



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
(Final Report)

โครงการ “การประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัยของ
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)
เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ในประเทศไทย”

โดย

ดร. วิโรจน์ ญ ระนอง และคณะ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)



กันยายน 2565

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการ “การประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัยของ
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)
เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ในประเทศไทย”

คณะผู้วิจัย	สังกัด
ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง (หัวหน้าโครงการ)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
ศ.ดร.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (ที่ปรึกษาและนักวิจัย)	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์ (ที่ปรึกษา)	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ. ปณิธิ ธีมวิจิยะ (ที่ปรึกษา)	กระทรวงสาธารณสุข
รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ (นักวิจัย)	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ดร.ชลิตา บัณฑุวงศ์ (นักวิจัย)	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วุฒิพงษ์ ตุ่นยุทธ์ (นักวิจัย)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
อรุณ สติตพงศ์สถาพร (นักวิจัย)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
อรุณพ แจ้ววิสอน (นักวิจัย)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกสว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทคัดย่อ

หลังจากที่ประเทศไทยเผชิญปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 รัฐบาล ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และด้านอื่นๆ นักวิชาการและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย รวมถึงกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ได้ปรับตัวเพื่อรับมือและปรับบทบาทในการสนับสนุนและดำเนินการวิจัยเพื่อช่วยประเทศรับมือกับการระบาดของโรคนี้ โดยระบบ ววน. ได้เพิ่มโปรแกรมที่ 17 ขึ้นมารับมือกับวิกฤตโควิด-19 โดยแบ่งบร็อยละ 10 มาสนับสนุนการวิจัยด้านการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ และการจัดทำมาตรการทางการแพทย์ และเศรษฐกิจและสังคม

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและถอดบทเรียนการรับมือกับโรคระบาด ทั้งของรัฐบาลไทยในภาพรวมและของระบบ ววน. และเสนอข้อเสนอนโยบายต่อแนวทางและมาตรการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดของโรค รวมถึงแนวทางการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการแพร่ระบาดรอบใหม่ หรือโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

โครงการนี้ใช้วิธีประเมินผลจากสาขาวิชาการต่างๆ มาเสริมกัน โดยในด้านการรับมือกับโควิด-19 ของไทยในภาพรวมนั้น คณะผู้วิจัยได้ประมวลข้อสรุปไว้ใน 4 ด้านหลักๆ ต่อไปนี้

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในไทยส่งผลกระทบต่อคนแทบทุกกลุ่ม ในภาพรวมมาตรการควบคุมและรักษาโรคของไทยอาศัยศักยภาพพื้นฐานและกลไกของระบบรักษาพยาบาลและระบบสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมากมาอย่างมาในครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกำลังสำคัญในชนบท ในระยะแรกไทยพยายามขยายศักยภาพการตรวจเชื้อ ระบบติดตามสืบสวนโรค และการกักตัว ซึ่งก็ช่วยให้ไทยสามารถควบคุมโรคได้ในระลอกแรก แต่เมื่อการติดเชื้อลุกลามมากขึ้นในปีต่อมา มาตรการเหล่านี้ก็ได้ผลน้อยลง และในปัจจุบันก็ถูกแทนที่ด้วยมาตรการให้ประชาชนตรวจเชื้อเองด้วย ATK และให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (รวมทั้งมารับยาที่ร้านขายยา) เป็นหลักแทน มาตรการฉีดวัคซีนเริ่มขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อต้นปี 2564 ซึ่งมีปัญหามีวัคซีนไม่เพียงพอเกือบทั้งปี ซึ่งไทยเป็นประเทศที่มีประวัติการฉีดวัคซีนในอัตราที่สูงมาโดยตลอด แต่ในปัจจุบันความต้องการฉีดวัคซีนลดลงไปมาก โดยในช่วงต้นเดือนกันยายนไทยฉีดเข็มกระตุ้น (เข็มที่ 3) ได้เพียงร้อยละ 45.9 เท่านั้น

ในด้านเศรษฐกิจ หลังจากการระบาดเริ่มส่งผลกระทบในวงกว้าง รัฐบาลได้ออกมาตรการช่วยเหลือทางการเงินแก่ครัวเรือน ธุรกิจ และแรงงาน เพื่อลดผลกระทบของการหยุดชะงักทางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจและการเงิน 3 กลุ่มหลักๆ ได้แก่ (1) มาตรการทางการเงิน เช่น มาตรการปรับโครงสร้างหนี้ (ลดหนี้ ลดดอกเบี้ย) (2) มาตรการทางการคลัง เช่น มาตรการบรรเทาค่าครองชีพ/ลดค่าใช้จ่าย มาตรการให้เงินอุดหนุนแบบให้เปล่า (3) มาตรการอื่นๆ เช่น มาตรการเพิ่มวันหยุดเพื่อกระตุ้นการ

ท่องเที่ยวในประเทศไทย มาตรการเหล่านี้มีต้นทุนที่สูง แต่ที่ผ่านมามีไทยก็ประสบความสำเร็จในการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจโดยไม่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ

ด้านการอภิบาลระบบ (governance) พบว่าระบบราชการของไทยซึ่งมีปัญหาความอ่อนแอและประสิทธิภาพการทำงานอยู่แล้วในภาวะปกติ เมื่อเจอกับวิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นจุดอ่อนอย่างชัดเจน คือการทำงานที่ยืดติดกฎระเบียบ การทำงานล่าช้า การทำงานโดยขาดนวัตกรรม ขาดข้อมูลที่แม่นยำและทันสมัย ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการระบาดวิทยา การทำงานโดยไม่ประสานร่วมมือกันข้ามกระทรวง (หรือแม้แต่ในกระทรวงเดียวกัน) ประกอบกับการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางและภูมิภาคสูง โดยไม่ให้อำนาจ ความเป็นอิสระ และอำนาจกับท้องถิ่น รวมทั้งยังขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

ด้านผลกระทบต่อประชาชน ตัวชี้วัดหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ คือการตายส่วนเกิน (excess mortality) ซึ่งเป็นผลรวมทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโควิด ซึ่งพบว่าการเสียชีวิตในแต่ละเดือนของไทยในตลอดช่วงปี 2563-2565 สูงกว่าค่าเฉลี่ยรายเดือนในช่วง 5 ปีก่อนโควิดมาก และยอดการตายส่วนเกินก็สูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงกลางปี 2564 ตามยอดเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากระลอก 4 (เดลต้า) การที่ยอดการตายส่วนเกินรายเดือนของไทยในปี 2564 ตั้งแต่เดือนมีนาคมสูงกว่าของเดือนเดียวกันในปี 2563 และตลอดช่วงครึ่งปีแรกของปี 2565 ก็สูงกว่าของปี 2564 อย่างชัดเจน บ่งชี้ว่าผลกระทบจากโควิดต่อคนไทยยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงสองปีที่ผ่านมา

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนด้วยวิธีการด้านมานุษยวิทยามีจุดเน้นที่กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ซึ่งคาดว่าเป็นกลุ่มที่มีสายป่านสั้นทำให้มีโอกาสได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่ากลุ่มอื่น พบว่าผลกระทบส่วนที่สำคัญที่สุดเกิดจากมาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” นำมาสู่การขาดรายได้อย่างเฉียบพลัน ก่อให้เกิดสถานการณ์ที่ยากลำบากมาก รongลงมาเป็นผลจากการระบาดที่เกิดขึ้นอย่างหนักตั้งแต่ไตรมาสที่สองของปี 2564 ซึ่งกลุ่มคนเปราะบางจำนวนมากติดเชื่อและประสบปัญหาตั้งแต่การเข้าถึงการตรวจเชื้อ ผู้ป่วยโควิดที่มีอาการหนักจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาล จนทำให้มีผู้เสียชีวิตตามบ้าน รวมทั้งหลายรายมีปัญหาการเข้าถึงวัคซีนได้ยากหรือล่าช้ากว่ากลุ่มอื่น

สำหรับการรับมือของระบบ ววน. ของไทยนั้น ในการสนับสนุนทุนวิจัยในด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ระบบ ววน. มีโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากกว่า 170 โครงการ โดยในด้านการวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมนั้น โครงการวิจัยที่ระบบ ววน. สนับสนุนประสบความสำเร็จที่นำไปสู่การผลิตน้ำยาตรวจ RT-PCR และรถเก็บตัวอย่างและรถวิเคราะห์เคลื่อนที่ที่ใช้มากในการตรวจเชิงรุกในชุมชนต่างๆ ในปี 2564 และมี PMU สนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมในการผลิตชุดตรวจ ATK ไม่มากนัก แต่ก็มีผลิตภัณฑ์ของบางโครงการออกมาสู่ตลาดในปัจจุบัน และโครงการวิจัยชุดตรวจเชื้อโดยวิธี RT-LAMP และ CRISPR ของไทยก็ประสบความสำเร็จถึงแม้จะไม่ได้ได้รับความนิยมนำมาใช้มากเหมือนกับ ATK

รัฐบาลไทยได้ตั้งงบประมาณหลายพันล้านบาทมาสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 จนถึงปัจจุบันโครงการเหล่านั้นจะยังห่างไกลกับความสำเร็จในการผลิตวัคซีนที่มีประสิทธิภาพที่คนไทยต้องการ

อย่างไรก็ตาม บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ของไทยก็ประสบความสำเร็จในการรับถ่ายทอดเทคโนโลยีในการผลิตวัคซีนของ AstraZeneca (AZ) และเป็นแหล่งผลิตวัคซีน AZ (เป็น OEM) ส่งให้ไทยและอีกหลายประเทศในภูมิภาคนี้ แต่โครงการนี้คงจะจบลงเนื่องจากในปัจจุบันความนิยมวัคซีน AZ ลดลงเป็นอย่างมากทั้งในไทยและในต่างประเทศ

การศึกษาเกี่ยวกับ**ระบบ ววน**. พบว่าการปรับระบบ ววน. มีแนวโน้มทำให้เกิดการรวมศูนย์มากขึ้น ซึ่งแม้จะมีพลังในการอุดหนุนงานวิจัยโครงการใหญ่ๆ ที่สำคัญได้ และสามารถสนับสนุนทุนวิจัยให้มหาวิทยาลัยขนาดเล็กในภูมิภาคได้มากขึ้น แต่ก็มีข้อกังวลในด้านการรักษาความหลากหลายของงานวิจัยและความสมดุลของระบบวิจัย ซึ่งน่าจะมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาความซ้ำซ้อนในการสนับสนุนงานวิจัย ซึ่งในบางกรณีการสนับสนุนให้มีหลายทีมทำวิจัยในโจทย์วิจัยที่สำคัญอาจช่วยให้ได้ผลที่เสริมกันได้รอบด้านขึ้นด้วย การกำหนดเป้าหมายให้งานบางด้านไปอยู่ที่ PMU เดียวก็มีความเสี่ยงในกรณีที่ PMU นั้นใช้แนวทางการสนับสนุนที่ผิดพลาด อีกปัญหาของปรับระบบก็คือการสนับสนุนทุนวิจัยในระบบปัจจุบันผูกกับระบบปีงบประมาณของราชการค่อนข้างมาก โดยหลาย PMU เน้นการสนับสนุนโครงการระยะเวลา 1 ปีตามปีงบประมาณ ซึ่งอาจสร้างปัญหาให้งานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถทำงานวิจัยได้ต่อเนื่อง ในด้านการกำหนดอัตราค่าตอบแทนในการสนับสนุนทุนวิจัยนั้น พบว่าหลาย PMU ใช้ระบบที่ออกแบบสำหรับราชการเป็นหลัก การผูกค่าตอบแทนกับระเบียบราชการ นอกจากไม่เอื้อกับเอกชนแล้วยังทำให้มหาวิทยาลัยรัฐหลายแห่งมีปัญหาในการหาหรือรักษานักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณภาพสูง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของงานวิจัยด้วย

การศึกษา**แผนการรับมือภาวะวิกฤตฉุกเฉิน**ของไทย พบว่าประเทศไทยไม่ได้ขาดแผนการรับมือภาวะวิกฤตฉุกเฉิน แต่ไทยยังขาดระบบที่จะทำให้อำนาจการตัดสินใจไปอยู่ที่บุคคลหรือหน่วยงานที่เหมาะสม ทำให้เมื่อเกิดวิกฤตฉุกเฉิน อำนาจการตัดสินใจมักต้องไปรวมอยู่ที่ผู้นำประเทศ และบางครั้งก็ทำให้เกิดโครงสร้างและลำดับขั้นในการสั่งการใหม่ๆ ที่อาจซับซ้อนขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาจากบางประเทศ กลไกการรับมือภาวะวิกฤตฉุกเฉินของไทยควรมีคุณสมบัติ 3 ประการคือ ประการแรก มีกลไกที่ช่วยให้ห้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้ ประการที่สอง มีกลไกที่ทำให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและสามารถมองปัญหาจากภาพรวมเป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจในยามวิกฤตเร่งด่วน และประการที่สาม กลไกที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแต่ละหน่วยรู้ว่าตนจะต้องมีบทบาทอะไรในภาวะวิกฤติในระดับต่างๆ ซึ่งการที่จะทำให้เกิดองค์ประกอบเหล่านี้ โดยเฉพาะในด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยี หน่วยงาน ววน. จะต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนอยู่เสมอ เพื่อสร้างและยกระดับทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อมกับการรับมือภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

Abstract

Since the wake of the COVID-19 pandemic in Thailand in 2020, the Thai government and the Thai people from all walks of life, including academics and research organizations, have adapted themselves and responded to cope with this new crisis. Policymakers, the Office of National Higher Education Science Research and Innovation Policy Council (NXPO) and Thailand Science Research and Innovation (TSRI), had introduced and implemented Program 17 as the new platform of the Science, Research and Innovation (SRI) System, to deal mainly with the COVID-19 crisis. During the first year of the crisis, each Program Management Unit (PMU) was instructed to devote 10% of its budget to fund research designated to respond to and mitigate the epidemic.

This research project focuses on evaluating and synthesizing lessons learned by both the Thai government and the SRI Fund in responding to and coping with the pandemic, which is described briefly in four main areas below:

On medicine and public health: COVID-19 has had varying impacts on nearly all walks of life in Thailand. The disease control and treatment measures have relied on the public health system mechanisms developed in the last half-century, including the village health volunteer (VHV) in rural areas. In the early phase, the Ministry of Public Health (MOPH) has expanded its testing capacity, contact tracing, case investigation, and quarantine (TTIQ). These measures have become less effective since the major outbreak in the second year and are now replaced mainly with ATK self-test and outpatient treatment. Vaccination has begun slowly in early 2021 with insufficient supply throughout the year. In the past, Thailand has very good rates of vaccination. However, vaccine demand has dropped down recently, with the booster rate increased slowly to 45.9 percent on September 9, 2022.

On the economy: Since the early stage of the pandemic, the Thai government has introduced several economic and financial aid measures to assist households, businesses, and workers to mitigate the impact of the economic disruption. These measures consist of (1) financial measures, such as debt restructuring (reducing debt, lowering interest rates); (2) fiscal measures, such as measures to reduce living costs and transfer measures; and (3) other measures, such as providing additional holidays to encourage domestic tourism. Although these measures are costly, Thailand has been successful in maintaining economic stability over the past two years without succumbing to an economic crisis that escalated into a financial crisis.

On governance: confronted with the COVID-19 crisis, the Thai bureaucracy has revealed its weaknesses: slow working processes with a lack of innovation; a lack of accurate and up-to-date information; a lack of using academic knowledge in making policy decisions; a lack of collaboration across ministries (or even within the same ministry); and the high centralization of power in the central and major regions without giving local independence and authority.

Impacts on people: One measure of COVID-19 deaths recommended by the World Health Organization (WHO) is excess mortality which also accounts for indirect deaths caused by COVID-19. We find that Thailand's mortality had increased throughout the pandemic period, and the excess mortality had increased substantially with COVID deaths in mid-2021 in the wake of the Delta outbreak. Throughout the Omicron outbreak in the first half of 2022, the monthly excess mortality has been the highest when compared with those in 2020 and 2021, indicating that the overall burden of COVID-19 has still been increasing.

To have a more complete picture, we use an anthropological approach to assess impacts on the poor, marginalized, and vulnerable groups. We find that these groups have been affected by COVID-19 on two major folds: (1) the impact of the "lockdown" or "semi-lockdown" measures that have led to a sudden unemployment or underemployment and hence a severe income shock; and (2) the impact of the major outbreak since the second quarter of 2021, as many poor, marginalized, and vulnerable groups became infected and experienced various problems: many could not access COVID-19 testing; some severely ill COVID-19 patients were not sent to appropriate healthcare facilities and had died at or outside homes; and slow and limited access to vaccination.

During 2020-2021 the Science, Research and Innovation Fund (SRI Fund) has funded more than 170 research projects related to COVID-19. Some projects had a great deal of success, such as the production of RT-PCR reagents and the mobile sampling and RT-PCR analysis vehicles widely used in several communities in late 2020 to 2021. A few PMUs had funded a handful of Antigen Test Kit (ATK) projects, a few of which have already entered the domestic market. Other diagnosis projects such as RT-LAMP and the CRISPR assay kit project were also successful, although they have not been used widely like RT-PCR and ATK.

The Thai government--and partly through the SRI Fund--has funded a handful of vaccine projects. These projects are still far from successful. However, Thailand has succeeded in receiving technology transfer on Adenoviral vector vaccine from AstraZeneca's (AZ) and has

been serving as its production source (OEM). At present, however, demand for the AZ vaccine has declined dramatically.

On the SRI funding system, the recent reform has centralized the public research funding system, which gives it more leverage in funding large important projects and makes it possible to allocate more funds to small and local universities. There have been concerns, however, about the diversity of research and the possibility that a specific designated PMU might be in a position that might be able to singlehandedly set the direction of certain important issues to a wrong path. Another problem reflected by some PMUs and several universities is that the new system has less flexibility as the system is too tied to the government fiscal year, making many PMUs focus on supporting projects for a period of one year, which is not in line with several types of research. Some PMUs use a system designed mainly for government agencies, including a pay scale that is tied to government regulations, which not only unfavorable to the private sector, but also causes problems for several public universities that are unable to find or maintain high-quality researchers or research assistants, and hence the quality of research.

The last part of the study aims at **assessing Thailand's emergency response plan**. We find that Thailand does not lack an emergency response plan. However, Thailand does not have a system to ensure that critical decision-making is made by the right and well-informed person or agency. The main problem lies in a lack of inter-ministerial cooperation, which means that almost all emergency decision-making tends to go to the country's leaders, who would occasionally make ad hoc decisions, e.g., creating new structures and chains of command that may be inadequate to deal with complicated crises. Reform is therefore needed to ensure that the system has prepared knowledge and technology that can be made available in an emergency; that allows those who are competent and capable of looking at problems from a broad perspective to make critical decisions; and that each involving agency knows the roles it should play in various levels of crises. To achieve this, the SRI funding system must constantly improve the research and innovation systems to make knowledge capital and human resources available to cope with the crises that may arise in the future.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

หลังจากที่ประเทศไทยเผชิญปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 รัฐบาล ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และด้านอื่นๆ นักวิชาการและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย รวมถึงกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ก็ได้ปรับตัวและปรับบทบาทเพื่อสนับสนุนการวิจัยที่จะช่วยประเทศรับมือกับการระบาดของโรคนี้ โดยเมื่อต้นเดือนเมษายน 2563 หน่วยงานกำกับดูแลนโยบายอย่างสำนักงานสภาพัฒนาการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สอวช.) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ได้ปรับระบบการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย โดยตั้งโปรแกรมที่ 17 ขึ้นมาเพื่อรับมือกับวิกฤตโควิด-19 และภัยแล้ง โดยในปีแรกกำหนดให้หน่วยงานจัดการการวิจัย (PMU) ต่างๆ แบ่งบที่ได้รับร้อยละ 10 มาสนับสนุนการวิจัยด้านการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ระบบการติดตามการระบาด การให้ความรู้แก่ประชาชน และการจัดทำมาตรการทางการแพทย์ สาธารณสุข และฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคม ในระดับอุตสาหกรรมและระดับพื้นที่ รวมถึงความมั่นคงในด้านอาหาร สุขภาพ และสังคม

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและถอดบทเรียนของการรับมือกับการระบาด ทั้งของรัฐบาลไทยในภาพรวมและของระบบ ววน. และเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางและมาตรการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดของโรค รวมถึงแนวทางการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการแพร่ระบาดรอบใหม่หรือโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

โครงการนี้เป็นการประเมินผลแบบผสมผสาน จากทีมวิจัยที่ใช้วิธีการประเมินผลจากสาขาวิชาการต่างๆ มาเสริมกัน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ประมวลข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ออกเป็น 4 ด้านหลักๆ คือ

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในไทยส่งผลกระทบต่อคนแทบทุกกลุ่ม ถึงแม้ว่าจะมีระดับผลกระทบที่แตกต่างกัน และยังมี ความแตกต่างในการเข้าถึงข้อมูล บริการ และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตั้งแต่การตรวจเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมไปถึงการฉีดวัคซีน ซึ่งในภาพรวม มาตรการควบคุมและรักษาโรคของไทยอาศัยพื้นฐานและกลไกของระบบรักษาพยาบาลและระบบสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นอย่างมากในครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชนบท

ในปี 2563 นอกจากมาตรการล็อกดาวน์ในเดือนเมษายนแล้ว รัฐบาลไทยได้ใช้มาตรการตรวจและควบคุมการเข้าประเทศที่จุดผ่านแดนทั้งทางอากาศและทางพื้นดิน ประกอบกับมาตรการติดตามสืบสวนโรคและกักตัว และมาตรการสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ให้ประชาชนสวมหน้ากากและเว้นระยะห่าง และประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคในช่วงส่วนใหญ่ของปี 2563 แต่ก็มีปัญหาในการควบคุมการเดินทางข้ามประเทศผ่านช่องทางธรรมชาติโดยเฉพาะตามแนวชายแดนด้านเมียนมาและกัมพูชา และมีปัญหาการระบาดและการ

ติดตามสืบสวนโรคมามากขึ้นตั้งแต่ในระลอกที่ 3 มาจนถึงปัจจุบัน โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงสุดกว่าร้อยละ 1 ในเดือนสิงหาคม 2564 และมีการระบาดในจำนวนที่มากที่สุดในระลอก 5 (โอมิครอน) ในปี 2565

ในด้านการป้องกันและการรักษาของไทยนั้น นอกจากมาตรการส่วนบุคคลที่ไทยมีความโดดเด่นเรื่อง หน้ากากแล้ว ไทยเริ่มฉีดวัคซีนเมื่อ 28 ก.พ. 2564 แล้วเริ่มฉีดได้มากขึ้นตั้งแต่เดือน มิ.ย. 2564 ซึ่งไทยได้เริ่ม รับประทานวัคซีน AstraZeneca ที่ผลิตในไทย แต่ไทยมีปัญหาในการจัดหาวัคซีนได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ ตลอดปี 2564 แต่ในปี 2565 ความต้องการฉีดวัคซีนกลับลดลงไปมาก โดยเมื่อ 9 ก.ย. 2565 ไทยฉีดเข็มที่ 3 ไปได้เพียงร้อยละ 45.9 ของประชากร

ยาต้านไวรัสที่ไทยใช้เป็นหลักคือฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งแม้ว่าจะมีต้นทุนต่ำกว่าตัวอื่น (ร้อยละ 53 ของ Remdisivir และร้อยละ 10 ของ Molnupiravir และ Paxlovid) แต่เป็นยาตัวเดียวที่ไทยใช้ที่ยังไม่ได้รับการ อนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (U.S. FDA) และไม่ผ่านการทดสอบในเฟส 3 ในสหรัฐฯ Mexico และ Brazil เมื่อพฤศจิกายน 2564 ไม่ได้อยู่ในรายการยาที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้กับ COVID-19 และปัจจุบันไม่ได้ใช้รักษาโรคนั้นในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นที่มาของยานี้ด้วย และ ในช่วงที่ฟาวิพิราเวียร์ขาดแคลน สถานพยาบาลและประชาชนก็ใช้ฟ้าทะลายโจรในการรักษาโควิด 19 ซึ่งได้รับ อนุมัติให้ใช้ในสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง โดยมีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนอยู่บ้าง

ในการสนับสนุนทุนวิจัยในด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ระบบ ววน. มีโครงการวิจัยที่สร้างและ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 หลายโครงการ และในด้านการวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมนั้น ระบบ ววน. ประสบความสำเร็จของการวิจัยที่นำไปสู่การผลิตน้ำยาตรวจ RT-PCR และรถวิเคราะห์เคลื่อนที่ที่ใช้มากในการตรวจเชิงรุกในปี 2564 และสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมในการผลิตชุดตรวจ ATK ไม่ มากนัก แต่ก็มีผลิตภัณฑ์ของไทยออกมาสู่ตลาดมากขึ้นในปัจจุบัน และโครงการวิจัยชุดตรวจเชื้อโดยวิธี RT-LAMP และ CRISPR ประสบความสำเร็จแต่ไม่ได้รับความนิยมนำมาใช้มากเหมือนกับ ATK และสำหรับ งานวิจัยพัฒนาวัคซีนซึ่งรัฐบาลให้ทุนสนับสนุนมากที่สุดในนั้น ยังไม่เห็นแนวโน้มว่าจะประสบความสำเร็จที่จะทำให้มีการผลิตวัคซีนของไทยเองออกมาในเร็วๆ นี้ ถึงแม้ว่าไทยจะประสบความสำเร็จในการรับถ่ายทอด เทคโนโลยีในการผลิตวัคซีนของ AstraZeneca (AZ) และเป็นแหล่งผลิตวัคซีน AZ ส่งให้หลายประเทศใน ภูมิภาคนี้ แต่ในปัจจุบันความนิยมวัคซีน AZ ลดลงเป็นอย่างมาก โดยในช่วงเกือบ 2 เดือนที่ผ่านมามีการฉีด เฉลี่ยวันละ 1,556 โดส หรือร้อยละ 2.78 ของวัคซีนที่ฉีดต่อวันเท่านั้น

ในด้านการผลิตยา ตั้งแต่เดือน ส.ค. 2564 องค์การเภสัชกรรมได้เริ่มผลิตยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ จากตัวยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ (หลังจากที่รัฐบาลไทยปฏิเสธการจดสิทธิบัตรยาเม็ดนี้ในไทยเมื่อ พ.ค. 2564) ออก. น่าจะมีศักยภาพในการผลิตในปริมาณที่เพียงพอสำหรับใช้ในประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีข่าวเรื่องมียา ไม่เพียงพอออกมาเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ก็มีการผลิตสมุนไพรฟ้าทะลายโจรโดยผู้ผลิตจำนวนมาก แต่หลาย รายยังขาดการให้ข้อมูลเรื่องจำนวนสารออกฤทธิ์ และยังไม่มีการมาตรฐานที่เข้มงวดในด้านฉลาก

ในด้านเศรษฐกิจ หลังจากการระบาดเริ่มส่งผลกระทบในวงกว้าง รัฐบาลได้ขยายเพดานเงินกู้และกู้เงินเข้ามาช่วยแก้ปัญหาแล้ว 1.5 ล้านล้านบาท และออกมาตรการช่วยเหลือครัวเรือน ธุรกิจ และแรงงาน เพื่อลดผลกระทบของการระบาดต่อภาคเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจและการเงิน 3 กลุ่มหลักๆ ได้แก่

(1) มาตรการทางการเงิน เช่น มาตรการปรับโครงสร้างหนี้ (ลดหนี้ ลดดอกเบี้ย ยืดระยะเวลาชำระหนี้ และปรับเงื่อนไขสัญญาให้แก่ลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิดของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ) มาตรการ soft loan อัดฉีดสภาพคล่องให้กับธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม เช่น โครงการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำสำหรับโรงจมน้ำ และโครงการสินเชื่อฉุกเฉิน

(2) มาตรการทางการคลัง ได้แก่ มาตรการบรรเทาค่าครองชีพ/ลดค่าใช้จ่าย (เช่น ลดค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมันรถจักรยานยนต์ และโครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19) มาตรการให้เงินอุดหนุนแบบให้เปล่า ซึ่งให้เงินแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ ของรัฐ (เช่น โครงการเราชนะ โครงการเราไม่ทิ้งกัน โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ มาตรการเยียวยาประกันสังคมนายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 33 มาตรา 39 และมาตรา 40) มาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจที่เน้นลักษณะของการจ่ายร่วม (copay) (เช่น โครงการคนละครึ่ง โครงการยิ่งใช้ยิ่งได้ โครงการเราเที่ยวด้วยกัน) มาตรการสนับสนุนการจ้างงาน เป็นการลดต้นทุนของภาคธุรกิจและแรงงาน (เช่น มาตรการลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของนายจ้างและลูกจ้าง) และมาตรการภาษี (เช่น มาตรการลดหย่อนภาษี และขยายเวลาชำระภาษี มาตรการเร่งคืนภาษีมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้ประกอบการภายในประเทศ รวมไปถึงการยกเลิกอากรขาเข้าและภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์)

(3) มาตรการอื่นๆ เช่น มาตรการหยุดยาว หรือมาตรการเพิ่มวันหยุดเพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวในประเทศ และมาตรการเปิดประเทศหรือพื้นที่พิเศษเพื่อรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ รวมทั้งมาตรการเร่งฉีดวัคซีนคนในพื้นที่ (Sandbox และ Test & Go) มาตรการส่งเสริมการปรับตัวไปทำงานบางด้านเพิ่ม เช่น ภาคการเกษตร การขายออนไลน์/Delivery ทั้งอาหารและสินค้าเกษตรบางชนิด

เมื่อรวมกันแล้วมาตรการเหล่านี้มีต้นทุนที่สูง แต่ที่ผ่านมามีไทยก็ประสบความสำเร็จในการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจโดยไม่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจที่ลุกลามมาเป็นวิกฤตการเงินอย่างวิกฤตในปี 2540

ด้านการอภิบาลระบบ (governance) พบว่าระบบราชการของไทยซึ่งมีปัญหาความอ่อนแอและประสิทธิภาพการทำงานอยู่แล้วในภาวะปกติ เมื่อเจอกับวิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นจุดอ่อนอย่างชัดเจน คือการทำงานที่ยืดติดกฎระเบียบ การทำงานล่าช้า การทำงานโดยขาดนวัตกรรม ขาดข้อมูลที่แม่นยำและทันสมัย ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการระบาดวิทยา การทำงานโดยไม่ประสานร่วมมือกันข้ามกระทรวง (หรือแม้แต่ในกระทรวงเดียวกัน) ประกอบกับการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางและภูมิภาคสูง โดยไม่ให้บทบาท ความเป็นอิสระ และอำนาจกับท้องถิ่น รวมทั้งยังขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน โครงสร้างภายในศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งรัฐบาล ศบค. และผู้นำ

ในหน่วยราชการต่างๆ ควรปรับปรุงการสื่อสารให้กระชับชัดเจน เป็นเอกภาพ เน้นข้อเท็จจริงและความรู้โดย
ไม่โทษประชาชน รับฟังและเคารพการวิพากษ์วิจารณ์ของประชาชนมากกว่าที่จะสื่อสารทางเดียวแบบบนลงล่าง
(top down communication) ทั้งนี้ บทเรียนจากต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า รัฐที่ประสบความสำเร็จในการ
รับมือกับโรคระบาดไม่จำเป็นว่าจำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ (big government) ในแง่บุคลากรภาครัฐหรือ
งบประมาณเสมอไป แต่สำคัญที่สมรรถภาพในการทำงานอย่างฉับไว มีวิสัยทัศน์ มีการประสานงานที่ดี ทำงาน
โดยอิงกับความรู้และข้อมูล การสื่อสารที่ชัดเจน และไม่คอร์รัปชันหรืออิงกับระบบเส้นสายพวกพ้อง อีกปัจจัย
หนึ่งที่สำคัญ คือ ความไว้วางใจที่สมเหตุสมผลของประชาชน (rational trust) ซึ่งหมายถึงการที่พลเมืองจะ
ยินดีให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆ ของรัฐในยามวิกฤต แม้ว่ารัฐอาจออกบางมาตรการที่จำกัดสิทธิเสรีภาพ
ของพวกเขาก็ตาม

ในด้านการวัดผลกระทบต่อประชาชน ตัวชี้วัดหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้คือการ
ตายส่วนเกิน (excess mortality) ซึ่งรวมยอดผู้เสียชีวิตทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 โดย
ถือว่าเป็นผลรวมทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโควิด ซึ่งรวมกรณีที่เกิดก่อน เช่น ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตโดยเข้าไม่ถึง
การตรวจหรือรักษาในสถานพยาบาล หรือผลทางอ้อมจากโควิดที่ทำให้ผู้ป่วยโรคอื่นที่อาการหนักบางราย
เสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงการรักษาหรือการใช้ห้อง ICU รวมทั้งผู้ที่ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นที่อาจเกิดจากความเครียด
และปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นผลตามมาจากาการระบาดของโควิด ซึ่งอาจรวมข้อจำกัดต่างๆ ของรัฐบาลในการ
บรรเทาผลกระทบเหล่านั้น ด้วย การที่ยอดการตายส่วนเกินรายเดือนของไทยในปี 2564 ตั้งแต่เดือนมีนาคม
สูงกว่าของเดือนเดียวกันในปี 2563 และในตลอดช่วงครึ่งปีแรกของปี 2565 ก็สูงกว่าของปี 2564 อย่างชัดเจน
บ่งชี้ว่าผลกระทบจากโควิดต่อคนไทยยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงสองปีครึ่งที่ผ่านมา

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนด้วยวิธีการด้านมานุษยวิทยามีจุดเน้นที่กลุ่มคนจน กลุ่มคนชาย
ขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ซึ่งมักต้องทำงานในสภาวะความเสี่ยงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงความแออัด
โดยเฉพาะกลุ่มคนชายขอบเช่นคนไร้บ้าน ที่แม้แต่การหาหน้ากากอนามัยมาป้องกันการติดเชื้อก็ทำได้ยากแล้ว
การที่กลุ่มคนเหล่านี้มักมีสายป่านสั้นทำให้มีโอกาสได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่ากลุ่มอื่น ผลกระทบของโควิด-
19 ต่อกลุ่มคนเหล่านี้ส่วนแรกเกิดจากมาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” ที่นำมาสู่การตงงาน ขาด
รายได้อย่างเฉียบพลัน กลายเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากจนแทบไม่สามารถลืมหาอาชีพได้อีก ผลกระทบ
ส่วนที่สองเป็นผลจากการจัดการทางด้านการแพทย์/สาธารณสุขที่เกิดจากการแพร่ระบาดอย่างหนักตั้งแต่ไตร
มาสที่สองของปี 2564 ที่กลุ่มคนเปราะบางจำนวนมากกลายเป็นผู้ติดเชื้อและประสบปัญหาตั้งแต่การเข้าถึง
การตรวจเชื้อ ผู้ป่วยโควิดที่มีอาการหนักจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาล
สนาม จนทำให้มีผู้เสียชีวิตตามบ้าน รวมทั้งวัคซีนที่แจกจ่ายมีความล่าช้าและมีข้อกังขาในด้านคุณภาพ

การเยียวยาในระยะแรกไม่ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด ถึงแม้ว่าในระยะลอกหลังๆ คนจนกลุ่ม
ต่างๆ สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้มากขึ้น แต่กลุ่มคนชายขอบหรือกลุ่มเปราะบาง อาทิ คนไร้บ้าน แรงงาน
ข้ามชาติ และคนที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีมักตกหล่นจากการช่วยเหลือและประสบปัญหาความเดือดร้อนมากกว่า
กลุ่มอื่น แคมป์ก่อสร้างขนาดเล็กก็มักไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากมาตรการของรัฐมากเท่ากับแคมป์ก่อสร้าง

ของบริษัทขนาดใหญ่ การใช้อำนาจตาม พรก.ฉุกเฉินฯ ไม่ค่อยมีผลในการควบคุมการระบาดที่ผ่านมา แต่กลับทำให้ผลกระทบจากการจัดการโควิด-19 ที่มีต่อคนจน คนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง ไม่สามารถนำเสนอต่อสาธารณะได้อย่างเปิดเผยและอย่างเป็นอิสระ ระบบราชการที่เชิงรุกและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในขณะที่ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ในชีวิตทางการเมืองของชาวบ้านกลับมีบทบาทมากในการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนจากการจัดการโควิด-19 ของรัฐได้ดีพอสมควร แต่ก็ยังสะท้อนการเข้าถึงบริการและทรัพยากรของรัฐที่ไม่เท่ากัน เช่น ส.ส. พรรคฝ่ายรัฐบาลมีศักยภาพในการประสานหน่วยงานหรือนำรถตรวจชีววินิจฉัยเข้ามาให้บริการในชุมชนและสามารถจัดส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ด้วยความรวดเร็ว ในขณะที่ ส.ส. ฝ่ายค้านช่วยชาวบ้านได้เพียงแจกหรือบริจาคสิ่งของให้ครอบครัวผู้เดือดร้อนหรือให้โรงพยาบาลสนามเท่านั้น

มาตรการเยียวยาเพื่อบรรเทาผลกระทบของโควิด-19 ของรัฐบาลในระยะหลังๆ ได้รับการปรับปรุงเพื่อให้ครอบคลุมผู้เดือดร้อนกลุ่มต่างๆ มากขึ้น แต่มาตรการการเยียวยามักเป็นการแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าที่ไม่เพียงพอ ตลอดสองปีที่ผ่านมา ภาคสังคมทั้งองค์กรด้านการสังคมสงเคราะห์ มูลนิธิ สมาคมของชนชั้นสูง ขององค์การทางศาสนา หรือของกลุ่มทุนที่ทำ CSR รวมทั้งองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมที่เน้นการจัดการตนเองและความเข้มแข็งของชุมชน ต่างก็มีบทบาทอย่างมากในการอุดช่องโหว่ในการจัดการโควิด-19 ของรัฐในทุกพื้นที่ที่ศึกษา แต่จากการศึกษาในภาคสนามพบว่า หน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาคไม่ค่อยให้ความสำคัญร่วมมือสนับสนุนบทบาทของภาคสังคมเท่าที่ควร

เมื่อพิจารณารายละเอียดการปรับตัวของระบบ ววน. ของไทย เพื่อรับมือโควิด-19 ผลการศึกษาจากการประมวลข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม การศึกษาการดำเนินการและการปรับตัวของระบบบริหารทุนวิจัยของต่างประเทศพบว่าแต่ละประเทศมีโครงสร้างระบบการศึกษา ระบบการทำวิจัย ระบบตลาด สภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งภาวะการระบาดที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วง ทำให้ไม่สามารถมีเกณฑ์มาตรฐาน (Gold Standard) ที่จะใช้ประเมินระบบ ววน. ของไทยในเชิงปริมาณได้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ข้อสรุปสำคัญคือการพิจารณาการดำเนินการของระบบส่งเสริมการวิจัยจะต้องพิจารณาตลอดช่วงห่วงโซ่คุณค่าคือการพิจารณาทุนของระบบวิจัย กระบวนการบริหารจัดการ ผลลัพธ์การวิจัยที่เกิดขึ้นและระบบการกำกับดูแลโดยภาพรวม โดยผู้เขียนดำเนินการศึกษาส่วนนี้ต่อไปจากการประมวลข้อมูลและการสัมภาษณ์ข้อมูลความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ ววน. ตั้งแต่หน่วยงานกำหนดนโยบาย หน่วยงานบริหารจัดการทุนวิจัย หน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์จากการวิจัย

ด้านโครงสร้างระบบการกำกับดูแล ววน. พบว่าการปรับระบบ ววน. มีแนวโน้มทำให้เกิดการรวมศูนย์มากขึ้น ซึ่งแม้จะมีผลให้ประเด็นที่เป้าหมายการวิจัยถูกกำหนดอย่างชัดเจนแต่ก็มีข้อกังวลในด้านการรักษาความหลากหลายและการแข่งขันกันในระบบวิจัย ซึ่งหน่วยงานบริหารจัดการทุนวิจัยควรรักษาสมดุลระหว่างการให้ทุนแบบอิสระ และการให้ทุนแบบกำหนดประเด็นหรือกรอบการวิจัย นอกจากนี้ แต่ละ PMU ยังมีการกำหนดขอบข่ายของประเด็นการวิจัยที่ซ้ำซ้อนกันบ้าง ซึ่งมีทั้งข้อดีจากการอาจมีส่วนช่วยให้มีงานวิจัยที่หลากหลายขึ้น และมีข้อเสียในแง่การบริหารความคุ้มค่าในการสนับสนุนการวิจัย ทั้งนี้ มีข้อสังเกตจาก PMU

ด้วยกันเองว่าหลายหน่วยงานมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนทุนวิจัยด้านชุมชนและพื้นที่มากขึ้นแม้ว่าตนจะถูกกำหนดบทบาทให้สนับสนุนการวิจัยขั้นแนวหน้า ซึ่งมีข้อเสนอให้ สกสว. ทำหน้าที่กำหนดขอบข่ายและควบคุมขอบข่ายการสนับสนุนทุนวิจัยของแต่ละ PMU ให้ชัดเจน รวมถึงหาแนวทางในการจัดการขอบข่ายการวิจัยที่ซ้ำซ้อนกัน เช่น การออกแบบระบบร่วมสนับสนุนทุนวิจัย

ด้านทุนของระบบ ววน. พบว่า ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของระบบ ววน. คือ ทรัพยากรบุคคล ซึ่งที่ผ่านมา หน่วยงาน PMU บางแห่งประสบปัญหาการขาดแคลนนักวิจัยที่มีความสามารถเหมาะสมในการดำเนินการวิจัยในประเด็นที่เป็นเป้าหมายของระบบ ววน. โดยเฉพาะการวิจัยขั้นแนวหน้า นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนวิจัยยังผูกกับระบบปีงบประมาณค่อนข้างมาก จึงทำให้หลาย PMU เน้นการสนับสนุนโครงการระยะเวลา 1 ปี ตามปีงบประมาณ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของประเด็นการวิจัยในหลายประเด็นที่ต้องการระยะเวลาการวิจัยที่ยาวกว่านั้น ตัวอย่างของการบริหารจัดการหนึ่ง คือ การสนับสนุนโครงการวิจัยโดยการกำหนดเงื่อนไขการขอทุนต่อเนื่องของ บพข. ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะได้ภายใต้เงื่อนไขของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแต่ละระยะ และระบบ ววน. ยังคงต้องพัฒนาการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรส่วนกลางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความคุ้มค่า เช่น การใช้งานระบบสารสนเทศ (เช่น ระบบ NRIS) ซึ่งปัจจุบัน PMU บางแห่งยังกำหนดให้ใช้ระบบของตนเองควบคู่กันไปทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รวมถึง หน่วยงานทำวิจัยจำนวนมากประสบปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรการวิจัยที่มีต้นทุนสูงและเห็นวาระระบบ ววน. อาจจะเป็นผู้ลงทุนหรือบริหารจัดการให้หน่วยงานวิจัยสามารถเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้นร่วมกันได้ เช่น ห้องปฏิบัติการส่วนกลางที่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการใช้งานระหว่างกันในอัตราที่ไม่สูง และฐานข้อมูลการวิจัยนานาชาติอย่าง Web of Science และ Scopus ที่หน่วยงานทำวิจัยหลายแห่งเห็นวาระ สกสว. ควรเป็นหน่วยงานลงทุนและเจรจากับฐานข้อมูลให้หน่วยงานในไทยสามารถใช้ร่วมกันได้

ด้านกระบวนการบริหารระบบ ววน. พบว่าระบบ ววน. มีการกำหนดกรอบการดำเนินการในหลายระดับ มีการใช้เวลาในการกำหนดกรอบวิจัยและเป้าหมายนานแต่กลับเปิดรับข้อเสนอโครงการในช่วงสั้นๆ และใช้เวลาในการพิจารณาโครงการนาน ซึ่งแต่ละ PMU มีระยะเวลาดำเนินการแตกต่างกัน ทำให้หน่วยงานทำวิจัยมักจะมีเวลาไม่เพียงพอที่จะเตรียมข้อเสนอโครงการที่มีคุณภาพ ขณะที่ PMU ประสบปัญหาการมีระยะเวลาในการกำหนดกรอบวิจัยที่เหมาะสมสั้นเนื่องจาก สกสว. ประกาศแผนกรอบ ววน. กระชั้นชิดกับช่วงดำเนินการของปีงบประมาณ ในด้านการกำหนดอัตราการสนับสนุนทุนวิจัยพบว่า PMU แต่ละแห่งกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน โดยหลายแห่งใช้ระบบที่ออกแบบอัตราสำหรับราชการเป็นหลัก และมักผูกกับระเบียบราชการ เช่น ระบบการกำหนดจ่ายค่าตอบแทน ซึ่งนอกจากไม่เอื้อกับเอกชนแล้ว มหาวิทยาลัยภาครัฐหลายแห่งก็ยงหาหรือรักษานักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณภาพสูงไม่ได้ ท้ายที่สุดคือการดำเนินการร่วมกันระหว่าง PMU และหน่วยงานทำวิจัย พบว่าหน่วยงานทำวิจัยได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรมพบปะพูดคุยกับ PMU เช่น การประชุมร่วม การจัดกิจกรรม Open house เพื่อมีการแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจกรอบการวิจัยที่แต่ละ PMU มุ่งเน้น

ด้านผลลัพธ์การดำเนินการของ ววน. พบว่าหน่วยงานทำวิจัยประสบปัญหาการกำหนดตัวชี้วัดบางกรณีตั้งเป้าที่ไม่สมเหตุสมผล รวมถึงไม่ควรเป็นเป้าสำหรับโครงการวิจัย เช่น ต้องเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยวตามที่กำหนด ต้องทำให้อันดับความสุขของคนไทยเพิ่มขึ้น การมีความคาดหวังให้งานวิจัยต้องเกิดผลเชิงธุรกิจ และต้องหาหน่วยงานมาร่วมทุน ซึ่งบางกรณีไม่ใช่ธรรมชาติของงานวิจัยในมหาวิทยาลัย (ในกรณีที่โจทย์และความต้องการไม่ได้มาจากเอกชน) ซึ่งเอกชนมักจะไม่สนใจลงทุนในงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยจากการศึกษาพบว่าการทำวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพจำเป็นที่จะต้องผ่านกระบวนการสั่งสมความรู้และความเชี่ยวชาญในการกลั่นกรองความรู้ของนักวิจัย จึงเป็นการยากที่การทำวิจัยและพัฒนาในเรื่องใหม่ๆ จะสามารถเกิดผลสัมฤทธิ์จนถึงขั้นการสร้างผลงานที่ถูกนำมาใช้ได้ในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนนอกระบบ ววน. เช่น งบประมาณของหน่วยงานอื่น การบริจาค การลงทุนภาคเอกชน ก็มีช่วยรับมือโควิด และในบางกรณีก็ช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่เร็วขึ้นด้วย

การศึกษาแผนการรับมือภาวะวิกฤตฉุกเฉินของไทย พบว่าประเทศไทยไม่ได้ขาดแผนการรับมือภาวะวิกฤตฉุกเฉิน โดยไทยมีระบบรับมือการระบาดของไทยหลังโควิด-19 มีทั้งการเปิด Emergency Operation Center (EOC) ภายในกรมควบคุมโรค และ EOC ในระดับกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งเมื่อเปิดใช้ EOC สธ. แล้ว ก็มีการเปิด EOC ในโครงสร้างระดับต่างๆ ของ สธ. เช่น EOC สสจ. ในแต่ละจังหวัดด้วย โดยแผนกลไกจัดการภัยพิบัติที่มีทั้งด้านโรคระบาดและภัยพิบัติอื่นของไทยมุ่งเน้นการสร้างภาคีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการ แต่การตัดสินใจในภาวะวิกฤตขนาดใหญ่มักต้องการการตัดสินใจข้ามหน่วยงานโดยด่วน ซึ่งไทยยังขาดระบบที่กำหนดให้อำนาจการตัดสินใจไปอยู่ที่บุคคลหรือหน่วยงานที่เหมาะสม ทำให้เมื่อเกิดวิกฤตฉุกเฉิน อำนาจการตัดสินใจมักต้องไปรวมอยู่ที่ผู้นำประเทศ และบางครั้งก็ทำให้เกิดโครงสร้างและลำดับขั้นในการสั่งการใหม่ๆ ที่ต่างไปจากเดิม และอาจซับซ้อนขึ้นกว่าเดิม เช่น ศบค. ซึ่งมีเลขาธิการความมั่นคงและทหารมาเป็นผู้บริหารหลัก ผ่านการตั้งคณะกรรมการชุดต่าง

ในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น จากการศึกษาและการสังเคราะห์ผลการศึกษาจากบางประเทศ กลไกการรับมือควรมีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ ประการแรก มีกลไกที่ทำให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและสามารถมองปัญหาจากภาพรวมเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจในภาวะเร่งด่วน ประการที่สอง มีกลไกที่ช่วยให้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้ และประการที่สาม กลไกที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยรู้ว่าตนจะต้องมีบทบาทอะไรในภาวะวิกฤติในระดับต่างๆ ซึ่งองค์ประกอบของคุณสมบัติเหล่านี้ จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองในภาวะวิกฤติถ้าหากประเทศไม่มีการกำหนดบทบาทและอำนาจในกลไกนโยบายไว้ล่วงหน้า

โดยภาพรวมการศึกษาพบว่าความพร้อมความพร้อมโดยการสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต ภารกิจสำคัญของหน่วยงาน ววน. ในการรับมือภาวะการระบาด ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ ประการแรก คือ หน่วยงาน ววน. จะต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนอยู่เสมอ เพื่อยกระดับสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อมกับการรับมือภาวะวิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ประการที่สอง คือ หน่วยงาน

ววน. จะต้องพยายามทำให้เกิดกลไกที่มั่นใจว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น

สารบัญ

บทคัดย่อ	iv
Abstract	vii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	x
(Executive Summary)	x
สารบัญ	xviii
สารบัญกรอบ	xxiii
สารบัญตาราง	xxiv
สารบัญรูป	xxviii
ส่วนที่ 1 ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
2. วัตถุประสงค์ของการประเมินผล	4
3. รายชื่อคณะผู้วิจัยในโครงการประเมินผล.....	5
ส่วนที่ 2 การออกแบบโครงการประเมินผล	8
4. กรอบแนวคิด ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินการประเมินผล	8
4.1 ปัญหาและกรณีตัวอย่างที่ควรสนใจในการประเมินผล/ถอดบทเรียนจากการดำเนิน นโยบาย/มาตรการของประเทศต่างๆ	8
4.2 บทเรียนหลักที่สำคัญ.....	20
4.3 กรอบแนวคิด และประเด็นพิจารณาต่างๆ ในการตั้งโจทย์และการประเมินผล.....	24
4.4 ขอบเขตการดำเนินงานของโครงการ	57
5. โครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล	58
5.1 กรอบโครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล	58
5.2 ผลผลิตที่ต้องส่งมอบ ประเด็นพิจารณา และวิธีวิจัย.....	63
6. แผนการดำเนินงาน (Action Plan).....	79
6.1 การนำเสนอและผลงานที่จะส่งมอบ.....	79
6.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	79
7. แผนการดำเนินโครงการ.....	80

สารบัญ (ต่อ)

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการรับมือ Covid-19 ของไทย และกรณีศึกษาต่างประเทศ	84
8. สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทย ตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน	84
8.1 สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านการแพทย์และ สาธารณสุข.....	84
8.2 มาตรการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านเศรษฐกิจและสังคม.....	120
8.3 โครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	153
9. กรณีศึกษาสถานการณ์และการรับมือ Covid-19 ในต่างประเทศ	198
9.1 กรณีศึกษาสหรัฐอเมริกา.....	198
9.2 กรณีศึกษาสวีเดน	205
9.3 กรณีศึกษาเยอรมนี	211
9.4 กรณีศึกษาไต้หวัน.....	216
9.5 กรณีศึกษาญี่ปุ่น.....	223
9.6 กรณีศึกษาเกาหลีใต้.....	227
9.7 กรณีศึกษาสหราชอาณาจักร.....	234
10. กรณีศึกษารายนโยบาย/มาตรการสำคัญของไทยและต่างประเทศ	241
10.1 มาตรการรับมือด้านสาธารณสุขและการจำกัดกิจกรรมต่างๆ	241
10.2 มาตรการวัคซีนป้องกันโควิด-19.....	265
10.3 การฉีดวัคซีนไขว้หรือวัคซีนสูตรผสม และการฉีดด้วยวิธีอื่น	343
10.4 การนำชุดตรวจ ATK มาใช้ในประเทศไทย และการจัดหาและการกระจาย	350
10.5 การใช้ จัดหา และการวิจัยยาและสมุนไพรสำหรับรักษาโควิด-19 ในประเทศไทย	362
10.6 ยุทธศาสตร์ Zero Covid และยุทธศาสตร์ Living with Covid	379
10.7 แนวคิดเรื่องการปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่นของไทย	390
10.8 การปรับนิยามการรายงานข้อมูลสถานการณ์การระบาดของไทย.....	402
11. สรุปบทเรียนในการรับมือกับการระบาดของ Covid-19.....	414

สารบัญ (ต่อ)

ส่วนที่ 4 การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) จากมุมมองทางรัฐศาสตร์	419
12. ระบบอภิบาลที่ดี (good governance) สำคัญต่อการจัดการโรคระบาด: บทสำรวจเชิงแนวคิดและการศึกษาเปรียบเทียบ	419
13. การอภิบาลที่ดี คุณภาพผู้นำ และประสิทธิภาพรัฐ: กรณีศึกษานิวซีแลนด์	428
14. รัฐบาล ผู้นำ และระบบอภิบาลล้มเหลว: กรณีศึกษาบราซิล	435
15. โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐไทยในการรับมือกับโควิด-19	439
16. การประเมินโครงสร้างการอภิบาลและการบริหารจัดการของรัฐไทยในสถานการณ์วิกฤต โควิด-19	452
ส่วนที่ 5 การประเมินผลกระทบต่อประชาชน	483
17. การวัดผลกระทบจากโควิดด้วย “การตายส่วนเกิน”	483
18. การประเมินเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 จากมุมมองทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา	498
18.1 สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในไทย (ภาพรวม).....	498
18.2 การจัดการกับการระบาดของโรคโควิด-19 ที่กระทบกับคนจน	507
18.3 สถานการณ์โควิด-19 และผลกระทบต่อคนจน	528
18.4 พื้นที่/กรณีที่น่าสนใจในการประเด็นการจัดการโควิด-19 และ ผลกระทบ	550
18.5 เนื้อหา/ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคสนาม	567
18.6 สรุปและการประเมินผล	589
ส่วนที่ 6 การปรับตัวของระบบ ววน. ของไทย เพื่อรับมือโควิด-19	601
19. การปรับสู่ระบบวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)	602
19.1 ระบบ ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศที่อยู่ใต้กรอบการสนับสนุนของกองทุน ววน. ในประเทศไทย	602
19.2 การปรับตัวของ กสว. กองทุน ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศหลังจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19	610

สารบัญ (ต่อ)

20. การจัดสรรทุนวิจัยจากระบบ ววน. เพื่อรับมือ โควิด-19.....	612
20.1 ภาพรวมการดำเนินการของหน่วยงาน PMU.....	612
20.2 งบประมาณของ PMU และโครงการวิจัยที่แต่ละ PMU สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19	617
21. กรณีศึกษาการสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนาด้านโควิดที่สำคัญของไทย	644
21.1 การสนับสนุน/ดำเนินการวิจัยด้านวัคซีนของไทย.....	645
21.2 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR, RT-LAMP, CRISPR และ ATK ในประเทศไทย.....	653
21.3 การวิจัยและผลิตยาต้านโควิด-19 ในประเทศไทย	672
22. กรณีศึกษาการจัดสรรทุนวิจัยในต่างประเทศ.....	675
22.1 ภาพรวมรูปแบบการจัดสรรทุนวิจัย และข้อพิจารณา	675
22.2 กรณีศึกษาจากต่างประเทศ.....	685
23. Milestone งานวิจัยเพื่อรับมือโควิด-19.....	739
23.1 การวิจัยทางการแพทย์/สาธารณสุข ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยา.....	740
23.2 การวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน/วัคซีน และรักษา.....	750
23.3 การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (รวมการจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุข)	766
23.4 รัฐศาสตร์/การอภิบาลระบบ.....	769
24. สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง	770
24.1 ประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน.	770
24.2 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านภาพรวมของแผน.....	772
24.3 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม	789
24.4 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ	806
24.5 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม.....	822

สารบัญ (ต่อ)

ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว	839
25. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว	839
25.1 โครงสร้างการรับมือเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในประเทศไทย	839
25.2 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (U.S. Centers for Disease Control and Prevention: U.S. CDC)	866
25.3 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (Taiwan Centers for Disease Control) และศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (Central Epidemic Command Center: CECC).....	877
25.4 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้ (Korea Centers for Disease Control and Prevention: KCDC).....	892
25.5 แนวทางการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาวของประเทศไทย	904
ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน	907
26. ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต	907
ส่วนที่ 9 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	917
27. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	917
27.1 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของไทย	917
27.2 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของระบบ ววน.	926
27.3 ข้อเสนอแนะทางและโครงสร้างการบริหารเพื่อรับมือวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งจากโควิด-19 ระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำ/ระบาดซ้ำ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ	939
บรรณานุกรม (บางส่วน)	944
ภาคผนวก ก. ระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU	947
ภาคผนวก ข. ข้อมูลที่รวบรวมเอกสารว่าด้วยพื้นที่กรณีศึกษา เพื่อศึกษาผลกระทบต่อประชาชน.....	1034
ภาคผนวก ค. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคสนามเพื่อศึกษาผลกระทบต่อประชาชน	1053

สารบัญกรอบ

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)	58
กรอบที่ 2 บทคัดย่อ (เบื้องต้น) ของ “งานวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบผลของฟ้าทะลายโจร และฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 ระยะเริ่มติดเชื้อ (Prospective randomized trial to compare using Andrographis paniculata powder and Favipiravir in treatment of early COVID-19)” โดย ผอ.รพ. มวกเหล็ก และคณะ (รวม นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์)	371
กรอบที่ 3 ตัวอย่างการพัฒนานอกระบบ ววน. กรณีรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit)....	660
กรอบที่ 4 ตัวอย่างการพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas.....	666

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ดัชนี OxCGR	41
ตารางที่ 2	สรุปผลผลิตที่ต้องส่งมอบ แนวคิด และวิธีศึกษาโดยสังเขป สำหรับแต่ละวัตถุประสงค์	63
ตารางที่ 3	มาตรการช่วยเหลือเยียวยาผลกระทบจากวิกฤตการณ์โควิด-19	121
ตารางที่ 4	แผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี	155
ตารางที่ 5	แผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 5 แสนล้านบาท ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี	187
ตารางที่ 6	สรุปการอนุมัติงบประมาณโครงการภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินฯ	191
ตารางที่ 7	สรุปมาตรการปิดกิจกรรมและมาตรการด้านสาธารณสุขเมื่อ 15 พ.ค. 63 64 และ 65	247
ตารางที่ 8	วัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับในบางประเทศ	267
ตารางที่ 9	ผลการเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19	268
ตารางที่ 10	ผลการเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 (ต่อ)	275
ตารางที่ 11	ผลการประมาณการประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคและการติดเชื้อ	279
ตารางที่ 12	สถานะของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ประเมินโดยองค์การอนามัยโลก	281
ตารางที่ 13	สายพันธุ์นาวิตที่ถูกจัดเข้ากลุ่มสายพันธุ์นาวิตตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก	286
ตารางที่ 14	สายพันธุ์ย่อยของ Omicron ที่อยู่ระหว่างการติดตามโดย WHO	287
ตารางที่ 15	ประเทศที่ได้รับการจัดสรรวัคซีนมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565	294
ตารางที่ 16	ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565	295
ตารางที่ 17	ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565	296
ตารางที่ 18	ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนผ่านโครงการ COVAX เป็นอันดับต้นๆ ของโลก	297
ตารางที่ 19	รายละเอียดการทำข้อตกลงจัดหาวัคซีนของประเทศไทย 2563 - 2564	299
ตารางที่ 20	ลำดับเหตุการณ์สำคัญในการจัดหาวัคซีนของรัฐบาลไทยในปี 2563-2564	307
ตารางที่ 21	รายงานการเสียชีวิตหลังการฉีดวัคซีนของแต่ละประเทศ	328
ตารางที่ 22	ผลการประมาณการสมการถดถอยและกราฟ scatter plot ของสองตัวแปร	334
ตารางที่ 23	ผลกระทบของการใช้ชุดตรวจที่มีความไวที่ต่างกันในด้านต้นทุนและประโยชน์	353
ตารางที่ 24	รายชื่อประเทศรายได้ต่ำและปานกลางรวม 105 ประเทศที่ได้รับสิทธิในการผลิต	375
ตารางที่ 25	เปรียบเทียบมาตรการควบคุมโรคตามแนวคิดการกำจัดโรคโควิดและการอยู่ร่วมกับโรคโควิด	387

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 26 ผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปี 2558-2562 และรายปี 2563-2565 และการตายส่วนเกินและการตายจากโควิด ในปี 2563 – เมษายน 2565	486
ตารางที่ 27 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2563	489
ตารางที่ 28 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2564	490
ตารางที่ 29 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2565	491
ตารางที่ 30 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่รายงานและประมาณการ และประมาณการจำนวนการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ในปี 2562-2564	497
ตารางที่ 31 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564	618
ตารางที่ 32 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563	619
ตารางที่ 33 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก วช.	619
ตารางที่ 34 ผลการใช้จ่ายของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 รอบ 6 เดือน	624
ตารางที่ 35 ผลการใช้จ่ายของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563	625
ตารางที่ 36 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สนช. (NIA) ใน ปีงบประมาณ 2563	626
ตารางที่ 37 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 และการรับมือโรคระบาด ที่ได้รับการส่งเสริมโดย สนช (NIA). ใน ปีงบประมาณ 2564	628
ตารางที่ 38 กรอบและแผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร ปีงบประมาณ 2564	630
ตารางที่ 39 กรอบและแผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร ปีงบประมาณ 2563	631
ตารางที่ 40 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวก.....	631
ตารางที่ 41 งบประมาณแผนปฏิบัติการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564.....	632
ตารางที่ 42 งบประมาณแผนปฏิบัติการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563.....	632
ตารางที่ 43 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส.....	633
ตารางที่ 44 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพท.....	634
ตารางที่ 45 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพค.....	637

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 46	โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพข.	641
ตารางที่ 47	โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกสว. ปี 2563-2564	643
ตารางที่ 48	สรุปจำนวนการผลิตและส่งมอบชุดตรวจ RT-PCR ของบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด.....	656
ตารางที่ 49	สรุปจำนวนการผลิตและส่งมอบชุดตรวจ Fastproof Dual SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit และ Fastproof 30 min-TTR SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit.....	664
ตารางที่ 50	รูปแบบของทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับ	675
ตารางที่ 51	เปรียบเทียบรูปแบบของทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับใน 8 ประเทศ	676
ตารางที่ 52	รูปแบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป.....	678
ตารางที่ 53	องค์ประกอบของการจัดสรรทุนวิจัย และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	679
ตารางที่ 54	สัดส่วนการให้ทุนวิจัยจากภาคส่วนต่างๆ แบ่งตามหมวดการวิจัย.....	686
ตารางที่ 55	รายชื่อหน่วยงานให้ทุนของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา	689
ตารางที่ 56	การจัดสรรทุนของรัฐบาลกลาง แบ่งตามหน่วยงาน (หน่วย: ล้านดอลลาร์สหรัฐ)	693
ตารางที่ 57	การจัดสรรทุนวิจัยและพัฒนาของรัฐบาลกลาง แบ่งตามประเภทการวิจัย.....	694
ตารางที่ 58	การจัดสรรทุนวิจัยและพัฒนาให้แก่หน่วยงานภายใต้สถาบันสุขภาพแห่งชาติ	696
ตารางที่ 59	การให้ทุนเพื่อทำวิจัย (Research Grants) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา	697
ตารางที่ 60	การให้ทุนโครงการหรือศูนย์วิจัย (Program Project/Center Grants (P series)) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา	701
ตารางที่ 61	การสนับสนุนทรัพยากร (Resource Grants) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา	702
ตารางที่ 62	การให้ทุนแผนงาน Trans-NIH Programs ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา	703
ตารางที่ 63	สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในสหราชอาณาจักร พ.ศ. 2554 (หน่วย: ล้านปอนด์).....	708
ตารางที่ 64	การให้ทุนแบบวงเงินรวมแก่สถาบันชั้นอุดมศึกษา ปี 2551 – 2552 จำแนกตามแหล่งทุน	709
ตารางที่ 65	กิจกรรมหลักของสภาวิจัยแต่ละแห่ง.....	712
ตารางที่ 66	การจัดสรรทุนรายโครงการจากสภาวิจัยแต่ละแห่งในสหราชอาณาจักร ปี 2554.....	713
ตารางที่ 67	สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในสวีเดน พ.ศ. 2554 (หน่วย: ล้านโครนาสวีเดน).....	716

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 68 แหล่งที่มาของเงินทุนโครงการ.....	723
ตารางที่ 69 ภาพรวมทุนวิจัยในเยอรมนี ปี 2553 จำแนกตามแหล่งเงินทุน (หน่วย: ล้านยูโร).....	724
ตารางที่ 70 มูลค่าการใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนา จำแนกตามประเภทงานวิจัย ค.ศ. 2015 – 2019.....	729
ตารางที่ 71 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยาในไทย.....	741
ตารางที่ 72 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยาในต่างประเทศ.....	742
ตารางที่ 73 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน และรักษา ในไทย.....	751
ตารางที่ 74 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน และรักษา ในต่างประเทศ.....	752
ตารางที่ 75 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในไทย.....	766
ตารางที่ 76 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในต่างประเทศ.....	767
ตารางที่ 77 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านรัฐศาสตร์/การอภิบาลระบบในไทย.....	769
ตารางที่ 78 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านภาพรวมของแผน.....	772
ตารางที่ 79 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นความเหมาะสมของภาพรวมของแผน ววน.....	781
ตารางที่ 80 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม.....	789
ตารางที่ 81 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการจัดสรรงบประมาณของกองทุน ววน.....	797
ตารางที่ 82 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ.....	807
ตารางที่ 83 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการบริหารทุนวิจัยจาก PMU.....	816
ตารางที่ 84 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม.....	823
ตารางที่ 85 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการใช้ประโยชน์งานวิจัย.....	829
ตารางที่ 86 เปรียบเทียบระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU จำแนกตามประเด็น.....	947

สารบัญรูป

รูปที่ 1 ยอดผู้ติดเชื้อของเงินในช่วงต้นปี 2563 ซึ่งสะท้อนการปรับยอดผู้ติดเชื้อเมื่อวันที่ 13 กพ. 2563	13
รูปที่ 2 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับวัคซีนครบแล้วหรือบางส่วน (1 จาก 2 เข็ม) ของประเทศต่างๆ ถึงวันที่ 30 มิ.ย. 2564 หรือล่าสุดก่อนนั้น (ข้อมูลเงินเป็นข้อมูล ณ 10 มิ.ย. 2564).....	14
รูปที่ 3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อในสิงคโปร์เทียบกับไทย	16
รูปที่ 4 อัตราการเสียชีวิตสะสมต่อประชากรของผู้ติดเชื้อในสิงคโปร์เทียบกับจีน ไทย และประเทศเพื่อนบ้าน ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564	16
รูปที่ 5 อัตราการติดเชื้อใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสิงคโปร์และไทย ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564	17
รูปที่ 6 ยอดติดเชื้อสะสมของสิงคโปร์ ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564.....	17
รูปที่ 7 อัตราการติดเชื้อรายใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสวีเดนและสหภาพยุโรป.....	18
รูปที่ 8 อัตราการตายของผู้ติดเชื้อต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสวีเดนและสหภาพยุโรป	19
รูปที่ 9 อัตราการตายสะสมของผู้ติดเชื้อตลอดช่วงการระบาดของสวีเดนและสหภาพยุโรป.....	19
รูปที่ 10 โครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	20
รูปที่ 11 ตัวอย่างการปรับตัวที่เกิดขึ้นในไทยในปี 2563	22
รูปที่ 12 กรอบแนวคิดเรื่องหน่วยงานในระบบ ววน. และหน่วยงานที่ควรจะต้องตอบสนองต่อโจทย์วิจัย เร่งด่วน	26
รูปที่ 13 กรอบแนวคิดใหญ่ในการประเมินผล	29
รูปที่ 14 คำอธิบายการเปลี่ยนวิธีการรายงานข้อมูลในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2565	36
รูปที่ 15 แผนภาพกรอบการวิเคราะห์	45
รูปที่ 16 จำนวนผู้เสียชีวิตรายเดือนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในปี 2558-2562 และค่าที่รายงานในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565	48
รูปที่ 17 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ที่ตรวจพบในเฉลี่ยย้อนหลัง 7 วัน ระหว่าง 28 มกราคม 2563 - 13 กรกฎาคม 2565.....	85
รูปที่ 18 อัตราการติดเชื้อสะสมระหว่างระหว่าง 22 มกราคม 2563 - 13 กรกฎาคม 2565	86
รูปที่ 19 การเสียชีวิตสะสมระหว่างระหว่าง 27 มกราคม 2563 - 30 พฤษภาคม 2565	87
รูปที่ 20 Timeline การแพร่ระบาดของเชื้อแต่ละสายพันธุ์.....	88

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 21 ยอดสะสมผู้ติดเชื้อ โควิด-19 ของไทยในระลอกแรก ระหว่าง 22 มกราคม – 25 พฤษภาคม 2563*	90
รูปที่ 22 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ในระลอกที่หนึ่งและระลอกที่สอง.....	91
รูปที่ 23 จำนวนผู้เสียชีวิตรายใหม่ในระลอกที่หนึ่งและระลอกที่สอง.....	92
รูปที่ 24 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ในระลอกที่สองและระลอกที่สาม.....	94
รูปที่ 25 จำนวนผู้เสียชีวิตรายใหม่ในระลอกที่สองและระลอกที่สาม.....	95
รูปที่ 26 ยอดผู้ติดเชื้อสะสม (เฉพาะผู้ติดเชื้อในประเทศ) ในเดือนเมษายน 2564.....	96
รูปที่ 27 ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่รายวัน (เฉพาะผู้ติดเชื้อในประเทศ) ในเดือนเมษายน 2564.....	97
รูปที่ 28 ยอดผู้ติดเชื้อสะสมและอัตราการติดเชื้อสะสมระหว่าง 15 พ.ย. 2563 – 18 พ.ค. 2564.....	97
รูปที่ 29 ความเหมือนของลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อสายพันธุ์ที่ระบาดในไทย (กลุ่มก้อนทองหล่อ) กับที่ ระบาดในกัมพูชา.....	98
รูปที่ 30 อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยเคลื่อนที่ 7 วัน (% ค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ 7 วันของผู้เสียชีวิตเทียบกับค่าเฉลี่ย เคลื่อนที่ 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อเมื่อ 10 วันก่อนหน้านั้น).....	99
รูปที่ 31 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันในระลอกที่สามและระลอกที่สี่.....	100
รูปที่ 32 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในระลอกที่สามและระลอกที่สี่.....	101
รูปที่ 33 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์เดลตาในประเทศไทย 22 ก.พ. 2564 - 7 ก.พ. 2565.....	102
รูปที่ 34 อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 รายใหม่เฉลี่ย 7 วันต่อประชากรหนึ่งล้านคนของประเทศไทยเทียบ กับของโลก.....	103
รูปที่ 35 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันในระลอกที่สี่และระลอกที่ห้า.....	105
รูปที่ 36 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในระลอกที่สี่และระลอกที่ห้า.....	105
รูปที่ 37 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์โอมิครอนในประเทศไทย.....	108
รูปที่ 38 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์ไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายปี 2564 ถึง 22 เม.ย. 2565.....	109
รูปที่ 39 สรุปสถานการณ์การระบาดในระลอกที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 17 มิถุนายน 2565.....	111
รูปที่ 40 จำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามวิธี RT-PCR และ ATK ในในปี 2565 (ระลอกที่ 5-6).....	113

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 41 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในปี 2565 (ระลอกที่ 5-6)	113
รูปที่ 42 การปรับนิยามการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตเพราะโควิดตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2565	114
รูปที่ 43 ร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน ต่อจำนวนการตรวจเชื้อทั้งหมด และค่าเฉลี่ย 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่	115
รูปที่ 44 ร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน ต่อจำนวนการตรวจเชื้อทั้งหมด แยกตามเขต สุขภาพ	117
รูปที่ 45 จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ชาย) มีฐานจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังตรวจพบเชื้อ (ขวา)	118
รูปที่ 46 จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ชาย) และจำนวนผู้เสียชีวิต ณ วันที่ตรวจพบเชื้อ (ขวา)	119
รูปที่ 47 สัดส่วนแผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท และ 2 แสนล้านบาท	189
รูปที่ 48 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ	193
รูปที่ 49 การขยายตัวทางเศรษฐกิจรายองค์ประกอบในปี 2563	194
รูปที่ 50 จำนวนผู้มีงานทำ	195
รูปที่ 51 จำนวนผู้ว่างงาน	195
รูปที่ 52 จำนวนผู้ว่างงานระยะยาว (คน)	196
รูปที่ 53 จำนวนผู้เสมือนว่างงาน (ล้านคน)	197
รูปที่ 54 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสหรัฐอเมริกา	198
รูปที่ 55 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสวีเดน	205
รูปที่ 56 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของประเทศเยอรมนี	211
รูปที่ 57 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่และผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 7 วัน และอัตราการติดเชื้อใหม่ต่อประชากรของไต้หวัน	217
รูปที่ 58 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของญี่ปุ่น	223
รูปที่ 59 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของเกาหลีใต้	227
รูปที่ 60 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสหราชอาณาจักร	234
รูปที่ 61 ค่าดัชนี Containment and Health Index เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 2564 2565 และ 7 มิถุนายน 2565	244

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 62 ค่าดัชนี Containment and Health Index ของประเทศที่ศึกษา 1 มกราคม 2564 - 14 มิถุนายน 2565 246

รูปที่ 63 ค่าดัชนีการดำเนินมาตรการของไทย (แกนซ้าย) เทียบกับตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ย 7 วัน (แกนขวา) 253

รูปที่ 64 อัตราการตายเทียบกับสัดส่วนจำนวนการตรวจต่อจำนวนผู้ติดเชื้อ..... 261

รูปที่ 65 11 วัคซีนได้รับอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน..... 280

รูปที่ 66 ประเทศที่มีข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนโดยรวมมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก 292

รูปที่ 67 ประเทศที่มีข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว (secured dose) มากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก.. 292

รูปที่ 68 ประเทศที่มีข้อตกลงให้ส่งจำนวนวัคซีนเพิ่มได้ (optioned dose) มากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก ... 293

รูปที่ 69 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและประเทศแถบเอเชียบางประเทศในช่วงปี 2564 302

รูปที่ 70 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและประเทศแถบเอเชียบางประเทศในช่วงปี 2563 - 2565 303

รูปที่ 71 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อประชากรของประเทศไทยเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศในช่วงปี 2563-2565 304

รูปที่ 72 รายละเอียดคำสั่งซื้อวัคซีน Viral Vector ของ AZ จากโรงงานผลิตในไทยโดยประเทศต่างๆ 306

รูปที่ 73 แผนจัดหาวัคซีนโควิด-19 ปี 2564 (ณ กันยายน 2564) 317

รูปที่ 74 จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนในประเทศไทยและทั่วโลก 28 ก.พ. 2564 - พ.ค. 2565 320

รูปที่ 75 จำนวนการฉีดวัคซีนสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและจีนในปี 2564 322

รูปที่ 76 จำนวนการฉีดวัคซีนสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและจีนในช่วง มี.ค. 2564 – ก.ค. 2565 323

รูปที่ 77 ข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของไทยถึงวันที่ 28 ก.ค. 2565..... 324

รูปที่ 78 แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นเพื่อรองรับระยะ Post Pandemic ของประเทศไทย..... 325

รูปที่ 79 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวัคซีนที่ฉีดกับจำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน..... 331

รูปที่ 80 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวัคซีนที่ฉีดกับจำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน..... 331

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 81 ยอดสะสมผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน (คน) และจำนวนวัคซีน (ล้านโดส)	333
รูปที่ 82 จำนวนผู้เสียชีวิตหลังฉีดวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่ฉีดเพิ่มในช่วงนั้น (ล้านโดส).....	334
รูปที่ 83 ยอดสะสมผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน (คน) และจำนวนผู้ฉีดวัคซีน (ล้านคน).....	336
รูปที่ 84 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 – 12 มิถุนายน 2565.....	339
รูปที่ 85 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	340
รูปที่ 86 คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนสูตรผสมขององค์การอนามัยโลก (WHO).....	347
รูปที่ 87 สรุปผลการทดสอบ Rapid Ag test เทียบกับวิธีมาตรฐาน Real-time RT-PCR.....	355
รูปที่ 88 สรุปผลการทดสอบ Rapid Ag test เทียบกับวิธีมาตรฐาน Real-time RT-PCR ที่นครศรีธรรมราช	355
รูปที่ 89 ผลการทดลองที่บอกความไวของ ATK ยี่ห้อต่างๆ ต่อเชื้อเดลต้าและโอไมครอน.....	361
รูปที่ 90 แผนภาพแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสสำหรับรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ของ WHO.....	364
รูปที่ 91 ผลการศึกษาวิจัยการใช้ยาฟ้าวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง	367
รูปที่ 92 เปรียบเทียบการรักษา COVID-19 4 ตัวหลักที่ใช้ในประเทศไทย	377
รูปที่ 93 มาตรการการตรวจหาเชื้อด้วยตนเองด้วยชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) เป็นลำดับแรก	391
รูปที่ 94 แผนการเข้าสู่โรคประจำถิ่น 4 ระยะของไทย	392
รูปที่ 95 สรุปแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วโรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19).....	396
รูปที่ 96 แนวทางการรักษา เจอ แจก จบ	397
รูปที่ 97 แนวทางการตรวจวินิจฉัยผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรมการแพทย์ วันที่ 1 มีนาคม 2565)	398
รูปที่ 98 สรุปสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของไทย (2563 - 12 มีนาคม 2565)	399
รูปที่ 99 อัตราป่วยและอัตราตายสะสมต่อประชากรของอาเซียน ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2565.....	400
รูปที่ 100 รายงานใน Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2565	401
รูปที่ 101 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 แยกตามคำนิยาม.....	403

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 102 (ก) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคโควิด (Deaths due to COVID-19) (ข) ผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด (Deaths Involving COVID-19) ในสหราชอาณาจักร ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2565	405
รูปที่ 103 แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต (Novelcorona 3.1 หรือ 3.1.1 ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 มี.ค. 65).....	407
รูปที่ 104 แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต Novelcorona 3 (ฉบับก่อนหน้า วันที่ 9 มิ.ย. 64)	409
รูปที่ 105 คำอธิบายการเปลี่ยนวิธีการรายงานข้อมูลในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2565.....	411
รูปที่ 106 แนวปฏิบัติสำหรับผู้นำในภาวะโรคระบาด	433
รูปที่ 107 โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐบาลไทยในการรับมือกับโควิด-19	440
รูปที่ 108 โครงสร้างการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อรับมือกับปัญหาโควิด-19.....	446
รูปที่ 109 รูปแบบการอภิบาลแบบประสานร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน.....	470
รูปที่ 110 ประเมินการจำนวนการตายส่วนเกินสะสมในช่วงการระบาดของโควิด-19 ของ 6 ประเทศ	484
รูปที่ 111 จำนวนผู้เสียชีวิตเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในปี 2558-2562 และค่าที่รายงานในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565.....	485
รูปที่ 112 การตายส่วนเกินในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565	487
รูปที่ 113 ร้อยละผู้เสียชีวิตจากโควิดต่อการตายส่วนเกิน 2563 - มิ.ย. 2565	488
รูปที่ 114 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2563	489
รูปที่ 115 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2564	490
รูปที่ 116 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2565	491
รูปที่ 117 เปรียบเทียบการประมาณการการตายส่วนเกินของไทยด้วยวิธีต่างๆ มกราคม 63 - พฤษภาคม 65	492
รูปที่ 118 เปรียบเทียบอัตราการตายส่วนเกินของไทยกับประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่ง มกราคม 63 - มิถุนายน 65	493
รูปที่ 119 อัตราตายส่วนเกินของไทยเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่งในปี 2565.....	494
รูปที่ 120 อัตราการฆ่าตัวตายและอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ	495

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 121 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามเพศ.....	496
รูปที่ 122 กลุ่มแท็กซี่เรียกรถแท็กซี่ และอีก 6 ชื่อเรียกรถแท็กซี่ 24 กรกฎาคม 2564.....	537
รูปที่ 123 รถแท็กซี่กลายเป็นที่ปลูกผัก (17 กันยายน 2564).....	538
รูปที่ 124 จำนวนผู้ป่วยใหม่ จำแนกรายอำเภอ และการปิดหมู่บ้านเพื่อตรวจคัดกรองและป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคในหมู่บ้านของแต่ละอำเภอ 1 พฤษภาคม 2564	556
รูปที่ 125 โครงการประเมินระบบ ววน. เพื่อรับมือโควิด-19	601
รูปที่ 126 โครงสร้างหน่วยงานในระบบ ววน.	605
รูปที่ 127 โครงสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.....	606
รูปที่ 128 หน่วย PMU ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564.....	607
รูปที่ 129 การเปรียบเทียบงบประมาณด้าน ววน. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564.....	608
รูปที่ 130 แนวทางการจัดสรรงบประมาณ ววน. ปีงบประมาณ 2563-2565	609
รูปที่ 131 โปรแกรมที่ PMU รับผิดชอบ.....	615
รูปที่ 132 ระบบบริหารจัดการวิจัยและนวัตกรรมกลางของประเทศ	617
รูปที่ 133 การอนุมัติโครงการปีงบประมาณ 2563 ของ บพค.	636
รูปที่ 134 กรอบงบประมาณของหน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ปีงบประมาณ 2563	640
รูปที่ 135 จำนวนวัคซีนที่ผ่านหรืออยู่ในขั้นตอนการทดสอบในคนที่รวบรวมโดย The New York Times Vaccine Tracker	645
รูปที่ 136 “วัคซีนผู้นำ” 10 ตัว ที่เลือกโดย The New York Times Vaccine Tracker	646
รูปที่ 137 11 วัคซีนได้รับอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน ณ 22 กรกฎาคม 2565.....	647
รูปที่ 138 จำนวนการอนุมัติ (เช่นจำนวนประเทศและองค์กร) ของวัคซีนแต่ละตัว ที่มีจำนวนการอนุมัติ มากกว่า 1 แหล่ง (สีแดงคือวัคซีนที่ได้รับการอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน)	648
รูปที่ 139 แผนภาพแนวทางการสนับสนุนทุนวิจัยโดย บพข.	654
รูปที่ 140 ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-PCR ออกสู่ตลาด.....	655
รูปที่ 141 การพัฒนาวิธีการสกัด RNA ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19	658

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 142 “รถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษ” (Express Analysis Mobile Unit) (คันใหญ่) และรถเก็บตัวอย่าง ชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit) (คันเล็ก)	659
รูปที่ 143 รถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit)	660
รูปที่ 144 ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-LAMP ออกสู่ตลาด	663
รูปที่ 145 กระบวนการตรวจ COVID-19 ด้วยเทคโนโลยี CRISPR-Cas	668
รูปที่ 146 รูปแบบการจัดสรรเงินทุนวิจัยและคุณภาพการวิจัย	684
รูปที่ 147 กระบวนการจัดสรรทุนจากรัฐบาลกลาง	687
รูปที่ 148 กระบวนการออกนโยบายการจัดสรรทุนของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา	688
รูปที่ 149 ศักยภาพการวิจัยของสหราชอาณาจักร	705
รูปที่ 150 ระบบการวิจัยและนวัตกรรมของสหราชอาณาจักร	707
รูปที่ 151 ศักยภาพการวิจัยของสวีเดน	714
รูปที่ 152 โครงสร้างการวิจัยของสวีเดน	715
รูปที่ 153 ศักยภาพด้านการวิจัยของเยอรมนีเปรียบเทียบกับกลุ่มสหภาพยุโรปและ OECD	719
รูปที่ 154 กระบวนการให้ทุนของระบบวิจัยในเยอรมนี	722
รูปที่ 155 ศักยภาพการวิจัยของไต้หวัน	727
รูปที่ 156 มูลค่าการใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาในไต้หวัน ค.ศ. 2010 - 2019	728
รูปที่ 157 สัดส่วนทุนด้านการวิจัยและพัฒนาในไต้หวัน จำแนกตามแหล่งทุน ค.ศ. 2010 - 2019	728
รูปที่ 158 งบประมาณ S&T ของรัฐบาลกลาง จำแนกตามหน่วยงาน ค.ศ. 2008 - 2017	730
รูปที่ 159 โครงสร้างองค์กรและบุคลากรของสถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมในไต้หวัน	731
รูปที่ 160 จำนวนผลงานและการอ้างอิงบทความวารสารนานาชาติของเกาหลีใต้ ค.ศ. 2005 - 2019	733
รูปที่ 161 โครงสร้างการวิจัยของเกาหลีใต้	735
รูปที่ 162 สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในเกาหลีใต้ ค.ศ. 2006 - 2014 (หน่วย: ร้อยล้านบาท)	736
รูปที่ 163 โครงสร้างองค์กรของมูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี	737
รูปที่ 164 โครงสร้างองค์กรของมูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี	738
รูปที่ 165 สาขาการวิจัยด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรับมือโควิด-19	739

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 166	โครงสร้างการประเมินระบบ ววน. ในการรับมือโควิด-19	771
รูปที่ 167	การประเมินประเด็นความเหมาะสมของภาพรวมแผน ววน. จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน.....	782
รูปที่ 168	การประเมินประเด็นการจัดสรรงบประมาณ ววน. จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน	798
รูปที่ 169	การประเมินประเด็นการบริหารทุนวิจัยจาก PMU จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน.....	817
รูปที่ 170	การประเมินประเด็นการใช้ประโยชน์งานวิจัย จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน	830
รูปที่ 171	โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558.....	845
รูปที่ 172	โครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ “ศบค.” ณ 22 กันยายน 2564	858
รูปที่ 173	การเปรียบเทียบเครื่องมือทางกฎหมาย	861
รูปที่ 174	โครงสร้างของ U.S. Centers for Disease Control and Prevention	867
รูปที่ 175	โครงสร้างของศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือ (Center for Preparedness and Response: CPR).....	868
รูปที่ 176	การรับมือกับภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุขของ U.S. CDC ที่ผ่านมา.....	871
รูปที่ 177	โครงสร้างของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน.....	879
รูปที่ 178	โครงสร้างการบังคับบัญชาของ CECC ในระดับ 3, 2 และ 1.....	888
รูปที่ 179	โครงสร้างศูนย์บัญชาการกลางป้องกันโรคระบาดไต้หวันระดับ 1 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19	889
รูปที่ 180	โครงสร้างของสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้	893
รูปที่ 181	ภาพรวมของระบบการจัดการโรคติดเชื้อของสาธารณรัฐเกาหลี.....	895
รูปที่ 182	ศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 สำนักนายกรัฐมนตรีสาธารณรัฐเกาหลี	896
รูปที่ 183	การปรับปรุงระบบรับมือต่อโรคระบาดตามระดับการแจ้งเตือน	897

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 184 ระบบติดตามการติดไวรัสในเกาหลีใต้	901
รูปที่ 185 กลยุทธ์การสื่อสารตามระดับการแจ้งเตือน.....	902
รูปที่ 186 แผนการขยายพื้นที่ท่องเที่ยวในโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อก 7+7	1045
รูปที่ 187 รายงานผลปฏิบัติการปราบปรามแรงงานข้ามชาติของภูเก็ต ตั้งแต่ 30 สิงหาคม ถึง 21 ตุลาคม 2564	1046
รูปที่ 188 สถิติแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่วราขอาณาจักรเดือนกันยายน 2564 ใน 14 จังหวัดภาคใต้	1047
รูปที่ 189 ผู้ว่าภูเก็ตมีคำสั่งปิดหาดราไวย์ 5 เมษายน 2563.....	1049
รูปที่ 190 ภาพข่าวชาวเลถูกปิดล้อมด้วยสิ่งกีดขวางเข้าออก	1051
รูปที่ 191 ภาพความเป็นอยู่ชาวเลที่ถูกปิดล้อม	1051

ส่วนที่ 1

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์ของการประเมิน
- รายชื่อคณะผู้วิจัยในโครงการประเมินผล

โครงการการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัย
ของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)
เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ในประเทศไทย

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)¹

ส่วนที่ 1

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังจากที่พบการติดเชื้อ Covid-19 ในจีนเมื่อปลายปี 2019 (2562) ประเทศไทยและต่อมาก็เกือบทั่วโลกก็ต้องเผชิญปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ในหลายระลอก รัฐบาล ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และด้านอื่นๆ รวมทั้งนักวิชาการและองค์กรสนับสนุนด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม ดังเช่นกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ก็ได้ปรับตัวและปรับบทบาทเพื่อสนับสนุนการวิจัยที่จะช่วยประเทศรับมือกับการระบาดของโรคนี้ ทั้งในช่วงที่อาจถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินกับช่วงที่ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ได้เป็นภาวะฉุกเฉินจริงๆ² แต่ก็ยังมีแนวโน้มการระบาดต่อเนื่อง

ระบบการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในปัจจุบันของไทย มีที่มาจากความพยายามปรับปรุงระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาควบคู่กับระบบวิจัยและวิทยาศาสตร์ของไทยให้สอดคล้องกับตามนโยบายปฏิรูปประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน และปฏิรูปประเทศไทยสู่ 4.0 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายเพื่อปรับโครงสร้างการบริหารราชการที่เกี่ยวข้องกับการอุดมศึกษาและการวิจัยทั้งระบบ โดยกำหนดให้มี สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สอวช.) และ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เข้ามาเป็นหน่วยงานกำกับดูแลระบบวิจัยของประเทศผ่านกลไกงบประมาณที่เรียกว่ากองทุนส่งเสริม ววน.

การจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนไปยังหน่วยงานทำวิจัย ดำเนินผ่านหน่วยงานด้านการให้ทุนและบริหารโปรแกรมการวิจัย (Program Management Unit: PMU) ซึ่งช่วงแรกประกอบด้วย 7 หน่วยงาน คือ

¹ ผู้รับผิดชอบโครงการ: ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง viroj@tdri.or.th Mobile: 081 382 7846

ผู้ประสานงานโครงการด้านวิชาการ: วุฒิพงษ์ ดันยฤทธิ์ wuttipong@tdri.or.th Mobile: 0905-1905-44

² ถึงแม้ว่าเกือบตลอดช่วงการระบาดของโควิด-19 คือตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ประกาศใช้และต่ออายุ พรก. ฉุกเฉินฯ มาโดยตลอดรวม 19 ครั้งจนถึงทุกวันนี้ (ล่าสุดคือต่ออายุถึง 30 กันยายน 2565)

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนา ระดับพื้นที่ (บพท.) (PMU-A มาจาก Area-based) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และ ทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) (PMU-B มาจาก Brain Power/manpower) หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) (PMU-C มาจาก Competitiveness) และต่อมาเพิ่มอีกสองหน่วยงานคือ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (NVI) และ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (ศลช. หรือ TCELS) เป็น 9 หน่วยงานผู้จัดสรรทุนให้หน่วยงานที่ทำ วิจัยและสร้างนวัตกรรมให้กับประเทศไทย³

ระบบ ววน. โดยหน่วยงานกำกับดูแลนโยบายอย่าง สวอช. และ สกสว. ได้ออกแบบระบบการให้ทุน วิจัย 2 ส่วนหลักคือ

1. ทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund) ซึ่งประกอบด้วย Basic Research Fund & Institutional Capacity Building Fund เพื่อนำไปสนับสนุนทุนแก่โครงการงานวิจัยพื้นฐาน และสร้างความ เข้มแข็งของงานวิจัยและการบริหารงานวิจัยของสถาบันความรู้และสถาบันวิจัยในหน่วยงาน และ Basic Function Fund จัดสรรงบตรงไปยังหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะด้าน ววน. และดำเนินการตามพันธกิจของ ตนเอง ซึ่งอาจรวมโครงสร้างพื้นฐานด้าน ววน. ระดับชาติ และโครงการริเริ่มสำคัญของประเทศ

2. ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) จัดสรรงบให้กับหน่วยงานบริหารจัดการ โปรแกรม (Program Management Unit: PMU) เพื่อนำไปสนับสนุนทุน (Granting) แก่หน่วยงานระดับ ปฏิบัติ โดยต้องเป็นการทำวิจัยที่เน้นต่อยอดศาสตร์และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ของประเทศ (รวม 4 แพลตฟอร์ม 17 โปรแกรม) โดยโปรแกรมที่ 17 ตั้งขึ้นเมื่อต้นปี 2563 โดยในปีแรก กำหนดให้ PMU ต่างๆ แบ่งบร้อยละ 10 ของงบที่ PMU ได้รับ ออกมาสนับสนุนงานวิจัยเพื่อรับมือกับวิกฤต โควิด-19 และภัยแล้ง โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome/Impact) ที่ลดความสูญเสียทาง เศรษฐกิจและสังคมได้ร้อยละ 10 ของความสูญเสียที่คาดการณ์ เช่น กรณีโควิด-19 คาดหวังว่าจะลดความ สูญเสียประมาณ 19,000 ล้านบาท โดยการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ระบบการติดตามการระบาด ให้ความรู้แก่ประชาชน และมีมาตรการทางการแพทย์ สาธารณสุข และฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคม ในระดับ อุตสาหกรรมและระดับพื้นที่ ตลอดจนประเทศสามารถปรับตัว มีความมั่นคงในด้านอาหาร สุขภาพ และสังคม ในช่วงต่อมา รวมทั้งในปีงบประมาณ 2564 โปรแกรมนี้ได้ตั้งเป้าและขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมกับ การรับมือกับโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ ในระยะยาวด้วย⁴

³ นอกจากนี้ ในช่วงแรก สกสว. ก็ยังทำหน้าที่สนับสนุนทุนวิจัยจำนวนหนึ่งในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุน โครงการวิจัยบางโครงการที่ยังต่อเนื่องมาจากบทบาทของ สวก. เดิมเป็นการชั่วคราว

⁴ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 คาดว่าโปรแกรมที่ 17 จะเปลี่ยนไปเป็น “แผนงานสำคัญ F13 แก้ไขปัญหาและตอบสนองภาวะ วิกฤติเร่งด่วนของประเทศ” ตามที่กำหนดไว้ใน (ร่าง) (ร่าง) แผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2566–2570 ที่อยู่ ระหว่างเสนอที่ประชุมคณะรัฐมนตรีพิจารณา

ดังนั้น ในขณะที่ประเทศไทยเริ่มเผชิญการระบาดของโรค Covid-19 ระลอกที่ 3 อย่างรุนแรงและเห็นได้ชัดตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา ก็ควรที่จะได้มีการประเมินผลและถอดบทเรียนของการรับมือกับการระบาด ทั้งของรัฐบาลไทยในภาพรวม และของกองทุน ววน. ซึ่งได้พยายามเข้ามามีส่วนร่วมกับสถานการณ์การระบาดโดยปรับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการวิจัยของกองทุน ววน. ตั้งแต่ปี 2563

เนื่องจากระบบ ววน. จัดสรรงบที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโควิด-19 และโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ ไว้ในโปรแกรมที่ 17 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) เกือบจะล้นๆ การประเมินผลนี้จึงเน้นที่โปรแกรมที่ 17 อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโควิด-19 ที่อยู่นอกโปรแกรม 17 ทั้งของ PMU บางแห่ง และที่อยู่นอกระบบ ววน. ด้วย

โครงการนี้มีกำหนดเวลา 1 ปี โดยเริ่มดำเนินการเมื่อ 15 มิถุนายน 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่การระบาดเริ่มเข้าสู่ระลอกที่ 4 (ระลอกเดลต้า) ซึ่งการระบาดขยายวงขึ้นอย่างมากจนเริ่มที่จะเกินศักยภาพปกติของระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศจนต้องเริ่มใช้มาตรการใหม่ๆ เช่น ICU ในโรงพยาบาลสนามขนาดใหญ่ การตรวจเชื้อด้วย ATK และต่อมาการรักษาโควิดแบบผู้ป่วยนอกโดยให้กักตัวเอง (self isolation) เป็นต้น

2. วัตถุประสงค์ของการประเมินผล

1. ติดตามประเมินผลการรับมือและแก้ปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยในระลอกต่างๆ ในช่วงสองปีแรกเป็นอย่างน้อย โดยครอบคลุมการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนจากความล้มเหลว และช่องว่างที่ควรปรับปรุง ในการรับมือกับการระบาดของไทยเปรียบเทียบกับกรณีต่างๆ ในต่างประเทศ
2. ศึกษาบทบาทขององค์กรและกองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ต่อการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของไทย อย่างน้อยใน 3 ระลอก หรือถึงประมาณเดือนเมษายน 2565
 - 2.1 งานวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของภาครัฐและภาคเอกชนของไทย และเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เด่นของประเทศอื่น
 - 2.2 กระบวนการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) และการปรับตัวของหน่วยงานให้ทุนวิจัยและหน่วยงานวิจัยในการรับมือการระบาดของโรค Covid-19 ที่สอดคล้องศักยภาพและความจำเป็นของสถานการณ์
 - 2.3 การจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมเพื่อรับมือในการระบาดของโรค Covid-19 และวิเคราะห์ผลการจัดสรรทุนของกองทุน ววน. ต่อการสร้างผลกระทบเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการรับมือการระบาดรวมถึงการระบาดในรอบใหม่

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทาง มาตรการป้องกัน และการแก้ปัญหาการระบาดของโรค เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการแพร่ระบาดรอบใหม่ หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
4. ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากการแพร่ระบาดรอบใหม่ และโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

3. รายชื่อคณะผู้วิจัยในโครงการประเมินผล

- 1) ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง (หัวหน้าโครงการ)
ผู้อำนวยการวิจัยฝ่ายนโยบายด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- 2) ศ.ดร.นพ. วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงค์ (ที่ปรึกษาและนักวิจัย)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 3) ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์ (ที่ปรึกษา)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 4) นพ. ปณิธิ ธีมวิจยะ (ที่ปรึกษา)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 5) ดร. บุญวรา สุมะโน เจนพิงพร (นักวิจัย)
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- 6) รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ (นักวิจัย)
คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 7) ผศ.ดร.ชลิตา บัณฑุงค์ (นักวิจัย)
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- 8) วุฒิพงษ์ ตุ่นยุทธ์ (นักวิจัย)
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- 9) อรุณ สถิตพงศ์สถาพร (นักวิจัย)
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- 10) อรรณพ แจ้วสอน (นักวิจัย)
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- 11) ศิราภรณ์ รูปเทียน (เลขานุการโครงการ)
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ส่วนที่ 2

การออกแบบการประเมินผล

- กรอบแนวคิด ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินการประเมินผล
- โครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล
- แผนการดำเนินงาน
- แผนการดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 2

การออกแบบโครงการประเมินผล

4. กรอบแนวคิด ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินการประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล รวมทั้งของกองทุน ววน. และหน่วยงานให้ทุนวิจัย (PMU ต่างๆ) และของหน่วยงานทำวิจัยและโครงการวิจัยต่างๆ เป็นงานที่มีความท้าทายมากจากขอบเขตการประเมินผลที่กว้างมาก ดังนั้น ก่อนที่จะแจกแจงวิธีการประเมินผล คณะผู้วิจัยขอใช้หัวข้อถัดไปในการอภิปรายประเด็นต่างๆ ที่ควรต้องพิจารณาในการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการทั้งของรัฐบาลและของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของไทย โดยอาศัยตัวอย่างปัญหาที่พบทั้งในไทยเองและในต่างประเทศ จากนั้น ก็จะบรรยายถึงกรอบเบื้องต้นที่จะใช้ในการประเมินผลครั้งนี้

4.1 ปัญหาและกรณีตัวอย่างที่ควรสนใจในการประเมินผล/ถอดบทเรียนจากการดำเนินนโยบาย/มาตรการของประเทศต่างๆ

การพยายามประเมินและสรุปผลของการใช้นโยบาย/มาตรการรับมือกับโควิด-19 ของประเทศต่างๆ และสังเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินนโยบาย/มาตรการรับมือกับโควิด-19 ของประเทศเหล่านั้น เพื่อนำมาเป็นความรู้และบทเรียนสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติของไทย เป็นภาระที่มีความท้าทายมาก ที่ผ่านมามันว่าหลายฝ่ายจะเข้าใจดีว่ารับมือจะต้องมีทั้งการควบคุมการระบาดและการควบคุมผลกระทบที่มีต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย แต่การวัด/ประเมินความสำเร็จหรือความเหมาะสมของนโยบาย/มาตรการไม่ได้ตรงไปตรงมาแบบที่ทำให้สามารถเทียบผล (output และ/หรือ outcome) ดังเช่นที่บางองค์กรและบางสื่อมีแนวโน้มที่จะประเมินผล—รวมทั้งจัดอันดับความสำเร็จในการดำเนินการของประเทศต่างๆ—โดยเปรียบเทียบจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) ของประเทศ เช่น จำนวน/สัดส่วน/อัตราการติดเชื้อหรือการเสียชีวิตในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งหลายกรณีมีความน่าสนใจ แต่ก็มีหลายกรณีที่ชวนให้กังขา เช่น

ก. กรณี “ความสำเร็จ” และต่อมา “ความล้มเหลว?” ของไทย

- ในช่วงปี 2563 องค์กร/หน่วยงานระหว่างประเทศที่ติดตามบางหน่วยงานได้จัดอันดับความสามารถในการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยไว้ที่อันดับต้นๆ เช่น 2 หรือ 3 แต่เมื่อมีการระบาดในระลอก 2-3 อันดับที่จัดให้ก็ตกไปเป็น 99-120 ซึ่งในแง่หนึ่งก็สอดคล้องกับยอดผู้ติดเชื้อใหม่ต่อประชากร ที่ในบางช่วงไทยขึ้นมาอยู่อันดับที่ลึบกว่าๆ แชนสหาราชอาณาจักรในช่วงปลายเดือนเมษายนถึงต้นเดือนมิถุนายน 2564 และต่อมาก็แซงสหรัฐอเมริกา (ซึ่งอยู่ในช่วงขาลง) ในช่วงต้นและปลายเดือนมิถุนายน 2564 ด้วย และในปี 2565 ไทยก็มี

จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวันที่สูงเป็นประวัติการณ์ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน และแม้กระทั่งเมื่อการระบาดเริ่มซาลงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 ก็มียอดและอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าหลายประเทศและสูงเป็นอันดับต้นๆ ของภูมิภาคด้วย แต่ในภาพรวมแล้ว นโยบาย/มาตรการหลักๆ ที่ไทยทำในแต่ละช่วงอาจจะไม่ได้ต่างกันมากนัก เช่น

- การระบาดของไทยในระลอกแรกเริ่มขึ้นใน กทม. และเมืองท่องเที่ยวบางแห่งในช่วงต้นปี 2563 และในช่วงเดือนมีนาคม 2563 ที่จำนวนผู้ติดเชื้อกำลังเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก รัฐบาลก็มีมาตรการการปิดกิจการในเมืองใหญ่ตั้งแต่ 17 มีนาคม 2563 ที่ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ (น่าจะประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งเล็กน้อย) ออกไปต่างจังหวัด/ชนบท ก่อให้เกิดการระบาดในต่างจังหวัดในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2563 ซึ่งพบผู้ติดเชื้อใหม่ในจำนวนที่ใกล้เคียงกับใน กทม. แต่กลไกการควบคุมโรคในต่างจังหวัด โดยเฉพาะ อสม. และมาตรการปิดเมืองทั่วประเทศในเดือนเมษายน 2563 ก็น่าจะช่วยให้การระบาดทั้งในเมืองใหญ่ (กทม. และชลบุรี/พัทยา) และในต่างจังหวัด/ชนบท จบลงได้ในช่วงปลายเดือนพฤษภาคม 2563 และในขณะที่มาตรการควบคุมคนเข้าเมืองในช่วงนั้นทั้งทางอากาศที่ทำได้รัดกุมพอสมควร และทางภาคพื้น—ซึ่งแม้ว่าตลอดชายแดนจะมีช่องทางธรรมชาติที่สามารถข้ามมาได้จำนวนมาก—ก็ยังเป็นมาตรการที่เพียงพอในการควบคุม เนื่องจากในขณะนั้นพื้นที่ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านทุกประเทศไม่มีการระบาดที่รุนแรง⁵
- ในช่วงปลอดการติดเชื้อ 101 วันหลังการระบาดในระลอกแรก (26 พฤษภาคม - 3 กันยายน 2563) เป็นช่วงที่ภายในประเทศมีความเสี่ยงต่ำมาก (มีความเป็นไปได้สูงมากว่าอย่างน้อยในช่วงดังกล่าวบางช่วง เชื้อได้หมดไปจากประเทศไทย) ทำให้ไม่ว่ารัฐหรือประชาชนจะทำกิจกรรมอะไรในประเทศ รวมทั้งการจัดคอนเสิร์ตและการชุมนุมประท้วงต่างๆ ซึ่งแม้ว่าหลายกรณีจะเข้าข่าย “การ์ดตก” อย่างชัดเจน แต่ก็ไม่มีผลที่จะทำให้เกิดการระบาดแต่อย่างใด⁶
- การระบาดในระลอกที่สองต่างกับระลอกแรกตรงที่มีการระบาดในประเทศเมียนมาอย่างรุนแรงและลามมาถึงบริเวณพื้นที่ชายแดนด้วย ซึ่งทำให้ไทยได้รับผลจากช่องทางโหว่ที่มีอยู่ในด้านการเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายผ่านช่องทางธรรมชาติ (ซึ่งเป็นช่องทางโหว่ที่มีมานานแล้วที่ทำให้มีการนำเข้าแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายในจำนวนที่สูงพอๆ กับแรงงานที่เข้ามาโดยถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งแม้ว่าในระยะหลังอาจมีการคุมเข้มขึ้น แต่ก็ยังเป็น

⁵ รวมทั้งมาเลเซียที่แม้ว่าช่วงนั้นมีการระบาดที่หนักกว่าไทยมาก แต่ก็ไม่ได้ระบาดหนักในแถบชายแดน

⁶ หรือในอีกแง่หนึ่ง “ความสำเร็จ” ในการควบคุมไม่ให้มีการระบาดในช่วงดังกล่าว อาจจะเป็นผลมาจากรับมือกับการระบาดในช่วงก่อนหน้านั้น (ที่ทำให้การระบาดระลอกแรกจบลง) ประกอบกับมาตรการจำกัดการเดินทางและมาตรการกักตัวในช่วงดังกล่าว

ช่องทางที่ยังมีอยู่ตลอด และเมื่อไทยปิดพรมแดนก็น่าจะทำให้มีผู้หันมาใช้ช่องทางเหล่านี้มากขึ้น รวมทั้งกลุ่มคนไทยที่ไปทำงานในสถานบันเทิงในฝั่งเมียนมา) อย่างไรก็ตาม การที่เชื้อที่ระบาดในระลอกนี้ไม่ได้มีความรุนแรงมากนัก ก็ทำให้ไทยสามารถควบคุมได้ด้วยมาตรการ Bubble and Seal ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่พยายามแยกผู้ติดเชื้อโดยใช้โรงพยาบาลสนามและโรงงานเป็นฐาน เพราะมีผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือ ICU เต็มรูปไม่มากนัก ในส่วนของคนไทยถึงแม้จะมีการตรวจและติดตามในวงจำกัด และมีการระบาดที่มากกว่าระลอกแรกหลายเท่าตัวจนต้องพึ่งโรงพยาบาลสนาม/hospital มากพอสมควร แต่ก็ไม่ได้ทำให้มีผู้ป่วยหนักที่ต้องพึ่งโรงพยาบาลหลักและห้องผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เป็นจำนวนมากในระดับที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของสถานพยาบาลแต่อย่างใด

- การระบาดในระลอก 3 (นับจากเดือนเมษายน 2564 ซึ่งเชื้อหลักเป็นสายพันธุ์อัลฟา) และในระลอก 4 (ตั้งแต่ประมาณกลางเดือนมิถุนายน 2564 ซึ่งเชื้อหลักเปลี่ยนไปเป็นสายพันธุ์เดลต้า⁷) เริ่มขึ้นในช่วงที่รัฐบาลยังใช้มาตรการที่ไม่ได้ต่างจากในช่วงระลอกสองมากนัก แต่เชื้อหลักเป็นสายพันธุ์อัลฟาที่มีความสามารถในการแพร่สูงกว่าและมีความรุนแรงกว่าเชื้อเดิมมาก และต่อมาเชื้อสายพันธุ์เดลต้าที่มีความสามารถในการแพร่สูงกว่าและมีความรุนแรงกว่าเชื้อสายพันธุ์อัลฟา⁸ ก็เข้ามาทดแทน ทำให้ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยหนัก และผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าระลอกก่อนๆ อย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของสถานพยาบาลในแทบทุกระดับ มีผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาหาที่ตรวจหรือหาโรงพยาบาล/hospital ไม่ได้ และมีผู้เสียชีวิตที่บ้านระหว่างรอตรวจเชื้อหรือรอการย้ายไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ มาตรการ Bubble and Seal ที่ดูจะได้ผลดีในระลอกสองก็สร้างปัญหาการติดเชื้อในเรือนจำหลายแห่งอย่างรุนแรง
- การระบาดในระลอกที่ 5 ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงสิ้นปี 2564-ปัจจุบัน หลังจากที่เชื้อเดลต้าเริ่มซาบหลังจากที่การเปิดเมืองในเดือนกันยายน 2564 โดยมีเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนเข้ามาแทนที่อย่างรวดเร็วและกลายเป็นสายพันธุ์หลักในขณะนี้ ซึ่งตั้งแต่สายพันธุ์โอมิครอนเริ่มระบาดในต่างประเทศ ก็มีรายงานว่า เป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อสูงกว่าทุกสายพันธุ์ในอดีต และสายพันธุ์โอมิครอนที่กลายเป็นพันธุ์ ตั้งแต่ BA.2 ไปจนถึง BA.5 ก็ยังมีความสามารถในการแพร่เชื้อสูงขึ้นไปอีก แต่ที่ผ่านมา (ก่อน BA.5) มีความรุนแรง (รวมทั้งอัตราป่วยหนักหรือเสียชีวิต) ที่น้อยกว่า ซึ่ง

⁷ พบการระบาดใน กทม. ครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม 2564 จากแคมป์คนงานหลักสี่ (หลังจากที่พบการระบาดในภาคใต้ก่อนหน้านั้น)

⁸ KATHY KATELLA., “5 Things To Know About the Delta Variant,” Yale Medicine, January 6, 2022.

<https://www.yalemedicine.org/news/5-things-to-know-delta-variant-covid>

เมื่อนำสองตัวแปรนี้มาพิจารณาประกอบกัน ก็ย่อมเห็นความเป็นไปได้ในทั้งสองทาง ซึ่งทางหนึ่งก็มีความเป็นไปได้ที่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอาจเพิ่มสูงขึ้นกว่าระดับสูงสุดในอดีต จนอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤติหรือภาวะความล้มเหลวของระบบรักษาพยาบาลของประเทศแล้วทำให้มีอัตราการตายที่สูงขึ้น⁹ เหมือนดังเช่นในระลอกที่ 4 แต่ถึงแม้ว่าจะมีบางช่วงที่รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ปรับระดับสีของบางจังหวัด และขยายเวลาใช้ พรก.ฉุกเฉินฯ โดยอ้างถึงกรณีไวรัสกลายพันธุ์สายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) ที่สามารถแพร่กระจายได้เร็ว และมีโอกาสทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่นๆ รวมทั้งผลักดันให้ฉีดวัคซีนเพิ่ม/กระตุ้น แต่ดูเหมือนว่าข่าวสารหลักที่ถูกสื่อสารออกมาตั้งแต่ต้น คือรัฐบาลเห็นว่าไวรัสกลายพันธุ์สายพันธุ์โอมิครอนนี้จะช่วยนำประเทศไทยไปสู่จุดจบของการระบาดของโควิด-19 ซึ่งจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นที่จะไม่สร้างความสูญเสีย/เสียหายที่รุนแรงอีกต่อไปในอนาคต

- ในทั้ง 5 ระลอก (ใน 6 ช่วง) ที่กล่าวมานี้ มาตรการที่ประเทศไทยใช้แทบไม่แตกต่างกัน (ยกเว้นมาตรการปิดเมือง lockdown/curfew ที่ใช้มากที่สุดในระยะแรก แต่ก็ยังเป็นมาตรการที่หลายฝ่ายเห็นว่าเป็นการใช้มาตรการแบบเหวี่ยงแหที่เร็วเกินไปในช่วงนั้น ซึ่งมีมากกว่าสิบจังหวัดที่ต้องปิดกิจกรรมทั้งหมดไปด้วยโดยที่ยังไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อในพื้นที่แม้แต่คนเดียว)¹⁰ ส่วนมาตรการอื่น เช่น การขยายโรงพยาบาลสนาม/ศูนย์พักคอย การเร่งการจัดหาและเร่งฉีดวัคซีน และการปรับสีของพื้นที่ ตั้งแต่ในระลอกที่ 3 เป็นต้นมาก็ล้วนแล้วแต่เป็นมาตรการเชิงรับที่ปรับขึ้นมารับกับภาวะการระบาดที่รุนแรงขึ้น
- เมื่อพิจารณาจากกรณีเหล่านี้ ถ้าเราใช้ผลลัพธ์ในด้านการระบาดมาวัด “ความสำเร็จ” หรือ “ความล้มเหลว” ในการควบคุมการระบาดของไทย ข้อสรุปที่น่าจะใกล้เคียงความจริงมากที่สุดก็คือ **“ความสำเร็จ” หรือ “ความล้มเหลว” ที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับนโยบาย/มาตรการของรัฐค่อนข้างน้อย**

- แต่ในทางกลับกัน **ความล้มเหลวในบางกรณีจะสะท้อนถึงจุดอ่อน/ช่องโหว่ที่สำคัญที่มีอยู่ตลอดในระบบของไทยที่ผ่านมา** ไม่ว่าจะเป็นการนำคนเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายผ่านช่องทางธรรมชาติต่างๆ และกรณีธุรกิจสีเทา เช่น บ่อนพนันต่างๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นกลุ่มนอกกฎหมายแล้ว ก็ยังอาจมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่บังคับกฎหมาย ซึ่งยังเป็นปัญหาที่ยังไม่มีหลักฐานว่าได้รับการแก้ไขไปโดยพื้นฐานแต่อย่างใด

⁹ ซึ่งเกิดกรณีเช่นนี้ในหลายประเทศ รวมทั้งบางประเทศรายที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น และถึงแม้ว่าในบางประเทศในกลุ่มดังกล่าว จะผ่านช่วงดังกล่าวมาและอยู่ในช่วงที่ดูเหมือนเป็นช่วงขาาลงของโอมิครอนแล้ว

¹⁰ หลังจากนั้น รัฐบาลก็ไม่เคยเลือกใช้มาตรการปิดเมือง lockdown/curfew ทั้งประเทศแบบที่ใช้ในระยะแรก

- หรือในอีกแง่หนึ่ง **ปัจจัยชี้ขาดว่าผลออกมาอย่างไรนั้นขึ้นกับตัวแปรภายนอก รวมทั้งตัวเชื้อสายพันธุ์ต่างๆ มากกว่าการบริหารหรือมาตรการของรัฐ** ซึ่งมักจะปรับเปลี่ยนไปไม่มากในแต่ละช่วง/ระลอก ถึงแม้ว่ากำลังมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นในช่วงกลางปี 2565 นี้

ข. กรณีการปกปิดข้อมูลในระยะแรก และความสำเร็จในการควบคุมโรคในช่วงต่อมาของจีน

ในช่วงแรกของการระบาดของโรค Covid-19 ในจีนในช่วงปลายปี 2019 รัฐบาลและผู้บริหารเมืองอู่ฮั่นถูกวิจารณ์มากกว่าพยายามปกปิดข้อมูล และพยายามปิดปากผู้แจ้งเตือนอย่างจักษุแพทย์หลี่ เหวินเฉียงแห่งโรงพยาบาลกลางอู่ฮั่น ซึ่งต่อมาติดเชื้อ Covid-19 และเสียชีวิตเมื่อวันที่ 7 กพ. 2563

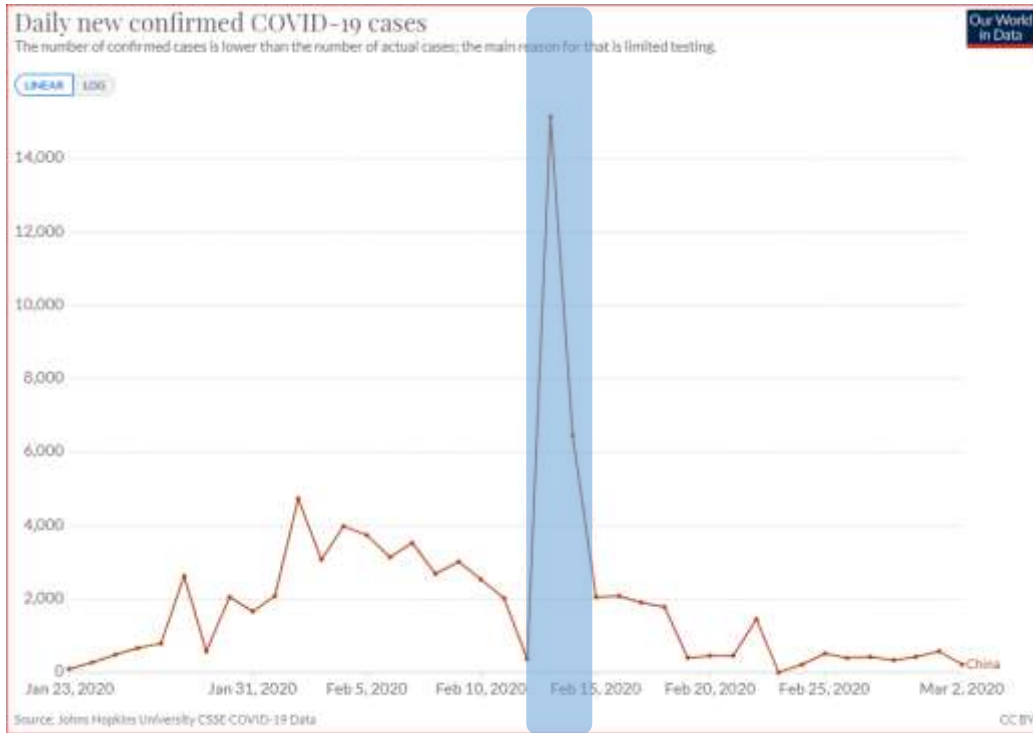
แต่หลังจากนั้นเพียงไม่กี่วัน ในวันที่ 13-14 ก.พ. 2564 จีนได้ปรับการรายงานยอดสะสมของผู้ติดเชื้อ (รวมย้อนหลัง) ของวันที่ 12 ก.พ. สองครั้ง หลังจากที่มีมณฑลหูเป่ย์ (ซึ่งรวมอู่ฮั่น) ได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์การนับจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ให้รวมผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 จากผลเอ็กซเรย์ (โดยเฉพาะผล CT Scan ปอด) ของผู้ที่ไม่มี (หรือยังไม่ทราบ) ผลการตรวจเชื้อ การปรับครั้งนี้มีผลให้รายงานยอดการติดเชื้อสะสมที่มณฑลหูเป่ย์ (ซึ่งรวมอู่ฮั่น) เพิ่มขึ้น 15,152 คน และรายงานยอดสะสมผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 254 รายในวันที่ 13 กพ. 63 ถึงแม้ว่าในวันต่อมา คือวันที่ 14 กพ. ปรับลดลงมา 1,043 คน (โดยระบุว่ามีการนับซ้ำ) **เหลือเป็นการปรับยอดสะสมของผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นในวันที่ 13 กพ. 63 14,109 คน¹¹ และปรับยอดสะสมผู้เสียชีวิตเป็นเพิ่มขึ้น 242 ราย**

พร้อมๆ กันนั้น รัฐบาลจีนได้เปลี่ยนผู้บริหารมณฑลหูเป่ย์และเมืองอู่ฮั่น โดยปลดนาย Jiang Chaoliang เลขาธิการพรรคคอมมิวนิสต์มณฑลหูเป่ย์ แล้วแต่งตั้งนาย Ying Yong นายกเทศมนตรีนครเซียงไฮ้มารับตำแหน่งแทน¹² (และปลดเลขาธิการพรรคคอมมิวนิสต์เมืองอู่ฮั่นด้วย)

¹¹ “How to interpret the 15,152 surge in COVID-19 new cases of February 12” <https://www.worldometers.info/coronavirus/how-to-interpret-feb-12-case-surge/>

¹² “China Reported a Huge Increase in New COVID-19 Cases. Here’s Why It’s Actually a Step in the Right Direction” <https://time.com/5783401/covid19-hubei-cases-classification/>

รูปที่ 1 ยอดผู้ติดเชื้อของจีนในช่วงต้นปี 2563 ซึ่งสะท้อนการปรับยอดผู้ติดเชื้อเมื่อวันที่ 13 กพ. 2563



ที่มา: OurWorldInData (2021)

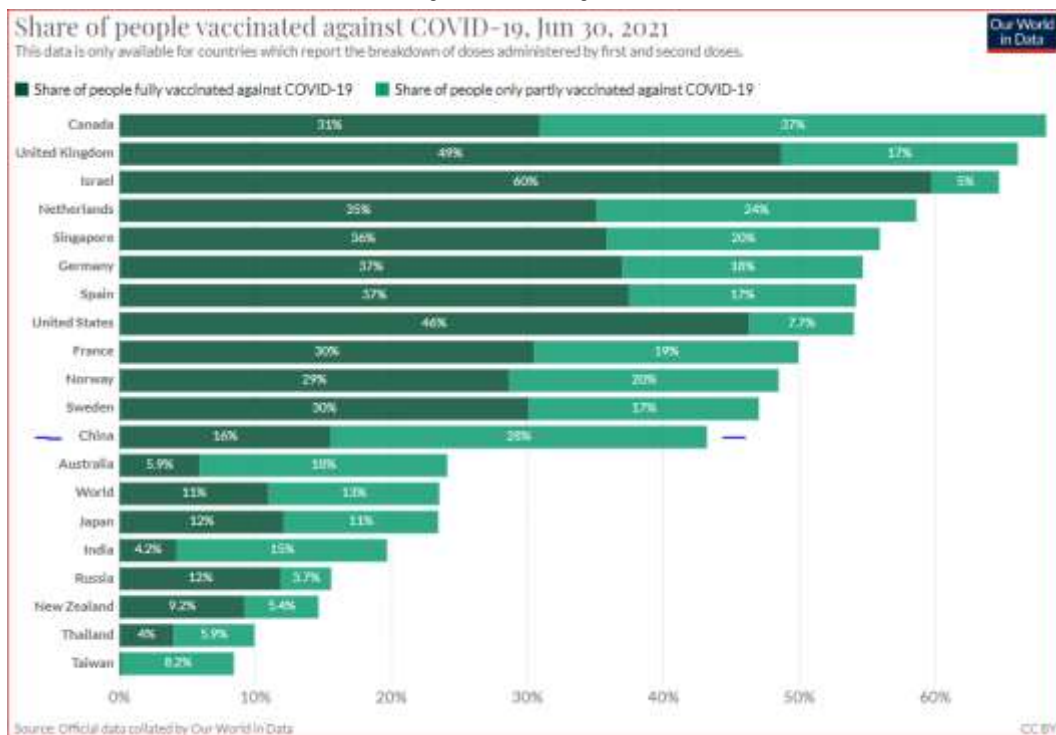
หลังจากนั้น ก็ยังไม่มีกรณีที่จีนถูกกล่าวหาเป็นรูปธรรมเรื่องปกปิดข้อมูลยอดผู้ติดเชื้อหรือเสียชีวิต ถึงแม้ว่ายังมีผู้ที่เชื่อว่าตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อที่จีนปรับเพิ่มขึ้นมาแล้วในรายงานช่วงดังกล่าวก็ยังน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ส่วนนี้อาจเป็นเพราะรายงานตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อของจีนไม่ได้รวมผู้ที่ตรวจพบเชื้อแต่ไม่แสดงอาการด้วย

กรณีการปกปิดข้อมูลเป็นประเด็นที่รัฐบาลจีนเองก็แสดงท่าทียอมรับในกรณีอุฮั่น ซึ่งมีการปรับแก้นิยามผู้ติดเชื้อและข้อมูลภายในเดือนเศษ และหลังจากนั้น นอกจากเรื่องนิยามผู้ติดเชื้อที่จีนอาจรายงานต่างกับประเทศอื่นแล้ว ก็ยังไม่มีหลักฐานว่ามีปัญหาการปกปิดข้อมูลเกิดขึ้นโดยเจตนาว่าอีกหรือไม่ แต่ก็ทำให้องค์กรต่างประเทศบางองค์กรปฏิเสธที่จะนำข้อมูลของจีนมาเปรียบเทียบกับประเทศอื่น

ถ้าเราทำตามองค์กรต่างประเทศหลายแห่งที่มองข้ามการถอดบทเรียนจากจีนด้วย ก็อาจทำให้เราละเลย “ความสำเร็จ” ของมาตรการสำคัญที่ช่วยให้จีนประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคในช่วงส่วนใหญ่ของปี 2563-2564 คือมาตรการปิดเมืองแล้วตรวจคนทั้งเมืองทันทีเมื่อพบการระบาด ซึ่งเริ่มใช้ที่อุฮั่นโดยระดมตรวจเชื้อคนทั้งเมืองเกือบ 10 ล้านคนในเดือนพฤษภาคม 2653 ซึ่งมาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการหลักที่จีนใช้มาจนถึงปัจจุบันในอีกหลายเมือง และในบางเมืองก็ทำซ้ำหลายครั้งรวมทั้งการระดมตรวจในเมืองกวางโจว ในมณฑลกวางตุ้งเมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2564 และอีกหลายเมืองมาจนถึงการปิดบางส่วนของเมืองอุฮั่นในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม 2565 นี้

ถ้าเราพิจารณาความสำเร็จของจีนในด้านการควบคุมการระบาด (ไม่ว่าจะเป็นการเสาะหาและแยกผู้ติดเชื้อ และการบริหารการรักษาพยาบาล ที่ส่งผลให้สามารถรักษาอัตราการเสียชีวิตไว้ในระดับต่ำจนถึงปัจจุบัน¹³) **มาตรการปิดเมืองแล้วตรวจคนทั้งเมืองทันทีเมื่อพบการระบาดที่จีนเริ่มใช้ตั้งแต่ 2 ปีก่อน**—ซึ่งเริ่มจากการตรวจคน 9.89 ล้านคนทั้งเมืองที่อุ่ฮั่นด้วยวิธี Pooled Test ระหว่าง 14 พค.- 1 มิย. 2563 หลังจากพบผู้ติดเชื้อหลังเปิดเมืองเมื่อ 8 เมย. 63 ได้เพียงเดือนเศษ—น่าจะเป็นมาตรการหลักที่ช่วยให้จีนควบคุมการติดเชื้อในประเทศได้ดีมากในปี 2564 ในสถานการณ์ที่จีนยังฉีดวัคซีนไปได้ไม่มากนัก¹⁴ ในขณะที่ไทยประสบปัญหาหากในการตรวจ ติดตาม และแยกผู้ติดเชื้อออกมาอย่างรวดเร็วในระลอกที่ 3-4¹⁵ จึงเป็นกรณีควรจะนำมาศึกษาเช่นกัน

รูปที่ 2 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับวัคซีนครบแล้วหรือบางส่วน (1 จาก 2 เข็ม) ของประเทศต่างๆ ถึงวันที่ 30 มิย. 2564 หรือล่าสุดก่อนนั้น (ข้อมูลจีนเป็นข้อมูล ณ 10 มิย. 2564)



หมายเหตุ: ข้อมูลของจีนเป็นข้อมูล ณ วันที่ 10 มิย. 2564

ที่มา: OurWorldInData (2021), from <https://bit.ly/3BWDDCB>

¹³ หลังจากที่เคยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 5 ในช่วงแรก

¹⁴ ณ 10 มิย 2564 จีนมีประชากรที่ได้รับวัคซีนครบโดสแล้วเพียงร้อยละ 15.51 โดยมีอีกร้อยละ 27.7 ที่ฉีดไปแล้วเข็มเดียว ดูรูปที่ 2 และ OurWorldInData (2021)

¹⁵ แต่ที่ผ่านมา ไทยยังไม่เคยมีหรือพัฒนาศักยภาพในการตรวจแบบปูพรมและแยกผู้ติดเชื้อออกมาในระดับที่จีนทำ

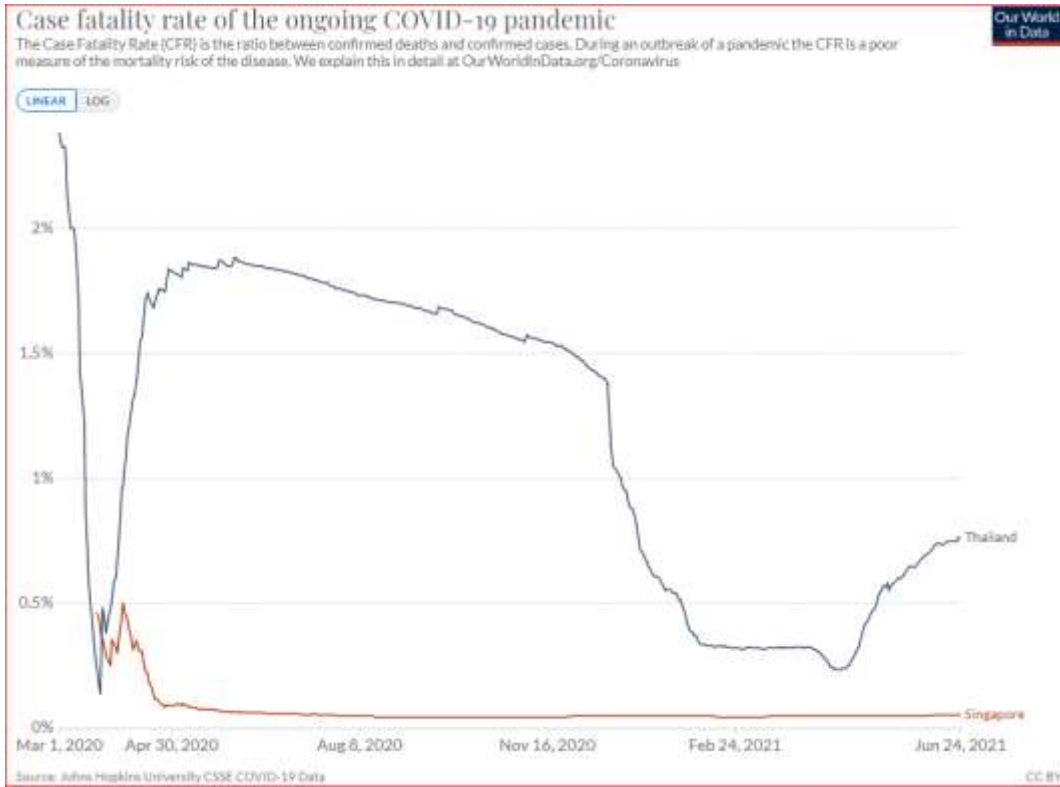
แน่นอนว่ามาตรการที่จีนใช้ รวมทั้งยุทธศาสตร์/นโยบาย Zero COVID ที่รัฐบาลจีนใช้มาจนถึงปัจจุบัน คงไม่ใช่สิ่งประเทศทั่วไปสามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นระดับการใช้อำนาจรัฐหรือศักยภาพและการลงทุนของรัฐบาลที่มีหน่วยตรวจและติดตามที่สามารถ standby และพร้อมที่จะเดินทางไปพื้นที่ที่มีปัญหาในชั่วเวลาเพียงข้ามคืน

และแม้ว่ามาตรการดังกล่าวที่จีนใช้จะส่งผลให้คนจีนส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตแบบปกติมากกว่าในประเทศส่วนใหญ่ แต่ก็มิต้นทุนสำหรับคนจีนไม่น้อย โดยตั้งแต่ช่วงปลายปี 2564 ก็เริ่มมีข่าวความไม่พอใจของประชาชนจากการใช้มาตรการที่มากขึ้นในช่วงที่มีการหลุดรอดเข้ามาของผู้ติดเชื้อเดลต้าในหลายพื้นที่ และในช่วงฤดูหนาวในปลายปี 2564 ก็มีข่าวว่าคนจีนจำนวนหนึ่งที่ถูกบังคับให้ไปเข้าคิวรอการตรวจในพื้นที่โล่งที่หิมะตกไม่พอใจและหลบหนีการตรวจ และในที่สุดในปี 2565 นี้จีนก็ประสบปัญหาการระบาดของเชื้อโอมิครอนที่รุนแรงในหลายเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในกรุงปักกิ่ง และเซี่ยงไฮ้ซึ่งต้องใช้เวลาหลายเดือนกว่าที่จะควบคุมโรคได้ และดูเหมือนในปัจจุบันจีนเป็นประเทศเดียวที่ยังยืนยันที่จะใช้นโยบายปลอดโควิด (Zero COVID) ต่อไป

ค. ความสำเร็จของสิงคโปร์ในการควบคุมการระบาดและอัตราการตายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถึงแม้ว่าต้องใช้เวลานานในการแก้ปัญหา

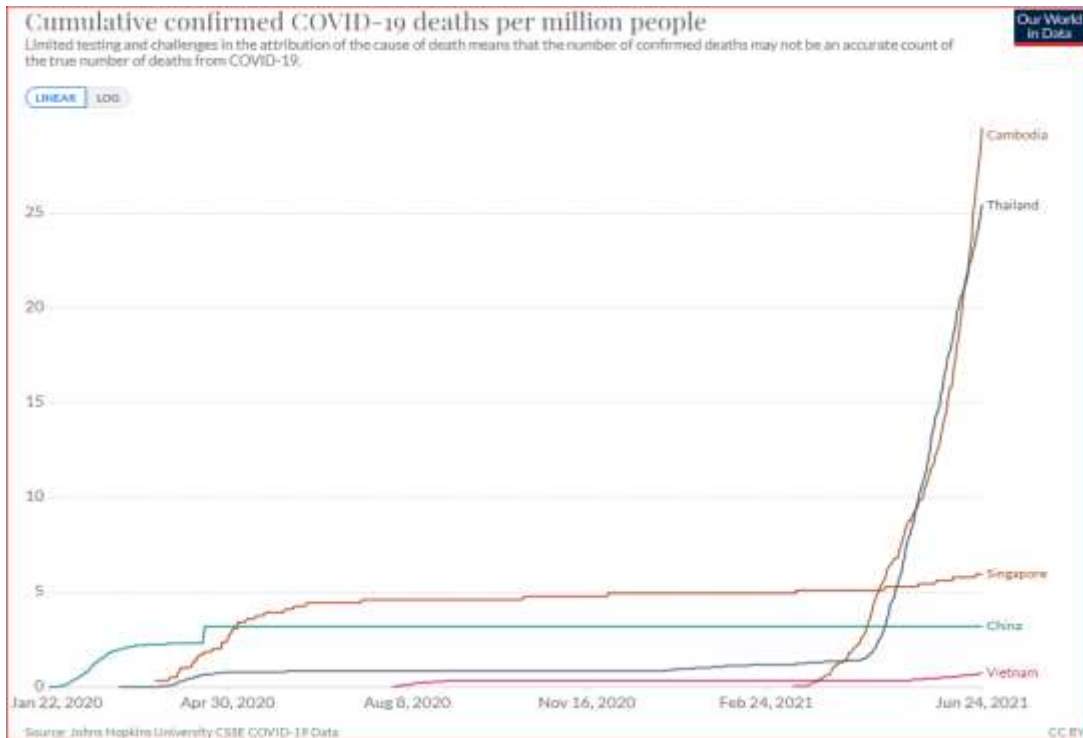
สิงคโปร์ประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดและอัตราการตายอยู่ในระดับที่ต่ำมากในช่วงแรก แต่ต่อมาสิงคโปร์ต้องใช้เวลานานกว่าครึ่งปีในการควบคุมการระบาดในในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในปี 2563 ทำให้ไม่ค่อยได้รับความสนใจในฐานะประเทศที่ประสบความสำเร็จมากเหมือนในช่วงแรก ทั้งที่มาตรการที่สิงคโปร์ใช้ (เช่น การสร้างที่พักใหม่ขึ้นมารองรับ และการตรวจเชื้อและภูมิคุ้มกันหลายวิธีประกอบกัน (RT-PCR, Antibody Rapid Test และ Antigen Rapid Test หรือ ATK) ด้วย ทำให้สิงคโปร์ประสบความสำเร็จในการแยกผู้ติดเชื้อ ในขณะที่ยังสามารถแยกแรงงานข้ามชาติออกมาขับเคลื่อนภาคเศรษฐกิจที่ต้องพึ่งพวกเขา และสามารถป้องกันการแพร่ระบาดไปสู่ประชากรที่เหลือในเกาะที่มีพื้นที่จำกัด ในขณะที่ยังรักษาอัตราการตายไว้ในระดับที่ต่ำเหมือนเดิมด้วย (ดูรูปที่ 3-6) สิงคโปร์ไม่มีการระบาดระลอกใหม่ที่สำคัญตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 จนถึงช่วงกลางปี 2564 ที่ไทยประสบปัญหาการระบาดอย่างรุนแรง ซึ่งในช่วงดังกล่าวสิงคโปร์ได้ประกาศขั้นตอนการเตรียมความพร้อมเพื่อหันไปใช้นโยบาย “อยู่ร่วมกับโควิด” (Living with Covid) โดยพยายามจัดการกับเคสที่เหลืออยู่จนเหลือแค่หลักหน่วยก่อนที่จะใช้นโยบายดังกล่าว การรับมืออย่างเป็นทางการเป็นระบบของสิงคโปร์ (รวมทั้งการดำเนินการที่รวดเร็วในเรื่องอื่น เช่นการฉีดวัคซีน) ก็เป็นกรณีหนึ่งที่ไทยควรนำมาศึกษา/ถอดบทเรียนเช่นกัน

รูปที่ 3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อในสิงคโปร์เทียบกับไทย



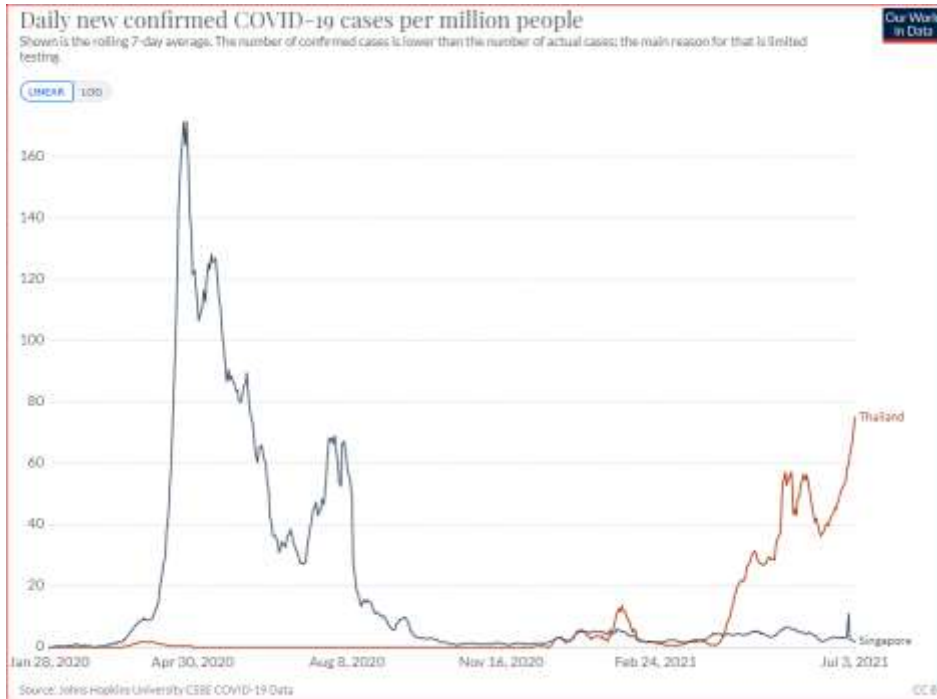
ที่มา: OurWorldInData (2021), from <https://bit.ly/3vjUSLp>

รูปที่ 4 อัตราการเสียชีวิตสะสมต่อประชากรของผู้ติดเชื้อในสิงคโปร์เทียบกับจีน ไทย และประเทศเพื่อนบ้าน ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564



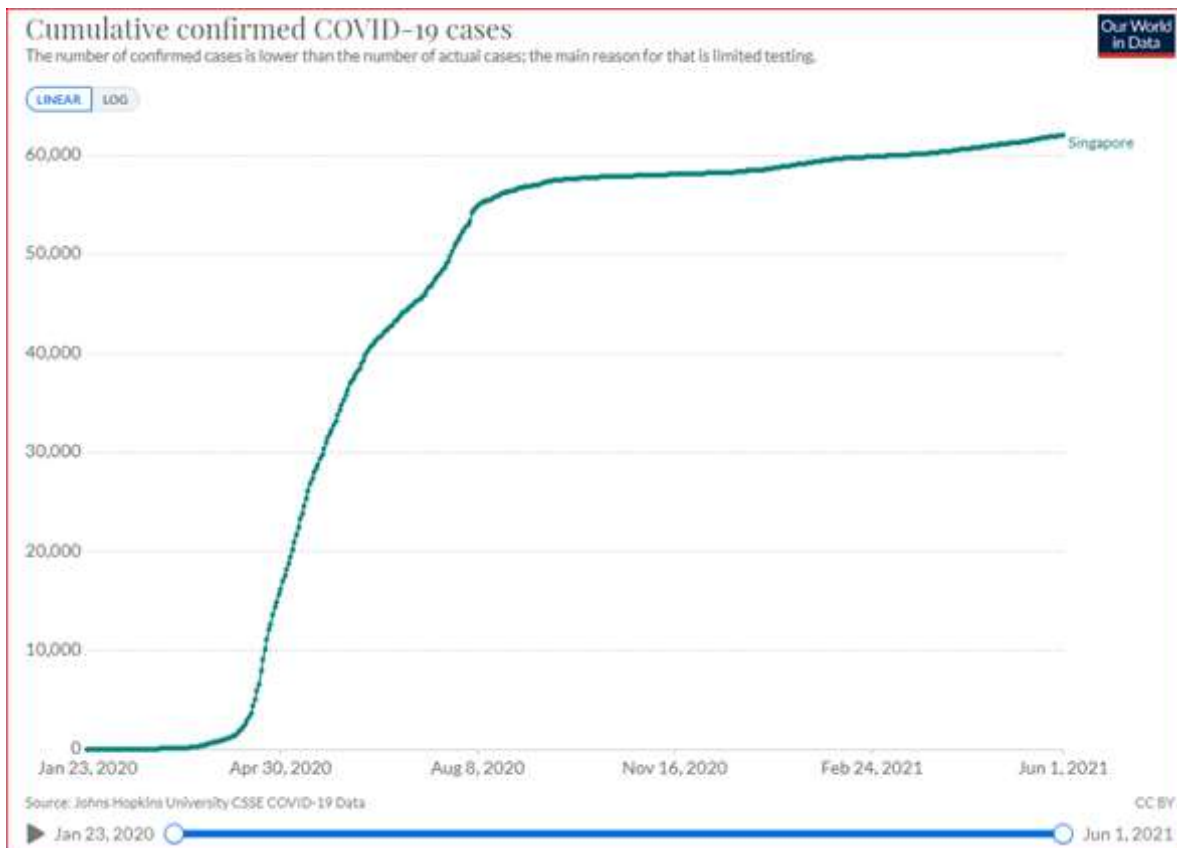
ที่มา: OurWorldInData (2021), from <https://bit.ly/2YN1x4K>

รูปที่ 5 อัตราการติดเชื้อใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสิงคโปร์และไทย ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564



ที่มา: OurWorldInData (2021), from <https://bit.ly/2YORADA>

รูปที่ 6 ยอดติดเชื้อสะสมของสิงคโปร์ ม.ค. 2563 - มิ.ย. 2564



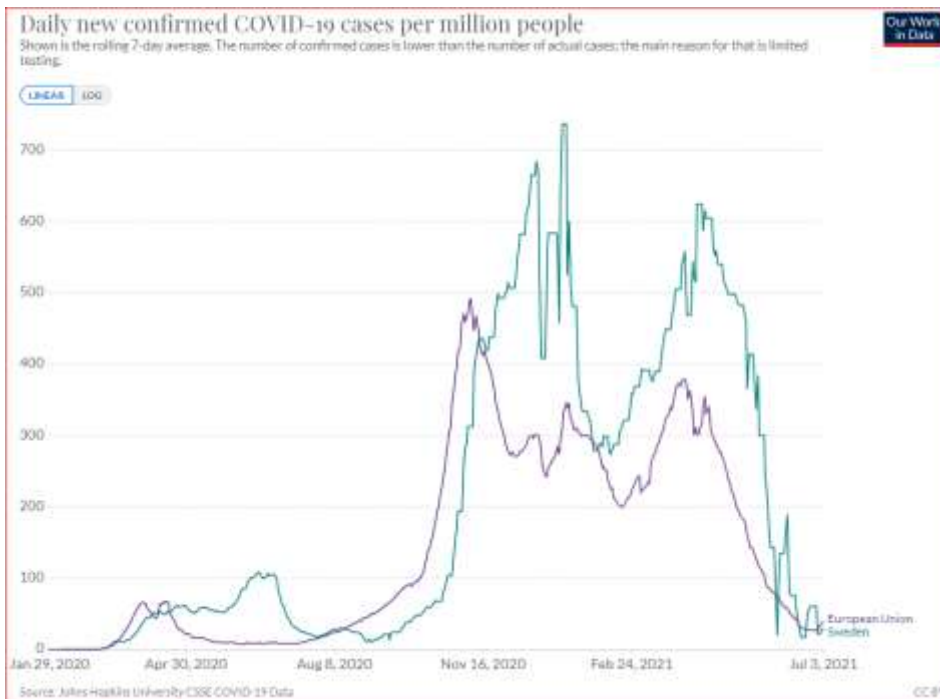
ที่มา: OurWorldInData (2021), from <https://bit.ly/3INUtXT>

ง. **ผลของการเดินทางอย่างอิสระในสหภาพยุโรปทำให้สถานการณ์การระบาดรุนแรงใกล้เคียงกัน**
แทบทั่วยุโรป – ความไม่สำเร็จของการใช้แนวคิดเรื่องสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ของสวีเดน

ก่อนการระบาดของโควิด-19 สหภาพยุโรปมีสถานะเป็นเหมือนประเทศเดียวกันซึ่งประชาชนในประเทศต่างๆ สามารถเดินทางข้ามพรมแดนประเทศไปมาได้อย่างเสรี ยิ่งไม่ต้องพูดถึงการเดินทางไปมาภายในประเทศเอง เจื่อนไซดิงกล่าวเอาไว้ให้โควิด-19 แพร่กระจายไปได้อย่างเสรีและรวดเร็วเช่นกัน เมื่อมีการระบาด สถานการณ์การระบาดจึงรุนแรงใกล้เคียงกันแทบทั่วยุโรป

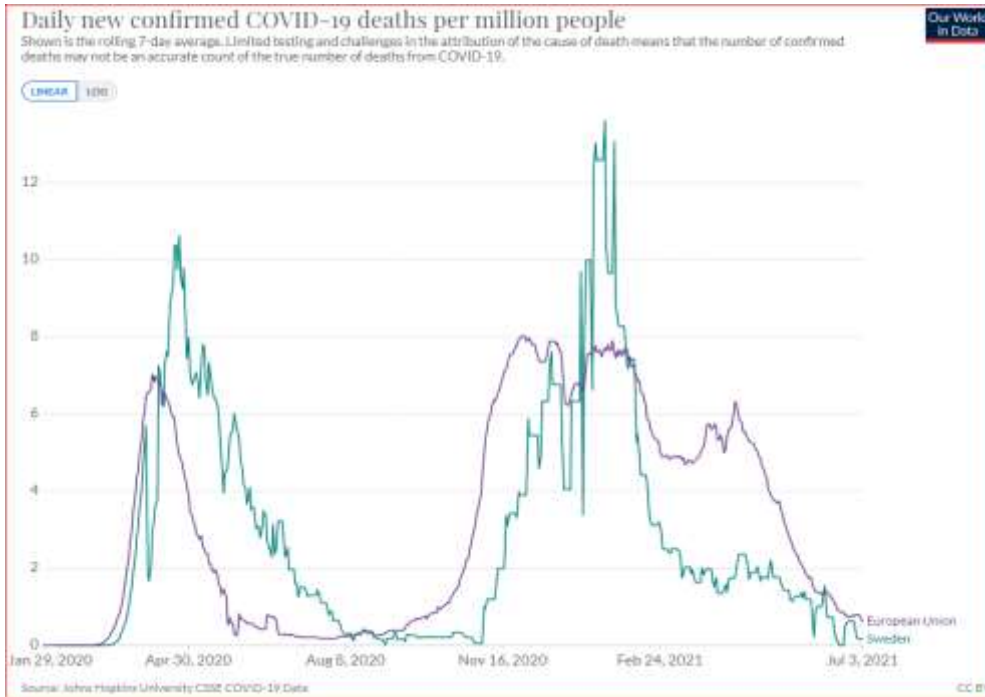
ในช่วงปลายไตรมาสแรกของปี 2563 หลังจากที่อังกฤษประสบการระบาดหนักขึ้นแล้ว ล้มเลิกแนวคิดเรื่องปล่อยให้ติดเชื้อเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ สวีเดนกลายเป็นประเทศเดียวที่ยังคงใช้มาตรการดังกล่าว ซึ่งในระยะแรกก็ดูเหมือนจะมีผลลัพธ์ที่ดีพอสมควร แต่การที่สวีเดนมีมาตรการที่ผ่อนคลายที่สุด รวมทั้งการเปิดให้พลเมืองจาก EU ด้วยกันเดินทาง/อพยพเข้าประเทศได้อย่างเสรี ทำให้ดึงดูดพลเมือง EU กลุ่มที่ไม่พอใจมาตรการ lockdown ในประเทศต่างๆ และเมื่อเวลาผ่านไปไม่นานนัก อัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตในสวีเดนก็เพิ่มขึ้นจนไม่ต่างกับ—และต่อมาแยกกว่า—ประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป จนเกิดกรณีที่ประเทศเพื่อนบ้านของสวีเดนเองหันมาออกมาตรการควบคุมการเดินทางที่เข้มงวดกับผู้เดินทางมาจากสวีเดนมากขึ้นด้วย แต่โดยภาพรวมแล้ว จนถึงกรกฎาคม 2564 ที่คณะผู้วิจัยได้ติดตามข้อมูล ผลลัพธ์ในด้านอัตราการติดเชื้อของสวีเดนก็ไม่ได้ต่างจากของสหภาพยุโรปอย่างชัดเจนแต่อย่างใด

รูปที่ 7 อัตราการติดเชื้อรายใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสวีเดนและสหภาพยุโรป



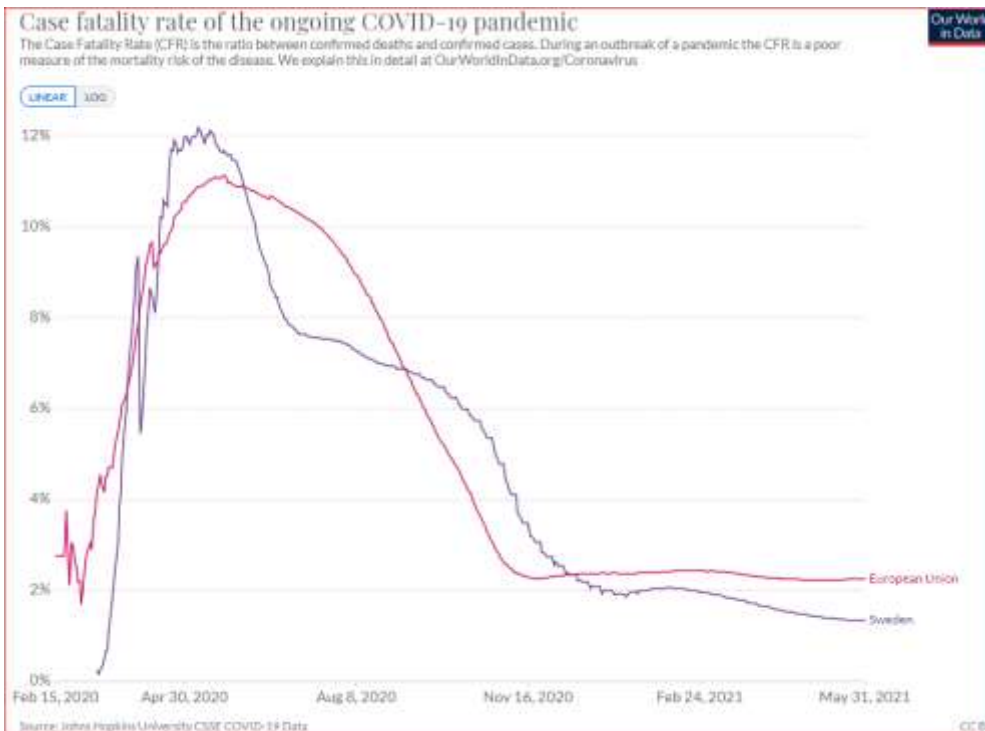
ที่มา: OurWorldInData (2021)

รูปที่ 8 อัตราการตายของผู้ติดเชื้อต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของสวีเดนและสหภาพยุโรป



ที่มา: OurWorldInData (2021)

รูปที่ 9 อัตราการตายสะสมของผู้ติดเชื้อตลอดช่วงการระบาดของสวีเดนและสหภาพยุโรป



ที่มา: OurWorldInData (2021)

4.2 บทเรียนหลักที่สำคัญ

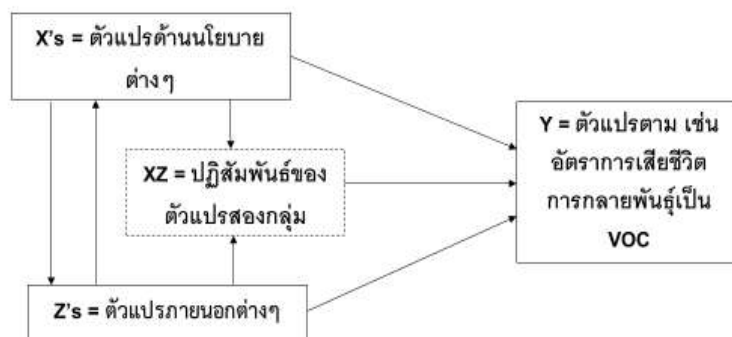
4 ตัวอย่างที่ยกมาในหัวข้อนี้ ให้ข้อคิดที่สำคัญที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลถอดบทเรียนทั้งในช่วงที่ผ่านมาและในช่วงต่อไปข้างหน้า ที่ถึงแม้ว่าเราจะสนใจถอดบทเรียนจากนโยบาย/มาตรการรับมือกับโควิด-19 ของประเทศต่างๆ ซึ่งบางมาตรการเราก็ได้นำมาใช้เช่นกัน และคงมีมาตรการอื่นที่อาจนำมาใช้ได้เพิ่มขึ้นในอนาคต แต่**บทเรียนที่น่าจะสำคัญที่สุดที่ถอดมาได้จาก 2 ปีเศษที่ผ่านมา น่าจะได้แก่**

- จะสรุป/ถอดบทเรียนที่ถูกต้องได้ ก็ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่สำคัญในบริษัทของประเทศ
 - การสรุป/ถอดบทเรียนที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะอาจมีผลไปถึงการกำหนดนโยบาย/มาตรการที่สอดคล้องกับความเป็นจริงด้วย
- ก. จะสรุป/ถอดบทเรียนที่ถูกต้องได้ ก็ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่สำคัญในบริษัทของประเทศ

เป็นที่น่าสังเกตว่าในการเปรียบเทียบหรือการประเมินผลของหลายองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มีแนวโน้มที่ผู้ประเมินผลจะพยายามเปรียบเทียบประเทศต่างๆ โดยโยนนโยบายหรือมาตรการกับผลลัพธ์ แต่ในโลกความเป็นจริงที่มีตัวแปรที่ส่งผลต่อกันจำนวนมากนั้น ความสัมพันธ์จริงของตัวแปรต่างๆ ในแต่ละประเทศน่าจะสรุปได้เป็นแบบจำลองตามรูปล่างนี้มากกว่า

รูปที่ 10 โครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของตัวแปรชุดต่างๆ



ถ้าความสัมพันธ์จริง เป็นตาม que เห็นในรูป การพยายามโยง X_i กับ Y_j โดยตรง—โดยมองข้ามหรือละเลยผลของตัวแปรอื่น—ก็จะทำให้ได้คำตอบที่ผิดหรืออคติ (bias)

ในรูปข้างต้นแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น 3 ชุด (Zi กับ Xi และ XjZi) กับตัวแปรตาม (Yi)

- ตัวแปรต้นกลุ่มแรก (Zi) ได้แก่ตัวแปรภายนอก/อิสระต่างๆ เช่น ที่ตั้งของประเทศ ลักษณะพรมแดน คุณสมบัติของเชื้อที่มีระบาดในโลก/ในประเทศเพื่อนบ้านในช่วงนั้น
- ตัวแปรต้นกลุ่มที่สอง (Xj) ได้แก่ตัวแปรเชิงนโยบายต่างๆ เช่น การกำหนดมาตรการ curfew หรือไม่
- ตัวแปรต้นกลุ่มที่สาม (XjZi) คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองกลุ่มแรก เช่น นโยบายการฉีดวัคซีนให้แรงงานข้ามชาติ

การพยายามโยงตัวแปรตาม (Yj บางตัว) กับตัวแปรเชิงนโยบาย (Xi) ตัวหนึ่งใด โดยมองข้าม/ละเลยผลของตัวแปรภายนอกอื่น (และปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น) ก็จะทำให้ได้คำตอบที่ผิดหรืออคติ (bias) ที่เกิดจากการละเลยตัวแปรที่สำคัญ (หรือปัญหา Omitted Variables)

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินผลหรือเปรียบเทียบระหว่างประเทศก็คือ **ประเทศต่างๆ หรือพื้นที่ต่างๆ อาจมีตัวแปรสำคัญที่ต่างกัน รวมทั้งอาจจะต่างกันในแต่ละช่วงด้วย** (เช่น ตัวแปรบางตัวแปรที่สำคัญในระลอกที่ 3 ของไทย ไม่ได้มีความสำคัญมากในระลอกแรก ที่พื้นที่ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านไม่มีการระบาดที่มีนัยสำคัญ) รวมทั้ง**ตัวแปรบางตัวที่อาจสำคัญมากกับประเทศหนึ่งอาจไม่สำคัญในอีกประเทศหนึ่ง (หรือ “ไม่ใช่ตัวแปร” ในประเทศนั้นเสียด้วยซ้ำไป)** เช่น การควบคุมพรมแดนธรรมชาติอาจไม่ใช่ตัวแปรสำหรับประเทศที่เป็นเกาะที่การเดินทางเข้าประเทศเกือบทั้งหมดต้องเข้าทางท่าอากาศยาน/ท่าเรือหลักจำนวนน้อยเท่านั้น)

ข. การสรุป/ถอดบทเรียนให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะอาจมีผลไปถึงการกำหนดนโยบาย/มาตรการที่สอดคล้องกับความเป็นจริงด้วย

เมื่อกลางปี 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อใหม่ภายในประเทศเลย (ตั้งแต่ 26 พฤษภาคม – 2 กันยายน 2564) The New York Times ตีพิมพ์บทความชื่อ “No One Knows What Thailand Is Doing Right, but So Far, It’s Working” (เมื่อ 16 กรกฎาคม 2563 และปรับแก้เมื่อ 20 สิงหาคม 2563)¹⁶ ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ในขณะนั้นได้เป็นอย่างดี

บทความดังกล่าวได้พยายามหาคำตอบว่า “ความสำเร็จ” ในการควบคุมการระบาดของไทยเกิดจากอะไร โดยการสัมภาษณ์นักวิชาการไทยจำนวนหนึ่ง ซึ่งบางท่านก็ดูเหมือนจะอธิบายด้วยการคาดเดาด้วย เช่น

¹⁶ <https://www.nytimes.com/2020/07/16/world/asia/coronavirus-thailand-photos.html> July 16, 20 Updated Aug. 20, 2020

กล่าวถึงปัจจัยอย่างพันธุกรรม (ว่าคนไทยอาจมีภูมิคุ้มกันโควิดดีกว่า?)¹⁷ วัฒนธรรม หน้ากาก (และปัจจัยเหล่านี้ผสมกัน?)¹⁸

รูปที่ 11 ตัวอย่างการปรับตัวที่เกิดขึ้นในไทยในปี 2563



ที่มา: “No One Knows What Thailand Is Doing Right, but So Far, It’s Working” The New York Times. 16 กรกฎาคม 2563 (ปรับแก้เมื่อ 20 สิงหาคม 2563)

ในบรรดาปัจจัยเหล่านี้ บางปัจจัยก็อาจจะมีผลช่วยจริง แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาด (necessary & sufficient condition) ซึ่งจากการระบาดในระลอกต่อๆ มา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ในระลอกที่ 3-4 น่าจะเป็นหลักฐานยืนยันว่าปัจจัยเหล่านั้นไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ไทยประสบความสำเร็จในการรับมือกับการระบาดที่ต่อเนื่องมาจนถึงทุกวันนี้¹⁹

¹⁷ ประเด็นนี้ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอีกครั้งจากงานวิจัยที่อ้างอิงใน Facebook ของ Center for Medical Genomics โรงพยาบาลรามาธิบดี ในกลางปี 2565 นี้ ดู <https://www.thaipost.net/education-news/169854/>

¹⁸ ในช่วงต้นปี 2563 ซึ่งการระบาดยังไม่ได้แพร่กระจายไปที่อื่นเดิยนั้น ก็เคยมีคนอินเดียออกมาให้ความเห็นว่า “อายุรเวท” และปัจจัยอื่นๆ ช่วยให้อินเดียรอดจากการระบาด (ก่อนที่อินเดียจะประสบกับการระบาดที่รุนแรงในช่วงต่อมาของปี 2563)

¹⁹ ถึงแม้ว่าอาจมีความเป็นไปได้ด้วยว่าปัจจัยเหล่านั้นอาจแปรเปลี่ยนไปได้บ้าง เช่น คนไทยจำนวนหนึ่งอาจจะประมาทมากขึ้นหลังจากที่ดูเหมือนว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดในช่วงก่อนหน้านั้น แต่ความเปลี่ยนแปลงก็อาจจะเกิดได้ทั้งสองทาง โดยพฤติกรรมของประชาชนมักจะขึ้นกับกระแสสังคมในขณะนั้นด้วย เช่น

แต่ถึงแม้ในกรณีที่ไม่ทราบหรือไม่สามารถบ่งบอกถึงสาเหตุของ “ความสำเร็จ” และไม่สามารถเชื่อมโยง “ความสำเร็จ” กับการกระทำของตนเอง ก็อาจไม่ได้ทำให้ผู้คนนึกคิดว่าเป็นความสำเร็จเป็นความบังเอิญหรือ “ความเฮง” มากเท่ากับพร้อมที่จะเชื่อ “ข่าวดี” และตีความว่าเป็น “ความสำเร็จ” ที่เกิดจากการกระทำหรือนโยบาย/มาตรการที่เราใช้

แต่การประเมินความสำเร็จของตนเองหรือของมาตรการที่ใช้เกินความจริง (เพราะไม่ได้พิจารณาถึงตัวแปรอื่นอย่างเพียงพอ ตามที่อภิปรายไว้ในข้อ ก.) ในช่วงปลอดเชื้อเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ความเชื่อมั่นที่สูงเกินจริง (over-confidence) และทำให้ผ่อนคลาย มี slack ในช่วงที่ไม่ฉุกเฉิน และไม่ได้เตรียมพร้อมในการรับมือกับความเสี่ยง (risk management) ภายใต้สถานการณ์/ฉกทัศน์ที่หลากหลายมากพอ เช่น ไม่ได้เตรียมจัดหาวัคซีนให้เพียงพอที่จะสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในประเทศ (ซึ่งเป็นเป้าหมายของหลายประเทศตั้งแต่ปลายปี 2563) เพราะมีความมั่นใจว่าไทยมีความสามารถในการควบคุมโรคได้ดีกว่าประเทศอื่น และ/หรือ ไม่ได้เตรียมเผื่อไว้สำหรับสถานการณ์ที่วัคซีนที่จองไว้มีอุปสรรคในการผลิตหรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งสะท้อนจากการให้ความเห็นของนายกรัฐมนตรีน²⁰ และถึงแม้ว่าจะมีบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนเพื่อประชาชนไทย ที่ตั้งโดย สธ. พิจารณาแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งสถาบันวัคซีนเสนอให้จัดหาวัคซีนสำหรับปี 2564 รวม 41 ล้านโดส สำหรับ 20.1 ล้านคน และที่ประชุมเห็นชอบแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ที่กำหนดกรอบเบื้องต้นสำหรับปี 2654 ให้จัดหาวัคซีนผ่านแหล่งต่างรวม 50% ของประชากร แต่ก็ดูเหมือนว่าผู้ที่รับผิดชอบก็พอใจกับสัญญาที่ตกลงจองซื้อจาก AZ 26 ล้านโดส สำหรับฉีดกลุ่มเสี่ยง 20% ของประชากรเท่านั้น (ดูหัวข้อ 10.2 เพิ่มเติม)

หรืออีกนัยหนึ่งคือ การประเมินความสำเร็จที่เกินความจริงหรือผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเล็งผลเลิศจากสิ่งที่เห็นเป็น opportunity ในขณะที่เดียวกันก็ downplay threat ที่ควรจะสามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าจากบทเรียนของประเทศอื่นๆ ซึ่งการที่รัฐบาลไทยไม่ได้เตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่หลากหลายพอ ทำให้เมื่อมีปัญหาการระบาดในระลอกที่ 2 ก็ต้องหันไปซื้อวัคซีน Sinovac ที่ยังไม่ผ่านการรับรองขององค์การอนามัยโลก ทั้งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องบางท่านเคยระบุไว้ว่าหลักการสำคัญที่สุดในการเลือกซื้อวัคซีนคือความปลอดภัย และจากรายงานผลข้างเคียงจากวัคซีนที่รายงานโดยกรมควบคุมโรคก็พบมา

- ในช่วงระบาดระลอกแรก การปฏิบัติตัวของประชาชนตามคำแนะนำต่างๆ มีอัตราที่สูงมาก
- ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดระลอกที่สอง คนจำนวนมากเริ่มชินชากับข่าวการระบาด หรืออาจรู้สึกว่าการระบาดทั้งหมดที่จำนวนการระบาดในส่วนของคนไทยนอกสมุทราศรัก็สูงถึง 3-4 เท่าของจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกแรก
- ในช่วงการระบาดในระลอกที่ 3 ในเดือนเมษายน 2564 เมื่อตระหนักว่าการระบาดมีความรุนแรงขึ้นมาก ก็มีคนจำนวนมากที่งดกิจกรรมในช่วงสงกรานต์ และคนอีกไม่น้อยที่พยายาม lockdown ตัวเองโดยสมัครใจ
- ในการระบาดในระลอกที่ 5 ในปี 2565 ประชาชนจำนวนมากอาจเริ่มชินชากับข่าวการปฏิบัติตัวอย่างเข้มงวด รวมทั้งมี impression ว่าเชื้อโอมิครอนไม่น่ากลัวด้วย

²⁰ “ประยุทธ์แจงประเทศไทยสั่ง “วัคซีน” น้อย อ้างเราคุม “โควิด” ระลอกแรกได้ดีมาก” ข่าวสด 20 เม.ย. 2564

https://www.khaosod.co.th/politics/news_6350143

ตลอดว่าวัคซีน Sinovac มีรายงานอัตราการแพ้ที่รุนแรงสูงกว่าวัคซีนตัวอื่น (ดูเพิ่มเติมในหัวข้อ 10.2 เรื่อง วัคซีน)

บทเรียนที่สำคัญจากส่วนนี้ ก็คือในกรณีที่ผู้สังเกตการณ์หรือผู้ประเมินไม่สามารถ pinpoint ถึงสาเหตุ หรือตัวแปรที่กำหนดผลของความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ชัดเจน—และน่าเชื่อถือ—พอ ก็ควรต้องระวัง การสรุป/ฟันธงลงไปทิศทางใด (ทั้งในด้านการ “จับถูก” และ “จับผิด” ที่มากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดการตีความสิ่งนี้อาจเป็นผลของการสุ่ม (Randomness) หรือผลจากสถานการณ์ตั้งต้น (initial condition) ผิดว่าเป็นผลลัพธ์ของมาตรการ และบางครั้งความล้มเหลวในเวลาต่อมาก็อาจช่วยให้เราเข้าใจภาพที่เราเห็นว่าเป็นความสำเร็จในช่วงก่อนหน้านั้นได้ดีขึ้นเช่นกัน

ในกรณีนี้ The New York Times อาจตั้งข้อบทรความนี้ “No One Knows What Thailand Is Doing Right, but So Far, It’s Working” ที่สะท้อนความเป็นจริงมากกว่าการที่คนไม่น้อยพยายามสรุปว่า “ความสำเร็จ” ที่เห็นในช่วงดังกล่าวเป็นผลงาน/ความสำเร็จจากมาตรการของเรา ซึ่งในกรณีนี้ ก็มีนักวิชาการไทยที่ได้อธิบายไว้อย่างละเอียด เช่น วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. “เก่งหรือเฮง ห่วยหรือช่วย อธิบายด้วยสถิติเชิงภูมิศาสตร์ Moran's I สำหรับชาวบ้าน”²¹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าไม่เพียงแต่เฉพาะ “ความสำเร็จ” ของไทยและอีกหลายประเทศในภูมิภาคนี้ (และหลายประเทศที่เป็นเกาะ) เท่านั้นที่น่าจะถูกกำหนดจากสถานการณ์การระบาดในประเทศเพื่อนบ้าน แต่ “ความล้มเหลว” ของหลายประเทศในสหภาพยุโรปในการรับมือกับการระบาดในช่วงปีแรกก็มีส่วนสำคัญที่ถูกกำหนดจากสถานการณ์การระบาดในประเทศเพื่อนบ้านด้วยเช่นกัน

4.3 กรอบแนวคิด และประเด็นพิจารณาต่างๆ ในการตั้งโจทย์และการประเมินผล

4.3.1 ภาพรวมกรอบแนวคิดในการประเมินผล และข้อพิจารณาที่สำคัญ

การออกแบบการประเมินผลนี้ มีข้อพิจารณาที่สำคัญหลายประการ

- กรอบแนวคิดในการประเมินผลที่ทางคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรม เสนอมา เป็นไปตามเป้าหมายของโปรแกรม 17 “การแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ” ที่อยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) ซึ่งตั้งโปรแกรม 17 นี้เพิ่มขึ้นมารับมือกับการระบาดของโควิด-19 โรคอุบัติใหม่ และวิกฤตที่สำคัญอื่นๆ (เช่น ภัยแล้งในขณะนั้น)
 - ในกรณีที่สามารถทำได้ การประเมินผลครั้งนี้ควรครอบคลุมการดำเนินการใดๆ ที่มีส่วนที่ตอบสนองเป้าหมายทั้งหมดของโปรแกรม 17 ซึ่งครอบคลุมการ

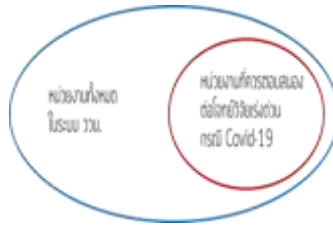
²¹ มติชนสุดสัปดาห์ บทความพิเศษ 8 พฤษภาคม พ.ศ.2563 https://www.matichonweekly.com/special-report/article_302716

เตรียมการเพื่อรับมือกับทั้งโรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติ และวิกฤตขนาดใหญ่อื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

- แต่ในช่วงปี 2563 ซึ่งอย่างน้อยในช่วงแรกถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน การประเมินผลในส่วนของ กสว. และ ววน. จะเน้นที่การประเมินการปรับตัวและปรับงบประมาณเพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในช่วงนั้นเป็นหลัก และในช่วงที่เริ่มโปรแกรม 17 ได้กล่าวถึงสถานการณ์ฉุกเฉินในสองเรื่องคือ โควิด-19 และภัยแล้ง แต่โครงการประเมินผลนี้จะเน้นที่โควิด-19 และจะไม่เน้นภัยแล้งที่ไม่สัมพันธ์กับโควิด-19 แต่จะรวมถึงการเตรียมการ (ถ้ามี) เพื่อรับมือกับภัยพิบัติหรือวิกฤตขนาดใหญ่อื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- โครงการประเมินผลนี้ เริ่มดำเนินการในขณะที่ไทยอยู่ในช่วงการระบาดในระลอกที่สี่ (ซึ่งเริ่มประมาณกลางเดือนมิถุนายน 2564) ซึ่งนอกจากการประเมินผลย้อนกลับไปในปี 2563 แล้ว จะติดตามและประเมินผลไปจนถึงต้นปี 2565 ก่อนสิ้นสุดโครงการ 14 มิถุนายน 2565
- โดยหลักการแล้ว—โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามองไปถึงอนาคต—**หน่วยงานทำวิจัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของ ววน. ก็ควรครอบคลุมหน่วยงานทั้งหมดของประเทศ (รวมภาครัฐ เอกชน และอื่นๆ)²² ที่ทำวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เป็นอย่างน้อย และควรครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัยในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการสนับสนุนงานวิจัยและยุทธศาสตร์ของ กองทุน ววน. และ สกสว. ด้วย**
 - การมีหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดที่โครงการประเมินผลนี้คงไม่สามารถครอบคลุมหน่วยงานวิจัยทั้งหมด เช่น การ identify ทุกหน่วยงาน “ที่ควรมีส่วนร่วม” ได้ ตามโจทย์/กรอบแนวคิดในรูปที่ 12 ข้างล่างที่คณะกรรมการติดตามและประเมินผลของ กสว. ต้องการให้ “ระบุรายชื่อหน่วยงานวิจัยในระบบ ววน. ที่ควรต้องมีส่วนร่วมในการทำวิจัยเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากการระบาดของโรค Covid-19”)

²² อาจยกเว้นหน่วยวิจัยพัฒนาของเอกชนที่ตั้งขึ้นมาทำวิจัยสำหรับธุรกิจของตนเอง และไม่ประสงค์ที่เกี่ยวข้องและ/หรือรับการสนับสนุนทุนจากรัฐบาล/กองทุน ววน.

รูปที่ 12 กรอบแนวคิดเรื่องหน่วยงานในระบบ ววน. และหน่วยงานที่ควรจะต้องตอบสนองต่อโจทย์วิจัย
เร่งด่วน



ที่มา: รายงานการประชุม คณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนวิทยาศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม ครั้งที่ 3/2563 วันพุธที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2563

- ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติ ในระยะหลังหน่วยงานทำวิจัยที่ได้รับทุนส่วนใหญ่—ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานที่ขอทุนเข้ามาเองและหน่วยงานที่ สกสว. และ PMU ต่างๆ ติดต่อกับทาบตามไป—คงต้องลงทะเบียนใน “ระบบข้อมูลสารสนเทศวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ” หรือ “National Research and Innovation Information System (NRIIS)” ที่บริหารโดยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) **แต่ข้อมูลในระบบก็ยังคงยังไม่ได้ครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัยทั้งหมดที่ถือว่าอยู่ในขอบเขตการสนับสนุนของระบบ ววน.** และมีช่องว่างและความล่าช้า (lag) ในการนำเข้าสู่ข้อมูลสู่ระบบ NRIIS
- ในการประเมินผลให้ครอบคลุมหน่วยงานที่รับทุน ววน. ในระยะเวลาอันสั้นนั้น โครงการประเมินผลจำเป็นต้องเข้าถึงฐานข้อมูล NRIIS เป็นอย่างน้อย และควรต้องครอบคลุมฐานข้อมูลของแต่ละ PMU ด้วย ซึ่งคงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากทาง สกสว. ในการช่วยขอสิทธิในการเข้าถึงฐานข้อมูลเหล่านั้นให้ได้โดยเร็ว (หรือขอให้ วช. และ PMU ต่างๆ ประมวลผลข้อมูลการสนับสนุนการวิจัยมาให้) ไม่เช่นนั้น โครงการประเมินผลนี้ก็จะต้องประเมินผลจากข้อมูลที่มีไม่ครบถ้วน
- แต่แม้กระทั่งในกรณีที่ผู้ประเมินผลได้ข้อมูลครบถ้วนทุกโครงการ ก็จะไม่มีความพอที่จะศึกษา/ประเมินโดยลงรายละเอียดในทุกโครงการ (และ/หรือเปรียบเทียบกับโครงการวิจัยของต่างประเทศด้วย) การประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนจึงจะเลือกพิจารณาจากการสนับสนุนโครงการวิจัยจำนวนจำกัดจำนวนหนึ่งเท่านั้น (โดยจะไม่สามารถครอบคลุมโครงการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโควิด-19 ที่ได้รับการสนับสนุนในช่วงสองปีเศษนี้)
 - ในต่างประเทศยังมีงานวิจัยจำนวนมากกว่าไทยมาก การติดตามประเมินผลจึงจะพยายาม highlight เฉพาะงานวิจัยที่โดดเด่นและต่างจากไทย รวมทั้ง

ผลสำเร็จ (หรือล้มเหลว) ที่เด่นของโครงการงานวิจัยในต่างประเทศ เพื่อ
เทียบเคียงให้เห็นงานส่วนที่อาจยังเป็นช่องว่าง (gap) ของงานวิจัยของไทย

- การวิจัยเป็นเพียงหนึ่งในหลายมาตรการที่ต้อง/ควรนำมาใช้รับมือกับการระบาด หรืออีก
นัยหนึ่ง มี trade-off ระหว่างการจัดสรรงบประมาณการวิจัยกับงบอื่นๆ รวมทั้งบ
สำหรับซื้อ (แทนที่จะพยายามวิจัยแล้วผลิตเอง) เช่น การจัดสรรงบให้เพียงพอสำหรับซื้อ
ยา/วัคซีน²³ และอุปกรณ์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีในระดับสูง (เช่น เครื่องช่วยหายใจที่มี
คุณภาพสูง) อาจคุ้มและเป็นประโยชน์กับการรับมือกับการระบาดของโรคมากกว่าการ
ทุ่มงบประมาณเร่งสนับสนุนการเริ่มทำวิจัย/พัฒนาในช่วงที่มีการระบาดเกิดขึ้นและอาจขยาย
ตัวอย่างรวดเร็วโดยหวัง/เล็งผลเลิศว่าจะได้ผลผลิต (ยา/วัคซีน และอุปกรณ์ที่ใช้
เทคโนโลยีในระดับสูง เช่น เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยโควิด-19) ที่มีคุณภาพสูงมา
ใช้ได้อย่างทันกาล²⁴

²³ ตัวอย่างเช่น แม้ว่าวัคซีน ChulaCov19 ของจุฬาฯ สามารถดำเนินการในช่วงต้นได้เร็วพอสมควร และได้ลงทะเบียนการ
ทดสอบ Phase 1 ในคนตั้งแต่เมื่อเดือนกันยายน 2563 แต่ก็มีปัญหาที่ทำให้การทดสอบ Phase 1 ในคนถูกเลื่อนมานาน
โดยเมื่อ 19 กพ. 2564 ชาว “Thailand to start clinical trials on homemade COVID-19 vaccine.” ของ Xinhua
ระบุว่าเลื่อนการทดสอบ Phase 1 ในคนมาเป็นเดือน เมย. หรือ พค. 2564 ซึ่งต่อมาก็มีรายงานข่าวการเริ่มทดลองในคน
เมื่อวันที่ 14 มิย. 2564 (“จุฬาฯ ทดลองฉีดวัคซีนรุ่นแรกของไทย ChulaCov19 ให้อาสาสมัครแล้ว” <https://covid-19.kapook.com/view242639.html>) แต่จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเวลาผ่านไปอีกนานกว่าหนึ่งปี ก็ยังมีอุปสรรคที่ทำให้ต้อง
กลับมาเริ่มการทดลองเฟส 1 ในคนใหม่ เพื่อรับกับการเปลี่ยนมาใช้ผู้ผลิตภายในประเทศ โดยจะเริ่มในเดือนกรกฎาคม
2565 นี้ และในอีกโครงการของ บ. ไบยา ที่ทำวัคซีนที่ใช้โปรตีนจากไบยาสูบ ซึ่งได้เริ่มทดลองในคนกับอาสาสมัครจำนวน
ไม่มากนักนั้น ซึ่งมีข่าวว่าทดลองในเฟส 2 ตั้งแต่ในปี 2564 และมีโครงการปรับวัคซีนรุ่นใหม่ ปัจจุบันก็ยังไม่มีความ
คืบหน้าในการทดลองที่มีนัยสำคัญ ซึ่งอุปสรรคและข้อจำกัดของโครงการเหล่านี้ ทำให้การสนับสนุนงานวิจัยของประเทศ
ไทย (ทั้งในหรือนอกกองทุน ววน.) คงจะไม่สามารถคาดหวังอย่างเล็งผลเลิศว่าจะได้วัคซีนจากโครงการวิจัยที่ไทยสนับสนุน
เองมาใช้ได้อย่างทันกาลในปีแรกๆ โดยไม่ต้องพึ่งการซื้อจากบริษัทวัคซีนต่างประเทศได้

กรณีวัคซีนนี้ก็เป็นที่ถกเถียงกันว่าการประเมินผลโครงการเหล่านี้ควรให้ความสนใจประเมินในแง่มูลค่า/ทางเลือกต่างๆ (เช่น ถ้า
กองทุน ววน. สนับสนุนทุนเพิ่มให้อย่างมีนัยสำคัญจะมีส่วนช่วยให้โครงการสามารถพัฒนาไปถึงขั้นผลิตออกมาใช้สำหรับ
การทดลองในคนหรือใช้ได้จริงอย่างรวดเร็วหรือทันกาลหรือไม่ หรือศักยภาพของเรายังห่างไกลจนไม่ควรคาดหวังมากจาก
โครงการเหล่านี้ และในระยะสั้นการเตรียมบให้เพียงพอสำหรับซื้อวัคซีนรุ่นใหม่ๆ น่าจะเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความ
เป็นจริงกว่า

ในเรื่องนี้ แม้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จุฬาฯ และหน่วยงานวิจัยอื่นบางหน่วยยังกล่าวถึงโอกาสที่จะสามารถผลิตวัคซีน
ขึ้นมาใช้เองได้ในปี 2564 หรือ 2565 แต่ ณ ขณะนี้ดูเหมือนว่าโอกาสที่จะนำมาใช้ได้เร็วที่สุดคือในปลายปี 2566

²⁴ แน่นนอนว่าอาจมีเวกซ์เตอร์ เครื่องมือแพทย์อื่นๆ ซึ่งมีโอกาสมากกว่าที่งานวิจัยและพัฒนาของไทยเองมีศักยภาพสูงพอและ
มีโอกาสูงที่จะประสบความสำเร็จในการผลิตหรือขยายการผลิต (เช่นการผลิตหน้ากากอนามัย ชุด PPE ห้องความดันลบ
หรือชุดตรวจ ATK ฯลฯ) ทั้งในกรณีที่บทบาทการสนับสนุนของกองทุน ววน. อาจมีความสำคัญ และในบางกรณีอาจไม่
จำเป็นต้องอาศัยทุนวิจัยจากกองทุน ววน. (เช่นกรณี ATK โดยส่วนใหญ่)

- ในกรณีที่มีความพร้อม งานวิจัยบางด้านจะมีบทบาทที่สำคัญมากในการช่วยให้ได้ข้อมูล/ความรู้ที่จำเป็นในการรับมือกับการระบาด (เช่น ข้อมูลการระบาดที่เฉพาะเจาะจงของประเทศ รวมทั้งการถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อที่ระบาดในประเทศ ฯลฯ)
- แม้แต่ในกรณีที่ยังมีความพร้อมไม่มาก งานวิจัยบางด้าน/เรื่อง/โครงการก็อาจมีประโยชน์ที่จะเริ่มหรือขยายในช่วงนี้ เพื่อสร้างรากฐานหรือสร้างความรู้สำหรับระบบ ววน. ของประเทศในระยะยาว เช่น โครงการผลิตวัคซีนด้วยเทคโนโลยีต่างๆ
- การสนับสนุนงานวิจัยจึงควรครอบคลุมไม่เพียงแต่ส่วนที่จะช่วยรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในครั้งนี้อย่างเดียว แต่ควรครอบคลุมการเตรียมการสำหรับอนาคตด้วย ซึ่งรวมกันน่าจะครอบคลุมการรับมือกับ
 - สถานการณ์โรคระบาดที่ฉุกเฉิน และที่ผ่านภาวะฉุกเฉินไปแล้วแต่ยังไม่จบ/อาจเป็นปัญหาระลอกใหม่ในอนาคต
 - โรคอุบัติใหม่/ภัยพิบัติ อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- ถึงแม้ว่ารับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างโควิด-19 อาจต้องการหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยที่มีความยืดหยุ่นสูงและสามารถปรับตัวในการตั้งโจทย์และหาวิธีตอบโจทย์ที่รวดเร็ว (รวมทั้งไม่ติดกับดักของระบบราชการ bureaucracy ในการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งในการทำสัญญาและตรวจสอบและเผยแพร่ผลงานด้วย) แต่คุณสมบัติเหล่านี้อาจไม่ใช่คุณสมบัติหลักที่สำคัญที่สุดในระบบที่วางไว้เป็นอย่างดีแล้ว
 - ในระบบที่เตรียมการไว้ดีแล้ว จะมีศักยภาพในการหาข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจทางนโยบาย/มาตรการ (เช่น พร้อมอยู่แล้วสำหรับการถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อที่ระบาดใหม่) รวมทั้งมีศักยภาพเพียงพอที่จะเริ่มวิจัย ทดลอง และผลิตวัคซีนตัวใหม่ได้ถ้าจำเป็น และมีระบบการสนับสนุนทุนวิจัยที่ไม่ยุ่งยากตั้งแต่แรกแล้ว รวมทั้งไม่มีข้อจำกัดในทางกฎระเบียบในการสนับสนุนงานวิจัยที่โจทย์บางส่วนอาจจะซ้ำกันด้วย (เพราะปกติอัตราความสำเร็จของงานวิจัย โดยเฉพาะ R&D ก็มักจะไม่ได้สูงมาก)
 - ในบางระบบ เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ก็จะมีกฎกติกาที่มีอยู่ก่อนแล้ว kick in เข้ามาและเอื้อให้หน่วยงานปกติที่มีความพร้อมสามารถทำหน้าที่รับมือกับวิกฤตหรือสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว (ระบบ CECC ของไต้หวันก็มีกฎกติกาที่น่าสนใจในเรื่องนี้)

ประเด็นต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงข้างต้นบ่งบอกถึงความซับซ้อนในการตีความข้อมูลต่างๆ ในการประเมินผล เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการทั้งของรัฐบาลประเทศต่างๆ และของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของไทย ซึ่งในหลายกรณีจะไม่มีข้อมูลที่ครบถ้วนพอที่จะนำมาวิเคราะห์ในเชิงปริมาณในระดับที่สามารถใส่ตัวแปรที่สำคัญเข้ามาอย่างครบถ้วน และ/หรือควบคุมตัวแปรต่างๆ ได้ดีพอที่จะนำมาวัดความสำเร็จ การประเมินในหลายประเด็นจึงต้องใช้การประเมินเชิงคุณภาพที่อาศัยดุลยพินิจของคณะผู้วิจัยมากพอสมควร อย่างไรก็ตาม การประเมินผลครั้งนี้เริ่มขึ้นหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าสู่การระบาดระลอกที่ 4 และแต่ละประเทศได้ผ่านประสบการณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละช่วงของสถานการณ์ ทำให้ฝ่ายต่างๆ—รวมทั้งคณะผู้ประเมินผลเอง—ก็ได้เข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนในการกำหนดผลลัพธ์ในแต่ละช่วงของประเทศต่างๆ มากขึ้น และทำให้น่าจะมีการพิจารณาในแง่มุมต่างๆ ที่หลากหลายและครอบคลุมสภาพความเป็นจริงมากขึ้น

4.3.2 กรอบการประเมินผลการรับมือกับการระบาดของของโรค Covid-19 ของไทย

การประเมินผลการรับมือกับการระบาดของของโรค Covid-19 ของไทยมีกรอบใหญ่ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของภาค (sector) ต่างๆ ในรูปที่ 13 ข้างล่างนี้ ซึ่งเป็นกรอบที่มีสมมุติฐานว่าการระบาดของโรค Covid-19 อาจก่อให้เกิดวิกฤตในหลายด้านที่มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งถ้าจัดการได้ไม่ดีพอก็อาจส่งผลกระทบต่อเป็นวิกฤตของประเทศอย่างรอบด้านได้

รูปที่ 13 กรอบแนวคิดใหญ่ในการประเมินผล



ที่มา: คณะผู้วิจัย

แม้ว่าโดยธรรมชาติของวิกฤต Covid-19 เป็นวิกฤตโรคระบาดที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพโดยตรง (health/medical crisis) แต่วิกฤต Covid-19 ก็ส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาคเศรษฐกิจจริง (real sector) ในเกือบจะทันทีด้วย เนื่องจากมาตรการควบคุมการระบาดของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวันทั้งในเชิงสังคมและเศรษฐกิจ โดยส่วนหนึ่งผ่านมาตรการเพิ่มระยะห่างทางสังคม/กายภาพ (social/physical distancing) ซึ่งเป็นมาตรการที่ส่งผลให้เกิดการลดหรือชะลอกิจกรรมทางเศรษฐกิจของประเทศลงเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ยังมีมาตรการ และ/หรือพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อที่มีนัยสำคัญต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศอื่นได้ด้วย เช่น มาตรการห้ามเดินทางไปต่างประเทศ หรือการงดเดินทางท่องเที่ยวเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อหรือจากรายได้ที่ลดลง ก็ส่งผลกระทบต่อประเทศหรือพื้นที่ที่เคยมีรายได้หลักจากนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวชาติเดียวกัน

ในกรณีที่วิกฤต Covid-19 ส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจจริง (real sector) อย่างรุนแรงและยาวนาน ถ้าไม่ได้มีมาตรการรับมือที่เหมาะสม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำที่รุนแรงก็มีโอกาสที่จะลุกลามทำให้เกิดปัญหาความเชื่อมั่น หรือวิกฤตความเชื่อมั่น (confidence crisis) ที่มีโอกาสที่จะลุกลามต่อเนื่องไปเกิดเป็นวิกฤตเศรษฐกิจในด้านการเงิน (financial crisis) ซึ่งถ้าเกิดตามมาแล้ว ก็มักจะส่งผลกระทบต่อทั้งรุนแรงและรวดเร็ว ซึ่งประเทศไทยเอง ก็ได้ผ่านวิกฤตด้านการเงินครั้งใหญ่ที่รุนแรงในปี 2540-2541 หรือเมื่อประมาณ 24 ปีที่ผ่านมา

ประเทศตะวันตกหลายประเทศก็ได้รับผลกระทบจากวิกฤตซับไพรม์ (Sub-Prime) ที่มีจุดเริ่มจากสหรัฐอเมริกาในปี 2551 (2008) มากด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้หลายประเทศ--โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการรับมือกับวิกฤตซับไพรม์มาปรับใช้เพื่อป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะตามมาจากวิกฤตด้านสุขภาพที่อาจจะลุกลามไปยังภาคเศรษฐกิจการเงิน (Financial Crisis) ได้

วิกฤตมีความเชื่อมโยงกันจึงอาจส่งผลกระทบลุกลามมากกว่าที่แต่ละฝ่ายคาดไว้

เราอาจจะสรุปภาพความเชื่อมโยงที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้

- ในครั้งนี้วิกฤตหลักคือ Medical Crisis/Shock ที่นอกจากการเกิดระบาดของโรคจะส่งผลกระทบต่อชีวิตคนจำนวนมากแล้ว จำนวนผู้เสียชีวิตยังอาจเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็วมากในประเทศที่ไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดให้อยู่ในระดับที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศนั้นสามารถรับมือได้
 - ในความเป็นจริง แทบไม่มีประเทศไหนเลยที่พร้อมจริงๆ ที่จะรับมือกับการระบาดของเชื้อใหม่นี้ที่เกิดกับคนจำนวนมาก รวมทั้งประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา²⁵ และสหราชอาณาจักร ซึ่งติดอันดับ 1 และ 2 ของโลก ตามรายงาน

²⁵ ตั้งแต่ต้นปี 2563 ก็มีข่าวออกเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 63 ว่าโรงพยาบาลในเมืองนิวยอร์กมีห้อง ICU ที่สามารถรับผู้ป่วยได้เพิ่มได้อีกประมาณ 11 วัน และเครื่องช่วยหายใจสำหรับอีก 14 วัน <https://www.businessinsider.com/coronavirus-patients-filling-nyc-hospitals-ahead-of-the-peak-2020-3>

**“ดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพโลก หรือ Global Health Security (GHS) Index”
ของปี 2019²⁶**

- สำหรับประเทศไทย ที่ได้รับการจัดอันดับที่ 6 ในดัชนีดังกล่าว นั้น มีทรัพยากรที่น้อยกว่า สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรมาก ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยก็อยู่ในสภาพที่ตึงมากในหลายด้าน ดังนั้น ถึงแม้ในปี 2563 จะดำเนินการขยายสถานพยาบาลกว่า 600 เตียงใน กทม./ปทุมธานี แต่ศักยภาพรวมทั้งประเทศสำหรับรองรับผู้ติดเชื้อโรคนี้อาจยังอยู่ในหลักไม่กี่พันเตียง และยังประสบปัญหาขาดแคลนด้านอื่นๆ (เช่น ยา ชุดตรวจ หน้ากากและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ) ด้วย
- จึงเป็นที่มาของแนวคิดที่จะ Flatten the curve โดยการควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้ลุกลาม/บานปลาย (ซึ่งส่วนสำคัญหนึ่งในช่วงต่อมาก็คือจะต้องอาศัยวัคซีนด้วย) จะเป็นกุญแจหลักที่จะนำประเทศเราออกจากวิกฤต Covid-19
- ถ้าการแก้ปัญหาส่วนนี้ล้มเหลวหรือขาดประสิทธิภาพ (เช่น เมื่อเลิกมาตรการหลัก การระบาดเพิ่มกลับขึ้นมาในระดับที่คุมไม่ได้หรือเกินกำลังที่ระบบสุขภาพจะรับไหว) ผลกระทบต่อชีวิต ต่อระบบสาธารณสุข และต่อภาคเศรษฐกิจ ก็จะทวีความรุนแรงขึ้น
- **แต่แม้กระทั่งในกรณีที่สามารถควบคุมการระบาดได้ วิกฤตนี้ก็ยังคงส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (ผ่านมาตรการควบคุมโรค) ไปยังภาคเศรษฐกิจจริง (Real Sector) เนื่องจากมาตรการที่นำมาควบคุมโรคระบาดส่งผลให้มีผู้ตกงานหรือสูญเสียรายได้ที่มีความต้องการ/กำลังซื้อลดลง และ/หรือ ธุรกิจที่ถูกควบคุมจนไม่สามารถดำเนินการตามปกติได้**
 - **อัตราการเจริญเติบโตของปี 2563 ที่ -6.1% หรือติดลบมากกว่าครึ่งหนึ่งของวิกฤตเศรษฐกิจการเงินปี 2540-2541 รวมกัน**

²⁶ รายงานดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก หรือ Global Health Security (GHS) Index ซึ่งเผยแพร่สู่สาธารณะครั้งแรกเมื่อเดือนตุลาคม ปี 2019 ซึ่งด้วยว่า ประเทศไทยมีความพร้อมในการรับมือวิกฤติโรคระบาดสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโลก (ได้คะแนน 75.5/100) โดยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศเดียวใน 15 อันดับแรก ซึ่งนำโดย สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย และแคนาดา

ทั้งนี้ รายงาน GHS Index จัดทำโดยทีมนักวิจัยโครงการ Nuclear Threat Initiative มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ และ The Economist Intelligence Unit (หน่วยงานวิเคราะห์เศรษฐกิจของนิตยสาร The Economist) ประเมินสถานะความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก โดยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจาก 195 ประเทศ และวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญ 6 ปัจจัย ได้แก่ การป้องกัน การตรวจเชื้อและการรายงาน ความรวดเร็วในการโต้ตอบและรับมือ ระบบสาธารณสุข มาตรฐานการปฏิบัติตามบรรทัดฐานสากล และความเสถียรต่างๆ

ดูการวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ใน วิโรจน์ ณ ระนอง. “ไทยอยู่ตรงไหน...ในรายงานการจัดอันดับดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก” <https://tdri.or.th/2022/01/ghs-index2021/?fbclid=IwAR3ZJqjRv40lank4PV-tULJ8kLb3OFXit4iLOBRCJlStZuDivRe500O6Sa0> และ

<https://www.voathai.com/a/coronavirus-health-security-preparedness/5272156.html>

- อัตราการเจริญเติบโตของปี 2564 อยู่ที่ประมาณ 1% ซึ่งเมื่อรวม 2 ปี ก็ยังติดลบประมาณครึ่งหนึ่งของวิกฤตเศรษฐกิจการเงินปี 2540-2541
- แต่ถ้าวัดการควบคุมการระบาดของโรคทำได้ไม่ดี และใช้เวลานานกว่าจะเข้าสู่ภาวะปกติ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจอาจรุนแรงกว่าวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540-41 ได้
- ปัญหาที่เกิดขึ้นในภาคเศรษฐกิจจริง มีผลกระทบทางลบ (หรือย้อนกลับ) ต่อไปอีกอย่างน้อยสองทางคือ
 - การว่างงาน/รายได้ที่ลดลง ทำให้คนจำนวนมากไม่มีกำลังความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (เช่น ต้องออกจากบ้านมาหารายได้ หรือเดินทางกลับต่างจังหวัดเพื่อลดรายจ่าย)
 - มาตรการของรัฐที่สอดคล้องกับแรงจูงใจทางเศรษฐกิจ (รวมทั้งการช่วยเหลือเยียวยาที่สอดคล้องกัน) จะช่วยให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น และมักมีประสิทธิภาพมากกว่ามาตรการบังคับ²⁷ (ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในบางกรณีที่มาตราการบังคับ—รวมทั้งการมีบทลงโทษ—อาจได้ผลมากกว่าในบางเรื่อง)²⁸
- ในบรรดาวิกฤตต่างๆ ที่เกิดขึ้น--หรืออาจจะเกิดขึ้นตามมาได้--นั้น แม้ว่าในครั้งนี วิกฤตหลักจะยังเป็นวิกฤตด้านโรคระบาด (Medical Crisis/Shock) แต่ถ้าวาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยไม่สามารถรับมือได้ ก็มีโอกาสมากที่จะส่งผลกระทบที่รุนแรงเป็นทอดๆ ไปยังทั้งภาคเศรษฐกิจจริง (Real Sector) และจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดวิกฤตความเชื่อมั่น (Confidence Crisis) ในภาคเศรษฐกิจการเงิน กลายเป็นวิกฤตด้านการเงิน (Financial Crisis) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะส่งผลกระทบต่อทั้งระบบเศรษฐกิจจริง และในกรณีเช่นนี้อาจส่งผลกลับมาทำให้วิกฤตในด้านการควบคุมโรคและด้านการรักษาพยาบาลของประเทศอย่างรุนแรงด้วย
- แม้ว่าฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของไทย ได้พยายามแก้ปัญหาในส่วนของตัวเองอย่างแข็งขัน แต่ในหลายกรณี มาตรการที่ออกมามักมาจากการวิเคราะห์ปัญหาเฉพาะด้าน และมีลักษณะของการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (เช่น การปิดสถานบันเทิง สถานศึกษา มาตรการตั้งกองทุนรับมือกับปัญหาความไม่เชื่อมั่นในกองทุนรวม/หุ้นกู้ มาตรการแยกผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับ

²⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มาตรการบังคับไม่ได้ออกแบบไว้รัดกุมพอ เช่น มาตรการกักกันโรคที่ผู้ที่อยู่ในข่ายไม่มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง

²⁸ เช่น อาจควรพิจารณากำหนดบทลงโทษผู้ป่วยที่จงใจปกปิดข้อมูลความเสี่ยงในการติดเชื้อของตัวเอง ซึ่งสามารถสร้างความเสียหายต่อระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศได้เป็นอย่างมาก เพราะอาจทำให้ระบบที่มีปัญหาความตึงตัวอยู่แล้วขาดแคลนบุคลากรมากยิ่งขึ้นไปอีก

มาตรการเยียวยา) ซึ่งนอกจากจะทำให้มาตรการอาจไม่ได้มีความสอดคล้องกัน หรือมีประสิทธิผลพอแล้ว ในบางกรณียังส่งผลข้างเคียงในด้านลบต่อการแก้วิกฤตในส่วนอื่นด้วย

- ที่ผ่านมามีข้อบ่งชี้ว่าผู้ที่กำหนดนโยบายในแต่ละด้าน อาจยังไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสที่จะลุกลามของวิกฤตในแต่ละด้าน รวมทั้งโอกาสที่วิกฤตจะเสริมกัน (Synergy/Feedback) ในทั้งทางบวกและลบ

ความจำเป็นในการกำหนดนโยบาย/มาตรการที่สอดคล้องกัน และใช้ประโยชน์จากการจัดการข้อมูลและความรู้

ความซับซ้อน และปฏิสัมพันธ์ของผลกระทบในด้านต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การกำหนดนโยบาย/มาตรการรับมือกับปัญหานี้ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ใช่แบบต่างคน (หรือต่างหน่วยงาน) ต่างทำ หรือขัดแย้งกัน ไม่เช่นนั้นแล้ว ความล้มเหลวในด้านหนึ่งด้านใดก็อาจลุกลามไปทั่วประเทศให้ล้มเหลวตามไปด้วย

นอกจากนั้น มาตรการแต่ละด้านมักมีข้อจำกัดในตัวเอง และอาจให้ผลที่ลดลง (diminishing return) และมีต้นทุน—หรือผลกระทบด้านอื่น--เพิ่มขึ้นมากเมื่อเพิ่มความเข้มข้น (หรือ “ความแรง”) ของมาตรการนั้นๆ การเลือกใช้มาตรการเดี่ยวแล้วเพิ่มความเข้มข้นไปเรื่อยๆ เมื่อยังไม่ได้ผลตอบรับที่พอใจ ก็อาจเกิดผลน้อยกว่าการใช้มาตรการหลายด้านมาผสมผสานกันในระดับที่เหมาะสม

ข่าวดีข่าวหนึ่งในข่าวร้ายมากมายของวิกฤตครั้งนี้ก็คือ การที่การระบาดของ COVID-19 กลายเป็นวิกฤตของเกือบทั้งโลก ทำให้แทบทุกประเทศต่างก็ระดมทรัพยากร/วิชาการและคลังสมองออกมาศึกษาและเสนอมาตรการที่ครอบคลุมด้านต่างๆ ในแทบทุกด้าน (รวมทั้งนำมามาตรการรับมือกับวิกฤตในอดีตกลับมาประยุกต์ใช้) **ทำให้เรามีโอกาสได้เห็น/เปรียบเทียบ/ถอดบทเรียนการดำเนินนโยบาย/มาตรการของประเทศต่างๆ ซึ่งแม้ว่าจะมีเงื่อนไข/บริบทที่แตกต่างกันพอสมควร แต่ก็ช่วยให้มองเห็นทางเลือกของชุดนโยบาย/มาตรการที่หลากหลายที่ประเทศไทยอาจเลือกนำมาใช้ได้**

ในระยะแรกรัฐบาลไทยเองก็ได้เคยเสนอมาตรการต่างๆ ในลักษณะที่แยกส่วน (fragment) ซึ่งอาจมีฐานคิดมาจากนโยบาย/มาตรการในอดีต (เช่น มาตรการแจกเงิน 1,000 บาท เป็นเวลา 1-2 เดือน และมาตรการพุงตลาดหุ้น) รวมทั้งได้ใช้มาตรการควบคุมโรคที่เคยใช้ในอดีต--และหลายประเทศใช้ในระดับที่ต่างกัน--เช่น การควบคุมการเข้าออกประเทศ การตรวจที่สนามบินและด่านต่างๆ และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจและการเงินก็ได้ออกมาตรการรับมือกับปัญหาเฉพาะหน้า (เช่น มาตรการตั้งกองทุนรับมือกับปัญหาความไม่เชื่อมั่นในกองทุนรวม/หุ้นกู้) ซึ่งการ**ประมวล สรุป และประเมิน (assess) มาตรการของต่างประเทศ ก็น่าจะช่วยให้กลุ่มผู้กำหนดนโยบายในด้านต่างๆ ได้เห็นภาพกว้าง/ความเชื่อมโยง และทางเลือกที่ครบถ้วนมากขึ้น**

ข้อได้เปรียบอีกประการหนึ่งของยุคโลกาภิวัตน์ ก็คือการเปิดกว้างของข้อมูลข่าวสารมากขึ้นกว่าในอดีตมาก (ถึงแม้ว่าจะยังมีปัญหาการปกปิด—หรือความไม่โปร่งใสในการรายงาน—ข้อมูลของบางประเทศอยู่บ้างในระดับต่างๆ กัน) การหาข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับมาตรการของประเทศต่างๆ จึงไม่ได้เป็นอุปสรรค

มากเท่ากับในอดีต และแม้ว่าในบางกรณีข้อมูลของไทยเองอาจมีปัญหามากกว่า แต่ก็น่าจะอยู่ในวิสัยที่นักวิจัย/ที่ปรึกษาและเครือข่ายน่าจะร่วมกันแก้ไขปัญหาได้

ดังนั้น ปัญหาที่อาจสำคัญกว่าในยุคข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน น่าจะเป็นการขาดระบบที่รวบรวมสรุปและประเมิน (assess) ทั้งข่าวสาร เหตุการณ์ และมาตรการของประเทศต่างๆ ไว้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ และเรียบเรียงความเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงลำดับเหตุการณ์และเหตุผลของปรากฏการณ์ต่างๆ รวมทั้งประเมินเบื้องต้น (assess) ซึ่งน่าจะช่วยให้กลุ่มผู้กำหนดนโยบายในด้านต่างๆ ได้เห็นภาพกว้าง/ความเชื่อมโยง และทางเลือกที่ครบถ้วนมากขึ้น

แน่นอนว่า ในกรณีที่จะนำทางเลือกเชิงนโยบายจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้สำหรับประเทศไทยนั้น ย่อมจำเป็นต้องเข้าใจสภาพการณ์ของประเทศไทยดีพอ ดังนั้นการสรุปและประมวลผลจึงต้องรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของไทย (ซึ่งบางข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อาจจะต่างกันด้วย)

โครงการวิจัยนี้จึงได้ออกแบบโครงการติดตามและประเมินผลการรับมือจัดการโรคระบาดโควิด-19 ที่รวมทีมวิจัย (และที่ปรึกษา) จากสาขาต่างๆ *ที่เมื่อรวมกันแล้ว มีความเข้าใจธรรมชาติและระบาดวิทยาของโรค COVID-19 และมาตรการรับมือกับการระบาดที่กลายเป็นวิกฤตด้านการแพทย์/สุขภาพ (Medical Crisis) รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศในสถานการณ์ต่างๆ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเข้าใจผลกระทบของวิกฤตด้านการแพทย์/สุขภาพที่มีต่อเศรษฐกิจ²⁹ ซึ่งอาจก่อให้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ (Economic Crisis) ทั้งต่อภาคเศรษฐกิจจริงและภาคการเงิน (Real and Financial Sectors) และต่อพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบ Behavioral) และเข้าใจถึงการเสริมกันของมาตรการในแต่ละด้านที่มีต่อด้านอื่นๆ (Synergy และ Feedback ทั้งทางบวกและลบ) มาเป็นทีมวิจัยที่คอยติดตามประเมินมาตรการจัดการโรคระบาดโควิด-19 ของไทยและประเทศต่างๆ ทั้งเพื่อให้สามารถประเมินเบื้องต้น (assess) มาตรการที่มีข่าวว่ารัฐจะนำมาใช้ และ/หรือ ที่มีผู้เสนอหรือผลักดันให้นำมาใช้ และในขณะเดียวกันก็เสาะหาชุดของมาตรการที่น่าจะเหมาะสมที่สุดในการป้องกันวิกฤตทั้งทางด้านระบบบริการสาธารณสุข เศรษฐกิจ และการเงิน มาเสนอทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายและต่อสาธารณะ ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดและดำเนินนโยบายสาธารณะ รวมทั้งภาคประชาสังคมและภาคสาธารณะเอง ได้ทราบถึงทางเลือกของนโยบาย/มาตรการที่ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มีความน่าเชื่อถือเชิงวิชาการ และทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงได้*

ความสำคัญของการสื่อสารปัญหาและทางเลือกด้านนโยบาย/มาตรการต่อสาธารณะ

นอกจากผู้กำหนด/บริหารนโยบายจะต้องมีความรู้ความเข้าใจปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาแล้ว การรับรู้ของสาธารณะต่อปัญหาต่างๆ มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากันเลย กระบวนการสื่อสารกับสาธารณะให้รับรู้/เข้าใจปัญหาและทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆ จึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการความร่วมมือจากประชาชนในการแก้ปัญหา

²⁹ รวมทั้งแรงจูงใจของฝ่ายต่างๆ ในระบบ ตั้งแต่ประชาชนทั่วไปไปจนถึงปฏิกิริยาของนักลงทุนในตลาดการเงิน

ตัวอย่างของเงินที่การพยายามปิดข่าวต่อสาธารณะในช่วงแรกก็น่าจะเป็นบทเรียนที่ดีที่การปกปิดข่าวสารน่าจะมีส่วนทำให้วิกฤตลุกลามไปมากกว่าที่ควรจะเป็น

ในกรณีของประเทศไทย ซึ่งดูเหมือนว่าหลายรัฐบาลมักจะพยายาม “บริหารข่าวสาร” ให้มี “ข่าวร้าย” (หรือการคาดการณ์ทางลบ) ออกมาให้ให้น้อยที่สุดนั้น ที่ผ่านมาได้สร้างปัญหาสองอย่างคือ

- คนไม่น้อยมีข้อกังขากับความน่าเชื่อถือของข้อมูลของภาครัฐมาโดยตลอด (เช่น ตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิต/ติดเชื้อ) และเมื่อรัฐบาลหรือ ศบค. มีการเปลี่ยนแปลงวิธีรายงาน เช่น ตัวเลขผู้เสียชีวิตเพราะโควิดที่เปลี่ยนมาใช้นิยามใหม่เมื่อ 1 พ.ค. 2565 หรือที่ปรับการรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อเมื่อ 1 มิ.ย. 2565 (ดูรูปและหมายเหตุ * ท้ายรูปถัดไป) ก็มักจะไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด ทำให้ผู้ที่ติดตามข้อมูลมีปัญหาในการเปรียบเทียบข้อมูลใหม่กับข้อมูลเดิม (รวมทั้งคำอธิบายที่ก็ยังชวนให้กังขาอยู่ดี เพราะถึงแม้ช่วงหลังจะเปลี่ยนมารายงานแต่จำนวนผู้ป่วย³⁰ แต่จำนวนผู้รักษาหายแล้ว (บวกด้วยผู้ที่เสียชีวิตหลังรักษา) ก็ยังไม่ควรเกินจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ดี
- คนจำนวนมากเช่นกันมี False Security (เช่น เชื่อว่าการระบาดจะไม่กลายมาเป็นวิกฤต เพราะระบบสาธารณสุขและระบบรักษาพยาบาลของไทยดีมาก มีความพร้อมอันดับต้นๆ ของโลกในการรับมือกับปัญหาโรคระบาด ฯลฯ) ซึ่งอาจจะส่งผลให้คนจำนวนมากไม่น้อยเกิดความเพิกเฉยหรือระมัดระวังน้อยเกินไป การให้ข้อมูลหรือสร้างความตื่นตัวต่อปัญหาที่เป็นจริงทำได้ยากขึ้น แต่เมื่อได้รับรู้ปัญหาก็มีความเสี่ยงที่อาจเกิดความตื่นตระหนกเกินจริง การไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่ครบถ้วน (ill-informed) จึงอาจนำไปสู่การตอบสนองกับมาตรการแก้ปัญหาในแบบที่ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงยิ่งขึ้น เช่น การเดินทางกลับภูมิลำเนากันอย่างขนานใหญ่หลังจากวันที่ 17 มีนาคม 2563 ที่รัฐมีมาตรการปิดสถานประกอบการจำนวนมาก³¹ ก่อให้เกิดการระบาดที่ขยายตัวไปในต่างจังหวัด เป็นต้น

นอกจากนี้ การมีกระบวนการสื่อสารกับสาธารณะให้รับรู้/เข้าใจปัญหาและทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆ ก็น่าจะช่วยให้รัฐบาลสามารถดำเนินมาตรการที่สมเหตุสมผลได้ง่ายขึ้น เช่น สาธารณะอาจจะเข้าใจ/ยอมรับได้ง่ายขึ้นถ้ารัฐบาลจะมีมาตรการแจกเงิน หรือมาตรการช่วยเหลือธุรกิจที่ประสบปัญหาที่ตามมาเพื่อหลีกเลี่ยงวิกฤตความเชื่อมั่น (Confidence Crisis) ที่ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นแล้ว ก็อาจลุกลามไปเป็นวิกฤตเศรษฐกิจการเงิน (Financial Crisis) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะส่งผลลบที่ทั้งรุนแรงและรวดเร็ว ทั้งต่อภาคการผลิตจริง และอาจส่งผลกลับมาทำให้วิกฤตในด้านการควบคุมโรคและด้านการรักษาพยาบาลของประเทศอย่างรุนแรงด้วย

³⁰ <https://thestandard.co/adjust-the-covid-report-this-june-1/?fbclid=IwAR188XKVYKqPzr28SdNQyfz9zPKcl6opjRoG2pPR2eVtYnJ5tgmzmmwWzS3s>

1/7fbclid=IwAR188XKVYKqPzr28SdNQyfz9zPKcl6opjRoG2pPR2eVtYnJ5tgmzmmwWzS3s

³¹ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย, “‘หัวลำโพง’ คึกคัก - ‘หมอชิต 2’ คนออก ตจว.ตั้งแต่ 20 มี.ค..” 22 มีนาคม 2563. <https://news.thaipbs.or.th/content/290086>.

รูปที่ 14 คำอธิบายการเปลี่ยนวิธีการรายงานข้อมูลในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2565



ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2565 เป็นต้นไป กรมควบคุมโรคจะปรับเปลี่ยนการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 จากเดิมที่รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วย PCR เป็น ผู้ป่วยยืนยันด้วย PCR รวมกับผู้ติดเชื้อ ATK เป็นบวก (ยกเว้น กรุงเทพฯ รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วย PCR)

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน

ตั้งแต่เริ่มระบาด
 ตั้งแต่ 1 เม.ย. 2564
 ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565
 วันที่ต้องการดูข้อมูล: 13 / 06 / 2022



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

4.3.3 การประเมินผลมาตรการด้านเศรษฐกิจและสังคม

เช่นเดียวกับในอีกหลายประเทศ รัฐบาลไทยก็คาดการณ์ว่าวิกฤตโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจึงได้เตรียมมาตรการช่วยเหลือเยียวยาและมาตรการกู้เงิน 1 ล้านล้านบาทในปี 2563 อีก 5 แสนล้านบาทในปี 2564 และจากองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 จำนวนเทียบเท่า 13,432 ล้านบาท มาใช้ทั้งในการเยียวยาและสำหรับค่าใช้จ่ายอื่นที่เพิ่มขึ้น เช่น วัคซีนและการลงทุนในระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ก็ยังมีมาตรการของ ธปท. ที่พยายามสร้างความเชื่อมั่นในตลาดการเงิน เช่น มีวงเงินให้กู้สำหรับตลาดหุ้นกู้ ซึ่งสาระสำคัญและวงเงินของมาตรการเยียวยาต่างๆ ได้สรุปเอาไว้ ในส่วนที่ 3

นอกจากมาตรการรับมือด้านเศรษฐกิจโดยตรงและมาตรการช่วยเหลือเยียวยาแล้ว รัฐบาลยังมีมาตรการแก้ปัญหาเศรษฐกิจในด้านอื่นๆ เช่น

- ส่งเสริมการท่องเที่ยว เช่น มาตรการหยุดยาว เพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวในประเทศ และมีมาตรการที่พยายามเปิดประเทศหรือพื้นที่พิเศษเพื่อรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ (รวมทั้งมาตรการเร่งฉีดวัคซีนในพื้นที่เหล่านั้น)
- ส่งเสริมการปรับตัวไปทำงานบางด้านเพิ่ม เช่น เกษตร (รวมทั้งผลักดันโมเดลโคกหนองนา) การขายออนไลน์/Delivery ทั้งอาหารและสินค้าเกษตรบางชนิด

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้จะประเมินผลมาตรการด้านเศรษฐกิจของรัฐจากภาพใหญ่ (โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำก็คือต้องสามารถรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจไม่ให้เกิดวิกฤตโควิด-19 ลุกลามไปเป็นวิกฤตความเชื่อมั่น (confidence crisis) และวิกฤตเศรษฐกิจ/การเงิน (financial crisis) และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นหลัก

4.3.4 การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) จากมุมมองทางรัฐศาสตร์³²

วัตถุประสงค์

การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) เพื่อช่วยประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของรัฐบาล โดยเน้นที่การศึกษา

- 1) ภาพรวมของนโยบายของรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (policy)
- 2) การตัดสินใจ (decision-making)
- 3) การออกแบบโครงสร้างการอภิบาล (governance structure)
- 4) มาตรการต่างๆ ที่ออกโดยรัฐ (measures)
- 5) การบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement)

³² ผู้รับผิดชอบหลักในส่วนนี้คือ รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ

โดยจะมีการเปรียบเทียบกับกรณีของรัฐบาลที่ประสบความสำเร็จที่ถือว่าเป็น best practice มาเทียบเคียงเพื่อถอดบทเรียน และใช้ประเมินรัฐไทยด้วย

คำถามหลักในการประเมินผล

- 1) ภาพรวมของนโยบายของรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (policy) เป็นอย่างไร และมีปัญหาประการใดบ้าง
- 2) การตัดสินใจ (decision-making) ของรัฐมีลักษณะอย่างไร ในกรณีที่ตัดสินใจช้าและผิดพลาด ปัญหาเกิดจากอะไร
- 3) การออกแบบโครงสร้างการอภิบาล (governance structure) เช่น การจัดตั้ง ศบค. ศบศ. การให้อำนาจกับผู้ว่าฯ การให้อำนาจพิเศษกับนายกฯ การให้บทบาทกับสภาความมั่นคงแห่งชาติ ฯลฯ เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
- 4) มาตรการต่างๆ ที่ออกโดยรัฐ (measures) ทั้งในทางสาธารณสุข การเยียวยา และความมั่นคง มีความสมดุล เหมาะสม และเสริมกันหรือไม่อย่างไร
- 5) การบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) เช่น พรก.ฉุกเฉิน พรบ.ควบคุมโรค การประกาศเคอร์ฟิว การล็อกดาวน์ การบังคับใส่หน้ากาก ฯลฯ มีความเหมาะสมหรือไม่ มีอุปสรรคอย่างไร และสร้างผลกระทบต่อประชาชนอย่างไร

กรอบการวิเคราะห์และสมมติฐาน

- 1) ระบอบการเมืองและสมรรถภาพของรัฐ (regime and state capacity) ซึ่งศึกษาปัจจัยว่าระบอบการเมืองที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นประชาธิปไตย (แบบรัฐสภา แบบประธานาธิบดี แบบรัฐบาลพรรคเดียวเข้มแข็ง แบบรัฐบาลผสมหลายพรรค) กึ่งประชาธิปไตย และหรืออำนาจนิยมแบบต่างๆ ส่งผลต่อการจัดการของรัฐต่อปัญหาวิกฤตโรคระบาดหรือไม่ อย่างไร และนอกจากระบอบการเมืองซึ่งเป็นการจัดวางความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ต่างกันแล้ว สมรรถภาพของรัฐที่ต่างกัน ซึ่งพิจารณาจากประสิทธิภาพของระบบราชการ ความเป็นเอกภาพของระบบราชการ และขนาดงบประมาณของรัฐ มีผลต่อการรับมือกับสภาวะวิกฤตที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- 2) ปัจจัยเรื่องภาวะผู้นำ (leadership) วิเคราะห์องค์ประกอบของผู้นำ บุคลิกของผู้นำ และการใช้อำนาจตัดสินใจของผู้นำมีผลต่อการจัดการของรัฐในภาวะวิกฤตอย่างไร
- 3) ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม (state-society relations) วิเคราะห์ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับกลุ่ม องค์กรต่างๆ ในภาคสังคม และชุมชนต่างๆ ว่ามีผลต่อการจัดการของรัฐในภาวะวิกฤตอย่างไร (ประเด็นนี้จะสัมพันธ์กับงานวิจัยในด้านสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา (ดูหัวข้อต่อไป) ซึ่งจะดูในระดับพื้นที่)

- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น (central-local relations) วิเคราะห์ระดับการกระจายอำนาจ และรูปแบบของการที่รัฐส่วนกลางมอบหมาย ถ่ายโอน หรือแบ่งปันอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่ามีผลต่อการจัดการของรัฐในการรับมือวิกฤตอย่างไร ทั้งนี้ จะเลือกจังหวัดที่รับมือกับการระบาด ควบคุมการระบาด และดูแลประชาชนได้ดีมา 1-3 จังหวัด เพื่อนำมาถอดบทเรียน

สมมติฐานเบื้องต้นของงานวิจัย ซึ่งเปรียบเทียบกับตัวอย่างประเทศอื่นๆ ก็คือรัฐไทยประสบปัญหาหลายประการ ทำให้เกิดผลลัพธ์แบบผสม (mixed result) คือมีทั้งด้านที่ประสบความสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว โดยเมื่อเทียบกับรัฐที่ประสบความสำเร็จ พบว่ารัฐที่ประสบความสำเร็จมีปัจจัยดังต่อไปนี้

- 1) รัฐมีสมรรถภาพสูง ซึ่งสำคัญกว่าระบอบการเมือง เพราะระบอบราชการที่มีประสิทธิภาพ มีเอกภาพ และมีงบประมาณเพียงพอ (โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข) เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้รัฐสามารถแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว ทัวถึง และรอบด้าน
- 2) รัฐใช้อำนาจเท่าที่จำเป็นและได้สัดส่วน โดยไม่จำเป็นต้องใช้ “การรวบอำนาจเบ็ดเสร็จ” โดยเฉพาะการรวบอำนาจไปไว้ที่ตัวผู้นำคนเดียว ไม่ได้ทำให้รัฐจัดการวิกฤตได้ดีขึ้น
- 3) รัฐบาลผสมหลายพรรคมีผลต่อการความสามารถของรัฐในการจัดการวิกฤต เพราะทำให้มีความขัดแย้งสูง ตัดสินใจช้า การสื่อสารไม่มีเอกภาพ และขาดทิศทางเชิงนโยบายร่วมกัน
- 4) ระบอบราชการที่มีสมรรถภาพ ใช้อำนาจบังคับน้อย ทำงานร่วมกันข้ามกระทรวงได้อย่างดี ประยุกต์ใช้การบูรณาการและนวัตกรรมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ซึ่งระบอบราชการไทยประสบปัญหานี้มาตั้งแต่มก่อนที่จะเกิดวิกฤตโรคระบาดแล้ว วิกฤตนี้จึงมาสะท้อนและซ้ำเติมปัญหานี้มากยิ่งขึ้น
- 5) การจัดทำข้อมูล การทำแผน การทำยุทธศาสตร์ที่ดีจำต้องอาศัยระบอบราชการที่มีสมรรถนะสูง
- 6) ปัจจัยด้านรายได้ประชาชาติ, สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ, ระบอบการปกครอง, ขนาดและภูมิศาสตร์ของประเทศไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จในการรับมือกับโควิด (ผลจากงานวิจัยในต่างประเทศ)³³
- 7) ปัจจัยด้านรูปแบบการอภิบาล (governance) มีความสำคัญ โดยรัฐที่ประสบความสำเร็จ ก็คือรัฐที่สามารถดึงศักยภาพทั้งด้านกำลังคนและทรัพยากรอื่นๆ จากท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมาร่วมใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แทนที่จะจัดการทุกอย่างเพียงลำพัง หรือในอีกแง่หนึ่งระบบการบริหารจัดการเชิงเครือข่าย (network governance) ควรถูกนำมาใช้มากกว่ารูปแบบการบริหารจัดการแบบแนวตั้ง (top-down model of command-and-control government) ที่ใช้กลไกรัฐ

³³ Sheila Jasanoff, Stephen Hilgartner, J. Benjamin Hurlbut, Onur Özgöde, and Margarita Rayzberg, “Comparative Covid Response: Crisis, Knowledge, Politics,” Interim Report, January 12, 2021 (Harvard Kennedy School) https://assets.website-files.com/5fdca1c14b4b91eaa7196a/601837a0fe0be974fc0b518f_Harvard-Cornell_Report_2020_Updated.pdf

รวมศูนย์จัดการทุกอย่างเพียงลำพัง โดย network governance ในยุคโควิด ควรมุ่งเน้น public-private-civil society collaborations และการใช้โซเชียลมีเดียและ big data มาเป็นฐานการตัดสินใจเชิงนโยบาย

- 8) ปัจจัยด้านภาวะการนำและผู้นำ (leadership) เป็นปัจจัยที่สำคัญมาก งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า บทบาทผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการก้าวข้ามปัญหาเชิงโครงสร้าง ประเทศที่มีความพร้อมหลายอย่างแต่ผู้นำขาดความสามารถและการตัดสินใจที่ดีก็ทำให้เกิดปัญหาได้ ในขณะที่ประเทศที่ขาดทรัพยากรพื้นฐาน แต่มีผู้นำที่ดีก็ช่วยบรรเทาปัญหาได้มาก ผู้นำที่มีความยืดหยุ่นคล่องแคล่วสูง (agile leadership) จะสามารถเข้าใจสถานการณ์ ตัดสินใจฉับไว และพร้อมเลือกทางเลือกที่เหมาะสมและยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ สามารถประเมินทางเลือกเชิงนโยบายที่จะสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพกับเศรษฐกิจได้ดี ทั้งนี้ ความเด็ดขาดฉับไว (decisiveness) มีความสำคัญ แต่ต้องเป็นความเด็ดขาดที่ฉลาด มีความเห็นอกเห็นใจประชาชน และคงเส้นคงวา (smart, compassionate, and consistent) ผู้นำที่มีความสามารถยังมีความสำคัญในสถานการณ์ที่ทรัพยากรที่มีค่าอย่างวัคซีนมีจำกัดและเป็นตลาดที่มีการแข่งขันสูง ความสามารถของผู้นำในการเจรจากับบริษัทผู้ผลิตและประเทศมหาอำนาจ หรือการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและตัดสินใจจัดหาวัคซีนมาได้อย่างเหมาะสมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีส่วนสำคัญในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด นอกจากนี้ความสามารถในการมีวิสัยทัศน์ว่าจะฟื้นฟูประเทศหลังยุคโควิดอย่างไรก็มีความสำคัญยิ่งยวดเช่นกัน ประเทศอินเดีย สหรัฐ (ยุคโดนัลด์ ทรัมป์) และบราซิล เป็นตัวอย่างของประเทศที่ปัจจัยผู้นำส่งผลกระทบต่อด้านลบในขณะที่ประเทศไต้หวัน เยอรมัน นิวซีแลนด์ และสิงคโปร์ เป็นตัวอย่างของประเทศที่มีปัจจัยบวกเรื่องผู้นำ
- 9) การออกแบบโครงสร้างการตัดสินใจและการบริหารหรือระหว่างผู้นำรัฐบาลกับผู้เชี่ยวชาญ (ซึ่งควรรวมทั้งนักวิทยาศาสตร์ แพทย์ และนักสังคมศาสตร์) เป็นปัจจัยสำคัญที่มักถูกมองข้าม จากบทเรียนเบื้องต้นของประเทศที่ประสบความสำเร็จ คณะที่ปรึกษาต้องเป็นกลาง ไม่ถูกทำให้เป็นการเมือง และไม่ใกล้ชิดหรือถูกควบคุมโดยผู้นำรัฐบาลมากเกินไป (เพื่อสามารถให้ความเห็นอย่างเป็นอิสระ) อังกฤษและฝรั่งเศสมีจุดอ่อนในการตั้งคณะทำงาน เยอรมันใช้โมเดลการมอบอำนาจให้คำปรึกษาแนะนำต่อรัฐบาลไปให้สถาบันคลังสมองและสถาบันการวิจัยที่เป็นกลางและไม่เกี่ยวข้องกับรัฐบาล) ทั้งนี้ คณะที่ปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญต้องทำงานอย่างโปร่งใส และอิงกับหลักฐานข้อมูลที่แม่นยำ
- 10) ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคมสำคัญ (state-society relations) สำคัญมาก รัฐที่ประสบความสำเร็จคือรัฐที่มีความชอบธรรม และด้วยเหตุนี้จึงสามารถระดมความร่วมมือจากประชาชนและภาคเอกชนได้อย่างดีเมื่อรัฐออกมาตรการต่างๆ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสังคมนอกวง
- 11) ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานที่ดำรงอยู่ก่อนมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการทำงานของรัฐในการรับมือกับโรคระบาด ปัญหา มักเกิดในประเทศที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่อ่อนแอ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูง และมีความแตกแยกหรือแบ่งขั้วทางสังคมและการเมือง)

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รวบรวมและวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน และมาตรการต่างๆ ของรัฐจากเอกสารทางการ เอกสารการประชุม รายงาน และแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ
2. สัมภาษณ์บุคคลที่อยู่ในระดับการออกนโยบายและมาตรการต่างๆ ของรัฐ เพื่อทราบถึงกระบวนการตัดสินใจและการทำงาน

ในส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการของประเทศต่างๆ ที่จะนำมาเปรียบเทียบกับกรณีของไทยในงานวิจัยชิ้นนี้ จะอิงกับฐานข้อมูลที่จัดทำโดยมหาวิทยาลัย Oxford ที่ชื่อว่า “The Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT)” ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่กว้างขวางครอบคลุมที่สุดและได้รับการอ้างอิงอย่างแพร่หลาย ฐานข้อมูลนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกว่า 180 ประเทศ โดยแบ่งการรับมือของรัฐเป็น 23 ดัชนี³⁴

- ดัชนี 23 ตัวถูกแบ่งออกตามหมวดหมู่ นโยบาย 4 ด้าน (ซึ่งเป็นกรอบที่ดีในการประเมินนโยบายรัฐ)
- ด้านการควบคุม (Containment and closure policies): ดูนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายของโรค เช่น การปิดโรงเรียน ปิดสถานประกอบการ จำกัดการเดินทาง
- ด้านเศรษฐกิจ (Economic policies): ดูนโยบายและมาตรการทางเศรษฐกิจ เช่น การให้เงินช่วยเหลือประชาชน การเยียวยาชดเชย มาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ
- ด้านสุขภาพ (Health system policies): ดูนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยรวม เช่น การตรวจหาเชื้อ การรักษา การลงทุนในระบบสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์
- ด้านวัคซีน (Vaccine policies): ดูนโยบายทั้งหมดเกี่ยวกับวัคซีน เช่น การจัดหาวัคซีน การกระจายความรวดเร็วในการฉีด การดูแลผลกระทบหลังการฉีด

ตารางที่ 1 ดัชนี OxCGRT

รหัส	ชื่อ
C1	School closing
C2	Workplace closing
C3	Cancel public events
C4	Restrictions on gathering size
C5	Close public transport
C6	Stay at home requirements

³⁴ ดูรายละเอียดใน <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/oxford-covid-19-government-response-tracker>

C7	Restrictions on internal movement
C8	Restrictions on international travel
E1	Income support
E2	Debt/contract relief for households
E3	Fiscal measures
E4	Giving international support
H1	Public information campaign
H2	Testing policy
H3	Contact tracing
H4	Emergency investment in healthcare
H5	Investment in Covid-19 vaccines
H6	Facial coverings
H7	Vaccination Policy
H8	Protection of elderly people
V1	Vaccine prioritisation
V2	Vaccine eligibility/availability
V3	Vaccine financial support
M1	Other responses

อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลนี้เป็นการเก็บข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบและลักษณะของนโยบายและมาตรการว่าเป็นเช่นใด แต่ไม่สามารถตอบคำถามถึงปัญหาในระดับปฏิบัติ และประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการดังกล่าวได้ การใช้ฐานข้อมูลนี้จึงต้องใช้ควบคู่กับฐานข้อมูลและงานวิจัยอื่นๆ เพื่อประเมินการทำงานของรัฐ

โครงการงานวิจัยที่น่าสนใจนำมาวิเคราะห์ประกอบคือ ชุดโครงการวิจัยขนาดใหญ่ของ Harvard Kennedy School ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบการทำงานของรัฐบาลในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ใน 23 ประเทศ³⁵ ชื่องานวิจัยคือ “The Comparative Covid Response (CompCoRe) study” โดยทั้ง 23

³⁵ ดูรายละเอียดรายงานผลการวิจัยเบื้องต้นใน Sheila Jasanoff, Stephen Hilgartner, J. Benjamin Hurlbut, Onur Özgöde, and Margarita Rayzberg, “Comparative Covid Response: Crisis, Knowledge, Politics,” Interim Report, January 12, 2021 (Harvard Kennedy School) <https://assets.website->

ประเทศที่ศึกษาคือ ออสเตรเลีย ออสเตรีย บราซิล จีน ฮิปปด์ เอธิโอเปีย ฝรั่งเศส เยอรมนี อินเดีย อินโดนีเซีย อิตาลี ญี่ปุ่น เกาหลี เนเธอร์แลนด์ ไนจีเรีย เปรู สิงคโปร์ แอฟริกาใต้ เกาหลีใต้ สวีเดน ไต้หวัน สหรัฐฯ สหราชอาณาจักร

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้กรอบการวิเคราะห์เบื้องต้นคือ พิจารณาระบบสุขภาพ, ระบบเศรษฐกิจ, และระบบการเมืองในประเทศหนึ่งๆ มีส่วนในการกำหนดความสำเร็จ/ล้มเหลวของรัฐในการรับมือกับโควิดอย่างไร โดยผลการวิจัยเบื้องต้นพบว่าหลังจากศึกษาการรับมือของประเทศในกลุ่มที่ศึกษาแล้ว ผู้วิจัยจัดแบ่งประเทศทั้งหมดเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่ม Containment countries ซึ่งหมายถึงประเทศที่ควบคุมผลกระทบได้ดี ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และการเมือง กลุ่มที่สองคือ กลุ่มประเทศ Consensus countries คือประเทศที่ควบคุมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมการเมืองได้ดีแม้จะมีการระบาดและมีผู้เสียชีวิตจำนวนไม่น้อย แต่รัฐยังคงได้รับความไว้วางใจและสนับสนุนจากภาคเอกชนและสังคม สังคมโดยรวมมีฉันทามติร่วมกันในเชิงนโยบายการจัดการปัญหา สำหรับกลุ่มสุดท้ายคือ กลุ่มประเทศที่เรียกว่า Chaos countries คือ ประเทศที่ล้มเหลวในการควบคุมผลกระทบทั้งสามด้าน คือ มีการติดเชื้อสูง จำนวนคนตายสูง เศรษฐกิจได้รับผลกระทบรุนแรง คนตกงานมาก ธุรกิจล้มละลาย การลงทุนหยุดชะงัก รายได้ของคนลดลงอย่างมาก และยังคงมีความแตกแยกทางการเมืองสูง ปัญหาอาชญากรรมและปัญหาทางสังคมอื่นๆ พุ่งสูงขึ้น และที่สำคัญคือคนในสังคมขัดแย้งกันสูง ต่อเป้าหมายและการบังคับใช้นโยบายและมาตรการต่างๆ ของรัฐ ซึ่งงานวิจัยแบ่งกลุ่มประเทศออกเป็น

- กลุ่ม Control Countries ได้แก่ ไต้หวัน จีน สิงคโปร์ เกาหลีใต้
- กลุ่ม Consensus Countries ได้แก่ เยอรมนี ออสเตรเลีย ออสเตรีย ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ สวีเดน
- กลุ่ม Chaos Countries ได้แก่ สหรัฐฯ³⁶ บราซิล อินเดีย อิตาลี สหราชอาณาจักร

อย่างไรก็ตามในการประเมินการรับมือของรัฐ เราต้องวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเกิดโควิดด้วย งานวิจัยพบว่ารัฐบาลที่มีความชอบธรรมสูง (legitimacy) ได้รับความไว้วางใจจากสาธารณะสูง (public trust) จะผลักดันนโยบายและมาตรการต่างๆ ได้ง่าย เพราะได้รับความร่วมมือจากสังคม (social cooperation) เพราะหลายมาตรการกระทบต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรมทางเศรษฐกิจของประชาชนอย่างสูง ทั้งนี้ รัฐที่มีปัญหาเชิงโครงสร้าง (pre-existing structural problems) 3 ประการดังต่อไปนี้ดำรงอยู่ก่อนหน้าที่จะเกิดการระบาดจะทำงานได้สำเร็จน้อยลง กล่าวคือ **หนึ่ง โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพอ่อนแอ สอง ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูง และ สาม มีการเมืองที่แตกแยกแบ่งขั้ว** เช่น ในสหรัฐฯ สหราชอาณาจักร และอิตาลี ความขัดแย้งระหว่างพรรคการเมืองต่างๆ อย่างรุนแรง สภาพสังคมการเมืองที่แตกแยกสูงและการขาดความไว้วางใจต่อรัฐบาล และการขาดการประสานงานทางนโยบายระหว่างหน่วยงานรัฐและ

files.com/5fdca1c14b4b91eaa7196a/601837a0fe0be974fc0b518f_Harvard-Cornell_Report_2020_Updated.pdf และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโครงการวิจัยใน <https://compcore.cornell.edu>

³⁶ อย่างไรก็ตาม ยังต้องรอการศึกษาและประเมินต่อไปว่าหลังจากที่มีการเปลี่ยนผู้นำคนใหม่มาเป็นประธานาธิบดีโจ ไบเดน สถานการณ์การรับมือของประเทศดีขึ้นจากช่วงก่อนหน้านี้ภายใต้ยุคของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์หรือไม่

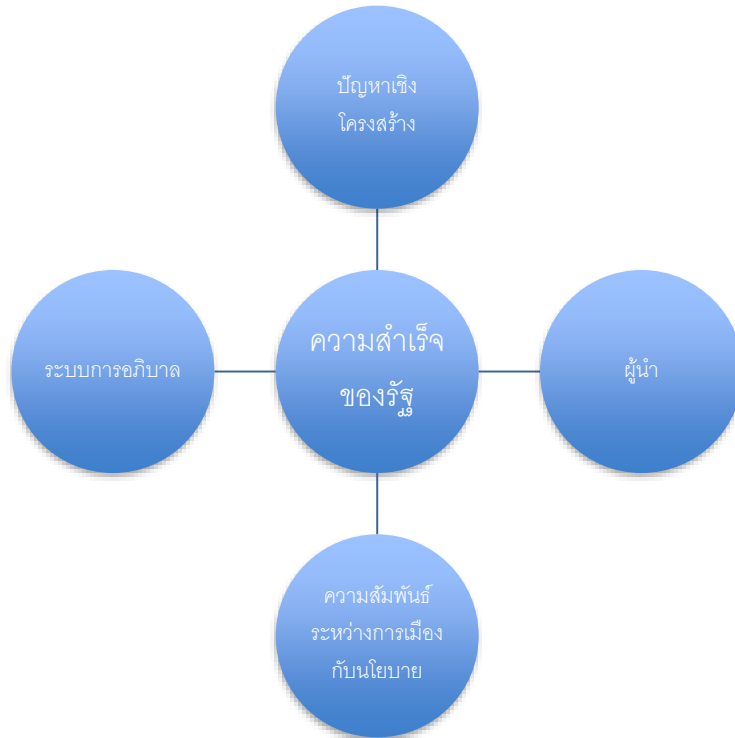
ระหว่างรัฐบาลกับท้องถิ่น ทำให้เกิดความล้มเหลวอย่างมากในการรับมือ (โดยเฉพาะในช่วงแรกของการระบาด) หรือในสหรัฐฯ และสหราชอาณาจักร ที่มีการเมืองที่ขัดแย้งแบ่งขั้วและความเหลื่อมล้ำสูงก็ส่งผลกระทบต่อเอกภาพในการทำงานและประสิทธิภาพของการบังคับใช้มาตรการต่างๆ เช่นในสหรัฐฯ แม้แต่การณรงค์ให้ประชาชนสวมหน้ากากก็ถูกทำให้กลายเป็นประเด็นทางการเมืองระหว่างผู้สนับสนุนทางการเมืองต่างพรรค ส่วนในสวีเดน พรรคการเมืองฝ่ายขวาจัด (far-right party) ก็ออกมาโจมตีมาตรการปิดโรงเรียนและการณรงค์ให้ประชาชนใส่หน้ากากของรัฐบาล เป็นต้นดังนั้น ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของคนในสังคม และระหว่างพลเมืองกับรัฐจึงเป็นปัจจัยสำคัญ (Solidarity matters) ซึ่งสถานะเช่นนี้จะเกิดได้ง่ายกว่าในสังคมที่ความเหลื่อมล้ำต่ำ และการเมืองไม่แบ่งขั้ว

อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่าประเทศที่มีปัญหาเชิงโครงสร้างดำรงอยู่ก่อนจะไม่สามารถรับมือกับการระบาดของโรคไม่ได้ ซึ่งพบว่าตรงนี้ปัจจัยเรื่องการวางระบบอภิบาล (governance) ที่ดีจึงมีความสำคัญ และจะช่วยให้ประเทศนั้นๆ สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดเชิงโครงสร้างได้³⁷ ไม่ว่าจะเป็น**ความโปร่งใสในการทำงาน ระบบข้อมูลที่ดีและมีเอกภาพ การตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานของหลักฐานข้อเท็จจริง (evidence-based policy) การไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการคอร์รัปชัน กลไกการรับผิดชอบ (accountability) การสร้างความไว้วางใจกับสาธารณะ** แต่ระบบอภิบาลที่ดีจะเกิดขึ้นได้หากมีระบบการเมืองที่ดี ฉะนั้น งานวิจัยบางชิ้นจึงชี้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกับการเมือง (policy-politics nexus) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของรัฐในการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด ประเทศที่กลุ่มผลประโยชน์ หรือปัจจัยทางการเมืองเข้ามาครอบงำการกำหนดนโยบายจะส่งผลให้เกิดปัญหา³⁸

³⁷ Michael Jarvis, “Why Governance Matters in the Time of COVID-19,” *Council on Foreign Relations*, 23 June 2020 https://www.cfr.org/blog/why-governance-matters-time-covid-19?utm_medium=social_share&utm_source=emailfwd

³⁸ Sheila Jasanoff, Stephen Hilgartner, J. Benjamin Hurlbut, Onur Özgöde, and Margarita Rayzberg, “Comparative Covid Response: Crisis, Knowledge, Politics,” Interim Report, January 12, 2021 (Harvard Kennedy School) https://assets.website-files.com/5fdca1c14b4b91eeaa7196a/601837a0fe0be974fc0b518f_Harvard-Cornell_Report_2020_Updated.pdf

รูปที่ 15 แผนภาพกรอบการวิเคราะห์



ปัจจัยด้าน governance



4.3.5 แนวทางการประเมินผลด้านผลกระทบต่อประชาชน

ในการประเมินผลกระทบต่อประชาชนจากวิกฤตโควิด-19 นั้น นอกจากผลกระทบโดยตรงแล้ว ก็ยังมีคำถามว่า การที่รัฐมีโครงการออกมาแก้ปัญหา/เยียวยาจำนวนมากนั้น เมื่อรวมกันแล้วเพียงพอที่จะแก้ปัญหาของประชาชนและช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับวิกฤตโควิด-19 ได้หรือไม่ ซึ่งการลงรายละเอียดในแต่ละโครงการทำได้ยากและไม่มีข้อมูลเพียงพอ คณะผู้วิจัยจึงจะใช้วิธีประเมินจากข้อมูลทางอ้อมจากผลกระทบในหลายๆ ด้าน โดยวัดการตายส่วนเกิน (excess mortality) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ มาประกอบกับการประเมินผลกระทบต่อประชาชนด้วยวิธีการด้านมานุษยวิทยาซึ่งมีจุดเน้นที่กลุ่มเฉพาะคือกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง—ซึ่งมักมีความเสี่ยงสูงและสายป่านสั้นทำให้มักจะได้รับผลกระทบที่รุนแรงที่ยากจะรับมือมากกว่า—ก็น่าจะช่วยให้เห็นผลกระทบต่อประชาชนได้ครบถ้วนขึ้น

4.3.5.1 การวัดผลกระทบจากโควิดด้วย “การตายส่วนเกิน (Excess Death or Excess Mortality)”

ในหลายประเทศ ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ที่มีการรายงานอาจไม่ได้ครอบคลุมการเสียชีวิตที่เป็นผลของหรือมีสาเหตุมาจากโควิด-19 ทั้งหมด เพราะอาจมีผู้เสียชีวิตที่เป็นผลทางอ้อมจากโควิด-19 เป็นจำนวนมากด้วย เช่น ผู้ป่วยหนักบางรายอาจเสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงบริการ (เช่น ถูกเลื่อนการผ่าตัด หรือไม่สามารถใช้ห้อง ICU เนื่องจากมีผู้ป่วยโควิดที่ล้นโรงพยาบาล) รวมไปถึงอาจมีการฆ่าตัวตายจากความกดดันจากปัญหาสุขภาพและปัญหาทางเศรษฐกิจที่สืบเนื่องมาจากการระบาด ซึ่งทั้งหมดนี้ถือได้ว่าเป็นการเสียชีวิตทางอ้อมจากโควิด-19

แนวคิดหนึ่งที่มีผู้นำมาใช้ในการประมาณการผู้เสียชีวิตที่รวมการเสียชีวิตทั้งหมด (ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโควิด-19) ก็คือแนวคิดเรื่องการตายส่วนเกิน (excess mortality) ซึ่งได้รับการรับรองจาก WHO ที่ได้บรรยายไว้ในบทความเรื่อง “The true death toll of COVID-19: estimating global excess mortality”³⁹

แนวคิดเรื่องการตายส่วนเกินใช้ข้อสมมุติที่ยังค่อนข้างหยابว่า ในปีที่มีเหตุการณ์ที่สำคัญต่อเนื่องเพียงเหตุการณ์เดียว เช่น การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบันนั้น **ยอดการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (หรือเปลี่ยนแปลงไป) จาก “ปีปกติ” ก่อนหน้านั้นทั้งหมด ก็คือการตายที่เพิ่มขึ้น (หรือเปลี่ยนแปลงไป) เพราะผลจากโควิด-19** ซึ่งปกติแล้ว การตายส่วนเกินจะสูงกว่ายอดผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ซึ่งการวัดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการตายส่วนเกินนี้เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันความผิดพลาดจากการประเมินจำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผลกระทบจากโควิด-19 ต่ำจนเกินไป ไม่ว่าจะจากการตกหล่น (เช่น ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตโดยเข้าไม่ถึงการตรวจและไม่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล) หรือผู้ที่เสียชีวิตทางอ้อมจากผลของโควิด-19 ที่ทำให้

³⁹ <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

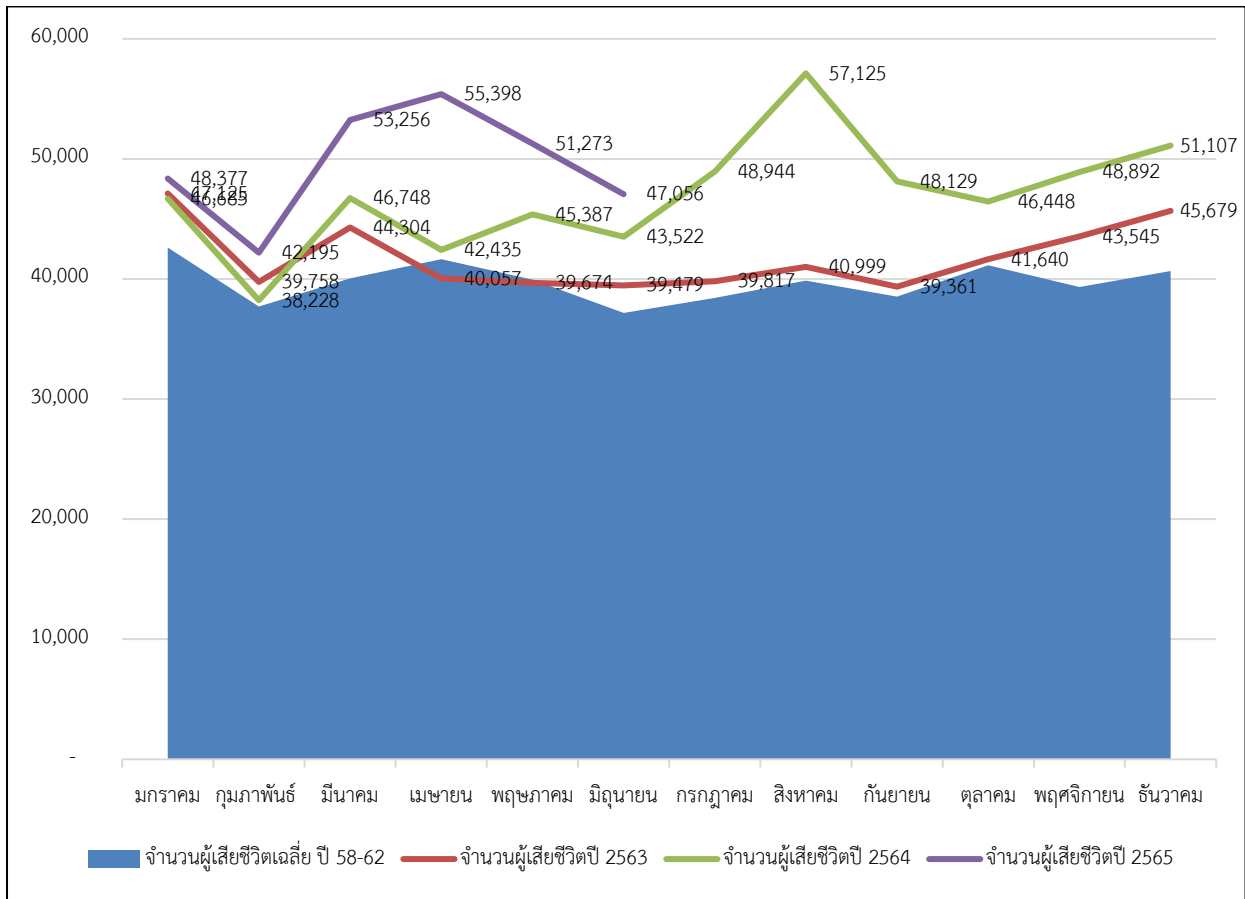
ผู้ป่วยอื่นที่อาการหนักบางรายเสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงการรักษาหรือการใช้ห้อง ICU รวมทั้งผู้ที่ฆ่าตัวตาย เพราะแรงกดดันต่างๆ รวมทั้งความเครียดและปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นผลตามมาจากภาระของโรคโควิด รวมทั้งอาจมาจากข้อจำกัดต่างๆ ของรัฐบาลในการบรรเทาผลกระทบเหล่านั้น ข้อมูลการตายส่วนเกินจึงช่วยในการเข้าใจภาพรวมของผลกระทบจากการแพร่ระบาดที่รุนแรงมากน้อยเพียงใด และการตายส่วนเกินที่มีค่าสูงมาก ก็น่าจะสะท้อนถึงปัญหาในการรับมือของรัฐบาลด้วย ทั้งในการตรวจหาเชื้อที่มีความครอบคลุม การจัดการระบบสาธารณสุขที่ตอบสนองและเข้าถึงได้ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ

อัตราการตายส่วนเกิน (ค่า P-score) อาจคำนวณตามสมการข้างล่าง ซึ่งคำนวณสัดส่วนของยอดผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้เสียชีวิตในภาวะปกติ (เช่น ค่าเฉลี่ยจากช่วง 5 ปีก่อน หรืออาจจะใช้วิธีอื่นในการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตในปีปกติก็ได้) โดย

$$P - score = \frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตในปีที่มีการระบาด} - \text{จำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในปีปกติ}}{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในปีปกติ}}$$

จากรูปด้านล่าง จะเห็นได้ว่าช่วงเดือนส่วนใหญ่ในปี 2563 (ยกเว้นเดือนเมษายนและพฤษภาคม) และตลอดทุกเดือนที่ผ่านมาของปี 2564 และ 2565 ประเทศไทยมียอดการตายส่วนเกิน (excess death) ที่เป็นบวก โดยมีส่วนที่เป็นข้อยกเว้นก็คือยอดการตายส่วนเกินมีค่าติดลบในเดือนเมษายน 2563 (-1600) และพฤษภาคม 2563 (-277) โดยในกรณีของเดือนเมษายน 2563 เป็นช่วงที่มีการ lockdown ตลอดทั้งเดือน และห้ามจัดการฉลองช่วงเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งน่าจะส่งผลทำให้ยอดการตายในเดือนเมษายน 2563 ลดลงจากปีปกติในอดีต ที่เคยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจำนวนมากในช่วงเทศกาลดังกล่าว

รูปที่ 16 จำนวนผู้เสียชีวิตรายเดือนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในปี 2558-2562 และค่าที่รายงานในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565



ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

4.3.5.2 การประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 จากมุมมองทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา⁴⁰

1) ที่มาและบริบท

การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ในประเทศไทยที่เริ่มมาตั้งแต่ต้นปี 2563 ในช่วงแรกดูเหมือนว่าประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดี แต่เมื่อมีการระบาดในระลอกที่ 2 และ 3 สถานการณ์ของโรค Covid-19 ในไทยก็เข้าสู่ภาวะวิกฤติที่มีผู้ป่วยหลักหลายพันและมีผู้เสียชีวิตหลายสิบคนในแต่ละวัน (ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2564 ประเทศไทยมียอดรวมผู้ป่วยโรค Covid-19 ผู้ป่วยยืนยันสะสม 225,652 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม 1,876 ราย) กว่า 1 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีพลวัตของนโยบายและมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การคุมเข้ม lockdown ในวงกว้าง มาจนถึงการ lockdown

⁴⁰ ผู้รับผิดชอบหลักในส่วนนี้คือ ผศ.ดร.ชลิตา บัณขุวงศ์

เพียงบางจุดและเพียงขอความร่วมมือในการไม่เคลื่อนย้ายเดินทางของผู้คน ทั้งนี้ เพื่อให้เศรษฐกิจยังคงเดินไปได้แม้จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างมากทุกวันก็ตาม เช่นเดียวกับมาตรการเยียวยาและกระตุ้นเศรษฐกิจในหลากหลายโครงการ และมาตรการอื่นๆ ในการควบคุมโรค เช่น การกำหนดเขตกักกันโรค การติดตามเคสผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค การวางระบบเฝ้าระวัง การรักษาและระบบการส่งตัว ตลอดจนการป้องกัน (วัคซีน)

เป้าหมายของการจัดการโรค Covid-19 ประกอบด้วย การควบคุมการระบาดของโรคให้ได้ในระดับที่ระบบสาธารณสุขสามารถรับมือได้ อันจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันเวลาที่ รวมทั้งการมีระบบการกักกันโรคหรือการกักตัวกลุ่มเสี่ยงที่มีสภาพเหมาะสมกับความเป็นมนุษย์ และการสามารถจัดหาสินค้าที่มีประสิทธิภาพได้ในเวลาอันรวดเร็ว ทั้งนี้ การควบคุมการระบาดของโรคจะต้องทำควบคู่ไปกับการเยียวยา และการรักษา ระบบเศรษฐกิจให้ดำเนินต่อไปได้ โดยที่ผู้คนยังสามารถทำมาหากินมีรายได้พอประคองตัวรอดไปได้ในช่วงที่เกิดวิกฤติ Covid-19 จนกว่าจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม การจัดการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยน่าจะยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ควรจะเป็น และในขณะที่การระบาดของโรคและการจัดการ Covid-19 ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตคนทุกกลุ่ม ชนชั้น อาชีพ และวัย แต่กลุ่มคนที่ประสบความเดือดร้อนอย่างมากก็คือ กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ของประเทศ

หากมองในมุมทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ท่ามกลางสถานการณ์โควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนความรู้ทางวัฒนธรรม นอกจากจะมีส่วนช่วยทำให้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น ยังมีบทบาทในการวิพากษ์วิจารณ์นโยบาย มาตรการ แผนงาน และโครงการป้องกันโรค รวมทั้งชี้ให้เห็นว่านโยบาย/มาตรการเหล่านั้นได้ละเอียดหรือปิดบัง กลบเกลื่อนรากเหง้าของปัญหา อาทิ ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจสังคม ความเหลื่อมล้ำ ความไม่เที่ยมกัน อันส่งผลทำให้กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ซึ่งเป็นผู้คนไร้อำนาจ/ด้อยโอกาส ต้องอยู่ในสถานะเสียเปรียบและมักตกเป็นเหยื่อของโรคระบาดและมักเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2563)⁴¹

ที่ผ่านมาทีมงานศึกษาทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาหลายชิ้นที่ชี้ถึงผลกระทบจากการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ที่มีต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง การรวบรวมข้อมูลโดยคณะนักวิจัยใน “โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง” นำโดยอรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ (2563)⁴² ซึ่งชี้ว่า การที่รัฐบาลได้เลือกใช้มาตรการที่เข้มงวดและรุนแรงในการควบคุมโรค

⁴¹ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2563) มานุษยวิทยากับโรคระบาด: โควิด-19 วัคซีนใหม่กับงานวิจัยทางมานุษยวิทยา ใน https://db.sac.or.th/covid-19/th/article-details.php?atc_id=1 (เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2564)

⁴² การแถลงผลการรวบรวมข้อมูลผู้เสียชีวิตและคนที่ “ฆ่าตัวตาย” จากไวรัสโควิด-19 และข้อเสนอแนะโดยคณะนักวิจัย “โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง” ใน <https://www.facebook.com/104997847844232/photos/a.106013044409379/115323220145028/> (เข้าถึงเมื่อ 29 มิถุนายน 2564)

ผ่านทางการปิดเมือง หรือ lockdown ในช่วงการแพร่ระบาดของ Covid-19 ในระลอกแรกนั้น แม้จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตลงได้อย่างรวดเร็ว แต่กลับปรากฏข่าวการฆ่าตัวตายของประชาชนอย่างแพร่หลาย และมีข้อมูลที่แสดงอย่างชัดเจนว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบสืบเนื่องมาจากมาตรการต่างๆ ของรัฐที่ได้ประกาศบังคับใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา อันเป็นมาตรการรัฐที่เน้นการจัดการด้านสาธารณสุขแต่ละเลยการบรรเทาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังตั้งข้อสังเกตว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากนโยบายและมาตรการของรัฐคือ กลุ่มลูกจ้าง แรงงานอิสระ ผู้ประกอบการรายย่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนจนเมืองซึ่งต้องตกงานแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือเยียวยาจากทางภาครัฐอย่างทันท่วงที เช่นเดียวกับปริญทร์ นาคสิงห์ (2563)⁴³ ที่ชี้ว่า การระบาดของโรค Covid-19 ที่นำมาสู่การประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พ.ร.ก.ฉุกเฉิน) ทำให้ผู้คนไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติอีกต่อไป ต้องมีชีวิตที่อยู่ภายใต้ข้อห้ามและการควบคุม กลุ่มอาชีพต่างๆ ได้รับผลกระทบ มีแรงงานตกงานจำนวนมาก ขณะที่มาตรการเยียวยาต่างๆ ไร้ประสิทธิภาพ ล่าช้า กีดกันผู้ได้รับผลกระทบบางส่วนออกไป ส่งผลทำให้บางคนตัดสินใจฆ่าตัวตาย

ขณะที่งานของกมลเศ โปธิกนิษฐ และ ธนรัตน์ ทรงสมบูรณ์ (2564)⁴⁴ ชี้ว่า มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ที่เป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐไทยในการควบคุมและป้องกันโรค Covid-19 ควบคู่กับการใช้อำนาจตาม พ.ร.ก. ฉุกเฉิน และการประกาศเคอร์ฟิว รวมทั้งยังมีการทำงานทางอุดมการณ์ให้คนเชื่อมั่นในมาตรการ lockdown และแคมเปญ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” มาตรการเหล่านี้ก่อให้เกิดระยะห่างทางชนชั้น (class distancing) ด้วย กล่าวคือ ในขณะที่กลุ่มชนชั้นกลางสามารถหยุดอยู่บ้านได้อย่างไม่ลำบากมาก หรืออาจใช้ชีวิตระหว่างการอยู่บ้านได้ตามรสนิยมของตน แต่กลุ่มชนชั้นล่างหรือกลุ่มคนหาเช้ากินค่ำกลับต้องประสบปัญหาการดำเนินชีวิตอย่างหนัก เพราะคนกลุ่มนี้ไม่ได้ถูกนับรวมหรือถูกคำนึงถึงเลยในมาตรการเหล่านี้ นอกจากนี้ ก็ยังมีงานศึกษาของธัญญธร สายปัญญา (2564)⁴⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่า มาตรการของรัฐในการใช้ชีวะอำนาจเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ผ่านทางการควบคุมร่างกายและการใช้เทคโนโลยีต่อร่างกายของผู้คน และการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์เพื่อให้สังคมนำไปควบคุมพฤติกรรมความเสี่ยง เช่น การลงโทษทางสังคมผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้นำมาสู่การตีตราคนจน คนชายขอบ คนที่

⁴³ ปริญทร์ นาคสิงห์ (2564). “โควิด-19 กับภาวะโศกโศก: การฆ่าตัวตายในมุมมองสังคมวิทยา” ใน รวมบทความพิเศษ สังคมไทยเรียนรู้อะไรจากโควิด-19. ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

⁴⁴ กมลเศ โปธิกนิษฐ และ ธนรัตน์ ทรงสมบูรณ์ (2563) การเว้นระยะห่างทางสังคม ระยะห่างทางชนชั้น กับกรกลายเป็นกลุ่มผู้มีสถานะรอง: กรณีศึกษาผู้ค้าในตลาดสดในเขตเทศบาลพิษณุโลก. https://db.sac.or.th/covid-19/th/article-details.php?atc_id (เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2564)

⁴⁵ การนำเสนอบทความทางวิชาการในงานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2564 กลุ่ม 3: บทบาทภาครัฐ การเมือง และผลสะท้อนจากชุมชน โดย ธัญญธร สายปัญญา ในบทความชื่อ “ชีวิตการเมืองและโรคระบาด: กรณีศึกษาการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสมุทรสาคร ประเทศไทย” วันที่ 9 มิถุนายน 2564

เพราะบาง อาทิจำรงงานข้ามชาติ ว่าเป็นต้นเหตุของการแพร่ระบาด ทำให้คนเหล่านี้ยังมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น

อย่างไรก็ดี แม้จะเริ่มมีงานศึกษาผลจากการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ออกมาบ้าง แต่เนื่องจากสถานการณ์โรค Covid-19 ยังคงดำเนินอยู่และมีแนวโน้มของสถานการณ์ที่แย่งในปี 2564 ทำให้มีกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางในหลากหลายภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในรูปแบบของกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ใหม่ๆ อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ขณะที่ผลจากมาตรการของรัฐต่อกลุ่มคนเหล่านี้ก็มีความซับซ้อนมากขึ้น จึงควรมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบว่าการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ส่งผลอย่างไรต่อพวกเขา ตั้งแต่ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตไปจนถึงผลกระทบจากการปรับ การจัดการศึกษา

ในการประเมินผลการจัดการโควิดในมุมทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยานี้ นอกจากจะประเมินผลในเชิงภาพรวมว่าการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ส่งผลกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางในหลากหลายภาคส่วนอย่างไรแล้ว ก็ยังจะได้มีการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่เป้าหมาย 3 แห่งด้วยกัน ซึ่งแต่ละแห่งจะมีความความแตกต่างหรือลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับผลจากการจัดการการระบาดของ Covid-19 ที่มีต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางในแต่ละพื้นที่ นอกจากนั้น ลักษณะเฉพาะของพื้นที่ก็ยังเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อการปรับตัวของกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางที่แตกต่างกันออกไปด้วย ทั้งนี้พื้นที่ทั้ง 5 แห่งประกอบด้วย

1) กรุงเทพฯ และปริมณฑล:

- พื้นที่ควบคุมสูงสุดที่มีคลัสเตอร์การระบาดของโรค Covid-19 จำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนแออัด ตลาด ไซต์คนงานก่อสร้าง และแหล่งจ้างงาน เช่น โรงงานขนาดเล็กๆ
- มีการปิดกั้นพื้นที่ที่สร้างความเดือดร้อนแก่คนระดับล่างจำนวนมาก
- พื้นที่ศูนย์กลางของทรัพยากรทางสาธารณสุข มีเตียงพยาบาล และมีวัคซีนให้มากกว่าในพื้นที่อื่น

2) สงขลา

- มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 เป็นคลัสเตอร์โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่
- มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ในชุมชนต่างๆ รวมทั้งชุมชนแออัดในเมือง (เก้าเส้ง)
- มีขบวนการทางสังคมและกลุ่ม/องค์กรทางการศึกษาและศาสนาในการติดตามการทำงานของรัฐบาล และดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองเอง เช่น การทำสถาบันปอเนาะเป็นโรงพยาบาลสนาม การระดมบริจาคถุงยังชีพ “จะนะโมเดล”

3) จังหวัดชายแดนภาคใต้

- มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 อย่างหนักในระลอกที่สาม
- มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ที่สัมพันธ์การข้ามพรมแดนไทย-มาเลเซีย

- มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ที่สัมพันธ์กับชีวิตทางศาสนา
- ประชาชนบางส่วนมีความไม่ไว้วางใจรัฐในการจัดการโรค Covid-19 และไม่เชื่อมั่นต่อการฉีดวัคซีน

2) วัตถุประสงค์และขอบเขตการประเมินผล

วัตถุประสงค์

- เพื่อประเมินผลกระทบของการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ในประเทศไทยที่มีต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง
- เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไข/ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ที่ส่งผลต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง
- เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ที่คำนึงถึงชีวิตของและเป็นประโยชน์กับกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

ขอบเขตการประเมินผล

- ประเมินผลการจัดการการระบาดของ Covid-19 ต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง โดยมีทั้งการเก็บข้อมูลเอกสารและในสื่อออนไลน์ กับ การลงเก็บข้อมูลภาคสนาม ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) จังหวัดสงขลา จังหวัดภูเก็ต และ จังหวัดเชียงราย
- เก็บข้อมูล เหตุการณ์ และเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเริ่มต้นของการแพร่ระบาดจนถึงต้นปี 2565

3) ระเบียบวิธีการประเมินผล

คำถามการประเมินผล

- การจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางอย่างไรบ้าง
- เงื่อนไข/ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในประเทศไทย ส่งผลอย่างไรต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ที่คำนึงถึงและเป็นประโยชน์กับกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง
- การจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของประเทศไทยวางอยู่บนการคำนึงถึงกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางอย่างเพียงพอแล้วหรือไม่ อย่างไร

- การจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของประเทศไทยมีอย่างไรผลต่อการผลิตซ้ำ/สืบทอดปัญหาเชิงโครงสร้าง อันได้แก่ ความเหลื่อมล้ำ ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง และการเสียเปรียบของกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

สมมุติฐานเบื้องต้น

- 1) กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค Covid-19 เนื่องจากสภาพการทำงานและที่อยู่อาศัยที่คับแคบ โดยคนกลุ่มเหล่านี้มักเข้าถึงการรักษาและการป้องกันโรค (วัคซีน) ได้น้อยหรือช้ากว่ากลุ่มคนที่สถานะทางเศรษฐกิจ-สังคมที่เหนือกว่า
- 2) นโยบายและมาตรการของรัฐในการจัดการ Covid-19 ในระลอกต่างๆ โดยเฉพาะในการควบคุมโรค เช่น การกำหนดเขตกักกันโรค การติดตามเคสผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค และการวางระบบเฝ้าระวังรวมทั้งการ lockdown การเคอร์ฟิวส์ การปิดสถานที่ มักส่งผลกระทบต่อชีวิตของกลุ่มเปราะบาง
- 3) ผลประโยชน์จากนโยบายและมาตรการช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรค Covid-19 (การเยียวยาและการฟื้นฟูเศรษฐกิจ) มักตกถึงมือของกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง น้อยมากหรือมักช่วยเหลือได้เพียงเล็กน้อยในระยะสั้นเท่านั้น
- 4) นอกจากรัฐจะมีนโยบายหรือมาตรการภาพรวมในการจัดการการระบาดของ Covid-19 ที่ใช้เหมือนกันทั้งประเทศแล้วนั้น รัฐก็ยังมีแนวทางการบริหารจัดการหรือมาตรการเฉพาะของแต่ละพื้นที่หรือในแต่ละกลุ่มคนที่มีการระบาดในลักษณะที่เป็นคลัสเตอร์ ซึ่งแนวทางการบริหารจัดการหรือมาตรการเฉพาะนี้อาจมีผลกระทบต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง แตกต่างกันไป
- 5) แม้กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง มักจะประสบกับความยากลำบาก เดือดร้อน มีความพลิกผันในชีวิตเนื่องจากการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 แต่ผู้คนเหล่านี้ก็ไม่นิ่งเฉย แต่ได้ดิ้นรนปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ทั้งนี้ บทบาทของรัฐจะถูกประเมินว่าเอื้อหรือเกื้อหนุนต่อการปรับตัวของกลุ่มคนเหล่านี้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ได้หรือไม่อย่างไร
- 6) ที่ผ่านมา กลุ่ม/องค์กรนอกภาครัฐ เช่น องค์กรการกุศล สังคมสงเคราะห์ ภูมิภัย และภาคสังคม ภาคประชาชน มีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าจากโรคโควิด-19 ในกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งทำหน้าที่ส่งเสียงให้รัฐทราบถึงข้อบกพร่องในการจัดการการระบาดของ Covid-19 ดังนั้น รัฐจึงควรถูกประเมินว่าได้ประสานร่วมมือ สนับสนุน กับกลุ่มเหล่านี้ อย่างไรในการช่วยเหลือกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง

ตัวชี้วัด

ความสำเร็จในการจัดการการระบาดของโรค Covid-19

- การควบคุมการระบาดของโรคได้
- การสามารถรักษาระบบเศรษฐกิจในภาคส่วนต่างๆ ได้สามารถอยู่รอดได้

- การควบคุมการระบาดของโรคได้โดยไม่สร้างความเดือดร้อนและไม่รุกรานสิทธิเสรีภาพของประชาชนมากเกินไป
- การดูแลกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

ความเปลี่ยนแปลงของชีวิตอันเป็นผลมาโรค Covid-19 และการจัดการโรค Covid-19 ของกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

- ความยากลำบากจากการที่ต้องเกี่ยวข้องกับโรค Covid-19 (เมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัว หรือ เมื่อกลายเป็นผู้ติดเชื้อ)
 - ด้านปัจจัย 4
 - ด้านการเข้าถึงการรักษา
 - ด้านสังคม เช่น การถูกรังเกียจ ตีตรา
- การทำงาน/การประกอบอาชีพ
- การศึกษาบุตรหลาน (การเข้าถึงการศึกษา การเรียนออนไลน์ การต้องออกจากการเรียนกลางคัน)
- ชีวิตประจำวัน
- การปรับตัว (ช่องทางและโอกาสในการปรับตัว)
- ความรู้สึกมั่นคงในชีวิต / มุมมองต่อชีวิต/การวางแผนอนาคต

เงื่อนไข/ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการจัดการโรค Covid-19

- ความเหลื่อมล้ำทางสังคม/ชนชั้น/ความไม่เท่าเทียม
- โอกาสทางสังคมและชาติพันธุ์ที่มีต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง
- ทูทุนทางสังคม อาทิ เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ความเป็นชุมชน กลุ่มศาสนา กลุ่มผลประโยชน์
- ความเข้มแข็งของภาคสังคม ภาคประชาชน
- บทบาทสื่อมวลชน
- สภาพชุมชนและความสัมพันธ์ภายในชุมชน

การจัดการ Covid-19 ที่คำนึงถึงกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

- ความสะดวกและการได้รับการปฏิบัติในระหว่างการกักตัว
- การเข้าถึงการรักษา
- การเข้าถึงวัคซีน
- นโยบาย/มาตรการเยียวยา
- สิทธิประกันสังคม
- การศึกษาของเด็กและเยาวชน

การเก็บข้อมูล

การประเมินผลในส่วนนี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative evaluation) มาทำการประเมิน โดยอิงอาศัยแนวคิดของการประเมินผลแบบเร่งด่วน (rapid evaluation and assessment methods – REAM) มาออกแบบการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ผล ซึ่ง REAM เป็นแนวทางการประเมินผลที่เหมาะสมกับภาวะวิกฤติที่กำลังดำเนินอยู่หรือในสถานการณ์ที่ต้องมีการช่วยเหลือทางมนุษยธรรมอย่างเร่งด่วน ซึ่งการประเมินผลการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของไทย: มุมมองทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา นี้ก็เป็นการประเมินผลแบบเร่งด่วนท่ามกลางวิกฤติการระบาดของโรค Covid-19 ที่กำลังดำเนินอยู่

ทั้งนี้ REAM มีแนวทางย่อยที่เหมาะสมกับในการประเมินผลที่มีขอบเขตของพื้นที่ทางกายภาพที่ชัดเจน อาทิ rapid assessment (RA) และ rapid ethnographic assessment (REA) โดยแนวทางย่อยกลุ่มนี้ได้ใช้วิธีการทางชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic methods) มาทำความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นว่าสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาในการประเมินอย่างไร ส่วนแนวทางย่อยอีกกลุ่มเหมาะกับการประเมินโครงการ แผนงาน หรือ ระบบการดำเนินงานที่ครอบคลุมในวงกว้างมากกว่าเพียงพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง อาทิ real-time evaluation (RTE) rapid-feedback evaluation (RFE) และ rapid evaluation method (REM) แนวทางย่อยทั้งสองกลุ่มจะถูกนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในการประเมินครั้งนี้ ซึ่งมีทั้งข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลจากภาคสนาม (fieldwork)⁴⁶

อนึ่ง วิธีการหลักในการเก็บข้อมูลภาคสนามในเชิงคุณภาพของ REAM ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก 2) การสนทนากลุ่มย่อย (focus groups) และ 3) การสังเกตการณ์อย่างเป็นธรรมชาติ (naturalistic observations)

การเก็บข้อมูลเชิงเอกสาร:

- ข้อมูลนโยบาย/มาตรการรัฐต่างๆ ในการจัดการโรค Covid-19 (ประกาศ คำสั่ง ระเบียบราชการในระดับต่างๆ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น)
- ข้อมูลผลกระทบของการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ต่อคนทุกกลุ่มในเชิงภาพรวม (ศึกษาเอกสาร)
- ข้อมูลผลกระทบของการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางในภาพรวม (เก็บข้อมูลกลุ่มที่นอกเหนือไปจากกรณีศึกษาด้วย)

(สองข้อหลัง รวบรวมจากงานศึกษา การรายงานข่าว สื่อสังคมออนไลน์ การเสวนา ระดมความคิด การอภิปรายในสภา)

การเก็บข้อมูลภาคสนาม:

- แบบสอบถามปลายเปิด และแบบเช็คลิสต์คำถาม

⁴⁶ Miles McNall and Pennie G. Foster-Fishman. (2007). “Methods of Rapid Evaluation, Assessment, and Appraisal” in American Journal of Evaluation. 151-168.

