



รายงานสมบูรณ์

การศึกษาวิจัย การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤต
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานครภายใต้
โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยท้องถิ่น

โดย

สำนักงานศูนย์วิจัย และให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

และ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

เสนอต่อ

วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า

ที่ปรึกษางานวิจัย

1. ศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. อรทัย ก๊กผล

รายชื่อผู้วิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ทวีดา กมลเวชช
2. อาจารย์เอกวีร์ มีสุข
3. นางสาวจิตรานุช เกียรติอติศร
4. นายณัฐวัฒน์ จันทร์ศรีธาดา
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ เหลืองประภัสร์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการในภาวะการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมุ่งศึกษาวงจรการจัดการสถานการณ์วิกฤตผ่านแนวคิดวงจรการจัดการวิกฤต (crisis management cycle) และศึกษากระบวนการเปรียบเทียบ โครงสร้างและความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุขผ่านแนวการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (institutional approach) เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหา อุปสรรค และผลกระทบจากการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การจัดการข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมและสามารถรองรับการแพร่ระบาดของโรคระบาดในอนาคต โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) มีกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นผู้แทนจากองค์กรหรือหน่วยงาน 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร กลุ่มที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 3 หน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม. กลุ่มที่ 5 กลุ่มอาสาสมัครการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และกลุ่มที่ 6 หน่วยงานนอกภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาพบว่า การจัดการวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร เป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการควบคุมโรค และมาตรการในเชิงป้องกันและยับยั้ง เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเป็นการปฏิบัติทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติตามแนวทางที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมุ่งเน้นการบริหารจัดการ 2 รูปแบบ คือ 1) การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข และ 2) การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

ส่วนผลการศึกษากฎระเบียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของตัวแสดงที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสาธารณสุขพบว่าในส่วนการวิเคราะห์ตัวแสดงที่จัดรูปเป็นเครือข่ายเชิงสถาบันในช่วงภาวะวิกฤต การก่อตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับต่าง ๆ ภายในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความทับซ้อนเชิงพื้นที่และอำนาจสั่งการ องค์กรประกอบของผู้แทนที่ให้หน่วยราชการส่วนกลางมีบทบาทสูง และการจัดความสัมพันธ์ระหว่างศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 แต่ละศูนย์ยังใช้การจัดโครงสร้างตามลำดับชั้นที่ซ้อนทับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับศูนย์ฯ ในต่างจังหวัด ส่วนการจัดความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานครและนอกสังกัด

กรุงเทพมหานครพบว่าสถานพยาบาลทั้งของภาครัฐ เอกชน และมูลนิธิมีสังกัดแตกต่างกันทำให้ในช่วงแรกต้องใช้เวลาในการพัฒนาความร่วมมือเพื่อประสานงานและจัดบริการเกี่ยวกับโรคระบาดแบบข้ามหน่วยงาน อีกทั้งยังขาดแคลนสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิในการจัดการอีกด้วย อีกทั้งการจัดการความสัมพันธ์กับตัวแสดงภาคเอกชนและภาคประชาสังคมที่แม้จะได้ช่วยเหลือประชาชนในช่วงภาวะวิกฤต แต่เนื่องจากตัวแสดงเหล่านี้ที่เพิ่งก่อร่างขึ้นในช่วงวิกฤตทำให้มีศักยภาพและความพร้อมที่จำกัด รวมถึงต้องใช้เวลาในการพัฒนาเครือข่ายและสร้างการยอมรับเพื่อเชื่อมการทำงานร่วมกับภาครัฐและระหว่างภาคเอกชน/ภาคประชาชนด้วยตนเอง

ในส่วนของกฎและการดำเนินการตามกฎหมายที่เกิดขึ้นของตัวแสดงที่เกิดขึ้นช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าในการเริ่มแรกของการแพร่ระบาดประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครต้องใช้เวลาในการพัฒนากฎและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคระบาดที่ไม่เคยมีมาก่อน กฎและแนวปฏิบัติที่ออกมาอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงอย่างทันทั่วถึง และการปฏิบัติตามกฎกับแนวปฏิบัติเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบากในภาวะวิกฤต โดยในระดับปฏิบัติการที่ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์จริงได้มีแนวปฏิบัติเฉพาะของตนเองที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3 ประการที่เน้นการจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับ 3 ด้าน ได้แก่ 1.) การขยายจำนวนสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิและพัฒนาการแพทย์ระดับปฐมภูมิ 2.) การพัฒนาและเพิ่มเครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาชน 3.) การพัฒนากลไกการทำงานเชิงพื้นที่ในระดับต่ำกว่าเขตเพื่อรองรับภารกิจปกติและภารกิจในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ 4) การพัฒนากลไกการอภิบาลพิเศษระดับพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ให้พื้นที่มีอำนาจสั่งการและบูรณาการข้ามหน่วยงานเพื่อทำงานเฉพาะกิจ (ad hoc) ในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาด

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, การจัดการวิกฤต, การวิเคราะห์เชิงสถาบัน, กรุงเทพมหานคร

ABSTRACT

This qualitative research studies the crisis management cycle, related institutions, and reflections on regulatory responses to the COVID-19 pandemic in Bangkok, as well as the obstacles and impacts of public health system management during the COVID-19 pandemic crisis in Bangkok. The research also offers policy recommendations that emphasize an efficient health care system management model that can support the COVID-19 pandemic crisis in Bangkok in the future. It uses Institutional Approach and Crisis Management Cycle Framework to analyze the data collected from relevant documents, focus groups, and in-depth interviews with 6 key target groups of people and organizations related to public health system management during the COVID-19 pandemic crisis in Bangkok.

The result of the study shows that the public health system management during the COVID-19 pandemic crisis in Bangkok focuses on disease control and preventive measures, which emphasizes two types of management, which are 1) the medical and public health management and 2) management to achieve the medical and public health management.

The study also shows that the Bangkok COVID-19 emergency operation centers employ more hierarchical operational structure comparing to other provinces in Thailand because its institutional structures are overlapped with the central government. Bangkok spent long periods of time cooperating and providing cross-agency epidemic services while there was a shortage of primary health care facilities. The private sector and civil society helped the public sectors increase capacity and availability in helping people to access to health services. These organizations, however, took time to develop networks and build acceptance to connect working with the other sectors during the pandemic.

At the beginning of the Thailand epidemic, the Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration also took time to develop regulatory responses to the COVID-19 pandemic in Bangkok, while the disease control regulatory and preventive measures were not corresponded to real-time situations. This made it

difficult for every sector to comply with rules and guidelines during the pandemic, especially at the practice-level healthcare workers and local staff who approached immediate problems that vary from the situation.

Thus, this research offers three policy recommendations that emphasize an efficient healthcare system management related to three areas which are 1) expanding the number of primary care hospitals and developing primary care medicine 2) developing and increasing networks of public health volunteers and public sector network, 3) developing spatial working mechanisms for practice-level healthcare workers and local staff to support health care services in both normal and critical missions in the Bangkok area, and 4) developing ad hoc governance mechanism to which it uses special authorities and integrates all actors in the Bangkok area

Keywords: COVID-19, Crisis Management, Institution, The COVID-19 pandemic in Bangkok

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
สารบัญตาราง	(7)
สารบัญภาพ	(9)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาของการศึกษาวิจัย	1
1.2 วัตถุประสงค์	5
1.3 ขอบเขตการศึกษาวเคราะห์	5
1.4 วิธีการศึกษาวิจัย	8
1.5 ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย	9
1.6 แผนผังกระบวนการดำเนินงานวิจัย	10
บทที่ 2 กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 แนวคิดเชิงสถาบัน	11
2.2 ประเด็นการวิเคราะห์เชิงสถาบัน	18
2.3 กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (Institutional Framework) ที่ใช้ในการศึกษา	25
2.4 แนวคิดการจัดการวิกฤตและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ	27
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	42
3.1 พื้นที่การวิจัย	43
3.2 ระยะเวลาการทำวิจัย	43

สารบัญ

	หน้า
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมายการวิจัย	43
3.4 ระเบียบวิธีวิจัย	48
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์กฎระเบียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่ เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด- 19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร	51
4.1 การวิเคราะห์ตัวแสดงและการจัดเครือข่ายสถาบันของตัวแสดงในภาวะ วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร	51
4.2 การวิเคราะห์กฎและการดำเนินการตามกฎหมายในเครือข่ายสถาบัน	88
บทที่ 5 การวิเคราะห์สถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของ ประเทศไทยและเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	95
5.1 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 : จุดเริ่มต้นของการระบาด จากนักท่องเที่ยวชาวจีนสู่ลูกคนขับแท็กซี่ และคลัสเตอร์สนามมวย	95
5.2 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 : คลัสเตอร์แรงงาน สมุทรสาครกับ “การระบาดระลอกใหม่” (NEWLY EMERGING)	113
5.3 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 : จากคลัสเตอร์ทองหล่อ สู่โควิด-19 กลายพันธุ์ กับการบังคับใช้มาตรการควบคุมทางสังคม และการขอความร่วมมือ	120
5.4 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 : จากความเป็นปรกติใหม่ “New Normal” ถึงการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ของโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า	126
5.5 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 : จากเดลต้าถึงโอมิครอน และการผ่อนคลายมาตรการ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นโรคประจำถิ่น	133
5.6 การวิเคราะห์การบริหารจัดการโควิด-19 ของกรุงเทพมหานคร	138

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ที่สามารถรองรับวิกฤตแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	158
6.1 สรุปผลการศึกษา	158
6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกรุงเทพมหานคร	164
บรรณานุกรม	166
ภาคผนวก	169
ภาคผนวกที่ 1	170
ภาคผนวก 2 ชุดคำถาม	173

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล	6
1.2 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล	9
2.1 คุณลักษณะเชิงสถาบันของเครือข่าย	21
2.2 วงจรการจัดการวิกฤต (Crisis Management Cycle)	34
3.1 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล	43
4.1 โครงสร้างของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)	56
4.2 จำนวนศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	61
4.3 เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของศูนย์ฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและในพื้นที่จังหวัด	62
4.4 โครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคภายในจังหวัด	65
4.5 จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อประชากร จำแนกรายภาค พ.ศ.2562 – 2564	67
4.6 จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อประชากร จำแนกรายภาค พ.ศ.2562 – 2564	68
4.7 ข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์จำนวนสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครพ.ศ.2562	69
4.8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการคำรักษาพยาบาล พ.ศ. 2564	77
4.9 เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิต่อจำนวนประชากรของกรุงเทพมหานครและเทศบาลนครนนทบุรี	81
4.10 จังหวัดที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด 10 อันดับแรก พ.ศ. 2565	84
4.11 พระราชบัญญัติสำคัญในการจัดการโรคระบาด	89
4.12 ตัวอย่างประกาศกรุงเทพมหานครเรื่องสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 – เดือนมกราคมพ.ศ.2565	90
4.13 กฎระเบียบและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งโรงพยาบาลสนาม	92
5.1 กฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนดทางราชการ	98
5.2 มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	101
5.3 มาตรการทางเศรษฐกิจจากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
5.4 สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	108
5.5 สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 2	116
5.6 สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 3	123
5.7 สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 4	129
5.8 สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 5	134

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 แผนผังกระบวนการดำเนินงานวิจัย	10
2.1 แผนผังกระบวนการดำเนินงานวิจัย	23
2.2 กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (Institutional Framework) ที่ใช้ในการศึกษา	27
2.3 กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสถานการณ์วิกฤต	30
2.4 กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสถานการณ์วิกฤต	32
2.5 วงจรการจัดการวิกฤต (Crisis Management Cycle)	33
2.6 วงจรการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ	37
2.7 ขอบเขตของวิกฤต	38
4.1 โครงสร้างของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)	55
4.2 การแบ่งหน้าที่ของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)	57
5.1 การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงการระบาดระลอกที่ 1	96
5.2 แผนภาพเครือข่ายการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	143

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาของการศึกษาวิจัย

นับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้ยกระดับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือที่เรียกว่า เชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ให้เป็นภาวะโรคระบาดครั้งใหญ่ทั่วโลกที่มีอัตราการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จากรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อของหน่วยงานด้านสาธารณสุขโลกได้รายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีจำนวนมากถึง 453.42 ล้านคน และยิ่งกว่านั้นยังมีผู้เสียชีวิตจำนวน 6.03 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2565)¹ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อระบบการเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่ต้องหยุดชะงักไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสาธารณสุขในหลายประเทศที่กำลังเผชิญกับความท้าทายจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในหลายระลอก เพราะการระบาดของเชื้อไวรัสชนิดนี้ไม่เพียงแต่จะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากมหาศาลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศที่ต้องเร่งรับมือกับการระบาดของเชื้อไวรัสอย่างทันท่วงที ซึ่งหากระบบสาธารณสุขไม่สามารถรับมือกับการระบาดของเชื้อไวรัสได้ ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงระบบเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขในหลายรูปแบบ เช่น โรคระบาด แผ่นดินไหว สึนามิ น้ำท่วม โคลนถล่ม การก่อวินาศกรรม และเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง หากแต่การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ก็เป็นอีกหนึ่งเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ซึ่งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นับเป็นครั้งแรกที่หลายภาคส่วนต้องรับมือกับการระบาดของเชื้อไวรัสชนิดที่รุนแรงอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน อีกทั้งยังท้าทายระบบการบริหารจัดการภาครัฐไทยในภาวะวิกฤตอีกด้วย เพราะการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้เผยให้เห็นปัญหาต่าง ๆ ที่ซุกซ่อนอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในเขตเมืองที่ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก ไม่ว่าจะเป็นการจัดการเชิงกายภาพในเขตเมืองที่มีความแออัดและเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค โครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขระหว่างรัฐท้องถิ่นกับรัฐส่วนกลางที่มีความทับซ้อนกันและมีหลาย

¹ Our World in Data. (10 March 2022). Coronavirus Pandemic (COVID-19) – the data, statistics and research. Retrieve form <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>

หน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง การขาดความยืดหยุ่นของกลไกทางกฎหมายสำหรับการจัดการวิกฤตในเขตเมือง รวมไปถึงการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในเขตเมืองยังขาดการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

จะเห็นได้ชัดเจนนว่า ประเทศไต้หวัน ซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกหลังจากประเทศไทยเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์นั้น กลับมีวิธีการรับรู้ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดได้แม่นยำกว่าประเทศไทย ไต้หวันรับข่าวสารการแพร่ระบาดในประเทศจีน และตระหนักดีว่าประเทศของตนเองอยู่ในความล่อแหลมมากเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดต่อกัน และมีการเดินทางไปมาระหว่างกันจำนวนมาก ประกอบกับไต้หวันมีบทเรียนจากการแพร่ระบาดของโรคซาร์และเมอร์มาก่อนหน้า ยิ่งทำให้ประเทศไต้หวันเรียนรู้ที่จะประเมินความเสี่ยงที่สูงกว่าประเทศไทย และไต้หวันมีกฎหมายที่รองรับการตัดสินใจของผู้นำ “อันไม่ถือว่าเกินกว่าเหตุ” แม้จะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีความคุ้มค่าในมาตรการเหล่านั้น อาทิ การสื่อสารกับสาธารณะถึงความร้ายแรงของโรค การให้ประชาชนระมัดระวังและรู้จักการจำกัดบริเวณด้วยตนเอง รวมทั้งการหยุดการส่งออกหน้ากากอนามัยทันทีในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 อันทำให้ประเทศไต้หวันไม่เคยขาดแคลนหน้ากากอนามัย อันเป็นปัจจัยสำคัญในการจำกัดการแพร่กระจายของเชื้อที่สำคัญ นอกจากนี้ ในขณะที่เดือนกุมภาพันธ์ ไต้หวันมีการจำกัดนักท่องเที่ยวและการกักตัวไต้หวันก็ออกมาตรการในการเฝ้าระวังผู้เข้ามาทันที ในขณะที่ประเทศไทยนั้น กว่าที่จะรับรู้จริงจัง จนมีการสื่อสารให้สาธารณะรับรู้และมีการตัดสินใจในมาตรการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั้น สถานการณ์ของประเทศไทยได้เข้าสู่วิกฤตภาวะฉุกเฉินเลย อันเนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากนักท่องเที่ยวที่ไม่ได้มีมาตรการที่รัดกุม มาตรการเตรียมพร้อม การสร้างระบบเพื่อการจำกัดขนาดของวิกฤต ตลอดจนความหละหลวมของการบังคับมาตรการพิเศษของรัฐในเวลาต่อมา ทำให้มีการติดเชื้อแบบกลุ่ม และมาตรการเฝ้าระวังที่ได้กำหนดออกมานั้น มีความล่าช้าต่อผลกระทบตามหลังสถานการณ์จนก่อให้เกิดความเสียหายไปมากแล้ว ทำให้มาตรการไม่พอดีกับความเดือดร้อนของประชาชน สาเหตุหลัก คือ การตัดสินใจที่ล่าช้า ไม่ได้ระบุความเสี่ยงของเหตุการณ์ว่าสามารถที่จะขยายตัวมากขึ้น และขาดข้อมูลรายละเอียดของกลุ่มที่มีความหลากหลายแตกต่าง และเครือข่ายความปลอดภัยทางสังคมที่ดี

ท่ามกลางวิกฤตโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ตอกย้ำถึงปัญหาของการทำงานแบบรัฐราชการที่ออกแบบโครงสร้างเชิงสถาบันจากหน้าที่และภารกิจที่รัฐต้องทำ แต่เมื่อวันเวลาผ่านไปประเด็นสาธารณะได้เกิดตรง "ช่องว่างระหว่างหน้าที่" ซึ่งทุกคนต้องร่วมกันทำ ไม่มีเจ้าภาพหลักถาวร ทว่าความเป็นรัฐราชการมักติดยึดอยู่กับพระราชบัญญัติ ระเบียบ หลักเกณฑ์ การใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จึงเป็นการใช้เพื่อให้หน่วยงานยุติการไม่ยอมทำงานร่วมกัน โดยรวบเอาพระราชบัญญัติและข้อบัญญัติเกือบ 40 ฉบับไปไว้ใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ซึ่งมีอำนาจในการดำเนินการได้อย่าง

ครอบคลุมในทุก ๆ เรื่อง และมีอำนาจในการควบคุมอย่างเข้มงวด และการใช้กฎหมายดังกล่าว ยิ่งทำให้รัฐราชการรวมศูนย์ของไทยผูกขาดการใช้อำนาจในการบริหารจัดการวิกฤต แต่ภายใต้การรวบอำนาจนั้น กลับเป็นการรวบอำนาจแบบแตกกระจาย ไร้เอกภาพ ไร้ทิศทาง และโยนปัญหาให้กลไกระดับพื้นที่ จนนำไปสู่สภาพที่เมื่อรัฐบาลสั่งแถวตรง ภูมิภาคและท้องถิ่นก็กลับหลังหัน อีกทั้งเมื่อการจัดการกับวิกฤตโควิดในพื้นที่กรุงเทพและปริมณฑลเข้าสู่ความวิกฤต ยิ่งสะท้อนปัญหาความไร้เอกภาพของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหา จนในท้ายที่สุด วิกฤตครั้งนี้นำไปสู่การรวมตัวของเครือข่ายภาคประชาสังคมที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 จัดหาโรงพยาบาล และดูเหมือนว่าในเวลาบั้นปลายของภาคประชาสังคมจะมีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นเอกภาพ ซึ่งไม่ใช่ด้วยการรวมศูนย์อำนาจอย่างที่ภาครัฐคุ้นเคยและเข้าใจ แต่คือ การประสานการปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ ทุกภาคส่วน ภายใต้ทิศทางที่ชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไร และกำกับเอกภาพของความร่วมมือด้วยระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษที่มีศักยภาพสูงและเป็นเมืองศูนย์กลางของประเทศไทย จากรายงานของศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจการคลังและการลงทุนของกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2562 ได้รายงานมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงถึง 4 ล้านล้านบาท หรือมีมูลค่าสูงถึงร้อยละ 30 ของเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รายได้เฉลี่ยของประชากรคิดเป็น 39,459.36 บาทต่อหัวประชากร จึงทำให้กรุงเทพฯ สามารถดึงดูดประชากรเข้าสู่พื้นที่เป็นจำนวนมาก ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรปี พ.ศ. 2563 ระบุว่ากรุงเทพมหานครมีพื้นที่แบ่งเป็น 50 เขต ประกอบด้วย 2,071 ชุมชน ซึ่งชุมชนส่วนใหญ่ค่อนข้างมีประชากรอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น โดยประชากรตามทะเบียนราษฎรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีจำนวนมากถึง 5,588,222 คน และมีประชากรแฝงอีกจำนวน 2,898,020 คน ครึ่งหนึ่งของประชากรในกรุงเทพมหานครกว่าร้อยละ 59.10 จะมีประชากรสูงอายุอย่างน้อย 1 คน² อย่างไรก็ตามด้วยการเติบโตของเมืองเช่นนี้ได้ทำให้กรุงเทพมหานครต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านสาธารณสุขและความเปราะบางต่อเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน

ด้วยเหตุนี้ จึงเกิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนขึ้นมา ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้พื้นที่กรุงเทพมหานครอยู่ภายใต้การดูแลด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13 เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพและบูรณาการภารกิจด้านการสาธารณสุขร่วมกับหลาย

² ศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจการคลังและการลงทุน กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลสถิติ. สืบค้นจาก http://203.155.220.117:8080/BMAWWW/html_home/ เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2565.

หน่วยงาน โดยมุ่งเน้นกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในฐานะกลไกของการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสาธารณสุขในชุมชน ปัจจุบันนี้พื้นที่ของกรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 11 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง และศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดหน่วยอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น โรงพยาบาลเอกชน 108 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 21 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจ 3 แห่ง เป็นต้น³ ซึ่งหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขดังกล่าวนี้ล้วนเป็นกลไกของการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นเมืองที่มีศักยภาพสูงและมีระบบสาธารณสุขหลากหลายรูปแบบ หากแต่เหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ทำให้หน่วยงานและกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่สามารถรับมือได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีความทับซ้อนกันระหว่างหลายหน่วยงาน ข้อจำกัดด้านกฎหมายหรือระเบียบสำหรับการจัดการวิกฤตในเขตเมือง รวมไปถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรต่าง ๆ ส่งผลให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นไปด้วยความล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพมากนัก การเคลื่อนตัวของปัญหาผ่านความตึงเครียดของสถานการณ์เข้าสู่แต่ละภาวะข้างต้นนั้นขึ้นอยู่กับการช่วงชิงช่วงเวลาในการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความเข้มข้นของเหตุการณ์ที่กำลังปรับเปลี่ยนไปด้วย จากระยะของการเกิดวิกฤต ภาวะฉุกเฉิน ภัยพิบัติ และหายนะภัย ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของกระบวนการจัดการวิกฤตและความเสี่ยงภัยพิบัติ เนื่องจากการที่แนวคิดการบริหารทั้งสองลักษณะนั้น มีความต้องการในการช่วงชิงพื้นที่ของการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังจะมาถึง ที่ถูกระบุว่าเป็นความเสี่ยงที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะเกิดและผลกระทบที่จะเกิด เพราะจะทำให้การที่หน่วยงาน องค์กร หรือระบบสังคมใดก็ตาม สามารถมีมาตรการการลดความเสี่ยง เพื่อสร้างการป้องกัน ลดผลกระทบ การรับมือและบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนการสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว นั้น จะเป็นระบบสังคมที่มีความยืดหยุ่นสูง (Resilience) อย่างที่กล่าวมาก่อนหน้าการตีความว่าเหตุการณ์โรคติดต่อจากไวรัสโคโรนา 2019 นี้ ถูกรับรู้ ตีความ และเปิดรับ เพื่อการเตรียมพร้อมและการบริหารจัดการที่ใครเป็นฝ่ายช่วงชิงระยะเริ่มต้นได้ดีกว่ากัน

³ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร. สถิติกรุงเทพมหานคร 2563. สืบค้นจาก <https://bit.ly/3pZk6hd> เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2565.

ด้วยเหตุนี้ วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิรูประบบสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเริ่มต้นจากการคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากนั้นจึงนำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่สามารถรองรับเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า หวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นกลไกที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทัน่วงทีและสามารถรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาวงจรการจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการเปรียบเทียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.2.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และผลกระทบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.2.4 เพื่อนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่สามารถรองรับวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ในอนาคตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.3 ขอบเขตการศึกษาวิเคราะห์

ขอบเขตของการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1.3.1 ขอบเขตด้านทฤษฎีและแนวคิด คือ การวิเคราะห์ตามกรอบเชิงสถาบัน (Institutional Approach) และ แนวคิดการจัดการวิกฤตและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ

1.3.2 ขอบเขตพื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)

1.3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ 6 เดือน เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2565

1.3.4 ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล ได้แก่

ตารางที่ 1.1

ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล

กลุ่ม	กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากหน่วยงานเดียวกัน	จำนวน (ท่าน)
กลุ่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร	1.1 ผู้อำนวยการสำนักอนามัย	1
	1.2 ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	1
	1.3 ผู้อำนวยการสำนักสิ่งแวดล้อม	1
	1.4 ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	1
	1.5 ผู้อำนวยการสำนักเทศกิจ	1
	1.6 ผู้แทนประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต	1
	1.7 ผู้อำนวยการสำนักงานประชาสัมพันธ์ สำนักปลัด กรุงเทพมหานคร	1
	1.8 ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล	1
	1.9 ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย	1
	1.10 ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	1
	1.11 ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. 6 เขต ได้แก่ ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพเหนือ (หลักสี่), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพ กลาง (พระนคร), ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพใต้ (สวน หลวง), ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธาน กลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพตะวันออก (ลาดกระบัง), ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงธนเหนือ (จอมทอง), ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธาน กลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงธนใต้ (ภาษีเจริญ)	6 (กลุ่มเขตละ 1 ท่าน)
กลุ่มที่ 2 กระทรวง สาธารณสุข	2.1 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13	1
	2.2 ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.3 ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.4 ผู้อำนวยการสำนักนิตยภัตระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.5 ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1

ตารางที่ 1.1

ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากหน่วยงานเดียวกัน	จำนวน (ท่าน)
กลุ่มที่ 3 หน่วยงานราชการ ส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการ สถานการณ์วิกฤติ การแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19	3.1 ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)	1
	3.2 ผู้แทนกระทรวงกลาโหม	1
	3.3 ผู้แทนกระทรวง มหาดไทยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	1
กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลนอก เครือข่าย กทม.	4.1 ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบัน แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	1
	4.2 นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	1
กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัคร การบริหารจัดการ สถานการณ์วิกฤติ การแพร่ระบาด ของโรคโควิด-19	5.1 ผู้แทนจากกลุ่มเส้นด้าย	1
	5.2 ผู้แทนจากกลุ่มสายไหมต้องรอด	1
กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	6.1 ผู้แทนหรืออาสาสมัครจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	1

หมายเหตุ. โดยคณะผู้วิจัย

1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) หมายความว่า การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเครือข่ายหรือหน่วยงานบริการปฐมภูมิซึ่งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ⁴ เน้นการให้บริการเชิงรุกกับประชาชนทั่วไป

บริการสุขภาพทุติยภูมิ (Secondary Care) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาล มีเป้าหมายซึ่งเน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง (Self-management Support)⁵

บริการสุขภาพตติยภูมิ (Tertiary Care) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเป้าหมายเน้นในการรักษาโรคที่ซับซ้อน ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน ประคับประคองเพื่อลดอันตราย และความพิการ⁶

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ⁷

ความปกติใหม่ (New normal) หมายความว่า รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ประกอบด้วยวิถีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติ และการจัดการการใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะดำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต⁸

⁴ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

⁵ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556

⁶ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556

⁷ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

⁸ คณะกรรมการบัญญัติศัพท์นิเทศศาสตร์ราชบัณฑิตยสภา

"**อาสาสมัครสาธารณสุข**" หมายความว่า บุคคลที่สมัครใจ เสียสละ ทำงานเพื่อสังคม โดยส่วนรวม ในด้านการพัฒนาสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จาก กระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็น 4 ประเภท⁹ ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ภูมิภาค หมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ส่วนภูมิภาค ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง รวมถึงเมืองพัทยา เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร หมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกว่า อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)
3. อาสาสมัครสาธารณสุข ของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ผ่านการอบรมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขชนสงฆ์มวลชน (อสม.ขสมก) ฯลฯ
4. อาสาสมัครสาธารณสุขกิตติมศักดิ์ หมายความว่า บุคคลผู้ทำคุณประโยชน์ หรือสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

⁹ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556

1.5 ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย

เดือนเมษายน 2565 – กันยายน 2565 รวม 6 เดือน

ตารางที่ 1.2

ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล

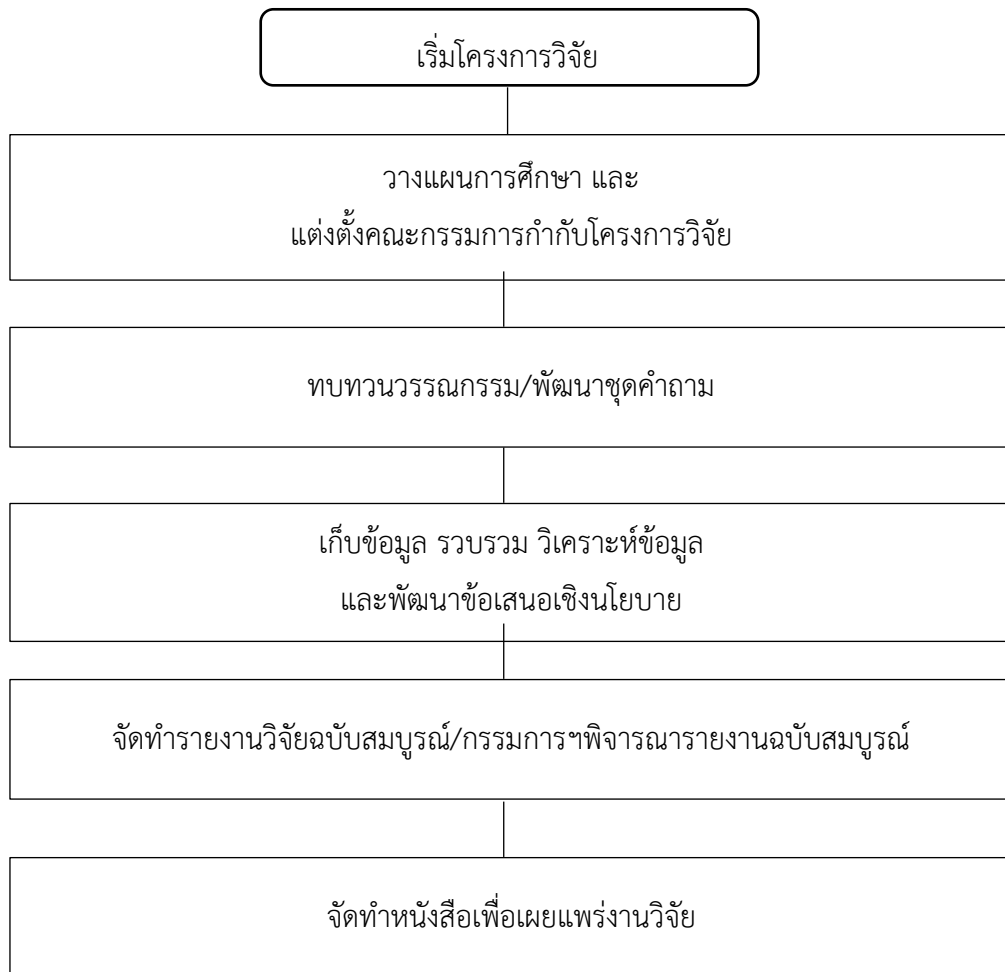
ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
	1. ออกแบบและวางแผนการวิจัย	1 เม.ย. – 15 เม.ย. 2565
	2. แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับโครงการวิจัย	15 เม.ย. – 30 เม.ย. 2565
	3. ทบทวนวรรณกรรม/พัฒนาแบบสอบถาม/คำถาม/ เก็บข้อมูลบางส่วนจากการวิจัยเอกสาร และรายงานความก้าวหน้า	1 พ.ค. 2565 – 31 พ.ค. 2565
	4. เก็บข้อมูลจากการวิจัยเอกสาร/สัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนาหมู่ (Focus Group) ในรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์	1 มิ.ย. 2565 – 30 มิ.ย. 2565
	5. รวบรวมแบบสอบถาม/ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ประมวลผล	1 ก.ค. 2565 – 31 ก.ค. 2565
	6. จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์	1 – 31 ส.ค. 2565
	7. คณะกรรมการกำกับโครงการฯ พิจารณารายงาน	1 – 30 ก.ย. 2565

หมายเหตุ. โดยคณะผู้วิจัย

1.6 แผนผังกระบวนการดำเนินงานวิจัย

ภาพที่ 1.1

แผนผังกระบวนการดำเนินงานวิจัย



หมายเหตุ. โดยคณะผู้วิจัย

บทที่ 2

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในบทที่ 2 จะนำเสนอกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาโดยให้ความสำคัญกับแนวคิดเชิงสถาบัน และแนวคิดการจัดการวิกฤตและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ ที่จะเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการสังเคราะห์เป็นกรอบการวิจัย ทั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค และลักษณะของระบบการสาธารณสุขไทยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาในงานวิจัยนี้ด้วย

2.1 แนวคิดเชิงสถาบัน

กรอบแนวคิดเชิงสถาบัน (institutional approach) จัดได้ว่าเป็นวิเคราะห์ที่มีอิทธิพลต่อการศึกษานโยบายสาธารณะ เพราะเมื่อพิจารณาในการศึกษานโยบายสาธารณะย่อมพบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับกฎระเบียบและกระบวนการทำงานที่เป็นทางการที่เกิดขึ้นในสถาบันทางการเมือง อยู่เสมอ และอาจขยายความรวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถาบัน ตัวแสดง และแนวความคิดที่จะเป็นตัวกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นด้วย¹⁰ โดยทั่วไปแนวคิดเชิงสถาบันสามารถแบ่งออกเป็น 2 กรอบสำคัญ คือ หนึ่ง แนวคิดสถาบันนิยมแบบดั้งเดิม (old institutionalism) ที่เน้นการศึกษาสถาบันทางการเมืองของรัฐบาล การบริหารจัดการและกฎหมายที่เป็นทางการภายในของภาครัฐ และสอง แนวคิดสถาบันนิยมใหม่ (new institutionalism) ที่แตกต่างจากแนวทางแรก เพราะมองว่าตัวสถาบันเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการนอกเหนือจากการกระทำของรัฐบาล แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ส่งผลต่อการจัดสรรปันส่วนอำนาจกับการกระทำรวมหมู่ (collective action) ของตัวแสดงต่าง ๆ และมองว่าสถาบันต่าง ๆ ดำเนินงานภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องรายล้อมจำนวนมาก¹¹

การวิเคราะห์เชิงสถาบันที่มุ่งเน้นเชิงกฎระเบียบและกระบวนการจึงมีลักษณะสอดคล้องกับการศึกษารัฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะตามมุมมองแบบดั้งเดิม (traditional approach) ที่เรียกว่ *แนวคิดสถาบันนิยมแบบดั้งเดิม (old institutionalism)* เมื่อพิจารณาจากนิยามเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะที่โรมัส ดาย เสนอไว้ว่านโยบายสาธารณะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลเลือกจะกระทำ

¹⁰ Javanparast et al., "How institutional forces, ideas and actors shaped population health planning in Australian regional primary health care organisations," *BMC Public Health* 18 (2018): 3.

¹¹ Mahmud, "Understanding Institutional Theory in Public Policy," 137.

หรือไม่กระทำ ทำให้นโยบายสาธารณะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นการกำกับดูแลและพฤติกรรม การจัดระบบองค์การ การจัดสรรและกระจายผลประโยชน์ หรือแม้แต่การจัดเก็บภาษี เป็นต้น¹² การที่จะเข้าใจว่านโยบายสาธารณะได้ดำเนินการเรื่องดังกล่าวได้อย่างไร จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาอธิบายและพรรณนาถึงสาเหตุและผลกระทบจากกิจกรรมของรัฐบาล โดยเฉพาะการศึกษาอิทธิพลของการก่อรูปเชิงสถาบันและกระบวนการทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ¹³ ทั้งนี้ในตัวแบบของการศึกษานโยบายสาธารณะคลาสสิกที่โรมัส ดายนำเสนอ หนึ่งในตัวแบบที่สำคัญคือตัวแบบการศึกษาเชิงสถาบัน (institutional model) มีลักษณะที่สอดคล้องกับแนวคิดสถาบันนิยมแบบดั้งเดิม

ตัวแบบการวิเคราะห์เชิงสถาบันของโรมัส ดาย เสนอว่าสถาบันรัฐบาลเป็นหน่วยการศึกษาที่สำคัญในทางรัฐศาสตร์เนื่องจากการศึกษาทางรัฐศาสตร์แบบดั้งเดิมสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นกับการศึกษาสถาบันของรัฐบาลเนื่องจากกิจกรรมทางการเมืองต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปมักเกิดขึ้นอยู่ภายในหรือร่ายล้อมสถาบันทางการเมืองที่สำคัญ โดยเฉพาะในบริบทการเมืองอเมริกันที่จะเกี่ยวข้องกับสภาคอนเกรส ประธานาธิบดี ศาล ระบบราชการ มลรัฐ เทศบาล ฯลฯ หากกล่าวโดยทั่วไปเราสามารถสรุปได้ว่าสถาบันของรัฐบาลอย่างรัฐสภา รัฐบาล ศาล ระบบราชการ และการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นสถานที่ที่นโยบายสาธารณะถูกก่อร่างขึ้น ถูกนำไปปฏิบัติ และถูกบังคับใช้โดยสถาบันรัฐบาลดังกล่าว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายสาธารณะและรัฐบาลจึงมีความใกล้ชิดกันมาก¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากสถาบันของรัฐบาลสามารถให้คุณลักษณะสำคัญต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะอยู่ 3 มิติ คือ *หนึ่ง มิติความชอบธรรม (legitimacy)* ต่อตัวนโยบายสาธารณะ เนื่องจากสถาบันรัฐบาลสามารถสร้างการผูกมัดตามกฎหมายที่จะช่วยให้เกิดการสร้างความภักดีจากประชาชนแม้ว่านโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นมาอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มผลประโยชน์หรือสมาคมอื่น ๆ ในสังคมไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชนหรือกลุ่มทางศาสนา แต่รัฐบาลมีอำนาจอันชอบธรรมในการสร้างการผูกมัดทางกฎหมายในการดำเนินนโยบายดังกล่าวให้เกิดขึ้นจริง *สอง มิติความเป็นสากล (universality)* คือ การมองว่านโยบายรัฐบาลเพียงอย่างเดียวเท่านั้นที่สามารถบังคับใช้และมีอิทธิพลเป็นกลางทั่วไปต่อประชาชนทุกคนในสังคม ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานของกลุ่มหรือสมาคมทางสังคมที่อาจมีนโยบายซึ่งมีอิทธิพลเฉพาะกลุ่มของตนเองหรือเฉพาะบางส่วนทางสังคมเท่านั้น อาทิ นโยบายของกลุ่มทางศาสนาย่อมมีอิทธิพลเฉพาะศาสนิกชนในศาสนานั้นเท่านั้น และ *สาม มิติเชิงครอบงำ (coercion)* เนื่องจากรัฐบาลเพียงผู้เดียวเท่านั้นที่มีอำนาจเชิงบังคับในสังคมในการบังคับใช้นโยบาย

¹² Thomas R. Dye, *Understanding Public Policy* (Pearson, 2013), 3.

¹³ Dye, *Understanding Public Policy*, 5.

¹⁴ Dye, *Understanding Public Policy*, 17.

รวมถึงสามารถมีบทลงโทษแก่ผู้ไม่ปฏิบัติตามนโยบายได้ อาทิ รัฐบาลมีสิทธิตามกฎหมายในการคุมขังผู้ที่ละเมิดนโยบายของรัฐ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ ที่มีอำนาจในการครอบงำหรือลงโทษที่จำกัด จากสามมิติดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่ารัฐบาลมีความสามารถในการควบคุมความภักดีของประชาชนทุกคนในสังคม สามารถออกนโยบายเพื่อปกครองต่อสังคมโดยรวม และสามารถผูกขาดความชอบธรรมในการใช้กำลังบังคับเพื่อให้ปัจเจกบุคคลและกลุ่มปฏิบัติตามนโยบายได้¹⁵

ทั้งนี้ กรอบแนวคิดเชิงสถาบันนอกจากจะศึกษาเกี่ยวข้องกับกฎ ธรรมเนียม และบรรทัดฐาน เราต้องทำความเข้าใจถึงบริบทและความสำคัญของบทบาทของรัฐ (government role) ที่เข้าไปมีอิทธิพลทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม และสถาบันต่าง ๆ ซึ่งก่อรูปในรัฐแต่ละรัฐก็มีลักษณะและคุณสมบัติที่ไม่เหมือนกันแปรผันไปตามบริบทเฉพาะ การวิเคราะห์เฉพาะกฎและกระบวนการที่เป็นทางการจึงไม่เพียงพอต่อการสร้างคำอธิบายเชิงสถาบัน ทั้งนี้คำอธิบายแนวคิดเชิงสถาบันยุคใหม่จึงให้ความสำคัญกับข้อเท็จจริงที่ว่าสถาบันนั้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การศึกษาสถาบันนอกเหนือจากกรอบคิดแบบดั้งเดิมจึงถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายถึงกระบวนการและกฎที่ไม่เป็นทางการแต่มีอิทธิพลอย่างกว้างขวาง¹⁶ ซึ่งเรียกแนวการศึกษาดังกล่าวว่า *แนวคิดสถาบันนิยมใหม่ (new institutionalism)* ที่พยายามแก้ไขข้อบกพร่องของการศึกษาในแนวทางแรกที่ยังไม่ได้สนใจสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจมากนัก โดยเปลี่ยนมุมมองของการศึกษาโดยมองว่าตัวสถาบันนั้นเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการแต่ได้ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรปันส่วนอำนาจกับการกระทำรวมหมู่ (collective action) ของตัวแสดงต่าง ๆ รวมไปถึงมองว่าสถาบันต่าง ๆ ได้ดำเนินงานภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก¹⁷ อีกทั้งกฎหรือกระบวนการที่เป็นทางการแม้จะมีอยู่แต่ก็ไม่ถูกนำไปบังคับใช้เนื่องจากผลของความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการและสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริง

กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบันได้พัฒนารูปแบบการศึกษาให้มีความหลากหลายเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ ในการศึกษาด้านนโยบายสาธารณะเปรียบเทียบนิยมใช้กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบันย่อยออกเป็น 3 ลักษณะ คือ สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์ (historical institutionalism) สถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยา (sociological institutional) และสถาบันนิยมทางเลือกเชิงเหตุผล (rational choice institutionalism) ทั้งนี้กรอบการวิเคราะห์ทั้งสามรูปแบบจะพิจารณาทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการของสถาบันที่ให้ความสำคัญกับกฎเกณฑ์และกระบวนการ

¹⁵ สรุปและดัดแปลงจาก Dye, *Understanding Public Policy*, 17.

¹⁶ Dodds, *Comparative Public Policy*, 103.

¹⁷ Mahmud, "Understanding Institutional Theory in Public Policy," 136-37.

ที่เป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษร และวิเคราะห์ในมิติที่นอกเหนือจากความเป็นสถาบันที่เป็นทางการ ดังนี้

2.1.1 สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์ (historical institutionalism)

แนวคิดสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์มองว่าการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันเป็นผลพวงจากการก่อร่างของสถาบันต่าง ๆ ในอดีตที่จะกลายเป็นตัวกำหนดเส้นทางที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (path dependency) จนทำให้กลายเป็นการจำกัดทางเลือกเชิงนโยบายในอนาคต เนื่องจากสถาบันที่มีอยู่เดิมจะมีส่วนในการขยายหรือลดต้นทุนทางการเมืองและทางการเงินของทางเลือกเชิงนโยบายที่มีความแตกต่างกัน กรอบแนวคิดนี้ช่วยในการอธิบายว่าทำไมรัฐบาลถึงประสบความสำเร็จยากลำบากในการเข้าไปเปลี่ยนแปลงนโยบายในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการกระจาย/การกระจายใหม่ (distribution/redistribution) ด้านทรัพยากรที่มีความสำคัญ รวมถึงใช้อธิบายแรงกดดันที่ถูกทำให้เป็นสถาบันที่มีต่อองค์กรเมืองที่เข้ามาพยายามเปลี่ยนแปลงนโยบาย ตัวอย่างเช่น องค์กรเมืองจำนวนมากอาจไม่เต็มใจในการยกเลิกนโยบายที่ได้รับความนิยมเนื่องจากอำนาจทางการเมืองของผู้ที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายดังกล่าว¹⁸ นอกจากนี้ แนวคิดสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์สามารถใช้อธิบายว่าสถาบันได้มีอิทธิพลในการจำกัดการแสวงหาผลประโยชน์ของปัจเจกบุคคลได้อย่างไร เนื่องจากตัวสถาบันนั่นเองที่เป็นผู้กำหนดผลประโยชน์ดังกล่าว โดยสถาบันจะทำหน้าที่ก่อร่างการตอบสนองและความคาดหวังระหว่างตัวแสดงที่มีต่อกัน สถาบันจึงสามารถถูกอธิบายทั้งในมิติของความเป็นทางการและมิติของความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลในการกำหนดปฏิสัมพันธ์ทางการเมือง¹⁹

ทั้งนี้ แนวคิดสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์มีข้อเสนอว่าการทำงานของนโยบายจะขึ้นอยู่กับระบอบการเมืองและตัวการเมืองของรัฐที่สัมพันธ์กับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของรัฐดังกล่าว (ที่ทำให้พัฒนาการดังกล่าวเป็นตัวกำหนดเส้นทางที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้) ด้วยเหตุนี้ การพิจารณาจากรากฐานทางประวัติศาสตร์จึงสำคัญต่อการประกอบสร้างกลุ่มก้อนทางสังคมหลายกลุ่ม (blocks of society) ที่มีผลต่อการก่อเกิดเหตุการณ์ทางการเมืองในบริบททางประวัติศาสตร์ที่จะมีอิทธิพลโดยตรงในหลายทางต่อกระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย²⁰

2.1.2 สถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยา (sociological institutional)

แนวคิดสถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยาให้ความสำคัญกับอิทธิพลเชิงสถาบันอันเกิดจากบ่อเกิดเชิงธรรมเนียมและบ่อเกิดที่มีใช้เชิงเหตุผล (non-rational) การกระทำของตัวแสดง

¹⁸ Dodds, 109.

¹⁹ Dodds, 110.

²⁰ Mahmud 137.

ในสถาบันจะกระทำในสิ่งที่ดูเหมาะสมกับสถาบันมากกว่าที่จะคำนวณอย่างไตร่ตรองต่อถึงผลอันเกิดจากการกระทำของพวกเขา อีกทั้ง พวกเขามีปัจจัยทางศีลธรรมที่กำหนดพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหา และบุคคลก็ยังมีกระทำที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมที่ถูกก่อร่างสร้างขึ้น²¹

ด้วยเหตุนี้ แนวคิดสถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยาจึงให้ความสำคัญกับการกระทำของตัวแสดงว่าจะสัมพันธ์กับ*กฎของความเหมาะสม (rule of appropriateness)* โดยที่แต่ละบุคคลจะพัฒนาความตระหนักรู้ว่าการกระทำอันใดที่สอดคล้องกับความเหมาะสมผ่านกระบวนการเชิงพิธีกรรมและการขัดเกลาทางสังคม โดยจะเรียนรู้จากบุคคลอื่นภายในสถาบันเกี่ยวกับความเหมาะสมของพฤติกรรมที่พากันเป็นกิจวัตร²² ตัวอย่างเหล่านี้เราจะพบจากการกระทำของบุคคลในองค์กรที่ถูกผูกมัดด้วยพิธีกรรมและบรรทัดฐานทางสังคม อาทิ ข้าราชการระดับปฏิบัติงานที่ถูกหล่อหลอมด้วยบรรทัดฐานและค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามกฎระเบียบ/แนวปฏิบัติที่กำหนดไว้แต่เดิมและการปฏิบัติตามนโยบายของผู้บังคับบัญชา อาจปรับตัวได้ยากเมื่อต้องทำงานร่วมกับเครือข่ายของภาคประชาชนที่เน้นการทำงานเพื่อบรรลุผล แต่อาจมีช่องว่างด้านกฎระเบียบและมีเป้าหมายไม่สอดคล้องกับผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานที่ข้าราชการระดับปฏิบัติการสังกัด ดังนั้น ในแนวคิดนี้จึงเสนอว่าหากตัวแสดงที่ยึดถือกฎของความเหมาะสม จึงควรสร้าง*อิโซมอร์ฟิซึมเชิงสถาบัน (institutional isomorphism)* ขึ้นมา โดยในที่นี้หมายถึงการมีความชอบธรรมถือเป็นพลังหลักขององค์กรมากกว่าประสิทธิภาพเชิงกลไก²³

ทั้งนี้ แนวคิดสถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยายังช่วยในการอธิบายว่าทำไมตัวแบบเชิงสถาบันจึงให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างจากที่ผู้ที่ตั้งใจออกแบบสถาบันนั้นได้ตั้งความคาดหวังไว้ เนื่องจากผู้ออกแบบสถาบันโดยแท้ที่จริงแล้วได้สร้างสถาบันขึ้นมาจากความคลุมเครือ การสร้างสถาบันจึงมีใช้เรื่องที่มีความคงเส้นคงวา พบความคลุมเครืออยู่บ่อยครั้ง และสถาบันเป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณค่า เป้าหมาย และทัศนคติที่ฝังอยู่ความตั้งใจไว้ในโครงสร้างทางความเชื่อและแรงบันดาลใจอื่น ๆ นอกจากนี้ แนวคิดดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับระบบสัญลักษณ์ว่าเป็นสิ่งที่มีความสมเหตุสมผล และมีความหมายโดยนัยว่าเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับการมีเป้าหมายที่ชัดเจน²⁴ เนื่องจากโดยข้อเท็จจริงแล้วหาเรามองว่าการก่อร่างสร้างสถาบันเกี่ยวข้องกับกระบวนการกฎระเบียบและแนวปฏิบัติที่ใช้จัดวางความสัมพันธ์ของตัวแสดงต่าง ๆ และบังคับใช้กฎที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการสร้างกฎและกระบวนการไม่ใช่สิ่งที่ถูกออกแบบมาอย่างสมบูรณ์แบบ

²¹ Mahmud 138.

²² Dodds, 113.

²³ Mahmud 138.

²⁴ Dodds, 113.

แต่ถูกพัฒนาภายใต้บริบทและข้อจำกัดบางอย่าง โดยได้รับอิทธิพลจากค่านิยมและความเชื่อที่มีอยู่เดิม ดังนั้น เมื่อเกิดการพัฒนากฎหรือกระบวนการใหม่ ๆ ขึ้นมาจึงพบว่าการใช้งานจริงในทางปฏิบัติอาจไม่เป็นไปตามที่ผู้ออกแบบตั้งใจไว้

ตัวอย่างของการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวคิดสถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยา สะท้อนได้จากงานของ Javanparast และคณะ (2018) ที่ศึกษาว่าแนวคิดสถาบันนิยมได้มีกำลังบังคับในเชิงความคิดและตัวแสดงโดยมีผลต่อการวางแผนสุขภาพของประชากรในประเทศออสเตรเลียอย่างไร ทั้งนี้ในบทความได้เสนอกรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบันว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของสถาบัน ตัวแสดง และความคิดผ่านแนวคิดสังคมวิทยาองค์การว่าสถาบันมีฐานะเป็นโครงสร้างทางสังคมที่มีระดับความยืดหยุ่นสูง ประกอบด้วยองค์ประกอบการวิเคราะห์ที่สำคัญสามอย่าง คือ *หนึ่ง องค์ประกอบเชิงกำกับดูแล (regulative element)* ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย การกำหนดกฎเกณฑ์ และการปฏิบัติตามกฎที่เป็นกลไกและเครื่องมือสำคัญขององค์การในการบังคับในคนต้องปฏิบัติตาม *สอง องค์ประกอบเชิงบรรทัดฐาน (normative element)* ที่หมายถึงค่านิยมและบรรทัดฐานที่กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์อันเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความคาดหวังว่าอะไรคือสิ่งที่ควรจะเป็น และ *สาม องค์ประกอบเชิงการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (cultural-cognitive elements)* ที่พิจารณาถึงการเกิดกรอบมโนทัศน์ถึงธรรมชาติทางสังคมที่เป็นจริงและการวางกรอบความคิดผ่านการสร้างความหมาย ทั้งสามองค์ประกอบเหล่านี้มักจะเกิดและทำงานขึ้นอย่างพร้อมเพรียงกันและจะมีผลต่อการขับเคลื่อนพฤติกรรมองค์กร ที่ตัวแสดงและหน่วยงานต่าง ๆ จะมีอิทธิพลมากต่อการกำหนดพฤติกรรมองค์กรผ่านการวางแผนและการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง²⁵ ทั้งนี้กรอบคิดดังกล่าวสะท้อนการได้รับอิทธิพลจากแนวคิดสถาบันนิยมเชิงสังคมวิทยาผ่านการทำความเข้าใจบรรทัดฐานและการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม แต่ยังคงพิจารณาควบคู่กับองค์ประกอบเชิงกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบตามแนวคิดสถาบันนิยมแบบดั้งเดิม

2.1.3 สถาบันนิยมทางเลือกเชิงเหตุผล (rational choice institutionalism)

แนวคิดสถาบันนิยมทางเลือกเชิงเหตุผลที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเศรษฐศาสตร์เชิงสถาบันที่พิจารณาว่าสถาบันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสังคมในประเทศได้อย่างไร แนวคิดนี้มีสมมติฐานว่าการกระทำของปัจเจกบุคคลจะกระทำสิ่งใดเพื่อประโยชน์สูงสุดของตนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสม โดยแนวคิดนี้เสนอว่าตัวแสดงที่มีเหตุมีผลจะมีปฏิสัมพันธ์เชิงกลยุทธ์ในการใช้ทรัพยากรของเพื่อเขาเพื่อบรรลุประโยชน์สูงสุดของพวกเขาเอง ทั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายจะตัดสินใจ

²⁵ Javanparast et al. 3.

จากผลลัพธ์ของตัวเลือก โดยจะเลือกตัวเลือกที่ดีที่สุดที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ผ่านการเปลี่ยนแปลงหรือกำหนดสภาพแวดล้อมเชิงสถาบัน²⁶

ในการวิเคราะห์ตามตัวแบบสถาบันนิยมทางเลือกเชิงเหตุผล จะให้ความสำคัญกับ *ธุรกรรม (transaction) หรือต้นทุนธุรกรรม (transaction costs)* ที่อาจแปรผันเพิ่มขึ้นหรือลดลง โดยขึ้นอยู่กับจำนวนของพารามิเตอร์ที่ประกอบด้วยความถี่ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงที่จะมีแนวโน้มช่วยในการลดต้นทุนธุรกรรมเพราะตัวแสดงแต่ละฝ่ายสามารถพัฒนาความสัมพันธ์และแต่ละฝ่ายสามารถบรรลุถึงศักยภาพและข้อตกลงที่แต่ละฝ่ายกำหนดไว้²⁷ นอกจากนี้ สถาบันต่าง ๆ มีส่วนในการสร้างสถานการณ์ในการเพิ่มหรือลดต้นทุนธุรกรรมต่าง ๆ ได้ รูปแบบเชิงสถาบันที่พื้นฐานที่สุดและเกี่ยวข้องกับต้นทุนธุรกรรม คือ *สัญญา (contract)* ที่จะมีส่วนช่วยในการลดต้นทุนทางธุรกรรม และสามารถเพิ่มความสัมพันธ์ที่แน่นอนคงทนระหว่างตัวแสดง (ที่เป็นคู่สัญญาระหว่างกัน)²⁸ ตัวอย่างเช่น หากหน่วยงานของรัฐแห่งหนึ่งต้องการจัดซื้อข้าวกล่องเพื่อจัดเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ผู้เข้าร่วมสัมมนา หน่วยงานของรัฐต้องติดต่อร้านขายอาหารให้ออกใบเสนอราคาการจัดทำข้าวกล่อง รวมถึงมีกระบวนการภายในสำหรับการเบิกจ่ายงบประมาณ ย่อมทำให้ต้นทุนทางธุรกรรมผ่านการทำสัญญาระหว่างหน่วยงานรัฐและร้านขายอาหารมีความแน่นอน (ว่ามีการจัดซื้อแน่นอนและได้รับเงินในจำนวนที่ชัดเจน) มากกว่าการที่ให้คนธรรมดาโทรศัพท์ไปสั่งข้าวกล่องด้วยวาจาที่อาจมีความไม่แน่นอน (ว่าภายหลังจากการทำข้าวกล่องเสร็จแล้วผู้ซื้อจะจ่ายเงินจริงหรือไม่ ด้วยความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นอนแบบนี้ร้านค้าอาจขอเงินมัดจำจากผู้ซื้อก่อนล่วงหน้า ซึ่งจะกลายเป็นการเพิ่มต้นทุนทางธุรกรรมให้กับผู้ซื้อ)

นอกจากนี้ สถาบันตามตัวแบบทางเลือกเชิงเหตุผลยังสามารถใช้ในการวิเคราะห์โครงสร้างทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ *สิทธิในทรัพย์สิน (property rights) และชุดของบรรทัดฐานทางสังคม (sets of social norms)* ซึ่งทั้งสองประเด็นเหล่านี้อาจปรากฏข้อเท็จจริงที่แตกต่างจากการวิเคราะห์ผ่านองค์กร (organizations) ที่เป็นการรวมกลุ่มของปัจเจกบุคคลในบริษัทหรือในองค์กรที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลเหล่านี้ในองค์กรจะถูกกำหนดโดยตัวของสถาบันเอง ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าปัจเจกบุคคลมักเผชิญกับสถานการณ์ที่แตกต่างจากสมมติฐานตามโมเดลทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค เนื่องจากพวกเขาเผชิญกับความไม่สมดุลงานข้อมูลข่าวสาร (asymmetries of information) และพบว่ามีความยากในการกำกับติดตามการดำเนินงานตามสัญญา ซึ่งความเสียเปรียบดังกล่าวก็ก่อให้เกิดต้นทุนทางธุรกรรม (transactional cost) ขึ้นมา ทั้งนี้ สถาบันสามารถมีส่วนช่วยในการลด

²⁶ Mahmud 137-38.

²⁷ Dodds, 113-14.

²⁸ Dodds, 114.

ต้นทุนทางธุรกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้²⁹ ตัวอย่างเช่น หากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ด้านการสาธารณสุขต้องพิจารณาจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์กับบริษัทเอกชน แม้ว่าในทางทฤษฎีทั้งสองฝ่ายถือเป็นคู่สัญญาที่มีสถานะเท่าเทียมกัน แต่ภาครัฐอาจมีความเสียเปรียบด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาทั้งในเรื่องประสิทธิผลของยา คุณภาพของยา รวมไปถึงข้อมูลด้านราคาที่จะต่อรองกับบริษัทเอกชนเพื่อให้จัดซื้อยาในราคาที่เหมาะสม ทำให้ราคายาที่ได้อาจสูงกว่าที่ควรจะเป็น เว้นแต่ภาครัฐจะสามารถพัฒนากลไกของหน่วยงานของตนให้มีองค์ความรู้ด้านยาเพียงพอก็อาจมีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการต่อรองราคายาให้ถูกลงได้ เป็นต้น

2.2 ประเด็นการวิเคราะห์เชิงสถาบัน

จากแนวคิดสถาบันที่แบ่งเป็นสถาบันนิยมแบบดั้งเดิมที่ให้ความสำคัญกับกฎและกระบวนการที่เป็นทางการของหน่วยงานรัฐ และแนวคิดสถาบันนิยมแบบใหม่ที่ให้ความสำคัญกับกฎ กระบวนการ และธรรมเนียมปฏิบัติที่ไม่เป็นทางการโดยสามารถพิจารณาทั้งในเชิงประวัติศาสตร์ เชิงสังคมวิทยา และแบบทางเลือกเชิงเหตุผล ช่วยให้เราทำความเข้าใจในแนวคิดที่จะใช้วิเคราะห์ผ่านมุมมองที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่มุ่งเพื่อศึกษากฎระเบียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำให้จำเป็นต้องพัฒนากรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (Institutional Framework) ที่จะใช้ในการศึกษาและสามารถนำไปใช้วิเคราะห์ภายใต้โจทย์ด้านระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤต ทั้งนี้ ประเด็นการวิเคราะห์ที่จำเป็นต่อการพัฒนากรอบการวิเคราะห์ในนี้จะให้ความสำคัญสองประเด็นที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการสาธารณสุขในภาวะวิกฤต คือ หนึ่ง ความซับซ้อนของสถาบันแบบเครือข่าย และ สอง การเกิดขึ้นและการทำงานของกฎที่เกิดขึ้นจริงของตัวแสดงต่าง ๆ ที่เป็นผลผลิตของสถาบัน

2.2.1 ความซับซ้อนของสถาบันแบบเครือข่าย (institutional network)

การทำความเข้าใจการบริหารจัดการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตผ่านกรอบแนวคิดเชิงสถาบัน เราจะพบว่าในกรอบคิดทั้งหลายให้ความสำคัญกับอิทธิพลต่อสถาบันที่มีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนี้สิ่งที่ปรากฏในการอธิบายของทุกแนวคิดคือการพิจารณาว่าปัจเจกบุคคลและหน่วยงานได้รับอิทธิพลอะไรบ้างจากกฎและกระบวนการ รวมไปถึงบริบทแวดล้อม

²⁹ Dodds, 114.

เชิงสถาบันต่าง ๆ แล้วสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคล/หน่วยงานอย่างไร (ไม่ว่าจะตัดสินใจและปฏิบัติตามแนวธรรมเนียมปฏิบัติที่เคยมี หรือตามหลักเหตุผลที่ผ่านการคำนวณต้นทุนกำไรก็ตาม) แต่เนื่องจากตัวแสดง/หน่วยงานแต่ละฝ่ายต่างได้รับอิทธิพลเชิงสถาบันที่แตกต่างกัน แต่ต้องเข้ามาทำงานร่วมกันภายใต้ประเด็นปัญหาหนึ่ง จึงทำให้เห็นภาพของความสลับซับซ้อนเชิงสถาบัน (Institutional complexity) เนื่องจากเครือข่ายการจัดการปกครอง (governance network) ต้องจัดการกับประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน นโยบายสาธารณะ และการบริการที่เกิดขึ้นมาต้องอาศัยความเกี่ยวข้องของตัวแสดงหลายฝ่ายที่มีการทำงานแตกต่างกันไปตามพื้นหลังทางสถาบันที่มีอิทธิพลต่อตัวแสดงเหล่านั้น อาทิ การจัดการองค์กร กระบวนการ และกฎที่แตกต่างกันขององค์กร ระดับการบริหาร และเครือข่าย ทั้งนี้ ประเด็นปัญหา นโยบาย และบริการต่าง ๆ ก็ดีที่เกิดขึ้นจะดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อต้องตัดข้ามการแบ่งเขต (demarcations) ทั้งระหว่างองค์กร ระหว่างระดับการบริหาร และระหว่างเครือข่าย แต่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงเหล่านี้เป็นด้วยความยากลำบากเนื่องจากความแตกต่างของภูมิหลังเชิงสถาบัน ปฏิสัมพันธ์ในเครือข่ายการจัดการปกครองจึงอาจเผชิญกับการปะทะระหว่างความแยกห่างกันของระบอบเชิงสถาบัน ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาคความแตกต่างเหล่านี้เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณลักษณะเชิงสถาบันของเครือข่ายที่ดำรงอยู่นั้นประกอบไปด้วยสิ่งที่เห็นได้ชัดอย่างกฎเกณฑ์ที่เป็นทางการไปจนถึงรากเหง้าแนวปฏิบัติที่ไม่เป็นทางการ หรือหากแม้จะมีการแก้ไขปัญหาในเชิงสถาบันต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว เราก็ต้องคำนึงด้วยว่าประสิทธิผลและความสำเร็จจากการแก้ไขอาจไม่ใช่สิ่งที่ยั่งยืนด้วย³⁰

การทำความเข้าใจสถาบันแบบเครือข่าย (institutional network) ช่วยให้เราเห็นความสัมพันธ์ของตัวแสดงที่เกิดขึ้นจากการรวมกันเป็นเครือข่าย โดยที่แนวคิดเชิงสถาบันจะช่วยให้เราเข้าใจถึงแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ แบบแผนของการรับรู้ และกฎที่เกิดขึ้นแม้ว่ากฎเหล่านี้อาจจะไม่เคยมีอยู่มาก่อนการรวมกันเป็นเครือข่าย โดยในงานของ Erik-Hans Klijn และ Joop Koppenjan (2016) เสนอว่าคุณลักษณะของสถาบันเครือข่ายต้องทำความเข้าใจผ่านสามองค์ประกอบ ดังนี้

1) แบบแผนปฏิสัมพันธ์ (Interaction patterns) การสร้างแบบแผนปฏิสัมพันธ์ที่คงทนจะเป็นภาพสะท้อนของการพึ่งพาซึ่งกันละกันและการทำซ้ำของปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่าย ที่ตัวแสดงแต่ละฝ่ายจะมีความสัมพันธ์และพึ่งพาอีกฝ่ายอย่างเป็นแบบแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เครือข่ายตั้งไว้ การพิจารณาแบบแผนปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาจากความเข้มข้น (intensity) ของปฏิสัมพันธ์เพื่อทราบว่าตัวแสดงใดมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่นใดมากกว่า

³⁰ Erik-Hans Klijn, and Joop Koppenjan, *Governance Network in the Public Sector* (New York: Routledge, 2016), 13.

กัน และการพิจารณาจากความหลากหลาย (variety) ว่ามีจำนวนตัวแสดงมากเท่าใดในการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์หนึ่ง³¹

2) แบบแผนของการรับรู้ (Patterns in perceptions) เพื่อทำความเข้าใจว่าตัวแสดงต่าง ๆ จะดำเนินกระทำการใด ๆ ขึ้นอยู่กับความรู้ของพวกเขา ซึ่งการรับรู้ของพวกเขาจะมีความแตกต่างทั้งต่อตัวเนื้อหาและต่อเรื่องราวของตัวแสดงอื่น ๆ อาทิ การทำความเข้าใจเนื้อหาของสาระของประเด็นปัญหาที่จัดการร่วมกัน (ตัวอย่างเช่น ธรรมชาติของปัญหา ความปรารถนาในการแก้ไขปัญหา ฯลฯ) หรือเข้าใจในตัวแสดงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตน (ตัวอย่างเช่น ความเข้าใจต่ออำนาจและสมรรถนะของตัวแสดง) ทั้งนี้ตัวแสดงเหล่านี้ควรสร้างและแบ่งปันการรับรู้ร่วมกันหรือทำให้เกิดการรับรู้ที่เฝ้ามองกันมากขึ้น นอกจากนี้ การสร้างแบบแผนของการรับรู้ที่ตัวอย่างหนึ่งที่สำคัญคือความไว้วางใจ (trust) ที่มีต่อกันของตัวแสดงในเครือข่ายเชิงสถาบัน³²

3) กฎในเครือข่าย (Rules in networks) คือ การทำความเข้าใจโครงสร้างของเครือข่ายเชิงสถาบันที่ถูกสร้างขึ้นมาจากกฎที่อยู่เบื้องหลังทั้งกฎและกระบวนการที่เป็นทางการ (formal) และไม่เป็นทางการ (informal) กฎและกระบวนการเหล่านี้มีความสำคัญต่อการจัดวางปฏิสัมพันธ์และการสร้างความหมายต่าง ๆ ในเครือข่ายของตัวแสดง ทั้งนี้ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแสดงก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อกฎและกระบวนการได้ด้วยเช่นกัน อีกทั้งกฎและกระบวนการจะทำหน้าที่เพียงกำกับพฤติกรรมของตัวแสดงแต่ไม่ได้หมายความว่ากฎเหล่านี้จะควบคุมตัวแสดงได้อย่างเบ็ดเสร็จสมบูรณ์³³

³¹ Klijn, and Koppenjan, 103-04.

³² Klijn, and Koppenjan, 104.

³³ Klijn, and Koppenjan, 104-05.

ตารางที่ 2.1

คุณลักษณะเชิงสถาบันของเครือข่าย

	พลวัตร	การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่และอย่างไร
กฎ (Rules)	เล็ก/การเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปมักใช้เวลา	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวแสดงมีกฎแสดงถึงการมีกระบวนการและหลักปฏิบัติร่วมกัน - กฎถือเป็นองค์ประกอบที่ชัดเจนและคงทนในเครือข่าย - การเปลี่ยนแปลงของกฎจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยต้องให้ตัวแสดงที่หลากหลายยอมรับการเปลี่ยนแปลงกฎ - การเปลี่ยนแปลงของกฎจะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วก็ต่อเมื่อเกิดสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินขึ้นในเครือข่าย
แบบแผนปฏิสัมพันธ์ (Interaction patterns)	เกิดอย่างต่อเนื่อง	เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างตัวแสดง เหมือนการเล่นเกมที่ระหว่างตัวแสดงในเครือข่ายด้วยกัน การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเลือกของตัวแสดงในเกม
แบบแผนการรับรู้ (Perception patterns)	เกิดอย่างต่อเนื่อง	ผลการรับรู้ของตัวแสดงแต่ละคน การรับรู้สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่น ๆ ที่อาจให้การรับรู้ที่โน้มเข้าหาร่วมกันมากขึ้น หรือทำให้แตกแยกห่างออกไปมากขึ้นก็ได้

ที่มา: Erik-Hans Klijn and Joop Koppenjan, *Governance network in the public sector* (New York: Routledge, 2016), 106.

2.2.2 การเกิดขึ้นของกฎและการดำเนินการตามกฎของตัวแสดงที่เป็นผลผลิตของสถาบัน

หากพิจารณาว่าตัวแสดงทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคลหรือหน่วยงานต่างได้รับอิทธิพลเชิงสถาบันในการปฏิบัติตนและการตัดสินใจด้วยทั้งหมด เนื่องจากสถาบันเป็นผู้สร้างกฎและกระบวนการ รวมถึงมีอำนาจในการบังคับใช้กฎดังกล่าวให้ตัวแสดงต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามกฎ รวมถึง

กฎและกระบวนการเหล่านี้ยังมีส่วนในการจัดวางและกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ด้วย ทั้งนี้ จากที่ได้อธิบายไปตอนต้นถึงความแตกต่างของสถาบันนิยมแบบดั้งเดิมที่ให้ความสำคัญกับกฎและกระบวนการที่เป็นทางการและมีลายลักษณ์อักษร กับแนวคิดสถาบันนิยมที่ไม่เป็นทางการที่ให้ความสำคัญกับกฎและกระบวนการที่นอกเหนือจากความเป็นทางการ อันรวมไปถึงระเบียบทางสังคม ธรรมเนียม และแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงกับรับรู้ได้ ดังนั้นกฎและกระบวนการทางการและไม่เป็นทางการจึงเป็นทั้งผลผลิตและสิ่งที่ฝังอยู่ในสถาบันด้วยกันทั้งสิ้น การทำความเข้าใจว่ากฎและกระบวนการมีลักษณะหน้าตาอย่างไร รวมถึงการทำงานของกฎและกระบวนการเหล่านี้ภายใต้การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ที่เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตอย่างการแพร่ระบาดของโรคระบาด จึงควรพิจารณาถึงความแตกต่างของกฎและกระบวนการที่เกิดขึ้น และตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับกฎและกระบวนการดังกล่าวด้วย

ในการวิเคราะห์ว่าตัวแสดงแบบใดได้สร้างหรือปฏิบัติตามกฎและกระบวนการในลักษณะใด รวมถึงกฎแต่ละแบบมีความแตกต่างกันอย่างไร Seye Abimbola (2020) เสนอว่าสามารถทำความเข้าใจกฎกับตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับกฎโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับหรือเรียกว่าตรีมิติของบุคคล (triangle of persons) ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล (people) ระดับกลุ่มผู้ให้บริการ (providers) และระดับผู้กำหนดนโยบาย (policymakers) โดยทั้งสามระดับจะสร้างและปฏิบัติตามกฎกับกระบวนการที่แตกต่างกันเป็น 3 ระดับหรือเรียกว่าตรีมิติของกฎ (triangle of rules) เช่นกัน คือ กฎระดับปฏิบัติการ (operational rules) กฎระดับกลุ่ม (collective rules) และกฎระดับสั่งการ (constitutional rules) โดยตรีมิติของกฎจะเกี่ยวข้องกับ หนึ่ง กฎที่บุคคลเป็นผู้สร้าง เปลี่ยนแปลง ติดตาม และบังคับใช้ สอง กฎที่ทำหน้าที่อภิบาลการกระทำ การตัดสินใจ และความสัมพันธ์ของบุคคล สาม กฎที่สร้างขึ้นจากการกระทำ ความสัมพันธ์ และการตัดสินใจของตัวแสดง ซึ่งหลักตรีมิติแห่งกฎสามารถนำมาใช้ในการอธิบายในประเด็นด้านสุขภาพซึ่งการบริหารจัดการสาธารณสุขในสภาวะวิกฤตก็เกี่ยวข้องกันทั้งสามระดับนี้เช่นกัน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดในตรีมิติของกฎมีดังนี้

1) กฎระดับปฏิบัติการ (operational rules) ที่เกิดขึ้นจากทางเลือกของปัจเจกบุคคลและพลังจากกลไกตลาดที่กำหนดอุปสงค์และอุปทานด้านสุขภาพ กฎระดับปฏิบัติการจะมีอิทธิพลต่อวิธีการที่บุคลากรในระบบสุขภาพจะใช้ในการตัดสินใจในการทำงานแต่ละวัน ซึ่งการตัดสินใจในหน้างานแต่ละวันของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจะขึ้นอยู่กับกฎกลไกตลาด (ที่เกี่ยวข้องกับด้านราคาและค่าใช้จ่าย) และกฎที่เป็นทางการ (ซึ่งอยู่ในรูปของแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่ออกโดยรัฐ) ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการค้นหา การใช้ และการจัดหาบริการสาธารณสุขและสวัสดิการ

สังคม ทั้งนี้กฎระดับปฏิบัติการจะได้รับอิทธิพลจากกฎระดับกลุ่มและกฎระดับสังการอีกทอดหนึ่งด้วย³⁴

2) กฎระดับกลุ่ม (collective rules) เป็นกฎที่ถูกสร้างขึ้นมาจากองค์กรที่ใกล้ชิดในระดับพื้นที่ (close-to-ground) ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กฎระดับกลุ่มมีอิทธิพลต่อกิจกรรมระดับปฏิบัติการทั้งในด้านอุปสงค์และอุปทาน โดยในด้านอุปสงค์หมายถึงองค์กรที่ใกล้ชิดระดับพื้นที่ที่ทำหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพ ได้แก่ องค์กรชุมชนและหน่วยงานระดับพื้นที่ และด้านอุปทานที่ทำหน้าที่ตอบสนองบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ชำนาญการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ทั้งนี้องค์กรระดับพื้นที่อาจรวมถึงหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในท้องที่ อาทิ หน่วยงานระดับเขต หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้ ทั้งนี้ กฎระดับกลุ่มจะถูกสร้าง เปลี่ยนแปลง ติดตาม และถูกบังคับใช้เหล่านี้อาจได้รับอิทธิพลจากกฎระดับสังการ แต่ในอีกด้านกฎระดับกลุ่มก็มีอิทธิพลต่อกฎในระดับปฏิบัติการ โดยที่กฎระดับกลุ่มที่ออกมาโดยตัวแสดงที่เกี่ยวข้องในระดับกลุ่มอาจดัดแปลงกฎระดับสังการให้สอดคล้องกับการทำงานในระดับปฏิบัติการก็ได้³⁵

3) กฎระดับสังการ (constitutional rules) เป็นกฎที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยรัฐบาลและองค์กรที่มีสถานะคล้ายรัฐ (อาทิ องค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรทางศาสนาระดับชาติ) กฎระดับสังการสามารถกำหนดได้ว่าผู้ใดจะมีอำนาจในการสร้างกฎระดับปฏิบัติการ/กฎระดับกลุ่ม และกำหนดว่าใครจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ/ระดับกลุ่ม อีกทั้ง กฎระดับสังการสามารถวางกฎเปลี่ยนแปลงกฎ ติดตาม และบังคับใช้กฎทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับกลุ่มอีกด้วย³⁶

³⁴ Abimbola 2.

³⁵ Abimbola 2.

³⁶ Abimbola 2.

วิเคราะห์และอธิบายผลกระทบของการจัดการปกครองต่อผลการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพใน 4 ประเด็น ดังนี้

1) การวิเคราะห์กฎจากล่างขึ้นบนเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการทำความเข้าใจการระบบสุขภาพ (Rules are analysed from the bottom up) ผ่านการทำความเข้าใจกฎระดับปฏิบัติการที่เกิดขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานที่ต้องรับเอากฎเชิงนิตินัย/กฎเชิงรูปแบบมาเปลี่ยนเป็นกฎเชิงพหุนัย/กฎที่ใช้จริง

2) การทำงานของกฎทั้งสามระดับมีพลวัตที่สมดุลซึ่งกันและกันภายใต้ระบบสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนแต่ก็ปรับตัวได้ (Rules function in a dynamic balance) โดยกฎในระบบสุขภาพควรมีเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ เพื่อจัดหาสินค้าสาธารณะ (to provide public goods) เพื่อกำหนดและคุ้มครองสิทธิ (to define and protect rights) และเพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการแลกเปลี่ยนทางสังคม (to facilitate social exchange)

3) กฎมักทำงานผ่านตัวกลางที่ห่างไกลและแบ่งตามลำดับชั้น (Rules have a distance and scale effect) เนื่องจากกฎและสถาบันต่าง ๆ ที่จัดวางความสัมพันธ์ต่อกันในระบบมีสมรรถนะที่แตกต่างกันในการสร้างองค์ความรู้และสะท้อนกลับถึงความต้องการจำเป็นเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง การควบคุม และการบังคับใช้กฎอย่างมีประสิทธิภาพ อย่งเท่าเทียม และตอบสนองได้ทันทั่วถึง แต่ทั้งนี้ความห่างไกลและการมีลำดับชั้นของกฎอันเกิดจากทรัพยากรและอำนาจที่ต่างกันระหว่างกฎ/สถาบัน ย่อมส่งผลต่อวิธีการที่ตัวแสดงในระดับบริหารจัดการจะสามารถได้รับความรู้หรือผลสะท้อนกลับจากเบื้องล่างเพื่อใช้ในการสร้าง เปลี่ยนแปลง ติดตาม และบังคับใช้กฎ

4) กฎย่อมมีผลกระทบในเชิงรวมศูนย์ (Rules have a concentration effect) เนื่องจากหากมีการสร้าง เปลี่ยนแปลง ติดตาม และบังคับใช้กฎ ตัวกฎดังกล่าวย่อมมีภาวะรวมศูนย์ การบังคับใช้กฎเพื่อรวมศูนย์อำนาจ ทั้งนี้การดำเนินการเกี่ยวกับกฎขึ้นอยู่กับภาวะอำนาจรวมศูนย์ของผู้ออกกฎดังกล่าว³⁸

2.3 กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (Institutional Framework)

จากประเด็นการวิเคราะห์เชิงสถาบันที่อธิบายใน 2.2 สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ หนึ่ง ความซับซ้อนของสถาบันแบบเครือข่าย และ สอง การเกิดขึ้นและการทำงานของกฎที่เกิดขึ้นจริงของตัวแสดงต่าง ๆ ที่เป็นผลผลิตของสถาบัน สามารถสังเคราะห์เป็นกรอบการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ระดับที่ใช้เพื่อทำความเข้าใจ ดังนี้

³⁸ ดัดแปลงจาก Abimbola 4-6.

หนึ่ง การวิเคราะห์ตัวแสดงในเครือข่ายสถาบัน เพื่อทำความเข้าใจตัวแสดงทั้งในรูปแบบของปัจเจกบุคคลและองค์กรว่ามีปฏิสัมพันธ์กันในทิศทางใดในเรื่องการบริหารจัดการสาธารณสุขภายใต้ภาวะวิกฤตของสถานการณ์ของโรคระบาด ผ่านการพิจารณาถึง 1) แบบแผนปฏิสัมพันธ์ (Interaction patterns) เพื่อฉายภาพปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงว่ามีความหลากหลาย (variety) ของตัวแสดงมากน้อยเพียงใด และมีความเข้มข้น (intensity) ของการมีปฏิสัมพันธ์ว่าตัวแสดงใดมีความสัมพันธ์ที่ถี่กับตัวแสดงใดมากกว่ากัน 2) แบบแผนของการรับรู้ (Perspective patterns) เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และทัศนคติของตัวแสดงต่อประเด็นภาวะวิกฤตที่มีความแตกต่างกันเนื่องจากภูมิหลังของกฎและกระบวนการอันเป็นผลผลิตของสถาบัน รวมถึงทำความเข้าใจว่าตัวแสดงแต่ละฝ่ายได้ปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อประเด็นดังกล่าวว่าได้สร้างการรับรู้ที่โน้มเข้าหาร่วมกัน (convergence) มากน้อยเพียงใด หรือมีการรับรู้ที่แยกห่างออกจากกัน (divergence)³⁹ โดยแบบแผนปฏิสัมพันธ์และการรับรู้เป็นผลจากภูมิหลังที่แตกต่างกันเชิงสถาบัน ที่ตัวแสดงแต่ละฝ่ายจะมีแนวโน้มรับเอาหลักปฏิบัติและธรรมเนียมที่ได้รับอิทธิพลจากสถาบันที่ตนสังกัด จนส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กันตัวแสดงอีกฝ่ายและมีผลต่อการสร้างความเป็นไปได้ที่จะรับรู้ปัญหาร่วมกันในสภาวะวิกฤตด้วย

สอง การวิเคราะห์กฎและการดำเนินการตามกฎในเครือข่ายสถาบัน เพื่อทำความเข้าใจกฎและกระบวนการอันเป็นผลผลิตเชิงสถาบัน ที่ตัวแสดงแต่ละฝ่ายได้รับอิทธิพลอย่างแตกต่างกันตามภูมิหลังเชิงสถาบันของตัวแสดงว่ามีลักษณะอย่างไรภายใต้ภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ แม้ว่ากฎจะถือได้ว่าเป็นสิ่งที่คงทนและเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ในเครือข่ายเชิงสถาบัน แต่เมื่อเกิดภาวะวิกฤตที่มีแนวคิดว่ามีแนวโน้มที่จะช่วยเร่งให้กฎเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วขึ้น⁴⁰ ก็มีข้อสงสัยเกี่ยวกับสถานะวิกฤตที่เกิดขึ้นจริง ๆ นี้จะทำให้กฎนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วมากน้อยเพียงใด?

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาว่าในภาวะดังกล่าวมีกฎและกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งกฎเชิงพลตินัย/กฎที่ใช้จริง (rules-in-use) จากการปฏิบัติงานจริงและกฎเชิงนิตินัย/กฎเชิงรูปแบบ (rules-in-form) ที่เป็นกฎตามลายลักษณ์อักษร กฎทั้งสองลักษณะยังสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ กฎระดับปฏิบัติการ (operational rules) ที่เกิดขึ้นในผู้ปฏิบัติงาน กฎระดับกลุ่ม (collective rules) ที่เกิดขึ้นในองค์กรที่ทำงานใกล้ชิดในระดับพื้นที่ และกฎระดับสั่งการ (constitutional rules) ที่มาจากองค์กรระดับนโยบาย โดยกฎทั้งสามระดับมีที่มาจาก/มีอิทธิพลต่อตัวแสดงในระดับของเครือข่าย

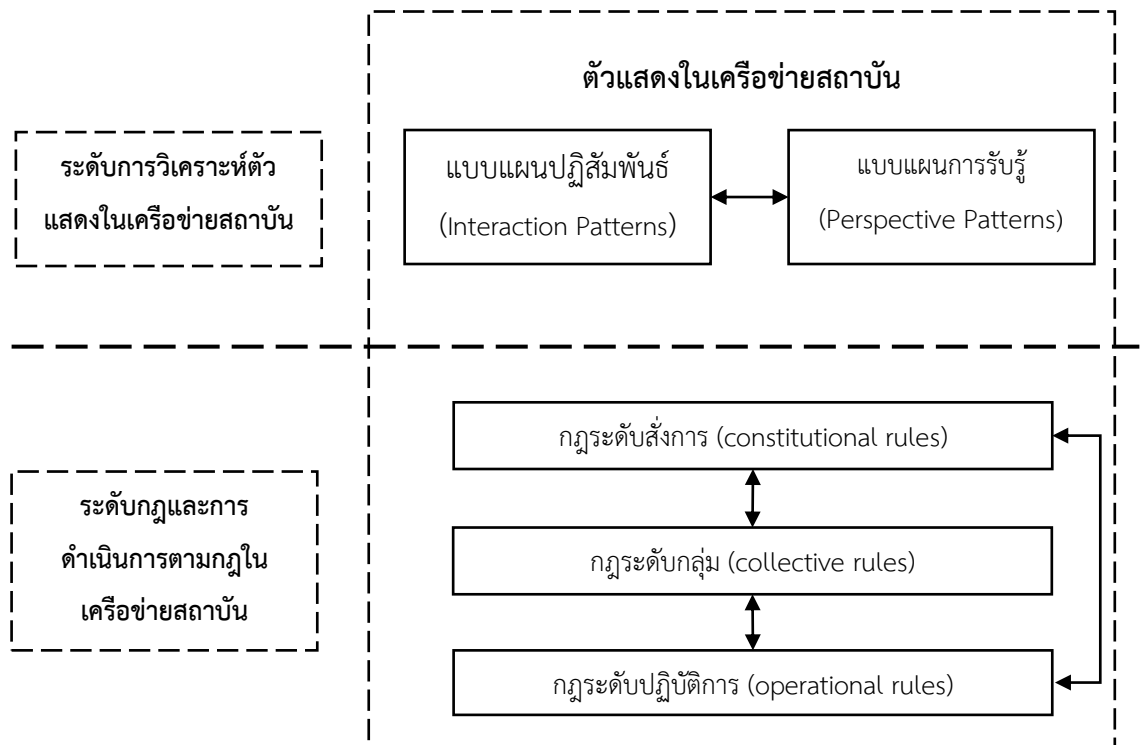
³⁹ Klijn, and Koppenjan, 106.

⁴⁰ Klijn, and Koppenjan, 106.

การปกครองแตกต่างกัน⁴¹ และกฎทั้งสามระดับก็มีปฏิสัมพันธ์หรือความขัดแย้งระหว่างกันเมื่อนำไปใช้จริงในช่วงภาวะวิกฤตด้วย

ภาพที่ 2.2

กรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (Institutional Framework)



ที่มา: สังเคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

2.4 แนวคิดการจัดการวิกฤตและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ

วิกฤต นับเป็นปัญหาสาธารณะในรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจง และมีความซับซ้อนในความเฉพาะเจาะจงนั้น ๆ เพราะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ในแต่ละลักษณะ จะมีความเป็นเทคนิคและเฉพาะตัวของเหตุการณ์นั้น ๆ อาทิ การแพร่กระจายของโรคติดต่อ แผ่นดินไหวสึนามิ น้ำป่าไหลหลากดินโคลนถล่ม การก่อวินาศกรรม โดยจุดร่วมที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะสำคัญของวิกฤต คือ ภาวะที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดและมีผลกระทบต่อส่วนรวม หรือ “ภาวะที่แก้ปัญหาหนัก ๆ ไม่ได้”

⁴¹ Abimbola 2-3.

หรือ “ช่วงระยะเวลาที่รู้ว่าความเป็นความตายกำลังจะมาถึง” โดยบรรยงค์ พงษ์พานิช อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของวิกฤตที่ประกอบไปด้วยลักษณะต่าง ๆ 4 อย่าง ได้แก่ 1) มีเรื่องที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ได้คาดหมาย เกิดขึ้น 2) เหตุการณ์มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่หายนะ (หมายถึงความเสียหายร้ายแรงเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เช่น อาจทำให้องค์กรล้มละลาย ทำให้ดีลที่ทำอยู่ลุ่มลึก) 3) กระบวนการกลไกปกติที่มีอยู่ ไม่สามารถใช้แก้ไขปัญหาได้ ต้องมีการออกแบบวิธีการพิเศษเฉพาะ 4) มีเงื่อนไขเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง ถ้าไม่แก้ไขให้ทันการณ์ ก็อาจไม่มีโอกาสอีกเลย

“วิกฤต คือ ภาวะที่ไม่ปรกติ บิดเบี้ยว และมีความบีบคั้น จากปัญหาที่สะสมมาจนกระทั่งมีความเสียหายและผลกระทบที่มากขึ้น หรือเกิดจากการที่ปัญหานั้น ๆ มีความปัจจุบันทันด่วนและมีความรุนแรงจนผลกระทบไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จนทำให้การดำเนินงาน ภาวะเป็ยบ ความรู้ และประสบการณ์ที่สะสมมา ไม่สามารถที่จะคลี่คลายสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ” ซึ่งความหมายนี้นั้น จะอธิบายในลักษณะการเคลื่อนตัวของ “ปัญหา” ไปสู่ “ภาวะวิกฤต” ทั้งในรูปแบบของการค่อย ๆ เกิดขึ้น และการเกิดขึ้นที่ปัจจุบันทันด่วน จนกระทั่งเกิดความต้องการในการตอบสนองอย่างทันท่วงที ที่เรียกว่า “ภาวะฉุกเฉิน” จนกระทั่งการที่ผลกระทบขยายขอบเขตทั้งในมิติของพื้นที่ และความซับซ้อนของสถานการณ์ จนเกินกว่าที่ชุมชน หรือพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์นั้นจะสามารถที่จะบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ⁴²

2.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างนิยามความหมายของคำว่า “วิกฤต” “ภาวะฉุกเฉิน” และ “ภัยพิบัติ”

ทวิตา กมลเวช⁴³ ได้ขมวดนิยามและความหมายของคำ 3 คำ ได้แก่ “วิกฤต” “ภาวะฉุกเฉิน” และ “ภัยพิบัติ” รวมถึงอธิบายเพิ่มเติมถึงหายนะ ซึ่งเป็นฉากทัศน์ที่ไม่พึงประสงค์ย่อมต้องมีพลวัตเป็นของตนเองเช่นกัน เพราะฉากทัศน์เป็นสถานการณ์ ดังนั้นสถานการณ์มีการเคลื่อนไหว มีการสะสมความเปลี่ยนแปลง ทั้งในทิศทางที่มีความเร่งต่อการขยายตัวของสถานการณ์จนสามารถเปลี่ยนภาวะของผลกระทบ ให้มีความต้องการในการตอบสนอง และตอบโต้ต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ในขณะเดียวกันนั้น พลวัตดังกล่าวสามารถถดถอยลงได้เช่นกัน แต่โดยปกติจะไม่เป็นไปอัตโนมัติ หากแต่จะมีการเข้าแทรกแซงโดยการบริหารจัดการ เพื่อให้ระดับของความรุนแรงของสถานการณ์ หรือความเสี่ยงที่สถานการณ์จะยิ่งบานปลายขยายผล ได้ลดความ

⁴² ทวิตา กมลเวช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564, 6.

⁴³ ทวิตา กมลเวช, 2564, 8-10.

รุนแรงและความเร่งลง เพื่อให้สามารถใช้จุดแข็ง หรือข้อได้เปรียบของศักยภาพในการบริหารจัดการ จัดการให้สภาวะที่มีความวิกฤตดังกล่าวคงที่ (Stability) และกลับคืนสู่สภาวะปกติในที่สุด

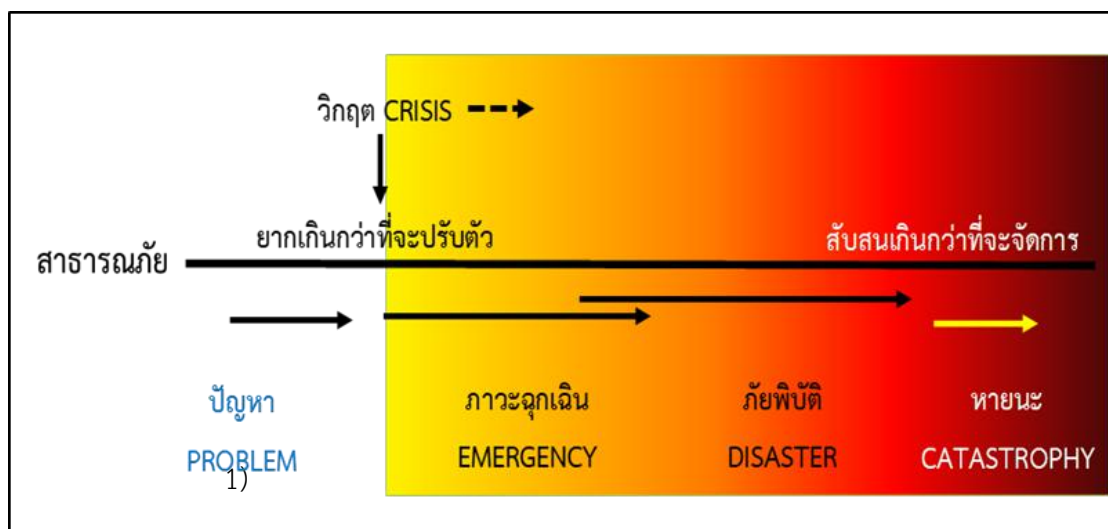
ดังนั้นเวลาพยายามจะอธิบายพลวัตของฉากทัศน์ที่ร้ายแรง หรือฉากทัศน์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการนั้น ว่าเมื่อไหร่ถึงจะเรียกว่า วิกฤต และมีความแตกต่างจากภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติ อย่างไร ซึ่งคำศัพท์ทั้งสามคำนี้ มีความผูกพันใกล้ชิดเสียจนในบางครั้ง ไม่สามารถอธิบายให้ขาดจากกันได้ เพราะในขณะที่เกิดเป็นภาวะฉุกเฉินนั้น ก็สามารถเคลื่อนสู่การเป็นภัยพิบัติ และไปสู่ความหายนะได้ อีกทั้งโดยนิยามความหมายแล้วนั้น การจะเป็นภัยพิบัติหรือไม่ ให้ระบุจากความสามารถในการบริหารจัดการต่อภัยในครั้งนั้น ๆ ดังนั้นจะต้องทำความเข้าใจกับสภาวะในแต่ละระยะด้วย และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดวิกฤตได้นั้น โดยส่วนใหญ่เกิดจากการที่ปัญหาที่สะสมมานาน และวันหนึ่งกลายเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่มีความบิดเบี้ยวกว่าที่เคยเป็นปัญหาที่หน่วยงาน องค์กร หรือระบบสังคมเคยเผชิญหน้า และสามารถบริหารจัดการ หรือแก้ไขไปได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้ สามารถเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนได้ด้วยเช่นกัน ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหาที่สะสมเรื้อรังจนกลายเป็นวิกฤตในอีกรูปแบบหนึ่ง “สาธารณภัย” เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รูปแบบหนึ่ง ที่อาจเกิดจากการสะสมปัญหาความบกพร่องมายาวนาน อาทิ โครงสร้างอาคารที่เก่าถล่มเพราะไม่ได้รับการตรวจซ่อมบำรุง หรือปัจจุบันทันด่วน อาทิ ไฟไหม้ เป็นต้น

ในการบริหารจัดการองค์กร หรือการบริหารจัดการตามนโยบาย พันธกิจ และบริการสาธารณะใด ๆ หากแต่เมื่อการแก้ไขปัญหาที่เคยประสบมาในอดีต ที่มีรูปแบบที่ไม่ได้แตกต่างจากเดิมมากนัก หรือใช้วิธีการแก้ปัญหาในรูปแบบที่เคยปฏิบัติ หรือเท่าที่ความสามารถในการแก้ไขปัญหาจะจัดการได้ จะเกิดเป็นภาวะเร่งด่วนของการแก้ไขในรูปแบบที่ต่างออกไป การเกิดสาธารณภัยในพื้นที่สาธารณะ และอาจสามารถขยายวงความรุนแรงและผลกระทบได้ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นปัญหา ลักษณะใด ย่อมต้องมีข้อขัดข้อง และการหยุดชะงัก เนื่องจากกระบวนการปฏิบัติงานปกติทั้งสิ้น ในการเกิดปัญหาแต่ละครั้งนั้น หน่วยงานควรมีจุดแข็ง และมีระบบการปรับตัวที่มีศักยภาพในระดับหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขปัญหาในแต่ละครั้งได้อย่างลุล่วง โดยไม่มีความเสียหายมากจนเกินไปนัก และกระทบการปฏิบัติงานน้อยมากจนสามารถกลับสู่สถานการณ์ปกติได้ สาธารณภัยก็เช่นเดียวกัน อันตรายหรือสภาวะที่เป็นอันตรายอันอาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินของส่วนรวมนั้น ย่อมเคลื่อนที่จากภาวะของการเป็น “ปัญหา” เข้าสู่วิกฤตของสถานการณ์ในระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นระยะ “ฉุกเฉิน” ที่มีความวิกฤตในลักษณะที่เข้มข้นขึ้น ดึงตัวต่อการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพสูง และแม่นยำนั่นเอง และหากสามารถบริหารสถานการณ์ในระยะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิกฤตในรูปแบบของภัยพิบัติ และความหายนะอันร้ายแรง จะไม่เกิดขึ้น หรือหากเกิดขึ้น การจะสามารถบริหารจัดการให้เข้าสู่ภาวะปกติได้ในที่สุดได้เร็วแค่ไหน ขึ้นกับระบบการจัดการวิกฤตหรือความเสี่ยงภัยพิบัตินั่นเอง

ในบริบทของประเทศไทย พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของคำว่า “สาธารณภัย” ว่าหมายถึง “อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่น ๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณชน ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติ มีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ ชีวิต ร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน หรือของรัฐ และให้หมายความรวมถึงภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรมด้วย” ซึ่งจะสังเกตได้ว่า เมื่อสาธารณภัยเกิดขึ้นนั้น ไม่ว่าจะจากการสะสมปัญหาหายาวนาน หรือเกิดจากเหตุการณ์มีความเป็น ปัจจุบันทันด่วน ก็ล้วนแต่พาเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องการการบริหารจัดการแบบรวดเร็ว แม่นยำ และตรงจุดทั้งสิ้น เพราะเป็นจุดที่เหตุการณ์ยังอาจไม่รุนแรงถึงที่สุด และไม่มีผลกระทบที่ขยายวงกว้างจนเกินไปนัก

ภาพที่ 2.3

กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสถานการณ์วิกฤต



ที่มา: ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564.

วิกฤต (crisis) ภาวะหรือสถานการณ์ ที่มีความตึงเครียด มีความผิดปกติ หรือมีผลกระทบเกิดขึ้นแล้วหรือที่กำลังจะเกิดขึ้นในระดับร้ายแรง อาจหมายถึงเหตุการณ์จากภัย ธรรมชาติ ภัยมนุษย์ ภัยการก่อการร้าย ความขัดแย้งทางการเมือง และความผันผวนทางการเงิน โดยที่ภาวะวิกฤตนั้น สามารถมองว่าเป็นจุดวิกฤตหนึ่งที่สถานการณ์ยากต่อการปรับตัวเพื่อรับมือ หรืออาจมองว่าระดับของวิกฤตได้เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่รุนแรงขึ้น จากวิกฤตในรูปแบบของความเร่งในภาวะ

ฉุกเฉิน ไปสู่ภาวะความซับซ้อน ผลกระทบขยายวงกว้าง มีความขัดแย้งและกระทบปัจเจกที่มีความหลากหลายในรูปแบบภัยพิบัติ จนกระทั่งกลายเป็นวิกฤตที่มีความรุนแรงสูงสุดจนต้องรอให้ความรุนแรงนั้นลดลงเสียก่อน จึงจะสามารถเข้าไปบริหารจัดการได้

ภาวะฉุกเฉิน (emergency) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน โดยปกติแล้วเป็นเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ และจำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วน ที่ต้องดำเนินการเพื่อบรรเทาผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นตามมา โดยที่ผลกระทบจำกัดอยู่ที่ท้องถิ่น ทรัพยากรส่วนใหญ่ในการจัดการไม่ได้รับผลกระทบ การตอบสนองหลักที่ท้องถิ่นสามารถใช้ระบียบการปฏิบัติประจำ สาธารณะไม่ค่อยมีส่วนในการตอบสนองต่อสถานการณ์ และไม่ค่อยมีความยากในการบูรณะฟื้นฟู การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินจึงมีหัวใจหลักอยู่ที่การสร้างความสามารถในระบบการบริหารจัดการและบัญชาการในพื้นที่

ภัยพิบัติ (disaster) ในทางสากลหมายถึงการหยุดชะงักอย่างรุนแรงของการปฏิบัติหน้าที่ของชุมชน หรือสังคมอันเป็นผลมาจากการเกิดภัยทางธรรมชาติหรือเกิดจากมนุษย์ ซึ่งส่งผล ต่อชีวิต ทรัพย์สิน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างกว้างขวาง เกินกว่า ความสามารถของชุมชนหรือสังคมที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวจะรับมือได้โดยใช้ทรัพยากรที่มี โดยผลกระทบที่เป็นวงกว้างและรุนแรง มีความเสียหายเกิดขึ้นกับทรัพยากรหลัก และหน่วยงานที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ จะต้องการตอบสนองด้วยเครือข่ายหน่วยงานรัฐ ที่ต้องใช้แผนภัยพิบัติที่มีความยืดหยุ่นต่อสิ่งทำลายต่าง ๆ และภาคสาธารณะมีส่วนในการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งมีความยากในการฟื้นฟูบูรณะ

หายนะภัย หรือ ภัยพิบัติที่รุนแรงมาก (catastrophe) ภัยพิบัติที่มีขนาดใหญ่ สร้างความเสียหายอย่างรุนแรงเป็นวงกว้าง ในระดับที่ อาจจะต้องสร้างใหม่ ปรกติภัยในระดับนี้นั้น เกิดได้โดยยาก เพราะมักจะเป็นภัยที่เกิดแบบปัจจุบันทันด่วน มีขนาดของภัยที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง มีความซับซ้อนของสถานการณ์สูง อาทิ เหตุการณ์การก่อการร้ายในวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2544 (911) ในสหรัฐอเมริกา เหตุการณ์แผ่นดินไหวและสึนามิในมหาสมุทรอินเดีย พ.ศ. 2547 ในประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นหายนะภัยระดับภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้ได้เลยทีเดียว ทั้งสองสถานการณ์ ระบบจะไม่มีความสามารถแม้กระทั่งป้องกัน ลดผลกระทบและเตรียมพร้อม จึงทำให้การบริหารจัดการและการฟื้นฟูมีความยากและใช้เวลายาวนาน

ภาพที่ 2.4

กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสถานการณ์วิกฤต



ที่มา: ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564.

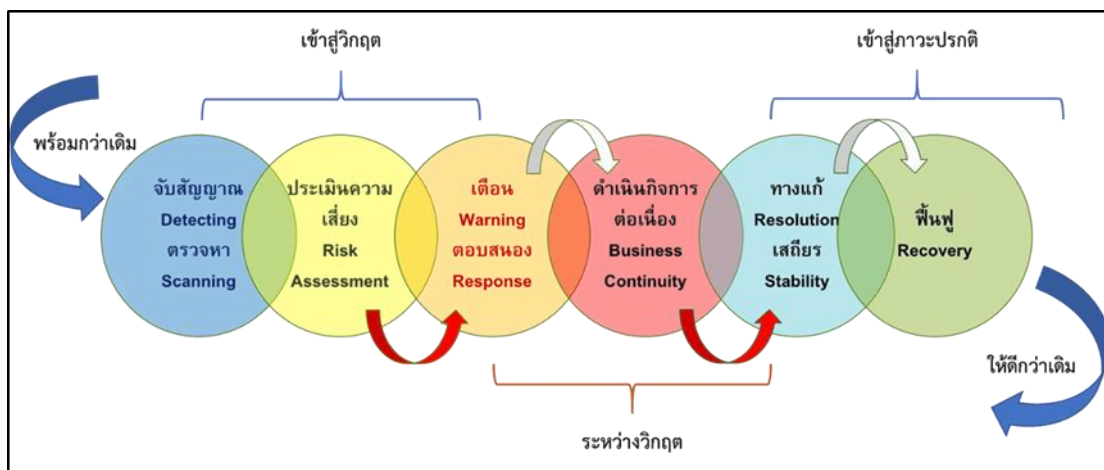
2.4.2 วงจรการจัดการวิกฤติ (Crisis management cycle)

วงจรการจัดการวิกฤติอาจมีต้นกำเนิดที่แตกต่างกับวงจรของการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ และมีความครอบคลุมที่แตกต่างกัน หากแต่มีสิ่ง que การบริหารทั้งสองลักษณะยึดถือว่าเป็นหลักการกลาง (Core Principle) คือระยะของการบริหาร (Phases) 3 ระยะ อันได้แก่ ระยะการเข้าสู่วิกฤต (Preparation) ระยะระหว่างวิกฤต (During) และระยะถอยออกจากวิกฤต (Stabilization and Recovery) หรือระยะการเข้าสู่ภาวะปกติ (Normalization) ในขณะที่การจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติมี 3 ระยะเช่นเดียวกัน คือ ระยะก่อนเกิดภัย (Pre Disasters) ระยะระหว่างเกิดภัย (During Disasters) และระยะหลังเกิดภัย (Post Disasters) และทั้งสองรูปแบบของการบริหารจัดการ เป็นการดำเนินการแบบวงจรซ้อนตลอดเวลา กล่าวคือ การฟื้นฟูสภาพหลังจากวิกฤต หรือภัยพิบัติ เป็นการฟื้นฟูให้พร้อมมากกว่าเดิมในการเผชิญวิกฤตครั้งต่อไป หรือเป็นการฟื้นฟูที่ดีกว่าเดิม (Build Back

Better) โดยวงจรการจัดการวิกฤตออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเข้าสู่วิกฤต ระยะระหว่างวิกฤต และระยะเข้าสู่ภาวะปกติ⁴⁴

ภาพที่ 2.5

วงจรการจัดการวิกฤต (Crisis Management Cycle)



ที่มา: ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564.

การบริหารวิกฤตในปัจจุบันให้ความสำคัญกับลักษณะการเกิดวิกฤตซึ่งเป็นภาวะที่ปัญหาที่เกิดขึ้นเริ่มมีความบิดเบี้ยว และอาจจะไม่สามารถจัดการได้ด้วยวิธีการ ระเบียบ กฎเกณฑ์ และชุดความรู้ที่มีมาก่อนหน้า รวมทั้งถ้าการช่วงชิงช่วงแรกที่มีสัญญาณความเสี่ยงเกิดขึ้น ว่ากำลังจะเข้าสู่สถานการณ์ที่ไม่ปกติแล้ว การเน้นกระบวนการเข้าสู่วิกฤตจะมีความสำคัญมากที่สุด เพราะสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ได้โดยที่สถานการณ์ยังไม่มี ความรุนแรงมากเกินไปนัก แบ่งเป็น 3 ระยะ ที่มีกระบวนการคาบเกี่ยวในแต่ละระยะ เนื่องจากเราไม่สามารถที่จะตัดกระบวนการเหล่านี้ขาดออกจากกันได้ ว่ากระบวนการเริ่มต้นและสิ้นสุดที่จุดใดจุดหนึ่งในระยะดังกล่าว โดยจัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะการเข้าสู่วิกฤต ประกอบด้วยกระบวนการ การจับสัญญาณและการตรวจหาวิกฤต (Detecting and Scanning) การประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis) และ การเตือนวิกฤตเพื่อเตรียมพร้อม (Warning and Preparation) 2) ระยะระหว่างวิกฤต ประกอบด้วยกระบวนการ การตอบสนองต่อวิกฤต (Crisis Response / Emergency Response) การบริหารความต่อเนื่องกิจการ

⁴⁴ ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564, 55-52.

(Business Continuity Management) การใช้แนวทางแก้ไขเพื่อให้สถานการณ์คงตัว (Solution and Stabilizing) และ 3) ระยะหลังวิกฤต ประกอบด้วยกระบวนการงาน การฟื้นฟูสถานการณ์ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ (Normalization) และการเตรียมพร้อมให้มากกว่าเดิมในการเผชิญวิกฤตครั้งต่อไป (Recovery and Well Prepared) โดยมีรายละเอียดของกระบวนการและกลไกการจัดการวิกฤตแสดงดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

วงจรการจัดการวิกฤต (Crisis Management Cycle)

วงจรการจัดการวิกฤต	รายละเอียดกระบวนการงาน	กลไกการจัดการวิกฤต
ระยะเข้าสู่วิกฤต	1. จับสัญญาณวิกฤต Detecting & Scanning	- การพัฒนาระบบติดตาม - หน่วยงานบริหารความเสี่ยง - เครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน
	2. ประเมินความเสี่ยง Risk management	- ใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงแบบ Plan-Do-Check-Act
	3. เตือนภัยรับมือวิกฤต Warning response	- เตือนระดับความรุนแรงของวิกฤต
ระยะระหว่างวิกฤต	4. ตอบสนองต่อวิกฤต Crisis response	- Crisis response ประกอบด้วยแผน 3 แผน คือ แผนหลัก แผนรอง และแผนสำรอง
	5. แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้กลับสู่สภาพเดิมโดยเร็ว Resolution & Stability	- แผนฟื้นฟูสถานการณ์ให้กลับสู่สภาพปกติ (Normalization)
ระยะเข้าสู่ภาวะปกติ	6. การฟื้นฟูและเตรียมพร้อมเผชิญวิกฤตครั้งต่อไป Recovery & Well prepare	- ถอดบทเรียนวิกฤตที่ผ่านมาอย่างรวดเร็ว เพื่อออกแบบกระบวนการจัดการวิกฤตในการรับมือความเสี่ยงรูปแบบใหม่ ๆ ต่อไป

ที่มา: ทวีดา กมลเวช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564, 57-61

2.4.3 วงจรการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ (Disaster Risk Management Cycle)

การจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ ให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนของวงจรจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ โดยไม่ได้แยกส่วนของการปฏิบัติออกจากกัน หากแต่เป็นการเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ เชื่อมร้อยเข้าหากันตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ ระหว่างเกิดภัยพิบัติ และภายหลังจากภัยพิบัติผ่านพ้นไป ในส่วนการดำเนินการในช่วงก่อนเกิดภัยพิบัติ เป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดผลกระทบ รวมถึงเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติ และถือเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่มีความสำคัญที่มีส่วนช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบ รวมถึงความโกลาหลในช่วงที่ภัยพิบัติเกิดขึ้น ในช่วงระหว่างเกิดภัยให้ความสำคัญกับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การเผชิญเหตุฉุกเฉิน และการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ เมื่อภัยพิบัติผ่านพ้นไป แนวทางการดำเนินการที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัยพิบัติกลับคืนสู่ความเป็นปกติ ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน ระบบสาธารณสุขโรค ความเป็นอยู่และกิจกรรมในชีวิตประจำวันของประชาชนกลับสู่ภาวะปกติ ในปัจจุบัน การฟื้นฟูภายหลังจากเกิดภัยพิบัติให้ความสำคัญกับแนวทางการสร้างคืนใหม่ให้เหมือนเดิม และการสร้างคืนใหม่ให้ดีกว่าเดิม (build back better) โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ “รู้รับ ปรับตัว ฟื้นเร็วทั่ว อย่างยั่งยืน” (Resilience)

ก่อนเกิดภัยพิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก โดยมุ่งเน้นการจัดการและการลดความเสี่ยงภัยพิบัติ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยง เป็นส่วนสำคัญของการตรวจสอบระดับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตามสูตรความเสี่ยง ภัย (Hazard) ความล่อแหลม (Exposure) ความเปราะบาง (Vulnerability) และศักยภาพ (Capacity) ที่มีและคาดการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อระบุความเสี่ยง (Risk Identification) วิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) และประมาณค่าความเสี่ยง (Risk Estimation) (สรวิศ วิฑูรท์ศน์, 2559, น. 38) ในส่วนที่ 2) การป้องกันและการลดผลกระทบ เป็นการดำเนินการเพื่อขจัดหรือลดโอกาสที่ภัยพิบัติจะสร้างผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน หรือสังคม โดยให้ความสำคัญกับมาตรการลดความเสี่ยงภัยพิบัติ และ 3) การเตรียมความพร้อม เป็นหนึ่งในการดำเนินการที่สำคัญในช่วงก่อนเกิดภัยหรือคาดว่าจะเกิดภัยพิบัติขึ้นในชุมชนหรือพื้นที่ โดยมีแนวทางในการดำเนินการปฏิบัติ เช่น การฝึกการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย การเตรียมการอพยพ การจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (CBDRM) เป็นต้น⁴⁵

⁴⁵ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558, 41, 55-58

ระหว่างเกิดภัยพิบัติ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การบริหารจัดการดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดของเวลา และสัมพันธ์กับโอกาสในการช่วยชีวิตผู้ประสบภัย ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงและผลกระทบจากภัยพิบัติที่อาจก่อผลกระทบต่อชุมชนและสังคม การรักษาชีวิตของผู้ประสบภัยเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือเกิดภัยพิบัติเป็นหลัก โดยเน้นในการให้ความช่วยเหลือ กู้ชีพ กู้ภัย การพยาบาลและสาธารณสุข ตลอดจนการบรรเทาทุกข์ และแจกจ่ายสิ่งของยังชีพ การดำเนินการในช่วงระหว่างเกิดภัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเผชิญเหตุ (Response) การปฏิบัติเพื่อรักษาชีวิตและให้ความช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ขั้นพื้นฐานแก่ผู้ประสบภัย เช่น การกู้ชีพกู้ภัย การแจกจ่ายยังชีพและสิ่งของบรรเทาทุกข์ การจัดการศูนย์อพยพ เป็นต้น และ 2) การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ (Relief) ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในทันทีที่เกิดภัยพิบัติเพื่อรักษาชีวิตและตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานให้ผู้ประสบภัยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ เช่น การแจกจ่ายสิ่งของยังชีพ การดูแลช่วยเหลือผู้อพยพ⁴⁶

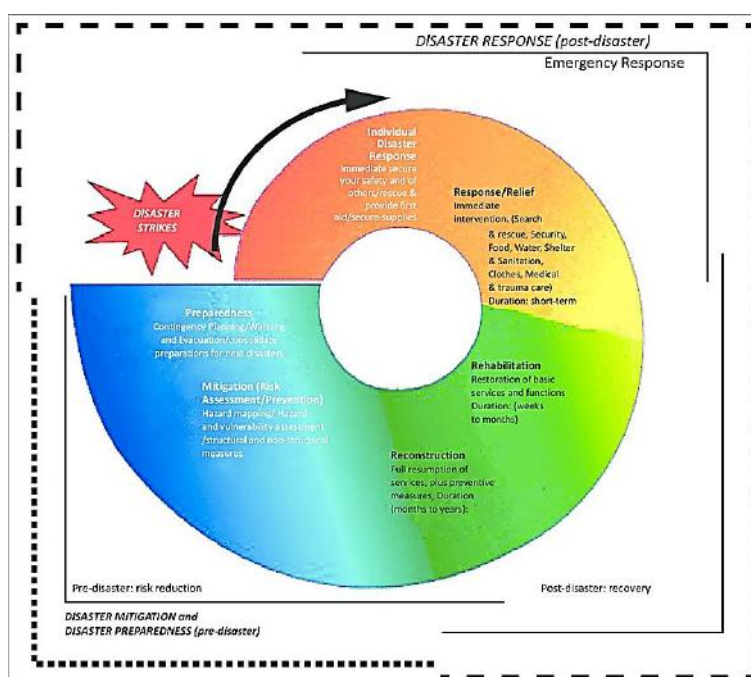
หลังจากที่ภัยพิบัติผ่านพ้นไป เป็นช่วงที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูพื้นที่ที่ประสบภัย เพื่อให้พื้นที่ประสบภัยพิบัติกลับคืนสู่สภาพปกติทั้งโครงสร้างพื้นฐาน ระบบสาธารณสุข ความเป็นอยู่และกิจกรรมในชีวิตประจำวันของประชาชนกลับสู่สภาวะปกติที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การให้ผู้ประสบภัยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการพิจารณาความเสี่ยงต่อภัยในการฟื้นคืนสภาพและการสร้างใหม่ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การฟื้นฟูระยะสั้น ให้ความสำคัญกับการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากการค้นหา การบรรเทาทุกข์ และการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้สิ้นสุดลง เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นในระยะเร่งด่วน โดยการดำเนินการในระยะนี้ยังให้ความสำคัญกับการประเมินความเสียหายของโครงสร้างพื้นฐาน การจัดเตรียมที่พักอาศัยชั่วคราว และการให้บริการสาธารณสุข 2) การฟื้นฟูระยะกลาง ให้ความสำคัญกับการประสานและสนับสนุนชุมชนที่ประสบภัย ฟื้นฟูหรือสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตขึ้นใหม่ การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย และ 3) การฟื้นฟูระยะยาว เป็นการดำเนินการที่ให้ความสำคัญกับการกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือให้ดีกว่าและปลอดภัยกว่าเดิม ปัจจุบันกระบวนการฟื้นฟูภายหลังภัยพิบัติ ให้ความสำคัญกับการสร้างคืนใหม่ให้เหมือนเดิม และการสร้างคืนใหม่ให้ดีกว่าเดิม (build back better) ซึ่งเป็นไปตามการลดความเสี่ยงภัยพิบัติซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญภายใต้กรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2573 ประกอบด้วยการฟื้นฟูในเชิงโครงสร้างด้วยการซ่อมสร้าง (reconstruction) ด้วยการฟื้นฟูโครงสร้างและสิ่งก่อสร้างที่ได้รับความเสียหายจากภัยพิบัติ และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ซึ่งเป็นการจัดการความเสียหายหรือผลที่เกิดจากภัยพิบัติ เพื่อพลิกฟื้น

⁴⁶ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558, 110

สถานการณ์ดำรงชีพของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดภัยพิบัติให้กลับคืนสู่สภาพที่เป็นอยู่ก่อนหน้านี้นี้ ทั้งนี้เพื่อให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีแนวทางที่ยั่งยืน

ภาพที่ 2.6

วงจรการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ



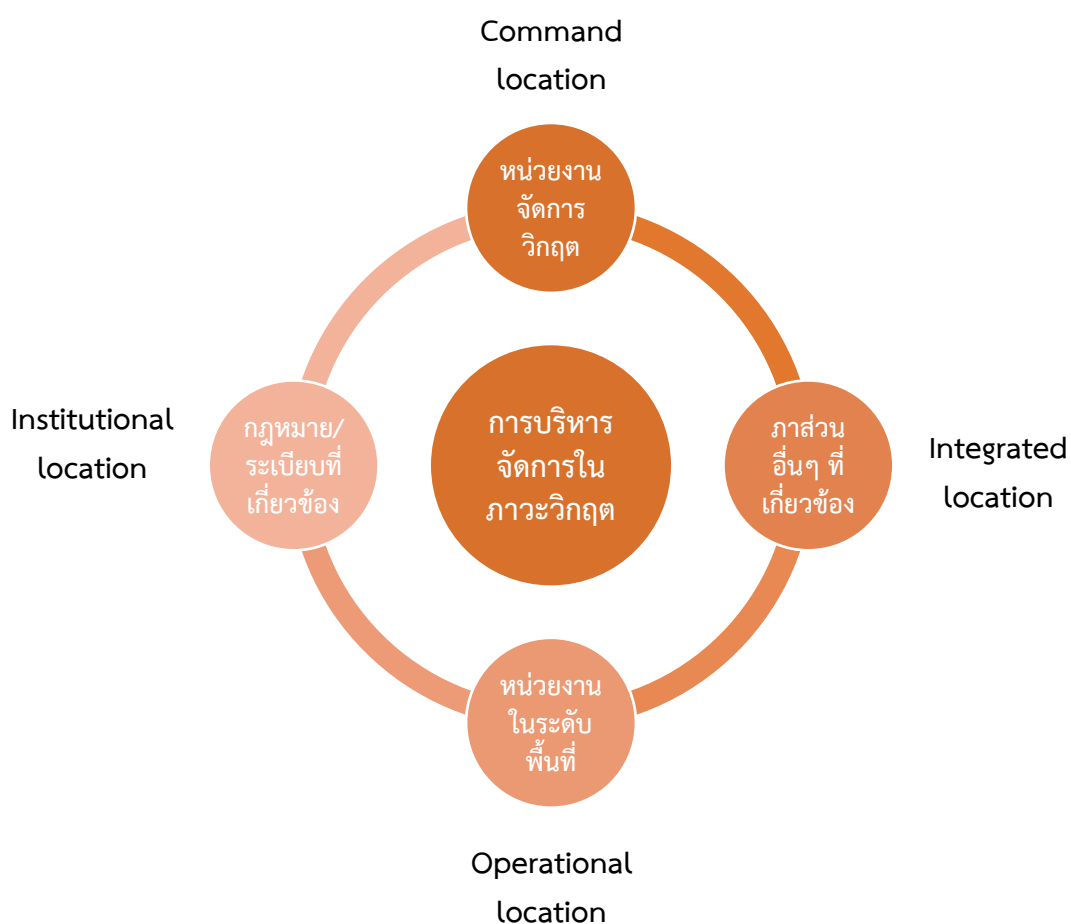
ที่มา : Parihar, R., 2011, The disaster management cycle; disaster nursing, viewed 06 February 2014, from <http://www.wordpress.com>

ขอบเขตของวิกฤตหรือพื้นที่ของวิกฤต แบ่งออกเป็น 4 ขอบเขต ดังนี้ 1) ขอบเขตเชิงสถาบัน (Institutional location) หมายถึง ขอบเขตของการบังคับใช้กฎหมายหลัก กฎหมายรอง และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการกำหนดระเบียบการใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่กำหนดให้หน่วยงานใดบ้างมีอำนาจหน้าที่ สามารถใช้ทรัพยากรในการจัดการวิกฤตได้ 2) ขอบเขตเชิงปฏิบัติการ (Operational location) หมายถึง ขอบเขตทางการปกครอง ซึ่งแบ่งออกเป็นระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น 3) ขอบเขตเชิงการบังคับบัญชา (Command location) หมายถึง ขอบเขตการใช้ระบบสั่งการบังคับบัญชา (command system) ในการสั่งการเฉพาะในช่วงของการเผชิญเหตุ หรือเมื่อวิกฤตกำลังเกิดขึ้น 4) ขอบเขตเชิงบูรณาการหรือเอกภาพการประสานงาน (Integrated location) หมายถึง การทลายขอบเขตของงานใดงานหนึ่ง อำนาจหน้าที่

ของหน่วยใดหน่วยหนึ่ง หรือกฎเกณฑ์กำกับของระบบใดระบบหนึ่ง เพื่อเชื่อมประสานการปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น รูปแบบการบูรณาการในพื้นที่ร่วมกันของหลายหน่วยงาน การกู้ชีพกู้ภัยร่วมกับมูลนิธิ/สมาคม/เอกชน⁴⁷

ภาพที่ 2.7

ขอบเขตของวิกฤต



ที่มา: ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564.

⁴⁷ ทวีดา กมลเวชช, รัฐ ท้องถิ่น : ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย, 2564, 107-108

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค

การแพร่ระบาดของโรค เป็นหนึ่งในสาระสำคัญของการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ให้ความสนใจกับการกระจายหรือปัจจัยที่มีผลกระทบทางสุขภาพและจำเป็นต้องควบคุม ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด จุดมุ่งหมายสำคัญของระบาดวิทยาเป็นไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในประชากร พร้อมทั้งควบคุม จัดการภัยคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับสาเหตุของการเกิดโรค หรือภัยสุขภาพ (Determinants) การกระจายของโรค (Distribution) และธรรมชาติของโรค (Natural history of diseases) ในทางระบาดวิทยายังให้ความสนใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กัน (Epidemiologic Triad) 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคน (Host) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวการก่อโรค (Agent) 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม (Environment) โดยปัจจัยดังกล่าว ทำให้เกิดความเสียหายและนำไปสู่การก่อโรค โดยทั่วไปแล้วในทางระบาดวิทยา ปัญหาทางด้านสุขภาพจะมีลักษณะที่เป็นแบบแผนในการกระจายตัวของโรค (Distribution of Diseases) ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา (time) สถานที่ (place) และบุคคล (person) เมื่อมีการรายงานถึงภาวะการณ์แพร่ระบาดของโรคจะนำไปสู่การควบคุม การวินิจฉัยโรค และการสอบสวนโรค⁴⁸

ธรรมชาติของการเกิดโรค ประกอบด้วยปัจจัยของเชื้อที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ 1) สัตส่วนของผู้ติดเชื้อต่อผู้สัมผัสทั้งหมด (Infectivity) 2) สัตส่วนของผู้ที่มีอาการต่อผู้ติดเชื้อทั้งหมด (Pathogenicity) และ 3) สัตส่วนของผู้ที่มีอาการรุนแรงหรือตายต่อผู้ที่มีอาการทั้งหมด (Virulence) โดยการระบาดของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะไวต่อโรค 2) ระยะฟักตัวหรือระยะก่อโรค ซึ่งเป็นระยะของการติดเชื้อที่ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการ 3) ระยะของการติดเชื้อ ผู้สัมผัสเชื้อหรือผู้ป่วยจะแสดงอาการป่วยหรือมีอาการบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ และ 4) ระยะของการหายจากการติดเชื้อหรือพิการ หรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้ ในทางระบาดวิทยาจึงให้ความสำคัญกับป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค หรือการป้องกันด้วยการลดความเสี่ยง ผ่านมาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อลดอัตราผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ (Incidence reduction) เช่น มาตรการป้องกันโรคตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ควบคุมไปกับแนวทางหรือมาตรการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะการควบคุมแหล่งรังโรค การถ่ายทอดเชื้อ การควบคุมทางเข้าของเชื้อ และการควบคุมระดับผู้ที่ไวต่อเชื้อ ด้วยกระบวนการทางระบาดวิทยา ได้แก่ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนโรค และการศึกษาทางระบาดวิทยา⁴⁹

⁴⁸ กฤษณะ สุภาวะศ์, ม.ป.ป.

⁴⁹ กฤษณะ สุภาวะศ์, ม.ป.ป.

