

เรื่องเก่าเล่าใหม่: ฐานรากที่เข้มแข็งของความมั่นคงทางสุขภาพของไทยอันดับที่ 6 ของโลก ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

รองศาสตราจารย์ ดร. วรณวดี พูลพอกสิน¹

เกริ่นนำทำความเข้าใจโควิด-19

Novel CoronaVirus disease ได้รับการกำหนดชื่ออย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) โดยมีชื่อว่า COVID-19 ซึ่งย่อมาจาก Corona Virus Disease—starting in 2019 โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (WHO Director-General, 11 February 2020) อ่านชื่อย่อนี้ว่า C-O-V-I-D hyphen one nine หรือชื่อที่คุ้นเคยและถูกเรียกขานในปัจจุบันว่า โควิด-19 นับเป็นโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อโคโรนา ซึ่งเป็นไวรัสสายพันธุ์หรือตระกูลเดียวกันกับที่เคยทำให้เกิดโรคซาร์สในประเทศจีนในปี พ.ศ. 2546 และโรคเมอร์สในประเทศซาอุดีอาระเบียในปี พ.ศ. 2555 โดยไวรัสเหล่านี้มีชื่อเรียกมาจากวิธีการที่เรามองภายใต้กล้องจุลทรรศน์ ซึ่งพบว่ามันมีลักษณะเป็นพองไขมันเล็ก ๆ ที่ล้อมรอบด้วยมงกุฎแหลมที่ใช้ในการเจาะเซลล์ (Mannix, 2020)

โควิด-19 เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกในประเทศจีน ในปลายปี พ.ศ. 2562 (WHO, 11 February 2020) ซึ่งหลังจากนั้นเพียง 1 เดือน ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรคนี้อยู่ในระยะของการแพร่กระจายเชื้อทั่วโลก หรือที่เรียกว่า A Global Pandemic โดยการแพร่ระบาดของโรคนี้ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมนุษย์จำนวนมาก รัฐบาลและระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศถูกตั้งคำถามเพื่อให้พิสูจน์ความสามารถทั้งในการประเมินสถานการณ์และการจัดการสิ่งที่อาจเรียกได้ว่าเป็นภัยพิบัติธรรมชาติ (Natural disaster) นอกจากนี้สถานการณ์การแพร่ระบาดยังสะท้อนภาพปัญหาและผลกระทบที่ต้องเผชิญเมื่อมีการติดเชื้อของประชาชนในประเทศต่างๆจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการเรียกร้องความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนผ่านความต้องการในการตรวจคัดกรองการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพฉุกเฉินเมื่อติดเชื้อหลายประเทศประสบปัญหา ไม่ว่าจะเป็น จำนวนเตียงและเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ป่วย การขาดเวชภัณฑ์ยาและตัวยาที่ให้ประสิทธิผลที่ชัดเจนในการรักษา ความไม่พอเพียงของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน รวมทั้งจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีจำกัด ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้นำไปสู่การตื่นตระหนก กังวล และส่งผลต่อการปรับตัวของมวลมนุษยชาติสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรค และการใช้ชีวิตประจำวันในรูปแบบใหม่

อดีตที่ส่งผลต่อปัจจุบัน: โควิดที่ไม่ใช่เพียงความบังเอิญ

โควิด-19 อาจไม่ใช่โรคอุบัติใหม่ที่คาดไม่ถึงสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ สืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคซาร์สและโรคเมอร์สก่อนหน้านี้ ซึ่งการทำนายของ Cheng, Lau, Woo and Yuen (2007) ผ่านการเขียน

¹ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เขียนบทความนี้แล้วเสร็จในวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ขณะที่ประเทศไทยอยู่ในช่วงของการผ่อนปรนระยะที่ 2 (เริ่ม 17 พฤษภาคม 2563) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในไทยกำลังดีขึ้น

บทความวิชาการเรื่อง Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection โดยตีพิมพ์ข้อมูลลงในวารสารวิชาการที่ชื่อ Clinical microbiology reviews มา มากกว่า 10 ปีแล้ว ได้มีการระบุชัดเจนถึงโอกาสในการรวมตัวกันทางพันธุกรรมที่จะนำไปสู่ส่วนผสมใหม่ของ รูปแบบของยีน (gene) ต่างๆ ในสิ่งมีชีวิตและการระบาดใหม่ โดยเชื้อจะอยู่ในค้างคาวที่มาพร้อมกับพฤติกรรมการ บริโภคสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในประเทศจีนตอนใต้ อาจส่งผลให้มีความเป็นไปได้ของการเกิดใหม่ ของโรคร้ายและไวรัสใหม่ๆ จากสัตว์หรือห้องปฏิบัติการได้ โดยบทความดังกล่าวมีการเตือนให้เตรียมความพร้อม ในการรับมือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย...วันนี้ การทำนายด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในอดีต เกิดขึ้น จริงอย่างชัดเจนแล้ว ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การเกิดขึ้นของโรคนี้ไม่ใช่ความบังเอิญ แต่เป็นระเบิดเวลาที่รอความ ไม่สมดุลงของ 3 องค์ประกอบทางระบาดวิทยาที่ทำให้เกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ พาหะนำโรค และ สิ่งแวดล้อม

ความเป็นโควิด-19 ที่ถูกเขียนในเอกสารทางวิชาการ

เมื่อการแพร่ระบาดของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจากประเทศจีนสู่ประเทศอื่นๆ เนื่องจากไม่ใช่เพียงการ ติดต่อจากสัตว์ที่เป็นพาหะสู่คนเท่านั้น แต่เป็นการติดต่อกันจากคนสู่คนด้วย ดังนั้น การติดต่อและความรุนแรงของ โรคจึงเกิดง่ายขึ้น โดยเฉพาะเมื่อโรคนี้ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่เชื้อโรคมุ่งเป้าหมายในการทำลายอวัยวะ สำคัญที่ต้องอยู่ปลายทางของระบบทางเดินหายใจเช่นปอด ในขณะที่มีบางรายงานกล่าวถึงการกลายพันธุ์ของเชื้อใน การมุ่งทำลายไซสตันหลังของผู้ได้รับเชื้อได้เช่นกัน (Linda, 2020) รวมทั้งการคุกคามระบบประสาท (Thailand Medical News, 5 March 2020) นอกจากนี้ Mannix (2020) ได้นำเสนอข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวถึงความ สมบูรณ์แบบของไวรัสที่เกิดจากยีนสองตัวที่ปรับเปลี่ยนโควิด-19 ให้กลายเป็นนกฆ่า และยังชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของโลกจากโรคนี้ เป็น “พายุการระบาดที่สมบูรณ์”

นอกจากนี้ มีการกล่าวถึงการแพร่ระบาดของโรคซึ่งจะมีมากในช่วงที่มีอุณหภูมิต่ำ และจะลดลงเมื่อ อุณหภูมิสูง เนื่องจากเชื้อโรคไม่สามารถทนทานกับความร้อนได้ ความเข้าใจเช่นนี้เกิดขึ้นเนื่องจากประเทศที่มีการ ระบาดสูงในระยะแรกๆ และมีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก เป็นช่วงหรือฤดูหนาวที่ประเทศนั้นๆ มีอากาศที่ หนาวเย็น อย่างไรก็ตาม ล่าสุดองค์การอนามัยโลกได้ออกมาชี้แจงว่า “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่สามารถ แพร่กระจายได้ในทุกพื้นที่ รวมถึงพื้นที่ที่มีสภาพอากาศร้อนและชื้น” ซึ่งข้อความนี้ขัดแย้งกับข้อมูลข้างต้น บ่งชี้ว่า อุณหภูมิสูงไม่สามารถทำให้การแพร่ระบาดลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการแพร่ระบาด และอุณหภูมิยังคงมีผลการศึกษาที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการหมดฤทธิ์ของไวรัสในอุณหภูมิที่สูง หรือความคงตัว ของไวรัสในอุณหภูมิที่ต่ำ (Lancet Planet Health, 6 May 2020) ในขณะที่การศึกษาของ Yao et al. (2020) ค้นพบว่า การเชื่อมโยงระหว่างการระบาดและอุณหภูมิมิมีเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ในปัจจุบันจึงอาจกล่าวได้ว่า ข้อ ค้นพบที่หลากหลายนี้ทำให้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนของความสัมพันธ์ของสองปัจจัยนี้