- การสัมภาษณ์เชิงลึก
- การสังเกตการณ์
- การสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบบรรยายเชิงพรรณนาเพื่อตอบคำถามทั้ง 4 ข้อ เพื่อนำมาสู่การประเมินและข้อเสนอแนะต่อนโยบายและมาตรการของรัฐ

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่การเก็บข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกอย่างน้อย 60 คน และ 2) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) อย่างน้อย 30 คน ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล และจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) จำแนกเป็น

คนจนเมือง

- ชุมชนแออัด (กรุงเทพฯ)
- ลูกจ้างที่ไม่มั่นคง (ระดับล่าง รายวัน)
- พ่อค้า แม่ค้า (ตลาด กทม. /ตลาดนัด/ ตลาดที่ถูกปิด)

คนชายขอบ (ห่างไกลศูนย์กลาง ภูมิภาคและสังคมมองว่าเป็น “คนอื่น” และเป็นอุปสรรคของการจัดการโรคระบาด)

- แรงงานมลายู-ปาตานีคืนถิ่นจากมาเลเซียและนอกพื้นที่ เช่น ภูเก็ต เกาะสมุย กระบี่ ภูเก็ต เนื่องจากผลกระทบของโรค Covid-19
- ชาวบ้านในชุมชนชนบทที่ถูก lockdown (พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้)
- โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ประสบปัญหาจากการขาดวัคซีน การเรียนออนไลน์ และถูกมองอย่างไม่ไว้วางใจจากรัฐ)
- กลุ่มศาสนา (ดawah) (ถูกมองว่าเป็นผู้แพร่เชื้อและไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค)

แรงงาน

- แรงงานในแคมป์ก่อสร้าง (กรุงเทพฯ)

ผู้ค้าชายแดนและแรงงานรับจ้างและบริการข้ามแดน (เมืองชายแดน: นราธิวาส และ เชียงราย)

หน่วยงานภายนอก/ผู้เกี่ยวข้องภายนอก

- ฝ่ายปกครอง
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- บุคลากรทางการแพทย์
- ภาคสังคม ประชาสังคม/สื่อ

- ภาคการเมือง (คณะทำงานของ สส. ในพื้นที่ กรรมการธิการของสภาชุดต่างๆ และพรรคการเมือง)

นอกจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายข้างต้น ยังจะมีการสัมภาษณ์เสริม (ตั้งเป้าไว้รวม 10 คน) การเก็บข้อมูลจากการเอกสารเกี่ยวกับกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ที่ไม่ได้ระบุไว้ใน การเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายข้างต้น อาทิ สัมภาษณ์อดีตผู้ต้องขังเกี่ยวกับการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ในเรือนจำหรือศูนย์กักขัง และสัมภาษณ์คนไร้บ้านและคนที่ทำงานกับคนไร้บ้าน เป็นต้น

4.4 ขอบเขตการดำเนินงานของโครงการ

โครงการนี้เป็นการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับโควิด-19 ของไทยในภาพรวม และการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัยของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ซึ่งการติดตามประเมินผลจะครอบคลุมการดำเนินการของรัฐบาลและการวิจัยในประเทศต่างๆ ตั้งแต่เริ่มการระบาดนอกจีนเมื่อต้นปี 2563 รวมทั้งการระบาดของไทยตั้งแต่ต้นไปจนถึงช่วงสงกรานต์ปี 2565 เป็นอย่างน้อย ในกรณีที่มีการระบาดในระลอกที่ 4 ของไทยจบลงได้ก่อนหรือภายในช่วงนั้น แต่ถ้าถึงช่วงดังกล่าวแล้วยังมีการระบาดอยู่ การติดตามประเมินผลในส่วนของไทยจะดำเนินการไปจนถึงสิ้นสุดโครงการ

กรอบแนวคิดในการประเมินผลที่ทางคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม เสนอมา มีเป้าหมายที่ต้องการนำไปสู่การมีระบบที่สามารถรับมือกับการระบาดครั้งใหม่ของโรคอุบัติใหม่ และภัยพิบัติอื่นๆ ในอนาคตด้วย ซึ่งกรอบการประเมินผลจะประเมินการดำเนินการในส่วนที่ตอบสนองเป้าหมายในส่วนนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกนั้น การปรับตัวของกองทุน ววน. เป็นการปรับตัวเพื่อรับกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ขอบเขตการประเมินผลในส่วนของการดำเนินงานของกองทุน ววน. จึงจะเน้นที่การปรับตัวและปรับบงเพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินตามโปรแกรมที่ 17 การแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ (National Crisis Management) เป็นหลัก ซึ่งโปรแกรมนี้ผ่านมติของคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563⁴⁷ ซึ่งการประเมินผลในด้านการปรับตัวและปรับบงจะครอบคลุมการ

⁴⁷ “อนุมัติให้มีการปรับงบประมาณประจำปี 2563 ที่กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จัดสรรให้แก่หน่วยบริหารจัดการทุน ร้อยละ 10-15 เพื่อสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม ที่จะแก้ปัญหาจากวิกฤตโควิด-19 และภัยแล้ง โดยให้เพิ่มโปรแกรมการแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ เป็นโปรแกรมที่ 17 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตขนาดใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย โดยโปรแกรมที่ 17 นี้ มีเป้าประสงค์ใช้ความรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อคาดการณ์ปัญหา จัดการกับภาวะวิกฤตของประเทศ ไทยได้อย่างทัน่วงที่เพื่อลดความเสียหายและบรรเทาความเสียหายในระยะสั้น และมีการเตรียมการที่ดี สามารถบริหารจัดการประเทศและสังคมหลังภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

เตรียมการในช่วงก่อนหน้านั้นด้วย แต่ในด้านการประเมินผลการดำเนินการจัดสรรของกองทุน ววน. ในครั้งนี้ จะเริ่มจากวันที่ 10 เมษายน 2563 ซึ่งโปรแกรมนี้ผ่านมติของ กสว.

และนอกจากโครงการประเมินผลนี้จะพยายามถอดบทเรียนจากการดำเนินการในช่วงที่ผ่านมาแล้ว ก็ จะพยายามเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินการในช่วงต่อไปด้วย ซึ่งจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ มากเช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานการณ์การระบาดที่ต่างจากและท้าทายกว่าในช่วง ปีเศษที่ผ่านมา รวมทั้งมีการดำเนินมาตรการใหม่ๆ หลายประการที่ต่างออกไปหรือไม่เคยดำเนินการมา ด้วย

โดยหลักการแล้ว—โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามองไปถึงอนาคต--หน่วยงานทำวิจัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของ ววน. ก็ควรครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัย*ทั้งหมดของประเทศ* (รวมของภาครัฐ เอกชน และอื่นๆ) ที่ทำวิจัยด้าน วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม*เป็นอย่างน้อย* และควรครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัยในสาขาต่างๆ ที่อาจมี บทบาทในการทำวิจัยในด้านการจัดการการสนับสนุนงานวิจัยและยุทธศาสตร์ของกองทุน ววน. และ สกสว. ด้วย ซึ่งโครงการประเมินผลนี้จะวิเคราะห์จากฐานข้อมูล NRIIS และจาก PMU ต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ และ คำนึงถึงหน่วยงานทำวิจัยที่น่าจะมีศักยภาพหรือมีนัยสำคัญที่ยังไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเพราะไม่เคยรับการ สนับสนุนจากกองทุน ววน. ในช่วงที่ผ่านมาด้วย

5. โครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล

5.1 กรอบโครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล

จากหลักการและวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบวิธีคิดที่ได้อภิปรายในส่วนที่ 1-3 ก่อนหน้านี้ คณะผู้วิจัยได้วางกรอบโครงสร้างของการประเมินผลที่ครอบคลุมการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ 1-4 (ตามที่กำหนดไว้ในส่วนที่ 2) ไว้ในกรอบที่ 1 ข้างล่าง ซึ่งจะแสดงภาพรวมและเนื้อหา (รวมทั้งขั้นตอนคร่าวๆ) ของการประเมินผลในเบื้องต้น

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)

ส่วนที่ 1 ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
2. วัตถุประสงค์ของการประเมินผล
3. รายชื่อคณะผู้วิจัยในโครงการประเมินผล

ส่วนที่ 2 การออกแบบโครงการประเมินผล

4. กรอบแนวคิด ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินการประเมินผล
 - 4.1 ปัญหาและกรณีตัวอย่างที่ควรสนใจในการประเมินผล/ถอดบทเรียนจากการดำเนิน นโยบาย/มาตรการของประเทศต่างๆ
 - 4.2 บทเรียนหลักที่สำคัญ

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)

- 4.3 กรอบแนวคิด และประเด็นพิจารณาต่างๆ ในการตั้งโจทย์และการประเมินผล
- 4.4 ขอบเขตการดำเนินงานของโครงการ
- 5. โครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล
 - 5.1 กรอบโครงสร้างของการประเมินผลและรายงานการประเมินผล
 - 5.2 ผลผลิตที่ต้องส่งมอบ ประเด็นพิจารณา และวิธีวิจัย
- 6. แผนการดำเนินงาน (Action Plan)
 - 6.1 การนำเสนอและผลงานที่จะส่งมอบ
 - 6.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 7. แผนการดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการรับมือ Covid-19 ของไทย และกรณีศึกษาต่างประเทศ

- 8. สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทย ตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน
 - 8.1 สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านสาธารณสุข
 - 8.2 มาตรการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านเศรษฐกิจและสังคม
 - 8.3 โครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 9. กรณีศึกษาสถานการณ์และการรับมือ Covid-19 ในต่างประเทศ
 - 9.1 กรณีศึกษาสหรัฐอเมริกา
 - 9.2 กรณีศึกษาสวีเดน
 - 9.3 กรณีศึกษาเยอรมนี
 - 9.4 กรณีศึกษาไต้หวัน
 - 9.5 กรณีศึกษาญี่ปุ่น
 - 9.6 กรณีศึกษาเกาหลีใต้
 - 9.7 กรณีศึกษาสหราชอาณาจักร
- 10. กรณีศึกษารายนโยบาย/มาตรการสำคัญของไทยและต่างประเทศ
 - 10.1 การจำกัดกิจกรรมและการปิดสถานที่ต่างๆ
 - 10.2 มาตรการวัคซีนโควิด-19
 - 10.3 การฉีดวัคซีนไขว้หรือวัคซีนสูตรผสม และการฉีดด้วยวิธีอื่น
 - 10.5 การใช้ จัดหา และการวิจัยยาและสมุนไพรสำหรับรักษาโควิด-19 ในประเทศไทย
 - 10.6 ยุทธศาสตร์ Zero Covid และยุทธศาสตร์ Living with Covid

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)

10.7 แนวคิดเรื่องการปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่น (Moving to COVID-19 Endemic) ของไทย

10.8 การปรับนิยามการรายงานข้อมูลสถานการณ์การระบาดของไทย

11. การสรุปบทเรียนในการรับมือ Covid-19 ของไทยและต่างประเทศ

ส่วนที่ 4 การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) จากมุมมองทางรัฐศาสตร์

12. ระบบอภิบาลที่ดี (good governance) สำคัญต่อการจัดการโรคระบาด: บทสำรวจเชิงแนวคิด และการศึกษาเปรียบเทียบ

13. การอภิบาลที่ดี คุณภาพผู้นำ และประสิทธิภาพรัฐ: กรณีศึกษานิวซีแลนด์

14. รัฐบาล ผู้นำ และระบบอภิบาลล้มเหลว: กรณีศึกษาบราซิล

15. โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐไทยในการรับมือกับโควิด-19

16. การประเมินโครงสร้างการอภิบาลและการบริหารจัดการของรัฐไทยในสถานการณ์วิกฤต โควิด-19

ส่วนที่ 5 การประเมินผลกระทบต่อประชาชน

17. การวัดผลกระทบจากโควิดด้วย “การตายส่วนเกิน (Excess Death or Excess Mortality)”

18. การประเมินเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 จากมุมมองทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา

18.1 สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในไทย (ภาพรวม)

18.2 การจัดการกับการระบาดของโรคโควิด-19 ที่กระทบกับคนจน

18.3 สถานการณ์โควิด-19 และผลกระทบต่อคนจน

18.4 พื้นที่/กรณีที่น่าสนใจในการประเด็นการจัดการโควิด-19 และ ผลกระทบ

18.5 เนื้อหา/ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคสนาม

18.6 บทสรุปและการประเมินผล

ส่วนที่ 6 การปรับตัวของระบบ ววน. ของไทย เพื่อรับมือโควิด-19

19. การปรับสู่ระบบวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

19.1 ระบบ ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศที่อยู่ใต้กรอบการสนับสนุนของกองทุน ววน. ในประเทศไทย

19.2 การปรับตัวของ กสว. กองทุน ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศหลังจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

20. การจัดสรรทุนวิจัยจากระบบ ววน. เพื่อรับมือ โควิด-19

20.1 ภาพรวมการดำเนินการของหน่วยงาน PMU

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)

- 20.2 งบประมาณของ PMU และโครงการวิจัยที่แต่ละ PMU สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19
 - 21. กรณีศึกษาการสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนาด้านโควิดที่สำคัญของไทย
 - 21.1 การสนับสนุน/ดำเนินการด้านวิจัยวัคซีนของไทย
 - 21.2 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR, RT-LAMP, CRISPR และ ATK ในประเทศไทย
 - 21.3 การจัดหาและผลิตยาต้านโควิด-19
 - 22. กรณีศึกษาการจัดสรรทุนวิจัยในต่างประเทศ
 - 22.1 ภาพรวมรูปแบบการจัดสรรทุนวิจัย และข้อพิจารณา
 - 22.2 กรณีศึกษาต่างประเทศ
 - 23. Milestone งานวิจัยเพื่อรับมือโควิด-19
 - 23.1 การวิจัยทางการแพทย์ด้านสายพันธุ์และระบาดวิทยา
 - 23.2 การวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน และรักษา
 - 23.3 การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (รวมการจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุข)
 - 23.4 รัฐศาสตร์: การวิจัยด้านกลไกระบบบริหารจัดการภาครัฐในภาวะฉุกเฉิน
 - 24. สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง
 - 24.1 ภาพรวมประเด็นการประเมิน
 - 24.2 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านภาพรวมของแผน
 - 24.3 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม
 - 24.4 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ
 - 24.5 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม
- ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการแก้ปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉิน
- 25. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉิน การระบาดของโรคโควิด-19 ในรอบใหม่ และ การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
 - 26. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว
 - 26.1 ตัวอย่างกรณีศึกษาของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (Taiwan Centers for Disease Control)
 - 26.2 ตัวอย่างกรณีศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งเกาหลี (Korea Centers for Disease Control and Prevention: KCDC)
 - 26.3 แนวทางการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาวของประเทศไทย

กรอบที่ 1 การออกแบบโครงสร้างการประเมินผล (และโครงสร้างของรายงานการประเมินผล)

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

27. ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

ส่วนที่ 9 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

28. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

28.1 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของไทย

28.2 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของระบบ ววน.

28.3 ข้อเสนอแนะทางและโครงสร้างการบริหารเพื่อรับมือวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งจากโควิด-19 ระบาดใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำ/ระบาดซ้ำ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ

ที่มา: คณะผู้วิจัย

กรอบโครงสร้างการประเมินผลข้างต้นได้ถูกออกแบบให้มีหัวข้อเฉพาะเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อ โดยได้ออกแบบการจัดลำดับเนื้อหาในหัวข้อต่างๆ ให้สอดคล้องกับลำดับการประมวลข้อมูลและการวิเคราะห์ โดยเริ่มตั้งแต่การแสดงผลรวมของสถานการณ์การระบาด โครงสร้างระบบ ววน. ในปัจจุบัน การดำเนินการที่เกิดขึ้นของหน่วยงานในระบบ ววน. การศึกษากรณีของไทยและต่างประเทศ การประเมินผลกระทบ วิเคราะห์ความสำเร็จ ความล้มเหลว และช่องว่าง สรุปผลการศึกษาและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย

5.2 ผลผลิตที่ต้องส่งมอบ ประเด็นพิจารณา และวิธีวิจัย

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1-4 ที่กำหนดไว้ตอนต้น คณะผู้ประเมินผลได้กำหนดผลผลิตที่ต้องส่งมอบ (ซึ่งจะเป็นการตอบโจทย์ในแต่ละหัวข้อของการประเมิน) และประเด็นพิจารณาและแนวทาง/วิธีวิจัย ไว้คร่าวๆ โดยสังเขป ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 สรุปผลผลิตที่ต้องส่งมอบ แนวคิด และวิธีศึกษาโดยสังเขป สำหรับแต่ละวัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
1. ติดตามประเมินผลการรับมือและแก้ปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยในระลอกต่างๆ ในช่วงสองปีแรกเป็นอย่างน้อย โดยครอบคลุมการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนจากความสำเร็จ ล้มเหลว และช่องว่างที่ควรปรับปรุงในการรับมือกับการระบาดของไทย	1.1 การประเมินผลการรับมือและแก้ปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยที่ครอบคลุมตั้งแต่แรก รวมทั้งการระบาดในระลอกต่างๆ ทั้งใน 4 ระลอกแรกที่เกิดขึ้นหรือผ่านมาแล้ว (ครอบคลุมช่วงที่อาจถือได้ว่าปลอดการระบาดภายในประเทศ เช่น ช่วง 100 วันเศษหลังระลอกแรกด้วย) รวมถึงตลอดช่วงที่ดำเนินการประเมินผลที่ครอบคลุมถึงช่วงเดือนเมษายน 2565 เป็นอย่างน้อย	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานสำหรับการประเมินผล (ตามแนวคิดตามรูปที่ 10 ซึ่งต้องครอบคลุมตัวแปรที่สำคัญทั้งส่วนที่เป็นตัวแปรเชิงนโยบาย/มาตรการ (X's) และตัวแปรอิสระ/ภายนอก (Z's⁴⁹) รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของตัวแปรในแต่ละกลุ่มหรือระหว่างสองกลุ่มข้างต้น⁵⁰ - ระหว่างการประเมินผล จะติดตามและทบทวนแนวทางและผลการประเมินผลของประเทศต่างๆ รวมทั้งที่มีองค์กร/สื่อต่างๆ ทำเอาไว้ด้วย⁵¹ - ความสำเร็จ ต้องพิจารณาจากหลายด้าน ซึ่งแม้ว่าการควบคุมโรคต้องเป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญ แต่ต้องพิจารณาควบคู่กับความสำเร็จในด้านอื่นด้วย เช่น เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในด้านเศรษฐกิจเป้าหมายหลักอาจไม่ใช้การเติบโตเหมือนในยามปกติ แต่ในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจในภาพรวมอาจติดลบ (หรือแย่

⁴⁹ ทั้งนี้ ตัวแปรเชิงนโยบาย/มาตรการ (X's) ของประเทศหนึ่ง (รวมทั้งตัวแปรตาม เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ การกลายพันธุ์) อาจกลายมาเป็นตัวแปรอิสระ/ภายนอก ของประเทศอื่นได้เช่นกัน

⁵⁰ ตัวอย่างเช่น ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างจำนวน/อุบัติการณ์ (หรืออัตรา/ความชุก) ของการติดเชื้อในประเทศเพื่อนบ้าน กับลักษณะพรมแดน (เช่น เป็นเกาะ หรือมีชายแดนที่ข้ามไปมาสะดวก หรือมีช่องทางธรรมชาติ/กำแพง) และนโยบาย/มาตรการ/ศักยภาพในการควบคุมที่พรมแดน และในไทยคงต้องพิจารณาปัญหาเรื่องด้านช่องว่างในด้านการบังคับใช้กฎหมายทั้งในด้านการข้ามแดนและธุรกิจนอกกฎหมาย/สีเทาด้วย

⁵¹ ยังมีเว็บขององค์กรต่างๆ จำนวนไม่น้อยที่รวบรวมและเปรียบเทียบข้อมูลและมาตรการของประเทศต่างๆ เช่น The Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) ดู <https://www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker>, Bloomberg, Nikkei, Pemandu.org (ที่ทำ GCI Recovery Index) อย่างไรก็ตาม เว็บเหล่านี้คงมีประโยชน์ในการใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเสาะหาตัวอย่างประเทศที่จะนำไปศึกษาเชิงลึกมากขึ้นมากกว่าจะเป็นการวิเคราะห์/จัดอันดับที่น่าเชื่อถือหรืออ้างอิงได้อย่างมั่นใจ

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
เปรียบเทียบกรณีต่างๆ ในต่างประเทศ	<p>1.2 การติดตามสถานการณ์และการประเมินผลในต่างประเทศ ซึ่งจะเน้นความครอบคลุมในภาพรวมของหลายๆ ประเทศ แต่ขณะเดียวกันก็เลือกประเทศจำนวนหนึ่งที่คาดว่าจะมีบทเรียนที่น่าสนใจมาติดตามประเมินผลเชิงลึกในจำนวนไม่เกิน 10 ประเทศ⁴⁸</p> <p>1.3 การเปรียบเทียบปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนจากความล้มเหลว และช่องว่างที่ควรปรับปรุง (Gap Analysis) ของไทยกับต่างประเทศในช่วงต่างๆ</p>	<p>กว่าปกติ) และรายได้ของคนบางกลุ่มอาจลดลงมากเพราะตงงานนั้น ในเชิงจริยธรรมควรต้องให้ความสำคัญกับการมีมาตรการที่สร้างหลักประกันการอยู่รอดสำหรับประชาชนทุกคนด้วย (ดูหัวข้อ “4.1 ปัญหาและกรณีตัวอย่างที่ควรสนใจในการประเมินผล/ถอดบทเรียนจากการดำเนินนโยบาย/มาตรการของประเทศต่างๆ ซึ่งผู้ประเมินผลได้อภิปรายแนวคิด ปัญหา การกำหนดนิยามและการวัดความสำเร็จ และข้อควรระวังต่างๆ ในรายละเอียด)</p> <p>การเปรียบเทียบความสำเร็จ/ล้มเหลวของนโยบาย/มาตรการในต่างประเทศและประเทศไทยจะใช้สองวิธีประกอบกันคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • วิธีที่ 1: คัดเลือกประเทศต่างๆ จำนวน 7-10 ประเทศที่มีความน่าสนใจ (“Interesting country/case”) ในแง่มุมต่างๆ ทั้งที่สำเร็จหรือให้บทเรียนมาเป็นกรณีศึกษา เพื่อประมวลความสำเร็จ/ล้มเหลวในการควบคุมการระบาดในประเทศเหล่านั้น (รวมทั้งเงินที่หันมาใช้มาตรการปิดเมืองตรวจค้นที่พบการระบาด สหรัฐอเมริกาที่มีการคัดง้างระหว่างประธานาธิบดีกับผู้ว่าการรัฐ/องค์กร/ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ รวมถึงผลจากการเปลี่ยนประธานาธิบดีด้วย) • วิธีที่ 2: ทบทวนมาตรการเฉพาะเรื่อง โดยเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ที่ใช้มาตรการที่คล้ายหรือต่างกันในเรื่องนั้นๆ (เช่น มาตรการ lockdown/เปิดเมืองในประเทศต่างๆ มาตรการเปิดประเทศ นโยบายเร่งฉีดวัคซีน และการจองซื้อวัคซีนเกินจำนวนประชากร ฯลฯ)

⁴⁸ ที่ผ่านมา เราได้เห็นความเปลี่ยนแปลงขึ้นและลงของประเทศต่างๆ ในแต่ละช่วง (และบางกรณีก็อาจสัมพันธ์กันด้วย เช่น มาตรการผ่อนปรนของสวีเดนในช่วงแรกๆ ซึ่งดูเหมือนจะได้ผลดีด้วยก็น่าจะส่งผลให้กลุ่มผู้ที่นิยมมาตรการผ่อนปรน เดินทาง/อพยพจากประเทศอื่นในสหภาพยุโรปเข้ามาเป็นจำนวนมาก และอาจทำให้มีการระบาดรุนแรงมากขึ้นในเวลาต่อมา) ทำให้การติดตามศึกษาประเทศจำนวนมากน่าจะมีส่วนช่วยการปรับบทเรียนของเราได้ดีกว่าการติดตามเจาะลึกในไม่กี่ประเทศ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาก็มีหลายประเทศที่มีความเฉพาะเจาะจงด้านนโยบาย/มาตรการ รวมทั้งกรณีที่น่าจะสามารถถอดบทเรียนมาเป็นของไทยได้ ซึ่งควรได้ศึกษาเชิงลึกมากกว่าประเทศอื่น เช่น สิงคโปร์ ที่ช่วงแรกควบคุมการระบาดได้ดีและมาก และต่อมาประสบปัญหาการระบาดของแรงงานข้ามชาติ

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<p>-ในด้านการควบคุมโรคในประเทศ นอกจากการประเมินผลตามทฤษฎีการประเมินผลทั่วไปและข้อพิจารณาที่ได้อภิปรายมาแล้ว การประเมินผลจะครอบคลุมประเด็นและข้อควรระวังต่างๆ เหล่านี้เป็นอย่างน้อย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การระบาดในประเทศเพื่อนบ้านและแถบชายแดน (ซึ่งไม่ได้เป็นปัญหาแรกและในช่วงต้น-ไตรมาส 3 ของปี 2563 แต่กลายเป็นจุดเสี่ยงที่สำคัญตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 เป็นต้นมา) ● สายพันธุ์ที่มีการระบาด และมาตรการรับมือ⁵² ● นโยบายและมาตรการที่ใช้กับกลุ่มพิเศษ (เช่น “Bubble and Seal ” ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ/โรงงาน ผู้ต้องขัง) ทั้ง “ความสำเร็จ” และ ข้อจำกัด โดยเฉพาะในกรณีที่สายพันธุ์ที่ระบาดรุนแรงขึ้นทำให้มีผู้ป่วยหนักมากขึ้น ● นโยบายและมาตรการควบคุมโรคภายในประเทศ (เช่น ระบบ อสม. ช่วยในพื้นที่ชนบทได้มากกว่าในเมือง การเห็นผลเสียและดัดใช้มาตรการเหวี่ยงแห เช่น การปิดเมือง lockdown แต่ไม่ได้ไปปรับมาตรการอื่นเช่น TTI มาทดแทน อาจทำให้ไม่สามารถตัด/หยุดวงจรการระบาดใน กทม./เมือง ● นโยบายและมาตรการด้านวัคซีน (รวมทั้งผลของความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายการผลิตและการจัดหาวัคซีน) ● พฤติกรรม ความไวใจ และการปฏิบัติตามของประชาชน ● ความเชื่อมโยงของมาตรการควบคุมโรคกับมาตรการ/แรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ (รวมทั้งในกลุ่มคนเปราะบาง ชุมชนแออัด) <p>-ในด้านเศรษฐกิจ</p>

⁵² บางประเทศมีการปรับนโยบายกักตัว เช่น เพิ่มจำนวนวันตามเชื้อที่ตรวจพบในพื้นที่ด้วย เช่น ในบางพื้นที่ของจีนและอินเดียเคยปรับระยะเวลากักตัวเพิ่มขึ้นจาก 14 เป็น 28 วัน

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<ul style="list-style-type: none"> ● ในต่างประเทศ ทบทวนและถอดบทเรียนนโยบายและมาตรการด้านเศรษฐกิจที่สำคัญในประเทศต่างๆ (ซึ่งมีการใช้จ่ายของภาครัฐมากเป็นประวัติการณ์ เพื่อเยียวยาไม่ให้เกิดปัญหาลูกกลามเป็นวิกฤติเศรษฐกิจสังคม/วิกฤติความเชื่อมั่น/วิกฤติการเงิน มาตรการเยียวยาแรงงานข้ามชาติ/ผู้อพยพ (รวมทั้งด้านการปรับปรุงที่พักอาศัย ไม่ให้กลายมาเป็นปัญหาที่ทำให้การระบาดลูกกลาม) และมาตรการเก็บภาษีพิเศษเพื่อนำมาใช้จ่ายด้านการรับมือโควิด-19 ● ในประเทศ แจกแจงผลของการระบาดและมาตรการรับมือต่อเศรษฐกิจ และประเมินผลมาตรการด้านเศรษฐกิจของรัฐในช่วงที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ทั้งในด้านงบที่ใช้ กระบวนการเบิกจ่าย/ใช้ และผลกระทบโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อประชาชน (ดูรายละเอียดในหัวข้อ “ในด้านผลกระทบต่อประชาชน” ข้างล่าง) <p>-ในด้าน governance ประเมินรูปแบบองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาในประเทศไทยในประเด็นต่างๆ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ภาพรวมของนโยบายของรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกาศคำสั่ง เอกสาร/รายงานที่หน่วยงานเกี่ยวข้องที่มีการรวบรวม/วิเคราะห์เอาไว้ รวมทั้งรายงานการประชุม ● การออกแบบโครงสร้างการอภิบาล (governance structure) รวมทั้งองค์กรเฉพาะกิจต่างๆ เช่น ศบค. ศบศ. ศบส. ซึ่งรวมศูนย์อำนาจมาที่นายกฯ (ซึ่งมีอำนาจแต่ก็มีภาระงานที่เต็มมือ) ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (หรือลดลงในบางด้าน) หรือไม่? องค์กรประกอบแบบคณะกรรมการ--ซึ่งอาจมีกลุ่มที่มีส่วนได้เสียบางกลุ่มสามารถเข้าไปผลักดันเรื่อง/agenda ของตัวเอง ในขณะที่อาจตกหล่นความจำเป็น (need) ของกลุ่มที่ไม่มี voice อยู่ในคณะเหล่านั้น--เป็นองค์กรที่ไม่ได้มีกลไกที่ทำงานได้เอง แต่อาจมีอำนาจทับซ้อนที่นำไปสู่เกียรติว่างขององค์กรปกติที่อาจหันมารับคำสั่งแทนหรือไม่? และเป็นองค์กรฉุกเฉินที่ไม่มี institutional memory (บทบาทลดลง/หายไปในช่วงไม่ฉุกเฉิน? จบแล้วเลิก มีปัญหาใหม่ก็ค่อยตั้งใหม่?)

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<p>หรือจะมีข้อเสนอในการตั้งองค์กรที่ดำเนินการต่อเนื่อง และ/หรือ มีกฎหมายกติกากี่ activate หรือเปลี่ยนวิธีการทำงาน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน/โรคอุบัติใหม่)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กระบวนการตัดสินใจภายใต้โครงสร้างที่รวมศูนย์ที่สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) โดยใช้ฝ่ายความมั่นคงเป็นฝ่ายประสานงาน/เลขานุการ/CEO ในระดับต่างๆ และใช้อำนาจจาก พรก.ฉุกเฉินฯ เป็นหลักอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (รวมทั้งในสถานการณ์ที่ไม่ได้ฉุกเฉินจริงตลอดเวลาด้วย) การรวมศูนย์อำนาจจากชาติวิชาการ/ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ลึกพอ ทำให้อาจนำไปสู่การใช้ยาแรงเกินไปตาม common sense (เช่น การปิดเมืองทั่วประเทศ/รวดเร็ว เพราะไม่เห็นทางเลือก/กลไกอื่น ฯลฯ) ● การบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) เช่น พรก.ฉุกเฉิน พรบ.ควบคุมโรค การประกาศเคอร์ฟิว การลือคตาวน การบังคับใส่หน้ากาก ฯลฯ มีความเหมาะสมหรือไม่ มีอุปสรรคอย่างไร และสร้างผลกระทบต่อประชาชนอย่างไรโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อำนาจด้านความมั่นคง ● ความสัมพันธ์และความร่วมมือกับภาคเอกชนในช่วง/ระลอกต่างๆ และในด้าน/กระบวนการต่างๆ เช่น การตรวจโรค การรับผู้ติดเชื้อเข้ารักษาใน รพ./รพ. สนาม/hospital การนำเข้าและฉีดวัคซีน ● ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น (central-local relations) วิเคราะห์ระดับการกระจายอำนาจ และรูปแบบของการที่รัฐส่วนกลางมอบหมาย ถ่ายโอน หรือแบ่งปันอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่ามีผลต่อการจัดการของรัฐในการรับมือวิกฤต ● สมมติฐานเบื้องต้นของงานวิจัย ซึ่งเทียบเคียงกับตัวอย่างประเทศอื่นๆ ก็คือรัฐไทยประสบปัญหาหลายประการ ทำให้เกิดผลลัพธ์แบบผสม (mixed result) คือมีทั้งด้านที่ประสบความสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว ซึ่งเมื่อศึกษารัฐที่ประสบความสำเร็จ พบว่ารัฐที่ประสบความสำเร็จมีปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อ เช่น รัฐและระบบราชการที่มีสมรรถภาพสูง รัฐใช้อำนาจเท่าที่

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<p>จำเป็นและได้สัดส่วน โดยไม่จำเป็นต้องใช้ “การรวบอำนาจเบ็ดเสร็จ” ปัจจัยด้านภาวะการนำ และผู้นำ รัฐสามารถดึงศักยภาพทั้งด้านกำลังคนและทรัพยากรอื่นๆ จากท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมาร่วมใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกแบบโครงสร้างการตัดสินใจ และการบริหารหรือระหว่างผู้นำรัฐบาลกับผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้ความเห็นอย่างเป็นอิสระ มีโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ไม่มีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่สูงมาก ไม่มี ความแตกแยก/แบ่งขั้วทางสังคมและการเมืองที่รุนแรง</p> <p>-ในด้านผลกระทบต่อประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การที่มีโครงการจำนวนมาก เมื่อรวมกันแล้วเพียงพอที่จะแก้ปัญหาของประชาชนและช่วยให้ ประชาชนสามารถรับมือกับวิกฤตโควิด-19 ได้หรือไม่? ส่วนหนึ่งจะวัดผลทางอ้อมจากจำนวน และสัดส่วนของ excess death (จำนวนการตายที่เพิ่มขึ้นเทียบกับปีปกติ ซึ่งอาจตีความได้ว่าเป็น การเสียชีวิตที่เป็นผลจากโควิดโดยทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การฆ่าตัวตาย การเสียชีวิต เพราะเข้าไม่ถึง ICU/บริการสุขภาพปกติ) ● ใช้การศึกษาด้านสังคม/มานุษยวิทยาเพื่อช่วยเสริมการประเมินผลของโครงการใหญ่ โดยการ ทำกรณีศึกษากลุ่มคน/พื้นที่/คลัสเตอร์ต่างๆ ที่มีลักษณะจำเพาะและควรถอดบทเรียน (โดย เน้นที่กลุ่มเปราะบางที่คาดว่าจะรับมือกับผลกระทบได้จำกัดกว่าคนทั่วไป) ● คำถามหลักในการประเมินผลด้านสังคม/มานุษยวิทยา: การจัดการ Covid-19 ของรัฐไทย สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจสังคมอย่างไร (เน้นดูผลกระทบ ของการจัดการโควิด-19 ที่มีต่อกลุ่มเปราะบางที่เป็นผู้ด้อยโอกาส คนจน และคนชายขอบ ต่างๆ ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าคนทั่วไป) ● กรอบคิดในการประเมินผล:

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<p>1) กลุ่มเปราะบางเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เนื่องจากสภาพการทำงาน ที่อยู่อาศัย ความคับแคบ และกลุ่มเปราะบางมักเข้าถึงการรักษาและการป้องกันโรค (วัคซีน) ได้ช้าน้อยกว่าคนที่สถานะทางเศรษฐกิจดีกว่า</p> <p>2) นโยบายและมาตรการของรัฐในการจัดการโควิดในระลอกต่างๆ โดยเฉพาะในการควบคุมโรค เช่น การกำหนดเขตกักกันโรค การติดตามเคสผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค และการวางระบบเผื่อระวัง รวมทั้งการล็อกดาวน์ การเคอร์ฟิวส์ การปิดสถานที่ มักส่งผลกระทบต่อชีวิตของกลุ่มเปราะบาง</p> <p>3) ผลประโยชน์จากนโยบายและมาตรการช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19 (การเยียวยาและการฟื้นฟูเศรษฐกิจ) มักตกถึงมือของกลุ่มเปราะบางน้อยมากหรือมักช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางได้เพียงเล็กน้อยในระยะสั้นเท่านั้น</p> <p>4) นอกจากรัฐจะมีนโยบายหรือมาตรการภาพรวมในการจัดการโควิด-19 ที่ใช้เหมือนกันทั้งประเทศแล้วนั้น รัฐก็ยังมีแนวทางการบริหารจัดการหรือมาตรการเฉพาะของแต่ละพื้นที่หรือในแต่ละกลุ่มคนที่มีการระบาดของโควิด-19 ในลักษณะที่เป็นคลัสเตอร์ ซึ่งแนวทางการบริหารจัดการหรือมาตรการเฉพาะนี้อาจมีผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบางที่แตกต่างกันไป</p> <p>5) แม้กลุ่มเปราะบางมักจะประสบกับความยากลำบาก เดือดร้อน มีความพลิกผันในชีวิตเนื่องจากการจัดการโรคโควิด-19 แต่ผู้คนที่เปราะบางเหล่านี้ก็ไม่นิ่งเฉย แต่ได้ดิ้นรนปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ทั้งนี้ บทบาทของรัฐจะถูกประเมินว่าเอื้อหรือเกื้อหนุนต่อการปรับตัวของกลุ่มคนเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ได้หรือไม่อย่างไร</p> <p>6) ที่ผ่านมา กลุ่ม องค์กร นอกภาครัฐ เช่น องค์กรการกุศล สังคมสงเคราะห์ ภูมิภัย และภาคสังคม ภาคประชาชน มีบทบาทสำคัญการบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าจากโรคโควิด-19 ของกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งทำหน้าที่ที่เสี่ยงให้รัฐทราบถึงข้อบกพร่องในการจัดการโควิด-19</p>

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<p>ดังนั้น รัฐจึงควรถูกประเมินว่าได้ประสาน ร่วมมือ สนับสนุน กับกลุ่มเหล่านี้อย่างไรในการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการศึกษา : <ol style="list-style-type: none"> 1) ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาข้อมูลจากเอกสารของกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง 3) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (การประเมินเชิงคุณภาพ) ประกอบด้วย การสังเกตการณ์โดยตรง (Direct Observation) และการสัมภาษณ์ เจาะลึกหรือปลายเปิด (In depth or Opened Interviews) (เน้นข้อมูลเสียง (voice) จากผู้ได้รับผลกระทบ + ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างในสนาม) 4) เก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารกรณีอื่นที่เกี่ยวข้องในช่วง 10 เดือนข้างหน้า 5) วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกาศคำสั่ง เอกสาร/รายงานที่หน่วยงานเกี่ยวข้องที่มีการรวบรวม/วิเคราะห์เอาไว้ รวมทั้งรายงานการประชุม ● กรณีศึกษาภาคสนาม ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเปราะบาง/คนจนเมือง (กทม. และปริมณฑล) - กลุ่มเปราะบาง/คนจน ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ - กลุ่มเปราะบาง/คนจน ในจังหวัดพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา - กลุ่มเปราะบาง/คนจน ในเมืองท่องเที่ยว (ภูเก็ต) (ดูรายละเอียดกลุ่ม/ชุมชน/พื้นที่ที่จะศึกษาภาคสนาม) ● การศึกษาในพื้นที่จะนำมาวิเคราะห์ประกอบกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งบางส่วนที่อื่นจะรวบรวมเพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลอยู่แล้ว เช่น <ul style="list-style-type: none"> ○ นโยบาย มาตรการรัฐในภาพรวม ในการรับมือกับ Covid-19

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<ul style="list-style-type: none"> ○ มาตรการในทางสาธารณสุขตั้งแต่การระบาดระลอกแรก (แนวระบบการกักตัว HQ / LQ / SQ, การตรวจหาผู้ติดเชื้อ การส่งตัว การรักษา, วัคซีน) ○ มาตรการทางด้านความมั่นคง/การควบคุมโรคในระลอกต่างๆ เช่น มาตรการล็อกดาวน์ เคอร์ฟิวส์ การปิดสถานที่ ○ มาตรการทางเศรษฐกิจ (เช่น มาตรการเยียวยาต่างๆ) ○ ระบบการบริหาร/การใช้อำนาจของรัฐ เช่น การให้อำนาจกับผู้ว่าราชการจังหวัด การ (ไม่) ส่งเสริมบทบาท อำนาจ และงบประมาณ ของ อปท. การให้บทบาทฝ่ายความมั่นคง (ทั้งในพื้นที่ชายแดนและในพื้นที่อื่นๆ) ● วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกาศคำสั่ง เอกสาร/รายงานที่หน่วยงานเกี่ยวข้องที่มีการรวบรวม/วิเคราะห์เอาไว้ รวมทั้งรายงานการประชุม
<p>2. ศึกษาบทบาทขององค์กรและกองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ต่อการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ที่ครอบคลุมการระบาดของโรค Covid-19 ที่ผ่านมาของไทยในอย่างน้อย 3 ระลอก หรือ 2 ปี</p> <p>2.1 <u>งานวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของภาครัฐและภาคเอกชนของไทย และเปรียบเทียบงานวิจัยที่เด่นของประเทศอื่น</u></p>	<p>2.1.1 ผลการทบทวนงานวิจัยที่มีผลโดดเด่นจากประเทศต่างๆ รวมถึงระบบสนับสนุนงานวิจัยของประเทศเหล่านั้น (ในกรณีที่สามารถหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้) รวมทั้งผลเชิงนโยบายที่ปรากฏชัดว่ามีความสัมพันธ์กับ</p>	<p>การเปรียบเทียบงานวิจัยที่เกิดขึ้นเพื่อรับมือโควิด-19 ในไทยและต่างประเทศ รวมถึง highlight ความสำเร็จ/ล้มเหลวของการผลักดันให้นำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ในส่วนของต่างประเทศจะใช้วิธีทบทวนและ highlight งานวิจัยที่มีผลโดดเด่นจากประเทศต่างๆ รวมถึงระบบสนับสนุนงานวิจัยของประเทศเหล่านั้น (ในกรณีที่สามารถหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้) รวมทั้ง

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
	<p>งานวิจัยเหล่านั้น (เช่นแนวทางในการควบคุมการระบาดหรือการรักษาในประเทศเหล่านั้น รวมทั้ง ในกรณีที่ผู้บริหารปฏิเสธที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ (ถ้ามี))</p> <p>2.1.2 ทบทวนงานวิจัยที่มีผลโดดเด่นของไทย ทั้งจากข่าว และจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และเชื่อมโยงกับการสนับสนุนของกองทุน ววน.</p>	<p>ผลเชิงนโยบายที่ปรากฏชัดว่ามีความสัมพันธ์กับงานวิจัยเหล่านั้น (เช่นแนวทางในการควบคุมการระบาดหรือการรักษาในประเทศเหล่านั้น รวมทั้งในกรณีที่ผู้บริหารปฏิเสธที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ --ถ้ามี)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ในแต่ละกรณีก็จะเทียบกับประเทศไทยด้วย ไม่ว่าจะในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนจากความสำเร็จ และช่องว่างแห่งการปรับปรุง • การประเมินผลจะให้ความสำคัญกับศักยภาพพื้นฐานของระบบ ววน. ของประเทศด้วย โดยจะ highlight โครงการที่โดดเด่นต่างๆ ซึ่งน่าจะ confirm สมมติฐานว่าโครงการที่สามารถทำออกมาใช้การได้อย่างรวดเร็วจะมีเป็นโครงการที่มี (หรือมีการพัฒนา) ศักยภาพพื้นฐานขึ้นมาอยู่แล้ว⁵³ เช่น การถอดรหัสพันธุกรรมสายพันธุ์ของเชื้อ • ในกรณีที่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเห็นว่าสำคัญ แต่อาจขาดงานวิจัย ก็อาจขอ expert opinion ช่วย Identify gap เช่น งาน/โครงการ/โปรแกรมที่สำคัญที่หาคนทำไม่ได้ เพื่อที่ทาง ววน. อาจพิจารณาใช้กระบวนการเชิงรุกไปสร้างนักวิจัยในด้านเหล่านั้นต่อไป • ศึกษางานวิจัยวัคซีนเป็น case study ว่ามีพื้นฐานอะไรบ้าง ดำเนินการไปแค่ไหน ลุ่่วงไปในระดับที่สอดคล้องกับศักยภาพ หรือมีอุปสรรคอะไรบางอย่างที่ทำให้การพัฒนาวัคซีนทำได้ต่ำกว่าศักยภาพ

⁵³ ในทางกลับกัน ในส่วนที่ศักยภาพพื้นฐานไม่ค่อยพัฒนาไปมาก เมื่อมีกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน และอาจมีการสนับสนุนทุนวิจัย ก็มักจะมีการเสนอ product เดิมๆ เช่น ฟ้าทะลายโจร กระชายขาว ฯลฯ มาใช้กับโรคอุบัติใหม่มาโดยตลอด เช่น ตั้งแต่ในช่วงการระบาดของโรคซาร์สครั้งแรก (SARS-Cov-1) ไข้หวัด 2009 และโควิด-19 ในครั้งนี้ กรณีฟ้าทะลายโจรที่งานวิจัยดูก้าวหน้ากว่าสมุนไพรตัวอื่น ส่วนหนึ่งน่าจะได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยในต่างประเทศด้วย

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
<p>2.2 <u>กระบวนการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) และปรับตัวของหน่วยงานให้ทุนวิจัยและหน่วยงานวิจัยในการรับมือการระบาดของโรค Covid-19 ที่สอดคล้องศักยภาพและความจำเป็นของสถานการณ์</u></p>	<p>2.2.1 การตัดสินใจและการใช้อำนาจของคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) ในการปรับเปลี่ยนการจัดสรรจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.)</p> <p>2.2.2 กระบวนการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณของกองทุน ววน.</p> <p>2.2.3 กระบวนการจัดสรรจากกองทุน ววน. ไปสู่หน่วยงานให้ทุน (PMU) ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.3.4 กระบวนการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานให้ทุน (PMU) ไปสู่หน่วยงานวิจัยในระบบ ววน.</p>	<p>- วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกาศคำสั่ง เอกสาร/รายงานที่หน่วยงานเกี่ยวข้องที่มีการรวบรวม/วิเคราะห์เอาไว้ รวมทั้งรายงานการประชุม</p> <p>- สัมภาษณ์ กสว. และ/หรือ ผู้บริหาร สกสว. ที่มีบทบาทในการผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 (ตามความจำเป็น ซึ่งขึ้นกับกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงๆด้วย)</p> <p>- พิจารณาสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร PMU ที่มีบทบาทที่สำคัญในการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 เช่น สวรส. วช. ทั้งบทบาทในเชิงรับและเชิงรุก (เสาะหาหน่วยงานวิจัยมาทำโครงการวิจัยที่เห็นว่ามีสำคัญ/จำเป็น)</p> <p>- นอกจากการศึกษาในภาพรวมแล้ว จะสัมภาษณ์บางหน่วยวิจัย (อาจารย์ PMU) ถึงประสบการณ์การปรับตัว/ตอบสนอง (รวมทั้งการขอทุน) ของหน่วยงานต่างๆ ในการรับมือกับโควิด-19</p>
<p>2.3 <u>การจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมเพื่อรับมือในการระบาดของโรค Covid-19 และวิเคราะห์ผลการจัดสรรทุนของกองทุน ววน. ต่อการสร้างผลกระทบเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการรับมือการระบาดรวมถึงการระบาดในรอบใหม่</u></p>	<p>2.3.1 วิเคราะห์การจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) เพื่อรับมือในการระบาดของโรค Covid-19</p> <p>2.3.2 วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กับการออกมาตรการหรือนโยบายด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกาศคำสั่ง เอกสาร/รายงานที่หน่วยงานเกี่ยวข้องที่มีการรวบรวม/วิเคราะห์เอาไว้ รวมทั้งรายงานการประชุม ● จำแนกหน่วยงานวิจัยในประเทศไทย (ซึ่งแทบทั้งหมดอยู่ในข่ายที่กองทุน ววน. สนับสนุนได้) เป็นกลุ่ม เช่น <p>- กลุ่มที่ควรมีสักยภาพในการวิจัย/สังเคราะห์ภาพใหญ่เชิงนโยบาย ตั้งคำถามที่สำคัญ สังเคราะห์ความรู้ที่มี และเสนอทางออก และมาตรการรับมือในด้านต่างๆ</p> <p>- กลุ่มที่ควรมีสักยภาพในการติดตาม/ทำความเข้าใจสถานการณ์ในรายละเอียด/เชิงลึก หาข้อมูล/ทำวิจัยมาตอบโจทย์ที่สำคัญในขณะนั้น เช่น วิจัยภาพใหญ่ และเสนอทางออก มาตรการ นโยบาย สำหรับรัฐบาลและประชาชนในการรับมือกับการระบาด</p>

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
	<p>ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 และภายหลังจากสถานการณ์</p> <p>2.3.3 วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กับผลตอบรับหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 และภายหลังจากสถานการณ์</p> <p>2.3.4 วิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่มีต่อการปรับระบบในการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 และในการเตรียมการรับมือกับการระบาดในระลอกใหม่หรือโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ควรมีศักยภาพในการประดิษฐ์/ดัดแปลงเครื่องมือแพทย์ ผลิตวัคซีน/ยา/เวชภัณฑ์ เครื่อง/ชุดตรวจ/น้ำยาตรวจเชื้อ/ตรวจภูมิคุ้มกัน - กลุ่มที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการผลิตวัคซีนหรือยา/เวชภัณฑ์ หรือประดิษฐ์/ดัดแปลงเครื่องมือที่สำคัญ แต่ควรได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเหล่านี้เพื่อเพิ่มศักยภาพของประเทศในการรับมือกับสถานการณ์ในอนาคต 4 กลุ่มข้างต้นถือเป็นหน่วยงานที่ “ควร/สามารถมีส่วนร่วม” ไม่ว่าจะที่ผ่านมาจะเคยได้รับการสนับสนุนจาก ววน. หรือไม่ • ขอความร่วมมือ สกสว. และ วช. ในการเข้าถึงฐานข้อมูล NRIIS และการสนับสนุนการวิจัย ของ PMU ต่างๆ มาประมวลผลทางสถิติ เพื่อแสดงให้เห็นภาพกว้างๆ ของการสนับสนุนงานวิจัยที่กองทุน ววน. (รวมทั้ง PMU ต่างๆ) ได้สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และการรับมือกับภาวะวิกฤตต่างๆ ในช่วงของการประเมินผล - พิจารณาใช้สัดส่วนการจัดสรรงบวิจัยตามกลุ่มงานวิจัยในที่แบ่งไว้ข้างบนเพื่อสะท้อนภาพรวมของการจัดสรรงบ ววน. - ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูล NRIIS และข้อมูลการสนับสนุนการวิจัยของ PMU ต่างๆ อย่างเป็นระบบ การประเมิน/ประมวลผลข้อมูลจะเน้นที่ภาพรวมของโปรแกรม 17 จากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องของ สวสท. และ PMU ต่างๆ <p><u>ในส่วนของการวิเคราะห์ผลการจัดสรรทุนของกองทุน ววน. ต่อการสร้างผลกระทบเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการรับมือการระบาดรวมถึงการระบาดในรอบใหม่</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เอกสาร/รายงานที่เกี่ยวข้องที่มีการรวบรวมเอาไว้/รายงานการประชุม ที่มีการอ้างอิงถึงผลงานวิจัย • สัมภาษณ์หน่วยงานให้ทุน และขอข้อมูลการนำผลงานวิจัยไปใช้โครงการในระบบ ววน. ไปใช้ในการรับมือการระบาดของโรค Covid-19 แล้วนำมาวิเคราะห์/สังเคราะห์ต่อ

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<ul style="list-style-type: none"> • สรุปรูข้อมูลเบื้องต้นงานวิจัยกลุ่มต่างๆ ที่มีข้อบ่งชี้หรือหลักฐาน (อย่างน้อยหลักฐานแวดล้อม) ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติของวงผู้กำหนดนโยบาย รวมถึงผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และ/หรือ assess จาก expert opinion เนื่องจากการวัด causality ที่ rigorous ทำได้ยาก และไม่มีข้อมูล/วิธีวัดที่เพียงพอ/น่าเชื่อถือ) • สืบเนื่องจากการประเมินผลกระทบจากงานวิจัย มีความท้าทายเรื่องการวัด causality มาก การประเมินจะใช้วิธี highlight งานวิจัยกลุ่มต่างๆ ที่มีข้อบ่งชี้หรือหลักฐาน (อย่างน้อยหลักฐานแวดล้อม) ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติของสาธารณะ/วงผู้กำหนดนโยบาย <ul style="list-style-type: none"> - ตัวอย่างเช่น ผู้นำรัฐบาลเคยเชื่อนโยบาย “ยาแรง” มากในช่วงแรก แต่ในปัจจุบันหันมารับแนวคิดเรื่องผลกระทบที่รุนแรงต่อเศรษฐกิจของมาตรการ curfew/lockdown และหลีกเลี่ยงมาตรการเหล่านี้ ถึงแม้ว่าการตัดสินใจในบางช่วงระยะหลังอาจมีผลจากรัฐบาลพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ขบชดเชยเพิ่มเติมด้วย • ต้องชี้ด้วยว่ามีความเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากมาตรการ/งานวิจัย (รวมเปลี่ยนไปตามบริบท/สถานการณ์ด้วย เช่น คนตระหนกหรือซาชินกับข่าวการติดเชื้อมากขึ้น) • ผลต่องานวิจัยมาตรการ/นโยบาย นอกจากมีปัญหาในการวัด causality แล้ว ผลต่อมาตรการ/นโยบายยังขึ้นกับตัวแปร/ข้อจำกัดอื่นในขณะนั้นด้วย เช่น <ul style="list-style-type: none"> - การเสนอให้จองซื้อวัคซีนในไทยที่ผ่านมาทำได้ยากกว่าหลายประเทศเนื่องจากกฎระเบียบการเงินของราชการ (ถึงแม้ว่าในกรณีที่รัฐบาลให้ความสำคัญพอ รัฐบาลก็สามารถเลือกออก/ใช้ พรก.ฉุกเฉินกับหลายกรณี) - ข้อเสนอทำ travel bubble กับประเทศเสี่ยงต่ำก็เกิดยากในช่วงติดเชื้อในประเทศ=0 - ข้อเสนอให้เข้มงวดช่วงสงกรานต์นี้เริ่มได้รับการฟังมากขึ้นในช่วงใกล้สงกรานต์ แต่ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะรัฐบาลเริ่มเห็นตัวเลขการติดเชื้อในประเทศพุ่งขึ้น

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
		<ul style="list-style-type: none"> การวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ออกแบบให้นำเชื่อถือได้ยากมาก โดยเฉพาะถ้าจะโยงไปถึงการที่การจัดสรรทุนวิจัยไปมีผล “ยับยั้งการแพร่ระบาด” และ “ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในรอบใหม่” (และน่าจะไม่พอ/แคบไปด้วย เพราะควรไปถึงโรคอุบัติใหม่และอาจแตะเรื่องภัยพิบัติอื่นด้วย) -(tentative) อาจต้องหาคำตอบทางอ้อมโดยใช้วิธีวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ทางวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในหัวข้อต่อไป เช่น <ul style="list-style-type: none"> (ก) พิจารณาจุดเด่นจุดด้อยของระบบที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (ข) ทบทวนและแจกแจงประเด็นการวิจัยที่มีความสำคัญในการรับมือกับการระบาดฯ แต่ยังไม่เห็นหน่วยงานในระบบ ววน. รองรับ หรือมีการดำเนินการแต่ยังไม่เป็นระบบหรือคงเส้นคงวา (ถ้ามีช่องว่างที่สำคัญไม่มาก ก็แสดงว่าระบบมีผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนที่ดีพอสมควร แต่ถ้ามีช่องว่างที่สำคัญจำนวนมาก ก็จะบอกได้ว่ามีโอกาสมากที่ระบบอาจจะไม่ได้ให้ผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมที่ดีได้อย่างคงเส้นคงวา)

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
<p>3. <u>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทาง มาตรการป้องกัน และการแก้ปัญหาการระบาดของโรค</u> เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการแพร่ระบาดของใหม่ หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>	<p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทาง มาตรการป้องกัน และการแก้ปัญหาการระบาดของโรค เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการแพร่ระบาดของใหม่ หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>	<p>-สังเคราะห์จากผลการศึกษาในข้อ 1 (ทั้งของไทยและต่างประเทศ)</p> <p>- เจาะจงศึกษาเปรียบเทียบองค์กร และกระบวนการ ที่ประเทศต่างๆ (เช่น ไต้หวัน) ตั้งขึ้นมาทั้งก่อนและหลัง Covid -19 (เช่น ปรับหรือมีกระบวนการที่ PMU ต่างๆ จะ kick in เข้าสู่ emergency mode ที่อาจเปลี่ยนกลไกกำกับดูแลแบบคณะกรรมการที่นานๆ ครั้งมาประชุมกัน มาเป็นองค์กรกำกับดูแลที่กรรมการส่วนหนึ่งกลายเป็นกรรมการประจำที่ทำงานประจำควบคู่ไปกับฝ่ายบริหารขององค์กรด้วย</p> <p>- สัมภาษณ์เชิงลึก และ/หรือ ประชุมระดมความเห็นในรูปแบบต่างๆ เช่น Focus group ไปจนถึงสัมมนาใหญ่ (แต่คาดว่าจะจะเป็นกลุ่มย่อยหรือออนไลน์เป็นหลัก)</p>

วัตถุประสงค์	ผลผลิต (tentative)	แนวคิดและวิธีศึกษาโดยสังเขป
<p>4. ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากการแพร่ระบาดรอบใหม่ และโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>	<p>4.1 เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากการระบาดของโรค Covid-19 ในรอบใหม่</p> <p>4.2 เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p> <p>4.3 เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากภัยพิบัติจากธรรมชาติอื่นๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง</p>	<p>-สังเคราะห์จากผลการศึกษาในข้อ 1 และ 2 (ทั้งของไทยและต่างประเทศ)</p> <p>- สัมภาษณ์เชิงลึก และ/หรือ ประชุมระดมความเห็นในรูปแบบต่างๆ เช่น Focus group ไปจนถึงสัมมนาใหญ่ (แต่คาดว่าจะจะเป็นกลุ่มย่อยหรือออนไลน์มากกว่า)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระดมความเห็น expert เพื่อ identify งาน/สิ่งสำคัญที่ไทยยังขาดอยู่ แต่ไม่ค่อยมีคน/องค์กรสนใจเสนอขอทุน <p>-ทำแผนการสนับสนุนการวิจัยและองค์กรที่รับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในภาพใหญ่และระยะยาว เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สนับสนุนให้จัดตั้งโครงการระยะยาว (research program) ที่เสนอแผนงานวิจัยที่ชัดเจน และกองทุน ววน. มี commitment ในการให้ทุน program ที่ qualify ในระยะยาว) ● สนับสนุนให้จัดตั้งองค์กรที่เตรียมรับมือกับโรค/ภัยใหม่ในระยะยาว ที่เสนอแผนงานที่ชัดเจน และกองทุน ววน. มี commitment ในการให้ทุนในระยะยาวกับองค์กรที่ทำได้ตามแผน)

6. แผนการดำเนินงาน (Action Plan)

6.1 การนำเสนอและผลงานที่จะส่งมอบ

ระยะเวลาการดำเนินการ 12 เดือน โดยมีผลงานที่ต้องส่งมอบ และการนำเสนอคือ

- 1) นำเสนอ Inception Report ซึ่งครอบคลุมกรอบ/แนวคิดในการประเมินผล (และการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเบื้องต้นในบางเรื่อง) ต่อคณะกรรมการประเมินผลในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564
- 2) นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นต่อคณะกรรมการประเมินผลในวันที่ 26 ตุลาคม 2564 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 และ 2 และมีข้อเสนอแนะเบื้องต้นตามวัตถุประสงค์ ข้อ 3 และ 4
- 3) ส่งรายงานความก้าวหน้า (Progress report) ภายใน 8 เดือน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 และ 2 ที่รวมข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินผลแล้ว
- 4) ส่งร่างรายงานฉบับสมบูรณ์ (Draft of final report) ภายใน 11 เดือน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ทั้งหมด
- 5) รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final report) ภายใน 12 เดือน ซึ่งเป็นการนำร่างรายงานฉบับสมบูรณ์ที่ปรับปรุงตามความเห็นของคณะกรรมการตรวจรับหรือที่ปรึกษาของคณะกรรมการประเมินผล

6.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ประเทศไทยมีความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการใช้นโยบายและมาตรการในรับมือกับปัญหาการระบาดที่มีขนาดใหญ่และลุกลามไปทั่วโลกและในกรณีของไทย ซึ่งครอบคลุมทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ทั้งในระดับประเทศในภาพรวมและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ในการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ในระลอกต่างๆ ที่ผ่านมา
- 2) คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้รับทราบแนวทางและบทเรียนทั้งในด้านนโยบายและด้านการปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการจัดสรรงบจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากโรคอุบัติใหม่หรือภัยพิบัติหรืออื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- 3) เพิ่มโอกาสที่ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการป้องกันและแก้ปัญหา/สถานการณ์ฉุกเฉินจากการระบาดของโรค Covid-19 รอบใหม่ โรคอุบัติใหม่อื่นๆ และภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

7. แผนการดำเนินงานโครงการ

คำชี้แจง กิจกรรมการประเมินผลตามหัวข้อวิจัยที่กำหนดในโครงสร้างการวิจัยในกรอบที่ 1 (ในหัวข้อ 5.1)

ระยะเวลา โดยประมาณ	กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
กลาง มิ.ย. - ต้น ก.ค. 64	1. เตรียม Inception Report ซึ่งครอบคลุมกรอบ/แนวคิดในการประเมินและผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเบื้องต้น	Inception Report ที่จะนำเสนอต่อ คณะกรรมการ ประเมินผลในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564
กลาง ก.ค. 64 – กลาง ก.พ. 65	2. ติดตามสถานการณ์/ภาวะการระบาด และนโยบาย/มาตรการรับมือกับโรค Covid-19 ของประเทศต่างๆ และของไทย ¹ 3. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 4. วัตถุประสงค์ ผลผลิต กรอบแนวคิด และขอบเขตของการประเมินผล 5. ระเบียบวิธีวิจัย กรอบโครงสร้างของงานวิจัย และแผนการดำเนินงาน (Action Plan) 6. การประเมินผลการรับมือและแก้ปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ของไทย 7. การติดตามสถานการณ์และการประเมินผลในต่างประเทศ 8. เปรียบเทียบปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนจากความสำเร็จ ล้มเหลว และช่องว่างที่ควรปรับปรุง ของไทยกับต่างประเทศในช่วงต่างๆ 9. งานวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ของภาครัฐและภาคเอกชนของไทย และประเทศอื่น 10. กระบวนการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และการปรับตัวของหน่วยงานให้ทุนวิจัยและหน่วยงานวิจัย 11. การจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) เพื่อรับมือในการระบาดของโรค Covid-19 และวิเคราะห์ผลการจัดสรรทุนของกองทุน ววน.	นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นในวันที่ 22 ตุลาคม 2564 ส่งรายงาน ความก้าวหน้าภายใน 14 ก.พ. 65

<p>กลาง ก.พ. 65 – ต้น พ.ค. 65</p>	<p>12. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาการระบาดของโรค Covid-19 ในรอบใหม่</p> <p>13. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต</p> <p>14. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากภัยพิบัติจากธรรมชาติ</p> <p>15. เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากการระบาดของโรค Covid-19 ในรอบใหม่</p> <p>16. เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต</p> <p>17. เสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุนวิจัยจากกองทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอันเกิดจากภัยพิบัติจากธรรมชาติอื่นๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง</p> <p>18. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา</p>	<p>ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์ที่นำเสนอในเดือนที่ 11</p>
<p>กลาง พ.ค. - กลาง มิ.ย. 65</p>	<p>19. นำเสนอผลการศึกษา/ปรับแก้รายงานฉบับสมบูรณ์</p>	<p>รายงานฉบับสมบูรณ์ภายใน 12 เดือน</p>

หมายเหตุ

- 1) การติดตามภาวะการระบาดจะดำเนินการตลอดช่วงโครงการ เพื่อนำสิ่งที่เกิดขึ้น/ข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมในช่วงที่ดำเนินโครงการมาใช้ในการประเมินผลและถอดบทเรียน
- 2) กิจกรรมการประเมินผลอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3) การดำเนินกิจกรรมการศึกษาในทุกขั้นตอนอาจจะต้องดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ หรือผสมผสานกับออนไลน์ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19

ส่วนที่ 3

ประเมินผลการรับมือ Covid-19 ของไทย และกรณีศึกษาต่างประเทศ

- สถานการณ์และการรับมือ Covid-19 ของไทย ตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน
- กรณีศึกษาสถานการณ์และการรับมือ Covid-19 ในต่างประเทศ
- กรณีศึกษารายนโยบาย/มาตรการสำคัญ
- การสรุปบทเรียนในการรับมือ Covid-19 ของไทยและต่างประเทศ

ส่วนที่ 3

ประเมินผลการรับมือ Covid-19 ของไทย และกรณีศึกษาต่างประเทศ

ในส่วนนี้เป็นการประมวลสถานการณ์และการรับมือกับการระบาดของ COVID-19 ทั้งลำดับเหตุการณ์การระบาดในแต่ละโลก การดำเนินนโยบายและมาตรการทั้งด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยและประเทศอื่นที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา หลังจากนั้น เป็นการศึกษานโยบายและมาตรการที่มีความสำคัญในการรับมือกับการระบาด เช่น นโยบายด้านวัคซีน และมาตรการด้านการจำกัดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นมาตรการที่ดำเนินการในประเทศส่วนใหญ่ รวมทั้งบางมาตรการที่มีการดำเนินการในไทยและบางประเทศ เช่น การปรับนิยามในการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิตและผู้ป่วย ซึ่งได้เปรียบเทียบกรณีที่มีการดำเนินการที่คล้ายคลึงเอาไว้ด้วย และได้สรุปบทเรียนไว้ในหัวข้อท้ายสุดของส่วนนี้

8. สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทย ตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน

8.1 สถานการณ์การระบาดและการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านการแพทย์และ

สาธารณสุข

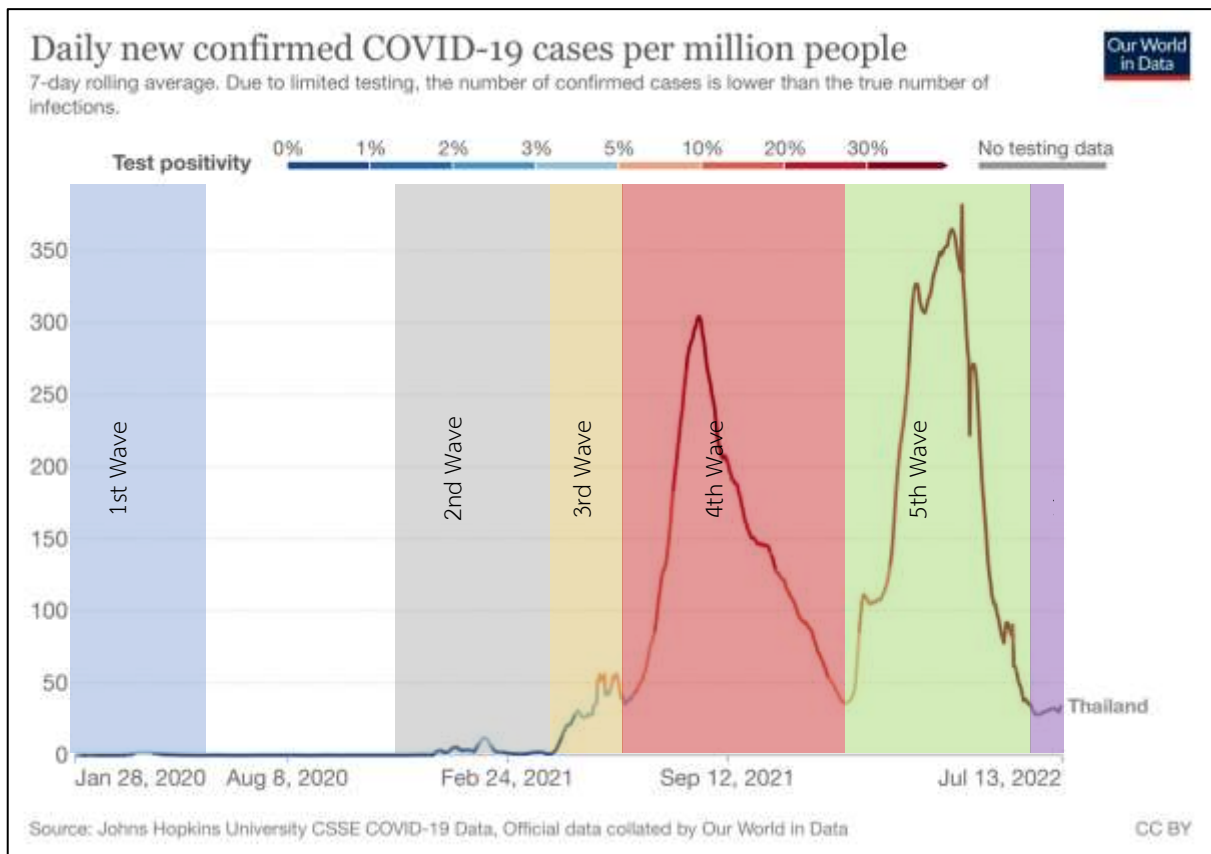
เมื่อปลายปี 2562 (2019) ได้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศจีน แล้วต่อมาได้ขยายไปสู่ประเทศไทยและประเทศอื่นๆ มากกว่า 200 ประเทศเกือบทั้งโลกตั้งแต่ปี 2563 มาเป็นเวลาสองปีครึ่งแล้ว ณ 13 กรกฎาคม 2565 มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมมากถึง 560 ล้านคน (หรือประมาณร้อยละ 7.07 ของประชากรของโลก) โดยเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 3 เท่าตัวของช่วงเวลาเดียวกันในปีก่อนหน้า (มิถุนายน 2564) หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 217

ก่อนสิ้นปี 2563 หลังจากการระบาดผ่านไปหนึ่งปีเต็ม หลายประเทศมีความหวังว่าการระดมฉีดวัคซีนอย่างขนานใหญ่ตั้งแต่ปลายปี 2563 เป็นต้นมา จะเป็นทางออกของปัญหานี้ และจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ก็มีแนวโน้มลดลงมาถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2564 แต่หลังจากนั้นก็กลับเพิ่มจำนวนมากขึ้นในประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็วแทบจะทั่วโลกจนถึงปลายเดือนเมษายน 2564 พร้อมๆ กับมีข่าวการแพร่ระบาดของเชื้อที่กลายพันธุ์จากอังกฤษ (สายพันธุ์อัลฟา) ไปหลายทวีป (รวมทั้งกัมพูชาและประเทศไทย) และการติดต่อวัคซีนมากขึ้นของเชื้อกลายพันธุ์หลายสายพันธุ์ในแอฟริกาใต้ (เบตา) บราซิล (แกมมา) และอินเดีย (เดลตา) ซึ่งต่อมาสายพันธุ์เดลตากลายเป็นสายพันธุ์หลักที่ระบาดในหลายประเทศ รวมทั้งมีส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 100% ในประเทศไทยจนถึงช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน 2564 ก่อนที่สายพันธุ์โอมิครอนเริ่มเข้ามาแทนที่อย่างรวดเร็วและกลายเป็นสายพันธุ์หลักที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อใหม่ทั้งหมดในปัจจุบัน

ในช่วงที่เชื้อโควิดสายพันธุ์โอมิครอนเริ่มขยายตัวในประเทศต่างๆ ตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2564 จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกก็เพิ่มขึ้นเป็น 6.25 ล้านคน ถึงแม้จะมีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงเหลือร้อยละ 1.21 (จากที่เคยอยู่ประมาณร้อยละ 4 ในระยะแรกและประมาณร้อยละ 2 ในปี 2564 ที่ผ่านมา) ซึ่งทำให้คนจำนวนไม่น้อยเริ่มมองภาพในแง่ดีว่าเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนจะช่วยนำไปสู่จุดจบของการเป็นโรคระบาดที่

รุนแรง แต่ความสามารถในการแพร่ระบาดและกลายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วของเชื้อสายพันธุ์นี้ ซึ่งทำให้หลายประเทศรวมทั้งไทยกลับมาเข้าสู่ระลอกใหม่ของการระบาดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่าทุกระลอกที่ผ่านมา ก็ยังย้ำเตือนว่าทั้งโลกและประเทศไทยยังมีความเสี่ยงที่อาจจะประสบกับการระบาดที่ยังรุนแรงและก่อความเสียหายได้มากไม่น้อยกว่าในช่วงสองปีที่ผ่านมา รวมไปถึงจากการระบาดของไวรัส COVID-19 กลายพันธุ์สายพันธุ์สายพันธุ์ย่อยของโอมิครอน และอาจมีสายพันธุ์อื่นๆ อีกในอนาคต

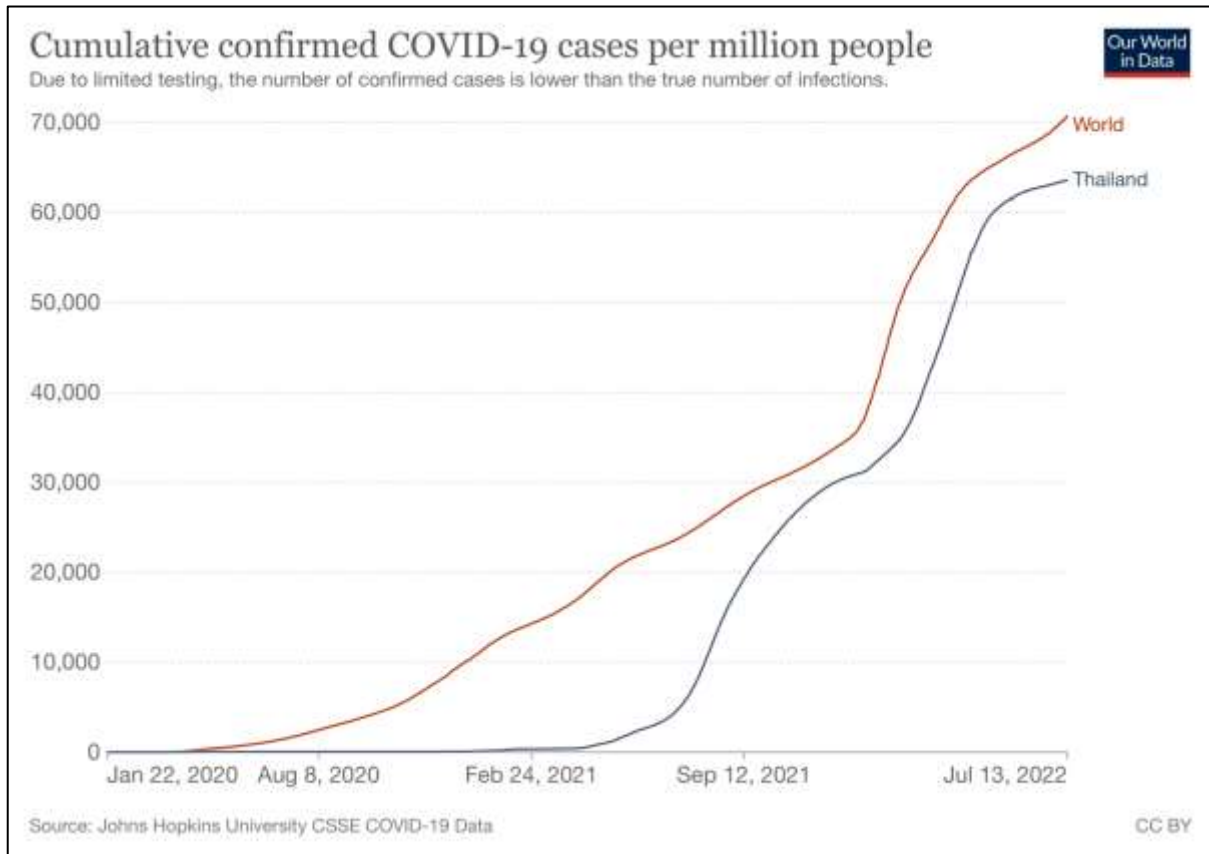
รูปที่ 17 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ที่ตรวจพบในเฉลี่ยย้อนหลัง 7 วัน ระหว่าง 28 มกราคม 2563 – 13 กรกฎาคม 2565



หมายเหตุ: ยอดติดเชื้อ 9,635 คนเมื่อ 17 พ.ค. 2564 ส่วนหนึ่งเป็นยอดที่เพิ่งตรวจพบในเรือนจำหลายแห่ง ซึ่งตัวเลขผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่น่าจะเป็นการติดเชื้อสะสมมาตั้งแต่ก่อนวันนั้น

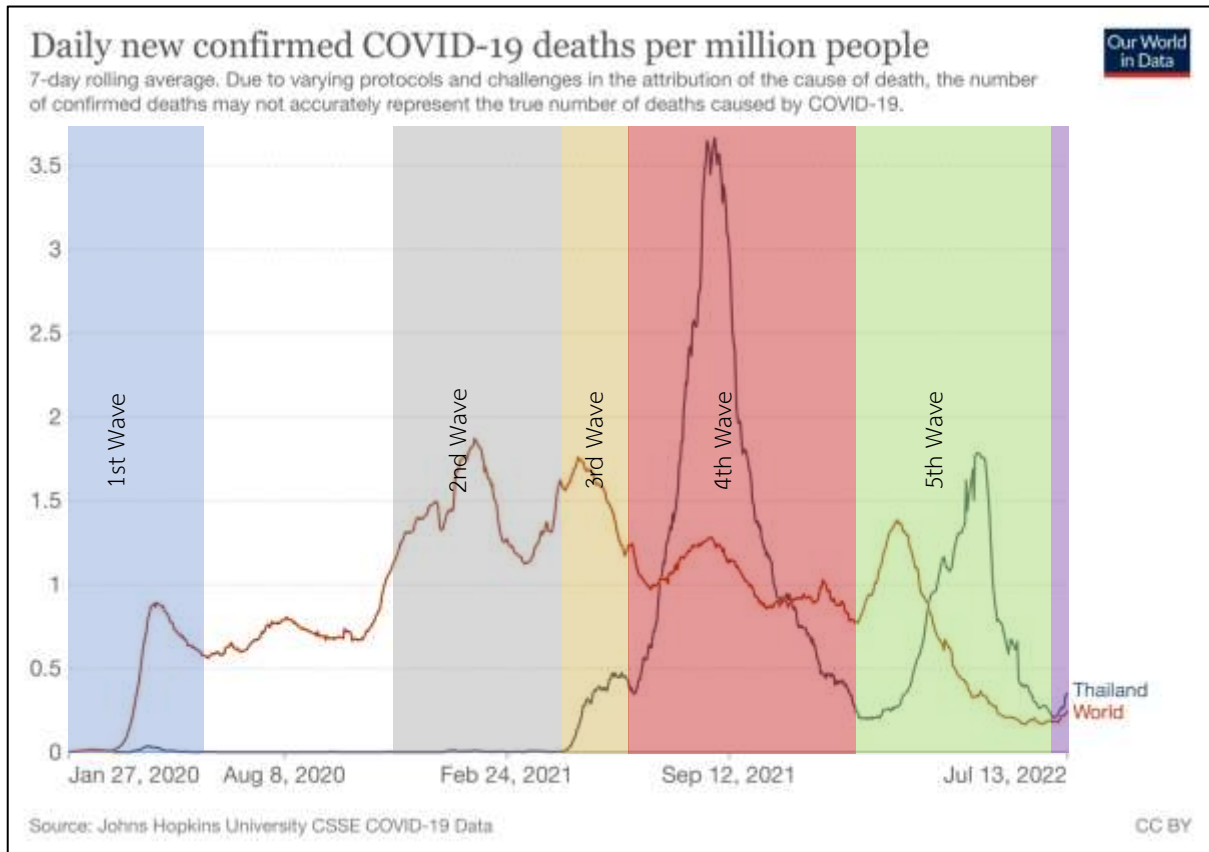
ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=true&country=~THA>

รูปที่ 18 อัตราการติดเชื้อสะสมระหว่างระหว่าง 22 มกราคม 2563 – 13 กรกฎาคม 2565



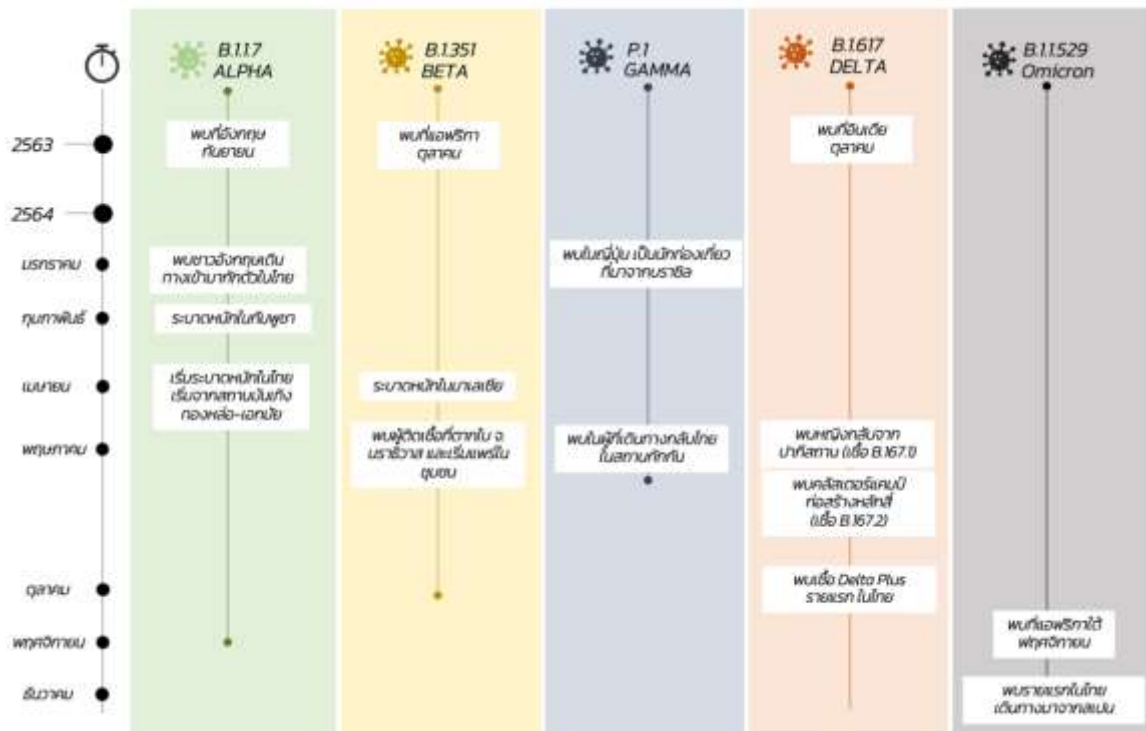
ที่มา: Our World in Data (2022), from https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+cases&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=THA~OWID_WRL

รูปที่ 19 การเสียชีวิตสะสมระหว่างระหว่าง 27 มกราคม 2563 – 30 พฤษภาคม 2565



ที่มา: Our World in Data: https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=THA~OWID_WRL

รูปที่ 20 Timeline การแพร่ระบาดของเชื้อแต่ละสายพันธุ์



ที่มา: จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

ก. การระบาดในระลอกแรก (13 มกราคม - 26 พฤษภาคม 2563) และช่วงปลอดเชื้อ 101 วัน (26 พฤษภาคม - 3 กันยายน 2563)

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 นอกจีนเป็นรายแรกเมื่อ 13 มกราคม 2563 หลังจากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมที่ตรวจยืนยันแล้วก็ค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็น 75 คน ในเวลา 2 เดือน (13 มกราคม - 12 มีนาคม เฉลี่ยประมาณวันละ 1.25 คน) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหรือติดมาจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ แต่หลังจากนั้นก็เริ่มเพิ่มในอัตราที่เพิ่มขึ้น⁵⁴อย่างรวดเร็วเป็นสองเท่าตัวในทุก 2-4 วัน (รวมเป็น 8 เท่าตัวใน 8 วัน ในระหว่าง 14-22 มีนาคม 2563) เนื่องจากมีการติดเชื้อจากคนไทยในประเทศ ในกลุ่มก้อน (cluster) ต่างๆ มากขึ้น (โดยเฉพาะกลุ่มก้อนใหญ่จากสนามมวย) และหลังจากที่รัฐบาลได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาและหันมาใช้มาตรการปิดสถานประกอบการ สถานบันเทิง กีฬา สถานศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ จำนวนมากเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 ก็ทำให้เกิดการเดินทางของผู้ที่ได้รับผลกระทบจำนวนมาก—รวมถึงผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ทราบหรือยังไม่ได้เข้ารับการรักษานานหนึ่ง—แพร่กระจายออกไปในจังหวัดต่างๆ ระหว่างวันที่ 17-22 มีนาคม 2563 ซึ่งมีผู้คนไปแออัดกันที่สถานีขนส่งและในรถโดยสารจำนวนมาก หลังจากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในต่างจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2563 ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในต่างจังหวัดเริ่มสูงขึ้นกว่าในกรุงเทพมหานคร ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรวมเพิ่มขึ้นถึงสิบเท่าตัวในช่วงระยะเวลาเพียงครึ่งเดือน (จาก 177 คนเมื่อ 17 มีนาคม เป็น 1,771 คน เมื่อ 1

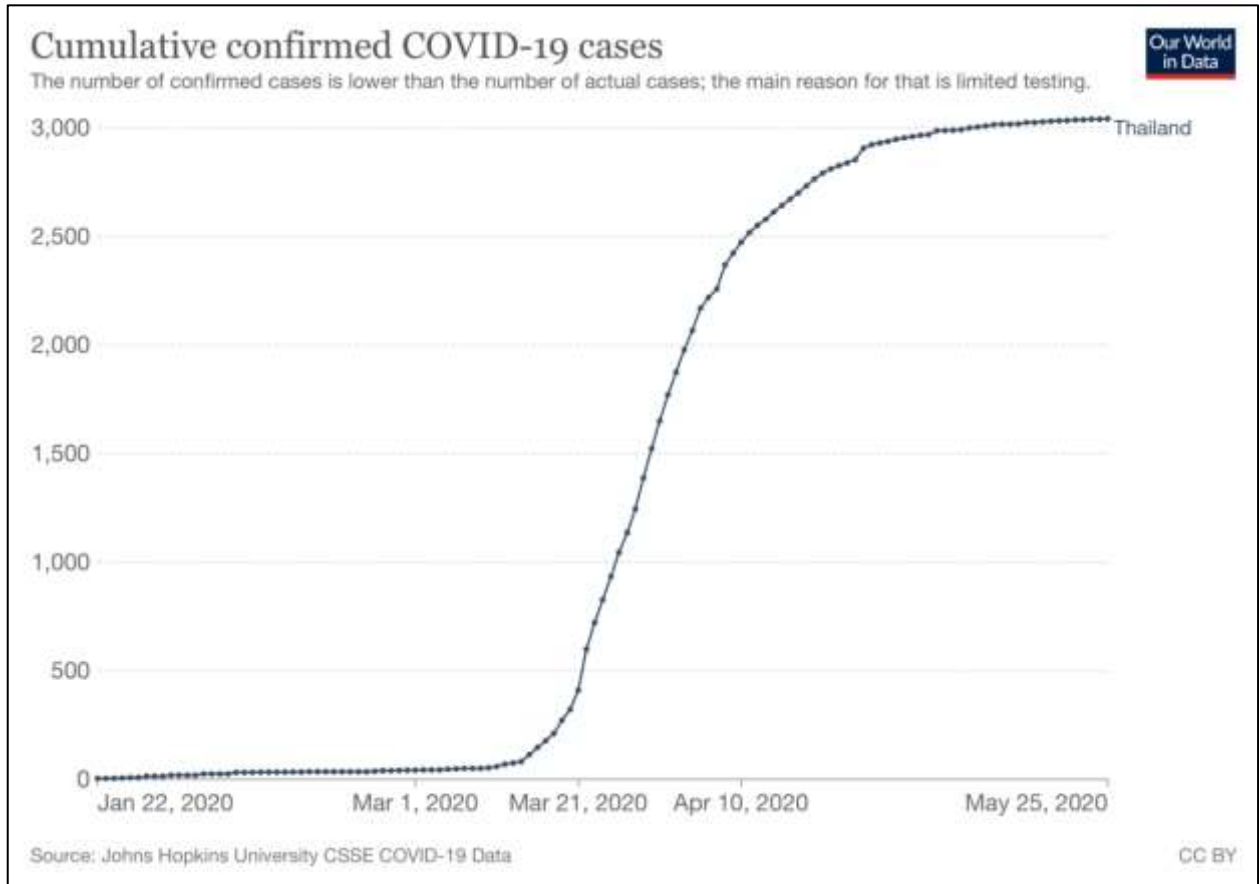
⁵⁴ แบบยกกำลัง (หรือ exponential)

เมษายน 2563) จังหวัดต่างๆ จึงประกาศใช้มาตรการปิดเมือง (lockdown) และห้ามออกจากบ้าน (curfew) จนขยายไปเป็นการปิดเมืองทั่วประเทศตั้งแต่ช่วงก่อนสงกรานต์ไปจนถึงต้นเดือนพฤษภาคม 2563 และมีการยกเลิกกิจกรรมในช่วงสงกรานต์ทั้งหมดด้วย

ในช่วงที่มีการปิดเมืองในเดือนเมษายน 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มเพิ่มช้าลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ช่วงก่อนวันสงกรานต์กล่าวคือเพิ่มขึ้นเพียง 403 คนในช่วง 18 วันหลังของเดือนเมษายน (จาก 2,551 คนเมื่อ 12 เมษายน เป็น 2,954 คนเมื่อ 30 เมษายน 63) หลังจากนั้นการระบาดก็ยังชะลอลงตลอดช่วงเดือนพฤษภาคม จนจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ภายในประเทศลดลงเหลือ 0 เมื่อ 26 พฤษภาคม 2563 และยังคงเป็น 0 ติดต่อกันเป็นเวลาถึง 101 วัน ถือว่าเป็นการจบลงของการระบาดระลอกแรกของไทยซึ่งกินเวลา 4 เดือนเศษ (เมื่อรวมถึงวันที่พบผู้ติดเชื้อคนสุดท้ายเมื่อ 25 พฤษภาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อภายในประเทศรวม 2,444 คน⁵⁵ และระหว่างนั้นมีผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบในสถานกักตัวรวม 598 คน รวมเป็นผู้ติดเชื้อทั้งหมด 3,042 คน เมื่อ 25 พฤษภาคม 2563 หลังจากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อรวมก็เพิ่มขึ้นเป็น 3,875 คนเมื่อก่อนเริ่มการระบาดระลอก 2 ในกลางเดือนพฤศจิกายน 2563)

⁵⁵ จำนวนที่รายงานนี้อาจต่ำกว่าจำนวนที่ตรวจพบจริงประมาณ 60 คน ที่ไม่ได้ update ข้อมูลเข้าระบบ

รูปที่ 21 ยอดสะสมผู้ติดเชื้อ โควิด-19 ของไทยในระลอกแรก ระหว่าง 22 มกราคม – 25 พฤษภาคม 2563*



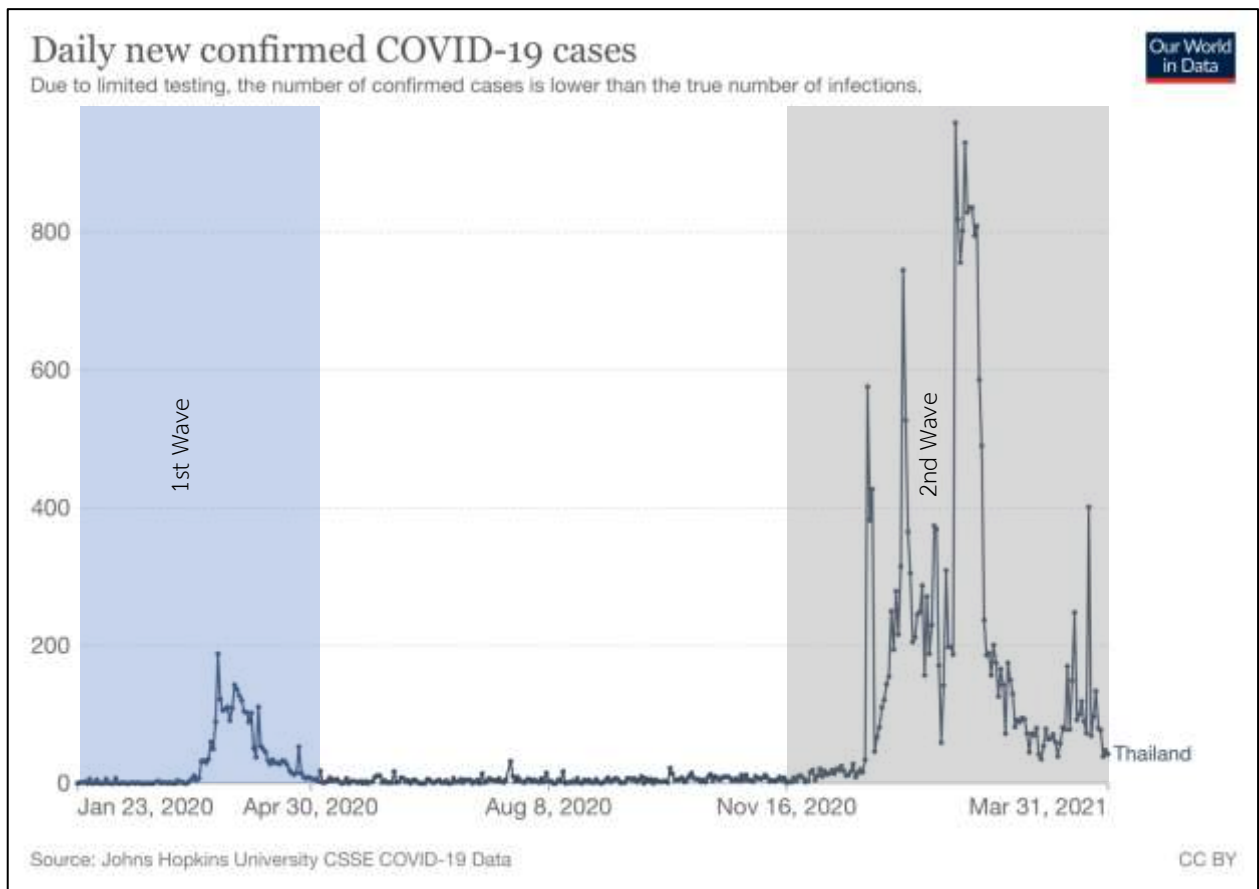
หมายเหตุ: *ไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อ 13 มกราคม 2563 และหลังจากที่การระบาดในระลอกแรกสงบลง ในระหว่างวันที่ 26 พฤษภาคม - 3 กันยายน 2563 ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศเพิ่มเลย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศที่ตรวจพบในช่วงดังกล่าวมีจำนวนคงที่ที่ 2,444 คน ที่เหลือ 598 คนเป็นการตรวจพบจากสถานกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ รวมเป็นผู้ติดเชื้อสะสมที่รายงานการตรวจพบในประเทศไทยถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 3,042 คน

ที่มา: Our World in Data (2020), from <https://bit.ly/3DHQhFL>

จำนวนผู้เสียชีวิตในระลอกแรกนี้ ก็เพิ่มขึ้นในแบบแผนเดียวกับผู้ติดเชื้อ กล่าวคือจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมเพิ่มจาก 1 คนเมื่อ วันที่ 1-23 มีนาคม เป็น 47 คนในวันที่ 17 เมษายน (ในชั่วเวลาเพียง 24 วัน) แล้วค่อยๆ เพิ่มอีกเพียง 11 คน เป็น 58 คนในวันที่ 2 มิถุนายน (ในอีก 45 วันต่อมา) คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.88 ในวันที่ 2 มิถุนายน 2563 และหลังจากนั้นก็ไม่มีผู้เสียชีวิตเพิ่มเลยในช่วง 108 วันถัดมา คือตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน-18 กันยายน 2563 ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 1.55 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2563

การที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกแรกที่ค่อนข้างต่ำ มีผู้เสียชีวิตไม่มาก และยังมีสถานการณ์ในช่วงต่อมาที่ไทยอยู่ในภาวะปลอดการติดเชื้อในประเทศ (มีจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ภายในประเทศเป็น 0) เป็นเวลานานถึง 101 วันติดต่อกัน⁵⁶ และมีผู้เสียชีวิตเป็น 0 ติดต่อกันเป็นช่วงยาวถึง 108 วัน ภาพที่ดูว่าประสบความสำเร็จในทั้งสองกรณี ก็ส่งผลทำให้ประเทศไทยได้รับความสนใจจากนานาชาติ—รวมทั้งมีความเชื่อในหมู่คนไทยจำนวนมาก—ว่าไทยเป็นประเทศที่มีความพร้อม ความสามารถ และประสบความสำเร็จในการรับมือและควบคุมโควิด-19 อยู่ในลำดับต้นๆ ของโลก

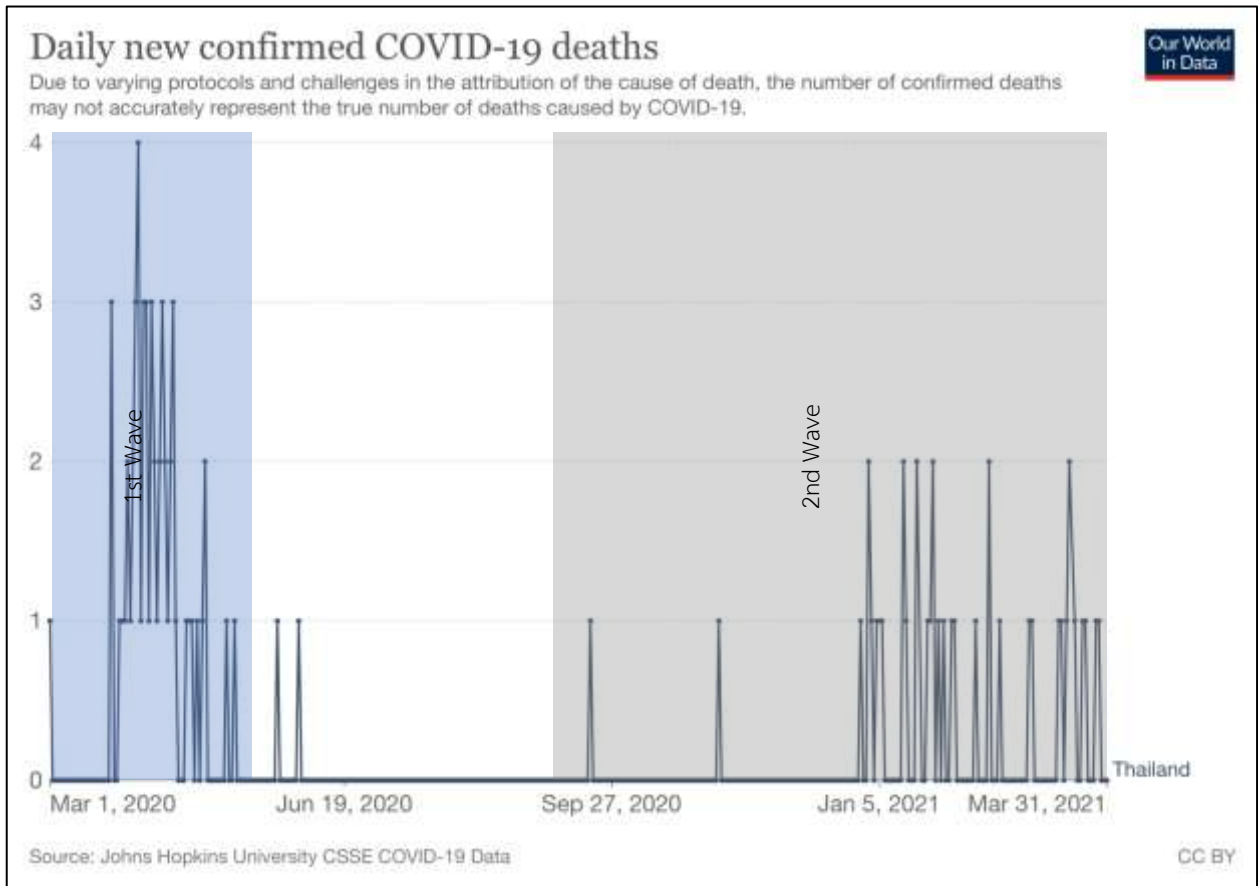
รูปที่ 22 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ในระลอกที่หนึ่งและระลอกที่สอง



ที่มา: Our World in Data (2021), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=earliest..2021-03-31&facet=none&uniform-YAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+cases&Interval=New+per+day&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

⁵⁶ ประเทศอื่นที่รักษาไว้ได้ มีตัวอย่าง เช่น นิวซีแลนด์ เวียดนาม และจีน

รูปที่ 23 จำนวนผู้เสียชีวิตรายใหม่ในระลอกที่หนึ่งและระลอกที่สอง



ที่มา: Our World in Data (2021), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=earliest..2021-03-31&facet=none&uniform-YAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+deaths&Interval=New+per+day&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

ข. การระบาดระลอกที่ 2 (สถานบันเทิงชายแดนและสมุทรสาคร 16 พฤศจิกายน 2563 – 31 มีนาคม 2564)

ในระหว่างวันที่ 4 กันยายนจนถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศไม่มาก อย่างไรก็ตาม ในช่วงนี้เริ่มพบกรณีผู้ติดเชื้อภายในประเทศที่สืบหาที่มาที่แน่ชัดไม่ได้หลายกรณี และต่อมาในช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน ก็เริ่มพบกลุ่มก้อน (cluster) การระบาดของคนไทยที่เดินทางไปทำงานบริการสถานบันเทิงที่ชายแดนในเขตประเทศเมียนมา ซึ่งนอกจากหลายรายจะติดเชื้อกลับมาแล้ว คนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งยังกลับมาทำงานหรือเล่นในบ่อนในประเทศไทย และอาจเป็นจุดเริ่มของการระบาดที่แพร่จากบ่อนและสถานบันเทิงต่างๆ ในภาคตะวันออกและกรุงเทพมหานครด้วย

แต่การระบาดใหญ่ที่ทำให้รัฐบาลประกาศเป็น “การระบาดระลอกใหม่” (แทนที่จะเรียกว่าระลอกสองเหมือนในประเทศอื่นๆ) ก็คือการพบการติดเชื้อของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสัญชาติเมียนมา ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาครเมื่อ 17 ธันวาคม 2563 และการตรวจเชื้อเชิงรุกที่นั่นในวันแรกและวันต่อมา

ในบางโรงงาน ก็พบการติดเชื้อในอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 40 ของแรงงานข้ามชาติ⁵⁷ ซึ่งรัฐบาลก็ได้ล๊อคดาวน์พื้นที่ตลาดและโรงงาน และพื้นที่พักอาศัยของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว รวมทั้งสร้างโรงพยาบาลสนามสำหรับรองรับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ในขณะเดียวกัน ก็มีคนไทย—ทั้งในสมุทรสาครและจังหวัดอื่นๆ—ที่มาซื้อขายที่ตลาดกุ้งและตลาดอื่นในสมุทรสาครติดเชื้อโควิด-19 แล้วกลับไปแพร่เชื้อจนเกิดเป็นกลุ่มก้อนระบาดใหม่ในจังหวัดเหล่านั้น และในบางกรณีก็ลามไปสู่จังหวัดอื่นๆ ด้วย และถึงแม้ว่าหลังจากที่พบการระบาดในแต่ละกลุ่มก้อนแล้ว จะสามารถควบคุมยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ลดลงได้ในทุกที่ แต่ตั้งแต่กลางเดือนธันวาคม 2563 ถึงสิ้นเดือนมีนาคม 2564 ก็พบกลุ่มก้อนการระบาดใหม่ๆ ในหลายพื้นที่ และหลายกรณีเป็นการพบเมื่อการระบาดน่าจะดำเนินมานานก่อนหน้านั้นแล้ว เช่น กลุ่มก้อนของการระบาดที่ตลาดบางแค ดังนั้น ถึงแม้ว่าตัวเลขผู้ติดเชื้อจะมีแนวโน้มลดลงในเดือนมีนาคม ข้อมูลดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าการระบาดในระลอกที่สองได้จบลงอย่างสมบูรณ์ในเดือนมีนาคม 2564 แล้ว⁵⁸

ถ้าเราแบ่งระลอกต่างๆ ของการระบาดตามที่กล่าวมาข้างต้น ก็จะสรุปได้ว่าการระบาดในระลอกที่สองที่นับจากกลางเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงสิ้นเดือนมีนาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบประมาณ 28,863 คน เป็นการติดเชื้อในสมุทรสาคร 17,283 คน และที่อื่นๆ 11,591 คน (เฉพาะส่วนหลังนี้ก็ตกประมาณ 3-4 เท่าของการติดเชื้อในระลอกแรก) โดยเชื้อหลักที่พบในระลอกนี้ตั้งแต่กลุ่มที่ข้ามมาจากเมียนมา (ท่าชีเหล็ก) ถึงกลุ่มก้อนสมุทรสาคร เป็นเชื้อสายพันธุ์ GH ซึ่งระบาดในอินเดียและเมียนมาตั้งแต่ก่อนหน้านั้น

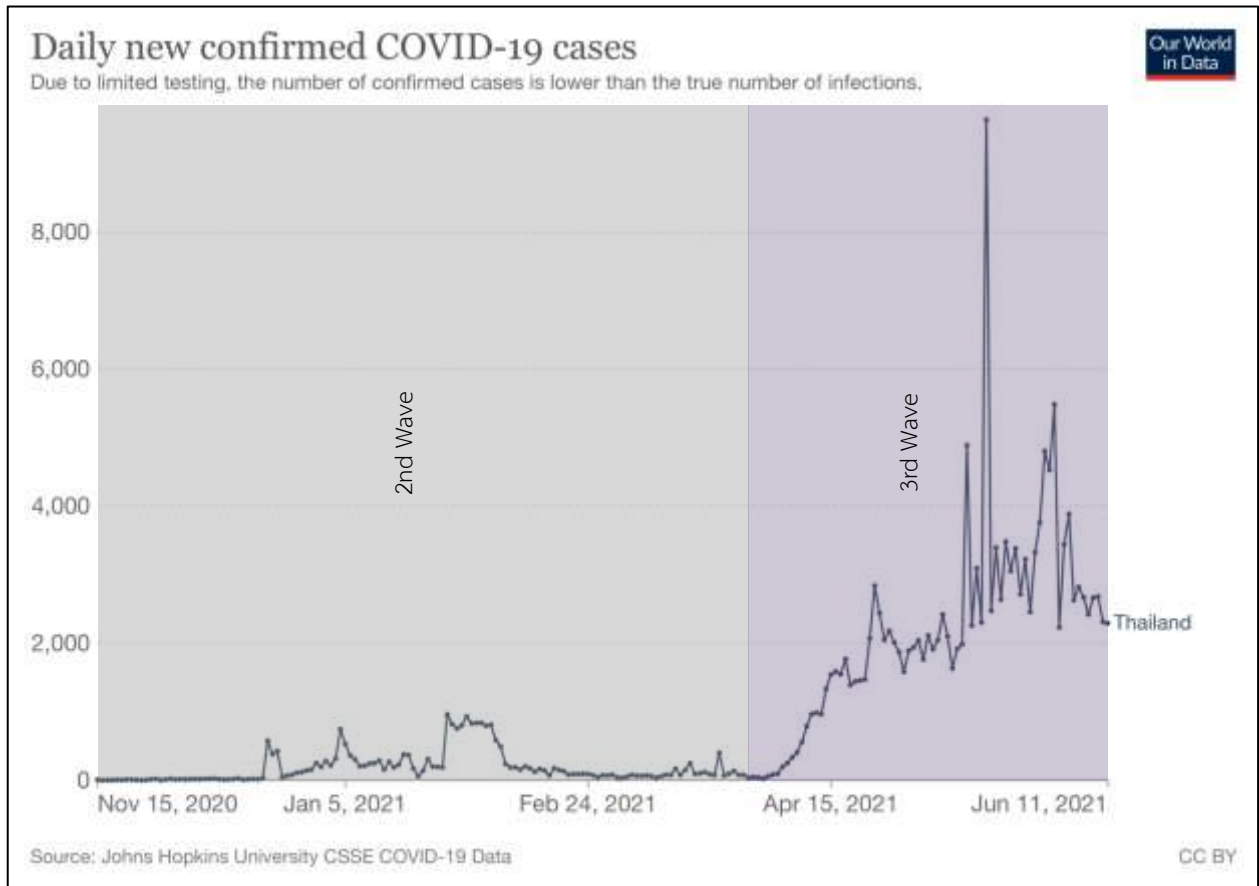
ทั้งนี้ จุดเริ่มของระลอกที่สองของคณะผู้วิจัยเริ่มที่ 16 พฤศจิกายน 2563 ซึ่งเร็วกว่า “ระลอกใหม่” ของ ศบค. ที่รายงาน “ระลอกใหม่” โดยเริ่มนับจากวันที่ 15 ธันวาคม 2563 (ก่อนวันเริ่มระดมตรวจเชิงรุกที่สมุทรสาครเพียง 2 วัน) ขณะที่ระลอก 2 ของคณะผู้วิจัยรวมกลุ่มก้อนการระบาดที่มาจากเมียนมาเป็นหลัก โดยเฉพาะกลุ่มก้อนท่าชีเหล็ก/โรงแรม 1G1 เอาไว้ด้วย อีกทั้งการระบาดในสมุทรสาครเองก็น่าจะมีจุดเริ่มมาจากการติดเชื้อจากเมียนมาและมาเริ่มระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติก่อนที่ตรวจพบนับเดือนด้วยเช่นกัน

อัตราการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในระลอกสอง (ตามกรอบเวลาของคณะผู้วิจัย) ต่ำกว่าในระลอกแรก (ที่มีผู้เสียชีวิต 60 คน) มาก คือมีผู้เสียชีวิตเพียง 34 คนระหว่าง 16 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.12 ของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 28,863 คนในช่วงเดียวกัน อัตรานี้ใกล้เคียงกับของสิงคโปร์ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ในกลุ่มก้อนแรงงานข้ามชาติ และแนวโน้มการเสียชีวิตที่ลดลงก็สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มลดลงมากทั่วทั้งโลกในช่วงดังกล่าวด้วย

⁵⁷ และต่อมาก็พบในหลายครอบครัวและนายจ้างของคณงานข้ามชาติที่สมุทรสาครในอัตราที่สูงด้วยเช่นกัน บ่งชี้ว่าการระบาดน่าจะเริ่มขึ้นมาเป็นเวลานานก่อนหน้านั้นแล้ว

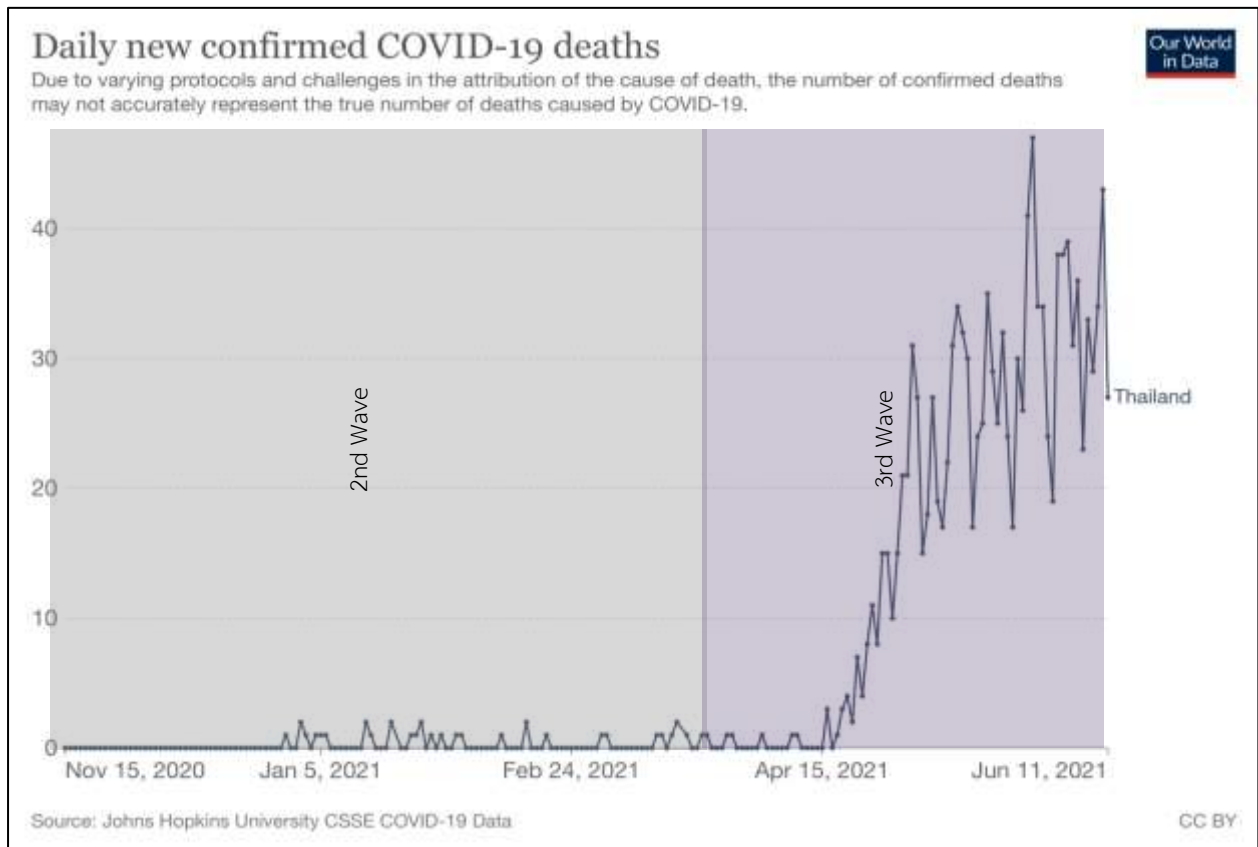
⁵⁸ ยอดผู้ติดเชื้อสะสมแสดงให้เห็นว่าในช่วงปลายมีนาคม ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นพอสมควร (เส้นกราฟไม่ขนานหรือเกือบขนานกับแกน x เหมือนกับช่วงที่จบระลอกที่ 1)

รูปที่ 24 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายใหม่ในระลอกที่สองและระลอกที่สาม



ที่มา: Our World in Data (2021), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-11-15..2021-06-11&facet=none&uniform-YAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+cases&Interval=New+per+day&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

รูปที่ 25 จำนวนผู้เสียชีวิตรายใหม่ในระลอกที่สองและระลอกที่สาม



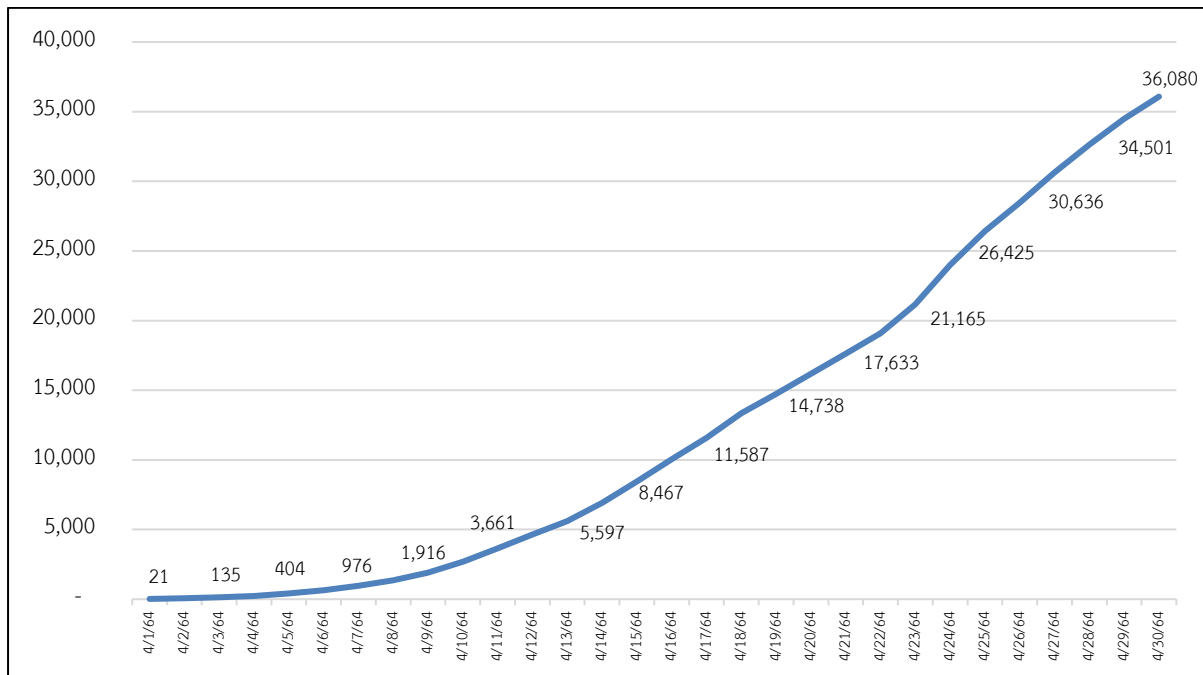
ที่มา: Our World in Data (2021), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-11-15..2021-06-11&facet=none&uniform-YAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+deaths&Interval=New+per+day&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

ค. การระบาดระลอกที่ 3 (เชื้อสายพันธุ์อัลฟา) (1 เมษายน – 11 มิถุนายน 2564)

ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2564 เป็นต้นมา ก็เริ่มพบกลุ่มก้อนใหม่ของการระบาดที่มีจุดเริ่มจากสถานบันเทิงที่ปทุมธานีและกรุงเทพมหานคร (ทองหล่อและเอกมัย) ซึ่งเป็นเชื้อสายพันธุ์อังกฤษกลายพันธุ์ B.1.1.7 (หรือสายพันธุ์อัลฟาตามชื่อเรียกในปัจจุบัน) ที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อง่ายขึ้น (ระบาดรวดเร็วขึ้น 1.7 เท่าของสายพันธุ์เดิม) และติดเชื้อง่ายสำหรับคนหนุ่มสาว ซึ่งข้อมูลที่มีอยู่บ่งชี้ว่าการระบาดจากกลุ่มก้อนเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การระบาดขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงเดือนเมษายน 2564 (ที่เห็นจากตัวเลขผู้ติดเชื้อใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และตัวเลขผู้ติดเชื้อภายในประเทศของเดือนเมษายน 2564) ทำให้เราสามารถสรุปได้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 3 อย่างเต็มตัวแล้วในเดือนเมษายน 2564⁵⁹

⁵⁹ ที่ผ่านมการระบาดระลอกที่ 3 อ้างถึงกลุ่มก้อนการระบาด (cluster) จากสถานบันเทิงที่เริ่มพบเมื่อ 22 มีนาคม 2564 ซึ่ง ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า เป็นสายพันธุ์ GRY หรือ B.1.1.7 จากอังกฤษ (สายพันธุ์อัลฟา) ซึ่งแม้ว่าในขณะนี้ยังไม่

รูปที่ 26 ยอดผู้ติดเชื้อสะสม (เฉพาะผู้ติดเชื้อในประเทศ) ในเดือนเมษายน 2564



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: ไม่รวมผู้ติดเชื้อ 210 คนที่พบในสถานกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศในช่วงเดียวกัน

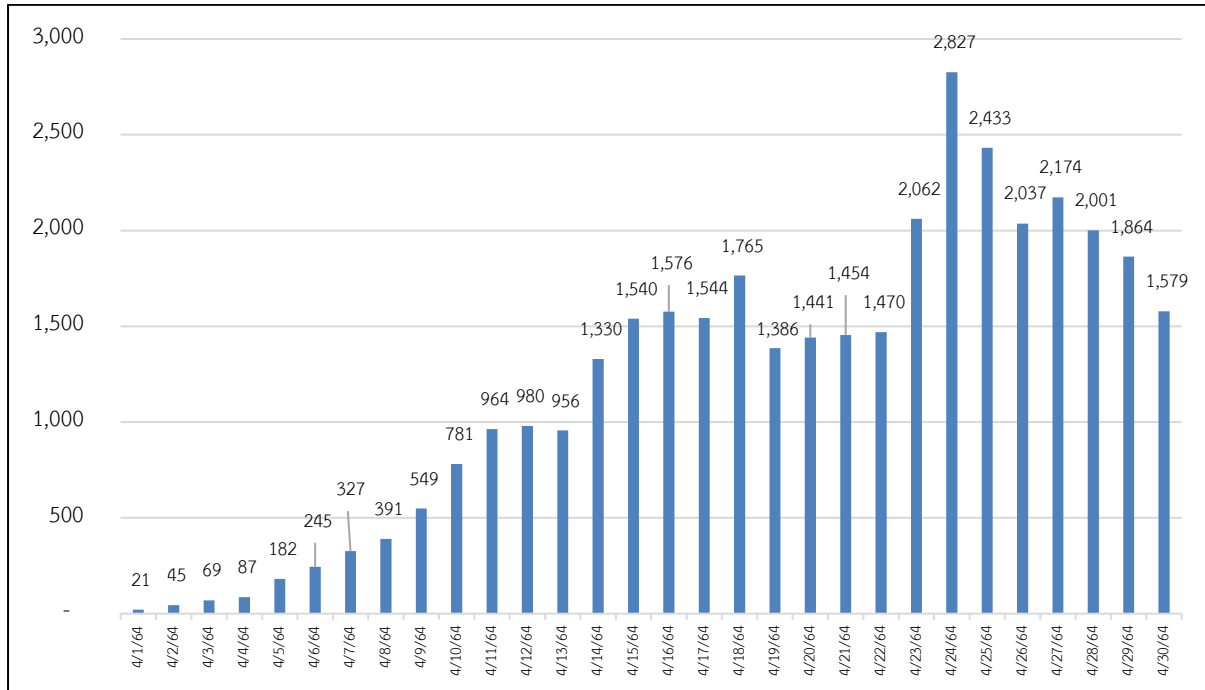
(1-30 เม.ย. 64)

สามารถระบุจุดเริ่มของการระบาดของสายพันธุ์นี้ในไทย แต่ก็พบว่าเชื้อมีรหัสพันธุกรรมเหมือนกับที่พบในสถานกักตัวของไทยและในเชื้อที่กำลังระบาดในกัมพูชา จุดเริ่มจึงมีความเป็นไปได้ทั้งสองทาง ถึงแม้ว่า นพ.ยงจะเชื่อว่าการระบาดรอบนี้เกิดจากการติดเชื้อข้ามพรมแดนธรรมชาติมาจากกัมพูชา ซึ่งกัมพูชามีการระบาดเพิ่มขึ้นมากตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ก็ตาม

“จากการตรวจวินิจฉัยที่ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ที่จุฬาลงกรณ์ โดย นพ.ยง ที่จุฬาฯ] ที่ทำอยู่ขณะนี้มากกว่า 300 ราย พบการระบาดในระลอก 3 มี 98% เป็นสายพันธุ์อังกฤษ เหลือเพียงไม่ถึง 2 เปอร์เซ็นต์เป็นสายพันธุ์ดั้งเดิมหรือที่ได้รับมาจากพม่าที่สมุทรสาคร” Facebook Yong Poovorawan 17 เมษายน 2564 4.47 น.

<https://www.facebook.com/yong.poovorawan/posts/5542772509098654>

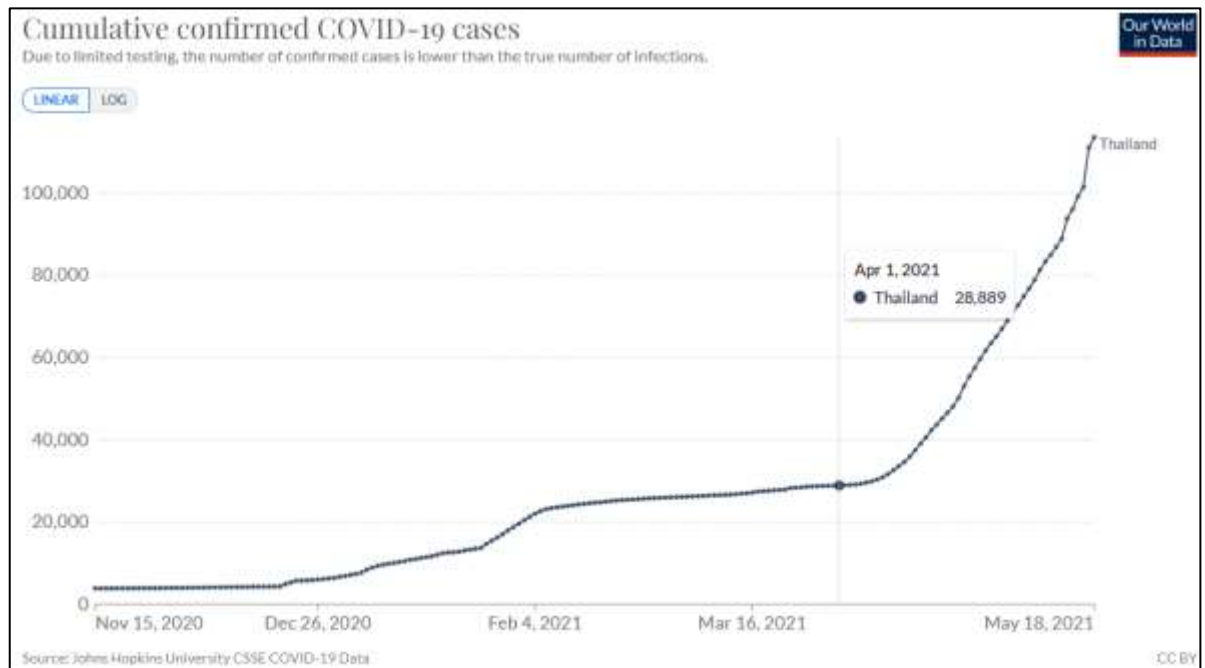
รูปที่ 27 ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่รายวัน (เฉพาะผู้ติดเชื้อในประเทศ) ในเดือนเมษายน 2564



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2564)

หมายเหตุ: ไม่รวมผู้ติดเชื้อ 210 คนที่พบในสถานกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศในช่วงเดียวกัน (1-30 เม.ย. 64)

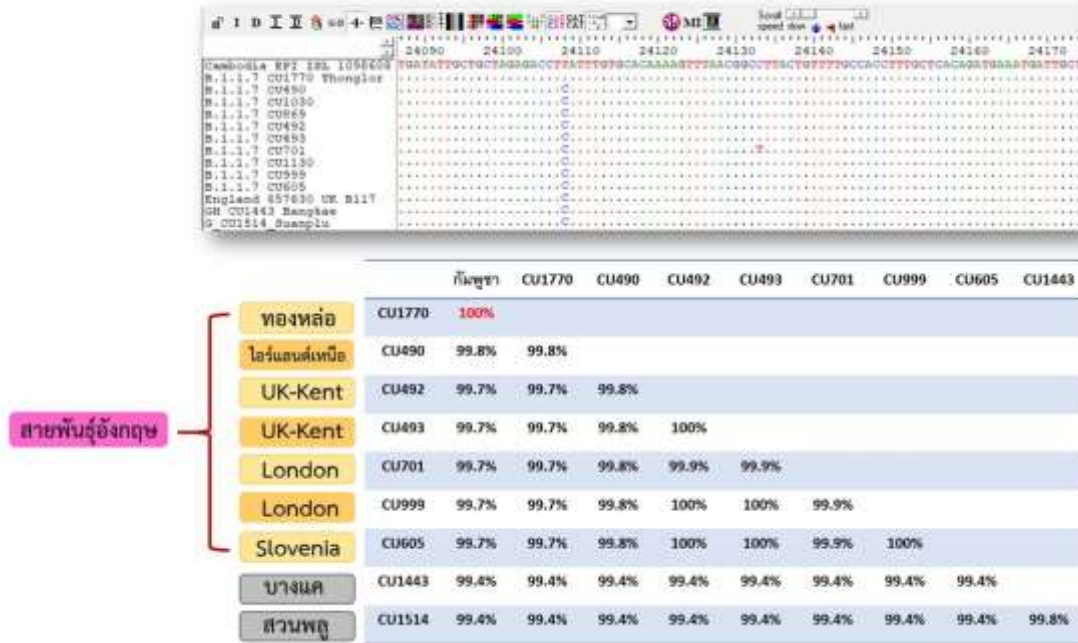
รูปที่ 28 ยอดผู้ติดเชื้อสะสมและอัตราการติดเชื้อสะสมระหว่าง 15 พ.ย. 2563 – 18 พ.ค. 2564



ที่มา: Our World in Data (2021), from <https://bit.ly/2YyikKD>

รูปที่ 29 ความเหมือนของลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อสายพันธุ์ที่ระบาดในไทย (กลุ่มก้อนทองหล่อ) กับที่ระบาดในกัมพูชา

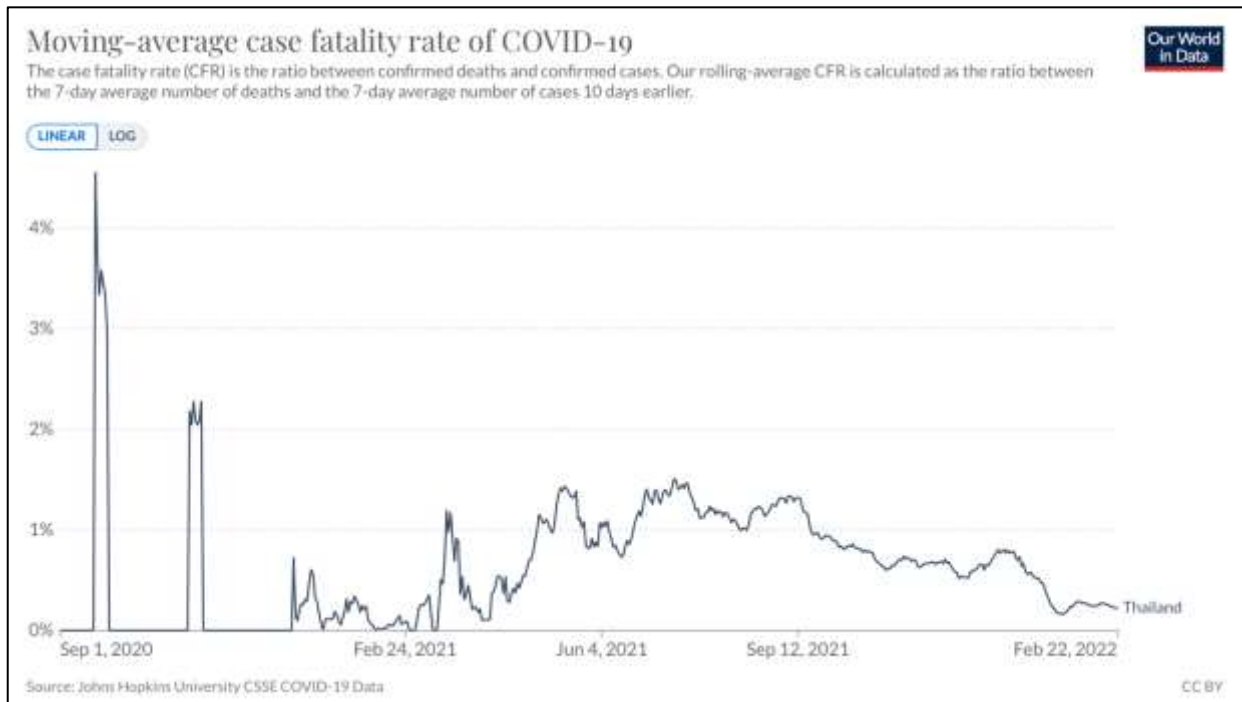
เปรียบเทียบความเหมือนของลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อโควิด-19



ที่มา: Facebook ของ Yong Poovorawan, 10 เมษายน 2564, จาก <https://bit.ly/3p50Bn6>

ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระลอกที่ 3 (และรุนแรงขึ้นไปอีกในระลอกที่ 4) เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในทั้งสองระลอกนี้ด้วย

รูปที่ 30 อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยเคลื่อนที่ 7 วัน (% ค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ 7 วันของผู้เสียชีวิตเทียบกับค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อเมื่อ 10 วันก่อนหน้านั้น)



ที่มา: Our World in Data: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&hideControls=true&Metric=Case+fatality+rate&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=false&Align+outbreaks=false&country=~THA>

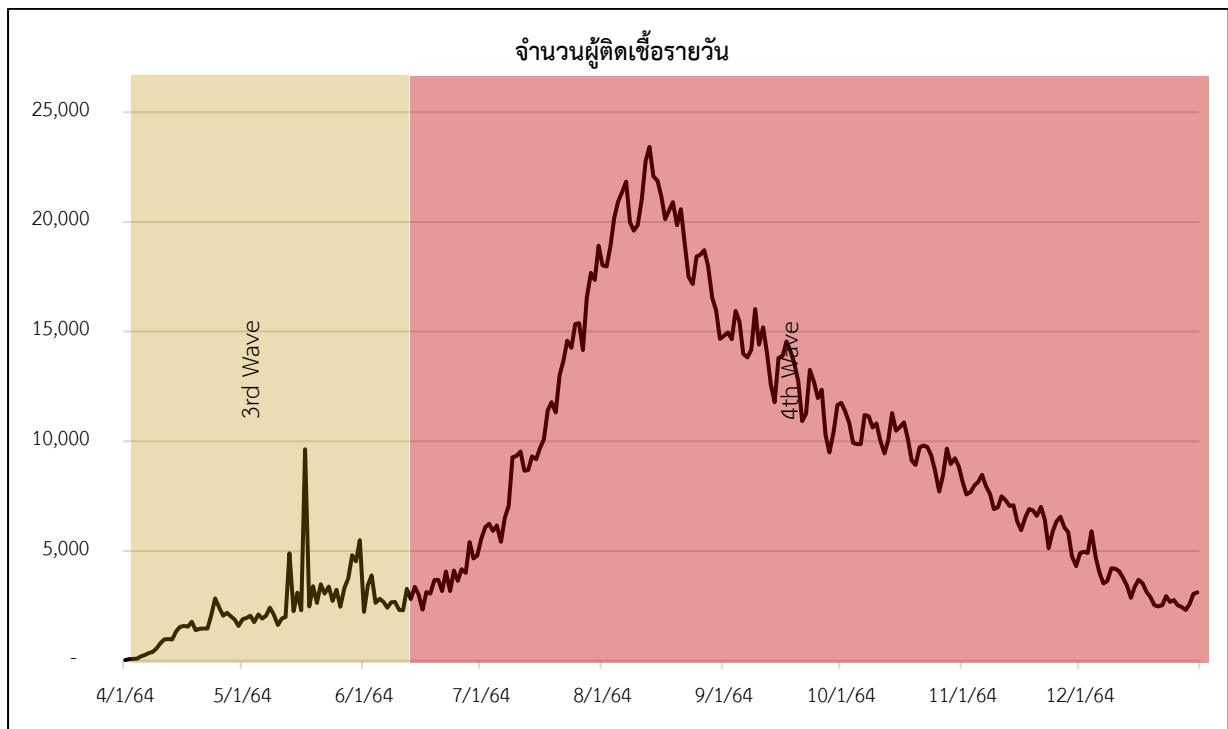
แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันดูเหมือนจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2564 โดยลงมาต่ำสุดที่ 2,290 คนต่อวันในวันที่ 11 มิถุนายน 2564 แต่จำนวนผู้ติดเชื้อกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังจากนั้น และไม่มีท่าทีว่าจะลดลง ซึ่งเมื่อประกอบกับข้อมูลการระบาดของเชื้อเดลตา ก็น่าจะอนุมานได้ว่าเชื้อเดลตาได้เข้ามาเป็นเชื้อหลักแทนที่เชื้ออัลฟา⁶⁰ เป็นสัญญาณบอกว่าประเทศไทยได้เข้าสู่การระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกที่สี่แล้ว (แม้ว่าระลอกสามจะยังไม่จบลงแบบสมบูรณ์ก็ตาม) ซึ่งหากเรานับวันที่ 11 มิถุนายน 2564 เป็นวันสุดท้ายของระลอกที่สาม จะพบว่าผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบในระลอกนี้ประมาณ 164,242 คน และในช่วงประมาณ 3 เดือนตั้งแต่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2564 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 1,929 คน⁶¹ (ประมาณ 20.5 เท่าของยอดรวมผู้เสียชีวิตใน 2 ระลอกแรก ซึ่งรวมกันได้ 94 คน) หรือประมาณร้อยละ 1.17 ซึ่งสูงกว่าในระลอก 2 เกือบ 10 เท่าตัว

⁶⁰ แม้ว่าหลักฐานที่มีจะยืนยันได้เพียงว่าเชื้อเดลตาเข้ามาเป็นเชื้อหลักในช่วงปลายเดือนมิถุนายนหรือคาบเกี่ยวกับสัปดาห์แรกของเดือนกรกฎาคม 2564

⁶¹ การนับยอดผู้เสียชีวิตได้เพื่อเวลาออกไป 20 วัน เพื่อที่จะเผื่อสำหรับการเสียชีวิตภายในช่วง 3 สัปดาห์หลังจากเข้าโรงพยาบาลซึ่งแม้ว่าช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่เริ่มมีการติดเชื้อสายพันธุ์อื่นมากขึ้น แต่น่าจะยังมีผู้เสียชีวิตไม่มากนัก ขณะที่ยอดผู้เสียชีวิตในช่วงต้นเดือนเมษายน 2564 อาจมีผู้ที่ติดเชื้อมาจากระลอก 2 ด้วย แต่ก็น่าจะมีจำนวนน้อยมาก

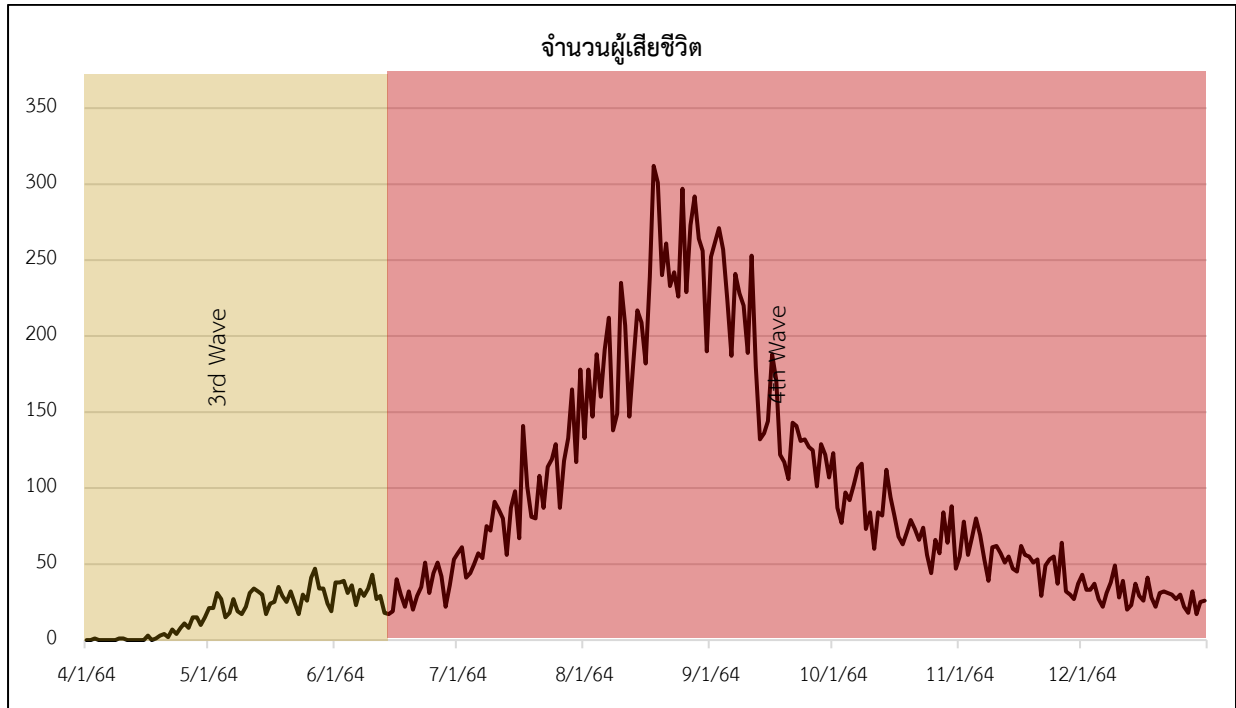
การระบาดในระลอกนี้เป็นระลอกที่ส่งผลต่อประเทศไทยรุนแรงกว่าสองระลอกแรกมาก และยัง
 สั่นคลอนความเชื่อของคนไทยจำนวนมากที่เคยเชื่อว่าเรารับมือได้ดีกว่าประเทศอื่นๆ มาก เพราะถึงแม้จะเห็น
 ได้ว่าคนไทยจะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตัว (โดยเฉพาะเรื่องหน้ากาก) ได้ดีกว่าหลายประเทศมาก ซึ่งก็คง
 ช่วยทำให้เรามีผู้ติดเชื้อในระลอกแรกน้อยมากและสามารถรักษาภาวะปลอดภัยในช่วงต่อมาถึง 101 วัน
 ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหราชอาณาจักรประสบปัญหาการระบาดอย่างหนักในปี 2563 แต่เมื่อเรา
 ต้องเผชิญกับเชื้ออัลฟาที่เคยระบาดในสหราชอาณาจักรในปีก่อน เราก็มีปัญหาในการรับมือเหมือนกัน และ
 เมื่อยังเจอเชื้อเดลตาที่รุนแรงกว่าในช่วงต่อมา ก็ทำให้ยอดการติดเชื้อของไทยพุ่งสูงขึ้นต่อเนื่องอย่างรวดเร็วใน
 ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 นำไปสู่มาตรการล็อกดาวน์ในช่วงกรกฎาคมถึงสิงหาคม ก่อนที่
 ยอดผู้ติดเชื้อจะเริ่มลดลงในช่วงการคลายล็อกที่เริ่มเมื่อ 1 กันยายน 2564

รูปที่ 31 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันในระลอกที่สามและระลอกที่สี่



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2564)

รูปที่ 32 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในระลอกที่สามและระลอกที่สี่

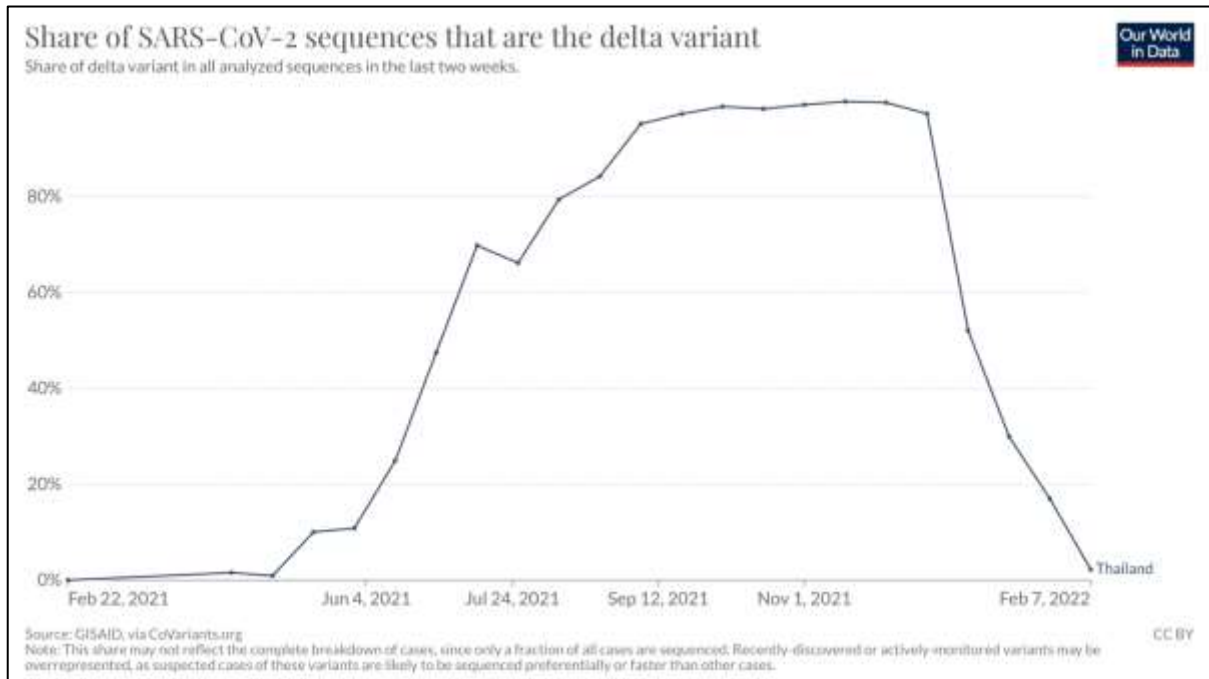


ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2564)

ง. การระบาดระลอกที่ 4 (เชื้อสายพันธุ์เดลต้า) (12 มิถุนายน – 31 ธันวาคม 2564)

ไทยเริ่มพบเชื้อเดลตาในภาคใต้และต่อมาใน กทม. ในเดือนพฤษภาคม 2564 จากแคมป์คนงานหลักสี่ ข้อมูลจากการตรวจสายพันธุ์จากศูนย์ตรวจต่างๆ บ่งชี้ว่าเชื้อเดลตาได้เข้ามาเป็นเชื้อหลักแทนที่เชื้ออัลฟาในช่วงปลายเดือนมิถุนายน 2564 (หรือคาบเกี่ยวไปถึงสัปดาห์แรกของเดือนกรกฎาคม 2564) แต่ข้อมูลตัวเลขการติดเชื้อที่กลับมาเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2564 ก็ชี้ถึงความเป็นไปได้ที่เชื้อเดลตาได้เข้ามาเป็นเชื้อหลักแทนที่เชื้ออัลฟาตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2564 ก็ให้เห็นแนวโน้มการระบาดที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และแซงค่าเฉลี่ยของโลกตั้งแต่ 22 มิถุนายน 2564 แล้ว และเมื่อถึงสิ้นเดือนมิถุนายน 2564 อัตราผู้ติดเชื้อใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของไทย ก็สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกถึงร้อยละ 32 ณ 30 มิถุนายน 2564) ซึ่งการอนุมานจากตัวเลขการติดเชื้อน่าจะน่าเชื่อถือกว่าการอนุมานจากวันที่ได้จากการตรวจสายพันธุ์ ซึ่งเป็นผลรวมของเป็นการสุ่มตรวจของศูนย์ต่างๆ ที่ยังไม่ได้ออกแบบการสุ่มตรวจที่สามารถสะท้อนภาพรวมของประเทศ

รูปที่ 33 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์เดลตาในประเทศไทย 22 ก.พ. 2564 - 7 ก.พ. 2565



ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Delta+variant+%28share%29&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

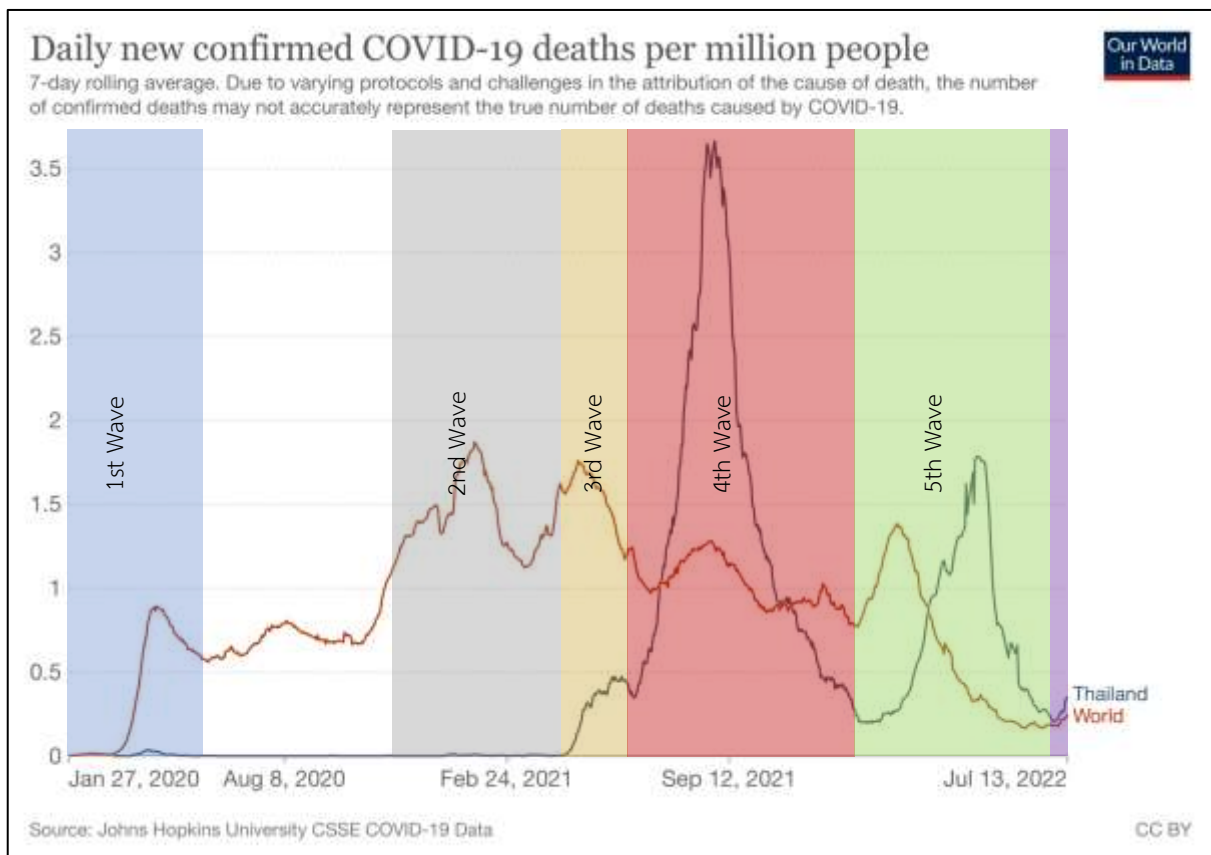
เมื่อเชื้อสายพันธุ์เดลตาที่แพร่ระบาดง่ายกว่าสายพันธุ์อัลฟา ร้อยละ 40-60⁶² กลายมาเป็นสายพันธุ์หลัก⁶³ ก็ที่นำไปสู่การระบาดใหญ่ในระลอกที่ 4 ตั้งแต่ช่วงกลางเดือนมิถุนายนและตลอดช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 ซึ่งก่อให้เกิดวิกฤติการระบาดจนกระทั่งรัฐบาลต้องหันไปใช้มาตรการ lockdown จนถึงสิ้นเดือนสิงหาคม 2564

⁶² นพ. ยง ภู่วรวรรณ ระบุเมื่อ 3 ก.ค 2564 ว่าสายพันธุ์เดลตาแพร่เชื้อได้ง่ายขึ้นกว่าสายพันธุ์อัลฟา ร้อยละ 40 (ดู <https://www.facebook.com/yong.poovorawan/posts/5917942544914980>) ในขณะที่ Renu Garg, “COVID-19 Virus, Vaccines and Variants in Mekong” WHO. 25 June 2021. ระบุว่าติดเชื้อได้ง่ายขึ้นร้อยละ 50-60 เมื่อประกอบกับข้อมูลที่เป็นที่ทราบกันว่าสายพันธุ์อัลฟาแพร่เชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์เดิมร้อยละ 70 ก็จะส่งผลให้สายพันธุ์เดลตาแพร่เชื้อได้ง่ายเป็น 2.38-2.72 เท่าตัวของสายพันธุ์เดิม

⁶³ นพ. ยง ระบุในเฟซบุคเมื่อ 3 ก.ค 64 ว่าในสัปดาห์ล่าสุดสัดส่วนของเดลตาเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 50 ในสัปดาห์ก่อน (สัปดาห์ที่ 26 ในช่วงปลายเดือน มิ.ย. 64) เป็นร้อยละ 70 แล้วในช่วงในสัปดาห์ที่ 27 (ประมาณต้น ก.ค. 64) <https://www.facebook.com/yong.poovorawan/posts/5917942544914980> (3 ก.ค. 64) ซึ่งสอดคล้องกับข่าวจากทางศิริราชที่ออกมาเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2564 “พบโควิดสายพันธุ์เดลตาที่ศิริราชเกินครึ่ง หมอนิธิพัฒน์ห่วงเป็นระลอก 4”. <https://www.prachachat.net/general/news-700729> (โพสต์วันที่ 29 มิถุนายน 2564)

การระบาดในระลอกที่สี่ถือเป็นระลอกที่หนักมากเมื่อเทียบกับสามระลอกก่อนหน้านี้ ด้วยความสามารถในการแพร่เชื้อที่รวดเร็วของเชื้อสายพันธุ์นี้ ส่งผลให้การแพร่ระบาดทั้งในชุมชน คริวเรือน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากผู้ติดเชื้อระดับหลักพันก่อนหน้านี้ขึ้นไปเป็นระดับหลักหมื่น โดยในวันที่ 13 สิงหาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุด ถึง 23,418 คนต่อวัน และอัตราผู้ติดเชื้อใหม่ต่อประชากรเฉลี่ย 7 วันของไทยมีค่าสูงคงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 3 เท่า ในขณะที่ผู้เสียชีวิตรายวันสูงสุดอยู่ที่ 312 คนต่อวัน

รูปที่ 34 อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 รายใหม่เฉลี่ย 7 วันต่อประชากรหนึ่งล้านคนของประเทศไทย เทียบกับของโลก



ที่มา: Our World in Data (2022), from https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2021-04-01..latest&facet=none&hideControls=true&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=OWID_WRL~THA

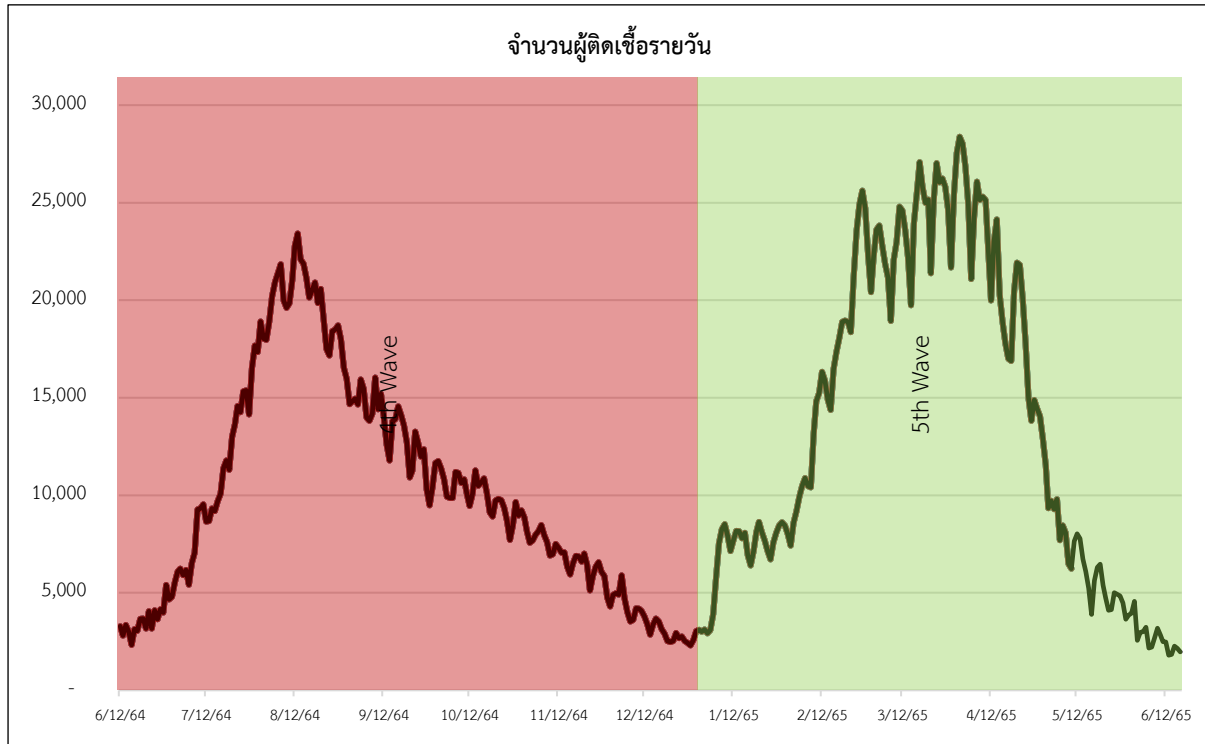
ด้วยลักษณะพิเศษของเชื้อสายพันธุ์เดลตาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะออกซิเจนต่ำกว่าปกติและปอดอักเสบเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับสายพันธุ์อัลฟา⁶⁴ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความต้องการเตียงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในที่สุด ช่วงประมาณเดือนกรกฎาคม 2564 ความสามารถในการรองรับผู้ป่วยของทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามก็เกิดขีดจำกัด มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถหาเตียงได้ บางรายถึงขั้นเสียชีวิตในบ้าน รัฐบาลจึงได้มีการประกาศนำมาตรการการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) มาใช้ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยอาหารหนักและผู้เสียชีวิตให้มากที่สุด รวมทั้งประกาศใช้มาตรการ lockdown ที่มีความเข้มข้นใกล้เคียง (แต่น้อยกว่า) มาตรการที่ใช้ในช่วงสงกรานต์ปี 2563 แต่ก็ได้ผลพอสมควร โดยหลังจากการคลายล็อกเมื่อต้นเดือนกันยายน จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ก็ค่อยๆ ลดลงมาเป็นลำดับ

หลังจากการคลายล็อกเมื่อต้นเดือนกันยายนจนถึงสิ้นปี 2564 สถานการณ์การระบาดก็ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยเมื่อถึงปลายเดือนธันวาคม 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันก็ลดลงเหลือประมาณวันละ 2,400 คน และยอดผู้เสียชีวิตก็ลดเหลือวันละ 15-30 คน แต่ในช่วงเดือนนี้เอง ก็พบการแพร่ระบาดของเชื้อสายพันธุ์สายพันธุ์โอไมครอนไปทั่วโลก และกลายมาเป็นสายพันธุ์หลักของการระบาดในระลอกที่ 5 ของไทยตั้งแต่สัปดาห์แรกของปี 2565 (หรืออาจตั้งแต่สัปดาห์สุดท้ายของปี 2564)

ถ้าสรุปภาพรวมของระลอกที่ 4 เป็นตั้งแต่ 12 มิ.ย. – 31 ธ.ค. 2564 ก็จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมในระลอกนี้ทั้งหมดประมาณ 2,041,000 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตในระลอกนี้ประมาณ 20,306 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสะสมของระลอกที่ 4 ที่ร้อยละ 0.99 หรือประมาณร้อยละ 1

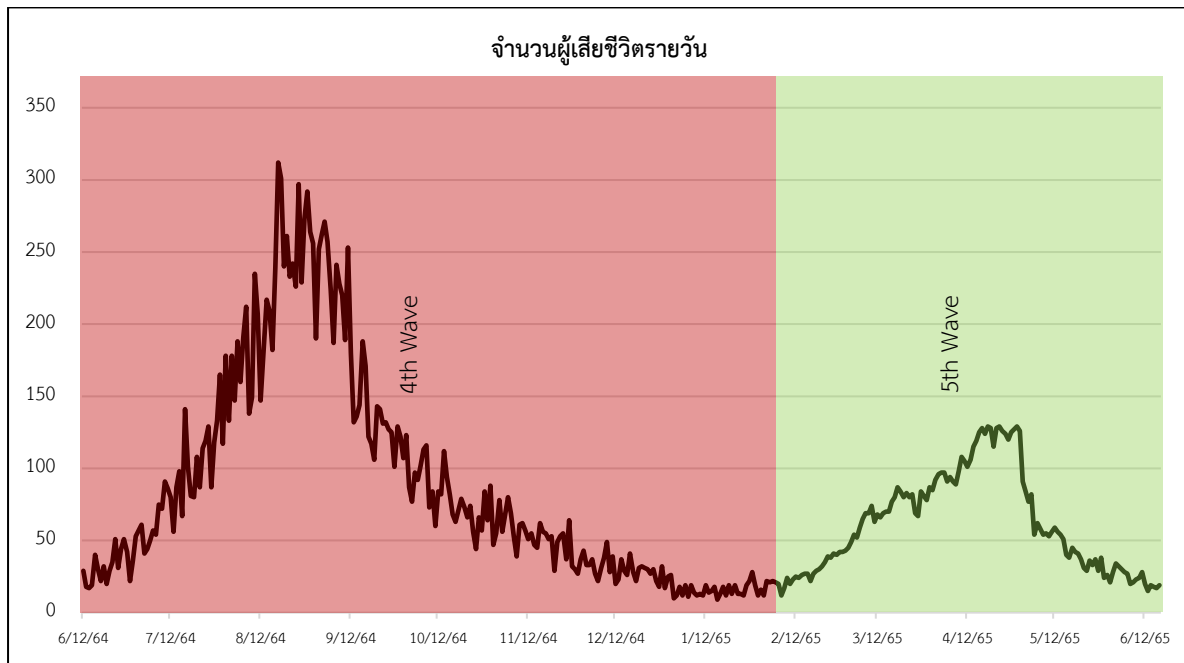
⁶⁴ นพ.อุดม คชินทร ระบุว่า สายพันธุ์เดลตา มีลักษณะพิเศษที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะออกซิเจนต่ำกว่าปกติเร็วขึ้น และปอดอักเสบเร็วขึ้น สายพันธุ์อัลฟาใช้เวลาประมาณ 7-10 วัน จึงจะพบปอดอักเสบ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่สายพันธุ์เดลตาใช้เวลาเพียง 3-5 วัน ให้ความต้องการเตียงเพิ่มขึ้นมาก ถ้าปล่อยให้เหตุการณ์เป็นอย่างนี้ไปเรื่อยๆ ระบบสาธารณสุขจะอยู่ไม่ได้ (ดู <https://news.thaipbs.or.th/content/305829>)

รูปที่ 35 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันในระลอกที่สี่และระลอกที่ห้า



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

รูปที่ 36 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในระลอกที่สี่และระลอกที่ห้า



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

จ. การระบาดในระลอก 5 (เชื้อโอมิครอน) (1 มกราคม 2565 – 17 มิถุนายน 2565)

เชื้อโอมิครอนเป็นเชื้อที่มีการกลายพันธุ์มากเป็นประวัติการณ์ ปัจจุบันมีทั้งหมดอย่างน้อย 5 สายพันธุ์ย่อย (BA.1, BA.2 รวมทั้ง BA.2.12.1 และ BA.2.75, BA.3, BA.4 และ BA.5) โดย BA.1 แพร่ระบาดมากและเป็นที่รู้จักมากที่สุดในระยะแรก ต่อมาถูก BA.2 ซึ่งมีความสามารถในการแพร่ระบาดและหลบหนีภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าแย่งชิงพื้นที่ในการระบาดส่วนใหญ่ในประเทศอย่างสหรัฐฯ และไทยด้วย

หลังจากที่มีการเปลี่ยนวิธีการรายงานตัวเลขผู้เสียชีวิตในเดือน พ.ค. 2565 และเปลี่ยนวิธีการรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อโดยเน้นการรายงานจำนวนผู้ป่วยในแทนในเดือนมิถุนายน 2565 ก็ยังคงเหมือนว่าการระบาดเริ่มชะลอตัวลงจนถึงกลางเดือนมิถุนายน 2565 (จากจำนวนผู้เสียชีวิตตามนิยามใหม่ที่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนมิถุนายน 2565) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ช่วงครึ่งหลังของเดือนมิถุนายน 2565 ก็มีรายงานพบเชื้อ BA.4 และ BA.5 (ซึ่งระบาดมากในต่างประเทศและมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการคาดการณ์ว่าสามารถแพร่เชื้อได้ไวกว่าสายพันธุ์ย่อยอื่นๆ ทั้งหมด) ในจำนวนที่มีนัยสำคัญ โดยเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2565 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รายงานว่า ระหว่างวันที่ 18 - 22 มิ.ย. ตรวจเชื้อ 400 กว่าราย พบ BA.4/BA.5 181 ราย โดยกลุ่มผู้เดินทางมาจากต่างประเทศพบสัดส่วนเป็น BA.4/BA.5 มากกว่า 72% ส่วนการตรวจในประเทศสัดส่วน BA.4/BA.5 พบมากกว่า 40% (หรือเกือบ 50%)⁶⁵ และผลการตรวจโดยถอดรหัสพันธุกรรมทั้งตัวและส่งข้อมูลไปยืนยันที่ GISAIID แล้ว พบ BA.4 และ BA.5 รวม 81 ตัวอย่าง แบ่งเป็น BA.4 จำนวน 32 ตัวอย่าง และ BA.5 จำนวน 49 ตัวอย่าง

การระบาดเริ่มมีความรุนแรงชัดเจนขึ้นในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือนมิถุนายน โดยเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) โดย นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ได้เพิ่งเปิดเผยข้อมูลว่า ในขณะที่ยอดผู้ป่วยในรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีเพียงวันละสองพันเศษ แต่ในช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่ 25 มิ.ย. - 1 ก.ค. 2565 ยังมีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มาขอรับยาตามโครงการ เจอ-แจก-จบอีกถึง 207,643 คน รวมกันแล้วมีผู้ติดเชื้อที่มีรายงานในระบบเฉลี่ยถึงวันละ 32,000 คน ซึ่งการติดเชื้อจริงในช่วงดังกล่าวน่าจะสูงกว่านั้นอีก การระบาดที่ขยายตัวขึ้นในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2565 ส่งผลกระทบต่อสถานศึกษาจำนวนมากจนหลายโรงเรียนต้องเปลี่ยนกลับมาสอนออนไลน์ในช่วงนี้

ความโดดเด่นของเชื้อสายพันธุ์นี้คือเป็นเชื้อที่ติดต่อได้ง่ายในขณะที่มีความรุนแรงน้อยกว่าตัวอื่นมาก ทำให้มีอัตราการแพร่ระบาดที่สูงกว่าเชื้อเดิมทุกตัวมาก และสามารถเข้ามาแทนที่เชื้อเดิมได้อย่างรวดเร็ว เช่น มีสัดส่วนเพิ่มจากไม่ถึง 1% ไปเป็นเกือบ 100% ในประเทศไทยในเวลาเพียงหนึ่งเดือน ซึ่งเร็วกว่าเชื้อเดลตา มาก และทำให้เป็นเชื้อที่องค์การอนามัยโลกแสดงความกังวลและออกมาเตือนหลายครั้ง แต่ก็ผู้บริหารหลายประเทศ (ซึ่งอาจรวมทั้งไทย) ที่เล็งผลเลิศว่าเชื่อนี้จะเป็นทางออกที่จะลดความรุนแรงลงและนำพาประเทศและโลกออกจากวิกฤติโควิดที่ปกคลุมโลกมากกว่าสองปีแล้ว

⁶⁵ “ในประเทศไทย BA.4 และ BA.5 มีสัดส่วนมากขึ้น แต่ที่สัปดาห์นี้เพิ่มขึ้นไปเกือบ 50% จากสัปดาห์ก่อนหน้าที่พบไม่มาก”

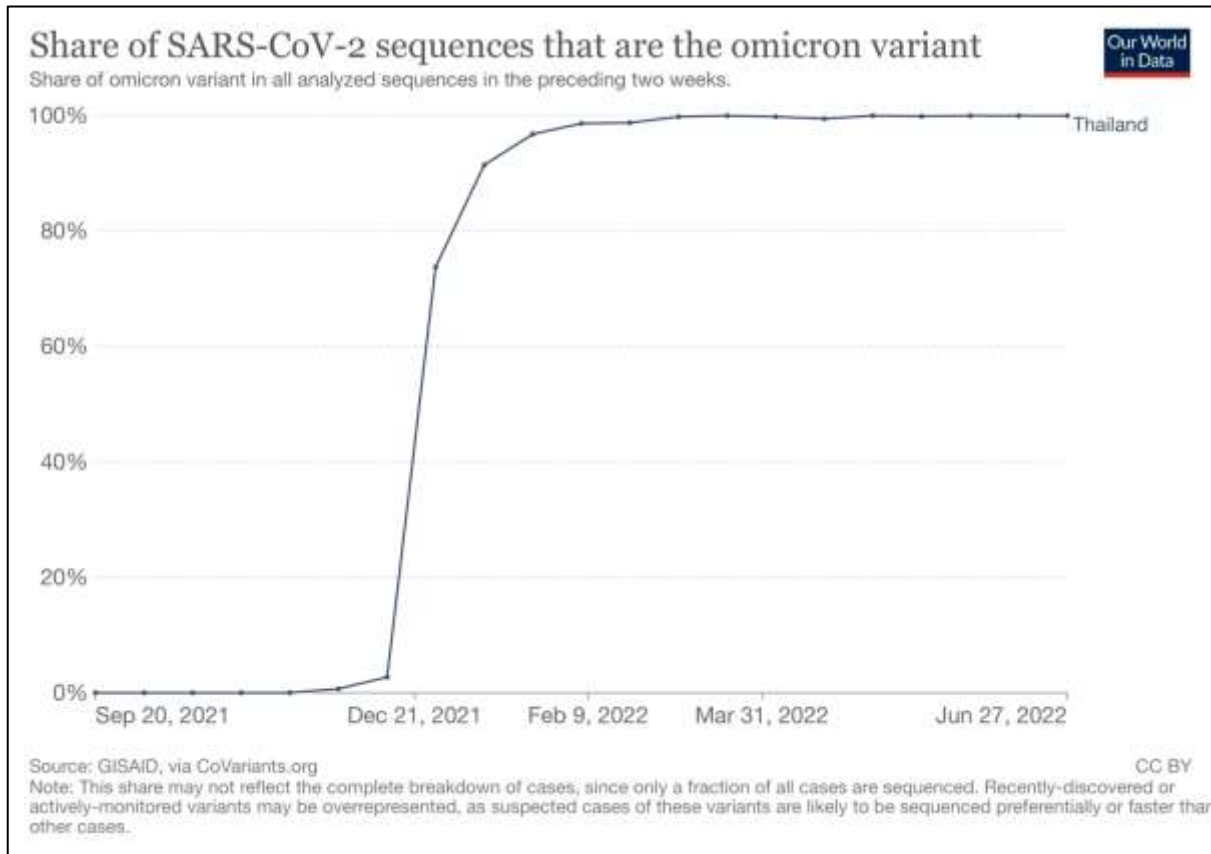
สำหรับการระบาดในระลอก 5 ของไทยนับตั้งแต่ต้นปีจนถึง 17 มิถุนายน 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี PCR⁶⁶ สะสมในระลอกนี้ในช่วง 5 เดือนครึ่งอย่างน้อย 2,271,445 คน หรือประมาณ 2.3 ล้านคน มากกว่ายอดผู้ติดเชื้อทั้งหมดของระลอกที่ 4 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาเกือบ 7 เดือน ขณะที่ยอดผู้ติดเชื้อรายวันยังแซงหน้ายอดผู้ติดเชื้อสูงสุดของระลอกที่ 4 คือ 28,379 รายต่อวัน และนับตั้งแต่ต้นปีถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2565 มีผู้เสียชีวิตในระลอกนี้แล้วรวม 8,724 คน หรือร้อยละ 0.38 ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราการเสียชีวิตในระลอก 4 มาก (คือประมาณร้อยละ 37 ของอัตราการเสียชีวิตในระลอก 4)

การระบาดที่ดูจะมีแนวโน้มที่ชะลอตัวลงจนถึงกลางเดือนมิถุนายน 2565 แล้วกลับมาพบการระบาดเพิ่มขึ้นจาก BA.4 และ BA.5 ตั้งแต่ช่วงกลางเดือนมิถุนายนถึงปัจจุบัน (กลางเดือนกรกฎาคม 2565) ทำให้อาจถือได้ว่าไทยน่าจะสิ้นสุดระลอก 5 (โอไมครอน BA.1 และ BA.2 เป็นหลัก) และเข้าสู่ระลอกที่ 6 ในช่วงครึ่งหลังของเดือนมิถุนายน 2565 (โอไมครอน BA.5 และ BA.4 เป็นหลัก และอาจจะมีตัวใหม่อย่าง BA.2.75 เข้ามาเพิ่มในอนาคต) ซึ่งปัจจุบันทราบกันว่า BA.5 BA.4 และ BA.2.75 แพร่เชื้อได้เร็วกว่าตัวเดิม ถึงแม้จะยังไม่เป็นที่ประจักษ์ว่าจะมีความรุนแรงกว่าเชื้อ BA.1 และ BA.2 อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ แต่ก็มีความเห็นที่ว่าเชื้อ BA.4 และ BA.5 ลงปอดง่ายกว่าเชื้อโอไมครอนรุ่นก่อน และไม่ว่าจะเป็นกรณีไหน การระบาดของโอไมครอนก็คงจะยังไม่จบในเร็ววัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะใช้มาตรการที่ผ่อนคลายเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเน้นให้ประชาชนรับผิดชอบดูแลตัวเองมากขึ้น⁶⁷

⁶⁶ ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 65 กรมควบคุมโรคเริ่มปรับเปลี่ยนการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 เพิ่มเติม จากเดิมที่รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี RT-PCR เป็นรายงานผู้ป่วยยืนยันด้วย RT-PCR รวมกับผู้ป่วย ATK เป็นบวก (ยกเว้น กทม. รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี RT-PCR) และในเดือนกรกฎาคมก็ชัดเจนขึ้นว่าตัวเลขที่รายงานผู้ติดเชื้อหลักรายวันนั้นเป็นผู้ป่วยในที่เข้ามานอนโรงพยาบาลเท่านั้น ขณะที่เริ่มมารายงานตัวเลขผู้ป่วยนอกจากโครงการเจอแจกจบเป็นรายสัปดาห์และล่าช้าอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์ด้วย

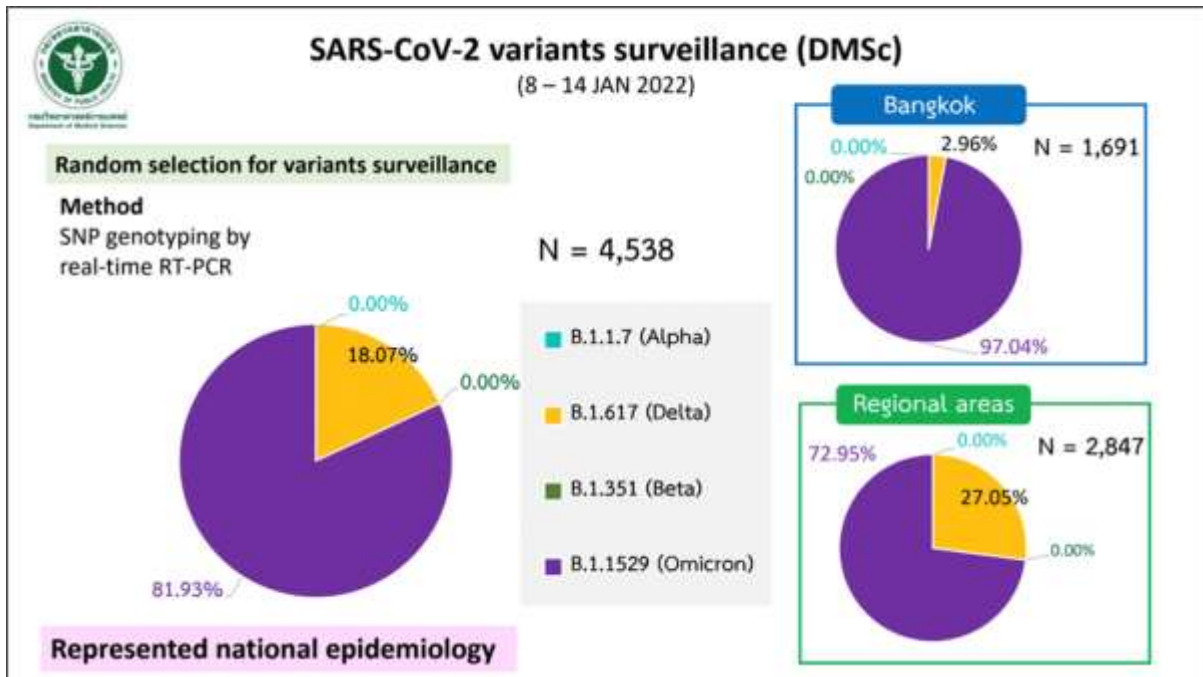
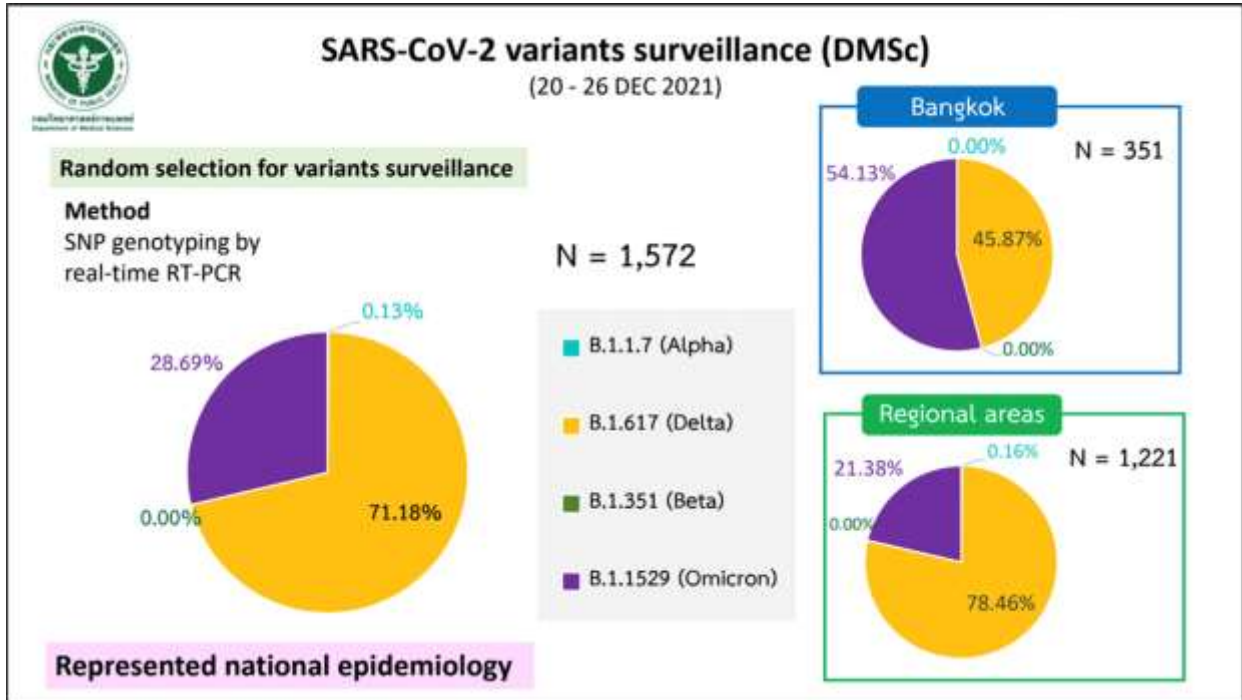
⁶⁷ การผ่อนคลายเป็นมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับระบบการรายงาน อาจทำให้สถานพยาบาลและผู้กำหนดนโยบายรับรู้ปัญหาช้ากว่าเดิม หรืออาจรับรู้ปัญหาเมื่อปัญหาลุกลามไปมากกว่าในช่วงที่ผ่านมาแล้วด้วย

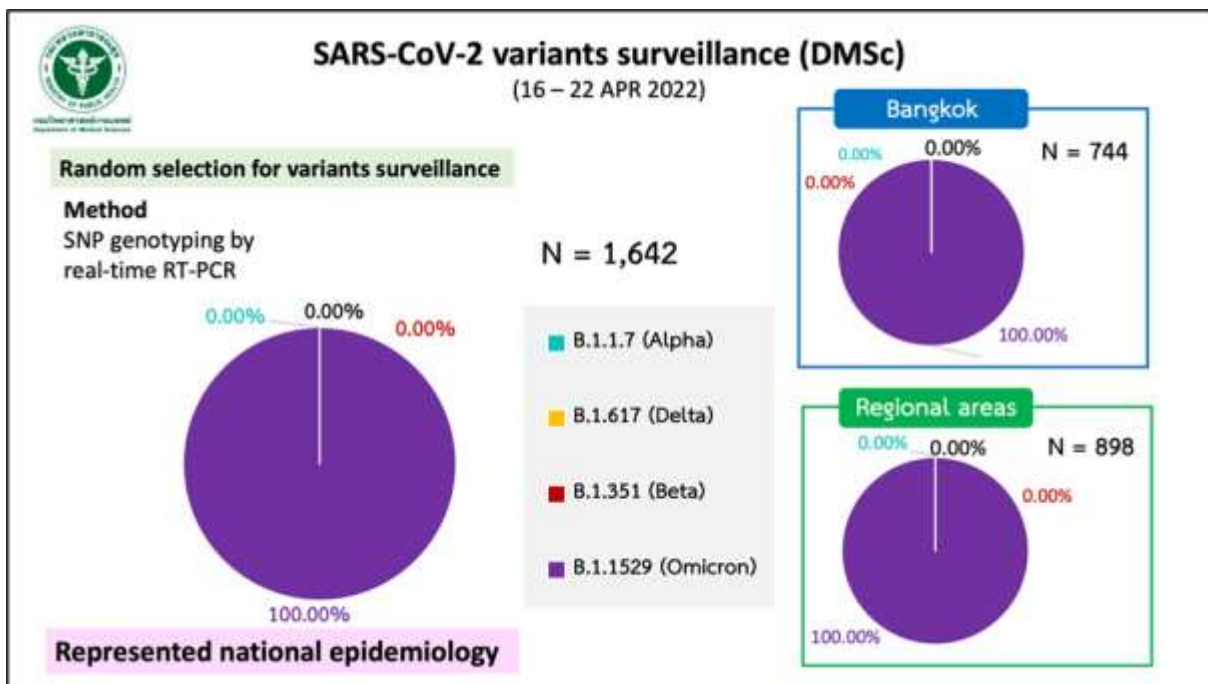
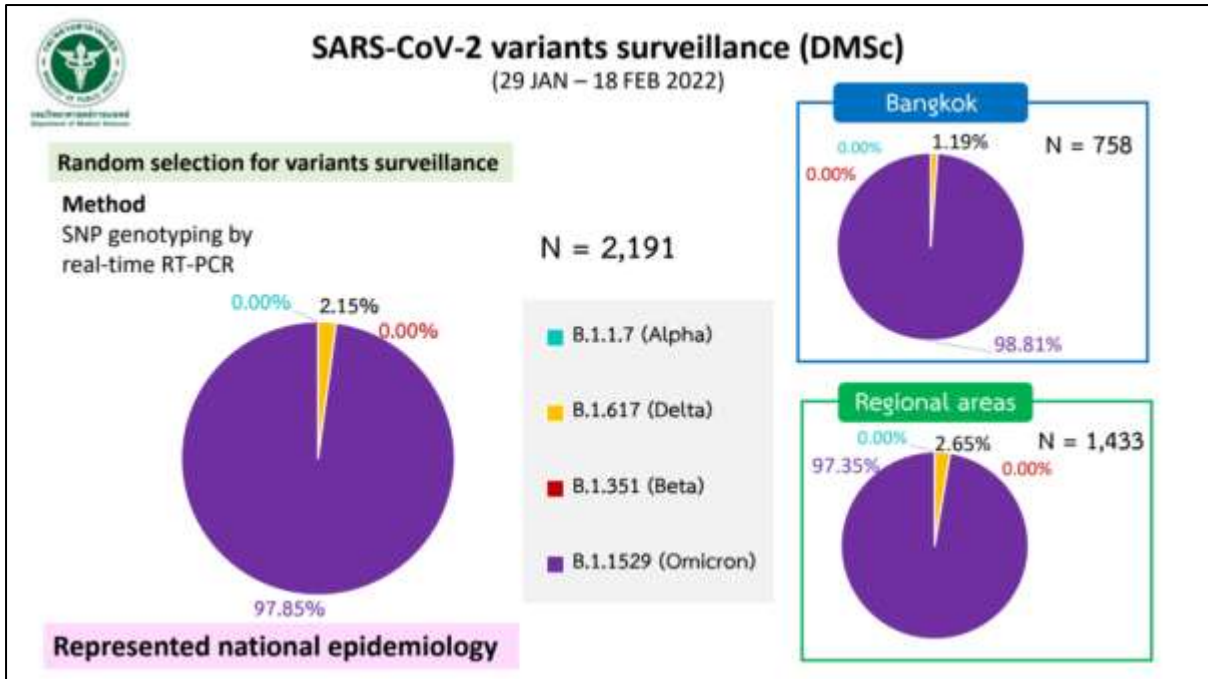
รูปที่ 37 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์โอมิครอนในประเทศไทย



ที่มา: Our World in Data (2022), from https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Omicron+variant+%28share%29&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=THA~OWID_WRL

รูปที่ 38 ความเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสายพันธุ์ไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายปี 2564 ถึง 22 เม.ย. 2565





ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2565)

รูปที่ 39 สรุปสถานการณ์การระบาดในระลอกที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 17 มิถุนายน 2565



ชีพจรล่าสุด : 15/07/2022 07:28-31



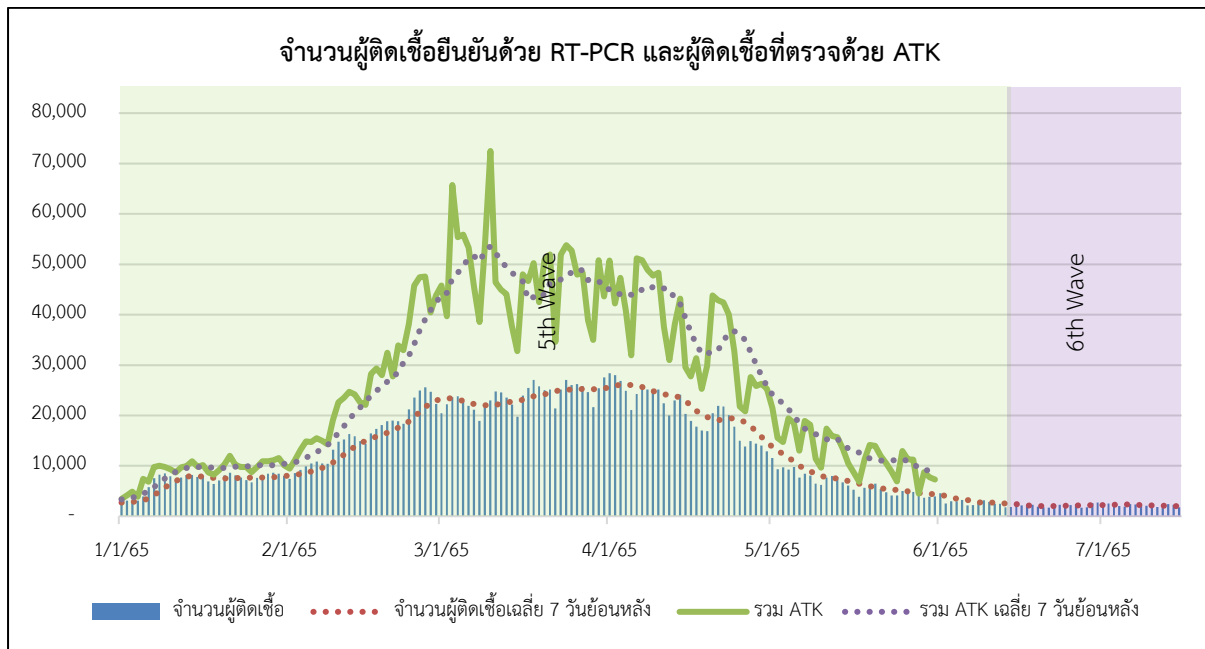
Update Note:
 2022-04-22 : เปลี่ยนหน่วยแสดงผลในประเทศไทย
 2022-03-22 : เพิ่มการสืบพาดังสถานประกอบการซึ่งเป็นระบบ COLABS
 2022-03-22 : ปรับ Default ตามกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานที่ 1 ม.ค. 65

ที่มา: กรมควบคุมโรค (2565)

เชื้อสายพันธุ์ที่ระบาดในประเทศไทยในช่วงนี้คือสายพันธุ์โอมิครอนทั้งหมด ซึ่งในช่วง 6 เดือนแรกที่เชื้อหลักเป็นโอมิครอน BA.1 และ BA.2 ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและบางรายแทบไม่มีอาการเลย ทำให้ยอดผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตต่ำกว่าในระลอกที่ผ่านมา แต่เนื่องจากการตรวจอาศัย ATK เป็นหลัก ซึ่งปกติก็มีความไวต่ำกว่า PCR และในบางกรณีอาจมีปัญหาชุด ATK ที่ความไวต่ำหรืออาจไวต่อเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนน้อยกว่า ทำให้อาจได้ผล false negative (ติดเชื้อแล้วแต่ผลตรวจเป็นลบ) จำนวนมาก อีกทั้งผล ATK ในช่วงไตรมาสแรกซึ่งบางวันมีจำนวนสูงมาก เช่น 49,494 ราย ในรายงานวันที่ 10 มีนาคม 2565 ก็ยังไม่ถูกนับรวมจนกระทั่งมีการตรวจยืนยันโดย RT-PCR ทำให้เมื่อรวมปัจจัยต่างๆ แล้ว ยอดผู้ติดเชื้อที่รายงานน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก หรืออีกนัยหนึ่งภาพรวมของการแพร่เชื้อที่เกิดขึ้นจริง (รวมทั้งผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการมาก แต่แพร่เชื้อต่อได้ง่าย) อาจจะมากและเร็วกว่าตัวเลขที่รายงานมาก

อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สถานการณ์การระบาดในประเทศไทยน่าจะรุนแรงกว่าที่รายงาน ก็คือ ตั้งแต่ วันที่ 1 มีนาคม 2565 ประเทศปรับเปลี่ยนมาใช้การรักษาผู้ป่วยสีเขียวเป็นแบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ ‘เจอ-แจก-จบ’ โดยเน้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Self Isolation) ซึ่งก่อนหน้าวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ก็ไม่ชัดเจนว่ามีการรายงานตัวเลขนี้ต่อสาธารณะมากนักน้อยเพียงใด ขณะที่ที่ผ่านมาระบบการจัดผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา 1330 ก็มีปัญหาการติดต่อยาก ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งไม่ได้เข้าสู่ระบบ หรือเลือกที่จะไม่รายงานผลการตรวจ/ติดเชื้อในระบบตั้งแต่แรก และยิ่งในขณะนี้ที่ สปสช. เองก็ยุติการแจกชุดตรวจ ATK กับผู้ที่ไม่มียาสิทธิบัตรทองก็อาจจะยิ่งทำให้มีกรณีที่ไม่ได้รายงานมากขึ้น ตัวเลขผู้ติดเชื้อโควิดที่รายงานในระลอก 5 และในปัจจุบันจึงน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มากพอสมควร

รูปที่ 40 จำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามวิธี RT-PCR และ ATK ในในปี 2565 (ระลอกที่ 5-6)



หมายเหตุ: ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 65 กรมควบคุมโรคเริ่มปรับเปลี่ยนการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 เป็นรายงานผู้ป่วยยืนยันด้วย RT-PCR รวมกับผู้ป่วย ATK เป็นบวก (ยกเว้น กทม. รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี RT-PCR) ทำให้ไม่สามารถรวม ATK เข้ากับยอดผู้ป่วยยืนยันได้โดยตรง

ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

รูปที่ 41 จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันในปี 2565 (ระลอกที่ 5-6)



หมายเหตุ: มีการปรับนิยามการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตเพราะโควิดตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2565

ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

รูปที่ 42 การปรับนิยามการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตเพราะโควิดตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2565



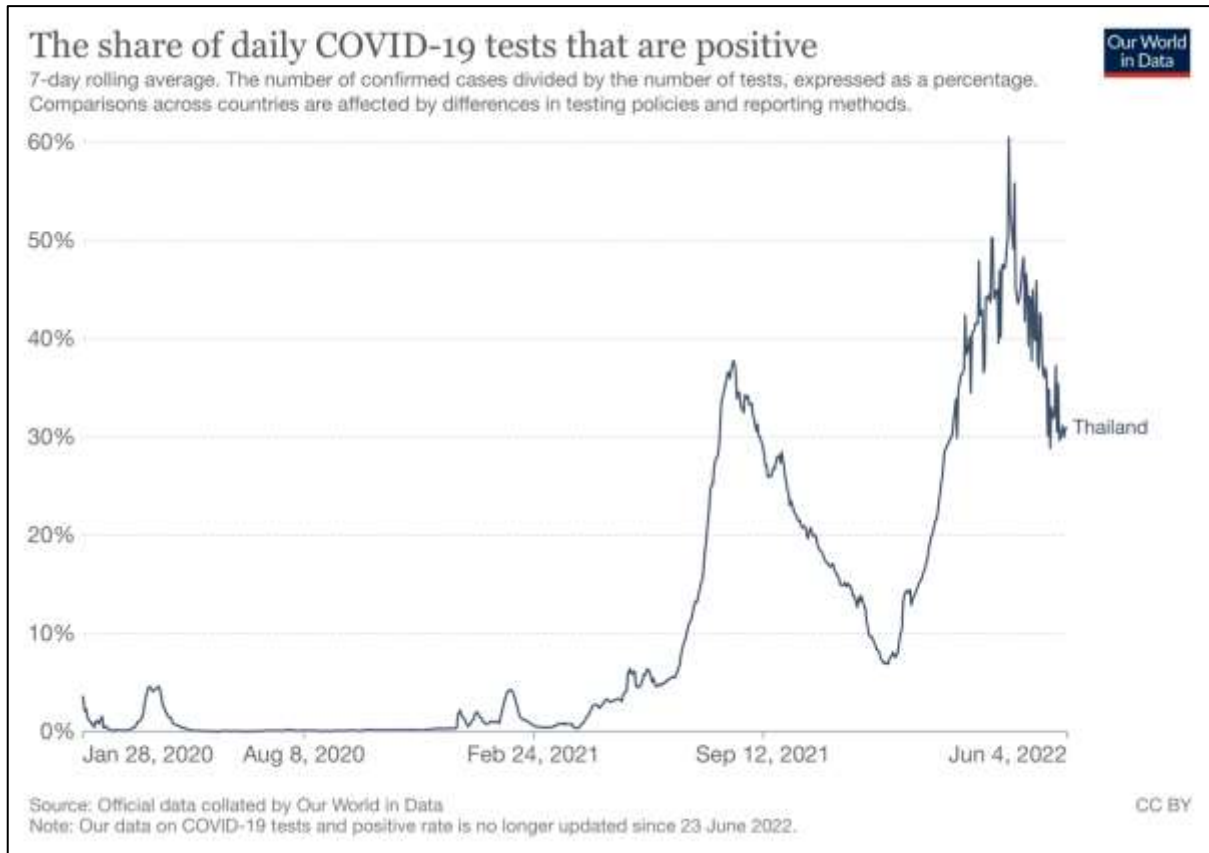
ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

ภาวะการระบาดของไทยที่บ่งชี้จากผลการตรวจเชื้อ

เมื่อพิจารณาร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน ต่อจำนวนการตรวจเชื้อทั้งหมดของประเทศไทย จากข้อมูลของ Our World in Data ซึ่งใช้ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เมื่อ 4 มิถุนายน 2565 รายงานว่าประเทศไทยมีผลการตรวจเชื้อเป็นบวกอยู่ที่ร้อยละ 30.93 ขณะที่กรมควบคุมโรค รายงานร้อยละการตรวจพบเชื้อเฉลี่ย 7 วันเช่นกัน แต่มีค่าที่ต่ำกว่า คือเท่ากับร้อยละ 10.31 ซึ่งเป็นอีกกรณีหนึ่งที่รายงานที่มีอยู่ไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจนว่าคำนวณตัวเลขนี้มาอย่างไรด้วยวิธีใด ทำให้คณะผู้วิจัยไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าตัวเลขใดมีความน่าเชื่อถือมากกว่ากัน แต่ตั้งแต่ในระลอก 2 เป็นต้นมา ค่าอัตราการตรวจเชื้อที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วันที่ยังรายงานโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีทิศทางการเคลื่อนไหวขึ้นลงที่สอดคล้องกับค่าเฉลี่ย 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่อย่างเห็นได้ชัด (ดูรูป ก. และ ข. ข้างล่าง)

รูปที่ 43 ร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน ต่อจำนวนการตรวจเชื้อทั้งหมด และ
ค่าเฉลี่ย 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่

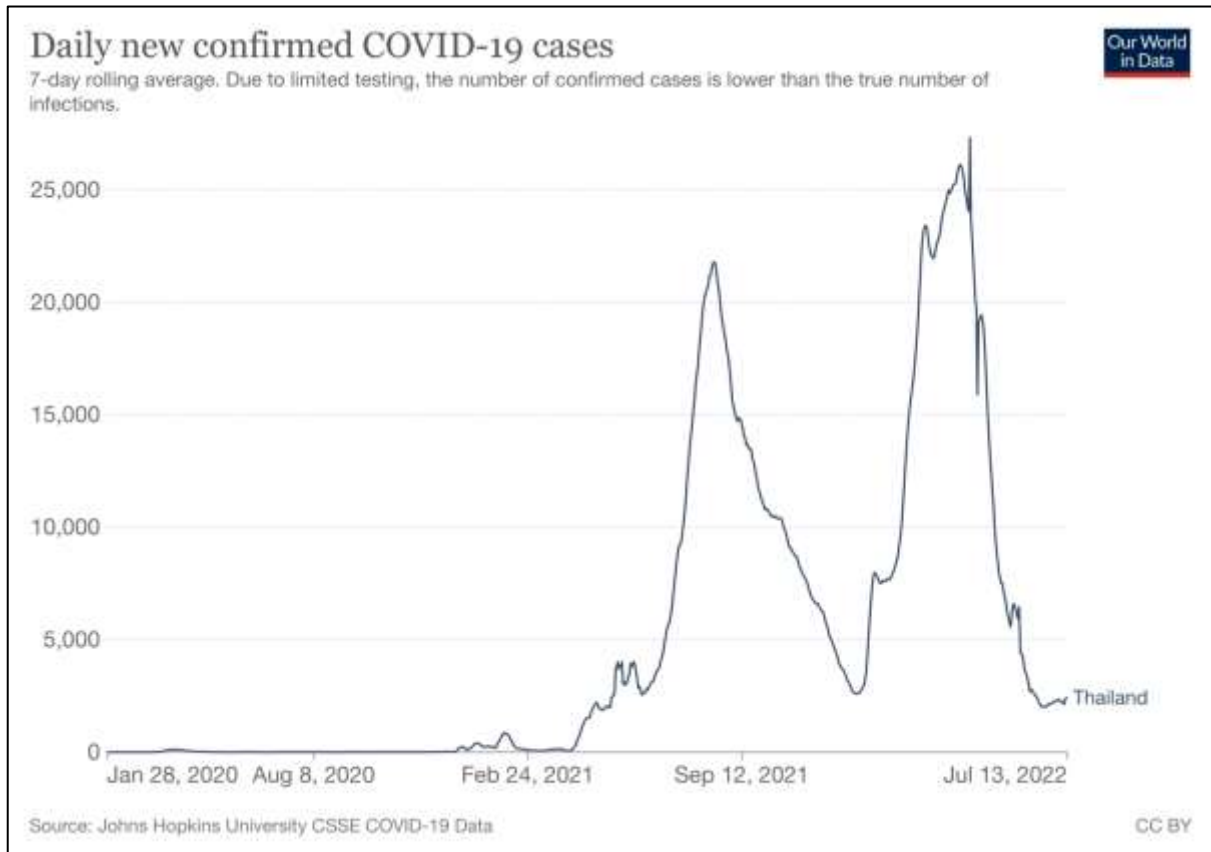
ก. ร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน (ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)



หมายเหตุ: ไม่พบการรายงานบนเว็บไซต์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หลังจากวันที่ 23 เมษายน 2565

ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Share+of+positive+tests&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

ข. ค่าเฉลี่ย 7 วันของจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่

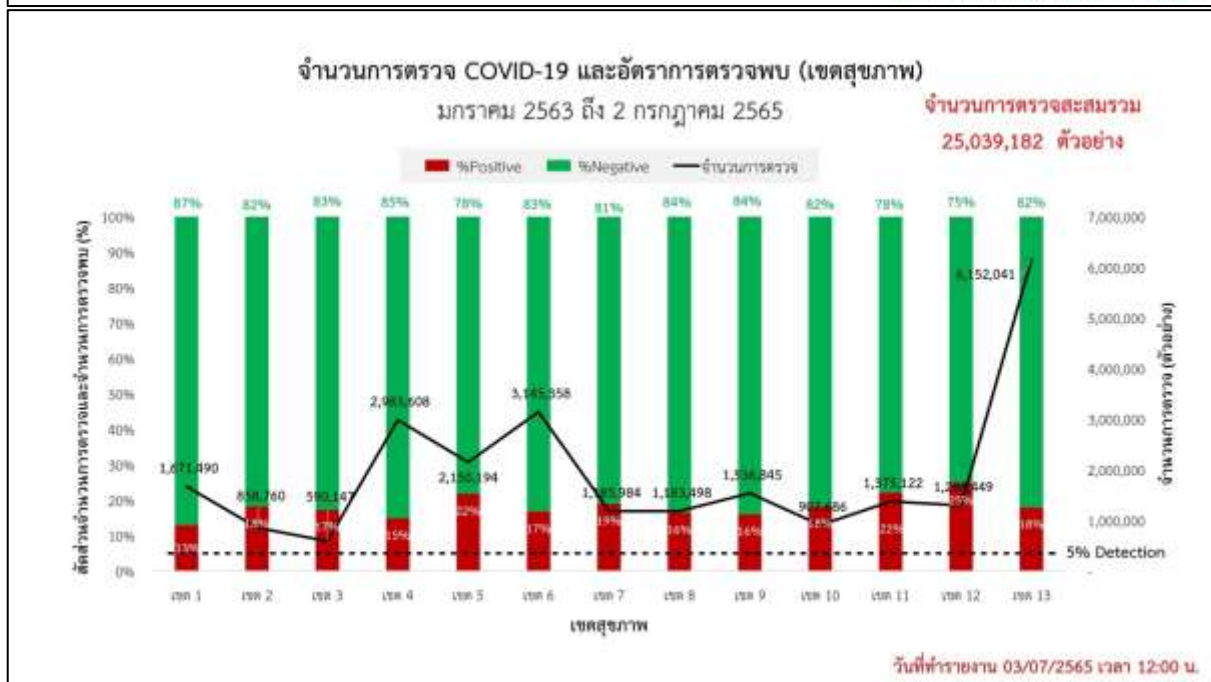
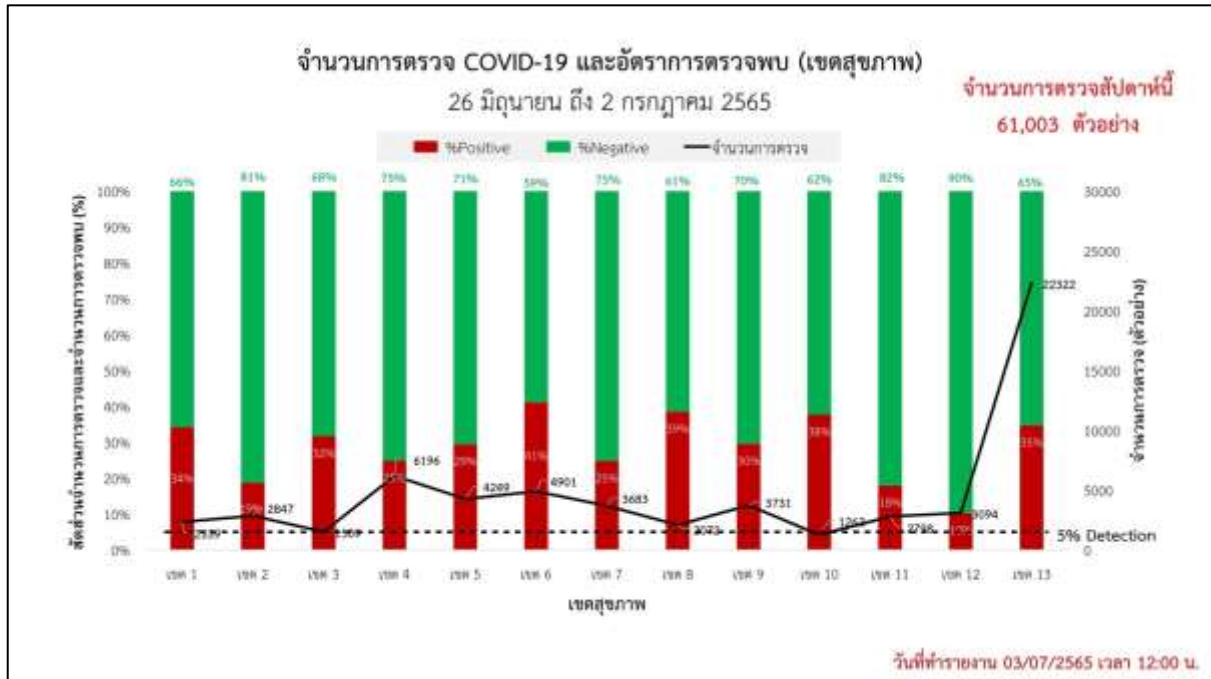


ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Confirmed+cases&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~THA>

ถ้าหากยึดตามคำแนะนำของ WHO ต่อรัฐบาลประเทศสมาชิกเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563 ว่าอัตราการตรวจเชื้อเป็นบวกควรจะไม่เกินร้อยละ 5 เป็นเวลา 14 วัน ถึงจะถือได้ว่าประเทศนั้นสามารถควบคุมการระบาดได้ดีพอที่จะดำเนินการเปิดประเทศ⁶⁸ ประเทศไทยก็ยังคงอยู่ในภาวะการระบาดที่ยังสูงเกินสำหรับการเปิดประเทศ และเมื่อพิจารณาร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วันแยกตามเขตสุขภาพในรูปแบบถัดไป ก็พบเช่นกันว่าเขตสุขภาพเกือบทั้งหมดยังไม่เข้าเกณฑ์ที่แนะนำโดย WHO เลย

⁶⁸ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้น เช่น Divya Siddarth et al. (2020) ชี้ว่าผลการตรวจที่เป็นบวกจะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญได้ก็ต่อเมื่อการตรวจเป็นไปอย่างครอบคลุม เนื่องจากผลการตรวจพบเชื้อที่ต่ำอาจจะหมายถึงระบบการตรวจติดตามไม่มีประสิทธิภาพก็เป็นได้ งานวิจัยดังกล่าวจึงเสนอว่าการลดระดับของผลการตรวจพบเชื้อที่ยอมรับได้ให้เหลือร้อยละ 3 น่าจะเป็นระดับที่เหมาะสมกว่า

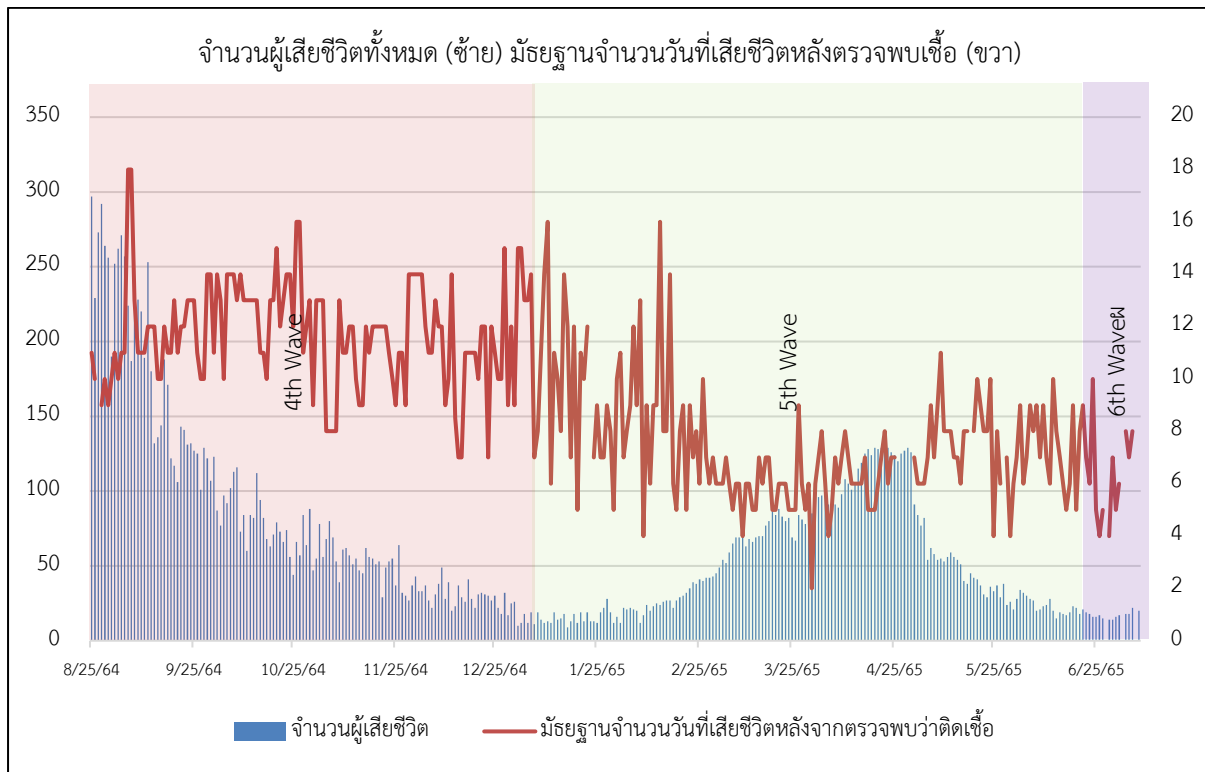
รูปที่ 44 ร้อยละของผลการตรวจเชื้อโควิดที่เป็นบวกเฉลี่ย 7 วัน ต่อจำนวนการตรวจเชื้อทั้งหมด แยกตามเขตสุขภาพ



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

ค่ามัธยฐานจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังพบเชื้อในระลอกที่ 4 และระลอกที่ 5 โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 11.6 และ 7.6 วันตามลำดับ (ดูรูปด้านข้าง) จะเห็นได้ว่าค่ามัธยฐานจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังตรวจพบเชื้อในช่วงหลังของระลอกที่ 4 ค่อนข้างทรงตัว แต่กลับค่อยๆ ลดลงในต้นระลอก 5 แล้วค่อยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง พ.ค. 2565 แม้จะมีการปรับนิยามการเสียชีวิตแล้วก็ตาม

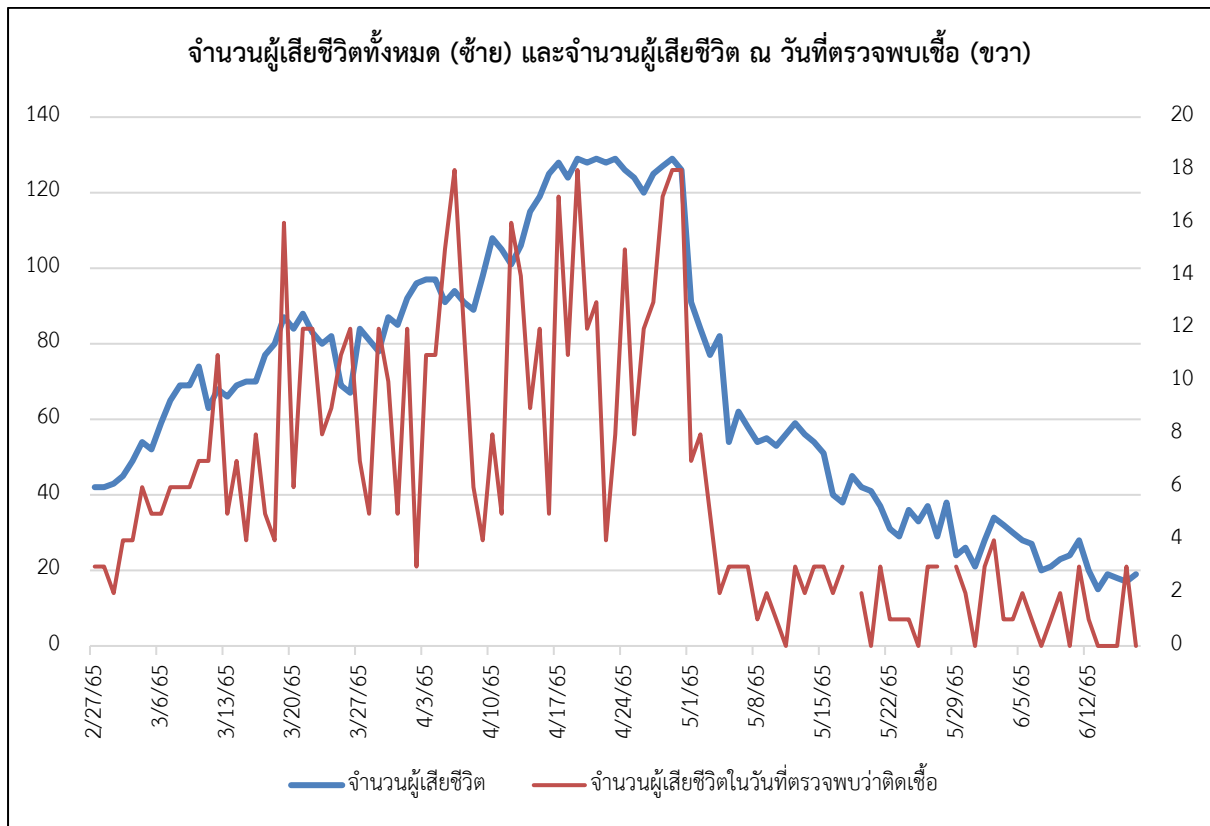
รูปที่ 45 จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ซ้าย) มาตรฐานจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังตรวจพบเชื้อ (ขวา)



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

ในช่วงที่มีการระบาดในระลอกที่ 5 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบว่าติดเชื้อวันเดียวกับวันเสียชีวิตมีโดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 8.2 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดหรือเฉลี่ยวันละ 7.6 ราย และในช่วงที่มีการระบาดจำนวนมาก เช่นช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2565 บางวันอาจสูงวันละ 16-18 ราย (ดูรูปด้านล่าง) นี่เป็นข้อมูลอีกส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าในระลอกที่ 5 น่ามีช่วงที่สถานพยาบาลของไทยน่าจะล้น ผู้ป่วยบางส่วนเข้าไม่ถึงการรักษาที่ทันท่วงที และมีที่เสียชีวิตไปก่อนในจำนวนที่สะท้อนความรุนแรงของการระบาดในช่วงนั้นๆ อย่างไรก็ตาม หลังจากที่เปลี่ยนนิยามการเสียชีวิตที่รายงานมาเป็นเฉพาะกรณีเสียชีวิตด้วยอาการจากโควิดเป็นหลักแล้ว ค่ามาตรฐานจำนวนวันที่เสียชีวิตหลังพบเชื้อก็คงจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่อนข้างแน่นอนว่ากรณีเสียชีวิตในวันที่ 0 เกือบทั้งหมดคงจะไม่ถูกนำมานับรวมเป็น “กรณีที่เสียชีวิตจากโควิด” ในแบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต (Novelcorona 3.1 หรือ 3.1.1 ฉบับปรับปรุงวันที่ 17 มี.ค. 65)

รูปที่ 46 จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ชาย) และจำนวนผู้เสียชีวิต ณ วันที่ตรวจพบเชื้อ (ขวา)



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค (2565)

8.2 มาตรการรับมือ Covid-19 ของไทยในด้านเศรษฐกิจและสังคม

เช่นเดียวกับในอีกหลายประเทศ รัฐบาลไทยได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าวิกฤตโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อด้านลบที่มีนัยสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจึงได้เตรียมมาตรการช่วยเหลือเยียวยาและมาตรการกู้เงิน 1 ล้านล้านบาทในปี 2563 และอีก 5 แสนล้านบาทในปี 2564 มาใช้ทั้งในการเยียวยาและสำหรับค่าใช้จ่ายอื่นที่เพิ่มขึ้นสาธารณสุข นอกจากนี้ก็ยังมีมาตรการของธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ที่พยายามสร้างความเชื่อมั่นในตลาดการเงิน

และเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 กระทรวงการคลัง ได้รับความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี และอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 แห่งพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564) ได้ลงนามในสัญญาเงินกู้กับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 เป็นเงินกู้สกุลเงินเยน จำนวน 50,000 ล้านบาท หรือเทียบเท่ากับ 13,432.35 ล้านบาท (คำนวณตามอัตราแลกเปลี่ยนเฉลี่ยของเงินบาทกับเงินเยน ณ วันลงนามในสัญญา คือ 26.8647 บาท ต่อ 100 เยน)⁶⁹

คณะผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญและวงเงินของมาตรการเยียวยาต่างๆ เอาไว้ดังตารางข้างล่าง

69

https://www.bangkokbiznews.com/news/1009176?fbclid=IwAR0WcDVvTMU0hAJOwoaRMNoDabsmb2RhX_fopUMY1P8dzzjTCarZXAjquo

ตารางที่ 3 มาตรการช่วยเหลือเยียวยาผลกระทบจากวิกฤตการณ์โควิด-19

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
10 มี.ค.63	มาตรการ: มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนาต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงทางอ้อม ระยะที่ 1	
	รายละเอียด <ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรการด้านการเงิน <ol style="list-style-type: none"> a. มาตรการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) b. มาตรการพักต้นเงินลดดอกเบี้ยและขยายระยะเวลาชำระหนี้แก่ลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ c. มาตรการให้ความช่วยเหลือลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทย d. มาตรการสินเชื่อเพื่อส่งเสริมการจ้างงานของสำนักงานประกันสังคม 2. มาตรการภาษี <ol style="list-style-type: none"> a. มาตรการคืนสภาพคล่องให้แก่ผู้ประกอบการในประเทศ b. มาตรการภาษีเพื่อลดภาระดอกเบี้ยจ่ายของผู้ประกอบการ c. มาตรการส่งเสริมเสถียรภาพของการจ้างงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 d. มาตรการเร่งคืนภาษีมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้ประกอบการภายในประเทศ 3. มาตรการช่วยเหลืออื่นๆ <ol style="list-style-type: none"> a. มาตรการบรรเทาภาระการจ่ายค่าน้ำค่าไฟ b. มาตรการลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของนายจ้างและลูกจ้าง c. มาตรการบรรเทาภาระค่าธรรมเนียมค่าเช่าค่าตอบแทนในการให้บริการของส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจ d. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2563 e. มาตรการสร้างความเชื่อมั่นในระบบตลาดทุน f. มาตรการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด19 – ค่าเสี่ยงภัยให้บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์-สัตว์แพทย์ผลิตละ 1,500 บาท/คน พยาบาล และอื่น ๆ ผลิตละ 1,000 บาท/คน 	<p>วงสินเชื่อ 30,000 ล้านบาท</p> <p>วงเงิน 20,000 ล้านบาท</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>4. มาตรการบรรเทาค่าครองชีพแก่ประชาชนจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 (ไม่มีในแถลงการณ์ แต่มีในมติ ครม.): กลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่เป็นผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ กลุ่มเกษตรกรที่เป็นผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เป็นต้น เป้าหมายรวมทั้งสิ้น 20.8 ล้านคน โดยให้การสนับสนุนค่าครองชีพรายละ 1,000 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือผ่านพร้อมเพย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน - มีการถอนออกในภายหลัง</p> <p>มติ ครม. ที่เกี่ยวข้อง มาตรการบรรเทาค่าครองชีพแก่ประชาชนจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ให้ถอนมาตรการดังกล่าวออกไปก่อนตามที่กระทรวงการคลังเสนอ (https://www.fpo.go.th/main/getattachment/Economic-report/Fiscal-Situation-Report/13121/6-รายงานสถานการณ์ด้านการคลังประจำปีงบประมาณ-2563-(เดือนมีนาคม-2563).pdf.aspx, หน้า 67)</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3134373735/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%2022-2563%20%28มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนาต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงทางอ้อม%20ระยะที่%201%29.pdf</p>	
24 มี.ค. 63	<p>มาตรการ: มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนาต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงทางอ้อม ระยะที่ 2</p>	
	<p>รายละเอียด:</p> <p>1. มาตรการดูแลและเยียวยา “แรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม” ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ประกอบด้วย 8 มาตรการ</p> <ol style="list-style-type: none"> มาตรการชดเชยรายได้แก่ แรงงาน ลูกจ้างลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมหรือผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ ของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือ โครงการเราไม่ทิ้งกัน (สนับสนุนเงินช่วยเหลือเดือนละ 5000 บาท 3 เดือน) (นายลวรณ แสงสนิท ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ในฐานะโฆษกกระทรวงการคลัง เปิดเผยความคืบหน้ามาตรการเยียวยา 5,000 บาทมีเม็ดเงินเยียวยาถึงมือคนทำงานที่เดือดร้อนจากสถานการณ์ไวรัส Covid-19 ในช่วงรอบที่ 1-3 ระหว่างวันที่ 8-17 เมษายน 2563 รวม 3.2 ล้านราย จำนวน 1.6 หมื่นล้านบาท) กลุ่มเป้าหมายไม่เกิน 16 ล้านราย (https://www.fpo.go.th/main/getattachment/Economic-report/Fiscal-Situation-Report/13079/7-รายงานสถานการณ์ด้านการคลังประจำปีงบประมาณ-2563-(เดือนเมษายน-2563).pdf.aspx, หน้า 63) โครงการสินเชื่อฉุกเฉิน โครงการสินเชื่อพิเศษเพิ่มเติม 	<p>วงเงิน 240,000 ล้านบาท แบ่งเป็น เงินงบประมาณ 70,000 ล้านบาท และเงินกู้อีก 140,000 ล้านบาท - โครงการกลุ่มที่ 2</p> <p>วงสินเชื่อ 40,000 ลบ.</p> <p>วงสินเชื่อ 20,000 ลบ.</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>d. โครงการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำสำหรับสำนักงานธรรมาภิบาลเพื่อช่วยเหลือประชาชนฐานรากที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการระบาดของไวรัส COVID-19</p> <p>e. มาตรการเสริมความรู้</p> <p>f. มาตรการเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา</p> <p>g. มาตรการเพิ่มวงเงินหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันสุขภาพ</p> <p>h. มาตรการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับค่าตอบแทนในการเสี่ยงภัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>2. มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ” ประกอบด้วย 7 มาตรการ</p> <p>a. โครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการรายย่อยที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของไวรัส COVID-19</p> <p>b. มาตรการเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้นิติบุคคล</p> <p>c. มาตรการเลื่อนเวลาการยื่นแบบแสดงรายการ นำส่ง และชำระภาษี</p> <p>d. มาตรการขยายเวลาการชำระภาษีให้แก่ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสินค้าน้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมัน</p> <p>e. มาตรการขยายเวลาการยื่นแบบรายการภาษีพร้อมกับชำระภาษีของการประกอบกิจการ สถานบริการที่จัดเป็นบริการตามบัญชีกักต้อตราภาษีสรรพสามิต</p> <p>f. มาตรการยกเว้นอากรขาเข้าของที่ใช้รักษา วินิจฉัย หรือป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา (COVID-19)</p> <p>g. มาตรการทางภาษีอากรและค่าธรรมเนียมเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ของเจ้าหนี้ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน</p> <p>3. มาตรการเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกรณี “ธุรกิจท่องเที่ยว”:</p> <p>a. แบ่งวงเงินจำนวน 10,000 ล้านบาท จากมาตรการ Soft loan 150,000 ล้านบาท ภายใต้มาตรการดูแลเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนา ระยะที่ 1 ให้กับธนาคารออมสินเพื่อปล่อยกู้ให้แก่ผู้ประกอบการในธุรกิจท่องเที่ยวเป็นการเฉพาะ</p> <p>b. มาตรการดูแลสายการบินที่เป็นเที่ยวบินในภายในประเทศโดยการปรับลดอัตราภาษีสรรพสามิตน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องบินไอพ่น จาก 4.726 บาทต่อลิตร เป็น 0.20 บาทต่อลิตร จนถึง วันที่ 30 กันยายน 2563</p>	<p>วงสินเชื่อ 2,000 ลบ.</p> <p>วงสินเชื่อ 10,000 ล้านบาท + 150,000 ล้านบาท จากมาตรการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำใน ระยะที่ 1</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3134393130/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%2026-2563%20%28มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนา%20%28COVID-19%29%20...%29.pdf	
7 เม.ย. 63	มาตรการ: มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนาต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงทางอ้อม ระยะที่ 3	
	รายละเอียด : <ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเยียวยาและฟื้นฟู เศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท) <ol style="list-style-type: none"> a. โครงการกลุ่มที่ 1 ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดจาก COVID-19 วงเงิน 45,000 ล้านบาท b. โครงการกลุ่มที่ 2 ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 วงเงิน 701,238 ล้านบาท c. โครงการกลุ่มที่ 3 ชุดมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลเศรษฐกิจภายในประเทศ วงเงิน 253,362 ล้านบาท 2. มาตรการเพื่อรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและระบบการเงิน <ol style="list-style-type: none"> a. พระราชกำหนดการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (พ.ร.ก. soft loan 500,000 ล้านบาท) b. พระราชกำหนดการสนับสนุนสภาพคล่องเพื่อดูแลเสถียรภาพตราสารหนี้ภาคเอกชน (พ.ร.ก. BSF) สำหรับเพิ่มสภาพคล่องและรักษาเสถียรภาพของตลาดตราสารหนี้ภาคเอกชนและระบบการเงิน 3. มาตรการช่วยเหลืออื่นๆ <ol style="list-style-type: none"> a. พระราชกฤษฎีกากำหนดจำนวนเงินฝากที่ได้รับการคุ้มครองเป็นการทั่วไป b. มาตรการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำสำหรับผู้ประกอบธุรกิจการเงินที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน (Non-banks) c. การปรับลดอัตราเงินนำส่งจากสถาบันการเงินเป็นการชั่วคราว ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3134393537/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%2036-2563%20%28มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา%202019%20ระยะที่%203%29.pdf	<p>วงเงิน 1,000,000 ล้านบาท</p> <p>วงเงิน 500,000 ล้านบาท</p> <p>วงเงิน 400,000 ล้านบาท</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
16 เม.ย. 64	มาตรการ: โครงการพาณิชย์ลดราคาช่วยประชาชน (กระทรวงพาณิชย์)	
	รายละเอียด: นำสินค้า-บริการมาลดราคา ในห้างสรรพสินค้า/ห้างค้าปลีกสมัยใหม่ ห้างท้องถิ่น ร้านค้าส่ง ร้านค้าปลีก และร้านค้าชุมชน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนช่วงโควิด-19 และเพิ่มช่องทางการเลือกซื้อสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีพในราคาประหยัด กระตุ้นเศรษฐกิจฐานราก เพื่อให้เกิดการหมุนเวียนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น (ประเภทสินค้าและราคาที่แตกต่างกันในแต่ละ Lot) โดยเป็นโครงการต่อเนื่อง ณ 31 ม.ค. 2565 มีทั้งหมด 16 Lot ดูเพิ่มเติมที่: https://คิดค้า.com/policy_project/นายจรินทร์-ลักษณะวิเศษ-3/ และ	
1 พ.ค. 63	มาตรการ: โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชย ให้แก่ประชาชน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงการคลัง หรือ โครงการเราไม่ทิ้งกัน (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: ช่วยเหลือเยียวยาให้กับลูกจ้าง (ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม) ที่ได้รับผลกระทบจากการหยุดประกอบกิจการของสถานประกอบการที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือผู้ได้รับผลกระทบอื่น ๆ โดยเป็นการสนับสนุนเงินช่วยเหลือรายละ 5,000 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน – ดำเนินการโดยใช้งบจาก พรก.เงินกู้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=936OgedEm3T8QZjnApG8	วงเงิน 240,000 ล้านบาท เป็นเงินงบประมาณ 70,000 ล้านบาท และเงินกู้อีก 140,000 ล้านบาท
1 พ.ค. 63	มาตรการ: โครงการช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: ช่วยเหลือเยียวยาและชดเชยให้กับภาคประชาชน เกษตรกร และผู้ประกอบการซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือโดยตรงรายละ 5,000 บาท/เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2563 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเกษตรกรไม่เกิน 10 ล้านราย ประกอบด้วย (1) เกษตรกรเป้าหมายกลุ่มแรก ได้แก่ เกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกรมส่งเสริม การเกษตร กรมปศุสัตว์ และกรมประมง จำนวน 8.43 ล้านราย และ (2) เกษตรกรเป้าหมาย กลุ่มที่สอง ได้แก่ เกษตรกรที่อยู่ระหว่างการตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียน ไม่เกิน 1.57 ล้านราย	วงเงิน 150,000 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.fpo.go.th/main/getattachment/Economic-report/Fiscal-Situation-Report/13079/7-รายงานสถานการณ์ด้านการคลังประจำปีงบประมาณ-2563-(เดือนเมษายน-2563).pdf.aspx, หน้า 64 หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=WX4mrn07QHJQ77oeNdMQ</p>	
1 พ.ค. 63	<p>มาตรการ: โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชย ให้แก่ประชาชน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อช่วยเหลือผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)</p>	โครงการกลุ่มที่ 2
	<p>รายละเอียด : ช่วยเหลือเยียวยาให้กับผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือเยียวยาจากโครงการใด ๆ ของภาครัฐ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำให้กลุ่มคนดังกล่าวมีรายได้ลดลงและไม่สามารถหารายได้จากแหล่งอื่นมาทดแทนได้ โดยจ่ายเงินเยียวยาจำนวน 1,000 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน รวมเป็นเงินจำนวน 3,000 บาทต่อคน</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=eK5nzqkXBasm3GzAyOR7</p>	วงเงิน 3,492,666,000 บาท
16 มิ.ย. 63	<p>มาตรการ: โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชย ให้แก่ประชาชนซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)</p>	โครงการกลุ่มที่ 2
	<p>รายละเอียด :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายเงินเยียวยาให้แก่เด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อยที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) และเป็นผู้ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 1,394,756 ราย รายละ 1,000 บาทต่อเดือน สำหรับเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563 2) จ่ายเงินเยียวยาให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ซึ่งเป็นผู้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุซึ่งมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 และยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือเยียวยาด้านอาชีพจากมาตรการของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม) จำนวน 4,056,596 ราย รายละ 1,000 บาทต่อเดือน สำหรับเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563 3) จ่ายเงินเยียวยาให้แก่คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการซึ่งมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) และยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือเยียวยาด้านอาชีพจากมาตรการของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม) จำนวน 1,330,529 ราย รายละ 1,000 บาทต่อเดือน <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=7MZdWOaqjXiaZYKV5EzM</p>	วงเงิน 19,990,806,000 บาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
1 ก.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการกำลังใจ (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย)</p> <p>รายละเอียด:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อสม. รพ.สต. อสส. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ เจ้าหน้าที่หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ ลงทะเบียนรับสิทธิ์ บน Platform ธนาคารกรุงไทย 2. บริษัทนำเที่ยวทั่วประเทศออกแบบแพ็คเกจท่องเที่ยวในประเทศข้ามจังหวัด 2 วัน 1 คืน ในราคาไม่เกิน 2,000 บาท 3. บริษัทนำเที่ยวลงทะเบียนจำหน่ายแพ็คเกจท่องเที่ยวในราคาไม่เกิน 2,000 บาท บน Platform ธนาคารกรุงไทย โดย อสม. รพ. สต. อสส. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ เจ้าหน้าที่หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข รับสิทธิ์เลือกจองแพ็คเกจท่องเที่ยวหนึ่งคนหนึ่งสิทธิ์ 4. ระบบ KTB Platform ตรวจสอบและรายงานผลการเดินทางของ อสม. รพ.สต. อสส. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ เจ้าหน้าที่หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้บริการผ่านผู้ประกอบการธุรกิจนำเที่ยวในโครงการ พร้อมแจ้งยอดค่าแพ็คเกจท่องเที่ยว ให้ ททท. ดำเนินการสอบทานและอนุมัติเบิกจ่ายเงิน 5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา โดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) จะดำเนินการโอนเงินให้แก่ผู้ประกอบการธุรกิจนำเที่ยวที่ให้บริการการเดินทางให้แก่ อสม. รพ.สต. อสส. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ เจ้าหน้าที่หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบสารสนเทศ (KTB Corporate Online) รวมไม่เกิน 1,200,000 คน ในอัตราคนละ 2,000 บาท <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=0R4JX4LnRVtY3jR3wZY0</p>	<p>โครงการกลุ่มที่ 3</p> <p>วงเงิน 2,400,000,000 บาท</p>
1 ก.ค. 63	<p>มาตรการ: เราเที่ยวด้วยกัน (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย)</p> <p>รายละเอียด:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนค่าโรงแรมที่พัก จำนวน 6,000,000 สิทธิ์ ละไม่เกิน 3,000 บาท 2. สนับสนุนค่า E-Voucher จำนวน 6,000,000 สิทธิ์ ละ 600 บาท (วันศุกร์-อาทิตย์) และ 900 บาท (วันจันทร์-พฤหัสบดี) 3. สนับสนุนค่าบัตรโดยสารเครื่องบิน จำนวน 2,000,000 สิทธิ์ ละไม่เกิน 2,000 และ 3,000 บาท <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=z0oK8Ek44nsJlagegkAK</p>	<p>โครงการกลุ่มที่ 3</p> <p>วงเงิน 15,000 ล้านบาท</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
1 ส.ค. 63	มาตรการ: โครงการมาตรการชดเชยรายได้แก่ลูกจ้างของสถานประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา (สำนักงานประกันสังคม)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: บรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับผลกระทบทำให้ว่างงานหรือหยุดงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างด้วยเหตุสุดวิสัยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) และไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม (จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 6 เดือน) ได้รับเงินเยียวยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน จำนวนเงิน 15,000 บาท/คน ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=B86WZyodoXhAljJRgnaM	วงเงิน 896,640,000 บาท
1 ต.ค. 63	มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: ช่วยเหลือ เยียวยา และลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่กลุ่มผู้มีบัตรฯ ประมาณ 14 ล้านคน ในช่วงที่มีสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งทำให้กลุ่มผู้มีบัตรฯ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ มีรายได้ลดลงและไม่สามารถหารายได้จากแหล่งอื่นมาทดแทนได้ โดยโครงการฯ จะเป็นการช่วยเหลือวงเงินค่าซื้อสินค้าบริโภคอุปโภคที่จำเป็นจากบ้านธงฟ้าราคาประหยัดพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นจำนวน 500 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือนตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135323930/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20104-2563%20%28โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ%20และโครงการคนละครึ่ง%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=VW2d2BqY4yi3EaMemWy5	วงเงิน 21,000 ล้านบาท
1 ต.ค. 63	มาตรการ: โครงการคนละครึ่ง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 3
	รายละเอียด: ฟื้นฟูเศรษฐกิจระดับฐานราก สำหรับผู้ประกอบการรายย่อย โดยเฉพาะกลุ่มหาบเร่ แผงลอย เพื่อให้มีรายได้จากการขายสินค้าเพิ่มขึ้น โดยภาครัฐร่วมจ่ายค่าอาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าทั่วไปผ่านฝ่ายของผู้ซื้อร้อยละ 50 ทั้งนี้ ไม่เกิน 150 บาทต่อคนต่อวัน หรือไม่เกิน 3,000 บาท ต่อคนตลอดระยะเวลาโครงการ (3 เดือน) ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135323930/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20104-2563%20%28โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ%20และโครงการคนละครึ่ง%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=A3ZGKlqlY3Cxe7zQ9wq8	วงเงิน 30,000 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
12 ต.ค. 63	<p>มาตรการ: ซ้อปติมีคีน (กรมสรรพากร)</p> <p>รายละเอียด: ให้ผู้มีเงินได้ซึ่งมีหน้าที่เสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา แต่ไม่รวมถึงห้างหุ้นส่วนสามัญ หรือคณะบุคคลที่มีใ้ชนิติบุคคล หักลดหย่อนค่าซื้อสินค้า หรือค่าบริการเท่าที่ได้จ่ายเป็นค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการ สำหรับการซื้อสินค้าหรือการรับบริการในประเทศที่จ่ายให้กับผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม รวมถึงค่าซื้อหนังสือและค่าบริการหนังสือที่อยู่ในรูปของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และค่าสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นสินค้าที่ได้ลงทะเบียนกับกรมการพัฒนาชุมชนแล้ว ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท ตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135333238/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20109-2563%20%28มาตรการ%20“ซ้อปติมีคีน”%29.pdf</p>	
1 ม.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ระยะที่ 2 (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)</p> <p>รายละเอียด: เพิ่มวงเงินค่าซื้อสินค้าบริโภค อุปโภคที่จำเป็นสำหรับผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจำนวน 500 บาทต่อคนต่อเดือนเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือนโดยมีระยะเวลาการดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2564</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135343438/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20150-2563%20%28โครงการคนละครึ่งและโครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐระยะที่%202%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=VWk58yn7gEFdVEMLmA5L</p>	<p>โครงการกลุ่มที่ 2</p> <p>วงเงิน 20,635,492,500 บาท</p>
8 ธ.ค. 63	<p>มาตรการ: โครงการคนละครึ่ง ระยะที่ 2 (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)</p> <p>รายละเอียด: ภาครัฐร่วมจ่ายค่าซื้อสินค้าและบริการ ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน 150 บาทต่อคนต่อวัน โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้ (1) การเปิดให้มีการลงทะเบียนรับสิทธิเพิ่มเติมอีก 5 ล้านคน โดยจะได้รับวงเงินคนละ 3,500 บาท ระยะที่ 2 นี้แบ่งกลุ่มผู้ใช้สิทธิเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ผู้ได้รับสิทธิเดิมไม่เกิน 10 ล้านคนจะได้รับสิทธิวงเงินสนับสนุนจากรัฐเพิ่มเติมคนละ 500 บาทในวันที่ 1 มกราคม 2564 ซึ่งเมื่อรวมกับวงเงินตามสิทธิที่มีอยู่เดิม 3,000 บาท เท่ากับจะมีวงเงินรวม 3,500 บาท สามารถใช้จ่ายได้ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 และ (2) ผู้ลงทะเบียนใหม่ ไม่เกิน 5 ล้าน คน จะได้รับสิทธิวงเงินสนับสนุนจากรัฐคนละ 3,500 บาท สำหรับใช้จ่ายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2564</p>	<p>โครงการกลุ่มที่ 3</p> <p>วงเงิน 22,500 ล้าน บาท</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135343438/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20150-2563%20%28โครงการคนละครึ่งและโครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐระยะที่%202%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=EaeWqEO9lqixAN08NB3K	
1 ม.ค. 64	มาตรการ: มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ (ด้านไฟฟ้า) (การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: บรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ (ด้านไฟฟ้า) ให้กับผู้ใช้ไฟฟ้าบ้านอยู่อาศัยประเภทบ้านอยู่อาศัยและกิจการขนาดเล็ก เป็นจำนวนเงิน 5,930.00 ล้านบาท. ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=y03wewWapnT8R733xwln	วงเงินจาก พรก. กู้ 3,390,010,000 + งบ อื่นๆ 2,484,000,000 บาท
1 ม.ค. 64	มาตรการ: มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ (การประปาส่วนภูมิภาค)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: ให้ส่วนลดค่าน้ำประปาร้อยละ 10 เฉพาะผู้ใช้น้ำประเภทที่อยู่อาศัยและกิจการขนาดเล็ก (ไม่รวมราชการและรัฐวิสาหกิจ)จำนวนประชาชนที่ได้รับส่วนลด 4.57 ล้านราย ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=Z6y7pl6gJ2SZgo8OxyG	วงเงิน 254,740,000 บาท
12 ม.ค. 64	มาตรการ: มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ (ด้านไฟฟ้า) (การไฟฟ้านครหลวง)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: บรรเทาความเดือนร้อน และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปโภคของประชาชนและผู้ประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้น้ำประเภทบ้านที่อยู่อาศัยและกิจการขนาดเล็ก (ไม่รวมส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ) ได้รับส่วนลดค่าน้ำประปาร้อยละ 10 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=7MRNm8l3JkU4g8LrJzW6	วงเงิน 129 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
12 ม.ค. 64	มาตรการ: โครงการเพื่อช่วยเหลือประชาชนและผู้ประกอบการขนาดเล็ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระลอกใหม่ (การประปานครหลวง)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: บรรเทาความเดือนร้อน และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคของประชาชนและผู้ประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้น้ำประเภทบ้านที่อยู่อาศัยและกิจการขนาดเล็ก (ไม่รวมส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ) ได้รับส่วนลดค่าน้ำประปาร้อยละ 10 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=7MRNm8l3JkU4g8LrJzW6	วงเงิน 129 ล้านบาท
19 ม.ค. 64	มาตรการ: โครงการเราชนะ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: สนับสนุนวงเงินช่วยเหลือให้แก่ประชาชนจำนวนประมาณ 31.1 ล้านคน วงเงินไม่เกิน 3,500 บาทต่อคนต่อเดือนเป็นระยะเวลา 2 เดือนสำหรับเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2564 ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135353532/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%209-2564%20%28โครงการเราชนะ%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=93ZOqoY2BrSx9owgIx73	วงเงิน 210,200 ล้านบาท
15 ก.พ. 64	มาตรการ: โครงการ ม.33 เรารักกัน (สำนักงานประกันสังคม)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: จ่ายวงเงินจำนวน 4,000 บาทต่อคน ให้แก่ผู้ประกันตนมาตรา 33 ด้วยวิธีการโอนวงเงินผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” (G-wallet) หรือผ่านบัตรประจำตัวประชาชนแบบเนกประสงค์ (Smart Card) เพื่อใช้จ่ายซื้อสินค้าและบริการกับผู้ประกอบการ/ร้านค้า/บริการ ที่ตกลงยินยอมเข้าร่วมโครงการ ม.33เรารักกัน ในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2564 และ เพิ่มวงเงินจำนวน 2,000 บาทต่อคน ให้แก่ผู้ประกันตนมาตรา 33 ที่ได้รับสิทธิตามโครงการ และจ่ายวงเงินจำนวน 6,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตนมาตรา 33 กลุ่มทบทวนสิทธิ ระยะที่ 2 เพื่อใช้จ่ายซื้อสินค้าและบริการผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” (G-wallet) หรือผ่านบัตรประจำตัวประชาชนแบบเนกประสงค์ (Smart Card) กับผู้ประกอบการ/ร้านค้า/บริการ ที่ตกลงยินยอมเข้าร่วมโครงการ ม.33 เรารักกัน ในช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2564 ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=wEWmnIVgaAizLo1Q1IAy	วงเงิน 48,841,470,000 บาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
1 พ.ค. 64	มาตรการ: โครงการทัวร์เที่ยวไทย (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย)	โครงการกลุ่มที่ 3
	<p>รายละเอียด: ททท. จัดทำเว็บไซต์เพื่อให้บริษัทนำเที่ยวสมัครเข้าร่วมโครงการและนำเสนอข้อมูลแพ็คเกจนำเที่ยวที่ผ่านการอนุมัติแก่นักท่องเที่ยว ซึ่งนักท่องเที่ยวต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ณ วันลงทะเบียน (นับเฉพาะปี พ.ศ.) จำนวน 1 ล้านสิทธิ์ นักท่องเที่ยว 1 คนสามารถใช้ได้ 1 สิทธิ์ ทั้งนี้ นักท่องเที่ยวได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับประชาชนผู้ท่องเที่ยวที่ได้รับเงินสนับสนุนหรือประโยชน์ใด ๆ ตามโครงการทัวร์เที่ยวไทย</p> <p>หมายเหตุ: (21 ก.ย. 64) มีการปรับปรุงเงื่อนไขให้สามารถเดินทางได้ทุกวัน และเพิ่มรายการนำเที่ยวเป็น 30 รายการต่อบริษัท เนื่องจากมีผู้ใช้สิทธิ์น้อย (24 ธ.ค. 64) ขยายเวลาการใช้สิทธิ์โครงการทัวร์เที่ยวไทยจากสิ้นสุดวันที่ 31 มกราคม 2565 เป็นวันที่ 30 เมษายน 2565 (รอประกาศอย่างเป็นทางการ)</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=B8Wy4KzmYMu5E5MO7JLx</p>	วงเงิน 5,000 ล้านบาท
1 มิ.ย. 64	มาตรการ: โครงการคนละครึ่ง ระยะที่ 3 (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 3
	<p>รายละเอียด: ภาครัฐร่วมจ่ายร้อยละ 50 สำหรับค่าอาหาร เครื่องดื่ม สินค้าทั่วไป และค่าบริการ (นวด สปา ทาหมทาเล็บ ค่าเดินทาง โดยบริการขนส่งสาธารณะหรือขนส่งมวลชนสาธารณะ) ยกเว้น สลากกินแบ่ง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ ทั้งนี้ไม่เกิน 150 บาทต่อคนต่อวัน หรือไม่เกิน 3,000 บาทต่อคน ตลอดระยะเวลาโครงการ</p> <p>หมายเหตุ: (1 พ.ย. 64) เพิ่มเติมวงเงินสนับสนุนรัฐร่วมจ่าย รอบที่ 3 จำนวน 1,500 บาทต่อคน ในวันที่ 1 พ.ย. 64 (โดยนำไปรวมกับวงเงินคงเหลือจากรอบที่ 1 และ 2 ของโครงการคนละครึ่งเฟส 3 โดยอัตโนมัติ) รวมเป็นวงเงินสิทธิที่ได้รับจำนวนทั้งสิ้น 4,500 บาทต่อคน ตลอดระยะเวลาโครงการ</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135383833/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20112-2564%20%28มาตรการลดภาระค่าครองชีพและฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบของ%20COVID-19%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=LARyGryr0U9E5jEamxE</p>	วงเงิน 93,000 ล้านบาท
1 มิ.ย. 64	มาตรการ: โครงการยิ่งใช้ยิ่งได้ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	โครงการกลุ่มที่ 3
	<p>รายละเอียด: กระตุ้นการบริโภคภายในประเทศผ่านผู้มีกำลังซื้อ และสนับสนุนผู้ประกอบการที่อยู่ในระบบภาษีมูลค่าเพิ่ม โดยผู้ได้รับสิทธิไม่เกิน 4 ล้านคน ที่ชำระเงินค่าสินค้าหรือบริการ ได้แก่ ค่าอาหาร เครื่องดื่ม สินค้าทั่วไป ค่าบริการนวด สปา ทาหมทาเล็บ ยกเว้น สลากกิน</p>	วงเงิน 28,000 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>แบ่ง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ ผ่าน g-Wallet บนแอปพลิเคชัน “เป่าตั้ง ” กับผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่มที่ติดตั้งแอปพลิเคชัน “ถุงเงิน” ที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับวงเงินสนับสนุนในรูปของบัตรกำนัล อิเล็กทรอนิกส์ (e-Voucher) โดยวงเงินใช้จ่ายที่จะนำมาคำนวณสิทธิ e-Voucher ไม่เกิน 60,000 บาทต่อคนและยอดใช้จ่ายที่จะนำมาคำนวณสิทธิไม่เกิน 5,000 บาทต่อคนต่อวัน และจะได้รับสิทธิ e- Voucher สะสมสูงสุดไม่เกิน 7,000 บาทต่อคน ตลอดระยะเวลาโครงการ โดยยอดใช้จ่ายจริงตั้งแต่ 1 - 40,000 บาท แรกได้รับ e-Voucher ร้อยละ 10 ของยอดใช้จ่ายแต่ไม่เกิน 4,000 บาทต่อคนและยอดใช้จ่ายจริงตั้งแต่ 40,001- 60,000 บาทได้รับ e-Voucher ร้อยละ 15 ของยอดใช้จ่ายแต่ไม่เกิน 3,000 บาทต่อคน ซึ่งสิทธิ e-Voucher จะคืนเป็นวงเงินใน g-Wallet ทุกต้นเดือนถัดไปโดยไม่สามารถแลกเป็นเงินสดได้</p> <p>หมายเหตุ: (1 พ.ย. 64) เพิ่มวงเงินสนับสนุนบัตรกำนัลอิเล็กทรอนิกส์ (e-Voucher) ของรัฐ จำนวน 3,000 บาทต่อคน รวมเป็นวงเงินที่ได้รับสิทธิ e-Voucher ทั้งสิ้นไม่เกิน 10,000 บาทต่อคน ตลอดระยะเวลาโครงการ โดยมีผลกับวงเงินใช้จ่ายที่จะนำมาคำนวณสิทธิ e-Voucher ตั้งแต่วันที่ 1-30 พ.ย. 64</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135383833/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20112-2564%20%28มาตรการลดภาระค่าครองชีพและฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบของ%20COVID-19%29.pdf</p>	
28 มิ.ย. 64	<p>มาตรการ: โครงการเยียวยานายจ้างและผู้ประกันตนมาตรา 33 ในกิจการที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐ ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 13 จังหวัด เพิ่มเติม 1 เดือน (สิงหาคม 2564) (สำนักงานประกันสังคม)</p>	โครงการกลุ่มที่ 2
	<p>รายละเอียด : เยียวยาผู้ประกันตนทุกมาตราประกอบด้วย ม.33 ที่เดือดร้อนจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ใน 13 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา ภูเก็ต ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายจ้างในระบบประกันสังคมที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับเงินช่วยเหลือตามจำนวนลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ในอัตรา 3,000 บาทต่อลูกจ้างหนึ่งคนต่อเดือนและได้รับสูงสุดไม่เกิน 200 คน โดยในพื้นที่ 13 จังหวัด(ข้อกำหนดฉบับที่ 25 ฉบับที่ 27 และฉบับที่ 28) ได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมอีก 1 เดือน (สิงหาคม 2564) 	<p>วงเงิน</p> <p>16,103,328,000 บาท</p>

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>2. ผู้ประกันตนมาตรา 33 สัญชาติไทยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับเงินเยียวยา 2,500 บาทต่อคนต่อเดือน โดยในพื้นที่ 13 จังหวัด (ข้อกำหนดฉบับที่ 25 ฉบับที่ 27 และฉบับที่ 28) ได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมอีก 1 เดือน (สิงหาคม 2564)</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=JK0kLJAzV1uEx0M4YEaB&type=committee</p>	
1 ก.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)</p>	โครงการกลุ่มที่ 2
	<p>รายละเอียด: ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต ผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟนทำให้ไม่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ได้ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทูพพลภาพ ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถเดินทางไปลงทะเบียนหรือเดินทางไปใช้จ่ายวงเงินที่ได้รับผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ได้ เป็นต้น) โดยจะช่วยเหลือค่าซื้อสินค้าจากร้านธงฟ้าฯ และค่าซื้อสินค้า หรือค่าบริการจากร้านค้า หรือผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการ คนละครั้ง ระยะเวลา 3 จำนวน 200 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>หมายเหตุ: (1 พ.ย. 64) เพิ่มวงเงินค่าซื้อสินค้าจากร้านธงฟ้าฯ และค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการจากร้านค้าหรือผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการคนละครั้งเฟส 3 เพิ่มเติม จำนวน 300 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือน พ.ย.-ธ.ค. 64 (รวมเพิ่มวงเงิน 600 บาทต่อคน) ทำให้มีวงเงินค่าซื้อสินค้าหรือบริการในโครงการเพิ่มขึ้นจากเดิม 200 บาทเป็น 500 บาทต่อคนต่อเดือน ในช่วงเดือน พ.ย.-ธ.ค. 64</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135383833/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20112-2564%20%28มาตรการลดภาระค่าครองชีพและฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบของ%20COVID-19%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=63RQLmldB4CnYdKYMxWG</p>	วงเงิน 3,000 ล้านบาท
1 ก.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ระยะเวลา 3 (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)</p>	โครงการกลุ่มที่ 2
	<p>รายละเอียด: ช่วยเหลือค่าซื้อสินค้าจากร้านธงฟ้าราคาประหยัดพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น (ร้านธงฟ้าฯ) และค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการจากร้านค้า หรือผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการคนละครั้ง ระยะเวลา 3 จำนวน 200 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>หมายเหตุ: (1 พ.ย. 64) เพิ่มวงเงินค่าซื้อสินค้าจากร้านธงฟ้าราคาประหยัดพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น (ร้านธงฟ้าฯ) และค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการจากร้านค้าหรือผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการคนละครั้งเฟส 3 เพิ่มเติม จำนวน 300 บาทต่อคนต่อเดือนเป็น</p>	วงเงิน 16,380.19 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือน พ.ย.-ธ.ค. 64 (รวมเพิ่มวงเงิน 600 บาทต่อคน) ทำให้มีวงเงินค่าซื้อสินค้าหรือบริการในโครงการเพิ่มขึ้นจากเดิม 200 บาท เป็น 500 บาทต่อคนต่อเดือน ในช่วงเดือน พ.ย.-ธ.ค. 64</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.mof.go.th/th/view/attachment/file/3135383833/ข่าวแถลงกระทรวงการคลังฉบับที่%20112-2564%20%28มาตรการลดภาระค่าครองชีพและฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบของ%20COVID-19%29.pdf หรือ https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=Y7RMY6yWx3heeRjOj6Ya</p>	
1 ก.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการรถ Mobile พาณิชย์...ลดราคา! ช่วยประชาชน กระตุ้นเศรษฐกิจฐานราก (กรมการค้าภายใน)</p>	โครงการกลุ่มที่ 3
	<p>รายละเอียด:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กิจกรรมจำหน่ายสินค้าผ่านช่องทางรถ Mobile จำนวนไม่น้อยกว่า 1,000 คัน เพื่อจำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการครองชีพตามรายการ ราคา และปริมาณที่กรมฯ กำหนด ตามแหล่งชุมชน หรือหมู่บ้านต่างๆ 2) กิจกรรมประชาสัมพันธ์โครงการ ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเผยแพร่การดำเนินงานให้ประชาชนได้รับทราบในวงกว้างผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อหนังสือพิมพ์ สื่อออนไลน์ หรือสื่ออื่นๆ เป็นต้น <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=A33yI7LJJAS63dl6mzNE</p>	วงเงิน 161,324,000 บาท
1 ก.ค. 64	<p>มาตรการ: กำหนดพื้นที่นำร่องท่องเที่ยว</p>	
	<p>รายละเอียด: โครงการ Phuket Sandbox เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวที่อนุญาตให้นักท่องเที่ยวที่ได้รับวัคซีนครบโดสแล้วสามารถเข้าประเทศไทยได้โดยไม่ต้องกักตัว โดยไม่มีการกักตัวและมีการระบุต้องอยู่ในภูเก็ตเป็นเวลาเพียง 7 วัน ก่อนที่จะเดินทางออกนอกพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. 64 ต่อมาได้มีการเพิ่มพื้นที่ Sandbox ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 ก.ค. 64 เริ่ม Samui Sandbox (เดิมเรียกว่า Samui Plus) - 16 ส.ค. 64 เริ่ม Krabi Sandbox - 16 ส.ค. 64 เริ่ม Phang Nga Sandbox (เดิมเรียกว่า Phuket Sandbox 7+7 Extension) - 1 พ.ย. 64 เริ่มพื้นที่นำร่องสีฟ้าอีก 13 พื้นที่ รวมทั้งสิ้น 17 จังหวัด (แผนระยะที่ 1) - 16 ธ.ค. 64 เพิ่มพื้นที่นำร่องสีฟ้าอีก 9 พื้นที่ รวมทั้งสิ้น 26 จังหวัด (แผนระยะที่ 2) <p>มีแผนเพิ่มอีก 5 พื้นที่ รวมเป็น 31 จังหวัดในวันที่ 1 ม.ค. 65 แต่ถูกเลื่อนออกไปเพื่อรอประเมินสถานการณ์</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	ดูเพิ่มเติมที่: https://thaiontours.com/thailand/phuket-sandbox-thailand-without-quarantine และ https://www.thairath.co.th/news/politic/2282286	
3 ส.ค. 64	มาตรการ: โครงการเยียวยาผู้ประกันตนมาตรา 39 และมาตรา 40 ที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐ ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (สำนักงานประกันสังคม)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: เยียวยาผู้ประกันตนทุกมาตราประกอบไปด้วย ม.39 ม.40 และกลุ่ม 9 อาชีพ (ต้องเข้าไปลงทะเบียนในระบบประกันสังคมก่อนหากยังไม่อยู่ในระบบ) ที่ได้ตรอนจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ใน 29 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา ฉะเชิงเทรา ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา ระยอง ราชบุรี สระบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ลพบุรี เพชรบูรณ์ ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี เพชรบุรี ตาก อ่างทอง นครนายก สมุทรสงคราม และสิงห์บุรี โดยมีรายละเอียด ดังนี้ <p>จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 39 จำนวน 1,436,171 คนและผู้ประกันตนมาตรา 40 จำนวน 7,949,759 คน รวมเป็น 9,385,930 คนได้รับเงินเยียวยาในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อเดือนดังนี้ 1. กลุ่มผู้ประกันตนมาตรา 39 และมาตรา 40 ในพื้นที่ 13 จังหวัด (ตามข้อกำหนดฉบับที่ 25 และ 28) จำนวน 6,171,082 คนได้รับเงินเยียวยาจำนวน 2 เดือน 2.กลุ่มผู้ประกันตนมาตรา 39 และมาตรา 40 ในพื้นที่ 16 จังหวัด (ตามข้อกำหนดฉบับที่ 30)จำนวน 3,214,848 คนได้รับเงินเยียวยาจำนวน 1 เดือน</p>	วงเงิน 77,785,060,000 บาท
	ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loanact/view.html?id=deewlXkENdCaXo7wx0O2&type=committee	
10 ส.ค. 64	มาตรการ: มาตรการการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาของนิสิต นักศึกษาในสถาบัน อุดมศึกษาภาครัฐและเอกชน (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม)	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด: แบ่งส่วนลดออกเป็น 3 ส่วน ตามอัตราค่าเล่าเรียนและค่าธรรมเนียมการศึกษาที่เรียกเก็บ ดังนี้ (1) ลดค่าเล่าเรียนและค่าธรรมเนียมการศึกษาส่วนที่ไม่เกิน 50,000 บาท ร้อยละ 50 (2) ส่วนตั้งแต่ 50,001 - 100,000 บาท ลดร้อยละ 30 และ (3) ส่วนที่เกิน 100,000 บาท ลดร้อยละ 10 โดยการให้ส่วนลดจะเป็นลักษณะร่วมจ่ายระหว่างรัฐบาลและสถาบันอุดมศึกษาในอัตรา 6 : 4	วงเงิน 10,000,000,000 บาท
	ดูเพิ่มเติมที่: https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=p99x6Emqj0cVV501ONpE&type=committee	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
22/23 ส.ค.64	มาตรการ: โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19	โครงการกลุ่มที่ 2
	รายละเอียด : นักเรียนในสถานศึกษาได้รับความช่วยเหลือในการเรียนรู้เน้นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอัตรา 2,000 บาท/คน <ul style="list-style-type: none"> - เมืองพัทยา - กรุงเทพมหานคร - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ - มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ - สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ - สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม - สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน - สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ดูเพิ่มเติมที่: http://thai.nesdc.go.th/thai-approved64/	วงเงิน 30,574,000 บาท 542,804,000 บาท 2,779,444,000 บาท 39,542,000 บาท 68,416,000 บาท 12,868,000 บาท 13,678,000 บาท 156,000 บาท 159,036,000 บาท 2,059,368,000 บาท 13,230,400,000 บาท 4,290,270,000 บาท
24 ก.ย. 64	มาตรการ: โครงการเราเที่ยวด้วยกัน ระยะที่ 2	
	รายละเอียด : <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงแรมที่พัก เพิ่มเติมจาก 5 สิทธิ์ เป็น 10 สิทธิ์ ทำให้มูลค่ารวมที่สามารถใช้เป็นส่วนลด 40% นี้ได้เพิ่มขึ้นอีก 15,000 บาท 2. คุ้มครองส่วนลดค่าอาหาร ค่าเช่าสถานที่ท่องเที่ยว จะแยกเป็น <ul style="list-style-type: none"> - วันธรรมดา จันทร์ – พฤหัสบดี จะได้รับส่วนลด 40% เช่นเดิม แต่จะลดที่มูลค่าสูงสุด ที่ 900 บาท - วันหยุด ศุกร์ – อาทิตย์ จะได้รับส่วนลด 40% สูงสุดที่ 600 บาท เช่นเดิม 	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>3. ตัวเครื่องบิน จากเดิม ต่อที่นั่ง 1,000 บาท ปรับเพิ่มเป็น 2,000 บาท</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.changtrixget.com/review/rao-tiew-duai-gun-phase-2/</p>	
24 ก.ย. 64	<p>มาตรการ: โครงการเราเที่ยวด้วยกัน ระยะที่ 3</p>	
	<p>รายละเอียด :</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนค่าโรงแรม 40% ของราคาที่พักต่อห้องต่อคืน ทั้งนี้ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อห้องต่อคืน - สนับสนุนคูปองอาหาร/ห้องเที่ยวมูลค่า 600 บาทต่อห้องต่อคืน ให้กับประชาชน เมื่อ check-in โรงแรมสำเร็จ - สนับสนุนค่าตัวเครื่องบิน 2 สิทธิผู้โดยสาร ต่อ 1 ห้องโรงแรมที่จอง ทั้งนี้เงินสนับสนุนค่าตัวเครื่องบินเท่ากับ 40% ของราคาตัวเครื่องบิน แต่ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อผู้โดยสาร (สิทธิเพิ่มเติมรับเงินสนับสนุนค่าตัวเครื่องบินเท่ากับ 40% ของราคาตัวเครื่องบิน แต่ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อผู้โดยสาร เมื่อเดินทางท่องเที่ยวไปยัง ภูเก็ต พังงา กระบี่ สุราษฎร์ธานี สงขลา เชียงใหม่ และเชียงราย) <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.เราเที่ยวด้วยกัน.com/information</p>	
30 ก.ย. 64	<p>มาตรการ: บัตรสวัสดิการแห่งรัฐรอบใหม่</p>	
	<p>รายละเอียด :</p> <p>เปิดให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับสิทธิ์เข้ามาลงทะเบียน ซึ่งคาดว่าจะมีกลุ่มตกหล่นจากมาตรการของรัฐที่ผ่านมาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น กรณีไม่มีสมาร์ตโฟน สามารถเข้าร่วมบัตรคนจนได้อีกกว่า 2 ล้านราย ขณะเดียวกัน ผู้ที่ได้รับสิทธิ์เดิมมีจำนวน 13.65 ล้านคน จะต้องมาลงทะเบียนใหม่ เพราะกระทรวงการคลังจะมีการปรับเงื่อนไขผู้ได้รับสิทธิ์ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/business/960159</p>	
1 ต.ค. 64	<p>มาตรการ: มาตรการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโลกขั้นพื้นฐานด้านไฟฟ้าแก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค)</p>	
	<p>รายละเอียด :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีสิทธิในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จะได้รับเงินช่วยเหลือค่าไฟฟ้าประจำเดือน ตามที่ระบุในใบแจ้งค่าไฟฟ้าแต่ไม่เกิน 315.-บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) ต่อครัวเรือนต่อปีเดือน กรณีที่ค่าไฟฟ้าเกิน 315.-บาท(รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) จะไม่ได้สิทธิจากมาตรการนี้ - ผู้ใช้ไฟฟ้าที่ได้รับสิทธิไฟฟ้าฟรีไม่เกิน 50 หน่วยในเดือนใด จะไม่ได้รับสิทธิตามบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในเดือนนั้น - เริ่มตั้งแต่ค่าไฟฟ้าประจำเดือน ต.ค. 2564 – ก.ย. 2565 <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://eservice.pea.co.th/WelfareRegister/</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
20 ต.ค. 64	มาตรการ: โครงการส่งเสริมและรักษาระดับการจ้างงานในธุรกิจ SMEs รอบที่ 1 (กระทรวงแรงงาน)	
	<p>รายละเอียด: จ่ายเงินอุดหนุนให้แก่รายจ้างเพื่อรักษาการจ้างงานในอัตรา 3,000 บาทต่อลูกจ้างสัญชาติไทย 1 คนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ในเดือนพฤศจิกายน 2564 -มกราคม 2565 แก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นนายจ้างภาคเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสังคม (ฐานข้อมูลประกันสังคม ม.33 สถานะ Active) ที่มีลูกจ้างรวมทุกสาขาไม่เกิน 200 คน ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2564 โดยที่นายจ้างจะต้องรักษาระดับการจ้างงานไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ในระหว่างเข้าร่วมโครงการฯ หากไม่สามารถรักษาระดับการจ้างงานให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 จะไม่ได้รับเงินอุดหนุนในเดือนนั้น และกรณีนายจ้างมีการจ้างงานเพิ่มขึ้นจากยอดการจ้างงาน ณ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 จะได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มตามจำนวนการจ้างงานจริงไม่เกินร้อยละ 5 ทั้งนี้ นายจ้างจะต้องจ่ายค่าจ้างไม่ต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำของแต่ละจังหวัดตามประกาศคณะกรรมการค่าจ้างฯ</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://news.ch7.com/detail/523254 และ https://www.doe.go.th/prd/main/news/param/site/1/cat/7/sub/0/pull/detail/view/detail/object_id/52866</p>	27,613,368,000 บาท
21 ต.ค. 64	มาตรการ: ผ่อนคลายมาตรการ LTV ชั่วคราว	
	<p>รายละเอียด: เพื่อกระตุ้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจและพยุงการจ้างงาน จึงควรเร่งเพิ่มเม็ดเงินใหม่เข้าสู่ระบบเศรษฐกิจผ่านภาคอสังหาริมทรัพย์ซึ่งมีธุรกิจเกี่ยวเนื่องจำนวนมาก โดยเฉพาะจากกลุ่มที่ยังมีฐานะการเงินเข้มแข็งหรือรองรับการกักตุนเพิ่มได้ ผ่านการผ่อนคลายหลักเกณฑ์การกำกับดูแลสินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัยและสินเชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องกับสินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย (มาตรการ LTV) เป็นการชั่วคราว โดยมีสาระสำคัญ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดให้เพดานอัตราส่วนเงินให้สินเชื่อต่อมูลค่าหลักประกัน (LTV ratio) เป็นร้อยละ 100 (ผู้ได้เต็มมูลค่าหลักประกัน) 2) การผ่อนคลายนี้นี้ให้เป็นการชั่วคราว <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bot.or.th/Thai/PressandSpeeches/Press/2021/Pages/n7564.aspx</p>	
1 พ.ย. 64	มาตรการ: โครงการ Test & Go	
	<p>รายละเอียด: - 1 พ.ย. 64 เริ่มโครงการ กำหนดให้เฉพาะนักท่องเที่ยวที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 จากประเทศทุกประเทศทั่วโลกสามารถเดินทางเข้าประเทศไทยได้รับการยกเว้นจากการกักตัว โดยต้องแสดงผลตรวจโควิด-19 แบบ RT-PCR ที่ห้องพักของโรงแรม</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>จนกว่าจะได้รับแจ้งผลตรวจเป็นลบ หากมีประวัติได้รับเชื้อโควิด-19 มาก่อน จะต้องได้รับวัคซีน 1 เข็ม ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากหายป่วย โดยจะต้องแนบเอกสารรับรอง / ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันการหายป่วยจากโรคโควิด-19 มาพร้อมกับใบรับรองการฉีดวัคซีน 1 เข็ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21 ธ.ค. 64 ยกเลิกโครงการ เพื่อรอประเมินสถานการณ์ - 1 ก.พ. 65 เริ่มเปิดโครงการ Test & Go อีกครั้ง โดยเพิ่มเงื่อนไขให้กักตัวที่โรงแรมในวันที่ 5 ของการเดินทาง จนกว่าจะได้รับผลตรวจ RT-PCR เป็นลบ <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://thaiontours.com/thailand/test-and-go</p>	
4 พ.ย. 64	<p>มาตรการ: มาตรการเพิ่มวันหยุดปี 2565</p>	
	<p>รายละเอียด: ครม. มีมติเห็นชอบการกำหนด "วันหยุดราชการ" เพิ่มเป็นกรณีพิเศษประจำปี 2565 จำนวน 4 วัน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันศุกร์ที่ 15 กรกฎาคม 2565 : ทำให้มีวันหยุดยาวติดต่อกัน 5 วัน - วันศุกร์ที่ 29 กรกฎาคม 2565 : ทำให้มีวันหยุดยาวติดต่อกัน 4 วัน - วันศุกร์ที่ 14 ตุลาคม 2565 : ทำให้มีวันหยุดยาวติดต่อกัน 4 วัน - วันศุกร์ที่ 30 ธันวาคม 2565 : ทำให้มีวันหยุดติดต่อกัน 4 วัน <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/970007</p>	
21 พ.ย. 64	<p>มาตรการ: โครงการส่งเสริมและรักษาระดับการจ้างงานในธุรกิจ SMEs รอบที่ 2 (กระทรวงแรงงาน)</p>	
	<p>รายละเอียด: ให้นายจ้างภาคเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสังคม (ฐานทะเบียนข้อมูลประกันสังคม มาตรา 33 สถานะ Active) ที่มีลูกจ้างรวมทุกสาขาไม่เกิน 200 คน ณ วันที่ 16 ต.ค. 64 สามารถลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลในอัตรา 3,000 บาท เป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เดือนธ.ค. 64 และเดือนม.ค. 65 โดยมีเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนเช่นเดียวกับนายจ้างที่ลงทะเบียนรอบแรก</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.doe.go.th/prd/main/news/param/site/1/cat/7/sub/0/pull/detail/view/detail/object_id/52866</p>	
22 พ.ย. 64	<p>มาตรการ: มาตรการแก้หนี้ระยะยาวเพิ่มเติม ด้วยการรีไฟแนนซ์และการรวมหนี้</p>	
	<p>รายละเอียด: ธปท. กำหนดให้มีแรงจูงใจในการสนับสนุนให้สถาบันการเงินทำการรวมหนี้สินเชื่อที่อยู่อาศัยและสินเชื่อรายย่อยประเภทอื่น (debt consolidation) เข้าด้วยกัน เพื่อช่วยเหลือลูกหนี้ที่มีประวัติการชำระหนี้ดี หรือลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>วิต 19 ด้วยการนำหลักประกันของสินเชื่อก่อนที่อยู่อาศัยที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ในการช่วยลดภาระดอกเบี้ยและค่างวดในระยะยาว นอกจากนี้ ธปท. ได้ดำเนินการลดข้อจำกัดการทำรีไฟแนนซ์ (refinance) หนี้ เพื่อส่งเสริมการแข่งขันของสถาบันการเงินในการรวมหนี้ให้กับลูกหนี้ควบคู่ไปด้วย</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bot.or.th/Thai/PressandSpeeches/Press/2021/Pages/n8764.aspx</p>	
24 พ.ย. 64	<p>มาตรการ: ขยายเพดานหนี้ตามมาตรา 28 ตาม พ.ร.บ.วินัยการเงินการคลังของภาครัฐ</p>	
	<p>รายละเอียด: คณะกรรมการนโยบายการเงินการคลังของรัฐ มีมติขยายเพดานหนี้ภาครัฐ ตามมาตรา 28 จากไม่เกิน 30% เป็น 35% เป็นเวลาชั่วคราว 1 ปี เพื่อให้สามารถกู้เงินเพิ่มได้อีก 1.55 แสนล้านบาท รองรับการจ่ายเงินประกันรายได้ให้กับเกษตรกร รวมทั้งได้เตรียมแนวทางการขอใช้งบกลางรายการสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินและจำเป็นเร่งด่วน 2565 ในการสนับสนุนโครงการบางส่วนด้วย</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/business/97363</p>	
15 ธ.ค. 64	<p>มาตรการ: มาตรการปรับอัตราและเวลาการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่ลูกจ้าง ที่กิจการปิดเนื่องจากผลกระทบของโควิด-19</p>	
	<p>รายละเอียด: มีผลบังคับใช้ย้อนหลังตั้งแต่ 1 มี.ค. 2563 – 28 ก.พ. 2565</p> <p>1) กรณีนายจ้างเลิกจ้างโดยไม่จ่ายค่าชดเชย ให้ปรับเงินสงเคราะห์จากอัตราเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จาก 30 เท่า เป็น 60 เท่าของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำสำหรับลูกจ้างที่ทำงานติดต่อกันครบ 120 วัน แต่ไม่ครบ 3 ปี - จาก 50 เท่า เป็น 80 เท่าของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำสำหรับลูกจ้างที่ทำงานติดต่อกันครบ 3 ปี แต่ไม่ครบ 10 ปี - จาก 70 เท่า เป็น 100 เท่าของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำสำหรับลูกจ้างที่ทำงานติดต่อกันครบ 10 ปีขึ้นไป <p>2) กรณีเงินอื่นนอกจากค่าชดเชย ให้ปรับเงินสงเคราะห์จากอัตราเดิม 60 เท่า เป็น 100 เท่าของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/news/977642</p>	
21 ธ.ค. 64	<p>มาตรการ: มาตรการเยียวยาผู้ประกันตน ในกิจการสถานบันเทิงและผู้ประกอบการ อาชีพอิสระ</p>	
	<p>รายละเอียด: เยียวยาผู้ประกันตน ในกิจการสถานบันเทิงและผู้ประกอบการ อาชีพอิสระที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสถานบันเทิงที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐ โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานจะจ่ายเงินเยียวยารายละ 5,000 บาท เป็นเวลา 1 เดือน ให้ผู้ประกันตนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 121,431 ราย แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ประกันตน มาตรา 33 จำนวน 10,762 ราย 	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>- ผู้ประกันตน มาตรา 39-40 จำนวน 110,669 ราย</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.sso.go.th/wpr/main/news/ข่าวประชาสัมพันธ์_detail_detail_1_16_0/ข่าว-กลุ่มคนบันเทิงกลางคืน-เข้าขอบคุณ%EF%BF%BD%EF%BF%BDนายกตู้%EF%BF%BD%EF%BF%BD-และ-%EF%BF%BD%EF%BF%BDรวมเฮ้ง%EF%BF%BD%EF%BF%BD-ที่ช่วยเหลือเยียวยา-5000-บาท13088_ข่าว%20:%20กลุ่มคนบันเทิงกลางคืน%20เข้าขอบคุณ'นายกตู้'%20และ%20'รวม.เฮ้ง'%20ที่ช่วยเหลือเยียวยา%205,000%20บาท_13088</p>	
21 ธ.ค. 64	<p>มาตรการ: มาตรการลดอัตราส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนมาตรา 40</p>	
	<p>รายละเอียด : ลดอัตราส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนมาตรา 40 เหลือร้อยละ 60 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทางเลือกที่ 1 ลดอัตราเงินสมทบเหลือ 42 บาทต่อเดือน จากเดิม 70 บาทต่อเดือน - ทางเลือกที่ 2 ลดอัตราเงินสมทบเหลือ 60 บาทต่อเดือน จากเดิม 100 บาทต่อเดือน - ทางเลือกที่ 3 ลดอัตราเงินสมทบเหลือ 180 บาทต่อเดือน จากเดิม 300 บาทต่อเดือน <p>จากการลดอัตราเงินสมทบดังกล่าวมีผู้ประกันตนมาตรา 40 ได้รับประโยชน์กว่า 10.57 ล้านคน เกิดหมุนเวียนเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจกว่า 1,408 ล้านบาท</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.antifakenewscenter.com/นโยบายรัฐบาล-ข่าวสาร/ลดอัตราส่งเงินสมทบผู้ประกันตน-ม-40-เหลือร้อยละ-60-นาน-6-เดือน-จริงหรือ/</p>	
22 ธ.ค. 64	<p>มาตรการ: มาตรการลดค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมสำหรับที่อยู่อาศัย</p>	
	<p>รายละเอียด : ลดค่าธรรมเนียมการโอนจากร้อยละ 2 ลงเหลือร้อยละ 0.01 และลดค่าธรรมเนียมการจํานองจากร้อยละ 1 ลงเหลือร้อยละ 0.01 (เฉพาะการโอนและจดจํานองในคราวเดียวกัน) สำหรับที่อยู่อาศัยและอาคารพาณิชย์ เฉพาะที่มีราคาซื้อขายและราคาประเมินทุนทรัพย์ไม่เกิน 3 ล้านบาท ซึ่งครอบคลุมบ้านเดี่ยว บ้านแฝด บ้านแถว อาคารพาณิชย์ และห้องชุด จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.prd.go.th/th/gallery/category/detail/id/78/cid/0/iid/484</p>	
24 ธ.ค. 64	<p>มาตรการ: โครงการเราเที่ยวด้วยกัน ระยะที่ 4</p>	
	<p>รายละเอียด : ขยายการใช้สิทธิจากเดิมสิ้นสุด 31 ม.ค. 65 ไปสิ้นสุด 30 เม.ย. 65 และเพิ่มจำนวนห้องพักจำนวน 2 ล้านห้อง</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	<p>- ยกเว้นค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบธุรกิจจำเริญจำนวน 2,000 บาท/ใบอนุญาต ให้กับผู้ประกอบธุรกิจจำเริญเป็นระยะเวลา 2 ปี และการต่ออายุใบอนุญาตมีคคเทศก์ จำนวน 200 บาท/ใบอนุญาต เป็นเวลา 2 ปี</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/978844 (รอกการประกาศรายละเอียดอย่างเป็นทางการ)</p>	
30 ธ.ค. 64	มาตรการ: มาตรการลดภาระผู้ประกอบการและ/หรือประชาชน	
	<p>รายละเอียด :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มาตรการการยกเว้นค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายสุรา ใบอนุญาตขายยาสูบ และใบอนุญาตขายไฟ: ยกเว้นค่าธรรมเนียมการอนุญาตขายสุรา ยาสูบและไฟตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2564 คาดว่าจะมีผู้ได้รับสิทธิประมาณ 800,000 ราย คิดเป็นใบอนุญาต 1.4 ล้านใบ โดยรัฐจะสูญเสียรายได้จากค่าธรรมเนียมประมาณ 380 ล้านบาท 2) มาตรการปรับลดอัตราภาษีสรรพสามิตน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องบินไอพ่น: ขยายเวลาการปรับลดอัตราภาษีสรรพสามิตน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องบินไอพ่น จากเดิมอัตรา 4.726 บาท/ลิตร เป็น 0.20 บาท/ลิตร ต่ออีก 6 เดือน เริ่ม 1 ม.ค.-30 มิ.ย.65 จากเดิมสิ้นสุด 31 ธ.ค. 64 คาดว่าจะสูญเสียรายได้ประมาณ 860 ล้านบาท 3) มาตรการทางภาษีอากรและค่าธรรมเนียมเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้: ขยายเวลาออกไปอีก 5 ปี จากเดิมจะสิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2564 เป็นสิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2569 <p>ดูเพิ่มเติมที่: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/089/T_0013.PDF และ http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/089/T_0015.PDF และ https://www.prd.go.th/th/gallery/category/detail/id/78/cid/0/iid/484</p>	
30 ธ.ค. 64	มาตรการ: โครงการของขวัญปีใหม่ปี 2565 ของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ	
	<p>รายละเอียด : เช่น โครงการสินเชื่อดอกเบี่ยต่ำ การคืนเงินลูกหนี้ธนาคารที่มีประวัติการชำระดี การยกเว้นค่าธรรมเนียมนิติกรรมสัญญาและค่าประเมินหลักประกันส่วนลดค่าบริการและค่างวดสำหรับการค้าประกันสินเชื่อ เป็นต้น</p> <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.prd.go.th/th/gallery/category/detail/id/78/cid/0/iid/484</p>	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
1 ม.ค. 65	มาตรการ: กองทุนเพื่อผู้รับงานไปทำที่บ้าน ปี 2565	
	รายละเอียด เป็นมาตรการเพื่อช่วยแรงงานนอกระบบเข้าถึงแหล่งเงินทุนอย่างถูกกฎหมายกระทรวงแรงงานได้อนุมัติวงเงินกู้ยืมจำนวน : 5,000,000 บาท เพื่อเป็นเงินทุนหมุนเวียน โดยจะลดอัตราดอกเบี้ยเหลือ 0% ต่อปี ในงวดที่ 1 -12 <ul style="list-style-type: none"> - รายบุคคลกู้ได้ไม่เกิน 50,000 บาท ระยะเวลาชำระคืนภายใน 2 ปี - รายกลุ่มบุคคลกู้ได้ไม่เกิน 300,000 บาท ระยะเวลาชำระคืนภายใน 5 ปี โดยมีรายงานว่าตั้งแต่ปี 2548 - ปัจจุบัน มีผู้รับงานไปทำที่บ้านที่จดทะเบียนกับกรมการจัดหางาน จำนวน 1,082 ราย/กลุ่ม สมาชิกจำนวน 6,102 คน ดูเพิ่มเติมที่: https://www.doe.go.th/prd/hwfund/custom/param/site/179/cat/40/sub/0/pull/detail/view/detail/object_id/1569	
1 ม.ค. 65	มาตรการ: โครงการช้อปดีมีคืน ปี 2565	
	รายละเอียด ไม่จำเป็นต้องสมัครเข้าร่วมโครงการ เพียงซื้อสินค้าในช่วง 1 ม.ค. - 15 ก.พ. 2565 พร้อมขอใบกำกับภาษีฉบับเต็มจากร้านค้า เพื่อนำไปเป็นหลักฐานในการขอคืนภาษีของปี 2565 และสามารถนำไปหักภาษีตามขั้นบันไดรายได้ โดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขของผู้ใช้สิทธิช้อปดีมีคืน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้ผู้มีเงินได้ซึ่งมีหน้าที่เสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา แต่ไม่รวมถึงห้างหุ้นส่วนสามัญหรือคณะบุคคลที่มีใช่นิติบุคคล หักลดหย่อนค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการเท่าที่ได้จ่ายเป็นค่าซื้อสินค้าหรือค่าบริการสำหรับการซื้อสินค้าหรือการรับบริการในราชอาณาจักรให้กับผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม - รวมถึงค่าซื้อหนังสือและค่าบริการหนังสือที่อยู่ในรูปของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและค่าสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นสินค้าที่ได้ลงทะเบียนกับกรมการพัฒนาชุมชนแล้ว ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30,000 บาท ดูเพิ่มเติมที่: https://www.thansettakij.com/general-news/507566	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
4 ม.ค. 65	มาตรการ: ร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลาและอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ	
	รายละเอียด : <p>คณะรัฐมนตรี (ครม.) อนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลาและอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพเป็นการเฉพาะในช่วงที่มีการลดอัตราเงินสมทบ</p> <p>สำหรับการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบกรณีชราภาพดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ประกันตนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ประกันตนมาตรา 33 ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้น 347 บาทต่อคนต่อสามงวด - ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้น 146 บาทต่อคนต่อสามงวด <p>โดยในภาพรวมผู้ประกันตนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้นรวมทั้งหมด 1,906 ล้านบาท จำแนกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จำนวน 1,783 ล้านบาท - ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จำนวน 123 ล้านบาท <p>ดูเพิ่มเติมที่: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/67101</p>	
18 ม.ค. 65	มาตรการ: โครงการพาณิชย์...ลดราคา ปี 2565 (ระยะเวลา 90 วัน) – มีการขายผ่านโครงการรถ Mobile	
	รายละเอียด : <p>เป็นการจำหน่ายสินค้าที่จำเป็นต่อการครองชีพให้แก่ประชาชนในราคาประหยัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กิจกรรมบริหารจัดการจำหน่ายสินค้าผ่านช่องทางจำหน่าย โดยจัดหาสถานที่จำหน่ายและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อจำหน่ายสินค้าที่ จำเป็นต่อการครองชีพ ผ่านช่องทาง อาทิ การจำหน่ายผ่านบริเวณร้านสะดวกซื้อ ห้างท้องถิ่น หรือตลาด พื้นที่สาธารณะหรือลานอเนกประสงค์และสถานีบริการน้ำมัน รวมจำนวนไม่น้อยกว่า 3,000 จุด ตามแหล่งชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภูมิภาค 76 จังหวัด และ การจำหน่ายผ่านรถ Mobile จำนวนไม่น้อยกว่า 50 คัน ตามแหล่งชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2) กิจกรรมการส่งเสริมการจำหน่ายสินค้าที่จำเป็นต่อการครองชีพ เพื่อจัดหาและจำหน่ายสินค้าที่จำเป็นต่อการครองชีพตามชนิด ปริมาณและราคาตามที่กรมฯ กำหนด เช่น สินค้าเกษตร เนื้อไก่ ไช้ไก่ สินค้าอุปโภคบริโภค เป็นต้น จากสมาคม/ผู้ค้าปลีก/ค้าส่ง/Supplier ในพื้นที่ เพื่อจำหน่ายในจุดจำหน่าย <p>กิจกรรมการประชาสัมพันธ์เพื่อดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบในวงกว้างผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์กระตุ้นการบริโภค</p>	1,480 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	ดูเพิ่มเติมที่: https://mgronline.com/uptodate/detail/9650000005585	
25 ม.ค. 65	มาตรการ: ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินเยียวยา เงินช่วยเหลือ เงินสนับสนุน เงินอุดหนุน และประโยชน์อื่นใดที่ได้รับจากโครงการภาครัฐ	
	รายละเอียด : มติอนุวัติร่างกฎหมายการยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินเยียวยา เงินช่วยเหลือ เงินสนับสนุน เงินอุดหนุน และประโยชน์อื่นใดที่ได้รับจากโครงการภาครัฐอันเนื่องมาจากการบรรเทา ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวม 2 ฉบับ ได้แก่ ร่าง พ.ร.ฎ. ออกตามความใน ป. รัชฎากร ว่าด้วยการยกเว้นรัชฎากร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. และ ร่างกฎกระทรวง ฉบับที่ .. (พ.ศ.) ออกตามความใน ป. รัชฎากร ว่าด้วย การยกเว้นรัชฎากร ทั้งนี้ เพื่อเป็นการลดภาระภาษีและช่วยเหลือ ประชาชนและผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกระตุ้นการบริโภคภายในประเทศ รวมทั้งเพื่อให้เกิดความชัดเจนแก่ประชาชนและผู้ประกอบการที่ได้รับเงินเยียวยาจาก 12 โครงการ ที่ภาครัฐได้จ่ายเงินเยียวยา เงินช่วยเหลือ เงินสนับสนุน เงินอุดหนุน และประโยชน์อื่นใดให้แก่ประชาชนและผู้ประกอบการ ในปี 2564 ที่ผ่านมา ดูเพิ่มเติมที่: https://www.thainewsonline.co/news/829226	
1 ก.พ. 65	มาตรการ: โครงการคนละครึ่ง ระยะที่ 4	
	รายละเอียด : มีผู้ได้รับสิทธิ์ 29 ล้านคน โดยได้เงินสำหรับจับจ่ายคนละ 1,200 บาท ระยะเวลาจับจ่ายตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ.-31 เม.ย.2565 ใช้รูปแบบเดิมที่ภาครัฐร่วมชำระค่าอาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าและบริการทั่วไปในอัตรา 50% ไม่เกินวันละ 150 บาทต่อคน สำหรับโครงการนี้มีผู้ร่วมอยู่แล้ว 28 ล้านคน ต้องยืนยันตัวตนและเริ่มใช้สิทธิ์ตั้งแต่ 1 ก.พ.นี้ และเปิดสิทธิ์เพิ่ม 1 ล้านสิทธิ์ให้ผู้ยังไม่เคยเข้าร่วม โดยเปิดลงทะเบียนวันที่ 10 ก.พ. นี้ จนกว่าจะครบ 1 ล้านสิทธิ์ โดยเริ่มใช้สิทธิ์ได้วันที่ 17 ก.พ. 65 ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/business/984376?ang=&utm_source=izooto&utm_medium=push_notifications&utm_campaign=11	34,800 ล้านบาท
1 ก.พ. 65	มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ระยะที่ 4	
	รายละเอียด : ผู้ได้รับสิทธิ์จะได้รับเงินช่วยเหลือ 3 เดือน (ก.พ. - เม.ย.) รวม 600 บาทต่อคน คนละไม่เกิน 200 บาทต่อคนต่อเดือน เพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และลดภาระค่าใช้จ่ายให้ประชาชนที่มีสิทธิ์ โดยมีผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทั้งหมด 13.45 ล้านคน ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/business/984376?ang=&utm_source=izooto&utm_medium=push_notifications&utm_campaign=1	8,070 ล้านบาท

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
1 ก.พ. 65	มาตรการ: โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ระยะที่ 2	
	รายละเอียด: ได้รับสิทธิ์จะได้รับเงินช่วยเหลือ 3 เดือน (ก.พ. - เม.ย.) รวม 600 บาทต่อคน คนละไม่เกิน 200 บาทต่อคนต่อเดือน เพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และลดภาระค่าใช้จ่ายให้ประชาชนที่มีสิทธิ์ จำนวน 2.25 ล้านคน ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/business/984376?ang=&utm_source=izooto&utm_medium=push_notifications&utm_campaign=11	1,351 ล้านบาท
1 เม.ย. 65	มาตรการ: โครงการ Test & Go, Sandbox และ Alternative Quarantine - ยกเลิกการตรวจ RT-PCR 72 ชั่วโมง	
	รายละเอียด: จากมติ ศบค. มีการปรับมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ประเภท Test & Go, Sandbox และ Alternative Quarantine นั้น ให้ยกเลิกการตรวจ RT-PCR 72 ชั่วโมง ก่อนเดินทางเข้าประเทศทั้งสามกลุ่ม ลดระยะเวลาของการเดินทางเข้าไทยในรูปแบบ Sandbox เหลือ 5 วัน พร้อมปรับรูปแบบการตรวจหาเชื้อเมื่อมาถึงประเทศไทยและระหว่างพำนักในประเทศ - กรณี Test & Go, Sandbox ต้องได้รับการตรวจ RT-PCR ในวันแรกเมื่อเดินทางมาถึงประเทศไทย และจากนั้นทำการตรวจ Self-ATK อีกครั้งในวันที่ 5 - กรณี Quarantine ต้องตรวจ RT-PCR ในวันแรก และตรวจ RT-PCR ในวันที่ 4-5 ก่อนออกจากสถานที่กักตัว รวมทั้งการปรับลดการกักตัวเหลือ 5 วัน จากเดิม 7 วัน สำหรับนักเดินทางที่มาแบบ Sandbox และ Quarantine เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 ดูเพิ่มเติมที่: https://mgronline.com/politics/detail/9650000031547	
1 พ.ค. 65	มาตรการ: ผ่อนคลายมาตรการเดินทางเข้าประเทศ	
	รายละเอียด: 1. ยกเลิก Test & Go แต่ทุกคนยังคงต้องลงทะเบียน Thailand PASS 2. ชาวต่างชาติต้องมีประกันภัยวงเงินประกันภัยหรือประกันในรูปแบบอื่นๆ จำนวน 10,000 ดอลลาร์ (จากเดิม 20,000 ดอลลาร์) 3. กลุ่มที่จะต้องกักตัวและตรวจ RT-PCR ที่ไทยจะเหลือกลุ่มเดียวคือ กลุ่มผู้ที่ “ได้รับวัคซีนไม่ตรงตามข้อกำหนด” และ “ไม่มีหลักฐานผล ตรวจ RT-PCR ที่เป็นลบมาแสดง”	

วันที่	นโยบาย/มาตรการและรายละเอียด	วงเงิน
	- ต้องชำระเงินเพื่อกักตัว 5 วันที่โรงแรม และชำระเงินค่าตรวจ RT-PCR ในวันที่ 4-5 ดูเพิ่มเติมที่: https://www.itax.in.th/media/ยกเลิก-test-and-go-เริ่ม-1-พ-ค-2565-เทล/	
17 พ.ค. 65	มาตรการ: มาตรการเปิดภาคเรียนที่ 1/2565 แบบ On-site ด้วยมาตรการ 3T1V	
	รายละเอียด: • T: Thai Stop Covid Plus (TSC+) โรงเรียนประเมินความพร้อมตนเองในระบบ TSC+ • T: Thai Save Thai (TST) ทุกคนต้องประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อตามแบบฟอร์ม • T: Test ตรวจคัดกรองเมื่อมีอาการ • V: Vaccine ทุกคนต้องได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด: นักเรียน 12-17 ปี ต้องได้รับเข็มกระตุ้น ดูเพิ่มเติมที่: https://www.thansettakij.com/general-news/523734	
18 พ.ค. 65	มาตรการ: ยกเว้นภาษีเงินได้โครงการเยียวยาผลกระทบโควิด-19	
	รายละเอียด: เงินได้พึงประเมินในปีภาษี พ.ศ. 2564 ที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องรวมคำนวณเพื่อเสียภาษีเงินได้ รวม 16 รายการ เฉพาะบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่ได้รับเงินสนับสนุนหรือประโยชน์อื่นจากโครงการ เช่น โครงการเราเที่ยวด้วยกัน โครงการคนละครึ่ง และเงินเยียวยาตามมาตรา 33 39 และ 40 ดูเพิ่มเติมที่: https://www.bangkokbiznews.com/news/1005115	
ก.ค.-ส.ค. 65	มาตรการ: บัตรคนจนรอบใหม่	
	รายละเอียด: ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบ โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐปี 2565 และเห็นชอบร่างประกาศคณะกรรมการ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการดำเนินงาน และความคุ้มค่าในการจัดพระราชัฐสวัสดิการ เพื่อบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเหลือกลุ่มตกหล่นให้สามารถเข้าถึงโครงการ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนผู้สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการประมาณ 20 ล้านคน (ผู้ถือบัตรเดิมและผู้เข้าข่ายได้รับสิทธิรายใหม่) ดูเพิ่มเติมที่: https://www.thairath.co.th/business/economics/2286276	564.455 ล้านบาท

ที่มา: คณะผู้วิจัย

หลังจากที่เริ่มมีการระบาด รัฐบาลได้ออกมาตรการช่วยเหลือทางการเงินแก่ครัวเรือน ธุรกิจ และ แรงงาน เพื่อลดผลกระทบของการหยุดชะงักทางเศรษฐกิจ ซึ่งจากตารางข้างต้น สามารถสรุป**มาตรการทาง เศรษฐกิจและการเงิน**ของประเทศไทยในภาพรวม โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ ได้แก่ (1) มาตรการทางการเงิน (2) มาตรการทางคลัง และ (3) มาตรการอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) มาตรการทางการเงิน

มาตรการทางการเงินในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของประเทศไทย สามารถแบ่งได้ เป็น 2 กลุ่มมาตรการที่สำคัญ คือ

- มาตรการปรับโครงสร้างหนี้ (ลดหนี้ ลดดอกเบี้ย ยืดระยะเวลาชำระหนี้และปรับ เงื่อนไขสัญญา) เช่น มาตรการพักต้นเงินลดดอกเบี้ยและขยายระยะเวลาชำระหนี้แก่ ลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ เป็นต้น
- มาตรการ soft loan หรือ การอัดฉีดสภาพคล่องให้กับธุรกิจที่ต้องการสภาพคล่อง ซึ่งโดยมากจะเป็นธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม เช่น โครงการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ สำหรับสำนักงานธนาคุณเคราะห์เพื่อช่วยเหลือประชาชนฐานรากที่ได้รับผลกระทบทั้ง ทางตรงและทางอ้อมจากการระบาดของไวรัส COVID-19 โครงการสินเชื่อฉุกเฉิน เป็นต้น

มาตรการเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การ**ช่วยภาคธุรกิจให้สามารถอยู่รอดได้ในช่วงที่ เศรษฐกิจไม่สามารถดำเนินได้ตามปกติ** เนื่องจากธุรกิจจำนวนหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาแรงงานและการ หยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทาน การหยุดกิจการชั่วคราว และความท้าทายอื่นๆ โดยเฉพาะในภาคธุรกิจ SMEs ที่ มักได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง โดยหลักๆ แล้วรัฐบาลจะสนับสนุนการเข้าถึงสภาพคล่องและ/หรือสินเชื่อค้า ประกันเพื่อลดความเสี่ยงของการล้มละลาย รวมไปถึงเพื่อสนับสนุนการจ้างงานในภาคธุรกิจนั้นๆ ด้วย

2) มาตรการทางคลัง

มาตรการทางคลังในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย สามารถจำแนก ออกได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

- มาตรการบรรเทาค่าครองชีพ/ลดค่าใช้จ่าย ประกอบไปด้วย มาตรการลดค่าน้ำ ค่า ไฟ การคืนเงินมัดจำมิเตอร์ ซึ่งเป็นมาตรการที่อุดหนุนผ่านการลดค่าใช้จ่ายให้กับ ทางครัวเรือน ทำให้ครัวเรือนมีรายได้ส่วนเกินที่สามารถไปใช้จ่ายในสินค้าและ บริการที่จำเป็นอื่นๆ ได้ และโครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้าน การศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
- มาตรการให้เงินอุดหนุนแบบให้เปล่า เป็นการให้เงินแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ ของรัฐ ทั้งผ่านระบบบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เบี้ยผู้สูงอายุ แอปพลิเคชัน รวมถึงระบบ พร้อมเพย์ ซึ่งก่อกำเงินการหมุนเวียนของเงินระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากครัวเรือน

สามารถนำไปใช้ได้ทันที ตัวอย่างมาตรการ/โครงการ เช่น โครงการเราชนะ โครงการเราไม่ทิ้งกัน โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ มาตรการเยียวยาประกันสังคมนายจ้าง ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 มาตรา 39 และมาตรา 40 เป็นต้น

- มาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะเป็นมาตรการให้ลักษณะของการจ่ายร่วม (copay) เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายใช้สอยเพิ่มขึ้นในระบบเศรษฐกิจ เช่น โครงการคนละครึ่ง โครงการยิ่งใช้ยิ่งได้ โครงการเที่ยวด้วยกัน เป็นต้น
- มาตรการสนับสนุนการจ้างงาน เป็นการลดต้นทุนของภาคธุรกิจ เพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการต่อไปได้ ในขณะที่แรงงานยังคงสามารถรักษาสภาพการทำงานไว้ได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น มาตรการลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของนายจ้าง และลูกจ้าง เป็นต้น
- มาตรการภาษี ส่วนใหญ่จะเป็นการลดหย่อนภาษี และขยายเวลาชำระภาษี เช่น มาตรการยกเว้นภาษีเงินได้โครงการเยียวยาผลกระทบโควิด-19 มาตรการเร่งคืนภาษีมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้ประกอบการภายในประเทศ และมาตรการขยายเวลายื่นภาษี รวมไปถึงการยกเลิกอากรขาเข้าและภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์

มาตรการทางการคลังเป็นส่วนสำคัญของความพยายามของรัฐบาลในการสนับสนุนครัวเรือนและธุรกิจโดยตรงในช่วงวิกฤต เพื่อบรรเทาผลกระทบจากวิกฤตการณ์ที่มีต่อรายได้และกำลังซื้อ มาตรการเหล่านี้มีรูปแบบที่หลากหลาย โดยมุ่งไปที่กลุ่มเปราะบาง ซึ่งเผชิญกับความเสี่ยงของการสูญเสียรายได้และความไม่มั่นคงที่เพิ่มขึ้นอันเป็นผลมาจากวิกฤต รวมทั้งผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งมักจะไม่มีสิทธิ์ในระบบสวัสดิการสังคม จึงกลายมาเป็นกลุ่มที่เปราะบางทางการเงินอีกกลุ่มหนึ่งในช่วงวิกฤต มาตรการเหล่านี้มักเกิดขึ้นชั่วคราวและในบางกรณีช่วยเหลือผ่านระบบสวัสดิการที่มีอยู่ (เช่น ระบบประกันสังคม)

3) มาตรการอื่นๆ

มาตรการอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในมาตรการทางการเงินและการคลัง เช่น มาตรการหยุดยาว หรือมาตรการเพิ่มวันหยุดเพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวในประเทศ และมาตรการเปิดประเทศหรือพื้นที่พิเศษเพื่อรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ รวมทั้งมาตรการเร่งฉีดวัคซีนคนในพื้นที่ (Sandbox และ Test & Go) มาตรการส่งเสริมการปรับตัวไปทำงานบางด้านเพิ่ม เช่น ภาคการเกษตร (รวมทั้งผลักดันโมเดลโคก หนอง นา) การขายออนไลน์/Delivery ทั้งอาหารและสินค้าเกษตรบางชนิด

ในส่วนของ**มาตรการด้านสังคม** พบว่าที่ผ่านมายังไม่มีมาตรการ/โครงการที่โดดเด่น หรือให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการแก้ไขปัญหาทางด้านสังคมอย่างจริงจัง โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มคนจน ผู้สูงอายุ คนไร้บ้าน เด็กและวัยรุ่น เป็นต้น ทำให้เกิดช่องว่างในการออกมาตรการทางสังคมอยู่พอสมควร โดยอาจจะพอสรุปสาระสำคัญของมาตรการบางส่วนได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะทับซ้อนกับกับมาตรการทางเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเปราะบางอยู่แล้ว ดังนี้

- โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ (กระทรวงการคลัง) เช่น ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตผู้ที่ไม่มีสมาร์โฟนทำให้ไม่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ได้ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทูพพลภาพ ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถเดินทางไปลงทะเบียนหรือเดินทางไปใช้จ่ายวงเงินที่ได้รับผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ได้ เป็นต้น) โดยจะช่วยเหลือค่าซื้อสินค้าจากร้านธงฟ้าฯ และค่าซื้อสินค้า หรือค่าบริการจากร้านค้า หรือผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการ คนละครั้ง ระยะเวลาที่ 3 จำนวน 200 บาทต่อคนต่อเดือน
- มาตรการในการแก้ไขป้องกันปัญหาข่าวปลอม (Fake News) (กระทรวงศึกษาธิการ) โดยให้แต่ละหน่วยงานตรวจสอบ แก้ไขปัญหาข่าวปลอมและแจ้งความดำเนินคดีกับผู้กระทำผิด รวมทั้งให้นำข้อกำหนดข้อที่ 11 จากข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 27) ว่าด้วยเรื่องการห้ามบิดเบือนข้อมูลข่าวสารมาเป็นแนวปฏิบัติ⁷⁰ แต่ก็ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่า อาจเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการนำเสนอข้อมูลข่าวสารของประชาชนและสื่อมวลชน ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

นอกจากประเด็นทางสังคมดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่ายังคงมีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นอีกมากในช่วงของการแพร่ระบาดของโควิด-19 และยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือมีการออกมาตรการออกมาอย่างจริงจัง ทั้งปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาอาชญากรรมจากความเกลียดชัง (hate crime) รวมถึงปัญหาการปกป้องผู้ชี้เบาะแส และปัญหาการกักตุนสินค้า หรือแม้กระทั่งปัญหาขยะหน้ากากอนามัย เป็นต้น

งานวิจัยนี้จะประเมินผลมาตรการด้านเศรษฐกิจของรัฐจากภาพใหญ่ (โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำก็คือต้องสามารถรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจไม่ให้วิกฤตโควิด-19 ลุกลามไปเป็นวิกฤตความเชื่อมั่น (confidence crisis) และวิกฤตเศรษฐกิจในตลาดการเงิน (financial crisis)) และผลกระทบต่อประชาชนเป็นหลัก

ในด้านผลกระทบต่อประชาชนนั้น เนื่องจากโครงการเยียวยาจำนวนมาก แต่ข้อมูลโครงการเยียวยาขนาดใหญ่ที่ผ่านธนาคารกรุงไทย (ซึ่งหลายโครงการน่าจะใหญ่พอที่จะเป็นตัวแทนภาพรวมของโครงการเยียวยาประชาชนได้) ก็ไม่เปิดเผยออกสู่สาธารณะ ผู้วิจัยจึงอาจต้องหันไปใช้วิธีประเมินจากข้อมูลทางอ้อมเป็นสำคัญ เช่น อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น หรือสัดส่วนของการตายส่วนเกิน (excess death) ในช่วงที่มีวิกฤตโควิด-19 ซึ่งปกติเราอาจตีความการตายส่วนเกินว่าเป็นการเสียชีวิตทางอ้อมจากโควิด⁷¹ ซึ่งเมื่อเสริมด้วยการประเมินผลในด้านสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา—ที่เน้นกลุ่มคนที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบที่มีนัยสำคัญอันได้แก่

⁷⁰ <https://www.dailynews.co.th/news/101579/>

⁷¹ รวมทั้งกรณีผู้ป่วย (ทั้งที่ป่วยเพราะโควิดหรือจากสาเหตุอื่น) เสียชีวิตที่บ้านหรือที่อื่นในช่วงที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง—ก็น่าจะช่วยให้เห็นผลกระทบต่อประชาชนได้ครบถ้วนขึ้น ในขณะที่โครงการประเมินในด้าน governance จากมุมมองทางรัฐศาสตร์ก็จะช่วยประเมินประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในการดำเนินโครงการเหล่านี้ของรัฐบาลด้วย (เช่น เงินกู้ที่ใช้ในด้านสาธารณสุขมีการจัดสรรและเบิกจ่ายได้ช้ามาก และโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยหันไปใช้วิธีขอบริจาคแทน หรือมีความล่าช้าในการใช้เงินจูงซื้อวัคซีน) ซึ่งโครงการนี้จะประเมินผลของมาตรการเหล่านี้ต่อฐานะการคลังของรัฐด้วย (จากค่าใช้จ่ายภาครัฐและหนี้สาธารณะที่เพิ่มขึ้นจากมาตรการควบคุมโรคและมาตรการเยียวยา) และอาจรวมถึงผลกระทบที่น่าจะมีผลต่อสภาพแวดล้อมของประเทศไทยในอนาคตด้วย (เช่น ภาระหนี้ที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ประเทศฟื้นตัวได้ช้าลง เนื่องจากรัฐบาลต้องเก็บภาษีเพิ่มหรือเลิบบทที่ใช้ได้น้อยลง

ในอีกด้านหนึ่ง การประเมินผลจะพิจารณาความเชื่อมโยงของมาตรการด้านเศรษฐกิจ/การเยียวยาต่างๆ ของรัฐกับมาตรการควบคุมโรค ทั้งนี้ ถ้ามีการออกแบบมาตรการที่เชื่อมโยงกัน ก็น่าจะช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น⁷² และบรรเทาผลกระทบที่รุนแรงต่อกลุ่มเปราะบาง และอาจมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการทำโครงการสองด้านนี้แยกจากกันอย่างที่ใช้อยู่ในหลายที่ในประเทศไทย

⁷² แต่ทั้งนี้ การตอบสนองของประชาชนอาจเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไป หรือเมื่อการระบาดเกิดขึ้นซ้ำหลายระลอก จนประชาชนเริ่มมี mental fatigue ในการทำตามมากขึ้น ฯลฯ

8.3 โครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พ.ร.ก. กู้เงินฯ หรือ พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแหล่งเงินในการช่วยเหลือ เยียวยาและชดเชยให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม โดยมีคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ (ซึ่งมีเลขาธิการ สศช. เป็นประธาน) ทำหน้าที่กลั่นกรองแผนงาน/โครงการให้เป็นไปตามแผน/โครงการภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินฯ ก่อนเสนอ ครม.

ในภาพรวม แผนงาน/โครงการภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท และ พ.ร.ก. กู้เงินฯ 5 แสนล้านบาท สามารถจำแนกได้ทั้งหมด 3 แผนงาน/โครงการหลัก และแผนงาน/โครงการรองได้ดังนี้

- 1) แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น โครงการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ในการป้องกันและการตรวจ COVID-19 และโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการเพื่อต่อสู้ภัยพิบัติจากโรคอุบัติซ้ำ COVID-19
 - 1.1) แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่าย ค่าเยียวยา ค่าชดเชย และค่าเสียหาย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการจัดหาผู้ชำนาญการทั้งในประเทศและต่างประเทศ
 - 1.2) แผนงานหรือโครงการเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค วัคซีน ป้องกันโรค และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
 - 1.3) แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกันควบคุมโรค รวมทั้ง การวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูด้านสาธารณสุขของประเทศ
 - 1.4) แผนงานหรือโครงการเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 1.5) แผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2) แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือ เยียวยา ชดเชยให้กับภาคประชาชน เกษตรกร และผู้ประกอบการ เช่น กลุ่มอาชีพอิสระ ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ผู้ประกันตน ม.33 เกษตรกร และกลุ่มเปราะบาง
 - 2.1) แผนงานหรือโครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชยให้แก่ประชาชน
 - 2.2) แผนงานหรือโครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชยให้แก่เกษตรกร

- 2.3) แผนงานหรือโครงการเพื่อช่วยเหลือ เยาวชน และชดเชยให้แก่ผู้ประกอบการ
- 2.4) แผนงานหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา เยาวชน และชดเชยประชาชน เกษตรกร และผู้ประกอบการ เพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการระบาด
- 3) แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น โครงการคนละครึ่ง และโครงการเราเที่ยวด้วยกัน
 - 3.1) แผนงานหรือโครงการลงทุนและกิจกรรมการพัฒนาที่สามารถพลิกฟื้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจเพิ่มศักยภาพและยกระดับการค้าการผลิตและการบริการในสาขาเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศโดยครอบคลุมภาคเกษตรอุตสาหกรรมการค้าและการลงทุนท่องเที่ยวและบริการ
 - 3.2) แผนงานฟื้นฟูเศรษฐกิจท้องถิ่นและชุมชน ผ่านการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างงาน สร้างอาชีพ โดยการส่งเสริมตลาดสำหรับผลผลิต และผลิตภัณฑ์ของธุรกิจชุมชนที่เชื่อมโยง กับการท่องเที่ยวหรือภาคบริการอื่น การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในชุมชน การจัดหาปัจจัย การผลิตและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งการสร้างการเข้าถึงช่องทางการตลาด พร้อมทั้งยกระดับมาตรฐานคุณภาพและ มูลค่าเพิ่มของสินค้าและผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นและชุมชน
 - 3.3) แผนงานหรือโครงการเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการบริโภคภาคครัวเรือนและเอกชน รวมถึง การลงทุนต่างๆของภาคเอกชน เพื่อให้สภาพการณ์บริโภคและการลงทุนกลับเข้าสู่ระดับปกติ ได้โดยเร็ว
 - 3.4) แผนงานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานผ่านการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างความมั่นคง ทางเศรษฐกิจ ยกระดับโครงสร้างพื้นฐานและสนับสนุนกระบวนการผลิตเพื่อการพัฒนาประเทศในระยะต่อไป

ปัจจุบัน (ณ 13 มิถุนายน 2565) มีโครงการในแต่ละแผนงาน/โครงการรวมทั้งหมด 305 แผนงาน/โครงการ แบ่งเป็นแผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. ภูเก็ตฯ 1 ล้านล้านบาท 287 โครงการ มีสัดส่วนในแผนกลุ่มที่หนึ่ง 42 โครงการ แผนกลุ่มที่สอง 9 โครงการ และแผนกลุ่มที่สาม 236 โครงการ ส่วนแผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. ภูเก็ตฯ 5 แสนล้านบาททั้งหมด 18 โครงการ สัดส่วนในแผนกลุ่มที่หนึ่ง 3 โครงการ แผนกลุ่มที่สอง 15 โครงการ ตามรายชื่อในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 4 แผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
1	โครงการกินก็ได้ขายก็ได้เลี้ยงปลาตุกยุค โควิด - 19	จังหวัดกาฬสินธุ์	128,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbm72rx5mLleZVA6PD4w&type=committee
2	การฝึกอบรมการทำกระเป๋าน้ำฝนกลุ่มพัฒนาอาชีพฝีมือ บ้านหินสอ หมู่ที่ 6 ตำบลปลาบ่า อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดเลย	จังหวัดเลย	141,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=mbvJqaBzEeUdxkDnD-QLM&type=committee
3	การฝึกอบรมการทำน้ำเต้าเจี้ยวเต้าทອງบ้านไฮตาด หมู่ที่ 2 ตำบลลาดค่าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดเลย	จังหวัดเลย	143,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdzeMaPg4tqz1dpjNP6&type=committee
4	เลี้ยงไก่ไข่อารมณีดี	จังหวัดชัยนาท	162,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNEkBwWdayf9gq692JV1&type=committee
5	พัฒนาศักยภาพและเพิ่มมูลค่าการผลิตเมล่อน	จังหวัดชัยนาท	189,960	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=GdE5aGDA59TAz4rQ207B&type=committee
6	เพาะเห็ดจากวัตถุดิบเดิม และวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นเพื่อการลดต้นทุนการผลิตก้อนเห็ด	จังหวัดชัยนาท	200,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=WdmDLnQJWnS1bv916VME&type=committee
7	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่พันธุ์ไข่เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก	จังหวัดกาฬสินธุ์	200,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xyGaBx58mib-WJbjZAvQ&type=committee
8	โครงการส่งเสริมการตลาดผ่านช่องทางออนไลน์ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์	จังหวัดอุทัยธานี	213,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xyGaBx58mib-WJbjZAvQ&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
				act/view.html?id=Vdixe-AebpmTw9Z0Wg95P&type=committee
9	โครงการฝึกอบรมมาตรการช่วยเหลือจากผลกระทบโรคระบาดไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	237,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=QdgzqR1nmpc6JwEOqQeL&type=committee
10	โครงการส่งเสริมการทอผ้าซาโอริ	จังหวัดกาฬสินธุ์	242,300	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=8QymQygo-EMS177nM6RbQ&type=committee
11	โครงการพัฒนาผู้ประกอบการอาหารไทย(Thai Chef) เพื่อรองรับการบริการการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ ตามวิถีใหม่ New Normal	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	291,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Qdg-MENrZeZsMJeQn4LYA&type=committee
12	โครงการส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและเพิ่มมูลค่ามะพร้าวตลอดห่วงโซ่อุปทานอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง	กรมส่งเสริมการเกษตร	309,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Pdgd4B6ZkOuvkA07Oeke&type=committee
13	ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	357,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=mbvPAOZY-DLu6XLGBjE7a&type=committee
14	โครงการส่งเสริมการผลิตพืชสมุนไพร	กรมส่งเสริมการเกษตร	363,670	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybe0GBBQqrFJw7Ejaaz2&type=committee
15	โครงการฟื้นฟูและอนุรักษ์สวนทุเรียนนนทบุรีอย่างยั่งยืน	จังหวัดนนทบุรี	370,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb4yZ1dxxws-DddJAKrjm&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
16	พัฒนาตลาดสินค้าออนไลน์ของเครือข่ายชมรม คนพิการจังหวัดลำปาง	จังหวัดลำปาง	422,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbm7yGWYdIJZ6EVAaak&type=committee
17	โครงการพัฒนาผู้ประกอบการชุมชนสร้าง มูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์ผ้าทอจังหวัดลำพูน	จังหวัดลำพูน	433,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdGxGRmQR1H9zgeNQ528&type=committee
18	โครงการยกระดับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน และเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้าชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์	จังหวัดกาฬสินธุ์	457,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=8QyvpXZqEZtqwyrDVbqm&type=committee
19	โครงการขยายโอกาสในการสร้างอาชีพใหม่ ให้กับแรงงานนอกระบบ	จังหวัดสมุทรปราการ	485,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdW1OpZBwCNxV6zZLaR&type=committee
20	กิจกรรม สร้างตลาดออนไลน์ด้วยการจัดทำ เว็บไซต์ และประมวลผลบน Platform Line OA ในความปกติใหม่ (New Normal) และเพื่อ ช่วยส่งเสริมการขายให้กับผู้ประกอบการใน สถานการณ์ COVID-19	จังหวัดเลย	500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xpRAz5jwOT9b2PpOLJa&type=committee
21	โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงเกษตร	จังหวัด นครศรีธรรมราช	500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xpG8pP48ztPDPOnjRYk&type=committee
22	โครงการส่งเสริมการประกอบอาชีพในรูปแบบ วิถีใหม่ (New Normal)	กรมการจัดหางาน	521,850	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=nbvqNgd1mLiZp7xgVndx&type=committee
23	ส่งเสริมการเลี้ยงปลาตุกอยู่ร่วมกับปลานิลแบบ ครบวงจร	จังหวัดสิงห์บุรี	523,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DRp4DNQLQCQNp5xJb21&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
24	พัฒนาผ้าทอละว้า บ้าน둔 หมู่ที่ 4 ตำบลห้วย ห้อม อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	531,785	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=pbv72QVqqSxkGnJZLq&type=committee
25	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่แบบปล่อยอิสระ	กรมปศุสัตว์	545,900	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65pkG4Ga6ZlxGYZak9d&type=committee
26	แปรรูปผลิตภัณฑ์การเกษตร	จังหวัดมหาสารคาม	554,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=dbvxbe6Y6rhEDxV4N5QA&type=committee
27	โครงการจัดการอาหารสัตว์เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการเลี้ยงโคเนื้อ	จังหวัดยโสธร	584,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=QdgDWqNgpDcxyJxbkQ28&type=committee
28	ส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรในการเพิ่มประสิทธิภาพ การผลิตและการพัฒนาการตลาดเกษตร	จังหวัดนครสวรรค์	593,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=0rLrqYwQrmt0WVbpyb8&type=committee
29	โครงการเสริมสร้างความมั่นคงด้านอาชีพและ รายได้ชุมชนบนพื้นที่สูง	จังหวัดลำปาง	600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ZdA5Wpqa6I9XZ26DzPN&type=committee
30	โครงการยกระดับเศรษฐกิจฐานนวัตกรรมเชิง สร้างสรรค์ : พัฒนาชุมชนท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น	กรมการพัฒนาชุมชน	620,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=bbv419Py84tL9DOBmjdj&type=committee
31	โครงการทอผ้าภูมิปัญญาปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี	จังหวัดปราจีนบุรี	620,300	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65yXBz62M6iAM-Lyn60nz&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
32	ส่งเสริมการเลี้ยงฝังชันโรงและแปรรูปผลิตภัณฑ์ชันโรงเพื่อสุขภาพ	กรมการพัฒนาชุมชน	640,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbr0LrkdZ4c8bbnb9ZpD&type=committee
33	โครงการเลี้ยงไก่ไข่เพื่อเพิ่มรายได้เสริมในครัวเรือน	กรมปศุสัตว์	668,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb462Zb6DNH7qd58GGQ7&type=committee
34	โครงการพัฒนายกระดับมาตรฐานการผลิตและสร้างมูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์ไก่ดำแบบครบวงจรจังหวัดพิษณุโลก	กรมปศุสัตว์	734,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=OdYY2E42njc4aGArg0r6&type=committee
35	โครงการส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยเชิงการค้าในกลุ่มเกษตรกรรุ่นใหม่	กรมส่งเสริมการเกษตร	844,450	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DyNMa8M7qTZaV6gy2E6&type=committee
36	โครงการพัฒนาทักษะฝีมือแรงงานรองรับความต้องการของตลาดแรงงานในอนาคต	จังหวัดมหาสารคาม	854,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdgZ44Z0PeUjpwvEZRbZ&type=committee
37	โครงการส่งเสริมการเกษตรแบบผสมผสานเพื่อการพึ่งพาตนเองในพื้นที่จัดที่ดินให้ชุมชนตามนโยบายรัฐบาล (คทช.) ในพื้นที่เขตปฏิรูปที่ดินท้องที่ตำบลสะพานไม้แก่น อำเภोजะนะจังหวัดสงขลา	จังหวัดสงขลา	885,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Yd-gGYpVxXuaO4E0zpYY&type=committee
38	โครงการจ้างแรงงาน เพื่อสร้างงานสร้างรายได้ให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จังหวัดอุดรดิตถ์	894,240	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5Gyg-dWQ8Xwi800-wQX5k6&type=committee
39	โครงการพัฒนายกระดับการผลิตผ้าใยกล้วย	จังหวัดปทุมธานี	895,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GykQV24a7Crk-pGE0k5W&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
40	โครงการพัฒนาเสริมทางเลือกอาชีพด้านประมง การเลี้ยงปลานิลในบ่อดิน	จังหวัดเลย	900,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=XdgBDbPjz0snkey80nBk&type=committee
41	โครงการส่งเสริมการปลูกพืชอายุสั้นเพิ่มรายได้ เร่งด่วนให้เกษตรกรผู้ได้รับผลกระทบจากการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จังหวัดยะลา	920,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k9Od-MXw1gTA1NVbqjGx&type=committee
42	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์เพื่อลดรายจ่าย สร้างรายได้	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	921,910	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ZdAgN-LmrB5HExq8wVxxY&type=committee
43	โครงการส่งเสริมการผลิตกาแฟ	กรมส่งเสริม การเกษตร	958,415	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Md8LkQGE8gTP4k8JjraP&type=committee
44	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตโคเนื้อเพื่อ จำหน่าย	จังหวัดเลย	978,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbr8VxkPYntGYerDD2R7&type=committee
45	โครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อยกระดับการ ให้บริการการท่องเที่ยวบนชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)	สถาบันวิทยาลัยชุมชน	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=QdYrjvzAZ1ckPpXx66wW&type=committee
46	โครงการพัฒนาชุมชนเลี้ยงไก่พื้นเมืองสู่แนวคิดวิถี ที่ยั่งยืนต้นแบบ	กรมปศุสัตว์	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbYYrQ5xN2CzNvQ7LB7j&type=committee
47	ส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์ชุมชนตามฐานวิถี ชีวิตใหม่ "New Normal"	จังหวัดลำพูน	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=JdyOZA97Nzf2QWOPe4EX&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
48	โครงการตามแผนพัฒนาชนบทเชิงพื้นที่ ประยุกต์ตามแนวพระราชดำริ (เปิดทองหลัง พระ) ห้วยยาง อันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดร้อยเอ็ด	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xyMb4k7R2UY1RMVQnpw&type=committee
49	หมู่บ้านต้นแบบการผลิตเมล็ดพันธุ์คุณภาพ	จังหวัดศรีสะเกษ	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xyBj9v5eaf-bWJbjZAyW&type=committee
50	โครงการแปรรูปกล้วยแปรรูปจากพลังงาน แสงอาทิตย์ เพื่อสร้างรายได้สู่ชุมชน	จังหวัดพังงา	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k0XBz9V0WCAG0z4OvBX&type=committee
51	โครงการสร้างอาชีพรายได้และพัฒนามาตรฐาน บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564	จังหวัดกาฬสินธุ์	1,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Xdg9MZLPmWFk2MqaJ21r&type=committee
52	ธนาคารสัตว์น้ำประจำหนองสาหร่าย	จังหวัดสิงห์บุรี	1,028,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=WdmY2zVD5ACz86Yn2ra1&type=committee
53	ส่งเสริมการปลูกไม้ดอก	จังหวัดมุกดาหาร	1,028,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqngWDEDu66RXmOneX&type=committee
54	โครงการส่งเสริมและพัฒนาวิสาหกิจชุมชน จังหวัดนนทบุรี	จังหวัดนนทบุรี	1,033,760	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqPDGBL8YiQppa1JWr&type=committee
55	โครงการท่องเที่ยวเชิงเกษตรเพื่อสร้างอาชีพ (Agro-tourism for building sustainable career)	จังหวัดนครราชสีมา	1,051,449	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ebvBbdjvgce2ge7W8LD&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
56	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการตลาดกระบือให้เกษตรกร	จังหวัดเลย	1,060,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GyBZM16EOCY4VAMAXR4&type=committee
57	โครงการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการศึกษา สาธารณสุข และสังคม	จังหวัดหนองคาย	1,070,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=dbveR8YwMXFxP1xrkjQz&type=committee
58	โครงการพัฒนาทักษะเพื่อการประกอบอาชีพและการมีงานทำ	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	1,082,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k9kjWN9M2HkMn027zGv&type=committee
59	ส่งเสริมผลิตภัณฑ์เกษตรและสินค้าชุมชนเพื่อการตลาดออนไลน์ ด้วยแนวทาง New normal	สถาบันวิทยาลัยชุมชน	1,103,105	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GypxJbRDFjzX1ZOZGd&type=committee
60	โครงการ “ไขเลี้ยงคน คนเลี้ยงไก่ ท่างไกลโควิด”	กรมปศุสัตว์	1,112,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYq9XmVR8Rsa7ZEzAYe6&type=committee
61	ท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ร่วมกับสภาเด็กและเยาวชน	จังหวัดอุดรธานี	1,184,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbv8jVygQpSB8nMv4vD5&type=committee
62	โครงการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์แปรรูปจากผลผลิตทางการเกษตรเพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	1,200,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=abvvnAOV9dlggqmQD0Lv&type=committee
63	โครงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพแรงงานนอกระบบ แรงงานสูงอายุ เพื่อฟื้นฟูเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด - 19 ให้มีรายได้ที่มั่นคงและคุณภาพชีวิตที่ดี	จังหวัดมหาสารคาม	1,200,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=8QyPKLL77bF8M56zPaOX&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
64	อนุรักษ์พื้นที่พุทธรักษาธารสวรรค์ และแหล่งทำ การประมงซึ่ง ปะการังเทียมพื้นบ้าน	จังหวัดระนอง	1,244,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Odg4869rbJiBw5BDP19k&type=committee
65	โครงการเพิ่มศักยภาพการผลิตข้าวปลอดภัย แบบครบวงจร และการลดต้นทุนการผลิตข้าว	จังหวัดนนทบุรี	1,265,175	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybe8G1Pn6wTvwZBELprR&type=committee
66	ยกระดับการผลิตผักปลอดภัยและได้มาตรฐาน	จังหวัดเพชรบุรี	1,300,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ab-vyVG7MydT6qqZ8J61k&type=committee
67	โครงการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการ ท่องเที่ยวคุณภาพจังหวัดกระบี่	จังหวัดกระบี่	1,300,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rbwg1jXzODtO8gm8WrWd&type=committee
68	โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ คน ชุมชน และสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมในการ เป็นเมืองอัจฉริยะ (Smart City) : พัฒนาทักษะ ฝีมือแรงงานรองรับสถานการณ์ COVID ๑๙	กรมพัฒนาฝีมือ แรงงาน	1,326,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbvaDkdAPGi8mbQPEQqV&type=committee
69	โครงการส่งเสริมอาชีพ มั่นคง มั่นคง ยั่งยืน ชุมชนครอบครัวคนพิการจังหวัดร้อยเอ็ด	จังหวัดร้อยเอ็ด	1,358,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=DaygvEBnr1F1zD1QbjPJ&type=committee
70	โครงการพัฒนาอาชีพเสริมสร้างรายได้ เกษตรกร องค์กรเกษตรกรอำเภอคลองหอยโข่ง	จังหวัดสงขลา	1,432,319	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybYR5R70ypHQy67DYN0q&type=committee
71	โครงการส่งเสริมความมั่นคงด้านอาหารสาน พลังครอบครัวยั่งยืน	จังหวัดพัทลุง	1,457,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbmXQdE0V4CL4Qr9qgVQ&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
72	โครงการอบรมขนาดไทยเพื่อสุขภาพ 150 ชั่วโมง	จังหวัดอุดรธานี	1,485,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=nb9ZDe6m0Di4zXvb0Omk&type=committee
73	พัฒนาและยกระดับสถาบันเกษตรกร องค์กรเกษตรกร และวิสาหกิจชุมชน จังหวัดระนอง	จังหวัดระนอง	1,630,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65yRQmO7vAtPee1wJxQ1&type=committee
74	โครงการยกระดับการเลี้ยงนกกระทา	จังหวัดอ่างทอง	1,655,360	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65y4vzYd90lJ9W1BR9xA&type=committee
75	โครงการพัฒนาศักยภาพเพิ่มมูลค่า และพัฒนาบรรจุภัณฑ์ไม่ผลอัดลักษณะท้องถิ่น (ทุเรียนสาธิตา, มังคุดทิพย์พังงา) อำเภอกะปง จังหวัดพังงา	จังหวัดพังงา	1,680,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbmZjJGnEURp1wPdMwD&type=committee
76	โครงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวโดยชุมชนจังหวัดพังงา	จังหวัดพังงา	1,680,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k0XBz9V0WCAG0z4OvBX&type=committee
77	โครงการพัฒนาทักษะด้านอาชีพแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	1,703,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdGxGMv9LwFaAA0pw1Eg&type=committee
78	โครงการพัฒนาการผลิต การแปรรูปสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน และส่งเสริมการใช้สมุนไพร จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2564	จังหวัดกาฬสินธุ์	1,740,320	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Md8rdep2ki58756wGQw&type=committee
79	การผลิตอาหารโคเนื้อ TMR สำหรับโคขุนและโคขุนคุณภาพ	จังหวัดมุกดาหาร	1,847,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=WdQz24DdyPUa8Y9Rx0xv&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
80	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการตลาดแพะเนื้อ	จังหวัดเลย	1,904,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=bbvkO2a4PAHNNeaPA-bYQ&type=committee
81	โครงการส่งเสริมเพื่อประสิทธิภาพการเลี้ยงไก่ไข่ให้เกษตรกร	จังหวัดเลย	1,957,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYq8O0aDNBi66RXmOnwA&type=committee
82	โคเนื้อทุเรียนวากิวปากน้ำโพ	จังหวัดนครสวรรค์	2,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DyDWkj7RMId-MzgpV8bX&type=committee
83	โครงการเชฟชุมชน เพื่อการท่องเที่ยวรูปแบบใหม่ ส่งเสริมนโยบายการท่องเที่ยวเชิงอาหาร (Gastronomy Tourism) แบบยั่งยืน	จังหวัดเลย	2,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Wdgbzm7DLaSDrzakabw4&type=committee
84	โครงการตามแผนพัฒนาชนบทเชิงพื้นที่ ประยุกต์ตามแนวพระราชดำริ (เปิดทองหลังพระ) ห้วยอัคระ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดร้อยเอ็ด	2,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbreA4arb4cV7z2RNOQ8N&type=committee
85	โครงการตามแผนพัฒนาชนบทเชิงพื้นที่ ประยุกต์ตามแนวพระราชดำริ (เปิดทองหลังพระ) ห้วยทรายตอนบน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดร้อยเอ็ด	2,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rbw2gGjpRRcwAZevx4mZ&type=committee
86	โครงการวิถีชุมชนแม่ลาเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ฟูลำน้ำแม่ลา	จังหวัดสิงห์บุรี	2,044,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=jZkDXP96LnSv9Y9ryZ11&type=committee
87	โครงการส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้ตามแนวพระราชดำริ เพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนจากภัยโควิด-19	จังหวัดปัตตานี	2,080,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GyLA89qNOCwGm6npEWE&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
88	เมนูอาหารพื้นบ้านจากชุมชนสู่ภัตตาคาร “ของ หอยเมืองกระบี่”	จังหวัดกระบี่	2,150,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNyrMvmBjQi9QpxJpZmq&type=committee
89	โครงการส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรในการเพิ่ม ประสิทธิภาพการผลิตและพัฒนาการตลาด สินค้าเกษตร	จังหวัดยโสธร	2,151,605	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb4ZROL108FDddJkrdx&type=committee
90	ส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพเกษตรกรผสมผสานโดย จัดระบบอนุรักษ์ดินและน้ำตามแนวเศรษฐกิจ พอเพียง	จังหวัดภูเก็ต	2,177,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=MdE747jGRGFzxe-DjpOY&type=committee
91	โครงการส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต ข้าวไร่พันธุ์ดอกข่า 50 สินค้า GI จังหวัดพังงา สร้างคลังอาหารภายในชุมชน	จังหวัดพังงา	2,232,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdeJDy0qYxt1v0yG8qVE&type=committee
92	โครงการส่งเสริมกลุ่มยุวเกษตรกรสร้างแหล่ง อาหารเพื่อความมั่นคงทางด้านอาหารใน ครัวเรือนและชุมชน	จังหวัดนครราชสีมา	2,250,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Gdyna8VmR2C0jk06YALw&type=committee
93	โครงการส่งเสริมและพัฒนาการผลิต การแปรรูป “แพะเมืองสิงห์”	จังหวัดสิงห์บุรี	2,340,520	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbBYvXpag-blkDx2yLOO6&type=committee
94	โครงการพัฒนาสินค้าเกษตรนวัตสู่เกษตรกร สมัยใหม่	จังหวัดนนทบุรี	2,360,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=wbkmvnxqmJSE-LydxbekX&type=committee
95	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตกาแฟโร บัสต้า พืชอัตลักษณ์ประจำถิ่นอำเภอสะบ้าย้อย	จังหวัดสงขลา	2,438,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdX4nJ

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
				4Bnfgpr7v7a9O&type=committee
96	โครงการหมู่บ้านเกษตรสมบูรณ์เพิ่มพูนสุขภาพ	จังหวัดพังงา	2,455,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=4mEMBMvPX0UVEzYvYnar&type=committee
97	โครงการส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อการผลิตปุ๋ยอินทรีย์	จังหวัดนราธิวาส	2,496,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=4mM1PGZmgmt5DYj44v41&type=committee
98	การเพิ่มศักยภาพกำลังคนเพื่อยกระดับการผลิตการค้า ภาคอุตสาหกรรมและบริการ	จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	2,532,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=EAYL5DwY5JU1ndJ6J8Rn&type=committee
99	โครงการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรจังหวัดสุพรรณบุรี	จังหวัดสุพรรณบุรี	2,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Ld8x1W94qBlxxe9qjV9q&type=committee
100	โรงเรียนต้นแบบเกษตรเพื่ออาหารกลางวันในโรงเรียนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง	จังหวัดตรัง	2,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ebvky7nmr0uqRRQgweR5&type=committee
101	โครงการแปรรูปผลิตภัณฑ์ชุมชนประเภทอาหารเพื่อเพิ่มรายได้ให้กลุ่มผู้ผลิตผู้ประกอบการชุมชน	จังหวัดมุกดาหาร	2,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=8QE5pDgYVw-taxP49BRjg&type=committee
102	สร้างอาหารปลอดภัย เสริมอาชีพ ลดรายจ่ายกับเกษตรกรจังหวัดเลย	จังหวัดเลย	2,621,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=LdYJJmJmVIJYa67rvym&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
103	โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์และการเสริมศักยภาพสมาชิกสหกรณ์ผู้ทำนาเกลือทะเล (เกษตรกรนาเกลือ) เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้ประกอบการใหม่ด้วยผลิตภัณฑ์ “เกลือทะเลเพื่อการบริโภค” แบบ NEW NORMAL เพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563	สถาบันวิทยาลัยชุมชน	2,623,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ab-vzYQAa25fNqe675WPW&type=committee
104	เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและบริหารจัดการคุณภาพทุเรียนศรีสะเกษให้ยั่งยืน	จังหวัดศรีสะเกษ	2,710,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ab-vXZpEpA8Fn1L0xa9nx&type=committee
105	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่เพื่อใช้บริโภคในครัวเรือน	จังหวัดพังงา	2,745,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=JdEXrQQkYDU-qdAE1QDM9&type=committee
106	เพิ่มประสิทธิภาพธนาคารผลผลิตสัตว์น้ำในชุมชน	จังหวัดชัยนาท	2,839,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybgNb2e5aPt46QkNGxDm&type=committee
107	ฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมภาคเกษตรกรรมด้วยหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	จังหวัดตราด	2,878,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65y4pxym5niPee1wJx8v&type=committee
108	โครงการส่งเสริมและพัฒนากาการผลิตผักปลอดภัย	กรมส่งเสริมการเกษตร	2,934,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdzA6X759tJMxYe08b8&type=committee
109	โครงการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการทดสอบผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรคเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอันตราย และโรคติดเชื้อ COVID-19	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	2,939,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=dbkxpgJ0qYHvnRQwgEB&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
110	โครงการเพิ่มทักษะด้านอาชีพแก่นักเรียน ครอบครัวยากจนที่ไม่ได้เรียนต่อหลังจากจบ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	จังหวัดกาฬสินธุ์	2,955,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xyMN7xOYkUY1RMVQny8&type=committee
111	โครงการพัฒนาศักยภาพการผลิตแพะแบบครบ วงจร	จังหวัดอ่างทอง	2,992,530	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=JdyrL8PRAxsyNNJQOnQB&type=committee
112	โครงการพัฒนาเพิ่มศักยภาพมัลเบอร์รี่วัลเลย์	กรมหม่อนไหม	3,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbzq20BVD8F78DDjVBRZ&type=committee
113	เสริมพลังผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	จังหวัดนครพนม	3,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rbwynjmn8JsRrxA40rNA&type=committee
114	พัฒนาศักยภาพชุมชนผลิตกาแฟโรบัสตาครบ วงจร	จังหวัดศรีสะเกษ	3,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=GdyXvQQW9vup64bQM6MA&type=committee
115	พัฒนาเกษตรกรต้นแบบเพื่อสร้างความมั่นคง ด้านอาหารจังหวัดสุราษฎร์ธานี	จังหวัดสุราษฎร์ธานี	3,071,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=NdYv9511rmC0ExdMWMRO&type=committee
116	เหลียวหลัง แลหน้า ร่วมพัฒนากลุ่มคน เปราะบางจังหวัดมุกดาหาร	จังหวัดมุกดาหาร	3,073,900	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Ld8xaRzYL0cExp6mNYyx&type=committee
117	โครงการส่งเสริมการเกษตรแบบผสมผสานโดย จัดระบบอนุรักษ์ดินและน้ำในไร่นา	จังหวัดนครสวรรค์	3,091,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=NdY5JGvDxVCQVqjq2BDY&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
118	โครงการพัฒนาระดับการผลิตสินค้าเกษตรด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมของเกษตรกรปราดเปรื่อง (Young Smart Farmer & Smart Farmer)	จังหวัดพิจิตร	3,150,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DyeB-dakmzIGj60bNOR8&type=committee
119	ส่งเสริมการเลี้ยงไก่พื้นเมืองเชิงพาณิชย์สู่ภัยโควิด	จังหวัดมุกดาหาร	3,468,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=wbaJ1JLrnXCB8NDJgEn9&type=committee
120	โครงการส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชน เพื่อสนับสนุนการผลิตสมุนไพรในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย	จังหวัดสุโขทัย	3,537,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k956wRmn8I4gQGErO9B&type=committee
121	โครงการส่งเสริมฟื้นฟูการผลิตน้ำตาลมะพร้าวแท้ เพื่อพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยว	กรมส่งเสริมการเกษตร	3,538,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbvnOpNbbbtRk-WgOM9W9&type=committee
122	โครงการส่งเสริมการเกษตรตำบลนาข้าวเสียอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง	จังหวัดตรัง	3,750,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=YdgJ1QrqvjhaOxayDevQ&type=committee
123	โครงการพัฒนาคุณภาพการผลิตสินค้าเกษตร	กรมส่งเสริมการเกษตร	3,848,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rbwWGxG67zibqLY65ZL9&type=committee
124	โครงการสร้างอาชีพการแปรรูปผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์ให้กับผู้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคโคโรนา - 19	จังหวัดมหาสารคาม	3,967,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AW-dOz2a8BEu7eQBE9aR6&type=committee
125	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและแปรรูปสินค้าเกษตร	จังหวัดยโสธร	3,980,850	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Md8eaBgPO8Ud6pkw4xMm&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
126	โครงการพัฒนาความเข้มแข็งกลุ่มสัมมาชีพ ชุมชน ร่วมฟื้นฟูเศรษฐกิจฐานราก จังหวัด อุตรดิตถ์	จังหวัดอุตรดิตถ์	4,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=0rL9GYG-pJRh1L0WpWAbm&type=committee
127	โครงการส่งเสริมการเพาะเลี้ยงกุ้งก้ามกราม จังหวัดสุพรรณบุรีแบบครบวงจร	จังหวัดสุพรรณบุรี	4,025,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Vdebw5xmjJS-wpNy5dLrP&type=committee
128	โครงการส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวอย่าง ปลอดภัยและส่งเสริมการใช้สารจากธรรมชาติ กระตุ้นภูมิคุ้มกันพืช	กรมส่งเสริม การเกษตร	4,099,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=24JP1VWbp1ub-ZBMDv7Qm&type=committee
129	โครงการส่งเสริมและพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน	จังหวัดอุบลราชธานี	4,291,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k98ZKMqAkH-veegZLAee&type=committee
130	โครงการเกษตรผสมผสานตามแนวเศรษฐกิจ พอเพียงเพื่อสร้างความมั่นคงด้านอาหารและ เสริมสร้างรายได้ในชุมชน	จังหวัดอุบลราชธานี	4,379,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbvDZ9mYJph5Gd5BV9qk&type=committee
131	พัฒนาและยกระดับเกษตรกรสู่เกษตรกรยุคใหม่ และฟาร์มเกษตรกรยุคใหม่เพื่อการท่องเที่ยว	จังหวัดลำพูน	4,388,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k95OQX2YeF4gQGErOby&type=committee
132	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างรายได้ ผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564	จังหวัดกาฬสินธุ์	4,464,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=PdgekQ4py-wtqg2Nr9g0x&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
133	โครงการส่งเสริมอาชีพผู้พิการทางสายตา	จังหวัดกาฬสินธุ์	4,464,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ZdAP-bGzdW459XL9xgArM&type=committee
134	พัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มสมรรถนะแรงงาน	จังหวัดเลย	4,485,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=WdYOj9pOG9HLAZxp4ddz&type=committee
135	Mae Hong Son Arts and Crafts	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	4,760,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=DayaAzdeROsGQJWb6gNL&type=committee
136	โครงการส่งเสริมและพัฒนาวิสาหกิจชุมชน ผู้เลี้ยงโคเนื้อจังหวัด สุโขทัย	จังหวัดสุโขทัย	4,900,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqPDGBL8YiQppa1JWv&type=committee
137	ส่งเสริมการพัฒนาอาชีพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	4,928,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rbw8LeR2e8tOJRBZ8LxX&type=committee
138	การฝึกอบรมราษฎร (ชาวเล) เกาะหลีเป๊ะ ม. 7,8 ในการเพิ่มขีดความสามารถในการประกอบอาชีพไลฟ์การ์ดเพื่อยกระดับความปลอดภัย เกาะหลีเป๊ะ	สำนักงาน ปลัดกระทรวงการ ท่องเที่ยวและกีฬา	4,957,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=LdYYrv-qgdVuw5GDvD6y8&type=committee
139	โครงการแปลงใหญ่กระบือชลบุรีศรีบวจร	มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคล ตะวันออก	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=EAEqEGvRkBsDwBXMmB1&type=committee
140	ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหลังโควิด Covid Retreat	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ebvbd8E4Z8Hy1WjzPBpG&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
141	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จังหวัดสุราษฎร์ธานี	จังหวัดสุราษฎร์ธานี	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=bbvB-BEn1bkfxwzx-OLe9p&type=committee
142	เซฟชุมชนเพื่อยกระดับการท่องเที่ยวเชิงอาหาร จังหวัดกาญจนบุรี	สำนักงาน ปลัดกระทรวงการ ท่องเที่ยวและกีฬา	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Ld8Yx1jyaOU2e5PO5kOJ&type=committee
143	โครงการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ชุมชนของ โรงเรียนผู้สูงอายุ OTOP และการส่งเสริม การตลาดผ่านช่องทางออนไลน์ของสภาเด็ก และเยาวชนกาฬสินธุ์ (Start Up Aged and Teens Kalasin)	จังหวัดกาฬสินธุ์	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdP-BeLXQYt5w0pY8mMA&type=committee
144	โครงการพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มโอกาสในการ ประกอบอาชีพสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืน ให้กับชุมชน	กรมพัฒนาฝีมือ แรงงาน	5,090,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=wbYgne0YYVfbqNYX21e6&type=committee
145	โครงการฝึกอบรมอาชีพระยะสั้น ผู้ได้รับ ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จังหวัดปัตตานี	5,163,850	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Gdyn5Ld0d616JML8DOWL&type=committee
146	โครงการเสริมศักยภาพกิจกรรมเครือข่าย เกษตรกรรุ่นใหม่ (Young Smart Farmer) ต่อ ยอดธุรกิจการเกษตร	กรมส่งเสริม การเกษตร	5,425,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Jdynrm-LGXLhOg-WWkGGGq&type=committee
147	โครงการพัฒนาและส่งเสริมการเกษตรตามแนว “เกษตรอินทรีย์ วิถีอุทัย”	จังหวัดอุทัยธานี	5,454,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNEQRJ7k67SNwG-jAE0je&type=committee
148	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์น้ำ เพื่อฟื้นฟู เศรษฐกิจหลังโควิด-19	จังหวัดยะลา	5,859,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ZdA5xLYWE7cExkVgMMwz&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
149	ส่งเสริมการปลูกผักต้นอ่อนปลอดสารพิษ พร้อมการแปรรูปและการตลาดแบบครบวงจร เพื่อฟื้นฟูอาชีพหลังจากได้รับผลกระทบจากการ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จังหวัดสมุทรสาคร	5,860,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdgZaqL9eGikavO7e62Z&type=committee
150	ฟื้นฟูอาชีพเกษตรกรผู้เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำจืดราย ย่อยและพัฒนาการแปรรูปกลุ่มผู้เพาะเลี้ยงสัตว์ น้ำจืดเพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายอย่างยั่งยืน	จังหวัดสุราษฎร์ธานี	5,887,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybe7MQdDW9IzR-BrwrNqA&type=committee
151	โครงการส่งเสริมและพัฒนาอาชีพการเลี้ยงไก่ไข่ ในโรงเรียนและชุมชนเพื่อบรรเทาความ เดือดร้อนจากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019	กรมปศุสัตว์	5,930,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=nbvQWqyyWQFAY8dmMr4y&type=committee
152	โครงการส่งเสริมและถ่ายทอดองค์ความรู้การ เพาะเลี้ยงปูม้าเชิงพาณิชย์เพื่อเสริมสร้างธุรกิจ ประมงชุมชนและประมงชายฝั่งเพชรบุรี	จังหวัดเพชรบุรี	5,971,950	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Xdg-MXb8e2dlpOOqgkNYp&type=committee
153	โครงการเลี้ยงสัตว์น้ำตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ของสำนักงานประมงจังหวัดพัทลุง	จังหวัดพัทลุง	6,050,000	
154	ส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์เพื่อลดรายจ่าย สร้าง รายได้	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	6,169,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqzKLXVjbFWa2gLMXaq&type=committee
155	ส่งเสริมและพัฒนาการผลิตสินค้าเกษตร ปลอดภัยเข้าสู่ระบบเกษตรอินทรีย์เพื่อสร้าง รายได้แก่เกษตรกร	จังหวัดตรัง	6,471,395	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DRrPpxBWnF1qzx7B8Pd&type=committee
156	โครงการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษบน กระเบื้องและเกษตรผสมผสาน	กรมพัฒนาที่ดิน	6,476,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb147Q2ekMS-wDj5vEAnD&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
157	โครงการพัฒนาแหล่งน้ำเพิ่มศักยภาพการผลิต เครื่องใช้พื้นที่ขยายผล ศูนย์ศึกษาการพัฒนาภู พาน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดสกลนคร	6,520,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=OdgdLv6andTBw2md0V1b&type=committee
158	ยกระดับคุณภาพผลผลิตทางการเกษตรสู่ มาตรฐานเกษตรปลอดภัย	จังหวัดปทุมธานี	6,691,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GykQV24a7Crk-pGE0k5W&type=committee
159	โครงการการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการ ผลิตไม้ผลคุณภาพ	จังหวัดสุพรรณบุรี	6,950,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=wbkqzpZrvMhJp7WrW-MAa&type=committee
160	โครงการส่งเสริมและฟื้นฟูการปลูกหม่อนเลี้ยง ไหมของจังหวัดอุดรธานี	จังหวัดอุดรธานี	7,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rb1mrBQ5LwfrWVGJ11Bb&type=committee
161	พัฒนาอัตลักษณ์น่าน มุ่งสู่เมืองสร้างสรรค์ (Creative City) : ยกระดับมาตรฐานการ อำนวยความสะดวกและดูแลความปลอดภัยแก่ นักท่องเที่ยวและสถานที่ท่องเที่ยว (Amazing Thai Host) เพื่อรองรับการท่องเที่ยวตามวิถี ใหม่ (New Normal)	สำนักงาน ปลัดกระทรวงการ ท่องเที่ยวและกีฬา	7,105,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=GdpjjZ821gT4Nz7PeXBp&type=committee
162	ส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์ปีกแบบยั่งยืนตามหลัก เศรษฐกิจพอเพียง	จังหวัดสิงห์บุรี	7,666,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=MdE81j4ddxS6vbvJYdq9&type=committee
163	โครงการเพิ่มศักยภาพผลิตภัณฑ์อาหาร ปลอดภัยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์	จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	8,018,300	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Vdg70Xy5xs14wDZrjYz&type=committee
164	โครงการพลิกวิกฤต COVID-19 สู่การสร้าง เศรษฐกิจจาก OTOP สมุนไพรในชุมชนอย่าง ยั่งยืน	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก	8,321,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ZdYO29

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
				Wzwiki5r72YEJqQ&type=committee
165	โครงการส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรในการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตรปลอดภัย	จังหวัดสุพรรณบุรี	8,400,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65yOg5g7z5ik6xXddEXM&type=committee
166	ส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปลูกข้าวและการพัฒนาการตลาดสินค้าเกษตรในรูปแบบเกษตรอัจฉริยะแบบครบวงจร (Smart Rice Farm)	จังหวัดสุรินทร์	8,500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=XdY08Q5N2bsqyODROaQr&type=committee
167	โครงการขยายผลการดำเนินงานเกษตรกรรมยั่งยืน	จังหวัดลำพูน	8,858,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AW-dObD9ex0ueVMLpO4YD&type=committee
168	โครงการสร้างงาน สร้างอาชีพ ด้วยकरणวดไทย ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	9,198,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xbYGz7XdOg-fXM929nqRq&type=committee
169	โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ OTOP/ผลิตภัณฑ์ชุมชน และส่งเสริมช่องทางการตลาดทางระบบ offline/online	จังหวัดบุรีรัมย์	9,660,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=24Jzk24ay1tyYvRL7N5W&type=committee
170	โครงการพัฒนาศักยภาพโรงงานแปรรูปสมุนไพรต้นแบบ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจชุมชนเครือข่ายศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพานอันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดสกลนคร	10,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybebnJyeDLSRv9Z8Pm5e&type=committee
171	โครงการยกระดับมาตรฐานผ้าอ้อมคราม	จังหวัดสกลนคร	10,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=dbvgxBPJ PxfkwgW9vvv2&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
172	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการตลาดเกษตรแปลงใหญ่	จังหวัดอำนาจเจริญ	10,015,640	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Od-wkGepOV4uX05exDqdA&type=committee
173	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ - เป็ดไข่ เสริมเศรษฐกิจครัวเรือน	กรมปศุสัตว์	11,078,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=wbYy4YOMd7iXJ9x08awP&type=committee
174	โครงการส่งเสริมและพัฒนาการผลิตสินค้าเกษตรตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง	จังหวัดนครสวรรค์	11,500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb4yVW2W85tQP7zVpjj1&type=committee
175	โครงการยกระดับคุณภาพผลผลิตทางการเกษตรสู่มาตรฐานเกษตรปลอดภัยแบบครบวงจร	จังหวัดกาญจนบุรี	11,799,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbvJPvDpVvcy8x4GrijXE&type=committee
176	โครงการสร้างอาชีพประมงแนวใหม่ด้วยนวัตกรรมการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและการแปรรูปผลิตภัณฑ์อาหารทะเล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย	12,888,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=pbvP91M MAXCd4NyzyOW&type=committee
177	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตข้าวปลอดภัย	จังหวัดนราธิวาส	12,944,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xybg8X92vi1VW4Qngvq&type=committee
178	โครงการส่งเสริมการผลิตผักปลอดภัยในโรงเรียนอัจฉริยะเพื่อพัฒนาสู่อินทรีย์รองรับเมืองสุขภาวะ	จังหวัดแพร่	13,951,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=jZDwVbDg9Ohr75Wb2QxW&type=committee
179	โครงการจัดระบบอนุรักษ์ดินและน้ำเพื่อปลูกพืชแบบผสมผสาน	จังหวัดยะลา	14,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWdz1yXyMWiQ8pQ2rz6X&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
180	โครงการส่งเสริมแหล่งเรียนรู้เพิ่มศักยภาพชุมชนเข้มแข็งเพื่อความยั่งยืน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพานอันเนื่องมาจากพระราชดำริ	จังหวัดสกลนคร	14,400,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybebnJyeDLSRv9Z8Pm5e&type=committee
181	โครงการส่งเสริมการแปรรูปอาหารทะเลและสินค้าเกษตรจังหวัดพังงา	จังหวัดพังงา	14,400,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k0XBz9V0WCAG0z4OvBX&type=committee
182	โครงการพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดภัยสำหรับนักท่องเที่ยว (Safety Zone)	กรมการท่องเที่ยว	15,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=pbvD1BN09Jhen-Embv6m&type=committee
183	โครงการส่งเสริมและพัฒนาเกษตรปลอดภัยเกษตรอินทรีย์แบบครบวงจรจังหวัดลำปาง	จังหวัดลำปาง	15,082,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbmg7yGWYdIJZ6EVAak&type=committee
184	โครงการพัฒนาการผลิตและใช้โปรตีนจากแมลงเพื่อเป็นแหล่งวัตถุดิบในอุตสาหกรรมการผลิตอาหารสัตว์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	15,268,160	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYQRP9rqBeuRN8R9RQga&type=committee
185	พัฒนาหัตถอุตสาหกรรมฝ้ายจังหวัดเลย (Cotton Valley Creation)	จังหวัดเลย	16,500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Wdgy97ybfJRmw7Ej54&type=committee
186	โครงการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์	จังหวัดหนองคาย	1,022,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=PdYkM5vkBJCjYldV2y94&type=committee
187	โครงการส่งเสริมการผลิตสินค้าเกษตรทางเลือกแก่เกษตรกรผู้ปลูกปาล์มน้ำมันและยางพารา	จังหวัดกระบี่	16,700,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=mbmLnardk2uk49XgwBMe&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
188	โครงการพัฒนาศักยภาพการผลิตการแปรรูปและการตลาดของเกษตรกร องค์กรเกษตรกรวิสาหกิจชุมชนและเครือข่ายท่องเที่ยวเชิงเกษตร รองรับผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช (โครงการย่อย 1 พัฒนาศักยภาพการผลิตและการตลาดไม้ผล เพิ่มมูลค่า เพิ่มรายได้ รองรับผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช)	จังหวัดนครศรีธรรมราช	18,050,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=65yOX-bOdDDSDwPQ4rbrw&type=committee
189	ยกระดับคุณภาพผลผลิตทางการเกษตรสู่มาตรฐานเกษตรปลอดภัย	จังหวัดนครปฐม	18,565,840	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=nbaa24yOPz-sPW8dpLLPr&type=committee
190	โครงการส่งเสริมการเกษตรแบบผสมผสานโดยจัดระบบอนุรักษ์ดินและน้ำในไร่นา	จังหวัดยโสธร	19,407,350	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=RdvGWPYdJbsZ99axr8P2&type=committee
191	โครงการ "สืบสานตำนานศิลป์ ผ้าถิ่นไท ร้อยเอ็ด"	จังหวัดร้อยเอ็ด	20,210,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xb4G8kB8n4UJ4Aaz-GeMg&type=committee
192	พัฒนาศักยภาพบุคลากรการท่องเที่ยวและบริการกลุ่มธุรกิจโรงแรมเพื่อรองรับการท่องเที่ยวตามวิถีใหม่ (New Normal)	จังหวัดกระบี่	20,970,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=EAYWNJxkwmUkb2dYQGmn&type=committee
193	ส่งเสริมการทำเกษตรแบบผสมผสานของจังหวัดตาก	จังหวัดตาก	21,551,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=mbvNpyEPzmcj6a5y8WbE&type=committee
194	เพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนการผลิตสินค้าเกษตรจังหวัดตาก	จังหวัดตาก	22,765,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbmDzLLXRrCL4Qr9qgwx&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
195	โครงการฟื้นฟูทรัพยากรสัตว์น้ำเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางด้านอาหาร	จังหวัดนราธิวาส	26,354,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbrjbvP-prbHJBaMy0qvL&type=committee
196	โครงการพัฒนาเมืองสกลนครให้เป็นเมืองท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นอีสานแบบใหม่ (E – San Gastronomy)	จังหวัดสกลนคร	28,500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbvbnE8NqbF5Ge4v0W9W&type=committee
197	โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์และส่งเสริมการตลาดการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสร้างสรรค์ตามวิถี New Normal	จังหวัดนครพนม	38,234,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbwY77kbmTjRW02mZV8&type=committee
198	เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมที่สำคัญ	จังหวัดหนองคาย	24,562,675	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=7DpJBqMerVfA8gLvwb12&type=committee
199	Gastronomy Tourism: LANNA Gastronomy “คิดถึงเชียงใหม่”	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	48,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Ndq4zQDvYD-FxgJJXqbv2&type=committee
200	โครงการพัฒนาศักยภาพของการผลิตและการควบคุมคุณภาพวัคซีนและยาชีววัตถุสำหรับ COVID-19 ของประเทศ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	48,657,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbv8eYBVxWTZv1MW9Q0p&type=committee
201	โครงการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ในการป้องกันและการตรวจโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อการพึ่งพาตนเองและความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	50,240,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=dbkxpgJ0qYHvnRQwgEB&type=committee
202	โครงการฟื้นฟูเศรษฐกิจ พัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยการผลิตด้านการเกษตร จังหวัดปัตตานี	จังหวัดปัตตานี	56,264,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Vdglq1E0nBSgWVD05Ayaq&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
203	โครงการโอท็อปไทย สู้ภัยโควิด-19	กรมการพัฒนาชุมชน	95,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ab-zLyDWe7WF4QJ9bPz8X&type=committee
204	โครงการยกระดับเศรษฐกิจในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคกลางตะวันตกด้วย BCG โมเดล	สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีแห่ง ประเทศไทย	115,359,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqnXj87krSW9QGxN8M&type=committee
205	โครงการศูนย์นวัตกรรมการผลิตหัวเชื้อจุลินทรีย์เพื่ออุตสาหกรรมอาหาร	สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีแห่ง ประเทศไทย	154,132,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=PdY5Ow-O-vBRUJ6WyO0anq&type=committee
206	โครงการพัฒนารัฐกิจบริการดินและปุ๋ยเพื่อชุมชน (One Stop Service)	กรมส่งเสริม การเกษตร	169,885,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=qYqQzjj7LqfaD1nwrnG2&type=committee
207	โครงการกระตุ้นและส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากด้วยการพัฒนาผลิตภัณฑ์ วัฒนธรรมชุมชนไทย (Community Cultural Product of Thailand) (CCPOT) สู่สากล	สำนักงาน ปลัดกระทรวง วัฒนธรรม	176,579,530	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=abz84MaX97T40M6rR1EZ&type=committee
208	โครงการฝึกอบรมเพื่อชะลอการว่างงานในภาคอุตสาหกรรมยานยนต์	สำนักงาน คณะกรรมการนโยบาย เขตพัฒนาพิเศษภาค ตะวันออก	186,284,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNdV185Lqpfj79X26L6N&type=committee
209	โครงการเฝ้าระวังสร้างแนวกันไฟสร้างรายได้ชุมชน	กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช	246,699,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rb1ydM7zaLf9EzGwj1xQ&type=committee
210	โครงการพัฒนาศักยภาพแหล่งท่องเที่ยวเรียนรู้ด้านสัตว์ป่า	กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช	741,588,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=eb-veDD0g7OiAE85V8Wym&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
211	โครงการพัฒนาป่าไม้ สร้างงาน สร้างรายได้ เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชน	กรมป่าไม้	863,363,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=RdYGqMBJXLcPjDDZEMAE&type=committee
212	โครงการจัดหาครุภัณฑ์เครื่องฉายรังสีสำหรับ แก้ปัญหาผลกระทบจาก COVID-19	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	878,200,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=abMn7xZr7vC7JWJadmeX&type=committee
213	โครงการมาตรการชดเชยรายได้แก่ลูกจ้างของ สถานประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากการ แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งยัง ไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา	สำนักงาน ประกันสังคม	896,640,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5Gpk2aVjVQhjYEERQ61q&type=committee
214	โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	1,080,586,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GpMj6DnvMT87PeW8OMV&type=committee
215	โครงการค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยง ภัย สำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 ในชุมชน	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1,575,459,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=EAEOV8vw5NsVbvE0rjOj&type=committee
216	โครงการเพิ่มศักยภาพและปรับปรุงเครื่องจักร อุปกรณ์ปรับปรุงสภาพเมล็ดพันธุ์ของศูนย์เมล็ด พันธุ์ข้าว ของกรมการข้าว กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์	กรมการข้าว	1,601,430,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=RdYNYX1QMet-BOjGxXLQj&type=committee
217	โครงการปรับโครงสร้างการผลิต การรวบรวม และการแปรรูปของสถาบันเกษตรกรรองรับ ผลผลิตทางการเกษตร	กรมส่งเสริมสหกรณ์	1,693,500,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWENMZ A4Q8iJq8gO6mbL&type=committee
218	โครงการ "กำลังใจ"	การท่องเที่ยวแห่ง ประเทศไทย	2,400,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbYQEQ9pbGHA95D9VeAQ&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
219	โครงการพัฒนาตำบลแบบบูรณาการ (Tam-bon Smart Team)	กรมการปกครอง	2,701,876,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=jZD001VDgnUr-kOnNep4O&type=committee
220	โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชยให้แก่ประชาชนซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อช่วยเหลือผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของกระทรวงการคลัง	กระทรวงการคลัง	3,492,666,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=4mERpam9J4FpV0yQj9vJ&type=committee
221	โครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ประยุกต์สู่ "โคก หนอง นา โมเดล"	กรมการพัฒนาชุมชน	4,787,916,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=bbvmEG8AAfG2452YOV8&type=committee
222	โครงการ 1 ตำบล 1 กลุ่มเกษตรกรทฤษฎีใหม่	สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	9,805,707,480	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=5GOZevO7mrS-BBJZjV6JY&type=committee
223	โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย)	สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	10,629,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gbvv2GkVQ0iwwVQq5qJ4&type=committee
224	โครงการยกระดับแปลงใหญ่ด้วยเกษตรสมัยใหม่และเชื่อมโยงตลาด	กรมส่งเสริมการเกษตร	13,904,500,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rw8aQ-mJXacwx7Gbkqrm&type=committee
225	โครงการส่งเสริมการจ้างงานใหม่สำหรับผู้จบการศึกษาใหม่โดยภาครัฐและเอกชน	กรมการจัดหางาน	19,462,001,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=XdGR97N Jrph6QdWmBQXd&type=committee
226	โครงการ "เราเที่ยวด้วยกัน"	การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย	20,000,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ybe7Pm

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
				ZAA6lzR- BrwrN5v&type=committee
227	โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชย ให้แก่ประชาชนซึ่งได้รับผลกระทบจากการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์	สำนักงาน ปลัดกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์	20,345,643,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Nd6rynQZYXSGx5vjY0M9&type=committee
228	โครงการเพิ่มกำลังซื้อ ระยะที่ 2 ของสำนักงาน เศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	สำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง	20,635,492,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=DaVn4BGzZ2IWEN4xMazx
229	โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	สำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง	20,922,777,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=DaEXEOJxWBfvNA46MOdz&type=committee
230	โครงการคนละครึ่ง ระยะที่ 2 ของสำนักงาน เศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	สำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง	22,500,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=AWWnxgv40xHQyjOdjLZM
231	โครงการคนละครึ่ง	สำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง	30,000,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=GdE0MB1BGdHGxVqDvgjJ&type=committee
232	แผนงานโครงการช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับ ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	สำนักงานเศรษฐกิจ การเกษตร	150,000,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k9DZA8M2gskeeZagdXk&type=committee
233	โครงการเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชย ให้แก่ประชาชน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กระทรวงการคลัง	กระทรวงการคลัง	170,000,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=MdYM1y5XPds-MeW0gvRDM&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
234	โครงการสร้างอาชีพ สร้างรายได้ เพื่อบรรเทา ปัญหาความเดือดร้อนแก่ผู้ว่างงาน/ผู้มีรายได้น้อย	สำนักงาน ปลัดกระทรวงแรงงาน	1,156,800	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbmYpGO2aBiXmn8A8J1D
235	ส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์น้ำจืด (ปลาดุก/กบ) ในบ่อกระชังบก	กรมประมง	1,660,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Xdg991jrjMhN8gN2YDzv
236	ส่งเสริมการเลี้ยงปลาดุกเทศในกระชัง เพื่อเยียวยาผู้ซึ่งได้รับผลกระทบเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กรมประมง	2,519,400	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=VdDDk76WxziD6axMW0bX
237	เพิ่มประสิทธิภาพการเลี้ยงปลาทับทิมในกระชังของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนด้านประมงเชิงเกษตร และท่องเที่ยวบ้านวังดอกไม้	กรมประมง	550,329	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=ab-vXjaQXA9uQ44mEgyyN
238	สนับสนุนการเพิ่มมูลค่า และพัฒนาการสร้างผลิตภัณฑ์กลุ่มแปรรูปสินค้าประมงในจังหวัดสตูล	กรมประมง	1,600,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbmVrQ1aVXuZYYk4rWLz
239	สนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงปูทะเลแบบพัฒนาในบ่อดินในจังหวัดสตูล	กรมประมง	1,100,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=zbmVRq2rgRteZVA6PDeN
240	ส่งเสริมการต่อยอดผ้ากะเหรี่ยงร่วมสมัย จังหวัดอุทัยธานี	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	950,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1k0brmL16YC9kwrnw5nX
241	โครงการส่งเสริมการฝึกอาชีพระยะสั้นเพื่อเพิ่มทักษะและประกอบอาชีพเสริม	สำนักงาน คณะกรรมการการอาชีวศึกษา	5,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNOOnL85JWhw67adaN8p
242	โครงการตลาดวิถีอินทรีย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์สู่การสร้างสุขภาวะที่ดีให้ประชาชน	สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	123,120	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9xybedQPqdtmNbpRRMpN
243	โครงการส่งเสริมและพัฒนาอาชีพครัวเรือน เป้าหมายที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จังหวัดอุทัยธานี	3,424,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNOWx8dxxGuP6dQnvN7v

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
244	โครงการส่งเสริมการผลิตสินค้าเพื่อสร้างรายได้ ชุมชน	กรมการพัฒนาชุมชน	112,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbrBJxwNYAUEyR7GrqBQ
245	โครงการค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยง ภัยสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 ในชุมชน	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1,575,459,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Zd2G9DgjypUyGbrRWmvZ
246	โครงการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และ สาธารณสุข ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค และห้องปฏิบัติการ	กรมควบคุมโรค	503,899,200	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=BNyb8MkWm4lk4Nd66Dnr
247	โครงการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขเพื่อ รับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	กรมควบคุมโรค	419,844,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=vbr8OW-aWdBsXXOQq0D1L
248	แผนการเร่งรัดการเข้าถึงวัคซีน COVID-19 สำหรับประชาชนไทย	สถาบันวัคซีนแห่งชาติ	1,810,680,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=abv8P62pd05SmvAjOQOvG
249	โครงการพัฒนาห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย ระดับ 3 เพื่อรองรับการเป็นเครือข่าย ห้องปฏิบัติการวินิจฉัยการติดเชื้อโรคโควิด-19 โรคอุบัติใหม่ และเชื้อโรคระบาดอื่นๆ ในเขต ภาคเหนือ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	24,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=nbqnPWJR7mfxxW4m4R5O
250	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รองรับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	2,037,691,700	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=bbD1z2x0k0iZ7x6vVe7n
251	โครงการจัดหาและวัสดุอุปกรณ์ทาง การแพทย์เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ หน่วยบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	1,927,808,880	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=1kgyQyN-WkMtJkZbxXZnA
252	โครงการค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	2,999,695,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbvx82jqQpCj1PAmyYNO

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
253	โครงการจัดซื้อ จัดหาเครื่องมือตรวจสอบระบบการแพร่กระจายเชื้อในห้องแยกโรค และอุปกรณ์การคัดกรองโรคโควิด-19	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	17,480,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=GdODEZyMj1UzN9nEx2dm
254	โครงการพัฒนาระบบปกติใหม่ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพร้อมรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ระลอกใหม่	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	9,720,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=kbv897WXrjFZv1MW9QN6
255	โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ รองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงานส่วนภูมิภาค (รอบที่ 2)	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	5,816,363,100	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xbG1DjB9rrcrVPAM9mOv
256	โครงการเราชนะ	สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	210,200,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=MdOMaqbWrNuGYnjOmGax
257	โครงการ ม33 เรารักกัน	สำนักงานประกันสังคม	37,100,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=xbGOVDEkW4CBpxeJe5z6

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

ตารางที่ 5 แผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 5 แสนล้านบาท ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
1	มาตรการการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาของนิสิต นักศึกษาในสถาบัน อุดมศึกษาภาครัฐและเอกชน	สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	10,000,000,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=p99x6Emqj0cVW5O1ONpE&type=committee
2	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของกระทรวงศึกษาธิการ	สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	4,290,270,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=gAAOqGrNZ3TweJdVjoOV&type=committee
3	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	13,230,400,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=133ApO-zLYjtq6lGX94nA&type=committee

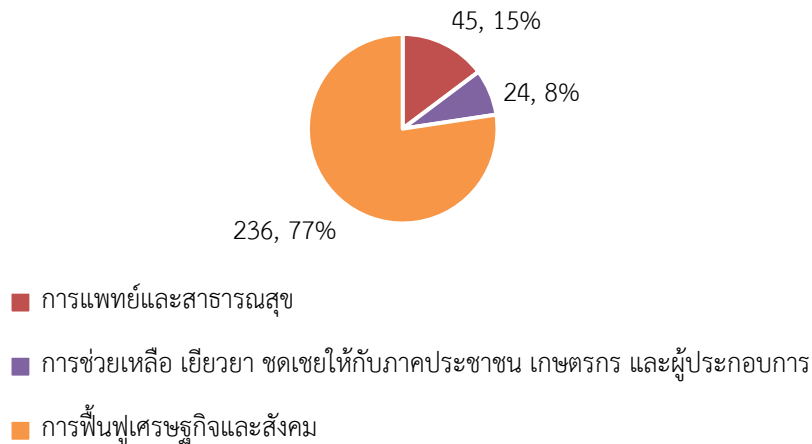
ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงาน รับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
4	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา	สำนักงาน คณะกรรมการ การอาชีวศึกษา	2,059,368,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=333lB501r9Ceq2a91Rl9&type=committee
5	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	กระทรวงการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	159,036,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=joGRX0oZwOh2wY15Adq6&type=committee
6	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์	สำนักงาน ปลัดกระทรวงการ พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์	156,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=WXaeqQMyyMhWmn35E8AL&type=committee
7	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์	สถาบันบัณฑิต พัฒนศิลป์	13,678,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=337xLNRa6df3peGxZ424&type=committee
8	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ	มหาวิทยาลัยการ กีฬาแห่งชาติ	12,868,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=0RW0pnX95FG7G6mZ11&type=committee
9	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	สำนักงาน พระพุทธศาสนา แห่งชาติ	68,416,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=aQQa5Q5A6of3NeBR3jJd&type=committee
10	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	สำนักงานตำรวจ แห่งชาติ	39,542,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=rXXoQj20q2inygzQYjGE&type=committee
11	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย ด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	2,779,444,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=Rd0RoJ4O7qf3oVx-ALrg1&type=committee

ลำดับ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	วงเงินอนุมัติ (บาท)	รายละเอียด
12	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของกรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	542,804,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=joGRX0oZwOh2wY15Adq6&type=committee
13	โครงการให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของเมืองพัทยา	เมืองพัทยา	30,574,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=JK0wxwEgmnFG95War342&type=committee
14	โครงการเยียวยาผู้ประกันตนมาตรา 39 และมาตรา 40 ที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด	สำนักงานประกันสังคม	77,785,060,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=deewlXkENdCaXo7wx0O2&type=committee
15	โครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบริการประชากรในประเทศไทย เพิ่มเติม จำนวน 20,001,150 โดส (Pfizer)	กรมควบคุมโรค	9,372,764,500	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=633wKxVvP3feJVGEd-WXy&type=committee
16	โครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบริการประชากรในประเทศไทย เพิ่มเติม จำนวน 9,998,820 โดส (Pfizer)	กรมควบคุมโรค	4,744,916,600	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=9301J3n3elhd3JYk98KW&type=committee
17	โครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบริการประชากรในประเทศไทย เพิ่มเติม จำนวน 12,000,000 โดส (Sinovac)	กรมควบคุมโรค	4,254,360,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=y0YKJGEMwKf2oNxQLZ5z&type=committee
18	โครงการเยียวยานายจ้างและผู้ประกันตนมาตรา 33 ในกิจการที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 13 จังหวัด เพิ่มเติม 1 เดือน (สิงหาคม 2564)	สำนักงานประกันสังคม	16,103,328,000	https://emenscr.nesdc.go.th/thaime/loan-act/view.html?id=JK0kLJAzV1uEx0M4YEaB&type=committee

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

รูปที่ 47 สัดส่วนแผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท และ 2 แสนล้านบาท

สัดส่วนแผนงาน/โครงการตาม พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 1 ล้านล้านบาท และ 5 แสนล้านบาท



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

ในส่วนของงบประมาณที่ผ่านการอนุมัติภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 1 ล้านล้านบาท มีการอนุมัติงบประมาณไป 982,423.63 ล้านบาท หรือใช้ไปแล้วทั้งสิ้นร้อยละ 98.24 ขณะที่งบประมาณที่ผ่านการอนุมัติภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 5 แสนล้านบาท มีการอนุมัติงบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 242,856.41 ล้านบาท หรือใช้ไปแล้วทั้งสิ้นร้อยละ 48.57 ตารางด้านล่างสรุปการอนุมัติงบประมาณของแต่ละแผนงาน/โครงการภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 2 ฉบับหลักดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6 สรุปการอนุมัติงบประมาณโครงการภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ

หน่วย: ล้านบาท

แผนงาน/โครงการ	พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 1 ล้านล้านบาท		พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 5 แสนล้านบาท	
	กรอบงบประมาณ	วงเงินที่อนุมัติแล้ว	กรอบงบประมาณ	วงเงินที่อนุมัติแล้ว
แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาการระบาด	63,897.991	63,402.41	110,000	109,881.4235
แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือเยียวยา ขดเซยให้กับภาคประชาชน เกษตรกร และผู้ประกอบการ	709,059.0223	709,059.0223	220,000	106,231.91
แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด	227,042.9867	209,962.1943	170,000	126,843.072

หมายเหตุ: ไม่พบโครงการในแผนงาน/โครงการในกลุ่มที่ 3 ภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ 5 แสนล้านบาท แต่พบว่ามีกรเบิกจ่ายงบประมาณในกลุ่มแผนงาน/โครงการกลุ่มนี้

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

ในส่วนของมาตรการทางเศรษฐกิจและสังคม ที่ผ่านมามีปัญหาหลักส่วนใหญ่ที่ประเทศไทยมักเผชิญในการดำเนินมาตรการด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ การระบุดัตนของผู้มีสิทธิรับการเยียวยา/สนับสนุนจากภาครัฐ ทำให้คนบางส่วนตกหล่น เข้าไม่ถึงการช่วยเหลือ หรือไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ขณะที่บางคนที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนกลับได้รับการช่วยเหลือ เช่น มาตรการภาษีที่มักจะใช้ข้อมูลภาษีจากปีก่อนหน้าก่อนที่จะมีการระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ธุรกิจหรือประชาชนบางส่วนไม่ได้รับการเยียวยา โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่เคยเสียภาษีมาก่อน เพราะเพิ่งเริ่มประกอบธุรกิจหรือทำงานในช่วงที่มีการระบาด

ตัวอย่างมาตรการสำคัญมาตรการหนึ่ง que แสดงให้เห็นการตกหล่นของผู้มีสิทธิรับการเยียวยา/สนับสนุนจากโครงการของรัฐบาล คือ ‘โครงการเราไม่ทิ้งกัน’ ที่พบการตกหล่นจำนวนมากในช่วงแรก โดยอานนท์ วัฒนุญ และคณะ (2564)⁷³ ได้ประเมินโครงการนี้ ในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผ่านการศึกษาระดับความคิดเห็นของประชาชน พบว่ามาตรการดังกล่าวมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเดือนร้อน แต่ปัญหาที่พบคือ

⁷³ https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/download/249805/170723/890141

ภาครัฐไม่มีฐานข้อมูลการประกอบอาชีพของประชากรที่ทันสมัยทำให้ไม่สามารถยืนยันตัวตนที่แท้จริงได้ คนส่วนหนึ่งจึงถูกตัดสิทธิ์ ซึ่งในระยะต่อมารัฐบาลก็พยายามแก้ปัญหาด้วยการเปิดให้มีการทบทวนสิทธิ์แก่ผู้ที่ตกลงหน้าอีกหลายครั้ง แสดงให้เห็นว่าระบบฐานข้อมูลของไทยค่อนข้างอ่อนแอและไม่ค่อยเป็นปัจจุบัน ซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อให้มาตรการเยียวยาที่มีความครอบคลุมมากขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ หลายโครงการยังมีการเรียกเงินเยียวยาคืนย้อนหลัง เมื่อพบว่าคุณสมบัติของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หรือไม่ปฏิบัติตาม ฝ่าฝืนหลักเกณฑ์/เงื่อนไขของโครงการ ผ่านการจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาตรวจสอบข้อมูลและเรื่องร้องเรียนสำหรับโครงการ เช่น ‘โครงการเราชนะ’ โดยโฆษกรัฐบาล ได้เปิดเผยว่า ตรวจพบและร้านค้าออนไลน์ที่รับสแกนชื่อ-ขายข้ามจังหวัด ทำให้จุดรับเงินขยับไปมาเกิน 7,000 กิโลเมตรใน 1 วัน หรือบางรายอยู่นอกพื้นที่ในเวลาใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะการประกอบกิจการของผู้ประกอบการที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโครงการเราชนะ⁷⁴ เป็นต้น

ปัญหาถัดมาก็คือ **มาตรการเหล่านี้ซึ่งงบประมาณจำนวนมหาศาล** สังกัดได้จากการกู้เงินจำนวน 1 ล้านล้านบาท และ 5 แสนล้านบาท และในที่สุดก็มีการขยายเพดานหนี้สาธารณะต่อ GDP ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 70 ขณะที่ภาระหนี้ของรัฐบาลต่อประมาณการรายได้ไม่เกินร้อยละ 35 (ซึ่งขยายมาจากร้อยละ 30 ก่อนหน้านี้) ถึงแม้ว่าปัญหาการขยายเพดานอาจไม่ใช่ปัญหาใหญ่หนักในระยะสั้นเมื่อเทียบกับหลายประเทศที่มีสัดส่วนหนี้สาธารณะสูงกว่าสัดส่วนของ GDP หลายเท่าตัว เช่น ญี่ปุ่น (ร้อยละ 234) สิงคโปร์ (ร้อยละ 130) และมาเลเซีย (ร้อยละ 66) เป็นต้น⁷⁵ และการขยายเพดานยังถือเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความเห็นในเรื่องนี้ไว้⁷⁶ (แต่การกู้เงินจำนวนมหาศาลของไทยก็ทำให้นักเศรษฐศาสตร์หลายคนเริ่มกังวลเรื่องวินัยทางการคลังเช่นกัน เนื่องจากหนี้สาธารณะคงค้างเริ่มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อสิ้นไตรมาส 4 ปี 2563⁷⁷) ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่การบริหารจัดการการคลังในระยะกลางถึงระยะยาวของรัฐบาลว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด ตรงกลุ่มเป้าหมายมากหรือไม่ และส่งเสริมการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนมากน้อยเพียงใด ตลอดจนรัฐบาลจำเป็นต้องมีแผนการจัดหารายได้ภาครัฐเพิ่มเติมเพื่อลดการขาดดุลทางการคลังในระยะข้างหน้า โดยเฉพาะรายได้จากภาษีที่อาจจะต้องหาฐานภาษีใหม่ๆ ซึ่งที่ผ่านมา ภาครัฐก็มีความพยายามในส่วนนี้ เช่น ภาษี e-Services และภาษีซื้อขายหุ้น เป็นต้น ทั้งนี้ ยังเป็นเรื่องที่ต้องจับตาต่อไปถึงทิศทางการบริหารของรัฐบาล

ในส่วนนี้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่ายังอาจจะเร็วเกินไปที่จะประเมินประสิทธิภาพมาตรการทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา เหตุผลสำคัญประการ

⁷⁴ <https://www.pptvhd36.com/news/เศรษฐกิจ/158218>

⁷⁵ ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2564

⁷⁶

https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=82756&filename=Thai_National_Assembly

⁷⁷ <https://tdri.or.th/2021/05/covid-132/>

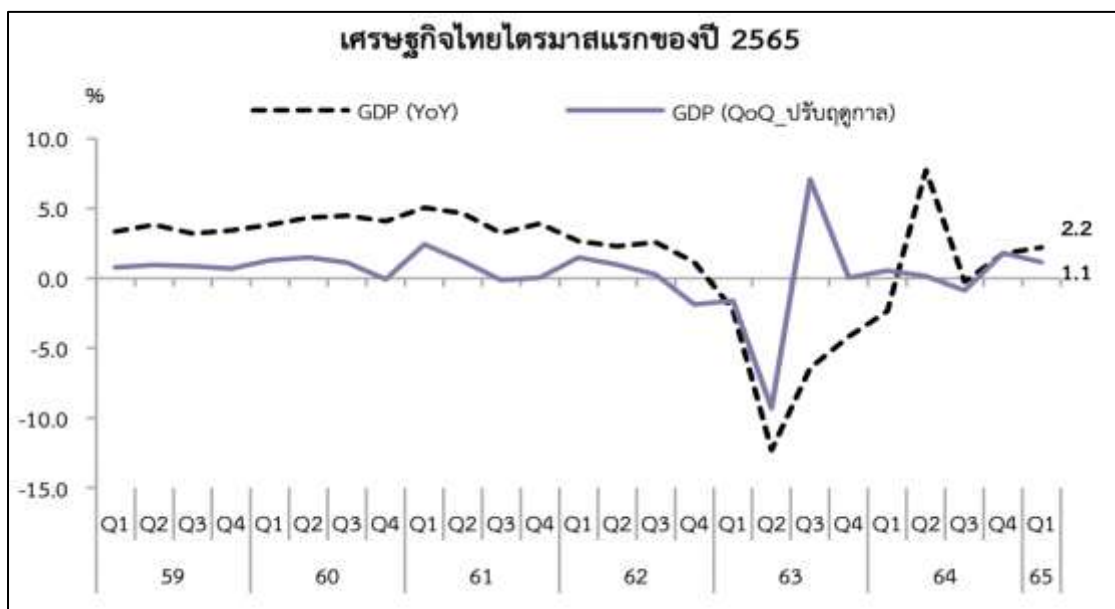
หนึ่งคือ ประสิทธิภาพของมาตรการเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะแสดงให้เห็นหลังการระบาดสิ้นสุดลงแล้ว หรือในระยะที่ยาวกว่านั้นมาก โดยเฉพาะผลของมาตรการต่อความสามารถในการฟื้นตัวจากวิกฤตการณ์ของประชาชนและประเทศ นอกจากนี้การประเมินที่ละมาตรการยังเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากมีมาตรการจำนวนมากเข้าเกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวม เราสามารถประเมินภาพคร่าวๆ ของผลจากมาตรการเยียวยา/สนับสนุนเหล่านี้ โดยอาจพิจารณาจากตัวชี้วัดอย่างง่าย 2 ตัว ได้แก่ (1) ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) และ (2) อัตราการว่างงาน (Unemployment Rate)

สำหรับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พบว่า มาตรการของรัฐโดยเฉพาะการใช้จ่ายภาครัฐมีส่วนสำคัญในการช่วยประคับประคองเศรษฐกิจไม่หดรัดตัวรุนแรงเกินไป โดยเฉพาะในช่วงปี 2563 ที่การส่งออกและการลงทุน และการบริโภคของภาคเอกชนลดลงอย่างมาก ส่งผลให้ในภาพรวมเศรษฐกิจไทยในปีนี้หดตัวลงถึงร้อยละ 6.2 แต่ตัวเลขน่าจะติดลบมากกว่านี้หากไม่ได้รับแรงดึงจากการอุปโภคและการลงทุนของภาครัฐ

ขณะที่เศรษฐกิจไทยปี 2564 ขยายตัวร้อยละ 1.6 ปรับตัวดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการใช้จ่าย มูลค่าการส่งออกสินค้า การอุปโภคบริโภคภาคเอกชน การอุปโภคบริโภคภาครัฐ และการลงทุนรวม (ภาครัฐและเอกชน) เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 ร้อยละ 0.3 ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 3.4 ตามลำดับ โดยรวมถือว่าดีขึ้นมากจากปี 2563

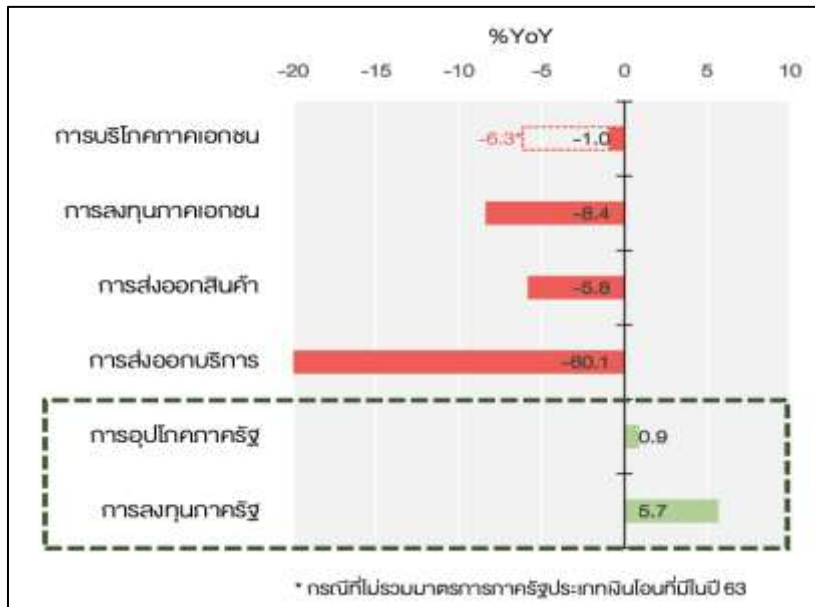
รูปที่ 48 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ



ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากข้อมูลของ NESDC และคำนวณโดยธนาคารแห่งประเทศไทย ยังชี้ให้เห็นว่า ในปี 2563 หากการบริโภคของภาคเอกชนไม่รวมมาตรการภาครัฐประเภทเงินโอนเข้าไปจะหดตัวลงถึง 6.3% สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกและความจำเป็นของมาตรการเยียวยาของภาครัฐในช่วงที่มีการระบาด และช่วงที่เศรษฐกิจยังต้องการแรงกระตุ้นอีกมาก⁷⁸

รูปที่ 49 การขยายตัวของเศรษฐกิจรายองค์ประกอบในปี 2563



ที่มา: NESDC และคำนวณโดยธนาคารแห่งประเทศไทย

สำหรับปี 2565 ในตอนแรกมีการคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยจะขยายตัวในช่วงร้อยละ 3.5-4.5 โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ประกอบด้วย (1) การปรับตัวดีขึ้นของอุปสงค์ภายในประเทศ (2) การฟื้นตัวของภาคการท่องเที่ยว (3) การขยายตัวอย่างต่อเนื่องของการส่งออกสินค้า และ (4) แรงขับเคลื่อนจากการลงทุนภาครัฐ แต่ในตอนหลัง สภาพัฒน์ฯ ก็ได้ปรับลดการคาดการณ์เหลือ 2.5-3.5 % เนื่องจากความไม่แน่นอนของความสัมพันธ์ระหว่างรัสเซียกับยูเครน

ในส่วนของอัตราการว่างงาน พบว่า มาตรการต่างๆ ที่ส่วนช่วยสนับสนุนการจ้างงาน ช่วยลดการสูญเสียรายได้และช่วยเพิ่มสภาพคล่องของภาคครัวเรือนในช่วงวิกฤตได้ส่วนหนึ่ง ในช่วง 2 ปีหลัง สถานการณ์เบื้องต้นดูเหมือนจะมีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงที่มีการระบาดอย่างหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปิดเมืองรับการท่องเที่ยวมากขึ้น ข้อมูลจากจากสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสที่ 1/2565 พบว่าการจ้างงานเพิ่มขึ้น 3% ทั้งในภาคเกษตรและภาคนอกเกษตร อัตราการว่างงานลดลงเหลือ 1.5% ต่ำที่สุดนับตั้งแต่มีการระบาดของโควิด-19 ตั้งแตปี 2563 เป็นต้นมา⁷⁹

⁷⁸ https://www.bot.or.th/Thai/AboutBOT/Activities/Documents/MediaBriefing2021/220764_Briefing.pdf

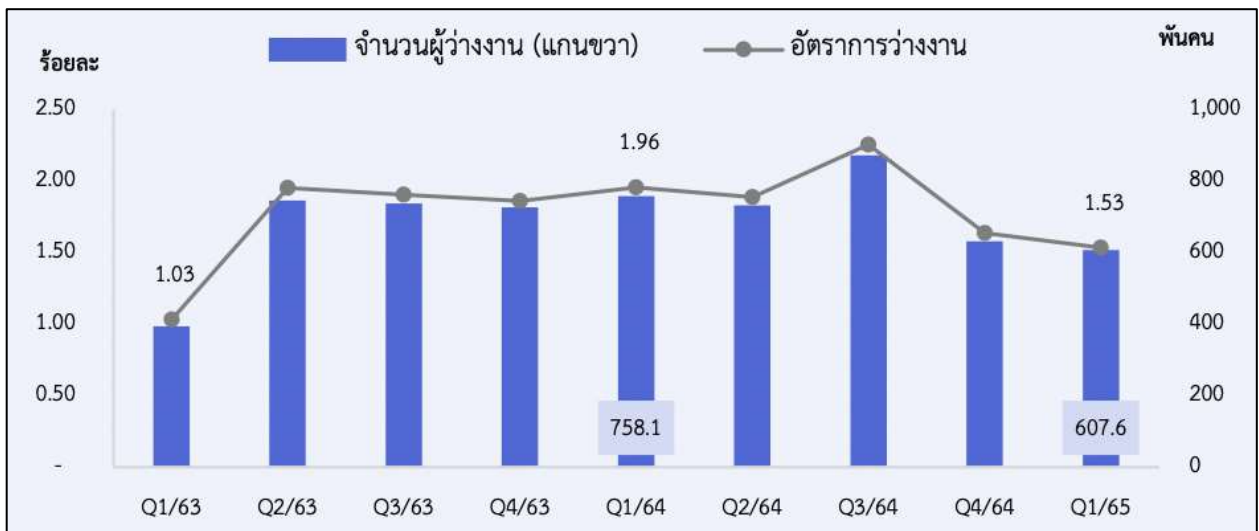
⁷⁹ https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5492&filename=socialoutlook_report

รูปที่ 50 จำนวนผู้มีงานทำ



ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

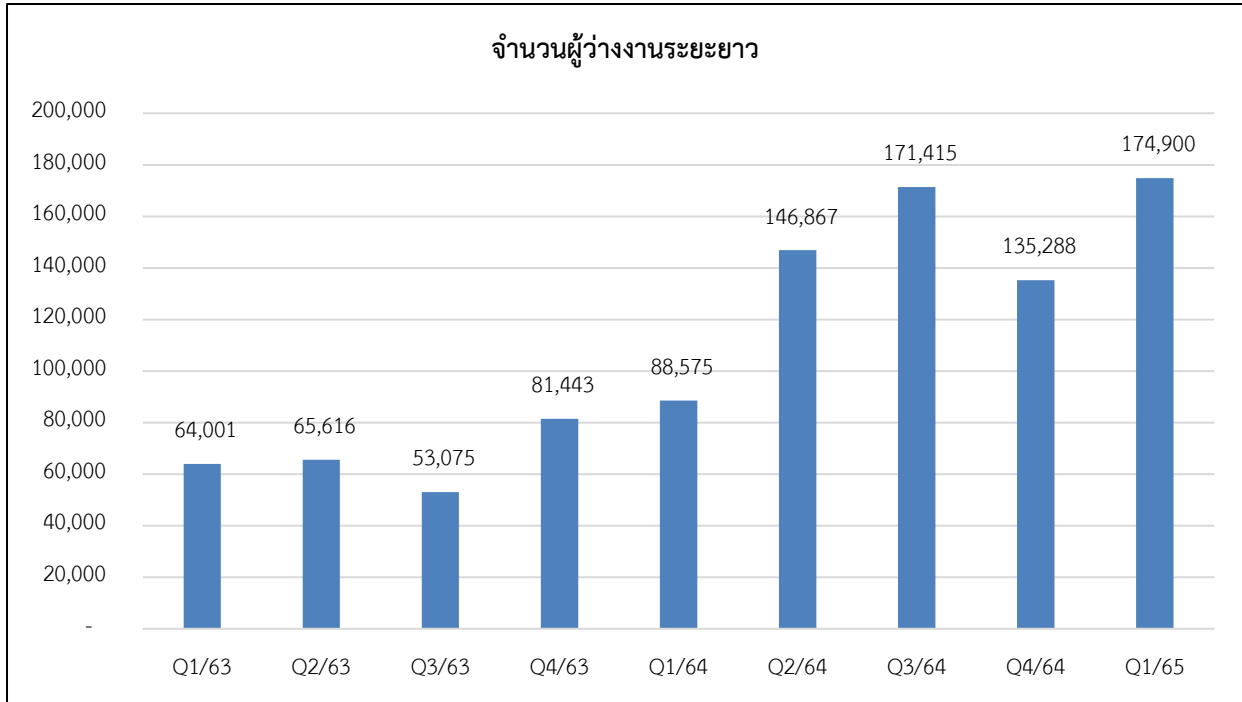
รูปที่ 51 จำนวนผู้ว่างงาน



ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาข้อมูลเชิงลึกอย่างจำนวนผู้ว่างงานระยะยาว (ว่างงานมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป) และผู้เสมือนว่างงาน (หรือทำงานน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน) จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาไทยยังมีความเปราะบางของการจ้างงานในประเทศที่น่าเป็นห่วง จากรูปจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ว่างงานระยะยาวโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่มีการระบาดของโควิด-19 แม้ว่าในช่วงปี 2563 จะยังมีไม่มากนัก แต่ในปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 174,900 คน เพิ่มขึ้น 38,612 คนจากไตรมาสก่อนหน้าที่มีจำนวนผู้ว่างงานระยะยาว 136,288 คน ซึ่งถือมีจำนวนมากที่สุดนับตั้งแต่มีการระบาดของโควิด-19 ระบาดมา ใกล้เคียงกับช่วงไตรมาสที่ 3/2564 ที่มีการล็อกดาวน์ ขณะที่ในระยะหลังมาตรการเยียวยาต่างๆ ก็เริ่มลดลงเนื่องจากภาระด้านงบประมาณ

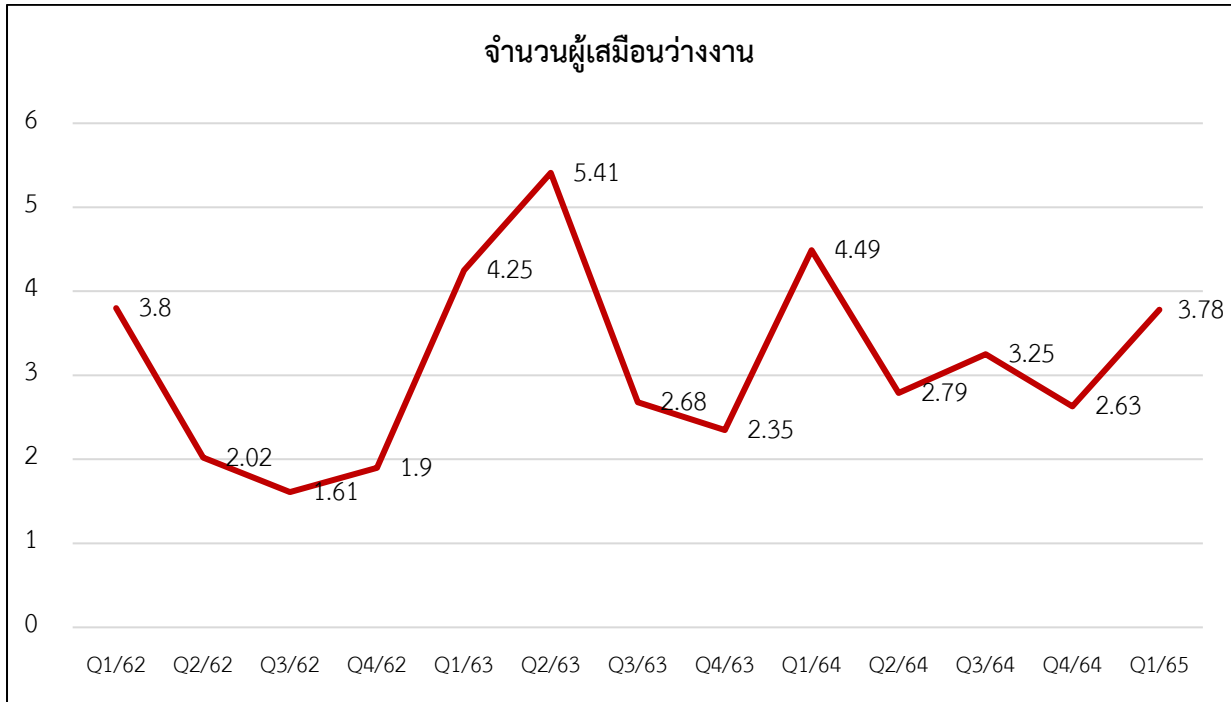
รูปที่ 52 จำนวนผู้ว่างงานระยะยาว (คน)



ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในขณะที่เมื่อพิจารณาผู้เสมือนว่างงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่แม้จะไม่ทำงาน แต่ก็มีรายได้ลดลงตามชั่วโมงการทำงาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ธุรกิจ พยายามปรับระดับประคองธุรกิจไว้ ไม่เลิกจ้าง แต่ใช้วิธีลดเวลาทำงาน ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากมาตรการเยียวยาของรัฐในช่วงแรก และยังถือว่าเป็นช่วงแรกๆ ของการระบาดด้วย โดยจำนวนผู้เสมือนว่างงานมีจำนวนสูงที่สุดในไตรมาสที่ 2/2564 คือ 5.41 ล้านคน ซึ่งเป็นช่วงที่โควิด-19 เริ่มระบาดมากขึ้นในประเทศไทย ปัจจุบันมีจำนวนสูงถึง 3.78 ล้านคน และหากเศรษฐกิจฟื้นตัวได้ช้า จนส่งผลให้หลายธุรกิจต้องปิดตัวลง กลุ่มคนที่เสมือนว่างงานก็จะเปลี่ยนสถานภาพเป็นผู้ว่างงานได้อีก ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้มาตรการเยียวยารัฐที่ผ่านมาจะช่วยประคองธุรกิจไว้ได้บ้าง แต่ก็มีข้อจำกัด โดยเฉพาะเมื่อการระบาดมีความยืดเยื้อ

รูปที่ 53 จำนวนผู้เสมือนว่างงาน (ล้านคน)



ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

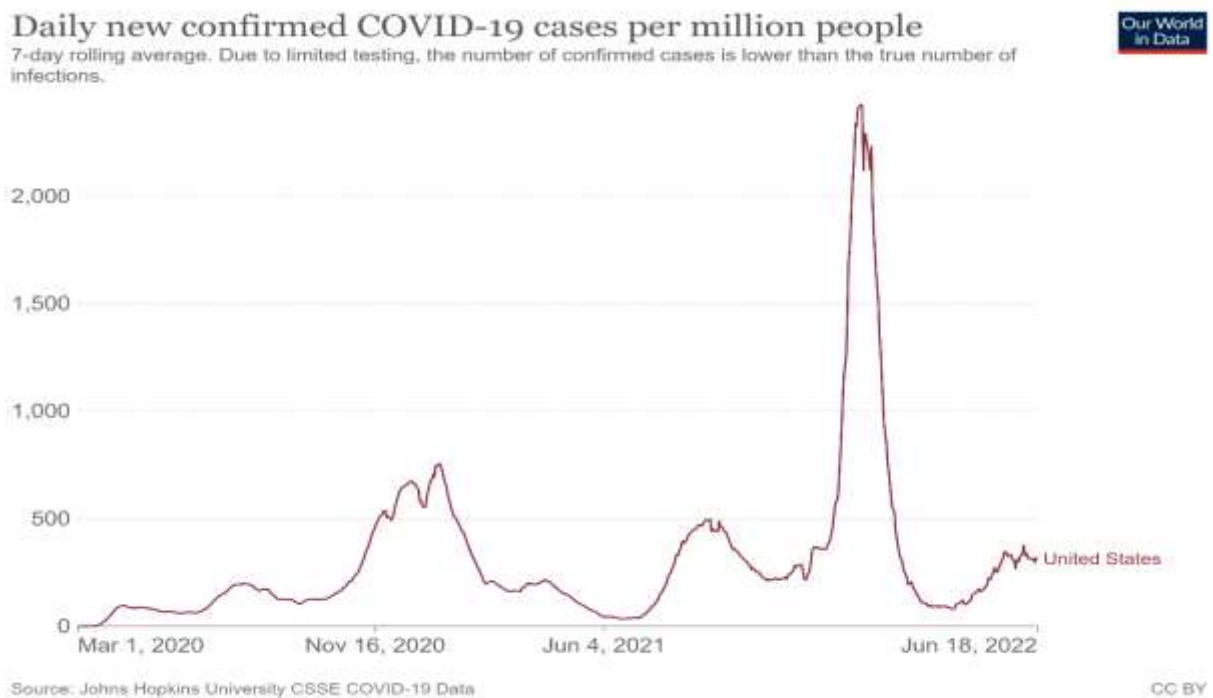
9. กรณีศึกษาสถานการณ์และการรับมือ Covid-19 ในต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างกรณีศึกษาในต่างประเทศจากประเทศที่มีความโดดเด่นในการดำเนินนโยบายเพื่อรับมือ COVID-19 (รายละเอียดในหัวข้อถัดไป) และเป็นประเทศที่มีระบบการสนับสนุนการวิจัยที่น่าจะเป็นตัวอย่างอย่างที่ดีของไทย (รายละเอียดในส่วนที่ 6) เนื่องจากมีหลายประเทศที่มีความน่าสนใจในทั้งสองประเด็น

9.1 กรณีศึกษาสหรัฐอเมริกา

- 1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 54 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: Our World in Data (2022)

สหรัฐอเมริกาตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2563 (วันเดียวกับเกาหลีใต้) ในช่วงแรก รัฐบาลกลางไม่ได้คาดคิดว่าโควิด-19 จะเป็นภัยร้ายแรงของประเทศ รัฐบาลจึงไม่ได้ประกาศใช้มาตรการป้องกันและรับมือการแพร่ระบาดอย่างเข้มงวดนัก จวบจนกระทั่งในช่วงกลางเดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา ที่สหรัฐอเมริกาเริ่มยอดผู้ติดเชื้อต่อวันและยอดผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด รัฐบาลกลางจึงออกมาตราการด้านสาธารณสุข เช่น สนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคโควิด-19 ฟรี วิจัยเรื่องความมั่นคงของห่วงโซ่อุปทานของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงเพิ่มค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล ส่วนรัฐต่างๆ ก็ได้ออกมาตราการปิดเมือง (lockdown) ในเวลาไล่เลี่ยกัน หลังจากนั้น จำนวนผู้ติดเชื้อต่อวันก็อยู่ในระดับที่คงที่หรือลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงพบผู้ติดเชื้อในระดับ 20,000 – 25,000 รายต่อวัน รัฐบาลจึงได้เพิ่ม

การตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อ-ขึ้นมาเป็นประมาณ 2 แสนคนต่อวันและเร่งจ้างนักแกะรอยการประวัติการติดต่อ (Contact Tracers) เพิ่มขึ้นด้วย ต่อมาในช่วงเดือนพฤษภาคม รัฐแต่ละแห่งทยอยประกาศกลับมาเปิดเมืองอีกครั้ง รวมถึงรัฐนิวยอร์กที่เป็นศูนย์กลางการแพร่ระบาด โดยผ่อนปรนเป็นระยะ ซึ่งในระยะแรก รัฐส่วนใหญ่จะอนุญาตให้ร้านอาหาร ร้านค้าปลีก ร้านเสริมสวย โบสถ์ และยิม เปิดทำการก่อน

กระทั่งในช่วงปลายเดือนมิถุนายน 2563 สหรัฐอเมริกาเริ่มเข้าสู่ภาวะการระบาดระลอกที่สอง จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายรัฐจึงต้องยกเลิกแผนการเปิดเมืองออกไปก่อน ต่อมาในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อสูงถึง 60,000 – 70,000 รายต่อวัน ส่งผลให้รัฐบาลสั่งเพิ่มปริมาณการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เฉลี่ย 650,000 ครั้งต่อวัน โดยผลการตรวจพบว่า ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพบผู้ติดเชื้อในรัฐ 36 แห่งเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยอย่างน้อยร้อยละ 5 พร้อมกันนั้นก็ได้สั่งเพิ่มกำลังแพทย์ พยาบาล และห้องไอซียูในโรงพยาบาล และเริ่มลงทุนค้นคว้าวัคซีนต้านเชื้อโควิด-19 หลังจากนั้น ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2563 สถานการณ์เริ่มกลับมาทรงตัว โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ที่ประมาณ 35,000 – 50,000 ต่อวัน ซึ่งในระหว่างนั้น รัฐบาลก็ได้ประกาศขออนุญาตเกี่ยวกับการกักตัวว่า หากผู้ใดมีการพบปะใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้นั้นควรกักตัว 14 วันหลังจากการพบปะทันที และในช่วงกักตัวหากมีการพบปะใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้ออีก จะต้องขยายเวลากักตัวเพิ่มอีก 14 วันหลังจากวันที่พบปะกัน

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การระบาดเริ่มกลับรุนแรงขึ้นอย่างมากในช่วงปลายเดือนตุลาคม 2563 ที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2563 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ที่ประมาณ 150,000 – 250,000 รายต่อวัน ต่อมาในวันที่ 2 ม.ค. 2564 มีการทำลายสถิติพบผู้ติดเชื้อสูงที่สุดตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในสหรัฐอเมริกา โดยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงถึง 300,310 ราย จากนั้นสถานการณ์กลับมามีขึ้นอีกครั้ง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 เป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ปรับตัวลดลงอย่างมาก โดยพบผู้ติดเชื้ออยู่ที่ประมาณ 50,000 – 70,000 รายต่อวัน กระทั่งช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2564 สหรัฐอเมริกาได้เกิดการระบาดรุนแรงอีกครั้ง โดยมียอดผู้ติดเชื้ออยู่ระดับเกินกว่า 100,000 รายต่อวัน สูงสุดที่ประมาณ 200,000 รายต่อวัน

ในช่วงปลายปี 2564 ที่มีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน สหรัฐอเมริกาหันมาให้ความสำคัญกับมาตรการด้านวัคซีนเป็นอย่างมาก โดยอนุมัติให้ฉีดวัคซีนไฟเซอร์กระตุ้นในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว อนุมัติให้ใช้วัคซีนไฟเซอร์ในกลุ่มเด็กอายุ 5 – 11 ปี และอนุมัติให้ใช้วัคซีนไฟเซอร์เป็นวัคซีนกระตุ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 12 – 17 ปี พร้อมกันนั้น สหรัฐอเมริกาก็ได้เพิ่มเงื่อนไขการเดินทางเข้าประเทศและจำกัดการเดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนรุนแรง เช่น ประเทศในแถบแอฟริกาใต้ แต่ภายหลังก็ได้ประกาศยกเลิกการจำกัดการเดินทางดังกล่าวในวันสิ้นปี 2564

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

2.1) รายงานด้านสุขภาพ

ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 สภาคองเกรสได้ประกาศใช้กฎหมายที่สำคัญ 3 ฉบับ เพื่อรับมือการระบาดของโควิด-19 ที่กำลังทวีความรุนแรง โดยในวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563 ประธานาธิบดีได้ประกาศใช้กฎหมาย Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act ค.ศ. 2020 มูลค่า 8.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อกระจายงบประมาณให้หน่วยงานทั้งในระดับรัฐ ท้องถิ่น ชายแดน และชนเผ่าต่างๆ เพื่อเตรียมตัวและรับมือกับวิกฤตโควิด-19 โดยแบ่งเป็นงบประมาณสำหรับกรมป้องกันและควบคุมโรค (CDC) มูลค่า 2.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (ซึ่งในจำนวนนั้นเป็นงบสำหรับหน่วยงานสุขภาพในระดับรัฐและท้องถิ่น มูลค่า 950 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) งบสำหรับวิจัยและพัฒนาวัคซีนและเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรค มูลค่า 3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และงบสนับสนุนกองทุนฉุกเฉินทางสาธารณสุขและการบริการสังคม (Public Health and Social Services Emergency Fund) มูลค่า 3.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อมาในวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้มีการประกาศกฎหมายฉบับที่ 2 คือ Families First Coronavirus Response Act (FFCRA) มูลค่า 3.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อรับมือกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงความครอบคลุมในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การลาป่วยโดยยังคงได้รับค่าจ้าง (paid sick leave) การแจกจ่ายอาหารให้ประชาชน การช่วยเหลือผู้ว่างงาน เป็นต้น ถัดมาในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 สภาคองเกรสก็ได้ประกาศใช้กฎหมาย Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security “CARES” Act มูลค่า 2 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข ช่วยเหลือแรงงานและภาคธุรกิจ รวมทั้งกระตุ้นเศรษฐกิจ

นอกจากนี้ ประธานาธิบดียังได้ประกาศใช้สถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2563 และทุ่มงบประมาณเพิ่มเติมมูลค่า 5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ ภายใต้กฎหมาย Stafford Act พร้อมกันนั้น กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ (United States Department of Health and Human Services: HHS) ได้ผ่อนปรนข้อบังคับบางประการเพื่อรับมือกับวิกฤตโควิด-19 เช่น โครงการ Medicare ที่ผู้สูงอายุต้องรักษาตัวที่สถานพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วันก่อน จึงจะสามารถย้ายไปบ้านพักผู้สูงอายุได้ ข้อกำหนดที่เกี่ยวกับใบอนุญาตที่แต่ละรัฐออกให้แก่หน่วยบริการสุขภาพ การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (telehealth) ทั้งนี้ไม่มีการจ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการที่ทำการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 แต่อย่างใด มีเพียงการสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถให้บริการได้ยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น สนับสนุนให้ใช้การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล ลดอุปสรรคในการจ้างแพทย์ที่มาจากชุมชนหรือรัฐอื่น ผ่อนปรนข้อกำหนดในการจัดทำงานเอกสาร การรายงาน และการตรวจสอบบัญชี เป็นต้น นอกจากนี้ กฎหมายดังกล่าวยังมีการเพิ่มทรัพยากรเพื่อขยายขีดจำกัดของระบบสุขภาพอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น การที่รัฐบาลกลางได้ร่วมมือกับร้านค้าปลีกขนาดใหญ่หลายราย เช่น Walmart ในการให้บริการตรวจหาเชื้อแบบ Drive-Through รวมถึง การที่ HHS ได้มอบทุนให้ห้องปฏิบัติการของเอกชนเพื่อให้การตรวจวินิจฉัยโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ในช่วงกลางเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 สภาคองเกรสได้ประกาศใช้กฎหมาย Paycheck Protection Program and Health Care Enhancement Act วงเงินงบประมาณ 4.84 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ แบ่งเป็นงบสำหรับปล่อยเงินกู้ให้เปล่าและหลักค้ำประกันเพื่อช่วยเหลือธุรกิจขนาดย่อม มูลค่า 3.21 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ งบสำหรับให้เงินทุนและเงินกู้แก่ธุรกิจขนาดย่อม เป็นมูลค่า 6.2 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ งบสำหรับโรงพยาบาล มูลค่า 7.5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ และงบสำหรับขยายการตรวจหาเชื้อโควิด-19 มูลค่า 2.5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ

ทั้งนี้ แม้จะมีการออกกฎหมายมาอย่างมากมาย แต่การจัดสรรเงินเยียวยาโควิด-19 ไปให้ HHS กลับล่าช้าเป็นอย่างมาก จวบจนช่วงต้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 มีงบประมาณค้างจ่ายหน่วยบริการสุขภาพเกือบ 1 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ และงบส่วนใหญ่กลับถูกจัดสรรไปให้หน่วยบริการและระบบสุขภาพที่รองรับผู้ป่วยในโครงการ Medicare เป็นหลัก ทำให้ผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการ Medicaid กลายเป็นผู้ถูกทอดทิ้ง จนผู้บริหารระดับสูงของ National Association of Medicaid ต้องออกมากดดันรัฐบาลให้เร่งจัดสรรทุนโดยเร็วเพื่อให้หน่วยบริการนำไปใช้ในโครงการสำหรับชาวอเมริกันผู้มีรายได้น้อย กระทั่ง วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2563 HHS ได้ประกาศแผนในการจัดสรรทุนไปยังหน่วยบริการ Medicaid โดยงบประมาณมูลค่า 1.5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ จะถูกจัดสรรไปให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ Medicaid หรือโครงการ Children's Health Insurance Program (CHIP) และงบประมาณ 1 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ จะถูกจัดสรรไปให้สถานพยาบาลที่อยู่ในประเภทสถานพยาบาลตาข่ายความปลอดภัย (safety-net hospital)

หลังจากได้มีการเพิ่มปริมาณการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก็ได้เกิดปัญหาว่า ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื่อดังกล่าว แม้ว่ากฎหมาย FFCRA และ CARES ระบุไว้ว่า ประชาชนสามารถเข้ารับการตรวจหาเชื้อได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ด้วยนโยบายที่ไม่มีความเป็นเอกภาพและขัดแย้งต่อแนวปฏิบัติของหน่วยงานในแต่ละรัฐหรือท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน ก่อให้เกิดความขัดแย้งในระบบการจ่ายค่าตรวจหาเชื้อ ส่งผลให้นายจ้างรายใหญ่หรือนายจ้างที่มีกองทุนประกันสุขภาพเป็นของตนเองบางราย ปฏิเสธที่จะจ่ายค่าตรวจหาเชื้อโควิด-19 ในทำนองเดียวกัน การตรวจหาเชื้อในกลุ่มแรงงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาว่าระหว่างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกับบริษัทผู้ให้ประกัน ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

นอกจากนี้ นโยบายการตรวจหาเชื้อโควิด-19 จะเน้นตรวจเฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นให้มากขึ้น โดยในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ทาง HHS และ Department of Labor ได้ออกแนวปฏิบัติในการสนับสนุนการตรวจหาเชื้อ ที่จะครอบคลุมเฉพาะผู้ที่จำเป็นต้องตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค โดยต้องได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้ตรวจหาเชื้อหลังจากประเมินทางคลินิกแล้วเท่านั้น กล่าวคือ จะไม่มีการชดเชยค่าตรวจให้แก่ผู้ที่ไม่มีอาการหรือผู้ที่ต้องการผลตรวจเพื่อกลับไปทำงานตามปกติ ทำให้บริษัทผู้ให้ประกันบางแห่งทำการเพิ่มเงื่อนไขการตรวจหาเชื้อว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีอาการเท่านั้น จึงจะอยู่ในขอบเขตความคุ้มครองของประกัน

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) ได้เปิดเผยข้อมูลการใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลภายใต้โครงการ Medicare

ในช่วงเดือนมกราคมถึงกลางเดือนพฤษภาคม พบว่า โครงการ Medicare ใช้จ่ายไปทั้งสิ้น 1.9 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 23,100 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

หลังจากนั้น ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 สภาคองเกรสได้กลับมาอภิปรายเพื่อร่างกฎหมายเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 อีกครั้ง จนกระทั่งวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2564 สภาคองเกรสได้อนุมัติมาตรการเยียวยาและกระตุ้นเศรษฐกิจมูลค่า 9 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยจะมีทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพ การจัดซื้อและกระจายวัคซีน การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการด้านการดูแลสุขภาพและสถานพยาบาล ตลอดจนการสนับสนุนทางการเงินให้แก่บุคคลและธุรกิจขนาดเล็ก

2.2) สิทธิและความคุ้มครอง

ตามกฎหมาย Families First Coronavirus Response Act แล้ว ชาวอเมริกาทุกคนไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพรูปแบบใด (เช่น ประกันสุขภาพของเอกชน Medicare Medicaid ฯลฯ) สามารถเข้ารับการรักษาเชื้อโควิด-19 โดยไม่ต้องร่วมจ่าย แม้แต่บุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพก็สามารถเข้ารับการรักษาได้ผ่านโครงการ Medicaid ในแต่ละรัฐ ซึ่งรัฐบาลกลางก็ได้จัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในโครงการ Medicaid ที่จะเพิ่มขึ้นสูงมาก โดยกำหนดงบไว้ที่ 1.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและการตรวจหาเชื้อ

นอกจากการจ่ายค่าตรวจหาเชื้อแล้ว บริษัทผู้ให้ประกันบางประเภทได้ยกเว้นข้อกำหนดเกี่ยวกับการแบ่งปันต้นทุนที่ปกติผู้เอาประกันภัยต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาก่อนแรกเป็นจำนวนหนึ่งเพื่อป้องกันปัญหาจริยธรรมวิบัติ (Moral Hazard) โดยมีบริษัทผู้ให้ประกันภาคเอกชนบางรายได้เลือกที่จะยกเว้นการร่วมจ่ายและการจ่ายความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) สำหรับการรักษาผู้ป่วยใน การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล และการเข้ารับการรักษา ส่วนรัฐบาลกลางก็ได้อนุมัติให้ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครองของโครงการ Medicare ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการทางการแพทย์ทางไกล ทั้งกรณีที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 อีกทั้งยังมีการยกเว้นการร่วมจ่ายเกือบทั้งหมดในกรณีรักษาโรคโควิด-19 ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งนี้รัฐบาลกลางมิได้ออกข้อบังคับให้บริษัทผู้ให้ประกันยกเว้นการร่วมจ่ายในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 แต่อย่างใด

ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพหลายรายได้ออกมาย้ำเตือนรัฐบาลว่า มาตรการความคุ้มครองจากรัฐในปัจจุบันยังไม่ชัดเจนปัญหาการเรียกเก็บเงินที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางรายได้ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพต้องเผชิญความเสี่ยงที่อาจจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเป็นจำนวนมากอีกทั้งยังต้องเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ต่างๆ จากการไม่มีหลักประกันสุขภาพด้วย โดยปัจจุบัน ในรัฐที่ไม่ได้ทำการขยายเพดานค่าจ้างที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมของโครงการ Medicaid ภายใต้กฎหมาย Affordable Care Act จะมีประชาชนมากกว่า 2 ล้านคนที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ เพราะคนกลุ่มนี้มีรายได้สูงเกินกว่าเพดานค่าจ้างของโครงการ Medicaid แต่ยังคงต่ำ

เกินกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับเครดิตภาษีพรีเมียม (PTC)⁸⁰ ทำให้รัฐบาลบางแห่งต้องเผชิญกับความท้าทายในการคิดหาวิธีตรวจหาเชื้อและรักษาผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ ฉะนั้น การขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ หรือจ่ายเงินชดเชยให้แก่แพทย์ที่มีการขยายบริการทางการแพทย์และมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากวิกฤตโควิด-19 ก็อาจช่วยบรรเทาปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพได้

ในช่วงกลางเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 HHS ประกาศว่าจะชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานด้านสุขภาพที่ให้บริการตรวจหาเชื้อและรักษาโรคโควิด-19 แก่ผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคหลัก (primary COVID-19 diagnosis) โดยให้มีผลย้อนหลังนับตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยค่าสินไหมทดแทนนั้นจะคิดตามอัตราค่าบริการของโครงการ Medicare ทั้งนี้ หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนผ่านระบบออนไลน์ได้ตั้งแต่วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตาม มูลนิธิ Kaiser Family Foundation ได้แสดงความกังวลต่อโครงการชดเชยสินไหมทดแทนดังกล่าวเป็นอย่างมาก โดยนับตั้งแต่มีการชดเชยให้เฉพาะผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพจนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 มีข้อสังเกตว่า ยังคงเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพและผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ โดยผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพมักได้รับความคุ้มครองน้อยกว่าหากมีค่ารักษาพยาบาลสูงมากเมื่อเทียบกับผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก คือ 1) การที่รัฐคุ้มครองเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า โรคโควิด-19 เป็นโรคหลัก ทำให้ความคุ้มครองดังกล่าวไม่ครอบคลุมผู้ป่วยบางรายที่เชื่อพัฒนาเป็นโควิด-19 ในภายหลัง 2) การให้หน่วยบริการเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และ 3) การที่รัฐไม่มีการรับประกันว่าจะชดเชยค่าสินไหมให้หน่วยบริการแน่นอน

ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีการประมาณการจำนวนผู้ที่สูญเสียความคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพที่ปกติต้องได้รับจากนายจ้าง เกือบ 27 ล้านคน จน Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) ต้องออกมาประกาศให้ลูกจ้างยังคงอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของนายจ้าง แม้ถูกให้ออกจากงานไปแล้ว ในขณะเดียวกัน รัฐบาลกลางก็ได้ขยายระยะเวลาลงทะเบียนของ COBRA เพื่อให้ชาวอเมริกันดำเนินการภายใน 60 วันหลังจากสถานการณ์ฉุกเฉินจบลง จากเดิมที่ให้ดำเนินการภายใน 60 วันหลังประกาศ

ในทำนองเดียวกัน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 FamiliesUSA ก็ได้เผยแพร่งานวิจัย ซึ่งพบว่าในช่วงกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีแรงงานกว่า 5.4 ล้านคน ได้สูญเสียความคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพที่ปกติต้องได้รับจากนายจ้าง โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานในรัฐบริเวณตอนใต้ที่กำลังเผชิญการระบาดอย่างรุนแรง เป็นกลุ่มที่สูญเสียความคุ้มครองไปมากที่สุด ผลจากการสูญเสียความคุ้มครองดังกล่าว ทำให้

⁸⁰ เป็นการคืนภาษีเงินได้บางส่วนให้กับประชาชนที่มีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพ โดยอาจเลือกรับเป็นการแลกเปลี่ยนกับการดูแลสุขภาพตามสถานะตลาดประกันสุขภาพในปีภาษีนั้น หรือเลือกรับเป็นเงินแล้วนำไปชดเชยค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพที่จ่ายให้แก่บริษัทประกันสุขภาพไปก่อนหน้านี้อีกได้

ให้การลงทะเบียนโครงการ ACA Exchange และโครงการ Medicaid เพิ่มขึ้นสูงมาก โดยจำนวนผู้ว่างงานที่ลงทะเบียนโครงการ ACA เพิ่มขึ้นร้อยละ 46 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ในขณะที่ผู้ที่ลงทะเบียนโครงการ Medicaid ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน และเพิ่มขึ้นเร็วกว่าโครงการ ACA

แม้ว่า HHS จะละเว้นการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาโควิด-19 ที่สูงเกินปกติแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีค่าใช้จ่ายในการใช้ห้องปฏิบัติการหรือหน่วยบริการนอกเครือข่าย เนื่องจากช่องโหว่ทางกฎหมาย ในขณะเดียวกัน รัฐบาลกลางก็ดูเหมือนจะไม่สนใจจะใช้อำนาจในการต่อรองราคากับบริษัทผู้ผลิตวัคซีนและยารักษาโรค ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว หากบริษัทผู้ผลิตตั้งราคาแพงเกินไปหรือไม่สามารถผลิตออกมาได้เพียงพอ รัฐบาลกลางก็ควรเข้าไปต่อรองหรือแทรกแซงบริษัทผู้ผลิตเหล่านั้นได้

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 สำนักงานสถิติแรงงาน (Bureau of Labor Statistics) ค้นพบว่า ธุรกิจมากกว่าร้อยละ 50 สั่งห้ามพนักงานทำงานในช่วงที่มีการระบาด โดยบริษัทกว่าร้อยละ 51 ยังคงจ่ายค่าจ้างพนักงานตามปกติ แต่มีเพียงร้อยละ 42 ที่ยังจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้ โดยอุตสาหกรรมที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงมีแนวโน้มจะไม่จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้พนักงานของตน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางในการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพโดยนายจ้าง (employer-based insurance system) พร้อมทั้งแสดงให้เห็นว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากวิกฤตโควิด-19 สร้างผลกระทบรุนแรงสืบเนื่อง ทำให้แรงงานเข้าถึงการดูแลสุขภาพท่ามกลางภาวะการระบาดได้น้อยลง

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

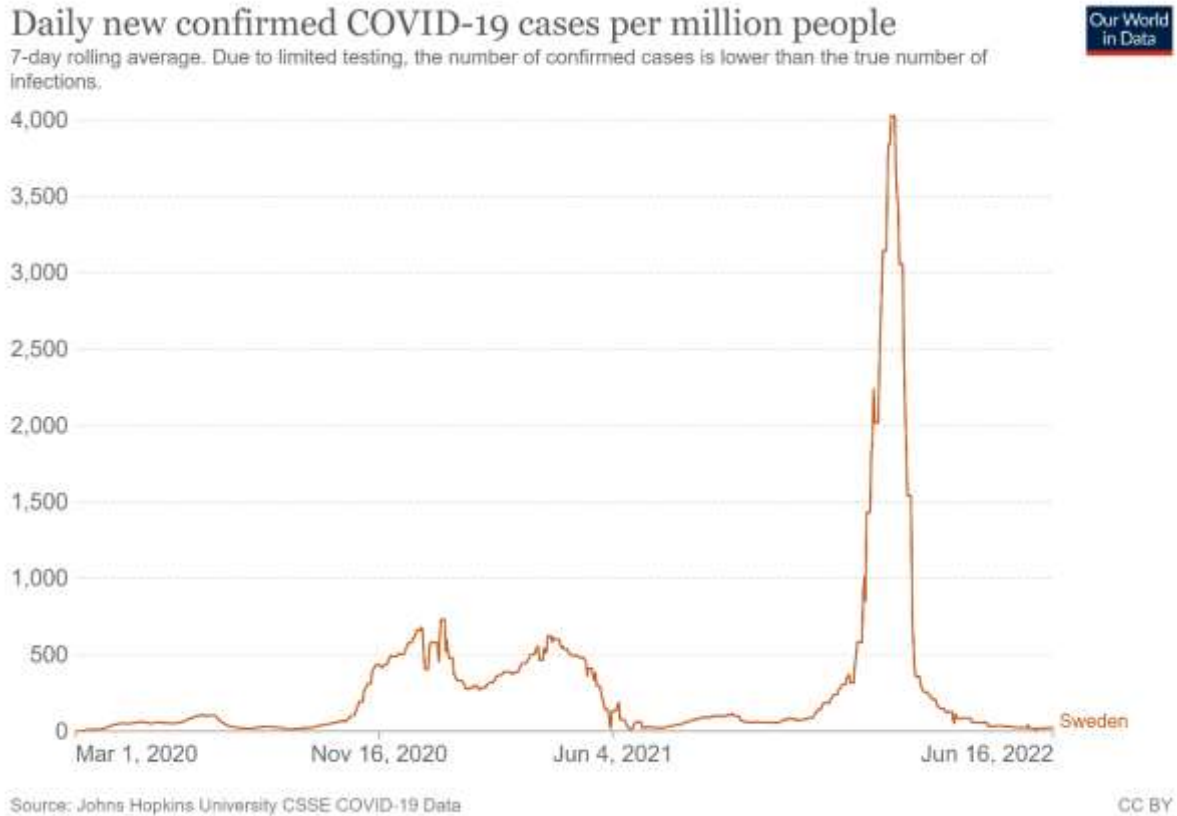
เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาที่ถูกนำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/unitedstates/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.2 กรณีศึกษาสวีเดน

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 55 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสวีเดน



ที่มา: Our World in Data (2022)

สวีเดนเริ่มพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ยืนยันครั้งแรกเมื่อ 31 ม.ค. 2563 ซึ่งผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกเป็นคนที่เดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน (ไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ 13 ม.ค. 2563) หลังจากนั้นในช่วงระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบในสวีเดนจะเป็นผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศทั้งสิ้น จนกระทั่ง 26 ก.พ. 2562 เป็นครั้งแรกที่มีการยืนยันว่าพบผู้ติดเชื้อที่เป็นการติดเชื้อจากคนภายในประเทศ (Community transmission) ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าสวีเดนน่าจะมีผู้ติดเชื้อในประเทศตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม 2562 แล้ว เนื่องจากพบกลุ่มบุคคลที่มีอาการป่วยที่น่าสงสัยและสืบพบว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวได้เคยมีการพบปะกับกลุ่มคนที่เดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่นก่อนที่จะป่วย

สวีเดนถือเป็นประเทศที่มีความน่าสนใจยิ่งในการเลือกแนวนโยบายและมาตรการในการรับมือกับภาวะการระบาดที่เกิดขึ้นต่างจากหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงไทย **โดยภาพรวมสวีเดนเป็นประเทศที่ปฏิเสธการปิดเมือง (Lockdown) และจำกัดเสรีภาพของบุคคลอย่างเข้มงวด** แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสวีเดนจะใช้นโยบายและมาตรการที่ตรงกันข้ามกับประเทศอื่น เพียงแต่นโยบายและมาตรการที่สวีเดนใช้ควบคุมการระบาดส่วนใหญ่เป็นนโยบายและมาตรการที่ให้คำแนะนำและขอความร่วมมือโดยสมัครใจจากประชาชนและ

ภาคธุรกิจแทบทั้งสิ้น ทั้งนี้ จากการประมวลของคณะผู้วิจัย พบว่ารัฐบาลและหน่วยงานของรัฐของสวีเดนได้มีการออกนโยบายที่เป็นการบังคับเพียงไม่กี่มาตรการ เช่น

- การห้ามการรวมตัวกันเกิน 500 คน ตั้งแต่วันที่ 12 มี.ค. 2563 ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นห้ามเกิน 50 คน ตั้งแต่วันที่ 29 มี.ค. 2563
- ประกาศห้ามการเฉลิมฉลองใดๆ บริเวณหอพักนักเรียนนักศึกษา ตั้งแต่ 15 พ.ค. – 31 ธ.ค. 2563 (ช่วงเทศกาลสำเร็จการศึกษา)
- ห้ามการเยี่ยมบ้านพักคนชราทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 15 มิ.ย. 2563 ได้มีประกาศขยายนโยบายไปจนถึงวันที่ 31 ส.ค. 2563 (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีอัตราการติดเชื้อและการตายที่สูง)

ในภาพรวมแล้ว รัฐบาลสวีเดนเลือกกำหนดนโยบายและมาตรการในการจำกัดเสรีภาพของประชากรเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ขณะที่การเดินทาง การดูแลตนเอง การดำเนินการของสถานที่ทำงานต่างๆ รวมถึงโรงเรียน รัฐบาลมักจะให้คำแนะนำในการดำเนินการเพื่อควบคุมความเสี่ยง และจากรายงานของสื่อต่างๆ เห็นได้ว่ารัฐบาลสวีเดนคาดหวังให้ประชากรมีการติดเชื้อมากพอจนเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) กับประชากรส่วนใหญ่ในประเทศ รวมถึงรัฐบาลได้ให้เหตุผลว่าไม่มีหลักฐานใดๆ ที่บ่งชี้ว่าการปิดเมืองและการจำกัดเสรีภาพต่างๆ อย่างเข้มงวดจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุมการระบาด โดยได้ยกตัวอย่างประเทศเบลเยียมที่มีมาตรการปิดเมืองและการจำกัดเสรีภาพต่างๆ อย่างเข้มงวดแต่ก็พบตัวเลขการระบาดต่อหัวของประชากรที่สูงพอๆ กับสวีเดน (ปริดี หงษ์สตัน, 2563)

ในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2563 สวีเดนพบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมกว่า 70,000 ราย โดยยอดผู้ติดเชื้อสะสมยังคงเติบโตในอัตราก้าวหน้า คิดเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็น 7,000 รายต่อประชากร 1 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 7.6 โดยสาเหตุหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อจำนวนมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุด้วย แต่โดยรวมแล้วภาวะการระบาดและการเสียชีวิตของสวีเดนในช่วงดังกล่าวมีความรุนแรงมากกว่าประเทศอื่นๆ ในเขตสแกนดิเนเวียอย่างนอร์เวย์และเดนมาร์ก

ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงต้นมกราคม 2564 สวีเดนมีรายงานพบผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยวันที่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงที่สุด คือ วันที่ 29 ธ.ค. 2563 ที่พบมากถึง 32,485 ราย และวันที่ 5 ม.ค. 2564 ที่พบมากถึง 32,369 ราย รัฐบาลจึงมีมาตรการสั่งห้ามขายแอลกอฮอล์หลัง 22.00 น. ห้ามรวมตัวกันเกินกว่า 8 คน และให้โรงเรียนบางแห่งหันไปสอนในรูปแบบออนไลน์ แล้วกลับมาเปิดเรียนในเดือนมกราคม 2564 นอกจากนี้ รัฐบาลยังแนะนำให้ประชาชนสวมใส่หน้ากากอนามัยระหว่างเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะเป็นครั้งแรกอีกด้วย

หลังจากนั้นในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 สถิติผู้ติดเชื้อรายใหม่ก็ค่อนข้างคงที่ แต่บางวันยังมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่หลักหนึ่งหมื่นราย รัฐบาลสวีเดนจึงตัดสินใจออกคำสั่งให้เทศบาลทั่วประเทศจำกัดปริมาณผู้เข้าใช้บริการพื้นที่สาธารณะและสถานที่บางแห่ง เช่น สวนสาธารณะ ชายหาด สวนสัตว์ พิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ ร้านค้า ยิม เป็นต้น ตั้งแต่วันที่ 11 มี.ค. 2564 แม้ในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2564 จะมีการผ่อนคลายมาตรการ

ดังกล่าวบ้าง แต่ยังคงจำกัดปริมาณผู้ใช้บริการเช่นเดิม เนื่องจากสวีเดนยังมีรายงานพบผู้ติดเชื้อ 15,000 – 20,000 รายในบางวัน โดยพบว่าในช่วงหลังไตรมาส 2 สวีเดนสามารถควบคุมการระบาดได้ดีจนเรียกได้ว่าเกือบจะสามารถหยุดการระบาดในระลอกนี้ได้ แม้ว่าภายหลังสวีเดนเข้าสู่การระบาดในระลอกที่ 3 ตั้งแต่ช่วงกลางเดือน ก.ค. เป็นต้นมา

โดยในช่วงที่สถานการณ์เริ่มจะคลี่คลายในการระบาดระลอกก่อนหน้านี้ ช่วงปลายเดือน พ.ค. สวีเดนได้ประกาศแผนการคลายมาตรการต่างๆ โดยระบุเป็น 5 ระดับ เริ่มจาก ระดับที่ 1 กำหนดใช้วันที่ 1 มิ.ย. 64 เริ่มให้มีการจัดงานเทศกาล และอนุญาตให้คนเข้าตลาดได้โดยไม่จำกัดจำนวนคนแต่จะมีการควบคุมด้านสุขอนามัยต่างๆ ขยายระยะเวลาปิดร้านอาหารได้ถึง 22.30 น. อนุญาตการเข้าแคมป์ขนาดเล็ก กิจกรรมชมรมกีฬาของเยาวชน รวมถึงการแข่งขันกีฬาต่างๆ

ขั้นที่ 2 กำหนดวันที่ 1 ก.ค. ขยายจำนวนคนที่จะอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมกีฬาต่างๆ จะถูกยกเลิกมาตรการควบคุม ขยายเวลาปิดร้านอาหาร ยกเลิกคำแนะนำเกี่ยวกับการเข้าสังคมของผู้คน ให้สามารถพบปะในสถานที่ต่างๆ ได้แต่ยังคงคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสตัว ขั้นที่ 3-5 จะเป็นการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ รวมถึงการยกเลิกข้อแนะนำต่างๆ จนถึงระดับที่แค่มียกข้อแนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัยขั้นพื้นฐานในขั้นที่ 5 ทั้งนี้ สวีเดนได้เข้าสู่การระบาดอีกระลอกตั้งแต่เริ่มมีการผ่อนคลายมาตรการ จึงได้มีการถอยระดับการผ่อนคลายมาตรการกลับไปใช้มาตรการที่เข้มงวดอีกครั้งในช่วงที่พบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก

ส่วนมาตรการด้านวัคซีน รัฐบาลได้เริ่มโครงการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ 27 ธ.ค. 2563 โดยระยะแรกจะฉีดให้กลุ่มผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสาธารณสุข และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อสูง ระยะที่สองจะฉีดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ผู้บกพร่องทางร่างกาย และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ระยะที่สามจะฉีดให้กลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ และระยะที่สี่จะฉีดให้กับประชาชนทุกคน ทั้งนี้ รัฐบาลไม่แนะนำให้ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ฉีดวัคซีน เว้นแต่ว่าจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อ โดย ณ วันที่ 7 ต.ค. 2564 มีผู้ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสไปแล้วกว่า 6.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.2 ของประชากรประเทศ โดยวัคซีนที่ประชาชนจะได้รับการฉีดหลักๆ ประกอบด้วย ยี่ห้อ Pfizer ยี่ห้อ Moderna และยี่ห้อ AstraZeneca

ในช่วงปลายปี 2564 ที่มีการระบาดของโอมิครอน สวีเดนเน้นการใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยในวันที่ 8 ธ.ค. 2564 สวีเดนได้บังคับใช้แผนปฏิบัติการเพื่อยกระดับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด 3 ชั้น ตามอัตราการแพร่เชื้อ (transmission rates) และความแออัดของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในขั้นแรกจะเป็นการให้คำแนะนำเพื่อลดการสัมผัสระหว่างบุคคล ดังนั้น นายจ้าง ควรหลีกเลี่ยงมิให้มีการรวมตัวกันในร่มกันเป็นจำนวนมาก ควรเว้นระยะห่างที่เหมาะสม หรือให้ทำงานที่บ้าน สถาบันการศึกษาชั้นสูง ควรจัดให้มีการศึกษาแบบเจอหน้ากันต่อไป ภายใต้มาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด โรงเรียน ควรใช้มาตรการป้องกันโรค เช่น การเว้นระยะห่าง ร้านอาหารและเครื่องดื่ม ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความแออัดของผู้คน และใช้มาตรการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ฯลฯ ทั้งนี้ หากสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงขึ้น ทางรัฐบาลจะยกระดับแผนไปขั้นที่สองและสาม ซึ่งภายหลังสวีเดนได้มีการปรับมาตรการอีก 2 ครั้งในวันที่ 23 ธ.ค. 2564 และวันที่

13 ม.ค. 2565 ซึ่งเป็นประกาศล่าสุดที่กำหนดให้การรวมตัวหรือการทำกิจกรรมสาธารณะในพื้นที่ที่มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 50 คน ต้องแสดงเอกสารยืนยันการได้รับวัคซีน และสามารถรวมกลุ่มได้ไม่เกิน 8 คน โดยแต่ละกลุ่มต้องห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร ยกเว้น การทำกิจกรรมทางศาสนา ส่วนกรณีร้านอาหารและเครื่องดื่ม กำหนดให้ลูกค้ารวมตัวกันได้ไม่เกิน 8 คนต่อกลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะต้องมีระยะห่างกัน 1 เมตร และร้านจะต้องปิดก่อนเวลา 23.00 น. และกรณีงานจัดแสดงสินค้า หากผู้ร่วมงานเกิน 50 คน จะต้องเว้นพื้นที่ 10 ตารางเมตรต่อคน

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

2.1) ใช้จ่ายด้านสุขภาพ

งบประมาณด้านสุขภาพของสวีเดนใน พ.ศ. 2564 ซึ่งเท่ากับ 341,500 ล้านโครนาสวีเดน (หรือประมาณ 1.296 ล้านล้านบาท) น้อยกว่างบประมาณด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2563 ซึ่งเท่ากับ 367,900 ล้านโครนาสวีเดน (หรือประมาณ 1.403 ล้านล้านบาท) อยู่เล็กน้อย แต่มากกว่างบประมาณด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2562 ซึ่งเท่ากับ 309,300 ล้านโครนาสวีเดน (หรือประมาณ 1.173 ล้านล้านบาท) อย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม ภายใต้งบประมาณรวมของ ค.ศ. 2564 ยังไม่ยืนยันแน่นอน โดยงบที่เพิ่มขึ้นได้แก่ งบการศึกษาและการวิจัย มหาวิทยาลัย (จาก 82,900 ล้านโครนาสวีเดน เป็น 92,100 ล้านโครนาสวีเดน) ส่วนงบที่ลดลง ได้แก่ งบสำหรับธุรกิจ (จาก 81,800 ล้านโครนาสวีเดน เหลือ 15,400 ล้านโครนาสวีเดน) และงบสำหรับความมั่นคงทางการเงินในกรณีเจ็บป่วยและทุพพลภาพ (จาก 127,700 ล้านโครนาสวีเดน เหลือ 98,400 ล้านโครนาสวีเดน)

นับตั้งแต่มาตรการโควิด-19 ใน พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 รัฐบาลใช้จ่ายไปทั้งสิ้น 374,000 ล้านโครนาสวีเดน โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นการใช้จ่ายงบภายใต้กระทรวงการคลัง และอีกร้อยละ 14 หรือ 54,000 ล้านโครนาสวีเดน เป็นการใช้จ่ายงบภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป งบประมาณ 100 ล้านโครนาสวีเดน จะถูกจัดสรรต่อเนื่องทุกปี เป็นระยะเวลา 4 ปี เพื่อจัดตั้งแผนงานวิทยาศาสตร์ระดับชาติ ระยะ 10 ปี (10-Year National Science Program) ที่มุ่งเน้นการวิจัยเกี่ยวกับไวรัสและการระบาด โดยอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสภาวิจัยแห่งชาติสวีเดน (Swedish Research Council) นอกจากนี้ ตั้งแต่วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2563 บทบัญญัติชั่วคราวที่กำหนดให้ผู้ดูแล (Caregiver) ได้รับเงินชดเชยสำหรับการติดต่อการดูแลสุขภาพทางดิจิทัล จะถูกขยายออกไปจนถึงสิ้นปี 2564

ทั้งนี้ งบประมาณแล้วเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ประกาศว่า งบประมาณภาครัฐจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายพิเศษทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 พร้อมทั้งกล่าวว่า การต่อสู้กับโรคระบาดจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องไม่มีปัญหาเงินขาดแคลน

ในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้นำเสนอร่างพระราชบัญญัติงบประมาณ ประกอบด้วย 1) เงินอุดหนุน 3,000 ล้านโครนาสวีเดน ซึ่งจะจัดสรรให้หน่วยงานในระดับภูมิภาค 2,000 ล้านโครนาสวีเดน และระดับเทศบาลอีก 1,000 ล้านโครนาสวีเดน เพื่อให้เป็นต้นทุนพิเศษสำหรับการให้บริการดูแลด้านสุขภาพ

และสังคมที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 2) งบประมาณ 1,000 ล้านโครนาสวีเดน จะถูกจัดสรรเพื่อนำไปเพิ่มปริมาณ การตรวจหาเชื้อโควิด-19 ต่อมา ในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2563 นายกรัฐมนตรีสวีเดนได้แถลงเพิ่มเติมว่า รัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและสังคมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 โดยไม่ คำนึงถึงต้นทุน ดังนั้น รัฐบาลจะมีการชดเชยให้หน่วยงานทั้งในระดับภูมิภาคและระดับเทศบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมีความใช้จ่ายเพิ่มเติมเท่าใด ขอเพียงแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการรับมือกับวิกฤตโค วิด-19 โดยตรง

นอกจากค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกับโควิด-19 โดยตรงแล้ว รัฐบาลได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นที่ ช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ในทางอ้อมด้วย ดังนี้

- สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยจากโควิด-19 รัฐบาลรับผิดชอบค่ารักษาตั้งแต่วันที่เจ็บป่วย จาก เดิมที่ลูกจ้างจะไม่ได้รับเงินชดเชยตั้งแต่วันที่แรก ในส่วนนี้จะใช้งบประมาณ 1,700 ล้านโครนา สวีเดน
- การลาป่วยในช่วงโควิด-19 ไม่จำเป็นต้องแสดงใบรับรองแพทย์ ทั้งนี้ หากลูกจ้างยังคงทำงานได้ แต่มีเกณฑ์เข้าข่ายสงสัยว่าจะติดเชื้อ ให้จ่ายค่าตอบแทนแก่ลูกจ้างตามปกติ ในส่วนนี้จะใช้ งบประมาณ 350 ล้านโครนาสวีเดน
- การสนับสนุนค่าตอบแทนในช่วงลาป่วย กรณีลูกจ้างมีเหตุจำเป็นต้องหยุดงานอันเนื่องมาจากมี อาการคล้ายโควิด-19 หรือจำเป็นต้องไปพบแพทย์ หรือแพทย์วินิจฉัยเห็นควรให้หยุดงาน ใน ส่วนนี้จะใช้งบประมาณ 500 ล้านโครนาสวีเดน
- รัฐบาลชดใช้ค่ารักษาพยาบาลของนายจ้างให้เป็นการชั่วคราว โดยให้ในอัตราเทียบเท่ากับ ผู้ ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งจะจ่ายชดเชยผ่านสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยระหว่างวันที่ 1 – 14 ของการเจ็บป่วย ในส่วนนี้จะใช้งบประมาณ 6,650 ล้านโครนาสวีเดน

ในกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโควิด-19 เงินทุนเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่ผู้บริหาร ด้านการดูแลสุขภาพและสังคมสามารถเลือกพื้นที่ที่จะจัดสรรเงินเหล่านั้นลงไปได้ตามความต้องการ รัฐจึง ตัดสินใจขยายกรอบงบประมาณการใช้จ่ายภาครัฐเพิ่มขึ้น 350,000 ล้านโครนาสวีเดนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งการ ตัดสินใจในลักษณะนี้ไม่เคยเกิดขึ้นนับตั้งแต่ที่มีการนำกรอบงบประมาณการคลังภาครัฐรูปแบบใหม่มาใช้ ในช่วงปลายทศวรรษ 1990

ในทำนองเดียวกัน งบประมาณในช่วงฤดูใบไม้ผลิ ก็มีจุดประสงค์ว่า หน่วยงานของรัฐที่มีส่วนร่วมใน การควบคุมการระบาดควรมีทรัพยากรให้เพียงพอกับความ ต้องการ สำนักงานสาธารณสุขแห่งสวีเดน (Public Health Agency of Sweden) คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare) และสำนักงานผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แห่งสวีเดน (Swedish Medical Products Agency) จึงได้รับเงินทุนช่วยเหลือเพิ่มขึ้น โดยกรอบเงินกู้เพื่อการลงทุนฉุกเฉินของคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการ แห่งชาติที่เพิ่มขึ้นนั้น ก็เพื่อให้ใช้จ่ายซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์เกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อ การป้องกัน และการ รักษาผู้ป่วยหนัก

ในด้านการสื่อสารสาธารณะ รัฐบาลได้มอบหมายให้สำนักงานจัดการเหตุฉุกเฉินด้านพลเมืองแห่งสวีเดนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลสารสนเทศของประเทศและกระจายข้อมูลเหล่านั้นให้ประชาชนรับทราบมากที่สุด ภายใต้งบประมาณ 75 ล้านโครนสวีเดน อีกทั้งรัฐบาลยังได้เพิ่มเงินทุนให้แก่สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดน (Swedish Research Council) เพื่อให้เกิดงานวิจัยเกี่ยวกับการรับมือไวรัสและการป้องกันโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต ภายใต้งบประมาณ 100 ล้านโครนสวีเดน

นอกจากนี้ งบประมาณในช่วงฤดูใบไม้ผลิ ได้ประกาศอัดฉีดเงินเพิ่มเติมให้หน่วยงานในระดับเทศบาลและภูมิภาคให้มากขึ้น อันเนื่องมาจากความต้องการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยใน พ.ศ. 2563 จะมีการจัดสรรเงินส่วนนี้ทั้งสิ้น 20,000 โครนสวีเดน ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและสังคม การศึกษา และการขนส่งสาธารณะที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ หน่วยงานในระดับเทศบาลและภูมิภาคจะเป็นผู้จัดสรรเงินดังกล่าวลงไปในพื้นที่ด้วยตัวเอง

2.2) สิทธิและความคุ้มครอง

รัฐบาลให้ความคุ้มครองด้านการตรวจหาเชื้อและการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ทั้งหมดสำหรับประชาชนทุกคนและบุคคลที่อาศัยอยู่หรือมาท่องเที่ยวในสวีเดน โดยไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมแต่อย่างใด ตลอดจนการดูแลรักษาโรคโควิด-19 นั้นไม่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

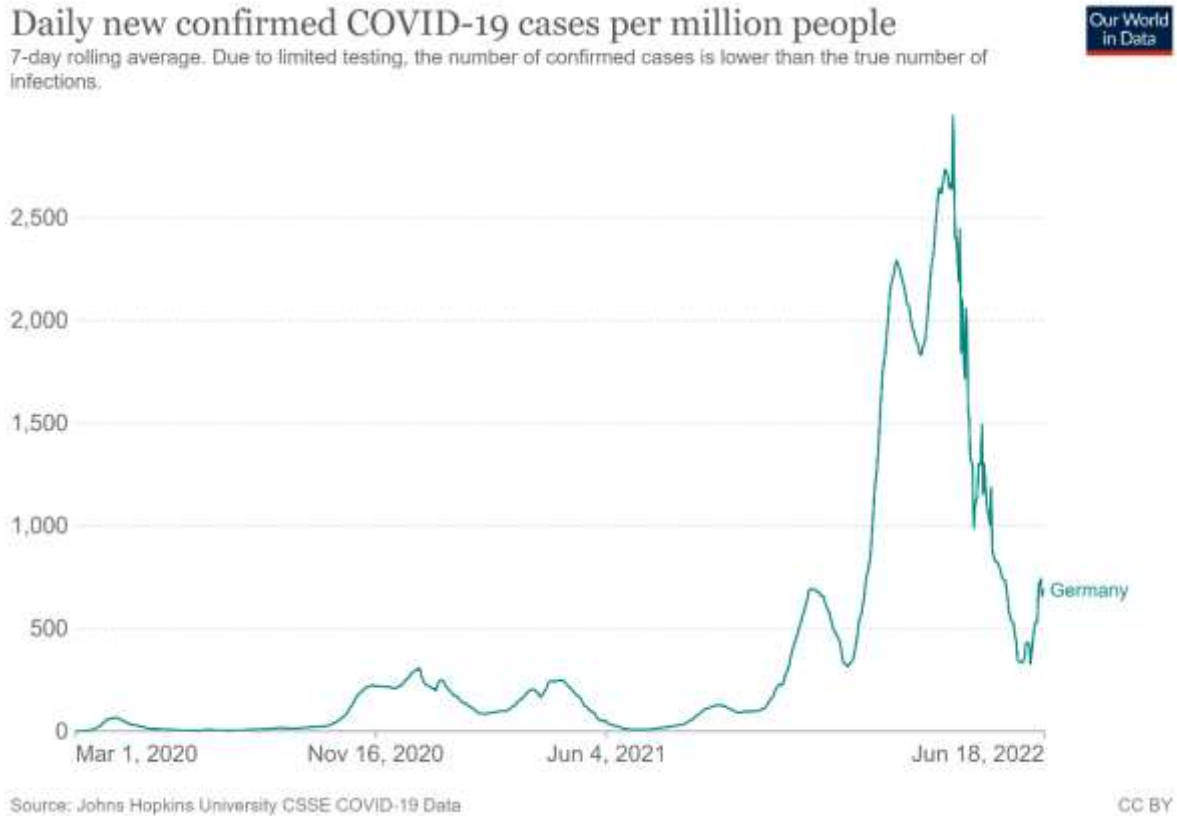
เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปของเนื้อหาที่ถูกลำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของประเทศสวีเดนได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/sweden/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.3 กรณีศึกษาเยอรมนี

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 56 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของประเทศเยอรมนี



ที่มา: Our World in Data (2022)

เยอรมนีพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 27 ม.ค. 2563 โดยรัฐบาลของเยอรมนีดำเนินมาตรการควบคุมการระบาดตามคำแนะนำของ Robert Koch Institute (RKI) ซึ่งในช่วงแรก เยอรมนีเรียกช่วงนี้ว่าช่วงวิกฤติการณ์ในระดับต้น (Containment Stage) รัฐบาลของเยอรมนีจะยังประกาศให้โรค COVID-19 เป็นการระบาดที่มีความเสี่ยงต่ำ ควบคุมการระบาดโดยการให้คำแนะนำประชาชนในการดูแลตนเอง และยังไม่มีการจำกัดอิสรภาพของประชาชน

จนกระทั่งสถานการณ์การระบาดในเยอรมนีหนักขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน 2563 ทำให้ในแต่ละรัฐเริ่มดำเนินมาตรการต่างๆ เช่น การปิดโรงเรียน สถานที่สาธารณะ โดยเยอรมนีได้ประกาศยกระดับมาตรการ (Protection Stage) ในวันที่ 13 มีนาคม 2563 ซึ่งมีการสั่งปิดโรงเรียน การงดการเยี่ยมบ้านพักคนชรา การปิดพรมแดน จากนั้นรัฐบาลได้ประกาศเคอร์ฟิวเพื่อชาติในวันที่ 22 มีนาคม 2563 โดยจำกัดการออกจากบ้านเฉพาะให้เดินทางเป็นกลุ่มได้ไม่เกิน 2 คน แม้จะมาจากครัวเรือนเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาดังกล่าว เยอรมนียังมีอัตราการติดเชื้อและการตายที่ต่ำกว่าประเทศอื่นในยุโรป เช่น อิตาลี โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ที่ประมาณ 2,000 – 7,000 รายต่อวัน ทั้งนี้ นอกจากมาตรการต่างๆ สาเหตุสำคัญ 2

ประการ คือ ความพร้อมของระบบสาธารณสุขของเยอรมนีที่อยู่ในระดับที่สูง และวัฒนธรรมที่ชาวเยอรมันไม่นิยมอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ไม่ค่อยมีบ้านที่มีคนสองรุ่นอาศัยร่วมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวในชนบท ทำให้ไม่มีการแพร่เชื้อไปถึงกลุ่มเสี่ยงอย่างผู้สูงอายุ

หลังจากการระบาดระลอกแรก นับแต่เดือนพฤษภาคม 2563 เป็นต้นมา เยอรมนีก็มีผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ที่ระดับต่ำกว่า 1,000 รายต่อวัน เสียเป็นส่วนใหญ่ พบสูงสุดไม่เกิน 2,000 รายต่อวันเท่านั้น รัฐบาลจึงมีคำสั่งผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ กระทั่งช่วงปลายเดือนสิงหาคม 2563 สถิติผู้ติดเชื้อรายใหม่เริ่มมีแนวโน้มทะยานพุ่งสูงขึ้นอีกครั้ง นับเป็นสัญญาณการก้าวเข้าสู่การระบาดระลอกที่สอง รัฐบาลจึงออกมาประกาศชุดมาตรการเพิ่มเติมในวันที่ 28 ส.ค. 2563 ไม่ว่าจะเป็นการใช้มาตรการกักตัวผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ขอความร่วมมือประชาชนให้หลีกเลี่ยงเดินทางเข้าพื้นที่เสี่ยง ขอความร่วมมือประชาชนเว้นระยะห่างทางสังคม 1.5 เมตร ใช้มาตรการบังคับให้ประชาชนสวมใส่หน้ากากอนามัย และใช้มาตรการห้ามประชาชนทำกิจกรรมที่มีผู้คนมารวมตัวกันหนาแน่น

ทว่า ด้วยสถานการณ์การระบาดยังคงทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนในเดือนตุลาคม 2563 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อทะลุหลักหมื่นรายต่อวัน ทำให้รัฐบาลออกมาประกาศล็อกดาวน์บางส่วน (partial lockdown) เป็นเวลา 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ 2 พ.ย. 2563 เป็นต้นไป โดยสั่งให้ร้านอาหารและบาร์ปิดทำการชั่วคราว แต่ยังสามารถส่งกลับบ้านได้ สั่งยกเลิกการจัดงานขนาดใหญ่ แนะนำไม่ให้เดินทางโดยไม่จำเป็น สั่งห้ามค้างพักแรมเพื่อท่องเที่ยว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น โดยยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 20,000 – 30,000 รายต่อวัน รัฐบาลจึงประกาศล็อกดาวน์ประเทศครั้งใหม่ ตั้งแต่วันที่ 16 ธ.ค. 2563 จนถึงวันที่ 10 ม.ค. 2564 เป็นอย่างน้อย โดยสั่งปิดร้านค้า โรงเรียน และศูนย์เด็กเล็กเป็นการชั่วคราว นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ครอบครัวรวมตัวกันไม่เกิน 2 ครอบครัวหรือไม่เกิน 5 คน อีกด้วย

หลังจากนั้นในช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 แม้การระบาดจะมีแนวโน้มลดลง โดยพบผู้ติดเชื้อในระดับ 5,000 – 10,000 รายต่อวัน แต่สถานการณ์ก็ถือว่ายังคงรุนแรงกว่าการระบาดในระลอกแรก รัฐบาลกลางจึงได้ขยายระยะเวลามาตรการล็อกดาวน์ต่อไปอีก 2 รอบ โดยรอบแรก รัฐบาลประกาศขยายมาตรการไปถึง 14 ก.พ. 2564 และรอบที่สอง ขยายมาตรการต่อไปจนถึงวันที่ 7 มี.ค. 2564 ต่อมาในวันที่ 3 มี.ค. 2564 รัฐบาลได้ออกมายืนยันว่าจะดำเนินการคลายล็อกดาวน์ในวันที่ 5 เม.ย. 2564 หากสถานการณ์ดีขึ้น ทว่า การระบาดในช่วงกลางเดือนมีนาคม – เมษายน 2564 กลับเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ที่ระดับ 20,000 – 30,000 รายต่อวัน นับเป็นการเข้าสู่ภาวะการระบาดระลอกที่สามของเยอรมนี ทำให้รัฐบาลกลางยังคงมาตรการล็อกดาวน์ต่อไป

เมื่อประมาณปลายเดือนมิถุนายน หลังจากทีระลอกที่สามดูเหมือนใกล้จะจบลงช่วงเดือนพฤษภาคม ซึ่งไวรัสสายพันธุ์หลักที่แพร่ระบาดในระลอกนี้ได้แก่สายพันธุ์เดลต้า ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

โดยในวันที่ 20 สิงหาคม 2564 RKI ได้ประเมินประเทศว่าได้เข้าการระบาดระลอกที่สี่⁸¹ โดยในระลอกนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากกลุ่มอายุที่น้อย มีผู้ติดเชื้อสูงที่สุดต่อวันคิดเป็น 10,713 ราย (ซึ่งน้อยกว่าสองระลอกก่อนหน้านี้พอสมควร) และเริ่มมีแนวโน้มลดลงแล้ว ซึ่ง ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2564 ก็ยังมีผู้ติดเชื้อเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 7,702 รายต่อวัน โดยยอดผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมรวม 4,264,982 ราย คิดเป็น 50,904.53 รายต่อประชากร 1 ล้านคน และมียอดผู้เสียชีวิตสะสมรวม 94,342 คน

เยอรมนีประสบปัญหาการระบาดในระลอกที่ห้าจากเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนในจำนวนที่สูงกว่าระลอกก่อนๆ มาก ในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 อัตราการระบาดของโรคโควิด-19 ของเยอรมนีในรอบ 7 วันที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นเป็น 3,190 ราย ต่อประชากร 1 ล้านคน ซึ่งเป็นผลจากการระบาดมากขึ้นของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน สายพันธุ์ย่อย BA.4 และ BA.5 อย่างไรก็ตาม ในวันที่ 11 มิถุนายน 2565 เยอรมนีก็ได้ยกเลิกมาตรการจำกัดการเดินทางเข้าประเทศเยอรมนีที่เกี่ยวข้องกับไวรัสโควิด-19 เป็นการชั่วคราว และอนุญาตให้เดินทางเข้าประเทศเยอรมนีได้ทุกวัตถุประสงค์ (รวมทั้งไปท่องเที่ยว และเยี่ยมเยือน) ยกเว้นผู้เยี่ยมเยือนจากประเทศจีนที่ต้องระบุเหตุจำเป็นก่อนเดินทางเข้าประเทศ

สำหรับมาตรการด้านวัคซีนนั้น รัฐบาลได้เริ่มโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนตั้งแต่วันที่ 27 ธ.ค. 2563 ด้วยวัคซีน 3 ยี่ห้อ ได้แก่ Pfizer Moderna และ AstraZeneca โดยสถาบันโรแบร์ต ค็อก (Robert Koch Institute: RKI) รายงานว่าโดย ณ วันที่ 7 ต.ค. 2564 มีผู้ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสไปแล้วกว่า 53.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ของประชากรประเทศ แม้ว่าจะมีอุปสรรคจากการที่เยอรมนีพบผู้ป่วยมีอาการภูมิแพ้ดุดตันหลังฉีดวัคซีน AstraZeneca จำนวน 31 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 9 ราย จนทำให้ทางการเยอรมนีได้สั่งระงับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนิกาในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ก็ตาม

ต่อมา ในช่วงปลายปี 2564 ที่มีการระบาดของโอมิครอน รัฐบาลเยอรมนีประกาศจำกัดการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะของผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ในวันที่ 2 ธ.ค. 2564 ผ่านนโยบาย 2G คือ Genesen หมายถึงผู้ที่หายจากโควิด-19 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ Geimpft หมายถึงผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้ว โดยประชาชนทั้งสองกลุ่มสามารถใช้บริการร้านอาหาร โรงภาพยนตร์ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และร้านค้าต่างๆ ได้ตามปกติ ส่วนผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน จะถูกจำกัดให้พบปะเฉพาะกับบุคคลในครัวเรือนหรือบุคคลอื่นนอกครัวเรือนไม่เกิน 2 คน นอกจากนี้ ในวันที่ 7 ม.ค. 2565 รัฐบาลเยอรมนีได้ประกาศยกระดับมาตรการคุมการระบาดในบาร์และร้านอาหาร โดยผู้ใช้บริการจะต้องแสดงหลักฐานยืนยันการได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นหรือผลตรวจหาเชื้อเป็นลบ ทั้งนี้ ด้วยมาตรการที่จำกัดการใช้ชีวิตของผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน ก่อให้เกิดประท้วงของกลุ่มผู้ต่อต้านการรับวัคซีนหลายครั้งในปี 2565 นี้

⁸¹ https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_87840494/corona-7-tage-inzidenz-in-deutschland-ueberblickskarten-und-tabellen.html

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

ปกติเยอรมนีเป็นประเทศที่มีระบบความคุ้มครองทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยมีระบบประกันสังคม ระบบแรงงานที่มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือต่างๆ จำนวนมาก ในภาวะการระบาดที่เกิดขึ้นการช่วยเหลือในขั้นแรกจึงเป็นการช่วยเหลือจากระบบต่างๆ ที่มี ขณะที่รัฐบาลยังกำหนดมาตรการช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การอุดหนุนค่าจ้างให้กับพนักงาน (ทั้งพนักงานประจำและพนักงานชั่วคราว) ที่ได้รับผลกระทบจากรายได้และชั่วโมงการทำงานที่ลดลง (ไม่ใช่แค่การตักงาน) เป็นจำนวนร้อยละ 60 ของค่าจ้าง และเพิ่มเป็นร้อยละ 67 หากพนักงานมีบุตรอย่างน้อย 1 คน การช่วยจ่ายเงินสมทบค่าประกันสังคม รวมถึงมาตรการเยียวยาธุรกิจต่างๆ

ตั้งแต่เกิดวิกฤตโควิด-19 จวบจนปัจจุบัน เยอรมนีได้ประกาศแผนงบประมาณเพิ่มเติม (Supplementary Budget) เพื่อรับมือกับวิกฤตและฟื้นฟูเศรษฐกิจแล้วทั้งหมด 3 ครั้งด้วยกัน⁸² ดังนี้

- **แผน Supplementary Budget ครั้งที่ 1** มูลค่า 1.56 แสนล้านยูโร (5.83 ล้านล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2563 โดยมีจุดประสงค์เพื่อ (1) ใช้จ่ายซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาล และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีน (2) ขยายการเข้าถึงเงินอุดหนุนจากโครงการประกันการว่างงาน “Kurzarbeit” เพื่อรักษางานและรายได้ของแรงงาน พร้อมทั้งขยายสิทธิประโยชน์กรณีสงเคราะห์บุตรสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย และช่วยให้ผู้ประกอบการอิสระสามารถเข้าถึงการสนับสนุนรายได้พื้นฐานได้ง่ายขึ้น (3) ให้ทุนแก่ผู้ประกอบการขนาดย่อมและผู้ประกอบการอิสระที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 อย่างรุนแรง และตั้งกองทุนระดมทุนสำหรับธุรกิจสตาร์ทอัพ (4) ขยายระยะเวลาสิทธิประโยชน์กรณีว่างงานและสิทธิประโยชน์กรณีลาเพื่อเลี้ยงดูบุตร
- **แผน Supplementary Budget ครั้งที่ 2** มูลค่า 1.3 แสนล้านยูโร (4.86 ล้านล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 3 มิ.ย. 2563 โดยมีจุดประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและบริหารจัดการวิกฤตโควิด-19 ยกตัวอย่างเช่น ลดภาษีมูลค่าเพิ่ม สนับสนุนรายได้แก่ครอบครัว ให้ทุนธุรกิจ SME ที่ได้รับผลกระทบรุนแรง สนับสนุนทางการเงินให้แก่รัฐท้องถิ่น เป็นต้น
- **แผน Supplementary Budget ครั้งที่ 3** มูลค่า 6 หมื่นล้านยูโร (2.24 ล้านล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 24 มี.ค. 2564 เพื่อขยายระยะเวลามาตรการเยียวยาเดิมที่ดำเนินการอยู่ให้ยาวนานขึ้น เนื่องจากประสบกับการระบาดระลอกใหม่อย่างรุนแรง

นอกจากนี้ ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลเยอรมนียังมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ (WSF⁸³) ซึ่งเข้ามาอุดหนุนกิจการขนาดใหญ่ในเยอรมนี กองทุนดังกล่าวมีมูลค่า 6 แสนล้านยูโร (23.5 ล้านล้านบาท) โดยจะใช้ 4 แสนล้านยูโร สำหรับการช่วยเหลือสภาพคล่องของธุรกิจในการ refinance

⁸² <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>

⁸³ <https://www.deutsche-finanzagentur.de/en/economicstabilisation/>

หนี้ต่างๆ 1 แสนล้านยูโร สำหรับการทำให้ recapitalization หรือการเพิ่มทุนให้ธุรกิจ และ อีก 1 แสนล้านยูโร สำหรับอุดหนุนการดำเนินการของ KfW ธนาคารของรัฐเพื่อการลงทุนและการพัฒนา

ทั้งนี้ โดยทั่วไปแล้วกิจการที่จะขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนข้างต้นได้จะต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 2 จาก 3 ข้อต่อไปนี้ คือ มีมูลค่าสินทรัพย์เกิน 43 ล้านยูโร (1.68 พันล้านบาท) มียอดขายเกิน 50 ล้านยูโร (1.95 พันล้านบาท) หรือ มีลูกจ้างโดยเฉลี่ยทั้งปีมากกว่า 249 คน โดยรัฐจะพิจารณาการช่วยเหลือโดยพิจารณาจากความสำคัญของกิจการต่อเศรษฐกิจเยอรมนี ความจำเป็นเร่งด่วนและผลของกิจการต่อตลาดแรงงานเยอรมนี

นอกจากนี้ ยังมีการจัดโครงการช่วยเหลือกิจการต่างๆ ในระดับท้องถิ่นผ่านรัฐบาลท้องถิ่น (Länder and municipalities) ซึ่งมีมูลค่าการช่วยเหลือมากกว่า 1.41 แสนล้านยูโร สำหรับการช่วยเหลือกิจการต่างๆ และอีก 7 หมื่นล้านยูโร สำหรับการทำให้ loan guarantees ให้กิจการในแต่ละท้องถิ่น

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาที่ถูกลำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของประเทศเยอรมนีได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/germany/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.4 กรณีศึกษาไต้หวัน

ไต้หวันประสบความสำเร็จอย่างมากในการควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ทั้งในด้านจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2563 ถึงต้นปี 2564 จนได้รับการยกย่องจากสื่อและหลายองค์กรเป็นอย่างมาก แต่การระบาดของโรคในกลุ่มลูกเรือของ China Airlines ที่ไต้หวันเป็นเจ้าของเมื่อปลายเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไทเปตั้งแต่มิถุนายน 2564 ซึ่งทำให้ไต้หวันยกระดับการเตือนภัยในทุกพื้นที่ขึ้นเป็นระดับ 3 (จากทั้งหมด 4 ระดับ) และประกาศใช้ยุทธศาสตร์ปลอดโควิด (Zero COVID) ในเดือนพฤษภาคม 2564

ไวรัสโควิดสายพันธุ์เดลต้าเริ่มแพร่ระบาดในไต้หวันช่วงปลายเดือนมิถุนายน 2564 แต่ไต้หวันก็สามารถควบคุมได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2564 ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการดำเนินมาตรการที่เข้มงวดด้วย ทำให้สามารถปรับระดับการเตือนภัยทั่วทุกพื้นที่ลงมาเป็นระดับ 2 ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม และเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2564 ไต้หวันมีผู้ติดเชื้อเฉลี่ยเพียง 10 รายต่อวันเท่านั้น โดยมียอดผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมรวม 16,255 ราย คิดเป็น 682.5 รายต่อประชากร 1 ล้านคน และมียอดผู้เสียชีวิตสะสมรวม 844 คน

อย่างไรก็ตาม ไต้หวันเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของประเทศที่เกิดการแพร่ระบาดอย่างขนานใหญ่ในปี 2565 นี้ โดยเฉพาะในช่วงกลางปีซึ่งในวันที่ 3 มิถุนายน 2565 ไต้หวันรายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ 76,505 ราย และยอดผู้เสียชีวิต 142 ราย ทำให้ไต้หวันกลายเป็นหนึ่งในประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตต่อประชากรสูงที่สุดในโลก และการที่เชื้อสายพันธุ์ Omicron สามารถแพร่ได้จำนวนมากในช่วงเวลาสั้นๆ ก็ทำให้ไต้หวันรับมือไม่ไหว และต้องเปลี่ยนนโยบาย ทั้งยุทธศาสตร์ "zero-COVID" แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดให้กลับสู่ภาวะปกติได้ และกลับมามีเสียงวิจารณ์รัฐบาลในเรื่องความไม่ชัดเจนในการสื่อสารต่อสาธารณะการเปลี่ยนแปลงนโยบายโควิด-19 ในช่วงที่ผ่านมา ว่าทำให้ประชาชนสับสนและโกลาหล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ติดเชื้อว่าต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อะไรบ้าง ซึ่งการสื่อสารต่อสาธารณะเคยเป็นจุดเด่นที่ไต้หวันได้รับการชื่นชมอย่างมากในปีแรก

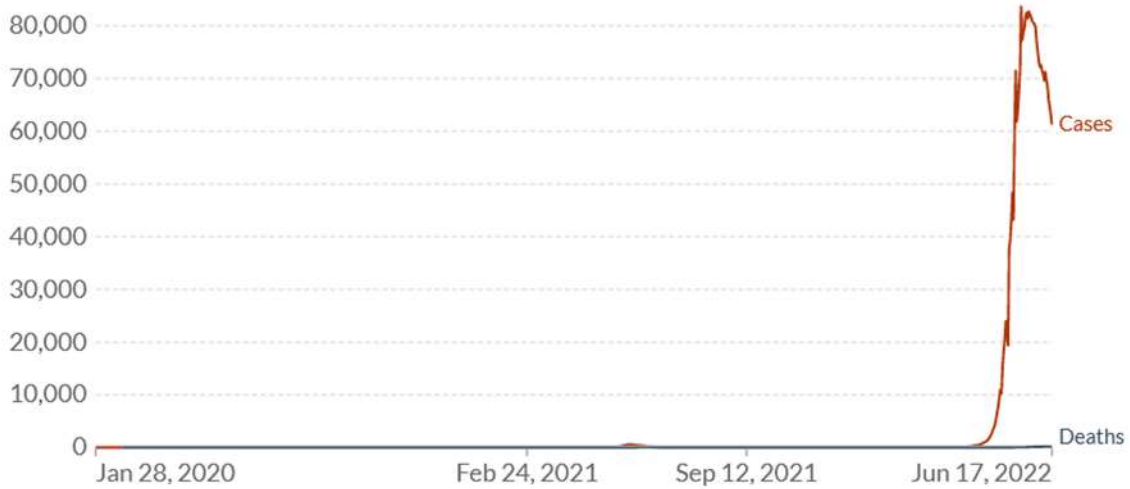
รูปที่ 57 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่และผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 7 วัน และอัตราการติดเชื้อใหม่ต่อประชากรของไต้หวัน

Daily new confirmed COVID-19 cases and deaths, Taiwan

Our World in Data

7-day rolling average. Limited testing and challenges in the attribution of cause of death mean the cases and deaths counts may not be accurate.

LINEAR LOG ↻ Change country



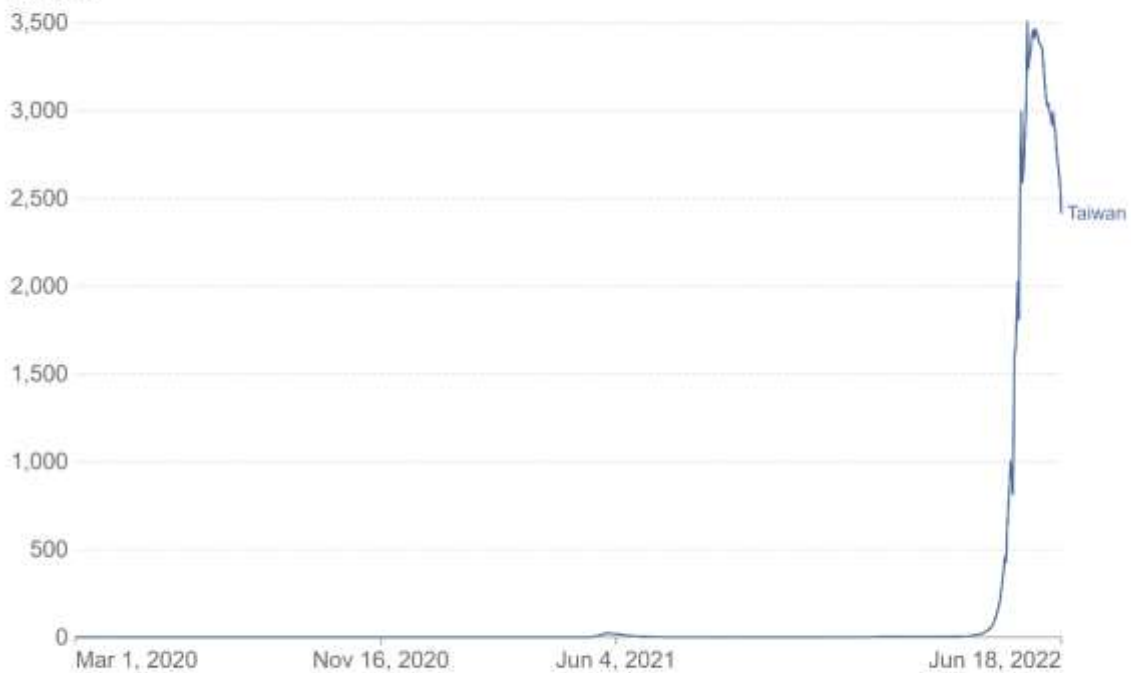
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Our World in Data

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

ที่มา: Our World in Data (2022)

ก่อนหน้า (โดยเฉพาะในปี 2563) กระทรวงสาธารณสุขไต้หวันและสื่อจำนวนหนึ่ง⁸⁴ ได้กล่าวถึงหรือวิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้ไต้หวันค่อนข้างประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ไต้หวันใช้บทเรียนจากประสบการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS) ในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) ซึ่งเป็นโรคระบาดที่มีอาการป่วยที่รุนแรงของอาการป่วยสูง (แม้จะมีอัตราการแพร่เชื้อไม่สูงเท่าโควิด-19) โดยในครั้งนั้นไต้หวันซึ่งเป็นเขตแดนเล็กๆ มีผู้ป่วยจำนวน 674 ราย เสียชีวิต 84 ราย⁸⁵ ซึ่งยอดผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตของไต้หวันเป็นรองเพียงแค่อินและฮ่องกงเท่านั้น เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นบทเรียนสำคัญในการสร้างความตื่นตัวและสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของประชาชนชาวไต้หวันในวิกฤตโรคระบาดด้วย เช่น ชาวไต้หวันคุ้นเคยกับการสวมหน้ากากอนามัย และการติดตามข่าวสารการระบาดของโรค
2. หลังจากการระบาดของโรค SARS ไต้หวันได้ยกระดับโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขในการรับมือโรคระบาดโดยจัดตั้งศูนย์บัญชาการรับมือโรคระบาดกลางเพื่อเตรียมรับมือกับโรคระบาดครั้งใหม่ โดยเป็นศูนย์ควบคุมการทำงานและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และส่วนกลางในช่วงวิกฤต รวมหลายหน่วยงานเข้าด้วยกัน ได้แก่ ศูนย์บัญชาการกลางโรคระบาด (Central Epidemic Command Center : CECC) ศูนย์บัญชาการอุบัติภัยจากเชื้อโรค (Biological Pathogen Disaster Command Center) ศูนย์บัญชาการรับมือกับการก่อร้ายทางชีวภาพ (Counter-Bioterrorism Command Center) และศูนย์ปฏิบัติการกลางในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Central Medical Emergency Operations Center) ซึ่งศูนย์เหล่านี้ โดยเฉพาะ CECC ได้รวบรวมเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการระบาด เข้ามาทำหน้าที่ติดตามข้อมูล ประเมินสถานการณ์และกำหนดมาตรการต่างๆ ซึ่งเป็นระบบที่สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ชาวไต้หวันต่อมาตรการที่รัฐประกาศออกมาเป็นอย่างมาก จุดเด่นหนึ่งของระบบของไต้หวันคือ การที่ไม่ได้มีแค่การจัดตั้งองค์กรและทีมผู้บริหาร แต่เป็นระบบที่มีการออกแบบหลักการและแผนการดำเนินการในการรับมือภาวะโรคระบาด ซึ่งทำให้เมื่อเกิดสถานการณ์ หน่วยงานตั้งแต่หน่วยงานกลาง ทั้งระดับประเทศและหน่วยงานท้องถิ่น และสามารถกำหนดมาตรการที่จำเป็นได้อย่างทันท่วงที
3. หลังจากการระบาดของโรค SARS ไต้หวันได้สร้างระบบข้อมูลข่าวสารในการแจ้งข้อมูลจากภาครัฐไปสู่ประชาชน ทั้งการแถลงผ่านสื่อ การส่งข้อความทั้งผ่าน SMS สุโทรศัพท์มือถือของประชาชน และระบบแจ้งข้อมูลของมหาวิทยาลัยและองค์กรต่างๆ ซึ่งนอกจากการรายงาน

⁸⁴ ตัวอย่างเช่น <https://www.the101.world/korea-taiwan-covid-19/>, <https://positioningmag.com/12688107,https://covid19.mohw.gov.tw/en/np-4769-206.html>

⁸⁵ https://www.who.int/csr/sars/country/2003_07_04/en/

สถานการณ์และคำแนะนำแล้ว แต่รวมไปถึงระบบการบริหารจัดการ เช่น แอปพลิเคชันที่ใช้ในการบริหารการแจกหน้ากากอนามัย และระบบการเก็บข้อมูลของประชาชนและนักท่องเที่ยวที่รัฐจะนำไปใช้ในการควบคุมโลก เช่น ระบบตรวจอุณหภูมิและคัดกรองที่สนามบิน ระบบตรวจสอบประวัติการเดินทางออนไลน์ การให้โรงพยาบาลเข้าถึงข้อมูลกลางของรัฐ การติดตามข้อมูลการเดินทางในประเทศผ่านการติดตาม GPS บนอุปกรณ์เคลื่อนที่เพื่อการตรวจสอบการกักตัว (ซึ่งใช้คู่กับมาตรการกักตัวและการกำหนดค่าปรับที่สูง) ซึ่งระบบเหล่านี้จำนวนมากไม่ได้เป็นระบบที่เพิ่งมีการติดตั้งใหม่ แต่เป็นระบบที่มีการติดตั้งดำเนินการและพัฒนามาตั้งแต่หลังการระบาดของโรคซาร์สแล้ว

4. **การทำนโยบายเชิงรุกและจัดการอย่างรวดเร็ว** ได้หวั่นกำหนดมาตรการรับมือโรคโควิด-19 ตั้งแต่ก่อนที่โรคโควิด-19 จะถูกประกาศให้เป็นโรคระบาดร้ายแรง โดยตั้งแต่เงินแจ้งองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าพบผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่รู้สาเหตุหลายรายเมื่อวันที่ 31 ธ.ค. 2562 ศูนย์ควบคุมโรค (CDC) ของไต้หวันก็ได้สั่งให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบผู้โดยสารในเที่ยวบินจากอู่ฮั่นทันที (ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่ 2 ดินแดนใช้ภาษาเดียวกันในการสื่อสาร จะแตกต่างกันก็ในภาษาถิ่น) ทำให้ไต้หวันรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากจีนได้อย่างรวดเร็ว และมีการส่งทีมผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมตรวจสอบสถานการณ์ในอู่ฮั่นตั้งแต่วันที่ 12 ม.ค. 2563 ในขณะที่การระบาดจะยังไม่เป็นที่สนใจของประเทศส่วนใหญ่ ทำให้สามารถออกมาตรการต่างๆ ออกมาอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Wang, Ng, & Brook, (2020)⁸⁶ พบว่า ตั้งแต่ 20 ม.ค. 2563 - 24 ก.พ. 2563 CECC ประกาศมาตรการต่างๆ ออกมาแล้วกว่า 124 มาตรการ ซึ่งครอบคลุมทั้งมาตรการด้านการจำกัดการเดินทาง การติดตามและค้นหาผู้ป่วย การจัดการทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็น และการสื่อสารถึงประชาชน
5. **ความไว้วางใจที่ประชาชนมีต่อรัฐเป็นพื้นฐานสำคัญ** มาตรการต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จมีพื้นฐานมาจากการความไว้วางใจต่อประชาชนที่มีต่อภาครัฐและระบบสาธารณสุขของประเทศ ทำให้เกิดการให้ความร่วมมือทั้งการปฏิบัติตามรวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์รวมถึงข้อมูลที่อาจจะกระทบต่อสิทธิส่วนบุคคล นอกจากภาคประชาชน ยังรวมไปถึงสื่อ ภาคเอกชนหรือแม้กระทั่งฝ่ายการเมืองตรงข้ามรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งเข้ามามีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนมาตรการต่างๆ ตามบทบาทของตนด้วย
6. **พฤติกรรมของประชาชนต่อการรับมือโรคระบาด** เนื่องจากไต้หวันมีประสบการณ์เลวร้ายจากการระบาดของโรค SARS ทำให้ประชาชนชาวไต้หวันมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองและช่วยเหลือ รวมถึงให้ความร่วมมือกับภาครัฐ ตัวอย่างเช่น ประชาชนไต้หวันมีการออกกำลังกายขณะอยู่บ้านผ่านการนำของรายการโทรทัศน์ และมีการออกแถลงการณ์โครงการ “I’m okay, you go first” ในโลกสังคมออนไลน์เพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนครอบครองหน้ากาก

⁸⁶ ตีพิมพ์ใน Journal of the American Medical Association เมื่อ 3 มีนาคม พ.ศ. 2563

อนามัยเท่าที่จำเป็นและเหลือหน้ากากอนามัยไว้ให้กับบุคคลที่มีความจำเป็นมากกว่า รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐ เช่น การเว้นระยะห่างและการล้างมือบ่อยๆ

นอกจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน เช่น การที่ไต้หวันเป็นเขตแดนที่มีภูมิประเทศเป็นเกาะ ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดและไม่ไว้วางใจ และบทเรียนจากโรคระบาดรอบก่อนหน้านี้ที่ทำให้ภาครัฐและประชาชนมีความตื่นตัวติดตามข่าวสารการระบาดของโรคในประเทศจีนอย่างระมัดระวัง

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

ไต้หวันมีนโยบายสาธารณสุขที่มีจุดเด่นแตกต่างจากไทยและจีนแผ่นดินใหญ่ที่สำคัญ คือ การที่ประเทศไม่ได้มีการปิดเมือง-กิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเต็มรูปแบบ (Lockdown) แต่ก็ยังสามารถควบคุมภาวะการระบาดในครั้งนี้ได้ผ่านมาตรการต่างๆ ที่ทั้งมีความรวดเร็วและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ (ตามปัจจัยสำเร็จของนโยบายที่ได้มีการอธิบายไว้ในหัวข้อก่อนหน้า) โดยไต้หวันมีโครงสร้างของระบบทางสาธารณสุขที่ส่งเสริมความสำเร็จ ดังนี้⁸⁷

1. **ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันที่ครอบคลุมและมีการอุดหนุนจากรัฐ** โครงสร้างผู้ให้บริการสาธารณสุขของไต้หวันส่วนใหญ่จะเป็นภาคเอกชน (โรงพยาบาลร้อยละ 83 คลินิกร้อยละ 98 และเตียงร้อยละ 68 เป็นของเอกชน) ไม่มีระบบแพทย์ด่านหน้า (Gatekeeper System คือ ระบบที่ประชาชนเมื่อเจ็บป่วย จะต้องไปสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิก่อนเพื่อให้สถานพยาบาลปฐมภูมิพิจารณาว่าควรส่งตัวไปรักษาในสถานพยาบาลขั้นสูงขึ้นหรือไม่) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ทันทีที่เห็นว่าจำเป็นหรือมีอาการเสี่ยง ระบบประกันสุขภาพเป็นระบบบังคับให้ประชาชนและชาวต่างชาติผู้พำนักในเขตแดนทุกคนจะต้องเข้าร่วม รัฐมีการอุดหนุนพิเศษให้กับระบบประกันสุขภาพในกรณีของโควิด-19 ช่วยลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้ารับการรักษาของประชาชนและผู้ย้ายถิ่นภายในประเทศ
2. **ไต้หวันมีระบบบริหารหน่วยงานบริการสุขภาพเพื่อให้มีศักยภาพในการรองรับภาวะการระบาดของโรค** โดยมีการติดตามประเมินศักยภาพของสถานพยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด มีการจัดตั้งคลินิกพิเศษเพิ่มเติมในพื้นที่ต่างๆ เพื่อช่วยในส่งเสริมการป้องกันการระบาด การขยายระยะเวลาในการต่อใบอนุญาตของบุคลากรทางสาธารณสุข ลดจำนวนข้อบังคับการขอใบอนุญาตต่างๆ การโยกย้ายพยาบาลไปดูแลกลุ่มคนที่กักตัวอยู่บ้าน และบริเวณด่านเข้าประเทศ และผ่อนคลายมาตรการการควบคุมการรักษาทางไกล
3. **มีการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานในระดับต่างๆ อย่างเป็นระบบ** โดยมีการกำหนดกระบวนการดำเนินการอย่างชัดเจนว่าจะต้องมีขั้นตอนปฏิบัติต่อคนแต่ละกลุ่มอย่างไร

⁸⁷ <https://covid19.mohw.gov.tw/en/cp-4778-53691-206.html>

จะต้องส่งตัวคนแต่ละกลุ่มไปที่หน่วยงานใด ตั้งแต่ขั้นตอนการพิจารณาความเสี่ยงไปจนถึงขั้นตอนการติดตามอาการของกลุ่มเสี่ยงจนพ้นความเสี่ยง

4. มีการกำหนดมาตรการเพิ่มเติมตามความจำเป็นในระยะต่างๆ เช่น การควบคุมด่านเข้าประเทศ การควบคุมการกระจายหน้ากากอนามัยและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การใช้เทคโนโลยีในการติดตามการกักตัวของกลุ่มเสี่ยง โดยยังคงคำนึงสิทธิส่วนบุคคลของประชาชน การควบคุมระยะห่างของบุคคลในสถานที่ต่างๆ รวมถึงการขยายศักยภาพในการกักตัว โดยการแปลงโรงแรมต่างๆ ให้เป็นสถานรองรับการกักตัวกลุ่มเสี่ยง/ติดเชื้อ

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ⁸⁸

นอกเหนือจากนโยบาย/มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเว้นระยะห่าง การกักตัวและการรักษา เพื่อการควบคุมการระบาดแล้ว ใต้หวันยังมีการกำหนดมาตรการช่วยเหลือให้แก่ประชาชนและภาคธุรกิจกลุ่มต่างๆ โดยมีมาตรการสำคัญดังนี้⁸⁹

1. นโยบายการลดภาษี/ขยายระยะเวลาการเสียภาษีให้แก่กลุ่มต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบ
2. การอุดหนุนการจ้างงาน
 - 1) อุดหนุนการอบรมทักษะแรงงานที่ได้รับผลกระทบลดเวลาทำงานหรือลดเงินเดือน มูลค่าสูงสุด 18,960 ดอลลาร์ไต้หวัน/คน/เดือน ขึ้นกับจำนวนชั่วโมงการอบรมทักษะ ซึ่งเข้ารับการอบรมได้มากที่สุด 120 ชั่วโมง
 - 2) อุดหนุนการจ่ายเงินเดือนของกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานลดลง มูลค่าสูงสุด 11,000 ดอลลาร์ไต้หวัน ต่อเดือน จำนวน 3-6 เดือน
 - 3) อุดหนุนการจ่ายเงินเดือนกรณีการจ้างงานเพิ่มเติม มูลค่าสูงสุด 12,640 ดอลลาร์ไต้หวัน ต่อเดือน มากสุด 6 เดือน
 - 4) ขดเชยการตกงาน มูลค่าร้อยละ 60 ของเงินเดือนที่ได้รับการประกัน และพ่อแม่ที่ตกงานและมีบุตรที่กำลังศึกษาจะได้รับการอุดหนุนค่าเล่าเรียนบุตร
 - 5) อุดหนุนการปรับปรุงสถานที่ทำงาน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการลดความเสี่ยงการระบาดของโรค
 - 6) อุดหนุนเงินเดือนให้ผู้ที่อยู่แลคนป่วยหรือคนแก่ที่บ้าน
 - 7) ระบายค่าปรับจากการผิดนัดชำระหนี้ค่าประกันสังคม
 - 8) อุดหนุนการจัดการอบรมทักษะแรงงาน

⁸⁸ อัตราแลกเปลี่ยน 1 ดอลลาร์ไต้หวันใหม่ไต้หวัน = 1.04-1.06 บาท

⁸⁹ <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/taiwan-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>

นอกจากนี้ยังคงมีการดำเนินนโยบายทางการเงินและการอุดหนุนภาคธุรกิจต่างๆ เพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดในครั้งนี้นี้ รวมถึงการแจก/ขายคู่มือเพื่อกระตุ้นการใช้จ่ายและการท่องเที่ยวภายในประเทศ

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

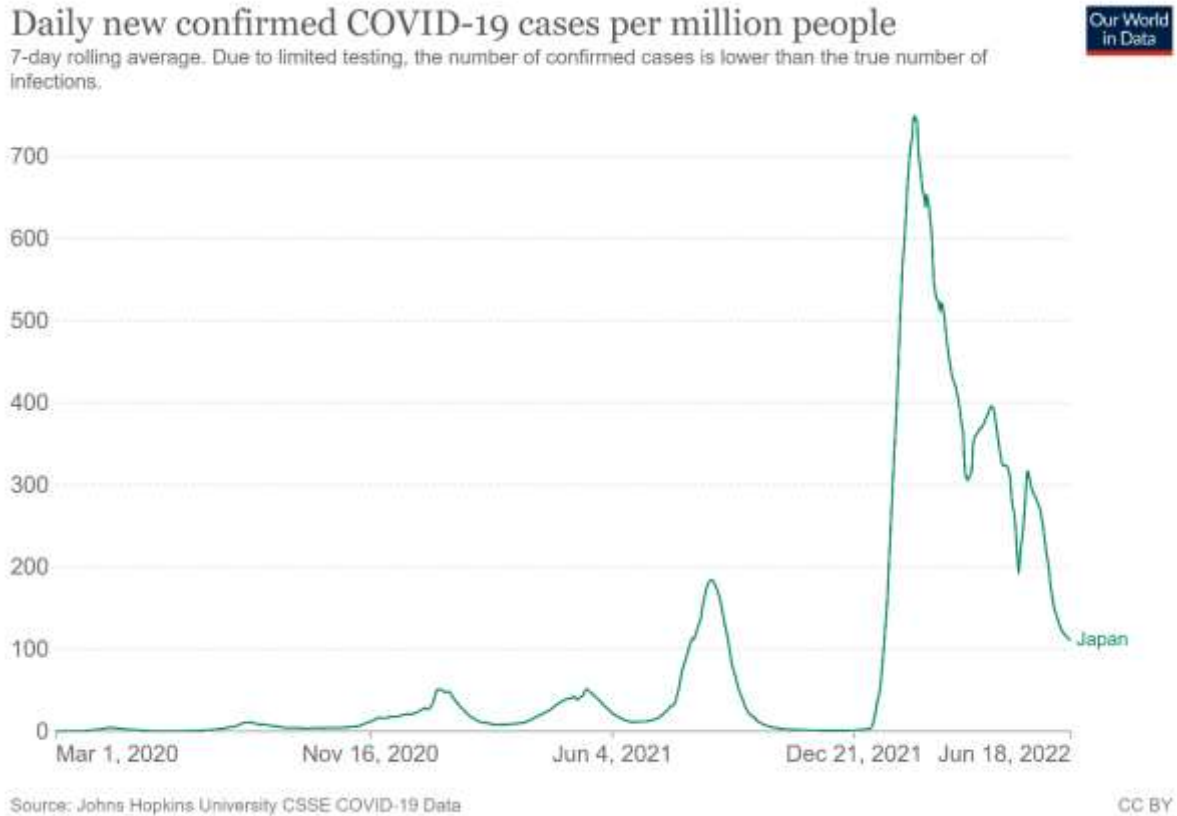
เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาที่ถูกลำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของไต้หวันได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/taiwan/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.5 กรณีศึกษาญี่ปุ่น

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 58 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของญี่ปุ่น



ที่มา: Our World in Data (2022)

ญี่ปุ่นเริ่มตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 16 มกราคม 2563 ในช่วงแรก ตัวเลขผู้ติดเชื้อในประเทศญี่ปุ่นก็อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ รัฐบาลไม่ได้มีมาตรการตรวจ/ตามหาผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้นนัก โดยรัฐบาลกำหนดขอบเขตการตรวจหาผู้ติดเชื้อไว้ในวงแคบๆ และเน้นการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการรุนแรงเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ก็มีกรณีเรือสำราญ Diamond Princess ที่เข้ามาเทียบท่าที่โยโกฮาม่า และญี่ปุ่นใช้มาตรการกักตัวผู้โดยสารไว้บนเรือ ต่อมาพบผู้ติดเชื้อบนเรือ 712 คนจากทั้งหมด 3,711 คน ซึ่งการติดเชื้อส่วนใหญ่คาดว่าจะเกิดระหว่างการกักตัวบนเรือ ทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นถูกวิจารณ์เป็นอย่างมาก ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2563 พบการระบาดเพิ่มขึ้นในเกาะฮอกไกโด ทำให้รัฐบาลประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินในจังหวัดฮอกไกโดเป็นแห่งแรกของประเทศ แต่ต่อมารัฐบาลเห็นว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 มีสัญญาณที่ดีขึ้น จึงประกาศยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินในจังหวัดฮอกไกโด เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563

ในช่วงปลายเดือนมีนาคมถึงต้นเดือนเมษายน 2563 ยอดผู้ติดเชื้อในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศใช้มาตรการที่เข้มงวดขึ้นเป็นลำดับ เริ่มจากการประกาศ “ล็อกดาวน์ขั้นเบา” บริเวณกรุงโตเกียว ต่อมาก็ประกาศภาวะฉุกเฉินในอีกหลายเมือง ไปจนถึงการล็อกดาวน์ที่ครอบคลุมทั่วประเทศ

พร้อมทั้งใช้มาตรการเชิงรุกในการตรวจเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้น จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ก็มีแนวโน้มลดต่ำลงเล็กน้อยในช่วงกลางเดือนพฤษภาคม และตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2563 รัฐบาลเริ่มผ่อนปรนมาตรการปิดเมืองใน 39 จังหวัดจากทั้งหมด 47 จังหวัด (ยกเว้นใน กรุงเทพมหานคร จังหวัดไชยยามะ จังหวัดไอซากา จังหวัดเกียวโต จังหวัดคานางาวะ จังหวัดเฮียวโกะ จังหวัดฮอกไกโด และจังหวัดชิบะ)

ต่อมา ในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2563 กรุงเทพมหานครมีรายงานพบผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่แบบกลุ่มก้อน ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดจากการรวมตัวกันในสถานบันเทิงยามค่ำคืน ด้วยเหตุนี้ ผู้ว่าการกรุงเทพมหานครจึงออกมาเตือนไม่ให้ประชาชนไปเที่ยวเขตสถานบันเทิงยามค่ำคืนในช่วงนี้ โดยเฉพาะคนวัยหนุ่มสาว หลังจากนั้นก็มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนอาจกล่าวได้ว่าญี่ปุ่นเกิดการระบาดระลอกใหม่แล้ว ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง ฐานทัพอเมริกันในจังหวัดโอกินาวาก็พบทหารอเมริกันติดเชื้อโควิด-19 ไม่ต่ำกว่า 130 นาย จนนำไปสู่การสั่งปิดฐานทัพ 2 แห่ง และต่อมา จังหวัดโอกินาวาก็ออกมาประกาศใช้สถานการณ์ฉุกเฉินเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2563

หลังจากช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2563 สถานการณ์เริ่มทรงตัวได้ไม่นาน สถานการณ์การแพร่ระบาดในญี่ปุ่นก็กลับทวีความรุนแรงขึ้นอีกครั้งในช่วงปลายปี 2563 จนเกิดเป็นการแพร่ระบาดระลอกใหม่ที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นจนทำลายสถิติการแพร่ระบาดในระลอกก่อนๆ ส่งผลให้จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยเริ่มขาดแคลน โดยคาดว่าเป็นผลมาจากสภาพอากาศที่หนาวเย็นลง ทำให้เชื้อโควิด-19 คงทนและแพร่กระจายได้ดีขึ้น เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2564 ญี่ปุ่นจึงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัด ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร จังหวัดไชยยามะ จังหวัดชิบะ และจังหวัดคานางาวะ และวันที่ 13 มกราคม 2564 ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มในอีก 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดไอซากา จังหวัดเกียวโต จังหวัดเฮียวโกะ จังหวัดไอจิ จังหวัดกิฟุ จังหวัดโทชิจิ และจังหวัดฟุกุโอกะ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้จนถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2564 โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดของตน งดการเดินทางที่ไม่จำเป็น ส่วนร้านอาหารและบาร์ในพื้นที่จะต้องปิดก่อนเวลา 21.00 น. แต่หากร้านใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องปิดก่อนเวลา 20.00 น.

หลังจากประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ญี่ปุ่นก็ขยายการบังคับใช้สถานการณ์ฉุกเฉินในหลายๆ จังหวัดเรื่อยมา จนปัจจุบัน สถานการณ์การระบาดยังไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น รัฐบาลญี่ปุ่นจึงตัดสินใจประกาศขยายสถานการณ์ฉุกเฉินอีกครั้ง จากประกาศเดิมที่จะสิ้นสุดในวันที่ 12 ก.ย. 2564 ขยายเป็นวันที่ 30 ก.ย. 2564 โดยจะมีผลบังคับใช้ในกรุงเทพฯ ไชยยามะ ชิบะ คานางาวะ ไอซากา เกียวโต เฮียวโกะ ฮอกไกโด โอกินาวา ไอจิ ฟุกุโอกะ กิฟุ กุนมะ ฮิโรชิมา อิบารากิ มิเอะ ชิงะ ชิซุโอกะ และโทจิจิ โดยมาตรการคุมเข้มสำคัญคือร้านอาหารและเครื่องดื่มจะต้องปิดทำการภายในเวลา 20.00 น. และห้ามให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ต่อมา หลังจากมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน รัฐบาลประกาศงดเปิดให้จองเที่ยวบินตรงเข้าประเทศญี่ปุ่นเป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค. 2564 เป็นต้นไป พร้อมทั้ง ห้ามนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศที่มีรายชื่อดังนี้เดินทางเข้าประเทศ South Africa Eswatini (หรือ Swaziland) Zimbabwe Namibia Botswana Lesotho Mozambique Malawi Zambia Angola พร้อมกันนั้น กระทรวงสาธารณสุขของญี่ปุ่นได้อนุมัติการใช้วัคซีนยี่ห้อ Moderna เป็นวัคซีนกระตุ้น ซึ่งเป็นยี่ห้อที่สองต่อ

จากยี่ห้อ Pfizer ที่ได้รับการอนุมัติไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยคาดว่าจะเริ่มกระจายวัคซีนกระตุ้นไปยังโครงการฉีดวัคซีนในที่ทำงานในช่วงเดือนมีนาคม 2565 ทั้งนี้ ญี่ปุ่นได้เริ่มฉีดวัคซีนกระตุ้นให้แก่บุคลากรสาธารณสุขไปเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2564

ในช่วงต้นปี 2565 การระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนยังคงรุนแรงในบางพื้นที่ ญี่ปุ่นจึงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินบางส่วน (quasi-state of emergency) ใน 3 จังหวัด ได้แก่ Okinawa Hiroshima และ Yamaguchi พร้อมทั้งมีการเพิ่มความเข้มงวดมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมในกรุงโตเกียว โดยมีการบังคับใช้ไปจนถึงวันที่ 31 ม.ค. 2565 ต่อมา ญี่ปุ่นขยายสถานการณ์ฉุกเฉินขั้นต้น (pre-emergency stage) ใน 17 จังหวัด ไปจนถึงวันที่ 6 มี.ค. 65 ในขณะที่อีก 5 จังหวัด ได้แก่ Yamagata, Shimane, Yamaguchi, Oita และ Okinawa จะถูกยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินขั้นต้นในวันที่ 19 ก.พ. 65 ซึ่งจะทำให้ญี่ปุ่นมีจังหวัดที่อยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว 31 จังหวัด

กระทั่ง ช่วงปลายเดือนมีนาคม 2565 สถานการณ์การระบาดเริ่มบรรเทาลง ทำให้รัฐบาลประกาศยกเลิกมาตรการ Quasi-emergency ใน 18 จังหวัดที่เหลือ ทำให้มาตรการดังกล่าวถูกยกเลิกแล้วทุกจังหวัดทั่วประเทศในวันที่ 20 มี.ค. 2565 ซึ่งต่อมา ญี่ปุ่นก็ได้พยายามปรับลดและผ่อนปรนมาตรการจำกัดการเดินทางเข้าประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนที่จะกลับมาเปิดรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติอีกครั้ง

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

สำหรับนโยบายและมาตรการรับมือกับผลกระทบของ COVID-19 นั้น ญี่ปุ่นได้ใช้นโยบายการคลังด้านการใช้จ่ายของรัฐบาลเป็นเครื่องมือหลักในการบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งปีงบประมาณ 2563 มีทั้งหมด 5 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีแผนที่ค้างมาจากปีที่แล้วอีก 1 แผน สรุปแล้วมีการกระตุ้นเศรษฐกิจประจำปีงบประมาณ 2563 รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง อนุมัติวงเงินงบประมาณรวมแล้ว 129 ล้านล้านเยน (36.8 ล้านล้านบาท) แจกแจงรายละเอียดได้ดังนี้

- **แผนการฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบวิกฤตทางการเงินโลก** หรือที่เรียกกันว่า “วิกฤตซับไพร์ม” ซึ่งเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2550-2552 อนุมัติงบประมาณ 29.6 ล้านล้านเยน (8.76 ล้านล้านบาท) (ธ.ค. 2562)
- **แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่หนึ่ง** อนุมัติวงเงินงบประมาณ 5 แสนล้านเยน (1.48 แสนล้านบาท) มีจุดประสงค์เพื่อให้เงินสนับสนุนธุรกิจ SME และธุรกิจในภาคการผลิตต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคการท่องเที่ยว (13 ก.พ. 2563)
- **แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สอง** อนุมัติวงเงินงบประมาณ 1.6 ล้านล้านเยน (4.7 แสนล้านบาท) มีจุดประสงค์เพื่อเสริมสภาพคล่องทางการเงินให้แก่เจ้าของธุรกิจ SME ทั่วประเทศที่กำลังเผชิญกับภาวะขาดแคลนรายได้ (10 มี.ค. 2563)
- **แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สาม** อนุมัติวงเงินงบประมาณ 86.4 ล้านล้านเยน (25.5 ล้านล้านบาท) รัฐบาลประกาศมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจเพิ่มเติม

รวมทั้งมาตรการช่วยเหลือธุรกิจขนาดย่อม ช่วยเหลือหัวหน้าครอบครัวที่ขาดแคลนรายได้ และให้เงินช่วยเหลือประชาชนครัวเรือนละ 3 แสนเยน (90,000 บาท) (7 เม.ย. 2563)

- **แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สาม (เพิ่มเติม)** อนุมัติเพิ่มวงเงินงบประมาณ 8.8 ล้านล้านเยน (2.6 ล้านล้านบาท) สาเหตุหลักของการเพิ่มวงเงินครั้งนี้เป็นผลจากการที่รัฐบาลปรับมาตรการให้เงินช่วยเหลือประชาชน จากเดิมที่จะให้เงินครัวเรือนละ 3 แสนเยน (90,000 บาท) เปลี่ยนเป็นให้เงิน “พลเมือง” ทุกคน คนละ 1 แสนเยน (30,000 บาท) (20 เม.ย. 2563)
- **งบจากกองทุนสำรองปีงบประมาณ 2563 (reserve funds for fiscal 2020)** รัฐบาลอนุมัติงบประมาณ 2.17 ล้านล้านเยน (6.3 แสนล้านบาท) จาก เพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ธุรกิจและครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 1) กระจายงบประมาณให้รัฐท้องถิ่นทั่วประเทศ เพื่อเยียวยาผลกระทบจากการที่ร้านอาหารและบาร์ถูกสั่งให้ปิดทำการเร็วขึ้น โดยรัฐท้องถิ่นสามารถให้เงินเยียวยาสูงสุด 40,000 เยนต่อวันต่อแห่ง (12,000 บาทต่อวันต่อแห่ง) รวมวงเงิน 1.54 ล้านล้านเยน (4.5 แสนล้านบาท)
 - 2) ช่วยเหลือครัวเรือนที่รายได้ลดลงในช่วงโควิด-19 ผ่านการปล่อยเงินกู้ไม่มีดอกเบี้ยสูงสุด 200,000 เยนต่อครัวเรือน (60,000 บาทต่อครัวเรือน) เป็นเวลา 3 เดือน รวมวงเงิน 3.41 แสนล้านเยน (99,000 ล้านบาท)
 - 3) แจกจ่ายเงินสดให้แก่ครัวเรือนยากจนที่ต้องเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 50,000 เยนต่อเด็กหนึ่งคน (15,000 บาทต่อเด็กหนึ่งคน) รวมวงเงิน 2.18 แสนล้านเยน (63,000 ล้านบาท)

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

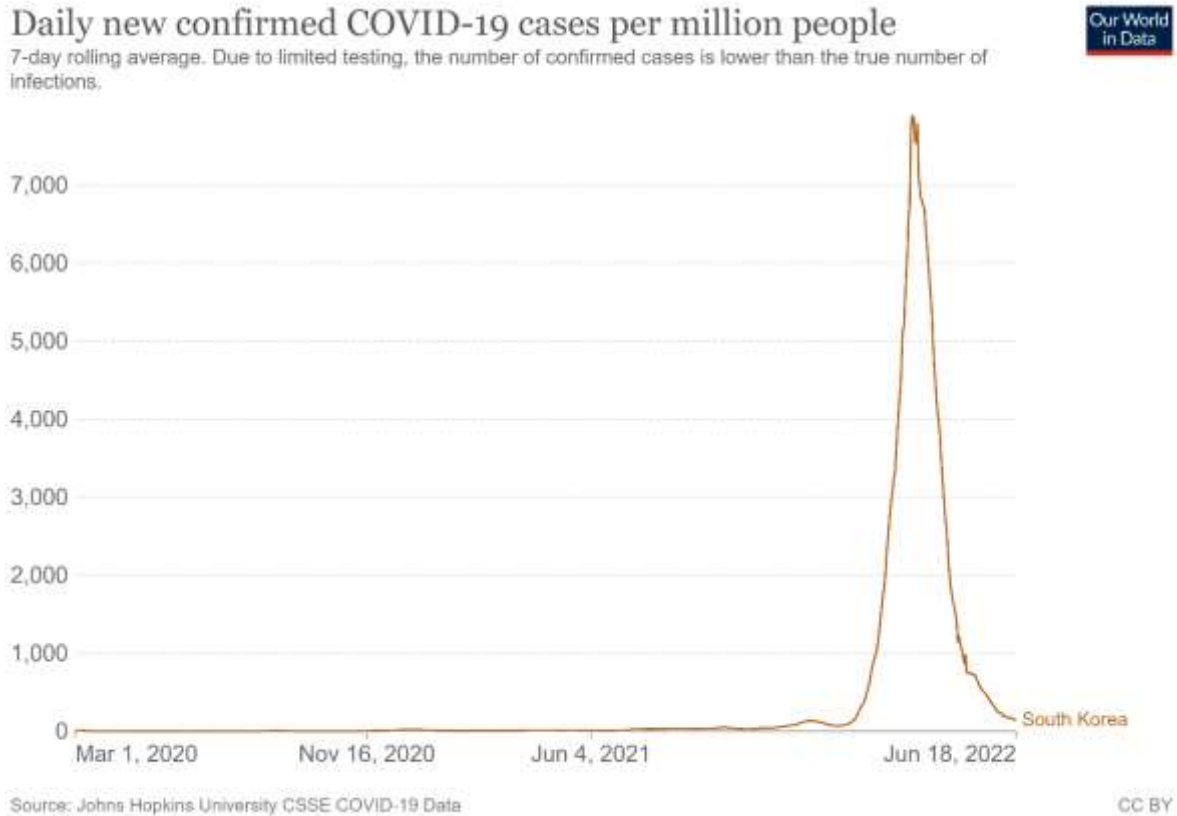
เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปของเนื้อหาที่ถูกลำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของประเทศญี่ปุ่นได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/japan/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.6 กรณีศึกษาเกาหลีใต้

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 59 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของเกาหลีใต้



ที่มา: Our World in Data (2022)

เกาหลีใต้พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2563 และพบผู้แพร่เชื้อรายสำคัญคนแรก (1st Super Spreader) เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 ผ่านการชุมนุมทำกิจกรรมทางศาสนา การควบคุมโรคโควิด-19 ในประเทศเกาหลีใต้เน้นการตรวจคัดกรองผู้ป่วยอย่างขนานใหญ่ (โดยเฉพาะการตรวจแบบ drive-thru) เช่นการติดตามผู้สัมผัสเชื้ออย่างรวดเร็ว รวมทั้งใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด ไม่ว่าจะเป็นการติดตั้งแอปพลิเคชันติดตามตัวบนสมาร์ตโฟนทุกคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และสั่งให้ทุกคนกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน พร้อมรายงานอาการผ่านแอปพลิเคชันทุกวัน จนกว่าจะมีข้อความแจ้งเตือนให้ลบแอปพลิเคชันทิ้งได้ หากผู้ใดฝ่าฝืน จะต้องใส่สายรัดข้อมือติดตามตัว (Location-Tracking Bracelet) ที่จะส่งสัญญาณเตือนทันทีหากมีการจัดแจงหรือตัดทิ้ง อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลด้านสิทธิส่วนบุคคล ทำให้ในระยะหลังสายรัดข้อมือจะถูกใช้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเท่านั้น

นอกจากนี้ เกาหลีใต้ซึ่งได้พัฒนาเมืองต่างๆ ให้เป็น “เมืองอัจฉริยะ (Smart City)” ที่มีความก้าวหน้าในด้านระบบข้อมูล และโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในด้านการสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ได้ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารและเครือข่ายการติดตามตัว มาช่วยในการแกะรอยเส้นทางการระบาดของเชื้อโควิด-19 รวมทั้งติดตาม

ผู้สัมผัสเชื้อ (Contact Tracing) อย่างเป็นระบบ เช่น การใช้เทปบันทึกภาพจากกล้องวงจรปิด (CCTV) การตรวจสอบประวัติการเดินทาง ประวัติการใช้บัตรเครดิตในสถานที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการแจ้งเตือนสถานการณ์การติดเชื้อและสถานที่ที่ผู้ติดเชื้อได้เดินทางไปให้ประชาชนทุกคนทราบทางข้อความ (SMS) ในโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกาหลีใต้สามารถติดตามและควบคุมการติดเชื้อได้ค่อนข้างดีโดยไม่จำเป็นต้องปิดเมือง (lockdown) ในระดับเดียวกับประเทศส่วนใหญ่ที่มีมาตรการห้ามออกจากบ้าน (curfew) ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในช่วง พ.ค. - มิ.ย. 2563 ได้เกิดการระบาดรอบใหม่ในหลายจุด ทั้งย่านสถานบันเทิง อีตวอน (Itaewon) ศูนย์กระจายสินค้าของบริษัทอีคอมเมิร์ซ “คูแปง (Coupang)” เมืองพูซอน (Bucheon) และวัดควังริก (Gwangreuk Temple) เมืองกวางจู (Gwangju) จังหวัดช็อลลาใต้ (South Jeolla) ทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องยกระดับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ประกาศปิดให้บริการสถานบริการบันเทิง (ผับ บาร์) พิพิธภัณฑสถาน และหอศิลป์เป็นการชั่วคราว พร้อมทั้งห้ามประชาชนรวมตัวกันเป็นจำนวนมาก บังคับให้ประชาชนทุกคนใส่หน้ากากอนามัยขณะใช้บริการขนส่งสาธารณะ

ต่อมาในช่วงเดือนสิงหาคม 2563 เกาหลีใต้ต้องประสบกับภาวะการระบาดระลอกใหม่ หลังมีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเกินหลักร้อยรายมาตั้งแต่วันที่ 14 ส.ค. 2563 และมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นตลอดสัปดาห์ที่แล้วรวมกว่า 1,300 ราย โดยผู้ติดเชื้อกว่า 400 ราย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เดินทางไปโบสถ์ซารางเซอิล กรุงโซล ทางรัฐบาลจึงขอความร่วมมือจากประชาชนในเมืองหลวงให้อยู่แต่ในบ้านในช่วง 2 สัปดาห์ข้างหน้า และแนะนำให้ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น พร้อมกันนั้น รัฐบาลยังได้สั่งห้ามไม่ให้มีการจัดกิจกรรมในพื้นที่ที่มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 50 คน และในพื้นที่กลางแจ้งที่มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 100 คน และสั่งปิดกิจการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด เช่น ไนท์คลับ ห้องคาราโอเกะ ร้านอาหารบุฟเฟต์ ร้านอาหารอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ตั้งแต่วันที่ 19 - 30 ส.ค. 2563 ในขณะเดียวกัน กระทรวงศึกษาธิการของเกาหลีใต้ก็ประกาศปิดโรงเรียนทุกระดับชั้น จำนวน 689 แห่งในกรุงโซลและอีก 5 แห่งในภูมิภาคอื่น ตั้งแต่วันที่ 19 ส.ค. 2563 เป็นต้นมา ทว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่ดีขึ้น ทางกระทรวงฯ จึงประกาศปิดโรงเรียนเพิ่มเป็น 1,845 แห่ง ในทุกระดับชั้น ยกเว้นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ต้องเตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัย พร้อมทั้งขยายเวลาปิดโรงเรียนและให้นักเรียนเรียนออนไลน์เต็มรูปแบบไปจนถึงวันที่ 11 ก.ย. 2563

เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง รัฐบาลเกาหลีใต้จึงประกาศผ่อนปรนมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจากระดับ 2.5 เป็นระดับ 2 ตั้งแต่วันที่ 14 - 27 กันยายน 2563 โดยอนุญาตให้ร้านอาหารกลางคืนกลับมาเปิดได้ตามปกติ และอนุญาตให้ลูกค้าสามารถนั่งทานในร้านกาแฟได้ นอกจากนี้ กระทรวงการศึกษาได้ประกาศให้นักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลายกลับไปเรียนที่โรงเรียนได้ตามปกติ ตั้งแต่วันที่ 21 กันยายน 2563 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตาม ธุรกิจที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง เช่น อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ บาร์ คาราโอเกะ และร้านอาหารบุฟเฟต์ยังคงปิดให้บริการ ต่อมา รัฐบาลเกาหลีใต้ประกาศผ่อนปรนมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจากระดับ 2 เป็นระดับ 1 ตั้งแต่วันที่ 12 ต.ค. 2563 เป็นต้นไป เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง โดยยกเลิกกฎหมายห้ามรวมตัวกันในร่มตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป และกฎหมายห้ามรวมตัวกันกลางแจ้งตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป แต่ยังคงขอให้งดเว้นหากไม่มีความจำเป็น พร้อมทั้ง

ยังอนุญาตให้ธุรกิจที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง เช่น โรงยิม อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ บาร์ คาราโอเกะ ร้านอาหารบุฟเฟต์ รวมถึงโรงเรียนกวดวิชาที่มีผู้สมัครเรียนตั้งแต่ 300 คนขึ้นไป กลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง ทั้งนี้ ทุกแห่งยังคงต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคระบาดของส่วนกลาง นอกจากนี้ สถานสงเคราะห์ และโรงเรียนอนุบาลก็จะกลับมาเปิดอีกครั้งด้วย

หลังจากนั้น ในช่วงกลางเดือน พ.ย. - ธ.ค. 2563 เกาหลีใต้ได้เผชิญกับการระบาดระลอกที่สาม โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทะลุหลักพันรายต่อวันเป็นครั้งแรกและพบผู้ติดเชื้อหลักพันยาวนานกว่าสองสัปดาห์ ทำให้รัฐบาลเกาหลีใต้ต้องเพิ่มความเข้มงวดของมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่กรุงโซลไว้ที่ระดับ 2.5 โดยมีมาตรการเพิ่มเติม คือ สั่งห้ามรวมตัวกันในผับประเภท “Hold'em Pubs” สั่งห้ามนั่งหรือดื่มกาแฟในคาเฟ่ประเภทบริการตนเอง (Self-service Café) แนะนำไม่ให้จัดงานสังสรรค์หรือกิจกรรมที่มีการรวมตัวของผู้คน เปลี่ยนรูปแบบการอบรมให้ความรู้เป็นการอบรมแบบไม่พบปะหน้ากัน (Non-face-to-face) ขอความร่วมมือให้บริษัทเอกชนลดความแออัดในที่ทำงาน และขอความร่วมมือให้ประชาชนทำพิธีกรรมหรือทำกิจกรรมทางศาสนาแบบไม่พบปะหน้ากัน

พร้อมกันนั้น กรมควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้ (Korea Disease Control and Prevention Agency: KDCA) ได้ปรับแนวทางปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยอนุญาตให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีมาตรการคุมเข้มระดับ 2 ขึ้นไป สามารถเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้ฟรี แม้ว่าจะไม่มีประวัติสัมผัสกับผู้ติดเชื้อและไม่แสดงอาการใดๆ เลยก็ตาม กระทั่งช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 การระบาดดังกล่าวได้ทุเลาลงบ้างแล้ว แต่ยังมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 400 – 700 รายต่อวัน ทั้งนี้ ในช่วงดังกล่าว มีการพบเชื้อโควิด-19 แบบกลุ่มก้อนในบริเวณสถานที่ทำงานที่มีแรงงานต่างชาติอยู่หนาแน่น ทางเกาหลีใต้จึงเน้นกวาดตรวจหาเชื้อในกลุ่มแรงงานต่างชาติมากขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดใกล้เคียงกรุงโซล โดยออกเป็นกฎหมายบังคับให้แรงงานต่างชาติเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ หากผู้ใดฝ่าฝืนจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย กระทั่ง ช่วงปลายเดือน ก.ค. 2564 สถานการณ์การระบาดได้กลับมารุนแรงขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยยอดผู้ติดเชื้อได้ทะลุเกินกว่า 1,000 ราย และเคยขึ้นไปถึง 3,000 ราย เมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564

ต้นปี 2565 เมื่อมีการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน เกาหลีใต้ได้ประกาศขยายระยะเวลาการใช้กฎเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ถึงวันที่ 16 ม.ค. 2565 โดยกำหนดให้รวมตัวกันในพื้นที่ส่วนตัวได้ไม่เกิน 4 คน และสถานประกอบการประเภทร้านอาหารและคาเฟ่ต้องปิดทำการภายในเวลา 21.00 น. พร้อมทั้งมีการปรับข้อกำหนดการแสดงหลักฐานการตรวจหาเชื้อก่อนเดินทางเข้าประเทศ และตั้งแต่วันที่ 20 ม.ค. 2565 เป็นต้นไป โดยผู้เดินทางจะต้องแสดงหลักฐานการตรวจหาเชื้อเป็นลบภายใน 48 ชั่วโมง จากเดิมที่กำหนดไว้ 72 ชั่วโมง

อย่างไรก็ตาม มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมไม่อาจหยุดยั้งการระบาดของโอมิครอนที่แพร่เชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้ตั้งแต่ต้นเดือนมีนาคม 2565 เป็นต้นมา ยอดผู้ติดเชื้อรายวันของเกาหลีใต้อยู่ที่ 200,000 รายติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน จนกระทั่งในวันที่ 17 มีนาคม 2565 เกาหลีใต้พบผู้ติดเชื้อโควิดรายใหม่สูงถึง 620,000 คนต่อวัน นับเป็นสถิติผู้ติดเชื้อที่สูงที่สุดในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย คาดว่า สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจาก

การที่รัฐบาลไม่เลือกที่จะยกระดับการบังคับใช้มาตรการควบคุมการระบาดที่เข้มงวดขึ้น แม้จำนวนผู้ติดเชื้อจะทะลุแสนรายแล้วก็ตาม เนื่องจากเป็นช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่มีการเลือกตั้งประธานาธิบดีแห่งเกาหลีใต้พอดี

ต่อมาในเดือนเมษายน 2565 สถานการณ์การระบาดได้ทุเลาลง เกาหลีใต้จึงประกาศยกเลิกข้อกำหนดที่บังคับให้ร้านอาหารและธุรกิจเปิดได้ถึงเที่ยงคืน และยกเลิกข้อกำหนดการรวมกลุ่มส่วนตัวไม่เกิน 10 คน ตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2565 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังจำเป็นต้องบังคับสวมหน้ากากในอาคารไปอีกระยะหนึ่ง

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

ในด้านมาตรการด้านเศรษฐกิจนั้น รัฐบาลมีมาตรการเยียวยาประชาชนผู้ได้รับผลกระทบโดยการแจกเงินที่จำกัดให้ผู้รับเงินใช้เงินภายในท้องถิ่นของตนเองเท่านั้น และไม่อนุญาตให้ใช้จ่ายในสถานบันเทิงต่างๆ โดยรัฐบาลให้เงินในรูปของบัตรของขวัญ (Gift Card) บัตรเติมเงิน (Prepaid Card) บัตรกำนัล (Voucher) และคะแนนบัตรเครดิตหรือบัตรเดบิต ที่สามารถจำกัดให้ใช้ได้ภายในท้องถิ่นได้ ส่วนด้านการเยียวยาธุรกิจ รัฐบาลให้ความสนใจทั้งผู้ค้ารายย่อย ธุรกิจขนาดเล็ก SME และธุรกิจขนาดใหญ่ โดยมีมาตรการที่หลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การให้สินเชื่อ ลดหย่อนภาษี ลดค่าไฟ และให้บัตรกำนัลแก่ประชาชนเพื่อกระตุ้นการใช้จ่าย เป็นต้น โดยสามารถแจกแจงมาตรการตามลำดับช่วงเวลาได้ดังนี้

- **Financial Stimulus Package ครั้งที่ 1** มูลค่า 4 ล้านล้านบาท (1.11 แสนล้านบาท) ประกาศในที่ประชุม Ministerial Meetings on Boosting the Economy ครั้งที่ 2 – 4 วันที่ 5 – 12 ก.พ. 2563 โดยแพ็คเกจดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือประชาชนผ่านนโยบายด้านภาษีเงินได้ภาษีท้องถิ่น สนับสนุนสุขภัณฑ์และเวชภัณฑ์ เร่งรัดกระบวนการศุลกากรให้กับสินค้าที่เป็นวัตถุดิบ (raw material) และวัสดุประกอบ (sub-materials) ตั้งกองทุนฉุกเฉินเพื่อเยียวยาธุรกิจ SME ที่ได้รับผลกระทบ ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ธุรกิจ SME และเจ้าของธุรกิจขนาดเล็ก (micro-business owners) เป็นต้น
- **Financial Stimulus Package ครั้งที่ 2** มูลค่า 20 ล้านล้านบาท (5.55 แสนล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 28 ก.พ. 2563 โดยมีจุดประสงค์เพื่อตั้งกองทุนสำรองและดำเนินนโยบายทางการเงินเพื่อสนับสนุนการป้องกันโรค ให้ความช่วยเหลือรัฐท้องถิ่น อีกทั้งยังให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวและธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ และดำเนินนโยบายด้านการเงินและภาษี
- **งบ Supplementary Budget ประจำปี 2563 ครั้งที่ 1** มูลค่า 10.9 ล้านล้านบาท (3.02 แสนล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 17 มี.ค. 2563 เพื่อใช้ในการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ปลดปล่อยสินเชื่อให้แก่ธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบ และสนับสนุนเศรษฐกิจท้องถิ่นในท้องถิ่นที่ได้รับผลกระทบ
- **Financial Stimulus Package ครั้งที่ 3** มูลค่า 50 ล้านล้านบาท (1.39 ล้านล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 19 มี.ค. 2563 โดยมีจุดประสงค์เพื่อเยียวยาธุรกิจไม่ให้ปิดกิจการด้วยการ

ปล่อยสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ ลดภาระลูกหนี้ปัจจุบัน และพยายามใช้กลไกกองทุนในการรักษาเสถียรภาพไม่ให้เกิดวิกฤตสินเชื่อ (credit crunch)

- **Financial Stimulus Package ครั้งที่ 4** มูลค่า 41.8 ล้านล้านบาท (1.16 ล้านล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 19 มี.ค. 2563 โดยมีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนทางการเงินแก่ธุรกิจ รักษาเสถียรภาพตลาดการเงินระยะสั้นและตลาดหุ้นกู้ รวมทั้งรักษาเสถียรภาพตลาดหุ้น
- **การใช้จ่ายฉุกเฉิน Emergency Relief Payment** มูลค่า 9.1 ล้านล้านบาท (2.53 แสนล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 30 มี.ค. 2563 สำหรับเยียวยาครอบครัวชาวเกาหลีใต้ ยกเว้นครัวเรือนที่มีรายได้สูงสุด 30% ของประเทศ
- **กองทุน Key Industry Stabilization Fund** มูลค่า 40 ล้านล้านบาท (1.11 ล้านล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 22 เม.ย. 2563 เพื่อให้ความช่วยเหลือ 7 อุตสาหกรรม ได้แก่ อุตสาหกรรมการบิน อุตสาหกรรมการขนส่ง อุตสาหกรรมการต่อเรือ อุตสาหกรรมยานยนต์ อุตสาหกรรมเครื่องจักรทั่วไป อุตสาหกรรมพลังงานไฟฟ้า และอุตสาหกรรมการสื่อสาร
- **เงินอุดหนุน Wage Subsidy** มูลค่า 10.1 ล้านล้านบาท (2.80 แสนล้านบาท) ประกาศเมื่อวันที่ 22 เม.ย. 2563 เพื่อให้เงินอุดหนุนค่าจ้างแก่ธุรกิจและสถานประกอบการขนาดเล็ก จัดตั้งโครงการช่วยเหลือผู้ว่างงาน และช่วยเหลือบริษัทที่ขาดสภาพคล่อง
- **งบ Supplementary Budget ประจำปี 2563 ครั้งที่ 2** มูลค่า 12.2 ล้านล้านบาท (3.39 แสนล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 30 เม.ย. 2563 แบ่งเป็น 1) งบเพิ่มเติมสำหรับเยียวยาครอบครัวชาวเกาหลีใต้ ยกเว้นครัวเรือนที่มีรายได้สูงสุด 30% ของประเทศ จำนวน 8.8 ล้านล้านบาท โดยจ่ายในรูปแบบบัตรของขวัญ บัตรเติมเงิน (prepaid card) หรือคะแนนบัตรเดบิต/เครดิตที่สามารถใช้ได้ตามร้านค้าท้องถิ่นของผู้ถือบัตรเท่านั้น ในขณะที่กลุ่มเปราะบาง 2.8 ล้านครัวเรือนไม่ต้องลงทะเบียนและจะได้รับเงินเป็นกลุ่มแรกโดยโอนเงินเข้าบัญชีรับความช่วยเหลือที่มีอยู่แล้ว และ 2) งบสำหรับออกตราสารหนี้ จำนวน 3.4 ล้านล้านบาท
- **งบ Supplementary Budget ประจำปี 2563 ครั้งที่ 3** มูลค่า 35.1 ล้านล้านบาท (9.74 แสนล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 3 ก.ค. 2563 ประกอบด้วย งบส่วนที่เป็นการปรับปรุงรายรับ 11.4 ล้านล้านบาท และงบส่วนที่เป็นการใช้จ่ายใหม่ 23.7 ล้านล้านบาท ที่มีจุดประสงค์เพื่อ 1) ช่วยเหลือธุรกิจรายย่อยและรักษาการจ้างงาน 2) สร้างความมั่นคงในงานและขยายโครงข่ายรองรับทางสังคม (social safety nets) 3) ฟื้นฟูเศรษฐกิจด้วยการกระตุ้นการใช้จ่าย กระตุ้นการลงทุน สนับสนุนเศรษฐกิจท้องถิ่น ช่วยเหลือผู้ส่งออก และสนับสนุนธุรกิจ SME ที่ใช้ระบบการผลิตอัจฉริยะ (smart manufacturing)
- **งบ Supplementary Budget ประจำปี 2563 ครั้งที่ 4** มูลค่า 7.8 ล้านล้านบาท (2.16 แสนล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 22 ก.ย. 2563 ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อ 1) ให้ความช่วยเหลือธุรกิจ SME 2) ให้ความช่วยเหลือด้านการจ้างงานฉุกเฉิน (emergency employment

support) 3) ให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีรายได้น้อย และ 4) ให้ความช่วยเหลือศูนย์ดูแลเด็กเล็กฉุกเฉิน (emergency daycare support) และอื่นๆ

- **งบประมาณประจำปี 2564** มูลค่า 558 ล้านล้านบาท (15.48 ล้านล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 2 ธ.ค. 2563 ซึ่งงบส่วนหนึ่งจำนวน 7.5 ล้านล้านบาท (2.08 แสนล้านบาท) จะถูกนำไปใช้ในวัตถุประสงค์หลักดังนี้

- 1) ขยายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ประชาชนและธุรกิจที่ได้รับผลกระทบวิกฤตโควิด-19 จำนวน 3 ล้านล้านบาท
- 2) ควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้แก่ ฉีดวัคซีนพลเมือง 44 ล้านคน เพิ่มโรงพยาบาลรักษาโควิด-19 หนึ่งแห่ง และพัฒนาศักยภาพระบบสาธารณสุขของรัฐ
- 3) เพิ่มที่อยู่อาศัยให้แก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย
- 4) ดำเนินการตามเป้าหมายการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (net zero) ภายในปี 2593
- 5) เพิ่มการให้ความช่วยเหลือศูนย์ดูแลเด็กเล็กฉุกเฉิน
- 6) เพิ่มการให้ความช่วยเหลือเด็กที่เป็นเหยื่อการทารุณกรรม ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ผู้พิการทางร่างกาย และทหารผ่านศึก
- 7) สนับสนุนเศรษฐกิจท้องถิ่นและ SME
- 8) เพิ่มการให้ความช่วยเหลือชาวนา
- 9) ลงทุนในกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจโดยตรง (Social Overhead Capital; SOC) เช่น โครงสร้างพื้นฐาน สภาพแวดล้อมเมือง เป็นต้น ลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา และลงทุนในประเด็นอื่นๆ

- **งบ Supplementary Budget ประจำปี 2564** มูลค่า 14.9 ล้านล้านบาท (4.14 แสนล้านบาท) ผ่านมติเมื่อวันที่ 25 มี.ค. 2564 ซึ่งจุดประสงค์ยังคงเน้นไปที่การเยียวยาผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 รวมถึงการให้ความช่วยเหลือธุรกิจขนาดเล็ก รักษาและสร้างการจ้างงาน และดำเนินมาตรการควบคุมโรคสำหรับมาตรการด้านวัคซีน หลังรัฐบาลเกาหลีใต้ได้รับจัดสรรวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 10 ล้านโดส ผ่านโครงการ COVAX แล้ว ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 รัฐบาลเกาหลีใต้ยืนยันการนำเข้าวัคซีนป้องกันโควิด-19 จากบริษัท AstraZeneca ภายในเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564 จำนวน 10 ล้านโดส และมีวัคซีนที่รอเซ็นสัญญานำเข้าอีก 24 ล้านโดส แบ่งเป็นวัคซีนจากบริษัท Pfizer และ Moderna บริษัทละ 10 ล้านโดส และจากบริษัท Moderna อีก 4 ล้านโดส

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาที่ถูกลำเสนอในเว็บไซต์

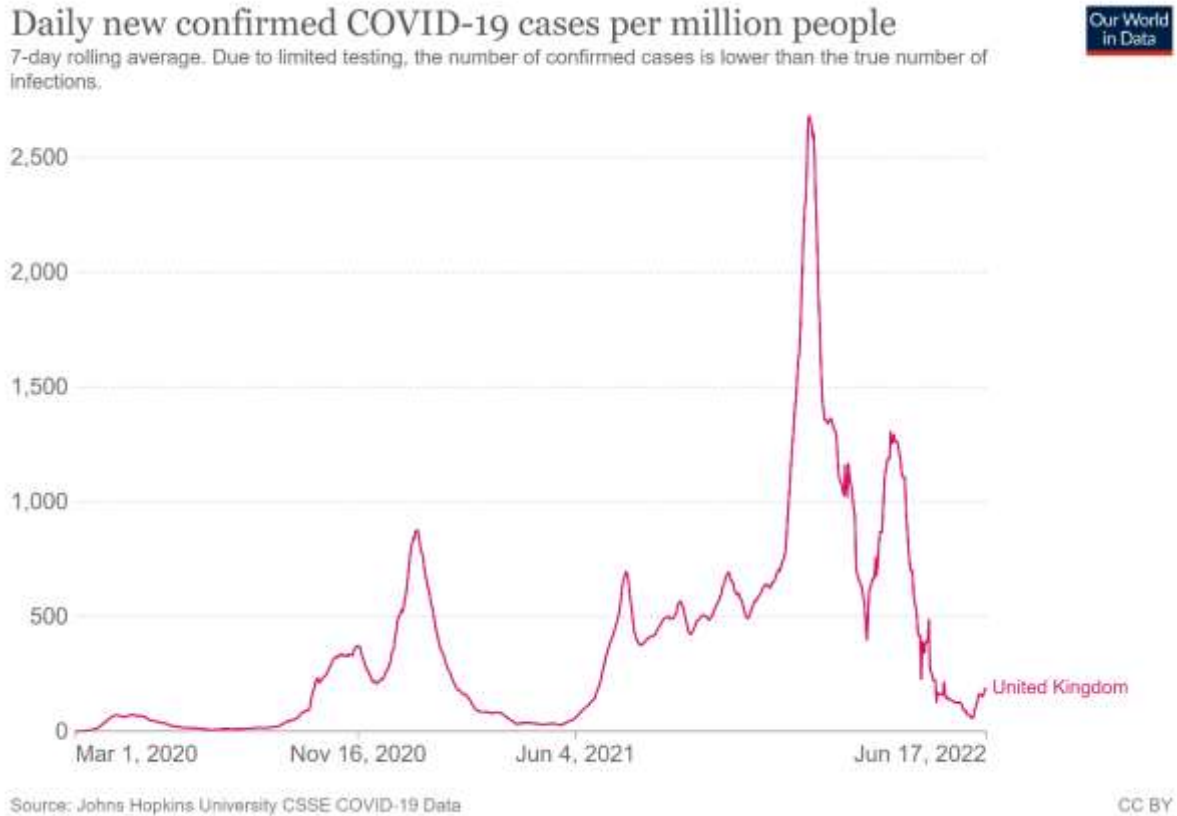
ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของประเทศเกาหลีใต้ได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/southkorea/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



9.7 กรณีศึกษาสหราชอาณาจักร

1) ภาพรวมการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุข

รูปที่ 60 แนวโน้มผู้ติดเชื้อใหม่รายวันของสหราชอาณาจักร



ที่มา: Our World in Data (2022)

ระบบบริการสุขภาพในสหราชอาณาจักร คือ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ซึ่งเป็นระบบที่ครอบคลุมระบบบริการสุขภาพของทั้ง 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศสกอตแลนด์ ประเทศเวลส์ และประเทศไอร์แลนด์เหนือ โดยกระทรวงสาธารณสุขสหราชอาณาจักรมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลการให้บริการสาธารณสุขทั่วสหราชอาณาจักร

อย่างไรก็ตาม ในปี 2542 มีการถ่ายโอนอำนาจในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพให้แก่แต่ละประเทศ (Devolution) ทำให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขของแต่ละประเทศในสหราชอาณาจักรในปัจจุบันต่างกันไปเล็กน้อย เช่น การคำนวณค่ารักษาพยาบาล การจ่ายยา การให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น แต่รัฐบาลสหราชอาณาจักรยังมีอำนาจตัดสินใจในบางกรณีเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขทั่วสหราชอาณาจักร

ถึงแม้ว่าการบริหารระบบบริการสุขภาพแตกต่างออกไปในแต่ละประเทศ แต่ระบบทั้ง 4 ระบบมีความคล้ายคลึงกันมาก เนื่องจากได้รับการอุดหนุนโดยรัฐบาล มีการบริหารแบบรวมศูนย์อำนาจ และสามารถเข้าใช้

บริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมองภาพรวมการระบาดและนโยบายของสหราชอาณาจักรโดยให้ความสำคัญกับประเทศอังกฤษเป็นหลัก

สำหรับการระบาดในสหราชอาณาจักรสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระลอกคร่าวๆ ดังนี้

การระบาดระลอกแรกเกิดขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม 2563 หลังจากที่มีการยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายแรกในวันที่ 31 มกราคม 2563 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาในเวลาต่อมาแสดงให้เห็นว่า การระบาดในสหราชอาณาจักรในระลอกนี้เกิดขึ้นจากการเดินทางมาจากต่างประเทศ (ส่วนใหญ่จากประเทศในยุโรป)⁹⁰ แต่การตรวจเชื้อและการเฝ้าระวังยังอยู่ในวงจำกัดในช่วงสัปดาห์แรกๆ ทำให้ขอบเขตของการระบาดไม่มีความชัดเจนมากนัก เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563 ด้วยเกรงว่าระบบบริการสุขภาพแห่งชาติจะรับแรงกดดันไม่ไหว รัฐบาลจึงได้ประกาศมาตรการปิดเมือง (Lockdown) ให้พลเมืองอยู่แต่ในบ้านเพื่อลดการระบาด พร้อมทั้งปิดกั้นการเดินทาง และการติดต่อกับผู้อื่นโดยไม่จำเป็นทั้งหมด รวมทั้งปิดโรงเรียน ธุรกิจ และสถานที่ชุมนุมเพื่อหลีกเลี่ยงการรวมตัวในสถานที่ต่างๆ มีคำสั่งให้ประชาชนที่มีอาการต้องแยกกักตัว และผู้มีความเสี่ยงสูงจะได้รับคำแนะนำในการป้องกัน หน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขพยายามเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล แต่ในระยะแรกยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์สำหรับป้องกันการติดเชื้อ

ในช่วงกลางเดือนเมษายน มีการรายงานว่า ด้วยมาตรการต่างๆ ของสหราชอาณาจักร ทำให้การระบาดผ่านจุดสูงสุด (Peak) แล้ว โดยมีผู้ติดเชื้อต่อวันสูงที่สุดเท่ากับ 5,492 รายต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตรวมกว่า 26,000 ราย ส่งผลให้สหราชอาณาจักรเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบรุนแรงที่สุดในทวีปยุโรปในขณะนั้น แม้ว่ารัฐบาลจะสามารถปรับลดมาตรการข้อจำกัดต่างๆ ลงได้ในเวลาต่อมา การระบาดในสหราชอาณาจักรระลอกนี้ก็ยังคงถือว่าเป็นหนึ่งในการระบาดที่ใหญ่ที่สุดในโลกอยู่ดี

หลังจากที่หลายเมืองในสหราชอาณาจักรเริ่มผ่อนคลายมาตรการข้อจำกัดลง ช่วงปลายเดือนกันยายน 2563 ผู้ติดเชื้อก็กลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งในสหราชอาณาจักร ซึ่งถือเป็นสัญญาณการมาถึงของการระบาดในระลอกที่ 2 ด้วยไวรัสสายพันธุ์ใหม่อย่าง Alpha คาดว่าไวรัสสายพันธุ์นี้ต้นกำเนิดในเมืองเคนส์ และด้วยความสามารถในการแพร่กระจายที่รวดเร็วของเชื้อ การติดเชื้อรายวันจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งการออกมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และมาตรการข้อจำกัดอื่นๆ โดยการปิดเมืองครั้งใหญ่เกิดขึ้นทั้งในเวลส์ อังกฤษ และไอร์แลนด์เหนือ ในเดือนตุลาคมอังกฤษและสกอตแลนด์ได้นำการมาตรการข้อจำกัดแบบแบ่งระดับ (Tiered Restrictions) มาใช้ และในเดือนพฤศจิกายนอังกฤษต้องปิดเมืองนานถึงหนึ่งเดือน ตามด้วยการปรับระดับมาตรการข้อจำกัดใหม่ในเดือนต่อมา ในช่วงก่อนคริสต์มาสรัฐบาลได้ผ่อนปรนบางมาตรการสำหรับช่วงเทศกาลวันหยุด ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขและสถานพยาบาลเกิดความตึงเครียดอย่างรุนแรงทั่วประเทศในช่วงเดือนธันวาคม จนต้องมีการปิดเมืองอีกครั้งในเวลาต่อมา การระบาดในระลอกที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงกลางเดือนมกราคม โดยมีผู้เสียชีวิตกว่า 1,000 รายต่อวัน

⁹⁰ Establishment and lineage dynamics of the SARS-CoV-2 epidemic in the UK. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7877493/>. [Accessed on 24 January 2022].

วัคซีนป้องกันโควิด-19 ตัวแรกได้รับการอนุมัติและกระจายออกไปทั่วทั้งสหราชอาณาจักรในช่วงต้นเดือนธันวาคม โดยเริ่มฉีดให้กับประชาชนตามลำดับความสำคัญ โดยเน้นฉีดให้กลุ่มเปราะบางเป็นหลัก (เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว) จากนั้นจึงเริ่มกระจายให้กลุ่มที่มาอายุน้อยกว่ามากขึ้นเรื่อยๆ สหราชอาณาจักรถือเป็นประเทศแรกๆ ที่เริ่มโปรแกรมฉีดวัคซีน และในช่วงต้นปี 2564 ยังถือว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการฉีดวัคซีนเร็วที่สุดในโลกอีกด้วย ในเดือนสิงหาคม 2564 มีประชากรผู้ใหญ่ได้รับวัคซีนครบโดสกว่า 75% ในส่วนของมาตรการกักตัวของผู้ที่เดินทางเข้าประเทศเริ่มมีการนำมาใช้ครั้งแรกในช่วงปลายเดือนมกราคม และเริ่มมีการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ อีกครั้งตั้งแต่ช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์เป็นต้นมา และเกือบทั้งหมดในเดือนสิงหาคม

ผู้ติดเชื้อรายวันเริ่มสูงขึ้นอีกครั้งในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 นับว่าเป็นช่วงเริ่มต้นของการระบาดในระลอกที่ 3 ของสหราชอาณาจักร จากการเข้ามาของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่อย่าง Delta ที่มีความสามารถในการแพร่กระจายได้รวดเร็วขึ้นอีก อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าการระบาดในระลอกนี้จะไม่รุนแรงเท่ากับสองระลอกก่อนหน้า แม้ว่าอัตราผู้ติดเชื้อจะยังคงสูงอยู่ แต่อัตราการเสียชีวิตและอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลถือว่าลดลงมาก สาเหตุสำคัญเกิดจากอัตราการฉีดวัคซีนที่สูงของประชาชนในประเทศ

ขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อยังไม่มีแนวโน้มจะลดลง ในเดือนธันวาคมก็มีการยืนยันว่าพบเชื้อสายพันธุ์ใหม่อย่าง Omicron อีก และพบว่ามี การแพร่กระจายในชุมชนไปแล้วอย่างกว้างขวาง (บางคนมองว่าเป็นการระบาดระลอกที่ 4 แต่คณะผู้วิจัยไม่พบว่ายังไม่มีสัญญาณการสิ้นสุดของการระบาดในระลอกที่ 3) โดยเฉพาะในเมืองลอนดอน ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ด้วยความสามารถในการแพร่กระจายที่เร็วกว่าสายพันธุ์ Delta หลายเท่า นำมาซึ่งการออกข้อบังคับให้ต้องมีการแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีนครบโดสหรือหลักฐานว่าไม่มีการติดเชื้อก่อนเข้าใช้บริการ โดยเฉพาะสถานบันเทิงในร่มต่างๆ เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2565 มีผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุด 221,222 คนต่อวันและเริ่มลดลงในเวลาต่อมา ซึ่งน่าจะถือว่าเป็นช่วงกลางของการระบาดในระลอกนี้แล้ว

ณ วันที่ 9 มกราคม 2565 สหราชอาณาจักรกลายเป็นประเทศที่ 7 ของโลกที่มีการรายงานผู้เสียชีวิตจำนวนมากว่า 150,000 ราย โดย ณ วันที่ 22 มกราคม 2565 สหราชอาณาจักรมีผู้ติดเชื้อเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 91,386 รายต่อวัน โดยยอดผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมรวม 15.82 ล้านราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสมรวม 153,616 คน

1.1) การใช้ Policy Narrative เพื่อสื่อสารกับพลเมือง

ตั้งแต่การรับมือกับการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสในช่วงแรก รัฐบาลสหราชอาณาจักรใช้การสื่อสารกับประชาชนแบบ Policy Narrative ซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารที่สามารถเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชนได้ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนทำตามมาตรการหรือนโยบายที่ประกาศออกมา รัฐบาลสหราชอาณาจักรออกแถลงการณ์เกี่ยวกับการระบาดอย่างสม่ำเสมอ โดยจะครอบคลุมตั้งแต่การประกาศแนวทางปฏิบัติสำหรับพลเมืองที่ยังไม่ติดเชื้อ กลุ่มเปราะบาง บุคลากรด่านหน้า ผู้มีความเสี่ยงสูง และผู้ติดเชื้อ จนถึงการประกาศแผนปฏิบัติการและมาตรการรับมือการระบาดและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีน

ซึ่งการประกาศของรัฐบาลอังกฤษค่อนข้างตรงไปตรงมาและแสดงให้เห็นว่ามีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เช่น ในเวลาที่สถานการณ์การระบาดยังไม่รุนแรงในไตรมาสที่ 4 ปี 2563 และ 2564 พลเมืองส่วนใหญ่จะเดินทางกลับบ้านในช่วงเทศกาลคริสต์มาสและอาจมีการสังสรรค์ภายในครอบครัวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการระบาดของเชื้อไวรัส รัฐบาลจึงเน้นย้ำให้ประชาชนระมัดระวังการแพร่ระบาดในช่วงเทศกาลอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เดือนตุลาคม และประกาศมาตรการเพื่อให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของพลเมืองในช่วงเทศกาลนี้

1.2) นโยบาย/มาตรการจำกัดการระบาด

สหราชอาณาจักรกำหนดมาตรการจำกัดการระบาดเพื่อลดอัตราการระบาดและแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ มาตรการจำกัดการระบาดยังให้ความสำคัญกับประชาชนทุกกลุ่มและคำนึงถึงการใช้ชีวิตของประชาชนอย่างปกติและปลอดภัยเป็นหลัก

- มีการวางแผนรับมือกับการระบาดเป็นขั้นตอนและปรับมาตรการให้ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอ เห็นได้จากการประกาศแผนปฏิบัติการรับมือ COVID-19 4 ขั้นตอนตามระยะการระบาดที่มีแนวทางบังคับใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ซึ่งช่วยให้ประชาชนสามารถประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและเตรียมพร้อมได้เสมอ การยกเลิกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลชั่วคราว การประกาศแผน 5 เสาหลักเพื่อเพิ่มการตรวจหาเชื้อไวรัส การสั่งและจัดสรรอุปกรณ์ทดสอบอย่างง่ายและรวดเร็ว (Lateral Flow Tests) และวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงให้กับประชาชน รวมถึงการผ่อนคลายการปิดเมืองทั่วประเทศเมื่อสถานการณ์การระบาดบรรเทาลง และในเวลาต่อมา มีการขยายสิทธิ์ให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าตรวจหาเชื้อและฉีดวัคซีนได้ การสร้าง Christmas Bubbles ในช่วงเทศกาลคริสต์มาสเพื่อลดโอกาสการระบาดในวงกว้างและส่งเสริมให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติในขณะเดียวกัน การออกกฎ Rule of 6 การเปลี่ยนจากมาตรการปิดเมืองทั่วประเทศเป็นมาตรการปิดเมืองระดับท้องถิ่น และการอนุญาตให้ประชาชนเว้นระยะห่างเพียง 1 เมตร เนื่องจากพบว่ามาตรการบางมาตรการที่บังคับใช้อายุเดิมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตของประชาชนค่อนข้างมาก ในขณะที่มาตรการที่เปลี่ยนไปจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตของประชาชนและเพิ่มโอกาสติดเชื้อเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
- มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านหน้าและประชาชนในกลุ่มต่างๆ อย่างชัดเจน เห็นได้จากการกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าและเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใส่หน้ากากอนามัยและเข้าตรวจหาเชื้อเป็นประจำ การห้ามเด็กและผู้ที่มีความเสี่ยงป่วยหนักที่สุดออกจากบ้านในช่วงปิดเมือง การประกาศปิดโรงเรียนทั่วไปแต่ยังอนุญาตให้นักเรียนในกลุ่มเปราะบางและนักเรียนที่มีผู้ปกครองเป็นลูกจ้างหรือพนักงานสำคัญมาเรียนที่โรงเรียนได้ และการอนุญาตให้ครอบครัวที่มีผู้ใหญ่เพียงคนเดียวสามารถสร้าง Support Bubbles กับอีกครอบครัวหนึ่งได้ในบ้านเท่านั้นเพื่อลดการระบาดในวงกว้าง

- มีการประยุกต์แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการแพร่ระบาดของกิจกรรมต่างๆ เห็นได้จากการเผยแพร่แคมเปญ Hands. Face. Space. ทางโทรทัศน์และช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อย้ำเตือนให้ประชาชนป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัส และการกำหนดให้ประชาชนแสดงโควิดพาส (COVID Pass) เพื่อเป็นหลักฐานการฉีดวัคซีนหรือผลตรวจเป็นลบก่อนเข้าใช้บริการในสถานที่ต่างๆ

1.3) นโยบาย/มาตรการรับมือกับเชื้อไวรัสของระบบสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ

นอกจากมาตรการจำกัดการระบาด สหราชอาณาจักรได้ออกมาตรการรับมือกับเชื้อไวรัสของระบบสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์และลดแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยมาตรการรับมือของระบบสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การเชิญบุคลากรทางการแพทย์ที่ลาออกหรือเกษียณอายุไปแล้วกลับมาช่วยทำงานด้านหน้า การลดการรับผู้ป่วยนอกที่ไม่ฉุกเฉินและเร่งปล่อยผู้ป่วยกลับบ้านในขณะที่ออกมาตรการปิดเมือง การเพิ่มการรักษาหรือการผ่าตัดอื่นๆ ในโรงพยาบาลหลังจากมีการผ่อนคลายมาตรการปิดเมือง การจัดสรรงบประมาณเพื่อซื้อและสำรองชุด PPE และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ การขอความร่วมมือให้ภาคเอกชนช่วยสนับสนุนการผลิตและจัดหาเครื่องช่วยหายใจ การฝึกหัดบุคลากรทางการแพทย์สำหรับการฉีดวัคซีน COVID-19 และใช้หัตถ์ทั่วไป การยกเลิกการจ่ายเงินแพทย์ตามผลการทำงาน และหันมาใช้การพบแพทย์ทางไกล และการยืดอายุวีซ่าให้กับแพทย์ พยาบาล และหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากสหราชอาณาจักรเผชิญกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงก่อนการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา กล่าวคือ ผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสป่อนข้างสูงและอาจเพิ่มแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขมากกว่าประชาชนในช่วงอายุอื่น สหราชอาณาจักรจึงค่อนข้างให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ (รวมผู้พิการด้วย) โดยมาตรการรับมือสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ การฝึกหัดเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลด้านการพยาบาลและการป้องกัน COVID-19 การนำร่องและจัดสรรช่องทางส่งชุด PPE เพิ่มเติม การจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการทำงานในสถานดูแลเพียงที่เดียว และการปล่อยแอปพลิเคชัน Care Workforce ซึ่งรวบรวมแหล่งการเรียนรู้ ข้อมูลล่าสุด คำแนะนำ และการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.4) นโยบาย/มาตรการด้านการวิจัยและพัฒนา

สหราชอาณาจักรมีความโดดเด่นในด้านวิจัยและพัฒนา และได้นำข้อได้เปรียบนี้มาประยุกต์ใช้เพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เห็นได้จากความสำเร็จในการพัฒนาวัคซีนออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนิกาสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และการทดลองใช้ยา Dexamethasone เพื่อรักษาโคโรนาไวรัสหลังพบว่ายาชนิดนี้ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตสำหรับผู้ช่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีนัยยะสำคัญ

นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรได้จัดตั้งคณะวิจัยพันธมิตรเพื่อ COVID-19 และคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อผลักดันและประสานการพัฒนาวัคซีน COVID-19 แห่งสหราชอาณาจักร อดิติดงประมาณสำหรับการวิจัยวัคซีนอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อศึกษาและทดสอบปริมาณเชื้อ COVID-19 ที่ทำให้ติดเชื้อหลังการฉีดวัคซีน และหลังจากการทดลองวัคซีนต่างๆ ประสบความสำเร็จ สหราชอาณาจักรสั่งจองวัคซีนและเริ่มฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปเป็นประเทศแรกๆ โดยในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักรมีวัคซีนไฟเซอร์-ไบโอเอ็นเทค วัคซีนจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน วัคซีนโมเดอร์นา และวัคซีนออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนเนกาสำหรับผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

สหราชอาณาจักรได้ใช้เทคโนโลยีเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการควบคุมการระบาดด้วยเช่นกัน โดยพัฒนาระบบตรวจและตาม (Test and Trace System) และการใช้โควิดพาส (COVID Pass) ก่อนเข้าใช้บริการในสถานที่ต่างๆ ผ่านแอปพลิเคชันของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสทั่วสหราชอาณาจักร

2) ภาพรวมนโยบายสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ

สหราชอาณาจักรเริ่มออกนโยบายด้านเศรษฐกิจและการจ้างงานตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม 2563 ก่อนมีมาตรการปิดเมือง ซึ่งนโยบายด้านเศรษฐกิจให้ความสำคัญกับการกระตุ้นการใช้จ่ายของประชาชนเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการ และการช่วยเหลือด้านการเงินโดยตรงจากรัฐบาล ในขณะที่นโยบายด้านการจ้างงานให้ความสำคัญกับการลดการเลิกจ้างในธุรกิจรายย่อยและธุรกิจในอุตสาหกรรมที่ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดอย่างรุนแรง และจ่ายเงินชดเชยประชาชนที่ทำงานอาชีพอิสระ โดยนโยบายเหล่านี้ถูกปรับปรุงรายละเอียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดอย่างสม่ำเสมอ

นโยบาย/มาตรการด้านเศรษฐกิจที่สำคัญมีดังนี้

- ยกเว้นค่าธรรมเนียม (100% Business Rates Relief) ให้กับกลุ่มธุรกิจบางประเภท
- ลดดอกเบี้ยมาตรฐานเพื่อกระตุ้นการกู้สินเชื่อและเพิ่มปริมาณเงินในระบบเศรษฐกิจ
- ออกสินเชื่อให้กับธุรกิจที่หยุดชะงักเนื่องจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 (Coronavirus Business Interruption Loan Scheme)
- เลื่อนกำหนดวันชำระภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT)
- คำประกันและออกสินเชื่อให้กับธุรกิจขนาดเล็ก (Bounce Back Loans Scheme)
- แจกเงินสนับสนุนธุรกิจขนาดเล็กและขนาดกลาง
- เริ่มโครงการ Eat Out to Help Out โดยประชาชนทุกคนจะได้รับส่วนลดค่าอาหารหรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ที่ทานที่ร้าน 50% (คล้ายกับโครงการคนละครึ่งในประเทศไทย)
- มอบเงินสนับสนุนการกลับมาเปิดทำการธุรกิจ (Restart Grant)
- ใช้มาตรการผ่อนคลายเชิงปริมาณ (Quantitative Easing) เพิ่มเติมอีก 150 ล้านปอนด์

- มอบเงินสนับสนุนธุรกิจในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการเพิ่มเป็นจำนวนเงินไม่เกิน 6,000 ปอนด์ต่อราย

นโยบาย/มาตรการด้านการจ้างงานที่สำคัญมีดังนี้

- ขยายระยะเวลาชดเชยลูกจ้าง (Statutory Sick Pay) ที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19
- จ่ายเงินสนับสนุนให้ผู้ประกอบการจ้างลูกจ้างที่ถูกพักงานกลับไปทำงาน
- ช่วยเหลือลูกจ้างที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 และถูกพักงาน (Furlough Scheme) โดยลูกจ้างสามารถเปลี่ยนมาทำงาน part-time และจะมีการจ่ายเงินสนับสนุนจำนวน 80% ของเงินเดือนเพื่อชดเชยชั่วโมงที่ลูกจ้างไม่ได้ทำงาน
- มอบเงินสนับสนุนให้กับผู้ประกอบการเพื่อฝึกฝนและจ้างลูกจ้างอายุ 16-24 ปีที่มีแนวโน้มตกงานในระยะยาว (Kickstart Scheme)
- ใช้แผน Winter Economy โดยลูกจ้างสามารถทำงานเพียง 1/3 ของชั่วโมงทำงานปกติ และรัฐบาลจะช่วยนายจ้างจ่ายค่าแรงที่เหลือให้กับลูกจ้าง
- ช่วยลูกจ้างที่ถูกเลิกจ้างจากสถานการณ์โรคระบาดพัฒนาทักษะและหางานใหม่
- มอบเงินช่วยเหลือให้กับผู้มีอาชีพอิสระ (Self-employed Income Support Scheme)
- จ่ายเงินสนับสนุนให้กับธุรกิจที่ยังไม่เลิกจ้างลูกจ้าง (Coronavirus Job Retention Scheme)

3) ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ

เนื่องจากการตัวอย่างนโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ในรายงานฉบับนี้จึงขอรวบรวม ประมวล และนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาที่ถูกนำเสนอในเว็บไซต์ ซึ่งผู้อ่านที่สนใจในรายละเอียดของแต่ละนโยบาย สามารถศึกษารายละเอียดกรณีของสหราชอาณาจักรได้ที่ <https://www.covidpolicywatch.com/unitedkingdom/> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ด้านล่างเพื่อเข้าสู่เว็บไซต์



10. กรณีศึกษารายนโยบาย/มาตรการสำคัญของไทยและต่างประเทศ

นอกจากกรณีศึกษาของแต่ละประเทศในหัวข้อก่อนหน้านี้ ยังมีกรณีสถิติการรายนโยบายและ/หรือ มาตรการที่มีการดำเนินการในหลายประเทศที่น่าสนใจ ซึ่งในส่วนนี้จะประมวลนโยบายและมาตรการที่สำคัญ สำคัญในด้านต่างๆ ทั้งของไทย และในกรณีเปรียบเทียบได้โดยไม่ซับซ้อนมากก็จะเปรียบเทียบของ ต่างประเทศไว้ด้วยในหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

10.1 มาตรการรับมือด้านสาธารณสุขและการจำกัดกิจกรรมต่างๆ

หัวข้อนี้สรุปภาพรวมการปรับมาตรการด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือกับการระบาด ซึ่งประกอบด้วย มาตรการในสองส่วนหลักๆ ที่ใช้ทั้งในไทยและในประเทศต่างๆ จำนวนมาก ได้แก่

ก. มาตรการทางการแพทย์ เช่น มาตรการตรวจเชื้อและติดตามสอบสวนโรคผู้ติดเชื้อและผู้ที่มีความ เสี่ยง (Contact Tracing) ซึ่งรวมไปถึงมาตรการกักตัว (อาจเรียกด้วยชื่อย่อ TTIQ ซึ่งประกอบด้วย Test, Trace, Investigate และ Quarantine) และมาตรการป้องกันการติดเชื้อและการป่วยตาย เช่น มาตรการ วัคซีน

ข. มาตรการควบคุมการระบาดของโรค โดยเฉพาะมาตรการด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจำกัด หรือปิดกิจกรรมและสถานที่ต่างๆ เช่น การปิดโรงเรียน การจำกัดการเดินทาง การรักษาระยะห่างทาง กายภาพ/สังคม รวมทั้งการแนะนำรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น หน้ากาก การล้างมือ

ในช่วงแรกของการระบาด หนึ่งในแนวคิดการคุมโรคระบาดที่ได้รับการพูดถึงมาก คือแนวคิด “ทุบ แล้วเต้น” (Hammer and Dance) กล่าวคือ เมื่อมีภาวะการระบาดที่รุนแรง เช่น มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มมาก ขึ้น ภาครัฐก็จะออกมาตรการคุมเข้มไปพักหนึ่ง แล้วผ่อนปรนเมื่อภาวะการระบาดทุเลาลง วนเวียนแบบนี้ไป หลายๆ ระลอก

ถ้าพิจารณาในรอบนี้ หัวข้อนี้จะพยายามตอบคำถามที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ไทยดำเนินมาตรการเข้มงวดหรือผ่อนปรนมากน้อย แค่ไหน
2. การดำเนินมาตรการของไทยเปลี่ยนไปตามหรือสอดคล้องกับภาวะการระบาดมากน้อยแค่ไหน
3. ระดับความเข้มงวดของการดำเนินมาตรการส่งผลต่อการควบคุมการระบาด และต้องบที่ ต้อง ใช้และ/หรือต่อเศรษฐกิจของประเทศต่างกันหรือไม่เพียงใด

เพื่อที่จะตอบคำถามข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลการดำเนินมาตรการภาครัฐซึ่งโครงการ The Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด⁹¹ ที่ได้รวบรวม

⁹¹ Thomas Hale, Noam Angrist, Rafael Goldszmidt, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster, Emily Cameron-Blake, Laura Hallas, Saptarshi Majumdar, and Helen Tatlow. (2021). “A global panel

และเปรียบเทียบมาตรการรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ของรัฐบาลกว่า 180 ประเทศทั่วโลก มาเทียบกับตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันจากฐานข้อมูล Our World in Data

OxCGRT ได้ติดตามการดำเนินนโยบายและมาตรการรับมือการระบาด โดยจัดแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. นโยบายและมาตรการจำกัดและปิดกิจกรรมต่างๆ (Containment and Closure Policies)
2. นโยบายและมาตรการด้านเศรษฐกิจ (Economic Policies)
3. นโยบายและมาตรการด้านระบบสุขภาพ (Health System Policies)
4. นโยบายและมาตรการอื่นๆ (Miscellaneous Policies)

โดยนอกจาก OxCGRT จะประมวลการดำเนินมาตรการไว้คร่าวๆ แล้ว ยังนำข้อมูลมาจัดทำดัชนีชี้วัดการดำเนินการต่างๆ (ดูรายละเอียดใน <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>) คณะผู้วิจัยให้ความสนใจกับดัชนี Containment and Health Index ซึ่งประมวลข้อมูลการดำเนินนโยบาย/มาตรการทั้งหมด 14 ประการ อันประกอบด้วย

1. นโยบายและมาตรการจำกัดและปิดกิจกรรมต่างๆ (Containment and Closure Policies)

รวม 8 ประการ คือ

- 1) การปิดโรงเรียน
- 2) การปิดสถานที่ทำงาน
- 3) การห้ามกิจกรรมในที่สาธารณะ
- 4) การห้ามการรวมกลุ่ม
- 5) การห้ามขนส่งสาธารณะ
- 6) การห้ามออกจากบ้าน
- 7) การห้ามการเดินทางภายในประเทศ
- 8) การห้ามการเดินทางระหว่างประเทศ

2. นโยบายและมาตรการด้านระบบสุขภาพ (Health System Policies) รวม 6 ประการ คือ

- 1) การประกาศ/เผยแพร่ข้อมูล
- 2) การตรวจเชื้อโควิด
- 3) การติดตามผู้สัมผัสเชื้อ (contact tracing)
- 4) การบังคับใส่หน้ากาก
- 5) มาตรการวัคซีน
- 6) มาตรการดูแลผู้สูงอายุ

database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker).” Nature Human Behaviour. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>

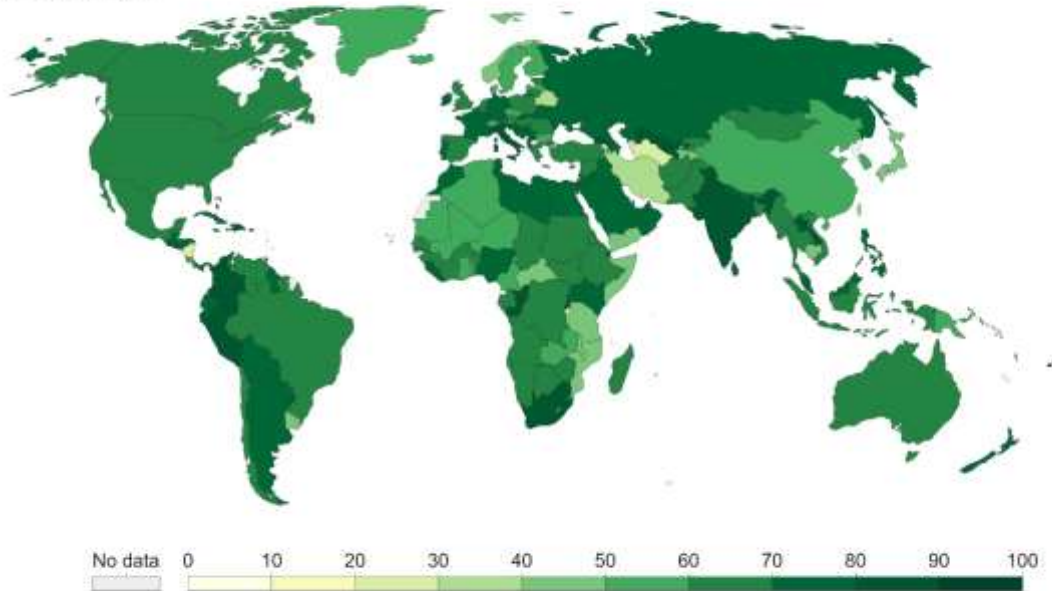
โดย OxCGRT นำข้อมูลการดำเนินมาตรการทั้งหมดข้างต้นมาจัดทำดัชนี Containment and Health Index เพื่อดูความเข้มงวดของการดำเนินมาตรการจำกัดและปิดกิจกรรมต่างๆ และมาตรการระบบสุขภาพ ซึ่งพบว่าในแต่ละประเทศมีระดับความเข้มข้นของมาตรการที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา โดยข้อมูล ณ 7 มิ.ย. 2565 ไทยมีคะแนนค่า Containment and Health Index = 44 (เป็นอันดับที่ 73 จาก 185 ประเทศ) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างเข้มงวด แต่ก็ยังผ่อนปรนมากกว่าบางประเทศ เช่น สิงคโปร์ ใต้หวัน สหรัฐฯ รวมทั้งผ่อนปรนมากกว่าประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียนที่เหลือเกือบทั้งหมดยกเว้นกัมพูชา ดังรูปต่อไปนี้

รูปที่ 61 ค่าดัชนี Containment and Health Index เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 2564 2565 และ 7 มิถุนายน 2565

COVID-19: Containment and Health Index, May 1, 2020

Our World
in Data

This is a composite measure based on thirteen policy response indicators including school closures, workplace closures, travel bans, testing policy, contact tracing, face coverings, and vaccine policy rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.

