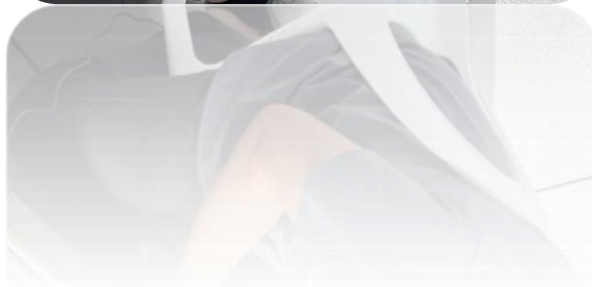






9.6.3 มีการฝึกซ้อม และทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (INCIDENT RESPONSE PLAN) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ

IR Plan, Exercise Procedure



| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

การอนุมัติเอกสาร

| ลงนาม | ผู้เรียบเรียง/จัดทำโดย | ผู้ตรวจทาน/ผู้ทบทวน | ผู้อนุมัติ |
|------------|---|---|---|
| ลายเซ็น |  |  |  |
| ชื่อ-สกุล | นายกาญจนศักดิ์ โสตา | นายสันต์ สิงห์ไกร | นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น |
| ตำแหน่ง | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ | เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (Lead Implementer) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่ (CISO) |
| วันเดือนปี | 16 มีนาคม 2569 | 20 มีนาคม 2569 | 23 มีนาคม 2569 |

ประวัติการแก้ไข

| ครั้งที่ | วันที่ประกาศใช้ | รายละเอียดการแก้ไข |
|----------|-----------------|---|
| 00 | 23 มีนาคม 2569 | จัดทำเอกสารครั้งแรก พร้อมขึ้นระบบ พรบ ไซเบอร์ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

สารบัญ

หน้า

| | |
|--|----|
| แผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure : CIRP) 4 | |
| 1. หลักการและเหตุผล | 4 |
| 2. วัตถุประสงค์ | 4 |
| 3. ขอบเขต | 5 |
| 4. คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ | 5 |
| 5. ขั้นตอนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ | 6 |
| 6. โครงสร้างทีมรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Incident Response Team: PKH - CSIRT) | 22 |
| 6.1 โครงสร้างทีมรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ | 22 |
| 6.2 โครงสร้างทีมสนับสนุนการดำเนินการการรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (ทีมสนับสนุน)..... | 24 |
| 6.3 โครงสร้างการรายงานเหตุการณ์ (Incident Reporting Structure)..... | 34 |
| 7. แผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์..... | 34 |
| 7.1 การโจมตีเว็บไซต์เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูลเผยแพร่หน้าเว็บ (Web Defacement) | 34 |
| 7.2 การถูกโจมตีจากโปรแกรมประสงค์ร้ายเข้ารหัสข้อมูลเรียกค่าไถ่ (Ransomware) / การโจมตียึดครองเครื่องแม่ข่าย (Server compromise injection attack) / การบุกรุกโดยการโจมตีด้วยตรรกะ (Malicious Logic) | 36 |
| 7.3 การบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service)..... | 38 |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| | |
|------------------------------------|----|
| 8. การติดตาม ควบคุม และทบทวน | 40 |
| ภาคผนวก ข..... | 41 |
| ภาคผนวก ค | 44 |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

แผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure : CIRP)

อ้างอิง : พรบ ไซเบอร์ (ม. 43, ม. 44, ม. 45, ม. 56, ม. 57, ม. 58) , ประมวลและกรอบ [ข้อ 24.1.1]

1. หลักการและเหตุผล

แผนรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ของโรงพยาบาลปรangkูฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแล และหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศจัดทำประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและแนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข โดยที่แผนรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ฉบับนี้จะใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกัน รับมือ ปรามปราม และระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับ โดยจะระบุขั้นตอนที่จำเป็นในการตอบสนองต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์เพื่อให้หน่วยงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมีการทบทวนแผนฉบับนี้อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อใช้เป็นแผนรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ของโรงพยาบาลปรangkู ให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์

2.2 เพื่อป้องกัน รับมือ และลดความเสี่ยงจากภัยคุกคามทางไซเบอร์ตามประมวลแนวทางปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ให้มีการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องของข้อมูลคอมพิวเตอร์ และระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน รวมถึงพฤติกรรมแวดล้อม เพื่อประเมินว่ามีภัยคุกคามทางไซเบอร์

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรangkู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรangkู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

2.3 เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอื่น ๆ ในการรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ รวมทั้งบริหารสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลปรางค์กู่

3. ขอบเขต

แผนรับมือฯ ฉบับนี้ ใช้รับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นต่อระบบสารสนเทศ และข้อมูลดิจิทัลของโรงพยาบาลปรางค์กู่รวมถึงบุคคลหรืออุปกรณ์ใดๆ ซึ่งเข้าถึงระบบสารสนเทศ และข้อมูลดิจิทัลดังกล่าว

4. คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

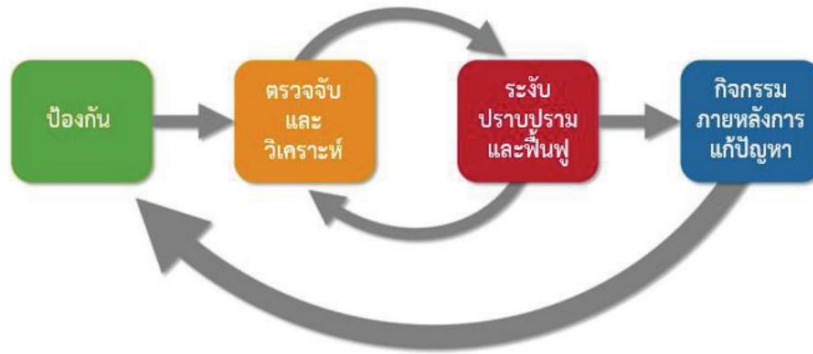
| ลำดับ | คำศัพท์ | คำจำกัดความ |
|-------|----------------------------------|--|
| 1 | การระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ | การดำเนินการเพื่อจำกัดความเสียหายจากภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่กำลังเกิดขึ้น กักกันภัยคุกคามไม่ให้แพร่กระจาย และป้องกันไม่ให้ความเสียหายเพิ่มมากขึ้น โดยผู้เผชิญเหตุภัยคุกคามทางไซเบอร์ต้องระมัดระวังไม่ให้หลักฐานทางนิติวิทยาศาสตร์ ถูกทำลายในการดำเนินการดังกล่าว |
| 2 | การปราบปรามภัยคุกคามทางไซเบอร์ | การดำเนินการกำจัดภัยคุกคาม ผู้เผชิญเหตุภัยคุกคามทางไซเบอร์จะต้องลบโปรแกรมหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (Malicious Object) ออกให้หมด และตรวจสอบระบบที่ได้รับผลกระทบทั้งระบบเพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยด้านไซเบอร์ โดยพยายาม ให้ความเสียหายต่อข้อมูลน้อยที่สุด |
| 3 | การฟื้นฟูระบบงานที่ได้รับผลกระทบ | การดำเนินการเพื่อนำระบบให้กลับมาอยู่ในสถานะปกติที่มั่นใจว่าปราศจากการโจมตีที่เป็นภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ โดยรวมถึงการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบที่ถูกกู้คืนในระยะแรกของการนำกลับมาใช้งาน เพื่อป้องกันการโจมตีซ้ำ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

5. ขั้นตอนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์

มาตรการป้องกัน รับมือ ปรามปราม และระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับนั้น มีการดำเนินมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการภัยคุกคามทางไซเบอร์ (incident handling) โดยสามารถแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกได้เป็น 4 ขั้นตอนหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติสากลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยคุกคามทางไซเบอร์ตามภาพที่ 1 และภาพที่ 2 ดังนี้



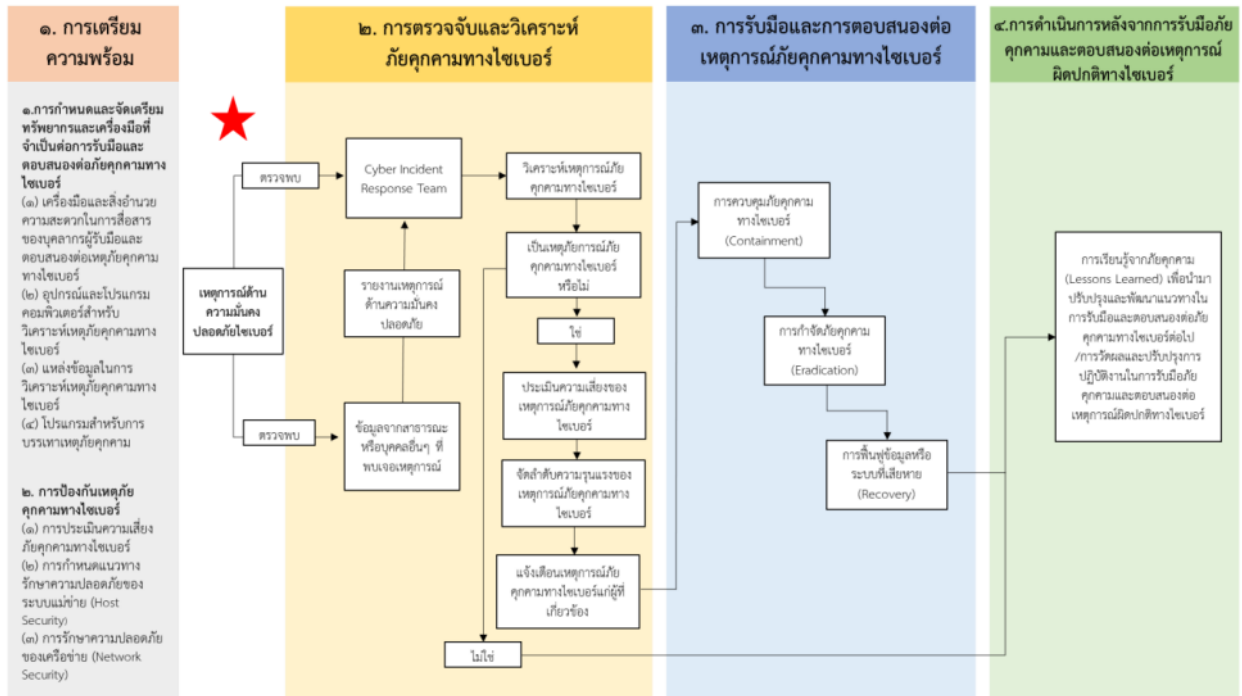
ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการภัยคุกคามทางไซเบอร์
(Incident Handling Cycle)

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราังค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราังค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |



ภาพที่ 2 แสดงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์

ขั้นตอนที่ 1 : การเตรียมการและป้องกันการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์

การดำเนินการมาตรการเพื่อเตรียมการและป้องกันการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Preparation) เป็นสิ่งที่จะต้องทำในระยะเริ่มต้น เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อต้องเผชิญเหตุ ได้แก่ การจัดเตรียมข้อมูลให้พร้อม การจัดตั้งและฝึกอบรมบุคลากรหรือทีมงาน การจัดหาเครื่องมือและทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็น การตั้งค่าระบบต่าง ๆ ให้ปลอดภัย การจัดทำนโยบาย แผนงาน และกระบวนการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ โดยพิจารณาดำเนินการตามรายละเอียดที่ระบุในตารางที่ 2.1

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ในส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราangkุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราangkุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ขั้นตอนที่ 2 : การตรวจจับและวิเคราะห์ภัยคุกคามทางไซเบอร์