สำหรับการบริหารจัดการทางระบาดวิทยาให้มีความสำคัญกับการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance) ซึ่งประกอบด้วยพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ที่สำคัญ 3 เกณฑ์ คือ 1) เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) โดยพิจารณาจากอาการบ่งชี้ของโรค 2) เกณฑ์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Criteria) พิจารณาจากการอยู่อาศัยหรือการเดินทางจากพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรค และ 3) เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการจัดแบ่งประเภทของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยสงสัย 2) ผู้ป่วยเข้าข่าย 3) ผู้ป่วยยืนยัน และ 4) ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ⁵⁰

ในแง่ของการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะแนวทางการปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ช่วงที่ผ่านมานั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค โดยในระยะแรกมาตรการมุ่งเน้นไปที่การจัดการด้านสาธารณสุข ด้วยการกำหนดมาตรการป้องกันและสกัดกั้นการนำเข้าสู่ประเทศไทย และมาตรการยับยั้งการระบาดภายในประเทศ โดยในช่วงเวลาต่อมา มีการกำหนดมาตรการเพื่อให้ได้มาซึ่งการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น มาตรการกำกับพฤติกรรม มาตรการสร้างการตระหนักรู้ของสังคม มาตรการสื่อสารความเสี่ยง มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ขณะเดียวกันได้มีการกำหนดมาตรการดูแลและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผ่านรูปแบบมาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการทางการคลัง มาตรการการเงิน มาตรการสนับสนุนและอุดหนุนทางเศรษฐกิจ

แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อโควิด-19 แบ่งการเฝ้าระวังเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การเฝ้าระวังในระบบปกติ โดยตรวจทุกรายที่เข้าเกณฑ์แบ่งการเฝ้าระวังออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วย การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเดินทางเข้าประเทศ และการเฝ้าระวังจากกลุ่มผู้ป่วยเดินทาง 2) การเฝ้าระวัง Sentinel surveillance ซึ่งแบ่งเป็น ผู้ป่วยทางเดินหายใจหรือผู้ป่วยปอดอักเสบ การเฝ้าระวังกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงในสถานที่กักกัน กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงทุกช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และการเฝ้าระวังเฉพาะในพื้นที่ชุมชน นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดแนวทางหรือมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ในแง่ของกลไกและโครงสร้างในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตทางสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เข้ามาใช้ในการจัดโครงสร้างของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยนำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Incident Command System: PHEICS)

⁵⁰ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565, น.5-10)

สำหรับแนวทางในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ซึ่งเป็นการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่กำหนด รวมทั้งป้องกันการเสียชีวิตและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ ได้มีการกำหนดมาตรการพื้นที่ที่ให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดในการกำหนดมาตรการบริหารจัดการในขอบเขตพื้นที่จังหวัด

2.6 ระบบการสาธารณสุขไทย

ระบบสาธารณสุขของไทย หนึ่งในระบบสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับในการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับโลก ระบบบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ของไทย เป็นการออกแบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ เพื่อรองรับกับภารกิจด้านสาธารณสุขของรัฐ และบริการสุขภาพครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพของคนไทย ขณะเดียวกันระบบสาธารณสุขได้วางกรอบมาตรฐานในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย โครงสร้างสำคัญ 6 มิติ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยแนวทางดังกล่าว สามารถเข้าถึงและครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพ และมีคุณภาพ ปลอดภัย โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการได้รับและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน 2) เพื่อให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน 3) เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการใช้งบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ⁵¹ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีการวางระบบประกันสุขภาพ เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีที่ประชาชนเจ็บป่วย โดยมีการวางระบบประกันสุขภาพของรัฐไว้ 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบสวัสดิการข้าราชการ

⁵¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 10 ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย, 2559, น. 8-9

สำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการออกแบบระบบและกลไกเชิงสถาบัน ตลอดจนแนวทางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และปรับเปลี่ยนชุดวิธีคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ จากเดิมเป็นการสงเคราะห์ สู่การกำหนดให้บริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนพึงจะได้รับ ต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ได้รับรองและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ได้แก่ สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป สิทธิด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มอ่อนไหว สิทธิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สิทธิในการคุ้มครองผู้บริโภค ในส่วนกลไกระบบสุขภาพ จัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. กลไกระดับชาติ กลไกระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการจัดแบ่งหน่วยงานในการรับผิดชอบ ดังนี้

- 1) สำนักงานปลัดกระทรวง (ราชการบริหารส่วนกลาง คณะกรรมการเขตสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพ ราชการบริหารส่วนภูมิภาค)
- 2) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)
- 3) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมควบคุมโรค)
- 4) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)
- 5) หน่วยงานในกำกับ
- 6) องค์กรมหาชน
- 7) รัฐวิสาหกิจ
- 8) หน่วยงานเครือข่าย

2. กลไกระดับเขตพื้นที่ กลไกระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดตั้ง

- 1) เขตสุขภาพ เพื่อจัดบริการเชิงรุกระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดบริการและบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ แบ่งเป็น 13 เขตสุขภาพ (พื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เป็นหนึ่งในเขตสุขภาพ เป็นเขตสุขภาพที่ 13) โดยเขตสุขภาพมีพื้นที่ครอบคลุม 4-8 จังหวัด ดูแลประชาชน 4-6 ล้านคน ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดของการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ และจัดรูปแบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
- 2) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยกลไกระดับพื้นที่ ประกอบไปด้วยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เป็นหน่วยที่มีสายการบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด และเป็นหน่วยร่วมรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. กลไกระดับท้องถิ่น (ไม่ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในระดับกลไกระบบสุขภาพ) ในส่วนนี้เป็นกลไกสำคัญของการดูแลสุขภาพในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นกลไกสำคัญในเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน ได้มีการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และมีการรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากกลไกระบบสุขภาพที่กล่าวไปในข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างและกลไกระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับระดับบริการสุขภาพ (ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ) โดยระดับของบริการสุขภาพจะมีความเชื่อมโยงกับการจัดโครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุข และการกำกับดูแลกลไกในระบบสุขภาพให้อยู่ภายใต้แนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติในรูปแบบเดียวกัน และเป็นการจัดหน่วยบริการสุขภาพให้เป็นไปตามกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ในส่วนของกลไกระดับบริการสุขภาพ แสดงดังแผนภาพที่ 2.8

ภาพที่ 2.8

กลไกระดับบริการสุขภาพ

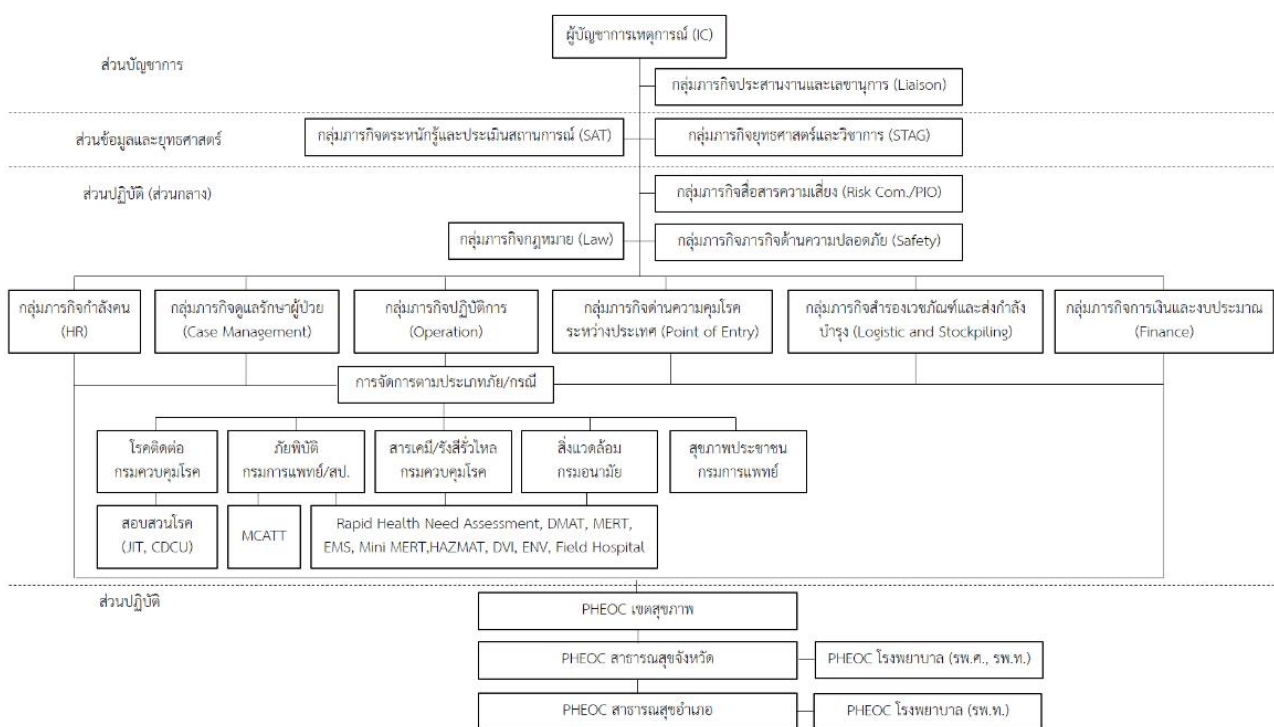
ระดับบริการสุขภาพ	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุข	หน่วยบริการสุขภาพ
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปฐมภูมิระดับต้น ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รักษาโรคเบื้องต้น	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	สถานบริการสาธารณสุข (123 แห่ง) ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (ชนบท) (48,049 แห่ง) ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (เมือง) (3,108 แห่ง) ศูนย์สุขภาพชุมชน **โรงพยาบาลทุกระดับสามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้
ปฐมภูมิหลัก บริการสุขภาพเบื้องต้น - ระดับผู้ป่วยนอก		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (9,763 แห่ง) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (300 แห่ง) ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัด กทม. 63 แห่ง และสังกัดอื่น ๆ ใน กทม. 136 แห่ง
หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น บริการรักษาโรคทั่วไป ถึงระดับผู้ป่วยใน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไประดับอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน (781 แห่ง)
ทุติยภูมิระดับกลาง บริการรักษาโรค โดยแพทย์ เฉพาะทางสาขาหลัก		โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด (110 แห่ง) โรงพยาบาลศูนย์ (33 แห่ง) โรงพยาบาลเฉพาะทาง (51 แห่ง)
ทุติยภูมิระดับสูง บริการรักษาโรค โดยแพทย์ เฉพาะทางสาขารอง	เขตสุขภาพ 1-13	โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร (11 แห่ง)
หน่วยบริการสุขภาพตติยภูมิ ระดับบริการตติยภูมิ		โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะโรค (8 แห่ง) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (11 แห่ง)
ระดับบริการ		

หมายเหตุ: สัณเคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

อย่างไรก็ดี ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังที่กล่าวไปข้างต้นนั้น เป็นการจักระบบบริการสุขภาพที่กำหนดกรอบการดำเนินงานและแนวทางในการปฏิบัติในภาวะปกติ เพื่อรองรับการจัดบริหารด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของประชาชน และมีการเตรียมความพร้อมรับมือหากเกิดกรณีฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยมีการกำหนดแนวทางตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ภายใต้โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center : PHEOC) เป็นการจัโครงสร้างแบบยืดหยุ่นให้สอดคล้องกับสถานการณ์และลักษณะของภัยคุกคามทางสุขภาพ โดยมีการกำหนดกลไกตั้งแต่ระดับชาติ (ระดับกระทรวง) เชื่อมโยงไปยังกลไกการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับพื้นที่ ตามแผนภาพที่ 2.9

ภาพที่ 2.9

โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)



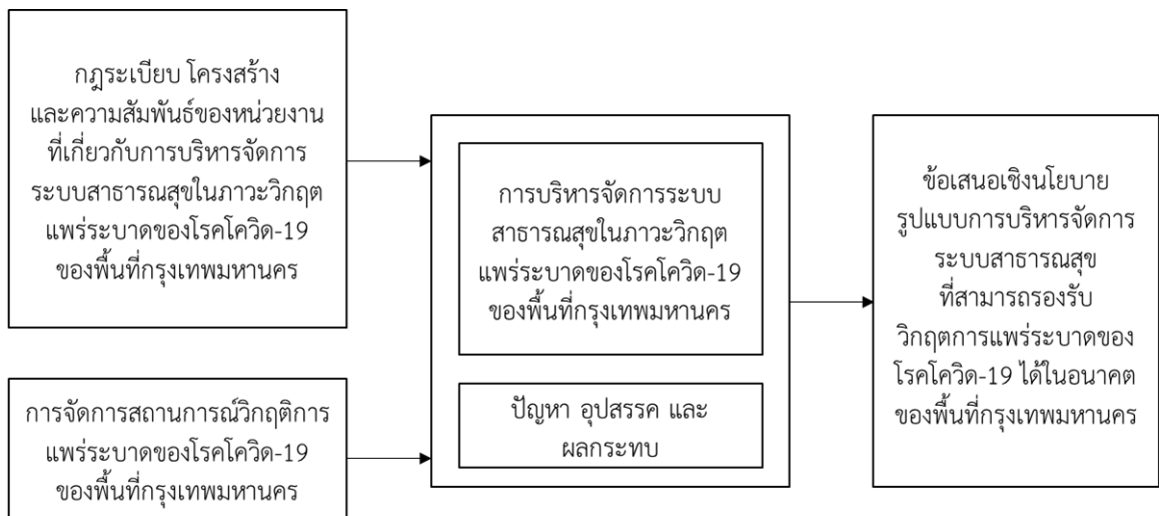
หมายเหตุ: ดัดแปลงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2559-2560 (น.398)

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากกรอบการศึกษาเชิงสถาบันในหัวข้อ 2.3 และแนวคิดการจัดการวิกฤตและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติในข้อ 2.4 สามารถสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามภาพที่ 2.10

ภาพที่ 2.10

กรอบแนวคิดการวิจัย



หมายเหตุ: สังเคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัย การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยท้องถิ่น ประจำปี 2565 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) มีกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นองค์กรหรือหน่วยงาน 6 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร
 - คณะกรรมการนโยบายสุขภาพกรุงเทพมหานคร
 - ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (Emergency Operation Center : EOC)
 - โรงพยาบาลในสังกัด กทม.
- กลุ่มที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข
 - ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC)
 - ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด - 19
- กลุ่มที่ 3 หน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
 - กระทรวงมหาดไทย
 - กระทรวงแรงงาน
- กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม.
- กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัครการบริหารจัดการสถานการณ์

วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยรายงานวิจัยฉบับนี้จะนำเสนอข้อมูลจากการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการศึกษาในระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผ่านการวิเคราะห์ตามกรอบเชิงสถาบัน (Institutional Approach)

ส่วนที่สอง เป็นการศึกษาปัญหาต่าง ๆ และวงจรการจัดการสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผ่านการวิเคราะห์ตามกรอบการจัดการภัยพิบัติ

เพื่อนำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่สามารถรองรับเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อเป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอย่างกรุงเทพมหานครให้เป็นกลไกที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทันที่และสามารถรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตต่อไป รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทในแต่ละพื้นที่ ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ สามารถมองเห็นทิศทางการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพได้ในอนาคต

3.1 พื้นที่การวิจัย

กรุงเทพมหานคร

3.2 ระยะเวลาการทำวิจัย

ระยะเวลาการทำวิจัย 3 เดือน: วันที่เริ่มต้น 1 เมษายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2565

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมายการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยนี้ เป็นหน่วยหรือองค์กรที่มีส่วนในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการเก็บข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะต้องดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยแบ่งตามหน่วยงานหรือองค์กรเป้าหมาย ออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

ตารางที่ 3.1

ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล

กลุ่ม	กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากหน่วยงานเดียวกัน	จำนวน (ท่าน)
กลุ่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร	1.1 ผู้อำนวยการสำนักอนามัย	1
	1.2 ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	1
	1.3 ผู้อำนวยการสำนักสิ่งแวดล้อม	1
	1.4 ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	1
	1.5 ผู้อำนวยการสำนักเทศกิจ	1
	1.6 ผู้แทนประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต	1
	1.7 ผู้อำนวยการสำนักงานประชาสัมพันธ์ สำนักปลัด กรุงเทพมหานคร	1
	1.8 ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล	1
	1.9 ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย	1
	1.10 ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	1
	1.11 ประธานกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. 6 เขต ได้แก่ ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพเหนือ (หลักสี่), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพ กลาง (พระนคร), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพใต้ (สวน หลวง), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธาน กลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงเทพตะวันออก (ลาดกระบัง), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงธนเหนือ (จอมทอง), ประธานกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กทม. ประธาน กลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต กลุ่มกรุงธนใต้ (ภาษีเจริญ)	6 (กลุ่มเขตละ 1 ท่าน)
กลุ่มที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข	2.1 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13	1
	2.2 ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.3 ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.4 ผู้อำนวยการสำนักนิเทศน์ระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	1
	2.5 ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1

ตารางที่ 3.1

ขอบเขตด้านกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บข้อมูล (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากหน่วยงานเดียวกัน	จำนวน (ท่าน)
กลุ่มที่ 3 หน่วยงานราชการส่วน อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการ สถานการณ์วิกฤติการ แพร่ระบาดของโรคโค วิด-19	3.1 ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)	1
	3.2 ผู้แทนกระทรวงกลาโหม	1
	3.3 ผู้แทนกระทรวง มหาดไทยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	1
กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาล นอกเครือข่าย กทม.	4.1 ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบัน แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	1
	4.2 นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	1
กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัคร การบริหารจัดการ สถานการณ์วิกฤติการ แพร่ระบาด ของโรคโควิด-19	5.1 ผู้แทนจากกลุ่มเส้นด้าย	1
	5.2 ผู้แทนจากกลุ่มสายไหมต้องรอด	1
กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	6.1 ผู้แทนหรืออาสาสมัครจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	1

หมายเหตุ. โดยคณะผู้วิจัย

3.3.1 การสุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวจะต้องดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยแบ่งหน่วยงานหรือองค์กรเป้าหมายออกเป็น 6 กลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนรวม 29 คน ประกอบด้วย

1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งหมายถึงบุคลากร ขององค์กรในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีหน้าที่บริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามคำสั่งกรุงเทพมหานคร ที่ 907/2563 ลงวันที่ 7 เมษายน 2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) กรุงเทพมหานคร แห่งละ 1 คน รวม 16 คน

2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงบุคลากร ขององค์กรในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่บริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามคำสั่งกรุงเทพมหานคร ที่ 907/2563 ลงวันที่ 7 เมษายน 2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) กรุงเทพมหานคร หรือผู้ดำรงตำแหน่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กทม. ระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 แห่งละ 1 คน รวม 5 คน

3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดหน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งหมายถึงบุคลากร ขององค์กรในหน่วยราชการ ที่มีหน้าที่บริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามคำสั่งกรุงเทพมหานคร ที่ 907/2563 ลงวันที่ 7 เมษายน 2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) กรุงเทพมหานคร หรือผู้ดำรงตำแหน่งในสังกัดหน่วยงานราชการอื่น ๆ และมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กทม. ระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 แห่งละ 1 คน รวม 3 คน

4) กลุ่มที่ 4 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดโรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม. ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งหมายถึงประธานหรือผู้แทนจากคณะกรรมการโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบัน แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ดำรงตำแหน่งในสังกัดโรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม. และมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กทม. ระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 แห่งละ 1 คน รวม 2 คน

5) กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัครการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หมายถึง ตัวแทนจากองค์กรอิสระ ซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 แห่งละ 2 คน รวม 2 คน

6) กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ตัวแทนหรืออาสาสมัครจากหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 อย่างน้อย 1 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 1 คน

3.3.2 เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

- 1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดกรุงเทพมหานคร
 - เพศชายหรือหญิง
 - อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
 - ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565
 - ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - เพศชายหรือหญิง
 - อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
 - ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565
 - ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดหน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ
 - เพศชายหรือหญิง
 - อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
 - ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565
 - ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - เป็นผู้อำนวยการของฝ่าย/กองที่รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขที่โดดเด่นหรือนวัตกรรมการจัดบริการสาธารณสุขที่เป็นกรณีศึกษา
- 4) กลุ่มที่ 4 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้แทนจากสังกัดโรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม. ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- เพศชายหรือหญิง
- อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาท

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5) กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัครการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หมายถึง ตัวแทนจากองค์กรอิสระ แห่งละ 2 คน รวม 2 คน

- เพศชายหรือหญิง
- อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาท

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6) กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ตัวแทนหรืออาสาสมัครจากหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างน้อย 1 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 1 คน

- เพศชายหรือหญิง
- อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาท

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.3.3 เกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย

บุคคลที่ไม่ได้เป็นบุคลากรสังกัดกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 6 กลุ่ม และไม่ได้มีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะเวลาเดือนมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565

3.3.4 เกณฑ์การขอลถอนตัว หรือคัดออกหลังจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่ออาสาสมัครขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลของอาสาสมัครมาใช้ในการวิเคราะห์ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลดังกล่าวทันที

3.4 ระเบียบวิธีวิจัย

3.4.1 การออกแบบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เกี่ยวกับการจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีวิธีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสำรวจข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล และขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.4.2 การเก็บข้อมูลการวิจัย

ประเภทของข้อมูลการวิจัย :

1) ข้อมูลทุติยภูมิ : การทบทวนเอกสาร วรรณกรรม ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลบนเว็บไซต์ (Website) กฎหมาย ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับ *หนึ่ง ข้อมูลด้านการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19* อาทิ ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ข้อมูลองค์กรและการบริหารงานของกรุงเทพมหานคร ข้อมูลสถานการณ์และการจัดการวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานครและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นโยบายของรัฐบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โครงสร้างการทำงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ *สอง การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวการวิเคราะห์เชิงสถาบัน (institutional approach) แนวคิดการจัดการวิกฤต และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ* ทั้งงานที่ศึกษาในเชิงแนวคิดทฤษฎีด้านสถาบันนิยมและนโยบายสาธารณะและงานที่ได้พยายามนำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการอธิบายการบริหารจัดการและการอภิบาลด้านการสาธารณสุข เมือง และการระบาดของโรค

ระยะเวลา : 1- 3 เดือน

2) ข้อมูลปฐมภูมิ : การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) การศึกษาวิจัยนี้จะทำการประชุมกลุ่มย่อยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกอย่างครบถ้วนใน 4 ประเด็นคือ

2.1) สถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.2) ภาวะเปราะบาง โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.3) ค่านิยม/บรรทัดฐาน และภาวะผู้นำของตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.4) ปัญหา อุปสรรค ผลกระทบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร และข้อเสนอแนะ

ระยะเวลา : 1- 3 เดือน

3.4.3 ขั้นตอนในการเข้าถึงข้อมูล

นัดหมายหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้ง 6 กลุ่ม ได้แก่ หน่วยงานในสังกัด กทม. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม. องค์กรนอกภาครัฐ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนทำการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการประชุมกลุ่มย่อยออนไลน์ โดยแยกการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง

- 1) สัมภาษณ์กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มที่ 1 – 4 จำนวน 1 ครั้ง
- 2) สัมภาษณ์กลุ่มหน่วยงานนอกภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ กลุ่มที่ 5 -6 จำนวน 1 ครั้ง

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้จะใช้กรอบการศึกษาหลัก 3 กรอบการศึกษา ได้แก่ การจัดการวิกฤตและการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ (Crisis Management & Disaster Risk Management) เครื่องมือนโยบายในฐานะกลไกมาตรการการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Policy Instruments for Emergency Management) และ กรอบการดำเนินงานการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉินจากโรคติดต่อ (Communicable Disease Emergency Medicine and Public Health) เพราะการศึกษาในลักษณะนี้ มีความจำเป็นต้องใช้หลักการของพหุวิทยาการ (Multi-Disciplinary) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ว่าวงจรของวิกฤตด้านโรคติดต่อที่เกิดขึ้น มีพัฒนาการทางด้านการแพร่กระจายและการใช้มาตรการตอบสนองอย่างไร ซึ่งการศึกษาต้องเข้าใจทั้งจากมุมมองของวงจรการจัดการวิกฤต การจัดการระบาดวิทยา และการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ เพื่อไม่ให้สถานการณ์ฉุกเฉินนั้น ๆ กลายเป็นภัยพิบัติที่มีความซับซ้อนยิ่งกว่า หรือเกิดวิกฤตบนวิกฤต จนทำให้การบริหารจัดการมีความยากเกินกว่าที่จะจัดการอย่างเป็นระบบได้ รวมทั้งต้องอาศัยหลักในการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เครื่องมือ นโยบายหรือมาตรการการจัดการของรัฐ และภาคประชาสังคมอีกด้วย

- 1.) การจัดการวิกฤตและการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ (Crisis Management & Disaster Risk Management)

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษากระบวนการจัดการวิกฤติโควิด - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยกำหนดขอบเขตการศึกษาตามขอบเขตของวิกฤต (Trans-border) ซึ่งครอบคลุมถึง 4 ขอบเขต ได้แก่

- ขอบเขตเชิงสถาบัน (Institutional location) ซึ่งหมายถึง การศึกษาข้อกำหนด กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่กำหนดให้หน่วยงานใดบ้างมีอำนาจหน้าที่สามารถใช้ทรัพยากรในการจัดการวิกฤตได้

- ขอบเขตเชิงปฏิบัติการ (Operational location) ซึ่งหมายถึง การศึกษาขอบเขตทางการปกครองระดับต่างๆทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น

- ขอบเขตเชิงการบังคับบัญชา (Command location) ซึ่งเป็นการสำรวจขอบเขตการใช้ระบบสั่งการบังคับบัญชา (command system) ในช่วงการเกิดวิกฤติ

- ขอบเขตเชิงบูรณาการ (Integrated location) เป็นการสำรวจเอกภาพการประสานงาน ให้มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานที่แตกต่างกัน

โดยขอบเขตเหล่านี้จะถูกนำมาอธิบายในรูปวงจรการจัดการวิกฤติ (Crisis management cycle) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะเข้าสู่วิกฤต ระยะระหว่างวิกฤต และระยะเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งอธิบายรายละเอียดกระบวนการและกลไกในการจัดการวิกฤติ เปรียบเทียบกับหลักการการจัดการวิกฤติเพื่อดูความครบถ้วนของการบริหารจัดการ นำหน้าว่าการจัดการด้านไหน และหาช่องว่างของการจัดการ รวมถึงวิเคราะห์คุณภาพหรือประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริหารจัดการ

2.) เครื่องมือนโยบายในฐานะกลไกมาตรการการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Policy Instruments for Emergency Management)

การศึกษาวิจัยนี้จะทำการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะในฐานะกลไกมาตรการการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยศึกษาผ่านเครื่องมือ 4 เครื่องมือ ได้แก่

- เครื่องมือทางกฎหมาย ระเบียบ และการบังคับใช้ เพื่อให้เห็นโครงสร้างการทำงานเพื่อจัดการกับภาวะวิกฤติ

- เครื่องมือเชิงสถาบันและการบริหารจัดการ ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการวิเคราะห์ระบบสุขภาพเพื่อเติมเต็มการวิเคราะห์ในแบบเดิมที่ให้ความสำคัญกับโครงสร้างของการปกครองและองค์กรด้านสุขภาพเป็นหลัก

- เครื่องมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งหมายถึง มาตรการการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุด ในภาวะวิกฤติซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการจัดลำดับความสำคัญและประสิทธิภาพการบริหารจัดการวิกฤติแต่ละช่วง

- เครื่องมือด้านการมีส่วนร่วมภาคประชาสังคมและประชาชน ซึ่งจะช่วยให้การศึกษาคครอบคลุมกลไกการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกมิติ

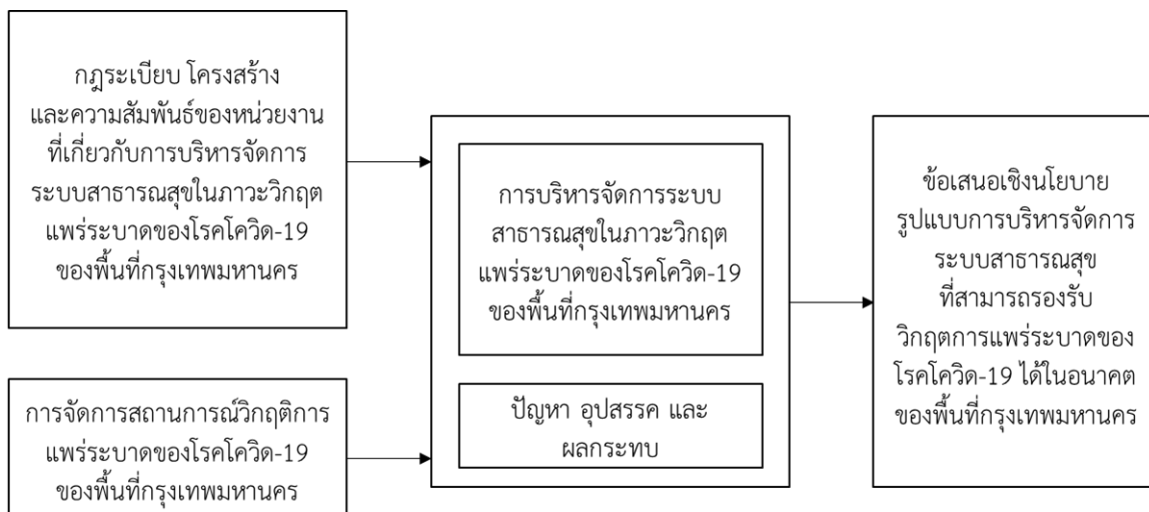
3.) กรอบการดำเนินงานการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉินจากโรคติดต่อ (Communicable

Disease Emergency Medicine and Public Health)

เป็นการทำความเข้าใจหลักการจัดการวิกฤตตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขไทยและองค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้ โดยมี 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายของระบบสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านการให้บริการสาธารณสุข (Service Delivery) องค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสาธารณสุข (Health Workforce) องค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศ (Information System) องค์ประกอบด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies) องค์ประกอบด้านการบริหารงบประมาณ (Financing) และองค์ประกอบด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Governance) โดยการวิจัยจะนำหลักคิดนี้ เชื่อมโยงกับสภาพปัญหา และพัฒนาการของสถาบันที่ใช้แก้ปัญหาในแต่ละช่วง

หลังจากการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมทั้ง 3 กรอบการศึกษานี้ งานวิจัยนี้จะผลิตข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่สามารถรับรอง วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ภายใต้ข้อจำกัดความเป็นเมืองแบบกรุงเทพมหานคร ได้ในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย



หมายเหตุ: สั้เคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์กฎระเบียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ ของหน่วยงานที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ในภาวะวิกฤตแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในบทที่ 4 นำเสนอผลการวิเคราะห์กฎระเบียบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานในพื้นที่กรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรคโควิด-19 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ตัวแสดงและการจัดเครือข่ายว่าได้มีปฏิสัมพันธ์ว่ามีความใกล้ชิดกันอย่างไรและมีแนวโน้มที่จะเข้าหากัน (หรือแยกห่างจากกัน) หรือไม่ในช่วงการบริหารจัดการโรค พร้อมทั้งการวิเคราะห์กฎและการดำเนินการตามกฎหมายที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตว่ากฎระเบียบที่ออกมาตามมาตรการสามารถตอบสนองต่อวิกฤตได้ทันที่หรือไม่ ขณะเดียวกันการทำความเข้าใจถึงการสร้างและการปฏิบัติตามกฎหมายของตัวแสดงในระดับต่าง ๆ

4.1 การวิเคราะห์ตัวแสดงและการจัดเครือข่ายสถาบันของตัวแสดงในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

4.1.1 การจัดความสัมพันธ์ของกรุงเทพมหานครและศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19

ในภาพรวมของการจัดเครือข่ายสถาบันของตัวแสดงของกรุงเทพมหานครเพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดำเนินการจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ของส่วนกลางในระดับประเทศที่เชื่อมโยงกับกรุงเทพมหานครที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เน้นการจัดวางโครงสร้างและความสัมพันธ์ตามสายบังคับบัญชาเป็นหลัก ที่สอดคล้องกับการจัดวางโครงสร้างของส่วนราชการที่มีอยู่เดิมของหน่วยงานราชการส่วนกลางและของกรุงเทพมหานครเอง แต่ในการจัดวางความสัมพันธ์แบบการประสานงานที่ตัดข้ามโครงสร้างความสัมพันธ์ของหน่วยงานแบบการบังคับบัญชา จะอาศัยการตั้งคณะกรรมการที่เชื่อมประสานงานในระดับนโยบายระหว่างส่วนกลางกับของกรุงเทพมหานคร และชุดบูรณาการระดับพื้นที่และระดับเขตในการประสานงานที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่แบ่งตามเขตจำนวน 50 เขต

การจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงที่เกิดขึ้นจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับกรุงเทพมหานครและระดับเขต โดยในระดับกรุงเทพมหานครจะทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เชื่อมโยงตัวแสดงของส่วนกลางกับกรุงเทพมหานคร ส่วนระดับเขตจะมุ่งเน้นดูแลงานการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่ โดยรับนโยบาย/แนวปฏิบัติจากระดับกรุงเทพมหานคร

1) การจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงในระดับกรุงเทพมหานครภาพรวม

การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเพื่อจัดการโรคระบาดที่เพิ่มเติมเข้ามานอกเหนือจากการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างและหน่วยงานราชการ โดยได้ตั้งศูนย์บูรณาการดูแลใน 3 ระดับ คือ หนึ่ง ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค. หรือ ศบค.ใหญ่) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ สอง ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ และสาม ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) ที่มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการศูนย์ จะเห็นได้ว่าในการทำงานของทั้งสามศูนย์จะแบ่งลำดับตามสายบังคับบัญชาจากศูนย์ที่ดูแลในระดับประเทศ ระดับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และระดับกรุงเทพมหานครตามลำดับ ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่ามีพื้นที่การดูแลที่ทับซ้อนกันระหว่างการดูแลของกรุงเทพและปริมณฑลที่นายกรัฐมนตรีเป็นผู้นำ และส่วนของระดับกรุงเทพมหานครที่มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้นำ รวมถึงภาระและบทบาทของนายกรัฐมนตรีที่ดูแลงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่อย่างกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่เป็นบุคคลตำแหน่งเดียวกันโดยตำแหน่ง แม้ว่าในทางปฏิบัติการทำงานของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นงานในระดับพื้นที่การประชุมเพื่อดำเนินงานจะมอบหมายให้เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติซึ่งเป็นรองผู้อำนวยการลำดับที่ 1 เป็นประธาน⁵²

ทั้งนี้ ในส่วนของกรุงเทพมหานคร การดำเนินงานในระดับนโยบายภายในพื้นที่จะดำเนินการโดย ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ก่อตั้งโดยคำสั่งนายกรัฐมนตรีในวันที่ 5 พฤษภาคม 2564 ที่องค์ประกอบศูนย์จะดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการรวม 36 ตำแหน่ง โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ และมีรองผู้อำนวยการ (1) - (4) อีกสี่ตำแหน่งตามลำดับ คือ เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยมีกรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค คือ ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 กระทรวง ผู้บัญชาการเหล่าทัพ 2 หน่วยงาน อธิบดีและผู้อำนวยการของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 5 หน่วยงาน ปลัดกรุงเทพมหานครและผู้ว่าราชการจังหวัดในพื้นที่ปริมณฑล 5 จังหวัด เป็นต้น โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ และฝ่ายผู้ช่วยเลขานุการที่มาจากกรมควบคุมโรค สภาความมั่นคงแห่งชาติ และหน่วยงานของกรุงเทพมหานครอย่างสำนักงานการแพทย์และสำนักอนามัย ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าในการจัดโครงสร้างดังกล่าวเน้นองค์ประกอบของผู้แทนของหน่วยงานราชการส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ มีผู้แทนของหน่วยงานในระดับพื้นที่อย่างหน่วยงานส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นเพียง 9 ตำแหน่ง โดยมาจากกรุงเทพมหานคร 4 ตำแหน่ง (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นรองผู้อำนวยการศูนย์

⁵² สะท้อนได้จากผลการประชุมที่มอบหมายให้พลเอกฉัตรพล นาควาณิชย์ เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ และเป็นรองผู้อำนวยการ (1) เป็นประธาน

ปลัดกรุงเทพมหานครเป็นกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์และผู้อำนวยการสำนักอนามัยเป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ) และจังหวัดในปริณทล (ผู้ว่าราชการจังหวัด 5 จังหวัด) ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงแห่งเดียวคือกรุงเทพมหานครที่อยู่ในคณะกรรมการชุดนี้⁵³ ทั้งนี้ ศบค. กรุงเทพมหานครและปริณทล ได้ยุบเลิกในเดือนมิถุนายน 2565 ภายหลังสถานการณ์โรคระบาดคลี่คลายลง⁵⁴

หน้าที่และอำนาจของศูนย์ฯ เพื่อแก้ไขการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในด้าน 1) การกำหนดแนวทางบูรณาการ ขับเคลื่อน เร่งรัด และติดตามการปฏิบัติงาน 2) การร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหา 3) การกลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะ และความเห็น ตามหน้าที่ และอำนาจดังกล่าว ในงานด้านการทำหน้าที่ภาพรวมในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล และในด้านการรักษาและฟื้นฟู ทางศูนย์ฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาจำนวน 3 ชุดเพื่อดำเนินการเรื่องดังกล่าวเพื่อมอบนโยบายและกำกับงานของกรุงเทพมหานคร แต่การดำเนินงานจะขึ้นตรงกับศูนย์ฯ คือ *หนึ่ง คณะอนุกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน กับ สอง คณะอนุกรรมการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์และอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นประธานร่วม (ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากผู้ดำรงตำแหน่งประธานคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดสะท้อนว่ากลไกนี้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นราชการส่วนกลาง) และสาม คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศปก. ศูนย์บูรณาการฯ) ที่มีรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการ ซึ่งคณะอนุกรรมการชุดที่สามนี้โดยโครงสร้างจะขึ้นตรงกับศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริณทล แต่จะมีการทำงานในรูปของการประสานงานกับศบค. กทม. เพื่อเชื่อมการทำงานระหว่างศูนย์ทั้งสองระดับกัน⁵⁵ ตามแผนภาพข้างล่าง*

ในส่วนการทำงานของศปก. ศูนย์บูรณาการฯ เป็นกลไกสำคัญเพื่อประสานงานระหว่าง ศปก. สองระดับ (คือ ศปก. กรุงเทพมหานครและปริณทล กับ ศปก. กรุงเทพมหานคร) จะประสานงานกับหน่วยงานการแพทย์และหน่วยงานอื่นที่สังกัดกรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์ สำนักพัฒนา

⁵³ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 6/2564 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริณทล, by ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 96 ง (ราชกิจจานุเบกษา, 96 ง 5 พฤษภาคม 2564).

⁵⁴ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 4/2565 เรื่อง ยกเลิกศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริณทล, by ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 96 ง (ราชกิจจานุเบกษา, 146 ง 23 มิถุนายน 2565).

⁵⁵ กรุงเทพมหานคร, กท 0502/ศบค.กทม. 32 ขอเชิญเข้าร่วมประชุมซักซ้อมทำความเข้าใจระบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร by ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (30 สิงหาคม 2564).

สังคม สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล และสำนักปลัดกรุงเทพมหานคร) กำหนดหน่วยงานส่วนกลางอย่าง กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) เพื่อแบ่งหน้าที่ในการบริหารจัดการโรคระบาดจำนวน 11 ด้านตามความชำนาญ คือ การ Home Isolation/Community Isolation (HI/CI Center) การติดตามสถานการณ์ (SAT) ระบบการจัดการเตียง (Bed Management Center) ศูนย์สนับสนุนออกซิเจนทางการแพทย์ การทำทีมปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาโควิด-19 เชิงรุก (Comprehensive Covid-19 Response Team: CCRT) ทีมตรวจหาเชื้อและสอบสวนโรค ทีมสนับสนุนและช่วยเหลือประชาชน ที่ประชาสัมพันธ์ ศูนย์ข้อมูล เป็นต้น

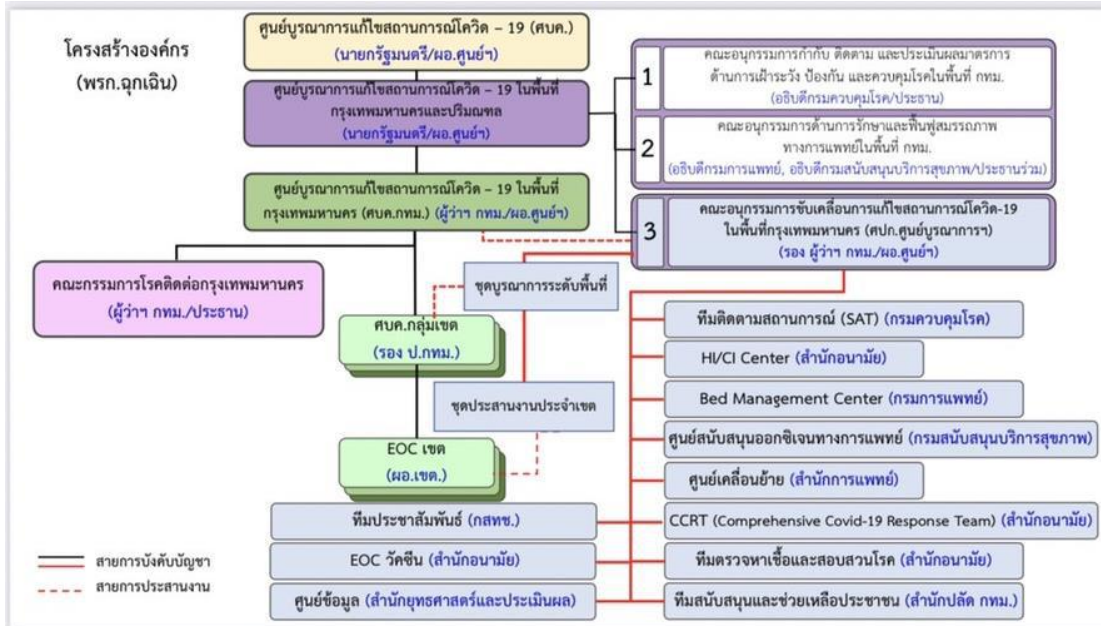
ส่วนศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค.กทม.) ที่มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการศูนย์ และมีผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร เป็นกรรมการและเลขานุการ จะอาศัยกลไกการบริหารจัดการของกรุงเทพมหานครตามโครงสร้างของส่วนราชการที่มีอยู่เดิม ทำงานควบคู่กับศปก. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และมีศปก. ศูนย์บูรณาการฯ เป็นผู้ประสานงาน โดยมอบหมายงาน โดยในกรุงเทพมหานครเองก็มีการตั้งศบค. ขึ้นเป็นการภายในอีก 2 ระดับ คือ ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับกลุ่มเขต (ศบค. กลุ่มเขต) ที่มีรองปลัดกรุงเทพมหานครรับผิดชอบ และศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต) ที่มีผู้อำนวยการเขตเป็นผู้อำนวยการศูนย์

ทั้งนี้ การดำเนินงานของ ศบค. กทม. ได้เปลี่ยนเป็นศูนย์บริหารสาธารณสุขฉุกเฉินในเดือนมิถุนายน 2565 เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เบาลง เพื่อใช้เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ด้านสาธารณสุขแทน⁵⁶

⁵⁶ ผู้จัดการออนไลน์, "ปรับ ศบค.กทม. เป็น "ศูนย์สาธารณสุขฉุกเฉิน" ป้องกันโควิด-19 ด้านแรกใน ร.ร.," 28 มิถุนายน 2565, accessed 30 มิถุนายน 2565, 2565, <https://mgronline.com/qol/detail/9650000061577>.

ภาพที่ 4.1

โครงสร้างของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)



ที่มา: กรุงเทพมหานคร

2) การจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงในระดับเขต

การจัดโครงสร้างและตัวแสดงในระดับพื้นที่เพื่อบริหารจัดการโรคระบาด จะแบ่งตามเขตพื้นที่เดิมของการแบ่งเขตของกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต โดยได้ตั้ง ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประจำเขต (ศปก.เขต) ที่มีผู้อำนวยการเขตเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ ที่จัดตั้งตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 นับตั้งแต่ภายหลังการแพร่ระบาดรอบแรกประมาณ 4 เดือน การจัดโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของศูนย์เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด กระทรวงมหาดไทย จึงขอให้กรุงเทพมหานครแจ้งสำนักงานเขตตั้งศปก. เขต และกำกับดูแลงานดังกล่าว โดยโครงสร้างของศปก. เขต จะให้ผู้อำนวยการเขตเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ และมีคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต หัวหน้าฝ่ายปกครอง หัวหน้าฝ่ายเทศกิจ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่สำนักงานเขต หัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข และตัวแทนประชาชนชุมชน และมีเลขานุการเป็นหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นเลขานุการ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของ คณะทำงานในระดับเขตส่วนใหญ่จะมาจากข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของเขตเป็นหลัก โดยมีฝ่ายประชาชนเพียง 2 ตำแหน่งซึ่งมีความใกล้ชิดกับเขต (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและประธานชุมชน)⁵⁷

⁵⁷ กระทรวงมหาดไทย, มท 0230/7596 โทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรคเขต (ศปก.เขต), by กระทรวงมหาดไทย (16 พฤษภาคม 2563).

ตารางที่ 4.1

โครงสร้างของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)

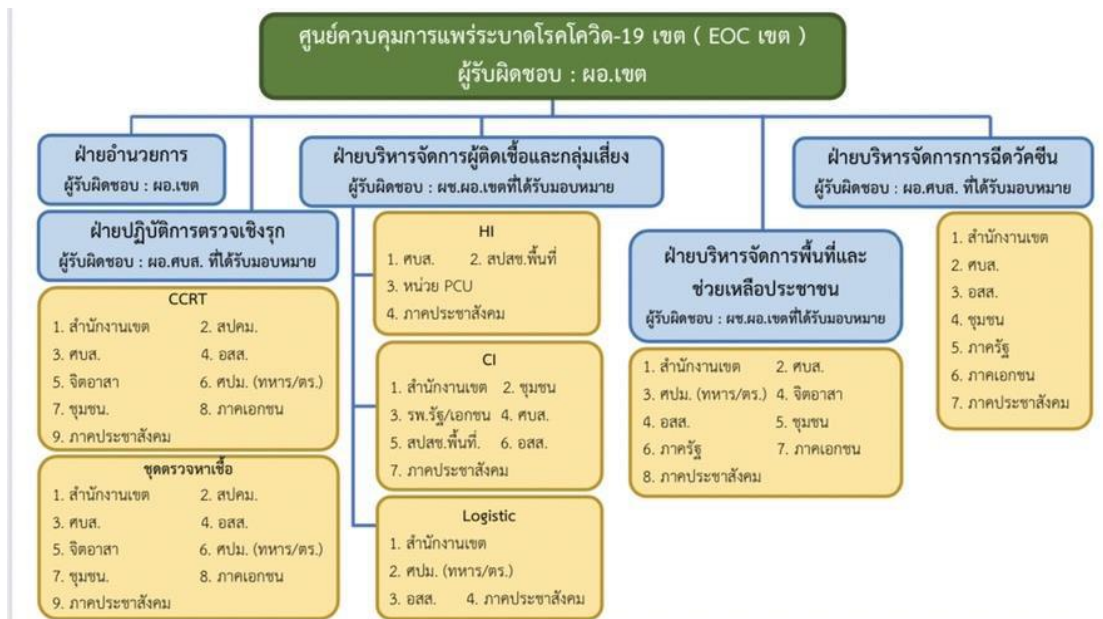
	หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ ผู้อำนวยการเขต
ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)	คณะทำงาน 1. ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต 2. หัวหน้าฝ่ายปกครอง 3. หัวหน้าฝ่ายเทศกิจ 4. ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตที่ผู้อำนวยการเขตเห็นสมควร 5. หัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 6. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 7. ตัวแทนประธานชุมชนในพื้นที่ จำนวน 1 คน
	เลขานุการ หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล
อำนาจหน้าที่	
1. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 2/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติ ตามข้อกำหนดออกตามความเห็นในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 2. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มอบหมาย	

ในส่วนของการทำหน้าที่ของศปก. เขต จะต้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามคำสั่งของศบค. ทั้ง 3 ระดับ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมอบหมาย โดยในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงพ.ศ.2564 ทำให้ศปก. เขต ต้องจัดแบ่งหน้าที่เพื่อรองรับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งหน้าที่ของศบค. ในระดับกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นการตรวจเชิงรุก การจัดการผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยง การจัดการพื้นที่และ

ช่วยเหลือประชาชน กับการบริหารจัดการวัคซีน ทั้งนี้ในโครงสร้างระดับเขตได้คาดหวังให้เกิดการทำงานร่วมกับภาคส่วนนอกภาครัฐอย่างภาคเอกชนและภาคประชาชนในทุกหน้าที่

ภาพที่ 4.2

การแบ่งหน้าที่ของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)



ที่มา: กรุงเทพมหานครและกระทรวงมหาดไทย

3) คุณลักษณะการจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงในระดับกรุงเทพมหานครและระดับเขต

การจัดโครงสร้างสถาบันและตัวแสดงในการบริหารจัดการวิกฤตมีข้อสังเกตถึงการจัดวางตำแหน่งแห่งที่และบทบาทของตัวแสดง ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ความทับซ้อนเชิงพื้นที่และอำนาจสั่งการของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 พบว่าในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นเขตพื้นที่ของศบค. 2 ระดับ คือ ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค.กทม.) ที่ฝ่ายแรกมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์และเป็นกลไกที่มีองค์ประกอบของตัวแสดงจากหน่วยงานราชการส่วนกลาง ส่วนฝ่ายหลังมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการศูนย์ที่ตัวแสดงจากหน่วยงานในกรุงเทพมหานครที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์ประกอบหลักในการดำเนินงาน (และทั้งสองศูนย์มีชื่อเรียกคล้ายคลึงกัน) แม้ว่าหน่วยงานแรกจะมีพื้นที่

การดำเนินงานที่กว้างขวางกว่า (เพราะครอบคลุมพื้นที่ปริมณฑลนอกกรุงเทพมหานคร) และต้องตั้งโครงสร้างองค์กรในลักษณะนี้ขึ้นมาคลุมศบค. กทม. อีกชั้นเพื่อให้มีอำนาจสั่งการข้ามจังหวัดได้ในภาวะวิกฤตที่พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ความวิกฤตของเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคในเขตเมืองเช่นเดียวกัน แต่ก็สะท้อนภาพความซ้อนทับเชิงอำนาจหน้าที่ที่จะส่งผลต่อการสั่งการในการจัดการระดับพื้นที่ด้วยเช่นเดียวกัน

การสั่งการของศบค. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จะนำโดยนายกรัฐมนตรีที่เป็นผู้อำนวยการสามารถใช้อำนาจในฐานะผู้อำนวยการและอำนาจในฐานะนายกรัฐมนตรีในการสั่งการส่วนราชการทั้งระดับชาติและท้องถิ่นได้จริงให้ปฏิบัติงานข้ามหน่วยงานร่วมกัน

“ทาง ศบค. ก็จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิดในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล อันนี้ท่านคงจะจำกันได้ อันนี้ก็ขึ้นมาเพื่อบริหารจัดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา และในอำนาจหน้าที่ศูนย์บริการที่วานี้ มีข้อหนึ่งที่ว่า ให้ส่วนราชการหน่วยงานของรัฐเข้ามาร่วมปฏิบัติ ในการสนับสนุนการทำงานในการแก้ไขปัญหากรุงเทพฯ และปริมณฑลด้วย อันนี้ก็เป็มือหนึ่งที่มาสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ได้ประสบความสำเร็จในที่สุด จริงๆ เขาก็บริหารจัดการสถานการณ์มาได้ด้วยดี พอถึงจุดเริ่มพิกมั้นก็เริ่มมีความตึงๆ ตัวนิดนึง พอมีกลไกที่ทางรัฐบาลจัด ที่ทาง ศบค. จัดเข้ามาเสริม ก็ไปต่อกันได้อย่างราบรื่น และสามารถบูรณาการหน่วยงานทั้งหลายเข้ามาร่วมบริหารจัดการได้”⁵⁸

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่านายกรัฐมนตรีซึ่งมีบทบาทในสภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลสถานการณ์ดังกล่าวในระดับประเทศ (ในฐานะศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 หรือ ศบค. ใหญ่ อีกตำแหน่ง) ควบคู่กับการบริหารราชการแผ่นดินด้านอื่น กล่าวคือนายกรัฐมนตรีต้องทำงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ทำให้ไม่สามารถเข้ามาปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ จึงต้องมอบหมายให้เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติซึ่งเป็นรองผู้อำนวยการลำดับที่ 1 ทำหน้าที่แทนเพื่อสั่งการมายังศบค.กทม. เมื่อพิจารณาจากผลการประชุมของศบค. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ก็จะพบว่าเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติทำหน้าที่ประธานในที่ประชุม และในการประชุมบางครั้งรองผู้อำนวยการลำดับที่ 1 ได้มอบหมายให้กรรมการท่านอื่นเป็นประธานในที่ประชุมแทน⁵⁹

⁵⁸ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁵⁹ เช่นมอบหมายให้ที่ปรึกษาาระดับกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานในที่ประชุม คูใน กระทรวงมหาดไทย, มท 0230/3807 โทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย สรุปผลการประชุมศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประจำวันพฤหัสบดีที่ 26 พฤษภาคม 2565, by กระทรวงมหาดไทย (30 พฤษภาคม 2565).

ประการที่สอง องค์ประกอบของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ที่เน้นตัวแทนจากราชการส่วนกลางเป็นหลัก หากพิจารณาในส่วนขององค์ประกอบของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าตำแหน่งส่วนใหญ่แต่งตั้งจากผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าส่วนราชการของหน่วยงานราชการส่วนกลางเป็นหลักทั้งในตำแหน่งรองผู้อำนวยการศูนย์กรรมการ กับกรรมการและเลขานุการ ได้แก่ ปลัดกระทรวง 7 กระทรวง (กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงแรงงาน) ผู้บัญชาการเหล่าทัพ 2 หน่วยงาน (กองบัญชาการทหารสูงสุดและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ) อธิบดีและเทียบเท่าจำนวน 6 หน่วยงาน (กรมการแพทย์ กรมประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สถาบันแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) และผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานอื่น (เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร เลขาธิการคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ) เป็นต้น จึงมีข้อสังเกตว่าการตั้งหัวหน้าส่วนราชการจำนวนมากดำรงตำแหน่งซึ่งแต่ละท่านมีภารกิจจำนวนมากทั้งในงานประจำของหน่วยงานตนเอง และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในโครงสร้างของคณะกรรมการ ศบค. ชุดอื่น ๆ จึงมีแนวโน้มที่คณะกรรมการดังกล่าวจะส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมแทนและอาจมิได้มีอำนาจตัดสินใจแทนหน่วยงานตนเองได้อย่างสมบูรณ์

นอกจากนี้ ใน ศบค. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีตัวแทนในระดับพื้นที่ในสัดส่วนที่น้อย คือ ในส่วนของกรุงเทพมหานคร 2 ตำแหน่ง (กรุงเทพมหานครและปลัดกรุงเทพมหานคร) กับผู้ว่าราชการจังหวัดในพื้นที่ปริมณฑล 5 จังหวัด (นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร) ทำให้ทิศทางการดำเนินงานในเชิงพื้นที่จึงให้น้ำหนักกับบทบาทของผู้แทนของหน่วยงานราชการส่วนกลางเป็นหลัก

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าในองค์ประกอบของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค.กทม.) ไม่ได้มีตัวแทนของภาคเอกชนและภาคประชาชนในโครงสร้างดังกล่าว ยกเว้นในส่วนของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เขต (ศปก. เขต) ที่มีตัวแทนของประชาชน

ประการที่สาม ความสัมพันธ์ระหว่างศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 แต่ละศูนย์มีหลายระดับและมีช่องว่างในการสร้างกลไกในระดับพื้นที่ต่ำกว่าเขต ทั้งนี้ในพื้นที่กรุงเทพมหานครจะดำเนินงานภายใต้การจัดความสัมพันธ์ของศบค. ในระดับต่าง ๆ แบบบนลงล่าง ออกเป็นหลายระดับซึ่งสะท้อนวิถีคิดในระดับนโยบายที่มองว่าการจัดโครงสร้างตามลำดับชั้นในการตั้ง ศบค. เพื่อแก้ไขปัญหาและการจัดให้เกิดการวางโครงสร้างให้เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ เหมือนการจัดตั้งศบค. ในจังหวัดต่าง ๆ ที่เป็นราชการส่วนภูมิภาคเป็นวิธีการที่เหมาะสม

“เรื่องของโครงสร้าง เนื่องจากในกทม.มี 50 เขต จะมีศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 เป็นผอ.เขต และจากระดับเขตก็จะเป็นระดับชั้นลงไป ซึ่งจะเหมือนในต่างจังหวัดที่ผู้ว่าฯ มีนายอำเภอ และจากระดับเขตก็จะเป็นระดับชั้นลงไป โดยจะมีการแบ่งการทำงาน เช่น เป็นฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายตรวจปฏิบัติการเชิงรุก ฝ่ายบริหารจัดการติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยง ฝ่ายบริหาร พื้นที่ ๓๓๖๕๓๓ เป็นต้น”⁶⁰

ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ศบค. ที่ถูกจัดตั้งขึ้นแบ่งเป็นระดับประเทศ 2 ศูนย์ ระดับพื้นที่ข้ามจังหวัด 1 ศูนย์ (ศบค. กรุงเทพและปริมณฑล) และระดับกรุงเทพมหานคร 3 ศูนย์ (ศบค.กทม. ศบค. กลุ่มเขต และศบค. เขต) ทำให้เห็นว่ามีชั้นของความสัมพันธ์อยู่หลายระดับในการทำงานซ้อนทับกัน ทั้งนี้ในแต่ละศบค. ก็จะมี คณะทำงานย่อยอยู่ภายในอีกที่ทำงาน สั่งการ และกำกับดูแลลงมาในระดับพื้นที่อีกด้วย ซึ่งนอกจากโครงสร้างและความสัมพันธ์ของศูนย์ที่มีหลายระดับก็ยังมีส่วนที่เกี่ยวกับการทำงานร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นในสังกัดกรุงเทพมหานคร และส่วนราชการอื่น ๆ ในพื้นที่ที่ทำให้เกิดการซ้อนทับของตัวแสดงจำนวนมากอีกด้วย

ตารางที่ 4.2

จำนวนศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19	ผู้อำนวยการศูนย์	ระดับ
1.	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค. หรือ ศบค.ใหญ่)	นายกรัฐมนตรี	ประเทศ
2.	ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค. หรือ ศบค.ชุดเล็ก)	เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ	ประเทศ
3.	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	นายกรัฐมนตรี (มีเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติเป็นรองผู้อำนวยการ)	พื้นที่ (กทม. และ ปริมณฑล)
4.	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค.กทม.)	ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	พื้นที่ (กทม)
5.	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับกลุ่มเขต (ศบค. กลุ่มเขต)	รองปลัดกรุงเทพมหานคร	พื้นที่ (กลุ่มเขต)

⁶⁰ ประชาชาติธุรกิจ, "ประยุทธ์ ตั้ง “ศูนย์โควิดกทม.และปริมณฑล” คุมการระบาดเบ็ดเสร็จ," 4 พฤษภาคม 2564, accessed 25 มิถุนายน 2565, 2565, <https://www.prachachat.net/politics/news-661754>.

	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19	ผู้อำนวยการศูนย์	ระดับ
6.	ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต)	ผู้อำนวยการเขต	พื้นที่ (เขต)

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ในต่างจังหวัด พบว่ามีการตั้งและจัดวางความสัมพันธ์ของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (ศปก.) ในแต่ละระดับภายในจังหวัด ประกอบด้วย ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.) และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.) (ตามตารางที่ 5) โดยประเภทของศูนย์เหล่านี้จะสอดคล้องตามรูปแบบของการแบ่งส่วนราชการส่วนภูมิภาค (จังหวัด อำเภอ ตำบล และ หมู่บ้าน) ยกเว้นในกรณีของเทศบาลนครและเทศบาลเมืองที่เป็นไปตามรูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่โครงสร้างและการสั่งการในจังหวัดถูกบูรณาการภายใต้หน่วยงานสังกัดเดียวกัน คือ กระทรวงมหาดไทย เนื่องจากหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการเป็นข้าราชการของกระทรวงมหาดไทย (ศปก.จ. มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้า ศปก.อ.มีนายอำเภอเป็นหัวหน้า และ ศปก.ต.มีปลัดอำเภอเป็นหัวหน้า) ยกเว้นศปก.ทน. และศปก.ทม. ที่มีนายกเทศมนตรีที่มาจากการเลือกตั้งเป็นหัวหน้า แต่การดำเนินงานของศปก. ทั้งหมดจะอยู่ภายใต้การมอบหมายของผู้ว่าราชการจังหวัด

เมื่อเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของศูนย์ฯ ต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่จังหวัดมีข้อสังเกตว่าระดับชั้นของศูนย์ต่าง ๆ ในต่างจังหวัดจะมีน้อยกว่า (มี 4-5 ระดับ) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (มี 6 ระดับ) และในต่างจังหวัดมีศูนย์ฯ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชั้นล่าง (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นหน่วยย่อยทำหน้าที่ในพื้นที่ตำบลและพื้นที่เทศบาลเพื่อดูแลพื้นที่ขนาดเล็กที่เป็นระดับต่ำกว่าระดับอำเภอที่มีประชากรกับพื้นที่น้อยกว่า แตกต่างจากกรุงเทพมหานครที่ศูนย์ขนาดเล็กที่สุดอยู่ในระดับเขตซึ่งมีพื้นที่การดูแลและประชากรมากกว่า โดยที่ไม่ได้มีกลไกใน ระดับต่ำกว่าเขต เข้ามารองรับซึ่งอาจเกิดจากกรุงเทพมหานครไม่ได้มีกลไกการบริหารราชการในระดับต่ำกว่าเขต ยกเว้นการที่เขตจะอาศัยเครือข่ายของชุมชนและภาคประชาสังคมที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ ของเขต

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของศูนย์ฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและในพื้นที่จังหวัด

ระดับ	ระดับความสัมพันธ์ของศูนย์ฯ ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร	ระดับความสัมพันธ์ของศูนย์ฯ ในพื้นที่ จังหวัด	
ประเทศ	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค. หรือ ศบค.ใหญ่)		
ประเทศ	ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด – 19 (ศปก.ศบค. หรือ ศบค.ชุดเล็ก)		
พื้นที่ข้าม จังหวัด	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	-	-
พื้นที่จังหวัด	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค.กทม.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.)	
พื้นที่กลุ่มเขต	ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับกลุ่มเขต (ศบค. กลุ่มเขต)	-	-
พื้นที่เขต/ อำเภอ	ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด- 19 (ศปก. เขต)	ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรค อำเภอ (ศปก.อ.)	ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรคเทศบาล นคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.)
พื้นที่ต่ำกว่า เขต/อำเภอ	-	ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.)	

