

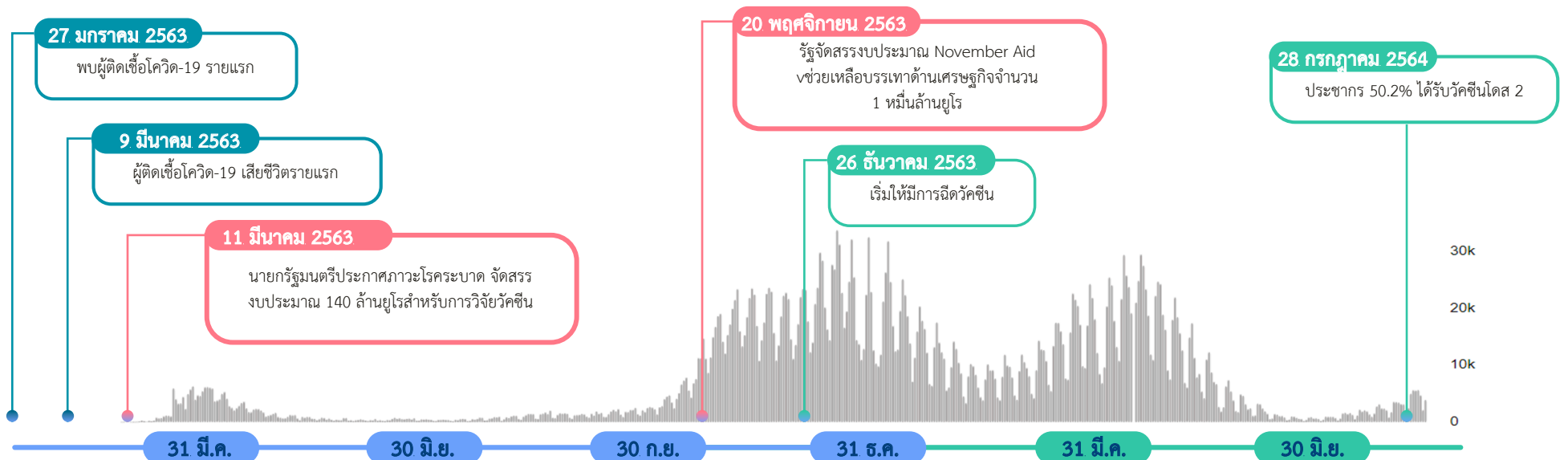


สถานการณ์การระบาดและการรับมือโควิด-19 ในเยอรมนี

เยอรมนีพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 คนแรกในประเทศในช่วงปลายเดือนมกราคม 2563 และมีการประกาศภาวะโรคระบาดอย่างเป็นทางการในวันที่ 11 มีนาคม 2563 การระบาดกระทบกับหลายส่วนในสังคมตั้งแต่ภาคอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุและเยาวชน ผู้ป่วยและแรงงานข้ามชาติรวมถึงความเท่าเทียมทางเพศ

สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในเยอรมนี

เหตุการณ์เกี่ยวกับการระบาด นโยบายรับมือทั่วไป นโยบายที่ไม่ใช่ยา เหตุการณ์เกี่ยวกับวัคซีน



18 มีนาคม 2563

ประกาศห้ามพลเมืองไม่ใช่สัญชาติ EU เข้าสู่ประเทศในกลุ่ม EU เป็นจำนวน 30 วัน

22 มีนาคม 2563

ประกาศห้ามรวมตัวกันมากกว่า 2 คนในที่สาธารณะและปิดการให้บริการธุรกิจ

10 เมษายน 2563

ผู้เดินทางเข้าสู่ประเทศทุกคนจะต้องกักตัวเป็นเวลา 14 วัน

4 พฤษภาคม 2563

ยุติมาตรการการจำกัดการเดินทางและมาตรการอื่นๆ

2 พฤศจิกายน 2563

ประกาศล็อกดาวน์เพียงบางส่วนแต่สถานศึกษายังเปิด

15 ธันวาคม 2563

ประกาศล็อกดาวน์ทั้งหมด ปิดร้านค้าและสถานศึกษา บังคับสวมหน้ากาก

10 กุมภาพันธ์ 2564

ประกาศขยายมาตรการล็อกดาวน์แต่อนุญาตให้เปิดร้านตัดผม

6 พฤษภาคม 2564

ยกเลิกมาตรการสำหรับผู้ฉีดวัคซีนครบแล้ว

1 สิงหาคม 2564

อนุญาตให้ผู้เดินทางเข้าประเทศที่ยังไม่ฉีดวัคซีนทุกคนจะต้องตรวจเชื้อโควิดและผลเป็นลบเท่านั้น



