

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะของประเทศไทย

รุ่งเรือง กิจผาติ พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา)\*

จุฬารพร กระทบ ประ.ด.\*

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย วท.ด.\*\*

วรยุทธ นาคอ้าย ประ.ด.\*\*\*

กมลนัฏ ม่วงยิ้ม ประ.ด.\*\*\*

\* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ:	30 ก.ย. 2564
วันแก้ไข:	31 ต.ค. 2564
วันตอบรับ:	9 พ.ย. 2564

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินรูปแบบ กระบวนการ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จและโอกาสพัฒนาในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโควิด 19 รวมทั้งจัดทำโมเดลประเมินสถานการณ์เปรียบเทียบการบริหารจัดการในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินตนเองที่แปลจากเครื่องมือประเมินสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับประเทศและจังหวัด จำนวน 63 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานระดับประเทศและจังหวัด จำนวน 63 คน ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ จำนวน 80 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกระบวนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ใน 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ ใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานและการบริหารจัดการฯ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญคือการบูรณาการหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ที่มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ภารกิจและศักยภาพของแต่ละองค์กรภายใต้ระบบบัญชาการที่เป็นเอกภาพ ผู้บัญชาการสูงสุดในการตัดสินใจเพียงหนึ่งเดียวทำให้ทุกพื้นที่ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันและเสริมพลังกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับประเทศในภาพรวมการประเมินการบริหารจัดการ ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบหลักดำเนินการได้ครบถ้วน คือ (1) ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (3) เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

(4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (6) ระบบบริการสุขภาพ และ (7) การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน เมื่อเปรียบเทียบการระบาดของโรคในสถานการณ์จริงระดับประเทศ ใน 8 พื้นที่บริบทเฉพาะกับโมเดลประเมินสถานการณ์ พบว่า ทุกพื้นที่บริบทเฉพาะยกเว้นพื้นที่ติดเชื้อสูง มีการระบาดของโรครุนแรงน้อยกว่าโมเดลประเมินสถานการณ์ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคทั้ง 3 ระยะ พื้นที่ติดเชื้อสูงเริ่มมีการระบาดตั้งแต่ปลายระยะที่หนึ่งและเพิ่มความรุนแรงมากกว่าการคาดการณ์ต่อเนื่องมายังระยะที่สองและระยะที่สาม ภาพรวมระดับประเทศ พบว่า จุดเริ่มต้นการระบาดเริ่มจากพื้นที่เมืองใหญ่ และขยายตัวไปยังเขตอุตสาหกรรม หลังจากนั้นมีการกระจายตัวไปยังพื้นที่อื่น ๆ โดยทิศทางสถานการณ์หลังวันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่า ในระดับประเทศ พื้นที่เมืองใหญ่ พื้นที่ชายแดน และพื้นที่ห่างไกล เริ่มชะลอตัวและอยู่ในลักษณะทรงตัว ยกเว้นพื้นที่ติดเชื้อสูง ยังสูงกว่าที่ประเมินสถานการณ์ แต่มีลักษณะเริ่มชะลอการระบาดและทรงตัว ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษานี้ คือ (1) การพัฒนาทักษะและเสริมศักยภาพในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการบริหารจัดการและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน (2) การพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3) การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมพัฒนาการผลิตในประเทศ (4) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (5) การพัฒนาระบบการสื่อสารสร้างความเข้าใจ (6) เร่ง พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารจัดการควบคุมการเดินทางเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย (7) การพัฒนาระบบสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและพึ่งตนเองได้

**คำสำคัญ:** โรคโควิด 19; การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข; ถอดบทเรียน; การประเมินตนเอง

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) หรือโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ระบาดอย่างรุนแรงไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เริ่มมีการค้นพบการระบาดและพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม 2562 ที่ตลาดขายส่งอาหารทะเลสด<sup>(1-3)</sup> หลังจากนั้น การระบาดได้ขยายตัวเป็นวงกว้าง และเกิดการระบาดไปในหลายทวีปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศโรคโควิด 19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)<sup>(4,5)</sup>

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 นอกประเทศจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 จากมาตรการการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ<sup>(6,7)</sup> จำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่กลางเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 โดยสามารถแบ่งการระบาดออกเป็น 3 ระลอกได้แก่

- การระบาดระลอกที่ 1 นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม

2563 ถึง 14 ธันวาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อสะสม 4,237 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 60 คน<sup>(8)</sup>

- การระบาดระลอกที่ 2 นับตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 24,626 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 34 คน<sup>(9)</sup>

- การระบาดในระลอกที่ 3 ของประเทศไทยมีความรุนแรงมาก นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 1,574,611 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 16,633 คน<sup>(8)</sup> และยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อในวันที่ 13 สิงหาคม 2564 จำนวน 23,418 คน เป็นการรายงานผู้ติดเชื้อสูงสุดต่อวัน นับตั้งแต่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกในประเทศไทย<sup>(10)</sup>

การระบาดที่ผ่านมา ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้กำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคเฉพาะอย่างเข้มงวดทั้งในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ เช่น มาตรการจำกัดการเดินทางเข้าประเทศ ประกาศเคอร์ฟิวจำกัดเวลา

ออกนอกเคหสถาน การให้ทำงานที่บ้าน ปิดสถานที่ที่มีการรวมตัวของประชาชน การจำกัดการเดินทางข้ามจังหวัด นอกจากนี้ ความร่วมมือของประชาชนในการปฏิบัติตนต่อมาตรการด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่ออกจากที่พักโดยไม่จำเป็น เป็นปัจจัยสนับสนุนการระบาดของโรคให้อยู่วงจำกัดได้เช่นกัน

ประเทศไทยมีแนวทางการบริหารจัดการสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 โดยใช้รูปแบบการสั่งการจากศูนย์บัญชาการในระดับประเทศที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติและมาตรการการดำเนินงานเป็นต้นแบบสำหรับหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการดำเนินงานของจังหวัดโดยแนวทางหรือมาตรการหลักของรัฐเป็นฐานการดำเนินงาน และการปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์เชิงพื้นที่และภูมิศาสตร์ทางสังคม ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค นำมาซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมการระบาดของโควิด 19 ที่มีความแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขและปัจจัยที่จะส่งเสริมให้กระบวนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินการระบาดของโรคโควิด 19 โดย ศบค. จำแนกพื้นที่ตามลักษณะการระบาดของโรคโควิด 19 โดยใช้ “สี” เป็นการแบ่งกลุ่มพื้นที่ตามระดับความรุนแรงของการระบาด<sup>(11)</sup> ซึ่งได้แก่ สีเขียวสำหรับพื้นที่ที่มีการระบาดต่ำหรือควบคุมการระบาดให้อยู่ในวงจำกัด สีเหลืองสำหรับพื้นที่ที่สถิติของการระบาดในระดับปานกลาง และสีแดงสำหรับพื้นที่ที่มีการระบาดค่อนข้างสูง

ภายใต้แนวทางการบริหารจัดการโดยยึดแนวทางหรือมาตรการสั่งการจาก ศบค. เป็นฐานของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินในแต่ละบริบท นำมาซึ่งแนวทางการจัดการที่แตกต่างกันตามสภาพบริบทของพื้นที่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์สังคมที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ปัจจัยด้านศักยภาพในการจัดการที่มุ่งเป้าไปยังผู้บัญชาการสถานการณ์ระดับจังหวัด ศักยภาพในการแสวงหาเครือ-

ข่ายและแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ ลักษณะโครงสร้างทางสังคมและประชากรล้วนมีผลต่อการกำหนดแนวทางและมาตรการจัดการของจังหวัดทั้งสิ้น ในการศึกษาวิจัยกำหนดพื้นที่การศึกษาโดยยึดลักษณะทางภูมิศาสตร์ทางสังคมเป็นฐานของการเลือกพื้นที่ โดยใช้แนวทางการเลือกพื้นที่จากการจัดกลุ่มจังหวัดตามสัญลักษณ์ “สี” ที่ ศบค. กำหนดในช่วงการระบาดระลอกที่ 2 เป็นฐาน โดยยึดเลือกพื้นที่แดงและสีเขียวสำหรับการสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษา และกำหนดกลุ่มพื้นที่สำหรับการศึกษาออกเป็น 8 บริบท ได้แก่ พื้นที่เมืองขนาดใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่น (mega city) พื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่การระบาดต่ำ พื้นที่ห่างไกล พื้นที่แหล่งท่องเที่ยว พื้นที่ที่มีการระบาดสูงและพื้นที่อุตสาหกรรมที่มีโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรที่หลากหลาย รวมถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานและประชากรแฝง เพื่อฉายภาพของการบริหารจัดการฯ ให้ครอบคลุมตามบริบทที่สำคัญๆ ของประเทศไทย และยังสะท้อนภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ปัจจุบัน และเป็นแนวทางสำหรับการบริหารจัดการในอนาคต

สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ได้สร้างความเสียหายและเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ไม่เพียงแต่เป็นภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขที่มีผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้เสียชีวิตสูงมากที่สุดในรอบ 100 ปี แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และมิติอื่น ๆ อย่างเป็นวงกว้าง สถานการณ์ได้ส่งผลให้เกิดบทเรียนในการป้องกันควบคุมโรค การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการ นวัตกรรม กลไกการมีส่วนร่วมทางสังคม การเรียนรู้จากประสบการณ์บทเรียนและความสำเร็จของการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศ จังหวัด และพื้นที่ มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการระบาดระลอกถัดไป และการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคต การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เชิงประจักษ์ จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่ความรู้

ความเข้าใจ ผ่านการสะท้อนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ บทสรุป เพื่อเป็นกรอบแนวคิดสำคัญ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในระดับประเทศ พื้นที่ และหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบกระบวนการ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จและโอกาสพัฒนาในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโควิด 19 การวิจัยนี้ศึกษาทั้งในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ ได้แก่ พื้นที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ติดเชื้อสูง พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่ชายแดน พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Eastern Economic Corridor, EEC) และเมืองใหญ่ (2) ประเมินรูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีสถานการณ์โควิด 19 เปรียบเทียบกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (toolkit for assessing health-system capacity for crisis management) และ (3) จัดทำโมเดลประเมินสถานการณ์เปรียบเทียบการบริหารจัดการ

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (multi-methods research) ประกอบด้วย (1) การวิจัยเอกสาร (2) การวิจัยเชิงปริมาณ (3) การวิจัยเชิงคุณภาพ และ (4) การวิจัยอนาคต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโมเดลเชิงตรรกะ (logic model)<sup>(12,13)</sup> และแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (comprehensive plan)<sup>(14)</sup> เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และเพื่อหาข้อสรุปแนวคิดเชิงการบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ดังนี้

### 1. การวิจัยเอกสาร

การศึกษาข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคจากแหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค และการศึกษาข้อมูลประชากร ข้อมูลบุคลากร

ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ<sup>(15)</sup> เพื่อนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์สถานการณ์และสัดส่วนของบุคลากรที่รองรับต่อระบบการจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล เอกสารรายงาน ผ่านการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 3 คน เพื่อคัดเลือกชุดข้อมูลสู่การศึกษา

### 2. การวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการศึกษากระบวนการบริหารจัดการ ผ่านแบบสอบถามจำนวน 3 ชุดคำถาม

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการวิจัยประเภทถามตอบด้วยตนเอง (Self-administrative questionnaire) จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 สถานการณ์โควิด 19 และส่วนที่ 3 ทรัพยากรรองรับสถานการณ์โควิด 19

2) การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นแบบประเมิน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การเสนอแนวทางการดำเนินงาน การพิจารณาและมติของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัด การดำเนินตามมาตรการ และผลลัพธ์

3) การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและจังหวัด ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจาก toolkit for assessing health-system capacity for crisis management ขององค์การอนามัยโลก<sup>(16)</sup> ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ

- 1) ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล
- 2) กำลังคนด้านสุขภาพ
- 3) เวชภัณฑ์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

6) ระบบบริการสุขภาพ

7) การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน

ทำการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ดำเนินการได้อย่างครบถ้วน (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.00)

- ดำเนินการได้บางส่วน (คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33)

- ดำเนินการได้น้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66)

สร้างตาราง matrix สมบูรณ์ของกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 สีฟ้า แสดงถึงการดำเนินงานครบถ้วน สีเหลือง ดำเนินการได้บางส่วน และสีแดง ดำเนินการได้น้อย

**การจัดทำโมเดลประเมินสถานการณ์เปรียบเทียบการบริหารจัดการ**

คำนวณโดยใช้ ค่า  $R_0$  ( $R_{naught}$ ) ซึ่งเป็นตัวเลขค่าความน่าจะเป็นที่จะทำให้อันตรายต่อไปได้ติดเชื้อได้ (basic reproductive number) โดยนำอัตราการแพร่เชื้อตามธรรมชาติมาเป็นตัวแทนของ  $R_0$  ดังนั้นช่วงแรกจนถึงเดือนมีนาคม 2564 เชื้อที่แพร่ในประเทศไทยเป็นสายพันธุ์แอลฟาที่มีอัตราการแพร่เชื้อจาก 1 คนไปสู่ 2.5 คน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 สายพันธุ์แกมมาในประเทศไทยส่วนใหญ่คือ สายพันธุ์เดลต้าที่มีอัตราการแพร่เชื้อจาก 1 คนไปสู่ 3.5 คน อัตราการสัมผัสเชื้อจากพฤติกรรมปกติของประชาชนอยู่ที่ 50% และมีระยะฟักตัวอยู่ที่ 14 วัน ดังนั้นอัตราการแพร่เชื้อจะเท่ากับ  $R_0$  ต้องใช้เวลาผ่านไป 1 เดือน ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะของเชื้อ ข้อมูลความชุกผู้ติดเชื้อ พฤติกรรมสภาพแวดล้อม และการบริหารจัดการสถานการณ์ นำมาสร้างโมเดลสถานการณ์ที่คาดการณ์เปรียบเทียบกับสถานการณ์จริงในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ (พื้นที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ติดเชื้อสูง พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่ชายแดน พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ และเมืองใหญ่)

### 3. การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ

2) การสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุข ในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ

**เครื่องมือเชิงคุณภาพ**

1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) (2) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

2) แนวทางสำหรับการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นคำถามกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้องเชิงเนื้อหา และโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และการวิจัยเชิงคุณภาพด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ จำนวน 3 คน

### 4. การวิจัยอนาคต (future research)

ใช้แนวทางการวิจัยแบบเดลฟาย<sup>(17)</sup> เพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่านเพื่อวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการสถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการบริหารสถานการณ์ ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในรูปแบบของการสนทนากลุ่มและการให้ข้อเสนอแนะ

**ระยะเวลาศึกษา**

1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย ทั้งในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ ประกอบด้วย



ผู้บริหารระดับสูงระดับประเทศ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บริหารภาคเอกชน คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 63 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาในหน่วยบริการ จำนวน 63 คน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลอำเภอ จำนวน 80 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 64 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 2 ระยะ

- 1) การตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและแบบประเมินตนเอง
- 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ<sup>(18)</sup> ประกอบด้วย

- 1) การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis)
- 2) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison)
- 3) การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป (content analysis)

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) IHRP 2021076 และผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ การวิจัยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

## ผลการศึกษา

การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโควิด 19 ในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ แบ่งเป็น 4 ส่วน

**ส่วนที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศ และพื้นที่**

การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินระดับประเทศ มีรูปแบบการบริหารและการสั่งการเป็นระบบบัญชาการที่มีผู้บัญชาการสูงสุดในการตัดสินใจเพียงหนึ่งเดียวอาศัยข้อมูลการตัดสินใจผ่านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนทั้งในระบบสายงานบังคับบัญชา การบัญชาการมีสองรูปแบบคือการสั่งการสำหรับปฏิบัติตามแนวทางของ ศบค. ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดต่อไวรัสโควิด 19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และการสั่งการผ่านมติและข้อเสนอของอนุกรรมการ ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปแบบคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ หัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ เป็นคณะทำงานและสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน โดยคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัดมีบทบาทในการพิจารณาเพื่อการออกแนวทาง มาตรการสำหรับการควบคุมโรคใน 2 ลักษณะคือ สั่งการมติหรือข้อสั่งการที่รับจาก ศบค. ในรูปแบบคำสั่งนำไปสู่การปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพิจารณามติหรือข้อเสนอของคณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่มีประเด็นเสนอเพื่อการพิจารณาและสั่งการ ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานของพื้นที่ตามบริบทเพิ่มเติมจากแนวทางของ ศบค. ผ่านกลไกคณะกรรมการเพื่อรองรับและมีมติรับรองให้ประกาศแนวทางหรือมาตรการดังกล่าวสำหรับการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ

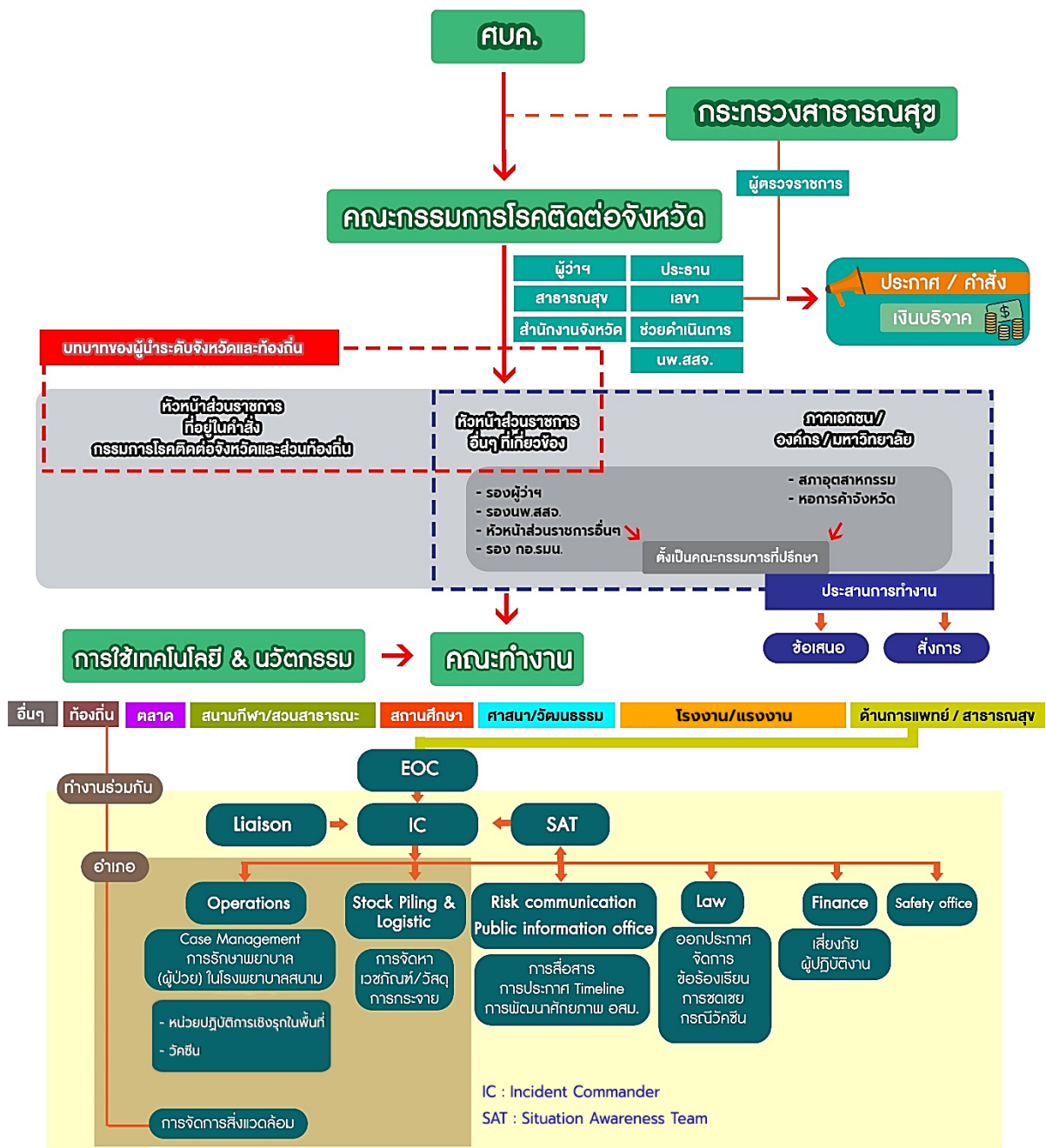
ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ พบว่า การบริหารจัดการและการบัญชาการผ่านระบบ EOC (Emergency Operation Center) โดยมีส่วน

การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์โควิด 19

งานต่างๆ ที่กำหนดขึ้นตามภารกิจ ได้แก่ ผู้บัญชาการ เหตุการณ์ กลุ่มเลขานุการ กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและ ประชาสัมพันธ์ กลุ่มภารกิจความปลอดภัย กลุ่มภารกิจ ปฏิบัติการ กลุ่มประเมินสถานการณ์และแจ้งเตือน กลุ่ม ภารกิจดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์และ ส่งกำลังบำรุง กลุ่มงบประมาณและกฎหมาย

จากกลไกการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้เกิดรูปแบบ การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศและพื้นที่ ดัง ภาพที่ 1 ซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงบูรณาการจากหลาย หน่วยงาน และหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ภาค ประชาสังคม และภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมและให้ความ

ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศ และพื้นที่



ร่วมมือในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ภารกิจและ ศักยภาพของแต่ละองค์กร

**1.1 กลไกการดำเนินงาน**

กลไกการดำเนินงานการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับพื้นที่จังหวัด สามารถเขียนเป็นรูปแบบได้ดังภาพที่ 2 ดังนี้

(1) การวิเคราะห์ ประเมินผลสถานการณ์ โดยการ ทบทวนสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับ จังหวัด การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน รวมถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสังคมของ ประชาชนในจังหวัด เพื่อการจัดกลุ่มเสี่ยง และการ พยากรณ์โรค และการเตรียมความพร้อมในการตอบโต้ สถานการณ์ฉุกเฉิน

(2) การเสนอแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุม

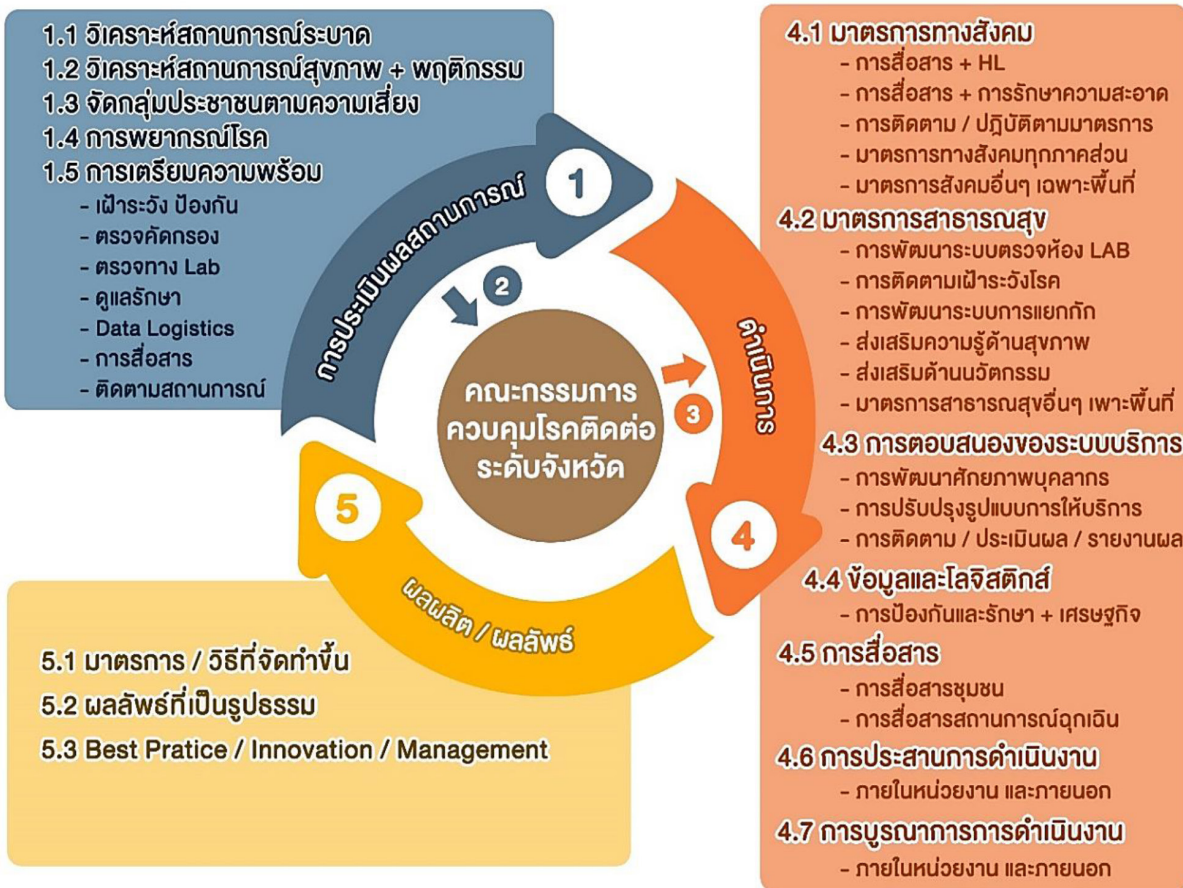
โรคโควิด 19 ให้กับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ ระดับจังหวัด พิจารณาและสั่งการผ่านการประชุมคณะ กรรมการฯ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการ สถานการณ์

(3) การประชุมและการกำหนดมติที่และข้อสั่งการ จากคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดเพื่อนำ ไปสู่การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน

(4) การปฏิบัติการหรือการดำเนินงาน โดยการ บูรณาการร่วมกันของหลายๆ ภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาค รัฐและเอกชนในพื้นที่ โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(4.1) มาตรการทางสังคม ได้แก่ การสื่อสารและสร้าง ความเข้าใจรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารด้านความ สะอาดและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการ แพร่ระบาดของโรคในสถานประกอบการ การพัฒนา ระบบติดตามการปฏิบัติตามมาตรการ และการสร้างการ

ภาพที่ 2 กลไกการดำเนินงานการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ระดับพื้นที่จังหวัด





มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

(4.2) มาตรการด้านสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการติดตามเฝ้าระวังและสอบสวนโรคที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การแยกกักหรือการคุมเพื่อสังเกตอาการ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนและกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมและสนับสนุนให้นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรค

(4.3) การตอบสนองต่อระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การให้บริการคัดกรองเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล สนาม ศูนย์กักตัว อุปกรณ์ในการดูแลรักษาและระบบบริการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นทั้งการดูแลรักษาในสถานพยาบาลหลักของรัฐ สถานพยาบาลจัดตั้งเฉพาะกิจและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ผ่านกลไกการติดตามที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและเครือข่ายบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน กลุ่มอาสาสมัครหรือจิตอาสา นอกจากนี้หน่วยบริการยังมีการปรับรูปแบบการให้บริการ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลภายใต้สถานการณ์วิถีใหม่ (new normal)

(4.4) การจัดการโลจิสติกส์ (logistic) ทั้งวัสดุและอุปกรณ์สำหรับการป้องกัน รักษา การคัดกรอง วัคซีนเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน สังคมและเศรษฐกิจ

(4.5) การสื่อสาร เพื่อการสร้างความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในการป้องกันตนเองและการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับข่าวลวง (fake news) ในระดับชุมชน ทั้งออนไลน์ และกลุ่มเครือข่ายสื่อสารในระดับท้องถิ่น

(4.6) การประสานการดำเนินงาน บูรณาการร่วมกันของหลาย ๆ ภาคส่วน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและชุมชน

(5) การประเมินและการติดตามผลลัพธ์และผลผลิตของการบริหารจัดการฯ โดยการประเมินจากมาตรการ/วิธีการที่จัดทำขึ้นเฉพาะของแต่ละจังหวัด และผลลัพธ์ของ

การดำเนินงานตามแนวทางหรือมาตรการของจังหวัดสะท้อนในภาพของข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (รายวัน) จำนวนผู้หายป่วย จำนวนผู้ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ปรากฏเป็นรูปธรรมในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ของจังหวัดยังแสดงให้เห็นในรูปแบบของนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรมกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหรือวิธีการรักษา นวัตกรรมทางสังคม ที่ทำให้การดำเนินงานของแต่ละพื้นที่มีความคล่องตัวมากขึ้น

## 1.2 ปัจจัยสำคัญในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ

(1) การมีส่วนร่วมจากหลายเครือข่าย ได้แก่ อสม. ผู้นำท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ประกอบการที่นำมาตรการการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดในการคัดกรองควบคุม ยับยั้ง สกัดกั้น มาตรการเชิงรุก ใน 3 ระยะ คือ มาตรการก่อนระบาด ขณะเกิดระบาด และระยะหลังการระบาด ภาคการสื่อสารจากสื่อมวลชนในจังหวัด ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อ Social และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจและความรอบรู้ให้กับประชาชน

(2) มีการบังคับใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มาตรการป้องกันในสถานที่เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และเข้มงวดโดยมีการดำเนินคดีกับบุคคลทันทีเมื่อพบการกระทำผิด การใช้ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และการใช้ พ.ร.ก. ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชน โดยเฉพาะบางกลุ่มที่จำเป็นเพื่อให้ร่วมปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่อื่น ๆ

(3) มีการใช้นวัตกรรมในการดำเนินงาน เช่น การใช้ application เพื่อรายงานตัวของผู้เดินทางเข้าจังหวัด โดยเชื่อมผ่าน Google form ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงแบบฟอร์มของหน่วยงานภาครัฐได้ง่ายและสะดวก หน่วยงานภาครัฐได้ข้อมูลที่รวดเร็วและครบถ้วน ใช้ประกอบการประเมินสถานการณ์ในการวางแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

(4) ศักยภาพและความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งด้านการรักษาพยาบาล และด้านการป้องกันควบคุมโรค ที่มีปฏิบัติการสาธารณสุขที่เข้มแข็ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รับมือได้ดี ในขณะที่ระดับหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการแยกกักผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ

(5) มีระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชนตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางที่รัฐบาลกำหนดเป็นประเด็น จะสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคลงได้ ในขณะที่การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน จะสามารถลดความวิตกกังวล ของประชาชนลงได้

(6) มีระบบการประสานงานและการจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยงานและผู้ปฏิบัติ เป็นประเด็นสำคัญในการนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมหาแนวทางใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับพื้นที่ ดังนั้นข้อมูลที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ จะไม่ทำให้เกิดความสับสน

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

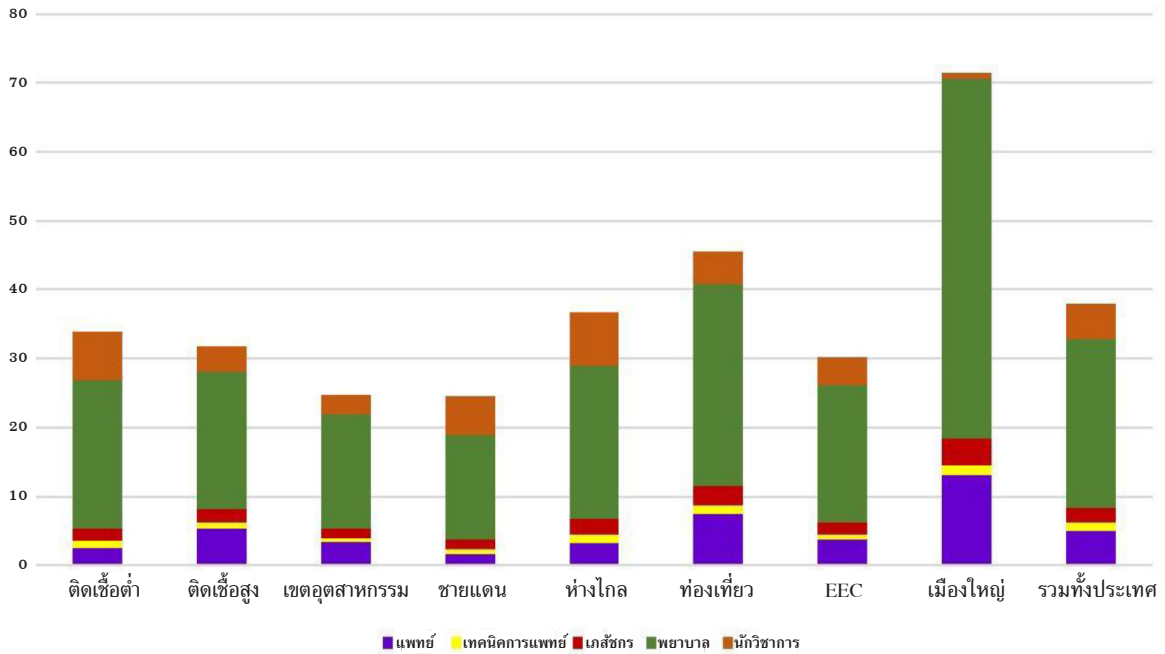
อัตราส่วนภาพรวมของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร 10,000 คน ในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมระดับประเทศ พื้นที่เมืองใหญ่ (13.08/10,000 คน) พื้นที่ท่องเที่ยว (7.41/10,000 คน) และพื้นที่ติดเชื้อสูง (5.38/10,000 คน) มีอัตราส่วนของแพทย์มากกว่าภาพรวมระดับประเทศ (5.06/10,000 คน) และพบว่าพื้นที่ชายแดน พื้นที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เขตอุตสาหกรรม และพื้นที่เขต EEC มีอัตราส่วนของแพทย์น้อยกว่าภาพรวมระดับประเทศ ตามลำดับ (1.57, 2.56, 3.30, 3.34, 3.72/10,000 คน ตามลำดับ) ระดับประเทศ มีอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร (24.47/10,000 คน) ในพื้นที่ชายแดนมีพยาบาลน้อยที่สุด (15.11/10,000

คน) พื้นที่เมืองใหญ่มีพยาบาลมากที่สุด (52.16/10,000 คน) ระดับประเทศมีอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร (2.13/10,000 คน) ในพื้นที่ชายแดนมีเภสัชกรน้อยที่สุด (1.43/10,000 คน) พื้นที่เมืองใหญ่มีเภสัชกรมากที่สุด (3.89/10,000 คน) นักเทคนิคการแพทย์ในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะมีอัตราส่วนต่อประชากรใกล้เคียงกัน (1.13/10,000 คน) ภาพรวมระดับประเทศ มีอัตราส่วนนักวิชาการสาธารณสุข (5.09/10,000 คน) ใกล้เคียงกับ 7 พื้นที่บริบทเฉพาะ ยกเว้นในพื้นที่เมืองใหญ่ มีเพียง 0.95 คนต่อประชากร 10,000 คน ดังภาพที่ 3

## ส่วนที่ 3 การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะเปรียบเทียบกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

ระดับประเทศ ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของการประเมินการบริหารจัดการ พบว่า ผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบหลัก ดำเนินการได้ครบถ้วน แต่เมื่อพิจารณาในคุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบหลัก พบว่า มีการดำเนินการได้บางส่วน องค์ประกอบหลักที่ 1 ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาลในคุณลักษณะเรื่อง การบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการเพื่อฟื้นฟูหลังเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน การศึกษาวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ องค์ประกอบหลักที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ ในคุณลักษณะเรื่อง แผนการพัฒนาบุคลากร การกำหนดสมรรถนะ ฐานข้อมูล และแนวทางการทำงานร่วมกันของอาสาสมัครองค์ประกอบหลักที่ 3 เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ในคุณลักษณะเรื่อง การจัดหาและบริหารจัดการวัคซีน และยา องค์ประกอบหลักที่ 4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ในคุณลักษณะเรื่อง การใช้ข้อมูลร่วมกัน กลไกและระบบบริหารจัดการข้อมูลเพื่อใช้ในระดับพื้นที่และชุมชน การสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน สื่อมวลชน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน องค์ประกอบหลักที่ 6 ระบบบริการสุขภาพ ในคุณลักษณะเรื่องระบบและศักยภาพการบริหารจัดการสถานการณ์ที่

ภาพที่ 3 อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน จำแนกตามพื้นที่บริบทเฉพาะ



มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือผู้เสียชีวิต ระดับพื้นที่ การจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็นและต่อเนื่องในสถานการณ์ฉุกเฉิน การจัดการบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว/ประชาชนพลัดถิ่น และระบบการสนับสนุนด้านโลจิสติกส์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ในระดับพื้นที่บริบทเฉพาะ พบว่า พื้นที่ตัดเขื่อนสูง พื้นที่อุตสาหกรรม และพื้นที่ชายแดน มีการดำเนินการได้ครบถ้วนทั้ง 7 องค์ประกอบหลัก พื้นที่ตัดเขื่อนต่ำ มีการดำเนินการได้ครบถ้วนเพียง 1 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบหลักที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน มีการดำเนินการได้น้อยในองค์ประกอบหลักที่ 5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ และมีการดำเนินการได้บางส่วนในองค์ประกอบหลักที่ 1, 2, 3, 4 และ 6

พื้นที่ท่างไกล มีการดำเนินการได้ครบถ้วน 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (6) ระบบบริการสุขภาพ และ (7) การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน มีการดำเนินการได้เพียงบางส่วนในองค์ประกอบหลักที่ 1 ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ

อย่างมีธรรมาภิบาล ในคุณลักษณะเรื่องระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย แผนงาน กลไกการประสานงาน การบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน การศึกษาวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ องค์ประกอบหลักที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ ในคุณลักษณะเรื่อง แผนการพัฒนาบุคลากร การกำหนดสมรรถนะ ฐานข้อมูล และแนวทางการทำงานร่วมกันของอาสาสมัคร การฝึกอบรมการประเมินความต้องการ หลักสูตร และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร องค์ประกอบหลักที่ 3 เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ในคุณลักษณะเรื่อง เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข การจัดหาและบริหารจัดการวัคซีน และยา องค์ประกอบหลักที่ 4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ในทุกคุณลักษณะ ยกเว้น ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดกลุ่มข้อมูลและเกณฑ์บ่งชี้การยกระดับสถานการณ์ ดำเนินการได้ครบถ้วน และองค์ประกอบหลักที่ 5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ ในทุกคุณลักษณะ

พื้นที่ท้องเที่ยว มีการดำเนินการได้ครบใน 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบหลักที่ 1, 3, 4, 5 และ 6 ส่วนองค์ประกอบหลักที่ 2 ดำเนินการได้เพียงบางส่วน

ในทุกคุณลักษณะ

พื้นที่เขต EEC มีการดำเนินการได้ครบถ้วนใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 3, 6, และ 7 และมีการดำเนินการได้เพียงบางส่วนในองค์ประกอบหลักที่ 1 ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ในทุกคุณลักษณะ ยกเว้นคุณลักษณะเรื่องมีหน่วยปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในการบริหารและการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินดำเนินการได้ครบถ้วน (2) กำลังคนด้านสุขภาพในทุกคุณลักษณะ (4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในทุกคุณลักษณะ ยกเว้น ระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับการประเมินความเสี่ยงและการวางแผน และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดกลุ่มข้อมูลและเกณฑ์บ่งชี้การยกระดับสถานการณ์ ดำเนินการได้ครบถ้วน และในองค์ประกอบหลักที่ 5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ ดำเนินการได้น้อย

พื้นที่เมืองใหญ่ มีการดำเนินการได้ครบเพียง 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบหลักที่ 3 เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และองค์ประกอบหลักที่ 5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มีการดำเนินการได้เพียงบางส่วน ในองค์ประกอบหลักที่ 1 โดยเฉพาะคุณลักษณะเรื่อง นโยบาย และแผนงานเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือและร่วมบริหารจัดการจากหน่วยงานภายนอก กลไกการประสานงานและการสร้างภาคี-เครือข่าย และการบริหารจัดการเพื่อฟื้นฟูหลังเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และมีการดำเนินการได้น้อยในองค์ประกอบหลักที่ 2, 4 และ 6 (เฉพาะเรื่องการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิในสถานการณ์ฉุกเฉิน)