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

ส่วนสมาชิกในคณะทำงานของศปก. ของต่างจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่เป็นข้าราชการในสังกัดของกระทรวงมหาดไทยแม้ว่าจะสังกัดอยู่กรมอื่น ๆ อาทิ ท้องถิ่นจังหวัด พัฒนาการจังหวัด และหัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดที่เป็นคณะทำงานของ ศปก.จ. เป็นต้น ยกเว้นฝ่ายเลขานุการของศปก. ที่จะมียกเว้นจากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข (ศปก.จ. มีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นเลขานุการ ศปก.อ. มีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และศปก.ต. มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเลขานุการ) จึงมีข้อสังเกตว่าโครงสร้างและความสัมพันธ์ของศปก. ภายในจังหวัดมีโครงสร้างการทำงานที่ซับซ้อนน้อยกว่าและเป็นเอกภาพในการสั่งการระหว่างส่วนราชการมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานครที่มีส่วนราชการในสังกัดและนอกสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวนมากว่า แต่องค์กรประกอบของศปก.จ. ศปก.อ. และศปก.ต. อาจยังมีปัญหาเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาชน

เนื่องจากในขณะทำงานไม่มีตัวแทนใดจากภาคเอกชนและภาคประชาชน ซึ่งแตกต่างจาก สปก.เขต ของ กรุงเทพมหานครที่มีตัวแทนประชาชนชุมชนเข้าไปดำรงตำแหน่ง⁶¹

อย่างไรก็ตาม การจัดการของสปก. ภายในจังหวัดจะมีเพียงศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (สปก.ทน./สปก.ทม.) ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลักทั้งหัวหน้าและมี องค์ประกอบหลักจากส่วนงานในเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง⁶² เนื่องจากเทศบาลนครและเทศบาลเมืองเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีประชากรและทรัพยากรในการบริหารจัดการภายในพื้นที่ จึงมีความ พร้อมในการจัดการโรคระบาดในพื้นที่มากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กกว่า แต่การดำเนินงาน ของเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองมีความสัมพันธ์กับผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่งทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานของ ส่วนราชการในจังหวัดทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นมาอย่างยาวนานก่อนการแพร่ระบาดของโรค

การขาดแคลนกลไกระดับต่ำกว่าเขตเป็นข้อแตกต่างสำคัญในโครงสร้างความสัมพันธ์ ของสปค. ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เนื่องจากกลไกระดับต่ำกว่าเขตมีความสำคัญในการทำงาน เชิงพื้นที่ด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชน ในส่วนของกรุงเทพมหานครที่สปก. เขต ต้องอาศัยโครงสร้างและ ทรัพยากรการทำงานของสำนักเขตที่มีจำกัดในพื้นที่เขตที่กว้างขวางเทียบเท่ากับพื้นที่ในระดับอำเภอ แต่มี ความซับซ้อนของปัญหาจากลักษณะความเป็นเมืองและความหนาแน่นของประชากรที่มากกว่าอำเภอใน ต่างจังหวัด ทำให้เขตต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่สำนักงานเขตไม่ได้มีอำนาจหน้าที่สั่งการโดยตรง เช่น สถานพยาบาลทั้งในและนอกพื้นที่เขตที่มีสังกัดแตกต่างกันทั้งสังกัดกรุงเทพมหานครและสังกัดหน่วยงาน อื่นของรัฐและเอกชน โรงพยาบาลสนามที่อยู่ในการดูแลทั้งของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และระบบ การแพทย์ปฐมภูมิของศูนย์บริการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ที่อยู่ในการ ดูแลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมถึงสำนักงานเขตต้องเร่งพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายภาค ประชาชนทั้งที่สำนักเขตมีอยู่เดิมและที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะกิจอย่างกว้างขวางที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนการเกิด วิกฤต อาทิ ประชาชนชุมชนและประชาชนในพื้นที่ เครือข่ายอาสาสมัครและมูลนิธิต่าง ๆ เป็นต้น⁶³ แตกต่างจาก ในต่างจังหวัดที่มีกลไกระดับต่ำกว่าอำเภอเข้ามาทำงานในพื้นที่มากกว่าและมีการทำงานอย่างต่อเนื่องยาวนาน กว่าเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดในพื้นที่ที่มีประชากรและความเป็นเมืองน้อยกว่ากรุงเทพมหานคร ทั้งการ ทำงานของฝ่ายราชการส่วนภูมิภาคและการปกครองท้องถิ่น (อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน) ที่มีหน่วยงานรองรับ ด้านสาธารณสุขที่ทำงานอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอสม. และราชการ ส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล) โดยการใช้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ต่างจังหวัดมีข้อได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบมากกว่าสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร เนื่องจากอปท. มี โครงสร้างและกลไกการทำงาน รวมถึงมีงบประมาณและบุคลากรที่จำเป็นต่อการทำงานระดับพื้นที่และมี

⁶¹ กระทรวงมหาดไทย, มท 0230/2641 โทสรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรค (สปก.), by กระทรวงมหาดไทย (7 พฤษภาคม 2563), 2-3.

⁶² มท 0230/2641 โทสรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (สปก.), 3.

⁶³ ดูในข้อ 4.1.2 และ 4.1.3

ประสบการณ์การทำงานใกล้ชิดกับพื้นที่อย่างยาวนานและมีอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเองในระดับหนึ่งมากกว่า โดยเปรียบเทียบตัวอย่างเช่น สถานีอนามัย หรือศูนย์บริการด้านสาธารณสุขและชุมชนในสังกัดของอปท. โดยตรง นอกจากนี้ ทั้งฝ่ายราชการของภูมิภาคและฝ่ายท้องถิ่นได้มีเครือข่ายการทำงานของตนเองในภารกิจต่าง ๆ ที่มีมาก่อนการแพร่ระบาดอีกด้วย

ตารางที่ 4.4

โครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคภายในจังหวัด

องค์ประกอบ	ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา-19 (ศปก.จ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.)
หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ	ผู้ว่าราชการจังหวัด	นายอำเภอ	ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบประจำตำบลหรือหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอที่นายอำเภอมอบหมาย	นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง
คณะทำงาน	<ol style="list-style-type: none"> รองผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด หัวหน้าสำนักงานจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด พัฒนาการจังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มบริหารงานปกครอง ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร หน่วยงานความมั่นคงในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย พัฒนาการอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอที่นายอำเภอเห็นสมควร 	<ol style="list-style-type: none"> ตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรที่รับผิดชอบตำบล ข้าราชการผู้รับผิดชอบระดับตำบลที่นายอำเภอเห็นสมควร ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 	<ol style="list-style-type: none"> ปลัดเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง เจ้าหน้าที่เทศกิจ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่เทศบาลนคร/เทศบาลเมืองที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นสมควร ตัวแทนประชาชนชุมชนในเขตเทศบาล จำนวนไม่เกิน 2 คน

องค์ประกอบ	ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา-19 (ศปก.จ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.)
	8. นายอำเภอทุกอำเภอ 9. หัวหน้าส่วนราชการอื่นที่ผู้ว่าราชการจังหวัดเห็นสมควร	6. ท้องถิ่นอำเภอ 7. กำนัน		
เลขานุการร่วม	ปลัดจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	ปลัดอำเภอและสาธารณสุขอำเภอ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.)	ผู้อำนวยการสำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
อำนาจหน้าที่	1. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 2/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความเห็นในมาตรา 9	1. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 2/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความเห็นในมาตรา 9	1. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 2/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความเห็นในมาตรา 9	1. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 2/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความเห็นในมาตรา 9

องค์ประกอบ	ศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา-19 (ศปก.จ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.)	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.)
	<p>แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548</p> <p>2. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัด มอบหมาย</p>	<p>แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548</p> <p>2. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอมอบหมาย</p>	<p>แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548</p> <p>2. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอมอบหมาย</p>	<p>แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548</p> <p>2. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย</p>

ที่มา: กระทรวงมหาดไทย

4.1.2 การจัดความสัมพันธ์ของหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานครและนอกสังกัด กรุงเทพมหานคร: พิจารณาจากความร่วมมือของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานเพื่อจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตัวแสดงระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครกับหน่วยงานที่มีได้อยู่ในสังกัดเป็นเรื่องที่จำเป็นที่ กรุงเทพมหานครต้องอาศัยความร่วมมือจากส่วนราชการในส่วนกลางและภูมิภาค ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งนี้การจัดบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นในช่วงวิกฤตต้องอาศัยสถานพยาบาลภายในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่ใกล้เคียง สถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครและพื้นที่รอบกรุงเทพฯ ที่จัดได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีสถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนจำนวนมาก เฉกเช่นเดียวกับมีความพร้อมทางด้านทรัพยากรทั้งในเชิงการเงินและบุคลากรในการบริหารจัดการด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น จากสถิติจำนวนเตียงในสถานพยาบาลต่อจำนวนประชากร กรุงเทพมหานครถือเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนที่ดีและได้เปรียบมากกว่าภูมิภาคอื่น โดยในกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกัน ดังนี้

1) **สถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร** คือ สถานพยาบาลที่สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครจำนวน 11 แห่ง (อาทิ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ฯลฯ) และที่สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (โรงพยาบาลวชิระ) ที่กรุงเทพมหานครมีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลโดยตรง นอกจากนี้ ยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่สังกัดสำนักอนามัยที่ทำหน้าที่ด้านการแพทย์ปฐมภูมิที่ให้น้ำหนักกับงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2) **สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** อาทิ สังกัดกรมการแพทย์ (อาทิ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) เป็นต้น

3) **สถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์** อาทิ สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล (โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี) ซึ่งรวมถึงสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตปริมณฑล อาทิ สังกัดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ) สังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน) เป็นต้น โดยโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยเป็นเครือข่ายของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)

4) **สถานพยาบาลสังกัดหน่วยงานรัฐอื่น ๆ และมูลนิธิ** อาทิ สังกัดกระทรวงกลาโหม (เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (โรงพยาบาลตำรวจ) หรือสังกัดสภาอากาศไทย (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) เป็นต้น

5) สถานพยาบาลสังกัดเอกชน คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการใน กรุงเทพมหานครในลักษณะการแสวงหากำไรและมีลูกค้าเฉพาะ ที่ได้เข้ามาช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทุกกลุ่มในกรุงเทพมหานครช่วงภาวะวิกฤต

ตารางที่ 4.5

จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อประชากร จำแนกรายภาค พ.ศ.2562 - 2564

ภาค	2562	2563	2564
ทั่วราชอาณาจักร	415	393	389
กรุงเทพมหานคร	189	183	189
ภาคกลาง	397	384	381
ภาคเหนือ	434	424	407
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	561	506	496
ภาคใต้	476	441	436

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.6

จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อประชากร จำแนกรายภาค พ.ศ.2562 - 2564

ภาค	2562		2563		2564	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
ทั่วราชอาณาจักร	1,370	158,026	1,356	166,314	1,344	160,440
กรุงเทพมหานคร	129	29,504	132	30,135	135	28,879
ภาคกลาง	363	42,712	361	44,252	355	42,278
ภาคเหนือ	270	26,875	264	27,363	263	26,494
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	393	39,172	388	43,223	382	42,372
ภาคใต้	215	19,763	211	21,341	209	20,417

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.7

ข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์จำนวนสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครพ.ศ.2562

	ประเภทของสถานพยาบาล	จำนวน
1.	ที่ตั้งโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร	8 แห่ง
2.	ที่ตั้งโรงพยาบาลรัฐบาลในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร	30 แห่ง
3.	ที่ตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร	77 แห่ง
4.	ที่ตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร	68 แห่ง
5.	ที่ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร	1,300 แห่ง
6.	ที่ตั้งโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร	91 แห่ง
7.	ที่ตั้งคลินิกยาเสพติดภายในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร	21 แห่ง

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์กรุงเทพมหานคร (BMA GIS Center)

ในส่วนของการดำเนินงานของระบบสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดบริการด้านสาธารณสุขภายใต้โครงสร้างการบังคับบัญชาของตนเองที่ประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกัน ดังนี้

1) **สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร** มีอำนาจหน้าที่จัดให้มีบริการโรงพยาบาลในการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริหารและจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดการบาดเจ็บและการตายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงจัดการศึกษา ฝึกอบรม พัฒนาทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยในสำนักงานการแพทย์จะมีส่วนราชการที่ทำหน้าที่ในภาพรวมของหน่วยงาน อาทิ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานครทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การเกิดสาธารณภัย สำนักงานพัฒนา ระบบบริการทางการแพทย์ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผน กำกับติดตาม วิเคราะห์และประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร รวมถึงเป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ให้กับกรุงเทพมหานคร และสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงานสารบรรณและธุรการทั่วไป

นอกจากนี้ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ที่ทำหน้าที่การรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจำนวน 11 แห่งในพ.ศ.2565 ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินิธโร อุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โรงพยาบาลคลองสามวา และโรงพยาบาลบางนา กรุงเทพมหานคร⁶⁴

2) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้าน พฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ การให้บริการในระดับศูนย์บริการสาธารณสุข การดำเนินการตาม กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การวิจัย พัฒนาความรู้ และรูปแบบการ จัดระบบบริการสาธารณสุข การสุขาภิบาลอาหาร การอาชีวอนามัย และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การเผยแพร่ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุม สิ่งแวดล้อมภายในอาคารสถานที่และชุมชน และพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ โดยให้บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการสำรวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขาภิบาลที่ดี ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยในการดำเนินงานภาครวมของสำนัก อนามัยจะประกอบด้วย สำนักงาน 5 สำนัก (ได้แก่ สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงาน ป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุข สำนักงานสัตว์แพทย์สาธารณสุข และสำนักงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม) และกอง 8 กอง (ได้แก่ สำนักงานเลขานุการ กองสร้างเสริม สุขภาพ กองสุขาภิบาลอาหาร กองควบคุมโรคติดต่อ กองการพยาบาลสาธารณสุข กองทันต สาธารณสุข กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองเภสัชกรรม)⁶⁵

นอกจากนี้ งานสำคัญของสำนักอนามัยในระดับพื้นที่คือการจัดการบริการ *ระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ* โดยในพ.ศ.2565 มี ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 69 แห่ง และศูนย์บริการ สาธารณสุขสาขาจำนวน 73 แห่งกระจายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงการดูแลศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1,300 แห่ง

อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครเป็นเพียงส่วน หนึ่งและเป็นส่วนน้อยของภาพรวมในการให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพราะยังมี หน่วยงานนอกสังกัดจำนวนมากของกรุงเทพมหานครทำหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขและมี โครงสร้างกับอำนาจหน้าที่ในการทำงานของตนเองที่แยกขาดจากการดำเนินงานของกรุงเทพมหานคร มายาวนานก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตัวอย่างเช่น สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสังกัดมหาวิทยาลัยที่ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่กรุงเทพมหานครและ

⁶⁴ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, "แผนปฏิบัติการสำนักการแพทย์ประจำปี พ.ศ.2565," 2565, accessed 10 กรกฎาคม, 2565, <http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/Plan/65/1.pdf>.

⁶⁵ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, "แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ.2565 สำนักอนามัย (กรุงเทพมหานคร: สำนัก อนามัย, 2565), 1.

ต่างจังหวัดจำนวนมากไปเข้าใช้บริการ โดยจากการเก็บข้อมูลพบว่าการจัดความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ พบว่ามีข้อสังเกตต่อการสร้างความร่วมมือและผลการดำเนินงาน ดังนี้

ประการที่หนึ่ง การพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลของภาครัฐ เอกชน และมูลนิธิที่มีสังกัดแตกต่างกันและไม่ได้มีความพร้อมในการจัดการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตมาก่อนต้องอาศัยระยะเวลาและส่งผลต่อการรับมือวิกฤตการแพร่ระบาด

ในการพัฒนาโลกเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในภาพรวมกรุงเทพมหานครอาศัยกลไกของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) เพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร หน่วยงานรัฐนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผ่านการดำเนินงานโดยคณะอนุกรรมการหลัก 3 ชุด คือ คณะอนุกรรมการกำกับติดตาม และประเมินผลมาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน คณะอนุกรรมการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์และอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นประธานร่วม และสาม คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศปก. ศูนย์บูรณาการฯ) โดยที่โครงสร้างการทำงานจะอาศัยให้หน่วยงานของราชการส่วนกลางอย่างกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาทำงานและมีการจัดประชุมร่วมกันของหลายภาคส่วน ซึ่งการทำงานดังกล่าวรวมถึงการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานครที่มีสังกัดแตกต่างกันด้วยในการรองรับผู้ป่วย

“สำหรับหน่วยงานภายนอก ในระดับกระทรวงสาธารณสุข จะมีทั้งกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ ซึ่งก็จะมีการประชุม กรมการแพทย์นี้เข้ามาเป็นในส่วนของอนุรักษ์านะคะ ซึ่งทำงานร่วมกันกับสำนักการแพทย์ ก็จะมีการประชุมร่วมกันระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โรงเรียนแพทย์ 4 เหล่าภาค นอกจากนี้หน่วยงานข้างนอกก็จะเป็นกลุ่มจิตอาสา มูลนิธิต่าง ๆ ที่เข้ามาช่วยเสริม”⁶⁶

สำหรับการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในกรุงเทพมหานคร พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรคเริ่มแรก มีการทำงานร่วมกันระหว่างกลไกและหน่วยงานทางการแพทย์

⁶⁶ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

ของกรุงเทพมหานครที่มีอยู่เดิม อาทิ สำนักงานแพทย์ สำนักงานมัย และสถานพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานคร โดยลักษณะการทำงานยังเน้นการแบ่งงานกันทำในระยะเริ่มแรกที่ภาวะการระบาดยังไม่อยู่ในระดับวิกฤตและมีผู้ป่วยน้อย อาทิ การให้สำนักงานมัยทำหน้าที่สืบสวนโรคเพื่อสืบสวนหาแหล่งกำเนิดของการแพร่ระบาดเมื่อพบผู้ติดเชื้อ และสำนักงานแพทย์ทำหน้าที่ผู้ติดเชื้อที่มีผลบวก (positive) ที่สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์จะเข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วย ศูนย์เฮอร์วีนทำหน้าที่รับเรื่องที่ประชาชนขอความช่วยเหลือและรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้มีการพัฒนาความร่วมมือและการเชื่อมต่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อให้สามารถปรับตัวกับความรุนแรงของภาวะการระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อที่สูงขึ้น ทำให้สำนักอื่น ๆ ต้องเข้ามาทำหน้าที่เพื่อแบ่งเบาภาระของหน่วยงานหลัก อาทิ สำนักงานมัยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่พำนักในที่อยู่อาศัย (Home Isolation) เป็นต้น นอกจากนี้ การร่วมมือกันในหน่วยงานของกรุงเทพมหานครยังขยายไปยังสำนักอื่น ๆ อาทิ สำนักโยธาได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงที่ต้องเข้ามาตั้งโรงพยาบาลสนาม สำนักสิ่งแวดล้อมเข้ามาจัดการเรื่องขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย หรือสำนักเทศกิจเข้ามาช่วยเหลือเรื่องรับส่งผู้ป่วยร่วมกับศูนย์เฮอร์วีน เป็นต้น

ในส่วนของการทำหน้าที่ของสถานพยาบาลที่สังกัดสำนักงานแพทย์ ในช่วงแรก กรุงเทพมหานครได้บริหารจัดการเตียงและการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ต่อมาเมื่อภาวะการแพร่ระบาดเริ่มมากขึ้นจึงได้ใช้โรงพยาบาลที่มีอยู่ในสังกัด กรุงเทพมหานครทั้งหมดมาดูแลผู้ป่วย และต่อมาได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพิ่มขึ้นมาจำนวน 5 แห่ง เมื่อโรงพยาบาลที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับการรักษาได้ โดยได้ก่อตั้งโรงพยาบาลเฮอร์วีน 1 โดยใช้อาคารสนามกีฬาของกรุงเทพมหานครที่เขตบางบอน รวมถึงจัดตั้งโรงพยาบาลสนามขยายในพื้นที่โรงพยาบาลเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

นอกจากนี้ ในกลุ่มเขต/เขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานครในการจัดหา/จัดตั้งสถานพยาบาล ในระดับเขตของกรุงเทพมหานครจะอาศัยการทำงานโดยแบ่งออกเป็นกลุ่มเขตโดยมีศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับกลุ่มเขต (ศบค. กลุ่มเขต) ที่มีรองปลัดกรุงเทพมหานครเป็นประธาน และการทำงานในระดับเขตของศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประจำเขต (ศปก. เขต) หรือ EOC เขต ที่มีผู้อำนวยการสำนักงานเขตเป็นประธานทั้งหมด 50 เขต เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการภายในพื้นที่เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคมากขึ้นจนทำให้โรงพยาบาลที่มีไม่สามารถรองรับได้ เพื่อจัดหาเตียงให้กับผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยไปยังพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงการจัดตั้งศูนย์พักคอยในระดับเขต โดยกรุงเทพมหานครได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับกลุ่มเขตจำนวน 8 แห่ง และศูนย์พักคอยจำนวน 48 แห่ง โดยให้ผู้อำนวยการเขตเข้ามาทำหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลสนามระดับกลุ่มเขตและศูนย์พักคอยเหล่านี้

ในส่วนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกันก็เป็นเรื่องจำเป็นเช่นกันเนื่องจากกรุงเทพมหานครในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีสถานพยาบาลในการดูแลมากนักเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานอื่น จากข้อมูลใน พ.ศ.2564 สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนเตียงรวมทั้งสิ้น 2,736 เตียง ซึ่งเปิดให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมจำนวนเตียงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประมาณร้อยละ 8.66 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเพราะอีกกว่าร้อยละ 92 ต้องอาศัยการพึ่งพาเตียงจากสถานพยาบาลอื่น ๆ⁶⁷ อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงแรกต้องใช้เวลาเพื่อพัฒนาความร่วมมือเพื่อประสานงานและจัดบริการเกี่ยวกับโรคระบาดแบบข้ามหน่วยงาน และการพัฒนาความร่วมมือมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามความรุนแรงของการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น สะท้อนได้จาก กลไกของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) ที่ได้มีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่างสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ที่เริ่มต้นในพ.ศ.2563

ตัวอย่างของการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลข้ามหน่วยงานเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามลำดับและมีการเข้ามาของผู้ที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา เช่น กระทรวงกลาโหมได้เข้ามามีความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครในเดือนมีนาคม พ.ศ.2564 ที่เข้ามาช่วยเหลือในการตั้งสถานที่กักตัวรัฐ (State Quarantine) หรือกลุ่ม UHosNet ที่ได้จัดระบบโดยสถานพยาบาลจะมุ่งเน้นด้านการรักษาจึงได้จัดแบ่งกลุ่มของสถานพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยเพื่อแบ่งพื้นที่ในการดูแลออกเป็น 4 เขต คือ เขตเหนือ เขตใต้ เขตตะวันออก และเขตตะวันตกเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง รวมไปถึงการจัดวางระบบการรับส่งผู้ป่วย ซึ่งในช่วงของการแพร่ระบาดรอบแรกในพ.ศ.2563 ยังสามารถรองรับภาวะการแพร่ระบาดได้

“ในช่วงแต่ละช่วงที่มีการระบาด ก็จะมีการส่งต่อกลุ่มของคนไข้ที่มีลักษณะสีเหลือง-แดง สีเหลืองเข้ม และสีแดง เข้ามาเป็นจำนวนมาก โดยที่เราก็มีการที่จะแบ่งเขตการดูแลรับผิดชอบ ผสมยกตัวอย่าง เราแบ่งเขตกรุงเทพมหานครเป็น 4 เขตหลัก ทางเหนือ ใต้ ตะวันออก ตะวันตก โดยมีทั้งกลุ่มของจุฬาลงกรณ์คอยดูส่วนหนึ่ง กลุ่มของศิริราช กลุ่มของรามธิบดี และกลุ่มของธรรมศาสตร์กับ มศว. เราดูทางกรุงเทพฯ ตอนเหนือ เพื่อจะชี้ท่เรื่องของระบบ refer ในการส่งต่อผู้ป่วยสีแดงมาที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ อันนี้

⁶⁷ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ก็เป็นบทบาทในเชิงของช่วงแรกนะครับ แต่ก็ต้องยอมรับนะครับว่า ที่เซ็ทช่วงแรกๆ 2563 ในเวฟแรกก็สามารถที่จะรองรับได้ดีพอสมควร แต่พอเวฟ 2 เวฟ 3 เข้า 2564 2565 ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ก็มีการเซ็ทและรับผิดชอบในเรื่องของหน้าที่การรับ refer ในผู้ป่วยสีเหลือง สีแดง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 4 เขต”⁶⁸

ต่อมาในปีพ.ศ.2564 ความร่วมมือของสถานพยาบาลทั้งของกรุงเทพมหานครและนอกสังกัดกรุงเทพมหานครก็ได้ร่วมมือกันในการพัฒนาระบบการจัดการเตียงให้กับผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเริ่มจากการพัฒนาระบบสายด่วนเพื่อเปิดช่องทางติดต่อหาเตียงทางโทรศัพท์ทั้งของศูนย์เอราวัณ กรุงเทพมหานคร (เบอร์ 1669) สายด่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (เบอร์ 1330) และสายด่วนของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เบอร์ 1668) เพื่อจัดหาเตียง โดยแบ่งตามอาการของผู้ป่วยในกรณีที่มีอาการไม่มากกรุงเทพมหานครจะให้การดูแลที่โรงพยาบาลสนาม แต่หากมีอาการระดับปานกลางหรือรุนแรงจะถูกส่งตัวเข้าโรงพยาบาล โดยมีเครือข่ายโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลของเอกชน นอกจากนี้ ยังได้แบ่งกลุ่มเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานครในการรับผู้ป่วยจำนวน 6 เขตโดยให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของมหาวิทยาลัยและของกรมการแพทย์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโซน คือ

- 1) โซนที่ 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี เป็นหัวหน้าโซน
- 2) โซนที่ 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นหัวหน้าโซน
- 3) โซนที่ 3 โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เป็นหัวหน้าโซน
- 4) โซนที่ 4 โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นหัวหน้าโซน
- 5) โซนที่ 5 โรงพยาบาลศิริราช เป็นหัวหน้าโซน
- 6) โซนที่ 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นหัวหน้าโซน⁶⁹

ทั้งนี้ กลไกของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) ได้พัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลในหลายสังกัด โดยคณะอนุกรรมการกำกับ ติดตาม

⁶⁸ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁶⁹ อติญาณ์ ศรเกษตริน et al., การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) (นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565), 19-20.

และประเมินผลมาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ คณะอนุกรรมการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้ก่อตั้ง ศูนย์บูรณาการด้านข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านเตียงของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และได้เชื่อมโยงข้อมูลจำนวนและสถานพยาบาลที่มีเตียงกับศูนย์เฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ทำหน้าที่รับส่งผู้ป่วย

“มีการรวมข้อมูลในเรื่องของเตียง ทุกโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยโควิด จะต้องส่งข้อมูลอัปเดตในระบบของ Co-Link Co-Ward ซึ่ง body ตรงนี้จะมี Bed management center อยู่ในการดูแลเรื่องเตียงทั้งหมด ทั้งเขียว เหลือง แดง ซึ่งตรงนี้จะเป็นตัวที่จะเชื่อมงานให้กับทางเฝ้าระวังอีกทีหนึ่ง เฝ้าระวังทำหน้าที่ Logistic แต่ว่าส่วนกลางเองก็จะมี Bed management center อยู่ตรงนี้ แล้วก็ต้องเรียนว่าจำนวนเตียงที่เราติดขัดในช่วงที่คนไข้เยอะๆ ก็คือเตียงเหลือง-แดง กทม. เอง พยายามจะขยายเตียงโรงพยาบาลสนามอย่างเต็มที่”⁷⁰

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการพัฒนาความร่วมมือตั้งแต่ช่วงแรกของการแพร่ระบาดของ การขาดความพร้อมของสถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ด้านการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนและไม่ได้พัฒนาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเพื่อทำงานร่วมกัน ซึ่งปัญหาการขาดบูรณาการดังกล่าวเป็นความท้าทายที่สำคัญที่ทางกรุงเทพมหานครได้ชี้ว่าเป็นข้อท้าทายของการบริหารจัดการทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพราะ “โรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งพบว่ามี การกระจายตัวไม่เหมาะสมโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือ โรงเรียนแพทย์ ส่วนมากยังคงกระจุกตัว ในเขตเมือง และสถานพยาบาลต่างๆ ยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน”⁷¹ จากรายงาน การศึกษาหนึ่งที่ชี้ว่าในช่วงการรับมือภาวะดังกล่าวแม้จะมีการใช้แนวคิดระบบการบริหารจัดการ รองรับกับภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ได้ก่อตัวในช่วงเวลาดังกล่าว แต่เป็นไปในลักษณะที่ “หลากหลาย ลักษณะของการบริหารในแต่ละสถานการณ์” ที่แต่ละโรงพยาบาลมีวิธีการจัดการของตนเองเพื่อ รับมือแตกต่างกัน และพยายามที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลผ่านการจัดตั้ง คณะกรรมการในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับกรม และระดับกระทรวง⁷² ความ

⁷⁰ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁷¹ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

⁷² อติญาณ์ ศรเกษตริณ et al., 83.

ไม่ชัดเจนของการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทำให้เกิดปัญหาในการสั่งการและการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มวิกฤต

“แต่ผมสังเกตว่าความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐอาจจะมี conflict กันบ้าง อาจจะคุยกันไม่ลงตัว คนนี้ขึ้นอยู่กับกรมการแพทย์ คนนั้นขึ้นอยู่กับ กทม. คนนี้ขึ้นอยู่กับ สำนักอนามัย เอกชนก็ขึ้นอยู่กับบริษัท แต่นั่นเองเพียงแต่คุยกันให้ชัดเจนเขาก็ทำตาม บริบท การตรวจตลาดในกรุงเทพมหานคร 600 กว่าตลาด ตรวจ ฯลฯ ในแต่ละช่วงที่มีความต้องการนะ”⁷³

จากการขาดความร่วมมืออย่างต่อเนื่องจึงส่งผลทำให้ขาดการจัดเตรียมทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้ในช่วงเวลาภาวะฉุกเฉิน ทำให้เมื่อหน่วยงานต่าง ๆ ต้องประสานงานกันในเรื่องที่ต้องใช้และแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ไม่สามารถจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นได้ทันท่วงที อาทิ การตรวจเพื่อยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อ การจัดหาเตียงสำหรับผู้ป่วย การจัดหารถที่จำเป็นสำหรับรับส่งผู้ป่วย หรือการจัดคู่มือเพื่อรับเรื่องเดือร้อน เป็นต้น จึงต้องใช้เวลาในการจัดหา และแบ่งปันการใช้ทรัพยากรเพื่อรองรับผู้ป่วย

“...เราประสานศูนย์เอราวัณในการบริหารจัดการ ศูนย์เอราวัณก็จะเช็ค โรงพยาบาลว่าตรงไหนว่าง แล้วเราก็จะแจ้งไปยังเขต ทางเขตก็จะมีรถของเทศบาล ซึ่งลี้มเรียนไป ว่าถ้าเกิดสมมติว่าเกิดสถานการณ์ต่อไป คงจะต้องพูดถึงพาหนะด้วย ต้องพูดถึง อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะต้องให้ทางเขต ซึ่งจะต้องใช้แน่ๆ อยู่แล้ว ก็ต้องดูแลผู้ป่วย จัดส่งผู้ป่วย ให้มีมาตรฐานมากขึ้น ให้มีความเสี่ยงน้อยลง เราได้รับ เราเป็นคนส่ง”⁷⁴

“ซึ่งส่วนหนึ่งก็ต้องทำความเข้าใจกัน และการรับโทรศัพท์ 20 คู่สาย ก็เป็นอีกงานหนึ่งที่ค่อนข้างหนัก เนื่องจากว่าการกิจของเขตเอง เราดูแล เรามี 10 ฝ่าย เราต้องเอา 10 ฝ่าย มานั่งรับโทรศัพท์ ประสานงาน ในขณะที่กลางคืนเราต้องทำงานในการรับสายโทรศัพท์ กลางวันเราก็ต้องมาปฏิบัติหน้าที่ปกติ ซึ่งมันก็จะมีผลกระทบต่อกันเหมือนกันในส่วนตรงนี้ ค่ะ”⁷⁵

⁷³ คู่มือสัมภาษณ์ใน อติญาณ์ ศรีเกษตริน et al., 100.

⁷⁴ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁷⁵ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

“แต่ว่าปฏิเสธไม่ได้ว่าพอช่วงหลัง ซึ่งมีคนไข้จำนวนมาก ก็มีความขัดข้องกันพอสมควรเลยทีเดียว โดยเฉพาะถ้าเมื่อเราเตียงเต็ม เราก็ไม่สามารถขยายศักยภาพ ทั้งเรื่องควบคุมผู้ป่วยที่เป็นเหลือง-แดง ก็จะมีตักค้างอยู่ภายใน กทม. จำนวนมาก เพราะฉะนั้นก็เป็นที่มาที่กระทรวงสาธารณสุขไปตั้งอยู่ที่เมืองทอง ที่เป็นโรงพยาบาลสนามที่รองรับในปริมาณมาก อันนั้นก็เป็นอย่างภาคส่วนหนึ่งที่ดูแล”⁷⁶

ตัวอย่างการขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการขาดแคลนทรัพยากรในการจัดการ สะท้อนได้จากกรณีตัวอย่างเกี่ยวกับการคัดกรองและยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อช่วงเดือนเมษายน 2564 ที่เริ่มเกิดการแพร่ระบาดประชาชนจำนวนมากได้เข้ารับการตรวจโรคที่ห้องทดลองของเอกชน เมื่อได้รับผลตรวจว่าติดเชื้อได้พยายามประสานเพื่อหาเตียงตามโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่ไม่มีเอกสารที่ยืนยันผลตรวจจากห้องแล็บเอกชน หรือไปตรวจที่ห้องแล็บที่ยังไม่ได้รับมาตรฐานจนได้ผลตรวจที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งสะท้อนปัญหาของการขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับห้องทดลองของเอกชนที่ไม่ได้เป็นคู่สัญญากัน ทำให้ไม่มีการยืนยันข้อมูลผลตรวจระหว่างกัน⁷⁷ ส่วนการขาดแคลนทรัพยากรเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยก็เกิดเช่นกัน ตัวอย่างเช่นการจัดเตรียมคู่มือสายโทรศัพท์ของกรมการแพทย์ (1668) ที่ช่วงแรกมีเพียง 20 คู่สายทำให้ไม่สามารถรับมือกับการติดต่อจำนวนมากของประชาชน เพราะต้องรอคู่สายนานจากการใช้ระยะเวลาซักถามอาการป่วย ทำให้ในเวลาต่อมาต้องเร่งเพิ่มคู่สายและเปิดรับอาสาสมัครเข้ามาให้บริการ⁷⁸

เช่นเดียวกับการประสานและแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันของสถานพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่ในช่วงเริ่มต้นมีข้อติดขัดแต่ในเวลาต่อมาจึงสามารถพัฒนาการติดต่อประสานงานและการรวบรวม/แบ่งปันข้อมูลที่เป็นในการทำงานได้ ตัวอย่างเช่น กรุงเทพมหานคร โดยศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลโดยสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลที่ต้องนำข้อมูลจากหน่วยงานอื่นของกรุงเทพมหานครอาทิ สำนักงานแพทย์ สำนักงานมัย ฯลฯ และหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยคณะอนุกรรมการต่าง ๆ ภายใต้ศบค. กทม. ได้พยายามประมวลผลข้อมูลที่มาจากแหล่งต่าง ๆ ที่มาจากหลายหน่วยงานที่มีปริมาณและประเภทจำนวนมาก อาทิ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย จำนวนเตียง

⁷⁶ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁷⁷ อติญาน์ ศรเกษตริน et al., 24.

⁷⁸ อติญาน์ ศรเกษตริน et al., 24.

และสถานที่ที่ตีแยงว่าง ฯลฯ ทำให้ต้องใช้เวลาในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำไปใช้ในระดับปฏิบัติการ หรือก่อนนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ ซึ่งในการจัดการข้อมูลเพื่อใช้สำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานครก็ได้ตระหนักถึงจุดอ่อนของกรุงเทพมหานครว่ายังต้องพัฒนา “ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับจำเป็นต้องได้ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ถูกต้องทันเวลา”⁷⁹

“ถามว่าสำนักยุทธศาสตร์เป็น primary data ใหม่ ก็ไม่ใช่ เพราะว่าข้อมูลส่วนนี้จะมาจากสำนักงานแพทย์ สำนักงานมัย ซึ่งมีกระบวนการประสานงานเชื่อมโยงกันกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขของประเทศอยู่แล้ว หลังจากนั้น พอในส่วนที่มีการพัฒนาการของโรคเพิ่มมากขึ้น ความซับซ้อน และยอดจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระลอก 3 ในช่วงของเดือนเมษายน ปีที่แล้ว หรือปี 2564 จะเห็นว่าปริมาณผู้ป่วยเพิ่มสูงมากขึ้น หลายๆ อย่างเริ่มประดังประเดเข้ามา ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลในเรื่องของจำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต หรือแม้กระทั่งข้อมูลของการเปิดศูนย์ CI ต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลโรงพยาบาลสนาม เหล่านี้ค้ะ คือจริงๆ แล้วเราก็พยายามประมวลและทำงานร่วมกันในชุดของคณะกรรมการทั้งหมด โดยสำนักยุทธศาสตร์เองเป็นฝ่ายเลขาฯ ก็จริง แต่ว่าเพื่อนฝูงหรือว่าทีมงาน ไม่ว่าจะเป็นคณะทำงานด้านการประชาสัมพันธ์ ก็ถือว่าเป็นกลไกสำคัญเลยที่ช่วย นอกจากรวบรวมข้อมูลแล้ว ก็จะ screen out สิ่งที่มีมองว่าเป็นสาระสำคัญ เพื่อที่จะสื่อสารให้กับภาคประชาชนออกไป เพราะว่าอย่างที่เรียน ข้อมูลมันมาจากหลายมิติ หลายที่ หลายหน่วยงาน”⁸⁰

ปัญหาการร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีสังกัดแตกต่างกันเป็นปัญหาของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งในส่วนของการร่วมมือระหว่างหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร และการร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสังกัดของกรุงเทพมหานครเอง การก่อตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความร่วมมือและเร่งประสานการทำงานเฉพาะหน้าระหว่างหน่วยงาน แต่ด้วยสภาพการขาดความร่วมมือที่มีอยู่เดิมจึงทำให้การใช้กลไกของศบค.ต่าง ๆ จึงมีข้อจำกัดและยังเร่งให้เกิดความร่วมมือเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ การแบ่งแยกอำนาจหน้าที่

⁷⁹ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

⁸⁰ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

และความรับผิดชอบอย่างแยกขาดออกจากกันเป็นปัญหาที่สะท้อนความเป็นกรมมาธิปไตย (departmentalism) ของระบบราชการไทยที่มีมาอย่างยาวนาน ที่อำนาจหน้าที่ งบประมาณ และกำลังคนในการดำเนินการกิจจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรม/กอง/สำนักต่าง ๆ อย่างแยกขาดจากกัน แม้ว่าภารกิจหน้าที่ของหน่วยงานเหล่านั้นจะมีความใกล้เคียงกันหรือต้องอาศัยการประสานทำงานร่วมกัน ทั้งในส่วนของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่จะพบว่าในเชิงโครงสร้างจะต้องสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานหลักที่มีสถานพยาบาลในสังกัด ทั้งกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน เช่นเดียวกับหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครเองที่หากพิจารณาในเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมการทำงานแบบแบ่งแยกงานกันทำตามอำนาจหน้าที่ที่มีอยู่เดิมระหว่างสำนักการแพทย์ที่ดูแลทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมถึงดูแลโรงพยาบาลในสังกัด กับสำนักอนามัยที่ดูแลงานด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่กำกับดูแลศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา และศูนย์สุขภาพชุมชน⁸¹

“กทม. ยังคงมีปัญหา สาธารณสุขมีเฉพาะกรมการแพทย์ และคิดว่าไม่ได้รับผิดชอบทั้งหมด รพ.ราชวิถี นพรัตน์ สถาบันเด็กฯ มะเร็ง ทหาร ตำรวจ ศิริราช ต่างคนต่างทำงานไม่มีตัวเชื่อม คนไข้ไปไหนไม่ได้ ต้องให้ สปสช. คุยกับโรงพยาบาลรามาฯ และตั้งอนุกรรมการรักษา ประธานคือ รมช. กระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการกลาง ให้ กทม. เป็น ศบค. เล็ก แต่ทหารยังคงสั่งการ ดำเนินการที่ศาลาว่าการ กทม. ศบค. เล็ก ขณะนี้ยกเลิกแล้ว เนื่องจากสถานการณ์โควิดดีขึ้น ประเด็นท้าทายของ กทม. คือผู้ว่าฯ กทม. ควรเป็นผู้ดำเนินการเรื่องนี้ กทม. ต้องรู้สึกรว่าระบบสาธารณสุข ต้องเป็นพันธกิจหนึ่งของ กทม. ตอนนี้มีการบริหารแบบแยกส่วน คือ สำนักอนามัย และสำนักการแพทย์ ปัญหาอุปสรรคคือไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงใน กทม. สำหรับในปริมาณที่มีปัญหา เช่น ประชาชนนิยมไปใช้บริการใน กทม. โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาฯ กทม. จึงต้องแชร์ทรัพยากรให้กับคนปริมาณ ช่วงเทศกาลระบาดในสมุทรสาคร กทม. และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใน กทม. ต้องช่วยกันดูแล โดยไม่มีผู้สั่งการ... ปัญหาหลักคือ governance ไม่มีคนกลางช่วยจัดการ แก้ไขโดย กทม. เป็นผู้จัดระบบ”⁸²

⁸¹ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กรของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครชี้ว่ารูปแบบ (style) การทำงานแบบสั่งการทำให้ “การบริหารงานมีลักษณะแยกส่วนและขาดการบูรณาการ ส่วนราชการยึดภารกิจเป็นหลัก ส่งผลให้เกิดลักษณะต่างคน ต่างทา/ต่างกองต่างสั่ง” ตูโน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 11.

⁸² ความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ใน อดิญาณ์ ศรีเกษตริน et al., 140.

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับความร่วมมือในการบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในต่างจังหวัดที่สถานพยาบาลในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของภาครัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งการบริหารจัดการในต่างจังหวัดมีโครงสร้างและกลไกที่พัฒนารูปแบบความร่วมมือในการทำงานเป็นเครือข่ายของตัวแสดงต่าง ๆ เป็นพื้นฐานอยู่แล้วโดยหน่วยงานต่าง ๆ ในสถานการณ์ปกติ (อาทิ การตั้งเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การสร้างความร่วมมือในการพัฒนาพื้นที่ของกลุ่มจังหวัด/จังหวัดโดยกระทรวงมหาดไทย ฯลฯ) และต่างจังหวัดเป็นพื้นที่ที่มีระดับความรุนแรงในการแพร่ระบาดของโรคและความหนาแน่นของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงน้อยกว่ากรุงเทพมหานคร แม้ว่าต่างจังหวัดจะมีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรในรูปของงบประมาณ อุปกรณ์ และบุคลากรน้อยกว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครก็ตาม แต่ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของต่างจังหวัดทำให้เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดขึ้น จึงสามารถใช้โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการที่มีอยู่เดิมเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการได้บ้าง

ประการที่สอง การเข้าถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพของบุคคลและการรับภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

ระบบประกันสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐในประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างประจำ (Civil Servant Benefit Scheme: CSMBS) ที่ดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) ที่บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Health Insurance: UC) ที่ดูแลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดบริการสำหรับคนไทย⁸³ ขณะเดียวกันภาครัฐไทยก็มีโครงการประกันสุขภาพที่ดูแลให้กับบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยและผู้มีสถานะด้านสิทธิ อาทิ กองทุนประกันสังคมที่ดูแลสิทธิประโยชน์ของแรงงานต่างชาตินี้ได้รับการพิสูจน์สัญชาติและเข้าเมืองอย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยที่แรงงานต่างชาติได้เป็นผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบเข้าไปในกองทุน กองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขที่คุ้มครองแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวที่เป็นผู้ติดตามแต่ยังไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม กับกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่รอพิสูจน์สิทธิและยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนการจัดบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ คนไทยและบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยสามารถซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนที่

⁸³ สุรจิต สุนทรธรรม, ระบบหลักประกันสุขภาพไทย (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555).

ให้ความคุ้มครองตามสิทธิประกันที่ตนเองซื้อ หรืออาจได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพแบบกลุ่มของสถานที่ทำงานที่จัดให้เป็นสวัสดิการเพิ่มเติมจากสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐจัดทำให้⁸⁴

ตารางที่ 4.8

จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2564

ประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	พ.ศ.2564	
	จำนวน	ร้อยละ
รวม	68,191,203	100.00
ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	458,041	0.67
มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	67,733,162	99.33
- บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	50,803,416	74.50
- ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน	12,419,805	18.21
- สวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ	4,754,132	6.97
รัฐวิสาหกิจ	447,717	0.66
หน่วยงานอิสระของรัฐ	27,612	0.04
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	205,722	0.30
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	4,303,466	6.31
สวัสดิการโดยนายจ้าง	4,303,466	6.31
อื่น ๆ	728,981	1.07
ไม่ทราบ	-	-

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยในทางปฏิบัติสถานพยาบาลจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาโดยไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยด้วยเหตุผลทางด้านการเงินและสิทธิในระบบประกันสุขภาพสถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร (และรวมถึงสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง) จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษาพยาบาลทั้งคนไทยและบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยด้วยเหตุผลทางด้านมนุษยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ ทำให้ในช่วงแรกของการแพร่ระบาดของโรคสถานพยาบาลต้อง

⁸⁴ วินัย ลีสมิทธิ et al., รายงานวิจัย “การศึกษาการจัดตั้งหน่วยงานประสานงานกลางเพื่อการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่คนไทย” (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564).

รับภาระทางด้านงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของไทยอย่างใดอย่างหนึ่ง และผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใด ๆ เนื่องจากในช่วงแรกยังไม่ได้มีการขยายสิทธิการรักษาพยาบาลครอบคลุมถึงเรื่องโรคระบาดดังกล่าว แม้ว่าจะมีการขยายสิทธิการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-9 และจัดเตรียมงบประมาณที่ใช้สำหรับจ่ายให้สถานพยาบาลไว้ในเวลาต่อมา แต่ยังคงพบกระบวนการเบิกจ่ายยังมีความล่าช้าและไม่สามารถเบิกจ่ายในกรณีการรักษาบางประเภทได้

“ในส่วนของความช่วยเหลือประชาชนว่ากลุ่มใดบ้าง ก็ต้องบอกว่าใน กทม. เราก็ดูแลทุกกลุ่มนะค่ะ ทุกสิทธิการรักษา รวมถึงคนที่ไม่ใช่คนไทยเราก็ดูแลด้วย ในช่วงที่มีเรื่องของเคสต่างด้าวเราก็ดูแล ซึ่งในส่วนของงบประมาณต่างๆ จะมี สปสช. เข้ามาเป็นแกนสำคัญที่มาช่วยในช่วงแรก และมีกระทรวงสาธารณสุขที่มีตั้งเซ้งงบประมาณไว้สำหรับต่างด้าว คนไร้สิทธิ ให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถเบิกจ่ายได้ แต่จริงๆ ขณะนี้ก็ยังเบิกจ่ายกันยังไม่จบนะ”⁸⁵

ขณะเดียวกัน ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคแม้ว่าในเวลาต่อมากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านประกันสุขภาพได้ขยายสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมถึงการรักษาโรคโควิด-19 แต่เนื่องจากสถานพยาบาลต้องรับผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ต่าง ๆ โดยที่ผู้ป่วยจำนวนมากมิได้มีสิทธิประกันสุขภาพที่รักษาในสถานพยาบาลดังกล่าว โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมที่สิทธิผู้ป่วยจะกำหนดให้ใช้บริการเฉพาะโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิ ทำให้ในช่วงวิกฤตการจัดการด้านงบประมาณและการเบิกจ่ายสำหรับสถานพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ต้องจัดการค่าใช้จ่ายไปก่อนล่วงหน้า แม้ว่าโรงพยาบาลบางแห่งจะไม่มีประเด็นด้านการเบิกค่าใช้จ่ายคืนในภายหลังก็ตาม

“ในเชิงนโยบายของการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ ในช่วงแรกภาครัฐก็ให้ครอบคลุมในทุกสิทธิ เมื่อโรคมีความบรรเทาเบาบางลงก็ค่อยมาแยกตามสิทธิว่า สิทธิ สปสช. ของตนเอง หรือว่า สปสช. นอกเขต อย่างนี้เป็นตน หรือว่าสิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาลเอง หรือว่านอกโรงพยาบาล แล้วก็ถ้าเป็นสิทธิของข้าราชการ อันนี้ตามสิทธิก็สามารถเลือกใช้โรงพยาบาลภาครัฐได้ทุกแห่ง ฉะนั้นก็จะเป็นนโยบายของแต่ละ

⁸⁵ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

โรงพยาบาล ในช่วงต้นเราก็ได้ดำเนินการในทุกส่วน คือทุกสิทธิ อันนี้เราก็มีความมั่นใจอยู่แล้วว่าเรื่องของการเบิกคืนไม่ได้เป็นประเด็น”⁸⁶

นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องสิทธิในระบบประกันสุขภาพและการเบิกจ่ายยังพบปัญหาความสับสนด้านการประกาศการใช้สิทธิและเข้าถึงสิทธิของคนไทย และปัญหาดังกล่าวจะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นในกรณีของบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยและบุคคลที่มีปัญหาสถานะด้านสิทธิที่ไร้สิทธิในระบบประกันสุขภาพของไทย ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้นอกจากต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเอง ทำให้สถานพยาบาลที่รับการรักษาบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยที่ไม่ได้มีสิทธิเผชิญกับความเสี่ยงทางการเงินและศักยภาพในการบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งความไม่ชัดเจนด้านการดูแลสิทธิการรักษาพยาบาลของบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยเป็นปัญหาในเชิงนโยบายและการบริหารของส่วนกลางที่มีมาก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่การแพร่ระบาดของโรคทำให้แสดงถึงภาวะที่เปราะบางทั้งฝั่งบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยที่ไร้สิทธิและมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และทางฝั่งสถานพยาบาลที่ต้องเข้ามารับภาระทางการเงิน⁸⁷

“เราก็ต้องยอมรับว่าจะมีในส่วนของผู้ที่ไม่มีสิทธิ โดยเฉพาะที่ทาง.....เอง เราก็อยู่ใกล้กับ.... หรือว่าทางภาคส่วนที่มีเรื่องของแรงงานต่างด้าวอยู่จำนวนมาก ตรงนี้เองก็ต้องเป็นนโยบาย เพราะเราคิดว่าถ้าเราสนับสนุนหรือ support กลุ่มนี้ในการดูแลได้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศ คือว่าเขาก็จะไม่ออกไปเดินเฟ้นฟาน หรือออกไปกระจายเชื้อตรงนี้ ฉะนั้นในทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ ทุกคน ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นโควิดในช่วงต้น เราก็ดำเนินการโดยที่ไม่ได้คิดในเรื่องของสิทธิใดๆ”⁸⁸

“ในฐานะที่ใกล้ชิดกับประชาชน เราไม่สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ และก็จะมีการร้องเรียนอื่นๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสิทธิ รัฐบาลเองประกาศให้ว่าสิทธิตรงนั้นรับได้ เข้าโรงพยาบาลไม่ต้องเสียเงิน แต่เรายังได้รับการร้องเรียนว่าไปโรงพยาบาลยังต้องเสียเงินอยู่ มีสิทธิรักษาที่โรงพยาบาลนี้ แต่ไปแล้วไม่มีเตียงให้”⁸⁹

⁸⁶ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁸⁷ วินัย ลิสมิทธิ et al., 15.

⁸⁸ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁸⁹ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

ประการที่สาม การขาดแคลนสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิและขาดการพัฒนา เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครที่เพียงพอทั้งที่ดูแลโดยกรุงเทพมหานครเองและ โดยหน่วยงานอื่น

สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุข เนื่องจากการมีกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพภายใต้หลักเกณฑ์การดำเนินงานที่เหมาะสม โดยจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยที่สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุดียภูมิ และตติยภูมิ ต้องเชื่อมโยงข้อมูลและพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามความมุ่งหมายของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 โดยกรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้ามาทำหน้าที่หนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยให้สำนักอนามัยเป็นผู้ทำหน้าที่ “ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบำบัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและการบำบัดยาเสพติด การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลที่ดีให้กับประชาชน โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภายในสำนักอนามัย และหน่วยงานภายนอก รวมทั้งภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในลักษณะองค์รวม”⁹⁰ โดยใน พ.ศ.2564 กรุงเทพมหานครมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 69 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาจำนวน 73 แห่ง รวมถึงมีสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ดูแลโดยหน่วยงานอื่นในกรุงเทพมหานคร อาทิ สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ/ตติยภูมิที่ให้บริการการแพทย์ด้านปฐมภูมิ คลินิกชุมชนอบอุ่นในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นคลินิกเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสปสช.ในกรุงเทพมหานครจำนวน 190 แห่ง หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนอย่างเช่นคลินิกและร้านขายยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในการจัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิของกรุงเทพมหานครเองพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนของประชากรและพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมากกว่า อาทิ เทศบาลนครนนทบุรีซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เมืองและอยู่ติดกับกรุงเทพมหานครที่มีประชากรในพื้นที่ประมาณ 250,000 คน และมีอาณาเขต

⁹⁰ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 32.

38.9 ตารางกิโลเมตร มีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง⁹¹ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 5 แห่ง รวมเป็น 11 แห่งที่ดูแลในพื้นที่ที่เล็กกว่ากรุงเทพมหานครประมาณ 40 เท่า จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่น้อยทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

ตารางที่ 4.9

เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิต่อจำนวนประชากรของกรุงเทพมหานครและเทศบาลนครนนทบุรี

	กรุงเทพมหานคร	เทศบาลนครนนทบุรี
พื้นที่	1,568 ตร.กม.	39.9 ตร.กม.
ประชากร	5,527,994 คน	246,910 คน
สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ	69 แห่ง	11 แห่ง
สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ: ต่อจำนวนประชากร	1 : 80,115 คน	1 : 22,446 คน

ที่มา: สรุปร้อยโดยคณะนักวิจัย

หมายเหตุ: จำนวนประชากรตามทะเบียนบ้านในพ.ศ.2564 โดยไม่รวมประชากรแฝง

ทั้งนี้ ในช่วงเวลาปกติประชาชนที่เคยใช้บริการภาคเอกชนได้หันมารับและพึ่งพิงบริการระดับปฐมภูมิที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมากขึ้น ขณะที่อัตรากำลังและทรัพยากรของศูนย์บริการสาธารณสุขกลับไม่เพียงพอต่อแนวโน้มความต้องการที่สูงขึ้น ประกอบกับประชากรในกรุงเทพมหานครที่ใช้บริการจำนวนมากเป็นประชากรแฝงที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายของประชากร ทำให้สำนักอนามัยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย⁹² ทำให้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิดกรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิที่เป็นหน่วยย่อยในการสอดส่องและติดตามการแพร่ระบาด รวมถึงช่วยดูแลและป้องกันสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยน้อยและขาดความทั่วถึง จนทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยกลายเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

⁹¹ เทศบาลนครนนทบุรี, "ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี," accessed 10 กรกฎาคม, 2565, <https://nakornnont.go.th/content/health>.

⁹² สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 7.

“แล้วตัว primary care หรือ หน่วยปฐมภูมิ recommend ว่าต้องไปตรงนั้น โดยมากแล้วก็ต้องไปผ่านปฐมภูมิตตรงนั้นอีกรอบหนึ่ง.....แล้วสถานการณ์โควิดมันทำแบบนั้นไม่ได้ ตัว primary care มันไม่มีตรงไหนรักษาเขาได้เลยตอนแรก ซึ่งจริง ๆ มันเป็นเรื่องที่ผิดนะครับ จริง ๆ โควิดมันเป็นสิ่งที่รักษาง่ายมากนะแต่วันแรกๆ เราไม่ใช่ primary care ในการจัดการเลย คือทุกอย่างถูกดันไปโรงพยาบาลหมด ก็จะไม่มีความดีของการส่งยาไปที่บ้าน ไม่มีการตรวจเอทีเคที่คลินิก ทุกอย่างมันเลยไปดันที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลปกติก็เต็มจะแยแล้ว เพราะงั้นมันเป็นไปได้ที่จะดูแลรักษาคนที่มีความรุนแรงมหาศาล”⁹³

นอกจากนี้ การพัฒนาเครือข่ายการแพทย์ระดับปฐมภูมิของพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ยังไม่เพียงพอทั้งในส่วนที่ดูแลโดยกรุงเทพมหานครเองและดูแลโดยหน่วยงานอื่น ๆ ทำให้เกิดช่องว่างด้านการจัดการแพทย์ปฐมภูมิในพื้นที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมายาวนานก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การแพทย์ปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานครจึงเผชิญกับข้อท้าทายจากความขาดแคลนหน่วยบริการในเชิงจำนวน การขาดความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการในงานส่งเสริมสุขภาพ ฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรค การเน้นการรักษาพยาบาลในเชิงตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจของการแพทย์ปฐมภูมิ ปัญหาหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมกว่าที่ยังไม่เพียงพอและขาดการกระจายตัว ศักยภาพของระดับการแพทย์ปฐมภูมิที่จำกัดและยังขาดศักยภาพในการรับมือกับวิกฤตการแพร่ระบาด และการที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้บริการการแพทย์ปฐมภูมิน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น และประชาชนยังไม่ไว้วางใจการเข้ารับบริการการแพทย์ปฐมภูมิโดยเลือกที่จะไปเข้ารับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และร้านขายยามากกว่า⁹⁴

⁹³ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

⁹⁴ สุรินทร์ กุ้เจริญประสิทธิ์, and พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, "การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองกรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560," วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 8, no. 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2561). และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร, "ระบบบริการปฐมภูมิเพื่อประชาชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร," 2560, <https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/82/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%90%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B9%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%>

จากการศึกษาระบบการแพทย์ปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครเมื่อพ.ศ.2558 ให้ข้อมูลว่ากรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีเตียงทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนรวม 4,562 แห่ง แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 270 แห่งที่เข้าร่วมโครงการระบบการแพทย์ปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็นภาครัฐจำนวน 94 แห่ง และภาคเอกชนจำนวน 176 แห่ง⁹⁵ แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีหน่วยบริการจำนวนมาก (โดยเฉพาะของภาคเอกชน) ที่มีลักษณะของการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิที่มีได้ ถูกดึงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการแพทย์ปฐมภูมิทั้งที่ดูแลโดยกรุงเทพมหานครเองหรือโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และทำให้หน่วยบริการเหล่านี้ไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งเพื่อเป็นเครือข่ายส่งเสริมและป้องกันโรคช่วงรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้ถึงปัญหาในระบบการแพทย์ปฐมภูมิในปัจจุบันก็ยังสะท้อนภาวะขาดแคลนทั้งในเชิงจำนวนและระบบในการดูแลที่ครอบคลุม

“ที่ผ่านมาพบว่าประชาชนที่มีสิทธิบัตรทองอยู่ใน กทม. จำนวนประมาณเกือบ 3 ล้านคนที่ลงทะเบียนใช้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 1.7 ครั้งต่อคนต่อปี น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่อยู่ 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี...สาเหตุหลักๆ มีอยู่ไม่กี่ประการ นั่นก็คือ การกระจายตัวของหน่วยบริการยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่นับว่าเป็นด่านหน้าในการดูแลประชาชนนั้นมีอยู่ 300 แห่งทั่ว กทม. ในที่นี้ราว 30 แห่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในขณะที่อีก 270 แห่งรอบนอก รวมศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 69 แห่งซึ่งยังไม่กระจาย บางเขตมีหน่วยบริการมาก ในขณะที่บางเขตไม่มีเลย รวมไปถึงกระจุกตัวอยู่ตามถนนสายเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนอาจจะยังเข้าถึงบริการไม่สะดวกเท่าที่ควร”⁹⁶

E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%9E%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A3.pdf.

⁹⁵ สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์, and พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ 184.

⁹⁶ The Coverage, "หน่วยปฐมภูมิ 'Model 5' บริการสุขภาพเพื่อคน กทม. ให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น," 8 ตุลาคม 2565, accessed 15 ตุลาคม, 2565, <https://www.thecoverage.info/news/content/4127>.

4.1.3 การจัดความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและนอกภาครัฐ: การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนและอาสาสมัคร

การดำเนินงานของกรุงเทพมหานครต้องอาศัยการร่วมมือกับนอกภาครัฐทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรค ทั้งภาคประชาชนที่กรุงเทพมหานครมีส่วนให้การสนับสนุนและทำงานร่วมกันมาก่อนการเกิดโรคระบาด อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และประธานชุมชนที่ทำงานร่วมกับกรุงเทพมหานครในระดับเขตและศูนย์บริการสาธารณสุข รวมไปถึงการดำเนินงานของเครือข่ายอาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานครมาอย่างยาวนาน อาทิ เครือข่ายกัญญาของมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ฯลฯ นอกจากนี้ การรวมตัวของอาสาสมัครแบบเฉพาะกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคอย่างกลุ่มเส้นด้าย กลุ่มสายไหม เป็นต้น โดยในส่วนกรุงเทพมหานครพบว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ต้องการบุคลากรจำนวนมากในการเข้ามาทำงานด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น ในช่วงแรกกรุงเทพมหานครต้องใช้บุคลากรที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกาแพทย์และสาธารณสุข และได้รับความช่วยเหลือจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคมผ่านอาสาสมัครและมูลนิธิต่าง ๆ ทำให้ช่วงแบ่งเบาภาระไปได้มาก รวมถึงภาคเอกชนและประชาชนได้ช่วยเหลือด้านทรัพยากรในการดำเนินงานให้กับกรุงเทพมหานคร อาทิ การตั้งโรงพยาบาลสนามที่ได้รับเงินบริจาคเข้ามา เป็นต้น

“ปัญหาในแต่ละช่วงนะคะ ที่สำคัญๆ ในช่วงแรก ก็จะเป็นเรื่องของบุคลากร เนื่องจากเมื่อเคสมันเยอะขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งขยายขึ้นไปเรื่อยๆ ก็มีการบริหารจัดการโดยใช้บุคลากรอื่นๆ มาเสริม อาจจะเป็นบุคลากรของเราเองที่ไม่ได้เกี่ยวเนื่องกับการแพทย์ เช่น หน่วยสนับสนุนต่างๆ ก็มาช่วยกันดูแล และช่วงหลังมีภาคเอกชน มีอาสาสมัคร มูลนิธิต่างๆ เข้ามาช่วย และประกอบกับในส่วนของการออกเกณฑ์ในเรื่องของ home isolation, community isolation เข้ามา มีภาคส่วนทุกภาคส่วนมาช่วยกัน ร่วมมือกัน ก็ทำให้สถานการณ์ดีขึ้น”⁹⁷

“ช่วงแรกเราได้รับคำสั่งในเรื่องของการจัดหาศูนย์พักคอย ดีที่มันเป็นประเทศไทย เพราะช่วงนั้นงบประมาณก็ยังไม่ได้ลงมา ก็เป็นสถานการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิด เราก็ได้จากการบริจาคทั้งนั้นแหละครับที่จะมาช่วยกัน แล้วก็สร้างศูนย์พักคอยได้ภายในเวลา

⁹⁷ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

อาทิพย์ หรือ 2 อาทิพย์ ในส่วนของ.....ก็เป็นศูนย์พักคอย แล้วต่อไปก็เป็นโรงพยาบาลสนามในส่วนของ.....ซึ่งมีขนาดถึง 200 เตียง ก็ใช้เงินจากการบริจาค”⁹⁸

ขณะเดียวกัน ก็เกิดการพัฒนาเครือข่ายโดยภาคประชาชนเองเพื่อรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นตัวอย่างในช่วงเวลาดังกล่าว ตัวอย่างเช่น การเกิดขึ้นของกลุ่มเส้นด้าย (Zendai) ในช่วงกลางเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิดในสายพันธุ์เดลตาเพิ่มสูงขึ้นทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากจนทำให้ระบบการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลไม่สามารถรองรับได้ โดยได้รับแรงบันดาลใจจากการเสียชีวิตของอดีตนักกีฬาอีสปอร์ตที่เป็นผู้ป่วยและไม่สามารถหาคิวในการตรวจโควิดและเตียงในสถานพยาบาล โดยพบว่าเขาถูกโรงพยาบาลปฏิเสธเนื่องจากเตียงเต็มและไม่มีรถในการพาเขาไปตรวจที่โรงพยาบาล ทำให้เขาตัดสินใจเล่าเรื่องราวในเฟซบุ๊กส่วนตัวผ่านการวิดีโอไลฟ์เพื่อขอความช่วยเหลือ แม้ในภายหลังเขาจะสามารถได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลแล้วแต่ก็เสียชีวิตในเวลาต่อมา อีกทั้งมีกรณีในลักษณะเดียวกันอย่างกรณีผู้สูงอายุหญิงจำนวน 3 คนที่ไม่สามารถเดินทางไปตรวจได้จนทำให้หนึ่งในผู้ป่วยเสียชีวิต และการตามหารถแท็กซี่ที่ยินยอมรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่แสดงถึงช่องว่างของการจัดการบริการที่มีขีดจำกัด การก่อตั้งกลุ่มเส้นด้ายจึงเกิดขึ้นโดยในช่วงแรกมาจากกลุ่มผู้ก่อตั้งที่เป็นคนทำงานด้านการเมืองที่รู้จักกันจนขยายไปสู่เครือข่ายกลุ่มเพื่อนที่มีภูมิหลังการทำงานและประสบการณ์แตกต่างกัน ทั้งนี้ การตั้งชื่อว่า ‘เส้นด้าย’ มาจากการสื่อถึง “ ‘เส้น’ ของคนที่ไม่มีเส้น และ ‘ได้’ โดยไม่ต้องใช้เส้น”⁹⁹

อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูลพบว่าการจัดความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและข้อสังเกตต่อการสร้างความร่วมมือและผลการดำเนินงาน ดังนี้

ประการที่หนึ่ง การมีจำนวนเครือข่ายนอกภาครัฐที่เป็นอาสาสมัครด้านการสาธารณสุขขาดแคลนในเชิงปริมาณและมีข้อจำกัดของการทำงานในเชิงคุณภาพภายใต้บริบทพื้นที่เขตเมือง

โดยทั่วไปกรุงเทพมหานครได้ใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขร่วมกับประธานชุมชนต่างและประชาชนที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีอสส. จำนวนประมาณ 8,000 - 10,000 คน อย่างไรก็ตามการทำงานของอสส. ในกรุงเทพมหานครมีความท้าทายเนื่องจากความเป็นเมืองที่มีประชากร

⁹⁸ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

⁹⁹ กลุ่มเส้นด้าย, and มูลนิธิหมอชาวบ้าน, บันทึกการถอดประสบการณ์การทำงานของกลุ่มเส้นด้าย (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2565), 56-64.

หนาแน่นสูงและมีพื้นที่กว้างขวางเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นที่มีประชากรน้อยกว่าและมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เทียบกับจำนวนประชากรในจังหวัดโดยมีสัดส่วนที่ดีกว่า อาทิ จังหวัดบุรีรัมย์ที่มีประชากรประมาณ 1.5 ล้านคนมีอสม. จำนวน 7,326 คน แตกต่างจากกรุงเทพมหานครที่มีประชากรประมาณ 5.6 ล้านคนโดยมีนับรวมประชากรแฝงแต่มีจำนวน อสส. มากกว่าจังหวัดบุรีรัมย์เพียงไม่มากนัก ซึ่งส่งผลให้ อสส. ในกรุงเทพมหานครที่จะมาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขปฐมภูมิและเป็นหน่วยสนับสนุนให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมีไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.10

จังหวัดที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด 10 อันดับแรก พ.ศ. 2565

เขต	จังหวัด	จำนวน
9	บุรีรัมย์	7,326
1	เชียงราย	5,025
12	สงขลา	4,868
1	ลำปาง	4,827
11	สุราษฎร์ธานี	4,527
9	สุรินทร์	4,391
7	ร้อยเอ็ด	4,200
7	มหาสารคาม	3,994
9	นครราชสีมา	3,846
12	ปัตตานี	3,531

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การมีจำนวนอสส.น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทำให้เครือข่ายการดูแลอาสาสมัครด้านสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมมีไม่เพียงพอต่อการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและต้องใช้เวลาในการปรับเครือข่ายที่มีอยู่เดิมเพื่อรับมือกับวิกฤตใหม่ ประกอบกับตัวอสส. จำนวนมากเป็นผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงของการติดโรคทำให้ไม่สามารถหรือไม่ประสงค์เข้ามาทำงานอาสาสมัครเพราะ “ถึง อสส. มีอยู่เยอะจริงในแต่ละเขต แต่เป็นบุคลากรที่ค่อนข้างจะมีอายุเยอะ ท่านเองก็กลัวติดโควิด ลูกหลานท่านก็กลัวว่าปู่ย่าตายายจะติดโควิดก็จะไม่ให้ออกมาทำ มันเลย

ทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร”¹⁰⁰ สอดคล้องกับการสำรวจภูมิหลังของอสส. ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในต้นปีพ.ศ.2563 พบว่าอสส. ประมาณร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงที่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี และประมาณร้อยละ 70 มีปัญหาทางด้านสุขภาพจากการมีโรคประจำตัว¹⁰¹ ดังนั้น เมื่อเกิดการแพร่ระบาดต้องอาศัยเครือข่ายภาคประชาชนที่รวมตัวกันช่วงเกิดวิกฤตเข้ามาดูแลและแบ่งเบาภาระด้านสุขภาพแทน

ขณะเดียวกัน การดำเนินงานของอสส. ที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อคุณภาพในการทำงาน เนื่องจากด้วยหน้าที่และความคาดหวังของอสส. ต้องอาศัย ‘การมีส่วนร่วม’ ระหว่างอสส. ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานกับชุมชนในพื้นที่ ความสำเร็จของอสส. ขึ้นอยู่กับการทำให้ระบบอาสาสมัครนี้ กลายเป็นทุนทางสังคม (social capital) ของระบบสุขภาพ แม้ว่าการทำงานในระบบอาสาสมัครโดยตัวมันเองจะเป็นงานอาสาที่ทำเป็นครั้งคราวในระยะสั้นมีใช้งานประจำเหมือนบุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์กร แต่ต้องทำงานอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดในพื้นที่ การมีระบบการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อบูรณาการทุกภาคส่วนในท้องถิ่นในด้านต่าง ๆ แบบมีส่วนร่วมและมีการเรียนรู้การทำงานร่วมกันจึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อให้งานของอสส. บรรลุผล¹⁰² โดยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หน้าที่ของพวกเขาในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเยี่ยมติดตามเฝ้าระวัง และรายงานผลกลุ่มเสี่ยง รวมไปถึงการช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครกลุ่มอื่น ๆ และให้ความช่วยเหลือประชาชนทั้งด้านการสาธารณสุขและประเด็นความสำคัญ และเศรษฐกิจถือเป็นหน้าที่สำคัญและเร่งด่วนของอสส.¹⁰³

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาการปฏิบัติงานของอสส. ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าอสส. มีความท้าทายที่กลายเป็นข้อจำกัดในการทำงานในสามเรื่อง คือ การเข้าถึงผู้รับบริการ อายุ การสร้างแรงจูงใจในการหาคนเป็นอสส. รุ่นใหม่ โดยในส่วนของ การเข้าถึงผู้รับบริการกลายเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของการทำงานของอสส. ในเขตเมืองของกรุงเทพมหานครแม้ว่าปัญหานี้จะลดน้อยลงในกรณีของอสส. ที่ทำงานในพื้นที่กึ่งชนบท (เช่นเขตหนองจอก) แต่ด้วยลักษณะความเป็นเมืองทำให้การเข้าถึงของอสส.ต่อประชาชนในพื้นที่ทำได้ยากยิ่ง ส่วนด้านอายุก็เป็นปัญหา

¹⁰⁰ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

¹⁰¹ ศศิมา ยอดทหาร, and วลัยรัตน์ พบศิริ, คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร, งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม (นครปฐม: 9 - 10 กรกฎาคม 2563), 2230-31.

¹⁰² ภูติท เตชาติวัฒน์ et al., การสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563), 40.

¹⁰³ ภูติท เตชาติวัฒน์ et al., 79.

สำคัญเนื่องจากออสส. ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และแรงจูงใจของการทำให้คนเข้ามาเป็นออสส. เป็นประเด็นที่มีความสัมพันธ์กันเนื่องจากออสส.ที่เป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรค และในการดึงคนเข้ามาเป็นออสส. ที่มีน้อยลงในช่วงการแพร่ระบาด¹⁰⁴ จากความขาดแคลนคนในการทำงานภายใต้บริบทเมืองจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพต่อการทำงานของออสส. นอกจากนี้ ออสส. เหล่านี้ยังต้องการให้พัฒนาปัจจัยสนับสนุนที่ยังขาดแคลนด้านอื่นจนส่งผลต่อการทำงานด้วย โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบสนับสนุน เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอต่อการใช้งาน การพัฒนาความรู้และทักษะโดยการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และและการพัฒนาระบบการสรรหาคนที่จะมาทำงานเป็นออสส.ในเขตเมือง¹⁰⁵

สำหรับ ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของออสส. ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ส่งผลต่อบทบาทการทำงานจนต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงผู้รับบริการที่เป็นปัญหาของออสส.ในเขตเมืองที่มีชุมชนลักษณะเฉพาะและยากต่อการเข้าถึงได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังป้องกันโรค หรือปัญหาการขาดแคลนคนเป็นออสส.ที่เป็นคนรุ่นใหม่เพื่อทดแทนและสานงานออสส.เดิมที่เป็นผู้สูงอายุ ก็ส่งผลให้ออสส. ที่มีอยู่ยังขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีที่จะใช้ในการทำงาน¹⁰⁶

ประการที่สอง การจัดวางความสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจเพื่อทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับเครือข่ายภาคประชาชนที่เกิดขึ้นใหม่ช่วงวิกฤตใช้ระยะเวลาานาน

การจัดวางความสัมพันธ์ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคประชาชนเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของโรค โดยการดำเนินงานของกรุงเทพมหานครได้รับความช่วยเหลือจากภาคประชาชนทั้งที่เป็นเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (ออสส.) และประชาชนที่อาสาเข้ามาช่วยเหลือ นอกจากนี้ ก็ได้รับความช่วยเหลือจากภาคประชาชนด้านงบประมาณและทรัพยากรเนื่องจากหน่วยงานต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานครในช่วงแรกยังมีได้มีงบประมาณเพื่อใช้จ่ายในเรื่องต่าง ๆ

“...ประชาชนก็เริ่มที่จะต้องช่วยเหลือตัวเอง ก็เริ่มใช้การทำงานของ ออสส.

ในเขตกรุงเทพมหานคร กับประธานชุมชน เข้ามาดูแลในเรื่องของการตั้ง CI ในชุมชน แล้วก็ HI ตามลำดับ ในส่วนตรงนี้ก็เน้นแหละครับ ได้รับความร่วมมือ การบริจาคของคน

¹⁰⁴ ภูติท เตชาติวัฒน์ et al., 185-88.

¹⁰⁵ ภูติท เตชาติวัฒน์ et al., 191.

¹⁰⁶ ภูติท เตชาติวัฒน์ et al., 236-37.

ไทยด้วยกันถึงผ่านมาได้ ไม่ว่าจะเป็อาหารการกิน การดูแล มั่ง ทุกสิ่งทุกอย่างเราได้รับ การช่วยเหลือจากพี่น้องประชาชนด้วยกัน แล้วตอนหลังก็มาได้รับงบประมาณเพิ่ม”¹⁰⁷

นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครยังได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน ในการทำงานเชิงรุกมากขึ้นเมื่อสถานการณ์วิกฤตมากขึ้นทั้งการตรวจหาผู้ติดเชื้อและการจัดหาวัดขึ้น โดยเครือข่ายภาคประชาชนจะทำงานร่วมกับสำนักงานเขต หน่วยงานของกรุงเทพมหานครในพื้นที่ และอาสาสมัครชุมชน เพื่อตรวจโควิดเชิงรุก การฉีควัดขึ้น การคัดแยกผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา ตัวอย่างเช่น กลุ่มเส้นด้ายที่ทำงานร่วมกับสำนักงานเขตวังทองหลางในพื้นที่เขตวังทองหลาง เป็นต้น¹⁰⁸ รวมถึงพบว่าเครือข่ายภาคประชาชนได้มีความร่วมมือกับชุมชนในเขตของ กรุงเทพมหานครเพื่อให้ความช่วยเหลือแต่อาจมิได้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ของเขต โดยการช่วยเหลือเกิดจากการเรียกร้องและประสานงานของชุมชนต่อเครือข่ายประชาชนด้วยตัวเอง สะท้อนให้เห็นว่าการ ทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนมาช่วยอุดช่องว่างของการทำงานเชิงพื้นที่ในเขต

อย่างไรก็ตาม การจัดการความสัมพันธ์กับตัวแสดงภาคเอกชนและภาคประชาสังคมที่ แม้จะได้ช่วยเหลือประชาชนในช่วงภาวะวิกฤต แต่เนื่องจากตัวแสดงเหล่านี้เพิ่งก่อร่างขึ้นในช่วงวิกฤต ทำให้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาเครือข่ายและสร้างการยอมรับเพื่อเชื่อมการทำงานร่วมกับภาครัฐและ ระหว่างภาคประชาสังคม เครือข่ายอาสาสมัครที่เพิ่งรวมตัวกันจากความริเริ่มของประชาชนเองในช่วงแรกต้องอาศัยการพัฒนาความไว้วางใจต่อสถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนที่เครือข่ายอาสาสมัครต้องติดต่อประสานงานเพื่อหาสถานพยาบาลที่จะรับรักษาผู้ป่วยที่อาสาสมัครจะพามา เนื่องจากภาพลักษณ์ของกลุ่มอาสาบางส่วนในอดีตก่อนเกิดวิกฤตที่ไม่ดีเนื่องจากการเรียกร้องผลประโยชน์ ทำให้สถานพยาบาลบางส่วนปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือ

“ในยุคแรกเราใช้ผลงานเข้าแลกเลยครับ ทำให้เห็นว่า เองาย ๆ หน่วยงาน ราชการหยุดเสาร์อาทิตย์ คนป่วยยุคแรกที่โทรหาเรา ราชการโทรเบอร์สายด่วนติดแต่ไม่มี คนรับ แต่จิตอาสาของผม ผมให้เบอร์ส่วนตัวหมดเลย ตีหนึ่งตีสองโทรติดแล้วผมเข้าไปถึง หน้างานไปรับผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนอยู่บนรถ เราไม่ได้ไปโรงพยาบาล เราไปเจรจากับคุณหมอดีว่า ๆ ผมรู้ว่าเตียงเต็มแต่ผู้ป่วยคนนี้อาการหนักจริง ๆ คุณหมอลงไปดูที่รถให้ผมหน่อยได้มั๊ย ว่าเขาจะสามารถผ่านค่าคั้นนี้ไปได้ใช่ไหม คุณหมอก็ให้ความร่วมมือเดินออกมาดูให้ ว่ากลับบ้านแล้วมาใหม่ได้หรือต้องเข้าแอดมิทเลย.....จนกระทั่ง

¹⁰⁷ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

¹⁰⁸ กลุ่มเส้นด้าย, and มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 121-22.

ผลงานเรานั้นเป็นที่ประจักษ์ ทุกที่ให้การยอมรับ พอตอนหลังเราประสานหน่วยงานไปก็ โอเคหมด คือยอมรับในสิ่งที่เราทำ ยอมรับการประเมินของเรายอมรับในขีดความสามารถ ครับ”¹⁰⁹

ต่อมาการประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐกับเครือข่ายภาคประชาชนจึงได้รับการพัฒนาดีขึ้น เครือข่ายภาคประชาชนบางกลุ่มที่ทำงานในพื้นที่กับภาครัฐเริ่มพัฒนาความไว้วางใจและประสานงานระหว่างกันมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ในเดือนสิงหาคมพ.ศ.2564 ที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้วิกฤตจนไม่สามารถให้บริการการตรวจเชื้อได้ทันทั่วถึง ทำให้กลุ่มต่าง ๆ เริ่มประสานงานและพูดคุยร่วมกันมากขึ้นเพื่อหาทางออกทั้งจากภาครัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สถาบันองค์กรพัฒนาชุมชน (องค์การมหาชน) และภาคประชาชนอย่าง ชมรมแพทย์ชนบท ทีมโควิดชุมชน (Com-Covid) มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย เครือข่ายสลัม 4 ภาค มูลนิธิดวงประทีป เครือข่ายบ้านมั่นคง กลุ่มเส้นด้าย (ที่ทำงานตั้งแต่วันที่ 1 เมษายนพ.ศ. 2564) เป็นต้น ที่ร่วมกันปฏิบัติการตรวจโควิดเชิงรุกขึ้นมาเพื่อแยกผู้ติดเชื้อ ออกมารักษาหรือรับยาตามอาการ¹¹⁰ จึงมีข้อสังเกตว่าการรวมตัวกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเกิดขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของโรคในกรุงเทพมหานครพอสมควรที่เกิดวิกฤตตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ.2564

นอกจากนี้ ในด้านทรัพยากรของเครือข่ายภาคประชาชนจะเริ่มต้นจากสมาชิกในเครือข่ายที่ก่อตั้งได้ระดมเงินและทรัพยากรจากทรัพย์สินส่วนตัวของสมาชิกและผู้ใกล้ชิด ช่วงแรกจึงพบว่าเครือข่ายอาสาสมัครจึงมีทรัพยากรที่จำกัดมาก “เราก็เริ่มเอารถกระบะมาดัดแปลงเป็นรถทรานเฟอร์ให้ผู้ป่วยโควิดนั่งข้างหลังให้คนขับรถใส่ชุดพีพีอีนั่งข้างหน้า ไม่มีอากาศถ่ายเทถึงกัน”¹¹¹ ต่อมาจึงเริ่มขยายการระดมทุนโดยได้รับความช่วยเหลือจากภาคเอกชนและประชาชนด้วยตัวเอง ซึ่งชื่อเสียงและผลการดำเนินงานของเครือข่ายภาคประชาชนมีส่วนสำคัญในการระดมทุน ในการระดมคนเข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายก็เช่นเดียวกันที่ต้องอาศัยชื่อเสียงและผลงานที่เกิดเพื่อขยายเครือข่าย คน โดยในเครือข่ายอาสาสมัครบางกลุ่มสามารถขยายโดยมีคนเข้าร่วมในระดับหลักพันคนและมีเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในต่างจังหวัดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด “เป็นพันคนครับ เพราะเรามี

¹⁰⁹ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

¹¹⁰ กลุ่มเส้นด้าย, and มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 106-08.

¹¹¹ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

หลายจังหวัดตั้งแต่ เชียงใหม่ หาดใหญ่ ชลบุรี สมุทรปราการ และในกรุงเทพฯ ก็มีอยู่ประมาณ ตอน พิค ๆ น่าจะมีเกือบ 20 ที่ ตอนนี้อยู่ประมาณ 10 กว่าที่ครับ”¹¹²

ทั้งนี้ สภาพการณ์ของกรุงเทพมหานครที่เป็นชุมชนเมืองและมีเครือข่ายประชาชนในการทำงานในระดับชุมชน/พื้นที่น้อยก่อนการแพร่ระบาด เครือข่ายประชาชนที่เพิ่งก่อร่างจากการช่วยเหลือกันเองจึงมีข้อจำกัดทั้งในเชิงปริมาณที่มีไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งสัดส่วนประชากรในกรุงเทพมหานครและจำนวนผู้ป่วยที่เกิดในภาวะวิกฤต รวมถึงยังไม่ได้พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายประชาชนที่เพิ่งก่อร่างกับภาคส่วนต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานครและหน่วยงานรัฐอย่างใกล้ชิด แม้ว่าประชาชนบางส่วนที่มาร่วมเป็นเครือข่ายจะมีตำแหน่งหน้าที่ที่สัมพันธ์กับงานของกรุงเทพมหานครและส่วนราชการ อาทิ ประธานชุมชนหรือแม้แต่เป็นบุคลากรของรัฐเอง แตกต่างจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายอาสาสมัครของรัฐประเภทต่าง ๆ บุคลากรของการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างจังหวัดสามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่า “ในขณะที่กระบวนการในการทำงานด้านอาสาสมัคร คือ อสม. ก็มีความเข้มแข็ง เพราะ อสม. อยู่ใกล้มากกับการทำงาน หรือกับหน่วยองค์กรท้องถิ่น”¹¹³ และ “อย่างบ้านใกล้เรือนเคียงผมปทุมธานีเขามีกำนันผู้ใหญ่บ้านอยู่ เครือข่ายเขาเข้มแข็งมาก ที่ดูแลเรื่องพวกนี้มีการประชุมกันจัดตั้งคณะกรรมการหมด แต่พอตัดมาที่กรุงเทพฯ ไม่ได้เอาเขามาเป็นตัวสำคัญ โยนความสำคัญมาอยู่ที่ส่วนสาธารณสุขเท่านั้นมันเลยทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ”¹¹⁴

4.2 การวิเคราะห์กฎหมายและการดำเนินการตามกฎหมายในเครือข่ายสถาบัน

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ส่งผลให้ภาครัฐต้องออกและใช้กฎหมายและระเบียบทั้งที่มีอยู่เดิมและที่ออกมาใหม่ในช่วงวิกฤตจำนวนมาก โดยแต่ละหน่วยงานมีการใช้กฎหมายที่มีอยู่และการออกกฎ ระเบียบ กับแนวปฏิบัติต่าง ๆ ภายใต้งานที่และอำนาจตามกฎหมายที่ให้หน่วยงานเป็นผู้ถืออำนาจในการดำเนินการ โดยที่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบในการออกกฎและรักษากฎดังกล่าวได้รับอิทธิพลและต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่มีเป็นกรอบการดำเนินงาน โดยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีพระราชบัญญัติที่สำคัญที่ใช้ช่วงการจัดการด้านสาธารณสุขตามสาระสำคัญในตารางที่ 13 โดยเฉพาะพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ที่ใช้ในการจัดตั้ง ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับ

¹¹² จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

¹¹³ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2565

¹¹⁴ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

ต่าง ๆ และเป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการออกข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่ง โดยนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี (ครม.) ร่วมกับการใช้อำนาจในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการโรคติดต่อในระดับต่าง ๆ

ตารางที่ 4.11

พระราชบัญญัติสำคัญในการจัดการโรคระบาด

กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญโดยสังเขป
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	เป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ โดยมีการกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าทดแทน และบทกำหนดโทษ หากฝ่าฝืนการควบคุมโรคติดต่อ
พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534	เป็นการใช้อำนาจตามความในมาตรา 11 (6) และ (9) โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจัดตั้ง ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 ขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรีและขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี
พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548	เป็นกฎหมายที่ให้อำนาจในการดำเนินมาตรการที่มีการควบคุมทางสังคมมากขึ้น และเป็นกฎหมายที่ให้อำนาจในการปฏิบัติการในการกำกับควบคุมพื้นที่

ที่มา: สรุปโดยคณะนักวิจัย

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์กฎหมายและการดำเนินการตามกฎหมายของตัวแสดงเครือข่ายสถาบันภายใต้ภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีสถานการณ์และวิกฤตเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติที่มีได้ออกมาและเปลี่ยนแปลงได้ทันกับสถานการณ์หรือไม่ และตัวแสดงในเครือข่ายสถาบันมีปฏิกริยาอย่างไรต่อกฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติทั้งหลายในสถานการณ์ดังกล่าว โดยมีข้อสังเกต ดังนี้

หนึ่ง มีการพัฒนากฎระเบียบกับแนวการปฏิบัติงานด้านการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของหน่วยงานรัฐส่วนกลางและกรุงเทพมหานครมักเกิดขึ้นไปตามสถานการณ์ โดยมีกฎระเบียบที่อาจไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และมีกฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลงบ่อยจนอาจสร้างความสับสน

ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ทำให้หน่วยงานจำนวนมากทั้งในระดับนโยบาย/สั่งการจากหน่วยงานราชการส่วนกลางและหน่วยงานระดับพื้นที่อย่างกรุงเทพมหานครได้ออกกฎระเบียบและแนวปฏิบัติจำนวนมากและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามวิกฤตของเหตุการณ์ พบว่ามีกฎระเบียบและแนวปฏิบัติบางด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและถี่ทำให้มีข้อสังเกตว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจะส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนว่าจะสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของกฎดังกล่าวที่กระทบต่อชีวิตประจำวันได้หรือไม่ ตัวอย่างเช่น ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานครออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2565 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 50 ฉบับ โดยเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงเดือนละสองประกาศและในเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ที่ประกาศใช้ครั้งแรกมีการแก้ไขปรับปรุงมากถึง 4 ฉบับ

ตารางที่ 4.12

ตัวอย่างประกาศกรุงเทพมหานครเรื่องสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 – เดือนมกราคมพ.ศ.2565

	ชื่อประกาศ	วัน เดือน ปี ที่ประกาศใช้
1.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว	17 มีนาคม 2563
2.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 2)	21 มีนาคม 2563
3.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 3)	21 มีนาคม 2563
4.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 4)	27 มีนาคม 2563
5.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 5)	1 เมษายน 2563

	ชื่อประกาศ	วัน เดือน ปี ที่ประกาศใช้
6.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 17)	21 มกราคม 2564
8.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 49)	8 มกราคม 2565
7.	ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 50)	22 มกราคม 2565

ที่มา: สรุปลงโดยคณะนักวิจัย

ขณะเดียวกัน กฎระเบียบและแนวปฏิบัติที่ออกมาบางส่วนมีช่วงเวลาในการออกไปตามสถานการณ์ ทำให้กฎระเบียบ/แนวปฏิบัติเหล่านี้ที่ออกมาใช้ในช่วงภาวะวิกฤตต่อผู้ปฏิบัติงานและตัวแสดงที่เกี่ยวข้องโดยมีระยะเวลาจำกัดในการทำความเข้าใจ ชักซ้อม และเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น กฎระเบียบและแนวปฏิบัติการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามที่อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลพ.ศ.2541 ของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มใช้ตั้งแต่ช่วงต้นการแพร่ระบาดในเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 แต่ในส่วนแนวทางการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องมีกฎหมาย ระเบียบ และข้อสั่งการของกระทรวงมหาดไทยรองรับการดำเนินงานที่ครอบคลุมด้านสถานที่ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่บุคลากรและผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณที่ใช้ และการจัดซื้อจัดจ้างได้ออกมาในช่วงที่วิกฤตการแพร่ระบาดในกรุงเทพมหานครเริ่มรุนแรงมากขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2564 และในส่วนของผู้มีภารกิจตั้งโรงพยาบาลสนามของกรุงเทพมหานครที่อาศัยอำนาจตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยออกมาในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 พร้อมกับนโยบายของกรุงเทพมหานครในการตั้งโรงพยาบาลสนามจำนวน 6 แห่งรวมจำนวนเตียง 1,300 เตียง¹¹⁵ รวมไปถึงการปรับปรุงแนวปฏิบัติอื่นที่มีอยู่เดิมเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน อาทิ การปฏิบัติงานของศูนย์เฝ้าระวัง และกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ออกมาในช่วงเดือนมิถุนายนพ.ศ.2564¹¹⁶ ซึ่งช่วงเวลาการ

¹¹⁵ สำนักการแพทย์, คู่มือการปฏิบัติงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามกรุงเทพมหานคร (กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564), 5.

¹¹⁶ สำนักการแพทย์, คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564). และสำนักการแพทย์, คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564).

ออกแนวปฏิบัติอยู่ท่ามกลางวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4.13

กฎระเบียบและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งโรงพยาบาลสนาม

	กฎระเบียบ/แนวปฏิบัติ	ผู้ออก	วัน เดือน ปี ที่ประกาศใช้
1.	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ลักษณะและมาตรฐานของสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดต่อเชื้อโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นการชั่วคราว	กระทรวงสาธารณสุข	31 มีนาคม 2563
2.	แนวทางการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) กรณีการตั้งโรงพยาบาลสนามระดับพื้นที่ ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท. 0808.2/ว 2343 ลงวันที่ 22 เมษายน 2564	กระทรวงมหาดไทย	22 เมษายน 2564
3.	คู่มือการปฏิบัติงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามกรุงเทพมหานคร	คณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานโรงพยาบาลสนาม สำนักงานแพทย์	มิถุนายน 2564

ที่มา: สรุปลงโดยคณะนักวิจัย

สอง ผู้ปฏิบัติงานหน้างานต้องพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการแพร่ระบาดของโรคโค

วิด-19 ด้วยตนเอง และต้องอาศัยระยะเวลาในการรับรู้ถึงแนวปฏิบัติและวิธีการทำงาน

ผู้ปฏิบัติงานหน้างานมีส่วนสำคัญในการทำงานด้านการสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัคร ฯลฯ เพื่อดูแลการระบาดของโรคโควิด-19 พวกเขาเป็นบุคลากรที่สำคัญในการนำนโยบาย กฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติจริง หากพิจารณาตามแนวคิดกระบวนการนโยบายในขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ (street – level bureaucrats) พวกเขาแม้จะรับนโยบายและกฎต่าง ๆ ไปปฏิบัติในเชิงหลักการแต่พวกเขาสามารถตีความ ดัดแปลง หรือดัดแปลงการปฏิบัติตามกฎโดยอาศัยดุลพินิจของตนเองที่เกิดขึ้นในการทำงานวันต่อวันได้¹¹⁷ ดังนั้น พวกเขาจึงสามารถรับเอากฎที่เป็นลายลักษณ์อักษรมาปรับใช้เป็นกฎในทางปฏิบัติ¹¹⁸ ซึ่งกฎทั้งสองแบบไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันก็ได้

จากภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิดในช่วงเริ่มต้นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานหน้างานต้องเผชิญกับภาวะที่ ‘ไม่มีกฎหรือแนวปฏิบัติร่วมกัน’ เพื่อรับมือกับการทำงานและใช้ในสถานการณ์เฉพาะ ทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วงแรกยังไม่สามารถจัดการเรื่องดังกล่าวได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนากฎและแนวทางของตนเองเพื่อรับมือกับผู้ป่วยไปพลางก่อน ก่อนที่กฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติจากหน่วยงานส่วนกลางหรือหน่วยงานในพื้นที่จะถูกตราขึ้นมาในภายหลัง ในส่วนของสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลพบว่าการใช้หลักการบริหารจัดการที่แตกต่างหลากหลายขึ้นมาตามสถานการณ์และความพร้อมของตนเอง โดยมีทั้งสถานพยาบาลที่ยังไม่เคยรับมือกับวิกฤตดังกล่าวกับสถานพยาบาลบางแห่งที่เคยมีแผนรับมือเรื่องการแพร่ระบาดเหล่านี้

“ขณะนั้นสถานการณ์ก็คือไม่มีใครรู้เลย ว่าการดูแลคนไข้โควิดนี้ต้องทำอะไร หรือแม้แต่การบริหารงานสถานการณ์แบบนี้ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ดังนั้นการรับมือ การที่เราบริหารขณะนั้นต้องเรียกว่าเป็นการบริหารสถานการณ์วิกฤติที่เราไม่รู้เลยว่ามันคืออะไร เรารีบเร่งทำมากก็คือเราคิดตั้งแต่ตอนนั้นแล้วว่าโรคนี้คือโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นถ้าจะ

¹¹⁷ Michael. Lipsky, *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service* (Russell Sage Foundation, 2010).

<https://books.google.co.th/books?id=WjUBulsr2O0C>.

¹¹⁸ Seye Abimbola, "Health System Governance: A Triangle of Rules," *BMJ Global Health* 5, no. 8 (2020): 4-6, <https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003598>.

ให้พร้อมต้องจัดการไปพร้อมๆ กัน ในการบริหาร ในการใช้ระบบของ EOC จะมีกล่องที่เรา set อยู่ในแต่ละกล่อง...”¹¹⁹

“เราไม่ค่อยมีปัญหา เพราะเราเป็นโรงพยาบาลด้านโรคติดเชื้ออยู่แล้ว การบริหารใช้ BCP ซึ่งมีตั้งนานแล้วครับ เป็นสิบปีแล้ว ตั้งแต่ผมมาอยู่ 20 กว่าปีก็มีแล้วครับ เพราะผมมาตอนนั้นก็ได้ยินเขาพูดกันแล้วนะ ปี 2539 2540 ตอนนั้นก็เริ่มมี ผมได้ยินเขาคุยกัน เรามาก็เห็นพี่เขาคุยกันเรื่อง BCP เรามี BCP ที่เรา plan ไว้อยู่แล้วในการ run ธุรกิจอยู่แล้ว เราก็ต้องมีการเตรียมการ”¹²⁰

ขณะเดียวกัน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานหน้างานได้เริ่มพัฒนากฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติของตนเองเพื่อรองรับทั้งในรูปแบบแนวทางการปฏิบัติ ขั้นตอนการดำเนินงาน แผนผังการปฏิบัติงาน และการระบุบทบาทหน้าที่แก่ผู้รับผิดชอบ¹²¹ ที่แตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล และกฎดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ อย่างไรก็ตามความรวดเร็วของการแพร่ระบาดของโรคและภาวะที่ไม่น่านอนของการเกิดโรคอุบัติใหม่อย่างโควิด-19 ที่เป็นสิ่งใหม่ทั้งในหมู่ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เคยรับมือกับภาวะดังกล่าวมาก่อน การทำให้บุคลากรรับรู้ เข้าใจ และซึ่กซ้อมการดำเนินงานตามกฎหมายจึงต้องอาศัยความรวดเร็วมากและต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจใหม่แก่บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ที่มีอยู่ทั้งในพื้นที่และต่างพื้นที่ที่ยังไม่คุ้นชินกับกฎและขั้นตอนการปฏิบัติในด้านการแพทย์เกี่ยวกับโควิด-19 ที่มีความเฉพาะทางและต่างจากงานประจำที่เคยทำอยู่เดิม

“เรื่องของ knowledge ของบุคลากร แต่ก่อนต้องยอมรับว่าการใส่อุปกรณ์ coverall ค่อนข้างห่างไกล เนื่องจากว่ามันไม่มีโรคพวกนี้มา พอมีเราก็ให้ซึ่กซ้อมทุกคน แล้วก็มีการประเมินรายบุคคลเลยว่า คนนี้ผ่านหรือไม่ผ่านเรื่องอะไร มีการสนับสนุนทางป้ายที่ดูแล้วสีสดใส การใส่ยังง่อดอยง่ มาติดตามตึกที่ปฏิบัติงาน”¹²²

¹¹⁹ คู่มือสัมภาษณ์ใน อดีญาณ์ ศรีเกษตริณ et al., 83.

¹²⁰ คู่มือสัมภาษณ์ใน อดีญาณ์ ศรีเกษตริณ et al., 84.

¹²¹ อดีญาณ์ ศรีเกษตริณ et al., 89.

¹²² คู่มือสัมภาษณ์ใน อดีญาณ์ ศรีเกษตริณ et al., 105.

“ปัญหาเรื่องหนึ่งที่สำคัญเลย ก็คือว่าพอโรงพยาบาลทั่วไปอย่างนี้พอไม่มีบุคลากรส่งมาให้เราเขาก็จะเกณฑ์คนของ สสจ. โรงพยาบาลชุมชน อย่างเป็นทางการจากสำนักงานสาธารณสุขเขาก็จะไม่ชำนาญในด้านชื่อยาต่าง ๆ ที่เขาแทบจะไม่ได้เจอเลย อันนี้หมอก็กลำบาก ซึ่งตรงนี้เป็นปัญหามาก ถ้าเราได้คนจาก สสจ. หลายคน หรือโรงพยาบาลชุมชนที่เขาจะไม่ค่อยรู้จักชื่อยาต่าง ๆ เหล่านี้เราก็ต้องเหนื่อย เราก็ต้องจัดอัตรากำลังการมีส่วนร่วมตามบริบทตามโรงพยาบาลมาส์ปาด้าเดียว บางโรงพยาบาลมา 3 วัน พอเริ่มจะกระเตื้องขึ้นมา ก็กลับแล้ว”¹²³

ขณะที่การทำงานของอาสาสมัครที่เป็นเครือข่ายประชาชนที่รวมตัวกันในช่วงแรกที่ต้องการเข้ามาช่วยเหลือทั้งภาครัฐและช่วยประชาชนกันเองในภาวะวิกฤต แม้จะมีภูมิหลังและทักษะการทำงานที่หลากหลายแต่ยังขาดประสบการณ์และการฝึกฝนด้านการสาธารณสุข ก็ไม่ทราบการมีกฎหรือแนวปฏิบัติใดมาก่อนทั้งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณสุขด้านโควิด-19 หรือด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เทียบเคียงได้

“ผมเริ่มจากการรับส่งผู้ป่วยก่อน เป็นผู้ป่วยที่ไม่ถูกเงินแล้วเราก็ก้อย ๆ พัฒนาเรื่อย ๆ อย่างที่.....บอกเลยครับว่าตอนแรกมันไม่มีใครเข้าใจเรื่องโควิด หมอก็กไม่รู้พยาบาลก็รู้ โรงพยาบาลก็รู้เรื่อง ทุกคนไม่มีใครรู้เรื่อง เรารู้แต่ว่า อย่างที่.....บอกทุกคนเป็นโควิดแล้วต้องไปโรงพยาบาล แต่จะไปยังไงมันไม่มีรถไป เพราะมันเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่รัฐบาลประกาศขนาดนั้น แล้วก็ไม่มีใครเข้าใจว่ามันจะไปโรงพยาบาลได้ยังไง เสียงแล้วจะไปตรวจยังไง”¹²⁴

ด้วยเหตุนี้ ในส่วนของเครือข่ายภาคประชาชนต้องพัฒนาความรู้พื้นฐานด้านการสาธารณสุขเพื่อทำงานกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะติดเชื้อในช่วงภาวะวิกฤตทั้งอาศัยการหาความรู้และเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เมื่อสัมผัสกับผู้ป่วย และการอบรมอาสาสมัครโดยหน่วยงานรัฐและสถาบันการศึกษาที่เข้ามาช่วยเหลือการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชน ตัวอย่างเช่น กลุ่มเส้นด้ายที่ได้พัฒนาอาสาสมัครจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เรื่องมาตรฐานความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคโควิด และคณะแพทยศาสตร์

¹²³ คูบทสัมภาษณใน อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ et al., 106.

¹²⁴ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เกณฑ์การแยกกลุ่มเสี่ยง การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน ฯลฯ¹²⁵

นอกจากนี้ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างกันระหว่างฝ่ายเจ้าหน้าที่รัฐและเครือข่ายภาคประชาชนก็มีการยึดถือกฎและแนวทางการดำเนินงานที่แต่ละฝ่ายได้พัฒนาขึ้นในช่วงวิกฤตแตกต่างกันด้วย ทำให้เกิดความเห็นต่างถึงวิธีการทำงานต่อกันอีกด้วย

“แต่เราประสานเขาไปแรก ๆ ทุกคนอาจจะไม่มีความรู้เรื่องโควิด.....พอเราไปเจอผู้ป่วยมากขึ้น เราก็จะมีประสบการณ์แล้วว่าจะทำยังไงถ้าเจอเคสแบบนี้ เราก็ค่อนข้างมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น การประสานงานของเราเราประสานด้วยความแม่นยำอยู่แล้ว แต่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีความรู้สึกว่ามันต้องเป็นคนที่ยากที่สุดในเรื่องนี้ ซึ่งบางทีต้องบอกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าทั้งคุณและผมก็มีความรู้เรื่องโควิดพอ ๆ กัน เพราะต่างฝ่ายต่างใหม่เหมือนกัน”¹²⁶

¹²⁵ กลุ่มเส้นด้าย, and มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 139-40.

¹²⁶ จากการประชุมกลุ่มย่อยวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565

บทที่ 5

การวิเคราะห์สถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทยและเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

นับตั้งแต่วันที่ประเทศไทยยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รายแรกในประเทศไทย และเป็นรายแรกนอกประเทศจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ปัจจุบันโควิด-19 กำลังกลายเป็นโรคประจำถิ่น ภายหลังจากแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มากกว่า 2 ปี จนเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกไปกว่า 6.5 ล้านราย และผู้เสียชีวิตในประเทศไทยกว่า 3.2 หมื่นคน ในช่วงการระบาดใหญ่ 5 ระลอกของประเทศไทยที่ผ่านมา (ตุลาคม 2565, Our World in Data, Johns Hopkins University) การวิเคราะห์สถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นความพยายามอธิบายให้เห็นภาพระบบการทำงานการบริหารจัดการสาธารณสุข ระบบส่งต่อ และส่วนงานต่าง ๆ ในภาวะฉุกเฉิน โดยใช้วงจรการจัดการภัยพิบัติในการอธิบาย ก่อนที่จะพิจารณาในส่วน of สถานการณ์ทั้งในเรื่องการกระจายทรัพยากรระหว่างกันและบรรทัดฐาน (norm) การทำงานระหว่างกัน เพื่อสุดท้ายจะนำความรู้ทางสาธารณสุขมาอธิบายร่วมกัน การระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 แสดงให้เห็นถึงคุณสมบัติของสายพันธุ์เชื้อโควิด-19 ที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนหรือคลัสเตอร์ (Cluster) ในบทนี้เป็นการวิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย และเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในช่วงที่ผ่านมา โดยแบ่งองค์ประกอบของเนื้อหาออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

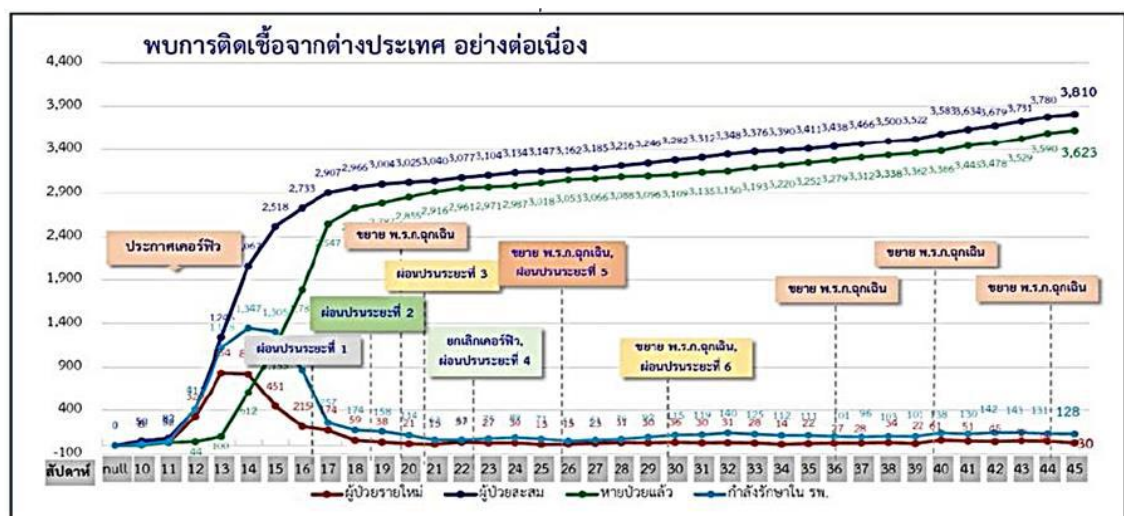
5.1 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 : จุดเริ่มต้นของการระบาด จากนักท่องเที่ยวชาวจีนสู่คนขับแท็กซี่ และคลัสเตอร์สนามมวย

ช่วงเวลาของการเริ่มต้นที่เปลี่ยนจากชีวิตที่เป็นปรกติสู่การใช้ชีวิต ท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หลังจากสำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ออกประกาศอย่างเป็นทางการถึงการค้นพบโรคปอดอักเสบรุนแรง ไม่ทราบสาเหตุ ในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเวลาต่อมากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center; EOC) และดำเนินมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศจีน ผ่านมาตรการควบคุมการเอาออกประเทศ และยกระดับมาตรการในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ผ่านมาตรการต่าง ๆ โดยประเทศไทยยืนยัน

ผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกในประเทศไทยและเป็นรายแรกนอกประเทศจีน ในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นในช่วงของการระบาดระลอกที่ 1 เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ดั้งเดิมที่พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หรือโคโรนาสายพันธุ์ S (Serine) ซึ่งเริ่มต้นในช่วงมกราคม พ.ศ. 2563 ก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ภายในประเทศจากคลัสเตอร์สนามมวยลุมพินี จากกลุ่มคนที่สนามมวยลุมพินี ราชดำเนิน และอ้อมน้อย (รพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด, 2564) จนกลายเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วภายในประเทศ โดยมี super spreader ใน 13 จังหวัดตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ และในวันที่ 12 มีนาคม รัฐบาลได้ตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วน จนนำไปสู่การบังคับใช้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงมาตรการอื่น ๆ ในการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข จนนำไปสู่มาตรการมาตรการปิดเมือง (Lockdown) และมาตรการควบคุมทางสังคมอย่างเข้มงวด หรือที่เรียกกันว่า “อู่ฮั่นโมเดล” ในวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้อำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2019 การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระลอกนี้ถือเป็นการแพร่ระบาดที่ยาวนานเกือบ 1 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อ 4,237 คน และผู้เสียชีวิต 60 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.42 จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด)

ภาพที่ 5.1

การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงการระบาดระลอกที่ 1



ที่มา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 5 พ.ย. 2563

5.1.1 การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำหรับการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศไทยได้มีการติดตามสถานการณ์และเตรียมความพร้อมรับมือตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างใกล้ชิด และเฝ้าระวังคัดกรองผู้โดยสารที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น จากทุกสายการบิน และจากจำนวนผู้ป่วยในประเทศจีนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Emergency Operation Center; EOC) และดำเนินมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศจีน จนมีการตรวจพบนักท่องเที่ยวจีนที่มีอาการเข้าข่ายตามนิยามของโรค เมื่อวันที่ วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 กรมควบคุมโรคได้ยกระดับมาตรการในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ผ่านมาตรการต่าง ๆ เช่น คัดกรองผู้โดยสารที่เดินทางมาจากอู่ฮั่น และตรวจผู้ที่เข้าข่ายตามนิยามของโรค ชี้แจงแนวทางในการปฏิบัติ เผยแพร่ข้อมูล ดำเนินการติดตามและเฝ้าระวัง สำนวจความพร้อมของห้องแยกความดันลบ (Negative Pressure Room) และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ พร้อมทั้งประชุมร่วมเพื่อหารือมาตรการสกัดกั้นและคัดกรองกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่ง 13 มกราคม พ.ศ. 2563 กรมควบคุมโรค ได้มีการยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อ นำมาสู่การประเมินสถานการณ์และแจ้งเตือนโรคปอดอักเสบ มีการจัดทำแนวทางการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดอักเสบ และสั่งการให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดดำเนินการเฝ้าระวังและเตรียมรับสถานการณ์ และให้จัดเตรียม ห้องแยกความดันลบ (Negative Pressure Room) ของโรงพยาบาลศูนย์ และยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเป็นระดับ 2 มีการเพิ่มมาตรการด้านสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการเตรียมความพร้อมรับมือ และเป็นครั้งแรกที่มีการดำเนินแนวทางในการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนด้วยการชี้แจงการปฏิบัติตนในการรับมือกับโรคระบาด

1) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านการแพทย์สาธารณสุข

สำหรับมาตรการในส่วนนี้จะเห็นได้ว่า ในระยะแรกของการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการมุ่งเน้นมาตรการเชิงป้องกันและยับยั้ง เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดภายในประเทศ ผ่านการเฝ้าระวังคัดกรองตามแนวพรมแดนและการเข้าออกภายในประเทศ รวมถึงการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างใกล้ชิด แต่ในเวลาต่อมาภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมาตรการ และบังคับใช้มาตรการในการควบคุมโรค เพื่อให้ได้มาซึ่งการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีมาตรการที่สำคัญ เช่น 1) ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ต้องทำการกักตัวและสังเกตอาการ 14 วัน 2) พัฒนาระบบและกลไกการกักกันผู้ที่มีเหตุให้สงสัยว่าเป็นโรคติดต่อ

อันตราย 3) กำหนดมาตรการลดความเสี่ยงสำหรับชาวต่างชาติซึ่งเป็นพื้นที่ระบาดต่อเนื่อง เช่น ใบบรรองแพทย์ ประกันสุขภาพ หากไม่ปฏิบัติตามจะไม่สามารถเดินทางเข้าประเทศได้

5.1.2 การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านกฎหมาย ในห้วงระยะเวลาดังกล่าวนั้น การดำเนินมาตรการทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ โดยมีการกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าทดแทน และบทกำหนดโทษ หากฝ่าฝืนการควบคุมโรคติดต่อ โดยมีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ที่มีอำนาจหน้าที่ในการรับผิดชอบ นอกจากนี้ได้มีการออกประกาศกระทรวง ประกาศกรม ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อ ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินการกิจของกลไกในระดับต่าง ๆ เป็นไปด้วยความราบรื่นพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดให้อาศัยโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ร่วมด้วย ในส่วนของกฎหมาย ระเบียบ ที่สำคัญในห้วงดังกล่าวนี้ เป็นไปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5.1

กฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนดทางราชการ

กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญโดยสังเขป
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	เป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ โดยมีการกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าทดแทน และบทกำหนดโทษ หากฝ่าฝืนการควบคุมโรคติดต่อ
พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534	เป็นการใช้อำนาจตามความในมาตรา 11 (6) และ (9) โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจัดตั้ง ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 ขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรีและขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 5.1

กฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนดทางราชการ (ต่อ)

กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญโดยสังเขป
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	เป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ โดยมีการกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าทดแทน และบทกำหนดโทษ หากฝ่าฝืนการควบคุมโรคติดต่อ
พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534	เป็นการใช้อำนาจตามความในมาตรา 11 (6) และ (9) โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 ขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรีและขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี
ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการเข้าไปในพาหนะ อาคาร หรือสถานที่ใดของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2560	เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขรวมทั้งแนวทางในการปฏิบัติในการควบคุมโรค และให้อำนาจหน้าที่ในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับ 3 พ.ศ. 2563) (ประกาศ ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)	เพิ่มโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยอาจทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563 (ประกาศ ณ วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563)	ประกาศให้ท้องที่นอกราชอาณาจักรเป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ได้แก่ สาธารณรัฐเกาหลี สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐอิทาลี และสาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน

ตารางที่ 5.1

กฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนดทางราชการ (ต่อ)

กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญโดยสังเขป
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เครื่องแบบ เครื่องหมาย และบัตร ประจำตัวของเจ้าพนักงานควบคุม โรคติดต่อ เพื่อแสดงตัวขณะปฏิบัติ หน้าที่ในกรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนหรือมี กรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2563	ประกาศฉบับนี้เป็นการกำหนดให้เจ้าพนักงานควบคุม โรคแสดงตัวขณะปฏิบัติหน้าที่ และให้อำนาจกรณีที่เจ้า พนักงานควบคุมโรคติดต่อไม่มีเครื่องแบบ แต่มีเหตุ จำเป็นเร่งด่วนหรือกรณีฉุกเฉิน ให้ใช้เครื่องแบบหรือ เครื่องหมายอื่นแสดงตัวในการปฏิบัติหน้าที่
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 (ประกาศ ณ วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563)	แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยมีข้าราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการสังกัดกรม ควบคุมโรค ข้าราชการสังกัดกรมการแพทย์ ข้าราชการ สังกัดกระทรวงมหาดไทยในส่วนภูมิภาค เป็นเจ้า พนักงานควบคุมโรคติดต่อในเขตท้องที่ที่มีอำนาจ ข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร ข้าราชการสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้าราชการสังกัด กระทรวงกลาโหมที่มีหน้าที่ด้านระบาดวิทยา
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 (ประกาศ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2563)	แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยมีข้าราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านระบาด วิทยา ข้าราชการสังกัดกระทรวงมหาดไทยในส่วน ภูมิภาค เพิ่มเติมกลไกการปกครองท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน)

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

1) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านการบริหารจัดการ

จากสภาพของการบริหารจัดการในช่วงแรกเริ่มที่ประสบกับปัญหาการทำงาน
ที่ไร้เอกภาพ กลไกการประสานงานไม่สามารถนำมาสู่การสร้างร่วมมือและการกำหนดเป้าหมาย

ในการดำเนินภารกิจที่ชัดเจนได้ แม้ว่าตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจะมีการนำพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นกฎหมายหลัก ภายใต้กฎหมายฉบับดังกล่าวได้มีการกำหนดหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการ หากแต่การทำงานแบบข้ามภาคส่วนยังคงประสบกับปัญหาไร้เอกภาพ จนในท้ายที่สุดนำไปสู่คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 76/2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11 (6) และ (9) ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ที่นำไปสู่การศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) หรือศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วน การสั่งการให้หน่วยงานภาครัฐปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย และขอความร่วมมือภาคเอกชนในการดำเนินการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรการของรัฐบาล อีกทั้งได้มีการกำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบภารกิจตามมาตรการต่าง ๆ ที่ได้มีการแบ่งมอบหน้าที่ โดยในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย

ตารางที่ 5.2

มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
1. ยับยั้งการระบาดของภายในประเทศ	1) เลื่อนวันหยุดสงกรานต์	กระทรวงวัฒนธรรม
	2) ปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดที่มีคนแออัด ง่ายต่อการแพร่เชื้อ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร
	3) กำหนดมาตรการจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว	กระทรวงแรงงาน กระทรวงการต่างประเทศ
	4) งดการเรียนการสอน และให้สถาบันการศึกษาดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด	กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ตารางที่ 5.2

มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
1. ยับยั้งการระบาดภายในประเทศ	5) งดกิจกรรมรวมคนจำนวนมาก	กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร
	6) งดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายคนข้ามจังหวัดของหน่วยงานที่มีคนจำนวนมาก	
	7) ให้หน่วยงานภาครัฐลดความแออัด โดยเลื่อนเวลาการทำงาน เลื่อนเวลาพัก	ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	8) ส่งเสริมให้ใช้ระบบอินเทอร์เน็ต เช่น ประชุมทางไกล การทำงานที่บ้าน ส่งเสริมการทำธุรกรรมออนไลน์	ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	9) ลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อด้วยการคัดกรองอุณหภูมิ การทำความสะอาดพื้นผิว จำกัดจำนวนผู้คน เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด สถานที่ราชการ	
	10) ร้านค้า ร้านอาหาร ให้มีมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อ	ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง
	11) ลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อในระบบขนส่งสาธารณะ	กระทรวงคมนาคม
	12) ส่งเสริมให้ประชาชนใช้หน้ากากและเร่งผลิตหน้ากาก	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย
	13) ให้ผู้ว่าราชการจังหวัด จำกัดและดูแลพื้นที่ห้ามการเคลื่อนย้าย พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินการ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย
	14) ให้บุคคลที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ใช้แอปพลิเคชันติดตามตัว	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย
	15) เร่งดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคทุกอำเภอ ทุกหมู่บ้าน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย

จากกรณีคลัสเตอร์สนามมวยลุมพินี และ super spreader กระจาย ใน 13 จังหวัด จนนำไปสู่การแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง รัฐบาลขอความร่วมมือคัดกรองผู้โดยสาร ที่เดินทางออกจากกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (21 มีนาคม พ.ศ. 2563) โดยคณะกรรมการ โรคติดต่อแห่งชาติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กรมควบคุมโรค ได้มีการขอความร่วมมือ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ การรถไฟแห่งประเทศไทย อธิบดีกรมขนส่งทางบกผู้อำนวยการ สนามบินดอนเมือง ขอความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการทำความสะอาด การดำเนินการคัดกรอง และเก็บบันทึกข้อมูล การดำเนินมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทว่าในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น สถานการณ์มีแนวโน้มที่จะมีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างยากต่อการควบคุมโรค อีกทั้งเป็นช่วงที่ใกล้ เข้าสู่เทศกาลสงกรานต์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะเดินทางกลับต่างจังหวัด จนนำไปสู่การบังคับใช้มาตรการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด ด้วยมาตรการ ล็อกดาวน์ (Lockdown) ปิดสนามบินและด่านตามพรมแดน 34 จุด ให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดใน การประเมินสถานการณ์และสามารถกำหนดแนวทางหรือมาตรการที่สอดคล้องกับพื้นที่ การประกาศ ปิดสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ การงดการเดินทางข้ามพื้นที่ การออกประกาศเคอร์ฟิว ห้ามประชาชนออกจากเคหสถานตั้งแต่เวลา 22.00 – 04.00 น. ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2562 ซึ่งมาตรการเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2562 พร้อมกับสโลแกน “อยู่บ้านเพื่อชาติ”

การบริหารจัดการภายใต้ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในระยะของการบริหารวิกฤติในภาวะโรคระบาด เป็นช่วงที่กลไกการบริหารจัดการดำเนินการกิจ ร่วมกัน ใน 2 ลักษณะ อย่างเป็นเอกภาพ โดยมีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 พร้อมทั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะด้าน ทั้ง 8 ส่วน ดำเนินภารกิจในการบริหารจัดการป้องกันและลดการ แพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ในภาพรวมตามหน้าที่และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการระบุไว้ โดยมีกลไก การประสานงานและการหารือร่วมกันหลายภาคส่วน รวมทั้งกระบวนการของการตัดสินใจที่ส่วนหนึ่ง มาจากการปรึกษาหารือกับคณะแพทย์ ในการออกแบบและบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ โดยมีเป้าหมาย ที่สำคัญ คือ การลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด – 19 เพิ่มอัตราการกลับบ้าน ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันการบริหารจัดการในภาวะวิกฤติ ได้ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการกลไก ในระดับพื้นที่ที่มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้บัญชาการ ตามความเห็นของคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัด รวมถึงคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ในการออกมาตรการบังคับใช้ในระดับพื้นที่ เพื่อให้มาตรการต่าง ๆ ที่กำหนดจากส่วนกลางสามารถไปปรับใช้และนำไปสู่การกำหนดมาตรการ ที่สอดคล้องกับพื้นที่

2) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านสังคม

มาตรการทางสังคมในการป้องกันและลดการระบาดของโรคที่ภาครัฐได้มีการนำมาใช้ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นับแต่มีการระบาดของโรค คือมาตรการทางสังคมบนวาทกรรม “ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ที่พยายามจะสร้างให้เกิดพฤติกรรมโดยรวม (Collective Action) โดยการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

2.1) มาตรการสื่อสารความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงด้วยการให้ข้อมูลชี้แจงข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค และแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มาตรการการสื่อสารความเสี่ยงและแนวปฏิบัติรายกรณี เช่น แนวปฏิบัติสำหรับการแยกเพื่อสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Self-Quarantine at Home) กรณีนักเรียน นักศึกษา ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แนวปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับค่ายทหาร แนวปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับระบบขนส่งสาธารณะภายในประเทศ มาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า)

2.2) มาตรการการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม การจัดทำสื่อ/คู่มือให้ความรู้กับประชาชน เรื่องความรู้ COVID-19 การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางการปฏิบัติตัว 14 วัน ในการสังเกตอาการที่อาจเข้าข่ายตามนิยามของโรค การสร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ข้อสั่งการนายกรัฐมนตรี) ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงมาตรการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์โรคโควิด - 19 โดยให้มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยภายในและภายนอกประเทศ และรายละเอียดที่เกี่ยวกับโรค

2.3) มาตรการกำกับพฤติกรรม การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นหนึ่งในมาตรการหลักที่มีการนำมาใช้ เพื่อลดโอกาสของติดเชื้อของคนไม่สังคม และลดความแออัด โดยมีข้อกำหนดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 หรือ 2 เมตร

2.4) มาตรการป้องกันและควบคุมโรคมาตรการเร่งด่วนของรัฐบาล มีการกำหนดให้ภาคส่วนต่าง ๆ ปฏิบัติตามคำแนะนำและดำเนินมาตรการตามมาตรการเร่งด่วนของรัฐบาล เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการระบาดของโรค

ในส่วนของมาตรการ ในการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 สามารถจัดกลุ่มของมาตรการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ได้ดังนี้

2.1) มาตรการดูแลและเยียวยาประชาชน โดยมุ่งเน้นการลดค่าใช้จ่าย ในครัวเรือน ลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของนายจ้างและลูกจ้าง ลดภาระค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ขณะเดียวกันมีการให้ความช่วยเหลือสำหรับอาหารและสิ่งของจำเป็น

2.2) มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ประกอบการ มุ่งเน้นสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ พักต้นเงินลดดอกเบี้ยและขยายระยะเวลาชำระหนี้แก่ลูกหนี้ของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ ผ่อนคลาย หลักเกณฑ์การปรับโครงสร้างหนี้ สินเชื่อเพื่อส่งเสริมการจ้างงานของประกันสังคม คืบสภาพคล่อง ให้แก่ผู้ประกอบการในประเทศ คืบภาษีมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้ประกอบการส่งออก บรรเทาภาระการจ่าย ค่าน้ำค่าไฟและคืบค่าประกันการใช้ไฟ

2.3) มาตรการดูแลและเยียวยาแรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระ ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม โดยแบ่งเป็น 3 มาตรการหลัก คือ 1. มาตรการเพิ่มสภาพคล่อง ได้แก่ สนับสนุนเงินคนละ 5,000 บาทต่อเดือนเป็นเวลา 3 เดือน 2) สินเชื่อฉุกเฉิน 10,000 บาท 3) สำนักงานธนาคุณุเคราะห์รับจ่านำดอกเบี้ยต่ำ 2. มาตรการลดภาระ ได้แก่ 1) ยืดการเสียภาษีเงินได้ บุคคลธรรมดา 2) หักลดหย่อนเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น และ 3. มาตรการเพิ่มทักษะ รวมทั้ง มาตรการเฉพาะธุรกิจการท่องเที่ยวปล่อยกู้ให้แก่ผู้ประกอบการในธุรกิจท่องเที่ยวเป็นการ เฉพาะ โดยแบ่งวงเงิน 10,000 ล้านบาท จากมาตรการ Soft loan 150,000 ล้านบาท และให้ธนาคารออมสินเป็นผู้นำหลักในการปล่อยสินเชื่อโดยเร็ว

2.4) มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ” มุ่งเน้นมาตรการเพิ่มสภาพ คล่อง เช่น 1) สินเชื่อรายย่อย 2) ขยายเวลาการเสียภาษีสรรพากร เช่น VAT ภาษีธุรกิจเฉพาะ และอื่น ๆ ให้ผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบ 3) ขยายเวลาเสียภาษีสรรพสามิตให้กิจการสถาน บริการ 4) ขยายเวลาเสียภาษีสรรพสามิตให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมน้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมัน

3) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ

มาตรการบรรเทาผลกระทบและให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ในการเยียวยาและลดผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 มาตรการหลักมุ่งเน้นไป ในแนวทางการเยียวยาและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจของประชาชนผ่านมาตรการทางการคลัง มาตรการทางการเงินและการสนับสนุนหรืออุดหนุนทางเศรษฐกิจ โดยที่มีการช่วยเหลือทางตรง และการช่วยเหลือทางอ้อม ผ่านความพยายามในการจัดกลุ่มผู้ได้รับความช่วยเหลือ (Segmentation) ตามฐานข้อมูลที่ภาครัฐคาดว่าจะจัดการได้

ตารางที่ 5.3

มาตรการทางเศรษฐกิจจากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือทางเศรษฐกิจศาสตร์	มาตรการ/การดำเนินการ	สาระสำคัญโดยสังเขป
มาตรการทางการคลัง	มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงและทางอ้อมระยะที่ 3	<p>การดำเนินการหลักในส่วนของมาตรการในส่วนนี้ แบ่งเป็น 3 ด้าน</p> <p>1) ร่างพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ....</p> <p>2) ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลเศรษฐกิจภายในประเทศ</p> <p>3) มาตรการช่วยเหลืออื่น ๆ</p>
มาตรการทางการเงิน	มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้ (ลักษณะของมาตรการขั้นต่ำ) มีผล 1 เมษายน พ.ศ. 2563	<ul style="list-style-type: none"> ● ลดอัตราผ่อนชำระหนี้เพียง ร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2563 – 2564 และปรับเป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2565 และกลับมาคงอัตราร้อยละ 10 ตามเดิม ● สินเชื่อส่วนบุคคลที่ผ่อนชำระเป็นงวด และสินเชื่อจำนำทะเบียนรถ โดยให้เลื่อนการชำระเงินต้นและดอกเบี้ยเป็นเวลา 3 เดือน ● สินเชื่อเช่าหรือซื้อรถทุกหรือมอเตอร์ไซด์ โดยเลื่อนชำระเงินต้นและดอกเบี้ยเป็นเวลา 3 เดือน ● เลื่อนการชำระหนี้ซึ่งมูลค่าไม่เกิน 3 ล้านบาท

ตารางที่ 5.3

มาตรการทางเศรษฐกิจจากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

เครื่องมือทางเศรษฐกิจศาสตร์	มาตรการ/การดำเนินการ	สาระสำคัญโดยสังเขป
มาตรการทางการเงิน	มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้ (ลักษณะของมาตรการขั้นต่ำ) มีผล 1 เมษายน พ.ศ. 2563	<ul style="list-style-type: none"> ● พักชำระเงินต้น 3 เดือน สินเชื่อ บ้านมูลค่าไม่เกิน 3 ล้านบาท ● พักชำระเงินต้น 3 เดือน สินเชื่อ ธุรกิจ SME ไมโครไฟแนนซ์ นาโนไฟแนนซ์ วงเงินไม่เกิน 20 ล้านบาท
มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ	ร่างพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ....	<ul style="list-style-type: none"> ● ชุดมาตรการเพื่อช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก Covid – 19 ● ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลเศรษฐกิจภายในประเทศ ● มาตรการช่วยเหลืออื่น ๆ ได้แก่ ร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดจำนวนเงินฝากที่ได้รับการคุ้มครองเป็นการทั่วไป พ.ศ. ... มาตรการสินเชื่อดอกเบี้ยสำหรับผู้ประกอบธุรกิจการเงินที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน (Non – banks) การปรับลดอัตราเงินนำส่งจากสถาบันการเงินเป็นการชั่วคราว

ในภาพรวมของการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 (สายพันธุ์ S; Serine หรือสายพันธุ์อยู่ฮัน) 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยมีการดำเนินมาตรการในด้านต่าง ๆ เพื่อการควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ตารางที่ 5.4

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19

การระบาดของโรค โควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 (สายพันธุ์ S; Serine หรือสายพันธุ์อื่น) 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการคัดกรองและเฝ้าระวัง ผู้โดยสารที่มาจากต่างประเทศ - จัดตั้ง EOC กรมควบคุมโรค สธ. - มาตรการเตรียมความพร้อม ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข - มาตรการกักกันและควบคุมโรค - ดำเนินมาตรการควบคุมโรค อย่างเข้มงวด 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมพร้อมรับมือและป้องกันการ การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID – 19) (20 ก.พ. 2563) - มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของ โรคปอดอักเสบ Covid-19 ใน โรงพยาบาลสังกัด กทม. (2 มี.ค. 2563) - มาตรการคัดกรองและเฝ้าระวัง ผู้โดยสารที่มาจากต่างประเทศ และพักอาศัยในเขตพื้นที่ กรุงเทพฯ - จัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดิน หายใจในทุกศูนย์บริการ สาธารณสุข (ARI Clinic) (พฤษภาคม 2563) - เตรียมพร้อมด้านสถานที่และ อุปกรณ์ เช่น อ่างล้างมือ น้ำ สบู่ หรือเจลล้าง

ตารางที่ 5.4

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 (สายพันธุ์ S; Serine หรือสายพันธุ์อื่น) 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> - เปิดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีน จำแนกได้ 7 กลุ่ม - เปิดศูนย์ EOC กรุงเทพมหานคร - ฝึกเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระลอกที่ 2 (17 ส.ค. 2563)
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ สถานการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - บังคับใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวด - มาตรการยับยั้งการระบาดภายในประเทศ - มาตรการล็อกดาวน์ (Lockdown) - จัดตั้ง ศบค. - ปิดสนามบินและด่านพรมแดน 34 จุด 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร สั่งปิดสถานที่ 34 สถานที่เป็นการชั่วคราว (28 มี.ค. 2563) - จุดตรวจควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ผู้เดินทางเข้าสู่กรุงเทพฯ (28 มี.ค. 2563) - มาตรการล็อกดาวน์ (Lockdown)

ตารางที่ 5.4

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ สถานการณ์		<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการป้องกันโรคเพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรค - จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กรุงเทพมหานคร - มาตรการทำความสะอาดพื้นที่ป้องกันโรคโควิด-19 - มาตรการเข้มงวดในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสื่อสารความเสี่ยง	- ชี้แจงข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค และแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีน จำแนกได้ 7 กลุ่ม ลงทะเบียนผ่านระบบ line @ucbkk สร้างสุข - ประชาสัมพันธ์การปิดสถานที่ชั่วคราวตามประกาศ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5.4

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการ บริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 (สายพันธุ์ S; Serine หรือสายพันธุ์อื่น) 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อ)		
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสร้างความ ตระหนักรู้ของสังคม	- ออกแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค - สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึง สถานการณ์ - สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึง มาตรการแก้ไขปัญหาจาก สถานการณ์โรคโควิด – 19	- ประชาสัมพันธ์และแจก แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อโรคให้กับ ประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการ ป้องกันตนเองและลดความเสี่ยง จากไวรัสโควิด-19 - รณรงค์เข้มแข็งไปด้วยกัน Stay Strong Campaign (1 ก.ค. 2563)
- มาตรการกำกับ พฤติกรรม	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) - มาตรการเร่งด่วนของรัฐบาล เพื่อ ป้องกันและลดความเสี่ยงการระบาด ของโรค	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)
- มาตรการดูแลและ เยียวยา	- การลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน - มาตรการดูแลและเยียวยา ผู้ประกอบการ - มาตรการดูแลและเยียวยาแรงงาน ลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระ - มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ”	- ครัวสนามเคลื่อนที่ประกอบ ปรุงและแจกจ่ายอาหาร บรรเทา ความเดือดร้อนของประชาชนที่ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดโรคโควิด-19

ตารางที่ 5.4

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 (สายพันธุ์ S; Serine หรือสายพันธุ์อื่น) 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	- ร่างพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ....	
- มาตรการทางการเงิน	- มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้	
- มาตรการส่งเสริม/สนับสนุนกิจกรรมทางเศรษฐกิจ	- ชุดมาตรการเพื่อช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก Covid – 19 - ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลเศรษฐกิจภายในประเทศ	

ที่มา: สรุปและรวบรวมโดยผู้วิจัย

5.2 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 : คลัสเตอร์แรงงานสมุทรสาครกับ “การระบาดระลอกใหม่” (NEWLY EMERGING)

การระบาดระลอกใหม่ (Newly Emerging) เกิดขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ S หรือสายพันธุ์อื่น ที่เกิดการแพร่ระบาดครั้งใหญ่จนนำไปสู่การบังคับใช้มาตรการอย่างเข้มข้นในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ไม่ว่าจะเป็นมาตรการล็อกดาวน์ มาตรการเว้นระยะห่างทั้งสังคม จนถึงช่วงของการผ่อนปรนมาตรการ และแนวทางการใช้ชีวิตตามแนวทางชีวิตในความเป็นปรกติใหม่ (New Normal) แต่แล้วเพียงไม่กี่สัปดาห์หลังการผ่อนปรนมาตรการและวิถีชีวิตแบบ “New Normal” ประเทศไทยกลับเข้าสู่ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อีกครั้ง และครั้งนี้ก็ถือเป็นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในลักษณะการระบาดระลอกใหม่ ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมีการกลายพันธุ์และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง โดยที่ไม่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนหน้า

การระบาดระลอกใหม่เกิดจากเชื้อไวรัสกลายพันธุ์ สายพันธุ์ GH เป็นสายพันธุ์ที่แยกออกมาจากสายพันธุ์ G หรือสายพันธุ์บีตา (Beta (B.1.351)) โดยไวรัสสายพันธุ์นี้มีต้นกำเนิดหรือต้นทางมาจากประเทศอินเดีย ก่อนแพร่ระบาดเข้าไปยังเมืองยะไข่ ประเทศเมียนมา และแพร่มายังประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563¹²⁷ โดยสายพันธุ์นี้ตรวจพบครั้งแรกในตลาดกลางกุ้ง จากแรงงานอุตสาหกรรมประมงตลาดกุ้ง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองเข้าเมือง และในระยะเวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ มีผู้ติดเชื้อประมาณ 1,400 ราย และการระบาดครั้งนี้ กระจายไป 27 จังหวัด ทั่วประเทศ ในช่วงตั้งแต่ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมด 24,262 คน เสียชีวิต 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.14 ต่อจำนวนผู้ป่วย

5.2 1.การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังคงให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการตามแนวทางที่มีการกำหนดไว้ และบังคับใช้มาตรการควบคุมทางสังคมและการบังคับใช้มาตรการในการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด โดยในช่วงเวลานี้การบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ให้ความสำคัญกับมาตรการในการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด และให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อ โดยการจัดหาวัคซีนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับแนวทาง DMHTT ในขณะที่กรุงเทพมหานครสั่งปิดโรงเรียนในสังกัด 437 โรง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 292 แห่ง ทว่าการควบคุมประชากรที่เข้าออกระหว่างปริมณฑลและกรุงเทพฯ เป็นไปด้วยความยากลำบากและไม่ทราบจำนวนประชากรแฝงที่แน่นอน

¹²⁷ Thailand - BBC News, 2022

ด้วยเหตุนี้กรุงเทพมหานคร จึงออกมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ขณะเดียวกันคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานครออกมาตรการควบคุมเข้มงวด โดยเฉพาะสถานที่เสี่ยง เช่น สถานบันเทิง สนามมวย ตลาด เป็นต้น ซึ่งในช่วงหนึ่งของการระบาดระลอกใหม่ กรุงเทพมหานครได้ประกาศมาตรการล็อกดาวน์สถานที่ สถานประกอบการ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยง และเชื่อมโยงกับแรงงานข้ามชาติ

5.1.2 การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในช่วงของระบาดระลอกใหม่ จากคลัสเตอร์แรงงานข้ามชาติที่ตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร รัฐบาลได้ยกเลิกการผ่อนปรนมาตรการ และติดตามประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งการบริหารจัดการในภาพรวมของประเทศ ยังคงบังคับใช้กฎหมายพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ขณะเดียวกันได้มีการแบ่งอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ในแต่ละจังหวัดใช้อำนาจในฐานะประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และในฐานะผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดสามารถสั่งปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด และสั่งห้ามออกนอกเคหสถาน ตั้งแต่เวลา 22.00 - 05.00 น. และห้ามเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามจังหวัด โดยในส่วนของกรุงเทพมหานคร ได้มีการออกมาตรการควบคุมเข้มงวด โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง สถานบันเทิง สนามมวย ตลาด สวนสาธารณะ ทั้งนี้ ศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินโควิด-19 (ศบค.) ได้แบ่งอำนาจในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด ในการพิจารณาเพื่อออกคำสั่งหรือมาตรการเฉพาะพื้นที่ ในการบริหารจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยจะเห็นได้ว่า ในช่วงของการแพร่ระบาดระลอกใหม่นี้ การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อการบริหารสถานการณ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดียวกับการบริหารจัดการในการแพร่ระบาดของโรคระลอกที่ 1 โดยยังคงบังคับใช้ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2550

1) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านการบริหารจัดการ

ในด้านการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังคงดำเนินการตามมาตรการเน้นหนัก เพื่อควบคุมโรคและบังคับใช้มาตรการควบคุมทางสังคมอย่างเข้มงวด โดยมีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินสถานการณ์ เพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินการ พร้อมทั้งแบ่งอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสามารถกำหนดแนวทางและบังคับใช้มาตรการ ตลอดจนกลไกการบริหารจัดการในขอบเขตพื้นที่ตามสถานการณ์และมติของคณะกรรมการควบคุมโรคของจังหวัด เพื่อให้การบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทว่าภายหลังการแพร่ระบาดใน 27 จังหวัด หลายจังหวัดได้ดำเนินการมาตรการควบคุมและยับยั้งการ

แพร่ระบาดอย่างเข้มงวด โดยบังคับใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด ทั้งการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ห้ามข้าราชการเดินทางออกนอกพื้นที่ ปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นการทำงานที่บ้าน (work from home) งดจัดงานเทศกาล ตั้งด่านคัดกรองตั้งแต่ระดับชุมชนถึงจังหวัด โดยในส่วนของ กรุงเทพมหานครได้ดำเนินมาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด โดยบังคับใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง ประชาสัมพันธ์แนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19 เป็นต้น

2) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านสังคม

ในส่วนของมาตรการทางสังคม ให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการเน้นหนัก 4 มิติ ได้แก่

2.1) มาตรการสื่อสารความเสี่ยง มุ่งเน้นการสื่อสารให้ประชาชนดูแลตัวเอง และป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคโควิด-19 พร้อมทั้งให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการตามแนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19 โดยยังคงมาตรการเดิมที่มีอยู่ควบคู่กับการสื่อสารความเสี่ยงในประเด็นใหม่ ๆ

2.2) มาตรการการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม การจัดทำสื่อ/คู่มือให้ความรู้กับประชาชน เรื่องความรู้ COVID-19 การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางการปฏิบัติตัว 14 วัน การสร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงมาตรการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์โรคโควิด - 19 โดยให้มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยภายในและภายนอกประเทศ และรายละเอียดที่เกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งเน้นย้ำให้ประชาชนดูแลตัวปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม

2.3) มาตรการกำกับพฤติกรรม การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นหนึ่งในมาตรการหลักที่มีการนำมาใช้ เพื่อลดโอกาสของติดเชื้อของคนไม่สังคม และลดความแออัด โดยมีการกำหนดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 หรือ 2 เมตร

2.4) มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ในส่วนของมาตรการ ในการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ได้มีการดำเนินมาตรการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 โดยมุ่งเน้นมาตรการที่ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบในกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ มาตรการดูแลและเยียวยาประชาชน มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ประกอบการ มาตรการดูแลและเยียวยาแรงงานลูกจ้าง มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ” มุ่งเน้นมาตรการเพิ่มสภาพคล่อง นอกจากนี้ การระบาดระลอกใหม่นำไปสู่การทำ Factory Sandbox กับแนวคิด Factory Quarantine/Factory Isolation เพื่อทำพื้นที่ในการจัดการการแพร่ระบาดในโรงงาน ภายใต้แนวคิดเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันแก่แรงงาน และลดผลกระทบในภาคการผลิต

3) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ

ในด้านเศรษฐกิจได้ดำเนินมาตรการในทิศทางเดียวกับการดำเนินมาตรการในระยะแรก ที่มุ่งเน้นการบรรเทาผลกระทบและให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในการเยียวยาและลดผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ผ่านมาตรการทางการคลัง มาตรการทางการเงินและการสนับสนุนหรืออุดหนุนทางเศรษฐกิจ ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 ที่นำมาสู่ชุดมาตรการทางเศรษฐกิจเพื่อการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ และการจัดการเศรษฐกิจภายในประเทศ

ในส่วนของภาพรวมการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 (สายพันธุ์ G/GH; Beta (B.1.351) หรือสายพันธุ์บีตา) ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ.2564 โดยมีการดำเนินมาตรการในด้านต่าง ๆ เพื่อการควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ตารางที่ 5.5

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 2 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 สายพันธุ์ G/GH; Beta (B.1.351) หรือสายพันธุ์ บีตา ธันวาคม พ.ศ. 2563 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2564		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการควบคุมโรคอย่าง เข้มงวด - มาตรการฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง - มาตรการกักกันและควบคุม โรค 	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการควบคุมการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - มาตรการฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง โรค
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหาร จัดการสถานการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - บังคับใช้มาตรการทาง กฎหมายอย่างเข้มงวด - มาตรการยับยั้งการระบาด ภายในประเทศ - มาตรการล็อกดาวน์ (Lockdown) - แบ่งอำนาจให้คณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดสามารถ ดำเนินการควบคุมและออก มาตรการบังคับใช้เฉพาะพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์แนวทาง D M H T T เพื่อป้องกันโควิด-19 - ประกาศเกี่ยวกับมาตรการ เฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติของสถานที่ เสี่ยง เช่น ตลาด ตลาดนัด สวนสาธารณะ สถาบันบันเทิง รวมถึงสถานที่ที่จะจัดงานรื่น เริง (21 ธ.ค. 2563) - มาตรการเชิงรุกคุมเข้มสถาน ประกอบการเฝ้าระวังการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 - มาตรการสั่งปิดสถานที่เสี่ยง

ตารางที่ 5.5

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 2 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
<p>การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 สายพันธุ์ G/GH; Beta (B.1.351) หรือสายพันธุ์ ปีตา ธันวาคม พ.ศ. 2563 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2564</p>		
<p>2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข</p>		
<p>2) มาตรการด้านสังคม</p>		
- มาตรการสื่อสารความเสี่ยง	- ชี้แจงข้อมูลการแพร่ระบาดของ ของโรค และแนวทางในการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติด เชื้อ	- มาตรการป้องกันโรคโควิด-19
- มาตรการสร้างความ ตระหนักรู้ของสังคม	- ออกแนวทางปฏิบัติเพื่อ ป้องกันและควบคุมโรค - สร้างการรับรู้และความเข้าใจ ถึงสถานการณ์ - สร้างการรับรู้และความเข้าใจ ถึงมาตรการแก้ไขปัญหาจาก สถานการณ์โรคโควิด – 19 - ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงฉีดวัคซีน - เน้นมาตรการเว้นระยะห่าง ทางสังคม	- ประชาสัมพันธ์และแจก แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อโรคให้กับ ประชาชนในชุมชน เพื่อเป็น การป้องกันตนเองและลดความ เสี่ยงจากไวรัสโควิด-19
- มาตรการกำกับพฤติกรรม	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) - แนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) - แนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19

ตารางที่ 5.5

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 2 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2 สายพันธุ์ G/GH; Beta (B.1.351) หรือสายพันธุ์ ปีตา ธันวาคม พ.ศ. 2563 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการดูแลและเยียวยา	- การลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน - มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ ได้รับผลกระทบแต่ละกลุ่ม	- ครัวเรือนเคลื่อนที่ประกอบ ปรุงและแจกจ่ายอาหาร บรรเทาความเดือดร้อนของ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	ชุดมาตรการทางเศรษฐกิจ เพื่อการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับ ผลกระทบ และการจัดการเศรษฐกิจภายในประเทศ ภายใต้พระ ราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563	
- มาตรการทางการเงิน		
- มาตรการส่งเสริม/สนับสนุน กิจกรรมทางเศรษฐกิจ		

5.3 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 : จากคลัสเตอร์ทองหล่อสู่โควิด-19 ภายพันธุ์กับการบังคับใช้มาตรการควบคุมทางสังคมและการขอความร่วมมือ

การแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟาหรือสายพันธุ์จากเมืองเคนต์ในประเทศอังกฤษ เข้ามาระบาดในประเทศไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และแพร่ระบาดอย่างหนักจากกลุ่มคนเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ในขณะนั้นแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วกว่า 138 ประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสายพันธุ์ที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่นมากถึง 40-70% และยังเลี้ยงภูมิคุ้มกันได้ดี ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 30% นอกจากนี้ในช่วงเวลาคาบเกี่ยวกันยังมีโควิดสายพันธุ์เบต้า หรือ สายพันธุ์ที่พบในอ่าวเนลสันแมนเดลา เมืองอีสเทิร์นเคปของแอฟริกาใต้ โดยพบครั้งแรกในไทยที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2564 สำหรับสายพันธุ์เบต้าพบว่าอัตราการแพร่เชื้อไวขึ้น 50% จากสายพันธุ์เดิม อีกทั้งมีการกลายพันธุ์ในตำแหน่งสำคัญ จึงทำให้เชื้อไวรัสมีความสามารถในการหลบหลีกภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้น ดังนั้น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันหรือเคยติดเชื้อแล้วก็จะยังสามารถติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์นี้ซ้ำได้อีก¹²⁸ การระบาดในครั้งนี้เกิดจากคลัสเตอร์ของนักท่องเที่ยวจากสถานบันเทิงย่านทองหล่อ เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2564 จนมีผู้ติดเชื้อถึง 194 คน และให้หลังเพียง 9 วัน จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึง 1,335 คน และเกิดการกระจายตัวไปกว่า 10 จังหวัด และเกิดขึ้นในช่วงใกล้กับเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งเป็นช่วงที่ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศจะเดินทางกลับภูมิลำเนา และจะเกิดการเคลื่อนย้ายโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่จะมีประชาชน เดินทางกลับต่างจังหวัดเป็นจำนวนมาก และประชากรทั้งประเทศที่ได้รับการฉีดวัคซีนมีเพียง 1% จนนำไปสู่มาตรการล็อกดาวน์เข้มข้น ทั้งการห้ามเดินทางในประเทศ การประกาศห้ามออกนอกเคาน์เตอร์กลางคืน การควบคุมการเดินทางข้ามจังหวัด ในส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานครประสบปัญหาประชากรรายได้น้อย ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจ Real-Time PCR ที่มีราคาสูงได้ ในขณะที่ผู้ผลิตรตรวจประสบปัญหาการหาเตียงไม่ได้ ในช่วงการระบาดอย่างรุนแรงเกิดสายตัวนโควิดเต็มทุกคู่อายของกรุงเทพมหานครและเกิดข้อมูลทับซ้อนกันระหว่างเบอร์ฉุกเฉิน¹²⁹

5.3.1 การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินการตามมาตรการที่มีอยู่เดิม และให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อ โดยการจัดหาวัคซีนป้องกัน Covid-19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์

¹²⁸ รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด, 2564

¹²⁹ Thailand - BBC News, 2022

ให้ประชาชนเข้ามารับบริการฉีดวัคซีน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการปรับระบบในการบริหารจัดการ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงลึกมากขึ้น ในการค้นหาผู้ป่วยและให้ทำการกักตัวที่บ้านตามแนวทาง Home Isolation รวมถึงมีการจัดกลุ่มของผู้ป่วยเพื่อจัดแนวทางในการรักษาตามอาการ และกำหนดมาตรการตามบริบทและความเสี่ยงของพื้นที่ ตามกลุ่มสีที่ ศบค. กำหนด อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายเป็นวงกว้าง ขณะที่มาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดเป็นการกำหนดมาตรการตามแนวทางความเป็นปรกติใหม่ หรือ New Normal ทำให้การบังคับใช้มาตรการควบคุมทางสังคมไม่ได้เข้มงวดมากนัก สวนทางกับการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น จนในท้ายที่สุดนำมาสู่ปัญหาของการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งปัญหาเตียงไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์อ่อนล้า ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ศูนย์พักคอยหรือสถานที่กักตัวที่เคยกำหนดไว้ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ

5.3.2 การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การระบาดในระลอกนี้ เกิดขึ้นในช่วงของการผ่อนปรนมาตรการและการดำเนินมาตรการในรูปแบบของการขอความร่วมมือจากประชาชน ในการดูแลตัวเองตามมาตรการส่วนบุคคล เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากโควิด-19 และการปฏิบัติตามวิถีชีวิตของความเป็นปรกติใหม่ ทว่าภายหลังการผ่อนปรนมาตรการ และอนุญาตให้สถาบันบันเทิง สถานประกอบการ และกิจกรรมต่าง ๆ กลับมาเป็นปรกติในวิถีใหม่นั้น ได้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโควิด-19 และเกิดการแพร่ระบาดเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งตามแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แบ่งอำนาจในการบริหารจัดการสถานการณ์ให้กับคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ในการประกาศและบังคับใช้มาตรการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยยังคงบังคับใช้ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านการบริหารจัดการ

ในด้านการบริหารจัดการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคของจังหวัด หรือเน้นการบริหารจัดการของพื้นที่ โดยในทางปฏิบัติการกำหนดมาตรการและความเข้มงวดของการบังคับใช้มาตรการที่ไม่เท่ากัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการบริหารจัดการในภาพรวม เนื่องจาก ในบางพื้นที่มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด จนมีลักษณะของการบังคับใช้มาตรการกึ่งล็อกดาวน์ ในขณะที่ในบางพื้นที่เป็นการบังคับใช้มาตรการในลักษณะของการผ่อนปรนและขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ลักษณะดังกล่าว ส่งผลต่อการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ เนื่องจาก ทิศทางในการปฏิบัติแตกต่างกันตามความเฉพาะของพื้นที่ ขณะที่การแพร่ระบาดของโรคเกิดขึ้นเป็นบริเวณกว้าง จนยากต่อการควบคุมและจำกัดพื้นที่ ในท้ายที่สุดจึงมีการ

กำหนดความเสี่ยงพื้นที่ตามสีต่าง ๆ เพื่อกำหนดมาตรการขั้นต่ำในการบังคับใช้ควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

2) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านสังคม

มุ่งเน้นกับการดำเนินมาตรการ 4 มาตรการหลัก ซึ่งโดยมากเป็นการดำเนินมาตรการตามมาตรการที่มีอยู่เดิม เพียงแต่ผ่อนปรนในการบังคับใช้มากขึ้น โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อคืนชีวิตที่เป็นปกติใหม่ และเพื่อให้กิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจสามารถดำเนินการได้ตามปกติ รวมถึงการให้ประชาชนฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค โดยยังคงมาตรการสื่อสารความเสี่ยง มาตรการการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม มาตรการกำกับพฤติกรรม มาตรการป้องกันและควบคุมโรค นอกจากนี้ให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 เช่น มาตรการดูแลและเยียวยาประชาชน มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ประกอบการ มาตรการดูแลและเยียวยาแรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระ มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ”

3) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ

มาตรการบรรเทาผลกระทบและให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ในการเยียวยาและลดผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 เพื่อเยียวยาและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจของประชาชนผ่านมาตรการทางการคลัง มาตรการทางการเงินและการสนับสนุนหรืออุดหนุนทางเศรษฐกิจ โดยที่มีการช่วยเหลือทางตรงและการช่วยเหลือทางอ้อม รวมถึงการดำเนินโครงการตามมาตรการทางการคลังและมาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563

ในส่วนของภาพรวมการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยมีการดำเนินมาตรการในด้านต่าง ๆ เพื่อการควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังตาราง 5.6

ตารางที่ 5.6

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 3

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการควบคุมโรค - มาตรการฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง - มาตรการการบริหารจัดการตามรายพื้นที่ และกำหนดกลุ่มสี 	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดและสั่งปิดสถานที่ (24 เม.ย. 2564) - มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - มาตรการฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหารจัดการสถานการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดพื้นที่ผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคโควิด-19 (พื้นที่ควบคุมสูงสุดเข้มงวด, พื้นที่ควบคุมสูงสุด, พื้นที่ควบคุม, พื้นที่เฝ้าระวังสูงสุด) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผ่อนคลายร้านอาหาร ผ่านมาตรฐาน Thai Stop Covid Plus (12 พ.ย. 2564)
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสื่อสารความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค และแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการป้องกันโรคโควิด-19
- มาตรการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - ออกแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค - สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์และแจกแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อโรคให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันตนเองและลดความเสี่ยงจากไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 5.6

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 3 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม	- ออกแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค - สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์ - สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงมาตรการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์โรคโควิด – 19 - ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงฉีดวัคซีน - เน้นมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม	- ประชาสัมพันธ์และแจกแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อโรคให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันตนเองและลดความเสี่ยงจากไวรัสโควิด-19 - ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงฉีดวัคซีน
- มาตรการกำกับพฤติกรรม	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) - แนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19 - ฉีดวัคซีน	- ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) - แนวทาง DMHTT เพื่อป้องกันโควิด-19
- มาตรการดูแลและเยียวยา	- การลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน - มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบแต่ละกลุ่ม	

ตารางที่ 5.6

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 3 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	ชุดมาตรการทางเศรษฐกิจ เพื่อการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ และการจัดการเศรษฐกิจภายในประเทศ	-
- มาตรการทางการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการเสริมสภาพคล่อง (สินเชื่อฟื้นฟู, พักหนี้, ขยายเวลายื่นแบบภาษี) - มาตรการกระตุ้นการบริโภค (เราชนะ/ ม.33 เรารักกัน, คนละครึ่ง เฟส 3, ยิ่งใช้ยิ่งได้) - มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย (ค่าน้ำค่าไฟ, ลดอัตราเงินสมทบ, ลดภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง) - มาตรการสนับสนุนการพัฒนาปรับเปลี่ยนธุรกิจ (มาตรการสินเชื่อฟื้นฟู, ขอรับคำปรึกษา/สนับสนุนเพื่อพัฒนาธุรกิจ SMEs) 	-

ตารางที่ 5.6

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 3 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการส่งเสริม/สนับสนุนกิจกรรมทางเศรษฐกิจ	มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ตามโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563	

5.4 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 : จากความเป็นปรกติใหม่ “New Normal” ถึงการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ของโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า

การแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้า หรือ สายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในประเทศอินเดีย สายพันธุ์นี้สามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้า จึงระบาดเร็ว โดยในประเทศไทยพบครั้งแรกที่คลังสเตอร์แคมป์คนงานเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และต่อมาเป็นสายพันธุ์หลักที่กำลังแพร่ระบาดรุนแรงในประเทศไทยในช่วงพฤษภาคม – พฤศจิกายน 2564 นอกจากนี้ ยังพบว่าโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้าสามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์เดลต้า พลัส ซึ่งทำให้ผู้ที่สัมผัสเชื้อติดเชื้อง่ายกว่าเดิม ทั้งยังหลบเลี่ยงภูมิคุ้มกันจากวัคซีนได้ดี (รพีพรรณ รัตนวงศ์ นรา มอรัตน์, 2564) ในเดือนมิถุนายน 2564 ประเทศไทยเริ่มปูพรมฉีดวัคซีนทั่วประเทศโดยเริ่มจากบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงและผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครเริ่มที่ 25 จุด สำนักงานประกันสังคม 25 จุด มหาวิทยาลัยอย่างน้อย 11 จุด และจุดฉีดกลาง 10 แห่ง เช่น สถานีกลางบางซื่อ สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลศรีธัญญา ศูนย์การแพทย์บางรัก เป็นต้น แต่จำนวนผู้ติดเชื้อยังสูงและผู้เสียชีวิตสูงเป็นประวัติการณ์ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขอนุญาตให้ชุดตรวจโควิด-19 แบบตรวจหา

แอนติเจนด้วยตนเอง หรือ ATK Self Test สามารถจำหน่ายได้ทั่วไปตามร้านค้าและช่องทางออนไลน์ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2564

5.4.1 การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินการตามมาตรการที่มีอยู่เดิม โดยเน้นการฉีดวัคซีน และการจัดสรรวัคซีนให้เพียงพอต่อประชากรในประเทศ และเร่งรัดการฉีดวัคซีนเข็มแรก เพื่อลดอัตราการป่วยและผู้เสียชีวิต รวมถึงยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ (เดลต้า) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ติดต่อง่าย และมีอัตราการตายสูง อย่างเช่นที่เกิดขึ้นที่ประเทศอินเดีย โดยในช่วงของการแพร่ระบาดในครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่ติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ทำให้เกินกว่าศักยภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศที่มีอยู่จะสามารถรับมือได้ จนทำให้เกิดภาพของความหนาแน่นที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หลายโรงพยาบาลไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ ภาพของผู้ป่วยที่รอการรักษาที่บ้าน หรือศูนย์พักคอย บุคลากรทางการแพทย์อ่อนล้า ปรากฏการณ์เหล่านี้ คือ อาการที่เกิดขึ้นหลังการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ที่ประเทศไทยที่มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมาก โดยบางวันมีผู้ติดเชื้อเกินกว่า 1 หมื่นราย โดยศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินโควิด-19 ได้กำหนดแนวทางในการควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคภายในประเทศ โดยดำเนินมาตรการเข้มงวด และสั่งปิดสถานที่เสี่ยงต่อการเผยแพร่ สั่งปิดโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ขอความร่วมมือประชาชนงดเดินทางนอกพื้นที่ และจัดเตรียมเครื่องมือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ในการรับมือกับสถานการณ์ รวมถึงการเร่งฉีดวัคซีน

5.3.2 การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การระบาดในระลอกนี้ เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการระบาดของสายพันธุ์อังกฤษ (อัลฟา) ที่ระบาดอยู่ในช่วงก่อนหน้า และมีการบังคับใช้มาตรการในการควบคุมโรคมาตั้งแต่ช่วงก่อนหน้า ทำให้การบริหารจัดการในระลอกที่ 4 เป็นการปรับมาตรการที่ใช้อยู่เดิมให้เข้มงวดมากขึ้น ซึ่งในระยะแรกเป็นการปรับใช้มาตรการกึ่งล็อกดาวน์ และการควบคุมกิจกรรมทางสังคมอย่างเข้มงวดเวลาต่อมาที่สถานการณ์มีรุนแรงมากขึ้น และมีผู้ป่วยติดเชื้อมากขึ้น หลายจังหวัดรวมถึงกรุงเทพมหานคร มีการบังคับใช้มาตรการในด้านต่าง ๆ อย่างเข้มงวด และมีการใช้มาตรการล็อกดาวน์ขั้นสูงสุดในบางพื้นที่ (จังหวัดสีแดงเข้มและสีแดง) เพื่อควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค ขณะเดียวกันได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีน และปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

1) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านการบริหารจัดการ

ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 มีการประกาศมาตรการและแนวทางในการบริหารจัดการ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคระบาดอย่างเคร่งครัด โดยให้บางจังหวัดที่เป็นพื้นที่สีแดงและสีแดงเข้ม ซึ่งเป็นพื้นที่มีผู้ป่วยติดเชื้อสูง ดำเนินมาตรการล็อกดาวน์ขั้นสูงสุด และจังหวัดอื่น ๆ ดำเนินมาตรการกึ่งล็อกดาวน์ รวมทั้งการห้ามออกนอกเคหสถานในช่วงเวลากลางคืน และให้การบริหารจัดการของจังหวัด เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดโดย ศบค. ให้การบริหารจัดการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านสังคม

ดำเนินมาตรการตามมาตรการที่มีอยู่เดิม โดยในช่วงของการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงมีการปรับมาตรการที่มุ่งเน้นการดูแลตัวเอง และการปฏิบัติตามมาตรการทางด้านสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เว้นระยะห่างทางสังคม โดยในช่วงท้ายของการแพร่ระบาดในระลอกนี้ ศบค. มีการดำเนินมาตรการผ่อนปรน เพื่อให้กิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจสามารถดำเนินการได้ตามปกติ รวมถึงการมุ่งเน้นให้ประชาชนฉีดวัคซีน โดยกำหนดให้ทุกพื้นที่ที่มีการจัดสถานที่บริการฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค โดยยังคงมาตรการสื่อสารความเสี่ยง มาตรการการสร้างความตระหนักรู้ของสังคม มาตรการกำกับพฤติกรรม มาตรการป้องกันและควบคุมโรค นอกจากนี้ ให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการดูแลและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 เช่น มาตรการดูแลและเยียวยาประชาชน มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ประกอบการ มาตรการดูแลและเยียวยาแรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระ มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ”

3) มาตรการการบริหารจัดการโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ

มาตรการบรรเทาผลกระทบและให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ในการเยียวยาและลดผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 เพื่อเยียวยาและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจของประชาชนผ่านมาตรการทางการคลัง มาตรการทางการเงินและการสนับสนุนหรืออุดหนุนทางเศรษฐกิจ โดยที่มีการช่วยเหลือทางตรงและการช่วยเหลือทางอ้อม รวมถึงการดำเนินโครงการตามมาตรการทางการคลังและมาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการดำเนินมาตรการในระลอกที่ 3

ในส่วนของภาพรวมการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 (สายพันธุ์ B.1.617.2 สายพันธุ์เดลตา หรือสายพันธุ์อินเดีย และสายพันธุ์ B.1.351 สายพันธุ์เบต้า หรือสายพันธุ์แอฟริกา ระบาดในพื้นที่ภาคใต้) 21 พฤษภาคม - 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยมีการดำเนินมาตรการในด้านต่าง ๆ เพื่อการควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ตารางที่ 5.7

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 4

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 (สายพันธุ์ B.1.617.2 สายพันธุ์เดลตา หรือสายพันธุ์อินเดีย), (สายพันธุ์ B.1.351 สายพันธุ์เบต้า หรือสายพันธุ์แอฟริกา ระบาดในพื้นที่ภาคใต้) 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 – 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการควบคุมโรคโควิด-19 แบบ 2 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) มาตรการประเภทยาและวัคซีน และ 2) มาตรการไม่ใช้ยาหรือวัคซีน (Non pharmaceutical Interventions: NPIs) ผ่านมาตรการ TTI (Test, Trace & Isolation) ผ่านเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> (1. ชุดตรวจหาเชื้อด้วยตัวเอง 2. การแยกกักตัวที่บ้าน 3. การล็อกดาวน์ และ 4. วัคซีน) 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ Application หมอชนะ/ไทยชนะ มาตรการในการรักษาหรือส่งตรวจ - มาตรการเร่งฉีดวัคซีนโควิด-19 - จัดเตรียมศูนย์พักคอย (Community Isolation) และแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่กักตัวอยู่บ้าน (Home isolation)
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหารจัดการสถานการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - การเปิดประเทศอย่างปลอดภัย ภายใต้มาตรการควบคุมโรคแนวใหม่ - กำหนดมาตรการควบคุมพื้นที่ - กลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด - มาตรการล็อกดาวน์พื้นที่เป้าหมาย (Target Lockdown) 	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการยกระดับความปลอดภัยสำหรับหน่วยงานองค์กร กิจกรรม(COVID Free setting) - มาตรการ COVID FREE Setting

ตารางที่ 5.7

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 4 (ต่อ)

การระบาดของ โรคโควิด-19/มาตรการ ในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 (สายพันธุ์ B.1.617.2 สายพันธุ์เดลตา หรือสายพันธุ์อินเดีย), (สายพันธุ์ B.1.351 สายพันธุ์เบต้า หรือสายพันธุ์แอฟริกา ระบาดในพื้นที่ภาคใต้) 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 – 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ สถานการณ์	- มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal)	
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสื่อสารความ เสี่ยง	สื่อสารให้ประชาชนป้องกันตนเอง ขั้นสูงสุด (Universal Prevention)	- รณรงค์ให้ประชาชนเร่งฉีด วัคซีนโควิด
- มาตรการสร้างความ ตระหนักรู้ของสังคม	มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด 19 (D-M-H-T-T-A)	มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด 19 (D-M-H-T-T- A)
- มาตรการกำกับ พฤติกรรม	- รณรงค์ให้ประชาชนเคร่งครัด มาตรการส่วนบุคคล	- มาตรการป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 (D-M- H-T-T-A)
- มาตรการดูแลและ เยียวยา	- การลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน - มาตรการดูแลและเยียวยา ผู้ประกอบการ - มาตรการดูแลและเยียวยา แรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระ - มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ”	- มาตรการให้ความช่วยเหลือ ประชาชนและผู้ประกอบการ - มาตรการส่งเสริมและ สนับสนุนการประกอบการ ค้าขาย (เปิดพื้นที่การค้า สนับสนุนการค้า)

ตารางที่ 5.7

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 4 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 (สายพันธุ์ B.1.617.2 สายพันธุ์เดลตา หรือสายพันธุ์อินเดีย), (สายพันธุ์ B.1.351 สายพันธุ์เบต้า หรือสายพันธุ์แอฟริกา ระบาดในพื้นที่ภาคใต้) 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 – 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	- โครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ....	
- มาตรการทางการเงิน	- มาตรการเสริมสภาพคล่อง (สินเชื่อฟื้นฟู, พักหนี้, ขยายเวลาขึ้นแบบภาษี) - มาตรการกระตุ้นการบริโภค (เราชนะ/ ม.33 เรารักกัน, คนละครึ่ง เฟส 3, ยิ่งใช้ยิ่งได้) - มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย (ค่าน้ำค่าไฟ, ลดอัตราเงินสมทบ, ลดภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง)	

ตารางที่ 5.7

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 4 (ต่อ)

การระบาดของ โรคโควิด-19/มาตรการ ในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 4 (สายพันธุ์ B.1.617.2 สายพันธุ์เดลตา หรือสายพันธุ์อินเดีย), (สายพันธุ์ B.1.351 สายพันธุ์เบต้า หรือสายพันธุ์แอฟริกา ระบาดในพื้นที่ภาคใต้) 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 – 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการเงิน	- มาตรการสนับสนุนการพัฒนา ปรับเปลี่ยนธุรกิจ (มาตรการสิน เชื่อฟื้นฟู, ขอรับคำปรึกษา/ สนับสนุนเพื่อพัฒนาธุรกิจ SMEs)	
- มาตรการส่งเสริม/ สนับสนุนกิจกรรมทาง เศรษฐกิจ	- ชุดมาตรการเพื่อช่วยเหลือและ เยียวยาประชาชนที่ได้รับ ผลกระทบจาก Covid – 19 - ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อดูแลเศรษฐกิจ ภายในประเทศ	- จัดทำแผนดำเนินการเพื่อ กระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ ให้กับประชาชนและชุมชน - นโยบายเร่งฟื้นฟูกรุงเทพฯ - มาตรการให้ความช่วยเหลือ ประชาชนและผู้ประกอบการ - ถนนคนเดิน การจำหน่าย สินค้าและผลิตภัณฑ์ชุมชน การ ฝึกอาชีพเสริมรายได้ และ กิจกรรมส่งเสริมการท่องเที่ยว

5.5 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 : จากเดลต้าถึงโอมิครอน และการผ่อนคลายมาตรการ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นโรคประจำถิ่น

โรคโควิด-19 สายพันธุ์ โอมิครอน คือ โควิดกลายพันธุ์สายพันธุ์ล่าสุดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้เป็นสายพันธุ์ระดับที่น่ากังวล (Variants of Concern: VOC) ถูกค้นพบครั้งแรกในแถบแอฟริกาใต้ในช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการกระจายไปหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ที่มีอัตราการระบาดค่อนข้างรวดเร็ว ด้วยเชื้อสามารถกลายพันธุ์ส่วนโปรตีนหนามมากถึง 32 ตำแหน่ง ทำให้สามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันต้านทานได้มากขึ้น เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ส่งผลต่อการลดประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีอยู่ปัจจุบันอย่างมาก และมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกลับมาติดเชื้อซ้ำเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยมักติดเชื้อในลักษณะที่เป็นระบบทางเดินหายใจส่วนบน ไม่ลงปอด จึงทำให้มีอาการป่วยไม่รุนแรงมาก (Thailand - BBC News, 2022) กรุงเทพมหานคร ประกาศ Semi-Community Isolation โดยสนับสนุนให้ชุมชนดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการรุนแรงเอง โดยมีศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กรุงเทพมหานครเป็นพี่เลี้ยง

5.5.1 การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการแพร่ระบาดของโอมิครอน เป็นช่วงที่ประเทศไทยได้มีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ได้อย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศฉีดวัคซีนในเข็มแรกแล้วกว่าร้อยละ 90 ขณะเดียวกันก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนนั้น ในช่วงก่อนหน้าเป็นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า ซึ่งทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และทำให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และดูแลตัวเองตามมาตรการส่วนบุคคลและปฏิบัติตามมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามในช่วงการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ที่ติดต่อได้ง่าย แต่อาการไม่รุนแรงมากนัก ทว่าสายพันธุ์นี้ก็กลับมุ่งโจมตีผู้ติดเชื้อที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง แม้ว่าเชื้อไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับสายพันธุ์เดลต้า แต่ก็ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางจำนวนมาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุข เร่งรัดแนวทางตามมาตรการฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันอัตราการเสียชีวิต และป้องกันการติดเชื้อ

5.3.2 การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การระบาดในระลอกนี้ เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการระบาดของสายพันธุ์อินเดีย (เดลต้า) และพบว่า สายพันธุ์โอมิครอนติดเชื้อง่าย แต่อาการไม่รุนแรงมากนัก กอปรกับเป็นช่วงที่ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ดำเนินมาตรการในการเตรียมพร้อมสู่การกลายเป็นโรคประจำถิ่น จึงมีการผ่อนปรนมาตรการ เพื่อคืนชีวิต คืนความเป็นปรกติ และเตรียมความพร้อมประเทศเข้าสู่ ความเป็นปรกติใหม่ เพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในช่วง 2 ปีกว่าที่ผ่านมา โดยมีการกำหนดแนวทางในการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นปรกติ การวางแผนการฟื้นฟู การเปิดประเทศ การจัดการเรื่องวัคซีน ทั้งนี้ เป้าหมายสำคัญของการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข คือ การให้ประชาชนและกิจกรรม ในมิติต่าง ๆ สามารถดำเนินไปได้ ท่ามกลางการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมุ่งเน้นมาตรการ ในการป้องกันเป็นหลัก

ตารางที่ 5.8

สรุปการดำเนินการมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 ระลอก 5

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 (สายพันธุ์ BA.4/BA.5 หรือสายพันธุ์โอมิครอน) 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 สู่การกลายเป็นโรคประจำถิ่น		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	- มาตรการควบคุมโรคโควิด-19 แบบ 2 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) มาตรการ ประเภทยาและวัคซีน และ 2) มาตรการไม่ใช้ยาหรือวัคซีน (Non pharmaceutical Interventions: NPIs) ผ่านมาตรการ TTI (Test, Trace & Isolation) ผ่านเครื่องมือ (1. ชุดตรวจหาเชื้อด้วยตัวเอง	- ผ่อนคลายมาตรการ ควบคุม กับมาตรการควบคุมและ ป้องกันโรคในพื้นที่แบบบูรณา การ - มาตรการในการควบคุมโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โค วิด-19)

ตารางที่ 5.8

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 5 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 (สายพันธุ์ BA.4/BA.5 หรือสายพันธุ์โอมิครอน) 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 สู่การกลายเป็นโรคประจำถิ่น		
1. การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	2. การแยกกักตัวที่บ้าน 3. การลือกดาวน์ และ 4. วัคซีน - การฉีดวัคซีน	
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
1) มาตรการด้านการบริหาร จัดการสถานการณ์	- ปรับมาตรการควบคุมโรค เปิดประเทศ	- มาตรฐานความปลอดภัยด้าน สุขอนามัย (Amazing Thailand Safety & Health Administration) ในระดับ SHA ของกระทรวงการ ท่องเที่ยวและกีฬา หรือตาม มาตรฐานความปลอดภัย ป้องกันโรคโควิด รองรับ สุขภาพดีวิถีใหม่ (Thai Stop Covid Plus) ของกรมอนามัย - ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง ปิดสถานที่เป็นการ ชั่วคราว (ฉบับที่ 16) ลงวันที่ 4 มกราคม 2564 กำหนด แนวทางในการจัดงานที่มี ผู้เข้าร่วมเกิน 200 คน - มาตรการ VUCA

ตารางที่ 5.8

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 5 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโค วิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 (สายพันธุ์ BA.4/BA.5 หรือสายพันธุ์โอมิครอน) 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 สู่การกลายเป็นโรคประจำถิ่น		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
2) มาตรการด้านสังคม		
- มาตรการสื่อสารความเสี่ยง	- สื่อสารให้ประชาชนป้องกันตนเอง ขั้นสูงสุด (Universal Prevention) - เตรียมความพร้อมในการเปิด ประเทศ	- รณรงค์ให้ประชาชนเร่ง ฉีดวัคซีนโควิด
- มาตรการสร้างความ ตระหนักรู้ของสังคม	มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 (D-M-H-T-T-A)	มาตรการป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 (D-M-H-T-T-A)
- มาตรการกำกับพฤติกรรม	- รณรงค์ให้ประชาชนเคร่งครัด มาตรการส่วนบุคคล และการฉีด วัคซีน	- ขอความร่วมมือ ประชาชนปฏิบัติตาม มาตรการอย่างเคร่งครัด
- มาตรการดูแลและเยียวยา	- ออกมาตรการเยียวยารอบสุดท้าย ในการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทุก กลุ่ม	
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	- มาตรการเสริมสภาพคล่อง (สินเชื่อ ฟื้นฟู, พักหนี้, ขยายเวลายื่นแบบ ภาษี) - มาตรการกระตุ้นการบริโภค (เรา ชนะ/ ม.33 เรารักกัน, คนละครึ่ง เฟส 3, ยิ่งใช้ยิ่งได้)	

ตารางที่ 5.8

สรุปการดำเนินมาตรการในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 ระลอก 5 (ต่อ)

การระบาดของโรคโควิด-19/ มาตรการในการบริหาร จัดการ	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในภาพรวมของประเทศไทย	การบริหารจัดการโรคโควิด- 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 5 (สายพันธุ์ BA.4/BA.5 หรือสายพันธุ์โอมิครอน) 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 สู่การกลายเป็นโรคประจำถิ่น		
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ได้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
3) มาตรการด้านเศรษฐกิจ		
- มาตรการทางการคลัง	- มาตรการบรรเทาภาระ ค่าใช้จ่าย (ค่าน้ำค่าไฟ, ลด อัตราเงินสมทบ, ลดภาษีที่ดิน และสิ่งปลูกสร้าง)	
- มาตรการทางการเงิน	- มาตรการสนับสนุนการ พัฒนาปรับเปลี่ยนธุรกิจ (มาตรการสินเชื่อฟื้นฟู, ขอรับ คำปรึกษา/สนับสนุนเพื่อ พัฒนาธุรกิจ SMEs)	
- มาตรการส่งเสริม/สนับสนุน กิจกรรมทางเศรษฐกิจ	- ชุดมาตรการเพื่อช่วยเหลือ และเยียวยาประชาชนที่ได้รับ ผลกระทบจาก Covid – 19 - ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อดูแลเศรษฐกิจ ภายในประเทศ	- ไทยช่วยไทย กระตุ้น เศรษฐกิจ เพื่อช่วยเหลือ ประชาชนและผู้ประกอบการที่ ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด-19 (8 ธ.ค. 64)

5.6 การวิเคราะห์การบริหารจัดการโควิด-19 ของกรุงเทพมหานคร

ในการวิเคราะห์การบริหารจัดการวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย โควิด-19 นั้น แอปไม่สามารถแยกการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ออกจากการบริหารจัดการพื้นที่และรัฐได้เลย กล่าวคือ ความยากลำบากในการบริหารจัดการสถานการณ์นั้น ปรากฏให้เห็นในรูปแบบของปัญหาฝั่งรากลึกของระบบราชการไทยใน “การจัดการเพื่อให้ได้จัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข” เพราะในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโควิด-19 นั้น จะเห็นได้ว่า มีทั้งการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข และในส่วนของจัดการเพื่อให้ได้จัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

5.6.1 การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

มิติสมรรถนะในการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข แม้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นจะมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลและการอนามัยที่สูง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนโรงพยาบาลอยู่มากมาย และเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษาพยาบาล จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีจำนวนไม่น้อย หากแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดในครั้งนี้มีความรุนแรงมากกว่าที่ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขในรอบของการระบาดเดิมจะสามารถจัดการได้ ด้วยระยะฟักตัวของโรคที่มีความยาวนานได้ถึง 14 วัน และเป็น 14 วันที่ผู้ที่มีเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้นั้น อาจมีอาการเพียงเล็กน้อยถึงไม่มีอาการเลย จึงทำให้สถานการณ์วิกฤตมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ประชาชนทุกคนสามารถเป็นความเสี่ยงให้กับประชาชนทุกคนได้ และประชาชนทุกคนสามารถที่จะกลายเป็นผู้ป่วยได้ รวมทั้งอาการป่วยดังกล่าวในบุคคลที่มีเงื่อนไขทางสุขภาพอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ตลอดจนเชื้อโรคสามารถพัฒนาตนเองให้มีความรุนแรงและโอกาสในการติดเชื้อมากขึ้นเรื่อย ๆ เงื่อนไขของโรคดังกล่าว ทำให้เกิดความยากในการวิเคราะห์และระบุความเสี่ยงที่แน่นอนในช่วงแรกของการแพร่ระบาดของโรค การบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นไปที่การรับมือกับสถานการณ์ในช่วงระลอกแรกของการแพร่ระบาดของโควิด-19 จวบจนองค์ความรู้และข้อมูลในหลักระบาดวิทยาทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการเผยแพร่ซึ่งกันและกันทั่วโลก การใช้หลักการระบาดวิทยากับการวิเคราะห์ความเสี่ยงของการระบาด การเตรียมพร้อมทรัพยากรในการรักษาพยาบาล การใช้มาตรการป้องกันโดยทั่วกัน (Universal Prevention) และการตัดสินใจเรื่องวัคซีน จึงเริ่มมีการใช้หลักการในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพิ่มเติมขึ้นมา การรับมือที่ใช้วิธีการในการระดมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมาร่วมกัน และการจัดการหมุนเวียน

บุคลากรด้วยการจัดการเวลาและการดูแลอย่างเต็มที่ จนทำให้การจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังคงเป็นปรกาการที่แข็งแกร่งแต่ก็ยังไม่เพียงพอ

มิติระบบสุขภาพ หากพิจารณาถึงช่องว่างในการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น จะพบว่าแม้ในกรุงเทพมหานครจะมีโรงพยาบาลจำนวนมาก ประชากรที่ต้องการการรักษาพยาบาลมีจำนวนมากว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลมากนัก ประชากรดังกล่าวมีทั้งผู้ที่มิใช่ทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร (ประมาณ 5.8 ล้านคน) และประชากรแฝงทั้งแรงงานที่มาจากต่างประเทศและประชากรแฝงที่อยู่อาศัยในปริมณฑล อีกทั้งประชากรจำนวนมากในกรุงเทพมหานครไม่สามารถที่จะเข้าถึงการแพทย์ในโรงพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาลหากไม่ใช่โรงพยาบาลรัฐหรือที่สังกัดกรุงเทพมหานคร (กทม.) อีกทั้งการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลแบบปฐมภูมิ (Primary Care) ยังไม่เป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชนมากเท่าที่ควร ซึ่งหมายถึงศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) และคลินิกอบอุ่น ซึ่งหากเป็นในภาวะปกติอาจสามารถรองรับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในภาวะการระบาดใหญ่ในแต่ละระลอก โดยเฉพาะเมื่อยังไม่มีวัคซีนนั้น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนเครื่องมือในการให้การรักษายาบาลที่สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิเหล่านี้ ไม่สามารถที่จะรองรับจำนวนประชากรที่มีมาก และอาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนสูงได้ ยิ่งทำให้เกิดความแออัดที่โรงพยาบาลหลักมากยิ่งขึ้น การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้วยระบบสิทธิในการรักษาพยาบาลที่แบ่งแยกผู้ใช้บริการออกเป็นประเภทต่อการส่งต่อไปโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากจนระบบส่งต่อของรัฐและเอกชนที่มีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการในการใช้ ขาดระบบการจัดการผู้ป่วย (Case Management) ระบบการบริหารเตียง (Bed Management) และยาที่มีเอกภาพด้วยระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน แม้ว่าในภายหลังจะสามารถจัดการความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการการพักรักษาพยาบาล (Co-Wards) ซึ่งทำให้บริหารจัดการได้เป็นระบบและเพียงพอขึ้น แต่การตักค้ำและความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ตรงตามเงื่อนไขที่ซับซ้อนทางสุขภาพไม่สามารถที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในมิติของเครือข่ายสนับสนุนทางการแพทย์และสาธารณสุข อันหมายถึงความถึงเครือข่ายที่เป็นทางการและจัดตั้งขึ้นจากสถานการณ์ของระบบการแพทย์และสาธารณสุขในเขตเมือง อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครกู้ภัย และเครือข่ายภาคประชาสังคม อาทิ เป็ดไทย สายไหมต้องรอด เส้นด้าย เป็นต้น ต้องยอมรับว่าในการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทูกรอบของกรุงเทพมหานครนั้น อาศัยกำลังสนับสนุนจากเครือข่ายสนับสนุนทางการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้ทั้งสิ้น ด้วยจุดแข็งของการเป็นเครือข่ายอาสาสมัครและภาคประชาสังคม การปฏิบัติการโดยอิสระและมีความยืดหยุ่นในกระบวนการสูง การเคลื่อนย้ายทรัพยากรสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว

และสามารถบริหารจัดการการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติร่วมกันระหว่างเครือข่ายได้ดี หากแต่ในมุมของช่องว่างในการปฏิบัติคือ เครือข่ายสนับสนุนเหล่านี้แม้จะมีความหลากหลายในการร่วมมือกัน แต่จำนวนทรัพยากรมีความจำกัด ไม่มีระบบทุนที่มากเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของกรุงเทพมหานคร ความเชื่อมโยงของระบบการปฏิบัติงานและข้อมูลระหว่างเครือข่ายสนับสนุนและเครือข่ายหลักของระบบรักษาพยาบาลของ กทม. ที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการจัดการผู้ป่วยไม่สามารถทำให้มีเอกภาพได้ นอกจากนี้ ระบบของอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ของกรุงเทพมหานครในฐานะเขตเมือง มีความแตกต่างจากระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดอื่น ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นกลุ่มใหญ่ที่มีส่วนช่วยพัฒนาด้านสุขภาพมากกว่า 30 ปี มีส่วนทำให้ ประเทศไทยมีการเฝ้าระวังสุขภาพของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และมีมาตรการทางสังคมของชุมชนที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนได้เป็นอย่างดี ประกอบกับองค์ประกอบของวิถีความเป็นเมือง ทำให้การเข้าถึงชุมชน พื้นที่ และสถานที่พักอาศัยของ ออส. ไม่ทั่วถึงเท่ากับ อสม. โดยเฉพาะในพื้นที่ศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ อาทิ ชุมชนอาคารสูง ชุมชนบ้านจัดสรร (บ้านในรั้ว) และชุมชนผู้ประกอบการ เป็นต้น

5.6.2 การจัดการเพื่อให้ได้จัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในความพยายามจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขดังที่ได้วิเคราะห์ในข้างต้นนั้น ไม่สามารถที่จะปรากฏอยู่ด้วยการจัดการในระบบสุขภาพเท่านั้น การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในครั้งนี้ จำเป็นที่จะต้องอาศัยการจัดการของระบบการบริหารจัดการทั้งประเทศ ในรูปแบบของการกระจายอำนาจเป็นหลักในการบริหารการตัดสินใจและดำเนินการ ด้วยหลักเทคนิคของระบาดวิทยาและความเข้าใจในทักษะของการจัดการวิกฤต เพราะการจัดการการแพร่ระบาดในครั้งนี้ เป็นไปโดยทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทย ซึ่งมีความยากง่ายแตกต่างกันตามลักษณะภูมิสังคมของพื้นที่ และมีลักษณะที่แตกต่างจากวิกฤตโดยทั่วไป เพราะต้องมีการบริหารจัดการพื้นที่ให้สามารถดูแลประชาชนที่อยู่อาศัย ให้สามารถที่จะได้รับความปลอดภัย ลดความเสี่ยง และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง กระนั้นการในมาตรการจำกัดระยะห่างทางสังคม ส่งผลให้การเดินทางระหว่างกันและการส่งต่อความช่วยเหลือเป็นไปด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถประสานความช่วยเหลือในรูปแบบของการระดมทรัพยากรโดยไม่มีระบบที่มีความระมัดระวังต่อการระบาดเพิ่มเติมได้

โดยเฉพาะพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมหลักของประเทศ ทั้งในฐานะเมืองหลวงที่เป็นพื้นที่กิจกรรมหลักของระบบราชการ เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว ตลอดจนกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และเป็นความหนาแน่นของปฏิสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ ไม่มีความสัมพันธ์กันแนบแน่นเหมือนดังเช่นในพื้นที่อื่น ระบบการดูแลและประคับประคองในยามที่ต้องมีการรักษาพยาบาลเป็นไป

อย่างโดดเด่นตามลักษณะของเมืองโตเกียวและมีความทันสมัยสูง การใช้มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมจึงเป็นไปได้โดยไม่รบกวนนัก ประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานครจำนวนมากนั้น มีความหลากหลายในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริหารสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแม้ในภาวะปกติก็ไม่ทั่วถึง กลุ่มเปราะบางทางสุขภาพที่มีรายได้น้อย (คนจนเมือง) มีจำนวนมาก และเป็นผู้ที่มิที่พักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่นค่อนข้างหนาแน่นถึงแออัด การจัดสรรพื้นที่ตามมาตรการรักษาระยะห่างเป็นไปได้ยาก ประกอบกับสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานครที่ดูแลพื้นที่ต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานครอย่างใกล้ชิด ไม่คุ้นเคยกับการบริหารจัดการวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเช่นนี้ ประกอบกับไม่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่แต่ละกลุ่มที่หลากหลายอย่างแท้จริง การบริหารจัดการในรูปแบบของการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ก็ไม่สามารถมีทรัพยากรพอในการดูแล การใช้การกักตัวโดยชุมชน (Community Isolation) ก็มีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ใช้งาน การมีผู้แทนชุมชนในการกำกับดูแลและพื้นที่ และการให้มีทรัพยากรการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและแนวปฏิบัติเบื้องต้นก็เป็นอย่างยากลำบาก

ระบบข้อมูลประชากรเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดเก็บด้วยวัตถุประสงค์การใช้ในการรักษาพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จำเพาะข้อมูลพื้นฐานรายบุคคล รายอาชีพ ระดับรายได้ และสุขภาพไม่เป็นระบบที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจได้ง่าย ประกอบกับแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์ความเสี่ยงสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีการนำเข้าข้อมูลสารสนเทศภูมิสังคมของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสุขภาพยังไม่มีความสมบูรณ์ และไม่มีความละเอียดในเชิงการจัดแบ่งพื้นที่สุขภาพปฐมภูมิ การจัดการให้มีระบบคัดกรอง การจัดการให้ทรัพยากรการสนับสนุนความช่วยเหลือ และการจัดการส่งต่อด้วยระบบจัดจ่ายที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทวีคูณในระยะเวลาอันสั้น และเป็นภาวะร้ายแรงทางสุขภาพที่ยังเพิ่มความกดดันของเวลาในการจัดการ และด้วยระบบข้อมูลประชากรที่ไม่ถูกจัดเก็บและจัดระบบวิเคราะห์ความเสี่ยงนี้ ทำให้เมื่อกรุงเทพมหานครต้องการจัดสรรความช่วยเหลือ หรือการออกแบบระบบรองรับทางสังคม (Social Safety Nets) จึงเป็นไปได้ยาก การให้ความช่วยเหลือจึงเป็นไปได้ในทิศทางของมหภาค ไม่สามารถออกแบบมาตรการให้ตรงต่อกลุ่มที่ต้องการมากให้เสมอภาพเท่ากับกลุ่มที่อาจมีความต้องการที่น้อยกว่า หรือแม้แต่กระทั่งการดูแลกลุ่มเฉพาะ อาทิ แรงงานในแคมป์คนงาน กรุงเทพมหานครก็ไม่เคยมีระบบการประสานข้อมูลกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เป็นระบบ และไม่ใช้การวางแผนการใช้ข้อมูลวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการเพื่อให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นการจัดการจึงเป็นการจัดการเพื่อรับมือตามหลังสถานการณ์ เมื่อมีการปิดกิจการต่าง ๆ 22 กิจการในการระบาดครั้งแรก และกาปิดแคมป์คนงานในการระบาดรอบที่ 4 จึงแทบจะไม่สามารถจัดการคัดกรองและจำกัดการอยู่อาศัยได้ ผลคือทั้งสองครั้งของการระบาด แรงงานเหล่านี้ซึ่งเป็นประชากรแฝง

