วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2563

Journal of Health Science
Vol. 29 No. 2, March - April 2020

ปกิณกะ

Miscellany

วิกฤติโควิด-19 ในประเทศไทย: การเปลี่ยนผ่านจากมาตรการ “กึ่งล็อคดาวน์” สู่การมี “เสถียรภาพ”

คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), ส.ม.
ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), ส.ม.
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่จากคนสู่คนผ่านการได้รับฝอยละอองที่ออกมาจากปากและจมูกของผู้ติดเชื้อไปสู่คนใกล้ชิด เนื่องจากเป็นโรคที่คนไม่มีภูมิคุ้มกันจึงแพร่ระบาดได้รวดเร็วและมีความรุนแรงมากเป็นพิเศษในผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ในระยะเวลาอันสั้น มาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคระบาดโควิดประกอบด้วยสามกลุ่มใหญ่ ๆ กลุ่มแรกคือมาตรการทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ได้แก่ การตรวจให้พบผู้ติดเชื้อนำมาแยกรักษา ค้นหาผู้สัมผัส แยกกักกลุ่มเสี่ยง และสุขลักษณะ กลุ่มที่สองคือมาตรการด้านสังคม โดยการเพิ่มระยะห่างของผู้คนและยกเลิกกิจกรรมทางสังคมที่รวมกลุ่มคนมาก ๆ การให้สวมหน้ากากอนามัย และกลุ่มที่สามเป็นมาตรการที่บังคับให้ทุกคนอยู่ในบ้านและปิดกิจการต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ที่เราคุ้นเคยกับศัพท์ว่า “ล็อคดาวน์ (lockdown)” หรือที่ชาวบ้านเรียกว่าปิดบ้านปิดเมือง โดยมีการกำหนดเคอร์ฟิวตลอดวัน มาตรการกลุ่มที่สามมักใช้ในสถานการณ์ที่พบว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก และระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักไม่สามารถรองรับได้ทัน ตัวอย่างที่พบเห็นเช่นในเมืองอู่ฮั่นในประเทศจีน และหลายเมืองหลายรัฐในยุโรป

สำหรับประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสามกลุ่มมาตรการ โดยมาตรการกลุ่มที่สามหรือ “ล็อคดาวน์” นั้นกำลังใช้อยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งไม่ถึงกับการปิดประเทศปิดเมืองอย่างเต็มที่ น่าจะจัดเป็น “กึ่งล็อคดาวน์” โดยมีการออกข้อกำหนดตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 มีการเคอร์ฟิวช่วงเวลาตั้งแต่ 22.00 นาฬิกาถึง 04.00 นาฬิกา ครอบคลุมทุกจังหวัด

ในขณะนี้สถานการณ์ของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยจังหวัดต่าง ๆ มีสถานการณ์และบริบทแตกต่างกัน จากข้อมูลวันที่ 14 เมษายน มี 32 จังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มี 38 จังหวัดมีผู้ป่วยประปรายในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา และ 7 จังหวัดมีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ต่อเนื่อง จากสาเหตุต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อจากสถานบันเทิง สนามพนันในรูปแบบต่าง ๆ การติดเชื้อในผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ และการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยไปยังคนใกล้ชิด

มาตรการกึ่งล็อคดาวน์ที่ประเทศไทยใช้อยู่ในปัจจุบันมีส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาด โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีสถานการณ์รุนแรง อย่างไรก็ตาม การใช้มาตรการนี้โดยครอบคลุมทุกจังหวัดทั้งประเทศ มีต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ควรดำเนินการเพียงชั่วคราว

ในระยะเวลาจำกัดเท่าที่เป็นประโยชน์ หากเนิ่นนานโดยไม่จำเป็นจะส่งผลกระทบรุนแรงต่อประชากรที่มีรายได้น้อย มีหนี้สินครัวเรือนสูง ทำให้เกิดการตกงานห้าถึงเจ็ดล้านคน สร้างความกดดันทางจิตใจ และอาจกระทบกับเสถียรภาพของครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม รัฐบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณสูงมาก ในการช่วยเหลือเยียวยาประชาชนและธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ

หลายประเทศที่กำลังใช้มาตรการล็อคดาวน์ ในการแก้ไขวิกฤตโควิด-19 ต่างเริ่มหาทางออกที่จะดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อไปอย่างได้ผล พร้อมกับการลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและผ่อนคลายความตึงเครียดในสังคม โดยตระหนักว่าการแพร่เชื้อจะยังไม่ยุติโดยสิ้นเชิง ยังมีโอกาสจะเกิดการติดเชื้อต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีวัคซีนป้องกันโรคมาใช้อย่างเพียงพอ ในการพิจารณาดังกล่าว มีฉากทัศน์ทางเลือกที่สำคัญสองฉากทัศน์ (scenario) สำหรับประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้แก่

ฉากทัศน์ที่หนึ่ง คือการทำให้ประเทศปลอดจากเชื้อโควิด-19 โดยการปิดเมืองหรือล็อคดาวน์เป็นระยะยาว เช่น สองหรือสามเดือน และทำการค้นหาผู้ติดเชื้อทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแบบเคาะประตูบ้าน นำผู้ติดเชื้อมาแยกรักษา แต่การทำแบบนี้ได้ต้องใช้ทรัพยากรมหาศาล และต้องใช้บริบททางสังคมการเมืองที่สามารถบังคับใช้กฎระเบียบอย่างเข้มแข็งได้ ในขณะเดียวกันก็จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงมาก ทางเลือกนี้ไม่เหมาะที่จะทำทั้งประเทศ แต่อาจนำมาใช้ในพื้นที่หรือชุมชนเล็ก ๆ ที่มีการติดเชื้อสูง ดังนั้น ความคิดที่ว่าคนไทยทั้งประเทศควรยอมทนเจ็บครั้งเดียว เป็นเวลาสักสามเดือนให้จบปัญหาโควิด-19 แล้วกลับไปมีชีวิตปกติ จึงไม่อาจเป็นจริงได้

ฉากทัศน์ที่สอง คือการยอมรับว่าเราไม่สามารถหยุดการแพร่ของเชื้อโควิด-19 ได้ แต่เราสามารถควบคุมให้มีการแพร่ในระดับที่ต่ำ (low transmission) มีการสูญเสียชีวิตน้อย เพราะโรงพยาบาลรองรับได้ทัน ในขณะเดียวกันก็เริ่มเปิดให้ผู้คนทำมาหาเลี้ยงชีพ ทำธุรกิจ ทำการผลิตสินค้าและบริการ นักเรียนได้เรียนหนังสือ คนได้ทำงาน และสังคมไม่หยุดนิ่ง มีการพัฒนาที่สมดุลทั้งการควบคุมโรคและการประกอบกิจการและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการกลับสู่ชีวิตปกติแต่ด้วยวิถีแบบใหม่ (new normal) ที่เน้นความปลอดภัยมากกว่าความสะดวกสบาย เน้นงานสังคมขนาดเล็กในครอบครัวญาติสนิทมากกว่างานขนาดใหญ่ เน้นความรับผิดชอบต่อสังคมมากกว่าการตามใจตนเอง ฯลฯ

ฉากทัศน์นี้จะสามารถทำให้เป็นจริงและเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการคือ

1) เพิ่มความเข้มข้นในมาตรการทางสาธารณสุขและการแพทย์ ประกอบด้วยการขยายการตรวจให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ใช้วิธีการตรวจที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่กำลังพัฒนาที่มีประสิทธิผลสูง มีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว แยกรักษา เฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในบางกลุ่มประชากร ที่เสี่ยงต่อการระบาด เช่นกลุ่มที่อยู่กันแออัด เรือนจำ บ้านคนชรา ชุมชนแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น และที่สำคัญคือการเพิ่มมาตรการเข้มงวดกับผู้ที่เข้าสู่ประเทศต้องรับการตรวจหาการติดเชื้อโควิด-19 นอกเหนือจากใบรับรองแพทย์ มีการกักเฝ้าสังเกตอาการ 14 วันในสถานที่ที่กำหนด หากพบการติดเชื้อให้เข้าสู่มาตรการดูแลรักษาตามมาตรฐาน มีการติดตามผู้สัมผัสอย่างรวดเร็ว มีสถานที่รองรับการแยกกัก และหอพักผู้ป่วยโควิด ที่เพียงพอ สะดวกได้มาตรฐานในทุกจังหวัด

2) ทำให้ทุกคน ทุกสังคม และทุกพื้นที่ เข้าใจและปฏิบัติตามมาตรการสุขลักษณะ ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน การมีระยะห่างทางกาย งดการชุมนุม งดงานสังคมที่จัดใหญ่โตมีคนมาก ๆ เปลี่ยนเป็นงานขนาดเล็กภายในหมู่ญาติสนิทและครอบครัว เป็นต้น สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความผิดปกติโรคทางเดินหายใจ หรือโรคประจำตัว ในช่วงต้นยังควรหลีกเลี่ยงการออกจากบ้านและค่อยผ่อนคลายเมื่อสถานการณ์ดีขึ้นเป็นระยะ ๆ