การจัดตั้งทีม CCRT (Comprehensive Covid-19 Response Team) เคลื่อนที่เร็ว ภายใต้คำแนะนำคณะกรรมการ Intelligence Unit กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Intelligence Unit: MIU) เพื่อค้นหาดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ป้องกันควบคุมโรคติดตามการรักษาแบบ home isolation ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยหนัก รวมถึงการให้วัคซีนเชิงรุก โดยเริ่มจากพื้นที่เมืองใหญ่ และขยายการดำเนินงานลงสู่พื้นที่จังหวัดอื่นๆ จากการศึกษาพบว่า มีผลทำให้

ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึงอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่

ส่วนองค์ประกอบหลักที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน พบว่าในพื้นที่เมืองใหญ่มีการดำเนินการได้เพียงบางส่วนเช่นกัน ดังตารางที่ 1 ตามคุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโดยการจัดทำโมเดลประเมินสถานการณ์ เปรียบเทียบการบริหารจัดการกับสถานการณ์จริงในระดับประเทศ และ 8 บริบทพื้นที่เฉพาะ

เมื่อเปรียบเทียบการแพร่ระบาดของโรคในสถานการณ์จริงระดับประเทศ ใน 8 พื้นที่บริบทเฉพาะกับโมเดลประเมินสถานการณ์ พบว่า ทุกพื้นที่บริบทเฉพาะ ยกเว้นพื้นที่ติดเชื้อสูง มีสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคในสถานการณ์จริงรุนแรงน้อยกว่าโมเดลประเมินสถานการณ์ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคทั้ง 3 ระยะ สถานการณ์การระบาดของพื้นที่ติดเชื้อสูง พบว่า เริ่มมีการระบาดตั้งแต่ปลายระยะที่หนึ่ง และเพิ่มความรุนแรงมากกว่าการคาดการณ์ต่อเนื่องมายังระยะที่สองและระยะที่สาม การระบาดในระยะที่ 1 พื้นที่เมืองใหญ่ เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาด ตามมาด้วยพื้นที่ท่องเที่ยว และพื้นที่เขต EEC ซึ่งการระบาดสูงกว่าโมเดลประเมินสถานการณ์และมีการกระจายตัวไปพื้นที่อื่น ๆ อย่างไม่รู้ตัวตามพื้นที่อื่น ๆ ยังมีการระบาดต่ำกว่าโมเดลการประเมินสถานการณ์ โดยช่วงกลางและท้ายของระลอกที่ 1 ในการระบาดระลอกสอง (ระยะที่ 2 และ 3) พบเพียงพื้นที่ติดเชื้อสูง ที่มีการระบาดสูงกว่าโมเดลประเมินสถานการณ์ในระยะที่สาม ในเขตพื้นที่ติดเชื้อสูงยังระบาดต่อเนื่องจากระยะที่ 1 และ 2 และในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า จุดเริ่มต้นการระบาดและยกตัวขึ้น เริ่มจากพื้นที่เมืองใหญ่ใกล้เคียงกับการประเมินสถานการณ์ และขยายตัวไปยังพื้นที่



การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์โควิด 19

ตารางที่ 1 การประเมินการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ เปรียบเทียบกับแนวทางมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

7 องค์ประกอบหลัก 48 คุณลักษณะ	ผลการประเมินการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน ระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ	ระดับประเทศ								
		ดีดต่ำ	ดีดสูง	อุตสาหกรรม	ชายแดน	ท่าอากาศยาน	ท่องเที่ยว	EEC	เมืองใหญ่	
1: ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ (Leadership and management) 10 คุณลักษณะ	คะแนน	1.33	1.64	1.68	1.69	1.27	1.58	0.96	0.91	1.39
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
10										
2: กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource) 2 คุณลักษณะ	คะแนน	0.98	1.67	1.50	1.67	1.17	1.33	1.17	1.33	1.35
	11									
3: เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยี (Supply & Technology) 4 คุณลักษณะ	คะแนน	1.35	1.80	1.53	1.58	1.48	1.60	1.36	1.60	1.74
	13									
	14									
	15									
4: ระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information) 9 คุณลักษณะ	คะแนน	1.17	1.74	1.39	1.55	1.04	1.35	1.28	1.28	1.35
	17									
	18									
	19									
	20									
	21									
	22									
	23									
	24									
25										
5: การเงินการคลัง ด้านสุขภาพ(Finance) 2 คุณลักษณะ	คะแนน	0.29	1.88	1.71	1.59	1.29	1.71	0.54	1.59	1.35
	26									
6: ระบบบริการสุขภาพ (Service system) 20 คุณลักษณะ	คะแนน	0.91	1.71	1.53	1.41	1.36	1.67	1.64	1.13	1.42
	28									
	29									
	30									
	31									
	32									
	33									
	34									
	35									
	36									
	37									
	38									
	39									
	40									
	41									
	42									
	43									
	44									
	45									
	46									
47										
7: การมีส่วนร่วมของ ชุมชน อสม.และประชาชน (Participation) 1 คุณลักษณะ	คะแนน	1.44	1.56	2.00	2.00	1.00	2.00	1.67	1.33	1.63
48										

หมายเหตุ สีฟ้า แสดงถึงการดำเนินงานครบถ้วน สีเหลือง ดำเนินการได้บางส่วน สีแดง ดำเนินการได้น้อย

## ตารางที่ 2 คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบหลัก

องค์ประกอบหลัก	คุณลักษณะ
1) ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ อย่างมีธรรมาภิบาล (Leadership and management)	1. ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ คำสั่ง นโยบาย และแผนงาน ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน 2. โครงสร้างการประสานงานและการบริหารและการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน 3. นโยบาย และแผนงาน เพื่อให้เกิดความช่วยเหลือและร่วมบริหารจัดการจากหน่วยงานภายนอก 4. คณะกรรมการในการบริหารและจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน 5. หน่วยปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในการบริหารและการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน 6. กลไกการประสานงานและการสร้างภาคีเครือข่าย 7. การบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาด 8. การบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน 9. การบริหารจัดการเพื่อฟื้นฟูหลังเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน 10. การศึกษาวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์
2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Human resource)	11. แผนการพัฒนาบุคลากร การกำหนดสมรรถนะ ฐานข้อมูล และแนวทางการทำงานร่วมกันของอาสาสมัคร 12. การฝึกอบรม การประเมินความต้องการ หลักสูตร และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในสถานการณ์ฉุกเฉิน
3) เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยี ทางการแพทย์และสาธารณสุข (Supply & technology)	13. เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข 14. การจัดหาและบริหารจัดการวัคซีน และยา 15. ห้องปฏิบัติการ วัสดุอุปกรณ์ แนวทางและการบริหารจัดการ 16. การบริหารจัดการโลหิต
4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information)	17. ระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับการประเมินความเสี่ยงและการวางแผน 18. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดกลุ่มข้อมูลและเกณฑ์บ่งชี้การยกระดับสถานการณ์ 19. การใช้ข้อมูลร่วมกัน กลไกและระบบบริหารจัดการข้อมูลเพื่อใช้ในระบัพื้นที่และชุมชน 20. ระบบเฝ้าระวังโรค การประเมินสถานการณ์ การเข้าถึงและการใช้ข้อมูล 21. กลไกในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว 22. การประเมินสถานการณ์จากการมีส่วนร่วมหลายภาคส่วนอย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ 23. ระบบรายงานสถานการณ์ฉุกเฉิน ทรัพยากร บุคลากรคุณภาพ และการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 24. การสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนและสื่อมวลชน 25. การสื่อสารความเสี่ยงกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Finance)	26. กลไกเตรียมความพร้อมและบริหารจัดการงบประมาณในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 27. กลไกการบริหารและการจัดการงบประมาณระดับหน่วยงาน
6) ระบบบริการสุขภาพ (Service system)	28. แผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ 29. ศักยภาพการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ 30. การบริหารและการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล 31. ระบบการบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือผู้เสียชีวิต 32. ศักยภาพการบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือผู้เสียชีวิต ระดับพื้นที่ 33. การเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินของโรงพยาบาล กรณีมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก 34. การฟื้นฟูภายหลังสถานการณ์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล 35. การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นและต่อเนื่องในสถานการณ์ฉุกเฉิน 36. การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเชิงรุก 37. การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อนามัยเจริญพันธุ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน 38. การจัดบริการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน 39. การจัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน 40. การจัดบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ฉุกเฉิน 41. การจัดบริการสุขภาพด้านส่งเสริมโภชนาการและอาหารปลอดภัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน 42. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในสถานการณ์ฉุกเฉิน 43. การจัดบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว/ประชาชนพลัดถิ่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน 44. การสื่อสารโทรคมนาคมในสถานการณ์ฉุกเฉิน 45. สถานบริการสุขภาพชั่วคราวในสถานการณ์ฉุกเฉิน 46. ระบบการสนับสนุนด้านโลจิสติกส์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน 47. หน่วยสนับสนุนการให้บริการสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน
7) การมีส่วนร่วมของชุมชน อสม.และ ประชาชน (Participation)	48. การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่และภาคประชาชน ในการสำรวจ ตัดกรองและร่วม ดูแลกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง ผู้ติดเชื้อ การรายงานสถานการณ์ การให้ความรู้และสนับสนุนทรัพยากร

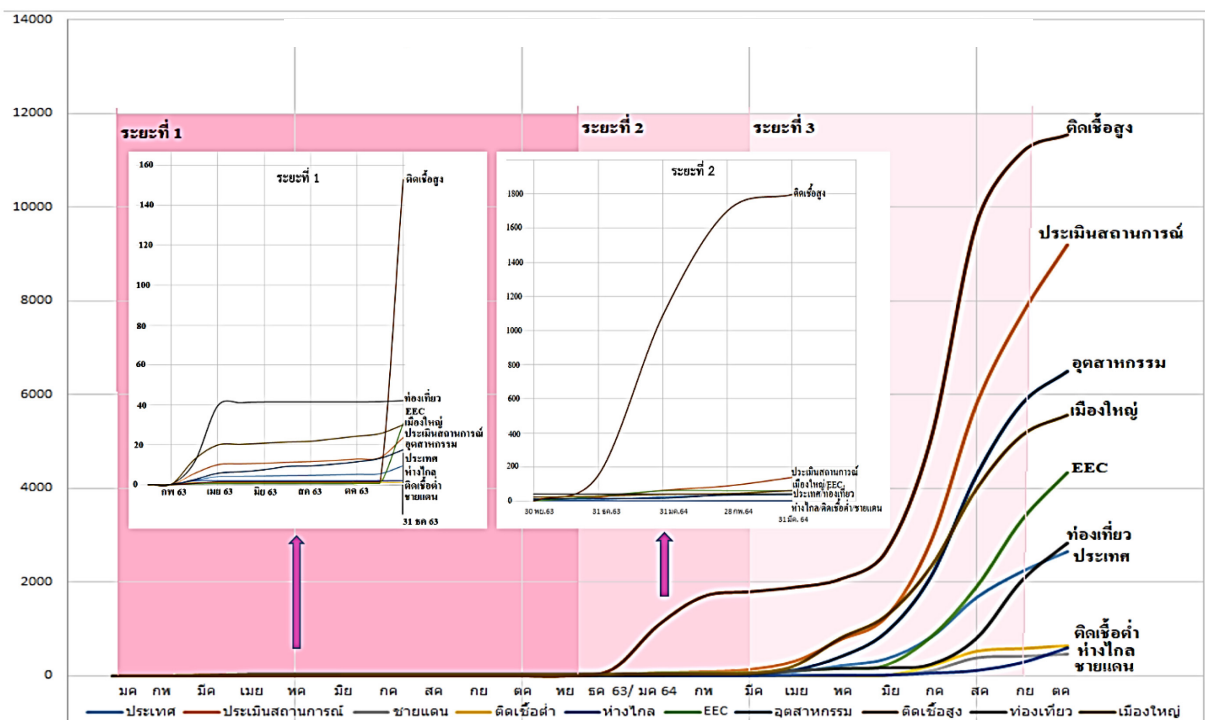
เขตอุตสาหกรรม หลังจากนั้นมีการกระจายตัวไปยังพื้นที่อื่น ๆ โดยทิศทางสถานการณ์หลังวันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่า ในระดับประเทศ พื้นที่เมืองใหญ่ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ห่างไกล เริ่มชะลอตัวและอยู่ในลักษณะทรงตัว ยกเว้นพื้นที่ติดเชื้อสูง ยังสูงกว่าที่ประเมินสถานการณ์ แต่มีลักษณะเริ่มชะลอการระบาดและทรงตัว แม้ว่าพื้นที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่เขต EEC ต่ำกว่าที่ประเมินสถานการณ์ แต่ทิศทางสถานการณ์ยังเพิ่มขึ้น

หากใช้เกณฑ์ความเชื่อมโยงของระบาดวิทยา (epidemiological linkage) ในการแบ่งระยะการระบาดของโรคโควิด 19 ออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 (เดือนมกราคม - ธันวาคม 2563) ระยะที่ 2 (ธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564) ระยะที่ 3 (เมษายน - กันยายน 2564) พบว่า แนวโน้มการระบาดในปัจจุบันของระดับประเทศ และ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะอยู่ในระยะที่ 3 ที่มีการระบาดในชุมชนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องจนไม่ทราบว่ามีใครติดมาจากใครหรือแหล่งใดอย่างชัดเจน และในกระบวนการตอบโต้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ที่อาจ

พบเป็นกลุ่ม (cluster) โดยควบคุมการระบาดในวงกว้าง หากพิจารณาความชุกของโรคเป็นผลของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคแล้วเทียบเคียงแนวโน้มการระบาดจริงของระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะกับการคาดการณ์แนวโน้มการระบาดของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ที่คาดการณ์สถานการณ์ ระดับประเทศ ตามภาพจากทัศนที่ที่แสดงพบว่า สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดี มีอัตราการชุกของผู้ติดเชื้อต่ำกว่าสถานการณ์ที่ไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรค (ภาพที่ 4) และสามารถจัดกลุ่มพื้นที่บริบทเฉพาะทั้ง 8 พื้นที่ ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีสถานการณ์รุนแรงสุด ได้แก่ พื้นที่ติดเชื้อสูง
2. กลุ่มที่สามารถชะลอสถานการณ์ได้ ประกอบด้วย พื้นที่เมืองใหญ่ พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่เขต EEC และพื้นที่ท่องเที่ยว
3. กลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ ประกอบด้วย พื้นที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ชายแดน

ภาพที่ 4 โมเดลประเมินสถานการณ์เปรียบเทียบการบริหารจัดการกับสถานการณ์จริงในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะของประเทศไทย



## วิจารณ์

### รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน

ในระดับประเทศ การบัญชาการสั่งการภายใต้ ศบค. ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่มีเอกภาพ และเกิดการบูรณาการจากภาคส่วนต่างๆ ระบบและการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน ผ่านกลไกศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เป็นรูปแบบและกลไกที่เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ<sup>(19,20)</sup> ควรมีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของหน่วยงานในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ให้มีการพัฒนาทักษะและเสริมศักยภาพผู้บริหารและปฏิบัติ-งาน การเตรียมความพร้อมระบบข้อมูลและทรัพยากร

รูปแบบและกลไกในระดับจังหวัดภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ควรมีการพัฒนาในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมและการประเมินสถานการณ์ การบริหารจัดการข้อมูลและทรัพยากร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ให้เข้มแข็ง การขับเคลื่อนมาตรการ การบังคับใช้มาตรการสังคมและกฎหมาย การใช้นวัตกรรม กลไกการประสานงานและดำเนินการ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และควรต้องเร่งพัฒนาระบบการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้มีความทันสมัย ครอบคลุมกลุ่มประชากรและพื้นที่ชุมชนต่างๆ การดำเนินการในระดับจังหวัดสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดจากระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับให้เข้ากับบริบท สภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ และให้มีการพัฒนาสมรรถนะตามองค์ประกอบหลักและคุณลักษณะ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารจัดการสถานการณ์ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ บริบทเฉพาะ ให้มีการถอดบทเรียน สังเคราะห์รูปแบบนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จและโอกาสพัฒนาต่าง-ต่าง

พื้นที่ที่ติดเชื่อสูงมีความพยายามจัดการควบคุมป้องกันโรคอย่างเต็มที่แล้ว แต่ผลการดำเนินงานยังอยู่ในกลุ่มที่

มีสถานการณ์รุนแรงสุด ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างสมบูรณ์ในเรื่องการบริหารและการจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (preparedness) ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในประเด็นการบริหารและการจัดการการฟื้นฟูหลังเกิดสถานการณ์ (response and recovery) การแพร่ระบาดของโรคติดต่อของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การฝึกอบรมและการศึกษา ศักยภาพในการบริหารและการจัดการสถานการณ์ที่มีผู้ติดเชื้อ จำนวนมากหรือผู้เสียชีวิต ในระดับอำเภอและระดับตำบล การจัดบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค การจัดบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว/ประชาชนพลัดถิ่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัคร-สาธารณสุข และภาคประชาชน ในการบริหารและการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรค และการศึกษาวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ จุดอ่อนที่พบจากการศึกษานี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการสนับสนุนกลไกการบริหารจัดการและเสริมศักยภาพการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานในระดับพื้นที่ให้มากที่สุด ทั้งงบประมาณ วัสดุ และกำลังคน ทั้งนี้ การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ที่จะมีประสิทธิผลและเกิดความยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม หรือเทคโนโลยี อัจฉริยะเป็นองค์ประกอบ<sup>(19)</sup>

### ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ

การดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานที่พิจารณาในด้านแนวโน้มความชุกของโรคจะพบว่า ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ เป็นจุดแข็งสำคัญของประเทศไทย ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีโควิด 19 ทั้งในระดับประเทศและส่วนใหญ่ของพื้นที่บริบทเฉพาะ การดำเนินการทำได้ครบถ้วนในองค์ประกอบหลักและคุณลักษณะสำคัญ การบัญชาการรวมศูนย์ระดับชาติและ



จังหวัด ทำให้เกิดการควบคุมสถานการณ์ได้อย่างมีเอกภาพและเกิดการบูรณาการจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ดังจะเห็นได้จากกรณีของพื้นที่ติดเชื่อต้า พื้นที่ท่าโกล และพื้นที่ชายแดน แม้ว่าจะมีความไม่สมบูรณ์ของการดำเนินการในกระบวนการป้องกันควบคุมโรคบางขั้นตอน แต่ยังสามารถบริหารจัดการในพื้นที่ตนเองให้อยู่ในกลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ ยกเว้นพื้นที่เมืองใหญ่ เนื่องจากโครงสร้าง กลไก และระบบแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ พื้นที่เมืองใหญ่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ<sup>(21)</sup> อาจไม่มีอำนาจในการสั่งการหน่วยงานรัฐภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่และมีบริบทที่แตกต่างกันมาก เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ ดังนั้น ควรต้องมีการพัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการที่เหมาะสมให้เกิดการมีส่วนร่วมและภาวะการนำร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน การพัฒนาระบบบริหารและการจัดการควรพัฒนาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งมีบริบทพื้นที่ในรูปแบบใหม่ และในพื้นที่ท่าโกล ซึ่งพบว่ายังมีการดำเนินการได้เพียงบางส่วนและมีโอกาสพัฒนาในคุณลักษณะที่สำคัญ ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ควรต้องพัฒนาในเรื่องการบริหารจัดการให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลระดับชาติและพื้นที่ เพื่อประกอบการบริหารจัดการสถานการณ์ ทรัพยากร และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาทักษะและเสริมศักยภาพในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ให้มีการฝึกซ้อมการบริหารจัดการและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินให้เร่งพัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารจัดการควบคุมการเดินทางเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีพื้นที่ชายแดน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกถัดไปและโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ข้อค้นพบจากการศึกษาสะท้อนประสิทธิผลและแนวทางการจัดการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ของพื้นที่ ไม่ได้ขึ้นกับสภาพ

บริบททางสังคมที่แตกต่างกันแต่ขึ้นกับศักยภาพการบริหารจัดการของรัฐ<sup>(19)</sup>

### กำลังคนด้านสาธารณสุข

เป็นทรัพยากรสำคัญที่สุด<sup>(22)</sup> ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีโควิด 19 จากข้อมูลการประเมินตนเองของ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะ พบว่า มีความไม่สมบูรณ์ของการดำเนินงานในเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข ควรต้องมีการพัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญ การบริหารจัดการและการกระจายทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับภาระงาน การประเมินความต้องการของบุคลากรในอนาคตและสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร กำหนดสมรรถนะที่จำเป็น จัดทำฐานข้อมูล และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลร่วมกันจากภาคส่วนต่างๆ ดังนั้น เพื่อให้มีกำลังคนด้านสาธารณสุขที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการวิเคราะห์ภารกิจที่เพิ่มขึ้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และจัดทำแผนอัตรากำลัง พัฒนากำลังคนให้มีความทักษะที่สอดคล้องกับภารกิจในอนาคตเพื่อให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับพื้นที่เมืองใหญ่จากข้อมูลพบว่า มีอัตราส่วนนักวิชาการสาธารณสุขต่อประชากร 10,000 คน ต่ำกว่าพื้นที่อื่นมาก ซึ่งจะส่งผลทำให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนมีข้อจำกัด ดังนั้น ในพื้นที่เมืองใหญ่ควรมีมาตรการทบทวนภารกิจด้านการบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพทั่วถึง และบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังบุคลากรและพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขและบุคลากรที่ทำหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค เพื่อรองรับกับบริบทของพื้นที่เมืองใหญ่

การประเมินสถานการณ์เปรียบเทียบกับการบริหารจัดการ

ในระดับประเทศ การบริหารจัดการสามารถลดความชุกของผู้ติดเชื้อได้ต่ำกว่าการประเมินสถานการณ์การ

ระบาดทั้ง 3 ระลอก น่าเชื่อว่าเป็นผลมาจากความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน<sup>(23)</sup> มีระบบบัญชาการเหตุการณ์และการบริหารสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างระบบและการดำเนินงานตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พื้นที่เมืองใหญ่เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการระบาดและแพร่เชื้อไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ จึงควรมีการพัฒนา ระบบสาธารณสุข รูปแบบและกลไกเพื่อรองรับการบริหารจัดการสถานการณ์ การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายเป็นปัจจัยสำคัญของการระบาดในระลอกที่ 2 ซึ่งส่งผลให้พื้นที่ที่ติดเชื้อสูงเกิดการระบาดอย่างรุนแรงและต่อเนื่องตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 2 จนถึงปัจจุบัน พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่เขตอุตสาหกรรม และพื้นที่เขต EEC พบความชุกใกล้เคียงกับการประเมินสถานการณ์ ความชุกส่วนใหญ่ที่พบในระยะกลางและท้ายของการระบาดระลอกแรกเกิดจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และเข้าสู่การกักตัว และในการระบาดระลอกที่ 3 เกิดจากการแพร่เชื้อจากพื้นที่อื่นไปยังพื้นที่ดังกล่าว จึงต้องมีการพัฒนาสมรรถนะตามองค์ประกอบหลักและคุณลักษณะย่อยให้มีความสมบูรณ์ แม้ว่า พื้นที่ที่ติดเชื้อต่ำ พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ชายแดน จะมีความชุกต่ำกว่าการประเมินสถานการณ์ค่อนข้างมาก แต่อาจเกิดจากคุณลักษณะของเชื้อ สภาพแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดในระลอกถัดไป ทิศทางสถานการณ์หลังวันที่ 30 กันยายน 2564 ในระดับประเทศ และพื้นที่เมืองใหญ่อยู่ในทิศทางที่ดีขึ้น พื้นที่อื่น ๆ สถานการณ์ยังมีลักษณะทรงตัว การฉีดวัคซีนให้เกิดความครอบคลุมสูงสุด<sup>(24)</sup> โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง และพื้นที่เสี่ยง จะมีส่วนสำคัญในการควบคุมสถานการณ์ในอนาคตโรคโควิด 19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศ จึงควรมีการปรับมาตรการทั้งการป้องกันส่วนบุคคล มาตรการองค์กรและพื้นที่ การเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง การตรวจคัดกรองที่เหมาะสม การควบคุมการระบาดระดับพื้นที่อย่างรวดเร็ว การบริหารจัดการและการจัดหาวัคซีนสำหรับเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ มาตรการที่กล่าวมาจะ

เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้สังคมและประเทศชาติอยู่ร่วมกับโควิด 19 ได้อย่างปลอดภัย

### ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ความพร้อมและความถูกต้องของข้อมูล<sup>(25)</sup> เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจในการบริหารสถานการณ์ พบว่า ในระดับพื้นที่ มีหลายคุณลักษณะที่ดำเนินการได้เพียงบางส่วน ควรมีการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในระดับประเทศและพื้นที่ ให้มีการบูรณาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของภาคส่วนต่างๆ อย่างมีเอกภาพ ถูกต้องและทันเวลา ให้เกิดการใช้อข้อมูลร่วมกัน เพื่อการประเมินความเสี่ยง พยากรณ์สถานการณ์ และการวางแผนเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

### เวชภัณฑ์ วัคซีนและเทคโนโลยี

การบริหารจัดการมีความครบถ้วนในองค์ประกอบหลักทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ที่บริบทเฉพาะ แต่พบว่ามีโอกาสพัฒนาที่สำคัญในการจัดหาและบริหารจัดการ ในทุกพื้นที่ขาดความพร้อมของทรัพยากร เช่น หน้ากากอนามัย ชุดป้องกันร่างกาย การจัดหาวัคซีนและเวชภัณฑ์ จำเป็นบางชนิดต้องนำเข้าจากต่างประเทศไม่เพียงพอในการบริหารจัดการสถานการณ์ในระยะแรกและบางช่วงขณะ เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศที่สามารถผลิตได้เอง<sup>(26)</sup> ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมพัฒนาการผลิตในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง วัคซีนและเวชภัณฑ์ พัฒนาระบบโลจิสติกส์ และส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัยและนวัตกรรม เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับประเทศ

### การสื่อสารสร้างความเข้าใจ

ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ควรต้องพัฒนาระบบการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับประชาชน สื่อมวลชนและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ให้เกิดความครอบคลุมในระดับประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และในระดับพื้นที่ เช่น ชุมชนแออัดในเขตเมือง พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ชายแดน การสื่อสารสร้างความเข้าใจยังติดในรูปแบบการสื่อสารของระบบราชการ ขาดความกระชับ

ทันสมัย ทันต่อสถานการณ์ และต้องพัฒนารูปแบบการสื่อสารยุคใหม่

**การบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลังด้านสุขภาพ**

ในระดับพื้นที่ควรต้องมีการเตรียมความพร้อมและบริหารจัดการในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในระดับปฏิบัติและระดับหน่วยงานควรพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ปรับลดระเบียบที่ไม่จำเป็น ลดขั้นตอน ลดระยะเวลา เพิ่มคุณภาพการจัดการ และให้เกิดความยืดหยุ่น

**ระบบบริการสุขภาพ**

ในระดับประเทศและส่วนใหญ่ของพื้นที่บริบทเฉพาะ การดำเนินการทำได้ครบถ้วนในองค์ประกอบหลักและคุณลักษณะสำคัญ เป็นที่ยอมรับและเป็นต้นแบบในระดับนานาชาติ<sup>(27)</sup> แต่ควรพัฒนาในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน ให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือผู้เสียชีวิต การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบป้องกันควบคุมโรคและดูแลสุขภาพในกลุ่มคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ผู้ลี้ภัยเข้าเมือง และประชากรพลัดถิ่น ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ควรพัฒนาระบบสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วม โดยเน้นเพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ในระดับพื้นที่และชุมชน ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมือง ให้มีการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพในพื้นที่เมืองใหญ่ในเรื่องระบบบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และต้องเร่งดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

**การมีส่วนร่วมของชุมชน อสม. และประชาชน**

เป็นจุดเด่นที่สำคัญของประเทศไทยเมื่อเทียบกับต่างประเทศ<sup>(28)</sup> เป็นกลไกสำคัญที่เข้ามาส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ในสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีโควิด 19 ดังนั้น ควรส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ให้มีการพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือสื่อสาร

ที่ทันสมัย ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมในทุกพื้นที่ให้เกิดความสมบูรณ์ ในพื้นที่เมืองใหญ่ควรเร่งพัฒนาให้มีรูปแบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและบริหารจัดการ มีความสำคัญมากในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะและเสริมศักยภาพในการจัดการและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่บ่งชี้ว่าศักยภาพและความสามารถของผู้นำมีผลสำคัญต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน

2) การพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีแผนพัฒนาบุคลากรทั้งในระดับประเทศและครอบคลุมระดับพื้นที่ โดยมีการกำหนดสมรรถนะ แนวทางการทำงานร่วมกันจากหลากหลายภาคส่วน การประเมินความต้องการ พัฒนาสมรรถนะและจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรรองรับในสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้มีความเพียงพอและมีการกระจายในพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อความต้องการทั้งในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและในภาวะปกติ ทั้งในพื้นที่เมืองใหญ่และทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

3) การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมพัฒนาการผลิตในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวัคซีน และเวชภัณฑ์ ให้มีการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยและนวัตกรรม เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับประเทศ

4) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในระดับประเทศและพื้นที่ ให้เกิดการใช้ข้อมูลร่วมกัน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ประชาชนและภาคส่วนต่างๆ อย่างทันต่อสถานการณ์

5) การพัฒนาระบบการสื่อสารสร้างความเข้าใจ ให้มีความครอบคลุมในระดับประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และในระดับพื้นที่ เช่น พื้นที่เขต

เมือง พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ชายแดน โดยมีรูปแบบทันสมัย  
ทันต่อสถานการณ์ และการสื่อสารยุคใหม่