กฎหมาย แผนการรับมือ และเฝ้าระวังโควิด-19



กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโควิด-19

พ.ร.บ.ป้องกันการติดเชื้อ มีการแก้กฎหมายเพื่อบังคับใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคในแต่ละภูมิภาคและจังหวัดโดยแพทย์จะต้องรายงานหากพบการติดเชื้อโควิด-19 ภายใน 24 ชม. ต่อหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น

แผนรับมือโรคระบาดแห่งชาติ (National Pandemic Plan - COVID-19 - novel coronavirus disease) ประกาศใช้เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563 ส่วนกลางจะรวบรวมข้อมูลที่ต้องนำเชื่อถือเกี่ยวกับ อาการของโรค การวินิจฉัย รวมถึงการควบคุม ป้องกันและรับมือการแพร่ระบาด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม โดยแยกสถานการณ์ออกเป็น 3 สถานะ ได้แก่ การควบคุม ป้องกันและบรรเทา



ระบบเฝ้าระวัง

คณะทำงานโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Working group) ร่วมกับ RKI (Robert Koch Institute) ได้จัดทำระบบติดตามและประเมินผลการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รายงานอาการที่เข้าข่ายโรคทางเดินหายใจ โรคไข้หวัดใหญ่ และที่ต้องสงสัยว่าเป็นโควิด-19 จากโรงพยาบาลทั่วประเทศ

ระบบ ICOSARI ใช้รหัสโรค ICD-10 เพื่อรายงานต่อระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคซึ่งส่งต่อข้อมูลโดยตรงไปยังส่วนกลาง เพื่อให้รัฐบาลกลางจะรายงานสถานการณ์การติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 พร้อมข้อเสนอแนะและมาตรการต่าง ๆ แบบรายวัน

มีระบบการเฝ้าระวังการดื้อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Resistance Surveillance) เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงโควิด-19

ข้อมูลอาการทางคลินิกและรายงานสถานการณ์เตียงและห้องฉุกเฉินแบบ real-time มีการเก็บข้อมูลแบบ Intensive register ผ่านระบบที่ชื่อว่า SUMO

บทบาทของสถาบันวิจัยต่อสถานการณ์โควิด-19

Robert Koch Institute (RKI) สถาบันวิจัยด้านสุขภาพสนับสนุนด้านข้อมูลสู่รัฐบาลกลาง ช่วยให้ส่วนกลางทำร่วมกับรัฐอื่น ๆ และส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบต่อการควบคุมและติดตามโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

Standing Committee on Vaccination (STIKO) จัดเตรียมข้อเสนอแนะการใช้วัคซีนโดยมี RKI สนับสนุนในฐานะกองเลขาธิการ

Paul-Ehrlich Institute (PEI) เป็นหน่วยจากจากรัฐบาลกลางรับผิดชอบในด้านการติดตามด้านความปลอดภัยของการใช้วัคซีนและยาชีววัตถุ



ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจนโยบายสำหรับควบคุมโรค

ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน จะใช้ก็ต่อเมื่อในช่วง 7 วันพบผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 เคส และมากขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน

ประกอบไปด้วย

- ▶ เคอร์ฟิว ห้ามออกจากเคหสถานตั้งแต่ 4 ทุ่มถึงตี 5
- ▶ จำกัดการให้บริการของร้านค้า ธุรกิจบริการร้านอาหารให้ขายแบบกลับบ้านหรือส่งถึงบ้านเท่านั้น
- ▶ โรงเรียนจัดให้มีการตรวจ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีทางเลือกเรียนแบบเว้นระยะห่าง

ปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

- ▶ จำนวนผู้เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- ▶ อัตราการฉีดวัคซีน
- ▶ จำนวนเคสรุนแรงที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ



เยอรมนีจัดสรรทรัพยากร ทางการแพทย์ในภาวะ วิกฤติอย่างไร ?