แม้ว่าหน่วยงานจะจัดให้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันหรือควบคุมไม่ให้เกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ ขึ้นแล้วก็ตาม แต่หน่วยงานก็ยังคงต้องเตรียมความพร้อมอยู่เสมอเพื่อรับมือกับสถานการณ์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การดำเนินมาตรการในการตรวจจับและวิเคราะห์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Detection and Analysis) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้หน่วยงานสามารถบรรเทาความเสี่ยงที่ยังคงเหลืออยู่ และสามารถแจ้งเตือนได้อย่างทันท่วงทีเมื่อมีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น โดยพิจารณาดำเนินมาตรการ ตามรายละเอียดที่ระบุในตารางที่ 2.2

ขั้นตอนที่ 3 : การระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ ปรามปรามภัยคุกคามทางไซเบอร์ และการฟื้นฟูระบบงานที่ได้รับผลกระทบ

เมื่อมีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้นหรือเมื่อหน่วยงานได้รับแจ้งเตือนการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ หน่วยงานควรกำหนดแนวทางการดำเนินมาตรการเพื่อระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์การปรามปรามภัยคุกคามทางไซเบอร์ และการฟื้นฟูระบบงานที่ได้รับผลกระทบ (Containment, Eradication, and Recovery) โดยการดำเนินการดังกล่าว ควรกำหนดให้สอดคล้องกับความเสี่ยงและระดับของภัยคุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับ จนกระทั่งสามารถกู้คืนทรัพย์สินสำคัญทางสารสนเทศให้กลับมาดำเนินงานหรือให้บริการได้ตามปกติ โดยพิจารณาดำเนินมาตรการตามรายละเอียดที่ระบุในตารางที่ 2.3 ซึ่งการดำเนินการในขั้นตอนนี้ อาจจะต้องกระทำควบคู่ไปกับการตรวจจับและวิเคราะห์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่อาจมีการลุกลามหรือทวีความรุนแรงมากขึ้นเพื่อให้การระงับและการปรามปรามภัยคุกคามทางไซเบอร์ ตลอดจนการฟื้นฟูระบบงานที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

องค์ประกอบด้วยการดำเนินการ

- 1) จำกัดขอบเขต (Containment) ผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ โดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามภาคผนวก ค
- 2) เรียกใช้งานกระบวนการกู้คืน (Recovery Process) โดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามภาคผนวก ค
- 3) ดำเนินการสอบสวน (Investigate) สาเหตุและผลกระทบของเหตุการณ์ โดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามภาคผนวก ค
- 4) เก็บรักษาหลักฐาน (Preservation of Evidence) ก่อนเริ่มกระบวนการกู้คืนซึ่งรวมถึงการได้มาของบันทึกการยึดหลักฐานคอมพิวเตอร์ที่ได้มา หรืออุปกรณ์อื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการสอบสวน ตามโดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามภาคผนวก ค
- 5) ดำเนินการตามระเบียบวิธีการมีส่วนร่วม (Engagement Protocols) กับบุคคลภายนอก หรือแนวปฏิบัติการบริหารจัดการบุคคลภายนอก ซึ่งรวมถึงรายละเอียดการติดต่อ ตัวอย่างเช่น ผู้ขายสำหรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์/การกู้คืนและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อดำเนินคดี โดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามภาคผนวก ค
- 6) ดำเนินการตามเอกสารแนบท้าย 2 ตารางที่ 2.3 ในประกาศคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติเรื่อง ลักษณะภัยคุกคามทางไซเบอร์ มาตรการป้องกัน รับมือ ประเมินปราบปรามและระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับ พ.ศ. 2564

ขั้นตอนที่ 4 : การดำเนินการภายหลังการแก้ปัญหาภัยคุกคามทางไซเบอร์

การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องภายหลังการแก้ปัญหาภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Post-Incident Activity) นั้นหน่วยงานควรกำหนดขั้นตอนวิธีปฏิบัติหรือกำหนดนโยบายภายในที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีแนวทางที่ชัดเจน โดยพิจารณาดำเนินมาตรการตามรายละเอียดที่ระบุในตารางที่ 2.4 ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวจะช่วยให้

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

หน่วยงานสามารถเรียนรู้จากเหตุภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่ผ่านมา และสามารถหาแนวทางเพื่อแก้ไข จุดบกพร่อง และพัฒนาแนวทางรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หน่วยงานต้องเก็บ รักษาข้อมูลและ พยานหลักฐานที่จำเป็น เพื่อใช้ในกระบวนการทางนิติวิทยาศาสตร์ หรือใช้ในกรณี ที่ต้องการร้องทุกข์หรือ ดำเนินคดีเนื่องจากภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นนั้น อาจเข้าลักษณะเป็นความผิดตาม ประมวลกฎหมายอาญา หรือพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ถ้ามี) หรือ กฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (โดยการเก็บข้อมูลบางประเภทนั้นอาจจำเป็น ต้องดำเนินการตั้งแต่เมื่อมีการตรวจ พบว่ามีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจสูญหายไป ในระหว่างที่ต้องระงับเหตุภัยคุกคาม ทางไซเบอร์นั้น หรืออาจถูกลบหรือทำลายโดยผู้โจมตี)

เมื่อมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและหลักฐานที่จำเป็นตามวรรคหนึ่งแล้ว นำข้อมูลและหลักฐานที่รวบรวมได้มา ใช้ในการจัดทำบันทึกข้อมูลสถิติภัยคุกคามทางไซเบอร์ โดยอาจจัดทำเป็น รายสัปดาห์หรือรายเดือน เพื่อเสนอต่อผู้ ที่มีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบภายในหน่วยงาน และกำหนดขั้นตอน ที่หน่วยงานควรดำเนินการ เพื่อป้องกันไม่ให้ เกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีกในอนาคต

ตารางที่ 2.1 การดำเนินมาตรการเพื่อเตรียมการและป้องกันการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Preparation)

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|---|
| - กรณีบริการระบบหรืออุปกรณ์มี แนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบเป็นภัย คุกคามทางไซเบอร์ในระดับไม่ ร้ายแรง | 1. จัดเตรียมข้อมูลและอุปกรณ์การติดต่อสื่อสารที่จำเป็น เช่น ข้อมูลการ ติดต่อของบุคคลหรือองค์กรต่าง ๆ คู่มือการปฏิบัติงานเพื่อรับมือภัย คุกคามทางไซเบอร์ และกลไกอื่นใดที่ช่วยสนับสนุนการรายงานเมื่อมีภัย คุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น เป็นต้น |
| - กรณีบริการระบบหรืออุปกรณ์มี แนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบเป็นภัย คุกคามทางไซเบอร์ในระดับร้ายแรง | 2. จัดเตรียมอุปกรณ์หรือทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการรับมือกับ ภัยคุกคามทางไซเบอร์ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราangkุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราangkุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|--|---|
| - กรณีบริการระบบหรืออุปกรณ์มี แนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบเป็นภัย คุกคามทางไซเบอร์ในระดับวิกฤติ | <p>3. ดำเนินการให้มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับ แนวทางของกฎหมาย กฎเกณฑ์ หรือนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อธำรงไว้ซึ่งความลับ (confidentiality) ความถูกต้องครบถ้วน (integrity) ตลอดจนสภาพพร้อมใช้งาน (availability) ของข้อมูลและระบบสารสนเทศดังกล่าว</p> <p>4. จัดเตรียมข้อมูลสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์เหตุภัยคุกคามทางไซเบอร์ เช่น รายการทรัพย์สินสำคัญทางสารสนเทศ และแผนผังโครงสร้างเครือข่าย (Network diagrams) เป็นต้น</p> <p>5. พิจารณาช่องบริการหรือระบบที่ผู้โจมตีสามารถค้นพบในเครือข่ายได้ง่าย โดยไม่ต้องใช้ความพยายามเจาะระบบ เช่น การค้นหาผ่านกลไกการสืบค้น (discovery protocol) เป็นต้น</p> <p>6. ดำเนินการควบคุมการเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าของอุปกรณ์ต่าง ๆ (configuration change control) และจัดทำแผนการบริหารจัดการการตั้งค่า หรือ การเปลี่ยนแปลงค่าของอุปกรณ์ (configuration management plan)</p> <p>7. กำหนดตัวบุคคลหรือมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญเป็นผู้ดำเนินการ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าของอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการทำหน้าที่ในการประสานงานหรือหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>8. จัดให้มีกระบวนการในการพิสูจน์ตัวตนผู้ใช้งานก่อนทางการเปลี่ยนแปลงการ ตั้งค่าของอุปกรณ์ใด ๆ เช่น การเข้ารหัสข้อมูลและการบริหารจัดการคีย์ สำหรับ การเข้าถึงระบบต่าง ๆ (cryptography / key managements) เป็นต้น</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราสาท ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราสาท เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|---|
| | <p>9. ตรวจสอบแอปพลิเคชันที่ให้บริการโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศให้มีความปลอดภัยเพียงพอ โดยมีการคัดกรองนักพัฒนา (developer screening) ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการใด ๆ กับเครือข่ายแอปพลิเคชัน หรือระบบงาน ต่าง ๆ</p> <p>10. ดำเนินการให้มีการทดสอบความสามารถในการตอบสนองต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Incident Respond Capability Testing)</p> <p>11. รวบรวมข่าวกรองเกี่ยวกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ (threat Intelligence)</p> <p>12. กำหนดแนวทางและระยะเวลาการเก็บรักษาหลักฐานเกี่ยวกับการก่อภัยคุกคามทางไซเบอร์</p> <p>13. ดำเนินการควบคุมการเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าของอุปกรณ์ต่าง ๆ (configuration change control) และจัดทำแผนการบริหารจัดการการตั้งค่า หรือ การเปลี่ยนแปลง ค่าของอุปกรณ์ (configuration management plan) โดยจะต้องจัดให้มีกลไกที่สามารถบันทึกประวัติการเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าของอุปกรณ์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร การแจ้งเตือนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงค่าของอุปกรณ์ที่ตั้งไว้ และให้พิจารณาจัดให้มีกลไกที่สามารถป้องกันการเปลี่ยนแปลงค่าของอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยอัตโนมัติ (ถ้าหน่วยงานมีความพร้อม)</p> <p>14. จัดให้มีการฝึกรวมเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อมีภัย คุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น (simulated events) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรับทราบบทบาทและความรับผิดชอบของตนเมื่อต้องรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว</p> <p>15. สร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแบ่งปันข้อมูลและประสานงานเกี่ยวกับการจัดการภัยคุกคามทางไซเบอร์</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ตารางที่ 2.2 การดำเนินมาตรการในการตรวจจับและวิเคราะห์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Detection and Analysis)

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|---|
| - กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะ เกิดผลกระทบเป็น ภัยคุกคามทางไซเบอร์ ในระดับไม่ ร้ายแรง กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่ จะเกิด ผลกระทบเป็นภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ในระดับร้ายแรง | <ol style="list-style-type: none"> จัดให้มีกลไกที่สามารถตรวจจับสิ่งบ่งชี้หรือลักษณะเบื้องต้นของการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ในเวลาอันเหมาะสม โดยอาจอาศัย ข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ เช่น ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคง ปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ สำหรับหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ ทางสารสนเทศ เป็นต้น จัดให้มีกลไกที่สามารถรับการแจ้งเตือนเกี่ยวกับภัยคุกคามทาง ไซเบอร์ จัดให้มีข้อพึงปฏิบัติพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลจราจรทาง คอมพิวเตอร์ (Logs) ข้อความการแจ้งข้อผิดพลาด หรือข้อความเตือนภัย จากเครื่องมือรักษา ความปลอดภัยด้านไซเบอร์ และการตรวจสอบ ระบบงานที่มีความสำคัญ (Critical Systems) โดยจะต้องจัดให้มีข้อพึง ปฏิบัติที่สูงขึ้นสำหรับทุกระบบงาน ที่มีความสำคัญมากขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลและประวัติการใช้งานต่าง ๆ เช่น ลักษณะการใ้ งานเครือข่าย และระบบงาน (Profile Networks and Systems) เป็น ต้น เพื่อทำความเข้าใจ พฤติกรรมการใช้งานในช่วงเวลาปกติ (Normal Behaviours) ทางการศึกษา วิจัยและค้นหาความสัมพันธ์ของข้อมูล ในระบบกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Event Correlation) |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|--|
| | <p>5. ทันทีที่พบว่า มี หรืออาจมีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น ให้ดำเนินการสืบหาและ รวบรวมข้อมูลทั้งหมด เช่น ลักษณะภัยคุกคามทางไซเบอร์, ช่องโหว่ที่อาจถูกใช้ ในการโจมตี, สถานการณ์ของการโจมตี (อาทิ กำลังเกิดเหตุหรือสถานการณ์ได้ สิ้นสุดแล้ว การโจมตีเป็นผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ฯลฯ) จำนวนระบบหรือบริการ ที่ได้รับผลกระทบ, โฮสต์ เนม ตำแหน่งหรือสถานที่ของระบบหรือบริการที่ได้รับ ผลกระทบ ข้อมูล ผู้ใช้ เวลาประทับ ข้อมูล payload ข้อมูลแจ้งเตือนจาก IDS (ถ้ามี) และ ข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (log) เป็นต้น โดยหน่วยงานจะต้อง เก็บรักษาข้อมูลดังกล่าว (safeguard incident data) ให้มีความปลอดภัย เพื่อใช้ในกระบวนการทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้ เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดี รวมถึงการจัดทำรายงานที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทางไซเบอร์</p> <p>6. ระบุหมวดหมู่ของภัยคุกคามทางไซเบอร์ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และติดตาม เพื่อระบุหมวดหมู่ของภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนกว่าสถานการณ์ ดังกล่าวจะสิ้นสุด โดยอาจพิจารณาจากข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 2 ของภาคผนวก ข แนบท้ายนี้</p> <p>7. จัดลำดับความสำคัญของการดำเนินการเพื่อรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ให้ ทันท่วงที โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลกระทบต่อการทำงาน ของระบบ (functional impact) ผลกระทบต่อข้อมูล (information impact) และความสามารถในการกู้คืน (recoverability effort) เป็นต้น</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|--|--|
| | <p>8. ศึกษาวิธีและลักษณะการโจมตี พร้อมทั้งระบุสาเหตุที่แท้จริงของภัยคุกคามทาง ไซเบอร์รวมถึงจุดอ่อนของระบบที่ถูกโจมตี</p> <p>9. ดำเนินการแจ้งไปยังผู้ที่รับผิดชอบในการเผชิญเหตุหรือผู้ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทาง ที่มีความปลอดภัย โดยคำนึงถึงระดับชั้นความลับและความสำคัญของข้อมูล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ ที่เกิดขึ้น</p> <p>10. รายงานภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นกับบริการของโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ ทางสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบภายในระยะเวลาที่ หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลกำหนด (โดยหน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแล อาจจะนำข้อปฏิบัติตามแผนการกู้คืนของหน่วยงานมาประกอบการ พิจารณาด้วยก็ได้) หรืออาจเทียบเคียงจากตัวอย่างตามที่ระบุในข้อ 3 ของ ภาคผนวก ข แนบท้ายนี้ แล้วแต่กรณี</p> |
| - กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบเป็น ภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ในระดับ วิกฤติ | <p>ให้ดำเนินการตามข้อ 1 ถึงข้อ 2 และดำเนินการมาตรการเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดให้มีกลไกที่สามารถแจ้งเตือนได้ทันที (real-time alerts) เมื่อพบว่ามีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้น จัดให้มีกลไกหรือระบบงานที่สามารถติดตามเหตุการณ์ และสามารถจับเก็บและ วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อตรวจจับการเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้โดยอัตโนมัติ (ถ้าหน่วยงานมีความพร้อม) จัดให้มีการแจ้งเตือนเกี่ยวกับความผิดปกติของการใช้ทรัพยากรของระบบงาน เช่น แจ้งเตือนเมื่อหน่วยความจำที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลจลจล |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราสาท ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราสาท เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|---|
| | <p>ทางคอมพิวเตอร์ เหลือน้อย (storage capacity warning) เมื่อมีการใช้หน่วยประมวลผลกลาง (CPU) หรือมีการใช้หน่วยความจำหลัก (RAM) ของอุปกรณ์เครือข่ายหรือระบบ งานหลักที่สูงผิดปกติ หรือเมื่อมีการส่งข้อมูลออกนอกเครือข่ายมากผิดปกติ เป็นต้น</p> <p>4. วิเคราะห์ข้อมูลและค้นหาความสัมพันธ์ของข้อมูลกับเหตุการณ์ต่าง ๆ (information correlation) โดยอาจรับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อมูล ในระบบ เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับรู้และดำเนินการตรวจจับและวิเคราะห์ ภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> |

ตารางที่ 2.3 การดำเนินการมาตรการเพื่อระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ การปราบปรามภัยคุกคามทางไซเบอร์ และการฟื้นฟูระบบงานที่ได้รับผลกระทบ (Containment, Eradication and Recovery)

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|---|
| - กรณีบริการระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบ เป็นภัยคุกคามทางไซเบอร์ในระดับ ไม่ร้ายแรง | <p>1. ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการจำกัดขอบเขตและระงับภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ โดยที่แนวทางหรือวิธีการดังกล่าวจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อใช้ ประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการ ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวรวมถึง</p> <p>1.1 การดำเนินการเชิงเทคนิค เช่น การลบมัลแวร์ การปิดการใช้งานบัญชี ของผู้ใช้งานที่ถูกละเมิด การปิดระบบหรือตัดการเชื่อมต่อของระบบ จากเครือข่ายภายหลังการเก็บหลักฐานหรือข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|---|
| | <p>ใน กระบวนการทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนิน คดีแล้ว เป็นต้น</p> <p>1.2 การดำเนินการเชิงบริหาร เช่น กำหนดแนวทางดำเนินการหรือ การตัดสินใจของฝ่ายบริหารของหน่วยงาน การสื่อสารทั้งภายในและ ภายนอกหน่วยงาน เป็นต้น</p> <p>1.3 การเตรียมการเพื่อดำเนินการทางกฎหมายกับผู้กระทำความผิด</p> <p>2. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมและจัดการ หลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อภัยคุกคามทางไซเบอร์โดยทันที หลังจากที่ได้ตรวจพบ เช่น การจัดการกับข้อมูลที่บันทึกอยู่ในหน่วยความจำ ประเภทที่สามารถสูญหายได้ เมื่อปิดอุปกรณ์ (volatile data) การเก็บ ข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (logs) ข้อมูลเกี่ยวกับมัลแวร์ ข้อมูลสถานะ ของระบบ (system snapshot) หรือ ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอ สำหรับใช้วิเคราะห์ในเชิงเทคนิค และ เพื่อทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้ เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดี</p> <p>3. ดำเนินการเพื่อให้มีการระบุแหล่งที่มาของการโจมตี (attacking host) เช่น การระบุหมายเลขประจำเครื่อง (IP address) การระบุ ช่องทางที่ผู้โจมตีใช้ การค้นหาและวิจัยที่มาของการโจมตีจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูล ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่รวบรวมข้อมูลจากหลาย แหล่ง เป็นต้น</p> <p>4. ประสานงานเพื่อแจ้งหรือรายงานสถานการณ์การรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ และความคืบหน้าในการตอบสนองไปยังบุคคลหรือ</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราสาท ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราสาท เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|--|
| | <p>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ อย่างทันท่วงที โดยอาจขอความช่วยเหลือไปยัง บุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะ การเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่จัดอยู่ใน หมวดหมู่ที่ 1, 2, 4, 5 และ 7 ตามที่ระบุในข้อ 1 ของภาคผนวก ข แนบท้ายนี้ ทั้งนี้ ในการแจ้งหรือ รายงานสถานการณ์นั้น หน่วยงานควรเลือกใช้ช่องทางที่มีความเหมาะสม และปลอดภัยและดำเนินการแจ้งหรือรายงานเหตุภายในระยะเวลาที่ หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลกำหนด หรืออาจเทียบเคียงจากตัวอย่าง ตามที่ระบุในข้อ 3 ของภาคผนวก ข แนบท้ายนี้ แล้วแต่กรณี</p> <p>5. ดำเนินการจัดการกับช่องโหว่ทั้งหมดที่ได้รับผลกระทบจากภัย คุกคามทางไซเบอร์ และดำเนินการตามวิธีการป้องกันระบบจากความ เสี่ยงภัยที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติม เช่น การปรับเปลี่ยนการควบคุมการเข้าถึง เครือข่าย (อาทิ ไฟร์วอลล์) การติดตั้ง ลายเซ็นของ Anti-Virus หรือ IDS / IPS ใหม่ หรือการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ในโครงสร้างพื้นฐาน และ ดำเนินการระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นโดย ทันทีหลังจากที่ตรวจ พบ เป็นต้น</p> <p>6. ดำเนินการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มั่นใจว่าระบบงานต่าง ๆ ยังคงสามารถ ใช้งานได้ ตามปกติภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนด (Restore within time period) เช่น การกู้คืนระบบให้กลับมาดำเนินการได้ตามปกติ (Integrity restoration) การสร้างระบบงานขึ้นใหม่ (Rebuild) การ แทนที่ไฟล์ที่ได้รับผลกระทบ (replace) การติดตั้งโปรแกรมคอมพิวเตอร์</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|---|
| | <p>(install) การเปลี่ยนแปลงรหัสผ่าน และการรักษาความปลอดภัยทางเครือข่าย (securing network) เป็นต้น</p> <p>7. สร้างมาตรการป้องกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกิดขึ้นอีกในอนาคต เช่น การเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นต้น</p> <p>8. สร้างมาตรการป้องกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกิดขึ้นอีกในอนาคต เช่น การเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นต้น</p> |
| - กรณีบริการระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบ เป็นภัยคุกคามทางไซเบอร์ในระดับ ร้ายแรง | <p>ให้หน่วยงานดำเนินการตามข้อ 1 และดำเนินการมาตรการเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>1. หากมีความจำเป็น ให้หน่วยงานดำเนินการใช้ระบบงานสำรอง สำหรับการประมวลผล (Alternate Processing) การจัดเก็บข้อมูล (Storage Site) และกู้คืนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำรายการหรือการดำเนินธุรกรรมต่าง ๆ (Transaction Recovery)</p> <p>2. ส่งคำแจ้งเตือนเพื่อขอรับการสนับสนุน ความช่วยเหลือ หรือประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Supply Chain Coordination) รวมถึงแจ้งไปยังศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์แห่งชาติ</p> <p>3. ดำเนินการตามนโยบายการรายงานเกี่ยวกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานซึ่งครอบคลุมถึงรูปแบบ ระดับความลับ และ</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|---|
| | <p>เนื้อหาที่ต้องรายงาน ลำดับชั้นการรายงาน กำหนดเวลา เครื่องมือที่ใช้รายงาน (โดยอาจพิจารณาใช้เครื่องมือที่สามารถช่วยรายงานภัยคุกคามโดยอัตโนมัติ (ถ้าหน่วยงาน มีความพร้อม))</p> <p>4. ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปฏิบัติงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการ การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแล พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลอื่นใดที่ปฏิบัติหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ หน้าที่ตามกฎหมาย</p> <p>5. พิจารณาจัดให้มีกลไกที่สามารถทำงานได้โดยอัตโนมัติ ในการรับมือหรือสนับสนุนการรับมือเมื่อเกิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Automated Incident Handling Processes) (ถ้าหน่วยงานมีความพร้อม)</p> |
| - กรณีบริการระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบ เป็นภัยคุกคามทางไซเบอร์ในระดับวิกฤติ | <p>ให้หน่วยงานดำเนินการตามข้อ 1 ถึงข้อ 2 และดำเนินการมาตรการเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>1. ดำเนินการตามแผนการทำงานในการกู้คืนระบบงานต่าง ๆ เพื่อให้ระบบสามารถ ให้บริการได้ภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนด (Restore within Time Period) โดยอาศัยความรู้จากทีมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เพื่อให้การกู้คืนระบบและ เครือข่ายของหน่วยงานทำได้อย่างรวดเร็ว</p> |

หมายเหตุ: ในกรณีที่มิมีภัยคุกคามทางไซเบอร์เกิดขึ้นแล้ว แต่หน่วยงานยังไม่สามารถระบุระดับของภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่หน่วยงานยังไม่สามารถรวบรวมรายละเอียดหรือข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ได้ในช่วงแรก หรือไม่ว่าด้วยเหตุอื่นใดก็ตาม ให้หน่วยงานดำเนินการประเมินผลกระทบเบื้องต้น

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

โดยพิจารณาจากตัวอย่างตาม ที่ระบุในข้อ 1 ของภาคผนวก ข แบบทำยนี้ จนกว่าจะมีข้อมูลหรือปรากฏหลักฐานที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ เพื่อระบุระดับของภัยคุกคามทางไซเบอร์

ตารางที่ 2.4 การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องภายหลังการแก้ปัญหาภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Post-incident Activity)

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|---|--|
| - กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบ เป็น ภัยคุกคามทาง ไซเบอร์ใน ระดับไม่ร้ายแรง | <p>ภายหลังการแก้ปัญหาภัยคุกคามทางไซเบอร์ ให้หน่วยงานพิจารณา ดำเนินการดังนี้</p> <p>1. นำเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นและมีลักษณะเป็น ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่มีนัยสำคัญมาเป็นกรณีศึกษา เช่น การพิจารณาถึง จุดอ่อนของโครงสร้างพื้นฐานของบริการ นโยบายและ กระบวนการ การฝึก บุคลากร การระบุผู้มีอำนาจดำเนินงาน และเครื่องมือ ที่ใช้ เป็นต้น และหา แนวทางเพื่อเตรียมการรับมือและป้องกันการเกิดภัย คุกคามทางไซเบอร์ที่มี ลักษณะดังกล่าวร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง</p> |
| - กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบ เป็น ภัยคุกคามทาง ไซเบอร์ใน ระดับร้ายแรง | <p>2. รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการรับมือภัยคุกคามทาง ไซเบอร์ (โดยอาจดำเนินการเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน) เช่น จำนวนของ ภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้น เวลาที่ใช้ในการจัดการกับภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ประเภท ต่าง ๆ และวัตถุประสงค์ของการโจมตี เป็นต้น เพื่อ เสนอต่อผู้ที่มีหน้าที่ดูแล และรับผิดชอบภายในหน่วยงาน</p> |
| - กรณีบริการ ระบบ หรือ อุปกรณ์ มีแนวโน้มที่จะเกิด ผลกระทบ เป็น ภัยคุกคามทาง ไซเบอร์ใน ระดับวิกฤต | |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ระดับ | แนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) |
|-------|--|
| | <p>3. ปรับปรุงมาตรการเตรียมการและป้องกัน รับมือ ปรามปราม และระงับภัย คุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับให้มีความเหมาะสม และเป็นปัจจุบัน</p> <p>4. เก็บรักษาข้อมูลและหลักฐานที่จำเป็น เพื่อใช้ในกระบวนการทางนิติวิทยาศาสตร์ หรือใช้ในกรณีที่ต้องการร้องทุกข์หรือดำเนินคดี ตามแนวทางและระยะเวลาการ เก็บรักษาหลักฐานเกี่ยวกับการก่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่หน่วยงานได้กำหนด</p> |

อนึ่งแนวปฏิบัติพื้นฐาน (Security Control Baselines) ตามรายละเอียดที่กำหนด ไว้ในตารางที่ 2.1 – ตารางที่ 2.4 นี้ เป็นเพียงแนวทางมาตรการเตรียมการและป้องกัน รับมือปรามปราม และ ระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์แต่ละระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. โครงสร้างทีมรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Incident Response Team: PKH - CSIRT)

6.1 โครงสร้างทีมรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่/ตำแหน่ง | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|---------------------------|---|
| 1 | นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู (CISO) โทร. 0804628982 | Executive Sponsor/CISO | ให้การสนับสนุนเชิงนโยบาย และทรัพยากร |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้เป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรางค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่/ตำแหน่ง | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|------------------------------------|---|
| 2 | นางสาวพนอม ศรีียงยศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทร. 0851020780 | CSIRT Manager | กำกับดูแลการดำเนินงาน, ประสานงานกับผู้บริหารและ หน่วยงานภายนอก |
| 3 | นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปรังค์กู (CISO) โทร. 0804628982 นายกิตติพันธ์ เข้มทอง ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญ งาน โทร. 0638349881 นายกาญจนศักดิ์ โสดา ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ โทร. 0804628982 นายวิทยา แหวนหล่อ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ | CSIRT Member (Incident Handler) | เฝ้าระวังระบบไซเบอร์และ สารสนเทศ เครือข่ายและระบบ บริหารจัดการโรงพยาบาล (HIS- Hospital Information System), ประเมินระดับความ ร้ายแรงและผลกระทบของ เหตุการณ์, รายงานความ คืบหน้าให้ CSIRT Manager และประสานงานกับ ทีมงานที่ เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้น |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

6.2 โครงสร้างทีมสนับสนุนการดำเนินการการรับมือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (ทีมสนับสนุน)

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|---|---|--|
| 1 | นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปรากฏ์ นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญ งาน นางสาวพนอม ศรีียงยศ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ นางมาลีวรรณ รูปสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการ นายวิทยา แหวนหล่อ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ | ทีมสื่อสารในภาวะ วิกฤตเพื่อเปิดใช้งาน ในช่วงวิกฤต (Crisis Communication Team) | 1) จัดทำแผนการสื่อสารใน ภาวะวิกฤตเพื่อตอบสนอง ต่อวิกฤตที่เกิดจาก เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความ มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 2) ตรวจสอบให้แน่ใจว่า แผนการสื่อสารในภาวะ วิกฤตรวมถึงการ ประสานงานระหว่างทุก ฝ่ายที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้แน่ใจว่ามีการ ตอบสนองที่ประสานกัน และสอดคล้องกันในช่วง วิกฤต 3) ดำเนินการฝึกซ้อม แผนการสื่อสารในภาวะ วิกฤตอย่างน้อยปีละ ๑ (หนึ่ง) ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่า สามารถสื่อสารและ เผยแพร่ข้อมูลได้อย่าง |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ในส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรากฏ์ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรากฏ์ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|---------------------------------------|--|
| | | | <p>ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพในช่วงวิกฤตอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์</p> <p>4) ประสานงานกับบุคลากรในองค์กรและภายนอก รวมถึงตรวจสอบประเด็นทางกฎหมายและ PDPA</p> |
| 3 | <p>นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (CISO)</p> <p>นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (Lead Implementer)</p> <p>นายกาญจนศักดิ์ โสดา ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ (Implementer)</p> <p>นายกิตติพันธ์ เข้มทอง ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (Implementer)</p> <p>นายประคอง ชินวงษ์ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ</p> | (BCP – Business Continuity Plan Team) | <p>จัดทำแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan : BCP) เพื่อให้แน่ใจว่าบริการที่สำคัญขององค์กรสามารถให้บริการที่จำเป็นต่อไปได้ในกรณีที่เกิดการหยุดชะงัก</p> <p>ต้องมีการสอบทานแผนของผู้ให้บริการภายนอก เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับแผนของหน่วยงานขององค์กร เช่น</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|----------------------------------|---------|--|
| | | | <p>ความสอดคล้องกันของ ขอบเขตคำนิยามและการ กำหนดระยะเวลาที่สำคัญ เช่น Maximum Tolerable Period of Disruption (MTPD), Recovery Time Objective (RTO) และ Recovery Point Objective (RPO) เป็น ต้น จัดทำแผนความต่อเนื่อง ทางธุรกิจ (Business Continuity Plan : BCP) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่สำนักงาน ประกาศกำหนด มีการตรวจสอบให้แน่ใจ ว่ามีการฝึกซ้อม BCP อย่างน้อยปีละ ๑ (หนึ่ง) ครั้งเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของ BCP</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|---|----------------------------------|---|
| | | | ต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ความมั่นคงปลอดภัยไซ เบอร์ |
| 3 | นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้า พนักงานเวชสถิติชำนาญงาน | DPO - Data Protection Officer | ให้คำแนะนำทั้งกับผู้ ควบคุมข้อมูล ผู้ ประมวลผลข้อมูล รวมถึง ลูกจ้างหรือผู้รับจ้างที่ เกี่ยวข้องกับการ ประมวลผลข้อมูลส่วน บุคคล ตรวจสอบการดำเนินการ ขององค์กร เพื่อให้แน่ใจ ว่า การเก็บรวบรวม การ ใช้หรือการเปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลให้เป็นไปตาม ข้อกำหนดของกฎหมาย PDPA เมื่อเกิดปัญหา เกี่ยวกับการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|--|---|
| | | | <p>ข้อมูลรั่วไหล , DPO จะต้องทำหน้าที่ ประสานงานกับสำนักงาน คณะกรรมการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล (สคส) ต้องรักษาข้อมูลส่วน บุคคลที่ตนล่วงรู้หรือได้มา ในระหว่างการปฏิบัติ หน้าที่ให้เป็นไปความลับ ต้องมีบทบาทในการสร้าง ความเข้าใจและการ ตระหนักรู้เรื่อง PDPA ให้แก่พนักงานในองค์กร เพื่อให้การจัดการข้อมูล ส่วนบุคคลเป็นไปอย่าง ถูกต้อง</p> |
| 4 | นายพัทธ์พล เลอกิจกุล ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ | Head of Information Security : HIS | กำกับดูแลและประสานงาน ด้านการใช้งานระบบ แอปพลิเคชันหลัก เช่น ระบบบริหารจัดการ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย
ไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน
บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|----------------------------------|---------|--|
| | | | <p>โรงพยาบาล (HIS- Hospital Information System) ของโรงพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และปลอดภัยของ ข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลทาง คลินิก</p> <p>ประสานงานกับทีมเทคนิค และผู้ใช้งานเพื่อแก้ไข ปัญหาและพัฒนาระบบ บริหารจัดการโรงพยาบาล (HIS- Hospital Information System) จัดทำรายงานและวิเคราะห์ ข้อมูลจากระบบบริหาร จัดการโรงพยาบาล (HIS- Hospital Information System) เพื่อสนับสนุน การตัดสินใจเชิงบริหาร สนับสนุนและอบรม บุคลากรในการใช้งาน ระบบบริหารจัดการ</p> |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย ไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|---------------------|--|
| | | | โรงพยาบาล (HIS- Hospital Information System) อย่างถูกต้องและ ปลอดภัย ดูแลและดำเนินการให้ หน่วยงานมีความพร้อมใน การรับมือภัยคุกคามไซ เบอร์ ดูแลและดำเนินการให้ บุคลากรในองค์กรมี ความรู้และตระหนักรู้ ทางด้านไซเบอร์ |
| 5 | นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญ งาน (Lead Implementer) นางสาวกาญจนาจันต์ศักดิ์ โสตา ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ (Implementer) นายกิตติพันธ์ เข้มทอง ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (Implementer) | Implementer Team | วางแผนและดำเนินการ ระบบบริหารจัดการความ มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ให้ เป็นไปตามกฎหมาย พรบ. ไซเบอร์ จัดทำและดูแลให้มีการ ปฏิบัติ นโยบาย ระเบียบ ปฏิบัติ ขั้นตอนการทำงาน และบันทึกต่าง ๆ พร้อม |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราณบุรี ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราณบุรี เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|----------------------------------|--------------|--|
| | | | ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ มาตรการความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ถูกนำไป ปฏิบัติได้จริง บริหารจัดการความเสี่ยง สารสนเทศทางด้านไซ เบอร์และข้อมูล สารสนเทศ จัดทำรายงานผลการดำเนิน และข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงระบบความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ ติดตามและสนับสนุนการ ปรับปรุงกระบวนการ อย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) |
| 6 | นายวิทยา แหวนหล่อ | Auditor Team | วางแผนและดำเนินการ ตรวจสอบภายในด้านความ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดย
ไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุใน
บัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|---|---------|--|
| | ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ (Lead Auditor) นางสุปราณี ศรีหะโคตร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (Auditor) | | มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และ ข้อมูลสารสนเทศของ องค์กร ประเมินความสอดคล้อง ของระบบบริหารจัดการ กับมาตรฐาน พรบ ไซ เบอร์, ISO/IEC ๒๗๐๐๑, PDPA และกฎหมาย/ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบการปฏิบัติตาม นโยบายและมาตรการ ความมั่นคงปลอดภัยไซ เบอร์และข้อมูลสารสนเทศ ของทุกหน่วยงาน จัดทำรายงานผลการ ตรวจสอบ พร้อม ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข ปรับปรุง ติดตามผลการแก้ไข ข้อบกพร่อง (Follow-up Audit) เพื่อให้มั่นใจว่ามี การปรับปรุงอย่างแท้จริง |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|--|-----------|--|
| 8 | นางรัตนา ศิลาโชติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นายประคอง ชินวงษ์ ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ นายสันต์ สิงห์ไกร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญ งาน นางมาลีวรรณ รูปสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการ นายวิทยา แหวนหล่อ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ | Risk Team | วางแผนและดำเนินการ บริหารความเสี่ยงด้าน ความมั่นคงปลอดภัยไซ เบอร์และข้อมูลสารสนเทศ ขององค์กร ติดตามและประเมินความ เสี่ยงใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จากกระบวนการทำงาน และการใช้เทคโนโลยี เสนอแนะแนวทางการ ป้องกัน แก้ไข และลด ผลกระทบจากความเสี่งที่ พบ จัดทำรายงานความเสี่ยง และเสนอผู้บริหารเพื่อการ ตัดสินใจ สนับสนุนการสร้าง วัฒนธรรมองค์กรที่ ตระหนักถึงการบริหาร ความเสี่ยง |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ลำดับที่ | ชื่อ นามสกุล รายละเอียดการติดต่อ | หน้าที่ | ความรับผิดชอบ |
|----------|----------------------------------|---------|---------------|
| | | | |

