



บทที่ 11

ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยที่เป็น

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

1. ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency)

เวลาพูดถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency) ทุกคนจะนึกภาพออกว่าคนไข้กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต อยู่ในรอยต่อระหว่างการมีชีวิตอยู่หรือการเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วและความพร้อมของทีมแพทย์ที่จะวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้อง เช่น คนไข้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะช็อค ภาวะการหายใจล้มเหลว หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็จะเสียชีวิตได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงเป็นต้น

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) เป็นศัพท์ที่ได้ยินมากขึ้นในช่วงหลังนี้ มีนัยเหมือนกัน ต่างกันเพียงแทนที่จะเกิดกับคนไข้เป็นรายๆ แต่เกิดกับชุมชนซึ่งมีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งกำลังอยู่ในภาวะถูกคุกคามด้วยโรคหรือภัยที่มาอย่างรวดเร็ว หากที่มงานสาธารณสุขขาดความพร้อมและความรวดเร็วในการวินิจฉัยและควบคุมโรคหรือภัยอย่างเหมาะสม ผู้คนในชุมชนนั้นก็เกิดการล้มป่วยเจ็บตายจำนวนมากในช่วงเวลาสั้นๆ เช่นไม่กี่วันหรือ ภายในสัปดาห์หรือเดือน และเกิดผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขนี้อาจเป็นโรคระบาดเช่นโรค SARS โรคไข้หวัดนก อาหารเป็นพิษจากหน่อไม้ดิบ สารพิษรั่วไหลปนเปื้อนในอาหารหรือน้ำ ภัยธรรมชาติ รวมถึงการจงใจใช้สารชีวภาพหรือสารเคมีประทุษร้ายต่อประชาชน นับวันเรายังจะพบภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใหม่ๆ มากขึ้นเรื่อยๆ และภาระการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขนั้นไม่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นหรือมอบให้เอกชนดำเนินการได้ เนื่องจากต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ฉับพลันทั้งในประเทศและร่วมกับต่างประเทศ

รายงานนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้เห็นประโยชน์ของระบบเฝ้าระวังโรค/ภัยของประเทศไทยที่พยายามปรับตัวเองเพื่อจะช่วยให้ระบบสาธารณสุขของประเทศสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ดีขึ้น

2. กฎอนามัยระหว่างประเทศและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (International Health Regulation 2005)

ใน ค.ศ. 1969 สมาชิกองค์การอนามัยโลกได้รับรองและประกาศใช้กฎอนามัยโลกระหว่างประเทศฉบับแรก โดยให้ประเทศที่มีผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้เหลือง ต้องรายงานให้องค์การอนามัยโลกทราบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่ ที่ราย อยู่ในเมืองอะไร เนื่องจากโรคเหล่านี้มีศักยภาพในการก่อให้เกิด การระบาดจากชุมชนหนึ่งไปสู่อีกชุมชนหนึ่ง จากประเทศหนึ่งไปยังหลายๆประเทศ ทวีปหรือทั่วโลก ในขณะนั้นยังเน้นเรื่องมาตรการที่ด่านทางเรือและทางอากาศเนื่องจากคิดว่าเป็นประตูเข้าออกของโรคติดต่อต่างๆ



ต่อมาพบว่าภูมิลักษณ์ระหว่างประเทศนี้ไม่ได้รับความสนใจและปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อประเทศมีการรายงานโรคดังกล่าวให้องค์การอนามัยโลกหรือให้นานาชาติทราบ มักเกิดผลกระทบต่อ การส่งออก การท่องเที่ยว และภาพพจน์ ทำให้ประเทศต่างๆ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้

ในประมาณปลายทศวรรษ 1990 องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามทบทวนกฏอนามัยโลกใหม่ จนมาเกิดกรณีการระบาดของโรคซาร์ส ซึ่งการที่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดไม่ได้รายงานการป่วยด้วยโรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน มีอัตราป่วยตายสูง และมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง จนกระจายไปยังประเทศต่างๆ ถึง 32 ประเทศ เกิดผลกระทบทางสาธารณสุข ทางสังคม เศรษฐกิจ การเดินทางและการเมืองอย่างกว้างขวาง ทำให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของความร่วมมือที่จะต้องเฝ้าระวังโรค/ภัยที่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาติ (Public Health Emergency of International Content) อันเป็นเนื้อหาใจความสำคัญของกฏอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ซึ่งได้รับการรับรองใน พ.ศ. 2548 และประเทศต่างๆ จะนำไปปฏิบัติในกลาง พ.ศ. 2550

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาติ ได้แก่ เหตุการณ์ผิดปกติซึ่งอาจเป็นโรคติดต่อ การปนเปื้อนสารเคมี ภัยธรรมชาติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดหรือการเจ็บป่วยต่อประชากรของประเทศอื่นๆ และต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการควบคุมปัญหาดังกล่าว ซึ่งหากพบว่ามีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ประเทศสมาชิกจำเป็นต้องรีบรายงานให้องค์การอนามัยโลกทราบอย่างเร่งด่วน หรือหากไม่มีการรายงานจากประเทศต้นตอ แต่องค์การอนามัยโลกได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น ก็สามารถที่จะดำเนินการทั้งทางตรงหรือทางอ้อมในการให้ได้รับทราบข้อเท็จจริง สำหรับเกณฑ์การพิจารณาว่าเหตุการณ์ใดควรจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาตินั้นประกอบด้วย เหตุการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงหรือไม่ ผิดจากเหตุการณ์ปกติหรือความคาดหมายหรือไม่ มีผลกระทบต่อการเดินทางหรือค้าขายในระดับนานาชาติหรือไม่ ฯลฯ

นอกจากนี้ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกยังได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและควบคุมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งสมควรที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้ตรวจสอบศักยภาพและความพร้อมของประเทศ

3. ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อและพัฒนาการในประเทศไทย

การเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา โดยเริ่มจากการมีรายงานโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในสมัยแรกๆ อันได้แก่ มาลาเรีย คุชทูระราด โดยดำเนินการเป็นโครงการชำนาญพิเศษ (Vertical Program) มีบุคลากรเฉพาะที่จะไปค้นหาผู้ป่วย เก็บตัวเลขผู้ป่วยจากจังหวัดต่างๆ มาติดตามแนวโน้มการป่วย การตาย การกระจายของโรค และออกดำเนินการควบคุมโรคแบบครบวงจร ต่อมาเกิดการระบาดของอหิวาตกโรคใหญ่ทั่วประเทศ มีโครงการกำจัดกวาดล้างใช้ทรัพย์สิน และเริ่มมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญในเด็กเช่นโปลิโอ คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคระดับประเทศโดยให้มีลักษณะที่บูรณาการการรายงานโรค (Integrated Disease Notification)

ในการปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในประมาณ พ.ศ. 2515 จึงมีกองระบาดวิทยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีอัตราพนักงานระบาดวิทยาในแต่ละจังหวัด ทำหน้าที่เก็บรวบรวม จำนวนป่วย จำนวนตายและข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยด้วยโรคที่สำคัญแต่ละรายลงในบัตรรายงานโรค (รง 506) เพื่อใช้ประโยชน์ในระดับจังหวัดและรายงานเข้ามาสู่ส่วนกลาง ในระยะแรกพนักงานระบาดวิทยาเหล่านี้รับเงินเดือนตรงจากกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมามีการบูรณาการให้เป็นเจ้าหน้าที่ของจังหวัด มีงาน



ระบาดวิทยาที่เป็นงานหนึ่งในฝ่ายแผนและประเมินผล มีเจ้าหน้าที่ประมาณหนึ่งหรือสองคนในแต่ละจังหวัด สำหรับในหน่วยบริการเช่นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ก็ได้ขอให้แต่ละโรงพยาบาลมอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่รายงานโรค ทุกๆปีจะมีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ใหม่ที่จะทำหน้าที่การรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีการรายงานโรคเข้ามาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาก็จะทำการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์เป็นรายสัปดาห์เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หากพบความผิดปกติก็จะทำการสอบสวนโรค และมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคซึ่งอยู่ฝ่ายควบคุมโรคออกไปดำเนินการคู่ขนานกันไป

แม้ระบบเฝ้าระวังโรคจะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีปัญหาอยู่มากที่สำคัญได้แก่

1. การลืมเจตนากรณีดั้งเดิมของการเฝ้าระวัง มีการขยายจำนวนโรคที่ต้องรายงานมากขึ้นเรื่อยๆ จากเพียงประมาณ 20 โรคในระยะแรกเป็นกว่า 70 โรคในปัจจุบัน เพียงเพื่ออยากรู้ว่าโรคนั้นๆ มีจำนวนมากเท่าไร ซึ่งเป็นแนวคิดของการรวบรวมตัวเลขเพื่อจัดทำสถิติ ในขณะที่การเฝ้าระวังโรคที่แท้จริงนั้นมีแนวคิดที่จะทำการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญยิ่งยวด (Priority Diseases) เช่น โรคที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการระบาด อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังโรคจึงเน้นความรวดเร็วที่จะได้ข้อมูลมาเพื่อส่งทีมออกไปตรวจสอบว่าจริงเท็จอย่างไร ที่ชุมชนซึ่งผู้ป่วยอยู่เพื่อจะได้ดำเนินการควบคุมโรคหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงออกไปอย่างทันที

2. ความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าหากเกิดโรคระบาดเป็นความผิดพลาด ผู้บริหารจำนวนไม่น้อยมักจะคิดว่าหากมีการรายงานโรคซึ่งถูกกำหนดเป็นนโยบาย ก็จะทำให้ถูกมองว่าการควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จ จึงมีการชะลอการรายงาน คัดกรองรายงานเฉพาะที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน หรือบางครั้งอาจไม่มีการรายงานหรือรายงานในชื่ออื่น เช่น ให้รายงานอหิวาตกโรคเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

3. ความเป็นเอกภาพของการเฝ้าระวังโรคและการควบคุมโรค ในอดีตงานทางด้านระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคมักไม่ได้อยู่รวมกัน เช่น ในส่วนกลาง กองระบาดวิทยาอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงไม่ได้ขึ้นกับกรมควบคุมโรค ในระดับจังหวัดงานระบาดวิทยาอยู่ที่ฝ่ายแผนงานและประเมินผล ทำให้การทำงานร่วมกันยังไม่เป็นทีมเดียวกันอย่างชัดเจน ภายหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 จึงได้มีการเปลี่ยนให้ กองระบาดวิทยาเป็นสำนักระบาดวิทยาขึ้นกับกรมควบคุมโรค สำหรับในระดับจังหวัดแม้ส่วนใหญ่จะเอางานระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคไปอยู่ด้วยกันภายใต้กลุ่มงานวิชาการแต่ก็ยังมีจำนวนหนึ่งที่งานระบาดวิทยายังอยู่กับกลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างนี้เพื่อเน้นความสำคัญให้เกิดการเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพเพื่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างทันทั่วทั้งที่ (Surveillance for Action) มิได้เพื่อการใช้ทำแผนค่าของประมาณเพียงอย่างเดียว ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะถูกต้อง อย่างไรก็ตาม องค์กรที่ทำงานด้านการเฝ้าระวังอย่างเต็มเวลายังมีน้อยเกินไป โดยเฉพาะจังหวัดหนึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาเพียง 1 หรือ 2 คน และไม่มีอัตรากำลังในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน

4. หน่วยหรือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team (SRRT))

ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้ประสบกับปัญหา Public Health Emergency ในระดับใหญ่ๆ ตลอดเรื่อยมาอันได้แก่โรคระบาดทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือ SARS (พ.ศ. 2545) ไข้หวัดนก (พ.ศ. 2546) สีนามิ (พ.ศ. 2547) และล่าสุด Botulism Food Poisoning จากอาหารหน่อไม้ดิบ (พ.ศ. 2549) ซึ่งจะได้มีการกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อต่อไปว่าระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศเพื่อตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเหล่านี้ดำเนินการในลักษณะอย่างไร



ในอดีตเมื่อเกิดโรคระบาดที่มีขนาดที่ค่อนข้างใหญ่ มักจะมีคำสั่งให้ตั้ง War Room หรือศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเพื่อจัดการควบคุมโรคต่างๆ ที่เกิดบ่อยๆ ได้แก่หิวอดโรค และมักจะมีการรวมเจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยาและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค เจ้าหน้าที่สุขภาพบาล เข้าด้วยกัน และมีชื่อเรียกกันว่า Special Response Team เพื่อจะรีบออกไปยังจุดเกิดเหตุทันทีและมีขีดความสามารถในการค้นหาผู้ป่วย หาแหล่งแพร่โรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยง ทำการปรับปรุงสภาพสุขภาพบาลหรือปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาด เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วทีมดังกล่าวก็สลายตัว

เมื่อเกิดโรค SARS กรมควบคุมโรคได้เสนอและได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้ทุกจังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการอย่างน้อยจังหวัดละ 2 ทีม ที่ประกอบด้วย แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค เพื่อสามารถออกปฏิบัติการติดตามหาผู้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรค SARS ทีมเหล่านี้ได้ออกปฏิบัติงานตลอดวันตลอดคืน ทันทีที่ได้รับแจ้งว่าพบผู้ป่วยสงสัย เมื่อโรค SARS ผ่านผ่านไป แนวคิดเรื่องทีมปฏิบัติงานตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจึงได้ถูกยกระดับเพื่อให้เป็นทีมถาวรประจำอยู่ในทุกระดับ

เมื่อเกิดโรคใช้หัวหน้าก กระทรวงสาธารณสุขจึงเรียกทีมนี้ว่า Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) มีการกำหนดเป้าหมายว่าทุกอำเภอจะต้องมีทีม SRRT อย่างน้อยหนึ่งทีม ที่ระดับจังหวัดอย่างน้อยหนึ่งทีมในทุกจังหวัด (Provincial SRRT) รวมถึงกรุงเทพมหานครที่มีทีมประจำในทุกพื้นที่ ซึ่งมีศูนย์บริการสุขภาพ และที่ระดับเขตก็จะมี Regional SRRT และ สุดท้ายระดับประเทศก็จะมี Central SRRT