ได้เดินทางกลับบ้านในต่าง ๆ จังหวัดเพราะไม่สามารถที่จะอยู่อาศัยโดยไม่ทำงานในเมืองที่มีค่าครองชีพสูงอย่างกรุงเทพมหานครได้

ในส่วนของการบริหารจัดการของกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้มีการประสานงานอย่างเป็นระบบกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในมิติของการจัดการการแพร่ระบาด การจัดการวิกฤตในรูปแบบการบัญชาการเหตุการณ์และการสนธิกำลังพหุภาคี (Incident Command System & Multi-Agency Coordination) การสื่อสารความเสี่ยงร่วมกัน และการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเอกภาพ ส่งผลให้การบริหารจัดการของกรุงเทพมหานครในภาพรวมเป็นเอกเทศ แต่ความเป็นเอกเทศนั้นกลับทำให้ไม่สามารถจัดระบบการจัดการที่เป็นการบริหารความเสี่ยงในการแพร่ระบาดที่ดีเท่าที่ควร และไม่มีการประสานทรัพยากรกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่เป็นระบบ กรุงเทพมหานครไม่จัดระบบคัดกรองเพื่อทำการตรวจและติดตาม (Test-Trace) ตั้งแต่การระบอบแรกอันส่งผลให้ประชากรแฝงเดินทางออกจากกรุงเทพมหานครจนมีการระบอบต่อเนื่องไปยังจังหวัดอื่นเพิ่มเติม อีกทั้งการประกาศปิดพื้นที่บางช่วงเวลาตอนกลางคืน (เคอร์ฟิว) ของรัฐบาล โดยที่กรุงเทพมหานครไม่ได้จัดระบบรองรับประชากรแฝงที่ทำงานกันคนละเวลา และมีที่อาศัยร่วมกัน ทำให้การจัดระบบกำกับติดตามผู้ติดเชื้อและเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การจัดพื้นที่พักคอยหรือพื้นที่กักตัวชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการวางแผนทางปฏิบัติที่สำนักงานเขต สำนักงานนယ် สำนักงานพัฒนาสังคม และสำนักงานการศึกษาต้องประสานงานร่วมกันอย่างสอดคล้องเชื่อมโยง โดยเฉพาะการดูแลรักษาและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในทุกสังกัด ไม่เฉพาะของกรุงเทพมหานครต้องสามารถประสานงานได้ สะท้อนในสถานการณ์การได้รับการแจกจ่ายและบริหารจัดการวัคซีนในพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วย นอกจากนี้เขตพื้นที่ยังคุ้นชินกับการบริหารพื้นที่ด้วยการรับมือและรายงานการปฏิบัติ มากกว่าการวิเคราะห์เพื่อจัดทำมาตรการตักหน้า เพราะไม่คุ้นชินกับการบริหารจัดการวิกฤตที่ต้องอาศัยข้อมูลพื้นที่และความเข้าใจในอำนาจหน้าที่ต่อกระบวนการในการวิเคราะห์ออกแบบมาตรการความเสี่ยงเพื่อช่วยในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เวลาเป็นข้อจำกัดและผลกระทบคือชีวิตของประชาชน

ในภาพรวมของการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามแผนภาพที่ 5.2

เส้นสถานการณ์ (Timeline) ต่อไปนี้ ใช้เส้นสีเพื่อการอธิบายความอันตรายของสถานการณ์ ที่ภาครัฐได้ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงและออกแบบวิธีการปฏิบัติต่อความเสี่ยงในขณะนั้น การวิเคราะห์วงจรการจัดการวิกฤตนี้สะท้อนภาพ การจัดการภัยพิบัติทำสมบูรณ์หรือไม่ ใช้หลักการเพียงใด และมีการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างชุมชนในการจัดการต่อภัยหรือไม่ เพียงใด นอกจากนี้เส้นสถานการณ์ (Timeline) นี้ ยังวิเคราะห์ไปถึงชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานและสถานการณ์การระบาดของโรคด้วย รวมไปถึงพลังของเครือข่ายในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละระลอกว่าสถานการณ์เป็นอย่างไร จนถึงปัจจุบัน ก่อนที่จะนำเสนอแนวทางกฎหมายและข้อบัญญัติมาแสดงในการอธิบายการปฏิบัติงาน (action)

การวิเคราะห์สถานการณ์ COVID-19 ประเทศไทย

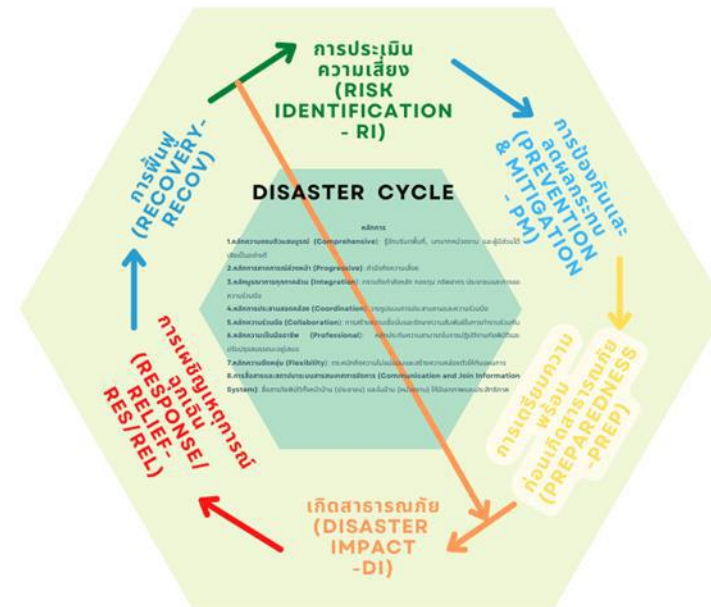
STEP ที่ 1 วาง Timeline

- เส้นสีแดง : สถานการณ์อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายสูงสุด
- เส้นสีส้ม : สถานการณ์อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายสูง
- เส้นสีเหลือง : สถานการณ์อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย
- เส้นสีฟ้า : สถานการณ์อยู่ในภาวะเฝ้าระวัง
- เส้นสีเขียว : สถานการณ์อยู่ในภาวะปกติ

หมายเหตุ : เหตุผลการใช้สีจากการเทียบเกณฑ์อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งจะมีสีต่างไปจากรายกิจจานุเบกษา เผยแพร่ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 3/2565

STEP ที่ 2 วงจร Disaster Cycle

เพื่อดูความครบถ้วนของการบริหารจัดการ นำหน้ากว่าการจัดการด้านไหน และหา GAP ของการจัดการ รวมถึงวิเคราะห์คุณภาพหรือประสิทธิภาพ และประสิทธิผล



STEP ที่ 3 การวิเคราะห์ห่วงโซ่ประภทด้านสถาบัน

สรุปสถานการณ์ COVID-19 ประเทศไทย

SITUATION

- 31 ธ.ค. 62 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู๋อัน มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้ออกประกาศเป็นทางการ พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ

- 13 ม.ค. 63 ยืนยันผู้ป่วยคนแรกในไทย

ปัญหา - 23 ม.ค. 64 หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ และเจลล้างมือขาดตลาดและราคาพุ่งสูงขึ้น 10 เท่าตัว ส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์

New Normal: การเว้นระยะห่าง การใส่หน้ากากและเจลล้างมือ

- 26 ม.ค. 63 พบผู้ป่วยต่างชาติอาการเข้าข่าย โควิด - 19 จำนวน 102 ราย
- 31 ม.ค. 63 พบคนไทยคนแรกที่ติดเชื้อโควิด - 19 อาชีพช่างแท็กซี่ มีประวัติรับผู้โดยสารซึ่งมาจากเมืองอู๋อัน

สัปดาห์ที่ 1 คลัสเตอร์สนามมวย

ACTION ประเทศไทย

- 4 ม.ค. 63 กรมควบคุมโรค ก.สธ. เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EMERGENCY OPERATION CENTER: EOC) และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเทศไทย (RI) (ใช้แผนการป้องกันบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564)
 - 17 ม.ค. 63 กรมควบคุมโรคเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรองผู้โดยสารที่บินตรงมาจากเมืองอู๋อัน ประเทศจีน 5 สนามบินหลัก (สุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ ภูเก็ต และกระบี่) (RI+PM)
 - 22 ม.ค. 63 กรมควบคุมโรค ก.สธ. โดยยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเป็นระดับ 3 เพื่อติดตามสถานการณ์โรคทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างใกล้ชิด (PM)
 - 23 ม.ค. 63 โดยยกระดับการ แจ้งเตือนโรคในผู้เดินทาง เป็นระดับ 3 ให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ได้แนะนำ การติดเชื้อโคโรนาไวรัสเกิดขึ้นจาก 2 เหตุผลหลัก คือ การสัมผัสพื้นผิวที่เชื้อไวรัสปะปน แล้วผลือเอาเข้าร่างกาย และสัมผัสโดยตรงกับฝอยละออง (DROPLET) จากลมหายใจของผู้ติดเชื้อที่เกิดจากการไอและจาม สามารถจัดการได้ด้วยการล้างมือบ่อยๆด้วยแอลกอฮอล์ 70% และการใช้หน้ากากป้องกัน (PM+PREP)
 - 24 ม.ค. 63 กรมควบคุมโรค คัดกรองผู้โดยสารจากเมืองอื่น ๆ ประเทศจีน (RI+PM)
- OUTPUT: - ประชาชนมี AWARENESS แต่ทำให้เกิดการกักตุนสินค้าป้องกันโรคจนสินค้าขาดตลาด
- 26 ม.ค. 63 ก.สธ. ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน รัฐ 23 ราย และสถาบันบำราศนราดูร 7 ราย รวมทั้งมีโรงแรม ศูนย์เอราวัณ และมหาวิทยาลัย จำนวน 3 ราย และในจำนวนนี้ได้พักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐต่างจังหวัด 22 ราย (RES/REL)
 - 1 ก.พ. 63 ก.สธ. ให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง รักษาระยะห่าง การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย หากมีข้อสงสัยให้ติดต่อสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 ตลอด 24 ชั่วโมง (PREP)
 - 4 ก.พ. 63 มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้หน้ากากอนามัย และเจลล้างมือเป็นสินค้าควบคุม ห้ามส่งออกต่างประเทศเกินครั้งละ 500 ชิ้น ยกเว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมการค้าภายใน (PM) (ประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉ. 5 พ.ศ. 2565 เรื่อง การกำหนดสินค้าควบคุมเพิ่มเติม)
 - 7 - 10 ก.พ. 63 รัฐบาลประกาศขายหน้ากากอนามัย และเจลล้างมือ ที่ทำเนียบรัฐบาล 20,000 ชิ้นต่อวัน โดย 11 ก.พ. 63 รัฐบาลประกาศแจกให้ฟรี 30,000 ชิ้นต่อวัน (PM)

ACTION กทม.

SITUATION

ปัญหา: 3 เม.ย. 63 หลังจากประกาศการยกเลิกวันสงกรานต์ มีประชาชนเดินทางข้ามจังหวัด/กลับบ้านเป็นจำนวนมากในช่วงเวลาก่อนสงกรานต์
New Normal: ความอ่อนไหวต่อการเดินทางข้ามจังหวัด และการกระจายอำนาจสู่พื้นที่ในการตัดสินใจสร้างมาตรการควบคุมโรค

ปัญหา: ในวันที่ 20 เม.ย. 63 มีรายงานข่าวผลกระทบ ภาคประชาชน จากมาตรการป้องกันขั้นสูงสุด ดังนี้
- คนไทยในต่างแดนลงทะเบียนขอประเทศไทยเกือบหมื่น ผู้ที่จะเดินทางเข้าไทยยังต้องมีเอกสารครบตามเดิม คือ ใบรับรองแพทย์ว่าเหมาะสมต่อการเดินทางทางอากาศ (fit-to-fly) และเอกสารรับรองจากสถานทูตในประเทศต้นทาง โดยหน่วยงานและองค์กรไทยในต่างแดนต่างประสบปัญหาการเข้าถึงใบรับรอง fit-to-fly เป็นอย่างมาก
- ประชาชนรายได้น้อยที่มีปัญหาถูกปฏิเสธสิทธิการได้รับเงินเยียวยา เนื่องจากปัญหาคำนิยามที่สับสนของ "ผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด-19" โดยเฉพาะคนจนในเขตเมืองได้รับผลกระทบมาก ทั้งในเรื่องการขาดทรัพยากรดำรงชีพ และการมีความสามารถในการทำตามมาตรการป้องกันและกักกันโรคได้น้อยกว่าผู้มีรายได้สูงกว่า
- ภาคประชาชนจำนวนมากได้รับผลกระทบจากการมาตรการปิดสถานประกอบการธุรกิจต่าง ๆ ทั้งเจ้าของธุรกิจ และลูกจ้าง
• 25 เม.ย. 63 ศบค. รายงานคลังสต็อกแรงงานข้ามชาติ ณ ศูนย์กักขังที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง อ. สะเตา จ. สงขลา

ACTION ปร.เทศ

- 27 มี.ค. 63 นายกฯ จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) /กทม.และปริมณฑล ออกประกาศสั่งปิด 34 สถานที่เป็นการศึกษา รวมถึงห้างร้านและสถานศึกษา ห้ามนั่งร้าน (PM+PREP) (พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 มาตรา 5)
- วันที่ 28 มี.ค. 63 กระทรวงการคลังเปิดให้คนไทยรายได้น้อยผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด 19 เข้าร่วมโครงการ เราไม่ทิ้งกัน เปิดให้ผู้ที่คุณสมบัติรับสิทธิเงินเยียวยา 5,000 บาท จำนวน 3 เดือน ซึ่งมีผู้ลงทะเบียนจนสิ้นจำนวน (RES/REL)
- 31 มี.ค. 63 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ชี้แจงการตรวจโควิดสำหรับกลุ่มเสี่ยงใช้วิธี RT-PCR ผ่านสถานพยาบาลเอกชน 55.1 % ภาครัฐ 44.9 % โดยมีห้องปฏิบัติการ (lab) เครือข่ายกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 167 แห่งทั่วประเทศสำหรับผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์จะมีค่าใช้จ่าย 2,700 – 10,000 บาท (PM)
- 3 เม.ย. 63 รัฐบาลประกาศเคอร์ฟิวเวลา 22.00 – 04.00 น.งดจำหน่ายสุราชั่วคราว/ ชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด ยกเลิกวันหยุดสงกรานต์ 13-15 เม.ย.ให้หยุดวันอื่นทดแทน/ งดจัดกิจกรรมที่มีคนรวมตัวมาก/ขอให้เหลือเวลาทำงานและทำงานที่บ้าน/ ห้ามชุมนุม ห้ามเผยแพร่ข่าวปลอม /เริ่มค้นหาโรคเชิงรุก โดยการตรวจ RT-PCR/จังหวัดต่าง ๆ ประกาศห้ามเข้าออก 14 จังหวัด พื้นที่ที่ได้แก่ เชียงราย ตาก น่าน แพร่ ตราด บึงกาฬ ภูเก็ต สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส เมืองพัทยา และระนอง (PM+RES/REL) (อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีจึงออกข้อกำหนดเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2))
- 19 เม.ย. 63 พ.ร.ก.กู้เงินเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 จำนวน 3 ฉบับ วงเงินรวม 1.9 ล้านล้านบาท (PREP+RECOV) (พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563)
- 20 เม.ย. 63 กรรมการโรคติดต่อกรุงเทพฯ มีมติให้ขยายระยะเวลาการสั่งปิดร้านค้าหรือสถานประกอบการขายสุราประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ที่ได้รับใบอนุญาตตาม พ.ร.บ.ภาษีสุรพสามิต พ.ศ. 2560 จนถึง 30 เม.ย.63 จากเดิมที่จะสิ้นสุดวันที่ 20 เม.ย.63 (PM) (คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ตามมติที่ประชุม ครั้งที่ 2/2565 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2565)

OUTPUT: - ประชาชนบางส่วนเดินทางออกจากกทม. ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงเพื่อกลับบ้านก่อนสงกรานต์
- มีประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจโควิด -19 ได้ เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรทางการแพทย์ และราคาที่สูง
- มีระบบ อสม. ที่มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทั้งการสำรวจ ระบุผู้ป่วยที่ต้องสงสัย ตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- ภาคประชาชน health literacy สูงขึ้น
- มาตรการคัดกรองระหว่างประเทศจุดใหญ่อยู่ที่สนามบิน กลุ่มแรงงานประเทศเพื่อนบ้านยังไม่ได้รับการตรวจเชิงรุก ซึ่งต่อมาได้เกิดคลังสต็อก
- ประชาชนรายได้น้อยเขตเมืองมีอุปสรรคในการทำมาตรการการกักตัว

ACTION กทม.

- 27 มี.ค. 63 ผู้ว่าฯ และคณะกรรมการโรคติดต่อ กทม. สั่งปิดสถานที่ 34 สถานที่ รวมไปถึงห้างสรรพสินค้า และสถานศึกษา เป็นการชั่วคราว มีผล 28 มี.ค. 63 เป็นต้นไป (พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพรก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548)
- 1 เม.ย. 63 ผู้ว่าฯ และคณะกรรมการโรคติดต่อ กทม. ยกเลิกคำสั่งการปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว แต่ยังมีคำสั่งปิดสถานที่รับประทานอาหารนอกบ้าน สวนสาธารณะ มีผล 2 - 30 เม.ย. 63 เป็นต้นไป (พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพรก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548)
- 10 - 20 เม.ย. 63 ผู้ว่าฯ กทม. สั่งปิดทุกร้านค้า ระหว่างเวลา 22.00 -04.00 น.(พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพรก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548)

SITUATION

- 13 พ.ค. 63 ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เป็นวันแรก และเป็นวันที่ 17 ที่จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อต่ำกว่าวันละ 10 คน ภายใน 28 วันที่ผ่านมามี 50 จังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่ม โดยจำนวนผู้ป่วยสะสมยังคงมากในกรุงเทพมหานครและภาคใต้
- สรุปผู้ป่วยระลอกแรก ตั้งแต่ 1 ม.ค. 63 – 14 ธ.ค. 63 มีจำนวน 4,237 ราย เสียชีวิต 60 ราย (1.42%) โดย จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศไทย เม.ย. – มิ.ย. 63 พุ่งสูงสุดในวันที่ 22 มี.ค. 63 เป็นจำนวน 188 คน และลดลง
- 17 ธ.ค. 63 พบการติดเชื้อคลัสเตอร์ใหญ่ที่ตลาดกลางกุ้ง ต.มหาชัย อ.เมืองสมุทรสาคร จ. สมุทรสาคร จากแรงงานอุตสาหกรรมประมงที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองเข้าเมืองที่ จำนวนผู้ติดเชื้อกว่า 1,300 ราย กระจายใน 27 จังหวัด ใน 1 สัปดาห์
- 27 ธ.ค. 63 พบคลัสเตอร์เชื่อมโยงกับบ่อนการพนัน จ. ระยอง และมีผู้เสียชีวิตจากคลัสเตอร์ 1 ราย เป็นรายแรกในรอบเกือบ 2 เดือน

ACTION ประเทศไทย

- 15 มิ.ย. 63 รัฐบาลยกเลิกประกาศเคอร์ฟิว (**RECOV**)
- มิ.ย. – ก.ค. 63 รัฐบาลประกาศคลายมาตรการล็อกดาวน์เป็นระยะ ๆ (**RECOV**)
(อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีจึงออกข้อกำหนดเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2))
- 27 พ.ย. 63 รัฐบาลลงนามในสัญญาการจัดหาวัคซีนโควิด-19 โดยการจองล่วงหน้า ระหว่างก.สธ. กับ AstraZeneca โดยมี บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด รับผิดชอบเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโควิด-19 โดยรัฐบาลคาดว่าคนไทยจะมีวัคซีนโควิด-19 ใช้ในปี 2564 (**PREP+PM**)
(ใช้ พ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้าง 2560 และการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา 18 ของ พ.ร.บ.ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ 2561 เพื่อให้สามารถดำเนินการจองวัคซีนล่วงหน้าได้ตามกฎหมายที่มี)
OUTPUT: - ประชาชนเริ่มกลับมาใช้ชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal)

ระลอกที่ 2 คลัสเตอร์แรงงานสมุทรสาคร

- 19 ธ.ค. 63 -3 ม.ค. 64 สั่งปิดตลาดกลางกุ้งและหอพักศรีเมือง รวมถึงสถานประกอบการอื่นอีก 27 ประเภท(**PM**) 22 ธ.ค. 63 - 3 ม.ค. 64 ผวจ. จังหวัดอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบ(สุพรรณบุรี เชียงใหม่ ชัยภูมิ สมุทรปราการ) ในฐานะ "ประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด" และ "ผู้กำกับบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัด" ออกคำสั่งปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงเป็นการชั่วคราว (**PM**) (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ออกประกาศหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน)
- 24 ธ.ค. 63 - 3 ม.ค. 64 กทม. สั่งปิดโรงเรียนในสังกัด กทม. 437 โรง และศูนย์พัฒนาเด็ก ก่อนวัยเรียน 292 ศูนย์ และจัดทำบัญชีรายชื่อสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่ระบาด ให้มีมาตรการควบคุมโรคที่กำหนดไว้ ได้แก่ สถานบันเทิง สนามมวย ตลาด สวนสาธารณะ และ วัด (**PM+RI**) (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ออกประกาศหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน)
- 25 ธ.ค. 63 กรมควบคุมโรคปรับพื้นที่ส่วนหน้าตลาดกลางกุ้ง ให้เป็นโรงพยาบาลสนาม โดยมีโรงพยาบาลบาราศร เป็นผู้รับผิดชอบดูแล (**RES/REL**)

ACTION กทม.

SITUATION

ปัญหา : - 17 ธ.ค. 63 การระบาดตลาดกุ้ง
 - การระบาดเป็นผลจากประชากรแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในไทยตามช่องทางธรรมชาติโดยไม่ได้ผ่านการตรวจคัดกรอง
 - การระบาดจากตลาดอาหารกระจายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็วเนื่องจากไม่ทราบสถานการณ์การติดต่อในตลาด ไม่ได้มีการตรวจเชิงรุกประชากรกลุ่มนี้
 - การควบคุมการควบคุมประชากรที่เข้าออกระหว่าง กทม. และปริมณฑลเป็นเรื่องลำบาก เพราะไม่ทราบจำนวนประชากรแฝงที่แน่นอน
 - โรงพยาบาลสนามแห่งแรกรองรับประชากรแรงงานไม่เพียงพอ

- สรุผู้ติดเชื้อระลอกที่ 2 จากคลัสเตอร์ตลาดกุ้งพุ่งสูงขึ้น (ธ.ค. 63 – 31 มี.ค. 64) มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 24,262 ราย เสียชีวิต 34 ราย (0.14%)
- 3 ม.ค. 64 พบการติดเชื้อสายพันธุ์อังกฤษ B.1.1.7 กลุ่มแรกเป็นชาวต่างชาติ

- 1 เม.ย. 64 เริ่มต้นการระบาดระลอกที่ 3 โดย เริ่มจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มเป็นก้อนในกลุ่มพนักงานและนักเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ โดยต่อมา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ตรวจพบว่าเชื้อโควิดที่มีการระบาดในสถานบันเทิงย่านทองหล่อ เป็นไวรัสกลายพันธุ์สายพันธุ์อังกฤษ เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดของสายพันธุ์นี้ในไทยโดยแพทย์พบว่าการระบาดระลอกนี้ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการรวดเร็ว หลายรายเสียชีวิต ภายใน 1 สัปดาห์หลังมีอาการป่วย
 - 8 เม.ย. 64 ตัวเลขผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เพิ่มขึ้นวันละ 700 ถึงเกือบ 1,000 คน ในช่วงสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา กทม. เริ่มมีสถานการณ์ผู้ป่วยหนักเต็มไม่ได้อีกหลายไปตรวจเชื้อในโรงพยาบาลเอกชน
- ปัญหา : ในช่วง 1 สัปดาห์การระบาดรุนแรงและรวดเร็ว เกิดสายพันธุ์โควิดเต็มคู่สาย เกิดข้อมูลทับซ้อนกันระหว่างบอร์ดิ้งเค็นเตียงผู้ป่วยในเมืองใหญ่ไม่พอ New Normal: ความร่วมมือจากภาคโรงพยาบาลเอกชน โรงแรม และภาคประชาสังคม ในการเพิ่มเติมเตียงทั้งจากโรงพยาบาลสนามและ Hospital รวมถึงการปรับระบบการจ่ายเงินสาธารณสุขจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

ACTION ภูเก็ต

- 4 ม.ค. 63 ศบค. สั่งห้ามเข้าออก 5 จ. สมุทรสาคร, ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี และ ตราด ยกเว้นเหตุจำเป็นหรือเหตุฉุกเฉิน (PM+RES/REL)

OUTPUT: - สธ. ควบคุมคลัสเตอร์แรงงานและผู้ติดเชื้อไว้ได้ ตามจุดที่มีการแจ้งและตรวจเชิงรุก แต่ทรัพยากรทางการแพทย์ในพื้นที่ติดเชื้อไม่เพียงพอ - สธ. และภาครัฐ เอกชนท้องถิ่น เริ่มสร้างโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด -19

- 20 ม.ค. 64 อย. ขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนปัจจุบันวัคซีนโควิด-19 แอสตราเซนเนกา (RES/REL)
 - 22 ม.ค. 64 อย. ขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนปัจจุบันวัคซีนโควิด-19 ซิโนแวค (RES/REL)
 - 24 ก.พ. 64 วัคซีนชุดแรกมาถึงไทย จำนวน 317,000 โดส แบ่งเป็น วัคซีนของซิโนแวค (จำนวน 200,000 โดส และแอสตราเซนเนกา จำนวน 117,000 โดส โดยถูกกระจายไปใน 13 จังหวัด พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (สมุทรสาคร), พื้นที่ควบคุม และพื้นที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มแรกที่จะได้รับวัคซีน ประกอบด้วย 1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน 2. ผู้ที่มีโรคประจำตัวเสี่ยง 3. ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
 - 4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย (RES/REL+PM)
 - 25 มี.ค. 64 อย. ขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนปัจจุบันวัคซีนโควิด-19 บ.จอห์นสันแอนด์จอห์นสัน (RES/REL+PM)
- OUTPUT: - ประชาชนเสี่ยงกลุ่มแรกในเขตพื้นที่เสี่ยงเริ่มได้รับวัคซีน

ระลอกที่ 3 คลัสเตอร์ทองหล่อ

- 9 เม.ย. 64 ก. สธ. เพิ่มสายด่วนฉุกเฉิน 1668 ช่วยผู้ป่วยโควิด-19 ทาเตียง /กรมการแพทย์และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเสนอการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 หรือ Hospital และโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย ซึ่งขณะนั้นจัดทำได้แล้ว 800 เตียง และจะหาเพิ่มเป็น 1,000 เตียง ภายใน 1-2 วันนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้เตรียมเปิดโรงพยาบาลสนาม 450 เตียงในสัปดาห์นี้ (RES/REL) (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)เป็นการชั่วคราว)

ACTION กทม.

- 21 ม.ค. 64 ผู้ว่าฯ และคณะกรรมการโรคติดต่อ กทม. สั่งปิดสถานที่ 21 สถานที่ เป็นการชั่วคราว มีผล 22 ม.ค. 63 เป็นต้นไป (พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)
- 1 มี.ค. 64 บริหารฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 วันแรก แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ในพื้นที่เขตติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นเขตที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ระลอกใหม่จำนวนมาก จำนวน 6 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน เขตหนองแขม เขตจอมทอง เขตบางแค และเขตภาษีเจริญ

SITUATION

- 15 เม.ย. 64 ศูนย์แถลงข่าวโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข รายงานพบผู้ป่วยรายใหม่อยู่ที่หลักพันเป็นวันที่สอง จำนวน 1,543 ราย เป็นการติดเชื้อในประเทศ 1,540 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตเพิ่ม

- 23 เม.ย.64 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในรอบ 24 ชม. อยู่ที่ 2,070 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตรายวันทำสถิติสูงสุดนับตั้งแต่มีการระบาดในไทย องค์กร NGOs ไทยและอาสาสมัคร มีความพยายามยื่นมือเข้าช่วยทั้งในเรื่อง จัดการข้อมูล การประสานงานหาเตียงส่งผู้ป่วย ส่งอาหารให้ผู้ป่วยในชุมชน แต่ทำได้ในscale ที่น้อย

ปัญหา : มีผู้สูงอายุในเขตเมืองที่ติดโควิดและหาเตียงไม่ได้จำนวนมาก มีการรายงานข่าวการเสียชีวิตเนื่องจากไม่สามารถนำส่งโรงพยาบาลได้ทันเป็นระยะ ๆ

New Normal: ความร่วมมือภาคประชาชน องค์กร NGOs ไทยและอาสาสมัคร มีความพยายามยื่นมือเข้าช่วยทั้งในเรื่อง จัดการข้อมูล การประสานงานหาเตียงส่งผู้ป่วย ส่งอาหารให้ผู้ป่วยในชุมชน

- 10 พ.ค. 64 ศบค. แถลงยืนยันพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากชายฝั่งชายฝั่งอินเดียในไทย เป็นคนไทย 2 คนที่เดินทางมาจากปากีสถาน

- 12 พ.ค. 64 กรมราชทัณฑ์ออกสารข่าวชี้แจงว่าได้ตรวจหาเชื้อเชิงรุกทั้งในเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์และผู้ต้องขัง 100% พบผู้ติดเชื้อโควิด -19 รวม 2,835 ราย อยู่ในทัณฑสถานหญิงกลางรวม 1,040 ราย และเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร 1,795 ราย นับเป็นครั้งแรกที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในเรือนจำ

ACTION Js:เรค

- 15 เม.ย. 64 ก.สธ. เตรียมเสนอที่ประชุม ศบค. ให้จัดให้มีพื้นที่ควบคุมสูงสุดสีแดง 18 จังหวัด พื้นที่ควบคุม สีส้ม 59 จังหวัด โดยจะมีมาตรการจำกัดเวลาให้บริการร้านอาหารเพิ่มเติม ส่วนฉบับบาร์ปิดอยู่แล้ว มาตรการการกำหนดพื้นที่แบ่งเป็น (PM)
 1. พื้นที่ควบคุมสูงสุด (สีแดง) คือพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีมากกว่า 1 พื้นที่ย่อย ศบค. ให้จัดกิจกรรมลดลงทุกชนิด เว้นแต่กิจกรรมออนไลน์
 2. พื้นที่ควบคุม (สีส้ม) คือพื้นที่ติดกับพื้นที่ควบคุมสูงสุด หรือพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อเกินกว่า 10 รายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ศบค. ให้จัดกิจกรรมสาธารณะ แต่ผ่อนผันให้จัดกิจกรรมที่จำกัดจำนวนผู้เข้าร่วม หรือกิจกรรมที่มีเฉพาะผู้รู้จักคุ้นเคย หรือกิจกรรมแบบออนไลน์
 3. พื้นที่เฝ้าระวังสูงสุด (สีเหลือง) คือพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อไม่เกิน 10 ราย และมีแนวโน้มควบคุมสถานการณ์ได้ ศบค. ให้จัดกิจกรรมได้ แต่ให้ลดขนาดของงาน ลดความหนาแน่นของผู้เข้าร่วม (คำสั่งคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 (ศบค.))
- 29 เม.ย. 64 ศบค. มีมติให้ยกระดับมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 โดยประกาศให้ 6 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการเป็น "พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด" หรือ "พื้นที่สีแดงเข้ม" กำหนดระยะเวลาปิด-เปิดของห้างสรรพสินค้าและร้านสะดวกซื้อ ห้ามนั่งรับประทานอาหารที่ร้าน และห้ามเดินทางออกนอกเขตพื้นที่ เป็นต้น เริ่มตั้งแต่ 1 พ.ค. เป็นต้นไป (RES/REL+PM)
- 7 พ.ค. 64 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีมติเห็นชอบแนวทางการฉีดวัคซีนของซิโนแวคให้ผู้ที่มียา มากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ เนื่องจากผลการศึกษาของประชาชนที่มีความชัดเจนมากขึ้น จากเดิมที่กำหนดให้ฉีดเฉพาะคนที่มียาต่ำกว่า 60 ปี (RES/REL+PM)

OUTPUT: -ประชาชนผู้ติดเชื้อสูงและรวดเร็วมาก นับตั้งแต่มีการระบาดในไทย
 - มีประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจโควิด -19 ได้ เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรทางการแพทย์และราคาที่สูง
 - จำนวนเตียงและทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ

- 11 พ.ค. 64 พล.อ.ประยุทธ์ ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้อำนวยการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) แล้ว ยังได้ตั้งตัวเองเป็นผู้อำนวยการ "ศบค.กรุงเทพฯ และปริมณฑล" เพื่อควบคุมการระบาดระลอก 3 ประกาศให้การฉีดวัคซีนเป็นวาระแห่งชาติและวิงวอนให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีน โดยรัฐบาลตั้งเป้าหมายว่าจะฉีดให้ได้เดือนละ 15 ล้านโดสตั้งแต่เดือน มิ.ย. เป็นต้นไป (RES/REL)

OUTPUT: -ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น และกระจายในวงกว้างมากขึ้นแต่ยังไม่ใช้วัคซีน mRNA

- 13 พ.ค.64 อย. ชื่นทนเขียนวัคซีนของบริษัท โมเดอร์นา เป็นชนิดที่ 4 ต่อจากวัคซีนของแอสตราเซนเนกา ซิโนแวคและจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน (RES/REL)

- 18 พ.ค.64 ก.สธ. มีหนังสือถึง กทม. เรื่องการจัดสรรวัคซีน โดยขอให้
 1. เตรียมพร้อมการให้บริการวัคซีนทั้งในและนอกโรงพยาบาล
 2. กำหนดช่องทางลงทะเบียนวัคซีน 3 ช่องทางได้แก่ ผ่าน application หมอพร้อม, ผ่านสถานพยาบาล/องค์กร, หรือ ณ จุดฉีด (Onsite)
 3. จัดบริการวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายจำเพาะ
 4. ประชาสัมพันธ์การฉีด

ACTION กทม.

- 26 เม.ย. -9 พ.ค. 64 ผู้ว่าฯ และคณะกรรมการโรคติดต่อ กทม. สั่งปิดสถานที่ 26 สถานที่ เป็นการชั่วคราว และจำกัดเวลา ห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ (พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)

1.) รูปแบบการตรวจหาเชื้อ :
 - ตรวจเชิงรุกในพื้นที่ชุมชนโดย กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย ทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ก.สธ. และทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจากจังหวัดใกล้เคียง

- การเดินเข้าสู่ระบบด้วยตนเอง
 2.) เมื่อยืนยันการติดเชื้อได้ข้อมูลจะส่งต่อไปสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) เพื่อคัดกรองการประเมินอาการว่าอยู่ในกลุ่มอาการ เขียว เหลือง แดง และส่งไปยัง Co-ward ฐานข้อมูลบริหารจัดการทรัพยากรของกรมการแพทย์ สธ. เพื่อให้ศูนย์กลางจัดเตียงตามอาการผู้ติดเชื้อ โดยแดงกับเหลืองต้องเข้าพ.เท่านั้น เขียวจะเข้ารพ. สนามหรือ Hospital

- ระบบรถรับส่งดูภาพรวมโดย Co-ward แต่มีผู้สนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ สถาบันการแพทย์จุฬาลิน (สพฉ.) ศูนย์เอราวัณ กทม. ก.พัฒนาสังคมและความมั่นคงฯ และมูลนิธิต่างๆ หน่วยงานเอกชน

- ระบบข้อมูลของก.สาธารณสุขประกอบด้วยระบบห้องปฏิบัติการ (Co-Lab) ระบบค้นหาเชิงรุกกรม (Co-Finding) ระบบเตียงรวม (Co-ward)
 - จุดคัดแยกอาการผู้ติดเชื้อ กทม. 3 จุด ได้แก่ 1. รพ.บุขราคม ดุสิต, 2. ศูนย์แรกรับ - ส่งต่อ นิมิบุตร สนามกีฬาแห่งชาติ ดุสิต, 3. รพ. ผู้สูงอายุบางขุนเทียน ดุสิต

3. รพ. ผู้สูงอายุบางขุนเทียน ดุสิต

SITUATION

- 21 พ.ค. 64 ยืนยันพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาหลายพันผู้สายพันธุ์อินเดียในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่แคมป์คนงานย่านหลักสี่
- 23 พ.ค. 64 สธ. พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาหลายพันผู้สายพันธุ์แอฟริกาใต้ 3 รายแรก ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส

• 1 มิ.ย. 64 องค์การอนามัยโลกอนุมัติวัคซีนซิโนแวคของจีนสำหรับการใช้งานในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการรับประกันต่ออนาคตนานาประเทศ ผู้ให้ทุน หน่วยงานจัดหา และประชาชนว่าวัคซีนชนิดนี้ได้มาตรฐานสากลด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และการผลิต ขณะที่ สคบ. รายงานว่าไทยมีผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิตสะสมเกิน 1,000 รายแล้ว โดยเพิ่มจาก 937 รายในวันที่ 31 พ.ค. เป็น 1,069 ราย

New Normal:

- ความตื่นตัวของประชาชนในการให้ความร่วมมือภาครัฐในการรับวัคซีน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อรับข่าวสารเรื่องวัคซีน
- ความร่วมมือของภาคเอกชนในการจัดจุดกระจายวัคซีน

ระลอกที่ 4 คลัสเตอร์แคมป์คนงาน
ACTION U:ประเทศไทย

1

- 28 พ.ค. 64 อย. ขึ้นทะเบียนวัคซีน "BBIBP-CorV" ของ บ. ซิโนฟาร์ม ประเทศจีน วันเดียวกันนี้ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ฯ ตั้งโต๊ะแถลง "แนวทางการจัดสรรและนำเข้าวัคซีนโควิด-19 ทางเลือก ซิโนฟาร์ม" (RES/REL)

2

- 7 มิ.ย. 64 "ดีเดย์" วันเริ่มต้นฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั่วประเทศ โดยมีวัคซีนทั้งของซิโนแวคและแอสตราเซนเนกา ในสามวันแรก (7, 8 และ 9 มิ.ย.) ฉีดวัคซีนได้วันละ 416,847 โดส 472,128 โดส และ 336,674 โดสต่อวันตามลำดับ (RES/REL)
- 16 มิ.ย. 64 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงผ่านการถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ทั่วประเทศประกาศ "เปิดประเทศ" ภายในเวลา 120 วัน โดยให้เหตุผลว่าจำเป็นต้องทำเพื่อความปลอดภัยในการทำมาหากินของประชาชน และทุกฝ่ายต้องยอมรับความเสี่ยงร่วมกัน (RECOV)
- 20 มิ.ย. 64 วัคซีนซิโนฟาร์มล็อตแรกจำนวน 1 ล้านโดส ที่จัดหาผ่านราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ฯ ให้องค์กรต่าง ๆ เป็นวัคซีนทางเลือก มาถึงไทย
- 24 มิ.ย. 64 อย. ขึ้นทะเบียนและอนุญาตให้นำเข้าวัคซีน "โคเมอร์เนตี" (Comirnaty) ของ บ. ไฟเซอร์ โดยมี บ. ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) เป็นผู้นำเข้า (RES/REL)
- 25 มิ.ย. 64 เริ่มฉีดวัคซีนซิโนฟาร์มให้ประชาชนกลุ่มแรกจำนวน 6,400 คน ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนโดยรอบโรงพยาบาลจุฬารักษ์ฯ (RES/REL)
- 28 มิ.ย. 64 ข้อกำหนดฉบับที่ 25 ที่ออกภายใต้ พ.ร.บ. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินมีผลบังคับใช้ ใจความสำคัญคือการประกาศให้พื้นที่ 10 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ และปริมณฑลรวม 6 จังหวัด และจังหวัดชายแดนภาคใต้ 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค เช่น ปิดแคมป์คนงานก่อสร้าง หยุดโครงการก่อสร้าง ห้ามรับประทานอาหารในร้าน จำกัดเวลาการเปิดของห้างสรรพสินค้าให้เปิดถึง 21.00 และห้ามรวมกลุ่มกันเกิน 20 คน (RES/REL+ PM)

1

ACTION กทม.

2

- 27 มิ.ย. 64 กรุงเทพมหานคร ประกาศเรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวฉบับที่ 34 ปิดแคมป์คนงานก่อสร้าง ห้ามนั่งรับประทานอาหารในร้าน ห้างสรรพสินค้าเปิดได้ถึง 21.00 น. ห้ามรวมกลุ่มเกิน 20 คน

SITUATION

- 17 ก.ค. 64 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อวันของไทยทะลุ 1 หมื่นรายเป็นครั้งแรกคือ 10,082 และมีผู้เสียชีวิตในรอบ 24 ชั่วโมงสูงเป็นประวัติการณ์เช่นกันที่ 141 ราย
- New Normal: การเตรียมความพร้อมต่อการ lockdown และ การ Work From Home

ACTION Us:เทศ

- 1 ก.ค. 64 กรมการแพทย์ แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด - 19 แบบ HOME ISOLATION กรณีระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือระหว่างรอครบกำหนด 14 วัน หรือหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือสถานที่รัฐจัดให้ก่อนกำหนด (RES/REL)
 - 1 ก.ค. 64 เปิดตัวโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์หรือการทดลองนำร่องเปิดเกาะรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในรอบ 15 เดือนที่ จ.ภูเก็ต มีโอกาสต้อนรับเที่ยวบินจากต่างประเทศ ภายหลังจากเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 ในไทย ตั้งแต่ปี 2563 โดยนายกฯ เดินทางไปภูเก็ตเพื่อเปิดงานและต้อนรับนักท่องเที่ยวด้วยตัวเอง (RECOV)
 - 9 ก.ค. 64 ที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ซึ่งมี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ประกาศล็อกดาวน์กรุงเทพฯ และปริมณฑล 6 จังหวัด และยกระดับมาตรการควบคุมโรครวม 10 จังหวัดที่มีการระบาดรุนแรงของโควิด-19 มีผลอย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 12 ก.ค. เช่น การประกาศเคอร์ฟิวช่วงเวลา 21.00-04.00 น. ปิดสถานที่เสี่ยงต่อการระบาด เลื่อนเวลาปิดของห้างสรรพสินค้า เป็นต้น รวมทั้งมีมติเห็นชอบให้ขยายการประกาศใช้ พ.ร.ก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ออกไปอีก 2 เดือนไปจนถึงวันที่ 30 ก.ย. 2564 (RES/REL ± PM)
 - 12 ก.ค. 64 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีมติสำคัญ 2 ข้อเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนโควิดและการตรวจหาเชื้อ คือ 1. เห็นชอบให้มีการฉีดวัคซีนต่างชนิดได้ในประเทศไทย โดยให้ผู้ใช้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 เป็นวัคซีนเชื้อตายของซิโนแวค วัคซีนเข็มที่ 2 เป็นวัคซีนชนิดไวรัสเวกเตอร์ของแอสตราเซนเนกา ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ โดยโรงพยาบาลต่าง ๆ ตำนานการได้ทันที โดยอ้างการศึกษาของไทยที่พบว่าทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มได้เร็วขึ้น 2. เห็นชอบให้สถานพยาบาลและหน่วยตรวจหาเชื้อโควิด-19 ใช้ชุดตรวจโควิด-19 ด้วยวิธีตรวจแบบแอนติเจน (rapid antigen test) ได้ (RES/REL)

OUTPUT: - มีแนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนที่ป่วย และมีจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น สำหรับประชากรในพื้นที่ทั้งบริการภาครัฐและทางเลือก

- ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น และกระจายในวงกว้างมากขึ้นแต่ยังไม่ใช้วัคซีน mRNA
- ประชาชนติดเชื้อสูงขึ้นและอัตราการตายเพิ่มขึ้น
- มีประชาชนผู้สูงอายุในเขตเมืองไม่มีเตียงรักษาเป็นจำนวนมาก

3

ACTION กทม.

- 7 ก.ค. 2564 กทม. เปิดบริการ ศูนย์พักคอย (Community Isolation-CI) จำนวน 5 ศูนย์ รองรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้รวม 860 เตียง

3

- 19 ก.ค. 64 ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่ข้อกำหนดฉบับที่ 28 ที่ออกตาม พ.ร.ก. ฉุกเฉิน ให้ผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ก.ค. ศบค. อธิบายว่าข้อกำหนดฉบับนี้เป็น "มาตรการล็อกดาวน์ขั้นสูงสุด" ในพื้นที่ 13 จังหวัดสีแดงเข้มหรือพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (กรุงเทพฯ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครปฐม นนทบุรี นราธิวาส ปทุมธานี ปัตตานี อยุธยา ยะลา สงขลา สมุทรปราการ สมุทรสาคร) ให้ประชาชนงดออกจากเคหสถานหรือที่พำนักโดยไม่จำเป็นในเวลากลางวัน ยกเว้นเพื่อจัดหาอาหาร ยา พบแพทย์ รับวัคซีน และอาชีพจำเป็น ห้ามเดินทางออกนอกพื้นที่สีแดงเข้ม จำกัดจำนวนผู้โดยสารในระบบขนส่งสาธารณะ และขยายเวลาห้ามนำของออกนอกเคหสถานหรือเคอร์ฟิวไปจนถึงวันที่ 2 ส.ค. 64 (RES/REL) (พ.ร.ก. ฉุกเฉิน ให้ผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ก.ค. 64 โดยข้อกำหนดฉบับนี้เป็น มาตรการล็อกดาวน์ขั้นสูงสุด)

SITUATION

- 4 ส.ค. 64 ผู้ติดเชื้อรายใหม่ในรอบ 24 ชั่วโมงเกิน 2 หมื่นรายเป็นครั้งแรก และอยู่ในระดับนี้อีกประมาณ 2-3 วันก่อนที่ตัวเลขจะลดลงต่ำกว่า 2 หมื่นรายเล็กน้อยหลังจากนั้น วันนึ่งยังเป็นวันแรกที่มีการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ล็อตที่ได้รับบริจาคจากสหรัฐฯ ให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าและประชาชนที่เข้าเกณฑ์

ACTION Us:เทศ

- 20 ก.ค. 64 กรมควบคุมโรคลงนามในสัญญาการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ชนิด mRNA กับบริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทยและอินโดไชนา) เพื่อจัดหาวัคซีนโควิด จำนวน 20 ล้านโดส คาดว่าวัคซีนล็อตแรกจะมาถึงไทยภายในไตรมาสที่ 4 ของปี 2564 ตามข้อตกลงในสัญญา (RES/REL)
- 23 ก.ค. 64 องค์กรเภสัชกรรมเซ็นสัญญากับบริษัท ซิลลิคฟาร์มา เพื่อสั่งซื้อวัคซีนชนิด mRNA ของบริษัทโมเดอร์นาจำนวน 5 ล้านโดส วัคซีนของโมเดอร์นาเป็นวัคซีนโควิด-19 ลำดับที่ 4 ที่องค์การอาหารและยาขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ โดยมีบริษัทซิลลิคฟาร์มาเป็นผู้ได้รับอนุญาตนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อเป็นวัคซีน "ทางเลือก" สำหรับประชาชนที่พร้อมเสียค่าใช้จ่ายในการฉีด โดยวัคซีนทั้งหมดจะทยอยนำเข้าเข้ามาในประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงไตรมาส 4 ปี 2564 ต่อเนื่องไตรมาส 1 ปี 2565 (RES/REL+PM)
- 30 ก.ค. 64 วัคซีนของไฟเซอร์จำนวน 1.5 ล้านโดสที่รัฐบาลสหรัฐฯ บริจาคให้ไทยเดินทางมาถึง โดย ศบค. เปิดเผยว่าวัคซีนล็อตนี้จะนำไปฉีดเป็นวัคซีนกระตุ้น (booster dose) ให้บุคลากรทางการแพทย์, ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง และหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป, ชาวต่างชาติ เน้นผู้สูงอายุและผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง, และคนไทยที่จำเป็นต้องเดินทางไปต่างประเทศ คือ นักศึกษา นักกีฬา และนักการทูต (PM)
- 1 ส.ค. 64 ศบค. มีมติขยายระยะเวลามาตรการควบคุมการระบาดโควิด-19 แบบ "ล็อกดาวน์ขั้นสูงสุด" ออกไปอีก 14 วันจากข้อกำหนดฉบับที่ 28 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ก.ค. โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 3 ส.ค. พร้อมกับเพิ่มจังหวัด "สีแดงเข้ม" หรือพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดจาก 13 จังหวัดเป็น 29 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครปฐม นนทบุรี นราธิวาส ปทุมธานี ปัตตานี อยุธยา ยะลา สงขลา สมุทรปราการ สมุทรสาคร กาญจนบุรี ตาก นครปฐม นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี เพชรบุรี เพชรบูรณ์ ระยอง ราชบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี สมุทรสงคราม สระบุรี สุพรรณบุรี และอ่างทอง (RES/REL+PM)

OUTPUT: -ประชาชนติดเชื้อและอัตราการการตายขั้นสูงสุดในช่วงนี้ และเริ่มลดลงในเวลาต่อมา

4

- 11 ส.ค. 64 ศบค. ประชุมประเมินสถานการณ์หลังขยายพื้นที่ล็อกดาวน์ เพิ่มเป็น 29 จังหวัดผ่านไป 14 วัน พบว่ามาตรการระบาดได้ราว 20% มีมติให้คงมาตรการต่อเนื่องถึง 31 ส.ค. พร้อมกับเห็นชอบในหลักการให้จัดหาวัคซีนชนิด mRNA เพิ่มอีก 12 ล้านโดส และวันเดียวกันนี้สภามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) ได้ประกาศใช้ข้อบังคับเกี่ยวกับการนำเข้า วัคซีน และเวชภัณฑ์เพื่อรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ซึ่งอนุญาตให้หน่วยงานของมหาวิทยาลัยที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สนองต่ออธิการบดีให้จัดหา ผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือขออนุญาตและออกใบอนุญาตการขึ้นทะเบียนยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ ซึ่งต่อมา มธ. ชี้แจงว่าจะเป็นการนำเข้าวัคซีนที่ผลิตโดยเทคโนโลยีใหม่ล่าสุดที่ไม่ซ้ำกับยี่ห้อที่มีการนำเข้ามาในไทยแล้ว และมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเข้ามาเป็นวัคซีนเข็มกระตุ้น คาดว่าจะเริ่มนำเข้าได้ต้นปี 2565

OUTPUT: -บุคลากรทางการแพทย์เริ่มได้รับวัคซีน mRNA

4

ACTION กทม.

- 2 - 8 ส.ค. 64 กทม. จัดตรวจโควิดเชิงรุกใน จำนวน 9 แห่ง ระหว่าง 2-8 ส.ค. 64 จุดละไม่เกิน 1,000 คน ต่อวัน

SITUATION

- 20 ส.ค. 64 จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมในประเทศไทยนับตั้งแต่พบการระบาดในประเทศเมื่อเดือน ม.ค. 2563 เกิน 1 ล้านคน
- 24 ส.ค. 64 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รายงานการพบสายพันธุ์ย่อยของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์เดลตาในประเทศไทยจำนวน 4 ชนิด และมีผู้ติดเชื้อเดลตาสายพันธุ์ย่อยนี้แล้วอย่างน้อย 7 คน โดยอธิบายว่าการพบสายพันธุ์ย่อยของไวรัสเป็นเรื่องปกติเมื่อมีการระบาดในวงกว้าง แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และยังไม่มียืนยันว่าจะส่งผลกระทบต่อวัคซีนมากกว่าสายพันธุ์หลักหรือไม่
- 25 ส.ค. 64 จำนวนผู้เสียชีวิตสะสมจากโควิด-19 ของไทยถึงหลักหมื่นเป็นวันแรก นับตั้งแต่ สธ. ยืนยันผู้เสียชีวิตรายแรกเป็นชายไทยอายุ 35 ปี เมื่อวันที่ 29 ก.พ. 2563 จนถึงวันนี้มีผู้เสียชีวิตสะสม 10,085 ราย

ACTION ประเทศไทย

- 1 ก.ย. 64 วันแรกของการผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ตามข้อกำหนดฉบับที่ 32 ของ พ.ร.ก. ฉุกเฉิน การผ่อนคลายมาตรการเช่น อนุญาตให้รับประทานอาหารในร้านได้แต่ต้องจำกัดปริมาณลูกค้า ห้างสรรพสินค้า คอมมูนิตีมอลล์ ร้านตัดผม สนามกีฬา สวนสาธารณะกลับมาเปิดบริการได้แบบมีเงื่อนไข อย่างไรก็ตามคำสั่งห้ามออกนอกเคสสถานหรือเคอร์ฟิวระหว่างเวลา 21.00-04.00 น. ยังมีผลบังคับใช้ เป็นครั้งแรกในรอบ 2 เดือนนับจากวันที่ 12 ก.ค. ที่ ศบค. ประกาศล็อกดาวน์ 10 จังหวัดพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ก่อนจะเพิ่มมาเป็น 13 และ 29 จังหวัด ที่มีการผ่อนคลายมาตรการ โดย ศบค. ให้เหตุผลว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงและเพื่อเริ่มฟื้นฟูเศรษฐกิจภายใต้แนวคิดต่างประเทศต่าง ๆ ไม่สามารถกำจัดโควิด-19 ไปได้ จึงต้องหาทางอยู่ร่วมกับโรคระบาดนี้ให้ได้ (RECOV)
- 7 ก.ย. 64 อย. ได้อนุมัติให้ฉีดวัคซีนโมเดอร์นาในเด็กอายุ 12 ปี ขึ้นไป นับเป็นวัคซีนชนิดที่ 2 ต่อจากไฟเซอร์ที่ อย. อนุมัติให้ฉีดในเด็กอายุ 12 ปี (RES/REL+PM)
- 21 ก.ย. 64 ครม. เห็นชอบร่างพระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อกำหนดให้มีมาตรการที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการป้องกัน ระวัง ควบคุม หรือขจัดโรคติดต่อที่มีการระบาดในกรณีปกติและในกรณีที่มีความรุนแรง และเพิ่มหมวดเกี่ยวกับการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เพื่อแยกการจัดการกรณีโรคติดต่อในสถานการณ์ปกติออกจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงที่มีลักษณะของการเป็นโรคอุบัติใหม่หรือโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งต่อไปจะต้องประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน (RES/REL)
- วันเดียวกันนี้ กรุงเทพมหานคร (กทม.) ได้เริ่มฉีดวัคซีนไฟเซอร์ให้กับนักเรียนนักศึกษาอายุ 12-18 ปี ในกรุงเทพฯ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีโรคประจำตัว 7 โรค (PM)
- 29 ก.ย. 64 ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรไปอีก 2 เดือน จนถึงวันที่ 30 พ.ย. นับเป็นการต่ออายุ พ.ร.ก. ฉุกเฉินครั้งที่ 14 (RES/REL) (พ.ร.ก.ฉุกเฉิน)
- 1 ต.ค. 64 วันแรกของการผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์รอบใหม่ตามข้อกำหนดฉบับที่ 34 ของ พ.ร.ก. ฉุกเฉิน ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญคืออนุญาตให้กิจการ/กิจกรรมกลับมาเปิดบริการเพิ่มเติมอีก 9 ประเภทภายใต้มาตรการที่กำหนด เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พิพิธภัณฑ์ ร้านสัก ร้านนวด/สปา โรงภาพยนตร์ การเล่นดนตรีในร้านอาหาร เป็นต้น โดยมาตรการ 2 อย่างที่ผู้ประกอบการและผู้ให้บริการต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด คือ มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID-free Setting) และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) (RECOV) (พ.ร.ก.ฉุกเฉิน)

ACTION กทม.

SITUATION

ACTION ประเทศไทย

นอกจากนี้ยังลดระยะเวลาห้ามออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) ลงอีก 1 ชั่วโมง จากเดิม 21.00-04.00 น. เป็น 22.00-04.00 น. (RECOV)

- COVID-Free Setting มาตรการเชิงบังคับรับคลยลือก 1 ต.ค.64 กับ แผนกระตุ้นให้ฉีดวัคซีน (RECOV)
- 4 ต.ค. 64 สธ. เริ่มฉีดวัคซีนชนิด mRNA ของไฟเซอร์ให้เด็กอายุ 12-18 ปีทั่วประเทศเป็นวันแรก หลังจากมีการฉีดนำร่องเฉพาะเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (PM+RES/REL)

11 ต.ค. 64 นายกฯ แถลงข่าวผ่านโทรทัศน์ร่วมการเฉพาะกิจประกาศ

แผนการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวเข้าไทยได้โดยไม่ต้องกักตัว โดยนักท่องเที่ยวจากประเทศความเสี่ยงต่ำอย่างน้อย 10 ประเทศรวมถึง อังกฤษ สิงคโปร์ เยอรมนี จีน และสหรัฐฯ จะสามารถเดินทางเข้าไทยได้โดยไม่ต้องกักตัวตั้งแต่วันที่ 1 พ.ย. และระบุว่าในวันที่ 1 ธ.ค. จะพิจารณาอนุญาตให้ทีมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหารได้ และจะพิจารณาอนุญาตให้สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และสถานบันเทิง เปิดให้บริการได้ (RECOV)

- 14 ต.ค. 64 ที่ประชุมใหญ่ ศบค. มีมติเห็นชอบยกเลิกกักตัวานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวต่างชาติในวันที่ 1 พ.ย. และมีมติลดระยะเวลาเคอร์ฟิวลงอีก 1 ชม. เป็น 23.00-03.00 น. (RECOV)

16 ต.ค. 64 วันแรกของการผ่อนคลยมาตรการลือกควานเพิ่มเติมตามข้อกำหนดฉบับที่ 35 ภายใต้ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ เช่น ลดเวลาเคอร์ฟิว ขยายเวลาให้บริการของสถานประกอบการต่าง ๆ ไปจนถึง 22.00 น. และลดพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดหรือ "พื้นที่สีแดงเข้ม" จาก 29 จังหวัด เป็น 23 จังหวัด -วันแรกที่ประเทศไทยเปิดรับผู้เดินทางจาก 63 ประเทศและดินแดนให้เข้าไทยได้โดยไม่ต้องกักตัว หากมีหลักฐานการฉีดวัคซีนครบโดส และผลตรวจ RT-PCR เป็นลบ/เปิดภาคเรียนวันแรก กระทรวงศึกษาธิการอนุญาตให้โรงเรียนและสถาบันการศึกษาที่มีมาตรการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพเปิดการเรียนการสอนที่โรงเรียนหรือ "ออนไซต์" ควบคู่ไปกับการเรียนออนไลน์ได้ โดยในกรุงเทพฯ มีโรงเรียนเพียง 63 แห่งที่กลับมาสอนแบบออนไซต์ ส่วนที่เหลือยังรอดูสถานการณ์/วัคซีนโมเดอร์นาล็อตแรกจำนวน 560,200 โดสมาถึงไทยหลังจากใช้เวลากว่า 1 ปีในการประสานงานกันระหว่างสมาคมโรงพยาบาลเอกชน องค์การเภสัชกรรม และบริษัท แอสที เทอราพิวติกส์ ซิลลิค ฟาร์มา ประเทศไทย ผู้นำเข้าและจัดจำหน่ายวัคซีนโมเดอร์นาในไทย (PM)

- 9 พ.ย. 64 โรงพยาบาลเอกชนเริ่มฉีดวัคซีนโมเดอร์นาให้ผู้สูงอายุได้

(RES/REL+PM)

- 25 พ.ย.64 สธ. ลงนามสัญญาจัดซื้อยาโมลนูพิราเวียร์ 5 หมื่นคอร์สการรักษา หรือประมาณ 2 ล้านเม็ด มูลค่ารวม 500 ล้านบาท มุ่งเป้าใช้รักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีความเสี่ยงเกิดอาการรุนแรง เช่น ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเม็แรง เป็นต้น โดยคาดว่าจะช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตหรือการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ถึงครึ่งหนึ่ง (RES/REL) สธ. เซ็นสัญญาซื้อยาโมลนูพิราเวียร์ แต่ต้องรอ ย. ชินทะเบียงถึงนำเข้าได้

(RES/REL)

- 26 พ.ย.64 ศบค. ยกเลิกคำสั่งห้ามออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) และปรับพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดเป็นศูนย์ มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค. เป็นต้นไป ซึ่งนับเป็นการผ่อนคลยมาตรการครั้งใหญ่ที่สุดครั้งหนึ่งนับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดระลอกเดือน เม.ย. 2564 แต่เห็นชอบขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักรไปอีก 2 เดือน จนถึงวันที่ 31 ม.ค. 2565 พร้อมกับมีมติยังไม่ให้สถาบันบันเทิงกลางคืน ผับ บาร์ คาราโอเกะ กลับมาเปิดให้บริการเนื่องจากเห็นว่า เป็นกิจการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (RECOV)

OUTPUT: -จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง และจำนวนผู้ติดเชื้อรักษาหายจากอาการมากขึ้น

- ประชาชนเริ่มกลับมาใช้ชีวิตปกติใหม่

ACTION กทม.

ระลอกที่ 5 คลัสเตอร์โอไมครอน

SITUATION

- 26 พ.ย. 64 องค์การอนามัยโลกประกาศให้เชื้อโควิดกลายพันธุ์ชนิดใหม่ B.1.1.529 ที่พบทางตอนใต้ของทวีปแอฟริกา เป็นสายพันธุ์ที่ "น่ากังวล" และให้ชื่อว่า โอไมครอน (Omicron) ถือเป็นเชื้อกลายพันธุ์สายพันธุ์ที่น่ากังวลชนิดที่ 5 ต่อจากอัลฟา เบตา แกมมา เดลตา
- 6 ธ.ค. 64 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แถลงยืนยันพบผู้ติดเชื้อโควิดกลายพันธุ์สายพันธุ์โอไมครอนรายแรกในไทย เป็นชายไทย สัญชาติอเมริกันที่เดินทางมาจากประเทศสเปน
- 9 ธ.ค. 64 สธ. พบผู้ติดเชื้อโอไมครอนเพิ่มขึ้นอีก 2 ราย เป็นหญิงไทย อาชีพล่ามที่เดินทางกลับมาจากประเทศไนจีเรีย และยังมีชายไทยอีก 1 รายต้องสงสัยติดเชื้อโอไมครอน ต่อมาเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 64 สธ. รายงานว่าไทยพบผู้ติดเชื้อโอไมครอนสะสมแล้ว 11 ราย ทั้งหมดมีประวัติเดินทางเข้ามาจากต่างประเทศ ยังไม่พบการติดเชื้อภายในประเทศ
- 20 ธ.ค. 64 รว 3 สัปดาห์หลังจาก สธ. ยืนยันการพบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนครั้งแรกเมื่อ 6 ธ.ค. ปรากฏว่าจำนวนผู้ติดเชื้อกลายพันธุ์ชนิดนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในวันนี้ สธ. รายงานว่าพบผู้ต้องสงสัยติดเชื้อโอไมครอนเพิ่มเป็น 63 ราย ในจำนวนนั้นยืนยันแล้ว 20 ราย ในจำนวนนี้เกือบทั้งหมดมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ ยกเว้นหญิงไทยที่ติดเชื้อในประเทศจากสามีนักบินชาวโคลอมเบียที่เดินทางกลับจากไนจีเรีย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ระบุว่าขณะนี้มีพบ 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอน
- 5 ม.ค. 65 สธ. รายงานว่าระหว่างวันที่ 1 พ.ย. 64 - 5 ม.ค. 65 มีผู้ติดเชื้อโอไมครอนสะสมทั้งสิ้น 2,062 ราย
- 17 ม.ค. 65 ก.สธ. ยืนยันมีผู้เสียชีวิต 2 ราย ในไทยจากสายพันธุ์โอไมครอน

ACTION ประเทศ

1

- 27 พ.ย. 64 สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยออกประกาศห้ามผู้โดยสารจาก 8 ประเทศเข้าไทยเพื่อสกัดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอนประกอบด้วย บอตสวานา เอสวาตีนิ เลโซโท มาลาวี โมซัมบิก นามิเบีย แอฟริกาใต้ และซิมบับเว โดยผู้โดยสารที่เดินทางมาถึงไทยระหว่างวันที่ 28-30 พ.ย. จะต้องเข้ากระบวนการกักตัว 14 วันทันที (RI)

2

- 21 ธ.ค. 64 ศบค. มีมติให้ระงับการลงทะเบียนขอเข้าประเทศไทย ระหว่าง 21 ธ.ค. 2564-4 ม.ค. 2565 ทั้งในรูปแบบแซนด์บ็อกซ์ (Sandbox) และเทสต์แอนด์โก (Test and Go) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอน (RI) (คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19))
- 6 ม.ค. 65 สธ. ประกาศว่าประเทศไทยเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 5 ของโควิด-19 จากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของเชื้อกลายพันธุ์สายพันธุ์โอไมครอนที่ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อวันเพิ่มสูงเกิน 5,000 ราย จาก 2,000-3,000 รายในช่วงเดือน ธ.ค. 2564 สธ. ยังได้ยกระดับการเตือนภัยโควิด-19 จากระดับ 3 เป็นระดับที่ 4 ซึ่งภายใต้การเตือนภัยระดับนี้ ทหารอาจสั่งให้ปิดสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค และแนะนำให้ประชาชนทำงานที่บ้าน งดการเดินทางข้ามจังหวัด งดการเดินทางไปต่างประเทศ หลีกเลี่ยงการรวมกลุ่ม (PM+RES/REL)

1

2

ACTION กทม.