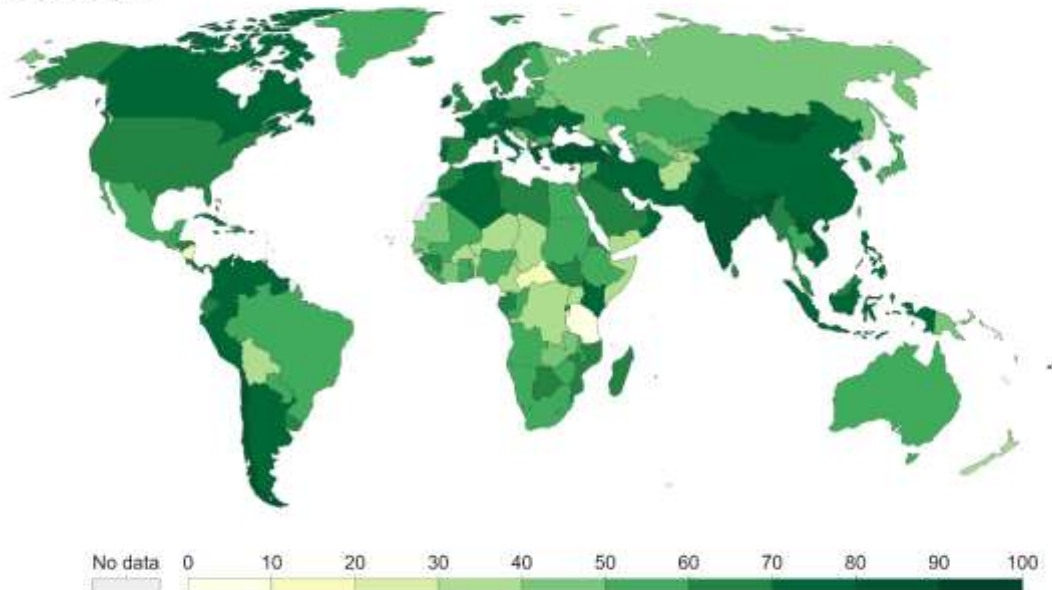


Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 19 June 2022
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

COVID-19: Containment and Health Index, May 1, 2021

Our World
in Data

This is a composite measure based on thirteen policy response indicators including school closures, workplace closures, travel bans, testing policy, contact tracing, face coverings, and vaccine policy rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.

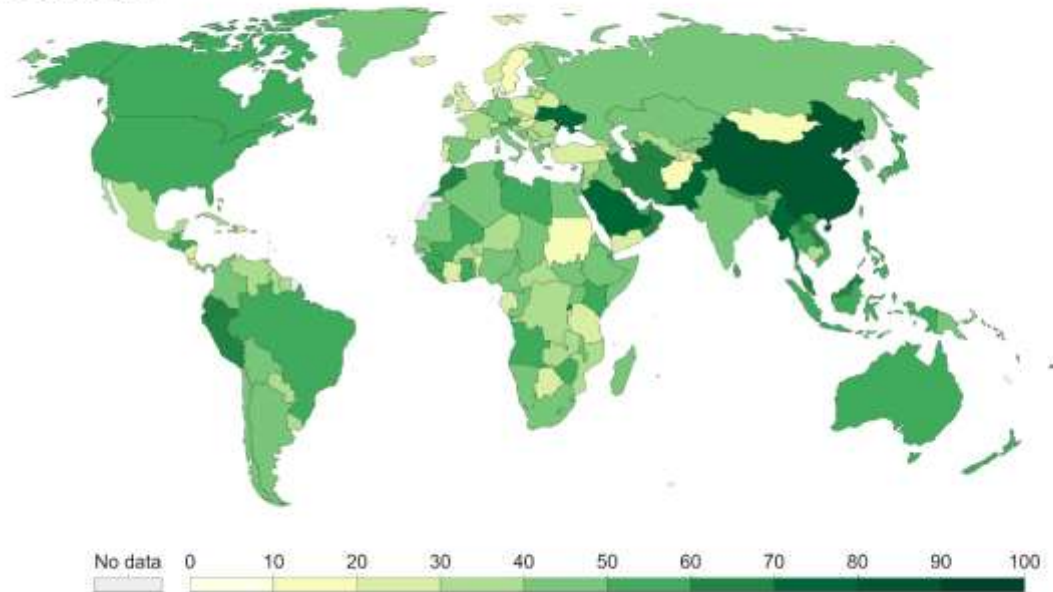


Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 19 June 2022
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

COVID-19: Containment and Health Index, May 1, 2022

Our World
in Data

This is a composite measure based on thirteen policy response indicators including school closures, workplace closures, travel bans, testing policy, contact tracing, face coverings, and vaccine policy rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.

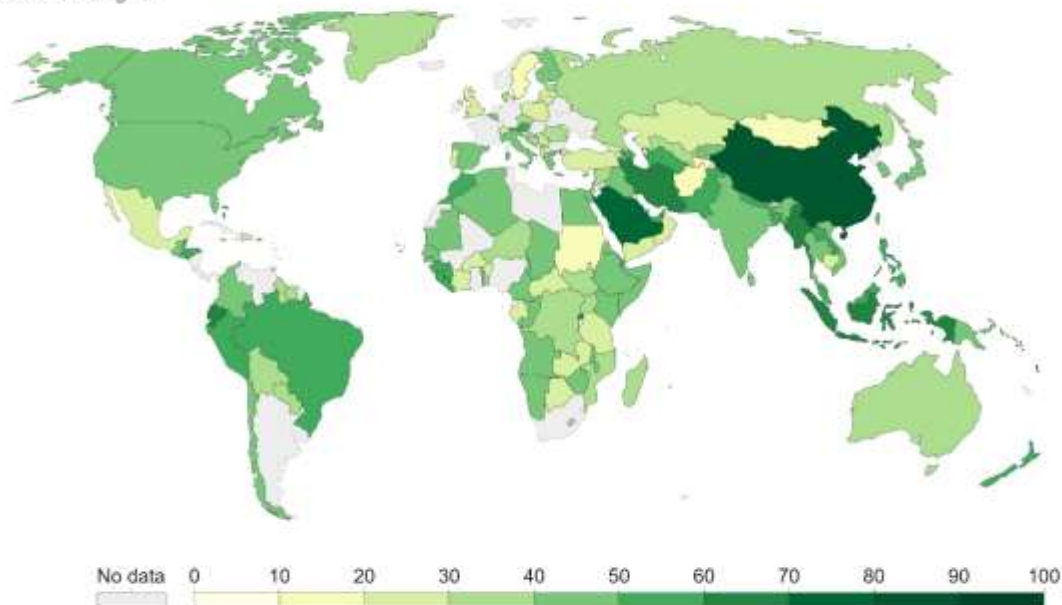


Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 19 June 2022
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

COVID-19: Containment and Health Index, Jun 7, 2022

Our World
in Data

This is a composite measure based on thirteen policy response indicators including school closures, workplace closures, travel bans, testing policy, contact tracing, face coverings, and vaccine policy rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.

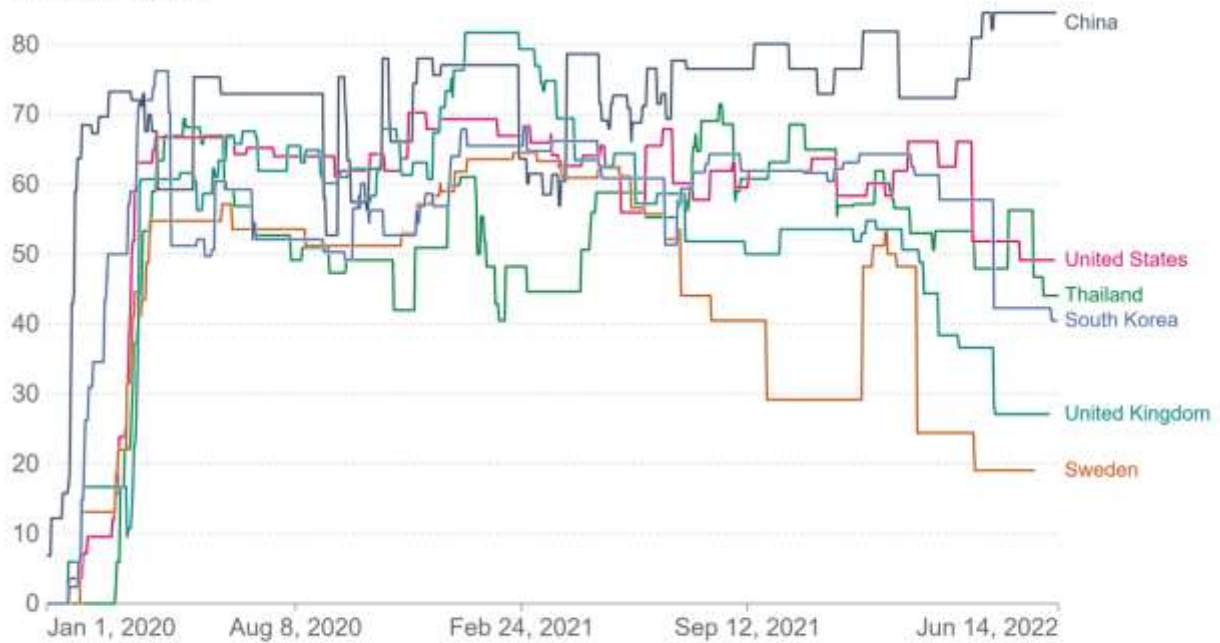


Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 19 June 2022
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

รูปที่ 62 ค่าดัชนี Containment and Health Index ของประเทศที่ศึกษา 1 มกราคม 2564 - 14 มิถุนายน 2565

COVID-19: Containment and Health Index

This is a composite measure based on thirteen policy response indicators including school closures, workplace closures, travel bans, testing policy, contact tracing, face coverings, and vaccine policy rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.



Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 15 June 2022
OurWorldinData.org/coronavirus • CC BY

ที่มา: Our World in Data สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565

ตารางข้างล่างเปรียบเทียบมาตรการที่สำคัญในกลุ่มนี้ของไทยกับประเทศที่ศึกษา

ตารางที่ 7 สรุปมาตรการปิดกิจกรรมและมาตรการด้านสาธารณสุขเมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 2564 และ 2565

ประเทศ	วันที่	ปิดโรงเรียน	ปิดกิจการ	ห้ามกิจกรรมในที่สาธารณะ
ไทย	5/15/2020	ปิดทุกส่วน	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2021	ปิดทุกส่วน	บางอย่าง	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ปิดบางส่วน	ให้ปิด/ยกเลิก
เยอรมนี	5/15/2020	ปิดบางส่วน	ปิดบางส่วน	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2021	ปิดทุกส่วน	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	บางอย่าง	ไม่มีมาตรการ
สหราชอาณาจักร	5/15/2020	ปิดทุกส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ปิดทุกส่วน	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2021	บางอย่าง	ปิดบางส่วน	ให้ปิด/ยกเลิก
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
เกาหลีใต้	5/15/2020	ปิดทุกส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	แนะนำให้ปิด/ ยกเลิก
	5/15/2021	บางอย่าง	บางอย่าง	ยกเลิก
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
สิงคโปร์	5/15/2020	ปิดทุกส่วน	ปิดบางส่วน	ให้ปิด/ยกเลิก แนะนำให้ปิด/
	5/15/2021	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ยกเลิก แนะนำให้ปิด/
	5/15/2022	บางอย่าง แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	บางอย่าง	ยกเลิก
ไต้หวัน	5/15/2020	บางอย่าง	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ แนะนำให้ปิด/
	5/15/2021	ไม่มีมาตรการ แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ปิดบางส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ยกเลิก
	5/15/2022	บางอย่าง	บางอย่าง	ไม่มีมาตรการ
สหรัฐอเมริกา	5/15/2020	ปิดทุกส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ปิดทุกส่วน แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการ	ให้ปิด/ยกเลิก แนะนำให้ปิด/
	5/15/2021	บางอย่าง	บางอย่าง	ยกเลิก
	5/15/2022	ปิดบางส่วน	ปิดบางส่วน	ไม่มีมาตรการ

ประเทศ	วันที่	ห้ามการรวมกลุ่ม	ปิดขนส่งสาธารณะ	ให้อยู่บ้าน
ไทย	5/15/2020	ห้ามเกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	แนะนำ
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	แนะนำ
	5/15/2022	ห้ามเกิน 50 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	อนุญาตบางกิจกรรมหลัก
เยอรมนี	5/15/2020	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	อนุญาตบางกิจกรรมหลัก
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	แนะนำ
สหราชอาณาจักร	5/15/2020	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	แนะนำ
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	ไม่มีมาตรการ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
เกาหลีใต้	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	ไม่มีมาตรการ	แนะนำ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
สิงคโปร์	5/15/2020	ห้ามเกิน 50 คน	ไม่มีมาตรการ	อนุญาตบางกิจกรรมหลัก
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	ไม่มีมาตรการ	แนะนำ
	5/15/2022	ห้ามเกิน 50 คน	ไม่มีมาตรการ	แนะนำ
ไต้หวัน	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ
สหรัฐอเมริกา	5/15/2020	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	อนุญาตบางกิจกรรมหลัก
	5/15/2021	อนุญาตไม่เกิน 15 คน	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	แนะนำ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	แนะนำให้ปิด/ยกเลิก	ไม่มีมาตรการ

ประเทศ	วันที่	ห้ามการเดินทาง ในประเทศ	ห้ามการเดินทาง ออกนอกประเทศ	การประกาศข่าวสารแจ้งเตือน
ไทย	5/15/2020	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ปิดประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	มีคำแนะนำ	ห้ามบางกลุ่ม	มีคำแนะนำ
	5/15/2022	มีคำแนะนำ	คัดกรองก่อนเข้าประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
เยอรมนี	5/15/2020	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ปิดประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	มีคำแนะนำ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	คัดกรองก่อนเข้าประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
สหราชอาณาจักร	5/15/2020	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ไม่มีมาตรการ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	มีคำแนะนำ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ไม่มีมาตรการ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
เกาหลีใต้	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	มีคำแนะนำ	กักตัวหลังเข้าประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	กักตัวหลังเข้าประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
สิงคโปร์	5/15/2020	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	ไม่มีมาตรการ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
ไต้หวัน	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ปิดประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	ไม่มีมาตรการ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
สหรัฐอเมริกา	5/15/2020	ห้าม/จำกัดพื้นที่	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2021	มีคำแนะนำ	ห้ามบางกลุ่ม	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ
	5/15/2022	มีคำแนะนำ	ปิดประเทศ	มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ

ประเทศ	วันที่	มาตรการตรวจเชื้อ	มาตรการติดตามผู้ป่วย	มาตรการหน้าาก
ไทย	5/15/2020	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
	5/15/2021	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่และตลอดเวลา
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
เยอรมนี	5/15/2020	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
	5/15/2021	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
สหราชอาณาจักร	5/15/2020	ทุกคนที่มีอาการ และมีประวัติเสี่ยง	ไม่มีมาตรการ	มีคำแนะนำ
	5/15/2021	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
	5/15/2022	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยบางราย	มีคำแนะนำ
เกาหลีใต้	5/15/2020	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
	5/15/2021	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
สิงคโปร์	5/15/2020	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่และตลอดเวลา
	5/15/2021	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่และตลอดเวลา
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
ไต้หวัน	5/15/2020	ทุกคนที่มีอาการ	ผู้ป่วยทุกราย	มีคำแนะนำ
	5/15/2021	ทุกคน	ผู้ป่วยทุกราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่และตลอดเวลา
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
สหรัฐอเมริกา	5/15/2020	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่ที่ต้องพบปะผู้คน
	5/15/2021	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุที่และตลอดเวลา
	5/15/2022	ทุกคน	ผู้ป่วยบางราย	เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น

ประเทศ	วันที่	มาตรการวัคซีน	มาตรการป้องกันผู้สูงอายุ
ไทย	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2021	มีสำหรับอย่างน้อย 2 กลุ่ม: กลุ่มแรงงานที่ รับมือโควิดหรือบริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงที่ ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ	ออกคำแนะนำในการดูแลผู้สูงวัย
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
เยอรมนี	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน
	5/15/2021	มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือ บริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน
สหราชอาณาจักร	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน
	5/15/2021	มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือ บริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นบางส่วน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
เกาหลีใต้	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน
	5/15/2021	มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือ บริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
สิงคโปร์	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน
	5/15/2021	มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือ บริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นบางส่วน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน

ประเทศ	วันที่	มาตรการวัคซีน	มาตรการป้องกันผู้สูงอายุ
ไต้หวัน	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2021	มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือ บริการสาธารณะ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
สหรัฐอเมริกา	5/15/2020	ไม่มีมาตรการ	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2021	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว
	5/15/2022	มีสำหรับทุกคน	ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัด การเยี่ยม การแยกตัว

ที่มา: OxCGRT (2022)

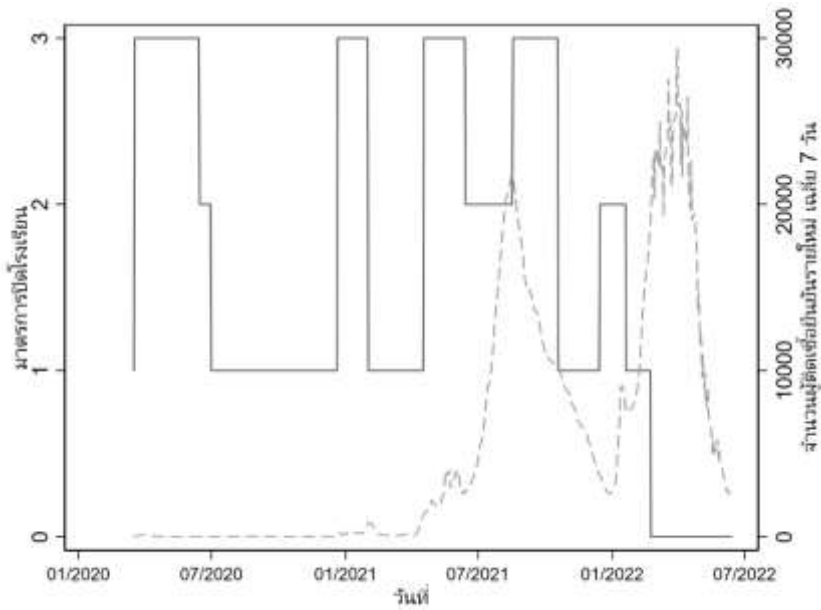
โดยในส่วนของมาตรการจำกัดและปิดกิจกรรมต่างๆ เช่น การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน การห้ามกิจกรรมในที่สาธารณะ และการห้ามการรวมกลุ่ม ในเดือน พ.ค. 2564 และ พ.ค. 2565 ที่ผ่านมา พบว่า ไทยมีการดำเนินมาตรการที่ครอบคลุมทุกด้านและมีภาพรวมการดำเนินการที่ค่อนข้างเข้มงวดเมื่อเทียบกับประเทศอย่างเยอรมนี อังกฤษ เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไต้หวัน และสหรัฐฯ โดยไทยยังเป็นประเทศที่ห้ามการรวมกลุ่มเกิน 50 คน ขณะที่หลายประเทศได้ยกเลิกมาตรการนี้ไปแล้ว

สำหรับมาตรการด้านระบบสุขภาพ เช่น การประกาศข้อมูล การตรวจโควิด การติดตามผู้สัมผัส (contact tracing) การบังคับใส่หน้ากาก มาตรการวัคซีน และการดูแลผู้สูงวัย จะพบว่าโดยภาพรวมในช่วงปี 2564 ของไทยมีความเข้มงวดน้อยกว่าประเทศที่อ้างถึงข้างต้นในช่วงปีแรกๆ ซึ่งการตัดสินใจของรัฐบาลส่วนหนึ่งน่าจะก็เป็นผลจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในขณะนั้นด้วย เช่น มาตรการวัคซีนที่อาจจะยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนวัคซีนที่ไทยมี ณ ขณะนั้น

นอกจากนี้ เพื่อศึกษาความสอดคล้องของการดำเนินมาตรการต่อสถานการณ์ หรือการพิจารณาว่า ไทยมีการปรับมาตรการแบบ “ทุบแล้วเต้น” (Hammer and Dance) มากแค่ไหน รูปต่อไปนี้แสดงลำดับเวลา (Timeline) ของระดับของการดำเนินมาตรการต่างๆ กับตัวเลขผู้ติดเชื้อยืนยันใหม่รายวัน (เฉลี่ย 7 วัน) ซึ่งแสดงเป็นเส้นประในรูป

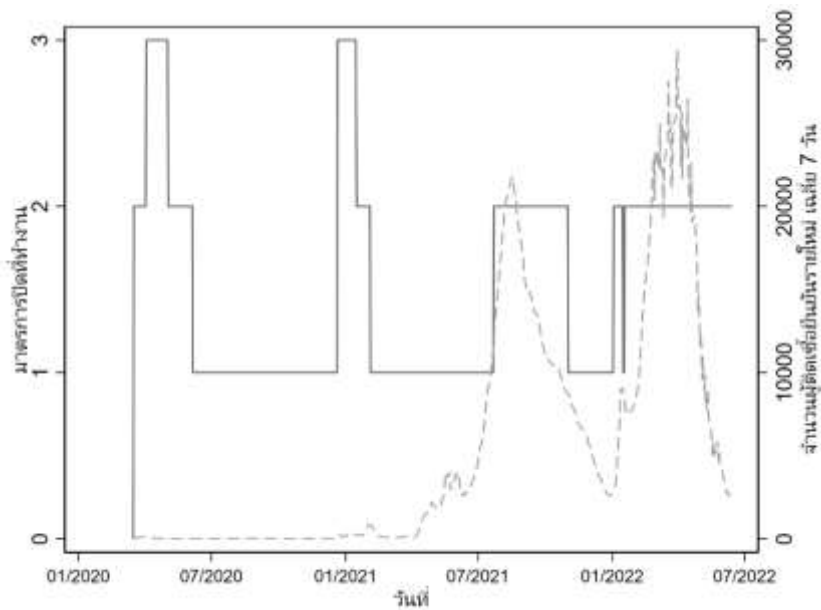
รูปที่ 63 ค่าดัชนีการดำเนินมาตรการของไทย (แกนซ้าย) เทียบกับตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ย 7 วัน (แกนขวา)

การปิดโรงเรียน



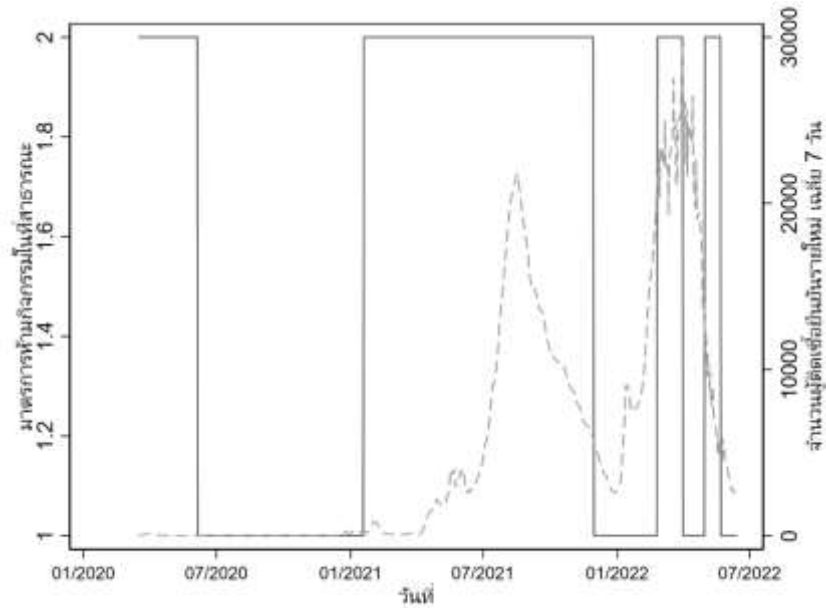
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการบางอย่าง
- 2 = ปิดบางระดับ
- 3 = ปิดทุกระดับ

การปิดสถานที่ทำงาน



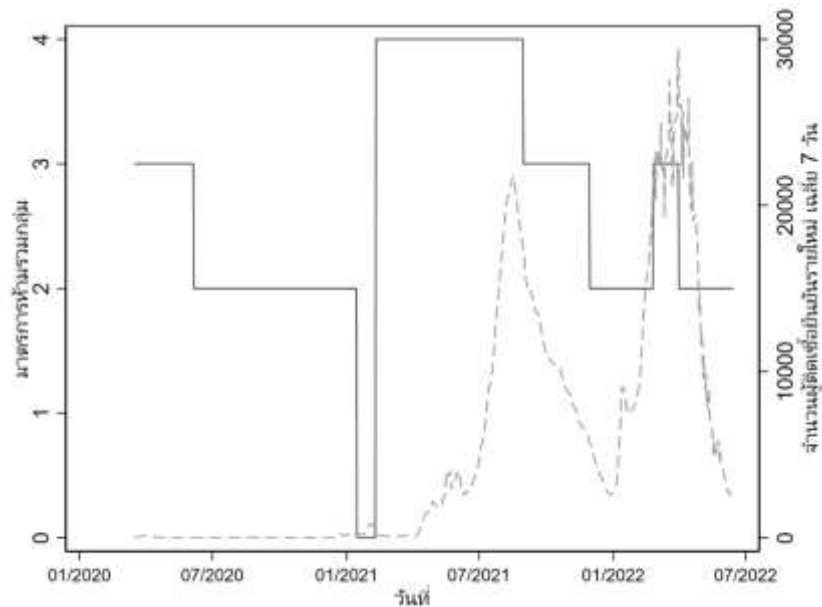
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการบางอย่าง
- 2 = ปิดบางกิจการ
- 3 = ปิดทุกกิจการ ยกเว้นที่จำเป็นเช่น ร้านค้า สถานพยาบาล

การห้ามจัดกิจกรรมในที่สาธารณะ



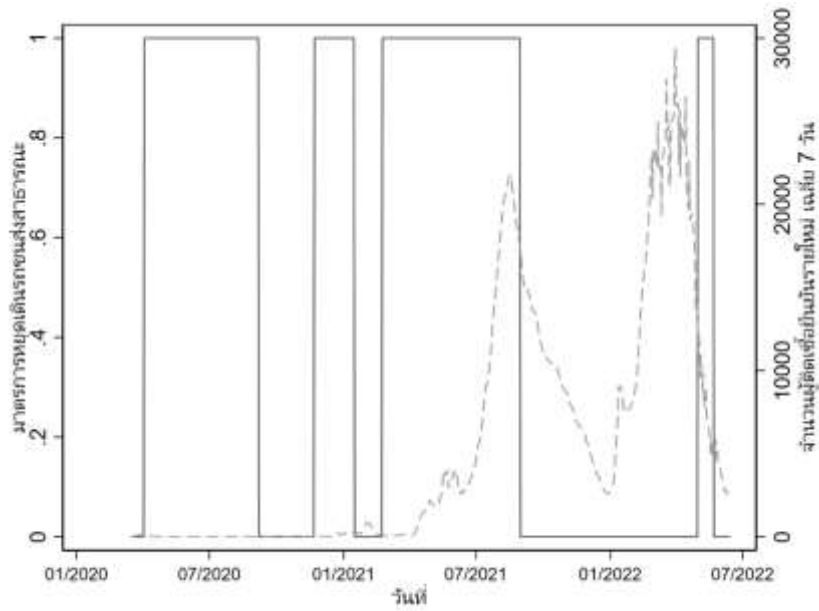
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำให้ยกเลิก
- 2 = ให้ยกเลิก

การห้ามรวมกลุ่ม



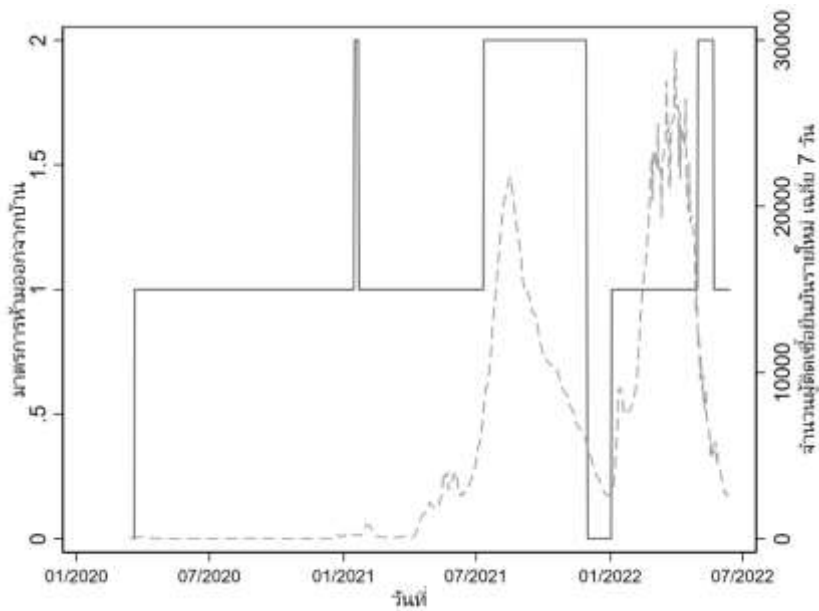
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = ห้ามกรณีเกิน 100 คน
- 2 = ห้ามกรณีเกิน 50 คน
- 3 = ห้ามกรณีเกิน 15 คน
- 4 = อนุญาตไม่เกิน 15 คน
- 5 = ห้ามทุกระดับ

การหยุดเดินรถขนส่งสาธารณะ



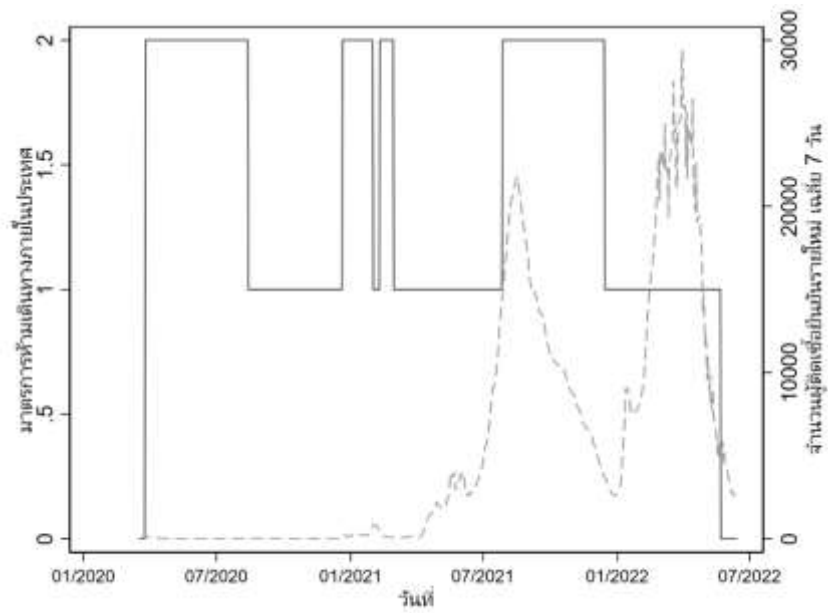
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำให้ปิด / เปิดแต่มีมาตรการบางอย่าง
- 2 = ให้ปิด

การห้ามออกจากบ้าน



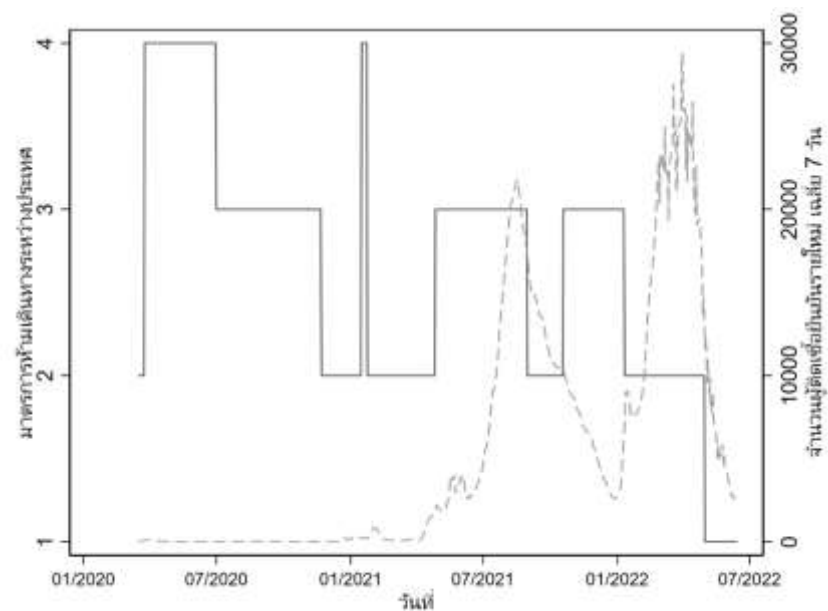
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำอยู่บ้าน
- 2 = อนุญาตเฉพาะกิจกรรมหลักๆ เช่น ซื้อของชำ
- 3 = อนุญาตเฉพาะที่จำเป็นและมีกฎเช่น ออกได้ครั้งละ 1 คน

การห้ามเดินทางภายในประเทศ



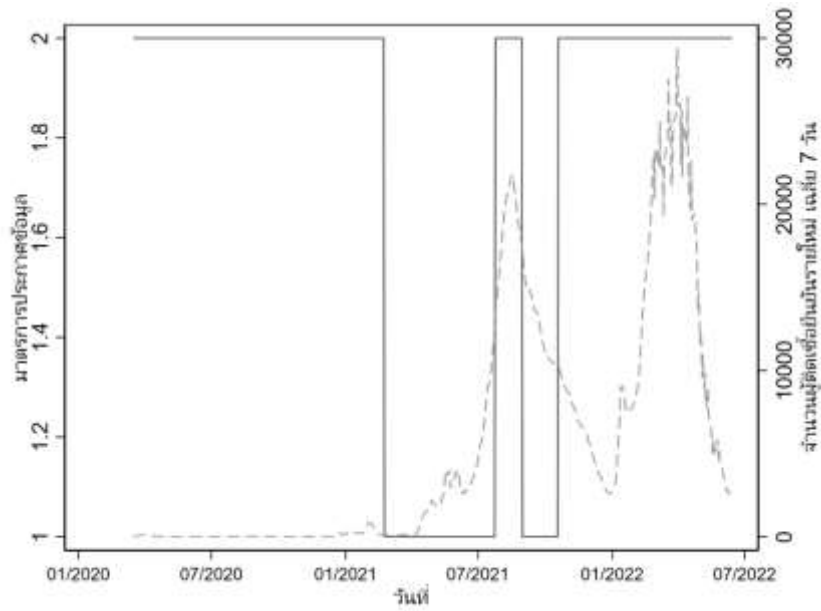
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = มาตรการแนะนำ
- 2 = จำกัดพื้นที่

การห้ามเดินทางระหว่างประเทศ



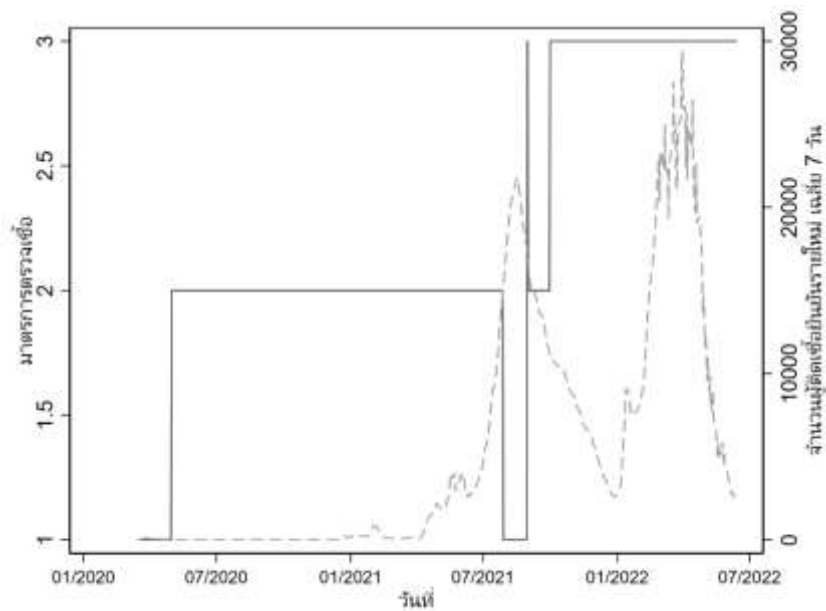
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = คัดกรองก่อนเข้าประเทศ
- 2 = กักตัวหลังเข้าประเทศ
- 3 = ห้ามบางกลุ่มเข้าประเทศ
- 4 = ปิดประเทศ

การประกาศข้อมูล



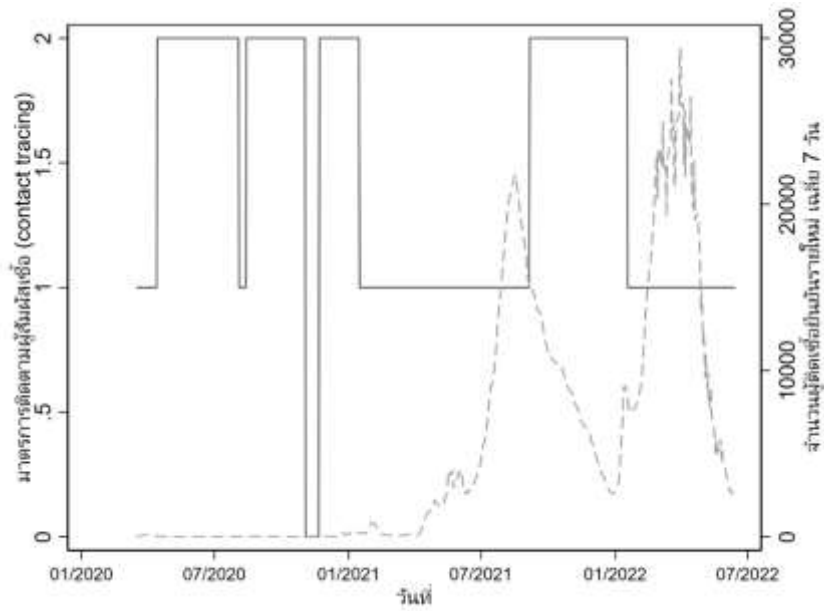
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = ออกคำเตือนเกี่ยวกับโควิด
- 2 = มีการประสานให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ผ่านสื่อ

การตรวจโควิด



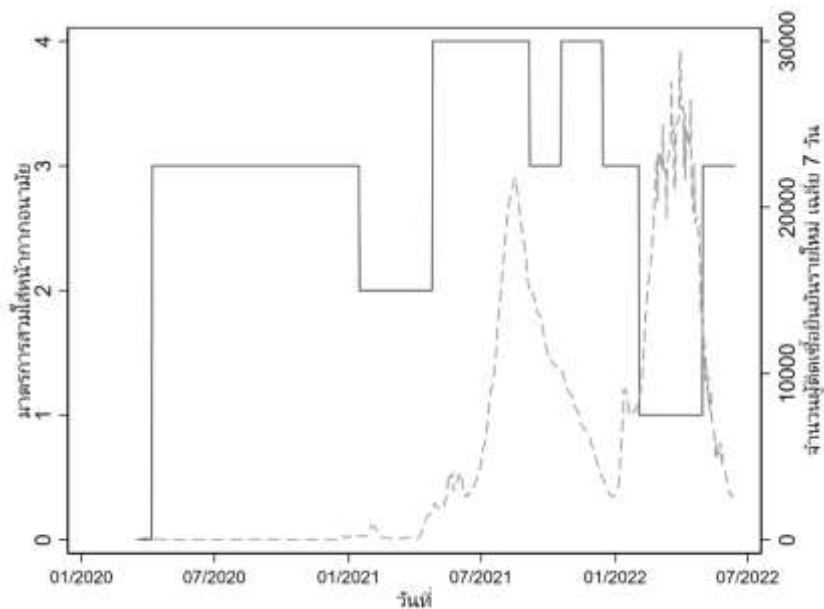
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = ทุกคนที่มีอาการและมีประวัติเสี่ยง
- 2 = ทุกคนที่มีอาการ
- 3 = ทุกกลุ่ม

การติดตามผู้สัมผัสเชื้อ (contact tracing)



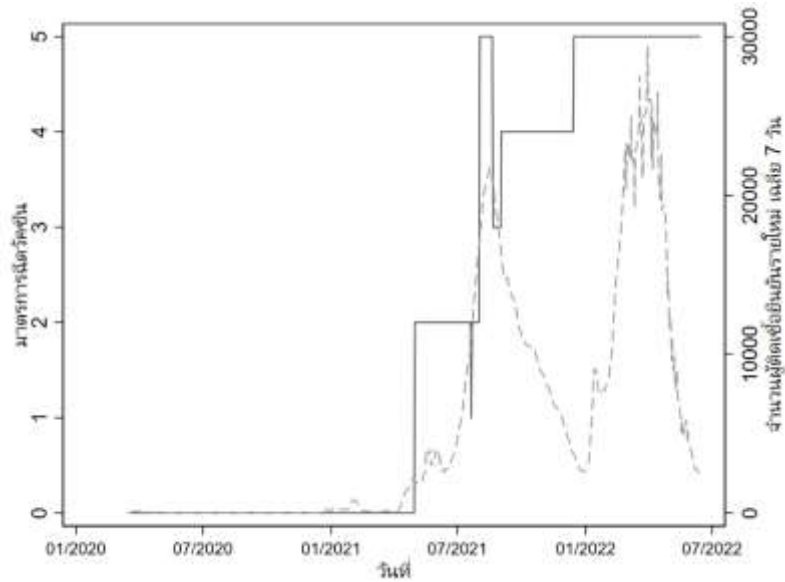
- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = ผู้ป่วยบางราย
- 2 = ผู้ป่วยทุกราย

การสวมใส่หน้ากากอนามัย



- 0 = ไม่มีมาตรการ
- 1 = แนะนำให้ใส่
- 2 = เมื่อออกจากบ้าน บังคับในบางสถานที่เท่านั้น
- 3 = เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุกที่ที่ต้องพบปะผู้คน
- 4 = เมื่อออกจากบ้าน บังคับในทุกที่และตลอดเวลา

การฉีดวัคซีน



0 = ไม่มี

1 = มีสำหรับอย่างน้อย 1 กลุ่ม: กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือบริการสาธารณะ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ

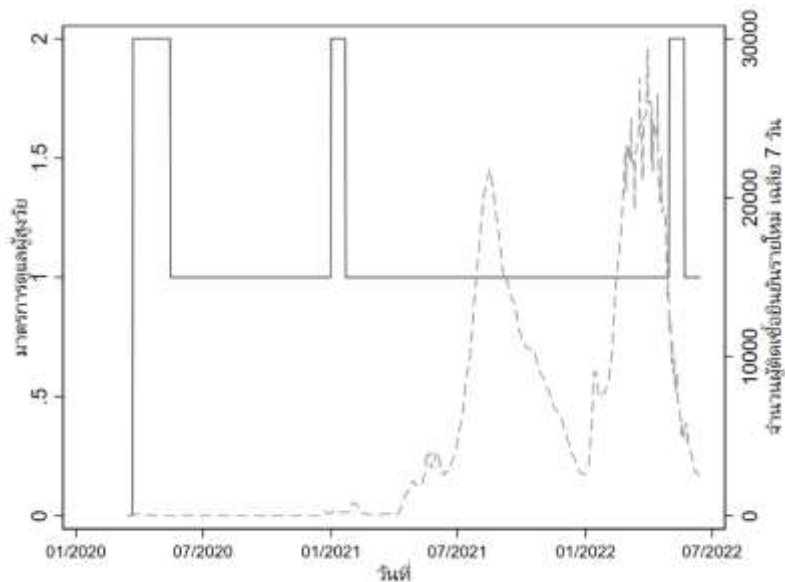
2 = มีสำหรับอย่างน้อย 2 กลุ่ม: กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือบริการสาธารณะ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ

3 = มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือบริการสาธารณะ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ

4 = มีสำหรับ กลุ่มแรงงานที่รับมือโควิดหรือบริการสาธารณะ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นบางส่วน

5 = มีสำหรับทุกคน

การดูแลผู้สูงวัย



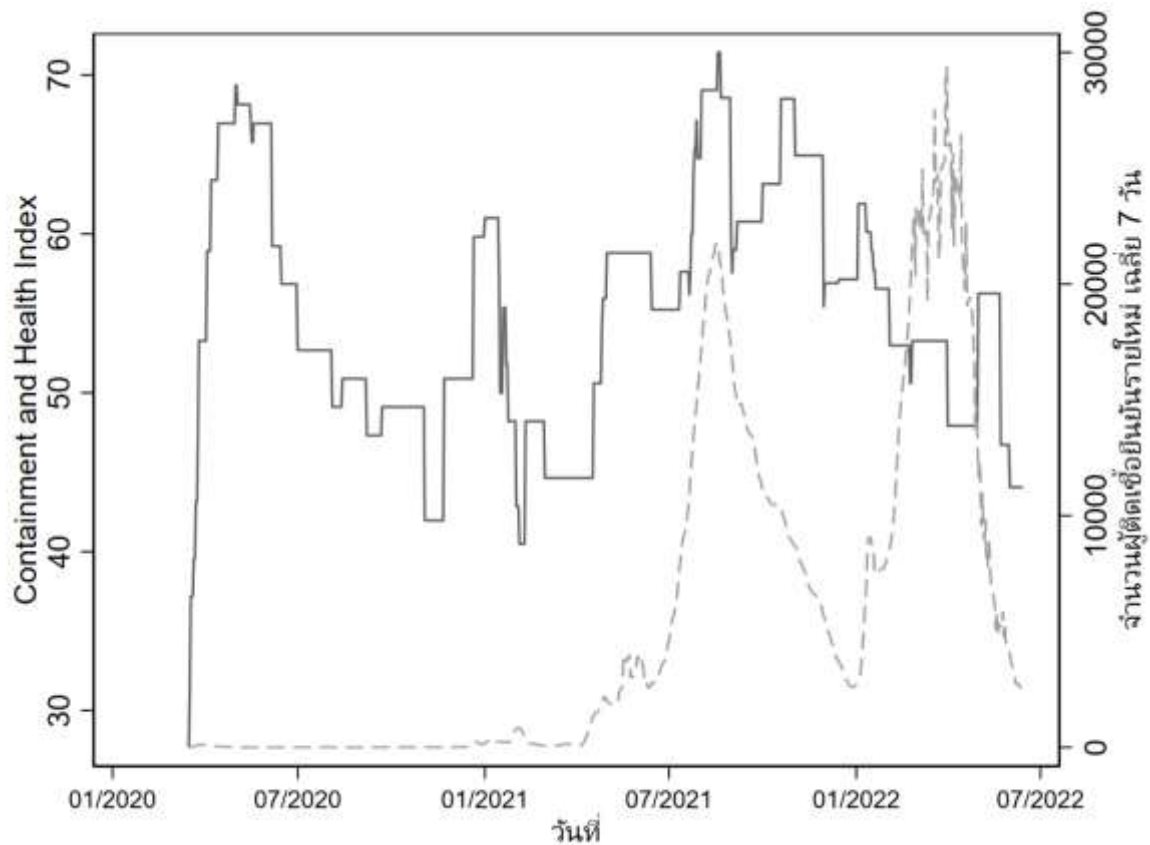
0 = ไม่มีมาตรการ

1 = ออกคำแนะนำในการดูแลผู้สูงวัย

2 = ออกข้อบังคับบางประการ เช่น จำกัดการเยี่ยม การแยกตัว

3 = ออกข้อบังคับเข้มงวด เช่น ห้ามเยี่ยม ห้ามออกจากบ้าน

Containment and Health Index



ที่มา: OxCGRT (2022)

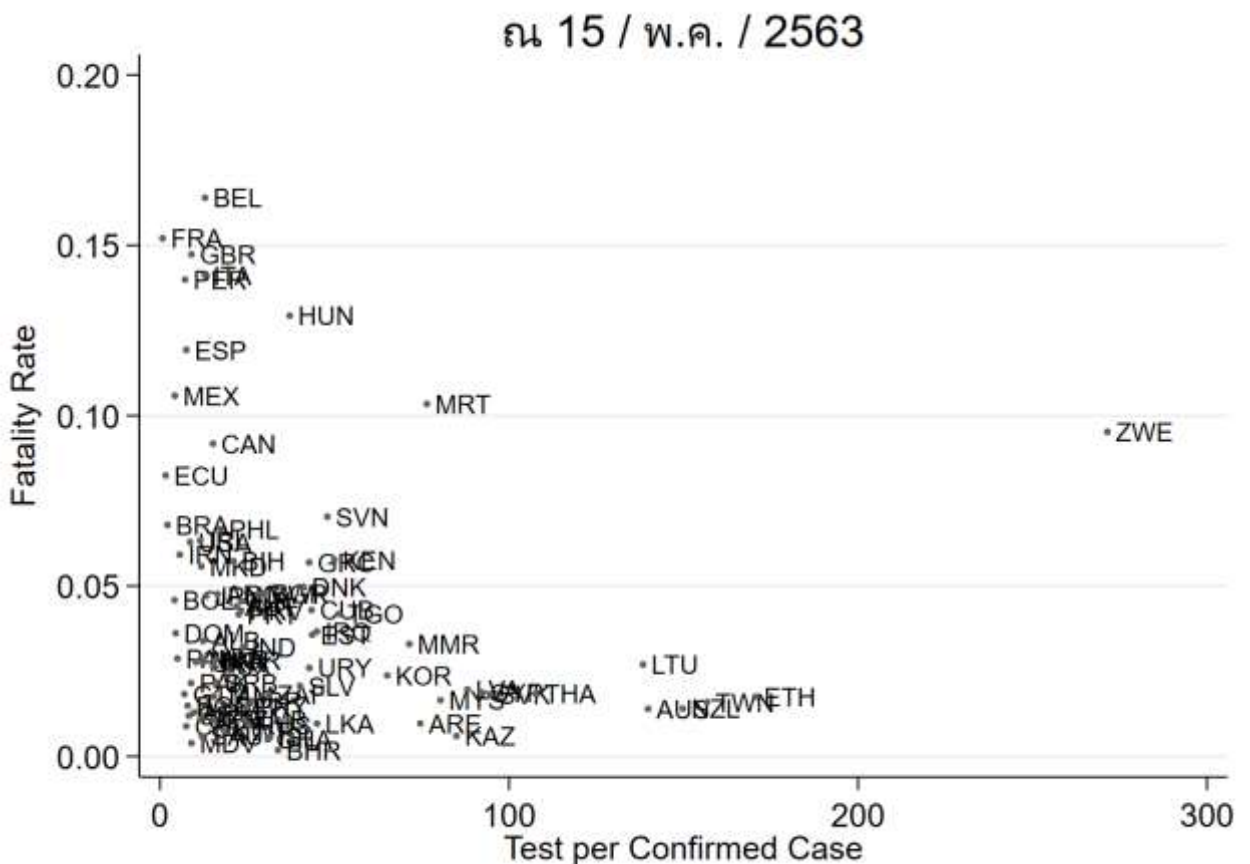
จะเห็นได้ว่า ที่ผ่านมามาโดยภาพรวม เมื่อเทียบกับ Containment and Health Index ไทยมีการปรับมาตรการที่สอดคล้องกับภาวะการระบาดพอสมควร โดยถ้าพิจารณาในรายมาตรการ จะพบว่าในบรรดามาตรการจำกัดและปิดกิจกรรมต่างๆ เช่น การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน การห้ามกิจกรรมในที่สาธารณะ และการห้ามการรวมกลุ่มนั้น ไทยมีการปรับมาตรการที่สอดคล้องกับภาวะการระบาด ยกเว้นมาตรการด้านขนส่งสาธารณะและการเดินทางภายในประเทศที่ไม่ได้ปรับให้เข้มงวดขึ้นตามสถานการณ์นัก แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตด้วยว่า หลายประเทศก็ไม่เข้มงวดกับมาตรการขนส่งสาธารณะมากนัก ส่วนใหญ่จะให้เปิดตามปกติแต่มีคำแนะนำหรือมาตรการอื่นๆ (เช่น หน้ากาก) เพิ่มเติม

มาตรการด้านสาธารณสุขของไทยโดยภาพรวมในช่วงหนึ่งถึงสองปีแรกไม่ค่อยมีการปรับให้เข้มงวดหรือผ่อนคลายตามภาวะการระบาดอย่างชัดเจน โดยมักจะคงความเข้มงวดเอาไว้แม้ในช่วงระหว่างระลอกการระบาดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่น้อย แต่มักจะผ่อนคลายลงเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า เช่น ในการระบาดระลอกหลังๆ ที่ถึงแม้จะมีตัวเลขการระบาดที่สูงกว่ารอบแรกๆ มาก แต่หลายมาตรการกลับผ่อนคลายลง โดยเฉพาะมาตรการจำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากรัฐบาลเห็นว่าประเทศเริ่มแบกรับต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นไม่ไหว ประกอบกับความกลัวโรคของประชาชนก็ลดต่ำลงด้วย ทำให้รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะผ่อนคลายมาตรการเหล่านี้ลงตามลำดับ

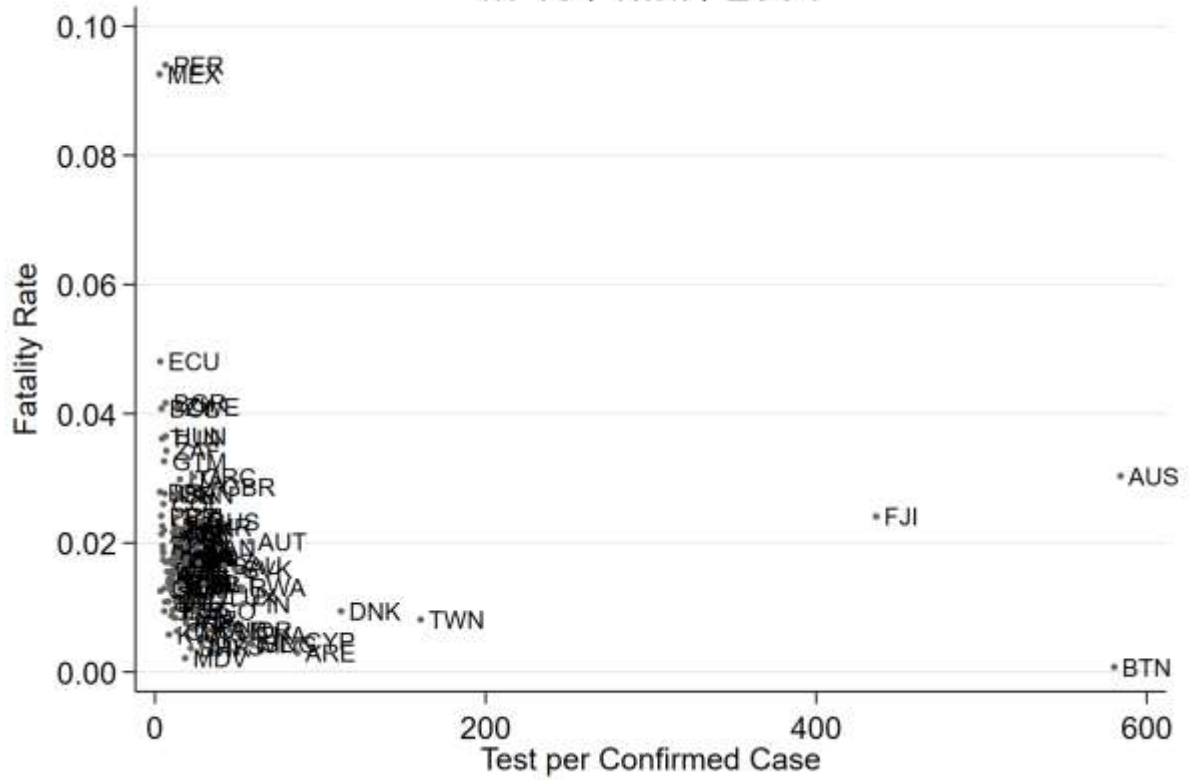
คำถามต่อมาคือ การดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถในการคุมภาวะการระบาดหรือไม่ และมีต้นทุนอย่างไรบ้าง ซึ่งจะช่วยเราวิเคราะห์ความจำเป็นหรือไม่ของการดำเนินมาตรการสาธารณสุขในแบบที่เข้มงวดขึ้น

ส่วนแรก คือ มาตรการระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนที่มีความตรงไปตรงมาและเป็นที่ยอมรับกันว่าควรต้องยกระดับขึ้นในช่วงที่มีการระบาดหรือช่วงที่มีความเสี่ยงที่ของการระบาดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการตรวจเชื้อและการฉีดวัคซีน ซึ่งในช่วงต้นปี 2564 ประเทศไทยยังมีสัดส่วนคนที่ได้รับวัคซีนน้อยมาก ก่อนที่จะสามารถเพิ่มสัดส่วนผู้รับวัคซีนได้มากขึ้นในช่วงต่อมา และเมื่อเทียบข้อมูลอัตราการตายกับสัดส่วนจำนวนการตรวจต่อจำนวนผู้ติดเชื้อจะเห็นแนวโน้มที่พอจะอนุมานได้ว่า เมื่อมีสัดส่วนการตรวจต่อจำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตก็มีแนวโน้มลดลง ซึ่งคงจะเกิดจากการตรวจเพิ่มขึ้นทำให้พบผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการหนักและมีโอกาสเข้ารับการรักษาเร็วขึ้นและรักษาหายมากขึ้นตามไปด้วย

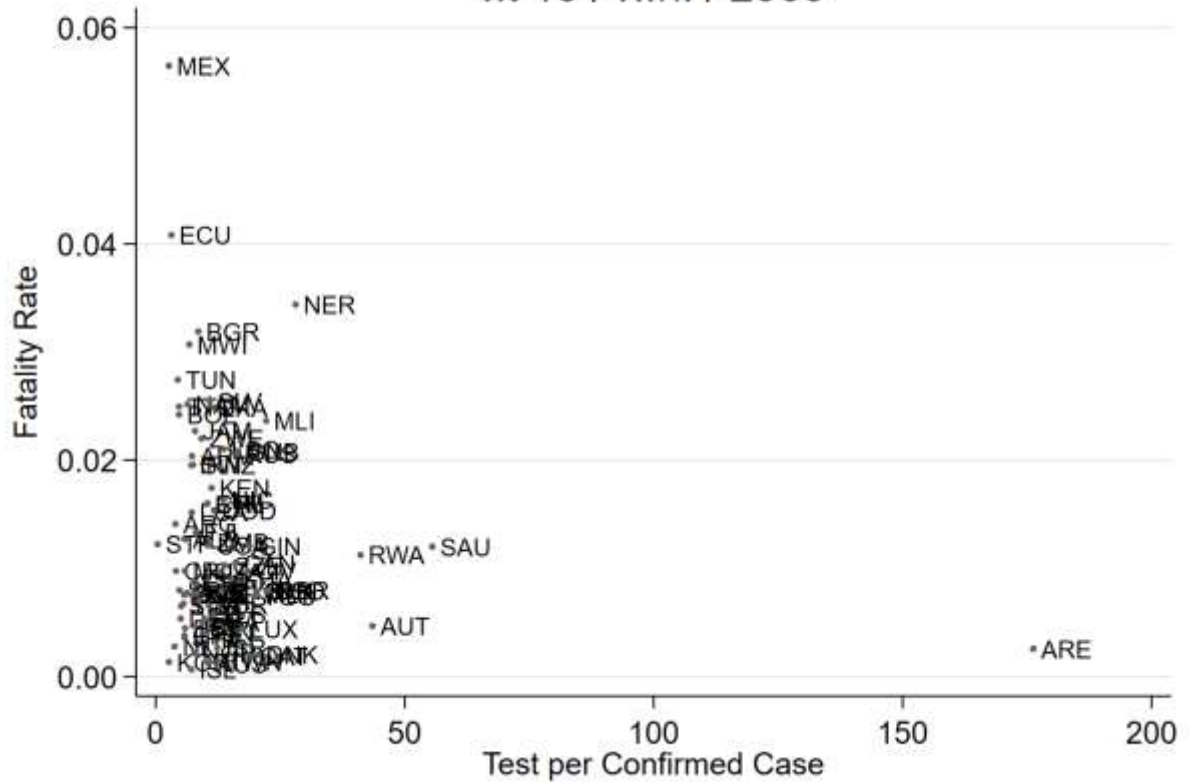
รูปที่ 64 อัตราการตายเทียบกับสัดส่วนจำนวนการตรวจต่อจำนวนผู้ติดเชื้อ



ณ 15 / พ.ค. / 2564



ณ 15 / พ.ค. / 2565



ที่มา: Our World in Data (2022)

สำหรับมาตรการอื่นๆ อาจมีคำถามถึงความจำเป็นในการยกระดับความเข้มงวด โดยเฉพาะมาตรการการจำกัดหรือระงับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ซึ่งที่ผ่านมาก็มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่งให้ความเห็นว่า การยกระดับความเข้มงวดไปตามภาวะการระบาดไม่ได้เกิดขึ้นหรือมีผลจริงในทางปฏิบัติ⁹² เนื่องจากหลายประเทศ (รวมถึงไทย) มีการระบาดในระลอกหลังที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้การดำเนินมาตรการเข้มงวดบางมาตรการแบบก่อนหน้า อาจจะไม่ได้ออกผลมากเหมือนเดิม หรือรัฐบาลไม่มีกำลังที่จะดำเนินมาตรการให้ครอบคลุมได้ (เช่น มาตรการ Contact tracing และการตรวจเชิงรุก) แต่ความสัมพันธ์ที่เห็นนี้ไม่ได้หมายความว่า การดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดจะไม่มีประโยชน์ต่อการควบคุมการระบาด

การศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มงวดของมาตรการกับผลลัพธ์การควบคุมการระบาดนั้น ตัวเลขทั้งสองมักมีความสัมพันธ์เชิงบวก Positive Correlation เนื่องจากประเทศต่างๆ มักกำหนดมาตรการที่เข้มงวดขึ้นตามภาวะการระบาดที่รุนแรงขึ้น จึงไม่สามารถดูจากสถิติเชิงพรรณนาทั่วไป การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลเพื่อประเมินผลกระทบของมาตรการต่อภาวะการระบาด จึงต้องใช้แบบจำลองทางสถิติเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาที่ทำได้ เช่น Deb, Furceri, Ostry, and Tawk, (2020) จาก IMF ที่ใช้ข้อมูลมาตรการภาครัฐจาก OxCGRT ร่วมกับข้อมูลการเดินทางใน Apple Map's Mobility Trends Report and Google Mobility Reports มาประเมินผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อ ด้วยวิธีการ difference-in-difference ได้ข้อสรุปว่าการดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Goldstein, P, E Levy Yeyati and L Sartorio (2021) ที่ใช้ข้อมูลมาตรการภาครัฐจาก OxCGRT ร่วมกับข้อมูลการเดินทางใน Google Mobility Reports มาประเมินผลต่ออัตราการขยายเชื้อโควิด-19 (Reproduction Rate: R) ด้วยวิธีการ Fixed Effect Regression ร่วมกับ Dynamic Regression ได้ข้อสรุปว่าการดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดส่งผลให้อัตราการขยายเชื้อโควิด-19 ลดลงแบบลดน้อยถอยลง กล่าวคือเมื่อเริ่มปรับมาตรการให้มีความเข้มงวดมากขึ้นค่า R จะลดลงมาแค่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ผลจะน้อยลงหรือการระบาดอาจเพิ่มกลับขึ้นมาเมื่อเวลาผ่านไป

สำหรับต้นทุนของการดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดนั้น Cross, Ng, & Scuffham, (2020) ได้ศึกษาผลของการดำเนินมาตรการแบบเข้มงวดต่อเศรษฐกิจ พบว่าการดำเนินมาตรการ ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะการระบาด ทั้ง 3 ส่วนมีความสัมพันธ์ที่ส่งผลย้อนกันไปมา การศึกษาดังกล่าวได้ใช้ Multilevel mixed-effects negative binomial regression models ในการศึกษาผลของการดำเนินมาตรการต่อภาวะการระบาด และใช้ multilevel mixed-effects linear regression model ในการศึกษาผลของภาวะการระบาดต่อ GDP ข้อสรุปในภาพรวมคือ **ผลของมาตรการแบบเข้มงวดต่อ GDP ขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศและช่วงเวลาที่ใช้มาตรการมากกว่าระดับความเข้มงวดของมาตรการ**

⁹² รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ เมื่อวันที่ 27 พ.ย. 63 โดยมติชนออนไลน์

ทั้งนี้ หากเทียบผลต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ระหว่างการดำเนินมาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรมที่มีความเข้มงวดมาก กับที่มีความเข้มงวดน้อย Zhang et al. (2022)⁹³ ซึ่งใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ของญี่ปุ่น ได้แก่ข้อมูลการเดินทางของผู้คน (ติดตามผ่านตำแหน่งสัญญาณมือถือ) ข้อมูลธุรกรรมการเงินของธุรกิจ ประกอบกับข้อมูลตัวแปรเศรษฐกิจสังคมอื่นๆ ในการศึกษาผลของมาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรมที่ระดับความเข้มงวด 3 ระดับ (คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ) ต่อพฤติกรรมเคลื่อนไหวและการทำธุรกรรมของผู้คน และผลต่อการควบคุมการระบาดบน SEIR model และใช้แบบจำลอง Agent-based Input-output Model ในการประมาณค่ามูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจที่เสียหายไปจากมาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรม ณ ระดับความเข้มงวดต่างๆ พบว่าในระยะสั้นนั้น ยิ่งภาครัฐดำเนินมาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรมที่รุนแรงจะส่งผลให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจที่สูงขึ้น แต่ก็สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อ (Total Case Number: TCN) ได้มากขึ้น และเมื่อประมาณผลในระยะปานกลางขึ้นไป ก็พบว่ามาตรการในระดับความเข้มงวดสูง จะช่วยให้ลดระยะเวลาของการดำเนินมาตรการให้สั้นลง และส่งผลเสียหายต่อเศรษฐกิจน้อยกว่าการดำเนินมาตรการในระดับความเข้มงวดปานกลางและต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarez et al. (2020)⁹⁴ ซึ่งใช้ข้อมูลของสหรัฐอเมริกา ที่พบว่ามาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรมจะมีผลต่อการควบคุมการระบาดแค่ในระยะสั้นเท่านั้น แต่ในระยะยาวจะส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจโดยได้ผลในการควบคุมการระบาดที่ไม่ดีนัก ดังนั้น การดำเนินมาตรการที่เข้มงวดในระยะสั้นจึงเป็นทางเลือกที่ดีกว่าทั้งในการควบคุมการระบาดและในด้านความรุนแรงของผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

โดยสรุปแล้ว ที่ผ่านมามีการดำเนินมาตรการจำกัดหรือปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่างๆ ในระดับที่ใกล้เคียงกับหลายประเทศทั่วโลก ยกเว้นมาตรการระบบสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการตรวจเชื้อและการฉีดวัคซีน ที่ทำค่อนข้างน้อยในช่วงแรกของการระบาด ซึ่งคงเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรในขณะนั้น แต่ก็ได้ยกระดับมากขึ้นในช่วงต่อมา ในภาพรวมแล้ว ความเข้มข้นของการดำเนินมาตรการของไทยค่อนข้างสอดคล้องกับภาวะการระบาดในแต่ละช่วง ยกเว้นกลุ่มมาตรการที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และในภาพรวมของโลกก็พบว่าประเทศที่มีการตรวจเชื้อในสัดส่วนที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีอัตราการตายที่ต่ำกว่า

นัยของการที่มีต่อการดำเนินมาตรการเพื่อรับมือการระบาดในช่วงต่อไปซึ่งไทยมีแนวโน้มที่จะผ่อนคลายมาตรการควบคุมลงเรื่อยๆ นั้น ก็ควรต้องให้ความสำคัญกับมาตรการด้านระบบสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะมาตรการวัคซีนซึ่งมีส่วนช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคนี้อ รวมถึงมาตรการควบคุมโรคทั้งในระบบสาธารณสุขของประเทศ และมาตรการสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ให้ประชาชนสวมหน้ากากในพื้นที่ปิดหรือพื้นที่เปิดที่ไม่สามารถและเว้นระยะห่างทางกายภาพได้อย่างเพียงพอ *มากกว่าการใช้มาตรการ*

⁹³ Zhang, H., Li, P., Zhang, Z., Li, W., Chen, J., Song, X., Shibasaki, R., & Yan, J. (2022). Epidemic versus economic performances of the COVID-19 lockdown: A big data driven analysis. *Cities*, 120 (January 2022), 103502. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103502>

⁹⁴ Alvarez, F., Argente, D., & Lippi, F. (2020). A Simple Planning Problem for COVID-19 Lockdown. In *Geospatial Health* (Vol. 17, Issue s1). <https://doi.org/10.3386/w26981>

จำกัดหรือปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่างๆ เป็นเวลานาน ที่มีผลน้อยลงในระยะยาว ในขณะที่อาจทำให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจที่สูงจากการใช้มาตรการเหล่านี้ต่อเนื่องในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ดำเนินการหรือใช้ข้อมูลจากในช่วงปี 2563-2564 ก่อนที่จะเกิดการระบาดในระลอกโอมิครอนที่ระบาดหนักในปี 2565 ซึ่งหลังจากการระบาดอย่างรวดเร็วในระลอกนี้ ก็พบว่าหลายประเทศหยุดมาตรการตรวจเชิงรุก/ติดตามสืบสวนโรค/กักตัว (active case finding/contact tracing & investigation/quarantine) ซึ่งเคยเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการต่อสู้กับโควิด-19 ในหลายประเทศ เมื่อเทียบกับการจำกัดกิจกรรมและการปิดสถานที่ แต่เมื่อการระบาดลุกลาม ประเทศส่วนใหญ่ก็มักจะทำมาตรการเหล่านี้ไม่ทัน หรือไม่มีศักยภาพพอที่จะสามารถแยกผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยออกมาได้ ทำให้ต้องเลิกมาตรการเหล่านี้ไปโดยปริยาย (อาจจะยกเว้นเงินที่ยังพยายามใช้มาตรการเหล่านี้ในการดำเนินยุทธศาสตร์ zero covid ต่อไป)

10.2 มาตรการวัคซีนป้องกันโควิด-19

ตั้งแต่ปี 2563 ประเทศพัฒนาแล้วแทบทุกประเทศต่างก็ลงทุนสนับสนุนการวิจัยและ/หรือจองซื้อวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากในขณะนั้นประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ต่างก็คาดการณ์ตรงกันว่า การลงทุนหรือจองซื้อเพื่อให้ได้มาซึ่งวัคซีนที่มีคุณภาพน่าจะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า (cost-effective) มากกว่าทุกวิธีอื่นในการนำประเทศออกจากวิกฤตการระบาดไปสู่การฟื้นฟูประเทศได้เร็วที่สุด หรืออีกนัยหนึ่งวัคซีนที่มีคุณภาพเป็นทางออก (หรือ “Exit Strategy”) ที่จะช่วยฟื้นฟูเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการนำประชาชนออกจากภาวะการระบาดหนักไปสู่การใช้ชีวิตปกติ ถึงแม้ว่าในช่วงต่อมากจะพบว่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ๆ ได้จำกัด แต่ก็ยังมีหลักฐานชัดเจนว่าวัคซีนช่วยลดการป่วยหนักหรือเสียชีวิตได้เป็นอย่างมากเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับวัคซีนอย่างเพียงพอ

ด้วยเหตุนี้ ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้ว จึงพยายามแย่งกันจองซื้อวัคซีน หลายประเทศจองซื้อวัคซีนเป็นจำนวนหลายเท่าของประชากร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยง เช่น เมื่อไว้สำหรับกรณีที่วัคซีนของบางบริษัทที่จองไว้ไม่ประสบความสำเร็จ หรือมีผลข้างเคียงที่มากเกินไป ตัวอย่างเช่น บางประเทศสามารถเลิกหรือจำกัดการใช้วัคซีน AZ เมื่อเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงจนเกินไป และในกรณีที่มีวัคซีนเหลือ หลายประเทศก็นำไปบริจาคหรือแลกเปลี่ยนกับวัคซีนในอนาคตกับประเทศอื่น ซึ่งแม้ว่าผลของการใช้กลยุทธ์นี้ก็คือ เมื่อรวมเบ็ดเสร็จแล้ว ต้นทุนวัคซีนต่อโดสของประเทศเหล่านั้นจะแพงกว่าราคาวัคซีน (ซึ่งมีการตั้งราคาตั้งแต่ US\$5-30/โดส) แต่ประเทศเหล่านั้นก็ยังเห็นว่าการจองซื้อวัคซีนด้วยวิธีดังกล่าวเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าถ้าวัคซีนสามารถช่วยลดภาระโรคจากการป่วยหนักหรือเสียชีวิตได้ หรือสามารถช่วยให้เศรษฐกิจและประเทศฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

แนวทางนี้ยังเห็นได้ในปัจจุบัน ที่หลังจากโมเดอร์นาและไฟเซอร์ออกวัคซีนสองสายพันธุ์ (Bivalent ที่ประกอบด้วย Wuhan และ BA.1) เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าวัคซีนรุ่นต่อไปของโมเดอร์นาและไฟเซอร์จะออกมาในรูปแบบใด (เช่น เป็นวัคซีนสูตรผสม (Bivalent) สำหรับไวรัสไวรัสสายพันธุ์ใหม่กับสาย

พันธุ์เดิม หรือวัคซีนเดี่ยวสำหรับไวรัสสายพันธุ์ใหม่) และจะมีประสิทธิผลเพียงใด ก็มีข่าวว่าสหราชอาณาจักร ได้ทำสัญญากับทั้งบริษัทโมเดอร์นาและไฟเซอร์ไว้สำหรับวัคซีนในฤดูใบไม้ร่วงนี้แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่า ประเทศจะมีวัคซีนใหม่หรือที่เหมาะสมที่สุดในการรับมือกับการระบาดที่ยังคงดำเนินต่อไปในอนาคต⁹⁵ และ เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม สหราชอาณาจักรก็อนุมัติวัคซีนสองสายพันธุ์ (Bivalent ที่ประกอบด้วย Wuhan และ BA.1) ของโมเดอร์นาเป็นประเทศแรก และเมื่อ 3 กันยายน 2565 ก็อนุมัติวัคซีนสองสายพันธุ์ (Bivalent ที่ประกอบด้วย Wuhan และ BA.1) ของไฟเซอร์ ซึ่งแคนาดาที่เป็นอีกประเทศที่อนุมัติและทำสัญญาจองซื้อใน ทำนองเดียวกันด้วย เยอรมนีเริ่มฉีดในสัปดาห์ที่สองของเดือนกันยายน 2565 นี้⁹⁶ และญี่ปุ่นก็สั่งซื้อวัคซีนจาก สองบริษัทนี้มาฉีดให้กลุ่ม 60+ ตั้งแต่กลางเดือนกันยายนนี้แทนวัคซีนเดิม และจะขยายไปสู่กลุ่มอายุ 12+ และ 18+ (สำหรับวัคซีน Pfizer กับ Moderna ตามลำดับ) ในกลางเดือนตุลาคม 2565 โดยกระทรวงสุขภาพของ ญี่ปุ่นระบุว่าจะมีวัคซีนรุ่นใหม่เพียงพอสำหรับทุกคน

และในขณะที่ FDA ของสหรัฐฯ อนุมัติวัคซีนสองสายพันธุ์ข้างต้น (Bivalent ที่ประกอบด้วย Wuhan และ BA.1) แต่ได้กดดันให้ Pfizer และ Moderna ไปผลิตวัคซีนสองสายพันธุ์ (Bivalent สำหรับ Wuhan กับ BA.5 & 4) และก็ได้ทำสัญญากับสองบริษัทนี้ และเมื่อ 31 ส.ค. 2565 องค์การอาหารและยา (FDA) ของสหรัฐฯ ก็ได้อนุมัติวัคซีนสองสายพันธุ์ชนิดนี้สำหรับใช้เป็นเข็มกระตุ้น (สำหรับอายุ 12+ และ 18+ สำหรับวัคซีน Pfizer กับ Moderna ตามลำดับ) และจะเลิกอนุมัติวัคซีนเข็มกระตุ้นแบบ mRNA ที่เป็น วัคซีนตัวเดิม (Univalent) ด้วย ซึ่งแม้ว่าในขณะนี้เป็นการอนุมัติสำหรับเป็นเข็มกระตุ้น (booster dose) เท่านั้น แต่ก็น่าจะส่งผลทำให้วัคซีน mRNA รุ่นเดิม (Univalent ที่ผลิตเพื่อรับมือเชื้อ Wuhan อย่าง เดียว) ล้าสมัยไปในเร็ว ๆ นี้

สำหรับไทยนั้น เมื่อวันที่ 6 ก.ย. 2565 นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เปิดเผยถึง การเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการวัคซีนปี 2566 โดยเฉพาะการนำเข้าวัคซีนป้องกันโควิดรุ่นใหม่ ที่ รองรับโอมิครอนด้วย ว่ากระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังศึกษาและพิจารณาเรื่องนี้ ซึ่งจะมี การประชุมคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติในเดือนตุลาคม 2565 นี้

10.2.1 วัคซีนป้องกันโควิด-19 และประสิทธิภาพของวัคซีน

ณ วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่อยู่ในขั้นการทดลองทางคลินิกกับมนุษย์ (clinical trials on humans) แล้ว 123 ตัว โดยมีวัคซีนที่อยู่ในการทดลองขั้นสุดท้าย 48 ตัว ซึ่งในจำนวนนี้มี วัคซีนหลายตัวที่ถือเป็นผู้ริเริ่มและได้รับการยอมรับในบางประเทศแล้ว เช่น ไฟเซอร์ (Pfizer-BioNTech) โม

⁹⁵ <https://www.theguardian.com/world/2022/jul/04/whats-the-uks-booster-policy-ahead-of-a-feared-autumn-covid-wave>

⁹⁶ <https://www.reuters.com/world/europe/germany-start-omicron-adapted-covid-vaccinations-next-week-minister-2022-09-01/?fbclid=IwAR2cmeOfPxuHzvbScVLKOOFn25jlvj-jeen9HBL68CJcMH6OMHrAyMIFw1O>

เดอรินา (Moderna) แอสตราเซนเนกา (Oxford-AstraZeneca) จอห์นสันแอนด์จอห์นสัน (Johnson & Johnson) ซิโนฟาร์ม (Sinopharm) ซิโนแวค (Sinovac) เป็นต้น ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 วัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่เป็นที่ยอมรับและได้รับการยอมรับในบางประเทศ

Leading vaccines

Developer	How It Works	Phase	Status
 Pfizer-BioNTech	mRNA	3	Approved in U.S., other countries. Emergency use in many countries.
 Sinopharm	Inactivated	3	Approved in China, Bahrain. Emergency use in many countries.
 Oxford-AstraZeneca	ChAdOx1	2 3	Approved in Brazil, India. Emergency use in many countries.
 Sinovac	Inactivated	3	Approved in China. Emergency use in many countries.
 Moderna	mRNA	3	Approved in U.S., Canada, Switzerland. Emergency use in many countries.
 Novavax	Protein	3	Approved in Canada, South Korea. Emergency use in several countries.
 Bharat Biotech	Inactivated	3	Approved in India. Emergency use in other countries.
 Johnson & Johnson	Ad26	3	Approved in Canada. Limited in U.S. Emergency use in many countries.
 Baylor-Biological E	Protein	3	Emergency use in India, Botswana.
 Gamaleya	Ad26, Ad5	3	Approved in Russia. Emergency use in many countries.

ที่มา: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>

(ข้อมูลเมื่อวันที่ 25 ก.ค. 2565)

ในด้านประสิทธิภาพวัคซีน สถาบันเพื่อการวัดและประเมินผลด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยวอชิงตันดีซี (University of Washington DC's Institute for Health Metrics and Evaluation: IHME) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ผ่าน peer-review ทั้งในรูปแบบสิ่งตีพิมพ์ รายงาน และบทความข่าว มาสังเคราะห์ว่าวัคซีนแต่ละชนิดสามารถป้องกันการติดเชื้อในลักษณะที่แตกต่างกันได้อย่างไร โดยแบ่งการติดเชื้อจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ การติดเชื้อแบบแสดงอาการ และการติดเชื้อแบบมีอาการรุนแรงจนอาจถึงขั้นเสียชีวิต โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพในกรณีที่ได้รับวัคซีนเพียงโดสแรกกับกรณีที่ได้รับวัคซีนครบโดสแล้ว (ยกเว้นวัคซีนยี่ห้อที่ออกแบบให้ฉีดเพียงหนึ่งโดสอย่าง Johnson & Johnson) ในการป้องกันโควิด-19

สายพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ สายพันธุ์ชนิด D614G สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) สายพันธุ์เบตา (B.1.351) สายพันธุ์แกมมา (P.1) สายพันธุ์เดลตา (B.1.617.2) ทั้งนี้ หากงานวิจัยได้ไม่ได้รับสายพันธุ์ ก็จะสมมติว่าเป็นสายพันธุ์ที่ระบาดอย่างมากในภูมิภาคที่สถาบันที่ทำการศึกษาดังอยู่ รายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวนโดส	Pfizer-BioNTech	Moderna	Oxford-AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
การติดเชื้อ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	โดสแรก	สหรัฐอเมริกา (บุคลากรทางการแพทย์): 85% (69% - 93%)	สหรัฐอเมริกา (บุคลากรทางการแพทย์): 88% (61% - 96%)			
	ครบโดส	สหรัฐอเมริกา (บุคลากรทางการแพทย์): 94% (82% - 98%)	สหรัฐอเมริกา (บุคลากรทางการแพทย์): 84% (31% - 96%)			
การติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	ครบโดส	อิสราเอล: 94% (93.3% - 95.3%)			การทดลอง (สหรัฐอเมริกา แอฟริกาใต้ และบราซิล): 65.5% (39.9% - 81.1%)	
การติดเชื้อแบบแสดงอาการ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	ครบโดส	สหราชอาณาจักร: 93.3% (85.8% - 96.8%) สหราชอาณาจักร: 89% (85% - 93%) อิสราเอล: 98% (97.6% - 98.3%) การทดลอง (ติดตามผล 4		การทดลอง (สหราชอาณาจักร แอฟริกาใต้ และบราซิล): 66.7% (57.4% - 74.0%) สหราชอาณาจักร: 78% (69.7% - 84%) การทดลอง (แอฟริกาใต้):	การทดลอง (สหรัฐอเมริกา แอฟริกาใต้ และบราซิล): 66.1% (55.0% - 74.8%)	สหราชอาณาจักร การทดลองระยะที่สาม (7 วัน หลังจากได้รับวัคซีนโดสที่สอง): 89.7% (80.2% - 94.6%)

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โดส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
		เดือน ในหลาย ประเทศ): 83.7% (74.7% - 89.9%)		21.9% (-49.9% - 59.8%)		
การติดเชื้อ แบบแสดง อาการ รุนแรง (ไม่เจาะจง สายพันธุ์)	ครบ โดส	อิสราเอล ระดับประเทศ: 97.5% (97.1% - 97.8%) อิสราเอล (กรณี รักษาตัวอยู่ใน สถานพยาบาล): 98.2% (97.5% - 98.7%) อิสราเอล (กรณี เสียชีวิต): 98.5% (97.4% - 99.2%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์ ชนิด D614G	โดส แรก	เครือข่าย SIREN สหราชอาณาจักร (วันที่ 0-21): 89.6% (85.2% - 92.6%) สถาน SHEBA อิสราเอล (วันที่ 15-28): 75% (72% - 84%) สถาน CLALIT อิสราเอล (วันที่ 14-20): 46% (40% - 51%)	การทดลอง (วันที่ 0-21): 89.6% (85.2% - 92.6%)			
	ครบ โดส	เครือข่าย SIREN สหราชอาณาจักร: 86% (76% - 97%) สถาน CLALIT		การทดลอง (สหราชอาณาจักร): 51.9% (42.0% - 60.1%)		

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โดส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
		อิสราเอล: 92% (88% - 95%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์ ชนิด D614G แบบแสดง อาการ	โดส แรก	การทดลอง (วันที่ 0-21): 52% (29.5% - 68.4%) สถาบัน SHEBA อิสราเอล (วันที่ 15-28): 85% (71% - 92%) สถาบัน CLALIT อิสราเอล (วันที่ 14-20): 57% (50% - 63%) สถาบัน Maccabi อิสราเอล (วันที่ 13-24): 51.4% (-7.2% - 78.0%) สหราชอาณาจักร อาณานิคม (วันที่ 28+ อายุ 80 ปี+): 57% (48% - 63%)		แคนาดา: 78% (41% - 92%)		
	ครบ โดส	การทดลอง (ต้นฉบับ): 94.6% (90.3% - 97.6%) การทดลอง (ฉบับปรับปรุง): 91.3% (89.0% - 93.2%) สถาบัน CLALIT อิสราเอล: 94%	การทดลอง: 94.1% (89.3% - 96.8%) แคนาดา: 91% (64% - 98%)	การทดลอง (สหราชอาณาจักร): 74.2% (65% - 81%)	การทดลอง (สหรัฐอเมริกา): 72.0% (58.2% - 81.7%)	การทดลอง (สหราชอาณาจักร): 89.3% (75.2% - 95.4%)

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โดส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
		(87% - 98%) สหราชอาณาจักร (อายุ 80 ปี+): 88% (84% - 90%) แคนาดา: 92% (96% - 86%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์ ชนิด D614G แบบแสดง อาการ รุนแรง	โดส แรก	การทดลอง: 100% (-52% - 100%) สถาบัน CLALIT อิสราเอล (วันที่ 14-21): 62% (39% - 80%)				
	ครบ โดส	การทดลอง: 75% (-152.6% - 99.5%) สถาบัน CLALIT อิสราเอล: 92% (75% - 100%) แคนาดา: 97% (79% - 100%)	การทดลอง: 100% (วารสาร New England) แคนาดา (27 วันหลังได้รับ โดสที่สอง): 96% (85.3% - 90.1%)		การทดลอง (สหรัฐอเมริกา): 85.9% (-9.4% - 99.7%)	
การติดเชื้อ สายพันธุ์ อัลฟา (B.1.1.7)	ครบ โดส	กาดาร์: 89.5% (85.9% - 92.3%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์ อัลฟา (B.1.1.7) แบบไม่แสดง อาการ	ครบ โดส	อิสราเอล ระดับประเทศ: 91.5% (90.7% - 92.2%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์	โดส แรก					สหราชอาณาจักร การ

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โดส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
อัลฟา (B.1.1.7) แบบแสดง อาการ						ทดลองระยะที่ สาม: 86.3% (71.3% - 93.5%)
	ครบ โดส	อิสราเอล ระดับประเทศ: 97.0% (96.7% - 97.2%) สกอตแลนด์: 92% (90% - 93%) สหราชอาณาจักร: 93.7% (91.6% - 95.5%) แคนาดา: 89% (87% - 91%)	แคนาดา: 91% (84% - 95%) กาตาร์: 100% (91.9% - 100%)	การทดลอง (แบบ เจาะจง สายพันธุ์): 74.6% (41.6% - 88.9%) สกอตแลนด์: 73% (66% - 78%) สหราชอาณาจักร: 74.5% (68.4% - 79.4%) แคนาดา: 75% (98% - 97%)		การทดลอง (แบบเจาะจง สายพันธุ์): 86% (59.2% - 95.0%)
การติดเชื้อ สายพันธุ์ อัลฟา (B.1.1.7) แบบแสดง อาการ รุนแรง	ครบ โดส	กาตาร์: 100.0% (81.7% - 100.0%) สหราชอาณาจักร: 95% (78% - 99%) แคนาดา: 96% (93% - 98%)	แคนาดา: 94% (97% - 90%)	สหราชอาณาจักร: 86% (53% - 96%) แคนาดา (27 days after dose 2): 67% (155% - 96%)		
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบ ตา (B.1.351)	ครบ โดส	กาตาร์: 75% (70.5% - 78.9%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบ ตา (B.1.351) แบบแสดง อาการ	โดส แรก		แคนาดา: 78% (60% - 88%)*	แคนาดา: 50% (27% - 66%)*		
	ครบ โดส	การทดลอง (แอฟริกาใต้): 100% (53.5% -	กาตาร์: 96.4%	การทดลอง (แอฟริกาใต้):	การทดลอง (แอฟริกาใต้): 64.0%	การทดลอง (แอฟริกาใต้):

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โศส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
		100.0%) แคนาดา: 85% (70% - 93%)*	(91.9% - 98.7%)	10.4% (76.8 - 54.8%)	(41.2% - 78.7%)	51.0% (-0.6% - 76.2%)
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบ ตา (B.1.351) แบบแสดง อาการ รุนแรง	โศส แรก		แคนาดา: 94% (75% - 99%)*	แคนาดา: 82% (61% - 92%)*		
	ครบ โศส	กาดาร์: 100.0% (73.7% - 100.0%) แคนาดา: 98% (82% - 100%)*			การทดลอง (แอฟริกาใต้): 81.7% (46.2% - 95.4%)	
การติดเชื้อ สายพันธุ์ แกมมา (P.1) แบบ แสดงอาการ	โศส แรก		แคนาดา: 78% (60% - 88%)*	แคนาดา: 50% (27% - 66%)*		
	ครบ โศส	แคนาดา: 85% (70% - 93%)*		การทดลอง (บราซิล, แบบไม่ เจาะจงสายพันธุ์): 57.6% (40.7% - 69.7%)	การทดลอง (บราซิล): 68.1% (48.8% - 80.7%)	
การติดเชื้อ สายพันธุ์ แกมมา (P.1) แบบ แสดงอาการ รุนแรง	โศส แรก		แคนาดา: 94% (75% - 99%)*	แคนาดา: 82% (61% - 92%)*		
	ครบ โศส	แคนาดา: 98% (82% - 100%)*			การทดลอง (บราซิล): 87.6% (7.8% - 99.7%)	
การติดเชื้อ สายพันธุ์เดล ตา (B.1.617.2) แบบแสดง อาการ	โศส แรก		แคนาดา: 70% (52% - 81%)	แคนาดา: 70% (46% - 83%)		
	ครบ โศส	สกอตแลนด์: 79% (75% - 82%) สหราชอาณาจักร: 88% (85.3% -		สกอตแลนด์: 60% (53% - 66%) สหราชอาณาจักร: 67% (61.3% - 71.8%)		

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวนโดส	Pfizer-BioNTech	Moderna	Oxford-AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
		90.1%) แคนาดา: 85% (59% - 94%)				
การติดเชื้อสายพันธุ์เดลตา (B.1.617.2) แบบแสดงอาการรุนแรง	โดสแรก	แคนาดา: 78% (64% - 87%)	แคนาดา: 95% (67% - 99%)	แคนาดา: 87% (56% - 96%)		
	ครบโดส	สหราชอาณาจักร: 96% (86% - 99%)		สหราชอาณาจักร: 92% (75% - 97%)		
หมายเหตุ		การศึกษาที่เป็นการศึกษาของการทดลอง (Trial) การศึกษาของอิสราเอล และการศึกษาของสหราชอาณาจักร ถูกสมมติให้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันสายพันธุ์ชนิด D614G และ B.1.1.7 *ผลลัพธ์ที่ได้นั้นเป็นประสิทธิผลในการป้องกันทั้งสายพันธุ์เบตาและแกมมา รวมกัน	การศึกษาที่เป็นการศึกษาของการทดลอง (Trial) ถูกสมมติให้เป็นการศึกษาประสิทธิผลการป้องกันสายพันธุ์ชนิด D614G และ B.1.1.7 *ผลลัพธ์ที่ได้นั้นเป็นประสิทธิผลในการป้องกันทั้งสายพันธุ์เบตาและแกมมา รวมกัน	การวัดประสิทธิผลการป้องกันสายพันธุ์ B.1.1.7 และสายพันธุ์ B.1.351 จะยึดตาม Sequenced Samples ในขณะที่สายพันธุ์ P.1 จะยึดตามสถานที่ทำการทดลอง (บราซิล)	ประสิทธิภาพวัดจากผลลัพธ์หลังฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ 28 เป็นต้นไป ยึดตามสถานที่ทำการทดลอง (สหรัฐอเมริกา บราซิล และแอฟริกาใต้): Sequenced Samples ในแอฟริกาใต้ คือสายพันธุ์ B.1.351 69.4% ของ Sequenced Samples ในบราซิล คือสายพันธุ์ P.1 96.4% ของ Sequenced Samples ใน	92.7% ของ Sequenced Samples ในแอฟริกาใต้ คือสายพันธุ์ B.1.351

ลักษณะการ ติดเชื้อ	จำนวน โดส	Pfizer- BioNTech	Moderna	Oxford- AstraZeneca	Johnson & Johnson	Novavax
					สหรัฐอเมริกา คือ D614G	

ที่มา: [www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-](http://www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-summary?fbclid=IwAR1221ZkheGsOoLbKOUeym2E0BkTOOhC2FJjapwTahRkZ5bdvji9XKcfXSc)

[summary?fbclid=IwAR1221ZkheGsOoLbKOUeym2E0BkTOOhC2FJjapwTahRkZ5bdvji9XKcfXSc](http://www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-summary?fbclid=IwAR1221ZkheGsOoLbKOUeym2E0BkTOOhC2FJjapwTahRkZ5bdvji9XKcfXSc)

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 (ต่อ)

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวน โดส	Sputnik V	CoronaVac	Sinopharm	CanSinoBio	Covaxin
การติดเชื้อ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ แบบไม่แสดงอาการ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	ครบ โดส					
การติดเชื้อ แบบแสดงอาการ (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	ครบ โดส		การทดลอง (ตุรกี): 83.5% (65.4% - 92.%) ซิลี: 65.9% (65.2% - 66.6%)	การทดลอง: 72.5% (ไม่ได้ รายงาน)	การทดลอง: 65.7% (ไม่ได้ รายงาน)	การทดลอง: 78% (61% - 88%)
การติดเชื้อ แบบแสดงอาการ รุนแรง (ไม่เจาะจงสายพันธุ์)	ครบ โดส		การทดลอง (ตุรกี): 100% (20.4% - 100%) ซิลี (กรณีรักษา ตัวใน สถานพยาบาล): 87.5% (86.7% - 88.2%) ซิลี (กรณี เสียชีวิต): 86.3% (84.5% - 87.8%)			การทดลอง: 100% (60% - 100%)

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวน โดส	Sputnik V	CoronaVac	Sinopharm	CanSinoBio	Covaxin
การติดเชื้อสายพันธุ์ ชนิด D614G	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์ชนิด D614G แบบแสดง อาการ	โดส แรก					
	ครบ โดส	การทดลอง: 91.6% (85.6% - 95.2%)	การทดลอง (อินโดนีเซีย): 65.3% (25 ราย) การทดลอง (ตุรกี): 91.3% (29 ราย)			
การติดเชื้อ สายพันธุ์ชนิด D614G แบบแสดง อาการรุนแรง	โดส แรก					
	ครบ โดส	การทดลอง: 100% (94.4% - 100%)				
การติดเชื้อ สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7)	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) แบบไม่ แสดงอาการ	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) แบบแสดง อาการ	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) แบบแสดง อาการรุนแรง	ครบ โดส					

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวน โดส	Sputnik V	CoronaVac	Sinopharm	CanSinoBio	Covaxin
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบตา (B.1.351)	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบตา (B.1.351) แบบ แสดงอาการ	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์เบตา (B.1.351) แบบ แสดงอาการรุนแรง	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์แกมมา (P.1) แบบแสดง อาการ	โดส แรก					
	ครบ โดส		การทดลอง (บราซิล): 50.3% (252 ราย แบ่งเป็น ยาหลอก 167 ราย และวัคซีน 85 ราย บราซิล (บุคลากรทาง การแพทย์): 36.8% (54.9% - 74.2%)			
การติดเชื้อ สายพันธุ์แกมมา (P.1) แบบแสดง อาการรุนแรง	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์เดลตา (B.1.617.2) แบบแสดงอาการ	โดส แรก					
	ครบ โดส					
การติดเชื้อ สายพันธุ์เดลตา	โดส แรก					

ลักษณะการติดเชื้อ	จำนวน โดส	Sputnik V	CoronaVac	Sinopharm	CanSinoBio	Covaxin
(B.1.617.2) แบบแสดงอาการ รุนแรง	ครบ โดส					
หมายเหตุ		การศึกษาที่เป็น การทดลอง (Trial) ถูก สมมติให้เป็น การศึกษา ประสิทธิผล การป้องกัน สายพันธุ์ ชนิด D614G และ B.1.1.7		รายงานยังไม่ ถูกตีพิมพ์ (Unpublished reports)	รายงานยังไม่ ถูกตีพิมพ์ (Unpublished reports)	เป็นเพียงผล การศึกษาชั้น กลาง (Interim results)

ที่มา: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/COVID/2021/Vaccine_efficiency_summary_080521.pdf (ข้อมูลเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2564)

ต่อมา สถาบัน IHME ได้สร้างแบบจำลองเพื่อประมาณการประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยพิจารณาจาก 2 ปัจจัย คือ 1) ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบแสดงอาการ (Efficacy at preventing symptomatic disease) ซึ่งจะมีผลลดจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลและลดจำนวนผู้เสียชีวิต และ 2) ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ (Efficacy at preventing infection/Susceptibility) จากนั้นทำการประมาณค่าโดยแยกเป็น 6 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ดั้งเดิม สายพันธุ์อัลฟา สายพันธุ์เบตา สายพันธุ์แกมมา สายพันธุ์เดลตา และสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งสรุปไว้ในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 11 ผลการประมาณการประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคและการติดเชื้อ

Vaccine	Effectiveness at preventing											
	Ancestral		Alpha		Beta		Gamma		Delta		Omicron	
	Severe disease	Infection	Severe disease	Infection	Severe disease	Infection	Severe disease	Infection	Severe disease	Infection	Severe disease	Infection
AstraZeneca	94%	63%	94%	63%	94%	65%	94%	69%	94%	69%	71%	36%
CinSino	66%	62%	66%	62%	64%	61%	64%	61%	64%	61%	48%	32%
CoronaVac	50%	47%	50%	47%	49%	46%	49%	46%	49%	46%	37%	24%
Covaxin	78%	73%	78%	73%	76%	72%	76%	72%	76%	72%	57%	38%
Johnson & Johnson	86%	72%	86%	72%	76%	64%	76%	64%	76%	64%	57%	33%
Moderna	97%	92%	97%	92%	97%	91%	97%	91%	97%	91%	73%	48%
Novavax	89%	83%	89%	83%	86%	82%	86%	82%	86%	82%	65%	43%
Pfizer/BioNTech	95%	86%	95%	86%	95%	84%	95%	84%	95%	84%	72%	44%
Sinopharm	73%	68%	73%	68%	71%	67%	71%	67%	71%	67%	53%	35%
Sputnik-V	92%	86%	92%	86%	89%	85%	89%	85%	89%	85%	67%	44%
Other vaccines	75%	70%	75%	70%	73%	69%	73%	69%	73%	69%	55%	36%
Other vaccines (mRNA)	91%	86%	91%	86%	88%	85%	88%	85%	88%	85%	67%	45%

ที่มา: www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-summary?fbclid=IwAR1221ZkheGsOoLbKOUeym2E0B

[kTOOhC2FJapwTahRkZ5bdvji9XKcfXSc](https://www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-summary?fbclid=IwAR1221ZkheGsOoLbKOUeym2E0B) (ข้อมูลเมื่อวันที่ 18 ก.พ. 2565)

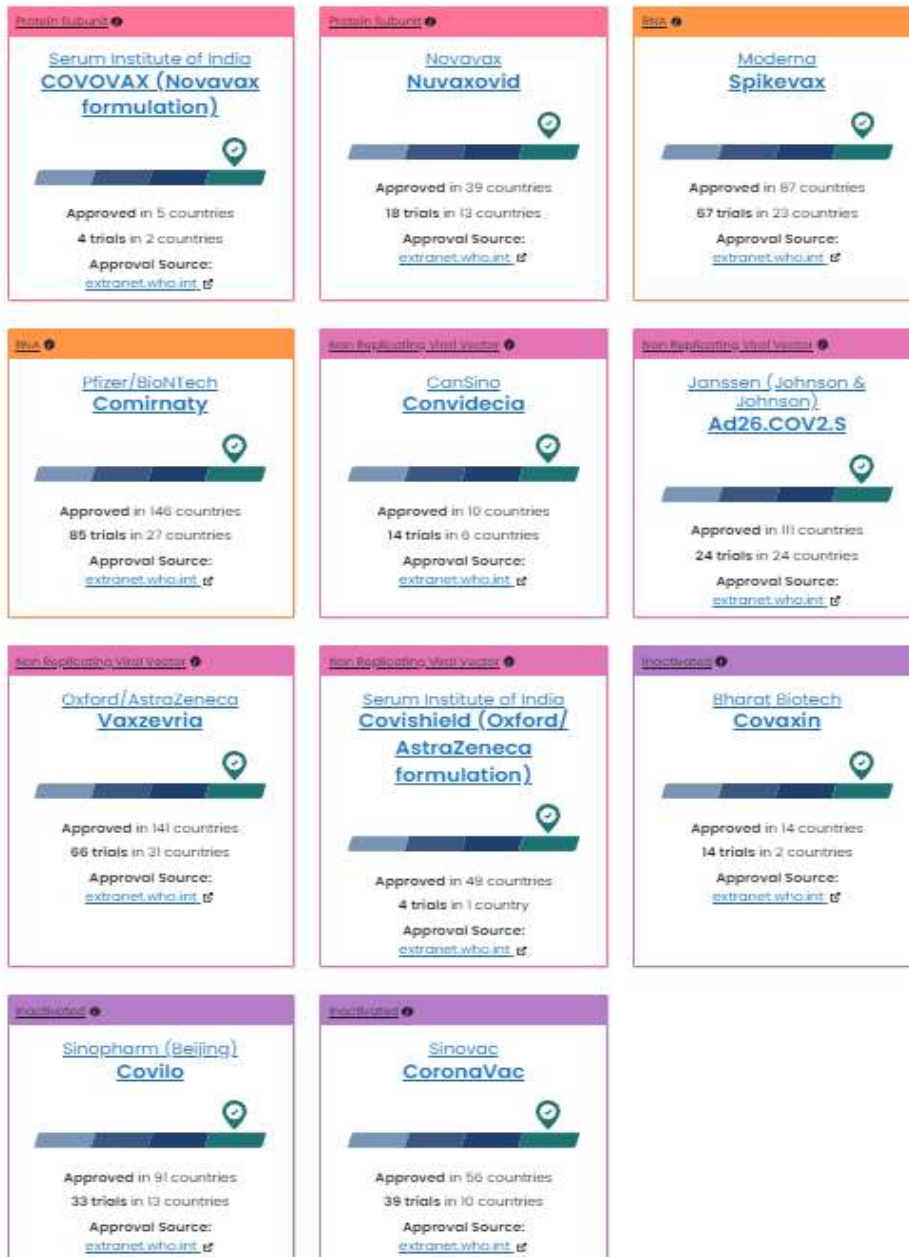
ในด้านการยอมรับในระดับสากล ปัจจุบันมีวัคซีนที่ได้รับการประเมินและผ่านการรับรองขั้นสุดท้ายจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน แล้วอย่างน้อย 11 ยี่ห้อ ได้แก่ AstraZeneca, Covishield, Johnson & Johnson, Pfizer, Moderna, Sinopharm, Sinovac, Cansino, Covaxin, Covovax และ Novavax ในจำนวนนี้มี 2 ตัวที่เป็นของ Serum Institute of India (SII) ที่ใช้สูตรของ AZ และ Novavax ทั้งนี้ SII เป็นผู้ผลิตที่สำคัญสำหรับ COVAX ด้วย (ดูรูปถัดไป)

รูปที่ 65 11 วัคซีนได้รับอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

Last Updated: 22 July 2022

11 Vaccines Granted Emergency Use Listing (EUL) by WHO





ที่มา: <https://covid19.trackvaccines.org/agency/who/> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 22 ก.ค. 2565)

และตารางถัดไปแสดงสถานะของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ประเมินโดยองค์การอนามัยโลก (ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 ก.ค. 2565)

ตารางที่ 12 สถานะของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ประเมินโดยองค์การอนามัยโลก (ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 ก.ค. 2565)

Status of COVID-19 Vaccines within WHO EUL/PQ evaluation process


Manufacturer / WHO EUL holder	Name of Vaccine	NRA of Record	Platform	EOI accepted	Pre-submission meeting held	Dossier accepted for review*	Status of assessment**	Decision date***
 BioNTech Manufacturing GmbH	BNT162b2/COMIRNATY Tozinameran (INN)	EMA	Nucleoside modified mRNA	✓	✓	✓	Finalized:	31/12/2020
		USFDA					Additional sites: – Baxter Oncology GmbH Germany (DP) 30/06/2021 – Novartis Switzerland 08/07/2021 – Mibe (Dermapharm) Germany (DP) 16/07/2021 – Delpharm, Saint-Remy FRANCE (DP) 17/09/2021 – Sanofi-Aventis Deutschland GmbH Germany (DP) 18/06/2021 – Siegfried Hameln GmbH, Germany (DP) 11/11/2021 – Patheon Italia S.p.A, Italy (DP) 07/12/2021 – Catalent Agnani 21/01/2022 – Exela Pharma Sciences, LLC, NC 16/03/2022 Diluent suppliers: – Pfizer Perth, Australia 20/09/2021 – Fresenius Kabi, USA 20/09/2021 – Pfizer Manufacturing Belgium 30/11/2021 – Kwang Myung Pharm Co., Ltd. 14/01/2022 Shelf life extension: 12 months at -70 to -90°C 18/05/2022 Booster dose approved for adults 18 years of age and older 17/12/2022 Age extension to children 5 – 11 years of age 12/02/2022	
 AstraZeneca, AB	AZD1222 Vaxzevria	EMA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Finalized:	16 April 2021
		MFDS KOREA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Core data finalized	16 April 2021
		Japan MHLW/PMDA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Finalized: Additional sites: – SK-Catalent 16/04/2021 – Wuxi (DS) 30/04/2021 – Chemo Spain 04/06/2021 – Amylin Ohio US (DP) 23/07/2021 – WuXi Biologics, Germany (DP) 08/03/2022	15 Feb 2021
		Australia TGA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Finalized	09 July 2021
			Additional sites: Nipro Pharma Corporation Ise, Japan 11 October 2021	09 July 2021				
	Additional site: Siam Bioscience Co., Ltd Thailand 11 October 2021	11 October 2021						

	Manufacturer / WHO EUL holder	Name of Vaccine	NRA of Record	Platform	EOI accepted	Pre-submission meeting held	Dossier accepted for review*	Status of assessment**	Decision date***
6.			COFEPRIS (Mexico) ANMAT (Argentina)	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Finalized	23 December 2021
7.	 Serum Institute of India Pvt. Ltd.	Covishield (ChAdOx1_nCoV-19)	DCGI	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	✓	✓	✓	Finalized DS and DP Manjari Bk Pune	15 Feb 2021 12 Nov 2021
8.	 Janssen-Cilag International NV	Ad26.COV2.S	EMA	Recombinant, replication-incompetent adenovirus type 26 (Ad26) vectored vaccine encoding the (SARS-CoV-2) Spike (S) protein	✓	✓	✓	Core data finalized (US+NL sites)	12 March 2021
			DCGI	Recombinant, replication-incompetent adenovirus type 26 (Ad26) vectored vaccine encoding the (SARS-CoV-2) Spike (S) protein	✓	✓	✓	Additional sites: - Merck, Durham, UK (DS) Finalized - Aspen RSA (DP) - Catalent Agnani Italy (DP) - Grand River Aseptic Manufacturing Inc., USA - MSD (Merck), West Point/PA, USA (DP) - Sanofi Pasteur France (DP) - Biological E Ltd India (DP) Storage conditions extension at 2-8 °C from 4,5 months to 11 months within the 24 months of shelf-life at -25°C to -15°C	25 June 2021 02 July 2021 17 sept 2021 05 Nov 2021 27 Jan 2022 07 July 2022 16/03/2022
9.	 Moderna Biotech	mRNA-1273	EMA	mRNA-based vaccine encapsulated in lipid nanoparticle (LNP)	✓	✓	✓	Finalized	30 April 2021
			USFDA	mRNA-based vaccine encapsulated in lipid nanoparticle (LNP)	✓	✓	✓	Shelf life extension to 09 months -20±5°C	14 Feb 2022
			MFDS	mRNA-based vaccine encapsulated in lipid nanoparticle (LNP)	✓	✓	✓	Finalized ModernaTx, Norwood (DS) - Catalent Indiana, LLC (DP) - Lonza Biologics, Inc. Portsmouth, USA (DS) - Baxter, Bloomington, USA (DP)	06 August 2021
10.	 Beijing Institute of Biological Products Co., Ltd. (BIBP)	SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell), Inactivated (InCoV)	NMPA	Inactivated, produced in Vero cells	✓	✓	✓	Finalized 2 and 5 dose presentation (new manufacturing site)	07 May 2021 28 December 2021
11.	 Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Sinovac Life Sciences Co., Ltd.	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated/ Coronavac™	NMPA	Inactivated, produced in Vero cells	✓	✓	✓	Finalized 2 dose presentation	01 June 2021 30 September 2021
12.	 Bharat Biotech, India	SARS-CoV-2 Vaccine, Inactivated (Vero Cell)/ COVAXIN	DCGI	Whole-Virion Inactivated Vero Cell	✓	✓	✓	Finalized	03 November 2021 SUPPLY OF VACCINE SUSPENDED
13.	 Serum Institute of India Pvt. Ltd.	NVX-CoV2373/Covovax	DCGI	Recombinant nanoparticle prefusion spike protein formulated with Matrix-M™ adjuvant	✓		Rolling data started 21 September 2021	Finalized	17 December 2021

	Manufacturer / WHO EUL holder	Name of Vaccine	NRA of Record	Platform	EOI accepted	Pre-submission meeting held	Dossier accepted for review*	Status of assessment**	Decision date***
14.	 NOVAVAX	NVX-CoV2373/Nuvaxovid	EMA	Recombinant nanoparticle prefusion spike protein formulated with Matrix-M™ adjuvant	✓	✓	Rolling data started 19 August 2021	Finalized	20 December 2021
15.	 康希诺生物 CanSinoBIO	Ad5-nCoV	NMPA	Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (Adenovirus Type 5 Vector)	✓	✓	Rolling data started 09 August 2021	Finalized	19 May 2022
16.	 RUSSIAN DIRECT INVESTMENT FUND	Sputnik V	Russian NRA	Human Adenovirus Vector-based Covid-19 vaccine	Additional information submitted	Several meetings have been and continue to be held.	"Rolling" submission incomplete.	Process restarted, awaiting completion of rolling submission and CAPAs to last inspection	Anticipated date will be set once all data is submitted and follow-up of inspection observations completed.
17.	 Sinopharm / WIBP ¹	Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell)	NMPA	Inactivated, produced in Vero cells	✓	✓	Rolling data started 23 July 2021	Ongoing	To be confirmed
18.	 SANOFI	CoV2 preS dTM-AS03 vaccine	EMA	Recombinant, adjuvanted	✓	✓	Rolling data started 30 July 2021	Ongoing	To be confirmed
19.	Clover Biopharmaceuticals	SCB-2019	NMPA	Novel recombinant SARS-CoV-2 Spike (S)-Trimer fusion protein	✓	✓	Rolling data started 20 September	Ongoing	To be confirmed
20.	Zhifei Longcom, China	Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (CHO Cell)	NMPA	Recombinant protein subunit	✓	2 Pre-submission meeting held on 1 and 21 Dec 2021	Rolling data started 28 March 2022	Ongoing	To be confirmed
21.	Shifa Pharmed - Barkat	Coviran® vaccine	Iran Food Drug Administration (IFDA)	Inactivated, produced in Vero cells	✓	Presubmission meeting held on 26 January 2022	Rolling data starting in July	Ongoing	To be confirmed
22.	CIGB	Abdala	CECMED	Protein subunit	✓	✓	Rolling data starting June	Ongoing	To be confirmed
23.	SK Bioscience	Nuvaxovid prefilled syringe	MFDS (RoKorea)	Recombinant nanoparticle prefusion spike protein formulated with Matrix-M™ adjuvant	✓	✓	Rolling data pending	Ongoing	To be confirmed
24.	Biological E	Corbevax	DCGI India	RBD antigen of SARS CoV-2 (Covid-19)	✓	✓	Rolling data started 10 th of June	Ongoing	To be confirmed
25.	SK Bioscience	GBP510	MFDS (RoKorea)	Recombinant protein subunit	EOI under review				
26.	WestVac Biopharma	Recombinant COVID-19 Vaccine	NMPA China	Recombinant SARS-CoV-2 S-RBD protein	EOI under review				
27.	Nanogen	Nanocovax	Drug Administration of Vietnam	Recombinant Spike protein	EOI under review				
28.	Cinnagen	SpikoGen	Iran Food Drug Administration (IFDA)	Recombinant Protein	EOI under review				
29.	R-PHARM	Vaccine R-COVI	Russian NRA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	EOI under review				
30.	Arcturus Therapeutics	ARCT-154	Drug Administration of Vietnam	RNA Vaccine	EOI under review				
31.	Bio-Manguinhos/Fiocruz	AZD1222	ANVISA	Recombinant ChAdOx1 adenoviral vector encoding the Spike protein antigen of the SARS-CoV-2.	EOI under review				

Vaccines

 Guidance Document
07 July 2022

	Manufacturer / WHO EUL holder	Name of Vaccine	NRA of Record	Platform	EOI accepted	Pre-submission meeting held	Dossier accepted for review*	Status of assessment**	Decision date***
32.	Vaxxinity	UB-612	FDA	Protein-peptide vaccine	EOI under review				
33.	Sinocelltech, Ltd	SCTV01C	NMPA	Recombinant Protein	EOI received				
34.	Razi Vaccine & Serum Research Institute	Razi Cov Pars Vaccine	Iran Food Drug Administration (IFDA)	Recombinant Protein	EOI received				
35.	Valneva	VLA2001	EMA		EOI received				
36.	Medigen	MVC-COV1901	TGA	CHO cell derived spike protein (Subunit)	EOI received				
37.	HIPRA	BIMERVAX	EMA	Recombinant Protein	EOI received				
38.	Medicago	COVIFENZ®	Health Canada	Plant-based virus-like particle [VLP], recombinant, adjuvanted	Application withdrawn by applicant				
39.		Zorecimeran (INN) concentrate and solvent for dispersion for injection; Company code: CVnCoV/CV07050101	EMA	mRNA-based vaccine encapsulated in lipid nanoparticle (LNP)	✓	Application withdrawn by manufacturer			
40.	Vector State Research Centre of Virology and Biotechnology	EpiVacCorona	Russian NRA	Peptide antigen	Letter received not EOI. Reply sent on 15/01/2021				
41.	IMBCAMS, China	SARS-CoV-2 Vaccine, Inactivated (Vero Cell)	NMPA	Inactivated	Not accepted, still under initial development				
42.	BioCubaFarma – Cuba	Soberana 01, Soberana 02 Soberana Plus	CECMED	SARS-CoV-2 spike protein conjugated chemically to meningococcal B or tetanus toxoid or Aluminum	Awaiting information on strategy and timelines for submission.				

 1. Beijing Institute of Biological Products Co-Ltd
2. Wuhan Institute of Biological Products Co Ltd

* Dossier Submission dates: more than one date is possible because of the rolling submission approach. Dossier is accepted after screening of received submission.

**Status of assessment: 1. Under screening; 2. Under assessment; 3. Waiting responses from the applicant. 4. Risk-benefit decision 5. Final decision made

*** Anticipated decision date: this is only an estimate because it depends on when all the data is submitted under rolling submission and when all the responses to the assessors' questions are submitted.

 Please send any questions you may have to: WHOEUL@who.int

 ที่มา: <https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/eul/covid-19> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 ก.ค. 2565)

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่หลายประเทศได้เริ่มฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชน ก็เริ่มพบปัญหาประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในการป้องกันของวัคซีน เช่น วัคซีน Pfizer ที่พบผู้ที่ฉีดวัคซีนครบโดสแล้ว แต่ก็ยังสามารถติดเชื้อได้อยู่ เช่น กรณีของอิสราเอลที่หลังจากฉีดวัคซีน Pfizer ให้แก่ประชาชนราว 189,000 รายแล้ว ก็ยังมีประชาชนกว่า 12,400 ราย (ร้อยละ 6.6) ติดเชื้อโควิด-19 ผู้ที่ได้รับวัคซีนไปแล้ว 2 สัปดาห์ก็ยังติดเชื้อกว่า 1,410 ราย และผู้ที่ได้รับวัคซีน 2 โดสจำนวน 69 รายก็ยังติดโควิด-19 เช่นกัน⁹⁷ และในช่วงหลังที่เชื้อกลายพันธุ์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่เชื้อสายพันธุ์เดลต้าและต่อมาสายพันธุ์โอมิครอนกลายมาเป็นสายพันธุ์หลัก ก็พบการติดเชื้อหลังฉีดวัคซีน (breakthrough infection) และการแพร่เชื้อของผู้ที่ติดเชื้อหลังจากฉีดวัคซีนทุกยี่ห้อถึงแม้ว่าจะมีอัตราที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ฉีด แต่ทั้งนี้ วัคซีนก็ยังมีความสำคัญมากเพราะผู้ที่ฉีดวัคซีนแล้วติดเชื้อมีอัตราการป่วยหนักและอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ฉีดมาก

10.2.2 การกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 และนัย/ผลกระทบต่อวัคซีน

แม้ว่าการระบาดระลอกใหญ่ตั้งแต่กลางปี 2564 จะเกิดจากสายพันธุ์เดลต้าเป็นหลัก และตั้งแต่ปลายปี 2564 และในปี 2565 จะเกิดจากสายพันธุ์โอมิครอน (รวมถึงสายพันธุ์ย่อยต่างๆ) เกือบล้วนๆ วัคซีนที่ได้รับการอนุมัติและใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันผลิตโดยใช้สายพันธุ์ดั้งเดิมที่อยู่นิ่งเป็นต้นแบบ ทำให้วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อโควิด-19 ได้ไม่เต็มที่ โดยมีประสิทธิภาพลดลงตั้งแต่กับเชื้อสายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) และเบต้า (B.1.351)⁹⁸ เดลต้า และยิ่งลดลงเมื่อใช้กับสายพันธุ์โอมิครอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งสายพันธุ์ย่อยต่างๆ ในปัจจุบัน

การที่ไวรัสมีการกลายพันธุ์ตลอดเวลา ซึ่งแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่อาจมีผลกระทบต่อคุณสมบัติของไวรัสเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย แต่การกลายพันธุ์บางตำแหน่งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติของไวรัสอย่างมีนัยสำคัญ เช่น แพร่กระจายง่ายขึ้น มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (อันตรายมากขึ้น) หรือลดลง หรือลดทอนประสิทธิภาพของวัคซีน หรือยารักษาโรค เครื่องมือวินิจฉัย หรือมาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงติดตามการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 อย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งตั้งชื่อกลางเพื่ออำนวยความสะดวกการสื่อสารให้ข้อมูลแก่บุคคลทั่วไป และมีการจัดแบ่งหมวดหมู่เพื่อการเฝ้าระวังในแต่ละสายพันธุ์

ในทางการวิทยาศาสตร์ การตั้งชื่อสายพันธุ์ใหม่นั้นจะตั้งตามระบบการตั้งชื่อที่จัดตั้งขึ้นสำหรับการตั้งชื่อและติดตามสายเลือดทางพันธุกรรม SARS-CoV-2 คือ ระบบ GISAID ระบบ Nextstrain และระบบ Pango แต่ องค์การอนามัยโลกจะใช้ชื่อเรียกสายพันธุ์ตามตัวอักษรกรีกมากกว่าชื่อทางวิทยาศาสตร์ เช่น Alpha Beta Gamma Delta เป็นต้น เนื่องจากชื่อทางวิทยาศาสตร์สื่อสารได้ยากกว่า ซึ่งอาจทำให้เกิดการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน

⁹⁷ http://www.pharmafile.com/news/569323/thousands-israelis-test-positive-covid-19-after-receiving-pfizer-jab?fbclid=IwAR206aMX7qQS8nzjz2QekCUZpnBR2PO_3m3Ry2EQhW0mrb91BJbK2DthppQ

⁹⁸ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2102214>

นอกจากนี้ ยังเป็นการลดการตีตรากล่าวโทษประเทศที่เป็นต้นกำเนิดโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ด้วย⁹⁹ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้จำแนกกลุ่มสายพันธุ์ออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

ประเภทที่ 1 สายพันธุ์น่าวิตก (Variants of Concern: VOC)

การที่จะถูกจัดเข้ากลุ่มสายพันธุ์น่าวิตก สายพันธุ์ดังกล่าวจะต้องผ่านการประเมิน เปรียบเทียบ และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) เกิดการแพร่กระจายหรือการเปลี่ยนแปลงในทางระบาดวิทยาที่เป็นอันตรายมาก หรือเกิดความรุนแรงเมื่อติดเชื้อมากกว่าสายพันธุ์ปกติ
- 2) เพิ่มความรุนแรงหรือมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ปกติ
- 3) ลดประสิทธิผลของมาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม การวินิจฉัย หรือการรักษาในปัจจุบันให้ต่ำกว่าเดิม หรือต้านทานประสิทธิภาพวัคซีนได้¹⁰⁰

ในปัจจุบัน สายพันธุ์ที่เข้าเกณฑ์อยู่ในกลุ่มสายพันธุ์น่าวิตก มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 13 สายพันธุ์น่าวิตกที่ถูกจัดเข้ากลุ่มสายพันธุ์น่าวิตกตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

ชื่อย่อ	แหล่งที่ค้นพบ (ช่วงที่ค้นพบ)	ชื่อทางวิทยาศาสตร์ตามระบบ Pango	วันที่จัดให้อยู่กลุ่ม
โอมิครอน (Omicron)	หลายประเทศ (พฤศจิกายน 2564)	B.1.1.529	VUM: 24 พฤศจิกายน 2564 VOC: 26 พฤศจิกายน 2564

ที่มา: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

(ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 มิ.ย. 2565)

นอกจากนี้ ปัจจุบันยังมีกลุ่ม “สายพันธุ์ย่อยของ Omicron ที่ติดตาม (Omicron subvariants under monitoring)” ตามตารางต่อไปนี้

⁹⁹ (World Health Organization, n.d.)<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

¹⁰⁰ https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Lambda-strain-of-Covid

ตารางที่ 14 สายพันธุ์ย่อยของ Omicron ที่อยู่ระหว่างการติดตามโดย WHO (ข้อมูลเมื่อวันที่ 30 ก.ค. 2565)

ชื่อสายพันธุ์ จำแนกตามระบบ Pango	ชื่อสายพันธุ์ จำแนกตาม ระบบ GISAID	ชื่อสายพันธุ์ จำแนกตาม ระบบ Nextstrain	ความเกี่ยวข้องกับวงจร สายพันธุ์ VOC	ลักษณะทางพันธุกรรม	แหล่งที่ค้นพบ (ช่วงที่ค้นพบ)
BA.4*	GRA	22A	เป็นพี่น้องกันกับสาย พันธุ์ BA.1 และ BA.2 (Sister Lineage)	เหมือน BA.2 ในกลุ่ม โปรตีน หนามและ S:del69/70, S:L452R, S:F486V, S:Q493R reversion	แอฟริกาใต้ (มกราคม 2565)
BA.5*	GRA	22B	เป็นพี่น้องกันกับสาย พันธุ์ BA.1 และ BA.2 (Sister Lineage)	เหมือน BA.2 ในกลุ่ม โปรตีน หนามและ S:del69/70, S:L452R, S:F486V, S:Q493R reversion	แอฟริกาใต้ (มกราคม 2565)
BA.2.12.1	GRA	22C	เป็นสายพันธุ์ย่อยจาก BA.2 (Sublineage)	BA.2 และ S:L452Q, S:S704F	สหรัฐอเมริกา (ธันวาคม 2564)
BA.2.75**	GRA	22D	เป็นสายพันธุ์ย่อยจาก BA.2 (Sublineage)	BA.2 และ S:K147E, S:F157L, S:I210V, S:G257S, S:D339H, S:G446S, S:N460K, S:Q493R reversion	อินเดีย (พฤษภาคม 2565)

หมายเหตุ: * สายพันธุ์ย่อยเหล่านี้มีกลุ่มการกลายพันธุ์ในโปรตีนหนามที่เหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันใน

ตำแหน่งอื่นๆ คือ BA.4: ORF7b:L11F, N:P151S, ORF6:D61L, ORF1a:del141/143; BA.5: M:D3N

** มีการกลายพันธุ์เพิ่มเติมในโปรตีนหนาม ORF1a:S1221L, ORF1a:P1640S, ORF1a:N4060S;
ORF1b:G662S; E:T11A

ที่มา: https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/?fbclid=IwAR2bcn-zOyDRAOMRObrgO1Yy5xTwUnl3gN68YNLYXpF7s_EFPd318kZ11wl

ประเภทที่ 2 สายพันธุ์ที่ต้องเฝ้าระวัง (Variants of Interest: VOI)

การที่จะถูกจัดเข้ากลุ่มสายพันธุ์น่าเฝ้าระวัง สายพันธุ์ดังกล่าวจะต้องผ่านการประเมินแล้วว่า มีลักษณะตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1) มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ซึ่งคาดว่าจะมีผลกระทบต่อลักษณะของไวรัส เช่น การแพร่เชื้อ ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการเอาชนะภูมิคุ้มกัน การลดทอนประสิทธิภาพการวินิจฉัยหรือการรักษา เป็นต้น
- 2) ระบุได้ว่าเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดในชุมชนที่สำคัญหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อหลายกลุ่ม จนทำให้เกิดการระบาดเป็นคลัสเตอร์หรือระบาดในหลายประเทศที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ควบคุมได้กับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หรือสร้างผลกระทบทางระบาดวิทยาอย่างเห็นได้ชัด

ณ 7 มิ.ย. 2565 ไม่มีสายพันธุ์ที่เข้าเกณฑ์อยู่ในกลุ่มสายพันธุ์ที่ต้องเฝ้าระวัง¹⁰¹

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีเชื้อโควิด-19 หลายสายพันธุ์ที่เคยถูกจัดอันดับให้เป็นหนึ่งในสายพันธุ์ที่น่าวิตกหรือสายพันธุ์ที่น่าสนใจ แล้วถูกลดระดับมาเป็นเพียงสายพันธุ์เฝ้าระวัง (Alerts for Further Monitoring) เนื่องจากเชื้อไวรัสเหล่านี้มีการแพร่กระจายและกลายพันธุ์ในสัดส่วนที่ลดลง ประกอบกับข้อมูลการทดลองทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า วัคซีนและการรักษามีประสิทธิภาพในการป้องกันและฟื้นฟูได้ดีพอสมควร ยกตัวอย่างเช่น สายพันธุ์เอปซิลอน (หรือสายพันธุ์แคลิฟอร์เนีย) สายพันธุ์เซตา (หรือสายพันธุ์บราซิล) และสายพันธุ์อีตา (หรือสายพันธุ์ฟิลิปปินส์) เป็นต้น

10.2.3 ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค

ประสิทธิภาพของวัคซีน คือ ร้อยละของการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อหรือป่วยในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน โดยการหว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนชนิดต่างๆ ครบโดสแล้ว แต่ยังคงเกิดการติดเชื้อหรือป่วยซ้ำทั้งแบบมีอาการหรือไม่มีอาการ (Breakthrough Infection) มีจำนวนเท่าไร ดังสูตรคำนวณต่อไปนี้

$$\text{Vaccine effectiveness} = 1 - \frac{\text{incidence rate of infection among the vaccinated individuals}}{\text{incidence rate of infection among the antibody-negative individuals}}$$

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธีการที่ดี (Best Practice) ในการศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีน รวมถึงการศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันสายพันธุ์ที่น่ากังวล (VOCs) โดยมี 2 วิธีที่นิยมใช้ได้แก่

¹⁰¹ <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

- 1) Retrospective Cohort การศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนโดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อทำการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อหรืออัตราการป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับวัคซีนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ขนาดใหญ่จะทำให้สามารถหาประสิทธิภาพของวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถที่จะควบคุมตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้เกิดตัวกวน (Confounding) เช่น อายุ วันที่ติดเชื้อ สถานที่ และสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น
- 2) Test-Negative Design Case-Control Study โดยทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้และไม่ได้รับวัคซีน ว่ามีการติดเชื้อ (Cases) และไม่ติดเชื้อ (Control) โดยกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อมีการตรวจผล Lab ว่าให้ผลลบด้วย การศึกษานี้มักทำในผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือกลุ่มที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจตามนิยามของระบบการเฝ้าระวังโควิด-19 การออกแบบวิธีนี้จะลดตัวกวน (Confounding) ที่เกิดจากพฤติกรรมของประชาชนในการไปรับหรือเข้าถึงบริการของกลุ่มที่ได้รับหรือไม่ได้รับวัคซีน

อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ลดลงไม่ได้หมายความว่าวัคซีนไม่มีความสามารถในการป้องกันได้เลย เพียงแต่ประสิทธิภาพลดลงจากประสิทธิภาพเดิมที่เคยมี เช่น VE ในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการของโรคลดลงร้อยละ 10 หมายถึงยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันร้อยละ 90

ในปี 2564 ที่ผ่านมา มีตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันสายพันธุ์ต่างๆ เช่น¹⁰² การศึกษาของ Sharifa Nasreen et. al. (2021)¹⁰³ ประเทศแคนาดา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของวัคซีน Pfizer Moderna และ AstraZeneca ต่อการติดเชื้อจากสายพันธุ์ Alpha Beta Gamma และ Delta ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2564 โดยนักวิจัยได้ใช้การออกแบบการทดสอบเชิงลบ (Test-Negative Design) เพื่อเปรียบเทียบสถานะการฉีดวัคซีนระหว่างบุคคลที่มีผลตรวจบวก (ที่มีอาการติดเชื้อหรือผลที่รุนแรง) กับบุคคลที่มีอาการแต่มีผลติดเชื่อเป็นลบ เมื่อทดสอบวัคซีนกับสายพันธุ์ Delta ประสิทธิภาพของวัคซีนหนึ่งโดสมีแนวโน้มน้อยลง โดยกรณีที่ฉีดวัคซีนหนึ่งโดส ยี่ห้อ Moderna มีประสิทธิภาพอยู่ที่ 72% ยี่ห้อ Pfizer มีประสิทธิภาพอยู่ที่ 56% และยี่ห้อ AstraZeneca มีประสิทธิภาพอยู่ที่ 64% ส่วนกรณีที่ฉีดวัคซีนสองโดส ยี่ห้อ Pfizer มีประสิทธิภาพอยู่ที่ 87% ซึ่งเทียบเท่ากับประสิทธิภาพในการป้องกันสายพันธุ์ Alpha (89%) และ Beta/Gamma (84%) ทั้งนี้ จำนวนตัวอย่างในการวัดประสิทธิภาพวัคซีน 2 โดส ของยี่ห้อ AstraZeneca และ Moderna ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์การป้องกันสายพันธุ์ Delta ในการศึกษาครั้งนี้

¹⁰² <http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.php?id=592&category=B10&issue=CoronaVirus2019#a2>

¹⁰³ <https://view-hub.org/sites/default/files/2021-07/COVID%2019%20VE%20Team%20Literature%20Review%20-%20Summary%20Table.pdf>

ในทำนองเดียวกัน Jamie Lopez Bernal (2021)¹⁰⁴ ได้ใช้วิธี Test-Negative Case Control ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในสหราชอาณาจักรที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อ จำนวน 19,109 ราย และกลุ่มควบคุมที่ผลตรวจเป็นลบ จำนวน 171,834 ราย ผลการศึกษาพบว่า วัคซีน AstraZeneca ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ เฉลี่ย 30% (24.3% – 35.3%) สำหรับกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีนหนึ่งโดส และเฉลี่ย 67% (61.3% – 71.8%) สำหรับกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีนสองโดส

เช่นเดียวกับการวิจัยของ CDC ของสหรัฐอเมริกา¹⁰⁵ ที่มีผู้เข้าร่วมการทดลอง 4,217 ราย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน จำนวน 3,483 ราย (83%) แบ่งเป็นผู้ที่ได้รับวัคซีนยี่ห้อ Pfizer จำนวน 2,278 ราย (65%) ยี่ห้อ Moderna จำนวน 1,138 ราย (33%) และยี่ห้อ Johnson & Johnson จำนวน 67 ราย (2%) ผลการวิจัยพบว่า เติมประสิทธิภาพของวัคซีนสามารถป้องกันโควิด-19 ได้สูงถึง 91% แต่หลังเกิดการระบาดของสายพันธุ์ Delta ประสิทธิภาพได้ลดลงเหลือ 66%

ส่วนการศึกษาของ Arjun Puranik (2021)¹⁰⁶ พบว่า วัคซีน Pfizer มีประสิทธิภาพน้อยกว่าวัคซีน Moderna ในการป้องกันสายพันธุ์ Delta จากการศึกษาผู้ป่วยมากกว่า 50,000 ราย ในระบบ Mayo Clinic Health System ซึ่งนักวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ Delta ของ Moderna ลดลงเหลือ 76% ในเดือน ก.ค. 2564 จากที่เคยป้องกันได้ถึง 86% ในช่วงต้นปี 2564 และในช่วงเวลาเดียวกัน นักวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของวัคซีน Pfizer ลดลงเหลือ 42% ในเดือน ก.ค. 2564 จากที่เคยป้องกันได้ถึง 76% ในช่วงต้นปี 2564 โดยสรุปแล้ว แม้ว่าวัคซีนทั้งสองชนิดยังคงมีประสิทธิภาพในการป้องกัน แต่การฉีดวัคซีนกระตุ้นด้วยวัคซีน Moderna อาจมีความจำเป็นสำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีน Pfizer หรือ Moderna เมื่อช่วงต้นปี 2564

อีกการศึกษาของ Galit Alter (2021)¹⁰⁷ พบว่า วัคซีน Johnson & Johnson สามารถกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์ดั้งเดิม รวมถึงสายพันธุ์ Alpha Beta Gamma และ Epsilon ได้ ต่อมา นักวิจัยได้ศึกษาการตอบสนองของแอนติบอดีและภูมิคุ้มกันของเซลล์ของอาสาสมัคร 20 คน ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 55 ปี ผลการศึกษาพบว่า แอนติบอดีที่ทำให้เป็นกลาง (Neutralizing Antibodies) น้อยลง เมื่อต่อสู้กับสายพันธุ์ Delta แต่การศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างที่น้อยมาก

¹⁰⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1>

¹⁰⁵ https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm?s_cid=mm7034e4_w

¹⁰⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.06.21261707v1.full.pdf>

¹⁰⁷ https://www.nature.com/articles/s41586-021-03681-2.epdf?sharing_token=QWhv3JNnBhtTkqJZQe3EftRgN0jAjWel9jnR3ZoTv00tEsbAjL5cT440YyVdgJ9e93JrbMW EuR6-6Jv38xnewwPx5xPtupXTbnA-njDXnPn6ChJRswSMJ4rewjhCW4zsLuWoex7YPt7NMgaiKiRdFakEc0SC6w6SDBSbWfZHHbilgxRJDfNm9p6KXuG J0xCXHPK-IFTTXnwxE6RwpOkeS-cOQCQYElp8aJRiYVFJM%3D&tracking_referrer=www.usatoday.com

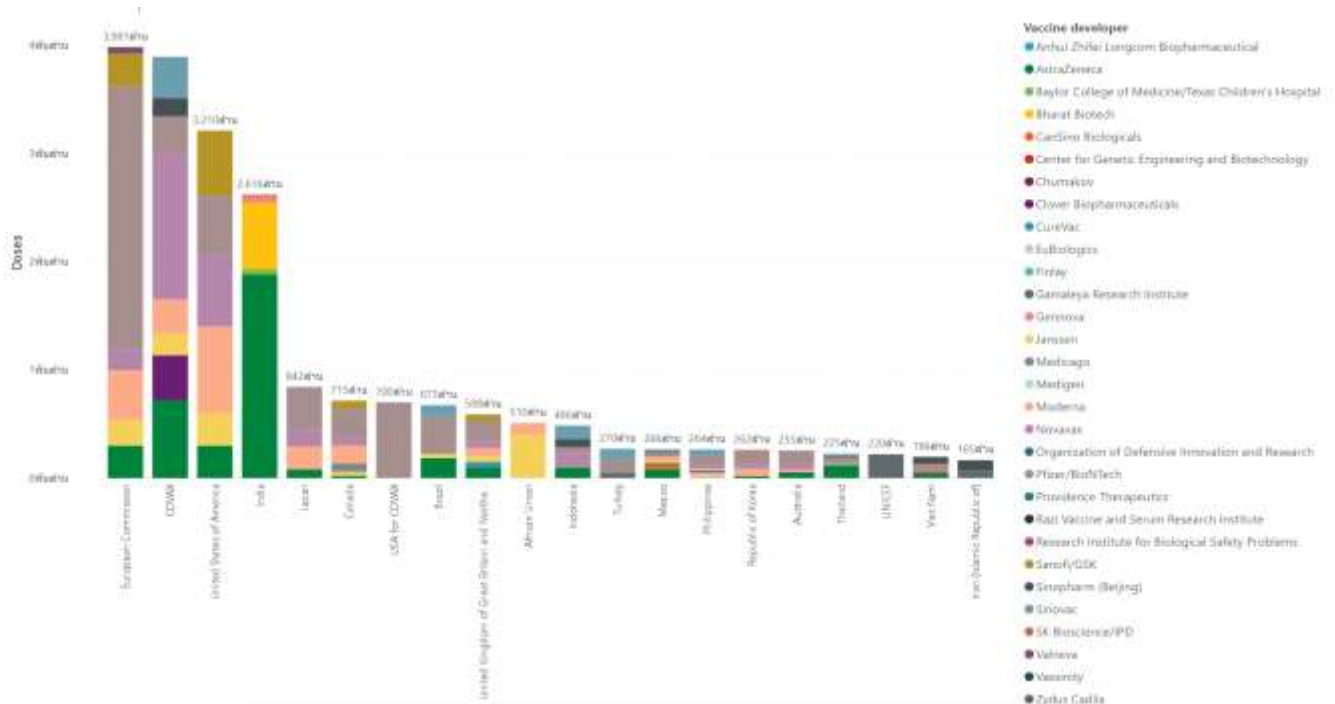
นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Zhong Nanshan (2021)¹⁰⁸ นักระบาดวิทยาชาวจีนที่มีชื่อเสียงจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคกว่างโจว ได้รวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมทดลอง จำนวน 628 ราย รวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อสายพันธุ์ Delta ที่ยืนยันผลแล้วจำนวน 153 ราย และผู้ติดต่อกใกล้ชิดผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันอีกจำนวน 475 ราย พบว่า วัคซีน Sinovac จำนวน 2 โดส ให้ประสิทธิภาพในการต้านการติดเชื้อสายพันธุ์ Delta ได้ร้อยละ 59 ป้องกันการเกิดอาการรุนแรงของโรคได้ร้อยละ 70.2 และป้องกันการเสียชีวิตได้ร้อยละ 100 ขณะที่การฉีดวัคซีนครั้งเดียวให้ประสิทธิภาพร้อยละ 13.8 ซึ่งไม่ได้ให้การป้องกันที่เพียงพอ

10.2.4 การจัดสรรวัคซีนทั่วโลก

ประเทศจำนวนมากมีการทำข้อตกลงจัดซื้อจัดหาวัคซีนกับบริษัทผู้พัฒนาวัคซีนหลากหลายยี่ห้อ ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวมีอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่ “ข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว (secured dose)” ซึ่งรวมถึงข้อตกลงที่อยู่ในระหว่างการเจรจาด้วย และ “ข้อตกลงให้สั่งซื้อวัคซีนเพิ่มเติม (optioned dose)” ซึ่งหมายถึงวัคซีนที่ประเทศนั้นๆ สามารถใช้สิทธิ์สั่งซื้อเพิ่มเติม จากข้อมูล ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2565 กลุ่มสหภาพยุโรป มีข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนโดยรวมมากที่สุดรวม 3,981 ล้านโดส แบ่งเป็นข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว 3,125 ล้านโดส และข้อตกลงให้สั่งซื้อวัคซีนเพิ่มเติมอีก 856 ล้านโดส รองลงมาคือ **โครงการโคแวกซ์ (COVID-19 Vaccines Global Access Facility: COVAX)** ที่มีข้อตกลงรวมประมาณ 3,891 ล้านโดส แบ่งเป็นข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว 2,123 ล้านโดส และข้อตกลงให้สั่งซื้อวัคซีนเพิ่มเติมอีก 1,768 ล้านโดส อันดับ 3 คือ**สหรัฐอเมริกา**ที่มีข้อตกลงรวมประมาณ 3,210 ล้านโดส แบ่งเป็นข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว 1,650 ล้านโดสและข้อตกลงที่สามารถสั่งซื้อวัคซีนเพิ่มเติมอีก 1,560 ล้านโดส ดังรูปต่อไปนี้

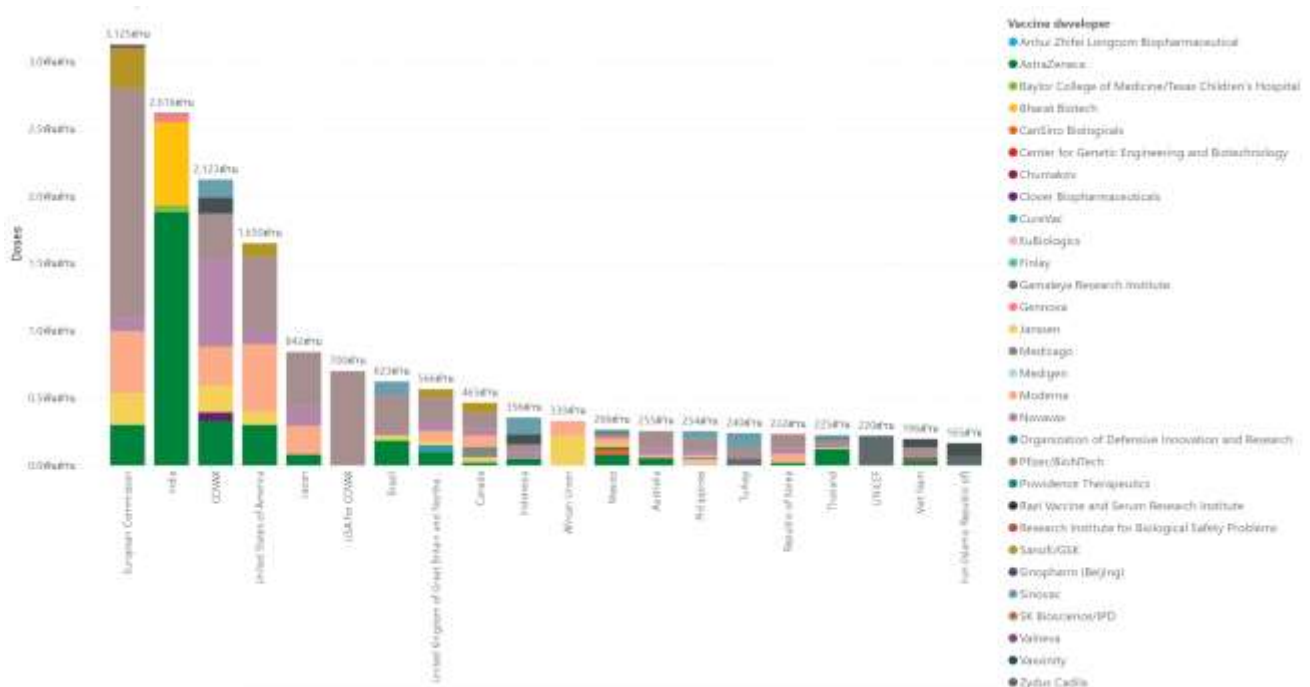
¹⁰⁸ http://www.news.cn/english/2021-08/23/c_1310144035.htm

รูปที่ 66 ประเทศที่มีข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนโดยรวมมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก



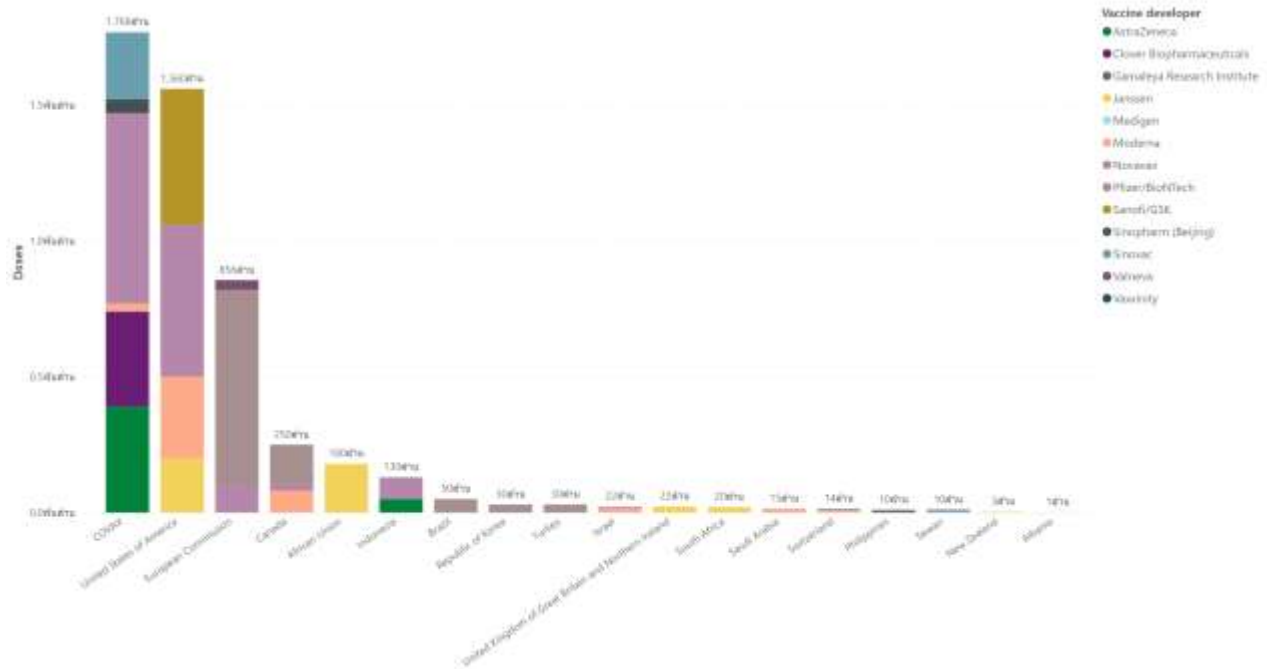
ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard> (เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565)

รูปที่ 67 ประเทศที่มีข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้ว (secured dose) มากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก



ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard> (เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565)

รูปที่ 68 ประเทศที่มีข้อตกลงให้ส่งจำนวนวัคซีนเพิ่มเติม (optioned dose) มากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก



ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>
 (เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565)

ในภาพรวมของทั้งโลกนั้น ณ วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วัคซีนป้องกันโควิด-19 ได้ถูกจัดสรรให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกไปแล้วกว่า 1.18 หมื่นล้านโดส โดยประเทศที่ได้รับการวัคซีนมากที่สุดคือจีน (ได้รับประมาณ 3,399 ล้านโดส เพียงพอสำหรับการฉีดครบโดสให้ประชากรประเทศร้อยละ 88.6) รองลงมาคืออินเดีย (ได้รับ 1,914 ล้านโดส เพียงพอสำหรับการฉีดครบโดสให้ประชากรประเทศร้อยละ 65.4) และกลุ่มสหภาพยุโรป (EU) ได้รับ 887 ล้านโดส เพียงพอสำหรับการฉีดครบโดสให้ประชากรประเทศร้อยละ 74.1) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 15 ประเทศที่ได้รับการจัดสรรวัคซีนมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565

Countries and regions	Doses administered ▼	Doses per 100 people	% of population			Daily rate of doses administered
			given 1+ dose	fully vaccinated	booster dose	
Global Total	11,778,782,898	-	-	-	-	17,149,962
Mainland China	3,399,003,302	240.3	91.6	88.6	-	7,922,764
India	1,913,576,050	138.8	73.1	65.4	2.1	1,442,971
EU	886,744,160	199.6	76.1	74.1	52.3	775,778
US	580,083,507	173.0	77.0	65.7	30.2	384,811
Brazil	435,226,309	205.5	86.5	78.0	43.5	457,318
Indonesia	406,244,365	150.3	73.9	61.5	13.9	169,393
Japan	275,201,140	218.7	82.1	80.8	55.7	329,885
Bangladesh	258,739,535	157.1	78.2	70.9	8.0	135,103
Pakistan	247,488,620	118.7	64.6	58.7	3.5	149,424
Vietnam	215,350,776	221.1	84.3	79.8	46.7	389,251
Mexico	205,629,496	160.9	67.2	62.6	37.8	418,710
Germany	179,402,524	215.7	77.6	77.5	65.0	60,621
Russia	166,534,236	113.9	55.4	50.4	9.7	71,690
Iran	149,438,470	177.6	76.6	68.6	32.5	49,605
Philippines	148,002,124	136.0	67.5	63.0	12.4	262,331
Turkey	147,623,608	176.6	69.2	63.4	43.9	11,995
France	147,030,463	225.8	83.5	81.0	58.1	51,884
UK ⁺	142,678,174	212.7	69.0	64.4	50.6	38,376
Italy	137,319,698	230.2	85.1	80.3	67.3	34,906
Thailand	135,523,321	194.2	80.7	74.2	38.4	166,093
South Korea	124,962,801	241.3	88.8	86.1	70.9	532,005
Spain	101,296,643	215.0	87.5	85.9	52.8	13,520
Argentina	100,437,278	221.3	90.5	82.3	49.2	141,359

ที่มา: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/>

(ข้อมูลเมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565)

ถ้าหากพิจารณาประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสแล้วมากที่สุด ก็พบว่า ประเทศที่ได้รับวัคซีนครบโดสเป็นอันดับต้นๆ ส่วนใหญ่ยังคงเป็นประเทศที่มีประชากรจำนวนน้อยกว่าหนึ่งแสนคน เช่น ยิบรอลตาร์ (Gibraltar) มัลดีฟส์ (Maldives) มอลตา (Malta) เป็นต้น แต่ถ้าหากพิจารณาเฉพาะประเทศที่มีประชากรหนึ่งล้านคนขึ้นไป จะพบว่า ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสมากที่สุดคือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ที่ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสแล้วกว่าร้อยละ 104.3 รองลงมาคือ กาตาร์ (ร้อยละ 97.3) และ โปรตุเกส (ร้อยละ 91.3) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 16 ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565

Countries and regions	Doses administered	Doses per 100 people	% of population			Daily rate of doses administered
			given 1+ dose	fully vaccinated ▼	booster dose	
<i>Global Total</i>	<i>11,778,782,898</i>	-	-	-	-	<i>17,149,962</i>
Gibraltar	119,855	352.5	123.7	121.8	106.9	25
UAE	24,802,088	267.2	107.6	104.3	55.9	8,019
Maldives	941,585	249.1	105.4	101.6	42.1	34
Qatar	6,807,116	253.6	97.3	97.3	58.4	4,886
Portugal	23,821,358	231.1	94.1	91.3	62.1	4,623
Malta	1,285,847	249.7	92.4	91.0	72.8	908
Cambodia	38,606,671	246.2	95.4	90.7	-	53,992
Cayman Islands	143,196	220.3	93.6	90.7	35.4	61
Bhutan	1,907,022	256.0	93.0	90.2	72.9	59
Chile	54,142,848	278.3	92.2	89.9	99.2	139,440
Samoa	470,740	237.7	114.9	88.9	-	8,373
Brunei	1,124,061	243.8	93.7	88.7	61.4	1,464
Mainland China	3,399,003,302	240.3	91.6	88.6	-	7,922,764
Cuba	36,331,002	320.6	94.1	87.9	63.0	28,803
Singapore	14,027,362	246.7	88.2	87.7	70.9	4,395
South Korea	124,962,801	241.3	88.8	86.1	70.9	532,005
Spain	101,296,643	215.0	87.5	85.9	52.8	13,520
Hong Kong	16,432,757	221.2	89.8	84.1	45.8	29,220
Australia	58,396,952	227.3	86.8	84.0	52.7	55,742
Faroe Islands	103,894	212.0	85.1	83.5	43.4	21
Macau	1,379,501	202.0	88.5	83.2	35.2	2,153
Seychelles	201,121	207.3	87.3	82.9	37.4	44
Bahrain	3,437,604	233.5	83.9	82.8	66.8	401
Denmark	13,219,357	227.0	83.0	82.4	62.4	347

ที่มา: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/>
(ข้อมูลเมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565)

และหากพิจารณาประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นแล้วมากที่สุด จะพบว่าประเทศที่ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นเป็นอันดับต้นๆ ส่วนใหญ่ยังคงเป็นประเทศที่มีประชากรจำนวนน้อยกว่าหนึ่งแสนคนเช่นเดียวกัน เช่น ยิบรอลตาร์ (Gibraltar) ภูฏาน (Bhutan) มอลตา (Malta) เป็นต้น แต่ถ้าหากพิจารณาเฉพาะประเทศที่มีประชากรหนึ่งล้านคนขึ้นไป จะพบว่าประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นมากที่สุดคือ ชิลี ที่ประชากรได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นแล้วถึงร้อยละ 99.2 รองลงมาคือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 70.9) และเกาหลีใต้ (ร้อยละ 70.9) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 17 ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565

Countries and regions	Doses administered	Doses per 100 people	% of population			Daily rate of doses administered
			given 1+ dose	fully vaccinated	booster dose ▼	
Global Total	11,778,782,898	-	-	-	-	17,149,962
Gibraltar	119,855	352.5	123.7	121.8	106.9	25
Chile	54,142,848	278.3	92.2	89.9	99.2	139,440
Bhutan	1,907,022	256.0	93.0	90.2	72.9	59
Malta	1,285,847	249.7	92.4	91.0	72.8	908
Singapore	14,027,362	246.7	88.2	87.7	70.9	4,395
South Korea	124,962,801	241.3	88.8	86.1	70.9	532,005
Iceland	808,672	222.2	85.1	79.7	68.8	258
Uruguay	8,265,083	234.1	84.6	81.3	68.2	9,947
Italy	137,319,698	230.2	85.1	80.3	67.3	34,906
Bahrain	3,437,604	233.5	83.9	82.8	66.8	401
Germany	179,402,524	215.7	77.6	77.5	65.0	60,621
Belgium	25,329,360	219.8	80.2	79.3	64.0	1,025
Cuba	36,331,002	320.6	94.1	87.9	63.0	28,803
Taiwan	53,571,370	227.4	84.8	79.8	62.8	88,062
Isle of Man	189,896	223.4	81.8	78.9	62.5	141
Denmark	13,219,357	227.0	83.0	82.4	62.4	347
Portugal	23,821,358	231.1	94.1	91.3	62.1	4,623
Brunei	1,124,061	243.8	93.7	88.7	61.4	1,464
Ireland	10,887,041	218.0	81.7	80.7	60.4	2,900
Luxembourg	1,290,011	206.1	76.8	73.8	60.3	369
Austria	18,325,479	205.9	76.7	74.3	58.7	3,405
Qatar	6,807,116	253.6	97.3	97.3	58.4	4,886
France	147,030,463	225.8	83.5	81.0	58.1	51,884
Israel	18,143,368	196.9	76.5	66.6	57.5	953

ที่มา: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/>

(ข้อมูลปรับปรุงล่าสุดเมื่อวันที่ 15 พ.ค. 2565)

ทั้งนี้ การที่วัคซีนกระจายไปทั่วโลกได้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากโครงการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ระดับโลกหรือโคแวกซ์ (COVID-19 Vaccines Global Access Facility: COVAX) ซึ่งเป็นโครงการที่ประเทศต่างๆ กว่า 170 ประเทศเข้าร่วมดำเนินการกับองค์การอนามัยโลก เพื่อทำการพัฒนา ผลิต และจัดหาวัคซีนต้านไวรัสโควิด-19 อย่างเท่าเทียม โดยวัคซีนภายใต้โคแวกซ์ได้รับการรับรองทางกฎหมายหรือการอนุมัติใช้งานในกรณีฉุกเฉิน เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัย โดยข้อมูล ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2565 โครงการโคแวกซ์กระจายวัคซีนไปยัง 144 ประเทศแล้ว รวมเป็นจำนวนกว่า 1,485.35 ล้านโดส โดยประเทศที่ได้รับการจัดสรรวัคซีนผ่านโครงการโคแวกซ์มากที่สุดคือ บังกลาเทศ ที่ได้รับวัคซีนไปแล้ว 190.76 ล้านโดส รองลงมาคือ อินเดีย (140 ล้านโดส) ปากีสถาน (111.95 ล้านโดส) และอินโดนีเซีย (103.90 ล้านโดส) ตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 18 ประเทศที่ประชากรได้รับวัคซีนผ่านโครงการ COVAX เป็นอันดับต้นๆ ของโลก เมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565

Country/territory	Bilateral/multilateral agreements	Donations	COVAX	AVAT	Unknown	Total Doses Delivered
Bangladesh	326,269,308	26,758,090	190,758,780			545,786,178
India	1,165,176,072		140,000,000		793,326,946	2,098,503,018
Pakistan	125,465,439	7,920,000	111,949,320		26,620,288	271,955,047
Indonesia	231,539,640	20,825,330	103,898,830		85,175,017	441,438,817
Nigeria		3,402,400	74,568,790	11,560,800		89,531,990
Philippines	136,971,770	29,410,850	73,929,410			240,312,030
Viet Nam	30,418,930	25,039,160	68,137,050		109,431,124	233,026,264
Egypt	15,335,000	8,637,240	65,127,330	4,567,200		93,666,770
Ethiopia		3,900,000	40,528,610	2,035,200		46,463,810
Uganda		1,589,400	39,749,530	1,413,600		42,752,530
Nepal	2,800,000	9,655,420	31,919,650		5,975,327	50,350,397
Kenya		7,227,490	24,886,360	1,804,800		33,918,650
Colombia	93,319,080	8,332,980	24,801,300			126,453,360
Mexico	206,085,785	13,182,900	24,615,240			243,883,925
Ghana	23,000	2,665,000	22,791,060	5,865,600	210,533	31,555,193
Angola	3,040,000	1,520,000	22,560,330	921,600	217,172	28,259,102
Mozambique	1,500,000	2,357,200	21,647,220	4,285,500	4,987,766	34,777,686
Uzbekistan	21,541,333	502,000	19,245,120		12,419,160	53,707,613
Venezuela (Bolivarian Republic of)	14,131,000	500,000	16,756,800		14,939,295	46,327,095
Iran (Islamic Republic of)	109,200,600	8,954,000	16,006,810		30,100,449	164,261,859
Algeria	3,710,000	200,000	15,926,400		1,352,576	21,188,976
Rwanda	500,000	4,116,180	15,227,390	561,600	2,419,576	22,824,746
Côte d'Ivoire	1,000,000	175,000	14,555,570	2,498,400		18,228,970
Brazil	570,778,740	5,216,600	13,881,600			589,876,940
Syrian Arab Republic		2,055,000	11,446,140			13,501,140
Tajikistan		540,000	10,816,060		2,664,382	14,020,442
Sudan		450,000	9,740,810	460,800		10,651,610
South Africa	11,070,720	0,760,010	0,000,000		18,647,750	28,838,380
รวม	6,533,085,149	381,453,490	1,485,348,550	55,771,700	5,630,214,689	14,085,873,578

ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

(เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565)

และถึงแม้วัคซีนภายใต้โครงการโคแวกซ์จะเป็นวัคซีนที่ได้รับอนุมัติให้ใช้งานทั่วไปแล้ว แต่ก็อาจเกิดกรณีที่มีผลข้างเคียงที่ร้ายแรงตามที่ได้นำเสนอในหัวข้อก่อนๆ องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงเห็นพ้องที่จะเปิดโครงการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด (No-Fault Compensation) เพื่อจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ได้รับผลข้างเคียงรุนแรงจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income) และรายได้ปานกลางในระดับต่ำ (lower-middle income) จำนวน 92 ประเทศ โดยสามารถร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ www.covaxclaims.com ได้ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2570¹⁰⁹ และสำหรับประเทศไทยที่ไม่ได้เข้าร่วม COVAX นั้น ก็มีโครงการชดเชยที่คล้ายกันจาก สปสช. ที่ชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิดตามมาตรา 41 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยได้ดำเนินการมาก่อนเป็นเวลาถึง 2 ทศวรรษแล้ว

10.2.5 การจัดหาวัคซีนของไทย

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลที่ UNICEF รวบรวมไว้ในตารางข้างล่างแสดงให้เห็นว่าเมื่อสิ้นปี 2564 ไทยมีข้อตกลงจัดหาวัคซีนรวม 230 ล้านโดส ซึ่งเป็นข้อตกลงสั่งซื้อวัคซีนที่ประกันไว้แล้วทั้งหมด แบ่งเป็นวัคซีน AstraZeneca จำนวน 126 ล้านโดส (ซึ่งส่วนใหญ่คือจากที่ผลิตโดยบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด) วัคซีน Pfizer จำนวน 60 ล้านโดส วัคซีน Sinovac จำนวน 25 ล้านโดส วัคซีน Sinopharm จำนวน 9 ล้านโดส วัคซีน Johnson & Johnson จำนวน 5 ล้านโดส และวัคซีน Moderna จำนวน 5 ล้านโดส นอกจากนี้ ในช่วงเดือนกันยายน 2564 ยังได้มีการเจรจาจัดซื้อวัคซีนโควิด-19 เพิ่มเติมจาก AstraZeneca ยุโรป 2 ประเทศ ได้แก่ สเปน (จำนวน 165,000 โดส) และฮังการี (จำนวน 400,000 โดส) และยังมีสัญญาซื้อจาก AstraZeneca ในปี 2565 อีก 60 ล้านโดส แต่ในเดือนมิถุนายน 2565 ได้ปรับลดลงมาเป็น 35.4 ล้านโดส พร้อมขยายเวลาสิ้นสุดโครงการจากสิ้นไตรมาสที่ 3 (กันยายน 2565) เป็นเดือนธันวาคม 2565 เนื่องจากความต้องการฉีดวัคซีน AZ ในไทยลดลงไปมาก)

¹⁰⁹ <https://www.who.int/news/item/22-02-2021-no-fault-compensation-programme-for-covid-19-vaccines-is-a-world-first>

ตารางที่ 19 รายละเอียดการทำข้อตกลงจัดหาวัคซีนของประเทศไทย 2563 - 2564

วันที่ทำข้อตกลง	ประเภทข้อตกลง	ผู้พัฒนาวัคซีน	บริษัทผู้ผลิต	ชื่อวัคซีน	จำนวน (ล้านโดส)
26 พ.ย. 2563	Bilateral	AstraZeneca	Siam Bioscience	Vaxzevria	61.0
26 พ.ย. 2563	Bilateral	Sinovac	Sinovac	Coronavac	2.0
18 มี.ค. 2564	Private Purchase	Sinovac	Sinovac	Coronavac	0.1
26 มี.ค. 2564	Bilateral	AstraZeneca	Siam Bioscience	Vaxzevria	5.0
26 มี.ค. 2564	Bilateral	Sinovac	Sinovac	Coronavac	10.9
28 พ.ค. 2564	Bilateral	Sinopharm (Beijing)	Sinopharm (Beijing)	BBBP-CorV	9.0
13 มิ.ย. 2564	Bilateral	Janssen Pharmaceuticals	Janssen	Ad26.COV 2.S	5.0
13 มิ.ย. 2564	Bilateral	Pfizer BioNTech	Pfizer/BioNTech	Comirnaty	20.0
30 มิ.ย. 2564	Bilateral	Moderna	Moderna	mRNA- 1273	5.0
30 ก.ค. 2564	Bilateral	Pfizer BioNTech	Pfizer/BioNTech	Comirnaty	10.0
17 ส.ค. 2564	Bilateral	Sinovac	Sinovac	Coronavac	12.0
29 ก.ย. 2564	Bilateral	AstraZeneca	Siam Bioscience	Vaxzevria	60.0*
23 พ.ย. 2564	Bilateral	Pfizer BioNTech	Pfizer/BioNTech	Comirnaty	30.0*
รวม					230.0

ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard> (เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2565)

หมายเหตุ: *จากแผนการฉีดวัคซีนในปี 2565 เดิมทั้งหมด 120 ล้านโดสที่ ศบค. ประกาศไว้เมื่อ 27 กันยายน 2564 และได้อนุมัติและลงนามซื้อแล้ว 90 ล้านโดส แบ่งเป็นวัคซีน AstraZeneca จำนวน 60 ล้านโดส (โดยมีแผนการส่งมอบวัคซีน ภายในไตรมาสแรกของปี 2565 จำนวน 15 ล้านโดส ไตรมาสที่สอง จำนวน 30 ล้านโดส และไตรมาสที่สาม จำนวน 15 ล้านโดส) และวัคซีน Pfizer จำนวน 30 ล้านโดส

เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2565 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ปรับลดการจัดซื้อวัคซีน AstraZeneca (AZ) ในปี 2565 จากเดิมที่ตกลงซื้อเมื่อปลายปี 2564 จำนวน 60 ล้านโดส เหลือ 35.4 ล้านโดส โดยในเดือนมิถุนายน 2565 กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าไทยได้รับมอบวัคซีนมาแล้ว 36 ล้านโดส ฉีดให้ประชาชนแล้วเป็นจำนวน 34 ล้านโดส นอกจากนี้ ยังมีวัคซีนส่วนหนึ่งที่ได้มาจากการบริจาค เช่น ซิโนแวค ซิโนฟาร์ม แอสตราเซนเนกา ไฟเซอร์ โมเดอร์นา และโคโวแวกซ์ รวมทั้งหมด 13 ล้านโดส) <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/174918/>

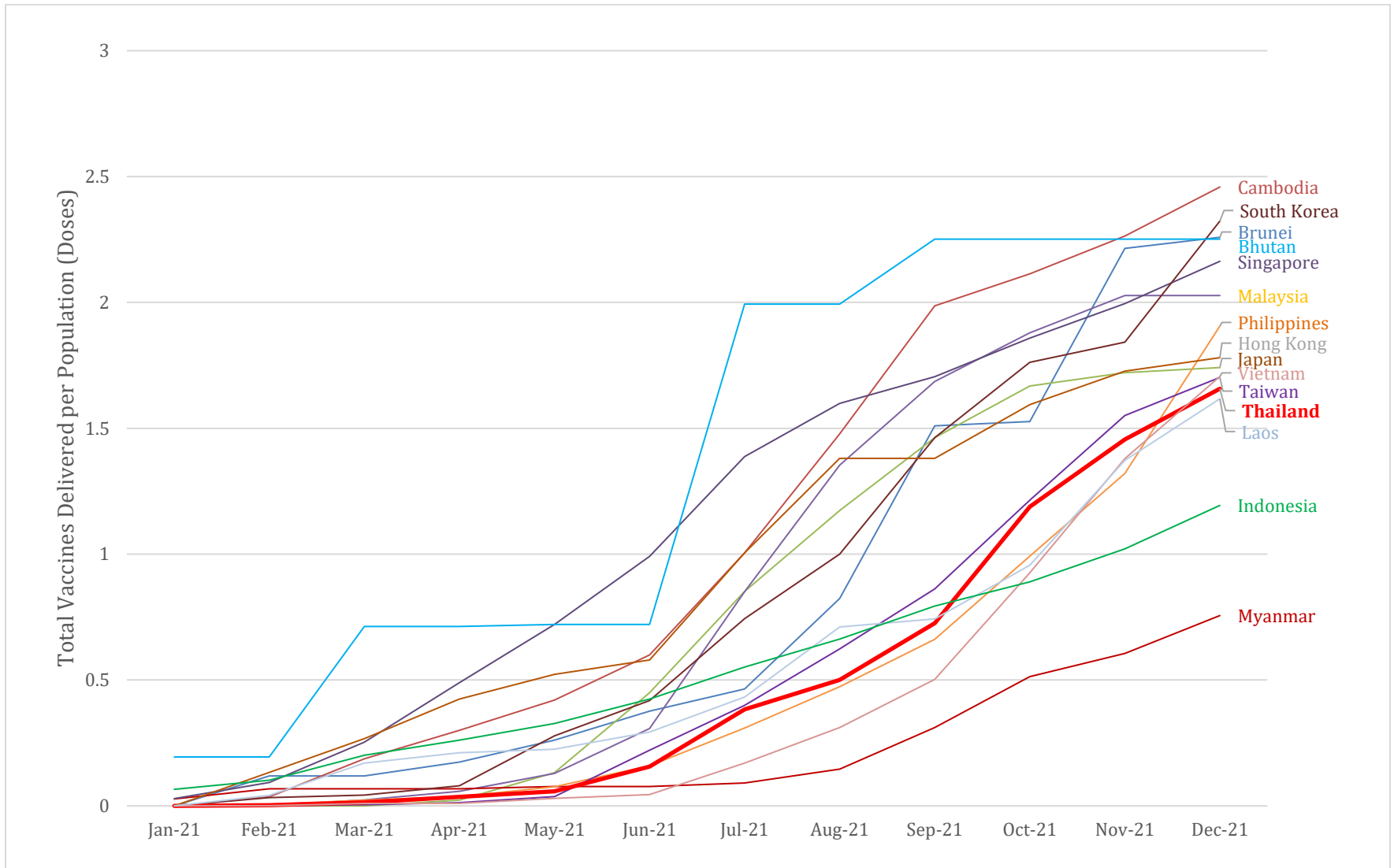
ในปี 2563 ไทยติดตามความก้าวหน้า/ดำเนินการจัดหาวัคซีนเช่นเดียวกับหลายประเทศ รวมทั้งส่งหนังสือแสดงความสนใจ (Expression of interest) ต่อ COVAX ตั้งแต่ 9 ก.ค. 63 แต่การตัดสินใจจอง/สั่งซื้อวัคซีนของไทยไม่ค่อยคืบหน้า (เช่น ในช่วงแรกไทยก็ได้ขอเลื่อนการสั่งจองกับ COVAX ไว้ 2 เดือน และไม่ได้ดำเนินการต่อในที่สุด) และในภาพรวมไทยดำเนินการจัดหาวัคซีนได้ไม่เร็วกว่าเท่าหลายประเทศ และได้รับวัคซีนค่อนข้างช้ารวมทั้งเมื่อเทียบกับหลายประเทศในอาเซียนด้วย¹¹⁰ (รวมทั้งวัคซีนแบบไวรัสเวกเตอร์ที่มีการผลิตในไทย และวัคซีนแบบ mRNA ที่เป็นที่ต้องการมากในปี 2564 เนื่องจากมีผลการทดสอบที่ดีกว่าวัคซีนอื่นด้วย) โดยสรุปแล้วไปแสดงให้เห็นว่าในช่วง 5 เดือนแรกของปี 2564 ไทยได้รับวัคซีนต่อประชากรน้อยกว่าประเทศอาเซียนอื่นๆ มาก (ยกเว้นเวียดนามซึ่งได้น้อยพอๆ กัน) และเมื่อผ่านไปครึ่งปีก็เริ่มแซงเมียนมาและตามฟิลิปปินส์ทัน แต่ก็ยังต่ำกว่าประเทศอาเซียนที่เหลือ และเริ่มตามทันลาวในเดือนกันยายน และทันอินโดนีเซียในเดือนตุลาคม 2564 แต่จนถึงสิ้นปี 2564 ก็ยังได้รับวัคซีนทุกชนิดรวมกันต่อประชากรน้อยกว่าเวียดนาม ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย สิงคโปร์ บรูไน และกัมพูชา และยังถ้าเทียบกับสิงคโปร์ก็จะเห็นความแตกต่างที่ชัดเจนมากกว่าสิงคโปร์เริ่มฉีดวัคซีนอย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงต้นปี 2564 ในแบบแผนที่คล้ายกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ ซึ่งในรูปล่าสุดเห็นได้ชัดว่าประเทศเหล่านี้ได้รับวัคซีนสะสมต่อประชากรมากกว่าไทยอย่างชัดเจนตลอดช่วงการระบาดที่ผ่านมา

การที่ไทยตัดสินใจในการจองหรือซื้อวัคซีนช้า ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความมั่นใจในมาตรการควบคุมโรคที่หลังระลอกแรกไทยมีรายงานผู้ติดเชื้อในประเทศที่เป็น 0 ยาวนานถึง 101 วันในช่วงกลางปี 2563 จนกระทั่งเกิดการเกิดระลอกของโควิด-19 ระลอกสองในช่วงปลายปี 2563 ที่ทำให้รัฐบาลเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับมาตรการด้านวัคซีน แต่ประเทศไทยไม่ได้สั่งซื้อวัคซีนล่วงหน้าไว้ นอกจากตามสัญญาการผลิตวัคซีนแอสตราเซนเนกาของ บ. SBS ของไทยที่มีกำหนดที่ผลิตออกมาในช่วงกลางปี 2564 ทำให้ในช่วงต้นปี 2564 ไทยหันมาซื้อวัคซีนซิโนแวคเป็นหลัก โดยได้รับส่งมอบวัคซีนแอสตราเซนเนกาที่ผลิตในประเทศอื่น (เช่น เกาหลีใต้) มาล่วงหน้าในปริมาณที่ไม่มากนัก และมีข่าว/งานวิจัยที่ระบุว่าวัคซีนทั้งสองตัวมีประสิทธิภาพในการป้องกันต่ำกว่าวัคซีนชนิด mRNA ซึ่งไทยยังไม่ได้ทำสัญญาซื้อไว้เลย จึงเกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ถึงมาตรการด้านวัคซีนของไทยในช่วงแรกเป็นอย่างมาก ส่งผลให้

¹¹⁰ ดูตัวอย่างการถกประเด็นนี้ใน สมชัย จิตสุชน, ภาคภูมิ จตุพรพรจันทร์, ไตรสรณ์ ธิรชิวานนท์, ชิงญา ฉิมธนู, ชัยพร ชุ่มบุญชู, ชนิสรา นัยรักษ์เสรี “เราควรเรียนรู้อะไรจากการจัดซื้อวัคซีนของต่างประเทศ” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). 27 กรกฎาคม 2021. <https://tdri.or.th/2021/07/lesson-learned-on-vaccine-procurement/> และ “พินิจเศรษฐกิจการเมือง: เดินหน้าจัดหาและกระจายวัคซีนอย่างไร เพื่อให้ผ่านวิกฤตได้โดยเร็ว” 27 กรกฎาคม 2021. <https://tdri.or.th/2021/07/curadio-160/> และ วิโรจน์ ณ ระนอง สมชัย จิตสุชน สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ และ ต่อพงศ์ อัครวิษณุ “ข้อเสนอแนะการจัดหาและการกระจายวัคซีนโควิด-19” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). 19 กรกฎาคม 2021. https://tdri.or.th/2021/07/procurement-and-distribution-of-covid-19-vaccines/?fbclid=IwAR3XgbpcPetCps0JF5sUEbRDDWAP_M-OITbgdB8GmfOnsdOAO43BJxqOH28

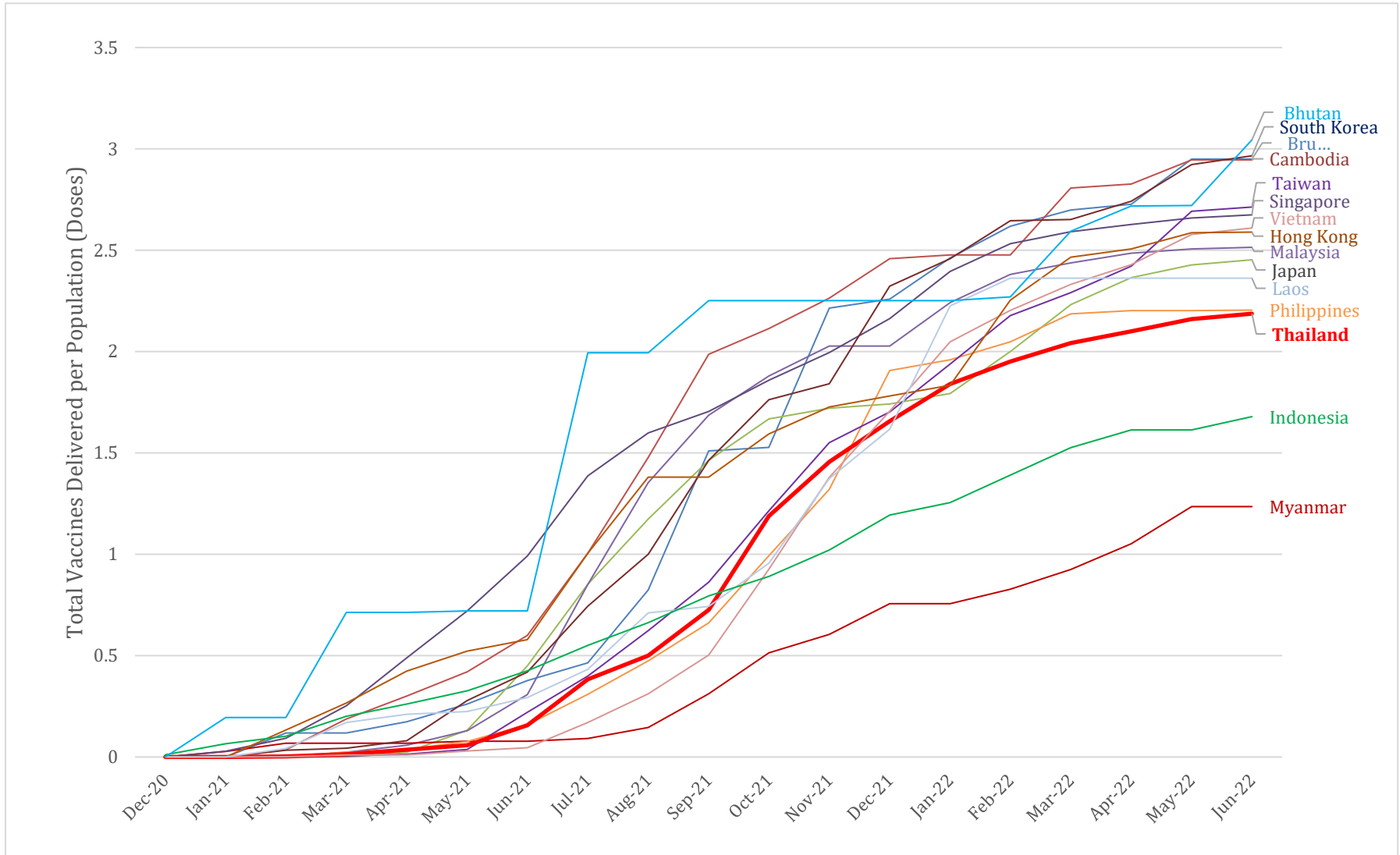
ประชาชนเกิดความไม่มั่นใจในมาตรการวัคซีนของภาครัฐ และประชาชนบางส่วนก็เลือกที่จะสั่งจองซื้อวัคซีน
ทางเลือก (โดยเฉพาะวัคซีน mRNA ของโมเดอร์นา) จากโรงพยาบาลเอกชนแทน

รูปที่ 69 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและประเทศแถบเอเชียบางประเทศในช่วงปี 2564



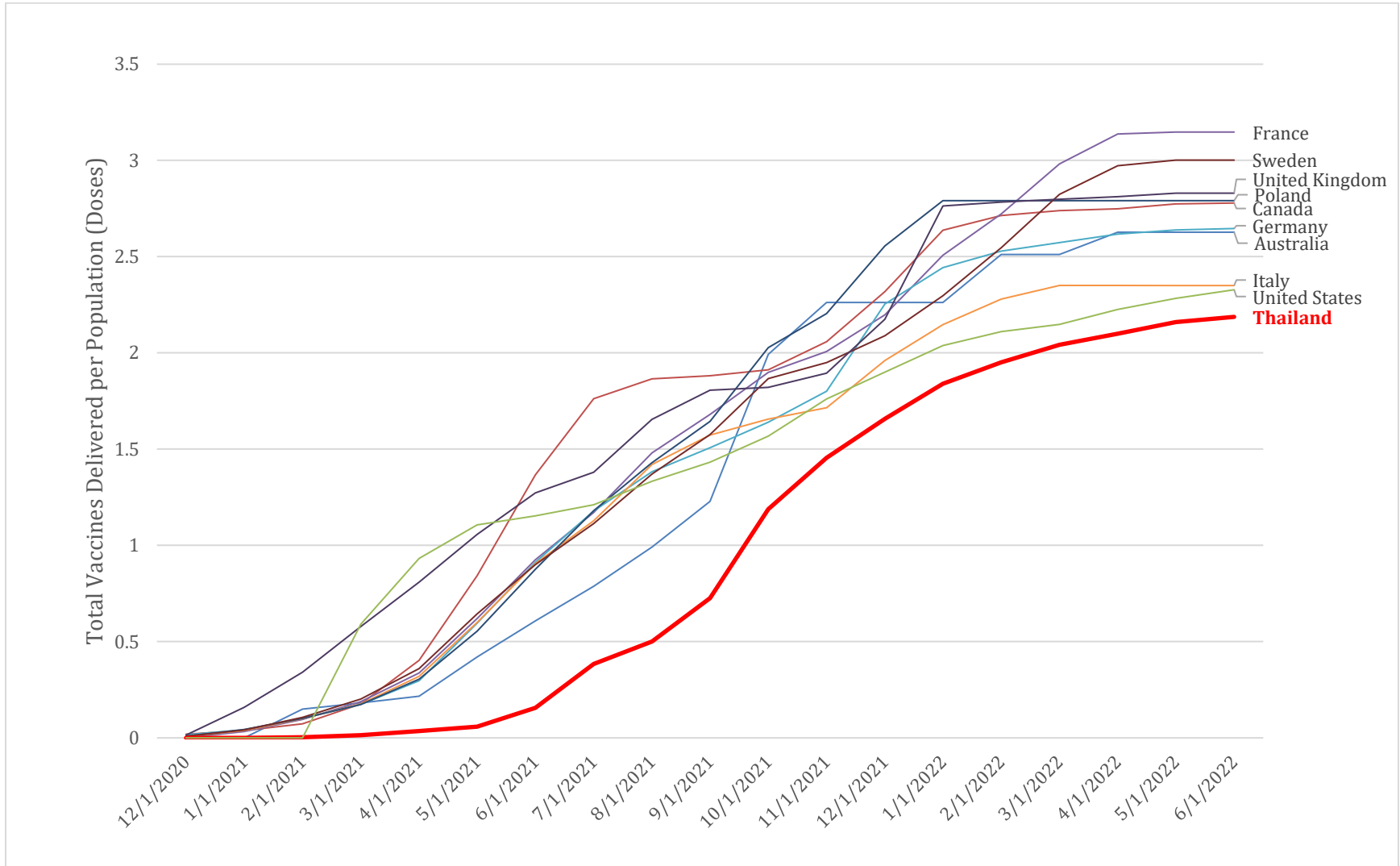
ที่มา: UNICEF (2022), from <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

รูปที่ 70 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและประเทศแถบเอเชียบางประเทศในช่วงปี 2563 - 2565



ที่มา: UNICEF (2022), from <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

รูปที่ 71 จำนวนวัคซีนที่ได้รับมอบสะสมต่อประชากรของประเทศไทยเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศในช่วงปี 2563-2565



ที่มา: UNICEF (2022), from <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

นอกจากหลักฐานที่ชี้ว่าไทยไม่กระตือรือร้นมากในการแข่งขันซื้อวัคซีนถึงช่วงก่อนปี 2563 จากการให้ความเห็นของนายกรัฐมนตรี¹¹¹ ซึ่งอ้างเหตุผลด้านความปลอดภัยด้วย และถึงแม้ว่าเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2563 จะมีบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนเพื่อประชาชนไทย ที่ตั้งโดย สธ. พิจารณาแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งสถาบันวัคซีนเสนอให้จัดหาวัคซีนสำหรับปี 2564 รวม 41 ล้านโดส สำหรับ 20.1 ล้านคน และที่ประชุมเห็นชอบแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ที่กำหนดกรอบเบื้องต้นสำหรับปี 2654 ให้จัดหาวัคซีนผ่านแหล่งต่างรวม 50% ของประชากร แต่ก็ดูเหมือนว่าผู้ที่รับผิดชอบก็พอใจกับสัญญาที่ตกลงจองซื้อจาก AZ 26 ล้านโดส สำหรับฉีดกลุ่มเสี่ยง 20% ของประชากรเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับบันทึกลงวันที่ 25 มิถุนายน 2564 จากรองประธานฝ่ายกิจการองค์กรทั่วโลกของบริษัทแอสตราเซนเนกาส่งถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสำเนาถึงอธิบดีกรมควบคุมโรค (ดูรูปที่ 72) ซึ่งระบุว่าในช่วงต้นปี 2564 (ณ 21 ม.ค. 2564) ไทยสั่งซื้อวัคซีนโควิดแอสตราเซนเนกาเพียง 26 ล้านโดส¹¹² (โดยระบุความต้องการวัคซีนประมาณ 3 ล้านโดสต่อเดือน) และต่อมา 21 พ.ค. 2564 จึงสั่งซื้อเพิ่มอีก 35 ล้านโดส (รวมเป็น 61 ล้านโดส) ในขณะที่ประเทศอื่นได้สั่งซื้อก่อนประเทศไทยทั้งหมดคือระหว่าง พ.ย. 2563 - ม.ค. 2564 (ดูรูปข้างล่าง) แต่แอสตราเซนเนกาก็มีแผนที่จะจัดสรรวัคซีนทั้งหมด 61 ล้านโดสให้ไทยตามที่ไทยสั่งซื้อทั้งหมด (ซึ่งตกประมาณ 35% ของยอดการผลิตในสัญญา 175 ล้านโดสของวัคซีนที่จะผลิตได้ใน 1 ปีโดย SBS ในประเทศไทย) ทำให้ในแต่ละเดือนไทยจะได้รับวัคซีนประมาณ 5-6 ล้านโดส หรือเกือบ 2 เท่าของปริมาณวัคซีนที่เคยเจรจาในการประชุมในวันที่ 7 ก.ย. 2563 ซึ่งทีมงานของไทยเคยระบุว่าไทยต้องการวัคซีนประมาณ 3 ล้านโดสต่อเดือน และทางแอสตราเซนเนกาได้แจ้งในวันนั้นด้วยว่า รัฐบาลไทยสามารถจัดซื้อวัคซีนของแอสตราเซนเนกาเพิ่มเติมในราคาที่ไม่แสวงหาผลกำไรจาก COVAX ได้ด้วย ตามแผนการกระจายวัคซีนของบริษัทแอสตราเซนเนกาที่มีนโยบายผสมผสานการขายโดยตรงกับการขายผ่าน COVAX¹¹³

¹¹¹ “ประยุทธ์แจงประเทศไทยสั่ง "วัคซีน" น้อย อ้างเราคุม "โควิด" ระลอกแรกได้ดีมาก” ข่าวสด 20 เม.ย. 2564

https://www.khaosod.co.th/politics/news_6350143

¹¹² ซึ่งเป็นข้อตกลงตั้งแต่ในการเจรจาในเดือน ก.ย. และลงนามใน LOI ในเดือน ต.ค. 63

¹¹³ <https://www.isranews.org/article/isranews-news/100580-ASTRAAA00.html>

รูปที่ 72 รายละเอียดคำสั่งซื้อวัคซีน Viral Vector ของ AZ จากโรงงานผลิตในไทยโดยประเทศต่างๆ

In total, AstraZeneca is dedicating one third of the supply to Thailand, i.e. out of every three million manufactured in Thailand the MOPH will receive one million doses. The remaining two-thirds share is allocated for vaccinating people in other countries. This allocation follows our joint commitment to equitable access and is based on the share of Thailand’s 61 million order of the total contracted volume of 175 million doses. The complete overview of orders to be serviced from this supply chain is detailed overleaf.



Country/order	Concluded	Volume	Percentage
Thailand MOPH 1	Jan-21	26.0	34.93%
Thailand MOPH 2	May-21	35.0	
Brunei	Nov-20	0.045	65.07%
Indonesia	Dec-20	50.0	
Malaysia	Dec-20	6.4	
Maldives	Dec-20	0.7	
Philippines Donations to DOH 1	Nov-20	2.5	
Philippines Donations to DOH 2	Jan-21	3.0	
Philippines Local Government Units	Jan-21	11.0	
Taiwan	Oct-20	10.0	
Vietnam	Nov-20	30.0	
Total		174.6	100%

ความล่าช้าในการได้มาซึ่งวัคซีนสะท้อนปัญหาแนวคิดและวิธีการจัดการความเสี่ยง และปัญหาระบบราชการของไทย ซึ่งกฎหมายและระเบียบราชการไม่เอื้อกับการจองซื้อวัคซีน—ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปการสนับสนุนการวิจัยพัฒนาที่มีความเสี่ยงที่ผู้จองซื้อมีโอกาสเสียเงินโดยไม่ได้รับวัคซีน ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องของไทยถึงเลที่จะทำข้อตกลงในลักษณะนี้ นอกจากนี้ สัญญาจองซื้อวัคซีนในช่วงปี 2563 ก็อาจมีเงื่อนไขคุ้มครองผู้ผลิตมากกว่าปกติด้วย แต่ในสถานการณ์เช่นนี้ หลายประเทศมีระบบที่ทำให้สามารถปกป้องผู้ที่ทำสัญญาที่มีความเสี่ยงที่รัฐจะสูญเสียเมื่อผลได้ตอบรับที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง ทำให้ประเทศเหล่านั้นได้เปรียบประเทศไทยในกรณีที่มีการแย่งจองซื้อวัคซีนที่มีความต้องการสูง ซึ่งไทยเองก็ได้มีการปรับตัวโดยกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวง

เรื่อง ‘การจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19’ เพื่อปลดล็อกให้ไทยสามารถจัดซื้อจัดหาวัคซีนโดยการจองล่วงหน้าได้ จากเดิมก่อนหน้านี้กฎหมายของไทยไม่อนุญาตให้จัดซื้อสินค้าโดยการจองซื้อล่วงหน้าหน้า จึงนับว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้เป็นจุดเริ่มต้นการจัดหาจัดซื้อวัคซีนโควิด-19 อย่างเป็นทางการ (ดูรายละเอียด ลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญในการจัดหาวัคซีนของรัฐบาลไทยสำหรับปี 2564 ในตารางถัดไป)

ตารางที่ 20 ลำดับเหตุการณ์สำคัญในการจัดหาวัคซีนของรัฐบาลไทยในปี 2563-2564

วันที่	รายละเอียด
9 กรกฎาคม 2563	ไทยส่งหนังสือแสดงเจตนาารมณในการซื้อวัคซีน (Expression of interest) จาก COVAX
25 สิงหาคม 2563	คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2563 งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น วงเงิน 1,000 ล้านบาทเป็นเงินอุดหนุนให้สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุน 600 ล้านบาท ให้บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ฯ (SBS) สำหรับปรับปรุง/ขยายโรงงานให้พร้อมผลิตชีววัตถุในรูปแบบวัคซีน Viral vector (ที่เหลืออีก 400 ล้านบาทให้โครงการของจุฬาฯ) โดยบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ระบุว่ามีความมั่นใจว่าเมื่อครบรอบการผลิตแล้วจะใช้คืนรัฐบาลในรูปแบบเป็นวัคซีนแอสตราเซนเนกา (AZ) มูลค่า 600 ล้านบาท
23 กันยายน 2563	คณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนเพื่อประชาชนไทย ที่ตั้งโดย สช. พิจารณาแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเสนอให้ซื้อวัคซีนผ่าน COVAX 10% ของประชากร (13 ล้านโดส) จอง 20% (26 ล้านโดส) จาก AZ และอีก 2 ล้านโดสจากแหล่งทวีภาคีอื่น รวมเป็น 41 ล้านโดส สำหรับ 20.1 ล้านคน ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบแผนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 โดยกำหนดกรอบเบื้องต้นสำหรับปี 2654 ให้จัดหาวัคซีนโดยจองผ่าน COVAX 20% ของประชากร และซื้อกับผู้ผลิตอื่นผ่านความตกลงทวีภาคีอีก 10% และผ่านการผลิตในประเทศที่รับถ่ายทอดเทคโนโลยีจาก AZ ไม่เกิน 20% ของประชากร
12 ตุลาคม 2563	รัฐบาลไทย (โดยกระทรวงสาธารณสุข) บริษัท ปูนซีเมนต์ไทย จำกัด (SCG) บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด (SBS) และบริษัท AstraZeneca UK (โดยประธานบริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด) ลงนามใน LOI การจัดหาวัคซีนโควิด-19 26 ล้านโดส ที่จะผลิตโดย SBS ให้ AZ (ซึ่งสามารถส่งออกได้โดยไม่จำกัด) โดยกำหนดลงนามในสัญญาภายใน 30 ตุลาคม 2563

วันที่	รายละเอียด
	<p>กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงเรื่อง ‘การจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19’ ปลดล็อกให้ไทยสามารถจัดซื้อจัดหาวัคซีนโดยการจองล่วงหน้าได้ จากเดิมก่อนหน้านี้กฎหมายของไทยไม่อนุญาตให้รัฐบาลจัดซื้อสินค้าโดยการจองล่วงหน้า ซึ่งอาจถือได้ว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้เป็นจุดเริ่มต้นการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ของไทยโดยวิธีการจองซื้ออย่างเป็นทางการ</p>
17 พฤศจิกายน 2563	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติงบประมาณปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ‘รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019’ วงเงิน 2,379,430,600 บาท ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติ เพื่อจองซื้อวัคซีนล่วงหน้าจากบริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด และบริษัท AstraZeneca UK</p> <p>วงเงินงบประมาณที่อนุมัติเป็นส่วนหนึ่งของโครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับประชาชนไทย โดยการจองวัคซีนแอสตราเซนเนกาล่วงหน้า ภายใต้กรอบวงเงินรวม 6,049,723,117 บาท ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เงินจัดหาวัคซีนโดยการจองล่วงหน้า วงเงิน 2,379,430,600 บาท รับผิดชอบโดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติ 2. เงินจัดซื้อวัคซีนที่ได้จากการจองล่วงหน้าเมื่อคู่สัญญาสามารถจัดหาวัคซีนให้ได้สำเร็จ วงเงิน 1,586,287,067 บาท รับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค 3. เงินบริหารจัดการวัคซีน วงเงิน 2,084,005,450 บาท รับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค
27 พฤศจิกายน 2563	<p>รัฐบาลไทย โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ลงนามในสัญญาการจัดหาวัคซีนโควิด-19 โดยการจองล่วงหน้าและสัญญาการจัดซื้อวัคซีนกับบริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด</p>
5 มกราคม 2564	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบความคืบหน้าการจัดหาวัคซีนโรคโควิด-19 เพิ่มเติมให้ครอบคลุมประชากรไทยในปี 2564 จำนวน 33 ล้านคน (ร้อยละ 50 ของประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดหาวัคซีนจากการตกลงแบบทวิภาคี โดยสั่งจองล่วงหน้ากับบริษัท แอสตราเซนเนกา จำกัด ร้อยละ 20 (จำนวน 26 ล้านโดส) คาดว่าจะได้รับวัคซีนประมาณเดือน

วันที่	รายละเอียด
	<p>มิถุนายน 2564 และที่ประชุมมีมติให้พิจารณาสั่งซื้อเพิ่มอีก 35 ล้านโดส รวมจำนวนวัคซีนแอสตราเซนเนกาที่ประเทศไทยขอจองจำนวน 61 ล้านโดส</p> <p>2. การจัดหาวัคซีนจากแหล่งอื่นร้อยละ 10 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เจรจาซื้อวัคซีนซิโนแวคเพื่อให้ได้รับวัคซีนเร่งด่วนภายในไตรมาสแรกของปี 2564 จำนวน 2 ล้านโดส วงเงินงบประมาณ 1,228.2 ล้านบาท</p> <p>3. การจัดหาวัคซีนจากโครงการ COVAX Facility ร้อยละ 20 ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาเงื่อนไขและเจรจาต่อรอง</p>
19 มกราคม 2564	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติปรับกรอบงบประมาณโครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยการจองวัคซีนแอสตราเซนเนกาล่วงหน้าจำนวน 21 ล้านโดส ที่ลงนามเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 โดยเพิ่มเงินงบอีก 166.53 ล้านบาท จากวงเงินเดิม 6,049.72 ล้านบาท เป็น 6,216.25 ล้านบาท เพื่อให้เพียงพอสำหรับจ่ายค่าภาษีมูลค่าเพิ่มด้วย</p>
2 กุมภาพันธ์ 2564	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ‘งบกลาง รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019’ วงเงิน 2,741,336,000 บาท ให้กรมควบคุมโรคดำเนินการภายใต้โครงการจัดหาวัคซีน ในส่วนที่กรมควบคุมโรคมีหน้าที่ชำระเงินร้อยละ 40 ของค่าวัคซีน และบริหารจัดการวัคซีน ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 17 พฤศจิกายน 2563</p>
22 กุมภาพันธ์ 2564	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อนุมัติขึ้นทะเบียนวัคซีนซิโนแวคให้ใช้ในประเทศไทยได้ในภาวะฉุกเฉิน</p>
24 กุมภาพันธ์ 2564	<p>ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวคจำนวน 200,000 โดส เป็นลอตที่ 1 จากสัญญาจัดซื้อ 2 ล้านโดส ตามที่กระทรวงสาธารณสุขแจ้งให้ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีรับทราบในวันที่ 5 มกราคม 2564</p>
2 มีนาคม 2564	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ‘งบกลาง รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019’ กรอบวงเงิน 6,387,285,900 บาท ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดหาวัคซีนแอสตราเซนเนกาเพิ่มอีก 35 ล้านโดส</p>
20 มีนาคม 2564	<p>ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานแผนการให้บริการวัคซีนโควิด-19 ต่อคณะรัฐมนตรีระบุว่าวัคซีนแอสตราเซนเนกาเป็นวัคซีนหลักของไทย แบ่งเป็นการจัดหาครั้งแรกจำนวน</p>

วันที่	รายละเอียด
	<p>26 ล้านโดส และครั้งที่ 2 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2564 จำนวน 35 ล้านโดส ส่วนวัคซีนซิโนแวคอยู่ในแผนเพียง 2 ล้านโดส</p> <p>ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวคจำนวน 800,000 โดส เป็นลอตที่ 2 จากสัญญาจัดซื้อ 2 ล้านโดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวคแล้ว 1 ล้านโดส</p>
10 เมษายน 2564	<p>ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวค จำนวน 1 ล้านโดส เป็นลอตสุดท้ายจากสัญญาจัดซื้อ 2 ล้านโดส ที่กระทรวงสาธารณสุขแจ้งให้คณะรัฐมนตรีรับทราบในการประชุมคณะรัฐมนตรีวันที่ 5 มกราคม 2564 รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวคแล้ว 2 ล้านโดส</p>
24 เมษายน 2564	<p>ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวค จำนวน 500,000 โดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค ณ เวลานั้น 2.5 ล้านโดส</p>
27 เมษายน 2564	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบรายละเอียดโครงการจัดหาวัคซีนของซิโนแวคเพิ่มเติม 500,000 โดส และมีมติอนุมัติงบกลางปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรอบวงเงิน 321,604,000 บาท สำหรับวัคซีนดังกล่าว</p>
5 พฤษภาคม 2564	<p>กระทรวงสาธารณสุขเสนอแผนการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ต่อที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ระบุจำนวนวัคซีนในแผนรวม 100 ล้านโดส ซึ่ง ณ ขณะนั้นจัดหาวัคซีนได้แล้ว 63 ล้านโดส จึงต้องจัดหาจัดซื้อวัคซีนเพิ่มเติมอีกจำนวน 37 ล้านโดส</p> <p>ในแผนจัดซื้อจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมยังคงระบุวัคซีนแอสตราเซนเนกาเป็นเป้าหมายภาพรวมของแผนจำแนกดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัคซีนซิโนแวค จำนวน 2.5 ล้านโดส (เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2564) - วัคซีนแอสตราเซนเนกา จำนวน 26 ล้านโดส (เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564) และจัดหาเพิ่มเติมอีก 37 ล้านโดส - วัคซีนแอสตราเซนเนกา จำนวน 35,000,000 โดส (เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564) <p>อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติเพียงรับทราบแผนการจัดหาและการฉีดวัคซีนเพิ่มเป็น 100 ล้านโดส ไม่ได้มีมติเห็นชอบจัดหาวัคซีนแอสตราเซนเนกาเพิ่ม 37 ล้านโดส แต่มีมติเห็นชอบในหลักการการจัดหาวัคซีนให้หลากหลาย โดยแบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาครัฐจัดหาวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน 5-20 ล้านโดส, สปุตนิค วี จำนวน 5-10 ล้านโดส, จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน จำนวน 5-10 ล้านโดส, ซิโนแวค จำนวน 5-10 ล้านโดส และวัคซีนอื่นๆ เช่น โมเดอร์นา ซิโนฟาร์ม ภารัต หรือวัคซีน

วันที่	รายละเอียด
	<p>อื่นที่จะมีการขึ้นทะเบียนในอนาคต โดยมอบหมายให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคเอกชนจัดซื้อวัคซีนอื่นๆ เพิ่มเติม ตามแนวทางการร่วมมือการจัดการวัคซีนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน
6 พฤษภาคม 2564	ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวค อีก 1 ล้านโดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค ณ เวลานั้น 3.5 ล้านโดส
14 พฤษภาคม 2564	วัคซีนซิโนแวค จำนวน 500,000 โดสที่ประเทศจีนบริจาคให้ไทยถูกขนส่งมาถึงประเทศไทย รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค เป็นจำนวน 4 ล้านโดส
15 พฤษภาคม 2564	ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวค อีก 500,000 โดสที่จัดซื้อจัดหาเพิ่มเติม รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค (รวมวัคซีนที่จีนบริจาค) เป็นจำนวน 4.5 ล้านโดส
17 พฤษภาคม 2564	อนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ลงนามรับมอบวัคซีนซิโนแวค จำนวน 500,000 โดสที่ได้รับบริจาคจากรัฐบาลจีน ซึ่งขนส่งมาถึงไทยเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 โดยระบุว่า การบริจาคมิขึ้นหลังจากอุปทูตจีนได้แนะนำให้ประเทศไทยทำจดหมายขอรับการสนับสนุนวัคซีนจากจีน 1 ล้านโดส โดยขอให้นำวัคซีนส่วนหนึ่งมาฉีดให้คนจีนในประเทศไทยด้วย
20 พฤษภาคม 2564	ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวคอีก 1.5 ล้านโดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค (รวมทั้งวัคซีนที่จีนบริจาค 500,000) เป็น 6 ล้านโดส
1 มิถุนายน 2564	กรม. เห็นชอบกรอบการดำเนินงานส่งมอบแอสตราเซเนกา 61 ล้านโดส ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2564 โดยแบ่งเป็นเดือนมิถุนายน 2564 6 ล้านโดส เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2564 เดือนละ 10 ล้านโดส และเดือนธันวาคม 2564 ส่งมอบที่เหลือให้ครบ 61 ล้านโดส และเนื่องจากประเทศไทยมีการระบาดจึงมีการส่งมาให้ก่อน 2 ล็อต ได้แก่ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 117,300 โดส (จากเกาหลีใต้) และวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 จำนวน 242,100 โดส รวม 359,400 โดส
2 มิถุนายน 2564	<p>อนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกฯ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าไทยได้รับวัคซีนซิโนแวคแล้ว 6 ล้านโดส เป็นวัคซีนที่รัฐบาลสั่งซื้อ 5.5 ล้านโดส และรัฐบาลจีนบริจาค 500,000 โดส และในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2564 จะมีวัคซีนซิโนแวค 11 ล้านโดส ทอยอยเข้ามาเดือนละ 2.5-3 ล้านโดส</p> <p>“วัคซีนซิโนแวคที่จัดซื้อเข้ามา เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาลที่ให้จัดหาวัคซีนเพิ่มจากวัคซีนหลักคือแอสตราเซเนกา ให้ครอบคลุมประชาชนไม่น้อยกว่า 100 ล้านโดส”</p>

วันที่	รายละเอียด
5 มิถุนายน 2564	วัคซีนซิโนแวคจำนวน 500,000 โดสที่ประเทศจีนบริจาคให้ไทยถูกขนส่งมาถึงประเทศไทย รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวคเป็นจำนวน 6.5 ล้านโดส
10 มิถุนายน 2564	ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวค จำนวน 1 ล้านโดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค (รวมวัคซีนที่จีนบริจาค 1 ล้านโดส) เป็นจำนวน 7.5 ล้านโดส
18 มิถุนายน 2564	ที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) อนุมัติแผนจัดหาวัคซีนต้านโควิด-19 เพิ่มกรอบการจัดหาวัคซีนเดิม 100 ล้านโดสภายในปี 2564 เป็น 150 ล้านโดสภายในปี 2565 โฆษก ศบค. เปิดเผยว่า ดำเนินการจองวัคซีนแล้ว 105.5 ล้านโดส แบ่งเป็นแอสตราเซนเนกา 61 ล้านโดส, ซิโนแวค 19.5 ล้านโดส, ไฟเซอร์ 20 ล้านโดส และจอห์นสันแอนด์ จอห์นสัน 5 ล้านโดส ส่วนวัคซีน 50 ล้านโดสที่จะจัดหาเพิ่มเติมนั้น กระทรวงสาธารณสุขเสนอเป็นวัคซีนซิโนแวค 28 ล้านโดส และวัคซีนบริษัทอื่นๆ 22 ล้านโดส
22 มิถุนายน 2564	คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักการการจัดหาวัคซีน และเห็นชอบแผนจัดหาจัดซื้อวัคซีนเพิ่มเติมให้เป็น 150 ล้านโดสภายในปี 2565 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ
23 มิถุนายน 2564	ไทยได้รับวัคซีนซิโนแวคอีก 2 ล้านโดส รวมยอดการนำเข้าวัคซีนซิโนแวคจากประเทศจีน (รวมทั้งวัคซีนที่จีนบริจาค 1 ล้านโดส) เป็นจำนวน 9.5 ล้านโดส
25 มิถุนายน 2564	รองประธานฝ่ายกิจการองค์กรทั่วโลก ของบริษัทแอสตราเซนเนกา ส่งหนังสือถึงนายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสำเนาถึง นพ.โอภาส การกวินพงศ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ระบุว่าในช่วงแรก (21 ม.ค. 2564) ไทยแจ้งขอรับวัคซีนโควิดแอสตราเซนเนกาเพียง 26 ล้านโดส (ประมาณ 3 ล้านโดสต่อเดือน) และต่อมา 21 พ.ค. 2564 แจ้งขอรับเพิ่มอีก 35 ล้านโดส (รวมเป็น 61 ล้านโดส) ซึ่งประเทศอื่นในภูมิภาคได้แจ้งก่อนประเทศไทยทั้งหมด โดยแจ้งระหว่าง พ.ย. 2563 - ม.ค. 2564 แต่แอสตราเซนเนกาก็มีแผนที่จะจัดสรรวัคซีนทั้ง 61 ล้านโดสให้ไทยตามที่ไทยแจ้งไว้ทั้งหมด (ซึ่งเท่ากับ 35% ของยอดการผลิตในสัญญาที่ SBS จะผลิตในไทยรวม 175 ล้านโดส) โดยในแต่ละเดือนไทยจะได้รับวัคซีน 5-6 ล้านโดส หรือเกือบ 2 เท่าของปริมาณวัคซีนที่เคยเจรจาในการประชุมในวันที่ 7 ก.ย. 2563 ซึ่งทีมงานของไทยเคยระบุว่าไทยต้องการวัคซีนประมาณ 3 ล้านโดสต่อเดือน และทางแอสตราเซนเนกาได้แจ้งในวันนั้นด้วยว่า รัฐบาลไทยสามารถจัดซื้อวัคซีนของแอสตราเซนเนกาเพิ่มเติมในราคาที่ไม่แสวงหาผลกำไรจาก COVAX ได้ด้วย ตามแผนการกระจายวัคซีนของแอสตราเซนเนกาที่มีนโยบายผสมผสานการขายโดยตรงกับการขายผ่าน COVAX

วันที่	รายละเอียด
30 มิถุนายน 2564	นายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตอบจดหมายลงวันที่ 25 มิ.ย. 2564 ของบริษัทแอสตราเซนเนกา ว่าประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่พุ่งสูงมาก จึงต้องการวัคซีนจำนวนมากขึ้นเพื่อที่จะรับมือกับการระบาด และเพื่อรองรับกับเป้าหมายใหม่ในการฉีดวัคซีนของประเทศให้ได้อย่างน้อย 10 ล้านโดสต่อเดือน และคาดหวังว่าจะได้รับวัคซีนของบริษัทแอสตราเซนเนกาจำนวน 10 ล้านโดสต่อเดือน ซึ่งมากกว่าแผนการจัดสรรของแอสตราเซนเนกา ที่จะจัดสรรวัคซีนหนึ่งในสามให้ไทย
8 กรกฎาคม 2564	ศอ.บต.แถลงข่าวส่งวัคซีน Johnson & Johnson สำหรับจังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจากกำหนดโดสไว้เพียง 1 เข็ม อบจ. บางจังหวัดสั่งซื้อวัคซีนทางเลือกอื่น โดยเฉพาะ อบจ.สงขลา ได้เชิญชวนประชาชนชาวสงขลาจองวัคซีนทางเลือกซิโนฟาร์มขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา ผ่านระบบออนไลน์ เริ่มรับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2564
14 กรกฎาคม 2564	ที่ประชุมคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติเห็นชอบหลักการร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจำกัดการส่งออกวัคซีนเป็นการชั่วคราว (โดยกำหนดสัดส่วนการส่งออก) ภายใต้มาตรา 18 พ.ร.บ.ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561 พร้อมมอบให้กรมควบคุมโรคและสถาบันวัคซีนพิจารณาเนื้อหาอย่างละเอียด พร้อมกำกับเร่งเจรจากับบริษัทผู้ผลิตวัคซีนให้ได้จำนวนวัคซีนที่เหมาะสมก่อนทบทวนออกเป็นประกาศบังคับใช้
16 กรกฎาคม 2564	ที่ประชุม ศบค. เห็นชอบให้จัดหาวัคซีน 120 ล้านโดส ที่ครอบคลุมไวรัสกลายพันธุ์สำหรับปี 2565 และยังมีแนวทางที่จะจัดซื้อวัคซีนอื่นๆ ที่จะขึ้นทะเบียนในอนาคต เช่น Novavac อีกด้วย
17 กรกฎาคม 2564	สำนักข่าวอิศรา ออกข่าว “เปิดจม.ลับ ‘แอสตรา’ อ่าง สธ.ไทยเคยแจ้งต้องการแค่เดือนละ 3 ล. โดส เพิ่มให้เกือบ 2 เท่าแล้ว” (ดูสรุปของวันที่ 25 มิถุนายน 2564 ในตารางนี้) และข่าว “ฉบับเต็ม! หนังสือ ‘อนุทิน’ แจ้งแอสตราเซนเนกา ขอรับวัคซีนโควิดเพิ่ม 10 ล้านโดส” (ดูสรุปของวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ในตารางนี้) สองข่าวนี้นี้ชี้ว่าที่แอสตราเซนเนกาส่งวัคซีนให้ไทยไม่ถึง 10 ล้านโดสต่อเดือนตามเป้าหมายการฉีดวัคซีนของไทยจนทำให้มีปัญหาวัคซีนไม่พอฉีดในช่วงนั้น ไม่ได้เป็นการผิดสัญญา และหลังจากนั้นไม่นาน ข่าวเรื่องการเตรียมออกประกาศกระทรวง

วันที่	รายละเอียด
	สาธารณสุข จำกัดการส่งออกวัคซีนนอกราชอาณาจักร (ที่มีการเสนอในช่วง 14-18 กรกฎาคม 2564) ก็ค่อยๆ ซาไป
20 กรกฎาคม 2564	กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) และไบออนเทค (BioNTech) ได้ลงนามในสัญญา Manufacturing and Supply Agreement ในการจัดซื้อวัคซีน จำนวน 20,001,150 โดส โดยบริษัทสามารถส่งมอบวัคซีนในไตรมาสที่ 4 ของปี พ.ศ. 2564 (ตุลาคม – ธันวาคม 2564)
30 กรกฎาคม 2564	สหรัฐอเมริกาบริจาควัคซีนไฟเซอร์ จำนวน 1,503,450 โดส ให้กับประเทศไทย
16 สิงหาคม 2564	Reuters รายงานว่าไทยติดต่อขอชิม (swab) วัคซีน AstraZeneca 150,000 โดสจาก ภูฐาน เพื่ออุดช่องว่าง (“plug gaps in Thailand’s chaotic vaccine rollout”) หลังจาก AstraZeneca แจ้งว่าจะส่งวัคซีนให้ไทยได้เดือนละ 5-6 ล้านโดส (ครึ่งหนึ่งของเป้าหมายการฉีดของรัฐบาลไทย) ในขณะที่ภูฐานเริ่มฉีดวัคซีนในเดือน มี.ค. 64 และถึงขณะนั้นฉีดไปแล้วกว่า 1 ล้านโดส (ครอบคลุม 2 ใน 3 ของประชากร) และมีผู้ติดเชื้อสะสมไม่ถึง 3,000 รายและเสียชีวิตไปแค่ 3 คน.
17 สิงหาคม 2564	ที่ประชุม ครม. รับทราบการจัดสั่งซื้อวัคซีนไฟเซอร์เพิ่มเติมอีก 10 ล้านโดส พร้อมมอบให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ลงนามกับผู้แทนบริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) และไบออนเทค ทำให้การจัดซื้อวัคซีนไฟเซอร์เพิ่มเป็น 30 ล้านโดส
23 สิงหาคม 2564	นายกฯ ประชุมทางไกลกับซีอีโอแอสตราเซนเนก้าในยุโรป เพื่อเจรจาขอรับวัคซีนเพิ่มในปี 2564 โดยขอให้ส่งมอบวัคซีนให้ครบ 61 ล้านโดสภายในปี 2564 และตกลงซื้อวัคซีนอีก 60 ล้านโดสในปี 2565 ราคา \$9/โดส (ปี 2564 ไทยซื้อในราคา \$5/โดส) โดยถ้ามีวัคซีนรุ่นใหม่ของแอสตราเซนเนก้าอย่าง AZD2816 ที่ขณะนั้นยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาออกมาก็จะขอซื้อวัคซีนดังกล่าว ข่าวระบุว่าขณะนี้คนไทยฉีดวัคซีนไปแล้ว 27 ล้านโดส
7 กันยายน 2564	ครม. เห็นชอบจัดหาวัคซีนซิโนแวคเพิ่มเติมอีก 12 ล้านโดส รองรับการผลิตวัคซีนสูตรผสม ร่นระยะเวลาฉีดสร้างภูมิคุ้มกันหมู่เร็วขึ้น
27 กันยายน 2564	นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษก ศบค. สรุปแผนจัดหาวัคซีนโควิด-19 ปี 2564 รวม 178.2 ล้านโดส เพิ่มขึ้นจากแผนเดิมที่จะจัดหา 125.9 ล้านโดส สำหรับช่วง 3 เดือนสุดท้าย จะจัดหาวัคซีนดังนี้ - ตุลาคม 2564 รวม 24 ล้านโดส (ซิโนแวค 6 ล้านโดส/ แอสตราเซนเนก้า 10 ล้านโดส/ ไฟเซอร์ 8 ล้านโดส /ราชวิทยาลัยฯ จัดหาซิโนฟาร์ม 6 ล้านโดส)

วันที่	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - พฤศจิกายน 2564 รวม 23 ล้านโดส (แอสตราเซนเนก้า 13 ล้านโดส/ไฟเซอร์ 10 ล้านโดส / ราชวิทยาลัยฯ จัดหาซิโนฟาร์ม 12.5 ล้านโดส) - ธันวาคม 2564 รวม 24 ล้านโดส (แอสตราเซนเนก้า 14 ล้านโดส/ไฟเซอร์ 10 ล้านโดส /ราชวิทยาลัยฯ จัดหาซิโนฟาร์ม 12.5 ล้านโดส /โมเดอร์นา 2 ล้านโดส)
28 กันยายน 2564	<p>กรม. เห็นชอบให้จัดซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนก้าจากสเปนเพิ่มอีก 165,000 โดส จากเดิมที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2564 ให้กรมควบคุมโรคจัดซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนก้าจากสเปน 449,500 โดส รวมเป็น 614,500 โดส</p>
29 กันยายน 2564	<p>ที่ประชุม กรม. เห็นชอบให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนก้าสำหรับปี 2565 จากบริษัท AstraZeneca จำนวน 60 ล้านโดส โดยมีแผนการส่งมอบภายในไตรมาสแรกของปี 2565 จำนวน 15 ล้านโดส ไตรมาสที่สอง 30 ล้านโดส และไตรมาสที่สาม 15 ล้านโดส</p>
5 ตุลาคม 2564	<p>กรม. เห็นชอบให้จัดซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนก้าจากฮังการี 400,000 โดส ตามแผนการจัดหาวัคซีนให้ครบ 126.2 ล้านโดส</p> <p>และให้ดำเนินการรับมอบการบริจาควัคซีนแอสตราเซนเนก้าจากเยอรมนี 346,100 โดส และการบริจาควัคซีนไฟเซอร์จากไอซ์แลนด์ให้ไทย 100,000 โดส</p>
11 ตุลาคม 2564	<p>องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รับรองวัคซีนโควิด-19 ของบริษัท AstraZeneca ซึ่งผลิตโดยบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ให้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน โดยอ้างอิงข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบโดย WHO และหน่วยงานบริหารสินค้ารักษาโรคของประเทศออสเตรเลีย (Therapeutic Goods Administration of Australia) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลวัคซีน</p>
15 ตุลาคม 2564	<p>รัฐบาลญี่ปุ่นส่งวัคซีนแอสตราเซนเนก้าที่บริจาคให้ไทยเพิ่มเติมอีก 4 แสนโดส รวมเป็นการบริจาควัคซีนวัคซีนแอสตราเซนเนก้าจากรัฐบาลญี่ปุ่นให้ไทย 2.05 ล้านโดส โดยก่อนนี้ วันที่ 9 กรกฎาคม 2564 วัคซีนมาถึงไทย 1.05 ล้านโดส วันที่ 8 กันยายน 2564 ประมาณ 3 แสนโดส และวันที่ 26 กันยายน ประมาณ 3 แสนโดส</p> <p>นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังให้เงินสนับสนุนประมาณ 20 ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งครอบคลุมการเตรียมความพร้อมระบบสุขภาพและความยั่งยืนที่จำเป็นต่อการจัดเก็บและการขนส่งวัคซีนด้วย</p>
11 พฤศจิกายน 2564	<p>สหรัฐอเมริกาบริจาควัคซีนโมเดอร์นา 1 ล้านโดสให้รัฐบาลไทย ผ่านกระทรวงการต่างประเทศ โดยมีหลักการว่าวัคซีนที่บริจาคให้รัฐบาลไทยต้องอยู่ภายใต้สัญญารัฐต่อ</p>

วันที่	รายละเอียด
	รัฐ คือเป็นการลงนามในสัญญาระหว่าง US Department of Health and Human Services กับกรมควบคุมโรค และต้องมีการลงนามสัญญากับบริษัทผู้ผลิตวัคซีนด้วย โดยมีสาระสำคัญ คือ ห้ามนำวัคซีนบริจาคไปแสวงหาผลประโยชน์ เช่น ต้องไม่มีการนำไปจำหน่ายต่อ นอกจากนี้ ถ้าหากวัคซีนที่บริจาคก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้รับวัคซีน รัฐบาลไทยจะต้องดูแลรักษาและชดเชยเยียวยาตามระเบียบที่กำหนด
23 พฤศจิกายน 2564	คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบการจัดซื้อวัคซีนในปี 2565 จากบริษัทไฟเซอร์ฯ เพิ่ม 30 ล้านโดส และเห็นชอบการลงนามในสัญญา Third Amendment to Manufacturing and Supply Agreement ระหว่างกรมควบคุมโรคและบริษัทไฟเซอร์ จำกัด โดยให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นผู้มีอำนาจลงนามในสัญญาดังกล่าว ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ทำให้การจัดซื้อวัคซีนไฟเซอร์เพิ่มจำนวนเป็น 60 ล้านโดส

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัยจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะ <https://www.facebook.com/informationcovid19/> และ <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2130022>

เมื่อปลายเดือนกันยายน 2564 ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแสดงแผนจัดหาวัคซีนโควิด-19 ปี 2564¹¹⁴ (ตามรูปข้างล่าง) โดยแจกแจงปริมาณวัคซีนที่จะได้รับจากแหล่งต่างๆ ในระหว่างเดือน ต.ค.-ธ.ค. 2564 เพื่อให้ได้กำหนดตามแผนเดิมที่จะฉีดวัคซีน 100 ล้านโดสในปี 2564 ให้ครอบคลุมอย่างน้อย 50% ของประชากร และประมาณการไว้ว่า ถึงสิ้นปี 2564 จะจัดหาวัคซีนได้ทั้งหมด 125.9 ล้านโดส ซึ่งเมื่อรวมกับวัคซีนทางเลือกแล้ว จะมีวัคซีนที่เข้ามาในไทยจนถึงสิ้นปี 2564 รวมทั้งหมด 152.9 ล้านโดส สำหรับแผนฉีดวัคซีนโควิดถึงสิ้นปี 2564 รวม 125.9 ล้านโดสนั้น คาดว่าจะฉีดตามเป้าได้ 85% สำหรับเข็มที่ 1

อย่างไรก็ตาม หลังสิ้นปี 2564 มีรายงานของกรมควบคุมโรคระบุว่าประเทศไทยได้จัดซื้อวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในปี 2564 รวมทั้งสิ้น 121 ล้านโดส และฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนไปได้แล้ว 104.4 ล้านโดส

¹¹⁴ <https://www.bangkokbiznews.com/news/962139>

รูปที่ 73 แผนจัดหาวัคซีนโควิด-19 ปี 2564 (ณ กันยายน 2564)

แผนการจัดวัคซีนโควิด-19 ประเทศไทย พ.ศ. 2564												
ชนิดวัคซีน	จำนวนวัคซีน (ล้านโดส)											รวม
	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
 sinovac	0.2	0.8	1.5	4	1.5	5	6.5	6	6			31.5
 AstraZeneca	0.12				5.4	6.9	5.8	7.7	10	13	14	62.9
 Pfizer							1.5	2	8	10	10	31.5
รวม	0.32	0.8	1.5	4	6.9	11.9	13.8	15.7	24	23	24	125.9
 SINOPHARM					1	3	5	10	6			25
 moderna											2	2
หมายเหตุ จำนวนวัคซีนขึ้นอยู่กับการส่งมอบวัคซีนจากบริษัทผู้ผลิต												รวม 152.9
รวมยอดรับบริจาค/แลกเปลี่ยนจากประเทศจีน ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษและภูฏานแล้ว												
แหล่งข้อมูล กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 15 กันยายน 2564												

ที่มา: กรมควบคุมโรค

และตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 เป็นต้นมา เป้าหมายการฉีดวัคซีนของไทยไม่ใช่ 2 เข็มอีกต่อไป โดยกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ผู้ที่ฉีดซิโนแวคแล้ว 2 เข็ม (ซึ่งถ้าใช้หลักการนี้ก็ควรรวมผู้ที่ฉีดซิโนฟาร์มแล้ว 2 เข็มด้วย) ให้ฉีดเข็มที่ 3 (และต่อมาก็แนะนำให้ฉีดเข็มที่ 4 ด้วย) เป็นแอสตราเซนิกาหรือไฟเซอร์ (หรือโมเดอร์นา) และต่อมาก็แนะนำผู้ที่ฉีดวัคซีนแอสตราเซนิกา ไฟเซอร์ หรือโมเดอร์นาครบ 2 เข็มแล้ว ให้ฉีดเข็มที่ 3 เป็นเข็มกระตุ้นเป็นอย่างน้อยด้วย

แผนการจัดหาวัคซีนของไทยในปี 2565

จากแผนการฉีดวัคซีนในปี 2565 เดิมทั้งหมด 120 ล้านโดสที่ ศบค. ประกาศไว้ตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน 2564¹¹⁵ และ ศบค. ได้อนุมัติและลงนามซื้อแล้วเป็นจำนวน 90 ล้านโดส แบ่งเป็นวัคซีน AstraZeneca จำนวน 60 ล้านโดส (โดยมีแผนการส่งมอบวัคซีน ภายในไตรมาสแรกของปี 2565 จำนวน 15 ล้านโดส ไตรมาสที่สอง จำนวน 30 ล้านโดส และไตรมาสที่สาม จำนวน 15 ล้านโดส) และวัคซีน Pfizer จำนวน 30 ล้านโดส ปัจจุบัน (มิถุนายน 2565) มีการส่งมอบวัคซีนมายังประเทศไทยแล้วเป็นจำนวน 36 ล้านโดส และทำการฉีดให้ประชาชน

¹¹⁵ <https://www.bangkokbiznews.com/social/962416>

แล้วเป็นจำนวน 34 ล้านโดส นอกจากนี้ ยังมีวัคซีนส่วนหนึ่งที่ได้มาจากการบริจาค เช่น ซิโนแวค ซิโนฟาร์ม แอสตราเซนเนกา ไฟเซอร์ โมเดอร์นา และโคโวแวกซ์ รวมทั้งหมด 13 ล้านโดส ขณะเดียวกัน ไทยเริ่มบริจาคให้ประเทศขาดแคลน เช่น ประเทศแถบแอฟริกาด้วย¹¹⁶

แต่ด้วยแนวโน้มความต้องการวัคซีนที่ลดลงในปี 2565 นี้ (ดูหัวข้อถัดไป) ส่งผลให้วัคซีนที่จัดหาตามแผน และวัคซีนที่ได้รับบริจาคมีจำนวนมากเกินความต้องการของประชาชนทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอแนวทางการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ใน 2 แนวทาง¹¹⁷ คือ 1) ขยายสัญญาการส่งมอบวัคซีนแอสตราฯ และวัคซีนไฟเซอร์ จากภายในปี 2565 เป็นปี 2565-2566 และ 2) จัดหาแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) ทดแทนการจัดหาวัคซีนแอสตราฯ บางส่วน ภายใต้วงเงินเดิมที่ได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี และขอให้พิจารณาจัดหาโดยเร็วเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด

นอกจากนี้ มีแผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด คั่นหารายชื่อและให้วัคซีนแก่บุคคลในผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด โดยให้กระทรวงมหาดไทยช่วยกระทรวงสาธารณสุข และเร่งฉีดวัคซีนโดยเฉพาะภาคการท่องเที่ยว รวมถึงเด็กอายุ 5-11 ปี ที่ต้องเร่งฉีดวัคซีน โดยมีแผนการฉีด 5 ล้านโดสในเดือนมิถุนายน 2565 ซึ่งรัฐบาลเห็นชอบตามข้อเสนอดังกล่าว¹¹⁸ โดยให้มีการขยายสัญญาการส่งมอบวัคซีนแอสตราเซนเนกาและวัคซีนไฟเซอร์จากภายในปี 2565 เป็นปี 2565-2566 และให้จัดหาแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวทดแทนการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกาบางส่วนภายใต้วงเงินที่ได้รับอนุมัติจาก ครม. และในวันที่ 21 มิถุนายน 2565 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคปรับลดการจัดซื้อวัคซีน AstraZeneca (AZ) ในปี 2565 จากเดิมที่ตกลงซื้อเมื่อปลายปี 2564 จำนวน 60 ล้านโดส ในวงเงิน 18,762.52 ล้านบาท เหลือ 35.4 ล้านโดส¹¹⁹ ในวงเงิน 11,070 ล้านบาท¹²⁰ รวมทั้งขยายระยะเวลาสิ้นสุดโครงการจากเดือนกันยายน 65 เป็นเดือนธันวาคม 65¹²¹ และเปลี่ยนวงเงินที่เหลือไปซื้อภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปหรือแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (Long-acting antibody : LAAB) จำนวน 257,500 โดส กรอบวงเงิน 7,569 ล้านบาทจาก AstraZeneca แทน¹²²

¹¹⁶ <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/174918/>

¹¹⁷ <https://news.ch7.com/detail/570735>

¹¹⁸ <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25129>

¹¹⁹ ซึ่งในช่วงไตรมาสแรกของปี 65 AZ ได้ส่งมอบวัคซีนแล้วจำนวน 13.2 ล้านโดส และไทยมีแผนรับมอบอีก 11.2 ล้านโดส ภายในปี 65 ส่วนที่เหลืออีก 11 ล้านโดสจะขอรับมอบภายในไตรมาสที่ 2 ปี 66

¹²⁰ <https://www.hfocus.org/content/2022/06/25356>

¹²¹ และให้กรมควบคุมโรคบริหารจัดการและการกระจายวัคซีนโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ ให้เพียงพอสำหรับประชาชน ภายในประเทศและไม่เหลือทิ้ง

¹²² ทำให้กรอบวงเงินรวมของโครงการลดไป 123.41 ล้านบาท จากเดิม 18,762.5160 ล้านบาทเหลือ 18,639.1073 ล้านบาท

10.2.6 การฉีดวัคซีนของไทย

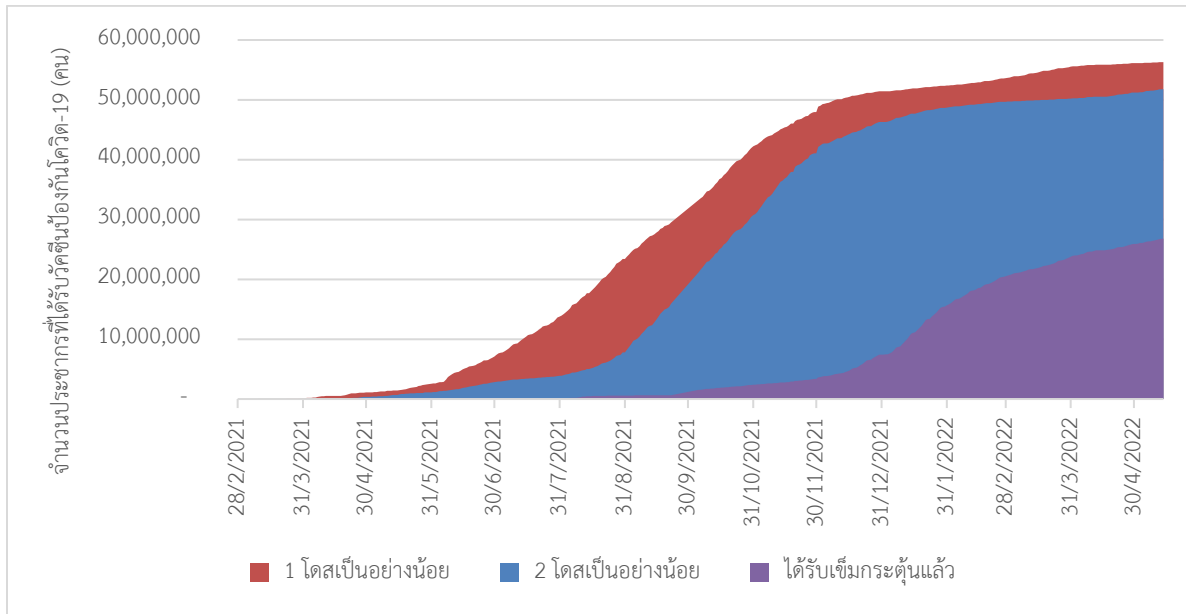
การฉีดวัคซีนของไทยจะเริ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยข้อจำกัดด้านปริมาณวัคซีนที่ได้มาที่ยังมีปริมาณน้อยในช่วงแรก ในขณะที่ในช่วงแรกมีความต้องการวัคซีนที่สูง และที่ผ่านมาไทยมีศักยภาพในการฉีดวัคซีนที่สูงอยู่แล้ว (ในภาวะที่มีวัคซีนเพียงพอ มีสถิติการฉีดสูงสุดถึงวันละกว่า 1.3 ล้านโดสในวันมหิดลปี 2564)

รูปถัดไปแสดงให้เห็นว่าไทยเริ่มฉีดวัคซีนช้ากว่าภาพรวมของโลกอย่างชัดเจนในช่วงครึ่งปีแรก แล้วค่อยๆ กระเตื้องขึ้นในช่วงครึ่งปีหลัง ทั้งนี้เนื่องจากไทยมีวัคซีนน้อยมากในช่วง 5 เดือนแรกของปี 2564 ทั้งนี้ไทยเริ่มฉีดวัคซีนในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ในช่วงสามเดือนแรกถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ฉีดไปได้เพียง 3.66 ล้านโดส และมีผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสเพียง 1.13 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 0.02 ของประชากรเท่านั้น ในขณะที่ทั่วโลกวัคซีนได้ถูกจัดสรรไปแล้วกว่า 8.13 พันล้านโดส และมีผู้ที่ได้รับวัคซีนครบโดสกว่า 3.58 พันล้านคน

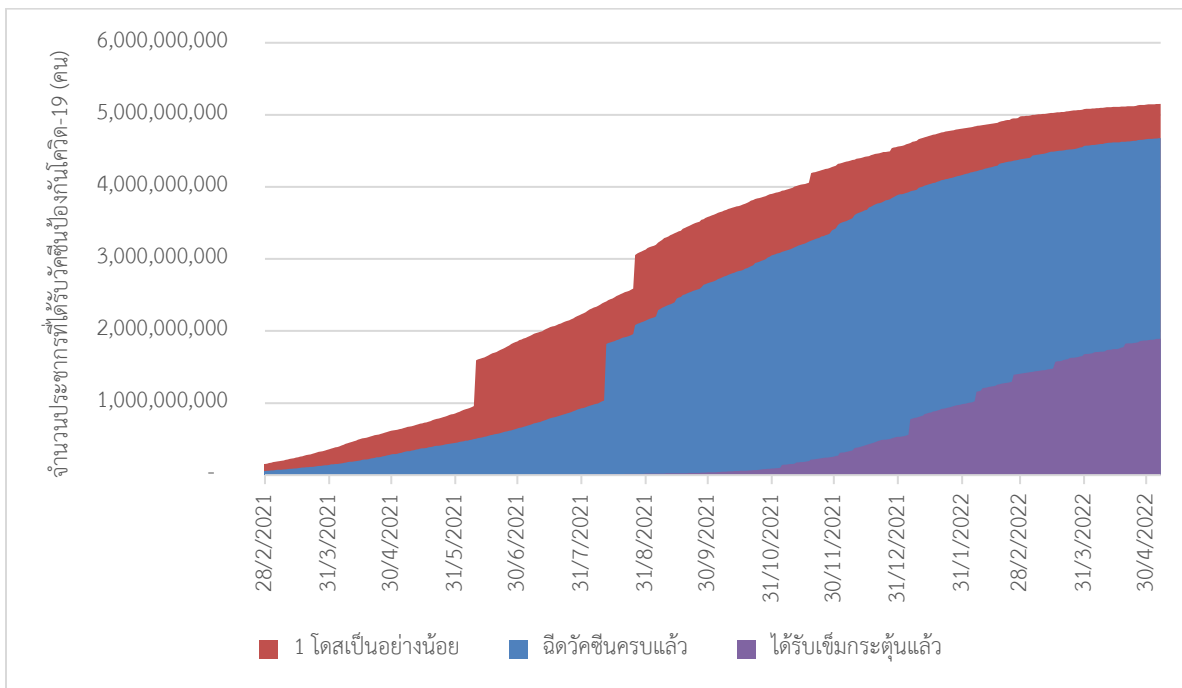
ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่สี่ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 เป็นช่วงที่แอสตราเซนเนก้าเริ่มส่งมอบวัคซีนที่ผลิตโดย บ. SBS ในไทยให้ไทยได้เดือนละหลายล้านโดส การฉีดวัคซีนของคนไทยก็เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2564 ที่มีการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเดือนละ 10 ล้านคน ทำให้ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2564 ประเทศไทยกระจายวัคซีนไปแล้วกว่า 75.39 ล้านโดส และมีผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสกว่า 30.74 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 46.44 ของประชากรประเทศ นอกจากนี้ ในช่วงดังกล่าวยังมีการฉีดเข็มกระตุ้นเป็นครั้งแรกในวันที่ 5 สิงหาคม 2564 โดยรัฐบาลได้สั่งซื้อวัคซีน mRNA มาเป็นเข็มกระตุ้นและเข็มตั้งต้นสำหรับประชาชนบางกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 74 จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนในประเทศไทยและทั่วโลก 28 ก.พ. 2564 - พ.ค. 2565

ก. ประเทศไทย



ข. ทั่วโลก



ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://github.com/owid/covid-19-data/blob/master/public/data/vaccinations/vaccinations.csv>

อีก 2 รูปข้างล่าง แสดงจำนวนการฉีดวัคซีนสะสมต่อประชากรของไทยและประเทศในกลุ่มประเทศ
อาเซียนและจีนในปี 2564 และ 2564-2565 โดยไทยมีการฉีดวัคซีนอยู่ในระดับกลางๆ ของกลุ่มมาโดยตลอด

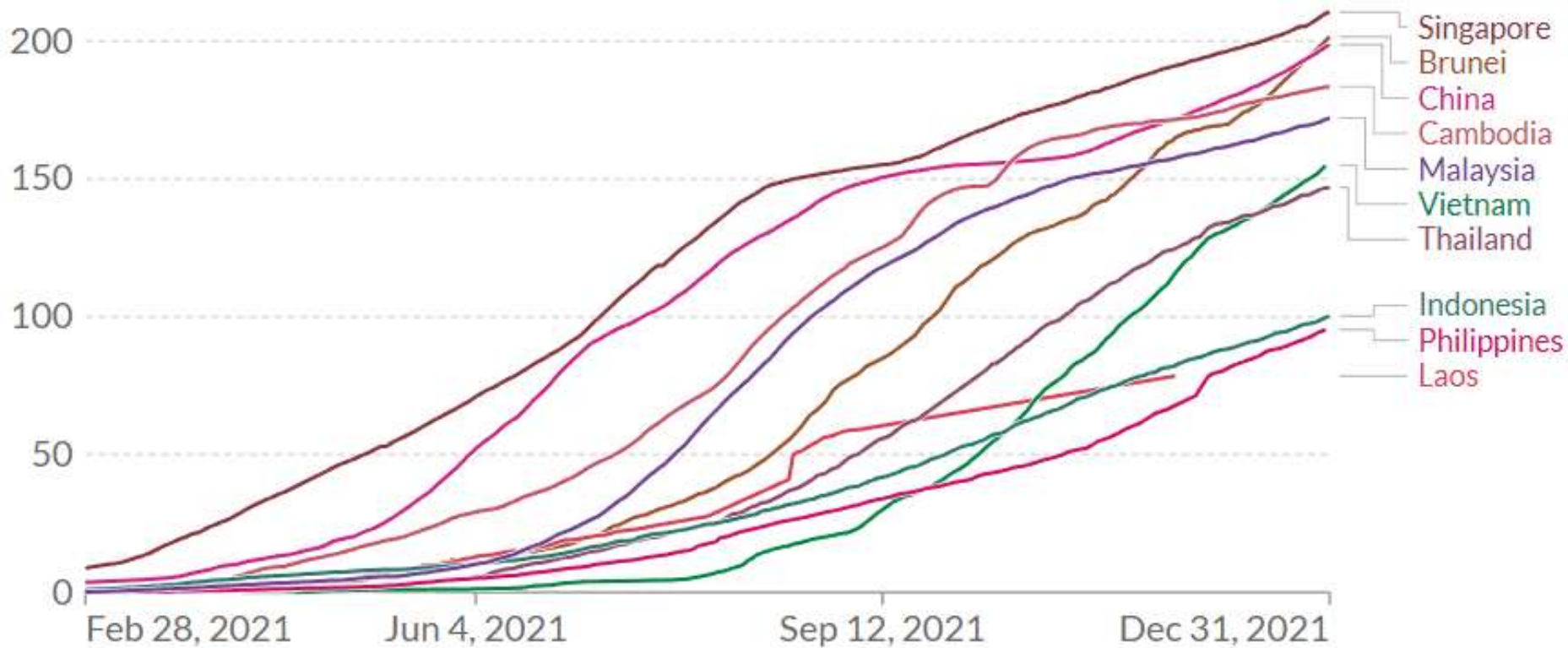
รูปที่ 75 จำนวนการฉีดวัคซีนสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและจีนในปี 2564

Total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people

All doses, including boosters, are counted individually.



LINEAR LOG + Add country



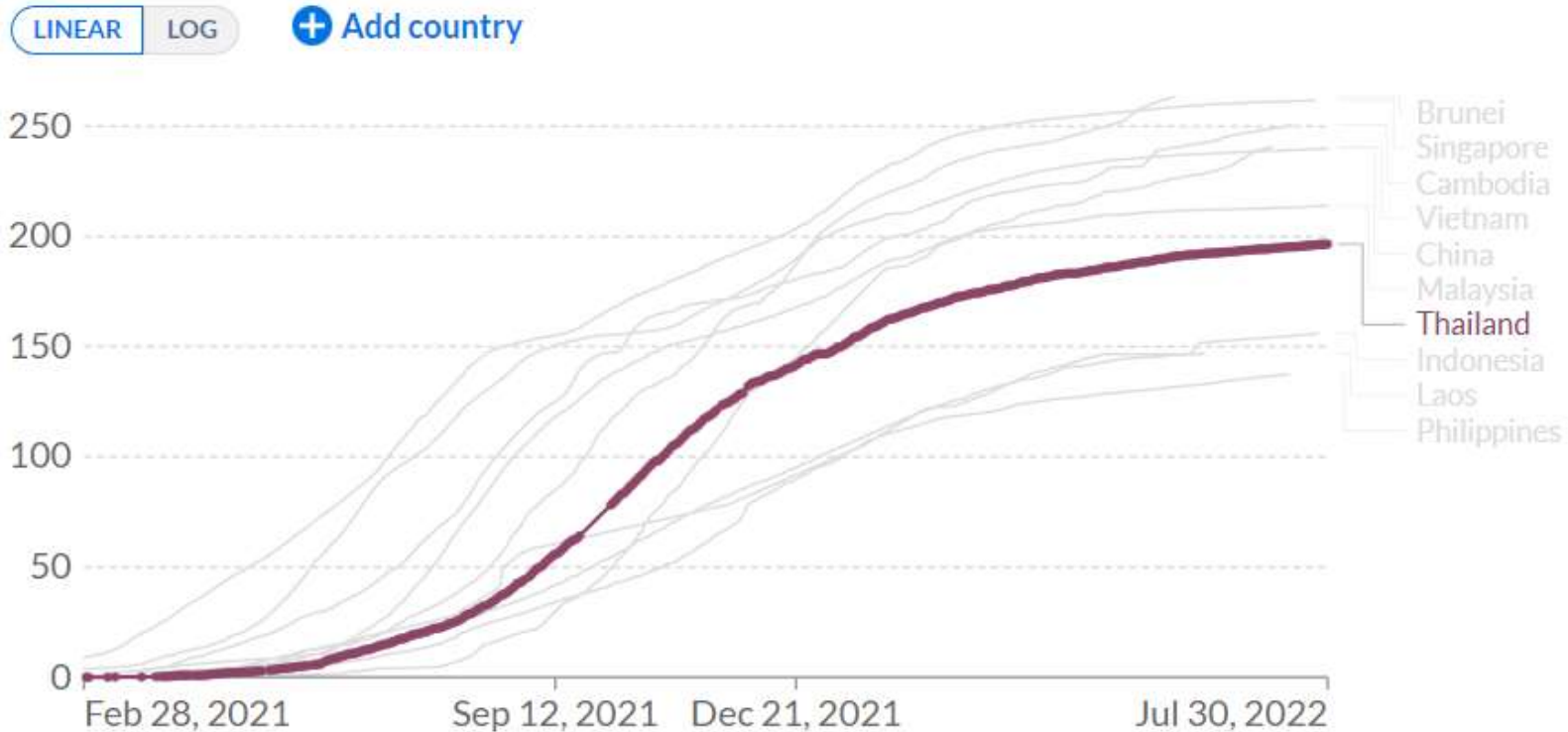
Source: Official data collated by Our World in Data - Last updated 31 July 2022 OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

รูปที่ 76 จำนวนการฉีดวัคซีนสะสมต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนและจีนในช่วง มี.ค. 2564 – ก.ค. 2565

Total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people

All doses, including boosters, are counted individually.