การเดินทางของโรคระบาดยังคงมีความน่ากลัวอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศไม่ว่าจะมีระบบสาธารณสุข ที่ดีรองรับหรือไม่ ดังนั้น เมื่อการติดเชื้อ การป่วย การเสียชีวิตมีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งการรักษาโรคอุบัติใหม่ที่ยัง รู้จักไม่ดีพอเช่นนี้ยังไม่มิตัวยาและความชัดเจนในประสิทธิผล เมื่อการรักษามีหลายเงื่อนไขมาเกี่ยวข้อง ส่งผลให้

หลายประเทศมุ่งไปที่การสร้างมาตรการการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งประเทศไทยด้วย แนวทางการปฏิบัติและมาตรการต่างๆ ทั้งโดยตรงและอ้อมจึงถูกเลือกนำมาใช้เพื่อลดการติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็น การรณรงค์ล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย การใช้เจลแอลกอฮอล์ 70% ล้างมือ การให้ความสำคัญกับระยะห่างทางสังคม (Social distancing) การกักตัว 14 วัน การเกิดขึ้นของนโยบาย work from home การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนและอื่นๆ ที่มีเป้าหมายในการลดการพบปะ การรวมตัวของผู้คน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากคนสู่คน

สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย การแพร่ระบาดของโควิด-19 ไม่แตกต่างจากประเทศอื่น แต่เนื่องจากโรคนี้อมีการระบาดและก่อให้เกิดความเสียหายในประเทศอื่นก่อน มาตรการป้องกันและบทเรียนรู้จากประเทศต้นแบบเหล่านั้น ที่ประสบความสำเร็จทั้งในการป้องกันและรักษาบางส่วนจึงถูกนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย ซึ่งบทบาทความรับผิดชอบหลักเป็นของกระทรวงสาธารณสุข โดยไทยเริ่มมีมาตรการต่างๆ ในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จสะท้อนได้จากข้อมูลรายงานครั้งแรกในวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 188 คน จนถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่เป็นศูนย์ ไม่มีผู้เสียชีวิตเพิ่ม รวมตัวเลขผู้ป่วยสะสม 3,025 คน โดยปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อของคนไทย เรียงตามลำดับได้ดังนี้ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ผู้ที่อยู่ในศูนย์กักกัน การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและผู้ติดเชื้อในชุมชน ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ การไปสถานที่ชุมชน ผู้ประกอบอาชีพในสถานที่แออัด (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 16 พฤษภาคม 2563)

การเกริ่นนำด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ข้างต้น ทั้งในระดับสากลและของประเทศไทย นำไปสู่จุดหมายของการนำเสนอข้อมูลของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้อย่างละเอียดที่จะกล่าวในส่วนต่อไป

บทนำของบทความ

งานเขียนหรือบทความนี้ มีวัตถุประสงค์หลักในการสะท้อนภาพระบบบริการสุขภาพที่เป็นฐานรากของประเทศไทยแต่เดิม เนื่องจากก่อนหน้าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีจุดกำเนิดในประเทศจีน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 มีข้อมูลเผยแพร่ว่าประเทศไทยได้รับการยอมรับและถูกประกาศว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ในลำดับที่ 6 ของโลก (Nuclear Threat Initiative and John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security, October 2019) โดยความมั่นคงนี้ถูกนำมาเชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของประเทศไทย ซึ่งสถานการณ์ล่าสุดตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่เชื้อของโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจุบันอยู่ในขาลงของการแพร่ระบาด โดยมีอัตราการป่วยและตายที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาอื่นๆ นอกจากนี้การที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern [PHEIC], 30 January 2020) เพื่อให้รัฐบาลทั่วโลกเพิ่มมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด ส่งผลให้โควิด-19 ถูกประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขของไทย โดยระบุให้โรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558² ซึ่งการประกาศนี้มาพร้อมกับการมีมาตรการในการควบคุม ป้องกันโรคที่มากขึ้นของไทยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทั่วโลก ประเทศไทยได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกถึงการปฏิบัติหน้าที่ที่เข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, April 2020) ซึ่งโดยความเข้าใจของผู้เขียนแล้ว หากเข้าใจโครงสร้างการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพของไทย ไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่เลยที่ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับและสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ดีกว่าหลายๆ ประเทศในโลก ผู้เขียนได้สังเคราะห์ข้อมูลและต้นทุนที่เป็นอาวุธสำคัญด้านสุขภาพของไทยที่มีอยู่ แต่เดิมและได้รับการปฏิบัติเป็นงานประจำปกติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปฏิบัติเพิ่มภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ดัชนีทุนมนุษย์และเป้าหมายการพัฒนาอื่นๆ ในระดับสากลที่ให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพ

ตามที่ธนาคารโลกกำหนดดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index [HCI]) ในปี 2018 และออกแบบเพื่อที่จะประเมินศักยภาพทุนมนุษย์ในอนาคตจากเด็กที่เกิดในปัจจุบัน โดยดัชนีมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การอยู่รอดของเด็ก (การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี) จำนวนปีที่ได้เรียนรู้ (ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ) และมีมิติสุขภาพ (เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสูงผิดปกติ และการรอดชีวิตของผู้ใหญ่) โดยพบว่าในปี 2018 พบว่า HCI ของประเทศไทยอยู่ที่ระดับ 0.60 ซึ่งหมายถึงมีความสัมพันธ์สูงกับดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพระดับสากล (The World Bank, 2018) ซึ่งนอกจากเรื่องสุขภาพจะถูกกำหนดไว้ในดัชนีนี้แล้ว ยังมีเป้าหมายการพัฒนาสังคมอื่นๆ ขององค์การสหประชาชาติที่เป็นกรอบในการสร้างเสริมมาตรฐานชีวิตความเป็นอยู่ โดยมีมิติของสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรง เช่น เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals [MDGs]) 8 เป้าหมาย ที่ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2543-2558 และต่อมาได้มีการกำหนดกรอบเป้าหมายใหม่ ที่เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals [SDGs]) จำนวน 17 เป้าหมาย ที่อยู่ระหว่างการขับเคลื่อนในช่วงปี พ.ศ. 2558-2573 โดยประเทศไทยได้ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านต่างๆ โดยเฉพาะมิติที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่เพียง HCI, MDGs และ SDGs เท่านั้น ที่ให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพ อนุสัญญา กฎหมาย ปฏิญญา กฎบัตรต่างๆ ทั้งในระดับสากล ภูมิภาค และประเทศ จากองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมต่อประเด็นด้านสุขภาพ ต่างมีเป้าหมายเพื่อสุขภาวะของประชาชน ตัวอย่างเช่น องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO, 2011) กล่าวถึงสององค์ประกอบหลักของความมั่นคงทางสังคม ซึ่งได้แก่ ความมั่นคงทางรายได้

² ทั้งนี้โรคติดต่ออันตรายของไทยที่มีการประกาศในอดีต ได้แก่ ลำดับที่ 11 คือ โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome [SARS]) ลำดับที่ 12 คือ โรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome [MERS]) และลำดับที่ 13 ซึ่งมีการประกาศในปี พ.ศ. 2561 คือ วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Extensively drug-resistant tuberculosis หรือ XDR-TB)

และความพร้อมของหน่วยบริการสุขภาพในการให้บริการ ในขณะที่กฎบัตร Ottawa Charter มุ่งมั่นในการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคติดต่อเหล่านี้คือ ตัวอย่างนโยบายที่ช่วยส่งเสริมรากฐานที่แข็งแกร่งของระบบสุขภาพของโลก และของไทย

(2) การได้รับการยกย่องของไทยในระดับนานาชาติ: อันดับที่ 6 ของประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดของโลก

ผลการศึกษาและจัดลำดับประเทศที่มีดัชนีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดของโลก (ตามข้อมูลในภาคผนวก) ซึ่งเผยแพร่ในเดือนตุลาคม 2562 ก่อนที่จะเริ่มมีการระบาดของโควิด-19 ในเดือนธันวาคมของปีเดียวกัน ดังนั้น การจัดลำดับครั้งนี้จึงไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดของไทยโดยตรง แต่เกี่ยวข้องกับฐานะที่ไทยเรามีระบบการจัดการที่ดีเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ในการถูกจัดเป็นลำดับที่ 6 โดยการจัดลำดับครั้งนี้ใน 195 ประเทศ มีการวัดและประเมินผ่านตัวชี้วัด จำนวน 140 ข้อถาม จาก 6 หมวด ซึ่งได้แก่ความเข้มแข็งในด้านต่อไปนี้

(1) การป้องกัน: การป้องกันการเกิดขึ้นหรือการปล่อยเชื้อโรครวมถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนเป็นพิเศษเพื่อให้สอดคล้องกับคำจำกัดความที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลของภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของนานาชาติ 14 ตัวชี้วัดในหมวดหมู่นี้เป็นการประเมินการติดต่อยาต้านจุลชีพ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน ความมั่นคงทางชีวภาพ ความปลอดภัยทางชีวภาพ การวิจัยสองทางและวัฒนธรรมของวิทยาศาสตร์ที่รับผิดชอบ และการสร้างภูมิคุ้มกัน

(2) การตรวจจับและการรายงาน: การตรวจหาในระยะต้นและการรายงานสำหรับการระบาดของความกังวลระหว่างประเทศที่อาจแพร่กระจายได้ เกินกว่าระดับชาติหรือระดับภูมิภาค ตัวชี้วัดในหมวดหมู่นี้เป็นการประเมินระบบห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวังและการรายงานตามเวลาจริง กำลังคนด้านระบาดวิทยา และการรวมข้อมูลระหว่างภาคส่วนของหน่วยงานของมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม

(3) การตอบโต้อย่างรวดเร็ว: ตอบสนองอย่างรวดเร็วและลดการแพร่กระจายของโรคระบาด ตัวชี้วัดในหมวดหมู่นี้เป็นการประเมินความพร้อมในกรณีฉุกเฉินและการวางแผนการโต้ตอบ การปฏิบัติที่ตอบสนองแผน การจัดการโต้ตอบกรณีฉุกเฉิน การเชื่อมโยงงานสาธารณสุขและหน่วยงานด้านความมั่นคง การสื่อสารความเสี่ยง การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสาร และข้อจำกัดทางการค้าและการเดินทาง

(4) ระบบสุขภาพ: ระบบสุขภาพที่เพียงพอและแข็งแกร่งในการรักษาความเจ็บป่วยและปกป้องผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดในหมวดหมู่นี้เป็นการประเมินความสามารถด้านสุขภาพในคลินิก โรงพยาบาลและศูนย์ดูแลในระดับชุมชน มาตรการตอบโต้ทางการแพทย์และการปรับใช้บุคลากร การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ; การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แนวทางปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อและความพร้อมของอุปกรณ์ และความสามารถในการทดสอบและอนุมัติมาตรการตอบโต้ใหม่

(5) ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศ: ความมุ่งมั่นในการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศ แผนการจัดการด้านการเงินเพื่อแก้ไขปัญหาช่องว่าง และปฏิบัติตามบรรทัดฐานระดับโลก ตัวชี้วัดในหมวดหมู่นี้เป็นการประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations [IHR]) และการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ข้อตกลงระหว่างประเทศด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ข้อผูกพันระหว่างประเทศ เสริมสร้างและเผยแพร่โดยวิธีการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอกประเทศ ที่มาจากองค์การอนามัยโลก (WHO Joint External Evaluation [WHO JEE]) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (World Organisation for Animal Health หรือ Office International des Epizooties [OIE]) การประเมินประสิทธิภาพของบริการสัตวแพทย์ การตรวจประเมินสมรรถนะระบบงานสัตวแพทย์บริการและสุขภาพสัตว์ (Performance of Veterinary Services [PVS]) การจัดหาเงินทุน; และความมุ่งมั่นในการแบ่งปันข้อมูลและตัวอย่างทางพันธุกรรมและชีวภาพ

(6) สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง: สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทั้งมวลและความเปราะบางของประเทศต่อภัยคุกคามทางชีวภาพ โดยตัวชี้วัดในกลุ่มนี้เป็นการประเมินความเสี่ยงทางการเมืองและความมั่นคง ความยืดหยุ่นทางเศรษฐกิจและสังคม ความเพียงพอของโครงสร้างพื้นฐาน ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และความเปราะบางด้านสาธารณสุขที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของประเทศในการป้องกัน ตรวจจับ หรือตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคหรือการระบาดใหญ่และเพิ่มโอกาสที่การแพร่ระบาดของโรคจะเกิดขึ้นทั่วประเทศ

โดยรายละเอียดการจัดลำดับประเทศในหมวดต่างๆ ปรากฏท้ายบทความนี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยมีความโดดเด่นในมิติของระบบสุขภาพเป็นลำดับที่ 2 ของโลก รองลงมาคือมิติการทำงานเชิงป้องกัน เป็นลำดับที่ 3 ของโลก ซึ่งแน่นอนว่าความโดดเด่นเหล่านี้เป็นต้นทุนที่ดีต่อการปฏิบัติงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาลภายใต้การระบาดของโรคอุบัติใหม่

(3) ระบบบริการสุขภาพของไทย: ทุนดั้งเดิมที่เป็นจุดแข็งภายใต้สถานการณ์โควิด-19

หากจะกล่าวถึงทุนดั้งเดิมของระบบบริการสุขภาพที่มีการดำเนินการมาอย่างยาวนาน เป็นจุดแข็งและเป็นผลดีต่อระบบสุขภาพของไทย รวมทั้งการยืนหยัดภายใต้การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในลำดับแรกต้องยอมรับว่าคนไทยมีองค์พระมหากษัตริย์นับแต่อดีตที่ทรงริเริ่มงานด้านการแพทย์ มีนักวิชาการ บุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถและใส่ใจในการวางรากฐานด้านสุขภาพไว้เป็นอย่างดีซึ่งส่งผลต่อการมีทุนที่ดีในปัจจุบัน ดังรายละเอียดของการวางนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพ ดังนี้

3.1 การทำงานของหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ

สืบเนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐของไทย มีการแบ่งเป็นหลายระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยแต่ละระดับถูกออกแบบให้มีความเกี่ยวข้องกับมิติการทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในความรับผิดชอบหรือสัดส่วนงานที่แตกต่างกัน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องรับผิดชอบและมุ่งเน้น