เพื่อให้สามารถดำเนินงานในเรื่อง SRRT ให้ประสบความสำเร็จนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามพัฒนาองค์ประกอบที่สำคัญสี่ด้านคือ

ประการแรก การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

- แนวคิดเรื่อง SRRT ได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายและปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคใช้หัวหน้ากแห่งชาติ (พ.ศ. 2548 - 2550)
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงมาดูแล และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาสาธารณสุขและของกรมควบคุมโรค
- กำหนดให้ SRRT เป็นกลไกที่สำคัญของการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 โดยให้มีโครงสร้างของ Surveillance Unit ในทุกหน่วยบริการ

ประการที่สอง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

- ลดจำนวนโรคจากปัจจุบันให้คงเหลือเฉพาะที่สำคัญซึ่งข้อมูลการเฝ้าระวังมีความสำคัญยิ่งยวดในการตอบโต้กับภัยคุกคามนั้นๆ
- กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานเป็นรายโรคโดยประกอบด้วยความสำคัญของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง นิยาม เกณฑ์การรายงาน มาตรการทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการ และองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน
- ใช้เทคโนโลยีด้านสารสนเทศเพื่อสนับสนุนให้มีการรายงานที่รวดเร็วและลดภาระงาน เช่น การรายงานผ่านอินเทอร์เน็ตโดยเริ่มสำหรับกรณีโรคใช้หัวหน้ากในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดซ้ำซาก
- ส่งเสริมร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ทราบสาเหตุเช่นเชื้อ หรือ สารเคมี ที่เป็นตัวก่อโรค

ประการที่สาม การพัฒนาบุคลากร

- มีการจัดอบรมทีม SRRT ของทุกจังหวัดและทุกอำเภอใน พ.ศ. 2547 - 2548
- การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง เช่น การออกสอบสวนโรคร่วมกัน หรือการศึกษาคณะที่กเกิด



ขึ้น จริง เช่น โรคอาหารเป็นพิษจากหน่อไม้ดิบ

- จัดหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นให้แพทย์หัวหน้าทีม และนักวิชาการ
 - ผลตินักระบาดวิทยาด้านการสอบสวนโรค (FETP) เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นฐานความรู้
- ประการที่สี่ ส่งเสริมเครือข่ายบุคคลและข่าวสารทั้งในและต่างประเทศ
- พัฒนาเครือข่ายด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการจัดทำ Outbreaklist ซึ่งแจ้งข่าวการระบาดหรือข่าวสารใหม่ๆ จากในและต่างประเทศให้สมาชิกทีม SRRT ทั่วประเทศได้ทราบทันทีที่เกิดเหตุ
 - จัดประชุมเครือข่ายที่มงานภายในจังหวัด ในเขต และทั่วประเทศ เป็นประจำปี มีการนำเสนอผลงานและรับฟังความก้าวหน้าทางวิชาการต่างๆ เพิ่มเติม

5. กรณีศึกษาการเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

5.1 SARS

ปลาย พ.ศ. 2545 ได้มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือที่รู้จักกันในชื่อ SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ในมณฑลกว่างตุงของประเทศจีน พบผู้ป่วยปอดบวม (Atypical Pneumonia) ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะและมีการแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้รับรายงานผู้ป่วยจากประเทศต่างๆ รวม 32 ประเทศ มีผู้ป่วย 8,436 คน เสียชีวิต 813 คน ซึ่งในที่สุดพบว่าเชื้อสาเหตุของการระบาดดังกล่าวเป็นกลุ่ม Corona Virus แต่เป็นสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลกเดินทางเข้ามารับการรักษา

กรมควบคุมโรคได้วางแผนทางการเฝ้าระวังโรคเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม 2546 โดยส่งสัญญาณให้หน่วยงานต่างๆสนใจเรื่อง Atypical Pneumonia ผ่านรายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือสั่งการอย่างเป็นทางการในวันที่ 19 มีนาคม 2546 ให้ทุกหน่วยดำเนินการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด ต่อมา ในวันที่ 1 เมษายน 2546 ได้มีการประชุมใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อวางมาตรการรองรับการระบาด ที่อาจจะเกิดขึ้นในประเทศ มีการรายงานสถานการณ์จากทุกจังหวัดและสรุปเป็นภาพรวมของกระทรวงเป็นรายวันติดต่อกันทุกวันไม่เว้นวันหยุดติดต่อกันรวม 96 วัน

โรค SARS Corona Virus เป็นเชื้ออุบัติใหม่ องค์ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับตัวเชื้อ การติดต่อ การดำเนินโรคของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ไม่มีความชัดเจน สิ่งที่ทราบในระยะเริ่มต้นของการระบาดคือเป็นโรคติดต่อที่รุนแรง มีอัตราป่วยตายสูง และบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตัวเชื้อ การดำเนินโรคและแนวทางการดำเนินงานของประเทศต่างๆ และองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประชาชน และสื่อมวลชนต่างๆให้ความสนใจต่อการระบาดอย่างมาก นอกจากนี้ การรับรู้ของสาธารณะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและสถานบริการทางสาธารณสุข ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล เนื่องจากภาพลักษณ์ว่า SARS เป็นโรคติดต่ออันตราย ดังนั้นข้อมูลต่างๆจึงถือว่าเป็นข้อมูลลับ ทำให้การดำเนินงานต่างๆ มีความยากลำบากมากขึ้น ทั้งในเรื่องการประสานงาน การดำเนินการแยกผู้ป่วย การดำเนินการแยกผู้สัมผัส เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่เคยมีผู้ใดมีประสบการณ์โดยตรงต่อการดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว วัสดุอุปกรณ์ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อที่แพร่โดยทางเดินหายใจ อันได้แก่ หน้ากากระดับ N95 และเครื่องป้องกันต่างๆมีความขาดแคลน เนื่องจากไม่ได้มีการจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า ต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก



ได้มีการจัดระบบเฝ้าระวังโรคโดย

• จัดทำคู่มือแนวทางในการเฝ้าระวังสอบสวน มีการปรับปรุงใหม่ 3 ครั้ง จากนั้นมีการจัดพิมพ์แจกจ่ายให้กับผู้เข้ารับการอบรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักควบคุมโรคที่ 1-12 และเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตที่ <[http://epid.moph.go.th/sars/investSARS%2006 46.doc](http://epid.moph.go.th/sars/investSARS%2006%2046.doc)> และ <<http://www.ddc.moph.go.th/sarscenter.html>>

- อบรมเจ้าหน้าที่จังหวัดและสำนักงานควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 3 ครั้ง รวมประมาณ 250 คน
- รับแจ้งผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยและได้ดำเนินการสอบสวนหรือประสานงานเพื่อให้มีการสอบสวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 313 คนจาก 52 จังหวัด และได้ผลสรุปเป็นผู้ป่วยสงสัย 31 ราย ผู้ป่วยน่าจะเป็น 9 ราย
- ติดตามผู้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งทุกรายจนกว่าจะตัดสินว่าผู้ป่วยไม่เป็นผู้ป่วยสงสัยหรือน่าจะเป็นในส่วนของผู้ป่วยสงสัยและน่าจะเป็นได้ดำเนินการติดตามผู้สัมผัสจนครบ 10 วันหลังการสัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย จำนวนทั้งสิ้น 1,016 รายโดยแยกเป็น

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	132	ราย	(เฉลี่ย 3 ราย/ผู้ป่วย)
ผู้สัมผัสใกล้ชิด	154	ราย	(เฉลี่ย 4 ราย/ผู้ป่วย)
ผู้สัมผัสบุคลากร	730	ราย	(เฉลี่ย 18 ราย/ผู้ป่วย)

- ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อตรวจยืนยันการติดเชื้อ Corona Virus ทางห้องปฏิบัติการจำนวน 110 ราย พบเชื้อ SARS- Corona Virus จำนวน 1 ราย ติดเชื้อ Mycoplasma 2 ราย (ได้ใช้ผลการวินิจฉัยนี้ในการตัดผู้ป่วยน่าจะเป็นออกไปสองราย ทำให้เหลือเพียง 9 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่ชัดเจนได้เนื่องจากไม่สามารถเก็บเลือดผู้ป่วยครั้งที่สองได้เพราะเป็นชาวต่างประเทศ

บทเรียนสำคัญที่พบในระหว่างการดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและติดตามผู้สัมผัสคือ

- ความพร้อมของโรงพยาบาลและบุคลากรในการให้การแยกผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลไม่เพียงพอเจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวทำให้เกิดความหวาดกลัว
- ความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมในสถานการณ์เร่งด่วนขาดการวางแผนและฝึกซ้อม และสำรองอุปกรณ์ที่จำเป็นในงานเฝ้าระวังและสอบสวน
- การบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคระบาดยังพบว่ามีปัญหาหลายเรื่องในเชิงปฏิบัติ เช่น รายได้ที่สูญเสียในการสั่งให้แยกตัวอยู่กับบ้าน ค่าใช้จ่ายที่เกิดเมื่อให้กักตัวไว้ในโรงพยาบาล
- การตระหนกของสังคมต่อการระบาดของโรคในระยะวิกฤตก่อให้เกิดการรังเกียจผู้ป่วย แม้จะเสียชีวิตแล้วก็ไม่ยอมให้มีการสวดหรือทำตามประเพณีที่ควรเป็น

5.2. ไขหวัดนก

แม้โรคซาร์สจะเงียบสงบไปพักใหญ่ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2546 แต่ประเทศไทยก็ได้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งให้มีการเตรียมแผนสำหรับรองรับการหวนกลับมาของโรคซาร์ส และก็ยังทำการเฝ้าระวังในผู้ป่วยปอดอักเสบที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ประมาณเดือนพฤศจิกายน ก็เริ่มมีข่าวภายในพุดถึงเรื่องการตายอย่างผิดปกติของไก่ฟาร์มและไก่พื้นบ้านในจังหวัดนครสวรรค์ ต่อมาอีกหลายจังหวัดในภาคกลางก็พบการตายผิดปกติ สำนักโรคระบาดวิทยาได้ส่งทีมออกไปศึกษาที่จังหวัดจะเชิงเทรา และได้ตัวอย่างไก่ที่ตายผิดปกติมาให้มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจ ซึ่งผลพบว่ามีการติดเชื้อ Influenza group A ที่ไม่ใช่ H1 หรือ H3 ในอวัยวะหลายส่วน



ของไก่ที่ตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการเฝ้าระวังการป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดใหญ่หรือปอดบวมในจังหวัดที่มีรายงานการตายของไก่ผิดปกติ จนกระทั่งกลางเดือนมกราคมเริ่มมีรายงานว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงในจังหวัดสุพรรณบุรี และกาญจนบุรี ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงและมีการตรวจพบเชื้อ Influenza Group A ชนิด H5N1 ในผู้ป่วยทั้งสองราย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการประกาศการพบผู้ป่วยไข้หวัดนกเป็นครั้งแรกในวันที่ 23 มกราคม 2547 และขอให้แต่ละจังหวัดจัดทีมปฏิบัติการที่พร้อมออกไปสอบสวนโรคทันทีที่ทางโรงพยาบาลพบผู้ป่วยที่เข้าข่ายหรือสงสัย โดยทีมงานจะเข้าไปในหมู่บ้าน ดูสภาพแวดล้อม ตรวจสอบว่ามีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติจริงหรือไม่ ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ให้ความรู้และเฝ้าติดตามการป่วยในชาวบ้านในหมู่บ้านที่พบการตายของสัตว์ปีกอย่างผิดปกติติดต่อกันอย่างน้อย 10 วัน

นับตั้งแต่ต้นปี 2547 จนถึงสิ้นเดือนธันวาคม 2549 ประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกไป 25 ราย เสียชีวิต 17 โดยแยกได้ดังนี้

- ปี 2547 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรครวม 2,920 ราย ภายหลังการสอบสวนพบผู้ป่วยยืนยัน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย
- ปี 2548 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรครวม 3,244 ราย พบผู้ป่วยยืนยัน 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย
- ปี 2549 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องออกสอบสวนโรครวม 5,641 ราย พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย เสียชีวิตทั้งสามราย

การเฝ้าระวังกรณีไข้หวัดนกเป็นการเปลี่ยนโฉมหน้าของการเฝ้าระวังโรคไปอย่างมาก ทั้งนี้เพราะทุกครั้งที่มีการรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จะต้องมีการออกไปสอบสวนโรค มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ และมีการออกเยี่ยมในชุมชน มีการสรุปสถานการณ์เป็นรายวันเสนอผู้บริหารระดับสูง และเมื่อพบผู้ป่วยยืนยันก็จะมีการแถลงข่าวเพื่อความโปร่งใส แนวทางการทำงานเช่นนี้จึงจัดเป็นการเฝ้าระวังอย่างแท้จริง

5.3 ภัยธรรมชาติ คลื่นยักษ์ Tsunami

วันที่ 25 ธันวาคม 2547 เกิดภัยธรรมชาติ Tsunami ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่เกาะสุมาตราแต่คลื่นได้เดินทางมาถึงหกจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้เกิดคลื่นยักษ์ซัดชายหาดซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวของไทยเกิดความเสียหายรุนแรงในจังหวัดพังงา ภูเก็ต กระบี่ ระนอง และเสียหายบ้างในจังหวัดตรัง และ สตูล มีผู้สูญเสียชีวิตรวม 5,383 ราย บาดเจ็บ 8,457 ราย

ปัญหาใหญ่ที่ติดตามมาหลังจากเกิดคลื่นยักษ์คือประชาชนไร้ที่อยู่อาศัย ขาดอาหารและ น้ำสะอาด เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆทั้งในและต่างประเทศได้เร่งรับการบรรเทาทุกข์ด้วยการจัดหาที่พักพิงชั่วคราว อาหาร น้ำสะอาด ซึ่งโดยทางทฤษฎีแล้วเมื่อไรก็ตามที่ประชาชนต้องไร้ที่อยู่อาศัยและมาพักพิงร่วมกันจะมีโอกาสสูงในการเกิดโรคติดต่อแพร่ระบาดได้ ประกอบกับทีม SRRT ของจังหวัด ที่ได้รับผลกระทบต้องไปทำภารกิจอื่นเช่นการอำนวยความสะดวกและการประสานงานบรรเทาทุกข์ต่างๆ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขส่งทีมหน่วยแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า 100 ทีมเข้าไปช่วยดูแลด้านการรักษาพยาบาล ในขณะเดียวกัน กรมควบคุมโรคได้ส่ง SRRT จากระดับเขตและส่วนกลางเข้าไปเสริมตลอดหกสัปดาห์ โดยแบ่งให้มีทีมปฏิบัติงานรวมทั้งสิ้น 12 ทีม กระจายอยู่ในพื้นที่ซึ่งประสบปัญหาหนักที่สุดได้แก่พังงา และ ภูเก็ต

ทีม SRRT สามารถแบ่งภารกิจออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกทำการป้องกันโรคล่วงหน้าโดยเฉพาะโรคที่นำโดยแมลง มีการพ่นสารเคมี ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การแจกมุ้งชุบสารเคมี ฯลฯ



ภารกิจที่สองได้แก่ การเฝ้าระวังเชิงรุกและสอบสวนควบคุมการระบาด ระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกนี้ จะดำเนินการเฝ้าระวังโรคและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ จำนวน 22 โรค ใน 5 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มโรค อูจจาระร่วง กลุ่มระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการใช้ กลุ่มเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ Wound infection, injury, and jaundice เป็นต้น แต่ได้มีการเพิ่มโรคบางโรคที่พบเป็นปัญหา เข้ามาในการเฝ้าระวังในสัปดาห์ถัดมา สำหรับจุดที่เฝ้าระวังโรค ได้แก่ สถานีอนามัย 77 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐ 22 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ศูนย์พักพิงชั่วคราวผู้ประสบภัย 2 แห่ง และศูนย์พิสูจน์บุคคลที่เสียชีวิตจากเหตุภัยพิบัติ 2 แห่ง ทีมงานได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วย แบบรายงานโรคประจำวัน และแบบสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ และอุปกรณ์เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย ทั้งชนิดที่ฟังและไม่ฟังออกซิเจน และการตรวจทางไวรัสวิทยา เพื่อตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากในแต่ละศูนย์จะมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่างๆ สลับกันมาทำหน้าที่ ดังนั้นทีม SRRT จำเป็นต้องไปรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และทำการวิเคราะห์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคอะไรที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ และรีบออกไปทำการสอบสวนควบคุมโรคทันที

ผลจากการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก อย่างเข้มแข็ง ภายหลังการเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ พบเหตุการณ์น่าสนใจนำไปสู่การสอบสวนทางระบาดวิทยาจำนวน 9 เหตุการณ์ ซึ่งใน 7 เหตุการณ์เป็นอาการอูจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ ทีมงานได้ดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและควบคุมป้องกันการระบาด โดยให้คำแนะนำเรื่องการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารและให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง จนไม่มีการระบาดของโรคในวงกว้าง และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนอีก 2 เหตุการณ์ เป็นโรคมาลาเรีย ที่พบผู้ป่วยประปรายไม่กี่ราย และโรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งยังไม่พบหลักฐานว่า เกี่ยวข้องกับการเกิดพิบัติภัยครั้งนี้ หลังจากนั้น ทีมจากส่วนกลาง ได้ส่งต่องานเฝ้าระวังฯ ให้กับพื้นที่ดำเนินการต่อไป เนื่องจากสถานการณ์เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งบุคลากรของพื้นที่สามารถกลับมาปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมของแต่ละงานได้

5.4 โรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อโบทูลิซึมในหน่อไม้ป๊อ (Botulism)