Our World in Data



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 31 July 2022 OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

ที่มา: <https://ourworldindata.org/grapher/covid-vaccination-doses-per-capita?time=2021-02-28..latest&country=KHM~BRN~CHN~THA~IDN~LAO~VNM~SGP~PHL~MYS>

นับถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ฉีดวัคซีนให้ประชาชนไปแล้ว 141.51 ล้านโดส โดยแบ่งเป็นวัคซีน mRNA 51.46 ล้านโดส (จากไฟเซอร์ (Pfizer) 44.54 ล้านโดส และโมเดอร์นา (Moderna) 6.92 ล้านโดส) วัคซีนไวรัสเวกเตอร์ (แอสตราเซนเนกา AstraZeneca) 48.65 ล้านโดส และวัคซีนเชื้อตาย 41.40 ล้านโดส (ซิโนแวค (Sinovac) 26.53 ล้านโดส และซิโนฟาร์ม (Sinopharm) 14.86 ล้านโดส) สรุปลงแล้วมีผู้ได้รับวัคซีนอย่างน้อยหนึ่งโดสแล้วร้อยละ 82.1 ของประชากร ได้รับวัคซีนอย่างน้อยสองโดสร้อยละ 76.9 ของประชากร แต่มีผู้ได้รับวัคซีนสามโดสขึ้นไปแล้วไม่ถึงครึ่งคือร้อยละ 44.4 ของประชากร (ดูรูปข้างล่าง) และมีการฉีดเข็ม 3 ขึ้นไปก็เพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้ามาก

รูปที่ 77 ข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของไทยถึงวันที่ 28 ก.ค. 2565

สรุปผลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำวันศุกร์ที่ 29 กรกฎาคม 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2565 เวลา 18.00 น.)							
จำนวนผู้ได้รับวัคซีน	เดิมขึ้นวันนี้		ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564		จำนวนตามบริษัทผู้ผลิต		
	คนรับ	+	คนรับ	+	บริษัท	จำนวน	
จำนวนผู้ได้รับวัคซีนรายเข็ม และ ชนิดวัคซีน	เข็มที่ 1	+	89,437	141,507,957			
	Sinovac		60	22,925,657	Sinovac	26,533,403 โดส	
	AstraZeneca		427	14,086,759	AstraZeneca	48,654,855 โดส	
	Sinopharm		156	7,582,300	Sinopharm	14,863,805 โดส	
	Pfizer		7,523	11,718,372			
Moderna		277	816,698				
เข็มที่ 2	+	16,285	53,487,254	Pfizer	44,536,013 โดส		
Sinovac		25	3,607,746				
AstraZeneca		431	28,670,519	Moderna	6,919,881 โดส		
Sinopharm		30	7,281,505				
Pfizer		15,538	12,976,437				
Moderna		261	951,047				
เข็มที่ 3 ขึ้นไป	+	64,709	30,890,917				
Sinovac		0	0				
AstraZeneca		1,725	5,897,577				
Sinopharm		0	0				
Pfizer		48,828	19,841,204				
Moderna		14,156	5,152,136				
จำนวนผู้ที่ได้รับ	1 เข็ม		57,129,786	2 เข็ม	53,487,254	3 เข็ม ขึ้นไป	30,890,917
ร้อยละ ผู้ได้รับวัคซีน			82.1		76.9		44.4

*หมายเหตุ: รายงานการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในฐานะข้อมูล MOPH IC เดิมขึ้น 89,437 ราย แต่เป็นการฉีดวัคซีนวันนี้ ณ เวลา 18.00 น. จำนวน 0 ราย และรายงานย้อนหลังจากหน่วยบริการในวันนี้ จำนวน 89,437 คน ทั้งนี้ได้ใช้ฐานประชากร ปี 2565 ตามมติการประชุม ศบค. เงินจำนวน 69,556,204 คน

** อยู่ระหว่างปรับปรุงฐานข้อมูล

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: <https://ddc.moph.go.th/dcd/pagecontent.php?page=963&dept=dcd>

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายการฉีดวัคซีนของไทยในขณะนี้ไม่ใช่ 2 เข็ม โดยกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ผู้ที่ฉีดซิโนแวคแล้ว 2 เข็ม (ซึ่งถ้าใช้หลักการนี้ก็ควรรวมผู้ที่ฉีดซิโนฟาร์มแล้ว 2 เข็มด้วย) ให้ฉีดเข็มที่ 3 และ 4 เป็นแอ

สตรีอาเซนเนก้า ไฟเซอร์ หรือโมเดอร์นา และสำหรับผู้ฉีดสองเข็มแรกเป็นแอสตราเซนเนก้า ไฟเซอร์ หรือโมเดอร์นา ก็ให้ฉีดกระตุ้นด้วยเข็มที่ 3 (ด้วยแอสตราเซนเนก้า ไฟเซอร์ หรือโมเดอร์นา) เป็นอย่างน้อย และเข็มที่ 4 ด้วยสำหรับกลุ่มเสี่ยง 608 (โดยเว้นระยะหลังเข็มที่ 3)

ในปี 2565 ซึ่งการขาดแคลนวัคซีนเป็นปัญหาน้อยลงนั้น การฉีดวัคซีนของไทยกลับซบเซาและต่ำกว่าเป้าที่ สธ ตั้งไว้มาก โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 จากรายงานของกรมควบคุมโรค ณ 5 มิถุนายน 2565 ยังคงมีกลุ่มผู้สูงอายุกว่า 2 ล้านคน และกลุ่มเด็กอายุ 5-11 ปี อีกกว่า 2 ล้านคนที่ยังไม่ได้วัคซีนแม้แต่เข็มเดียว¹²³ และยังไม่รวมเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ซึ่งเพิ่งมีวัคซีน mRNA ที่อนุมัติโดย FDA ของสหรัฐฯ เมื่อกลางเดือนมิถุนายน 2565 และเพื่อเปิดเศรษฐกิจ สธ ได้เสนอแผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นตั้งรูปด้านล่าง

รูปที่ 78 แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นเพื่อรองรับระยะ Post Pandemic ของประเทศไทย

4.3.2 แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นเพื่อรองรับระยะ Post Pandemic ของประเทศไทย



ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25129>

¹²³ <https://www.thaipost.net/covid-19-news/156065/>

การฉีดวัคซีนที่ลดลงมากทำให้มีข่าวว่าวัคซีนหมดอายุในบางพื้นที่ ถึงแม้ว่าเมื่อต้นปีนี้จะเพิ่งมีการขยายวันหมดอายุของวัคซีน Moderna จาก 7 เดือนเป็น 9 เดือน¹²⁴ ของ Sinopharm 6 เดือนเป็น 9 เดือน¹²⁵ และในเดือนเมษายน 2565 ก็เพิ่งมีการขยายวันหมดอายุของวัคซีนจากเดิม 6 เดือนเป็น 9 เดือนสำหรับ AZ และ Pfizer และ จาก 6 เป็น 12 เดือนสำหรับ Sinovac แล้วก็ตาม

ในช่วงปลายเดือน พค. และต้น มิย. นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งวัคซีนโควิด-19 ทั้งยี่ห้อซิโนแวค แอส ตราเซนเนกา และไฟเซอร์ ไปยัง รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการใกล้บ้าน ที่ให้บริการแบบ walk in ทุกจุดฉีด เพื่อให้สะดวกในการนำผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปฉีดวัคซีนใกล้บ้าน พร้อมทั้งเร่งสื่อสารเชิญชวนให้มารับวัคซีนเข็มกระตุ้น รวมถึงเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปด้วย โดยวัคซีนจำนวน 16.8 ล้านโดสสำหรับ รพ.สต. จะทยอยส่งเป็นรอบๆ ไปที่คลังวัคซีนเพียงแห่งเดียวในแต่ละจังหวัด ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

แต่ถึงแม้จะมีการรณรงค์และเปิดจุดฉีดจำนวนมากในเดือนกรกฎาคม 2565 ปริมาณการฉีดก็ยังเพิ่มค่อนข้างช้า เช่น ในช่วงเกือบ 2 เดือนที่ผ่านมา (31 พ.ค.- 28 ก.ค. 2565) มีการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น 3.866 ล้านโดส หรือ 66,655 โดสต่อวันเท่านั้น ซึ่งกรมควบคุมโรคเคยอธิบายว่าสาเหตุหนึ่งเกิดจากมีผู้ติดเชื้อในระลอกนี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ที่ป่วยจะต้องรออีก 3 เดือนจึงจะมาฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นได้)

ถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ฉีดวัคซีนให้ประชาชนไปแล้ว 141.51 ล้านโดส โดยสรุปแล้วมีผู้ได้รับวัคซีนอย่างน้อยหนึ่งโดสแล้วร้อยละ 82.1 ของประชากร ได้รับวัคซีนอย่างน้อยสองโดสร้อยละ 76.9 ของประชากร แต่มีผู้ได้รับวัคซีนสามโดสขึ้นไปแล้วไม่ถึงครึ่งคือร้อยละ 44.4 ของประชากร (ดูรูปข้างล่าง) และมีการฉีดเข็ม 3 ขึ้นไปก็เพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้ามาก (เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมาคือร้อยละ 60 ซึ่งเมื่อ 20 พ.ค. 65 มีเพียง 16 จังหวัดที่ฉีดไปได้ตามเป้านี้) ซึ่งกรมควบคุมโรคเคยอธิบายว่าสาเหตุหนึ่งเกิดจากมีผู้ติดเชื้อในระลอกนี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ที่ป่วยจะต้องรออีก 3 เดือนจึงจะมาฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นได้)

ในด้านชนิดของวัคซีนที่ฉีดนั้น นับถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ที่ไทยได้ฉีดวัคซีนให้ประชาชนไปแล้ว 141.51 ล้านโดสนั้น วัคซีนที่ฉีดมากที่สุดเป็นวัคซีน mRNA 51.46 ล้านโดส (จากไฟเซอร์ (Pfizer) 44.54 ล้านโดส และโมเดอร์นา (Moderna) 6.92 ล้านโดส) ถัดมาเป็นวัคซีนไวรัสเวกเตอร์ (ของแอสตราเซนเนกา AstraZeneca) 48.65 ล้านโดส และวัคซีนเชื้อตาย 41.40 ล้านโดส (ซิโนแวค (Sinovac) 26.53 ล้านโดส และ

¹²⁴ https://assets.ctfas-sets.net/n2j6zptc9y3o/3UStb5ALK5k3wlt6O3Vv0x/99d5154e01de5ca414c063aee0e9d88f/Spikevax_UK_DHCP_Letter_Clean-Dec_2021_Great_Britian_English.pdf?fbclid=IwAR21WYRqajit4Wr2I9FSKklw0kjbML6lN8NmtVbnHwoHU3OhhyiPxI8IMVeY

¹²⁵ <https://www.chulabhornchannel.com/news-activities/vaccine/2022/02/vero-cell-covilo/>

ซิโนฟาร์ม (Sinopharm) 14.86 ล้านโดส) ซึ่งการที่มีการฉีดวัคซีน mRNA มากที่สุดสะท้อนพลวัตของความ ต้องการวัคซีนที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วมาก โดยการฉีด mRNA เกือบทั้งหมดเป็นการฉีดในปี 2565 นี้

ในทางกลับกัน ในปัจจุบันการฉีดและความสนใจฉีดวัคซีน AZ ลดลงเป็นอย่างมาก โดยในช่วงเกือบ 2 เดือน ที่ผ่านมา (31 พ.ค. - 28 ก.ค. 2565) มีการฉีดเฉลี่ยวันละ 2,000 โดส หรือร้อยละ 3 ของวัคซีนที่ฉีดต่อวัน (66,655 โดส) เท่านั้น ซึ่งความต้องการวัคซีนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น โดยในอินเดีย ผู้ผลิตวัคซีน 2 รายใหญ่ได้หยุดผลิตวัคซีนเมื่อต้นเมษายน 2565 โดยเฉพาะ SII มี Covishield (ซึ่งเป็นวัคซีนตัว เดียวกับ AZ) เหลือในสต็อกถึง 250 ล้านโดส (หลังจากขายให้อินเดียไปแล้ว 1,510 ล้านโดสในรอบปีที่ผ่านมา) และ Bharat Biotech ก็หยุดผลิตวัคซีนเชื้อตาย Covaxin โดยระบุว่าได้ส่งมอบครบตามคำสั่งซื้อแล้ว¹²⁶

การฉีดวัคซีนที่ชะลอลงอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งอาจรวมทั้งคนเห็นว่าโควิดไม่รุนแรง ได้รับวัคซีน พอแล้ว คนต่างจังหวัด/สูงวัยไม่มีข้อมูลที่ฉีดที่สะดวก แต่ก็มีคนจำนวนหนึ่ง—และอาจมากขึ้น—กลัวผลข้างเคียง ที่รุนแรงของวัคซีน ซึ่งแม้ว่ามีกรณีรุนแรงในสัดส่วนที่ไม่สูงนัก แต่ก็อาจจะประสบกับคนใกล้ตัวเนื่องจากการฉีด จำนวนมาก

10.2.6 ผลข้างเคียงที่รุนแรงของวัคซีนในต่างประเทศ

ผลข้างเคียงเป็นอีกปัญหาหนึ่งของวัคซีน ซึ่งส่วนใหญ่ผลข้างเคียงมักจะไม่รุนแรง แต่ก็มีที่รุนแรงด้วย ซึ่ง แม้ว่าจะมีอัตราไม่สูงนัก แต่ก็ไม่ใช่ระดับที่สมควรมองข้ามได้ เพราะมีกรณีเสียชีวิตหลังฉีดวัคซีน เช่น กรณีของ **นอร์เวย์** ที่มีผู้เสียชีวิต 29 ราย หลังจากฉีดวัคซีน Pfizer โดสแรกให้กับประชาชนกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสัมผัสกับไวรัส ที่เป็นผู้สูงอายุ 42,000 คน จนนอร์เวย์ออกคำเตือนว่า วัคซีน Pfizer อาจเสี่ยงเกินไปสำหรับผู้สูงอายุและป่วย รุนแรงระยะสุดท้าย¹²⁷

วัคซีนอีกยี่ห้อหนึ่งที่พบผลข้างเคียงที่เฉพาะเจาะจงในหลายประเทศ คือ **วัคซีน AstraZeneca** ที่พบ ผู้ป่วยมีอาการลิ่มเลือดอุดตันและเกร็ดเลือดต่ำหลังฉีดวัคซีน (Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocy- topenia: VITT) ซึ่งหลายรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เช่น กรณี **เกาหลีใต้** ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค รายงานว่า เมื่อเริ่มฉีดวัคซีนซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัคซีน AstraZeneca ให้ประชาชนไปแล้ว 296,000 คน ในช่วง สัปดาห์แรกของโครงการฉีดวัคซีนมีผู้ที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนโควิด-19 มากกว่า 2,800 คน แต่มี 24 ราย เท่านั้นที่มีอาการที่รุนแรง ในจำนวนนั้นมี 7 รายที่ถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งนี้ ทั้ง 24 รายที่มีอาการรุนแรงเป็นผู้ที่ฉีดวัคซีน

¹²⁶ https://www.business-standard.com/article/companies/covid-vaccine-firms-halt-production-as-demand-slips-focus-on-non-covid-vax-122040400024_1.html

¹²⁷ <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8/140277>

AstraZeneca¹²⁸ เมื่อ 29 มีนาคม 2564 แคนาดาได้ออกคำแนะนำว่าไม่ให้ฉีดวัคซีน AstraZeneca ในผู้ใหญ่ที่อายุต่ำกว่า 55 ปี เนื่องจากมีรายงานภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากวัคซีน (VITT) ในผู้ที่ได้รับวัคซีนที่ยุโรป โดยภาวะดังกล่าวมักเกิดขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนไปแล้ว 4 – 16 วัน พบทั้งในผู้ชายและผู้หญิง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี¹²⁹

ส่วนในเยอรมนี มีรายงานพบผู้ป่วยมีอาการลิ่มเลือดอุดตันหลังฉีดวัคซีน AstraZeneca จำนวน 31 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 9 ราย โดยผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-63 ปี ทำให้เยอรมนีสั่งระงับการฉีดวัคซีน AstraZeneca ในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี เมื่อ 31 มีนาคม 2564¹³⁰

ตารางข้างล่างรายงานการเสียชีวิตหลังการฉีดวัคซีนของบางประเทศ ตารางข้างล่างแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของจำนวนผู้เสียชีวิตหลังฉีดวัคซีนกับจำนวนโดสของวัคซีน ซึ่งมีค่า $r = 0.988$ (และ 0.75 ในกรณีที่ใช้ Natural Logarithmic Scale) และถึงแม้ว่ามีเพียงส่วนน้อยมากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเสียชีวิตเพราะวัคซีน (ยกเว้นกรณีนอร์เวย์)

ตารางที่ 21 รายงานการเสียชีวิตหลังการฉีดวัคซีนของแต่ละประเทศ

ประเทศ	จำนวนวัคซีนที่ฉีดทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน	จำนวนเคสที่วินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน	วัคซีนที่ได้รับ
สหรัฐอเมริกา (2 พ.ค. 65)	578,958,834*	14,468	9 (ภาวะลิ่มเลือด)	Janssen
	ดูเพิ่มเติมที่: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html			
แคนาดา (15 เม.ย. 65)	82,653,762	331	6 (ภาวะลิ่มเลือด - ยังอยู่ระหว่างการสืบสวน)	AstraZeneca 56 คนกำลังอยู่ในระหว่างการชันสูตร
	ดูเพิ่มเติมที่: https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/#a6			

¹²⁸ https://mgronline.com/around/detail/9640000022047?fbclid=IwAR2ikbkVk0pXuoDjgavm2O8592GdH4_7F0KyD-0gpYJ1_olFyONRphSr7qw

¹²⁹ https://thestandard.co/canada-germany-suspends-use-of-astrazeneca-covid-vaccine/?fbclid=IwAR3GNQbc6fhISYO0seBUViYXE_Wi0g0JQJo6ZrXjlevnw5k4nEEDUtFJRPw

¹³⁰ https://www.thairath.co.th/news/foreign/2060875?cx_testId=7&cx_testVariant=cx_1&cx_artPos=2&cx_rec_section=undefined&cx_rec_topic=undefined&utm_source=REC_WIDGET&fbclid=IwAR3Fms-Mxd-IZP-uyEZlwR4zQBPhUWnUQM8lDb4HU1r_cKidtQtIYT1_c#cxrecs_s

ประเทศ	จำนวนวัคซีนที่ฉีดทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน	จำนวนเคสที่วินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน	วัคซีนที่ได้รับ
นิวซีแลนด์ (31 มี.ค. 65)	10,941,275	158	3 (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ)	Pfizer 11 คนกำลังอยู่ในระหว่างการชันสูตร
สวีเดน (5 พ.ค. 65)	22,103,774	48	1 (ภาวะลิ่มเลือด) ¹³¹	AstraZeneca
		304	-	Pfizer
		45	-	Moderna
ดูเพิ่มเติมที่: https://www.lakemedelsverket.se/en/coronavirus/covid-19-vaccine/reported-suspected-adverse-reactions-corona-vaccines#hmainbody3				
ออสเตรเลีย (5 พ.ค. 65)	57,759,823	839	8 (ภาวะลิ่มเลือด)	AstraZeneca
			2 (Guillain-Barre syndrome)	
			1 (ภูมิคุ้มกัน thrombocytopenia)	
ดูเพิ่มเติมที่: https://www.tga.gov.au/periodic/covid-19-vaccine-weekly-safety-report				
สหราชอาณาจักร (28 เม.ย. 65)	142,135,184* (27 เม.ย. 65)	747	0	Pfizer
		1,263	0	AstraZeneca
		45	0	Moderna
		41	0	ไม่สามารถระบุได้
ดูเพิ่มเติมที่: https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions/coronavirus-vaccine-summary-of-yellow-card-reporting				
นอร์เวย์ (29 มี.ค. 65)	11,254,683	235	10 คนเข้าข่ายเสียชีวิตจากวัคซีน และ 26 คนมีความเป็นไปได้ว่าเสียชีวิตจากวัคซีน (จากการชันสูตร 100 คน)	Pfizer

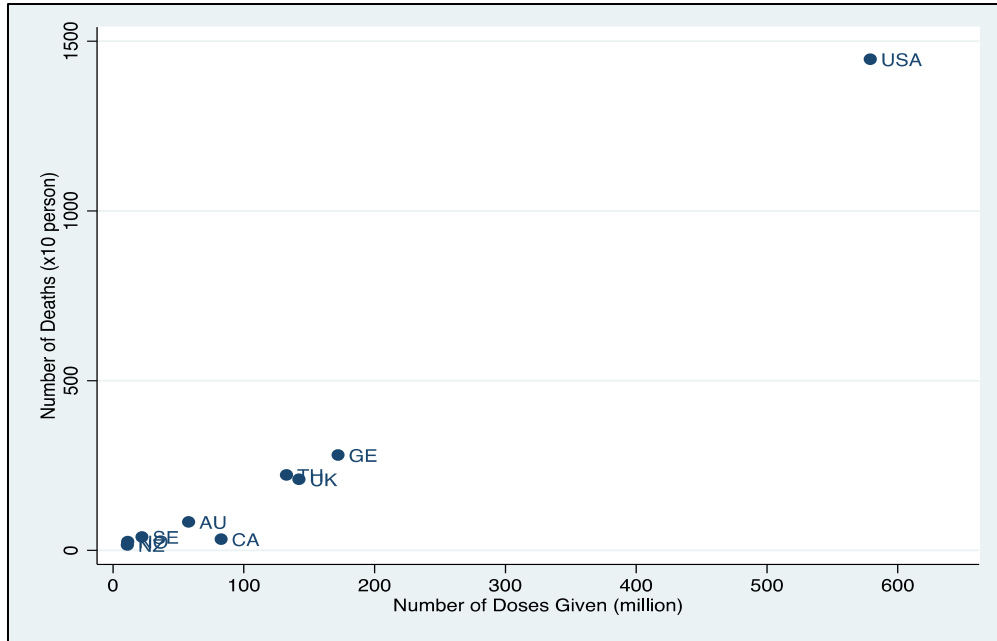
¹³¹ <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-sweden-astrazeneca-idUSKBN2BA2GV>

ประเทศ	จำนวนวัคซีนที่ฉีดทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน	จำนวนเคสที่วินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน	วัคซีนที่ได้รับ
		18	-	Moderna
		6	4 (ภาวะลิ่มเลือด)	AstraZeneca
ดูเพิ่มเติมที่:				
ประเทศไทย (24 เม.ย. 65)	132,633,387	2,223	2 (ภาวะลิ่มเลือด) 2 (อาการแพ้รุนแรง) 1 (Stevens-Johnson syndrome) 1 (Myopericarditis)	
ดูเพิ่มเติมที่: https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe&fbclid=IwAR1ohB1_0XDbYgjHy4bXmbKdCZFsy14rx3lyZuveP0dhjS2E4g1bwywRJoE				
เยอรมนี (31 มี.ค. 65)	172,062,925	2,810	116	-
ดูเพิ่มเติมที่: https://www.pei.de/EN/newsroom/dossier/coronavirus/medicine-safety.html				

ที่มา: จากการรวบรวมข้อมูลของคณะผู้วิจัย

เมื่อนำข้อมูลจากตารางข้างต้นมาหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปร โดยทำ Scatter Plot ระหว่างสองตัวแปร ก็จะเห็นความสัมพันธ์ที่ไปด้วยกันชัดเจนพอสมควร ทั้งในค่าปกติ และค่าที่อยู่ในรูป Natural Logarithmic Scale (ln-ln) (ดู 2 รูปด้านล่าง ตามลำดับ)

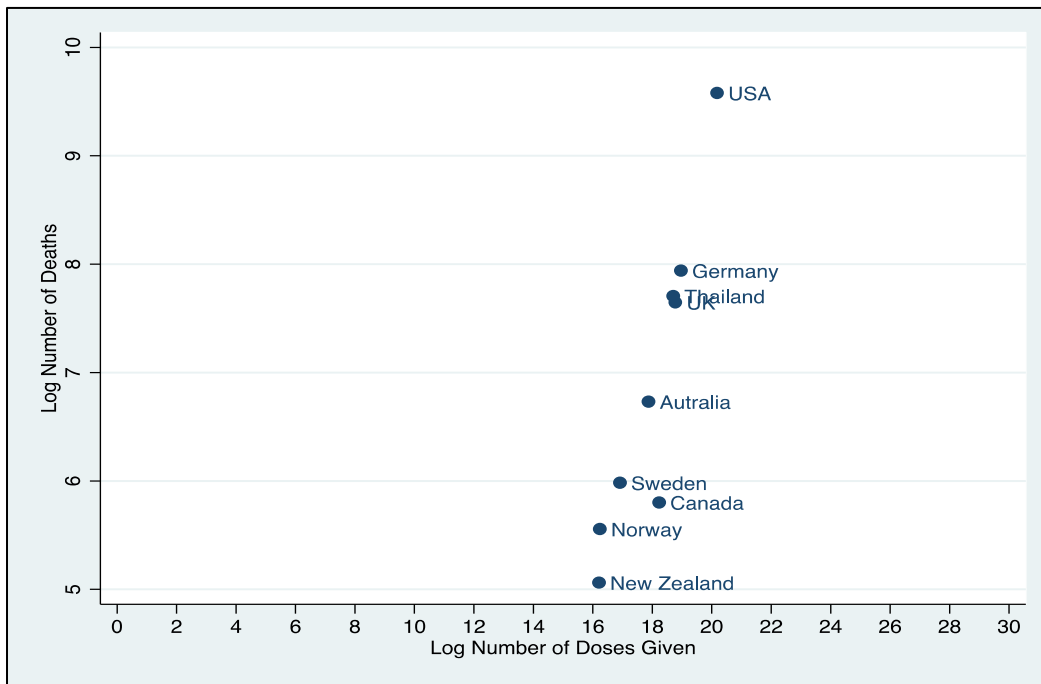
รูปที่ 79 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวัคซีนที่ฉีดกับจำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน



หมายเหตุ $r = 0.988$

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

รูปที่ 80 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวัคซีนที่ฉีดกับจำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน (Natural Log Scale)



หมายเหตุ $r = 0.75$

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

และเมื่อนำข้อมูลจากตารางข้างบนมาหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรด้วยสมการถดถอยอย่างง่าย (Simple regression) ได้ผลการประมาณการของสมการถดถอยดังนี้คือ

$$\text{จำนวนผู้เสียชีวิต} = -797.74 + 25.4115 \times (\text{ฉีดเพิ่ม 1 ล้านโดส})$$

$$(t=-2.48) \quad (t=16.93)$$

จากค่า slope อัตราเสียชีวิตเฉลี่ย = 25.4115 ต่อล้านโดส หรืออัตราเสียชีวิตเฉลี่ย = 1 : 39,352 โดส

สมการนี้มีค่า r (Pearson's correlation) = 0.988 และค่า R Squared = 0.9761 ซึ่งตีความได้ว่า 97.61% ของความเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้เสียชีวิต อธิบายได้ด้วยความเปลี่ยนแปลงของจำนวนโดสที่ฉีด ซึ่งนับเป็นค่าความสัมพันธ์ที่สูงมาก

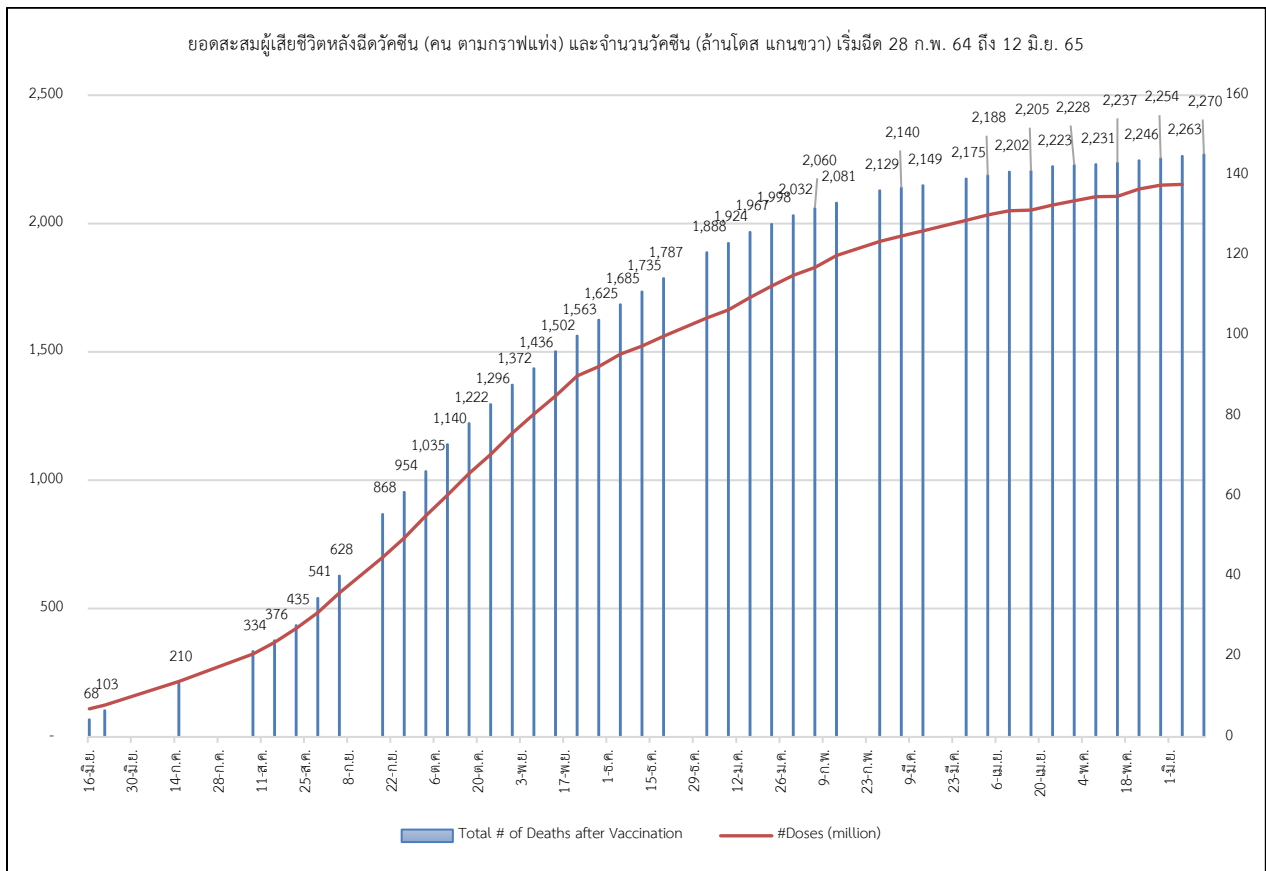
10.2.7 ผลข้างเคียงที่รุนแรงของวัคซีนในประเทศไทย

ในกรณีของประเทศไทย ซึ่งข้อมูลเกือบทั้งหมด (ตั้งแต่ 8 ส.ค. 64 - 12 มิ.ย. 65) ได้จากรายงาน “สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19” ของกรมควบคุมโรค¹³² รูปข้างล่างแสดงข้อมูลยอดสะสมจำนวนวัคซีนที่ฉีด (จากกราฟเส้น หน่วยตามแกนขวาเป็นล้านโดส) ตั้งแต่เริ่มฉีดเมื่อ 28 ก.พ. 64 กับยอดสะสมจำนวนผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีนไม่เกิน 30 วัน (กราฟแท่ง หน่วยตามแกนซ้าย) โดยในช่วงแรกในรายงานตั้งแต่ 16 มิ.ย. 64 - 22 ส.ค. 64 อัตราการเสียชีวิตที่รายงานภายหลังหลังฉีดวัคซีนไม่เกิน 30 วัน ยังมีอัตราที่ต่ำกว่า 1:60,000 โดส แต่หลังจากนั้นจนถึงเดือน เม.ย. 65 อัตราการเสียชีวิตที่รายงานภายหลังหลังฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นระหว่าง 1:60,000-1:50,000 โดส แล้วลดลงมาเหลือน้อยกว่า 1:60,000 โดสอีกครั้งหนึ่งตั้งแต่เดือน พ.ค. 65 เป็นต้นมา ทั้งนี้ ในระหว่าง 28/2/64 - 12/6/65 มีรายงานยอดเสียชีวิตสะสมที่ 2,270 คน หรือประมาณ 1:61,000 โดส **แต่ในจำนวนนี้มีผู้ที่อาจเสียชีวิตจากโควิดมากกว่า 363 คน**¹³³ แต่ทั้งนี้ ยอดการเสียชีวิตในรายงานในแต่ละครั้งอาจจะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งจากการที่รายงานแต่ละครั้งจะรวมจำนวน/ผู้ที่ฉีดวัคซีนในช่วงที่น้อยกว่า 30 วันเอาไว้ด้วย ซึ่งอาจยังมีผู้เสียชีวิตต่อมาในภายหลัง (แต่อาจมีจำนวนไม่มาก) ซึ่งถ้าระบบการรายงานมีความสมบูรณ์ เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น ยอดผู้เสียชีวิตก็จะถูกรายงานเข้ามาเพิ่ม แต่ก็ยังเป็นการรายงานที่ตามหลังจำนวนวัคซีนเสมอ

¹³² ข้อมูลก่อนหน้านั้นคณะผู้วิจัยรวบรวมจากการแถลงข่าว

¹³³ จากรายงาน “สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19” ของกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2565 https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/AEFI%20Situation_COVID-19%20Vaccine_12062022_web.pdf

รูปที่ 81 ยอดสะสมผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน (คน) และจำนวนวัคซีน (ล้านโดส)
(จากเริ่มฉีด 28 ก.พ. 2564 รายงาน 16 มิ.ย. 2564 – 12 มิ.ย. 2565)



ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมจากการแถลงข่าว และตั้งแต่ 8 ส.ค. 2564 จากรายงาน AEFI ของกรมควบคุมโรค

https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe&fbclid=IwAR1ohB1_0XD bYgjHy4bXmbKdCZFsy14rx3lyZuveP0dhjS2E4g1bwywRJoE

ถ้านำสองตัวแปรข้างบนมาหาความสัมพันธ์ (simple correlation) ระหว่างจำนวนผู้เสียชีวิตกับจำนวนโดสของวัคซีน ก็จะได้ค่าความสัมพันธ์ (Pearson's correlation) ที่สูงมาก ($r = 0.997$) แสดงให้เห็นว่าค่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวกที่จะขึ้นลงไปด้วยกันอย่างชัดเจน แต่เราจะเห็นได้ว่าค่าตัวแปรทั้งคู่เป็นค่าสะสม ซึ่งหมายความว่าค่าตัวแปรแต่ละตัวจะรวมค่าก่อนหน้านั้นเข้ามาด้วย (หรืออีกนัยหนึ่งแต่ละค่ามีการนับซ้ำ) เพื่อแก้ปัญหานี้ เราจึงได้นำค่าใหม่ของตัวแปรทั้งสองมาลบออกด้วยค่าที่มีการรายงานในครั้งก่อนหน้า และหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรที่หักลบค่าเดิมออกแล้ว ด้วยสมการถดถอยอย่างง่าย (Simple regression) ซึ่งได้ผลการประมาณการของสมการถดถอย (Simple regression) ดังนี้คือ

ตารางที่ 22 ผลการประมาณการสมการถดถอยและกราฟ scatter plot ของสองตัวแปร

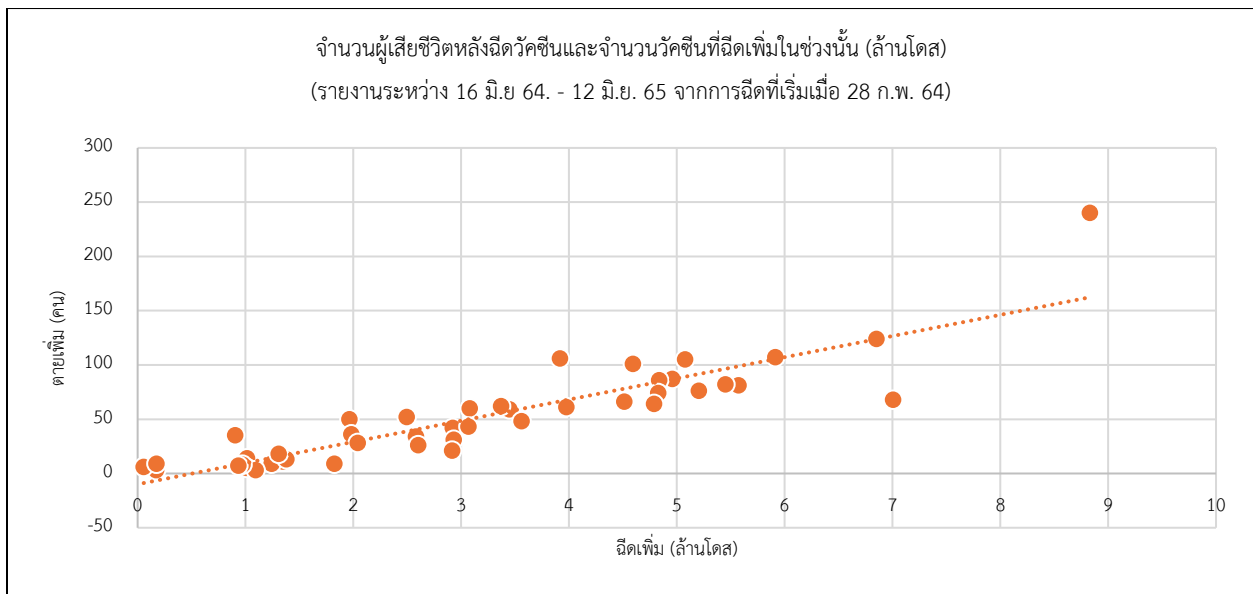
Source	SS	df	MS	Number of obs	=	44
Model	68693.0846	1	68693.0846	F(1, 42)	=	167.63
Residual	17211.5518	42	409.798852	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.7996
				Adj R-squared	=	0.7949
				Root MSE	=	20.243

death_after~e	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
vaccine_doses	19.51263	1.507109	12.95	0.000	16.47116 22.5541
_cons	-9.917335	5.646524	-1.76	0.086	-21.31248 1.477813

ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมและคำนวณจากการแถลงข่าว และตั้งแต่ 8 ส.ค. 2564 จากรายงาน AEFI ของกรมควบคุมโรค

https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe&fbclid=IwAR1ohB1_0XD bYgjHy4bXmbKdCZFsy14rx3lyZuveP0dhjS2E4g1bwywRJoE

รูปที่ 82 จำนวนผู้เสียชีวิตหลังฉีดวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่ฉีดเพิ่มในช่วงนั้น (ล้านโดส)



ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมและคำนวณจากการแถลงข่าว และตั้งแต่ 8 ส.ค. 2564 จากรายงาน AEFI ของกรมควบคุมโรค

https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe&fbclid=IwAR1ohB1_0XD bYgjHy4bXmbKdCZFsy14rx3lyZuveP0dhjS2E4g1bwywRJoE

หรือผลการประมาณการสมการถดถอย

$$\text{จำนวนผู้เสียชีวิต} = -9.9173 + 19.5126 \times (\text{ฉีดเพิ่ม 1 ล้านโดส})$$

$$(t=-1.756) \quad (t=12.947)$$

จากค่า slope อัตราเสียชีวิตเฉลี่ย = 19.51 ต่อล้านโดส หรืออัตราเสียชีวิตเฉลี่ย = 1:51,256 โดส

สมการนี้มีค่า r (Pearson's correlation) = 0.8942 ซึ่งลดลงจากเดิม แต่ก็ยังถือว่าสูงมาก

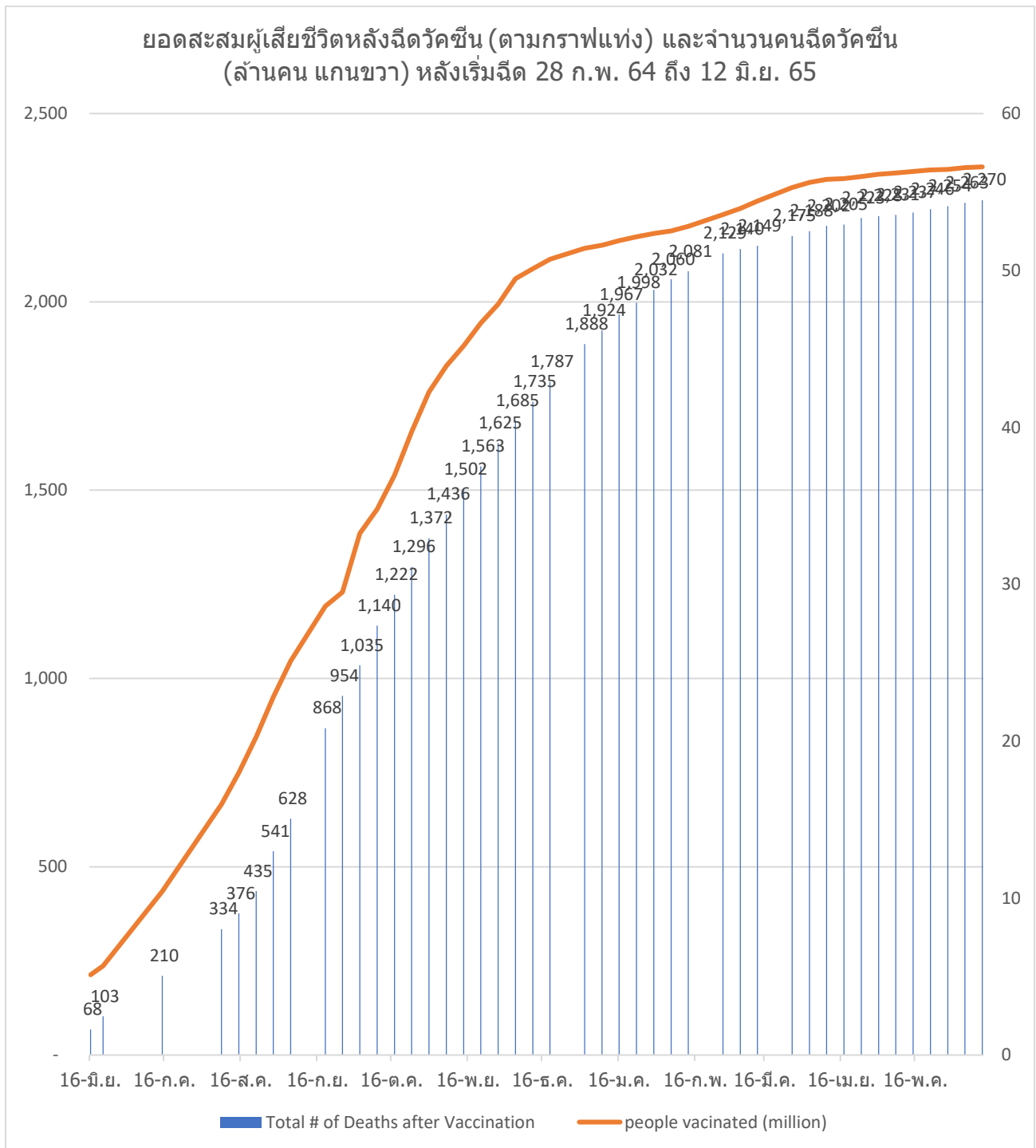
แต่ข้อมูลข้างต้นสะท้อนอัตราตายที่น่าจะลดลงในเข็ม 2 ขึ้นไปด้วย (เพราะผู้ที่ผ่านการฉีดเข็มแรกไปแล้ว ด้วยดีมีแนวโน้มที่จะผ่านเข็มต่อๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาในเข็มแรก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะหยุดฉีด) ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่า

- จำนวนผู้เสียชีวิตสะสมตั้งแต่ 28 ก.พ. 64 ถึง 12 มิ.ย. 65 (รวม 468 วัน) มีจำนวนถึง 2,270 คน หรือ 1:61,100 โดส นั้น
- ในช่วง 1 ปี 6 วันแรก หรือ 371 วันแรก (ตั้งแต่ 28 ก.พ. 64 ถึง 6 มี.ค. 65) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ถึง 2,140 คน หรือ 1:58,372 โดส ในขณะที่
- จำนวนผู้เสียชีวิตสะสมตั้งแต่ 7 มี.ค. 65 ถึง 12 มิ.ย. 65 (97 วัน) มีจำนวน 130 คน หรือ 1:106,014 โดส ซึ่งลดลงจากปีแรกเกือบครึ่งหนึ่ง

เมื่อผู้วิจัยเปลี่ยนตัวแปรที่แสดงในกราฟเส้นจากยอดสะสมจำนวนโดสมาเป็นจำนวนผู้รับการฉีดวัคซีนสะสม ก็มีผลทำให้ค่าอัตราตายภายหลังหลังฉีดวัคซีนไม่เกิน 30 วัน เพิ่มขึ้นเป็น 1:24,935 คน (ณ 12 มิย 2565) หรือประมาณ 40.1 คนต่อผู้รับการฉีดวัคซีนทุก 1 ล้านคน

แต่ถ้าตัดจำนวนผู้ที่อาจเสียชีวิตเพราะปอดอักเสบจากโควิด 363 คนออก อัตราตายก็จะลดเหลือ 1:33,691 หรือ 29.7 คนต่อผู้รับการฉีดวัคซีนทุก 1 ล้านคน

รูปที่ 83 ยอดสะสมผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน (คน) และจำนวนผู้ฉีดวัคซีน (ล้านคน)
 (จากเริ่มฉีด 28 ก.พ. 2564 รายงาน 16 มิ.ย. 2564 – 12 มิ.ย. 2565)



ที่มา: ยอดสะสมผู้เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน คณะผู้วิจัยรวบรวมจากการแถลงข่าว และตั้งแต่ 8 ส.ค. 2564 จากรายงาน AEFI ของกรมควบคุมโรค
 ยอดผู้ฉีดวัคซีนจาก Our World in Data (2022)

แต่ถึงแม้ในกรณีที่อัตราการตายหลังฉีดวัคซีนที่ผ่านมามีอยู่ 1:33,700 แต่ถ้าอัตราการตายจากการติดเชื้อ Omicron อยู่ที่ 0.3 หรือ 1:333 ก็ยังจะเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าการเสียชีวิตหลังฉีดวัคซีนถึง 100 เท่า แต่อัตราตายหลังฉีดวัคซีนที่ 1:33,700 ก็เป็นระดับที่ยังน่ากังวลพอสมควร ถึงแม้ว่าสาเหตุการเสียชีวิตไม่ได้เกิดจากวัคซีนล้วนๆ (หรือแพทย์วินิจฉัยว่ามีจำนวนน้อยมากที่เกิดจากวัคซีน)

และถึงแม้ว่าเป็นเรื่องปกติที่จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุใดก็ตามย่อมเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากร แต่ก็เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าในประเทศไทยส่วนใหญ่ การตัดสินใจว่าการเสียชีวิตกรณีใดเป็นผลจากวัคซีน เกือบทุกกรณีจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้เสียชีวิตมีอาการที่เคยมีการพิสูจน์มาแล้วว่าเป็นผลจากวัคซีนตัวนั้น เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) จาก Viral-vector vaccine อย่าง AstraZeneca และ Johnson & Johnson และ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis and pericarditis) จากวัคซีน mRNA นอกเหนือจากนั้น ก็อาจมีกรณีการเสียชีวิตจากการแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง (กรณี Anaphylactic shock) แต่ในกรณีอื่น ซึ่งแม้กระทั่งกรณีที่แพทย์เชื่อว่าวัคซีนอาจเป็นปัจจัยร่วม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็มักจะไม่วินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากวัคซีน (ถึงแม้ในบางประเทศมีการแนะนำไม่ให้ฉีดวัคซีน—หรือวัคซีนบางตัว—กับผู้สูงอายุมากๆ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยบางโรคด้วย)

จากรายงาน “สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19” ของกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2565¹³⁴ ซึ่งรายงานข้อมูลของประเทศไทยล่าสุด ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2654 – 12 มิถุนายน 2565 ระบุว่าจากจำนวนวัคซีนที่ฉีดไปทั้งหมด 138,697,935 โดส มีผู้ป่วยร้ายแรงที่ได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนทั้งสิ้น 132 ราย แบ่งเป็น

- ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylactic Shock) 45 ราย (0.17 ต่อแสนโดส) และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย (และรายงานเมื่อวันที่ 31 ต.ค. 2564 - 2 ม.ค. 2565 รายงานผู้เสียชีวิตจากวัคซีน Sinovac อีก 1 ราย (นอกเหนือจาก Anaphylactic Shock) จาก Stevens-Johnson syndrome and Toxic epidermal necrolysis หลังจากนั้นกรณีนี้ยังเป็น 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน (สิ้น กค. 65) แต่ไม่ได้แสดงอยู่ในรายงานส่วนของผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac)
- ผู้ที่ได้รับวัคซีน AstraZeneca มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง 23 ราย (0.05 ต่อแสนโดส) มีผู้เสียชีวิต 1 ราย) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis) 1 ราย (0.002 ต่อแสนโดส) และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) 6 ราย (0.01 ต่อแสนโดส) มีผู้เสียชีวิต 3 ราย (หลังจากนั้นรายงานผู้เสียชีวิตจาก VITT จาก AZ ลดเหลือ 2 ราย)

¹³⁴ https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/AEFI%20Situation_COVID-19%20Vaccine_12062022_web.pdf

- ผู้ที่ได้รับวัคซีน Pfizer มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง 14 ราย (0.03 ต่อแสนโดส) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis) 37 ราย (0.09 ต่อแสนโดส) มี**ผู้เสียชีวิต 1 ราย** และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) 1 ราย (0.002 ต่อแสนโดส)
- ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinopharm มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง 4 ราย (0.03 ต่อแสนโดส) และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis) 1 ราย (0.01 ต่อแสนโดส)

จากรูปข้างล่าง ในบรรดาผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylactic Shock) 86 ราย ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรงในอัตราสูงสุดคือ 0.17 ต่อแสนโดส สูงกว่า 3 เท่าของ AstraZeneca ที่มีผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง 0.05 ต่อแสนโดส และ 5 เท่าของไฟเซอร์ (0.03 ต่อแสนโดส) ซึ่งข้อมูลที่รายงานของสองยี่ห้อแรกนี้มีความคงเส้นคงวาตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีรายงานนี้ออกมา บ่งชี้ว่าความเชื่อเรื่องวัคซีนเชื่อตายเป็นวัคซีนที่ปลอดภัยที่สุดนั้น ซึ่งเป็นความเชื่อที่แพร่หลายในไทย ไม่ได้เป็นความจริงหรือมีหลักฐานสนับสนุนจริงๆ และในอดีตก็มีวัคซีนเชื่อตายหลายตัวที่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงทำให้ไม่ผ่านการทดลองหรือและถูกเลิกใช้ไปในภายหลัง¹³⁵ และไม่ได้มีเหตุผลทางทฤษฎีที่ชัดเจนที่บ่งชี้ว่าวัคซีนเชื่อตายเป็นวัคซีนที่ปลอดภัยกว่าวัคซีนชนิดอื่นด้วย

¹³⁵ ตัวอย่างปัญหาวัคซีนเชื่อตายในอดีต เช่น

- การให้ inactivated measles vaccine ทำให้เกิด atypical measles จนต้องเลิกใช้
 - RSV เคยให้ inactivated vaccine แล้วเป็นหนักขึ้น
 - วัคซีนไขหวัดใหญ่สมัยที่ใช้ whole cell ตอนที่ influenza H1N1 2009 สายพันธุ์ใหม่ระบาด คนที่ฉีดวัคซีนมาก่อนเป็นมากกว่าคนที่ไม่ได้ฉีด
 - ตอนที่ SARS ระบาดได้มีการทดลอง inactivated vaccine กับหนู พบว่ามีอาการหนักขึ้น
 - วัคซีน MERS inactivated ในสัตว์ทดลองก็มีปัญหาเช่นกัน
- (สรุปจากการบรรยายของ ศ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา เมื่อปลายเดือนเมษายน 2564)

รูปที่ 84 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 – 12 มิถุนายน 2565.

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

ข้อมูล ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2565 เวลา 16.30 น. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จำนวนที่ฉีดวัคซีนทั้งหมด 138,697,935 โดส	Sinovac 26,529,988	AstraZeneca 48,572,111	Sinopharm 14,856,489	Pfizer 42,456,264	Moderna 6,283,083
--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ทุกชนิด

- ไข้
- ปวดศีรษะ
- เวียนศีรษะ
- คลื่นไส้, อาเจียน
- ปวดเมื่อยตามตัว

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วยรวม (จำนวนผู้เสียชีวิต)	จำนวน (อัตราการรายงานต่อแสนโดสจำนวนตามชนิดวัคซีน)*			
		Sinovac	AstraZeneca	国药集团 SINOPHARM	Pfizer
อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)	86 (2)	45 (0.17/แสน) เสียชีวิต 1 ราย	23 (0.05/แสน) เสียชีวิต 1 ราย	4 (0.03/แสน)	14 (0.03/แสน)
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis)	39 (1)	-	1 (0.002/แสน)	1 (0.01/แสน)	37 (0.09/แสน) เสียชีวิต 1 ราย
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT)	7 (3)	-	6 (0.01/แสน) เสียชีวิต 3 ราย	-	1 (0.002/แสน)

* หมายเหตุ ข้อมูลจากผลการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

ผลการพิจารณาของคณะผู้เชี่ยวชาญ **กรณีเสียชีวิต** ภายหลังการได้รับวัคซีน COVID-19

ข้อมูล ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2565 เวลา 16.30 น. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

➤ **ผู้เสียชีวิต** ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับรายงาน 2,270 ราย —>>> คณะผู้เชี่ยวชาญ ได้พิจารณาแล้ว 1,624 ราย

ผลการพิจารณาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญกรณี**เสียชีวิต**หลังได้รับวัคซีน (N=1,624)

- เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาจากวัคซีน: 6, 0.37%
- ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่: 1047, 64.47%
- อาจเกี่ยวข้องกับวัคซีนแต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน: 217, 13.36%
- ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำเข้าพิจารณาใหม่: 253, 15.58%
- เป็นเหตุการณ์ร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีนแต่บังเอิญเกิดร่วมกัน: 1047, 64.47%

หมายเหตุ อยู่ระหว่างประสานขอข้อมูลจากโรงพยาบาลเพื่อนำเข้าพิจารณา 646 ราย

เหตุการณ์ที่สรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Vaccine product related reaction) 6 ราย (ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ 2 ราย, อาการแพ้รุนแรง 2 ราย (ร่วมกับภาวะช็อก 1 ราย), Myopericarditis 1 ราย Stevens-Johnson syndrome and Toxic epidermal necrolysis 1 ราย)

เป็นเหตุการณ์ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับวัคซีนแต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน (Indeterminate event) 217 ราย เช่น

- โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 135 ราย
- เลือดออกในสมอง 25 ราย
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ 2 ราย
- อื่นๆ 55 ราย

เป็นเหตุการณ์ร่วมจากภาวะโรคอื่น (Coincidental event) 1,047 ราย เช่น

- เลือดออกในสมอง 84 ราย
- ติดเชื้อของระบบประสาทและสมอง 2 ราย
- ปอดอักเสบรุนแรง 411 ราย (COVID-19 363 ราย)
- ลิ่มเลือดอุดตันในปอด 8 ราย
- โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 184 ราย

ที่มา: <https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe>

รูปที่ 85 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ก) ระหว่าง 1 มีนาคม 2564 – 2 มกราคม 2565

จำนวนที่ฉีดวัคซีนทั้งหมด	Sinovac	AstraZeneca	Sinopharm	Pfizer	Moderna
104,491,859 โดส	26,396,122	44,231,510	14,559,964	17,019,398	2,284,865

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (อาการไม่ร้ายแรงที่มีการรายงานบ่อย) [ฐานข้อมูล AEFI-DOC]

อาการไม่ร้ายแรง	Sinovac	AstraZeneca	Sinopharm	Pfizer	Moderna
	เวียนศีรษะ, ปวดศีรษะ, คลื่นไส้, อาเจียน, อ่อนเพลีย	ไข้, ปวดศีรษะ, เวียนศีรษะ, คลื่นไส้, อาเจียน	เวียนศีรษะ, ปวดศีรษะ, อาเจียน, คลื่นไส้, อ่อนเพลีย	เวียนศีรษะ, เจ็บแน่นหน้าอก, คลื่นไส้, ไข้, อาเจียน	ไข้, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, คลื่นไส้, อาเจียน, อ่อนเพลีย

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (เข้าเกณฑ์การรายงานของกรมควบคุมโรค) [ฐานข้อมูล AEFI-DDC]

AEFI	Sinovac	AstraZeneca	Sinopharm	Pfizer	Moderna
รวมกรณีร้ายแรงที่รับรายงาน	2,093 (7.92 ต่อแสนโดส)	2,979 (6.73 ต่อแสนโดส)	556 (3.81 ต่อแสนโดส)	719 (4.23 ต่อแสนโดส)	53 (2.25 ต่อแสนโดส)
ผู้ป่วยร้ายแรงที่ได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน	<ul style="list-style-type: none"> แพ้รุนแรง 42 ราย (Anaphylactic shock 8 ราย) (0.16 ต่อแสนโดส) เสียชีวิต 1 ราย SJS-TEN เสียชีวิต 1 ราย 	<ul style="list-style-type: none"> แพ้รุนแรง 20 ราย (0.05 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต VITT 5 ราย (0.01 ต่อแสนโดส) Definite VITT(1), Probable VITT (0) Probable VITT เสียชีวิต 2 ราย Myocarditis/Pericarditis 1 ราย (0.002 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> แพ้รุนแรง 2 ราย (0.01 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต Myocarditis/Pericarditis 1 ราย (0.006 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต Abnormalities of heart beat 1 ราย (0.006 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> แพ้รุนแรง 8 ราย (0.05 ต่อแสนโดส) ไม่ผู้เสียชีวิต ไม่มีผู้เสียชีวิต Myocarditis/Pericarditis 26 ราย (0.15 ต่อแสนโดส) ไม่มีผู้เสียชีวิต 	-

ข) ระหว่าง 1 มีนาคม 2564 – 22 พฤษภาคม 2565

พบอวยในวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ทุกชนิด	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วยรวม (จำนวนผู้เสียชีวิต)	จำนวน (อัตราการรายงานต่อแสนโดสจำแนกตามชนิดวัคซีน)*			
			SINOVAC	AstraZeneca	国药集团 SINOPIHARM	Pfizer
ไข้	อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)	85 (2)	44 (0.17/แสน)	23 (0.05/แสน)	4 (0.03/แสน)	14 (0.03/แสน)
ปวดศีรษะ	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis)	39 (1)	-	1 (0.002/แสน)	1 (0.01/แสน)	37 (0.09/แสน)
เวียนศีรษะ	ภาวะล้มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT)	7 (3)	-	6 (0.01/แสน)	-	1 (0.002/แสน)
คลื่นไส้, อาเจียน						
ปวดเมื่อยตามตัว						

* หมายเหตุ ข้อมูลจากผลการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

ผลการพิจารณาของคณะผู้เชี่ยวชาญ กรณีเสียชีวิต ภายหลังการได้รับวัคซีน COVID-19
ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2565 เวลา 16.30 น. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

➤ **ผู้เสียชีวิต** ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับรายงาน 2,246 ราย ----- คณะผู้เชี่ยวชาญ ได้พิจารณาแล้ว 1,600 ราย

ผลการพิจารณาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญกรณีเสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน (N=1,600)

5, 0.38%
101, 6.31%

เหตุการณ์ที่สรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Vaccine product related reaction) 6 ราย (ภาวะล้มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ 2 ราย)
อาการแพ้รุนแรง 2 ราย (ร่วมกับภาวะช็อก 1 ราย), Myopericarditis 1 ราย
Stevens-Johnson syndrome and Toxic epidermal necrolysis 1 ราย)

ที่มา: <https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=744&dept=doe>

รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2565 มีรายงานผู้เสียชีวิตหลังได้รับวัคซีนทั้งสิ้น 2,270 ราย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญกรณีเสียชีวิตภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้พิจารณาแล้ว 1,624 ราย มีผลการพิจารณาแบ่งผู้เสียชีวิตออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

- 1) สาเหตุการเสียชีวิตไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน โดยเป็นเหตุการณ์ร่วมจากภาวะโรคอื่น (Coincidental Event) มีผู้ที่เข้าข่ายจำนวน 1,047 ราย
- 2) สาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับวัคซีน มีผู้ที่เข้าข่ายจำนวน 6 ราย โดยเกิดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) จำนวน 2 ราย อาการแพ้รุนแรงร่วมกับภาวะช็อก 2 ราย Myopericarditis 1 ราย และ Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis 1 ราย
- 3) เหตุการณ์ที่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่ (Intermediate Event) มีผู้ที่เข้าข่ายจำนวน 217 ราย
- 4) ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่ (Unclassified Event) จำนวน 101 ราย
- 5) อยู่ระหว่างรอสรุปสาเหตุการเสียชีวิตจากผลชันสูตรและข้อมูลเพิ่มเติม จำนวน 646 ราย

เป็นที่น่าสังเกตว่า ขณะที่สัดส่วนผู้เสียชีวิตหลังฉีดของไทยค่อนข้างสูง (1 : 61,000 โดส หรือ 1:25,000 คน ณ 12 มิ.ย. 2565) แต่กรณีทีวินิจฉัยว่าเกิดจากวัคซีนต่ำมาก (ประมาณ 1 : 23 ล้านโดส) ซึ่งถ้าดูจาก 5 กลุ่มผลลัพธ์ในหน้าก่อน (และจากการแถลงข่าวของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งข่าวจากต่างประเทศ) ก็จะได้เห็นว่า มีกรณีไม่น้อยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะยอมรับว่าการเสียชีวิตในคนเหล่านี้ น่าจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้มีการฉีดวัคซีน (หรืออีกนัยหนึ่ง “วัคซีนอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เสียชีวิต”) แต่กรณีเหล่านั้นก็คงถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 “สาเหตุการเสียชีวิตไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน โดยเป็นเหตุการณ์ร่วมจากภาวะโรคอื่น (Coincidental Event)” ซึ่งการตายเกือบสองในสาม (1,047 ราย จาก 1,624 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่กลุ่มนี้) หรือกลุ่มที่ 3 “เหตุการณ์ที่ไม่สามารถสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่ (Intermediate Event)” รวม 217 ราย (36 เท่าของกรณีที่สรุปว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับวัคซีน) หรือกลุ่มที่ 4 “ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่ (Unclassified Event)” ที่มีอีก 101 ราย

จากข้อมูลและการรายงานก็น่าจะเป็นที่ประจักษ์ชัดว่ากรณีที่มีการตัดสินว่าเป็นการเสียชีวิตจากวัคซีนนั้น แทบทุกกรณีจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้เสียชีวิตมีอาการที่เคยพิสูจน์มาก่อนแล้วว่าเป็นผลจากวัคซีนตัวนั้น เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) จาก Viral vector vaccine อย่าง AstraZeneca และ Johnson & Johnson และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis and pericarditis) จากวัคซีน mRNA นอกเหนือจากนั้น ก็อาจรวมกรณีเสียชีวิตจากการแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง (แบบ Anaphylactic shock) แต่ในกรณีอื่น รวมทั้งในกรณีที่

เชื่อว่าวัคซีนอาจเป็นปัจจัยร่วม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็จะไม่วินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากวัคซีน หรือยิ่งไปกว่านั้นคืออาจวินิจฉัยว่า “สาเหตุการเสียชีวิตไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน โดยเป็นเหตุการณ์ร่วมจากภาวะโรคอื่น (Coincidental Event)”¹³⁶

แนวทางการวินิจฉัยนี้ น่าจะสร้างความกังขาให้กับคนไม่น้อย ตัวอย่างเช่น ใน Social Media ก็มีบางท่านตั้งข้อสังเกตว่า “ถ้ามีโรคประจำตัวอื่นแล้วติดโควิดแล้วตาย ก็จะถูกวินิจฉัยว่าตายเพราะโควิด แต่ถ้าตายหลังฉีดวัคซีน ก็จะถูกวินิจฉัยว่าตายเพราะโรคประจำตัว”

ถึงแม้ว่าสองกรณีนี้คงเทียบกันไม่ได้เสียทีเดียว (เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตหลังติดเชื้อโควิดของผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะสูงกว่าคนทั่วไปมาก) และถึงแม้ว่าการรายงานในกรณีแรก (ผู้มีโรคประจำตัวที่เสียชีวิตหลังจากติดเชื้อโควิด) ได้ถูกตัดออกไปจากการรายงานตั้งแต่ 1 พ.ค. 2565 แต่ก็อาจจะเกิดจากสาเหตุอื่น ซึ่งข้อสังเกตการตีความในกรณีที่เป็น “ปัจจัยร่วม” ก็เป็นสิ่งที่วงการแพทย์/สาธารณสุขควรให้ความสนใจเช่นกัน เพราะหลักการแพทย์หนึ่งก็คือการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยง (ดังเช่นที่ประเทศนอร์เวย์ออกคำเตือนว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19 อาจเสี่ยงเกินไปสำหรับผู้สูงอายุมากเกิน 80 ปีและและผู้ป่วยรุนแรงระยะสุดท้าย) เพราะคงไม่แปลกที่การวินิจฉัยตามแนวนี้จะก่อให้เกิดความกังขากับคนจำนวนมากที่สูญเสียญาติพี่น้อง และคิดว่าญาติพี่น้องของพวกเขาจะยังมีชีวิตอยู่ถ้าไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีน

อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายช่วยเหลือผู้มีอาการไม่พึงประสงค์หลังจากฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ตามหลักการในมาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งให้จ่ายเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์สาเหตุ/ความรับผิดชอบ ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ใน 3 ช่องทาง คือ 1) ที่หน่วยบริการที่ไปรับการฉีด 2) ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ 3) ที่ สปสช. เขตพื้นที่ ซึ่งหลังจากได้รับคำร้องแล้ว จะมีคณะกรรมการในระดับเขต ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนภาคประชาชน เป็นผู้พิจารณาว่าจะจ่ายเงินเยียวยาหรือไม่และจ่ายเป็นจำนวนเท่าใด ตามหลักฐานทางการแพทย์และระดับความหนักเบาของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีผู้มายื่นคำร้องแล้ว คณะกรรมการฯ ระดับเขตพื้นที่จะเร่งพิจารณาให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ซึ่งในกรณีที่ผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย ก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อเลขาธิการ สปสช. ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ทราบผลการวินิจฉัย¹³⁷

¹³⁶ อีกตัวอย่างหนึ่งคือ การอธิบายว่า “ต้องเปรียบเทียบอัตราการเกิดอาการก่อนกับช่วงก่อนใช้วัคซีน” นั้น แม้ว่าจะเป็นที่ที่ดีในการวิจัยเพื่อพิสูจน์ผลของวัคซีน (เช่น ในการชี้ว่าวัคซีน AstraZeneca และ Johnson & Johnson เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเกล็ดเลือดต่ำหลังฉีดวัคซีน หรือ VITT) แต่ก็คงไม่สมควรที่จะใช้สถิติ (ที่ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ) มาเป็นเหตุผลในการสรุปว่าการตายของปัจเจกหลังฉีดวัคซีนจากโรคที่อัตราตายไม่ได้เพิ่มชัดเจนในช่วงฉีดแสดงว่าไม่ได้เป็นผลจากวัคซีน เพราะปกติการตายด้วยสาเหตุต่างๆ ที่เป็นผลจากวัคซีนก็มีอัตราที่ต่ำมากอยู่แล้ว

¹³⁷ <https://www.nhso.go.th/news/3290>

ข้อมูลจนถึงวันที่ 8 เมษายน 2565 มีผู้ยื่นคำร้องเข้ามาทั้งหมดจำนวน 17,171 ราย โดยทางคณะกรรมการระดับเขตได้พิจารณาจ่ายเงินชดเชยแล้ว 14,034 ราย พิจารณาไม่จ่าย 2,551 ราย รวมเป็นเงินที่จ่ายชดเชยเบื้องต้นไปแล้ว 1,710 ล้านบาท มีกรณีที่อยู่ระหว่างรอการพิจารณาอีก 586 ราย และอยู่ระหว่างอุทธรณ์ 995 ราย¹³⁸

ในแง่นี้ ประเทศไทยอาจ “โชคดี” ที่มีมาตรา 41 ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจ่ายเงินชดเชยให้โดยไม่ต้องพิสูจน์สาเหตุ/ความรับผิดชอบ ที่น่าจะช่วยลดความคับข้องใจญาติพี่น้องของหลายพันคนในขณะนี้¹³⁹ (และในที่สุดอาจเพิ่มเป็นหลักหมื่น) ที่ประสบปัญหารุนแรงหรือเสียชีวิตหลังจากฉีดวัคซีน

10.3 การฉีดวัคซีนไขว้หรือวัคซีนสูตรผสม และการฉีดด้วยวิธีอื่น

ในปี 2564 แม้บางประเทศจะมีอัตราการฉีดวัคซีนที่รวดเร็ว แต่อีกหลายประเทศกลับเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ทั้งในเรื่องของความลังเลของประชาชนที่มีต่อความปลอดภัยของวัคซีน ไปจนถึงเรื่องข้อจำกัดในด้านการผลิตและความเพียงพอของวัคซีน

ในขณะนั้น คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่แนะนำให้ฉีดคนละ 2 เข็ม แนวคิดการฉีดวัคซีนไขว้ หรือการผสมสูตรวัคซีน จึงถูกนำมาใช้เป็นแนวทางแก้บางปัญหาในประเทศเหล่านี้ ทั้งเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากความกังวลเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนโดสแรกที่ได้รับ โดยเปลี่ยนมาใช้วัคซีนอีกชนิดหนึ่งที่ประสิทธิภาพสูงขึ้น และ/หรือ ปลอดภัยกว่าแทน รวมไปถึงเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนวัคซีนจากบริษัทใดบริษัทหนึ่ง

แต่นอกจากแนวคิดนี้จะช่วยแก้ปัญหาข้างต้นแล้ว ในบางกรณีก็ยังพบว่าสามารถช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีขึ้นด้วย (เช่น มีบางผลการวิจัยที่พบว่าการฉีดวัคซีนสองเข็มที่ต่างกันจะช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าการฉีดวัคซีนชนิดเดียวกันทั้งสองโดส) แต่ในช่วงแรก หลักฐานเชิงประจักษ์ในส่วนนี้ยังมีไม่มากนัก ดังนั้น ในบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร และเยอรมนี จึงเลือกที่จะแนะนำให้ฉีดไขว้เฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาวัคซีนชนิดเดียวกับโดสแรกให้แก่ประชาชนได้ทันกำหนดของการรับโดสที่สองเท่านั้น ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญบางคนมองว่าการฉีดวัคซีนไขว้จะช่วยให้ประชากรได้รับวัคซีนครบโดสเร็วกว่าการรอวัคซีนของเพียงบริษัทเดียว

¹³⁸ <https://www.nhso.go.th/news/3564>

¹³⁹ ณ 2 ม.ค. 2565 มีรายงานกรณี AEFI ที่เข้าเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคมากกว่า 6,000 ราย

การวิจัยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสูตรผสม

การผสมสูตรวัคซีนไม่ได้เกิดขึ้นกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ การผสมประเภทของวัคซีนหรือที่เป็นที่รู้จัก/เรียกกันว่า วัคซีนไพริมบูสต์ต่างชนิดกัน (heterologous prime-boost vaccination) เกิดขึ้นในช่วงปี 1990 ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่คิดค้นขึ้นโดยนักวิจัยโรคเอดส์ (HIV)¹⁴⁰ และในปี 2017 นักวิจัยที่ Gamaleya¹⁴¹ ก็ได้คิดค้นวัคซีนป้องกันโรคอีโบล่า (Ebola) ซึ่งวัคซีนดังกล่าว โดสแรกใช้ไวรัสอะดีโน (adenovirus) ในขณะที่โดสที่สองใช้ไวรัสอีกตัวหนึ่งคือ ไวรัส vesicular stomatitis¹⁴² โดยหลักการของการผสมสูตรวัคซีนนี้คือการโจมตีไวรัสแบบไม่ให้ทันตั้งตัวจากวัคซีนในโดสที่สอง

ในส่วนของไวรัสโคโรนา 2019 นั้น การผสมสูตรวัคซีนก็ได้มีการทำวิจัยขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งมีความเหมือนและแตกต่างกันออกไป ดังนี้

สหราชอาณาจักร: งานวิจัย Com-Cov¹⁴³ ของมหาวิทยาลัยออกฟอร์ด ได้ศึกษาผลจากการฉีดวัคซีนสูตรผสมหลังจากได้รับวัคซีนเข็มแรกแล้ว 4 สัปดาห์ แก่อาสาสมัคร 850 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่า หากได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) เป็นเข็มแรก และตามด้วยวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) จะสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกัน และการตอบสนองของ T cell ได้มากกว่า การฉีดวัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มแรกแล้วตามด้วยวัคซีนแอสตราเซนเนกา และทั้งสองสูตรให้ผลที่ดีกว่าการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกาทั้งสองโดส โดยงานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การฉีดเข็มที่สามอาจจำเป็นต้องใช้วัคซีนคนละตัวกับสองโดสแรกหากได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันทั้งสองโดส อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนสูตรผสมก่อให้เกิดผลข้างเคียงในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มากกว่าการฉีดวัคซีนชนิดเดียวกันทั้งสองโดส เช่น อาการไข้ อ่อนเพลีย และปวดหัวที่มากกว่า เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจับคู่วัคซีนที่ผิดอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้

ประเทศสเปน: งานวิจัย CombivacS¹⁴⁴ ได้ออกแบบการทดสอบประสิทธิภาพการของการฉีดวัคซีนสูตรผสมกับผู้เข้าร่วมทั้งหมด 663 คนในเมืองมาดริด โดยให้ 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกาเป็นโดสแรก ตามด้วยวัคซีนไฟเซอร์เป็นโดสที่สอง โดยผู้เข้าร่วมที่เหลือยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่สอง ซึ่งผลการศึกษาเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า ร่างกายผู้ที่ได้รับวัคซีนครบโดสและเป็นสูตรผสม สามารถสร้างภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้นมากหลังจากได้รับเข็ม

¹⁴⁰ <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/horizon-magazine/five-things-know-about-mixing-and-matching-coronavirus-vaccines>

¹⁴¹ <https://www.clinicaltrialsarena.com/analysis/covid-19-vaccine-mixing-the-good-the-bad-and-the-uncertain/>

¹⁴² อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวถูกวิจารณ์อย่างหนักจากนักวิจัยหลายคน เนื่องจากมีการใช้ Ad5 ซึ่งเคยถูกทดลองในวัคซีน HIV และส่งผลให้ผู้ที่ได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HIV มากขึ้น

¹⁴³ <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01359-3>

¹⁴⁴ <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01359-3>

ที่สอง และภูมิคุ้มกันนี้สามารถตรวจจับและยับยั้ง SARS-CoV-2 ในการทดสอบในห้องปฏิบัติการได้ด้วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันครบโดส ดังนั้น การเปรียบเทียบโดยตรงจึงไม่สามารถทำได้

ประเทศรัสเซีย: กลุ่มนักวิจัยชาวรัสเซียศึกษาและทดลองผสมสูตรวัคซีนระหว่างวัคซีนสปุตนิค โฟว์ (Sputnik V) กับวัคซีนแอสตราเซนเนก้า¹⁴⁵ ในขณะที่วัคซีนสปุตนิค โฟว์เองก็ใช้หลักการของการผสมสูตรวัคซีนอยู่แล้ว เนื่องจากโดสแรกและโดสที่สองมีสูตรการผลิตของไวรัสอะดีโนที่แตกต่างกัน 2 ชนิด ในการส่งคำสั่งทางพันธุกรรมไปยังระบบภูมิคุ้มกัน โดยโดสแรกใช้ไวรัสไข้หวัดธรรมดาที่ไม่เป็นอันตราย (Ad26) และโดสที่สองใช้ไวรัสชนิดอื่นที่ปลอดภัยแต่ได้รับการออกแบบทางวิทยาศาสตร์ (Ad5) ห่างกัน 21 วัน ซึ่งวิธีการดังกล่าวให้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยงานวิจัยพบว่าวัคซีนสปุตนิค 5 เป็นหนึ่งในวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยอยู่ที่ 91.6% และได้ถูกนำมาใช้ในรัสเซียและอีกกว่า 56 ประเทศ

ประเทศเยอรมนี: นักวิจัยที่มหาวิทยาลัย Saarland ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการผสมสูตรวัคซีนกับผู้เข้าร่วมทั้งหมด 200 คน¹⁴⁶ โดยบางคนได้วัคซีนแอสตราเซนเนก้าทั้งสองโดส ในขณะที่บางคนได้รับวัคซีนไฟเซอร์ทั้งสองโดส และคนที่เหลือจะได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนก้าเป็นเข็มแรกและวัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มที่สอง โดยผลการศึกษาพบว่า คนที่ได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนก้าในโดสแรก และได้รับวัคซีนไฟเซอร์ในโดสที่สองสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงกว่าคนที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกัน (แอสตราเซนเนก้า หรือ ไฟเซอร์) ทั้งสองโดส ในแง่ของการพัฒนาของภูมิคุ้มกัน (antibody development) วัคซีนไฟเซอร์สองโดส และการผสมสูตรวัคซีนระหว่างวัคซีนแอสตราเซนเนก้ากับวัคซีนไฟเซอร์ มีประสิทธิภาพกว่าวัคซีนแอสตราเซนเนก้าสองโดสประมาณ 10 เท่า อย่างมีนัยสำคัญ

ประเทศเกาหลีใต้: การทดสอบในประเทศเกาหลีใต้แสดงให้เห็นว่าการผสมสูตรวัคซีนระหว่างวัคซีนแอสตราเซนเนก้าเป็นเข็มแรก และไฟเซอร์เป็นเข็มที่สองสามารถสร้างแอนติบอดีชนิดลบล้างฤทธิ์ (neutralising antibody) ในระดับที่สูงกว่าวัคซีนแอสตราเซนเนก้าสองโดสถึง 6 เท่า¹⁴⁷

ประเทศฟิลิปปินส์: นักวิจัยในประเทศฟิลิปปินส์ศึกษาประสิทธิภาพของการผสมสูตรวัคซีนซิโนแวค (Sinovac) กับวัคซีนอื่นๆ อีก 6 ชนิด¹⁴⁸

ประเทศอินเดีย: หลังจากความสำเร็จในการผลิตวัคซีน Covaxin ของตนเอง¹⁴⁹ อินเดียก็ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการผสมสูตรวัคซีนระหว่างวัคซีน Covishield และวัคซีน Covaxin หลังจากประชากรชาวอินเดีย 20 คนได้เข้ารับวัคซีน Covaxin เป็นโดสที่สองโดยไม่ได้ตั้งใจ หลังจากได้รับวัคซีน Covishield เป็นโดส

¹⁴⁵ <https://www.nytimes.com/2021/06/24/world/europe/covid-vaccine-mix-and-match-pfizer-moderna.html>

¹⁴⁶ <https://www.dw.com/en/mix-and-match-vaccines-biontech-astrazeneca-better-than-one-shot/a-57819127>

¹⁴⁷ <https://www.pharmaceutical-technology.com/features/covid-19-vaccine-mixing-astrazeneca-pfizer/>

¹⁴⁸ <https://www.pharmaceutical-technology.com/features/covid-19-vaccine-mixing-astrazeneca-pfizer/>

¹⁴⁹ <https://qz.com/india/2046596/what-we-know-so-far-about-mixing-covid-19-vaccines/>

แรก ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมด 18 คนที่ได้รับวัคซีนสูตรผสม พบว่าคนกลุ่มนี้สามารถสร้างแอนติบอดีชนิดลบล้างฤทธิ์ (neutralising antibody) ในระดับที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่ได้รับวัคซีน Covishield หรือวัคซีน Covaxin ครบสองโดส

ประเทศไทย: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹⁵⁰ ได้มีการเปิดเผยข้อมูลจากการศึกษาภูมิคุ้มกันต่อการยับยั้งเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ฉีดวัคซีนซิโนแวค ตามด้วยวัคซีนแอสตราเซนเนกา 54 คน อายุเฉลี่ย 38 ปี
- กลุ่มที่ 2 ฉีดวัคซีนซิโนแวค ทั้งสองโดส 80 คน อายุเฉลี่ย 42 ปี
- กลุ่มที่ 3 ฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกาทั้งสองโดส 80 คน อายุเฉลี่ย 48 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 มีระดับภูมิคุ้มกัน 797 U/mL (598.7 - 1062) กลุ่มที่ 2 มีระดับภูมิคุ้มกัน 96.47 U/mL (16.1 - 122.1) และกลุ่มที่ 3 มีระดับภูมิคุ้มกัน 818 U/mL (662.5 - 1010) แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนสลับสูตรระหว่างวัคซีนซิโนแวคและวัคซีนแอสตราเซนเนกา จะทำให้มีระดับภูมิคุ้มกันมากกว่าระดับภูมิคุ้มกันในผู้ที่หายไปป่วยจากโควิดตามธรรมชาติ (ประมาณ 78 U/mL (52.8 - 115)) และมากกว่าการฉีดวัคซีนซิโนแวคสองโดส โดยอยู่ในระดับเทียบเท่ากับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกาสองโดส อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่ได้เจาะจงไปที่ไวรัสสายพันธุ์ใดสายพันธุ์หนึ่งเป็นการเฉพาะ และไม่ได้ศึกษา T-cell

ในปัจจุบัน ถึงแม้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะถูกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ชื่อเสียงแล้วก็ตาม แต่ในช่วงแรกก็ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการตรวจทานผลงานโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือ Peer Review (ยกเว้นงานวิจัยของมหาวิทยาลัย Saarland ของเยอรมนี) แต่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ยอมรับให้สามารถใช้วัคซีนสูตรผสมโดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ในวันที่ 9 สิงหาคม 2564 โดยการอนุญาตให้ใช้วัคซีน mRNA อย่างวัคซีนไฟเซอร์ และวัคซีนโมเดอานา (Moderna) เป็นเข็มที่สองหากได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนกาเป็นเข็มแรก ในกรณีที่วัคซีนไม่เพียงพอต่อประชากรในประเทศ¹⁵¹

¹⁵⁰ <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/704109/>

¹⁵¹ <https://www.pptvhd36.com/news/ต่างประเทศ/153751>

รูปที่ 86 คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนสูตรผสมขององค์การอนามัยโลก (WHO)



ที่มา: WHO (2021)

การวิจัยและฉีดวัคซีนสูตรผสมในบางประเทศ

ในปัจจุบัน แม้หลายๆ ประเทศจะมีการดำเนินฉีดวัคซีนสูตรผสมที่ตนได้ทดลองไปบ้างแล้ว แต่หน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเทศส่วนใหญ่ยังคงแนะนำให้ฉีดวัคซีนเข็มเดียวกับเข็มแรกหากเป็นไปได้ เช่น สหราชอาณาจักรและเยอรมนี อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศที่ดำเนินการฉีดวัคซีนสูตรผสมแล้วนั้น อาจมีเงื่อนไขที่แตกต่างกันออกไป เช่น

สหราชอาณาจักร: เพื่อรับมือกับไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสหราชอาณาจักรได้ปรับปรุงคู่มือการฉีดวัคซีน ที่มีเนื้อหาในการอนุญาตให้สามารถฉีดวัคซีนสูตรผสมได้ หากวัคซีนโดสที่สองมีไม่เพียงพอ หรือไม่ทราบผู้ผลิตเข็มแรก¹⁵²

ประเทศเยอรมนี สวีเดน แคนาดา ฝรั่งเศส สเปน และอิตาลี: ทางการได้มีการแนะนำให้ประชาชน โดยเฉพาะประชากรผู้ใหญ่ เข้ารับวัคซีน mRNA อย่างวัคซีนไฟเซอร์ และวัคซีนโมเดอรนาเป็นวัคซีนทางเลือกสำหรับเข็มที่สอง หากได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนก้าเป็นเข็มแรก เนื่องจากวัคซีนแอสตราเซนเนก้ามีความเชื่อมโยงกับโรคลิ่มเลือดในสมองที่มักเกิดขึ้นกับผู้หญิงที่มีอายุน้อย มากกว่าที่จะเป็นประเด็นเรื่องของคุณภาพวัคซีน¹⁵³

¹⁵² <https://www.nytimes.com/2021/01/01/health/coronavirus-vaccines-britain.html>

¹⁵³ <https://www.nytimes.com/2021/06/24/world/europe/covid-vaccine-mix-and-match-pfizer-moderna.html>

เกาหลีใต้ และเวียดนาม: ทางเกาหลีใต้และเวียดนามได้เริ่มการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 แอสตราเซนเนก้าเป็นเข็มแรก และวัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มที่สอง เพราะความล่าช้าในการส่งมอบวัคซีนจากบริษัทผู้ผลิต โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁵⁴

ประเทศไทย: เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2564 คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ศปก.สธ.) ซึ่งมีทั้งผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากหน่วยงานต่างๆ มีมติอนุมัติสูตรการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย โดยได้รับคำแนะนำจากคณะอนุกรรมการกรมการสาธารณสุขเสริมภูมิคุ้มกันโรค เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2564 ซึ่งมีการนำข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ ทั้งผลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยมาพิจารณา และเสนอสูตรวัคซีนไขว้ในขณะนั้น 2 สูตร¹⁵⁵ คือ

- สูตรที่ 1: เข็มที่ 1 ซิโนแวค เข็มที่ 2 แอสตราเซนเนก้า ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ เป็นสูตรผสมหลัก (ในขณะนั้น) สำหรับใช้ในผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในทุกกลุ่ม
- สูตรที่ 2: เข็มที่ 1 แอสตราเซนเนก้า เข็มที่ 2 ไฟเซอร์ ห่างกัน 4 - 12 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายหลักผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในทุกกลุ่ม

โดย ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ระบุว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับวัคซีนแอสตราเซนเนก้าเข็มแรกแต่ยังไม่ได้รับเข็มสอง ติดเชื้อแล้วเสียชีวิต เพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้นอีกจึงต้องเร่งฉีดวัคซีนให้ได้มากที่สุด จึงได้เลือกนำสูตรไขว้วัคซีนมาใช้¹⁵⁶

นอกจากนี้ เมื่อ 14 ตุลาคม 2564 อนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติยังได้มีการเสนอเพิ่มสูตรการฉีดวัคซีนไขว้ด้วยวัคซีนเชื้อตาย (เช่น ซิโนแวค) และวัคซีน mRNA (เช่น ไฟเซอร์)¹⁵⁷ โดยให้เหตุผลว่าวัคซีนหลักของประเทศไทยในขณะนี้ คือวัคซีนแอสตราเซนเนก้า ต้องเว้นระยะห่างการฉีดเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 นาน 10 ถึง 12 สัปดาห์¹⁵⁸ การเพิ่มสูตรการฉีดไขว้จะช่วยลดเวลาในการฉีดให้สั้นลงได้และเกิดภูมิคุ้มกันขึ้นสูงภายในเวลา 1 เดือน

นอกจากงานของ ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ ซึ่งเป็นผู้วิจัยและผู้สนับสนุนหลักของการฉีดไขว้แล้ว ก็ยังมีงานวิจัยของศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราช เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนชนิดไขว้ และการฉีดกระตุ้นด้วยเข็มที่ 3 รวมทั้งภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อสายพันธุ์เดลตา ที่วิจัยร่วมกันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

¹⁵⁴ <https://siamrath.co.th/n/263565>

¹⁵⁵ <https://www.bangkokbiznews.com/news/958245>

¹⁵⁶ <https://www.dailynews.co.th/news/231632/>

¹⁵⁷ <https://www.prachachat.net/marketing/news-779894>

¹⁵⁸ ตั้งแต่กลางปี 2564 หลายประเทศในยุโรปได้ลดระยะห่างลงมาเป็น 8 สัปดาห์

ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ ผอ. ศูนย์วิจัยคลินิก (SICRES) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า สายพันธุ์เดลตาต่อภูมิคุ้มกันจากวัคซีนมากกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม ประเทศไทยจึงหาแนวทางการฉีดวัคซีนที่จะเพิ่มภูมิคุ้มกันให้มากขึ้น จากวัคซีนที่มีอยู่ โดยการฉีดสลับชนิดและฉีดกระตุ้นเข็มที่ 3 โดยในงานวิจัยได้ทำใน 2 โครงการ คือ การฉีดสลับหรือฉีดไขว้ในคนแข็งแรงทั่วไป และการฉีดกระตุ้นเข็ม 3 ในผู้ที่รับวัคซีนซิโนแวคครบ 2 เข็ม ซึ่งผลวิจัยโดยสรุปพบว่า เมื่อวัดระดับภูมิต้านทานชนิด Anti RBD-IgG โดยวิธี CMIA การฉีดวัคซีนโควิดสลับชนิดที่ใช้ซิโนแวคตามด้วยแอสตราเซนเนก้าได้ภูมิคุ้มกันสูงกว่าซิโนแวค 2 เข็ม 3 เท่า และสูงกว่าแอสตราเซนเนก้า 2 เข็มเล็กน้อย ส่วนการกระตุ้นเข็ม 3 ด้วยแอสตราเซนเนก้า ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อไวรัสเดลตา สูงกว่ากระตุ้นด้วยซิโนฟาร์ม 4 เท่า และสูงกว่าฉีดไฟเซอร์ 2 เข็ม โดยมีค่าภูมิต้านทานจากการวิจัยดังนี้

- ซิโนแวค 2 เข็ม ภูมิขึ้น 229 หน่วย BAU
- แอสตราเซนเนก้า 2 เข็ม ภูมิขึ้น 424 หน่วย BAU
- ไฟเซอร์ 2 เข็ม ภูมิขึ้น 1,931 หน่วย BAU
- ซิโนแวค+แอสตราเซนเนก้า ภูมิขึ้น 1,355 หน่วย BAU
- แอสตราเซนเนก้า+ซิโนแวค ภูมิขึ้น 222 หน่วย BAU
- ซิโนแวค+ ซิโนแวค+ แอสตราเซนเนก้า ภูมิขึ้น 1,559 หน่วย BAU
- ซิโนแวค+ ซิโนแวค+ซิโนฟาร์ม ภูมิขึ้น 218 หน่วย BAU

การวัดภูมิต้านทานต่อไวรัสสายพันธุ์เดลต้าด้วยวิธี PRNT 50 ที่ร่วมวิจัยกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก็มีทิศทางที่สอดคล้องกัน โดยพบว่าการฉีดสลับชนิดโดยเริ่มจากซิโนแวคแล้วตามด้วยแอสตราเซนเนก้า ได้ภูมิสูงกว่าฉีดซิโนแวคสองเข็ม 3 เท่า และสูงกว่าแอสตราเซนเนก้า 2 เข็มเล็กน้อย¹⁵⁹

การฉีดวัคซีนแบบอื่นๆ ของไทย

นอกจากนี้ ไทยมีการฉีดวัคซีนเข้าชั้นผิวหนัง (Intradermal) ในหลายพื้นที่ เช่น ที่ภูเก็ต และ กทม. บางจุด ซึ่งมีการลดโดสลง เช่น ไฟเซอร์จาก 0.3 เป็น 0.1 มล. และโมเดอร์นาจาก 0.5 เป็น 0.1 มล. อย่างไรก็ตาม ในเอกสารกำกับวัคซีนของโมเดอร์นา (Moderna COVID-19 Vaccine EUPI June/2021 (Final EMA approved version) Created on 24-July-2021 (CCDS v.4,5,6) ระบุไว้ในหัวข้อ “วิธีการบริหารยา” ว่า

“ใช้สำหรับฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้นโดยแนะนำให้ฉีดทางกล้ามเนื้อเดลทอยด์บริเวณต้นแขน ห้ามบริหารวัคซีนโดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทางใต้ผิวหนัง หรือทางในผิวหนัง”

¹⁵⁹ “ผลวิจัยศิริราช ฉีดวัคซีนไขว้ ภูมิสูงกว่าฉีดชนิดเดียวกัน - กระตุ้นเข็ม 3 ด้วยแอสตราฯ ภูมิขึ้นสูงกว่า ไฟเซอร์ 2 เข็ม ในการสู้สายพันธุ์เดลตา” ข่าวย่อยใน <https://www.bbc.com/thai/thailand-58281682>

ซึ่งทำให้วิธีการฉีดเข้าชั้นผิวหนังของไทยเป็นวิธีที่ไม่ได้รับการรับรองจากผู้ผลิต (หรือเรียกว่าเป็นวิธี “Off label”)

นอกจากมีโครงการทดลองวัคซีนครึ่งโดสในช่วงต้นปี 2564 ซึ่งพบว่าการฉีดฉีดโมเดอร์นาครึ่งโดสในขณะนั้นได้ผลใกล้เคียงกับเต็มโดส และในปัจจุบันในการฉีดวัคซีนในบางจุด เช่น การฉีดวัคซีนโมเดอร์นาที่สถานีกางบางซื่อ กทม. ในเดือนกรกฎาคม 2565 นี้ ก็มีให้เลือกว่าจะฉีดเต็มโดส (0.5 มล) ครึ่งโดส (0.25 มล.) หรือฉีดแบบเข้าชั้นผิวหนัง (Intradermal) (0.1 ม.ล.)

สรุป

การฉีดวัคซีนแบบผสมสูตรหรือการฉีดไขว้ไม่ใช่เรื่องใหม่ และในระยะหลังก็มีงานวิจัยกรณีวัคซีนโควิด-19 มากขึ้น และมีการอนุมัติให้ใช้วัคซีนแบบผสมมากขึ้นในหลายประเทศ โดยมีตัวอย่างสูตรผสมที่ใช้กันมากและได้รับการยอมรับให้สามารถใช้ได้ในบางสถานการณ์จากองค์การอนามัยโลก ได้แก่ เข็มที่ 1 วัคซีนแอสตราเซนเนกา และเข็มที่ 2 วัคซีนชนิด mRNA อย่างวัคซีนไฟเซอร์และวัคซีนโมเดอร์นา ในขณะที่การฉีดวัคซีนสูตรผสมของไทยได้เริ่มฉีดหรือทดลองด้วยบางสูตรที่ต่างออกไป ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการที่วัคซีนหลักตัวแรกของไทยอย่างวัคซีนซิโนแวคเป็นวัคซีนที่ในขณะนั้นยังไม่ได้มีการอนุมัติใช้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ทำให้มีงานวิจัยเกี่ยวกับวัคซีนสูตรที่ฉีดโดยไขว้กับซิโนแวคในประเทศอื่นน้อย (และงานวิจัยของไทยกลายเป็นงานวิจัยชิ้นแรกๆ สำหรับสูตรผสมนี้) นอกจากนี้ไทยยังมีการฉีด (หรือทดลองฉีด) โดยวิธีที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากผู้ผลิต (off-label) เช่น การฉีดวัคซีนโมเดอร์นาเข้าชั้นผิวหนัง (intradermal) ซึ่งผู้บริโภคมองว่าไม่ทราบข้อมูลอื่นนอกเหนือจากว่าทำให้อาจปลอดภัยขึ้นจากการใช้วัคซีนในปริมาณที่น้อยลง

10.4 การนำชุดตรวจ ATK มาใช้ในประเทศไทย และการจัดหาและการกระจาย

การตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระยะแรกต้องการความแม่นยำที่สูงมาก เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและติดตามผู้ติดเชื้อให้ครบถ้วนเพื่อตัดวงจรการระบาด จึงต้องใช้วิธีตรวจที่มีความไวสูง ซึ่งวิธีที่ถือเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard) ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และกระทรวงสาธารณสุขไทยว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกของการติดเชื้อ และใช้ติดตามผลการรักษาได้ ก็คือการเก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งจากโพรงจมูก (Nasopharyngeal (NP) swab) เพื่อนำมาตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อในห้องแล็บที่ได้รับมาตรฐานด้วยวิธี Real-Time Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction (Real-Time RT-PCR) ซึ่งเป็นเทคนิคการตรวจหาสารพันธุกรรมของสิ่งมีชีวิตที่มีความไวสูง ที่สามารถตรวจพบแม้เชื้อในร่างกายจะมีปริมาณน้อย หรือเพิ่งได้รับเชื้อและยังไม่แสดงอาการ และยังสามารตรวจพบเศษชิ้นส่วนของไวรัสในผู้ที่เคยติดเชื้อและหายแล้วได้อีกด้วย (ซึ่งอาจถือเป็นข้อเสียประการหนึ่งของวิธีนี้) การตรวจใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง โดยปกติต้องทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 1,500-3,000 บาท/ครั้ง

ต่อมาเมื่อมีการระบาดมากขึ้นในระลอก 4 (เดลต้า) ซึ่งระบบการตรวจและรักษาต้องทำงานอย่างหนักและไม่ทัน ตั้งแต่ 20 กรกฎาคม 2564 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเพิ่มชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK)) ซึ่งเป็นชุดตรวจเชื้อที่ใช้ตรวจหาโปรตีนหรือแอนติเจนของเชื้อก่อโรคโควิด-19 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ซึ่ง โดยตั้งงบในวงเงินเบื้องต้น 1,014 ล้านบาท เพื่อจัดหาชุดตรวจให้หน่วยบริการนำไปแจกจ่ายกับประชาชนทุกคนทุกสิทธิรวมถึงคนต่างชาติ ให้สามารถตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย ATK เอง ตั้งแต่ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2564 ซึ่งการระบาดในระลอก 4 (เดลต้า) ขึ้นสู่ช่วงสูงสุด โดยให้เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถีจัดหาชุดตรวจผ่านองค์การเภสัชกรรม

Antigen Test Kit (ATK) เป็นหนึ่งในชุดตรวจเร็วที่ใช้หลักการไหลในแนวราบ (lateral flow rapid test) ที่นิยมใช้ตรวจเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบัน ตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของการระบาด นักวิจัยในหลายประเทศ (แถมต่อมาของไทย) ได้เริ่มวิจัยและผลิตชุดตรวจ Rapid Test แบบ Lateral Flow โดยในช่วงแรกๆ ชุดตรวจ Lateral Flow ที่ออกมามักเป็นชุดสำหรับตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ชนิด IgG และ IgM แต่ไม่ได้นำมาใช้มากนัก เพราะมีปัญหาในการตีความผล

ในช่วงก่อนการคลายล็อกในระลอกเดลต้าตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมออกมาตรการที่ให้ใช้ชุดตรวจ ATK มากขึ้น (เช่น ในมาตรการ Covid-free setting ในธุรกิจต่างๆ) ทำให้เริ่มมีการนำเข้าชุดตรวจ ATK จากต่างประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ (ในช่วงแรกส่วนใหญ่ที่ภาคเอกชนนำเข้ามาจากประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งมีราคาถูกกว่าจากประเทศตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และยุโรป)

10.4.1 ปัญหาการจัดการและการนำ ATK มาใช้ในระยะแรก

ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หรือ Antigen Rapid test (ART) สามารถตรวจคนจำนวนมาก โดยไม่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์มาก และรู้ผลตรวจเร็ว

จุดอ่อนที่สำคัญของ ATK คือมีความไว้น้อยกว่าวิธีมาตรฐานที่ใช้ RT-PCR ทำให้อาจตรวจไม่เจอเชื้อในวันแรกๆ ที่ยังมีจำนวนเชื้อในร่างกายไม่มาก (จะให้ผลลบหรือ False Negative โดยมาตรฐานที่บางประเทศรวมทั้ง ไทย กำหนดไว้ใช้ให้เกณฑ์ต่ำที่สุดที่ 90% เท่านั้น) ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาว่า ATK บางยี่ห้อจะมีความไวต่ำแล้ว การเก็บตัวอย่างที่ทำโดยคนที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ก็อาจทำให้ได้ผลที่ผิดพลาดมากขึ้นด้วย

แต่ในทางกลับกันการตรวจด้วย ATK ที่มีคุณภาพโดยทั่วไปก็มีผลบวกสูง (False Positive) ที่ค่อนข้างต่ำมากด้วย (มาตรฐานมักอยู่ที่ 0-2% และ ATK ส่วนใหญ่จะพลาดผลบวกสูงแค่ 0-1%) เมื่อเจอผลบวกจึงน่าจะมั่นใจได้ว่าเป็นผลที่ถูกต้อง ATK จึงมีประโยชน์มากในการคัดกรองและแยกผู้ติดเชื้อออกมาได้เร็ว เพราะนอกจากจะรู้ผลการตรวจเร็ว (ภายใน 15-30 นาที) แล้ว ถ้าเจอผลตรวจที่เป็นบวก ก็สามารถดำเนินการต่อได้โดยที่แทบจะ

ไม่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ¹⁶⁰ อย่างไรก็ตาม ก็มีข่าวว่าการตรวจในภาคสนามในไทยก็มีกรณีที่พบผลบวกลงถึงร้อยละ 5-10 (ที่มาตรวจซ้ำด้วยวิธี RT-PCR แล้วไม่พบเชื้อ) ทำให้ยังมีความเสี่ยงในการนำผลตรวจนี้มาใช้ก่อนที่มีการตรวจซ้ำ

ข้อได้เปรียบ (ทางอ้อม) อีกประการหนึ่งก็คือ การที่ ATK ไม่ได้ไวมากเท่า RT-PCR ก็ทำให้โอกาสที่จะได้ผลบวกจากซากเชื้อมีน้อยมาก (ATK ผลบวกมักเพราะเชื้อขึ้น) บางประเทศ (เช่น สิงคโปร์ในปี 2563 และอังกฤษ/UK ในต้นปี 2565) ใช้ผลลบจาก ATK ในการอนุญาตให้กลับไปทำงาน เช่น อังกฤษในต้นปี 2565 ให้ผู้ที่กักตัวครบ 5 วันแล้ว ใช้ผลลบ 2 วันติดต่อกัน (หรือ 2 ใน 3 วัน) ในการอนุญาตให้ออกจากการกักตัวไปทำงานได้

ในประเทศไทยนั้น ช่วงแรกใช้ ATK เพื่อตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อเป็นหลัก (ให้ผู้ที่ผลบวกไปตรวจซ้ำด้วยวิธี RT-PCR) และในเดือนสิงหาคม – กันยายน 2564 ก็มีข่าวว่ากระทรวงสาธารณสุขจะนำมาใช้กับพนักงานในกิจการต่างๆ ตรวจทุก 7 วันตามข้อเสนอ “มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID-Free Setting)” สำหรับกิจการและกิจกรรมต่างๆ หลังการคลายล็อก (ที่เริ่ม 1 กันยายน 2564 แต่มาตรการยังไม่ออกมาครบ) แต่ไม่ว่าจะใช้ในกรณีไหน ก็มีเป้าหมายในการแยกผู้ติดเชื้อออกมาเพื่อตัดวงจรการระบาด ซึ่งการเลือก ATK ที่เหมาะสมก็เป็นกุญแจที่สำคัญในการตัดวงจรการระบาด และความไวของชุดตรวจย่อมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการแยกผู้ติดเชื้อออกมาได้เร็ว

อย่างไรก็ตาม การประมูลซื้อ Antigen Test Kit ครั้งแรกของไทย ก็ชี้ให้เห็นอีกปัญหาที่เป็นจุดอ่อนของระบบของไทย ซึ่งมักใช้การประมูลที่ตัดสินด้วยราคาต่ำสุด และเมื่อให้สิทธิ์ ATK ทุกยี่ห้อที่ผ่านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เข้ามาแข่งขันได้ ก็ทำให้การประมูลครั้งนั้นได้ชุดตรวจราคาถูกที่สุด และมีข้อมูลจากการจดทะเบียนในยุโรปว่ามีความไว 91% (ใกล้เกณฑ์ต่ำที่สุดที่ 90%) ด้วย

ที่ผ่านมาระบบการซื้อยารวมก็เคยมีปัญหาเช่นกัน และสถานพยาบาลก็ได้พยายามอุดช่องโหว่นี้โดยอาศัยการทดสอบยาจากห้อง lab ต่างๆ ที่น่าเชื่อถือในประเทศไทย ซึ่งทำให้หลายสถานพยาบาลสามารถเลือกซื้อยา generic ที่มีคุณภาพดีพอสมควรได้ โดยไม่ต้องถูกภาวะการแข่งขันด้านราคาดึงไปสู่กระบวนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์แข่งกัน “race to the bottom”

ตารางด้านล่างแสดง (simulate) ให้เห็นผลกระทบของการใช้ชุดตรวจที่มีความไวที่ต่างกัน ทั้งในด้านต้นทุนและประโยชน์ โดยเทียบต้นทุนและประโยชน์ที่ได้จากการซื้อ ATK ที่มีความไวสูงขึ้นร้อยละ 5 ในตารางข้างล่าง ซึ่งบ่งชี้ว่าการเลือกใช้ชุดตรวจที่แม่นยำกว่า เช่น 96+% vs 90-91% ถึงแม้จะแพงกว่าบ้าง แต่อาจคุ้มค่ากว่าในแง่การควบคุมโรคจากจากความแม่นยำ (มีเคสที่หลุดไปแพร่เชื้อต่อ (จากผลลบลง) น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ)

¹⁶⁰ ประโยชน์ในกรณีนี้จะขึ้นกับความสามารถและศักยภาพในการแยก/รักษาผู้ติดเชื้อด้วย

จากตารางจะเห็นได้ว่า ในกรณีที่มีการติดเชื้อจริงในระดับ 20-30% การใช้ชุดตรวจที่มีความไวต่างกัน ร้อยละ 5 กับคนหนึ่งแสนคน จะช่วยแยกผู้ติดเชื้อออกมาได้เพิ่มขึ้นถึง 1,000-1,500 คน คิดเป็นต้นทุนที่เพิ่มขึ้น 2,333-3,500 บาทต่อผู้ติดเชื้อที่แยกออกมาได้เพิ่ม 1 คน (ในกรณีที่ต้องซื้อ ATK ที่ไวกว่าในราคาแพงขึ้นร้อยละ 50) หรือคิดเป็นต้นทุนที่เพิ่มขึ้น 3,333-5,000 บาทต่อผู้ติดเชื้อที่แยกออกมาได้เพิ่ม 1 คน (ในกรณีที่ต้องซื้อ ATK ที่ไวกว่าในราคาแพงขึ้นร้อยละ 70) ซึ่งน่าจะมีความคุ้มค่าในกรณีที่ระบบสามารถแยกผู้ติดเชื้อออกมาและตัดวงจรระบาดได้เร็วขึ้น

ตารางที่ 23 ผลกระทบของการใช้ชุดตรวจที่มีความไวที่ต่างกันในด้านต้นทุนและประโยชน์

Test ที่ใช้	ต้นทุนการตรวจ		ความไว ATK	ราคา ATK			
	ต่อคน	ต้นทุนรวม		ปานกลาง	สูง		
RT-PCR	1,500	150,000,000	ประชากร: 100,000	ไวต่ำสุด 91%	70	70	
ATK-ราคาต่ำ	70	7,000,000		ไว 96%+	105	120	
ATK-ราคากลาง	105	10,500,000		ส่วนต่างราคา	35	50	
ATK-ราคาสูง	120	12,000,000		ต้นทุนที่เพิ่ม	3,500,000	5,000,000	
	ประชากร: 100,000						
	อัตราติดเชื้อจริง	จำนวนผู้ติดเชื้อ	ความไว (+ve)		ผลบวกวงที่เพิ่มขึ้น	ต้นทุนในการแยกผู้ติดเชื้อ/คน	
			91%	96%			
	5%	5,000	4,550	4,800	250	14,000	20,000
	10%	10,000	9,100	9,600	500	7,000	10,000
	20%	20,000	18,200	19,200	1,000	3,500	5,000
	30%	30,000	27,300	28,800	1,500	2,333	3,333
	40%	40,000	36,400	38,400	2,000	1,750	2,500
	50%	50,000	45,500	48,000	2,500	1,400	2,000

ที่มา: ประมาณการโดยคณะผู้วิจัย

ในปัจจุบันที่ราคา ATK ลดลงมาก ต้นทุนในการเลือกใช้ ATK ที่มีคุณภาพก็จะต่ำกว่าที่คำนวณไว้ในที่นี้มาก ซึ่งแต่เดิมนั้น ผู้วิจัยเคยมีความเห็นว่าการระบาดอย่างกว้างขวางของโควิด-19 มีข้อได้เปรียบที่ทำให้มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (เช่นด้านความไวของ ATK ที่ขึ้นทะเบียนในต่างประเทศ) จากหลายแหล่ง (ไม่เพียงแต่จาก WHO ซึ่งไม่ได้มีบทบาทหลักในการทำหน้าที่ตรวจ/รับรองแบบ อย./FDA) ทั้งในและนอกประเทศนำมาอ้างอิงในการกำหนดมาตรฐานในการประเมินในประเทศให้มีประสิทธิภาพ ที่ไม่ใช่ปล่อยให้การแข่งขันด้านราคากลายเป็นปัจจัยชี้ขาด

อย่างเช่นในการประมวลผลที่ผ่านมา แต่ก็มีงานวิจัยในไทยที่ชี้ให้เห็นว่าปัญหาในภาคปฏิบัติของไทยที่มีอยู่อาจจะรุนแรงกว่านั้น

แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการทดสอบ ATK โดย Chutikarn Chaimayo et al ทดสอบ ATK (ยี่ห้อ Standard Q COVID-19 Ag test - SD Biosensor, Korea) พบความไว 98.33% (95% CI, 91.06–99.96%) และความจำเพาะ 98.73% (95% CI, 97.06–99.59%)¹⁶¹

แต่จากผลการศึกษาภาคสนามในช่วงปลายปี 2020 โดย Anek et al. (2021) ได้ประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK ยี่ห้อเดียวกัน (Standard Q COVID-19 Ag test - SD Biosensor, Chuncheongbuk-do, Republic of Korea) ในบุคคลที่ไม่มีอาการ (คนในตลาดกลางกึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร ที่ไม่ใช่ PUI) 1,100 รายในสภาพแวดล้อมจริง ในช่วงของการระบาดระลอกที่สอง (26–30 ธันวาคม 2020) ผลการศึกษาพบว่าชุดตรวจ ATK นี้ **มีความไวที่ 47.97%** (95% CI: 36.10–59.96%) และความจำเพาะ 99.71% (95% CI: 99.15–99.94%) ซึ่งแตกต่างจากการทดสอบในห้องปฏิบัติการที่ทดสอบกับผู้ติดเชื้อแบบมีอาการในประเทศบราซิลและอินเดียในปี 2020 (ซึ่งรายงานความไว 96.52% (111/115, 95% CI: 91.33–99.04%) และความจำเพาะ 99.68% (310/311, 95% CI: 98.22–99.99%) ค่อนข้างมาก ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวชี้ว่าความแตกต่างเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ปริมาณของไวรัส ห่วงโซ่การขนส่ง อุณหภูมิ ความเชี่ยวชาญทางเทคนิคของผู้ตรวจ (หรือกระทั่งผลจากสายพันธุ์ที่เปลี่ยนไปของไวรัส แต่ไม่น่าเป็นประเด็นในช่วงนั้น) ซึ่งทำให้ ความไวของชุดตรวจ ATK มีแนวโน้มที่จะลดในสภาพแวดล้อมจริง เนื่องด้วยปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบาย จึงควรทำการวิจัยทดสอบค่าความไวของชุดตรวจ ATK ในสภาพแวดล้อมจริงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในระดับประเทศ

นอกจากนี้ยังมีผลการทดสอบ ATK 3 ยี่ห้อในห้องปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ผลที่ต่างจาก spec ที่เอกสารกำกับน้ำยาระบุไว้เป็นอย่างมาก โดยพบว่าชุดตรวจเหล่านี้มีความไวต่ำมาก (19 25 และ 28 % เทียบกับ 91 96 และ 97% ที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับน้ำยา)

¹⁶¹ Chutikarn Chaimayo et al “Rapid SARS-CoV-2 antigen detection assay in comparison with real-time RT-PCR assay for laboratory diagnosis of COVID-19 in Thailand” Virology Journal. 2020.

รูปที่ 87 สรุปผลการทดสอบ Rapid Ag test เทียบกับวิธีมาตรฐาน Real-time RT-PCR

สรุปผลการทดสอบ Rapid Ag test เทียบกับวิธีมาตรฐาน Real-time RT-PCR

ชนิดตัวอย่าง	NPS in VTM (Total = 461)	Real-Time RT-PCR		Clinical Sensitivity	Clinical Specificity	Cr. ที่ ใช้ตรวจ	ข้อมูลจากเอกสารกำกับยา			
		Positive (n=36)	Negative (n=425)				LOD (TCID50/ml)	Sensitivity	Specificity	
Rapid Ag test	Company A	Positive	7	0	19.44%	100%	≤ 24.45	2.5 × 10 ^{1.8}	91.40%	99.80%
		Negative	29	425						
	Company B	Positive	10	0	27.78%	100%	≤ 27.69	NA	96%	100%
		Negative	26	425						
	Company C	Positive	9	0	25.00%	100%	≤ 27.69	1.13 × 10 ²	96.70%	100%
		Negative	27	425						

ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หลังจากนั้น ก็มีการทดสอบ ATK ยี่ห้อ Lepu ที่ไทยประมูลซื้อมารอบแรก 8.5 ล้านชุด โดยแพทย์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และมีรายงานเบื้องต้นว่ามีความไวเพียง 27%

รูปที่ 88 สรุปผลการทดสอบ Rapid Ag test เทียบกับวิธีมาตรฐาน Real-time RT-PCR ที่นครศรีธรรมราช

ผลการตรวจหาเชื้อ COVID-19 โดยใช้ ATK(Lepu) และตรวจยืนยัน PCR
สสจ.นครศรีธรรมราช

ATK	PCR		Total
	Positive	Negative	
Positive	45	2	47
Negative	122	223	345
Total	167	225	397

หมายเหตุ **Lepu Sen 26.9 %**

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

อย่างไรก็ตาม จากการให้สัมภาษณ์ BBC ไทย¹⁶² ในเวลาต่อมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ระบุว่ามีการนำชุดตรวจ ATK ชนิดนี้มาตรวจประชาชนในพื้นที่ อำเภอยะใหญ่ จำนวน 1,000 ราย พบผู้ติดเชื้อ 187 ราย แต่เมื่อนำเอาเข้าระบบ RT-PCR ยืนยันพบผลบวกแค่ 92 รายเท่านั้น ซึ่งเป็นอัตราความผิดพลาดที่สูงมาก (ร้อยละ 49) จนน่ากังขา เพราะปกติ ATK มีผลบวกลวง (False Positive) ที่ค่อนข้างต่ำมาก ถึงแม้จะปรากฏข่าวผลบวกลวงจำนวนมากจากการตรวจใน รร. แห่งหนึ่งในภาคอีสาน¹⁶³ แต่ก็มีข่าวด้วยว่าเป็น ATK บริจาคยี่ห้อที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย.

สำหรับชุด ATK ยี่ห้อ Lepu ที่แจกประชาชนกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบหมอพร้อม โดยเปิดให้ประชาชนขอรับ ผ่านแอปพลิเคชันเป๋าตังค์ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2564 นั้น สปสช. รายงานเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2564 ว่าได้แจก ชุดตรวจ ATK ให้ประชาชนไปแล้วกว่า 4.7 แสนชุด ให้กับประชาชนรวมกว่า 2.3 แสนราย ในจำนวนนี้มีการบันทึก ผลการตรวจแล้ว 105,526 ราย หรือคิดเป็น 45% ของผู้ที่ได้รับ ATK โดยมีรายงานพบผลเป็นบวกจำนวน 1,144 ราย หรือมีผลบวกประมาณร้อยละ 1 ของผลการตรวจเท่านั้น แต่ตัวเลขนี้บอกอะไรไม่ได้มาก เพราะไม่ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการติดเชื้อจริงเท่าใด

นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีบางสมมุติฐานว่าคาร์ที่ผลตรวจในภาคสนามในไทยไม่ดีอาจเป็นเพราะประเทศร้อน อย่างไทยอาจมีปัญหา shelf-life ของ ATK แต่งานวิจัยระดับชาติของอังกฤษก็ชี้ว่า ATK จากหลายแหล่งในในเดือนสิงหาคม 2563 ก็มีปัญหาคคุณภาพความไวที่ไม่สูงพอเช่นกัน

งานวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ATK ในสภาพแวดล้อมจริง ระดับประเทศ ในสหราชอาณาจักร

Tim Peto (On behalf of the UK COVID-19 Lateral Flow Oversight Team) ตีพิมพ์บทความ “COVID-19: Rapid antigen detection for SARS-CoV-2 by lateral flow assay: A national systematic evaluation of sensitivity and specificity for mass-testing,” EclinicalMedicine (ตีพิมพ์ online เมื่อ 30 May 2021) รายงานผลการทดสอบประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK ในสภาพแวดล้อมจริงในระดับประเทศในสหราชอาณาจักร โดยทดสอบ ATK ทั้งหมด 64 ยี่ห้อ (ซึ่งคัดเลือกมาจากทั้งหมด 132 ยี่ห้อ)

ทั้งนี้ ในเดือนสิงหาคม 2563 รัฐมนตรี Department of Health and Social Care (DHSC) ของอังกฤษ ได้ให้ PHE Porton Down (เป็นอุทยานวิจัยของ Public Health England) จัดตั้งโปรแกรม SARS-CoV-2 test

¹⁶² <https://www.bbc.com/thai/thailand-58814298>

¹⁶³ <https://thestandard.co/fake-positive-result-at-school-in-mukdahan/>

development and evaluation programme ซึ่งมีทีมนักวิทยาศาสตร์มาทำงานร่วมกับ University of Oxford ซึ่งเป็น external scientific advisors ของ PHE Porton Down

งานวิจัยนี้แบ่งการประเมินออกเป็นทั้งหมด 4 ระยะ (คล้ายกับการประเมินวัคซีน)

ระยะที่ 1: การประเมินผลในกรมอนามัยและสังคมสงเคราะห์ (DHSC)

- DHSC ระบุชุดตรวจที่มีกำลังการผลิตมากพอที่จะสามารถนำมาใช้ในการทดสอบกับคนจำนวนมาก (mass testing) ได้ รวมทั้งตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีคู่มือที่ให้คำแนะนำในการใช้อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะประเมินประสิทธิภาพของแต่ละยี่ห้อตามที่ผู้ผลิตกล่าวอ้าง
- (มีชุดตรวจผ่านเกณฑ์ของระยะนี้ 64 ยี่ห้อจากทั้งหมด 132 ยี่ห้อ)

ระยะที่ 2: การประเมินก่อนการทดลองทางคลินิก

- ดำเนินการประเมินโดยนักวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการจาก PHE ชุดตรวจทั้งหมดถูกทดสอบกับกลุ่มควบคุมที่มีเชื้อ SARS-COV-2 และกลุ่มควบคุมที่ไม่มีเชื้อ โดยการเก็บน้ำลายจากอาสาสมัครเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพแข็งแรง รวม 9,692 ชุด
- ซึ่งการทดสอบในขั้นนี้จะทำหน้าที่คัดกรองชุดตรวจที่จะนำไปใช้ในระยะถัดไป โดยชุดตรวจที่ผ่านจะต้อง (1) มีอัตราความผิดพลาด <10% (2) มีความจำเพาะตั้งแต่ 97% ขึ้นไป (3) มี LOD ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปจากทั้งหมด 15 ที่ 10^2 pfu/mL (4) ไม่มี cross-reactivity กับเชื้อโคโรนาตามฤดูกาล
- มีชุดตรวจผ่านเกณฑ์ 19 จาก 64 ยี่ห้อที่เข้ามาในระยะนี้

ระยะที่ 3a: การประเมินในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิย้อนหลัง

- ใช้กลุ่มตัวอย่างจากสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust) โดยกลุ่มตัวอย่างนี้จะถูกทดสอบด้วยวิธี RT-PCR เพื่อระบุผลบวกกลางและผลลบกลาง
- กลุ่มผู้ไม่มีเชื้อ 1,000 คน ถูกทดสอบทดสอบด้วยชุดตรวจทันที 1 วันหลังจากตรวจไม่พบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR
- กลุ่มผู้ติดเชื้อ 200 คน ทดสอบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงการระบาด ระลอกแรก และมีการแยกตัวอย่างบางส่วนเอาไว้ใช้ทดสอบภายหลังด้วย
- มีชุดตรวจผ่านระยะนี้ 7 ยี่ห้อจาก 64 ยี่ห้อที่ผ่านเข้ามาในระยะนี้

ระยะที่ 3b: การประเมินการวิจัยระดับชุมชน

- ประเมินชุดตรวจภาคสนามโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งมีการคัดเลือกและทดสอบซ้ำอีกครั้งด้วยสำหรับคนที่ยินดีเข้าร่วม พร้อมกับมีการตรวจเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ภายใน 5 วันนับจากวันแรก (ชุดตรวจที่ผ่านในระยะนี้เหลือเพียง 4 ยี่ห้อ)

- นำชุดตรวจ Innova มาทดสอบเพิ่มเติมโดยวิธี “dry swap” ณ ศูนย์ตรวจที่ตั้งขึ้น 4 แห่ง โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกมาแล้ว เพื่อประเมินประสิทธิภาพแบบ “real-life”

ระยะที่ 4: การประเมินภาคสนามในชุมชน

- เป็นการประเมินภาคสนามในระดับที่กว้างขึ้นกว่าระยะ 3b การประเมินขั้นนี้ทดสอบชุดตรวจ Innova โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากสถาบันต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล John Racliffe, PHE Porton Down, สมาชิกกองกำลังติดอาวุธ และกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 11-18 ปี
- การประเมินนี้ยังได้มีการทดสอบที่ศูนย์ตรวจโควิด-19 ในระดับภูมิภาคด้วย

สรุปผลการศึกษา

- ผลการศึกษาพบว่ามียี่ห้อเพียง 4 ยี่ห้อเท่านั้นที่ให้ผลเป็นที่น่าพอใจ (Orient Gene, Deepblue, Abbott และ Innova) กล่าวคือทั้ง 4 ยี่ห้อมีความไวมากกว่า 90% ที่ 100,000 RNA copies/ml สำหรับผู้ป่วยที่มี Viral load สูง (Ct<25) และมีความจำเพาะมากกว่า 99%
- ชุดตรวจยี่ห้อ Innova เป็นยี่ห้อหลักในการศึกษาครั้งนี้ (เนื่องจากมีปริมาณเพียงพอให้ศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด ณ ขณะนั้น) มีอัตราความผิดพลาดอยู่ที่ 5.6% (502/8951, 95% CI: 5.1-6.1) และมีอัตราผลบวกหลงอยู่ที่ 0.32% (22/6954, 95% CI: 0.20-0.48) จากการทดสอบทั้งหมด 8,951 ชุด
- แม้จะชุดตรวจทั้ง 4 ยี่ห้อจะสามารถนำไปใช้กับการตรวจที่ละมากๆ ได้ เนื่องจากมีความไวที่สูง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของความผิดพลาด ซึ่งเกิดจากความแตกต่างของปริมาณไวรัสและความเชี่ยวชาญทางเทคนิคของผู้ตรวจร่วมด้วย

ความเห็นเพิ่มเติมของคณะผู้วิจัยในโครงการนี้

แม้กระทั่งในประเทศที่มีชุดตรวจกว่า 130 ยี่ห้อ ซึ่งมีถึง 64 ยี่ห้อผ่านเกณฑ์ที่จะนำมาประเมินในระยะต่างๆ แต่การประเมินใน UK ก็ให้ผ่านเกณฑ์เพียง 4 ยี่ห้อเท่านั้น (ถึงแม้ว่าบางยี่ห้อถูกตัดออกด้วยเหตุผลที่ไม่ใช่เรื่องคุณภาพโดยตรง) แต่ก็ยังเป็นสัญญาณเตือนถึงปัญหาด้านคุณภาพของ ATK ซึ่งยังมีข้อจำกัดเรื่องความผิดพลาดซึ่งเกิดจากความแตกต่างของปริมาณไวรัสและความเชี่ยวชาญทางเทคนิคของผู้ตรวจร่วมด้วย

การจัดการและการกระจาย ATK ในช่วงปลายปี 2564

ในช่วงแรกที่ภาครัฐได้แนะนำให้ประชาชนตรวจซื้อด้วย ATK นั้น ATK ที่มีขายในประเทศมีราคาแพง (ส่วนใหญ่ราคาตั้งแต่ 100-300 บาท) ดังนั้น ตั้งแต่กลางเดือนกรกฎาคม 2564 ที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเพิ่มชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด 19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) ก็ได้ตั้งงบประมาณเบื้องต้น 1,014 ล้านบาท เพื่อจัดหาชุดตรวจให้หน่วยบริการนำไปแจกจ่ายกับประชาชนทุกคนทุกสิทธิรวมถึงคนต่างด้าว ให้สามารถตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย ATK เอง ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2564 โดยให้เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถีจัดหาชุดตรวจผ่านองค์การเภสัชกรรม

ซึ่งได้มีการประมูลซื้อ ATK รอบแรกจำนวน 8.5 ล้านชุด เป็นการเร่งด่วน ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเมื่อ 10 สิงหาคม 2564 องค์การเภสัชกรรมได้ให้บริษัทผู้จำหน่าย ATK จำนวน 19 บริษัท (จากที่เชิญไป 24 บริษัท) เข้าร่วมเสนอราคา คณะกรรมการพิจารณาในขั้นต้นแล้วพบว่าบริษัทที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อกำหนด เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) แล้ว¹⁶⁴ และสามารถส่งมอบได้ตามกำหนด 16 บริษัท และเมื่อเปิดซองราคาปรากฏว่าบริษัททอสแลนด์ แคปปิตอล จำกัด เป็นผู้เสนอ ATK ยี่ห้อ Lepu ในราคาต่ำสุดที่ชุดละ 70 บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว) ซึ่งต่ำกว่าราคาของ ATK ที่จำหน่ายอยู่ในประเทศไทยในขณะนั้นพอสมควร

ATK ที่ประมูลซื้อมารอบแรกจำนวนได้ถูกนำมาแจกฟรีแก่กลุ่มเสี่ยงผ่านการลงทะเบียนในแอปฯ เป๋าตัง/หมอพร้อม หรือโทร 1330 แล้วจึงไปรับชุดตรวจตามสถานพยาบาล คลินิกหรือร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2564 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศเริ่มแจกชุดตรวจ ATK ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงคนละ 2 ชุด โดยใช้กลไกกระจายผ่านหน่วยบริการในระบบบัตรทอง ทั้งโรงพยาบาล ร้านขายยา ฯลฯ พร้อมจ่ายค่าตอบแทนให้แก่หน่วยบริการเป็นเงินจำนวน 10 บาทต่อชุด¹⁶⁵ ซึ่ง สปสช. รายงานเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2564 ว่าได้แจกชุดตรวจ ATK ให้ประชาชนไปแล้วกว่า 4.7 แสนชุดแก่ประชาชนกว่า 2.3 แสนราย ในจำนวนนี้มีการบันทึกผลการตรวจแล้ว 105,526 ราย หรือคิดเป็น 45% ของผู้ที่ได้รับ ATK โดยมีรายงานพบผลเป็นบวกจำนวน 1,144 ราย หรือมีผลบวกประมาณร้อยละ 1 ของผลการตรวจเท่านั้น แต่ตัวเลขนี้บอกอะไรไม่ได้มาก เพราะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการติดเชื้อจริงเท่าใด หลังจากนั้น สปสช. ก็ได้ยุติการแจกไประยะหนึ่ง เมื่อ ATK รุ่นดังกล่าวหมดไป โดยในส่วนของกรบันทึกผล ซึ่งปิดรับการบันทึกข้อมูลไปเมื่อวันที่ 24 ก.พ. 2565 รายงานว่ามีการบันทึกผล ATK เข้ามาในแอปฯ จำนวน 7,141,966 ชุด ไม่พบการบันทึกผล จำนวน 914,734 ชุด และยังคงเหลือ ATK ในพื้นที่ประมาณ 437,725 ชุด

หลังจากนั้น เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดในระลอกโอมิครอนเพิ่มขึ้นอย่างมาก สปสช. ก็กลับมาแจกชุดตรวจ ATK สำหรับประชาชนทุกสิทธิที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคนละ 2 ชุด (ไม่ได้ระบุจำนวน)¹⁶⁶ ผ่านร้านขายยาหรือคลินิก โดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมจะเป็นผู้จัดหาชุดตรวจและเบิกค่าใช้จ่ายกับ สปสช. ราคาชุดละ 55 บาท โดยกำหนดให้ต้องบันทึกผลการตรวจในระบบ ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถขอรับชุดตรวจ ATK ในครั้งต่อไปได้ และในที่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ จะสามารถขอรับชุดตรวจ ATK เพิ่มเติมได้โดยเว้นช่วงระยะเวลาห่างกัน

¹⁶⁴ ซึ่ง นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ระบุว่า อย. ใช้เกณฑ์พิจารณาจากเอกสารข้อมูล และขอให้สภาเทคนิคการแพทย์ช่วยดูรายละเอียด และยังให้บริษัทที่ขอยื่นจดทะเบียนซึ่งมี 29 บริษัท นำตัวอย่างชุดตรวจ ATK มาให้ทดสอบ โดย อย.ได้ขอให้โรงเรียนแพทย์ เช่น รพ.รามาธิบดี รพ.ศิริราช ทดสอบว่ามีความไว ความจำเพาะ ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งทุกยี่ห้อที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ดังกล่าว

¹⁶⁵ <https://thematter.co/quick-bite/how-to-get-free-atk/155488>

¹⁶⁶ <https://www.bangkokbiznews.com/social/998397>

มากกว่า 14 วัน ซึ่งการแจกประชาชนทุกสิทธินี้ดำเนินการมาจนถึงต้นกรกฎาคม 2565 ที่เปลี่ยนเป็นแจกให้เฉพาะผู้ที่มีสิทธิบัตรทอง

การที่ ATK ยังคงมีราคาสูงในช่วงต้นปี 2565 นี้ ทำให้เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565 องค์การเภสัชกรรม (อภ.) ได้เซ็นสัญญาจัดซื้อชุดตรวจ ATK ยี่ห้อ HIP Biotech จำนวน 3.5 ล้านชุด มาจำหน่ายเอง โดยเริ่มจำหน่ายในราคา 40 บาท และต่อมามีเหลือ 35 บาทต่อชุดในสัปดาห์ต่อมา โดยระบุว่าเนื่องจากประมูลได้ราคาที่ถูกลง¹⁶⁷ โดยประชาชนสามารถซื้อผ่านระบบออนไลน์ เว็บไซต์ www.gpoplanet.com ซึ่งได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) แล้ว พร้อมบริการจัดส่งถึงบ้าน หรือซื้อได้ที่ร้านขายยาของ อภ. ได้แก่ 1. สาขาราชเทวี (สำนักงานใหญ่) 2. สาขายศเส 3. สาขาจรัญสนิทวงศ์ 4. สาขาเทเวศร์ 5. สาขารังสิต 6. สาขากระทรวงสาธารณสุข ตึกกรมการแพทย์ 7. สาขาเวชศาสตร์เขตร้อน และ 8. สาขาศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

อย่างไรก็ตาม พบว่า หลังจากเปิดให้ซื้อออนไลน์วันแรก ก็เกิดปัญหาเว็บล่ม ทำให้ไม่สามารถเข้าเว็บไซต์ได้ และปรากฏข้อความแจ้งว่า “สินค้าหมดแล้วสำหรับวันนี้” ประกอบกับการที่มีจุดจำหน่ายเพียง 8 จุด สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงชุดตรวจ ATK ทาง อภ. จึงได้เพิ่มช่องทางการจำหน่ายออนไลน์ผ่านบริษัทลูกคือ เว็บไซต์ของ Thai Herb และบริษัท เยนอร์ล ฮอสปิตัล โปรดักส์ จำกัด (มหาชน) จะจำหน่ายชุดตรวจ ATK ยี่ห้อเดียวกับที่ อภ. จำหน่ายด้วย

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565 สำนักข่าวฐานเศรษฐกิจออนไลน์ได้นำเสนอข่าวเกี่ยวกับชุดตรวจ ATK ที่ อภ. ประมูลมาในครั้งนี้ ว่ามีต้นทุนเพียงประมาณ 16-17 บาท/ชุด ในช่วงนั้นราคา ATK หลายยี่ห้อลดลงมามาก โดยสามารถซื้อออนไลน์ในราคา 30-40 บาท/ชุด

อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ประเด็นเรื่องคุณภาพ—โดยเฉพาะความไว—ของ ATK ก็ไม่ค่อยได้รับความสนใจในประเทศไทยมากนัก ถึงแม้ว่าในบางประเทศจะมีการทดสอบเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่า ATK ที่ WHO อนุมัติแล้วหรือกำลังรออนุมัติบางยี่ห้อมีประสิทธิภาพในการตรวจจับเชื้อ Omicron ลดลงกว่าเชื้อรุ่นก่อน หรือ ATK ยี่ห้อใดบ้างที่ไวต่อโอมิครอน (เช่น รูปข้างล่างแสดงผลว่า ATK ยี่ห้อ Flowflex มีความไวมากกว่าหลายยี่ห้ออย่างชัดเจน)¹⁶⁸ เป็นต้น แต่แทบจะไม่มีรายงานการทดสอบทำนองนี้ในประเทศไทย ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ ประกอบกับที่ราคา ATK ในไทยลดลงมาพอสมควร คำแนะนำหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่ตรวจมีความมั่นใจมากขึ้นก็คือหา ATK 2-3 ยี่ห้อมาส่องไว้ใช้ในกรณีที่ต้องตรวจแล้วได้ผลลบ และ/หรือ พยายามหารายงานวิจัย/ฉลาก/ใบกำกับที่ยังทันสมัยมาเป็นแนวทางในการเลือกซื้อชุดตรวจ (เช่น บทความนี้สำหรับชุดตรวจ Kestrel™ COVID-19 Ag Rapid Test <https://www.mdpi.com/2075-4418/12/2/381> เป็นต้น)

¹⁶⁷ ข่าวดี! อภ.จ่อขาย ATK ราคาต่ำกว่าทุน 35 บาทแกักักคุณสินค้า: <https://news.thaipbs.or.th/content/311545>

¹⁶⁸ ดูเพิ่มเติม <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.18.21268018v2>

รูปที่ 89 ผลการทดลองที่บอกความไวของ ATK ยี่ห้อต่างๆ ต่อเชื้อเดลต้าและโอมิครอน

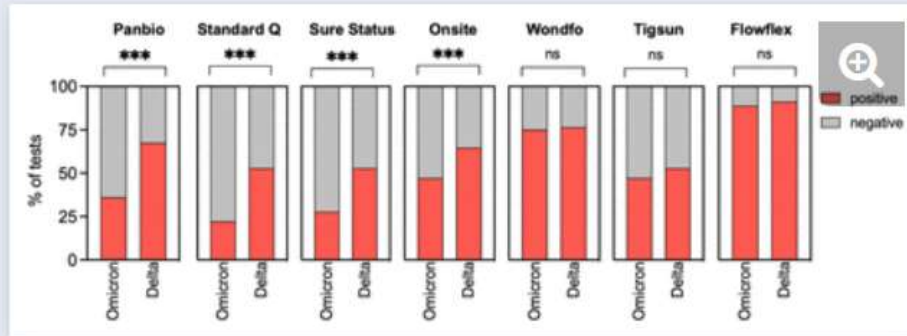


Figure 3.

Download figure | Open in new window

Percentage of positive/negative results for Omicron and Delta vaccine breakthrough infections per number of tests performed (Omicron n=36, Delta n=34). *** p<0.001, n.s., non-significant.

ที่มา: Meriem Bekliz et al. “Sensitivity of SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid tests for Omicron variant” <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.18.21268018v2>

สรุปและข้อเสนอแนะ

การนำชุดตรวจ ATK มาใช้ในการตรวจคัดกรองโรคในไทยในระยะแรกมีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีข้อถกเถียงกันอย่างมากในเรื่องประสิทธิภาพของชุดตรวจ และยังมีประเด็นเรื่องการนำชุดตรวจมาใช้จริงในทางปฏิบัติอาจมีประสิทธิภาพที่ลดลงไปอีก ในสถานการณ์เช่นนี้ ถ้ารัฐบาลสนใจที่จะสร้างความมั่นใจให้ประชาชนและธุรกิจที่ใช้ ATK เป็นเครื่องมือหลักในการตรวจคัดกรองหรือเป็นเครื่องมือบริหาร/ลดความเสี่ยง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของรัฐ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และโรงเรียนแพทย์ ควรต้องระดมทดสอบชุดตรวจทั้งหมด ทั้งที่ผ่านการอนุมัติของ อย. และยี่ห้อที่ผ่านการทดสอบอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ (รวมทั้งที่ WHO รับรอง) เพื่อเสาะหา ATK ที่คุณภาพที่ยอมรับได้ในการใช้งานจริงในประเทศไทย (รวมทั้งสำหรับเชื้อโอมิครอนซึ่งเป็นเชื้อหลักในการระบาดในประเทศไทยเกือบ 100% ในปัจจุบัน และความเสถียรของชุดตรวจในประเทศที่มีอากาศร้อนอย่างไทยด้วย) ไม่ใช่ใช้วิธีปล่อยให้แต่ละโรงพยาบาลหรือผู้บริโภคซื้อกันเองโดยที่ผู้ซื้อมาตรวจ—รวมทั้งสถานพยาบาลเอง—ก็ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอด้วย ซึ่งหลายประเทศก็มีงานวิจัยในลักษณะนี้ เช่น โดยรัฐบาลอังกฤษและรัฐบาลเยอรมนี และในสวีเดนและแลนด์ (ตามรูปข้างบน) ซึ่งโยบางประเทศก็เป็นความริเริ่มของภาครัฐเองด้วย และควรใช้คลิปวิดีโอเป็นสื่อหลักในการสอนวิธีการใช้ชุดตรวจที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการตรวจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจ ATK จำนวนมากมักทำโดยประชาชนที่ไม่เคยตรวจเองมาก่อน

สำหรับชุดตรวจที่แจกไป ก็ควรกำหนดให้ต้องรายงานผล และมีการส่งข้อความไปตามกรณีที่ยังไม่รายงานผลตรวจกลับมา และนำผลตรวจ ทั้ง ATK และ RT-PCR (กรณีที่มีการตรวจซ้ำ) มาประมวลผล cross check

ความไว/ความจำเพาะ และถ้าได้ผลที่มีความน่าเชื่อถือต่ำเกินไป ก็ควรถอนทะเบียนและคัดออกจากกลุ่มรายการที่แนะนำให้สถานพยาบาลสามารถเลือกซื้อได้ เพราะถ้า ATK มีปัญหาผิดพลาดมาก แนวคิดที่จะใช้ ATK เป็นเครื่องมือในการตรวจและควบคุมโรค หรือสร้าง safe environment สำหรับธุรกิจ (เช่น โดยตรวจทุกสัปดาห์) ก็อาจจะไม่ได้ผลจริงจนทำให้ไม่คุ้มค่าที่จะใช้ตรวจ

10.5 การใช้ จัดหา และการวิจัยยาและสมุนไพรสำหรับรักษาโควิด-19 ในประเทศไทย

10.5.1 การใช้ จัดหา และการวิจัยยาและสมุนไพรสำหรับรักษาโควิด-19

ประเทศไทยมีการใช้ยาต้าน/ยับยั้งไวรัส 4 ตัวหลักๆ และฟ้าทะลายโจร ประกอบกับยาอื่น เช่น สเตียรอยด์ และยารักษาตามอาการอื่นๆ ในรักษาผู้ป่วยโควิด-19 และเพิ่งจัดซื้อแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) เข้ามาเสริม

โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเช่นไวรัสลงปอด และกลุ่ม 608 ซึ่งถือว่าเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปนั้น ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีการใช้ยาหลักๆ ในการรักษาโควิด (ขึ้นกับปริมาณยาที่มีและบางตัวเพิ่งสั่งซื้อเข้ามาเพิ่ม) ตามลำดับเวลาดังนี้

(1) ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) (ชื่อการค้าคือยา Avigan) เป็นยาต้านไวรัสที่คิดค้นโดยบริษัท Fujifilm Toyama Chemical ประเทศญี่ปุ่น โดยได้รับอนุมัติใช้รักษาโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในประเทศญี่ปุ่นเมื่อปี 2014 และถูกนำมาทดลองใช้รักษาโรคโควิด -19 ในช่วงแรกของการระบาดอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในจีน ซึ่งพบว่ายานี้มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง **แต่นานี้ไม่ได้อยู่ในรายการยาที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้**

(2) ยาเรมเดซิเวียร์ (Remdesivir) ซึ่งเป็นยาฉีดสำหรับคนที่กินยาฟาวิพิราเวียร์ไม่ได้ เช่น กำลังตั้งครรภ์หรือกินอะไรไม่ได้ และในกรณีที่ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ไม่ได้ผล (เช่นภายใน 5 วัน) ก็อาจเปลี่ยนมาใช้ยาเรมเดซิเวียร์แทน

(3) สมุนไพรฟ้าทะลายโจร ซึ่งได้รับอนุมัติให้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรเมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ให้เป็นยารักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง

(4) ยาโมลนูพิราเวียร์ ซึ่งเป็นยาที่ออกแบบมาเพื่อยับยั้งไวรัสที่ก่อโรคโควิด-19 โดยเฉพาะ และได้ผลดีในผู้ที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง โดยต้องให้ยาเร็วภายใน 5 วันตั้งแต่มีอาการ ซึ่งผลการศึกษาของยาโมลนูพิราเวียร์ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลและลดการเสียชีวิตได้ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติกรอบวงเงินจำนวน 500 ล้านบาทสำหรับจัดซื้อยาโมลนูพิราเวียร์ 50,000 คอร์สการรักษา (2 ล้านเม็ด) เมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2564 และได้รับยาเมื่อ 18 มีนาคม 2565

(5) ยาแพกซ์โลวิด (Paxlovid) เป็นยาด้านไวรัสชนิดเม็ดอีกตัวหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่รุนแรงและปานกลางที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยลดความเสี่ยงการป่วยหนัก-เสียชีวิตในผู้ป่วย

โควิด-19 โดยมีประสิทธิภาพสูงกว่าและราคาต่ำกว่ายาโมลนูพิราเวียร์ ซึ่งเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำอย่างแข็งขันว่า "เป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในปัจจุบัน"¹⁶⁹ และก่อนหน้านั้นเมื่อวันที่ 24 มี.ค. 2565 อธิบดีกรมการแพทย์ได้ลงนามในสัญญาจัดซื้อยาแพกซ์โลวิด จากบริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด สำหรับรักษาผู้ป่วย 50,000 คน (1 ล้านเม็ด) โดยเริ่มมีการส่งมอบในเดือน เมษายน 2565

(6) แอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) ไทยเพิ่งสั่งซื้อ Evusheld จากแอสตราเซนเนกา ซึ่งประกอบด้วย แอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวสองชนิด ได้แก่ Tixagevimab และ Cilgavimab ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ในภาวะฉุกเฉินสำหรับป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อโควิด 19 ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปและน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม ที่สหรัฐอเมริกาเมื่อ ธ.ค. 2564 และยุโรปเมื่อเดือน มี.ค. 2565 โดยมีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปานกลางถึงรุนแรง ที่อาจตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อวัคซีนโควิดได้ไม่ดี หรือคนที่มีข้อห้ามในการฉีดวัคซีน หรือไม่ได้ฉีดวัคซีน โดยในเดือนมิถุนายน 2565 ครม. อนุมัติให้โยกงบประมาณร้อยละ 40 ของงบที่เคยจัดสรรไว้ซื้อ วัคซีนจากแอสตราเซนเนกา 60 ล้านโดส มาซื้อ Evusheld จำนวน 257,500 โดสในปีนี้แทน โดยมีการส่งมอบ ในล็อตแรกจำนวน 7,000 โดสในเดือน ก.ค. 2565 และส่วนที่เหลือจะทยอยส่งมอบภายในปี 2565

สำหรับคำแนะนำการใช้ยาของไทยในปัจจุบันดูได้จาก “แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [CPG COVID-19 สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 24 วันที่ 11 กรกฎาคม 2565]

[https://covid19_9_dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_\(Big\)/Attach/25650712141035PM_CPG_COVID-19_v.24.1.n_20220711.pdf](https://covid19_9_dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_(Big)/Attach/25650712141035PM_CPG_COVID-19_v.24.1.n_20220711.pdf)

ส่วนคำแนะนำของ WHO ดู WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4-eng.pdf จาก URL <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4> หรือ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/359774/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4-eng.pdf?sequence=1>

¹⁶⁹ "WHO recommends highly successful COVID-19 therapy and calls for wide geographical distribution and transparency from originator" (April 22, 2022). WHO.

รูปที่ 90 แผนภาพแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสสำหรับรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ของ WHO



ที่มา: WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4-eng.pdf

ยาต้านไวรัสที่ใช้เป็นหลักของไทยในช่วงที่ผ่านมาคือ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ซึ่งไม่ได้อยู่ในรายการยาที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ และที่ผ่านมาก็มีข้อกังขาเรื่องประสิทธิภาพอยู่บ้าง เนื่องจากเป็นยาที่ในช่วงแรกยังขาดงานวิจัยรองรับสำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ถึงแม้จะมีรายงานว่าใช้ได้ผลในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากในจีน แต่ต่อมาก็มีรายงานว่าใช้ไม่ค่อยได้ผลกับเชื้อในระยะหลังด้วย เช่น ผลการทดสอบในเฟส 3 ของ Appili Therapeutics ในผู้ป่วยโควิด-19 1,231 คนที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลางจาก 38 แห่งในสหรัฐอเมริกา Mexico และ Brazil ระบุเมื่อพฤศจิกายน 2564 ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷⁰ แต่จากประสบการณ์ใช้ยาที่ผ่านมาของแพทย์ไทยที่ใช้ยานี้เป็นหลัก ก็ยังคงค่อนข้างเห็นตรงกันว่าสามารถรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ได้ดี และพอมีงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของยานี้ในไทยออกมาบ้างในระยะหลัง เช่น งานวิจัยโดยศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับสถาบันบำราศนราดูร และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และฟูจิฟิล์มเจ้าของสิทธิบัตร (จากข่าวที่เผยแพร่ในเดือนเมษายน 2565)¹⁷¹ โดยการวิจัยแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเทียบกับการไม่ให้ยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อดูประโยชน์ของการใช้ยาในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง (แต่ไม่ได้ศึกษาประสิทธิภาพในผู้ป่วยอาการหนัก)

สรุปผลการวิจัยนี้ (ดูรูปถัดไป) ก็คือเป็นการศึกษา (Confirmatory Study) ระยะที่ 3 แบบเปิดและมีการสุ่ม (Randomized Controlled Trials) ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่หนักและยังไม่มีภาวะปอดอักเสบ เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์วันละ 2 ครั้ง ขนาด 1,800 มก./dose ในวันแรก และ 800 มก./dose ในวันต่อมา (62 ราย) และกลุ่มควบคุม (31 ราย) โดยประเมินผลการรักษาจาก NEWS ซึ่งเป็นการประเมินอาการตามมาตรฐานสากล โดยดูจากอุณหภูมิ อัตราการหายใจ การเต้นของ หัวใจ ความดันโลหิต ภาวะออกซิเจนในร่างกาย

ผลการศึกษาผู้ป่วยในโครงการซึ่งเริ่มได้รับยาเฉลี่ยที่ 1.7 วันหลังจากเริ่มมีอาการ เมื่อประเมินอาการโดย NEWS ในช่วงเวลาการรักษา 14 วัน พบว่า**กลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้น 79% ขณะที่กลุ่มควบคุมมี 32.3% ที่มีอาการดีขึ้น และกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้นเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญ** โดยครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันที่ 2 ของการรักษาเทียบกับ 14 วันในกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม**จำนวนไวรัสในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมจนกระทั่งวันที่ 13 และ 28**

¹⁷⁰ <https://www.businesswire.com/news/home/2021112005554/en/> clinical trial enrolled 1,231 patients with mild-to-moderate COVID-19 from 38 study sites across the United States, Mexico, and Brazil. Phase 3 PRESECO (PREventing SEvere COVID-19) clinical trial evaluating oral antiviral Avigan®/Reequon™(favipiravir) for the treatment of mild-to-moderate COVID-19 did not achieve statistical significance on the primary endpoint of time to sustained clinical recovery.

¹⁷¹ <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24708> (ข่าวเมื่อ 15 เม.ย. 2565)

ของการรักษาซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้ยาฟาวิพิราเวียร์จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า ส่วนผลข้างเคียงที่พบคือผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์พบการเพิ่มขึ้นของระดับกรดยูริกอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ยังมีรายงานด้วยว่าผู้ที่ใช้น้ำนี้อาจมีอาการตาเปลี่ยนสีหรือเรืองแสง (อาจรวมทั้งเล็บด้วย) ¹⁷²
ชั่วคราว

¹⁷²<https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B8%9F%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9F%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%9E%E0%B8%B4/>

รูปที่ 91 ผลการศึกษาวิจัยการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง

ผลการศึกษาวิจัยการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง

ร.นพ. รุจิภาส สิริคุภัทร, ผ.ศ.ดร.พญ. สุวัฒน์ นิคมโนธรรม, ศ.พญ. กุญชรวิภา โศภโณปโยกิจ และผู้เชี่ยวชาญคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 นพ.มาโนช รัตนสมบัติศิริกุล, นพ.กนก วงศ์สวัสดิ์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, พญ.เมธวดีดา เจริญพงษ์ สถาบันปรีชากรวารสาร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 ศ.ร.นพ.สุวิเศษ มหาศิริมงคล, ดร.ภญ. อิงอร ประสารชัยมนตรี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่มาของโครงการ

ยาด้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งเอ็นไซม์ RNA-dependent RNA polymerase ซึ่งสามารถยับยั้งไวรัสโควิด-19 ในหลอดทดลองได้ จากประสบการณ์ใช้ยาและเก็บผลการรักษาย้อนหลังพบว่าได้ผลการรักษาในผู้ป่วยโควิด-19 ได้ดี แต่ประโยชน์ในการลดการเสียชีวิตหรือป่วยหนักยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเทียบกับการไม่ให้ยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อดูประโยชน์ของการใช้ยาในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง

วิธีวิจัย

การศึกษา (Confirmatory Study) ระยะที่ 3 แบบเปิดและมีการสุ่ม (Randomized Controlled Trials) ในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการไม่หนักและยังไม่มีการปอดอักเสบ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ วันละ 2 ครั้ง ขนาด 1,800 มก./dose ในวันแรก และ 800 มก./dose ในวันต่อมา (62 ราย) และกลุ่มควบคุม (31 ราย) โดยประเมินผลการรักษาจาก NEWS ซึ่งเป็นการประเมินอาการตามมาตรฐานสากล โดยดูจากอุณหภูมิ อัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ภาวะออกซิเจนในร่างกาย

Figure 1: Proportion of patients with NEWS score improvement at 14 days.

Group	Proportion of patient (%)	n
Favipiravir	79.0%	49
Control	32.3%	10

ผลการศึกษา

- ผู้ป่วยในโครงการเริ่มมีอาการที่ 1.7 วันหลังจากเริ่มมีอาการ
- เมื่อประเมินอาการโดย NEWS ในช่วงเวลาการรักษา 14 วันพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้น 79% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแค่ 32.3%
- กลุ่มฟาวิพิราเวียร์อาการดีขึ้นเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันที่ 2 ของการรักษา เมื่อเทียบกับ 14 วันในกลุ่มควบคุม
- จำนวนไวรัสในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จนกระทั่งวันที่ 13 และ 28 ของการรักษา ซึ่งจะพบว่า กลุ่มที่ได้ยาฟาวิพิราเวียร์จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า
- ผลข้างเคียง: พบการขึ้นของระดับกรดยูริกในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่พบอาการข้างเคียงอื่นที่แตกต่างกัน

Figure 2: Time to sustained clinical improvement.

Adjusted Hazard Ratio: 2.00 (1.18-3.41)
P-value < 0.001

- ผู้ป่วยในโครงการเริ่มมีอาการที่ 1.7 วันหลังจากเริ่มมีอาการ
- เมื่อประเมินอาการโดย NEWS ในช่วงเวลาการรักษา 14 วันพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้น 79% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแค่ 32.3%
- กลุ่มฟาวิพิราเวียร์อาการดีขึ้นเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันที่ 2 ของการรักษา เมื่อเทียบกับ 14 วันในกลุ่มควบคุม
- จำนวนไวรัสในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จนกระทั่งวันที่ 13 และ 28 ของการรักษา ซึ่งจะพบว่า กลุ่มที่ได้ยาฟาวิพิราเวียร์จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า
- ผลข้างเคียง: พบการขึ้นของระดับกรดยูริกในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่พบอาการข้างเคียงอื่นที่แตกต่างกัน

Figure 3: Quantitative SARS-CoV-2 viral loads.

Time Point	Favipiravir (log10 copies/ml)	Control (log10 copies/ml)	P-value
Baseline	6.18, 5.99	4.44, 4.71	0.0344
Day 1	4.21, 4.20	3.84, 3.85	0.299
Day 4	3.73, 3.43	3.46, 3.51	0.8452
Day 7	3.28, 3.79	3.28, 3.79	0.0623
Day 10	3.28, 3.79	3.28, 3.79	0.5116
Day 13	3.28, 3.79	3.28, 3.79	0.8093
Day 28	3.28, 3.79	3.28, 3.79	0.0147

ข้อสรุปและคำแนะนำ

- ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสก่อโรคโควิด-19 ยาฟาวิพิราเวียร์ ขนาด 1,800 มก. เข้า-เย็นในวันแรก และ 800 มก. เข้า-เย็นในวันต่อมา เป็นการรักษาที่ควรเริ่มต้นที่มีอาการยังไม่หนัก
- ยาฟาวิพิราเวียร์รูปแบบยาากิน มีราคาไม่แพงและมีความปลอดภัยสูง ไม่มีผลข้างเคียงที่น่ากังวล
- ผลการศึกษานี้ไม่ได้แสดงประสิทธิภาพในผู้ป่วยอาการหนัก
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาในสตรีมีครรภ์ เพราะอาจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรก

In collaboration with Fujifilm and National Center for Global Health and Medicine, Japan

FUJIFILM Value from Innovation

NCGM

ที่มา: ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อ้างใน <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24708> (ข่าวเมื่อ 15 เม.ย. 2565)

สำหรับ ‘สมุนไพรฟ้าทะลายโจร’ ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรเมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ให้เป็นยารักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง โดยอ้างงานวิจัย 4 ชิ้นทั้งในต่างประเทศและของไทยเอง ซึ่งหนึ่งในนั้นเป็นการรวบรวมผลการรักษาย้อนหลังในช่วงเดือนธันวาคม 2564 โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ร่วมมือกับ 9 โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁷³ ศึกษาวิจัยโดยจ่ายยาฟ้าทะลายโจรในขนาดที่มี andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน ในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 309 คนที่มีอาการรุนแรงน้อย ร่วมกับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วย 306 คน มีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันที่ 1-5 และไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยมีผู้ป่วยเพียง 3 ราย (0.97%) ที่เกิดภาวะปอดอักเสบ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19 ที่ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรจำนวน 526 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรมีการเปลี่ยนเป็นมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น มีภาวะปอดอักเสบหรือใส่ท่อช่วยหายใจ 77/526 ราย (14.64%) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรมีการเปลี่ยนเป็นมีอาการรุนแรงขึ้นเพียง 3/309 ราย (0.97%)¹⁷⁴ หรือมีค่า number needed to treat = 7.32¹⁷⁵ หมายถึงการให้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิดอาการรุนแรงน้อยทุก 7.32 คนจะสามารถลดการเกิดภาวะปอดอักเสบได้ 1 คน และค่า RR = 0.057 (CI 0.018-0.183) (p < 0.001) ถือเป็น protective exposure โดยการให้ยาฟ้าทะลายโจรสามารถลดโอกาสการเกิดปอดอักเสบได้ $1 - 0.057 = 0.943$ หรือ 94.3% ส่วนค่ารักษาด้วยยาฟ้าทะลายโจรอยู่ที่ประมาณ 180 บาทต่อคน ในขณะที่บทความระบุค่ารักษาด้วยยา Favipiravir อยู่ที่ประมาณ 4,800 บาทต่อคน (แต่ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในเดือนมีนาคม 2565 ในรูปที่ 94 ระบุค่ายา Favipiravir ไว้ที่ 800 บาท/คอร์สการรักษา)

หลังจากนั้น นักวิจัย 5 คนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนักวิจัยจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ 1 คน และจากสาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลอีก 1 คนทำงานวิจัยด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบผลกับยาหลอก (randomized placebo-controlled trial หรือ RCT) ที่ยอมรับกันว่ามีความน่าเชื่อถือมากกว่างานก่อนที่บรรยายไว้ข้างต้น โดยงานวิจัยเรื่อง "Efficacy and safety of Andrographis paniculata extract in patients with mild COVID-19: A randomized controlled trial" นี้ ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรสกัดในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง โดยใช้การวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized placebo-controlled trial หรือ RCT) ผู้ป่วยโควิดอาการ

¹⁷³ ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย โรงพยาบาลกระทู้แม่แบน โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก และโรงพยาบาลสมุทรปราการ

¹⁷⁴ อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, ธิติ แสงธรรม, เทวัญ ธานีรัตน์, กุศลนิต วนรัตน์ “รายงานสังเขปผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วย COVID-19” วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564 (นักวิจัยทั้ง 5 คนมาจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข)

¹⁷⁵ ARR = 14.64 - 0.97 = 13.67%; NTT = 1 / 0.1367 = 7.32

เล็กน้อย อายุ 18-60 ปี จำนวน 57 คนที่ยืนยันการตรวจพบเชื้อไวรัสด้วยวิธี RT-PCR แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งกินสารสกัดฟ้าทะลายโจร (29 คน) อีกกลุ่มกินยาหลอก (28 คน) ซึ่งเป็นวิธีที่ถือว่าน่าเชื่อถือกว่างานวิจัยก่อนหน้า

ผลการศึกษาที่เผยแพร่ในช่วงแรกระบุว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจรทั้ง 29 รายไม่พบอาการปอดอักเสบตลอดช่วง 5 วันที่ได้รับสารสกัดฟ้าทะลายโจร แต่ในกลุ่มที่ได้ยาหลอกพบอาการปอดอักเสบ 3 รายจาก 28 ราย คิดเป็น 10.7% ซึ่งคำนวณแล้วมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5% (มีค่า p-value 0.039 (3.9%) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 5%) หรือสารสกัดฟ้าทะลายโจรช่วยลดจำนวนผู้มีอาการปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการตรวจเชื้อไวรัสจากโพรงจมูกในวันที่ 5 โดยวิธี RT-PCR พบว่า

- ผู้ป่วยกลุ่มที่กินสารสกัดฟ้าทะลายโจร 29 ราย มี 10 รายที่ยังพบเชื้อไวรัส (34.5%)
- ผู้ป่วยกลุ่มที่กินยาหลอก 28 ราย มี 16 รายที่ยังพบพบเชื้อไวรัส (57.1%)

ซึ่งมีค่า p-value 0.086 (8.6%) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 5%) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าฟ้าทะลายโจรสามารถช่วยกำจัดไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เกณฑ์ 5%

แต่ก็สรุปจากผลส่วนแรกว่าสารสกัดฟ้าทะลายโจรช่วยลดจำนวนผู้มีอาการปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่เมื่อต้นเดือนสิงหาคม 2564 มีรายงานข่าวว่าเจ้าของงานวิจัยของไทยเกี่ยวกับฟ้าทะลายโจรที่อยู่ในเว็บไซต์คลังข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ในต่างประเทศ www.medrxiv.org¹⁷⁶ ได้ขอถอนงานวิจัยออกไป¹⁷⁷ เนื่องจากพบความผิดพลาดของค่านัยทางสถิติ จากที่เคยสรุปไว้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้ยากับยาหลอกมีจำนวนผู้มีอาการปอดอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value 0.039 (3.9%) นั้น พบว่าเป็นค่าที่คำนวณผิด โดยค่า p-value ที่ถูกต้องคือ 0.112 (หรือ 11.2%) ซึ่งถือว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ปกติใช้เกณฑ์ 5%) ทำให้ผลการวิจัยไม่มีนัยสำคัญในทั้งสองกรณี หลังจากนั้น พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้แถลงชี้แจงเมื่อ 9 ส.ค. 2564 ว่าปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากงานวิจัยนี้ใช้ตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย การถอนงานวิจัยจากการที่ผลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่มีผลเปลี่ยนคำแนะนำการนำสารสกัดฟ้าทะลายโจรไปใช้ในหน่วยบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม การกักตัวที่บ้านหรือชุมชนที่มีการ

¹⁷⁶ ซึ่งเป็นเว็บไซต์คลังงานวิจัยที่ต้นฉบับที่ยังไม่ตีพิมพ์เกี่ยวกับการแพทย์ การทดลองทางคลินิก และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ แต่จะเป็นรายงานการวิจัยเบื้องต้นที่ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการทบทวน peer review

¹⁷⁷ ขาวดังกล่าวแพร่หลายหลังจาก Facebook ‘Passakorn Wanchaijiraboon’ ของ นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ กรรมการแพทยสภา โพสต์ข้อความว่าเจ้าของงานวิจัยเกี่ยวกับฟ้าทะลายโจรชิ้นหนึ่งได้ขอถอนงานวิจัยออกจากงานตีพิมพ์ เนื่องจากมีความผิดพลาดของการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผลการสรุปงานวิจัยใหม่คือผลของฟ้าทะลายโจร "ไม่ต่างจากยาหลอก"

สนับสนุนจากกองทุนสุขภาพต่างๆ¹⁷⁸ อย่างไรก็ตาม กรณีนี้ น่าจะส่งผลสะท้อนต่อความน่าเชื่อถือในประสิทธิภาพของฟ้าทะลายโจรค่อนข้างมาก

ในเดือนตุลาคม 2564 นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ได้โพสต์ขอรับบริจาคเงินทุนสำหรับ “งานวิจัยเปรียบเทียบผลของฟ้าทะลายโจรและยาฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19”¹⁷⁹ ซึ่งจะใช้อาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยโรคโควิดแน่นอนแล้วจำนวน 234 คน แบ่งเป็นสามกลุ่มกลุ่มละ 78 คน คือ กลุ่มที่ 1. รักษาด้วยผงฟ้าทะลายโจรส่วนเหนือดิน กลุ่มที่ 2. รักษาด้วยผงฟ้าทะลายโจรเฉพาะส่วนใบ กลุ่มที่ 3. รักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ โดยใช้ตัววัดผลสามตัวคือ (1) อัตราการเกิดปอดอักเสบในภาพเอ็กซเรย์ (2) อัตราการเคลียร์ไวรัสออกจากตัวได้หมด (viral clearance) (3) อัตราการเปลี่ยนความรุนแรง (เขียวเหลืองแดง) ของโรค ระยะเวลาการวิจัย 3 -6 เดือนขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยว่าจะได้มาครบในเวลาเท่าใด โดยตั้งวงเงินงบประมาณไว้ 8,000 บาทต่อหนึ่งตัวอย่าง (งบประมาณรวม 1,872,000 บาท) และได้รับบริจาคมา 2,906,032 บาท และเมื่อไม่นานมานี้ ก็ได้รายงานผล¹⁸⁰ ว่าใช้งบไป 2,349,313 บาท และข้อค้นพบหลักของงานวิจัยคือ “สมุนไพรรักษาฟ้าทะลายโจรทั้งจากส่วนเหนือดินและจากเฉพาะส่วนของใบ เมื่อใช้รักษาโรคโควิด -19 โดยเปรียบเทียบกับยาฟาวิพิราเวียร์แล้ว ไม่พบความแตกต่างจากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ทั้งในแง่การเกิดปอดอักเสบ การเปลี่ยนสีความรุนแรงทางคลินิก และการลดปริมาณไวรัสตลอดการรักษา 10 วัน” (ดูบทคัดย่อของรายงานที่คณะผู้วิจัยส่งไปขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในรอบที่ 2)

อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปดังกล่าว**ไม่ได้หมายความว่า**ผงบดสมุนไพรรักษาฟ้าทะลายโจรให้ผลการรักษาที่เหมือนกับหรือดีเท่ากับยาฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 เพราะการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติออกแบบสำหรับทดสอบความต่าง (เช่น ยาตัวหนึ่งได้ผลดีกว่า (หรือต่างจาก) ยาหลอกหรือไม่ หรือ ยาใหม่ได้ผลดีกว่ายาเก่าหรือไม่) และปกติจะยอมรับว่าต่างเมื่อค่า $P \rightarrow 0$ แต่จะไม่สามารถสรุปว่าต่างได้ถ้ามีค่า P สูงเกินไป ถึงแม้ว่าในกรณีที่ค่า $|P|$ เข้าใกล้ 1 มาก จะเข้าใกล้ข้อสรุปที่บอกว่า “ใกล้เคียง/ไม่แตกต่าง” มากกว่าในกรณีที่ค่า $|P|$ มากกว่า 0.05 หรือ 0.1 ไม่มาก และการตีความในการศึกษานี้ลำบากมากขึ้นไปอีก เพราะงานวิจัยก่อนนี้ก็พบว่าจำนวนไวรัสในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมจนกระทั่งวันที่ 13 และ 28 ของการรักษาถึง

¹⁷⁸ “ฟ้าทะลายโจร: สธ. ไม่เปลี่ยนแนวทางการใช้ฟ้าทะลายโจรรักษาโควิด-19 แม้พบข้อผิดพลาดในงานวิจัย”
<https://www.bbc.com/thai/thailand-58145918>

¹⁷⁹ <https://drsant.com/2021/10/%E0%B8%99%E0%B8%9E-%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B9%8C%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B9%81%E0%B8%9F%E0%B8%99%E0%B9%86%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%87%E0%B8%B4.html>

¹⁸⁰ <https://drsant.com/2022/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B9%8C%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%9F.html>

จะพบว่ากลุ่มที่ได้ยาฟาวิพิราเวียร์จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า ซึ่งทั้งสองกรณีก็เป็นระยะเวลาที่ยาวกว่าการศึกษานี้ด้วย การที่ยาตัวใหม่ไม่ค่อยแตกต่างจากตัวเก่า—ซึ่งก็ไม่ค่อยแตกต่างจากยาหลอกด้วย--ทำให้ยากที่จะสรุปผลอะไรที่ชัดเจนจากการศึกษานี้

กรอบที่ 2: บทคัดย่อ (เบื้องต้น) ของ “งานวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบผลของฟ้าทะลายโจรและฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 ระยะเริ่มติดเชื้อ (Prospective randomized trial to compare using Andrographis paniculata powder and Favipiravir in treatment of early COVID-19)” โดย ผอ.รพ. มวกเหล็ก และคณะ (รวม นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามว่าสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในรูปของผงบดมีประสิทธิผลในการรักษาโรคโควิด-19 ได้แตกต่างจากยาฟาวิพิราเวียร์ซึ่งเป็นยามาตรฐานที่ใช้รักษาโควิด-19 ในประเทศไทยในขณะทำวิจัยนี้หรือไม่อย่างไร

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบ (RCT) โดยคัดเลือกอาสาสมัครที่มีอายุระหว่าง 18 ปีถึงต่ำกว่า 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ด้วยการตรวจ RT-PCR test ได้ผลบวก เป็นผู้ป่วยสีเขียว และถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจภายในเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่วินิจฉัยโรคได้ โดยภาพเอกซเรย์ปอดแรกยังไม่มีอาการแสดงของปอดอักเสบ ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ไม่เป็นโรคเรื้อรังอันได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และไม่อยู่ในระหว่างกินยารักษาแล้วนำผู้ป่วยทั้งหมดมาสุ่มตัวอย่างแบบจับสลาก เพื่อรับการรักษาที่ต่างกันสามแบบคือ กลุ่มที่ 1. ให้กินผงบดจากส่วนเหนือดินของฟ้าทะลายโจร (400 มก.ของผงบด ต่อหนึ่งแคปซูล (มีแอนโดรกราฟีโฟไลด์ 11.35 mg) ครั้งละ 4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน (180 mg/day x 5 days) กลุ่มที่ 2. ให้กินผงบดจากเฉพาะส่วนใบของฟ้าทะลายโจร (400 มก. ผงบดต่อหนึ่งแคปซูล (มีแอนโดรกราฟีโฟไลด์ 24 mg) ครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 4 ติดต่อกัน 5 วัน (180 mg/day x 5 days) กลุ่มที่ 3. ให้กินยาฟาวิพิราเวียร์ 3600 มก. ในวันแรก และ 1600 มก. ต่อวันในวันที่ 2-5 (รวม 10,000 มก./คน) แล้วติดตามผู้ป่วยนาน 10 วัน โดยการใช้การเปลี่ยนแปลงสีบ่งชี้ความรุนแรงของโรค การเกิดปอดอักเสบขึ้นใหม่ และการลดลงของปริมาณไวรัส ในวันที่ 0, 5, 10 เป็นตัวชี้วัดหลัก

ผลวิจัยพบว่าจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัย 231 คน แบ่งเป็นสามกลุ่ม กลุ่มละ 77 คน เป็นชาย 47.2% เป็นหญิง 52.8% อายุ 18-58 ปี (เฉลี่ย 32.2 ปี) ดัชนีมวลกาย 13.8 – 31.2 (เฉลี่ย 22.9 กก./ม.2) ทุกกลุ่มไม่มีการเปลี่ยนสีความรุนแรงทางคลินิก ทุกกลุ่มเกิดภาวะปอดอักเสบขึ้นในระหว่างการศึกษาไม่แตกต่างกัน (p=0.07) เกิดภาวะตับอักเสบไม่แตกต่างกัน (p=0.7) มีการลดลงของปริมาณไวรัส (viral load) ที่นับในหน่วย log₁₀ copies/ml ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือในวันที่ 5 กลุ่มที่ 1 ซึ่งกินผงบดจากส่วนเหนือดินไวรัสลดลงเฉลี่ย 4.063 (S.D.=1.352) ในกลุ่มที่ 2 ซึ่งกินผงบดเฉพาะส่วนใบลดลงเฉลี่ย 4.068 (S.D.=1.392) กลุ่มที่ 3 ซึ่งกินฟาวิพิราเวียร์ลดลง

4.050 (S.D.=1.313) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.996$) ในวันที่ 10 กลุ่มที่ 1 ไวรัสลดลงเฉลี่ย 3.960 (S.D.=1.354) กลุ่มที่ 2 ลดลงเฉลี่ย 3.943 (S.D.=1.414) กลุ่มที่ 3 ลดลงเฉลี่ย 3.994 (S.D.=1.284) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.966$)

คณะผู้วิจัยสรุปว่าผงบดสมุนไพรฟ้าทะลายโจรทั้งจากส่วนเหนือดินและจากเฉพาะส่วนของใบ เมื่อใช้รักษาโรคโควิด-19 โดยเปรียบเทียบกับยาฟาวิพิราเวียร์แล้ว ไม่พบความแตกต่างจากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ทั้งในแง่การเกิดปอดอักเสบ การเปลี่ยนสีความรุนแรงทางคลินิก และการลดปริมาณไวรัสตลอดการรักษา 10 วัน”

ที่มา: <https://drsant.com/2022/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B9%8C%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%9F.html>

และในเดือนธันวาคม 2564 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้แถลงว่าจะสนับสนุนโครงการวิจัย “ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโรคโควิด-19”¹⁸¹ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะให้มีหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือว่าการใช้ยาฟ้าทะลายโจรมีผลในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 จริงหรือไม่ โดยศึกษาวิจัยที่โรงพยาบาลสนามเส้าไห้ อ.เส้าไห้ จ.สระบุรี ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี โรงพยาบาลสนามไฮไฮเต็ล อ.หนองแค จ.สระบุรี โรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จ.นครนายก และโรงพยาบาลสนามเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี โดยมีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยประมาณ 700 คน ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีระยะเวลาโครงการประมาณ 1 ปี (ประมาณ 1 ก.พ. 2565 - 31 ม.ค. 2566)

แต่ทั้งนี้ แม้กระทั่งการอนุมัติให้ใช้ให้ฟ้าทะลายโจรเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรเมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ตั้งแต่แรกก่อนมีรายงานข้อผิดพลาดในงานวิจัยชิ้นสำคัญ (ที่เป็นการศึกษาแบบ RCT) นั้น ก็เป็นการอนุมัติให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรงเท่านั้น ดังนั้น จนกว่าจะมีงานวิจัยที่หนักแน่นพอนั้น คำแนะนำของแพทย์บางท่านก็คือ ควรใช้ยาต้านไวรัสตามลักษณะของอาการ เช่น ในคนที่ใช้ฟ้าทะลายโจรแล้วไม่ดีขึ้นภายในระยะเวลาสองวัน ก็ควรพิจารณาให้ใช้ยาต้านไวรัสแผนปัจจุบันอื่น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการหนักมากขึ้นจนกระทั่งถึงต้องเข้าโรงพยาบาล

¹⁸¹ <https://www.hfocus.org/content/2021/12/23934>

การจัดการและผลิตยาต้านโควิด-19

ในการจัดหายาเหล่านี้ นอกจากการนำเข้า (และได้รับบริจาค) แล้ว องค์การเภสัชกรรม (อภ.) ก็ผลิตยาบางตัวเองคู่ขนานไปกับการนำเข้าด้วย โดยเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 องค์การเภสัชกรรมได้แถลงข่าวว่าจะผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ (200 มิลลิกรัมต่อเม็ด) มีชื่อสามัญทางยาว่าฟาเวียร์ โดยได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เริ่มผลิตและกระจายให้ผู้ป่วยได้ใช้ในต้นเดือนสิงหาคม โดยในระยะแรกผลิตได้ไม่น้อยกว่าเดือนละ 2 ล้านเม็ด และจะขยายกำลังการผลิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในเดือนสิงหาคม 2564 นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ระบุว่ามีการปรับแผนขยายการผลิตเพื่อลดการจัดหาจากต่างประเทศ โดยในเดือนสิงหาคม 2564 จะผลิตแบบบรรจุแผงจำนวน 2.5 ล้านเม็ด และจะเพิ่มการผลิตแบบบรรจุใส่ขวด ในเดือนกันยายนจะผลิตยาได้จำนวน 23 ล้านเม็ด และตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นไปจะสามารถผลิตได้ไม่น้อยกว่า 40 ล้านเม็ดต่อเดือน ซึ่งคาดว่าจะเป็นการผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ที่น่าจะเพียงพอกับความต้องการใช้ในการรักษาของไทย

แต่ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ชมรมแพทย์ชนบท ระบุว่ามีปัญหาขาดแคลนยาฟาวิพิราเวียร์¹⁸² ในขณะที่องค์การเภสัชกรรมยืนยันว่ามียาเพียงพอ โดยในขณะนั้นมียาสำรอง 24 ล้านเม็ด และกำลังผลิตเพิ่มเติมอีก 60 ล้านเม็ด รวมเป็น 84 ล้านเม็ด แต่ในวันที่ 29 มีนาคม 2565 ชมรมแพทย์ชนบทได้ออกมาร้องเรื่องขาดแคลนยาฟาวิพิราเวียร์เป็นครั้งที่ 2 โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยรายละเอียดถึงเหตุผลที่ยาฟาวิพิราเวียร์ขาดแคลนอย่างมากว่าเกิดจากอะไร การนำเข้าเคมีภัณฑ์สะอาดหรือไม่ ผลิตเม็ดยาได้สัปดาห์ละกี่เม็ด มีอัตราคงที่หรือไม่ ราคาผลิตเองเม็ดละเท่าไร รวมทั้งขณะนี้มีการนำเข้ามาสัปดาห์ละกี่เม็ด ราคาเม็ดละเท่าไร รวมแล้วแต่ละสัปดาห์จะสามารถกระจายฟาวิพิราเวียร์ได้กี่เม็ด และจะมีวิธีการกระจายอย่างไร เพื่อให้สามารถวางแผนการบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸³

หลังจากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ในบางจังหวัดก็ออกข่าวระบุงบปัญหาไปในทิศทางเดียวกันว่ายาฟาวิพิราเวียร์มีไม่เพียงพอ จากความต้องการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมากหลังกระทรวงสาธารณสุขปรับแนวทางการรักษามาใช้มาตรการ “เจอ แจก จบ” ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่เข้าร่วมโครงการก็ได้รับแจ้งว่ายาผลิตไม่ทัน ซึ่งองค์การเภสัชกรรมระบุว่าได้สำรองวัตถุดิบสำหรับการผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ไว้มากพอ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดเมื่อปลายปี 2564 คลื่นคลายลง จึงได้ชะลอการผลิตเอาไว้ก่อน ต่อเมื่อเกิดการระบาดหนักอีกครั้งในช่วงต้นปี 2565 ก็ได้เร่งผลิตยานี้ให้ทันกับความต้องการมากขึ้น โดยแหล่งข่าวจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าองค์การเภสัชฯ ส่งมอบยาฟาวิพิราเวียร์ได้ประมาณ 15 ล้านเม็ด/สัปดาห์ ขณะที่อัตราการใช้อ้อยู่ที่สัปดาห์ละ 15-20 ล้านเม็ด¹⁸⁴

¹⁸² <https://www.prachachat.net/marketing/news-874719>

¹⁸³ <https://www.prachachat.net/general/news-896361>

¹⁸⁴ <https://www.prachachat.net/general/news-896409>

จากข้อมูลแผนการจัดการจัดหา ผลิต และสำรองยาฟ้าวิราเวียร์ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 28 มี.ค. 2565 พบว่าในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2565 หากเป็นไปตามแผน จะมียาที่ได้จากการผลิตและจัดหา (นำเข้า) ทั้งหมด 120.3 ล้านเม็ด เมื่อรวมกับจำนวนการสำรองยา 23.3 ล้านเม็ด ก็จะมียา 143.6 ล้านเม็ด ซึ่งหากอ้างอิงจากอัตราการใช้ยา 15-20 ล้านเม็ด/สัปดาห์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน จะต้องใช้ยาทั้งหมดอย่างน้อย 180-240 ล้านเม็ด ประเด็นปัญหาเรื่องมียาฟ้าวิราเวียร์ที่ไม่เพียงพอก็น่าจะเป็นปัญหาจริง¹⁸⁵

นอกจากยาสองตัวแรกแล้ว ไทยยังมีการใช้ ‘สมุนไพรฟ้าทะลายโจร’¹⁸⁶ ซึ่งได้รับอนุมัติให้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร¹⁸⁷ เมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ให้เป็นยารักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีความรุนแรงน้อยเพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่มีการควบคุมปริมาณ andrographolide รวม 2 รายการคือยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจรและยาจากผงฟ้าทะลายโจร โดยให้รับประทานในขนาดยาที่มีปริมาณ andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวันต่อเนื่อง 5 วัน โดยแบ่งให้วันละ 3 ครั้ง

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการเผยแพร่ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรในไทย แต่ผลจากงานวิจัยก็มีไม่มากพอ และมีกรณีที่มีพบปัญหาข้อผิดพลาดในเรื่องนัยสำคัญทางสถิติจนต้องขอถอนงานวิจัยชิ้นสำคัญไปชิ้นหนึ่ง และที่ผ่านมาก็มีคำแนะนำให้ใช้ฟ้าทะลายโจรในกรณีที่มีอาการไม่รุนแรงในระยะเวลาดำเนิน 5 วันเนื่องจากอาจทำให้ตับอักเสบได้ จึงไม่แนะนำให้ใช้ร่วมกับยาฟ้าวิราเวียร์ซึ่งมีปัญหาคล้ายกัน

แต่ในช่วงที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีนและมีการระบาดอย่างหนัก เช่นในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดสูงสุดของเชื้อเดลตา ฟ้าทะลายโจรก็ประสบปัญหาขาดตลาดเช่นเดียวกับยาฟ้าวิราเวียร์ และยังพบปัญหาการขึ้นราคาตามความต้องการที่เพิ่มขึ้นด้วย (ฟ้าทะลายโจรไม่ได้ควบคุมการจัดสรรโดยกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกับยาฟ้าวิราเวียร์) โดยราคามีความแตกต่างกันตั้งแต่หลักร้อยถึงหลักพันหรือหลายพันกับยาอื่นหรือวิตามิน รวมไปถึงมีปัญหาหายาลอม ฉลากขาดข้อมูลหรือมีข้อมูลลวง¹⁸⁸

¹⁸⁵ <https://www.prachachat.net/general/news-896409>

¹⁸⁶ ฟ้าทะลายโจรเป็นยาที่ควรต้องใช้อย่างระมัดระวังเช่นกัน โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แนะนำการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19 สำหรับผู้ใหญ่ควรรับประทานยาที่มีปริมาณ Andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน (แบ่งวันละ 3 ครั้ง) ต่อเนื่อง 5 วัน และมีข้อห้ามใช้ในผู้ที่มีอาการแพ้ หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร เพราะอาจกระทบทารกได้ ผู้ป่วยโรคตับและไตอาจทำให้ยาสะสมในร่างกาย เนื่องจากกำจัดยาได้ช้า รวมถึงผู้ที่รับประทานยาตัวอื่น เช่น วาร์ฟาริน แอสไพริน โคลพิโดเกรล และยาลดความดันโลหิต

¹⁸⁷ ซึ่งมีผลทำให้ สบสช. อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ด้วย

¹⁸⁸ <https://www.bangkokbiznews.com/social/953333> ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดราคากลางยาแผนไทย พ.ศ. 2559 ได้กำหนดราคากลางยาฟ้าทะลายโจร หมวดกลุ่มที่ 2 ยาพัฒนาจากสมุนไพร (สูตรยาเดี่ยว) ชนิดแคปซูล 500 มิลลิกรัม ราคาแคปซูลละ 0.94 บาท (ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) ในขณะที่ พ.ร.บ. ว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 กำหนดให้ยาเป็นสินค้าควบคุม ห้ามขายเกินฉลากข้างกล่อง แต่ก็ยังพบว่าในช่วงที่มีการระบาดหนัก

หลังจากนั้น ไทยได้ทำสัญญาจัดซื้อยารักษาโรคโควิดจากต่างประเทศอีกอย่างน้อยสองตัว ได้แก่ ยาโมลนูพิราเวียร์ (Molnupiravir)¹⁸⁹ และยาแพกซ์โลวิด (Paxlovid)¹⁹⁰ และแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) ยี่ห้อ Evusheld

สำหรับ ‘ยาโมลนูพิราเวียร์’ เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2564 บริษัท Merck ได้ตกลงกับ Medicines Patent Pool (MPP) ให้สิทธิบัตรการผลิตยานี้กับประเทศรายได้ต่ำและปานกลางรวม 105 ประเทศทั่วโลก (ดูรายชื่อในตารางข้างล่าง) โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่ไม่รวมประเทศไทย (โดยผู้วิจัยไม่ทราบว่าประเทศไทยมีองค์กรรัฐหรือบริษัทเอกชนใดได้ยื่นเรื่องขอไปที่ MPP หรือไม่) ซึ่งผลจากข้อตกลงดังกล่าวก็มีงานวิจัยที่ประมาณการว่าราคาอาจลดเหลือไม่ถึง \$20 (600-700 บาท/การรักษา) หรือประเทศแถบอัฟริกาบางประเทศอาจผลิตได้ที่ต้นทุน \$7 (ไม่ถึง 250 บาท/การรักษา) และในขณะนี้มีการผลิตและวางขายตามร้านขายยาในลาวในราคา 600 บาท/กล่อง สำหรับ 1 คอร์สการรักษา (ด้วยยาขนาด 200 มก. 40 แคปซูล) ซึ่งต่ำกว่าราคายาฟาวิพิราเวียร์ที่ไทยผลิตและใช้เป็นหลักในปัจจุบัน

ตารางที่ 24 รายชื่อประเทศรายได้ต่ำและปานกลางรวม 105 ประเทศที่ได้รับสิทธิในการผลิต

Country List

Afghanistan, Algeria, Angola, Bangladesh, Belize, Benin, Bhutan, Bolivia (Plurinational State of), Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cambodia, Cameroon, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Congo, democratic Republic of the, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, Dominica, Egypt, El Salvador, Equatorial Guinea, Eritrea, Eswatini, Ethiopia, Fiji, Gabon, Gambia (the), Ghana, Grenada, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonesia, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jamaica, Kenya, Kiribati, Korea (Democratic People's Republic of), Lao People's Democratic Republic (the), Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Marshall Islands, Mauritania, Mauritius, Micronesia (Federated States of), Moldova, Republic of, Mongolia, Morocco, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Nicaragua, Niger, Nigeria, Pakistan, Papua New Guinea, Paraguay, Philippines, Rwanda, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Samoa, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Africa, South Sudan, Sri Lanka, Sudan, Suriname, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Tanzania, United Republic of, Timor-Leste, Togo, Tonga, Tunisia, Tuvalu, Uganda, Uzbekistan, Vanuatu, Venezuela (Bolivarian Republic of), Viet Nam, Yemen, Zambia, Zimbabwe

ประชาชนจำนวนมากไม่สามารถหาซื้อได้ในราคาที่ระบุไว้บนฉลาก และฉลากยาส่วนใหญ่ระบุน้ำหนักของผงสกัด ไม่ใช่ปริมาณของสาร Andrographolide

¹⁸⁹ การใช้ยาโมลนูพิราเวียร์ ผู้ติดเชื้อจะรับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 4 เม็ด เป็นเวลา 5 วัน หลังจากนั้นทางกระทรวงจะทำการเก็บประเมินผลการรักษา

¹⁹⁰ การใช้ยาแพกซ์โลวิด ผู้ป่วยต้องใช้ยาแพกซ์โลวิดควบคู่กับยาริโทนาเวียร์ โดยใช้ยาแพกซ์โลวิด 30 เม็ดต่อคน แบ่งเป็นวันละ 6 เม็ด เข้า 3 เม็ด / เย็น 3 เม็ด เป็นเวลา 5 วัน

ในช่วงปลายปี (ก่อนประกาศของ MPP และ Merck เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2564) หลังจากที่ Merck ขาย ยา 1.7 ล้านชุดให้รัฐบาลสหรัฐฯ ในราคาชุดละ \$700 (ประมาณ 20,000 บาทเศษต่อคอร์สการรักษา) นั้น เมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2564 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติกรอบวงเงินจำนวน 500 ล้านบาทสำหรับจัดซื้อยาโมลนูพิราเวียร์ 50,000 คอร์สการรักษา (ประมาณ 10,000 บาทต่อคอร์สการรักษา ด้วยขนาด 200 มก. 40 แคปซูล) ซึ่งได้รับ รวม 2 ล้านเม็ดเมื่อ 18 มีนาคม 2565 และกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มกระจายยานี้ตั้งแต่ 21 มีนาคม 2565 โดย เริ่มกระจายยา 1 ใน 3 ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศ (โดยให้โรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้ดูแลและทำหน้าที่กระจายยา ต่อในจังหวัด)¹⁹¹ และจ่ายให้กับกลุ่มสูงอายุและกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มนำร่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าหากใช้ แล้วได้ผลดี กระทรวงสาธารณสุขจะจัดหาเข้ามาเพิ่ม อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีผลข้างเคียงพบว่ายามีจำนวน น้อย ราคาแพง และการขอใช้ยากก็ยุ่งยาก จึงยังไม่สามารถนำมาทดแทนยาฟาวิพิราเวียร์ได้¹⁹² แต่ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขอนุญาตให้เอกชนนำเข้ายานี้และสั่งจ่ายโดยแพทย์เองได้ และคงมีโอกาสที่ยานี้จะมีราคาต่ำลง บ้างในอนาคต (หรือไทยน่าจะอยู่ในวิสัยที่ต่อรองราคาได้บ้าง) และมีโอกาสมาใช้เป็นหลักแทนยาฟาวิพิราเวียร์ที่ ไทยใช้เป็นหลักในปัจจุบัน

ส่วน ‘ยาแพกซ์โลวิด’ เป็นยาด้านไวรัสชนิดเม็ดตัวใหม่อีกตัวหนึ่งโดย บ. ไฟเซอร์ สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่ ไม่รุนแรงและปานกลางที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยลดความเสี่ยงการป่วยหนัก- เสียชีวิตในผู้ป่วยโควิด-19 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ใช้คำว่า "แนะนำอย่าง แข็งขัน" (a strong recommendation) ว่า "เป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงใน ปัจจุบัน" เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2565¹⁹³ จากการทดลองกับผู้เข้าร่วม 2,957 คนเพื่อทดสอบว่ายาแพกซ์โลวิด สามารถป้องกันโควิดได้หรือไม่ นักวิจัยพบว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อลดลง 32% ในกลุ่มที่ได้รับแพกซ์โลวิดเป็น เวลา 5 วันเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับยาหลอก และลดลง 37% ในผู้ที่ได้รับยาแพกซ์โลวิดได้รับการรักษาเป็นเวลา 10 วัน แต่ผลการศึกษานี้กลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹⁴ และเมื่อวันที่ 24 มี.ค. 2565 อธิบดีกรมการแพทย์ได้ลงนามใน สัญญาการจัดซื้อยาแพกซ์โลวิด สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 50,000 คอร์สการรักษาหรือผู้ป่วย 50,000 คน จากบริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด และเริ่มกระจายยาให้สถานพยาบาลในช่วงหลังของเดือนเมษายน 2565

¹⁹¹ <https://workpointtoday.com/0covid19-423/>

¹⁹² <https://www.springnews.co.th/news/822455>

¹⁹³ "WHO recommends highly successful COVID-19 therapy and calls for wide geographical distribution and transparency from originator" (April 22, 2022). WHO.

¹⁹⁴ <https://www.washingtonpost.com/health/2022/04/27/paxlovid-second-case-covid/>

รูปที่ 92 เปรียบเทียบยารักษา COVID-19 4 ตัวหลักที่ใช้ในประเทศไทย

เปรียบเทียบยารักษา COVID-19				
	Favipiravir	Remdesivir	Molnupiravir	Paxlovid
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส	ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส	ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส	ยับยั้งการสร้างโปรตีนของไวรัส
Thai FDA	Emergency used	Emergency used	Emergency used	Emergency used
US FDA	X	Emergency used	Emergency used	Emergency used
ข้อบ่งใช้	ผู้ป่วยโควิดอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง (เด็ก & ผู้ใหญ่) รวมกลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วยโควิดอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง (เด็ก & ผู้ใหญ่) รวมกลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วยโควิดอาการน้อยถึงปานกลาง เน้นในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป	ผู้ป่วยโควิดอาการน้อยถึงปานกลาง เน้นในกลุ่มเสี่ยง
การให้ยา	รับประทาน	หลอดเลือดดำ	รับประทาน	รับประทาน
สตรีตั้งครรภ์ให้ใช้ได้	ไตรมาส 2 & 3 อาจพิจารณาให้ใช้ได้	ทุกไตรมาส	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร
ราคา / คอร์ส	800 บาท	1,512 บาท	~10,000 บาท	~10,000 บาท

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES  80 ปี กรมการแพทย์ ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต

ที่มา: กรมการแพทย์ (เผยแพร่ประมาณ 22 มี.ค. 2565)

รูปด้านบนเป็นการเปรียบเทียบยารักษา COVID-19 ทั้ง 4 ตัวหลักที่ใช้ในประเทศไทยในปัจจุบัน จะสังเกตเห็นว่ายาททุกตัวจะใช้กับผู้ป่วยโควิดที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่ผ่านมายาฟาวิพิราเวียร์มีราคาถูกที่สุด แต่เป็นยาตัวเดียวที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration: FDA) ไม่ได้อยู่ในรายการยาที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้กับ COVID-19 และปัจจุบันไม่ได้ใช้รักษาโรคนี้นในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นที่มาของยานี้ด้วย แต่ในอนาคตที่ประเทศจำนวนมากผลิตยานี้ได้เอง และราคายานี้ในต่างประเทศต่ำกว่าที่ไทยซื้ออย่างมากนั้น ไทยก็น่าจะมีโอกาสต่อรองซื้อยาฟาวิพิราเวียร์ในราคาที่ลดลงกว่าที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งถ้าทำได้ก็น่าจะทำให้การใ้ชยานี้ซึ่งมีความคุ้มค่ากว่าการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ที่ไทยยังใช้เป็นหลักในปัจจุบัน

นอกจากนี้ ไทยเพิ่งสั่งซื้อแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) ยี่ห้อ Evusheld ของแอสตราเซนเนกา ซึ่งประกอบด้วยแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวสองชนิด ได้แก่ Tixagevimab และ Cilgavimab ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ในภาวะฉุกเฉินสำหรับป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อโควิด 19 ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปและน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม ที่สหรัฐอเมริกาเมื่อ ธ.ค. 2564 และยุโรปเมื่อเดือน มี.ค. 2565 โดยมีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องปานกลางถึงรุนแรง ที่อาจตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อวัคซีนโควิดได้ไม่ดี หรือคนที่มีข้อห้ามในการฉีด

วัคซีน หรือไม่ได้ฉีดวัคซีน ราคาเฉลี่ย 29,395 บาท/โดส ซึ่งแพงกว่าที่เสนอโดยคณะกรรมการ MIU สธ.¹⁹⁵ โดยไทยได้รับมอบ LAAB ลอตแรกจำนวน 7,000 โดสในเดือน ก.ค. 2565 และส่วนที่เหลือจะทยอยส่งมาให้ภายในปี 2565 นี้

เป็นที่น่าสังเกตว่า แอสตราเซนeca ได้มอบแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) Evusheld จำนวน 1.7 ล้านโดสให้สหรัฐอเมริกาฟรี ซึ่งอาจเป็นเพราะต้องการแนะนำแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวนี้ในช่วงที่คนยังไม่รู้จักหรือนิยมใช้ด้วย แต่กิจการที่ไทยต้องซื้อในราคาสูง โดยที่มีข้อมูลแล้วว่าเป็นราคาที่ไม่คุ้มค่าสำหรับไทย ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเจรจาควบกับการขอลดจำนวน (และขยายเวลา?) สั่งซื้อวัคซีนของแอสตราเซนeca แล้วโยกเงินที่เหลือมาซื้อแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (LAAB) Evusheld แทน ซึ่งอาจทำให้ฝ่ายไทยอาจเสียเปรียบในการต่อรองไปบ้างด้วย

10.5.2 ข้อสังเกตเรื่องการใช้และจัดหาการรักษาโควิด-19

ในความเป็นจริง ยาเองก็มีปัญหาที่คล้ายกับวัคซีน ตัวอย่างเช่น ยาใหม่ๆ ที่ WHO แนะนำบางตัวก็มีการแย่งซื้อกันจนขาดตลาดเป็นเวลานาน และยาที่ใช้มานานบางตัวก็มีการดื้อยา ยาบางตัวก็มีคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ในการรักษาอีกต่อไป เช่น hydroxychloroquine; lopinavir-ritonavir และ ivermectin (ยกเว้นเพื่อการวิจัย) การจัดหาของไทยควรต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ด้วย ถ้าต้องการลดอัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 ให้ต่ำอย่างสมเหตุสมผลที่สุด

ที่ผ่านมามาต้านไวรัสที่ไทยใช้เป็นหลักคือยาฟาวิพิราเวียร์ซึ่งมีราคาถูกที่สุดที่ไทยหาได้ แต่ยาดังกล่าวอาจจะไม่ได้ดีเท่ากับยาตัวอื่นที่ผ่านการทดสอบและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration: FDA) และยาในรายการยาที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้กับ COVID-19 เช่น โมลนูพิราเวียร์ ซึ่งไทยไม่ได้อยู่ในกลุ่ม 105 ประเทศที่ได้รับการถ่ายทอดวิธีการผลิตยาโมลนูพิราเวียร์ ซึ่งไทยในฐานะที่ยังเป็นประเทศรายได้ปานกลางที่ยังควรหาทางเจรจาต่อรองเรื่องนี้ เช่น อาจเจรจาขอรับถ่ายทอดเทคโนโลยีจากบริษัท Merck โดยมี license fee ที่ไม่สูงจนเกินไป โดยอาจให้ค้ำประกัน

¹⁹⁵ คณะกรรมการ MIU ของกระทรวงสาธารณสุขโดยทีมวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับกรมควบคุมโรค ได้ประเมินความคุ้มค่าของ Evusheld สำหรับป้องกันโควิด 19 โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ในการทำนายต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า Evusheld สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 การป่วยหนักและเสียชีวิตในผู้ป่วย 3 กลุ่ม (ผู้ป่วยลำไส้ ผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ และผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องภูมิคุ้มกันของตนเอง) ในระยะเวลา 6 เดือนได้ และการตรวจคัดกรองระดับภูมิคุ้มกันก่อนให้ Evusheld จะทำให้การใช้ Evusheld ในผู้ป่วยมีความคุ้มค่ามากขึ้น โดยจะลดภาระงบประมาณในการจัดซื้อ Evusheld ได้มากกว่าครึ่ง จากราคา Evusheld ที่ใช้ในแบบจำลองเท่ากับ 25,000-29,000 บาทต่อคน ภายใต้ข้อสมมุติว่า Evusheld จะป้องกันโควิด 19 ได้ 6 เดือน (ซึ่งอาจสูงกว่าที่ผู้ผลิตระบุด้วย) ก็จะทำให้ Evusheld มีความคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยลำไส้ แต่ Evusheld จะมีความคุ้มค่าสำหรับผู้ปลูกถ่ายอวัยวะและผู้ป่วยเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันตนเอง ก็ต่อเมื่อราคาลดลงเหลือ 15,000 บาท และ 7,800 บาทตามลำดับ

สัญญาว่าไทยจะไม่ใช้ compulsory licensing หรือเจรจาขอลดราคาขายลงมาให้ใกล้เคียงหรือสูงกว่าที่จำหน่ายในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางที่ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีไม่มากเกินไป แทนที่จะต้องซื้อในราคาที่สูงกว่า 16 เท่าของเพื่อนบ้านในช่วงที่ผ่านมา (ซึ่งสูงจนกระทั่งอาจกลายมาเป็นอุปสรรคที่อาจทำให้คนไทยเข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงยานี้ได้ช้ากว่าประเทศรายได้น้อยและปานกลางอื่นหลายประเทศไปอีกเป็นเวลานาน) และในกรณีที่ไม่สามารถตกลงราคาที่สมเหตุสมผลได้ และการระบอดังดำเนินต่อไปเป็นเวลานาน ก็ไม่ควรละทิ้งการพิจารณาใช้ compulsory licensing (CL) แต่เป็นวิธีสุดท้ายเฉพาะในกรณีที่เห็นว่ามีจำเป็นอย่างยิ่งยวด (โดยพิจารณาในบริบทของภาพรวมที่ไม่ใช่เจาะจงที่ยาตัวนี้ตัวเดียว)

10.6 ยุทธศาสตร์ Zero Covid และยุทธศาสตร์ Living with Covid

ท่ามกลางการแพร่ระบาดของอย่างรุนแรงของไวรัสโคโรนา สายพันธุ์เดลต้า ที่ผ่านมา ซึ่งหลายประเทศมีปัญหามากในการควบคุมการแพร่ระบาด แต่หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่บางประเทศนำมาใช้ในการรับมือกับไวรัสที่ผ่านมานี้ ก็คือยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า Zero Covid อย่างไรก็ตาม ด้วยอัตราการฉีดวัคซีนที่สูง และความเชื่อที่ว่าจะฉีดวัคซีนจะไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้ ทำให้บางประเทศที่เคยใช้ยุทธศาสตร์นี้ กำลังพยายามหาทางปรับลดความเข้มงวดของยุทธศาสตร์ดังกล่าวลง โดยยุทธศาสตร์ใหม่ที่กำลังถูกกล่าวถึงในขณะนี้คือ ยุทธศาสตร์ Living with Covid

ยุทธศาสตร์ Zero Covid

แนวคิดการกำจัดโรคโควิดให้หมดสิ้นไปมีพื้นฐานมาจากยุทธศาสตร์ที่เน้นระบาดวิทยาใช้ในกระบวนการควบคุมโรคติดเชื้อที่เรียกว่า “การกำจัดโรค” (elimination) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงจนเหลือศูนย์ โดยถ้าเป็นประเทศก็ต้องมีทั้งมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องไม่ให้มีการนำเข้าสู่ผู้ติดเชื้อใหม่จากต่างประเทศ และใช้ “การจำกัดพื้นที่ระบาด” (containment) ซึ่งหมายถึงการลดจำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศ (หรือในพื้นที่ (Zone) ที่พบเชื้อในประเทศ) ให้อยู่ในระดับต่ำจนอยู่ภายใต้ขีดความสามารถในการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้ง “การกวาดล้างโรค” (eradication) ที่มีเป้าหมายทำให้โรคติดต่อดังกล่าวให้หมดไปจากประเทศหรือทั้งโลก นอกจากนี้ ยังเป็นการซื้อเวลาในขณะที่รอการพัฒนาและทดสอบวัคซีน และยาในการรักษาต่างๆ อีกด้วย

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) ประสบความสำเร็จในการใช้แนวคิด “การกำจัดโรค” เป็นแนวทางในการทำงานควบคุมโรคติดเชื้อร้ายแรงหลายโรคไม่แพร่กระจายในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น โรคไข้เลือดออกอีโบลา (Ebola Hemorrhagic Fever) โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคทางเดินหายใจจากตะวันออกกลาง (MERS) ซึ่งประเทศต่างๆ ที่เกิดการระบาดหรือพบผู้ติดเชื้อ สามารถควบคุมโรคเหล่านี้ได้โดยไม่ต้องใช้วัคซีนเสียด้วยซ้ำไป นอกจากนี้ เรายังเคยมีความร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อ

“กวาดล้างโรค” (eradication) จนทำให้โรคติดต่อร้ายแรงหายไปจากโลกได้สองโรคโดยใช้วัคซีน คือโรคไข้ทรพิษ หรือฝีดาษ (small pox) และโรคโปลิโอ (poliomyelitis)

ในกรณีของโรคโควิด-19 นั้น เมื่อปี พ.ศ. 2563 ประเทศจีน นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย และหลายๆ ประเทศ ในเอเชียแปซิฟิก เช่น ใต้หวัน สิงคโปร์ และเวียดนาม โดยประเทศเหล่านี้ต่างก็มีการใช้มาตรการควบคุมโรคแบบเข้มข้นในระยะสั้น เพื่อตรวจโรค ตามรอยโรค กักแยกโรค จนกระทั่งไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายในพื้นที่นั้นอีก แล้วจึงค่อยผ่อนคลายให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตและประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัย ทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านี้ สามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ เกือบตลอดเวลา นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ Zero Covid ยังช่วยให้ประเทศเหล่านี้มีอัตราการเสียชีวิตต่อหัวที่ต่ำ มีการล็อกดาวน์ที่สั้นกว่าและเข้มงวดน้อยกว่า และสามารถฟื้นฟูเศรษฐกิจได้อย่างรวดเร็วเมื่อเทียบประเทศอื่น อย่างยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ใช้วัคซีนและยุทธศาสตร์อื่นๆ เพื่อขจัดเชื้อไวรัส

ประเทศจีน เป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการดำเนินการนโยบาย “ปลอดโควิด” ตั้งแต่กลางปี 2563 ซึ่งจีนใช้มาตรการปิดเมืองตรวจโรคในทุกครั้งที่พบการระบาดในเมืองนั้นๆ ทำให้เมืองใหญ่ที่เป็นจุดเริ่มของการระบาดอย่างอุ้ย๋านสามารถกำจัดโรคแล้วให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และเมื่อตรวจพบผู้ติดเชื้อ จีนก็ปิดเมืองแล้วส่วนใหญ่ในวันถัดมาก็ส่งทีมเข้าไปตรวจเชื้อโดยวิธีมาตรฐาน (RT-PCR) กับคนทั้งเมือง (เริ่มจาก 10 ล้านคนที่อุ้ย๋านในเดือนพฤษภาคม-ต้นมิถุนายน 2563) และใช้มาตรการนี้มาโดยตลอดกับเมืองหรือมณฑลต่างๆ จนถึงปัจจุบัน ทำให้สามารถแยกผู้ติดเชื้อออกมาได้อย่างเร็ว และทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่กลายเป็นศูนย์ในระยะเวลาไม่นานแล้วสามารถกลับมาเปิดเมืองนั้นๆ ให้ประชาชนทั่วไปสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติได้อย่างปลอดภัยในเกือบทั้งประเทศ แม้ว่าหลายๆ ฝ่าย จะไม่เชื่อการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อของประเทศจีนก็ตาม อย่างไรก็ตาม จีนก็เริ่มประสบปัญหาความไม่พอใจจากประชาชนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในฤดูหนาว 2564 ซึ่งประชาชนต้องมาเข้าคิวตรวจเชื้อทั้งเมืองท่ามกลางอากาศที่หนาวเหน็บจากที่พบผู้ติดเชื้อเพียงไม่กี่เคส และในปี 2565 ซึ่งการระบาดมีความรุนแรงขึ้นในหลายเมืองทำให้ต้องปิดเมืองใหญ่บางเมืองเป็นเวลานาน ซึ่งล่าสุดตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม จีนสั่งมาตรการล็อกดาวน์เขตเจียงเซี่ย ของเมืองอุ้ย๋าน ซึ่งมีประชากรกว่า 900,000 คน เป็นเวลา 3 วัน หลังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่แสดงอาการ 2 คนเมื่อ 2 วันก่อนหน้า แล้วพบอีก 2 รายจากการติดตามผู้ที่ติดต่อกับผู้ป่วยกลุ่มแรก ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีจีนยังคงยุทธศาสตร์ Zero Covid และยังคงประสบความสำเร็จในการตัดวงจรการระบาดใหม่ๆ แต่

ก็ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ผู้ประกอบธุรกิจและการใช้ชีวิตของประชาชน รวมทั้งในเขตฮ่องกงและมาเก๊าซึ่งมีกิจกรรมที่ติดต่อกับต่างประเทศมากอีกด้วย¹⁹⁶

ไต้หวัน ได้นำยุทธศาสตร์นี้มาใช้ในเดือนพฤษภาคม 2564 ในช่วงที่พบการระบาดมากถึง 700 รายต่อวัน และสามารถควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อจนลดเหลือเพียงประมาณ 8-10 รายต่อวัน¹⁹⁷ ในช่วงนั้น อย่างไรก็ตาม ในช่วงกลางปี 2565 ไต้หวันก็มีปัญหาการระบาดที่รุนแรงขึ้นมาจากเชื้อโอมิครอนจนต้องถอยออกมาจากการใช้ยุทธศาสตร์นี้ และสร้างความสับสนเป็นอย่างมากในการสื่อสารต่อประชาชน

มุมมองที่เปลี่ยนไปต่อยุทธศาสตร์ Zero Covid

ด้วยความสามารถในการแพร่กระจายที่รวดเร็วของไวรัสโคโรนา สายพันธุ์เดลต้า ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ความเหนื่อยล้าจากการล็อกดาวน์ ประกอบกับความพร้อมของวัคซีนที่สามารถกระจายได้มากขึ้น หลายประเทศเริ่มเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อยุทธศาสตร์นี้ไป ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่ายุทธศาสตร์นี้อาจไม่เหมาะสมและยั่งยืนในระยะยาวกับภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคเศรษฐกิจ ส่งผลให้หลายๆ ประเทศเริ่มมองหายุทธศาสตร์/วิธีการใหม่ๆ เพื่อปรับสมดุลระหว่างการควบคุมการแพร่ระบาดและการอนุญาตให้มีกลับมาดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์นั้นก็คือ ยุทธศาสตร์การอยู่ร่วมกับโควิด (Living with Covid Strategy)

ออสเตรเลีย เป็นหนึ่งในประเทศที่ใช้ยุทธศาสตร์ Zero Covid เคียงคู่ประเทศนิวซีแลนด์มา แต่เมื่อเริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์เดลต้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ออสเตรเลียเริ่มตระหนักได้ว่าการควบคุมการแพร่ระบาดให้เข้าใกล้ศูนย์มีความเป็นไปได้น้อยมาก ในขณะที่การล็อกดาวน์และข้อจำกัดอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อประชากรในประเทศ และนำไปสู่การประท้วงใหญ่และรุนแรงในบางครั้ง และในวันที่ 6 สิงหาคม 2564 ออสเตรเลียก็ประกาศละทิ้งยุทธศาสตร์ Zero Covid ทั้งประเทศ¹⁹⁸ ด้วยการอ้างแบบจำลองที่ศึกษาโดย Peter Doherty ศาสตราจารย์ด้านการติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อจำกัดต่างๆ สามารถที่จะผ่อนคลายเป็นได้ **โดยที่ระบบสาธารณสุขยังคงมีกำลังที่รองรับไว้ได้ในขนาดที่ไม่หนักจนเกินไปเมื่อประชากรเกินกว่า 70% ได้รับวัคซีนครบโดส และสามารถปล่อยให้มีการดำเนินกิจกรรมได้อย่างอิสระมากขึ้นเมื่อประชากรเกินกว่า 80% ได้รับวัคซีนครบโดส**

¹⁹⁶ <https://www.thairath.co.th/news/foreign/2458046>

¹⁹⁷ <https://www.science.org/content/article/can-zero-covid-countries-continue-keep-virus-bay-once-they-reopen>

¹⁹⁸ <https://www.economist.com/asia/2021/08/28/australia-is-ending-its-zero-covid-strategy>

ในเดือน ก.ย. 2564 บางรัฐในประเทศออสเตรเลีย เช่นรัฐ New South Wales ก็ได้มีการปล่อย Roadmap สำหรับการผ่อนคลามาตรการเพื่อให้ประชาชนมีอิสระมากขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดว่า เมื่อประชาชนในรัฐมีอัตราการฉีดวัคซีนถึง 70% มาตรการ Stay-at-home จะถูกยกเลิกไปสำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีนครบโดส แต่ยังคงต้องใส่หน้ากากในพื้นที่ปิด และข้อจำกัดของการรวมกลุ่มขนาดใหญ่จะยังคงไว้ตามเดิมสำหรับตอนนี้

สิงคโปร์ ด้วยอัตราการฉีดวัคซีนในประเทศที่สูง จากข้อมูลของ Our World in Data เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2564 ประชากรกว่า 79% ของสิงคโปร์ได้รับวัคซีนครบโดสแล้ว โดยในเดือนมิถุนายน รัฐบาลสิงคโปร์ได้ประกาศว่าจะเดินทางสู่ยุทธศาสตร์ “อยู่ร่วมกับโควิด-19” โดยมุ่งเน้นที่การติดตามและรักษากลุ่มการระบาดด้วยการฉีดวัคซีนและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แทนที่มาตรการข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจจะเข้มงวดมากจนเกินไป¹⁹⁹

ตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม 2564 สิงคโปร์ได้ประกาศยกเลิกยุทธศาสตร์ Zero Covid และให้เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น โดยเริ่มมีการผ่อนปรนมาตรการข้อจำกัดต่างๆ อย่างระมัดระวัง (preparatory stage) มีการเปิดให้ผู้ที่ได้รับวัคซีนครบโดสสามารถเข้าไปใช้บริการนั่งทานอาหารภายในร้านได้ รวมถึงอนุญาตให้มีการรวมกลุ่มกันในพื้นที่สาธารณะได้เพิ่มจาก 2 ราย เป็น 5 ราย อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงให้มีมาตรการสวมหน้ากาก มาตรการเว้นระยะห่าง การให้ Work from Home การกินข้าวที่บ้าน และการจำกัดจำนวนนักท่องเที่ยวในประเทศ จนกว่าทั่วทั้งโลกจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ และความรุนแรงของไวรัสนั้นลดลง โดยคาดว่าจะเข้าสู่ขั้นต่อไปได้เมื่อประชากรในประเทศได้รับวัคซีนเกินกว่า 80%

นอกจากนี้ สิงคโปร์จะเริ่มอนุญาตให้นักท่องเที่ยวที่มีภูมิคุ้มกันจากประเทศบรูไนและเยอรมนีเข้าประเทศได้โดยไม่ต้องกักตัวเป็นขั้นตอนทดลอง แต่การขยายมาตรการผ่อนปรนนี้อาจจะต้องชะลอไปก่อน เพราะในขณะนี้ประเทศสิงคโปร์กำลังเผชิญกับการระบาดระลอกใหญ่ในรอบปี จากการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อที่สูงถึงกว่า 450 รายในวันที่ 9 กันยายน 2564 ทั้งๆ ที่ประชากรส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบโดสแล้ว อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าเกินกว่า 98% จะเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและอาการเล็กน้อย ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะมีอาการพิจารณาเพื่อให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน (Home Isolation) เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล²⁰⁰

และเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2564 **ประเทศนิวซีแลนด์**ก็ได้ประกาศละทิ้งยุทธศาสตร์ Zero Covid หลังจากอาศัยการดำเนินยุทธศาสตร์ดังกล่าวและถือว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่ความสำเร็จอย่างมากในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสโควิดสายพันธุ์เดลต้า ส่งผลให้แม้รัฐบาลนิวซีแลนด์จะพยายามอย่างหนัก แต่ก็ไม่

¹⁹⁹ <https://www.aljazeera.com/news/2021/9/20/can-we-live-with-covid-19-singapore-tries-to-show-how>

²⁰⁰ <https://www.science.org/content/article/can-zero-covid-countries-continue-keep-virus-bay-once-they-reopen>

สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์ได้ โดยมีการติดเชื้อในครัวเรือนมากขึ้น ส่งผลให้การล็อกดาวน์กินเวลานานมากกว่าที่คิดไว้ (ตั้งแต่ตรวจพบเชื้อจำนวน 1 รายวันที่ 17 สิงหาคม 2564) นำมาซึ่งการละทิ้งยุทธศาสตร์ดังกล่าว²⁰¹

สาเหตุหนึ่งที่นิวซีแลนด์ยังพยายามคงยุทธศาสตร์ Zero Covid ไว้ก่อนหน้านั้น ก็เพราะสัดส่วนของประชากรที่ได้รับวัคซีนครบโดสยังต่ำ (แค่ 47.46% ของประชากรได้รับวัคซีนครบโดสในต้นเดือนตุลาคม 2564)²⁰² อีกทั้งยุทธศาสตร์นี้ก็ยังเป็นที่ยอมรับในหมู่ประชาชน แต่หลังจากนั้น นิวซีแลนด์หันไปมุ่งเน้นการเร่งฉีดวัคซีนให้ได้ อัตราสูงขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการติดตามและเฝ้าระวัง และจำกัดการรวมกลุ่ม (รวมไปถึงใช้มาตรการล็อกดาวน์ที่มีความเข้มงวดน้อยลง) แทน แต่จะค่อยๆ ลดระดับความเข้มงวดของมาตรการลง โดยพิจารณาเป็นรายพื้นที่

ยุทธศาสตร์ Living with Covid

แนวความคิดการอยู่ร่วมกับโรคโควิดมีพื้นฐานมาจากยุทธศาสตร์ที่นักระบาดวิทยาใช้ในกระบวนการควบคุมโรคติดเชื้อที่เรียกว่า “การลดผลกระทบของโรคระบาด” (mitigation) ซึ่งมีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยตายของผู้ติดเชื้อ (case-fatality rate) ในกรณีที่คาดการณ์ว่าจะไม่สามารถการกวาดล้างโรคนี้ออกไป หรือควบคุมการแพร่เชื้อให้อยู่ในระดับต่ำมากได้ ในกรณีของโรคโควิด-19 ผู้ที่สนับสนุนแนวคิดนี้มักเชื่อว่าโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (endemic disease) ที่ยากที่จะกำจัดให้หมดไปจากประเทศได้ แต่อาจบรรเทาปัญหาโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมช่วย เช่น การใช้วัคซีนต้านโควิดที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอัตราป่วยตาย ซึ่งในปัจจุบันวัคซีนยังถือเป็นทางออกที่สำคัญในการรับมือกับโควิด-19 ตามยุทธศาสตร์นี้ และการช่วยให้ธุรกิจและประชาชนเข้าถึงชุดตรวจเร็วที่สามารถตรวจได้เองอย่าง ATK (เพื่อตรวจหาเชื้อ) และชุดตรวจภูมิคุ้มกัน ก็จะช่วยประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจการติดเชื้อ แล้วเข้ารับการรักษาที่จำเป็นได้เร็ว อันจะช่วยลด/ตัดวงจรการระบาดได้รวดเร็วขึ้น

การเลือกใช้ยุทธศาสตร์อยู่ร่วมกับโควิดเป็นทางเลือกที่ทำให้ประเทศอาจไม่จำเป็นต้องปรับตัวอย่างขนานใหญ่เพื่อทำให้การระบาดจบลงอย่างรวดเร็ว (ซึ่งในความเป็นจริง การปรับตัวในบางประเทศก็อาจทำได้ยากมากหรือแทบเป็นไปไม่ได้เลย) ภายใต้อายุทธศาสตร์นี้ ในช่วงที่มีการระบาดระลอกใหญ่ขึ้นมา ประเทศก็อาจเน้นการรับมือการระบาดด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งให้ประชาชนช่วยเหลือและป้องกันตัวเอง “ตั้งการ์ดให้สูง” โดยรัฐยอมรับภาวะการมีผู้ติดเชื้อใหม่ที่เพิ่มขึ้น (ซึ่งอาจส่งผลให้จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นได้ ทั้งในระยะ

²⁰¹ <https://indianexpress.com/article/explained/why-new-zealand-is-being-criticised-for-its-zero-covid-strategy-7481013/>

²⁰² https://www.stuff.co.nz/national/explained/300422753/why-new-zealands-covid19-elimination-strategy-is-over?fbclid=IwAR3ANuYIY0JYvL_0IMUP7K3ARRMJVXig3aDnyX22wzBjLG0hOONOfA__sYY

สั้นและในบางกรณีอาจลุกลามเป็นวิกฤตโควิด-19 ระลอกใหม่ในระยะถัดไปได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการระบาดของสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่ทำให้วัคซีนที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพลดลงในการป้องกันการติด/แพร่เชื้อ และการป่วยตาย)

ในแง่หนึ่ง การใช้ยุทธศาสตร์อยู่ร่วมกับโควิดอาจเป็นทางเลือกหนึ่งของการ “ซื้อเวลา” ซึ่งถ้าวัคซีนช่วยลดอัตราการติดเชื้อและป่วยตายได้ดีพอ การรับมือในด้านอื่นของรัฐที่เข้าไปบ้างก็อาจมีต้นทุน (หรือความเสียหาย) ที่ไม่สูงขึ้นมากรลงทุนและใช้มาตรการควบคุมโรคอย่างเข้มข้น (รวมทั้งมาตรการชดเชยเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการล็อกดาวน์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือสูงสุดในการควบคุมโรค) ก็อาจมีความจำเป็นน้อยลง การใช้ยุทธศาสตร์นี้จึงอาจช่วยลดต้นทุนในการควบคุมโรคลงได้บ้าง หรืออาจช่วยให้ไม่ต้องเร่งลงทุนขยายศักยภาพเพิ่มอย่างขนานใหญ่ในช่วงที่ประเทศมีการระบาดมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกจาก สิ่งโปรซึ่งเป็นที่ศึกษาที่น่าสนใจในบรรดาประเทศที่ประกาศใช้การยุทธศาสตร์ Living with Covid และเริ่มมีดำเนินการอย่างระมัดระวัง ก็มีอีกหลายประเทศประกาศที่ดำเนินยุทธศาสตร์นี้ไปแล้วเช่นกัน ซึ่งแต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างกันไป ตามความพร้อมและสถานการณ์ และข้อกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคม โดยประเทศเหล่านี้ ได้แก่

ประเทศเดนมาร์ก ด้วยสัดส่วนประชากรที่ได้รับวัคซีนครบโดสมีมากกว่า 75% แล้ว (Our World in Data, 28 Sep 2021) และอัตราการแพร่ระบาด หรือ R-rate อยู่ที่ 0.7²⁰³ รัฐบาลเดนมาร์กได้ประกาศยกเลิกมาตรการข้อจำกัดทั้งหมดในประเทศตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2564 เป็นต้นไป และประกาศให้โควิดไม่ใช่ภัยร้ายแรงต่อสังคมเดนมาร์กอีกต่อไป ส่งผลให้ในขณะนี้ ประชาชนชาวเดนมาร์กสามารถเข้าไปใช้บริการสถานบันเทิง และร้านอาหารได้โดยไม่ต้องแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีนอีกต่อไป รวมไปถึง สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะได้โดยไม่ใส่หน้ากากอนามัย²⁰⁴

ประเทศแอฟริกาใต้ หลังจากอัตราผู้ติดเชื้อในประเทศลดลง ประธานาธิบดีแอฟริกาใต้ได้ประกาศว่าประเทศได้ผ่านสถานการณ์การระบาดครั้งใหญ่มาแล้ว และเริ่มยกเลิกมาตรการข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับโควิด เช่น ช่วงเวลาเคอร์ฟิวถูกกำหนดสั้นลงเป็น 23:00 น. ถึง 4:00 น. จำนวนคนที่อนุญาตให้รวมกลุ่มภายในอาคารได้เพิ่มขึ้นเป็น 250 คน และภายนอกอาคารเป็น 500 คน และข้อจำกัดในการขายแอลกอฮอล์ถูกปรับให้ลดลงเช่นกัน ในขณะที่อัตราการฉีดวัคซีนยังอยู่ในระดับต่ำ หรือมีเพียง 14.3% ของประชากรเท่านั้นที่ได้รับวัคซีนครบโดส²⁰⁵

²⁰³ หมายความว่าอัตราการแพร่ระบาดยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง หากเกิน 1.0 ผู้ป่วยโควิด-19 จะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ หากต่ำกว่า 1.0 กรณีจะลดลงในอนาคตอันใกล้

²⁰⁴ <https://edition.cnn.com/2021/09/16/world/covid-countries-opening-up-cmd-intl/index.html>

²⁰⁵ <https://edition.cnn.com/2021/09/16/world/covid-countries-opening-up-cmd-intl/index.html>

ประเทศชิลี จากการรายงานของ Our World in Data (28 Sep 2021) พบว่าประเทศชิลีมีประชากรที่ได้รับวัคซีนครบโดสเกินกว่า 74% สืบเนื่องมาจากการรณรงค์ฉีดวัคซีนที่ราบรื่นและประสบความสำเร็จ ซึ่งได้รับการยอมรับสากล²⁰⁶ (ตามรายงานล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข เกือบ 87% ของชาวชิลีที่เข้าเกณฑ์ได้รับการฉีดวัคซีนครบถ้วนแล้ว²⁰⁷) ถึงแม้จะได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา สายพันธุ์เดลต้าเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ แต่รัฐบาลก็ได้ประกาศเปิดประเทศสู่การท่องเที่ยวระหว่างประเทศอีกครั้งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมซึ่งจะเป็นช่วงฤดูร้อนของประเทศแถบซีกโลกใต้พอดี โดยจะอนุญาตให้ชาวต่างชาติที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดและต้องแยกกักตัวเป็นเวลา 5 วันเมื่อเดินทางมาถึง ให้สามารถเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวได้

สหราชอาณาจักร ด้วยการกระจายของวัคซีนในวงกว้าง (กว่า 67% ของประชากรได้รับวัคซีนครบโดส) อังกฤษได้ยกเลิกข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดไปเกือบหมด ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีคำแนะนำให้มีการสวมหน้ากากในบางสถานที่ แต่ไม่ได้บังคับใช้ด้วยกฎหมาย นอกจากนี้ ยังอนุญาตให้คนที่ได้รับวัคซีนครบโดสจากสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป และประเทศที่มีความเสี่ยงต่ำ สามารถเดินทางเข้ามาในสหราชอาณาจักรได้โดยไม่ต้องกักตัวอีกต่อไป ส่วนสกอตแลนด์ และเวลส์ได้ยกเลิกข้อจำกัดส่วนใหญ่เช่นกัน อย่างไรก็ตาม จากการแพร่ระบาดของสายพันธุ์เดลต้า ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่จำนวนผู้เสียชีวิตยังถือว่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการฉีดวัคซีน²⁰⁸

ประเทศไทย ก็เป็นหนึ่งในประเทศที่มีการประกาศแผนที่จะอยู่ร่วมกับโควิด และที่ผ่านมามีประเทศไทยก็มีแผนที่เปิดประเทศและการท่องเที่ยวมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อฟื้นฟูอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวซึ่งเป็นแหล่งรายได้หลักของประเทศ แต่ก็ยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังคงอยู่ในระดับสูงในปัจจุบัน

นอกจากนี้ อีกหลาย ประเทศ ที่มีการเปิดให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติมากขึ้น รวมไปถึงบางประเทศกำลังทดลองยุทธศาสตร์ดังกล่าว และมีแผนที่จะนำมาใช้ในอนาคตอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น

ประเทศเกาหลีใต้ หลังจากล้มเหลวในความพยายามปรับลดมาตรการข้อจำกัดการใส่หน้ากากในพื้นที่กลางแจ้งในเดือนมิถุนายน 2564 ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ในวันที่ 10 กันยายน 2564 รัฐบาลเกาหลีใต้ก็ได้ตัดสินใจกำหนดให้มีการผ่อนปรนมาตรการเว้นระยะห่างเป็นเวลา 4 สัปดาห์เพื่อดูว่าประเทศจะสามารถดำเนินยุทธศาสตร์ Living with Covid ได้หรือไม่ สืบเนื่องมาจากมีการประท้วงต่อมาตรการเคอร์ฟิวหลัง 22:00 น. สำหรับร้านอาหารและร้านกาแฟ และการขาดการชดเชย/เยียวยาจากรัฐบาล ในขณะที่ กรมควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้ (30 กันยายน 2564) เห็นว่า เพื่อที่จะพิจารณาใช้ยุทธศาสตร์ Living with

²⁰⁶ <https://edition.cnn.com/2021/09/14/americas/chile-covid-19-vaccine-children-intl-latam/index.html>

²⁰⁷ <https://edition.cnn.com/2021/09/16/world/covid-countries-opening-up-cmd-intl/index.html>

²⁰⁸ <https://www.channelnewsasia.com/singapore/covid-live-endemic-restrictions-other-countries-2163161>

Covid นี้ ประชากรเกาหลีใต้ควรได้รับวัคซีนครบโดสเกินกว่า 80% และผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนครบโดสมากกว่า 90%²⁰⁹

ประเทศอิสราเอล ก็เป็นหนึ่งในประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรที่ได้รับวัคซีนครบโดสมากที่สุดในโลก (62%) ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการปรับลดมาตรการข้อจำกัดต่างๆ อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าหลังการแพร่ระบาดที่มากขึ้นของสายพันธุ์เดลต้า ซึ่งในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 ที่ผ่านมา มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อที่สูงถึง 11,000 ราย ส่งผลให้รัฐบาลอิสราเอลต้องหันมาพิจารณาที่จะใช้มาตรการล็อกดาวน์อีกครั้ง หากสถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น ในขณะที่ นายกรัฐมนตรีของอิสราเอล (13 กรกฎาคม 2564) ได้เสนอยุทธศาสตร์ใหม่ที่เรียกว่านโยบาย “การปราบปรามอย่างนุ่มนวล (soft suppression)” โดยต้องการให้ชาวอิสราเอลเรียนรู้ที่จะอยู่กับไวรัส ซึ่งรวมถึงการกำหนดข้อจำกัดให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และหลีกเลี่ยงการล็อกดาวน์ระดับประเทศซึ่งอาจส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจมากขึ้นไปอีก โดยให้เหตุผลว่า ในขณะนี้ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในประเทศได้รับวัคซีนกันถ้วนหน้าแล้ว²¹⁰

ประเทศฝรั่งเศส ก็พยายามกลับเข้าสู่สภาวะปกติมากขึ้น ด้วยการออก Health Pass หรือบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้ว ให้สามารถเข้าร้านอาหาร สถานบันเทิง และใช้บริการขนส่งสาธารณะได้²¹¹

ข้อพิจารณาเพิ่มเติม

ประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่ควรต้องชี้ให้เห็นก็คือ ความเข้าใจที่ว่าประเทศต่างๆ สามารถ “เลือกใช้” แนวคิดหรือยุทธศาสตร์หนึ่งใดในการรับมือกับโควิด-19 นั้น อาจเป็นความเข้าใจผิดเชิงตรรกะแบบ “ทางสองแพร่งลวง” (False Dilemma) ทั้งในแง่ที่

- ประเทศที่มีการระบาดอย่างรุนแรง (แต่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันหมู่) จนระบบควบคุมโรคและระบบรักษาพยาบาลไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะไม่อยู่ในฐานะที่จะเลือกใช้ยุทธศาสตร์ปลอดโควิด (Zero COVID) เพราะจะไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะตรวจ ติดตาม และแยกผู้ติดเชื้อทั้งหมดออกจากผู้ที่ไม่ติดเชื้อได้
- ประเทศที่เลือกใช้ยุทธศาสตร์อยู่ร่วมกับโรคโควิด (Living with COVID) ในขณะที่ควบคุมโควิดได้ดี และรักษาอัตราการป่วยหนัก และ/หรือเสียชีวิต ให้อยู่ในระดับต่ำ ก็จะมีโอกาสที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินยุทธศาสตร์อยู่ร่วมกับโรคโควิดต่อไป ได้ดีกว่าประเทศที่จำใจใช้ยุทธศาสตร์อยู่ร่วมกับโรคโควิดเพราะไม่สามารถกำจัดหรือควบคุมโควิดได้

²⁰⁹ https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2021/09/119_315111.html

²¹⁰ <https://www.channelnewsasia.com/world/living-covid-19-israel-changes-strategy-delta-variant-hits-2023296>

²¹¹ <https://indianexpress.com/article/explained/why-new-zealand-is-being-criticised-for-its-zero-covid-strategy-7481013/>

ในกรณีของไทยนั้น ตั้งแต่ระลอกเดลต้ามาจนถึงปัจจุบัน ก็เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าไทยคงไม่สามารถเลือกใช้ยุทธศาสตร์ปลอดโควิด (Zero COVID) ได้แล้ว ทำให้ในปี 2565 รัฐบาลได้ตั้งเป้าที่จะพยายามควบคุมและอยู่กับโควิด-19 ในฐานะโรคประจำถิ่นแทน (ดูหัวข้อ 10.7 ถัดไป)

ข้อสรุป

ตั้งแต่ปี 2564 ถึงปัจจุบัน หลายประเทศได้ยกเลิกการใช้ยุทธศาสตร์ Zero Covid ในการพยายามกำจัดโควิด-19 ให้หมดไปจากประเทศ และตัดสินใจหันมาใช้มาตรการ Living with Covid แทน โดยในช่วงแรก หลายประเทศเห็นว่าการมีวัคซีนที่เพียงพอสำหรับคนในประเทศ และมีอัตราส่วนของคนที่ได้รับวัคซีนครบโดสที่สูง และ/หรือประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบางได้วัคซีนอัตราส่วนที่สูงแล้ว ซึ่งประเทศส่วนใหญ่จะกำหนดไว้ที่ประมาณ 80% ก็จะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดไม่ให้รุนแรงจนเกินขีดความสามารถในการรองรับของสถานพยาบาล แต่การระบาดของเชื้อสายพันธุ์ใหม่อย่างโอมิครอนรวมถึงสายพันธุ์ย่อยใหม่ๆ ก็ทำให้หลายประเทศเผชิญกับการระบาดที่กลับรุนแรงขึ้นมาอีก เช่น หลายประเทศในยุโรป ทำให้แทบทุกประเทศไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากต้องหันมาดำเนินยุทธศาสตร์ Living with Covid ต่อไป โดยถึงแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้ออาจจะยังเพิ่มขึ้นในระลอกใหม่ๆ แต่มาตรการวัคซีนก็ช่วยให้จำนวนผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตไม่มากจนก่อให้เกิดการล่มของระบบรักษาพยาบาลดังเช่นที่เคยเกิดขึ้นในหลายประเทศในบางระลอกของการระบาดใหญ่ในช่วงกว่าสองปีครึ่งที่ผ่านมา

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบมาตรการควบคุมโรคตามแนวคิดการกำจัดโรคโควิดและการอยู่ร่วมกับโรคโควิด

ประเด็นเปรียบเทียบ	แนวคิดการกำจัดโรคโควิด ("Zero COVID")	แนวคิดการอยู่ร่วมกับโรคโควิด ("Living with COVID")
แนวคิดพื้นฐานทางระบาดวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> การกำจัดโรค (elimination) การจำกัดพื้นที่ระบาด (containment) พิจารณาโควิด-19 เป็นโรคระบาด (epidemic disease)	<ul style="list-style-type: none"> การลดผลกระทบของโรคระบาด (mitigation) พิจารณาโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น (endemic disease)
ตัวอย่างประเทศ	จีน ไต้หวัน ฮองกง	สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ ออสเตรเลีย (และประเทศไทย?)
เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ลดอัตราป่วยตาย (จากการกำจัดโรค และการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย) ไม่มีการแพร่เชื้อในชุมชนในระยะเวลานานพอสมควรก่อนจะผ่อนคลาย 	<ul style="list-style-type: none"> ลดอัตราป่วยตาย (โดยใช้การฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเป็นเครื่องมือหลัก) ลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมระยะสั้นจากการผ่อนคลายมาตรการควบคุมโรคระยะเข้มข้น

ประเด็นเปรียบเทียบ	แนวทางการกำจัดโรคโควิด ("Zero COVID")	แนวทางการอยู่ร่วมกับโรคโควิด ("Living with COVID")
	<p>คลายมาตรการให้ประชาชนใช้ชีวิตแบบปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยายามลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ให้เหลือศูนย์ (รวมทั้งป้องกันไม่ให้เชื้อเข้าประเทศ) - เมื่อพบการติดเชื้อ ก็พยายามตัดวงจรการระบาดให้เร็วที่สุด (เช่น ระดมตรวจและกักแยกผู้ป่วย ผสมผสานกับการ lockdown เฉพาะพื้นที่) <p>ลดจำนวนผู้เสียชีวิต (จากการลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมโรคให้ไม่ให้เป็นปัญหารุนแรงจนระบบรักษาพยาบาลรับไม่ไหว แต่ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในการกวาดล้าง/กำจัดโรคนี้อให้หมดไปจากประเทศ ยอมให้มีผู้ติดเชื้อใหม่ <p>อาจมีผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการระบาด</p>
<p>ต้นทุนระยะสั้นของสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การลงทุนพัฒนาระบบการตรวจโรค การตามรอยโรค และการกักแยกโรคให้ครอบคลุม - การลงทุนแยกพื้นที่ระบาดหนัก และพื้นที่ซึ่งควบคุมโรคได้ (zoning) - การลงทุนสร้างระบบแจ้งเตือนล่วงหน้า (early warning sign) เพื่อเตือนผู้กำหนดนโยบายเมื่อเริ่มมีการระบาดเพิ่มมากขึ้นเพื่อยกระดับมาตรการให้ทันทั่วทั้งก่อนจะเกินขีดความสามารถของกระบวนการควบคุมโรค - การชดเชยเยียวยาหรือการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเข้มข้น เพื่อให้ประชาชนสามารถร่วมมือกับหยุดการแพร่เชื้อในชุมชนได้ในระยะสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การปรับตัวเพื่อ "เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคโควิด" ของประชาชน - ประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ประชาชนบางส่วนอาจ "ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง" ให้ต้องเผชิญวิกฤติแต่เพียงลำพัง

ประเด็นเปรียบเทียบ	แนวคิดการกำจัดโรคโควิด (“Zero COVID”)	แนวคิดการอยู่ร่วมกับโรคโควิด (“Living with COVID”)
<p>ต้นทุนระยะยาวของสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> – มีความแน่นอนในการดำเนินนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่า เนื่องจากมีโอกาสน้อยกว่าที่จำเป็นต้องใช้มาตรการล็อกดาวน์ซ้ำอีก – ประหยัดค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคและการรักษาโรคโควิด (จากความชุกโรคที่ต่ำ) และไม่มีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมากไปแย่งใช้ทรัพยากรของผู้ป่วยกลุ่มอื่นในระบบบริการสุขภาพ – มีความเสี่ยงน้อยกว่าที่จะมีภาวะโรคจากผู้ป่วยโรค “Long COVID” - ประชาชนสามารถใช้ชีวิตแบบปกติได้เร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> – มีความไม่แน่นอนในการดำเนินนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่า เนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะต้องใช้มาตรการล็อกดาวน์ซ้ำแล้วซ้ำอีก และทำให้มีโอกาสสูงที่ประชาชนจะเกิดอาการล้าของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค (fatigue of adherence) ทำให้มาตรการควบคุมโรคได้ผลน้อยลงในระยะยาว – มีโอกาสที่จะเกิดผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลอีก (โดยเฉพาะหากมีการติดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถหลบภูมิคุ้มกันได้) – ค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค (รวมทั้งจากการฉีดวัคซีนซ้ำหลายรอบ) และการรักษาโรคโควิดสูงกว่า (จากความชุกโรคที่สูงกว่า) และอาจมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมากอาจไปแย่งใช้ทรัพยากรของผู้ป่วยกลุ่มอื่นในระบบบริการสุขภาพ – อาจมีภาวะโรคจากจำนวนผู้ป่วยโรค “Long COVID” จำนวนมาก – ประชาชนและธุรกิจมีภาระและต้นทุนเพิ่มขึ้นจากมาตรการป้องกันตัวเอง (เช่น หน้ากาก) และมาตรการควบคุมโรครับภาระในการมีโอกาสูงที่จะเกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (health inequity) และเพิ่มความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic inequality)

ที่มา: คณะผู้วิจัย

10.7 แนวคิดเรื่องการปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่น (Moving to COVID-19 Endemic) ของไทย

เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2565 นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค แถลงแนวคิดปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่น (Moving to COVID-19 Endemic) และเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565 ก็กล่าวถึงการปรับตัวเลขรายงานผู้ติดเชื้อที่เริ่มนับยอดใหม่เป็นตั้งแต่ 1 มกราคมเป็นต้นมา ว่าเป็นทิศทางที่กำลังจะเข้าสู่โรคประจำถิ่น โดย “เราพยายามปรับเป็นโรคประจำถิ่น จะเน้นเรื่องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นหลัก”

สำหรับปัจจัยที่จะทำให้โควิดเป็นโรคประจำถิ่น นพ.โอภาสอธิบายโดยใช้แนวคิด 3 ปัจจัยทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) ว่าโรคประจำถิ่นจะเกิดจากความสมดุลระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ เชื้อโรค (Agent) คน (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) กล่าวคือ

- เชื้อโรคมีความรุนแรงลดลง ไม่ทำให้คนป่วยหนักหรือเสียชีวิต
- คนมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น โดยเร่งฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น
- สิ่งแวดล้อมเหมาะสม โดยมีการจัดการความเสี่ยง และเตรียมระบบสาธารณสุขและยารองรับ

พร้อมทั้งกล่าวว่า **การเข้าสู่โรคประจำถิ่น**นั้น อัตราตายจากโรคประจำถิ่นไม่ควรเกิน 0.1%²¹²

มาตรการที่ตามมาหลังจากการแถลงแนวคิดนี้คือมาตรการ ATK First หรือการตรวจหาเชื้อด้วยตนเองด้วยชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) เป็นลำดับแรก และในรายที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องตรวจยืนยันซ้ำด้วยวิธี RT-PCR และให้ใช้มาตรการดูแลที่บ้านหรือชุมชน (Home Isolation/Community Isolation: HI/CI) ซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมากขึ้น เพราะผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ส่วนใหญ่พักรักษาตัวและรับประทานยาที่บ้าน

²¹² คาดว่าอ้างอิงมาจากอัตราการตายของไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล

รูปที่ 93 มาตรการการตรวจหาเชื้อด้วยตนเองด้วยชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) เป็นลำดับแรก



ที่มา: กรมการแพทย์ (2565)

ในช่วงต้นเดือนมีนาคม 2565 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้เห็นชอบแผนรองรับการเข้าสู่โรคประจำถิ่น²¹³ ใน 4 เดือน เรียกว่า ‘3 บวก 1’ (4 ระยะ) ดังนี้

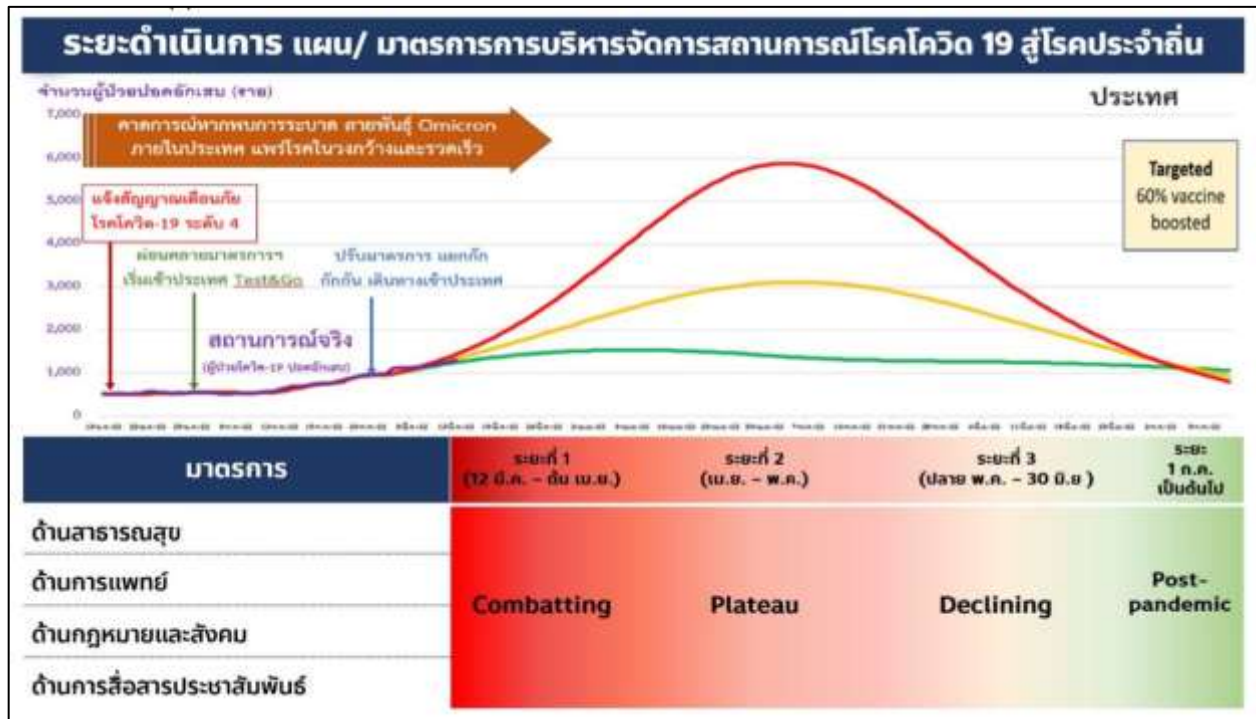
- ระยะที่ 1 (12 มี.ค. - ต้น เม.ย. 2565) เรียกว่า **Combating** ต้องออกแรงกดตัวเลขไม่ให้สูงกว่านี้ เป็นระยะต่อสู้ เพื่อลดการระบาด ลดความรุนแรงลง จะมีมาตรการต่างออกไป การดำเนินการให้กักตัวลดลง
- ระยะที่ 2 (เม.ย. - พ.ค. 2565) เรียกว่า **Plateau** คือ การคงระดับผู้ติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้น ให้เป็นระนาบจนลดลงเรื่อยๆ
- ระยะที่ 3 (ปลาย พ.ค. - 30 มิ.ย. 2565) เรียกว่า **Declining** การลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงให้เหลือ 1,000-2,000 คน
- และอีกบวก 1 หรือระยะ 4 ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป เรียกว่า **Post pandemic** คือ ออกจากโรคระบาด (Pandemic) เข้าสู่โรคประจำถิ่น (Endemic)

²¹³ แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิธีการประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19):

<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8962>

โดยจำเป็นต้องมีมาตรการรองรับทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมายและสังคม และด้านการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ โดยพยายามสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ รูปแบบในการใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ ซึ่งจะเน้นให้ใกล้เคียงการใช้ชีวิตปกติ และปกป้องกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค รุนแรง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

รูปที่ 94 แผนการเข้าสู่โรคประจำถิ่น 4 ระยะของไทย



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์และรายละเอียดมาตรการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านสาธารณสุข

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย. 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
1.1 การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชน ตามระดับสถานการณ์	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
1.2 ผ่อนคลายมาตรการ สำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ	ผู้เดินทาง positive D0 >3% ตรวจ PCR D0 + self ATK D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 10 วัน	ผู้เดินทาง positive D0 1-3% ตรวจ PCR D0 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 5 วัน	ผู้เดินทาง positive D0 <1% ตรวจ Prof. ATK D0 สำหรับ ผู้เดินทางที่ไม่ได้รับวัคซีน	ไม่ตรวจ ATK/PCR
1.3 ปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อน และผู้ป่วยออกนอกเขต	<ul style="list-style-type: none"> - เฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต การระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายในวงกว้าง หรือเสี่ยงต่อโรครุนแรง และเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ - สอบสวนโรคเพื่อควบคุมการระบาด และค้นหาปัจจัยการเกิดโรครุนแรง 			
1.4 วัคซีนเข็มกระตุ้น	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) ≥45% ของ ประชากรทั้งหมด - เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) กลุ่ม 608 ≥60% 	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) ≥50% ของ ประชากรทั้งหมด 	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) ≥60% ของ ประชากรทั้งหมด 	วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงประจำปี
1.5 ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วย และกักกันผู้สัมผัส	<ul style="list-style-type: none"> - แยกกักผู้ป่วย กักกันผู้สัมผัส (พิจารณาตามประวัติวัคซีน) - พิจารณาจำกัดการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่เพื่อควบคุมการระบาด 		<ul style="list-style-type: none"> - เน้นแยกกักผู้ป่วยแบบ self isolation มากขึ้น - พิจารณาจำกัดการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่เพื่อควบคุมการระบาด 	

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการแพทย์

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. - ต้นเม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. - พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. - มิ.ย. 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
2.1 ปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)				
2.1.1 การตรวจวินิจฉัย	- ให้ความสำคัญความเสี่ยงโดย 3 ช่อง - Self ATK โดยประชาชนทั่วไป - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล	- ให้ความสำคัญความเสี่ยงโดย 3 ช่อง - Self ATK โดยประชาชนทั่วไป - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล * (ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)	- ให้ความสำคัญความเสี่ยงโดย 3 ช่อง - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล * (ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)	- ให้ความสำคัญความเสี่ยงโดย 3 ช่อง - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล * (ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)
2.1.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด	ตาม CPG กรมการแพทย์** ให้ระมัดระวัง ถึง MIS-C ในเด็ก	ตาม CPG กรมการแพทย์** ให้ระมัดระวัง ถึง MIS-C ในเด็ก	ตาม CPG กรมการแพทย์**	ตาม CPG กรมการแพทย์**
2.1.3 ระบบส่งต่อผู้ป่วยโควิด	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ
2.1.4 การให้บริการกลุ่มไม่มีอาการ	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- Self care with UP/ (+/- Self Isolation)
2.1.5 การให้บริการกลุ่มที่มีอาการ รวมถึงการให้บริการกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่ม 608 เป็นต้น	- OP with Self Isolation - Home Isolation - Community Isolation - Hotel Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation - Community Isolation - Hotel Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - ARI clinic
2.1.6 การให้บริการกลุ่มที่มีปอดอักเสบ	- Cohort ward - Semi ICU - AIIR-ICU - Extended Covid ICU	- Cohort ward - Semi ICU - AIIR-ICU - Extended Covid ICU	- Semi ICU - AIIR-ICU	- บริหารจัดการแบบกลุ่ม ผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตาม SOP ของ ID
2.1.7 มาตรการสำหรับ HCWs	- HCWs vaccination > 90% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 95% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 98% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 98% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์
2.2 ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงรวมทั้งภาวะ Long COVID				
2.2.1 การคัดกรอง/ประเมินเบื้องต้น ตามแนวทางของกรมการแพทย์	- ประชาชนคัดกรองตนเองเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเองเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเองเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเองเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID
2.2.2 การดูแลรักษา/ระบบติดตามอาการ	- หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การประเมินและดูแลเบื้องต้น - รพ.ระดับ A,S มี Long COVID clinic/unit - มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การประเมินและดูแลเบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด	- หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การประเมินและดูแลเบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด	- หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การประเมินและดูแลเบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด
		- มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านกฎหมายและสังคม

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
3.1 บริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post pandemic	ทบทวนกฎหมายของแต่ละกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้บังคับอยู่ก่อน	พิจารณาทบทวนแก้ไขปรับปรุงกฎหมายแต่ละฉบับของกรม ดังนี้ - กรมควบคุมโรค 9 ฉบับ - กรมอนามัย 5 ฉบับ - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศฯ 3 ฉบับ - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 33 ฉบับ	- เสนอประกาศยกเลิก โรค COVID – 19 จากเป็นโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง - เสนอกฎหมายที่ต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อเสนอลงนามในประกาศฯ	มีผลบังคับใช้
3.2 ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการ "จำกัดการเดินทางและการรวมตัวของคนหมู่มาก"				
3.2.1 ลดปัจจัยเสี่ยงกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก	ทุกคน - เสี่ยงใกล้ชิดผู้อื่นนอกบ้าน - จัดรวมกิจกรรมกลุ่ม	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ - เสี่ยงร่วมกิจกรรมที่รวมกลุ่มจำนวนมาก	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ - เสี่ยงร่วมกิจกรรมที่รวมกลุ่มจำนวนมาก	ร่วมกิจกรรมได้แบบ New Normal
3.2.2 การไปสถานที่เสี่ยง	ทุกคน - จัดไปทานอาหารร่วมดื่มสุราในร้าน - จัดเข้าสถานที่เสี่ยงทุกประเภท	ทุกคน - จัดเข้าสถาบันเชิง - เสี่ยงเข้าสถานที่ระบบปิด/แออัด	กลุ่ม 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ - จัดเข้าสถาบันเชิง - เสี่ยงเข้าสถานที่ระบบปิด/แออัด	ใช้บริการได้ทุกแห่ง (ป้องกันตนเอง UP และมาตรการ COVID Free Setting)
3.2.3 การเดินทางข้ามพื้นที่/ข้ามจังหวัด	ทุกคน - จัดโดยสารขนส่งสาธารณะทุกประเภท	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ - เสี่ยงโดยสารขนส่งสาธารณะทุกประเภท	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ - เสี่ยงโดยสารขนส่งสาธารณะทุกประเภท	โดยสารขนส่งสาธารณะได้
3.3 ทุกภาคส่วนส่งเสริมมาตรการ UP, COVID Free Setting	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - ต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% 3. ล้างมือ - ทุกสถานที่ จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - ต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชืต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/รับสัมผัสข้อต่อสังคม 3. ล้างมือ - ทุกสถานที่จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - แนะนำใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น สถานที่แออัด รถโดยสารสาธารณะ - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชืต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/รับสัมผัสข้อต่อสังคม 3. ล้างมือ - สถานประกอบการเสี่ยง ยกตัวอย่าง เช่น ร้านอาหาร รพ. ตลาด จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - แนะนำใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น สถานที่แออัด รถโดยสารสาธารณะ - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชืต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/รับสัมผัสข้อต่อสังคม 3. ล้างมือ - สถานประกอบการเสี่ยง ยกตัวอย่าง เช่น ร้านอาหาร รพ. ตลาด จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. - ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. - พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. - มิ.ย. 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
<p>1. ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม ให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด 19 อย่างปลอดภัย (Living with COVID-19)</p> <p>2. สื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา</p>	<p>ประเด็นการสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความเข้าใจสถานการณ์โรค (ผู้ติดเชื้อเพิ่ม / อาการรุนแรงน้อย/ กลุ่มเสี่ยงคือ 608) - รมรณรงค์วัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 608 - ย้ำความร่วมมือมาตรการ VUCA - แนวทางการรักษา (HI, CI, OPSI) - UCEP COVID Plus 	<p>ประเด็นการสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความเข้าใจสถานการณ์โรค (ผู้ติดเชื้อเพิ่ม/ อาการรุนแรงน้อย/ กลุ่มเสี่ยงคือ 608) - สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคประจำถิ่น - รมรณรงค์วัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 608 - ย้ำความร่วมมือมาตรการ VUCA - แนวทางการรักษา (HI, CI, OPSI) - UCEP COVID Plus 	<p>ประเด็นการสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคประจำถิ่น - Living with COVID 	<p>ประเด็นการสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - Living with COVID

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

รูปที่ 95 สรุปแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. - ต้น เม.ย.)	ระยะ Plateau (เม.ย. - พ.ค.)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. - มิ.ย.)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. เป็นต้นไป)
ด้านสาธารณสุข	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
• การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชนตามระดับสถานการณ์	ตรวจ PCR DO + self ATK D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้ทำตัว 10 วัน	ตรวจ Prof ATK DO, +/- D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้ทำตัว 5 วัน	ตรวจ Prof ATK ที่งานอื่นสำหรับผู้เดินทางที่ไม่ได้รับวัคซีน	ไม่ตรวจ ATK/PCR
• การเฝ้าระวังและจัดการผู้เดินทางจากต่างประเทศ	เฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต	การระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เชื่อมโยงการแพร่กระจายในวงกว้าง หรือเชื่อมโยงโรคระบาด และเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่, สอนวนโรคติดต่อควบคุมการระบาด และเพิ่มศักยภาพการเกิดโรคระบาด		
• การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค	Booster ≥45% Booster 608 ≥60%	Booster ≥50%	Booster ≥60%	วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงประจำถิ่น
ด้านการแพทย์	Self ATK, Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล			Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล
• การให้บริการกลุ่มที่มีอาการ รวมถึงการให้บริการกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่ม 608 เป็นต้น	OP with Self Isolation, HI, CI, Hotel Isolation		OP with Self Isolation, HI	OP with Self Isolation, ARI-Clinic
• การให้บริการกลุ่มที่มีอาการรุนแรง	Cohort ward, Semi ICU, AIIR-ICU, Extended Covid ICU		Semi ICU, AIIR-ICU	บริการจัดการระบบผู้ติดเชื้อระบบภายในแพทย์ ฐาน SOP ของ ID
• Long Covid-19	sw.ระดับ A, B มี Long COVID clinic, ติดตามด้วย คลองพร้าว	sw.ติดตามการประเมินผลตามเมืองอื่น, sw.มี Long COVID clinic/unit, ติดตามด้วย คลองพร้าว		
ด้านกฎหมายและสังคม	พิจารณาบทลงโทษปรับปรับกฎหมายแต่ละฉบับของกรมที่เกี่ยวข้อง			มีผลบังคับใช้
• บริหารจัดการด้านกฎหมาย	UP, COVID Free Setting, สวมหน้ากากอนามัย 100%, ล้างมือ			UP, COVID Free Setting, วัคซีน 100%, กลุ่มเสี่ยงสูงถึง 60% วัคซีน 100%
• มาตรการสังคม	UP, COVID Free Setting, สวมหน้ากากอนามัย 100%, ล้างมือ			UP, COVID Free Setting, วัคซีน 100%, กลุ่มเสี่ยงสูงถึง 60% วัคซีน 100%
ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์	สื่อสารประชาสัมพันธ์ตามประเด็นในแต่ละช่วงเวลา			
การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ข้าราชการในรูปแบบต่างๆ	สื่อสารประชาสัมพันธ์ตามประเด็นในแต่ละช่วงเวลา			

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

มาตรการ ‘เจอ แจก จบ’ ก็เป็นอีกแนวทางใหม่ในการรักษาผู้ป่วยโควิดที่สอดคล้องกับแผนการเข้าสู่โรคประจำถิ่น เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่สายพันธุ์โอมิครอนมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์เดลตา ตลอดจนคนมีภูมิคุ้มกัน

จากการฉีดวัคซีน (และการติดเชื้อตามธรรมชาติ) กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยสีเขียวมาเป็นแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ/สบายดี หรือมีอาการเล็กน้อย

รูปที่ 96 แนวทางการรักษา เจอ แจก จบ

ประเภทผู้ป่วย	รูปแบบการรักษา	ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ	ยาดับไวรัส เช่น ฟาวิพิราเวียร์	ยา ฟ้าทะลายโจร
ไม่มีอาการ / สบายดี	ผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✗ เพราะส่วนมากหายได้เอง	อาจได้รับ
อาการเล็กน้อย และไม่มีปัจจัยเสี่ยง*	ผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	อาจได้รับ	✗ ห้ามรับประทานร่วมกับยาดับไวรัส
ไม่เข้าเกณฑ์ เจอ แจก จบ				
อาการเล็กน้อย แต่มีปัจจัยเสี่ยง*	ระบบรักษาที่บ้าน (HI), Hospital	✓	✓	✗
ปอดอักเสบ หรืออาการรุนแรง	SW.	✓	✓ (ยาเรมเดซิเวียร์)	✗

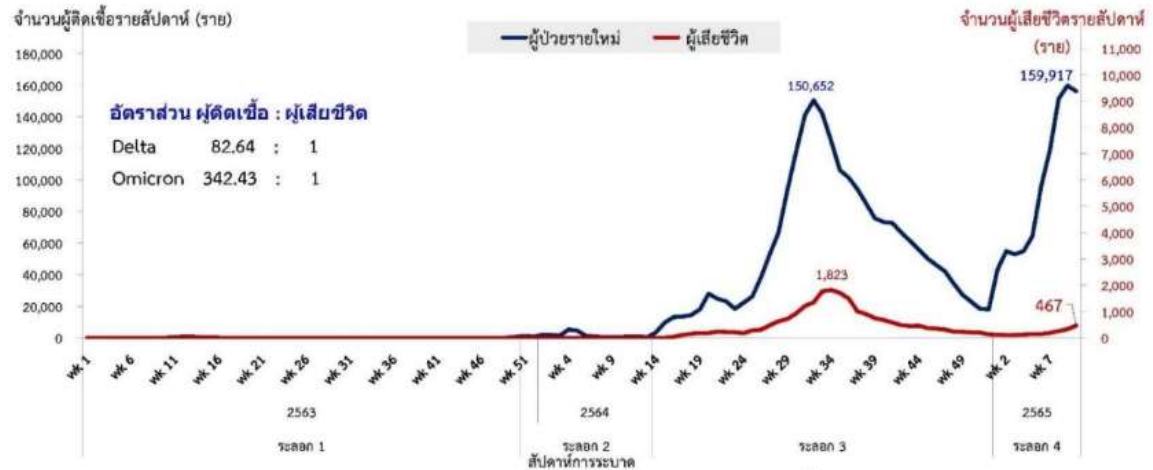
*ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี, โรคปอดเรื้อรัง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดสมอง, เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥30 กก./ตร.ม.), ดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

ที่มา: The Standard (2022)

การรักษาผู้ติดเชื้อโควิด ‘แบบผู้ป่วยนอก’ หรือ Outpatient Department (OPD) เป็นการรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อแบบไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง โดยเมื่อตรวจ ATK แล้วมีผลเป็นบวก และได้แจ้งขอเข้ารับการรักษาในระบบแล้ว แพทย์จะพิจารณาจ่ายยารักษา 3 สูตรตามความรุนแรงของโรค คือ ยาฟาวิพิราเวียร์ ยาฟ้าทะลายโจร และยารักษาตามอาการ อาทิ ยาลดไข้ แก้ไอ และลดน้ำมูก และมีการติดตามประเมินอาการต่ออีก 48 ชั่วโมงจากที่บ้าน ทั้งนี้ การจ่ายยาอาจขึ้นอยู่กับความพร้อม (หรือความขาดแคลน) ของยา ณ

รูปที่ 98 สรุปสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของไทย (2563 - 12 มีนาคม 2565)

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทย รายสัปดาห์ จำแนกตามวันที่ แดง ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ม.ค. - 12 มี.ค. 2565 (ระลอก 1 - 4)



ที่มา ทะเบียนผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรค

ประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 3,575,398 ราย ผู้เสียชีวิต 24,958 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 (ข้อมูล ณ 29 มีนาคม 2564) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคโควิด 19 ประเทศไทย มีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ในขณะที่การเปรียบเทียบอัตราป่วยตาย หรืออัตราส่วนผู้ติดเชื้อต่อผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 สายพันธุ์ Omicron ต่ำกว่า สายพันธุ์ Delta ถึง 4 เท่า ประกอบกับความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน ซึ่งให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว 126,431,235 โดส

ที่มา: แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19). เมษายน 2565.

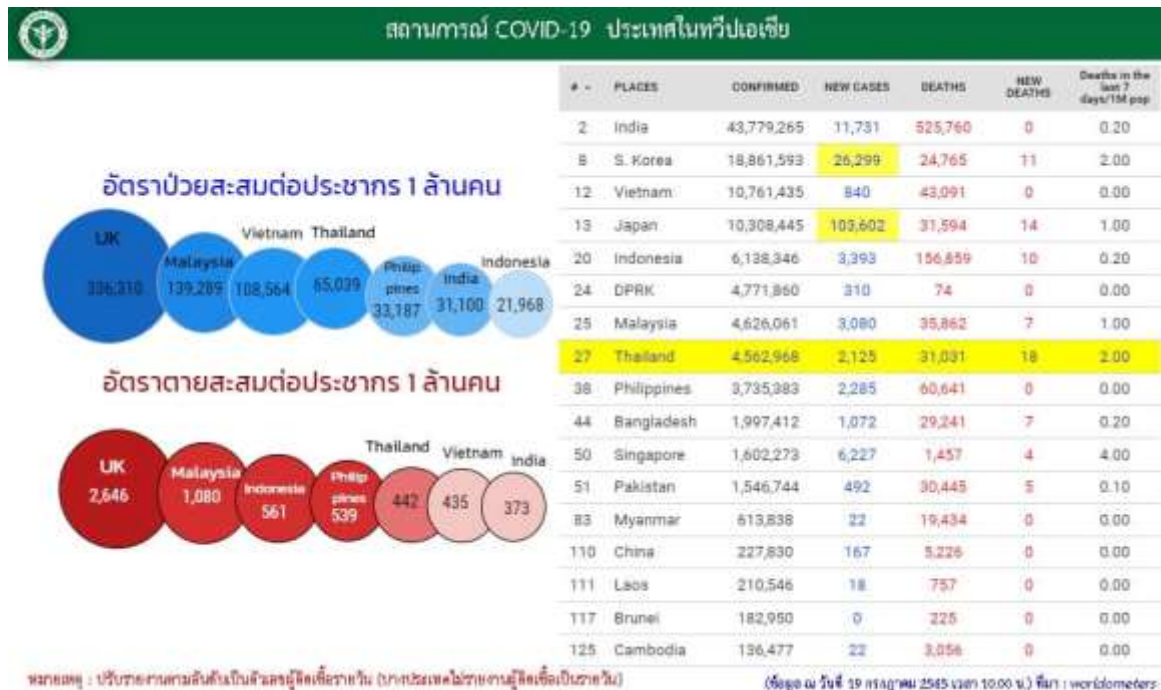
หลังจากนั้นตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2565 มีการเปลี่ยนการรายงานผู้เสียชีวิต (ดูหัวข้อถัดไป) ซึ่งทำให้ยอดผู้เสียชีวิตที่รายงานลดลงจากเดิมประมาณครึ่งหนึ่ง (เหลือประมาณ 0.15%) แต่หลังจากที่มีการปรับการรายงานยอดผู้ติดเชื้อมารายงาน “เฉพาะผู้ป่วย” เป็นหลักในเดือนมิถุนายน 2565 อัตราการเสียชีวิตที่คำนวณก็กลายมาเป็นประมาณร้อยละ 1 ของยอดผู้ติดเชื้อใหม่ในแต่ละวัน

เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2565 นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวถึงกรณีที่มีผู้ระบุว่า สถานการณ์โควิดในไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อจริงสูงกว่ารายงาน 10 เท่า ว่าข้อมูลทั่วโลกที่รายงานผู้ติดเชื้อยืนยัน 550 ล้านคน ก็ไม่ใช่ตัวเลขผู้ติดเชื้อจริงเช่นกัน โดยมีการคาดการณ์ว่าตัวเลขอาจจะมากกว่านี้ 4-8 เท่า

อธิบดีกรมควบคุมโรคระบุผลการวิเคราะห์ด้วยว่าข้อมูลอัตราป่วยตายจากโควิดในขณะนี้อยู่ที่ 0.07%²¹⁴ หรือใกล้เคียงกับไข้หวัดใหญ่ซึ่งมีอัตราตายอยู่ที่ 0.1% แต่คาดว่าอัตราตายจากโควิด-19 น่าจะต่ำกว่านี้ เพราะยังมีผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการอีกไม่น้อย และสถานการณ์ตอนนี้ความรุนแรงของโรคก็น้อยกว่าหลายโรค แม้แนวโน้มการติดเชื้อทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้น แต่ไม่เร็วมากเหมือนกับช่วง ‘เดลต้า’ หรือ ‘โอมิครอน’ ใหม่ ๆ และเป็นเพราะสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปผ่อนคลายมาตรการหน้ากัก แต่คนไทยยังใส่อยู่เมื่ออยู่ในที่ชุมชนคนจำนวนมาก และเรายังรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ซึ่ง 2 มาตรการนี้จะเป็มาตรการสำคัญในการควบคุมสถานการณ์หลังผ่านระยะ Post-Pandemic²¹⁵

คณะผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า หากใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในใหม่ที่รายงานในแต่ละวัน (ประมาณ 2,000 คน/วัน) อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 น่าจะสูงถึง 1% ซึ่งตามเกณฑ์ของการปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่นของไทย ตัวเลขตัวนี้ควรต่ำกว่า 0.1% นอกจากนี้ ข้อมูลที่รายงานเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2565 ยังระบุว่าอัตราตายสะสมต่อประชากรของไทยอยู่ที่ 442 ต่อล้านคน (หรือ 0.0442%) ถ้าอัตราตายจากโควิดของไทยอยู่ที่ 0.07% จริง อัตราติดเชื้อโควิดของคนไทยก็อาจสูงถึง 63.14% หรือเกือบ 2 ใน 3 ของประชากร หรือ 42.3 จาก 67 ล้านคน

รูปที่ 99 อัตราป่วยและอัตราตายสะสมต่อประชากรของอาเซียน ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2565



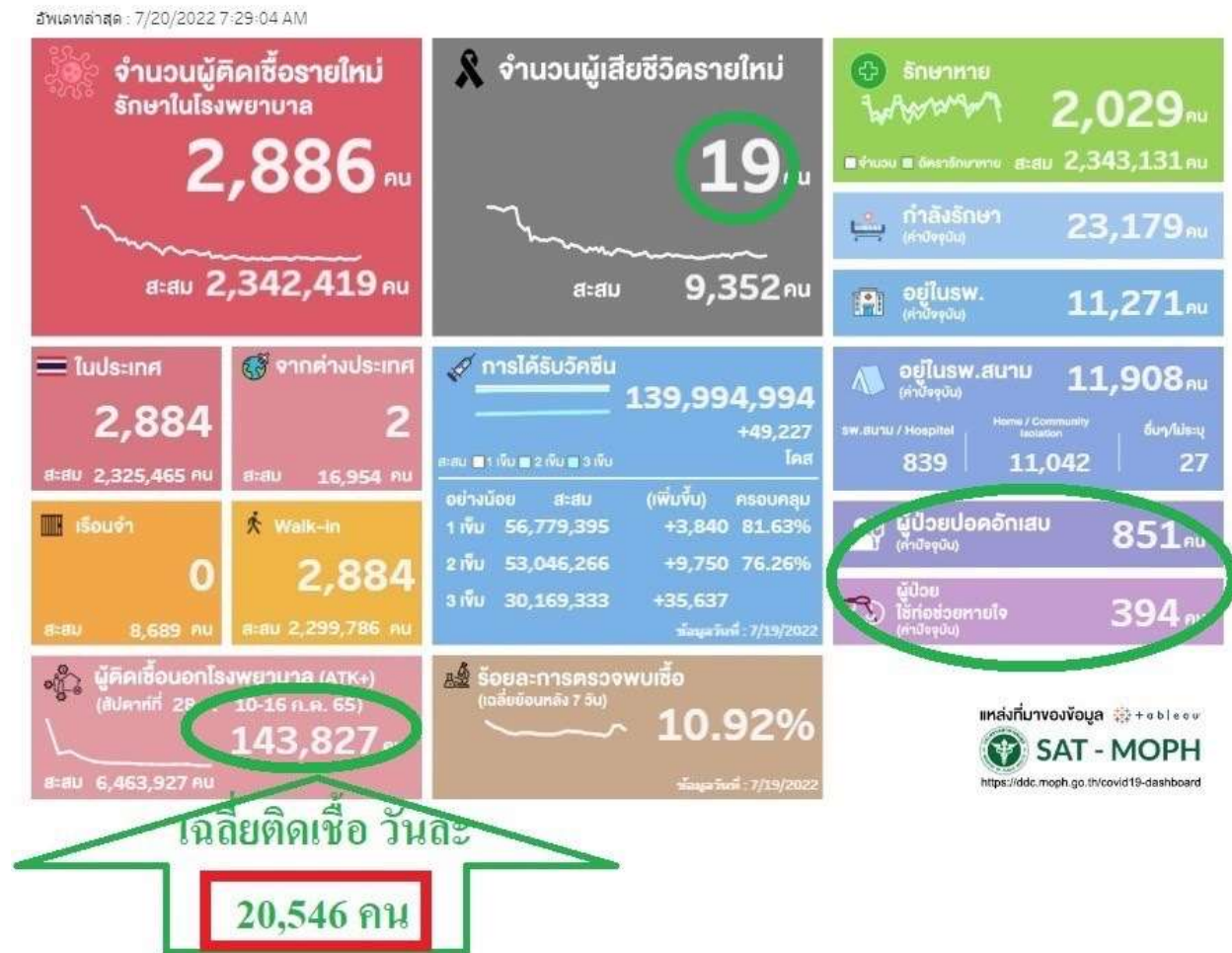
ที่มา: ศูนย์ข้อมูล COVID-19

²¹⁴ หากใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในใหม่ที่รายงานในแต่ละวัน (ประมาณ 2,000/วัน) อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 ก็จะตกประมาณ 1%

²¹⁵ <https://www.prachachat.net/general/news-967573>

อย่างไรก็ตาม เราพอจะอนุมานได้ว่า ที่กรมควบคุมโรคประมาณอัตราตายจากโควิดของไทยอยู่ที่ 0.07% นั้น น่าจะมาจากการที่อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยในใหม่อยู่ที่ประมาณ 1% (มีผู้เสียชีวิตประมาณวันละ 20 คนในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยในรายใหม่ประมาณวันละ 2,000 คน แต่มีผู้ป่วยนอกรายใหม่อีกประมาณวันละ 20,000-30,000 คน (10-15 เท่า) **ซึ่งถ้าเป็น 13 เท่าอัตราตายก็จะลดเหลือประมาณ 0.07%** แต่จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเป็นเท่าตัวจาก 17 เป็น 35 คน/วัน ในช่วง 8 วันล่าสุด (18-26 กรกฎาคม 2565) พร้อมกับตัวเลขผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นมาเกือบร้อยละ 50 เป็นเกือบวันละ 30,000 คนอีกครั้งหนึ่งในสัปดาห์ที่ 3 (17-23 กรกฎาคม 2565) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่อัตราตายจริงก็น่าจะสูงขึ้นกว่าในช่วงต้นเดือนนี้

รูปที่ 100 รายงานใน Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2565



และนอกจากประเด็นเรื่องอัตราตายแล้ว ยังกล่าวได้ว่าโควิด-19 ยังคงความเป็นโรคระบาดในระดับโลก (Pandemic) อย่างชัดเจน จากการที่ยังมีเชื้อสายพันธุ์ใหม่ (หรือสายพันธุ์ย่อยใหม่) แพร่กระจายไปทั่วโลกไปแทนที่สายพันธุ์เดิม ไม่ว่าจะเป็น BA.5 BA.2.75 และสายพันธุ์ย่อยใหม่อื่นๆ

นอกจากนี้ ปัญหา Long Covid ที่มีนัยสำคัญในหลายประเทศ ก็ตอกย้ำถึงความไม่เสถียรของโควิด-19 ที่แม้ว่าอัตราตายอาจลดลง แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ ก็จะสร้างปัญหา Long Covid ที่เรื้อรัง และมีภาระโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยในอนาคตได้ (เช่น มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยที่จะต้องรักษาไปตลอดชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ)

แม้ว่าไทยจะแปลงแนวคิดเรื่องปรับโควิดเป็นโรคประจำถิ่น (Moving to COVID-19 Endemic) ตั้งแต่ต้นปี และได้เคยกำหนดวันมาแล้ว 2 ครั้ง (รวมทั้ง 1 กค. ซึ่งหันมาเรียกว่าเป็น Post-Pandemic แทน Endemic) แต่ก็เห็นได้ว่าความเป็นโรคระบาดในระดับโลก (Pandemic) ยังมีอยู่อย่างชัดเจน ล่าสุดจากการที่เชื้อสายพันธุ์ย่อยใหม่ อย่าง BA.5 (และ BA.4?) แพร่กระจายไปทั่วโลกและเข้ามาเป็นสายพันธุ์หลักแทนที่สายพันธุ์เดิม และยังมีความเสี่ยงที่สายพันธุ์ใหม่กว่าอย่าง BA.2.75 หรือสายพันธุ์ย่อยใหม่อื่นๆ จะเข้ามาแทนที่สายพันธุ์ BA.5 ต่อไป

ความถูกต้องของข้อมูลที่น่าเสนอนั้นมีความสำคัญ เพราะผู้ที่ใช้ข้อมูลเหล่านี้มีหน่วยงานสากล นักวิจัย/นักวิชาการด้วย ความหมายของแต่ละตัวเลขจึงน่าจะอธิบายให้ชัดเจนถึงข้อจำกัดต่างๆ เพื่อผู้ที่นำไปใช้อ้างอิงต่อจะได้ไม่ใช่แบบผิดพลาดต่อ รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องยังช่วยให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์จริงอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อสถานการณ์ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยอมรับในกรณีที่ยังไม่สามารถประกาศเป็นโรคประจำถิ่นได้ และควรพิจารณาปรับมาตรการใหม่ให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดจริงในปัจจุบันซึ่งอาจเป็นระลอก 6 (โอมิครอน II) ที่การระบาดอาจรุนแรงขึ้นกว่าเดิมก็เป็นได้

10.8 การปรับนิยามการรายงานข้อมูลสถานการณ์การระบาดของไทย

10.8.1 การปรับนิยามการเสียชีวิต

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขนับยอดผู้เสียชีวิตในผู้ที่ตรวจพบเชื้อโควิดทั้งหมด โดยไม่ได้แยกว่าโควิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือไม่ แต่เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2565 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เริ่มรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบใหม่ผ่านทาง Facebook Page ‘ศูนย์ข้อมูล COVID-19’ โดยแบ่งผู้เสียชีวิตออกเป็น 2 ประเภท²¹⁶ ได้แก่

- 1) ผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด (Died from COVID-19) หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อโควิดจนมีภาวะปอดอักเสบและเสียชีวิต

²¹⁶ กรมควบคุมโรคยังไม่เผยแพร่คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังที่มีการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี นิยามนี้จึงเป็นตามที่มีการแถลงข่าว

2) ผู้เสียชีวิตจากโรคร่วมและพบเชื้อโควิด (Died with COVID-19) หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอื่น เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง แล้วตรวจพบเชื้อโควิด (โดยไม่มีอาการของโรคโควิด) โดยรายงานทั้งหมด 3 วัน คือ วันที่ 28, 29, และ 30 เมษายน 2565 ดังนี้

วันที่ 28 เมษายน ผู้เสียชีวิต 127 ราย แยกตามประเภทข้างต้นเป็น 66 ราย (52%) และ 61 ราย

วันที่ 29 เมษายน ผู้เสียชีวิต 129 ราย แยกตามประเภทข้างต้นเป็น 60 ราย (47%) และ 69 ราย

วันที่ 30 เมษายน ผู้เสียชีวิต 126 ราย แยกตามประเภทข้างต้นเป็น 61 ราย (48%) และ 65 ราย

หลังจากนั้น นับตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 จึงเริ่มรายงานเฉพาะผู้เสียชีวิตจากโควิด (Died from COVID-19) บน Dashboard ของกรมควบคุมโรค ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างรวดเร็วจาก 126 รายในวันที่ 30 เมษายน 2565 เป็น 91 รายในวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 101 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 แยกตามคำนิยาม



ที่มา: คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจากกรมควบคุมโรค และ ศูนย์ข้อมูล COVID-19 (2565)

สำหรับสาเหตุของการปรับนิยามตั้งแต่ต้นพฤษภาคม 2565 นพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ชี้แจงในการแถลงข่าว ว่ามีความจำเป็นต้องแยกรายงานเพราะในการรักษามีความแตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการติดตามและการวางแผนมาตรการรักษาในอนาคต โดยชี้แจงสาเหตุว่าเป็นเพราะ ‘ผู้เสียชีวิตจากโรคร่วมและพบเชื้อโควิด’ จะป้องกันด้วยการรักษา ‘โรคร่วม’ หากเน้นที่การรักษาโควิด โรคร่วมก็อาจทำให้อาการหนักเร็วขึ้น ส่วนผู้ที่มีโรคร่วมและติดเชื้อโควิดจนมีภาวะปอดอักเสบแล้วมีอาการของโรคร่วม

มากขึ้น จะต้องมีการเก็บข้อมูลเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ให้โรคร่วมมีอาการมากขึ้น และรักษาโควิดควบคู่กันไปด้วย

อีกเหตุผลหนึ่งที่หลายฝ่ายตั้งข้อสังเกตคือแผนโควิดสู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ซึ่งมีเป้าหมาย 3 ด้านหลัก คือ

- 1) อัตราป่วยตายไม่เกิน 0.1%²¹⁷
- 2) การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมากกว่า 60% โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่ออาการรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ
- 3) ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจสถานการณ์ที่ถูกต้อง

โดยเฉพาะข้อที่ 1 ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเสียชีวิต ทำให้มีผู้กังขาด้วยว่าการปรับนิยามผู้เสียชีวิตนี้เป็นความพยายามลดอัตราป่วยตายของประเทศไทยให้ทันกับแผนโรคประจำถิ่นที่ตั้งเป้าหมายไว้ในเดือนกรกฎาคม 2565 นี้

เมื่อพิจารณาตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ใช้คำว่า ‘ผู้ป่วยโรคโควิดเสียชีวิต’ (COVID-19 Death) หมายถึง ผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable Case) หรือผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) **เว้นแต่จะมีสาเหตุการเสียชีวิตอื่นที่ชัดเจนว่าไม่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด เช่น อุบัติเหตุ และไม่ควรมีระยะเวลาที่ห่างเกินไประหว่างการป่วยและการเสียชีวิต** ซึ่งแต่ละประเทศอาจกำหนดต่างกัน (เช่น 28-60 วัน) โดย WHO เน้นว่านิยามนี้ใช้สำหรับการเฝ้าระวังโรค (ซึ่งมักต้องชั่งระหว่างความถูกต้องและความทันเวลา) ในบริบทที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง บางรายอาจตรวจพบเชื้อโควิดโดยบังเอิญ การประเมินอาการของผู้เสียชีวิตจึงสำคัญว่าเข้าได้กับโรคโควิดหรือไม่

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณานิยามของสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการระบาดไว้ได้ค่อนข้างครบถ้วน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (Office for National Statistics) ของสหราชอาณาจักรอธิบายว่าผู้ป่วยโรคโควิดเสียชีวิตสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท²¹⁸ คือ

- 1) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคโควิด (Deaths due to COVID-19) หมายถึง ผู้เสียชีวิตที่มีการระบุว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต (Underlining Cause of Death)
- 2) ผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด (Deaths Involving COVID-19) หมายถึง ผู้เสียชีวิตที่มีการระบุโรคโควิดไว้ในส่วนใดก็ได้ของมรณบัตร เช่น โรคร่วม

เว็บไซต์ทางการของสหราชอาณาจักรรายงานจากทั้ง 2 แหล่ง (ไม่ได้รายงานล่าสุดของวันนั้น) โดยฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจะมีความทันสมัยมากกว่า ส่วนฐานข้อมูลมรณบัตรจะรายงานช้ากว่าประมาณอย่าง

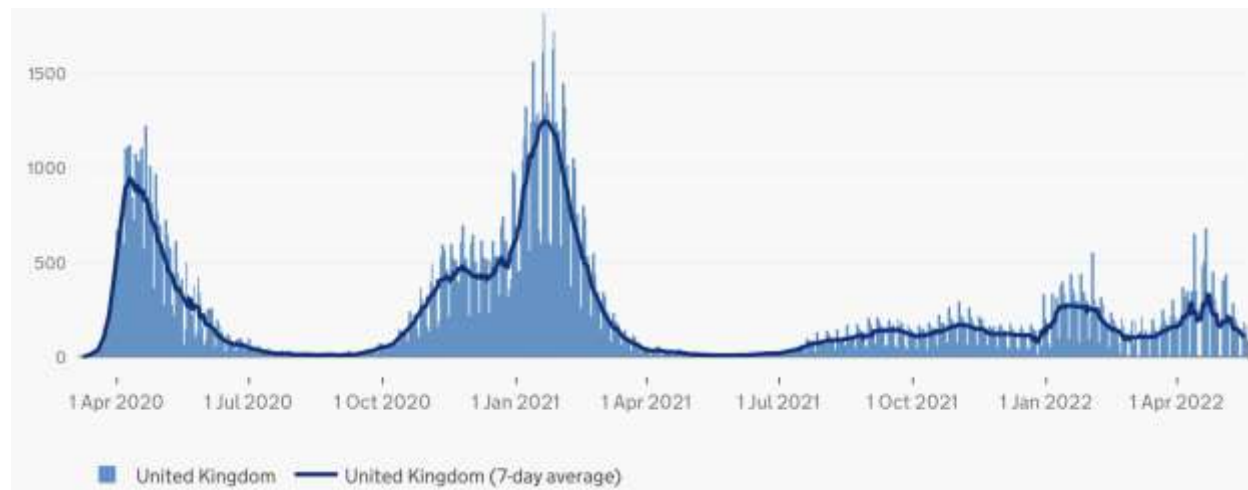
²¹⁷ คำนวณจาก ‘ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคโควิด’ หารด้วยผู้ป่วยโรคโควิดที่รับการรักษา ทั้งหมดคูณด้วย 100

²¹⁸ สำหรับกรณีการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ความรุนแรง สารพิษ หรือสาเหตุภายนอกอื่นๆ ผู้รับรองการเสียชีวิตมักจะไม่ระบุโรคโควิดไว้ในมรณบัตร

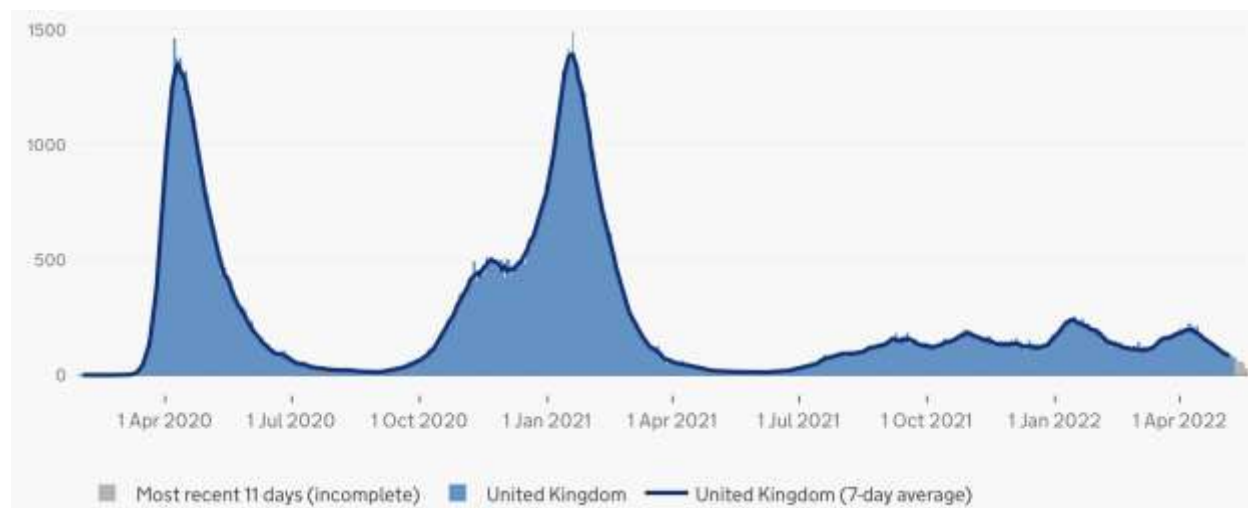
น้อย 11 วัน ซึ่งจะสังเกตเห็นได้ว่าตัวเลขผู้เสียชีวิตจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมามากกว่าประมาณ 20-50% น่าจะเป็นเพราะใช้นิยามที่กว้างกว่า ดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 102 (ก) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคโควิด (Deaths due to COVID-19) (ข) ผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด (Deaths Involving COVID-19) ในสหราชอาณาจักร ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

(ก)



(ข)



ที่มา: Office for National Statistics (2022)

อีกประเทศหนึ่งคือสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ได้ระบุถึงแนวทางการออกใบรับรองการเสียชีวิตจากโควิด-19 โดยให้แนวทางว่าต้องระบุ

อาการของโควิด-19 อย่างชัดเจน เช่น มีภาวะปอดบวมหรือภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเมื่อแยกจากการเสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว²¹⁹

ข้อสังเกตหนึ่งสำหรับกรณีของประเทศไทย จะเห็นว่าสัดส่วนของผู้เสียชีวิตในสหราชอาณาจักรทั้งสองกลุ่มพอๆ กับของประเทศไทย แต่ไทยรายงานเร็วกว่าค่อนข้างมาก เพราะตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคมเป็นต้นมา ประเทศไทยเริ่มรายงานเฉพาะตัวเลขผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด (Died from COVID-19) นั้นหมายความว่าประเทศไทยสามารถแยกประเภทของผู้เสียชีวิตทั้งสองกลุ่มได้แบบวันต่อวันเลยทีเดียว อย่างไรก็ตาม เมื่อดูจาก “แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต Novelcorona 3.1 ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 มี.ค. 65” (ในหน้า 2 ของรูปถัดไป) จะพบว่า “**ข้อ 7 สรุปประเภทการเสียชีวิต**” มีตัวเลือก 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

- เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (pneumonia, ARDS, etc.)
- ผู้ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น/โรคอื่น
- ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากโรคโควิด

ซึ่งทั้งกรณีที่ 2 และ 3 คงจะไม่ถูกนับรวมว่าเป็นการเสียชีวิตจากโควิดค่อนข้างแน่ และมีโอกาสมากที่กรณีที่ผู้รายงานไม่มั่นใจว่าเป็นกรณีที่ 1 หรือ 2 ก็จะถูกรวมเข้าไปใน 3 รวมทั้งกรณีที่พบเชื้อในวันที่เสียชีวิตก่อนเข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและอาจมีข้อกังขาด้วยว่าในช่วงหลังที่เน้นการตรวจด้วย ATK แทน RT-PCR ด้วยนั้น จะมีแรงจูงใจในการตรวจเชื้อโควิดกับคนกลุ่มนี้ที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลเพียงใด

ข้อสังเกต

การแยกรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิดตามแต่ละประเภทให้ชัดเจนมีข้อดีที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการป้องกัน ควบคุม ดูแล และรักษา ซึ่งนอกจากไทยแล้ว ก็มีบางประเทศก็รับนิยามในทำนองที่คล้ายๆ กัน แต่สิ่งที่ควรต้องทำควบคู่กันไปด้วย คือการรายตัวเลขการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิดให้ครบถ้วนทุกประเภท เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง ไม่ใช่เปลี่ยนนิยามการรายงานแบบที่สาธารณะยากที่จะเปรียบเทียบข้อมูลข้ามเวลาว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเมื่อเวลาผ่านไป

²¹⁹ <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/86344>

รูปที่ 103 แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต (Novelcorona 3.1 หรือ 3.1.1 ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 มี.ค. 65)

Code _____

Novelcorona 3.1

ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 มี.ค. 65

แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต

1. ข้อมูลผู้เสียชีวิต

เลขบัตรประชาชน/passport _____

ชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต _____ เพศ ชาย หญิง อายุ _____ ปี _____ เดือน สัญชาติ _____

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้อาหารได้ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ตาย _____ เบอร์โทรศัพท์ (ญาติ) _____

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) _____

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ _____

สถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย โรงพยาบาล ระหว่างนำส่ง รพ. บ้าน อื่นๆ ระบุ _____

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันเริ่มป่วย (ว/ด/ป) _____ วันรับการรักษาครั้งแรก (ว/ด/ป) _____ สถานที่รักษาครั้งแรก _____

ประเภทการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลการวินิจฉัยครั้งแรก _____

อาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก ไม่มีอาการใดๆ ไข้ อ่อนเพลียร่างกายครั้งแรก _____ องศาเซลเซียส

O₂Sat แรกรับ _____ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ

หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น สิ้นไม่รับรส ตาแดง

สิ้นตำแหน่ง _____ อื่น ๆ ระบุ _____

วันรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก _____/_____/_____ สถานที่ _____ ผลการวินิจฉัย _____

วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งสุดท้าย _____/_____/_____ สถานที่ _____ ผลการวินิจฉัย _____

ใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ _____/_____/_____

มีการะบอดอีกแล้วร่วมด้วยหรือไม่ มี ไม่มี ไม่มีข้อมูล

วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 _____/_____/_____ หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง _____

วันที่เสียชีวิต _____/_____/_____ การวินิจฉัยสุดท้าย _____

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen เช่น ATK				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Neg

เอกซเรย์ปอด ทำ ไม่ได้ทำ

(ครั้งที่.....) วันที่ ระบุผล _____

(ครั้งที่.....) วันที่ ระบุผล _____

(ครั้งที่.....) วันที่ ระบุผล _____

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาด้านไวรัส ไม่ให้

Favipiravir วันเริ่มรับยา _____ Remdesivir วันเริ่มรับยา _____

ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____

ยารักษาโควิด 19 อื่นๆ ไม่ให้

Corticosteroids ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____

ฟ้าทะลายโจร วันเริ่มรับยา _____ ยาอื่น ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 4 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....

6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

กรณีแพ้หญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์

การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ไ้มน้ำในเลือดผิดปกติ โรคปอด หอบหืด

โรคหัวใจ ไ้หวาน ระบุระยะ..... โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด

อื่นๆ.....

7. สรุปประเภทการเสียชีวิต

เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (pneumonia, ARDS, etc.)

ผู้ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น/ โรคอื่น

ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากโรคโควิด 19

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....วันที่รายงาน.....