การทำงานด้านการสร้างสุขภาพ ในฐานะที่เป็นหน่วยบริการที่ถูกออกแบบและมีสถานที่ตั้งเพื่อให้ใกล้ชิดกับชุมชน เข้าถึงชุมชนด้วยภารกิจหลักในการทำงานเชิงรุก ร้อยละ 75 ของภาระงานทั้งหมด ในขณะที่บทบาทด้านการซ่อมสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 25 เท่านั้น นอกเหนือจากการออกแบบภารกิจที่เฉพาะแล้ว ส่วนหนึ่งเนื่องด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ความครบถ้วนของนักวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ รวมถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม ระบบการส่งต่อ (Referral system) เป็นอีกกลยุทธ์ที่สำคัญในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในวิชาชีพ ความรู้ (หรือแม้แต่เป็นกลไกในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ) และเชื่อมต่อภาระหน้าที่ของหน่วยบริการทุกระดับเข้าด้วยกัน เช่น หากบริการด้านสุขภาพเกินศักยภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ก็จะมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้นไป เพื่อให้ได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในขณะเดียวกัน เมื่อผู้ใช้บริการได้รับบริการรักษาเฉพาะทางจากหน่วยบริการระดับสูงแล้ว จะมีระบบการส่งต่อกลับไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อให้ติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ใช้บริการต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีการกระจายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit [PCU]) ให้เข้าถึงประชาชนในชุมชน โดยมีการกำหนดจำนวนประชากร/พื้นที่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่ง และรวมไปถึงการกำหนดจำนวนหลังคาเรือนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ (อสม.) ให้บริการสุขภาพตามขอบเขตงานที่กำหนด เช่น อสม. 1 ท่าน รับผิดชอบจำนวน 13-15 หลังคาเรือน เป็นต้น

3.2 บุคลากรสุขภาพด้านหน้าที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.)

อาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มมีครั้งแรกในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยปัจจุบัน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ที่มีความชัดเจนและมีเนื้องานที่เป็นรูปธรรม จึงได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกเหนือจากการได้รับสวัสดิการอื่นๆ จากกระทรวงสาธารณสุข เช่น สิทธิในหลักประกันสุขภาพครอบคลุมครอบครัว การยกเว้นค่าห้องพิเศษ ค่าอาหารพิเศษในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ตามเงื่อนไขที่กำหนด) ทั้งนี้เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานแนวหน้าของ อสม.

บทบาทของอาสาสมัครภายใต้องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

นับแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา ได้ระบุถึงบทบาทของ อสม. ในฐานะเป็นบุคลากรด้านหน้าในระบบสุขภาพ ในบทบาทภารกิจของการปฏิบัติงานเชิงรุกใน 8 องค์ประกอบต่อไปนี้ (1) กิจกรรมด้านสุขศึกษา (2) ด้านโภชนาการ (3) ด้านการเจ้าหน้าที่สะอาดและการ สุขาภิบาล (4) ด้านการเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น (5) ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (6) ด้านการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (7) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ (8) ด้านการจัดหายาที่จำเป็น มากไปกว่านั้น ในช่วงแผนนี้เองที่มีการกล่าวถึง สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 หรือ Health For All [HFA] by the year 2000

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ได้มีการเพิ่มบทบาทการทำงานของ อสม. อีก 2 องค์ประกอบ คือ (9) กิจกรรม ด้านสุขภาพจิต และ (10) กิจกรรมด้านทันตสาธารณสุข และเพิ่มอีก 4 องค์ประกอบในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ได้แก่ (11) การอนามัยสิ่งแวดล้อม (12) การคุ้มครองผู้บริโภค (13) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ และ (14) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จนถึงปัจจุบัน อสม. แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ด้านสุขภาพและพลวัตทางสังคม แต่ 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน หรือที่เรียกว่า งาน สสม. (Primary Health Care [PHC]) นั้น ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในช่วงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) การปรับชื่อแผนจากแผนพัฒนาสาธารณสุข เป็นแผนพัฒนาสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับคำหลักที่สำคัญ คือ All For Health (AFH) ซึ่งหมายถึง ทั้งหมดทั้งมวลเพื่อสุขภาพ จนกระทั่งถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน คือ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีการให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายสุขภาพในทุกนโยบาย หรือที่เรียกว่า Health in All Policies [HiAP]

ความสำคัญและวิวัฒนาการเหล่านี้มิได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เป็นการปูรากฐานที่สั่งสมของระบบบริการสุขภาพของไทยยาวนานมากกว่า 40 ปี และการลงทุนเหล่านั้นกำลังส่งผลในด้านบวกต่อสังคมไทย ควบคู่ไปกับการพัฒนาเครื่องมือในการมีและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ที่เรียกว่า หลักประกันสุขภาพ (ภาครัฐ) โดยเฉพาะหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความโดดเด่นเชิงประจักษ์ในระดับสากลของอาสาสมัครด้านสุขภาพของไทย

องค์การอนามัยโลก มีการรายงานและชื่นชมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของไทย ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (WHO, 12 April 2020) โดยระบุถึงกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า อสม. (Village Health Volunteers [VHVs]) จำนวนมากกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ และรวมถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า อสส. (Public Health Volunteers [PHVs]) อีกจำนวน 15,000 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษา และรายงานต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ในการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขมีการแจกจ่ายผ้าปิดปากปิดจมูก และแอลกอฮอล์เจล ซึ่งภารกิจสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเหล่านี้ที่องค์การอนามัยโลกชื่นชม ไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นบทบาทที่ อสม. ทำมาอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ ไม่ว่าจะมีการระบาดของโรคใดๆ เกิดขึ้นในประเทศไทยก็ตาม

(4) หัวใจของการทำงานสุขภาพคือการสร้างเสริมป้องกันโรค: หลักปฏิบัติระดับสากลและท้องถิ่นที่ไม่เคยเปลี่ยน

การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ถือเป็นสร้างสุขภาพ ในขณะที่การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นับเป็นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งแนวทางการทำงานด้านสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการสร้าง

มากกว่าซ่อม ดังนั้น หัวใจสำคัญของกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ รวมทั้งหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เช่น โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคหรือหลักประกันสุขภาพ จึงเน้นไปที่การออกแบบนโยบาย กิจกรรมต่างๆ ด้านการสร้างสุขภาพ (วิชัย เทียนถาวร, 2559) เช่น การส่งเสริมการตรวจสุขภาพ การคัดกรองโรคที่มีความเป็นไปได้ตามหลักวิชาการที่จะเกิดขึ้นตามช่วงวัยต่างๆ การให้วัคซีนป้องกันโรค การให้ความสำคัญกับพัฒนาการของเด็ก ภาวะโภชนาการ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการออกแบบให้หลากหลาย กล่าวคือ เป็นเครื่องมือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตรวจคัดกรองเพื่อให้ทราบความเจ็บป่วยแต่ระยะแรก ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีตั้งแต่วัยเด็กเพื่อการเติบโตขึ้นมาที่มีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพยังถูกนำไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับการลงทุนด้านสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาพยาบาลมาก รวมทั้งผลกระทบของสุขภาพในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นหน้าที่หลักของทุกหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

(5) ความเสมอภาคภายใต้สถานการณ์โรคระบาดอุบัติใหม่

จากข้อมูลการนำเสนอของสื่อที่สะท้อนถึงการจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วย หรือผู้มีความเสี่ยงต่อการป่วยโควิด-19 กับการจัดบริการสุขภาพในหลายประเทศในวันที่ต้องเลือกช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติ เนื่องจากข้อจำกัดทางทรัพยากรสาธารณสุข กล่าวคือ เครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับปฏิบัติการมีไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกคน เช่น ในประเทศอิตาลี หากกรณีที่ยังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และหาก “เป็นไปได้ไม่ได้อาจจะทำให้บริการผู้ป่วยหนักทุกคน” บุคลากรสุขภาพอาจถูกบังคับให้จัดลำดับความสำคัญการให้การดูแลสำหรับผู้ที่มี “โอกาสที่ดีที่สุดของความสำเร็จ” และ “ความหวังที่ดีที่สุดของชีวิต” (Dunn, 20 March 2020) ซึ่งก็หมายถึง ให้การดูแลผู้ที่มีโอกาสรอดก่อน ดังนั้น ผู้ที่ติดตามข้อมูลของประเทศนี้ จึงอาจได้ยินถึงข้อมูลการจะไม่รักษาผู้สูงอายุที่ป่วยและอายุมากกว่า 80 ปี

