอัตรากำลังตามภาระงาน วิเคราะห์ความจำเป็นของการทำงานจากที่บ้านหรือที่สำนักงาน ติดตามความต้องการบุคลากรเสริมจากส่วนกลาง และฝึกทักษะที่จำเป็น	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา

ทรัพยากร	กลยุทธ์และรายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ (ตำแหน่ง)
6. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์		
สถานที่	พื้นที่รอเจาะเลือดเว้นระยะ ฉากกั้น จุดเจาะเลือดผู้ป่วยรถนั่ง/นอนแยก พื้นที่รับและเตรียมตัวอย่างแยกจากพื้นที่ตรวจวิเคราะห์ พื้นที่เอกสารและพักแยก พื้นที่เก็บสิ่งส่งตรวจแยก ระบบปรับอากาศและระบายอากาศควบคุมการแพร่เชื้อ เจลแอลกอฮอล์ที่จุดเข้า-ออก	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์
อุปกรณ์	ตู้ชีวนิรภัย class II หม้อนึ่งฆ่าเชื้อ เครื่องปั่นที่มีฝาครอบนิรภัย อุปกรณ์ป้องกันตามบทบาท และระดับความปลอดภัยทางชีวภาพตามแนวทางการตรวจเชื้อนั้น	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
เทคโนโลยีสารสนเทศ	HIS/LIS รายงานผลออนไลน์ รับผลจากห้องปฏิบัติการภายนอก ระบบรายงานผลด่วน ระบบตรวจติดตามความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ	หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ วางแผนอัตรากำลัง และอัตรากำลังเสริมกรณีบุคลากรถูกกักตัว	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์
7. กลุ่มงานเภสัชกรรม		
สถานที่	พื้นที่ปฏิบัติงานปกติ และพื้นที่โครงการส่งยาทางไปรษณีย์ประมาณ 50 ตารางเมตร	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	เภสัชกรคัดกรองและตรวจสอบยาก่อนส่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมประสานงาน จัดยา บันทึกข้อมูล แพทย์ประเมินผู้ป่วยที่ส่งยาทางไปรษณีย์ พยาบาล OPD โทรประสานผู้ป่วย อัตรากำลังเสริมกรณีกักตัว	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
คู่ค้า	บริษัทยา องค์การเภสัชกรรม ไปรษณีย์หรือระบบขนส่งอื่น งานเวชระเบียน	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม / หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
8. ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ในพื้นที่ OPD)		
สถานที่	แยกพื้นที่ผู้ป่วยเสี่ยงแพร่เชื้อ (Isolation zone) ออกจากพื้นที่ปกติ (Clean zone) กำหนดจุดกู้ชีพในห้อง modified negative pressure สำหรับหัตถการที่ก่อละออง	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
อุปกรณ์	ถังออกซิเจนพร้อมรถเข็นและสายรัด กระบอกน้ำกลั่น Flow meter อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ (รวม video laryngoscope) เครื่องดูดเสมหะ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดออกซิเจน PPE ตามช่องทางการแพร่เชื้อ เวชภัณฑ์ยา	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา / หัวหน้างาน IPC
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	ผ่านการอบรมการคัดกรองและการใช้ PPE ทีมหัตถการ: แพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน พยาบาลบันทึก 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เจ้าหน้าที่ลงข้อมูล เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ (ข้อมูลตั้งต้น)	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
9. หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยแยกโรค		
สถานที่	หอผู้ป่วยพิเศษเก่าชั้น 2: ห้อง modified negative pressure 4 ห้อง และ cohort ward 8 เตียง สำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ใช้เมื่อการส่งต่อทำไม่ได้ หอผู้ป่วยทั่วไปแลกเปลี่ยนอากาศอย่างน้อย 6 ครั้งต่อชั่วโมง ทิศทางลมทางเดียว	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน
อุปกรณ์ (ต่อห้องแยก)	เตียงไฟฟ้า Flow meter เครื่องวัดออกซิเจน เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิดิจิทัล ไฟฉาย หูฟังแพทย์ อุปกรณ์รับประทานอาหารและเครื่องผ้าเฉพาะราย ชุดเช็ดตัวแบบใช้ครั้งเดียว	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	บุคลากรปฏิบัติตามคำแนะนำ PPE ตามหัตถการ จัดอย่างน้อย 2 ทีมแยกกัน (ข้อมูลตั้งต้น: อัตราส่วนพยาบาล 1:6 พยาบาลอายุงาน ≥ 2 ปี ทีมละ 6 คน สลับพักทุกครึ่งเดือนถึง 1 เดือน) หน่วยสนับสนุน: IPC เปล รังสี Lab เภสัช โภชนาการ เวชระเบียน สารสนเทศ ช่าง พัสดุ รปภ. การเงิน ซักฟอก CSSD	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน
10. ทันตกรรม		
สถานที่	ห้อง AIIR สำหรับผู้ป่วยสงสัยเมื่อจำเป็นต้องทำหัตถการ ระบบระบายอากาศ 6–12 ครั้งต่อชั่วโมง แบ่งโซน	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
อุปกรณ์	ระบบป้องกันการดูดกลับของด้ามกรอฟัน เดินน้ำไล่สายก่อนเริ่มงานและระหว่างผู้ป่วยอย่างน้อย 20–30 วินาที เครื่องดูดกำลังสูงในหัตถการที่	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้างานพัสดุ

ทรัพยากร	กลยุทธ์และรายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ (ตำแหน่ง)
	ฟุ้งกระจาย (แยกท่อระบายอากาศ หรือใช้เครื่องดูดเคลื่อนที่) PPE ตามช่องทางการแพร่เชื้อ	และบำรุงรักษา
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	จัดอย่างน้อย 2 ทีมแยกกัน ให้ความสำคัญกับการเตรียมช่องปากก่อนรังสีรักษา	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
11. ห้องผ่าตัดและวิสัญญี		
สถานที่	ห้องผ่าตัดระบบระบายอากาศแบบ hybrid ห้อง Pre-op/Post-op แลกเปลี่ยนอากาศอย่างน้อย 12 ครั้งต่อชั่วโมง	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
อุปกรณ์	PPE ตามช่องทางการแพร่เชื้อ แผ่นพลาสติกคลุม ชุดดูดเสมหะระบบปิดสำหรับท่อช่วยหายใจ	หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	อย่างน้อย 2 ทีมแยกกัน จำกัดจำนวนบุคลากรในห้องผ่าตัด	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด / หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี
12. รังสีวินิจฉัย		
สถานที่	จุดถ่ายภาพรังสีทรวงอกแยกจากผู้ป่วยทั่วไป ทางเข้า-ออกทางเดียว ป้ายชัดเจน ระยะห่างจากผู้อื่น	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	นักรังสีการแพทย์ 1–2 คนต่อเวรหมุนเวียน เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนและคัดกรอง เจ้าหน้าที่ซักประวัติและลงนัด	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
13. หน่วยจ่ายกลาง (เพิ่มใหม่)		
บริการ	แยกรับเครื่องมือปนเปื้อนจากพื้นที่แยกโรค ล้างและทำลายเชื้อตามคุณสมบัติของเชื้อ จัดลำดับการทำให้ปราศจากเชื้อให้ห้องผ่าตัดเร่งด่วนและหอผู้ป่วยก่อน	หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง
ทรัพยากร	สารเคมีและตัวชี้วัดคงคลัง 30 วัน สัญญาบำรุงรักษาเครื่อง ข้อตกลงใช้ CSSD เครือข่ายเมื่อเครื่องเสีย	หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง / หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา

บทที่ 6 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ และฟื้นฟูกระบวนการทำงานหลังเกิดเหตุวิกฤต

การปฏิบัติการใด ๆ ให้บุคลากรทุกกลุ่มคำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตของตนเองและผู้อื่น และปฏิบัติตามแนวทาง แผนเผชิญเหตุ และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดอย่างเคร่งครัด บทนี้ประกอบด้วยตารางปฏิบัติการรายระดับสถานการณ์ ผังการดำเนินงาน และขั้นตอนตามช่วงเวลา 4 ระยะ

6.1 กำหนดแนวทางการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤต

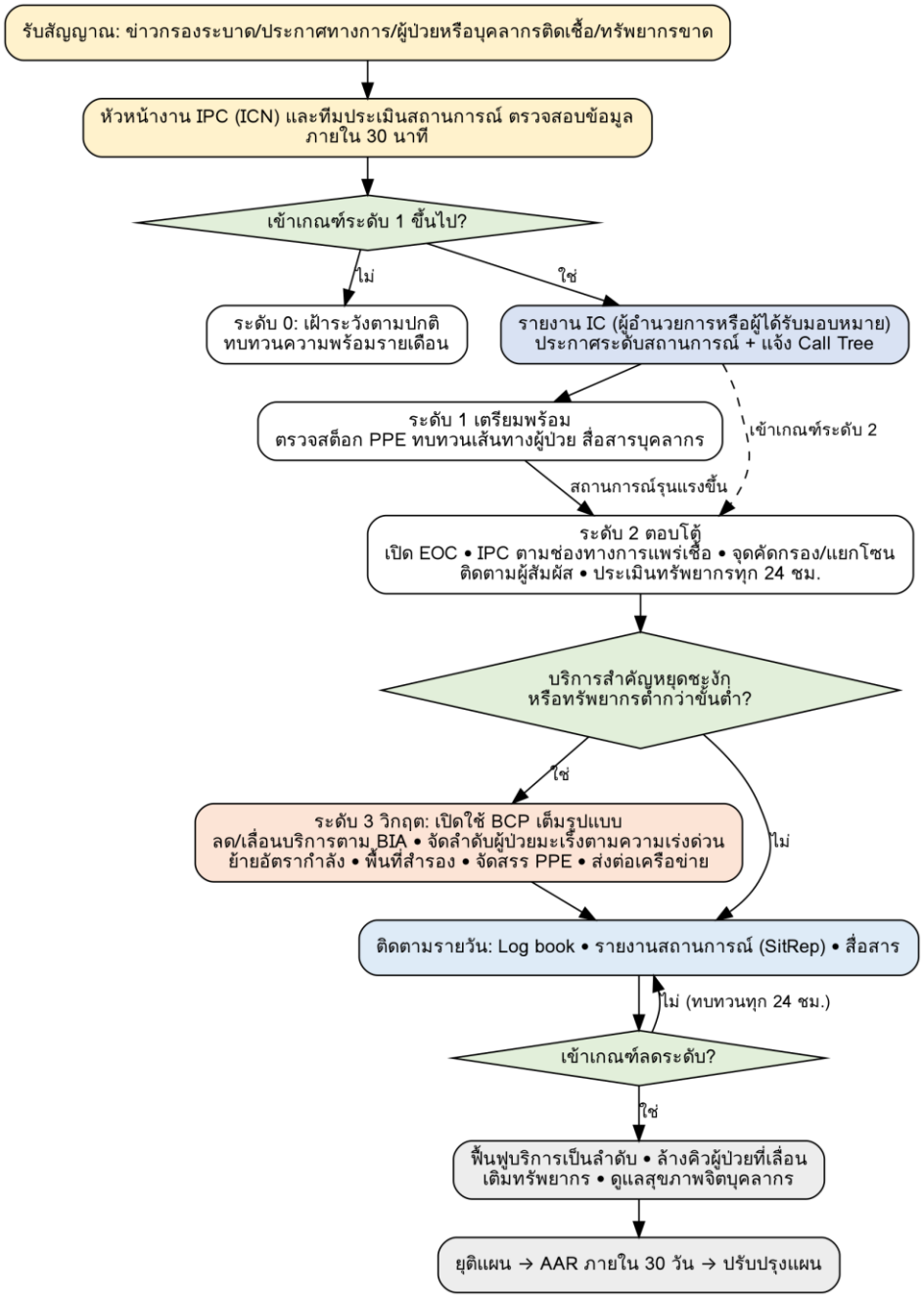
6.1.1 การประเมินสถานการณ์

หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) ภายใต้ฝ่ายวางแผน ประเมินสถานการณ์จากข้อมูลเฝ้าระวังผู้ป่วยในโรงพยาบาล บุคลากรขาดงาน และทรัพยากรคงคลัง เทียบกับเกณฑ์ในหัวข้อ 4.2–4.3 แล้วเสนอระดับสถานการณ์ต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์ การปฏิบัติของแต่ละระดับเป็นไปตามตารางและผังต่อไปนี้

ตารางที่ 39 ตารางปฏิบัติการรายระดับสถานการณ์

ระดับ / เกณฑ์เปิด	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ทรัพยากร	การสื่อสาร	เกณฑ์ลดระดับ/ยุติ
ระดับ 0 เฝ้าระวัง ภาวะปกติ	แนวที่ 1 ตอบโต้การระบาด: เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ติดตามข่าวกรองโรคจากกรมควบคุมโรคและองค์การอนามัยโลก ฝึกอบรม PPE แนวที่ 2 ความต่อเนื่อง: ทบทวน BIA ทะเบียนผู้รับผิดชอบ สต็อกขั้นต่ำ สัญญาคู่ค้า ฝึกซ้อมแผนตามกำหนด	คณะกรรมการ IPC / คณะทำงาน BCP / หัวหน้าหน่วยงาน	สต็อก PPE ขั้นต่ำ 30 วัน ห้องแยกพร้อมใช้	รายงานคณะกรรมการบริหารรายเดือน	–
ระดับ 1 เตรียมพร้อม ตามตารางเกณฑ์ในบทที่ 4	แนวที่ 1 ตอบโต้การระบาด: แจ้งนิยามผู้ป่วยและแนวทางล่าสุด ปรับแบบคัดกรอง ตรวจความพร้อมห้องแยกและระบบระบายอากาศ ทบทวนเส้นทางผู้ป่วยสงสัย แนวที่ 2 ความต่อเนื่อง: ตรวจสต็อก PPE ยา และน้ำยาตรวจ คำนวณอัตราการใช้ล่วงหน้า แจ้งเตือนคู่ค้า ทบทวนอัตรากำลังขั้นต่ำและบัญชีฝึกข้ามสายงาน	IC ประกาศ / หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) / งาน IPC / ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	ตามที่สำรวจ	แจ้งบุคลากรทุกหน่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการคัดกรอง	ทางการยกเลิกการเตือน หรือไม่มีความเสี่ยงต่อพื้นที่ ⟶ ระดับ 0
ระดับ 2 ตอบโต้ ตามตารางเกณฑ์ในบทที่ 4 (รวมพบผู้ป่วย/บุคลากรติดเชื้อยืนยัน ≥ 1 ราย)	แนวที่ 1 ตอบโต้การระบาด: เปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (EOC) เปิดจุดคัดกรองทุกทางเข้าและคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อ ใช้มาตรการ IPC ตามช่องทางการแพร่เชื้อ แยกผู้ป่วย สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัส รายงานโรค จำกัดการเยี่ยม แนวที่ 2 ความต่อเนื่อง: ประเมินทรัพยากรทุก 24 ชั่วโมง จัดนัดกระจาย เริ่ม Telemedicine และส่งยาทางไปรษณีย์ จัดทีมแยก 2 ทีมในหน่วยบริการสำคัญ เริ่มทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน (กลุ่มความเร่งด่วนต่ำ)	IC / ฝ่ายปฏิบัติการ / Safety & Security Officer / ฝ่ายวางแผน / ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	ห้องแยก 4 ห้อง PPE ตามอัตราการใช้ระดับ 2 ทีมคัดกรอง	SitRep รายวันถึงผู้บริหาร แจ้งบุคลากรทุกวัน แจ้งผู้ป่วยที่มีนัด สื่อสารสาธารณะผ่าน PIO	ตามตารางเกณฑ์ลดระดับในบทที่ 4 ⟶ ระดับ 1
ระดับ 3 วิกฤต (เปิด BCP เต็มรูปแบบ) บริการสำคัญหยุดชะงักหรือทรัพยากรต่ำกว่าขั้นต่ำ	แนวที่ 1 ตอบโต้การระบาด: ขยายห้องแยก/cohort ward ใช้พื้นที่สำรอง ปรับมาตรการตามแนวทางล่าสุด ดูแลผู้ป่วยไว้เองเมื่อส่งต่อไม่ได้ แนวที่ 2 ความต่อเนื่อง: ลด/เลื่อนบริการระดับ 2–3 ตาม BIA คงบริการระดับ 1 จัดลำดับผู้ป่วยมะเร็งตามความเร่งด่วน ย้ายอัตรากำลัง จัดสรร PPE ตามความเสี่ยง ขอสนับสนุนบุคลากร/ทรัพยากรจากกรมการแพทย์และเครือข่าย ใช้ระบบสำรองเมื่อระบบสนับสนุนหยุด	IC และทุกฝ่าย / หัวหน้ากลุ่มงานทุกหน่วย	อัตรากำลังขั้นต่ำ พื้นที่สำรอง PPE ระดับ 3 งบประมาณฉุกเฉิน	SitRep วันละ 2 ครั้ง รายงานกรมการแพทย์/สสจ. แจ้งผู้ป่วยรายบุคคลเรื่องการปรับการรักษา แถลงข่าวตามความจำเป็น	ตามตารางเกณฑ์ลดระดับในบทที่ 4 ⟶ ระดับ 2
ยุติแผนและฟื้นฟู	ฟื้นฟูบริการตามลำดับ (หัวข้อ 6.1.4) ล้างคิวผู้ป่วยที่เลื่อน เติมทรัพยากร ดูแลสุขภาพจิตบุคลากร ทำความสะอาดและคืนสภาพพื้นที่สำรอง ทบทวนหลังเหตุการณ์ (AAR)	IC / ฝ่ายวางแผน / หัวหน้าหน่วยงาน	งบประมาณฟื้นฟู (เงินบำรุงโรงพยาบาลและงบกลางตามที่ผู้บริหารอนุมัติ)	ประกาศยุติแผนต่อบุคลากรและสาธารณะ	บริการกลับสู่ภาวะปกติและส่งรายงาน AAR แล้ว

ภาพที่ 2 ผังการดำเนินงานตั้งแต่รับสัญญาณจนยุติแผน



6.1.2 การสื่อสารองค์กร

ก. แผนการสื่อสาร

การสื่อสารทุกช่องทางออกจากเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ตามที่ผู้บัญชาการเหตุการณ์อนุมัติ เพื่อให้ข้อมูลตรงกัน ทันเวลา และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือบุคลากรเกินจำเป็น

ตารางที่ 40 แผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต

กลุ่มเป้าหมาย	สาระสำคัญ	ช่องทาง	ความถี่ (ระดับ 2 –3)	ผู้รับผิดชอบ
บุคลากรทุกระดับ	ระดับสถานการณ์ มาตรการ IPC ฉบับปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงบริการ สวัสดิการและการดูแลบุคลากร	กลุ่มสื่อสารภายใน อีเมล ประชุมสั้นก่อนเวร ป้ายประกาศ	ทุกวัน และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง	PIO / หัวหน้าหน่วยงาน

กลุ่มเป้าหมาย	สาระสำคัญ	ช่องทาง	ความถี่ (ระดับ 2 –3)	ผู้รับผิดชอบ
ผู้ป่วยที่มีนัด	การเลื่อนนัด/ปรับรูปแบบบริการ ช่องทาง Telemedicine การรับยาทางไปรษณีย์ อาการที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที	ข้อความโทรศัพท์ โทรศัพท์ เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ของโรงพยาบาล	ก่อนวันนัดอย่างน้อย 3 วัน	OPD / PIO
ผู้ป่วยในและญาติ	มาตรการเยี่ยม การคัดกรองญาติ ข้อมูลการรักษา	ป้าย แผ่นพับ การแจ้งโดยตรงจากทีมดูแล	ตามการเปลี่ยนแปลง	หัวหน้าหอผู้ป่วย
ประชาชนและสื่อมวลชน	สถานการณ์ในโรงพยาบาล มาตรการความปลอดภัยของบริการ	แถลงข่าว/ข่าวประชาสัมพันธ์ เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์	ตามความจำเป็น	PIO (ผู้ให้ข่าวคนเดียว)
หน่วยงานภายนอก	รายงานโรค รายงานสถานการณ์และทรัพยากร คำขอสนับสนุน	ระบบรายงานของกรมควบคุมโรค/สสจ. หนังสือราชการ ประชุมทางไกล	ตามหัวข้อ 6.1.6	Liaison / ฝ่ายวางแผน
คู่ค้าและผู้ให้บริการ	ความต้องการเร่งด่วน การเปลี่ยนแปลงการส่งมอบ ข้อกำหนดการเข้าพื้นที่	โทรศัพท์ หนังสือ	ตามความจำเป็น	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร

- ติดตามข่าวลือและข้อมูลคลาดเคลื่อนในสื่อสังคมออนไลน์ และชี้แจงด้วยข้อมูลที่ตรวจสอบแล้ว
- ข้อความเกี่ยวกับความเสี่ยงต้องบอกสิ่งที่รู้ สิ่งที่ยังไม่รู้ สิ่งที่โรงพยาบาลกำลังทำ และสิ่งที่ผู้รับสารควรทำ
- เตรียมแม่แบบข้อความล่วงหน้า (แจ้งเลื่อนนัด ประกาศมาตรการเยี่ยม แจ้งบุคลากรสัมผัสโรค) ให้เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์จัดทำให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1

ข. ช่องทางการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

ตารางที่ 41 ช่องทางการสื่อสารหลักและสำรอง

ลำดับช่องทาง	ช่องทาง	ใช้เมื่อ	ผู้ดูแล
หลัก	โทรศัพท์ภายใน โทรศัพท์เคลื่อนที่ LINE กลุ่ม EOC / ฝ่ายวางแผน / หน่วยงาน	ทุกระดับ	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
สำรองที่ 1	วิทยุสื่อสาร 12 เครื่อง พร้อมแบตเตอรี่สำรอง	เครือข่ายโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตขัดข้อง	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร
สำรองที่ 2	อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Hotspot) และอีเมลราชการ	วงจรอินเทอร์เน็ตหลักและสำรองใช้ไม่ได้ (แผน IT)	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
สำรองที่ 3	เจ้าหน้าที่นำส่งเอกสาร (Runner) และแบบฟอร์มกระดาษ	ระบบสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใช้ไม่ได้ทั้งหมด	ฝ่ายวางแผน
ข้อมูลผู้ป่วย	HIS เป็นหลัก เมื่อขัดข้องใช้แบบฟอร์มกระดาษตามคู่มือบันทึกด้วยมือ แล้วบันทึกย้อนหลังภายใน 24 ชั่วโมงหลังระบบกลับมา	HIS ขัดข้องเกิน RTO 2 ชั่วโมง	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ / หัวหน้าหน่วยงาน
ข้อมูลสถานการณ์	Dashboard/SitRep บนไดรฟ์กลางของโรงพยาบาล สำรองเป็นสเปรดชีตบนเครื่องสำรองและแบบฟอร์มกระดาษ	ทุกระดับ	ฝ่ายวางแผน

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและบุคลากรให้เปิดเผยเท่าที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ห้ามส่งข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้ป่วยในกลุ่มสื่อสารที่มีสมาชิกนอกทีมดูแล

ค. การประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอก

ตารางที่ 42 การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก

หน่วยงาน	เรื่องที่ประสาน	ผู้ประสานของโรงพยาบาล	ช่องทาง
กรมการแพทย์ (หน่วยงานต้นสังกัด)	รายงานสถานการณ์ ขอสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และเวชภัณฑ์ รับนโยบาย	Liaison / IC	หนังสือราชการ ระบบรายงานของกรม ประชุมทางไกล
สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์	ระบบเครือข่ายและระบบสารสนเทศที่เชื่อมกับกรม เหตุภัยคุกคามไซเบอร์	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง)	02-590-6311 (หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีดิจิทัล)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี / ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)	รายงานโรค สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัส ข้อมูลสถานการณ์ในจังหวัด	ICN / Liaison	ระบบรายงานโรค โทรศัพท์ หนังสือราชการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช	แนวทางวิชาการ การสนับสนุนการสอบสวนโรค	หัวหน้างาน IPC	หนังสือราชการ / ประชุมทางไกล
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี	การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับเชื้อที่โรงพยาบาลตรวจเองไม่ได้	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์	ตามแนวทางส่งตรวจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11	การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยวิกฤต การรับผู้ป่วยมะเร็งกลับไปดูแลต่อใกล้บ้าน	Liaison / ศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาล	ระบบส่งต่อของเขตสุขภาพ / โทรศัพท์
ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต 11 สุราษฎร์ธานี / การแพทย์ฉุกเฉิน	สนับสนุนการขนส่ง การจัดการภัยซ้อน	หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	077-380-641 / 1669 / 191
Health CERT และ ThaiCERT (สกมช.)	แจ้งเหตุและขอคำแนะนำกรณีภัยคุกคามไซเบอร์	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง)	Health CERT 083-064-8967 (LINE @health-cirt) / ThaiCERT 02-114-3531
คู่ค้าและผู้ให้บริการ (ยา PPE ก๊าซ ระบบ HIS เครือข่าย)	ความต้องการเร่งด่วน การเปลี่ยนแปลงการส่งมอบ ข้อกำหนดการเข้าพื้นที่	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	ตามทะเบียนคู่ค้า (ตารางที่ 30 และแผนที่ 8)

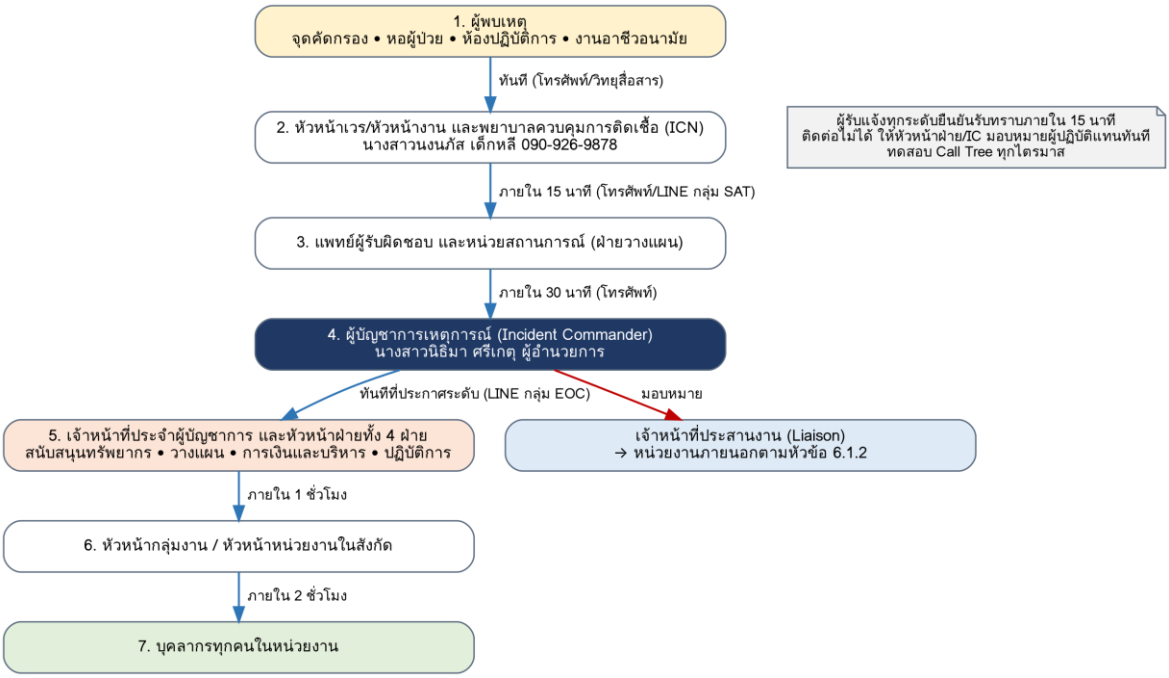
ที่มาของหมายเลขติดต่อสำนักดิจิทัลการแพทย์ Health CERT และ ThaiCERT: แผนบริหารความต่อเนื่องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ ภาคผนวก ค

6.1.3 การแจ้งเหตุฉุกเฉินให้กับทีมงานที่เกี่ยวข้องตามผังรายชื่อโทรศัพท์ (Call Tree)

ตารางที่ 43 ลำดับการแจ้งเหตุฉุกเฉิน

ลำดับ	ผู้แจ้ง	ผู้รับแจ้ง	ช่องทาง	เวลาเป้าหมาย
1	ผู้พบเหตุ (จุดคัดกรอง หอผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัย)	หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)	โทรศัพท์ / วิทยุสื่อสาร (ICN 090-926-9878)	ทันที
2	ICN/หัวหน้างาน IPC	แพทย์ผู้รับผิดชอบ และหน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน)	โทรศัพท์ / LINE กลุ่มฝ่ายวางแผน	ภายใน 15 นาที
3	หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน)	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	โทรศัพท์	ภายใน 30 นาที
4	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	เจ้าหน้าที่ประจำผู้บัญชาการและหัวหน้าฝ่ายทั้ง 4 ฝ่าย	LINE กลุ่ม EOC	ทันทีที่ประกาศระดับ
5	หัวหน้าฝ่าย	หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหน่วยงานในสังกัด (ตามหัวข้อ 6.1.5)	ตามผังของแต่ละฝ่าย	ภายใน 1 ชั่วโมง
6	หัวหน้าหน่วยงาน	บุคลากรทุกคนในหน่วยงาน	กลุ่มสื่อสารหน่วยงาน / โทรศัพท์	ภายใน 2 ชั่วโมง
7	เจ้าหน้าที่ประสานงาน	หน่วยงานภายนอกตามหัวข้อ 6.1.2	ตามช่องทางที่กำหนด	ตามหัวข้อ 6.1.6

ภาพที่ 3 ผังการแจ้งเหตุฉุกเฉิน (Call Tree)



ผู้รับแจ้งทุกระดับต้องยืนยันรับทราบภายใน 15 นาที หากติดต่อไม่ได้ให้แจ้งหัวหน้าฝ่ายหรือผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนทันที ทดสอบ Call Tree อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง และปรับปรุงรายชื่อทุก 3 เดือนหรือทุกครั้งที่มีการโยกย้ายบุคลากร

6.1.4 การสำรวจความเสียหาย การจัดหาทรัพยากร การกลับมาให้บริการ และติดตามความคืบหน้า

เมื่อเข้าเกณฑ์ลดระดับ ให้ฟื้นฟูบริการเป็นลำดับ โดยไม่เปิดบริการทั้งหมดพร้อมกันจนเกินกำลังคนและทรัพยากรที่มี

ตารางที่ 44 ขั้นตอนการฟื้นฟูบริการ

ลำดับ	กิจกรรมฟื้นฟู	ผู้รับผิดชอบ	เกณฑ์สำเร็จ
1	ยืนยันความพร้อมของบุคลากร พื้นที่ และทรัพยากร ทำความสะอาดและคืนสภาพพื้นที่สำรอง ตรวจระบบระบายอากาศ	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร / งาน IPC	พื้นที่ผ่านการตรวจ ระบบระบายอากาศ ความสะอาด และการฆ่าเชื้อ ก่อนเปิดใช้
2	เรียกกลับผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน ตามลำดับความเร่งด่วน (ปานกลางก่อนต่ำ) เปิดคลินิกพิเศษ/นอกเวลาเพื่อลดคิวค้าง	หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์ / OPD	ผู้ป่วยกลุ่มปานกลางได้รับบริการภายใน 6–8 สัปดาห์
3	เปิดบริการระดับ 2 และ 3 ตามลำดับ (ผ่าตัดที่เลื่อนได้ ตรวจติดตาม ทันตกรรมทั่วไป ตรวจสุขภาพ วิชาการ)	หัวหน้ากลุ่มงาน	ปริมาณบริการกลับสู่ร้อยละ 90 ของภาวะปกติ
4	เติมสต็อก PPE ยา และเวชภัณฑ์ให้ถึงระดับขั้นต่ำของภาวะปกติ	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร / เภสัชกรรม	สต็อกไม่น้อยกว่า 30 วัน
5	ดูแลสุขภาพกายและใจบุคลากร จัดวันพักชดเชย ติดตามผู้มีความเครียดสูง	งานทรัพยากรบุคคล / งานอาชีวอนามัย	บุคลากรที่คัดกรองพบความเครียดสูงได้รับการติดตามครบ
6	สรุปค่าใช้จ่าย เบิกจ่าย และรายงานการเงิน	ฝ่ายการเงินและบริหาร	รายงานเสร็จภายใน 30 วัน

ลำดับ	กิจกรรมฟื้นฟู	ผู้รับผิดชอบ	เกณฑ์สำเร็จ
7	ประกาศยุติแผนและกลับสู่ระดับ 0	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	ประกาศอย่างเป็นทางการ

6.1.5 ระบบบัญชาการเหตุการณ์ อำนาจการตัดสินใจ และการปฏิบัติหน้าที่แทน

บทนี้กำหนดว่าใครมีอำนาจตัดสินใจเรื่องใด ใครสั่งการใคร รายงานผ่านใคร ด้วยช่องทางใดและเมื่อใด และใครปฏิบัติหน้าที่แทนเมื่อผู้รับผิดชอบหลักปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้ โดยแยกบทบาทของระบบบริหารความต่อเนื่อง (BCM) แผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ออกจากกัน เพราะทั้งสามระบบทำงานคนละช่วงเวลา มีองค์คณะและผลผลิตต่างกัน แม้ผู้บริหารคนเดียวกันอาจดำรงตำแหน่งในหลายระบบก็ตาม

ก. การแยกบทบาทของระบบ BCM แผน BCP และระบบบัญชาการเหตุการณ์

ตารางที่ 45 การแยกบทบาทของระบบ BCM ระบบ BCP และระบบบัญชาการเหตุการณ์

ประเด็น	ระบบบริหารความต่อเนื่อง (BCM)	แผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP)	ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)
ลักษณะ	ระบบกำกับดูแลระดับองค์กร (Governance) ทำงานต่อเนื่องตลอดปี	ชุดแผนและขั้นตอนเพื่อคงบริการสำคัญ ใช้เมื่อทรัพยากรได้รับผลกระทบ	โครงสร้างสั่งการชั่วคราว ใช้เมื่อเกิดเหตุ ตั้งแต่ระดับ 1 จนยุติแผน
องค์คณะ	คณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต ตามคำสั่งโรงพยาบาลที่ ๓๗/๒๕๖๘ ร่วมกับคณะกรรมการ IPC และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	เจ้าของแผนปฏิบัติการรายภารกิจ (หัวข้อ 6.3) และทีม BCP ของแต่ละกลุ่มงาน รวมทีม BCP ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของกลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	ผู้บัญชาการเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่ประจำผู้บัญชาการ และ 4 ฝ่าย ตามภาพที่ 4
หน้าที่หลัก	ประเมินความเสี่ยงและ BIA กำหนดกลยุทธ์ อนุมัติและทบทวนแผน จัดฝึกซ้อม ติดตามการแก้ไขข้อบกพร่อง	สลับไปใช้ทรัพยากรสำรอง ลด/เลื่อนบริการตาม BIA คงบริการระดับ 1 และกู้คืนบริการ	ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจสั่งการ จัดสรรทรัพยากรข้ามหน่วยงาน สื่อสาร และรายงาน
ช่วงเวลาที่ทำงาน	ระดับ 0 และหลังยุติแผน	เปิดใช้บางส่วนตั้งแต่ระดับ 2 และเต็มรูปแบบในระดับ 3	ระดับ 1–3
ผลผลิต	แผนฉบับปรับปรุง รายงานผลการฝึกซ้อม รายงาน AAR	บริการสำคัญดำเนินต่อได้ภายใน RTO ทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน บันทึกการใช้ทรัพยากรสำรอง	การประกาศระดับ แผนเผชิญเหตุ รายรอบ SitRep บันทึกการตัดสินใจ (Log book)
ความเชื่อมโยง	ส่งมอบแผนที่ฝึกซ้อมแล้วให้ ICS ใช้ และรับผล AAR กลับมาปรับแผน	ปฏิบัติภายใต้การสั่งการของฝ่ายปฏิบัติการและฝ่ายสนับสนุนทรัพยากรใน ICS	สั่งเปิด/ปิดแผน BCP รายภารกิจ และส่งข้อมูลเหตุการณ์ให้ BCM ทบทวน

เหตุผลที่ไม่รวมเป็นระบบเดียว: คณะทำงาน BCM เป็นองค์คณะที่ประชุมเป็นรอบและตัดสินใจโดยมติ เหมาะกับงานวางแผน แต่ไม่เหมาะกับการสั่งการในภาวะเร่งด่วนที่ต้องมีผู้ตัดสินใจคนเดียวและสายบังคับบัญชาชัดเจน ส่วนระบบบัญชาการเหตุการณ์ออกแบบให้ผู้บัญชาการคนเดียวรับผิดชอบเหตุการณ์ (Unity of command) และให้หัวหน้าแต่ละคนดูแลผู้ใต้บังคับบัญชาในจำนวนที่ควบคุมได้ (Span of control 3–7 คน) ตามหลักของ National Incident Management System (FEMA, 2017) และ Hospital Emergency Incident Command System (California EMSA, 2014) ส่วน BCP เป็นเครื่องมือที่ ICS เลือกเปิดใช้เมื่อทรัพยากรได้รับผลกระทบ

แผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล (จัดทำโดยงานคอมพิวเตอร์ กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์) เป็นแผนเฉพาะด้านที่มีอยู่แล้ว แผนฉบับนี้ไม่เขียนซ้ำ แต่เชื่อมโยงผ่านแผนปฏิบัติการ

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (หัวข้อ 6.1.5 แผนที่ 8) และกำหนดให้หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) รายงานต่อหัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากรเมื่อเปิดใช้ ICS

ข. อำนาจการตัดสินใจ

ตารางที่ 46 อำนาจการตัดสินใจเปิดใช้ ยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน

การตัดสินใจ	ผู้มีอำนาจ	ผู้เสนอ/ข้อมูลประกอบ	การรายงานหลังตัดสินใจ
สั่งมาตรการเบื้องต้น (แยกผู้ป่วย ใช้ PPE จำกัดพื้นที่) เมื่อพบผู้ป่วยสงสัย	หัวหน้าเวร / ICN / หัวหน้างาน IPC / แพทย์เวร (สั่งได้ทันที ไม่ต้องรออนุมัติ)	นิยามผู้ป่วยและแนวทางกรมควบคุมโรคฉบับล่าสุด	รายงาน IC ภายใน 30 นาที
ประกาศระดับ 1 เตรียมพร้อม	ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (ผู้อำนวยการ)	หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) / คณะกรรมการ IPC เสนอพร้อมประกาศของ WHO หรือกรมควบคุมโรค	แจ้งหัวหน้ากลุ่มงานทุกหน่วยภายในวันเดียวกัน
ยกระดับเป็นระดับ 2 และเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (EOC)	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) เสนอตามเกณฑ์ตารางที่ 31	แจ้ง สสจ.สุราษฎร์ธานี และกรมการแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง
ยกระดับเป็นระดับ 3 เปิด BCP เต็มรูปแบบ	ผู้บัญชาการเหตุการณ์ หลังปรึกษารองผู้อำนวยการทุกด้าน (ประชุมทางโทรศัพท์ได้)	ฝ่ายวางแผนเสนอข้อมูล BIA และทรัพยากรที่ต่ำกว่าขั้นต่ำ	รายงานกรมการแพทย์และ สสจ. ภายในวันเดียวกัน
เปิดใช้แผนปฏิบัติการรายภารกิจ (หัวข้อ 6.3)	ระดับ 2–3: เจ้าของแผนเปิดได้ทันทีเมื่อเข้าเงื่อนไข / ระดับ 1: ต้องได้รับอนุมัติจาก IC	เจ้าของแผนตามตารางสรุปแผนปฏิบัติการในหัวข้อ 6.3	รายงานหัวหน้าฝ่ายต้นสังกัดในรอบ SitRep ถัดไป
ลดหรือเลื่อนบริการผู้ป่วยมะเร็งตามกลุ่มความเร่งด่วน	หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ (รายบริการ) / แพทย์เจ้าของไข้ (รายผู้ป่วย)	ผล BIA และเกณฑ์จัดลำดับความเร่งด่วน (ตารางที่ 37)	บันทึกในทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน และรายงานใน SitRep
ปิดหอผู้ป่วย งดรับผู้ป่วยใหม่ หรือจำกัดการเยี่ยม	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย (Safety & Security Officer) และหัวหน้างาน IPC	PIO แจ้งบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ
หยุดกิจกรรมที่ไม่ปลอดภัยต่อบุคลากรหรือผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย (สั่งหยุดได้ทันที)	ผลการตรวจพื้นที่ / รายงานการสัมผัสเชื้อ	รายงาน IC ทันที
ใช้งบประมาณและจัดซื้อจัดจ้างกรณีเร่งด่วน	ผู้อำนวยการ ตามอำนาจในระเบียบที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้าฝ่ายการเงินและบริหาร / ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	รายงานการใช้จ่ายในรอบ SitRep และรายงานการเงินภายใน 30 วันหลังยุติแผน
ประกาศใช้แผน BCP ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและแผนกู้คืนระบบ (IT-DRP)	ผู้อำนวยการ ในฐานะหัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ตามแผน BCP ด้าน IT)	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง)	รายงาน IC และหัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากรตามรอบ SLA 4 ชั่วโมงของแผน IT
เผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะและสื่อมวลชน	ผู้บัญชาการเหตุการณ์อนุมัติ / PIO เป็นผู้ให้ข่าวคนเดียว	PIO ร่างข้อความ	บันทึกข้อความที่เผยแพร่ใน Log book
ลดระดับและยุติแผน	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) เสนอตามเกณฑ์ตารางที่ 32	แจ้งทุกหน่วยงาน หน่วยงานภายนอก และกำหนดวัน AAR