รูปที่ 104 แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต Novelcorona 3 (ฉบับก่อนหน้า
วันที่ 9 มิ.ย. 64)

Code _____ Novelcorona 3.1

แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport _____

ชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต _____ เพศ ชาย หญิง อายุ _____ ปี _____ เดือน สัญชาติ _____
ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้อาหารได้ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ตาย _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) _____
ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ _____
สถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย โรงพยาบาล ระหว่างนำส่ง ร.พ. บ้าน อื่นๆ ระบุ _____

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันเริ่มป่วย (ว/ค/ป) _____ วันรับการรักษาครั้งแรก (ว/ค/ป) _____ สถานที่รักษาครั้งแรก _____
ประเภทการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
อาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก ไม่มีอาการใดๆ ไข้ อุณหภูมิร่างกายครั้งแรก _____ องศาเซลเซียส
 O₂Sat แกร็บ _____ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ
 หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จุกไม่ไต่กลืน สิ้นไม่รับรส ตามอง
 มีตำแหน่ง _____ อื่น ๆ ระบุ _____
วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 _____ / _____ / _____ หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง _____
วันรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก _____ / _____ / _____ สถานที่ _____
วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งสุดท้าย _____ / _____ / _____ สถานที่ _____
วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ _____ / _____ / _____ วันที่เสียชีวิต _____ / _____ / _____ การวินิจฉัยสุดท้าย _____

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM _____ : _____ <input type="checkbox"/> IgG _____ : _____ <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM _____ : _____ <input type="checkbox"/> IgG _____ : _____ <input type="checkbox"/> Neg

ผลเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ทำ วันที่ _____ ระบุผล _____ ไม่ได้ทำ

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาค้านไวรัส ไม่ให้
 Favipiravir วันเริ่มรับยา _____ Remdesivir วันเริ่มรับยา _____
 ยาค้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____
ยารักษาโควิด 19 อื่นๆ ไม่ให้
 Corticosteroids ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____
 ฟ้าทะลายโจร วันเริ่มรับยา _____ ยาอื่น ระบุ _____ วันเริ่มรับยา _____

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี
ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ _____ / _____ / _____ ชื่อวัคซีน _____ สถานที่ฉีด _____
ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ _____ / _____ / _____ ชื่อวัคซีน _____ สถานที่ฉีด _____

6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร
กรณีแพ้ทริเจน ไม่ได้ตั้งครวม ตั้งครวมที่ _____ อายุครวม _____ สัปดาห์
การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว
โรคประจำตัวปัจจุบันเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด
 โรคหัวใจ ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด
 อื่นๆ _____

ผู้รายงาน _____ หน่วยงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ วันที่รายงาน _____

10.8.2 การปรับการรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อ

ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 กรมควบคุมโรคเริ่มปรับเปลี่ยนการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 อีกครั้งหนึ่ง โดยระบุว่าจากเดิมที่รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี RT-PCR เปลี่ยนเป็นรายงานผู้ป่วยยืนยันด้วย RT-PCR รวมกับผู้ป่วย ATK เป็นบวก²²⁰ (ยกเว้นใน กทม. จะรายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยวิธี RT-PCR) (ดูหัวรูปถัดไป) โดยการตรวจ ATK จะเน้นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ เช่น กลุ่มพนักงานขับรถ บำรุงรถจักรยานยนต์ รวมถึงกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเด็กเล็ก เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่กระจายโรค นอกเหนือจากนี้จะให้ตรวจเฉพาะผู้ที่มีอาการป่วยเข้าข่าย ที่มีอาการทางเดินหายใจ ไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นหลัก ส่วนพนักงานตามบริษัท หรือสถานประกอบการต่างๆ จะไม่ต้องตรวจ ATK ประจำสัปดาห์แล้ว

²²⁰ การรวมผู้ป่วยลักษณะนี้ได้รับการแนะนำมาจากองค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ 2564 แต่ในที่สุดก็พบว่าผู้ที่มีผลบวกจาก ATK ที่ไปรับยาในฐานะผู้ป่วยนอกไม่ได้ถูกนับรวมเป็น “ผู้ป่วย” แต่อาจถูกนับเป็น “ผู้หายป่วย” ทำให้เมื่อเวลาผ่านไปยอดสะสมผู้หายป่วยสะสมมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยสะสม

รูปที่ 105 คำอธิบายการเปลี่ยนวิธีการรายงานข้อมูลในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2565



ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2565 เป็นต้นไป กรมควบคุมโรคจะปรับเปลี่ยนการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 จากเดิมที่รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วย PCR เป็น ผู้ป่วยยืนยันด้วย PCR รวมกับผู้ป่วยที่มีผล ATK เป็นบวก (ยกเว้น กรุงเทพฯ รายงานเฉพาะผู้ติดเชื้อยืนยันด้วย PCR)

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน

ตั้งแต่เริ่มระบาด
 ตั้งแต่ 1 เม.ย. 2564
 ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565
 วันที่ต้องการดูข้อมูล:

อัปเดตล่าสุด : 6/23/2022 7:30:02 AM



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565)

แต่เมื่อดูตัวเลขในรายงานข้างบน จะพบว่าตัวเลข “ติดเชื้อเข้าข่าย/ATK” ในแต่ละวัน ในช่วงส่วนใหญ่ของเดือนมิถุนายน 2565 กลับสูงกว่า “จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่” ในทุกวันที่คณะผู้วิจัยสุ่มเช็ค

และตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 เช่นกัน ศูนย์ข้อมูล COVID-19 ยังมีการปรับการรายงานจาก “ติดเชื้อเพิ่มวันนี้” เป็น “จำนวนผู้ป่วยใหม่วันนี้” และหลังจากผ่าน 1 มิถุนายน 2565 ไปแล้ว ในท้ายรายงานหน้านี้ ก็มีหมายเหตุ * ไว้ว่า การเปลี่ยนระบบ ’ นับเป็น “ผู้หายป่วย” “ทำให้ยอดผู้ป่วยสะสมมีจำนวนน้อยกว่ายอดผู้หายป่วยสะสม”

รูปที่ 105-ข การเปลี่ยนวิธีการรายงานข้อมูลของศูนย์ข้อมูล COVID-19 หลัง 1 มิถุนายน 2565



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2565)

จนกระทั่งในเดือนกรกฎาคม (ตามรูปที่ 100) จึงเริ่มมีความชัดเจนขึ้นว่า ตัวเลขที่รายงานผู้ติดเชื้อรายวัน ในรูปที่ 105 และผู้ป่วยใหม่ในรูปที่ 105ข (รูปล่าง) นั้น เป็นเพียงผู้ป่วยในที่เข้ามาอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่านั้น และ Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เริ่มมารายงานตัวเลขผู้ป่วยนอกจากโครงการ เจอ แจก จบ เป็นรายสัปดาห์ (โดยอาจรายงานล่าช้าอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์ด้วย) ทั้งนี้ Dashboard ของกรม ควบคุมโรค ได้เปลี่ยนการรายงาน โดยขยายความ

“จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่” เป็น **“ผู้ติดเชื้อรายใหม่ รักษาในโรงพยาบาล”** (ซึ่งก็คือผู้ป่วยใน) และเปลี่ยนการรายงาน

“ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ATK” มาเป็นรายงาน **“ผู้ติดเชื้อนอกโรงพยาบาล (ATK+) รายสัปดาห์”**

และแสดงตัวเลขที่บ่งชี้ว่ายอดการติดเชื้อเฉพาะที่มีรายงานเข้ามาในระบบนั้น ในส่วนของผู้ป่วยนอกจำนวนอาจสูง ถึง 15 เท่าของ “จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่” ที่ระบบรายงานต่อสาธารณะในช่วงนั้น โดยเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) โดย นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ได้เพิ่งเปิดเผยข้อมูลว่าในขณะที่ยอด ผู้ป่วยในรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีเพียงวันละสองพันเศษ แต่ในช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่ 25 มิ.ย.-1 ก.ค. 2565 ยังมีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มาขอรับยาตามโครงการ เจอ-แจก-จบอีกถึง 207,643 คน รวมกันแล้วมีผู้ติดเชื้อที่มีรายงานในระบบเฉลี่ยถึงวันละ 32,000 คน ซึ่งการติดเชื้อจริงในช่วงดังกล่าวน่าจะสูงกว่า นั้นอีก การระบาดที่ขยายตัวขึ้นในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2565 ส่งผลกระทบต่อสถานศึกษาจำนวนมากจนหลาย โรงเรียนต้องเปลี่ยนกลับมาสอนออนไลน์ในช่วงนั้น

หรืออีกนัยหนึ่ง นอกจากการระบาดไม่ได้สงบลงในช่วงกลางเดือนมิถุนายน 2565 เหมือนที่ตัวเลขใน รายงานบ่งชี้แล้ว ยังน่าจะกำลังเข้าสู่ขั้นของระลอกใหม่ (ระลอกที่ 6 โอมิครอน BA.5) ซึ่งมีข้อบ่งชี้จากทั้งยอด ผู้ป่วยหนัก/ปอดอักเสบ และผู้รักษาใน ICU/ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการปิดสถานศึกษาหลายแห่งและ ข่าวสารที่ไม่เป็นทางการ

สรุป

ความพยายามในการปรับวิธีและตัวเลขการรายงานสถานการณ์โควิด-19 และการสื่อสารของภาครัฐที่ พยายามจัดโควิดเป็นโรคประจำถิ่น ในช่วงที่ประเทศไทยกำลังพยายามเปิดเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว ได้สร้าง ความสับสนในการตีความ (และบางกรณีก็อาจทำให้ประชาชนเข้าใจผิด และใช้วิธีรับมือที่ผิดตามไปด้วย ซึ่งอาจ ส่งผลให้การระบาดแย่ลงได้) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรายงานสถิติการระบาดรายวันที่มีรายละเอียดที่ให้ ข้อมูลเชิงลึกและครบถ้วนแก่ประชาชนในสังคม เช่น ตัวเลขผู้ป่วยรายวันประเภทต่างๆ (RT-PCR, ATK, เจอ แจก จบ) สัดส่วนของเชื้อแต่ละสายพันธุ์ จำนวนเตียง ยา และวัคซีน เป็นต้น เพื่อจะได้เข้าใจสถานการณ์จริงอย่างลึกซึ้ง และเป็นประโยชน์ที่จะเสริมสร้างความรู้เท่าทัน นำไปสู่การตัดสินใจประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อ สถานการณ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์มากกว่าการรายงานตัวเลขที่อาจดูดีแต่ไม่ได้ช่วยให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์ ถูกต้องตามความเป็นจริง และไม่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศอื่นอีกหลายประเทศได้

11. สรุปบทเรียนในการรับมือกับการระบาดของ Covid-19

การพยากรณ์หรือคาดการณ์เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดใหญ่ทั่วโลกอย่างกว้างขวางอย่างโรคโควิด-19 ในรายละเอียด (เช่น ไวรัสจะกลายพันธุ์อย่างไรเมื่อใด ระบาดใหญ่ครั้งต่อไปจะเกิดขึ้นเมื่อใด) เป็นสิ่งที่คาดการณ์ในรายละเอียดได้ยากหรือแทบไม่ได้เลย อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้จากการรับมือกับโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ก็น่าจะช่วยให้ทำให้ระบบและสังคมสามารถเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้น ในการลดและบรรเทาผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเราพยายามสรุปบทเรียนบางส่วนเอาไว้ในหัวข้อนี้ บทเรียนเหล่านี้ยังครอบคลุมไม่หมด และจะยังคงต้องพัฒนาต่อไปในอนาคต

1. ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับระบบสังคมและเศรษฐกิจอย่างแน่นแฟ้น ตั้งแต่ในระดับปัจเจก เช่น รายได้ การดำรงชีพ การฆ่าตัวตาย ไปถึงปัญหาระดับมหภาคอย่างการเติบโตทางเศรษฐกิจหรือวิกฤตด้านการเงิน การตระหนักถึงความสัมพันธ์นี้ จะทำให้เห็นถึงความสำคัญในการลงทุนด้านสาธารณสุขและบริการรักษาโรงพยาบาล รวมไปถึงโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในระยะยาว เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและบรรเทาความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เตรียมการป้องกันวิกฤตและปัญหาสังคมและเศรษฐกิจที่อาจจะตามมา การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ บรรเทาผลกระทบ และฟื้นฟูจากความเสียหาย จึงควรต้องถูกกำหนดเป็นเป้าหมายและนโยบายในระดับชาติ

2. มาตรการควบคุมโรค โดยการตรวจและติดตามสอบสวนโรค รักษาผู้ติดเชื้อ และกักตัวผู้สัมผัสโรคตามความเหมาะสม เป็นมาตรการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการต่อสู้กับโรคอุบัติใหม่และโรคระบาด ประสบการณ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่า การมีกลไกพื้นฐานการควบคุมโรคที่ดีและลึกลงจะทำให้มีโอกาสที่ยั่งยืนของจรรยาบรรณการระบาด และช่วยให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น²²¹ แต่ถ้าขาดกลไกพื้นฐานที่ดีและลึกลงในส่วนนี้ ก็จะทำให้ไม่มีศักยภาพพอที่จะรับมือกับการระบาดที่หนัก และขาดทางเลือกในการรับมือกับการระบาดที่หนักในที่สุด

การสร้างระบบติดตามผู้ติดเชื้อให้มีความครอบคลุมมีความซับซ้อนและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก แต่หากสามารถทำได้เหมาะสม การลงทุนในระบบติดตามนี้จะให้ผลดีกว่า เมื่อเทียบกับต้นทุนที่จะเกิดขึ้นจากการที่ต้องล็อกดาวน์ รวมไปถึงต้นทุนที่เกิดจากความสูญเสียผลิตภาพการผลิตที่ควรจะได้รับจากคนที่ติดเชื้อ ภาระของระบบสาธารณสุขของประเทศ และการสูญเสียชีวิตจำนวนมากเมื่อระบบรักษาพยาบาลล้มเหลว

3. ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ที่มีความสำคัญ ซึ่งจะเป็นตัวช่วยสร้างความเชื่อถือและความไว้วางใจของคนในพื้นที่ ทั้งในเรื่องข้อกำหนดต่างๆ ในการติดตามผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงการข้อกำหนดการกักตัว ที่ผ่านมาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของไทยมีส่วนช่วยในการเชื่อมภาครัฐเข้ากับประชาชนใน

²²¹ เช่น WHO (2021) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2021/11/europes-lessons-learned-in-covid-19-contact-tracing>

พื้นที่ในชนบท มีส่วนช่วยในการติดตามผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งช่วยการดำเนินมาตรการของรัฐอย่างการฉีดวัคซีน และช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการของรัฐอย่างวัคซีนและระบบรักษาพยาบาลของรัฐง่ายขึ้นด้วย แต่กลไกนี้ทำงานได้จำกัดในเมืองใหญ่ ซึ่งกลไกที่จะทำงานได้และได้รับความเชื่อถือในชุมชนเมืองได้คงต้องพัฒนาให้ sophisticate ขึ้นเป็นหน่วยที่มีบทบาทให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (หรือ Primary Care Unit “PCU”) ในชุมชน

4. การรักษาแบบ Telehealth จะมีบทบาทมากขึ้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ช่วยให้แพทย์และผู้ป่วยสามารถใช้การแพทย์ระยะไกลได้ ทั้งการตรวจวินิจฉัย และสั่งยาในหลายๆ โรค ช่วยป้องกันไม่ให้โรคลุกลามเนื่องจากแพทย์กับผู้ป่วยสามารถติดต่อกันได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะมีความสำคัญมากในสถานการณ์ที่ต้องการการรักษาหรือคำปรึกษาอย่างเร่งด่วน รวมไปถึงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย การนำมาตรการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) เข้ามาปรับใช้และประสานกับร้านยา และองค์กรเอกชน/อาสาสมัครเป็นตัวอย่งที่น่าสนใจในการระบบ Telehealth ให้กลายมาเป็น New Normal ที่ practical มากขึ้นสำหรับไทยรวมทั้งสังคมเมือง

5. ปัญหาด้านสาธารณสุขสะท้อนความไม่เท่าเทียมในสังคมไทย การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าทุกคนไม่ได้รับการดูแลตามความจำเป็น ทั้งการเข้าถึงรักษาที่แตกต่างกันของคนรวยกับคนจน ตั้งแต่การตรวจเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมไปถึงการฉีดวัคซีน ซึ่งคนที่มีฐานะและโอกาสในสังคมไทยมักจะมีทรัพยากรและเข้าถึงข้อมูลได้ดีกว่าคนจน/เปราะบาง/ชายขอบ

6. การรวมศูนย์อำนาจและระบบ single command อาจไม่ใช่วิธีการที่เพียงพอหรือดีที่สุดในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ การประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน และรวบอำนาจ พ.ร.บ. หลายฉบับ (กระทั่ง พรบ.อ้อยและน้ำตาลทรายฯ) ไว้ในมือผู้อำนวยการ ศบค. และฝ่ายความมั่นคง เป็นศูนย์กลางอำนาจ ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าจะสามารถรับมือ/แก้ปัญหาที่ซับซ้อนและต้องการความรู้ในการรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

7. ควรมีหน่วยงานประจำที่ทำหน้าเตรียมและจัดการความรู้สำหรับรับมือโรคอุบัติใหม่โดยตรง เพื่อให้แน่ใจว่าประเทศไทยจะมีระบบการรับมือที่ใช้งานได้ก่อนจะเกิดเหตุฉุกเฉิน การสร้างหน่วยงานที่มีความจำของสถาบัน (institutional memory) จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรการป้องกันและเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉิน การมีกรอบการทำงานและระบบเพื่อรับมือ/ตอบสนองก่อนจะมีเกิดการระบาดจะทำให้ประเทศไทยสามารถดำเนินการและประสานการทำงานแบบบูรณาการได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการสั่งสมความรู้ และบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ไม่จำเป็นต้องจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาใหม่เหมือนการจัดตั้ง ศบค. ที่ต้องมาเรียนรู้ปัญหาใหม่ และอาจตามไม่ทันปัญหาการแพร่ระบาดของโรค

8. การมีสินค้าสาธารณสุขที่มีคุณภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้รวดเร็วในราคาไม่แพงมาก ในช่วงที่ผ่านมา การเข้ามาของวัคซีน ยาต้านไวรัส และชุดตรวจ ATK ที่มีคุณภาพ ที่ช้าและหลายกรณีมีราคาแพงกว่าในต่างประเทศมาก ชี้ให้เห็นปัญหาของระบบบริหารจัดการของประเทศไทย ซึ่งยังไม่เอื้อต่อการคัดแยกผู้ป่วย และอาจทำให้เกิดการระบาดลุกลามไปมากกว่าที่ควร การลงทุนในทรัพยากรที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว ในด้านการตรวจ

เชื้อ การวินิจฉัย ยาและวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ และการแบ่งปัน know-how รวมไปถึงการรับประกันการเข้าถึงที่เท่าเทียมและปรับตามข้อมูล/ข้อค้นพบทางวิทยาศาสตร์ที่มี จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ใดๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

9. การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสาธารณสุขมีความสำคัญมาก ชุดข้อมูลที่มีการแบ่งปันกันระหว่างหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถช่วยให้การกำหนดนโยบายเพื่อรับมือโควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในทางปฏิบัติ ศักยภาพของข้อมูลเหล่านี้มักจะยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เสี่ยงสูงไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายลำดับแรกๆ ของการฉีดวัคซีน รวมไปถึงการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างไม่ครบถ้วน ทำให้ยากต่อการนำไปวิเคราะห์ต่อ ทำให้ข้อมูลด้านสาธารณสุขที่รวบรวม วิเคราะห์ เผยแพร่ และสามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนการตัดสินใจต่างๆ ถูกนำมาใช้น้อยจนเกินไป ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ทั้งกระบวนการรวบรวม การเข้าถึง การรองรับ การป้องกัน และการแบ่งปันข้อมูลจะเป็นตัวแปรสำคัญในการรับมือกับโรคระบาดใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

10. การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและบุคลากรยังขาดความเพียงพอและความพร้อมในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะการดึงบุคลากรจากส่วนอื่นๆ เข้ามาช่วยให้เกิดการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงต้องมีการจัดฝึกอบรมและสนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน้าด่านควบคู่ไปกับกลไกใหม่ๆ ในการกระตุ้นขีดความสามารถ รวมถึงความรู้ของประเทศ ความพร้อมของการรับ/ส่งการสนับสนุนกับภายนอก ในด้านบุคลากรสำหรับเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งอาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคมควรได้รับการฝึกอบรมล่วงหน้าเพื่อรองรับกับความต้องการใหม่ๆ ตลอดจนมีการวางแผนเพื่อดึงตัวบุคลากรจากส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดบริหารงานที่มีความต่อเนื่องเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิด

11. การปรับเปลี่ยนมาตรการบ่อยครั้งเกิดจากเหตุผลทางการเมือง (Political Base) มากกว่าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ซึ่งอาจรวมถึงความพยายามของไทยที่จะปรับให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น ในขณะที่ยังมีการระบาดของเชื้อที่กลายพันธุ์ข้ามทวีปมาไทยอยู่ตลอด การปรับวิธีการรายงานที่เทียบเคียงของเดิมไม่ได้อาจสร้างความเข้าใจผิดให้แก่ประชาชน และส่งผลให้การระบาดแย่งหรือยืดเยื้อได้ ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อของนักวิจัย/หน่วยงานต่างๆ ก็ยากขึ้นด้วย ในขณะที่การรายงานสถานการณ์ที่ถูกต้องและโปร่งใส จะช่วยส่งผลเชิงบวกต่อความไว้วางใจที่มีต่อรัฐบาล และการปฏิบัติตามมาตรการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่แท้จริงของประชาชน จะช่วยให้สามารถควบคุมการระบาดได้ดีขึ้น^{222 223} รัฐบาลและหน่วยงานที่

²²² <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/transparency-communication-and-trust-the-role-of-public-communication-in-responding-to-the-wave-of-disinformation-about-the-new-coronavirus-bef7ad6e/>

²²³ <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor-covid-19/2020?Payroll-wealth#:~:text=The%252520Wellcome%252520Global%252520Monitor%252520offers,been%252520uneven%252520around%252520the%252520world>

เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยสามารถออกจากวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วกว่า

นอกจากนี้ WHO/Europe ยังได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งหมด 16 องค์ประกอบ ได้แก่²²⁴

- 1) การเฝ้าระวัง ระบบเตือนภัยล่วงหน้า ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวกรองในระดับชาติ และนานาชาติ
- 2) การประเมินสถานการณ์และความเสี่ยง
- 3) การสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4) การให้บริการด้านสุขภาพและสังคม
- 5) การเข้าถึงสิ่งจำเป็น เช่น บริการสาธารณสุข การดูแลเบื้องต้น โรงพยาบาล
- 6) การใช้มาตรการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (ยา) อย่างเหมาะสมและตรงกลุ่มเป้าหมาย (รวมถึงการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ และหน้ากากอนามัย)
- 7) การใช้มาตรการแก้ไขทางการแพทย์ เช่น เทคโนโลยี ห่วงโซ่อุปทาน
- 8) Points of entry
- 9) ทีมผู้เชี่ยวชาญและสถาบันการศึกษา
- 10) นวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา
- 11) ความร่วมมือแบบพหุภาคี
- 12) ระบบ One Health (สัตว์ สิ่งแวดล้อม การต่อยอดด้านจุลชีพ และความปลอดภัยของอาหาร)
- 13) อันตรายจากสารเคมี รัังสี นิวเคลียร์ และระเบิด
- 14) ห้องปฏิบัติการ
- 15) โครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 16) ความพร้อมในแสดงความเป็นส่วนหนึ่งของโลกในการจัดการการสนับสนุนระหว่างประเทศ

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติหรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตควรต้องอาศัยบทเรียนเหล่านี้ พร้อมกับพิจารณาพัฒนาองค์ประกอบสำคัญดังที่ WHO/Europe ได้เสนอไว้ โดยมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย โดยการเปลี่ยนแปลงควรสร้างขึ้นแบบ Bottom-Up และเป็นการเตรียมพร้อมอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งในระดับประเทศ ระดับชุมชน และระดับปัจเจกบุคคล

²²⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343157/71wd06e-rev1-PR-Response-LessonsLearned-210693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ส่วนที่ 4

การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) จากมุมมองทางรัฐศาสตร์

- ระบบอภิบาลที่ดี (good governance) สำคัญต่อการจัดการโรคระบาด: บทสำรวจเชิงแนวคิดและการศึกษาเปรียบเทียบ
- การอภิบาลที่ดี คุณภาพผู้นำ และประสิทธิภาพรัฐ: กรณีศึกษานิวซีแลนด์ เกาหลีใต้ และสิงคโปร์
- รัฐบาล ผู้นำ และระบบอภิบาลล้มเหลว: กรณีศึกษาบราซิล
- โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐไทยในการรับมือกับโควิด-19
- การประเมินโครงสร้างการอภิบาลและการบริหารจัดการของรัฐไทยในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19

ส่วนที่ 4

การประเมินผลด้านการอภิบาล (governance) จากมุมมองทางรัฐศาสตร์

โดย รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ

12. ระบบอภิบาลที่ดี (good governance) สำคัญต่อการจัดการโรคระบาด: บทสำรวจเชิง

แนวคิดและการศึกษาเปรียบเทียบ

การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่เริ่มมีการตีพิมพ์ออกมามากขึ้นตั้งแต่เกิดการระบาดของโควิด-19 ทำให้เราเห็นภาพรวมที่ชัดเจนขึ้นว่ามีปัจจัยใดบ้างด้านการการเมืองและการบริหารที่ส่งผลต่อการรับมือกับวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เราพบว่าประเทศที่ปกครองด้วยระบอบเสรีประชาธิปไตยอย่างสหรัฐฯ และสหราชอาณาจักรรับมือกับปัญหาได้ไม่ดิ่ง โดยเฉพาะในการควบคุมการระบาดในช่วงแรก จนทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตพุ่งสูง สหรัฐฯ มีประชากรคิดเป็นสัดส่วนน้อยกว่า ร้อยละ 5 ของประชากรโลก แต่มีจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตต่อจำนวนประชากรก็สูงกว่ายุโรปถึง 10 เท่า (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม 2563) แต่นักวิชาการเตือนให้ระมัดระวังในการสร้างข้อสรุปว่านั่นคือความล้มเหลวของประชาธิปไตย เพราะประเทศประชาธิปไตยจำนวนมากสามารถรับมือกับการระบาดครั้งนี้ได้ดี อาทิ เยอรมนี เดนมาร์ก นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ ฟินแลนด์ แคนาดา ไต้หวัน ไอร์แลนด์ ไอซ์แลนด์ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันประเทศเผด็จการที่ประสบความสำเร็จ (หากวัดในมิติการควบคุมการระบาด) ก็มีเพียงประเทศจีนเท่านั้นที่เป็นตัวอย่างอันเห็นได้ชัด ในขณะที่ประเทศที่ปกครองด้วยระบอบเผด็จการอำนาจนิยมส่วนใหญ่ก็ล้มเหลวในการรับมือกับโรคระบาดครั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นอิหร่าน รัสเซีย เวเนซุเอลา พม่า ฯลฯ²²⁵ ฉะนั้นจึงไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างระบอบการเมืองกับความสามารถในการรับมือกับโรคระบาดอย่างโควิด-19 ยกเว้นมิติด้านความโปร่งใสในการทำงาน (transparency) และความพร้อมรับผิดชอบประชาชนของตน (accountability) ที่สังคมประชาธิปไตยมีเหนือสังคมที่เป็นเผด็จการอำนาจนิยม ซึ่งทั้งความโปร่งใสและความพร้อมรับผิดชอบนั้นสำคัญต่อการรับมือกับโรคระบาดดังที่จะกล่าวต่อไปข้างหน้า²²⁶

²²⁵ ดู Capano et al. 2020; Colfer 2020; Sebhatu et al. 2020; Weible et al. 2020; Yan et al. 2020.

²²⁶ ดูข้อถกเถียงต่างๆ ใน Rachel Kleinfeld, “Do Authoritarian or Democratic Countries Handle Pandemics Better?” <https://carnegieendowment.org/2020/03/31/do-authoritarian-or-democratic-countries-handle-pandemics-better-pub-81404>; Sarah Engler, Palmo Brunner, Romane Loviat, Tarik Abou-Chadi, Lucas Leemann, Andreas Glaser & Daniel Kübler (2021), “Democracy in times of the pandemic: explaining the variation of COVID-19 policies across European democracies,” *West European Politics*, 44: 5-6, 1077-1102; “Diseases like Covid-19 Are Deadlier in Non-Democracies,” *Economist*, February 18, 2020.

นักวิชาการและงานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่าปัจจัยที่อาจจะสำคัญยิ่งกว่าระบอบการเมืองสำคัญสำหรับรัฐที่ประสบความสำเร็จ คือ ปัจจัยด้านความสามารถในการทำงานของรัฐ (state capacity) ซึ่งนักวิชาการหลายท่านชี้ให้เห็นว่า “คุณภาพ” นั้นสำคัญกว่า “ปริมาณ” (quality of government, not quantity of government) โดย Fareed Zakaria เปรียบเทียบให้เห็นอย่างน่าสนใจในหนังสือของเขาว่าด้วยบทเรียนสืบทอดการสำหรับโลกยุคหลังโควิด ว่าบทเรียนที่สำคัญประการหนึ่งคือ คุณภาพของรัฐนั้นสำคัญอย่างยิ่งยวด โดยรัฐที่ประสบความสำเร็จไม่จำเป็นว่าจำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ (big government) ในแง่บุคลากรภาครัฐหรืองบประมาณเสมอไป แต่สำคัญที่สมรรถภาพในการทำงานอย่างฉับไว มีวิสัยทัศน์ มีการประสานงานที่ดี ทำงานโดยอิงกับความรู้และข้อมูล และไม่คอร์รัปชันหรืออิงกับระบบเส้นสายพวกพ้อง ยกตัวอย่างประเทศที่มีภาครัฐขนาดเล็ก (ในความหมายงบประมาณและจำนวนข้าราชการ) เช่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน สิงคโปร์ ฮองกง ที่ล้วนจัดการปัญหาโควิดได้ดี สำหรับประเทศเหล่านี้ Zakaria ชี้ว่ามีค่าใช้จ่ายภาครัฐคิดเป็นสัดส่วนต่อ GDP ไม่สูง (ฮองกงมีค่าใช้จ่ายภาครัฐคิดเป็นร้อยละ 18 ซึ่งคิดเป็นแค่ 1 ใน 3 ของรัฐฝรั่งเศส หรือไต้หวันที่มีค่าใช้จ่ายงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพต่ำกว่าของสหรัฐมาก) ในขณะที่ประเทศที่มีภาครัฐขนาดใหญ่อย่างเยอรมนี ฟิลแลนด์ แคนาดา และเดนมาร์ก ก็จัดการปัญหาโควิดได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน ฉะนั้นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่พบในกลุ่มประเทศที่บริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตได้ดีคือ คุณภาพของภาครัฐมีความสำคัญมากกว่าขนาดอันใหญ่โตของข้าราชการ²²⁷

ความสัมพันธ์กันระหว่างการเมืองที่มีระบบอภิปาลที่ดี (governance) กับการจัดการปัญหาโรคระบาดโควิด-19 ได้รับการศึกษาและนำเสนอโดยงานวิจัยหลายชิ้นด้วยกัน โดยประเทศที่ดีระบบอภิปาลที่ดีจะมีความสามารถที่ดีกว่าในการออกแบบนโยบายที่เหมาะสมและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมและจัดการปัญหาการระบาดของโควิด-19 (pandemic control and management) การมีระบบอภิปาลที่ดีทำให้ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน²²⁸

งานวิจัยของ Nabin, Chowdhury, and Bhattacharya (2021) โดยวิธีการศึกษาใช้ตัวแปรตามวัดจากตัวเลขผู้ติดเชื้อและอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อ (ในขณะที่การศึกษาบางชิ้นดูจำนวนผู้เสียชีวิต เช่น Liang

²²⁷ Fareed Zakaria, *Ten Lessons for a Post-Pandemic World* (New York: W.W. Norton Company, 2020), pp. 35-36; งานศึกษาบางชิ้น ยังย้อนกลับไปดูการรับมือกับวิกฤตภัยพิบัติในยุคอดีตทั่วโลก พบว่าคุณภาพของรัฐบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการที่แต่ละประเทศรับมือกับวิกฤตร้ายแรงได้ต่างกัน ซึ่งไม่ได้ประยุกต์ใช้กับวิกฤตโรคระบาดเท่านั้น แต่รวมถึงวิกฤตภัยธรรมชาติต่างๆ วิกฤตความอดอยาก ฯลฯ ดู Niall Ferguson, *Doom: the Politics of Catastrophe* (Allen Lane, 2021).

²²⁸ Nabin, M.H., Chowdhury, M.T.H. and Bhattacharya, S. “It matters to be in good hands: the relationship between good governance and pandemic spread inferred from cross-country COVID-19 data,” *Humanities and Social Sciences Communications* 8, 203 (2021). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00876-w>; Miguel Poiars Maduro and Paul W. Kahn, *Democracy in Time of Pandemic: different Futures Imagined* (Cambridge: Cambridge University Press, 2020).

et al. 2020) เปรียบเทียบ 185 ประเทศ จากช่วงเดือนเมษายนถึงกันยายน 2563 โดยใช้ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization- WHO) และ Our World in Data (OWID, 2020) สำหรับตัวแปรด้านการอภิบาลที่ดี งานวิจัยวัดจากประสิทธิภาพของรัฐ (government effectiveness) เสถียรภาพทางการเมือง (political stability) นิติรัฐ (the rule of law) คุณภาพของการกำกับดูแล (regulatory quality) การควบคุมคอร์รัปชัน (the control of corruption) การส่งเสียงของประชาชนและความพร้อมรับผิด (voice and accountability) โดยใช้ข้อมูลของธนาคารโลกที่สร้างดัชนีชี้วัดการอภิบาลเปรียบเทียบประเทศทั่วโลก “World Bank WGI (Worldwide Governance Indicators) database” ซึ่งฐานข้อมูล WGI ของธนาคารโลกเป็นฐานข้อมูลในลักษณะวัดความรู้ (perceptions-based data sources)²²⁹ เก็บข้อมูลมากกว่า 200 ประเทศทั่วโลก ทำการสำรวจความเห็นของประชากร บริษัท และผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพของระบบราชการและบริการสาธารณะ, คุณภาพของการผลิตและนโยบายไปปฏิบัติ, และความมุ่งมั่นของรัฐบาลต่อนโยบายเหล่านั้น]²³⁰ ทั้งนี้ การวิจัยนี้ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ อาทิ คุณภาพของอากาศ ภูมิศาสตร์ของประเทศ โครงสร้างประชากร จำนวนประชากรในเขตเมือง ผลผลิตถัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัว ฯลฯ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอภิบาลกับการจัดการโรคโควิด-19

ผลการศึกษาจากข้อมูลของประเทศต่างๆ พบว่าการทำงานของรัฐบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (effective government intervention) สำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรคระบาด คุณภาพของการอภิบาลคือหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จของแต่ละประเทศ ซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันข้อค้นพบที่ปรากฏในงานศึกษาเกี่ยวกับรัฐกับวิกฤตสุขภาพในอดีตที่ชี้ว่าคุณภาพของสถาบันรัฐและการอภิบาล (institutional quality and governance) เป็นหัวใจสำคัญต่อการรับมือกับโรคติดต่อร้ายแรงไม่ว่าจะเป็น HIV, SARS, Ebola (Chowell and Viboud, 2016; Snowden, 2019)

งานวิจัยชิ้นอื่นๆ ยังนำเสนอให้เห็นด้วยว่าความน่าเชื่อถือของรัฐบาลสำคัญ (credibility of government) เพราะการรับมือกับโควิด-19 ต้องอาศัยการออกมาตรการจำนวนมากที่จะควบคุมและจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการเดินทาง การทำงาน และกิจกรรมการใช้ชีวิตตามปกติ ดังที่งานของ Acemoglu et al. (2021) ชี้ว่าประสิทธิภาพของข้อบังคับและมาตรการทั้งหลายของรัฐในการควบคุมการระบาดโควิด-19 จะสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าประชาชนยอมให้ความร่วมมือ (compliance) กับมาตรการเหล่านั้นหรือไม่ และ

²²⁹ ในลักษณะเดียวกับฐานข้อมูล Corruption Perception Index (CPI) ขององค์กรความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International)

²³⁰ ดู The World Bank, *Worldwide Governance Indicators* (2020) <https://info.worldbank.org/governance/wgi/Home/Reports>, และ Kaufmann, D., Kraay, A. and Mastruzzi, M., *Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues* (Washington, DC: The World Bank, 2010).

ประชาชนจะยินดียอมทำตามหากพวกเขาเชื่อมั่นและไว้วางใจในการทำงานของรัฐบาล (compliance and trust) ว่าการยอมจำกัดเสรีภาพและการใช้ชีวิตตามปกติของพวกเขาจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

สำหรับประเด็นเรื่องความไว้วางใจนี้นับว่าถูกเน้นย้ำในงานวิจัยจำนวนมาก งานของ Job (2005) ขยายความว่าคุณลักษณะของความไว้วางใจที่สำคัญคือ ความไว้วางใจที่สมเหตุสมผลของประชาชน (rational trust) ซึ่งหมายถึงศรัทธาที่ประชาชนมีต่อรัฐบาลที่ก้าวข้ามเส้นแบ่งของชั่วคราวการเมือง ซึ่งหากมีศรัทธาเช่นนี้ พลเมืองจะยินดีให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆ ของรัฐในยามวิกฤต แม้ว่ามันจะจำกัดสิทธิเสรีภาพของพวกเขา แต่พวกเขาก็ยอมทำตามเพราะเชื่อมั่นว่ารัฐออกคำสั่งเหล่านั้นเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวมและทำให้ประชาชนได้ประโยชน์ มิใช่คำสั่งที่ตอบสนองผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจรัฐหรือข้าราชการ ศรัทธาในระดับที่มากเช่นนี้เกิดขึ้นก็ต่อเมื่อประชาชนมีความเชื่อมั่นสาธารณะ (public confidence) ต่อความน่าเชื่อถือของสถาบันทั้งหลายของรัฐ (ที่ดูแลกิจการสาธารณสุข ความมั่นคง เศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต) ในการตอบสนองปัญหาของประชาชนในยามฉุกเฉิน ซึ่งกล่าวโดยสรุปก็คือเป็นความเชื่อมั่นของสาธารณชนว่าอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลที่มีความสามารถ (“ public confidence of being in good hands”) กล่าวโดยสรุป งานวิจัยชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเป็นทอดกันระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงานของรัฐบาล— ความเชื่อมั่นของสาธารณชน – ความร่วมมือของประชาชนต่อมาตรการของรัฐ (government effectiveness --> public confidence/trust --> public compliance)

กลุ่มประเทศยุโรปเหนือเป็นกลุ่มประเทศที่มาตรการของรัฐได้รับความร่วมมือจากประชาชน เนื่องด้วยเพราะวัฒนธรรมทางการเมืองและสังคมที่เน้นความเป็นชุมชนนิยม และสังคมค่อนข้างเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน²³¹ นอกจากนี้ นักวิทยาศาสตร์บางรายยังชี้แจงอย่างน่าสนใจว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความร่วมมือทางสังคม กล่าวคือ ประชากรที่รับรู้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาและถูกต้องจะยินดีให้ความร่วมมือกับรัฐ ฉะนั้นไม่ใช่แค่ว่าชุดของมาตรการคืออะไรบ้าง แต่ประเด็นสำคัญคือ รัฐบาลต้องทำให้สังคมเชื่อมั่นและร่วมมือกับมาตรการเหล่านั้น ศาสตราจารย์ Yves Van Laethem ซึ่งเป็นที่ปรึกษาของรัฐบาลเบลเยียมที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตต่อประชากรสูงกว่าเยอรมนียอมรับว่าความผิดพลาดของเบลเยียมคือ การทำให้ประชาชนสับสนด้วยการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมาทั้งเร็วเกินไปและบ่อยเกินไป และทำให้มาตรการไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่มันควรจะเป็น²³²

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอภิบาลกับยอดผู้เสียชีวิต โดยผลการศึกษาชี้ว่า ประสิทธิภาพการทำงานของรัฐบาลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตรวจหาผู้ติดเชื้อและมีความสัมพันธ์กับ

²³¹ Kevin Connolly, “Coronavirus: How to tell which countries are coping best with Covid,” *BBC News*, 6 October 2020 <https://www.bbc.com/news/world-europe-54391482>

²³² Kevin Connolly, “Coronavirus: How to tell which countries are coping best with Covid,” *BBC News*, 6 October 2020 <https://www.bbc.com/news/world-europe-54391482>

อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19²³³ งานของ Liang L-L, Tseng C-H, and Ho HJ, Wu C-Y (2020) ซึ่งสนใจศึกษาปรากฏการณ์ที่บางประเทศมีอัตราการเสียชีวิตจากโควิดค่อนข้างสูง ทั้งที่มีระบบสาธารณสุขที่ดี มีงบประมาณสูง ในขณะที่บางประเทศมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ งานวิจัยนี้ศึกษาเปรียบเทียบ 169 ประเทศโดยใช้วิธีเชิงสถิติ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตคือ จำนวนการตรวจและประสิทธิภาพของรัฐบาล (government effectiveness) ซึ่งหมายถึงความสามารถของรัฐบาลในการผลิตนโยบายที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติเพื่อจัดการวิกฤต (the government’s capacity to formulate and implement sound policies to tackle the crisis) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรัฐบาล คณะวิจัยใช้ the Worldwide Governance Indicators (WGI) ของธนาคารโลก คณะผู้วิจัยพบว่าประสิทธิภาพของระบบราชการทำให้บางประเทศระดมการตรวจหาผู้ติดเชื้อได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมและรวดเร็ว นำไปสู่การคัดกรองและแยกตัวผู้ติดเชื้อ และควบคุมการระบาดได้ดี และดังนั้นจึงส่งผลในการลดจำนวนผู้เสียชีวิต ฉะนั้น คณะผู้วิจัยเสนอว่าหากต้องการลดจำนวนผู้เสียชีวิต อาจจะต้องเพิ่มจำนวนการตรวจ ซึ่งในระยะยาวหมายถึงเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงานภาครัฐเพื่อเตรียมพร้อมกับการรับมือโรคระบาดอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ชี้ว่าประสิทธิภาพของรัฐบาลทำให้รัฐสามารถดำเนินนโยบายป้องกันได้อย่างรวดเร็ว ทั้งการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันให้บุคลากรทางการแพทย์ แจกจ่ายอุปกรณ์ป้องกันและชุดตรวจให้ประชาชน การคัดกรองและการกักตัวนักท่องเที่ยวและประชาชน การควบคุมการเดินทาง การเตรียมความพร้อมด้านจำนวนเตียงและการรักษาผู้ป่วย การดำเนินการเหล่านี้ล้วนอาศัยประสิทธิภาพของภาครัฐเป็นสำคัญ²³⁴

งานศึกษาอีกชิ้นหนึ่งของ Hassan, Mukaigawara, and King (2021) ชี้ถึงความสำคัญของประสบการณ์การรับมือกับโรคระบาดในอดีต ความเหลื่อมล้ำทางสังคม และภาวะผู้นำว่ามีผลต่อการแก้ปัญหาโรคระบาดโควิด-19 โดยคณะผู้วิจัยเสนอว่าการเลือกยุทธศาสตร์การรับมือกับโควิด-19 ที่ต่างกันในแต่ละประเทศโดยเฉพาะในช่วงแรก ขึ้นอยู่กับการประเมินลักษณะของโรคต่างกันในทางการแพทย์²³⁵ (เช่น แนวแบบอังกฤษที่เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) หรือแนวแบบจีน นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ เวียดนามที่เน้นการควบคุมและกำจัด (elimination model) โดยเน้นการตรวจ สืบค้น และกักตัวผู้ติดเชื้อ การล๊อคดาวน์พื้นที่ และการปิดพรมแดนเพื่อควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การประเมินทางการแพทย์ที่ต่างกันนี้เป็นผลมาจาก

²³³ Liang L-L, Tseng C-H, and Ho HJ, Wu C-Y (2020), “Covid-19 mortality is negatively associated with test number and government effectiveness,” *Scientific Report* 10: 12567 (<https://www.nature.com/articles/s41598-020-68862-x.pdf>).

²³⁴ Hassan, I., Mukaigawara, M., King, L. et al., “Hindsight is 2020? Lessons in global health governance one year into the pandemic.,” *Natural Medicine* 27 (2021): 396–400.

²³⁵ Hassan, I., Mukaigawara, M., King, L. et al., “Hindsight is 2020? Lessons in global health governance one year into the pandemic.,” *Natural Medicine* 27 (2021): 396–400.

ประสบการณ์การรับมือกับโรคระบาดอื่นๆ ในอดีตของแต่ละประเทศด้วย คือ มีการใช้ชุดความรู้จากประสบการณ์เดิมของตน จนในเวลาถัดมาเมื่อสถานการณ์เลวร้ายลงหรือประจักษ์ชัดว่าชุดประสบการณ์เดิมไม่ได้ผล บางประเทศจึงเริ่มปรับเปลี่ยนมาตรการ

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม กลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบมาจากโควิดคือ ชนกลุ่มน้อยและประชากรกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะถูกละเลยโดยรัฐ คนกลุ่มนี้มักจะประกอบอาชีพที่เสี่ยงกว่า (ยังต้องออกนอกบ้าน) และมีสภาพการดำรงชีวิตที่ง่ายต่อการติดเชื้อมากกว่า (ที่อยู่อาศัยแออัด ขาดสุขอนามัย) และยังขาดทรัพยากรทางการเงินที่จะเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและยากที่จะกักตัว จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องมีมาตรการช่วยเหลือพิเศษสำหรับคนกลุ่มนี้ และต้องทำอย่างทันท่วงที เช่น ฮ็องกงที่ให้แรงจูงใจให้คนกลุ่มเปราะบางมาตรวจ โดยได้รับเงินแลกกับการมาตรวจ²³⁶ บทเรียนสำคัญจากงานวิจัยนี้พบว่า ความมุ่งมั่นทางการเมืองที่ทันท่วงที (swift political commitment) ในการแก้ปัญหาถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการระบาดตั้งแต่ช่วงต้น แต่บางประเทศก็ประสบปัญหา เช่น ประเทศที่มีความวุ่นวายทางการเมืองอยู่ก่อนที่จะเกิดโควิดและตำรวจควบคุมการประท้วงด้วยความรุนแรง การมีมาตรการที่เข้มงวดจากรัฐในช่วงโควิดยิ่งทำให้สถานการณ์ความไม่พอใจของประชาชนต่อรัฐบาลรุนแรงขึ้นและทำให้รัฐควบคุมการระบาดไม่สำเร็จ

ภาวะผู้นำและการสื่อสาร การสื่อสารที่ดีในภาวะโรคระบาด คือ การสื่อสารที่ชัดเจนและวางอยู่บนหลักฐานข้อมูล ซึ่งจะทำให้ประชาชนไว้วางใจรัฐและทำตามมาตรการต่างๆ และหน่วยงานรัฐก็จะทำงานไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างมีเอกภาพ นอกจากนี้ การสื่อสารจากรัฐที่ดีจะต้องมาจากการมีแนวคิดที่ชัดเจนว่า เป้าหมายความสำเร็จและยุทธศาสตร์ที่จะใช้คืออะไร ผู้นำประเทศที่สื่อสารได้ดีคือ นิวซีแลนด์ เกาหลีใต้ สก๊อตแลนด์ ไต้หวัน และเซเนกัล ในขณะที่ประเทศที่ค่อนข้างล้มเหลวคือ สหรัฐฯ (ยุคทรัมป์) และอังกฤษ ผู้นำนิวซีแลนด์โดดเด่นเป็นพิเศษที่สามารถสื่อสารในสภาวะที่ไม่แน่นอนและพร้อมปรับเปลี่ยนมาตรการเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปหรือเมื่อมีข้อมูลความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรครุนแรงขึ้น ในขณะที่ทรัมป์สื่อสารโดยไม่อิงกับหลักวิทยาศาสตร์และยังประเมินความรุนแรงของโรคโควิดต่ำมากจนเชื้อง้ำและผิดพลาดในการออกมาตรการต่างๆ ส่วนผู้นำและรัฐมนตรีหลายรายของอังกฤษมักจะสื่อสารในลักษณะที่โทษประชาชน (blame individuals) ซึ่งการสื่อสารลักษณะนี้ยิ่งทำให้ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือกับรัฐ²³⁷

²³⁶ Albeck-Ripka, L. “Hong Kong seeks to encourage testing with cash payments,” *The New York Times* <https://www.nytimes.com/2020/11/23/world/hong-kong-seeks-to-encourage-testing-with-cash-payments.html> (23 November 2020).

²³⁷ Andy Slavitt, *Preventable: The Inside Story of How Leadership failures, Politics, and Selfishness doomed the U.S. Coronavirus Response* (New York: St. Martin’s Press, 2021).

โดยสรุป ภาวะผู้นำและเจตจำนงทางการเมือง (political will) ของรัฐบาลที่อยู่ในอำนาจเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะเป็นผู้ระบุปัญหา ประเมินสถานการณ์ วางยุทธศาสตร์ (ทั้งทางสาธารณสุข ดูแลกลุ่มเปราะบาง เยียวยา ฯลฯ) ออกมาตรการและบังคับใช้มาตรการต่างๆ และสื่อสารกับสังคมในวงกว้าง

ความโปร่งใสและความพร้อมรับผิด

ในช่วงต้นที่กล่าวถึงการศึกษาวิจัยที่พยายามค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างระบอบการเมืองกับการรับมือกับโควิด ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยจำนวนมากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนตายตัวที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน เพราะแม้แต่กลุ่มประเทศประชาธิปไตยด้วยกันก็มีแนวทางการแก้ปัญหาที่ต่างกันไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาบางชิ้นได้ชี้ให้เห็นว่า ประเทศประชาธิปไตยมีจุดแข็งบางประการในการแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ที่พึงนำมาพิจารณา

งานศึกษาของ Sarah et al. (2021) ศึกษาการจัดการโควิดของกลุ่มประเทศประชาธิปไตยในยุโรป โดยพบว่ากลุ่มประเทศประชาธิปไตยเผชิญปัญหาท้าทายในการรับมือกับโควิด คือ ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างสุขภาพกับเสรีภาพมากเป็นพิเศษ (เมื่อเทียบกับประเทศที่ปกครองแบบเผด็จการอำนาจนิยมที่ไม่ต้องสนใจเรื่องเสรีภาพ) การบังคับใช้มาตรการทางสาธารณสุขที่จะจำกัดสิทธิเสรีภาพของพลเมืองจะถูกใช้อย่างระมัดระวัง โดยประเทศที่มีสถาบันและวัฒนธรรมประชาธิปไตยที่เข้มแข็งก็จะยิ่งระมัดระวังมากกว่า ในกลุ่มประเทศประชาธิปไตยในยุโรป 34 ประเทศที่งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาก็พบว่าแต่ละประเทศมีความเข้มข้นในการออกแบบและบังคับใช้มาตรการควบคุมโควิดต่างกันไป ประเทศที่มีวัฒนธรรมความเป็นประชาธิปไตยสูง ก็จะไม่บังคับใช้มาตรการลือคความที่เข้มข้น ประเทศอย่างสวีเดนที่มีระดับความเป็นประชาธิปไตยสูงทำให้รัฐบาลมีข้อจำกัดทางกฎหมายด้วย เพราะรัฐธรรมนูญไม่อนุญาตให้ฝ่ายบริหารประกาศภาวะฉุกเฉินและรวมอำนาจเด็ดขาดมาไว้ที่ผู้นำฝ่ายบริหาร ยกเว้นในภาวะสงครามเท่านั้น (ฉะนั้น ความแตกต่างจึงไม่ใช่แค่ความแตกต่างระหว่างรัฐบาลประชาธิปไตยกับเผด็จการ) ในขณะที่ประเทศที่ประชาธิปไตยถดถอยในยุโรปอย่างฮังการีและโปแลนด์ พบว่าผู้นำฉวยใช้วิกฤตโรคระบาดรวบอำนาจเข้าสู่ตนเองมากยิ่งขึ้น และปกครองในลักษณะอำนาจนิยมสูงขึ้นแต่กลับมิได้ทำให้ควบคุมการระบาดได้ดี เพราะมุ่งควบคุมทางการเมือง²³⁸ ฉะนั้น งานศึกษานี้ชี้ว่าไม่ใช่แค่ปัจจัยที่เกี่ยวกับจำนวนผู้ติดเชื้อหรือเสียชีวิตหรือจำนวนโรงพยาบาลที่มีผลต่อการวางนโยบาย แต่ระดับความเป็นประชาธิปไตยของประเทศก็ส่งผลด้วย²³⁹

²³⁸ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ LuEhrmann et al. (2020) ที่ชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะประชาธิปไตยถดถอยกับการฉวยโอกาสรวบอำนาจของผู้นำในภาวะการระบาดโควิด-19

²³⁹ Sarah Engler, Palmo Brunner, Romane Loviat, Tarik Abou-Chadi, Lucas Leemann, Andreas Glaser & Daniel Kübler, “Democracy in times of the pandemic: explaining the variation of COVID-19 policies across European democracies,” *West European Politics*, 44: 5-6 (2021): 1077-1102.

อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้ชี้ว่าแม้ในการระบาดระลอกแรก ประเทศประชาธิปไตยในยุโรปจะประสบปัญหาเพราะการออกมาตรการควบคุมที่ช้าและไม่บังคับใช้มาตรการที่เข้มงวด (อย่างการล็อกดาวน์ การปิดประเทศ การห้ามเดินทาง หรือการบังคับใส่หน้ากาก การบังคับให้ประชาชนกักตัว) เนื่องจากคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพและเลือกใช้นโยบายที่ค่อนข้างผ่อนคลาย อย่างไรก็ตาม เมื่อมาถึงการระบาดระลอกสองและสาม ประเทศประชาธิปไตยจะจัดการได้ดีกว่าเนื่องจากการบริหารอย่างโปร่งใส การเปิดให้สื่อมวลชนและประชาชนมีส่วนร่วมและวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของรัฐบาลได้อย่างตรงไปตรงมา และการเปิดให้มีการไหลเวียนของข้อมูลและการสื่อสารอย่างโปร่งใส (transparency, free flow of information, social cooperation) ทำให้ในระยะกลางและระยะยาวประเทศประชาธิปไตยได้รับความไว้วางใจจากประชาชน และดังนั้นจึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนไม่ว่าจะเป็น การฉีดวัคซีน และมาตรการอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการตัดสินใจเปิดประเทศที่เปิดให้ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกันตัดสินใจ²⁴⁰ ความโปร่งใสและความพร้อมรับผิดของรัฐบาลที่มีต่อประชาชนจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหาที่ประสบความสำเร็จด้วย

ความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

อีกมิติหนึ่งของระบบอภิบาลที่สำคัญอย่างยิ่งและถูกนำเสนอในงานศึกษาถอดบทเรียนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาโควิด-19 คือ การทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ เอกชน และประชาสังคม (government-private-people partnership) โดยประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้สร้างกระบวนการทำงานที่ประสานสอดคล้องและร่วมมือกันอย่างดีระหว่าง 3 ภาคส่วนนี้ ทำให้เกิดพลัง มีทรัพยากรมหาศาล และลดความขัดแย้ง

รายงานของ UNDP (2021) ชี้ถึงความสำคัญของภาครัฐในการรับมือกับการระบาดด้วยการสร้างความร่วมมือกับทั้งภาคเอกชนและภาคพลเมือง เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงานที่ยืดหยุ่นและรวดเร็ว ข้อเสนอคือการอภิบาลที่ดีในการรับมือกับโรคระบาดไม่สามารถสร้างได้ชั่วข้ามคืนแต่ต้องลงทุนระยะยาว เพื่อสร้างสิ่งที่เรียกว่า “การรับมือวิกฤตที่ยืดหยุ่นคล่องแคล่ว” “agile crisis response”²⁴¹ โดยคณะผู้วิจัยที่ทำรายงานของ UNDP นำเสนอว่าถึงที่สุดโควิด-19 ไม่ใช่แค่วิกฤตโรคระบาดหรือเศรษฐกิจ แต่เป็นวิกฤตการอภิบาลด้วย หลายประเทศที่มีระบบการอภิบาลที่อ่อนแอ คอร์รัปชัน และขาดประสิทธิภาพอยู่แต่เดิมแล้ว เมื่อเจอกับวิกฤตโรคอุบัติใหม่ที่ร้ายแรงอย่างที่โลกไม่เคยประสบมาก่อนอย่างโคโรนาไวรัสก็จะจัดการวิกฤตนี้ได้ค่อนข้างล้มเหลว การระบาด

²⁴⁰ Sarah Engler, Palmo Brunner, Romane Loviat, Tarik Abou-Chadi, Lucas Leemann, Andreas Glaser & Daniel Kübler, “Democracy in times of the pandemic,” pp. 1077-1102; และดูงานศึกษาใน Miguel Poiras Maduro and Paul W. Kahn, *Democracy in Time of Pandemic: different Futures Imagined* (Cambridge: Cambridge University Press, 2020).

²⁴¹ Mariana Mazzucato, Rainer Kattel, Giulio Quaggiotto and Milica Begovic, *Covid-19 and the Need for Dynamic State Capabilities: An International Comparison* (New York: UNDP, 2021).

ของโควิด-19 นอกจากส่งผลกระทบต่อประเทศนั้นบอบช้ำแล้ว จึงได้ช่วยเผยให้เห็นช่องโหว่หรือจุดอ่อนของระบบอภิบาลในสังคมนั้นๆ อย่างเด่นชัดด้วย และสังคมควรจะถือวิกฤตนี้เป็นโอกาสในการปฏิรูปคุณภาพหน่วยงานภาครัฐ กระบวนการทำงานของระบบราชการ และประสิทธิภาพในการทำงานของข้าราชการอย่างเร่งด่วน เพราะประเทศที่มีระบบอภิบาลและภาครัฐที่เข้มแข็ง จะทำให้สามารถปรับตัวในภาวะวิกฤตได้เร็ว รับมือกับความท้าทายใหม่ๆ ได้โดยไม่ตื่นตระหนก กระทั่งผลิตนวัตกรรมการแก้ปัญหาใหม่ๆ เพื่อช่วยเหลือประชาชนออกมาได้ด้วย²⁴²

ข้อเสนอของงานวิจัยชิ้นนี้คือ แต่ละประเทศต้องพัฒนาศักยภาพของรัฐในระยะยาว (long term capacity) รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวของรัฐอย่างมีพลวัต (dynamic capabilities) ด้วย โดยศักยภาพในระยะยาวประกอบด้วย

1. ศักยภาพในการกำหนดทิศทางการพัฒนา
2. ศักยภาพในการบริหารจัดการและดูแลระบบการผลิตทางเศรษฐกิจที่ยืดหยุ่น
3. ศักยภาพในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสาธารณะ โดยเฉพาะบริหารสาธารณสุขและสวัสดิการทางสังคม

สำหรับความสามารถในการปรับตัวของภาครัฐอย่างมีพลวัต ประกอบด้วย

1. ความสามารถที่จะคาดการณ์ ปรับตัว และเรียนรู้ปัญหา
2. ความสามารถที่จะส่งเสริมความริเริ่มและนวัตกรรมของพลเมือง และใช้ประโยชน์จากมัน
3. ความสามารถในการดูแลและบริหารจัดการข้อมูลและแพลตฟอร์มดิจิทัล²⁴³

รายงานชิ้นนี้ยกตัวอย่างหลายประเทศที่มีการอภิบาลที่ดีในด้านต่างๆ โดยสิงคโปร์เป็นตัวอย่างประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาโควิดด้วยการอภิบาลที่ดี Leo Yip หัวหน้าส่วนราชการของสิงคโปร์ (Head of the Singapore Civil Service) ให้สัมภาษณ์ว่าหน่วยงานราชการและรัฐมนตรีทุกกระทรวงมาร่วมทำงานกันอย่าง

²⁴² Mariana Mazzucato, Rainer Kattel, Giulio Quaggiotto and Milica Begovic, *Covid-19 and the Need for Dynamic State Capabilities*, p.3; นักคิดหลายรายเสนอว่าโลกโควิด-19 เผยให้เห็นจุดอ่อนของระบบอภิบาลทั้งในระดับโลก (global governance) และระดับรัฐชาติ (national governance) ซึ่งการฟื้นฟูสังคมและป้องกันวิกฤตเช่นนี้ในอนาคต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการออกแบบระบบอภิบาลใหม่ทั้งในระดับโลกและระดับชาติ ดู Richard Haass, *The World: A Brief Introduction* (New York: Penguin Press, 2020); John Micklethwait and Adrian Wooldridge, *Wake Up Call: Why the Pandemic Has Exposed the Weakness of the West* (London: Short Books, 2020).

²⁴³ Mariana Mazzucato, Rainer Kattel, Giulio Quaggiotto and Milica Begovic, *Covid-19 and the Need for Dynamic State Capabilities*, p. 5, 9.

พร้อมเพรียง สลายกำแพงและเส้นแบ่งระหว่างกระทรวง โดยมีเป้าหมายเดียวกัน และไม่มีระบบการทำงานแบบแบ่ง (ไซโล) ที่ต่างคนต่างแยกกันทำงานของหน่วยงานตนโดยไม่ประสานร่วมมือกัน²⁴⁴

การทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพและสอดคล้องในเชิงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระหว่างภาครัฐระดับต่างๆ (ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น) และระหว่างภาครัฐกับภาคธุรกิจและภาคพลเมืองถือเป็นหัวใจสำคัญตั้งที่ไอร์แลนด์ทำ ในขณะที่ฟิลิปปินส์ บราซิล และสหรัฐ เป็นตัวอย่างที่ล้มเหลวในมิตินี้ เนื่องจากรัฐบาลกลางไม่มีแนวทาง (guidance) ที่ชัดเจน ปล่อยให้แต่ละท้องถิ่นจัดการกันเอง ออกมาตรการของตนเอง ทำให้เกิดภาวะการดำเนินนโยบายที่กระจัดกระจาย (fragmented policy) เช่น บางเมืองล๊อคดาวน์ บางเมืองไม่ล๊อคดาวน์ บางเมืองเปิดรับแรงงานต่างชาติ บางเมืองบังคับให้ประชาชนสวมหน้ากาก แต่บางเมืองไม่บังคับ ฯลฯ ปัจจัยเรื่องการทำงานที่ขาดเอกภาพระหว่างรัฐบาลและท้องถิ่น เมื่อบวกกับภาวะผู้นำที่ล้มเหลว ไม่ว่าจะเป็นประธานาธิบดีดูเตอร์เต ทรัมป์ และโบลโซนาโร (คูรณศึกษาบราซิล) ที่ไม่ฟังผู้เชี่ยวชาญ ไม่สื่อสารด้วยข้อมูลวิทยาศาสตร์ ประมาทและไม่ให้ความสำคัญกับโรคโควิด ผู้นำและรัฐบาลสื่อสารด้วยข้อมูลที่ผิดๆ ต่อสาธารณชนเสียเองทำให้สถานการณ์ยิ่งเลวร้ายลง ในขณะที่เยอรมนีแม้จะใช้ระบบสหพันธรัฐ แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการทำงานอย่างสอดคล้องเพราะมีการประสานร่วมมือกันอย่างมีประสิทธิภาพ²⁴⁵

13. การอภิบาลที่ดี คุณภาพผู้นำ และประสิทธิภาพรัฐ: กรณีศึกษานิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์ได้รับการยกย่องจากนานาชาติว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่รับมือและบริหารจัดการวิกฤตการณ์การระบาดโควิด-19 ได้ดี จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตต่ำมาก แม้จะถูกวิจารณ์ในภายหลังถึงมาตรการล๊อคดาวน์ที่เข้มข้นและความพยายามคุมจำนวนผู้ติดเชื้อให้เป็นศูนย์อันเนื่องมาจากความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ “(Zero Covid Strategy) แต่ในภาพรวมไม่มีใครปฏิเสธว่านิวซีแลนด์ถือเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจสำหรับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก ทั้งนี้ มีปัจจัยหลายประการประกอบกันที่นำมาสู่ความสำเร็จของประเทศนิวซีแลนด์ในการตอบสนองต่อปัญหา

ปัจจัยสำคัญประการแรก คือ ความรวดเร็วฉับไวในการแก้ปัญหา รัฐบาลนิวซีแลนด์ภายใต้การนำของจาซินดา อาร์เดิร์น ประเมินความเสี่ยงที่อยู่บนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างรวดเร็ว (rapid, science-based

²⁴⁴ Mariana Mazzucato, Rainer Kattel, Giulio Quaggiotto and Milica Begovic, *Covid-19 and the Need for Dynamic State Capabilities*, p. 3.

²⁴⁵ “PH worst place to live amid pandemic,” *Manila Times*, 3 September 2021 (<https://www.manilatimes.net/2021/09/30/news/national/ph-worst-place-to-live-amid-pandemic/1816591>); Elize Massard da Fonseca, Nicoli Nattrass, Lira Luz Benites Lazaro and Francisco Inácio Bastos, “Political discourse, denialism and leadership failure in Brazil’s response to COVID-19,” *Global Public Health* 16: 8-9 (2021): 1251-1266; Fareed Zakaria, *Ten Lessons for a Post-Pandemic*, pp. 29-55.

risk assessment) ตั้งแต่ช่วงที่รัฐบาลและผู้นำประเทศอื่นยังประเมินความเสี่ยงต่ำหรือกระทั่งชะล่าใจต่อความร้ายแรงของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พบในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ความรวดเร็วฉับไวและภาวะผู้นำที่ตัดสินใจอย่างแน่วแน่ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะการรับมือกับโรคระบาด ความเร็ว (speed) ในการออกมาตรการป้องกันตั้งแต่เนิ่นจะช่วยยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อโรคมให้ลุกลามไปสู่การระบาดในวงกว้างจนยากแก่การควบคุมได้อย่างสำคัญ²⁴⁶ รัฐบาลนิวซีแลนด์ตัดสินใจรวดเร็วที่ประเทศอื่น ออกมาตรการหลายประการและระดับ ตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2563 ที่องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่จากคนสู่คนที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน รัฐบาลนิวซีแลนด์เริ่มวางแผนรับมือฉุกเฉินทันที โดยกระทรวงสาธารณสุขของนิวซีแลนด์ตั้งทีมบริหารจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้นมาในกระทรวง และเริ่มสื่อสารกับประชาชนว่าแม้ความเสี่ยงของโรคติดเชื้อนี้ที่จะแพร่กระจายในประเทศนิวซีแลนด์ยังอยู่ในระดับต่ำ กระทรวงสาธารณสุขเตรียมรับมือกับการระบาดครั้งนี้อย่างจริงจังและไม่ประมาท²⁴⁷ การประกาศห้ามสายการบินจากจีนเข้าสู่ประเทศตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เมื่อองค์การอนามัยโลกรายงานผู้เสียชีวิตรายแรกจากโคโรนาไวรัสนอกประเทศจีน ต่อมาในวันที่ 14 มีนาคม เมื่อภายในประเทศนิวซีแลนด์มีผู้ติดเชื้อ 6 ราย นายกฯ จาซินดาประกาศควบคุมเข้มการเดินทางเข้าออกประเทศมากยิ่งขึ้น บังคับให้ผู้ที่เดินทางเข้าประเทศต้องกักตัว เริ่มมีมาตรการสนับสนุนเยียวยาทางเศรษฐกิจ และมาตรการห้ามประชาชนรวมกลุ่มในที่สาธารณะ มาตรการเหล่านี้ทั้งหมดเป็นไปตามยุทธศาสตร์ของรัฐบาลที่ประกาศว่านิวซีแลนด์จะดำเนินแนวทางที่ “เข้มและทำแต่เนิ่น” (“go hard, and go early”) ในการรับมือกับการระบาด²⁴⁸ น่าสังเกตว่าโมเดลการกักตัวของนิวซีแลนด์ในการรับมือกับปัญหาก็คือ ใช้ระบบการตัดสินใจและการทำงานตามกลไกปรกติที่มีอยู่แล้ว คือ นายกฯ และคณะรัฐมนตรีเป็นผู้ตัดสินใจ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีแค่การตั้งทีมจัดการปัญหาฉุกเฉินขึ้นมา แต่ก็อยู่ภายใต้กระทรวงและการสั่งการของรัฐมนตรี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขของนิวซีแลนด์ได้ให้คำแนะนำกับนายกฯ อย่างรวดเร็วฉับไวและมีเอกภาพ (ไม่มีความขัดแย้งในกลุ่มแพทย์และที่ปรึกษา ดังที่พบในหลายประเทศ ที่มีความเห็นแตกแยกกันในชุมชนผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่ปัญหาว่าผู้นำไม่รู้ว่าควรจะทำอะไร) และมีการเพิ่มศักยภาพในการตรวจหาผู้ติดเชื้อ จนทำให้ตรวจได้มากและรวดเร็ว รวมถึงระบบการติดตามหาผู้สัมผัสใกล้ชิด และระบบเฝ้าระวังที่ดี (capacity in testing and

²⁴⁶ Michael G. Baker et al., “Successful Elimination of Covid-19 Transmission in New Zealand,” *The New England Journal of Medicine*, August 20, 2020 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2025203>

²⁴⁷ Ministry of Health (New Zealand), “Novel coronavirus update [Press release],” 24 January 2020 <http://www.health.govt.nz/news-media/news-items/novel-coronavirus-update-24th-january-2020>.

²⁴⁸ Jacinda Ardern, “Major steps taken to protect New Zealanders from COVID-19 [Press release],” 14 March 2020 <http://www.beehive.govt.nz/release/major-steps-taken-protect-new-zealanders-covid-19>

contract tracing) ซึ่งกลายเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นบทเรียนสำหรับประเทศที่ควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างประสบความสำเร็จ²⁴⁹

แนวทางที่สำคัญของนิวซีแลนด์ในการจัดการการระบาดโควิด-19 คือ การนำระบบเตือนภัย (alert system) 4 ระดับมาใช้ โดยในวันที่ 21 มีนาคม 2563 นายกฯ จาซินดาประกาศ ว่าระบบเตือนภัยนี้คือแผนรับมือที่เตรียมไว้สำหรับระดับขั้นความรุนแรงของการระบาดที่จะเกิดขึ้น ซึ่งระดับที่ 1 คือ ขั้นเตรียมการ (prepare) เมื่อไวรัสระบาดในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการติดเชื้อในประเทศ ระดับที่ 2 คือ “ลด” (reduce) คือ แม้จะควบคุมการติดเชื้อได้ แต่ความเสี่ยงที่จะมีการแพร่กระจายในระดับชุมชนเริ่มปรากฏ ระดับที่ 3 คือ “จำกัด” (restrict) หมายถึงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่การควบคุมโรคในประเทศจะทำได้ไม่สำเร็จ และระดับที่ 4 คือ “ล็อกดาวน์” (Lockdown) หมายถึงค่อนข้างแน่ชัดแล้วว่าการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคจะทำได้ไม่สำเร็จ ซึ่งการมีระบบเตือนภัยที่ชัดเจนเช่นนี้ ทำให้ประชาชนรู้ล่วงหน้าเป็นขั้นตอนว่าจะมีการยกระดับมาตรการคุมเข้มการเดินทาง การรวมกลุ่มทางสังคม และกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนไม่ตื่นตระหนก²⁵⁰

นิวซีแลนด์เริ่มจากการเตือนภัยระดับ 2 ในช่วงแรกโดยไม่ประมาท ทั้งนี้รัฐบาลตัดสินใจโดยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญที่รัฐบาลตั้งเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด และที่สำคัญการยกระดับมาตรการคุมเข้มต่างๆ โดยเฉพาะการจำกัดการเดินทางและกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ก็มีการหารืออย่างใกล้ชิดกับภาคธุรกิจ จนกระทั่งการตัดสินใจล็อกดาวน์ทั้งประเทศในท้ายที่สุด (ในปลายเดือนมีนาคม 2563) การสร้างกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใสและมีการปรึกษาหารือกับภาคส่วนที่จะได้รับผลกระทบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะทำให้การดำเนินการของรัฐบาลเป็นไปอย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมืออย่างเต็มใจจากผู้นำในภาคธุรกิจ

ในขณะที่งานศึกษาบางชิ้นกล่าวว่านิวซีแลนด์มีข้อได้เปรียบหลายประการเมื่อเทียบกับประเทศอื่น อาทิ มีที่ตั้งเป็นหมู่เกาะจึงควบคุมการแพร่เชื้อจากประเทศอื่นเข้ามาในประเทศได้ง่าย มีความหนาแน่นของประชากรต่ำ ทำให้การแพร่กระจายเชื้อไม่รวดเร็วและมีปริมาณสูง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับนิวซีแลนด์กับประเทศหมู่เกาะอื่น หรือประเทศที่มีความหนาแน่นประชากรต่ำ ก็ยังต้องถือว่านิวซีแลนด์จัดการกับวิกฤตได้ดีว่า ทั้งในแง่จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตต่ำ ระบบสุขภาพไม่ล้มเหลว ไม่มีการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ประเทศไอร์แลนด์ที่เป็นเกาะเช่นกันและมีประชากรจำนวนพอกันและไม่หนาแน่นเช่นเดียวกัน แต่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตสูงกว่า นิวซีแลนด์มาก (ตัวเลขในวันที่ 13 ตุลาคม 2564 นิวซีแลนด์มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 4,759 ราย และเสียชีวิต 28 ราย ในขณะที่ไอร์แลนด์มีผู้ติดเชื้อ 405,970 ราย และเสียชีวิต 5,280 ราย)²⁵¹ ฉะนั้น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์และ

²⁴⁹ Alexis Robert, “Lessons from New Zealand's COVID-19 outbreak response,” *The Lancet* 5: 11 (2020): 569-570 [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30237-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30237-1/fulltext)

²⁵⁰ ดูระบบเตือนภัยนี้ใน <https://covid19.govt.nz/alert-system/covid-19-alert-system/#covid-19-alert-system>.

²⁵¹ ดู <https://epidemic-stats.com/coronavirus/new-zealand> เทียบกับ <https://epidemic-stats.com/coronavirus/ireland>.

ประชากร (หรือสภาพภูมิอากาศ) จึงไม่ใช่หัวใจสำคัญที่จะทำให้ประเทศหนึ่งๆ รับมือได้ดีกว่าประเทศอื่นเสมอไป ความสำเร็จของนิวซีแลนด์ไม่อาจแยกออกจากการทำงานที่รวดเร็วฉับไวของผู้ผู้นำ และความตื่นตัวของของภาครัฐ และการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ

ผู้นำอย่างจาซินดา อาร์เดิร์น ได้พิสูจน์ถึงภาวะผู้นำที่มีคุณภาพอย่างสูงในภาวะวิกฤต ทั้งในแง่ที่ตัดสินใจรวดเร็ว รับฟังคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการประเมินสถานการณ์ที่อยู่บนฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ และเมื่อตัดสินใจแล้วก็มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูงกับประชาชน โดยสื่อสารอย่างกระชับ ชัดเจน เน้นประเด็นสำคัญ และที่สำคัญคือการสื่อสารในลักษณะที่มีความเห็นอกเห็นใจและห่วงใยประชาชน (emphatic communication and emphatic leadership) ไม่โทษประชาชน และเน้นการสื่อสารที่สร้างความเชื่อมั่นน้ำหนึ่งใจเดียวในหมู่ประชาชน ไม่เน้นการสื่อสารที่สร้างความขัดแย้งและแบ่งแยกในเชิงการเมือง ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจ และยินดีให้ความร่วมมือกับมาตรการของรัฐ แม้ว่ามาตรการเหล่านั้นจะทำให้ประชาชนสูญเสียเสรีภาพในการทำงานและดำเนินชีวิตและมีความยุ่งยากเพิ่มสูงขึ้นจากปกติ อีกประการที่สำคัญคือ การที่นายกฯ และคณะรัฐมนตรีทำงานอย่างมีเอกภาพ และให้การสนับสนุนบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างเต็มที่กำลังและทันท่วงที ทั้งในด้านงบประมาณ อุปกรณ์ และความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ทางบุคลากรทางการแพทย์ต้องการความสนับสนุน²⁵²

การทำงานที่มีประสิทธิภาพของจาซินดาทำให้เธอได้รับคะแนนนิยมจากประชาชนสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และปัจจัยความสำเร็จสำคัญมาจากการที่ประชาชนเชื่อมั่นและไว้วางใจในผู้นำของตน โดยผลการสำรวจพบว่าชาวนิวซีแลนด์สูงถึงร้อยละ 88 ตอบว่า “ไว้วางใจรัฐบาลว่าตัดสินใจทำสิ่งที่ถูกต้องในการแก้ปัญหาโควิด-19” ในขณะที่ผลการสำรวจในกลุ่มประเทศชั้นนำของโลกอย่าง G-7 (แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมนี อิตาลี ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐ) พบว่าประชาชนไว้วางใจรัฐบาลของตนในการบริหารจัดการโควิด-19 เพียงแค่ร้อยละ 59 เท่านั้น²⁵³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายชิ้นว่าความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของประชาชนต่อรัฐบาลและผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการปัญหาโควิด-19

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจต่อประชาชนของนายกฯ จาซินดา นับว่าแตกต่างจากผู้นำในหลายประเทศ อาทิ ประธานาธิบดีทรัมป์ของสหรัฐฯ ประธานาธิบดีซาอีร์ โบลโซนาโรของบราซิล นายกฯ บอริส จอห์นสันของสหราชอาณาจักร ประธานาธิบดีโรดริโก ดูแตร์เตของฟิลิปปินส์ นายกฯ วิกเตอร์ โอร์บันของฮังการี ประธานาธิบดีเรเจป ไตยิป แอร์โดอันของตุรกี และนายกฯ นเรนทรา โมดีของอินเดีย ซึ่งสื่อสารโดยไม่อิงกับข้อมูลและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ขาดความเห็นอกเห็นใจประชาชน สื่อสารสับสนกลับไป

²⁵² Suze Wilson, “Pandemic leadership: Lessons from New Zealand’s approach to COVID-19,” *Leadership* 16: 3 (2020): 279–293; Michael G. Baker et al., “Successful Elimination of Covid-19 Transmission in New Zealand,”;

²⁵³ Toby Manhire, “Almost 90% of New Zealanders back Ardern government on Covid-19 – poll,” *The Spinoff*, 8 April 2020 (<https://thespinoff.co.nz/politics/08-04-2020/almost-90-of-new-zealanders-back-ardern-government-on-covid-19-poll>)

กลับมา ขาดความคงเส้นคงวาในสารที่สื่อออกไปสู่สาธารณชน ปลุกกระแสการเมืองมาสนับสนุนตนเพื่อกลบเกลื่อนความผิดพลาด)²⁵⁴

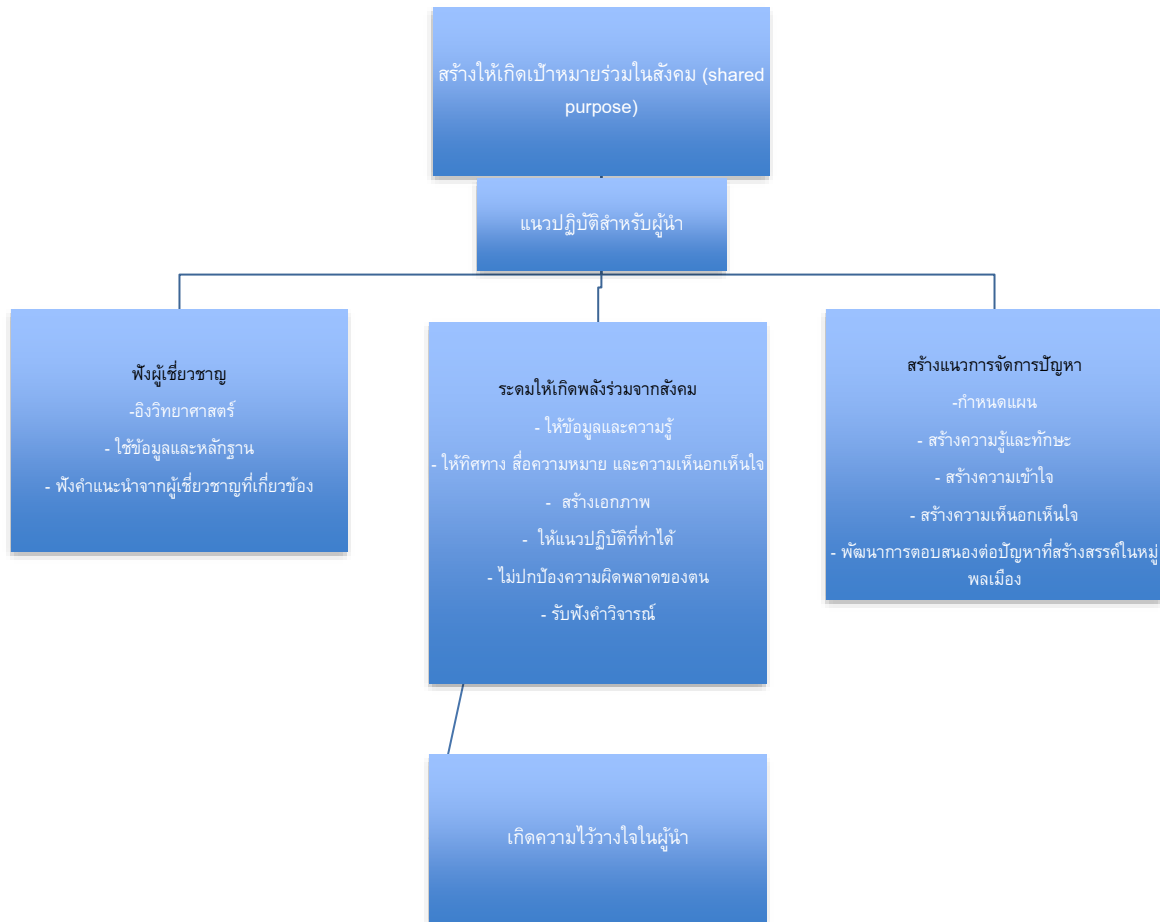
กรณีของนิวซีแลนด์เป็นหนึ่งในกรณีศึกษาที่งานวิจัยยืนยันถึงความสำคัญของภาวะผู้นำในยามวิกฤต (leadership matters) คุณภาพของผู้นำสามารถสร้างความแตกต่างได้อย่างมหาศาลในประเทศที่มีระดับปัญหาเดียวกัน ทรัพยากรเท่ากัน และระบบสาธารณสุขดีเสมอกัน ในหลายประเทศที่ล้มเหลว เช่น สหรัฐฯ ในยุคทรัมป์ หรืออินเดียภายใต้นายกฯ โมดี หรือบราซิลภายใต้โบลโซนาโร มิใช่ว่าประเทศเหล่านี้ไม่มีองค์ความรู้ด้านการระบาดวิทยา ไม่มีนักวิทยาศาสตร์และแพทย์ที่มีความสามารถ ปัญหาคือ องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการระบุนการตัดสินใจและการออกนโยบายเพื่อรับมือกับปัญหา ข้อเสนอแนะและความรู้ของผู้เชี่ยวชาญถูกละเลย ทรัพยากรไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างคุ้มค่าและตรงจุดในการแก้ปัญหา

นักวิชาการที่ศึกษาภาวะผู้นำที่ประสบความสำเร็จในการรับมือกับโรคระบาด นำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับ “ผู้นำในภาวะโรคระบาด” (pandemic leadership) ดังแผนภูมิต่อไปนี้²⁵⁵

²⁵⁴ Lipton E, Sanger DE, Haberman M, et al., “He could have seen what was coming: Behind Trump’s failure on the virus,” *The New York Times* 11 April 2020 (<https://www.nytimes.com/2020/04/11/us/politics/coronavirus-trump-response.html>); Alvaro J Idrovo et al., “Report from Bolsonaro’s Brazil: The Consequences of Ignoring Science.” *International Journal of Health Services* 51: 1 (2021): 31-36; “Failed leadership, late assistance behind India’s Covid Crisis, Experts say,” *Duke Today*, 6 May 2021 (<https://today.duke.edu/2021/05/failed-leadership-late-assistance-behind-india-s-covid-crisis-experts-say>)

²⁵⁵ ปรับปรุงมาจากโมเดลที่นำเสนอโดย Suze Wilson, “Pandemic leadership: Lessons from New Zealand’s approach to COVID-19,” *Leadership* 16: 3 (2020): 286.

รูปที่ 106 แนวปฏิบัติสำหรับผู้นำในภาวะโรคระบาด



นิวซีแลนด์และรัฐที่ประสบความสำเร็จคือ รัฐที่รับผิดชอบมี “ความรู้สึกและความตระหนักถึงภาวะฉุกเฉิน” (“sense of emergency”) แต่บทเรียนจากนิวซีแลนด์ก็คือ เมื่อคุณผู้ติดเชื้อได้สำเร็จจึงฉีดยาวัคซีนเข้าที่ประเทศพัฒนาด้วยกัน ทำให้ถูกวิจารณ์ในภายหลัง (เช่นเดียวกับประเทศในเอเชียหลายประเทศที่คุมการระบาดได้ดีแต่ฉีดยาวัคซีนช้า อาทิ เวียดนาม ไทย ฯลฯ) นอกจากนี้ นักวิชาการด้านสาธารณสุขหลายรายยังวิจารณ์การที่รัฐบาลนิวซีแลนด์ยังมีมาตรการล็อกดาวน์ที่เข้มข้นและเข้มงวดในการเดินทางเข้าออกประเทศแม้จะมีผู้ติดเชื้อเพียงแค่นิดเดียว ในขณะที่หลายประเทศเปลี่ยนยุทธศาสตร์ที่ไม่มุ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์ (เช่น ออสเตรเลีย สิงคโปร์ที่ตอนแรกเคยใช้ยุทธศาสตร์แบบเดียวกับนิวซีแลนด์) เพราะพิจารณาแล้วว่าไปไม่ได้ในภาวะที่มีการกลายพันธุ์จนเกิดสายพันธุ์ใหม่อย่างเดลต้าที่ทำให้การติดเชื้อแพร่กระจายง่ายขึ้น แต่รัฐบาลนิวซีแลนด์ยังคง

ยุทธศาสตร์แบบมุ่งกำจัด (elimination strategy) มากกว่าแนวทางการอยู่ร่วมกับโควิด (learn to live with it) ทำให้นิวซีแลนด์จึงถูวิพากษ์วิจารณ์ในระยะหลังจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขว่าใช้มาตรการที่ไม่ยืดหยุ่นและล้าสมัย²⁵⁶

ประเด็นสำคัญ คือ ผู้นำต้องชั่งน้ำหนักระหว่างความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ฝ่ายการเมือง และภาคธุรกิจ และรักษาสมดุลระหว่างทุกฝ่ายนี้ ฝ่ายการเมืองสะท้อนผลประโยชน์ของประชาชนภาคธุรกิจมุ่งรักษาผลประโยชน์ของเจ้าของกิจการและลูกจ้างที่ดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจขับเคลื่อนประเทศ ในขณะที่ฝ่ายผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและนักวิทยาศาสตร์มุ่งควบคุมโรค การรักษาสมดุลอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์การระบาดของโรคในแต่ละระลอกถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของผู้นำและภาครัฐ

นอกจากคุณภาพของผู้นำ การสื่อสาร และการทำงานที่ฉับไวแล้ว นิวซีแลนด์ได้จัดการปัญหาวิกฤตสุขภาพโดยวางแนวทางระบบอภิปาลที่ดี โดยใช้แนวทางการทำงานอย่างประสานสอดคล้องและเป็นเอกภาพระหว่างหน่วยงานของรัฐทั้งหมด (an all-of-government approach) โดยผู้นำอย่างจาซินดาเป็นคณนำการทำงานของภาครัฐทั้งหมด ส่วนกระทรวงสาธารณสุขและโครงสร้างพื้นฐานของรัฐในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ของรัฐ ซึ่งรวมทุกกระทรวงและหน่วยราชการ โดยแนวทางแบบ “all-of-government” ในการรับมือกับโรคระบาดโควิดนั้น รัฐบาลไม่ทำงานตามสายงานกระทรวงเหมือนในสถานการณ์ปกติ แต่แบ่งภารกิจออกเป็นด้านต่างๆ ที่สำคัญและครอบคลุมต่อการแก้ปัญหา ได้แก่ การควบคุมพรมแดน การตรวจและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด การดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตามให้ประชาชนรักษาระยะห่างทางสังคม การสนับสนุนแรงงานและสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการล็อกดาวน์ การกระตุ้นเศรษฐกิจ การบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทาน และการค้าและความสัมพันธ์กับต่างประเทศ โดยที่รัฐบาลจะระดมพลังให้เกิดการทำงานร่วมกันข้ามกระทรวงและข้ามส่วนราชการเพื่อบรรลุเป้าหมายในแต่ละภารกิจ²⁵⁷ (ซึ่งก็คือการทำงานข้ามแห่งปรกติของระบบราชการ) การทำงานที่มีประสิทธิภาพของรัฐบาลและภาครัฐในการแก้ปัญหาวิกฤตแม้ว่ามาตรการจะเข้มงวดและกว้างขวางครอบคลุม แต่ก็โปร่งใส (ให้ข้อมูลกับประชาชนอย่างต่อเนื่องและตรงไปตรงมา) และไวต่อสถานการณ์ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากสังคมจนทำให้นิวซีแลนด์เป็นหนึ่งในกรณีศึกษาที่ทั่วโลกพยายามถอดบทเรียน

²⁵⁶ “Covid-19: How New Zealand’s ‘zero Covid’ approach went from lauded to reviled,” *Financial Express*, September 01, 2021 <https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/covid-19-how-new-zealands-zero-covid-approach-went-from-lauded-to-reviled/2321614/>; “Explained: Why New Zealand is being criticised for its Zero Covid strategy,” *The Indian Express*, September 1, 2021 <https://indianexpress.com/article/explained/why-new-zealand-is-being-criticised-for-its-zero-covid-strategy-7481013/>

²⁵⁷ Paul Dyer, “Policy and Institutional Responses to COVID-19: New Zealand,” *Brooking Institute Report*, 24 January 2021 (<https://www.brookings.edu/research/policy-and-institutional-responses-to-covid-19-new-zealand/>).

14. รัฐบาล ผู้นำ และระบบอภิบาลล้มเหลว: กรณีศึกษาบราซิล²⁵⁸

บราซิลเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบรุนแรงและเลวร้ายที่สุดประเทศหนึ่งในโลกจากการระบาดของไวรัสโคโรนา ตัวเลข ณ ปลายเดือนกรกฎาคม บราซิลมีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงถึง 21.6 ล้านคน (เป็นอันดับ 3 ของโลกรองจากอินเดียและสหรัฐฯ) ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตก็สูงถึง 6 แสนกว่าราย (สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ตามหลังเพียงแค่ประเทศสหรัฐฯ ประเทศเดียว

ในขณะที่ยอดผู้ติดเชื้อและยอดผู้เสียชีวิตสูงมหาศาล แต่ยอดคนที่ได้รับการตรวจหาเชื้อและได้รับการฉีดวัคซีนกลับต่ำมาก (เพียงแค่ 11% ของประชากรวัยผู้ใหญ่) ระบบสาธารณสุขล้มเหลว จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อและเสียชีวิตสูงที่สุดประเทศหนึ่งของโลก จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วย คนติดโควิดและผู้ป่วยหนักกลับโรงพยาบาล และคนจำนวนมากยังไม่รู้ว่าจะได้ฉีดวัคซีนเมื่อใด

ทุกวันนี้ มีคนติดโควิดในบราซิลเฉลี่ยวันละประมาณ 70,000 ราย และเสียชีวิตวันละประมาณ 2,000 ราย สถานการณ์มาถึงจุดที่นายแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ประชาชนพากันเหนื่อยล้าและมองเห็นความตายเป็นเรื่องปกติ”

นอกจากบราซิลจะเป็นศูนย์กลางการระบาดของโควิดแล้ว บราซิลยังเป็นต้นกำเนิดของสายพันธุ์แกมมาที่แพร่กระจายไปยังหลายภูมิภาคของโลก

เกิดอะไรขึ้นกับประเทศยักษ์ใหญ่ในภูมิภาคลาตินอเมริกา ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งมากที่สุดประเทศหนึ่ง และเป็นประเทศที่มีประวัติการรับมือกับการระบาดของโรคได้อย่างดีเสมอมาในอดีต

ผลการวิจัยจากหลายสถาบันชี้ตรงกันว่า ปัญหาหลักอยู่ที่รัฐบาลและตัวผู้นำอย่างประธานาธิบดีจาอีร์ โบลโซนาโร (Jair Bolsonaro) ซึ่งเป็นนักการเมืองแนวประชานิยมขวาจัด จากการสำรวจและศึกษาวิจัยเปรียบเทียบบราซิลถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเทศที่รับมือกับการระบาดของโควิดได้แย่มากที่สุด ทั้งที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์และระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง

²⁵⁸ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับมือโรคระบาดโควิด-19 ของรัฐบาลและผู้นำบราซิล รวบรวมมาจากแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

<https://www.npr.org/2021/03/04/973662184/opinion-brazils-president-is-a-global-health-threat>;

<https://www.opendemocracy.net/en/democraciaabierta/brazil-feels-consequences-pandemic-populism/>;

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01031-w>; <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-57541794>;

<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-57923862>; <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-57881111>

โบลโซนาโรเป็นผู้นำที่มีความอื้อฉาวและสร้างความแตกแยกสูง เขามักถูกเรียกขานว่าเป็น “ทรัมป์แห่งบราซิล” เพราะมีบุคลิกและแนวนโยบายหลายอย่างคล้ายกัน และโบลโซนาโรก็ขึ้นขมอดิตประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์อย่างเปิดเผยในที่สาธารณะ

เขาชนะการเลือกตั้งจนก้าวขึ้นครองอำนาจตั้งแต่ต้นปี 2562 โดยมีภูมิหลังมาจากการเป็นอดีตนายทหาร เกษียณราชการ และหันมาเล่นการเมืองจนได้รับเลือกตั้งเป็นผู้แทนหลายครั้ง จนประสบความสำเร็จสูงสุดในการเลือกตั้งประธานาธิบดีเมื่อปลายปี 2561 ในแง่อุดมการณ์ทางการเมือง เขาเป็นนักการเมืองฝ่ายขวาสุดโต่ง (far-right) คือมีแนวคิดชาตินิยมแบบคับแคบ สนับสนุนแนวทางอำนาจนิยมและอนุรักษ์นิยม (กระทั่งสนับสนุนการรัฐประหารของกองทัพในอดีต ซึ่งกองทัพนั้นเคยเข้ามาแทรกแซงการเมืองและปกครองประเทศบราซิลอย่างยาวนานในยุคสงครามเย็น) มีทัศนคติเหยียดเพศหญิง ต่อต้าน LGBTQ ต่อต้านการทำแท้ง ดูถูกคนจน ต่อต้านชนกลุ่มน้อย ไม่เชื่อในเรื่องภาวะโลกร้อน (ภายใต้การนำของเขาป่าแอมะซอนซึ่งเป็นแหล่งความหลากหลายทางชีวภาพและเป็น ‘ปอดของโลก’ ถูกทำลายเสียหายอย่างมาก รวมถึงชีวิตของชนพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ในบริเวณป่าก็ถูกคุกคามจากนโยบายของเขา)

ด้วยภูมิหลังที่เป็นอดีตนายทหาร เขาแต่งตั้งนายพลหลายคนมาดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะรัฐมนตรีของเขา เขาสร้างภาพพจน์ของตนเองว่าเป็นผู้นำที่เข้มแข็งเด็ดขาด (strongman) และนโยบายสำคัญที่เขาสัญญาให้กับประชาชนคือการปราบอาชญากรรมและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม ซึ่งทำให้เขามีคะแนนนิยมจากกลุ่มชนชั้นกลางและมวลชนฝ่ายอนุรักษ์นิยม บนฐานของการเล่นการเมืองที่เน้นสร้างความเกลียดชังและหวาดระแวงระหว่างคนในสังคม จนทำให้สังคมบราซิลมีลักษณะแบ่งแยกแตกขั้วร้าวลึก (deep polarization) มากขึ้นภายใต้การนำของเขา

แต่เมื่อเกิดวิกฤตการแพร่ระบาดของโควิด-19 โบลโซนาโรประสบความสำเร็จอย่างเด่นชัดในการรับมือกับโรคระบาด และถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักจากหลายภาคส่วนในสังคม กระทั่งบางกลุ่มที่เคยสนับสนุนเขาก็ถอนการสนับสนุน และชี้ว่าเขาคือต้นเหตุหลักที่ทำให้สถานการณ์ของประเทศเลวร้ายแสนสาหัส

ปฏิเสถวิทยาศาสตร์ สื่อสารลับสน และประมาทเลินเล่อ²⁵⁹

²⁵⁹ คุรายนงานขององค์กร Doctors without Borders กรณีความล้มเหลวของรัฐบาลบราซิลในการจัดการปัญหาโควิด-19 ใน “Brazil: Government’s failed COVID-19 response drives humanitarian catastrophe,” 15 April 2021 <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/brazil-governments-failed-covid-19-response-drives-humanitarian-catastrophe>; และ Severino Jefferson Ribeiro da Silva and Lindomar Pena, “Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil,” *One Health*, Vol. 13 (Dec. 2021).

ตั้งแต่เริ่มการระบาด โบลโซนาโรดูเบาปัญหาโควิด-19 โดยบอกว่ามีเป็นเพียงไข้หวัดธรรมดา เขาเองปฏิเสธการใส่หน้ากาก และยังคงบอกประชาชนว่าไม่ต้องใส่หน้ากาก (ตัวเขาเองในที่สุดก็ติดเชื้อจนต้องรักษาตัว และเมื่อหายแล้วก็ยังคงไม่ใส่หน้ากาก) จนเมื่อสถานการณ์การติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก เขาก็ยังคงไม่บังคับใช้มาตรการควบคุมโรคอย่างที่ประเทศอื่นๆ ทำ ไม่มีการล๊อคดาวน์พื้นที่เสี่ยง ไม่มีการตรวจเชิงรุกและคัดกรองผู้ติดเชื้อ จนกระทั่งผู้บริหารท้องถิ่นหลายคนทนไม่ไหว ต้องประกาศมาตรการควบคุมในเมืองของตนโดยยอมนัดแย้งกับรัฐบาลกลาง และการที่ไม่มีภาวะการนำที่มีประสิทธิภาพจากรัฐบาลส่วนกลางนี้เองที่นำไปสู่ความสับสน ไร้ทิศทาง และยุทธศาสตร์การทำงานที่ไม่เป็นเอกภาพ โบลโซนาโรไล่รัฐมนตรีที่ไม่เห็นด้วยกับเขาออกจากตำแหน่งเป็นว่าเล่น ประณามและทะเลาะกับผู้บริหารท้องถิ่นที่ไม่ฟังคำสั่งของเขา ปฏิเสธที่จะฟังคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่กลับตั้งนายทหารที่ใกล้ชิดกับเขามาดูแลการรับมือกับโรคระบาด

โบลโซนาโรและคนในรัฐบาลของเขายังออกมาให้ข้อมูลผิดๆ ที่ไม่ตรงกับความจริงทางวิทยาศาสตร์จำนวนมาก เช่น แนะนำให้ใช้สารเคมีรักษาโควิด แนะนำว่าติดโควิดแล้วไม่มีผลต่อร่างกายให้ไปทำงานและใช้ชีวิตได้ตามปกติ บอกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะไม่ติดโควิด ฯลฯ จนทำให้ทวิตเตอร์ เฟซบุ๊ก และยูทูบต้องตัดสินใจปิดกั้นการเข้าถึงข้อความหลายชิ้นของโบลโซนาโร เพราะถือว่าเป็นการบิดเบือนและให้ข้อมูลที่เท็จที่เป็นอันตรายต่อสาธารณสุข

แต่ที่เลวร้ายและส่งผลเสียหายหนักที่สุดคือ แนวทางเรื่องวัคซีนของโบลโซนาโร เขาออกมาบอกว่าวัคซีนไม่ใช่ทางออกของปัญหา กระทั่งออกมาพูดเล่นล้อเลียนว่า การฉีดวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีใหม่แบบ mRNA ของยี่ห้อไฟเซอร์อาจ “เปลี่ยนมนุษย์ให้กลายเป็นจระเข้” การปฏิเสธความจริงทางวิทยาศาสตร์ ความประมาทเลินเล่อ (เขาเคยให้สัมภาษณ์ว่าการระบาดของโควิด-19 จะจบภายในปี 2563) และการประเมินสถานการณ์ที่ผิดพลาด ทำให้เขาไม่ยอมสั่งซื้อวัคซีนตั้งแต่เนิ่นๆ แม้ว่าบริษัทวัคซีนที่จัดจำหน่ายไฟเซอร์จะยื่นข้อเสนอให้เขาถึงหลายครั้งก็ตาม (ตัวแทนบริษัทให้การกับวุฒิสภาว่าส่งอีเมลถึงเขาจำนวนมากว่า 100 ฉบับแต่ไม่เคยได้รับการตอบกลับเลย) จนทำให้ขณะนี้บราซิลมีวัคซีนไม่เพียงพอที่จะฉีดให้ประชาชน กลุ่มแพทย์ในบราซิลประเมินว่าด้วยอัตราการฉีดวัคซีนในปัจจุบัน ก็ต้องรอไปถึงปี 2567 ประชากรบราซิลทั้งประเทศจึงจะได้ฉีดวัคซีนครบ อย่างไรก็ตามเมื่อจำนวนคนตายเสียชีวิตสูงขึ้นโดยไม่มีที่ท่าที่จะลดลง และเสี่ยงวิจารณ์โหมกระหน่ำมาจากทุกสารทิศ ประธานาธิบดีโบลโซนาโรจึงเพิ่งจะกลับลำ หันมาเจรจาขอซื้อวัคซีนจากไฟเซอร์และบริษัทต่างๆ

นักวิทยาศาสตร์ท่านหนึ่งของบราซิลกล่าวว่า บราซิลมีระบบการฉีดวัคซีนที่ดีมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในอดีตกับการรับมือกับโรคระบาดต่างๆ “ถ้าเรามีวัคซีนเพียงพอ เรารู้ว่าจะต้องทำอย่างไร เรามีความเชี่ยวชาญและโครงสร้างพื้นฐานรองรับ เราแค่ต้องมีวัคซีน” นักระบาดวิทยาในบราซิลบางท่านประเมินว่าจำนวนผู้เสียชีวิตครั้งหนึ่งนั้นเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ หากมีการฉีดวัคซีนที่เร็วและทั่วถึงกว่านี้

การคอร์รัปชัน ความแตกแยกทางการเมือง และการขาดความไว้วางใจจากประชาชน²⁶⁰

นอกจากการบริหารที่ล่าช้า ผิดพลาด และขาดประสิทธิภาพแล้ว โบลโซนาโรและคนใกล้ชิดของเขายังถูกกล่าวหาว่าพัวพันกับการคอร์รัปชันในการจัดหาวัดซีนอีกด้วย รัฐมนตรีสาธารณสุขคนก่อนหน้าของเขาถูกสอบสวนว่ารับเงินสินบนจากการจัดซื้อวัคซีน พยานอีกรายหนึ่งกล่าวหาโบลโซนาโรว่ามีส่วนรับรู้แต่กลับเพิกเฉยในดีลซื้อวัคซีนที่เต็มไปด้วยความผิดปกติ ขาดความโปร่งใส และราคาแพงกว่าราคาตลาด ซึ่งโบลโซนาโรปฏิเสธทุกข้อกล่าวหา

ทั้งความล่าช้าและข้อมูลเรื่องการคอร์รัปชัน ทำให้รัฐสภาของบราซิลตัดสินใจเปิดการไต่สวนการทำงานของรัฐบาลในการรับมือกับการระบาดที่ล้มเหลว ซึ่งมีการถ่ายทอดสดไปทั่วประเทศและได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างล้นหลาม

แม้ว่าการไต่สวนที่นำโดยวุฒิสภาที่เริ่มมาตั้งแต่เดือนเมษายนอาจจะไม่สามารถนำไปสู่การถอดถอน (impeachment) เขาออกจากตำแหน่งได้ แต่โบลโซนาโรกำลังเผชิญกับวิกฤตความชอบธรรมทางการเมืองอย่างรุนแรง คณะกรรมาธิการกำลังพิจารณาผู้ว่าการรัฐเซาเปาโลออกมาวิพากษ์เขาอย่างตรงไปตรงมาและเรียกเขาว่าผู้นำที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ “ไซโคพาท” (psychopaths) ซึ่งหมายถึงคนที่ขาดความเห็นใจผู้อื่น เอาตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง และขาดความสำนึกผิด บุคลากรทางการแพทย์ออกมาวิพากษ์วิจารณ์การบริหารของเขา ศาสตราจารย์ที่มีชื่อเสียงท่านหนึ่งในวงการแพทย์ซึ่งสูญเสียเพื่อนและคนในครอบครัวออกมาให้สัมภาษณ์ว่าโบลโซนาโร “ควรลาออกจากตำแหน่ง” (just quit your job) “มันคือสิ่งที่ดีที่สุดที่คุณจะทำได้เพื่อช่วยประเทศบราซิล” ศาลสูงของบราซิลเองก็มีมติให้ดำเนินการสืบสวนสอบสวนการบริหารงานของประธานาธิบดีที่ล้มเหลวจนทำให้มีคนไทยเสียชีวิตจำนวนมาก นอกจากนี้ สมาคมบุคลากรทางการแพทย์ของบราซิลยังไปยื่นฟ้องโบลโซนาโรที่ศาลอาญาระหว่างประเทศ (International Criminal Court) ที่กรุงเฮกในข้อหาก่ออาชญากรรมต่อมนุษยชาติ (crime against humanity) เนื่องจากนโยบายที่ผิดพลาดและความเพิกเฉยของประธานาธิบดีทำให้มีผู้เสียชีวิตสูงถึงครึ่งล้านคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับจำนวนผู้เสียชีวิตในการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ที่รวันดา (ในปี ค.ศ. 1994 ซึ่งมีการไต่สวนดำเนินคดีในศาลอาญาระหว่างประเทศจนถึงทุกวันนี้)

ต้นเดือนกรกฎาคมและตุลาคมที่ผ่านมา ประชาชนเรือนหมื่นในหลายเมืองออกมาเดินขบวนประท้วงอย่างพร้อมเพรียงกันให้เขาลาออกจากตำแหน่ง ผู้ประท้วงหลายคนคือ ประชาชนที่คนรักและคนรู้จักของพวกเขาต้อง

²⁶⁰ ดู Avritzer Leonardo and Lucio Rennó, “The Pandemic and the Crisis of Democracy in Brazil,” *Journal of Politics in Latin America*, 13: 3 (2021): 442-457; และดูงานศึกษาของ Felicia Marie Knaul et al., “Punt Politics as Failure of Health System Stewardship: Evidence from the COVID-19 Pandemic Response in Brazil and Mexico,” *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 4 (Dec. 2021) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความล้มเหลวของบราซิลกับเม็กซิโก โดยชี้ให้เห็นความล้มเหลวในกระบวนการตัดสินใจและการมีผู้นำแบบประชานิยมแบบอำนาจนิยมที่เน้นสร้างการเมืองแบบแบ่งแยกแตกขั้วเป็นปัจจัยสำคัญของความล้มเหลว

จากไปเพราะโควิด จำนวนหนึ่งต้องตกงานและสูญเสียกิจการร้านค้าของตน อีกจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงการฉีดวัคซีน และอีกหลายคนรู้สึกโกรธกับการทำงานที่ล้มเหลวและการคอร์รัปชันของผู้ว่า ป้ายประท้วงมีหลากหลายข้อความ อาทิ “โบลโซนาโรต้องออกไป” “500,000” (หมายถึงจำนวนผู้เสียชีวิตจากโควิด-19) ผู้ประท้วงรายหนึ่งกล่าวว่า “มีประชาชนมากมายที่ตอนนี้กลายเป็นผู้กำพร้า สูญเสียพ่อ สูญเสียแม่ และสูญเสียลูกของตนไป” ส่วนผู้ประท้วงสุขภาพสตรีอีกรายหนึ่งกล่าวว่า “เขา[โบลโซนาโร]ยังอยู่ในอำนาจเหมือนกับไม่มีอะไรเกิดขึ้น... เขาควรจะถูกขับออกจากตำแหน่ง ฉันอยากได้ยินว่าโบลโซนาโรไม่ใช่ประธานาธิบดีของบราซิลอีกต่อไป”

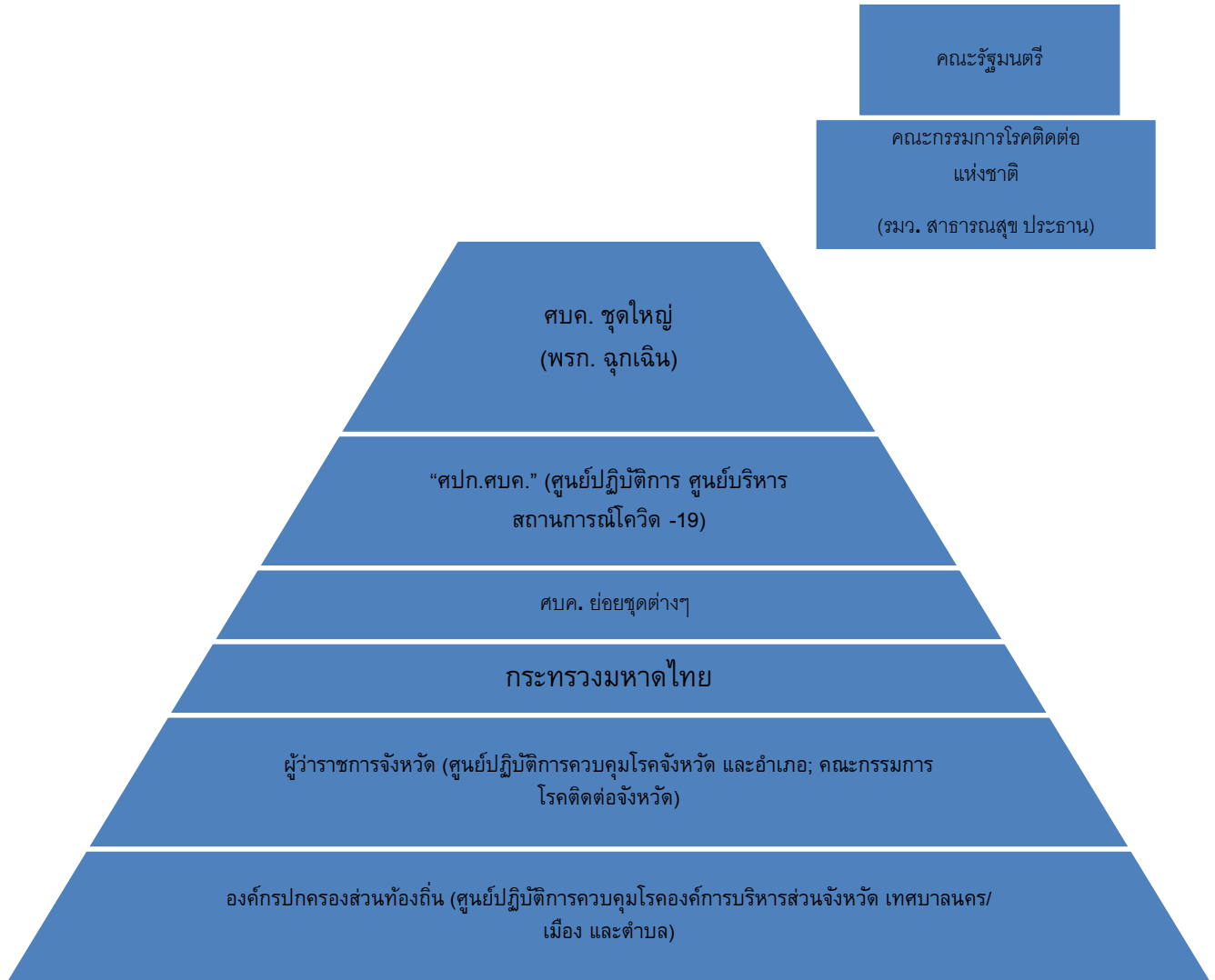
จนถึงปัจจุบัน เขาถูกฟ้องถอดถอนออกจากตำแหน่งด้วยข้อหาหลายประการถึง 48 ข้อหา และผลการสำรวจความคิดเห็นทั่วประเทศล่าสุดก็พบว่าประชาชน 55 % อยากเห็นโบลโซนาโรถูกถอดถอนออกจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ท่ามกลางคะแนนนิยมที่ตกต่ำและเสียงเรียกร้องให้เขาลาออกดังขึ้นทุกขณะ โบลโซนาโร หันมาใช้ยุทธวิธีทางการเมือง คือ ปลุกการเมืองของความเกลียดชัง ด้วยการปลุกระดมมวลชนที่ยังสนับสนุนเขาอยู่ ซึ่งเป็นมวลชนแนวอนุรักษ์นิยมสุดโต่งและกลุ่มนายทหารและตำรวจให้แสดงพลังสนับสนุนเขา ความแตกแยกแบ่งขั้วทางการเมืองอย่างรุนแรงเช่นนี้ยิ่งซ้ำเติมสถานการณ์ให้เลวร้ายลง และลดทอนความสามารถของประเทศบราซิลที่จะจัดการกับวิกฤตโรคระบาด เพราะทำให้ทุนทางสังคมอ่อนแอ ทำลายความร่วมมือระหว่างรัฐกับสังคม และความ เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวของประชาชนในการฝ่าฝืนวิกฤต

ในประเทศที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่ดีและภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งอย่างบราซิล ดูเหมือน สิ่งที่ประเทศบราซิลขาดไปคือ รัฐบาล ผู้นำ และระบบการบริหารจัดการที่ดี

15. โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐไทยในการรับมือกับโควิด-19

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน รัฐบาลไทยประกาศบังคับใช้กฎหมายและออกมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดเป็นจำนวนมาก รวมถึงกำหนดโครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานเพื่อรับมือกับปัญหาวิกฤตโรคระบาดร้ายแรงครั้งนี้ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และท้องถิ่น ซึ่งจะนำเสนอให้เห็นภาพตามลำดับดังต่อไปนี้

รูปที่ 107 โครงสร้างการตัดสินใจและการทำงานของรัฐไทยในการรับมือกับโควิด-19



โครงสร้างการตัดสินใจและการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ระดับชาติ

ในช่วงเริ่มแรกของการแพร่ระบาด รัฐบาลรับมือกับการแพร่ระบาดด้วยการใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ให้อำนาจคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการ ในการกำหนดนโยบาย วางระบบ และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ²⁶¹

ต่อมาเมื่อมีการประชุมคณะรัฐมนตรีในวันที่ 10 มีนาคม 2563 มติที่ประชุมตัดสินใจให้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการ

²⁶¹ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558, มาตรา 14, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอน 86 ก (8 กันยายน 2558) : 6.

เร่งด่วนในการบริหารสถานการณ์ดังกล่าว นอกจากมติคณะรัฐมนตรีที่ให้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ฯ แล้ว ต่อมาเมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้นทั่วราชอาณาจักรไทยโดยมีผลบังคับใช้วันที่ 26 มีนาคม 2563 โดยให้เหตุผลว่าสถานการณ์ยกระดับรุนแรงขึ้น รัฐจึงจำเป็นต้องบังคับใช้มาตรการขั้นสูงสุด และการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินจะทำให้รัฐสามารถนำมาตรการอื่นๆ มาบังคับใช้เพิ่มขึ้นจากเดิม²⁶²

การประกาศใช้ พรก. ฉุกเฉินดังกล่าวถูกตั้งคำถามและถกเถียงจากนักวิชาการ ประชาชนทั่วไป และภาคประชาสังคม ถึงความเหมาะสมในการบังคับใช้กฎหมายที่ถูกเปรียบเสมือน “ยาแรง” นี้ เนื่องจากกฎหมายนี้ได้บังคับใช้ครั้งแรกในปีพ.ศ. 2548 ภายใต้รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร (นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ กฎหมายฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์และถูกออกแบบมาเพื่อใช้แก้ปัญหาความมั่นคงเป็นหลัก โดยกฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจเด็ดขาดรวมศูนย์แก่นายกรัฐมนตรี โดยนายกฯ สามารถบังคับใช้กฎหมายที่เป็นอำนาจของรัฐมนตรีทั้งขณะเป็นการชั่วคราวและยิ่งกว่านั้นยังให้อำนาจนายกฯ ออกมาตรการหลายประการบังคับใช้กับประชาชน อาทิ ห้ามมิให้บุคคลใดออกนอกเคหสถาน ซึ่งถือเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในวงกว้างมากกว่าที่จะบังคับใช้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีเหตุสงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือประชาชนอาชีพต่างๆ ที่มีความจำเป็นต้องทำงานได้รับผลกระทบจากข้อกำหนดนี้ไปด้วย มีข้อสังเกตว่าพระราชบัญญัติโรคติดต่อ มาตรา 34 ก็ได้ให้อำนาจที่เพียงพอและเหมาะสมในการควบคุมสถานการณ์โรคระบาดแก่เจ้าหน้าที่รัฐแล้ว โดยให้อำนาจเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อสามารถสั่งให้ผู้ที่มีเหตุสงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อให้กักตัว รักษา อีกทั้งยังสามารถสั่งให้เจ้าบ้านทำความสะอาดบ้านพักที่อยู่อาศัยซึ่งจะเป็นพาหะในการเกิดโรค ซึ่งถือเป็นการบังคับใช้กฎหมายที่ตัวบุคคลมากกว่าเป็นการบังคับใช้กับสังคมโดยรวมทั่วไปโดยไม่จำแนก²⁶³

กฎหมายพิเศษที่ให้อำนาจฝ่ายบริหารอย่างเบ็ดเสร็จอย่าง พรก. ฉุกเฉินหากใช้อย่างไม่ระมัดระวังจะเปิดโอกาสให้รัฐบาลและฝ่ายการเมืองสามารถใช้อำนาจอย่างกว้างขวางเกินขอบเขตและถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการเมืองที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรับมือโรคระบาดได้ ทั้งยังไม่สามารถตรวจสอบการใช้อำนาจและเอาผิดกับเจ้าหน้าที่รัฐที่ใช้อำนาจเกินขอบเขตและผิดวัตถุประสงค์ได้ ซึ่งสร้างผลกระทบต่อประชาชนในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม เนื่องจากตามมาตรา 16 ของ พรก. ฉุกเฉิน ระบุว่าให้การใช้อำนาจ ข้อจำกัด ประกาศ หรือคำสั่งต่างๆ ที่ใช้ตามกฎหมายนี้ไม่อยู่ในบังคับของกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง และกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้ง

²⁶² ดูประกาศและคำสั่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเว็บไซต์ของสภาความมั่นคงแห่งชาติ “ศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) http://www.nsc.go.th/?page_id=6076.

²⁶³ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558, มาตรา 14, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอน 86 ก (8 กันยายน 2558).

ศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีทางปกครอง²⁶⁴ ฉะนั้น ประชาชนจะไม่สามารถฟ้องร้องเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องได้ ในกรณีที่ประชาชนได้รับผลกระทบจากการบังคับใช้ พรก. ฉุกเฉิน ซึ่งโดยปกติแล้วคำสั่งทางปกครองที่ออกโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและส่งผลกระทบต่อสิทธิ หน้าที่ของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากคำสั่งดังกล่าวจะสามารถฟ้องร้องขอให้ศาลเพิกถอนคำสั่งดังกล่าว แต่กรณีของ พรก. ฉุกเฉิน ศาลปกครองจะไม่รับคำฟ้องคดีที่มีผลจากการบังคับใช้ไว้พิจารณาได้²⁶⁵

หลังจากที่ได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 แล้ว ก็นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด- 19 ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 5/2563 เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ในวันที่ 25 มีนาคม 2563 ซึ่งตรงนี้คือ จุดกำเนิดของ “ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19” (ศบค.) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ด้วยตนเอง

การตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินนี้อ้างเหตุผลความจำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัยและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้อยู่ในวงจำกัด ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ สร้างความตระหนักรู้เท่าทัน และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากล รวมทั้งการฟื้นฟูและเยียวยาประชาชนอย่างเข้มงวดและเร่งด่วน

โดยอำนาจหน้าที่ของ ศบค. ที่ระบุไว้ในคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 5/2563 และ 13/2563 สรุปได้ดังต่อไปนี้

- (1) ปฏิบัติหน้าที่ตามอำนาจที่ได้รับการถ่ายโอนภายใต้พ.ร.ก.ฉุกเฉิน เท่าที่จำเป็นกระทั่งสถานการณ์ยุติลง
- (2) จัดหาและบริการจัดการหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ จำหน่ายหรือแจกจ่ายแก่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์
- (3) แก้ไข เยียวยาความเสียหายจากการระบาด และให้ความช่วยเหลือ ฟื้นฟู ชดเชย เยียวยาประชาชน จำแนกมาตรการตามกลุ่มต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบตามความเหมาะสม (13/2563)
- (4) จัดโครงสร้างขององค์กรและจัดตั้งหน่วยงานเพื่อเป็นองค์กรปฏิบัติการตามเห็นสมควร

²⁶⁴ พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558, มาตรา 16, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 58 ก (16 กรกฎาคม 2548) : 8.

²⁶⁵ ดูตัวอย่างกรณีที่ศาลปกครองกลางมีคำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา ในคดีที่มีผู้ยื่นคำขอให้เพิกถอนประกาศสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 19 มีนาคม 2563 ที่มีข้อกำหนดให้ผู้มีสัญชาติไทยที่จะเดินทางกลับมายังประเทศไทยจะต้องมีใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันได้ว่ามีสุขภาพเหมาะสมต่อการเดินทางทางอากาศ (fit to fly) หากพบว่าผู้โดยสารไม่สามารถแสดงเอกสารหลักฐานดังกล่าวได้ ให้ปฏิเสธการขึ้นเครื่องและงดออกบัตรขึ้นเครื่อง

https://admincourt.go.th/admincourt/site/08hotsuit_detail.php?ids=19401

- (5) ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
- (6) จัดกำลังข้าราชการตำรวจ ข้าราชการทหาร ข้าราชการพลเรือน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรักษาความปลอดภัยบุคคลสำคัญและสถานที่สำคัญ
- (7) จัดชุดปฏิบัติการจากข้าราชการตำรวจ ข้าราชการทหาร ข้าราชการพลเรือน เข้าระงับเหตุก่อความไม่สงบ หรือช่วยเหลือประชาชนจากสถานการณ์ฉุกเฉิน
- (8) มอบหมายส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนกำลังพล งบประมาณ วัสดุ เครื่องมือเครื่องใช้ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน
- (9) เรียกให้ส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐเข้าร่วมประชุม ชี้แจง ให้ข้อมูลข่าวสาร จัดส่งเอกสาร หรือ ดำเนินการอื่นตามเห็นสมควร

(10) ดำเนินการอื่นๆ ตามที่นายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ศบค. เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจรวมศูนย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Command System: ICS) ของระบบป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และทำหน้าที่เป็นระบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) ของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่ง ศบค. เป็นโครงสร้างการบริหารจัดการปัญหาโควิด-19 ที่ตั้งขึ้นมาใหม่เพื่อทำงานทดแทนโครงสร้างอื่นที่มีอยู่แล้ว เช่น ระบบบัญชาการเหตุการณ์สาธารณสุขของกระทรวงมหาดไทย หรือศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข²⁶⁶

ประเด็นที่ควรตั้งข้อสังเกตคือ การออกแบบโครงสร้างการตัดสินใจที่รวมศูนย์แบบ ศบค. มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การพยายามรวบอำนาจสั่งการในยามวิกฤตให้มีลักษณะรวมศูนย์เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ทั้งนี้เพื่อให้ นายกรัฐมนตรีสามารถบังคับบัญชาและสั่งการได้อย่างรวดเร็ว ลดขั้นตอนการปฏิบัติตามปกติของระบบราชการไทยที่มีความล่าช้า แต่ข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติกลับพบว่า รัฐบาลยังยึดติดกับโครงสร้างการบริหารและการตัดสินใจในลักษณะระบบราชการอยู่เช่นเดิม เห็นได้ชัดจากการตั้งศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือที่เรียกว่า “ศบค.ชุดเล็ก” ขึ้นมาทำหน้าที่ซ้อนไปกับศบค.ชุดใหญ่อีกต่อหนึ่ง โดยศบค.ชุดเล็กทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและเสนอมาตรการต่างๆ ต่อศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ “ศบค.ชุดใหญ่” ให้ความเห็นชอบและบังคับใช้ต่อไป กลายเป็นว่ามีโครงสร้างการทำงานที่ไม่ได้ลดขั้นตอนให้รวดเร็วขึ้น ยังคงต้องใช้เวลาและขั้นตอนเหมือนระบบราชการตามปกติ อีกทั้งภายในโครงสร้างของศบค. ยังมีการออกคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีนายกฯ เป็นผู้อำนวยการศูนย์ และคำสั่งนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยมี พล.อ.ฉัตรพล นาคพาณิชย์ เป็นผู้อำนวยการศูนย์ (ดู

²⁶⁶ ข้อสังเกตจาก ดร.นพ.บวรศม สิริระพันธ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

รายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนถัดไป) ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เนื่องจากตามกฎหมาย ศบค. ชุดใหญ่มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรอยู่แล้ว นอกจากนั้นทั้ง พล.อ.ประยุทธ์ และพล.อ. อนุช พล ก็มีตำแหน่งในคณะกรรมการ ศบค. อยู่แล้วด้วยเช่นกัน การเพิ่มโครงสร้างการทำงานที่ซ้ำซ้อนและใช้บุคลากรที่ทับซ้อนกันกลายเป็นการเพิ่มขึ้นขั้นตอนการดำเนินงาน และขัดกับวัตถุประสงค์แรกเริ่มของการตั้ง ศบค. ที่ต้องการโครงสร้างการตัดสินใจที่มุ่งความฉับไวในการทำงานในสถานการณ์วิกฤตร้ายแรง

โครงสร้างการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ระดับภูมิภาค

การปกครองส่วนภูมิภาคเข้ามามีบทบาทในการรับมือกับสถานการณ์โควิด-19 เนื่องจากตามโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินของไทย ยังคงไว้ซึ่งการปกครองส่วนภูมิภาค ในขณะที่หลายประเทศได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานของรัฐให้เหลือแต่เพียงส่วนกลางกับท้องถิ่นเพื่อลดขนาดของรัฐไม่ให้เทอะทะ ซึ่งเป็นการประหยัดงบประมาณ ลดขั้นตอนการดำเนินงาน และทำให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพสูงขึ้น²⁶⁷ โดยการปกครองส่วนภูมิภาคของไทยเป็นลักษณะของการแบ่งอำนาจ (Deconcentration) กล่าวคือ หน่วยงานราชการส่วนกลางได้แบ่งและมอบอำนาจการสั่งการ ให้แก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการส่วนกลางที่ไปปฏิบัติหน้าที่ประจำภูมิภาค เพื่อดำเนินการภารกิจบางส่วนของรัฐหรือส่วนหนึ่งของหน่วยงานราชการนั้นๆ โดยอำนาจหลักยังคงอยู่ภายใต้ราชการส่วนกลาง อีกทั้งการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติราชการยังคงเป็นอำนาจการบังคับบัญชาของราชการส่วนกลาง ซึ่งองค์ประกอบของการแบ่งอำนาจของราชการส่วนภูมิภาคจะเป็นลักษณะรูปแบบของจังหวัดและอำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บริหารสูงสุดในการสั่งการและบังคับบัญชาหน่วยงานที่ราชการส่วนกลางส่งมาปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัด

ในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ผู้ว่าราชการจังหวัดคือผู้มีอำนาจบังคับบัญชาสั่งการสูงสุดตามระเบียบการบริหารแผ่นดินส่วนภูมิภาค นอกจากนั้น ยังมีบทบาทและอำนาจเฉพาะที่ได้รับมอบหมายมาจากราชการส่วนกลางและนายกรัฐมนตรี โดยอำนาจการดำเนินการต่างๆ ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะผู้บริหารสูงสุดของจังหวัดสามารถดำเนินการได้ มีอาทิเช่น อำนาจในการพิจารณาปิดสถานบันเทิง ผับ ร้านอาหาร หรือสั่งงดกิจกรรมที่มีคนรวมตัวกันจำนวนมาก โดยผู้ว่าราชการแต่ละจังหวัดจะต้องคอยรายงานสถานการณ์ในพื้นที่ให้ส่วนกลางทราบ

ในส่วนโครงสร้างการทำงานในระดับจังหวัดในภาวะวิกฤติโรคระบาด พบว่ามีโครงสร้างดังนี้

²⁶⁷ Pranab Bardhan and Dilip Mookherjee (eds.), *Decentralization and Local Governance in Developing Countries: A Comparative Perspective* (Cambridge: the MIT Press, 2006); ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, “การกระจายอำนาจ” ใน ประจักษ์ ก้องกีรติ (บก.) *การเมือง อำนาจ ความรู้: หลักรัฐศาสตร์เบื้องต้นสำนักธรรมศาสตร์* (กรุงเทพฯ: ศยาม, 2564), น. 253-273.

1. *ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (ศปก.) จังหวัด* มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ และส่วนราชการต่างๆ เป็นคณะทำงาน

ในส่วนนี้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามคำสั่งของ ศบค. ชุดใหญ่ ตามข้อกำหนดในมาตรา 9 ของ พรก. ฉุกเฉิน ซึ่งได้ให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัด (โดยความเห็นชอบคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด) สามารถออกประกาศหรือคำสั่งกำหนดมาตรการที่เข้มข้นมากกว่าข้อกำหนดได้ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่ รวมทั้งอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

2. *คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัด* มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการ และส่วนราชการต่างๆ เป็นคณะกรรมการ ซึ่งรวมถึงผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย โดยนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (นายกอบจ.) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง และให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งนายกเทศมนตรีจำนวนหนึ่งคน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (นายกอบต.) จำนวนหนึ่งคนเป็นกรรมการ (ไม่ได้มีเกณฑ์ระบุชัดเจนว่าให้เลือกอย่างไร เนื่องจากในแต่ละจังหวัดจะมีนายกเทศมนตรีและนายกอบต. หลายคน) จากโครงสร้างนี้จะเห็นว่าโครงสร้างการอภิบาล (governance structure) ของไทยให้ความสำคัญกับผู้บริหารส่วนภูมิภาคที่มาจากการแต่งตั้ง มากกว่าผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากกาเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน ทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นมีสถานะเป็นเพียงผู้รับคำสั่งและแนวนโยบายจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อประจำจังหวัดมีหลากหลายประการ ตั้งแต่ 2.1 ดำเนินการตามนโยบาย ระบบและปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่ทางคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด 2.2 จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด 2.3 รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้นในเขตพื้นที่จังหวัดต่ออธิบดีกรมควบคุมโรค 2.4 สนับสนุน ส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด แล้วรายงานต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ และ 2.5 ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ หรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย หรือตามที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558²⁶⁸

3. *ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด*

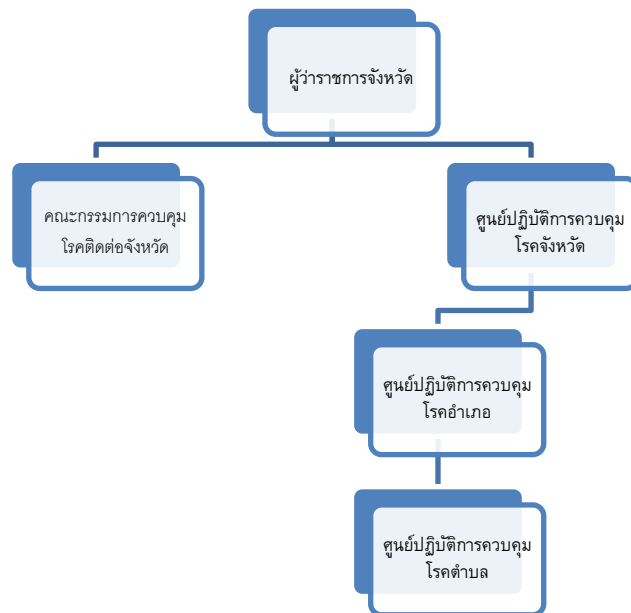
โครงสร้างในส่วนนี้ตั้งขึ้นตามคำสั่งของ ศบค. ชุดใหญ่ ในวันที่ 1 พ.ค. 2563 ซึ่งต่อมาได้มีการสั่งการของ ปลัดกระทรวงมหาดไทยในฐานะตัวแทนของ ศบค. มหาดไทยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่ละจังหวัดตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด” (ศปก.จ.) นายอำเภอแต่ละอำเภอตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ” (ศปก.อ.) และ “ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล” (ศปก.ต.) โดยมีอำนาจหน้าที่หลายประการด้วยกัน คือ อำนวยการและประสานงานกับส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจในจังหวัด เฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา

²⁶⁸ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558, มาตรา 14, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอน 86 ก (8 กันยายน 2558) : หมวด 3.

2019 ภายในขอบเขตและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย, กำกับ ดูแล ควบคุม และติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจในจังหวัดในการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, บูรณาการข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลที่ได้รับรายงานในความรับผิดชอบของจังหวัด และปฏิบัติหน้าที่ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

องค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด มีดังต่อไปนี้ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าศูนย์ คณะทำงานประกอบด้วยรองผู้อำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด และหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ เช่น หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด และอื่นๆ ตามแต่ที่ผู้ว่าฯ เห็นสมควร โดยมีปลัดจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการร่วม²⁶⁹ จากองค์ประกอบของคณะทำงานจะพบว่าหลายตำแหน่งมีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัด ทำให้เกิดคำถามถึงความเหมาะสมในการออกแบบโครงสร้างการทำงานที่ทับซ้อนกันเช่นนี้ ยิ่งเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรในจังหวัดที่ต้องประชุมคณะทำงานหลายชุดในสภาวะวิกฤตที่มีงานเร่งด่วนล้นมือ ข้อเสนอแนะอีกประการคือ การให้ความสำคัญกับหน่วยงานความมั่นคงอย่างกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัด ซึ่งมีได้มีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยตรงในปัญหาโรคระบาดเข้ามาเป็นกรรมการในทุกจังหวัด

รูปที่ 108 โครงสร้างการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อรับมือกับปัญหาโควิด-19



²⁶⁹ ดูโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (ศปก.) ในโทรสารจากกระทรวงมหาดไทยถึงผู้ว่าราชการจังหวัด ลงวันที่ 7 พ.ค. 2563 http://www.pathumthani.go.th/new_web/covid/image/doc/119.pdf

แม้ว่าอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะตำแหน่งผู้ว่าราชการจังหวัดดูเหมือนจะมีบทบาทและอำนาจมาก แต่ในทางปฏิบัติอำนาจดังกล่าวมีจำกัด เพราะมีหน้าที่หลักคือรับนโยบายจากส่วนกลางไปปฏิบัติ ไม่ได้มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจและวางแผน การออกมาตรการใดๆ ของจังหวัดต้องอิงกับส่วนกลางตามที่ส่วนกลางออกประกาศมาตรการไว้ รวมถึงการดำเนินนโยบายต่างๆ ตามระเบียบที่ทางคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด บทบาทของผู้ว่าราชการจังหวัดในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาให้ทันทั่วถึงและตรงกับสถานการณ์การระบาดในพื้นที่จึงทำได้เต็มที่ เช่น การจัดหาวัคซีนให้กับประชาชนในจังหวัดของตน ซึ่งต้องรอการจัดสรรมาจากส่วนกลางตามสถานการณ์ความรุนแรงของแต่ละจังหวัด แต่กลับพบว่าการจัดสรรจากส่วนกลางมีความล่าช้าและไม่ทั่วถึง และในบางกรณีไม่ได้เป็นไปตามสถานการณ์ความรุนแรง ดังที่พบว่าบางจังหวัดได้รับการจัดสรรวัคซีนเป็นจำนวนมากในลำดับต้นๆ ของประเทศทั้งที่ไม่ได้มีสถานการณ์รุนแรง จนเกิดการวิพากษ์วิจารณ์ว่าการกระจายวัคซีนในระดับภูมิภาคมีปัจจัยทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อสร้างฐานคะแนนเสียงและคะแนนนิยมทางการเมืองให้กับพรรคการเมืองและนักการเมือง โดยการตัดสินใจจากรัฐบาลส่วนกลางโดยที่ท้องถิ่นไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนด²⁷⁰ นอกจากนี้ อำนาจการตัดสินใจของผู้ว่าราชการจังหวัดในการออกมาตรการใดๆ ในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ยังต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานชุดต่างๆ ของส่วนราชการในจังหวัด ซึ่งคณะทำงานมีมากมายหลายชุดจนทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และทำให้ขาดประสิทธิภาพในการรับมือสถานการณ์วิกฤตนี้ สุดท้าย ราชการส่วนภูมิภาคมีอำนาจหน้าที่มากตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน แต่กลับขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้ในทางปฏิบัติต้องอาศัยงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณที่ใช้แก้ปัญหาได้ แต่ไม่มีอำนาจเต็มที่ในการใช้งบประมาณ จึงเกิดเป็นสภาพปัญหาที่ลึกลับ ดังที่นักวิชาการด้านการกระจายอำนาจท่านหนึ่งชี้ว่า

²⁷⁰ รายงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) ระบุนถึงปัญหาที่ว่า “ปัญหาสำคัญในการกระจายวัคซีนก็คือ การขาดความเป็นเอกภาพ โดยพรรคร่วมรัฐบาลได้แย่งบทบาทกันในการกระจายวัคซีน ทำให้เกิดหลายช่องทางในการลงทะเบียนเพื่อฉีดวัคซีน... โดยไม่มีกลไกการประสานงานที่ดี นอกจากนี้ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับการจัดสรรวัคซีนตามช่องทางดังกล่าวยังสามารถจัดลำดับการฉีดวัคซีนเอง โดยไม่มีกลไกติดตามและกำกับให้เป็นไปตามลำดับตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้... ผลที่เกิดขึ้นก็คือการกระจายวัคซีนบิดเบี้ยวไม่เป็นไปตามลำดับความสำคัญตามยุทธศาสตร์ ดังปรากฏว่า บางจังหวัดเช่นบุรีรัมย์มีการฉีดวัคซีนมากเป็นลำดับที่ 11 ของประเทศ ณ วันที่ 7 ก.ค. โดยมีการฉีดวัคซีนทั้งหมดประมาณ 3 แสนเข็มหรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากร แม้ไม่ได้เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดสูง ไม่เป็นจังหวัดท่องเที่ยวหลักและไม่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีความเร่งด่วนในการได้รับวัคซีนตามแผนการกระจายวัคซีนที่กรมควบคุมโรคได้ประกาศในช่วงปลายเดือนพฤษภาคม” ดูรายละเอียดใน ทีดีอาร์ไอ, “ประเมินผลงานกลางเทอมรัฐบาลประยุทธ์ 2: การควบคุมการระบาดของโควิด-19 และการบริหารจัดการวัคซีน,” 11 ก.ค. 2021 <https://tdri.or.th/2021/07/report-2years-prayut-cabinet2/> และดูรายงานข่าว “TDRI ประเมิน ‘ประยุทธ์ 2’: ผิดพลาดในการควบคุมโควิดระบาด-บริหารจัดการวัคซีน,” *สำนักข่าวอิศรา*, 12 ก.ค. 2564 <https://www.isranews.org/article/isranews-article/100388-investigative00-2-6.html>

“คณะกรรมการโรคติดต่อประจำจังหวัด ผู้ว่าฯ มีอำนาจในฐานะประธาน แต่ไม่มีงบประมาณ ในขณะที่ท้องถิ่น อย่างนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีงบประมาณ แต่เมื่อจะใช้ทำอะไร กลับต้องให้ผู้ว่าราชการอนุมัติ ก่อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ซึ่งต้องตัดสินใจอย่างทันที่ และต้องมีประสิทธิภาพมากกว่านี้”²⁷¹

โครงสร้างการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 ระดับท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง โดยเมื่อพิจารณาตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 2/2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ได้กำหนดกิจกรรมและมาตรการควบคุมหลักต่างๆ รวมถึงได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบไว้ด้วย โดยในทุกกิจกรรมได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย²⁷²

จากคำสั่งดังกล่าวของ ศบค. จึงเป็นที่มาของการตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค (ศปก.) ในแต่ละระดับขึ้นมา (เหมือนกับโครงสร้างในระดับภูมิภาค) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด โดยในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีดังต่อไปนี้

1. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ศปก.อบจ.) มีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ
2. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง (ศปก.ทน./ศปก.ทม.) มีนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ
3. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต) มีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป็นคณะกรรมการ
4. ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์ โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ศบค. กทม.) และคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานครซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นประธาน และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคเขต (ศปก.เขต) ซึ่งจะดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ดังกล่าว

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่มีบทบาทสำคัญหลายประการในการรับมือกับวิกฤต เช่น การจัดตั้งศูนย์พักคอยในระดับตำบล การให้ความช่วยเหลือในการขนส่งผู้ป่วยโควิด-19 ไปที่ศูนย์พักคอย พร้อมทั้งส่ง

²⁷¹ ทศนะของดร.โอฬาร ถิ่นบางเตียว ใน “ซี! “ระบบราชการ” รับมือภาวะวิกฤตไม่ได้ เน้นเร่งนำร่องเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัด,” *The Active*, 19 ส.ค. 2021 <https://theactive.net/news/20210819-2/>

²⁷² คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 2/2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความใน มาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. (2563, 1 พฤษภาคม), ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 137 ตอนที่ พิเศษ 102 ง. หน้า 1.

ผู้ป่วยกลับบ้าน การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ที่ต้องกักตัวภายในที่พักอาศัยโดยให้ความช่วยเหลือในการส่งอาหาร ยาและของใช้จำเป็น การให้ถุงยังชีพในการดำรงชีวิต การให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันตนเอง การตรวจอุณหภูมิและการกำกับให้มีการรักษาระยะห่างทางสังคมเมื่อมีกิจกรรมสาธารณะในชุมชน เป็นต้น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำงานในพื้นที่ที่ใกล้ชิดประชาชน จึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นด่านหน้าในการป้องกันและดูแลประชาชนในยามวิกฤต

อีกบทบาทหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ การจัดซื้อวัคซีนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดให้กับประชาชน โดยมาจากการริเริ่มขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งที่มีขนาดใหญ่และมีการแพร่ระบาดสูง เช่น อบจ.ปทุมธานี อบจ.นครศรีธรรมราช อบจ.เชียงใหม่ อบจ.นครราชสีมา รวมถึงเทศบาลนครและเทศบาลเมืองบางแห่ง ตลอดระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีความต้องการจัดซื้อวัคซีนเพื่อป้องกันและระงับการระบาดโดยเร็วที่สุด เนื่องจากปัญหาในระยะแรกที่มีการจัดสรรวัคซีนของรัฐบาลมีไม่เพียงพอและขาดความหลากหลาย และในวันที่ 28 พ.ค. เมื่อราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ประกาศว่าจะมีการนำเข้าวัคซีนโควิด-19 ทางเลือก ชิโนฟาร์ม จำนวน 1 ล้านโดส เข้ามาในเดือน มิ.ย. ก็ทำให้อปท. หลายสิบแห่งทั่วประเทศประกาศใช้งบประมาณตัวเองซื้อวัคซีนทางเลือกผ่านทางราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ แต่ความพยายามดังกล่าวของท้องถิ่นได้ถูกระงับโดยรัฐบาลว่าไม่สามารถทำได้ โดยนายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี กล่าวถึงกรณีที่ อปท. หลายจังหวัดติดต่อซื้อวัคซีนกับราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ว่า “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ หากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ไปตรวจสอบก็จะผิด เพราะใช้เงินผิดประเภท ดังนั้น ต้องทำให้ถูกประเภทเสียก่อน โดยให้กระทรวงมหาดไทยอนุญาตและออกเป็นกฎระเบียบก่อน... จะต้องไปปลดล็อกก่อน เพราะก่อนหน้านี้ไม่คิดว่าจะมีการนำเงินไปซื้อวัคซีน”²⁷³ แต่เมื่อมีการสอบถามไปยังกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยให้ความเห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่สามารถจัดซื้อได้ เพราะผู้ตรวจการแผ่นดินเคยมีคำวินิจฉัยไว้ว่าการจัดซื้อวัคซีนโดย อปท. ไม่สามารถทำได้ “ในระยะแรก” ของการระบาด เพราะการจัดหาวัคซีนเป็นหน้าที่ของรัฐบาล รมว. มหาดไทยจึงเสนอว่า “เพื่อไม่ให้เกิดความวุ่นวายสับสน หน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจขณะนี้คือกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ ศบค. จึงเห็นว่าต้องหารือและหาข้อยุติจาก ศบค.”²⁷⁴ ความพยายามจัดซื้อวัคซีนขององค์กรปกครอง

²⁷³ ธันยพร บัวทอง, “ฉีดวัคซีน: ความไม่แน่นอนของวัคซีนโควิดจากรัฐบาล ผลักท้องถิ่นดิ้นซื้อวัคซีนเอง,” *บีบีซีไทย*, 31 พ.ค. 2564 <https://www.bbc.com/thai/thailand-57305291>.

²⁷⁴ คำวินิจฉัยของผู้ตรวจการแผ่นดินที่รัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทยอ้างถึง คือคำวินิจฉัยเมื่อวันที่ 29 ม.ค. 2564 ที่ระบุว่า “ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์ให้ภาคเอกชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เตรียมจัดซื้อวัคซีนป้องกัน COVID-19 ได้รับทราบและเข้าใจว่า ในระยะแรกนี้ หน่วยงานภาครัฐเท่านั้นที่จะดำเนินการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน และกระจายวัคซีนตามแผนบริหารจัดการวัคซีนเพื่อให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและเพื่อให้สามารถติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน จึงยังไม่สามารถให้ภาคเอกชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดซื้อวัคซีนป้องกัน

ส่วนท้องถิ่นมาคิดให้กับประชาชนจึงเต็มไปด้วยความไม่แน่นอนและไม่ชัดเจน เนื่องจากหน่วยงานรัฐแต่ละแห่งไม่ได้มีคำตอบที่ตรงกัน และไม่ชัดเจนว่าอำนาจการตัดสินใจควรจะตกอยู่กับใคร จนนำไปสู่ความวิตกกังวลของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าจะไม่สามารถรับมือกับการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงภาวะเยียบที่เป็นอุปสรรคของระบบราชการและการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง โดยไม่ได้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง ทำให้ท้องถิ่นขาดความเป็นอิสระ โดยเฉพาะในการใช้งบประมาณของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในยามฉุกเฉิน โดยเฉพาะแล้วองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีงบประมาณในการบริหารจัดการของตนเอง และการแก้ปัญหาโรคติดต่อก็เป็นอำนาจหน้าที่หนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยหลายแห่งมีงบประมาณที่เพียงพอในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยใช้งบประมาณจากเงินสะสมที่เป็นเงินเหลือจ่ายจากเงินรายรับตามงบประมาณรายจ่ายประจำปี และทุนสำรองเงินสะสมที่เป็นยอดเงินสะสมจำนวนร้อยละสิบห้าของเงินสะสมประจำที่ถูกกันเอาไว้ทุกสิ้นปีงบประมาณ²⁷⁵ ที่หลายแห่งเก็บสะสมไว้หลายปีตั้งแต่มีการจัดตั้งองค์กร และไม่ได้มีการใช้งบประมาณในส่วนนี้ ทำให้เงินงบประมาณถูกเก็บไว้เป็นเงินจำนวนหลายสิบล้านบาท การนำเงินงบประมาณในส่วนนี้มาใช้จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจากสภาท้องถิ่นและเป็นไปตามอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่น ซึ่งการควบคุมและระงับโรคติดต่อเป็นหนึ่งในอำนาจหน้าที่ แต่อำนาจสูงสุดในการวินิจฉัยว่าการใช้งบของท้องถิ่นนั้นใช้จ่ายถูกหรือผิดเป็นอำนาจของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งที่ผ่านมา รัฐบาลและกระทรวงมหาดไทยก็ได้ขอให้ท้องถิ่นนำเงินสะสมของท้องถิ่นมาใช้หลายครั้งเพื่อตอบสนองนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลและกระทรวงมหาดไทย ในบางครั้งนโยบายจากส่วนกลางดังกล่าวไม่ได้เป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้จ่ายเงินสะสมของท้องถิ่น แต่กฎหมายก็ได้ให้อำนาจแก่ปลัดกระทรวงมหาดไทยในการออกข้อยกเว้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้จ่ายเงินสะสมหรือเงินทุนสำรองเงินสะสมได้ด้วยความเห็นชอบของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (ข้อ 89/1) ดังนั้น จึงเห็นได้ชัดเจนว่ารัฐบาลและกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจอนุมัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำงบของท้องถิ่นออกมาใช้ได้ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่โดยตรง²⁷⁶ แต่เมื่ออำนาจในการวินิจฉัยไม่ได้อยู่ที่ผู้บริหารและสภาของท้องถิ่น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดอิสระและความคล่องตัวในการใช้งบประมาณของตนเอง

โควิด-19 กับผู้ผลิตวัคซีนโดยตรง" ดุใน ธันยพร บัวทอง, "ฉีดวัคซีน: ความไม่แน่นอนของวัคซีนโควิดจากรัฐบาล ผลักท้องถิ่นตื่นซื้อวัคซีนเอง," *บีบีซีไทย*, 31 พ.ค. 2564 <https://www.bbc.com/thai/thailand-57305291>.

²⁷⁵ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมวด 8 เงินสะสม ข้อ 87-89.

²⁷⁶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมวด 8 เงินสะสม ข้อ 87-89.

ในท้ายที่สุด ได้มีประกาศศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2564 กำหนดแนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ข้อ 5 กำหนดว่า หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ให้จัดหาจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ ได้แก่ กรมควบคุมโรค องค์การเภสัชกรรม สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สภากาชาดไทย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ หรือหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจและหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขแก่ประชาชน และต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหลักเกณฑ์หรือแผนการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือนายกรัฐมนตรีกำหนด²⁷⁷ ทั้งนี้ ระบุว่า การดำเนินการจัดหาวัคซีนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทาง และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดหาวัคซีนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพด้านงบประมาณและรายได้ที่แตกต่างกัน จากกรณีการจัดหาวัคซีนและการประสานงานในการแก้ไขปัญหาระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่นที่ยังติดอุปสรรค ทำให้มีเสียงสะท้อนจากผู้บริหารท้องถิ่นที่มีประสบการณ์ คือ นายพงษ์ศักดิ์ ยิ่งชนม์เจริญ นายกเทศมนตรีนครยะลา และนายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ว่าอยากให้เกิดโครงสร้างการบริหารของไทยมีการกระจายอำนาจมากขึ้น และให้ภาครัฐดึงพลังของท้องถิ่นมาใช้ให้เต็มศักยภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ “อยากให้รัฐบาลได้เปิดมุมมองที่กว้างขึ้น และดึงพลังดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ไม่อยากให้มัวแต่จะไปนั่งออกระเบียบที่จะบั่นทอนความคล่องตัว ความยืดหยุ่น เพราะโลกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความถี่ของการเปลี่ยนแปลงมีแต่มากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงก็มีแต่รุนแรงขึ้น สิ่งที่ดีที่สุดในการรับการเปลี่ยนแปลง ไม่มีอะไรดีไปกว่าการกระจายอำนาจออกไปยังแต่ละพื้นที่ เพื่อให้พื้นที่ไปจัดการตัวเอง”²⁷⁸

วิกฤตโรคระบาดโควิด-19 สะท้อนให้เห็นโครงสร้างการบริหารจัดการของไทยที่ยังมีลักษณะรวมศูนย์สูง แต่ขาดความเป็นเอกภาพและขาดการบูรณาการ ก่อให้เกิดปัญหาในสองลักษณะ คือ หนึ่ง ความล่าช้าในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และสอง การขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะเมื่อเผชิญปัญหาที่เป็นวิกฤตขนาดใหญ่ ซึ่งจะอภิปรายขยายความในรายละเอียดในส่วนถัดไป

²⁷⁷ ประกาศศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19. (2564, 8 มิถุนายน), ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 137 ตอนที่ พิเศษ 123 ง. หน้า 1-2.

²⁷⁸ “เสียงสะท้อน ท้องถิ่นรับมือโควิด รัฐบาลอย่าบั่นทอนความคล่องตัว,” *ไทยโพสต์*, 27 มิ.ย. 2564.

16. การประเมินโครงสร้างการอภิบาลและการบริหารจัดการของรัฐไทยในสถานการณ์วิกฤต

โควิด-19

ในการประเมินโครงสร้างการอภิบาลและการบริหารจัดการของรัฐไทยในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ประเมินดังต่อไปนี้

- 1) รูปแบบมีความเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของสถานการณ์หรือไม่
- 2) การกำหนดโครงสร้างการตัดสินใจและกระบวนการทำงานมีความเหมาะสมหรือไม่ ข้อสังเกตเบื้องต้น คือ การให้น้ำหนักกับหน่วยงานฝ่ายความมั่นคงมากเกินไป และการรวมศูนย์อำนาจที่ตัวนายกรัฐมนตรีมากเกินไป จนอาจทำให้มีภาระงานที่ล้นเกินจนไม่อาจตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) การสื่อสารกับสาธารณะในภาวะวิกฤตของ ศบค. มีความเหมาะสมหรือไม่ ทั้งในแง่ความชัดเจน ความเข้าใจง่าย ไม่สับสน การสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ การสื่อสารที่ตรงเป้า การสื่อสารที่เพิ่มความเห็นอกเห็นใจต่อประชาชน การสื่อสารที่ไม่เพิ่มความขัดแย้ง
- 4) การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ต่างประเทศ รวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการด้วยกันภายใต้การบังคับบัญชาของ ศบค.

สรุปผลการวิเคราะห์และการประเมิน

ในการทำงานในระยะที่ผ่านมาของรัฐไทย มีทั้งส่วนที่เป็นข้อที่ทำได้ดีและข้อที่ยังประสบปัญหาและสามารถพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดหรือวิกฤตสุขภาพอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต โดยผลการวิเคราะห์และการประเมินพบว่าประเด็นที่ยังมีปัญหาหรือเป็นจุดอ่อนซึ่งควรค่าแก่การสรุปบทเรียน มีดังต่อไปนี้

- 1) โครงสร้างการทำงานที่เปลี่ยนบ่อยครั้ง (lack of consistency)
- 2) คณะทำงานและคณะที่ปรึกษามีจำนวนมากและทับซ้อนกัน (overlapping and fragmented governance structure)
- 3) การรวมศูนย์อำนาจที่นายกรัฐมนตรี (overcentralized power and leadership)
- 4) การติดตามงาน (follow-up)
- 5) การตัดสินใจบนฐานของความรู้ (knowledge-based decision)
- 6) การให้บทบาทกับฝ่ายความมั่นคงมากเกินไป (security-led operation)
- 7) การสื่อสาร (communication)
- 8) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น และประสิทธิภาพของระบบราชการ (bureaucratic cooperation and efficiency)

9) การระดมความร่วมมือกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (government-private-civil society collaboration)

10) กลไกความรับผิดชอบและความโปร่งใส (accountability and transparency)

1) โครงสร้างการทำงานที่เปลี่ยนบ่อยครั้ง

โครงสร้างการทำงานและการตัดสินใจในภาวะวิกฤตควรจะมีชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อไม่ก่อให้เกิดความสับสนในด้านสายการบังคับบัญชาและรูปแบบการทำงาน ซึ่งจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์สูง เพราะบุคลากรฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในการปฏิบัติภารกิจเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน แต่ในกรณีของประเทศไทย นับตั้งแต่มีการระบาดของโควิด-19 ได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างบ่อยครั้ง ในช่วงต้นกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ต่อมาอำนาจได้ย้ายมาที่ ศบค. ซึ่งนับตั้งแต่มีการจัดตั้ง ศบค. โครงสร้างภายในของ ศบค. ก็มีการเปลี่ยนอยู่บ่อยครั้ง และล่าสุดในช่วงเดือนกันยายน 2564 มีการออกข่าวว่าอาจจะมีการยุบ ศบค. และเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานอีกครั้ง โดยมีแนวคิดที่จะตั้งศูนย์อำนวยการโรคติดต่อแห่งชาติ หรือ “ศรช.” มาแทน ศบค. และยกเลิกพ.ร.ก. ฉุกเฉิน โดยจะปรับกฎหมาย พ.ร.บ. โรคติดต่อ นำมาใช้แทนที่ ซึ่งจนถึงวันนี้ก็ยังไม่มีความชัดเจน ทำให้สาธารณสุขและภาคส่วนต่างๆ เกิดความสับสน²⁷⁹

โครงสร้างภายในของ ศบค. ถูกแบ่งส่วนงานออกเป็นหลายส่วนและมีการปรับเปลี่ยนหลายครั้ง โดยเป็นไปตามคำสั่งที่เกี่ยวข้องทั้งหมดถึง 8 ฉบับด้วยกัน โดยโครงสร้างแรกมาจากคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 6/2563 ได้กำหนดองค์ประกอบของ ศบค. ให้ประกอบไปด้วย 2 สำนักงานและ 8 ศูนย์ปฏิบัติการ (ศปก.) โดยมีมอบหมายให้ปลัดกระทรวงแต่ละกระทรวง (ณ ขณะนั้น) เป็นหัวหน้าศูนย์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สำนักงานเลขาธิการ (รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมือง: ประทีป กิริติเรชา)
2. สำนักประสานงานกลาง (เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ: พล.อ.สมศักดิ์ รุ่งสิตา)
3. ศปก.ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีติดเชื้อโควิด-19 (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นพ.สุชัชฌาย์ จันทิมา)
4. ศปก.ด้านมาตรการป้องกันและช่วยเหลือประชาชน (ปลัดกระทรวงมหาดไทย: ฉัตรชัย พรหมเลิศ)
5. ศปก.กระจายหน้ากากและเวชภัณฑ์สำหรับประชาชน (ปลัดกระทรวงมหาดไทย: ฉัตรชัย พรหมเลิศ)
6. ศปก.ด้านการควบคุมสินค้า (ปลัดกระทรวงพาณิชย์: บุญยฤทธิ์ กัลยาณมิตร)

²⁷⁹“วิษณุ แจงยุบศบค. สธ.ได้อำนาจคืนบางส่วน บิ๊กตู่ยังคุมแก้ระบาดร้ายแรง,” *ข่าวสด*, 9 กันยายน 2564; “ยุบ ศบค. ! ตั้งศูนย์อำนวยการโรคติดต่อแห่งชาติ รับมือโควิด,” *ประชาชาติธุรกิจ*, 27 กันยายน 2564.

7. ศปก.มาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ (ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ: บุษยา มาทแล็ง)
8. ศปก.ด้านการสื่อสารโทรคมนาคมและสื่อสังคมออนไลน์ (ปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม: อัจฉรินทร์ พัฒนพันธ์ชัย)
9. ศปก.แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง (ผู้บัญชาการทหารสูงสุด: พล.อ.พรพิพัฒน์ เบญญศรี)
10. ศปก.ด้านมาตรการแก้ไขปัญหาจากโรคติดเชื้อโควิด 19 (ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี: อีรภัทร ประยูรสิทธิ)²⁸⁰

ในเวลาต่อมาได้มีการทยอยประกาศคำสั่งนายกรัฐมนตรีออกมามากกว่า 3 ฉบับในช่วงวันที่ 10 เมษายน 2563 – 21 เมษายน 2563 เพื่อเพิ่มศูนย์ปฏิบัติการ (ศปก.) ย่อยภายใต้ ศบค. ส่งผลให้มีศปก. เพิ่มขึ้นอีก 3 ฝ่าย ซึ่งก็คือส่วนงานที่มอบหมายให้ส่วนราชการอื่นเช่นกัน แต่เป็นส่วนงานที่มีได้กำหนดไว้ในคราวแรกได้แก่

- คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 11/2563 : เพิ่ม (11) ศปก.แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านคมนาคมและการขนส่งทั่วราชอาณาจักร (ปลัดกระทรวงคมนาคม: ชัยวัฒน์ ทองคำคูณ)
- คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 15/2563 : เพิ่ม (12) ศปก.ด้านมาตรการให้ความช่วยเหลือเยียวยา (ปลัดกระทรวงการคลัง: ประสงค์ พูนธเนศ)
- คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 17/2563 : เพิ่ม (13) ศปก.ด้านนวัตกรรมการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา (ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยแห่งชาติ: นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล)

เมื่อผ่านไป 6 เดือนโครงสร้างของ ศบค. ก็ถูกเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อมีการออกประกาศคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 33/2563 เพื่อทำการยุบ ศปก. ที่ (2) (4) (5) (6) (8) (10) (11) และ (12) และตัดสินใจจัดตั้งศปก. ใหม่ที่ชื่อ “ศปก.ศบค.” (ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด -19) หรือที่สื่อมวลชนและสาธารณชนขนานนามสั้นๆ ว่า “ศบค. ชุดเล็ก” โดย ศบค. ชุดเล็กนี้ นายกฯ ได้แต่งตั้งให้เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ ณ ขณะนั้นคือ พล.อ.ณัฐพล นาคพาณิชย์ เป็นผู้อำนวยการ (ซึ่งเป็นนายทหารที่มีความใกล้ชิดและได้รับความไว้วางใจอย่างสูงจากพล.อ.ประยุทธ์)²⁸¹ ศบค. ชุดเล็กนี้จะเป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีบทบาทและอำนาจมาก โดยหน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมาย คือ การขับเคลื่อน เร่งรัด ติดตามการปฏิบัติงานของราชการ กลั่นกรอง เสนอแนะแนวทาง ประสานงาน และแต่งตั้งคณะทำงานหรือมอบหมายงานให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางปฏิบัติ ศบค. ชุดเล็กทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ “สกรีน” ทุกเรื่องก่อนเข้า ศบค. ชุดใหญ่ต่อไป

²⁸⁰ คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 6/2563 เรื่องการจัดโครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19,” ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 137 ตอนพิเศษ 72 ง ราชกิจจานุเบกษา 27 มีนาคม 2563 (<http://web.krisdika.go.th/data/slideshow/File/4-1-Thai.pdf>).

²⁸¹ “‘ศบค.’ คืออะไร? เปิดโครงสร้าง และรายชื่อบุคคลเบื้องหลัง,” *iLaw*, 9 ก.ค. 2564 (<https://www.ilaw.or.th/node/5908>).

โครงสร้างการทำงานของ ศบค. ถูกปรับเปลี่ยนอีกครั้งในวันที่ 25 ธันวาคม 2563 โดยในครั้งนี้องค์ประกอบการทำงานถูกแบ่งใหม่เป็นหน่วยงานย่อย 7 ฝ่าย โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. สำนักงานเลขาธิการ (รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมือง: ประทีป กิริติเรชา)
2. ศปก.ศบค. (เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ: พล.อ.ณัฐพล นาคพาณิชย์)
3. ศปก.ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีติดเชื้อโควิด-19 (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กระทรวงมหาดไทย หรือ ศบค.มท. (ปลัดกระทรวงมหาดไทย: บุญยฤทธิ์ กัลยาณมิตร)
5. ศปก.มาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ (ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ: ธาณี ทองภักดี)
6. ศปก.แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง (ผู้บัญชาการทหารสูงสุด: พล.อ.เฉลิมพล ศรีสวัสดิ์)
7. ศปก.ด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา (ผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ: ดร.วิภารัตน์ ดีอ่อง)²⁸²

ณ ปัจจุบันมีแนวคิดที่จะเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานอีกครั้ง ดังที่กล่าวไปข้างต้น คือ ยุบเลิก ศบค. และตั้งศูนย์ใหม่ขึ้นมาทำหน้าที่แทน โครงสร้างการทำงานที่เปลี่ยนบ่อยครั้งภายในเวลาห่างกันไม่นานทำให้เกิดความสับสนและความไม่คงเส้นคงวาในมิติของสายการบังคับบัญชา การตัดสินใจ และการปฏิบัติการ การมีโครงสร้างที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นน่าจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากกว่า นอกจากนั้น โครงสร้างการทำงานที่แบ่งภารกิจตามกระทรวง ยังเป็นอุปสรรคต่อการทำงานข้ามกระทรวง และสะท้อนการยึดติดกับ “แห่ง” การทำงานของระบบราชการในสถานการณ์ปกติ คำถามคือ ในสถานการณ์วิกฤต ควรมีการออกแบบให้มีการทำงานข้ามกระทรวงเพื่อบรรลุภารกิจร่วมกันหรือไม่ นอกจากนั้นยังมีคำถามว่าหากจะยึดโครงสร้างราชการปกติในการขับเคลื่อน เหตุใดจึงไม่ใช่โครงสร้างการตัดสินใจของคณะรัฐมนตรี ซึ่งรัฐมนตรีแต่ละกระทรวงสามารถสั่งการไปยังปลัดกระทรวงของตนได้โดยตรงอยู่แล้ว จะทำให้ลดความล่าช้าและซ้ำซ้อนของการที่ต้องมีทั้งการประชุมคณะรัฐมนตรีและการประชุม ศบค. ในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขวิกฤตร้ายแรงได้หรือไม่

²⁸² “คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 39/2563 เรื่องการจัดโครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เพิ่มเติม (ฉบับที่ 5),” ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๓๐๒ ง, 25 ธันวาคม 2563
http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/302/T_0075.PDF

2) คณะทำงานและคณะที่ปรึกษามีจำนวนมากและทับซ้อนกัน

ตั้งแต่เกิดการระบาด นอกจากจะมีการตั้ง ศบค. ซึ่งมีการเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานอยู่บ่อยครั้งแล้ว รัฐบาลยังตั้งคณะกรรมการและคณะที่ปรึกษาหลากหลายชุด ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ถูกแต่งตั้งเข้ามาเป็น คณะกรรมการหรือคณะทำงานจำนวนมาก หลายคณะมีการทับซ้อนกันในอำนาจหน้าที่และประเด็น โดย คณะกรรมการและที่ปรึกษาหลากหลายชุดนี้ก็ไม่แน่ใจว่าบทบาทและอำนาจที่แน่ชัดของตนเองคืออะไร นำไปสู่ผล ปฏิบัติอย่างไร ขับเคลื่อนให้เป็นจริงได้อย่างไร ต้องประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรใดบ้าง ฯลฯ สิ่งที่เกิดขึ้น ในทางปฏิบัติคือ หลายคณะที่ปรึกษา ไม่ได้ถูกให้ความสนใจจากนายกฯ ที่จะนำข้อเสนอแนะของคณะที่ปรึกษาไป ปฏิบัติ จนทำให้บางคณะที่ปรึกษาเลิกประชุมไปในที่สุด เพราะผู้ทำงานขาดกำลังใจและเห็นว่าการทำงานของ ตน ไม่เกิดประโยชน์²⁸³

ตัวอย่างคณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการเฉพาะกิจมีดังต่อไปนี้

- คณะที่ปรึกษาด้านธุรกิจภาคเอกชน
- ที่ปรึกษาด้านผลกระทบเศรษฐกิจและสังคม
- คณะกรรมการเฉพาะกิจด้านกฎหมาย
- คณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาการผ่อนคลายการบังคับใช้มาตรการในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการบูรณาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- คณะที่ปรึกษาด้านการสาธารณสุขในศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19
- ศูนย์อำนวยการแก้ไขสถานการณ์โควิด 19 ในพื้นที่ กทม.และปริมณฑล
- คณะทำงานรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง และเอกสารในการจัดหาวัคซีนโควิด 19
- คณะที่ปรึกษาด้านการสื่อสาร ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.)
- ศูนย์บริหารสื่อสารในภาวะวิกฤต

ในบรรดาคณะกรรมการและคณะที่ปรึกษาหลายชุดนี้ มีผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรบางท่านได้รับแต่งตั้งเข้า อยู่ในหลายคณะกรรมการและที่ปรึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เวลาที่จะอุทิศให้การแก้ปัญหา รวมถึงความซ้ำซ้อนในแง่คำแนะนำ

การตั้งคณะกรรมการและคณะที่ปรึกษาจำนวนมากเช่นนี้เป็นแนวปฏิบัติการบริหารราชการแผ่นดินแบบ ไทยๆ มาเป็นระยะเวลาเวลานานซึ่งไม่เคยถูกศึกษาวิจัยหรือประเมินอย่างจริงจังว่าคณะกรรมการและที่ปรึกษาแต่ละ ชุดมีประโยชน์อย่างไรบ้าง ทั้งนี้ ธรรมเนียมปฏิบัติเช่นนี้อาจจะไม่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงลบหรือเชิง

²⁸³ สัมภาษณ์, หนึ่งในที่ปรึกษาด้านผลกระทบเศรษฐกิจและสังคม, 8 ตุลาคม 2564.

บวกมากนักในภาวะปกติ แต่ในภาวะวิกฤตสุขภาพร้ายแรงที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน แนวทางการปฏิบัติเช่นนี้ควรถูกทบทวน

3) การรวมศูนย์อำนาจที่นายกรัฐมนตรี (overcentralized power and leadership) และ 4) การติดตามงาน (follow-up)

สองประเด็นปัญหานี้มีความเชื่อมโยงกัน จึงขออภิปรายไปพร้อมกัน

ในการแก้ไขวิกฤตโควิด-19 ครั้งนี้ นายกฯ ได้ประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ และตั้ง ศบค. ซึ่งนายกฯ นั้นเป็นผู้อำนวยการด้วยตนเอง และนอกจากนั้นยังนั่งเป็นประธานคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นมาจำนวนมาก นอกจากนั้น มีการใช้อำนาจตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินรวบอำนาจในกฎหมาย 40 ฉบับมารวมศูนย์อยู่ที่พลเอกประยุทธ์ ในฐานะ ผอ.ศบค. เพียงคนเดียว (ที่เรียกว่า "single command") การรวมศูนย์อำนาจเช่นนี้กระทำไปบนฐานของการให้เหตุผลว่า “เพื่อให้การสั่งการและแก้ไขสถานการณ์เป็นไปโดยมีเอกภาพ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ”²⁸⁴ อย่างไรก็ตาม การรวมศูนย์อำนาจมาไว้ที่นายกฯ โดยนั่งเป็นประธานในหลายคณะกรรมการ เป็นผู้อำนวยการ ศบค. และนอกจากนั้นยังต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะหัวหน้าฝ่ายบริหารในภาวะปกติไปพร้อมกัน (ซึ่งมีปัญหาการเมืองจำนวนมากทั้งในสภาและนอกสภาเข้ามาเป็นวาระเร่งด่วนนอกเหนือจากการแก้ปัญหาโรคระบาดด้วย) กลับส่งผลให้การตัดสินใจต่างๆ ล่าช้ามากกว่าที่จะรวดเร็วทันสถานการณ์ เพราะทุกคณะกรรมการ ทุกการประชุม ทุกคณะที่ปรึกษาต่างรอการตัดสินใจจากนายกฯ และขอบข่ายของภารกิจและประเด็นปัญหาที่มีปริมาณมาก ทำให้นายกฯ ไม่สามารถติดตามงานและสั่งการให้บรรลุผลได้ เรื่องต่างๆ ที่ถูกเสนอมาจากคณะกรรมการและคณะที่ปรึกษาถูกแช่ค้างไว้ นายกฯ แหงเรื่องไป แต่ไม่มีเวลาที่จะติดตามงาน²⁸⁵

ในแง่โครงสร้างการทำงาน การรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ตัวบุคคลคนเดียว มิได้หมายถึงว่าจะมีประสิทธิภาพเสมอไป แต่อาจจะส่งผลตรงกันข้าม นอกจากนั้นการมีเอกภาพในการทำงานมิได้หมายความว่าจะต้องมีการรวม

²⁸⁴ การโอนอำนาจมารวมศูนย์ที่นายกรัฐมนตรีกระทำผ่านคำสั่งตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินดังต่อไปนี้ ฉบับที่ 1 วันที่ 25 มีนาคม 2563 ว่าด้วยการโอนอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงตามกฎหมาย ให้เป็นของนายกรัฐมนตรีชั่วคราว โดยมีขอบเขตครอบคลุมพระราชบัญญัติจำนวน 40 ฉบับ, ฉบับที่ 2 วันที่ 26 พฤษภาคม 2563 ให้ยกเลิกการโอนอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงตามกฎหมายพระราชบัญญัติ 40 ฉบับข้างต้น เหลือเพียง 1 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และฉบับที่ 3 วันที่ 27 เมษายน 2564 ว่าด้วยการโอนอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงตามกฎหมาย ให้เป็นของนายกรัฐมนตรีชั่วคราว โดยเพิ่มขอบเขตครอบคลุมพระราชบัญญัติจำนวน 31 ฉบับ, ดู “‘ศบค.’ คืออะไร? เปิดโครงสร้าง และรายชื่อบุคคลเบื้องหลัง,” *iLaw*, 9 ก.ค. 2564 (<https://www.ilaw.or.th/node/5908>).

²⁸⁵ “ประยุทธ์ รวบอำนาจกฎหมาย 31 ฉบับ แก้ปัญหาโควิด,” *ประชาชาติธุรกิจ*, 27 เมษายน 2564 (<https://www.pra-chachat.net/politics/news-656845>); สัมภาษณ์, หนึ่งในที่ปรึกษาด้านผลกระทบเศรษฐกิจและสังคม, 8 ตุลาคม 2564.

ศูนย์อำนาจ เพราะบทเรียนจากหลายประเทศ โครงสร้างการกระจายอำนาจก็สามารถสร้างเอกภาพในการแก้ปัญหาได้ ถ้าผู้นำมีแนวนโยบายที่ชัดเจน และมอบหมายภารกิจไปตามสายงาน และมีระบบติดตามผลที่ชัดเจน

5) การตัดสินใจบนฐานของความรู้ (knowledge-based decision)

บทเรียนจากทั่วโลกที่รับมือกับวิกฤตโควิด-19 ได้ดีคือ การตัดสินใจในเชิงนโยบายที่วางอยู่บนฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์อย่างแท้จริง รัฐบาลต้องรับฟังผู้เชี่ยวชาญ และต้องดึงผู้เชี่ยวชาญที่รู้จริง โดยเฉพาะนักระบาดวิทยา (และเมื่อถึงขั้นการตัดสินใจเรื่องวัคซีนก็ควรจะมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษาวิจัยเรื่องวัคซีนที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ) นักวิชาการบางท่านตั้งข้อสังเกตว่าใน ศบค. ไม่ค่อยมีนายแพทย์ที่เป็นนักระบาดวิทยา ทั้งที่ประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาอยู่หลายคน แต่กลุ่มคนเหล่านี้ไม่ถูกแต่งตั้งหรือดึงเข้ามาเป็นที่ปรึกษาหรืออยู่ในคณะทำงานที่มีอำนาจจริง²⁸⁶ การแต่งตั้งที่ปรึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขเน้นแต่งตั้งตามตำแหน่งและสถานะทางสังคมของนายแพทย์มากกว่าความเชี่ยวชาญโดยตรงเกี่ยวกับโรค เช่น แต่งตั้งนายแพทย์ที่เป็นคนบดี, มีชื่อเสียงทางสังคม, มีความอาวุโส หรือเป็นอดีตรัฐมนตรีที่นายกา ประยุทธ์เคยทำงานด้วย²⁸⁷ การตัดสินใจหลายเรื่อง (รวมถึงเรื่องวัคซีน) และการออกมาตรการควบคุมโรคหลายประการ (เช่น การลือคดาวนหรือคลายลือคดาวนควรเข้มข้นยาวนานมากน้อยเพียงใด) ไม่ได้มาจากคำแนะนำหรือองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ตรงสาขาจริงๆ

วิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพร้ายแรงในระดับโลกควรถูกแก้ไขด้วยความรู้ที่ทันสมัยและผู้เชี่ยวชาญตัวจริง ตั้งผู้รู้จริงเข้ามาทำงานอยู่ในโครงสร้างการทำงานที่องค์ความรู้ของพวกเขาก็จะถูกใช้ประโยชน์และนำไปปฏิบัติจริง โดยไม่ยึดติดกับหลักอาวุโส สถานะทางสังคม หรือตำแหน่งบริหารในคณะแพทย์และมหาวิทยาลัย

6) การให้บทบาทกับฝ่ายความมั่นคงมากเกินไป (security-led operation)

การตั้งบุคคลมารับผิดชอบในโครงสร้างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาโควิด-19 นายกา แต่งตั้งเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ซึ่งเป็นนายทหารที่นายกา ไว้วางใจให้มึบทบาทหลักในการทำงาน โดยเป็นผู้บัญชาการของ ศบค. ชุดเล็ก ซึ่งเป็นองค์กรที่มีอำนาจมากในการแก้ไขปัญหาโรคระบาดนี้ กระทั่งมากกว่าคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติที่เต็มไปด้วยผู้เชี่ยวชาญ คำถามคือ ในการรับมือกับวิกฤตโรคระบาดซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพ เหตุใดจึงไม่ใช้พลเรือนหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก เหตุใดจึงตั้งนายทหารที่มีได้มีความรู้ความ

²⁸⁶ สัมภาษณ์, ดร.สมชัย จิตสุชน, 8 ตุลาคม 2564.

²⁸⁷ “ประกาศแล้ว! นายกา ตั้ง 14 กุนซือ ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข ศูนย์โควิด-19,” *กรุงเทพธุรกิจ*, 7 พ.ค.

2564 <https://www.bangkokbiznews.com/news/936573>; “เปิดทีมแบ็กอัฟแก้อี “ประยุทธ์” เครือข่าย 3 ป. เหนียวหมอ-เทคโนแครตแน่น,” *ประชาชาติธุรกิจ*, 28 กรกฎาคม 2564 (<https://www.prachachat.net/politics/news-724355>).

เชี่ยวชาญโดยตรงด้านโรคระบาดและระบบสาธารณสุขมาดูแล ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาโควิด-19 แล้ว ไม่พบว่าประเทศไทยได้ตั้งนายทหารมารับผิดชอบหลักในศูนย์ปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา แต่จะใช้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการพลเรือน เทคโนโลยี หรือผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสาธารณสุขและหรือโรคระบาดมาเป็นผู้รับผิดชอบ ตัวอย่างประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างไต้หวัน ซึ่งมีการตั้งศูนย์บัญชาการกลางเพื่อรับมือกับโรคระบาด The Central Epidemic Command Center (CECC) โดยผู้ที่เป็นผู้บัญชาการศูนย์คือรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม และทีมงานประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการรับมือกับโรคระบาดโดยตรง ศูนย์นี้เคยตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 เมื่อเกิดโรคระบาด SARS ในไต้หวัน และจะมีหน้าที่รับผิดชอบขึ้นมาทุกครั้งประเทศเกิดโรคระบาด ทำให้มีการสั่งสมองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง²⁸⁸

นอกจากนี้ ในการทำงานควบคุมโรคในเชิงพื้นที่จังหวัดยังได้มีการกำหนดให้มีการตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด” หรือ “ศปก. จังหวัด” ขึ้น โดยฝ่ายความมั่นคงเข้ามามีบทบาทมาก โดยในเชิงโครงสร้างผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฯ แต่ให้รองผู้อำนวยการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักรจังหวัดเข้ามาเป็นคณะทำงานร่วมกับหัวหน้าหน่วยราชการต่างๆ ภายในจังหวัดด้วย²⁸⁹ ซึ่งโครงสร้างนี้เข้ามาซ้ำซ้อนกับโครงสร้าง “คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด” ที่มีอยู่แล้ว

ตัวอย่างที่ชัดเจน คือ จังหวัดนราธิวาส (ซึ่ง ณ ขณะนี้ ในเดือนตุลาคม 2564 ได้กลายเป็นพื้นที่ระบาดหนักร้ายแรงของประเทศ) ที่นอกจากจะนำ รอง ผอ.รมน.จังหวัดเข้ามาอยู่ในโครงสร้างแล้ว ยังแต่งตั้ง “ผู้บังคับการหน่วยเฉพาะกิจนราธิวาส, ผู้บังคับการหน่วยเฉพาะกิจนาวิกโยธิน กองทัพเรือ, ผู้บังคับการกรมทหารราบที่ 151 และ ผู้บังคับการหน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ 41 สำนักงานพัฒนาภาค 4 หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา กองบัญชาการกองทัพไทย” เข้ามาเป็นคณะกรรมการ²⁹⁰ มากกว่าที่จะตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขหรือผู้นำภาคเอกชนที่จะช่วยด้านทรัพยากร หรือผู้นำท้องถิ่นและผู้นำศาสนาที่ประชาชนเคารพนับถือที่จะระดมความร่วมมือจากประชาชนได้

นอกเหนือไปจากนั้น เมื่อสถานการณ์การระบาดในสามจังหวัดชายแดนใต้ คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาสได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในวันที่ 17 ต.ค. พล.อ. ประยุทธ์ลงนามในคำสั่งนายกรัฐมนตรีเรื่องจัดตั้งศูนย์

²⁸⁸ I-chia Lee and Shelley Shan, "Epidemic response command center set up," *Taipei Times*, 21 January 2020; Chuan-Feng Wu, "Covid-19 and Democratic Governance in Taiwan: Challenge and Opportunities," *U.S.-Asia Law Institute Perspective*, 1: 13 (Jan. 28, 2021): 1-3.

²⁸⁹ “4 เหตุผลที่ต้องยุบ ศปก.,” *iLaw*, 11 ก.ค. 2564 (<https://www.ilaw.or.th/node/5911>).

²⁹⁰ ดูคำสั่งในจดหมายของกระทรวงมหาดไทยเรื่องการตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด ได้ที่ http://www.pathumthani.go.th/new_web/covid/image/doc/119.pdf; คำสั่งของจังหวัดนราธิวาสได้ที่ http://www.2.narathiwat.go.th/nara2016/files/com_news/2020-05_789353dcca406cd.pdf

บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หรือ “ศบค. ส่วนหน้า” โดยแต่งตั้งให้ พล.อ. อนุรักษ์ นาคพาณิชย์ อดีตเลขาธิการ สมช. มาดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ โดยคำสั่งนายกฯ ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาาระบุอำนาจหน้าที่ของ ศบค. ส่วนหน้าไว้ 5 ข้อ คือ 1) กำหนดแนวทางการบูรณาการ ประสานงาน ขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการแก้ไขปัญหาการระบาดของโควิดใน จ. สงขลา จ.นราธิวาส จ.ยะลา และ จ.ปัตตานี 2) ร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานรัฐหรือเอกชนในการแก้ปัญหา 3) กลั่นกรองและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาต่อ ศบค. 4) แต่งตั้งหรือมอบหมายเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ และ 5) ปฏิบัติการตามที่นายกฯ หรือ ศบค. มอบหมาย โดยพล.อ.อนุรักษ์ให้เหตุผลว่าที่ถูกเลือกให้มารับตำแหน่งนี้เพราะดูแลเรื่องโควิดมาก่อนใน ศบค. บวกกับเหตุผลที่ว่า “ท่านนายกฯ มองว่าในฐานะที่ผมเคยเป็นเสนาธิการ ทบ. และรอง ผบ.ทบ. ที่เคยรับผิดชอบจังหวัดชายแดนภาคใต้มาก่อน” จึงน่าจะสามารถแก้ไขสถานการณ์ในพื้นที่ได้²⁹¹

การจัดตั้ง ศบค. ส่วนหน้าในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการใช้ “การทหารนำการสาธารณสุข” เป็นการแก้ปัญหาโดยเน้นไปที่มิติความมั่นคงมากกว่ามิติสุขภาพ และเป็นการรวบอำนาจมาไว้ที่ทหารมากกว่าที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งยังถูกมองว่าขาดการคำนึงถึงมิติที่อ่อนไหวในพื้นที่ซึ่งมีความขัดแย้งระหว่างรัฐกับประชาชนดำรงอยู่อย่างยืดเยื้อโดยที่ทหารเป็นส่วนหนึ่งของความขัดแย้งดังกล่าว การใช้ทหารน่าจะส่งผลกระทบต่อ การสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ ดังที่นักวิชาการที่ทำงานและศึกษาวิจัยในพื้นที่ให้ข้อคิดว่า “การให้ทหารเข้ามา ถือเป็นปัญหามากเพราะทหาร จะทำเรื่องความมั่นคง และในทางปฏิบัติพลเรือนทำหน้าที่เป็นหลักอยู่แล้ว ไม่ว่าจะป็นจังหวัด ฝ่ายปกครองสาธารณสุข กลไกการทำงานจริงเรื่องมาตรการแก้โควิดควรอาศัยกลไกเหล่านี้แก้ปัญหา แล้วให้ทหารเข้ามาเสริมเท่านั้น เพราะทหารอาจมาจากกทม. หรือพื้นที่อื่นจะยิ่งออกห่างและเป็นจุดอ่อน ฝ่ายสาธารณสุขรู้งาน รู้กลไกในการแก้ปัญหา ทำอย่างไรถึงจะเข้าถึงประชาชนมากที่สุด เข้าไปสู่หมู่บ้าน เข้าถึงให้ลึกที่สุด”²⁹² และ “ความจริง ศบค. ควรดึงหลายๆ ส่วน เข้ามาให้ความเห็นหรือกำหนดแนวทางที่มากกว่านี้ แต่รัฐไปให้ความสำคัญกับหน่วยงานเรื่องความมั่นคงมาก จากข่าวที่ ผอ.ศบค.ส่วนหน้าลงพื้นที่ไปประชุม ก็เน้นพูดคุยกับทางแม่ทัพเป็นหลัก กลายเป็นเรื่องความมั่นคงไปเลย ชาวบ้านจะยิ่งรู้สึกว่ามีการกดทับอีกครั้งหนึ่ง โดยเอาเรื่องโรครระบาดมาเป็นข้ออ้าง... เมื่อเกิดปัญหาโควิด ยิ่งวิกฤตมากเท่าไร บทบาทของแม่

²⁹¹ กุลธิดา สามะพุทธิ, “อนุรักษ์ นาคพาณิชย์ พลเอกในงาน คสช.-สมช.-ศบค. กับคำขอ ‘อย่ามองว่าทหารต้องรบอย่างเดียว,’” *บีบีซีไทย*, 5 พฤศจิกายน 2021 <<https://www.bbc.com/thai/thailand-59160414>>.

²⁹² ทศนะของ ดร. **ศรีสมภพ จิตรภรณ์ศรี**, สถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ สถาบันสันติศึกษา ม.สงขลานครินทร์ ใน “วิพากษ์ศบค. ส่วนหน้าแก้โควิดได้,” *ข่าวสด*, 24 ต.ค. 2564 <https://www.khaosod.co.th/politics/hot-topics/news_6691355>

ทัพยิ่งเด่นชัดมากขึ้น และยังเป็นการขยายอำนาจของทหารให้เข้าสู่ชีวิตประจำวันของประชาชน ไม่น่าจะส่งผลดี”²⁹³

นอกจากนั้น การตั้ง ศบค. ส่วนหน้าในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ยังถูกวิจารณ์ว่าเป็นการเข้าซ้อนทับโครงสร้างการทำงานที่มีอยู่แล้ว (เช่นเดียวกับปัญหาการตั้ง ศบค.กรุงเทพฯ ซึ่งทำให้เกิดความสับสนในการทำงานระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น)²⁹⁴ ดังที่ ดร. ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี ให้ข้อเสนอแนะว่า “ควรให้หน่วยงานสาธารณสุขหรือพลเรือนที่มีอยู่ลงไปในพื้นที่ อย่างที่ จ.ปัตตานี มีหน่วยหลักจัดที่โรงพยาบาล หอประชุม อบจ.ปัตตานี ม.อ.ปัตตานี และมีหน่วยงานลงไประดับหมู่บ้านด้วย ซึ่งข้อมูลด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ หมอ หรือพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงได้ ไม่มีปัญหา... ในการเข้าถึงข้อมูลและมาตรการต่างๆ สาธารณสุขมีทั้งสาธารณสุขจังหวัด อสม. ซึ่งจะเข้าถึงชุมชนและทำงานได้ดีกว่า เชื่อมประสานกับประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่า พื้นที่ผสมผสานทั้งในเชิงวัฒนธรรมและศาสนาที่หลากหลาย ซึ่งแพทย์ อสม.สามารถเชื่อมสิ่งเหล่านี้ได้... ไม่ควรมีกรรมการพิเศษแล้ว เพราะที่มีอยู่ก็ติดอยู่แล้วแต่เสริมให้เข้มแข็งขึ้น ที่ตั้งมาส่วนหน้ามีมากเกินไป ไม่ว่าจะอะไรก็ส่วนหน้า ดังนั้น เอาที่มีอยู่แล้วทำงาน”²⁹⁵

อีกกรณีหนึ่งที่สะท้อนการให้บทบาทและอำนาจกับฝ่ายความมั่นคงมาก คือ กรณีที่พล.อ.ประยุทธ์ แต่งตั้ง “คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการบูรณาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข” เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาให้ประชาชนได้อย่างแท้จริง แต่ในแง่องค์ประกอบของคณะทำงานกลับจัดวางให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นเพียงที่ปรึกษา และหันไปแต่งตั้งเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เป็นประธานคณะกรรมการชุดนี้ ส่วนปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีตำแหน่งเป็นแคร่งประธานกรรมการ ทั้งที่กรรมการชุดนี้ต้องรับผิดชอบเรื่องสาธารณสุขและการแพทย์

ไม่มีกฎหมายข้อใดระบุไว้ในพ.ร.ก. ฉุกเฉินว่าเลขาธิการฯ ต้องมีบทบาทในศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินที่ตั้งขึ้น รัฐบาลควรพิจารณาแยกแยะว่าวิกฤตฉุกเฉินที่ประเทศกำลังเผชิญเป็นวิกฤตด้านใด วิกฤตความมั่นคงด้าน

²⁹³ ทิศนะของ ดร. ขลิตา บัณพุงศ์, *ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ ม.เกษตรศาสตร์ ใน “วิพากษ์ศบค. ส่วนหน้าแก้โควิดได้,” ข่าวสด, 24 ต.ค. 2564 <https://www.khaosod.co.th/politics/hot-topics/news_6691355>*

²⁹⁴ “ศุภชัย” ของทบทวน คำสั่งตั้ง ศบค.ชายแดนใต้ เนะกระจายอำนาจ ให้ สธ.จัดการ,” *มติชน, 18 ตุลาคม 2564 <https://www.matichon.co.th/politics/news_2996449>*

²⁹⁵ “วิพากษ์ศบค. ส่วนหน้าแก้โควิดได้,” *ข่าวสด, 24 ต.ค. 2564 <https://www.khaosod.co.th/politics/hot-topics/news_6691355>* ต่อมาในวันที่ 29 ธันวาคม 2564 มีคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 23/2564 ให้ยกเลิกศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ “ศบค. ส่วนหน้า,” *ไทยรัฐออนไลน์, 29 ธ.ค. 2564 <<https://www.thairath.co.th/news/politic/2276590>>*

การทหาร การเมือง สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ และแต่งตั้งคนให้เหมาะสมกับลักษณะของวิกฤตนั้น วิกฤตโควิดเป็น วิกฤตที่ซับซ้อน ต้องการคนที่มีความรู้ทั้งในทางโรคระบาด วิทยาศาสตร์การแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคมวิทยา ฯลฯ ข้อเสนอไม่ได้หมายความว่าตำแหน่งเลขาธิการ. ไม่มีความรู้ความสามารถ เพราะคนทำงานในสมช. ที่เป็นคนใน และเป็นพลเรือนก็มีความรู้ด้านภัยคุกคามความมั่นคงแบบใหม่ที่มีใช้เพียงภัยความมั่นคงในมิติทางทหาร แต่เป็น ภัยความมั่นคงของมนุษย์ (human security) ที่รอบด้าน ซึ่งรวมถึงภัยด้านโรคระบาด ประเด็นสำคัญก็คือ การ บริหารประเทศในยุครัฐบาลพลเอกประยุทธ์ตั้งแต่ปี.ศ. 2557 เป็นต้นมา พล.อ.ประยุทธ์เปลี่ยนแนวทางการ แต่งตั้งเลขาธิการ. โดยแต่งตั้งแต่นายทหารเข้ามาเป็นเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติแทนที่จะเป็นพลเรือน โดย ทั้งหมดไม่เคยทำงานในสภาความมั่นคงแห่งชาติมาก่อน²⁹⁶

โดยสรุป โครงสร้างการบริหารจัดการวิกฤตโรคระบาดไม่ควรอยู่ภายใต้การนำของทหารซึ่งมีความรู้ความ เข้าใจเน้นไปที่ความมั่นคงทางทหารเป็นหลัก

7) การสื่อสาร (communication)

การสื่อสารเป็นด้านที่มีจุดอ่อนและมีปัญหามากที่สุดด้านหนึ่งของรัฐไทยในการจัดการปัญหาโควิด ไม่ว่าจะ เป็นการสื่อสารที่สับสน การสื่อสารที่ขัดแย้งกันเองระหว่างหน่วยราชการด้วยกัน ขัดแย้งกันระหว่างส่วนกลาง กับท้องถิ่น ขัดแย้งกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ขัดแย้งกันระหว่างกรุงเทพมหานครกับ ศบค. กระทั่งบางครั้งก็ ขัดแย้งกันเองระหว่างคนใน ศบค. ชุดเล็กกับชุดใหญ่ นอกจากนี้การสื่อสารที่สับสนและไม่เป็นเอกภาพแล้ว ยังมีการ สื่อสารที่ตำหนิและโทษประชาชน การสื่อสารที่สร้างความตื่นตระหนกหวาดกลัวซึ่งส่งผลกระทบต่อ การสร้างความ ร่วมมือจากประชาชนให้ทำตามมาตรการต่างๆ ของรัฐ นอกจากนี้ยังมีความพยายามใช้อำนาจควบคุมการ รายงานข่าวของสื่อ การใช้นิยาม “ข่าวปลอม” (fake news) อย่างกว้างขวางและขาดคำจำกัดความที่แน่ชัด นอกจากนี้การให้ข้อมูลของรัฐยังถูกวิจารณ์ว่าขาดความโปร่งใส ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง ทั้งยังถูก วิจารณ์ว่ามีความพยายามจะเลือกเน้นข้อมูลบางชุด และลดความสำคัญของข้อมูลบางชุด ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อ ความน่าเชื่อถือของรัฐ และส่งผลกระทบต่อไปถึงความไว้วางใจของสื่อมวลชนและประชาชนที่มีต่อการทำงานของ รัฐ ด้วย²⁹⁷

²⁹⁶ เลขาธิการ.ที่เป็นนายทหารทั้ง 5 คนในยุคที่พล.อ.ประยุทธ์ มีอำนาจคือ พล.อ.ทวีป เนตรนิยม พล.อ.วัลลภ รักเสนาะ พล.อ.

สมศักดิ์ รุ่งสิตา พล.อ.ณัฐพล นาคพาณิชย์ และล่าสุดคือ พล.อ.สุพจน์ มาลานิยม

²⁹⁷ สัมภาษณ์, สื่อมวลชนอาวุโส, 7 ตุลาคม 2564 สื่อมวลชนรายนี้ติดตามการทำงานของศบค.อย่างใกล้ชิด; สัมภาษณ์, บรรณาธิการสำนักข่าว, 5 ตุลาคม 2564 รายหลังนี้เคยเข้าร่วมการประชุมกับศบค. ชุดเล็ก; และดูข้อเสนอแนะบางประการจาก ญันนันท์ วิจิตรอักษร และโชคชัยชาญ วิโรจน์สัตตบุษย์, “ข้อเสนอแนะบางประการเกี่ยวกับการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ของ รัฐบาลในสถานการณ์โควิด-19,” *TDRI*, 6 กันยายน 2564 (<https://tdri.or.th/2021/09/pr-covid19/>).

รัฐบาล ศบค. และผู้นำในหน่วยราชการต่างๆ ควรปรับการสื่อสารให้กระชับชัดเจน เป็นเอกภาพ เน้นความเห็นอกเห็นใจประชาชน สร้างความหวัง เน้นข้อเท็จจริงและความรู้โดยไม่โทษประชาชน เน้นการสร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว เคารพการทำงานอย่างตรงไปตรงมาของสื่อ รับฟังและเคารพการวิพากษ์วิจารณ์ของประชาชน มากกว่าที่จะสื่อสารทางเดียวแบบบนลงล่าง (top down communication) สื่อสารอย่างโปร่งใสไม่ปกปิดหรือลดความสำคัญของข้อมูลบางชุดที่สื่อและประชาชนต้องการรู้

8) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น และประสิทธิภาพของระบบราชการ (bureaucratic cooperation and efficiency)

ระบบราชการของไทยซึ่งมีปัญหาความอ่อนแอและประสิทธิภาพการทำงานอยู่แล้วในภาวะปกติ เมื่อเจอกับวิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นจุดอ่อนอย่างชัดเจน คือ การทำงานที่ยืดติดกฎระเบียบ การทำงานล่าช้า การทำงานโดยขาดนวัตกรรม การทำงานโดยขาดข้อมูลที่แม่นยำและทันสมัย การทำงานโดยไม่ประสานร่วมมือกันข้ามกระทรวง (หรือแม้แต่ในกระทรวงเดียวกัน) การรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางและภูมิภาคสูง โดยไม่ให้บทบาท ความเป็นอิสระ และอำนาจกับท้องถิ่น และการทำงานโดยขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

ตัวอย่างที่ชัดเจนของการขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ จนส่งผลกระทบต่อความเป็นเอกภาพในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่ความสับสนของประชาชนก็คือ กรณีการสร้างแอปพลิเคชัน (application) เพื่อให้ข้อมูลและติดตามข้อมูลของประชาชน โดยพบว่าแต่ละกระทรวงและหน่วยราชการต่างมีการออกแอปพลิเคชันของตนเองในลักษณะต่างคนต่างทำโดยไม่ประสานกันจนเกิดความสับสนในการใช้งาน โดยมีแอปพลิเคชัน “หมอชนะ” ของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, “ไทยชนะ” ของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, “Air Track” ของกองทัพอากาศ, “Thai Care” ของหอการค้าและกระทรวงสาธารณสุข, “หมอพร้อม” ของกระทรวงสาธารณสุข และ “หมอชนะ” ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในช่วงแรกของการใช้งานรัฐบาลได้มีมาตรการให้ประชาชนต้องใช้แอปพลิเคชันนี้ แต่เนื่องจากแอปพลิเคชันมีความหลากหลายและซ้ำซ้อนกันทำให้สังคมเกิดความสับสน²⁹⁸

อีกกรณีสำคัญที่สะท้อนถึงปัญหาการขาดเอกภาพในการทำงานและการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ คือ กรณีในช่วงเดือนมกราคม 2564 ที่ผู้บริหารกรุงเทพมหานครประกาศคำสั่งผ่อนปรนมาตรการการให้ประชาชนสามารถนั่งทานอาหารในร้านอาหารทุกประเภทในเขตกรุงเทพฯ ได้ ตั้งแต่ช่วงเวลา 06.00-19.00 น.

²⁹⁸ พิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศเกาหลีใต้ซึ่งได้รับการยกย่องอย่างกว้างขวางในฐานะประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีในการจัดการปัญหาโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ, Taewoo Nam, “How did Korea use technologies to manage the COVID-19 crisis? A country report,” *International Review of Public Administration* 25: 4 (2020): 225-242.

ส่วนเวลาหลังจาก 1 ท่วม ให้ประชาชนส่งกลับบ้านเท่านั้น แต่ต่อมาก็ได้มีคำสั่งของนายกรัฐมนตรีให้ยกเลิกคำสั่งของกรุงเทพมหานคร โดยให้ขยายเวลาการนั่งรับประทานในร้านอาหารจากเวลา 19.00 น. ตามคำสั่งของกรุงเทพมหานคร เป็นเวลา 21.00 น. เนื่องจากมีแรงกดดันจากสมาคมภัตตาคาร²⁹⁹ อีกกรณีหนึ่งคือ กรณีที่กรุงเทพมหานครออกแถลงการณ์ผ่อนปรนการเปิดสถานที่ 5 ประเภทในวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ซึ่งประกอบด้วย 1) พิพิธภัณฑ์ พิพิธภัณฑ์สถาน พิพิธภัณฑ์ท้องถิ่น หอศิลป์ 2) สถานที่สักหรือเจาะผิวหนัง ร้านทำเล็บ 3) สถานเสริมความงาม และคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม 4) ร้านสปา ร้านนวดเพื่อสุขภาพ นวดแผนไทย และ 5) สวนสาธารณะ สวนพฤกษศาสตร์ และสวนดอกไม้ แต่กลับถูก ศบค. ชะลอคำสั่งดังกล่าวในวันเดียวกัน ทำให้ผู้ประกอบการจำนวนมากที่จัดเตรียมวัตถุดิบในการเปิดร้านต้องเสียค่าใช้จ่าย และสร้างผลกระทบต่อลูกจ้างในสถานประกอบการที่จำเป็นต้องเดินทางจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ และได้จองตั๋วเดินทางเข้ามาแล้ว ทำให้พวกเขาต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น จากความไม่แน่นอนและความบกพร่องในการประสานงานของหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ³⁰⁰

ในวิกฤตครั้งนี้ ผู้นำท้องถิ่นหลายคนที่มีความสามารถ สามารถช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมาก แต่บทบาทที่ปรากฏเป็นบทบาทที่มาจากความสามารถเฉพาะตัวอันโดดเด่นของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เฉพาะราย ไม่ว่าจะป็นนายกอบจ. เทศบาล หรืออบต. มากกว่าที่จะมาจากโครงสร้างการกระจายอำนาจที่ดี วิกฤตโควิด-19 ชี้ให้เห็นปัญหาของโครงสร้างรัฐราชการแบบรวมศูนย์ที่ขาดการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงให้ท้องถิ่น เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน

วิกฤตการระบาดของโควิด-19 ได้เปิดเผยให้สังคมไทยได้ตระหนักถึงข้อจำกัดของโครงสร้างรัฐราชการรวมศูนย์หลายประการ ดังที่ รศ.ตระกูล มีชัย กล่าวว่า “ในวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 เข้ามาทำลายระบบราชการของไทย และชี้ชัดแล้วว่าไม่สามารถรองรับต่อการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์วิกฤตได้ เพราะถึงแม้ผู้ว่าฯ จะมีตำแหน่งเป็นประธานในคณะกรรมการใด ๆ ก็ตาม แต่ก็ไร้ซึ่งอำนาจในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในจังหวัดนั้น ๆ เพราะมีกฎหมายกำหนดไว้หมดแล้ว และยังถูกบังคับบัญชาจากราชการส่วนกลาง จากกระทรวงหรือจากรัฐบาล”

แม้ว่าในช่วงที่มีการระบาดระลอกที่ 1 จนมาถึงช่วงเกือบปลายปี 2563 ประเทศไทยจะรับมือกับการระบาดได้ดี โดยในบางช่วงสามารถคุมจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์ และมีผู้เสียชีวิตในอัตราต่ำ จนได้รับการยกย่องจากนานาชาติ (แต่ก็มีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง) แต่เมื่อเกิดการระบาดระลอกที่ 2 ตั้งแต่เดือน

²⁹⁹ “นายกฯ สั่งยกเลิกประกาศทม. ใหนั่งทานอาหารในร้านได้ถึง 21.00 น.,” *ฐานเศรษฐกิจ*, 4 ม.ค. 2564

<https://www.thansettakij.com/content/breakingnews/462874>

³⁰⁰ “ศบค. ชะลอมติ กทม. ผ่อนปรนมาตรการเปิดสถานประกอบการ ออกไปอีก 14 วัน,” *ไทยรัฐออนไลน์*, 31 พ.ค. 2564

<https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2105206>

ธันวาคม 2563, การระบาดระลอกที่ 3 ช่วงเดือนเมษายน 2564 และระลอกที่ 4 ตั้งแต่ช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 ประเทศไทยจากที่เคยเป็นกรณีของความสำเร็จได้กลายมาเป็นประเทศที่ประสบปัญหาอย่างรุนแรง จำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตได้เพิ่มขึ้นอย่างสูง คนที่ติดเชื้อเข้าไม่ถึงการรักษา จำนวนเตียงไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย การตรวจไม่ทั่วถึง วัคซีนมีไม่เพียงพอ ขาดความหลากหลายและการจัดหาที่มีความล่าช้า ซึ่งปัญหาการรับมือกับโควิด-19 ในปี 2564 ได้สะท้อนถึงปัญหาของรัฐบาลการรวมศูนย์ที่เชิงซ้ำและขาดประสิทธิภาพในการจัดการวิกฤตขนาดใหญ่ ดังที่รายงานของสถาบันพระปกเกล้าเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ได้ชี้ถึงปัญหานี้ไว้ว่า

การบริหารจัดการวิกฤติของรัฐส่วนกลางได้สร้างความสับสนอลหม่านเป็นอย่างมาก มีการบริหารจัดการที่ล่าช้าและไม่มีความชัดเจน อีกทั้งยังติดขัดกฎระเบียบมากมายจนไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สิ่งเหล่านี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อการบริหารจัดการในสภาวะวิกฤติของรัฐบาลว่าจะนำพาประเทศฝ่าวิกฤติโควิด-19 ไปได้จริงๆ มีหน้าซ้ำการประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ เพื่อรวมศูนย์อำนาจรัฐทั้งหมดไว้ที่ส่วนกลางได้สร้างปัญหาอย่างมาก จากเดิมที่ประชาชนต่างก็คาดหวังว่าน่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ได้ นั่น กลับยิ่งตอกย้ำความอ่อนแอของระบบราชการทั้งระบบ ดังนั้นแล้วท่ามกลางวิกฤติการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 – 4 เช่นนี้ ประชาชนจึงสามารถประเมินศักยภาพและความสามารถของรัฐบาลไทยได้อย่างง่ายดาย”³⁰¹

ในขณะที่การสั่งการและการบริหารจัดการในส่วนกลางมีความสับสนและขาดประสิทธิภาพ ส่วนท้องถิ่นและชุมชนกลายเป็นตัวแสดงที่ทำงานอย่างแข็งขันในการป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ของตน ข้อมูลจากระดับพื้นที่และงานวิจัยพบว่า ความสามารถในการรับมือกับการแพร่ระบาดในพื้นที่ต่างๆ ของไทย โดยเฉพาะในช่วงการระบาดตั้งแต่ระลอกที่ 2 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน มาจากขีดความสามารถของเครือข่ายระดับท้องถิ่นและชุมชน ในการป้องกันโรคระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

งานวิจัยของ Hatchakorn Vongsayan and Nethipo, Viengrat (2021) ศึกษาการทำงานของเทศบาลนครปทุมธานีและเชียงใหม่ในการจัดการปัญหาโควิด-19 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นและมีปัญหาการระบาดที่ค่อนข้างสูง ผลการศึกษาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่งต่างทำหน้าที่ได้อย่างเข้มแข็ง โดยใช้กลไกที่หลากหลาย ทั้งกลไกที่เป็นทางการตามที่กฎหมายกำหนดไว้กับกลไกที่ไม่เป็นทางการ (เครือข่ายความ

³⁰¹ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564: บทสำรวจว่าด้วย บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการวิกฤติท่ามกลางการแพร่ระบาดของ โควิด-19 (กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า, 2564), น.74.

ร่วมมือและความสัมพันธ์) จนสามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้อย่างประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ ชีตความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถแบ่งเป็นสามด้านด้วยกันคือ หนึ่ง ความสามารถเชิงสถาบัน (institutional capacity) ความสามารถด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (networking and participation) และความพร้อมในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เพิ่มบทบาทใหม่ให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น³⁰²

การทำงานของเทศบาลในการรับมือกับการระบาดของโควิด-19 เป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยใช้งบประมาณจากแผนรายจ่ายของงานสาธารณสุขและงบกลาง ตั้งแต่ก่อนที่รัฐบาลกลางจะมีประกาศหรือคำสั่งทางการมายังท้องถิ่น เทศบาลนครปทุมธานีและเชียงใหม่ได้ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันผ่านทางป้ายบิลบอร์ด, จอ LED, แผ่นพับความรู้, การจัดรายการเสียงตามสาย ในเขตชุมชน และสื่อสังคมออนไลน์ของเทศบาล ตลอดจนกลุ่ม Line ของชุมชนที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย การสื่อสารสองทางของเทศบาลเช่นนี้ “กลายเป็นแหล่งพึ่งพิงด้านข้อมูลข่าวสารอย่างดีสำหรับประชาชนที่เต็มไปด้วยความกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดในระยะแรก”³⁰³

นอกจากนั้น เทศบาลยังดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งจำเป็นต่อการป้องกันตนเอง เช่น ชุด PPE (Personal Protective Equipment), หน้ากากอนามัย N95, น้ำยาฆ่าเชื้อ เจลล้างมือ เป็นต้น ซึ่งดำเนินการผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในสังกัดของท้องถิ่น มีการจัดหาวัสดุเครื่องแต่งกายให้กับคนงานเก็บขยะมูลฝอย เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย หรือผู้ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการพ่นยาฆ่าเชื้อ การทำความสะอาดตลาด, ดำเนินการค้นหา ติดตาม และคัดกรองคนในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยในหมู่บ้าน รวมทั้งการเฝ้าระวังบุคคลเข้าออกหมู่บ้านหรือชุมชน, เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับมอบหมายยังได้รับหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมเฝ้าระวังและสังเกตอาการผู้ถูกกักกันหรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่อหรือเป็นพื้นที่ระบาดที่อยู่ในระยะเวลาต้องกักกันด้วย³⁰⁴ และนอกเหนือจากมาตรการด้านสาธารณสุขแล้ว เทศบาลนครยังใช้กลไกการบรรเทาทุกข์สำหรับภัยพิบัติซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลบรรเทาทุกข์แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 โดยใช้งบประมาณของเทศบาล เช่น เทศบาลบางแห่งให้เงินช่วยเหลือครอบครัวละ 1,000 บาท มากกว่า 1,000 ครอบครัว โดยให้สิทธิผู้ที่ได้รับผลกระทบมากกว่า

³⁰² Hatchakorn Vongsayan and Viengrat Nethipo, “The Roles of Thailand’s City Municipalities in the COVID-19 Crisis,” in *Contemporary Southeast Asia* 43: 1 (April 2021): 15-23.

³⁰³ เวียงรัฐ เนติโพธิ์, “บทบาทของท้องถิ่นกับการป้องกันโควิด-19 ที่รัฐราชการทำให้ลืมน แต่ voter ไม่ลืม,” *ประชาไท*, 18 พ.ย. 2021 <https://prachatai.com/journal/2021/11/96008>

³⁰⁴ มัทยา บุตรงาม, “บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบรรเทาปัญหาโรคโควิด 19,” *วารสารการเงินการคลัง* 34: 108 (2565) <http://www.fpojjournal.com/thailand-local-authority-covid-measures/>.

ก่อน บางแห่งแจกถุงยังชีพให้ทุกครัวเรือนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน³⁰⁵ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนลงไปได้มาก

เมื่อการระบาดมีความรุนแรงมากขึ้นจนศักยภาพของข้าราชการส่วนกลางและภูมิภาคเพียงลำพังไม่เพียงพอต่อการรับมือ เราได้เห็นบทบาทของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาช่วยเสริมกำลัง ซึ่งเป็นบทบาทที่ได้รับการรับรองอยู่แล้วในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 คือการเป็นเจ้าของพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ที่มีอำนาจหลายประการเพื่อป้องกัน ยั้งยั้งและช่วยควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อ โดยบุคลากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็น นายกเทศมนตรี นายกองค้การบริหารส่วนตำบล (อบต.), นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), ปลัดเทศบาล, ปลัดอบต. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเจ้าพนักงานสาธารณสุข เข้ามารับบทบาทเหล่านี้อย่างเข้มแข็ง เมื่อมีการประกาศกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 13 มีนาคม 2563 ให้พนักงานของท้องถิ่นเป็นเจ้าของพนักงานควบคุมโรค

เหตุผลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเทศบาลสามารถแสดงบทบาทในการรับมือกับโรคระบาดได้อย่างดี เพราะมีเครือข่ายประชาชนและเครือข่ายอาสาสมัครในพื้นที่ อย่างคณะกรรมการชุมชน แกนนำสุขภาพ และชมรมจิตอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชน (จพสข.) ได้ร่วมสอดส่องและประสานงานกันได้ดี โดยมีกองสาธารณสุขของเทศบาล และสมาชิกสภาเทศบาล (ส.ท.) เป็นผู้ปฏิบัติงานและเชื่อมต่อกับจังหวัดและส่วนกลาง บุคลากรของท้องถิ่นมีความคุ้นเคยในการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว รู้ลักษณะทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมของชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ นอกจากนี้ เราได้เห็นบทบาทใหม่ๆ ที่พนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำได้ เช่น เทศบาลหลายแห่งใช้เทคนิคที่ปกติทำหน้าที่จัดระเบียบหาบเร่แผงลอยมาจัดระเบียบให้มีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ในจุดแจกอาหาร หรือทำรถโดยสารที่มีคนหนาแน่น เป็นต้น³⁰⁶

รายงานของสถาบันพระปกเกล้าซึ่งสำรวจบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับมือกับวิกฤตโควิด-19 โดยสำรวจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับทั่วประเทศ มีข้อค้นพบเช่นเดียวกับงานวิจัยหลายชิ้นว่า องค์กรท้องถิ่นซึ่งใกล้ชิดประชาชนทำหน้าที่เสมือนเป็น “ด่านหน้าสู้โควิด” โดยจากผลสำรวจพบว่าบทบาทหลักที่ท้องถิ่นทำมีเรียงตามลำดับดังนี้ 1) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโควิด-19 2) การฝึกอบรมทำอุปกรณ์ป้องกันโรคระบาดโควิด-19 3) การให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนเพื่อป้องกันตนเองจากโควิด-19 4) การช่วยเหลือกลุ่ม

³⁰⁵ เวียงรัฐ เนติโพธิ์, “บทบาทของท้องถิ่นกับการป้องกันโควิด-19 ที่รัฐราชการทำให้ล้ม แต่ voter ไม่ล้ม,” *ประชาไท*, 18 พ.ย. 2021 <https://prachatai.com/journal/2021/11/96008>

³⁰⁶ มัทยา บุตรงาม, “บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบรรเทาปัญหาโรคโควิด 19,” วารสารการเงินการคลัง 34: 108 (2565) <http://www.fpojjournal.com/thailand-local-authority-covid-measures>; Hatchakorn Vongsayan and Viengrat Nethipo, “The Roles of Thailand’s City Municipalities in the COVID-19 Crisis,” in *Contemporary Southeast Asia* 43: 1 (April 2021): 15-23.

เปราะบางและผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน 5) การแจกจ่ายยังชีพให้กับประชาชน, และ 6) การส่งเสริมอาชีพให้กับประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19³⁰⁷

แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทอย่างแข็งขันในการช่วยแก้ปัญหาการระบาดของโควิด-19 แต่ผลการสำรวจพบว่าพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากภาคการเมืองและระบบราชการส่วนกลาง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ได้สะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานในช่วงการระบาดของโควิด-19 อยู่ 4 ประเด็นด้วยกัน คือ 1) ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ 2) ปัญหาข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย 3) ปัญหาด้านงบประมาณไม่เพียงพอ และ 4) ปัญหาระเบียบจัดซื้อจัดจ้างที่ขาดความยืดหยุ่น ทำให้ดำเนินงานได้ล่าช้าและไม่ทันท่วงทีกับสถานการณ์

ปัญหาด้านงบประมาณและบุคลากรที่มีจำกัดนั้นเป็นปัญหาเรื้อรังของการกระจายอำนาจของไทย ซึ่งได้มีการศึกษาไว้มากแล้ว จากวิกฤตครั้งนี้ยิ่งตอกย้ำว่ารัฐควรเร่งการกระจายอำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นมีงบประมาณและบุคลากรของตนเองมากขึ้น ตามหลักการกระจาย “งาน เงิน คน” ที่ควรสอดคล้องไปด้วยกัน ดังที่พบว่าในการรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 รัฐผลักระให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่แต่ไม่ได้สนับสนุนด้านงบประมาณ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กมีงบประมาณสำรองจ่ายไม่เพียงพอสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรค จึงนำมาสู่ข้อเสนอว่า การจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันโรคเพื่อแจกจ่ายให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาลส่วนกลางซึ่งมีงบประมาณจำนวนมาก แต่ถ้าหากรัฐบาลกลางจะผลักระดังกล่าวให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอด้วย มิเช่นนั้นก็จะนำไปสู่ปัญหาวิกฤตงบประมาณของท้องถิ่น ทั้งยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการแก้ปัญหาด้วย ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีงบประมาณมากกับที่มีงบประมาณน้อย³⁰⁸

ในประเด็นปัญหาเรื่องอำนาจหน้าที่ถือว่ามีสำคัญ และเป็นบทเรียนที่ควรเร่งแก้ไขเพื่อเตรียมพร้อมรับมือวิกฤตโรคระบาด (และอื่นๆ) ในอนาคต โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสะท้อนปัญหาว่าพวกเขามีข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในหลายเรื่อง เช่น การจัดหาชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วนและการช่วยเหลือเยียวยาประชาชนในพื้นที่แบบทันท่วงที ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำหนังสือหลายชั้นตอนผ่านหน่วยงานระดับจังหวัด กรม และกระทรวงมหาดไทย เพื่อขอความเห็นที่สามารถดำเนินการในเรื่องใดได้หรือไม่ได้ กว่าจะได้คำตอบกลับมาก็ช้าเกินไป จนประชาชนได้รับความเดือดร้อนไปเป็นจำนวนมากแล้ว³⁰⁹

³⁰⁷ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564 : บทสำรวจว่าด้วยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการวิกฤติท่ามกลางการแพร่ระบาดของ โควิด-19 (กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า, 2564), น.28.

³⁰⁸ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564, น.71.

³⁰⁹ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564, น.69-73.

ประเด็นปัญหาที่ถูกสะท้อนมากอีกประการหนึ่งคือ การสั่งการของกระทรวงมหาดไทยไปยังท้องถิ่นที่มีแนวทางไม่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่เกิดความล่าช้าและขาดประสิทธิภาพตัวอย่างเช่น หนังสือชักจูงแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของกระทรวงมหาดไทยมาถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสั่งการลงมาอย่างล่าช้าและเนื้อหาที่ขาดความชัดเจนในข้อระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับผิดชอบในการใช้งบประมาณมีความกังวลว่างบส่วนใดเบิกได้หรือไม่ได้ ทั้งยังหวั่นเกรงว่าค่าใช้จ่ายงบประมาณของพวกเขาอาจถูกตรวจสอบในภายหลัง “และท้ายที่สุดอาจถึงขั้นเรียกเงินคืนหรือถูกขโมยความผิด”³¹⁰ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างยากลำบากและเต็มไปด้วยความหวาดกลัว ซึ่งย่อมไม่เป็นผลดีในสถานการณ์วิกฤตที่ต้องการการตัดสินใจที่ชัดเจนและฉับไว ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการออกแบบการทำงานระหว่างส่วนกลาง-ภูมิภาค-ท้องถิ่นในสถานการณ์วิกฤตเสียใหม่ โดยลดขั้นตอนการทำงานตามกฎระเบียบที่มีหลายชั้นตอนให้สั้นลงและยืดหยุ่นมากขึ้น และภาคการเมืองและรัฐบาลไม่ควรมีทัศนคติในเชิงลบต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะนำไปสู่การมุ่งจับผิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการออกกฎระเบียบที่แข็งตัวจนผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถทำงานได้ อีกหนึ่งข้อเสนอคือ รัฐบาลส่วนกลางควรรื้ออำนาจองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ซึ่งดูแลพื้นที่ทั้งจังหวัด) เป็นการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ได้อย่างคล่องตัว “ซึ่งจะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่สามารถประสานการทำงานกันได้อย่าง คล่องตัว รวดเร็ว และดำเนินงานที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน”³¹¹

โดยสรุป บทเรียนจากวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ซึ่งว่ารัฐไทยควรมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการจากลักษณะรัฐราชการรวมศูนย์ที่ส่วนกลางไปสู่รัฐที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง เนื่องจากรัฐรวมศูนย์นั้นมีความล่าช้าและขาดประสิทธิภาพ ขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อความแตกต่างหลากหลายของสังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบของประชากรพื้นที่ที่ทำให้มาตรการแบบเดียวกันอาจจะไม่นำไปสู่ผลสำเร็จที่คาดหวังได้ และมาตรการจากรัฐส่วนกลางที่สั่งการจากบนลงล่างในลักษณะบังคับโดยขาดการรับฟังและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นในการออกแบบการแก้ปัญหาทำให้การแก้ปัญหาขาดความร่วมมือและความไว้วางใจระหว่างกัน กฎระเบียบที่ขาดความยืดหยุ่นเป็นอุปสรรคต่อการทำงานโดยเฉพาะในภาวะวิกฤต รัฐบาลและกระทรวงมหาดไทยจึงควรปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มองรัฐส่วนกลางเป็น “เจ้านาย” และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น “ลูกน้อง” ที่มีหน้าที่คอยรับคำสั่งและการบัญชาการจากส่วนกลาง มาสู่ทัศนคติที่มองเห็นความเท่าเทียมกันระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น ซึ่งจะนำไปสู่การประสานร่วมมือกันบนฐานของความเคารพและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้สังคมไทยสามารถดึงศักยภาพของท้องถิ่นมาใช้รับมือกับวิกฤตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพกว่าที่ผ่านมา

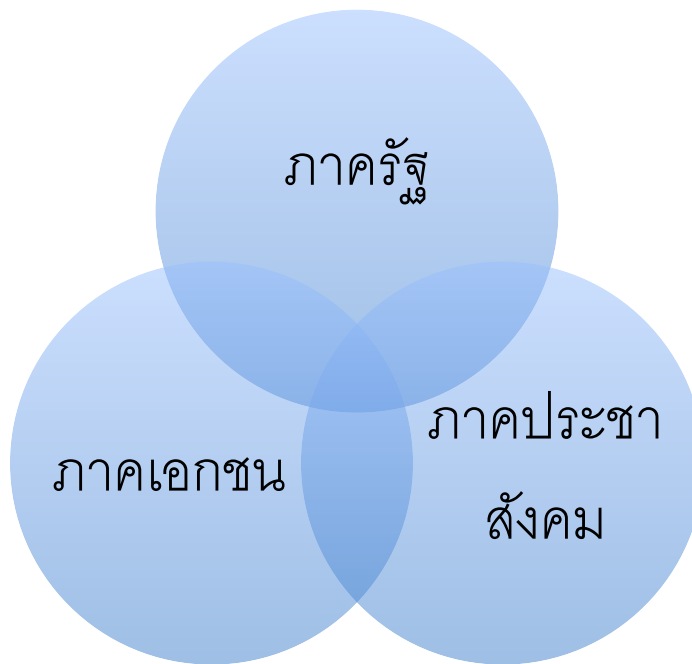
³¹⁰ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564, น.71.

³¹¹ สถาบันพระปกเกล้า, รายงานสถานการณ์การกระจายอำนาจ ประจำปี พ.ศ. 2564, น.71.

9) การระดมความร่วมมือกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (government-private-civil society collaboration)

หัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาที่สำเร็จในหลายประเทศ คือ ภาครัฐร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อดึงทรัพยากรมาใช้ ดึงทุนทางสังคมมาใช้ และดึงทักษะที่ภาครัฐขาดแคลนมาเสริมเติมเต็มในการรับมือกับวิกฤตที่ยากและซับซ้อน การสร้างความร่วมมือเช่นนี้จะช่วยลดหายไปหรือทำไมเพียงพอในการรับมือกับวิกฤตครั้งนี้ของประเทศไทย ตัวอย่างเช่น การร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดหาวัคซีนมาให้ประชาชน³¹² และการร่วมมือกับภาคประชาสังคมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

รูปที่ 109 รูปแบบการอภิบาลแบบประสานร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน



ในช่วงที่เกิดวิกฤตโควิด-19 สังคมไทยได้เป็นประจักษ์พยานต่อปรากฏการณ์ที่ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการช่วยแก้ปัญหาวิกฤตในหลายบทบาท นับเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐ ทั้งยังเสริมเติม

³¹²ตัวอย่างประเทศอังกฤษที่มีการตั้งคณะทำงานจัดหาวัคซีนโควิด-19 โดยตั้งนักธุรกิจที่มีประสบการณ์สูงเป็นหัวหน้าคณะ และให้มีอิสระในการเลือกคณะทำงานจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และวัคซีน นักการตลาด นักธุรกิจและนักเจรจาการค้าที่มีความสามารถจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการทำงานไม่ถูกจำกัดจากระเบียบราชการ ดุกรณีศึกษาการจัดหาวัคซีนของหลายประเทศที่ให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมได้ใน “เราควรเรียนรู้อะไรจากการจัดซื้อวัคซีนของต่างประเทศ,” *ทีดีอาร์ไอ*, 27 กค 2564 <https://tdri.or.th/2021/07/lesson-learned-on-vaccine-procurement/>

เต็มและอุดช่องโหว่ในบางด้านที่รัฐราชการแบกรับภาระไม่ไหว การทำงานของภาคประชาสังคมหลายกลุ่มได้รับการบันทึกและรับรู้ในสาธารณชน อาทิ กลุ่มเส้นด้าย กลุ่มเราต้องรอด กลุ่มอิสสรชน กลุ่มเปิดไทยสู้ภัย โครงการ “ช่วยด้วย! ช่วยคุณจากโควิดได้ถึงบ้าน” กลุ่มจิตอาสาช่วยไทย อาสาพระไม่ทิ้งโยม บ้านบูรพาฝ่าโควิด Food for Fighters ฯลฯ ซึ่งการเข้ามามีบทบาทของประชาชนที่รวมตัวกันในภาคประชาชนนี้เป็นไปในลักษณะจิตอาสาโดยไม่หวังค่าตอบแทน และมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ประชาชนจำนวนมากเข้าถึงการตรวจหาเชื้อ ประชาชนที่ติดเชื้อได้เข้าถึงเตียงและการรักษาในสถานพยาบาล ช่วยประสานงานในการกระจายอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยให้ความรู้และดูแลคนที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญและยารักษาโรคและเครื่องวัดระดับออกซิเจนสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ การเปิดศูนย์พักคอย การประสานหาฉาปนกิจสถานสำหรับกรณีผู้เสียชีวิต การจัดทำข้าวกล่องแจกจ่ายให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยหรือตกงาน ฯลฯ กรณีของกลุ่มเส้นด้ายซึ่งเริ่มก่อตั้งในปลายเดือนเมษายนเมื่อการระบาดระลอก 3 เริ่มแผ่ขยายวงกว้าง กลุ่มเส้นด้ายก่อตั้งโดยอาสาสมัคร 3-4 คน และเพิ่มเป็นราว 80 คนในเวลาต่อมา โดยทำงานในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เฉพาะภายในระยะเวลา 3 เดือนแรก ของการทำงาน พวกเขาสามารถช่วยรับส่งผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ไปสถานพยาบาลทุกรูปแบบได้ประมาณ 2,200 ราย ช่วยเหลือให้คำแนะนำการดูแลและรักษาตัวให้กับประชาชนผ่านคอลเซนเตอร์ที่พวกเขาตั้งขึ้นได้กว่า 13,000 กรณี³¹³

กลุ่มและองค์กรภาคประชาสังคมหลายกลุ่มยังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือแก่ประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มเร่ร่อน คนไร้บ้าน คนตกงาน คนด้อยโอกาส ฯลฯ ที่ประสบความเดือดร้อนอย่างมากภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงการตรวจ อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัคซีน อาหาร ยารักษาโรค ฯลฯ กลุ่มเหล่านี้มี อาทิ มูลนิธิอิสสรชน มูลนิธิกระจกเงา มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย เครือข่ายสลัมสี่ภาค³¹⁴

การทำงานของภาคประชาสังคมนอกจากช่วยเหลือประชาชนที่ตกหล่นจากการช่วยเหลือของภาครัฐแล้วยังช่วยส่งเสียงของประชาชนที่เดือดร้อนที่ขาดการดูแลและคุ้มครองให้ถูกได้ยิน และเมื่อสื่อมวลชนเข้ามาทำข่าวการทำงานของกลุ่มเหล่านี้ ก็ทำให้ภาครัฐรับทราบช่องโหว่และจุดอ่อนการทำงานของตนเอง ทำให้บางกระทรวงอย่างกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาเชื่อมต่อการทำงานกับองค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคประชาสังคมในวิกฤตโควิด-19 สะท้อนให้เห็นการทำงานที่ยังขาดประสิทธิภาพของภาครัฐ จนทำให้ประชาชนจากหลากหลายอาชีพต้องมารวมตัวกันเป็นอาสาสมัครเพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ชี้ให้เห็นบทเรียนสำคัญว่าภาครัฐจะต้องสนับสนุน ส่งเสริม และร่วมมือกับกลุ่มองค์กรภาค

³¹³ วชิรานนท์ ทองเทพ และสวัสดิ์ดี ลุขะรัง, “โควิด-19: เส้นด้าย-เราต้องรอด-อิสสรชน พลังคนอาสาสู้โควิด-19 เมื่อรัฐราชการรับไม่ไหว,” *บีบีซีไทย*, 6 ส.ค. 2021; รัตนพล พงษ์ละออ และศุภรัช จรัสเพ็ชร์, “อาสาพร้อม (แล้ว) รัฐพร้อมไหม? เสียงคนอาสาถึงระบบสาธารณสุขไทย,” *ไทยพีบีเอส*, 31 ม.ค. 2565 <https://thecitizen.plus/node/52432>

³¹⁴ กาญจนา มัชเรศ “แกนนำเครือข่ายสลัมสี่ภาคเตรียมพร้อมรับมือโควิด-19 ระลอก 3,” *ไทยพีบีเอส* 12 พ.ค. 2564 <https://thecitizen.plus/node/44211>

ประชาสังคมให้เข้มแข็งกว่าเดิมและมีความต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดึงศักยภาพของภาคประชาสังคมมาช่วยวิกฤต เพราะลำพังภาครัฐย่อมไม่สามารถรับมือกับวิกฤตขนาดใหญ่ได้ ดังที่สังคมไทยได้ประจักษ์จากวิกฤตโรคระบาดครั้งนี้ ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สะท้อนในประเด็นนี้เป็นอย่างดีว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพครั้งนี้อยู่ที่พลังของประชาชนหลากหลายกลุ่มในพื้นที่ “ขณะที่วิกฤตโควิด-19 รุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระบบบริการสาธารณสุขต้องรับภาระหนัก มีประชาชนหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงระบบสุขภาพไม่ได้ เราพบว่ามีกลุ่มจิตอาสา อาสาสมัครหลากหลายกลุ่มได้ลุกขึ้นมาช่วยเหลือ ตรงนี้ถือเป็นกำลังที่เข้มแข็งที่ช่วยให้เราผ่านพ้นช่วงวิกฤตการณ์ที่รุนแรงที่สุดมาได้”³¹⁵

เครือข่ายจิตอาสาในภาคประชาชนถือเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่สำคัญอย่างยิ่ง รัฐมีหน้าที่เสริมสร้างความเข้มแข็ง (empower) ภาคประชาสังคม มิใช่มองการรวมกลุ่มของประชาชนเป็นศัตรูหรือคู่แข่งที่มาแย่งการทำงานของรัฐ บทเรียนจากทั่วโลกคือ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการที่ยึดถือรัฐเป็นศูนย์กลาง ไปสู่การบริหารจัดการที่รัฐต้องประสานร่วมมือกับภาคประชาสังคมและภาคเอกชน (collaborative governance) โดยรัฐสามารถสนับสนุนทางการเงินให้กับภาคประชาสังคมเพื่อช่วยให้กลุ่มจิตอาสาเหล่านี้สามารถทำงานได้ในระยะยาว ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบราชการให้มีรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นขึ้นและทำงานในลักษณะเครือข่ายกับกลุ่มต่างๆ ในภาคประชาสังคม รวมทั้งวางแผนร่วมกับเครือข่ายประชาชนเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบแม้ว่าวิกฤตโรคระบาดครั้งนี้จะจบลง เพื่อเตรียมรับมือกับวิกฤตในอนาคต

นอกจากกลุ่มองค์กรในภาคประชาสังคมที่เป็นการรวมกลุ่มอิสระของประชาชนหลากหลายกลุ่ม (ซึ่งมีทั้งที่ดำเนินการอยู่แล้วก่อนสถานการณ์โควิด-19 และที่ตั้งขึ้นในช่วงวิกฤตโควิด-19 โดยเฉพาะ) ประชาชนอีกกลุ่มที่ทำงานในลักษณะอาสาสมัครที่มีบทบาทอย่างสูงในการช่วยเหลือประชาชนในวิกฤตโรคระบาดคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทอย่างแข็งขันในการเฝ้าระวัง ป้องกัน การให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสาร การตรวจตราให้มีการปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ช่วยภาครัฐติดตามผู้สัมผัสโรคและแยกตัวผู้ต้องถูกกักตัวที่บ้าน ช่วยดูแลให้ผู้คนและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19 และการดูแลช่วยเหลือคนในชุมชนทั้งที่ติดเชื้อหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด บทบาทของออส. และอสม. นั้นถือเป็นกระดูกสันหลังของระบบสาธารณสุขไทยมานานกว่า 4 ทศวรรษตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ที่มีโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ ออส. สำหรับกรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่มีลักษณะเป็นเมือง และ อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับพื้นที่ต่างจังหวัด โดยทั้ง ออส. และ อสม. มาจากประชาชนคนธรรมดาที่สมัครเข้ามาทำงานช่วยเหลือชุมชน โดยออส. จะได้รับการคัดเลือกจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ขึ้นทะเบียนเป็น

³¹⁵ “ถอดบทเรียนพลังสังคม หลังโควิด19 พบไทยผ่านวิกฤตใหญ่มาได้เพราะ ‘พลเมืองอาสา’,” *ประชาไท*, 24 พ.ย. 2564

<https://prachatai.com/journal/2021/11/96091>

อาสาสมัครสาธารณสุข กทม. ขณะนี้มีผู้ได้รับคัดเลือกปฏิบัติงานประมาณ 15,000 คน รับผิดชอบการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนต่างๆ ของกรุงเทพฯ ส่วนอสม.จะถูกคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านในชุมชน ปัจจุบันมีจำนวน 1.04 ล้านคนทั่วประเทศ โดยอสม. 1 คนจะรับผิดชอบประมาณ 10 หลังคาเรือน และทำงานเดือนละ 4 วัน³¹⁶ ค่าตอบแทน (หรือค่าป่วยการ) ของคนที่เป็นอสม. และอสม. นั้นถือว่าเล็กน้อย คือ เพียงเดือนละ 1 พันบาทเท่านั้น แม้ว่าอสม. และอสม. จะทำงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่มิได้มีสถานะเป็นข้าราชการ แต่มีสถานะเป็นอาสาสมัครที่รับค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อยที่ได้คุ้มกับความเสียงโดยเฉพาะในสถานการณ์โรคระบาด จึงอาจเรียกได้ว่าพวกเขาคือ กลุ่มประชาชนที่ทำงานแบบอาสาสมัคร

บทบาทของอสม. และอสม. ในสถานการณ์วิกฤตไวรัสโคโรนาได้รับการศึกษาวิจัยอย่างเจาะลึกว่ามีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานช่วยเหลือภาครัฐ³¹⁷ รวมทั้งได้รับการยกย่องชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ในฐานะ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ดังที่นายแพทย์แดเนียล เคอร์เทสซ์ ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยกล่าวยกย่องว่า “อสม.ของไทยเป็นผู้ปิดทองหลังพระซึ่งทำงานเพื่อสนับสนุนการป้องกัน การตรวจพบและการรายงานผู้ป่วยโควิด 19 พวกเรารับรู้บทบาทที่พวกเขามีในการส่งเสริมระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมากกว่าสี่ทศวรรษแล้ว”³¹⁸ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้กล่าวยอมรับบทบาทสำคัญของอสม. ว่าเป็นกลไกสำคัญในการทำงานร่วมกับฝ่ายข้าราชการในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพครั้งประวัติศาสตร์นี้ โดยเฉพาะอสม. ที่เป็นผู้หญิงซึ่งมีความเสียสละและความเป็นผู้นำในชุมชน “อสม.หญิงเป็นกลไกในการเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโควิด 19 พวกเขาสามารถทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่

³¹⁶ ดู อนุชนนท บริสุทธิ์, รายงานวิจัยการศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนาอสม. ในยุคประเทศไทย 4.0 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, 2563), น.20-41;

³¹⁷ จันทิมา นวมะณีวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษณา เหล็กเพชร และไพศาล เขียรถาวร, “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์,” รายงานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ก.พ. 2564 <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5330?locale-attribute=th>; เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์, “บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอรพระแดง จังหวัดสมุทรปราการ,” วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 4: 1 (มกราคม-เมษายน 2564); ภัทรา บุรารักษ์, สุพรรณิ เบอร์เนล และกนกวรรณ เอี่ยมชัย, *โครงข่ายอำนาจและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการสร้างวชอบธรรมระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2564).

³¹⁸ องค์การอนามัยโลก, “อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19,” องค์การอนามัยโลก, 28 ส.ค. 2563 <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19-TH>

ท้ายที่สุด การพัฒนาเครือข่ายระบบสาธารณสุขที่มีการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และอาสาสมัครจึงเป็นประเด็นที่ต้องผลักดันให้เกิดขึ้น เพื่อสร้างระบบการทำงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันอันจะเป็นการดึงศักยภาพของแต่ละฝ่ายมาจัดการกับวิกฤตได้ดีกว่าการพึ่งพิงภาครัฐ ส่วนกลางเป็นหลัก จอกจากนั้น การสร้างระบบเช่นนี้จะส่งผลในการดึงประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้าง ระบบสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งพร้อมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการรับมือกับสภาวะวิกฤติโรคระบาดในอนาคต

10) กลไกความรับผิดชอบและความโปร่งใส (accountability and transparency) กรณีข่าวทุจริตดูมมืออย่างและชุดตรวจ ATK และกรณีแนวคิดที่จะออกพ.ร.ก. นิรโทษกรรม

การบริหารจัดการวิกฤตของประเทศไทยในครั้งนี้ ได้เกิดข่าวที่สร้างความเคลือบแคลงในหมู่สาธารณชน ถึง ความโปร่งใสในการทำงาน ข่าวการทุจริตเกี่ยวกับดูมมืออย่าง ความไม่โปร่งใสในการประมวลชุดตรวจ ATK ที่ถูกตั้ง คำถามถึงคุณภาพ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดของเจ้าของบริษัทที่ชนะการประมูลกับผู้มีอำนาจ ทำให้สื่อและสังคม ตั้งคำถาม กระทั่งเกิดความขัดแย้งในวงการแพทย์ด้วยตัวเอง เนื่องจากชมรมแพทย์ชนบทออกมาคัดค้านและตั้ง คำถามถึงการที่รัฐจะนำชุดตรวจที่ชนะการประมูลมาใช้ ทั้งที่มีข้อมูลในหลายประเทศว่ายี่ห้อดังกล่าวมีปัญหาด้าน คุณภาพ

นอกจากนี้ กระแสข่าวที่จะมีการออกกฎหมายนิรโทษกรรมให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาโควิด-19 ก็ทำให้เกิดคำถามเช่นกันในเชิงธรรมาภิบาล ข้อวิจารณ์คือ หากมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด ประมาทเลินเล่อ หรือ ทุจริต กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังกล่าวก็ควรจะต้องมีความพร้อมรับผิด (accountability) รัฐบาลไม่ควรออกกฎหมายนิรโทษกรรมล่วงหน้า เพราะจะสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ขาดความรับผิดชอบในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิเคราะห์และการประเมินผลโครงสร้างการบริหารจัดการและกระบวนการทำงานของประเทศไทย ในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปี 2565 พบว่าประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพที่ดีขึ้นเนื่องมาจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีต โดยเฉพาะการวางรากฐาน ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วงทศวรรษ 2540 เป็นต้นมา โครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวช่วยให้ประเทศไทยสามารถ รับมือกับวิกฤตด้านสาธารณสุขได้ดีเมื่อเทียบกับหลายประเทศที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่อ่อนแอ นอกจากนี้ประชาชนคนไทยยังให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆ ของรัฐเป็นอย่างดีทำให้บรรเทาปัญหาได้ เป็นอย่างมาก ภาคประชาสังคมยังเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือภาครัฐอย่างแข็งขันในมิติที่กำลังคนและทรัพยากร ภาครัฐไม่เพียงพอ ซึ่งช่วยบรรเทาผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจากวิกฤตโรคระบาดครั้งประวัติศาสตร์นี้ได้

อย่างมาก อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าข้อที่ภาครัฐไทยยังทำได้ไม่ดีนักและสามารถปรับปรุงต่อไปในอนาคต คือ การออกแบบโครงสร้างการบริหารจัดการและกระบวนการทำงานในภาวะวิกฤต

ในอนาคตควรมีการปรับทั้งโครงสร้างการทำงาน และรูปแบบการทำงาน เพื่อสร้างเอกภาพ สร้างความไว้วางใจ และการตอบสนองปัญหาอย่างตรงจุดและทันที่ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีการกลายพันธุ์ของเชื้อโรคที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของวัคซีน การรับมือกับภาวะวิกฤตที่ผันผวนถือเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยภาวะการนำที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ (effective leadership) จากระดับผู้นำรัฐบาลและระบบราชการเป็นสำคัญ ข้อควรระวังคือ สถานการณ์ด้านการแพร่ระบาดของโรคที่ขยายตัวในวงกว้างได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของประชาชน และจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงการขยายความขัดแย้งทางสังคมและการเมืองสูงขึ้นต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะบางประการที่งานวิจัยชิ้นนี้ขอเสนอ เพื่อให้สังคมไทยสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดในอนาคต มีดังต่อไปนี้

1. ประเทศไทยควรจัดตั้ง “ศูนย์บัญชาการกลางระดับชาติเพื่อรับมือกับโรคระบาด” (The Central Epidemic Command Center) โดยสามารถประยุกต์ใช้โครงสร้างของประเทศไต้หวันและประเทศเกาหลีใต้ (ดูรายละเอียดในกรณีศึกษาของทั้งสองประเทศในรายงานนี้) โดยศูนย์บัญชาการดังกล่าวจะมีโครงสร้างและการปฏิบัติการในลักษณะศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operation Center – EOC) โดยในเชิงโครงสร้าง ศูนย์นี้จะไม่ได้มีบทบาทในภาวะปกติ แต่จะถูก “เปิดใช้งาน” (activate) เมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดร้ายแรง เพื่อให้เกิดการประสานงานข้ามกระทรวงและระดมความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ เมื่อคำนึงถึงปัญหาเชิงโครงสร้างวัฒนธรรมของระบบราชการไทย จึงอาจมีความจำเป็นที่ประธานศูนย์บัญชาการนี้ควรเป็นผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่าระดับรัฐมนตรีประจำกระทรวงเพื่อให้มีอำนาจสั่งการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงได้ ตำแหน่งที่เหมาะสมคือ ระดับรองนายกรัฐมนตรี โดยนายฯ สามารถมอบหมายรองนายฯ ที่มีความสามารถและความเชี่ยวชาญที่ตรงกับลักษณะของปัญหามากที่สุดมาดำรงตำแหน่งประธานศูนย์ โดยนายฯ ไม่ต้องลงมาเป็นผู้บัญชาการเอง เพื่อแบ่งเบาภาระและกระจายงาน รองประธานศูนย์ควรมี 2 คน คือ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทย โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคและอธิบดีกรมการปกครองเป็นเลขานุการร่วมของศูนย์บัญชาการนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขและกลไกทางการปกครองเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน เพราะจากบทเรียนของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยถือเป็นกลไกด่านหน้าสำคัญที่ต้องทำงานร่วมกันในการรับมือกับวิกฤตสาธารณสุขร้ายแรง กรรมการอื่นๆ ที่จะเข้ามาเป็นองค์ประกอบสามารถให้ประธานศูนย์บัญชาการพิจารณาตามความเหมาะสม โดยควรมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถหลากหลายด้าน

ได้แก่ สาธารณสุข เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทางสังคม เพื่อสามารถออกแบบมาตรการที่มีความสมดุลและรอบด้าน และไม่ควรมุ่งให้ฝ่ายความมั่นคงเป็นผู้มีบทบาทหรือเป็นผู้ประสานงาน เนื่องจากวิกฤตโรคระบาดมิใช่วิกฤตทางการเมือง แต่เป็นวิกฤตด้านสาธารณสุข ซึ่งมีความซับซ้อนและต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ดังนั้นจึงควรใช้โครงสร้างการขับเคลื่อนงานที่ข้าราชการพลเรือนและผู้เชี่ยวชาญฝ่ายสาธารณสุขและมหาดไทยเป็นผู้มีบทบาท โดยมิร่อนนายกรัฐมนตรีเป็นผู้บัญชาการให้เกิดการระดม งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ ในลักษณะข้ามหน่วยงาน ในด้านงบประมาณ รัฐควรจัดสรรงบประมาณในเชิงยุทธศาสตร์ระยะยาวให้ศูนย์บัญชาการนี้อย่างเหมาะสม

จุดประสงค์หลักของการมีศูนย์บัญชาการในลักษณะนี้ ก็เพื่อให้ประเทศมีโครงสร้างการทำงานแบบบูรณาการที่ชัดเจน จะช่วยให้หลีกเลี่ยงปัญหาของการที่จะต้องจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจขึ้นมาเป็นครั้งคราวอย่างฉุกฉุนทุกครั้งที่เกิดวิกฤตสาธารณสุข แบบการจัดตั้ง ศบค. ซึ่งอิงกับการประกาศ พรก. ฉกฉกเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดโควิด-19 โครงสร้างการทำงานแบบศูนย์บัญชาการที่ตั้งเตรียมพร้อมไว้และคงอยู่อย่างถาวร (แต่ไม่ต้องทำงานตลอดเวลา) นี้จะทำให้มีการสั่งสมองค์ความรู้ ประสบการณ์ และบุคลากรผู้รับผิดชอบ และหลีกเลี่ยงการตั้งคณะทำงานหลายชุดที่มีโครงสร้างซ้ำซ้อนและอำนาจทับซ้อนกันจนเกิดความสับสน และขาดเอกภาพ

ทั้งนี้ ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีเครื่องมือด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public Health emergency management) ในลักษณะ Emergency Operation Center (EOC) ที่ตั้งอยู่แล้ว ทั้งที่เป็น EOC ระดับกระทรวง และ EOC ในระดับกองนั้นก็คือ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ภายใต้กรมควบคุมโรค ซึ่งมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และถูกออกแบบไว้รับมือกับวิกฤตสาธารณสุขในระดับที่ไม่เกินกำลังการจัดการของกระทรวงสาธารณสุข³²³ โจทย์สำคัญของสังคมไทยในเชิงการออกแบบระบบอภิบาลในระยะยาวคือ ต้องคิดถึงการออกแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับชาติ (National level EOC) โดยต่อยอดจากฐานระดับกระทรวงที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้พร้อมรับมือกับวิกฤตสาธารณสุขในอนาคตซึ่งอาจจะเกิดขึ้นใหม่ได้เสมอ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับชาติที่มีโครงสร้างชัดเจนจะทำให้ประเทศมีความพร้อมในการเตรียมรับมือล่วงหน้า ซึ่งโครงสร้างการทำงานที่เอื้อให้เกิดการประสานงานระหว่างกระทรวง และการบูรณาการข้ามหน่วยงานมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในภาวะวิกฤต

ประเด็นสำคัญคือ กระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการในศูนย์บัญชาการควรมีความโปร่งใสและเปิดเผยต่อสาธารณะเพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างความพร้อมรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งเป็นหัวใจของการ

³²³ ดูพันธกิจและการทำงานของกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ได้ในเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค <https://ddc.moph.go.th/ddce/mission.php> ซึ่งพันธกิจประการหนึ่งก็คือ “พัฒนาและขับเคลื่อนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล”

อภิบาลที่ดี (good governance) นอกจากนั้นโครงสร้างการทำงานควรมีความยืดหยุ่นเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เมื่อวิกฤติคลายตัวลง โครงสร้างการทำงานของศูนย์บัญชาการควรสามารถถูกปรับเปลี่ยนได้เพื่อกลับไปใช้โครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินแบบปรกติ

2. นอกจากการจัดตั้งโครงสร้างการตัดสินใจและบัญชาการภาวะฉุกเฉินระดับชาติแล้ว ควรมีการออกแบบโครงสร้างคณะที่ปรึกษาที่จะให้คำแนะนำทางวิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจในภาวะวิกฤติ ซึ่งอาจจะเรียกว่า “คณะที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน” (The Scientific Advisory Group for Emergencies - SAGE)³²⁴ ในลักษณะเดียวกับสหราชอาณาจักร³²⁵ คณะที่ปรึกษาดังกล่าวถือว่ามีสถานะเป็นคณะที่ปรึกษาอย่างเป็นทางการที่ได้รับการจัดตั้งโดยรัฐ เป็นส่วนหนึ่งของภาครัฐ แต่ทำงานเป็นอิสระจากรัฐบาล มีหน้าที่ในการนำเสนอข้อแนะนำเชิงนโยบายที่วางอยู่บนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างรอบด้านและเป็นกลาง ในสภาวะฉุกเฉิน (ทั้งโรคระบาด ภัยพิบัติ และวิกฤติอื่นๆ) คณะที่ปรึกษานี้ควรประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางวิชาการที่ตรงกับลักษณะของวิกฤติที่กำลังเผชิญ (ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของคณะที่ปรึกษาได้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของวิกฤติที่ประเทศกำลังเผชิญ เช่น กรณีที่เป็นวิกฤติโรคระบาด องค์ประกอบของคณะที่ปรึกษาควรมาจากนักระบาดวิทยาเป็นหลัก เป็นต้น) มีหน้าที่ในการประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามสถานการณ์และติดตามองค์ความรู้จากทั่วโลก เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงมาตรการและนโยบายให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้งเผยแพร่ข้อเสนอดังกล่าวต่อสาธารณชนด้วย การตั้งคณะที่ปรึกษาทางการชุดเดียวเช่นนี้ (แต่ปรับเปลี่ยนหรือลดสาขาผู้เชี่ยวชาญได้ตามความเหมาะสม) จะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการตั้งคณะที่ปรึกษาชั่วคราวจำนวนมากซึ่งนำไปสู่ปัญหาการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน ต่างคนต่างเสนอจนเกิดความสับสนและขาดเอกภาพ ผู้กำหนดนโยบายก็ไม่วุ่นวายที่จะต้องฟังความเห็นของใคร นอกจากนั้น ยังหลีกเลี่ยงปัญหาการตั้งคณะกรรมหลายชุดในลักษณะเร่งด่วนเฉพาะหน้า (ad hoc) แต่ไม่ได้รับมอบอำนาจ (mandate) ที่เชื่อมต่อกับกระบวนการกำหนดนโยบายอย่างแท้จริง ทำให้ข้อเสนอต่างๆ ไม่ได้ถูกรับฟังหรือนำไปปฏิบัติจริง ทั้งนี้ บทเรียนจากสหราชอาณาจักรคือ ข้อเสนอของคณะที่

³²⁴ ดูหลักการและเหตุผลว่าเหตุใดคณะที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายในภาวะวิกฤติฉุกเฉินในบทสัมภาษณ์ รศ.นพ.บวรศม สิริระพันธ์ “ถ้าเราเรียนรู้จากวิกฤติ การสูญเสียครั้งนี้จะไม่สูญเปล่า’ ถอดบทเรียน 2 ปี โควิด-19 และทางไปต่อของนโยบายสาธารณะภายใต้วิกฤติใหญ่-บวรศม สิริระพันธ์,” *the101.world*, 20 เม.ย. 2565 <https://www.the101.world/borwornsom-interview-lessons-for-public-policy/>

³²⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเป็นมา พัฒนาการ องค์ประกอบ และกระบวนการทำงานของ The Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) ของสหราชอาณาจักร ใน <https://www.gov.uk/government/organisations/scientific-advisory-group-for-emergencies>

ปรีชาควรมีการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชนและสาธารณชนด้วย เพื่อสร้างความโปร่งใสและสร้างหลักความพร้อมรับผิด (accountability) สำหรับผู้มีอำนาจ เพราะผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องอธิบายต่อสาธารณชนว่ามาตรการและนโยบายที่ผลักดันออกมานั้นมาจากการตัดสินใจบนฐานข้อมูลและความรู้ใด มีการรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ ถ้าไม่ เป็นเพราะเหตุใด

3. การสื่อสาร ควรมอบหมายให้เฉพาะผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในศูนย์บัญชาการกลางเพื่อรับมือกับโรคระบาด เป็นผู้แถลงเพื่อให้สารที่จะสื่อไปยังประชาชนมีความชัดเจนและเป็นเอกภาพ ได้แก่ผู้บัญชาการศูนย์ เลขาธิการศูนย์ และทีมโฆษก ซึ่งทีมโฆษกนี้ควรเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการสื่อสารในภาวะวิกฤต

4. ควรมีการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ให้สามารถรองรับวิกฤตโรคระบาดในระยะยาว โดยวางโครงสร้างการทำงานและเพิ่มอำนาจหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่เพื่อรับมือกับโรคระบาดได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ เมื่อมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อให้เหมาะสม ในอนาคตเมื่อเกิดโรคระบาดจะช่วยให้รัฐบาลมีเครื่องมือทางกฎหมายที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหา ไม่จำเป็นต้องใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 เนื่องจาก พรก. ฉุกเฉินนี้ถูกออกแบบมาใช้แก้ไขปัญหาคความขัดแย้งทางการเมือง มิได้ถูกออกแบบมาใช้แก้ไขปัญหาวิกฤตสาธารณสุข การใช้ พรก. ฉุกเฉินในการรับมือกับการระบาดของโรค จึงขาดความเหมาะสม มิได้แก้ปัญหอย่างตรงจุด และยังนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมและทางการเมืองอย่างกว้างขวาง เช่น การละเมิดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคระบาดโดยตรง

5. ท้องถิ่น: ควรใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทเพิ่มขึ้น มีอิสระเพิ่มขึ้น และมีอำนาจโดยตรงเพิ่มขึ้นในการจัดการปัญหาโรคระบาดในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อดึงศักยภาพของท้องถิ่นมาใช้แก้ปัญหอย่างเต็มที่ มิให้รัฐส่วนกลางแบกรับภาระจนล้นเกินจนทำให้กระบวนการแก้ปัญหาล่าช้า

6. เสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการด้านสุขภาพในกรุงเทพมหานคร: วิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นจุดอ่อนของมหานครขนาดใหญ่ที่เป็นเมืองหลวงที่มีลักษณะเป็นเมืองโดดเดี่ยวอย่างกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรทำงานและอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นและแออัด ทำให้กรุงเทพฯ กลายเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงสุดของการระบาด และมีจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยหนัก และผู้เสียชีวิตจำนวนมากที่สุด สาเหตุสำคัญคือ ระบบสาธารณสุขในกรุงเทพฯ ต้องรับผิดชอบประชากรจำนวนมากมหาศาลเกินศักยภาพของระบบ ดังนั้น ข้อเสนอแนะของงานวิจัยชิ้นนี้คือ ประการที่หนึ่ง ควรมีการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ (ที่ให้ทุกคนเข้าถึงได้) ให้มีจำนวนมากขึ้นโดยได้สัดส่วนกับจำนวนประชากร และ ประการที่สอง ควรมีการเพิ่มจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในเขตกรุงเทพฯ ให้เพิ่มสูงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญที่ทำงานได้อย่างดี แต่ปัจจุบันจำนวนอสส. ต่อประชากรในกรุงเทพฯ อยู่ในอัตราส่วนที่ต่ำกว่าในต่างจังหวัดอย่างมาก ดังที่ชี้ไว้แล้วข้างต้น

7. ภาคเอกชน: ในกระบวนการทำงาน ภาครัฐควรดึงภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด โดยใช้จุดแข็งด้านนวัตกรรม เทคโนโลยี และทรัพยากรของภาคเอกชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยแก้ปัญหา โดยสามารถตั้งเป็นคณะทำงาน 1 ชุดในลักษณะคณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน

8. ระบบข้อมูล: จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติที่ทันสมัยและเชื่อมโยงถึงกันในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด เมื่อเกิดวิกฤตในอนาคตศูนย์บัญชาการสามารถใช้ระบบข้อมูลนี้ในการควบคุมโรค สอบสวนโรค และรักษาพยาบาลประชากรได้อย่างเหมาะสม โดยควรพัฒนาให้มี application ที่มีมาตรฐานเดียวที่สะดวก รวดเร็ว ใช้งานได้ง่าย

ส่วนที่ 5

การประเมินผลกระทบต่อประชาชน

- การวัดผลกระทบจากโควิดด้วย “การตายส่วนเกิน (Excess Death or Excess Mortality)”
- การประเมินเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 จากมุมมองทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา (โดย ผศ.ดร.ชลิตา บัณฑวงศ์)

ส่วนที่ 5

การประเมินผลกระทบต่อประชาชน

17. การวัดผลกระทบจากโควิดด้วย “การตายส่วนเกิน (Excess Death or Excess Mortality)”

ในหลายประเทศ ตัวเลขผู้เสียชีวิตจาก COVID-19 ที่มีการรายงานอาจไม่ได้สะท้อนถึงความสูญเสียที่แท้จริงจาก COVID-19 โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา ซึ่งอาจมีผู้เสียชีวิตทางอ้อมจากโรคโควิด-19 จำนวนมากด้วย เช่น ผู้ป่วยหนักบางรายอาจเสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงบริการ ถูกเลื่อนการผ่าตัด หรือไม่สามารใช้ห้อง ICU เนื่องจากมีผู้ป่วยโควิดที่ล้นโรงพยาบาล รวมไปถึงอาจมีการฆ่าตัวตายจากความกดดันและปัญหาทางเศรษฐกิจที่สืบเนื่องมาจากการระบาด ซึ่งทั้งหมดนี้ถือได้ว่าเป็นการเสียชีวิตทางอ้อมจากโรคโควิด-19

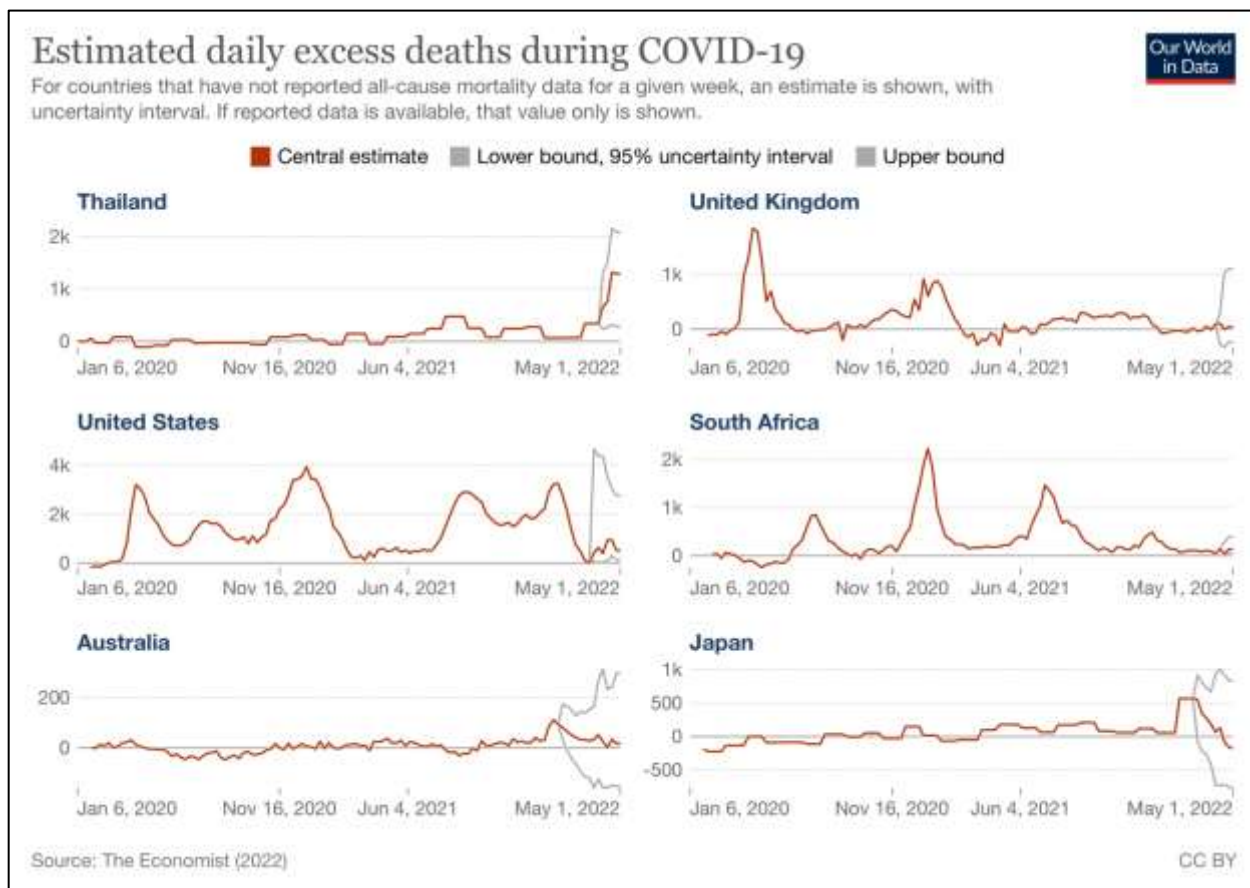
แนวคิดหนึ่งที่มีผู้นำมาใช้ในการประมาณการผู้เสียชีวิตที่รวมการเสียชีวิตทั้งหมด (ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโควิด-19) ก็คือแนวคิดเรื่องการตายส่วนเกิน (excess mortality) ซึ่งได้รับการรับรองจาก WHO ตามที่ได้บรรยายไว้ในบทความเรื่อง “The true death toll of COVID-19: estimating global excess mortality”³²⁶

แนวคิดเรื่องการตายส่วนเกินมีสมมุติฐานที่ยังค่อนข้างหยابว่า ในปีที่มีเหตุการณ์ที่สำคัญต่อเนื่องเพียงเหตุการณ์เดียว เช่น การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบันนั้น ยอดการเสียชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจาก “ปีปกติ” ทั้งหมดก็คือการตายที่เพิ่มขึ้น (หรือเปลี่ยนแปลงไป) เพราะโควิด-19 ซึ่งปกติแล้ว การตายส่วนเกินจะสูงกว่ายอดผู้เสียชีวิตจาก COVID-19 ซึ่งการวัดจำนวนผู้เสียชีวิตจากตายส่วนเกินนี้เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันความผิดพลาดจากการประเมินจำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผลกระทบจาก COVID-19 ต่ำเกินไป ไม่ว่าจะเป็นจากการตกหล่น (เช่น ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตโดยเข้าไม่ถึงการตรวจและไม่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล) หรือผู้ที่เสียชีวิตทางอ้อมจากผลของโควิด-19 ที่ทำให้ผู้ป่วยอื่นที่อาการหนักบางรายเสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงการรักษาหรือการใช้ห้อง ICU รวมทั้งผู้ที่ฆ่าตัวตายเพราะแรงกดดันต่างๆ รวมทั้งความเครียดและปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นผลตามมาจากการระบาดของโควิด รวมทั้งอาจมาจากข้อจำกัดต่างๆ ของรัฐบาลในการบรรเทาผลกระทบเหล่านั้น ข้อมูลการตายส่วนเกินจึงช่วยในการเข้าใจภาพรวมของผลกระทบจากการแพร่ระบาดที่ก่อให้เกิดวิกฤติที่รุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยการตายส่วนเกินที่มีค่าสูงมาก ก็น่าจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการรับมือของรัฐบาล ทั้งในการตรวจหาเชื้อที่มีความครอบคลุม การจัดการระบบสาธารณสุขที่ตอบสนองและเข้าถึงได้ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ (ดูตัวอย่างการประมาณการการตายส่วนเกินสะสมในช่วง

³²⁶ <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

การระบาดของโควิด-19 ของ 6 ประเทศ ในรูปด้านล่าง ซึ่งวิธีประมาณการจะต่างไปจากที่จะนำเสนอกรณีของไทยที่จะเสนอต่อไปเล็กน้อย)

รูปที่ 110 ประมาณการจำนวนการตายส่วนเกินสะสมในช่วงการระบาดของโควิด-19 ของ 6 ประเทศ



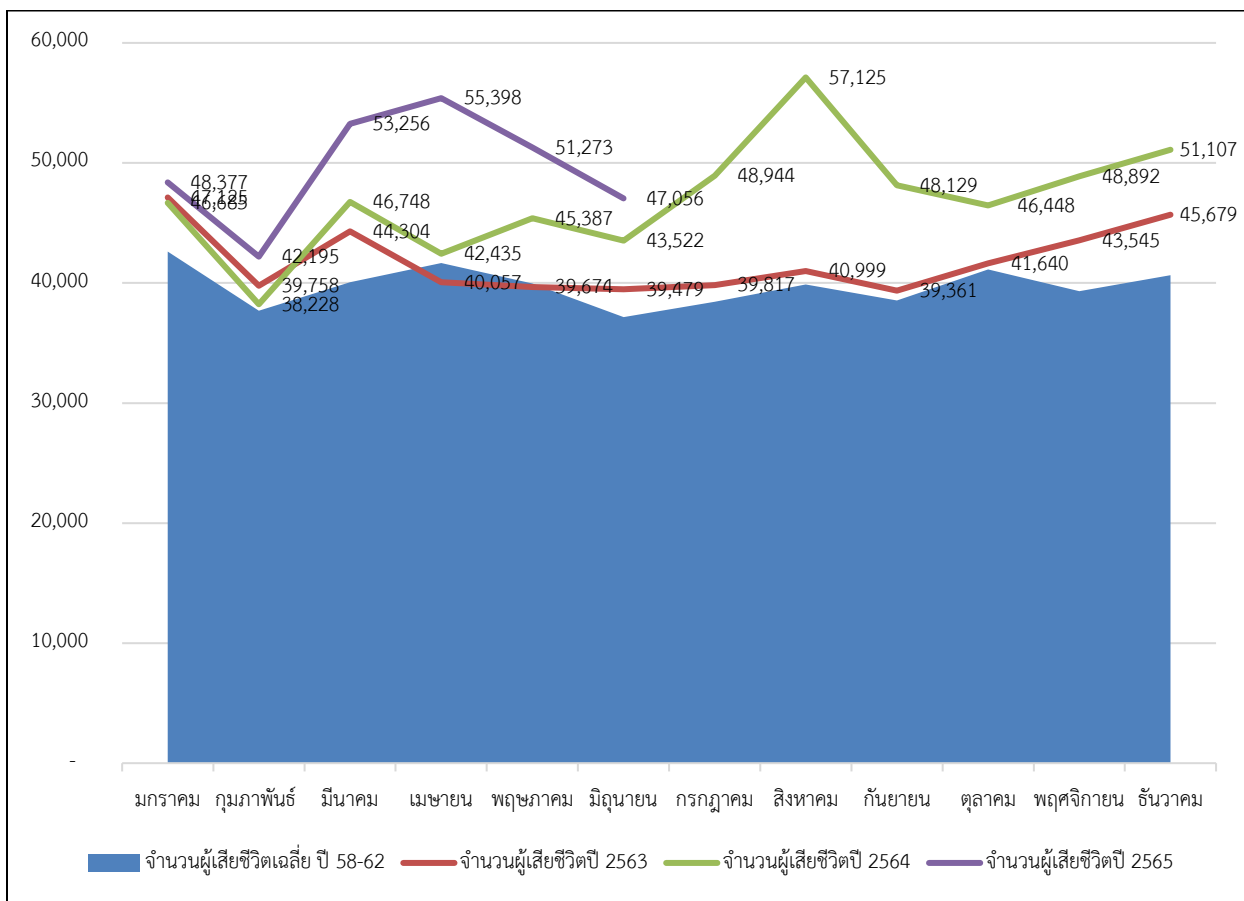
ที่มา: Our World in Data (2022), from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&uniformYAxis=0&hideControls=true&Metric=Excess+mortality+%28estimates%29&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=THA~GBR~USA~ZAF~AUS~JPN>

อัตราการตายส่วนเกิน (ค่า P-score) อาจคำนวณตามสมการข้างล่าง ซึ่งคำนวณสัดส่วนของยอดผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้เสียชีวิตในภาวะปกติ (เช่น ค่าเฉลี่ยจากช่วง 5 ปีก่อน หรืออาจจะใช้วิธีอื่นในการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตในปีปกติก็ได้) โดย

$$P - score = \frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตในปีที่มีการระบาด} - \text{จำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในภาวะปกติ}}{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในภาวะปกติ}}$$

จากรูปด้านล่าง จะเห็นได้ว่าช่วงเดือนส่วนใหญ่ในปี 2563 (ยกเว้นเดือนเมษายนและพฤษภาคม) และตลอดทุกเดือนที่ผ่านมาของปี 2564 และ 2565 ประเทศไทยมียอดการตายส่วนเกิน (excess death) ที่เป็นบวก โดยมีส่วนที่เป็นข้อยกเว้นก็คือยอดการตายส่วนเกินมีค่าติดลบในเดือนเมษายน 2563 (-1600) และพฤษภาคม 2563 (-277) โดยในกรณีของเดือนเมษายน 2563 เป็นช่วงที่มีการ lockdown ตลอดทั้งเดือนและห้ามจัดการฉลองช่วงเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งน่าจะส่งผลทำให้ยอดการตายในเดือนเมษายน 2563 ลดลงจากปีปกติในอดีต ที่เคยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจำนวนมากในช่วงเทศกาลดังกล่าว

รูปที่ 111 จำนวนผู้เสียชีวิตเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในปี 2558-2562 และค่าที่รายงานในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565



ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

ตารางที่ 26 ผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปี 2558-2562 และรายปี 2563-2565 และการตายส่วนเกินและการตายจากโควิดในปี 2563 – เมษายน 2565

เดือน	จำนวน ผู้เสียชีวิต เฉลี่ยปี 2558-2562	จำนวน ผู้เสียชีวิตปี 2563	จำนวน ผู้เสียชีวิตปี 2564	จำนวน ผู้เสียชีวิตปี 2565	การตาย ส่วนเกินปี 2563	การตาย ส่วนเกินปี 2564	การตาย ส่วนเกินปี 2565	จำนวน ผู้เสียชีวิต จากโควิดปี 63	จำนวน ผู้เสียชีวิต จากโควิดปี 64	จำนวน ผู้เสียชีวิต จากโควิดปี 65
มกราคม	42,619	47,125	46,685	48,377	4,506	4,066	5,758	0	16	475
กุมภาพันธ์	37,703	39,758	38,228	42,195	2,055	525	4,492	0	6	760
มีนาคม	40,054	44,304	46,748	53,256	4,250	6,694	13,202	10	11	2,197
เมษายน	41,657	40,057	42,435	55,398	-1,600	778	13,741	44	109	3,396
พฤษภาคม	39,951	39,674	45,387	51,273	-277	5,436	11,322	3	828	1,493*
มิถุนายน	37,165	39,479	43,522	47,056	2,314	6,357	9,891	1	992	629*
กรกฎาคม	38,427	39,817	48,944		1,390	10,517		0	2,834	
สิงหาคม	39,867	40,999	57,125		1,132	17,258		0	6,732	
กันยายน	38,539	39,361	48,129		822	9,590		1	5,138	
ตุลาคม	41,140	41,640	46,448		500	5,308		0	2,478	
พฤศจิกายน	39,320	43,545	48,892		4,225	9,572		1	1,566	
ธันวาคม	40,656	45,679	51,107		5,023	10,451		1	927	
รวม	477,098	501,438	563,650		24,340	86,552		61	21,637	

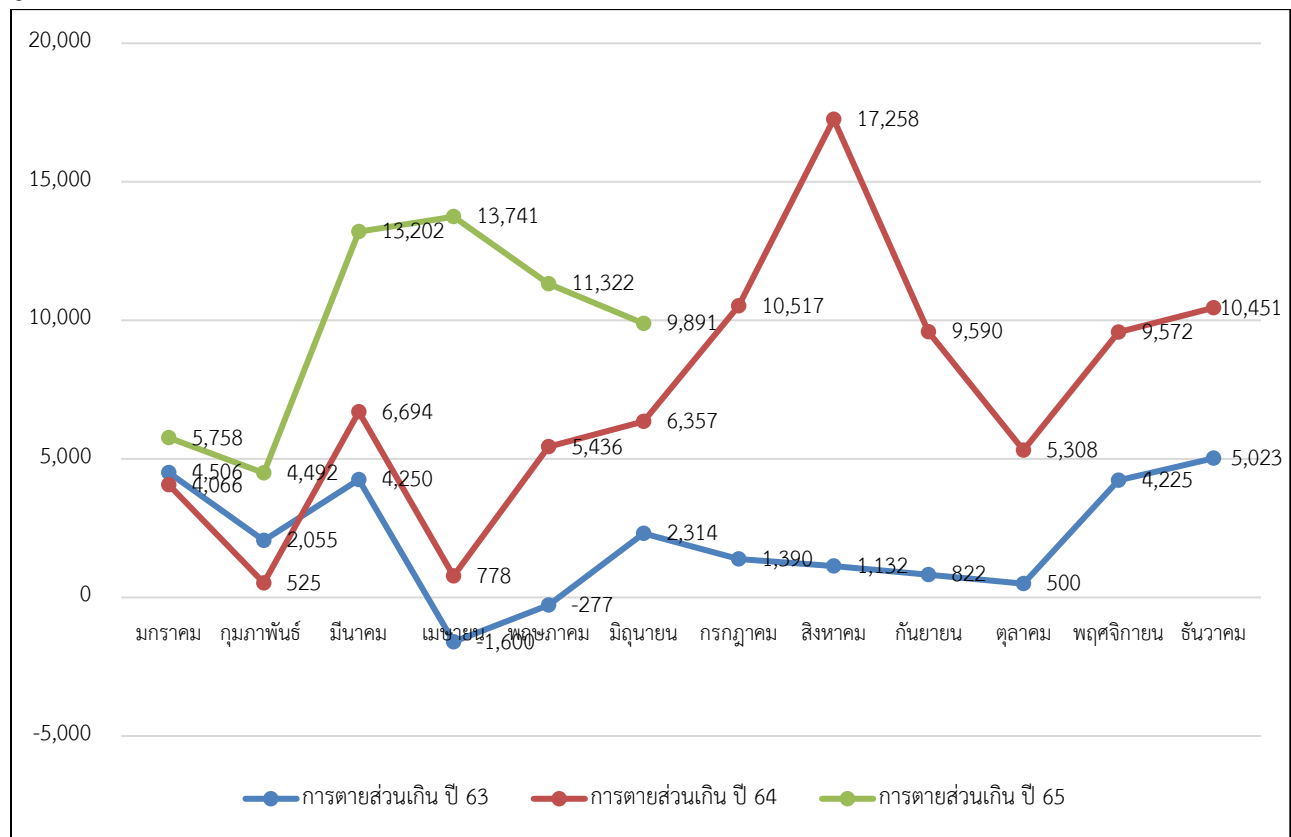
ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ: * ตัวเลขที่รายงานหลังปรับนิยามการเสียชีวิตจากโควิดของไทยเมื่อ 1 พ.ค. 2565

สำหรับปี 2564 เห็นได้ชัดเจนว่าตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 (ซึ่งเป็นจุดเริ่มการระบาดในระลอกที่ 3) เป็นต้นมา ทั้งยอดการเสียชีวิตจากโควิดและยอดการตายส่วนเกินก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทิศทางเดียวกัน และมีจำนวนสูงสุดในเดือนสิงหาคม 2564 ซึ่งมียอดการตายส่วนเกิน 17,258 คน (ขณะที่มียอดผู้เสียชีวิตจากโรคโควิดในเดือนดังกล่าว 6,732 คน) ถึงแม้ว่าจะลดลงในช่วงสองเดือนต่อมา ซึ่งมีการคลายล็อกในเดือนกันยายน แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งในเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม 2564

ขณะที่ปี 2565 (จุดเริ่มต้นการระบาดในระลอกที่ 5) จะเห็นได้ว่าจำนวนการตายส่วนเกินเพิ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นปี สูงที่สุดเท่ากับ 13,741 คนในเดือนเมษายน³²⁷ และสูงกว่าการตายส่วนเกินช่วงสองปีก่อนหน้าในช่วงเวลาเดียวกันในทุกเดือนตั้งแต่มกราคมถึงมิถุนายน ดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 112 การตายส่วนเกินในปี 2563 2564 และครึ่งแรกของปี 2565

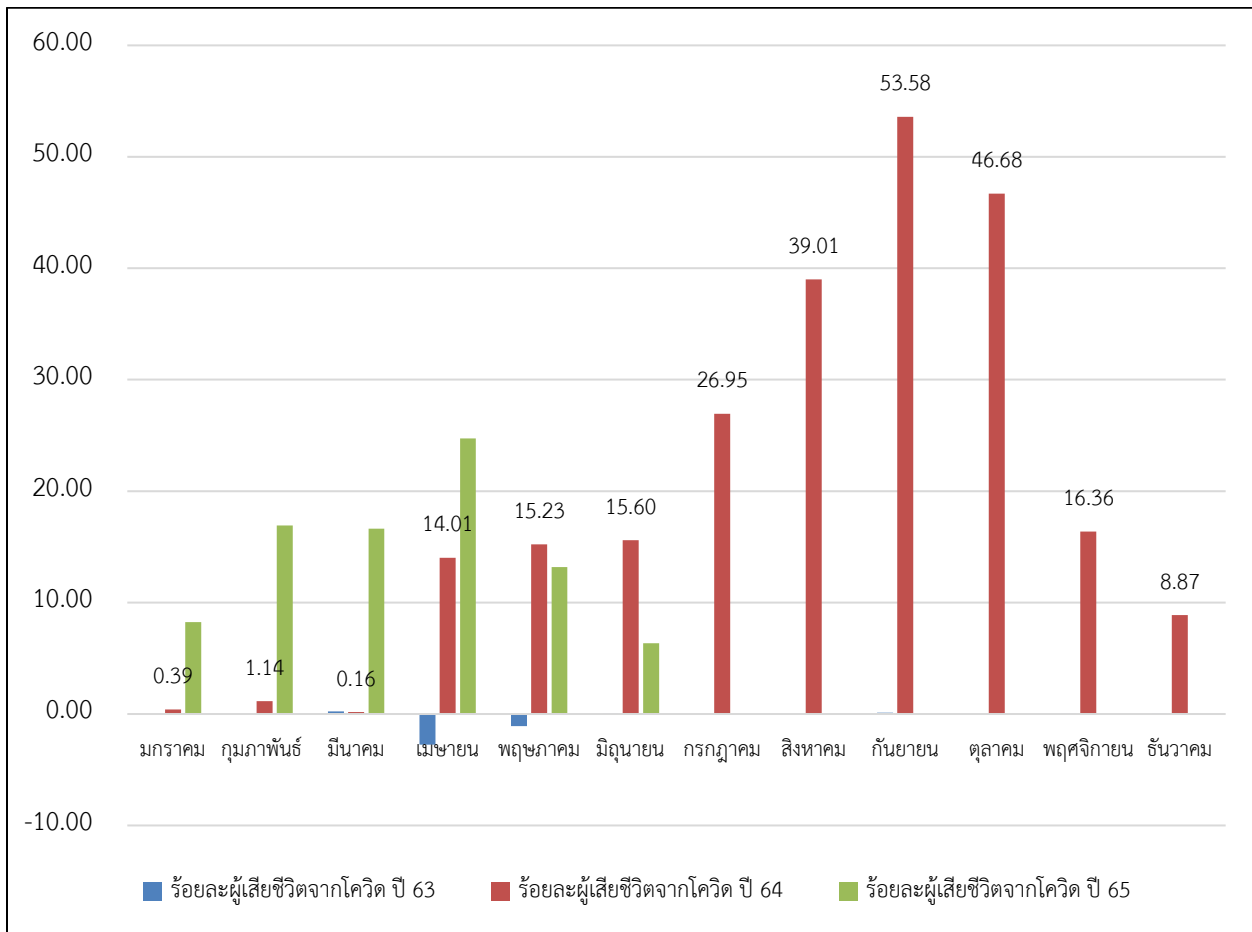


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัยจากข้อมูลกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565)

³²⁷ อาจเป็นผลมาจากเทศกาลสงกรานต์ที่ในปี 2565 ที่ภาครัฐมีนโยบายผ่อนปรนให้จัดกิจกรรมได้มากขึ้นกว่าปี 2564 (ซึ่งจำกัดกิจกรรม) และ 2563 (ซึ่งติดลบหลังปิดเมืองทั้งเดือน)

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้เสียชีวิตจากโควิดต่อการตายส่วนเกิน จะพบแนวโน้มในลักษณะที่คล้ายกัน โดยสัดส่วนในปี 2564 และ 2565 สูงกว่าปี 2653 ทุกเดือน และสูงที่สุดในเดือนสิงหาคม 2564 (ร้อยละ 53.58) และมีแนวโน้มลดลงในเวลาต่อมา ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงขาลงของระลอกที่ 4 (เดลตา) และมีการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นในช่วงครึ่งปีหลังของ 2564 จากนั้นจึงกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงต้นปี 2565 ที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อโอมิครอนมากขึ้น ดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 113 ร้อยละผู้เสียชีวิตจากโควิดต่อการตายส่วนเกิน 2563 - มิ.ย. 2565

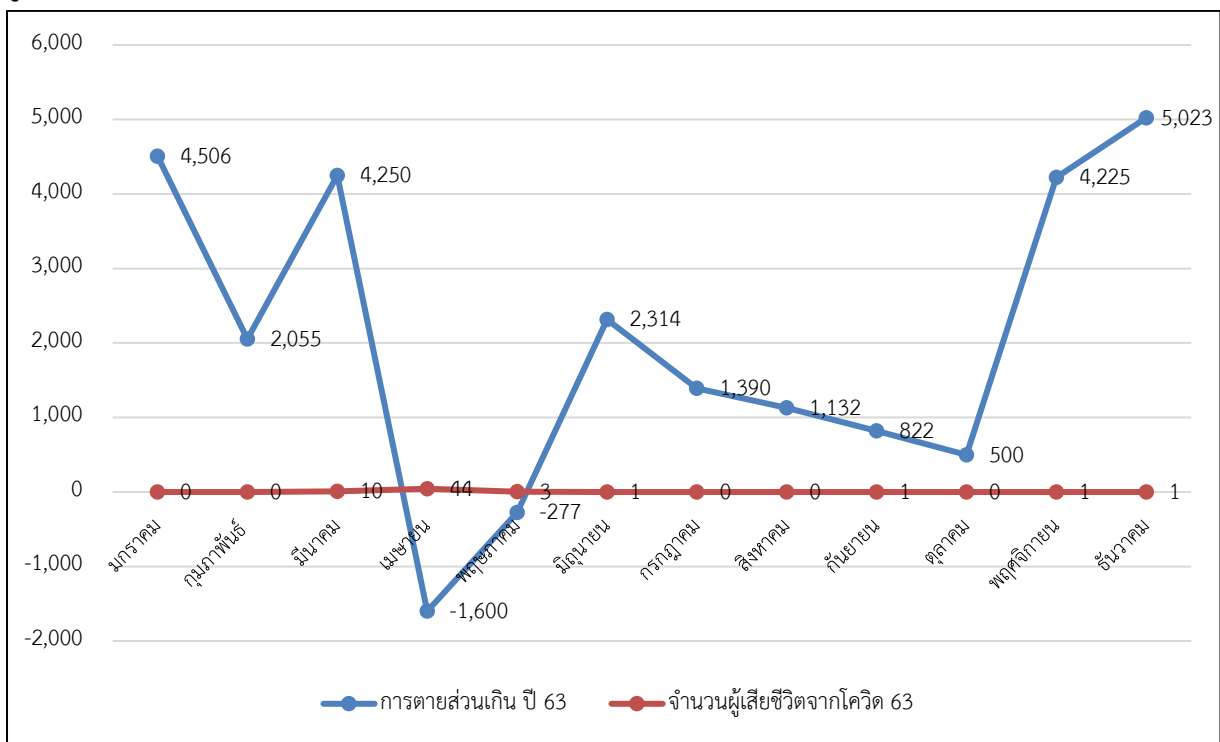


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัยจากข้อมูลกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565)

ตารางที่ 27 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2563

เดือน	ผู้เสียชีวิตในปี 2563	ผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 2558-2562	ผู้เสียชีวิตส่วนเกิน ในปี 2563	ผู้เสียชีวิตจากโควิดในปี 2563	ส่วนต่าง (คน)
มกราคม	47,125	42,619	4,506	0	4,506
กุมภาพันธ์	39,758	37,703	2,055	0	2,055
มีนาคม	44,304	40,054	4,250	10	4,240
เมษายน	40,057	41,657	-1,600	44	-1,644
พฤษภาคม	39,674	39,951	-277	3	-280
มิถุนายน	39,479	37,165	2,314	1	2,313
กรกฎาคม	39,817	38,427	1,390	0	1,390
สิงหาคม	40,999	39,867	1,132	0	1,132
กันยายน	39,361	38,539	822	1	821
ตุลาคม	41,640	41,140	500	0	500
พฤศจิกายน	43,545	39,320	4,225	1	4,224
ธันวาคม	45,679	40,656	5,023	1	5,022
รวม	501,438	477,098	24,340	61	24,279

ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

รูปที่ 114 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2563


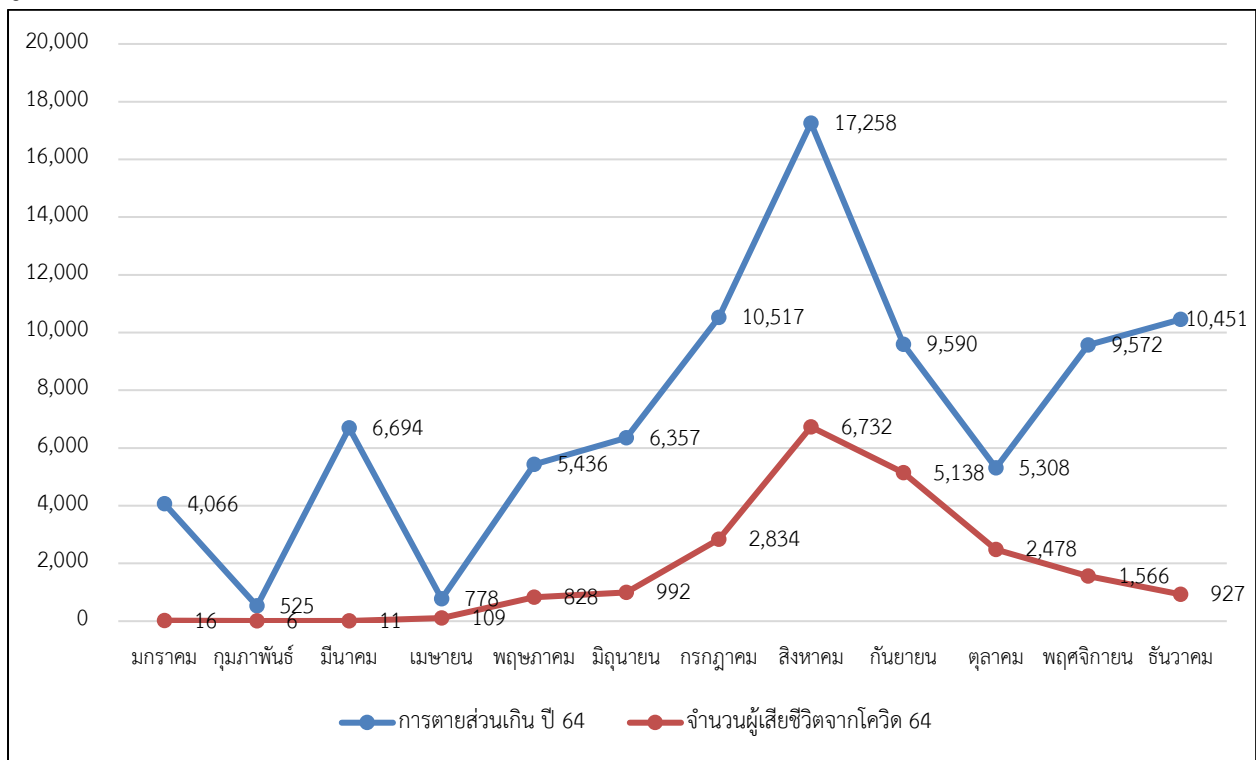
ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย จากข้อมูลกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565)

ตารางที่ 28 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2564

เดือน	ผู้เสียชีวิตในปี 2564	ผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 2558-2562	ผู้เสียชีวิตส่วนเกิน ในปี 2564	ผู้เสียชีวิตจากโควิดในปี 2564	ส่วนต่าง (คน)
มกราคม	46,685	42,619	4,066	16	4,050
กุมภาพันธ์	38,228	37,703	525	6	519
มีนาคม	46,748	40,054	6,694	11	6,683
เมษายน	42,435	41,657	778	109	669
พฤษภาคม	45,387	39,951	5,436	828	4,608
มิถุนายน	43,522	37,165	6,357	992	5,365
กรกฎาคม	48,944	38,427	10,517	2,834	7,683
สิงหาคม	57,125	39,867	17,258	6,732	10,526
กันยายน	48,129	38,539	9,590	5,138	4,452
ตุลาคม	46,448	41,140	5,308	2,478	2,830
พฤศจิกายน	48,892	39,320	9,572	1,566	8,006
ธันวาคม	51,107	40,656	10,451	927	9,524
รวม	563,650	477,098	86,552	21,637	64,915

ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

รูปที่ 115 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2564



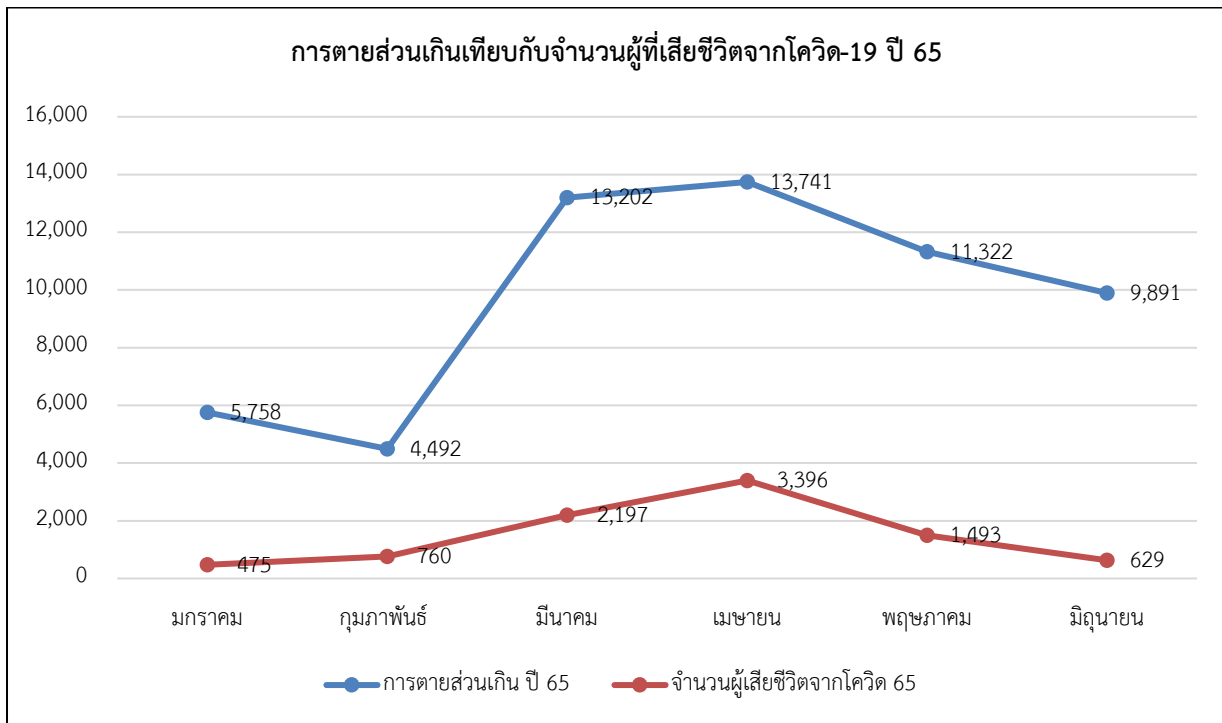
ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย จากข้อมูลกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565)

ตารางที่ 29 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2565

เดือน	ผู้เสียชีวิตในปี 2565	ผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 2558-2562	ผู้เสียชีวิตส่วนเกิน ในปี 2565	ผู้เสียชีวิตจากโควิดในปี 2565	ส่วนต่าง (คน)
มกราคม	48,377	42,619	5,758	475	5,283
กุมภาพันธ์	42,195	37,703	4,492	760	3,732
มีนาคม	53,256	40,054	13,202	2,197	11,005
เมษายน	55,398	41,657	13,741	3,396	10,345
พฤษภาคม	51,273	39,951	11,322	1,493*	9,829
มิถุนายน	47,056	37,156	9,891	629*	9,262
รวมครึ่งปี	297,555	239,140	58,406	8,950	49,456

ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565) คำนวณเพิ่มโดยคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ: * ตัวเลขที่รายงานหลังปรับนิยามการเสียชีวิตจากโควิดของไทยเมื่อ 1 พ.ค. 2565

รูปที่ 116 การตายส่วนเกินและการเสียชีวิตจากโควิดในปี 2565


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลจากกรมการปกครองและกรมควบคุมโรค (2565)

หมายเหตุ: * ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากโควิดในเดือน พ.ค.-มิ.ย. 2565 เป็นตัวเลขหลังปรับนิยามการเสียชีวิตจากโควิด

การที่ยอดการตายส่วนเกินของไทย อย่างน้อยตั้งแต่กลางปี 2564 ถึงกลางปี 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงในทิศทางเดียวกันกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด ก็น่าจะช่วยยืนยันว่ายอดการตายส่วนเกินน่าจะเป็นตัวแทนการวัดผลกระทบจากโควิด-19 ได้พอสมควร อย่างไรก็ตาม การที่ยอดนี้มีค่าค่อนข้างสูงตั้งแต่ในช่วงสองเดือนแรกของปี 2563—ซึ่งเป็นช่วงที่ไทยน่าจะยังได้รับผลกระทบจาก โควิดไม่มาก

นัก—ก็คงเป็นคำเตือนด้วยการตีความจากการประมาณการที่ใช้ข้อสมมุติที่ค่อนข้างจะหยาบ (ว่าการตายที่เปลี่ยนไปจาก “ค่าปกติ” เป็นผลจากโควิดล้วนๆ) นั้น ควรต้องทำด้วยความระมัดระวังอย่างมากทีเดียว อย่างไรก็ตาม การที่ยอดการตายส่วนเกินของไทยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 สูงกว่าในปี 2563 อย่างชัดเจน และเท่าที่มีข้อมูลในทุกเดือนตลอดช่วงครึ่งปีแรกของปี 2565 ก็สูงกว่าปี 2564 อย่างชัดเจน ก็บ่งชี้ว่าผลกระทบจากโควิดต่อประชาชนทั่วไปยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงสองปีครึ่งที่ผ่านมา .