นอกจากนี้ ยังมีบางประเทศที่ให้ความสำคัญต่อพลเมืองของตนเองมากกว่าคนย่ำถิ่น หรือแรงงานข้ามชาติ เนื่องด้วยอุปสรรค ข้อจำกัดด้านหลักประกันสุขภาพหรือความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ช่วยชีวิต ในขณะที่ย้อนกลับมามองระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในช่วงที่มีการระบาดของโรค พบว่าอาจมีความแตกต่าง กล่าวคือ ไม่เพียงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การรักษาพยาบาล บริการสังคม และความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เท่านั้น ที่จะครอบคลุมคนไทย แต่ยังคงครอบคลุมคนต่างชาติที่อยู่อาศัยในประเทศด้วย ทั้งนี้ เป็นหลักการพื้นฐานของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่การแพร่กระจายไม่ได้เลือกเชื้อชาติหรือสัญชาติของมนุษย์ ความเสมอภาคด้านสุขภาพในการได้รับบริการด้านสุขภาพจึงไม่แตกต่าง โดยเฉพาะในสถานการณ์ของโรคระบาดที่ไม่มีข้อมูลเชิงลึกของโรคที่แน่นอน ชัดเจน และถูกต้อง ดังเช่นที่ Braveman (2014) เห็นว่าความเสมอภาคเป็นความพยายามให้มีมาตรฐานด้านสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่เป็นไปได้สำหรับทุกคน และให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อความต้องการของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อสุขภาพที่ไม่ดี

มากไปกว่านั้น หลักการต่างๆ ด้านสุขภาพ มีแนวปฏิบัติที่เป็นสากลในการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้การแพร่ระบาดทั่วโลกของโรคอุบัติใหม่ที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงการแพร่

ระบาด รวมถึงความสับสนในการรับข้อมูลข่าวสารของปัจเจกบุคคล นับเป็นความยากในการรับมือ (ศิริศกย เทพจิต, 1 เมษายน 2563) จึงนำมาซึ่งข้อจำกัดในการให้บริการ ประกอบกับสังคมไทยเป็นที่ยอมรับว่ามีวัฒนธรรมและความเป็นคนไทยที่อาจต่างไปจากชนชาติอื่น โดยเฉพาะการช่วยเหลือผู้อื่น หรือความมีเมตตา แต่ท้ายที่สุดแล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการได้รับบริการสุขภาพเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งต้องไม่ขึ้นอยู่กับความมีเมตตาที่หลากหลายของผู้คน แต่เป็นสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนควรได้รับไม่แตกต่างกัน การทำงานของระบบบริการสุขภาพของไทยจึงปรากฏให้เห็นชัดในการให้บริการกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นแรงงานข้ามชาติ หรือชาวต่างประเทศที่อยู่ในไทยช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในผู้คน และยังเป็นการป้องกันโรคที่มีโอกาสจะแพร่เชื้อ (ไม่เป็นผู้รับเชื้อ และไม่เป็นผู้แพร่เชื้อ) ระหว่างผู้คนที่อาศัยอยู่ร่วมกันในประเทศ ณ ขณะนั้นด้วย

(6) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนไทยที่อธิบายด้วยแนวคิดด้านสุขภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ถูกคิดค้นขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยาที่ชื่อ Lewin (1951 as cited in Abraham & Sheeran, 2015) และต่อมาได้รับการพัฒนาโดยนักวิชาการอีกหลายคน อย่างไรก็ตาม ตามความเข้าใจของผู้เขียน เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์หรือการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนไทยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้เป็นอย่างดีและชัดเจน จึงนำมาอธิบายในที่นี้ โดยแนวคิดนี้มีองค์ประกอบต่อไปนี้

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ รวมไปถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ โดยบุคคลจะหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ด้วยการปฏิบัติตัวตามระดับความเชื่อเหล่านี้ของตัวเอง เช่น การรักษาระยะห่างทางสังคมในการอยู่ใกล้ชิดคนอื่น (Social Distancing) จะช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคได้

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้นักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้อื่น หรือการแพร่เชื้อจากตนเองสู่ผู้อื่น การพยายามทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ไม่ให้เจ็บป่วย เพราะการพยากรณ์โรครวมทั้งความรุนแรงของโรคนี้ เมื่อป่วยแล้วมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะเมื่อมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ทั้งในแง่ของการรับรู้ผ่านข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ และตัวอย่างเชิงประจักษ์จากการเสียชีวิตของผู้คนในโลกจำนวนมาก หรืออาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงนำไปสู่พฤติกรรมสร้างนำซ่อม การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอาจทำให้เกิดความหวาดกลัว แต่อีกด้านทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้เช่นกัน

(3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติตัวให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งในกรณีของโควิด-19 ในองค์ประกอบนี้สะท้อน

ว่าประชาชนให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคอย่างโดดเด่น เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ ภายใต้โรคอุบัติใหม่ และที่สำคัญคือความไม่ชัดเจนของการเข้าถึงและประสิทธิผลของการรักษาเมื่อเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังมีความต้องการในการตรวจคัดกรองโรค เพื่อความรู้สึกมีมั่นคง และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแต่ระยะแรก หากมีการตรวจพบว่าผลการตรวจเป็นลบ

(4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของตนเองในด้านลบ กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นบริบทของสังคมไทย การเข้าถึงการคัดกรองโรคยังอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ไม่ใช่ทุกคนจะเข้าถึงได้ หรือหากป่วยแล้ว อาจเข้าไม่ถึงการรักษา เนื่องจากสถานการณ์ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะ ‘ไม่มียา ไม่มีหมอ ไม่มีเตียง’ ดังนั้น ทางเลือกที่ดีที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย และให้ความร่วมมืออย่างไม่มีเงื่อนไขในมาตรการต่างๆ ที่รัฐกำหนด

(5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ไม่ว่าจะเป็นจากปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรคหากเกิดกับตัวเอง ภาวะสุขภาพของตนเองที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและตาย และปัจจัยภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของการระบาดของโควิด-19 ที่มีการเผยแพร่ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจำนวนมาก สภาพความโดดเดี่ยวของศพที่ถูกทอดทิ้งหลังการเสียชีวิต ส่งผลให้เกิดความตระหนกและหันมาใส่ใจพฤติกรรมป้องกันโรค

(6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors or Health Motivation) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติตัวของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อายุ การศึกษา ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ล้วนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค

ความท้าทายนับจากนี้

ด้วยลักษณะเฉพาะและพิเศษของโรค จึงอาจไม่สามารถระบุวันเวลาที่ชัดเจนในการสิ้นสุดการเดินทางที่สมบูรณ์ของโรคนี้ได้ แม้จะมีการทำนายผ่านข้อมูลทฤษฎี เช่น ประเทศไทยจะสิ้นสุดอย่างสมบูรณ์ในวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา จะสิ้นสุดในวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และของโลกในวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (Luo, April 2020) อย่างไรก็ตาม นักวิชาการด้านสุขภาพโดยทั่วไปให้ระยะเวลาของการคงอยู่ของโรคนี้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ด้วยข้อจำกัดและความเฉพาะของโรคตามที่ ศิริศกย เทพจิต (เมษายน 2563) เรียกสถานการณ์นี้ว่าเป็น “Wicked problem” อย่างไรก็ตาม โดยหลักการด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นและความรู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิตอาจเกิดได้เมื่อมีการผลิตวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคนี้ได้ อย่างที่ Mannix (2020) กล่าวถึงการเริ่มสร้างวัคซีนและยาต้านไวรัสक्रमมุ่งเป้าไปที่ coronavirus ทั้งหมดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคนี้ อยู่ อย่างไรก็ตาม การเกิดบทเรียนซ้ำเช่นกรณีโรคซาร์สที่ส่วนใหญ่ถูกครอบงำโดยมาตรการด้านสุขภาพอนามัย และท้ายที่สุดในปัจจุบัน ผู้พัฒนาและวัคซีนส่วนใหญ่ก็ทิ้งการพัฒนาวัคซีน ด้วยเหตุผลของการไม่มีเงินทุนสนับสนุน

ในวันที่ไม่มีการระบาดของโรคแล้ว และผู้คนรู้สึกปลอดภัยในชีวิต จนไม่เห็นความสำคัญของวัคซีนอีกต่อไป ขณะที่ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (WHO Director-General, 11 February 2020) ได้กล่าวถึงความพร้อมของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ไว้เช่นกันว่า “วัคซีนเร็วที่สุดน่าจะพร้อมใน 18 เดือน ดังนั้น เราต้องทำทุกอย่างในวันนี้ในการใช้อาวุธต่างๆ สู้กับไวรัส และมีการเตรียมความพร้อมในระยะยาวด้วย”

เมื่อการมีวัคซีนเป็นความหวัง เป็นความท้าทายสูงสุด ที่ส่งผลต่อความอยู่รอดของมวลมนุษยชาติภายใต้โรคนี้ สำหรับทุกประเทศแล้วในวันที่ต่างรอความสำเร็จของการผลิตวัคซีน แต่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นระหว่างการแพร่ระบาดของโรคระหว่างนี้เป็นสิ่งที่รอความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไม่ได้ และมากไปกว่านั้น โลกยุคโควิดในขณะนี้และหลังโควิด อาจไม่มีความแตกต่างกันในการใช้ชีวิตประจำวันของมนุษย์ในรูปแบบ A New Normal (ความปกติใหม่) เช่น การเพิ่มขึ้นของการประชุม การสอนหนังสือด้วยระบบออนไลน์ หรือ Current Abnormal (ความผิดปกติปัจจุบัน) เช่น การรักษาระยะห่างระหว่างสังคม (สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, 2563) และอาจไม่มีใครระบุได้ชัดเจนว่า โลกยุคหลังโควิดที่เฝ้ารอจะมาถึงเมื่อใด อะไรคือตัวชี้วัด การพิจารณาจากอัตราการป่วยและตายที่เป็นศูนย์เพียงพอหรือไม่ที่จะบอกว่าการเดินทางของโควิดได้สิ้นสุดลงแล้ว จะไม่มีการฟักตัวหรือแพร่ระบาดของโรคอีกต่อไป ตรงกันข้าม ไม่ว่าสถานการณ์ของโรคจะเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคของมนุษย์ยังคงต้องอยู่ต่อไปกับภัยธรรมชาติที่มองไม่เห็น ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับโควิด-19 นี้ หรือโรคที่อาจเกิดขึ้นจากพัฒนาการหรือการกลายพันธุ์ของโควิด-19 ดังนั้น เมื่อยังไม่สามารถจัดการกับปัจจุบันที่ไม่ชัดเจนและอนาคตที่ยังมาไม่ถึงได้ ในวันนี้ เราต้องทำทุกอย่างในการต่อสู้กับไวรัสด้วยอาวุธต่างๆ ที่เรามี (ที่แต่ละประเทศมี) เช่นที่ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้ชี้แนะไว้ ซึ่งประเทศไทยมีจุดแข็งที่มีประสิทธิภาพหลายประการดังที่ได้อธิบายไว้ในเนื้อหาของบทความนี้ข้างต้น ทั้งในส่วนฐานรากที่เข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ การให้ความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย มาตรการต่างๆ ของภาครัฐและการปฏิบัติตามของภาคประชาชน เหล่านี้ น่าจะเป็นอาวุธสำคัญที่สุด ณ ปัจจุบัน ที่จะช่วยให้ประเทศไทย และสังคมโลกก้าวผ่านเรื่องร้ายนี้ไปได้ด้วยกัน..

รายการอ้างอิง

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2563) เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง ราชกิจจานุเบกษา 29 กุมภาพันธ์ 2563. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_000
- วิชัย เทียนถาวร. (13 มกราคม 2559). 30 บาทรักษาทุกโรค.. 'สร้าง'สุขภาพน้ำ'หอม.' สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2016/01/11579>
- ศิริศักย เทพจิต. (1 เมษายน 2563). COVID-19 Pandemic: การตอบสนองเชิงนโยบายสาธารณสุขในการรับมือกับปัญหาพหุศ. *เศรษฐสาร*. สืบค้นจาก <http://www.setthasarn.econ.tu.ac.th/blog/detail/59/>
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข. (16 พฤษภาคม 2563). *รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://covid19.ddc.moph.go.th>
- สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ (30 เมษายน 2563). 5 คำถามและ 4 โจทย์ว่าด้วยการสนทนาเรื่อง “ความปกติใหม่” ใน “โลกหลังโควิด” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2020/04/new-normal-in-post-covid-world/>
- Abraham, C. & Sheeran, P. (2015). *The Health Belief Model*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/290193215>
- Braveman, P.A. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129 (suppl2), 5-8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863701/#>
- Cheng, V.C.C., Lau, S.K.P., Woo, P.C.Y., & Yuen, K.Y. (2007.) Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection. *Clinical microbiology reviews*, 20, p. 660–694.
- Dunn, A. (20 March 2020). *Fact check: Were elderly Italians left to die? And is socialized health care to blame?*. The Arizona Republic. Retrieved from <https://www.usatoday.com/story/news/factcheck/2020/03/20/fact-check-were-italians-left-die-socialized-medicine-blame-coronavirus/2887743001/>
- International Labour Organization. (2011). *World social security report: Providing coverage in Times of crisis and beyond*. Geneva: ILO.
- Lancet Planet Health. (6 May 2020). *Effective transmission across the globe: The role of climate in COVID-19 mitigation strategies*. Retrieved from <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2542-5196%2820%2930106-6>
- Linda, N. (17 March 2020). *The Coronavirus and spinal cord injury*. Retrieved from <https://www.christopherreeve.org/blog/daily-dose/the-coronavirus-and-spinal-cord-injury>

- Luo, J. (April 2020). *When will COVID-19 end? Data-driven prediction*. Data-Driven Innovation Lab (<http://ddi.sutd.edu.sg>), Singapore University of Technology and Design (<http://www.sutd.edu.sg>). Retrieved from <https://www.altaveu.com/uploads/static/altaveu/uploads/documents/covid19predictionpaper20200426.pdf>
- Mannix, L. (2020). *The perfect virus: Two gene tweaks that turned COVID-19 into a killer*. The Sydney Morning Herald. Retrieved from <https://www.smh.com.au/national/the-perfect-virus-two-gene-tweaks-that-turned-covid-19-into-a-killer-20200327-p54elo.html>
- Nuclear Threat Initiative & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (October, 2019). *Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability*. www.ghsindex.org
- Sustainable Development Goals Fund. (n.d.). *From MDGs to SDGs*. Retrieved from <https://www.sdgfund.org/mdgs-sdgs>
- Thailand Medical News. (5 March 2020). *Coronavirus can also attack the nervous system, causing neurological conditions and even viral encephalitis*. Retrieved from <https://www.thailandmedical.news/news/breaking-news-coronavirus-can-also-attack-the-nervous-system,-causing-neurological-conditions-and-even-viral-encephalitis>
- The World Bank. (18 October 2018). *Human Capital Index and Components, 2018*. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2018/10/18/human-capital-index-and-components-2018>
- World Health Organization. (12 April 2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 12 April 2020*.
- World Health Organization. (30 January 2020). *WHO declared it a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)*. Retrieved from <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19>
- World Health Organization Director-General. (11 February 2020). *WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020*. Retrieved from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
- Yao, Y., Pan, J., Liu, Z., Meng, X., Wang, W., Kan, H., & Wang, W. (2020). No Association of COVID-19 transmission with temperature or UV radiation in Chinese cities. *European Respiratory Journal*; in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.00517-2020>). Retrieved from <https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2020/04/01/13993003.00517-2020.full.pdf>