เยอรมนีมีกฎหมายระบุว่า “Human lives must not be weighed against other human lives” หรือก็คือชีวิตของมนุษย์จะต้องไม่ถูกชั่งน้ำหนักกับชีวิตของมนุษย์คนอื่น สมาคมแพทย์และเวชศาสตร์ฉุกเฉินของประเทศเยอรมนีจึงได้ร่วมกันพัฒนาหลักการตัดสินใจเพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ในภาวะการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังต่อไปนี้

- หลักการทั่วไปในการตัดสินใจคือ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาได้

- หลักการเพิ่มเติม เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์เข้าเงื่อนไขของนิยามสถานการณ์ขาดแคลนทรัพยากรตามหลักกฎหมายและมนุษยธรรม

กระบวนการตัดสินใจ

1

กระบวนการตัดสินใจต้องใช้หลักการ multiple-eyes principle เป็นการประเมินร่วมกันของทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินผู้มีประสบการณ์เฉพาะ 2 คน และเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน

2

เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานที่เพียงพอ อันประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ข้อมูลแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยต่อการรักษา ประวัติการรักษาผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ

3

ต้องมีการประเมินซ้ำ รวมถึงเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาในภาวะวิกฤติ เมื่อการรักษาดำเนินไปการตัดสินใจจะแบ่งได้ 2 ทาง 1. รักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติ 2. รักษาแบบประคับประคอง จากนั้นหากสถานการณ์เปลี่ยนจะกลับไปสู่ขั้นตอนแรกอีกครั้ง

เกณฑ์การจัดลำดับและตัดสินใจ



คัดเลือกผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติโดย

1. พิจารณาความจำเป็นที่ต้องรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยวิกฤติ
2. พิจารณาแนวโน้มที่จะรักษาสำเร็จหากรักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติ
3. สอบถามเจตจำนงของผู้ป่วยในการรักษา

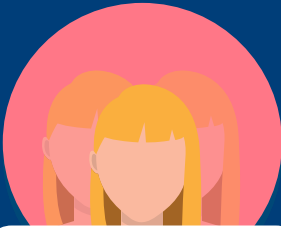
ตามลำดับ จากนั้น จัดลำดับผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติก่อนหลัง โดยพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะรักษาสำเร็จและทรัพยากรที่มี โดยผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ที่จะรักษาสำเร็จสูงกว่า (เช่น ไม่มีโรคร่วม อาการของโควิด-19 ไม่หนัก) จะถูกจัดลำดับก่อน



เนื่องจากประเทศเยอรมนีไม่มีรายงานการขาดแคลนเตียง ICU แต่มีรายงานการขาดแคลนชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) และขาดแคลนหน้ากากอนามัย ทำให้รัฐบาลออกมาตรการห้ามส่งออกชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง หน้ากากอนามัย ถุงมือและอุปกรณ์การแพทย์อื่น ๆ และมีนโยบายแจกหน้ากากอนามัยแก่ประชาชนฟรี ณ ศูนย์บริการสุขภาพในพื้นที่



ตรวจ – ติดตาม ทำอย่างไร



ตรวจใครบ้าง

ทุกคนที่มีอาการและผู้สัมผัสใกล้ชิด

ผู้อาศัยในสถานชุมชน เช่น โรงเรียน
สถานเลี้ยงเด็ก

ผู้อยู่ในสถานดูแลสุขภาพระยะยาว



ตรวจแบบไหน

โดยทั่วไปใช้ผลตรวจ Polymerase
chain reaction (PCR) tests

Antigen tests โดยบุคลากรที่ได้
รับการฝึกฝนสำหรับผู้ที่อยู่ในสถานดูแล
สุขภาพระยะยาวและโรงพยาบาล

ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เพิ่มการเข้า
ถึงการตรวจด้วยตัวเองโดยใช้ rapid
antigen tests ซึ่งชุดตรวจต้องได้
รับการรับรอง



ใครจ่าย

กฎหมาย 2563
บริษัทประกันเป็นผู้จ่ายทั้งหมด

มีนาคม 2564 รัฐบาลกลางเริ่มจ่าย
ค่าตรวจขณะที่รัฐและท้องถิ่นรับ
ผิดชอบในส่วนค่าใช้จ่ายพื้นฐาน
การตรวจฟรีหยุดลงในเดือนตุลาคม
2564 เพื่อผลักดันการฉีดวัคซีน
แต่รัฐบาลยังคงจ่ายค่าตรวจให้กับผู้
ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน

ตั้งแต่ 11 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป
ประชาชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใน
การตรวจคัดกรองโควิด-19 เอง โดย
รัฐบาลให้เหตุผลว่า ทุกคนสามารถเข้า
ถึงวัคซีนได้แล้ว การตรวจคัดกรองแม้จะ
จำเป็นสำหรับผู้ที่ยังไม่ฉีดวัคซีนในการเข้า
ร่วมกิจกรรมในร่ม รัฐบาลก็จะไม่จ่ายเงิน
ให้อีกต่อไปเพื่อให้คนเหล่านั้นยอมรับการ
ฉีดวัคซีนมากขึ้น

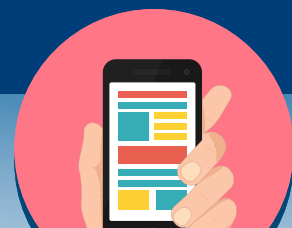
ติดตามโควิด-19 อย่างไร



ระบบการติดตาม จากเจ้าหน้าที่รัฐ

เจ้าหน้าที่รัฐปรับเปลี่ยนบริการเพื่อสนับสนุนการทำงาน

- มีการตั้งศูนย์รับเรื่องกว่า 400 แห่งทั่วประเทศประเทศ
การทำงานติดตามมีเป้าหมายให้ผู้ติดตาม 1 คนสามารถ
- ติดตามคนได้ 4,000 คน ซึ่งผู้ติดตาม 21,000 คน จะ
สามารถครอบคลุมประชากรถึง 83 ล้านคนได้



ระบบดิจิทัล

แอปพลิเคชัน “Corona Warn-App”

ช่วยเตือนผู้ใช้งานถึงความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อโควิด-19
ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวโดย
ให้ข้อมูลมีลักษณะกระจายจากศูนย์กลางและปราศจาก
การเก็บข้อมูลผู้ใช้งานเอาไว้



การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19

การกระจายอำนาจ

กระจายอำนาจในการให้บริการดูแลเรื่องระบบสาธารณสุขให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นตามรัฐต่าง ๆ สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้

จัดตั้งศูนย์ดูแลโควิด-19

จัดตั้ง Corona Treatment Center ในเมืองต่าง ๆ เพื่อรักษาผู้ป่วย และแยกผู้ป่วยโควิด-19 จากผู้ป่วยอื่น ๆ



ใช้ระบบ Telemedicine

มี Hotline บริการ 24 ชม. โดยจะมีทีมงานที่มีความรู้ด้านการแพทย์คอยรับสาย ในกรณีจำเป็นสามารถประสานงานไปยังแพทย์ที่อยู่ใกล้เคียง หากพบว่าผู้รับบริการมีแนวโน้มติดเชื้อ แพทย์จะออกใบรับรองกักตัวที่บ้าน หากเกิดกรณีจำเป็นก็จะส่งทีมแพทย์ไปที่บ้าน

มีระบบ COVID-guide (<https://covidguide.health/de/>) และ CovApp ให้ประชาชนตอบแบบสอบถามและคัดกรองเบื้องต้น

ระบบยา

รัฐบาลกลางรับหน้าที่จัดหา Casirivimab/Imdevimab และ Bamlanivimab ซึ่งใช้รักษาผู้ป่วย 12 ปีขึ้นไป ที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง



กรณีผู้ป่วยรักษาแบบนอนโรงพยาบาล

แนวทางแนะนำให้ใช้ยาตามอาการโดยใช้ระบบ WHO Scale ให้คะแนนอาการป่วย 0 – 10 เรียงจากไม่ป่วย ติดเชื้อ ออกซิเจนลดลงถึงเสียชีวิต และแนะนำการรักษาตามหลักฐานเชิงวิชาการ เช่น แนะนำให้ใช้ยา Corticosteroids ในระดับอาการ 5 – 9 คะแนนโดยระบุว่าไม่มีหลักฐานน่าเชื่อถือ ขณะที่ไม่แนะนำการใช้ Convalescent plasma ในผู้ป่วยระดับ 4 – 9 โดยระบุว่าไม่มีหลักฐานน้อย

อื่นๆ

- มีเตียง ICU เป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในยุโรป
- สามารถเร่งเพิ่มเตียง ICU เพื่อรับมือการระบาด โดยปัจจุบันมีเพียงจำนวน 22,560 เตียงและรองรับเพิ่มได้อีก 10,220 เตียง ซึ่งสามารถเปิดใช้งานได้ใน 7 วัน
- มีเตียงสำหรับผู้ป่วยหนักที่ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ 25 – 30 % ของเตียง ICU ทั้งหมด
- มีการจัดตั้ง Intensive Care Registry (DIVI) สำหรับลงทะเบียนข้อมูลเตียง ICU ออนไลน์แบบรายวัน
- มีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างพื้นที่ (cross-cluster takeover) กรณีเตียงไม่เพียงพอสำหรับรับผู้ป่วย
- การจัดซื้อ personal protective equipment (PPE) เป็นแบบรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง และห้ามส่งออกนอกประเทศ



มาตรการควบคุมโรคที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmaceutical intervention)

ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดเกิดขึ้นในเยอรมนีช่วงเดือนมิถุนายน 2563 มีการใช้มาตรการต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ยามากมายเพื่อควบคุมการระบาดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

การรณรงค์ให้ประชาชน ตระหนักและเห็นความสำคัญ ของการเข้ารับวัคซีน

26 มี.ค. 64 – 4 พ.ค. 64

ทุกพื้นที่ - รมว.รศ.เผยแพร่ข้อมูลที่ต้องและน่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สู่สาธารณะชน ผ่านสื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายโฆษณาและสื่ออิเล็กทรอนิกส์
Berlin - มีกิจกรรมรณรงค์ “Bremen gegen Corona” กระตุ้นประชาชนให้เห็นความสำคัญต่อการเข้ารับวัคซีน ตลอดจนแจ้งแนวทางการเข้ารับวัคซีน และเน้นย้ำการเว้นระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากอนามัย และรักษาสวนสาธารณะ

การสนับสนุนทรัพยากร สุขภาพ

8 มี.ค. 64 – ปัจจุบัน

ทุกพื้นที่ - สนับสนุนงบประมาณสำหรับการตรวจโควิด-19 อย่างง่ายและรวดเร็ว (rapid test) สำหรับประชากรทุกคนอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ณ ศูนย์บริการสุขภาพในพื้นที่

26 มี.ค. 64 – 9 ก.พ. 64

Berlin - แจกจ่ายหน้ากากอนามัยจำนวน 3,500,000 ชิ้น ณ ศูนย์บริการสุขภาพในพื้นที่

การจำกัดระยะเวลา ในการห้ามออกนอก เคสถาน

24 มี.ค. 64 – 4 พ.ค. 64

Berlin - ห้ามประชาชนออกนอกเคสถานตั้งแต่ 21.00 ถึง 05.00 น. ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน หรือเป็นบุคคลที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

29 มี.ค. 64 – 14 ก.พ. 64

Bavaria - ห้ามประชาชนออกนอกเคสถานตั้งแต่ 21.00 ถึง 05.00 น. ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน หรือเป็นบุคคลที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

24 เม.ย. 64 – 30 มี.ย. 64

ทุกพื้นที่ - เมืองที่มีผู้ติดเชื้อใหม่ 100 คนต่อประชากรในพื้นที่ 100,000 คน ติดต่อกัน 3 วัน รัฐท้องถิ่นจะต้องห้ามประชาชนออกนอกเคสถานตั้งแต่ 22.00 ถึง 05.00 น. ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน หรือเป็นบุคคลที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และลูกค้าที่จะเข้าร้านค้าหรือรับบริการในสถานประกอบการทั่วไปจะต้องทำการนัดหมายล่วงหน้าและตรวจคัดกรองไม่พบเชื้อโควิด-19 หากการติดต่อเชื้อของผู้ป่วยรายใหม่ 165 คนต่อประชากรในพื้นที่ 100,000 คน ต้องปิดสถาบันการศึกษาทุกประเภทเพิ่มเติม

20 มี.ค. 64 – 5 พ.ค. 64

ทุกพื้นที่ - กำหนดให้ผู้เดินทางมาจากประเทศอื่นต้องตรวจคัดกรองหาเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนเดินทางหรือหลังเดินทางเข้าประเทศทันที และกักตัว 14 วันทันที ไม่ว่าผลการทดสอบจะเป็นบวกหรือลบ

3 มี.ค. 64 – ปัจจุบัน

ทุกพื้นที่ - กำหนดให้บุคคลใดก็ตามที่เดินทางเข้าสู่ประเทศ จะต้องลงทะเบียนเบอร์โทรศัพท์ที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายมือถือของเยอรมนี เพื่อรับข้อความ SMS จากรัฐบาลที่จะแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

10 มี.ค. 64 – 28 มี.ค. 64

Bavaria, Rheinland-Pfalz และ Bremen - ปิดสถานบริการภาคเอกชน ได้แก่ ร้านอาหาร ผับ/บาร์ สถานเสริมความงาม ฟิตเนส และลดจำนวนผู้เข้าพักอาศัยในโรงแรม หรือสถานที่พักอาศัยรายวัน

2 มี.ค. 64 – 14 มี.ค. 64

Hesse - กำหนดจำนวนคนสูงสุดไม่เกิน 250 คน ในสถานที่ทั่วไป ควบคุมการเว้นระยะห่างทางสังคม และสวมหน้ากากอนามัย

1 มี.ค. 64 – 4 มี.ค. 64

Bremen - จำกัดคนเข้ารับบริการในสถานที่ต่าง ๆ ของภาครัฐ เช่น พิพิธภัณฑ์ แกลเลอรีสาธารณะ หอศิลป์ สวนสัตว์และสวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น
Hamburg - กำหนดจำนวนประชากรและเงื่อนไขสำหรับเข้ารับบริการภาครัฐ ดังนี้ จำกัดคน 1,000 คนในที่เปิดที่มีที่นั่งคน 200 คนในที่เปิดไม่มีที่นั่งคนกลาง 650 คนในที่ปิดที่มีที่นั่งคน 100 คนในที่ปิดไม่มีที่นั่งคนกลาง หากมีบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้สามารถให้บริการได้ตามจำนวนของประชากรในสถานที่ที่มีที่นั่งคนกลาง และลดจำนวนลงครึ่งหนึ่งในสถานที่ที่ไม่มีที่นั่งคนกลาง

16 มี.ค. 64 – 14 มี.ค. 64

Rheinland-Pfalz - การปิดสถาบันการศึกษาในทุกระดับ โดยปรับการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด

8 มี.ค. 64 – 18 มี.ค. 64

Saxony - ปิดสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน (preschool or childcare facilities)

ปิดโรงเรียนสำหรับเด็กอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (primary schools)

ปิดโรงเรียนสำหรับเด็กอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ถึง 18 ปี (secondary schools)

กำหนดให้ทุกคนที่จะเข้าเรียนหรือปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษา อาชีวศึกษา หรือโรงเรียนภาคค่ำ (higher education schools/ vocational schools/ evening schools) ต้องตรวจคัดกรองหาเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR หรือทำการทดสอบแอนติเจนและได้ผลเป็นลบก่อนเข้าสถานที่

16 มี.ค. 64 – 5 มี.ค. 64

Saxony - งดรวมตัว ติดต่อกับสื่อทางกายภาพ ปิดสถานที่ทำการในทุกภาคส่วน เช่น โรงเรียน ร้านสะดวกซื้อ ผับบาร์ ห้างสรรพสินค้า ร้านเสริมสวย สถานที่ออกกำลังกาย สนามเด็กเล่น เป็นต้น โดยเปิดทำการเฉพาะสถานที่จำเป็น เช่น โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