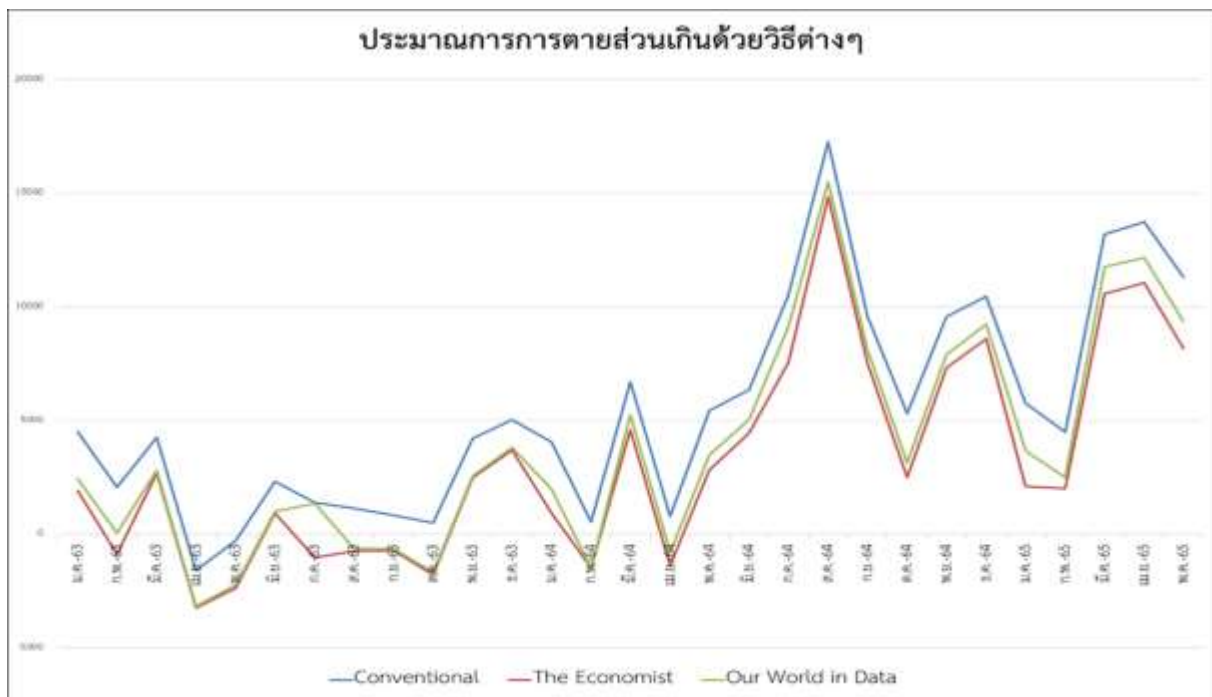
ที่ผ่านมา ซึ่งแนวคิดเรื่องการตายส่วนเกินเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น สำนักต่างๆ จึงได้มีการปรับวิธีการประมาณการการตายส่วนเกินที่อาจแตกต่างจากวิธี Conventional ที่การศึกษาที่ใช้ไปบ้าง เช่น

- The Economist ใช้ Machine Learning ที่คำนวณรวม Indicator ที่เกี่ยวข้องกับการตายส่วนเกินมากกว่า 100 ตัว
- Our World in Data คำนวณ Projected Expected Death จาก regression โดยใช้ข้อมูลปี 2015-2019

ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน แต่กราฟทั้งสามเส้นในรูปข้างล่างก็แสดงให้เห็นว่าค่า excess death ของไทยที่ได้จากการคำนวณทั้งสามวิธีแสดงแนวโน้มเคลื่อนไหวไปในทิศทางเดียวกัน และแสดงด้วยว่าการตายส่วนเกินก็เพิ่มขึ้นใน 4 เดือนแรกของระลอกโอมิครอนในต้นปี 2565 นี้ ถึงแม้ยอดสูงสุดของระลอกนี้ในเดือนเมษายน 2565 จะต่ำกว่ายอดสูงสุดของระลอกเดลต้าในเดือนสิงหาคม 2564 ก็ตาม

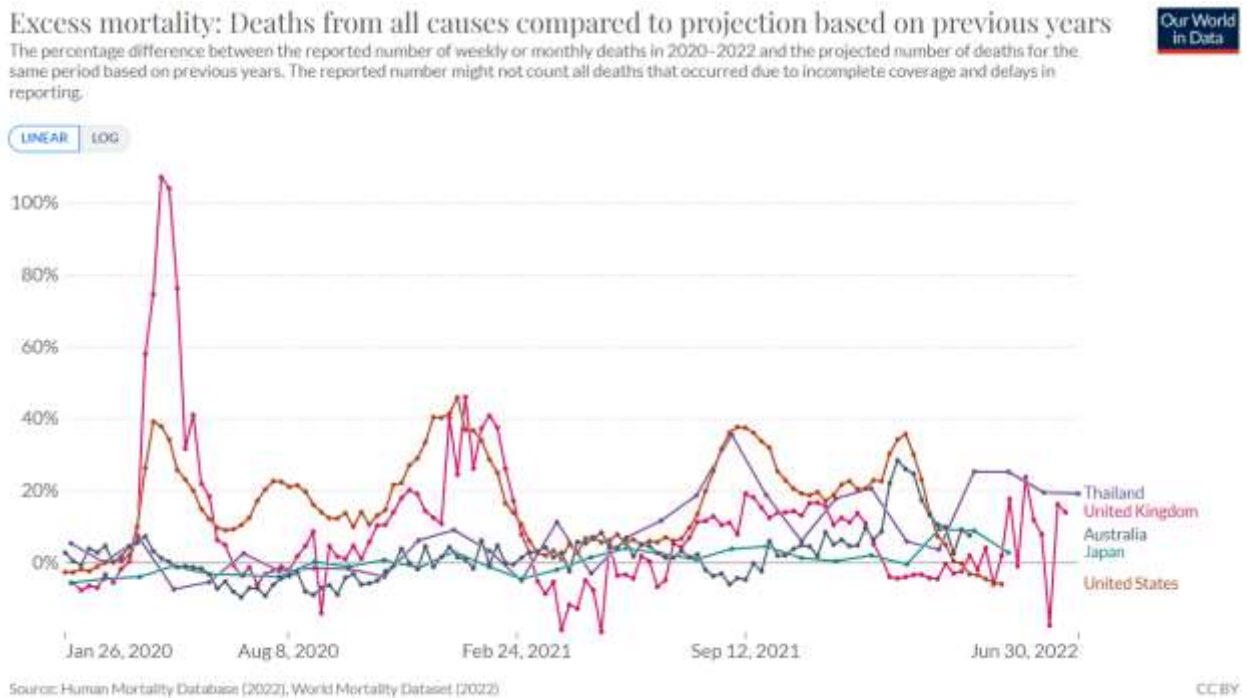
รูปที่ 117 เปรียบเทียบการประมาณการการตายส่วนเกินของไทยด้วยวิธีต่างๆ มกราคม 63 – พฤษภาคม

65

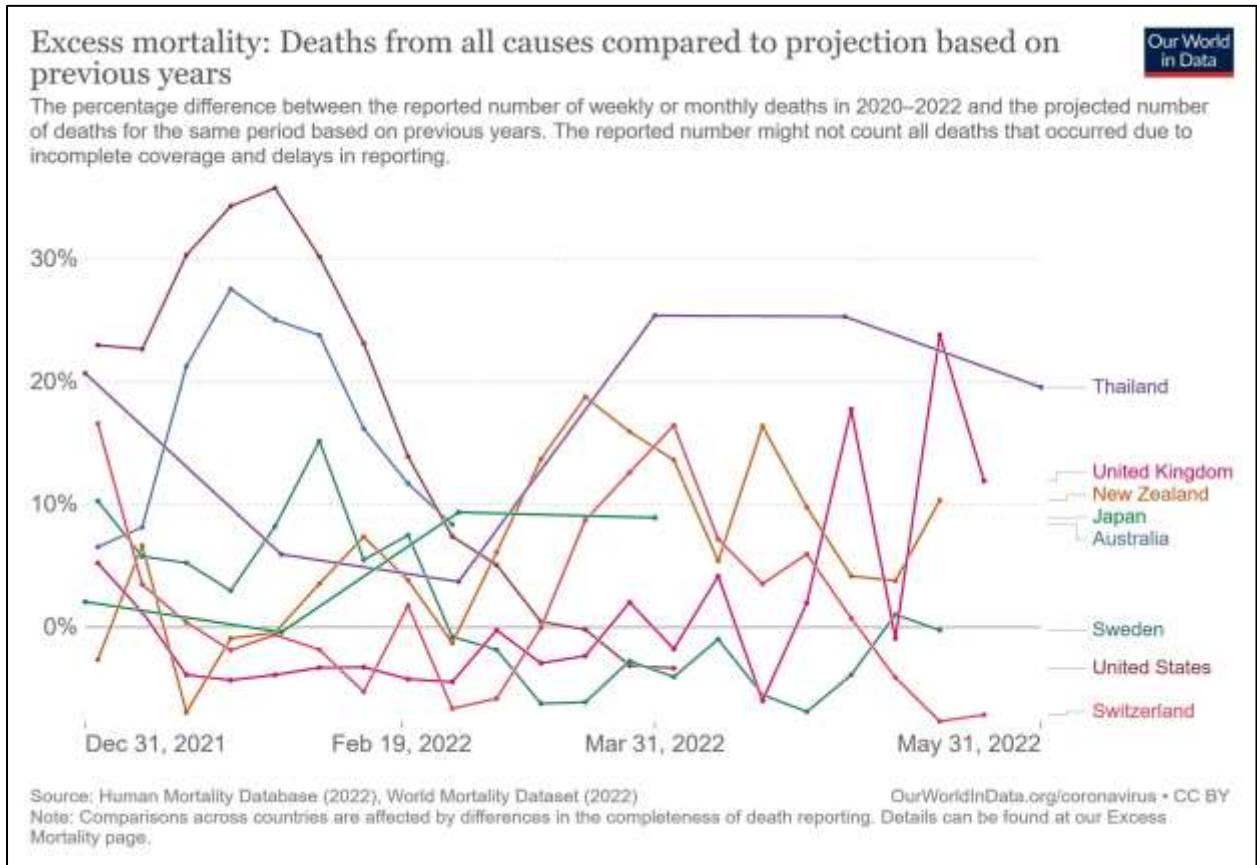


เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายส่วนเกินของไทยกับประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่งในช่วงมกราคม 2563 – มิถุนายน 2565 (สองรูปข้างล่าง) จะเห็นได้ว่า ในปี 2563 ถึงต้นปี 2564 อัตราการตายส่วนเกินของไทยต่ำกว่าของสหรัฐฯ และสหราชอาณาจักรมาก แต่เริ่มสูงกว่าในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงประมาณกลางเดือนสิงหาคม 2564 จากนั้นก็ต่ำกว่าสหรัฐฯ ไปจนถึงสิ้นปี (และต่ำกว่าสหราชอาณาจักรตั้งแต่กลางเดือนตุลาคมถึงปลายเดือนพฤศจิกายน 2564) แต่ในช่วงต้นปี 2565 (4-5 เดือนแรก) อัตราการตายส่วนเกินของไทยก็ยิ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ

รูปที่ 118 เปรียบเทียบอัตราการตายส่วนเกินของไทยกับประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่ง มกราคม 63 – มิถุนายน 65



รูปที่ 119 อัตราตายส่วนเกินของไทยเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่งในปี 2565



ปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตาย

การแพร่ระบาดของโควิด-19 กระทบการดำเนินชีวิตของคนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะคนวัยทำงาน ตั้งแต่จากการปิดประเทศ การหยุดกิจการร้านค้า และสถานบริการที่หยุดชะงักอย่างกระทันหันและยาวนาน จนหลายกิจการต้องปิดตัวลง และลูกจ้างจำนวนมากได้รับผลกระทบไม่ว่าจะเป็นคนที่ตกงาน/ว่างงานเป็นเวลายาวนาน หรือแม้กระทั่งการที่สถานประกอบการที่เปิดอยู่จำนวนมากใช้มาตรการให้พนักงานทำงานอยู่ที่บ้าน ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ปัญหาความเครียดของคนจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ โควิดยังอาจ ‘เป็นตัวกระตุ้น’ ที่ทำให้ภาวะหลายๆ อย่างในสังคมเกิดขึ้นเร็วหรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิมได้ เช่น การตกงาน เงินออมหมด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และความเหลื่อมล้ำ หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพจิตด้านจิตใจที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

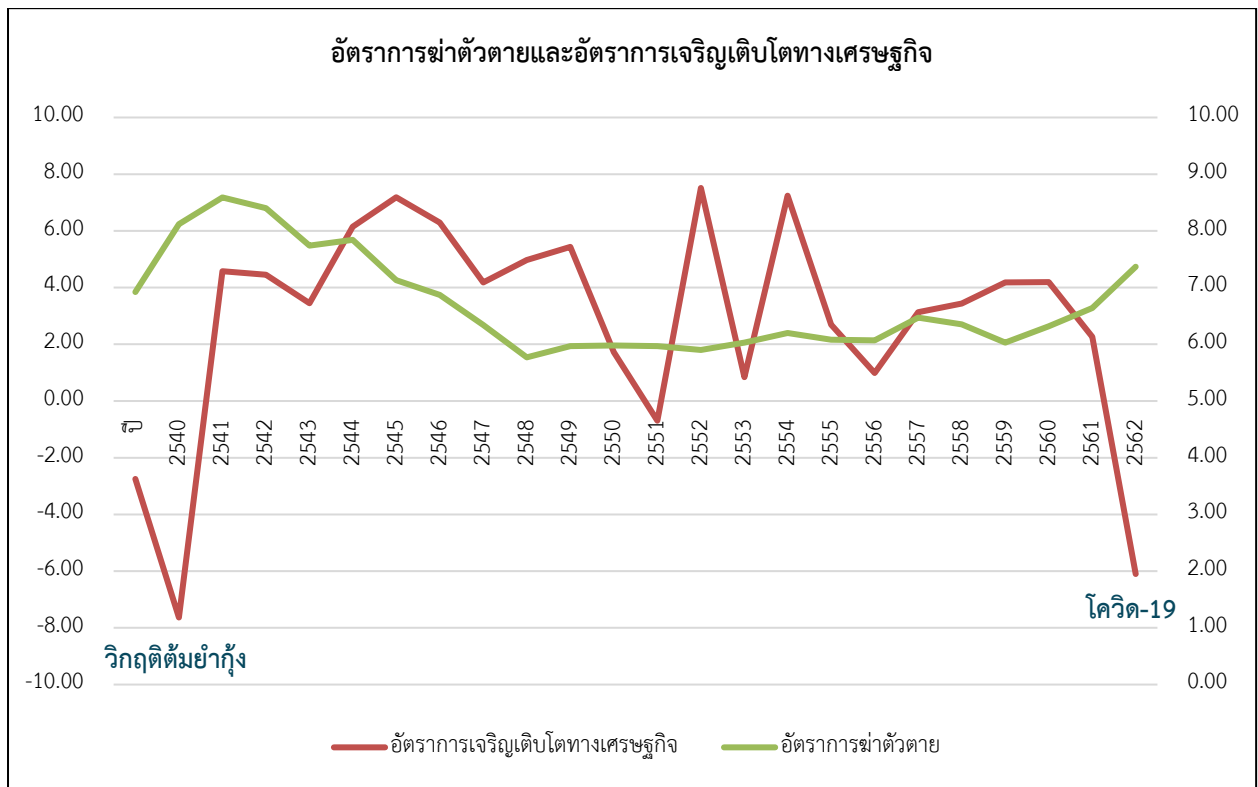
ในช่วงต้นปี 2565 ที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตรายงานผลการดำเนินงานของระบบติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ผ่านระบบ www.วัดใจ.com หรือ ระบบ Mental Health Check In ซึ่งได้ทำการสอบถามผู้ประเมินจนถึง 9 ม.ค.นี้ จำนวน 2,579,026 คน พบว่า มีความเครียดสูง 216,098 คน หรือ 8.38% เสี่ยงซึมเศร้า 254,243 คน หรือ 9.86 % เสี่ยงฆ่าตัวตาย 140,939 คนหรือ 5.46% มีภาวะหมดไฟ 25,552 หรือ 4.16% นอกจากนี้ การฟื้นฟูสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID-19 ที่หลังจากติดเชื้อแล้ว 3 เดือน ยังคงมีอาการทั้งทางกายและจิตใจมีจำนวนที่มีนัยสำคัญ (ยอดจำนวนสะสมผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID

อาจจะมากกว่าหนึ่งล้านคน) ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแล เพราะอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายมากขึ้นในอนาคต

จากผลสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2540-2563 เมื่อดูภาพรวมของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จะเห็นตัวเลขที่ขึ้นสูงสุดในช่วงปี 2542 (ดูกราฟ) หลังเกิด “วิกฤติต้มยำกุ้ง” ปี 2540 ซึ่งหลายกิจการต้องปิดกิจการ หนี้สินล้นพ้นตัว มีคนตกงานจำนวนมาก

ขณะเดียวกันเมื่อเกิดวิกฤตการแพร่ระบาดของโควิด-19 ก็มีกรณีตัวเลขการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงวิกฤติโควิด-19 (เทียบกับ 17 ปีก่อนหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง) ที่เพิ่มขึ้นเป็น 7.37 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 และ 7.8 ต่อแสนประชากรในปี 2564 (โดยปี 2564 มีตัวเลขประมาณการจากนักวิจัยที่ติดตามเรื่องนี้ประมาณการไว้ที่ 10.2 ด้วย)³²⁸

รูปที่ 120 อัตราการฆ่าตัวตายและอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ



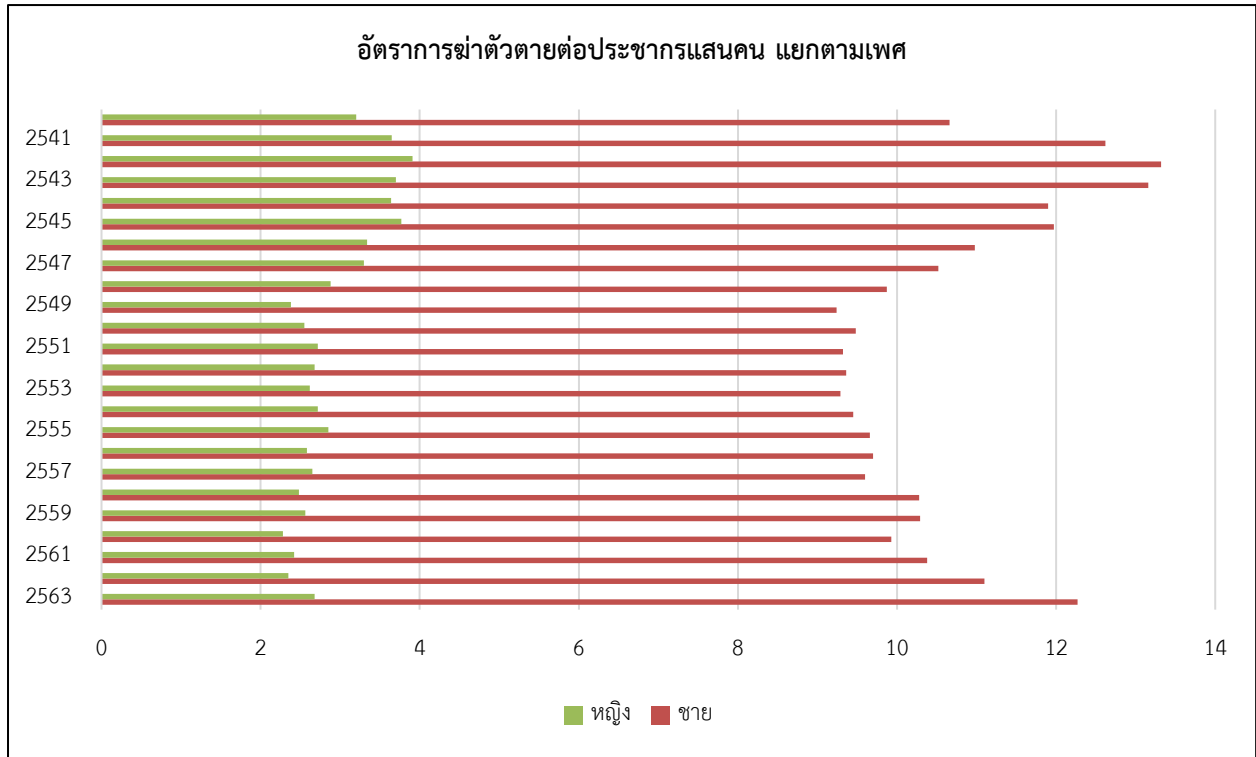
ที่มา: เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต (2565) และ World Bank (2020)

เมื่อพิจารณาจำนวนคนที่ฆ่าตัวตายตามเพศ ในทุกๆ ปี เพศชายจะมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงหลายเท่าตัว ในช่วงเกิดวิกฤติขึ้นในปี 2540-43 ซึ่งมีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นมากนั้น เพศชายมีจำนวนประมาณ 3 เท่าของเพศหญิง เช่น ในปี 2542 จำนวนผู้ชายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากประชากรแสนคน เป็น

³²⁸ จากการสนทนากับผู้ทรงคุณวุฒิของ วช. ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตาย

จำนวน 13.32 คน ผู้หญิงจำนวน 3.91 คน และในปี 2563 ในช่วงวิกฤตโควิด-19 จำนวนผู้ชายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากประชากรแสนคน 12.27 คน และผู้หญิง 2.68 คน (มากกว่า 4 เท่า) ซึ่งตัวเลขทั้งสองชุดนี้เป็นตัวเลขที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ทำให้เห็นจำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นสูงท่ามกลางภาวะวิกฤตของไทย

รูปที่ 121 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามเพศ



ที่มา: เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต (2565)

ณ 30 มิ.ย. 2565 ตัวเลขสถิติที่รายงานโดยกรมสุขภาพจิตทางเว็บไซต์มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงปี 2563 เท่านั้น แต่ก็มีรายงานข่าวที่อ้างการรายงานของอธิบดีกรมสุขภาพจิตในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเมื่อวันที่ 27 เม.ย. 2565 จากข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560-2564 ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2564 อยู่ที่ 7.8 คนต่อแสนประชากร³²⁹ ในขณะที่มีนักวิจัยที่ติดตามเรื่องนี้ประมาณการอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2564 ไว้ที่ 10.2³³⁰ ซึ่งในตารางข้างล่างคณะผู้วิจัยใช้อัตราที่รายงานเหล่านี้ประมาณการจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จไว้อย่างหยابๆ ว่าในปี 2563 อยู่ที่ประมาณ 5,000 คน และปี 2564 อยู่ระหว่าง 5,345-6,990 ซึ่งถ้าใช้ตัวเลขที่เป็นทางการก็มีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2563 และ 2564 เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่มากนัก (ประมาณ 500 และ 845) แต่ถ้าใช้ตัวเลขประมาณการสำหรับปี 2564 ก็จะเพิ่มขึ้นจากปี 2562 มากพอสมควร (เพิ่มขึ้น 2,490 หรือ

³²⁹ <https://www.bangkokbiznews.com/social/1001472>

³³⁰ ข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ทรงคุณวุฒิของ วช. ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตาย

ประมาณร้อยละ 55) แต่ก็ยังต่ำกว่าจำนวน Excess mortality ที่ลบด้วยยอดเสียชีวิตจากโควิดในปี 2563 และ 2564 ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 24,279 และ 64,915 คนตามลำดับ และเพียงแค่ 4 เดือนแรกของปี 2565 ตัวเลขนี้ก็สูงถึง 30,365 คน (ซึ่งสูงกว่า 4 เดือนแรกของปี 2563 และ 2564 มาก) ถึงแม้ว่าในกรณีของ Excess mortality นั้น ก็เป็นที่ทราบกันว่าจำนวนผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่งน่าจะมากจากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่อาจจะเข้าไม่ถึงบริการในระดับที่เคยเข้าถึงเป็นปกติ ทำให้มีอัตราการตายที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วย

ตารางที่ 30 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่รายงานและประมาณการ และประมาณการจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2562-2564

	2562	2563	2564	2564e
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (ที่รายงานโดยกรมสุขภาพจิต ยกเว้นค่าประมาณการของ 2564)	6.64	7.37	7.8	10.2
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยประมาณ (คน) (ประมาณการหยาบๆ โดยผู้วิจัย จากอัตราข้างบน)	4,500	5,000	5,345	6,990
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่เพิ่มขึ้นจากปี 2562 โดยประมาณ (คน)	0	500	845	2,490

ที่มา: เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต (2565) และประมาณการโดยคณะผู้วิจัย

ในเรื่องการฆ่าตัวตายนั้น เมื่อพิจารณาที่ระบบการช่วยเหลือสุขภาพทางจิตของประเทศไทย อมรเทพ สัจจะมุณีวงศ์ นักเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพจิต ผู้พัฒนาแอปพลิเคชัน SATI ให้ข้อมูลกับสำนักข่าว BBC ว่า ประเทศไทยมีบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตในอัตราส่วน 1 ต่อ 250,000 คน และไม่มีพื้นที่ปลอดภัยจากชุมชนที่มากเพียงพอ หรือโครงสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับสาธารณสุข การเข้าถึงนักจิตบำบัด จิตแพทย์ตามโรงพยาบาลรัฐที่ต้องต่อคิวและใช้เวลาในโรงพยาบาล 6-7 ชั่วโมง หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นโครงสร้างที่ยังไม่สามารถรองรับกลุ่มที่ต้องการการรักษาด้านสุขภาพจิตได้อย่างเพียงพอ³³¹

³³¹ <https://www.bbc.com/thai/thailand-57721370>

18. การประเมินเพื่อถอดบทเรียนการรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 จากมุมมองทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยา

โดย ผศ.ดร.ชลิตา บัณฑุงค์

18.1 สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในไทย (ภาพรวม)

ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2565 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ ศบค. รายงานว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโควิด-19 ยืนยันสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 4,450,457 ราย และผู้เสียชีวิตสะสม 30,019 ราย ทั้งนี้ หากนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโควิด-19 ยืนยันสะสม 2,227,022 ราย และ เสียชีวิตสะสม 8,321 ราย ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ยังคงมีอยู่มาก สวนทางกับทิศทางในการเปิดประเทศและการให้ประชาชนกลับไปใช้ชีวิตปกติ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ไวรัสที่ทำให้อาการจากการติดเชื้อโควิด-19 ลดความรุนแรงลงและจากการที่คนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนแล้ว

การระบาดของโควิด-19 ในไทย อาจแบ่งได้เป็น 5 ระลอก กล่าวคือ

- ระลอกที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง ปลายปี (พ.ย.) 2563
- ระลอกที่ 2 ปลายปี (ธ.ค.) 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564
- ระลอก 3 (อัลฟา) กุมภาพันธ์ 2564 - มิถุนายน 2564
- ระลอก 4 (เดลต้า) มิถุนายน 2564 – กันยายน 2564
- ระลอก 5 (โอมิครอน) ตั้งแต่ มกราคม 2565 จนถึงปัจจุบัน

ซึ่งในที่นี่จะให้รายละเอียด

2.1 ระลอกที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง ปลายปี (พ.ย.) 2563

ในช่วงแรกไตรมาสแรกของปี 2563 หรือ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงกลางเดือนมีนาคม ไทยมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 81 คน และมีผู้เสียชีวิตเพียง 1 ราย อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่ครึ่งหลังของเดือนมีนาคมจนถึงสิ้นเดือนเมษายนจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 มีเพิ่มขึ้นมากจนถือเป็นเป็นจุดสูงสุดของการระบาดในระลอกแรกนี้ กล่าวคือ ในช่วงตั้งแต่ 15 มีนาคม ถึง 25 เมษายน 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโควิดมากถึง 2,835 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 50 ราย โดยแต่ละสัปดาห์มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ร้อยละร้อยกว่ารายไปจนถึงหลายร้อยราย ระหว่างวันที่ 22 ถึง 28 มีนาคม 2563 มีผู้ป่วย 833 ราย และช่วงระหว่างวันที่ 29 มีนาคม ถึง 4 เมษายน 2563 มีผู้ป่วย 823 ราย จากนั้นยอดผู้ป่วยก็ลดลง โดยในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 รวม 1,052 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตเพียง 8 คนเท่านั้น (ดูตารางในภาคผนวก) ในจำนวน 31 สัปดาห์ของช่วงเวลานี้มีผู้ป่วยเฉลี่ยเพียงสัปดาห์ละ 34 คนเท่านั้น

ประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยด้วยโควิด-19 รายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 ผู้ป่วยรายนี้เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน ต่อมาจึงเริ่มมีผู้ป่วยคนไทยที่ทำงานเกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ เช่น คนขับรถรับจ้าง พนักงานร้านอาหารของปลอดภาษี บุคลากร ลูกจ้างในสนามบิงสุวธรรมภูมิ และในวันที่ 29 กุมภาพันธ์

2563 ก็ได้มีผู้ป่วยโควิด-19 คนไทยที่เสียชีวิตเป็นรายแรก ซึ่งเป็นการติดเชื้อในประเทศ ผู้เสียชีวิตเป็นพนักงานในร้านค้าปลอดภาษี มีประวัติสัมผัสนักท่องเที่ยวชาวจีน ตอนนั้นใช้เวลานานพอควรกว่าแพทย์จะทราบว่า ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคโควิด-19 อีกโรคหนึ่งด้วย³³²

นอกจากการสัมผัสติดเชื้อที่มีต้นตอมาจากนักท่องเที่ยวชาวจีนแล้ว ในช่วงราว 3 เดือนแรกของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระลอกนี้ มีการติดเชื้อใน 3 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อจากสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานคร³³³ 2) กลุ่มผู้ติดเชื้อจากสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน และสนามมวยอ้อมน้อย และ 3) กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศและจากการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาอิสลามที่ประเทศมาเลเซียและอินโดนีเซีย³³⁴ ทางกรมมีการประกาศและติดตามตัวให้กลุ่มเสี่ยงจาก 3 กลุ่มนี้รีบเข้าพบแพทย์เป็นการเร่งด่วน ทั้งนี้ ในช่วงแรกภาครัฐเองไม่ต้องการให้สังคมทราบหรือแตกตื่นต่อการแพร่ระบาดมากนัก ดังจะเห็นจากการที่รัฐเพ่งเล็งและขู่ดำเนินคดีในความผิดตาม พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ ต่อนายแมทธิว ดิน ว่าสร้างความแตกตื่นในสังคมจากการที่เขาแจ้งข่าวในสื่อออนไลน์ว่าตนเองติดโควิด-19 จากสนามมวย³³⁵

แม้การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยที่น้อยกว่าผู้ป่วยในระลอกหลังอยู่มาก อย่างไรก็ตามไม่ได้ แต่สถานการณ์โควิด-19 ในระลอกแรกนี้ก็กลับมีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนอย่างหนักหน่วงมากกว่าในระลอกใดๆ ขณะที่ความตื่นกลัวของสังคมยังมีสูงมาก นำมาสู่มาตรการที่เข้มงวดและรุนแรงในการควบคุมโรคโควิด-19 เช่น นโยบายการปิดห้างสรรพสินค้า การรณรงค์ "อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ" การปิดเมือง หรือ lockdown ไม่ให้มีการเคลื่อนย้ายของประชาชนได้อย่างเสรี การปิดสถานบันเทิง การปิดตลาดนัด การไม่อนุญาตให้นั่งในร้านขายอาหาร หรือ การปิดจังหวัดตามอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด ดังกรณีจังหวัดยะลา ที่ห้ามประชาชนเดินทาง เข้า-ออก ข้ามเขตพื้นที่จังหวัด เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ³³⁶ จนนำมาสู่การที่รัฐบาลประกาศล็อกดาวน์ทั่วประเทศ โดยพล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ลง

³³² ไวรัสโคโรนา: ผู้ป่วยโควิด-19 คนไทย เสียชีวิตรายแรก ปีนี้ไทย 1 มีนาคม 2563

<https://www.bbc.com/thai/thailand-51694727>

วันที่ไทยรู้จัก COVID-19 จิราภรณ์ ศรีแจ่ม ไทยพีบีเอส 28 มีนาคม 2563 <https://news.thaipbs.or.th/content/290347>

(อ้างแล้ว) แจงกรณีมีผู้เสียชีวิตจากไวรัสโควิด-19 สัปดาห์ ดสาขาศรีวาริแล้ว ประชาชาติธุรกิจ 1 มีนาคม 2563

<https://www.prachachat.net/marketing/news-426842>

³³³ เปิดใหม่ไลน์ "ร.ต.อ." สืบนครบาลติดโควิด-19 ปาร์ตี้กับเพื่อนที่บางนาต่อด้วยทองหล่อ สนุกตอทคอม 16 มีนาคม 2563

<https://www.sanook.com/news/8055070/>

³³⁴ ปช.คกก.อิสลาม ที่นราธิวาส 132 คนไทยร่วมศาสนกิจที่มาเลย์ กักตัว 14 วัน ไทยรัฐออนไลน์ 14 มีนาคม 2563

<https://www.thairath.co.th/news/local/south/1794999>

³³⁵ วิโรจน์แนะแมทธิว ถ้าติดเชื้อโควิดจริงยื่นศาลฟ้อง สธ. ฐานให้ข่าวข่มขู่ประชาชน มติชนออนไลน์ วันที่ 13 มีนาคม 2563

https://www.matichon.co.th/politics/news_2053059

³³⁶ ชายวัย 54 เสียชีวิตจากโควิด-19 รายแรกของยะลา หลังกลับจากมาเลเซีย ผู้ว่าสั่งปิดเมืองห้ามเข้า-ออก คลิป (1:50

นาที) เรื่องเล่าเช้านี้ 30 มีนาคม 2563 <https://www.youtube.com/watch?v=fpWxP3KzORg>

นามในประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมการระบาดของโควิด-19 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม – 30 เมษายน 2563

ในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 เกิดการขาดแคลนหน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคอย่างมาก ภาครัฐได้รณรงค์อย่างกว้างขวางให้ประชาชนทำหน้ากากใช้และแจกจ่ายกันเองแทนหน้ากากอนามัย พร้อมกับการประกาศให้หน้ากากอนามัย และวัสดุในการผลิตเจลและแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อเป็นสินค้าควบคุมของกรมอนามัยและนำมาไปสู่มาตรการการควบคุมการส่งออก

ในช่วงเวลานี้ ศบค.มีความกังวลอย่างมากต่อการแพร่เชื้อจากต่างประเทศ แม้ที่จริงๆ จะมีการติดเชื้อภายในประเทศมากกว่าจากคนที่เพิ่งเดินทางเข้ามาในไทยก็ตาม ทางกรมได้ปิดประเทศชั่วคราว ยกเลิกเที่ยวบินระหว่างประเทศ และได้มีมาตรการต่างๆ ออกมาจำกัดหรือชะลอการเดินทางเข้าประเทศ กระทั่งนำมาสู่ข้อกำหนดที่ยุ่ยากต่อการเดินทางกลับบ้านของคนไทยในต่างแดน จนเกิดกระแสการวิจารณ์ว่ารัฐกีดกันการเดินทางกลับบ้านของคนไทยอันเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ขณะที่สังคมไทยก็มีความตื่นกลัวคนที่เดินทางกลับประเทศ โดยเฉพาะแรงงานไทยที่ไปทำงานในประเทศต่างๆ ดังกรณีการประณามแรงงานไทยที่กลับจากเกาหลีบางส่วนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกักตัวตามมาตรการของรัฐบาล 14 วัน หรือการประณามแรงงานจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เดินเข้าประเทศไทยด้วยช่องทางธรรมชาติ

การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกนี้ยังไม่มีปัญหาเรื่องเตียงผู้ป่วยไม่พอหรือการเข้าไม่ถึงการรักษา ซึ่งต่างจากการระบาดของโควิด-19 ในระลอกที่ 3 เป็นอย่างมาก

2.2 ระลอกที่ 2 ปลายปี (ธ.ค.) 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564

การระบาดระลอก 2 หรือที่ ศบค.เรียกว่าเป็น “การระบาดระลอกใหม่” (Newly Emerging) เป็นการติดเชื้อใหม่จากอีกกลุ่ม (แรงงานต่างด้าว) ไม่ได้เชื่อมโยงกับการระบาดในระลอกแรก (สนามมวย/พื้นที่ทองหล่อ) ซึ่งจบไปแล้วเมื่อเดือนเดือนพฤษภาคม 2563³³⁷ การระบาดระลอกนี้กินเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ถึง สิ้นเดือนมีนาคม 2564

ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 เริ่มมีการรายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เดินทางมาจากประเทศเมียนมา ทั้งในส่วนของคนไทยที่เดินทางกลับประเทศ และคนเมียนมาที่ลักลอบเข้าประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่พบผู้ติดเชื้อที่ด่านหรือพรมแดนในจังหวัดเชียงราย อย่างไรก็ตาม การระบาดที่นับเป็นระลอกใหม่นี้เกิดขึ้นที่จังหวัดสมุทรสาคร เริ่มตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2563 ที่พบหญิงไทยอายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้งในตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ทางกรมควบคุมโรคคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกลางกุ้งซึ่งมีแรงงานเมียนมาอยู่อย่างหนาแน่น หลังจากนั้นทางจังหวัดสมุทรสาคร ได้ลงทำการตรวจเชื้อเชิงรุก (Active Case Finding) และพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในหมู่แรงงานเมียนมาในตลาดกลางกุ้งที่ไม่มีอาการจำนวนมาก โดยตรวจพบวันละหลายร้อยราย

³³⁷ <https://www.facebook.com/informationcovid19/photos/a.106455480972785/232242225060776/> จาก <https://mwgthailand.org/>

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่สมุทรสาครส่งผลให้ยอดรวมผู้ติดเชื้อของประเทศพุ่งสูงขึ้นมาในทันที จากยอดเฉลี่ยผู้ติดเชื้อแต่ละสัปดาห์ก่อนหน้านี้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 ที่ไม่แทบไม่เคยเกิน 100 คน เมื่อสู่ครึ่งหลังของเดือนธันวาคม 2563 ผู้ติดเชื้อแต่ละสัปดาห์ก็มีจำนวนเริ่มเข้าสู่หลักพันราย โดยในช่วงระหว่างวันที่ 20 ถึง 26 ธันวาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อ 1,689 ราย ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2563 ถึง 2 มกราคม 2564 มีผู้ติดเชื้อใหม่ 1,359 ราย และผู้เสียชีวิต 4 ราย นับเป็นการกลับมาอีกครั้งหลังของการผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 หลังจากไม่มีนานเกือบ 6 เดือน จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าจะควบคุมสถานการณ์ที่ตลาดกุ้ง สมุทรสาครได้แล้วก็ตาม โดยการแพร่ระบาดกระจายไปยังภาคส่วนธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงงานอุตสาหกรรมการแปรรูปประมง เช่นในระหว่างวันที่ 24 ถึง 30 มกราคม 2564 มีผู้ป่วย 4,651 คน และผู้เสียชีวิต 4 คน หรือ ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 6 กุมภาพันธ์ 2564 มีผู้ป่วย 5,181 ราย ผู้เสียชีวิต 2 ราย ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขสรุปจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกแรกและระลอกสอง 20 มกราคม 2563 ถึง 27 กุมภาพันธ์ 2564 ว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 21,550 ราย เสียชีวิต 23 ราย

การระบาดในระลอกที่ 2 มีผลกระทบต่อชีวิตแรงงานข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครอย่างมาก ทั้งในส่วนที่ทำงานในโรงงานขนาดเล็ก ขนาดกลาง ตลาด ร้านค้า สถานประกอบการทั่วไป ตลาดกลางกุ้ง และตลาดทะเลไทย โดยนับแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563 เป็นต้นมา แรงงานเหล่านี้ถูกกักตัวห้ามเคลื่อนย้ายอย่างขนานใหญ่ ในระหว่างกักตัวบางส่วนไม่ได้รับการดูแลเรื่องที่พักและอาหารจากนายจ้าง ส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่ในห้องพักที่มีสภาพแออัดและใช้ห้องน้ำรวม ไม่ถูกสุขอนามัย ในส่วนของลูกเรือประมงในช่วงปลายเดือนธันวาคม 63 ถึงมกราคม 64 ไม่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นฝั่ง เพราะนายจ้างต้องการให้ปลอดภัยจากเชื้อโควิด เรือบางลำมีอาหารและน้ำดื่มไม่เพียงพอ ส่วนในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 มีการทำ Bubble and Seal ของโรงงานขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างมากกว่า 5,000 คนขึ้นไป ที่มีทั้งการควบคุมเส้นทางการเดินทางไป-กลับของพนักงานระหว่างที่พักกับโรงงาน และการกำหนดให้พนักงานต้องพักอาศัยอยู่ในสถานที่ประกอบการเท่านั้น³³⁸

จากการระบาดครั้งใหญ่ที่จังหวัดสมุทรสาคร ทำให้มีการตั้งโรงพยาบาลสนามขนาดใหญ่หลายแห่งในจังหวัดแห่งนี้ เพื่อแยกผู้ติดเชื้อออกมารักษา ขณะที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ประกาศสั่งปิดโรงเรียนจำนวนมากในจังหวัดสมุทรสาคร (พื้นที่สีแดง) รวมทั้งโรงเรียนในกรุงเทพฯ ที่มีนักเรียนพักอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร โดยดำเนินการสอนระบบออนไลน์แทน³³⁹ ส่วนกรุงเทพมหานครได้ตั้งจุดสกัดไม่ให้แรงงานข้ามชาติจากสมุทรสาครเข้าในกรุงเทพฯ บนถนนสายหลักที่เชื่อมต่อกับสมุทรสาครหลายสาย

ในสังคมวงกว้างเกิดการเหมารวมและอคติต่ออาหารทะเลและแรงงานข้ามชาติที่จังหวัดสมุทรสาคร ส่งผลทำให้ในช่วงเวลานั้นร้านอาหารทะเลในแถบจังหวัดสมุทรสาครและใกล้เคียงนั้น ลูกค้าหายไปกว่า 90 % รายได้ต่ำกว่าที่เคยถึง 10 เท่า³⁴⁰ ไม่นับรวมเกษตรกรผู้เพาะเลี้ยงกุ้งที่ไม่สามารถขายผลผลิตได้เนื่องจากตลาด

³³⁸ รายงานสถานการณ์แรงงานข้ามชาติภายใต้การแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมโควิด - 19 เฉพาะพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564

³³⁹ <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/507221/>

³⁴⁰ www.bbc.com/thai/thailand-55423317

กึ่งสมุทรศาสตร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางการซื้อขายกุ้งหลักของประเทศที่ปิดดำเนินการราวสองสัปดาห์ จนมีการรณรงค์ของนักกิจกรรมประชาธิปไตย เช่น กลุ่ม WeVo ที่นำกุ้งขาว 1 ตัน ของเกษตรกรผู้เลี้ยงกุ้งจาก จ.นครปฐม มาขายหน้าทำเนียบเพื่อช่วยเหลือเกษตรกรและประท้วงรัฐบาลที่ไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้³⁴¹ ขณะที่อคติหรือความไม่ไว้วางใจต่อแรงงานข้ามชาติของคนไทยที่เป็นไปในแง่ลบอยู่แล้วยังมีมากขึ้นไปอีกจากเหตุการณ์แพร่ระบาดในครั้งนี้

หลังจากการระบาดที่สมุทรศาสตร์เริ่มคลี่คลาย ก็พบว่า ยังมีการติดเชื้อโควิด-19 แบบกลุ่มในพื้นที่อื่นๆ เช่น จังหวัดระยอง มีผู้ติดเชื้อจากการไปเที่ยวบ่อนการพนัน³⁴² การติดเชื้อจาสถานบันเทิง 3 แห่งในย่านบันเทิงย่านทบุรี และนครปฐม³⁴³

อาจกล่าวได้ว่า การรับมือและควบคุมสถานการณ์ของโควิด-19 ที่สมุทรศาสตร์ จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล เนื่องผู้มีส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติซึ่งมีที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าวอยู่แล้ว ทำให้มาตรการปิดพื้นที่อย่างเด็ดขาดได้ผล อย่างไรก็ตาม การระบาดในระลอกนี้ ทำให้สังคมเริ่มตระหนักถึงปัญหาอื่นที่ส่งผลทำให้การแพร่ระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็น ความล้มเหลวของรัฐในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ที่สำคัญ การทุจริตคอร์รัปชันที่ทำให้มีการลักลอบเข้าประเทศของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างง่ายดาย หรือทำให้มีบ่อนการพนันที่เป็นต้นตอของการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ ประชาชนยังเริ่มเห็นว่า ความสำเร็จในการจัดการโควิด-19 โดยรัฐบาล ที่ถึงขั้นว่า องค์การอนามัยโลก (WHO) ยกย่อง แต่เมื่อมีการระบาดที่สมุทรศาสตร์ ผู้คนเริ่มรู้สึกว่าการสำเร็จนั้นคงเป็นแค่ภาพลวงตาเท่านั้น ประชาชนเริ่มตระหนักว่าหลังจากการระบาดในระลอกที่ 1 แล้ว รัฐบาลแทบไม่มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโควิด-19 เพิ่มเติม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคที่ดูเหมือนว่ามีความล่าช้ากว่าในหลายประเทศและกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์แนวหน้าที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด ทั้งนี้ ได้เริ่มมีการเคลื่อนไหวในสังคม เช่น การชุมนุมประท้วงของนักกิจกรรมทางการเมือง³⁴⁴ รวมทั้งการตั้งคำถามของพรรคการเมืองฝ่ายค้านถึงความล่าช้าของการจัดหาวัคซีน การไม่เข้าร่วมในโครงการ COVAX ที่ในเวลานั้นราวเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โครงการเริ่มมีการส่งมอบวัคซีนให้ประเทศเพื่อนบ้านของไทย เช่น ลาว เวียดนาม แล้ว³⁴⁵

2.3 ระลอก 3 (สายพันธุ์อัลฟา) มีนาคม 2564 - มิถุนายน 2564

การแพร่ระบาดในระลอก 3 นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 มา พบครั้งแรกจากคลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านทองหล่อ โดยมีบุคคลที่มีชื่อเสียงทั้งในแวดวงการเมืองและวงการบันเทิงติดเชื้อจำนวนมาก โดยเป็น

³⁴¹ https://www.khaosod.co.th/politics/news_5609767 <https://www.bbc.com/thai/thailand-55495883>

³⁴² <https://www.prachachat.net/general/news-582764>

³⁴³ <https://news.thaipbs.or.th/content/299791>

³⁴⁴ <https://prachatai.com/journal/2021/01/91276>

³⁴⁵ <https://workpointtoday.com/covax-vaccine-asean/>

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์สายพันธุ์อังกฤษที่ในขณะนั้นกำลังระบาดในกัมพูชา ไวรัสสายพันธุ์นี้แพร่เชื้อได้เร็วกว่าเดิม 1.7 เท่า ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการทรุดเร็ว หลายรายเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์หลังมีอาการป่วย ทั้งนี้ ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 26 มิถุนายน 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมสูงถึง 211,589 คน และเสียชีวิตสะสมอีกกว่า 1,870 คน ขณะเดียวกันการติดเชื้อรายวันก็มีจำนวนมากถึง 3,000-4,000 คนอย่างต่อเนื่อง ตัวเลขที่เพิ่มจำนวนมากนี้ยังมาจากผู้ติดเชื้อในเรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ โดยในเดือนพฤษภาคม 2564 จนถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในเรือนจำและทัณฑสถาน 13 แห่ง มีการติดเชื้อสะสม 35,980 ราย ผู้ต้องขังเสียชีวิต 40 ราย³⁴⁶ นอกจากนี้ ยังมีการแพร่ระบาดอย่างมากในลักษณะคลัสเตอร์ในแคมป์คนงานก่อสร้างหลายแห่ง แคมป์เหล่านี้ตั้งกระจายกระจายหลายร้อยแห่งทั่วกรุงเทพฯ การปลูกสร้างมีลักษณะชั่วคราว ที่อาจไม่ได้มาตรฐานหรือถูกสุขลักษณะนัก แรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างชาติที่มีการหมุนเวียนเข้าออก การระบาดระลอกนี้ นอกจากสายพันธุ์อังกฤษแล้ว ยังมีการพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่นๆ ด้วย ได้แก่ สายพันธุ์เดลตาที่พบในแคมป์คนงานแห่งหนึ่งในเขตหลักสี่ สายพันธุ์แอฟริกาในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส ก่อนที่ในเวลาต่อมาจะมีการแพร่ระบาดไปยังหลายจังหวัดภาคใต้

ในด้านการบริหารเพื่อควบคุมโรค ก่อนจะถึงช่วงวันหยุดยาวของเทศกาลสงกรานต์ปี 2564 เริ่มแน่ชัดว่ามีระบาดของในระลอกของโควิด-19 ระลอกที่ 3 แต่ ศบค. ตัดสินใจไม่ห้ามการเดินทางในช่วงเทศกาลนี้ เพียงขอความร่วมมือประชาชนลดการเดินทางและงดการรวมกลุ่ม ด้วยเหตุผลความสมดุลในการควบคุมโรคและเดินทางเศรษฐกิจ แต่จากนั้นไม่นาน คือ ในช่วงปลายเดือนเมษายน 2564 เป็นต้น รัฐบาลเริ่มประกาศให้บางจังหวัด เป็น "พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด" หรือ "พื้นที่สีแดงเข้ม" ที่มีกำหนดระยะเวลาปิด-เปิดของห้างสรรพสินค้าและร้านสะดวกซื้อ ห้ามนั่งรับประทานอาหารที่ร้าน และห้ามเดินทางออกนอกเขตพื้นที่ การออกประกาศเช่นนี้มีตามมาอีกหลายระลอกและเพิ่มจำนวนจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดมากขึ้น ขณะที่ก่อนหน้านี้บางจังหวัดได้มีการประกาศเคอร์ฟิวไปบ้างแล้ว เช่น จังหวัดยะลา นอกจากนี้ในช่วงปลายเดือนมิถุนายน 2564 ได้มีข้อกำหนดเจาะจงพิเศษให้กรุงเทพฯ และปริมณฑลปิดไซต์งานก่อสร้าง ที่พักชั่วคราวของคนงาน และห้ามเคลื่อนย้ายคนงาน

ในระลอก 3 ถือว่าเป็นช่วงวิกฤติโควิด-19 ที่หนักมากของไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยรุนแรงและวิกฤติสูงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากติดอันดับต้นของโลก ผู้ติดเชื้อจำนวนมากเข้าไม่ถึงการตรวจหาเชื้อและเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง เพราะไม่มีเตียงว่างในโรงพยาบาลหรือแม้แต่โรงพยาบาลสนาม ตามสื่อๆ มีการรายงานภาพข่าวผู้ป่วยโควิดหนักที่น่าเอ็นดูอนาถจำนวนมาก เนื่องจากพวกเขาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ไม่ถูกนำตัวส่งไปรักษา โดยเฉพาะผู้สูงวัยที่นอนรอความช่วยเหลือภายในบ้านตัวเอง หรือบางรายนอนตายในบ้านตนเอง บางรายหมดสติเสียชีวิตบนท้องถนน ผู้ติดเชื้อบางรายต้องอัดคลิปเผยแพร่ทางออนไลน์เพื่อขอความช่วยเหลือให้ช่วยเหลือเพียง อีกทั้งในเวลานั้นก็เสียชีวิตจำนวนมากจนไม่สามารถหาที่ทำศพและเผาศพได้ทัน เนื่องจากวัดส่วนใหญ่มีความกังวลเรื่องการแพร่เชื้อ จึงไม่รับทำการจาปนกิจศพผู้ที่เสียชีวิตด้วยโค

³⁴⁶โควิด-19 : 18 เดือนผ่าน จาก "ตัวอย่างชิ้นเยี่ยม" ของ WHO สู่เกือบ 2 พันศพใน 3 เดือน

<https://www.bbc.com/thai/57674892>

วิด-19 ต่อมาในช่วงปลายเดือนมิถุนายน 2564 ศบค. ยอมรับว่ามีปัญหาเรื่องการขาดแคลนเตียงรองรับผู้ป่วยโควิด-19 โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังเร่งแก้ปัญหาและขยายศักยภาพเตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยระดับสีเหลืองและแดง

ในสภาวะวิกฤติเช่นนี้ที่รัฐบาลไม่สามารถรับมือได้อย่างทันที่ต่อจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต จำนวนมาก ประชาชนจึงต้องทำหน้าที่ในการช่วยเหลือกันเอง ดังกรณีของ “กลุ่มเส้นด้าย” ที่ถือเป็นกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มแรก ๆ ที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องการเตียงเพื่อเข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาล

ท่ามกลางสภาวะโควิด-19 ที่เลวร้าย วันที่ 16 มิ.ย. 2564 นายกฯ ประกาศเป้าหมายเปิดประเทศไทยทั้งประเทศภายใน 120 วัน เพื่อความอยู่รอดทางเศรษฐกิจ แม้ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 เข็มแรกก็ตาม โดยวันที่ 1 ก.ค. 2564 เป็นวันแรกที่ จ.ภูเก็ต เริ่มต้นรับนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศภายใต้โครงการนำร่อง "ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์" ที่รัฐบาลหวังฟื้นเศรษฐกิจจากการท่องเที่ยว

ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในระลอกที่ 3 นี้ วัคซีนกลายเป็นประเด็นหลักที่ประชาชนให้ความสนใจอย่างมาก รัฐบาลไทยต้องการใช้วัคซีนแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) เป็นวัคซีนหลักในการฉีดให้ประชาชน โดยมีบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทในพระปรมาภิไธยรับถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิต³⁴⁷ อย่างไรก็ตามการผลิตวัคซีนแอสตราเซนเนกาในไทยไม่สามารถจัดส่งได้ตามกำหนดเวลา ส่งผลให้ไทยต้องรับหาวัคซีนซิโนแวค (Sinovac) จากจีนมาช่วยจนกลายเป็นวัคซีนหลักของประเทศในขณะนั้น ทั้งนี้ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่ได้นำเข้าวัคซีนจีนโดยช่องทางพาณิชย์และมีการฉีดกันทั่วไป ขณะที่การจัดซื้อวัคซีนของชาติตะวันตกที่ได้รับความนิยมน่าเชื่อถือกว่าหรือถูกมองว่ามีคุณภาพมากกว่า มีการนำเข้ามาอย่างล่าช้า จนบุคลากรทางการแพทย์ต้องออกมาเรียกร้องให้ภาครัฐดำเนินการเรื่องนี้เป็นการด่วน ขณะเดียวกันภาคการเมืองและภาคสังคมก็วิจารณ์นโยบายการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ของรัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ อย่างหนักในแง่ความล่าช้า และแนวทางจัดหาวัคซีนแบบ "แทงม้าตัวเดียว" จากบริษัทแอสตราเซนเนกา รวมทั้งมีการวิจารณ์ถึงกระบวนการจัดซื้อวัคซีนซิโนแวคที่ไม่โปร่งใส นอกจากนี้มีปรากฏการณ์ที่ประชาชนจำนวนมากที่ยอมจ่ายเงินส่วนตัวเพื่อจองวัคซีนทางเลือกโมเดอร์น่า (Moderna) ผ่านทางโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ด้วย

2.4 ระลอก 4 (สายพันธุ์เดลต้า) กรกฎาคม 2564 – กันยายน 2564

³⁴⁷โควิด-19: ไทยเซ็นสัญญาซื้อวัคซีน สยามไบโอไซเอนซ์ บริษัทในพระปรมาภิไธย ร่วมดำเนินการ

<https://www.bbc.com/thai/55097716>

การระบาดของเชื้อโควิด-19 ในระลอกที่ 4 นับแต่เดือนกรกฎาคม 2564 เป็นต้นมา สายพันธุ์หลักที่พบคือ สายพันธุ์เดลต้า (อินเดีย) โดยตั้งแต่กลางเดือนกรกฎาคม 2564 มา เชื้อสายพันธุ์เดลตาระบาดในไทยแล้ว 72 จังหวัด³⁴⁸ และในช่วงนี้เองที่จำนวนผู้ป่วยรายวันแตะถึงหลักหมื่น³⁴⁹

การระบาดในระลอกนี้ยังคงมีการติดเชื้อมากในหมู่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานชาวเมียนมา ในเดือนกรกฎาคม 2564 มีการกลับไประบาดหนักที่จังหวัดสมุทรสาครอีกครั้ง แต่คราวนี้ไม่ใช่ที่ตลาดกุ่ม เป็นการระบาดในโรงงานต่างๆ³⁵⁰ ทั้งนี้ มีพื้นที่สามรูปแบบที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ในแคมป์ก่อสร้าง ในตลาดสด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงงานต่างๆ จากรายงาน ณ วันที่ 3 กันยายน 2564 มีการติดเชื้อ 881 โรงงาน ใน 32 จังหวัด จำนวนผู้ติดเชื้อเกือบ 6 หมื่นคน การติดเชื้อในโรงงานสูงสุด 5 อันดับแรกอยู่ที่ จ.เพชรบุรี จ.ฉะเชิงเทรา จ.สระบุรี จ.สมุทรสาคร และ จ.เพชรบูรณ์ ตามลำดับ และชนิดอุตสาหกรรมโรงงานที่ติดเชื้อสูงสุดห้าอันดับแรก ได้แก่ โรงงานผลิตอาหาร โรงงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ โรงงานผลิตชิ้นส่วนโลหะ โรงงานผลิตเครื่องนุ่งห่ม และโรงงานผลิตพลาสติก³⁵¹ ขณะที่ในบางภูมิภาคก็ยังคงถือว่ามีระบาดหนักอยู่ หนึ่ง ราวเดือนกันยายน 2564 ต่อเนื่องถึงเดือนตุลาคม ในขณะที่หลายจังหวัดเริ่มมีการติดเชื้อน้อยลง 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้กลับมีอัตราผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตสูงขึ้น ขณะการฉีดวัคซีนที่นั่นก็ครอบคลุมค่อนข้างน้อยแค่ราว 40% เท่านั้น แม้แต่ในกลุ่ม “608”³⁵²

ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 มีประชาชนชนทวงวัคซีน mRNA จากรัฐบาลอย่างเข้มข้น โดยมีการเรียกร้องให้รัฐจัดหาวัคซีน mRNA ให้บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าทั่วประเทศ ที่มีจำนวนการติดเชื้อจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมากตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 ที่ผ่านมา รวมทั้งเรียกร้องให้รัฐบาลเปิดเผยสัญญาการซื้อวัคซีนทุกชนิดต่อสาธารณะ การเรียกร้องนี้มาจากทั้งประชาชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เอง³⁵³ ขณะที่ภาครัฐเริ่มนำเสนอแนวคิดการใช้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบบผสมสูตรลับชนิดเนื่องจากปริมาณวัคซีนชนิดอื่นในไทยมีจำกัด ขณะที่วัคซีนซิโนแวคที่ไทยซื้อไว้มีมากและยังคงมีการซื้อเพิ่มนั้นผลิตโดยใช้สายพันธุ์ที่มีต้นกำเนิดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน แต่ขณะนี้ไวรัสมีการกลายพันธุ์ ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ผลิตรุ่นแรกประสิทธิภาพลดลง³⁵⁴

ในระลอก 4 นี้ สภาวะวิกฤตโควิด-19 ยังคงมีต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มอย่างมากเพียง ICU และ ยารักษาโควิด-19 ไม่เพียงพอเช่นเดียวกับวัคซีนที่มีประสิทธิภาพซึ่งก็มีไม่เพียงพอ ถึงขั้นที่มี

³⁴⁸ <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E/152075>

³⁴⁹ <https://www.prd.go.th/th/file/get/file/2021071811270e83f084654b0925507f933b51ea092137.PDF>

³⁵⁰ <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13265>

³⁵¹ https://www.matichon.co.th/economy/news_2920743

³⁵² <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E/156766>

³⁵³ <https://www.bbc.com/thai/thailand-57745072>

³⁵⁴ <https://www.sanook.com/news/8411078/>

ประกาศจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณา ‘ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ’ (Withholding Intubation) สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้มีเตียง ICU เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ยังพอรักษาชีวิตได้ รวมทั้งการที่โรงพยาบาลออกมาสั่งสัญญาจนถึงรัฐบาลว่าไทยกำลังขาดยาฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งเป็นยาที่แพทย์จะจ่ายให้ผู้ป่วยติดเชื้อ³⁵⁵ ขณะที่การสั่งซื้อชุดตรวจหาเชื้อโควิด-19 แบบ Antigen Test Kit (ATK) สำหรับแจกประชาชนในยี่ห้อที่รัฐเลือกซื้อ ก็มีข้อน่ากังขาเรื่องคุณภาพและความแม่นยำในการตรวจ

สภาพการณ์เช่นนี้ทำให้การร่วมมือช่วยเหลือกันของภาคประชาชนและภาคสังคมในลักษณะอาสาสมัครมีความสำคัญยิ่งนัก โดยมีกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มใหม่ๆ หลากหลายกลุ่มที่ก่อตัวขึ้นต่อตั้งแต่การระบาดในระลอกที่ 3 และ 4 ตามปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น กลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือแรงงานในแคมป์คนงานที่ถูกลือคัดค้าน³⁵⁶ แม้แต่กลุ่มแพทย์เองก็ต้องระดมกันทำงานอาสาสมัครกันเองเพื่อช่วยลดวิกฤติ ดังกรณี “ชมรมแพทย์ชนบท” ที่ระดมทีมแพทย์จากต่างจังหวัดกว่า 150 คน เข้ามาตรวจโควิด-19 เชิงรุกโดยใช้ ATK ตามชุมชนต่างๆ ในกรุงเทพฯ มากกว่า 30 ชุมชน ที่คนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นคนด้อยโอกาสเข้าไม่ถึงการบริการ³⁵⁷ “โครงการอาสา TAXI ปทุมฯ ห่วงใยช่วยภัยโควิด” ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งดำเนินการเพื่อให้คนขับแท็กซี่จิตอาสาที่ได้รับการอบรมมาตรการความปลอดภัยจากโควิด-19 สามารถให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยโควิด-19 จากบ้านสู่โรงพยาบาลโดยคิดค่าโดยสารตามมิเตอร์ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยถูกทิ้งอยู่บ้าน “โครงการอาสาพาคนเจียงฮายกลับบ้าน” ที่เป็นความร่วมมือของกลุ่มจิตอาสา สมาคมบรรเทาสาธารณภัย มีภารกิจรับผู้ป่วยชาวเชียงรายระดับสีเหลืองเข้ม สีเหลือง และสีเขียว กลับไปรักษาตัวภูมิลำเนาเนื่องจากที่กรุงเทพฯ ผู้ป่วยล้นเตียง³⁵⁸

ตั้งแต่ในช่วงกลางปี 2564 มา มีการตระหนักถึงความล้มเหลวในการจัดโควิด-19 ของรัฐบาลมากมายขึ้นเรื่อยๆ ในเวลานั้นเริ่มมีการชุมนุมประท้วงของกลุ่มเยาวชนเพื่อขับไล่พลเอกประยุทธ์ให้ออกจากการเป็นนายกรัฐมนตรีหลายครั้งด้วยเหตุผลหลักว่าด้วยความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาโควิด-19 รวมทั้งมีการเกิดขึ้นของกลุ่มเยาวชน “ทะลุแก๊ส” ที่ทำการประท้วงโดยใช้วิธีเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่ควบคุมฝูงชน (คฝ.) ที่แยกสามเหลี่ยมดินแดงอยู่เป็นเวลานานนับเดือน ทั้งนี้ กลุ่มเยาวชนทะลุแก๊ส เป็นกลุ่มเยาวชนจากครอบครัวชนชั้นล่างที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักทางเศรษฐกิจจากมาตรการและนโยบายของรัฐบาลในการจัดการโควิด-19 ³⁵⁹ ขณะเดียวกันก็เริ่มมีประชาชนผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากมาตรการจัดการโควิด-19 ของรัฐบาล รวมกลุ่มกันยื่นฟ้องแพ่งต่อรัฐบาลเพื่อเรียกค่าเสียหาย อาทิ กลุ่มร้านนวดที่มีผู้เข้าร่วมกลุ่มฟ้องแล้วกว่า 100 ราย โดยพรรคก้าวไกลประกาศเป็นตัวกลางช่วยอำนวยความสะดวก³⁶⁰ ผู้นำฝ่ายค้านยื่นคำร้องต่อ ป.ป.ช.กล่าวหา

³⁵⁵ <https://thestandard.co/tu-hospital-covid-withholding-intubation/>

https://www.matichon.co.th/covid19/thai-covid19/news_2855040

³⁵⁶ <https://prachatai.com/journal/2021/07/94079>

³⁵⁷ <https://www.nhso.go.th/news/3186>

³⁵⁸ <https://www.facebook.com/thaithenorth/videos/568926964559318>

³⁵⁹ <https://tlhr2014.com/archives/34966>

³⁶⁰ <https://prachatai.com/journal/2021/08/94481>

คณะรัฐมนตรีรวม 34 คน ที่มีหน้าที่บริหารราชการแผ่นดิน “ตามหลักความรับผิดชอบร่วมกัน” ตาม รธน. มาตรา 158 กรณีดำเนินการจัดหาชุดตรวจ ATK จำนวน 8.5 ล้านชุด

18.2 การจัดการกับการระบาดของโรคโควิด-19 ที่กระทบกับคนจน

18.2.1 การควบคุมพื้นที่โดยใช้อำนาจตาม พรก. ฉุกเฉิน

- ก่อนการใช้อำนาจตาม พรก. ฉุกเฉิน

ในวันที่ 27 มกราคม 2563 รัฐบาลไทยออกแถลงการณ์ยกระดับให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นเป็นระดับ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับความรุนแรงของสถานการณ์และได้กำหนดมาตรการต่างๆ อีกทั้งยังได้ระบุว่า รัฐบาลได้ชี้แจงสถานการณ์ตามข้อเท็จจริง โดยไม่ปิดบังข้อมูลใดๆ และยึดหลักการว่า “ชีวิตและสุขภาพของประชาชนสำคัญที่สุด” ขอให้มั่นใจว่าการดำเนินงานของรัฐบาลอยู่ในระดับมาตรฐานสากล ขอให้ทุกคนดูแลสุขภาพอนามัยเน้นเรื่อง กินร้อน ช้อนกลางล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัย และขอให้ระวังข่าวลือ”³⁶¹

- การใช้อำนาจ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ประกาศพื้นที่ควบคุม

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2563 มีคำสั่ง ศบค.ที่ 3/2564 เรื่อง **พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุม พื้นที่เฝ้าระวังสูง และพื้นที่เฝ้าระวังตามข้อกำหนด พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ ออกตามความในมาตรา 9 พระราชกำหนดการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548** โดยได้จำแนกพื้นที่ควบคุมและเฝ้าระวังออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พื้นที่ควบคุม 8 จังหวัด (กรุงเทพ ตาก นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี ราชบุรี สมุทรปราการ และสมุทรสงคราม) 2) พื้นที่เฝ้าระวังสูง 14 จังหวัด และ 3) พื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์เป็นต้นไป³⁶²

ทั้งนี้ ภายใต้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน นายกฯ มีอำนาจตามมาตรา 9 ในการออกข้อกำหนดรวม 6 ประเด็น ซึ่งผู้มีอำนาจสั่งการในพื้นที่ต่างๆ อาจเลือกประกาศใช้เพียงบางประเด็นตามแต่สถานการณ์ ดังนี้

1. ห้ามมิให้บุคคลออกนอกเคหสถานภายในระยะเวลาที่กำหนด (เคอร์ฟิว) เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือเป็นบุคคลซึ่งได้รับยกเว้น
2. ห้ามมิให้มีการชุมนุมมั่วสุมกัน หรือกระทำการใดอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย
3. ห้ามการเสนอข่าว หรือข้อความอันอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 หรือ พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548

³⁶¹ แถลงการณ์ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม กรณี “ไวรัสโคโรนา” และฝุ่น PM 2.5” 27 มกราคม 2563 ส. นกนายนก <https://spm.thaigov.go.th/CRTPRS/spm-sp-layout6.asp?i=81111%2E83214702112113121111311>

³⁶² ราชกิจจานุเบกษา คำสั่ง ศบค.จัด 8 จว.ควบคุมโควิด - 14 จว.เฝ้าระวังสูง ไทยพีบีเอส 22 กุมภาพันธ์ 2563 <https://news.thaipbs.or.th/content/301738>

4. ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคม หรือยานพาหนะ หรือกำหนดเงื่อนไขการใช้เส้นทางคมนาคมหรือการใช้ยานพาหนะ

5. ห้ามการใช้อาคาร หรือเข้าไปหรืออยู่ในสถานที่ใด ๆ

6. ให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัย

หากผู้ใดฝ่าฝืน ข้อ 3-5 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา 18 ของ พ.ร.ก. ฉบับนี้

- ประกาศมาตรการและแนวทางเพื่อควบคุมโควิด-19 ทั่วประเทศ

กรม.มีมติเมื่อ 17 มีนาคม 2563 เห็นชอบข้อเสนอคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในการลดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพฯ ไปสู่จังหวัดอื่นๆ เพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคในสถานที่ต่างๆ ที่มีความเสี่ยงด้วยการให้ปิดสถานที่ที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น³⁶³ ต่อมาในวันที่ 18 และ 19 มีนาคม 2563 อธิบดีกรมควบคุมโรคและเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ออกเอกสารด่วนที่สุดถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามมติดังกล่าว³⁶⁴ อันเป็นผลให้ พล.ต.อ.อัศวิน ขวัญเมือง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) ประธานคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ออกคำสั่ง “ล็อกดาวน์” ปิดสถานที่เสี่ยงในเขต กทม. และ ปริมณฑล (นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร) เพิ่มอีก 22 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 22 มี.ค.ถึง วันที่ 12 เม.ย.2563³⁶⁵ โดยมาตรการหลักๆ ประกอบไปด้วย การห้ามนั่งในร้านอาหาร (ข้อใส่

³⁶³ 17 กรม. สั่งปิดสถานบันเทิง-สถานบริการ-สถานศึกษา 14 วัน พื้นที่กรุงเทพฯ-ปริมณฑล ป้องกันโควิด-19

PPTVHD36 17 มีนาคม 2563

<https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99/121534>

³⁶⁴ เอกสารด่วนที่สุด ที่ 0410/ว.214 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2563 เรื่อง มาตรการและแนวทางเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 โดย นายสุวธรรมชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด ในฐานะประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

เอกสารด่วนที่สุด ที่ 0410.7/1050 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2563 เรื่อง มาตรการและแนวทางเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 โดย นายสุวธรรมชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ถึงผู้ว่าราชการกรุงเทพฯ

เอกสารด่วนที่สุด ที่ นร.0505/ว.113 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2563 เรื่อง สรุปผลประชุมคณะกรรมการการบริหารการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(โควิด-19) ครั้งที่ 1/2563 และมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(โควิด-19) ของกระทรวงสาธารณสุข โดย นายธีระพงษ์ วงศ์ศิวัชวิลาส เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง รองนรม., รัฐ-นร., กรม

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands06.pdf

³⁶⁵ กทม.-ปริมณฑล สั่งปิดห้างฯ-สถานที่เสี่ยงเพิ่ม 22 วัน ร้านอาหารให้ชื้อกลับบ้านนั้น 21 มีนาคม 2563

ห่อกลับบ้าน) การลดจำนวนผู้โดยสารแต่ละเที่ยวลง 50% ในระบบการขนส่งสาธารณะ การขอความร่วมมือจากหน่วยงานในการทำงานจากที่บ้าน การปิดสถานที่และสถานประกอบการ รวม 26 ประเภท³⁶⁶

พร้อมๆ กับที่ทาง WHO ประกาศให้โควิด-19 เป็นศัตรูต่อมนุษยชาติ หลังมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกเกิน 200,000 คน มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกพุ่งแตะ 8,000 คน พร้อมกับการระบุว่า "ทางเดียวที่จะก้าวผ่านและควบคุมไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ก็คือ ประเทศต่างๆ ต้องกักกันโรค ตรวจโรค รักษาและติดตามเส้นทางการแพร่เชื้ออย่างเข้มข้น"³⁶⁷

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในไทยมีแนวโน้มจะแพร่กระจายในวงกว้างมากขึ้น ในวันที่ 21 มีนาคม 2563 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ มีหนังสือด่วนที่สุดถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดขอความร่วมมือจัดทำแนวปฏิบัติในการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันโรคในระดับอำเภอและหมู่บ้าน กรณีผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล ให้มีการจัดเตรียมอาสาสมัครระดับหมู่บ้านเพื่อดำเนินการค้นหาและฝ้าระวัง จัดทำข้อมูลของผู้ที่เดินทางกลับมาถึงภูมิลำเนา และแจ้งผู้เดินทางกลับภูมิลำเนาเหล่านั้นให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค³⁶⁸ วันที่ 23 มีนาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ประกาศให้ผู้ที่เดินทางจากกรุงเทพฯ กลับภูมิลำเนาในต่างจังหวัด ต้องแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและกักกันตัวเองอยู่ที่บ้าน 14 วันอย่างเคร่งครัด หลังจากพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ในต่างจังหวัดเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวคาดว่าเนื่องจากผู้ติดเชื้อในกรุงเทพฯ และปริมณฑลเดินทางกลับภูมิลำเนา

- การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน

ในวันที่ 25 มีนาคม 2562 มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นแถลงการณ์จากสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.

<https://www.prachachat.net/general/news-435306>

³⁶⁶ คลิป ปิดสถานที่ที่เสี่ยงเพิ่ม รวมห้างสรรพสินค้า (ยกเว้นซูเปอร์มาร์เก็ต) คุยข่าวเย็นช่อง 8 วันที่ 21 มีนาคม 2563 (6.11 นาที) <https://www.youtube.com/watch?v=1Bvx76G947A&t=2s>

ไวรัสโคโรนา: สถานประกอบการ 26 ประเภทที่ กทม. สั่งปิดถึง 12 เม.ย. มีอะไรบ้าง บีบีซีไทย 22 มีนาคม 2563 <https://www.bbc.com/thai/thailand-51992495>

³⁶⁷ 9 WHO ประกาศ COVID-19 เป็นศัตรูกับมนุษยชาติ PPTV Online 19 มี.ค. 2563

<https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99/121675>

³⁶⁸ หนังสือด่วนที่สุดจากคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ กรมควบคุมโรค ถึง ผู้ว่าราชการจังหวัด ในฐานะประธานกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เรื่อง ขอความร่วมมือจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันโรค ระดับอำเภอและหมู่บ้าน กรณีผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล ลงวันที่ 21 มีนาคม 2563

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands05.pdf

2548³⁶⁹ ตามมติ ครม. ในวันที่ 24 มีนาคม 2563 และตามคำแนะนำของผู้บริหารและนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งออกประกาศและคำสั่งนายกรัฐมนตรีอีก 4 ฉบับ ได้แก่

- 1) ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร
- 2) ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 1)
- 3) คำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 4/2563 เรื่อง แต่งตั้งผู้กำกับการปฏิบัติงาน หัวหน้าผู้รับผิดชอบ และพนักงานเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน และ
- 4) คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 5/2563 เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (มีสาระสำคัญในการยกระดับศูนย์ข้อมูลโควิดเพิ่มขึ้นเป็น “ศูนย์อำนวยการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน” และเตรียมจัดตั้งคณะทำงานและบัญญัติข้อกำหนดต่างๆ เพื่อการลดการแพร่ระบาดของเชื้อ ซึ่งจะมีผลในวันที่ 26 มีนาคม 2563)

อย่างไรก็ดี ก่อนหน้านี้ 12 มีนาคม 2563 มีคำสั่งที่ 76/2563 คำสั่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี พร้อมกับมีคำสั่งแต่งตั้ง “คณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ ผู้บริหารสำนักนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ และผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติเป็นกรรมการ³⁷⁰

น่าสนใจว่าในการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรนั้นรัฐบาลได้พยายามบอกให้ประชาชนตระหนักว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของไทยที่เข้าสู่ภาวะ “วิกฤต” เรียบร้อยแล้ว โดย นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกกระทรวงสาธารณสุขเรียกช่วงเวลานี้ว่าเป็น "เวลาทอง" (Golden Period) ที่รัฐไทยและคนไทยต้องตัดสินใจว่าจะเลือกแบบใด หากไม่มีวินัยเคร่งครัดก็จะเดินไปเหมือนยุโรป หากช่วยกันก็จะทำให้ตัวเลขไม่เพิ่มขึ้นมากแบบญี่ปุ่นหรือไต้หวัน³⁷¹

- **ข้อวิจารณ์ต่อมาตรการการใช้ พรก. ฉุกเฉิน**

เมื่อเริ่มมีคำสั่ง ศบค. ตามความในมาตรา 9 ของ พรก.ฉุกเฉิน หลายฝ่ายเห็นว่ารัฐไม่ควรใช้ พ.ร.บ. ฉุกเฉิน 2548 มาใช้ควบคุมแก้ไขสถานการณ์ เพราะอาจจะเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและเป็นการควบคุมและปิดปากผู้มีความเห็นต่างกับรัฐบาล ขณะที่มาตรการต่างๆ ใน พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ 2558 นั้นก็น่าจะเพียงพอแล้ว

³⁶⁹ แถลงการณ์ฉบับแรกจากสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 ที่มา: เล่ม 137 ตอนที่ 24 ก ราชกิจจานุเบกษา 25 มีนาคม 2563 เว็บไซต์สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ

<http://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/2020/05/CV19-01.pdf>

³⁷⁰ ศูนย์ข้อมูลข่าวด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8064>

³⁷¹ ไวรัสโคโรนา : สาระจที่มา ยาแรง” ก่อน ประยุทธ์-วิษณุ แถลงชี้แจงใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน สกัดโควิด-19

บีบีซีไทย 25 มีนาคม 2563 <https://www.bbc.com/thai/thailand-52030706>

ด้านนายปิยบุตร แสงกนกกุล คณะก้าวหน้า โพสต์เฟซบุ๊กตั้งข้อสงสัยต่อข่าวที่รัฐบาล จะใช้ พ.ร.บ. ความมั่นคงฯ สั่งการไม่ให้มีการชุมนุมเนื่องจากเป็นห่วงเรื่อง “โควิด-19”³⁷² ว่า ความสำคัญของการออก “ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง” ตาม พ.ร.ก. ฉุกเฉิน คือการ “กระชับอำนาจ” ทั้งหมดที่กระจัดกระจายอยู่ตามกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ผ่านกฎหมาย 38 ฉบับมาไว้ในมือนายกฯ แต่เพียงผู้เดียว และเป็น การยอมรับว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสสมรณะเข้าสู่ภาวะ “วิกฤต” เรียบร้อยแล้ว จึงต้องจัด “กฎหมายพิเศษ” มาจัดการ

18.2.2 การควบคุมพื้นที่โดยใช้อำนาจตาม พรก. ฉุกเฉิน

- การจัดการกับการกลับประเทศของคนไทยในต่างแดน

การจัดการของรัฐในการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มาจากคนไทยภายนอกประเทศ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดในระลอกแรกมีลำดับและแนวทางดังนี้

ในช่วงวันแรกๆ ทางกรมการประกาศจุดคัดกรองผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตามช่องทางการเข้าประเทศ ทั้งทางอากาศ ทางเรือ และด่านพรมแดนทางบก ต่อมาเมื่อ 9 มีนาคม 2563 มีการใช้มาตรการเพิ่มความเข้มงวดในการเข้าเมือง โดยสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยออกประกาศกำหนดให้ผู้ที่ต้องการเข้าเมืองต้องมีใบรับรองแพทย์และหนังสือรับรองจากสถานเอกอัครราชทูตที่อยู่ในประเทศต้นทาง ต่อมากลางเดือน มีนาคม 2563 ก็มีการเพิ่มมาตรการกักตัวเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางจากนอกราชอาณาจักร

อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้านั้นรัฐบาลได้ดำเนินการรับคนไทยกลับจากเมืองอู่ฮั่น³⁷³ ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 มีชาวไทยเดินทางจากจีนกลับมาถึงอุ้งเต๊าะแล้วทั้งหมด 138 คน จากที่ลงทะเบียนไว้ 141 คน เนื่องจากมีชาวไทย 3 คนที่ไม่ได้เดินทางกลับมาด้วย คือนักศึกษา 2 คน ที่มีไข้สูงเกิน 37.3 องศาเซลเซียสที่ทางการจีนกำหนด ขณะที่อีก 1 คนวีซ่าหมดอายุมาแล้ว 7 เดือน ทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการกักกันโรคที่อาคารรับรองกองบัญชาการยุทธการทหารเรือที่สัตหีบเพื่อเฝ้าสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน³⁷⁴

รวมทั้งทางการไทยได้เข้ามาจัดการกับแรงงานไทยในเกาหลีใต้จำนวนมากที่ต้องการเดินทางกลับไทย เนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างหนักของโควิด-19 ในเกาหลีใต้ ปัญหาในการจัดการก็คือ การที่มีคนไทยลักลอบเข้าเมืองหรืออยู่เกินวีซ่าในประเทศเกาหลีใต้จำนวนมาก ขณะที่รัฐเองก็ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้และทางสถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ ได้เร่งรวบรวมรายชื่อผู้ที่ต้องการเดินทางกลับและประกาศ

³⁷² วิกฤต“โควิด-19”ในไทย เสียชีวิตรายแรก บัดใช้พ.ร.บ.มั่นคงฯห้ามชุมนุม ผู้จัดการออนไลน์ 2 มีนาคม 2563 <https://mgronline.com/daily/detail/9630000020857>

³⁷³ รัฐบาลปรับแผนใช้เครื่องบินพาณิชย์ รับคนไทยกลับจากอู่ฮั่น ไทยพีบีเอส 29 มกราคม 2563 <https://news.thaipbs.or.th/content/288436>

³⁷⁴ บีบีซีไทย 4 กุมภาพันธ์ 2020 <https://www.bbc.com/thai/thailand-51366976>

ให้ หากรายได้ประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายซื้อตัวเครื่องบิน ทั้งนี้ ในเวลานั้นรัฐบาลเกาหลีได้อนุญาตให้แรงงานที่ผิดกฎหมายมาแสดงความสมัครใจออกนอกประเทศโดยไม่ต้องเสียค่าปรับ ในช่วงต้นเดือนมีนาคม 2563 มีผู้ลงทะเบียนต้องการกลับไทยแล้ว 5,000 คน หน่วยงานเกาหลีได้ตรวจคัดกรองแล้วพบว่าในกลุ่มนี้ยังไม่มี การติดเชื้อโควิด-19³⁷⁵ ทั้งนี้ ทางเกาหลีได้เตรียมการกักตัว 14 วันสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ที่กลับมาด้วยโดยใช้ มณฑลทหารบกทั่วประเทศเป็นแหล่งรองรับ ต่อมาในวันที่ 5 มีนาคม 2563 มีรายงานพบแรงงานหญิงไทยผิด กฎหมายอีกหนึ่งรายติดเชื้อโควิด-19 เขตคิมซอน จ.คยองซังเหนือ ทำให้กระทรวงต่างประเทศของไทยพยายาม ประสานกับทางการเกาหลีเหนือขอให้แรงงานไทยกักตัวอยู่ในเกาหลีใต้ 14 วันก่อนที่จะเดินทางกลับไทยเพื่อ ฝ้าดูอาการก่อนเดินทางกลับไทย

ในช่วงเวลาเดียวกันมีการกระจายของข่าวในสื่อโซเชียลว่า มีแรงงานที่เดินทางเข้าไทยจากเกาหลีใต้ จำนวนหนึ่งไม่ให้ความร่วมมือในการกักตัวป้องกันการแพร่ระบาดของมาตรการของรัฐบาล 14 วัน โดยมี เบาะแสจากโพสต์ในโซเชียลของพวกเขามากมายที่ไปร้านอาหาร สถานบันเทิง และแหล่งท่องเที่ยว ด้าน กระทรวงสาธารณสุขชี้แจงว่าไม่ใช่การหลบหนี แต่เป็นช่วงรอยต่อมาตรการคัดกรองเดิม ซึ่งเมื่อผ่านการคัด กรองที่สนามบินสุวรรณภูมิแล้วเปิดช่องให้คนไม่มีไข้กลับไปกักตัวเอง 14 วัน แต่ต่อมากกระทรวงสาธารณสุขได้ ประกาศติดตามผู้ที่กลับมาจากเกาหลีใต้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเที่ยวบินที่มาถึงวันที่ 7 มีนาคม 63 ให้มากักตัว รวมทั้งมีการประกาศจากรัฐมนตรีบางคนที่จะนำเงินส่วนตัวมาให้แก่ผู้ที่ชี้เบาะแสแรงงานที่หลบหนีการกักตัว 10,000 บาทต่อราย ³⁷⁶ รวมทั้งมีการยกระดับการควบคุมผู้ที่ต้องกักตัวจากประเทศกลุ่มเสี่ยง หากฝ่าฝืนไม่กัก ตัวมีโทษตามจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ โดยอาศัย พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 52 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดสามารถดำเนินการได้ทันที^{377 378}

10 มีนาคม 2563 สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองระบุว่า มีแรงงานผิดกฎหมายในเกาหลีเดินทางกลับ ประเทศไทย โดยเข้ามาทางท่าอากาศยานของประเทศไทย 2 แห่ง คือ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยาน สนามบินดอนเมืองตั้งแต่วันที่ 2-9 มีนาคม 2563 จำนวนทั้งหมด 1,716 ราย กักตัวในพื้นที่ควบคุมโรค ตามที่รัฐบาลจัดไว้ให้เป็นเวลา 14 วัน จำนวน 357 ราย กักตัวอยู่ที่บ้านเพื่อเฝ้าระวังเป็นเวลา 14 วัน จำนวน

³⁷⁵ ‘ดอน’ เผย รม.เร่งหาทางแยกฝิ่น้อยในเกาหลีใต้ รับ ตอนนี้อย่างคนต่างกลับ วอนให้แสดงตัว มติชนออนไลน์ 3 มีนาคม 2563 https://www.matichon.co.th/politics/news_2023380

ฝิ่น้อยรายงานตัว ตม.เกาหลีกว่า 5,000 ราย กต.พร้อมตั้งไลน์ติดตามชาวคนไทยในเกาหลี workpointTODAY 3 มีนาคม 2563 <https://workpointtoday.com/coved19-2/>

³⁷⁶ ตั้งรางวัลแจ้งเบาะแส 80 ฝิ่น้อย ไทยโพสต์ 10 มีนาคม 2563 <https://www.thaipost.net/main/detail/59293>

³⁷⁷ เรื่องเล่าหน้าหนึ่ง 6 มี.ค.63 ฝิ่น้อยตะลอนท้าวไม่ยอมกักตัว-ยกเลิกจัดงานสงกรานต์วีดีโอ (ระหว่าง 0:40 – 10:56 นาที) เรื่องเล่าเช้านี้ 6 มีนาคม 2563 <https://www.youtube.com/watch?v=BnY8dicOYac>

³⁷⁸ ให้ฝิ่น้อยหลบหนีรายงานตัว โทษหนัก ทั้งจำคุก-ปรับ (คลิป 4:18 นาที) ไทยรัฐฉบับพิมพ์ ไทยรัฐ 9 มีนาคม 2563 <https://www.thairath.co.th/news/local/1790193>

1,284 ราย มีไข้จำนวน 75 ราย ไม่พบการติดเชื้อ 58 ราย และรอผลการตรวจอีก 17 ราย³⁷⁹ ขณะที่เพจ CSI เผยแพร่โพสต์ของแรงงานจากเกาหลีรายหนึ่งในศูนย์กักตัวที่สนามบินกีฬาใน จ.บุรีรัมย์ ระบุว่า ศูนย์กักตัวแห่งนี้ ไม่เหมาะสมกับการควบคุมโรค และเกรงว่าผู้กักตัวที่กลับมาจากเกาหลีได้กว่า 100 คนจะมาติดเชื้อที่นี่ จึงต้องการแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้อง หลังจากมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างมาก นายธวัชกร หัตถธยากุล ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ชี้แจงว่าเป็นการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากในเวลานั้นได้จัดเตรียมสถานที่ไว้รับรองผู้กักตัว 60 คน แต่มีผู้เดินทางกลับมามากกว่า 3 เท่า และมาถึงกลางคืน และเป็นคนที่มิถุนีลำนานหลายจังหวัด เนื่องจากไม่ได้มีการคัดแยกมาจากต้นทาง ทำให้ทางเจ้าบ้านต้องรับมือเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้นจะคัดแยกและส่งต่อกลับไปที่ศูนย์กักตัวลำนานความแออัด พร้อมยืนยันว่าจังหวัดมีความพร้อมดูแลกลุ่มเสี่ยงที่จะกลับมา³⁸⁰

- Fit to Fly และ Fit to Travel³⁸¹

ในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เดินทางเข้าประเทศ ประกาศของสำนักงานการบินพลเรือน (กพท.) ที่ออกเมื่อ 19 มีนาคม 253 มีข้อกำหนดให้คนไทยในต่างประเทศที่ต้องการเดินทางเข้าประเทศไทย ต้องแสดงเอกสาร 2 อย่างต่อสายการบิน คือ ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่ามีสุขภาพดีพอที่จะเดินทาง (Fit to Fly และ Fit to Travel) และ หนังสือรับรองการเดินทางที่ออกโดยสถานเอกอัครราชทูตไทย สถานกงสุลใหญ่ไทย หรือกระทรวงการต่างประเทศออกให้ โดยการออกหนังสือต้องมีระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนการเดินทาง หากมีเอกสารไม่ครบถ้วน สายการบินสามารถปฏิเสธไม่ให้ขึ้นเครื่องได้

เหตุผลของรัฐในการออกมาตรการนี้ “เพื่อประโยชน์สาธารณะในการป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ประชาชนภายในประเทศในวงกว้าง และเพื่อการกำกับดูแลการบินพลเรือนในภาวะจำเป็นให้ได้ อย่างทันท่วงที” แต่เหตุผลนี้ดูจะขัดแย้งกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากเมื่อ 19 มีนาคม 2563 มีคนไทยมากกว่า 200 คนต้องยื่นรอตต่อคิวหน้าสถานเอกอัครราชทูตเพื่อรอยื่นเรื่องขอใบรับรอง ขณะนั้นรัฐบาลอังกฤษประกาศหยุดเรียน ทำให้มีคนไทยในสหราชอาณาจักรจำนวนมากต้องการกลับบ้าน ทำให้หลายคนกังวลว่าอาจติดเชื้อระหว่างรอได้ ขณะที่การขอใบรับรองแพทย์ที่สเปนก็ยากเช่นกัน เพราะเป็นช่วงที่ขาดแคลนแพทย์ จนทางการสเปนขอให้นักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะจบในปีนี้และที่เพิ่งจบ รวมทั้งแพทย์ที่เกษียณอายุไปแล้ว กลับเข้ามาช่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ³⁸² ในเวลานั้นมีผู้โดยสารคนไทยที่ไปถึงสนามบินแล้ว

³⁷⁹ ยอดรวม 'ผีน้อย' กลับไทย ทะลุ 1,716 ราย ให้กักตัวที่บ้าน 1,284 ราย 10 มีนาคม 2563

<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/870020>

³⁸⁰ ผีน้อยโพสต์สถานที่กักตัว จ.บุรีรัมย์ ชาวเที่ยงไทยรัฐ วิดีโอ (5:44) นาที 10 มีนาคม 2563

<https://www.youtube.com/watch?v=b7dC29iDHWs>

³⁸¹ คู่มือฟอร์มได้ที่ Fit For Travel Medical Certificate สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G23.pdf> แลแบบฟอร์ม ใบรับรองแพทย์ สถาบันบำราศนรา

ดู กรมควบคุมโรคได้ที่ https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_form/medical_certificate_bamras.pdf

³⁸² ไวรัสโคโรนา : ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้โดยสารก่อนเข้าไทย สกัดโควิด-19 ได้จริงหรือ บีบีซีไทย 20 มีนาคม 2563

<https://www.bbc.com/thai/51969378>

และไม่สามารถขึ้นเครื่องได้เป็นจำนวนมากเนื่องจากขาดเอกสารดังกล่าว³⁸³ คนไทยในรัสเซียรายหนึ่งกล่าวว่า มาตรการดังกล่าวเป็นเพียงเงื่อนไขที่ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อให้คนไทยหมดใจไม่อยากจะกลับบ้าน เพราะที่จริงการคัดกรองหรือป้องกันการแพร่เชื้อสามารถทำได้ด้วยการจัดพื้นที่กักตัวผู้ที่เดินทางมาถึงประเทศไทย หรือการกักตัวเองที่บ้านอย่างเคร่งครัดและมีการสุ่มตรวจติดตามตัวโดยเจ้าหน้าที่³⁸⁴ จนอาจกล่าวได้ว่าเอกสารทั้งสองชิ้นนี้มีเพื่อกีดกันไม่ให้คนไทยกลับบ้านนั่นเอง

มาตรการดังกล่าวของรัฐบาลไทย ทำให้คนไทยในต่างแดนจำนวนรัฐสภาว่ากำลังถูกลิดรอนสิทธิ ในวันที่ 25 มีนาคม 2563 อาทิตย์ สุริยะวงศ์กุล ชาวไทยซึ่งพำนักอยู่ ณ เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ ได้ยื่นฟ้องต่อศาลปกครองกลางผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อขอให้ศาลมีคำสั่งพิพากษาเพิกถอนข้อ 4 และข้อ 5 แห่งประกาศสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับผู้ดำเนินการเดินอากาศที่ทำการบินมายังประเทศไทย ที่กำหนดให้ผู้โดยสารสัญชาติไทยที่จะเดินทางมายังประเทศไทยต้องมีเอกสารตามเงื่อนไข คือ ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่ามีสุขภาพเหมาะสมต่อการเดินทางทางอากาศ (fit to fly) และ หนังสือรับรองการเดินทางกลับประเทศไทยที่สถานเอกอัครราชทูตไทย สถานกงสุลใหญ่ หรือกระทรวงการต่างประเทศออกให้ ผู้ยื่นฟ้องให้เหตุผลว่า นี่เป็นมาตรการที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ ก่อภาระในการดำเนินการทั้งทางค่าใช้จ่าย ระยะเวลา และความเสียหายในทางสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นการออกประกาศมาโดยไม่มีอำนาจตามกฎหมาย และเป็นการขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญเรื่องเสรีภาพในการเดินทางและเรื่องการห้ามเนรเทศคนไทยออกนอกราชอาณาจักรตามมาตรา 39, 38 และ 25 พร้อมทั้งระบุว่า ตนและคนที่จะเข้าเมืองเห็นความสำคัญของการควบคุมโรคและยีนดีให้ความร่วมมือ แต่รัฐบาลน่าจะมียุทธวิธีอื่นที่ไม่ผลักภาระให้กับคนไทยที่เดือดร้อนในต่างประเทศ นอกจากนี้เขายังเปิดกิจกรรม “คนไทยต้องได้กลับบ้าน” รัฐบาลต้องยกเลิกประกาศ Fit To Fly #BringThaiHome” ผ่านเว็บไซต์ Change.org/bringthaihome ด้วย³⁸⁵

อย่างไรก็ดี วันที่ 1 เมษายน 2563 ศาลปกครองมีคำพิพากษายกฟ้องโดยให้เหตุผลว่า ข้อกำหนดในประกาศนั้นที่ออกตาม พ.ร.ก.ฉุกเฉิน เป็นไปตามมาตรา 16 แห่งพ.ร.ก.ฉุกเฉิน ศาลปกครองไม่มีอำนาจกระทำ แต่ผู้เสียหายยังมีสิทธินำคดีเข้าสู่การพิจารณาของศาลยุติธรรมได้ ต่อมาในวันที่ 3 เมษายน 2563 อาทิตย์ นำคดีไปฟ้องต่อศาลแพ่ง โดยยื่นฟ้อง พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นจำเลยในข้อหาละเมิด และมีคำขอให้ศาลแพ่งพิพากษาเพิกถอนข้อ 3 วรรคหนึ่ง (6) และวรรคสอง ในข้อกำหนดที่ออกตาม พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ ฉบับลงวันที่ 25 มีนาคม 2563 และขอให้สั่งคุ้มครองเป็นกรณีฉุกเฉินให้ข้อกำหนดดังกล่าวไม่ใช่บังคับเป็นการชั่วคราวด้วย ในวันเดียวกันกับที่ยื่นฟ้อง ผู้พิพากษาออกนั่งพิจารณาคดีและส่งยกฟ้องคดีนี้ทันที โดยให้

³⁸³ #คนไทยต้องได้กลับบ้าน รัฐบาลต้องยกเลิกประกาศ Fit To Fly #BringThaiHome แคมเปญใน change.org ดูที่ shorturl.asia/j2qce

³⁸⁴ Fit to Fly : บันทึกการเดินทางกลับบ้านของนักศึกษาไทย ในวันที่เกือบจะเข้าประเทศไม่ได้ INTERNAL AFFAIR The Momentum 4 เมษายน 2563 <https://themomentum.co/fit-to-fly-journal-from-thai-student/>

³⁸⁵ #คนไทยต้องได้กลับบ้าน ยื่นฟ้องศาลปกครองเพิกถอนเงื่อนไขเข้าประเทศต้องมีใบรับรองแพทย์ (Fit to fly) ILaw 27 มีนาคม 2563 <https://ilaw.or.th/node/5584>

เหตุผลว่า ข้อกำหนดที่ออกตามมาตรา 9 (4) แห่ง พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ให้อำนาจจำเลยในฐานะนายกรัฐมนตรีออกข้อกำหนดห้ามการใช้เส้นทางคมนาคมหรือการใช้ยานพาหนะหรือการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงถือไม่ได้ว่าเป็นการกระทำละเมิดต่อโจทก์ โจทก์จึงไม่มีอำนาจฟ้องคดีนี้ พิพากษายกฟ้อง³⁸⁶

นอกจากเรื่องเอกสาร fit to fly แล้ว ยังมีปัญหาความยากลำบากในการลงทะเบียน การกำหนดจำนวนคนผ่านด่านต่อวันและการกำหนดช่วงเวลาทำการของด่านชายแดนไม่เอื้อต่อสภาพความเป็นจริง และการเลื่อนระยะเวลาเปิดช่องทางการเข้าเมืองหลายครั้งจนสร้างความยากลำบากและเพิ่มค่าใช้จ่ายต่อคนไทยในต่างแดน ตัวอย่างในมาเลเซียซึ่งมี 5 ด่าน แต่ละด่านเปิดให้เข้าได้ 50-100 คนต่อวัน รวมเป็นวันละ 350 คนเท่านั้น ไม่ได้สัดส่วนกับแรงงานไทยที่ยังค้างอยู่ในประเทศมาเลเซียอีกประมาณ 30,000-40,000 คน นอกจากนี้ จำเป็นต้องเดินทางมาภายในเวลาเพียงวันเดียว เป็นผลให้ผู้ที่อยู่ห่างไกลจากด่านเดือร้อนมากขึ้น เพราะจำเป็นต้องเดินทางมาล่วงหน้าก่อน 1 วัน จนทำให้แรงงานบางส่วนที่ตัดสินใจเลือกวิธีการข้ามแม่น้ำมาฝั่งไทย แล้วยอมรับโทษปรับ/จำคุกในไทยแทน

ทั้งนี้ มีข้อเสนอจากพรรคการเมือง เช่น พรรคก้าวไกล ให้ "ยกเลิกขั้นตอนการใช้ใบรับรองการเดินทางและใบรับรองแพทย์ในการเดินทางกลับประเทศ" โดยอาศัยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตามมาตรา 25, 38 และ 39 ผู้มีสัญชาติไทยทุกคนมีสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่จะเดินทางเข้าออกประเทศตนเองโดยปราศจากอุปสรรค ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน และเป็นหน้าที่ของรัฐบาลในการต้องจัดการดูแล ควบคุมกักตัวเพื่อคัดกรองโรคอย่างน้อย 14 วัน โดยไม่โยนภาระในการพิสูจน์ตนเองไปให้คนไทยที่อยู่ต่างแดน³⁸⁷

18.2.3 การบริหารวัคซีน

- ภาพรวมปัญหา

รัฐบาลถูกวิจารณ์และตั้งคำถามอย่างหนักถึงการบริหารจัดการวัคซีนที่ผิดพลาดและไม่โปร่งใส ทำให้การป้องกันและการควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 ล้มเหลว ตั้งแต่การใช้งบประมาณในการจัดหาวัคซีนที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ การไม่เข้าร่วมโครงการ COVAXขององค์การอนามัยโลก³⁸⁸ การไม่เปิดเผยแผนและ

³⁸⁶ คนไทยยังไม่ได้กลับบ้าน! ฟ้องสองศาล แพ้สองศาล เหตุมีพ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ คุ่มครองแล้ว ILaw 17 เมษายน 2563

<https://ilaw.or.th/node/5612>

³⁸⁷ หุตุกิดักันคนไทยไม่ให้กลับบ้าน ยกเลิกมาตรการสร้างภาวะโดยไม่จำเป็น เพจพรรคก้าวไกล - Move Forward Party 29 เมษายน 2563

<https://www.facebook.com/MoveForwardPartyThailand/photos/a.104388194526543/133363461629016/>

³⁸⁸ โคแวกซ์ หรือ Covax ย่อมาจาก Covid-19 Vaccines Global Access Facility หรือโครงการเพื่อการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ระดับโลก ก่อตั้งเมื่อ เมษายน 2563 มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนา จัดซื้อ และส่งวัคซีนไปยังกว่า 180 ประเทศทั่วโลก โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำ ร่วมกับองค์กรพันธมิตรเพื่อวัคซีน (The Vaccine Alliance หรือ Gavi) ที่ก่อตั้งโดยบิลและเมลินดา เกตส์ และกลุ่มพันธมิตรความร่วมมือด้านนวัตกรรมเพื่อรับมือโรคระบาด (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations หรือ Cepi)

สัญญาการจัดหาวัคซีน การเลือกใช้ชนิดวัคซีนแค่เพียง 2 ยี่ห้อในจำนวนน้อยเกินกว่าที่จะสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ การเลือกวัคซีนนี้ยังเป็นวัคซีนด้อยคุณภาพแต่มีราคาแพงอย่างซิโนแวค ซึ่งประชาชนปฏิเสธ การเลือกใช้งบประมาณรัฐสนับสนุนให้กับบริษัทสยามไบโอไซแอนส์ผลิตวัคซีนเอสตราเซนเนกา แต่กลับประสบปัญหาการส่งมอบวัคซีนไม่ได้ตรงตามเป้าทั้งปริมาณและเวลาที่กำหนด การปิดบังสัญญาการซื้อหาวัคซีน รวมถึงมาตรการที่ปิดกั้นไม่ให้องค์กรเอกชน หรือหน่วยงานองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้าถึงการสั่งซื้อวัคซีนได้โดยสะดวก การเลือกกระจายวัคซีนอย่างไม่เป็นธรรมและไม่โปร่งใส

ปัญหาจากการจัดการวัคซีนเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดการขาดแคลนวัคซีนที่ดีให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้าในการรับมือกับผู้ติดเชื้อโควิด บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้จึงติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมาก ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) รายงานข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2564 ว่ากว่า 34% ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล บุคลากรด่านหน้าเหล่านี้เป็น "ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง" หมายถึงผู้ที่มีการสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อโดยตรงและใช้เวลาเกินกว่า 1 นาทีตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และต้องกักตัวโดยทันที ในการระบาดระลอกล่าสุดที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ 1 เม.ย. 2564 จนถึงต้นเดือนพฤษภาคม 2564 มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อแล้วกว่า 500 ราย ในจำนวนนี้กว่า 200 คน มีปัจจัยเสี่ยงคือสัมผัสผู้ป่วยหรือให้การรักษาผู้ป่วย³⁸⁹ นอกจากนี้ โรงพยาบาลบางแห่งก็กลายเป็น "คลังเตอรืบุคลากรทางการแพทย์" ขณะที่มียอดผู้เสียชีวิตทั่วไปจากการติดเชื้อทั้งในระบบบันทึกทางการแพทย์และนอกระบบก็มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สฤณี อาชวานันทกุล ชี้ว่าปัญหาที่ระบบสาธารณสุขไทยล้มเหลวไม่ใช่ศักยภาพในการฉีดวัคซีน แต่เป็นแนวคิดระบอบอุปถัมภ์ของรัฐบาลซึ่งไม่มีความเป็นธรรม เลือกปฏิบัติ ไร้ประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงและมาตรการ 'ปูพรม' ฉีดวัคซีนทั่วประเทศล้มเหลวโดยสิ้นเชิง คือ 1) การกำหนดปริมาณการจัดหาวัคซีน โดยตั้งเป้าว่าจะครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 50 หรือ 33 ล้านคน เท่านั้น ซึ่ง "ไม่เพียงพอ" ที่ถ้าจะสร้าง 'ภูมิคุ้มกันหมู่' ตามหลักวิทยาศาสตร์ได้ จะต้องฉีดให้ได้ 70 % ของประชากร 2) การตัดสินใจใช้วัคซีนแค่ 2 บริษัท คือเอสตราเซนเนกา 'ม้าเต็ง' ที่ส่งมอบล่าช้าและไม่เพียงพอ และการเลือกซื้อวัคซีนซิโนแวคซึ่งมีราคาแพง ไม่มีความโปร่งใสในการจัดซื้อ บริษัทมีประวัติในการติดสินบนรัฐบาล และเป็นวัคซีนที่ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิเสธ³⁹⁰ และ 3) การที่ไทยไม่เข้าร่วม COVAX โดยอ้างว่า เช่น ประเทศไทยไม่ใช่ประเทศยากจนเข้าร่วมโครงการไม่ได้ ต้องจองซื้อวัคซีนล่วงหน้า ไม่รู้ว่าจะได้ตัวไหนบ้าง COVAX แพง และคิดค่าบริหารจัดการ

³⁸⁹ ไทยตกขบวน 'COVAX'ชาติเดียวอาเซียนไม่ได้วัคซีนโควิด-19 5 กุมภาพันธ์ 2564 workpointTODAY

<https://workpointtoday.com/covax-vaccine-asean/>

³⁸⁹ วันพยาบาลสากล: พยาบาลยุคโควิด-19 กับการทำงานที่ "เหมือนมีระเบิดเวลาติดตัว" สมิตานัน หงษ์สตาร์ บีบีซีไทย 12 พฤษภาคม 2564 <https://www.bbc.com/thai/thailand-57082378>

³⁹⁰ มหากาพย์วัคซีน (2): ความไม่โปร่งใสในการจัดหาวัคซีนโควิด-19 สฤณี อาชวานันทกุล The Momenttum 29 มิถุนายน 2564 <https://themomentum.co/citizen2-0-vaccine-covid/>

เพิ่มเติม วัคซีนหลักของ COVAX คือแอสตราเซนเนกา ซึ่งไทยซื้อตรงอยู่แล้ว³⁹¹ อย่างไรก็ตามในชวงกลางปี 2564 รัฐบาลไทยได้ขอเจรจาจัดหาวัคซีนร่วมกับโครงการ COVAX เพื่อจะได้รับวัคซีนของปี 2565 และทางการได้ขอภัยประชาชนที่จัดหาวัคซีนโควิดไม่ทันต่อสถานการณ์³⁹²

- การเคลื่อนไหวของบุคลากรด้านหน้าและกลุ่มทางสังคมต่อปัญหาวัคซีน

วัคซีนชนิด mRNA

การขาดแคลนวัคซีนที่มีคุณภาพสร้างความเดือดร้อนให้บุคลากรด้านหน้าเพิ่มมากขึ้น จนนำมาสู่การเรียกร้องต่อรัฐบาล เช่น ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2564 ตัวแทนกลุ่ม “หมอไม่ทน” ยื่นหนังสือขอเรียกร้อง พร้อมด้วยรายชื่อประชาชน 215,409 คน ต่อรัฐบาล กรรมการรัฐสภา และพรรคการเมือง ให้รัฐบาลเร่งนำเข้าวัคซีนชนิด mRNA ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันไวรัสโคโรนาชนิดกลายพันธุ์และฉีดวัคซีนชนิดนี้ให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้า รวมทั้งให้รัฐบาลเปิดเผยสัญญาการซื้อวัคซีนทุกชนิดต่อสาธารณะ รวมทั้งมีการเชิญชวนประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์สวมเสื้อดำหรือติดโบว์สีดำเพื่อไว้อาลัยผู้เสียชีวิตจากโควิดและผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งหมด³⁹³ ต่อมาในปลายเดือนกรกฎาคม 2564 บุคลากรทางการแพทย์ เรียกร้องถึงกระทรวงสาธารณสุขเรื่องความโปร่งใสในการกระจายวัคซีน Pfizer ที่สหรัฐอเมริกาส่งมอบให้แก่ไทย 1.5 ล้านโดสด้วย ซึ่งบุคลากรด้านหน้าไม่ได้รับวัคซีนอย่างทั่วถึง แม้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากผู้ป่วยอย่างมากก็ตาม³⁹⁴ รวมทั้งการเรียกร้องให้นำวัคซีน mRNA มาเป็นวัคซีนหลักให้คนไทยทุกคน³⁹⁵

วัคซีนสูตรลับมีความเสี่ยง

³⁹¹ มติคณะรัฐมนตรี 5 มกราคม 2564 ระบุว่าไทยจะจัดหาวัคซีนร้อยละ 40 จากแอสตราเซนเนกา, ร้อยละ 40 จากการเข้าโครงการ COVAX และที่เหลืออีกร้อยละ 20 จาก ซิโนแวค ดูใหม่ไลน์การนำเข้าวัคซีนได้ที่ คันมติ ครม. หาที่มาวัคซีนซิโนแวค 19.5 ล้านโดส ไซงบส่วนไหนซื้อ? ไทยรัฐออนไลน์ 1 กรกฎาคม 2564

<https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2130022>

มหากาพย์วัคซีน (1): ความเข้าใจผิดเรื่อง ‘ม้าเต็ง’ และโครงการ COVAX The Momentum 16 มิถุนายน 2564

<https://themomentum.co/citizen2-0-covax/>

³⁹² ส่องจุดยืนที่เปลี่ยนไปต่อ 'COVAX' ทำไม 'ไทย' ไม่เข้าร่วมตั้งแต่แรก กรุงเทพธุรกิจออนไลน์ 22 กรกฎาคม 2564

<https://www.bangkokbiznews.com/news/950531>

³⁹³ หมอไม่ทน: ภาคิบุคลากรสาธารณสุขเรียกร้องรัฐเร่งนำเข้าวัคซีน mRNA และเปิดเผยสัญญาซื้อวัคซีนโควิด บีบีซีไทย 7

กรกฎาคม 2021 <https://www.bbc.com/thai/thailand-57745072>

³⁹⁴ รัฐบาลยันทยอยส่ง"ไฟเซอร์"ให้จนครบ PPTV Online วีดีโอ (4:58 นาที) 10 สิงหาคม 2564

<https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E/153747>

³⁹⁵ #เก็บไฟเซอร์ไว้ให้ใคร บุคลากรทางการแพทย์ จี้รัฐเปิดเผยข้อมูลกระจายวัคซีน นัดยื่น จม.สถานทูตสหรัฐ ช่วยจับตาพุงนี้

ประชาไท 27 กรกฎาคม 2564 <https://prachatai.com/journal/2021/07/94162>

ในเดือนกรกฎาคม 2564 รัฐบาลมีแนวทางในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูตรผสมให้กับประชาชนท่ามกลางข้อกังขาของประชาชนถึงอันตรายเพราะยังไม่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้มารองรับ³⁹⁶ อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้มีชื่อเสียงและเป็นทีปรึกษาของรัฐบาลอย่าง ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ได้สนับสนุนมติคณะกรรมการโรคติดต่อที่ให้ใช้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบบผสมสูตรสลับชนิด ด้วย 2 เหตุผล คือ 1) ปริมาณวัคซีนในไทยมีจำกัดยังไม่สามารถเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ได้ ตามหลักวิทยาศาสตร์ และ 2) วัคซีนที่ผลิตรุ่นแรกไม่สามารถรับมือกับสายพันธุ์ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน เช่น อัลฟา เดลตา ได้ เขาได้ระบุว่าองค์กรของตนได้ทำการศึกษาวิจัยรูปแบบการให้วัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน ซึ่งการสลับชนิดของวัคซีนก็เป็นหนึ่งในแนวทางที่ศึกษา โดยพบว่าการให้วัคซีนเข็มแรกเป็นชนิดเชื้อตาย (ซิโนแวค หรือ ซิโนฟาร์ม) แล้วตามด้วยวัคซีนชนิดไวรัสเวกเตอร์ (แอสตราเซนเนกา) จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีมาก แม้จะยังไม่สูงเท่ากับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกา 2 เข็มก็ตาม แต่อย่างน้อยก็ได้ภูมิคุ้มกันที่สูงในเวลาเพียง 6 สัปดาห์ แทนที่จะต้องรอไปถึง 12 สัปดาห์ และย้ำว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างรุนแรงและรวดเร็วขณะนี้ การฉีดวัคซีนสลับเข็มเป็นประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย และมีความปลอดภัยในชีวิตจริง³⁹⁷

ทันทีที่การแถลงข่าวนี้เผยแพร่ออกไป กระแสโซเชียลก็วิพากษ์วิจารณ์การวิจัยขึ้นนี้ว่ามีความเหมาะสมและเป็นวิทยาศาสตร์หรือไม่ รวมทั้งมีการอภิปรายกันมากกว่าสาเหตุที่ทำให้ไทยไม่มีตัวเลือกวัคซีนที่ดี และต้องมาหาทางออกกับการฉีดวัคซีนไว้นั้นก็เป็นเพราะรัฐบาลเลือกนำเข้าแต่วัคซีนที่ไร้คุณภาพมาตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ยืนยันว่า จะเริ่มให้มีการฉีดวัคซีนไว้นี้ทั่วประเทศตลอดทั้งเดือนตุลาคม 2564 นี้ โดยตั้งเป้าว่าจะจัดให้การฉีดวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็มจำนวน 50 เปอร์เซ็นต์ในทุกจังหวัด ใช้วัคซีนจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 24 ล้านโดส และทำ Covid Free Area ในจังหวัดที่ฉีดครอบคลุม 80 เปอร์เซ็นต์ โดยเน้นฉีดให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง และหญิงตั้งครรภ์ให้ได้มากที่สุด³⁹⁸

- การลงโทษผู้วิจารณ์การบริหารวัคซีนป้องกันโควิด-19

จากการขาดแคลนและล่าช้าในการจัดหาและฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จนส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมีจำนวนมหาศาล ทำให้มีผู้ออกมาวิพากษ์วิจารณ์การบริหารวัคซีนที่ผิดพลาด มีการพูดถึงการผลิตวัคซีนโดย Siam Bioscience ว่าเป็นอุปสรรคในการจัดหาวัคซีนให้ประชาชนได้ทันช่วงที่สำหรับการระบาดในระลอกที่ 2” ทั้งนี้ ทางรัฐบาลได้ดำเนินคดีกับผู้วิจารณ์อย่างกว้างขวางในความผิดตามกฎหมายอาญา

³⁹⁶ ‘WHO’ เตือนทั่วโลกเสี่ยงฉีด ‘วัคซีนผสมสูตร’ เหตุ ‘ข้อมูลยังน้อย’ กรุงเทพธุรกิจ 13 กรกฎาคม 2564

<https://www.bangkokbiznews.com/news/948600>

³⁹⁷ ‘หมอยง’ แจงปมสลับวัคซีนซิโนแวค-แอสตราเซนเนกา ล้นไวรัสไม่รู้หรือเป็นยี่ห้อไหน sanook.com 13 กรกฎาคม 64

<https://www.sanook.com/news/8411078/>

³⁹⁸ เปิดแผนฉีดวัคซีนไขว้ในไทย สรุปลแล้วใครได้ฉีดสูตรไหนบ้าง ตลอดเดือนตุลาคมที่จะถึงนี้ The Matter 13 กันยายน 2564

Wongsatom Lertjarad <https://thematter.co/quick-bite/thailand-cocktail->

vaccine/155058?fbclid=IwAR0_KOdUKkelzo1edctAAQQn8um73uo-PQ1s0BY0wLQc67TzlihH9J0cDE

มาตรา 112 และข้อหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ม.116 พ.ร.บ.ชุมนุม พ.ร.บ.ฉุกเฉิน และ ข้อหาหมิ่นศาล³⁹⁹ ดังกรณีธนาธร จึงรุ่งเรืองกิจ⁴⁰⁰ แนวร่วมธรรมศาสตร์และการชุมนุม และคณะราษฎร 2563 รวมถึงเบนจา อะปัญ นักศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วัย 21 ปี ผู้ริเริ่มรณรงค์เรื่องวัคซีนที่ถูกดำเนินคดีด้วยมาตรา ม.112⁴⁰¹

18.2.4 มาตรการเยียวยา

- มาตรการเยียวยาผลกระทบจากโควิด-19 ระยะแรกๆ (ราวช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2563)

กรม.ได้อนุมัติมาตรการชุดที่ 1 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563⁴⁰² ซึ่งประกอบด้วย การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ อาทิ การให้สินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ ลดภาษีหัก ณ ที่จ่าย ลดภาระดอกเบี้ย คืนเงินค่าประกันมิเตอร์ไฟฟ้าให้ประชาชน

ต่อมา ในวันที่ 24 มีนาคม 2563 กรม. มีมติเห็นชอบให้มีมาตรการเยียวยาผลกระทบจากโควิด-19 ระยะที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้⁴⁰³

1. มาตรการดูแลและเยียวยา “แรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว อาชีพอิสระที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม” ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ประกอบด้วย 8 มาตรการ คือ

1.1 มาตรการชดเชยรายได้แก่แรงงานลูกจ้างลูกจ้างชั่วคราวอาชีพอิสระที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม หรือผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ ของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19)

1.2 โครงการสินเชื่อฉุกเฉินเพื่อเพิ่มสภาพคล่องชั่วคราวในการดำรงชีวิต โดยไม่จำเป็นต้องมีหลักทรัพย์

1.3 โครงการสินเชื่อพิเศษเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มสภาพคล่องชั่วคราวในการดำรงชีวิตแก่ประชาชนที่มีรายได้อ่อน

³⁹⁹ ม.112 : เปิดข้อกล่าวหาและคำให้การของธนาธร กรณีเฟซบุ๊กไลฟ์ "วัคซีนพระราชทาน" โพสต์ 4 มิถุนายน 2564

<https://www.bbc.com/thai/thailand-57312017>

⁴⁰⁰ วัคซีนพระราชทาน ใครได้ใครเสีย? โดยธนาธร จึงรุ่งเรืองกิจ วีดีโอ (30:33 นาที) คณะก้าวหน้า 18 มกราคม 2564

<https://www.youtube.com/watch?v=Oq7KPO5TBc8>

⁴⁰¹ Karoonp Chetpayark “หนูไม่เคยเสียดายที่ออกมาเคลื่อนไหว” เบนจา อะปัญ ชีวิตในวัย 21 การต่อสู้ และโดนคดี ม.

112 The Matter <https://thematter.co/social/benja-apan-interview-2/143005>

⁴⁰² มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม ระยะที่ 2 ข่าวกระทรวงการคลัง ฉบับที่ 26/2563 วันที่ 24 มีนาคม 2563 shorturl.asia/PBwQM

⁴⁰³ มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม ระยะที่ 2 ระยะที่ 2 ข่าวกระทรวงการคลัง ฉบับที่ 26/2563 วันที่ 24 มีนาคม 2563

1.4 โครงการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำสำหรับสำนักงานธนาคารเพื่อช่วยเหลือประชาชนฐานรากที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการระบาดของไวรัส COVID-19

1.5 มาตรการเสริมความรู้พิจารณาดำเนินการจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะ เสริมอาชีพเพื่อเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบ

1.6 มาตรการเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา โดยเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากเดิมสิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2563 เป็นสิ้นสุดวันที่ 31 สิงหาคม 2563

1.7 มาตรการเพิ่มวงเงินหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันสุขภาพ

1.8 มาตรการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับค่าตอบแทนในการเสี่ยงภัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับ (1) ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยในการเฝ้าระวังสอบสวน ป้องกันควบคุม และรักษาผู้ป่วยจากไวรัส COVID-19 (2) ค่าตอบแทนบุคคลที่มีไข้เข้ารับราชการหรือข้าราชการที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุข

2. มาตรการดูแลและเยียวยา “ผู้ประกอบการ” ประกอบด้วย 7 มาตรการ ดังนี้

2.1 โครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการรายย่อยที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ธุรกิจทัวร์ ธุรกิจสปา ธุรกิจขนส่งที่เกี่ยวข้อง (รถทัวร์ รถบัส รถตู้ รถแท็กซี่ เรือนา เทียวรถเช่า) บริษัทนำเที่ยว โรงแรม ห้างพัก และร้านอาหาร

2.2 มาตรการเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้นิติบุคคล โดยเลื่อนเวลาการชำระภาษีเงินได้นิติบุคคลให้แก่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลที่ไม่ได้จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

2.3 มาตรการเลื่อนเวลาการยื่นแบบแสดงรายการนำส่งและชำระภาษี โดยเลื่อนเวลาการยื่นแบบแสดงรายการนำส่ง และชำระภาษีทุกประเภทที่กรมสรรพากรจัดเก็บ

2.4 มาตรการขยายเวลาการชำระภาษีให้แก่ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสินค้าน้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมัน

2.5 มาตรการขยายเวลาการยื่นแบบรายการภาษีพร้อมกับชำระภาษีของการประกอบกิจการสถานบริการที่จัดเป็นบริการตามบัญชีพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต

2.6 มาตรการยกเว้นอากรขาเข้าของที่ใช้รักษา วินิจฉัย หรือป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

2.7 มาตรการทางภาษีอากรและค่าธรรมเนียมเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ของเจ้าหนี้ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน (บัตรเครดิต สินเชื่อส่วนบุคคล สินเชื่อรายย่อยเพื่อการประกอบอาชีพ สินเชื่อรายย่อยระดับจังหวัด เช่าซื้อ ลีสซิ่ง และเจ้าหนี้อื่นที่ทำสัญญาปรับปรุงโครงสร้างหนี้ร่วมกับสถาบันการเงิน)

- ผลของมาตรการเยียวยาในช่วงแรก (มีนาคม - กันยายน 2564): เฟสแรก “เราไม่ทิ้งกัน”⁴⁰⁴

Thaipublica รายงานว่า มาตรการเยียวยาโควิดฯ เฟสแรก “เราไม่ทิ้งกัน” พุ่งเป้าไปที่กลุ่มอาชีพอิสระจำนวน 16 ล้านคน ซึ่งรวมไปถึงสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ ผู้ที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลเกษตรกรแต่ประกอบอาชีพอิสระเป็นหลัก และผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 39 และ 40 แต่ไม่นับรวมผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ซึ่งได้รับเงินชดเชยกรณีว่างงานจากสำนักงานประกันสังคม กลุ่มนี้จะรับเงินชดเชยรายได้จากรัฐบาลคนละ 5,000 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน รวมแล้วได้รับเงินเยียวยาคนละ 15,000 บาท ต่อมาได้มีการขยายความช่วยเหลือไปยังกลุ่มเกษตรกรอีก 10 ล้านคน รวมการเยียวยาเฟสแรกมีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 26 ล้านคน โดยจะใช้งบช่วยเหลือเยียวยา 390,000 ล้านบาท โดยใช้แหล่งเงินจากงบกลางรายการสำรองจ่ายฉุกเฉินหรือจำเป็นของปี 2563 ประมาณ 70,000 และ พ.ร.ก.เงินกู้ 1 ล้านล้านบาท อีก 320,000 ล้านบาท

จากนั้นก็มีการขยายมาตรการเยียวยาที่ออกมาเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้ผลกระทบจากโควิดฯ อีก 2 กลุ่มคือ กลุ่มเปราะบาง ประกอบด้วย เด็กแรกเกิดอายุ 0-6 ปี จำนวน 1.39 ล้านคน ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพคนชรา 4.06 ล้านคน และผู้มีบัตรคนพิการอีก 1.33 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 6.78 ล้านคน จะได้รับเงินเยียวยาคนละ 1,000 บาท 3 เดือน รวมได้รับเงินคนละ 3,000 บาท ใช้แหล่งเงินจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ ไม่เกิน 20,346 ล้านบาท และกลุ่มสุดท้าย คือ ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่ยังไม่ได้รับเงินเยียวยาใดๆ จากรัฐบาลอีก 1.16 ล้านคน ใช้เงินกู้ฯ อีก 3,493 ล้านบาท

มาตรการเยียวยาโควิดฯ ระยะแรกนี้ รัฐบาลได้ตั้งเป้าหมายที่จะจ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากรวมทั้งสิ้น 33.94 ล้านคน ภายใต้วงเงินงบประมาณและเงินกู้ฯ รวม 4.14 แสนล้านบาท อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อสรุปได้ว่า ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 รัฐบาลได้ดำเนินการแจกเงินเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิ 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 30.52 ล้านราย คิดเป็นสัดส่วน 89.92% ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 33.94 ล้านคน เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ ไปทั้งสิ้น 295,965 ล้านบาท ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระและลูกจ้าง วงเงิน 240,000 ล้านบาท สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้จ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิ คนละ 15,000 บาท ไปประมาณ 15.27 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน 95.43% ของกลุ่มเป้าหมาย 16 ล้านคน เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 159,583.94 ล้านบาท (ยังไม่รวมส่วนที่เบิกจากงบกลางปี 2563 ที่กันเอาไว้ 70,000 ล้านบาท)
2. กลุ่มเกษตรกร วงเงิน 150,000 ล้านบาท กระทรวงเกษตรและสหกรณ์โดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ได้จ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิ คนละ 15,000 บาท ไปประมาณ 7.57 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน 75.66 ของกลุ่มเป้าหมาย เบิกจ่ายเงินจาก พ.ร.บ.เงินกู้ฯ ไปทั้งสิ้น 113,304.40 ล้านบาท
3. กลุ่มเปราะบาง วงเงิน 20,346 ล้านบาท กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้จ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิไปทั้งสิ้น 6.66 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน 98.25% ของกลุ่มเป้าหมาย

⁴⁰⁴ เนื้อหาทั้งหัวข้อนี้นี้ยกมาจาก “สำรวจมาตรการเยียวยาโควิดฯ แจกแล้ว 6 แสนล้านบาท”, 23 กุมภาพันธ์ 2564,

<https://thaipublica.org/2021/02/include-money-giveaway-measures-fight-covid-19/>

เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 19,988.98 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 98.25% ของวงเงินกู้ที่ได้รับการจัดสรร 20,346 ล้านบาท

4. กลุ่มผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่ยังไม่ได้รับเงินเยียวยาใดๆ จากรัฐบาล วงเงินกู้ 3,492.67 ล้านบาท สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) ได้จ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิไปประมาณ 1.03 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน 88.17% ของกลุ่มเป้าหมาย เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 3,087.59 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 88.40% ของวงเงินกู้ที่ได้รับการจัดสรร 3,492.67 ล้านบาท

- ผลของมาตรการเยียวยาในช่วง 2 (ตุลาคม 2563 ถึง มีนาคม 2564): คนละครึ่ง เราชนะ และ มาตรา 33 เรารักกัน⁴⁰⁵

คนละครึ่ง

Thaipublica รายงานว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ลุกลามไปทั่วโลก ยังคงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยอย่างต่อเนื่อง ช่วงเดือนกันยายน 2563 ธนาคารแห่งประเทศไทยคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยปี 2563 จะติดลบ 7.8% ทำให้รัฐบาลมีความจำเป็นที่จะต้องออกมาตรการอัดฉีดเม็ดเงินเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจ เพื่อกระตุ้นการกำลังซื้อของประชาชน เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2563 ที่ประชุม ครม. จึงมีมติเห็นชอบมาตรการเพิ่มกำลังซื้อให้กับประชาชน 2 โครงการ คือ

1. โครงการ “คนละครึ่ง” เฟสแรก มีกลุ่มเป้าหมาย 10 ล้านคน เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ แผนงานที่ 3.3 วงเงินไม่เกิน 30,000 ล้านบาท โดยกระทรวงการคลังจะโอนเงินให้ผู้มีสิทธิผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” เพื่อนำไปชำระค่าอาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าทั่วไป โดยรัฐบาลจะช่วยออกค่าใช้จ่ายให้ 50% แต่ไม่เกิน 150 บาทต่อคนต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 3,000 บาท/คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน (เริ่มใช้จ่ายเงินได้ตั้งแต่ 23 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2563)

2. โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ มีกลุ่มเป้าหมาย 14 ล้านคน เบิกจ่ายจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ แผนงานที่ 2.1 วงเงินไม่เกิน 20,922.78 ล้านบาท โดยกระทรวงการคลังจะเพิ่มเงินในการซื้อสินค้าให้ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐอีกคนละ 500 บาท เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2563 โดยผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่มีรายได้ 30,000-100,000 บาทต่อปี เดิมเคยได้รับวงเงินซื้อสินค้าเดือนละ 200 บาท ก็จะเพิ่มเป็น 700 บาทต่อเดือน ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อปี เดิมเคยได้วงเงินช่วยเหลือเดือนละ 300 บาท ก็จะปรับเพิ่มเป็น 800 บาทต่อเดือน

ก่อนโครงการคนละครึ่งเฟสแรกจะสิ้นสุด วันที่ 8 ธันวาคม 2563 ที่ประชุม ครม. ก็มีมติเห็นชอบ “คนละครึ่ง” เฟส 2 ขยายกลุ่มเป้าหมายเป็น 15 ล้านคน ประกอบไปด้วยกลุ่มผู้ที่ได้รับสิทธิเดิม (เฟสแรก) ไม่เกิน 10 ล้านคน และกลุ่มใหม่ที่เปิดให้ลงทะเบียนรับสมัครเพิ่มอีกไม่เกิน 5 ล้านคน ใช้แหล่งเงินจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ แผนงานที่ 3.3 วงเงินไม่เกิน 22,500 ล้านบาท สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิคนละครึ่งเดิม 10 ล้านคน กระทรวงการคลังจะเพิ่มเงินชำระค่าสินค้าให้คนละ 500 บาท ส่วนผู้ได้รับสิทธิคนละครึ่งรายใหม่จำนวน 5

⁴⁰⁵ เพิ่งอ้าง

ล้านคน จะได้รับวงเงินในการชำระค่าอาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าทั่วไป คนละ 3,500 บาท โดยมีรัฐบาลช่วยออกค่าใช้จ่ายให้ 50% แต่ไม่เกิน 150 บาทต่อคนต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน เริ่มใช้จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2564

นอกจากนี้ทางกระทรวงการคลังยังไปรวบรวมผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิคนละครึ่งทั้งเฟสที่ 1 และเฟสที่ 2 จำนวน 1.34 ล้านสิทธิ์ มาเปิดให้ประชาชนลงทะเบียนในรอบเก็บตกครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2564 เริ่มเปิดลงทะเบียน 6 โมง ใช้เวลาไม่ถึง 10 นาที ก็ได้ผู้มีสิทธิคนละครึ่งครบตามจำนวน

สำหรับผลการดำเนินงานของโครงการ “คนละครึ่ง” นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 จนถึงวันที่ 18 มกราคม 2564 มีประชาชนมาใช้สิทธิ “คนละครึ่ง” ผ่านแอปฯ “เป๋าตัง” แล้ว 13.66 ล้านคน โดยมียอดการใช้จ่ายสะสมรวมทั้งสิ้น 66,967 ล้านบาท แบ่งเป็น ประชาชนใช้จ่ายเงิน 34,261 ล้านบาท และรัฐบาลช่วยจ่าย 32,706 ล้านบาท โดยมีร้านค้าลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการกว่า 1.12 ล้านร้าน ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติเรียบร้อยแล้ว 750,353 ร้านค้า

เราชนะ

ต่อมาเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 รอบ 2 ที่ วันที่ 19 มกราคม 2564 ที่ประชุม ครม. จึงมีมติเห็นชอบ โครงการ “เราชนะ” ภายใต้วงเงินกู้วงเงิน 210,200 ล้านบาท เพื่อนำมาใช้ในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการชำระค่าสินค้าอุปโภคและบริโภค รวมทั้งค่าโดยสารสาธารณะ ให้กับประชาชน 31.1 ล้านคน โดยคนกลุ่มนี้จะได้รับวงเงินช่วยเหลือผ่านแอปฯ “เป๋าตัง” คนละ 3,500 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 2 เดือน รวมได้รับวงเงินคนละ 7,000 บาท โดยผู้ที่ได้รับสิทธิจะต้องที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่ไม่นับรวมเจ้าหน้าที่ของรัฐ ข้าราชการ ผู้รับบำนาญ ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 กลุ่มคนที่มีเงินฝากรวมทุกบัญชีไม่เกิน 5 แสนบาท และกลุ่มที่มีเงินได้พึงประเมินไม่เกิน 300,000 บาท ดังนั้น กลุ่มเป้าหมายของ “เราชนะ” ทั้ง 31.1 ล้านคนจึงครอบคลุมเกือบทุกสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาชีพอิสระ หาบเร่ แผงลอย รับจ้าง และเกษตรกร

ส่วนผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ 14 ล้านคน ในรอบนี้ก็จะได้รับเงินช่วยเหลือจากโครงการเราชนะผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วยเช่นกัน แต่ได้ไม่ถึง 7,000 บาท เพราะต้องหักเงินเยียวยาที่เคยได้รับไปแล้วก่อนหน้านี้ ดังนั้น การจ่ายเงินเยียวยาผู้ถือบัตรฯ ในรอบนี้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก ผู้ถือบัตรฯ ที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท/ปี เดิมได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 800 บาทอยู่ก่อนแล้ว ก็จะได้เงินเพิ่มอีกสัปดาห์ละ 675 บาท หรือเดือนละ 2,700 บาท รวม 2 เดือน จะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มอีก 5,400 บาท กลุ่มที่ 2 ผู้ถือบัตรฯ ที่มีรายได้เกิน 30,000 แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี ได้รับเงินอยู่แล้วเดือนละ 700 บาท ก็จะได้วงเงินช่วยเหลือเพิ่มอีกคนละ 700 บาทต่อสัปดาห์ หรือเดือนละ 2,800 บาท รวม 2 เดือนจะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มอีก 5,600 บาท

ม.33 เรารักกัน

เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ที่ประชุม ครม. ก็มีมติเห็นชอบโครงการ “ม.33 เรารักกัน” ตามที่สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน นำเสนอ โดยรัฐบาลจะจัดวงเงินช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จำนวน 9.27 ล้านคน ให้ได้รับวงเงินช่วยเหลือเพื่อนำไปชำระค่าสินค้าอุปโภคบริโภค ผ่านแอปฯ “เป๋าตัง” คนละ 4,000 บาท โดยใช้วงเงินไม่เกิน 37,100 ล้านบาท เปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ - 7

มีนาคม 2564 เริ่มใช้สิทธิที่มีตราสัญลักษณ์ของร้านธงฟ้าประชารัฐ, คนละครึ่ง และเราชนะ ได้ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม - พฤษภาคม 2564 สำหรับผู้ที่จะได้รับสิทธิ “ม.33 เรารักกัน” จะต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย และจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33, ไม่เป็นผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่ได้รับสิทธิเราชนะ และมีบัญชีเงินฝากรวมทุกบัญชีไม่เกิน 5 แสนบาท

สรุป ภาพรวมการใช้จ่ายเงินกู้ 1 ล้านล้านบาท ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 มีโครงการที่ผ่านการอนุมัติจาก ครม. แล้ว 256 โครงการ คิดเป็นวงเงินรวมทั้งสิ้น 748,666 ล้านบาท คงเหลือวงเงินที่เตรียมไว้ใช้ในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโควิดฯ และฟื้นฟูเศรษฐกิจอีก 251,334 ล้านบาท และล่าสุดนี้ก็ได้มีการเบิกจ่ายเงินออกไปแล้ว 395,773 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 55.59% ของวงเงินกู้ที่ผ่านการอนุมัติจาก ครม. แล้ว โดยการเบิกจ่ายเงินส่วนใหญ่จะเป็นการแจกเงินเยียวยาประชาชน 404,632 ล้านบาท

การโยกเงินกู้เพื่อการฟื้นฟูเศรษฐกิจจำนวน 45,000 ล้าน มาเพิ่มในการเยียวยาประชาชน

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ก่อนที่ ครม. จะมีมติอนุมัติโครงการ “ม.33 เรารักกัน” ได้มีการแก้ปัญหาเทคนิคทางด้านกฎหมาย กล่าวคือ ในบัญชีแนบท้าย พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 1 ล้านล้านบาท ได้กำหนดแผนการใช้จ่ายเงินกู้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ใช้ทางด้านสาธารณสุขและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 วงเงินไม่เกิน 45,000 ล้านบาท กลุ่มที่ 2 ใช้เพื่อการเยียวยาประชาชนวงเงินไม่เกิน 555,000 ล้านบาท และกลุ่มที่ 3 ใช้เพื่อการฟื้นฟูเศรษฐกิจ 400,000 ล้านบาท ปรากฏว่าเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2564 ที่ประชุม ครม. มีมติอนุมัติโครงการ “เราชนะ” ก็มีมติโยกเงินกู้จากแผนงาน หรือโครงการกลุ่มที่ 3 จำนวน 10,000 ล้านบาท มาใช้ในแผนงาน หรือโครงการกลุ่มที่ 2 จากเดิมมีวงเงินอยู่ที่ 555,000 ล้านบาท ก็เพิ่มเป็น 565,000 ล้านบาท

ส่วนวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2564 มีโครงการที่ผ่านการอนุมัติวงเงินจาก ครม. ให้ใช้วงเงินกู้ภายใต้แผนงานหรือโครงการกลุ่มที่ 2 แล้ว 8 โครงการ คิดเป็นวงเงินรวมทั้งสิ้น 558,753.21 ล้านบาท คงเหลือวงเงินกู้ที่จะใช้ได้แค่ 6,246.79 ล้านบาท ขณะที่สำนักงานประกันสังคมทำเรื่องขอใช้เงินกู้ เพื่อนำไปเยียวยาผู้ประกันตน 37,100 ล้านบาท เงินยังขาดอยู่อีก 30,853.21 ล้านบาท ดังนั้น เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ที่ ครม. มีมติอนุมัติโครงการ “ม.33 เรารักกัน” ครม. ก็มีการอนุมัติโยกเงินกู้จากแผนงานกลุ่มที่ 3 จำนวน 35,000 ล้านบาท มาใช้ในแผนงานกลุ่มที่ 2 เพื่อเตรียมไว้ใช้ในการจ่ายเงินเยียวยาผู้ประกันตน คนละ 4,000 บาท ทำให้วงเงินกู้ตามแผนของกลุ่มที่ 2 เดิม มีวงเงิน 565,000 ล้านบาท เพิ่มเป็น 600,000 ล้านบาท ส่วนวงเงินกู้เพื่อใช้ฟื้นฟูเศรษฐกิจ ตามแผนงานกลุ่มที่ 3 ปรับตัวลดลง จาก 390,000 ล้านบาท เหลือ 355,000 ล้านบาท ทั้งนี้ ตามบทบัญญัติของ พ.ร.ก.เงินกู้ฯ มาตรา 6 วรรค 3 เปิดช่องให้รัฐบาลดำเนินการโยกเงินจากแผนงานกลุ่มที่ 3 มาใช้ในแผนงานกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้ กรณีที่มีความจำเป็น ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

- ข้อเสนอและความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ ต่อมาตรการเยียวยาของรัฐ

ความคิดเห็นและข้อเสนอจากนักวิชาการ

มาตรการเยียวยาโควิด-19 ในช่วงแรกหรือ “เราไม่ทิ้งกัน” เฟสแรก ถูกวิจารณ์อย่างมากว่าไม่ส่งผลดีต่อคนจนมากนัก การเยียวยาไม่มากพอและไม่ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงการช่วยเหลือได้ยาก มีแนวคิดแบบอุปถัมภ์ที่ใช้วิธีการสงเคราะห์ แทนที่จะเป็นการให้เป็นสิทธิสวัสดิการทั่วหน้า และมีข้อครหาว่าเป็นมาตรการเยียวยากลุ่มทุนใหญ่ที่หนุนรัฐบาลมากกว่าจะเยียวยาประชาชน

ในเอกสารสรุปผลการสำรวจ “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19 และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล” โดย ศ.ดร. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ คณะโครงการวิจัยคนจนเมืองที่ เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกสว. ที่เผยแพร่เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2563 ได้มีข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการเยียวยาประชาชนในช่วงแรกดังนี้

1. รัฐควรปรับเปลี่ยนหลักคิดและวิธีการบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนในภาวะวิกฤตินี้จาก “การสงเคราะห์ผู้เดือดร้อน” เป็น “การให้สวัสดิการถ้วนหน้า” หรือเปลี่ยนวิธีการจาก “คัดคนเข้า” เป็น “คัดคนออก” รัฐควรใช้หลักคิดใหม่ว่า คนส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดต่างได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐทั้งสิ้น มาตรการที่เข้มงวดของรัฐ ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพนอกระบบต่างได้รับผลกระทบถ้วนหน้า อีกทั้งวิธีการดังกล่าว ยังล่าช้าและเกิดข้อผิดพลาดในหลายกรณี เพราะเชื่อมั่นในระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือ Artificial Intelligence (AI) มากเกินไปทั้งที่ฐานข้อมูลมีไม่เพียงพอ

2. รัฐบาลควรให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการงบประมาณเพื่อเยียวยาให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยจัดสรรงบประมาณ 400,000 ล้านบาทเพื่อฟื้นฟูและเยียวยาเศรษฐกิจผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน คณะกรรมการกองทุนชุมชนและหมู่บ้าน สำหรับฟื้นฟูชีวิตของคนระดับรากหญ้าที่จำเป็นต้องมี เงินลงทุนเริ่มต้นประกอบการอาชีพใหม่และเข้าไม่ถึงเงินกู้ในระบบ

3. ควรเร่งรัดให้กองทุนประกันสังคมปฏิรูปการทำงานให้จ่ายเงินตามสิทธิของผู้ประกันตนโดยเร็ว เพราะทุกวันนี้ผู้ประกันตนหลายคนสะท้อนความคิดเห็นทำนองเดียวกันว่า “ประกันสังคมหักเงินเราตรงเวลา ทุกเดือน แต่พอเราเดือดร้อนจะได้รับเงินประกันตามสิทธิ กลับต้องรอเป็นเดือน”

4. รัฐควรผ่อนปรนเปิดพื้นที่ค้าขายและการใช้พื้นที่สาธารณะอย่างมีการจัดการ เนื่องจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดได้คลี่คลายลงและการดำเนินชีวิตของประชาชนก็ต่างตื่นตัวในการป้องกันตนเอง

5. ในช่วงภาวะวิกฤติ รัฐควรเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐให้แก่ผู้สูงอายุคนละ 600-800 บาท ต่อเดือน ตามช่วงอายุ เป็น 2,000 บาท เพราะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุต่างก็ประสบภาวะฝืดเคืองในช่วงภาวะวิกฤติ การ เพิ่มเงินในส่วนนี้ขึ้นไประดับหนึ่งอย่างน้อยก็ช่วยแบ่งเบาภาระของครัวเรือนต่างๆ ได้

ต่อมาในวันที่ 15 เมษายน 2563 คณะจารย์คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 18 คน ร่วมกันออกแถลงการณ์ “หากไม่มีเสรีภาพจากความอดอยากและความทุกข์ทน (*Freedom from hunger and miseries*) ย่อมไม่มีสุขภาพที่ดี”⁴⁰⁶ อ้างถึงผลการสำรวจ “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19” ข้างต้น ระบุว่า ในสภาวะที่บีบคั้นเช่นนี้ คนจนที่ไม่มีเสรีภาพจากความอดอยากและความทุกข์ทน ย่อมจะไม่สามารถ กักตัวเพื่อรักษาสุขภาพได้ วิกฤติโควิด-19 เปิดเผยให้เห็นผลของความเหลื่อมล้ำในเศรษฐกิจไทยอย่างชัดเจน และมีข้อเสนอดังนี้

⁴⁰⁶ คณะจารย์ เศรษฐศาสตร์ มธ. จีรัฐออกมาตราการเพิ่มช่วยคนจนในภาวะวิกฤติโควิด-19 ประชาไท 15 เมษายน 2563 <https://prachatai.com/journal/2020/04/87209>

1) ให้งบเลิกมาตรการแจกเงิน 5,000 บาท ของรัฐ โดยหันมาใช้วิธีการที่ทั่วถึง เป็นธรรม และรวดเร็ว กว่าคือ การจ่ายเงินช่วยเหลือประมาณ 3,000 บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งมีความมากกว่าเส้นความยากจนของสังคมเราในปัจจุบันเล็กน้อย ในเวลา 3 เดือนเป็นขั้นแรกให้กับประชากรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ยกเว้นบุคลากรของภาครัฐ-รัฐวิสาหกิจและผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมตามมาตรา 33 ซึ่งมีกลไกดูแลอยู่แล้ว มาตรการนี้ครอบคลุมคนทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นเกษตรกร แรงงานนอกระบบ ตลอดจนถึงนักเรียนนักศึกษา ซึ่งจะแก้ปัญหาการแจกเงินของรัฐบาลที่ไม่สามารถคัดกรองผู้ที่เดือดร้อนได้ครบถ้วน โดยคาดว่าจะใช้งบประมาณทั้งสิ้น 440,000 ล้านบาทสำหรับเวลา 3 เดือน

2) จัดให้มีการแจกจ่ายอาหารและปัจจัยเพื่อการดำรงชีพโดยตรงแก่กลุ่มคนเปราะบางทุกกลุ่ม ซึ่งบางส่วนอาจเข้าไม่ถึงมาตรการข้างต้น เช่น กลุ่มคนไร้สัญชาติ คนไร้บ้าน ฯลฯ รวมทั้งแรงงานต่างด้าวที่ทำงานและตกค้างในไทย ซึ่งคาดว่าจะใช้งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการจัดดูยังชีพให้แก่ประชากรเปราะบาง 2 ล้านคน เป็นระยะเวลา 3 เดือนในขั้นแรกจะคิดเป็นจำนวน 7,800 ล้านบาท มาตรการทั้งสองจะอยู่ภายใต้วงเงินของ (ร่าง) พ.ร.ก.กู้เงินเพื่อการเยียวยาและดูแลเศรษฐกิจ วงเงิน 1 ล้านล้านบาท ที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้

นอกจากนี้ในแถลงการณ์ของคณาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ยังเรียกร้องให้เจ้าของปัจจัยทุนและที่ดินต้องร่วมเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข เพื่อช่วยเหลือและเพื่อความสมานฉันท์ทางสังคม และเสนอให้ธนาคารแห่งประเทศไทยกำหนดให้สถาบันการเงินยุติการคำนวณดอกเบี้ยในสินเชื่อคงค้างของบุคคลและนิติบุคคลขนาดเล็กในตลอดช่วงเวลาของวิกฤตครั้งนี้ ให้คิดดอกเบี้ยได้เฉพาะต่อสินเชื่อใหม่เท่านั้นและในอัตราผ่อนปรน รวมทั้งระงับการฟ้องคดีล้มละลายต่อทั้งบุคคลและนิติบุคคลขนาดเล็กในตลอดช่วงเวลาแห่งวิกฤต แถลงการณ์ระบุว่า ทั้งหมดนี้เป็นมาตรการพื้นฐานที่จะช่วยให้คนไทยทุกคนมีความสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่รอดในช่วงวิกฤตไปได้อย่างเท่าเทียมและมีศักดิ์ศรี รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ประกอบการขนาดเล็กในประเทศสามารถที่จะรักษากิจการของตนไว้ได้ เพื่อเป็นรากฐานที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะพลิกฟื้นเศรษฐกิจขึ้นมาในภายหลัง

การคัดกรองการเยียวยาที่กีดกันผู้ได้รับผลกระทบ

ที่ผ่านมาข้อมูลปรากฏชัดว่า เกณฑ์ที่รัฐตั้งในการคัดกรองผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา โดยเฉพาะในส่วนของ “เงินเยียวยา 5,000 บาท” กลับเป็นการกีดกันคนที่ลำบากเป็นจำนวนมาก ดังที่ รศ.ดร.ประภาส ปิ่นตบแต่ง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า มีคนจนลงทะเบียนแล้วไม่ได้เนื่องจากถูกนับรวมว่าอยู่ในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ส่วนกลุ่มแม่ค้าพ่อค้าซึ่งมีรายได้ก็น้อยก็ถูกประเมินว่ายังสามารถค้าขายได้ หรือการที่รัฐบาลคิดจากฐานรายได้ก็น้อย ซึ่งเหล่านี้เป็นเกณฑ์ที่ใช้ไม่ได้แม้จะมีการให้อุทธรณ์ เขาเห็นว่ารัฐบาลต้องเปลี่ยนฐานคิดในการช่วยเหลือให้เป็นแบบทั่วหน้า แทนการใช้สวิงไปซ้อนเอาผู้ได้รับผลกระทบที่ลอยคอยอยู่เต็มทะเลขึ้นมา⁴⁰⁷

⁴⁰⁷ ทำอย่างไรถึงได้? เงินเยียวยา 5 พัน วีดีโอ (3:58) ช่อง 8 20 เมษายน 2563

<https://www.facebook.com/thaich8/videos/539316046783713>

ผลสำรวจการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือ 5,000 บาท 3 เดือน พบว่า ลงทะเบียนสำเร็จ 51.87% ลงทะเบียนไม่สำเร็จ 14.60 % ไม่ได้ลงทะเบียน (รู้ว่าไม่เข้าเกณฑ์) 28.99% ไม่ได้ลงทะเบียน (ไม่ทราบวิธีลงทะเบียน) 4.51 % ผลการพิจารณาการรับเงินช่วยเหลือ ผ่านการพิจารณา 21.29% ไม่ผ่านการพิจารณา 12.93% อยู่ระหว่างรอผลพิจารณา 65.78% ข้อมูลนี้สะท้อนว่ามาตรการของรัฐบาล “ล่าช้า” ไม่ทันการณ์กับความเดือดร้อนของประชาชน

นอกจากนี้ยังมีรายงานจากสื่อมวลชนที่ทำให้เห็นว่า หลังจากที่รัฐเริ่มแจกเงินเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 จำนวน 5,000 บาท เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีคนจำนวนมากที่ (ยัง) ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ บางคนลงทะเบียนไม่ผ่าน ไม่ได้รับการตรวจสอบ บางคนถูก AI ปฏิเสธด้วยข้อมูลที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง⁴⁰⁸ ดังข้อมูลข้างล่างนี้

- อดีตพนักงานคลินิกเสริมความงาม อายุ 23 ปี ซึ่งนายจ้างปิดกิจการไปแล้ว ได้ลงทะเบียนแต่ AI ระบุว่า เป็นนักศึกษา ทั้งที่ไม่ได้เป็น เธอจบแค่มัธยมศึกษาจาก กศน. ส่วนเพื่อนร่วมงานลงทะเบียนและผ่านเกณฑ์ตั้งแต่วันแรก ตัวเองไม่มีเงินเก็บและแฟนขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง แต่ไม่ค่อยมีรายได้เพราะไม่มีคนใช้บริการ ได้เงินวันละ 100-200 บาท ส่วนแม่ของเธอ AI บอกว่าเป็นเกษตรกรทั้งที่ไม่ได้เป็น จึงต้องรอยื่นอุทธรณ์ เธอกล่าวว่า ทุกวันนี้รอรับข่าวที่มากตามชุมชน หางานทำไม่ได้ เคย ไปขับแท็กซี่แต่มีปัญหาเพราะขับไม่เก่งและเกิดอุบัติเหตุ

- หญิงชราอายุ 68 ปีรายหนึ่ง ลงทะเบียนไม่เป็นเพราะไม่ได้เรียนหนังสือ แม้จะให้หลานลงทะเบียนให้ แต่ก็ยังไม่ได้เงินเพราะชิมโดนระงับ จึงอดๆ อยากๆ ทำอะไรไม่ได้ ชายของหน้าบ้านได้เงินเล็กๆ น้อย เธอทำงานอื่นไม่ไหวแล้วเนื่องจากเป็นโรคหัวใจ ความดัน และตามัว

- ชายอาชีพเก็บของเก่าขายอายุ 42 ปี ที่ให้หลานลงทะเบียนให้ แต่ยังไม่ได้ โดยต้องรอสัมภาษณ์ ข้อมูลเพิ่มอีกที่วรายจริงไหม จนจริงไหม มีรายได้เท่าไร

- แม่ค้าผักในชุมชน อายุ 63 ปี ซึ่งรายได้ลดลงจากเดิมมาก เดิมขายผักได้วันละ 5,000 - 6,000 ลดลงมาเหลือราว 3,000 บาท ไม่หักต้นทุน ณะลงทะเบียนไปแล้วแต่ยังไม่ได้เงิน และยังไม่รู้ว่าจะทำยังไงต่อ

ผศ.ดร. บุญเลิศ วิเศษปรีชา อาจารย์ ประจำคณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนึ่งในคณะวิจัย “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19” ให้สัมภาษณ์ต่อผู้สื่อข่าวบีบีซีไทยว่า อุปสรรคสำคัญของการบริหารจัดการกับวิกฤติในครั้งนี้คือ ภาครัฐประเมินผลกระทบจากการปิดสถานประกอบการน้อยเกินไป ล่าช้าเกินไปและไม่ได้ประเมินผลกระทบล่วงหน้า รวมทั้งจำกัดการช่วยเหลือเพียงแค่ 3 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งมาตรการเยียวยาไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและไม่ทันสถานการณ์ ทั้งที่ระบบเศรษฐกิจของไทยต้องอาศัยแรงงานนอกระบบซึ่งมีจำนวน

⁴⁰⁸ ความสนใจชาวบ้านชุมชนคลองเตย กับปมเงินเยียวยา ‘5.000’ บาท ที่ยังไร้คำตอบ ปณชัย อารีเพิ่มพร และคณะ THE STANDARD 17 เมษายน 2020 วีดีโอ (10:49 นาที)

<https://www.facebook.com/thestandardth/videos/2638501999718819>

มาก แต่กลับมีบันทึกในข้อมูลของภาครัฐน้อย และขาดการบูรณาการข้อมูล ทั้งนี้ รัฐไม่ใช่ข้อมูลของสมพันธ์แรงงานนอกระบบ (ประเทศไทย) ที่ระบุว่า แรงงานนอกระบบ มีจำนวนมากกว่า 20.4 ล้านคน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนภายใต้การประกันสังคมมาตรา 39 และมาตรา 40 นอกจากนั้น เขายังระบุว่า “ประหลาดใจมากที่กระทรวงมหาดไทยไม่ได้ดึงเอาศักยภาพของกลุ่มองค์การบริการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีประสิทธิภาพและอยู่ใกล้กับประชาชนเข้ามาช่วยบริหารจัดการ ด้านผู้ออกนโยบายทางเศรษฐศาสตร์ ก็ขาดความรู้เชิงสังคม ไม่มีข้อมูล และไม่มีความเข้าใจของความซับซ้อนของแรงงานนอกระบบ”

นอกจากนั้น การเยียวยาก็ยังไม่ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบกลุ่มอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานหรือซัพพลายเชน ทั้งนี้ หากย้อนกลับไปดูสภาพเศรษฐกิจเมื่อกลางปี 2563 พบว่า มาตรการกึ่งล็อกดาวน์ตั้งแต่เมษายน 2563 เป็นต้นมา ได้ให้การหยุดงานก่อสร้างโดยเน้นไปที่โครงการขนาดใหญ่อย่างน้อย 30 วัน ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 6 จังหวัด (สีแดงเข้ม) ได้แก่ กรุงเทพฯ นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร รวมถึงการจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มที่เปิดดำเนินการได้เฉพาะ การนำกลับไปบริโภคที่อื่นเท่านั้น ทั้งนี้ มาตรการเยียวยาผลกระทบต่อลูกจ้างและนายจ้างทั้งในและนอกระบบประกันสังคมของภาครัฐ ภายใต้วงเงินเบื้องต้น 7,500 ล้านบาท ได้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มแรงงานและธุรกิจที่เป็นปลายทางของงานก่อสร้างและบริการร้านอาหารและเครื่องดื่มเป็นหลัก ซึ่งแม้จะสะท้อนเจตนาที่ภาครัฐต้องการควบคุมโควิด-19 และพยายามลดเซยความเสียหายที่เกิดขึ้นเท่าที่พอจะทำได้ แต่กระนั้นมาตรการก็ยังไม่เพียงพอ เพราะยังมีกลุ่มอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานหรือซัพพลายเชนที่ก็ได้รับผลกระทบตามมาเป็นทอดๆ⁴⁰⁹

18.3 สถานการณ์โควิด-19 และผลกระทบต่อคนจน

18.3.1 ภาพรวมเศรษฐกิจและผลกระทบต่อคนจน

ท่ามกลางสถานการณ์ที่โควิดที่รุนแรงขึ้นตามลำดับในช่วงเวลาเกือบสองปี ส่งผลกระทบต่อคนจน คนชายขอบ และกลุ่มเปราะบางอย่างมาก ในวันที่ 10 มิถุนายน 2564 ศูนย์วิจัยกสิกร ซึ่งว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดรอบ-19 ระลอก 3 กลางปี 2564 ทำให้สถานการณ์หนี้รายย่อยถดถอยลง โดยมีกลุ่มเปราะบางที่เผชิญทั้งปัญหารายได้ลด ค่าใช้จ่ายไม่ลด และภาระหนี้สูงเกินกว่า 50% ต่อรายได้ เพิ่มขึ้นจาก 10.8% ในการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอก 2 มาที่ 22.1% ซึ่งปัญหานี้ครัวเรือนที่สูงขึ้นและน่าจะแตะระดับ 90% ต่อจีดีพีภายในปีนี้⁴¹⁰

ด้านนายเศรษฐพุฒิ สุทธิวาทนฤพุฒิ ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ได้ระบุถึงความเป็นอยู่ของครัวเรือนเปราะบางว่า สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจไทยหดตัวรุนแรง และมีผลชัดเจน 4 อาการ

⁴⁰⁹ มาตรการกึ่งล็อกดาวน์ 6 จังหวัดสีแดงเข้ม กระทบสุทธิไม่ต่ำกว่า 4 หมื่นล้านบาท ใน 1 เดือน (กระแสรอรณ ฉบับที่ 3234) ศูนย์วิจัยกสิกร 29 มิถุนายน 2563 <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-econ/economy/Pages/lock-down-z3234.aspx>

⁴¹⁰ โจทย์เศรษฐกิจเฉพาะหน้า ท่ามกลางโควิดรอบ 3 ศูนย์วิจัยกสิกร 10 มิถุนายน 2564 <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-econ/economy/Pages/KR-press-10-06-21.aspx>

ได้แก่ 1.เกิดหลุมรายได้ขนาดใหญ่ในระบบเศรษฐกิจ โดยพบว่าในช่วงปี 2563-2564 รายได้จากการจ้างงานหายไปถึง 1.8 ล้านล้านบาท ขณะที่ปี 2565 คาดว่ารายได้จากการจ้างงานจะหายไปอีก 8 แสนล้านบาท ทำให้ตั้งแต่ปี 2563-2565 รายได้จากการจ้างงานจะหายไปรวมกว่า 2.6 ล้านล้านบาท 2. การจ้างงานในระบบถูกกระทบรุนแรง โดยในช่วงไตรมาส 2/2564 พบว่ามีจำนวนผู้ว่างงาน หรือเสมือนว่างงาน (ผู้ที่มีงานทำไม่ถึง 4 ชั่วโมงต่อวัน) อยู่ที่ 3 ล้านคน และคาดว่าสิ้นปี 2564 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ล้านคน สูงกว่าช่วงก่อนเกิดการระบาดของโควิดถึง 3 เท่าตัว 3. การฟื้นตัวของภาคเศรษฐกิจต่างๆ ไม่เท่าเทียม ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของครัวเรือนเปราะบาง และ 4.เศรษฐกิจไทยถูกกระทบจากโควิด-19 หนักกว่าและจะฟื้นตัวช้ากว่าประเทศอื่นในภูมิภาค เนื่องจากไทยพึ่งพารายได้จากภาคการท่องเที่ยวและบริการสูงสุดในเอเชีย คิดเป็น 11.5% ของจีดีพี ทำให้เขาคาดว่า เศรษฐกิจไทยจะต้องใช้เวลา 3 ปี จากช่วงเริ่มระบาดในการกลับสู่ระดับก่อนโควิด ช้ากว่าประเทศในเอเชียโดยรวมซึ่งจะใช้เวลาไม่ถึง 2 ปี โดยในไตรมาส 1/2564 จีดีพีของไทยอยู่ต่ำกว่าระดับก่อนโควิดที่ 4.6% ขณะที่เอเชียโดยรวมฟื้นเหนือระดับก่อนโควิดหมดแล้ว⁴¹¹

18.3.2 ผลกระทบการจัดการโควิด-19 ที่มีต่อคนจน

- แรงงานคนไทยในต่างประเทศ

การว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างสัมพันธ์กับความรุนแรงของการแพร่ระบาด

ในภาพรวม สถานการณ์การว่างงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีเพิ่มขึ้น โดยปรากฏในรูปแบบของชั่วโมงการทำงานที่ลดลงหรือการทำงานที่ไม่เต็มเวลา แม้จำนวนผู้มีงานทำจะเพิ่มขึ้นบ้างก็ตาม การว่างงานแบบนี้มีมากในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน นอกจากนี้ยังมีความกังวลว่าตำแหน่งงานอาจไม่เพียงพอรองรับผู้จบการศึกษารายใหม่ในช่วงนี้ที่มีกว่า 4.9 ล้านคน เนื่องจากภาคธุรกิจได้รับผลกระทบต่อเนื่องและอาจไม่มีเงินจ้าง ดังรายงานของ Nikkei ที่อ้างอิงถ้อยแถลงของ กรรมการและเลขานุการสภาฯ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่เผยแพร่เมื่อ 24 พฤษภาคม 2021 ระบุว่า อัตราการว่างงานช่วง 4 เดือนแรกของปี 2564 คือ 1.9% หรือ 7.6 แสนคน หรือเพิ่มขึ้น 1.2 เท่าจากช่วงเดียวกันของปีก่อน หากเปรียบเทียบกับช่วง 3 เดือนแรกของปี 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่โควิด-19 เริ่มสร้างผลกระทบทั่วโลกจะมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.03% และหากเทียบกับช่วง 4 เดือนสุดท้ายของปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 1.86% และคาดว่าจะมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นอีกจากการที่สายพันธุ์เดลต้าแพร่ระบาดซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการพบผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 15,000 รายเมื่อไม่กี่สัปดาห์ก่อนหน้านี้ในประเทศไทย⁴¹²

แรงงานไทยในมาเลเซีย

⁴¹¹ ศก.ไทยยังโคม่า ธปท.คาดสิ้นปี เตะฝุ่น3.4ล้าน ไทยโพสต์ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2564

<https://www.thaipost.net/main/detail/113535>

⁴¹² Thailand's Covid crisis exposes the reality of '2% unemployment' Masayuki Yuda, Nikkei staff writer

AUGUST 27 2021 <https://www.ft.com/content/a52db26d-460b-4000-946f-b30d66af->

bee67fbclid=IwAR2jeWO5mb6aki-1uB_UfNaozziNNYNfmmWBTa7UnCu9ismHcBmwBkx5LWw

ในส่วนของการจัดการจ้างงานแรงงานไทยในมาเลเซียเฉพาะในส่วนของการจ้างงานที่ถูกกฎหมายพบว่า หลังมาเลเซียประสบปัญหาการแพร่ระบาดโควิด-19 ส่งผลเศรษฐกิจมาเลเซียซบเซา และปัญหาค่าเงินริงกิตตกต่ำ เป็นเหตุให้แรงงานไทยบางส่วนที่ทำงานอย่างถูกกฎหมายไม่ต่อสัญญาจ้างกับนายจ้าง รวมถึงการขอยกเลิกสัญญาจ้างก่อนครบกำหนด มีรายงานจากทางการว่าแรงงานเดินทางกลับประเทศแล้ว 19,000 ราย เหลืออีกกว่า 30,000 ราย ที่ยังคงทำงานตามเดิม ทั้งนี้ ประเทศไทยมีแรงงานถูกกฎหมายที่ทำงานในประเทศมาเลเซียจำนวน 38,487 คน มีการส่งเงินกลับประเทศไทย จำนวน 160 ล้านบาทต่อเดือนและมีแรงงานที่ผิดกฎหมาย ประมาณ 30,000 คน มีการส่งเงินกลับประเทศไทย จำนวน 400 ล้านบาทต่อเดือน โดยประมาณเฉลี่ยแล้วคนละ 4,000 บาทต่อเดือน ที่ผ่านมานโยบายของรัฐบาลมาเลเซียเอื้อต่อการจ้างแรงงานไทย โดยรัฐบาลมาเลเซียกำหนดให้นายจ้างทำประกันสังคมให้แรงงานต่างชาติและมีการปรับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำเป็นอัตราเดียวทั่วประเทศ 1,100 ริงกิตต่อเดือน และปรับเพิ่มเป็น 1,200 ริงกิตในท้องที่เมืองหลัก 57 เมือง ซึ่งมีผลบังคับใช้มาตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ยกเว้นตำแหน่งผู้ช่วยแม่บ้าน

สถิติการจ้างงานชาวต่างชาติในประเทศมาเลเซีย พบว่ามี 38,487 คน (1.97%) เป็นอันดับสุดท้ายจากจำนวนแรงงานต่างชาติทั้งหมด 5 ชาติ รวม 1,951,513 คน แรงงานไทยกลุ่มนี้ แยกเป็นแรงงานตามภาคประกอบการ คือ แรงงานประมง จำนวน 20,088 คน แรงงานเชี่ยวชาญ จำนวน 3,471 คน และแรงงานทั่วไป จำนวน 14,928 คน สำหรับภาคประกอบการที่ได้รับอนุมัติให้จ้างแรงงานต่างชาติ ประกอบด้วย 1) ภาคการเพาะปลูก 2) ภาคการเกษตร 3) ภาคอุตสาหกรรม 4) ภาคการก่อสร้าง 5) ภาคบริการ (Service) และ 6) ผู้ช่วยแม่บ้าน⁴¹³

- คนตาบอด

มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม การเลื่อนการออกสลากสามงวด และการสั่งปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนตาบอด ข้อมูลจากสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทยระบุว่า คนตาบอดมีอาชีพหลักอยู่ 3 อย่าง คือ 1) อาชีพวาดแผนไทย ประมาณ 30,000 คน 2) อาชีพค้าสลากกินแบ่งรัฐบาล ประมาณ 10,000 คน และ 3) อาชีพนักร้องนักดนตรีในที่สาธารณะ ประมาณ 5,000 คน พวกเขาได้รับต้องหยุดงาน ขาดรายได้⁴¹⁴ ขณะเดียวกันก็เข้าไม่ถึงมาตรการเยียวยาของรัฐที่มีผ่านโครงการแจกเงินต่างๆ

รายงานของปีซีเล่าถึงหญิงขายลอตเตอรี่จากปทุมธานีคนหนึ่ง ที่ตัดสินใจเดินทางไปยังกระทรวงการคลัง เมื่อวันที่ 14 เมษายน 2563 ด้วยหวังว่าจะได้เงินเยียวยา 5,000 บาทมาแบ่งเบาภาระ แต่เธอกลับถูกปฏิเสธสิทธิ์ ทั้งๆ ที่เธอได้รับผลกระทบจากการเลื่อนการออกสลากกินแบ่งรัฐบาลไปถึง 2 งวด เธอกล่าวว่า “เราขายสลากกินแบ่งรัฐบาลนะ ซึ่งน่าจะไต่กลุ่มแรกเลย พอระบบตีกลับมาบอกว่าเราไม่มีสิทธิ

⁴¹³ พิชโควิด - ริงกิตร่วง ทำแรงงานในมาเลย์กลับไทย 1.9 หมื่นราย สำนักข่าวอิศรา 6 มีนาคม 2564

<https://www.isranews.org/article/south-news/south-slide/96574-consulate.html>

⁴¹⁴ โควิด-19 : 'เราไม่ทิ้งกัน' อาจยังไม่เป็นจริง เมื่ออาชีพหลักคนตาบอดกระทบหนัก พิธีสมิ์ จิตเป็นธม ปีซีไทย 18 เมษายน 2020 <https://www.bbc.com/thai/52336652>

เพราะว่าเราอยู่ในมาตรา 33 เกิน 6 เดือน เราจะอยู่ในมาตรา 33 ได้อย่างไร เราส่งประกันสังคมตามมาตรา 39 จะสิบปีแล้ว หลักฐานมี เมื่อวานก็ไปประกันสังคมมาแล้วเจ้าหน้าที่ก็แจ้งมาว่ายังอยู่ในมาตรา 39”

- คนจนเมือง

หลังมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในไทยเพียง 3 เดือน คณะวิจัยโครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง ได้นำเสนอรายงาน สรุปผลการสำรวจ “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19 และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล”⁴¹⁵ ใช้เวลาในการสำรวจ 4 วัน คือระหว่าง 9-12 เมษายน 2563 จากการตอบแบบสอบถามโดยเครือข่ายองค์กรคนจนเมือง และพื้นที่อื่นๆ ทั่วภูมิภาคของประเทศ ได้แก่ กรุงเทพฯและปริมณฑล เชียงใหม่ สงขลา ชลบุรี ขอนแก่น และจังหวัดอื่นๆ รวม 18 จังหวัด รวม 507 ชุด แบ่งเป็นเพศหญิง 58.78% เพศชาย 38.86% ไม่ระบุเพศ และเพศทางเลือกรวม 2.37% อายุโดยเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามคือ 50 ปี มีข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ⁴¹⁶

“ก.การดูแลตนเองของคนจนเมืองนั้นหากล้างความเชื่อจากเดิมอย่างสิ้นเชิง กล่าวคือ

1) คนจนเมืองเกือบทั้งหมดของผู้ตอบแบบสอบถาม (89.90%) มีการดูแลตนเอง ด้วยการใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน โดยแก้ไขปัญหาหน้ากากอนามัยขาดแคลนและมีราคาแพง ด้วยการหันมาใช้หน้ากากผ้าที่มีราคาถูกกว่า บางครัวเรือนมีการปรับตัวมาเย็บหน้ากากอนามัยขายด้วย

2) เกือบกึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม (44.27%) พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน และส่วนอีก 29.45% พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือเป็นบางครั้งที่ออกจากบ้าน ส่วน 26.28% ไม่พกเจลล้างมือหรือแอลกอฮอล์เมื่อออกจากบ้านทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจลหรือแอลกอฮอล์มีราคาแพงกว่าหน้ากากอนามัยจึงมีผู้ใช้น้อยกว่า

3) สภาพที่อยู่อาศัยของคนจนเมืองไม่สามารถที่จะจัดสรรพื้นที่หากมีสมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและต้องกักตนเอง โดย 43.79% ตอบว่า เป็นไปไม่ได้ที่จะใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่น อีก 26.43% ตอบว่า สภาพที่อยู่อาศัยไม่พร้อมแต่สามารถดัดแปลงได้ มีเพียง 29.78% เท่านั้น ที่ตอบว่าที่อยู่อาศัยของตนมีความเหมาะสมหากจะต้องใช้กักสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ใน ครอบครัว แยกจากสมาชิกคนอื่นๆ ข้อเท็จจริงประการนี้สะท้อนว่าหาก

⁴¹⁵ สรุปผลการสำรวจ “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19” และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล ศ.ดร. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะ โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง สกสว. 13 เมษายน 2563

https://drive.google.com/file/d/1gYuoD9lrSsbZsSIUSbvptdrJxKMFxjmc/view?fbclid=IwAR1CtXuOf6kYqT3PELalL38ZD1PHPeLm3jqT4nrmKmoT3ZXy4UOv_83HV3o

⁴¹⁶ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของโควิด-19 ต่อคนจนเมือง วิดีโอสดที่บันทึกไว้ FB Live (1:50:22 ชั่วโมง) เพจ คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19 โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง 14 เมษายน 2563

https://www.facebook.com/watch/live/?v=610579839537966&ref=watch_permalink

คนจนเมืองคนใดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 รัฐจำเป็นต้องให้การดูแลให้การกักตนเองระหว่างดูอาการ

ข. ผลกระทบจากมาตรการของรัฐบาลในการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า มาตรการต่างๆ ของรัฐที่จำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านอย่างเข้มงวด โดยไม่มีการเตรียมมาตรการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ทำให้คนจนเมืองต่างประสบปัญหาความเดือดร้อน ด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ในหลายประการ ดังนี้

1) ไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ ในลักษณะแตกต่างกันดังนี้ ภูนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง 18.87% นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง 18.00% ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่แผงลอยไม่สามารถค้าขายได้ เพราะพื้นที่ที่ค้าขายถูกจำกัด 18.22% ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระเช่น ช่างต่างๆ คนขับ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนขับรถรับจ้าง รถตุ้ ฯลฯ ก็ได้รับผลกระทบมีผู้ว่างงานน้อยลงหรือไม่มีเลย 18.44%

2) เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังปกติจึงทำให้รายได้ลดลง โดยผู้ตอบแบบสำรวจ 60.24% รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด ส่วนอีก 31.21% รายได้ลดลงราวครึ่งหนึ่ง หรือกล่าวได้ว่าคนจนเมืองมากกว่า 90% ได้รับผลกระทบด้านรายได้จากวิกฤติโควิด-19 มีเพียงผู้ที่ทำงานมีเงินเดือนประจำไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้ตอบแบบสำรวจที่ได้รับผลกระทบน้อยหรือไม่ได้รับผลกระทบเลย

3) หากคำนวณเป็นรายได้ที่ลดลงของผู้ตอบแบบสำรวจ คนจนเมืองมีรายได้ลดลง โดยเฉลี่ย 70.84% จากเดิมรายได้เฉลี่ยของคนจนเมืองผู้ตอบแบบสอบถามก่อนวิกฤติโควิดอยู่ที่ 13,397 บาท ต่อเดือน ดังนั้นในช่วงระหว่างวิกฤติคนจนเมืองผู้ตอบแบบสอบถามรายได้ลดลง 0.84 % หรือ 9,490 บาท ต่อเดือน คงเหลือรายได้เพียง 3,906 บาทต่อเดือน

4) ความเดือดร้อนจากรายได้ที่ลดลงราว 70% ทำให้คนจนเมืองต้องประสบปัญหาในรูปแบบต่างๆ ดังนี้ ไม่มีเงินชำระหนี้สิน ทั้งนี้สินนอกระบบ หนี้รถจักรยานยนต์หนี้รถปิกอัพ ถึง 54.41% และมีถึง 29.83% ที่ไม่มีรายได้ถึงขนาดประสบปัญหาการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน คนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งดำรงชีพอยู่ได้จากการช่วยเหลือจากภาคเอกชนและบุคคลทั่วไปที่ทำอาหารแจกจ่ายให้ผู้เดือดร้อน จำนวนไม่น้อยต้องกู้หนี้ยืมสิน (33.82%) บางส่วน (13.24%) ต้องนำข้าวของไปจำหน่าย นอกจากนี้ยังมีผู้ตอบแบบสอบถาม 26.05% ประสบปัญหาไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าที่อยู่อาศัย ซึ่งผู้เช่าจะถูกเจ้าบ้านหรือเจ้าของห้องขับไล่ ให้กลายเป็นผู้ไร้ที่อยู่อาศัย”

กลุ่มเยาวชนทะเลกุแก๊ส

กลุ่มทะเลกุแก๊ส เป็นกลุ่มเยาวชนรุ่นชนชั้นล่างที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 จนต้องออกมาเรียกร้องให้ พล.ประยุทธ์ จันทร์โอชา⁴¹⁷ พวกเขาเจ็บทาบอย่างมากในการแสดงออกทางการเมืองในตั้งแต่ช่วงเดือนสิงหาคม 2564 เป็นต้นมา โดยมีข้อเรียกร้องสำคัญคือให้พลเอกประยุทธ์ ลาออกเนื่องจากการ

⁴¹⁷ คดีเยาวชน ทะเลกุแก๊ส ทะลุ 100 ย่านดินแดง: มุมมองทนายความต่อการปกป้องสิทธิเด็ก ศูนย์ทนายความสิทธิมนุษยชน 14 กันยายน 2564 <https://tlhr2014.com/archives/34966>

บริหารประเทศที่ล้มเหลว จนถึงราวปลายปี 2564 การแสดงออกทางการเมืองของพวกเขาเมื่อนำมาสู่การเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่ควบคุมฝูงชน (คฝ.) โดยมีจุดเผชิญหน้าหลักที่บริเวณแยกทางด่วนดินแดง ซึ่งอยู่ไม่ห่างจากบ้านพักของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ในกรมทหารราบที่ 11 การเผชิญหน้ากับฝ่ายควบคุมฝูงชนที่ประกอบไปด้วยการเปิดเครื่องยंत्रรถจักรยานยนต์ การใช้หนังสติ๊ก ลูกแก้ว ประทัด ลูกปิงปอง หลังจากที่เจ้าหน้าที่รัฐใช้ทั้งแก๊สน้ำตา กระสุนยาง เครื่องสร้างคลื่นความถี่สูง (ELAD) การไล่จับด้วยหน่วยเคลื่อนที่เร็วบนรถยนต์ การทุบตี และนำมาสู่การดำเนินคดีเยาวชนเหล่านี้ด้วยข้อหาร้ายแรงจำนวนมาก ซึ่งรวมทั้งข้อหาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 215 และมาตรา 216 ข้อหาต่อผู้ขัดขวางเจ้าพนักงาน หรือทำร้ายร่างกายเจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 138

เยาวชนเหล่านี้ที่ต่อมาถูกเรียกว่า “เยาวชนทะเล่แก๊ส” (อันมีที่มาจากกรณีที่พวกเขาต้องเผชิญกับการใช้แก๊สน้ำตาจากหน่วยควบคุมฝูงชนเป็นประจำ) ส่วนใหญ่มาจากพื้นฐานครอบครัวค่อนข้างยากจน มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นกลุ่มหาเช้ากินค่ำ

การจัดการชุมนุมของกลุ่มทะเล่แก๊ส เยาวชนมีการรวมกลุ่มกันตามที่นัดหมายไว้ แล้วเขาก็เริ่มเรียกร้องสิ่งที่เขาต้องการ ในสังคมประชาธิปไตยสากลเจ้าหน้าที่รัฐหรือหน่วยควบคุมฝูงชนมีหน้าที่มาคอยดูแลและอำนวยความสะดวก แต่ในประเทศไทยพวกเขาถูกเจ้าหน้าที่เข้าจับกุมผู้ชุมนุมโดยส่วน และการจะเข้าจับกุมในที่ที่เกิดเหตุได้เลย ใช้ข้อหาว่าเยาวชนทำความผิดซึ่งหน้าเจ้าหน้าที่ ซึ่งในข้อกล่าวหานี้ เจ้าหน้าที่มีสิทธิเข้าจับกุมได้ทันที แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ถูกจับกุมก็มีสิทธิของตนเอง โดยเฉพาะสิทธิของเยาวชน

เยาวชนทะเล่แก๊ส เป็นกลุ่มเยาวชนเพิ่งตื่นตัวทางการเมืองหลังได้รับผลกระทบจากการบริหารจัดการโควิด-19 ที่ล้มเหลวของรัฐบาล จนต้องออกมาชุมนุมเรียกร้องพลเอกประยุทธ์ลาออกในการผลการวิจัยเบื้องต้น เรื่อง “การก่อตัวพัฒนาการ และพลวัตการชุมนุมบริเวณแยกดินแดง ช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2564”⁴¹⁸ โดย กนกรัตน์ ชูสกุล และ ธนาพงษ์ เก่งไพบุลย์ จากการสัมภาษณ์ผู้ชุมนุมที่ดินแดง 30 คน พบว่าผู้ชุมนุมที่แยกดินแดงส่วนใหญ่มาจากครอบครัวชนชั้นล่าง ตนเองหรือครอบครัวมักเป็นแรงงานนอกระบบที่ทำงานรับจ้างรายวัน อาทิ ขับมอเตอร์ไซด์ ไรเดอร์ พ่อแม่ของพวกเขาตกงานในช่วงโควิด บางคนต้องออกจากโรงเรียนกลางคันเมื่อมีการเรียนออนไลน์ พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขและการบริการของรัฐ จึงกลายเป็นกลุ่มเปราะบาง งานวิจัยพบว่า จากผู้ให้ข้อมูล 30 คน มีถึง 28 คน ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนด้วยปัญหา รวมทั้งเข้าไม่ถึงการเยียวยาในช่วงโควิดต่างๆ ทั้งนี้ การต่อสู้ของทะเล่แก๊สที่แยกดินแดง เพราะเชื่อว่าปัญหาโควิด-19 หรือ ปัญหาเศรษฐกิจจะแก้ได้เมื่อ พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา ไม่ได้เป็นนายกประยุทธ์เป็นสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการหาเลี้ยงชีพพวกเขาตกลง ผลกระทบจากโควิด-19 นโยบายและ

⁴¹⁸ ผศ. ดร. กนกรัตน์เลิศชูสกุล และ ธนาพงษ์ เก่งไพบุลย์ “การก่อตัวพัฒนาการ และพลวัตการชุมนุมบริเวณแยกดินแดง ช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2564” ILaw 26 ตุลาคม 2564 <https://ilaw.or.th/sites/default/files/Preliminary-report-Kanokrat-25102021.pdf>

101 Public Forum: ‘ทำไมต้องทะเล่แก๊ส’ เข้าใจหลักกมิตีมีอบดินแดง The 101 World วีดีโอ (3:01:16 นาที) 26 ตุลาคม 2564 <https://www.youtube.com/watch?v=MgnYC3TDOS0>

การจัดการที่ล้มเหลว พวกเขาหลงมาจากการโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งนี้เชื่อมโยงกับสิทธิในการแสดงออกทางการเมือง ซึ่งเมื่อถูกปราบปรามอย่างรุนแรงจากรัฐก็ยิ่งทำให้ต้องตอบโต้กลับซึ่งถือเป็นรูปแบบของ civil resistance

ตัวอย่างชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากโควิดจนต้องออกมาชุมนุมที่แยกดินแดงที่ปรากฏในรายงาน เช่น ชุมชนเยาวชนหญิงรายหนึ่ง เดิมบ้านเธอมีคนที่ทำงานประกอบอาชีพได้ 4 คน จากสมาชิก 7 คน เมื่อเกิดโควิดก็ตกงานกันมาก มีเพียงพ่อกับแม่ที่ยังคงมีงานทำ แต่หลังพ่อฉีดวัคซีนแล้ว 6 วัน เสียชีวิต แพทย์บอกเสียชีวิตเพราะสาเหตุอื่นไม่เกี่ยวกับวัคซีน จึงไม่ได้เงินชดเชย ทั้งครอบครัวติดโควิด-19 ไม่มีคนในบ้านได้รับการรักษาตัว เธอออกมาชุมนุมเพราะมาทวงความยุติธรรม เธอให้ความเห็นว่าสิ่งที่เธอออกมาชุมนุมมันน้อยกว่าสิ่งที่พวกเขาสูญเสีย ส่วนอีกรายที่ตัดสินใจออกจากระหว่างม. 3 ขึ้น ม. 4 ในช่วงเรียนออนไลน์ เมื่อออกมาทำอาชีพขายของออนไลน์ แต่ไม่ได้ชดเชยทั้งเงินเยียวยาและการฉีดวัคซีน เพราะอายุต่ำกว่า 18 ปี และเริ่มมารวมชุมนุม เธอเล่าครั้งหนึ่งระหว่างยืนสูบบุหรี่ไฟฟ้าก็ถูกตำรวจต้อนและยึดบุหรี่ไฟฟ้าของเธอไป ซึ่งกระทบกระเทือนต่อจิตใจของเธอมาก ส่วนอีกรายเป็นเด็กสาว 16 ปี มาที่แยกดินแดงทุกกัน ครอบครัวมีผลกระทบด้านรายได้จากโควิด-19 อย่างเห็นได้ชัด จุดที่ทำให้เธอออกมาที่แยกดินแดงเพราะเห็นคลิปเห็นตำรวจยิงเข้าผู้ชุมนุมขณะเล่น tik tok

- ผู้ค้าบนรถไฟ

รายงานการสำรวจของ Ch3ThailandNews เมื่อ 16 เมษายน 2563 ที่ชุมชน วัดดวงแข หลังสถานีรถไฟหัวลำโพงซึ่งเป็นชุมชนแออัด มีครัวเรือนประมาณ 200 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่เช่าห้องอยู่เพื่อทำอาชีพค้าขายของขบวรรถไฟ ซึ่งพวกเขา กำลังเดือดร้อนจากการหยุดเดินรถไฟ และยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลทำให้บางคนคิดสั้นถึงกับจะฆ่าตัวตาย⁴¹⁹

“หญิงวัย 72 ปีรายหนึ่ง กล่าวว่า “ตอนนี้ลำบากมาก ตั้งแต่หยุดเดินรถไฟมาไม่มีเงินเลี้ยงชีวิต ต้องอาศัยข้าวจากวัดดวงแขที่พระนำมาแจกจ่าย...จากเดิมขายของบนรถไฟได้เงินวันละ 200-300 บาท ตอนนี้ไม่ได้เลย มีเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ 700 บาท แต่ก็ต้องจ่ายค่าเช่าห้องอีกเดือนละ 3,400 บาท ไม่รู้ว่าจะหาเงินที่ไหนมาให้...ขอให้คนช่วยเหลือขอรับเงินเยียวยา 5,000 บาท ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม ตอนนี้ก็ยังไม่ได้รับอยู่ระหว่างการตรวจสอบ”

หญิงวัยอายุ 75 ปี ซึ่งอยู่กับลูกสาววัย 48 ปี ที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ กล่าวว่า “ได้ลงทะเบียนขอรับเงินเยียวยาไปแล้วก็ยังไม่ได้รับ ระบบบอกว่าอยู่ระหว่างตรวจสอบ...ตอนนี้ต้องสู้ให้ถึงที่สุด ยังพยายามเอาของไปเร่ขายแถวสถานีรถไฟ ให้ได้วันละ 100 ก็ต้องทำ เพราะอยู่กัน 2 คน เช่าห้องเดือนละ 2,500 บาท ลูกสาวก็ยังต้องหาหมอรักษา บางครั้งก็ขอรับจ้างกวาดขยะในชุมชนจากประธานชุมชน ได้สัปดาห์ละ 200 บาท พอประทังชีวิต แต่ยังไม่ขอเปิดรับบริจาคเพราะคิดว่าคนอื่นๆ ก็คงเดือดร้อนเหมือนกัน ตอนนี้ก็แต่มูลนิธิบางมูลนิธิที่มาช่วยเหลืออยู่บ้าง”

⁴¹⁹ เสียงชาวบ้านเดือดร้อนจากพิษโควิด Ch3ThailandNews 16 เมษายน 2020 วีดีโอ (0.49 นาที)

<https://www.facebook.com/Ch3ThailandNews/videos/235875367819667/>

ประธานชุมชนใกล้สถานีรถไฟแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ บอกว่า “สมาชิกชุมชนบางคนเครียดถึงขั้นคิดจะผูกคอตายเพราะหารายได้ไม่ได้ ชุมชนตอนนี้มีปัญหามากกว่า 300 ชีวิต ลงทะเบียนขอรับเงินเยียวยาไปแล้ว มีเพียง 5-6 คน ที่เพิ่งได้รับเงินไป ที่เหลือยังอยู่ระหว่างการตรวจสอบ โดยมองว่ามาตรการที่มีอยู่ของรัฐบาลล่าช้ามาก บางคนต้องไปกู้รายวันเพื่อเลี้ยงชีวิตไปวันๆ”

- **คนขับแท็กซี่**

เมื่อแรกเริ่มมีโควิด (ระลอกแรก)

ตามปกติแล้ว อาชีพแท็กซี่ถูกกีดกันในโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมมาตั้งแต่ก่อนการเกิดโควิด-19 แท็กซี่เช่ารถขับจำเป็นต้องขับรถมากกว่า 10-12 ชั่วโมงต่อวันเพราะต้นทุนสูงโดยเฉลี่ย วันละ 1,200 บาท แม้ลงทุนเพิ่มเพื่อให้มีระบบการบริการที่ดี แต่ใช้กฎหมายปี 2535 ตั้งราคามิเตอร์ ใช้การกำหนดอัตราค่าเดินทางผู้โดยสาร ที่มีการปรับครั้งสุดท้ายเมื่อ ปี 2551 จึงไม่สะท้อนค่าต้นทุน ขณะที่เชื้อเพลิงราคาเพิ่ม ขณะที่คนขับรถแท็กซี่ 1 ใน 3 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวและมีความเครียดสะสม ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง และมีสภาพลักษณะไม่ดี ใช้สิทธิบัตรทอง ไม่มีหลักประกันด้านอื่นๆ⁴²⁰ อีกปัญหาของแท็กซี่ในระบบคือ คนหันไปนิยมแกร็บ เพราะแกร็บไม่ปฏิเสธผู้โดยสาร และเรียกให้มารับได้ตามจุดที่ต้องการ⁴²¹

เมื่อเกิดวิกฤตโควิดระลอกแรก แท็กซี่เป็นอาชีพแรก ๆ ที่สัมผัสกับคนต่างประเทศที่เข้าประเทศ และมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 แท็กซี่จึงได้รับผลกระทบทันที ขณะที่รัฐบาลประกาศพื้นที่ฉุกเฉินทั่วประเทศเมื่อ 26 มีนาคม 2563 มาตรการล็อกดาวน์ โดยท่าที่มีการปิดสนามบินและสถานบันเทิง ทำให้ผู้โดยสารหายทันที ทั้งที่เป็นนักท่องเที่ยวต่างประเทศ และผู้โดยสารทั่วไป ทำให้รายได้ลดลงทันที และต้องมาขับซ้อนทับกะกลางวัน

สังคมเริ่มตระหนักถึงความยากลำบากของผู้ประกอบอาชีพแท็กซี่มากขึ้น เมื่อในวันที่ 30 เมษายน 2563 คนขับแท็กซี่ วัย 57 ปีรายหนึ่งได้มาเรียกร้องที่หน้ากระทรวงการคลังให้รัฐบาลโอนเงินเยียวยา โควิด 19 ให้ทันทีในวันนี้ เพราะรอมา 32 วันแล้ว แต่ยังไม่ได้รับเงิน ก่อนจะตัดพ้อว่าจะต้องกินยาเบื่อหนูฆ่าตัวตาย หรือจะต้องป็นริ้วเอาแหลมเหล็กที่มคอแล้วไปนอนโรงพยาบาล ถึงจะได้รับเงินสักที ก่อนจะพยายามป็นริ้วกระทรวงการคลัง เพื่อขอพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง⁴²²

สถานการณ์คนขับแท็กซี่ ในวิกฤตโควิด-19 ระลอก 2

⁴²⁰ วิจัยแท็กซี่ พัฒนา: สู่คุณภาพชีวิต-ประสิทธิภาพขนส่งสาธารณะ กรุงเทพฯธุรกิจออนไลน์ 14 ตุลาคม 2564 “ชีวิต สุขภาพ และการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในเมือง: การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร” ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน

<https://www.nationtv.tv/news/378846242>

⁴²¹ แท็กซี่อ่วม “รายได้หด-รายจ่ายพุ่ง” วีดีโอ (12:15 นาที) BUSINESS WATCH TNN Online 13 พฤศจิกายน 2563

https://www.youtube.com/watch?v=N9b_FUHP1vg

⁴²² แท็กซี่ป็นริ้ว ก.คลัง ตามเงิน 5,000 พ้อ รอมา 32 วัน ต้องให้ฆ่าตัวตายก่อนหรือ ถึงจะได้เงิน 15 พฤษภาคม 2563

<https://covid-19.kapook.com/view225283.html> ดูวีดีโอ (5:18 นาที) <https://highlight.kapook.com/video/16665>

ในช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอก 2 ตั้งแต่ปลายปี 2563 ถึงต้นปี 2564 แท็กซี่หายจากถนนบนกรุงเทพฯกว่า 50,000 คัน เหลือประมาณ 30,000 คัน

จากการรายงานสารคดีชีวิตของแท็กซี่ 5 คน ที่แสดงถึงปัญหาที่แท็กซี่ประสบในระลอกนี้จนแทบถึงขั้นโดนยึดรถที่ขับแบบเช่าซื้อหลังจากที่เกือบจะได้ฟื้นตัวมาจากระลอกแรก⁴²³

"เหมือนตายอีกรอบหนึ่ง พุดง่าย ๆ กำลังจะฟื้นจากรอบแรกๆ รอบที่สองก็จมเข้าไปอีก ... ในห้างผู้โดยสารก็น้อยลง มาคอยอย่างน้อยๆ ครึ่งชั่วโมง ถ้าวิ่งวนไปไม่มีผู้โดยสารเรียก เปลืองค่าแก๊ส ค่าน้ำมัน ห้างมีที่จอดเราก็บีบที่ห้างดีกว่า แลวบีทีเอสต่างๆ ไม่มีที่จอดรถแท็กซี่เลย สุ่มเสี่ยงกับการถูกใบสั่ง"

"รัฐต้องมาดูแลความเป็นอยู่คนขับแท็กซี่ พวกผ่อนรถกว่า 80% โดนยึดรถหมดแล้ว รอบแรกสู้มากะว่าจะรอด พอเจอรอบ 2 ก็เลยหมดสิทธิ์ ไม่มีโอกาสเลยครับ เพราะวารถต้องคืนเขา"

"เราต่อโรงไฟแนนซ์ก็ยืดเวลาให้ 3 เดือน ผ่อนดอกเบี้ย พอมาเจอรอบที่ 2 ก็ไม่ไหวแล้ว อีก 3 เดือนก็รอให้เขามาเอารถคืนไป ผ่อนมาอีกแค่ 10 กว่าเดือนก็หมดแล้วครับ ตอนนั้นก็เช่าเขาขับ ค่าเช่าเขาก็ลดให้ ค่าเช่าวันละ 500 บาท ถ้าไม่มีก็ส่งให้เขาวันละ 200 - 300 บาทก็ได้ ถ้าแก่ก็ไม่ว่าอะไร เราต้องกินอยู่ รายจ่ายตกวันละ 200 กว่าบาทแล้ว"

"ยิ่งหนักกว่าเก่า ยิ่งดันยิ่งไม่มีอะไร รถของผมน้อยเหลือค่างวดกว่า 6 งวด ผ่อนเดือนละหมื่นกว่าบาท ไม่มีใครพอแน่นอนช่วงนี้ จะโดนยึดไปอีก 2-3 คันแล้ว มีส่งแต่ดอก เดือนละ 3,000 บาท"

"ผ่อนมาประมาณ 1 ปีแล้ว 20,000 กว่าบาท ลีดแรกหมดทองไป 2 บาท จ่ายค่างวด ก็หมดแล้ว แล้วตอนนี้คือแย่แล้ว ยังไม่รู้เหมือนกันว่าจะเอาตรงไหน ถ้าบริษัทอนุโลม ยืดเวลารถให้เราก็อาจจะไปต่อ ได้ รอรัฐบาลอยู่ การกินเรายังพอไปได้ วันละ 200 - 300 บาท ที่เสี่ยงไม่ได้คืองวดรถต่อไป เงิน 3,500 บาท 2 เดือน ไม่ตรงจุด อยากได้เงินใช้นี้มากกว่าเงินซื้อของ"

การเคลื่อนไหวและข้อเสนอต่อรัฐของผู้ประกอบอาชีพแท็กซี่

สมาชิกสมาคมวิชาชีพผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะแท็กซี่ และ เครือข่าย ได้ออกมาแสดงพลังโดยนำรถแท็กซี่ประมาณ 250 คัน มาจอดภายนอกบริเวณกระทรวงการคลังแนวริมคลองประปา ตั้งแต่เช้า 25 กรกฎาคม 2564 จากนั้น บรรดาคนขับได้พากันรวมกลุ่มเดินทางไปยังทำเนียบรัฐบาล เพื่อเรียกร้องให้ รัฐบาลเข้ามาแก้ไขปัญหาเรื่องการทำให้มาหากินหลังเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งทำให้ไม่มีรายได้มาเกือบ 2 ปี ⁴²⁴

ทั้งนี้ โดยมีข้อเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 7 ข้อ ดังนี้ 1) ขอให้รัฐเยียวยาโดยมีการพักชำระหนี้ทั้งเงินต้นและดอกเบี้ย 2) ขอให้รัฐเยียวยาเรื่องค่าปรับการผิดสัญญาเช่าซื้อ 3) ให้รัฐช่วยจัดหางบประมาณเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำหรือปลอดดอกเบี้ยเพื่อนำมาปรับปรุงสภาพรถให้อยู่ในสภาพ

⁴²³ LIFE STORY : แท็กซี่...ไร้ทาง เหมือนตายรอบ 2 วิดีโอ (5:44 นาที) Thairath Online 28 มกราคม 2564

<https://www.youtube.com/watch?v=czM5IUeic44>

⁴²⁴ มีอบ 'แท็กซี่' ร้องรัฐแก้ปัญหาขาดรายได้ผลกระทบจาก 'โควิด-19' กรุงเทพธุรกิจออนไลน์ 25 กรกฎาคม 2564

<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/950976>

พร้อมให้บริการประชาชน 4) ให้รัฐช่วยจัดหาที่จอดรถแท็กซี่มากกว่า 20,000 คัน ที่มีผลกระทบไม่สามารถประกอบรายได้ 5) ให้คนขับรถแท็กซี่สามารถเข้าสู่มาตรา 40 ของกฎหมายแรงงาน 6) ให้รัฐบาลจัดถุงยังชีพให้กับคนขับรถแท็กซี่ ที่ให้บริการประชาชน ณ ขณะนี้ประมาณ 30,000 คน และ 7) ขอให้รัฐจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพ ฉีดให้กับประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึงโดยเร็วที่สุด

รูปที่ 122 กลุ่มแท็กซี่เรียกร้องพักหนี้ และอีก 6 ข้อเรียกร้องด่วน 24 กรกฎาคม 2564



นอกเหนือจากการจอดรถแท็กซี่ชุมนุมแล้ว ตัวแทนของสมาคม/องค์กรแท็กซี่ ได้ยื่นข้อเสนอต่อรัฐบาลหลายหน ทั้งยื่นข้อเรียกร้องนายกรัฐมนตรี ต่อ รมต.กระทรวงแรงงาน ข้อเรียกร้องที่น่าสนใจก็คือ ⁴²⁵ ⁴²⁶

1) ขอให้ช่วยเหลือผู้ประกอบการแท็กซี่รายย่อย เข้าถึงมาตรการในการพักชำระหนี้ระยะเวลา 1 ปี ทุกสถาบันการเงิน รวมไปถึงไฟแนนซ์ลิสและสหกรณ์ฯ ตามมาตรการที่ ธปท. ออกมาบังคับใช้ ไม่สามารถใช้ได้จริง เพราะแม้ในช่วงเวลานั้น กระทรวงคลังจะมีมาตรการพักชำระหนี้เงินต้นและดอกเบี้ยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน ให้กับลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบทั่วประเทศ รวมกลุ่มอาชีพแท็กซี่ด้วย แต่ไม่ตอบโจทย์แท็กซี่ทำให้แท็กซี่ไม่ได้รับการช่วยเหลือและยังโดนคิดค่างวดเต็มจำนวน ซึ่งอาจนำไปสู่การถูกยึดรถ

2) ขอให้ผู้ประกอบการแท็กซี่รายย่อยได้รับเงินเยียวยา 5,000 บาท เมื่อลงทะเบียนผู้ประกันตน ม. 40 รวมทั้งผู้ประกอบการแท็กซี่รายย่อยที่เป็นผู้ประกันตน ม.39 ที่มีที่อยู่นอกเขต 13 จังหวัด (แท็กซี่จำนวนมากเป็นประชากรแฝงไม่ได้มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านที่อยู่ในจังหวัดสีแดงเข้ม 13 จังหวัดตามที่รัฐบาลประกาศให้เงินเยียวยา) โดยอ้างอิงฐานข้อมูลเพิ่มจากการรับเงินเยียวยาครั้งที่ผ่านมา ทั้งนี้ รวมถึงผู้เช่ารถขับแต่ในขณะนี้ได้คืนรถให้อู่หรือสหกรณ์ เพราะไม่มีผู้โดยสารจึงจอดรถแล้วกลับไปอยู่ต่างจังหวัดในขณะที่มีการลือคดววน เพราะไม่สามารถหารายได้มาชำระค่างวดและค่าเช่าได้ แต่ยังเป็นผู้ประกอบการแท็กซี่รายย่อย จึง

⁴²⁵ สมาคมแท็กซี่ ร้องนายกฯ ช่วย 4 ข้อ พักหนึ่งงวด 1 ปี เยียวยา 5 พัน หลังลือคดววนจรถทิ้ง ผู้จัดการออนไลน์ 30 กรกฎาคม 2564 <https://mgronline.com/politics/detail/9640000074606>

⁴²⁶ คลัง เล็งออกมาตรการดูแลคนขับแท็กซี่ “พักหนี้-เยียวยา ม.40” ประชาชาติธุรกิจ 30 กรกฎาคม 2564 <https://www.prachachat.net/finance/news-727808>

ขอให้พิจารณาจากฐานข้อมูลเดิมที่ได้รับการเยียวยาในรอบที่ผ่านมา รวมทั้งข้อเรียกร้องให้คนขับแท็กซี่ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สามารถสมัครตามเกณฑ์ ม.40 รับเงินเยียวยา 5,000 บาท ได้⁴²⁷

ทั้งนี้ กรม. มีมติเห็นชอบตามที่กระทรวงคมนาคมเสนอโครงการช่วยเหลือ เงินเยียวยา ช่วยเหลือกลุ่มผู้ขับรถแท็กซี่และมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ที่มีอายุเกิน 65 ปี ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 29 จังหวัด หรือพื้นที่สีแดงเข้มตามประกาศ ศบค. ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด19 เมื่อ 12 ตุลาคม 2564 กลุ่มอาชีพผู้ขับรถแท็กซี่และรถจักรยานยนต์สาธารณะ ที่มีอายุเกิน 65 ปี ไม่สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 มาตรา 39 และมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้ ผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือตามโครงการ 16,000 คน^{428 429}

ส่วนข้อเสนอเรื่องการพักชำระหนี้ไม่มีการช่วยเหลือจากรัฐบาล จนเกิดปรากฏการณ์สมาชิกสหกรณ์บวรแท็กซี่พิกนี้ไฟแนนซ์ จนสหกรณ์ต้องนำรถแท็กซี่มาปลูกผักเลี้ยงกบเพื่อลดรายจ่ายค่าอาหาร⁴³⁰ ดังที่นายฐาปกรณ์ อัสวเลิศกุล ที่ปรึกษาสหกรณ์บวรแท็กซี่ และราชพฤกษ์แท็กซี่ เปิดเผยว่า ปัจจุบันรถแท็กซี่นับพันคันจอดร้างตั้งแต่ต้นปี 2564 เพราะรถไม่ได้นำออกไปวิ่งรับผู้โดยสาร ที่ผ่านมาทางสหกรณ์ดูแลรักษาทำความสะอาดต่อเนื่องมา แต่ขณะนี้ดูแลไม่ไหว จึงนำมาใช้ทำประโยชน์โดยใช้เป็นที่ปลูกผักทำสวนครัว และเลี้ยงกบ เพื่อลดค่าอาหาร รถแท็กซี่เหล่านี้เป็นของสมาชิกสหกรณ์ที่นำมาคืนเนื่องจากได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ไม่สามารถแบกรับภาระไฟแนนซ์คันละ 400,000 – 800,000 บาท ที่ผ่านมาร้องเรียนไปยังกระทรวงคมนาคม กระทรวงพลังงาน และกระทรวงแรงงาน แต่ยังไม่มีความคืบหน้าชัดเจน ข้อเรียกร้องคือ รัฐต้องช่วยผู้ขับและผู้ประกอบการ และให้ไฟแนนซ์งดเว้นเบี้ยปรับ หรือขอให้ปรับเท่ากับเบี้ยรถบ้าน ทั้งนี้ตนเชื่อว่า แม้จะมีการคลายลือคดวุ่นแล้ว แท็กซี่บางส่วนจะไม่กลับมาประกอบอาชีพ เพราะไม่มั่นใจสถานการณ์การแพร่ระบาด รวมทั้งราคาเชื้อเพลิงที่ปรับสูงขึ้น⁴³¹

รูปที่ 123 รถแท็กซี่กลายเป็นที่ปลูกผัก (17 กันยายน 2564)

⁴²⁷ ‘ด่วน!’ ‘แท็กซี่’ ตกหล่น ไม่ได้สมัคร ม.40 คาด 24 ส.ค. ได้เงินเยียวยา 5,000 บาท กรุงเทพธุรกิจออนไลน์ 2 สิงหาคม 2564 <https://www.bangkokbiznews.com/news/952358>

⁴²⁸ เริ่มวันนี้! วันนี้ (25 ต.ค.64) ลงทะเบียนรับ เงินเยียวยา ผู้ขับรถแท็กซี่และมอเตอร์ไซด์รับจ้าง Bright TV 25 ตุลาคม 2564 <https://www.brighttv.co.th/news/social/taxi-motercycle-register>

⁴²⁹ เยียวยาแท็กซี่-วินมอเตอร์ไซด์ 29 จังหวัด สูงสุด 10,000 บาท เช็กเงื่อนไขด่วน ฐานเศรษฐกิจ 13 ตุลาคม 2564 <https://www.thansettakij.com/general-news/499429>

⁴³⁰ แท็กซี่นับพันคันจอดร้าง เปลี่ยนเป็นแปลงผัก-เลี้ยงกบ ร้องไป 3 กระทรวง ยังไม่มีใครช่วย sanook.com 17 กันยายน 2564 <https://www.sanook.com/news/8444622/>

⁴³¹ พิชโควิด อยู่แท็กซี่ปลูกผักบนหลังคารถ วิดีโอ (3:25 นาที) ข่าวเย็นไทยรัฐ 15 กันยายน 2564 <https://www.youtube.com/watch?v=ad6OGa6D0qY>



ปัจจุบันเมื่อสถานการณ์โควิด-19 เริ่มคลี่คลายแต่ก็ยังมีบางคนที่ต้องหยุดอาชีพนี้ไป ได้กลับมาขับรถอีกครั้ง แม้ว่าจะยังความยากลำบาก และต้องอาศัยความช่วยเหลือพิเศษจากครอบครัว ดัง 'เอ็ม' คนขับรถแท็กซี่จาก กาญจนบุรี ที่ตอนนี้ขับแบบเช่ารายวัน โดยมีลักษณะเด่น คือ มีรถเป็นบ้าน เป็นที่ทำงาน กิน นอน ใช้ชีวิตอยู่บนรถแท็กซี่ ที่เรื่องราวของเขามีปรากฏอยู่ในการรายงานของประชาไท⁴³² ก่อนหน้านั้นเขา เคยขับรถแท็กซี่ แต่ต้องหยุดขับมาระยะหนึ่งเพราะสถานการณ์โควิด แล้วหันมาเก็บขวดมาขายอาหารหลายเดือน ซึ่งเขาคิดว่ามันไม่ใช่เรื่องน่าอาย พอได้กลับมาขับแท็กซี่แล้วรู้สึกดีใจมาก เขารู้สึกว่าเจ้าของอู่ดีต่อเขามากที่ทำให้เขากลับมาขับรถแท็กซี่ได้อีกครั้ง และลดราคาค่าเช่าให้เหลือ วันละ 300 บาท ทั้งที่เจ้าของอู่ก็อยู่ในสภาพที่ย่ำแย่ในภาวะโควิด-19 เช่นกัน แต่ถ้าวัดเสียเขาก็พอซ่อมเองได้บ้าง เขาลดค่าใช้จ่ายด้วยการอาศัยนอนในรถแท็กซี่ หลังจากพักขับรถตะแคงรับลูกค้า อาบน้ำที่ห้องน้ำในสถานีขนส่งหมอชิต และได้เงินจากโครงการ “คนละครึ่ง” และต้องการเงินไปส่งปัจจุบันขับรถมีรายได้พอส่งเงินวันละ 200 ให้ลูกสาว น้องเนเน่วัย 7 ปีที่ฝากแม่ยายที่ต่างจังหวัดเลี้ยง และเหลือพอกินพอใช้วันชนวัน ส่วนภรรยาที่นั่น แยกกันอยู่แล้ว

- **แรงงาน**

แรงงานนอกระบบ

○ ภาพรวม อัตราการว่างงานเพิ่มสัมพันธ์กับอัตราการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19

อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มว่าจำนวนชั่วโมงว่างงานจะนานขึ้น การจ้างงานในภาคอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยวยังไม่กลับมาดี กลุ่มอาชีพอิสระมีแนวโน้มมีรายได้ลดลง กลุ่มว่างงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานทักษะสูง ขณะที่เด็กจบใหม่อาจว่างงานเพราะเศรษฐกิจตกต่ำทำให้ผู้จ้างงานไม่มีเงินจ้าง ดังรายงานของ Nikkei ที่ Financial Time นำมาเผยแพร่ เมื่อ 27 สิงหาคม 2564 ที่ผ่านมา อ้างอิงถ้อยแถลงของ นายดอนุชา พิขยพันธ์ กรรมการและเลขานุการสภาฯ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่เผยแพร่เมื่อ 24 พฤษภาคม 2021 ซึ่งชี้แจงว่าในรายงานอัตราการว่างงานนั้น ซึ่งครอบคลุมช่วง 4 เดือนแรกของปี 2564 คือ 1.9% หรือ 7.6 แสนคน หรือเพิ่มขึ้น 1.2 เท่าจากช่วงเดียวกันของปีก่อนซึ่งหากเปรียบเทียบกับช่วง 3 เดือนแรก ของปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่โควิด-19 เริ่มสร้างผลกระทบทั่วโลกจะมีอัตรา

⁴³² สรายุทธ ตั้งประเสริฐ Talking with Taxi:คุยกับแท็กซี่ วีดีโอ (10:13 นาที) 30 ตุลาคม 2564

<https://www.facebook.com/Prachatai/videos/6264413433631131>

เพิ่มขึ้นเป็น 1.03% และหากเทียบกับช่วง 4 เดือนสุดท้ายของปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 1.86% และคาดว่าจะมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นอีกจากการที่สายพันธุ์เดลต้าแพร่ระบาดซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการพบผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 15,000 รายเมื่อไม่กี่สัปดาห์ก่อนหน้านี้⁴³³

ในไตรมาส 2 ปี 2564 การว่างงานยังอยู่ในระดับสูงจากผลกระทบของ COVID-19 โดยอัตราการว่างงานอยู่ที่ 1.89% คิดเป็นผู้ว่างงาน 7.3 แสนคน แบ่งเป็นผู้ไม่เคยทำงานมาก่อน (ผู้จบการศึกษาใหม่) 2.9 แสนคน เพิ่มขึ้น 10.04% และผู้ว่างงานที่เคยทำงานมาก่อนมี 4.4 แสนคน ลดลง 8.38% เมื่อพิจารณาระยะเวลาของการว่างงาน พบว่า ผู้ว่างงานมีแนวโน้มว่างงานนานขึ้น โดยผู้ว่างงานนานกว่า 12 เดือนมีจำนวน 1.47 แสนคน เพิ่มขึ้น 1.2 เท่าจากช่วงเดียวกันของไตรมาสที่แล้ว และยังพบว่า ผู้จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษามีอัตราการว่างงานสูงขึ้นเป็น 3.18% และ 3.44% ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าการว่างงานในปัจจุบันอยู่ในกลุ่มแรงงานทักษะสูง⁴³⁴

ภาพรวมที่ผู้มีงานทำเพิ่มขึ้นแต่ชั่วโมงการทำงานลดลง สะท้อนการจ้างงานและการทำงานที่ไม่เต็มเวลา ซึ่งจะทำให้แรงงานมีรายได้ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน นอกจากนี้ ยังมีความกังวลว่าตำแหน่งงานอาจไม่เพียงพอรองรับเด็กจบใหม่ เนื่องจากภาคธุรกิจได้รับผลกระทบต่อเนื่องและอาจไม่มีเงินจ้าง คาดว่าจะกระทบต่อการจ้างงานของเด็กจบใหม่กว่า 4.9 ล้านคน

ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ระบุว่า สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจไทยหดตัวรุนแรง และมีผลชัดเจน 4 อาการ ได้แก่ 1.เกิดหลุมรายได้ขนาดใหญ่ในระบบเศรษฐกิจ โดยพบว่าในช่วงปี 2563-2564 รายได้จากการจ้างงานหายไปถึง 1.8 ล้านล้านบาท ขณะที่ปี 2565 คาดว่ารายได้จากการจ้างงานจะหายไปอีก 8 แสนล้านบาท ทำให้ตั้งแต่ปี 2563-2565 รายได้จากการจ้างงานจะหายไปรวมกว่า 2.6 ล้านล้านบาท 2.การจ้างงานในระบบถูกกระทบรุนแรง โดยในช่วงไตรมาส 2/2564 พบว่ามีจำนวนผู้ว่างงาน หรือเสมือนว่างงาน (ผู้ที่มีงานทำไม่ถึง 4 ชั่วโมงต่อวัน) อยู่ที่ 3 ล้านคน และคาดว่าสิ้นปี 2564 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ล้านคน สูงกว่าช่วงก่อนเกิดการระบาดของโควิดถึง 3 เท่าตัว 3. การฟื้นตัวของภาคเศรษฐกิจต่างๆ ไม่เท่าเทียม ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของครัวเรือนเปราะบาง และ 4.เศรษฐกิจไทยถูกกระทบจากโควิด-19 หนักกว่าและจะฟื้นตัวช้ากว่าประเทศอื่นในภูมิภาค เนื่องจากไทยพึ่งพารายได้จากภาคการท่องเที่ยวและบริการสูงสุดในเอเชีย คิดเป็น 11.5% ของจีดีพี⁴³⁵

นับตั้งแต่การเกิดโควิดระลอกแรก แรงงานที่เกี่ยวข้องกับกิจการการท่องเที่ยวได้รับผลกระทบอย่างหนักในการสูญเสียงานหรือรายได้ โดยมีทั้งที่ได้รับผลโดยตรงจากการที่นักท่องเที่ยวลดจำนวนลงอย่างมาก

⁴³³ Thailand's Covid crisis exposes the reality of '2% unemployment' Masayuki Yuda, Nikkei staff writer AUGUST 27 2021 https://www.ft.com/content/a52db26d-460b-4000-946f-b30d66af-bee67fbclid=IwAR2jeWO5mb6aki-1uB_UfNaozziNNYNfmWBTA7UnCu9IsmHcBmwBkx5LWw

⁴³⁵ ศก.ไทยยังโคม่า ธปท.คาดสิ้นปี เตะฝุ่น3.4ล้าน ไทยโพสต์ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2564 <https://www.thaipost.net/main/detail/113535>

เช่น โกดี้ เจ้าของธุรกิจโรงแรมและธุรกิจที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยว หรือจากการปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรค เป็นการชั่วคราว เช่น พ่อค้าแม่ค้าที่ขายของตามตลาดนัด นักร้อง/นักแสดงตามสถานบันเทิงต่าง เป็นต้น ซึ่งคนกลุ่มนี้มีเกือบร้อยละ 20 ของผู้มีงานทำทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมผ่านภาวะเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจโลกที่จะต้องก้าวเข้าสู่ภาวะถดถอยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น พนักงานในโรงงานที่อาจปิดสายพานการผลิตบางส่วนเนื่องจากคำสั่งซื้อสินค้าลดลงไปมากโดยเฉพาะคำสั่งซื้อสินค้าจากต่างประเทศ ซึ่งคนที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมนี้อาจมีการกระจายตัวอยู่ทั้งในภาคเกษตร (ร้อยละ 30 ของผู้มีงานทำ) ภาคอุตสาหกรรม (ร้อยละ 16 ของผู้มีงานทำ) และ ภาคบริการอื่น ๆ (ร้อยละ 17 ของผู้มีงานทำ)⁴³⁶ แม้ต่อมาจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ลดลงในการระบาดระลอกแรก แต่การที่กิจกรรมทางเศรษฐกิจโลกยังไม่กลับมาเป็นปกตินี้ จะยังส่งผลให้ภาคการส่งออกสินค้าและการท่องเที่ยวของไทยฟื้นตัวช้ากว่าที่คาดการณ์กันไว้ในช่วงก่อนหน้า⁴³⁷

ข้อมูลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงไตรมาสของปี 2563 พบว่ามีผู้ว่างงานกว่า 7.5 แสนคน ซึ่งสูงกว่าปีก่อนในช่วงเวลาเดียวกันถึงเกือบเท่าตัว ส่วนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขอรับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงานตามมาตรา 38 ก็เพิ่มสูงขึ้นไปที่ประมาณ 3 แสนคน ตัวเลขผู้เสมือนว่างงาน หรือผู้ทำงานไม่ถึง 4 ชั่วโมงต่อวัน ในไตรมาสสองมีจำนวนสูงถึง 5.4 ล้านคนเพิ่มขึ้นถึง 3.4 ล้านคนจากระยะเดียวกันปีก่อน และหากเศรษฐกิจฟื้นตัวได้ช้า จนส่งผลให้หลายธุรกิจต้องปิดตัวลงไป ในที่สุด แท้จริงแล้วแรงงานไทยยังอยู่ในระบบประกันสังคมเพียงหนึ่งในสามของแรงงานทั้งหมด⁴³⁸

จากผลการสำรวจทั่วราชอาณาจักรระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงของการล็อกดาวน์ที่เริ่มมาตั้งแต่ 26 มีนาคม 2563 พบว่าเยาวชนอายุ 15-24 ปี หรือกลุ่มเจน Z ซึ่งจะกลายเป็นบัณฑิตรุ่นโควิด-19 และ ผู้ทำอาชีพรับจ้างทั่วไปไม่ประจำ (ลูกจ้างรายวัน/ผู้รับเหมาช่วง) เป็นผู้มีความเสี่ยงในการตกงานมากที่สุดจากการปิดเมือง คนเจน Z จะพบสภาพการชะลอการจ้างงานของเอกชน ขาดโอกาสพัฒนาและสะสมทักษะ พลาดโอกาสที่จะเติบโตในหน้าที่การงานและการได้รับรายได้มากขึ้นตามประสบการณ์ทำงาน กลายเป็น “ผลเป็นทางเศรษฐกิจ” ส่งผลกระทบต่อในระยะยาว ขณะที่คนเจน Y (25-39 ปี) และ เจน X (40-55 ปี) ก็จะมีรายได้ที่ลดลงสวนทางกับหนี้สินครัวเรือนที่พอกพูนมากขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการเก็บออมสร้างเนื้อสร้างตัวของคนในวัยทำงาน การยับยั้งสถานะทางสังคม (social mobility) ยากขึ้น รวมทั้งขยายความเหลื่อมล้ำทางรายได้และทรัพย์สินระหว่างชนชั้นให้กว้างยิ่งขึ้นไปอีก ขณะที่แรงงานในกลุ่มธุรกิจที่มีกำลังการผลิตส่วนเกินเนื่องจากได้รับผลกระทบรุนแรง และแรงงานในกลุ่มธุรกิจที่ใช้เทคโนโลยีทดแทนแรงงาน

⁴³⁶ ดร.มณฑล ภิปลกาญจน์ และ นางสาวนันทนิตย์ ทองศรี ทำมกลางวิกฤตโควิด-19 เราจะสู้ไปด้วยกัน ฝ่ายนโยบาย

โครงสร้างเศรษฐกิจ ธนาคารแห่งประเทศไทย 5 เมษายน 2563

https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_05Apr2020.aspx

⁴³⁷ ดร.มณฑล ภิปลกาญจน์ และคณะ "ผลกระทบโควิด 19 ต่อตลาดแรงงานไทย" ธนาคารแห่งประเทศไทย 12 ตุลาคม 2563

https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_12Oct2020.aspx

⁴³⁸ อังโน เฟิงอ้าง

(automation) ในกระบวนการผลิตหรือการให้บริการ เช่นแรงงานในภาคท่องเที่ยว แรงงานในอุตสาหกรรม บางประเภท ฯลฯ หากเป็นแรงงานสูงอายุและมีการศึกษาและทักษะน้อย ก็อาจถูกเลิกจ้างถาวร ทั้งนี้ คนรุ่น ลูกหลานในครัวเรือนรายได้น้อยที่ถูกเลิกจ้างจะได้รับผลกระทบต่อการศึกษา โภชนาการและสุขภาพ มีผล ต่อเนื่องถึงความเหลื่อมล้ำในด้านทุนมนุษย์ (Human capital) ลดศักยภาพในการขยับสถานะระหว่างรุ่น (Intergenerational mobility) และบางครอบครัวที่มีรายได้ค่อนข้างน้อยอาจติดกับดักวัฏจักรความยากจน (Poverty cycle) ⁴³⁹

○ *แรงงานนอกระบบกับโควิด-19*

ช่วงปลายการแพร่ระบาดโควิดระลอก 2 ก่อนเข้าสู่ระลอก 3 ไม่นาน มณฑลลี่ และวันใหม่ พบว่า ประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบถึง 20 ล้านคน ในจำนวนแรงงานนอกระบบ มีแรงงานนอกระบบในภาค เกษตรกรรม 11 ล้านคน และนอกภาคเกษตร 9 ล้านคน และจำนวนผู้ทำงานทั่วประเทศที่มีอยู่ 38 ล้านคน ซึ่ง แรงงานนอกระบบเหล่านี้มีความเปราะบางมากขึ้นจากการได้รับผลกระทบของการแพร่ระบาดโควิด-19 ซึ่ง ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง ทั้งนี้ ลักษณะที่เปราะบางของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีมาโดยตลอดก็ คือ มีรายได้ต่ำกว่าลูกจ้างในระบบเกือบเท่าตัว ไม่มีสวัสดิการคุ้มครองครอบคลุมดังที่ผู้อยู่ในระบบ ประกันสังคมหรือพนักงานของรัฐได้รับ และการออมเงินน้อยและมีปัญหาหนี้สิน

หากแยกเป็นประเภทธุรกิจพบว่ากลุ่มธุรกิจภาคท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบ มากกว่าธุรกิจอื่น รองลงมาเป็นธุรกิจขนส่งและการค้ารายย่อยที่มีรายได้หลักขึ้นอยู่กับกำลังซื้อของคนใน ประเทศ โดยผู้ขับแท็กซี่และจักรยานยนต์รับจ้าง โดยเฉลี่ยมีรายได้เหลือเพียง 10-40 % ด้านแรงงานนอก ระบบในภาคเกษตรแม้จะได้รับผลกระทบจาก COVID-19 น้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่ด้วยปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีอยู่ เดิมและปัญหาภัยแล้งที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2562 ก็ส่งผลกระทบเชิงลบต่อรายได้ของเกษตรกรด้วยเช่นกัน⁴⁴⁰

เมื่อเข้าสู่การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระลอก 3 พฤษภาคม 2564 แม้การระบาดโควิด-19 ระลอก 2 เมื่อต้นมกราคม 2564 มีผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจน้อยกว่าระลอกแรก แม้จำนวนผู้ประกอบการอาชีพอิสระ บางสาขาจะปรับเพิ่มขึ้นบ้าง เช่น ภาคการเกษตร แต่ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยกลับปรับลดลง สะท้อนถึงรายได้ที่ ลดลง⁴⁴¹

⁴³⁹ พุทธิพันธุ์ หิรัญยตระกูล และ ไตรสรณ์ ธิรชิวานนท์ "จากปิดเมืองสู่ฟื้นฟู: วิกฤตการว่างงาน ผลเป็นทางเศรษฐกิจ สู่การ สร้างงานและศักยภาพแรงงานในระยะยาว" 30 กันยายน 2563 <https://tdri.or.th/2020/09/the-unemployment-impacts-of-covid-19/>

⁴⁴⁰ ดร.มณฑลลี่ กปิลกาญจน์ และ นางสาววันใหม่ นนทัฐดิพงษ์ "แรงงานนอกระบบ: ผลกระทบและความท้าทายในยุค COVID-19 ฝ่ายนโยบายโครงสร้างเศรษฐกิจ" ธนาคารแห่งประเทศไทย 30 มีนาคม 2564 https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_30Mar2021.aspx

⁴⁴¹ ดร.มณฑลลี่ กปิลกาญจน์ "แรงงานอิสระ จุดเปราะบางตลาดแรงงานไทยในยุคโควิด-19" ฝ่ายนโยบายโครงสร้างเศรษฐกิจ ธนาคารแห่งประเทศไทย พฤษภาคม 2564 https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_17May2021.aspx

- แรงงานข้ามชาติ

○ ปัญหาเดิมของแรงงานข้ามชาติ ส่งผลทำให้มีชีวิตแค้นยากในช่วงโควิด

แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนที่แรงงานผิดกฎหมายหรือหลุดออกจากระบบการจ้างงานตามกฎหมาย มักมีปัญหาในเรื่องการไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองแรงงาน การเข้าถึงการรักษาพยาบาล ขณะที่บุตรของแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่สามารถเข้าศึกษาได้ ทั้งนี้ ข้อจำกัดด้านภาษา การเอกสารแสดงตนเอง ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และนโยบายการจัดการแรงงานสร้างภาระให้กับแรงงานข้ามชาติมากเกินไป ก็ยังทำให้แรงงานเหล่านี้มีชีวิตที่ยากลำบากมากขึ้นแม้ในยามปกติที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19

แม้ที่ผ่านมาการรับแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ชาวลาว ชาวกัมพูชา ชาวเมียนมา และชาวเวียดนาม จะมีช่องทางที่ถูกกฎหมายผ่านระบบ MOU (Memorandum Of Understanding) สำหรับการทำงานประเภท 3Ds คือ งานอันตราย (Danger) งานที่มีความสกปรก (Dirty) และงานที่มีความยุ่งยาก (Difficult) แรงงานข้ามชาติถูกกฎหมายมีสิทธิเข้าสู่ระบบกองทุนประกันสังคมเพื่อเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขและระยะเวลาในการส่งเงินสมทบ⁴⁴² อย่างไรก็ตาม การจ้างงานแรงงานข้ามชาติผ่านระบบที่ถูกกฎหมายเช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับแรงงานส่วนใหญ่ กลายเป็นปัญหาความล้มเหลวของการป้องกันในเชิงนโยบายและการคุ้มครองผู้ย้ายถิ่นอย่างปลอดภัย⁴⁴³

○ การเกิดขึ้นของโควิด-19 ในระลอกแรก ส่งผลอย่างสำคัญในการทำให้จำนวนแรงงานข้ามชาติลดลงอย่างมาก

เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ ชี้ว่า การประกาศใช้ข้อกำหนดตาม พ.ร.ก.บริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อยกระดับการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เริ่มตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ทำให้หลายกิจการปิดตัวหรือลดการจ้างงาน รวมทั้งปิดทางเดินเข้า-ออกตามแนวชายแดน ส่งผลให้ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 เฉพาะในพื้นที่ กรุงเทพฯ และปริมณฑล เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ตาก กาญจนบุรี พังงา ภูเก็ต สงขลา ระยอง และชลบุรี มีจำนวนแรงงานข้ามชาติลดลงถึง 345,072 คน ในจำนวนนี้เป็น งานก่อสร้าง 77,354 โรงงานอุตสาหกรรม (ชิ้นส่วนรถยนต์ เสื้อสำเร็จรูป ผลิตอาหาร ฯลฯ) 83,532 คน งานบริการ 42,647 คน ด้านการท่องเที่ยว การโรงแรมและงานต่อเนื่อง 57,325 คน ร้านอาหาร 44,393 คน เกษตรและต่อเนื่องเกษตร 32,436 คน และอื่น ๆ 7,385 คน แต่ทั้งนี้ คาดว่าจำนวน

⁴⁴² ผศ.ดร.นภารัตน์ วรรณรัตน์สุดร สถาบันการณของแรงงานในจังหวัดสมุทรสาครช่วงการระบาดของโควิด - 19 สถาบันสิทธิมนุษยชนและสันติศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล คอลัมน์สัปดาห์เมือง โปสทูเดย์ 1 พฤษภาคม 2564

www.posttoday.com/politic/columnist/651763

⁴⁴³ จิราภรณ์ ไพรเถื่อน “ความเป็นอื่น” และการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ถูกกฎหมายในสถานการณ์โควิด-19” มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: jiraphonp61@nu.ac.th

http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/c156.pdf

แรงงานข้ามชาติที่ประสบปัญหาจริงมีมากกว่า รวบรวมกว่า 700,000 คน⁴⁴⁴ ทั้งนี้ จำนวนแรงงานข้ามชาติยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังกรณีของแนวโน้มของแรงงาน 3 สัญชาติในช่วงโควิด-19 ระบาดที่ลดลงจากประมาณ 2.79 ล้านคนในเดือนมกราคม 2563 เหลือ 2.19 ล้านคนในเดือนสิงหาคม หรือลดลงประมาณ 5.93 แสนคน⁴⁴⁵

จำนวนการจ้างงานที่ลดลงนี้หมายถึงแรงงานข้ามชาติที่ตกงาน ซึ่งมีทั้งกลุ่มเป็นแรงงาน “มติ ครม.” แรงงานที่ผ่านการ “พิสูจน์สัญชาติ” ถือเอกสารประจำตัว ที่มีใบอนุญาตทำงาน และกลุ่มที่ทำงานตาม “MOU” ที่ส่วนมากเป็นลูกจ้างรายวัน ไม่มีสัญญาจ้างอย่างเป็นทางการ และแรงงานบางส่วนที่อยู่อย่างผิดกฎหมาย แรงงานที่ตกงานเหล่านี้บางส่วนยังคงอยู่ในประเทศเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศต้นทางและกลับมาใหม่สูงมาก และบางส่วน โดยเฉพาะที่เป็นแรงงานผิดกฎหมายที่ตัดสินใจกลับบ้านเพื่อกลับเข้ามาใหม่อย่างถูกต้อง ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าเมื่อไหร่พวกเขาจะได้กลับมาทำงานในประเทศไทยอีกครั้ง

○ การระบาดของโควิดในหมู่แรงงานข้ามชาติ

เมื่อการระบาดโควิด-19 ในรอบแรกลดลง จึงมีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น แต่รัฐบาลไทยกลับไม่ได้มีนโยบายส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบ ส่งผลให้มีการลักลอบพาแรงงานเข้ามาทำให้ไม่สามารถควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 ที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านได้ เกิดเป็นการแพร่ระบาดโควิด-19 ระลอก 2 เกิดในคลัสเตอร์แรงงานข้ามชาติอย่างมาก

รายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขระบุว่า ในช่วงปลายปี 2563 แรงงานข้ามชาติในไทยเผชิญปัญหาวิกฤตโควิดระบาดอย่างมาก แรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคโควิด-19 ที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยชาวเมียนมา พบร้อยละ 88.8 ของผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติทั้งหมด รองลงมาคือ กัมพูชาร้อยละ 5.8 ลาวร้อยละ 5.4 โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 14,465 ราย และมีผู้ป่วยจำนวนสะสม 23,935 ราย ⁴⁴⁶

การแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีลักษณะเป็นการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มคลัสเตอร์ ซึ่งมีพื้นที่ 3 รูปแบบที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ในแคมป์ก่อสร้าง ในตลาดสด และในโรงงานต่างๆ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วคือ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างแออัด แรงงานเหล่านี้มีทั้ง แรงงานถูกกฎหมาย ซึ่งมีมักอยู่ในแคมป์ก่อสร้าง และตลาดสด แรงงานข้ามชาติที่อยู่ร่วมกันอย่างแออัด แรงงานลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือทำผิดกฎหมาย ผู้ต้องขังแรกรับ รวมถึงผู้เดินทางมาจากต่างประเทศที่ต่อมาตรวจพบว่าต้องคดี ⁴⁴⁷

○ ผลกระทบและปัญหาจากการจัดการของรัฐในช่วงโควิด

⁴⁴⁴ วงเสวนาขึ้นนโยบายรัฐคุมโควิด-19 กระทบแรงงานข้ามชาติ คาดตกงานทะลุ 7 แสนราย กองบรรณาธิการ TCJ 16 ธันวาคม 2563 <https://www.tcjthai.com/news/2020/12/labour/11245>

⁴⁴⁵ สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์ โควิด-19 กับการจ้างงาน แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ มติชนออนไลน์ 11 ธันวาคม 2563 srawooth@tdri.or.th https://www.matichon.co.th/columnists/news_2481326

⁴⁴⁶ แรงงานข้ามชาติ”ปัญหาบัก ยิ่งวิกฤตในวันที่ต้องเผชิญ โควิด-19”

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 5 กรกฎาคม 2564 <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13265>

⁴⁴⁷ เพ็งอ้อ

ในช่วงแรกที่ยังไม่เกิดการแพร่ระบาดของโควิด - 19 แบบคลัสเตอร์ในหมู่แรงงานข้ามชาติ โควิดก็ได้ส่งผลอย่างมากต่อพวกเขาแล้ว เพราะนำมาสู่การเลิกจ้างหรือลดการจ้างงานลงจำนวนมาก ทำให้แรงงานข้ามชาติที่เคยมีงานทำได้กลายเป็นว่างงานตกค้าง ถูกยกเลิกใบอนุญาตทำงาน จากคนถูกกฎหมายก็กลายเป็นผิดกฎหมาย ที่

ผ่านมาในช่วงก่อนยุคโควิด-19 มีปัญหาแรงงานไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการเลิกจ้างอยู่ก่อนแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการที่ หลังวีซ่าหมดอายุ นายจ้างบางรายไม่ให้ใบออกจากการแจ้ง นายจ้างจำนวนหนึ่งที่เลิกจ้างโดยใช้วิธีไม่ต่อใบอนุญาตทำงาน หลายคนเมื่อถูกเลิกจ้างไม่สามารถย้ายนายจ้างได้โดยง่าย เพราะกฎหมายกำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้องพิสูจน์ให้เจ้าหน้าที่เห็นว่า เป็นความผิดของนายจ้างเดิม หรือชดใช้ค่าเสียหายให้นายจ้างเดิม และต้องหานายจ้างใหม่ภายใน 30 วัน สิ่งนี้ไม่สามารถทำได้ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 อีกทั้งในช่วงโควิด การร้องเรียนกรณีเลิกจ้างในช่วงโควิด-19 ก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากหลายหน่วยงานปิดให้บริการในช่วงประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ แม้ในช่วงหลังมีการเปิดให้กรอกใบคำร้องผ่านออนไลน์ มีอุปสรรคเรื่องภาษา และการเข้าถึงเทคโนโลยี

นอกจากนี้ มีปัญหาการเข้าถึงเงินชดเชยเยียวยาว่างงานจากประกันสังคม ที่แรงงานและนายจ้างสมทบเงินเข้าระบบทุกเดือน แต่ปัญหาคือในช่วงโควิด ลูกจ้างส่วนใหญ่ไม่ได้ถูก “เลิกจ้าง” แต่ขอให้ “หยุดงาน” หรือบังคับให้เซ็นใบลาออก ไม่มีการชดเชยใดๆ กลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ที่ จ.เชียงราย ที่อยู่ในระบบประกันสังคม เมื่อถูกเลิกจ้าง หรือถูกปรับลดเงินเดือนลง ก็ไม่สามารถได้รับประโยชน์จากประกันสังคมได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านการสื่อสารและ ขาดความเข้าใจในสิทธิประกันสังคม ทำให้ไม่สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเยียวยา เพราะคิดว่ามีความยุ่งยาก เสียเวลา ต้องใช้เวลาหลายวันกว่าจะดำเนินการสำเร็จ อีกทั้งยังไม่มีเงินสำหรับเดินทางไปดำเนินการ ขณะที่บางรายเมื่อตกงานแล้วก็ยังต้องจ่ายเบี้ยประกันสังคมเองจากเดิมที่นายจ้างต้องร่วมจ่าย ทำให้พวกเขาหนีห่างออกจากระบบประกันสังคมมากขึ้น ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับประกันสังคม เมื่อถูกเลิกจ้างหรือลดชั่วโมงทำงานก็ยังไม่ได้รับเงินเยียวยาใดๆ ⁴⁴⁸

สภาพการณ์เช่นนี้ ส่งผลทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากหลุดจากการจ้างงานที่ถูกกฎหมาย แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ ไม่มีเงิน ไม่มีที่อยู่ กลับประเทศต้นทางไม่ได้ และเข้าไม่ถึงการเยียวยาของรัฐ-กองทุนประกันสังคม ในบางช่วงการกลับบ้านไม่ได้ของแรงงานข้ามชาติที่ตกงานเกิดขึ้นเพราะรัฐบาลขอให้พำนักอยู่ในไทยก่อน แต่ไม่มีมาตรการเยียวยาช่วยเหลืออะไร ในช่วงระลอกแรกของการเกิดโควิด-19 ทั้งนี้ รัฐบาลมีความล่าช้าในการตอบสนองต่อเรื่องนี้ จึงมีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานข้ามชาติเสนอให้รัฐต้องรีบเร่งจัดระบบข้อมูลแรงงานที่ตกค้างในไทยให้ถูกต้อง และมีการเรียกร้องต่อสถานเอกอัครราชทูตและรัฐบาลไทยให้ช่วยเหลือให้แรงงานข้ามชาติกลับภูมิลำเนาได้

⁴⁴⁸ จิราภรณ์ ไพรเถื่อน “ความเป็นอื่น” และการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ถูกกฎหมายในสถานการณ์โควิด-19” มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: jiraphonp61@nu.ac.th

http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/c156.pdf

ขณะที่แรงงานอีกจำนวนไม่น้อยที่กลับประเทศต้นทางไปและยังไม่สามารถกลับเข้ามาทำงานในไทยได้ ทั้งนี้ เมื่อมีการผ่อนคลายการลี้ภัยและเศรษฐกิจสามารถเดินได้ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ มีการขาดแคลนแรงงานอย่างมากในหลายกิจการ ขณะที่รัฐบาลยังขาดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการแรงงานที่รอเข้าประเทศ ไม่ว่าจะเป็นแรงงานข้ามชาติที่ใบอนุญาตและมีวีซ่าทำงาน ซึ่งได้ขอวีซ่ารักษาสิทธิใบอนุญาตทำงาน (Re-Entry Visa) เพื่อเดินทางกลับประเทศแล้วแต่ยังไม่ได้กลับเข้ามา ซึ่งในช่วงปลายปีมีประมาณ 69,235 คน และแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่มีใบอนุญาตทำงานและวีซ่า ที่นายจ้างได้ยื่นแสดงความต้องการ (Demand Letter) ไปที่ประเทศต้นทางแล้วและนายจ้างยังต้องการนำเข้ามาแต่ไม่สามารถดำเนินการขั้นตอนต่อไปได้ประมาณ 42,158 คน

- แรงงานประมง

แม้แรงกดดันจากสหภาพยุโรปในเรื่องการทำประมงผิดกฎหมาย ขาดการรายงาน และไร้การควบคุม (IUU fishing) จะนำมาสู่การตราพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานประมง พ.ศ. 2562 อย่างเร่งด่วน และการเข้าถึงสิทธิการเจรจาต่อรองผ่านทางกรรมาธิการและสวัสดิการแรงงานประมงดีขึ้น แต่กลไกรัฐในภาคปฏิบัติในหลายด้านยังขาดประสิทธิภาพ⁴⁴⁹ เช่น การเข้าถึงสัญญาจ้างและเอกสารประจำตัวของแรงงาน สภาพความเป็นอยู่บนเรือ ชั่วโมงการทำงานและพักผ่อนของแรงงานประมง อุปสรรคในการเปลี่ยนงานหรือนายจ้าง กลไกการตรวจสอบข้อเท็จจริงจากแรงงานที่ออกทำการประมง ทั้งนี้ สถานการณ์โควิด-19 ทำให้เห็นช่องว่างหลายประเด็น อาทิ กลไกของภาครัฐ ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ มาตรการออกมาคุ้มครองแรงงาน มีหลายประเด็นที่ไม่ถึงการคุ้มครองคุณภาพชีวิตแรงงาน เช่น สวัสดิการ ความปลอดภัย หรือกระทั่งราคาหน้ากอนามัย ซึ่งควรต้องเป็นสินค้าควบคุมราคา แรงงานส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงการสื่อสารเกี่ยวกับโควิด-19 จากรัฐ ไม้ได้รับข้อมูลการสื่อสารเรื่องวิธีป้องกันโควิด-19 มีปัญหาเรื่องภาษา นอกจากนั้นในช่วงโควิด-19 มีการห้ามรวมตัว ซึ่งอาจทำให้แรงงานยังไม่สามารถบอกสิ่งที่ตัวเองต้องการกับนายจ้าง ที่ผ่านมารวมกลุ่มเจรจากับนายจ้างเป็นกลไกการแก้ปัญหา นอกจากนั้นช่วงสถานการณ์โควิดคนงานที่ถูกให้หยุดทำงาน และไม่มีอาหารกิน

ทั้งนี้ แม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากการกำหนดค่าแรงขั้นต่ำในภาคการประมงไทยที่เป็นผลมาจากแรงกดดันเรื่องใบเหลืองจากสหภาพยุโรป (EU) ในกรณี IUU แต่การกำหนดค่าแรงขั้นต่ำนี้ยังไม่ส่งผลดีต่อแรงงานในอุตสาหกรรมทะเลกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมักได้ค่าจ้างรายวันหรือค่าจ้างแบบรับทำของ ไม่มีการประกันรายได้ขั้นต่ำต่อเดือน ซึ่งการกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำต่อวันโดยไม่มีการรับประกันจำนวนวันทำงานต่อเดือน ทำให้แรงงานเหล่านี้แม้ได้รับการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่มีรายได้ไม่เพียงพอในแต่ละเดือน เมื่อเกิดวิกฤตโควิด-19 แรงงานเหล่านี้มีความเปราะบางเพิ่มมากขึ้น รายได้ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และบางส่วนใช้วิธี "ขูดรีดตัวเอง" โดยการลดค่าใช้จ่ายด้วยการร่วมกันเช่าที่พักอาศัยและอยู่รวมกันจนแออัด จนกลายเป็นคลัสเตอร์

⁴⁴⁹ สิทธิประมงไทย: รวมตัวต่อรองไม่ใช่ความวุ่นวาย ผลักแรงงานเข้าสู่ประกันสังคมทั้งหมด เสวนา 'สิทธิประมงไทย ไม่เคย New Normal' เมื่อ 9 กรกฎาคม 2563 Oxfam in Thailand ร่วมกับ way magazine ประชาไทย 10 กรกฎาคม 2563 <https://prachatai.com/journal/2020/07/88531>

และไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือใดๆ จากนายจ้าง รวมทั้งไม่สามารถรับเงินเยียวยาจากรัฐได้แม้บางส่วนจะมีสิทธิได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายก็ตาม แต่การปฏิบัติของรัฐกลับไม่เอื้อ⁴⁵⁰

นอกจากนั้นในการผลิตของภาคการประมง โดยเฉพาะในส่วนของโรงงานแปรรูปและในกิจการประมงต่อเนื่อง มักมีการจ่ายค่าตอบแทนตามชิ้นงาน (piece work) หรือหมายถึงการที่แรงงานได้รับค่าจ้างตามจำนวนชิ้นที่ผลิต อันเป็นการผลักความเสี่ยงทางธุรกิจของนายจ้างไปไว้ที่แรงงานเกือบทั้งหมด เนื่องจากนายจ้างจ่ายค่าจ้างเท่าที่แรงงานผลิตได้เท่านั้น แรงงานกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะธุรกิจสะดุดมากที่สุด รายได้ของพวกเขาขึ้นอยู่กับห่วงโซ่อุปทานของวัตถุดิบ ซึ่งอาจเกิดภาวะปั่นป่วนและหยุดชะงักได้ง่ายจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้หลายประการ แรงงานที่ได้รับค่าตอบแทนตามชิ้นงานนี้มักมีเงินออมน้อยที่สุดและพุงตัวให้รอดจากภาวะความผันผวนของการจ้างงานได้น้อยที่สุด การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้แรงงานที่ได้รับค่าตอบแทนตามชิ้นงานมีรายได้น้อยกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ และยังได้รับความช่วยเหลือจากนายจ้างน้อยกว่าหรือไม่ได้รับเลย และบีบให้พวกเขามีหนี้สินหรือตกอยู่ในสภาวะไม่มั่นคงหลายประการ อีกทั้งพวกเขามีช่องทางน้อยมากที่จะเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือทางสังคมของรัฐบาล

ในกลุ่มแรงงานประมง ยังมีปัญหาเฉพาะที่เพิ่มขึ้นมา นั่นคือ การที่แรงงานหญิงมักได้รับค่าจ้างน้อยกว่าแรงงานชายเกือบ 1 ใน 3 หรือได้รับค่าจ้างโดยเฉลี่ยน้อยกว่าแรงงานชายประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน ทั้งในส่วนของกิจการแปรรูปอาหารทะเล กิจการฟาร์มกุ้ง หรือ กิจการประมงต่อเนื่อง นอกจากนี้ แรงงานหญิงยังมักถูกจ้างงานที่ไม่มั่นคงมากกว่า อีกทั้งยังได้รับสิทธิลาคลอดและทางเลือกในการดูแลบุตรอย่างจำกัด นอกจากนี้กลุ่มที่มีปัญหามากคือกลุ่มแม่บ้านของแรงงานประมง เพราะแรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีเอกสาร ไม่มีเครื่องมือสื่อสารที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ เนื่องจากการซื้อซิมโทรศัพท์ต้องมีเอกสารประจำตัว การรับรู้ข่าวสารจึงเป็นการพูดกันปากต่อปาก หรือจากอาสาสมัครองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความลำบากมากขึ้น แม้ว่าจะมีสิทธิด้านประกันสุขภาพและประกันสังคม เพราะมีอุปสรรคเรื่องการสื่อสาร และการคัดกรองมีขั้นตอนซับซ้อนขึ้น แรงงานจำนวนมากเลือกที่จะไม่ไปโรงพยาบาล เพราะกลัวติดโควิด-19 กลัวถูกส่งกลับ สุดท้ายต้องเลือกไปใช้บริการคลินิกเอกชน ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง เป็นหนี้ ทำให้แรงงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะไม่ได้คัดกรอง และไม่ได้ตรวจโรคอย่างทันท่วงที ทั้งที่รัฐมีมาตรการให้ทุกคนตรวจรักษาฟรี ไม่จำกัดสัญชาติ

ทั้งนี้ เมื่อมีการระบาดของโควิด-19 ในภาคอุตสาหกรรมการประมง สายพานการผลิตในอุตสาหกรรม การประมงไม่สามารถจัดระยะห่างได้ ทำให้แรงงานบางรายที่ติดโควิดเมื่อหายดีแล้วพอลกลับมาทำงานแล้วก็ติดเชื้ออีก เมื่อติดเชื้อโควิด-19 จะถือว่าเป็นคนป่วย แรงงานก็ต้องลาป่วย แต่กฎหมายกำหนดให้วันลาป่วยแบบได้ค่าจ้าง 30 วัน การกักตัวหรือรักษารอบหนึ่งก็จะใช้เวลาประมาณ 14 วัน หมายความว่าใครที่ติดเชื้อมากกว่า 2 รอบก็อาจจะไม่มีวันลาป่วยแบบได้ค่าจ้างเหลือพอแล้ว ต้องลาแบบไม่ได้ค่าจ้างแล้วไปขอชดเชย 50% จาก

⁴⁵⁰ [LIVE] วงเสวนา “โควิด...วิกฤตซ้ำเติม วีดีโอ (1:53 นาที) The Reporter 13 สิงหาคม 2564

<https://www.facebook.com/TheReportersTH/videos/973052960207983> อ่านบทวิจัยฉบับเต็มที่นี่

shorturl.asia/kFRap

ประกันสังคมแทน ซึ่งก็เป็นจำนวนเงินที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีก ส่วนแรงงานประมงบนเรือประมงเมื่อป่วยเป็นโควิด นายจ้างจะไม่นำเรือเข้าฝั่ง ซึ่งทางรัฐช่วยอะไรแรงงานเหล่านี้ไม่ได้⁴⁵¹

- **ผู้ประกอบการอาชีพใกล้ชิด**

โควิดส่งผลโดยตรงต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้ประกอบการอาชีพใกล้ชิด ซึ่งประกอบด้วย หมอนวด เจ้าของและแรงงานกิจการสปา และช่างทำผม โดยได้รับผลกระทบทันทีตั้งแต่การประกาศล็อกดาวน์รอบแรกเมื่อเดือนมีนาคม 2563 แรงงานในกิจการเหล่านี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องปรับตัวและรักษาความสะอาดตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และที่ต้องปิดกิจการเป็นระยะเวลายาวนานกว่ากิจการอื่นๆ ที่สำคัญแรงงานในกิจการเหล่านี้มักไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม และประสบกับภาวะตกงานในทันที

หนังสือพิมพ์มติชนรายวันรายงานการสำรวจสถานการณ์ ทุกข์ “หมอนวด” ⁴⁵² หลังสถานการณ์โควิด-19 เพียงเวลาไม่ถึง 6 เดือน พบว่า ผู้ประกอบการร้านนวดและลูกจ้างหมอนวดต่างก็ได้รับผลกระทบต่อรายได้ เพราะร้านต้องปิดบริการโดยไม่ทันตั้งตัว ก่อนหน้าโควิด-19 เศรษฐกิจไม่ดีและทำให้รายได้ลดลงจากก่อนหน้านั้นอยู่แล้ว เมื่อรัฐบาลมีมาตรการสั่งปิดร้าน ก็ทำให้เจ้าของกิจการและลูกจ้าง ไม่มีรายได้ หมอนวดหลายคนต้องกลับบ้าน เจ้าของกิจการประสบปัญหาค่าเช่าร้านที่เจ้าของห้องเช่าไม่ได้ลดราคาให้ กว่าครึ่งของหมอนวดในร้านแห่งหนึ่งซึ่งมีทั้งหมด 20 คน พบว่าการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเยียวยา 5,000 บาท ถูกระบบแจ้งว่าเป็นอาชีพอื่น เช่น เป็นเกษตรกร หมอนวดบางคนเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีภาระหนี้สิน ขณะที่ถูกประสบปัญหาทั้งค่าเล่าเรียนและอาหารการกิน เมื่อกลุ่มหมอนวดกลับไปอยู่บ้านที่ต่างจังหวัด พยายามหางานทำ เช่น รับจ้างทำความสะอาด เปิดร้านขายน้ำปั่น แต่รายได้ก็ลดลงมากจากรายได้ที่เคยได้จากอาชีพหมอนวดเดือนละ 15,000 – 20,000 บาท ซึ่งนำมาใช้กินอยู่และชำระหนี้ บางคนต้องกู้หนี้ยืมสินนอกระบบ ทุกคนอยากให้รัฐช่วยเงินอย่างทั่วหน้าและเท่าเทียม และเผื่อรอที่จะกลับมาทำอาชีพและมีรายได้

ส่วนผู้ประกอบการช่างตัดผมหรือช่างเสริมสวยก็ได้รับผลกระทบอย่างหนัก มานพ วิเศษไวยหาร ตัวแทนสมาคมช่างผม-เสริมสวยแห่งประเทศไทย กล่าวว่า หลังประกาศล็อกดาวน์รอบแรกเมื่อเดือนมีนาคม 2563 กิจการร้านเสริมสวยเป็นกิจการที่ได้รับผลกระทบทันที ภายในวันเดียวที่ถูกสั่งปิดโดยรัฐบาลไม่มีแผนบริหารจัดการ ทำให้กลุ่มอาชีพนี้แทบจะไม่มีเงินเลย ลูกจ้างแรงงานต้องอาศัยผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้าน ถ้าเจ้าของร้านเงินหนาไม่พอก็ลำบาก การล็อกดาวน์เต็มรูปแบบกับการล็อกดาวน์บางพื้นที่นั้นมองว่ามีผลไม่แตกต่างกัน จะแบ่งโซนอย่างไร คนก็กลัวทั้งประเทศ ปิดร้านมาก็เปลืองค่าไฟ เพราะคนยังกลัวอยู่และไม่กล้ามาใช้บริการ ทำให้ตกอยู่ในสภาพถูกปล่อยแพเกือบ 3 เดือน

นอกจากนั้นก็ยังมีส่วนของผู้ประกอบการอาชีพด้านสปา ซาลิ ชิวศรีพฤตมา ตัวแทนสมาคมผู้ประกอบการสปาไทย กล่าวว่า ในช่วงแรกที่มีการล็อกดาวน์เต็มรูปแบบ ในส่วนภาคบริการสถาน

⁴⁵¹ วิจัยเผย แรงงานอาหารทะเล ค่าจ้างไม่พอชนเดือน โควิดซ้ำเติมเข้าไม่ถึงเยียวยา 18 สิงหาคม 2564

<https://www.prachachat.net/csr-hr/news-741731>

⁴⁵² ทุกข์ ‘หมอนวด’ ในวันที่ไม่ทันได้ตั้งตัว หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน หน้า 20 6 พฤษภาคม 2563

https://www.matichon.co.th/lifestyle/social-women/news_2172664

ประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ได้รับผลกระทบไม่ต่างจากธุรกิจทำผมหรือเสริมสวยเลย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะบริการนวดเพื่อสุขภาพรายได้หลักจากภาคบริการนี้อิงกับธุรกิจโรงแรม รายได้ส่วนใหญ่มาจากนักท่องเที่ยว เขากล่าวอีกว่า เราได้รับผลกระทบตั้งแต่ปลายปี 2562 แล้ว เพราะนักท่องเที่ยวเริ่มไม่เข้ามา โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมี 2 ส่วน คือ 1.ผลกระทบด้านจิตใจ ทั้งที่เรามีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และที่ผ่านมาก็ไม่เคยเกิดการแพร่ระบาดจากกิจการธุรกิจนวดหรือสปาเพื่อสุขภาพ 2.ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพนักงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ พอร้านนวดถูกสั่งปิด พนักงานนวดตกงาน ไม่มีงานทำและขาดรายได้ทันที

เราอาจเข้าใจภาพผลกระทบที่มีต่อแรงงานที่ประกอบอาชีพใกล้ชิดจากรายงานภาพชีวิตปัจเจกบุคคลดังกล่าวนี้⁴⁵³

- หมอนวดหญิงชาวนครราชสีมาวัย 48 ปี ตกงานทันทีแต่ไม่กล้ากลับบ้าน เพราะชาวบ้านกลัวคนกรุงเทพฯ เป็นพาหะนำโรค และการกลับบ้านต้องใช้เงินจำนวนมาก เธอจึงเลือกที่จะอยู่ห้องเช่า กินมาม่า และนำทองที่มีอยู่จำนำ รายได้ที่เคยได้เดือนละ 15,000 – 20,000 บาท ถูกนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าเช่าห้อง ค่าผ่อนมอเตอร์ไซด์ และส่งให้ลูกชายที่กำลังเรียนซึ่งอาศัยอยู่กับแม่ของเธอ การตกงานในวัยเกือบ 50 ปี ทำให้เธอกังวลว่าจะตกงานถาวร ประกอบกับเธอไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม
- ผู้ประกอบการร้านนวด ในกรุงเทพฯ คนหนึ่งระบุว่า การระบาดตั้งแต่ครั้งแรกทำให้เธอเสียหายจากค่าเช่า ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าซ่อม รวมเป็นหลักล้าน และพอเปิดร้านใหม่ก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการตกแต่งท่ามกลางวิกฤตโควิดระลอก 2 เธอตัดสินใจเปิดร้าน ทั้ง 2 สาขาหลังปิดร้านช่วงโควิดระลอกแรก เพราะมองว่าต้องเป็นการลงทุนเพื่ออนาคต ในช่วงที่ร้านปิดไม่รับลูกค้าเธอยังเปิดพื้นที่ให้พนักงานนวดกว่า 10 ชีวิตที่ตกงานมาปรับทุกข์ และมีข้าวสาร อาหารแห้ง เกื้อหนุน เธอไม่คิดเปลี่ยนร้านไปทำร้านอาหารตามคำแนะนำของหลายคนเพราะเกรงว่าหากพันโควิด-19 แล้วกลับมาเปิดเป็นร้านสปาจะมีกลิ่นอาหารไม่พึงประสงค์ ความสามารถในการแข่งขันกับร้านอาหารรายอื่น และไม่แน่ใจว่าเมื่อไรรัฐจะอนุญาตให้ร้านอาหารเปิดขาย ภาระต้นทุนทำธุรกิจไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ทำให้เธอ “ล้มทั้งยืน” เมื่อเงินก้อนสุดท้ายที่เธอเก็บไว้ถูกนำมาใช้ปรับปรุงกิจการสปาแต่ต้องเผชิญหน้ากับโควิด-19 แพร่ระบาดระลอก 3 ทั้งนี้ การระบาดของโควิด-19 ทำให้ร้านนวดสปาที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องปรับตัวและรักษาความสะอาดตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด โดยเจ้าของกิจการต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐ เพราะพนักงานต้องสัมผัสลูกค้า จาก

⁴⁵³ หทัยรัตน์ พหลทัพบ "หมอนวด ช่างทำผมในยุคโควิด-19 ผิดหรือที่เป็นแรงงานใกล้ชิด" โครงการวิจัย “แรงงานใกล้ชิด”

ภายใต้บริบทของโรคระบาด : การศึกษาเบื้องต้นในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการสตรี เยาวชนและครอบครัวศึกษา สำนักงานสัญญาธรรมศักดิ์เพื่อประชาธิปไตย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ The

Isaan Record 5 พฤษภาคม 2564 <https://theisaanrecord.co/2021/05/05/intimate-laborers-during-the-covid19/>

เดิมที่ลูกจ้างไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม เพราะรายได้ไม่แน่นอน แต่การต้องเผชิญกับภาวะตกงานก็ทำให้ผู้ประกอบการต้องหาสวัสดิการรองรับลูกจ้างเพื่อให้ได้รับสิทธิการเยียวยาจากรัฐ

- ช่างทำผมหญิงซึ่งในห้างสรรพสินค้าในกรุงเทพฯ ระบุว่า โควิด-19 ทำให้เธอตกงานโดยไม่ทันตั้งตัว ก่อนหน้าโควิด-19 ความชำนาญในอาชีพที่เธอทำมานานกว่า 10 ปี ทำให้มีรายได้เดือนละ 40,000 – 50,000 บาท เธอทำงานในเขตพื้นที่ที่ถูกสั่งปิดเป็นรายแรกๆ ทำให้ต้องนำเงินเก็บมาใช้ และยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงลูกวัย 3 ปี และค่าผ่อนชำระหนี้บ้าน ส่วนนโยบายของรัฐที่เปิดให้คนลงทะเบียนรับเงินเยียวยา เธอเห็นว่าไม่ควรเป็นระบบใครเร็วใครได้ ควรได้อย่างทั่วถึง สามิที่เป็นคู่ชีวิต ซึ่งประกอบธุรกิจส่วนตัวด้วยการดูแลรถแท็กซี่ให้เช่าก็มาประสบปัญหาไร้ผู้เช่า ทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะเหมือนเคราะห์ซ้ำกรรมชด และยังมีความกลัวว่าตนจะเป็นพาหะนำเชื้อโควิด-19 ไปแพร่ให้กับลูกชายและแม่สามีนั่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงวัย สิ่งที่ต้องการให้รัฐช่วยเหลือคือ การพักหนี้ แต่ที่เป็นทุกวันนี้ แค่นี้ให้หยุดเพื่อไม่ให้เราเสียเครดิต แต่ดอกเบี้ยก็ยิ่งเพิ่มขึ้น เธอแค่หวังว่าการแพร่ระบาดรอบ 3 จะไม่ทำให้ชีวิตที่กำลังยากลำบากแย่ลงไปอีก

18.4 พื้นที่/กรณีที่น่าสนใจในการประเมินการจัดการโควิด-19 และ ผลกระทบ

18.4.1 โควิด-19 ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้

- สถานการณ์ช่วงครึ่งปี 2563

การป่วยด้วยโควิด 19 ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ในครั้งแรกพบในกลุ่มคนที่กลับมาจากการร่วมกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตะวะหิโนมาเลเซียและอินโดนีเซีย

นายณรงค์ ศศิธร เอกอัครราชทูต ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ได้ออกหนังสือประกาศลงวันที่ 13 มีนาคม 2563 เรื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ขอให้คนไทย จำนวน 132 คน ที่เข้าร่วมงาน Jhor Qudamak & Ulamak Malasia 2020 ณ Sri Petaling Mosque กรุงกัวลาลัมเปอร์ ในระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 2 มีนาคม 2563 รีบเข้าพบแพทย์เป็นการเร่งด่วนเนื่องจากการจัดกิจกรรมในครั้งนั้น พบผู้ติดเชื้อ COVID -19 ทั้งหมดในประเทศมาเลเซีย มีจำนวนทั้งสิ้น 158 ราย⁴⁵⁴

ต่อมาในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2563 จึงเริ่มมีการค้นหาและตรวจพบผู้ป่วยโควิด 19 จากกิจกรรมดะวะหิที่ประเทศมาเลเซีย (วันที่ 20 มีนาคม 2563 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) COVID-19 จ.นราธิวาส ได้มีการติดตามและได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจจำนวน 25 ราย มีผู้ป่วยยืนยันแน่นอนจำนวน 2 คน⁴⁵⁵ และวันที่ 23 มีนาคม 2563ยะลา มีผู้ป่วยโควิด-19 ล่าสุดเพิ่ม 17 ราย มีอาการหนัก 1 ราย⁴⁵⁶ ต่อมา ต้นเดือนเมษายน 2563 ชาวมุสลิมที่เดินทางกลับจากการร่วมกิจกรรมดะวะหิที่ประเทศอินโดนีเซียทั้งหมด 76 คน และมีบางส่วนที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 กล่าวคือ จ.สงขลา เดินทางไป 22 คน ติดเชื้อ 11 คน จ.สตูล

⁴⁵⁴ <https://www.thairath.co.th/news/local/south/1794999>

⁴⁵⁵ <https://siamrath.co.th/n/140624>

⁴⁵⁶ <https://www.thairath.co.th/news/local/south/1802359>

เดินทางไป 26 คน ติดเชื้อ 15 คน , จ.ปัตตานี เดินทางไป 13 คน ติดเชื้อ 7 คน จ.ยะลา เดินทางไป 8 คน ติดเชื้อ 7 คน และ จ.นราธิวาส เดินทางไป 7 คน ติดเชื้อ 2 คน รวมจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 42 ราย⁴⁵⁷

เมื่อถึงกลางเดือนเมษายน 2563 ศบค. วิเคราะห์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีผู้ติดเชื้อ 138 คนว่าเป็นกลุ่มตาวะห์จากมาเลเซีย อินโดนีเซีย ปากีสถาน และกลุ่มเข้าร่วมพิธีทางศาสนาที่บันนังสตา โดยพบผู้ติดเชื้อมากที่สุด คือยะลา 82 คน และสงขลา 56 คน⁴⁵⁸

การแพร่ระบาดดังกล่าวทำให้ทางการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีมาตรการปิดกั้นการเดินทางในหลายลักษณะ มาตั้งแต่ปลายเดือนมีนาคม 2563 กล่าวคือ

- 23 มีนาคม 2563 ผู้ว่าราชการทั้ง 4 จังหวัดพื้นที่ชายแดน ได้แก่ สงขลา สตูล ยะลา และนราธิวาส ประกาศปิดด่านชายแดนไทย-มาเลเซียทั้งหมด โดยให้ระงับการเดินทางเข้า-ออกไทยของบุคคลทุกสัญชาติรวมถึงคนไทยในมาเลเซียที่จะเดินทางกลับประเทศไทย (ยกเว้นรถบรรทุกขนส่งสินค้าที่เข้า-ออกได้เฉพาะบางจุด)⁴⁵⁹
- 23 มีนาคม 2563 มติคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดยะลากำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันการแพร่ระบาดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ (COVID 19) โดยห้ามบุคคลเข้า-ออก สถานที่ศูนย์ชะฮ์วะห์แห่งประเทศไทย มัสยิดอิล-นุร (มัสยิดยะลา) เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่ 25 ถึง 31 มีนาคม 2563⁴⁶⁰
- 29 มีนาคม 2563 ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา มีคำสั่งประกาศปิดจังหวัดยะลา ห้ามประชาชนเดินทาง เข้า-ออก ข้ามเขตพื้นที่จังหวัดยะลา เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ รับมือโควิด-19 หลังพบชายวัย 54 เสียชีวิตจากโควิด-19 รายแรกของยะลา หลังกลับจากมาเลเซีย⁴⁶¹

การควบคุมโควิด-19 มีผลอย่างสำคัญต่อชีวิตทางศาสนาของคนจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะมีการประกาศห้ามการละหมาดในมัสยิด โดยหาอย่างยิ่งช่วงเดทอตรอมฎอนและวันฮารีรายา

- 3 พฤษภาคม 2563 จุฬาราชมนตรีมีประกาศ 2 ฉบับ คือ มีมาตรการผ่อนคลายเป็นให้ละหมาดได้แต่ขอให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตามสุขอนามัยอย่างเข้มงวดตามประกาศก่อนหน้านี้ และยังขอให้งดกิจกรรมการรวมตัวและการจัดเลี้ยงละศีลอด⁴⁶²
- 6 พฤษภาคม 2563 ผ่อนคลายให้มีการปฏิบัติศาสนกิจละหมาดอิฎิ้ลฟิตรีสำหรับมัสยิดที่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดและอยู่ในพื้นที่ที่ไม่พบผู้ติดเชื้อ ให้รับปฏิบัติศาสนกิจ

⁴⁵⁷ <https://www.komchadluek.net/news/local/426673>

⁴⁵⁸ <https://news.thaipbs.or.th/content/291122>

⁴⁵⁹ shorturl.asia/ZraBx

⁴⁶⁰ <https://www.thaipost.net/main/detail/60875>

⁴⁶¹ <https://www.youtube.com/watch?v=fpWxP3Kz0Rg>

⁴⁶² http://report.dopa.go.th/covid19/ita_files/document/SkthaiDoc6.pdf

ละหมาดอีฎิ้ลฟิตร้อย่างประคับ ในการละหมาดและคุดบะห์ ไม่เกิน 20 นาที มัสยิดใดไม่พร้อมให้ มัสยิดแจ้งสัสปุรุชละหมาดที่บ้าน จำกัดเฉพาะญาติพี่น้องเท่านั้น โดยไม่ต้องอ่านคุดบะห์ และ ยังคงไม่ให้มีการจัดเลี้ยงและห้ามการรวมตัวเป็นกลุ่ม และห้ามการเยี่ยมญาติและเยี่ยมกุโบร์⁴⁶³

การห้ามเดินทางข้ามแดนในระลอกแรกส่งผลต่อชีวิตผู้คนที่ทำงานหาเลี้ยงชีพที่ฝั่งมาเลเซียอย่างมาก เกิดกระแสการทะเลาะกลับไทยในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 เกิดปัญหาความยากลำบากในการเดินทางเข้าประเทศเนื่องจากการกำหนดมาตรการเข้าประเทศที่ไม่เหมาะสม ทำให้ภาคประชาสังคมในพื้นที่เข้ามา มีบทบาทในการช่วยเหลือแรงงานและมีข้อเสนอต่อรัฐบาลให้ช่วยแก้ปัญหาขึ้น ดังที่คณะกรรมการเฉพาะกิจ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุขยื่นข้อเสนอต่อภาครัฐในการช่วยเหลือคนไทยที่ตกค้างในมาเลเซีย เพื่อร่วมช่วยเหลือคนไทยในมาเลเซีย⁴⁶⁴ กลุ่มเครือข่ายรักบ้านเกิด มีข้อเสนอถึงศูนย์ประสานงาน สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในสามจังหวัดชายแดนใต้ เรื่อง การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ต้องการเดินทางกลับภูมิลำเนา⁴⁶⁵

ต่อมาเมื่อแรงงานจากมาเลเซียได้กลับมามีภูมิลำเนาเรียบร้อยแล้ว ก็เกิดปัญหาการว่างงานในพื้นที่ ตามมา ศอ.บต. พบว่า ระหว่าง 18 มีนาคม ถึง พฤศจิกายน 2563 ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ มีเยาวชน และแรงงานว่างงานรวมแรงงานต้มยำกุ้ง มาเลเซียที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ถึง 39,000 คน⁴⁶⁶ ในส่วนผลกระทบของโควิด-19 ในระลอกแรกที่มีต่อคนในพื้นที่ชายแดนใต้ สามารถดูได้จากการสำรวจ โดยสถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ สถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ทำการสำรวจจากประชากร 820 ตัวอย่างจาก 164 ชุมชนในปัตตานี ยะลา นราธิวาสและ 4 อำเภอ สงขลา (จะนะ เทพา นาทวี และ สะบ้าย้อย) ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม – 5 มิถุนายน 2563 พบว่า ประชาชนกว่า 75 % ได้รับผลกระทบด้านการประกอบอาชีพ 83.6 % รายได้ลดลง และ 18.2 % ยังเข้าไม่ถึงสวัสดิการและการช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐ แต่ยังคงอยู่ได้ด้วยการช่วยเหลือกันในชุมชน โดยส่วนใหญ่ 47.8 % เห็นว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมที่พอจะรับสถานการณ์ได้ คือประมาณ 1-4 สัปดาห์ พร้อมให้คะแนนความพึงพอใจต่อการแก้ปัญหาของรัฐบาล 6.39 เต็ม 10⁴⁶⁷

ผลกระทบด้านการประกอบอาชีพจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน พบว่า ร้อยละ 18.8 ของผู้ตอบระบุว่า ไม่สามารถออกไปทำเกษตรหรือประมงได้ ส่วนร้อยละ 14.3 ถูกพักงานชั่วคราว ร้อยละ 12.8 ไม่มีใครจ้างงาน และร้อยละ 9.9 จำเป็นต้องเลิกค้าขาย

⁴⁶³ http://report.dopa.go.th/covid19/ita_files/document/SkthaiDoc7.pdf

⁴⁶⁴ shorturl.asia/alE0d

⁴⁶⁵ shorturl.asia/alE0d

⁴⁶⁶ <https://www.sbpac.go.th/?p=64757>

⁴⁶⁷ แถลงผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ด้านผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ไวรัสโคโรนา (โควิด-19) และมาตรการของรัฐ สถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ สถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 11 มิถุนายน 2563 <https://cscd.psu.ac.th/th/node/219>

ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) ระบุว่าได้รับผลกระทบด้านการศึกษาของตัวเองหรือบุตรหลานมาก รวมไปถึงด้านการเดินทางออกนอกพื้นที่ (ร้อยละ 49.5) การเดินทางไปประกอบอาชีพหรือทำเกษตร (ร้อยละ 43.4) การไปจับจ่ายซื้อของในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 37.6) และการปฏิบัติศาสนกิจ (ร้อยละ 31.1)