6) เร่งพัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารจัดการ  
ควบคุมการเดินทางเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีพื้นที่ชายแดน และให้มีการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและดูแลสุขภาพในกลุ่มคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ผู้ลักลอบเข้าเมือง และประชากรพลัดถิ่น

7) การพัฒนาระบบสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วม  
โดยเน้นเพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ในระดับพื้นที่และชุมชน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมือง เช่น พื้นที่เมืองใหญ่ ให้มีการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพในพื้นที่ ในเรื่องระบบบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และต้องเร่งดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารระดับจังหวัด

1) การศึกษาการประเมินตนเองของ 8 พื้นที่บริบท  
เฉพาะตามแนวทางการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีหลายองค์ประกอบที่ยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วนบางขั้นตอน เช่น กำลังคนด้านสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ภาวะผู้นำ การบริหารและการจัดการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน จึงควรมีการสนับสนุนและการพัฒนากลไกเพื่อการดำเนินงาน ดังนี้

1.1) การวิเคราะห์ภาระงานด้านการควบคุมป้องกัน-  
โรค การจัดทำกรอบอัตรากำลัง และแผนการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาระดับจังหวัด ที่สามารถรองรับภารกิจจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและการควบคุมป้องกันโรคในอนาคต

1.2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการกระจาย  
ทรัพยากรด้านสุขภาพ (Logistic) ให้มีประสิทธิภาพความทั่วถึงและเท่าเทียม ในทุกจังหวัดและทุกบริบทของประเทศ

1.3) การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการ  
จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินของหน่วยงานภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน รวมถึงองค์กรไม่แสวงหากำไร เพื่อผนึกกำลังในการจัดการและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินของพื้นที่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่สะท้อนความสำเร็จของการควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานได้ดี เป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยเฉพาะ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

2) การศึกษาเชิงคุณภาพในส่วนของจังหวัดที่มีการ  
ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคได้หลายปัจจัยที่สอดคล้องกัน ในประเด็นที่น่าสนใจคือ การบังคับใช้มาตรการทางสังคม และมาตรการทางสาธารณสุข เพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ดังนั้นการขับเคลื่อนประเด็นมาตรการทางสังคมผ่านนโยบายสาธารณะเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับพื้นที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีความเหมาะสมตามบริบท

3) การส่งเสริมและพัฒนากิจการวิจัยและนวัตกรรม  
สุขภาพ สำหรับการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน ทั้งนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการใช้นวัตกรรมด้านสารสนเทศเพื่อการจัดการฐานข้อมูลและการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการรับรู้และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในทุกช่องทาง

4) การทบทวนปรับปรุงเครื่องมือในการประเมินการ  
จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ที่เหมาะสมกับหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อให้หน่วยงานสามารถประเมินความพร้อมและศักยภาพการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงและการจัดทำแผนสำรองเพื่อลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และลดผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพของประชาชนและบริบทที่เกี่ยวข้อง



### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารระดับสูง ผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ทีมวิจัยส่วนกลาง ทีมวิจัยระดับเขต และระดับจังหวัดทุกท่าน ตลอดจนหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. 2020 [cited 2021 May 8]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
2. Ren L, Wang Y, Wu Z, Xiang Z, Guo L, Xu T, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study [Internet]. 2020 [cited 2021 May 8]. Available from: [https://journals.lww.com/cmj/Fulltext/2020/05050/Identification\\_of\\_a\\_novel\\_coronavirus\\_causing.3.aspx](https://journals.lww.com/cmj/Fulltext/2020/05050/Identification_of_a_novel_coronavirus_causing.3.aspx)
3. Thai Promote Health Literacy Association. การระบาดของ COVID-19 ในประเทศจีน [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [สืบค้นเมื่อ 5 มิ.ย. 2564]. Available from: [http://doh.hpc.go.th/data/covid19/covid\\_fullText\\_thai.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/covid19/covid_fullText_thai.pdf)
4. World Health Organization. COVID 19 Public health emergency of international concern (PHEIC) global research and innovation forum: towards a research roadmap [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 20]. Available from: [https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Global\\_Research\\_Forum\\_FINAL\\_VERSION\\_for\\_web\\_14\\_feb\\_2020.pdf?ua=1](https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Global_Research_Forum_FINAL_VERSION_for_web_14_feb_2020.pdf?ua=1)
5. World Health Organization. WHO Declares COVID-19 a Pandemic [Internet]. 2020 [cited 2021 May 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191675/b>
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2564]. แหล่งข้อมูล: [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_srrt/g\\_srrt\\_041263.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_041263.pdf)
7. World Health Organization Thailand. Novel coronavirus (2019-nCoV) WHO Thailand situation report [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 20]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/20200206-tha-sitrep-01-ncov-final.pdf?sfvrsn=7c8cb671\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/20200206-tha-sitrep-01-ncov-final.pdf?sfvrsn=7c8cb671_0)
8. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
9. สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021\\_04\\_01\\_tha-sitrep-166-covid19.pdf?sfvrsn=a1410a0f\\_3\\_](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021_04_01_tha-sitrep-166-covid19.pdf?sfvrsn=a1410a0f_3_)
10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวังการกลายพันธุ์เชื้อไวรัสโควิด 19 ในประเทศไทย [ออนไลน์]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1151>
11. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ 19/2564 เรื่อง พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th/news/politic/2232101>
12. Pankratz D. Program evaluation and community schools of the Arts, purposes, concepts, and tools [Internet]. 2008 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://www.na->

- tionalguild.org/
13. อัญลักษณ์ มณีโชติ, นริสรา หวายพิมายริ. การประเมินโดยใช้แนวคิดโมเดลเชิงตรรกะ (logic model evaluation approach). วารสารการวัดผลการศึกษ 2557;31(90):1-12.
  14. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานโครงการพัฒนารอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
  15. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://gishealth.moph.go.th/healthmop/resource.php>
  16. World Health Organization. Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 6]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/157888/e96188.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157888/e96188.pdf)
  17. Prasitratthasint S. Future research by Delphi technique. Bangkok: Fuengfha printing; 2019. (in Thai).
  18. Saint-G, Michelle A. Data collection strategies II: qualitative research. Long Beach, CA: California State University; 2002.
  19. Zhen C, Mingwang C, Malin S. What determines urban resilience against COVID-19: City size or governance capacity? Sustainable Cities and Society 2021;57 (103304):1-12.
  20. ASEAN Secretariat. ASEAN Emergency Operations Center (EOC) network for public health [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://aseanphe.org/phe-mechanism/asean-emergency-operation-centre-asean-eoc-network/>
  21. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ>
  22. World Health Organization. Joint Intra-action review of the public health response to COVID-19 in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/iar-covid-en.pdf>
  23. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. จุดแข็งระบบสุขภาพไทย. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2564.
  24. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: ทีเอส อินเตอร์พรีนซ์; 2564.
  25. Volkmer I. Social media and Covid-19: a global study of digital crisis interaction among Gen Z and millennials. [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 15]. Available from: [https://arts.unimelb.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/3958684/Volkmer-Social-Media-and-COVID.pdf](https://arts.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0007/3958684/Volkmer-Social-Media-and-COVID.pdf)
  26. World Health Organization. Thailand's vaccine regulatory system reaches WHO's second-highest level [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/06-10-2021-thailand-s-vaccine-regulatory-system-reaches-who-s-second-highest-level>
  27. World Health Organization. WHO Director-General's closing remarks at the World Health Assembly - 13 November 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-closing-remarks-at-the-world-health-assembly---13-november-2020>
  28. World Health Organization. Strategic priority 3: migrant health [Internet]. [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www.who.int/thailand/our-work/strategic-priority-3-migrant-health>

**Abstract: Public Health Emergency Situation Management of COVID-19 Pandemic: Recommendations for the National Level and the 8 Specific Contextual Areas of Thailand**

**Rungrueng Kitphati, M.D.\*; Juraporn Krates, Ph.D.\*; Wilailuk Ruangrattanatrai, Ph.D.\*\*; Worayuth Nak-Ai, Ph.D.\*\*\*; Kamolnat Muangyim, Ph.D.\*\*\***

*\* Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; \*\* Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; \*\*\* Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Thailand*

*Journal of Health Science 2021;30(6):975-97.*

The objectives of this study were to analyse the process, model, key success factors and identify rooms for improvement of public health emergency situation management of COVID-19 pandemic in Thailand and to evaluate completeness of public health emergency situation management, as well as to develop natural pandemic predicting model for comparing effectiveness of both national and 8 specific geographic areas. It was conducted from October 2020 to September 2021. Quantitative data were collected by using self-administered questionnaire translated from World Health Organization's toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. Purposive sampling method was adopted to recruit 63 participants from national and administrative leaders and related actors in COVID-19 prevention and control process at provincial level. Qualitative data were collected by in-depth interviews with the 63 participants from national and provincial administrative leaders and all related actors; 80 participants from district level; and 64 selected community health volunteers. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics including average and percentage; and qualitative data were analyzed by content analysis to draw conclusion. The results showed that a significant driving mechanism was the Provincial Communicable Disease Control Committee. Key success factor of this processing model was the integration of work among government, private, civil society, and public sectors who participated and co-operated altogether according to their roles and responsibilities; with their maximum abilities under the single command system. The sole highest commander was at the national level who directed and synchronized each stakeholder's work to efficiently accomplish the expected prevention and control goals. In general, average score of process implementation categorized into 7 main components: (1) leadership, management, and good governance; (2) health workforce; (3) medicines, supplies, and health technology; (4) health information system; (5) health financial system; (6) health service system; and (7) community participation, were completed in accordance with the WHO's toolkit. The comparison among 8 specific contextual areas showed that every area had less severity than the predicted trends of the 3 pandemic phases in Thailand, except the high infection area. This could imply the effectiveness of communicable disease prevention and control process in the country. Currently the high infection areas still had more severity than the predicted level. However, there was a sign of downward trend in the pandemic. The policy recommendations were to improve the following: (1) risk management skills and competency development among policy makers and emergency situation responding managers, (2) health workforce management and development, (3) preparation and improvement of domestic vaccine production, (4) health information system, (5) communication system, (6) illegal immigration control, and (7) public-private mixed sustainable participatory service system development.

**Keywords:** lesson learnt; public health emergency situation management; COVID-19; self-assessment