5 มี.ค. 64 – 7 มี.ค. 64

Berlin - งดรวมตัว ติดต่อกับสื่อทางกายภาพ ปิดสถานที่ทำการในทุกภาคส่วน เช่น โรงเรียน ร้านสะดวกซื้อ ผับบาร์ ห้างสรรพสินค้า ร้านเสริมสวย สถานที่ออกกำลังกาย สนามเด็กเล่น เป็นต้น โดยเปิดทำการเฉพาะสถานที่จำเป็น เช่น โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

10 มี.ค. 64 – 18 มี.ค. 64

Bremen - ประกาศล็อกดาวน์อย่างต่อเนื่องโดยขยายระยะเวลาลง 4 ครั้ง

มี.ย. 63

ก.ค. 63

ธ.ค. 63

ม.ค. 64

มี.ค. 64

พ.ค. 64

ก.ค. 64



การจัดการวัคซีนในประเทศไทย

★ ลำดับความสำคัญอันดับ 1



- อายุมากกว่า 80 ปี
- คนทำงานใกล้ชิด
- คนทำงานในระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- ทำงานในระบบสุขภาพเสี่ยงสูงที่ทำงานเกี่ยวกับโควิด-19

★ ลำดับความสำคัญอันดับ 2



- อายุระหว่าง 70-79 ปี
- กลุ่มผู้มีโรคประจำตัวเสี่ยงสูง เช่น สมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคไต
- กลุ่มคนใกล้ชิดกับคนท้องหรือคนอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ที่ต้องการการดูแล หรือผู้มีโรคประจำตัว
- คนทำงานดูแลกลุ่มเปราะบาง
- คนทำงานด้านกฎหมาย
- คนทำงานกับชาวต่างชาติ
- คนไร้บ้าน

★ ลำดับความสำคัญอันดับ 3



- อายุระหว่าง 60-69 ปี
- กลุ่มผู้มีโรคประจำตัวเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเบาหวาน
- ผู้ที่ต้องใกล้ชิดดูแลสุขภาพของผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี
- เจ้าหน้าที่รัฐที่ทำงานในโครงสร้างพื้นฐาน
- คนทำงานร้านอาหาร
- เด็กและเยาวชน
- คนทำงานในระบบสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่ำ



ยุทธศาสตร์การจัดวัคซีน

จัดหาวัคซีน

วัคซีนมีข้อกำหนดจัดซื้อและผลิตตั้งแต่ต้นปี 2564 สำหรับการผลิตในประเทศ

ให้วัคซีนตามการลำดับความสำคัญที่วางไว้

โดยมีที่มาอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ

ปรับลำดับความสำคัญตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

เพิ่มจำนวนวัคซีนให้มากขึ้น จนแพทย์สามารถลำดับความสำคัญตามสถานะการฉีดวัคซีนที่เกิดขึ้นได้ ขยายการให้วัคซีนในกลุ่มเยาวชน

ให้วัคซีนแบบผสม

ไฟเซอร์และโมเดอร์นากำหนดให้ยังเป็นวัคซีนเดิมในโดสที่ 2 ขณะแอสตราเซนเนกาโดสแรกจะสามารถรับวัคซีนชนิด mRNA เป็นโดสที่ 2 ได้

เน้นให้วัคซีนครบ 2 โดส

การให้วัคซีนเน้นให้ครอบคลุม 1 คนได้ครบ 2 โดสมากกว่าให้ 1 คน 1 โดสไปก่อน

เริ่มให้วัคซีนให้เด็กและเยาวชน

หน่วยงานด้านการแพทย์ในเยอรมนีเริ่มอนุญาตให้ใช้วัคซีนในเด็กตั้งแต่อายุ 12 เป็นต้นไป

ความสำเร็จและความท้าทาย

การให้วัคซีนเพิ่มขึ้นมากในช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน ยังมีความท้าทายในการให้วัคซีนกับกลุ่มคนไร้บ้านและแรงงานต่างชาติ