ภาคผนวก

ดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพระดับสากล (Global Health Security Index [GHSI])

โดย Nuclear Threat Initiative and John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security (October 2019)

ภาพรวมการจัดลำดับความมั่นคงทางสุขภาพ			140 ข้อคำถาม จาก 6 มิติ					
ลำดับ	ประเทศ	คะแนนรวม	1. การป้องกัน	2. การคัดกรองและรายงานในระยะแรก	3. การตอบสนองที่รวดเร็ว	4. ระบบสุขภาพ	5. การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล	6. สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง
1	สหรัฐอเมริกา	83.5	สหรัฐอเมริกา = 83.1	สหรัฐอเมริกา = 98.2	อังกฤษ = 91.9	สหรัฐอเมริกา = 73.8	สหรัฐอเมริกา = 85.3	ลีกเตนส์ไตร์น = 87.9
2	อังกฤษ	77.9	สวีเดน = 81.1	ออสเตรเลีย	สหรัฐอเมริกา	ไทย = 70.5	อังกฤษ	นอร์เวย์
3	เนเธอร์แลนด์	75.6	ไทย = 75.7	ลัตเวีย	สวิตเซอร์แลนด์	เนเธอร์แลนด์	ออสเตรเลีย	สวิตเซอร์แลนด์
4	ออสเตรเลีย	75.5	เนเธอร์แลนด์	แคนาดา	เนเธอร์แลนด์ = 79.1	แคนาดา	ฟินแลนด์	ลักเซมเบิร์ก
5	แคนาดา	75.3	เดนมาร์ก	เกาหลีใต้	ไทย = 78.6	เดนมาร์ก	แคนาดา	ออสเตรีย
6	ไทย	73.2	ฝรั่งเศส	อังกฤษ	เกาหลีใต้	ออสเตรเลีย	เม็กซิโก	สวีเดน
7	สวีเดน	72.1	แคนาดา	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	สวิตเซอร์แลนด์	อินโดนีเซีย	อันดอร์รา
8	เดนมาร์ก	70.4	ออสเตรเลีย	เนเธอร์แลนด์	โปรตุเกส	ฝรั่งเศส	ลิทัวเนีย	โมนาโก
9	เกาหลีใต้	70.2	ฟินแลนด์	สวีเดน	บราซิล	ฟินแลนด์	สโลวีเนีย	ฝรั่งเศส
10	ฟินแลนด์	68.7	อังกฤษ	เยอรมนี	ออสเตรเลีย	เบลเยียม	ไลบีเรีย	แคนาดา
11							สวีเดน = 71.3	
12							ไทย = 70.9	
13				ลิทัวเนีย = 81.5				
14				แอฟริกาใต้ = 81.5				
15				ไทย = 81.0				
								92 ตุรกี = 56.5
								93 ไทย = 56.4

**ข้อมูลแต่ละมิติมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 ซึ่ง 100 เป็นเงื่อนไขหรือสภาวะความมั่นคงด้านสุขภาพที่ดีที่สุด จากจำนวน 195 ประเทศ

ตัวอย่างมิติที่ประเทศไทยได้รับการประเมินดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพในระดับสากลในลำดับต้น

ตารางที่ 1 มิติ ดัชนี และตัวอย่างตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ซึ่งไทยได้รับการจัดลำดับเป็นที่ 2 ของโลก

มิติที่ 4 ระบบสุขภาพ	ตัวอย่างตัวชี้วัด
4.1 ชีตความสามารถด้านสุขภาพในคลินิกโรงพยาบาลและศูนย์ดูแลชุมชน	
4.1.1 ทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่สำหรับระบบการดูแลสุขภาพที่กว้างขึ้น	ประเทศมียุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ (ซึ่งได้รับการปรับปรุงในช่วงห้าปีที่ผ่านมา) เพื่อระบุสาขาที่กำลังคนมีไม่เพียงพอ และกลยุทธ์ที่จะแก้ไขข้อบกพร่องเหล่านี้หรือไม่?
4.1.2 ความสามารถของสิ่งอำนวยความสะดวก	ประเทศมีความสามารถในการแยกผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อสูงในศูนย์ดูแลผู้ป่วยทางชีวภาพ และ/หรือห้องแยกผู้ป่วย/ ที่ตั้งอยู่ภายในประเทศหรือไม่?
4.2 มาตรการตอบโต้ทางการแพทย์และการปรับใช้บุคลากร	
4.2.1 ความสามารถในการได้รับการตอบโต้ทางการแพทย์	ประเทศมีข้อตกลงร่วมกับผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายในการจัดหา มาตรการตอบโต้ทางการแพทย์ เพื่อใช้ในระบัตชาติในช่วงที่เกิดเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (เช่น วัคซีน การบำบัดรักษา และการวินิจฉัย) หรือไม่?
4.2.2 ระบบการจัดการตอบโต้มาตรการทางการแพทย์ ในกรณีฉุกเฉินด้านสาธารณสุข	ประเทศมีแผน โครงการ หรือแนวทางในการจ่ายมาตรการตอบโต้ทางการแพทย์ เพื่อใช้ในระบัตประเทศในช่วงที่เกิดเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (เช่น ยาปฏิชีวนะยารักษาโรค วัคซีน การบำบัดรักษา และการวินิจฉัย) หรือไม่?
4.2.3 ระบบสำหรับรับบุคลากรสุขภาพจากต่างประเทศในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	มีแผนสาธารณะเพื่อรับบุคลากรด้านสุขภาพจากประเทศอื่น ๆ เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหรือไม่?
4.3 การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ	
4.3.1 การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ	ประเทศนี้มีการออกกฎหมายเพื่อใช้เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่?
4.3.2 บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพเข้าถึงการดูแลสุขภาพ	รัฐบาลได้ออกกฎหมาย นโยบายหรือคำแถลงสาธารณะที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคลากรด้านสุขภาพที่ป่วย เนื่องจากมาจากผลของการปฏิบัติงานเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหรือไม่?
4.4 การสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพในช่วงภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	
4.4.1 การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ	มีระบบสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพในการติดต่อสื่อสารในกรณีฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหรือไม่?
4.5 การควบคุมการติดเชื้อและความพร้อมของอุปกรณ์	
4.5.1 อุปกรณ์ควบคุมการติดเชื้อที่มีอยู่	ประเทศมีการตีพิมพ์แผนกลยุทธ์หรือเอกสารที่เปิดเผยต่อสาธารณชนเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) สำหรับการใช้ในชีวิตประจำวันและในช่วงที่เกิดเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหรือไม่?
4.5.2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ	มีหลักฐานว่าระบบสาธารณสุขของประเทศกำลังเฝ้าระวังและติดตามจำนวนการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลหรือไม่?