วันที่ 15 มีนาคม 2549 มีงานทำบุญที่บ้านนาหวายใหม่ ต. ป่าคาลหลวง อําเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ชาวบ้านได้นำเอาหน่อไม้ที่เก็บในช่วงฤดูฝนและบรรจุใส่ป๊อไว้มาเสิร์ฟเป็นอาหารกลางวันหลังงานบุญเสร็จ ต่อมาในช่วงบ่ายๆ มีชาวบ้านในหมู่บ้านนี้มาตรวจรักษาประปรายที่โรงพยาบาลบ้านหลวง จนกระทั่งเวลาหัวค่ำ มีผู้ป่วยมาพร้อมกันประมาณสิบกว่าคนด้วยอาการแน่นอึดอัดท้อง ทืดและหายใจลำบาก ในจำนวนนั้นมีบางรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ นับเป็นโชคดีที่แพทย์จากโครงการฝึกอบรมสาขาระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program) และบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านหลวงได้ประวัติว่าชาวบ้านทั้งหมดมาจากหมู่บ้านเดียวกันและทุกคนมีประวัติการกินหน่อไม้ป๊อ จึงทำให้นึกถึงโรคอาหารเป็นพิษจาก เชื้อโบทูลิซึม (Botulism Food Poisoning) จึงได้มีการระดมทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว Surveillance and Rapid Response Team ออกไปยังหมู่บ้านเกิดเหตุทันที ทีมงานได้ทำการกระจายเสียงเรียกให้ผู้ที่ทานหน่อไม้ป๊อในงานและมีอาการผิดปกติรีบไปพบแพทย์ พร้อมกันนั้นได้ทำการเรียกเก็บหน่อไม้ป๊อ ที่ยังเหลืออยู่ทั้งหมดในหมู่บ้านที่เกิดเหตุและหมู่บ้านใกล้เคียงมาทำลาย เพื่อมิให้มีการบริโภคอีก จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้มีชาวบ้านมาตรวจรักษาและมีอาการเข้าได้กับโรค Botulism รวม 209 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 134 ราย ในจำนวนนี้มี 42 รายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นระบบหายใจล้มเหลว ต้องนำเข้าดูแลในห้อง ICU และใช้เครื่องช่วยหายใจ ในขณะเดียวกันได้มีการดำเนินงานประสานขอ Botulism antitoxin ซึ่งไม่มีในเมืองไทย มาจากศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (50 โด๊ส) สห



ราชอาณาจักร (20 โด๊ส) ประเทศญี่ปุ่น (23 โด๊ส) ได้ฉีด antitoxin ให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำการประสานส่งต่อให้โรงพยาบาลในส่วนกลางและภูมิภาครับผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปดูแลต่อรวม 17 ราย ผลการดำเนินงานพบว่าไม่มีผู้เสียชีวิตเลย นับเป็นความสำเร็จสำคัญอันเป็นผลจาก การตรวจพบการระบาด การสอบสวนให้รู้ถึงสาเหตุสามารถทำได้อย่างรวดเร็วโดยอาศัยทีม SRRT และความสามารถของทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการบริหารจัดการภายใต้วิกฤตการณ์ที่ทำได้เป็นอย่างดี จึงทำให้สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในการระบาดของที่ผ่านมาหรือในประเทศอื่นๆ

6. สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขมาตลอด ในระบอบทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการที่จะส่งผลต่อการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระแสที่สำคัญประการหนึ่งคือการกระจายอำนาจและการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน การจัดสรรงบประมาณรายหัว ทำให้ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ไม่สงบประมาณชัดเจนของตนเอง กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องถ่ายโอนภารกิจต่างๆ เช่น การสุขาภิบาล การรักษาพยาบาลไปสู่ท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญมากขึ้น แต่ภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ไม่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นหรือเอกชนรับไปดำเนินการโดยเบ็ดเสร็จเด็ดขาดได้แก่เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามกฎหมายระหว่างประเทศฉบับใหม่ที่สมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ลงมติรับรองไปเมื่อการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2548 ได้ขยายความหมายของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้ครอบคลุมเรื่องโรคติดต่อ ภัยธรรมชาติ อุบัติภัย และการใช้สารชีวภาพหรือสารเคมีเพื่อประทุษร้ายต่อชุมชนอย่างจงใจ ภาวะเหล่านี้เป็นภาระของรัฐที่ต้องสร้างขีดความสามารถให้พร้อมในการป้องกัน ติดตามสถานการณ์ ตรวจสอบและตอบโต้อย่างมีหลักวิชาและรวดเร็วฉับพลัน มีงบประมาณรองรับที่เพียงพอและมีทีมงานที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญสูง กระทรวงสาธารณสุขไทยได้ใช้พัฒนาการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เคยทำกันมาปรับให้มีความเข้มข้นและเน้นเรื่องการใช้ประโยชน์ในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหรือที่เรียกว่า SRRT กระจายในทุกอำเภอทั่วประเทศ ทำงานตลอดเวลาไม่มีวันหยุด โดยประสานกันเป็นเครือข่าย ทำให้ประเทศไทยสามารถจัดการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใหม่ๆ เช่น การระบาดของโรค SARS ไข้หวัดนก การป้องกันโรคติดต่อภายหลังเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิในหกจังหวัดภาคใต้ และล่าสุดการระบาดของโรคพิษไบทูลีซีมจากหน่อไม้ปีที่จังหวัดน่าน อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ เพิ่งเริ่มต้นยังประสบปัญหาต่างๆ หลายประการ ที่สำคัญที่รัฐบาลต้องสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขคือกำหนดให้มีภารกิจการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญปรากฏในโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยให้มีแพทย์และนักวิชาการที่ได้รับการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา ปฏิบัติงานรับผิดชอบภารกิจดังกล่าวและมีงบประมาณรองรับอย่างเพียงพอ