- 7 ม.ค. 65 ผู้ว่าฯ กทม. ได้มีนโยบายกำกับให้เตรียมความพร้อมศูนย์พักคอย (Community Isolation : CI) จำนวน 41 แห่ง รวม 5,158 เตียง ทั้งทางด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ให้แล้วเสร็จพร้อมเปิดดำเนินการ

SITUATION

- 14 ก.พ. 65 ผู้ติดเชื้อรายวันยังทะลุ 1.5 หมื่นคน กว่า 40 จังหวัด ผู้ติดเชื้อพุ่งเกินร้อย มี กทม.รังแซงปี ในขณะที่มีรายงานโควิดสายพันธุ์ลูกผสม “เดลตาครอน” จากประเทศอังกฤษ

- 21 ก.พ. 65 ก.สธ. รายงานสถานการณ์โควิดและการฉีดวัคซีนดังนี้

- สถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิดช่วงที่ผ่านมา ถือว่ามีกรฉีดวัคซีนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กนักเรียน 5-11 ปี เข็มที่ 1 คือ 394,727 คน คิดเป็น 7.7% เข็มที่ 2 คือ 13,741 คิดเป็น 0.3 % กลุ่มที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเข็ม 1 ฉีดไปแล้ว 10,508,486 คน คิดเป็น 82.7 %

- ขณะที่สายพันธุ์การระบาดโควิด-19 ทั่วโลกเป็นสายพันธุ์โอไมครอน BA.2 ข้อมูลการแพร่ระบาด พบว่า สายพันธุ์ดังกล่าว แพร่เร็วกว่าสายพันธุ์ BA.1 กว่า 1.4 เท่า ขณะที่ไทยตอนนี้ โอไมครอนสายพันธุ์ BA.2 ระบาดไปแล้วกว่าร้อยละ 50

จากข้อมูล WHO ความรุนแรงโรค ระหว่าง BA.1 และ BA.2 ไม่แตกต่างมากในอาการหนัก แต่ที่เพิ่มคือการแพร่เชื้อ ซึ่ง BA.2 จะแพร่เชื้อได้มากกว่า อย่างไรก็ตามคงต้องติดตามข้อมูลในประเทศเพิ่มเติม

- กรมการแพทย์ รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยไทย ว่ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 2 เท่า แต่ส่วนอาการหนักไม่ได้เพิ่มขึ้น สถานการณ์การใช้เตียงของประเทศ รวมเขตสุขภาพที่ 1-13 รวม 170,000 เตียง โดยผู้ป่วย 50% อยู่ในเตียงระดับ 1 คือกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ขณะที่สัดส่วนการครองเตียงทั่วประเทศ อยู่ที่ 49% ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ระบบสาธารณสุขรองรับได้ ขณะที่ อัตราครองเตียง ผู้ป่วยสีเหลืองสีแดง อยู่ที่ ร้อยละ 14 ถึง 15

- สถานการณ์เตียงกรุงเทพฯและปริมณฑล รวมทุกสังกัด เตียงระดับ 1 คือ สีเขียว อัตราครองเตียงอยู่ที่ 23,608 หรือ 50.5 %

ปัญหา : - เมืองใหญ่กำลังเกิดปัญหาเตียงไม่พอต่อผู้ป่วยอีกครั้ง
- มาตรการการจัดการเรื่องระบบ HI และCI ยังไม่ชัดเจน ในเรื่องการส่งยารักษาและเคลื่อนย้ายคน

NEW NORMAL: ประชาชนมีความตื่นตระหนกน้อยลงเมื่อเทียบกับภาวะระบาดระลอกแรก

ACTION Us-เทศ

- ดิเคย์ 1 ก.พ.65 ฉีดวัคซีนเด็กอายุ 5-11 ปี (PM)
- 14 ก.พ. 65 การฉีดวัคซีนเด็กอายุ 5-11 ปี ผ่านมาสองสัปดาห์ได้

กว่า 1.7 แสนคน และเสขาฯ สปสช.ยืนยันยังไม่ปลดโรคโควิด-19 ออกจากภาวะฉุกเฉินตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล ซึ่งยังรักษาฟรีอยู่ แต่นาคคมิแนวโน้มเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ (PM) (ตามมาตรา 33/1 และมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541)
OUTPUT: -จำนวนผู้ติดเชื้อโอไมครอนรายวันสูงมาก แต่อาการรุนแรงน้อย อัตราการตายน้อยกว่าการระบาดระลอกก่อนหน้า

3

- 21 ก.พ. 65ก. สธ. เตือนภัยโควิดระดับ 4 ทุกจังหวัดเพื่อคุมการระบาดคงที่ ขอความร่วมมือประชาชนงดไปเที่ยวที่มีคนจำนวนมาก เลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่มและเสี่ยงเดินทางข้ามจังหวัด (PM)
- ระดับ 1 ใช้ชีวิตได้ปกติ แบบ COVID-19 Free Setting
- ระดับ 2 เริ่มเฝ้าระวัง คัดกรอง เลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่ม 1,000 คนขึ้นไป
- ระดับ 3 จำกัดการรวมกลุ่ม ทำงานจากที่บ้าน 20 – 50% คัดกรองก่อนเดินทาง เลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่ม 200 คนขึ้นไป
- ระดับ 4 ปิดสถานที่เสี่ยง ทำงานจากที่บ้าน 50 – 80% ชะลอการเดินทางข้ามพื้นที่ ใช้ระบบกักตัวผู้เดินทางจากต่างประเทศ
- ระดับ 5 จำกัดการเดินทางและกิจกรรมต่างๆ รวมถึงเคอร์ฟิว ซึ่งจะมีการกำหนดมาตรการตามระดับเตือนภัยทั้ง 5 ระดับด้วย

และ ก.สธ. สั่งการทุกจังหวัดเตรียมพร้อมดูแลผู้ป่วยโควิดทั้ง HI/CI และให้ รพ. ศูนย์/รพ.ทั่วไปทุกแห่ง ให้เตรียมการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 โดย

- 1)เตรียมความพร้อมด้านทรัพยากร เตียง บุคลากรทางการแพทย์ และระบบการดูแลรักษาแบบ Home Isolation (HI) Community Isolation (CI) รวมทั้งการรับผู้ป่วยที่มีอาการมาก/รุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 2)ประชาชนสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ของ จังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการเข้าถึงระบบบริการ
 - 3)เร่งรัดการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค เพื่อป้องกันควบคุมการแพร่ระบาด และลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ
 - 4)สื่อสารให้ประชาชนป้องกันตนเองและครอบครัวด้วยมาตรการ Universal Prevention และ VUCA พร้อมสร้างการรับรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยจากการติดเชื้อ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้
- 1 มี.ค. 65 วันแรกทีก. สธ. ปรับแนวทางการรักษาและดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ใหม่ โดยบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโควิด-19 แบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สมัครใจ สำหรับกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย ไม่มีความเสี่ยง โดยให้ยารักษาตามอาการ

OUTPUT: -จำนวนผู้ติดเชื้อโอไมครอนรายวันสูงมาก แต่ประชาชนมีความอ่อนไหวน้อยกว่าที่ผ่านมา

3

ACTION กทม.

- 24 ก.พ. 2565 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) กทม.เปิด ศูนย์พักคอย (Community Isolation : CI) เพิ่มเดิมอีก 9 แห่ง เตียง 970 เตียง ด้านโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสนาม และ Hospital ในความดูแลของกรุงเทพมหานคร สามารถรองรับผู้ป่วยได้ 3,460 เตียง อัตราการครองเตียง 3,116 เตียง เตียงว่าง 377 เตียง คิดเป็นร้อยละ 90.06

บทที่ 6

ข้อสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ที่สามารถรองรับวิกฤตแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในบทที่ 6 นำเสนอข้อสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบายที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขเพื่อให้สามารถรองรับวิกฤตแพร่ระบาดของโรคได้ในอนาคตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

6.1 สรุปผลการศึกษา

6.1.1 สรุปการวิเคราะห์ตัวแสดงและการจัดเครือข่ายสถาบันของตัวแสดงในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในการวิเคราะห์ตัวแสดงและการจัดเครือข่ายสถาบันมีความมุ่งหวังเพื่อทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของตัวแสดงต่าง ๆ ภายใต้วิกฤตการแพร่ระบาดของโรค โดยจะพิจารณาจากหนึ่ง แบบแผนปฏิสัมพันธ์ (interaction patterns) เพื่อชี้ถึงความหลากหลายของตัวแสดงที่เข้ามามีส่วนในการจัดการวิกฤตควบคู่กับทำความเข้าใจว่าตัวแสดงแต่ละฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไรอย่างแนบแน่นหรือไม่ และสองแบบแผนการรับรู้ (perspective patterns) เพื่อทำความเข้าใจว่าตัวแสดงแต่ละฝ่ายที่มีภูมิหลังแตกต่างกันได้สร้างการรับรู้ร่วมกัน (convergence) หรือพยายามแยกตัวออกจากกัน (divergence) ต่อการจัดการเรื่องโรคระบาดหรือไม่ โดยผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) การจัดการความสัมพันธ์ของกรุงเทพมหานครและศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 พบว่าโครงสร้างและกลไกที่จัดตั้งขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดที่สำคัญในรูปของศูนย์บูรณาการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่แบ่งชั้นตามสายบังคับบัญชา รวม 6 ศูนย์แบ่งออกเป็น หนึ่ง ระดับประเทศ 2 ศูนย์ (ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 (ศบค. หรือ ศบค.ใหญ่) และ ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค. หรือ ศบค.ชุดเล็ก) สอง ระดับพื้นที่ข้ามจังหวัด 1 ศูนย์ (ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล) และสาม ระดับกรุงเทพมหานคร 3 ศูนย์ (ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับกลุ่มเขต (ศบค. กลุ่มเขต) และศูนย์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศปก. เขต) การจัดโครงสร้างดังกล่าวมีข้อสังเกต ดังนี้

หนึ่ง ความทับซ้อนเชิงพื้นที่และอำนาจสั่งการของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ของแต่ละระดับทั้ง 6 ศูนย์ที่มีในพื้นที่กรุงเทพมหานครเดียวกันและอาจ

ก่อให้เกิดการสับสนต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในพื้นที่เมื่อมีการออกคำสั่งหรือแถลงการณ์ต่าง ๆ จากแต่ละศูนย์ออกไปผ่านสื่อมวลชนหรือช่องทางต่าง ๆ และมีข้อสังเกตว่าการให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยความสะดวกของศบค.ใหญ่ และศบค.กรุงเทพมหานครและปริมณฑล แม้จะมีประโยชน์ในแง่ที่นายกรัฐมนตรีสามารถใช้อำนาจสั่งการในการจัดการและบูรณาการงานในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล แต่ก็ทำให้นายกรัฐมนตรีที่มีภาระงานเพิ่มขึ้นเพราะต้องดูแลการบริหารจัดการโควิดในระดับชาติและงานการบริหารราชการแผ่นดินอื่น ๆ ที่มีอยู่

สอง องค์ประกอบของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ที่เน้นตัวแทนจากราชการส่วนกลางเป็นหลัก ในกรณีของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลให้น้ำหนักกับการให้ตัวแทนของราชการส่วนกลางเข้ามามีตำแหน่งมากกว่าตัวแทนจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ ขณะเดียวกัน ศบค.กรุงเทพมหานครและปริมณฑล กับศบค.กทม. ไม่ได้กำหนดให้มีตัวแทนจากภาคเอกชนและภาคประชาชนในองค์ประกอบของคณะกรรมการ ยกเว้นศปก. เขตที่จะมีตัวแทนของประธานชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน

สาม ความสัมพันธ์ระหว่างศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 แต่ละศูนย์มีหลายระดับและมีช่องว่างในการสร้างกลไกในระดับพื้นที่ต่ำกว่าเขต พบว่าแต่ละศูนย์ฯ ในกรุงเทพมหานครที่เน้นความสัมพันธ์แบบสั่งการจากบนลงล่างของศูนย์ทั้ง 6 ระดับ ทำให้พบว่ามีชั้นของความสัมพันธ์ที่ซ้อนทับกันของแต่ละศูนย์ ซึ่งแตกต่างจากการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ในต่างจังหวัดที่มีระดับความสัมพันธ์ที่น้อยกว่า (4-5 ระดับ) และพื้นที่ต่างจังหวัดมีโครงสร้างศูนย์ที่ดูแลพื้นที่ตำบลและพื้นที่เทศบาลที่ต่ำกว่าระดับอำเภอเป็นหน่วยย่อยที่เข้าถึงประชาชนและพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ขณะที่กรุงเทพมหานครมีศูนย์ฯ ในระดับเขตเป็นหน่วยย่อยที่สุดที่ดูแลพื้นที่และประชากรจำนวนมากยังขาดกลไกในระดับต่ำกว่าเขตเข้ามาช่วยเหลือ ยกเว้นการอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่มาเติมเต็มช่องว่างในส่วนนี้ ทั้งนี้ การขาดแคลนกลไกระดับต่ำกว่าเขตเป็นข้อแตกต่างสำคัญในโครงสร้างความสัมพันธ์ของศบค. ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด

2) การจัดการความสัมพันธ์ของหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานครและนอกสังกัด

กรุงเทพมหานคร: พิจารณาจากความร่วมมือของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลชั้นสูงจำนวนมากและมีทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขทั้งด้านบุคลากรและจำนวนเตียงที่มีความพร้อมสูงกว่าเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น โดยพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกันทั้งของภาครัฐ (ทั้งสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยของรัฐ และหน่วยงานรัฐอื่น ๆ) เอกชน และมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไร โดยในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่ามีข้อสังเกตต่อการจัดการความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลและการดำเนินงาน ดังนี้

หนึ่ง การพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลของภาครัฐ เอกชน และมูลนิธิ
ที่มีสังกัดแตกต่างกันและไม่ได้มีความพร้อมในการจัดการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตมาก่อนต้องอาศัย
ระยะเวลานานและส่งผลต่อการรับมือวิกฤตการแพร่ระบาด ทั้งนี้ในช่วงของการเริ่มแพร่ระบาดของ
 โรคกรุงเทพมหานครอาศัยกลไกของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่
 กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่
 กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) เพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานของ
 กรุงเทพมหานคร (เช่น สำนักงานแพทย์ สำนักงานอนามัย สำนักงานสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศกิจ สำนักงานเขต
 ทั้ง 50 เขต ฯลฯ) หน่วยงานรัฐนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร (เช่น กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรม
 สนับสนุนบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยและ
 หน่วยงานรัฐอื่น ๆ ในกรุงเทพมหานคร ฯลฯ) ภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครที่
 สามารถรับผู้ป่วยได้) และภาคประชาชน เพื่อดูแลด้านสาธารณสุขในภาวะวิกฤต

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาความร่วมมือในส่วนของสถานพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกัน อาทิ สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กลุ่มสถาบัน
 แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) สถานพยาบาลเอกชน และสถานพยาบาลของ
 กรุงเทพมหานครเกิดขึ้นในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามพัฒนาการและความรุนแรงของการแพร่
 ระบาด โดยเริ่มต้นเมื่อการแพร่ระบาดของโรคโควิดครั้งแรกในพ.ศ.2563 และเริ่มพัฒนาและแบ่งงาน
 กันระหว่างสถานพยาบาลเมื่อการแพร่ระบาดเริ่มรุนแรงในพ.ศ.2564 และพ.ศ.2565 แต่เนื่องจากมี
 ข้อจำกัดเนื่องจากสถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่เคยมีการพัฒนาความร่วมมือร่วม
 ด้านการจัดการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินมาก่อน และมีการทำงานร่วมกันในอดีตไม่มากนัก ส่งผลให้
 ขาดการจัดเตรียมทรัพยากรและกลไกการประสานงานที่จำเป็นในช่วงฉุกเฉิน รวมถึงขาดการประสาน
 และแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน แม้ว่าในภายหลังได้พัฒนาการทำงานร่วมกันตามสถานการณ์
 เพื่อแก้ไขข้อติดขัดในช่วงแรก แต่ก็ใช้ระยะเวลากว่าที่ตัวแสดงแต่ละฝ่ายจะทำงานกันอย่างสอดรับกัน

ปัญหาการร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีสังกัด
 แตกต่างกันเป็นปัญหาของพื้นที่กรุงเทพมหานครสะท้อนความเป็นกรมมาธิปไตย
 (departmentalism) ทั้งในเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมการทำงานของระบบราชการไทย ทั้งในส่วน
 ของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร และการร่วมมือระหว่างหน่วยงานใน
 สังกัดของกรุงเทพมหานคร

สอง การเข้าถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพของบุคคลและการรับภาระค่าใช้จ่าย
ของสถานพยาบาล พบว่าในด้านสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่คนไทยและบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยที่มีความ
 แตกต่างกัน ส่งผลให้การเข้าถึงสิทธิของบุคคลและภาระด้านงบประมาณของสถานพยาบาล ในช่วง
 แรกของการแพร่ระบาดของโรคสถานพยาบาลต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายที่ยังไม่ครอบคลุมถึงโรค

ระบาดและความล่าช้าในการเบิกจ่าย ขณะที่บุคคลที่ไม่ใช่คนไทยและบุคคลที่มีปัญหาด้านสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ของไทยก็ส่งผลให้สถานพยาบาลต้องรับค่าใช้จ่าย เนื่องจากสถานพยาบาลต้องรับการรักษาด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม

สาม การขาดแคลนสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิและขาดการพัฒนาเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครที่เพียงพอทั้งที่ดูแลโดยกรุงเทพมหานครเองและโดยหน่วยงานอื่น แม้ว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครจะมีทรัพยากรด้านสุขภาพที่พร้อมกว่าภูมิภาคอื่น แต่การพัฒนาาระบบการแพทย์ระดับปฐมภูมิและสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิลำดับมีข้อจำกัดและยังขาดแคลนที่จะทำงานในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับเครือข่ายอาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ ในระดับพื้นที่ เนื่องจากสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่เน้นการรักษาโรค โดยตัวกรุงเทพมหานครที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัยจำนวน 69 แห่งซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรและพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ทำให้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคที่ต้องอาศัยกลไกของการแพทย์ระดับปฐมภูมิจึงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทั้งการตรวจโควิด การฉีดวัคซีน และการรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล โรงพยาบาลสนาม หรือที่พักคอยต่าง ๆ

ทั้งนี้ ระบบการแพทย์ระดับปฐมภูมิของพื้นที่กรุงเทพมหานครยังขาดการพัฒนาทั้งในเชิงจำนวนและศักยภาพในการดำเนินงานทั้งในส่วนที่กรุงเทพมหานครดูแลเองและส่วนที่หน่วยงานอื่น ๆ กำกับดูแล ทำให้เกิดช่องว่างด้านการจัดการแพทย์ปฐมภูมิในพื้นที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมายาวนานก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สะท้อนได้จากการมีหน่วยบริการจำนวนมาก ที่ให้บริการลักษณะปฐมภูมิ (โดยเฉพาะของภาคเอกชนเช่นคลินิกเอกชนและร้านขายยา) แต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการแพทย์ปฐมภูมิทั้งที่ดูแลโดยกรุงเทพมหานครเองหรือโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) การจัดความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและนอกภาครัฐ: การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนและอาสาสมัคร การทำงานของกรุงเทพมหานครมีอาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในระดับพื้นที่ทั้งงานด้านสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และงานพัฒนาต่างๆ ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และประธานชุมชนที่ทำงาน แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการรวมตัวของประชาชนเป็นเครือข่ายในลักษณะเฉพาะกิจเพื่อให้ ‘ประชาชนช่วยเหลือกันเอง’ ได้เข้ามาช่วยเหลือภาครัฐในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการระดมเงินและของบริจาค การดูแลและรับส่งผู้ป่วย การตรวจและคัดกรองโรค การดูแลคุณภาพชีวิต ฯลฯ โดยมีข้อสังเกต ดังนี้

หนึ่ง การมีจำนวนเครือข่ายนอกภาครัฐที่เป็นอาสาสมัครด้านการสาธารณสุข
แคลนในเชิงปริมาณและมีข้อจำกัดของการทำงานในเชิงคุณภาพภายใต้บริบทพื้นที่เขตเมือง พบว่า
 อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ที่มีอยู่เดิมมีจำนวนประมาณ 8,000-10,000 คน มีไม่
 เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานคร โดยสัดส่วนอสส. ของกรุงเทพมหานคร
 น้อยกว่าจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในต่างจังหวัด ทั้งนี้ นอกจากการขาด
 แคลนในเชิงปริมาณก็ยังมีปัญหาในเชิงคุณภาพ อาทิ ความยากในการทำงานภายใต้บริบทความเป็น
 เมืองสูง การมีอสส. ที่เป็นผู้สูงอายุและไม่สามารถดึงดูดให้คนรุ่นใหม่เข้ามาทำงาน การขาดแคลน
 เครื่องมือ และการขาดทักษะทางด้านเทคโนโลยี

สอง การจัดวางความสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจเพื่อทำงานร่วมกัน
ระหว่างภาครัฐกับเครือข่ายภาคประชาชนที่เกิดขึ้นใหม่ช่วงวิกฤตใช้ระยะเวลาาน การทำงานเพื่อ
 ช่วยเหลือผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครและประชาชนที่รวมตัวกันอาสาเข้ามา
 ช่วยเหลือเป็นเครือข่ายกลุ่มต่าง ๆ ได้เข้าช่วยเหลือและทำงานร่วมกับกรุงเทพมหานคร สำนักงานเขต
 สถานพยาบาล และหน่วยงานของรัฐต่าง ๆ จนช่วยแบ่งเบาภาระและทำให้เกิดกลไกการทำงานเฉพาะ
 กิจในพื้นที่ขึ้นมาซึ่งอุดช่องว่างการขาดกลไกการทำงานในระดับต่ำกว่าเขต แต่เนื่องจากเครือข่ายภาค
 ประชาชนที่เพิ่งเกิดขึ้นอย่างเร่งด่วนทำให้ต้องใช้เวลาพอสมควรเพื่อพัฒนาความไว้วางใจและ
 วิธีการทำงานระหว่างกันของเครือข่ายภาคประชาชนและหน่วยงานรัฐที่ไม่เคยมีความสัมพันธ์กันมา
 ก่อน ซึ่งแตกต่างจากในต่างจังหวัดที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่าย
 อาสาสมัครประเภทต่าง ๆ และบุคลากรของระบบราชการส่วนภูมิภาค การปกครองท้องถิ่น และ
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้พัฒนาความสัมพันธ์และทำงานกันในพื้นที่มายาวนานก่อนการแพร่
 ระบาดของโรค

จากข้อค้นพบที่ได้ข้างต้น หากพิจารณาตามกรอบการวิเคราะห์เชิงสถาบัน พบว่า
 ตัวแสดงต่าง ๆ ในเครือข่ายสถาบันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้พัฒนาแบบ
 แผนปฏิสัมพันธ์ (interaction patterns) ขึ้นมาอย่างเร่งด่วนและเฉพาะกิจตามวิกฤตการแพร่ระบาด
 ของโรค ทั้งการตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับที่ดึงเอาตัว
 แสดงจากหน่วยงานรัฐทั้งในสังกัดกรุงเทพมหานครและสังกัดราชการส่วนกลางจำนวนมากมาทำงาน
 เฉพาะกิจร่วมกันในรูปแบบคณะอนุกรรมการฯ/คณะทำงานฯ ชุดต่าง ๆ จำนวนมากที่เชื่อมร้อยและ
 พัฒนาแนวทางและระบบการปฏิบัติดำเนินงานด้านสาธารณสุขแบบเฉพาะกิจขึ้นมา เพื่อสนับสนุนการ
 ทำงานของสถานพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกันจำนวนมากเข้ามาทำงานร่วมกันในโครงสร้างเฉพาะกิจ
 และในการทำงานเชิงพื้นที่ของกรุงเทพมหานครก็อาศัยการทำงานของสำนักงานเขตเป็นกลไกสำคัญ
 อย่งไรก็ตามกลไกของศูนย์บูรณาการฯ อาจยังไม่ได้เปิดให้ภาคเอกชน/เครือข่ายภาคประชาชนเข้า
 มาร่วมทำงานในฐานะสมาชิกของคณะอนุกรรมการฯ/คณะทำงานฯ ต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้น แต่ภาคเอกชน/

เครือข่ายภาคประชาชนเข้ามาร่วมทำงานในระดับพื้นที่ร่วมกับสถานพยาบาลและสำนักเขตในภารกิจด้านสาธารณสุขทั้งการตรวจโรคโควิด-19 การรับส่งผู้ป่วย การดูแลสุขภาวะและด้านสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ สะท้อนว่านับตั้งแต่การเกิดวิกฤตในพ.ศ.2563 จึงเริ่มเกิดการรวมตัวกันของตัวแสดงต่าง ๆ เหล่านี้และเริ่มมีตัวแสดงเข้ามามากขึ้นและมีส่วนร่วมมากขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายนพ.ศ.2564 ที่สถานการณ์การแพร่ระบาดมีภาวะวิกฤตมากขึ้น แต่ความใกล้ชิดและเข้มข้นในการทำงานร่วมกันยังมีไม่มากนักในช่วงแรกและเพิ่งเริ่มพัฒนาจากการรวมตัวกันแบบเฉพาะกิจในครั้งนี้เพราะในอดีตที่ผ่านมากรุงเทพมหานครได้มีการจัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงหลายฝ่ายเพื่อทำงานเฉพาะกิจกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะนี้มาก่อน และยังขาดตัวแสดงและพัฒนากลไกที่เข้ามาทำงานร่วมกันในระดับต่ำกว่าพื้นที่เขตอย่างเพียงพอ เนื่องจากเครือข่ายอาสาสมัครที่ทำงานเชิงพื้นที่ในครั้งนี้มีจำนวนน้อยและเพิ่งรวมตัวกันในภาวะวิกฤต

โดยส่วนของแบบแผนของการรับรู้ (perspective patterns) พบว่าตัวแสดงทุกฝ่ายมีความเข้าใจร่วมกันถึงวิกฤตของปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นพื้นฐานที่ทำให้ตัวแสดงทุกฝ่ายโน้มเข้าหาเพื่อทำงานร่วมกัน แต่การโน้มเข้าหาพร้อมกัน (convergence) ในประเด็นอื่นที่เกี่ยวกับการทำงานต้องพัฒนาความสัมพันธ์และใช้เวลา โดยเฉพาะในส่วนเครือข่ายภาคประชาชนที่เพิ่งเริ่มรวมตัวกันที่ต้องพัฒนาความสัมพันธ์กับสถานพยาบาลและสำนักงานเขตเพื่อเข้ามาอาสาทำงานร่วมกันดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ ตัวแสดงแต่ละฝ่ายต้องใช้เวลาในการปรับวิถีปฏิบัติและแนวทางการทำงานที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างภาครัฐที่เน้นกฎระเบียบและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะกับเครือข่ายภาคประชาชนที่สัมผัสกับผู้ป่วยและผู้ประสบปัญหาในพื้นที่ รวมถึงความแตกต่างระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับหน้างานกับหน่วยงานรัฐและสถานพยาบาลต่าง ๆ

ทั้งนี้ ในสภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคแม้จะมีการพัฒนากลไกในการทำงานร่วมกันในสภาวะฉุกเฉินอย่างศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 และเครือข่ายการทำงานเฉพาะกิจระหว่างตัวแสดงจากหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายภาคประชาชน แต่การพัฒนากลไกในบริบทที่กรุงเทพมหานครมีได้มีกลไกและเครือข่ายตัวแสดงที่รองรับไว้อย่างเพียงพอก่อนเกิดวิกฤต (อาทิ การขาดอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร การขาดระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ฯลฯ) ทั้งนี้โดยทั่วไปการพัฒนากลไกต้องใช้เวลาเพื่อสร้างความสัมพันธ์และวิถีการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความใกล้ชิดจึงไม่ทันการณ์เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

6.1.2 สรุปการวิเคราะห์กฎและการดำเนินการตามกฎหมายในเครือข่ายสถาบัน

การออกกฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยหน่วยงานราชการทั้งส่วนกลางและกรุงเทพมหานคร โดยจะใช้อำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ร่วมกับการใช้อำนาจในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นกฎหมายหลักในการดำเนินงาน โดยมีข้อสังเกต ดังนี้

1) มีการพัฒนากฎระเบียบกับแนวการปฏิบัติงานด้านการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของหน่วยงานรัฐส่วนกลางและกรุงเทพมหานครมักเกิดขึ้นไปตามสถานการณ์ โดยมีกฎระเบียบที่อาจไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และมีกฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลงบ่อยจนอาจสร้างความสับสน พยวากฎและระเบียบที่ออกมาในช่วงนี้มีทั้งกฎ/ระเบียบที่มีการออกและเปลี่ยนแปลงบ่อยจนส่งผลกระทบต่อติดตามและปฏิบัติตามของผู้ปฏิบัติงานและประชาชน อาทิ ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว ที่มีรายละเอียดแก้ไขและเปลี่ยนแปลงตามวิกฤตการแพร่ระบาดอยู่บ่อยครั้ง ขณะเดียวกันก็มีกฎระเบียบและแนวปฏิบัติบางด้านที่ออกมาในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดทำให้มีระยะเวลาไม่มากในการซักซ้อมและทำความเข้าใจล่วงหน้า อาทิ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เป็นต้น

2) ผู้ปฏิบัติงานหน้างานต้องพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยตนเอง และต้องอาศัยระยะเวลาในการรับรู้ถึงแนวปฏิบัติและวิธีการทำงาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานในระดับหน้างานทั้งบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยงานรัฐและสถานพยาบาล กับเครือข่ายประชาชนที่เป็นอาสาสมัครที่ยัง ‘ไม่มีกฎหรือแนวปฏิบัติร่วมกัน’ ทททำให้แต่ละฝ่ายต้องพัฒนาและแนวปฏิบัติของตนเองมาใช้เพื่อจัดการกับผู้ป่วย ซึ่งกฎและแนวปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานหน้างานก็มีความแตกต่างกันจนเกิดมุมมองที่แตกต่างและความขัดแย้งในกระบวนการทำงานร่วมกันด้วย

จากข้อค้นพบข้างต้น สะท้อนว่าภายใต้วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคทำให้มีกฎระเบียบและแนวปฏิบัติจำนวนมากที่ออกมาทั้งจากหน่วยงานราชการส่วนกลางและศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ที่เป็นองค์กรระดับนโยบายในการออกกฎระดับสั่งการ (constitutional rules) ไปยังหน่วยงานระดับพื้นที่และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยงานในระดับพื้นที่อย่างกรุงเทพมหานครก็ได้ออกกฎระดับกลุ่ม (collective rules) ที่ใช้ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อให้สอดคล้องกับกฎระดับสั่งการ แต่กฎระดับกลุ่มที่ออกมามีข้อจำกัดทั้งในเชิงความถี่ในการออก/แก้ไข กฎบางด้านอยู่ตลอดเวลาจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนไม่สามารถปรับตัวได้ทันสะท้อนได้จากการออกประกาศกรุงเทพมหานครเรื่องการปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยครั้ง ขณะเดียวกันก็มีกฎระเบียบกับแนวปฏิบัติในระดับปฏิบัติการที่ออกมาในช่วงการเกิดวิกฤต

จนมีระยะเวลาที่จำกัดในการชักซ้อมและทำความเข้าใจกฎดังกล่าวสะท้อนได้จากการออกแนวปฏิบัติการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม

ในอีกด้าน การทำงานของผู้ปฏิบัติงานหน้างานที่อาศัยกฎระดับปฏิบัติการ (operational rules) ที่โดยภาวะปกติกฎระดับปฏิบัติการที่คนทำงานยึดถือจะมีความสอดคล้องกับกฎระดับกลุ่มที่ออกโดยองค์กรที่ผู้ปฏิบัติงานสังกัดและกฎระดับสั่งการของหน่วยงานระดับนโยบาย แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตีความกฎและใช้ดุลพินิจในการปฏิบัติงานแบบวันต่อวัน แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมาก่อนทั้งฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลและฝ่ายเครือข่ายภาคประชาชนจึงเกิดภาวะ ‘ไม่มีกฎหรือแนวปฏิบัติร่วมกัน’ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานหน้างานแต่ละฝ่ายต้องสร้างกฎและแนวปฏิบัติเพื่อจัดการด้านสาธารณสุขและผู้ป่วยเองตามสถานการณ์จนเป็นกฎเชิงพฤตินัย/กฎที่ใช้จริง (rules-in-use) ซึ่งอาจจะแตกต่าง/ขัดแย้งจากกฎเชิงนิตินัย/กฎเชิงรูปแบบ (rules-in-form) ที่ออกโดยหน่วยงานในระดับพื้นที่และระดับนโยบายในภายหลังจากที่วิกฤตกินระยะเวลายาวนาน

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกรุงเทพมหานคร

การจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายด้านการจัดระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับวิกฤตแพร่ระบาดของโรคในอนาคต กรุงเทพมหานครควรดำเนินการในสามประเด็น ดังนี้

หนึ่ง การพัฒนาการแพทย์ระดับปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทั้งด้านจำนวนหน่วยบริการและการพัฒนาเครือข่ายการทำงาน เนื่องจากในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีในพื้นที่ต่างจังหวัดและไม่สามารถรองรับจำนวนประชากรทั้งที่มีในทะเบียนราษฎร์และประชากรแฝงของกรุงเทพมหานคร ที่จะป็นหน่วยในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่หลักในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงมีความสามารถในการรักษาเบื้องต้น และสามารถปรับการทำงานของหน่วยบริการเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคในอนาคตได้

ทั้งนี้ วิธีการขยายและพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิควรดำเนินการในหลายรูปแบบ อาทิ กรุงเทพมหานครทำหน้าที่เป็นผู้จัดบริการเองโดยตรงโดยเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข การขยายระบบเครือข่ายการแพทย์ปฐมภูมิให้หน่วยบริการของเอกชน (เช่นคลินิกเอกชนและร้านขายยา) เข้ามามีส่วนร่วมในระบบที่หน่วยงานรัฐทั้งใน/นอกสังกัดกรุงเทพมหานครดำเนินการอยู่ การให้สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิเป็นแม่ข่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น การให้เงินอุดหนุนสำหรับภาคเอกชนหรือองค์กรภาคประชาสังคมที่ไม่แสวงหากำไรจัดบริการแบบปฐมภูมิ การให้สถานพยาบาลที่มีอยู่เดิมเพิ่มการจัดบริการการแพทย์แบบปฐมภูมิขึ้น ฯลฯ ทั้งนี้ สถานพยาบาล

ในระดับปฐมภูมิต้องพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกับอาสาสมัคร ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อทำงานร่วมกันด้านสุขภาพในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

สอง การพัฒนาและเพิ่มเครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาชน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำงาน เนื่องจากจำนวนเครือข่ายอาสาสมัครที่มีอยู่น้อยที่สามารถเตรียมพร้อมช่วยเหลือประชาชนในช่วงการแพร่ระบาด อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) มีจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนั้น การขยายจำนวนอสส. มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่รองรับงานในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

ทั้งนี้ วิธีการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มจำนวนเครือข่ายอาสาสมัครที่เป็นคนรุ่นใหม่ที่มีอายุน้อยเพื่อเข้ามาทำงานเสริมและทดแทนอาสาสมัครที่มีอยู่เดิมซึ่งจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ โดยขอความร่วมมือจากนักเรียนและนักศึกษาในสถานศึกษาต่าง ๆ ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อเข้าร่วมและจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรขยายอาสาสมัครจากกลุ่มคนที่ประกอบกิจการดูแลที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร อาทิ นิติบุคคลของหมู่บ้านและอาคารชุดที่มีจำนวนมากในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากพวกเขาทำงานสัมผัสและใกล้ชิดกับประชาชนในเขตเมือง

นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครควรให้การสนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชนอื่น ๆ ให้เข้ามาทำงานด้านสาธารณสุขร่วมกันอย่างเป็นระบบและพยายามรักษาเครือข่ายอาสาสมัครของประชาชนที่ก่อร่างขึ้นแล้วในภาวะวิกฤตให้ยังคงสภาวะเครือข่ายที่สามารถทำงานได้ภายหลังจากที่วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้คลี่คลายลงแล้ว เครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขเหล่านี้ควรทำงานร่วมกับสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่กรุงเทพมหานครได้ก่อตั้งขึ้นหรือให้ทุนสนับสนุนเพื่อให้ยังคงสภาวะการทำงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ส่วนการทำให้เครือข่ายภาคประชาชนเหล่านี้ยังคงรักษาเครือข่ายของตนเอง กรุงเทพมหานครควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายเหล่านี้มีกลไกการทำงานแบบกึ่งทางการ อาทิ การจัดตั้งองค์กรที่มีสถานะทางกฎหมายให้ดำเนินงานแบบไม่แสวงหากำไรในรูปของกิจการเพื่อสังคม หรือมูลนิธิที่มีการปฏิบัติงานช่วยเหลือด้านสุขภาพและด้านอื่นร่วมกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิและกิจการอื่นของกรุงเทพมหานครที่ต้องอาศัยเครือข่ายการทำงานเชิงพื้นที่ กรุงเทพมหานครอาจใช้งบประมาณของตนและพัฒนาระบบงานในการช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายเหล่านี้ให้ทำงานสนับสนุนภารกิจด้านสุขภาพและภารกิจอื่นของกรุงเทพมหานคร

สาม การพัฒนากลไกการทำงานเชิงพื้นที่ในระดับต่ำกว่าเขตเพื่อรองรับภารกิจปกติ และภารกิจในภาวะวิกฤตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเมื่อพิจารณาทั้งกลไกการบริหารราชการของกรุงเทพมหานครที่มีอยู่เดิมและกลไกของศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ที่ถูกตั้งขึ้นพบว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครยังขาดแคลนกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ที่ต่ำกว่าเขตลงไป ซึ่งแตกต่างจากในต่างจังหวัดที่มีกลไกการบริหารราชการแผ่นดินระดับภูมิภาค (ตำบล-หมู่บ้าน) และระดับท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล) รองรับการทำงานภายในระดับอำเภอ ทั้งนี้ กลไกการทำงานในระดับต่ำกว่าเขตควรให้สำนักงานเขตทำหน้าที่พัฒนากลไกดังกล่าวขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานทั้งงานในภารกิจปกติของกรุงเทพมหานครและงานที่อาจเกิดขึ้นในภาวะวิกฤต ทั้งนี้อาจต่อยอดจากกลไกและเครือข่ายที่มีอยู่เดิมอย่างชุมชนต่าง ๆ และพัฒนาไก่นี้โดยอาศัยเครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและเครือข่ายประชาชนเข้ามาร่วมด้วย

ทั้งนี้ วิธีการพัฒนากลไกการทำงานเชิงพื้นที่ในระดับต่ำกว่าเขตควรให้สำนักงานเขตในฐานะหน่วยที่ใกล้ชิดกับพื้นที่มากที่สุดของกรุงเทพมหานคร มีอำนาจ ทรัพยากร และกำลังคนที่สามารถใช้ในพื้นที่อย่างเพียงพอ และพัฒนาให้สำนักงานเขตมีกลไกการทำงานร่วมกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่เขต รวมถึงมีอำนาจเฉพาะกิจเพื่อสั่งการหน่วยงานของกรุงเทพมหานครอื่น ๆ ภายในพื้นที่เขตให้ทำงานตอบสนองภาวะวิกฤตของพื้นที่เขตได้

สี่ การพัฒนากลไกการอภิบาลพิเศษระดับพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ให้พื้นที่มีอำนาจสั่งการและบูรณาการข้ามหน่วยงานเพื่อทำงานเฉพาะกิจ (ad hoc) ในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาด เนื่องจากการบริหารจัดการช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิดต้องอาศัยการทำงานร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ การมีกลไกพิเศษที่มีอำนาจสั่งการและบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ จึงควรให้พื้นที่มีอำนาจนำในการตัดสินใจเป็นหลัก และควรลดขั้นตอนและตัดข้ามโครงสร้างการบังคับบัญชาในระบบราชการที่มีอยู่ โดยกลไกนี้ควรจัดระเบียบโครงสร้างของหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครให้เป็นเอกภาพเพื่อรองรับวิกฤต ขณะเดียวกันสามารถจัดระเบียบโครงสร้างและกลไกของหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานครให้เข้ามาทำงานร่วมกันในพื้นที่ได้ โดยให้กรุงเทพมหานครมีบทบาทนำในการตัดสินใจร่วมกับหน่วยงานนอกสังกัดกรุงเทพมหานครในลักษณะเฉพาะกิจ (ad hoc) ช่วงภาวะวิกฤต

ทั้งนี้ วิธีการพัฒนากลไกการอภิบาลพิเศษนี้ ควรเตรียมการล่วงหน้าให้หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครและนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมถึงตัวแสดงในภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีการทำงานร่วมกันในด้านสาธารณสุขในภาวะปกติเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและความใกล้ชิดระหว่างกันเป็นพื้นฐาน จึงควรให้ตัวแสดงเหล่านี้ร่วมกันทำงานในภารกิจการพัฒนากระบวนการแพทย์แบบปฐม

ภูมิ การพัฒนาและเพิ่มเครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาชน และการพัฒนากลไกการทำงานเชิงพื้นที่ในระดับต่ำกว่าเขตควรเพื่อสร้างความคุ้นชินและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างกัน

บรรณานุกรม

- Abimbola, S., J. Negin, A. L. Martiniuk, and S. Jan. "Institutional Analysis of Health System Governance." [In eng]. *Health Policy Plan* 32, no. 9 (Nov 1 2017): 1337-44. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx083>.
- Abimbola, Seye. "Health System Governance: A Triangle of Rules." *BMJ Global Health* 5, no. 8 (2020): e003598. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003598>. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/8/e003598.full.pdf>.
- Burnham, P., K. Gilland, W. Grant, and Z. Layton-Henry. *Research Methods in Politics*: Palgrave Macmillan, 2008.
- Dodds, Anneliese. *Comparative Public Policy*. London: Palgrave, 2018.
- Dye, Thomas R. *Understanding Public Policy*. Pearson, 2013.
- Flick, U. *An Introduction to Qualitative Research*: SAGE Publications, 2018.
- Javanparast et al. "How Institutional Forces, Ideas and Actors Shaped Population Health Planning in Australian Regional Primary Health Care Organisations." *BMC Public Health* 18 (2018): 1-16.
- Javanparast et al. "How Institutional Forces, Ideas and Actors Shaped Population Health Planning in Australian Regional Primary Health Care Organisations." *BMC Public Health* 18 (2018): 1-16.
- Klijn, Erik-Hans, and Joop Koppenjan. *Governance Network in the Public Sector*. New York: Routledge, 2016.
- Lipsky, Michael. *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service*: Russell Sage Foundation, 2010.
- Mahmud, Rifat. "Understanding Institutional Theory in Public Policy." *Dynamics of Public Administration* 34, no. 2 (July-December, 2017): 135-48.
- Martínez, Lina, and John Rennie Short. "The Pandemic City: Urban Issues in the Time of Covid-19." *Sustainability* 13, no. 6 (2021): 3295. <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/6/3295>.
- Our World in Data. (10 March 2022). Coronavirus Pandemic (COVID-19) – the data, statistics and research. Retrieve form <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>

Parihar, R., 2011, The disaster management cycle; disaster nursing, viewed 06 February 2014, from <http://www.wordpress.com>

Ravitch, S.M., and N.M. Carl. *Qualitative Research: Bridging the Conceptual, Theoretical, and Methodological*: SAGE Publications, 2015.

Sharifi, Ayyoob, and Amir Reza Khavarian-Garmsir. "The Covid-19 Pandemic: Impacts on Cities and Major Lessons for Urban Planning, Design, and Management." *The Science of the total environment* 749 (2020) : 142391- 91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142391>.

กรุงเทพมหานคร. กท 0502/ศบค.กทม. 32 ขอเชิญเข้าร่วมประชุมซักซ้อมทำความเข้าใจระบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร by ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. 30 สิงหาคม 2564.

กระทรวงมหาดไทย. มท 0230/2641 โทรรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (ศปก.), by กระทรวงมหาดไทย. 7 พฤษภาคม 2563.

กระทรวงมหาดไทย. มท 0230/3807 โทรรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย สรุปผลการประชุมศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประจำวันพฤหัสบดีที่ 26 พฤษภาคม 2565, by กระทรวงมหาดไทย. 30 พฤษภาคม 2565.

กระทรวงมหาดไทย. มท 0230/7596 โทรรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเขต (ศปก.เขต), by กระทรวงมหาดไทย. 16 พฤษภาคม 2563.

กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร. สถิติกรุงเทพมหานคร 2563. เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม, 2565. <https://bit.ly/3pZk6hd>

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558.

กลุ่มเสันด้าย, และมูลนิธิหมอชาวบ้าน. บันทึกการถอดประสบการณ์การทำงานของกลุ่มเสันด้าย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2565.

ทวิตดา กมลเวชช. รัฐ ท้องถิ่น: ต้นทางแห่งอำนาจและปลายทางของศักยภาพการจัดการวิกฤตพื้นที่เสี่ยงภัย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า, 2564.

เทศบาลนครนนทบุรี. "ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี." เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม, 2565. สืบค้นจาก <https://nakornnont.go.th/content/health>.

ประชาชาติธุรกิจ. "ประยุทธ์ ตั้ง "ศูนย์โควิดกทท.และปริมณฑล" คุมการระบาดเบ็ดเสร็จ." 4

พฤษภาคม 2564. เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2565, สืบค้นจาก

<https://www.prachachat.net/politics/news-661754>.

ผู้จัดการออนไลน์. "ปรับ ศบค.กทท. เป็น "ศูนย์สาธารณสุขฉุกเฉิน" ป้องกันโควิด-19 ด้านแรกใน

ร.ร.", 28 มิถุนายน 2565. เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2565, สืบค้นจาก

<https://mgronline.com/qol/detail/9650000061577>.

ภูติท เตชาติวัฒน์, ธันวดี สุขสาโรจน์, ชีระวิทย์ รัตนพันธ์, อรพินท์ เล่าซี้, วิชัช เกษมทรัพย์, อรุณศรี มงคลชาติ, สมศักดิ์ วงศาवास, ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ, ชวินทร์ ศิรินาถ, ชาตชาย สุวรรณนิตย์, สมบูรณ์ ศิริสรหรือรัญ, และ ศักดา อัจจงค์ วัลลิภากร. การสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563.

ศศิมา ยอดทหาร, และ วัลลัรัตน์ พบศิริ. คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

นครปฐม, 9 - 10 กรกฎาคม 2563

ศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจการคลังและการลงทุน กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลสถิติ. เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม

2565. สืบค้นจาก http://203.155.220.117:8080/BMAWWW/html_home/

ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. กท 0502/ศบค.กทท. 32 ขอ

เชิญเข้าร่วมประชุมซักซ้อมทำความเข้าใจระบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อโคโรนา 2019

(โควิด 19) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 30 สิงหาคม 2564.

สำนักงานแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานแพทย์

กรุงเทพมหานคร, 2564.

สำนักงานแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร:

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564.

สำนักงานแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร.

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564.

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. "แผนปฏิบัติการราชการสำนักงานแพทย์ประจำปี พ.ศ.2565." เข้าถึง

เมื่อ 10 กรกฎาคม, 2565.

<http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/Plan/65/1.pdf>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร. "ระบบบริการปฐมภูมิเพื่อประชาชน
พื้นที่กรุงเทพมหานคร." 2560. สืบค้นจาก

<https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/82/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%90%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B9%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%9E%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A3.pdf>.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 4/2565 เรื่อง ยกเลิกศูนย์บูรณาการแก้ไข
สถานการณ์โควิด - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138
ตอนพิเศษ 96 ง. 146 ง 23 มิถุนายน 2565.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 6/2564 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไข
สถานการณ์โควิด - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138
ตอนพิเศษ 96 ง. 96 ง 5 พฤษภาคม 2564.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ.2565 สำนักอนามัย.
กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย, 2565.

สุรจิต สุนทรธรรม. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ, 2555.

สุรินทร์ กุ้เจริญประสิทธิ์, และ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. "การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขต
เมืองกรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560." วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่ง
ประเทศไทย 8, no. 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2561): 182-90.

วินัย ลีสมีทธิ, นพพล ผลอำนวย, วีระ หวังสัจจะโชค, และ เอกวิทย์ มีสุข. รายงานวิจัย “การศึกษาการ
จัดตั้งหน่วยงานประสานงานกลางเพื่อการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่
คนไทย”. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564.

อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ, ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, ธัญพร ชื่นกลิ่น, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, นภัส แก้ววิเชียร, สุชาดา นิ่มวัฒนากุล, วรุฒิ แสงทอง, เบญจพร สุธรรมชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565.

The Coverage. "หน่วยปฐมภูมิ 'Model 5' บริการสุขภาพเพื่อคน กทม. ให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น." 8 ตุลาคม 2565. เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม, 2565.
<https://www.thecoverage.info/news/content/4127>.

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

ชุดคำถามการเก็บข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

ชื่อโครงการวิจัย : โครงการวิจัย การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการวิจัย เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยท้องถิ่น ประจำปี 2565

คณะผู้วิจัย (สถาบันพระปกเกล้า)

ศ.วุฒิสสาร ต้นไชย	(หัวหน้า/ที่ปรึกษา โครงการวิจัย)	รศ.ดร.อรทัย ก๊กผล	(ที่ปรึกษา โครงการวิจัย)
น.ส. จิตรานุช เกียรติอดิศร	(นักวิจัย)	น.ส.อติพร	(นักบริหาร)
น.ส. ปภาวรินทร์ วิวัฒน์ศิลป์ชัย	(นักบริหาร โครงการวิจัย)	แก้วเป็ย	โครงการวิจัย)

สรุปรายละเอียดโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกรุงเทพมหานครและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่สามารถรองรับวิกฤติแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ได้ในอนาคตของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นกลไกที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทันที่และสามารถรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตต่อไป

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย มีกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นองค์กรหรือหน่วยงาน 6 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร
- กลุ่มที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข
- กลุ่มที่ 3 หน่วยงานราชการส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์

วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลนอกเครือข่าย กทม.
- กลุ่มที่ 5 องค์กรนอกภาครัฐ หรือกลุ่มอาสาสมัครการบริหารจัดการสถานการณ์

วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- กลุ่มที่ 6 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์หรือการประชุมกลุ่มย่อย ดังกล่าวเป็นผู้ดำรงตำแหน่งในองค์กรหรือหน่วยงานเป้าหมาย และมีบทบาทในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ คุณสมบัติของท่าน ตรงตามคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เหมาะสมที่จะทำการศึกษาวิจัย โดยเป็นผู้สังกัดหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกรุงเทพมหานคร ในช่วงมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 29 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 3 เดือน (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม หรือให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกรุงเทพมหานคร โดยใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ ประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง โดยจะมีการบันทึกเสียง และการบันทึกภาพเคลื่อนไหว เพื่อบันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนา ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อร่วมการสนทนากลุ่ม หรือให้สัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตในด้านตำแหน่งหรือหน้าที่การงานของท่าน

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านอาจรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามในบางข้อ ในการนี้ท่านสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามในข้อที่ท่านไม่ต้องการตอบได้ หรือสามารถขอให้ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ได้ทุกขณะ

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ตัวท่านและผู้อื่น

การศึกษาวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อตัวท่านในฐานะอาสาสมัครของโครงการ หากแต่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ของท่านจะกลายเป็นองค์ความรู้ที่จะได้รับจากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ และภาคประชาสังคม ที่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวนี้ไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายและการจัดบริการสาธารณะที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ต่อไป

การรักษาความลับ

จะจัดเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์หรือการประชุมกลุ่มย่อย ในลักษณะไฟล์ข้อมูลการบันทึกเสียงและไฟล์ภาพการเคลื่อนไหว ในระบบคอมพิวเตอร์วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น เป็น

ระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นข้อมูลจะถูกส่งทั้งหมด โดยอนุญาตให้เพียงหัวหน้าโครงการวิจัย นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และนักบริหารโครงการวิจัยนี้สามารถเข้าถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์หรือการประชุมกลุ่มย่อย ได้เท่านั้น

การขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ภายหลังจากได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านอาจตัดสินใจไม่ให้ข้อมูลหรือเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ท่านสามารถขอลอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือการขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด ทั้งนี้หากท่านไม่ต้องการให้ข้อมูลของท่านปรากฏในงานวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยลอนข้อมูลของท่านแล้วทำลายทิ้งได้

คำตอบแทนที่จะได้รับ -ไม่มี-

บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล : นางสาวจิตรานุช เกียรติอดิศร ตำแหน่ง : นักวิชาการ
ที่อยู่ : วิทยาลัยพัฒนาการปกครอง โทรศัพท์ : 02 141 9565
ห้องถิ่น

Email address : Chittranut.ki@kpi.ac.th

ชื่อ-สกุล : นางสาว อติพร แก้วเปี้ย ตำแหน่ง : นักบริหารโครงการชำนาญการ
ที่อยู่ : วิทยาลัยพัฒนาการปกครอง โทรศัพท์ : 02 141 9567
ห้องถิ่น

Email address : atiporn@kpi.ac.th

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้คณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 5 ฝั่งทิศใต้ เลขที่ 120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210



ชุดคำถามองค์กรนอกภาครัฐกลุ่มอาสาสมัคร/

โครงการวิจัย การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19-ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการวิจัย เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยท้องถิ่น ประจำปี 2565

1. องค์กรของท่านมีบทบาทในการช่วยเหลือหรือบรรเทาวิกฤตภัยโควิด-19 ให้กับประชาชนอย่างไรบ้าง (ตั้งแต่โควิดระลอกที่เริ่มต้นก่อตั้งกลุ่มจนถึงปัจจุบัน)
2. ประชาชนหรือกลุ่มผู้เปราะบางทางสังคมที่ท่านช่วยเหลือเป็นกลุ่มใดบ้าง ประชาชนหรือปัญหาที่พบในการช่วยเหลือ กลุ่มเปราะบาง และวิธีการจัดการปัญหาในช่วงนั้น (กลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและเยาวชน, ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยติด, ผู้สูงอายุ, แรงงานข้ามชาติ, คนไร้บ้าน คนเร่ร่อน เป็นต้น)
3. องค์กรของท่านได้ร่วมมือหรือประสานงาน กับหน่วยงานใดบ้าง ในระหว่างความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มต่าง ๆ
4. ปัญหาสำคัญที่ท่านคิดว่า ประชาชนและกลุ่มเปราะบาง ต้องการการแก้ไขมากที่สุดในระดับโลกปัจจุบันคือเรื่องใด และปัญหาเร่งด่วนที่สุดคือเรื่องใด
5. องค์กรของท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานใดหรือกลุ่มใดบ้าง และด้านใดบ้าง เช่น) งบประมาณ, เงินบริจาค, การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ชุด PPE ฯลฯ, การสนับสนุนบุคลากรจิตอาสา, การสนับสนุนเทคโนโลยี/องค์ความรู้ เป็นต้น)
6. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 องค์กรของท่านประสบปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้าง (ด้านความเพียงพอของงบประมาณ ความเพียงพอของบุคลากร ข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย/ระเบียบ การให้ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน การให้ความร่วมมือจากหน่วยงาน)

7. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19- เปลี่ยนไปจากระลอกหนึ่งไปสู่ระลอกหนึ่ง องค์กรของท่านได้ปรับบทบาท การทำงานอย่างไรบ้าง

- ระลอกที่ 1 คลัสเตอร์สนามมวย เป็นการระบาดระลอกแรกในไทย เดือนมีนาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 จากกลุ่มคนที่สนามมวยลุมพินี ราชดำเนิน และอ้อมน้อย

- ระลอกที่ 2 คลัสเตอร์แรงงานสมุทรสงคราม : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์เชื้อสายพันธุ์มีต้นกำเนิดหรือต้นทางมาจากประเทศอินเดีย ก่อนแพร่ระบาดเข้าไปยังเมืองยะไข่ ประเทศเมียนมาร์ และแพร่มายังประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

- ระลอกที่ 3 คลัสเตอร์ทองหล่อ : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟาหรือสายพันธุ์จากเมืองเคนต์ในประเทศอังกฤษ เข้ามารบาดในประเทศไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และแพร่ระบาดอย่างหนักจากกลุ่มคนที่ยิวสถานบันเทียง่านทองหล่อ

- ระลอกที่ 4 คลัสเตอร์แคมป์คนงาน : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้า หรือ สายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในประเทศอินเดีย สายพันธุ์นี้สามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้า จึงระบาดเร็ว โดยในประเทศไทยพบครั้งแรกที่คลัสเตอร์แคมป์คนงาน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และต่อมาเป็นสายพันธุ์หลักที่กำลังแพร่ระบาดรุนแรงในประเทศไทย ในช่วงพฤษภาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

- ระลอกที่ 5 คลัสเตอร์โอมิครอน : โควิด-19 สายพันธุ์ โอมิครอน ถูกค้นพบครั้งแรกในแถบแอฟริกาใต้ในช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2564

8 . หากสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโควิด-19 ผ่านพ้นไปแล้ว ท่านคิดว่าประชาชนกลุ่มเปราะบางทางสังคมในพื้นที่ กทม. จะได้รับผลกระทบอย่างไร

9. โดยภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อการทำงานของ รัฐบาล/หน่วยงานราชการ/ กรุงเทพมหานคร ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มากน้อยเพียงใด

10. ข้อเสนอแนะที่รัฐบาล องค์กรภาครัฐ และกรุงเทพมหานครควรแก้ไขหรือพัฒนา

ขอบพระคุณอย่างยิ่ง/



ชุดคำถามองค์กรภาคีรัฐหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/

โครงการวิจัย การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19-ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการวิจัย เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยท้องถิ่น ประจำปี 2565

1. องค์กรของท่านมีบทบาทในการช่วยเหลือหรือบรรเทาวิกฤตภัยโควิด-19 ให้กับประชาชนอย่างไรบ้าง (ตั้งแต่โควิดระลอกที่เริ่มต้นก่อตั้งกลุ่มจนถึงปัจจุบัน)
2. ประชาชนที่ท่านช่วยเหลือเป็นกลุ่มใดบ้าง ปัญหาที่พบในการช่วยเหลือ และวิธีการจัดการปัญหาในช่วงนั้นเป็นอย่างไร
3. องค์กรของท่านได้ร่วมมือหรือประสานงาน กับหน่วยงานใดบ้าง ในระหว่างความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มต่าง ๆ
4. กฎหมาย/ข้อระเบียบที่สำคัญที่หน่วยงาน ท่านใช้ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และข้อดีหรืออุปสรรคที่พบ
5. ปัญหาสำคัญที่ท่านคิดว่า ประชาชนและหน่วยงาน ต้องการการแก้ไขมากที่สุดในระยะโลกปัจจุบันคือเรื่องใด และปัญหาเร่งด่วนที่สุดคือเรื่องใด
6. ในกรณีที่ได้รับความช่วยเหลือ : องค์กรของท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานใดหรือกลุ่มใดบ้าง และด้านใดบ้าง (เช่น งบประมาณ, เงินบริจาค, การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ชุด PPE ฯลฯ, การสนับสนุนบุคลากรจิตอาสา, การสนับสนุนเทคโนโลยี/องค์ความรู้ เป็นต้น)
7. องค์กรของท่านได้ให้ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุน กับหน่วยงานใดหรือกลุ่มใดบ้าง
8. การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานในภาวะฉุกเฉินเป็นอย่างไร และมีปัญหาที่พบหรือไม่อย่างไร
9. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 องค์กรของท่านประสบปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างในการบริหารจัดการ (ด้านความเพียงพอของงบประมาณ ความเพียงพอของบุคลากร

ข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย/ระเบียบ การให้ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน การให้ความร่วมมือจากหน่วยงาน)

10. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เปลี่ยนไปจากระลอกหนึ่งไปสู่ระลอกหนึ่ง องค์การของท่านได้ปรับบทบาท การทำงานอย่างไรบ้าง ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เปลี่ยนไปจากระลอกหนึ่งไปสู่ระลอกหนึ่ง องค์การของท่านได้ปรับบทบาท การทำงานอย่างไรบ้าง

- ระลอกที่ 1 คลัสเตอร์สนามมวย เป็นการระบาดระลอกแรกในไทย เดือนมีนาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

จากกลุ่มคนที่สนามมวยลุมพินี ราชดำเนิน และอ้อมน้อย

- ระลอกที่ 2 คลัสเตอร์แรงงานสมุทรสงคราม : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์เชื้อสายพันธุ์มีต้นกำเนิดหรือต้นทางมาจากประเทศอินเดีย ก่อนแพร่ระบาดเข้าไปยังเมืองยะไข่ ประเทศเมียนมา และแพร่มายังประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

- ระลอกที่ 3 คลัสเตอร์ทองหล่อ : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟาหรือสายพันธุ์จากเมืองเคนต์ในประเทศอังกฤษ เข้ามาระบาดในประเทศไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และแพร่ระบาดอย่างหนักจากกลุ่มคนเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ

- ระลอกที่ 4 คลัสเตอร์แคมป์คนงาน : เป็นการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้า หรือสายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในประเทศอินเดีย สายพันธุ์นี้สามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ จึงระบาดเร็ว โดยในประเทศไทยพบครั้งแรกที่คลัสเตอร์แคมป์คนงานเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และต่อมาเป็นสายพันธุ์หลักที่กำลังแพร่ระบาดรุนแรงในประเทศไทยในช่วงพฤษภาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

- ระลอกที่ 5 คลัสเตอร์โอมิครอน : โควิด-19 สายพันธุ์ โอมิครอน ถูกค้นพบครั้งแรกในแถบแอฟริกาใต้ในช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2564

11. หากสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโควิด-19 ผ่านพ้นไปแล้ว ท่านคิดว่าประชาชนทางสังคมในพื้นที่ กทม. จะได้รับผลกระทบอย่างไร

12. โดยภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อการทำงานของ รัฐบาล/หน่วยงานราชการ/ กรุงเทพมหานคร ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มากน้อยเพียงใด

13. ข้อเสนอแนะที่รัฐบาล องค์การภาครัฐ และกรุงเทพมหานครควรแก้ไขหรือพัฒนา

/ขอขอบคุณอย่างยิ่ง