6.3 โครงสร้างการรายงานเหตุการณ์ (Incident Reporting Structure)

โครงสร้างการรายงานเหตุการณ์ (Incident Reporting Structure) ตามแผนฉบับนี้ เป็นการกำหนดตามประมวลและแนวทางปฏิบัติฯ ว่าหน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศจะปฏิบัติตามภาระหน้าที่ในการรายงานภายใต้พระราชบัญญัติ และกฎหมายย่อยใด ๆ ที่ทำขึ้นภายใต้กฎหมายดังกล่าว ตลอดจนภาระหน้าที่ในการรายงานภายใต้กฎหมาย และข้อกำหนดด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศ โดยมีโครงสร้างการรายงานและ Flow การรายงาน ตามภาคผนวก ก

7. แผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์

7.1 การโจมตีเว็บไซต์เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูลเผยแพร่หน้าเว็บ (Web Defacement)

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| 1 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนดำเนินการแจ้งเหตุการณ์ถูกโจมตีเว็บไซต์เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูลเผยแพร่หน้าเว็บ (Web Defacement) ไปยังทีมบริหาร เพื่อแนะนำและพิจารณาอนุมัติดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ และติดต่อประสานไปผู้ที่เกี่ยวข้อง | ทีม CSIRT |
| 2 | ทีมบริหารให้คำแนะนำและอนุมัติดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ | ทีมบริหาร |
| 3 | ดำเนินการตัดการเชื่อมต่อของระบบ | ทีม CSIRT |
| 4 | ทีมสนับสนุนเก็บรวบรวมและจัดการหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อกำเนิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ เช่น | ทีม CSIRT |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้บางส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับข้อมูลที่บันทึกอยู่ในหน่วยความจำประเภทที่สามารถสูญหายได้เมื่อทำการปิดอุปกรณ์ (Volatile data) - การเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (logs) - ข้อมูลสถานะของระบบ (system snapshot) - ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับใช้วิเคราะห์ในเชิงเทคนิค และ เพื่อทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดี | |
| 5 | <p>ทีมสนับสนุนดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อระบุแหล่งที่มาของการโจมตี (attacking host) เช่น การระบุหมายเลขประจำเครื่อง (IP address) การระบุช่องทางที่ผู้โจมตีใช้การค้นหาและวิจัยที่มาของการโจมตีจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น <p>ฐานข้อมูลภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบช่องโหว่ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ถูกโจมตีเว็บไซต์เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูลเผยแพร่หน้าเว็บ (Web Defacement) | ทีมสนับสนุน |
| 6 | <p>ทีมสนับสนุนดำเนินการตั้งค่าระบบให้มีความมั่นคงปลอดภัย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับเปลี่ยนการควบคุมการเข้าถึงเครือข่ายจากเช่น อุปกรณ์ Firewall อุปกรณ์เครือข่าย เป็นต้น - การติดตั้งหรือ Update Anti-Virus หรือ IDS/IPS - การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพโครงสร้างพื้นฐาน - ดำเนินการระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นโดยทันทีหลังจากที่ตรวจพบ | ทีมสนับสนุน |
| 7 | <p>ทีมสนับสนุนดำเนินการกู้คืนระบบโดยพิจารณา วิธีการตามความเหมาะสมได้ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกู้คืนระบบให้กลับมาดำเนินการได้ตามปกติ (integrity restoration) | ทีมสนับสนุน |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราangkุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราangkุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างระบบงานขึ้นใหม่ (rebuild) - การแทนที่ไฟล์ที่ได้รับผลกระทบ (replace) - การติดตั้งโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (install) - การเปลี่ยนแปลงรหัสผ่านของเครื่อง Web Server - การปรับปรุงหรือ Update ระบบปฏิบัติการ (OS) | |
| 8 | ทีมสนับสนุนกำหนดการเฝ้าระวังในการถูกโจมตีซ้ำ | ทีมสนับสนุน |
| 9 | ทีมสนับสนุนตรวจสอบข้อมูลและการใช้งานของระบบ เพื่อกลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |
| 10 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนแจ้งผลการดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ไปยังทีมบริหารและ ผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องรับทราบว่า Web Site กลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |

**7.2 การถูกโจมตีจากโปรแกรมประสงค์ร้ายเข้ารหัสข้อมูลเรียกค่าไถ่ (Ransomware) / การโจมตียึด
เครื่องแม่ข่าย (Server compromise injection attack) / การบุกรุกโดยการใช้มัลแวร์
(Malicious Logic)**

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| 1 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนดำเนินการแจ้งเหตุการณ์ถูกโจมตีจากโปรแกรมประสงค์ร้ายเข้ารหัสข้อมูลเรียก ค่าไถ่ (Ransomware) ไปยังทีมบริหาร เพื่อแนะนำและพิจารณาอนุมัติดำเนินการตามแผน รับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ และติดต่อประสานไปผู้ที่เกี่ยวข้อง | ทีม CSIRT |
| 2 | ทีมบริหารให้คำแนะนำและอนุมัติดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ | ทีมบริหาร |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| 3 | ดำเนินการตัดการเชื่อมต่อของระบบ | ทีมสนับสนุน |
| 4 | <p>ทีมสนับสนุนเก็บรวบรวมและจัดการหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อกำเนิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับข้อมูลที่ยังคงอยู่ในหน่วยความจำประเภทที่สามารถสูญหายได้เมื่อทำการปิดอุปกรณ์ (Volatile data) - การเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (logs) - ข้อมูลสถานะของระบบ (system snapshot) - ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับใช้วิเคราะห์ในเชิงเทคนิค และ เพื่อทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดี | ทีมสนับสนุน |
| 5 | <p>ทีมสนับสนุนดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อระบุแหล่งที่มาของการโจมตี (attacking host) เช่น การระบุหมายเลขประจำเครื่อง (IP address) การระบุช่องทางที่ผู้โจมตีใช้การค้นหาและวิจัยที่มาของการโจมตีจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น <p>ฐานข้อมูลภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบช่องโหว่ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ถูกโจมตี | ทีมสนับสนุน |
| 6 | <p>ทีมสนับสนุนดำเนินการตั้งค้าระบบให้มีความมั่นคงปลอดภัย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับเปลี่ยนการควบคุมการเข้าถึงเครือข่ายจากเช่น อุปกรณ์ Firewall อุปกรณ์เครือข่าย เป็นต้น - การติดตั้งหรือ Update Anti-Virus หรือ IDS/IPS - การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพโครงสร้างพื้นฐาน | ทีมสนับสนุน |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราangkุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราangkุ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| | - ดำเนินการระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นโดยทันทีหลังจากที่ตรวจพบ | |
| 7 | ทีมสนับสนุนดำเนินการกู้คืนระบบโดยพิจารณา วิธีการตามความเหมาะสมได้ ดังนี้ - การกู้คืนระบบให้กลับมาดำเนินการได้ตามปกติ (integrity restoration) - การสร้างระบบงานขึ้นใหม่ (rebuild) - การแทนที่ไฟล์ที่ได้รับผลกระทบ (replace) - การติดตั้งโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (install) - การเปลี่ยนแปลงรหัสผ่านของเครื่องแม่ข่าย - การปรับปรุงหรือ Update ระบบปฏิบัติการ (OS) | ทีมสนับสนุน |
| 8 | ทีมสนับสนุนกำหนดการเฝ้าระวังในการถูกโจมตีซ้ำ | ทีมสนับสนุน |
| 9 | ทีมสนับสนุนตรวจสอบข้อมูลและการใช้งานของระบบ เพื่อกลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |
| 10 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนแจ้งผลการดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ไปยังทีมบริหารและ ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบว่าจะระบบกลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |

7.3 การบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service)

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| 1 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนดำเนินการแจ้งเหตุการณ์การบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service) ไปยังทีมบริหาร เพื่อแนะนำและพิจารณาอนุมัติดำเนินการตามแผน รับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ และติดต่อประสานไปผู้ที่เกี่ยวข้อง | ทีมสนับสนุน |
| 2 | ทีมบริหารให้คำแนะนำและอนุมัติดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ | ทีมบริหาร |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราสาท ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราสาท เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|---|--------------|
| 3 | ทีมสนับสนุนประสานผู้ให้บริการภายนอกเพื่อปิดกั้นการบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service) | ทีมสนับสนุน |
| 4 | ทีมสนับสนุนเก็บรวบรวมและจัดการหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อกำเนิดภัยคุกคามทางไซเบอร์ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับข้อมูลที่บันทึกอยู่ในหน่วยความจำประเภทที่สามารถสูญหายได้เมื่อทำการปิดอุปกรณ์ (Volatile data) - การเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (logs) - ข้อมูลสถานะของระบบ (system snapshot) - ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับใช้วิเคราะห์ในเชิงเทคนิค และ เพื่อทางนิติวิทยาศาสตร์และใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดี | ทีมสนับสนุน |
| 5 | ทีมสนับสนุนดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อระบุแหล่งที่มาของการโจมตี (attacking host) เช่น การระบุหมายเลขประจำเครื่อง (IP address) การระบุช่องทางที่ผู้โจมตีใช้การค้นหาและวิจัยที่มาของการโจมตีจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูลภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง - ตรวจสอบช่องทางไหนที่ทำให้เกิดเหตุการณ์การบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service) | ทีมสนับสนุน |
| 6 | ทีมสนับสนุนดำเนินการตั้งค่าระบบให้มีความมั่นคงปลอดภัย ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การปรับเปลี่ยนการควบคุมการเข้าถึงเครือข่ายจากเช่น อุปกรณ์ Firewall อุปกรณ์เครือข่าย เป็นต้น - การติดตั้งหรือ Update Anti-Virus หรือ IDS/IPS | ทีมสนับสนุน |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราangkุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราangkุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| ข้อ | รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----|--|--------------|
| | - การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพโครงสร้างพื้นฐาน - ดำเนินการระงับภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นโดยทันทีหลังจากที่ตรวจพบ | |
| 7 | ทีมสนับสนุนกำหนดการเฝ้าระวังในการถูกโจมตีซ้ำ | ทีมสนับสนุน |
| 8 | ทีมสนับสนุนตรวจสอบข้อมูลและการใช้งานของระบบ เพื่อกลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |
| 9 | ติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสนับสนุนแจ้งผลการดำเนินการตามแผนรับมือเหตุการณ์ทางไซเบอร์ไปยังทีมบริหารและ ผู้ที่เกี่ยวข้องขอรับทราบว่าการระบบในการให้บริการกลับมาใช้งานได้ปกติ | ทีมสนับสนุน |

8. การติดตาม ควบคุม และทบทวน

แผนการรับมือภัยคุกคามฉบับนี้ จะต้องมีการติดตาม ควบคุม และทบทวน ดังนี้

- 1) ต้องติดตามและควบคุมให้แผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ฉบับนี้ได้มีการสื่อสารไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนบริการสำคัญของโรงพยาบาลปรางค์กู
- 2) ทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ฉบับนี้ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยนับแต่วันที่แผนได้รับการอนุมัติ
- 3) ทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ฉบับนี้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการทางไซเบอร์ของบริการที่สำคัญของโรงพยาบาลปรางค์กู หรือข้อกำหนดในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรางค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ภาคผนวก ข

ข้อ 1 การจำแนกหมวดหมู่ของภัยคุกคามทางไซเบอร์

| หมวดหมู่ | คำอธิบาย |
|----------|---|
| 1 | เหตุการณ์จำลองและการฝึกซ้อมของหน่วยงานเอง (Training and Exercises) |
| 2 | การพยายามเข้าถึงระบบที่ไม่สำเร็จ (Unsuccessful Activity Attempt) |
| 3 | การพยายามบุกรุกเพื่อสำรวจข้อมูลองค์กรเพื่อโจมตี (Reconnaissance) |
| 4 | การดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยที่หน่วยงานกำหนด (Non-Compliance Activity) |
| 5 | การบุกรุกโดยการใช้มัลแวร์ (Malicious Logic) |
| 6 | การบุกรุกในระดับผู้ใช้งาน (User Level Intrusion) |
| 7 | การบุกรุกในระดับผู้ควบคุมระบบ (Root Level Intrusion) |
| 8 | การบุกรุกที่ทำให้ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ (Denial of Service) |
| 9 | เหตุการณ์ที่อยู่ระหว่างการวิเคราะห์สอบสวน (Investigating) |
| 10 | เหตุการณ์ผิดปกติที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วว่าไม่ใช่เหตุการณ์ที่เป็นภัยคุกคาม (Explained Anomaly) |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ข้อ 2 ตัวอย่างลักษณะภัยคุกคามทางไซเบอร์แยกตามระดับต่าง ๆ

| ประเภทอุปกรณ์เครือข่าย | หมวดหมู่ภัยคุกคาม | | | | | | |
|---|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Backbone | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | วิกฤต | วิกฤต | วิกฤต |
| เราเตอร์ | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | วิกฤต | วิกฤต | วิกฤต |
| เครื่องแม่ข่ายสำหรับการจัดการ เครือข่าย หรือ ดูแลความปลอดภัย | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง | ร้ายแรง | วิกฤต | วิกฤต | วิกฤต |
| เครื่องแม่ข่ายที่ไม่ได้ให้บริการกับ สาธารณะ | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง | ร้ายแรง | วิกฤต | ร้ายแรง | ร้ายแรง |
| เครื่องแม่ข่ายที่เปิดให้บริการกับ สาธารณะ | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง |
| เครื่องเวิร์กสเตชัน | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ไม่ ร้ายแรง | ร้ายแรง |

ข้อ 3 ตัวอย่างกำหนดระยะเวลาในการแจ้งและรายงานภัยคุกคามทางไซเบอร์

การแจ้งหรือรายงานภัยคุกคามตามหมวดนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้เผชิญเหตุยังไม่ทราบรายละเอียดภัยคุกคาม และกำลังดำเนินการวิเคราะห์เหตุการณ์ (เช่น อาจอยู่ในช่วงแรก ๆ ที่พบการกระทำผิด) โดยหากทราบผลของการสอบสวนแล้ว ผู้รายงานควรเปลี่ยนเป็นหมวดอื่นให้ถูกต้อง และ ในรายงานสรุปปิดเหตุการณ์ ไม่ควรมีภัยคุกคามที่อยู่ในหมวดนี้ เนื่องจากการวิเคราะห์สอบสวนเสร็จสิ้นแล้ว)

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ในส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure)

| | |
|---|-----------------------------------|
| รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| หมวดหมู่ภัย คุกคามทาง ไซเบอร์ | ระดับภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ | การแจ้งเบื้องต้นตาม ช่องทางที่กำหนด (ภายในเวลา) | การส่งรายงานให้ หน่วยงานควบคุมหรือ กำกับดูแล (ภายในเวลา) | การส่งรายงานให้ สำนักงาน (ภายในเวลา) |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---|--|
| 1 | ทุกเหตุการณ์ | 30 นาที | 2 ชั่วโมง | 4 ชั่วโมง |
| 2 | ทุกเหตุการณ์ | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด |
| 3 | ทุกเหตุการณ์ | 30 นาที | 2 ชั่วโมง | 8 ชั่วโมง |
| 4 | วิกฤต | 10 นาที | 30 นาที | 1 ชั่วโมง |
| | ร้ายแรง | 20 นาที | 1 ชั่วโมง | 2 ชั่วโมง |
| | ไม่ร้ายแรง | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด |
| 5 | วิกฤต | 10 นาที | 30 นาที | 1 ชั่วโมง |
| | ร้ายแรง | 20 นาที | 1 ชั่วโมง | 2 ชั่วโมง |
| | ไม่ร้ายแรง | 30 นาที | 2 ชั่วโมง | 4 ชั่วโมง |
| 6 | วิกฤต | 10 นาที | 30 นาที | 1 ชั่วโมง |
| | ร้ายแรง | 20 นาที | 1 ชั่วโมง | 2 ชั่วโมง |
| | ไม่ร้ายแรง | 30 นาที | 2 ชั่วโมง | 4 ชั่วโมง |
| 7 | วิกฤต | 10 นาที | 30 นาที | 1 ชั่วโมง |
| | ร้ายแรง | 30 นาที | 1 ชั่วโมง | 1 ชั่วโมง |
| | ไม่ร้ายแรง | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด | ตามหน่วยงานกำหนด |
| 8 | - | 20 นาที | ตามเวลาที่ต้องใช้ในการ การสืบสวน | 4 ชั่วโมง |
| 9 | - | - | 4 ชั่วโมง | 12 ชั่วโมง |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรางค์ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ภาคผนวก ค

ข้อ 1 วิธีการ/ขั้นตอนจำกัดขอบเขตหรือควบคุมความเสียหาย (Containment) ผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ โดยพิจารณาเลือกใช้ที่เหมาะสม ดังนี้

- 1) ตัดการเชื่อมต่อทางเครือข่ายทั้งหมด (Network disconnection) ทั้งนี้ อาจมีข้อยกเว้นการเชื่อมต่อสำหรับ Endpoint Detection & Response Agent (กระบวนการตรวจสอบและตรวจจับกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่น่าสงสัยใด ๆ ที่เกิดขึ้นที่ปลายทางแบบเรียลไทม์)
- 2) แยกระบบที่ได้รับผลกระทบออกจากเครือข่ายหลักเพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังระบบอื่น
- 3) หยุดการทำงานของฟังก์ชันที่เกี่ยวข้อง (Disabling Certain Functions)
- 4) Redirect Network Traffic และ/หรือความสนใจของผู้บุกรุกไปยัง Black hole/ Sandbox/ Honeypot
- 5) ประเมินความเสียหายและระบุว่ามียระบบใดที่เกี่ยวข้อง
- 6) ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น เช่น การปิดพอร์ตที่ถูกโจมตีหรือการบล็อก IP ที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- 7) เก็บข้อมูลสำคัญจากระบบที่ได้รับผลกระทบเพื่อใช้ในกระบวนการสอบสวน

ทั้งนี้ การตัดสินใจเลือกใช้วิธีการ/ขั้นตอนใดที่จะจำกัดขอบเขตหรือควบคุมความเสียหาย ขึ้นอยู่กับลักษณะสถานการณ์ที่กำลังเผชิญประเภทของภัยคุกคาม ระบบงานหรือบริการที่ได้รับผลกระทบ ระยะเวลาและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการควบคุมความเสียหาย

ข้อ 2 การจัดเก็บและดูแลรักษาหลักฐาน (Preservation of Evidence) ก่อนเริ่มกระบวนการกู้คืนซึ่งรวมถึงการได้มาของบันทึกการยึดหลักฐานคอมพิวเตอร์ที่ได้มา หรืออุปกรณ์อื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการสอบสวน

วัตถุประสงค์หลักของการจัดเก็บหลักฐาน คือเพื่อให้การแก้ไข Incident ส่งผลกระทบต่อธุรกิจให้น้อยที่สุด (Minimizing impact to the business) นอกจากนี้ หลักฐานอาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ในการ

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ดำเนินการตามขั้นตอนทางกฎหมาย ดังนี้ การดำเนินการจัดเก็บหลักฐานทางดิจิทัลสามารถดำเนินการโดยพิจารณาตามหลักการ/ขั้นตอน ที่เหมาะสม ดังนี้

- 1) ดำเนินการให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในกฎหมายข้อบังคับที่เกี่ยวกับหลักฐานดิจิทัล เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่
 - 2) บันทึกการเข้าถึงและการกระทำการใด ๆ ต่อหลักฐานตลอดเวลาอย่างรัดกุม
 - 3) บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับหลักฐาน ควรประกอบด้วยข้อมูลอย่างน้อยดังต่อไปนี้
 - 3.1) ข้อมูลเฉพาะ เช่น Location, Serial Number, Model Number, Hostname, Media Access Control (MAC) และ Address เป็นต้น
 - 3.2) ชื่อ ตำแหน่ง และช่องทางการติดต่อผู้จัดเก็บและรักษาหลักฐานระหว่างการรับมือ Incident
 - 3.3) สถานที่จัดเก็บหลักฐาน
 - 4) บันทึกข้อมูลจากระบบที่ได้รับผลกระทบ เช่น ล็อกไฟล์ การจับภาพหน้าจอ และอุปกรณ์เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
 - 5) จัดเก็บอุปกรณ์ที่มีหลักฐานไว้ในที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการดัดแปลง เช่น จัดเก็บในตู้ที่มีการล็อก และการควบคุมการเข้าถึง
 - 6) ทำรายการหลักฐานทั้งหมดที่ถูกเก็บรวบรวม พร้อมระบุวันที่และเวลาที่ได้รับหลักฐาน
- ทั้งนี้ให้พิจารณาดูแลรักษาหลักฐานทางดิจิทัลที่สำคัญตามขั้นตอน ดังนี้

| | |
|----------------|---|
| 1. Assessment | การประเมินเพื่อหาจุดที่ต้องดำเนินการจัดเก็บหลักฐานของ incident ที่กำลังรับมือ และตอบสนอง เช่น Hard Disk, RAM, External Hard Disk, Mobile Device เป็นต้น |
| 2. Acquisition | ดำเนินการจัดเก็บหลักฐานด้วยการทำสำเนา (Duplication/Bit-for-bit Acquisition) ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม โดยมีข้อควรระวังในเรื่องดังต่อไปนี้ |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราสาท ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราสาท เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| | |
|----------------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> ต้องป้องกันการเปลี่ยนแปลงของหลักฐานด้วยการใช้งาน Hardware Write Blocker ต้องคำนึงถึง Volatility หรือความอ่อนไหวต่อการสูญเสียกระแสไฟฟ้าของหลักฐาน เช่น ข้อมูลที่เสี่ยงต่อการสูญหายหากไม่มีกระแสไฟคอยเลี้ยง เช่น RAM ต้องได้รับการเก็บรักษาเป็นอันดับแรก เป็นต้น ต้องบันทึกรายละเอียดการดำเนินงานทุกขั้นตอนที่ลงมือปฏิบัติอย่างละเอียด ต้องทำการบันทึกหลักฐาน (Chain of Custody) |
| 3. Authentication | ทำการตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานที่ Duplicate และเปรียบเทียบกับต้นฉบับ ด้วยวิธี Cryptographic Hash เช่น MD5, SHA1, SHA256 |
| 4. Analysis & Report | วิเคราะห์หาข้อมูลจากชุดหลักฐานที่ดำเนินการจัดเก็บเพื่อพิสูจน์ข้อเท็จจริง หรือเพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิด Incident |
| 5. Archive | จัดเก็บหลักฐานไว้ในที่เหมาะสม ปลอดภัย และบันทึก Chain of Custody Form ทุกครั้งที่มีการเคลื่อนย้ายหลักฐาน พร้อมทั้งระบุเหตุผลของการเคลื่อนย้าย |

ข้อ 3 การจัดการสาเหตุ

เมื่อมีการจำกัดขอบเขต/การควบคุมความเสียหาย และมีการเก็บหลักฐานข้อมูลเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะต้องนำกลับมาวิเคราะห์ตามหลักการในขั้นตอนที่ 2 การตรวจจับและวิเคราะห์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ จนกว่าจะสามารถจัดการสาเหตุที่ทำให้เกิด Incident และจัดการช่องทางที่ผู้บุกรุกได้สร้างไว้เพื่อเข้ามาในโจมตีระบบทั้งหมดได้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการจัดการสาเหตุที่ทำให้เกิด Incident และผลกระทบ พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

- 1) ปิดช่องโหว่ของระบบ
- 2) ยกเลิก User Account ที่ผู้บุกรุกใช้เข้าสู่ระบบ
- 3) แจ้งให้ผู้ใช้งานเปลี่ยนรหัสผ่าน

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ในส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκุ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκุ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

- 4) ลบโปรแกรมประเภท Backdoor ออกจากระบบ
- 5) ใช้ข้อมูล Indicator of Compromise (IoC) ในการสแกนหา Malware หรือร่องรอยอื่น ๆ ในระบบที่ยังหลงเหลือของผู้บุกรุกเพื่อดำเนินการจัดการให้ออกจากระบบทั้งหมด

ข้อ 4 การสอบสวน (Investigation)

- 1) เก็บหลักฐานทางดิจิทัลจากระบบที่ได้รับผลกระทบ เช่น ไฟล์ล็อก การจับภาพหน้าจอ การตรวจสอบ ข้อมูลเครือข่าย
- 2) วิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ เช่น ตรวจสอบวิธีการที่ผู้โจมตีใช้ในการเข้าถึงระบบ
- 3) ระบุผู้ที่อาจรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ เช่น การระบุที่อยู่ IP หรือการตรวจสอบพฤติกรรมที่ผิดปกติ
- 4) จัดทำรายงานการสอบสวนและเสนอแนวทางการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำในอนาคต

ข้อ 5 การกู้คืนระบบให้กลับมาทำงานปกติ

หลังจากจำกัดขอบเขต/การควบคุมความเสียหาย จัดการสาเหตุของภัยคุกคามเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะเข้าสู่กระบวนการกู้คืนระบบ/การฟื้นฟูระบบให้เข้าสู่สภาวะการทำงานปกติ ซึ่งจะต้องจัดเตรียมข้อมูลสำหรับกู้คืนระบบไว้ก่อน โดยพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบและซ่อมแซมระบบที่ได้รับผลกระทบเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีช่องโหว่ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข
- 2) ฟื้นฟูระบบโดยการกู้คืนข้อมูลจากระบบสำรองล่าสุด (Backup)
- 3) Restore Operating System หรือ Application Software ต่าง ๆ จาก Master Image ที่ปลอดภัย
- 4) Restore ข้อมูลกลับเข้าระบบจาก Back Up Storage
- 5) ทดสอบระบบทั้งหมดเพื่อยืนยันว่าระบบปลอดภัยและสามารถทำงานได้ปกติ
- 6) ตรวจสอบการทำงานของระบบสำรองเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่กู้คืนครบถ้วน

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ข้อ 6 การมีส่วนร่วม (Engagement Protocols) กับบุคคลภายนอก หรือแนวปฏิบัติการบริหารจัดการบุคคลภายนอก

การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภายนอกองค์กร (Information Sharing) ควรกำหนดขั้นตอนการสื่อสารและประเภทข้อมูล ที่สามารถนำไปแบ่งปันได้กับบุคคลภายนอก ทั้งหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานกำกับดูแลองค์กรอื่น หรือการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ อาทิ Thai CERT หรือ CERT ของ Sector อื่น ๆ เป็นต้น เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านภัยคุกคามทางไซเบอร์เพื่อช่วยให้การป้องกันและตอบสนองต่อภัยคุกคามได้เร็วยิ่งขึ้น โดยพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

- 1) ติดต่อบุคคลภายนอกตามความจำเป็น
- 2) ประสานงานกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย หากมีความจำเป็นในการดำเนินคดี
- 3) ส่งมอบหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้กับผู้เชี่ยวชาญภายนอก พร้อมรายการหลักฐานทั้งหมดเพื่อใช้ในการตรวจสอบ

ข้อ 7 กระบวนการทบทวนหลังการดำเนินการ (After-Action Review Process)

- 1) ประเมินผลการดำเนินการ เช่น ความเร็วในการตอบสนอง การกู้คืนระบบ และการจำกัดขอบเขตเหตุการณ์
- 2) ระบุข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงกระบวนการตอบสนอง
- 3) เสนอมาตรการปรับปรุงแผนรับมือภัยคุกคาม เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการป้องกันเหตุการณ์ในอนาคต
- 4)

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | แผนการรับมือภัยคุกคาม ทางไซเบอร์ (Cybersecurity Incident Response Plan Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH IR Plan -01 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

ข้อ 8 การสื่อสารและการทบทวนแผน (Communication and Plan Review)

- 1) สื่อสารแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดผ่านการอบรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดอบรมพนักงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน
- 3) ทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคามทุกปี หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสภาพแวดล้อมทางไซเบอร์
- 4) ปรับปรุงแผนตามผลการทบทวนและการฝึกซ้อมแผนรับมือภัยคุกคาม


การทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคาม

แผนการรับมือภัยคุกคาม นี้จะได้รับการทบทวนเป็นประจำทุกปีหรือตามความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพและและถ้ามีการเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้จะต้องมีการสื่อสารไปยังทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ

เอกสารอ้างอิง

1. โครงสร้างทีมรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์
2. รายงานสรุปเหตุการณ์
3. แผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังค์กู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตโรงพยาบาลปรังค์กู เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |


การอนุมัติเอกสาร

| ลงนาม | ผู้เรียบเรียง/จัดทำโดย | ผู้ตรวจทาน/ผู้ทบทวน | ผู้อนุมัติ |
|------------|---|---|---|
| ลายเซ็น |  |  |  |
| ชื่อ-สกุล | นายกาญจนศักดิ์ โสตา | นายสันต์ สิงห์ไกร | นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น |
| ตำแหน่ง | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ | เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (Lead Implementer) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่ (CISO) |
| วันเดือนปี | 16 มีนาคม 2569 | 20 มีนาคม 2569 | 23 มีนาคม 2569 |

ประวัติการแก้ไข

| ครั้งที่ | วันที่ประกาศใช้ | รายละเอียดการแก้ไข |
|----------|-----------------|---|
| 00 | 23 มีนาคม 2569 | จัดทำเอกสารครั้งแรก พร้อมขึ้นระบบ พรบ ไซเบอร์ |


เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

สารบัญ

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1. วัตถุประสงค์ | 3 |
| 2. ขอบเขต..... | 3 |
| 3. คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ | 3 |
| 4. หน้าที่และความรับผิดชอบ | 4 |
| 5. ขั้นตอนปฏิบัติ..... | 4 |
| 6. เอกสารที่เกี่ยวข้อง..... | 6 |
| 7. เอกสารอ้างอิง..... | 6 |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure)

อ้างอิง : พรบ ไซเบอร์ (ม. 43, ม. 44, ม. 45, ม. 56, ม. 57, ม. 58), ประมวลและกรอบ [ข้อ 24.3.1, ข้อ 24.3.2]

1. วัตถุประสงค์

กระบวนการนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ ทั้งในระดับชาติและระดับภาคส่วน เพื่อเพิ่มความพร้อมและประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์


2. ขอบเขต

กระบวนการนี้ครอบคลุมถึงการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ รวมถึงการปฏิบัติตามคำขอของหน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตาม พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ฯ กำหนด

3. คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

| ลำดับ | คำศัพท์ | คำจำกัดความ |
|-------|----------------------|--|
| 1 | บุคลากรที่เกี่ยวข้อง | เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลปรางค์กู่ |
| 2 | ทีมร่วมการฝึกซ้อม | เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมายให้ร่วมการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ |
| 3 | ISM | หัวหน้าคณะทำงานระบบบริหารการรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศขององค์กร |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรางค์กู่ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรางค์กู่ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

4. หน้าที่และความรับผิดชอบ

| ลำดับ | ผู้รับผิดชอบ | ความรับผิดชอบ |
|-------|---|---|
| 1 | Top Management / ISM | รับผิดชอบในการอนุมัติและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการฝึกซ้อม รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น |
| 2 | ทีมร่วมการฝึกซ้อม (Exercise Security Team) | รับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก |
| 3 | บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Relevant Personnel) | มีหน้าที่เข้าร่วมในการฝึกซ้อมตามที่ระบุไว้ในแผนการ รับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ |

5. ขั้นตอนปฏิบัติ

5.1 การวางแผนและการเตรียมการฝึกซ้อม (Planning and Preparation for Cybersecurity Exercise)

1) การมีส่วนร่วมในการฝึกซ้อม


ขั้นตอน: หน่วยงานควบคุมกำกับ หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศต้องมีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ หากได้รับคำสั่งจากหน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตาม พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ฯ กำหนด

2) การระบุตัวบุคคลที่ต้องเข้าร่วมฝึกซ้อม

ขั้นตอน: ระบุบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ระบุไว้ในแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์เพื่อให้เข้าร่วมในการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

5.2 การให้ข้อมูลและการประสานงาน (Providing Information and Coordination)

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา "สำเนาควบคุม" เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกข่มโนบายชี้แจงเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

1) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการที่สำคัญ

ขั้นตอน: ปฏิบัติตามคำขอใด ๆ ของหน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตาม พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ฯ กำหนด โดยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการที่สำคัญของหน่วยงานสำหรับการวางแผนและดำเนินงานฝึกซ้อมรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์

2) การประสานงานระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอน: ประสานงานระหว่างทีมรักษาความปลอดภัยสารสนเทศกับหน่วยงานภายนอกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้แน่ใจว่าการฝึกซ้อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หรือมีการจัดการประชุมระหว่างหน่วยงานควบคุมกำกับ หน่วยงานรัฐ หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ และหน่วยงานระดับชาติ เพื่อประสานการฝึกซ้อมร่วมกัน

5.3 การดำเนินการฝึกซ้อมและการประเมินผล (Execution and Evaluation of Cybersecurity Exercise)


1) การดำเนินการฝึกซ้อม

ขั้นตอน: ดำเนินการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามแผนที่กำหนด และติดตามการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการดำเนินการฝึกซ้อมการตอบสนองต่อการโจมตีทางไซเบอร์ที่จำลองขึ้นพร้อมสังเกตการณ์การตอบสนองของทีมรักษาความปลอดภัยสารสนเทศ

2) การประเมินผลการฝึกซ้อม

ขั้นตอน: ประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อภัยคุกคามและระบุจุดที่ต้องปรับปรุงในการฝึกซ้อมครั้งถัดไป หรืออาจจัดทำรายงานผลการฝึกซ้อมที่สรุปจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง และนำเสนอให้กับผู้บริหารเพื่อวางแผนการปรับปรุง ในอนาคต

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้เป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

6. การทบทวนกระบวนการดำเนินการ

กระบวนการดำเนินการนี้จะได้รับการทบทวนเป็นประจำทุกปีหรือตามความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพและและถ้ามีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการนี้จะต้องมีการสื่อสารไปยังทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ


7. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

| ลำดับ | หมายเลขเอกสาร | ชื่อเอกสาร |
|-------|---------------|--|
| 1 | - | หนังสือตอบรับรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกเพื่อทดสอบขีดความสามารถทางไซเบอร์ (Thailand's National Cyber Exercise) |

8. เอกสารอ้างอิง

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร |
|-------|--|
| 1 | ประกาศคณะกรรมการกำกับดูแลด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ เรื่อง ประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ สำหรับหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศ พ.ศ. 2564 - กรอบมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ - มาตรการเผชิญเหตุเมื่อมีการตรวจพบภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Response) - การฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise) |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปแบบสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปรังคู้ ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปรังคู้ เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | กระบวนการฝึกซ้อมความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Procedure) | รหัสเอกสาร | PKH MOPH Respond -03 |
| | | แก้ไขครั้งที่ | 00 |
| | | วันที่บังคับใช้ ชั้นความลับ ของเอกสาร | 23 มี.ค. 2569 ใช้ภายในเท่านั้น |

| | |
|---|---|
| 2 | แผนการฝึกซ้อม |
| 3 | ทีมร่วมการฝึกซ้อมและบทบาท รวมถึงหน้าที่ของทีมร่วมการฝึกซ้อม |
| 4 | ทีมร่วมการฝึกซ้อม |

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือเป็นสมบัติของ โรงพยาบาลปราγκู ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลปราγκู เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ



โรงพยาบาลปรังกะ

รายงานผลการฝึกซ้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Exercise Report)

วันที่ฝึกซ้อม: 20 เมษายน 2569

หน่วยงานที่จัด: ทีมเฝ้าระวังภัยคุกคามทางไซเบอร์

ผู้จัดการฝึกซ้อม: นายสันต์ สิงห์ไกร

1. วัตถุประสงค์ของการฝึกซ้อม

การฝึกซ้อมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ประเมินความพร้อมของบุคลากรในการตอบสนองต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์
- ทดสอบขั้นตอนการรับมือกับการโจมตีแบบ Ransomware
- ทดสอบแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤตขององค์กร

2. สถานการณ์จำลอง (Exercise Scenarios)

สถานการณ์จำลองที่ 1: การโจมตีแบบ Ransomware

- สถานการณ์:** จำลองการโจมตีโดยมัลแวร์ประเภท Ransomware ที่เข้ารหัสข้อมูลในเซิร์ฟเวอร์หลักขององค์กร และส่งผลให้ข้อมูลสำคัญของลูกค้าไม่สามารถเข้าถึงได้
- วัตถุประสงค์:** ทดสอบความพร้อมของทีม IT และการสื่อสารกับกลุ่มลูกค้าและสื่อมวลชน

สถานการณ์จำลองที่ 2: การโจมตีแบบ DDoS

- สถานการณ์:** จำลองการโจมตีแบบ Distributed Denial of Service (DDoS) ที่ทำให้บริการออนไลน์ขององค์กรไม่สามารถใช้งานได้
- วัตถุประสงค์:** ทดสอบความสามารถของระบบตรวจจับและการตอบสนองของทีมเครือข่าย

3. ผลการดำเนินการฝึกซ้อม (Exercise Execution Results)

| ลำดับ | สถานการณ์จำลอง | การดำเนินการที่เกิดขึ้น | ผลการประเมิน | ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง |
|-------|------------------------|---|--|--|
| 1 | การโจมตีแบบ Ransomware | ทีม IT ทำการกักกันเซิร์ฟเวอร์ที่ได้รับผลกระทบทันที และเริ่มกระบวนการกู้คืนข้อมูลจากการสำรองข้อมูล | ความเร็วในการตอบสนองอยู่ในระดับที่ดี แต่การประสานงานยังขาดความคล่องตัว | เพิ่มการฝึกอบรมการประสานงานระหว่างทีม IT และฝ่ายกฎหมาย เพื่อให้การตอบสนองรวดเร็วยิ่งขึ้น |

| | | | | |
|---|-----------------------|--|---|---|
| 2 | การโจมตีแบบ DDoS | ทีมเครือข่ายทำการปิดกั้นทราฟฟิกที่ไม่ปกติ และปรับการตั้งค่าไฟร์วอลล์เพื่อป้องกันการโจมตีซ้ำ | ทีมเครือข่ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การสื่อสารกับผู้บริหารช้าเกินไป | ปรับปรุงขั้นตอนการแจ้งเตือนผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วเมื่อมีการโจมตีเกิดขึ้น |
| 3 | การสื่อสารในภาวะวิกฤต | ทีมประชาสัมพันธ์ออกแถลงการณ์ผ่านโซเชียลมีเดีย และการแถลงข่าวให้สื่อมวลชนทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ | การสื่อสารกับสื่อมวลชนมีความชัดเจนและมีความรวดเร็วพอสมควร | เพิ่มช่องทางการสื่อสารอื่น ๆ เช่น การแจ้งเตือนลูกค้าผ่าน SMS |

4. การประเมินผลและข้อเสนอแนะ (Evaluation and Recommendations)

1. ประเมินการตอบสนอง

- **ทีม IT:** สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ Ransomware ได้อย่างรวดเร็ว และการกู้คืนข้อมูลจากการสำรองทำได้อย่างสมบูรณ์
- **ทีม Network :** มีประสิทธิภาพในการป้องกันการโจมตี DDoS โดยทำการปิดกั้นทราฟฟิกที่ไม่ปกติได้ทันที
- **ทีมประชาสัมพันธ์:** สามารถสื่อสารกับสื่อมวลชนได้ชัดเจน และยังสามารถปรับปรุงการตอบสนองได้รวดเร็วขึ้น

2. ข้อผิดพลาดและจุดที่ต้องปรับปรุง

- การประสานงานระหว่าง **ทีม IT และ ฝ่ายกฎหมาย** ยังไม่คล่องตัวพอ ทำให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ช้าไปบ้าง
- **การแจ้งเตือนผู้บริหาร** ในช่วงเหตุการณ์ DDoS ยังล่าช้า ควรมีการปรับปรุงขั้นตอนการสื่อสารภายในองค์กรให้รวดเร็วขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

- เพิ่มการฝึกอบรมด้านการสื่อสารระหว่างทีมต่าง ๆ และการประสานงานระหว่างทีม IT และฝ่ายกฎหมาย
- ปรับปรุงขั้นตอนการแจ้งเตือนผู้บริหารในภาวะวิกฤตเพื่อให้การตอบสนองรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- เพิ่มการใช้ **ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ** ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น SMS และอีเมล เพื่อให้สามารถติดต่อสื่อสารได้ทันที

5. การปรับปรุงแผนการรับมือภัยคุกคาม (Update Incident Response Plan)

- ปรับปรุงแผนการรับมือ Ransomware โดยเพิ่มเติมการสื่อสารระหว่างทีม IT และฝ่ายกฎหมาย
- เพิ่มขั้นตอนการแจ้งเตือนผู้บริหารทันทีเมื่อเกิดการโจมตีแบบ DDoS เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว
- อัปเดตแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤตเพื่อให้ครอบคลุมช่องทางการสื่อสารมากขึ้น เช่น การแจ้งเตือนลูกค้าผ่าน SMS

6. สรุปผลการฝึกซ้อม (Exercise Summary)

- การฝึกซ้อมในครั้งนี้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หลักได้สำเร็จ โดยมีการตอบสนองต่อภัยคุกคามได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบางประการที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างทีมงานและการเพิ่มช่องทางการแจ้งเตือนที่หลากหลายขึ้น เพื่อให้สามารถตอบสนองได้ดียิ่งขึ้นในภาวะวิกฤต