

# การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของ ของโควิด-19 ระลอกแรก

ธีระ วรธนรัตน์\*

ภัทรวิทย์ วรธนรัตน์†

อารียา จิรธนาณูวัฒน์‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: อารียา จิรธนาณูวัฒน์

## บทคัดย่อ

โควิด-19 (COVID-19) เป็นวิกฤตโรคระบาดครั้งใหญ่ของประเทศไทยและของโลก ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทยทั้งประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกลไกและกระบวนการบริหารจัดการของรัฐที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์สำคัญระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยระลอกแรกในช่วงปี พ.ศ. 2563 ระเบียบวิธีศึกษา ดำเนินการทบทวนเอกสารย้อนหลังเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ สรุปประสบการณ์ตรงของคณะวิจัยที่ทำงานวิชาการและยุทธศาสตร์ให้กับคณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม ผลการศึกษพบว่า การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในแต่ละระลอกนั้นมีความแตกต่างกัน ระยะเตรียมการจนถึงระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบนั้นมีลักษณะสำคัญคือนโยบายและมาตรการได้รับการสั่งการถ่ายทอดไปสู่ระดับพื้นที่ในทิศทางเดียวและรูปแบบเดียว ในขณะที่ระยะต่อเนื่องได้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับจังหวัดและเขตเพื่อให้พิจารณาแผนปฏิบัติการตามแต่บริบทของตนเอง โดยมุ่งที่จะหาจุดสมดุลระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

**คำสำคัญ:** บริหารจัดการภาวะวิกฤต, โควิด-19, การอภิบาลระบบ, การตอบสนอง, โรคระบาด

\* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

† ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ ภาควิชาเทคโนโลยีสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Received 3 October 2021; Revised 20 February 2022; Accepted 18 September 2022

**Suggested citation:** Woratanarat T, Woratanarat P, Jirathananuwat A. Crisis management during the first wave of COVID-19 pandemic situation. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):370-89.

ธีระ วรธนรัตน์, ภัทรวิทย์ วรธนรัตน์, อารียา จิรธนาณูวัฒน์. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):370-89.

## Crisis Management during the First Wave of COVID-19 Pandemic Situation

Thira Woratanarat\*, Patarawan Woratanarat†, Areeya Jirathananuwat‡

\* Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

† Department of Orthopedics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

‡ Department of Health Technology, Faculty of Sciences and Health Technology, Navamindradhiraj University

Corresponding author: Areeya Jirathananuwat, areeya@nmu.ac.th

### Abstract

The coronavirus disease (COVID-19) is a massive pandemic crisis occurring across Thailand and the world. It has entirely affected the health system responsiveness of Thailand. The purpose of this study was to examine the governance mechanism and management processes in response to the first wave of COVID-19 in Thailand in 2020. A retrospective document review was conducted by studying the government's management during the COVID-19 situation between January and December 2020 via online resources and websites, and summarized our research team's lessons learnt from direct participation in academic and strategic supports for the Operation Center of the Center for COVID-19 Situation Administration (OC-CCSA) as well as key informant interview in the stakeholders from government, private and civil society sectors. The results revealed that crisis management differed at each step. From the preparatory phase to the full outbreak response phase, the policies and measures were unidirectionally implemented as "one-size-fits-all". During the continuous phase, regional and provincial decentralization has been used in order to align with local context to balance between health and economic outcomes.

**Keywords:** crisis management, COVID-19, health service system, responsiveness, pandemic

### ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (coronavirus disease 2019, COVID-19) เป็นวิกฤตด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของประเทศไทยและของโลก ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วิธีการดำรงชีวิตของผู้คน<sup>(1)</sup> และการตอบสนองของบริการสุขภาพทั้งระบบ โดยในประเทศไทยมีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operations center: EOC) ของกรมควบคุมโรคตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2563<sup>(2)</sup> เพื่อตอบโต้การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แต่สถานการณ์การระบาดก็ยังคงขยายตัวไปเรื่อยๆ จนกระทั่งภายในเวลาเพียงประมาณ 3 เดือน เกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยก็มีผู้ติดเชื้อกระจายอยู่ทั่วทุกภาค<sup>(3)</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563

กำหนดให้โรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558<sup>(4)</sup> เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย

ในช่วงเวลาดังกล่าว ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบหรือที่จำเป็นต้องการตอบสนองต่อสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ยังระบุไม่ได้ว่าจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง จากประสบการณ์ในต่างประเทศและข้อมูลในประเทศไทย ที่ผ่านมาบ่งชี้ว่านอกเหนือไปจากความพยายามในการค้นหาผู้ป่วย และมาตรการภาคประชาชนในการใส่หน้ากากป้องกันตนเองตลอดจนการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) แล้วนั้น โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพยังคงเป็นกลไกหลักที่ใช้ในการรับมือหรือตอบสนองต่อวิกฤตการระบาดของโควิด-19



เพื่อรองรับผู้ป่วยและลดอัตราการตายของผู้ติดเชื้อ ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ทั้งในด้านการขยายศักยภาพในการรองรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินเพื่อรองรับโควิด-19 การดูแลเรื่องส่งต่อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน การบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานของยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ บุคลากร การดำเนินการในลักษณะเครือข่าย สื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ชุมชนและสาธารณะ รวมถึงการลดงานบริการที่ไม่จำเป็นหรือไม่เร่งด่วนเพื่อลดภาระงานและความเสี่ยงต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ<sup>(1,5)</sup>

ในส่วนของการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในระยะแรกพบโรคอุบัติใหม่นี้ ส่วนใหญ่เป็นการทำเพื่อจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า และจัดการเพื่อเข้าสู่การเตรียมการในระยะต่อไป การศึกษาในเรื่องการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ครั้งนี้ดำเนินการขึ้นเพื่อศึกษาถึงการบริหารจัดการของรัฐบาลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดฯ ในประเทศไทย ในลักษณะของการบริหารจัดการในแต่ละระยะของสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในปี 2563 ซึ่งเป็นปีแรกของการเกิดโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งศึกษาถึงนโยบายและมาตรการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

### ระเบียบวิธีศึกษา

การบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีรูปแบบการดำเนินงานวิจัยแบบ retrospective document review โดยเป็นการทบทวนเอกสารย้อนหลังการบริหารจัดการของรัฐบาลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2563 ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตระยะแรกของสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย สืบค้นจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ในเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

รัฐบาลไทย เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายสังคมออนไลน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>(6-14)</sup> เพื่อรวบรวมข้อมูลกระบวนการจัดการภาวะวิกฤตของโรคระบาดนี้ นโยบายและมาตรการที่ประกาศใช้ทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นของแต่ละระยะการระบาดที่เกิดขึ้นในปี 2563 ดังนี้

ระยะเตรียมการ (ช่วงวันที่ 4-12 มกราคม 2563)

ระยะตอบสนองเบื้องต้น (ช่วงวันที่ 13 มกราคม ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2563)

ระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ (ช่วงวันที่ 15 มีนาคม ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563)

ระยะต่อเนื่อง (ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2563)

ระยะฟื้นฟู (ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563)

ทั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการบริหารจัดการภาวะวิกฤต จำนวน 32 ราย เพื่อสรุปเป็นกรณีศึกษาในเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบสาธารณสุข

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 001/2564)

### ผลการศึกษา

#### กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระยะเตรียมการถึงระยะตอบสนองเบื้องต้น

หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการจัดการต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีทั้งสิ้น 16 หน่วยงาน จำแนกได้เป็น

ก. การทำงานแบบเดี่ยว ได้แก่ รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหมและกองทัพ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงวัฒนธรรม

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร

ข. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เป็นการ ทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง การต่างประเทศและกองทัพบก, กระทรวงพาณิชย์และ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ และบริษัทไปโอเทคไทย

ทั้งนี้รัฐบาลมีกระบวนการดำเนินงานหลายด้าน จำแนกได้เป็น 2 ด้านหลักคือ ด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ

กระบวนการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สั่งห้ามส่งออกหน้ากากอนามัยออกนอกประเทศ, ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อกับประเทศจีน, กำหนดมาตรการเร่งด่วนสำหรับโรคติดเชื้อในด้านการป้องกันโรค, สั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดหาสถานที่ที่เป็นพื้นที่ควบคุมโรครองรับผู้เดินทางกลับจากประเทศเสี่ยง, และจัดให้กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร (กอ.รมน.) ระดับจังหวัด เข้าไปสนับสนุน