3) เปิดให้ธุรกิจเริ่มเดินหน้า โดยมีการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงานโดยองค์กร ธุรกิจ อุตสาหกรรม

หากมีความเสี่ยงต้องปรับให้เข้ามาสู่ความเสี่ยงต่ำที่จัดการได้ เช่นใช้มาตรการตรวจวัดไข้ เว้นระยะห่างทางกาย ลดการใช้เสียง เพิ่มการระบายอากาศ การลดจำนวนผู้คนที่มาติดต่อใช้บริการ และการใช้เทคโนโลยีให้ทำงานประชุม ติดต่อบริการ โดยไม่ต้องมีการพบปะมาก ๆ รวมถึงการใช้กำหนดเวลานัดหมายเพื่อลดเวลาการรอคอยในพื้นที่

4) การปิดแหล่งแพร่โรคที่สำคัญ บริการหรือกิจการที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งถูกสอบสวนพบว่าเป็นแหล่งแพร่-ระบาดให้เกิดผู้ติดเชื้อมาก ๆ อันได้แก่ สถานบันเทิง ผับบาร์ คาราโอเกะ สถานบริการทางเพศทั้งตรงและแฝง สนามการพนันในรูปแบบต่าง ๆ ต้องปิดในระยะยาว สำหรับการปิดกิจการอื่น ๆ ในอนาคต ควรใช้วิธีปิดแบบจำเพาะ (selective measures) แทนการปิดแบบครอบจักรวาล และคงความเข้มข้นของการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

5) มีระบบเฝ้าระวังตรวจจับและคาดการณ์ความรวดเร็วของการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อเป็นการจัดระดับสถานการณ์ เป็นการเตือนและเพิ่มมาตรการหรือผ่อนคลายมาตรการตามบริบทของแต่ละจังหวัดหรือหากเป็นไปได้ย่อยลงไประดับอำเภอ และมีการเฝ้าระวังโดยภาคประชาชน เช่น อาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาคมต่าง ๆ

การเปลี่ยนผ่านจากมาตรการกึ่งล็อคดาวน์ ไปสู่มาตรการสร้างเสถียรภาพควรต้องเตรียมตัวและให้มั่นใจว่ามาตรการที่สำคัญยังคงอยู่ ไม่เปลี่ยนผ่านแบบรวดเร็ว มิฉะนั้นอาจเกิดการระบาดใหม่อย่างรวดเร็วดังเช่นที่เกิดขึ้นในบางประเทศ การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวจึงควรดำเนิน-การดังนี้

- เริ่มจากจังหวัดกลุ่มแรกที่ไม่พบผู้ป่วยในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา (ประมาณ 32 จังหวัด) สามารถเริ่มได้ในต้นเดือนพฤษภาคม

- หลังจากนั้นจึงเริ่มในกลุ่มที่สองคือจังหวัดที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่แบบประปราย (ประมาณ 38 จังหวัด) ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนน้อย สามารถติดตามได้ว่าใครติดจากใคร สามารถนำผู้ป่วยมาแยกรักษา และนำผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมาแยกกักได้ทั้งหมด จังหวัดกลุ่มนี้ สามารถเริ่มดำเนินได้ประมาณกลางเดือนพฤษภาคม

- สำหรับกลุ่มที่สามคือจังหวัดที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง มีการติดเชื้อในพื้นที่ต่อเนื่องในวงกว้าง เช่น เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่หรือมีการติดเชื้อโดยไม่สามารถติดตามที่มาว่าใครติดใครเป็นจำนวนมาก (ปัจจุบันมีอยู่ 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี นนทบุรี ภูเก็ต สมุทรปราการ ปัตตานี ยะลา) หากจังหวัดเหล่านี้สามารถลดการระบาดลงมาได้ในระดับต่ำตามเกณฑ์ และไม่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ ก็ควรให้เริ่มเปลี่ยนผ่านได้ในต้นเดือนมิถุนายน หรืออาจเริ่มก่อนหน้านั้นได้ หากควบคุมสถานการณ์ได้ดี โดยการขยับมาตรการจะใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน

ทั้งนี้ ทุกจังหวัดจะต้องดำเนินมาตรการลดความเสี่ยงอย่างจริงจัง เช่น

ก. ด้านเจ้าของกิจการหรือสถานประกอบการต่าง ๆ

- มีระบบเฝ้าระวังการป่วยเป็นรายวันของบุคลากร หากป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจให้หยุดงานทันที และตรวจหาการติดเชื้อโควิดหากเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- จัดให้มีที่ว่างห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อยหนึ่งเมตร ด้วยการจำกัดจำนวนคน หรือมีระบบคิว
- จัดที่ตรวจคัดกรองไข้ มีที่ล้างมือ หรือแอลกอฮอล์เช็ดมือให้ลูกค้า
- ทำความสะอาดจุดที่ผู้คนใช้มือสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ลูกบิดประตู ที่กดลิฟท์ ห้องน้ำ ตู้ เครื่องกดเงิน (ATM)
- เจ้าหน้าที่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา
- งดกิจกรรมที่ต้องรวมผู้คน เช่น การจัดรายการส่งเสริมการขาย (นาทีทอง)
- ติดพัดลมดูดอากาศให้ไหลเวียนอย่างน้อย 10 เท่าของปริมาตรห้อง
- จำกัดระยะเวลาที่ผู้คนมาใช้สถานที่ให้สั้นลง เช่น

ไม่เกินหนึ่งชั่วโมง

- มีระบบที่สามารถติดตามผู้มาใช้บริการที่อาจสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิดที่ทราบภายหลัง

ข. ด้านผู้มาใช้บริการ

- สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา
- รักษาระยะห่าง และ ไม่ควรพูดคุยใกล้ชิดกับผู้อื่น
- หากพบว่าบริการนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อโควิดให้มีการร้องเรียนเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่ดูแลด้านสาธารณสุข

หากศูนย์บริหารโควิด (ศบค.) และรัฐบาลเห็นชอบกับข้อเสนอดังกล่าวนี้ ก็สามารถให้นโยบายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทุกจังหวัดเพื่อเตรียมการ สำหรับรายละเอียดแผนการเปลี่ยนผ่านในภาคธุรกิจ และภาคสังคม ควรให้แต่ละภาคส่วนร่วมปรึกษาหารือจัดทำรายละเอียดเพื่อให้ดำเนินการได้ด้วยความปลอดภัย เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด โดยหน่วยงานรัฐและมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคหรือจังหวัด ให้การสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการ เป็นการร่วมมือของคนทั้งสังคม ขณะเดียวกันควรต้องสื่อสารกับประชาชนถึงแนวทางและขั้นตอนการดำเนินการ จะได้ไม่ตื่นตระหนกหากจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นบ้าง และเข้าใจในเหตุผลของการดำเนินการที่ต้องค่อย ๆ ผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ หรือในบางสถานการณ์อาจต้องกลับมาใช้มาตรการที่เข้มงวดขึ้นหากสถานการณ์มีแนวโน้มในทางที่ไม่ดี

ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ก่อนจะถึงเวลาที่มีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประเทศไทยจะสามารถควบคุมให้มีการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับต่ำ มีผู้เสียชีวิต จำนวนไม่มาก ในขณะที่ประชาชนสามารถเริ่มทำงานประกอบอาชีพได้ ประเทศไทยมีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมและประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่

ข้อเสนอข้างต้นนี้เป็นผลมาจากการประชุมปรึกษาหารือกันระหว่างนักวิชาการและอดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข จากนั้น มีการยกร่างเอกสาร และส่งร่างดังกล่าวให้คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์สี่แห่งเพื่อร่วมพิจารณาปรับปรุงจนได้ข้อเสนอฉบับนี้

ก. นักวิชาการ:

ประกอบด้วย นพ.คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ นพ.ยง ภู่วรวรรณ นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ นพ.ครรชิต ลิมปกาญจนารัตน์ นพ.ภาสกร อัครเสวี ภก.อนันต์ชัย อัศวเมฆิน

ข. อดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข:

ประกอบด้วย นพ.หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ นพ.ไพจิตร์ วราชิต นพ.โสภณ เมฆธน นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข นพ.ธวัช สุนทราจารย์ นพ. มานิต ธีระตันติกานนท์ น.พ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล

ค. คณบดีคณะแพทยศาสตร์:

ประกอบด้วย ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วชัรสินธุ คณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รศ.นพ.ดิลก ภิยโยทัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล