

กลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของไทยในการจัดการโควิด-19

ธีรพัฒน์ อังศุขवाल¹

ชัชฎา กำลังแพทย์²

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดต่อโควิด-19 ถือเป็นวิกฤติทางสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่ที่ทำลายศักยภาพในการอภิบาลของรัฐ โดยทั่วไป การรับมือวิกฤติที่มีลักษณะของการใช้คำสั่งและอำนาจทางปกครองเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสะท้อนลักษณะของระบุนิติรัฐราชการที่กำกับกลไกการอภิบาลของในมิติสาธารณสุข การวิจัยชิ้นนี้ มุ่งศึกษากลไกการอภิบาลเพื่อควบคุมโรคของระบบสาธารณสุขและค้นพบว่าระบบนี้มีกลไกที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองต่อวิกฤติสุขภาพที่สำคัญ 3 ประเภท ได้แก่ กลไกในการตัดสินใจ กลไกทางด้านการสื่อสาร และกลไกในการปฏิบัติการ กลไกเหล่านี้ในทางปฏิบัติถือว่าเป็นกลไกสาธารณสุขของรัฐที่มีประสิทธิภาพและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานราชการ บทความนี้ ยังชวนตั้งข้อสังเกตเบื้องต้นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำที่น่าสนใจอันมาจากการอภิบาลกลไกเหล่านี้อีกด้วย

คำสำคัญ: การอภิบาล นโยบายสาธารณะ การควบคุมโรค สาธารณสุข โควิด-19

¹ อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล <Email: theerapat.ung@mahidol.ac.th>

² นักวิจัย ศูนย์วิจัยความเหลื่อมล้ำและนโยบายสังคม คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ <Email: chatchada.klp@gmail.com>

Public health governance mechanisms of Thailand in response to COVID–19

Theerapat Ungsuchaval³

Chatchada Kumlungpat⁴

ABSTRACT

The Covid–19 pandemic can be regarded as a mega health crisis which has challenged the governance capacity of the state. Overall, governmental responses to the crisis were heavily relied on administrative power and orders signifying the character of the bureaucratic state that regulates governance mechanisms at the central. This research investigated governance mechanisms of disease control of the Thai public health system and found that three types of health governance mechanism designed to properly response to the health crises have been employed: decision–making mechanism, communication mechanism, and operational mechanism. These health governance mechanisms can, in effect, be regarded as effective government mechanisms regulated by bureaucracy. This article also speculate about the interesting interaction between the political elites and bureaucrats in the governance of Covid–19.

Keywords: Governance, Public Policy, Disease Control, Public Health, Covid–19

³ Lecturer, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University <Email: theerapat.ung@mahidol.ac.th>

⁴ Research Fellow, Center for Research on Inequality and Social Policy (CRISP), Faculty of Economics, Thammasat University <Email: chatchada.klp@gmail.com>

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ถือเป็นวิกฤติเชิงซ้อนทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลก สร้างความสับสนต่อสภาพสังคมและนโยบายการรับมือต่าง ๆ ที่สำคัญ ในช่วงปลายเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกจัดประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะฉุกเฉิน (Emergency Committee) และประกาศว่าการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) หลังจากไวรัสได้แพร่ระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ต่อมาในช่วงต้นเดือนมีนาคม ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO director-general) ได้ประกาศเพิ่มเติมให้สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นภาวะแพร่ระบาดทั่วโลก (pandemic) เพื่อเรียกร้องให้ประชาคมโลกยกยกระดับความใส่ใจและการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ที่เข้มงวดยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้คำมั่นถึงการสร้างความสมดุลระหว่างการป้องกันสุขภาพ ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเคารพต่อชีวิตมนุษย์ (WHO, 2020) สำหรับในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ให้โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เพื่อให้มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมเชื้อไวรัสในฐานะโรคติดต่ออันตรายที่ชัดเจนและรัดกุมยิ่งขึ้น ซึ่งการประกาศนี้ได้ระบุอาการของโรคโควิด-19 อย่างเป็นทางการอีกด้วย (Ministry of Public Health, 2020)

วิกฤติโรคระบาดครั้งนี้ ได้เผยให้เราเห็นว่าระบบและกลไกของการบริหารงานภาครัฐและนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ในการจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่มีอยู่นั้น ได้เผชิญความท้าทายโดยเฉพาะในมิติทางประสิทธิภาพของระบบและกลไก (Ekachai, 2020; Santhitwanich, 2020; Chetpayak, 2020; Meetam, 2020; Sontonchatrawat & Janthong, 2020) ข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกการตัดสินใจและแผนปฏิบัติการที่รัฐบาลใช้ (หรือควรใช้แต่ไม่ได้ใช้) ในการจัดการปัญหา รวมไปถึงการสื่อสารของผู้นำนั้นส่งอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับตัวของสาธารณสุขชน (Palitpongpanim, 2020)

บทความวิจัยชิ้นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไกการอภิบาล (governance mechanism) ของรัฐทางสาธารณสุขที่สำคัญในการจัดการหรือควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บทความชิ้นนี้ จะเริ่มจากการอธิบายภาพรวมของนโยบายและกลไกของรัฐไทยที่มีต่อการจัดการโควิด-19 จากนั้น จะวิเคราะห์กลไกการอภิบาล

ทางสาธารณสุขใน 3 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การสื่อสาร และการปฏิบัติการ ท้ายที่สุด บทความชวนตั้งข้อสงสัยเกิดในเบื้องต้นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมือง และข้าราชการประจำที่สะท้อนผ่านการอภิบาลภาครัฐในการจัดการโควิด-19 นี้

กรอบคิดเกี่ยวกับกลไกการอภิบาลในการดำเนินนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

โดยทั่วไปแล้ว การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินมักเกี่ยวข้องกับการป้องกันการระบູปัญหาและความเสี่ยง การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมิน การฟื้นฟู และการเลือกใช้เครื่องมือตลอดจนทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ต้องมีลักษณะเชิงรุก (proactive) และเปิดรับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ตัวแสดงหนึ่งที่สำคัญที่สุดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ก็คือตัวแสดงที่อยู่ในภาคส่วนรัฐ โดยเฉพาะรัฐบาลกลางและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

Gao and Yu (2020) ได้เสนอกรอบการวิเคราะห์กลไกทางการอภิบาลในการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ใช้อย่างน่าสนใจ พวกเขา มองว่าในสถานการณ์ฉุกเฉิน รัฐควรแสวงหารูปแบบหรือแนวทางในการอภิบาลที่สามารถส่งอิทธิพลต่อการกระทำของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในเครือข่ายของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น ๆ พร้อมกับสร้างหลักประกันคุณภาพของการอภิบาลดังกล่าว ทั้งนี้ พวกเขาเสนอกลไก 3 ประเภทที่รัฐต้องให้ความสนใจในฐานะเป็นตัวเชื่อมสำคัญในการพัฒนากลไกการอภิบาลสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ กลไกทางการตัดสินใจ กลไกทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสาร และกลไกในทางดำเนินการในทางปฏิบัติ

กลไกที่หนึ่ง กลไกทางการตัดสินใจ ในที่นี้ รัฐควรต้องพัฒนากลไกด้านการตัดสินใจที่ใกล้ชิดกับหน่วยงานในทางปฏิบัติที่สำคัญ เช่น หน่วยงานและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อระบູปัญหา ประเมินความเสี่ยงรวมถึงความจำเป็นทางด้านทรัพยากร เพื่อให้การตัดสินใจดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างเหมาะสมและตรงเป้าหมาย ในทางปฏิบัติ รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจระดับของมาตรการในการตอบโต้สถานการณ์ เพื่อให้การระดมทรัพยากรมีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความจำเป็น ปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจทางนโยบายเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 คือ ต้องไม่ล่าช้าต่อสถานการณ์และเป็นมืออาชีพ กล่าวคือ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสนั้นมีความรวดเร็วอย่างมาก การชะลอการตัดสินใจหรือการตัดสินใจที่ล่าช้าไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตามนำไปสู่การระบาด

อย่างรวดเร็ว (epidemic) ที่สร้างผลกระทบอย่างมหาดศาลแก่สังคม (Qi et al., 2020) การตอบสนองที่ทันท่วงทีในสถานการณ์ฉุกเฉินยังขึ้นอยู่กับการที่รัฐมีมาตรการเชิงรุกมากเพียงใดในการดำเนินนโยบายด้วย (Waugh, 2000; Wang, Ng, & Brook, 2020; Cheng, Li, & Yang, 2020) การวางแผนล่วงหน้าจึงมีความสำคัญ ในส่วนของการตัดสินใจแบบมีอหิพนั้น รัฐควรตัดสินใจบนข้อมูลความรู้ความชำนาญที่ถูกต้องและเหมาะสม ในกรณีการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นฐานคิดสำคัญของการตัดสินใจทางนโยบายเพื่อตอบโต้การแพร่กระจายของไวรัส บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดเชื้อนั้นเป็นตัวการในการเก็บข้อมูลชั้นดี เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจทางนโยบายที่จะช่วยให้รัฐสามารถระบุปัญหาและประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ข้อมูลความรู้ในด้านอื่น ๆ เช่น สังคม และเศรษฐกิจ ก็มีความสำคัญไม่แพ้กันในการทำให้การตัดสินใจทางนโยบายครอบคลุมยิ่งขึ้นหรือไม่สร้างผลกระทบทางลบที่มากเกินไป

กลไกที่สอง กลไกทางด้านข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร นับว่าเป็นส่วนเติมเต็มที่สำคัญที่สุดในการบริหารจัดการสาธารณะในสถานการณ์ฉุกเฉิน การสื่อสารต้องเน้นไปที่การสื่อสารความเสี่ยง เพราะว่าการสร้างความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงคือหลักสำคัญในการโน้มน้าวให้ประชาชนปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมท่ามกลางวิกฤติและสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนต่าง ๆ (Weible et al., 2020) กลไกนี้นับว่าใช้ต้นทุนน้อยกว่ากลไกอื่น ๆ ถ้าออกแบบได้ดีจะเสริมหนุนกลไกการสั่งการและการบังคับบัญชาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะว่าจะช่วยให้รัฐสามารถกำกับทิศทางหรือส่งอิทธิพลต่อการตัดสินใจหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และสร้างความสิ้นไหลของการประสานงานต่าง ๆ ในทางปฏิบัติ กลไกการสื่อสารนี้ต้องมุ่งสร้างประโยชน์ในหน่วยงานของรัฐให้สามารถตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น และพัฒนาระบบความร่วมมือในเครือข่ายการอภิบาล รัฐจะตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพได้ดีต้องอาศัยการประสานความร่วมมือ (coordination) ในระยะสั้นบนตัวกิจกรรมที่หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการอยู่ อาจจะเป็นไปในรูปแบบของการตั้งเครือข่ายข้ามสายงานในภาครัฐ เพื่อแพร่กระจายข้อมูลข่าวสาร อันจะทำให้การประสานความร่วมมือเป็นไปในลักษณะเชิงรุก ไม่ใช่เพียงเป็นความร่วมมือที่รอคำสั่งทางบริหาร ประโยชน์ของกลไกด้านข้อมูลข่าวสารนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเครือข่ายของการอภิบาลของรัฐเท่านั้น แต่ยังมีประโยชน์อย่างมากในแง่ของการสื่อสารกับสาธารณะในวงกว้างอีกด้วย รัฐสามารถชี้แนะการกระทำและการใช้ชีวิตของสาธารณชนและภาคส่วนอื่น ๆ ได้โดยการสื่อสารข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะผ่านช่องทางการสื่อสารสมัยใหม่ต่าง ๆ

เช่น เฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ เป็นต้น (Simon, Goldberg, & Adini, 2015; Black et al., 2015; Yun et al., 2016) นอกจากนี้ ความเป็นผู้นำทางการสื่อสารก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ (Warrell, 2020; Heijmans & Gale, 2020; Mendy, Stewart, & VanAkin, 2020) การสื่อสารอย่างชัดเจน มีความต่อเนื่องสอดคล้องกัน และตรงไปตรงมาส่งผลอย่างมากต่อประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสาธารณชน

กลไกที่สาม กลไกในทางดำเนินการในทางปฏิบัติ กลไกนี้เน้นย้ำบทบาทของรัฐในฐานะเป็นผู้ควบคุมการเคลื่อนที่ของทรัพยากรและข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ (gatekeeper) กล่าวคือการดำเนินการทางนโยบายตอบโต้ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสไม่ได้มีเพียงรัฐบาลเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติแต่เพียงผู้เดียว รัฐต้องทำให้แน่ใจว่าทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติและการรักษาความสัมพันธ์ของหน่วยงานนั้น ๆ ที่มีต่อหน่วยงานอื่น ๆ ดังนั้น กลไกในทางดำเนินการในทางปฏิบัติจึงต้องมีประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัติ รัฐต้องตรวจสอบความชำนาญและศักยภาพของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติต่าง ๆ ว่ามีเพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเมินบทบาท ความรับผิดชอบ และทรัพยากรของหน่วยงานนั้น ๆ ว่ามีคุณสมบัติเพียงพอต่อการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินที่สำคัญ รัฐควรให้การสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ นอกเหนือที่มีศักยภาพแต่ขาดแคลนทรัพยากร นอกจากนี้ การมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อประสานความสัมพันธ์กับภาคส่วนต่าง ๆ ที่ดำเนินการตามนโยบายโดยมีการตกลงถึงรูปแบบของความร่วมมือและการมีปัญหาร่วมกันจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Hicklin et al., 2009; Kapucu, Arslan, & Collins, 2010; Nohrstedt, 2018)

วิธีการศึกษา

การวิจัยชิ้นนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ข้อมูลจากนโยบายและกฎหมายต่าง ๆ ของรัฐที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มาตรการต่าง ๆ ของรัฐที่รายงานทางสำนักข่าว รายงานสถานการณ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ อาทิ กรมควบคุมโรค ระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ.2563 ประกอบกับการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายด้านการจัดการโควิด-19

ภาพรวมนโยบายและกลไกของรัฐในการการป้องกันและควบคุมโควิด-19

ในระยะแรกเริ่มของการแพร่ระบาด นโยบายและกลไกการอภิบาลของรัฐเพื่อรับมือกับวิกฤติสุขภาพนี้เป็นไปอย่างกระจัดกระจาย แยกส่วน และไม่เป็นระบบ โดยภาวะความรับผิดชอบสำคัญส่วนมากขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขและกลไกทางสุขภาพ รัฐบาลยังไม่มียุทธศาสตร์เป็นการเฉพาะใด ๆ ที่คัดค้านหรือนำไปปฏิบัติเพื่อรับมือกับวิกฤติแบบบูรณาการ นอกจากนี้ รัฐบาลยังแสดงออกถึงปัญหาในการตัดสินใจที่ล่าช้าในช่วงที่เกิดการระบาดสู่ไทยในระยะแรก เช่น มิได้มีการประกาศให้หน้ากากอนามัยเป็นสินค้าควบคุมตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนสินค้าขาดตลาด (กว่ารัฐบาลจะมีการประกาศมาตรการที่ชัดเจนก็ล่วงเลยไปจนถึงปลายเดือนมีนาคม) การเปิดรับนักท่องเที่ยวจากจีนช่วงตรุษจีนในเดือนมกราคม การที่ผู้นำรัฐบาลและผู้มีอำนาจในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับคำวิจารณ์จำนวนมากถึงรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับการรับมือวิกฤติ หรือความล้มเหลวในการควบคุมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด super spreader อย่างกรณีสนามมวยลุมพินี เมื่อวันที่ 6 มีนาคมที่ผ่านมาที่รัฐบาลที่มีการออกมติดคณะรัฐมนตรีขอความร่วมมืองดการชุมนุมแต่ยังมีการจัดแข่งกีฬามวยจนเกิดผู้ติดเชื้อจำนวนมาก

อย่างไรก็ตาม บทบาทของรัฐบาลและนโยบายเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 เริ่มปรากฏขึ้นในช่วงกลางเดือนมีนาคม อาทิ การที่คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้มีมติรับทราบและอนุมัติขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่: กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระยะการระบาดในวงจำกัด (ระยะที่ 2) พร้อมตั้งกองทุนสมทบเพื่อป้องกัน COVID-19 ทั้งนี้ การดำเนินมาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาลนั้นเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นผ่านการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก.ฉุกเฉินเป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2563 (รอบแรก) เพื่อยกระดับในการดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19

ในการประกาศนี้ มีการยกระดับศูนย์ข้อมูลโควิดขึ้นเป็นศูนย์อำนวยการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินและเตรียมจัดตั้งคณะทำงานและบัญญัติข้อกำหนดต่าง ๆ ซึ่งพรก.ฉุกเฉินนั้นให้อำนาจรวมศูนย์อยู่ที่ “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)” (ศบค.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานหน้าที่และอำนาจหลักของ ศบค. คือการกำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนใน

การบริหารสถานการณ์ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สั่งการให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐปฏิบัติภายในขอบเขตหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย กำกับดูแล ควบคุม ติดตามการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบริหารจัดการเรื่องข้อมูลที่ได้รับรายงาน (Prime Ministerial Order 76/2563)

โครงสร้างภายในของ ศบค. ประกอบไปด้วยศูนย์ต่าง ๆ จำนวน 10 ศูนย์ อาทิ สำนักเลขาธิการ มีรองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมืองที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นหัวหน้าสำนักงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดต่อเชื้อโคโรนา 19 มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าศูนย์ และศูนย์ปฏิบัติการกระจายหน้ากากและเวชภัณฑ์สำหรับประชาชน มีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นหัวหน้าศูนย์ เป็นต้น โดยที่ศูนย์เหล่านี้ล้วนมีข้าราชการระดับปลัดกระทรวงหรือเทียบเท่าเป็นหัวหน้าดำเนินการ หัวหน้าศูนย์มีอำนาจกำหนดองค์ประกอบของสำนักงานและศูนย์ปฏิบัติการได้ตามความเหมาะสม โครงสร้างเช่นนี้สะท้อนถึงการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ข้าราชการอย่างชัดเจน

การตั้ง ศบค. นี้มาพร้อมกับการตั้งกลไกการอภิบาลด้านการสื่อสารให้รวมศูนย์อยู่ที่จุดเดียว กล่าวคือ การแถลงข่าวรายงาน โดยมีเนื้อหาเน้นไปที่การรายงานสถานการณ์โควิด-19 รายวันและรายละเอียดของการประกาศเคอร์ฟิว การชี้แจงมาตรการเยียวยาต่าง ๆ การผ่อนปรนเมื่อมีการคลายล็อกดาวน์ พร้อมกับเป็นผู้ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับมาตรการของรัฐและให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันแก่สังคม

กลไกทางการอภิบาลทางสาธารณสุขกับการป้องกันและควบคุมโควิด-19

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การดำเนินนโยบายและกลไกการรับมือวิกฤติสุขภาพนี้ของประเทศไทยในภาพรวมยังมีส่วนที่พัฒนาและปรับปรุงได้อีกมาก อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญและพิสูจน์ว่ามีศักยภาพและประสิทธิภาพในการรับมือกับวิกฤติครั้งนี้ คือ กลไกทางสาธารณสุข ที่ถึงแม้ว่าจะขาดแคลนทรัพยากรหรือไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร แต่ก็ยังตอบสนองอย่างรวดเร็วและทันสถานการณ์ ศักยภาพนี้เองสะท้อนผ่านกลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ กลไกการตัดสินใจ กลไกการสื่อสาร และกลไกการปฏิบัติ

1. กลไกการตัดสินใจทางสาธารณสุขของประเทศไทย

ก่อนการตั้ง ศบค. และการใช้พรก.ฉุกเฉินฯ การสื่อสารของภาครัฐเกี่ยวกับวิกฤติสุขภาพล้วนแต่ดำเนินการโดนหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขผ่าน สธ. โดยทั่วไปแล้ว สธ. นั้นมีกลไกด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการ

ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินเรียกว่า “กองสาธารณสุขฉุกเฉิน” อันอยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม สธ. ได้คาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถจัดเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ผิดปกติและส่งผลกระทบต่อวงกว้าง กล่าวคือ เป็น “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” (public health emergency) (โปรดดูกรมควบคุมโรค, 2558ก) ในกรณีนี้ สธ. จึงได้เปิด “ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน” หรือ EOC (Emergency Operation Center) ภายใต้การบริหารของกรมควบคุมโรค ตั้งแต่ช่วงต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 (วันที่ 3 มกราคม) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยยังไม่ตรวจพบผู้ติดเชื้อรายแรก และเชื้อไวรัสตัวนี้ยังไม่ได้รับการขนานนามว่าโควิด-19 อย่างที่รับรู้กันทั่วโลก แต่ สธ. ได้ตระหนักถึงผลกระทบและแนวโน้มของการระบาดที่จะมีขึ้นตั้งแต่การแพร่ระบาดได้รับการยืนยันในประเทศจีนในช่วงเดือนธันวาคมของปีก่อนหน้า การตอบสนองของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสตัวใหม่ที่รวดเร็วนี้ได้รับการยกย่องอย่างกว้างขวางและตัวแบบให้กับหลายประเทศในเวลาต่อมา (WHO, 2020; Thailand today, 2020)

ดังนั้น ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินคือกลไกหลักทางการตัดสินใจด้านสาธารณสุขในการรับมือของวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ โดยนิยามแล้ว ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน หมายถึง “สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน” (Department of Disease Control, 2015a, p. 18)

การเปิดศูนย์ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่กำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติของ สธ. กล่าวคือ เพื่อเป็นการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน “หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการ ตามแผนจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อบัญชาการเหตุการณ์ ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ส่งทีมเข้าพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือและบรรเทาความสูญเสียต่อสุขภาพของผู้ประสบเหตุ และดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคระบาด หรือผลแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งในการดำเนินการจะระดมทรัพยากรที่เตรียมพร้อมไว้เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” (Department of Disease Control, 2015a, p. 23)

หลังจากกระทรวงสาธารณสุขมีการแถลงยืนยันตรวจพบผู้ติดเชื้อรายที่ 3 และรายที่ 4 ในวันที่ 22 มกราคม กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับศูนย์ปฏิบัติการ

ภาวะฉุกเฉินเป็นระดับที่ 3 (หลังจากที่เพิ่งเพิ่มเป็นระดับ 2 ในวันที่ 14 มกราคม) (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน, 2563, มกราคม 22) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อให้มีการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น 2) เสริมหนุนการทำงานของระบบการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยที่มาจากต่างประเทศ โดยเฉพาะการคัดกรองใช้ ณ ท่าอากาศยานสำคัญ 3) เพิ่มการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน และ 4) สนับสนุนการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศผ่านกระบวนการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานรัฐต่าง ๆ องค์การอนามัยโลก และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการยกระดับในครั้งนี้ นับเป็นการยกระดับมาตรการให้มีมาตรฐานระดับสูงที่สุดเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นสาธารณสุขขนาดใหญ่และมีผลกระทบรุนแรงกว้างขวาง รวมไปถึงต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั่วประเทศในการดำเนินการ (Department of Disease Control, 2015a)

การทำงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการที่เรียกว่า “ระบบบัญชาการเหตุการณ์” (incidence command system: ICS) โดยผู้ที่สั่งการคือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หลักการนี้ได้แบ่งกลุ่มโครงการหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ออกเป็น 4 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ กลุ่มงานที่เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์และสกัดองค์ความรู้ กลุ่มงานด้านปฏิบัติการที่ทำหน้าที่ควบคุมโรคในพื้นที่ กลุ่มงานสนับสนุน (เช่น การสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง) และกลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยง (ซึ่งได้กล่าวไปแล้วข้างต้น)

จากการสัมภาษณ์คุณหมอแนน ผู้บริหารหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือกับโควิด-19 พบว่า ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินนี้มีการประชุมทุกวันในช่วงเช้าเพื่อวางแผนและจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ คุณหมอแนน กล่าวเพิ่มเติมว่า ก่อนมี ศบค. ของรัฐบาล สธ. รับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 บนฐานของการปฏิบัติราชการตามปกติ กล่าวคือ สธ. เป็นเจ้าภาพหลักการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ซึ่งถือเป็นภารกิจหลักของกระทรวง ภายใต้การทำงานนี้ สธ. มีหน้าที่รายงานให้นายกรัฐมนตรีทราบถึงสถานการณ์และการทำงานต่าง ๆ การรายงานนี้ดำเนินการผ่านกลไกของสำนักนายกรัฐมนตรีซึ่งในขณะนั้นยังไม่มี การริเริ่มปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินใด ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภาครัฐล้วนพึ่งพากระบวนการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของ สธ. อย่างไรก็ตาม เมื่อสถานการณ์ มีความซับซ้อนและจัดการได้ยากขึ้น มีความเกี่ยวพันกับภาระหน้าที่ของกระทรวงอื่น ๆ

นอกเหนือจาก สธ. เช่น สถานการณ์ด้านการเดินทางภายในและระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงคมนาคมและกระทรวงการต่างประเทศ เป็นต้น ตลอดจนมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์จะยืดเยื้อ กลไกสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการรับมือกับสถานการณ์ ความจำเป็นต้องใช้กลไกของกระทรวงต่าง ๆ ที่มากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่รัฐเริ่มให้ความสำคัญ การพัฒนาระบบการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของการแพร่เชื้อโควิด-19 ในส่วนกลางระดับประเทศจึงเริ่มขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม เพื่อให้มีการจัดวางภารกิจ (alignment) และการประสานงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เหมาะสม

...เมื่อเราดูสถานการณ์ในประเทศและพบว่า กลุ่มเสี่ยงสำคัญ มาจากการที่ยังมีการเดินทางเข้ามาจากต่างประเทศโดยเราคาดการณ์ไม่ได้ เราจะลดความเสี่ยงในการควบคุมโรค เรามีความจำเป็นต้องลดระดับการเดินทางระหว่างประเทศลง... เรื่องนี้ต้องควรเข้าที่ประชุมเพื่อตัดสินใจ เพราะว่าอยู่ ๆ เราจะไปบอกว่าให้เครื่องบินระหว่างประเทศหยุดบินเข้าประเทศ มันไม่ได้เพราะว่ามันไม่ได้เกี่ยวกับเพียงประเทศของเรา มันเกี่ยวข้องกับหลายประเทศและกฎหมายสากลต่าง ๆ ที่ต้องสนใจ การยกระดับการปฏิบัติการจากระดับกระทรวงไปเป็นระดับรัฐบาล เป็นการรวบรวมการปฏิบัติการไว้ที่สำนักนายกฯ หรือที่รัฐบาล... เรื่องนี้เป็นเรื่องทุกประเทศต้องตัดสินใจ คือว่าเมื่อไรต้องดึงกระบวนการของการจัดการออกมาจากระบบปกติของกระทรวง... เมื่อเกิดอุบัติเหตุ เราต้องลดขั้นของการสั่งการลง หลายเรื่องต้องตัดสินใจและดำเนินการให้ทันกับสถานการณ์... เราไม่สามารถสั่งการหรือทำงานข้ามกระทรวงได้ในระบบการปฏิบัติราชการปกติ และเราจะไปดำเนินการโดยลำพังก็ไม่ได้... การมี ศบค. ซึ่งเป็นกลไกของสำนักนายกฯ ทำให้เราสามารถทำงานข้ามไปกระทรวงอื่นได้

(หมอนเนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

2. กลไกการสื่อสารทางสาธารณสุขของประเทศไทย

การเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินนี้ มาพร้อมกับการริเริ่มกลไกการสื่อสารที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ การรายงานสถานการณ์ของโรคที่มาจาก การติดเชื้อไวรัสในชื่อ “รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา

สายพันธุ์ใหม่ 2019” (ซึ่งภายหลังได้ตัดคำว่า “โรคปอดอักเสบ” ออกไปจากชื่อของ รายงานตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์) โดยมีเนื้อหาประกอบไปด้วย 5 ส่วนสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์ในต่างประเทศ มาตรการในต่างประเทศ สถานการณ์ภายในประเทศ มาตรการในประเทศไทย และการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน โดยมีข้อความสำคัญที่สื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน คือ

...ขอให้ประชาชนปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคขอให้กักกันตัวเองที่บ้าน ให้ครบ 14 วัน แยกของใช้ส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลา เพื่อไม่แพร่เชื้อให้คนในครอบครัว วงด็กิจกรรมทางสังคม ส่วนประชาชนทั่วไปขอให้หมั่นล้างมือบ่อย ๆ สวมหน้ากากอนามัย ไม่ไปในที่ที่มีคนแออัด หากมีไข้ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ มีน้ำมูก ปวดเมื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันทีพร้อมแจ้งประวัติการเดินทาง/ประวัติความเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัย การรักษา และเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายในวงกว้าง (Emergency Operation Center, 2020, 16 March)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องของด้านการสื่อสารความเสี่ยงของหน่วยงานทางสาธารณสุข พบว่าข้อความสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนมีพัฒนาการที่สามารถจัดได้เป็น 4 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะที่หนึ่งที่เน้นรณรงค์ให้ประชาชนกินร้อน ช้อนกลาง และล้างมือ ต่อมาในระยะที่สองจึงเป็นการรณรงค์ให้ประชาชนใส่หน้ากากอนามัย การรณรงค์เรื่องเว้นระยะห่างทางสังคม (ซึ่งภายหลังปรับเปลี่ยนเป็นเพียง “เว้นระยะห่าง”) ถือเป็นการรณรงค์ในระยะที่สาม ในระยะที่สี่คือการรณรงค์ให้ใช้ช้อนของตัวเองและหน้ากากผ้าเพื่อลดปัญหาการขาดแคลนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ การจัดให้มีการแถลงข่าวภายใต้ “ศูนย์แถลงข่าวโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019” เพื่อรายงานสถานการณ์และเผยแพร่ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตลอดจนแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดดังกล่าวเป็นประจำทุกวัน การแถลงข่าวและข้อมูลนี้ได้รับการถ่ายทอดสดและนำไปเผยแพร่ต่อในหลายช่องทางทั้งจากสำนักข่าวและสื่อสังคม (social media) เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารกระจายไปสู่สาธารณชนให้มากที่สุด ผู้ที่ทำการแถลงมักประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัด สธ. ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ

การจัดการโรค มีทักษะการสื่อสารที่ดี และมีความรับผิดชอบในการดำเนินนโยบายจัดการและควบคุมเชื้อโควิด-19 การแถลงข่าวเช่นนี้นับเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่ดีในภาวะฉุกเฉิน

ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมและเดือนมีนาคม การแถลงข่าวนี้จัดขึ้นในช่วงระหว่าง 10.00 น. และเที่ยงตรงของทุกวัน แต่ภายหลังในเดือนมีนาคมนับแต่มีการประกาศจัดตั้ง ศบค. ของรัฐบาล การแถลงข่าวของ สธ. เลื่อนเป็นช่วงบ่าย (โดยส่วนมากอยู่ระหว่าง 13.00 น. และ 15.00 น.) เนื่องจากให้ ศบค. แถลงข่าวในช่วงเช้าแทน ดังนั้น การมีระบบการแถลงข่าวทุกวันที่มาจากการประชุมการสื่อสารความเสี่ยง นับเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้ข้อมูลเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น และเป็นทางเลือกที่แน่นอนกับประชาชน

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการแถลงข่าวต่าง ๆ เป็นภารกิจของกลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จากการสัมภาษณ์คุณหมอดลลวดี โฆษกประจำหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในกลุ่มงานสื่อสารดังกล่าว พบว่ากลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงมีหน้าที่หลัก 2 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) การเฝ้าระวังและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารและความเสี่ยงจากสื่อต่าง ๆ ร่วมกับประเมินการรับรู้ของสาธารณะ เพื่อจัดทำแผนการสื่อสารและการตอบโต้ที่เหมาะสมและรวดเร็ว และ (2) การจัดทำข้อมูลข่าวสารและประเด็นข่าว (press release) ที่ถูกต้องแม่นยำ และครบถ้วน เหมาะกับสถานการณ์และเป้าหมาย พร้อมกับสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงผ่านช่องทางที่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ นับแต่เดือนมกราคมเป็นต้นมา กลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงมีการประชุมในตอนเช้าเป็นประจำทุกวัน ทั้งที่ประชุมภายในที่ทีมงานกันเองและร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรวบรวมและสกัดเอาข้อมูลที่สำคัญมาเผยแพร่ต่อแก่สาธารณชนผ่านทางกลไกต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแถลงข่าวซึ่งนับเป็นรูปแบบการสื่อสารกับสาธารณะที่สำคัญที่สุด

...ในช่วงเริ่มแรกของการระบาด งานสื่อสารความเสี่ยงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะประเทศไทยยังไม่มี ศบค. มีแต่การแถลงจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว ช่วงนั้นตึงเครียดมาก ทุกคนจะรอฟังกระทรวงสาธารณสุข พอมี ศบค. เราก็แบ่งคนส่วนหนึ่งไปช่วย ศบค. การสื่อสารของกระทรวงจึงต้องปรับบทบาท จากที่สื่อสารตัวเลขสถานการณ์ และข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ไปเป็นเชิงวิชาการมากขึ้น เชิงตอบข้อสงสัย [ทางการแพทย์และสาธารณสุข] ของประชาชนมากยิ่งขึ้น ให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น

(หมอคลวาร์ด, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

อันที่จริง กลไกการสื่อสารของ สธ. นี้ไม่ได้เป็นเอกภาพมาตั้งแต่ต้น เนื่องจาก สธ. เป็นกระทรวงใหญ่ที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานย่อย ๆ เป็นจำนวนมาก แต่ละหน่วยงานก็ล้วนมีความชำนาญเป็นของตัวเอง

...การสื่อสารภายในช่วงแรก ๆ ของกระทรวงค่อนข้างสะเปะสะปะ ไม่ค่อยได้คุยกัน พอได้รับมอบหมายให้ทำเรื่อง social distancing แต่ละหน่วยก็ต่างคนต่างทำ อย่างไรก็ตาม ต่อมา มีการจัดการใหม่ โดยให้กรมสุขภาพจิตและกรมอนามัยเป็นคนทำเรื่อง social distancing งานก็จะชัดมากขึ้น... พอได้รับคำสั่งงาน ทุกคนก็อยากเปิดเพจเป็นของตัวเอง ช่วงแรกมีเพจเกี่ยวกับโควิดเยอะมาก ตอนหลังเขาให้จัดมารวมกัน กลายเป็นเพจเดียว ชื่อ “ไทยรู้สู้โควิด” เพจที่มีอยู่จึงปิดหึงและมาระดมทรัพยากรลงกับเพจใหม่นี้ กลายเป็นช่องทางกลาง

(หมอคลวาร์ด, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

จะเห็นได้ว่า ในเวลาต่อมาไม่นานนัก สธ. ก็ได้พัฒนาระบบการสื่อสารที่ชัดเจนอย่างที่ปรากฏนับแต่ช่วงเดือนกุมภาพันธ์เป็นต้นมา

...เรื่องที่ใหญ่ก็สื่อสารในนามกระทรวง เรื่องที่ขอยกลงมาก็เป็นเรื่องของแต่ละกรม กระทรวงไม่สามารถดึงเรื่องราวทุกอย่างไปทำเองได้หมด เพราะในทางการบริหาร กระทรวงก็ต้องเปิดพื้นที่ให้กรมแต่ละกรมได้แสดงผลงานของตัวเองด้วย ยกเว้นแค่เรื่องใหญ่ใจความจริง ๆ ที่กระทรวงต้องเป็นคนดู

(หมอคลวาร์ด, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

เมื่อเราพิจารณาว่าภายหลังการมี ศบค. ซึ่งบริหารโดยส่วนกลางนำโดยนายกรัฐมนตรี กิจกรรมต่าง ๆ ที่ สธ. เคยทำมาเพื่อรับมือกับโควิด-19 ก็จะทำให้เห็นว่า ศบค. ได้ดำเนินการด้วย โดยเฉพาะในช่วงแรกของการตั้ง ศบค. ในปลายเดือนมีนาคมนั้น เราจะเริ่มเห็นว่ามีความพยายามในการแถลงข่าวคู่ขนาน การแถลงหนึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุข อีกแถลงหนึ่งจัดโดย ศบค. และรัฐบาล

ในช่วงที่เริ่มมีการตั้ง ศบค. ซึ่งนำมาสู่การแถลงข่าวของ ศบค. เองเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการโควิด-19 เราจะเห็นถึงความพยายามในการแถลงข่าวที่มีเนื้อหาทับซ้อนกันของหน่วยงานทางสาธารณสุขและรัฐบาล ในกรณีนี้ สธ. มีการหารือกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของการแถลงข่าวของกระทรวง การทบทวนนี้รวมไปถึงการทบทวนว่าควรจะมีการแถลงข่าวของกระทรวงต่อไปหรือไม่ หรือควรจะทำให้มีการย้ายทรัพยากรทั้งหมดไปที่ ศบค.

...วันนั้นเรามีการคุยกันเยอะ เพราะว่าแถลงตอนแรกนั้นเวลาตรงกันเลย เดิมกระทรวงก็แถลง 11 โมง พอรัฐบาลตั้งโฆษกมี ศบค. ก็เริ่มมีการประกาศว่า ศบค. จะแถลง 11 โมง ตอนนั้นก็นำมาสู่การอภิปรายว่าเราจะยุติการแถลงในระดับกระทรวงเลยดีไหม ขนทุกสรรพกำลังไปดำเนินการที่นั่น [ศบค.] แต่ว่าเราก็ได้มีการวางแผนล่วงหน้า เราพบว่าการแถลงของ ศบค. มีหลายเรื่องที่เป็นเรื่องทางการบริหารภาวะอุบัติเหตุตัวนี้ ศบค. คงไม่สามารถพูดเฉพาะเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเดียวได้ เพียงแต่ว่าช่วงต้น ๆ ที่สถานการณ์ค่อนข้างรุนแรง [เดือนมีนาคม] เลยดูเหมือนว่าน้ำหนักของการแถลงของ ศบค. จะเหมือนการแถลงแทนกระทรวงสาธารณสุขเลย เพราะว่าสถานการณ์ยังรุนแรงอยู่มาก ความสนใจและความต้องการรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนยังอยู่ที่การแพร่ระบาดของโรคเสียมาก การคาดการณ์

ตั้งแต่ต้นของเรอบอกชัดว่า [การแถลงข่าว] ต้องแยกกัน แต่กระทรวงเลือกปรับ ไม่พูดเรื่องสถานการณ์เป็นหัวข้อหลัก เพราะว่า ศบค. แถลงไปแล้วก่อนหน้านี้เป็นหลัก ทาง ศบค. ก็ยังแจ่มมาว่าอยากให้ทางกระทรวงสาธารณสุขติดตามและอธิบาย ขยาย ใช้เวลาเพิ่มเติม แถลงเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เพราะยังมีปัญหาที่ก็มีประเด็นหลักเรื่องโรค แต่เพื่อที่ว่าจะได้ไม่ไปเบียดเวลาของส่วนกลาง ให้เขาแถลงจบ ทางเราก็มาใช้เวลาต่อในการแถลงของเรา ซึ่งเราใช้เวลาอยู่สักกระยะนึง ถ้าดูระยะแรกการแถลงข่าวแบบนี้ยังไม่ลงตัวดี กระทรวงเลยคิดว่าเราจะปรับการแถลงข่าวเป็นอย่างไรดี เพราะที่ผ่านมามีเราเป็นคนทำหน้าที่แถลงสถานการณ์ เราเลยต้องมาออกแบบว่า ถ้ามันเราต้องขยับวิธีการแถลงของกระทรวง เนื่องจาก การแถลงสถานการณ์ของเราจะเป็นการแถลงซ้ำ เราต้องดูว่าอะไรที่จะเป็นการสื่อสารกับประชาชนเพิ่มเติมในเรื่องทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยจากโรคให้สาธารณะ

(หมอเนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

ในการนี้ ภายหลังจากการมี ศบค. กลไกแถลงข่าวของ สธ. ก็ต้องปรับตัวจากการสัมภาษณ์หมอคลาวด์ พบว่า สธ. เป็นฝ่ายที่จะต้องปรับตัวเป็นหลักทั้งที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและดูแลงานในส่วนนี้มาก่อน

...ถ้ากระทรวงสาธารณสุขไม่มีการแถลงข่าวเลย ก็คงดูประหลาดนะ เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องทางสาธารณสุข แต่เราจะไม่แถลงซ้ำ และก็ไม่แถลงก่อน... คิดในมุมลำดับขั้นของอำนาจรัฐก็คงถูกต้อง เหมือนกับให้อธิบดีพูดเปิดก่อนและผู้อำนวยการมาพูดตาม จริง ๆ ศบค. ก็มีอำนาจมาสั่งให้เราไม่แถลงได้นะ แต่เขาก็ไม่สั่ง เขาก็คงเห็นว่าจะให้ ศบค. แถลงเองทั้ง 2 ชม. ก็คงจะไม่ไหว เขาก็เปิดโอกาสให้กระทรวงแถลงในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป

(หมอคลาวด์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

สภาพการณ์เช่นนี้ ได้เน้นย้ำถึงลำดับบังคับบัญชาของกลไกรัฐที่อาจสะท้อนความไม่ลงรอยหรือความสับสนในการประสานงานในการอภิบาลภาครัฐทางสาธารณสุข ในทางปฏิบัติ หมอแผนกอธิบายเพิ่มเติมว่า

...ยังไงเราก็ต้องยอมรับว่ามีมีการจัดการอยู่ 2 ทีมแต่ว่าข้อมูลหลักจะมาจากการประชุมตอนเช้าที่ประชุมร่วมกัน... ข้อมูลหลักที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคก็ยังเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่เกี่ยวกับทางสาธารณสุขก็ยังคงมาจากต้นทางเดียวกัน แต่แน่นอน ข้อมูลเหล่านี้ก็ถูกกลั่นกรองอีกรอบหนึ่งโดย ศบค. เอง เนื่องจากเขามีคณะกรรมการที่นั่นอีกชุดหนึ่งที่เตรียมการก่อนการแถลงข่าวของเขา น้ำหนักหรือข้อมูลที่แถลง [ของศบค.] จึงไม่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว ข้อมูลจึงมาจากการวิเคราะห์ของทีมรัฐบาล... ที่ศบค. ก็จะมีห้องของกระทรวงที่เราจะต้องส่งคนเข้าไปสนับสนุน

(หมอแผนก, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

อย่างไรก็ดี การเข้ามาของการแถลงข่าวของ ศบค. ก็นับว่าสร้างประโยชน์ให้กับการแถลงของ สธ. อยู่บ้างเช่นกัน หมอคลาวด์ เล่าปัญหาที่มีแต่เดิมของการแถลงข่าวโดย สธ. และทิศทางที่ดีขึ้นของการแถลงข่าวหลังมี ศบค. ว่า

...การแถลงข่าวแค่เวลา 1 ชั่วโมงไม่พออยู่แล้วที่จะบอกข้อมูลทุกอย่างที่ประชาชนอยากรู้ เอาแค่รายงานสถานการณ์และกลยุทธ์ที่จะทำต่อ ก็ใช้เวลาไปแล้วครึ่งชั่วโมงหรือ 45 นาที เพราะฉะนั้นเรื่องที่ถูกมองว่าเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เรื่องสุขภาพจิต จึงใส่เข้าไปไม่ได้เลย พอพบทบทถูกเปลี่ยน การแถลงข่าวของกระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มผ่อนคลายมากขึ้น พูดเรื่องเฉพาะทางได้มากขึ้น แต่ประชาชนก็สนใจน้อยลง

(หมอคลาวด์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

นอกจากเรื่องการปรับทิศทางของการสื่อสาร หากมองในแง่ของการอภิบาลภาครัฐโดยรวม อาจตั้งข้อสังเกตได้ว่าการเกิดขึ้นของกลไกการสื่อสารของ ศบค. คือความพยายามถ่วงดุลอำนาจภายในระบบราชการผ่านการกระจายการกระตุกตัวของ

ข้อมูลออกจาก สธ. กล่าวคือไม่ให้มีหน่วยราชการหนึ่งใดผูกขาดข้อมูลข่าวสารแม้อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน การสื่อสารในช่วงวิกฤตินี้จึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางอำนาจภายในระบบราชการอย่างน่าสนใจซึ่งต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

3. กลไกในการปฏิบัติทางสาธารณสุข

การดำเนินการควบคุมโรคในทางปฏิบัตินั้น ดำเนินการผ่านกลุ่มงานปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคอันเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานด้านปฏิบัติการของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน มีหน้าที่สำคัญในการจัดระบบการปฏิบัติการภาคสนามเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ การสอบสวนควบคุมโรคต้องให้ความสำคัญกับการประเมินขนาดความรุนแรง การกระจายของปัญหา รายงานสถานการณ์และผลไปที่ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินแบบทันทีในขณะปัจจุบัน (real time) และปฏิบัติการควบคุมสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่

การดำเนินการดังกล่าวทางสาธารณสุขในการควบคุมโรคนั้นขึ้นอยู่กับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งเป็นกฎหมายสำคัญที่สุดของประเทศที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อ กฎหมายนี้ได้ให้อำนาจหน้าที่ที่สำคัญกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาทิ การออกประกาศกำหนดชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การกำหนดช่องทางเข้าออกในประเทศให้เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศได้ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรค การประกาศให้ท้องที่หรือเมืองท่าใดนอกราชอาณาจักรเป็นเขตติดโรค การจัดให้มีโครงสร้างคณะกรรมการโรคติดต่อระดับชาติและระดับจังหวัด และการแต่งตั้ง “เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ” ให้สามารถปฏิบัติการด้วยอำนาจหน้าที่ตาม พรบ.ควบคุมโรคนี้ (มีการแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 3 ฉบับ ภายในระยะเวลา 2 เดือน) พรบ.โรคติดต่อ 2558 นี้จึงเป็นฐานคิดของอำนาจหน้าที่และการดำเนินการทางสาธารณสุขทั้งหมดเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนา-19 (โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามวิธีปฏิบัติราชการปกติก่อนมี ศบค. ดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น) ตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อโคโรนา-19 ภายในประเทศในเดือนมกราคม นอกจากนี้ หลังจากเริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ภายในประเทศ มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญตาม พรบ.ควบคุมโรค พ.ศ. 2548 จำนวน 9 ฉบับ อาทิ เรื่องเกี่ยวกับชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย เรื่องท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดต่อกับอันตราย เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด พ.ศ. 2563 เป็นต้น เพื่อสร้างระบบ

ในการดำเนินงานทางสาธารณสุขในการรับมือของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เมื่อพิจารณาถึงกรอบในการกำกับกลไกการดำเนินการทางปฏิบัติของการควบคุมโรคในวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ เราจะเห็นกฎหมายสำคัญ 2 ฉบับ ได้แก่ พรก. ฉุกเฉิน อันเป็นเครื่องมือของกลไกรัฐโดยรวมและ พรบ. โรคติดต่อฯ ที่เป็นเครื่องมือหลักของกลไกทางสาธารณสุข กฎหมาย 2 ฉบับนี้โดยเนื้อหาสาระแล้วคือเครื่องมือของรัฐเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะมีลำดับชั้นทางกฎหมายไม่เท่ากันเป็นธรรมดา แต่โครงสร้างการให้อำนาจและกลไกภายในนั้นมีลักษณะที่เหมือนหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกันค่อนข้างมาก กล่าวคือ เครื่องมือทั้งสองชิ้นนี้คือการสร้างโครงสร้างเชิงอำนาจและการประสานงานในการรับมือและจัดการกับสถานการณ์เฉพาะซึ่งในที่นี้คือ โควิด-19

อย่างไรก็ตาม พรก. ฉุกเฉิน มีเนื้อหาที่เน้น “การห้าม” เป็นสำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะที่ พรบ. โรคติดต่อฯ ได้นำเสนอแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยในการควบคุมโรคโดยตรง โดยความแตกต่างที่สำคัญที่สุดระหว่างกฎหมาย 2 ฉบับนี้ คือ การสร้างบรรยากาศของ “ความเข้มงวด” ในการบังคับพฤติกรรมของประชาชนให้ลดความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ

หลังจากมีการรายงานว่าพบผู้ป่วยที่ยืนยันโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวนเกิน 100 คน ในวันที่ 15 มีนาคม สธ. ได้นัดหมายการประชุมนักวิชาการ รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารทั้งกระทรวงรวมหารือเกี่ยวกับมาตรการการรายงานโรค และลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ฉบับที่ 3 และ 4 พ.ศ.2563 ให้ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงข้าราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทยระดับต่าง ๆ รวมถึงข้าราชการสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเทศบาลและองค์การบริหาร ร่วมบูรณาการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของไวรัสทุกพื้นที่ (Emergency Operation Center, 2020, March 15)

ต่อมาในวันที่ 21 มีนาคม คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ส่งหนังสือด่วนถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดในฐานะประธานกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ให้จัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้านหลังจากที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวอันส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งเดินทางเพื่อกลับภูมิลำเนา เหตุการณ์นี้ได้ก่อให้เกิดการจัดตั้งทีมอาสาโควิด-19 ระดับอำเภอและหมู่บ้านเพื่อดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังผ่านกลไกสาธารณสุขในพื้นที่ (Emergency Operation Center, 2020, March 22)

การเคลื่อนย้ายของประชาชนและโรคได้กระตุ้นให้รัฐต้องจัดพื้นที่ควบคุมโรค (quarantine) เพื่อสังเกตอาการผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดย สธ. เป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับกระทรวงกลาโหมดูแลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และร่วมกับกระทรวงมหาดไทยดูแลในพื้นที่ต่างจังหวัด (Matichon Online, 2020a; Emergency Operation Center, March 22; WorkpointToday, 2020)

การจัดพื้นที่ควบคุมโรคนี้ ดำเนินไปพร้อมกันกับการใช้มาตรการการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) ในการป้องกันและควบคุมโรคตลอดจนภัยสุขภาพที่มีต่อประชาชน เนื่องจากการค้นพบผู้ป่วยในระยะแรก ๆ หรือตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่รวดเร็วและป้องกันผลกระทบจากการแพร่เชื้อที่จะเกิดขึ้นได้ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกนี้มีหลักการที่ตรงข้ามอย่างสิ้นเชิงกับมาตรการหลักที่ใช้โดยทั่วไป คือ การจัดบริการแบบตั้งรับในสถานบริการ (Passive case finding) ซึ่งใช้ทรัพยากรน้อยกว่า แต่ประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการของประชาชนและล่าช้าต่อการป้องกันและควบคุมโรค ที่ผ่านมา มีความพยายามให้นำการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกไปใช้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิดโรค เอ็ดส์ ซิฟิลิส โรคเรื้อน มาลาเรีย และโรคพยาธิใบไม้ตับ (Department of Disease Control, 2015b) ในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 นี้ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกได้กลายมาเป็นมาตรการหลักในทางปฏิบัติที่หน่วยงานทางสาธารณสุขใช้เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ที่มีความเสี่ยงอันจะนำไปสู่การป้องกันควบคุมที่รวดเร็วและเหมาะสมต่อไป มาตรการนี้ไม่ได้เป็นเพียงมาตรการทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ยังนับเป็นมาตรการทางชุมชนอีกด้วย เนื่องจากการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่นั้นต้องสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับชุมชนและสาธารณสุขในชุมชนด้วย (Matichon Online, 2020b; Hfocus, 2020d; Siamrat Online, 2020; Department of Disease Control, 2020) กลไกสาธารณสุขในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หรือแต่เดิมคือ สถานีอนามัยเดิมและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในฐานะเป็นกลไกทางการอภิบาลสาธารณสุขในพื้นที่

อสม. ถือเป็นกลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของรัฐที่มีลักษณะของการรวมเอาบทบาทของประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม กลายเป็นแขนขาของรัฐที่การสอดส่องและดูแลสุขภาพที่ดีในพื้นที่ นับแต่มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในเดือนมีนาคม อสม. นับว่ามีบทบาทอย่างมากในการเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการรณรงค์และป้องกันการระบาดของเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ (Thai Post, 2020;

Bangkokbiznews, 2020b) โครงการที่น่าสนใจที่ อสม. ได้ริเริ่ม ได้แก่ “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19” ที่ดำเนินการระหว่างวันที่ 2–26 มีนาคม 2563 ที่ให้ความรู้ คัดแยกกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม โครงการ “ค้นให้พบ จบใน 14 วัน” เริ่มวันที่ 27 มีนาคม จนถึงวันที่ 2 เมษายน 2563 อสม. ได้บุกเคาะประตูบ้านไปแล้ว 11,835,329 หลังคาเรือน และโครงการ “อสม.ร่วมใจ รณรงค์ส่งกรานต์ไทยปลอดภัยจากโควิด-19” ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ผ่านการบุกเคาะประตูบ้านทุกครัวเรือน เน้นย้ำความสำคัญมาตรการการเว้นระยะห่าง (distancing) งดการจัดเทศกาลสงกรานต์และเดินทางกลับภูมิลำเนา ดรงดน้ำดำหัว พร้อมรณรงค์ สืบสานประเพณีด้วยการสรงน้ำพระที่บ้าน แสดงความกตัญญูต่อญาติผู้ใหญ่ด้วยวิธีออนไลน์ และหากจำเป็นต้องเจอกันได้เน้นย้ำการสวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง 1–2 เมตร (Hfocus, 2020d) อสม. ยังมีบทบาทที่สำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะตามงานที่มีการรวมตัวกัน เช่น งานบุญและงานศพ พร้อมทั้งรายงานกลับไปที่กระทรวงเพื่อวางแผนดำเนินการต่อไป อสม. ยังริเริ่มกิจกรรมการส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้าน ผ่านโครงการ “Grab Drug” เพื่ออำนวยความสะดวกผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนลดความแออัดในการใช้บริการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคและประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางออกจากที่พักอีกด้วย (Emergency Operation Center, 2020, April 24)

...จริง ๆ นับว่าเป็นจุดแข็งที่ระบบสาธารณสุขเราทำทั้งเรื่องการแพทย์ และการสาธารณสุขมาด้วยกัน เพราะว่าสาธารณสุขจะเกี่ยวกับ ปัจจัยเชิงวิถีชีวิตและรูปแบบชุมชนในการทำงาน ไม่ได้เข้าใจแค่ตัวโรค อย่างเดียว... เพื่อให้ทำงานแบบนี้ได้ เราต้องมีกลไกภาคประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายและความแตกต่างกัน เราจึงมี อสม. เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับหน่วยบริการทางการแพทย์ รพสต. ซึ่งก็คือสถานีอนามัยเดิมที่ครอบคลุมลงไประดับตำบลหมู่บ้าน รวมถึงเราออกแบบ หน่วยบริการให้มีขนาดกลางที่ลงไปอยู่ในระดับอำเภอได้ ไม่ใช่มีเพียง ขนาดใหญ่... เพราะฉะนั้น รพสต. และ อสม. ที่ทำงานอยู่ในพื้นฐาน ดูแลชุมชนในเชิงการควบคุมโรคอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดัน ไข้เลือดออก จึงมีฐานข้อมูลและความรู้ของชุมชนอยู่แล้ว เราจึงใช้กลไกนี้แล้วเพิ่มความเข้าใจเรื่องการระบาดของโรคและตัวโรค อุบัติใหม่เข้าไป เขาก็ลงปฏิบัติการทำงาน ลงไปดูแลตัวชุมชนได้ทันที

โดยเฉพาะในช่วงที่เราต้องควบคุมคนที่ต้องกักตัวที่บ้านเป็นเวลา 14 วัน... เพราะคำถามที่เกิดขึ้นตอนนั้นคือเราจะกักตัวคนที่บ้านและดูแลได้อย่างไร ใครจะทำให้มั่นใจว่าพวกเขาจะดูแลตัวเองได้ อสม. จึง knock-door ตามบ้าน ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้คน สงสัยว่าทำให้เราผ่านจุดนั้นมาได้เรียบร้อยดี

(หมอแนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

ด้วยภารกิจต่าง ๆ ที่กล่าวมา อสม. จัดเป็นกลไกแนวหน้าเชิงรุกทางสาธารณสุขอย่างแท้จริง (Jansongsang, 2020) เปรียบเสมือน “ด่านหน้า” ของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาต่าง ๆ การที่ภารกิจการควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากรากฐานของระบบสาธารณสุขขั้นมูลฐานที่มี อสม. และ รพสต. เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ ระบบนี้เป็นเครือข่ายที่ฝังตัวอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศมานานเกือบครึ่งทศวรรษ (Tantivitayapitak, 2020)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองและฝ่ายราชการในการจัดการโควิด-19: ข้อสังเกตเบื้องต้น

...เรื่องบางเรื่องมันมีปัญหาอยู่แล้ว วิกฤตก็ทำให้มันชัดขึ้น แต่ว่ามันก็เป็นโอกาสให้เรื่องบางเรื่องที่ต้องจัดการได้คลี่คลายลง

(หมอแนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ากลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขมีศักยภาพในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 3 ด้านอยู่แล้ว ได้แก่ การตัดสินใจ การสื่อสาร และการปฏิบัติการ คำถามที่น่าสนใจคือ เหตุใดรัฐไทยจึงต้องใช้กลไก พรก.ฉุกเฉิน และ ศบค. ซึ่งถือว่าเป็นกลไกเพิ่มเติมและไม่ใช้กลไกโดยตรงในการควบคุมโรค

การประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน ในครั้งนี้ ถือเป็นครั้งแรกที่กลไกการอภิบาลเช่นนี้ ถูกนำมาใช้ในการบริหารสถานการณ์โรคระบาดที่ครอบคลุมพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรที่ผ่านมาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินของรัฐไทยถูกใช้เป็นเครื่องมือทางการเมืองเพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐทั้งในการจัดการสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และการบริหารจัดการการชุมนุมในพื้นที่ส่วนกลาง (Thupthong, 2020)

ดังนั้นการเลือกใช้พรก.ฉุกเฉินแทนที่จะใช้พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่มีอยู่แล้ว อันเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคโดยตรง จึงอาจสะท้อนถึงความตั้งใจของรัฐในการใช้กลไกการอภิบาลทางปกครองเพื่อเป้าหมายทางการเมืองด้วย ในนามของการรักษาความสงบเรียบร้อยของตัวรัฐเอง เนื่องจากหัวใจสำคัญของ พรก.ฉุกเฉิน อยู่ที่อำนาจ เช่น การประกาศเคอร์ฟิว อำนาจปิดเมือง ให้บุคคลมารายงานตัว อำนาจในการค้นบ้านโดยไม่ต้องมีหมาย และเจ้าหน้าที่รัฐไม่ต้องรับผิดชอบเพราะการตรวจสอบถ่วงดุลอำนาจรัฐจะถูกระงับไปก่อน เป็นต้น

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน สามารถเห็นได้ว่ารัฐใช้อำนาจไปใน 3 ลักษณะสำคัญ ได้แก่ การห้าม/ระงับ การขอความร่วมมือ และการกำหนดมาตรการหรือการแต่งตั้งต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนของฐานคติของอำนาจอย่างชัดเจน กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส การถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีตามกฎหมาย 40 ฉบับ มาเป็นของนายกรัฐมนตรีเป็นการชั่วคราว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 และการแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน ล้วนแล้วแต่ตอบย้ำว่า พรก.ฉุกเฉิน เป็นกลไกการอภิบาลหลักที่ทำให้รัฐสามารถจัดศูนย์กลางอำนาจใหม่เพื่อบริหารจัดการภาวะวิกฤติตามาสู่นายกรัฐมนตรี การปรับอำนาจเปลี่ยนบทบาทในการตัดสินใจที่กระจายอยู่กับรัฐมนตรีให้รวมศูนย์อยู่ที่นายกรัฐมนตรีในฐานะผู้มีอำนาจสูงสุด ได้นำมาสู่ข้อสังเกตว่าการปรับเปลี่ยนนี้สะท้อนภาพของการหวนคืนของ “นายกฯ ที่เป็นเผด็จการทหาร” อันตัดขาดจากกลไกที่มาจากกาเลือกตั้งต่าง ๆ แยกเช่นเดียว ก่อนการเลือกตั้งในปี พ.ศ.2562 (Tonsakulrungruang, 2020a)

หากพิจารณาในแง่เนื้อหา การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินนั้นครอบคลุมมิติการใช้ชีวิตของประชาชนทั้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโดยตรง (เช่น การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง การปิดสถานที่เสี่ยง การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร การห้ามกักตุนสินค้า) และการควบคุมโรคทางอ้อม (เช่น การห้ามชุมนุม การนำเสนอสื่อ การกำหนดเคอร์ฟิว การขอความร่วมมือจากนายทุน) การเลือกใช้ พรก.ฉุกเฉินแทนการใช้กฎหมายการควบคุมโรคติดต่อจึงนำมาสู่ข้อกังวลถึงการใช้อำนาจเบ็ดเสร็จที่สามารถไปล่วงล้ำในพื้นที่อื่น ๆ นอกเหนือจากสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติชีวิตประจำวันของประชาชน หรือประเด็นอื่น ๆ ที่มีกฎหมายควบคุมเป็นการเฉพาะอยู่แล้ว อาทิ การจำหน่ายสุรา การจับกุมบ่อนการพนัน การจับกุมยาเสพติด เป็นต้น แต่สิ่งที่ พรก.ฉุกเฉิน ส่งผลกระทบโดยตรง คือ การกำกับกลไกการอภิบาลอื่น ๆ ภายในระบบของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกทางสาธารณสุขและ

การกำกับพฤติกรรมของคนในสังคมเพื่อสร้างความสงบเรียบร้อย ในแง่นี้ นโยบาย และกลไกการอภิบาลของรัฐในการควบคุมโรคระบาดจึงสะท้อนภาพของ “รัฐเวชกรรม” ที่สนใจควบคุมและพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ที่พึ่งพาเทคโนโลยีแบบราชการในภารกิจทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน ที่มีปฏิสัมพันธ์ในความมั่นคง การสร้างชาติและสังคมที่สุขภาพดี (Puaksom, 2018; Muksong, 2020)

ความเป็นรัฐเวชกรรมนี้ ยังสะท้อนผ่านการดำเนินนโยบายควบคุมโควิด-19 ที่มีการใช้อำนาจต่อสิทธิเสรีภาพและมองโรคระบาดแบบทหารนิยมซึ่งโรคระบาดคือภัยความมั่นคงของชาติ การรับมือภัยความมั่นคงจึงต้องใช้มาตรการต่าง ๆ ที่สร้างความสงบเรียบร้อยและมุ่งเน้นชัยชนะต่อศัตรูซึ่งอาจสร้างความเสียหายต่อประชาชน และสังคม (Tonsakulrungruang, 2020b) โควิด-19 ในสายตาของผู้มีอำนาจนั้น จึงเป็นภัยคุกคามความมั่นคงแบบใหม่ (non-traditional security threat) ที่การรับมือ ต้องพึ่งพาวิธีการนอกเหนือไปจากมาตรการเดิม ๆ ในนามของกระบวนการประกอบสร้างความมั่นคง (securitization) (โปรดดู Sombatpoonsiri, 2019) ฐานคิดเช่นนี้เองคือที่มา สำคัญของ พรก. ฉุกเฉิน ที่ให้อำนาจนายกฯ แบบเบ็ดเสร็จในการบริหารจัดการ เพื่อรับมือกับวิกฤติสุขภาพนี้ที่ข้ามขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ที่มาจากการเลือกตั้ง และวิถีทางการบริหารจัดการบ้านเมืองในสภาวะปรกติ รัฐบาลจึงตั้งโครงสร้างพิเศษ ภายใต้อำนาจ พรก. ฉุกเฉินดังกล่าวเพื่อให้สะดวกต่อการทำงานของราชการและฝ่ายความมั่นคง (Ganjanakhundee, 2020) กลไกการใช้อำนาจในลักษณะนี้ได้ผนวกรวมอำนาจ ทางปกครองและอำนาจในการจัดการทางสาธารณสุขเข้าด้วยกันและแสดงถึงความเข้มแข็งของรัฐเวชกรรมสมัยใหม่

ภายหลังการประกาศใช้พรก.ฉุกเฉินไปหนึ่งสัปดาห์ จำนวนยอดผู้ป่วย ในประเทศกลับไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยังคงมีผู้ป่วยโดยเฉลี่ยมากกว่า 100 ราย ต่อวันในขณะที่มีผู้ถูกจับจากการฝ่าฝืนพรก.ฉุกเฉิน 19 คดี รวมผู้ต้องหา 25 คน (Treesuwan, 2020) อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน จำนวนยอดผู้ป่วยก็ลดลง เป็นระยะ ๆ จนตัวเลขผู้ติดเชื้อค่อนข้างคงที่ ข้อเท็จจริงนี้เองนำมาสู่ข้อสังเกตจำนวนมาก เกี่ยวกับความไม่มีประสิทธิภาพหรือการเลือกใช้กลไกการอภิบาลและเครื่องมือ ทางนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ เพราะอำนาจพิเศษที่ พรก.ฉุกเฉิน มีนั้น ควรจะสามารถจำกัดจำนวนผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วกว่านี้ หน้าที่ ภายหลังจากที่รัฐ สามารถควบคุมการติดเชื้อไม่ให้เพิ่มขึ้นในจำนวนมากได้ รัฐก็ยังคงเลือกใช้ พรก.ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องและขยายช่วงเวลาของการใช้จึงนำไปสู่ข้อสังเกตเรื่องการใช้

พรรค. เพื่อสืบทอดอำนาจและสภาวะการควบคุมแบบเบ็ดเสร็จของรัฐบาลจากนักวิเคราะห์ต่าง ๆ ถึงความไม่สอดคล้องกันของมาตรการและเครื่องมือกับสถานการณ์ความเป็นจริง (Gomez & Ramcharan, 2020; Heydarian, 2020; Kerdpoka, 2020; ASEAN Parliamentarians for Human Rights, 2020)

เมื่อเทียบกับมาตรการทางสาธารณสุข มาตรการทางตรงจำนวนมากของรัฐผ่าน พรรค.ถูกฉีก จึงไม่ได้มุ่งควบคุมโรคโดยตรงอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งยังสร้างภาระให้แก่ประชาชน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการออกมาตรการให้คนไทยที่อยู่ต่างประเทศต้องมีใบอนุญาต Fit-to-fly หากต้องการเดินทางเข้าประเทศ ซึ่งถูกวิจารณ์อย่างหนักว่าไม่ช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซ้ำยังเพิ่มภาระแก่ประชาชนคนไทยอีกด้วย (Thailand Development Research Institute, 2020) รัฐบาลยังถูกวิจารณ์อย่างมากเกี่ยวกับการดำเนินการเยียวยาประชาชนผู้ได้รับผลกระทบที่ส่งผลให้เกิดการตกหล่น ไม่ทั่วถึงกลุ่มคนที่เป็นคนจนและกลุ่มเปราะบางจากการเปิดให้ลงทะเบียนรับการเยียวยาแบบออนไลน์ สะท้อนสภาพการณ์จัดการข้อมูลอย่างไม่มีประสิทธิภาพและการไม่คำนึงถึงความหลากหลายในเงื่อนไขของชีวิตประชาชนของรัฐในการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ (Thongthep & Sanguanwong, 2020; Khaosa-ad, 2020; Chalamwong, 2020)

วิกฤติสุขภาพนี้ จึงได้เปิดเผยและตอกย้ำลักษณะของรัฐไทยโดยรวมที่สำคัญคือ ถนัดการควบคุมและกำกับดูแล แต่ไม่ถนัดงานบริหารและอำนวยความสะดวก (Tonsakulrungruang, 2020c) ถึงแม้จะรวมศูนย์แต่ก็ขาดเอกภาพในการบริหารจัดการเมื่อต้องเผชิญกับการคุกคามของโรคระบาด ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่จึงเป็นผลมาจากปัญหาการบริหารจัดการ ความล่าช้าในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ การตัดสินใจที่ไม่เด็ดขาด การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารกับประชาชน (Kumlungpat, 2020) ทั้งนี้ เพราะวิถีคิดของรัฐแบบราชการมักส่งเสริมกลไกที่มุ่งเน้นการปกครองผ่านการบริหารด้วยการออกกฎระเบียบและการควบคุมให้เป็นไปตามกฎระเบียบและคำสั่ง

การดำเนินนโยบายและกลไกของรัฐจากทางสาธารณสุขและ ศบค. จึงได้สะท้อนภาพของความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของการจัดการปกครองระหว่างฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการและอาจสะท้อนภาพของความตึง (tension) หรือความลึกลับทับซ้อนของการจัดการปกครองระหว่างทั้งสองฝ่ายอย่างมีนัยสำคัญอันต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

อย่างไรก็ดี ปฏิสัมพันธ์ที่น่าสนใจประการหนึ่งและเห็นได้อย่างชัดเจน คือ กรณีการแต่งตั้งข้าราชการ สช. ที่ได้ถือว่าเป็นมาตรการการประนีประนอมหรือสานความสัมพันธ์ของฝ่ายการเมืองที่มีต่อข้าราชการประจำในภาคสาธารณสุข

ในวันที่ 15 เมษายน 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติที่ประชุมให้เพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ทางด้านสาธารณสุข และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น ๆ สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 38,105 อัตรา (Hfocus, 2020c) โดยการแต่งตั้งตำแหน่งข้าราชการครั้งนี้เป็นนโยบายของรัฐที่มีไม่บ่อยนัก ถือเป็นมาตรการพิเศษในการควบคุมโควิด-19 โดยตรงเนื่องจากเป้าหมายของการแต่งตั้งครั้งนี้เป็นไปเพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจคนทำงานทางสุขภาพและจัดการหรือบรรเทาความขัดแย้งที่มากับวิกฤติกำลังคนด้านสุขภาพที่มีมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในบางสายงานซึ่งมีการเรียกร้องกันมาอย่างต่อเนื่อง

อันที่จริง ส่วนราชการด้านสาธารณสุขมีหน่วยงานและอัตรากำลังกระจายในทุกพื้นที่ทั่วประเทศมากที่สุดหน่วยงานหนึ่ง จนอาจกล่าวได้ว่าในบางจังหวัดที่เป็นพื้นที่ตั้งของส่วนราชการขนาดใหญ่หลายแห่งในประเทศโดยกว่าครึ่งประกอบไปด้วยข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเหล่านี้เห็นได้อย่างชัดเจนจากรายงานกำลังคนภาครัฐประจำปีซึ่งจัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) (โปรดดู Office of the Civil Service Commission, 2019a)

ที่สำคัญ จากข้อมูลในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) กระทรวงสาธารณสุขจัดว่ามีข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสังกัดจำนวนมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (โปรดดูตาราง 1) อาทิ ในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 53.19 (209,116 คน) หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนข้าราชการพลเรือนสามัญทั้งหมด โดยส่วนมากประกอบไปด้วยข้าราชการในกลุ่มสายงานแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ในขณะที่ลำดับรองลงมาคือกระทรวงมหาดไทยซึ่งมีจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสังกัดคิดเป็นเพียงร้อยละ 10.22 (40,163 คน) เท่านั้น (Office of the Civil Service Commission, 2019a; โปรดดู Office of the Civil Service Commission, 2019b)

ตาราง 1 แสดงจำนวนข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปี (พ.ศ.)	จำนวนข้าราชการ (คน)	ร้อยละจากจำนวนข้าราชการพลเรือนสามัญทั้งหมด
2561	209,116	53.19
2560	201,111	52.28
2559	198,360	51.84
2558	192,635	51.29
2557	181,143	49.53

ที่มา: รวบรวมโดยผู้เขียนจาก Office of the Civil Service Commission, 2019a, 2018, 2017, 2016, 2015

อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าสัดส่วนจำนวนข้าราชการและกำลังคนทางด้านสาธารณสุขจะมาก แต่ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนในด้านสาธารณสุขและการกระจายกำลังคนอย่างไม่สมดุลเป็นเรื่องที่ได้รับการถกเถียงกันมาอย่างต่อเนื่องทั้งในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงเป็นปัญหาเชิงประจักษ์ที่เห็นพ้องกันว่าควรได้รับการแก้ไข (Wibulpolprasert & Pengpaiboon, 2003; Pagaiya & Noree, 2009; Institute for Population and Social Research, 2009; Pagaiya & Hongthong, 2011; Vongvichai, 2016; Noree et al., 2017)

วิชาชีพพยาบาลนับเป็นตัวอย่างหนึ่งของวิชาชีพที่ขาดแคลนมากที่สุดและมีการเรียกร้องให้เพิ่มอัตราตำแหน่งพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจำนวนข้าราชการพยาบาลจะจัดได้ว่ามีสัดส่วนที่มากที่สุดในบรรดาข้าราชการพลเรือนของประเทศไทยก็ตาม (ร้อยละ 26.50 หรือ 104,195 คน) (Office of the Civil Service Commission, 2019a) สถานการณ์ในประเทศไทยนี้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลทั่วโลกที่พยาบาลโดยสัดส่วนแล้วนับเป็นกระดูกสันหลังของกำลังคนทางด้านสาธารณสุขแต่ก็ยังประสบกับภาวะขาดแคลนพยาบาล (WHO, 2020) ในวันที่ 7 เมษายน องค์การอนามัยโลกจึงได้เรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ เพิ่มตำแหน่งงานด้านการพยาบาลจำนวนมากภายในปี พ.ศ.2573 เพื่อให้สอดคล้องกับการคาดการณ์

เรื่องภาวะการขาดแคลนพยาบาลทั่วโลก หลังจากที่พยาบาลทั่วโลกต้องรับมือการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19

...เรามีสถานการณ์เรื่องการมีตำแหน่งพยาบาลที่ไม่เพียงพอ แต่มีความต้องการบรรจุพยาบาลเป็นข้าราชการ พอเรามีภาวะในการจัดบริการที่มากขึ้น เราจำเป็นต้องจ้างพวกเขาเป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลซึ่งเป็นตำแหน่งที่ไม่มั่นคง... เรายังมีประเด็นเรื่องแพทย์ใช้ทุนที่เมื่อเรียนจบแล้วต้องการอยู่ในระบบของรัฐ ปัญหาคือกระทรวงต้องใช้ตำแหน่งว่างของกระทรวงเอง เพราะรัฐไม่จัดหาตำแหน่งใหม่ให้ ซึ่งเป็นความตึงเครียดที่อยู่ในระบบมาอยู่แล้ว... นอกจากนี้ คนที่ทำงานสาธารณสุขในชุมชนเองส่วนมากก็เป็นลูกจ้าง เราเคยสำรวจว่าอะไรเป็นแรงจูงใจให้พวกเขาเหล่านี้ทำงานได้ เราพบว่าการเป็นข้าราชการก็ยังเป็นแรงจูงใจหลัก คือพวกเขาต้องการอยู่ในระบบที่ดี แต่เราไม่สามารถทำตำแหน่งแบบนี้มานานแล้ว การทำงานหนักท่ามกลางการรับมือกับโควิดจึงเป็นที่มาของการเสนอให้มีการแต่งตั้งข้าราชการจากบุคลากรที่ทำงานอยู่แล้วแต่ไม่ได้มีตำแหน่ง... ในครั้งนี้ทุกคนเห็นร่วมกันว่ามีความจำเป็นจริง ๆ ถ้าเราไม่ทำแบบนี้ พอมีความจำเป็นจริง ๆ มันไม่มีบริษัทไหนให้เรา outsource งานพยาบาลมาทำเพิ่มได้ พวกเขาต้องทำงานต่อเนื่องอย่างมีทักษะในระบบ... จริง ๆ จากอัตราจ้างประมาณ 160,000 คน เราดึงมา 45,000 อัตราที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว ณ ขณะนี้ เราไม่ได้ดึงมาทั้งหมด

(หมอเนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

มาตรการการแต่งตั้งข้าราชการนี้เป็นที่น่าพอใจอย่างมากของบุคลากรด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์โลก

...[ในเชิงจิตวิทยา] การแต่งตั้งนี้ช่วยป้องกันปัญหาเรื่องบุคลากร burn out [หมดไฟ] ได้ คือคนกลุ่มที่เป็นคนที่ทำงานจริงในภาคสนามที่ติดต่อกับการแพร่ระบาดและมิได้มีความพึงพอใจในงานจะมีโอกาส burn out สูง และการที่บุคลากรทางการแพทย์ burn out ก็มีความเสี่ยงอย่างมากต่อชีวิตของพวกเขาและการแพร่กระจายเชื้อที่มากขึ้น

มันคือหายนะของผู้บังคับบัญชาและประเทศไทย... การให้สถานะทางอาชีพที่มั่นคงจะช่วยลดการ burn out ตรงนี้ อย่างน้อยก็ในช่วงการแพร่ระบาดนี้... การให้ตำแหน่งนี้คือการให้สิ่งที่สมควรได้กับคนที่สมควรได้มานานแล้ว

(หมอดลลาวด์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

แต่เมื่อพิจารณาในแง่ของงบประมาณรายจ่ายประจำกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขกลับไม่ได้เป็นหนึ่งในกระทรวงที่มีงบประมาณมากในอันดับต้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น ร่างพระราชบัญญัติ (พรบ.) งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ซึ่งมีวงเงิน 3,200,000 ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวน 138,735,342,800 บาท ซึ่งถือเป็นอันดับ 8 จากหน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรทั้งหมด (Thai PBS News, 2019) การขาดแคลนงบประมาณในการให้บริหารทางด้านสาธารณสุขจึงเป็นปัญหาที่ส่งสมมาอย่างต่อเนื่อง เหตุการณ์ที่โรงพยาบาลศิริราชอันนับเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งและโรงพยาบาลอื่น ๆ ออกมาประกาศว่าขาดแคลนทรัพยากรและเชิญชวนให้ประชาชนร่วมบริจาค (Hfocus, 2020a, 2020b) นับว่าสะท้อนปัญหาของการขาดแคลนทรัพยากรของกระทรวงที่สืบเนื่องมาจากการบริหารจัดการของรัฐที่ไม่มีประสิทธิภาพได้อย่างชัดเจน

การขาดแคลนที่สำคัญในการจัดการโควิด-19 ในมิติสาธารณสุข คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ ซึ่งมาจากการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพของรัฐบาล โรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้ชี้แจงถึงความขาดแคลนและความต้องการใช้หน้ากากอนามัยในปริมาณที่มากขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งทางโรงพยาบาลต้องคิดหามาตรการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (Emergency Operation Center, 2020, 5 March) นับแต่มีการระบาดของเชื้อไวรัสในประเทศไทยในช่วงต้นปี 2563 หน้ากากอนามัยกลายเป็นสินค้าขาดแคลนในเวลาที่รวดเร็ว (Hfocus, 2020a, 2020b; Chk, 2020) กระนั้นรัฐเพิ่งดำเนินการแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนหน้ากากอนามัยอย่างจริงจังในช่วงปลายเดือนมีนาคม (Bangkokbiznews, 2020a; BBC, 2020) ปัญหาเหล่านี้ได้สร้างความไม่พอใจในหมู่บุคลากรด้านสุขภาพเป็นอย่างมากและกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างฝ่ายสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการประจำและฝ่ายการเมือง

การแต่งตั้งข้าราชการ สช. จึงสามารถมองได้ว่าเป็นความพยายามถูกที่ถูกเวลา และเหมาะสมในการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างฝ่ายข้าราชการประจำทางสาธารณสุขและฝ่ายการเมืองผ่านการเข้าไปอุ้มหรือประนีประนอม เพื่อให้กลไกทางสุขภาพและระบอบยังคงดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรอย่างต่อเนื่องนี้ ส่วนสำคัญมาจากการบริหารที่ไม่มีประสิทธิภาพของกระทรวงและรัฐบาลเอง และปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพไม่ใช่มาจากการขาดแคลนเชิงอุปทานจริง ๆ (Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health, 2009; Health System Research Institute, 2012) ที่สำคัญ เราจะเห็นได้ว่าข้อพิพาทระหว่างรัฐบาลที่เป็นฝ่ายการเมืองและหน่วยงานทางสาธารณสุขที่มีมาก่อนหน้ามาตรการนี้ได้บรรเทาและลดความตึงเครียดลงอย่างชัดเจน

การแต่งตั้งข้าราชการนี้ ยังสะท้อนวิถีคิดของการแก้ปัญหาแบบรัฐราชการได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นการใช้อำนาจและกลไกทางอำนาจส่วนกลางในการแต่งตั้งบุคลากรในภาครัฐเพื่อขยายขอบเขตของรัฐด้วยสร้างงานภาครัฐส่วนกลาง แทนที่จะใช้การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขเพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตและจัดจ้างบุคลากรด้านสุขภาพของตนเอง มาตรการนี้จึงเป็นการให้รางวัลที่อาจส่งผลกระทบในการบริหารจัดการภาครัฐในระยะยาวโดยเฉพาะกับในด้านการบริหารงบประมาณของประเทศ (Health System Research Institute, 2012)

เมื่อพิจารณาถึงข้อกังวลเรื่องการขยายอาณาจักรราชการหรือการเติบโตของภาคราชการในระบอบสาธารณสุข ไม่ใช่ว่าบุคลากรในทางสุขภาพเองจะไม่กังวลต่อประเด็นนี้ แต่การขยายขอบเขตของราชการนั้นมาจากฐานคิดของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้พื้นที่ของตนมั่นคงและมีเสถียรภาพเพื่อรองรับและเพียงพอต่อปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

...มีการคุยกันว่าเพื่อให้ระบบสาธารณสุขของเรามั่นคงอย่างที่เป็นอยู่ แต่ไม่โตในส่วนที่เป็นภาคราชการ... เพื่อรักษาเสถียรภาพนี้ต่อไป มีความเป็นไปได้ไหมที่บริการของกระทรวงสาธารณสุขจะไม่โตต่อไป แต่ไม่ได้หมายความว่าจะไม่ให้บริการ แต่สนับสนุนให้มีการถ่ายโอนการบริการให้ภาคส่วนอื่นเพิ่มขึ้น... เราอาจจะทำให้การบริหารเชิงพื้นที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ แล้วมีการบริหารทรัพยากรร่วมกัน เราไม่จำเป็นต้องพยายามทำให้ทุกอย่างมาอยู่ที่ระบบเดียวของกระทรวงสาธารณสุข

แต่เราต้องทำให้ระบบต่าง ๆ ทั้งหมดในพื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอ
ในการดูแลพื้นที่ตัวเอง

(หมอแนน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

กรณีการแต่งตั้งข้าราชการในสังคม สธ. จึงเป็นกรณีของการอภิบาลแบบหนึ่ง
ที่สะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ กลไกการอภิบาล
ทางสาธารณสุขของนั้นมีศักยภาพและระบบในการจัดการโควิด-19 และถูกกำกับ
อีกต่อหนึ่งโดยกลไกของฝ่ายการเมือง ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมือง
และข้าราชการประจำในการอภิบาลภาครัฐที่มีความลึกลับ ซับซ้อนแต่ก็ดูเหมือน
จะมีระบบระเบียบในตัวเองอันสะท้อนถึงสภาพของการจัดการปกครองสาธารณะ
ของรัฐสมัยใหม่จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและต้องการการศึกษาวិจัยเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้เกิดวิกฤติสุขภาพไปทั่วโลกครั้งนี้
เป็นบทพิสูจน์ที่สำคัญของการอภิบาลโดยรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข โดยภาพรวม
รัฐไทยเองนับได้ว่าได้แสดงศักยภาพที่ดีในการอภิบาลทางสุขภาพเพื่อรับมือกับ
โควิด-19 กลไกทางการอภิบาลทางสาธารณสุขต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกลไกการตัดสินใจ
กลไกการสื่อสาร หรือกลไกการปฏิบัติเพื่อรับมือและควบคุมโควิด-19 นับว่ามีการ
ออกแบบและดำเนินการที่เหมาะสม

บทความชิ้นนี้ยังชี้ชวนให้เห็นว่ากลไกการอภิบาลภาครัฐยังมีประเด็นเรื่อง
การประสานงานภายในที่น่าสนใจที่มาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มพลังต่าง ๆ เช่น
ฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ ที่ดำเนินนโยบายหรือมาตรการในลักษณะ
เดียวกันแต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด กลไกทางสาธารณสุขต่าง ๆ ที่กล่าวมา
ถือเป็นกลไกสำคัญของรัฐไทยที่ใช้เพื่อควบคุมสุขภาพและความปลอดภัยของผู้คน
และสังคม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองผ่านการใช้อำนาจบน พรก.
ฉุกเฉินฯ และมติ ครม. เรื่องการเพิ่มอัตรากำลังข้าราชการสาธารณสุข ปราบกฏการณ์
การจัดการโควิด-19 จึงสะท้อนสถานะการทำงานของกลไกการอภิบาลโดยรัฐสมัยใหม่
ที่มีศักยภาพ แต่ไม่ได้เป็นเอกภาพและมีปฏิสัมพันธ์ภายในอย่างซับซ้อนที่ต้องศึกษา
วิจัยเพิ่มเติมต่อไป

References

- ASEAN Parliamentarians for Human Rights. (2020, 8 April). *MPs warn against authoritarian turn of COVID-19 responses*. Retrieved April 9, 2020, from <https://prachatai.com/english/node/8450>
- Bangkokbiznews. (2020a, March 15). Timelines on the management of surgical masks: How do we get here?. *Bangkokbiznews*. Retrieved from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/870637> [in Thai].
- Bangkokbiznews. (2020b, March 31). Stop Covid-19 with village health volunteers. *Bangkokbiznews*. Retrieved from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/873536> [in Thai].
- BBC. (2020, March 30). Coronavirus: The government started to distribute 2.3 million surgical masks today after 3 months of severe shortage. *BBC*. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/thailand-52088181> [in Thai].
- Black, D. R., Dietz, J. E., Stirratt, A. A., & Coster, D. C. (2015). Do social media have a place in public health emergency response. *Journal of Emergency Management*, 13(3), 217–226.
- Chalamwong, Y. (2020). *We don't leave each other, but whether the state has left someone behind: Remedial measures for informal workers*. Retrieved May 5, 2020, from <https://tdri.or.th/2020/04/remedial-measures-for-informal-workers/> [in Thai].
- Cheng, H.-Y., Li, S.-Y., & Yang, C.-H. (2020). Initial rapid and proactive response for the COVID-19 outbreak-Taiwan's experience. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(4), 771–773.
- Chetpayak, K. (2020). *What problem and lesson has pandemic revealed? three perspectives from political science on Covid-19*. Retrieved March 2, 2020, from <https://bit.ly/3mhdWEs> [in Thai].
- Chk, P. (2020). *Hospitals were severely lack of surgical masks after Anutin declared the lack of the masks if the hospitals would not properly manage*. Retrieved March 6, 2020, from <https://bit.ly/35s8TtV> [in Thai].

- Department of Disease Control. (2015a). *Guideline for developing emergency operation center and incidental command system in health emergency, department of disease control, 2016–2021*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Department of Disease Control. (2015b). *Guideline for active case finding in disease control*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Department of Disease Control. (2020). *Guideline for watch and investigation Coronavirus disease 2019 (15 May 2020)*. Retrieved May 16, 2020, from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_150563.pdf [in Thai].
- Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health. (2009). *Public personnel strategy: The case of doctors and nurses (Ministry of Public Health)*. Retrieved May 5, 2020, from <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/2500> [in Thai].
- Ekachai, S. (2020, 23 April). *Covid-19 exposes our broken system*. Retrieved April 24, 2020, from <https://bit.ly/35tSkxl>
- Emergency Operation Center. (2020, January 22). *Situation report of Coronavirus 2019. No.19*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, March 5). *Situation report of Coronavirus 2019. No.62*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, March 15). *Situation report of Coronavirus 2019. No.72*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, March 16). *Situation report of Coronavirus 2019. No.73*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, March 22). *Situation report of Coronavirus 2019. No.79*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, April 23). *Situation report of Coronavirus 2019. No.111*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Emergency Operation Center. (2020, April 24). *Situation report of Coronavirus 2019. No.112*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].

- Ganjanakhundee, S. (2020). *COVID-19 in Thailand: The securitization of a non-traditional threat*. Retrieved May 31, 2020, from <https://bit.ly/3dRqhMp>
- Gao, X., & Yu, J. (2020). Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: information, decision-making and execution. *Journal of Chinese Governance*, 5(2), 178–197. doi:10.1080/23812346.2020.1744922
- Gomez, J., & Ramcharan, R. (2020). *Coronavirus and democracy in Southeast Asia*. Retrieved April 2, 2020, from <https://bit.ly/2HvP4JU>
- Health System Research Institute. (2012). *Facts on bureaucrats and nurse personnel crisis*. Retrieved May 5, 2020, from <https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4643> [in Thai].
- Heijmans, P., & Gale, J. (2020). *As Asia panics, one country wins praise for approach to virus*. Retrieved April 2, 2020, from <https://bloom.bg/34pUS0M>
- Heydarian, R. (2020). *Authoritarians are using coronavirus for power grabs in Southeast Asia*. Retrieved April 28, 2020, from <https://s.nikkei.com/31TXouz>
- Hfocus. (2020a). *Hospitals were lack of ‘surgical masks’ doctors urged the government to sufficiently distribute the masks to hospitals*. Retrieved March 2, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2020/03/18610> [in Thai].
- Hfocus. (2020b). *Medical officers have got infected with Covid-19 daily due to the lack of preventive devices*. Retrieved April 15, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18981> [in Thai].
- Hfocus. (2020c). *Permanent Secretary, ministry of public health, issued the explanation of appointing 24 types of 38,105 new bureaucrats counted*. Retrieved May 17, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19349> [in Thai].
- Hfocus. (2020d). *Covid-19 active case finding in Bangkok*. Retrieved April 16, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18994> [in Thai].

- Hicklin, A., O'Toole, L., Meier, K., & Robinson, S. (2009). Calming the storms: Collaborative public management, hurricanes Katrina, Rita, and disaster response. In R. O'Leary & L. B. Bingham (Eds.), *The collaborative public manager* (pp. 95–114). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2009). *Health of the Thais 2009: For the healthy humanity, stop violence*. Nakorn Phathom: Mahidol University. [in Thai].
- Jansongsang, W. (2020). Health village volunteers: Community warrior against Covid-19. *Sarakadi*, 36(423). 124–129. [in Thai].
- Kapucu, N., Arslan, T., & Collins, M. L. (2010). Examining intergovernmental and interorganizational response to catastrophic disasters: Toward a network-centric approach. *Administration and Society*, 42(2), 222–224.
- Kerdpoka, T. (2020). *Political scientist, lawyer, samachon, and butcher all pointed out that the emergency decree is unnecessary*. Retrieved April 27, 2020, from <https://prachatai.com/journal/2020/04/87394> [in Thai].
- Khaosa-ad, M. (2020). *Measures in response to Covid-19 that highlight inequality*. Retrieved May 5, 2020, from https://www.matichon.co.th/article/news_2166231 [in Thai].
- Kumlungpat, C. (2020). *When facing Covid-19, will the bureaucratic Thai state fail?*. Retrieved April 8, 2020, from <https://www.the101.world/covid19-bureaucratic-state/> [in Thai].
- Matichon Online. (2020a, April 23). State quarantine to observe the returners from foreign countries. *Matichon Online*. Retrieved from https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_2153699 [in Thai].
- Matichon Online. (2020b, April 26). Doctors answered questions of active case findings and said they are continuous mission. *Matichon Online*. Retrieved from https://www.matichon.co.th/covid19/thai-covid19/news_2158544 [in Thai].

- Meetam, T. (2020). *Emergency class with Tavidā Kamolvej: "crisis will be well solved if developments were generated during the normal time"*. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.the101.world/tavidā-kamolvej-covid-disrupt/> [in Thai].
- Mendy, A., Stewart, M. L., & VanAkin, K. (2020). *A leader's guide: Communicating with teams, stakeholders, and communities during COVID-19*. Retrieved April 28, 2020, from <https://mck.co/2Toceol>
- Ministry of Public Health. (2020, 29 February). *Ministry announcement on name and characteristics of sever communicable disease (no.3) B.E.2563*. [in Thai].
- Muksong, C. (2020). *From demon to germ: A history of medicine and disease in the Thai society*. Bangkok: Matichon. [in Thai].
- Nohrstedt, D. (2018). Networking and crisis management capacity: A nested analysis of local-level collaboration in Sweden. *American Review of Public Administration*, 48(3), 232–244.
- Noree, T., Tanomwat, Y., Punthunan, P., & Kongkulwat, K. (2017). *Options and policy proposals for health personnel planning in the next decade*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2015). *Public personnel 2014: Civil servants*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2016). *Public personnel 2015: Civil servants*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2017). *Public personnel 2016: Civil servants*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2018). *Public personnel 2017: Civil servants*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2019a). *Public personnel 2018: Civil servants*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].
- Office of the Civil Service Commission. (2019b). *Public personnel in civil affair 2018*. Nonthaburi: 21 Century. [in Thai].

- Pagaiya, N., & Hongthong, P. (2011). *Health personnel: History, present, and future*. Nonthaburi: The Human Resources for Health Research and Development Office. [in Thai].
- Pagaiya, N., & Noree, T. (2009). *Thailand's health workforce: A review of challenges and experiences*. Washington, DC.: The International Bank for Reconstruction and Development.
- Palitpongpanim, P. (2020). *20 questions on health*. Retrieved May 5, 2020, from <https://waymagazine.org/20-question/> [in Thai].
- Prime Ministerial Order. (2020, March 12). *The establishment of Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA). 76/2563*. [in Thai].
- Puaksom, D. (2018). *Germ, body, and the medicalizing state: A history of modern medicine in the Thai society* (2nd ed.). Bangkok: Illumination Editions. [in Thai].
- Qi, Y., Du, C. D., Liu, T., Zhao, X., & Dong, C. (2020). Experts' conservative judgment and containment of COVID-19 in early outbreak. *Journal of Chinese Governance*, 5(2), 140-159. doi: 10.1080/23812346.2020.1741240
- Santhitiwanich, A. (2020). *Covid-19: Public management challenge of the Thai state*. Retrieved March 18, 2020, from <https://prachatai.com/journal/2020/03/86810> [in Thai].
- Siamrat Online. (2020, May 4). MoPh together with health village volunteers of Bannang Sata operated active case finding. *Siamrat Online*. Retrieved from <https://siamrath.co.th/n/152468> [in Thai].
- Simon, T., Goldberg, A., & Adini, B. (2015). Socializing in emergencies—a review of the use of social media in emergency situations. *International Journal of Information Management*, 35(5), 609-619.
- Sombatpoonsiri, J. (2019). *Securitization: concepts and examples*. Retrieved April 28, 2020, from <https://bit.ly/2HwoCju> [in Thai].
- Sontonchatrawat, W., & Janthong, P. (2020). *Tavida Kamolvej: Time and space of the state of emergency*. Retrieved April 27, 2020, from <https://waymagazine.org/tavida-kamolvej/> [in Thai].

- Tantivitayapitak, V. (2020). *Health village volunteer: A secret weapon to control Covid-19*. Retrieved April 22, 2020, from <https://bit.ly/3ktawhf> [in Thai].
- Thai PBS NEWS. (2019, October 17). The top 10 of the 2020 ministerial budgetary year before approval by the parliament. *Thai PBS NEWS*. Retrieved from <https://news.thaipbs.or.th/content/285252> [in Thai].
- Thai Post. (2020, April 28). Health village volunteers: The strong forefront to fight Covid. *Thai Post*. Retrieved from <https://www.thaipost.net/main/detail/64503> [in Thai].
- Thailand Development Research Institute. (2020). *Fit-to-fly did not help control Covid but increase burden of the ones living abroad*. Retrieved April 5, 2020, from <https://tdri.or.th/2020/04/fit-to-fly-certificate-covid-19/> [in Thai].
- Thailand today. (2020). *Thailand vs. COVID-19: Early detection and treatment, assertive approach and national preparedness*. Retrieved May 6, 2020, from <http://www.thailandtoday.in.th/news-update/news-highlight/2428>
- Thongthep, W., & Sanguanwong, P. (2020). *Register for remedy: Problems about people affected by Covid-19*. Retrieved April 21, 2020, from <https://www.bbc.com/thai/thailand-52350798> [in Thai].
- Thupthong, S. (2020). *New challenge of using the emergency decree to cope with pandemic for the first time*. Retrieved March 30, 2020, from <https://bit.ly/2HuaAyH> [in Thai].
- Tonsakulrungruang, K. (2020a). *Two Prayuths dilemma and COVID-19 in Thailand*. Retrieved May 6, 2020, from <https://covid-19chronicles.cseas.kyoto-u.ac.jp/post-010-html/>
- Tonsakulrungruang, K. (2020b). *A chick in two hands: Thai lives when disease came*. Retrieved March 28, 2020, from <https://bit.ly/35YjiOb> [in Thai].
- Tonsakulrungruang, K. (2020c). *The zombie state*. Retrieved May 28, 2020, from <https://www.the101.world/the-zombie-state/> [in Thai].

- Treesuwan, H. (2020). *Coronavirus: How will Covid-19 statistic of Thailand change after a week of the emergency decree*. Retrieved March 31, 2020, from <https://www.bbc.com/thai/thailand-52130662?SThisFB> [in Thai].
- Vongvichai, C. (2016). *Health personnel as a labor: Problems and solution for the Thai health system*. Retrieved May 25, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004> [in Thai].
- Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big data analytics, new technology, and proactive testing. *The Journal of the American Medical Association*, *323*(14), 1341–1342.
- Warrell, M. (2020, March 30). *COVID-19 leadership lessons from Singapore: Be ready, be bold, be decisive*. Retrieved April 2, 2020, from <https://bit.ly/37Co86r>
- Waugh, W. L. (2000). *Living with hazards, dealing with disasters: An introduction to emergency management*. London: Routledge.
- Weible, C. M., Nohrstedt, D., Cairney, P., Carter, D. P., Crow, D. A., & Stone, D. (2020). COVID-19 and the policy sciences: Initial reactions and perspectives. *Policy Science*, *53*, 225–224.
- WHO [World Health Organization]. (2020, March 1). *WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. Retrieved March 2, 2020, from <https://bit.ly/34rNvpA>
- WHO [World Health Organization]. (2020, March 9). *Indonesia ministry of health officials visit Thailand on COVID-19 emergency response*. Retrieved March, 10, 2020, from <https://bit.ly/2HxPBeF>
- WHO [World Health Organization]. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: WHO.
- Wibulpolprasert, S., & Pengpaiboon, P. (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resource for Health*, *1*(12), 1–17.

WorkpointToday. (2020, April 23). *MoPH set quarantine zones more than 1,200 all over the country for detaining the returner from foreign countries.* Retrieved April 24, 2020, from <https://workpointtoday.com/state-quarantine/> [in Thai].

Yun, G. W., Morin, D., Park, S., Joa, C. Y., Labbe, B., Lim, J., ... & Hyun, D. (2016). Social media and flu: Media Twitter accounts as agenda setters. *International Journal of Medical Informatics, 91*, 67–73.