ค. ผู้รับผิดชอบและการปฏิบัติหน้าที่แทน

ผู้รับผิดชอบทุกตำแหน่งเป็นไปตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระบบบัญชาการเหตุการณ์และทีมงานบริหารความต่อเนื่อง กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ซึ่งไม่

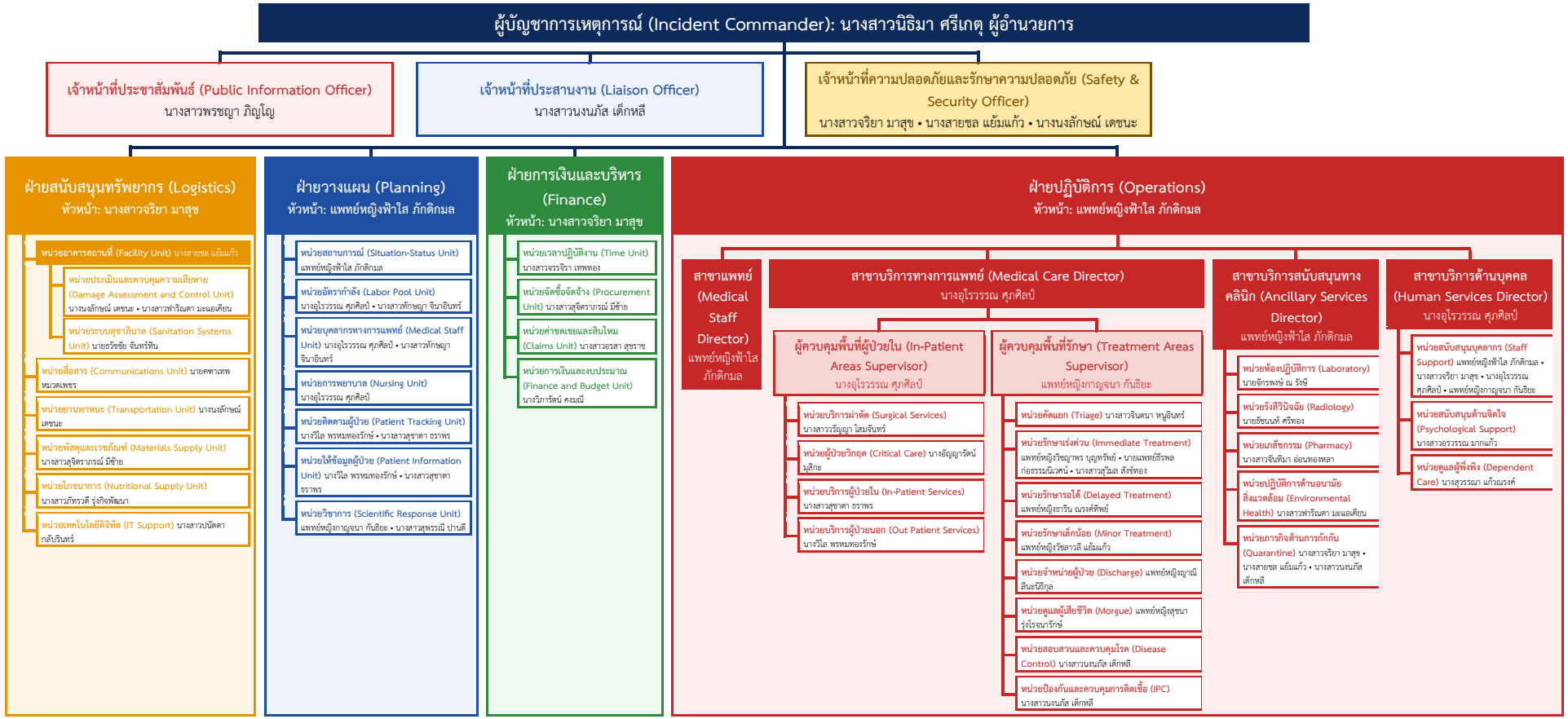
กำหนดผู้สำรองประจำตำแหน่ง แต่กำหนดลำดับผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้บัญชาการเหตุการณ์ไว้ในข้อ 3 3) หลักการปฏิบัติหน้าที่แทนมีดังนี้

- เมื่อติดต่อผู้รับผิดชอบไม่ได้ภายใน 15 นาทีตามลำดับการแจ้งเหตุ หรือผู้รับผิดชอบป่วย ถูกกักตัว หรือแจ้งว่าปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้ ให้หัวหน้าฝ่ายต้นสังกัดมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนทันที
- กรณีผู้บัญชาการเหตุการณ์ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองผู้อำนวยการปฏิบัติหน้าที่แทนตามลำดับ แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล ⟶ นางสาวจริยา มาสุข ⟶ นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ ⟶ แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ และให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้บัญชาการเหตุการณ์แทนมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าฝ่ายหรือตำแหน่งเดิมของตนแทนทันที
- การมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนทุกครั้งให้บันทึกใน Log book ระบุชื่อผู้รับมอบหมาย เวลา และขอบเขตหน้าที่
- หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของทีมงานบริหารความต่อเนื่อง (แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ) ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยเทคโนโลยีดิจิทัล ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร (นางสาวปนัดดา กลับรินทร์) เมื่อต้องเปิดแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศพร้อมกัน
- การส่งมอบหน้าที่ทุกครั้งทำเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุสถานการณ์ การตัดสินใจที่ค้าง ทรัพยากรที่ร้องขอ และกำหนดรายงานครั้งถัดไป (ใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ ภาคผนวก ค)

ง. โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์

โครงสร้างใช้ Hospital Emergency Incident Command System (HEICS) ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระบบบัญชาการเหตุการณ์และทีมงานบริหารความต่อเนื่อง กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ประกอบด้วยผู้บัญชาการเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่ประจำผู้บัญชาการ 3 ตำแหน่ง (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ประสานงาน และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย) และ 4 ฝ่ายหลัก (ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร ฝ่ายวางแผน ฝ่ายการเงินและบริหาร และฝ่ายปฏิบัติการ) แต่ละฝ่ายแบ่งงานเป็นสาขา (Branch) และหน่วย (Unit) โดยฝ่ายปฏิบัติการแบ่งเป็น 4 สาขา ได้แก่ สาขาแพทย์ สาขาบริการทางการแพทย์ สาขาบริการสนับสนุนทางคลินิก และสาขาบริการด้านบุคคล ภารกิจตอบโต้การระบาดอยู่ในหน่วยสอบสวนและควบคุมโรค หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (สาขาบริการทางการแพทย์) และหน่วยภารกิจด้านการกักกัน (สาขาบริการสนับสนุนทางคลินิก) แต่ละหน่วยจับคู่กับกลุ่มงานตามแผนภูมิโครงสร้างการแบ่งงานภายในส่วนราชการ กรมการแพทย์ เพื่อให้หัวหน้ากลุ่มงานรู้ว่าเมื่อเปิดใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ตนสังกัดฝ่ายใด รายงานต่อใคร ผู้รับผิดชอบระดับสาขาและหน่วยเป็นไปตามตารางที่ 48 ภาพที่ 4 ในหน้าถัดไปแสดงโครงสร้างทั้งหมดในแนวนอนเพื่อให้อ่านชื่อกลุ่มงานได้ครบ

ภาพที่ 4 โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (HEICS) กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ตามแนบท้ายคำสั่งหมายเลข 1)



ผู้รับผิดชอบที่ระบุเป็นตำแหน่ง ให้หัวหน้าหน่วยงานนั้นปฏิบัติหน้าที่ กรณีผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้หัวหน้าฝ่ายหรือผู้บัญชาการเหตุการณ์มอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนทันที

ตารางที่ 47 ตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบในระบบบัญชาการเหตุการณ์

ตำแหน่งในระบบบัญชาการเหตุการณ์	บทบาทหน้าที่หลัก	ผู้รับผิดชอบ (ชื่อ ตำแหน่ง โทรศัพท์)
ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander)	สั่งเปิด ยกระดับ ลดระดับ และยุติแผน เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กำหนดวัตถุประสงค์และลำดับความสำคัญ อนุมัติแผนเผชิญเหตุและการจัดสรรทรัพยากร	นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ ผู้อำนวยการ ๐๘๙-๕๓๕-๙๐๖๖ ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนตามลำดับ (คำสั่ง ข้อ ๓ ๓)): แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล ⟶ นางสาวจริยา มาสุข ⟶ นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ ⟶ แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ (Public Information Officer)	สื่อสารต่อบุคลากร ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน และสื่อมวลชน ตามที่ผู้บัญชาการเหตุการณ์อนุมัติ	นางสาวพรชญา ภิญโญ นักประชาสัมพันธ์ ๐๗๗-๒๗๗๕๕๕
เจ้าหน้าที่ประสานงาน (Liaison Officer)	ประสานหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลรับส่งต่อ และกรมการแพทย์ รวบรวมคำขอสนับสนุน และเป็นเลขานุการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างาน IPC ๐๙๐-๙๒๖-๙๘๗๘
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย (Safety & Security Officer)	ประเมินความปลอดภัยของอาคาร พื้นที่ และบุคลากร สั่งหยุดกิจกรรมที่ไม่ปลอดภัยได้ทันที และควบคุมการเข้าออกพื้นที่	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ ๐๘๐-๔๒๖-๓๕๙๖ นางสายชล แย้มแก้ว หัวหน้างานบริหาร ๐๖๒-๙๔๕-๓๖๖๒ นางนงลักษณ์ เดชนะ งานอาคารสถานที่ ๐๘๓-๙๖๘-๑๒๒๙
หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ (Operations Section Chief)	บริหารสาขาแพทย์ สาขาบริการทางการแพทย์ สาขาบริการสนับสนุนทางคลินิก และสาขาบริการด้านบุคคล การคัดกรอง แยกโรค และควบคุมการระบาด	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์ ๐๘๘-๒๔๔-๙๐๙๐
หัวหน้าฝ่ายวางแผน (Planning Section Chief)	ติดตามสถานการณ์ จัดทำ SitRep และแผนเผชิญเหตุรายรอบ ติดตามอัตรากำลังและผู้ป่วย เสนอระดับสถานการณ์	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์ ๐๘๘-๒๔๔-๙๐๙๐
หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร (Logistics Section Chief)	อาคารสถานที่ สาธารณูปโภค สื่อสาร ยานพาหนะ พัสดุและเวชภัณฑ์ โภชนาการ และเทคโนโลยีดิจิทัล	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ ๐๘๐-๔๒๖-๓๕๙๖
หัวหน้าฝ่ายการเงินและบริหาร (Finance/Administration Section Chief)	งบประมาณฉุกเฉิน จัดซื้อจัดจ้างเร่งด่วน เวลาปฏิบัติงานและค่าตอบแทน ค่าชดเชย และสิทธิการรักษา	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ ๐๘๐-๔๒๖-๓๕๙๖
หัวหน้าสาขาแพทย์ (Medical Staff Director)	กำกับการแพทย์ทุกสาขา และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์ ๐๘๘-๒๔๔-๙๐๙๐
หัวหน้าสาขาบริการทางการแพทย์ (Medical Care Director)	กำกับผู้ควบคุมพื้นที่ผู้ป่วยใน ผู้ควบคุมพื้นที่รักษา จัดอัตรากำลังพยาบาลและผู้ช่วย	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล ๐๘๙-๔๗๕-๒๒๐๕
หัวหน้าสาขาบริการสนับสนุนทางคลินิก (Ancillary Services Director)	ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย เภสัชกรรม อนามัยสิ่งแวดล้อม และการกักกัน	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์ ๐๘๘-๒๔๔-๙๐๙๐
หัวหน้าสาขาบริการด้านบุคคล (Human Services Director)	สนับสนุนบุคลากร สนับสนุนด้านจิตใจ และดูแลผู้พึ่งพิง	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล ๐๘๙-๔๗๕-๒๒๐๕

หมายเหตุ: ผู้ดำรงตำแหน่งใช้ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระบบบัญชาการเหตุการณ์และทีมงานบริหารความต่อเนื่อง กรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 หมายเลข 077-277555 เป็นหมายเลขกลางของโรงพยาบาล ทะเบียนฉบับเต็มอยู่ในภาคผนวก ข

ตารางที่ 48 สาขา หน่วย ผู้รับผิดชอบ และแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตามโครงสร้าง HEICS

ฝ่าย	สาขา / หน่วย	ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่หลัก / แผนปฏิบัติการ (หัวข้อ ๖.๓)
ฝ่ายปฏิบัติการ (Operations Section)		**หัวหน้าฝ่าย: แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์**	ตามตารางตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบ
	สาขาแพทย์ (Medical Staff Director)	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์	กำกับการแพทย์ทุกสาขา และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาเมื่อทรัพยากรจำกัด
	สาขาบริการทางการแพทย์ (Medical Care Director)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล	กำกับผู้ควบคุมพื้นที่ผู้ป่วยใน ผู้ควบคุมพื้นที่รักษา และหน่วยในสังกัด • แผนที่ ๖
	– ผู้ควบคุมพื้นที่ผู้ป่วยใน (In-Patient Areas Supervisor)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล	กำกับหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยนอก
	– – หน่วยบริการผ่าตัด (Surgical Services)	นางสาววรัญญา โสมจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	บริการผ่าตัดและวิสัญญีตามลำดับความเร่งด่วน
	– – หน่วยผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care)	นางอัญญารัตน์ มุสิกะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ดูแลผู้ป่วยวิกฤตและเตรียมย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น
	– – หน่วยบริการผู้ป่วยใน (In-Patient Services)	นางสาวสุชาดา ธราพร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน	ดูแลผู้ป่วยใน หอแยกโรค/Cohort และจัดเตียงรองรับ • แผนที่ ๒ และ ๖
	– – หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Services)	นางวิไล พรหมทองรักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	จุดคัดกรอง ปรับบริการผู้ป่วยนอก Telemedicine และส่งยาทางไปรษณีย์ • แผนที่ ๑ และ ๖
	– ผู้ควบคุมพื้นที่รักษา (Treatment Areas Supervisor)	แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ รอง ผอ.ด้านพัฒนาระบบสุขภาพ	กำกับหน่วยคัดแยก หน่วยรักษา หน่วยจำหน่าย หน่วยดูแลผู้เสียชีวิต และหน่วยควบคุมโรค
	– – หน่วยคัดแยก (Triage)	นางสาวจินตนา หนูอินทร์ พยาบาลวิชาชีพ	คัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยตามนิยามผู้ป่วยและความรุนแรง • แผนที่ ๑
	– – หน่วยรักษาเร่งด่วน (Immediate Treatment)	แพทย์หญิงวิชญาพร บุญทรัพย์ วิสัญญีแพทย์ นายแพทย์ธีรพล ก่อธรรมนิเวศน์ นายแพทย์ นางสาวสุวิมล สังข์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รักษาผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วน
	– – หน่วยรักษารอได้ (Delayed Treatment)	แพทย์หญิงธาริน ณรงค์ทิพย์ นายแพทย์	รักษาผู้ป่วยกลุ่มรอได้
	– – หน่วยรักษาเล็กน้อย (Minor Treatment)	แพทย์หญิงวัชลาวลี แย้มแก้ว นายแพทย์ชำนาญการ	รักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการเล็กน้อย
	– – หน่วยจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)	แพทย์หญิงญาณี ลีนะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ	จำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเพิ่มเตียงรองรับ
	– – หน่วยดูแลผู้เสียชีวิต (Morgue)	แพทย์หญิงสุชนา รุ่งโรจนารักษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	จัดการผู้เสียชีวิตและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
	– – หน่วยสอบสวนและควบคุมโรค (Disease Investigation and Control Unit)	นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างาน IPC	สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัส และรายงานโรคตามกฎหมาย • แผนที่ ๑
	– – หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control	นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างาน IPC	มาตรการป้องกันการติดเชื้อ PPE และการเฝ้าระวังบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ •

ฝ่าย	สาขา / หน่วย	ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่หลัก / แผนปฏิบัติการ (หัวข้อ ๖.๓)
	Unit)		แผนที่ ๓
	สาขาบริการสนับสนุนทางคลินิก (Ancillary Services Director)	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์	กำกับหน่วยห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย เภสัชกรรม อนามัยสิ่งแวดล้อม และการกักกัน
	– หน่วยห้องปฏิบัติการ (Laboratory)	นายจักรพงษ์ ณ รังษี กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก	บริการห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจภายนอก
	– หน่วยรังสีวินิจฉัย (Radiology)	นายธัชนนท์ ศรีทอง กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย	บริการรังสีวินิจฉัยในภาวะฉุกเฉิน
	– หน่วยเภสัชกรรม (Pharmacy)	นางสาวจันทิมา อ่อนทองหลา เภสัชกรชำนาญการ	ยา เวชภัณฑ์ และคลังยาสำรอง • แผนที่ ๕
	– หน่วยปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Unit)	นางสาวฟาริณดา มะแอเคียน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สุขาภิบาล ขยะติดเชื้อ น้ำ และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
	– หน่วยภารกิจด้านการกักกัน (Quarantine Unit)	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ นางสายชล แย้มแก้ว หัวหน้างานบริหาร นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างาน IPC	พื้นที่และมาตรการกักกันผู้สัมผัสและบุคลากร • แผนที่ ๒ และ ๓
	สาขาบริการด้านบุคคล (Human Services Director)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล	กำกับหน่วยสนับสนุนบุคลากร สนับสนุนด้านจิตใจ และดูแลผู้พึ่งพิง
	– หน่วยสนับสนุนบุคลากร (Staff Support)	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์ นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ รอง ผอ.ด้านพัฒนาระบบสุขภาพ	ดูแลสุขภาพกายและใจ ที่พัก และสวัสดิการของบุคลากร • แผนที่ ๔
	– หน่วยสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychological Support)	นางสาวอรวรรณ มากแก้ว นักสังคมสงเคราะห์	ดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร
	– หน่วยดูแลผู้พึ่งพิง (Dependent Care)	นางสุวรรณา แก้วณรงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ดูแลผู้พึ่งพิงของบุคลากรและผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ
ฝ่ายวางแผน (Planning Section)		**หัวหน้าฝ่าย: แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์**	ตามตารางตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบ
	หน่วยสถานการณ์ (Situation-Status Unit)	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์	รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานสถานการณ์ (SitRep) แผนที่/แดชบอร์ด และเสนอระดับสถานการณ์
	หน่วยอัตรากำลัง (Labor Pool Unit)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล นางสาวทักษญา จินาอินทร์ งานทรัพยากรบุคคล	รวบรวมบุคลากรที่พร้อมปฏิบัติงาน จัดสรรตามคำขอ และติดตามสถานะกำลังคน • แผนที่ ๔
	หน่วยบุคลากรทางการแพทย์ (Medical Staff Unit)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล นางสาวทักษญา จินาอินทร์ งานทรัพยากรบุคคล	จัดแพทย์และบุคลากรวิชาชีพเสริมตามภารกิจ และตรวจสอบคุณสมบัติ
	หน่วยการพยาบาล (Nursing Unit)	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล	จัดอัตรากำลังพยาบาลและผู้ช่วย และย้ายกำลังตามระดับสถานการณ์ • แผนที่ ๔
	หน่วยติดตามผู้ป่วย (Patient Tracking Unit)	นางวิไล พรหมทองรักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก นางสาวสุชาดา ธราพร หัวหน้ากลุ่ม	ทะเบียนติดตามผู้ป่วยที่ย้าย ส่งต่อ และผู้ป่วยมะเร็งที่เลื่อนการรักษา • แผนที่ ๖ และ ๗

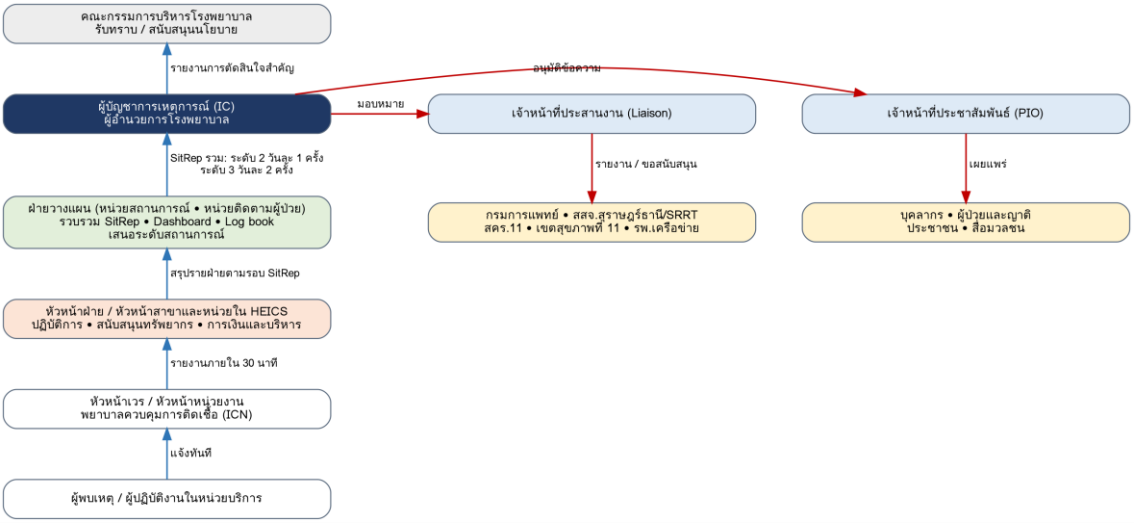
ฝ่าย	สาขา / หน่วย	ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่หลัก / แผนปฏิบัติการ (หัวข้อ ๖.๓)
		งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	
	หน่วยให้ข้อมูลผู้ป่วย (Patient Information Unit)	นางวิไล พรหมทองรักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก นางสาวสุชาดา ธราพร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน	ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสถานะและการย้ายผู้ป่วย ตามที่ผู้บัญชาการเหตุการณ์อนุมัติ
	หน่วยวิชาการ (Scientific Response Unit)	แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ รอง ผอ.ด้านพัฒนาระบบสุขภาพ นางสาวสุพรรณี ปานดี หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล	จัดทำแผนเผชิญเหตุ (IAP) รายรอบ ให้คำแนะนำทางวิชาการ และเกณฑ์จัดลำดับผู้ป่วยมะเร็ง
ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร (Logistics Section)		**หัวหน้าฝ่าย: นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ**	ตามตารางตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบ
	หน่วยอาคารสถานที่ (Facility Unit)	นางสายชล แย้มแก้ว หัวหน้างานบริหาร	จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน พื้นที่พัก และสถานที่สำรอง • แผนที่ ๒ และ ๙
	หน่วยประเมินและควบคุมความเสียหาย (Damage Assessment and Control Unit)	นางนงลักษณ์ เดชนะ งานอาคารสถานที่ นางสาวฟาริณดา มะแอเคียน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำรวจความเสียหายและความพร้อมของอาคาร ห้องแยกโรค และพื้นที่บริการ
	หน่วยระบบสุขาภิบาล (Sanitation Systems Unit)	นายธวัชชัย จันทร์ทิน ช่างอิเล็กทรอนิกส์	ไฟฟ้า เครื่องกำเนิดไฟฟ้า น้ำ น้ำเสีย ก๊าซทางการแพทย์ และระบบระบายอากาศ • แผนที่ ๙
	หน่วยสื่อสาร (Communications Unit)	นายคฑาเทพ หมวดเพชร พนักงานขับรถยนต์	ระบบโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร และช่องทางสื่อสารสำรอง
	หน่วยยานพาหนะ (Transportation Unit)	นางนงลักษณ์ เดชนะ งานอาคารสถานที่	ยานพาหนะรับส่งผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งของ
	หน่วยพัสดุและเวชภัณฑ์ (Materials Supply Unit)	นางสาวสุจิตราภรณ์ มีซ้าย นักวิชาการพัสดุ	วัสดุ อุปกรณ์ ออกซิเจน และเวชภัณฑ์ตามคำขอของหน่วยปฏิบัติการ • แผนที่ ๕ และ ๘
	หน่วยโภชนาการ (Nutritional Supply Unit)	นางสาวภัทรวดี รุ่งกิจพัฒนา โภชนากรชำนาญงาน	อาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร
	หน่วยเทคโนโลยีดิจิทัล (IT Support)	นางสาวปนัดดา กลับรินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ระบบ HIS เครือข่าย อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และการกู้คืนระบบสารสนเทศ • แผนที่ ๘
ฝ่ายการเงินและบริหาร (Finance/Administration Section)		**หัวหน้าฝ่าย: นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ**	ตามตารางตำแหน่ง บทบาท และผู้รับผิดชอบ
	หน่วยเวลาปฏิบัติงาน (Time Unit)	นางสาวจรรจิรา เทพทอง นักทรัพยากรบุคคล	บันทึกเวลาปฏิบัติงานและคำนวณค่าตอบแทน
	หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง (Procurement Unit)	นางสาวสุจิตราภรณ์ มีซ้าย นักวิชาการพัสดุ	จัดซื้อจัดจ้างเร่งด่วนตามระเบียบ และทำสัญญากับผู้ขาย
	หน่วยค่าชดเชยและสินไหม (Claims Unit)	นางสาวอรสา สุขราช หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	ค่าชดเชยกรณีบาดเจ็บ ประกันภัยทรัพย์สิน และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
	หน่วยการเงินและงบประมาณ (Finance and Budget Unit)	นางวิภารัตน์ คงมณี หัวหน้างานการเงิน	งบประมาณฉุกเฉิน รวบรวมค่าใช้จ่ายและรายงานการเงินของเหตุการณ์

ที่มา: แผนภูมิโครงสร้างการแบ่งงานภายในส่วนราชการ กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (พ.ศ. 2563) ชื่อ “กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์” ในแผนภูมิ พ.ศ. 2563 ใช้ชื่อ “กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์” ตามแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศฉบับปัจจุบัน เรื่องที่เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงระหว่างเหตุการณ์ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ ทะเบียนความเสี่ยง และการทบทวนหลังเหตุการณ์ ให้ประสานนางสาวจุฑารัตน์ เรืองชุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ประสานงานด้านบริหารความเสี่ยง (ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยสถานการณ์ ฝ่ายวางแผน)

6.1.6 สายการรายงานและรอบการรายงาน

การรายงานไหลจากหน่วยบริการขึ้นไปตามสายบังคับบัญชาของ ICS ส่วนการสั่งการไหลจาก IC ลงผ่านหัวหน้าฝ่าย ห้ามสั่งการข้ามสายยกเว้นเรื่องความปลอดภัยเร่งด่วนที่ Safety & Security Officer สั่งหยุดได้ทันที ฝ่ายวางแผนเป็นจุดรวมข้อมูลจุดเดียวเพื่อให้ IC ได้ภาพสถานการณ์ที่ตรงกัน การรายงานโรคตามกฎหมายเป็นหน้าที่ของ ICN แยกจากสายรายงานภายใน และต้องไม่รอ SitRep

ภาพที่ 5 สายการรายงาน (ลูกศรสีน้ำเงิน) และการสั่งการ/สื่อสารออกภายนอก (ลูกศรสีแดง)



ตารางที่ 49 รอบการรายงานตามระดับสถานการณ์

รายงาน	ผู้จัดทำ ⟶ ผู้รับ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ช่องทาง/แบบฟอร์ม
แจ้งเหตุแรกรับ (พบผู้ป่วยสงสัย บุคลากรสัมผัสเชื้อ)	ผู้พบเหตุ ⟶ หัวหน้าเวรและ ICN	ทันที	ทันที	ทันที	โทรศัพท์ / วิทยุสื่อสาร
รายงานเหตุและมาตรการเบื้องต้น	ICN/หัวหน้างาน IPC ⟶ หน่วยสถานการณ์และ IC	ภายใน 30 นาที	ภายใน 30 นาที	ภายใน 30 นาที	โทรศัพท์ / LINE กลุ่มฝ่ายวางแผน
รายงานโรคตามกฎหมาย	ICN ⟶ สสจ.สุราษฎร์ธานี / ทีม SRRT	ตามที่ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เหมือนระดับ 1	เหมือนระดับ 1	ระบบรายงานโรคของกรมควบคุมโรค
SitRep หน่วยงาน	หัวหน้าหน่วยงาน ⟶ หัวหน้าสาขา/ฝ่าย	–	วันละ 1 ครั้ง ก่อน 09.00 น.	วันละ 2 ครั้ง ก่อน 09.00 และ 15.00 น.	แบบรายงานสถานการณ์ (ภาคผนวก ค)
SitRep รวมและประชุมสรุปสถานการณ์	ฝ่ายวางแผน ⟶ IC และหัวหน้าฝ่าย	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	วันละ 1 ครั้ง 10.00 น.	วันละ 2 ครั้ง 10.00 และ 16.00 น.	Dashboard / ประชุม EOC
รายงานต่อหน่วยงานภายนอก	Liaison ⟶ กรมการแพทย์ / สสจ.	เมื่อมีการร้องขอ	วันละ 1 ครั้ง หรือตามที่ร้องขอ	วันละ 2 ครั้ง หรือตามที่ร้องขอ	ระบบรายงานของหน่วยงาน / หนังสือราชการ
รายงานระบบสารสนเทศขัดข้อง	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) ⟶ หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากรและ IC	ภายใน 4 ชั่วโมง (SLA ของแผน IT)	เหมือนระดับ 1	เหมือนระดับ 1	โทรศัพท์ / แบบบันทึกของแผน IT
รายงานภัยคุกคามไซเบอร์	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) ⟶	ทันทีที่ยืนยันเหตุ	เหมือนระดับ 1	เหมือนระดับ 1	โทรศัพท์ / LINE Official ตามภาคผนวก ข

รายงาน	ผู้จัดทำ ⟶ ผู้รับ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ช่องทาง/ แบบฟอร์ม
	Health CERT / ThaiCERT และสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์				
ส่งเวร	หัวหน้าเวร ⟶ หัวหน้าเวรถัดไป	ทุกเวร	ทุกเวร	ทุกเวร	สมุดส่งเวร / Log book

รอบปฏิบัติการ (Operational period) ของแผนเผชิญเหตุคือ 24 ชั่วโมงในระดับ 2 และ 12 ชั่วโมงในระดับ 3 ฝ่ายวางแผนจัดทำแผนเผชิญเหตุทุกรอบ ระบุวัตถุประสงค์ของรอบ ผู้รับผิดชอบ ทรัพยากรที่จัดสรร และกำหนดรายงานครั้งถัดไป เมื่อ IC อนุมัติแล้วส่งให้หัวหน้าฝ่ายทุกฝ่าย

6.2 ขั้นตอนการบริหารความต่อเนื่องและกอบกู้กระบวนการ

การบริหารความต่อเนื่องและกอบกู้แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ภายใน 24 ชั่วโมง ภายใน 2–7 วัน ระยะกลางมากกว่า 1 สัปดาห์ และระยะยาวมากกว่า 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศระดับ 2 ขึ้นไป แต่ละระยะมีกิจกรรมของแนวตอบโต้การระบาด (ทำเครื่องหมาย [1]) และแนวความต่อเนื่อง (ทำเครื่องหมาย [2]) ให้หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของแต่ละหน่วยงานใช้เป็นรายการตรวจสอบ

6.2.1 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทันที (ภายใน 24 ชั่วโมง)

ตารางที่ 50 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทันที ภายใน 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทความรับผิดชอบ	ดำเนินการแล้ว
ติดตาม สอบถามข้อมูล และประเมินเหตุการณ์ เพื่อประเมินความจำเป็นในการใช้แผน แจ้งเหตุให้บุคลากรหลักในหน่วยงานรับทราบ	หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) / หัวหน้าหน่วยงาน	☐
[1] แยกผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันทันที ใช้มาตรการ IPC ตามช่องทางการแพร่เชื้อ (หรือมาตรการเชิงป้องกันไว้ก่อนหากไม่ทราบ) เก็บสิ่งส่งตรวจ รายงานโรค	งาน IPC / แพทย์ผู้รับผิดชอบ	☐
[1] ระบุผู้สัมผัส (ผู้ป่วย ญาติ บุคลากร) และเริ่มการติดตามตามแนวทางกรมควบคุมโรค	งาน IPC / งานอาชีวอนามัย	☐
IC ประกาศระดับสถานการณ์ เปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน แจ้ง Call Tree	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	☐
[2] วางแผนด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ตรวจจำนวนวันคงเหลือของ PPE และยาจำเป็น	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน / ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	☐
[2] ระบุผู้ป่วยมะเร็งที่มีนัดใน 7 วันข้างหน้า และจัดกลุ่มตามระดับความเร่งด่วน	หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์	☐
สื่อสารข้อมูลเบื้องต้นแก่บุคลากรและผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง	PIO	☐
รายงานความคืบหน้าของการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐

6.2.2 วันที่ 2–7 การตอบสนองในระยะสั้น

ตารางที่ 51 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ วันที่ 2–7 การตอบสนองในระยะสั้น

ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทความรับผิดชอบ	ดำเนินการแล้ว

ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทความรับผิดชอบ	ดำเนินการแล้ว
ติดตามสถานะการกอบกู้คืนของทรัพยากรที่ได้รับผลกระทบ และประเมินความจำเป็นและระยะเวลาที่ต้องใช้ในการกอบกู้	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
ตรวจสอบความพร้อมและข้อจำกัดในการจัดหาทรัพยากร 5 ด้าน: สถานที่สำรอง วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรหลัก คู่ค้า/ผู้ให้บริการ	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
รายงานหัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่องถึงความพร้อม ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
ประสานงานและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นทั้ง 5 ด้าน	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร / หัวหน้าหน่วยงาน	☐
กอบกู้และจัดหาข้อมูลและรายงานที่จำเป็นต่อการดำเนินงานและให้บริการ	กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ / ฝ่ายวางแผน	☐
ดำเนินงานและให้บริการภายใต้ทรัพยากรที่จัดหา เพื่อบริหารความต่อเนื่อง	หัวหน้าหน่วยงาน	☐
[1] ประเมินผลการติดตามผู้สัมผัสและการติดเชื้อรายใหม่ ปรับมาตรการตามข้อมูลและแนวทางล่าสุด	งาน IPC / Safety & Security Officer	☐
[2] เริ่ม/ขยาย Telemedicine การส่งยาทางไปรษณีย์ และทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อนการรักษา	OPD / เภสัชกรรม / กลุ่มงานสารสนเทศ	☐
[2] คัดกรองความเครียดบุคลากรหน่วยเสี่ยงสูง และจัดระบบดูแลจิตใจ	งานทรัพยากรบุคคล / งานอาชีวอนามัย	☐
แจ้งสถานการณ์และแนวทางบริหารความต่อเนื่องแก่หน่วยงานผู้ใช้บริการและคู่ค้า	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร / PIO	☐
บันทึก Log book และทบทวนกิจกรรม (ระบุรายละเอียด ผู้ดำเนินการ และเวลา) อย่างสม่ำเสมอ	ฝ่ายวางแผน / ทุกหน่วยงาน	☐
แจ้งสรุปสถานการณ์และขั้นตอนสำหรับวันถัดไปแก่บุคลากร และรายงานความคืบหน้าแก่หัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่องตามเวลาที่กำหนด	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐

6.2.3 วันที่ 8 การตอบสนองระยะกลาง (1 สัปดาห์)

ตารางที่ 52 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ วันที่ 8 การตอบสนองระยะกลาง (1 สัปดาห์)

ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทความรับผิดชอบ	ดำเนินการแล้ว
ติดตามสถานะการกอบกู้คืนของทรัพยากร และประเมินความจำเป็นและระยะเวลาที่ต้องใช้	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานและให้บริการตามปกติ	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	☐
[2] ทบทวนทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน ปรับระดับความเร่งด่วน และเรียกกลับผู้ป่วยกลุ่มปานกลางที่ใกล้ครบกรอบเวลา	หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์	☐
[1] ประเมินประสิทธิผลของมาตรการ IPC และอัตราการติดเชื้อของบุคลากร	งาน IPC	☐
ประเมินภาระงาน การหมุนเวียน และการพักของบุคลากร	สาขาบริการทางการแพทย์และอัตรากำลัง	☐
รายงานความคืบหน้าแก่ทีมงานบริหารความต่อเนื่องของโรงพยาบาลและหน่วยงานกำกับอย่างสม่ำเสมอหรือตามที่กำหนด	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐

6.2.4 การตอบสนองระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน)

ตารางที่ 53 การตอบสนองระยะยาว มากกว่า 1 เดือน

ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทความรับผิดชอบ	ดำเนินการแล้ว
ติดตามสถานะการกอบกู้คืนของทรัพยากร และประเมินความจำเป็นและระยะเวลาที่ต้องใช้	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
ระบุทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานและให้บริการตามปกติ และรายงานหัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่อง	หัวหน้าและทีมงานบริหารความต่อเนื่องของหน่วยงาน	☐
ประสานงานและจัดหาทรัพยากร 5 ด้านเพื่อให้บริการตามปกติ	ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	☐
[2] วางแผนการรองรับการระบาดระยะยาวหรือหลายระลอก รวมถึงงบประมาณและการจัดซื้อ	ฝ่ายการเงินและบริหาร / ฝ่ายวางแผน	☐
[2] ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกเลื่อนการรักษา (เช่น โรคลุกลามระหว่างรอ) เพื่อปรับเกณฑ์จัดลำดับ	องค์กรแพทย์ / หน่วยติดตามผู้ป่วย (ฝ่ายวางแผน) ร่วมกับสาขาบริการทางการแพทย์	☐
แจ้งสรุปสถานการณ์และการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรแก่บุคลากร	PIO / หัวหน้าหน่วยงาน	☐
บันทึก Log book และทบทวนกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ รายงานความคืบหน้าตามเวลาที่กำหนด	ฝ่ายวางแผน / ทุกหน่วยงาน	☐

6.3 แผนปฏิบัติการเฉพาะภัย

หัวข้อนี้แยกการปฏิบัติออกเป็น 9 แผนตามภารกิจ เพื่อให้เจ้าของแผนแต่ละคนเปิดใช้และปฏิบัติตามได้โดยไม่ต้องอ่านทั้งเล่ม ทุกแผนใช้ระดับสถานการณ์ในบทที่ 4 ใช้สายสั่งการและรอบการรายงานในบทที่ 6 และใช้ค่ากำหนดชุดเดียวกับภาคผนวก ง เพื่อไม่ให้แผนหลักและแผนย่อยขัดกัน แผนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (แผนที่ 8) อ้างอิงแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลซึ่งมีอยู่แล้ว โดยไม่เขียนซ้ำ

6.3.1 ภาพรวมแผนปฏิบัติการ

ตารางที่ 54 ภาพรวมแผนปฏิบัติการแยกตามภารกิจ

แผนที่	ภารกิจ	เจ้าของแผน (ฝ่ายใน ICS)	เปิดใช้ตั้งแต่	เอกสารต้นทาง
1	เฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเหตุ และประเมินความเสี่ยง	หัวหน้างาน IPC (ฝ่ายปฏิบัติการ – สาขาบริการทางการแพทย์ หน่วยสอบสวนและควบคุมโรค)	ระดับ 1	บทที่ 2–4
2	แยกผู้ป่วยและจัดพื้นที่บริการ	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในร่วมกับงานพัสดุและบำรุงรักษา	ระดับ 2	หัวข้อ 4.1.1 และ 5.3.6
3	ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและ PPE	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย / หัวหน้างาน IPC	ระดับ 1	หัวข้อ 5.3.2 และ 4.1.2
4	อัตรากำลังบุคลากร	รอง ผอ. ด้านการพยาบาล / งานทรัพยากรบุคคล	ระดับ 2	หัวข้อ 4.1.4 และ 5.3.4 / แผน ICT กรมการแพทย์
5	ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์	คลังยา กลุ่มงานเภสัชกรรม / งานพัสดุ (ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร)	ระดับ 1	หัวข้อ 4.1.2 และ 4.1.5
6	บริการผู้ป่วยมะเร็ง (ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา)	หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ – สาขาบริการทางการแพทย์	ระดับ 2	หัวข้อ 3.1 และ 5.3.3
7	ส่งต่อผู้ป่วย เครือข่ายบริการและสื่อสารความเสี่ยง	Liaison และ PIO	ระดับ 1	หัวข้อ 6.1.2 และ 6.1.2

แผนที่	ภารกิจ	เจ้าของแผน (ฝ่ายใน ICS)	เปิดใช้ตั้งแต่	เอกสารต้นทาง
8	เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) ร่วมกับหน่วยเทคโนโลยีดิจิทัล ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	ระดับ 2 หรือเมื่อระบบขัดข้อง	แผน BCP ด้าน IT ของโรงพยาบาล และแผน BCP ระบบ IT ของสำนักดิจิทัลการแพทย์
9	สาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน	รอง ผอ. ด้านอำนวยการ (ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร)	ระดับ 2	หัวข้อ 3.1 และ 5.1 / แผน BCP กรณีวาตภัย

ทุกแผนมีองค์ประกอบ 8 ข้อเหมือนกัน ได้แก่ (1) ชื่อแผนและวัตถุประสงค์ (2) เงื่อนไขเปิดใช้ (3) ผู้รับผิดชอบหลักและสนับสนุน (4) ขั้นตอนก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และระยะฟื้นฟู (5) การสั่งการและการรายงาน (6) ทรัพยากรจำเป็น (7) แนวทางรักษาความต่อเนื่อง และ (8) การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ

6.3.2 แผนที่ 1 การเฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเหตุ และประเมินความเสี่ยง

ตารางที่ 55 แผนปฏิบัติการที่ 1 การเฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเหตุ และประเมินความเสี่ยง

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	ค้นหาผู้ป่วยและบุคลากรที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ได้เร็วที่สุดที่ทุกจุดเข้าโรงพยาบาล แยกและรายงานภายในเวลาที่กำหนด และประเมินความเสี่ยงเพื่อเสนอระดับสถานการณ์
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 0: เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามปกติ • ระดับ 1: WHO หรือกรมควบคุมโรคประกาศเตือน หรือออกนิยามผู้ป่วยใหม่ • ระดับ 2–3: ขยายการคัดกรองทุกทางเข้าและคัดกรองอาการบุคลากรรายวัน
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: หัวหน้างาน IPC (นางสาวนงนภัส เด็กหลี 090-926-9878) สนับสนุน: หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แพทย์เวร กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ งานอาชีวอนามัย ฝ่ายวางแผน
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ติดตามข่าวกรองโรคจาก WHO และกรมควบคุมโรคทุกสัปดาห์ • ปรับแบบคัดกรองให้ตรงนิยามผู้ป่วยล่าสุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังมีประกาศ • อบรมผู้คัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง • ตรวจความพร้อมชุดเก็บสิ่งส่งตรวจและเส้นทางส่งตรวจไปศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• เปิดจุดคัดกรองทุกทางเข้า ซักประวัติการเดินทาง การสัมผัส และอาการตามนิยามผู้ป่วย • ผู้ป่วยสงสัย: สวมหน้ากาก แยกเข้าห้องตามช่องทางการแพร่เชื้อ (หัวข้อ 5.3.2) แจ้ง ICN ทันที • ICN รายงาน หน่วยสถานการณ์และ IC ภายใน 30 นาที และรายงานโรคตามกฎหมาย • ติดตามผู้สัมผัสในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงหลังยืนยันผล • หน่วยสถานการณ์ (ฝ่ายวางแผน) ประเมินความเสี่ยงด้วยเมทริกซ์ 5×5 (ตารางที่ 5) ร่วมกับช่องทางการแพร่เชื้อ ความรุนแรง และมาตรการที่มี แล้วเสนอระดับต่อ IC • บุคลากรรายงานอาการตนเองก่อนเข้าเวรทุกวัน
4.3 ระยะฟื้นฟู	• ลดจุดคัดกรองตามเกณฑ์ลดระดับ (ตารางที่ 32) • สรุปข้อมูลเฝ้าระวังและระยะเวลาการแจ้งเหตุเพื่อใช้ใน AAR • ปรับนิยามและแบบคัดกรองตามบทเรียน
5. การสั่งการและการรายงาน	หน่วยสอบสวนและควบคุมโรค ⟶ ผู้ควบคุมพื้นที่รักษา ⟶ หัวหน้าสาขาบริการทางการแพทย์ ⟶ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ ⟶ IC รายงานตามรอบในหัวข้อ 6.1.6 รายงานโรคตามกฎหมายส่งตรงจาก ICN ไปยัง สสจ. โดยไม่รอ SitRep
6. ทรัพยากรจำเป็น	ทีมคัดกรองตามอัตรากำลังขั้นต่ำ (ตารางที่ 29) เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วย แบบคัดกรอง ห้องแยก 4 ห้อง ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจคงคลัง 14 วัน
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• ผู้คัดกรองไม่พอ: ย้ายพยาบาล OPD จากการลดนัด • ห้องปฏิบัติการตรวจไม่ได้: ส่งตรวจศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 หรือห้องปฏิบัติการเครือข่าย • ห้องแยกเต็ม: เปิดพื้นที่ตามแผนที่ 2
8. การติดตามประเมินผล	ตัวชี้วัด: ร้อยละของทางเข้าที่มีการคัดกรอง ระยะเวลาจากพบผู้ป่วยสงสัยถึงแยกผู้ป่วยและถึงรายงาน IC

องค์ประกอบ	รายละเอียด
และเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	จำนวนผู้ติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล กลับสู่ปกติเมื่อเข้าเกณฑ์ลดระดับในตารางที่ 32

แหล่งข้อมูล: บทที่ 2–4 และหัวข้อ 5.3.2 ของแผนนี้ / พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 / WHO Preparedness and Resilience for Emerging Threats (PRET)

6.3.3 แผนที่ 2 การแยกผู้ป่วยและการจัดพื้นที่บริการ

ตารางที่ 56 แผนปฏิบัติการที่ 2 การแยกผู้ป่วยและการจัดพื้นที่บริการ

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	แยกผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันโรคติดต่ออุบัติใหม่ออกจากผู้ป่วยมะเร็งซึ่งภูมิคุ้มกันบกพร่อง ด้วยพื้นที่และเส้นทางที่ระบบระบายอากาศเหมาะกับช่องทางการแพร่เชื้อ
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 2: มีผู้ป่วยสงสัยในโรงพยาบาล • ระดับ 3: อัตราครองห้องแยกเกินร้อยละ 80 หรือส่งต่อไม่ได้ภายใน 4 ชั่วโมง
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน สนับสนุน: งานพัสดุและบำรุงรักษา (ระบบระบายอากาศ) หัวหน้างาน IPC งานบริหารทั่วไป (รักษาความปลอดภัย ทำความสะอาด)
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ตรวจความดันลบและอัตราแลกเปลี่ยนอากาศของห้องแยก 4 ห้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง • กำหนดเส้นทางผู้ป่วยสงสัยแยกจากเส้นทางผู้ป่วยมะเร็ง และติดป้าย • ซักซ้อมการเปิด cohort ward ในการฝึกซ้อมแบบปฏิบัติจริง
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• รับผู้ป่วยสงสัยเข้าห้องแยกหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2 (4 ห้อง) • ผู้ป่วยยืนยันอาการไม่รุนแรงที่ส่งต่อไม่ได้: cohort ward 8 เตียง • เกินความจุ: เปิดห้องว่างหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2 อีก 15 ห้องเป็นห้องเดี่ยว • แยกเวลาและพื้นที่บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ติดเชื้อ • ปล่อยห้องว่างก่อนรับผู้ป่วยรายถัดไป: 12 ACH ประมาณ 35 นาที / 6 ACH ประมาณ 69 นาที
4.3 ระยะฟื้นฟู	• ทำความสะอาดและทำลายเชื้อตามคุณสมบัติเชื้อก่อนคืนพื้นที่ • ตรวจระบบระบายอากาศหลังใช้งานต่อเนื่อง • คืนพื้นที่สำรองให้บริการเดิม
5. การสั่งการและการรายงาน	หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค ⟶ ผู้ควบคุมพื้นที่ผู้ป่วยใน ⟶ หัวหน้าสาขาบริการทางการแพทย์ ⟶ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ รายงานจำนวนห้องที่ใช้และว่างใน SitRep ทุกรอบ การเปิดพื้นที่สำรองต้องได้รับอนุมัติจาก IC
6. ทรัพยากรจำเป็น	ห้องแยก 4 ห้อง cohort ward 8 เตียง ห้องสำรอง 15 ห้อง เครื่องกรองอากาศ HEPA แบบเคลื่อนที่ อุปกรณ์ประจำห้องแยก (หัวข้อ 5.3.6) พยาบาล 2 ทีม ทีมละ 6 คน
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• ระบบความดันลบขัดข้อง: ใช้เครื่องกรอง HEPA แบบเคลื่อนที่และปิดประตูตลอดเวลา • พื้นที่เต็ม: ส่งต่อผ่าน Liaison (แผนที่ 7) • ห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อใช้ไม่ได้: ส่งต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: อัตราครองห้องแยก จำนวนครั้งที่ระบบความดันลบไม่ผ่านการตรวจ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้อจากการสัมผัสในโรงพยาบาล กลับสู่ปกติเมื่อไม่มีผู้ป่วยในพื้นที่แยกและทำความสะอาดพื้นที่แล้ว

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 4.1.1 และ 5.3.6 / CDC Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities (2003), Appendix B

6.3.4 แผนที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

ตารางที่ 57 แผนปฏิบัติการที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	ใช้มาตรการ IPC และ PPE ตามช่องทางการแพร่เชื้อและการประเมินความเสี่ยง ไม่ใช้มาตรการของโรคใดโรคหนึ่งเป็นข้อกำหนดตายตัว และปรับมาตรการได้ทันเมื่อมีหลักฐานใหม่

องค์ประกอบ	รายละเอียด
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 1: ทบทวนมาตรการตามข้อมูลเชื้อที่มี • ระดับ 2–3: ใช้มาตรการเพิ่มเติมตามช่องทางการแพร่เชื้อ (ตารางที่ 36) • เมื่อไม่ทราบช่องทางการแพร่เชื้อ: ใช้ Contact + Airborne precautions จนกว่าจะมีข้อมูล
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย / หัวหน้างาน IPC สนับสนุน: คณะกรรมการ IPC งานพัสดุ ICN ประจำหน่วย งานอาชีวอนามัย
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• อบรมการสวมและถอด PPE แก่บุคลากรด่านหน้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง • สำรอง PPE อย่างน้อย 30 วันของอัตราการใช้ระดับ 2 • จัดทำรายการตรวจสอบ (Checklist) การสวม-ถอด PPE ทุกพื้นที่แยกโรค
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• ประกาศมาตรการตามช่องทางการแพร่เชื้อเป็นฉบับ ระบุวันที่มีผล • เสนอปรับมาตรการภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมีแนวทางใหม่ และตรวจติดตามการปฏิบัติภายใน 7 วัน • คำนวณอัตราการใช้ PPE จริงทุกวัน (ภาคผนวก ค) • PPE คงเหลือน้อยกว่า 7 วัน: จัดสรรตามความเสี่ยงของหัตถการ ให้หัตถการที่ก่อละอองและพื้นที่แยกโรคก่อน • จัดการบุคลากรสัมผัสเชื้อตามแนวทางกรมควบคุมโรค
4.3 ระยะฟื้นฟู	• ทบทวนอุบัติการณ์การติดเชื้อในบุคลากรและผู้ป่วย • สรุปอัตราการใช้ PPE จริงเพื่อปรับสต็อกขั้นต่ำ
5. การสั่งการและการรายงาน	Safety & Security Officer รายงาน IC โดยตรง และสั่งหยุดกิจกรรมที่ไม่ปลอดภัยได้ทันที ICN ประจำหน่วย รายงาน Safety & Security Officer ในรอบ SitRep
6. ทรัพยากรจำเป็น	PPE ตามตารางที่ 27 สารทำลายเชื้อ อุปกรณ์ล้างมือ ICN ประจำหน่วย แบบติดตาม PPE (ภาคผนวก ค)
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• PPE ขาดแคลน: ขอสนับสนุนจากกรมการแพทย์และเครือข่ายผ่าน Liaison ใช้กลยุทธ์ขยายการใช้ตามแนวทางของหน่วยงานทางการ • ICN ขาดงาน: พยาบาลที่ผ่านการอบรม IPC ของหน่วยปฏิบัติหน้าที่แทน
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: อัตราการปฏิบัติตามมาตรการ จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน จำนวนวันคงคลัง PPE กลับสู่ปกติเมื่อกลับใช้ Standard precautions ตามประกาศของ IC

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 5.3.2 / WHO Global terminology on pathogens that transmit through the air (2024) / CDC Guideline for Isolation Precautions (2007) / CDC PPE Burn Rate Calculator

6.3.5 แผนที่ 4 การบริหารอัตรากำลังบุคลากร

ตารางที่ 58 แผนปฏิบัติการที่ 4 การบริหารอัตรากำลังบุคลากร

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	รักษาอัตรากำลังขั้นต่ำของบริการระดับ 1 เมื่อบุคลากรติดเชื้อ ถูกกักตัว หรือปฏิบัติงานไม่ได้ และดูแลสุขภาพกายและใจของบุคลากร
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 2: บุคลากรขาดงานจากโรคตั้งแต่ร้อยละ 10 • ระดับ 3: ขาดงานตั้งแต่ร้อยละ 30 ในหน่วยบริการสำคัญ หรือต่ำกว่าอัตรากำลังขั้นต่ำ
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: รอง ผอ. ด้านการพยาบาล (สายพยาบาล) / งานทรัพยากรบุคคล (สายอื่น) สนับสนุน: หัวหน้ากลุ่มงานทุกหน่วย ฝ่ายวางแผน (หน่วยอัตรากำลัง) งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ทุกหน่วยกำหนดอัตรากำลัง 3 ระดับ (ตารางที่ 29) • จัดทำบัญชีบุคลากรที่ฝึกข้ามสายงาน และทบทวนทุก 3 เดือน • ปรับปรุงทะเบียนติดต่อบุคลากรทุก 3 เดือน
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• หน่วยบริการสำคัญแบ่งบุคลากรเป็น 2 ทีมที่ไม่สัมผัสกัน • ฝ่ายวางแผนรวบรวมจำนวนบุคลากรขาดงานรายหน่วยทุกรอบ SitRep และย้ายกำลังจากหน่วยที่ลดบริการ • งานสำนักงานที่ทำจากที่อื่นได้ จัดสัดส่วนผู้ปฏิบัติงานในสถานที่หลักต่อสถานที่สำรอง (บ้านหรือที่พักที่หน่วยงานจัด): พบผู้ป่วยสงสัย 1 ราย 70:30 / มากกว่า 5 ราย 50:50 / ระบาดซ้ำภายใน 28 วัน 30:70 • บุคลากรกลับเข้าปฏิบัติงานตามแนวทางของกรมควบคุมโรคสำหรับโรคนั้น • คัดกรองความเครียดด้วย ST-5 ทุก 2 สัปดาห์
4.3 ระยะฟื้นฟู	• จัดวันพักชดเชย • ติดตามบุคลากรที่มีคะแนนความเครียดสูง และส่งต่อสายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือจิตแพทย์โรงพยาบาล

องค์ประกอบ	รายละเอียด
	สุราษฎร์ธานี • สรุปภาระงานและค่าตอบแทน
5. การสั่งการและการรายงาน	หัวหน้าหน่วยงาน ⟶ หัวหน้าสาขาบริการทางการแพทย์/งานทรัพยากรบุคคล ⟶ ฝ่ายวางแผน ⟶ IC คำขอบุคลากรเสริมจากภายนอกส่งผ่าน Liaison ไปกรมการแพทย์
6. ทรัพยากรจำเป็น	บัญชีอัตรากำลัง 3 ระดับ บัญชีฝึกข้ามสายงาน ที่พักสำหรับบุคลากรที่ต้องแยกจากครอบครัว อุปกรณ์ทำงานนอกสถานที่สำหรับงานสำนักงาน
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• ต่ำกว่าขั้นต่ำ: ลดบริการระดับ 2–3 ตาม BIA แล้วย้ายกำลัง • วิชาชีพเฉพาะขาด: ขอสนับสนุนจากกรมการแพทย์และโรงพยาบาลเครือข่าย • หัวหน้าหน่วยขาดงาน: หัวหน้าฝ่ายมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนตามหัวข้อ 6.1.5
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: ร้อยละบุคลากรขาดงานรายหน่วย จำนวนเวรที่ต่ำกว่าขั้นต่ำ ร้อยละบุคลากรที่มีความเครียดสูง กลับสู่ปกติเมื่ออัตรากำลังสูงกว่าขั้นต่ำต่อเนื่อง 7 วัน

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 4.1.4 และ 5.3.4 / สัดส่วนสถานที่ปฏิบัติงานปรับจากแผนบริหารความต่อเนื่องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ (ขั้นตอนกรณีโรคระบาดต่อเนื่องร้ายแรง) ใช้เฉพาะงานที่ไม่ต้องสัมผัสผู้ป่วย

6.3.6 แผนที่ 5 การบริหารยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์

ตารางที่ 59 แผนปฏิบัติการที่ 5 การบริหารยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	ไม่ให้ยาจำเป็น ยาเคมีบำบัด PPE และวัสดุสำคัญขาดในช่วงการระบาด แม้ความต้องการเพิ่มหรือห่วงโซ่อุปทานหยุดชะงัก
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 1: ตรวจสต็อกและคำนวณอัตราการใช้ล่วงหน้า • เตือน: คงคลังน้อยกว่า 14 วัน • วิกฤต (ระดับ 3): คงคลังน้อยกว่า 7 วัน
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: นางสาวจันทิมา อ่อนทองหลา คลังยาและเวชภัณฑ์ 089-866-8446 / งานพัสดุ สนับสนุน: ฝ่ายการเงินและบริหาร (จัดซื้อเร่งด่วน) หัวหน้างาน IPC (จัดลำดับ PPE)
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• สต็อก PPE ≥ 30 วัน ยาจำเป็นและยาเคมีบำบัด ≥ 14 วัน ออกซิเจน ≥ 3 วัน • ทบทวนทะเบียนคู่ค้าและผู้จำหน่ายสำรองทุก 6 เดือน
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• รายงานวันคงคลังทุกวันในรอบ SitRep • แจ้งคู่ค้าล่วงหน้าเมื่อเข้าระดับ 1 • จัดซื้อเร่งด่วนตามระเบียบเมื่อคงคลังต่ำกว่าเกณฑ์เตือน • ยาเคมีบำบัดขาด: เภสัชกรร่วมแพทย์พิจารณายาทดแทนตามดุลยพินิจทางคลินิก • จัดยาส่งทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องมาโรงพยาบาล
4.3 ระยะฟื้นฟู	• เติมสต็อกกลับถึงระดับขั้นต่ำ • สรุปอัตราการใช้จริงและค่าใช้จ่าย
5. การสั่งการและการรายงาน	คลังยา/งานพัสดุ ⟶ หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร ⟶ IC คำขอสนับสนุนจากภายนอกส่งผ่าน Liaison
6. ทรัพยากรจำเป็น	งบประมาณฉุกเฉิน ทะเบียนคู่ค้า (ตารางที่ 30) พื้นที่เก็บสำรอง (ห้องประชุมใกล้อาคารพัสดุ)
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• ผู้จำหน่ายหลักส่งไม่ได้: ใช้ผู้จำหน่ายสำรองหรือองค์การเภสัชกรรม • ยืมจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และเครือข่าย
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: วันคงคลังรายการสำคัญ จำนวนครั้งที่ขาดสต็อก ระยะเวลาจัดซื้อเร่งด่วน กลับสู่ปกติเมื่อคงคลังมากกว่า 14 วันทุกรายการสำคัญ

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 4.1.2 และ 4.1.5 / แผน BCP กรณีวาตภัย พ.ศ. 2569 (ระดับสำรองยาและ PPE)

6.3.7 แผนที่ 6 บริการผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 60 แผนปฏิบัติการที่ 6 บริการผู้ป่วยมะเร็ง

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	คงการรักษามะเร็งที่หยุดไม่ได้ (ระดับ 1 ตาม BIA) และเลื่อนบริการอย่างปลอดภัยตามความเร่งด่วนทางคลินิก เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียโอกาสการรักษาจากการระบาด
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 2: ลดนัดกลุ่มความเร่งด่วนต่ำ เริ่ม Telemedicine และส่งยาทางไปรษณีย์ • ระดับ 3: ลด/เลื่อนบริการระดับ 2–3 ตาม BIA คงบริการระดับ 1
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ (รอง ผอ. ด้านวิชาการและการแพทย์) สนับสนุน: หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด รังสีรักษา ศัลยศาสตร์ มะเร็งนรีเวช โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ วิสัญญีวิทยา เวชศาสตร์ประคับประคอง เภสัชกรรม และสาขาบริการทางการแพทย์
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ทุกกลุ่มงานจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (ตารางที่ 37) ล่วงหน้า • ทดสอบระบบ Telemedicine และการส่งยาทางไปรษณีย์
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• ผู้ป่วยนอก: คัดกรองก่อนเข้าพื้นที่ แจ้งเลื่อนนัดก่อนวันนัดอย่างน้อย 3 วัน • เคมีบำบัด: คงการรักษามุ่งหายขาด MTPD 7 วัน / RTO 72 ชม. ผู้ป่วยติดเชื้อให้แพทย์พิจารณาเลื่อนหรือให้ยาในห้องแยก • รังสีรักษา: ไม่หยุดคอร์สที่เริ่มแล้ว MTPD 5 วันทำการ จัดผู้ป่วยติดเชื้อท้ายวัน • ผ่าตัด: ผ่าตัดฉุกเฉิน RTO ≤ 2 ชม. ผ่าตัดที่เลื่อนได้ตามความเร่งด่วน • ผู้ป่วยใน: ไม่หยุดบริการ • บันทึกผู้ป่วยที่เลื่อนในทะเบียน ทบทวนทุก 7 วัน กลุ่มความเร่งด่วนปานกลางเลื่อนไม่เกิน 6–8 สัปดาห์
4.3 ระยะฟื้นฟู	• เรียกผู้ป่วยกลับตามลำดับความเร่งด่วน • ตรวจทะเบียนให้ไม่มีผู้ป่วยตกหล่น • ฟื้นฟูบริการให้ได้ร้อยละ 90 ภายใน 6–8 สัปดาห์หลังยุติแผน
5. การสั่งการและการรายงาน	หัวหน้ากลุ่มงาน ⟶ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ ⟶ IC รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เลื่อนและกลุ่มความเร่งด่วนใน SitRep
6. ทรัพยากรจำเป็น	แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางตามอัตรากำลังขั้นต่ำ ยาเคมีบำบัด 14 วัน ห้องให้ยาสำรอง ระบบนัดและ Telemedicine ทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• เครื่องฉายรังสีหรือบุคลากรไม่พอ: ปรับตารางและพิจารณา hypofractionation ตามดุลยพินิจรังสีแพทย์ • ตรวจเลือดก่อนให้ยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน • ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องรักษาเร่งด่วนไปโรงพยาบาลเครือข่ายผ่าน Liaison
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: จำนวนผู้ป่วยที่เลื่อนรายกลุ่ม ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มปานกลางที่เลื่อนเกิน 8 สัปดาห์ ร้อยละผู้ป่วยรังสีรักษาที่หยุดกลางคอร์ส กลับสู่ปกติเมื่อทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อนเป็นศูนย์หรือมีนัดครบทุกราย

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 3.1 และ 5.3.3 / เกณฑ์จัดลำดับความเร่งด่วน 3 กลุ่มของ ESMO (2020) ใช้เฉพาะหลักการจัดลำดับ ไม่ใช้มาตรการเฉพาะโรค

6.3.8 แผนที่ 7 การส่งต่อผู้ป่วย การประสานเครือข่ายบริการ และการสื่อสารความเสี่ยง

ตารางที่ 61 แผนปฏิบัติการที่ 7 การส่งต่อผู้ป่วย การประสานเครือข่ายบริการ และการสื่อสารความเสี่ยง

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพได้อย่างปลอดภัย ประสานทรัพยากรจากเครือข่าย และสื่อสารความเสี่ยงอย่างถูกต้อง ทันเวลา ด้วยข้อความเดียวกัน
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 1: แจ้งเครือข่ายและเตรียมข้อความสื่อสาร • ระดับ 3: ส่งต่อล่าช้าเกิน 4 ชั่วโมง หรือโรงพยาบาลรับส่งต่อปฏิเสธรับ
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: Liaison (นางสาวนงนภัส เด็กหลี 090-926-9878) และ PIO (นางสาวปนัดดา กลับรินทร์ 089-724-8089) สนับสนุน: ศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย OPD
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ทบทวนข้อตกลงส่งต่อกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 • เตรียมแม่แบบข้อความล่วงหน้าภายในไตรมาสที่ 1

องค์ประกอบ	รายละเอียด
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อพร้อมแจ้งผลตรวจและมาตรการ IPC ระหว่างนำส่ง • ส่งต่อไม่ได้: ดูแลไว้เองใน cohort ward และขอคำปรึกษาทางไกล • รายงานสถานการณ์และคำขอสนับสนุนต่อกรมการแพทย์และ สสจ. ตามหัวข้อ 6.1.6 • สื่อสารตามแผนการสื่อสาร (หัวข้อ 6.1.2) PIO เป็นผู้ให้ข่าวคนเดียว
4.3 ระยะฟื้นฟู	• แจ้งเครือข่ายให้กลับมารับ-ส่งต่อตามปกติ • รับผู้ป่วยที่ส่งต่อออกไปกลับมารักษาต่อ
5. การสั่งการและการรายงาน	Liaison และ PIO ขึ้นตรงต่อ IC ข้อความทุกฉบับต้องได้รับอนุมัติจาก IC ก่อนเผยแพร่
6. ทรัพยากรจำเป็น	รถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ IPC ระบบส่งต่อของเขตสุขภาพ ช่องทางสื่อสารของโรงพยาบาล
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• รถพยาบาลไม่พอ: ประสานศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 • PIO ไม่อยู่: ผู้บัญชาการเหตุการณ์มอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: ระยะเวลารอส่งต่อ จำนวนครั้งที่ส่งต่อไม่ได้ จำนวนข่าวคลาดเคลื่อนที่ต้องชี้แจง กลับสู่ปกติเมื่อส่งต่อได้ภายในเวลาปกติ

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 6.1.2 และ 6.1.2 / แผน BCP กรณีวาตภัย พ.ศ. 2569 (MTPD การส่งต่อ 4 ชั่วโมง)

6.3.9 แผนที่ 8 เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล

ตารางที่ 62 แผนปฏิบัติการที่ 8 เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	รักษาระบบเครือข่าย HIS LIS PACS อินเทอร์เน็ต และระบบสื่อสารให้ใช้ได้ในช่วงการระบาด เมื่อบุคลากรด้าน IT ขาดงาน หรือความต้องการ Telemedicine และการทำงานนอกสถานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงรับมือภัยคุกคามไซเบอร์ที่เกิดซ้อน แผนนี้ใช้คู่กับแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลและแผนกู้คืนระบบ (IT-DRP)
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• โรคระบาดระดับ 2–3: ใช้มาตรการด้านบุคลากร IT • ระบบขัดข้อง: ใช้ระดับเหตุการณ์ 0–3 ของแผน IT (ระดับ 2 ระบบสำคัญใช้ไม่ได้เป็นเวลานาน / ระดับ 3 ศูนย์คอมพิวเตอร์หลักเสียหาย) • บุคลากร IT ปฏิบัติงานได้น้อยกว่า 6 คน
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หัวหน้าทีมงานบริหารความต่อเนื่องด้าน IT (ตามแผน BCP ด้าน IT): ผู้อำนวยการ หัวหน้าทีม: แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ 084-615-3723 (ผู้ติดต่อลำดับถัดไป: นางสาวปนัดดา กลับรินทร์ 089-724-8089 และนายสมชาย โสมจันทร์ 089-471-7015) พัฒนาและจัดหาระบบ: นางสาวกรรณทิพย์ หมื่นศรี 086-952-2136 (สำรอง: นายจักรพันธุ์ ชาตะเวที 083-644-0929) เครือข่าย: นายสมชาย โสมจันทร์ (สำรอง: นายชัชพล จันทร์ทอง 098-048-8218) ซ่อมบำรุง: นายชัชพล จันทร์ทอง (สำรอง: นางสาวอุษณีย์ นุ้ยมัย 062-969-4405)
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• สำรองข้อมูลไปยัง DR-Site ผ่านระบบ HCI และทดสอบกู้คืนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง • อินเทอร์เน็ต 3 วงจร (3BB 2 วงจร TOT 1 วงจร) ทำ Load balancing • ทุกหน่วยบริการมีแบบฟอร์มบันทึกด้วยมือสำหรับช่วง HIS หยุด • เตรียมคอมพิวเตอร์พกพาสำรองและอุปกรณ์ Hotspot • แก้ไขข้อบกพร่องจากการทดสอบภายใน 3 เดือน ปรับปรุงรายชื่อแจ้งเหตุทุกไตรมาส
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• แบ่งทีม IT เป็น 2 กลุ่มสลับปฏิบัติงานในสถานที่และนอกสถานที่ ให้มีผู้ดูแลเครือข่ายและ HIS ในสถานที่อย่างน้อยอย่างละ 1 คนทุกวัน • จัดลำดับงานรองรับ Telemedicine ระบบแจ้งเลื่อนนัด Dashboard และการเชื่อมต่อจุดคัดกรอง • ระบบขัดข้อง: กู้คืนตามเป้าหมาย เครือข่าย HIS LIS RTO 2 ชม. / RPO 1 ชม. และเว็บไซต์ RTO 6 ชม. / RPO 4 ชม. • HIS หยุดเกิน 2 ชั่วโมง: หน่วยบริการใช้แบบฟอร์มบันทึกด้วยมือ • เรียกผู้ให้บริการภายใน SLA (response time 4 ชั่วโมง) • ภัยคุกคามไซเบอร์: แยกเครื่องที่ติดออกจากเครือข่าย แจ้ง Health CERT ThaiCERT และสำนักดิจิทัลการแพทย์ กู้คืนจากข้อมูลสำรองที่ตรวจแล้วว่าสะอาด
4.3 ระยะฟื้นฟู	• บันทึกข้อมูลจากแบบฟอร์มกระดาษย้อนหลังเข้า HIS ภายใน 24 ชั่วโมงหลังระบบกลับมา และตรวจ

องค์ประกอบ	รายละเอียด
	ความครบถ้วน • ย้ายระบบกลับจาก DR-Site • ทบทวนเหตุการณ์และปรับแผน IT ภายใน 3 เดือน
5. การสั่งการและการรายงาน	หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) ⟶ หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร ⟶ IC รายงานสรุปตามรอบ SLA 4 ชั่วโมงของแผน IT และใน SitRep ประสานสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ เรื่องระบบที่เชื่อมกับกรม
6. ทรัพยากรจำเป็น	• บุคลากร IT ขั้นต่ำ 6 คน (ชั่วโมงที่ 1–4) และ 7 คน (ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8) • Data Center อาคาร 80 ปี กรมการแพทย์ ชั้น 2 / ห้องสำรอง 1 อาคารบำบัดรักษา 2 ชั้น 2 / ห้องสำรอง 2 อาคารผู้ป่วยใน 2 ชั้น 2 • สำนักงาน: อาคารบำบัดรักษา 2 ชั้น 4 / สำรอง: อาคารอำนวยการหลังเดิม ชั้น 2 และการปฏิบัติงานจากที่บ้าน • ผู้ให้บริการ: Softcon (HIS) 065-506-6678 / บริษัทบอส (HCI และเครือข่าย) 086-475-1329 / บริษัทเจเอฟ (PACS) / 3BB 089-973-7634 / TOT 088-098-0998
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• วงจรอินเทอร์เน็ตหลักใช้ไม่ได้: สลับวงจรสำรอง แล้วใช้ Hotspot จากโทรศัพท์เคลื่อนที่ • บุคลากร IT ไม่พอ: ใช้บุคลากรสำรองภายในกลุ่มงาน แล้วจ้างบุคลากรภายนอก • ห้อง Data Center ใช้ไม่ได้: เปิดระบบที่ DR-Site
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: เวลาที่ระบบใช้ไม่ได้เทียบ RTO ปริมาณข้อมูลสูญหายเทียบ RPO จำนวนรายการบันทึกด้วยมือที่ค้างบันทึก กลับสู่ปกติเมื่อระบบใช้งานได้ตามปกติ บุคลากรหลักกลับมาปฏิบัติงาน และผู้ให้บริการกลับมาให้บริการได้ตามปกติ

แหล่งข้อมูล: แผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (หัวข้อ 8, 9, 14–16 และแผน IT-DRP) / แผนบริหารความต่อเนื่องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ (ข้อ 10 เกณฑ์ยุติแผน และภาคผนวก ค)

6.3.10 แผนที่ 9 ระบบสาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน

ตารางที่ 63 แผนปฏิบัติการที่ 9 ระบบสาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. ชื่อแผนและวัตถุประสงค์	รักษาไฟฟ้า น้ำประปา ก๊าซทางการแพทย์ ระบบระบายอากาศของพื้นที่แยกโรค ซักฟอก ขยะติดเชื้อ หน่วยจ่ายกลาง และอาหาร ให้รองรับภาระที่เพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด
2. เงื่อนไขเปิดใช้แผน	• ระดับ 2: เปิดพื้นที่แยกโรคหรือปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้น • ระบบใดหยุดเกิน RTO ในตาราง BIA
3. ผู้รับผิดชอบหลัก / สนับสนุน	หลัก: นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ. ด้านอำนวยการ 080-426-3596 สนับสนุน: งานพัสดุและบำรุงรักษา (นางนงลักษณ์ เดชนะ 083-968-1229) งานบริหารทั่วไป หน่วยจ่ายกลาง กลุ่มงานโภชนศาสตร์
4.1 ก่อนเกิดเหตุ (ระดับ 0–1)	• ทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าและ UPS ตามรอบบำรุงรักษา • สำรองน้ำมันเชื้อเพลิงเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ≥ 72 ชั่วโมง UPS ≥ 30 นาที น้ำ ≥ 2 วัน ออกซิเจน ≥ 3 วัน • ตรวจระบบระบายอากาศพื้นที่แยกโรคปีละ 1 ครั้ง
4.2 ขณะเกิดเหตุ (ระดับ 2–3)	• ตรวจระบบระบายอากาศก่อนเปิดพื้นที่แยกโรคทุกครั้ง • เพิ่มรอบเก็บขยะติดเชื้อ (3 ถุงต่อห้องแยกต่อวันในระดับ 2 และ 6 ถุงในระดับ 3) • แยกรับเครื่องมือปนเปื้อนจากพื้นที่แยกโรคที่หน่วยจ่ายกลาง • จัดอาหารผู้ป่วยแยกโรคด้วยภาชนะใช้ครั้งเดียว • อบรม PPE แก่พนักงานทำความสะอาด ซักฟอก และรักษาความปลอดภัย
4.3 ระยะฟื้นฟู	• ทำความสะอาดระบบระบายอากาศและเปลี่ยนแผ่นกรองตามรอบ • เติมเชื้อเพลิงและวัสดุกลับถึงระดับขั้นต่ำ
5. การสั่งการและการรายงาน	งานพัสดุและบำรุงรักษา/งานบริหารทั่วไป ⟶ หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร ⟶ IC รายงานสถานะระบบใน SitRep
6. ทรัพยากรจำเป็น	เครื่องกำเนิดไฟฟ้า UPS น้ำสำรอง ออกซิเจนสำรอง เครื่องกรอง HEPA แบบเคลื่อนที่ บริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ

องค์ประกอบ	รายละเอียด
	สัญญาบำรุงรักษา
7. แนวทางรักษาความต่อเนื่อง	• ไฟฟ้าดับ: ใช้เครื่องกำเนิดไฟฟ้า แล้วประสานการไฟฟ้า • CSSD เครื่องเสีย: ใช้ CSSD เครือข่าย (MTPD 24 ชม. / RTO 12 ชม.) • อาหาร: MTPD 8 ชม. / RTO 4 ชม. ใช้ผู้จำหน่ายอาหารสำรอง
8. การติดตามประเมินผลและเกณฑ์กลับสู่ภาวะปกติ	ตัวชี้วัด: จำนวนครั้งที่ระบบหยุดเกิน RTO ผลตรวจระบบระบายอากาศ ปริมาณขยะติดเชื้อ กลับสู่ปกติเมื่อทุกระบบทำงานปกติและคงคลังถึงขั้นต่ำ

แหล่งข้อมูล: หัวข้อ 3.1 และ 5.1 / แผน BCP กรณีวาตภัย พ.ศ. 2569 (ระดับสำรองไฟฟ้า น้ำ และออกซิเจน)

บทที่ 7 การฝึกซ้อม การทบทวน และการปรับปรุงแผน

7.1 การฝึกซ้อมแผน

ตารางที่ 64 แผนการฝึกซ้อม

รูปแบบการฝึกซ้อม	วัตถุประสงค์	ผู้เข้าร่วม	ความถี่
ทดสอบ Call Tree	ทดสอบความถูกต้องของรายชื่อและเวลาตอบสนอง	ทุกตำแหน่งใน ICS และหัวหน้าหน่วยงาน	ทุกไตรมาส แบบไม่แจ้งล่วงหน้า
ฝึกซ้อมบนโต๊ะ (Tabletop exercise)	ทดสอบการตัดสินใจตามสถานการณ์สมมติ 3 แบบ การเปิด/ลดระดับแผน และการจัดลำดับผู้ป่วย	ผู้บริหาร ICS หัวหน้ากลุ่มงาน	ปีละ 1 ครั้ง (ไตรมาสที่ 2)
ฝึกปฏิบัติเฉพาะหน้าที่ (Drill)	การสวม-ถอด PPE การรับผู้ป่วยสงสัยรายแรก จนถึงห้องแยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเก็บสิ่งส่งตรวจ	จุดคัดกรอง ER OPD หอผู้ป่วยแยก Lab	ทุก 6 เดือน
ฝึกซ้อมเชิงหน้าที่ (Functional exercise)	ทดสอบการทำงานของ EOC การย้ายอัตรากำลัง การเปิดพื้นที่สำรอง และระบบสำรอง	ICS และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	ปีละ 1 ครั้ง (ไตรมาสที่ 3)

ทุกการฝึกซ้อมต้องมีผู้ประเมิน บันทึกปัญหา และนำข้อเสนอแนะเข้าสู่การปรับปรุงแผน

7.2 การทบทวนหลังเหตุการณ์ (After Action Review: AAR)

จัดทำภายใน 30 วันหลังยุติแผน หรือหลังการฝึกซ้อมใหญ่ โดยตอบคำถามหลัก 4 ข้อ คือ (1) สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นคืออะไร (2) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร (3) ทำไมจึงแตกต่าง และ (4) จะคงสิ่งที่ทำได้ดีและปรับปรุงสิ่งใด แยกบทเรียนตามแนวตอบโต้การระบาดและแนวความต่อเนื่อง และสรุปเป็นแผนปรับปรุงที่ระบุผู้รับผิดชอบและกำหนดเวลา รายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานต้นสังกัดตามที่กำหนด

7.3 การทบทวนและปรับปรุงแผน

- ทบทวนแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ภายในไตรมาสที่ 1 ของทุกปีงบประมาณ และทุกครั้งที่ (1) มีการใช้แผนจริง (2) มีผลการฝึกซ้อมที่พบข้อบกพร่องสำคัญ (3) มีแนวทาง กฎหมาย หรือนโยบายใหม่ที่เกี่ยวข้อง (4) มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ผู้บริหาร อาคาร หรือบริการของโรงพยาบาล
- ปรับปรุงทะเบียนผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อทุก 3 เดือน
- ควบคุมเอกสารด้วยเลขฉบับและวันที่มีผล ยกเลิกฉบับเดิมทุกจุดบริการ
- ผู้รับผิดชอบการทบทวนแผน: คณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต ตามคำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘ โดยงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นเลขานุการ

7.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผน

ตารางที่ 65 ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล
ระยะเวลาตั้งแต่พบผู้ป่วยสงสัยจนรายงานผู้บัญชาการเหตุการณ์	ไม่เกิน 30 นาที	Log book / แผนที่ 1
บริการระดับ 1 ที่หยุดชะงักเกิน RTO	0 บริการ	SitRep / หัวข้อ 3.2

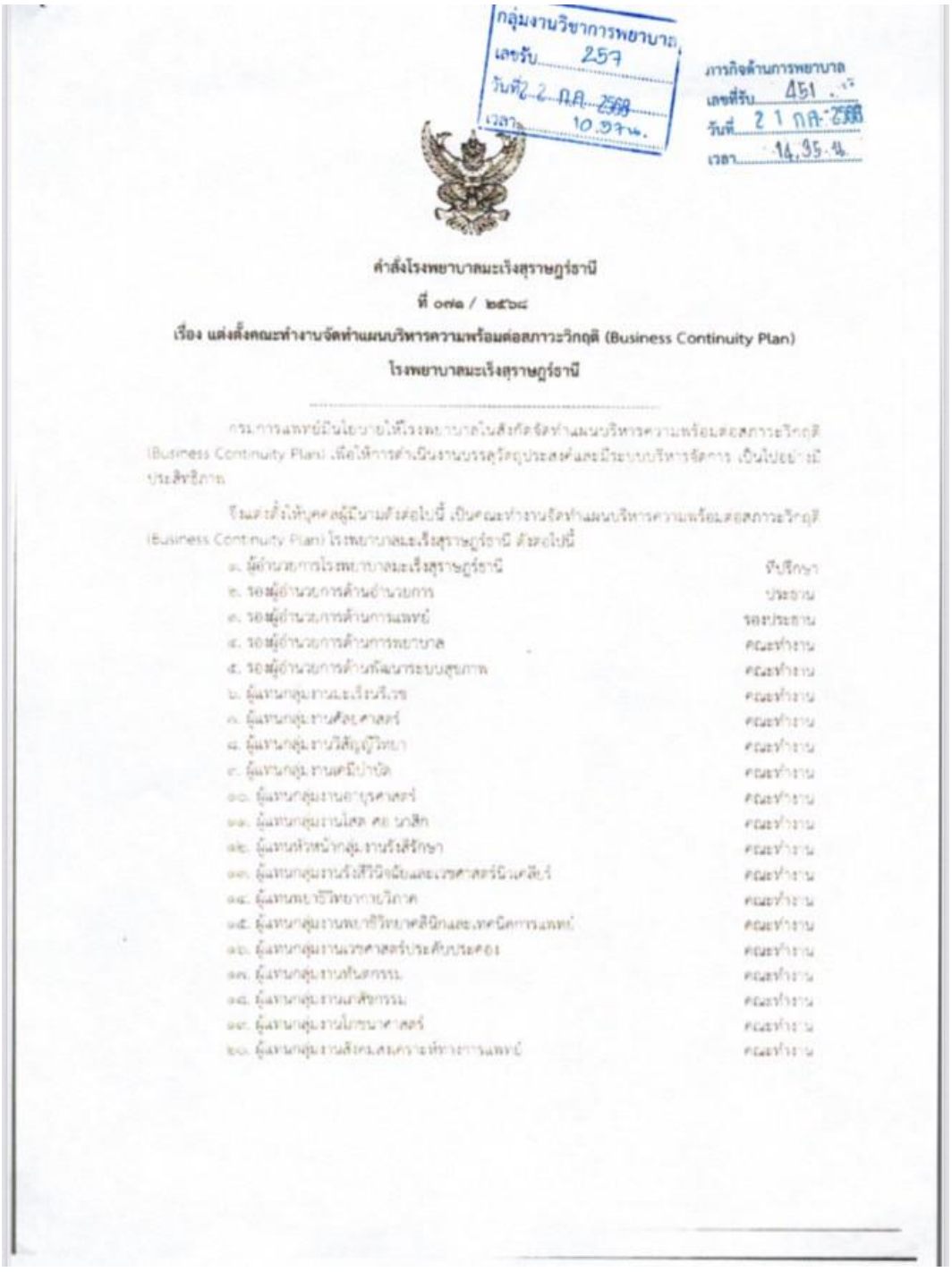
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล
ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มความเร่งด่วนปานกลางที่เลื่อนการรักษาเกิน 8 สัปดาห์	0 ราย	ทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน / แผนที่ 6
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	ลดลงหรือเท่ากับครั้งก่อน	งานอาชีวอนามัย / แผนที่ 3
วันคงคลัง PPE และยาจำเป็นต่ำกว่าเกณฑ์วิกฤต (7 วัน)	0 ครั้ง	แบบติดตามรายวัน / แผนที่ 5
ระบบ HIS ใช้ไม่ได้เกิน RTO 2 ชั่วโมง	0 ครั้ง	รายงานแผน IT / แผนที่ 8
ผู้รับแจ้งยืนยันรับทราบตาม Call Tree ภายใน 15 นาที (ในการทดสอบ)	≥ ร้อยละ 90	ผลทดสอบ Call Tree
การฝึกซ้อมตามแผนประจำปีครบ	ร้อยละ 100	หัวข้อ 7.1
ส่งรายงาน AAR ภายใน 30 วันหลังยุติแผน	ร้อยละ 100	หัวข้อ 7.2
บริการกลับมาร้อยละ 90 ของภาวะปกติภายใน 6–8 สัปดาห์หลังยุติแผน	บรรลุ	หัวข้อ 6.1.4

ค่าเป้าหมายทุกรายการใช้ค่าเดียวกับที่กำหนดในเนื้อหาของแผนและภาคผนวก ง ยกเว้นเป้าหมายการยืนยันรับทราบ Call Tree ร้อยละ 90 ซึ่งคณะทำงานกำหนดเพื่อใช้ประเมินผลการทดสอบ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต

คำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Plan) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี



กลุ่มงานวิชาการพยาบาล เลขรับ 257 วันที่ 22 กค 2568 เวลา 10.37 น.

ภารกิจด้านการพยาบาล เลขที่รับ 451 วันที่ 21 กค 2568 เวลา 14.35 น.

คำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ที่ ๐๗๑ / ๒๕๖๘

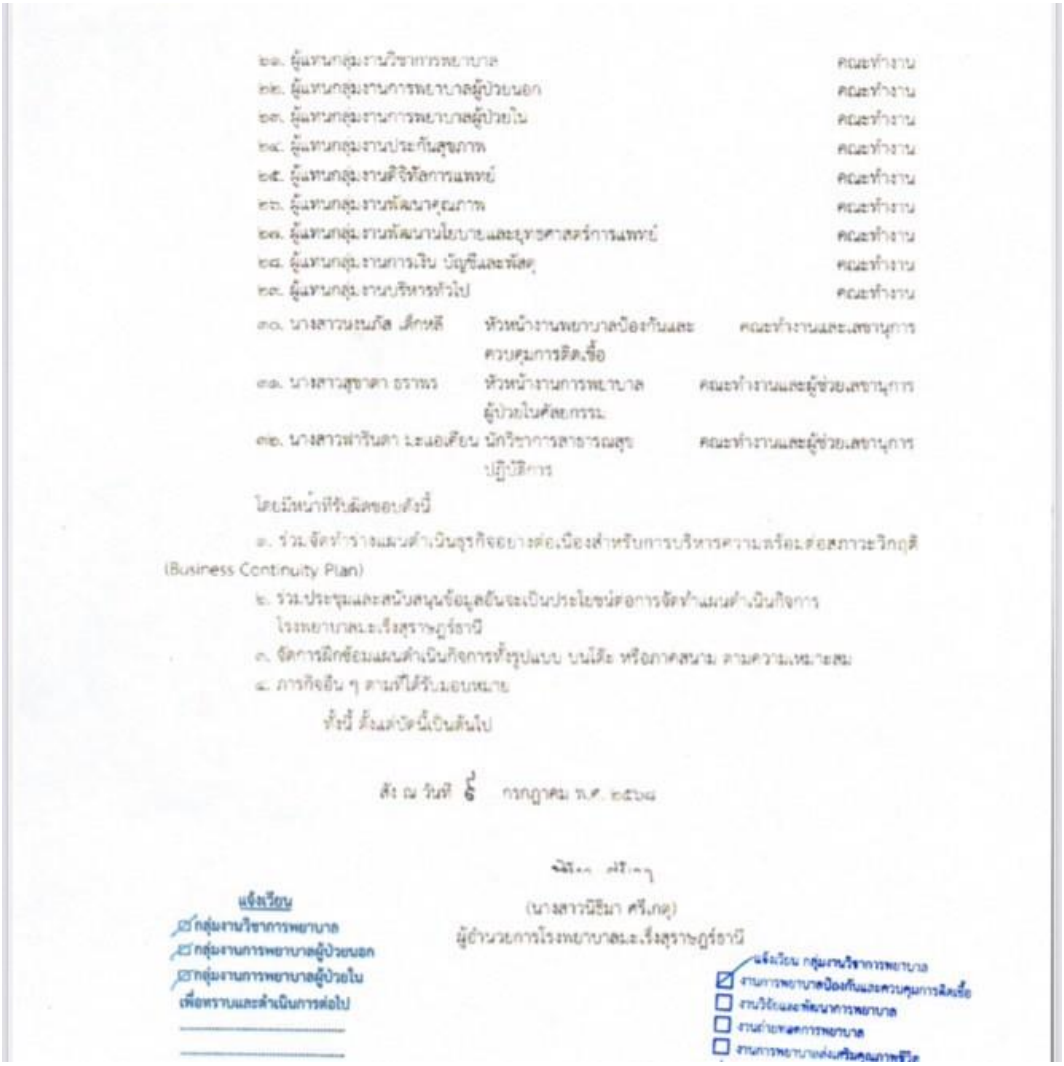
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติ (Business Continuity Plan)

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติ (Business Continuity Plan) เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และมีระบบบริหารจัดการ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี จึงแต่งตั้งให้บุคคลผู้มีนามดังต่อไปนี้ เป็นคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติ (Business Continuity Plan) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ดังต่อไปนี้

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ปรึกษา
๒. รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ ประธาน
๓. รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองประธาน
๔. รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล คณะทำงาน
๕. รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ คณะทำงาน
๖. ผู้แทนกลุ่มงานมะเร็งวิทยา คณะทำงาน
๗. ผู้แทนกลุ่มงานศัลยศาสตร์ คณะทำงาน
๘. ผู้แทนกลุ่มงานรังสีรักษาฯ คณะทำงาน
๙. ผู้แทนกลุ่มงานเคมีบำบัด คณะทำงาน
๑๐. ผู้แทนกลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะทำงาน
๑๑. ผู้แทนกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก คณะทำงาน
๑๒. ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานรังสีรักษา คณะทำงาน
๑๓. ผู้แทนกลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะทำงาน
๑๔. ผู้แทนพยาธิวิทยากายวิภาค คณะทำงาน
๑๕. ผู้แทนกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ คณะทำงาน
๑๖. ผู้แทนกลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง คณะทำงาน
๑๗. ผู้แทนกลุ่มงานกันตกรรม คณะทำงาน
๑๘. ผู้แทนกลุ่มงานเภสัชกรรม คณะทำงาน
๑๙. ผู้แทนกลุ่มงานโภชนาศาสตร์ คณะทำงาน
๒๐. ผู้แทนกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คณะทำงาน



๒๑. ผู้แทนกลุ่มงานวิชาการพยาบาล คณะทำงาน
๒๒. ผู้แทนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะทำงาน
๒๓. ผู้แทนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน คณะทำงาน
๒๔. ผู้แทนกลุ่มงานประกันสุขภาพ คณะทำงาน
๒๕. ผู้แทนกลุ่มงานสิทธิประโยชน์การแพทย์ คณะทำงาน
๒๖. ผู้แทนกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ คณะทำงาน
๒๗. ผู้แทนกลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ คณะทำงาน
๒๘. ผู้แทนกลุ่มงานการเงิน บัญชีและพัสดุ คณะทำงาน
๒๙. ผู้แทนกลุ่มงานบริหารทั่วไป คณะทำงาน
๓๐. นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างานพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะทำงานและเลขานุการ
๓๑. นางสาวสุชาดา ธรานร หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๒. นางสาวฟาริดา แวมอเดียน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๑. ร่วมจัดทำร่างแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติ (Business Continuity Plan)
๒. ร่วมประชุมและสนับสนุนข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนดำเนินกิจการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
๓. จัดการฝึกซ้อมแผนดำเนินกิจการทั้งรูปแบบ บนโต๊ะ หรือภาคสนาม ตามความเหมาะสม
๔. ภารกิจอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

แจ้งเวียน
- กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

เพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

แจ้งเวียน กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
- งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล
- งานส่งเสริมการพยาบาล
- งานการพยาบาลผู้สูงอายุ

ภาคผนวก ข ทะเบียนผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อ

รายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ใช้ชุดเดียวกับผังการแจ้งเหตุในแผนบริหารความต่อเนื่องกรณีวาตภัย ปีงบประมาณ 2569 และคำสั่งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่ ๓๗/๒๕๖๘ ให้ปรับปรุงทุกไตรมาสพร้อมกันทั้งสองแผน และเผยแพร่เฉพาะภายในหน่วยงาน

ตำแหน่ง/บทบาท	ผู้รับผิดชอบ	โทรศัพท์	ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน / ผู้ติดต่อลำดับถัดไป	โทรศัพท์
ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (IC)	นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ ผู้อำนวยการ	089-535-9066	ตามลำดับ: (1) แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล (2) นางสาวจริยา มาสุข (3) นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ (4) แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ	088-244-9090 080-426-3596 089-475-2205 084-615-3723
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัย (Safety & Security Officer)	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ นางสายชล แย้มแก้ว หัวหน้างานบริหาร นางนงลักษณ์ เดชนะ งานอาคารสถานที่	080-426-3596 062-945-3662 083-968-1229	–	–
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ (PIO)	นางสาวพรชญา ภิญโญ นักประชาสัมพันธ์	077-277555	–	–
เจ้าหน้าที่ประสานงาน (Liaison)	นางสาวนงนภัส เด็กหลี หัวหน้างานการพยาบาลป้องกันและ	090-926-9878	–	–

ตำแหน่ง/บทบาท	ผู้รับผิดชอบ	โทรศัพท์	ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน / ผู้ติดต่อลำดับถัดไป	โทรศัพท์
	ควบคุมการติดเชื้อ			
หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์	088-244-9090	–	–
หัวหน้าสาขาบริการทางการแพทย์	นางอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รอง ผอ.ด้านการพยาบาล	089-475-2205	–	–
หัวหน้าฝ่ายวางแผน	แพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รอง ผอ.ด้านวิชาการและการแพทย์	088-244-9090	–	–
หัวหน้าฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ	080-426-3596	–	–
หัวหน้าฝ่ายการเงินและบริหาร	นางสาวจริยา มาสุข รอง ผอ.ด้านอำนวยการ	080-426-3596	–	–
คลังยาและเวชภัณฑ์ (หน่วยเภสัชกรรม)	นางสาวจันทิมา อ่อนทองหลา เภสัชกรชำนาญการ	089-866-8446	นางสาวสุจิตราภรณ์ มีช้าย หน่วยพัสดุและเวชภัณฑ์	083-633-6980
ห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา	นายจักรพงษ์ ณ รังษี หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยา	093-576-9201	–	077-277555
หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ทีมงานบริหารความต่อเนื่อง) และหน่วยเทคโนโลยีดิจิทัล (ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร)	แพทย์หญิงกาญจนา กันธิยะ หัวหน้าทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	084-615-3723	นางสาวปนัดดา กลับรินทร์ หน่วยเทคโนโลยีดิจิทัล / นายสมชาย โสมจันทร์ ทีมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	089-724-8089 / 089-471-7015
ทีมพัฒนาและจัดหาระบบสารสนเทศ	นางสาวกรรณทิพย์ หมื่นศรี	086-952-2136	นายจักรพันธุ์ ชาตะเวที	083-644-0929
ทีมระบบเครือข่ายสารสนเทศ	นายสมชาย โสมจันทร์	089-471-7015	นายชัชพล จันทร์ทอง	098-048-8218
ทีมซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง	นายชัชพล จันทร์ทอง	098-048-8218	นางสาวอุษณีย์ นุ้ยมัย	062-969-4405
ผู้ให้บริการระบบ HIS / HCI และเครือข่าย	Softcon (HIS)	065-506-6678	บริษัทบอส (HCI และเครือข่าย)	086-475-1329
ผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต	3BB	089-973-7634	TOT	088-098-0998
หน่วยงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	Health CERT (LINE @health-cirt)	083-064-8967	ThaiCERT (สกมช.)	02-114-3531
สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์	หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีดิจิทัล	02-590-6311	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาสารสนเทศ	02-590-6314
หน่วยงานภายนอก	ศูนย์รับแจ้งเหตุ / การแพทย์ฉุกเฉิน	191 / 1669	ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต 11 สุราษฎร์ธานี	077-380-641

ช่องทางสำรองของทุกตำแหน่ง: วิทยุสื่อสารประจำจุดวิกฤต และ LINE กลุ่ม EOC

ภาคผนวก ค แบบฟอร์มที่ใช้ระหว่างเกิดเหตุ

ค.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ประเมินอาการหรือความรู้สึกในระยะ 2–4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คะแนน 0–3 ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด (0 = แทบไม่มี, 1 = เป็นบางครั้ง, 2 = บ่อยครั้ง, 3 = เป็นประจำ)

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึก	0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
	รวมคะแนน				

คะแนน	การแปลผล
0–4	เครียดน้อย
5–7	เครียดปานกลาง
8–9	เครียดมาก
10–15	เครียดมากที่สุด

แหล่งที่มา: แบบประเมิน ST-5 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ข้อคำถามในตารางย่อไว้ ให้ใช้ข้อความและเกณฑ์จากฉบับทางการล่าสุดของกรมสุขภาพจิต (คณะผู้จัดทำยังไม่ได้ตรวจสอบเลขฉบับและปีของแบบประเมิน)

ค.2 แบบบันทึกเหตุการณ์ (Log book)

วันที่/เวลา	เหตุการณ์/ข้อมูลที่ได้รับ	การตัดสินใจ/การดำเนินการ	ผู้ดำเนินการ	หมายเหตุ/ติดตาม

ค.3 แบบรายงานสถานการณ์ (SitRep)

หัวข้อ	ข้อมูล ณ วันที่ ..... เวลา .....
ระดับสถานการณ์ปัจจุบัน	
ผู้ป่วยสงสัย/ยืนยัน (ใหม่/สะสม) ในโรงพยาบาล	
ผู้สัมผัสที่อยู่ระหว่างติดตาม	
บุคลากรติดเชื้อ/กักตัว/ขาดงาน (รายหน่วย)	
ห้องแยกและเตียง: ใช้/ว่าง	
PPE และยาจำเป็น: จำนวนวันคงเหลือ	
บริการที่ลด/เลื่อน และจำนวนผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อน	
ปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจจาก IC	
การสื่อสารที่ดำเนินการ	

ค.4 แบบติดตามอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและเวชภัณฑ์รายวัน

รายการ	คงคลังต้นวัน	รับเข้า	เบิกใช้ (วันนี้)	อัตราใช้เฉลี่ย 7 วัน	จำนวนวันคงเหลือ	สถานะ (ปกติ/เตือน/วิกฤต)
Surgical mask						
N95						
Isolation gown						
Coverall						
Goggles/Face shield						
ถุงมือ						
แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ						
ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจ						

จำนวนวันคงเหลือ = คงคลัง ÷ อัตราใช้เฉลี่ย 7 วัน เกณฑ์เตือนและวิกฤตตามหัวข้อ 4.1.2 และ 5.3.1

ภาคผนวก ง ข้อมูลตั้งต้นและค่ากำหนดที่ใช้ในแผน

ง.1 ข้อมูลทรัพยากรตั้งต้นของโรงพยาบาล

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นปริมาณวัสดุอุปกรณ์และบุคลากรที่โรงพยาบาลเคยประมาณการไว้ ใช้เป็นฐานในการคำนวณอัตราการใช้ระดับ 3 ในบทที่ 4 (ปริมาณต่อสัปดาห์ ÷ 7) และอัตราการใช้ระดับ 2 (ร้อยละ 50 ของระดับ 3)

ตารางที่ 66 ปริมาณวัสดุอุปกรณ์ตั้งต้น: บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ

รายการ (บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ: คลินิกคัดกรอง ห้องแยก OR hybrid OPD AIIR)	ปริมาณต่อช่วงเวลา (1 สัปดาห์ / 2 สัปดาห์ / 3 สัปดาห์ / > 1 เดือน)
Protective gown	500 ชุด
Goggles	500 อัน
N95	500 ชิ้น
Coverall	500 ชิ้น
ถุงมือ	5,000 คู่
Surgical mask	5,000 ชิ้น
รองเท้าบูท	500 คู่
หมวกคลุมผม	3,000 ชิ้น
แอลกอฮอล์ล้างมือ	2,000 ชิ้น
VTM	4,000 ชุด
Face shield	400 ชิ้น
Leg cover/shoe cover	400 ชิ้น

ตารางที่ 67 ปริมาณวัสดุอุปกรณ์ตั้งต้น: บริการผู้ป่วยมะเร็ง

รายการ (บริการผู้ป่วยมะเร็ง)	ปริมาณต่อช่วงเวลา (เท่ากันทุกช่วง)
ถุงมือ	4,500 คู่
Surgical mask	1,500 ชิ้น
หมวกคลุมผม	1,500 ชิ้น

รายการ (บริการผู้ป่วยมะเร็ง)	ปริมาณต่อช่วงเวลา (เท่ากันทุกช่วง)
แอลกอฮอล์ล้างมือ (500 มล.)	100 ขวด

ตารางที่ 68 บุคลากรหลักตั้งต้น: บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ

บุคลากร (บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ)	จำนวน (คงที่ทุกช่วงเวลา)
อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ	1
อายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจ	1
เภสัชกร	1
พยาบาลวิชาชีพ	8
นักเทคนิคการแพทย์	2
นักรังสีการแพทย์	2
สายงานสนับสนุนอื่น	5

ตารางที่ 69 บุคลากรหลักตั้งต้น: บริการผู้ป่วยมะเร็ง

บุคลากร (บริการผู้ป่วยมะเร็ง)	จำนวน (คงที่ทุกช่วงเวลา)
แพทย์มะเร็งนรีเวช	4
รังสีแพทย์วินิจฉัย	2
แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์	1
แพทย์รังสีร่วมรักษาของลำตัว	1
รังสีรักษา	3
อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	2
อายุรศาสตร์ทั่วไป	1
โสต ศอ นาสิก	1
อายุรศาสตร์ทางเดินอาหาร	3
ศัลยกรรมทั่วไป	9
ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	2
วิสัญญีแพทย์	1
เภสัชกร	6
พยาบาลวิชาชีพ	65
นักเทคนิคการแพทย์	5
นักรังสีการแพทย์	13
ฝ่ายสนับสนุนทรัพยากร	183

ง.2 ค่ากำหนดที่ใช้ในแผนและที่มา

ตารางนี้สรุปค่ากำหนดเชิงตัวเลขที่ใช้ในแผน พร้อมที่มา เพื่อให้คณะกรรมการตรวจสอบเหตุผลและปรับได้ในการทบทวนแผนประจำปี

หมวด	ค่ากำหนด	ค่าที่ใช้	ที่มา
การบริหารแผน	รอบการทบทวนแผน	ปีละ 1 ครั้ง ภายในไตรมาสที่ 1 และทุกครั้งที่ใช้แผนจริง	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
การบริหารแผน	ลำดับผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้บัญชาการเหตุการณ์ (คำสั่ง ข้อ 3 3))	รอง 1 ด้านวิชาการและการแพทย์ ⟶ รอง 2 ด้านอำนวยการ ⟶ รอง 3 ด้านการพยาบาล ⟶ รอง 4 ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569 ข้อ 4.3
เกณฑ์เปิดแผน	รายงาน IC เมื่อสั่งการเร่งด่วน	ภายใน 30 นาที	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569 ข้อ

หมวด	ค่ากำหนด	ค่าที่ใช้	ที่มา
	นอกเวลา		4.3
เกณฑ์เปิดแผน	ผู้ป่วยสงสัยในห้องแยกพร้อมกัน (ระดับ 2)	≥ 2 ราย (ร้อยละ 50 ของห้องแยก 4 ห้อง)	ข้อมูลตั้งต้นจำนวนห้องแยกของโรงพยาบาล
เกณฑ์เปิดแผน	บุคลากรขาดงานจากโรค	ระดับ 2: ≥ ร้อยละ 10 / ระดับ 3: ≥ ร้อยละ 30 ในหน่วยบริการสำคัญ หรือต่ำกว่าอัตรากำลังขั้นต่ำ	สมมติฐานการวางแผนการระบาดใหญ่ให้บุคลากรขาดงานสูงสุดร้อยละ 40 ช่วงยอดการระบาด และเกณฑ์ร้อยละ 40–50 ของแผนวาตภัย
เกณฑ์เปิดแผน	ความล่าช้าการส่งต่อ (ระดับ 3)	เกิน 4 ชั่วโมง	MTPD การส่งต่อในแผน BCP กรณีวาตภัย 2569
เกณฑ์เปิดแผน	PPE/ยาจำเป็นคงเหลือ	เตือน < 14 วัน / วิกฤต (ระดับ 3) < 7 วัน	สำรองยาผู้ป่วยมะเร็ง ≥ 14 วัน และเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน ≥ 7 วัน ตามแผนวาตภัย
เกณฑ์เปิดแผน	อัตราครองห้องแยก (ระดับ 3)	> ร้อยละ 80	หลักการเปิดพื้นที่สำรองก่อนห้องแยกเต็ม
เกณฑ์ลดระดับ	บริการสำคัญคงที่ก่อนลดระดับ 3 ⟶ 2	ต่อเนื่อง 7 วัน และ PPE/ยาคงคลัง > 14 วัน	คณะทำงานกำหนด
ทรัพยากร	สต็อก PPE ภาวะปกติ	≥ 30 วันของอัตราการใช้ระดับ 2	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569 (PPE 30 วัน), CDC PPE Burn Rate Calculator
ทรัพยากร	สต็อกยาจำเป็นและยาเคมีบำบัด	≥ 14 วัน	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
ทรัพยากร	ออกซิเจนสำรอง	≥ 3 วันของอัตราการใช้สูงสุด	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
ทรัพยากร	ไฟฟ้าสำรอง / UPS / น้ำสำรอง	เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ≥ 72 ชม. / UPS ≥ 30 นาที / น้ำ ≥ 2 วัน	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569 ตารางที่ 29
ทรัพยากร	อัตรากำลังขั้นต่ำบริการระดับ 1	≥ ร้อยละ 70 ของกรอบ และวิชาชีพเฉพาะอย่างน้อยตำแหน่งละ 1 คนต่อเวร	Acceptable level ในแผน BCP กรณีวาตภัย 2569
IPC	อัตราแลกเปลี่ยนอากาศห้อง AIIR	≥ 12 ACH (6 ACH สำหรับหอผู้ป่วยทั่วไป)	CDC Guidelines for Environmental Infection Control (2003)
IPC	เวลาปล่อยห้องว่างก่อนรับผู้ป่วยรายถัดไป	12 ACH ≈ 35 นาที / 6 ACH ≈ 69 นาที (กำจัดได้ร้อยละ 99.9)	CDC Environmental Infection Control, Appendix B Table B.1
IPC	เสนอปรับมาตรการเมื่อมีแนวทางใหม่ / ตรวจติดตาม	ภายใน 24 ชั่วโมง / ภายใน 7 วัน	คณะทำงานกำหนด
ผู้ป่วยมะเร็ง	รอบทบทวนทะเบียนผู้ป่วยที่เลื่อนการรักษา	ทุก 7 วัน	สอดคล้องกับ MTPD เคมีบำบัด 7 วัน
ผู้ป่วยมะเร็ง	กรอบเวลาเลื่อนกลุ่มความเร่งด่วนปานกลาง	ไม่เกิน 6–8 สัปดาห์	ESMO (2020)
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	รอบคัดกรองความเครียด ST-5 (ระดับ 2–3)	ทุก 2 สัปดาห์	ช่วงเวลาที่แบบประเมิน ST-5 ถามย้อนหลัง
การสั่งการ	แจ้ง สสจ. และกรมการแพทย์เมื่อยกระดับเป็นระดับ 2 / ระดับ 3	ภายใน 24 ชั่วโมง / ภายในวันเดียวกัน	คณะทำงานกำหนด
การสั่งการ	รอบ SitRep รวม	ระดับ 2 วันละ 1 ครั้ง / ระดับ 3 วันละ 2 ครั้ง	ตารางปฏิบัติการรายระดับสถานการณ์ (หัวข้อ 6.1.1)
การสั่งการ	รอบปฏิบัติการของแผนเผชิญเหตุ	ระดับ 2: 24 ชั่วโมง / ระดับ 3: 12 ชั่วโมง	หลักการ Operational period ของ NIMS (FEMA, 2017)
การสั่งการ	จำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาต่อหัวหน้า 1 คน	3–7 คน	NIMS (FEMA, 2017)
เทคโนโลยีสารสนเทศ	RTO / RPO ของเครือข่าย HIS และ LIS	2 ชั่วโมง / 1 ชั่วโมง (เว็บไซต์ 6 / 4 ชั่วโมง)	แผน BCP ด้าน IT ของโรงพยาบาล (แผน IT-DRP)

หมวด	ค่ากำหนด	ค่าที่ใช้	ที่มา
เทคโนโลยีสารสนเทศ	บุคลากร IT ขั้นต่ำ	6 คน (ชั่วโมงที่ 1–4) / 7 คน (ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8)	แผน BCP ด้าน IT ของโรงพยาบาล หัวข้อ 16
เทคโนโลยีสารสนเทศ	รายงานสรุปเหตุระบบขัดข้อง / ปิดข้อบกพร่องจากการทดสอบ	ภายใน 4 ชั่วโมง (SLA) / ภายใน 3 เดือน	แผน BCP ด้าน IT ของโรงพยาบาล หัวข้อ 10 และ 19
5.1.3 ด้านบุคลากรหลัก	สัดส่วนผู้ปฏิบัติงานสำนักงานในสถานที่หลัก : สถานที่สำรอง	ผู้ป่วยสงสัย 1 ราย 70:30 / มากกว่า 5 ราย 50:50 / ระบาดซ้ำภายใน 28 วัน 30:70	แผน BCP ระบบ IT สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ (กรณีโรคระบาดต่อเนื่องร้ายแรง)
การสื่อสาร	ยืนยันรับทราบตาม Call Tree	ภายใน 15 นาที หากติดต่อไม่ได้ให้แจ้งหัวหน้าฝ่ายหรือผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนทันที	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
การสื่อสาร	ทดสอบ Call Tree	ทุกไตรมาส แบบไม่แจ้งล่วงหน้า ผู้ตอบรับภายใน 15 นาที ≥ ร้อยละ 90	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
การสื่อสาร	แจ้งผู้ป่วยก่อนเลื่อนนัด	ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน	คณะทำงานกำหนด
การฟื้นฟู	จัดทำ AAR หลังยุติแผน	ภายใน 30 วัน	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569
การฟื้นฟู	เรียกกลับผู้ป่วยกลุ่มปานกลาง / ปริมาณบริการ	ภายใน 6–8 สัปดาห์ / ≥ ร้อยละ 90 ของภาวะปกติ	ESMO (2020) และคณะทำงานกำหนด
การฝึกซ้อม	Table-top / Functional drill / ซ้อมย่อยหน่วยงาน	ไตรมาส 2 / ไตรมาส 3 / ทุก 6 เดือน	แผน BCP กรณีวาตภัย 2569

ภาคผนวก จ เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. (2568). แผนบริหารความเสี่ยงต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) กรณีวาตภัย ฉบับทบทวนครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. (2558). ราชกิจจานุเบกษา.

3. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2566). แผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566–2570. กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1573220240517100947.pdf

4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2563, พฤษภาคม). คู่มือการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Management: BCM). https://opdc.go.th/wp-content/uploads/2024/05/คู่มือ_BCM_2020_v72.pdf

5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (มีผลใช้ในการประเมินตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565).

6. กรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). คู่มือประกอบการจัดทำแผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่องสำหรับสถานพยาบาล กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ (BCP for EIDs in Health Care Facilities). (อ้างถึงในเอกสารรายละเอียดตัวชี้วัด “ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID” คณะผู้จัดทำยังเข้าถึงฉบับเต็มและยืนยันปีพิมพ์ไม่ได้)

7. World Health Organization. (2025, September 19). Amended International Health Regulations enter into force. https://www.who.int/news/item/19-09-2025-amended-international-health-regulations-enter-into-force

8. World Health Organization. (2024). Preparedness and Resilience for Emerging Threats Module 1: Planning for respiratory pathogen pandemics (Version 1.0). https://www.who.int/publications/i/item/9789240084674

9. World Health Organization. (2024). Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air

10. World Health Organization. (2023). Global strategy on infection prevention and control. https://www.who.int/publications/i/item/9789240080515

11. World Health Organization Regional Office for Europe. (2011). Hospital emergency response checklist: An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. https://www.who.int/publications/i/item/hospital-emergency-response-checklist

12. Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/

13. de Azambuja, E., Trapani, D., & Loibl, S. (2020). ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast cancer. ESMO Open, 5(Suppl 3), e000793. https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000793

14. International Organization for Standardization. (2019). ISO 22301:2019 Security and resilience — Business continuity management systems — Requirements. (ใช้อ้างอิงนิยาม MTPD และ RTO)

15. Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Appendix B. Air. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/environmental-control/appendix-b-air.html

16. National Institute for Occupational Safety and Health. (n.d.). Personal protective equipment burn rate calculator. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/hcp/pandemic/ppe-burn-rate-calculator.html

17. โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์. (2568). แผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และแผนกู้คืนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT-DRP). เอกสารภายใน.

18. สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). แผนบริหารความต่อเนื่องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Business Continuity Plan). เอกสารภายในกรมการแพทย์.

19. กรมการแพทย์. (2563). แผนภูมิโครงสร้างการแบ่งงานภายในส่วนราชการ กรมการแพทย์: โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. เอกสารภายใน.

20. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา.

21. Federal Emergency Management Agency. (2017). National Incident Management System (3rd ed.). U.S. Department of Homeland Security. https://training.fema.gov/EMIWeb/IS/IS700b/Handouts/National_Incident_Management%20System_Third%20Edition_October_2017.pdf

22. California Emergency Medical Services Authority. (2014). Hospital Emergency Incident Command System guidebook (5th ed.). https://emsa.ca.gov/wp-content/uploads/sites/71/2017/09/HEICS_Guidebook_2014_11.pdf

23. Missouri Department of Health and Senior Services. (n.d.). Continuity considerations for pandemic (อ้างสมมติฐานการวางแผนบุคลากรขาดงานร้อยละ 40 ตาม National Strategy for Pandemic Influenza). https://health.mo.gov/emergencies/ert/pdf/continuity-considerations-for-pandemic.pdf

24. Federal Emergency Management Agency. (2021). Developing and maintaining emergency operations plans: Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 101 (Version 3.0). U.S. Department of Homeland Security. https://www.fema.gov/emergency-managers/national-preparedness/plan (ใช้อ้างอิงหลักการแผนพื้นฐานร่วมกับภาคผนวกเฉพาะภัย ซึ่งเป็นที่มาของสารบัญมาตรฐานที่ใช้ร่วมกับแผนวาตภัย)

หมายเหตุการตรวจสอบ: เอกสารลำดับที่ 2–5, 7–13, 15–16, 20–24 ตรวจสอบชื่อ ปี และแหล่งที่มาจากเว็บไซต์ของหน่วยงานหรือฐานข้อมูลทางการ ณ เดือนตุลาคม 2569 ลำดับที่ 1 และ 17–19 เป็นเอกสารภายในที่โรงพยาบาลส่งให้ตรวจ (ลำดับที่ 18 อ่านจากฉบับสแกน) ลำดับที่ 6 ตรวจได้เฉพาะชื่อเอกสาร ลำดับที่ 14 ยังไม่ได้ตรวจสอบจากแหล่งต้นฉบับ แนวทางเฉพาะโรคให้ใช้ฉบับล่าสุดของกรมควบคุมโรคและองค์การอนามัยโลกในขณะเกิดเหตุ

ภาคผนวก ฉ ผลการตรวจสอบแผนตามแบบตรวจสอบแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP Check list) กรมการแพทย์

ผลการตรวจสอบแผนฉบับนี้ตามแบบตรวจสอบแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP Check list) สำหรับโรงพยาบาล/สถาบัน กรมการแพทย์ (ฉบับวันที่ 13 พฤษภาคม 2568) ครบทั้ง 51 รายการ ตารางระบุตำแหน่งของแต่ละรายการในแผนเพื่อให้ผู้ตรวจสอบค้นหาได้ ตรวจสอบเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2569

ตารางที่ 70 ผลการตรวจสอบแผนตามแบบตรวจสอบ BCP Check list กรมการแพทย์

ข้อ	รายการตามแบบตรวจสอบ	ผล	ตำแหน่งในแผน
ส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจองค์กร			
1.1	การจัดตั้งคณะทำงานแผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP Team)	✓	หัวข้อ 1.1 ตารางที่ 1
1.2	การระบุบทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาล	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2
1.2.1	การให้บริการดูแลผู้ป่วยใน	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.1)
1.2.2	การให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.2)
1.2.3	การส่งต่อผู้ป่วย	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.3)
1.2.4	การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.4)
1.2.5	การบริหารจัดการภาครัฐเพื่อสนับสนุนงานบริการ (back office)	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.5)
1.2.6	อื่น ๆ (โปรดระบุ)	✓	หัวข้อ 1.2 ตารางที่ 2 (ข้อ 1.2.6)
1.3	การวิเคราะห์ทรัพยากรที่สำคัญ พิจารณาจากผลกระทบ 5 ด้าน	✓	หัวข้อ 1.3
1.3.1	ผลกระทบด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	✓	หัวข้อ 1.3.1
1.3.2	ผลกระทบด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่สำคัญ	✓	หัวข้อ 1.3.2
1.3.3	ผลกระทบด้านบุคลากรหลัก	✓	หัวข้อ 1.3.3
1.3.4	ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลที่สำคัญ	✓	หัวข้อ 1.3.4
1.3.5	ผลกระทบด้านคู่ค้า/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	✓	หัวข้อ 1.3.5
1.4	สรุปเหตุการณ์สภาวะวิกฤตและผลกระทบจากเหตุการณ์	✓	หัวข้อ 1.4 ตารางที่ 3
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของภัยคุกคามและผลกระทบต่อทรัพยากรสำคัญในการดำเนินงาน			
2.1	การวิเคราะห์บทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคาม	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4
2.1.1	การให้บริการดูแลผู้ป่วยใน	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.1)
2.1.2	การให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.2)
2.1.3	การส่งต่อผู้ป่วย	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.3)
2.1.4	การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.4)
2.1.5	การบริหารจัดการภาครัฐเพื่อสนับสนุนงานบริการ (back office)	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.5)
2.1.6	อื่น ๆ (โปรดระบุ)	✓	หัวข้อ 2.1 ตารางที่ 4 (ข้อ 2.1.6)
2.2	การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ผลกระทบต่อกระบวนการทำงานหรือการให้บริการ (BIA)	✓	หัวข้อ 2.2 ตารางที่ 5–23
2.2.1	ด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยใน–นอก	✓	หัวข้อ 2.2.1 ตารางที่ 8–9
2.2.2	ด้านศักยภาพและขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์	✓	หัวข้อ 2.2.2 ตารางที่ 10–11
2.2.3	ด้านความปลอดภัยและสุขภาพจิตของบุคลากร	✓	หัวข้อ 2.2.3 ตารางที่ 12–15
2.2.4	ด้านการเงินและงบประมาณ	✓	หัวข้อ 2.2.4 ตารางที่ 16–17
2.2.5	ด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียงของโรงพยาบาล	✓	หัวข้อ 2.2.5 ตารางที่ 18–19
2.2.6	ด้านวิชาการและการฝึกอบรม	✓	หัวข้อ 2.2.6 ตารางที่ 20–21

ข้อ	รายการตามแบบตรวจสอบ	ผล	ตำแหน่งในแผน
2.2.7	อื่น ๆ (โปรดระบุ)	✓	หัวข้อ 2.2.7 ตารางที่ 22–23
ส่วนที่ 3 วิเคราะห์กระบวนการสำคัญ และทรัพยากรสำคัญที่ต้องใช้เพื่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง			
3.1	การกำหนดระดับขั้นต่ำ (Acceptable level) และช่วงเวลาที่สามารถรับมือกับสภาวะวิกฤตได้	✓	หัวข้อ 3.1 ตารางที่ 24
3.2	การกำหนดระยะเวลาฟื้นคืนสู่ภาวะการทำงานได้ตามปกติ (recovery time)	✓	หัวข้อ 3.2 ตารางที่ 25
ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความต้องการด้านทรัพยากรที่สำคัญต่อการบริหารงานให้เกิดความต่อเนื่อง			
4.1	การกำหนดทรัพยากรที่สำคัญในสภาวะวิกฤต (ระยะเฝ้าระวัง ระยะแจ้งเตือน ระยะตอบโต้)	✓	หัวข้อ 4.1 ตารางที่ 26–30
4.2	เกณฑ์การเปิดแผน BCP ของหน่วยงาน	✓	หัวข้อ 4.2 ตารางที่ 31
ส่วนที่ 5 จัดทำกลยุทธ์ความต่อเนื่อง (Business Continuity Strategy)			
5.1	การกำหนดกลยุทธ์ความต่อเนื่องให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33
5.1.1	ด้านอาคาร/สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33 (ข้อ 5.1.1)
5.1.2	ด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่สำคัญ	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33 (ข้อ 5.1.2)
5.1.3	ด้านบุคลากรหลัก	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33 (ข้อ 5.1.3)
5.1.4	ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลที่สำคัญ	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33 (ข้อ 5.1.4)
5.1.5	ด้านคู่ค้า/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	✓	หัวข้อ 5.1 ตารางที่ 33 (ข้อ 5.1.5)
5.2	การกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง (หลีกเลี่ยง ขจัดแหล่งกำเนิด เปลี่ยนโอกาส เปลี่ยนผลกระทบ แบ่งปัน ยอมรับ)	✓	หัวข้อ 5.2 ตารางที่ 34
ส่วนที่ 6 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ และฟื้นฟูกระบวนการทำงานหลังเกิดเหตุวิกฤต			
6.1	กำหนดแนวทางการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤต	✓	หัวข้อ 6.1 ตารางที่ 39–49
6.1.1	การประเมินสถานการณ์	✓	หัวข้อ 6.1.1 ตารางที่ 39
6.1.2	การสื่อสารองค์กร	✓	หัวข้อ 6.1.2 ตารางที่ 40–42
6.1.3	การแจ้งเหตุฉุกเฉินให้กับทีมงานที่เกี่ยวข้องตามผังรายชื่อโทรศัพท์ (Call tree)	✓	หัวข้อ 6.1.3 ตารางที่ 43
6.1.4	การสำรวจความเสียหาย การจัดหาทรัพยากร การกลับมาให้บริการ และติดตามความคืบหน้า	✓	หัวข้อ 6.1.4 ตารางที่ 44
6.2	ขั้นตอนการบริหารความต่อเนื่องและกอบกู้กระบวนการ	✓	หัวข้อ 6.2 ตารางที่ 50–53
6.2.1	การตอบสนองต่อเหตุการณ์ทันที (ภายใน 24 ชั่วโมง)	✓	หัวข้อ 6.2.1 ตารางที่ 50
6.2.2	วันที่ 2–7 การตอบสนองในระยะสั้น	✓	หัวข้อ 6.2.2 ตารางที่ 51
6.2.3	วันที่ 8 การตอบสนองระยะกลาง (1 สัปดาห์)	✓	หัวข้อ 6.2.3 ตารางที่ 52
6.2.4	การตอบสนองระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน)	✓	หัวข้อ 6.2.4 ตารางที่ 53