และร่วมเสริมการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับการดำเนินงานด้านอื่นๆ พบว่า มีการยกเลิก visa on arrival เพื่อจำกัดจำนวนนักท่องเที่ยวจีนที่จะเดินทางเข้ามาในประเทศ, เตรียมแผนการช่วยเหลือคนไทยและนักศึกษาที่เมืองอู่ฮั่น, ยกกระดับศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (Prime Minister’s Operation Center: PMOC) เพื่อสั่งการและติดตามสถานการณ์ไวรัสโคโรนาอย่างใกล้ชิด, และแจ้งลดขนาดจัดงานสงกรานต์ปี 2563

นอกจากนี้ ทางสำนักนายกรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้ กอ.รมน. จัดประชุมส่วนราชการด้านความมั่นคง พิจารณาปัญหาการบูรณาการข้อมูลที่พึกและคนเข้าเมือง และจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” หรือ ศบค. ขึ้นในวันที่ 12 มีนาคม 2563 โดยมีโครงสร้างดังภาพที่ 1 ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นผู้อำนวยการศูนย์ มีตัวแทนหน่วยงานราชการ 28 คน ภายใต้อำนาจรับผิดชอบ 6 ด้าน



หมายเหตุ: กค.=กระทรวงการคลัง, กต.=กระทรวงการต่างประเทศ, กท.=กระทรวงกลาโหม, คค.=กระทรวงคมนาคม, ดจ.=กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, ทก.=กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, พม.=กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พณ.=กระทรวงพาณิชย์, มท.=กระทรวงมหาดไทย, ยธ.=กระทรวงยุติธรรม, รง.=กระทรวงแรงงาน, สธ.=กระทรวงสาธารณสุข, สนม.=สำนักงานนายกรัฐมนตรี, สมช.=สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, อก.=กระทรวงอุตสาหกรรม, อว.=กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ภาพที่ 1 โครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)



อย่างไรก็ตาม กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดในช่วงตั้งแต่มีนาคมถึงกลางมีนาคม 2563 นั้นมีลักษณะการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานตามระบบราชการ โดยทาง ศบค. ยังไม่ได้เริ่มการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างเต็มที่ ในขณะที่สถานการณ์การระบาดเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นโยบายและมาตรการที่ออกมาในช่วงเวลานั้นไม่สามารถจำกัดหรือควบคุมการระบาดได้ ดังสะท้อนจากจำนวนการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2

### ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายและมาตรการ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในระยะการเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้น จากการพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยในวันที่ 13 มกราคม ทำให้ทางรัฐบาลได้เริ่มมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยภาพรวมแล้วจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่มขึ้นในระยะแรกส่วนใหญ่มีจำนวนเป็นหลักหน่วย พบมากที่สุดในวันที่ 12 มีนาคม จำนวน 11 ราย รวมจำนวนผู้ป่วยในระยะการเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้นทั้งสิ้น 82 ราย โดยเมื่อสิ้นสุดระยะตอบสนองเบื้องต้นมีจำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการดูแลรักษา 46 ราย และรักษาหายแล้ว 35 ราย เสียชีวิต 1 ราย และมีอัตราการติดเชื้อต่อวันที่พบสูงสุดในวันที่ 12 มีนาคม

### กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ

จุดเปลี่ยนของกลไกตอบสนองสถานการณ์การระบาดฯ ของประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นเมื่อ 19 มีนาคม 2563 ดังรายละเอียดในกรณีศึกษาที่ 1 โดยสืบเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดฯ ที่ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงต้นเดือนมีนาคม

หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการจัดการต่อสถานการณ์การระบาดฯ มีทั้งสิ้น 19 หน่วยงาน การทำงานแบบเดี่ยว ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข รัฐบาล กระทรวง

กลาโหม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพลังงาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร

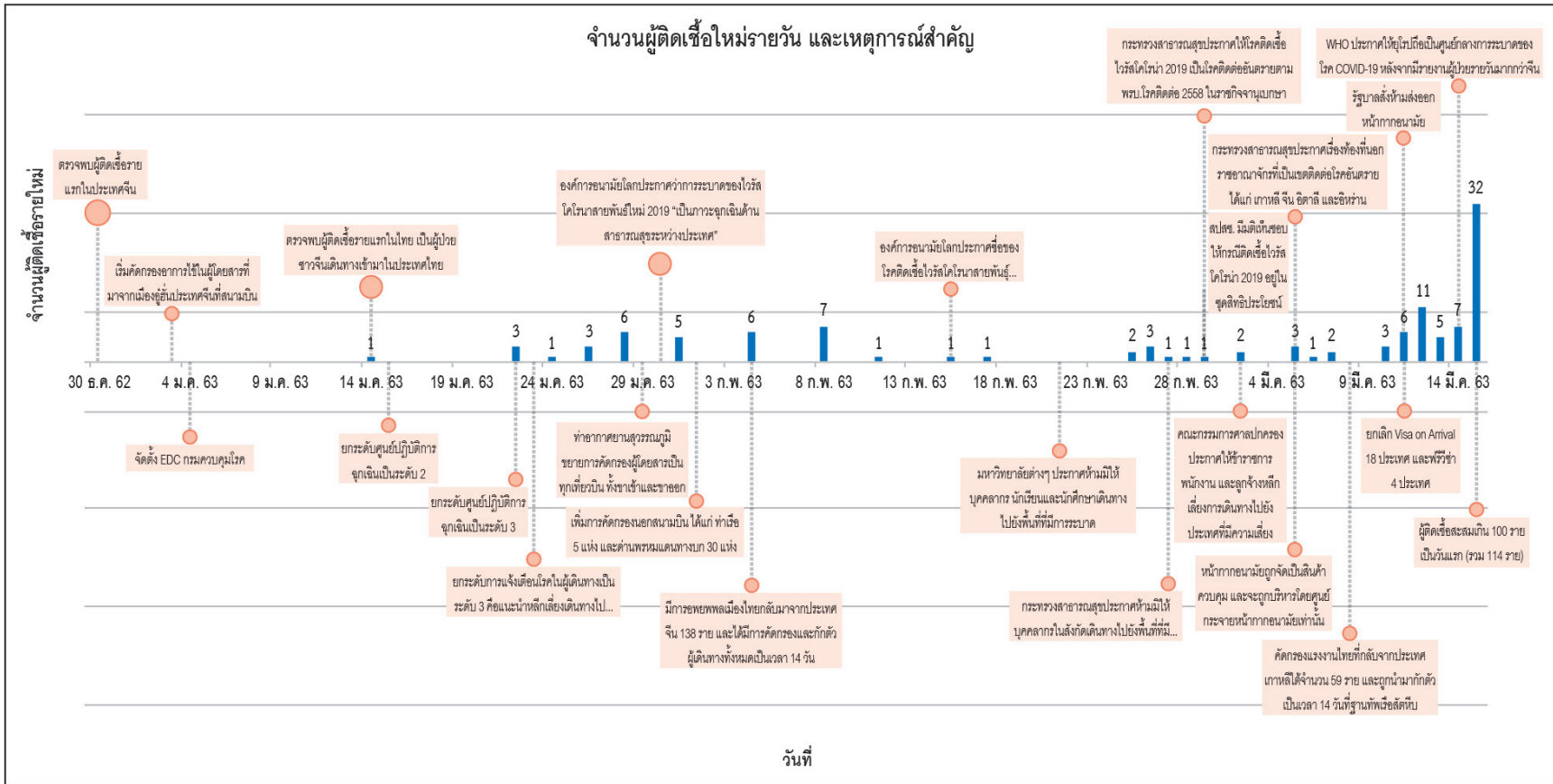
ส่วนการทำงานร่วมกันเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงคมนาคมและกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งนี้หลังจากสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมีนาคม 2563 ศบค. ได้มีการขับเคลื่อนการทำงานแบบบูรณาการบริหารแบบรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ และให้ทุกหน่วยงานนำส่งข้อมูลสู่ส่วนกลางเพื่อทำการวิเคราะห์ วางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อตัดสินใจเชิงนโยบาย และสั่งการโดยตรงไปยังหน่วยงานในทุกพื้นที่เพื่อให้มีการทำงานในทิศทางเดียวกันหรือเพื่อให้มีความเป็นเอกภาพมากขึ้น

### ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายและมาตรการในระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ

เริ่มจากวันที่ 15 มีนาคม 2563 มีการพบผู้ป่วยใหม่ 32 ราย คิดเป็นการติดเชื้อต่อวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 ของวันที่ผ่านมา ทำให้มียอดผู้ป่วยรวมสะสมเกิน 100 รายเป็นครั้งแรก

ระหว่างวันที่ 15-31 มีนาคม 2563 พบผู้ป่วยใหม่ต่อวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 8-46 โดยพบผู้ป่วยใหม่สูงสุดในวันที่ 22 มีนาคม จำนวน 188 ราย คิดเป็นการติดเชื้อต่อวันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 ของวันที่ผ่านมา ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดเดือนมีนาคม รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,651 ราย มีผู้ป่วยที่กำลังรักษา 1,299 ราย หายแล้ว 342 ราย เสียชีวิต 10 ราย

สำหรับในเดือนเมษายน พบว่าผู้ป่วยใหม่ต่อวันเริ่มลดลงมาก มีอัตราเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อรายใหม่ต่อวันร้อยละ 0.2-7 ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยใหม่มากที่สุดอยู่ช่วงต้นเดือน เม.ย. (1-8 เมษายน) ซึ่งค้างมาจากเดือนมีนาคม โดยมีผู้ป่วยต่อวันประมาณ 38-120 ราย เฉลี่ย 90 ราย หลัง

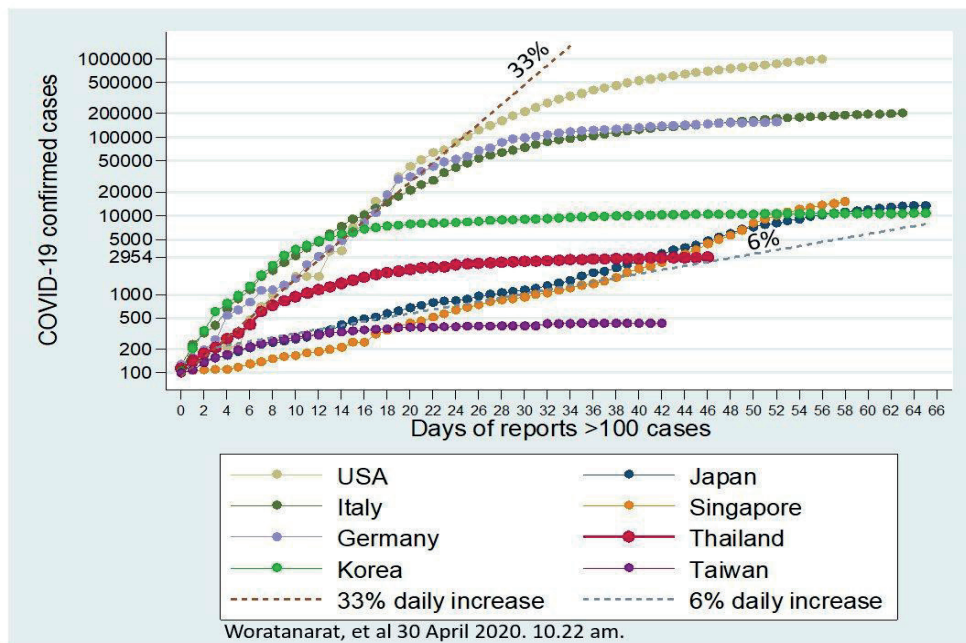


ภาพที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวัน และเหตุการณ์สำคัญ



จากนั้นจำนวนผู้ป่วยใหม่เริ่มลดลงเหลืออยู่ระหว่าง 10-50 รายต่อวัน เฉลี่ย 27 ราย เมื่อสิ้นสุดเดือนเมษายน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,954 ราย กำลังรักษา 216 ราย หายแล้ว 2,684 ราย เสียชีวิต 54 ราย

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศไทย และจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ณ 30 เมษายน 2563

## กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระยะต่อเนื่อง

ภายหลังจากการควบคุมการระบาดในระลอกแรกได้ดีขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายน 2563 รัฐบาลโดย ศบค. ได้มีการหารือเพื่อวางแผนผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ตามลำดับ ทั้งนี้เริ่มมีการหารือกันในกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่มิถุนายนเพื่อเสนอแนะแนวทางการผ่อนคลายที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ระบาดในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีการหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ จนได้ข้อสรุปแนวทางการผ่อนคลายเป็นระยะ โดยเริ่มจากกิจกรรม/กิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไปมากตามลำดับ แบ่งเป็น 6 ระยะ

การผ่อนคลายมาตรการเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของ

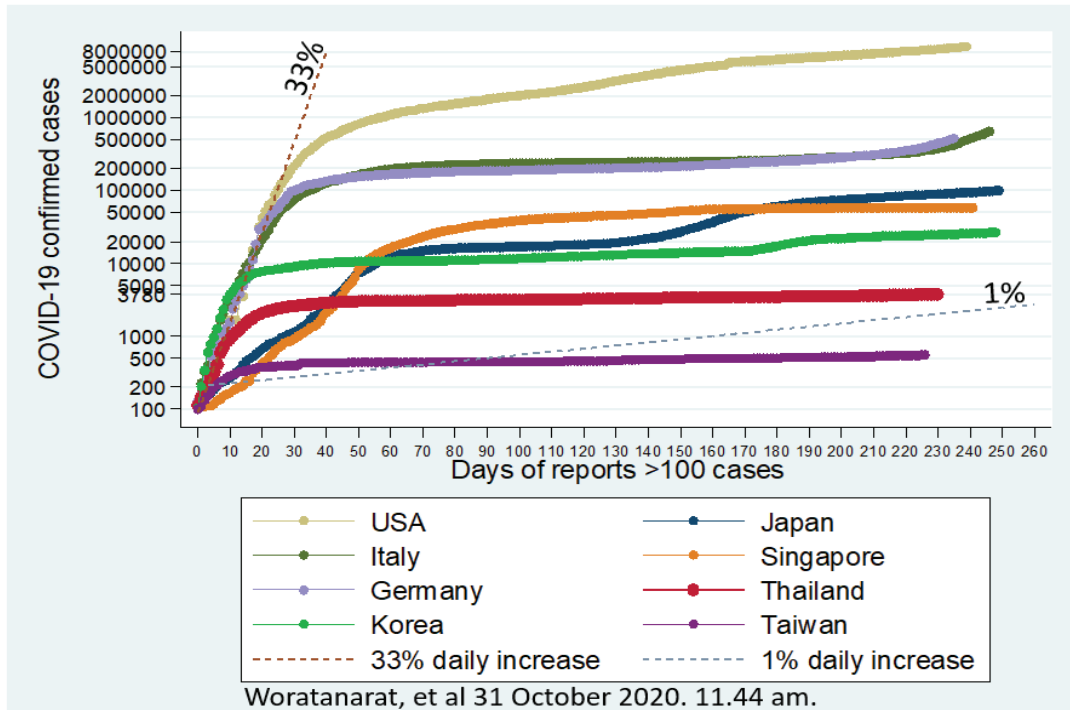
เดือนพฤษภาคม 2563 จนถึงการผ่อนคลายให้มีการใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติในเดือนตุลาคม 2563 โดยมีการรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทย และให้เข้าระบบกักตัวและเฝ้าระวังตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่รัฐกำหนด ทั้งนี้เพื่อหวังให้มีการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจระดับฐานรากของประเทศ

## ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายและมาตรการในระยะต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโควิด-19 ในระยะต่อเนื่องจากวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 จนถึง 31 ตุลาคม 2563 มียอดติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 3,780 คน คิดเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดขึ้น

ขึ้นหลังจากกระยะการตอบสนองเต็มรูปแบบ 826 คน เฉลี่ยแล้วมีการติดเชื้อใหม่วันละ 5 คนในช่วงระยะต่อเนื่อง ทั้งนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2563 มีรายงานการพบผู้ป่วยใหม่ 5 คน

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศไทย และจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2563

### กรณีศึกษาในการบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

กรณีศึกษาตามเหตุการณ์สำคัญที่ได้เกิดขึ้นในประเทศไทยนี้ ได้รวบรวมจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นและมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องสำคัญจำนวน 32 ราย (ไม่ประสงค์ให้เปิดเผยสถานะ) โดยมาจากสถาบันการศึกษาภาครัฐ 12 ราย หน่วยงานวิชาชีพ 2 ราย ข้าราชการการเมือง 4 ราย ข้าราชการประจำ 7 ราย เอกชน 1 ราย องค์กรอิสระและหน่วยงานอื่น 6 ราย ได้แก่ มาตรการล็อกดาวน์ และการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุขในแต่ละระยะของการระบาด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีศึกษาแต่ละเรื่องได้รับการเก็บรวบรวมจาก 3 วิธีหลัก ได้แก่ การทบทวนเอกสาร (document review) การสัมภาษณ์กับผู้ที่เกี่ยวข้อง (stakeholder interview) ทั้งแบบเผชิญหน้า สันทนากลุ่ม และโทรศัพท์/ติดต่อผ่านเครือข่ายสังคม และการมีส่วนร่วมในสถานการณ์จริง (direct participation)

### ข้อตกลงในการนำเสนอกรณีศึกษา

1. ถึงแม้ว่ามีการพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ 3 มกราคม 2563 และเริ่มมีการแพร่ระบาดตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่เหตุการณ์สำคัญที่ทำการ





ศึกษาวิจัยในโครงการนี้จะรวบรวมตั้งแต่คณะผู้วิจัยได้เริ่มมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายตั้งแต่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา เพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลจริง และสรุปบทเรียนในด้านกาอภิบาลระบบสาธารณสุข และการบริหารจัดการระดับประเทศเพื่อจัดการปัญหาการระบาดของ COVID-19 ได้

2. ในสถานการณ์จริง การบริหารจัดการเพื่อจัดการปัญหาการระบาดของ COVID-19 นั้นมิได้มีกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงกลไกเดียวที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้โดยเบ็ดเสร็จ ทั้งนี้แต่ละกลไกได้มีแนวคิดในการจัดการที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเกิดการช่วงชิงจังหวะและโอกาสในการผลักดันนโยบายและมาตรการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้องสำคัญในแต่ละกรณีศึกษา จึงนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่เปิดเผยได้ และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

## วิธีการนำเสนอข้อมูลในแต่ละกรณีศึกษา

การศึกษานี้จะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ “3E” ได้แก่ การพรรณนาถึงสถานการณ์ปัญหาในกรณีศึกษา/สถานการณ์นั้น (explore), การวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลเชิงลึกมาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์นั้น (examine), การประเมินเพื่อสรุปบทเรียนจากกรณีศึกษานั้น (evaluate)

## กรณีศึกษาเรื่อง “มาตรการล็อกดาวน์”

### Explore

ประเทศไทยเริ่มมีรายงานผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายแรกที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ในวันที่ 13 มกราคม 2563 และมีการรายงานผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม 2563 โดยพบการระบาดทั้งจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ และคนไทย

ตั้งแต่มิถุนายนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา จำนวนการติดเชื้อรายวันสูงขึ้นจากหลักสิบเป็นหลักร้อยต่อวัน จนยอดสะสมเกิน 100 ราย ในวันที่ 15 มีนาคม 2563 (114 ราย) เป็นครั้งแรก

## Examine

### 1. รายละเอียดที่เกิดขึ้น

ในวันที่ 19 มีนาคม 2563 คณะผู้บริหารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้มีการประชุมหารือกันกับตัวแทนผู้บริหารระดับสูงในรัฐบาล เพื่อรับฟังการนำเสนอข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย เปรียบเทียบกับในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดย ผู้วิจัย (ธว, ภว) และนายธีระวัฒน์ วรณารัตน์ ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประเทศที่ระบาดรุนแรง เช่น สหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศในยุโรป จีน รวมถึงอิหร่าน จะมีลักษณะที่จำนวนการติดเชื้อใหม่รายวันเพิ่มขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 33 ขึ้นไป โดยมีอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 รายภายในเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน ในขณะที่กลุ่มประเทศที่ระบาดช้า เช่น ไต้หวัน ฮองกง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น จะมีลักษณะที่จำนวนการติดเชื้อใหม่รายวันเพิ่มขึ้นน้อย และอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 ราย ใช้เวลานานกว่า 5 วัน

สำหรับประเทศไทยนั้น หลังจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเกิน 100 รายตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงขึ้นแบบทวีคูณ และมีอัตราการเพิ่มต่อวันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33 ทั้งนี้อัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 ราย ใช้เวลาราว 3.5 วัน ซึ่งมีแนวโน้มใกล้เคียงกลุ่มประเทศที่มีการระบาดหนัก หากปล่อยให้มีการแพร่ระบาดด้วยอัตราเช่นนี้ต่อไปเหมือนกลุ่มประเทศที่ระบาดหนัก จะทำให้ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากถึง 351,948 คนภายในกลางเดือนเมษายน 2563 การควบคุมโรคเพื่อไม่ให้ระบาดลุกลามหนักนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินมาตรการเข้มข้นก่อนหน้าที่จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเกิน 500-1,000 คน เนื่องจากยังมีจำนวนมากยิ่งควบคุมการระบาดได้ยากขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่แล้ว ประเทศที่มีการระบาดหนักจะไปแตะ 1,000 คนโดยใช้เวลาไม่เกิน 5-7 วันหลัง

จากมีจำนวนสะสมเกิน 200 คน ดังนั้นเวลาที่จะต้องตัดสินใจดำเนินการจึงไม่ควรเกิน 5-7 วัน (24-26 มีนาคม 2563)

จากการวิเคราะห์กลไกการตอบสนองต่อการระบาดของ COVID-19 ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขในช่วงมกราคมถึงมีนาคม 2563 พบว่า

ก. ตามหลักการแล้วหากมีการระบาดในระยะแรกซึ่งพบว่ามีผู้ติดเชื้อเดินทางจากนอกประเทศเข้ามาในประเทศ มาตรการที่ควรใช้คือ การทำ containment หรือปิดกั้นไม่ให้เข้ามา เช่น การระงับการเดินทางของคนจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในประเทศ แต่ประเทศไทยไม่ได้ดำเนินการดังกล่าวในระยะแรกนี้

ข. การระบาดระยะที่ 2 จะเป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อจากภายนอกได้เข้ามาและแพร่ให้แก่คนภายในประเทศ มาตรการที่ควรใช้คือ การตรวจจับคนติดเชื้อให้ได้และนำไปกักกัน เพื่อแยกออกจากคนในสังคม (isolation) และการนำคนที่มีประวัติไปสัมผัสกับคนที่ติดเชื้อ ไปกักกันเพื่อเฝ้าระวังจนกว่าจะพ้นระยะฟักตัวของโรค (quarantine) แต่ประเทศไทยเลือกที่จะใช้วิธีคัดกรองด้วยการวัดไข้ ซึ่งไม่มีความไวเพียงพอ ทำให้มีโอกาสที่ผู้ติดเชื้อหลุดรอดไปได้มาก โดยไม่ได้ทำการตรวจด้วยวิธี nasopharyngeal swab RT-PCR ทั้งนี้มีงานวิจัยประมาณไว้ว่า ถ้าใช้วิธีการตรวจแค่อาการไข้ จะมีโอกาสหลุดถึงร้อยละ 46 ในขณะที่ที่งานวิจัยหนึ่งได้ประเมินการตรวจวัดไข้ด้วยอุปกรณ์อินฟราเรด พบว่ามีความไวราวร้อยละ 86 และความจำเพาะเพียงร้อยละ 71

ค. ทั้งนี้ ณ กลางเดือนมีนาคม 2563 มีการระบาดขยายวงในชุมชนชัดเจน ดังจะเห็นจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ เช่น ผับบาร์ สถานบันเทิง สนามมวย ซึ่งหากไม่มีการตัดสินใจยกระดับมาตรการควบคุมป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็จะยากต่อการควบคุมและนำไปสู่ความสูญเสียอย่างมาก

ภายหลังการหารือ ได้มีการประสานงาน และได้รับการตอบรับจากรัฐบาลให้นำเสนอข้อมูล และแผนการดำเนินการเพื่อควบคุมปัญหาการแพร่ระบาดของ

COVID-19 แก่รัฐบาล ที่ทำเนียบรัฐบาล วันที่ 19 มีนาคม 2563 เวลา 16.00 น. โดยมีนายกรัฐมนตรี/รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อธิการบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี เลขาธิการนายกรัฐมนตรี นายแพทย์สุภา เลขาธิการแพทยสภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รวมถึงปลัดกระทรวง อธิบดี จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับฟังการนำเสนอ

## 2. การตอบสนองที่เกิดขึ้น

หลังจบการนำเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแล้ว นายกรัฐมนตรีได้กล่าวขอบคุณและเปิดให้ที่ประชุมซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวถึงการเตรียมรับมือสถานการณ์การระบาด และปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน และยาที่ใช้ในการดูแลรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามจัดหา favipiravir จากต่างประเทศได้จำนวนหนึ่ง และจะได้รับบริจาคและจัดซื้อเพิ่มเติมเป็นล็อต ที่จะทยอยได้รับในอีก 1-2 เดือน นอกจากนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบให้ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไปชี้แจงถึงการรับมือสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในช่วงที่ผ่านมา (มกราคมถึงมีนาคม 2563) ซึ่งได้ชี้แจงว่า ทางทีมระบาดวิทยามีประสบการณ์รับมือกับโรคระบาดหลายโรคในอดีตที่ผ่านมา มั่นใจว่าจะรับมือได้ ยืนยันว่ามาตรการที่ทำมาตลอดนั้นเหมาะสมแล้ว และคิดว่ามีมาตรฐานระดับสากล แต่มีได้ชี้แจงถึงรายละเอียดและเหตุผลของข้อมูลทางสถิติการระบาดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประเทศไทยว่าเหตุใดจึงไม่สามารถควบคุมได้

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้ถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ว่ายากง่ายเพียงใด คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวตอบโดยให้ข้อมูลวิชาการเกี่ยว

กับการแพร่เชื้อโรคนี้ พร้อมยกตัวอย่างประเมินความเสี่ยงจากการนั่งคุยกันในระยะใกล้โดยไม่ป้องกันว่า การพูดคุยกัน 10 นาทีจะมีละอองฝอยน้ำลายราว 6,000 ละอองฝอยที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อแก่กันได้หากไม่ป้องกัน

ที่ประชุมได้วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ทางโรงเรียนแพทย์ได้นำเสนอในแต่ละทางเลือก ถึงเงื่อนไขเวลาที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้ทางที่ประชุมทราบว่า แต่ละมาตรการที่เสนอมานั้นจะต้องใช้เวลาในการเตรียมการ เพราะต้องประสานงานหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โดยทางที่เป็นไปได้คือ การทยอยดำเนินการ เรื่องใดทำได้ก่อนจะประกาศก่อน

นายกรัฐมนตรีได้กล่าวว่า มาตรการการปิดประเทศนั้นต้องได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศซึ่งมีหลายระดับ รวมถึงผลกระทบต่อประชาชน อย่างไรก็ตาม ก็เข้าใจถึงความจำเป็นตามที่ได้รับทราบจากการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดที่ได้นำเสนอมา

หลังจากการนำเสนอวันที่ 19 มีนาคม 2563 ได้มีการนำเสนอข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานครและคณะผู้บริหารในวันที่ 20 มีนาคม 2563 โดยได้รับการตอบรับนำไปเข้าหารือในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 21 มีนาคม 2563 และมีการออกประกาศปิดกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 22 มีนาคม 2563 ถึง 12 เมษายน 2563

ในขณะที่รัฐบาล ได้มีการดำเนินการโดยประกาศปิดด้านทั่วประเทศ โดยทยอยประกาศปิดตามความพร้อมตั้งแต่ 23 มีนาคม 2563 และมีการประกาศบังคับใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 26 มีนาคม 2563 เพื่อควบคุมปัญหาการระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย

## Evaluate

จากการติดตามสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยในไตรมาสแรกของปี 2563 พบว่ามีความรุนแรงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีปรากฏการณ์ที่สร้างความกังวลต่อสังคมหลายเรื่อง เช่น การไม่นำเสนอสถานการณ์การระบาดให้สอดคล้องกับความจริง โดยหยุดเพียงระยะที่ 2 ทั้งที่มีการแพร่กันเองในประเทศแล้ว, การประกาศมาตรการปิดกั้นการเดินทางเข้าประเทศของนักท่องเที่ยวจีนช้ากว่าที่ควรจะเป็น, การที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศสนับสนุนให้มีการจัดงานแข่งขันรถ MotoGP ที่จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งๆ ที่สถานการณ์การระบาดในประเทศไทยทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง, รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นในสถานการณ์การระบาด ทั้งหน้ากาก ชุดป้องกัน เจลแอลกอฮอล์ และอื่นๆ

นอกจากนี้ จากการบอกเล่าของผู้บริหารระดับสูงของรัฐบาล ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคนำส่งให้แก่รัฐบาลในช่วงแรกของการระบาดนั้นจำกัดอยู่ในลักษณะการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน โดยไม่ได้นำเสนอการวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินไปในช่วงแรกนั้นจึงเป็นไปในแบบช้ากว่าที่ควร ไม่สามารถป้องกันการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีได้มีกลไกอื่นที่จะช่วยถ่วงดุลการตัดสินใจหรือการดำเนินงานได้

ลักษณะของการอภิบาลระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของ COVID-19 ในช่วงแรกดังที่กล่าวมานั้น อาจไม่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลหลายประการ ทั้งในเรื่องความโปร่งใส การตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า ซึ่งมาจากปัญหาด้านบริหารจัดการ การวางโครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน โดยเฉพาะการตรวจสอบและการถ่วงดุล

ทั้งนี้ ภายหลังจากที่รัฐบาลได้รับทราบสถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแล้ว จึงมีการวางระบบการ

บริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของ COVID-19 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และมีหัวหน้าส่วนราชการหลักมาเป็นกรรมการเพื่อรับรู้สถานการณ์ร่วมกัน รับคำสั่งไปปฏิบัติ และนำเสนอปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงทีมากขึ้น

การบริหารจัดการในลักษณะของการรวมศูนย์ (centralized administrative system) นี้ ทำให้การจัดการปัญหาวิกฤตเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีทิศทางเดียวกัน และลดขั้นตอนและความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน ทำให้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถลดการระบาดลงได้อย่างรวดเร็ว และสามารถป้องกันการติดเชื้อในประชาชนไปได้เป็นจำนวนมาก

## ประเด็นด้านการบริหารจัดการที่สำคัญ

1. จากกรณีศึกษาข้างต้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย กระบวนการบริหารจัดการ และการออกมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติและการวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ การนำเสนอต่อระดับนโยบาย การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อรับรู้ปัญหา ให้ความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนจัดการปัญหา และกลไกการถ่วงดุลอำนาจ

2. กรณีศึกษามาตรการล็อกดาวน์ในการระบาดระลอกแรกของประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงจุดแข็งของประเทศไทย ที่ยังมีการรับฟังข้อมูลและข้อเสนอแนะจากภาคส่วนต่างๆ ในยามวิกฤติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้หน่วยงานหลักได้พยายามดำเนินการอย่างเต็มที่ แต่อาจยังมีข้อจำกัดเชิงทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินการโดยลำพัง ดังนั้นเมื่อมีการนำเสนอข้อมูลละเอียดเพิ่มเติมจากภาคส่วนวิชาการ โดยโรงเรียนแพทย์ จึงได้มีการรับฟัง และนำไปปรับนโยบายและมาตรการเพื่อควบคุมป้องกันโรคได้อย่างทันท่วงที

ทำให้ประเทศไทยรอดพ้นจากการระบาดหนักเหมือนกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา

## กรณีศึกษาเรื่อง “การบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุขในแต่ละระยะของการระบาด”

### Explore

โควิด-19 ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่กระจายเร็ว และยังไม่มียาหรือวัคซีนที่เกี่ยวกับโรคนี้มาก่อน ทำให้ในช่วงปีแรกของการระบาดจึงยังไม่มียารักษาเฉพาะ ไม่มีวัคซีนป้องกัน รวมถึงการไม่มีแนวทางการป้องกัน และดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นจึงยากต่อการคาดประมาณ และการวางแผนเตรียมการรับมือ ทั้งเรื่องบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์การแพทย์และสถานที่ที่เหมาะสม

### Examine

#### 1. รายละเอียดที่เกิดขึ้น

ภายหลังจากมีการระบาดระลอกที่ 1 ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม 2563 และมีการตั้ง ศบค. ขึ้น พร้อมกับออกมาตรการในการควบคุมและป้องกันการระบาดอย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา ในเวลาเดียวกันได้มีการวางแผนเพื่อระดมทรัพยากรในระบบสาธารณสุขจากทุกภาคส่วน โดยแบ่งเป็นการบริหารจัดการในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพฯ และปริมณฑล

สำหรับระบบการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยมีศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร เป็นประธาน และเริ่มมีการประชุมวางแผนตั้งแต่ 27 มีนาคม 2563 เพื่อวางแผนทรัพยากรที่จำเป็นในการรับมือกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้มีการวางแผนครอบคลุมเรื่องการสำรวจจำนวนเตียง/ห้องพักรักษาผู้ป่วยแต่ละชนิด และการเพิ่มจำนวนเตียงแต่ละชนิด การวางแผนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดซื้อจัดหา



และการกระจายอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส ระบบตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนด้านวัคซีนป้องกันโรค และการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบบไม่มีอาการใน hospital

การประชุมคณะกรรมการดังกล่าว ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรม คณะบดีโรงเรียนแพทย์ (จุฬาฯ ศิริราช ราชามาธิบดี ธรรมศาสตร์ วชิรพยาบาล) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมีการเชิญตัวแทนจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชน เข้ามาร่วมวางแผนด้วย สถานการณ์ช่วงแรกนั้น ระบบสาธารณสุขยังต้องอาศัยทรัพยากรเดิมเท่าที่มีอยู่ โดยพบว่า ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563 มีสถานการณ์ทรัพยากรที่สำคัญดังนี้

**หน้ากาก N95** ไม่มีหน้ากาก N95 เหลือสำรองไว้เลย โดยองค์การเภสัชกรรมวางแผนจะจัดหาหน้ากาก N95 จำนวน 1,336,000 ชิ้น จากประเทศจีน และจัดหาสำหรับศูนย์บริการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) จำนวน 800,000 ชิ้น จากบริษัท 3M และ KOKEN แห่งละ 400,000 ชิ้น ทั้งนี้ได้วางแผนรับจากบริษัท 3M เป็นหน้ากากชนิด 8210 (non-med) 60,000 ชิ้น ภายใน 31 มีนาคม 2563, หน้ากากชนิด 1860 (med) 170,000 ชิ้น ภายใน 10 เมษายน 2563, หน้ากากชนิด 1860s (med) 30,000 ชิ้น ภายใน 10 เมษายน 2563 ในขณะที่มีแผนการรับจากบริษัท KOKEN เป็นหน้ากากชนิด Hi-Luck 250 100,000 ชิ้น ภายใน 30 เมษายน 2563 และ 100,000

ชิ้น ภายใน 31 พฤษภาคม 2563

**Personal protective equipment (PPE)** ยอดคงคลังของ coverall PPE มี 4,080 ชิ้น วางแผนจะจัดซื้อจัดหาทั้งในและต่างประเทศที่กรมควบคุมโรคทำแผนเสนอมา ทั้งนี้มีแผนจัดซื้อจากประเทศจีนจำนวน 1,650,000 ชิ้น ตั้งแต่มีนาคม-มิถุนายน 2563 โดยทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเอกชน วางแผนร่วมมือกันพัฒนาวัตถุดิบเพื่อที่จะสามารถผลิตเองอย่างครบวงจรในประเทศ

**ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้** ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้ ได้แก่ chloroquine phosphate ขนาด 250 มิลลิกรัม lopinavir ขนาด 200 มิลลิกรัม ร่วมกับ ritonavir ขนาด 50 มิลลิกรัม และ darunavir ขนาด 600 มิลลิกรัม ร่วมกับ ritonavir ขนาด 100 มิลลิกรัม โดยมีอัตราการผลิตต่อเดือนและจำนวนผู้ป่วยที่รองรับได้ แสดงดังตารางที่ 1

**ยารักษาโรค COVID-19 ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ** มีดังนี้

- Avigan (favipiravir) ไทยได้รับล็อตแรก 40,000 เม็ดและได้ทำการแจกจ่ายไปยังสถานพยาบาลต่างๆ แล้ว ขณะที่ล็อตที่ 2 ได้มาอีก 40,000 เม็ดในวันที่ 30 มีนาคม 2563 และรับอีก 100,000 เม็ดในวันที่ 3 เมษายน 2563 อย่างไรก็ตาม อธิบดีกรมการแพทย์แจ้งว่า ด้วยเกณฑ์การรักษาในขณะนั้นและสถานการณ์จำนวนเคสที่มากขึ้น จะมีความเป็นไปได้สูงที่ยาที่มีอยู่นั้นจะหมดใน 2 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้

ยา (มิลลิกรัม)	กำลังการผลิต/เดือน (ล้านเม็ด)	จำนวนผู้ป่วยไม่รุนแรง/รุนแรงที่รองรับได้
chloroquine phosphate (250)	0.60	60,000-120,000/30,000-60,000
lopinavir/ritonavir (200/50)	8.30	415,000/207,500
darunavir/ritonavir (600/100)	1.06	106,086/53,043



- remdesivir injection มีอยู่ 220 vials และมีแผนจัดหาเพิ่มอีก 220 vials

**ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ COVID-19** สถานการณ์คือ

- มีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองทั้งสิ้น 56 แห่ง วางแผนจะจัดตั้งเพิ่มอีก 40 แห่ง และของบกลางเพื่อพัฒนาในระยะยาว

- กทม. มี 27 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 14 แห่ง เอกชน 13 แห่ง

- ต่างจังหวัด มี 29 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 27 แห่ง เอกชน 2 แห่ง

- ศักยภาพในการตรวจ: กทม. 10,000 ตัวอย่างต่อวัน และต่างจังหวัด 10,000 ตัวอย่างต่อวัน (835 ตัวอย่างต่อวัน สำหรับแต่ละเขตบริการสุขภาพ)

- ชุดน้ำยาสำหรับตรวจ RT-PCR ที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีทั้งสิ้น 16 ยี่ห้อ โดยเป็นไปตามนโยบายกระจายความเสี่ยง

- ชุดตรวจอย่างง่าย (rapid test) ที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีทั้งสิ้น 5 ยี่ห้อ โดยไม่ได้ตรวจเฉพาะเอกสาร

- มีน้ำยาตรวจ RT-PCR ใน stock เพียงพอสำหรับตรวจได้ 78,881 ราย

**เครื่องช่วยหายใจ (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563)** มีดังนี้

- เขตบริการสุขภาพที่ 1-12 มีจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 12,133 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 10,432 เครื่อง และ bird's respirator 1,763 เครื่อง อย่างไรก็ตาม หากหักจำนวนเครื่องที่ใช้งานได้ออกไป จะเหลือจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 10,639 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 9,202 เครื่อง และ bird's respirator 1,457 เครื่อง

- กทม. (เขตบริการสุขภาพที่ 13) มีจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 1,494 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 1,230 เครื่อง และ bird's respirator 264

เครื่อง

- ทั้งนี้ กองวิศวกรรมฯ ของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีข้อมูลว่า มีเครื่องช่วยหายใจจำนวนเท่าใดที่ว่างหรือไม่ได้ใช้งาน และไม่มีข้อมูลจำแนกชนิดของ volume respirator ว่าแต่ละชนิดมีจำนวนเท่าใด และชนิดใดที่เหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย acute respiratory distress syndrome (ARDS) จาก COVID-19 (ต้องมี positive end-expiratory pressure, PEEP function)

**จำนวนเตียงของโรงพยาบาลใน กทม.และปริมณฑล (ณ 30 มีนาคม 2563)** มีดังนี้

- กทม. และปริมณฑล (นนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี) มีโรงพยาบาลรวม 74 แห่ง (รัฐ 29 แห่ง เอกชน 45 แห่ง) มีเตียงรวมทั้งสิ้น 1,329 เตียง จำแนกเป็น airborne infection isolation room-intensive care unit (AIIR-ICU) 98 เตียง, Modified AIIR 41 เตียง, isolation room 688 เตียง, cohort ward 502 เตียง

- นอกจากนี้ยังมี hospitel ประกอบด้วย หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ รพ.ราชวิถี 250 เตียง รพ.สนาม รพ.ธรรมศาสตร์ 308 เตียง และของ รพ.จุฬาลงกรณ์ 40 เตียง รวม 598 เตียง

- ขณะนั้นมีผู้ป่วย admit 80 รายใน AIIR-ICU, และ 814 รายในเตียงลักษณะอื่นๆ โดยเหลือเตียงว่าง AIIR-ICU 18 เตียง และเตียงลักษณะอื่นๆ 517 เตียง

- ส่วน hospitel นั้น มีผู้ป่วยพัก 31 ราย ที่ รพ.ราชวิถี และ 7 ราย ที่ รพ.ธรรมศาสตร์

## 2. การตอบสนองที่เกิดขึ้น

จากการร่วมกันดำเนินการของทุกภาคส่วนจนถึงปัจจุบัน พบว่าได้มีการขยายศักยภาพของระบบต่างๆ มากขึ้น ทั้งนี้ ณ เดือนเมษายน 2564 มีทรัพยากรที่สำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้

- จุดบริการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 106 แห่ง โดยจำแนกเป็นภาครัฐ 44 แห่ง ภาคเอกชน 66 แห่ง และในต่างจังหวัดอีก 171 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 133 แห่ง และภาค





เอกชน 38 แห่ง ทั้งนี้มีทั้งการให้บริการในรูปแบบการตรวจ  
ในสถานพยาบาล และแบบ drive thru (drive-through)

- จำนวนเตียงจำแนกตามชนิด ในแต่ละสถาน  
พยาบาล มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังภาพที่ 5-7

- มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโควิด-19  
โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 22  
เมษายน 2564

- ทั้งนี้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา การปรึกษา  
และส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ต่างๆ โดยปรับ  
ตามสถานการณ์การระบาดของแต่ละพื้นที่

- แม้จะมีปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันตัวทั้งของ  
ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการ  
แพทย์ และยา อย่างหนักในระลอกแรก แต่ปัญหาทุเลาลง  
ในช่วงครึ่งปีหลัง ทั้งนี้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ  
ส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน และควบคุมติดตามการเบิกจ่าย  
ทรัพยากรในระดับประเทศ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็น

เจ้าภาพหลัก

### Evaluate

กลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบ  
สาธารณสุขของประเทศไทยนั้นค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ดัง  
จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติที่บ่งถึงการขยายศักยภาพของ  
เตียง ระบบการตรวจคัดกรองโรค และระบบการดูแลรักษา  
ผู้ป่วย ทั้งแนวทางการคัดกรอง/จำแนกผู้ป่วย แนวทางการ  
ดูแลรักษา และการปรึกษาและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน  
นอกจากนี้ยังมีระบบสารสนเทศกลางในการติดตามกำกับ  
สถานะคงคลังของทรัพยากรสำคัญ และดูแลการเบิกจ่าย  
ในภาพรวมของประเทศ

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการกระจายตัวของ  
ทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่ได้กระจายอย่างทั่ว  
ถึงหรือสม่ำเสมอ ยังคงพบได้เป็นระยะ แต่ได้รับการแก้ไขใน  
ลักษณะเฉพาะหน้า เช่น การถ่ายโอนทรัพยากรจาก  
พื้นที่ที่ระบายน้อยไปช่วยเหลือพื้นที่ที่มีการระบาดหนัก

รายงานสถานการณ์เตียงของประเทศ					
link : <a href="https://co-ward.moph.go.th/">https://co-ward.moph.go.th/</a>					
เขตสุขภาพ	เตียงทั้งหมด	ครองเตียงทั้งหมด	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง	
เขตสุขภาพ 1	2,705	1,018	1,687	37.6	
เขตสุขภาพ 2	1,261	419	842	33.2	
เขตสุขภาพ 3	854	420	434	49.2	
เขตสุขภาพ 4	3,516	2,202	1,314	62.6	
เขตสุขภาพ 5	6,453	2,083	4,370	32.3	
เขตสุขภาพ 6	5,740	3,634	2,106	63.3	
เขตสุขภาพ 7	851	485	366	57.0	
เขตสุขภาพ 8	2,043	544	1,499	26.6	
เขตสุขภาพ 9	1,808	691	1,117	38.2	
เขตสุขภาพ 10	770	270	500	35.1	
เขตสุขภาพ 11	2,004	875	1,129	43.7	
เขตสุขภาพ 12	2,516	560	1,956	22.3	
เขตสุขภาพ 13	11,183	7,261	3,922	64.9	
รวม 13 เขต	41,704	20,462	21,242	49.1	

จัดทำโดย งานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 24 เม.ย. 64 ณ 16.30 น.

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 5 จำนวนเตียงของประเทศจำแนกตามเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ 24 เมษายน 2564<sup>(14)</sup>

รายงานสถานการณ์เตียงของประเทศ link : <a href="https://co-ward.moph.go.th/">https://co-ward.moph.go.th/</a>				
ประเภทเตียง	เตียงทั้งหมด	ครองเตียง	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง
AIIR-ICU	533	351	182	65.9
Modified AIIR	1,074	800	274	74.5
AIIR + Modified AIIR (M+F)	765	257	508	33.6
Isolated room	9,336	6,059	3,277	64.9
Cohort ward	14,190	7,957	6,233	56.1
Cohort รพ.สนาม	8,891	1,401	7,490	15.8
Cohort ICU	182	105	77	57.7
Hospital	6,733	3,532	3,201	52.5
รวม	41,704	20,462	21,242	49.1

จัดทำโดย งานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 24 เม.ย. 64 ณ 16.30 น.  
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 6 จำนวนเตียงของประเทศจำแนกตามประเภท กระทรวงสาธารณสุข ณ 24 เมษายน 2564<sup>(14)</sup>

รายงานสถานการณ์เตียงของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล link : <a href="https://co-ward.moph.go.th/">https://co-ward.moph.go.th/</a>				
หน่วยงาน	เตียงทั้งหมด	ครองเตียงทั้งหมด	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง
กรมการแพทย์	484	359	125	74.2
กรมควบคุมโรค	163	163	-	100.0
กรมสุขภาพจิต	69	16	53	23.2
กระทรวงกลาโหม	388	372	16	95.9
กรุงเทพมหานครฯ	176	160	16	90.9
โรงพยาบาลตำรวจ	154	153	1	99.4
โรงพยาบาลสนาม	10,112	5,968	4,144	59.0
โรงเรียนแพทย์	869	719	150	82.7
เอกชน	5,652	3,752	1,900	66.4
รวม	18,067	11,662	6,405	64.5

หมายเหตุ : Hospital ข้อมูล ณ วันที่ 23 เมษายน 2564 เวลา 24.00 น.  
(กรมการแพทย์+กรมสสจ.+UJHosNet+กทม.)  
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 7 จำนวนเตียงจำแนกตามสังกัด พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ณ 24 เมษายน 2564<sup>(14)</sup>

ในขณะที่ปัญหาท้าทายอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ เรื่องการจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีประเด็นเรื่องเงื่อนไข ราคา ชนิดวัคซีน ปริมาณและระบบการกระจายและฉีดแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ นั้น เป็นไปในลักษณะคล้ายกับประเทศอื่นทั่วโลก เนื่องจากมีความไม่แน่นอนของผลการศึกษาวัคซีน ระบบการผลิต ราคา ข้อมูลด้านสรรพคุณและความปลอดภัย และอื่นๆ แต่ก็ได้รับการดูแลแก้ไขตามสถานการณ์ ผ่านการกำกับดูแลของ ศบค. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ประเด็นด้านการบริหารจัดการที่สำคัญ

กลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เนื่องจากเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการรับรู้สถานการณ์ปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา วางแผนพัฒนา และร่วมกันรับผิดชอบ ทำให้สามารถขยายศักยภาพได้มากกว่าที่เคยมีอยู่ก่อนเริ่มการระบาด อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาด้านการบริหารจัดการจัดซื้อจัดหาวัคซีน ซึ่งเป็นเพราะการดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา เน้นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ เป็นหลัก โดยภาคเอกชนและประชาสังคมมีส่วนร่วมน้อยตลอดช่วงการระบาดระลอกแรกในปี 2563

### อภิปรายผลการศึกษา

#### นโยบายและมาตรการ

เมื่อเปรียบเทียบ ในแต่ละระยะของการระบาด จะพบว่า จากระยะเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้นนั้น จะให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและการป้องกันเป็นหลัก ต่อมาในระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบหากพิจารณาในด้านสาธารณสุข มาตรการส่วนใหญ่ต่อเนื่องมาจากระยะแรกแต่มีความเคร่งครัดมากขึ้นคือ เน้นการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการออกพรก.ฉุกเฉิน ส่วนมาตรการด้านอื่น มุ่งไปด้านการประคับ

ประคองเศรษฐกิจฐานรากเป็นหลัก ได้แก่ การช่วยเหลือเยียวยาประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ และระยะต่อเนื่อง เริ่มผ่อนปรนมาตรการ แต่ยังคงควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าว และตามจังหวัดที่มีชายแดนติดเมียนมา ในระยะนี้เริ่มมีแนวคิดที่จะเปิดรับนักท่องเที่ยวเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจจึงมีมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวเกิดขึ้น