มิติที่ 4 ระบบสุขภาพ	ตัวอย่างตัวชี้วัด
4.6 ความสามารถในการทดสอบและอนุมัติมาตรการทางการแพทย์แบบใหม่	
4.6.1 กระบวนการกำกับดูแลสำหรับการดำเนินการทดลองทางคลินิกของการแทรกแซงที่ไม่ได้ลงทะเบียน	มีข้อกำหนดระดับชาติสำหรับการทบทวนด้านจริยธรรม (เช่น จากคณะกรรมการจริยธรรมหรือผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาสถาบัน) ก่อนเริ่มการทดลองทางคลินิกหรือไม่?
4.6.2 กระบวนการกำกับดูแลการอนุมัติมาตรการทางการแพทย์	มีหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบการอนุมัติมาตรการทางการแพทย์แบบใหม่สำหรับมนุษย์หรือไม่?

ตารางที่ 2 มิติ ดัชนี และตัวอย่างตัวชี้วัดด้านการป้องกัน ซึ่งไทยได้รับการจัดลำดับเป็นที่ 3 ของโลก

มิติที่ 1 การป้องกัน	ตัวอย่างตัวชี้วัด
1.1 ความต้านทานของยาต้านจุลชีพ	
1.1.1 การเฝ้าระวัง การตรวจจับและการรายงาน ความต้านทานยาต้านจุลชีพ	รัฐบาลดำเนินกิจกรรมตรวจจับหรือเฝ้าระวังกิจกรรมต่างๆ (เช่น ในดิน ทางน้ำ) สำหรับยาต้านจุลชีพหรือสิ่งมีชีวิตในความต้านทานยาต้านจุลชีพหรือไม่?
1.1.2 การควบคุมยาต้านจุลชีพ	มีกฎหมายหรือข้อบังคับของประเทศหรือไม่ที่ต้องมีใบสั่งยาสำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะในมนุษย์?
1.2 โรคที่ติดเชื้อมาจากสัตว์สู่คน	
1.2.1 การวางแผนระดับชาติสำหรับโรคติดต่อจากสัตว์ / เชื้อโรค	มีแผน องค์กร หรือหน่วยที่คล้ายกันที่อุทิศให้กับโรคติดต่อจากสัตว์ ซึ่งทำงานข้ามกระทรวงหรือไม่?
1.2.2 ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อจากสัตว์ / เชื้อโรค	ประเทศได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อจากสัตว์ป่าหรือไม่ (เช่น สัตว์ป่า แมลง พาหะนำโรคอื่น ๆ) หรือไม่?
1.2.3 การรายงานโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ	ประเทศได้ส่งรายงานไปยังองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของกรณีมนุษย์ที่เป็นโรคติดต่อจากสัตว์ สำหรับปีปฏิทินที่ผ่านมาหรือไม่?
1.2.4 กำลังคนด้านสุขภาพสัตว์	จำนวนสัตวแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน
1.2.5 ภาคเอกชนและโรคจากสัตว์สู่คน	มีแผนระดับชาติเกี่ยวกับโรคติดต่อจากสัตว์หรือกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับหรือแผนอื่น ๆ รวมถึงกลไกในการทำงานร่วมกับภาคเอกชนในการควบคุมหรือตอบสนองต่อโรคติดต่อระหว่างสัตว์หรือไม่?
1.3 ความมั่นคงทางชีวภาพ	
1.3.1 ความมั่นคงทางชีวภาพแบบเบ็ดเสร็จของรัฐบาล	มีหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น (หรือองค์กร) รับผิดชอบการบังคับใช้ระเบียบ กฎหมายด้านความปลอดภัยทางชีวภาพหรือไม่?
1.3.2 การฝึกและปฏิบัติความมั่นคงทางชีวภาพ	ประเทศต้องการการฝึกอบรมด้านความมั่นคงทางชีวภาพ การใช้มาตรฐานหรือไม่ เช่นผ่านหลักสูตรทั่วไปหรือโปรแกรมฝึกอบรมผู้ฝึกอบรม สำหรับการทำงานของบุคลากรในอาคารที่พักอาศัยหรือที่ทำงานกับเชื้อโรคอันตราย สารพิษ หรือวัสดุชีวภาพที่มีศักยภาพแพร่ระบาดสูง

มิติที่ 1 การป้องกัน	ตัวอย่างตัวชี้วัด
1.3.3 การตรวจค้นโดยบุคลากร: การควบคุมการเข้าถึงสถานที่สำคัญ	มีกฎระเบียบหรือเงื่อนไขการออกใบอนุญาตระบุว่าความมั่นคงและบุคลากรอื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงเชื้อโรคที่เป็นอันตราย สารพิษหรือสารชีวภาพที่มีโอกาสแพร่ระบาดใหญ่ ต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบดังต่อไปนี้หรือไม่: การทดสอบยา การทดสอบพื้นฐาน และการตรวจสอบสมรรถภาพทางจิตใจ
1.3.4 ความมั่นคงในการขนส่ง	ประเทศมีข้อมูลสาธารณะเกี่ยวกับกฎระเบียบระดับชาติต่อการขนส่งที่มั่นคงและปลอดภัยของสารติดเชื้อ (โดยเฉพาะหมวดหมู่ A และ B39) หรือไม่?
1.3.5 การถ่ายโอนข้ามพรมแดนและการคัดกรองผู้ใช้ปลายทาง	มีกฎหมายและ / หรือข้อบังคับในการกำกับดูแลการถ่ายโอนข้ามแดนและการคัดกรองผู้ใช้ปลายทางโดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อโรคที่เป็นอันตราย สารพิษและเชื้อโรคที่มีศักยภาพในการระบาดใหญ่หรือไม่?
1.4 ความปลอดภัยทางชีวภาพ	
1.4.1 ระบบความปลอดภัยทางชีวภาพทั้งหมดของภาครัฐ	ประเทศมีกฎหมายความปลอดภัยทางชีวภาพระดับชาติ และ/หรือข้อบังคับหรือไม่?
1.4.2 การฝึกและปฏิบัติด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ	ประเทศต้องการการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยทางชีวภาพโดยใช้วิธีการที่ได้มาตรฐาน เช่นผ่านหลักสูตรทั่วไปหรือโปรแกรมฝึกอบรมผู้ฝึกอบรม สำหรับการทำงานของบุคลากรในอาคารที่พักอาศัยหรือทำงานกับเชื้อโรคที่มีอันตราย สารพิษหรือสารชีวภาพที่มีศักยภาพในการระบาดใหญ่หรือไม่?
1.5 การวิจัยแบบใช้สองทางและวัฒนธรรมของวิทยาศาสตร์ที่มีความรับผิดชอบ	
1.5.1 การกำกับดูแลการวิจัยกับเชื้อโรคที่มีอันตรายเป็นการเฉพาะ สารพิษ เชื้อโรคที่มีศักยภาพในการระบาดใหญ่ และ/หรือการวิจัยแบบใช้สองทางอื่น ๆ	มีหน่วยงานรับผิดชอบในการกำกับดูแลการวิจัยเชื้อโรคที่มีอันตรายเฉพาะ สารพิษ เชื้อโรคที่มีศักยภาพในการระบาดใหญ่ และ/หรือการวิจัยแบบใช้สองทางอื่น ๆ หรือไม่?
1.5.2 การคัดกรองข้อกำหนดสำหรับผู้ให้บริการของสารพันธุกรรม	มีการออกกฎหมายและ / หรือข้อบังคับที่จำเป็นต้องมีการคัดกรองสารพันธุกรรมหรือ DNA ที่สังเคราะห์ต่อรายการของเชื้อโรคและสารพิษที่รู้จักก่อนที่มันจะถูกขายหรือไม่?
1.6 การได้รับวัคซีน	
1.6.1 อัตราการได้รับวัคซีน	อัตราการฉีดวัคซีน (หัต / การได้รับวัคซีนเข็มที่ 1)