#### โครงสร้างการบริหารจัดการ

ในระยะแรกของการระบาดนั้นมีการทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก อย่างไรก็ตาม หลังจากการระบาดทวีความรุนแรงขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ได้มีการตั้ง ศบค. ขึ้นเพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีองค์ประกอบหลักคือ ตัวแทนของหน่วยงานภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนลักษณะขององค์ประกอบในคณะกรรมการระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ใน 15 ประเทศทั่วโลก ได้แก่ อาร์เจนตินา เบลเยียม จีน ซิลิฝรั่งเศส เยอรมนี ฮังการี อิตาลี ฟิลิปินส์ สิงคโปร์ สเปน สวิตเซอร์แลนด์ ไทย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา จะพบว่ามีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศ ส่วนใหญ่แล้วมักมีองค์ประกอบหลักเป็นตัวแทนจากหน่วยงานของรัฐบาล และยังมีองค์ประกอบของคณะกรรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ โรคติดเชื้อ ระบาดวิทยา และการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหลายประเทศได้ให้ความสำคัญกับสาขาวิชาชีพอื่นด้วย ทั้งนี้ประเทศที่มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในคณะกรรมการระดับชาติ ได้แก่ เบลเยียม ฝรั่งเศส และสวิตเซอร์แลนด์ ในขณะที่ประเทศที่มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์และ/หรือมานุษยวิทยาอยู่ในคณะกรรมการระดับชาติ ได้แก่ ฝรั่งเศส อิตาลี และสหราชอาณาจักร

ถึงแม้องค์ประกอบหลักในคณะกรรมการระดับชาติของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันไป แต่ในการดำเนินงานจริง มักมีการทำงาน ปกป้องหรือเชิงสหสาขา

วิชาชีพในระดับปฏิบัติการอยู่แล้ว แต่การมีตัวแทนของแต่ละสาขาในคณะกรรมการระดับชาติ อาจส่งผลต่อการนำเสนอประเด็นพิจารณาเพื่อเป็นนโยบายหรือมาตรการได้บ้างไม่มากนักน้อย แต่ยังไม่มีความเห็นที่ชัดเจนยืนยันสมมติฐานนี้

### ผลลัพธ์ของกลไกบริหารจัดการสถานการณ์การระบาด

ในช่วงการระบาดระยะเตรียมการและตอบสนองเบื้องต้น ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึงกลางมีนาคม 2563 นโยบายและมาตรการต่างๆ ของประเทศไทย ที่ดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข สามารถควบคุมป้องกันการระบาดได้ดีในช่วงสองเดือนแรก จากนั้นการระบาดทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นที่มาของการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการไปใช้กลไกการทำงานของ ศบค. เป็นหน่วยบริหารจัดการหลักในการต่อสู้กับโรคระบาด และทยอยออกมาตรการเพื่อจัดการสถานการณ์ระบาดในลักษณะที่มีความเคร่งครัดเข้มข้นมากขึ้น

### กลไกบริหารสถานการณ์การระบาดกับผลลัพธ์ของการควบคุมการระบาดของโควิด-19

จากการระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรก จนถึงปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของกลไกบริหารสถานการณ์การระบาด กับผลลัพธ์ของการควบคุมการระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระยะได้ดังนี้

#### ระยะเตรียมการและระยะตอบสนองเบื้องต้น:

หน่วยงานหลักคือกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน แต่อาจมีปัญหาในการประสานงานระหว่างกันและไม่แน่ใจในเรื่องขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงาน ทำให้มาตรการต่างๆ อาจตอบสนองในการควบคุมการระบาดได้เพียงระยะแรก แต่ไม่ทันต่อสถานการณ์การระบาดที่ทวีความรุนแรงขึ้นในเดือนมีนาคม 2563 ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ มีการติดเชื้อรายใหม่ต่อวันที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

#### ระยะตอบสนองเต็มรูปแบบ:

มีการปรับเปลี่ยนกลไกบริหารสถานการณ์เป็น ศบค. (Center for COVID-19 Situation Administration: CCSA) ซึ่งบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ มุ่งเป้าเรื่องการควบคุมการระบาด และใช้มาตรการที่เคร่งครัด ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ สามารถลดการระบาดลงได้โดยใช้เวลา 44 วัน

ทั้งนี้ หากพิจารณาความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่ ได้ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า รูปแบบการจัดการของกลไกบริหารสถานการณ์การระบาดระลอกแรกในระยะตอบสนองเต็มรูปแบบนั้นมีประสิทธิผล ชัดเจน ทำให้ทราบทิศทางการดำเนินการ แม้จะมีอุปสรรคในเรื่องความไม่เพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมป้องกันโรค หรือแนวทางการดูแลรักษาหรือป้องกันที่อิงความรู้วิชาการที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็ว ทำให้ถ่ายทอดจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ได้ช้าบ้างก็ตาม

### วิจารณ์และข้อยุติ

กลไกการอภิบาลระบบของประเทศไทยในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีความแตกต่างไปในแต่ละระยะของการระบาด ในภาวะวิกฤติที่มีการระบาดรุนแรง รูปแบบการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์นั้นช่วยให้การตัดสินใจเชิงนโยบาย ประกาศนโยบาย และขับเคลื่อนนโยบายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้นกว่าภาวะปกติ ทั้งนี้บทเรียนจากการบริหารจัดการของประเทศไทยระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรกนั้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีโครงสร้างบริหารจัดการแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การมีระบบเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ และนำมาวิเคราะห์เพื่อนำเสนอสู่กระบวนการนโยบาย การพัฒนาแผนปฏิบัติการทั้งในด้านการควบคุมป้องกันโรค การผลิต การจัดซื้อจัดหาและการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ความจำเป็นของประเทศที่จะต้องมีการสร้างพื้นที่



ฐานในการผลิตทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค รวมถึงการสื่อสารนโยบายไปสู่หน่วยปฏิบัติ ระดับพื้นที่และสู่สาธารณะ

ทั้งนี้โควิด-19 จะไม่ใช่โรคอุบัติใหม่และโรคระบาดครั้ง สุกท้ายที่ประเทศไทยต้องเผชิญ ในอนาคตอาจมีปัญหาที่ ทำทายเป็นภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดวิกฤตต่อสุขภาพ และสังคมที่มากกว่าเดิม ดังนั้นหากรัฐบาลและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยข้างต้น และ นำมาใช้วิเคราะห์ประเมินสถานะของระบบและกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และเสริมสร้างให้มีความเข้มแข็งขึ้น ย่อม จะทำให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับปัญหาหรือภาวะ คุกคามในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งในชุดโครงการวิจัยเรื่อง การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพ ไทยต่อวิกฤตการณ์ระบาดของ COVID-19: การดำเนินการ ของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทั้งนี้ ข้อความที่ ปรากฏในบทความนี้เป็นของผู้เขียน มิใช่ ความเห็นของ สวรส.

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และขอ ขอบคุณนายธีระวัฒน์ วรณารัตน์ ที่มีบทบาทสำคัญในการ รวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของโควิด-19 อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอ เชีงนโยบายแก่รัฐบาลเพื่อจัดการควบคุมการระบาดของ โควิด-19 ของประเทศไทยในระลอกแรก

### References

1. United Nations Development Programme. COVID-19: looming crisis in developing countries threatens to devastate economies and ramp up inequality 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: [https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19\\_Crisis\\_](https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19_Crisis_)

- in\_developing\_countries\_threatens\_devastate\_economies.html.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus 2019 situation: public health measures and problems in preventing and controlling diseases for travelers [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>. (in Thai)
3. The Bangkok Editorial Team. Can't hold it: COVID-19 has spread across 60 provinces in every region [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. [Available from: <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/322292/>]. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Announcement of Ministry of Public Health: names and major symptoms of dangerous communicable diseases (3rd edition) B.E. 2563 [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 5]. [Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>]. (in Thai)
5. World Health Organization. Strengthening the health system response to COVID-19 recommendations for the WHO European Region Policy brief 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. [Available from: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/436350/strengthening-health-system-response-COVID-19.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/436350/strengthening-health-system-response-COVID-19.pdf?ua=1)].
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease 2019 situation report. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. (in Thai)
7. Bureau of Information Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=main/index>. (in Thai)
8. Bangkokbiznews. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/politics/>. (in Thai)
9. Thai News Agency. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://tna.mcot.net/>. (in Thai)
10. Thai PBS. COVID-19 Timeline [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://covid19.thaipbs.or.th/timeline/>. (in Thai)
11. Prachachat Online. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.prachachat.net/world-news/>. (in Thai)
12. Matichon Online. COVID-19 news [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.ma>

- tichon.co.th/covid19/thai-covid19/news. (in Thai)
13. Kapook. COVID-19 Timeline [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://covid-19.kapook.com/timeline>. (in Thai)
  14. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 cases update daily [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>. (in Thai)