ด้านความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ผลการสำรวจยังพบอีกว่า ประเด็นที่ประชาชนวิตกกังวลมากที่สุดคือเรื่องการเดินทางที่ลำบากมากขึ้น (ร้อยละ 82.9) รองลงมาคือกังวลว่าไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามปกติที่มีสยิดหรือวัด (ร้อยละ 67.4) และกังวลว่าจะถูกกักตัวเพื่อเฝ้าระวังการติดโรค (ร้อยละ 61.1) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้แม้จะยังมีอยู่ โดยมีผู้กังวลร้อยละ 47.2 แต่ระดับความกังวลไม่มากเท่ากับความกังวลด้านผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรค

สำหรับความคิดเห็นต่อมาตรการของรัฐในการป้องกันการแพร่ระบาด มาตรการที่ประชาชนเห็นด้วย 5 อันดับแรกได้แก่ 1) การต้องสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน (ร้อยละ 93.8 ระบุเห็นด้วย) 2) การให้เงินชดเชยและสวัสดิการแก่ประชาชนที่เดือดร้อนจากมาตรการควบคุมโรค (ร้อยละ 92.3) 3) การห้ามซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 88.9) 4) การปิดหมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 86.8) และ 5) การห้ามเดินทางออกนอกประเทศ (ร้อยละ 85.6) ในขณะที่มาตรการที่ประชาชนไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การให้โรงเรียนจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์/ทางไกลในปีการศึกษาใหม่ (ร้อยละ 54.1) 2) การปิดบริการขนส่งมวลชนสาธารณะทุกประเภท (ร้อยละ 47.3) 3) การงดละหมาดที่มีสยิด (ร้อยละ 46.2) 4) การห้ามขายอาหารในร้าน (ร้อยละ 41.8) 5) การห้ามออกจากบ้านระหว่างเวลา 22.00 – 4.00 น. (ร้อยละ 36.7) หมายความว่า ประชาชนสนับสนุนมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด แต่ก็ต้องไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน

สำหรับสวัสดิการที่ประชาชนได้รับ เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (บัตรคนจน) เป็นสิ่งที่ประชาชนจำนวนมากถึงร้อยละ 73.1 รวมไปถึง สวัสดิการด้านสุขภาพจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่มีผู้ได้รับสิทธิ ร้อยละ 57.1 และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.9 นอกจากนี้ ในส่วนของการได้รับเงินช่วยเหลือเยียวยาเดือนละ 5,000 บาท อันเป็นมาตรการเยียวยาในช่วยวิกฤติโควิด-19 พบว่ามีกลุ่มผู้ตอบร้อยละ 60.2 สมัครและได้รับเงินช่วยเหลือแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ตอบอีกร้อยละ 18.2 ที่สมัครแล้วแต่ยังไม่ได้รับเงิน ด้านความช่วยเหลือของคนในชุมชน พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 69.9 ระบุว่าเคยได้รับของบริจาคหรือถุงยังชีพ การได้รับบริจาคที่ครอบครัวครอบครัมนี้อาจมาจากทั้งจากหน่วยงานของรัฐและการช่วยเหลือบริจาคจากประชาชนด้วยตนเองและกลุ่ม/องค์กรการกุศล หรือองค์กรด้านศาสนาและมนุษยธรรมอื่น ๆ ด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะพิเศษของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีต้นทุนทางสังคมและชี้ให้เห็นฐานของความยึดเหนี่ยวกันทางสังคมที่ดำรงอยู่แต่เดิม

ระยะเวลาที่ประชาชนต้องทนรับสถานการณ์ต่อไปได้นั้นค่อนข้างจำกัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบร้อยละ 57.1 ระบุว่ายังคงรับได้หากสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมโรคยังคงอยู่ต่อไปอีก 1 เดือน ในขณะที่เกือบครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 42.9 ระบุว่า ไม่สามารถทนรับสถานการณ์ได้ต่อไปอีก 1 เดือน ผู้ตอบส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.8 มีความเห็นว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมที่ประชาชนจะพอรับได้ คือประมาณ 1-4 สัปดาห์หรือหนึ่งเดือน (นับจากช่วงเวลาที่สำรวจคือปลายเดือนพฤษภาคม)

คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล อาจกล่าวโดยภาพรวม ด้วยผลคะแนนความพึงพอใจกับมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของรัฐบาล พบว่า ประชาชนให้คะแนนที่ค่าเฉลี่ย 6.39 จากคะแนนเต็ม 10 โดยหน่วยงานที่ประชาชนพึงพอใจในผลงานการแก้ปัญหาามากที่สุด ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขและอสม. (ร้อยละ 54.4) ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 16) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) (ร้อยละ 10.5)

- สถานการณ์ในปี 2564 (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564)

จุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดระลอกใหม่: คลัสเตอร์เรือนจำ การแพร่ระบาดโควิด-19 ที่ จ.นราธิวาส

แม้ทางการไทยจะกังวลกับการที่ประเทศเพื่อนบ้าน (มาเลเซีย) มีการติดเชื้อกันเพิ่มขึ้นวันละหลายพันคนจังหวัดตั้งแต่ต้นปี 2564 มา และทางการไทยมีมาตรการเฝ้าระวัง เช่น ปิดตานี้มีการประชุม 3 ฝ่าย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และทหาร ใน 3 อำเภอติดจังหวัดชายแดนฯ สายบุรี-ไม้แก่น-อำเภอกะพ้อ พื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดนราธิวาส วางมาตรการป้องกันโรคโควิด - 19 จากแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและเข้มงวดตามชายฝั่งอ่าวไทยทุกอำเภอ⁴⁶⁸ แต่จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดระลอกใหม่กลับได้แก่ เรือนจำ

4 เมษายน 2564 มีรายงานพบการติดเชื้อในเรือนจำนราธิวาส 12 คน ผู้ต้องขัง 95 คน และเจ้าหน้าที่อีก 25 คน ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนามในเรือนจำ 92 คน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 3 คน ส่วนเจ้าหน้าที่ 20 คน แยกกักอยู่ในเขตเรือนจำเก่าและอยู่ระหว่างส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยมีเจ้าหน้าที่ 5 ราย ถูกส่งตัวไปแล้วก่อนหน้า มีผู้สัมผัสเชื้อ 791 คน ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจำนวนกว่า 1,000 คน ในเรือนจำนราธิวาสมีผู้ต้องขังรวม 2,334 คน และเจ้าหน้าที่เรือนจำ 97 คน ซึ่งได้มีการเร่งติดตามผู้สัมผัสทั้งหมด หลังการสอบสวนการติดเชื้อพบว่าผู้ติดเชื้ออาจมีการติดเชื้อก่อนการออกไปทำกิจกรรมนอกเรือนจำที่โรงแรมโดมอนด์ จ.สุราษฎร์ธานี

ส่วนการจัดการโควิด-19 ในเรือนจำ มีการจัดตั้งภายในแดนพยาบาลในเรือนจำรองรับได้ 200 เตียง และสามารถขยายได้ถึง 800-900 เตียง โดยมาตรการในการควบคุมการระบาดในเรือนจำจะใช้มาตรการ คนในห้ามออก คนนอกห้ามเข้า (Bubble and seal) เช่นเดียวกับประสบการณ์ที่เคยดำเนินการที่ จ.สมุทรสาคร และห้องกักของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) ซึ่งพิจารณาจากสภาพเรือนจำแล้วมีความเหมาะสม ทั้งนี้กรมราชทัณฑ์ชี้แจงอีกว่า ผู้ต้องขังทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นคนแข็งแรง แต่ก็มียุทธศาสตร์กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วย เช่น โรคอ้วน กลุ่มนี้จะให้การดูแลเป็นพิเศษ นอกจากนี้จะมีการรังฉีดวัคซีนให้กับเจ้าหน้าที่เรือนจำและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ด้านมาตรการป้องกัน สำหรับผู้ต้องขังแรกรับจะมีการแยกพื้นที่กัก ส่วนผู้ต้องขังที่จำหน่ายออก จะต้องเข้ารับการกักตัวที่สถานกักของท้องถิ่นอีกเป็นเวลา 14 วัน และประกาศงดเยี่ยมญาติในเรือนจำทั่วประเทศเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน-5 พฤษภาคม 2564 งดนำผู้ต้องขังออกทำงานนอกเรือนจำ งดย้ายผู้ต้องขังระหว่างเรือนจำ พิจารณาแนวทางอื่นแทนการนำผู้ต้องขังออกศาล งดนำบุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ

นอกจากนี้ยังมีการแยกกักโรคผู้ต้องขังเข้าใหม่โดยห้ามย้ายหรือออกจากห้องเป็นระยะเวลา 14-21 วัน และประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายในการเข้าตรวจหาเชื้อในผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกรายอย่างน้อย 2 ครั้งก่อนออก

⁴⁶⁸ <https://siamrath.co.th/n/214867>

จากห้องแยกกักโรค⁴⁶⁹ หลังจากนั้น 4 วัน (8 เมษายน 2564) ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดนครราชสีมา ที่ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิตจำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 61 ปี สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ยืนยันว่าการจัดการโรงพยาบาลสนามที่เรือนจำจังหวัดนครราชสีมา มีมาตรฐานเทียบเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ ภายในโรงพยาบาลสนามภายในเรือนจำมีการคัดแยกโซน เป็น 2 ส่วน ในส่วนที่เป็นสถานพยาบาลภายในเรือนจำ สามารถรองรับผู้ป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้ประมาณ 200 คน ส่วนในแดน 6 รองรับได้กว่า 800 คน โดยโรงพยาบาลสนามในเรือนจำจังหวัดนครราชสีมามีความปลอดภัย และได้มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 เทียบเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน⁴⁷⁰

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในเรือนจำ ทำให้ราชธวัชจะได้รับวัคซีนจากรัฐบาลก่อน 5,000 โดส ใช้ระบบลงทะเบียนและคัดเลือกฉีดให้กลุ่มเสี่ยงก่อน 5 เมษายน 2564 โรงพยาบาลสุโขทัย-โกลก ฉีดวัคซีนซิโนแวคตามความสมัครใจ 640 คน ให้สาธารณสุขด่านหน้าของโรงพยาบาล สุโขทัย-โกลก เจ้าหน้าที่ด่านศุลกากร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ หลังพบการติดเชื้อ 114 คนที่เรือนจำราชธวัช ตั้งเป้า เมษายนฉีดซิโนแวค 2,500 คน ใน 13 อำเภอ โดยจะกระจายวัคซีนตามความเสี่ยง แผนมิถุนายน 2564 ฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกา 450,000 คน⁴⁷¹

ทั้งนี้ช่วงตั้งแต่กลางเดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา ประเทศไทยมีการเข้มงวดในมาตรการควบคุมโควิด-19 ในพื้นที่ชายแดนได้อีกครั้ง

- 18 เมษายน 2564 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำชับให้คนไทยที่เดินทางกลับจากมาเลเซียปฏิบัติ ตามมาตรฐานสาธารณสุขในการคัดกรองโควิด-19 อย่างเคร่งครัด และยังคงควบคุมให้เปิดด่านถาวรทางบกเพียง 4 ด่าน และจำกัดจำนวนคนแต่ละด่านไม่เกินวันละ 125 คน ทั้งนี้ช่วงรอมฎอนขอสนับสนุนให้พี่น้องมุสลิมปฏิบัติศาสนกิจโดยมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด⁴⁷²
- 28 เมษายน 2564 ผู้ว่าฯ ยะลา ประกาศยกระดับการป้องกันโควิด-19 สั่งเคอร์ฟิว ตั้งแต่เวลา 22.00-04.00 น. เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 1-18 พฤษภาคม 2564 ตำรวจจับผู้ไม่สวมหน้ากากในที่สาธารณะแล้ว 4 คน ส่งศาลพิพากษาปรับ 1,000 – 2,000 คน ตั้งด่านตรวจเข้า-ออก ทั้ง 11 ด่าน หากเข้ายะลาต้องสแกน QR โค้ด⁴⁷³

⁴⁶⁹ โควิด-19: เปิด รพ.สนามในเรือนจำราชธวัช หลังผู้ต้องขัง- จนท. ติดโควิด 120 คน บีบีซีไทย 4 เมษายน 2564

<https://theactive.net/news/20211016-4/>

⁴⁷⁰ นครราชสีมา ผู้ต้องขังติดเชื้อโควิดดับแล้ว 1 ราย ยัน รพ.สนาม ในเรือนจำได้มาตรฐาน sanook.com 09 เมษายน 2564

<https://www.sanook.com/news/8362622/>

⁴⁷¹ <https://www.benarnews.org/thai/news/th-covid-deepsouth-04052021151100.html>

⁴⁷² <https://www.komchadluek.net/news/politic/464044>

⁴⁷³ <https://www.thairath.co.th/news/local/south/2079706>

- ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด -19 จ.ยะลา (ศบค. ยะลา) สั่งปิด 5 หมู่บ้านใน 2 อำเภอ เร่งคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกป้องกันการขยายวงกว้าง คุมเข้มจุดคัดกรอง 11 ด้านรอยต่อ เข้า-ออก เมืองยะลาตั้งแต่วันที่ 1-18 พฤษภาคม 2564⁴⁷⁴

รูปที่ 124 จำนวนผู้ป่วยใหม่ จำแนกรายอำเภอ และการปิดหมู่บ้านเพื่อตรวจคัดกรองและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในหมู่บ้านของแต่ละอำเภอ 1 พฤษภาคม 2564

ผู้ป่วยใหม่ 1 พฤษภาคม 2564	จำนวน (คน)	ปิดตรวจคัดกรองเชิงรุก 1 พฤษภาคม 2564	
		หมู่บ้าน	อำเภอ
กรงปินัง	20		
เมือง	19	ม.1 บ้านบาส ต.บาส	อ.รามัน
เบตง	13	ม.4 บ้านอูแบ ต.ยะตะ	อ.รามัน
รามัน	2	ม.2 บ้านตะโล๊ะชูแม ต.กรงปินัง	อ.กรงปินัง
บันนังสตา	1	ม.4 บ้านกียะ ต.กรงปินัง	อ.กรงปินัง
รวม	55	ม.5 บ้านแปแจง ต.สะเอะ	อ.กรงปินัง
ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด -19 จ.ยะลา		ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด -19 จ.ยะลา	

ทางการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พยายามรณรงค์ให้คนไปฉีดวัคซีน เช่น เจษฎา จิตรัตน์ ผู้ว่าฯ นราธิวาส ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานขับเคลื่อนการปฏิบัติตามแผนการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ในพื้นที่ระดับอำเภอ เร่งประชาสัมพันธ์เชิงรุกสร้างการรับรู้แก่กลุ่มเป้าหมายในการลงทะเบียนจองฉีดวัคซีน ทาง Line และ Application หมอพร้อม ตั้งเป้าหมายทั้งจังหวัดกว่า 5 แสนคน พร้อมทั้งการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เตรียมวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ เริ่มฉีด 7 มิถุนายน 2564⁴⁷⁵

คลัสเตอร์เปาะยานี หรือ มัรกัสยะลา

คลัสเตอร์เปาะยานี หรือ ศูนย์ดะฮ์วะห์แห่งประเทศไทย มัสยิดอิล-นุร (มัรกัสยะลา) หมู่ 3 ต.สะเตงนอก เมืองยะลา ยะลา เป็นโรงเรียนประจำมีนักเรียน 500 คน จาก 17 จังหวัด ทั่วประเทศ เป็นสถานที่พบเชื้อสายพันธุ์แอฟริกาใต้ ซึ่งขณะนี้พบว่ามีการแพร่ระบาดของโรคในคลัสเตอร์นี้แล้วใน 12 จังหวัด มีผู้ติดเชื้อกว่า 400 คน มีผู้ป่วยเป็นนักเรียนในมัรกัสยะลาติดเชื้อครั้งแรก 8 พฤษภาคม 2564 ญาตินักเรียนจึงแจ้งสาธารณสุข วันถัดมา จนท.ฯ ตรวจหาเชื้อ ตรวจได้ 11 คน ต่อมา 11 พฤษภาคม 2564 ผู้ว่าฯ พร้อม จนท.สาธารณสุขลงพื้นที่ตรวจคัดกรอง แต่พบว่าปิดโรงเรียน มีนักเรียนเริ่มทยอยกลับบ้านโดยไม่ผ่านจุดคัดตรวจคัดกรองโรค และประกาศขอความร่วมมือผู้ที่สงสัยหรือเกี่ยวข้อง แจ้งฝ่ายปกครองหรือสาธารณสุขและมาตรวจคัดกรองโรค 14 มิถุนายน ผู้ว่าฯ จังหวัดยะลามีคำสั่งปิดกั้นเปาะยานี แต่ยังมีผู้ฝ่าฝืน 22 มิถุนายน 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อทั้งที่เป็นนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน แล้วกว่า 430 คน อัลฟา (อังกฤษ) และเดลต้า (แอฟริกา

⁴⁷⁴ <https://www.isranews.org/article/south-news/south-slide/98154-covidssouthqq.html>

⁴⁷⁵ <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210513173709513>

ได้)⁴⁷⁶ 9 มิถุนายน 2564 วันเดียวกับที่ จนท.สาธารณสุขตรวจ swab นักเรียนที่ม้งกัสยะลา ได้รับแจ้งจาก line srtr พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 จำนวน 1 ราย เป็นนักเรียนตะพิมม้งกัสยะลา ผลการตรวจเป็น Positive สอบสวนผู้ป่วยมีประวัติเดินทางดังนี้ วันที่ 30 พ.ค.-9 มิ.ย.64 อยู่ในโรงเรียนตะพิมม้งกัสยะลาและไปทำการละหมาดที่มีสยิดม้งกัสยะลา ไม่ได้ออกนอกบริเวณม้งกัสยะลาเลย ล่าสุดวันนี้ได้ระดมทีมเจ้าหน้าที่เพื่อ Swab ผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงรอบศูนย์ม้งกัสยะลาและร้านค้า จำนวน 89 รายอีกครั้ง 12 มิถุนายน 2564 ผลการสุ่ม Swab นักเรียนที่ม้งกัสยะลา 11 คน พบมีผู้ติดเชื้อ 2 คน ทาง รพ.สต.นิบงบารู ได้สอบสวนโรค หาไหม้ไลน์ และนำตัวส่งโรงพยาบาลสนาม 13 มิถุนายน 2564 สาธารณสุข อ.เมืองยะลา กว่า 50 คน เคาะประตูบ้าน รอบศูนย์ตะฮัวะห์แห่งประเทศไทย มัสยิดอิส-นุร (ม้งกัสยะลา) หมู่ที่ 3 ต.สะเตงนอก อ.เมืองยะลา จ.ยะลา และประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านที่อาศัยภายในและรอบศูนย์ม้งกัสยะลา ออกมาตรวจสอบ Swab กลุ่มเสี่ยงโรคไวรัสโควิด-19 ทุกคนในทุกหลังคาเรือน หลังพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 3 คน ขอให้กลุ่มเสี่ยงราว 500 คนที่ออกจากม้งกัสยะลา ไปทั่วประเทศไปรายงานตัวต่อ รพ.สต. ยืนยันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานไม่ได้มุ่งหวังผลประโยชน์⁴⁷⁷

“คลัสเตอร์ม้งกัสยะลา” เป็นแหล่งรวมมุสลิมสายดะวะห์มากที่สุดในประเทศ คำว่า “ดะวะห์” หมายถึงการเผยแผ่ศาสนา การออกชักชวนให้มุสลิมช่วยกันทำความดี หักห้ามการทำชั่ว “การออกดะวะห์” ก็คือผู้ที่เข้าใจในดะวะห์แล้วออกเดินทางไปเผยแผ่ศาสนา เป็นการปฏิบัติตามความสมัครใจ กลุ่มที่เพิ่งฝึกหัด ใช้เวลา 3 วัน ขึ้นกลางออกดะวะห์ 40 วัน และขึ้นสูงสุด เป็นการดะวะห์ประชาชาติ ออกดะวะห์ 4 เดือน ได้ทั้งในประเทศหรือต่างประเทศ และกลุ่มที่ออกดะวะห์ จะมีการรวมกลุ่มกันของผู้เผยแผ่ศาสนา เรียกว่า “โยร์” ซึ่งมีจัดขึ้นในหลายประเทศ “คลัสเตอร์กลุ่มโยร์” เคยเป็นคลัสเตอร์การระบอบระลอกแรกของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มาแล้ว

ศูนย์ม้งกัสยะลา อยู่หลังตลาดเก่าตัวเมืองยะลา ใกล้ๆ กับสถานีรถไฟ เข้าทางซอยสี่โรรส 4 ภายในพื้นที่เป็นศูนย์ม้งกัสยะลา จะมีทั้งมัสยิด อาคารรับรอง 2 ชั้น ลานจอดรถ และโรงเรียนฮาฟิส ซึ่งหมายถึงโรงเรียนสอนอัลกุรอาน ประชากรชุมชนนี้มีประมาณ 3-4 พันคน นักเรียน 500 คน พื้นที่นี้เป็นพื้นที่เสี่ยง มีการรับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย มีการใช้ถาดอาหารหรือแก้วน้ำร่วมกัน เมื่อมีการแพร่ระบาดในตอนแรก จังหวัดสั่งปิดศูนย์ม้งกัสยะลา ทางโรงเรียนในม้งกัส จึงปล่อยนักเรียนกลับบ้าน จุดนี้เองที่กลายเป็นต้นตอการแพร่ระบาดออกนอกพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะนักเรียนที่มาเรียนมีมาจากแทบทุกจังหวัดในประเทศ ข้อมูลล่าสุดจาก ศบค. เมื่อ 22 มิถุนายน 2564 มีรายงานการติดเชื้อสายพันธุ์แอฟริกา หรือ เบต้า จาก “คลัสเตอร์ม้งกัสยะลา” มากถึง 402คน กระจายใน 12 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส 111 คน ยะลา 102

⁴⁷⁶ กนกนวล อิมสมภักขร บทเรียนโควิด-19 จากศูนย์ม้งกัสยะลา วีดีโอ (3:48 นาที)สำนักข่าวไทย 22 มิถุนายน 2564 <https://www.facebook.com/watch/?v=4632937526719700>

⁴⁷⁷ ส่อวุ่น! สสอ.ยะลาหวั่นการแพร่ระบาดหลังกลุ่มเสี่ยงผู้ติดเชื้อกว่า 400 คน กระจายตัวทั่วภาคใต้ ผู้จัดการออนไลน์ 13 มิถุนายน 2564 <https://mgronline.com/south/detail/9640000057122>

คน สดุด 46 คน ปัดตานี 46 คน สงขลา 36 คน กระบี่ 18 คน พัทลุง 13 คน นครศรีธรรมราช 10 คน สุราษฎร์ธานี 9 คน พังงา 5 คน ตรัง 3 คน และภูเก็ต 1 คน⁴⁷⁸ ทั้งนี้ สำนักจุฬาราชมนตรี มีหนังสือแจ้งด่วนที่สุดถึงกรรมการอิสลามประจำจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ ให้ช่วยกันค้นหานักเรียนจากมัสยัดยาราวมถึงคนในครอบครัวเพื่อเข้าตรวจโควิด-19 ทันที ให้กักตัวเอง และงดไปละหมาด⁴⁷⁹ จนกระทั่ง 9 กันยายน 2564 สำนักงานสาธารณสุข จ.ยะลา ส่งเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ลงพื้นที่ มัสยัดยะลา บ้านเปาะยานิ ฉีดวัคซีนซิริงรุก ซิโนฟาร์ม ให้กับ กลุ่มตะวะห์ ผู้นำศาสนา นักศึกษา ประชาชนทั้งชายและหญิง เป้าหมายเริ่มต้น 500 คน กลุ่มตะวะห์ ผู้นำศาสนา และชาวบ้านในชุมชน ได้ให้ความร่วมมือกับทางเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี ในการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อ และมีการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ซึ่งก่อนหน้านี้ ทั้งนี้มีชุมชนบ้านเรือนที่อยู่รอบๆ ประมาณ 3,000-4,000 คน รวมทั้ง นายอาดัม ดาเรมูซอ (อูสตาซหะหมุด) ประธานมูลนิธิอัลนุร มัสยัดยะลา และคณะจำนวน 12 คน ได้ทำการฉีดวัคซีนนาร่อง เป็นแบบอย่างให้กับผู้นำศาสนาไปแล้ว ที่เทศบาลนครยะลา โดยการฉีดในครั้งนี้ กลุ่มตะวะห์ ผู้นำศาสนา และนักเรียนโรงเรียนตะห์ฟิซกูรอ่าน ได้เข้ารับการฉีดจำนวนมาก⁴⁸⁰

ย้อนกลับไปเมื่อ 25 มีนาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงต้นของการแพร่ระบาดโควิด-19 ศบค. ยะลา มีคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดยะลา เรื่อง ปิดศูนย์ตะฮะห์แห่งประเทศไทย มัสยิดอัล-นุร(มัสยัดยะลา) โดยมีใจความว่า เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดระยะ 2 จึงมีความจำเป็นต้อง กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว จึงอาศัยอำนาจตาม มาตรา 22 (7) และมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบกับมติคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563 กำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันการแพร่ระบาดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ (COVID 19) โดยห้ามบุคคลเข้า-ออก สถานที่ศูนย์ตะฮะห์แห่ง ประเทศไทย มัสยิดอัล-นุร(มัสยัดยะลา) เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่ 25 ถึง 31 มีนาคม 2563 เว้นแต่บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลสถานที่ ซึ่งกำหนดจำนวนไม่เกิน 15 คน และให้บุคคลที่ทำกิจกรรมทางศาสนาภายในศูนย์ตะฮะห์แห่ง ประเทศไทย มัสยิดอัล-นุร(มัสยัดยะลา) ออกจากสถานที่เพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดกรองบุคคลตาม มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ลงนามและมีผลตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป⁴⁸¹

⁴⁷⁸ รู้จัก 'มัสยัดยะลา' โควิดคลัสเตอร์ใหญ่ เหตุใดจึงน่ากังวล? กรุงเทพธุรกิจ 22 มิถุนายน 2564

<https://www.bangkokbiznews.com/news/944712>

⁴⁷⁹ จุฬาราชมนตรี แจ้งด่วน เร่งตาม นร.จาก "ศูนย์มัสยัดยะลา" นำตัวเข้าตรวจโควิดSpring News 20 มิ.ย. 2564

<https://www.springnews.co.th/news/811056>

⁴⁸⁰ เพจมัสยัดยะลา-Home 9 กันยายน 2564 เข้าค้น 25 ตุลาคม 2564 [มัสยัดยะลา | Facebook](#)

⁴⁸¹ พิชโควิด-19 ผู้ว่ายะลาสั่งปิดศูนย์ตะฮะห์ มัสยัดยะลาชั่วคราว ไทยโพสต์ 25 มีนาคม 2563

<https://www.thaipost.net/main/detail/60875>

18.4.2 เชียงราย

- บริบทความเชื่อมโยงในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ไทย-ลาว-เมียนมา

เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย วาดฝันถึงการลงทุนอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ แต่ประชาชนในพื้นที่ต่อต้าน เพราะไม่ตอบโจทย์ศักยภาพของพื้นที่ นักลงทุนไม่สนใจลงทุนในอุตสาหกรรมขนาดใหญ่เนื่องจากไม่ได้รับสิทธิพิเศษจาก BIO อย่างที่ควรจะเป็น พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษเป็นพื้นที่ปฏิรูปเพื่อการเกษตรมาสอดคล้องกับนักลงทุนอุตสาหกรรมแปรรูปและคลังสินค้าที่ต้องการพื้นที่สูงแต่พื้นที่มีราคาแพง นโยบายเอื้อทุนใหญ่มากกว่ารายย่อย และเป็นลักษณะ Top Down ขาดด้านการพัฒนาและยกระดับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่⁴⁸²

เขตเศรษฐกิจพิเศษ ได้นำการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ ทั้งในเชิงกายภาพและในเชิงสังคม มาสู่อาณาบริเวณชายแดน (ของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านอาเซียน) เกิด “ความหมายใหม่” ของชายแดนในฐานะที่เป็น พื้นที่แห่งการพัฒนา พื้นที่โอกาสทางเศรษฐกิจใหม่ หรือพื้นที่แห่งความหวัง พื้นที่แห่งการบริโภค นั้นปรากฏขึ้นและจับต้องได้⁴⁸³

เขตเศรษฐกิจพิเศษ เชียงของ เป็นอาณาบริเวณชายแดน และกระบวนการที่มีทั้งเชื่อมต่อและควบคุมให้ง่ายขึ้น ซึ่งเชื่อมต่อจาก 2 ชายฝั่งไปถึงภายในท่าที่จะเชื่อมต่อได้ เป็นโครงการที่มาพร้อมงบประมาณ ข้อตกลง และ new regulation เช่นเดียวกันกับการรับมือโควิด-19 ที่มีการกำกับและอำนวยความสะดวกในการข้ามแดน คนในพื้นที่มีการต่อรอง ต่อสู้กับนโยบายรัฐที่ไม่สอดคล้องกับฐานการพัฒนาอาชีพความเป็นอยู่ที่มีมาแต่เดิม เมื่อคนชายแดนประสบปัญหาการประกอบอาชีพ ก็มีการ คนในพื้นที่ชายแดนมีการ “ดันชีวิต” ปรับเปลี่ยนวิธีทำมาหากินอย่างมีทิศทางบนความเชี่ยวชาญเดิมและการมีเครือข่าย ทั้งนี้เชียงของมีความเป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษของตนเองมาก่อนหน้าที่จะมีเขตเศรษฐกิจพิเศษของรัฐ คน 2 ฝั่งมีการพึ่งพาเศรษฐกิจข้ามแดน แต่เมื่อเกิดสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา และ พื้นที่ลอจิสติกส์รอบสะพาน รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานและถนนบายพาสต์ที่ออกแบบเอื้อทุนใหญ่และมาจากนโยบายแบบ Top Down สร้างปัญหาให้กับคนในพื้นที่ รูปแบบเศรษฐกิจเปลี่ยนไป ผู้ประกอบการที่อิงกับธุรกิจทำข้ามเรือในอดีตได้รับผลกระทบ⁴⁸⁴

⁴⁸² เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเชียงราย: นโยบายเพื่อฟื้นหรือศักยภาพที่ยังไม่ถูกค้นพบ โครงการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจชายแดนและโลจิสติกส์ (Office of Border Economy and Logistics Study: OBELS) <https://rs.mfu.ac.th/obels/?p=1844> เข้าถึง 19 ตุลาคม 2564

⁴⁸³ วสันต์ ปัญญาแก้ว เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย กับการเคลื่อนย้ายของผู้คน ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <https://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2018/02/JSA-36-1-editorial.pdf>

⁴⁸⁴ การเสวนา “Book Talk แม่สอด เชียงของ เศรษฐกิจการพัฒนาของผู้คนและชีวิตของผู้คนในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-พม่า” ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 การประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom 10 กันยายน 2564 จัดโดย สำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง <https://www.facebook.com/535181953538930/videos/526022175125344>

- **สภาพของแรงงานข้ามชาติเชียงรายในช่วงโควิด-19**

แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และแม่เลี้ยงเดี่ยวที่เชียงราย ได้รับผลกระทบมากขึ้นเพราะโควิด-19 ถูกลดชั่วโมงทำงานและเลิกจ้าง แต่กลับไม่ได้รับการดูแลจากรัฐบาลไทย และเข้าถึงบริการทางสุขภาพยากขึ้น ทัศนคติแรงงานข้ามชาติสะท้อนจากการปฏิบัติและเอกสารที่ใช้สื่อสาร

485

ในสถานการณ์การโควิด-19 แรงงานข้ามชาติถูกรัฐทำให้เป็นอื่น มีสถานเพียงทรัพยากรทางการผลิตในระบบเศรษฐกิจ และถูกกดทับจนไร้อัตนมาอย่างยิ่งขึ้นกว่าก่อนโควิด-19 ซึ่งเห็นได้จากมาตรการของรัฐที่คิดจากศูนย์กลางและเน้นการควบคุมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในเชียงราย ซึ่งมีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดเชียงรายไม่มาก และตัวเลขการติดโควิด 19 ไม่ได้สูงเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในพื้นที่ขึ้นใน แต่พบว่า มาตรการพื้นที่ควบคุม เป็นมาตรการแบ่งแยกระหว่างชุมชนที่มี “คนติดเชื้อ” ออกจากชุมชนหลักนี้ ยังสร้างเส้นแบ่งระหว่างแรงงานข้ามชาติด้วยกันเองเช่นกัน⁴⁸⁶

- **บทบาทของภาคสังคมเชียงรายในการจัดการโควิด-19**

ประสบการณ์โควิด-19 ที่เชียงราย ทำให้เห็นว่าการจัดการชายแดนของรัฐวางอยู่บนหลักเกณฑ์ความมั่นคงแบบรัฐรวมศูนย์ แต่ท่ามกลางโควิด-19 ทั้ง 3ระลอก เราเห็นบทบาทใหม่ๆ ของกลุ่ม/องค์กรในสังคมไทยในพื้นที่ชายแดนที่ต่างก็ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ได้ตั้งคำถามกับนิยามของรัฐกับ “ความมั่นคง” ที่โยงกับในเรื่องสุขภาพ-ท้องถิ่น กับ ความมั่นคงของชายแดน และ ความมั่นคงจารีต

“ชมรมภรรยาจิตอาสา” กระตุ้นให้เห็น “ความเป็นมนุษย์” โควิด-19 สร้างนิยามอธิปไตยทางสุขภาพซึ่งน่าจะยิ่งยืนกว่า ชี้ให้เห็นว่า ชายแดนไม่ใช่เรื่องชายขอบ แต่เป็นความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ที่พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น⁴⁸⁷

ภาคประชาสังคมในจังหวัดเชียงรายได้ตั้งศูนย์ช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติ ปิดช่องว่างการช่วยเหลือของรัฐที่ล่าช้า ลักลั่น และเหลื่อมล้ำ โดยเสนอให้เร่งปรับทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติ สื่อสารโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษาเพื่อให้รับรู้และเท่าทันสถานการณ์โควิด-19 เพิ่มช่องทางให้เข้าถึงการเยียวยาโดยสะดวก

⁴⁸⁵ อภินันท์ กาวินชัย "การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการปรับตัวของแรงงานข้ามชาติหญิงที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19" มหาวิทยาลัยนเรศวร Email: apinank61@nu.ac.th http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/c160.pdf

⁴⁸⁶ ออมสิน บุญเลิศ "จากมาตรการพื้นที่ควบคุม สู่ Bubble and Seal: การขยายพรมแดนความเป็นอื่นให้กับแรงงานข้ามชาติ" ศูนย์วิจัยนวัตกรรมสังคมเชิงพื้นที่ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 การประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom 10 กันยายน 2564 จัดโดยสำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

⁴⁸⁷ “โควิด-19 ข้ามแดนที่เชียงราย: ปัญหาและข้อเสนอแนะ” ห้องย่อยในการประชุม “นโยบายชายแดน: ทบทวน รื้อสร้างนิยามใหม่” การประชุมวิชาการระดับชาติด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 ศูนย์วิจัยนวัตกรรมสังคมเชิงพื้นที่ สำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 10 กันยายน 2564

<https://www.facebook.com/535181953538930/videos/526022175125344>

รวดเร็ว และทั่วถึง อีกทั้งต้องสร้างกลไกหรือกระบวนการทำงานระหว่างชุมชนแรงงานข้ามชาติกับชุมชนไทยในแต่ละพื้นที่

บทบาทของสถาบันการศึกษาในจังหวัดเชียงราย ในบริบทพื้นที่ชายแดนต่อแรงงานข้ามชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า ได้ร่วมมือกับภาคประชาสังคม 10 องค์กร จัดตั้งคณะทำงานดูแลปัญหาสุขภาพ การให้ความรู้ข้อกฎหมายด้านสิทธิ ช่วยเหลือด้านการสื่อสารสำหรับแรงงานข้ามชาติ ให้เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และข้อมูลการเข้าถึงการรักษาและหลักประกันสุขภาพ รวมถึงนโยบายต่างๆ ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ และสร้างช่องทางการสื่อสารและเครือข่ายผ่านโลกโซเชียลร่วมกับ จัดตั้ง ‘ศูนย์ประสานงานให้ความช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติในจังหวัดเชียงราย ในสถานการณ์โควิด-19’

18.4.3 ภูเก็ต

- ผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19

ฝ่ายวิจัยคณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ม.อ.ภูเก็ต ซึ่ง ผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กุมภาพันธ์เดือนเดียวเสียหายกว่าหมื่นล้าน คาด 7 เดือน ทำเศรษฐกิจภูเก็ตเสียหายไม่ต่ำกว่า 7 หมื่นล้านบาท โรงแรมกระทบหนักสุด ห่วงธุรกิจขนส่งทางบกทางน้ำที่สายป่านอาจจะสั้นกว่าธุรกิจอื่นๆ เพราะผู้ประกอบการเป็นรายบุคคล จากการหายไปของนักท่องเที่ยวทุกสัญชาติ 50 % ส่งผลกระทบต่อ GDP ของภูเก็ต 3.4-3.6 หมื่นล้านบาท ความเสียหายในส่วนของจ้างแรงงาน 1.1-1.2 หมื่นล้านบาท ธุรกิจขนส่งทางบก-ทางน้ำ ของเอกชนกระทบหนักสุด เสนอรัฐเยียวยาให้สามารถอยู่ต่อเพื่อรอท่องเที่ยวฟื้นฟู⁴⁸⁸

รศ.ดร.พันธ์ ทองชุมนุม รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต และ ดร.ชยานนท์ ภูเจริญ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา คณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ได้นำเสนอผลวิจัยการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ว่า ภายหลังจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทาง ม.อ.ภูเก็ต โดยฝ่ายวิจัยคณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ได้ทำการวิจัยศึกษาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการท่องเที่ยวของภูเก็ต พบว่า กุมภาพันธ์ 2563 เดือนเดียว นักท่องเที่ยวหายไป 27%-37% สูงกว่าที่คาดการณ์ไว้ สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจให้แก่จังหวัดภูเก็ตไม่ต่ำกว่า 1.2-1.5 หมื่นล้านบาท ผู้ประกอบการขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ ในส่วนของรถบัส รถแท็กซี่ ที่รับส่งนักท่องเที่ยว ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นรายบุคคล เกรงว่าหากผลกระทบเกิดขึ้นในระยะยาว ผู้ประกอบการกลุ่มนี้อาจจะไม่สามารถที่จะประคับประคองธุรกิจต่อไปได้

16 มีนาคม 2563 คณะกรรมการร่วมองค์กรเอกชนจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย 9 องค์กร ธุรกิจเอกชนในภูเก็ต ออกแถลงการณ์ผลกระทบโควิด-19 กุมภาพันธ์ และ มีนาคม ประเมินรายได้สูญหาย 24,000 และ 30,000 ล้าน จากนักท่องเที่ยวหายลดลง 50% เสนอรัฐบาลตั้งศูนย์บริหารภาวะฉุกเฉินโควิด-19 พร้อมงบ

⁴⁸⁸ โควิด-19 พ่นพิษใส่เศรษฐกิจภูเก็ตอย่างหนัก คาด 7 เดือน ทำสูญรายได้ 7 หมื่นล้าน โรงแรมกระทบหนักสุด ก.พ.เดือนเดียวรายได้หด 1.5 หมื่นล้าน ผู้จัดการออนไลน์ 12 มีนาคม 2563

<https://mgronline.com/south/detail/963000025022>

100 ล้าน ป้องกันการแพร่ระบาด และเร่งรัดมาตรการเยียวยาให้เกิดผลได้จริง รวมทั้งให้ออกประกาศห้ามนักท่องเที่ยวจากประเทศกลุ่มเสี่ยงเข้าภูเก็ต 30 วัน ยอมสูญเสียรายได้เพื่อลดโอกาสเชื้อที่จะแพร่สู่ชาวภูเก็ต ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมองค์กรเอกชนจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย 9 องค์กร หอการค้าจังหวัดภูเก็ต สมาคมอุตสาหกรรมจังหวัดภูเก็ต สมาคมอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต สมาคมธุรกิจการท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต สมาคมโรงแรมไทยภาคใต้ สมาคมอสังหาริมทรัพย์จังหวัดภูเก็ต สมาคมโรงแรมหาดป่าตอง สมาคมโรงแรมหาดกะตะกะรน และบริษัท ภูเก็ตพัฒนาเมือง จำกัด⁴⁸⁹

- **การจัดการท่องเที่ยวในสถานการณ์โควิด-19**

การออกวีซ่าพิเศษ หรือ Special Tourist VISA (STV)

มีการเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติชุดแรกด้วยการออกวีซ่าพิเศษ หรือ Special Tourist VISA (STV) สำหรับผู้ที่มีมาพำนักระยะยาว (long stay) ในไทย ที่ ครม. มีมติอนุมัติหลักการ เมื่อ 15 กันยายน 2563 ตามข้อเสนอของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ต่อ ศบศ. สำหรับโครงการนำร่อง "ภูเก็ตโมเดล" ที่เปิดรับนักท่องเที่ยว ไตรมาสสุดท้ายของปี 2563 และ STV จะมีผลสิ้นสุด 30 กันยายน 2564 จะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลา 90 วัน ต่ออายุได้อีก 2 ครั้ง ๆ ละ 90 วัน รวมระยะเวลาพำนักอยู่ในไทยสูงสุด 270 วัน รองผู้ว่าการ ททท. คาดว่าจะมีรายได้ 1 พันล้านบาท/เดือน จากกลุ่มเศรษฐกิจ ขณะที่นายกเทศมนตรีป่าตองชี้แจงว่าอยู่ในขั้นทดลองในกลุ่มนักท่องเที่ยวจำนวนน้อย นักท่องเที่ยวที่อยู่ยาวภูเก็ต ซึ่งส่วนใหญ่ออกนอกประเทศก่อนปิดน่านฟ้ายังกลับมาไม่ได้ เพราะมาตรการตรวจคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่รายได้จากการเก็บภาษีท้องถิ่นลดลงเพราะคนไม่มีงานทำ ผู้ประกอบการบางรายคิดว่าเศรษฐกิจจะยังไม่ฟื้น บางรายเห็นว่านักท่องเที่ยวกลุ่มอยู่ยาวจะใช้ชีวิตเหมือนคนพื้นถิ่น ซึ่งการบริโภคจับจ่ายแตกต่างจากนักท่องเที่ยว ขณะที่บางรายเสนอให้ต่อวีซ่าให้กับกลุ่มที่อยู่ยาวก่อน⁴⁹⁰

โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์⁴⁹¹

Phuket Sandboxเป็นแผนฟื้นฟูการท่องเที่ยวประเทศไทย โดยโครงการนี้ได้อนุญาตให้นักเดินทางต่างชาติที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบโดสแล้ว สามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้โดยไม่ต้องกักตัว และท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ตได้เป็นระยะเวลา 14 วัน ก่อนจะเดินทางไปพื้นที่อื่นในไทย หากหลัง 14 วันตรวจไม่พบเชื้อ ถือเป็นการกักตัวแบบไม่กักตัว ที่นักท่องเที่ยวสามารถเที่ยวได้ แต่ก็อยู่ในการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด เชื่อว่าการเลือกจังหวัดภูเก็ต เนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นเกาะ สามารถควบคุมได้ง่าย และยังเป็นสถานที่ท่องเที่ยวยอดนิยมที่ชาวต่างชาติคุ้นเคยดี มีกำหนดเปิด 1 กรกฎาคม 2564 กับแผนเปิดประเทศอย่างเป็นทางการ

⁴⁸⁹ 9 องค์กรเอกชนภูเก็ตออกแถลงการณ์ผลกระทบจากโควิด-19 ก.พ.-มี.ค.สูญเสียรายได้กว่า 5 หมื่นล้าน เสนอสกัดประเทศกลุ่มเสี่ยงเข้าภูเก็ต 30 วัน ผู้จัดการออนไลน์ 16 มีนาคม 2563 <https://mgronline.com/south/detail/9630000026255>

⁴⁹⁰ สมิตานัน หงษ์สตาร์ โควิด-19: นับถอยหลังสู่การเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ กับลมหายใจที่รวยรินของภูเก็ต ผู้สื่อข่าวพิเศษ บีบีซีไทย 17 กันยายน 2563 <https://www.bbc.com/thai/thailand-54186549>

⁴⁹¹ Phuket Sandbox แผนเปิดประเทศโดยไม่ต้องกักตัว! 25 มิถุนายน 2564 <https://www.wonderfulpackage.com/article/v/1711/>

ทางการ ให้ชาวต่างชาติที่เดินทางมาประเทศไทยสามารถเที่ยวภูเก็ตได้แบบไม่ต้องกักตัว แต่ต้องอยู่ภายใน
เงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้ 1) คนไทยหรือคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศเสี่ยงต่ำและปานกลาง และต้อง
พำนักอยู่ไม่ต่ำกว่า 21 วันก่อนออกเดินทาง 2) ต้องรับวัคซีนครบโดส ที่ผ่านการรับรองโดย อย. หรือ WHO
อย่างน้อย 14 วัน และมีเอกสารรับรอง (Vaccine Passport) 3) เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ต้องเดินทางพร้อมกับ
ผู้รับวัคซีนแล้ว 4) เด็กอายุ 6-18 ปี สามารถเดินทางได้โดยไม่ต้องกักตัว แต่ต้องรับการตรวจโควิด-19 ที่
สนามบิน โดยออกค่าใช้จ่ายเอง 5) กรณีเคยติดเชื้อ ต้องได้รับวัคซีนตามกำหนดประเภทวัคซีนไม่น้อยกว่า 14
วัน และ 6) มีหลักประกันรักษาโควิด-19 วงเงินขั้นต่ำ 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ

โครงการนำร่องเปิดประเทศต้อนรับนักท่องเที่ยวพื้นที่สีเขียวพื้นที่เศรษฐกิจท่ามกลางวิกฤตโควิด
คณะรัฐมนตรีชุดใหญ่แห่งต้อนรับ 25 นักท่องเที่ยวชุดแรก นายกรัฐมนตรีย้ำ ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ จะเป็นปราสาท
ทรายที่แข็งแกร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นประเทศไทย⁴⁹² 1 กรกฎาคม 2564 วันเปิดตัวโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์
หรือการท่องเที่ยวนำร่องเปิดเกาะต้อนรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในรอบ 15 เดือนที่ จ.ภูเก็ต มี
โอกาสต้อนรับเที่ยวบินจากต่างประเทศ ภายหลังเกิดการแพร่ระบาดโควิด-19 ในไทย ตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็น
ช่วงเวลาที่เชื้อหลากหลายสายพันธุ์แพร่ระบาดรุนแรง พบผู้ป่วยใหม่วันละ 4,000-5,000 รายติดต่อกัน
หลายฝ่าย รวมถึงแพทย์อาวุโสแสดงความกังวลว่าโครงการนำร่องก่อนเปิดประเทศภายใน 120 วันตามคำ
ประกาศของนายกฯ จะนำไปสู่การระบาดระลอก 4 หากการบริหารจัดการไม่ดี ทั้งนี้ จ.ภูเก็ต ถูกจัดให้เป็น
"พื้นที่สีเขียว" ร่วมกับอีก 36 จังหวัด ด้วยยอดผู้ติดเชื้อหลักหน่วยในแต่ละวัน ครม. มีมติเมื่อ 22 มิถุนายน
2564 รับทราบการเปิดประเทศ โดยเห็นชอบในหลักการให้เปิดพื้นที่นำร่องรับนักท่องเที่ยวใน จ.ภูเก็ต เพื่อ
เป็นต้นแบบขยายไปสู่เมืองท่องเที่ยวอื่น ๆ ทั้งหมดนี้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการรับมือกับโรคระบาดและการ
กอบกู้เศรษฐกิจ

ต่อมา ศบค. อนุมัติ ขยายพื้นที่โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ ให้กว้างขึ้นตามกรอบ 7+7 กักตัว 7 วัน
แล้ว กักตัวต่อที่เกาะรายรอบอีก 10 เกาะ อีก 7 วัน จากนั้นเดินทางไปต่อทางรถได้อีก 5 จังหวัด⁴⁹³ 23
สิงหาคม 2564 ศบค. อนุมัติขยายพื้นที่โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ ให้กว้างขึ้นตามกรอบ 7+7 โดยจะให้
นักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาในโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ กักตัวอยู่ในพื้นที่ภูเก็ต 7 วัน จากเดิมคือ 14 วัน
และเดินทางไปอยู่ในพื้นที่นำร่องอื่น ๆ ต่ออีก 7 วัน ซึ่งพื้นที่นำร่องอื่น ๆ ประกอบไปด้วยเกาะสมุย เกาะพะงัน
เกาะเต่า เกาะพีพี เกาะไหง ไร่เลย์ เขาหลัก เกาะยาวน้อย และเกาะยาวใหญ่ เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม
2564 เป็นต้นไป หากพ้นจาก 7+7 แล้ว นักท่องเที่ยวกลุ่มแซนด์บ็อกซ์ที่เดินทางออกจากพื้นที่ภูเก็ตทางบกได้
ณ. 23 สิงหาคม 2564 นักท่องเที่ยวสะสมในภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 3,578 คน ปลายทาง 5 อันดับ
กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี ประจวบคีรีขันธ์ เชียงใหม่ และชลบุรี ซึ่งปัจจุบันแต่ละจังหวัดมีการเตรียมการ

⁴⁹² ภารกิจภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์วันแรก บีบีซีไทย วิดีโอ (1:53 นาที) 2 กรกฎาคม 2564

<https://www.bbc.com/thai/thailand-57692090>

⁴⁹³ เดินทางต่อ ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 7+7 เชื่อมโยงพื้นที่นำร่องอื่นๆ mthai 23 สิงหาคม 2564

<https://mthai.com/news/covid-19/198459.html>

วางแผน บริหารจัดการควบคุมเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามมาตรการที่ ศบค. กำหนดแล้ว

นอกจากนี้ยังมีสมุยพลัสโมเดล ที่เชื่อมต่อกับภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์นั้น มีกลุ่มแซนด์บ็อกซ์เข้ามาแล้ว จำนวนเกือบ 400 คน มีจำนวนคืนเข้าพักแรมรวมเกือบ 3,000 คืน (รวมไนท์) จำนวนวันพักเฉลี่ย 9 คืนต่อคน ประเมินการรายได้อยู่ที่ 17.28 ล้านบาท ซึ่งจำนวนนักท่องเที่ยวที่น้อยเนื่องจากเส้นทางการบินภูเก็ต-สมุยได้หยุดทำการบินไปตั้งแต่วันที่ 3 – 16 สิงหาคม 2564 ตามคำสั่งจังหวัดภูเก็ต และจะประกาศต่อจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 จะกลับมาให้บริการอีกครั้งตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม เป็นต้นไป คาดว่าหลังจากเปิดเส้นทางการบินภูเก็ต-สมุย และใช้มาตรการ 7 + 7 แล้ว จะทำให้ยอดนักท่องเที่ยวสมุยพลัสโมเดลเพิ่มสูงขึ้น กรณีสหรัฐฯ ประกาศว่า โควิด-19 ระบาดหนักในไทย ให้หลีกเลี่ยงการเดินทางนั้น การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยได้เร่งสื่อสารตลาดต่างประเทศเพื่อสร้างความเข้าใจกับนักท่องเที่ยว และทัวร์โอเพอร์เรเตอร์ ในเชิงซิตี้ มาร์เก็ตติ้ง (City marketing) แยกจังหวัดภูเก็ตออกมาจากประเทศไทยในภาพรวมว่าภูเก็ตมีความปลอดภัย รัฐบาลได้เน้นย้ำให้ทุกฝ่ายเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ สาธารณสุข ภายใต้มาตรการสาธารณสุข และการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด มีการประเมินและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างใกล้ชิด

ต่อมาภูเก็ตเป็น 1 ใน 17 จังหวัด นำร่องการท่องเที่ยวที่ นายกรัฐมนตรีลงนามเมื่อ 21 ตุลาคม 2564 ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 18/2564 เรื่อง พื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยว ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ตามที่ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ให้ยกเลิกเคอร์ฟิว พื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยว 17 จังหวัด รวมกรุงเทพฯ มีผล 23.00 น. คืนวันที่ 31 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป พร้อมให้จังหวัดดังกล่าวเปิดสถานบันเทิงได้

- สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในภูเก็ตและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ข้อมูลภูเก็ตรายงานปฏิบัติการปราบปรามแรงงานต่างด้าวไร้ระเบียบจังหวัดภูเก็ตระหว่าง 30 สิงหาคม ถึง 21 ตุลาคม 2564 ว่า หน่วยงานมีเป้าหมาย 389 จุด และมี 4 มาตรการในการจัดการกับแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น คือ การประชาสัมพันธ์ การตักเตือน การจับกุม และการลงทะเบียนฉีดวัคซีน พบว่าจำนวนประชาสัมพันธ์มากที่สุด 26,712 คน ลงทะเบียนฉีดวัคซีน 709 คน ตักเตือน 45 คน จับกุม 9 คน อำเภอที่มีแรงงานข้ามชาติมากที่สุดคือ เมืองภูเก็ต 23,117 คน ถลาง 2,508 คน และกะทู้ 1,087 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ว่าฯ ภูเก็ต ได้มีคำสั่งเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติล่าสุด เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564 (คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 6048/2564 เรื่อง มาตรการควบคุมการเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวในเขตพื้นที่จังหวัดภูเก็ต)⁴⁹⁴

เมื่อ 5 ธันวาคม 2563 นายณรงค์ วุ่นซิ้ว ผู้ว่าฯ ภูเก็ต ได้กำชับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนายจ้าง เรื่องการดำเนินการเพื่อให้คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานตามบันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมือด้านแรงงาน ที่วาระการจ้างงานครบ 4 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 รวมถึงการเฝ้าระวัง

⁴⁹⁴ สามารถเข้าดูคำสั่งต่างๆ ในจังหวัดภูเก็ตได้ที่ เว็บไซต์จังหวัดภูเก็ต

<https://www.phuket.go.th/webpk/contents.php?str=covid-19>

การลักลอบนำแรงงานต่างด้าวเดินทางเข้ามาในจังหวัดภูเก็ตโดยผิดกฎหมายและไม่ผ่านกระบวนการคัดกรองโรค ทั้งนี้ภูเก็ตมีแรงงานข้ามชาติในภาคประมง และขณะนั้นภูเก็ตไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่ในประเทศเพื่อนบ้านที่มีแรงงานต่างชาติดำรงอาชีพอยู่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 อยู่อย่างต่อเนื่อง ทางจังหวัดจึงต้องมีการขอความร่วมมือกับนายจ้างให้มีการดูแลในเรื่องดังกล่าวอย่างเข้มงวด⁴⁹⁵ จากสถิติกรมการจัดหางาน กันยายน 2564 พบว่าภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มีการนำเข้าแรงงานรวมทั้งหมด 53,934 คน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานตามมาตร 59 นำเข้าตามมติกรม. 20 สิงหาคม 2562 จำนวน 34,811 คน แรงงานตามมาตร 59 ทั่วไป 5,654 คน แรงงานตามมาตร 59 ตาม MoU 5,161 คน และมติ กรม. 29 สิงหาคม 2563 4,876 คน⁴⁹⁶

15 กันยายน 2564 กรมควบคุมโรค พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นวันละกว่า 200 คน เป็นคนในพื้นที่จากการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ ขณะที่นักท่องเที่ยวโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์กว่า 30,000 คน พบผู้ติดเชื้อเพียง 89 คน จากระบบการคัดกรองที่เข้มงวดตั้งแต่ก่อนเข้าประเทศ รวมทั้งได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิดมาแล้ว และเฝ้าระวังกำกับติดตามระหว่างท่องเที่ยวในจังหวัด จึงเร่งฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง 608 และแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามาใหม่ ให้ครอบคลุมมากที่สุด และประเมินประสิทธิภาพของวัคซีน เพื่อพิจารณาให้เข้มกระตุ้นในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ ได้สั่งการให้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสีเขียว จัดตั้ง “คลินิกอุ่นใจ” ที่ศาลากลางจังหวัดหลังใหม่ ให้บริการตรวจ การติดเชื้อในจังหวัดภูเก็ตส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ อยู่ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติที่หมุนเวียนเข้ามาทำงาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสีเขียวกว่า 85% ได้ส่ง CCRT ลงพื้นที่ชุมชนทั่วทั้งภูเก็ต ค้นหาเชิงรุกด้วย ATK คัดกรองผู้ติดเชื้อเข้าระบบการรักษา ให้ยาทันที โดยกลุ่มสีเขียวรักษาใน HI/ CI และส่งผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงเข้าโรงพยาบาล ส่วนนักท่องเที่ยวที่ติดเชื้อมันมาจากการหย่อนมาตรการป้องกันตนเอง⁴⁹⁷

- “ชาวเล” ท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19

5 เมษายน 2563 ผู้ว่าฯ ภูเก็ต มีคำสั่งปิดหาดราไวย์ ห้ามเข้า-ออก หวันแพร่เชื้อโควิด-19 ไปสู่ผู้อื่น กำหนดจุดคัดกรอง 2 จุด บริเวณรอยต่อตำบลกระรน – ตำบลราไวย์ และ หน้าห้างโลตัส ซาฮาราไวย์ สั่งทำ

⁴⁹⁵ 'ภูเก็ตสั่งเข้มเฝ้าระวัง'แรงงานต่างด้าวเข้าเกาะ สยามรัฐ 5 ธันวาคม 2563 <https://siamrath.co.th/n/202263>

⁴⁹⁶ สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนกันยายน 2564 กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/e7ecaa17a00907e4eefe2a5a81462935.pdf

⁴⁹⁷ วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย สธ.ส่งทีมันกระบาติวิทยาคุมโควิด-19 เกาะภูเก็ต ก่อนเทศกาลกินเจ 6 ต.ค. นี้ The Active 16 กันยายน 2564

https://theactive.net/news/20210916/?fbclid=IwAR1LddxfCep7H59WH5ohLA7GyLR1N6pMk_g6odspa_cJIMQunMwHDMc40

ความสะอาดฆ่าเชื้อ และปิดโรงแรมด้วย ฝาฝุ่นโฆจําคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 1 แสนบาท และอาจโดน
ข้อหาฝ่าฝืน พ.ร.ก.บริหารราชการฉุกเฉิน มีผล 6 เมษายน เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเป็นอื่น⁴⁹⁸

ผู้ว่าฯ ภูเก็ต คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 1826/2563 เรื่องปิดสถานที่และกำหนดมาตรการควบคุมการแพร่
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ตำบลราไวย์ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน
พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น สั่ง ณ วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2563 นายภักพงศ์ ทวีพัฒน์
ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต/ ผู้กำกับการบริหารราชการนสถานการณ์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่จังหวัดภูเก็ต มีผลบังคับ
ใช้ 6 เมษายน 2563

28 สิงหาคม 2564 ตรวจ ATK ชาวเล 365 คนจากทั้งหมด 369 คน พบผู้ติดเชื้อใหม่ 212 ราย เป็นผู้
ติดเชื้อในภูเก็ต 210 คน และภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 2 คน ตรวจซ้ำด้วย FIA พบเป็นบวก 88 คน แบ่งเป็นชาวเล
85 คน และชาวพม่า 3 คน เทศบาลเตรียมตรวจคัดกรองเพิ่ม เพราะชุมชนมีความหนาแน่น เตรียมความพร้อม
ปิดชุมชนแต่ต้องรอดูผลตรวจคัดกรองก่อน⁴⁹⁹

14 กันยายน 2564 ผู้ว่าฯ ณรงค์ วุ่นซิ้ว คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 5444/2564 เรื่อง กำหนดมาตรการ
ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนไทยใหม่ หมู่ที่ 2 ตำบลราไวย์ อำเภอเมือง
ภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (สั่ง ณ วันที่ 14 กันยายน 2564) มีผลระหว่างวันที่ 15 - 18 กันยายน 2564 มีจุดคัดกรอง
2 จุด คือ จุดตัดซอยมุขติและแหลมกาใหญ่ และ ปากทางเข้าสะพานท่าเทียบเรือกาไว⁵⁰⁰

17 กันยายน 2564 คำสั่งปิดชุมชนชาวเลราไวย์ ตั้งแต่วันที่ 15-28 กันยายนนี้ ตามมาตรการควบคุม
การระบาดของโควิด-19 ทำให้ชาวบ้านกว่า 2,000 คน หรือกว่า 300 ครัวเรือน ถูกกักตัวอยู่ในชุมชนเป็น
เวลา 14 วัน โดยจะมีมาตรการตรวจคัดกรองโรคชาวบ้านทุกคน และฉีดวัคซีนแก่กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่ม
เปราะบางให้ครบทุกคน และมีผู้สูงอายุเสียชีวิตไปแล้ว 3 คน คาดว่าหากดำเนินการตามมาตรการเสร็จสิ้น จะ
สามารถคลี่คลายสถานการณ์ผู้ติดเชื้อให้ลดลง และผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาครบทุกคน ร้องเรียนการปิดชุมชน
ล้อมรอบด้วยสังกะสี 14 วัน ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของชาวบ้านทุกคน เพราะอาชีพหลักคือการหาปลา
และขายปลา ซึ่งก่อนหน้านี้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 มานานเกือบ 2 ปีแล้ว แต่ชาวบ้าน
จำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือจากรัฐ ี่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดภูเก็ต(พมจ.ภูเก็ต) ช่วยชาวเลคนละ 2,000 บาท เร่งรัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือกับกลุ่ม

⁴⁹⁸ ‘ภูเก็ต’ ออกประกาศปิดเพิ่ม พื้นที่ตำบลราไวย์ ห้ามบุคคลเข้าออก มติชนออนไลน์ 6 เมษายน 2563

https://www.matichon.co.th/region/news_2125253

ดูคำสั่งทั้งหมดของภูเก็ตที่นี่ <https://www.phuket.go.th/webpk/contents.php?str=covid-19>

⁴⁹⁹ ยิงนำห้วงยอดติดเชื้อภูเก็ตพุ่ง 212 ราย เร่งตรวจกลุ่มไทยใหม่ราไวย์หลังพบติดแล้วกว่า 80 คน ผู้จัดการออนไลน์ 29

สิงหาคม 2564 <https://mgronline.com/south/detail/9640000085208>

⁵⁰⁰ คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 5444/2564 เรื่อง กำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชน
ไทยใหม่ หมู่ที่ 2 ตำบลราไวย์ อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (สั่ง ณ วันที่ 14 กันยายน 2564)

https://www.phuket.go.th/webpk/file_data/covid-19/province/5444-14-09-2564.pdf

เพราะบาง เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า แจกข้าวสารอาหารแห้งอย่างเดียวไม่เพียงพอ เพราะยังต้องการของใช้จำเป็นส่วนตัว เช่น นมเด็ก ผ่าอนามัย รวมถึงเตรียมแผนการฟื้นฟูวิถีชีวิตและเศรษฐกิจของชุมชนชาวเลด้วย มิใช่ก่อนนโยบายภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์เพื่อดูแลกลุ่มธุรกิจเพียงอย่างเดียว⁵⁰¹

20 กันยายน 2563 NGOs ชี้ ปิดล้อมสังกะสีรอบทำให้มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 รัฐเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อจิตใจในชุมชนเพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยสีแดงถูกส่งรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยสีเขียวและสีเหลืองจะถูกแยกกักตัวอยู่ภายในชุมชนซึ่งมีสภาพแออัด มาตรการกักตัวปิดชุมชนเป็นการแก้ปัญหาที่ขาดการมีส่วนร่วม ไม่มีแผนเยียวยา ชาวบ้านกังวลเรื่องปากท้องมากที่สุด เพราะต้องหยุดการทำงานมาหากินทั้งหมด ไม่มีรายได้ แต่มีค่าใช้จ่าย⁵⁰²

ชาวเลอันดามัน ในวิกฤตโควิด-19 ถูกสร้างว่าเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อ ผู้ติดเชื้อถูกตีตราว่าเป็น ‘ขยะสังคม’ ทำให้ขายปลาที่จับไม่ได้ ส่งผลต่อรายได้ และการกินอยู่ขาดแคลน เด็กขาดอุปกรณ์ ไม่มีไฟฟ้าใช้ และไฟฟ้าราคาแพง มาตรการ Sand Box ในบางพื้นที่มีการเปิดให้นักท่องเที่ยวที่ควบคุมให้อยู่เฉพาะในโรงแรมที่พักไม่ได้ ปัญหาเรือร้างถูกซ้ำเติมด้วยโควิด เช่นการไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรักษา และการรับเงินเยียวยาเพราะไม่มีบัตรประชาชน หรือบัตรหมายเลข 0 ปัญหาพิพาทที่ดินกับนายทุน และกฎหมายเขตอุทยานบางพื้นที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันโควิดด้วยการสนับสนุนของมีเครือข่ายสมุนไพรมุข⁵⁰³

18.5 เนื้อหา/ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคสนาม

18.5.1 ประมวลสรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การจัดการ และผลกระทบต่อผู้คนในจังหวัดชายแดนภาคใต้

- สถานการณ์โควิด-19 ในระลอกแรก

สถานการณ์โควิดที่ได้ดำเนินการไปสัมภาษณ์ สำหรับชาวบ้านในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่ชาวบ้านได้รู้การเข้ามาครั้งแรกโรคเชื้อไวรัสโควิดในพื้นที่ตั้งแต่ 2 ปีที่แล้ว แต่ในช่วงนั้นชาวบ้านก็ไม่ได้มีการป้องกันหรือตระหนักความร้ายแรงของโรคนี้ พอมีมาตรการของรัฐออกมาในเรื่องการห้าม การจำกัด การปิดสถานที่ ทำให้ชาวบ้านเริ่มจะเห็นความร้ายแรงของโรคนี้ สิ่งที่เห็นที่เด่นชัดในเรื่องการปิดสถานที่ต่างๆ รวมไปถึงการปิดด่านไทยมาเลเซีย ที่ส่งผลกระทบต่อการค้าชายแดน เศรษฐกิจชายแดน

⁵⁰¹ ชาวเลโอดถูกกักแซนด์บ็อกซ์ ล้อมสังกะสีปิดชุมชนราว 14 วัน ชาวบ้านจ่ายอมกักตัว วอนรัฐเยียวยาคนจนเท่าเทียมกลุ่มทุน ชาวชายขอบ 17 กันยายน 2564

https://transbordernews.in.th/home/?p=28773&fbclid=IwAR1OvOWV/GwOJDfcV7fpDH91Te1XpFk6KzdociAcJ8ru_BuL1luR092flrGw

⁵⁰² ชาวเลราว 14 ตั้งคำถาม ถูกสั่งปิดชุมชน แต่ห้างเปิดได้ พ่อแม่เด็กขาดแคลน ได้แต่ข้าว-ปลากระป๋อง ชาวสด 20 กันยายน 2564 https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_6629206

⁵⁰³ ชาวเลอันดามันลำบากหนักช่วงโควิด-19 ขาดรายได้ ซ้ำถูกนายทุน-อุทยานไล่รื้อชุมชนและแหล่งทำกิน ประชาไท 30 กันยายน 2564 <https://prachatai.com/journal/2021/09/95243>

ผลกระทบต่อแรงงานไทยในมาเลเซีย

การปิดด่านชายแดนไทยมาเลเซียเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้ชัดในเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจและความร้ายแรงของโรคโควิด การระบาดโควิดในมาเลเซียอย่างหนักทำให้มีการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะแรงงานที่จะเดินทางกลับ โดยที่แรงงานไทยที่จะเดินทางกลับจะต้องกักตัวระยะเวลา 14 วัน ในสถานที่รัฐจัดเตรียมไว้สำหรับในพื้นที่นั้นช่วงนั้นก็มีการเฝ้าระวังเช่นกัน พอมีคลัสเตอร์ดวาระห์ที่กลับมาจากมาเลเซีย เริ่มมาตรการออกมาอย่างเช่นการปิดมัสยิดหรือตึกกิจกรรมทางศาสนาใดๆ เริ่มมีความชัดเจนในเรื่องผลกระทบทางสังคมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

สำหรับแรงงานไทยที่ไปทำงานในมาเลเซียจำเป็นต้องกลับเพราะมีการปิดด่านไทย-มาเลเซีย บางสถานที่ก็มีปิดชั่วคราว แต่ก็มีแรงงานบางส่วนไม่กลับเพราะหวังว่าด่านไทย-มาเลเซีย กิจกรรมการค้าต่างๆ อาจจะเปิดเร็วๆ นี้ ในส่วนแรงงานที่กลับมาที่ต้องอยู่ในภาวะตกงาน ขณะที่บางคนต้องการกลับไปทำงานมาเลเซียทำให้มีการลักลอบในเส้นทางธรรมชาติ มีบางคนถูกจับและถูกปรับ

คลัสเตอร์ดวาระห์

สำหรับในพื้นที่คลัสเตอร์ดวาระห์ เป็นคลัสเตอร์ที่มีการพูดถึงมากที่สุดในช่วงนั้น มีคนไทย (ชาวมลายู มุสลิม) ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ไปทำโยร์ที่มาเลเซียและมีคนมาเลเซียทำโยร์ติดโควิด ทำให้มีการสอบสวนคนไทยที่ทำโยร์ที่มาเลเซียเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงอาจจะนำเชื้อจากมาเลเซียมาเผยแพร่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ได้ มีการกักตัวและพบเชื้อโควิดในคนที่ไปทำโยร์ที่มาเลเซีย ในช่วงนั้นคนในพื้นที่ที่มีความหวาดระแวงและกลัวกลุ่มดวาระห์มาก

- สถานการณ์โควิด-19 ปัจจุบัน

สำหรับสถานการณ์โควิดในปัจจุบันในเรื่องตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังน่าเป็นห่วง มีประเด็นในเรื่องโควิด วัคซีน เศรษฐกิจ และการจัดการของรัฐ โควิดมีการแพร่ระบาดทุกอำเภอ วัคซีนก็มีการกระจายทุกอำเภอเช่นกัน แต่การจัดการยังไม่ดีมากนัก ส่วนมาตรการไม่ให้เชื้อแพร่ระบาดก็มีวิธีการที่หลากหลายเช่นกัน บางพื้นที่มีการปิดชุมชน ปิดร้านค้า ปิดตลาด และปิดสถานที่ อย่างเช่นมัสยิด โรงเรียน ฯลฯ เป็นมาตรการไม่ให้เชื้อโรคโควิดแพร่ระบาด

การปิดชุมชน

ในการสั่งปิดหมู่บ้าน ไม่มีการเตรียมตัวของทางการทั้งเทศบาลและอำเภอในการหารือ และไม่มีการชี้แจงให้ชาวบ้านได้ทราบถึงสาเหตุการปิดหมู่บ้าน ทำให้การปิดชุมชนมีเหตุผลน้ำหนักน้อยเกินไป เพราะบางชุมชนมีคนติดเชื้อมีเพียงไม่กี่ครัวเรือนเท่านั้น ขณะที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้เตรียมตัวว่าจะช่วยเหลือชาวบ้านอย่างไร ขณะที่การออกคำสั่งปิดหมู่บ้านในแต่ละครั้งไม่มีการหารือกับคนในชุมชนก่อน แม้ในเรื่องค้นหาผู้ติดเชื้อเชื้อในชุมชนก็ไม่มีเลยในขณะที่กำลังปิดชุมชน

การปิดชุมชนมีหลากหลายวิธีการ บางพื้นที่มีการใช้ท่อซีเมนต์ขนาดใหญ่ไปวางบนถนนปิดทางเข้าออกในหมู่บ้านและการสัญจรระหว่างหมู่บ้าน บางพื้นที่มีการตั้งด่านและกางเต็นท์บนถนนโดยมี อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ (ทหาร อส.) มาเฝ้าเวรยามตลอด 24 ชม. และมีการคัดกรองคนเข้าออกในชุมชน แต่ก็มีผ่อนปรนบางกรณี อย่างเช่น ประชาชนที่ต้องเดินทางไปพบแพทย์ หรือทำภารกิจที่จำเป็นจริงๆ ในระยะ

สั้นๆ บางพื้นที่อนุญาตร้านค้าขายของสดที่จำเป็นต้องออกมากซื้อของเพื่อไปจำหน่ายในหมู่บ้านสามารถเดินทางเข้าออกได้ แต่ต้องรู้สถานที่ชัดเจนในการไปซื้อของและใช้เวลาอันสั้น

การให้ความช่วยเหลือกรณีปิดหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนและช่วยเหลือไม่ทั่วถึง มีการแจกถุงยังชีพเฉพาะครัวเรือนที่มีการกักตัว แต่โดยรวมมีการแจกถุงยังชีพน้อยมากสำหรับชุมชนที่ถูกปิดหน่วยงานที่มาแจกก็เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหน่วยงานรัฐอื่นๆ ไม่มี

ชุมชนหรือหมู่บ้านที่ถูกปิดได้ทำการจัดการตัวเองด้วยการเปิดบริจาคจากภายในชุมชนและนอกชุมชน อย่างเช่นชุมชนละหาร เขตเทศบาลแวง อำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส โดยเยาวชนในชุมชนและนอกชุมชนร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชนตัวเองในรูปแบบจิตอาสา หลังจากที่ถูกกลุ่มจัดกิจกรรมขึ้นจึงมีหน่วยงานรัฐออกมาสนับสนุนในรูปแบบถุงยังชีพ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นรูปแบบที่คนในชุมชนช่วยเหลือกันเองและรัฐสนับสนุนในตอนหลัง

การปิดชุมชนในบางพื้นที่สร้างความไม่พอใจให้กับคนในชุมชนเพราะปิดชุมชนถี่เกินไป ไม่มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารทำความเข้าใจ เหตุผลในการปิดชุมชนน้อยมากและมองว่าเป็นเรื่องการเมือง ผลประโยชน์ของผู้นำชุมชน อย่างเช่นพื้นที่ ตำบลสาวอ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส มีการปิดชุมชนถี่เกินไปและไร้การช่วยเหลือหรือเยียวยา สร้างความเดือดร้อนให้กับคนในชุมชนในการประกอบอาชีพ ประกอบกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม นอกจากนั้นยังมีอีกหลายพื้นที่ที่การปิดชุมชนทำให้ผลผลิตทางเกษตรเสียหาย เพราะตอนที่ปิดหมู่บ้านเป็นช่วงที่ผลไม้สุกพอดี ทำให้ไม่มีพ่อค้ามารับซื้อผลไม้ในชุมชนหรือคนในชุมชนไม่สามารถออกไปขายผลไม้ นอกชุมชนได้ อย่างเช่นพื้นที่ตำบลช้างเผือก อำเภोजะนะ จังหวัดนราธิวาส

ระยะเวลาในปิดหมู่บ้านหรือชุมชน ในหนังสือคำสั่งของจังหวัดมีระยะเวลาปิดหมู่บ้านหรือชุมชน กำหนด 14 วัน แต่ก็มีหมู่บ้านที่มีขยายเวลาในการปิดหมู่บ้านมากกว่า 14 วัน อย่างเช่นตำบลช้างเผือก อำเภोजะนะ จังหวัดนราธิวาส เหตุผลในการขยายเวลาเนื่องจากพื้นที่ใกล้เคียงมีตัวเลขผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นทำให้จำเป็นต้องปิดไปก่อน แต่การจัดการไม่ได้เข้มงวดเหมือนในช่วง 14 วัน มีผ่อนปรนการเข้าออกในหมู่บ้านและกิจกรรมบางอย่างสามารถทำได้ในเฉพาะคนในชุมชนเท่านั้น

ตัวอย่างกระบวนการปิดชุมชน

การปิดชุมชนที่ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภोजะนะ จังหวัดนราธิวาส

หลังจากที่ทางโรงพยาบาลจะนะได้ยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ของคนจำนวนหนึ่งในชุมชน มีการประสานงานจากโรงพยาบาลผ่านผู้นำชุมชนเพื่อหามาตรการหยุดยั้งการแพร่เชื้อ ต่อมาข้อมูลจากโรงพยาบาลก็ถูกส่งถึงอำเภอ ซึ่งทางอำเภอได้หารือกับผู้นำชุมชนในการที่จะปิดชุมชน และเป็นที่มาของการออกคำสั่งจากผู้ว่าราชการจังหวัดในการปิดชุมชน ทั้งนี้ ก่อนการปิดชุมชน ผู้นำทางการได้ประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านรู้ล่วงหน้าแล้ว 3-4 วันถึงการจะปิดชุมชน ในระหว่างการปิดชุมชนมีการตั้งด่านห้ามการเข้าออก แม้บางครั้งจะมีเจ้าหน้าที่ทหารมาดูแล แต่ส่วนใหญ่คือคนในชุมชนที่มีตำแหน่งหรือหน้าที่ เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ทำให้ในคนเหล่านี้ในบางครั้งก็ถูกชาวบ้านตำ เพราะชาวบ้านไม่พอใจในมาตรการปิดชุมชนที่ปิดนานถึง

14 วัน ทั้งนี้ ในระหว่างการปิดชุมชน ไม่มีหน่วยงานรัฐมาช่วยในเรื่องอาหารและอื่นๆ เลย ชาวบ้านบริหารจัดการกันเองทั้งหมด นอกจากนั้น ระหว่างนี้หากใครมีอาการคล้ายจะเป็นโควิด-19 อสม. ในชุมชนก็จะประสานกับโรงพยาบาลเพื่อนำตัวไปตรวจเชื้อโควิด-19 ที่โรงพยาบาล หลังจากปิดชุมชนครบ 14 วัน คำสั่งปิดชุมชนก็ถูกยกเลิกเพราะเนื่องจากจำนวนผู้เชื้อลดลงมากและคนที่มีเชื้อโควิดในชุมชนก็ถูกส่งไปรักษาในโรงพยาบาลหมดแล้ว

ความลำบากเดือดร้อนของประชาชน

1. เรื่องรายได้และอาชีพ: สถานการณ์โควิด-19 รัฐต้องปิดตลาดและปิดด่านไทย-มาเลเซีย ลูกจ้างต้องถูกเลิกจ้าง แรงงานต่างถิ่นต้องกลับมาหางานที่บ้านและบางคนอยู่ในภาวะว่างงานตั้งแต่มีโควิดระลอกแรกเมื่อต้นปี 2563 ร้านค้าตามแนวชายแดนต้องปิดตัวลงเพราะไม่มีคนซื้อ คนซื้อส่วนใหญ่เป็นคนมาเลเซียและคนในพื้นที่ไปขายของในมาเลเซียทำให้ลูกจ้างต้องตกงาน ธุรกิจขนส่ง โดยเฉพาะรถตู้โดยสารไม่มีคนเดินทาง เจ้าของรถตู้ต้องหยุดกิจการ สิ่งเหล่านี้คือผลพวงจากการจัดการโควิด-19 ของรัฐตั้งแต่มาตรการปิดด่านไทย-มาเลเซีย มาตรการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ปิดตลาดนัด ฯลฯ การปิดกระทำได้แต่ควรใช้ระยะเวลาสั้นๆ และควรประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ควรสำรวจความเสียหายทางเศรษฐกิจ และรีบดำเนินการเยียวยา

สำหรับชาวบ้านในชุมชนที่ถูกสั่งปิดชุมชน ระบุว่า มีความเดือดร้อนด้านปัญหาปากท้อง เพราะขาดรายได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เช่น คนค้าขาย (ขายน้ำ หรือขายของตามตลาดนัด ลูกจ้างรายวัน โดยเฉพาะรายต้องออกทำงานนอกชุมชนก็ไม่สามารถออกทำงานได้) นอกจากนั้นในบางพื้นที่กำลังเป็นช่วงผลไม้สุกพอดี ทำให้ไม่มีพ่อค้ามารับซื้อหรือคนในชุมชนไปขายในตลาดได้ เกิดความเสียหายผลผลิตในระยะเวลา 20 วัน รวมทั้งมีการขาดแคลนอาหาร ของใช้จำเป็น นอกจากนั้น คนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงก็จะประสบความยากลำบากจากการปิดชุมชนและการไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานใด

ที่ผ่านมาหน่วยงานรัฐขออภัยการเยียวยาที่ทั่วถึงผ่านโครงการรัฐบาลอย่างเช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เราไม่ทิ้งกัน เราชนะ คนละครึ่ง ฯลฯ แต่สิ่งเหล่านี้ไม่เท่ากับสิ่งประชาชนอยากได้ นั่นคือ อาชีพและรายได้ การจัดการหน่วยงานรัฐไม่ได้ให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบูรณาการพื้นที่เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้าน ท้องถิ่นต้องรอคำสั่งจากส่วนกลางในการให้ความช่วยเหลือ มีกรณีหนึ่งในอำเภอสุโขทัย ชุมชนถูกปิดผู้ใหญ่บ้านได้ออกเงินส่วนตัวเพื่อซื้อของและปัจจัยยังชีพให้กับลูกบ้าน เพราะผู้ใหญ่บ้านไปของงบอำเภอ อำเภอบอกว่าไม่มี นี่เป็นกรณีตัวอย่างหนึ่งในเรื่องการจัดการของรัฐที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

2. การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา กิจวัตรชาวมุสลิม และประเพณีวัฒนธรรม: จากคำสั่งของรัฐในเรื่องการงดเว้นหรือรวมตัวในสถานที่ต่างๆ ในชุมชน ชาวบ้านบางคนรู้สึกวาระยะเวลา 2 ปีที่มีสถานการณ์โควิดนี้คือ บททดสอบจากพระเจ้าที่เป็นเจ้าที่มีต่อพี่น้องมุสลิมทั่วโลก แต่คำสั่งต่างๆ ที่ออกโดยรัฐน่าจะมีการศึกษาและวิเคราะห์ก่อนถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อวิถีศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี ทั้งนี้ คำสั่งบางอย่างควรให้บังคับใช้จำกัดเฉพาะพื้นที่ ไม่สมควรครอบคลุมทั้งหมดในวงกว้าง ทั้งนี้ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ศาสนาเป็นเรื่องสำคัญ หากต้องงดเว้นการปฏิบัติศาสนาก็จะทำให้ผู้คนรู้สึกไม่สบายใจและการดำเนินชีวิตไม่สมบูรณ์

การปรับตัวของผู้คนจากสถานการณ์โควิด-19

ระยะเวลา 2 ปีที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชาชนในพื้นที่ได้มีการปรับตัวในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจครัวเรือน มีการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในครัวเรือน มีการเอาเงินที่ออมมาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น บางครอบครัวได้กู้ยืมจากสถาบันการเงินในพื้นที่ ยืมญาติพี่น้อง และคนที่เปิดกิจการค้าขายในตัวเมืองใหญ่ได้กลับมาอยู่บ้านและเปิดกิจการภายในชุมชน ถึงแม้กำลังซื้อมีน้อยแต่ช่วยลดค่าใช้จ่ายลดลงถ้าเปรียบเทียบกับ การเปิดร้านในตัวเมืองที่มีค่าเช่าที่และค่าอื่นๆ จิปาถะ

สำหรับเรื่องศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด -19 ชาวบ้านมีการรวมตัวที่มีสวดหรือสุเหร่าเป็นปกติ แต่พอมีคำสั่งงดเว้น พอถึงวันสำคัญ เช่น วันอิติลปิตรี บางครอบครัวก็จัดงานที่บ้าน แทนและเชิญคนร่วมงานเฉพาะญาติๆ สนิท ในส่วนการจัดงานบุญงานแต่งงาน ช่วงก่อนโควิด-19 ระบาด มีการเชิญญาติพี่น้องที่อยู่ต่างจังหวัดต่างอำเภอมางาน แต่ปัจจุบันเชิญเฉพาะคนในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงและเป็นญาติกันเท่านั้น ส่วนการจัดงานก็ลดขนาดให้เล็กลง ไม่นิยมใช้เครื่องเสียงดังในอดีต สำหรับกรณีการตาย ก่อนที่จะไปงานศพส่วนใหญ่จะถามก่อนว่าเสียชีวิตสาเหตุใด ถ้ามาจากโรคโควิด-19 คนก็จะไม่นิยมไปกัน ในส่วนการตายปกติ คนก็มาร่วมน้อยลงมากเพราะมีความรู้สึกกังวลว่าหากมางานก็อาจติดโควิดได้

บทบาทภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา องค์กรทางศาสนา

ในส่วนบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่ในการจัดการโควิด-19 มีน้อยมาก เนื่องจากหลายองค์กรไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ แต่ที่ผ่านมาสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และการสาธารณสุขได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้คนไทยที่อยู่ในมาเลเซีย ในการประสานงานหน่วยงานรัฐกับประชาชนที่ตกอยู่ในภาวะความเดือดร้อนจากการปิดประเทศ

ส่วนสถาบันการศึกษาหรือมหาวิทยาลัยในพื้นที่ มีงานวิจัยในเรื่องผลกระทบในสถานการณ์โควิด-19 ในชุมชนต่างๆ เช่น งานสำรวจทัศนคติของชาวบ้านต่อวัคซีน ส่วนองค์กรศาสนาในพื้นที่แทบจะไม่เห็นบทบาทเลย ในบางครั้งยังถูกมองว่าถูกครอบงำโดยเจ้าหน้าที่รัฐ โดยใช้คำสั่งปกครองมาควบคุมองค์กรศาสนา อย่างเช่นคำสั่งห้ามละหมาดวันศุกร์ ห้ามละหมาดต่อระออะเวียในเดือนรอมฎอน ห้ามละหมาดในวันอิติลปิตรี ในแง่ศาสนาผู้รู้บางท่านก็ไม่ได้แสดงความเห็นหรือพิทวากิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับศาสนา อย่างเช่น กิจกรรมทำศพคนที่ติดโควิด เป็นต้น ส่วนผู้นำศาสนาในชุมชน ก็ยังไม่มีบทบาทในการดูแลจัดการชุมชนของตนเองและไม่กล้าตัดสินใจหรือออกความเห็นใดเพราะฝ่ายปกครองมักอ้างคำสั่งจากจุฬาราชมนตรี

ข้อเสนอ

1. ไม่ควรมีมาตรการปิดชุมชน แต่ถ้ามีการระบาดในชุมชนควรกักตัวเฉพาะครัวเรือนที่มีภาวะความเสี่ยงสูง
2. การปิดชุมชนควรหารือกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และควรทำข้อมูลทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้ชัดเจน
3. ควรมีการแจกถุงยังชีพหรืออาหารแห้งให้เพียงพอต่อระยะเวลาการปิดชุมชน ไม่ควรปล่อยให้ชุมชนต้องจัดการกันเอง

4. รัฐควรสนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชนที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยชุมชนจัดการตนเอง 70 % และรัฐจัดการ 30 % และให้มีนักวิชาการด้านสาธารณสุขมาสนับสนุนในเรื่ององค์ความรู้
5. ปัญหาการว่างงานหรือแรงงานกลับมาไม่มีงานทำ รัฐควรสนับสนุนการจ้างงานในพื้นที่อย่างจริงจัง โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจความต้องการและความถนัดของแรงงานเพื่อสามารถจำแนกประเภทที่ถูกต้อง
6. ให้มีการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการต่างๆ ของรัฐในช่วงโควิด และเยียวยาตามสมควร
7. ผู้นำในชุมชน (ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ฯลฯ) ควรมีบทบาทให้มากกว่านี้และลดอำนาจการตัดสินใจของหน่วยงานระดับภูมิภาค เช่น อำเภอและจังหวัด
8. ท้องถิ่น (อปท) ควรมีบทบาทในการช่วยเหลือชาวบ้านที่ถูกปิดชุมชนมากกว่านี้ โดยใช้งบประมาณที่มีอยู่ให้เต็มที่กว่านี้
9. วัคซีนประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกและควรมีวัคซีนที่หลากหลายจัดการเรื่องการฉีดวัคซีนให้มีระบบที่ดีกว่านี้ เช่น ทำให้สะดวกมากขึ้นในการเข้าถึง (ลดขั้นตอนยุ่งยาว)
10. ควรเร่งตรวจ ATK คนในชุมชนที่ถูกปิดให้ได้เร็วและมากที่สุด (กรณีแฉ่ง หลังปิดหมู่บ้านบ้านได้ราว 1 สัปดาห์ ชาวบ้านเริ่มเรียกร้องการตรวจ ATK แต่ทางการก็ไม่สามารถจัดหามาให้ได้ ให้ตรวจแต่คนที่มีอาการเท่านั้น)

18.5.2 โควิด-19 กับการจัดการ และผลกระทบต่อกลุ่มคนจนๆ คนในชุมชนแออัด และ คนที่มีอาชีพไม่มั่นคง

การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเปราะบางในเดือนตุลาคม 2564 ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย 5 คน ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง 6 คน และกลุ่มตัวอย่างลูกจ้างที่ไม่มั่นคง ประกอบอาชีพพนักงานรักษาความปลอดภัยบริเวณ BTS สถานีสนามกีฬาแห่งชาติ (สกายวอร์คส์แยกปทุมวัน) จำนวน 1 คน วินมอเตอร์ไซค์รับจ้างบริเวณหน้าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2 คน (วินจุฬา 64) และภารโรงโรงอาหารใต้อาคารศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 1 คน

ชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย

ชุมชน 70 ไร่ คือ 1 ใน 3 ชุมชนในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร (อีก 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนคลองเตย และชุมชนพัฒนาบ่อนไก่) ที่มีอัตราการติดเชื้อมากที่สุดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วงการระบาดระลอกปี 2564 ที่ผ่านมา⁵⁰⁴ เนื่องจากมีสภาพชุมชนเป็นสลัมแออัด ผู้คนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบางที่จัดอยู่ในชนชั้นล่างและชนชนกลางระดับล่างที่ผลัดถิ่นมาจากต่างจังหวัด กล่าวคือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป แรงงานในภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม รวมไปถึงเป็นที่อยู่อาศัยของคนที่ยังจัดได้ว่าเป็นคนจนเมืองอย่างหนาแน่น อีกทั้งการอยู่อาศัยในบ้านเรือนส่วนมากเป็นไปในรูปแบบการเช่า ไม่ได้มีกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง

⁵⁰⁴ บีบีซี ไทย, โควิด-19: ติดเชื้อก็แยะ ไม่ติดก็ลำบาก เผยวิกฤตชีวิตชาวชุมชนคลองเตย <https://www.bbc.com/thai/thailand-57035356>

สภาพที่แออัดทำให้ผู้คนในชุมชนง่ายต่อการตกเป็นเหยื่อของโรคระบาด โดยเฉพาะสถานการณ์ในปัจจุบัน “โควิด-19” จากพื้นที่ที่เราทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ในซอยนี้เคยเป็นผู้ติดเชื้อโควิดมาแล้วทั้งสิ้น และมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึง 2 คน โดยเบื้องต้นเราได้สัมภาษณ์ผู้อยู่อาศัยในชุมชนคลองเตยจำนวน 5 คน ซึ่งต่างก็ได้รับผลกระทบจากโรคดังกล่าว ตั้งแต่การเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ การทำมาหากิน กระทบการใช้ชีวิต

“เราก็ทำงานปกติ ถ้าไม่ทำก็ไม่มีกิน” พี่ก๊ก หญิงวัย 32 ปี ผู้มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคโควิด-19 ถึง 3 คน เล่าให้เราฟังถึงสภาพความเป็นอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว แม้ในสถานการณ์เช่นนี้หลายคนจะสามารถทำงานที่บ้านได้ตามนโยบาย Work From Home ของแต่ละบริษัทและได้รับเงินเดือนตามปกติ แต่พี่ก๊กยังคงต้องออกจากชุมชนเพื่อไปทำงานติดแอสแตมป์เหล่าที่ทำเรือ ได้รับค่าจ้างเป็นรายวันราว 400 บาท ทั้งยังเสี่ยงกับการติดเชื้อสูง เนื่องด้วยในสถานที่ที่ต้องทำงานอยู่เกือบทุกวันนี้มีพนักงานจำนวนมากที่ติดเชื้อด้วยโรคโควิด-19

ส่วนคุณสุพันธ์ี ประกอบอาชีพรับจ้าง เย็บเสื้อผ้าและเปิดบ้านให้เช่า บอกว่าสถานการณ์การติดเชื้อในชุมชนหนักมาก มีผู้เสียชีวิตในละแวกบ้านไปแล้วหลายราย ตัวเองและครอบครัวได้รับผลกระทบจากรายได้ที่ลดลง ไม่มีงานรับจ้างเย็บเสื้อผ้าเลย การปรับตัวใช้วิธีประหยัดให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมถึงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเชื้อโควิดอย่างเคร่งครัด งดการพบปะเพื่อนบ้านและคนในครอบครัวที่อยู่ต่างถิ่นไปหลายเดือน

ขณะที่ป้าตุ๋ อาศัยห้องเช่าเดือนละ 1,500 บาท อยู่ในชุมชนคลองเตยกับลูกชาย มีอาชีพเป็นแม่บ้านให้กับบริษัทแห่งหนึ่งที่เซ็นทรัลเวิร์ล และไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติในสถานการณ์เช่นนี้ ซ้ำยังกลายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิดพร้อมกับลูกชาย จึงต้องประสบทั้งกับปัญหาสุขภาพ การขาดรายได้ และการดำรงชีวิต โดยป้าตุ๋เล่าให้ฟังว่า ในช่วงนั้น “ไม่มีเงินจะซื้อยาเลย ทำงานมันไม่ไหวได้เต็มที่ เงินมันไม่พอใช้เพราะมันต้องจ่ายทุกอย่าง ลูกชายก็ไม่ได้ทำงานไม่มีเงิน ก็ต้องขอเขากินก่อน เพราะยังไม่มีใครมาแจกข้าวแจกน้ำ เพิ่งมาเริ่มมีตอนหลังที่รู้ว่าเราติดเชื้อโควิด” อย่างไรก็ตาม ด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ป้าตุ๋มีกับเพื่อนร่วมงานมาเป็นเวลากว่า 10 ปี ทำให้ป้าตุ๋ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องรายได้ต่อเดือน โดยแม้ว่าป้าตุ๋จะถูกลดเวลาทำงานให้เหลือเพียงอาทิตย์ละ 2 วัน แต่ยังคงได้รับเงินเดือนจำนวนเต็ม “ทางออฟฟิศเขาช่วยเหลือ ถ้าป้าไม่ได้เลยป้าก็จะไม่มีค่าเช่าบ้าน เขาเลยช่วยกันให้ป้าได้เต็ม”

อนึ่ง ด้วยภาพลักษณ์สถานการณ์ในชุมชนเองก็ดูทำไม่คอยจะสู้ดี สืบเนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่พุ่งสูงขึ้น (ข้อมูลการตรวจเชิงรุกระหว่าง 27 เม.ย. – 9 พ.ค. พบจำนวนผู้ติดเชื้อ 654 ราย จาก 16,131 ราย)¹ อาจเป็นเหตุให้คนภายนอกบางส่วนมองว่าตนตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่ออยู่อย่างใกล้ชิดกับคนที่มาจากชุมชนแออัดเช่นนี้ โดยทั้งพี่ก๊กและป้าตุ๋ต่างก็เคยมีประสบการณ์การถูกกักกันเข้าสถานที่ทำงานด้วยเหตุว่า “มาจากคลองเตย”

“ก็เสียใจนะ เหมือนว่าเขารังเกียจเรามากนัก เรายังไม่ได้เป็น ต้องดูตัวเขาก่อนนะว่าเป็นหรือเปล่านั้น เป็นกันได้ทุกคน” พี่ก๊กบอกเล่าด้วยน้ำเสียงที่โกรธเคืองเจ้าหน้าที่

ขณะเดียวกันเมื่อถามถึงท่าทีที่ถูกปฏิบัติจากคนภายนอกเมื่อทราบว่าตนมาจากชุมชนคลองเตย ป้าตุเล่าให้ฟังในทำนองเดียวกันว่า “เขาก็กลัวเรา บางทีห้ามไม่ให้เราเข้า กลัวเราจะเอาเชื้อเข้าไป พอเราเข้าออฟฟิศจะไม่มีคนเข้ามาเพราะเขากลัวเราเอาเชื้อไปติดเขา”

ในเรื่องว่าด้วยการตรวจหาเชื้อและการรักษาตัวก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยในกรณีของป้าตุเมื่อพบว่าลูกชายติดเชื้อโควิด-19 ขณะที่ตนก็เริ่มมีอาการป่วยจึงต้องหาหนทางในการตรวจเชื่อดังกล่าว แต่การจะตรวจหาเชื้อตามโรงพยาบาลเอกชนก็ต้องใช้เงินมากถึง 3,000 บาท ดังนั้นป้าตุจึงเลือกวิธีการรอตรวจเชื้อโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเลิศศิลป์ ซึ่งใช้เวลาถึง 2 วันในการรอรับคิว

ป้าตุเล่าว่าตนต้องออกจากบ้านตอนตี 2 นั่งรอข้างถนน ไปถึงก็เห็นมีคนรออยู่ 10 กว่าคนแล้ว โดยเจ้าหน้าที่รับเพียง 80 คิว และเริ่มแจกคิวตอน 6 โมงเช้า เริ่มตรวจตอน 8.30 ระหว่างที่ปรอตั้งแต่ตี 2 จนถึงเวลาแจกคิวป้าตุเล่าว่าตนทั้งไม่ได้กินข้าว ทั้งผุงยุงที่คอยจะกัด และคนที่มารออีกมากมาย ยิ่งไปกว่านั้นบางคนที่มีเชื้อโควิดอยู่แล้วก็มาขึ้นรถตรวจร่วมกันตรงนั้น จวบจนจะ 4 โมงเย็นตนก็ยังไม่ได้ตรวจ และถูกนัดให้กลับมาตรวจใหม่ในวันถัดไป

อาจกล่าวได้ว่า กรณีเช่นป้าตุคงไม่ใช่เพียงกรณีเดียวที่ต้องเผชิญกับความพยายามอย่างยากลำบากในการหาหนทางเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่นนั้น แม้โรคโควิด-19 มิได้เลือกปฏิบัติกับผู้คนในทางชีววิทยา แต่ในทางสังคมกลับมีส่วนไม่น้อยต่อการที่ผู้คนถูกเลือกปฏิบัติ กีดกัน และไม่สามารถเข้าถึงการรักษาเยียวยาในสถานการณ์นี้อย่างเท่าเทียม

หน่วยงานที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือทั้งก่อนหน้าสถานการณ์โควิด และในสถานการณ์โควิดมีอยู่ 3 หน่วยงานหลักด้วยกันคือ มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิกระต่ายแดง และ ส.ส. กรณิศ งามสุคนธ์รัตนา (พรรคพลังประชาชน กรุงเทพมหานคร เขต 4 วัฒนา คลองเตย ผ่านเครือข่ายส่วนตัวและผู้นำชุมชน โดยส่วนใหญ่แล้วการช่วยเหลือเป็นเรื่องข้าวสารอาหารแห้งและถุงยังชีพและอุปกรณ์ป้องกันเชื้อโควิด อีกทั้งยังมีความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์ ในการระดมตรวจเชื้อเชิงรุกและเร่งฉีดวัคซีนให้คนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลการตรวจล่าสุดเมื่อวันที่ 6 ต.ค. 64 ไม่พบผู้ติดเชื้อในชุมชนอีกแล้ว อย่างไรก็ตาม ในการรับความช่วยเหลือในการแจกอาหารหรือสิ่งของ ผู้อยู่อาศัยในชุมชนที่พอมีเรี่ยวแรงจะต้องออกไปรับบัตรคิวเอาของที่หน้าชุมชนเอง โดยอาร์ท ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เคยอาศัยอยู่ในชุมชนและทำงานกับมูลนิธิดวงประทีป ได้ให้ข้อมูลกับเราว่าเวลาที่มีหน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือเรื่องการบริจาคของต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเข้ามาแจกที่หน้าชุมชน ดังนั้นคนที่เดินไม่ได้ หรือไม่มีลูกหลานที่สามารถออกมารับของในส่วนนี้ได้ก็จะเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือดังกล่าว

ในส่วนของมาตรการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือผ่านโครงการคนละครึ่ง เราชนะ และประกันสังคม ซึ่งเป็นความช่วยเหลือที่เรียกได้ว่าเป็นแค่การ “ต่อลมหายใจ” แต่รัฐบาลไม่มีความพยายามในการลดค่าครองชีพต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม อาทิ ค่าน้ำ ค่าไฟ อีกทั้งส่วนใหญ่จะเป็นการวิจารณ์รัฐบาลว่าเหตุใดไม่ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสด หรือการให้เป็นเงินบำนาญถ้วนหน้ากับประชาชน เพราะผู้ได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจำเป็นต้องเอาเงินไปจ่ายหนี้้นอกระบบจ่ายค่าเช่าต่าง ๆ แต่รัฐบาลเลือกใช้ระบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ในโทรศัพท์ ซึ่งกลุ่ม

เพราะบางส่วนใหญ่มีสถานะยากจน ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้ รวมถึงนโยบายเปิดประเทศทั้ง ๆ ที่ประชาชนในประเทศยังรับวัคซีนไม่ถึงครึ่งของประชากรว่าไม่สมควรอย่างยิ่ง ดังที่ว่า “โครงการคนละครึ่งเนี่ย น่าจะเป็นเงินสดดีกว่า เพราะบางคนไม่ได้ต้องการใช้จ่ายทุกวัน วันละ 300 แต่ถ้าให้เป็นเงินสดมายังสามารถใช้จ่ายอย่างอื่นได้ เอาไปผ่อนค่าบ้าน ค่ารถ ไม่ได้ใช้จ่ายค่ากินทุกวัน ช่วงนี้ทุกคนต้องประหยัด” ป้าสุพรรณ อธิบายเมื่อเราถามถึงความคิดเห็นต่อมาตรการเยียวยาจากรัฐบาลว่า “คนที่ต้องการความช่วยเหลือจริง ๆ โทรศัพท์ก็ไม่มีเน็ต บางคนโทรศัพท์ก็ใช้ระบบแอสกันยาก ถ้าสรุปไม่ค่อยได้ และตรงที่เขาอยู่มันไม่มีร้านที่เข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง จะใช้ที่ก็ต้องออกไปไกล ถ้าเป็นคนแก่ก็ใช้ยาก” อาร์ทสะท้อนให้เราฟังถึงปัญหาการเข้าถึงโครงการดังกล่าว

ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง เขตบางกะปิ

ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง เขตบางกะปิ เป็นชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดไม่มากนักหากเทียบกับชุมชนอื่น ๆ ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีใช้ชุมชนที่สภาพแออัด แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้อบ้างประปราย ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม เป็นชนชั้นกลางระดับล่างมาจนถึงระดับบน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน หรือธุรกิจส่วนตัว แต่ยังพบเห็นประชาชนที่เป็นชนชั้นล่างซึ่งอาศัยอยู่ในห้องเช่าอยู่บ้าง แต่ก็ถือเป็นส่วนน้อยในชุมชน

สถานการณ์ในชุมชนช่วงการแพร่ระบาดเป็นไปในรูปแบบช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายใต้มาตรการป้องกันโรค โดยมีการจัดส่งอาหารและอุปกรณ์ป้องกันโรคไปให้บ้านที่มีผู้ติดเชื้อที่ทำการกักตัวที่บ้านตัวเอง (Home Isolation) ไม่ปรากฏให้เห็นท่าทีเกลียดชังผู้ติดเชื้อในชุมชน แต่เป็นไปในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เรียกได้ว่าเป็นหนึ่งในชุมชนที่รับมือกับสถานการณ์โรคระบาดได้ดีมากระดับหนึ่ง ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยสภาพชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการดังที่กล่าวไปข้างต้น

เราได้สัมภาษณ์กับพี่น้องชาวมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับคนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย แม้จะได้รับผลกระทบในเรื่องอาชีพการงานในช่วงสถานการณ์นี้ ทว่า หลายคนมีบ้านที่ปลูกอยู่บนที่ดินของตนเองซึ่งอาศัยอยู่มาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าเช่าแต่ละเดือน แม้จะไม่มีรายได้ตามปกติก็สามารถอยู่ได้อย่างไม่ขัดสน นอกจากนี้ชาวบ้านในละแวกใกล้เคียงกันยังมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ จึงสามารถให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เสมอ โดยบ้านของคุณอุไรที่เราใช้เป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เต็มไปด้วยสมาชิกในครอบครัวของคุณอุไร และญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง และลูกค้าที่แวะเวียนมาตลอดอย่างไม่ขาดสาย เนื่องจากบริเวณหน้าบ้านเป็นร้านขายอาหารของลูกสาว และฝั่งตรงข้ามก็เป็นร้านขายของชำของพี่สาวคุณอุไร (คุณจินดา)

ก่อนหน้านี้คุณอุไรรับจ้างเย็บกระเป๋าเป็นเวลากว่า 10 ปี แต่เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มรุนแรงขึ้นก็ทำให้รายได้จากการเย็บกระเป๋าของคุณอุไรเริ่มลดน้อยถอยลง จนกระทั่งไม่มีในที่สุด รายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มีส่วนช่วยในการจุนเจือครอบครัวจึงมาจากการขายอาหารของลูกสาว อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงสภาพความเป็นอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว คุณอุไรก็มักพุดย้าคำเดิมเสมอถึงการใช้ชีวิตที่ “ปกติ” จะได้รับผลกระทบก็เพียงในเรื่องของการว่างงานจากการเย็บกระเป๋า

และเนื่องด้วยได้รับความช่วยเหลือจากโครงการคนละครึ่ง รวมถึงโครงการเราชนะของรัฐบาล ซึ่งคุณอุไรมองว่าโครงการดังกล่าวมีประโยชน์กับตนมาก โดยได้เล่าให้เราฟังว่า “มาได้คนละครึ่ง แล้วยังเงินที่เขาแจก 5,000 นั้นก็ช่วยได้เยอะกับรายจ่าย ที่ว่ากระทบไม่เยอะเพราะลูกเรียนจบกันหมดแล้ว เราอยู่แต่บ้าน ไม่ได้ออกไปข้างนอก ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องเสียค่าน้ำมันรถอะไรพวกนั้น ได้เงินตรงนี้มีมันก็ช่วยเราได้ไปอีกหนึ่ง”

คุณอัญชลี มิตรสหายของคุณอุไรที่เปรียบเสมือนคนในครอบครัว มีอาชีพเป็นวิทยากรสอนรำไทเก๊กให้กับผู้สูงอายุที่ศูนย์เยาวชนโดยได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือน แต่เมื่อศูนย์ดังกล่าวต้องถูกปิดลง ทั้งยังถูกนำไปตัดแปลงเป็นศูนย์พักคอย จึงไม่สามารถกลับไปสอนได้ตามปกติ ดังนั้นรายได้ในส่วนนี้จึงหายไป แต่อย่างไรก็ตาม คุณอัญชลียังปรับตัวด้วยการรับสอนผู้สูงอายุตามบ้านที่มั่นใจได้ว่าปลอดภัย และได้รับวัคซีนครบแล้ว รวมถึงรับจ้างซื้อของวันละเล็กน้อย ผนวกกับการเข้าถึงความช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐด้วยเงิน 15,000 บาท ชีวิตของคุณอัญชลีจึงได้รับผลกระทบในระดับที่พอปรับตัวได้ไม่ลำบากนัก

เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่เราได้สัมภาษณ์ซึ่งต่างก็ได้รับผลกระทบในเรื่องรายได้ เพราะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ แต่จากปัจจัยที่ว่าฐานะเศรษฐกิจของคนในชุมชน (ที่สัมภาษณ์) ค่อนข้างดี กล่าวคือมีเงินเก็บออมบ้าง และได้โครงการช่วยเหลือเยียวยาของรัฐบาลร่วมด้วย ทำให้แต่ละคนแม้จะประสบภาวะความเครียดอันเกิดจากการปรับตัวไม่ทันอยู่บ้าง แต่ก็ยังสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้อย่างยืดหยุ่น อาทิ คุณจินดาขายของชำแทบไม่ได้ในแต่ละวันเนื่องจากลูกค้าไม่กล้าเข้ามาซื้อของ จึงปรับตัวด้วยการขายอาหารประเภทบิง္ปังอย่างส่ง delivery ผ่านแพลตฟอร์ม หรือในกรณีของคุณมาลีที่ตกงานทำให้ไม่มีรายได้ในแต่ละวันเข้ามาจึงต้อง “อาศัยลุงตุ๋กินไปวัน ๆ”

นอกจากนี้ การช่วยเหลือจากภายนอกของที่นี่หลักๆ มาจากการประสานงานผ่านเครือข่ายส่วนตัวของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (นางสาวฐิติภัสร์ โชติเดชาชัยนันต์ ส.ส.พรรคพลังประชารัฐ กรุงเทพมหานคร) ที่เข้ามามีส่วนให้ความช่วยเหลือในเรื่องการแจกจ่ายข้าวสารอาหารแห้ง หน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรค และดูแลผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ในบ้าน รวมทั้งความช่วยเหลือจากองค์กรทางศาสนาสุลิมของชุมชน ซึ่งการช่วยเหลือแต่ละครั้งผู้อาศัยจะต้องไปรับของที่บ้านประธานชุมชน มีบ้างเป็นบางโอกาสที่บุคคลภายนอกต้องการให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนจะมาแจกอาหารเป็นมื้ออยู่ริมคลองสำหรับคนละแวงนั้นที่ผ่านไปผ่านมา แต่ผู้ที่ให้สัมภาษณ์เราก็อำสม่อว่าจะไปรับของที่จำเป็นสำหรับการใช้ชีวิตเท่านั้นและไม่ออกไปทุกครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงไว้ให้คนที่มีความต้องการจริง ๆ

อีกทั้งยังมีความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก และ อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) ในการเข้ามาตรวจเชื้อเชิงรุกและแจกอาหารให้ประชาชนผ่านการติดต่อผู้นำชุมชนเป็นหลัก ดังการให้สัมภาษณ์ของคุณศรินยา บุญมาเลิศ (สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2564) ต่อการติดต่อประสานงานเรื่องความช่วยเหลือในชุมชนว่า การติดต่อผ่านเครือข่ายของ ส.ส. มีความรวดเร็วกว่าหน่วยงานภาครัฐมาก ซึ่งมีมูลนิธิสยามร่วมใจซึ่งเป็นมูลนิธิในเครือข่ายของ ส.ส. โดยตรง

ในส่วนของมาตรการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือผ่านโครงการคนละครึ่ง เราชนะ และประกันสังคม ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจารณ์รัฐบาลว่าเหตุใด

ไม่ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสด เพราะผู้ได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจำเป็นต้องเอาเงินไปจ่ายหนี้ของระบบจ่ายค่าเช่าต่าง ๆ แต่รัฐบาลเลือกใช้ระบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน “เป่าตัง” ในโทรศัพท์ ซึ่งกลุ่มเปราะบางส่วนใหญ่มีสถานะยากจน ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้ และไม่สามารถเข้าถึงเงินเยียวยาจากรัฐบาลใด ๆ ได้เลย จากการให้สัมภาษณ์โดยคุณประสิทธิ์ ชุ่มชื่น (สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2564) ได้วิจารณ์รัฐบาลว่าโครงการคนละครึ่งเป็นโครงการที่เหมาะสมกับคนที่พอมีเงินอยู่บ้างเท่านั้น แต่คนที่ไม่มีเงินเลยในระดับที่ไม่สามารถเติมเงินอีกครึ่งหนึ่งได้ จะช่วยเหลืออย่างไร รวมถึงนโยบายเปิดประเทศทั้ง ๆ ที่ประชาชนในประเทศยังรับวัคซีนไม่ถึงครึ่งของประชากรว่าไม่สมควรอย่างยิ่ง

ผู้บริหารประเทศควรพิจารณาตัวเองในด้านมาตรการช่วยเหลือประชาชน ไม่ควรเอาแนวคิดแบบระบบราชการนำหน้าการบริหาร ควรลดค่าครองชีพของประชาชนลดให้มากที่สุด อาทิ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมัน โดยเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ประกอบการรายย่อย (SME) ไม่ใช่เน้นช่วยเหลือนายทุนผู้ประกอบการรายใหญ่ ที่มีอิทธิพลเหนือรัฐบาลชุดนี้ในการขึ้นนำการบริหารประเทศ ต้องสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นานาชาติเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องเลิกการเลือกปฏิบัติสองมาตรฐานในการบังคับใช้มาตรการช่วงโควิดกับประชาชน และต้องนำวัคซีนที่มีคุณภาพมาให้ประชาชนโดยไม่เลือกปฏิบัติ

แรงงานที่ไม่มั่นคง บริเวณสยาม-ปทุมวัน

สยาม-ปทุมวัน คือศูนย์กลางการค้าและเศรษฐกิจของกรุงเทพมหานครที่สำคัญมากแห่งหนึ่ง แนนอนว่าการได้เป็นศูนย์กลางการค้าและเศรษฐกิจที่สำคัญเช่นนี้ย่อมแลกมาด้วยหยาดเหงื่อและร่างกายของชนชั้นล่างในภาคบริการอย่างมหาศาล ที่อยู่อาศัยของแรงงานที่ไม่มั่นคงเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อมาก และต้องอาศัยอยู่ด้วยการเช่าบ้าน/เช่าห้อง น้อยนักที่จะมีกรรมสิทธิ์ในที่ดินและที่อยู่อาศัยของตัวเอง ซึ่งในการระบาดระลอกปี 2564 ได้ส่งผลกระทบต่อพวกเขาเหล่านี้อย่างมาก และแนนอนว่ามาตรการเยียวยาต่าง ๆ จากรัฐบาลไม่สามารถลงไปถึงแรงงานเหล่านี้ได้อย่างถึงรากถึงโคนอย่างแท้จริง ทั้ง ๆ ที่พวกเขาเหล่านี้คือผู้ขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจไทยมาตลอดหลายทศวรรษ สมดังคำกล่าวที่ว่า “แรงงานคือผู้สร้างชาติ” แต่กลับเป็นคนกลุ่มแรก ๆ ที่ถูกทอดทิ้งจากรัฐ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์บรรดาแรงงานที่ไม่มั่นคงในภาคส่วนต่าง ๆ ของพื้นที่ อาทิ พนักงานรักษาความปลอดภัยประจำสถานีรถไฟฟ้า วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และภารโรงในโรงอาหารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า หากเปรียบเทียบกับการระบาดระลอกปี 2563 และการระบาดระลอกปี 2564 แล้ว การระบาดระลอกปี 2564 ระบาดร้ายแรงที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการอาชีพและรายได้ของแรงงานที่ไม่มั่นคงเหล่านี้มากที่สุด การจับจ่ายใช้สอยของประชาชนหดตัวลงอย่างเห็นได้ชัด ห้างสรรพสินค้าถูกสั่งปิดล็อกดาวน์ ห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ของแรงงานที่ไม่มั่นคงจึงต้องได้รับผลกระทบไปด้วย วินมอเตอร์ไซด์ประจำวินจุฬา 64 ท่านหนึ่งกล่าวว่า ในช่วงการระบาดปี 2564 นั้น ถนนพญาไทไม่มีรถวิ่งระดับที่สามารถลงไปเตะฟุตบอลกันได้ (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564)

วินมอเตอร์ไซด์อีกท่านหนึ่ง คุณวรวิทย์ จตุรพิพิธภรชัย (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564) เปิดเผยว่าผลกระทบที่ได้รับจากการระบาดระลอกปี 2564 นักหนาสาหัสในระดับที่ว่าเอารถยนต์และมอเตอร์ไซด์ของตัวเองไปจำนำแล้ว ทุกวันนี้อยู่ได้ด้วยเงินเยียวยาชนิด “ต่อลมหายใจ” จากโครงการมาตรการเยียวยาต่าง ๆ

อาทิ คนละครึ่ง เราชนะ ประกันสังคม ซึ่งก็ไม่ว่าจะรัฐจะช่วยเหลือในลักษณะนี้อีกหรือไม่ อีกทั้งค่าครองชีพที่สำคัญเช่นค่าน้ำมัน ก็ไม่มีที่ท่าว่าจะลดลงจากรัฐบาล ส่งผลให้การช่วยเหลือจากรัฐบาลไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างถึงรากถึงโคนอย่างแท้จริง ซึ่งบางครั้งต้องทำงานเสริมในรูปแบบการรับจ้างต่าง ๆ ควบคู่กันไป เพราะลูกค้าที่มาใช้บริการส่วนใหญ่คือนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แต่สถานการณ์เช่นนี้ ส่งผลให้มหาวิทยาลัยปิดลือคดาวน์ นิสิตเรียนออนไลน์ จึงไม่มีนิสิตซึ่งเป็นลูกค้าหลักมาใช้บริการ อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบการลงทะเบียนรับวัคซีนได้เลยจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์มีความคล้ายคลึงกับคุณจ่านง เขียวสวัสดิ์ (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564) ภารโรง/พนักงานทำความสะอาด ประจำโรงอาหารใต้ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาศัยอยู่ในชุมชนวัดดุสิตดาราม ได้เปิดเผยว่าได้รับผลกระทบอย่างมากจากการสั่งปิดโรงอาหารในช่วงการระบาดระลอกปี 2564 เนื่องจากเป็นสถานที่เสี่ยงเป็นคลัสเตอร์การระบาด ส่งผลให้ระหว่างนั้นต้องรับจ้างเป็นสแปร์ตามบริษัทหรือตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อหารายได้มาทดแทน โดยรัฐบาลให้ความช่วยเหลือตามโครงการมาตรการเยียวยาต่าง ๆ อาทิ คนละครึ่ง เราชนะ ประกันสังคม อีกทั้งยังได้รับส่วนลดค่าน้ำ ค่าไฟ ในช่วง 3 เดือนแรกของการระบาดระลอกปี 2564 ได้รับความช่วยเหลือในด้านการแจกอาหารในชุมชนจาก ส.ส.จักรพันธ์ พรนิมิต ส.ส.เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พรรคพลังประชารัฐ รวมถึงมูลนิธิกระจกเงา และมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ซึ่งประสานงานผ่านหัวหน้าชุมชน แต่หน่วยงานภาครัฐไม่ปรากฏว่าเข้ามาช่วยเหลือในชุมชนวัดดุสิตดาราม เนื่องจากไม่ใช่ชุมชนที่เป็นคลัสเตอร์ระบาดหนักเหมือนเขตชุมชนที่เป็นสลัม

สำหรับการวิพากษ์วิจารณ์มาตรการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ล้วนเป็นไปในทิศทางที่การแก้ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการจัดการวัคซีนที่ไม่มีคุณภาพ และปัญหาการลงทะเบียนรับเงินเยียวยาที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ทุกคนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนจนที่ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้เลย ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างแท้จริง แต่มักถูกทอดทิ้งจากรัฐเป็นกลุ่มคนแรก ๆ เสมอ

คำวิจารณ์ต่อรัฐบาลที่น่าสนใจและน่าจะสะท้อนความคิดเห็นของแรงงานที่ไม่มั่นคงได้เป็นอย่างดี คือ คำวิจารณ์ของคุณจ่านง เขียวสวัสดิ์ ว่า

“รัฐบาลควรแจกเงินเยียวยาประชาชนแบบถ้วนหน้าทุกคน ไม่ควรต้องลงทะเบียนยืนยันสิทธิ์ เพราะประชาชนทุกคนได้รับผลกระทบทั้งหมดในสถานการณ์โรคระบาด อีกทั้งไม่ใช่ประชาชนทุกคนที่มีโอกาสเข้าถึงโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตที่มีความสามารถในการลงทะเบียนยืนยันสิทธิ์รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลได้ อีกทั้งต้องแก้ปัญหาความล่าช้าในการจัดหาวัคซีนและชุดตรวจที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน เนื่องจากประชาชนมองว่าไม่โปร่งใส และเอื้อประโยชน์ต่อคนเพียงไม่กี่กลุ่ม.

สรุป

จุดร่วมที่น่าสนใจจากการลงพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า บทบาทของเครือข่ายส่วนบุคคลของ ส.ส. ในแต่ละพื้นที่มีบทบาทอย่างมากต่อการช่วยเหลือประชาชนในช่วงการระบาด และในมุมมองประชาชนในพื้นที่ยังมองว่ามีความรวดเร็วกว่าการทำงานของหน่วยงานรัฐเสียอีก เป็นผลสะท้อนได้อย่างดีว่าอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นในกรุงเทพมหานครในแต่ละเขตยังคงมีความสำคัญอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะรูปแบบความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์บุญคุณ (Patron-client Relationship) ต่อชนชั้นล่างในชุมชนแออัดที่จะส่งผลต่อการเลือกตั้งในครั้ง

ถัดไปอย่างแน่นอน แม้ว่าในบริเวณรอบ ๆ จะกลายเป็นเมืองแบบเต็มขั้นไปแล้ว แต่ก็ต้องยอมรับว่าชนชั้นกลางยังคงเป็นส่วนน้อยของสังคมกรุงเทพมหานคร หากเทียบกับสัดส่วนของชนชั้นล่างและคนจนเมือง

มากไปกว่านั้น จุดร่วมของการวิพากษ์วิจารณ์มาตรการเยียวยาและนโยบายของรัฐบาลในสถานการณ์โรคระบาดจะเป็นไปในเชิงลบต่อภาคปฏิบัติเชิงนโยบาย กล่าวคือ ระบบการรับเงินเยียวยาไม่ควรออกแบบโดยยึดติดและตัดสินด้วยบรรทัดฐานของชนชั้นกลางที่มีกำลังทรัพย์พอจะเข้าถึงโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพมาออกแบบระบบการรับเงินเยียวยาให้ประชาชนทุกชนชั้นในประเทศ ควรจะให้เปล่าแบบถ้วนหน้า ไม่ต้องมีระบบพิสูจน์สิทธิ ไม่มีการเลือกปฏิบัติเชิงนโยบายเช่นนี้อีก

- ผู้ค้าในตลาดที่ถูกปิด (ตลาดบางกะปิ ตลาดไท และ ตลาดบางใหญ่)

การลงพื้นที่สัมภาษณ์ในเดือนพฤศจิกายน ผู้สัมภาษณ์ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 11 คน แบ่งเป็น 3 พื้นที่ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ค้าและลูกจ้างรายวันจากตลาดบางกะปิ จำนวน 4 คน ตลาดไท 3 คน และตลาดกลางบางใหญ่ 4 คน โดยแบ่งเนื้อหาการรายงานออกเป็น 3 พื้นที่ข้างต้น ดังนี้

ตลาดบางกะปิ

ตลาดนับเป็นสถานที่แห่งวิถีชีวิตของผู้คน อันเป็นแหล่งค้าขายและแหล่งการทำงานที่สำคัญสำหรับผู้ใช้แรงงานทั้งไทยและต่างประเทศ เช่นเดียวกับตลาดบางกะปิที่ก่อนหน้านี้เป็นพื้นที่ที่เต็มไปด้วยกิจกรรมทางเศรษฐกิจ กระทั่งเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของตลาดแห่งนี้หยุดชะงัก เนื่องด้วยถูกสั่งปิดตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2564 จนถึง 25 มิถุนายน 2564 เหล่าผู้ค้าขายทั้งหลายต่างก็พูดเป็นเสียงเดียวกันว่าปี 2564 เป็นปีที่ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพสูงสุด เพราะตั้งแต่ขายของมาตลาดไม่เคยถูกสั่งปิดมาก่อน หรือไม่เคยถูกสั่งปิดนานขนาดนี้

ป้าแดง แม่ค้าขายไข่ผู้มีประสบการณ์กว่า 30 ปี ผ่านร้อนผ่านหนาวทั้งเหตุการณ์ต้มยำกุ้ง และไข้หวัดนก ได้สะท้อนผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตจากโควิด-19 ให้เราฟัง “โควิดนี่แหละที่มันยาวนานมาก จากที่เราไม่เคยเป็นหนี้เราก็เป็น เพราะตลาดปิดไปเดือนกว่าแต่ยังต้องจ่ายค่าเช่าอยู่เหมือนเดิม ลูกน้องก็ต้องให้เขากินให้เขาอยู่ ต้องรับภาระหมด ไม่งั้นเด็กไม่มีรายได้ กลับบ้านนอกก็ไม่ได้เพราะเป็นพื้นที่สีแดงก็ต้องเลี้ยงเขาไว้ นี่แหละภาระ ดีแต่ว่าลูกเรียนจบ” ที่ยังพอมีรายได้จากการขายไข่เข้ามาอยู่บ้าง ก็สืบเนื่องจากฐานลูกค้าเก่าที่รู้จักกัน ป้าแดงปรับตัวด้วยการส่งสินค้าถึงที่

นอกจากนี้ เมื่อขอให้ป้าแดงเล่าให้ฟังถึงเหตุการณ์ก่อนที่ตลาดจะถูกปิดหนึ่งวัน ป้าแดงเล่าให้เราฟังว่า “ประกาศวันนี้รุ่งนี้หยุดเลยคะ ไม่ให้แม่ค้าตั้งตัวเลย ไม่มีใครไม่ร้องให้เลย ร้องทุกคน 2-3 รอบแล้วที่ทำมาคือเจ้าหน้าที่รัฐไม่ได้มาดูแลเราเลยว่าจะเดินหน้ากันไปอย่างไร ต้องเรียกประชุมและให้เวลาขายของให้หมดในสามสี่วัน” เช่นเดียวกับพี่พัด แม่ค้าขายเนื้อไก่สดที่เล่าให้ฟังถึงการตั้งรับไม่ทันกับมาตรการการปิดตลาดเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือนกว่า “อย่าพูดคำว่าระบายเลย ทิ้งมากกว่า ขาดทุนเยอะนะ พวกของสดเก็บไม่ได้เลยขนาดมีตู้แช่นะ แต่ถ้าปิดเป็นเดือนก็ต้องยอมทิ้ง นี่ไม่เชื่อว่าพอตลาดเปิดแล้วขายได้นะ แทบจะไม่มีคนกล้าเดินเลย”

การถูกสั่งให้หยุดกิจกรรมการค้าขายในตลาดอันเป็นแหล่งพื้นที่ทำกินที่คุ้นเคยอย่างกะทันหันย่อมไม่มีใครปรับตัวได้ทัน สิ่งที่สามารถทำได้มีเพียงการคืนทุนเพียงเล็กน้อยด้วยการ “เล” ขายของต่ำกว่าทุน บ้างก็เททิ้ง หรือแจกให้คนที่ผ่านไปมา อย่างไรก็ตาม มีผู้ค้าหลายรายยังคงไม่ได้รับความช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐบาล แม้แต่เจลแอลกอฮอล์หรือหน้ากากอนามัย อีกหนึ่งข้อมูลจากป่าแดงถึงการจัดการของหน่วยงานกม. คือจุดคัดกรองที่เหล่าแม่ค้าต้องเก็บเงินกองกลางเพื่อจ้างเจ้าหน้าที่ดูแลกันเอง “เขาไม่ให้เปิดตลาดถ้าไม่มีจุดคัดกรองก็จ้างยามมาเดือนละ 60,000 เก็บแม่ค้าลือกละ 600 เก็บกันเองเพราะกม. ไม่มีงบ ถ้าแม่ค้าอยากขายของแม่ค้าก็ต้องทำกันเอง”

กระนั้นก็ดีจากคำบอกเล่าของป่าจู่ไร บุคคลที่มีส่วนในการให้ความช่วยเหลือในช่วงวิกฤตดังกล่าวคือ ส.ส.โอ้ พรรคพลังประชารัฐ ที่ทำให้คนในตลาดสามารถเข้าถึงกระบวนการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้ฟรีจากรถพระราชทาน รวมถึงพาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับกระบวนการรักษา และดูแลมื้ออาหารแก่บุคคลที่ต้องกักตัวเป็นเวลาอีก 14 วัน

แม้สถานการณ์จะดีขึ้นกว่าเก่าจนตลาดสามารถกลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง ทั้งยังมีมาตรการให้ทั้งพ่อค้าแม่ขาย รวมถึงแรงงานรับจ้างมีใบยืนยันการฉีดวัคซีนติดประกาศไว้หน้าร้านของตนเองเพื่อยืนยันความปลอดภัย ทว่าตลาดบางกะปิในวันนี้ ไม่ได้อยู่ในบรรยากาศที่คึกคักเหมือนเคย มีเพียงผู้ซื้อที่ผ่านไปผ่านมาอย่างประปราย และคงมีอีกมากที่ยังไม่กล้ากลับมาয়สถานที่แห่งนี้

ตลาดไท

แหล่งตลาดผลไม้ขนาดใหญ่ที่อ้างว้างจากการสัญจรไปมาของลูกค้า มีเพียงนายจ้างและลูกจ้างนั่งจับจองตามพื้นที่ของตนเฉกเช่นวันที่ผ่านมา จากตลาดที่เคยเต็มไปด้วยทั้งพ่อค้าแม่ขายรายใหญ่และผู้ซื้อ ในวันนี้หลายร้านไม่สามารถประกอบตนจากพิษทางเศรษฐกิจไว้ได้กระทั่งต้องปิดตัวลง

ตลาดไทถูกปิดชั่วคราวเป็นระยะเวลาเกือบ 1 เดือน เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้ตลาดมีผู้ติดเชื้อสูงถึงหลักพัน โดยข้าวของที่ร้านค้าตระเตรียมมาขายก่อนตลาดจะถูกปิดนั้น บ้างก็ต้องเททิ้งและอีกมากที่ต้องขายราคาต่ำกว่าทุน แม้ตลาดจะกลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง แต่บรรยากาศยังคงเงียบเหงา และไม่มีที่ท่าว่าจะกลับมาคึกคักครั้งนี้อีกในเร็ว ๆ นี้

“เข้าเนื้อทุกเดือน เสียค่าแผงเดือนละหมื่นกว่า แล้วมาที่ก็ขายแค่แข่งสองแข่ง ขายไม่หมดด้วย” เสียงสะท้อนจากบ้านภัสร์ หญิงชราวัย 76 ปี แม่ค้าขายสับปะรดที่ตลาดไทถึงผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 โดยนอกจากหมดรายได้จนต้องใช้เงินสำรองแล้ว ช้างยังติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งคาดว่าได้รับมาจากลูกค้าที่มาซื้อผลไม้กับตน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความไม่คล่องแคล่วในด้านการใช้เทคโนโลยี ทำให้บ้านภัสร์ไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือเยียวยาจากโครงการใด ๆ ของรัฐบาลแม้แต่โครงการเดียวโดยให้สัมภาษณ์กับเราว่า “ไม่เคยมีอะไรกับเขาเลยเพราะไม่มีใครมาแนะนำ เราทำไม่เป็น”

ขณะเดียวกันพีกร พ่อค้าขายมะละกอวัย 44 ปี เล่าให้เราฟังถึงผลกระทบเกี่ยวกับสินค้าทางการเกษตรที่ล้นเกิน และเกิดขึ้นอย่างเป็นลูกโซ่ในช่วงสถานการณ์โควิด “ผลผลิตมันขายไม่ได้ ลูกค้าไม่ซื้อ ไม่มีคนรับของเราไปขาย โรงปลูกมะละกอที่เราส่งอยู่ก็ขายไม่ได้ต้องทิ้งอย่างเดียว รับผิดชอบมาก็ทิ้ง ทำให้เราต้องไป

ซื้อในสวนราคาต่ำ ชาวสวนก็ขาดทุนไปด้วย ... เป็นแบบนี้มาร่วมปี ลูกสวนกับเราหมดทุนที่จะไปผลิตต่อ” เป็นเวลาถึง 2 ปีที่พี่ประสบกับปัญหาเรื่องการขาดรายได้จากการค้าขายสืบเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล

นอกจากการขายทรัพย์สินเพื่อประคองรายได้แล้ว อีกหนึ่งสิ่งที่สามารถทำเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นชั่วคราวได้คือการเลิกจ้างแรงงานรายวัน โดยพี่กรให้สัมภาษณ์ไว้ว่า ก่อนหน้านี้โดยปกติแล้วจะให้ค่าจ้างแรงงานคนละ 500 บาทต่อวัน แต่เมื่อถึงช่วงที่ตลาดถูกปิดไปเกือบหนึ่งเดือน ตนได้เลิกจ้างแรงงานไปจำนวน 2-3 คน เนื่องจากต้องประหยัดค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันพี่ไวยอเล่าประสบการณ์ถึงการเลิกจ้างแรงงานไว้ว่า “ไปที่ละคน บอกเขาตรง ๆ ว่าเราไม่พอจ้าง งานไม่มี งานมันน้อย จากที่ไม่เคยได้นั่งช่วงก่อนโควิด แต่มันก็ซบเซาลง จากที่ลูกน้องไม่ได้หยุดนี้ก็นอนนับดาวเลย”

เมื่อถามถึงท่าทีของลูกจ้างในตอนที่ถูกผลักออกจากรางานหรือถูกเลิกจ้างชั่วคราว พี่ไวยอได้สะท้อนให้เราฟังว่า “เขาอยู่ตลาด อยู่สิ่งแวดล้อมอย่างนี้เขาก็เรียนรู้แหละว่าถ้าไม่มีงานก็ต้องถูกเลิกจ้าง เพราะค่าแรงสูง” กระนั้นก็ตาม แม้แรงงานเหล่านี้จะมีความสามารถในการปรับตัวได้สูง แต่เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในสถานการณ์เช่นนี้โดยอาจไม่มีแหล่งงานอื่นให้หันหน้าไปพึ่งพาได้ ทั้งส่วนใหญ่ยังเป็นแรงงานต่างชาตินั้นจึงไม่สามารถเข้าถึงโครงการความช่วยเหลือใด ๆ จากรัฐบาลได้ อนึ่ง หากยังต้องพึ่งโชคในการอำนวยความสะดวกช่วยเหลือก็อาจเจอนายจ้างที่คอยให้การดูแลในช่วงที่ถูกพักงาน ตั้งแต่เรื่องการจัดหาหยูกยา อาหาร ค่าเช่าห้องพัก กระทั่งการพาไปฉีดวัคซีน

ตลาดกลางบางใหญ่

ตลาดกลางบางใหญ่เป็นแหล่งค้าขายสินค้าทั้งอุปโภคและบริโภค ประกอบไปด้วยพ่อค้าแม่ค้ารายย่อยชาวไทยและแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านอีกหลายประเทศ ต้องถูกปิดลงชั่วคราวถึง 2 รอบด้วยกัน โดยรอบแรกในเดือนธันวาคม 2563 เป็นระยะเวลา 15 วัน และรอบที่สองในเดือนมกราคม 2564 เป็นเวลา 1 เดือน เนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูง และถือเป็นแหล่งสะสมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด

เบื้องต้นเราได้ทำการสัมภาษณ์เจ้าของแผง ผู้ได้รับผลกระทบเนื่องจากไม่สามารถค้าขายได้ตามปกติทำให้ขาดรายได้ไปเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือนกว่า โดยบ้าง (นามสมมติ) ร้านขายอาหารทะเล เล่าให้ฟังถึงเหตุการณ์ก่อนตลาดจะถูกปิด 1 วัน เนื่องด้วยตลาดพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไว้ว่า “ตอนที่เขาบอกให้เราปิดถนน ตอนนั้นเรามีของขายอยู่ แต่เขามาบอกเราโดยไม่ตั้งตัว อยู่ดี ๆ อำเภอก็มาบอกให้ปิดเลยเพราะมีโควิด เราก็ต้องระบายของไม่ไหวของเราเน่า รีบเอาทุนคืน เหลือนิด ๆ หน่อย ๆ ก็แจกกับคนทำความสะอาดตลาด”

เช่นเดียวกับที่พี่บอล พ่อค้าวัย 34 ปี เล่าให้ฟังถึงประสบการณ์การถูกปิดแผงขายมะนาวอย่างกะทันหัน “เรื่องของขายเรายังระบายได้ เรายังมีลูกค้าที่ต้องส่งอยู่ แต่ค่าใช้จ่ายก็กระทบหนักเลยเพราะไม่มีรายได้เข้า กระทั่งตอนกระแสมาตั้งแต่ปลายปี 2563 พอมาปี 2564 เงินเก็บเราแทบจะเอามาใช้หมด เริ่มต้นใหม่หมดเลย ลูกค้าบางคนก็เลิกกิจการ มาซื้อเราน้อยลงบ้าง”

อย่างไรก็ดี ในช่วงที่ถูกปิดชั่วคราวตลาดไม่ได้เรียกเก็บค่าเช่าแผง ทำให้พ่อค้าแม่ขายสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในช่วงที่ไม่มีรายรับลงไปได้บ้าง แต่เมื่อถามถึงการเข้ามาเยียวยาโดยตรงจากหน่วยงานภาครัฐกลับ

พบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใด มีก็แต่เพียงก่อนหน้านี้ที่ทางร้านได้เข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง ซึ่งบ้างก็มองว่าโครงการดังกล่าวไม่ใช่การเยียวยาร้านค้า หากแต่เป็นการเปิดโอกาสให้ลูกค้าได้จับจ่ายใช้สอยมากขึ้น

เมื่อตลาดถูกปิด ก็ไม่เหลืองานรับจ้างใด ๆ ให้เหล่าพี่น้องแรงงานทำได้ โดยพี่น้องแรงงานชาวลาววัย 38 ปี ซึ่งปัจจุบันทำงานเป็นลูกจ้างรายวันที่ร้านขายเครื่องเทศมากกว่า 2 ปี เล่าให้เราฟังถึงผลกระทบตอนที่ตลาดถูกปิดโดยตนเองอาศัยห้องเช่าอยู่ที่คอนโดสีชมพู (คอนโดในบางใหญ่ที่ถูกสั่งห้ามใครเข้าออกเป็นเวลากว่า 15 วันเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง) ช่วงที่สถานการณ์ยังเป็นปกตินั้น ตนได้รับค่าจ้างรายวันวันละ 700 บาท เมื่อมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงถูกปรับเหลือวันละ 500 อย่างไรก็ตาม ช่วงที่ถูกกักตัวก็ไม่ได้มีรายได้จากทางใด ใช้ชีวิตอยู่ได้เพราะยังมีเงินเก็บ

ขณะที่พี่ชาย ชาวพม่าวัย 40 ปี มาทำงานที่ประเทศไทยเพียงตัวคนเดียว ประกอบอาชีพเป็นแรงงานรับจ้างรายวันวันละ 500 บาท และอาศัยห้องเช่าเดือนละ 1,800 บาท และตั้งแต่เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ชีวิตการทำงานของพี่ชายเปลี่ยนไป “รอบต้นปี 2564 ตั้งแต่ปีใหม่มาไม่ได้ทำงานเลย 20 กว่าวัน รอบล่าสุดก็หยุดไปอีกครึ่งเดือน ไม่มีรายได้เลย” แน่ใจว่าพี่ชายไม่ได้รับความช่วยเหลือเยียวยาจากโครงการต่าง ๆ ของรัฐบาลเนื่องด้วยเป็น “ต่างด้าว” ทั้งยังอาศัยอยู่เพียงตัวคนเดียวจึงไม่มีหนทางในการขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ดังนั้นทางออกในการอยู่รอดระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้คือถ้าแก่ ซึ่งพี่ชายเล่าให้ฟังว่าในช่วงที่ไม่มีรายได้ก็มีเพียงถ้าแก่ที่หยิบยืมเงินเพื่อจ่ายค่าเช่าห้อง

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อดีที่ว่าทั้งพี่น้อง พี่ชาย และแรงงานรับจ้างรายวันคนอื่น ๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในตลาดกลางบางใหญ่ยังสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ฟรี แม้วัคซีนดังกล่าวจะเป็นสูตรไขว้ที่ประกอบด้วยเข็มแรก Sinovac และเข็มที่สอง AstraZeneca เบื้องต้นจากที่พี่ชายเล่าให้ฟังคือ “ตลาด” เขามาเรียกแรงงานทุกคนให้ไปฉีดที่โดมใกล้ ๆ นี้ (ไม่แน่ชัดว่าเป็นหน่วยงานอะไร) เมื่อตลาดอนุญาตให้พ่อค้าแม่ขายกลับมาเปิดร้านได้อย่างปกติ การมีใบรับรองถึงการฉีดวัคซีนของเหล่าพี่น้องแรงงานนี้ จึงเป็นการเปิดโอกาสให้สามารถกลับมาทำงานได้โดยไม่ขัดกับนโยบายของตลาด

สรุป

ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้หลายตลาดต้องปิดให้บริการชั่วคราวเนื่องด้วยพบจำนวนผู้ติดเชื้อหลายคน กระทั่งเป็นแหล่งคลัสเตอร์และสุ่มเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง ยังผลให้ผู้คนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เป็นจำนวนมากที่เหล่าพ่อค้าและแม่ค้าดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยเงินเก็บออมส่วนตัว ในช่วงที่ไม่สามารถขายของได้ บางรายอาจเข้าถึงโครงการเยียวยาของรัฐบาล แต่ก็ไม่ว่าจะสามารถพูดได้อย่างเต็มปากเต็มคำว่าการช่วยเหลือนั้นทำให้ตนสามารถลืมตาอ้าปากได้ ขณะที่เหล่าพี่น้องแรงงานผู้ไม่มีเครือข่ายความสัมพันธ์หรือญาติที่ไหน กระทั่งไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือจากรัฐบาลไทยได้ เนื่องจากเป็นแรงงานข้ามชาติกลับดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความใจดีของถ้าแก่หรือผู้จ้างงาน ตั้งแต่การให้ยืมเงินการให้เงินก้อนหนึ่งในช่วงร้านถูกปิด การจัดหาอาหารและหยูกยาให้ จนถึงการพาไปฉีดวัคซีน

- คนไร้บ้านที่ถนนราชดำเนิน

หากเราสามารถทำการสัมภาษณ์คนไร้บ้านทุกคนถึงทางเลือกในชีวิตได้ โดยส่วนใหญ่คงให้คำตอบในเชิงคล้ายกันว่า “ถ้าเลือกได้คงไม่มาใช้ชีวิตอยู่ในที่แบบนี้” แต่ในเมื่อหลายปัจจัยไม่อนุญาตให้มีชีวิตตามใจหวัง

ได้ โดยเฉพาะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงต้องออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะดังเช่นกลุ่มคนไร้บ้าน
มากหน้าหลายตาที่เราไปเจอบริเวณถนนราชดำเนิน

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หลายคนต้องตกงานขณะที่ไม่มีเงินเก็บพอ
ประคองตัวให้ผ่านช่วงวิกฤตไปได้ หากเป็นคนที่มีญาติพี่น้องหรือนายจ้างก็คงหยิบยืมมาใช้ได้บ้างเล็กน้อย
อย่างไรก็ตาม ลุงเตี้ย พี่น้อยหน้า และพี่สมเกียรติ กลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้านที่เราได้ทำการสัมภาษณ์ต่างก็กลาย
มาเป็น “คนไร้บ้านหน้าใหม่” เนื่องจากทั้ง 3 คนตกงานในสถานการณ์โควิด-19 ทั้งยังเหลือตัวคนเดียวในเมือง
หลวงแห่งนี้ จึงไม่มีใครให้พึ่งพิง แมื่อก่อนหน้านี้จะมีรายได้มาใช้จ่ายค่าเช่าห้องและค่าสาธารณูปโภคต่าง
ๆ แต่ ณ วันนี้ต่างก็ต้องออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะโดยที่ไม่มีเงินติดตัวแม้แต่บาทเดียว

พี่สมเกียรติ ชายวัย 45 ปี ก่อนหน้านี้ประกอบอาชีพค้าขายอยู่บริเวณวัดพระแก้ว อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี
ที่ผ่านมาสถานการณ์ชีวิตไม่สู้ดีนัก กล่าวคือกำไรจากการขายของเริ่มลดน้อยลงเรื่อย ๆ จนไม่มีเหลือให้ลงทุน
ในขณะที่รายจ่ายยังคงเท่าเดิม ตั้งแต่ค่าเช่าห้อง ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่ากิน จนในท้ายที่สุดความกดดันเหล่านี้
ผลักดันให้พี่สมเกียรติกลายมาเป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่ ซึ่งเมื่อเราถามถึงสาเหตุที่ทำให้ตนมานอนในพื้นที่สาธารณะ
พี่สมเกียรติได้สะท้อนให้ฟังว่า “เราอนที่นี้เราไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเช่าบ้าน ค่าอาหาร ซึ่งคน
ที่ไม่มีงานทำหรือคนที่ทำงานแต่รายได้น้อยมาก ๆ มันเป็นเรื่องใหญ่ ทำให้เราต้องมานอนที่นี้”

นอกจากโครงการที่รัฐบาลออกมาเพื่อเยียวยาประชาชนในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวจะไม่สามารถ
ครอบคลุมประชาชนได้อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ทั้งลุงเตี้ยและพี่น้อยหน้าที่ไม่มีแม้กระทั่ง
บัตรประชาชนเพื่อใช้สำหรับยืนยันตัวตนจึงหมดสิทธิ์โดยสิ้นเชิงที่จะเข้าถึงความช่วยเหลือจากโครงการดังกล่าว
ดังเช่นที่ลุงเตี้ยให้คำตอบเมื่อถูกถามว่าได้รับโครงการเยียวยาจากรัฐบาลหรือไม่ ดังนี้ “ไม่ได้ เพราะว่าบัตร
ประชาชนเราหาย มีแต่เอกสารเลยรับไม่ได้ ผมไม่มีตังกลับบ้านนอกไปทำบัตร” และอย่างที่เคยกล่าวมาแล้วว่า
กลุ่มคนไร้บ้านที่เราทำการสัมภาษณ์ต่างก็ไม่มีญาติพี่น้องที่จะหันไปขอความช่วยเหลือได้ ดังนั้นหนทางเดียวที่
เหลืออยู่เพื่อประคองชีวิตในช่วงสถานการณ์เช่นนี้คือ “รอรับข้าวและของใช้บริจาคจากคนใจดี” หรือก็คือ
ประชาชนด้วยกันเอง อาจกล่าวได้ว่าพี่น้องคนไร้บ้านโดยปกติแล้วไม่ได้ถูกรอดด้วยความช่วยเหลือของรัฐบาล
แต่อยู่รอดด้วยน้ำใจของประชาชนผู้มีจิตเมตตา

การที่รัฐออกมาตรการเว้นระยะห่าง (Social distancing) หรือการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ให้
ประชาชนในประเทศช่วยกันทำตามมาตรการเพื่อหยุดการแพร่ระบาดของเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามเชื่อว่าทุกคนจะ
สามารถกระทำได้ ทั้งนี้สิ่งที่เหล่าพี่น้องคน “ไร้” บ้านทำได้ก็มีแค่เพียงการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ได้มาจาก
การบริจาคเพื่อป้องกันตัวเอง ดังที่พี่น้อยหน้าเล่าให้ฟังถึงบรรยากาศการใช้ชีวิตในช่วงโควิดว่า “อยู่กันอย่างนี้
แหละ แต่ว่าอยู่ห่างกัน แล้วก็ใส่หน้ากาก มีคนเอาแอลกอฮอล์ เอาข้าวมาให้” ขณะเดียวกัน เมื่อถามถึง
ความรู้สึกว่ากลัวโรคระบาดนี้หรือไม่ พี่สมเกียรติบอกกับเราว่า “กลัว ก็ใส่หน้ากากประจำตลอด กลัวว่าวันไหน
มันจะหนักขึ้นมา เราอยู่อย่างนี้มันโกลหมอ ไม่เหมือนกับคนที่ที่บ้าน มีครอบครัว พอป่วยขึ้นมาจะไปหาหมอ ไป
โรงพยาบาล อย่างนี้เราต้องดูแลตัวเองให้เยอะ”

ปฏิเสธไม่ได้ว่าจำนวนคนไร้บ้านหน้าใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้สะท้อนการบริหารจัดการของรัฐบาลที่ล้มเหลวต่อการดูแลชีวิตประชาชนให้สามารถเข้าถึงปัจจัย 4 ได้อย่างถ้วนหน้า รัฐบาลมิเพียงแต่จะไม่เหลียวแลคนกลุ่มนี้ แต่กลับหลงลืมและทอดทิ้งโดยสิ้นเชิง

18.5.3 แคมป์ก่อสร้างมอเตอร์เวย์บางใหญ่-กาญจนบุรี

บรรยากาศแคมป์ก่อสร้างขนาดเล็กมีจำนวนประชากรราว 20-30 คนอบอวลไปด้วยความสนุกสนาน เพราะมีงานแต่งของคนในแคมป์ ทั้งหัวหน้าและลูกจ้างต่างก็เข้าร่วมงานดังกล่าว ด้วยเหตุนี้เราจึงมีโอกาสสัมภาษณ์ถึงผลกระทบจากสถานการณ์โรคโควิด-19 (โดยเฉพาะผลกระทบจากการทำงานของภาครัฐ) ที่มีต่อการใช้ชีวิตทั้งของพี่น้องแรงงานและหัวหน้างาน

อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่มียอดการติดเชื้อสูงในพื้นที่บางใหญ่ แคมป์ดังกล่าวต้องถูกปิดไป 2 สัปดาห์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด โดยที่คนงานไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเมื่อไม่สามารถทำงานได้ รายได้ในแต่ละวันจึงหดหายไป เฉกเช่นลุงศักดิ์ ภรรยา และลูกชายต่างก็พึ่งพาการใช้แรงงานในแต่ละวันเป็นแหล่งที่มาของรายได้ โดยลุงศักดิ์ได้สะท้อนผลกระทบในช่วงที่แคมป์ถูกปิดไว้ว่า “บางทีถ้ามันเสี่ยงเยอะ ๆ นายจ้างเราสั่งหยุดงาน เราก็หมดรายได้ไป ถ้าไม่ทำก็ไม่ได้เงิน เพราะเราได้เป็นรายวัน ไม่ใช่รายเดือน วันละ 300-400 บาทเอง รวมกันสามคนไม่ถึง 20,000”

ทางเลือกหนึ่งที่ลุงศักดิ์สามารถทำได้เพื่อปรับตัวให้อยู่รอดกับสถานการณ์วิกฤตเช่นนี้ในช่วงที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติคือ “การเบิกเงินล่วงหน้าและทำงานเพื่อชดใช้เงินที่เบิกมา” แม้ลุงศักดิ์จะได้รับความช่วยเหลือในโครงการคนละครึ่งซึ่งสามารถแบ่งเบาภาระในเรื่องค่าอาหารการกินได้ แต่ทั้งนี้ก็เนื่องจากลูกชายที่เล่นโทรศัพท์เป็น ทว่าที่พี่จันทร์และพี่เปาซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา มาทำงานที่ประเทศไทยเพื่อส่งเงินกลับบ้านไปครอบครัวต่างก็ไม่ได้สามารถเข้าถึงโครงการความช่วยเหลือดังกล่าวของรัฐบาลได้ อีกประการหนึ่ง พี่กชพรได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าข้าวของมีราคาแพงขึ้นจากเดิมมาก อันเนื่องมาจากราคาน้ำมัน ดังนั้นแม้จะมีสิทธิ์คนละครึ่งมาลดค่าอาหารการกิน ทว่าพี่กชพรกลับรู้สึกที่ต้องจ่ายในราคาที่ไม่ต่างไปจากปกติมากนัก

อนึ่ง ในสถานการณ์ที่ยากลำบากของเหล่าพี่น้องแรงงานเช่นนี้ ก็ยังคงสามารถพบเห็นผู้ใจดีที่นำอาหารและของใช้มาแจกจ่ายแก่คนในแคมป์ก่อสร้าง ดังที่ลุงศักดิ์เล่าให้ฟังว่า “บางทีก็มีคนมาบริจาคข้าวกล่อง พวกคนใจดีแต่มันไม่ใช่ตลอด” แต่เนื่องจากคนในแคมป์อาจมีความจำเป็นในการใช้เงิน และเมื่อไม่สามารถทำงานได้ “หัวหน้า” จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้วยการควักเงินตัวเองจ่ายครึ่งหนึ่งของรายได้ของแรงงานในแคมป์นี้ “ผมจ่ายเงินให้ลูกน้อง มีทั้งเอาอาหารมาให้ ส่วนเงินคิดวันที่หยุดไปแล้วจ่ายครึ่งหนึ่ง ถ้าหยุดไปอาทิตย์นึง ผมก็ให้ค่าแรงครึ่งหนึ่งของอาทิตย์” นอกจากนี้หัวหน้ายังสะท้อนการทำงานของรัฐบาลไว้ว่า “รัฐไม่ได้เข้ามายุ่งอะไรเลย ดูแลกันเอง 100% ถ้าเขาหยุดไปไม่ได้เงิน เขาก็ไม่มีอะไรจะส่งกลับบ้าน รัฐไม่ได้เข้ามาช่วยอะไร งบที่บอกว่าเท่านั้นเท่านั้นก็ไม่เห็นมาสักที ขอรายชื่อไปหมดแล้วแต่ตัวเงินไม่มา”

อาจเป็นเพราะแคมป์ที่เราลงพื้นที่สัมภาษณ์เป็นเพียงแคมป์ขนาดเล็กและไม่มีผู้ติดเชื้อ จึงไม่ถูกรัฐให้ความสำคัญในการเยียวยาผลกระทบเชิงเศรษฐกิจจากสถานการณ์โควิด-19 สักเท่าไร ซึ่งจากการสอบถามทั้งหัวหน้างานและคนงานในแคมป์พบว่าไม่มีหน่วยงานรัฐ อาทิ องค์กรบริหารส่วนตำบล ได้เข้ามาช่วยเหลือ

แล กระทั่งลงพื้นที่สำรวจความเดือดร้อนที่เหล่าพี่น้องแรงงานได้รับแต่อย่างใด ผู้ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือล้วนเป็น บุคคลผู้ใจดี หัวหน้างาน และบริษัท

แคมป์ก่อสร้างชอยปากเกร็ด-ติวานนท์ 15

แคมป์ก่อสร้างชอยปากเกร็ด-ติวานนท์ 15 เป็นแคมป์ในความรับผิดชอบของบริษัทซิโน-ไทย เอ็นจีเนียริ่งแอนด์คอนสตรัคชั่น จำกัด (มหาชน) โดยแรงงานได้ค่าจ้างเป็นรายวัน วันละ 331 บาท สถานการณ์โควิดตั้งแต่ระลอกแรกก็ดูมีท่าทีว่าจะไม่รุนแรงมากนัก และทุกคนสามารถทำงานรับค่าจ้างรายวันได้ปกติ กระทั่งเมื่อเข้าเดือนพฤษภาคมปี 2564 แคมป์ดังกล่าวกลายเป็นแหล่งแพร่ระบาดของขนาดใหญ่ด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อกว่าพันคน ทำให้แคมป์ต้องถูกปิดลงชั่วคราว โดยเบื้องต้นสันนิษฐานว่าต้นกำเนิดการแพร่ระบาดมาจากแรงงานที่เพิ่งย้ายเข้ามา ซึ่งก่อนหน้านีทำงานอยู่ที่รัฐสภา

เป็นเวลาร่วม 2 เดือนที่คนงานในแคมป์นี้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ บรรยากาศในช่วงที่แคมป์ถูกปิดไปคือผู้ที่ติดเชื้อก็แยกตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสนามโดยมีบริษัทจัดการดูแลและให้ความช่วยเหลือในส่วนนี้ ขณะที่แรงงานที่เหลือที่ไม่พบว่าติดเชื้อก็ต่างคนต่างอยู่ในห้องพัก โดยก็เป็นทางบริษัทอีกครั้งที่มีข้าวและน้ำมาให้วันละ 3 เวลา ซึ่งจะส่งพ่อบ้านของแคมป์ออกมารับที่หน้าประตูและนำไปแจกจ่ายให้แรงงานในแคมป์อีกต่อหนึ่ง ทั้งยังมีหน่วยงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลปากเกร็ดมาตรวจหาเชื้อให้อยู่เรื่อย ๆ

นอกจากนี้ยังมี “ผู้ใจดี” ที่แวะเวียนเอาอาหารและของใช้มามอบให้แรงงานในแคมป์นี้ เมื่อสอบถามถึงความลำบากในการใช้ชีวิตช่วงที่แคมป์ถูกปิด พี่ชุนากาญ แม่บ้านและเจ้าของร้านขายของชำประจำแคมป์เล่าให้ฟังว่า “มันไม่ค่อยลำบาก เพราะซิโนเขามีข้าวมามาให้ 3 เวลา แล้วก็ยังมีผู้ใหญ่ใจดีมาแจกของบ้าง หน่วยงานอื่นก็มา คนที่มีเงินอะไรก็มาบริจาค เปิดประตูมาเรียกพ่อบ้านให้ออกไปรับแล้วถ้ารูป”

ที่สำคัญคือแรงงานในแคมป์นี้ล้วนได้เงินเยียวยาจ่ายตรงจากรัฐบาลในช่วงที่ถูกกักตัวและไม่สามารถทำงานได้ปกติ โดยคิดเป็น 50% ของรายได้ ทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมาย ขณะที่หากเป็นแรงงานไทยก็อาจได้รับความช่วยเหลือจากโครงการคนละครึ่ง และโครงการม.33 เพิ่มเติม ซึ่งพี่ชุนากาญให้ภาพจำไว้ว่า “ได้จากรัฐ 2 งวด งวดละ 2,500 บาท และก็จะมีการจ่ายม.33 จากสองอย่างแล้วก็เกือบหมื่น”

ด้วยความช่วยเหลือต่อแรงงานในแคมป์จากภาครัฐและผู้ใจดีอย่างเช่นนี้ อาจดูเหมือนว่าพี่น้องแรงงานในระยะเวลากว้าง 2 เดือน แม้จะไม่มีรายได้จากการทำงานก็ยังสามารถกินอิ่มนอนหลับได้ เพราะแทบไม่ต้องใช้เงิน แต่อย่างไรก็ตาม เราบังเอิญเจอลุงคำหล้า ซึ่งผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการปิดแคมป์และไม่สามารถทำงานหาเงินรายวันได้ตามปกติ แม้จะได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ของรัฐแล้ว

ลุงคำหล้า ชายวัย 45 ปี เป็นคนจังหวัดศรีสะเกษ ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแรงงานก่อสร้างอยู่ในบริษัทซิโน-ไทยฯ และเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องหาเลี้ยงภรรยาและหลานที่ยังเล็ก ลุงคำหล้าเล่าให้เราฟังถึงผลกระทบในช่วงที่แคมป์ถูกปิดและไม่สามารถทำงานได้ว่า “สองเดือนผมเป็นหนี้ ทำงานใช้หนี้ ซื้อของร้านค้าต้องยืม ต้องเซ็นต์เขากิน ขนาดทำงานปกติทั่วไปช่วงที่ไม่มีโควิดก็ยังไม่แย่แล้ว แต่พอมีโควิดถ้าเป็นคนหาเช้ากินค่ำ แรงงานก่อสร้างอย่างพวกผม ยิ่งแย่ไปใหญ่” ทั้งนี้เนื่องมาจากหลานของลุงคำหล้ายังเล็กและต้องตมนม ซึ่ง

ถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง โดยเฉพาะในช่วงที่ลูกค้าไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งรัฐบาลก็ดีหรือบริษัทก็ดี ต่างก็มิได้มองเห็นถึงความสำคัญข้อนี้ แม้จะมีอาหาร 3 มื้อฟรี แต่เด็กก็ยังคงต้องตีนมเป็นสำคัญ

แม้ภาครัฐและภาคประชาสังคมจะระดมความช่วยเหลือให้แก่แรงงานในแคมป์ขนาดใหญ่ของซิโน-ไทยเอ็นจีเนียริงแอนด์คอนสตรัคชั่น จำกัด (มหาชน) ประจำปากเกร็ดอย่างเต็มที่แล้ว แต่เราก็กองพบแรงงานที่ต้องอยู่อย่างยากลำบาก เป็นหนี้สินในช่วงที่แคมป์ถูกปิดเพราะไม่มีรายได้ในแต่ละวันเพราะต้องเบิกเงินล่วงหน้ามาใช้ หลังจากนั้นก็ต้องตั้งหน้าตั้งตาทำงานเพื่อใช้หนี้ อย่างไรก็ตาม เราอาจมองปัญหาดังกล่าวนี้ได้ว่าสืบเนื่องมาจากเกณฑ์ค่าแรงขั้นต่ำที่สวนทางกับค่าครองชีพตั้งแต่แรก จนเหล่าพี่น้องแรงงานไม่สามารถมีเงินพอที่จะเก็บเพื่ออยู่อย่างสุขสบายในช่วงสถานการณ์วิกฤตใด ๆ ได้ เพราะแค่ใช้ชีวิตธรรมดาในแต่ละวันด้วยค่าจ้าง 300 บาทก็ลำบากมากพออยู่แล้วนั่นเอง

สรุป

การจะอยู่รอดในสถานการณ์วิกฤตในประเทศไทย นอกจากจะต้องพึ่งพาเครือข่ายทางสังคมแล้ว ที่สำคัญยังต้องหวังโชคช่วยดลบันดาลคนในสังคมให้มีจิตใจเมตตา พร้อมทั้งจะแบ่งปันแก่ผู้มีชีวิตลำบากกว่าตัวเอง กระทั่ง “น้ำใจ” ได้กลายมาเป็นบุคลิกสำคัญของคนไทยเสียแล้ว เนื่องด้วยในแต่ละครั้งเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตที่ผ่านมา มักจะพบว่าประชาชนด้วยกันเองมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นั้น ๆ เสมอมา มากกว่าที่รัฐจะช่วยเหลือเยียวยาและแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมแก่ผู้ได้รับความเดือดร้อน และเช่นเดียวกันกับสถานการณ์โควิดนี้ เป็นอีกครั้งที่เราพบเห็นน้ำใจของคนไทยหรือที่ผู้ให้สัมภาษณ์มักจะเรียกคนกลุ่มนี้ว่าผู้ใจดี ซึ่งเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือทั้งคนไร้บ้านและพี่น้องแรงงาน

ความมั่นคงในชีวิตของแรงงานรับจ้างขึ้นอยู่กับวันต่อวัน กล่าวคือวันที่สามารถทำงานได้ก็รับประกันได้ว่าในวันนั้นจะมีเงินซื้ออาหารกิน ขณะที่วันใดไม่สามารถทำงานได้วันนั้นอาจจะต้องอดอาหารหรือนำเงินเก็บที่มีอยู่เพียงน้อยนิดออกมาใช้ หากต้องหยุดงานหลายวันเข้าก็นำมาสู่การเป็นหนี้สินด้วยการต้องขอหยิบยืมจากคนรู้จัก เหล่าคนรากหญ้าต้องใช้ชีวิตอย่างปากกัดตีนถีบด้วยค่าแรงขั้นต่ำวันละ 300 บาท หากภาระทางสังคมกดดันมากเข้าก็อาจกลายมาเป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่ เฉกเช่นลุงเตี้ยและพี่สมเกียรติที่เราไปพบ และแม้รัฐบาลจะออกโครงการต่าง ๆ มาเพื่อเยียวยาประชาชนในช่วงสถานการณ์วิกฤตด้วยการให้เงิน ทว่าโครงการเหล่านี้จะมีประสิทธิภาพในการเยียวยาประชาชนได้จริงหรือไม่หากพวกเขาไม่สามารถเข้าถึงได้แต่แรก

18.5.4 ผู้ต้องขังในเรือนจำ

เนื้อหาในส่วนนี้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานครจำนวน 5 รายในช่วงที่การแพร่ระบาดอย่างหนักของโควิด-19 ในเรือนจำในช่วงกลางปี 2564 และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือรับตัวผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวที่ติดโควิด-19 ไปทำการรักษาตัวต่อ

การขาดความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในเรือนจำ

โควิด-19 เริ่มแพร่ระบาดในเรือนจำมาตั้งแต่ช่วงเดือนปลายปี 2563 แล้ว แต่เนื่องจากภายในเรือนจำไม่เคยมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับตัวอย่างอาการของผู้ที่ติดโควิด-19 หรือเปิดเผยจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโควิด-19 เลย ทำให้ผู้ต้องขังภายในไม่ทราบและไม่สามารถรับรู้ข่าวสารใดๆ ได้เลยเกี่ยวกับอาการที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนหากติดเชื้อโควิด-19 และไม่ทันระวังตัว ดังกรณีผู้ต้องขังทางการเมืองรายหนึ่งที่มีอาการจุกไม่ได้อิ่มและไม่สามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้ แต่เพื่อนร่วมห้องขังของเขา ก็ไม่มีใครระแคะระคายว่านี่คืออาการเบื้องต้นของผู้ที่ติดโควิด-19 ทำให้ไม่มีการป้องกัน ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับอาการเบื้องต้นของโควิด-19 เกิดจากผู้ต้องขังแนะนำต่อๆ กันเองจากผู้ต้องขังใหม่ที่เข้าเรือนจำไปทีหลัง ดังที่ผู้ต้องขังคดีทางการเมืองรายหนึ่งซึ่งขณะนี้ได้รับการประกันตัว กล่าวว่า “ไม่มีใครรู้เลยว่าในเรือนจำติดไปแล้วก็คน แต่เราจะเห็นการจัดการที่เปลี่ยนไป เช่น เริ่มกักกันนักโทษกลุ่มนั้นกลุ่มนี้มากขึ้น เราก็เลยพยายามถามว่าเกิดอะไรขึ้น ก็พอรู้ว่ามีคนติดเชื้อโควิด 3 คน นี่คือความไม่รู้เพราะไม่มีข่าวสารความรู้เข้าไป” และ “อีกอย่างคือทางเรือนจำปกปิดความจริงเกี่ยวกับตัวเลขการติดเชื้อ ก็ไม่มีใครรู้เรื่องเลยจนกระทั่งออกมา แล้วรู้ถึงติดโควิด ทางนี้ก็เริ่มเอะใจว่าคนของพวกเราทำไมติดมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างเช่น พอร์ต ไฟเย็น ที่เขาอยู่แดน 6 โซนดีที่มีคนแตกกับทนาย พอไปเยี่ยมเลยรู้ว่าติดโควิด”

สภาพในเรือนจำที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันโรคและการรักษาผู้ป่วยโควิด-19

เรือนจำมีสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 เนื่องจากพื้นที่มีความแออัดรวมทั้งสิ่งของและอุปกรณ์จำเป็นในเรือนจำก็ไม่เพียงพอต่อผู้ต้องขัง ตัวอย่างเช่น หน้ากากอนามัยที่ต้องใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีก อีกทั้งผู้ต้องขังในแดนแรกรับหลายคนที่ฝากขังเข้าไปไม่มีการตรวจโควิด-19 มาก่อน แม้ว่าทางกรมราชทัณฑ์จะแจ้งว่ามีการตรวจแบบ ATK แล้ว แต่ก็ไม่ได้ตรวจคัดกรองผู้ต้องขังทุกคนเนื่องจากพยาบาลในเรือนจำมีไม่มากพอ ทำให้ต้องใช้การทยอยตรวจหรือสุ่มตรวจผู้ต้องขังบางกลุ่มเท่านั้น

ในกระบวนการคัดกรองนักโทษใหม่ของเรือนจำนั้น เริ่มต้นจากการที่นักโทษใหม่จะถูกการคัดกรองและตรวจวัดอุณหภูมิ จากนั้นก็จะถูกกักขังอยู่ในแดน เช่น ศาลส่งผู้ต้องขังมา 30 คน ผู้ต้องขังทั้ง 30 คนนั้นก็จะถูกกักขังอยู่ในห้องเดียวกันเป็นเวลา 14 วัน โดยในตอนหลังเปลี่ยนมาเป็น 21 วัน และ 28 ตามลำดับ ในระหว่างนี้เป็นความทรมานสำหรับผู้ต้องขังใหม่อย่างมาก เนื่องจากถูกกักขังไว้ที่ห้องกักตัวแรกรับของนักโทษใหม่ โดยรอบห้องขังจะมีการซีลและแรปด้วยพลาสติก เพื่อเป็นมาตรการในการป้องกันโควิด-19 ที่เรียกว่า “บับเบิลแอนด์ซีล” (bubble & seal) ซึ่งผู้ต้องขังจำนวน 30 คนจะต้องนอนอยู่ในนั้น ภายในห้องนี้อากาศร้อนมาก ไม่มีอากาศถ่ายเท โดยยไม่มีกรอนุญาตให้ผู้ต้องขังใหม่ออกจากห้องขัง ตลอด 28 วันพวกเขาต้องทานอาหารและใช้ห้องน้ำร่วมกันในห้องขังนั้น ทั้งขับถ่าย เทเศษอาหาร อาบน้ำ แปรงฟันอยู่ในห้องนี้ทั้ง 30 คน

ในภาพรวม การจัดการสถานการณ์โควิด-19 ภายในเรือนจำเป็นสิ่งที่ยุ่งยากก็ไม่สามารถจัดการได้เนื่องจากจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำมีมากเกินไปค่อนข้างเยอะ โดยผู้ต้องขังมีการสัมผัสติดต่อกันอยู่ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น ในเรือนนอนของห้องขังที่ขนาด 50 ตารางเมตรต่อจำนวนผู้ต้องขังที่นอนรวมกันจำนวน 30 คน เท่ากับปริมาณพื้นที่ใช้สอยของผู้ต้องขังต่อคนอยู่ที่ประมาณ 1.6 ตารางเมตรต่อคนเท่านั้นนั่นหมายความว่า

ผู้ต้องขังจะต้องติดต่อสัมผัสกันโดยอัตโนมัติ อีกทั้งยังมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อระหว่างแดนอีกด้วย ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้ต้องขังที่มีหน้าที่รับส่งอาหารระหว่างแดนต่างๆ ที่อาจเป็นคนกลางในการแพร่เชื้อระหว่างปฏิบัติหน้าที่

หน้ากากอนามัยเป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างมาก แม้ว่าทางเรือนจะมีการบังคับให้ผู้ต้องขังทุกคนใส่ หน้ากากอนามัยในระหว่างการถูกคุมขัง แต่ทางเรือนจำกลับไม่ได้มีการแจกหน้ากากอนามัยมีการแจกให้ผู้ต้องขัง โดยผู้ต้องขังเองจะต้องซื้อหน้ากากอนามัยชิ้นละ 15 บาท แม้ว่าจะมีประกาศกรมการคำภายในว่า ด้วยราคาสินค้าและบริการเกี่ยวกับราคาหน้ากากอนามัยไม่เกินชิ้นละ 2.50 บาทก็ตาม ทั้งนี้ หน้ากากอนามัย เป็นปัญหาอย่างมากในห้องขัง ผู้ต้องขังที่ไม่มีญาติฝากเงินสำหรับใช้จ่ายในระหว่างคุมขังอาจจะต้องใช้วิธีขโมยของเพื่อนที่อยู่ร่วมห้องขัง เนื่องจากเรือนจำบังคับผู้ต้องขังทุกคนต้องใส่หน้ากากอนามัย แต่ผู้ต้องขังบางคนไม่มีเงินซื้อ จึงต้องขโมยของเพื่อนผู้ต้องขังรอบข้าง ทำให้ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดโรค อีกทั้งการที่ผู้ต้องขังทุกคนใส่หน้ากากแบบเดียวกันหมด บ่อยครั้งที่มีการสลับสับเปลี่ยนหน้ากากของผู้ต้องขังด้วยกัน ทำให้ยิ่งเพิ่มความเสี่ยง ที่ผ่านมาจากแกนนำผู้ชุมนุม “กลุ่มราษฎร” ที่ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำในช่วงนั้นซึ่งมีเงินค่าใช้จ่ายในเรือนจำจากการบริจาคของประชาชนได้ซื้อหน้ากากอนามัยแจกผู้ต้องขังร่วมเรือนนอนทุกคน

ในส่วนของการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 แม้ว่าทางกรมราชทัณฑ์จะมีการเปิดเผยว่าได้จัดเตรียมเตียงสนามสำหรับผู้ต้องขังที่ติดเชื้อโควิดแล้ว แต่ในความเป็นจริงเตียงสนามที่ทางโรงพยาบาลราชทัณฑ์เตรียมไว้ให้เป็นเพียงเบาะโฟมที่อยู่ในห้องขังเท่านั้น แต่ภายในไม่ได้มีมาตรการหรือการเว้นระยะห่างแต่อย่างใด แม้ว่าทางโรงพยาบาลราชทัณฑ์จะอ้างว่ามีการจัดเตรียมเตียงสนามไว้แล้วกว่า 500 เตียง และสามารถขยายเพิ่มเติมได้ถึง 1,010 เตียง แต่จำนวนตัวเลขผู้ติดเชื้อจริงในเรือนจำมีมากกว่านี้มากหลายเท่าตัว

ข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหาการปกปิดข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเรือนจำ

ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ตัวแทนกลุ่มราษฎรที่เคยถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร และทัศนสถานหญิงกลางได้เดินทางมาเข้ายื่นหนังสือที่กระทรวงยุติธรรม เพื่อขอให้เร่งแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิดในเรือนจำต่างๆ ที่กำลังเกิดขึ้น รวมทั้งชี้แจงข้อเท็จจริงและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเรือนจำ โดยมีข้อเสนอแนะ 10 ข้อ ดังนี้

1. ต้องการให้กระทรวงและกรมราชทัณฑ์ยอมรับความจริง และเปิดเผยข้อมูลการแพร่ระบาดอย่างตรงไปตรงมา หากไม่มีข่าวว่ามีแกนนำกลุ่มราษฎรติดเชื้อโควิดระหว่างถูกคุมขัง สาธารณชนก็จะไม่ทราบจริงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในเรือนจำ
2. ต้องการให้มีการคาดโทษเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ที่ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโควิดในเรือนจำได้ อีกทั้งยังเรียกร้องให้เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนและเบี่ยงเบนให้ค้ำค่ากับการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากทราบดีว่าเจ้าหน้าที่ต่างทำงานอย่างยากลำบากและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
3. จ่ายเงินชดเชยเยียวยาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อในเรือนจำ โดยคำนวณตามอัตราประกันภัยทั่วไป เพราะการแพร่ระบาดในเรือนจำมาจากความบกพร่องและไร้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของหน่วยงานรัฐ

4. ให้เปิดเผยข้อเท็จจริงและรายละเอียดการแพร่ระบาดของโควิดในเรือนจำแก่ญาติผู้ต้องขัง และสาธารณชนรับทราบ รวมทั้งจัดให้มีการอำนวยความสะดวก เพิ่มช่องทางเยี่ยมผู้ต้องขังทางออนไลน์ให้มากขึ้น
5. จัดหาวัคซีนให้กับเจ้าหน้าที่และนักโทษโดยเร็วที่สุด
6. ประสานงานให้ศาลอนุญาตให้ปล่อยตัวชั่วคราวผู้ถูกกล่าวหาจากทุกคดีที่อยู่ระหว่างการสอบสวน หลีกเลี่ยงการขอฝากขังของพนักงานสอบสวนเพื่อลดปริมาณผู้ต้องขังใหม่
7. จัดสวัสดิการพื้นฐานสำหรับผู้ถูกกักกันโรค เช่น การแจกหน้ากากอนามัยและเจลล้างมือให้เพียงพอ ปรับปรุงคุณภาพอาหารและโภชนาการ รวมทั้งจัดให้มีผ้าอนามัยที่เพียงพอให้กับผู้ต้องขังหญิงที่ยังขาดแคลน
8. กรณีที่ผู้ต้องขังติดเชื้อโควิดในระหว่างคุมขัง ให้ส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
9. จัดการสาธารณสุขให้เพียงพอ เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา และผ้าห่ม
10. จัดยารักษาให้เพียงพอกับผู้ป่วยในเรือนจำ รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการปล่อยตัวนักผู้ต้องขังที่ติดเชื้อและติดตามผลหลังการปล่อยตัวไป

หลังจากมีการทำหนังสือเรียกร้องนี้ ประกอบกับที่มีการรายงานจากทนายความที่เข้าเยี่ยมว่ามีผู้ต้องขังทางการเมืองหลายรายติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ เริ่มมีการตื่นตัวจากกรมราชทัณฑ์ในการเฝ้าระวังและป้องกันสถานการณ์การแพร่ระบาดมากขึ้น จากนั้นจึงมีการเปิดเผยข้อเท็จจริงจากกรมราชทัณฑ์เกี่ยวกับจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดในเรือนจำ และได้ออกมายอมรับว่ามีผู้ต้องขังติดเชื้อในเรือนจำจริงๆ ทั้งในเรือนจำชายและเรือนจำหญิง ทั้งนี้ การรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) โดย นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ที่ผ่านมายังไม่ปรากฏการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อในเรือนจำ จนกระทั่งหลังจากที่มีการยื่นหนังสือเรียกร้องดังกล่าว จึงได้มีการรายงานที่ทำให้เห็นถึงจำนวนผู้ต้องขังที่ติดเชื้อในเรือนจำซึ่งเป็นตัวเลขที่พุ่งพรวดขึ้นจากการแถลงของกรมราชทัณฑ์

18.6 สรุปและการประเมินผล

18.6.1 สิ่งทีกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบและกลุ่มคนเปราะบาง ต้องเผชิญในสถานการณ์โควิด-19

กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่น มาตั้งแต่การแพร่ระบาดในระลอกแรก เนื่องจากต้องทำงานในสภาวะของความเสี่ยง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงแออัดได้ เช่น การใช้รถโดยสารสาธารณะที่แน่นขนัด หรือการที่ต้องอาศัยอยู่ด้วยกันในบ้านหรือห้องพักแคบๆ นอกจากนี้ ก็ยังมีกลุ่มที่เป็นชายขอบและมีสถานะที่ย่ำแย่กว่ากลุ่มอื่นๆ เช่น คนไร้บ้าน ที่แม้แต่การหาหน้ากากอนามัยมาป้องกันการติดเชื้อก็ทำได้ยากแล้ว อีกทั้งในบางบริบทก็เป็นผู้ติดเชื้อแบบ “คลัสเตอร์” อีกจำนวนมากด้วยเนื่องจากลักษณะการทำงานที่แออัด เช่น คนงานในโรงงาน แรงงานในแคมป์ก่อสร้าง

สำหรับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง แบ่งได้เป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเกิดจากมาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” ในวงกว้างที่ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ต้องตกงานขาดรายได้อย่างเฉียบพลัน กลายเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากจนชีวิตแทบไม่สามารถลืมตาอ้าปากได้อีก โดยบางรายยังไม่สามารถหาทางออกในชีวิตตนเองไม่ได้แม้เวลาจะผ่านมานานราวสองปีแล้วก็

ตาม ดัชนีคนตกงานซึ่งขาดที่พึ่งที่ในที่สุดต้องกลายมาเป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่ หรือแรงงานชาวมลายุสมติ จากจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ต้องเดินทางกลับมาจากมาเลเซียเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ในมาเลเซียและการปิดด่านพรมแดน ที่แม้เวลาจะผ่านไปเกือบสองปีก็ยังไม่สามารถทำงานทำที่เป็นรายได้หลักได้อีกเลย เนื่อง ความชบเซาทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลต่อเนื่องยาวนานแม้จะพ้นจากการใช้มาตรการ “ล๊อคดาวน์” หรือ “กึ่งล๊อคดาวน์” ที่เข้มงวดก็ตาม การตกงานจากสถานการณ์โควิด-19 หากเป็นแรงงานสูงอายุหรือมีการศึกษาและทักษะน้อย ก็อาจถูกเลิกจ้างถาวร ส่งผลกระทบต่อลูกหลานในด้านการศึกษา โภชนาการ และสุขภาพ

ขณะที่บางรายแม้จะไม่ได้ตกงานหรือขาดรายได้อย่างสิ้นเชิง แต่รายได้ก็ลดลงมากเป็นเวลานานหลายเดือน เช่น แรงงานในแคมป์ก่อสร้างที่ถูกปิดและได้รับค่าแรงเพียงครั้งเดียวจากประกันสังคม หรือแรงงานแปรรูปในภาคการประมงซึ่งมักได้ค่าจ้างรายวันหรือค่าจ้างแบบรับทำของ ซึ่งไม่มีการรับประกันจำนวนวันทำงานต่อเดือน บางรายที่เป็นแรงงานอิสระอาจต้องยุติการทำงานชั่วคราวไปก่อน เช่น คนขับแท็กซี่ที่ต้องหยุดขับรถเพราะไม่มีลูกค้าในช่วงล๊อคดาวน์หรือปิดประเทศ แม้จะกลับมาขับอีกครั้งเมื่อมีการผ่อนคลา ยมาตรการ กระนั้นรายได้ก็ยังน้อยมากเพราะนักท่องเที่ยวยังเข้าประเทศไม่ได้มากนัก รวมทั้งกิจการบางส่วนยัง “work from home” และสถาบันการศึกษาก็ยังมีการเรียนแบบ online กันอยู่ ทำให้เศรษฐกิจยังไม่เปิดอย่างเต็มที่ดังเดิม

ในส่วนการปรับตัวต่อความยากลำบากทางเศรษฐกิจ พบว่า ในระยะเฉพาะหน้าผู้ให้ข้อมูลพยายาม ประคับประคองตนเองให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้ในแต่ละวันด้วยลดรายจ่าย การรับของแจก หรือการใช้เงิน ใเยียวยา บางรายในช่วงเกือบสองปีที่ผ่านมาดำรงชีพด้วยเงินออมเดิม เงินที่กู้ยืมจากสถาบันการเงินหรือจากพี่น้อง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนอาชีพและการหางานทำ ทั้งนี้ กลุ่มคนจน คนเปราะบาง หรือคนชายขอบที่มีชีวิต อยู่ท่ามกลางเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น อยู่ในหมู่บ้านชนบท หรือแม้แต่ชุมชนแออัดแออัดในเมือง ที่มีเพื่อนบ้าน เครือญาติ กลุ่มเพื่อนร่วมงาน จะสามารถแสวงหาความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้มากกว่าคนที่ ดำรงชีวิตหรือทำงานรับจ้างอย่างโดดเดี่ยวแบบปัจเจกชน

ผลกระทบแบบที่สอง เป็นผลกระทบจากการจัดการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ตั้งแต่ช่วง ไตรมาศที่สองของปี พ.ศ. 2564 มีการแพร่ระบาดอย่างหนักของโรคโควิด-19 กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางจำนวนมากกลายเป็นผู้ติดเชื้อและประสบปัญหาไม่สามารถรักษาพยาบาลได้อย่าง รวดเร็ว ตั้งแต่การเข้าถึงการตรวจหาเชื้อแบบ RT-PCR ที่ยากลำบาก ในช่วงที่ชุดตรวจ ATK ยังไม่มีแพร่หลาย มีรายงานข่าวผู้คนมาต่อแถวตั้งแต่เข้ามืดเพื่อรับคิวการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ตามจุดตรวจต่างๆ จำนวน มาก ที่สำคัญมีผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 รายที่มีอาการหนักที่ยังไม่ถูกตัวส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือ โรงพยาบาลสนาม จนทำให้มีกรณีผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตตามบ้าน แม้ต่อมาสถานการณ์เลวร้ายเช่นนี้จะเริ่ม คลี่คลายลง เพราะมีหลายฝ่ายช่วยกันวางระบบการรักษาตามระดับความหนักเบา การพัฒนาระบบการส่งตัว ผู้ป่วย รวมทั้งการมียารักษาที่เพิ่มมากขึ้น แต่กว่าจะมาถึงจุดนี้ก็มีคนจำนวนมากที่ต้องสูญเสีย โดยเฉพาะ กลุ่ม คนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง

สำหรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ซึ่งกว่าที่ประเทศไทยจะมีวัคซีนที่เพียงพอและมีคุณภาพมาแจกจ่ายแก่ประชาชนก็จนเวลาล่วงเลยมาถึงไตรมาสที่ 4 ของปี 2564 แล้ว โดยในช่วงแรกการนำเข้าและจ่ายแจกวัคซีนมีความล่าช้าและไม่เป็นที่ไว้วางใจในคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีนยี่ห้อที่รัฐบาลเลือกสั่งซื้อมา รวมทั้งยังมีปัญหาอย่างมากในเรื่องผลกระทบของวัคซีนโควิด-19 ที่ประชาชนมีความกังวลถึงผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งในความเข้าใจของประชาชน ผลข้างเคียงนั้นเกิดขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม ทางการและหน่วยงานด้านสาธารณสุขมักพูดอย่างคลุมเครือถึงผลกระทบเหล่านี้ ทั้งนี้ หากกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ประสบกับอาการที่เชื่อว่าเป็นผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน พวกเขา ก็จะปล่อยผ่านไป เพราะไม่รู้จะไปเรียกร้องผ่านทางช่องทางไหนได้ ต่างจากคนกลุ่มอื่นที่ประสบปัญหาเดียวกันที่มีช่องทางในการร้องเรียนหรือเรียกค่าชดเชย ค่าเสียหายจากรัฐหรือบริษัทผู้ผลิตวัคซีนได้

อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ความเหลื่อมล้ำ และความไม่เท่าเทียมในทางสิทธิและกฎหมายที่มีอยู่เดิมทำให้คนจน คนเปราะบาง คนชายขอบ ได้รับผลกระทบมากขึ้นในสถานการณ์โควิด-19 กล่าวสำหรับแรงงานนอกระบบนั้นก็ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้างมาโดยตลอด นั่นก็คือ มีรายได้ต่ำกว่าลูกจ้างในระบบเกือบเท่าตัว ไม่มีสวัสดิการคุ้มครองครอบคลุมดังที่ผู้อยู่ในระบบประกันสังคม แรงงานนอกระบบเหล่านี้มีความเปราะบางมากขึ้นจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่วนกรณีแรงงานข้ามชาติก็มีปัญหาเรื่องการคุ้มครองสิทธิแรงงานเดิมอยู่แล้ว ที่ผ่านมาร่างงานข้ามชาติจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลแม้จะมีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งไม่สามารถร้องเรียนนายจ้างที่หลีกเลี่ยงการจ่ายค่าชดเชยจากการขอให้หยุดงานหรือส่งใบลาออก หรือกรณี “ชาวเล” จ.ภูเก็ต ที่เดิมก็ประสบปัญหาการไม่มีสถานะทางสัญชาติ ไม่มีบัตรประชาชน หรือมีบัตรประชาชนหมายเลข 0 การถูกขับไล่ออกจากที่ดินที่มีปัญหาพิพาทกับนายทุนและกรมอุทยานฯ การขาดแคลนสาธารณสุขพื้นฐาน การที่คนป่วยและคนพิการเข้าไม่ถึงการดูแลรักษา การออกจากการเรียนกลางคันของเด็กจำนวนมาก และการตกหล่นจากสวัสดิการแห่งรัฐ ดังนั้น “ชาวเล” จำนวนมากจึงเปราะบางอย่างมากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และไม่สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้

18.6.2 การจัดการโควิด-19 ของรัฐ: ประเมินผล

- มาตรการควบคุมการแพร่ระบาด (การล็อกดาวน์) ที่สร้างความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจและละเมิดสิทธิมนุษยชน

นับตั้งแต่ต้นปี 2563 โรคโควิด-19 ได้กลายมาเป็นวิกฤตหลักของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้คนอย่างรุนแรง ทั้งนี้ การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกยังไม่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อยังมีไม่มาก หากแต่มาตรการของรัฐในการควบคุมการแพร่ระบาดกลับกลายเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการระบาดระลอกแรกที่มาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” ถูกใช้อย่างเข้มข้นเนื่องจากรัฐบาลต้องการกีดกันตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 เหลือน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย มาตรการเหล่านี้ได้ส่งผลทำให้คนจำนวนมากต้องหยุดงานและขาดรายได้

มาตรการ “ล๊อคดาวน์” หรือ “กึ่งล๊อคดาวน์” และการปิดเศรษฐกิจที่มีช่วงการระบาดในระลอกต่างๆ ทำให้คนจน คนชายขอบ และกลุ่มเปราะบางไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม พวกเขาถูกให้ออกจากงาน ถูกพักงาน หรือถูกลดเวลาการทำงาน ทำให้ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลงอย่างมาก น่าสนใจว่าคนที่อยู่ระดับล่างหรือที่เป็นผู้เปราะบางมากที่สุดมักได้รับผลกระทบจากการจัดการโควิด-19 ก่อนและได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าคนในสถานะอื่น เช่น ในการสั่งปิดตลาดหลายแห่ง แม้ผู้ค้าจะประสบกับการขาดรายได้หรือขาดทุน แต่ก็ผู้ที่เดือดร้อนมากกว่าก็คือแรงงานรับจ้างรายวัน โดยเฉพาะที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่มักถูกเลิกจ้างโดยผู้ค้าก่อนเป็นอันดับแรก ขณะที่บางรายมีสภาพชีวิตที่ดิ่งลงอย่างมาก ดังปรากฏการณ์ “คนไร้บ้านหน้าใหม่” ที่มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความซบเซาทางเศรษฐกิจจากโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ กระทั่งไม่มีรายได้เพียงพอที่จะเป็นค่าเช่า ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าอาหาร จนต้องออกมาใช้ชีวิตในที่สาธารณะและยังชีพด้วยการรับอาหารแจกจากผู้บริจาค

มาตรการ “ล๊อคดาวน์” หรือ “กึ่งล๊อคดาวน์” และการปิดเศรษฐกิจ ยังส่งผลกระทบต่อเมืองเป็นลูกโซ่ สร้างความเดือดร้อนต่อผู้ประกอบการอาชีพอิสระและค้าขายอย่างมาก ดังกรณีการปิดด่านชายแดนที่ทำให้เศรษฐกิจชายแดนต้องปิดตัวไปโดยปริยาย ส่งผลกระทบต่อผู้ค้ารายย่อย ร้านอาหาร คนรับจ้างเข็นของในตลาด เรือรับจ้างข้ามแดน ผู้ขับรถตู้ รถประจำทาง เกษตรกรที่นำผลผลิตมาขายที่ตลาด เป็นต้น

นอกจากนี้มาตรการปิดพื้นที่ในหลายกรณี รัฐดำเนินการโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของประชาชน ดังการประกาศปิดตลาดหลายแห่งที่ประกาศปิดอย่างฉับพลัน ไม่ทันได้ตั้งตัว ผู้ค้าที่ส่งสินค้ามาขายประสบปัญหาของเน่าเสีย ขาดทุน นอกจากนี้ก็ยกภาระให้กับประชาชนที่ต้องทำตามมาตรการที่รัฐกำหนด บังคับ ผู้ให้ข้อมูลในตลาดระบุว่า ผู้ค้าต้องรวมเงินกันเองในแต่ละเดือนเพื่อจัดทำค่านัดจองทางเข้าออกของตลาดและเพื่อเป็นค่าจ้างคนมาทำหน้าที่คัดกรอง ซึ่งหากไม่ทำเช่นนี้ก็จะไม่สามารถเปิดตลาดได้

ในส่วนของการปิดชุมชน ในบางแห่งการปิดเข้มข้นมากถึงขั้น “บับเบิลแอนด์ซีล” ดังในกรณีสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการปิดชุมชนที่มีผู้ติดเชื่อจำนวนมากหลายแห่ง ทั้งนี้ มีข้อเสนอมาจากคนในพื้นที่ว่ารัฐควรเลิกมาตรการปิดชุมชน แล้วให้กักตัวเฉพาะครัวเรือนที่มีคนติดเชื่อหรือมีความเสี่ยงสูงเท่านั้น รวมทั้งควรต้องมีการปรึกษาหารือกับกลไกระดับชุมชน ส่วนในกรณีที่มีการปิดชุมชนก็ควรมีการแจกถุงยังชีพหรืออาหารแห้งให้เพียงพอต่อระยะเวลาการปิดชุมชน ไม่ควรปล่อยให้ชุมชนต้องจัดการกันเองแต่เพียงฝ่ายเดียว ที่สำคัญรัฐบาลควรจัดสรรอำนาจและงบประมาณให้ท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการจัดการปัญหาโควิด-19 มากกว่าการเน้นให้ตัวแทนอำนาจรัฐส่วนกลางอย่างอำเภอหรือจังหวัดมาเป็นผู้ดำเนินการ

แม้มาตรการ “ล๊อคดาวน์” หรือ “กึ่งล๊อคดาวน์” จะสร้างความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจอย่างมาก แต่มาตรการเหล่านี้ก็ยังคงมีความชอบธรรมในสายตาของสังคม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความหวาดกลัวต่อโควิด-19 ที่แพร่ระบาด ที่นำมาสู่ความรู้สึกถึงภัยหรือการตีตราคนบางกลุ่มว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อหรือแหล่งคลัสเตอร์ อาทิ กลุ่มดาวน์ แรงงานชาวมลายูมุสลิมชายแดนใต้ที่กลับจากประเทศมาเลเซีย หรือคนที่อาศัยในชุมชนแออัดที่มีการแพร่ระบาด ทำให้มาตรการที่ส่งผลกระทบต่อเหล่านี้ดำรงอยู่ในระยะเวลาที่นานพอควร เช่นเดียวกับกรณีการปิดชุมชน “ชาวเล” ที่ ต.ราไวย์ จ.ภูเก็ต เมื่อช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2564 ตามคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด หลังจากที่มีการตรวจพบว่ามี “ชาวเล” ที่นี้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากและมีผู้สูงอายุ

เสียชีวิตไปแล้วหลายคน ที่ขัดต่อการรับรองและคุ้มครองสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ระบุในรัฐธรรมนูญมาตรา 70 และขัดต่อ พ.ร.บ.คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 แต่สื่อและสังคมกลับไม่สนใจประเด็นนี้เนื่องจาก “ชาวเล” ถูกตีตราและถูกรังเกียจจากภายนอกกว่าเป็นผู้ติดเชื้อและผู้แพร่กระจายเชื้อ

- **การเยียวยาแบบเฉพาะที่ไม่ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด**

ขณะที่มาตรการเยียวยาในระยะแรกก็มีข้อจำกัดอย่างมาก เนื่องจากผู้เดือดร้อนจำนวนมากถูกกันออกและไม่สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือนี้ จนเกิดการประท้วงเรียกร้องของประชาชนที่ไม่ได้รับสิทธิ ขณะที่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกถัดมา แม้คนจนกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้มากขึ้น ผ่านมาตรการเยียวยาที่หลากหลายที่ครอบคลุมกลุ่มผู้เดือดร้อนได้มากกว่าในช่วงแรกๆ แต่กลุ่มคนชายขอบหรือกลุ่มเปราะบาง อาทิ คนไร้บ้าน แรงงานข้ามชาติ ก็ยังคงประสบปัญหาความเดือดร้อนต่อเนื่องมาจากการระบาดในระยะแรกเพราะขาดการประคับประคองช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ส่วนผู้ให้ข้อมูลจากแคมป์ก่อสร้างบางแห่งที่เคยถูกล้อคดาวน์ ระบุว่าแคมป์ขนาดเล็กมักไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากมาตรการของรัฐมากเท่ากับแคมป์ก่อสร้างของบริษัทขนาดใหญ่

ช่องทางหลักในการเยียวยาที่ต้องดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ด้วยสมาร์ทโฟนยังทำให้คนที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีต้องตกหล่นจากการช่วยเหลืออยู่เสมอ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุว่า “คนที่มีโอกาสอยู่ก่อนแล้วเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้” ซึ่ง “คนที่มีโอกาสอยู่ก่อนแล้ว” ในที่นี้หมายถึง คนที่ทำงานรับจ้างในระบบ คนที่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือดำเนินการให้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเห็นว่า รัฐควรเน้นการเยียวยาด้วยการให้เงินสด และควรเป็นการให้เปล่าแทนการที่ต้องออกคนละครึ่งหรือต้องมีการพิสูจน์สิทธิ์ที่เป็นการเลือกปฏิบัติ

นอกจากนั้นก็ยังมีประเด็นที่ว่า มาตรการต่างๆ ในการช่วยเหลือเยียวยาของรัฐ ในชีวิตจริงของผู้ได้รับผลกระทบนั้นเป็นเพียงการ “ต่อลมหายใจ” ในยามที่แทบไม่มีเงินเหลือติดตัว ที่ไม่สามารถนำมาสู่การลืมตาอ้าปากได้อย่างแท้จริง

- **การใช้อำนาจตาม พรก.ฉุกเฉิน ที่ตรวจสอบถ่วงดุลไม่ได้ และ ไม่มีผลในการควบคุมการระบาดของโควิด-19**

ที่ผ่านมารัฐบาลใช้อำนาจตาม พรก.ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมพื้นที่และออกมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินของรัฐบาลนี้มีมายาวนานกว่า 2 ปีแล้ว โดยได้ขยายการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินมาแล้วเกือบ 20 ครั้ง อย่างไรก็ตาม การออกประกาศและข้อกำหนดต่างๆ ตามอำนาจ พรก.ฉุกเฉิน ที่ผ่านมากลับไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาโควิด-19 เพราะยอดผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในระลอกที่ 3 และ 4 การควบคุมและมาตรการภายใต้อำนาจของ พรก.ฉุกเฉิน อาจจำเป็นในบางสถานการณ์ แต่ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ได้ผลที่สุดก็คือการฉีดวัคซีนประสิทธิภาพสูงให้แก่ประชาชนอย่างเพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ทั้งนี้ แม้ในระยะหลังรัฐเริ่มมีมาตรการผ่อนคลายนโยบายการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินก็ยังคงอยู่

ภายใต้ พรก.ฉุกเฉิน รัฐบาลมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารราชการ อำนาจนี้ไม่ต้องผูกพันกับฝ่ายนิติบัญญัติ ดังจะเห็นได้จากการที่นายกรัฐมนตรีมีอำนาจในการขยายเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างไม่มีข้อจำกัด รวมทั้งการที่จะไม่ต้องถูกตรวจสอบจากกระบวนการยุติธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของกรกระทำการทางการปกครอง เนื่องจากประชาชนไม่สามารถนำเอาคดีที่ตนถูกละเมิดสิทธิจากการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินไปขึ้นศาลปกครองได้ ทั้งนี้ ภายใต้การใช้อำนาจตาม พรก.ฉุกเฉิน ผลกระทบจากการจัดการโควิด-19 ที่มีต่อคนจน คนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง จะไม่สามารถถูกนำเสนอต่อสาธารณะได้อย่างเปิดเผยและเป็นอิสระ เนื่องจากรัฐมักจะดำเนินคดีตามอำนาจตาม พรก.ฉุกเฉิน ต่อผู้ที่นำเสนอข้อมูลที่แสดงถึงความล้มเหลวในการจัดการโควิด-19 ของรัฐ

ระบบราชการที่เชิงซ้ำและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

สำหรับมาตรการช่วยเหลือในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาพยาบาลนั้น ผู้ให้ข้อมูลทั้งในต่างจังหวัดและในกรุงเทพฯ เห็นคล้ายกันว่า การช่วยเหลือของรัฐส่วนกลาง (ส่วนราชการ) ซ้ำซ้ำ ไม่มีความชัดเจน และไม่ทั่วถึง ดังที่เกิดในหมู่บ้านชายแดนใต้ที่ถูกลือคตาวน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ระบุว่า ได้รับช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างมากโดยเฉพาะในการระบาดระลอกแรก ส่วนผู้ให้ข้อมูลในชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ ได้รับช่วยเหลือที่เข้าถึงได้และรวดเร็วจาก ส.ส. เขต อันสะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ในชีวิตทางการเมืองของชาวบ้านมีบทบาทมากในการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนจากการจัดการโควิด-19 ของรัฐได้ดีพอควร รวมทั้งยังสะท้อนถึงระบบใครมีอายุสาวได้สาวเอาในการเข้าถึงบริการและทรัพยากรของรัฐที่คนแต่ละกลุ่มมีช่องทางในการเข้าถึงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ สำหรับ สส. ในพรรคฝ่ายรัฐบาลมีศักยภาพในการประสานหน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือชาวบ้านได้มากกว่า เช่น สามารถประสานให้รถตรวจชีวนิรภัยเข้ามาให้บริการในชุมชนได้ หรือ สามารถจัดส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ด้วย ความรวดเร็ว ขณะที่ สส.ในพรรคฝ่ายค้านจะมีศักยภาพในการช่วยเหลือชาวบ้านได้ในระดับการแจกหรือบริจาคสิ่งของให้ครอบครัวผู้เดือดร้อนหรือให้แก่โรงพยาบาลสนามเท่านั้น

- มาตรการฟื้นฟูเศรษฐกิจที่จำกัด

แม้มาตรการเยียวยาเพื่อบรรเทาผลกระทบของโควิด-19 ของรัฐบาลในระยะหลังๆ ได้รับการปรับปรุงเพื่อให้ครอบคลุมผู้เดือดร้อนกลุ่มต่างๆ มากขึ้น และเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการเยียวยาในรูปแบบต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่ามาตรการเยียวยาเป็นภารกิจหลักของรัฐบาลในการแก้ปัญหาจากโควิด-19 ขณะที่มาตรการระยะยาวอย่างการฟื้นฟูเศรษฐกิจ ที่รวมถึงการสนับสนุนผู้ประกอบการ การสร้างงานสร้างอาชีพยังดำเนินไปอย่างจำกัด ขณะที่งบประมาณเงินกู้ก็ถูกโยกจากกลุ่มการฟื้นฟูเศรษฐกิจมาเป็นกลุ่มเงินเยียวยา ทั้งนี้ มาตรการการเยียวยาเป็นการแก้ปัญหาความเดือดร้อนจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระยะสั้นเฉพาะหน้าเท่านั้น ขณะที่การฟื้นฟูเศรษฐกิจและการสร้างงานสร้างอาชีพเป็นการแก้ปัญหาในระยะยาว แต่กลุ่มคนจนก็ยังแทบไม่ได้รับอานิสงส์จากมาตรการฟื้นฟูเศรษฐกิจของรัฐบาล

- การสนับสนุนกลไกภาคสังคมในการบรรเทาความเดือดร้อนจากโควิด-19 ยังมีน้อยเกินไป

ตลอดสองปีที่ผ่านมา ภาคสังคมมีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการช่วยให้คนจน คนเปราะบาง คนชายขอบพ่วงผ่านช่วงวิกฤตโควิด-19 ไปได้ โดยเฉพาะในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาล การตรวจหาเชื้อ

และการเข้าถึงวัคซีน รวมทั้งการจัดการเสปียงอาหารในพื้นที่ลือกดาวน์ กล่าวคือ ภาคสังคมมีบทบาทอย่างมาก ในการอุดช่องโหว่ความล้มเหลวในการจัดการโควิด-19 ของรัฐ ภาคสังคมเหล่านี้ทั้งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เชียงราย กรุงเทพฯ มีทั้งในส่วนขององค์กรด้านการสังคมสงเคราะห์ มูลนิธิ สมาคม ของชนชั้นสูง ขององค์กรทางศาสนา หรือของกลุ่มทุนที่ทำ CSR รวมทั้งองค์กรที่เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เน้น การจัดการตนเองและความเข้มแข็งของชุมชน อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่า หน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาค เช่น อำเภอ หรือ จังหวัด ยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือหรือการสนับสนุนเท่าที่ควรต่อบทบาทของภาคสังคม ดังในการตั้งโรงพยาบาลสนามของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามที่จังหวัดสงขลาที่พบว่ามียุโรปสรรคจากหน่วยงานในพื้นที่ค่อนข้างมาก

สรุปประเด็นสำคัญในส่วนที่ 5

- ข้อมูลการตายส่วนเกินช่วยในการเข้าใจภาพรวมของผลกระทบจากการแพร่ระบาดที่ก่อให้เกิดวิกฤติที่รุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยการตายส่วนเกินที่มีค่าสูงมาก ก็น่าจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการรับมือของรัฐบาล ทั้งในการตรวจหาเชื้อที่มีความครอบคลุม การจัดการระบบสาธารณสุขที่ตอบสนองและเข้าถึงได้ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ
- การวัดจำนวนผู้เสียชีวิตจากตายส่วนเกินนี้เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันความผิดพลาดจากการประเมินจำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผลกระทบจาก COVID-19 ต่ำจนเกินไป ไม่ว่าจะจากการตกหล่น (เช่น ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตโดยเข้าไม่ถึงการตรวจและไม่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล) หรือผู้ที่เสียชีวิตทางอ้อมจากผลของโควิด-19 ที่ทำให้ผู้ป่วยอื่นที่อาการหนักบางรายเสียชีวิตจากการเข้าไม่ถึงการรักษาหรือการใช้ห้อง ICU รวมทั้งผู้ที่ฆ่าตัวตายเพราะแรงกดดันต่างๆ รวมทั้งความเครียดและปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นผลตามมาจากผลกระทบของโควิด รวมทั้งอาจมาจากข้อจำกัดต่างๆ ของรัฐบาลในการบรรเทาผลกระทบเหล่านั้น
- ในภาพรวม สถานการณ์การว่างงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีเพิ่มขึ้น โดยปรากฏในรูปของชั่วโมงการทำงานที่ลดลงหรือการทำงานที่ไม่เต็มเวลา แม้จำนวนผู้มีงานทำจะเพิ่มขึ้นบ้างก็ตาม การว่างงานแบบนี้มีมากในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน นอกจากนี้ยังมีความกังวลว่าตำแหน่งงานอาจไม่เพียงพอรองรับผู้จบการศึกษารายใหม่ในช่วงนี้ที่มีกว่า 4.9 ล้านคน เนื่องจากภาคธุรกิจได้รับผลกระทบต่อเนื่องและอาจไม่มีเงินจ้าง
- มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม การเลื่อนการออกสลากสามงวด และการสั่งปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนตาบอด โดยเฉพาะผู้ประกอบการอาชีพนวดแผนไทย อาชีพค้าสลากกินแบ่งรัฐบาล และอาชีพนักร้องนักดนตรีในที่สาธารณะ ที่จำเป็นต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้

- สภาพที่อยู่อาศัยของคนจนเมืองไม่สามารถที่จะจัดสรรพื้นที่หากมีสมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและต้องกักตนเอง โดยส่วนใหญ่คนจนเมืองไม่สามารถที่จะใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่น สะท้อนว่าหากคนจนเมืองคนใดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 รัฐจำเป็นต้องให้การดูแลให้การกักตนเองระหว่างดูอาการ
- มาตรการต่างๆ ของรัฐที่จำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านอย่างเข้มงวด โดยไม่มีการเตรียมมาตรการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ทำให้คนจนเมืองต่างประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เพราะไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ เช่น ถูกนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่แผงลอยไม่สามารถค้าขายได้เพราะพื้นที่ที่ค้าขายถูกจำกัด ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระเช่น ช่างต่างๆ คนขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนขับรถรับจ้าง รถตู้ ฯลฯ ก็ได้รับผลกระทบมีผู้ว่าจ้างน้อยลงหรือไม่มีเลย
- ในช่วงที่มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมการระบาดอย่างเข้มงวด คนจนเมืองมีรายได้ลดลงเฉลี่ย 70.84% ทำให้คนจนเมืองต้องประสบปัญหาในรูปแบบต่างๆ เช่น ไม่มีเงินชำระหนี้สิน ทั้งหนี้สินนอกระบบ หนี้รถจักรยานยนต์ หนี้รถปิกอัพ ที่ไม่มีรายได้ถึงขนาดประสบปัญหาการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน คนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งดำรงชีพอยู่ได้จากการช่วยเหลือจากภาคเอกชนและบุคคลทั่วไปที่ทำอาหารแจกจ่ายให้ผู้เดือดร้อน จำนวนไม่น้อยต้องกู้หนี้ยืมสิน บางส่วนต้องนำข้าวของไปจำนำ นอกจากนี้ยังมีผู้ประสบปัญหาไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าที่อยู่อาศัย ซึ่งสุ่มเสี่ยงที่จะถูกเจ้าของบ้านหรือเจ้าของห้องขับไล่ ให้กลายเป็นผู้ไร้ที่อยู่อาศัย
- การแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีลักษณะเป็นการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มคลัสเตอร์ ซึ่งมีพื้นที่ 3 รูปแบบที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ในแคมป์ก่อสร้าง ในตลาดสด และในโรงงานต่างๆ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วคือ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างแออัด แรงงานเหล่านี้มีทั้งแรงงานถูกกฎหมาย ซึ่งมีมากอยู่ในแคมป์ก่อสร้างและตลาดสด แรงงานข้ามชาติที่อยู่ร่วมกันอย่างแออัด แรงงานลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายหรือทำผิดกฎหมาย ผู้ต้องขังแรกรับ รวมถึงผู้เดินทางมาจากต่างประเทศที่ต่อมาตรวจพบว่าต้องคดี
- แรงงานข้ามชาติได้รับความเดือดร้อนจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโควิด-19 ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพราะไม่มีเงิน ไม่มีที่อยู่ กลับประเทศต้นทางไม่ได้ และเข้าไม่ถึงการเยียวยาของรัฐและกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ในช่วงแรกแรงงานข้ามชาติที่ต้องการกลับบ้านยังไม่สามารถกลับไม่ได้ เพราะรัฐบาลขอให้พำนักอยู่ในไทยก่อน แต่ได้มาตรการเยียวยา ขณะที่การขาดแคลนแรงงาน โดยเฉพาะในภาคการประมงและอุตสาหกรรมประมงต่อเนื่องทำให้แรงงานข้ามชาติต้องเพิ่มต้นทุนในการจัดหาแรงงาน และมีแนวโน้มว่าปัญหาค่ามนุษย์และแรงงานบังคับอย่างผิดกฎหมายจะเพิ่มสูงขึ้น
- แม้ว่าจะมีสิทธิด้านประกันสุขภาพและประกันสังคม แต่เพราะมีอุปสรรคเรื่องการสื่อสาร และการคัดกรองมีขั้นตอนซับซ้อนขึ้น แรงงานจำนวนมากเลือกที่จะไม่ไปโรงพยาบาล เพราะกลัวติดโควิด-

19 กลัวถูกส่งกลับ สุดท้ายต้องเลือกไปใช้บริการคลินิกเอกชน ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง เป็นหนี้ ทำให้แรงงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะไม่ได้คัดกรอง และไม่ได้ตรวจโรคอย่างทันท่วงที ทั้งที่รัฐมีมาตรการให้ทุกคนตรวจรักษาฟรี ไม่จำกัดสัญชาติ แต่แรงงานไม่ค่อยรับรู้ หรือยังกลัวอยู่

- โควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมทั้งในระบบศาลหรือหน่วยงานรัฐ แรงงานข้ามชาติที่อยู่ระหว่างการพิจารณาคดีได้รับผลกระทบจากการขาดรายได้ ไปทำงานไม่ได้ ขาดสถานะในการอยู่อาศัย การร้องเรียนกรณีเลิกจ้างก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากหลายหน่วยงานปิดให้บริการในช่วงประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ แม้ในช่วงหลังมีการเปิดให้กรอกใบคำร้องผ่านออนไลน์ มีอุปสรรคเรื่องภาษาและการเข้าถึงเทคโนโลยี นอกจากนี้ มีปัญหาการเข้าถึงเงินชดเชยว่างงานจากประกันสังคม ส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกเลิกจ้าง แต่ขอให้หยุดงาน หรือบังคับให้เซ็นใบลาออก ไม่มีการชดเชยใดๆ
- การให้ความช่วยเหลือกรณีปิดหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนและช่วยเหลือไม่ทั่วถึง มีการแจกถุงยังชีพเฉพาะครัวเรือนที่มีการกักตัว แต่โดยรวมมีการแจกถุงยังชีพน้อยมากสำหรับชุมชนที่ถูกปิด หน่วยงานที่มาแจกก็เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหน่วยงานรัฐอื่นๆ ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือแต่อย่างใด ทำให้ชุมชนหรือหมู่บ้านที่ถูกปิดต้องจัดการตัวเองด้วยการเปิดบริจาคจากภายในชุมชนและนอกชุมชน โดยเยาวชนในชุมชนและนอกชุมชนร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชนตัวเองในรูปแบบจิตอาสา แต่หลังจากที่กลุ่มจัดกิจกรรมขึ้นมาก็มักจะมีหน่วยงานรัฐออกมาสนับสนุนในรูปแบบถุงยังชีพ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นรูปแบบที่คนในชุมชนต้องช่วยเหลือกันเองก่อนแล้วรัฐจะสนับสนุนตามมาในภายหลัง
- การปิดชุมชนในบางพื้นที่สร้างความไม่พอใจให้กับคนในชุมชนเพราะปิดชุมชนถี่เกินไป ไม่มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารทำความเข้าใจ เหตุผลในการปิดชุมชนมีน้อยมาก โดยมองว่าเป็นเรื่องการเมืองและผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนมากกว่า บางพื้นที่มีการปิดชุมชนถี่เกินไปและไร้การช่วยเหลือหรือเยียวยา สร้างความเดือดร้อนให้กับคนในชุมชนในการประกอบอาชีพ ประกอบกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม นอกจากนั้นยังมีอีกหลายพื้นที่ที่การปิดชุมชนทำให้ผลผลิตทางเกษตรเสียหาย เพราะตอนที่ปิดหมู่บ้านเป็นช่วงที่ผลไม่สุกพอดี ทำให้ไม่มีพ่อค้ามารับซื้อผลไม้ในชุมชนหรือคนในชุมชนไม่สามารถออกไปขายผลไม้ นอกชุมชนได้
- ที่ผ่านมา หน่วยงานรัฐขออ้างการเยียวยาที่ทั่วถึงผ่านโครงการรัฐบาล อย่างเช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เราไม่ทิ้งกัน เราชนะ คนละครึ่ง ฯลฯ แต่สิ่งเหล่านี้ไม่เท่ากับสิ่งประชาชนอยากได้ นั่นคืออาชีพและรายได้ การจัดการหน่วยงานรัฐไม่ได้ให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบูรณาการพื้นที่เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้าน ท้องถิ่นต้องรอคำสั่งจากส่วนกลางในการให้ความช่วยเหลือ
- คำสั่งของรัฐในเรื่องการงดเว้นหรือรวมตัวในสถานที่ต่างๆ ในชุมชน ส่งผลกระทบต่อจิตวิญชาวมุสลิม การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และประเพณีวัฒนธรรมอย่างมาก คำสั่งต่างๆ ที่ออกโดยรัฐ

ควรจะมีการศึกษาและวิเคราะห์ก่อนถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อวิถีศาสนา วัฒนธรรม และ ประเพณี ทั้งนี้ คำสั่งบางอย่างควรให้บังคับใช้จำกัดเฉพาะพื้นที่ ไม่สมควรครอบคลุมทั้งหมดในวง กว้าง ทั้งนี้ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ศาสนาเป็นเรื่องสำคัญ หากต้องงดเว้นการปฏิบัติ ศาสนาก็จะทำให้ผู้คนรู้สึกไม่สบายใจและการดำเนินชีวิตไม่สมบูรณ์

- ระยะเวลา 2 ปีที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชาชนในพื้นที่ได้มีการปรับตัวในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจครัวเรือน มีการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในครัวเรือน มีการเอาเงินที่ ออมมาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น บางครอบครัวได้กู้ยืมจากสถาบันการเงินในพื้นที่ ยืมญาติพี่น้อง และคนที่ เปิดกิจการค้าขายในตัวเมืองใหญ่ได้กลับมาอยู่บ้านและเปิดกิจการภายในชุมชน ถึงแม้กำลังซื้อมี น้อยแต่ช่วยลดค่าใช้จ่ายลดลงถ้าเปรียบเทียบกับ การเปิดร้านในตัวเมืองที่มีค่าเช่าที่และค่าอื่นๆ จิปาถะ
- จากการสัมภาษณ์คนในชุมชนที่ถูกปิด พบข้อมูลความเห็นที่ค่อนข้างตรงกัน คือ 1) รัฐไม่ควรใช้ มาตรการปิดทั้งชุมชน แต่หากมีการระบาดในชุมชนควรกักตัวเฉพาะครัวเรือนที่มีภาวะความเสี่ยง สูง 2) รัฐควรหารือกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และควรทำข้อมูลทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้ ชัดเจนก่อนปิดชุมชน 3) รัฐควรมีการแจกถุงยังชีพหรืออาหารแห้งให้เพียงพอต่อระยะเวลาการ ปิดชุมชน ไม่ควรปล่อยให้ชุมชนต้องจัดการกันเอง 4) รัฐควรสนับสนุนงบประมาณให้แก่ชุมชนที่มี การระบาดของโรคโควิด-19 และให้มีนักวิชาการด้านสาธารณสุขมาสนับสนุนในเรื่ององค์ความรู้ 5) รัฐควรสนับสนุนการจ้างงานในพื้นที่อย่างจริงจัง โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจ ความต้องการและความถนัดของแรงงานเพื่อสามารถจำแนกประเภทที่ถูกต้อง 6) รัฐควรกระจาย อำนาจให้ผู้นำในชุมชน (ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ฯลฯ) ให้มีบทบาทให้มากกว่านี้และ ลดอำนาจการตัดสินใจของหน่วยงานระดับภูมิภาค เช่น อำเภอและจังหวัด และ 7) รัฐควรจัดหา วัคซีนที่หลากหลายเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือก

ส่วนที่ 6

ประเมินการปรับตัวของระบบ ววน. ของไทย เพื่อรับมือโควิด-19

- การปรับสู่ระบบวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)
- การจัดสรรทุนวิจัยจากระบบ ววน. เพื่อรับมือ โควิด-19
- กรณีศึกษาการจัดสรรทุนวิจัยด้านโควิดที่สำคัญของไทย
- กรณีศึกษาการจัดสรรทุนวิจัยในต่างประเทศ
- Milestone งานวิจัยเพื่อรับมือ โควิด-19
- สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมและปรับปรุง

ส่วนที่ 6

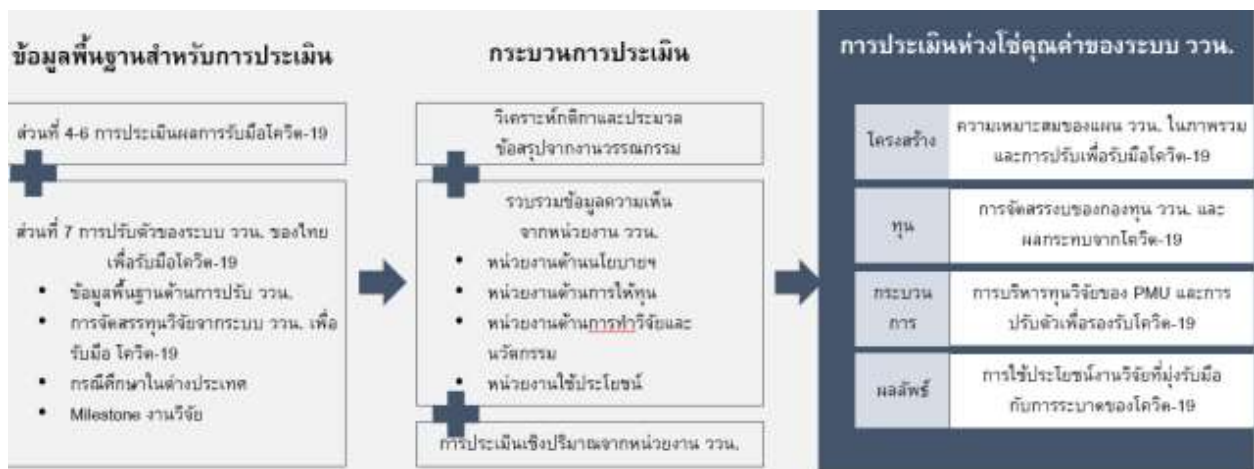
การปรับตัวของระบบ ววน. ของไทย เพื่อรับมือโควิด-19

เนื้อหาในส่วนนี้จะพิจารณาการปรับตัวของระบบ ววน. เพื่อรับมือโควิด-19 โดยเริ่มจากการทบทวนการดำเนินการของระบบ ววน. ในช่วงตั้งแต่ตอนเริ่มต้น การปรับตัวในช่วงการระบาดของโควิด-19 การทบทวนการดำเนินการในราย PMU การพิจารณารูปแบบระบบที่คล้ายกันหรือมีวัตถุประสงค์คล้ายกันในต่างประเทศ รวมทั้งกรณีศึกษาโครงการวิจัยเพื่อรับมือกับโควิดที่เกิดขึ้นในไทยและต่างประเทศ จากนั้นจึงดำเนินการระดมข้อมูลความเห็นจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อประมวลประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน.

ผลการศึกษาในขั้นตอนของการประมวลข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม พบว่าการปรับตัวของระบบ ววน. ในไทยและระบบที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกันในประเทศอื่น มีรายละเอียดที่ต่างกันหลายประเด็น และต่างก็มีลักษณะเฉพาะของตนเอง เนื่องจากแต่ละประเทศมีโครงสร้างระบบการศึกษา ระบบการทำวิจัย ระบบตลาด สภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งภาวะการระบาดที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงด้วย ทำให้ไม่สามารถมีเกณฑ์มาตรฐาน (Gold Standard) ที่จะใช้ประเมินระบบ ววน. ของไทยในเชิงปริมาณได้ ในการประเมินครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้รวบรวมประเด็นที่ควรดำเนินการส่งเสริมหรือปรับปรุง และข้อพิจารณาจากการศึกษาในหัวข้อต่างๆ

คณะผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดห่วงโซ่มูลค่า (Value Chain) มาใช้ในการวิเคราะห์การปรับตัวของระบบ ววน. ในประเด็นต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำความเข้าใจประเด็นที่ของระบบ ววน. ควรต้องพัฒนาต่อไปได้อย่างครอบคลุมและเข้าใจได้โดยง่าย ตามรูปต่อไปนี้

รูปที่ 125 โครงสร้างการประเมินระบบ ววน. เพื่อรับมือโควิด-19



ที่มา: คณะผู้วิจัย

โดยคณะผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ได้จากกระบวนการศึกษาต่างๆ ที่ได้จากผลการศึกษาในส่วนก่อนหน้า และผลการศึกษาที่จะแสดงใน 5 หัวข้อแรกของส่วนนี้ มาสรุปและจำแนกประเด็นเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย ประเด็นด้านโครงสร้างของระบบ ววน. คือ การศึกษาความเหมาะสมของแผน ววน. ในภาพรวม และการปรับตัวที่เกิดขึ้น ประเด็นด้านทุนของระบบ ววน. ทั้งด้านปริมาณและระบบการจัดสรร รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากภาวะการระบาด ประเด็นด้านกระบวนการของระบบ ววน. โดยเฉพาะกระบวนการในขั้นตอนต่างๆ ของระบบการส่งเสริมงบประมาณวิจัย และประเด็นด้านผลผลิตการวิจัยโดยเฉพาะการวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19

19. การปรับปรุงระบบวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

19.1 ระบบ ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศที่อยู่ใต้กรอบการสนับสนุนของกองทุน ววน. ในประเทศไทย

ระบบการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในปัจจุบันของไทย มีที่มาจากความพยายามปรับปรุงระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาควบคู่กับระบบวิจัยและวิทยาศาสตร์ของไทยให้สอดคล้องกับตามนโยบายปฏิรูปประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน และปฏิรูปประเทศไทยสู่ 4.0 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายเพื่อปรับโครงสร้างการบริหารราชการที่เกี่ยวข้องกับการอุดมศึกษาและการวิจัยทั้งระบบ ซึ่งพอสรุปในเบื้องต้นได้ดังนี้

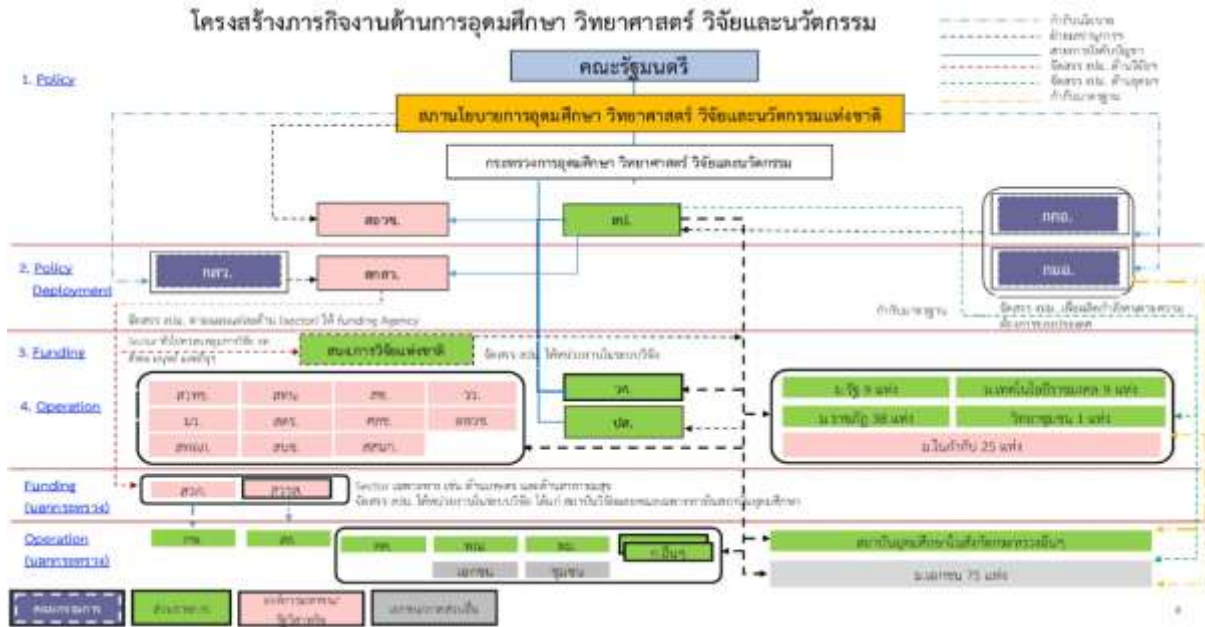
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562 จัดตั้งกระทรวงใหม่ คือ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยเป็นการควบรวมกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ากับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (เดิมสังกัดกระทรวง ศึกษาธิการ) และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)⁵⁰⁵
- พระราชบัญญัติสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562
 - กำหนดหน้าที่ให้ สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สอวช.) ทำงานให้กับ สภานโยบาย ซึ่งเป็นผู้กำกับดูแลและกำหนดนโยบายในระบบ ววน. ของประเทศ

⁵⁰⁵ เดิมคือสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการที่ไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง หรือทบวง ที่ก่อตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติสภาวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2499 มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการวิจัย และมีบทบาทเป็นหน่วยงานกลางในการทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและแผนการวิจัยทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์

- กำหนดให้ คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) ทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและกรอบวงเงินต่อสภานโยบาย และเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุน ววน.
- กำหนดให้มี สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ทำหน้าที่รับผิดชอบงานวิชาการและงานธุรการของ กสว. (ปรับจาก สกว. เดิม)
- กำหนดให้มี กองทุนส่งเสริม ววน. ระบบการจัดสรรเงินทุน และระบบการกำกับดูแล
- พระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรม พ.ศ. 2562 กำหนดให้ หน่วยงานในระบบวิจัยและนวัตกรรม ครอบคลุมหน่วยงานของรัฐและเอกชนรวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาที่ดำเนินการเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรมรวม 6 ส่วน โดยให้สภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดหน่วยงานในแต่ละส่วน อันประกอบด้วย
 1. หน่วยงานด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และงบประมาณเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประกอบด้วย สอวช. และ สกสว.
 2. หน่วยงานด้านการให้ทุน (Program Management Unit: PMU) ประกอบด้วย 7 หน่วยงาน คือ (หน่วยงานที่ 1-4 เป็นหน่วยงานที่มีอยู่เดิม ขณะที่ หน่วยงานที่ 5-7 เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่โดยสังกัด สอวช.)
 - A1 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
 - A2 สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA)
 - A3 สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.)
 - A4 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
 - A5 หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) (PMU-A มาจาก Area-based)
 - A6 หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) (PMU-B มาจาก Brain Power, manpower)
 - A7 หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) (PMU-C มาจาก Competitiveness)
 3. หน่วยงานที่ทำวิจัยและสร้างนวัตกรรม
 4. หน่วยงานด้านมาตรวิทยา มาตรฐาน การทดสอบและบริการคุณภาพ วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

5. หน่วยงานด้านการจัดการความรู้จากงานวิจัยและนวัตกรรม และหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากงานดังกล่าว
 6. หน่วยงานด้านอื่นตามที่สภานโยบายกำหนด
- พระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรม พ.ศ. 2562 กำหนดให้ทุกหน่วยงานในระบบ ววน. ร่วมมือกันดำเนินการวิจัยและพัฒนาระบบอุดมศึกษา และกำหนดให้ วช. ทำหน้าที่เชื่อมโยง ข้อมูลการวิจัยและนวัตกรรมของหน่วยงานในระบบ ววน. ซึ่ง วช. ได้นำ ระบบข้อมูลสารสนเทศวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (National Research and Innovation Information System: NRIS) มาใช้เพื่อดำเนินการตามภารกิจดังกล่าว

รูปที่ 126 โครงสร้างหน่วยงานในระบบ ววน.



ที่มา: (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563b)

การออกแบบระบบและโครงสร้างระบบข้างต้น เป็นการออกแบบระบบการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทยให้มีการรวมศูนย์มากขึ้น โดยกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563–2570 (นโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.) มาใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบาย ววน. ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายของระบบ ววน. ผ่านระบบที่ในช่วงแรกประกอบไปด้วย 4 แพลตฟอร์ม 16

โปรแกรม โดย สอวช. และ สกสว. นำนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน. มาใช้เป็นกรอบในการจัดทำนโยบาย และยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมในแต่ละปี

หลังจากที่มีการระบาดของโควิด-19 ประมาณ 3 เดือน เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) มีมติให้ปรับเพิ่มโปรแกรมที่ 17 การแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ (National Crisis Management) เข้ามาในแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตขนาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

รายละเอียดโครงสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน. และ หน่วยงานรับทุนที่รับผิดชอบในแต่ละโปรแกรมตามรูปด้านล่าง

รูปที่ 127 โครงสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.

4 แพลตฟอร์ม 16 โปรแกรม			
แพลตฟอร์ม 1 การพัฒนากำลังคน และสถานศึกษา	แพลตฟอร์ม 2 การวิจัยและนวัตกรรม เพื่อรองรับการก้าว ข้างหน้า	แพลตฟอร์ม 3 การวิจัยและสร้างนวัตกรรม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ การแข่งขัน	แพลตฟอร์ม 4 การวิจัยและสร้างนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาสังคม และลดความเหลื่อมล้ำ
<p>P1 สร้างระบบผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพ</p> <p>P2 การพัฒนากำลังคนระดับสูงรองรับ EEC และระบบเศรษฐกิจสังคมของประเทศ</p> <p>P3 ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนากำลังคนเพื่ออนาคต</p> <p>P4 ส่งเสริมปัญญาประดิษฐ์เป็นฐานขับเคลื่อนประเทศในอนาคต</p> <p>P5 ส่งเสริมการวิจัยขั้นแนวหน้าและการวิจัยพื้นฐานที่ประเทศไทยมีศักยภาพ ยกเว้น Genomics</p> <p>P6 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการวิจัยที่สำคัญ PX Fundamental Fund</p>	<p>P7 โจทย์ท้าทายด้านทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และการเกษตร (Zero-waste/PM2.5/ Smart Farming/ การจัดการน้ำ)</p> <p>P8 สังคมสูงวัย</p> <p>P9 สังคมคุณภาพและความมั่นคง</p>	<p>P10 ยกระดับความสามารถการแข่งขัน และการวางรากฐานทางเศรษฐกิจ (BCG Economy/ AI&Data Economy/ Creative Economy/ Sharing Economy/ RDI for S-Curve Industries)</p> <p>P11 พัฒนาระบบนิเวศนวัตกรรมและองค์ประกอบนวัตกรรม (อุทยานวิทยาศาสตร์/EEC/ เมืองนวัตกรรมอาหาร)</p>	<p>P13 นวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนนวัตกรรม</p> <p>P14 ขจัดความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ (Personalized Poverty Eradication)</p> <p>P15 เมืองน่าอยู่ (Smart/Livable City)</p>
P.16 การปฏิรูประบบ อววน. (Reinventing University System & Research System)			

ที่มา: (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563b)

รูปที่ 128 หน่วย PMU ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564

หน่วยบริหารและจัดการทุน (Program Management Unit, PMU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564

- หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคนฯ (บพค.)
- หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถฯ (บพข.)
- หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สวก.)
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (NIA)

แพลตฟอร์ม 1 การพัฒนากำลังคนและสถาบันความรู้			แพลตฟอร์ม 2 การวิจัยและสร้างนวัตกรรม เพื่อตอบโจทย์ท้าทายของสังคม			แพลตฟอร์ม 3 การวิจัยและสร้างนวัตกรรม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขัน			แพลตฟอร์ม 4 การวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อ การพัฒนาเชิงพื้นที่และลดความเหลื่อมล้ำ		
P1	สร้างระบบผลิตและพัฒนา กำลังคนให้มีความก้าวหน้า	บพค.	P7	วิจัยท้าทายด้านทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และการเกษตร	วช. สวก.	P10	ยกระดับความสามารถ การแข่งขัน สวอกรากฐาน ทางเศรษฐกิจ	บพข. สวก. สวรส.	P13	นวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจ ฐานรากและชุมชนนวัตกรรม	บพท. NIA
P2	การพัฒนากำลังคนระดับสูง รองรับ EEC และระบบเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ	บพค.	P8	สังคมสูงวัย	วช.	P11	สร้างและยกระดับศักยภาพ วิสาหกิจเริ่มต้น (Startup) พัฒนาระบบนิเวศนวัตกรรม และพื้นที่เศรษฐกิจนวัตกรรม	NIA	P14	ขจัดความยากจนแบบเบ็ดเสร็จ และแม่นยำ (Personalized Poverty Eradication)	บพท.
P3	ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและ พัฒนาทักษะเพื่ออนาคต	บพค.	P9	สังคมคุณภาพและความมั่นคง	วช. สวรส.	P12	โครงสร้างพื้นฐานทางคุณภาพ และบริการ	บพข.	P15	เมืองน่าอยู่ (Smart/Livable City)	บพท. NIA
P4	ส่งเสริมปัญญาประดิษฐ์เป็นฐาน ขับเคลื่อนประเทศไทยอนาคต	บพค.									
P5	ส่งเสริมการวิจัยขั้นแนวหน้า และการวิจัยพื้นฐานที่ประเทศไทย มีศักยภาพ	บพค.							P16	การปฏิรูประบบ อววน.	บพท. บพข.
P6	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ทางการวิจัยที่สำคัญ	บพค. วช.							P17	การแก้ปัญหาวิกฤติของประเทศ (National Crisis Management)	บพท. บพข. วช. สวก. สวรส. NIA

[หมายเหตุ: ชื่อเต็มของ สวก. ที่ถูกต้องคือ สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)

ที่มา: (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563b)

โดยในแต่ละแพลตฟอร์มและโปรแกรม ได้มีการกำหนด เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์สำคัญ (Objectives and Key Results: OKRs) เช่น โปรแกรมที่ 17 การแก้ปัญหาวิกฤติของประเทศ ได้มีการกำหนด OKRs ไว้ 2 ข้อ คือ

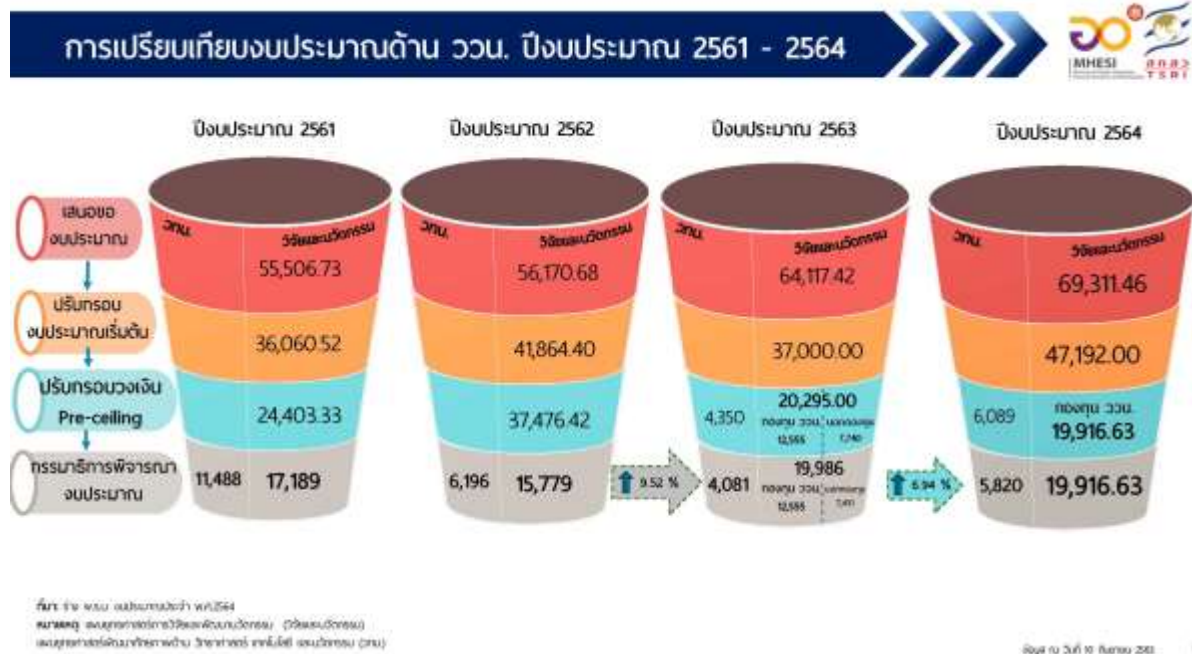
- O17.1 ประเทศไทยมีความสามารถในการจัดการและฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (Resilience) ต่อการเกิดภัยพิบัติ และ
- O17.2 ประเทศไทยมีศักยภาพในการพึ่งตนเองด้านความรู้กำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานด้าน อววน. เพื่อสนับสนุนการจัดการภาวะวิกฤติและการฟื้นตัวหลังภาวะวิกฤติ

ระบบ อววน. ได้มีการออกแบบระบบงบประมาณเพื่อให้สามารถดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ โดยอ้างอิงจากพระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562 มาตรา 17 กำหนดให้งบประมาณหน่วยงานในระบบ อววน. แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- มาตรา 17 (1) งบประมาณรายจ่ายประจำ รายจ่ายตามภารกิจหน่วยงานและรายจ่ายที่ไม่ใช่โครงการวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้เบิกจ่ายผ่านสำนักงานประมาณ
- มาตรา 17 (2) งบประมาณโครงการวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงบประมาณ จัดสรรผ่านกองทุน อววน.

ปัจจุบัน งบด้าน ววน. สามารถแบ่งตามแผนยุทธศาสตร์ได้เป็น 2 ส่วน (ตามรูปข้างล่าง) คือ งบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม (วทน.) และงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ซึ่งมีการจัดสรรเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2562-2564 จาก 21,975 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2562 เป็น 25,736 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2564

รูปที่ 129 การเปรียบเทียบงบประมาณด้าน ววน. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564



ที่มา: (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563a)

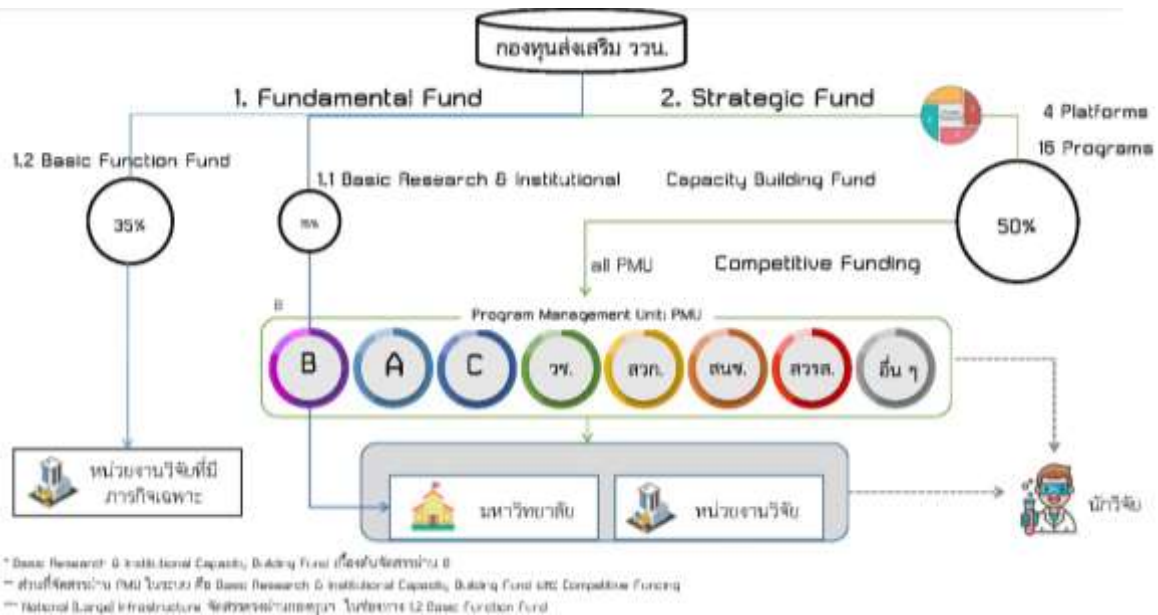
งบของกองทุน ววน. ถูกแบ่งออกเป็น 2 กองทุน หรือ 3 กองทุนย่อย ซึ่งประกอบด้วย

1. **ทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund) ซึ่งประกอบด้วย**
 - 1.1. **Basic Research Fund & Institutional Capacity Building Fund** จัดสรรให้หน่วยงานบริหารจัดการโปรแกรม (Program Management Unit: PMU) เพื่อนำไปสนับสนุนทุนแก่โครงการงานวิจัยพื้นฐาน และสร้างความเข้มแข็งของงานวิจัยและการบริหารงานวิจัยของสถาบันความรู้และสถาบันวิจัยในหน่วยงาน
 - 1.2. **Basic Function Fund** จัดสรรโดยตรงไปยังหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะด้าน ววน. และดำเนินการตามพันธกิจของตนเอง ซึ่งอาจรวมโครงสร้างพื้นฐานด้าน ววน. ระดับชาติ และโครงการริเริ่มสำคัญของประเทศ
2. **ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund)**
 - 2.1. **Competitive Funding** จัดสรรให้กับหน่วยงานบริหารจัดการโปรแกรม (Program Management Unit: PMU) เพื่อนำไปสนับสนุนทุน

(Granting) แก่หน่วยงานระดับปฏิบัติ โดยต้องเป็นการทำวิจัยที่เน้นตอบ ยุทธศาสตร์และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ของ ประเทศ (รวม 4 แพลตฟอร์ม 17 โปรแกรมในปัจจุบัน)

ระบบ ววน. มีแผนที่จะเพิ่มสัดส่วนของทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) ให้สูงขึ้น โดย ในปีงบประมาณ 2565 ได้ตั้งเป้าให้ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) ไว้ที่ 14,640 ล้านบาท คิด เป็นร้อยละ 60 (จากประมาณร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564) จากกรอบเงินงบประมาณของ กองทุน ววน. 24,400 ล้านบาท (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563a) ซึ่ง ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนไปยังนักวิจัยนั้น สกว. ได้สรุปไว้ตามแผนภาพในรูปต่อไปนี้

รูปที่ 130 แนวทางการจัดสรรงบประมาณ ววน. ปีงบประมาณ 2563-2565



ที่มา: (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563a)

จากรูปข้างบน ทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund) ส่วนที่เป็น Basic Research Fund & Institutional Capacity Building Fund จะมุ่งเน้นเป็นทุนที่จ่ายให้แก่สถาบันการศึกษาในฐานะ หน่วยวิจัยที่ผลิตงานวิจัยพื้นฐานให้ประเทศ ผ่าน PMU-B (บพค.) ขณะที่ยังมีทุนส่วนหนึ่ง คือทุน Basic Function Fund จัดสรรงบให้แก่หน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะด้าน ววน. ที่ไม่ใช่สถาบันอุดมศึกษาผ่าน PMU คือ สกว. และทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) ผ่าน PMU ทั้งหมดในระบบ ววน.

สำหรับหน่วยงานวิจัยในระบบ ววน. นั้น ไม่ได้ระบุประเภทหรือคุณสมบัติของหน่วยงานไว้อย่าง ชัดเจน โดยในระบบสารสนเทศกลาง สกว. ได้มีการเปิดช่องทางลงทะเบียนโดยให้เลือกหน่วยงานที่สังกัด ซึ่ง จากที่คณะผู้ประเมินผลได้พิจารณาจากตัวเลือกหน่วยงานทั้ง 440 ตัวเลือก พบว่าประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานระดับ กระทรวง ทบวง กรม หรือเทียบเท่า
 - สถาบันอุดมศึกษาของรัฐทั้งหมดรวมอยู่ในหมวดนี้
2. ส่วนราชการไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง หรือทบวง เช่น สภาอากาศไทย สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
3. หน่วยงานของรัฐสภา เช่น สถาบันพระปกเกล้า สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
4. หน่วยงานของศาล เช่น สำนักงานศาลปกครอง สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ
5. หน่วยงานอิสระของรัฐ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
6. มูลนิธิ/ชมรม/สมาคม เช่น มูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ และน่าจะรวมมูลนิธิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
7. หน่วยงานเอกชน เช่น มหาวิทยาลัยเอกชน

จากการสังเกตเบื้องต้น การแบ่งกลุ่มข้างต้นยังเป็นการแบ่งโดยเน้นโครงสร้างการปกครองและการบริหารเป็นหลัก แต่โดยหลักการแล้ว หน่วยงานทำวิจัยที่อยู่ในขอบเขตการสนับสนุนของ ววน. ก็ครอบคลุมหน่วยงานวิจัยทั้งหมดของประเทศ (รวมของภาครัฐ เอกชน และอื่นๆ) ที่ทำวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม⁵⁰⁶ และน่าจะครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัยในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการสนับสนุนงานวิจัยและยุทธศาสตร์ของ กองทุน ววน. และ สกสว. ด้วย

19.2 การปรับตัวของ สกสว. กองทุน ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศหลังจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) มีมติอนุมัติให้มีการปรับงบประมาณประจำปี 2563 ที่กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.) จัดสรรให้แก่หน่วยบริหารจัดการทุน ร้อยละ 10-15 เพื่อสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมที่จะแก้ปัญหาจากวิกฤตโควิด-19 และภัยแล้ง โดยให้เพิ่ม **โปรแกรมการแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ (National Crisis Management) เป็นโปรแกรมที่ 17** ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตขนาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

⁵⁰⁶ อาจยกเว้นหน่วยวิจัยพัฒนาของเอกชนที่ตั้งขึ้นมาทำวิจัยสำหรับธุรกิจของตนเอง และไม่ประสงค์ที่เกี่ยวข้องและ/หรือรับการสนับสนุนทุนจากรัฐบาล/กองทุน ววน.

โปรแกรมที่ 17 นี้ มีเป้าประสงค์ใช้ความรู้ การวิจัย และนวัตกรรมเพื่อคาดการณ์ปัญหา จัดการกับภาวะวิกฤตของประเทศไทยได้อย่างทันท่วงทีเพื่อลดความเสียหายและบรรเทาความเสียหายในระยะสั้น และมีการเตรียมการที่ดี ที่ช่วยให้สามารถบริหารจัดการประเทศและสังคมหลังภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรม 17 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้ตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นดังต่อไปนี้

- 1) การวิจัยและพัฒนา (RD) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาสู่การผลิต (Development and Manufacture) เพื่อให้ได้ผลผลิตตอบสนองต่อความต้องการที่เป็นรูปธรรม และขยายผลได้อย่างรวดเร็ว (Scale-up and speed up) รวมไปถึงใช้เพื่อการทดสอบ สอบเทียบ เทียบวัด (Metrology, Testing, Qualification) และการสนับสนุนในการ Accelerate เพื่อการผลิตเชิงพาณิชย์ในอนาคต
- 2) การวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อให้ได้มาตรการ และนโยบายในการบริหารจัดการภาวะวิกฤติ และหลังภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาโควิด19 และปัญหาภัยแล้ง
- 3) การสำรวจข้อมูลและการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ และออกแบบมาตรการอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา
- 4) การทำ foresight และ scenario planning
- 5) การวิจัยเชิงระบบและการวิจัยเชิงสถาบันเพื่อวางแนวทางการปรับตัว (Transformation ของระบบและสถาบัน ได้แก่ องค์กร กติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง)
- 6) การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เนื่องจากภาวะวิกฤติ และศึกษาผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและมาตรการต่อประชาชน เศรษฐกิจและสังคม
- 7) การศึกษาทางเลือกสำหรับประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อปรับตัว ในภาวะวิกฤติและหลังภาวะวิกฤติ
- 8) การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการสื่อสาร และการสื่อสารความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ในภาวะวิกฤติ

ทั้งนี้ โปรแกรมที่ 17 มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome/Impact) ที่ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมได้ร้อยละ 10 ของความสูญเสียที่คาดการณ์ เช่น กรณีโควิด-19 คาดหวังว่าจะลดความสูญเสียประมาณ 19,000 ล้านบาท โดยการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ระบบการติดตามการระบาด ให้ความรู้แก่ประชาชน และมีมาตรการทางการแพทย์ สาธารณสุข และฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคม ในระดับอุตสาหกรรมและระดับพื้นที่ ตลอดจนจนประเทศสามารถปรับตัว มีความมั่นคงในด้านอาหาร สุขภาพและสังคม

ในช่วงต่อมา รวมทั้งในปีงบประมาณ 2564 โปรแกรมนี้ได้ตั้งเป้าและขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมกับการรับมือกับโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ ในระยะยาวด้วย นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเพิ่มหน่วยงาน PMU เฉพาะด้านอีกสองหน่วยงาน คือ

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช.) เพื่อสนับสนุนทุนวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและการบริหาร วัคซีน
2. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) ในการสนับสนุนทุนวิจัยด้านการ พัฒนาการผลิตเวชภัณฑ์ต่างๆ

ในกรณีที่ระบบ วรรณ. จัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโควิดและโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ จากโปรแกรมที่ 17 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน วรรณ.) ล้วนๆ การประเมินผลก็สามารถชี้ดวงไว้ที่โปรแกรมที่ 17 เท่านั้น แต่จากการศึกษาทบทวนการดำเนินการของแต่ละ PMU ในช่วงสองปีเศษที่ผ่านมา รวมถึงการสอบถามแผนการส่งเสริมการวิจัยของแต่ละ PMU ในอนาคต พบว่า PMU ต่างๆ ได้มีการจัดสรรงบ วรรณ. เพื่อรับมือกับ โควิด-19 ที่ไม่ได้อยู่ในโปรแกรม 17 ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (สนช./NIA) มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับโควิดอยู่พอสมควร แต่ใน ปีงบประมาณ 2563-2564 นั้น โครงการที่เกี่ยวข้องกับโควิดส่วนใหญ่จะอยู่นอกโปรแกรม 17 (โดยในปีงบประมาณ 2563-2564 NIA ได้ให้การสนับสนุนนวัตกรรมทางด้านการแพทย์กับสตาร์ทอัพ และกลุ่มธุรกิจนวัตกรรม การแพทย์ มากกว่า 11 โครงการ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโปรแกรม 11) นอกจากนี้ งานวิจัยพัฒนาในบางโครงการ เช่นด้านวัคซีน ซึ่งใช้งบสนับสนุนมากกว่าพันล้านบาท ส่วนหนึ่งก็ได้รับทุนสนับสนุนจากงบนอกกระบวนการ ปกติของกองทุน วรรณ. ด้วย ถึงแม้ว่าจะงบบางส่วนจะผ่านไปทางทาง PMU อย่างสถาบันวัคซีนฯ ก็ตาม ดังนั้น ในบางกรณีการประเมินผลนี้จะพิจารณาโครงการที่อาจจะอยู่นอกโปรแกรมที่ 17 ด้วย ซึ่งหลายโครงการก็ ค่อนข้างประสบความสำเร็จด้วย ถึงแม้ว่าในกรณีอื่นๆ โดยทั่วไปแล้ว ส่วนที่อยู่นอกโปรแกรม 17 คงไม่ใช่ส่วน หลักของการสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อรับมือกับโควิด-19 ในช่วง 2 ปีแรกที่ผ่านมา

20. การจัดสรรทุนวิจัยจากระบบ วรรณ. เพื่อรับมือ โควิด-19

20.1 ภาพรวมการดำเนินการของหน่วยงาน PMU

หน่วยงานบริหารจัดการโปรแกรมวิจัย (Program Management Unit หรือเรียกตามชื่อย่อว่า PMU) เป็นกลไกสำคัญในการบริหารงบประมาณวิจัยด้าน วรรณ. โดย PMU มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการบริหารจัดการงบประมาณวิจัยด้าน วรรณ. ในโปรแกรมต่างๆ ตั้งแต่ต้นน้ำไปจนถึงปลายน้ำ ดังนี้

- 1) พัฒนาและคัดเลือกโครงการและแผนงาน วรรณ. ให้สอดคล้องกับ OKR
- 2) บริหารโครงการและแผน วรรณ. ผ่านการทำงานร่วมกับ Consortium ในรูปแบบ Quadruple helix
- 3) เสนอแผนปฏิบัติการและวงเงินงบประมาณของโปรแกรมเพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณ จากกองทุน
- 4) ออกสัญญาและสนับสนุนงบประมาณไปยังหน่วยดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรม
- 5) ติดตามการใช้งบประมาณและผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนของโครงการ/แผนงาน

- 6) ติดตามและประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของงานวิจัยและนวัตกรรม
- 7) ผลักดันการนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปสู่การใช้ประโยชน์

โดยในช่วงแรกมี PMU มีหน่วยทุนวิจัย 7 แห่ง ประกอบด้วย

- 1) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- 2) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA)
- 3) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.)
- 4) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

นอกจากนี้ยังมี 3 หน่วยบริหารและจัดการทุนในระบบ ววน. ที่ดำเนินการภายใต้ สกสว. นโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) ประกอบด้วย

- 5) PMU “A” มาจาก Area – based หรือ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)
- 6) PMU “B” มาจาก Brain Power, manpower หรือ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.)
- 7) PMU “C” มาจาก Competitiveness หรือ หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)

นอกจากนี้ สกสว. ก็ยังทำหน้าที่สนับสนุนทุนวิจัยจำนวนหนึ่งในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุนโครงการวิจัยบางโครงการที่ยังต่อเนื่องมาจากบทบาทของ สกสว. เดิมเป็นการชั่วคราว

ในส่วนของโปรแกรมที่ PMU รับผิดชอบ ช่วงแรกมี 16 โปรแกรม ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 – 2570 (นโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.) โดยอยู่ภายใต้การบริหารและจัดการทุนของหน่วยทุนวิจัยทั้ง 7 หน่วย โดยมีรายละเอียดแต่ละโปรแกรมหาดังนี้

(1) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) ประกอบด้วย

โปรแกรมที่ 1 สร้างระบบผลิตและพัฒนาากำลังให้มีคุณภาพ

โปรแกรมที่ 2 การพัฒนากำลังคนระดับสูงรองรับ EEC และระบบเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ

โปรแกรมที่ 3 ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาทักษะเพื่อนาคต

โปรแกรมที่ 4 ส่งเสริมปัญญาประดิษฐ์เป็นฐานขับเคลื่อนประเทศในอนาคต (AI for All)

โปรแกรมที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยขั้นแนวหน้า และการวิจัยพื้นฐานที่ประเทศไทยมีศักยภาพ

โปรแกรมที่ 6 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการวิจัยที่สำคัญ

(2) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

โปรแกรมที่ 7 โจทย์ท้าทายด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อม และการเกษตร

โปรแกรมที่ 8 สังคมสูงวัย

โปรแกรมที่ 9 สังคมคุณภาพและความมั่นคง

โปรแกรมที่ 16 การปฏิรูปการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (เฉพาะฐานข้อมูล)

(3) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของหน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ประกอบด้วย

โปรแกรมที่ 10 การยกระดับความสามารถการแข่งขันและวางรากฐานทางเศรษฐกิจ

โปรแกรมที่ 10.1 BCG in Actions

โปรแกรมที่ 12 โครงสร้างพื้นฐานทางคุณภาพและบริการ

โปรแกรมที่ 16 การปฏิรูปการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Deep-Science Tech Innovation Platform)

(4) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ประกอบด้วย

โปรแกรมที่ 13 นวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนนวัตกรรม (Sustainable Communities)

โปรแกรมที่ 14 ขจัดความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ (Personalized Poverty Eradication)

โปรแกรมที่ 15 เมืองน่าอยู่ (Smart/Livable City)

(5) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์กรมหาชน (สวก.) ประกอบด้วย

โปรแกรมที่ 7 โจทย์ท้าทายด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อม และการเกษตร (เฉพาะเกษตรและอาหาร)

โปรแกรมที่ 10.1 BCG in Actions (เฉพาะ Smart Farming)

(6) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) ประกอบด้วย

โปรแกรมที่ 11 พัฒนาระบบนิเวศนวัตกรรมและพื้นที่เศรษฐกิจนวัตกรรม

โปรแกรมที่ 13 นวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนนวัตกรรม (Sustainable Communities) (เฉพาะนวัตกรรมบางส่วน)

(7) โปรแกรมภายใต้การให้ทุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

โปรแกรมที่ 9 สังคมคุณภาพและความมั่นคง (เฉพาะระบบสาธารณสุข)

โปรแกรมที่ 10.1 BCG in Actions (เฉพาะ Geonomics)

หลังจากนั้น ก็เกิดโปรแกรมที่ 17 การแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ (National Crisis Management) เพิ่มเข้ามาในแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) ตามมติของคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) วันที่ 10 เมษายน 2563 โดยอยู่ภายใต้การจัดการของทุกหน่วยงาน PMU ขึ้นกับแผนงานที่เกี่ยวข้อง

รูปที่ 131 โปรแกรมที่ PMU รับผิดชอบ



ที่มา: คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.)

ภาพรวมในการปรับตัวของ PMU ภายหลังจากพระราชบัญญัติสถานการณ์นโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562

หลังจากมีการประกาศพระราชบัญญัติสถานการณ์นโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม แห่งชาติ พ.ศ. 2562 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบวิจัยและนวัตกรรมของไทยในหลายๆ ด้าน โดยสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของหน่วยงานให้ทุน (PMU) ได้ดังนี้

1) การจัดตั้งหน่วยบริหารและจัดการทุนในระบบ ววน. ที่ดำเนินการภายใต้สถานการณ์นโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) เพิ่มเติม โดยไม่มีสถานะเป็นนิติบุคคล เพื่อ ประโยชน์ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมตามนโยบายของ รัฐบาล โดยให้หน่วยบริหารและจัดการทุนมีอิสระในการบริหารงานจากสำนักงานสถานการณ์อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) แต่ยังคงเป็นกิจการและเป็นส่วนหนึ่งของ สอวช. ซึ่ง หน่วยงานเหล่านี้ ได้แก่ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) หน่วยบริหารและ จัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) และ หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)

2) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ถูกควบรวมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ากับ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เป็นกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

3) หน่วยงาน PMU จะต้องจัดทำรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และแนวทางการปรับปรุงรายละเอียดงบประมาณดังกล่าว รวมทั้งการปรับรายละเอียดงบประมาณด้าน วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ ให้สอดคล้องตามนัย พ.ร.บ. การส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม พ.ศ. 2562

4) การเปลี่ยนแปลงการยื่นรับคำขอของงบประมาณเพื่อโครงการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และโครงการวิจัยและนวัตกรรม โดย PMU จะต้องนำเสนอแผนงาน/แผนงานย่อย (ผลิตภัณฑ์/ผลลัพธ์/ เป้าหมาย/ตัวชี้วัดความสำเร็จ) และกรอบวงเงินของโปรแกรมที่ดูแลภายใต้แผนด้าน ววน. ต่อ สกสว. ซึ่ง สกสว. จะพิจารณานุมัติแผนงาน/แผนงานย่อยของ PMU เพื่อให้ PMU นำไปประกาศรับข้อเสนอโครงการต่อไป

5) การเปลี่ยนโครงสร้างการยื่นข้อเสนอโครงการด้านวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม ที่ปกตินักวิจัย จะเสนอของงบประมาณผ่านระบบที่แยกกัน ตามแต่ละหน่วยงาน (4 PMU แรก) ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีภารกิจ ของตนเอง โดยได้มีการปรับให้นักวิจัยต้องยื่นและรับรองข้อเสนอแผนงาน/โครงการวิจัยของ PMU ผ่านระบบ NRIIS ซึ่งเป็นระบบข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานในระบบวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (ววน.) โดยใช้ แบบฟอร์มเดียวกันทั้งหมด

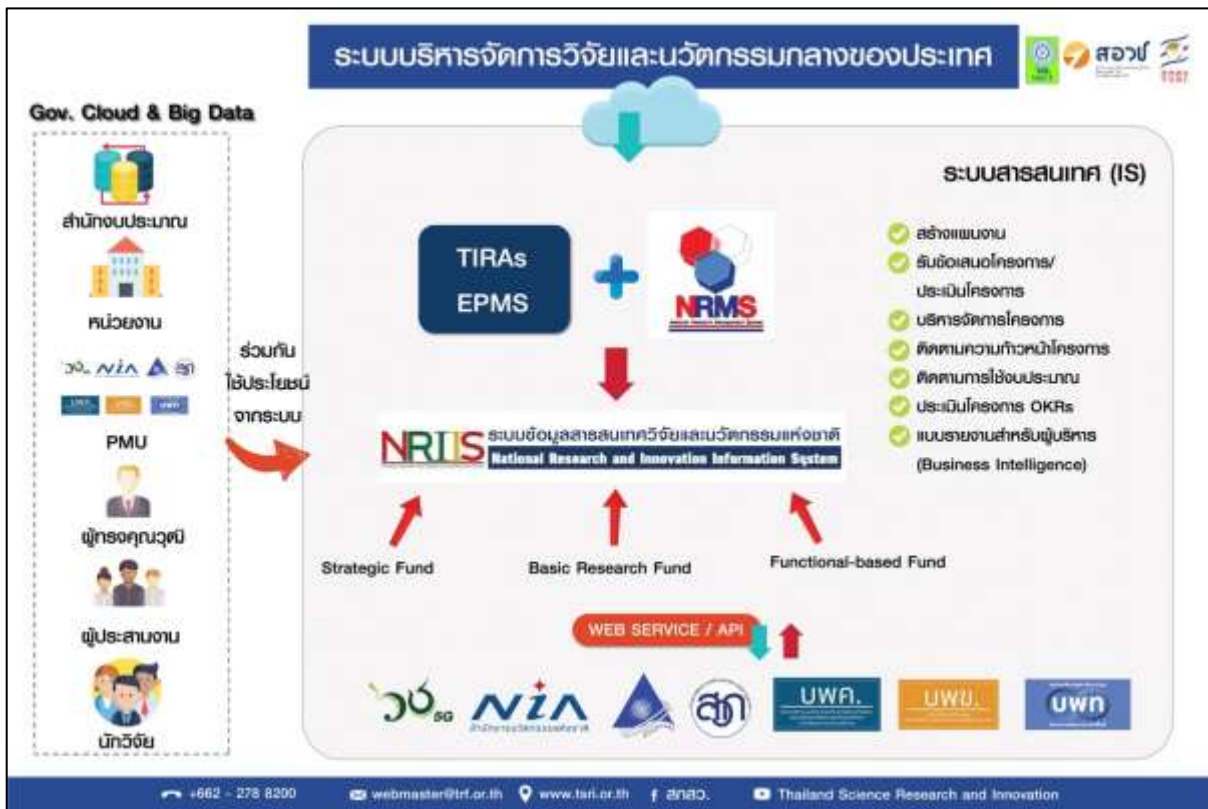
ปัจจุบันระบบ NRIIS ซึ่งมี วช. เป็นผู้ดูแลระบบ เป็นระบบที่พัฒนามาจากระบบใหญ่ 3 ระบบเข้า ด้วยกัน คือ

1. ระบบบริหารงานวิจัยอัจฉริยะ (Thailand Intelligent Research Administration System: TIRAs) จัดทำโดย สกสว.
2. ระบบบริหารจัดการโครงการวิจัย (Electronic Project Management System: EPMS) จัดทำโดย สกสว.

3. ระบบบริหารจัดการงานวิจัยแห่งชาติ (National Research Management: NRMS) จัดทำโดย วช.

โดยความร่วมมือของ 3 หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

รูปที่ 132 ระบบบริหารจัดการวิจัยและนวัตกรรมกลางของประเทศ



ที่มา: สกสว.

นอกจากนี้ เนื่องจากก่อนจะมีการปฏิรูประบบ ววน. เดิม แต่ละ PMU มีเป้าหมายหัวข้อวิจัยที่แตกต่างกัน มีการดำเนินการและมีต้นสังกัดที่แยกจากกัน รวมถึงการมีสถานะขององค์กรที่ต่างกันไป เช่น บาง PMU เป็นองค์การมหาชน บาง PMU เป็นหน่วยงานรัฐระดับกรม ทำให้แต่ละ PMU มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการวิจัยที่ต่างกันไป ซึ่งเห็นได้จากระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก. ซึ่งสรุปประเด็นความแตกต่างที่สำคัญไว้ในตารางในภาคผนวกดังกล่าว)

20.2 งบประมาณของ PMU และโครงการวิจัยที่แต่ละ PMU สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19

1) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ปีงบประมาณ 2564

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช) ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รวมทั้งสิ้น 3,058,352,973 บาท โดยแบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 789,898,000 บาท และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) 2,268,454,973 บาท ซึ่งสามารถสรุปการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายได้ ดังตารางข้างล่าง โดยงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก ววน. ได้จัดสรรให้งานวิจัยเชิงกลยุทธ์ 1,868,454,973 บาท และงานวิจัยพื้นฐานอีก 400,000,000 บาท

ตารางที่ 31 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

แผนงาน	การจัดสรรงบประมาณ (บาท)
พรบ. งบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ 2564	789,898,000
รายการบุคลากร	109,568,000
แผนงานพื้นฐานด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ	195,242,100
แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์	195,242,100
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)	2,268,454,973
Strategic Fund	1,868,454,973
Fundamental Fund	400,000,000

ที่มา: <https://www.nrct.go.th/Portals/0/Document/เอกสาร/แผนการใช้จ่าย%20ปี%202564.pdf>

ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช) รายงานผลการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งสิ้น 884,830,200 บาท แบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 789,898,000 บาท และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) 2,143,777,921 บาท ซึ่งสามารถแบ่งตามแผนงานได้ ดังตารางข้างล่าง โดยงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก ววน. ถูกจัดสรรให้กับโครงการวิจัย Flagship 826,639,700 บาท และ โครงการวิจัย Non-Flagship อีก 1,317,138,220 บาท

ตารางที่ 32 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563

แผนงาน	การจัดสรรงบประมาณ (บาท)
พรบ. งบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ 2563	789,898,000
รายการบุคลากร	111,883,700
แผนงานพื้นฐานด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ	152,498,100
แผนงานยุทธศาสตร์ การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม	620,448,400
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)	2,143,777,921
Flagship	826,639,700
Non-Flagship	1,317,138,220

ที่มา: <https://www.nrct.go.th/Portals/0/Document/เอกสาร/แผนการใช้จ่าย%2063.PDF>

ตารางที่ 33 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก วช.

ปีงบฯ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2563	การพัฒนาถังขยะมูลฝอยติดเชื้อในห้องน้ำอาคารสาธารณะ	ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืน
2563	เครื่องต้นแบบเพื่อบำบัดขยะมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้ความร้อนจากพลังงานไมโครเวฟเพื่อรองรับการจัดการด้านโรคโควิด-19 สำหรับสถานพยาบาล	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	การทดลองแบบสุ่มในหลายประเทศเพื่อวิจัยการรักษาโรคโควิด-19 เพิ่มเติมในผู้ป่วยที่รักษาตัวใน โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษายาบาลผู้ป่วยของประเทศ	กรมการแพทย์
2563	การผลิตแอนติบอดีของมนุษย์พร้อมใช้เพื่อต้านไวรัสโคโรนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการวิจัยพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประเทศ ระยะที่ 2	มหาวิทยาลัยศิลปากร
2564	การพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas12/13	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2564	ผลกระทบและความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ในกลุ่มประชากรชาวเขาในพื้นที่ตะเข็บชายแดนและความพร้อมต่อการป้องกันและควบคุมโรคกรณีเกิดการระบาดระลอกสอง	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2564	การวิเคราะห์และทดสอบเป็ปไทด์ที่จำเพาะต่อการจับตัวกับ spike protein ของไวรัส COVID-19	มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	ตัวชี้วัดความสำเร็จของการใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหารในช่วงการระบาดของไวรัส COVID-19	มหาวิทยาลัยสยาม
2564	การสร้างเครือข่ายและการดัดศักยภาพในพื้นที่ที่พัฒนาพนักงานและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อรองรับการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆในการรับมือกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและการใช้แรงงานต่างด้าวในจังหวัดปทุมธานี	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
2564	รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนแบบมีส่วนร่วมภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ของอำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย.	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
2564	การจัดตั้งเครือข่ายวิจัยเพื่อสนับสนุนนโยบายโควิดวัคซีนพาสปอร์ตในอาเซียน	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2564	การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและความปลอดภัยหลังได้รับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ภายในโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาพัฒนาการตรวจวินิจฉัยจำแนกสายพันธุ์ย่อยอังกฤษ (B.1.1.7) สายพันธุ์แอฟริกาใต้ (B.1.351) สายพันธุ์บราซิล (P.1) และการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ยังสามารถเพิ่มจำนวนได้	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย	กรมสุขภาพจิต
2564	โครงการหน้ากากป้องกันเชื้อโรคแบบคลุมศีรษะพร้อมชุดกรองอากาศประสิทธิภาพสูงรุ่นปรับปรุง	สมาคมส่งเสริมการรับช่วงการผลิตไทย
2564	การพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สำหรับบุคคลทั่วไป	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2564	การสำรวจผลกระทบต่อด้านสุขภาพและระดับของประสิทธิภาพบุคคล ในระหว่างมีการระบาดของโคโรนาไวรัส - โครงการความร่วมมือระดับนานาชาติ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	แผนศึกษาภูมิคุ้มกันและพันธุศาสตร์ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนโควิด-19	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์
2564	การสร้างความรู้ยั่งยืนทางเศรษฐกิจต่อแรงงานที่เคลื่อนย้ายกลับสู่ท้องถิ่นในภาคธุรกิจท่องเที่ยวและบริการภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง	สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์
2564	การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บริเวณชายแดน: กรณีศึกษาจังหวัดระนองและจังหวัดตราด	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2564	คอร์โดเซเวีย: คอร์โดเซพินแปรรูป เพื่อต้านโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	สำนักงานพัฒนา วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2564	การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพ ที่ 10: กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2564	การสร้างโมโนโคลนอลแอนติบอดีของมนุษย์ยับยั้งเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลัน 2 (SARS-CoV-2) ด้วยเทคนิคไฮบริโดมา	มหาวิทยาลัย นวมินทราชินา
2564	การวิจัยสารสกัดสมุนไพรศักยภาพต่อฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และศึกษากลไกการออกฤทธิ์ด้วยเทคโนโลยีแสงซินโครตรอน	สถาบันวิจัย แสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน)
2564	การยอมรับวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2564	ผลกระทบและการฟื้นตัวของแรงงานในระบบอาหารในการสร้างความมั่นคงของมนุษย์จากวิกฤติโควิด	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การพัฒนาชุดตรวจวัดและตรวจหาแอนติบอดียับยั้งเชื้อ SARS-CoV-2	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การพัฒนาายต้านเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยการยับยั้งร่างแหเอนโดพลาซิมและไลโซโซม	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การคัดกรองสารสกัดสมุนไพรที่ออกฤทธิ์ยับยั้งไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การพัฒนาารูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับครูระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อผู้เรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	มหาวิทยาลัยพะเยา
2564	อุปกรณ์วินิจฉัยสำหรับตรวจวัดแอนติเจนของโควิด-19	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การศึกษาระบาดวิทยาโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์
2564	การตรวจสอบค่าความถูกต้องของชุดทดสอบดีเอ็นเอแบบแถบในการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ
2564	การศึกษาระบาดวิทยาของโควิด-19 ในเขตพื้นที่ความเสี่ยงสูงในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมการติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของเด็กและเยาวชน: การศึกษาช่วงสถานการณ์โควิด-19	กรมสุขภาพจิต
2563	โครงการศึกษาการฟื้นตัวของทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งช่วงวิกฤติการณ์โควิด-19 และแนวนโยบายเพื่อการใช้ประโยชน์ด้านการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการ พัฒนาประเทศไทย
2564	ชุดโครงการ การยกระดับเศรษฐกิจฐานรากบนฐานทรัพยากรท้องถิ่น: โอกาสของชุมชนท่ามกลางสถานการณ์ COVID 19	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2564	การวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางปัญญากับมูลค่าทางการตลาดและสมรรถนะทางการเงินของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและโรงแรม ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2564	นวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์และการจำลองเชิงโมเลกุลสำหรับคัดเลือกและออกแบบยาต้านโคโรนาไวรัส	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2564	การเฝ้าระวังเชิงรุก และการเตือนภัย (3-14 วัน) ล่วงหน้าจากการแพร่เชื้อ SARS-CoV-2 ในสถานที่สุ่มเสี่ยงและชุมชนในภาคเหนือ ด้วยการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสในน้ำเสียโดยใช้วิธี Loop Mediated Isothermal Amplification (LAMP) Assays	มหาวิทยาลัยนเรศวร

ที่มา: สกสว. (2564)

2) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (สนช./NIA)

ปีงบประมาณ 2564

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (สนช./NIA) ได้รายงานผลการดำเนินการรอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564) และผลการใช้จ่ายเงินเทียบแผนการใช้จ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการใช้ไปแล้วทั้งสิ้น 777,559,600 บาท แบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 231,866,100 บาท กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) 302,128,700 บาท เงินสะสม 96,210,200 บาท และเงินจากแหล่งอื่น 35,892,300 บาท ซึ่งสามารถแบ่งตามแผนงานได้ โดยงบประมาณจากกองทุน ววน. ถูกจัดสรรให้กับโปรแกรมที่ 11, 13, 15 17 จำนวน 57,281,000 บาท, 81,638,100 บาท, 84,670,300 บาท และ 68,539,300 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 34 ผลการใช้จ่ายของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 รอบ 6 เดือน

แผนงาน	แผนปี (บาท)	ผลการใช้จ่าย (บาท).
เงินงบประมาณ	308,847,500	231,866,100
แผนงานบูรณาการ SMEs	109,116,500	74,991,400
แผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค	51,445,300	34,069,200
แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่และเมืองน่าอยู่	46,246,800	42,043,700
แผนงานพื้นฐาน	63,479,600	42,941,000
แผนงานบุคลากรภาครัฐ	38,559,300	37,820,800
เงินกองทุน ววน.	449,557,000	302,128,700
P11 พัฒนาระบบนิเวศนวัตกรรมและพื้นที่เศรษฐกิจนวัตกรรม	93,228,500	57,281,000
P13 นวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนนวัตกรรม	97,576,700	81,638,100
P15 เมืองน่าอยู่	97,576,700	84,670,300
P17 การแก้ปัญหาวิกฤติของประเทศ	161,175,000	68,539,300
เงินสะสม	214,641,400	96,210,200
เงินจากแหล่งอื่น	38,000,000	35,892,300

ที่มา: <https://www.nia.or.th/frontend/article/epojuttklotu/editor/files/O19-1.ReportM6-64.pdf>

ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) ได้รายงานผลการดำเนินการ และผลการใช้จ่ายเงินเทียบแผนการใช้จ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผลการเบิกจ่ายทั้งสิ้น 633,340,400 บาท แบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 349,808,700 บาท เงินสะสม 169,165,400 บาท และ เงินจากแหล่งอื่น 114,366,300 บาท ซึ่งสามารถแบ่งตามแผนงานได้ ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 35 ผลการใช้จ่ายของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563

แผนงาน	แผนปี (บาท)	ผลการใช้จ่าย (บาท).
เงินงบประมาณ	466,547,000	349,808,700
แผนงานบูรณาการ SMEs	233,200,000	172,759,000
แผนงานบูรณาการพัฒนาศูนย์ระดับภาค	19,853,300	18,981,000
แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่และเมืองนำอยู่ฯ	36,500,000	23,208,700
แผนงานยุทธศาสตร์ วทน.	81,500,000	49,623,100
แผนงานพื้นฐาน	58,282,400	48,025,700
แผนงานบุคลากรภาครัฐ	37,211,300	37,211,300
เงินสะสม	239,419,500	169,165,400
เงินจากแหล่งอื่น	123,044,100	114,366,300

ที่มา: <https://www.nia.or.th/frontend/article/epojuttklotu/editor/files/O20-1.Report%20Budget-63-ITA64.pdf>

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับโควิดอยู่พอสมควร แต่ในปีงบประมาณ 2563-2564 นั้น โครงการที่เกี่ยวข้องกับโควิดส่วนใหญ่จะอยู่นอกโปรแกรม 17 โดยในปีงบประมาณ 2563-2564 NIA ได้ให้การสนับสนุนโครงการเหล่านี้ในเป็นนวัตกรรมทางด้านการแพทย์กับสตาร์ทอัพ และกลุ่มธุรกิจนวัตกรรมการแพทย์ (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโปรแกรม 11) สำหรับโครงการในโปรแกรม 17 ของ NIA เกือบทั้งหมดเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับโควิดทางอ้อมเท่านั้น คือเป็นมาตรการให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูวิสาหกิจเริ่มต้นที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ใน “P17.6 โครงการการกระตุ้นเศรษฐกิจในระยะสั้นของวิสาหกิจฐานนวัตกรรม (startup และ SMEs) ที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19)” ซึ่ง NIA เปิดมาตรการเยียวยาสตาร์ทอัพ เอสเอ็มอี และวิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อเตรียมพร้อมช่วยเหลือและฟื้นฟูสตาร์ทอัพ เอสเอ็มอี และวิสาหกิจเพื่อสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ผ่านการสนับสนุนทางด้าน

การเงิน การลงทุน การตลาด เครือข่าย รวมถึงการส่งเสริมองค์ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันให้สามารถก้าวต่อไปได้

งบประมาณสนับสนุนของ สนช. เป็นงบให้เปล่าในวงเงินไม่เกินโครงการละ 5 ล้านบาท

ตารางที่ 36 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สนช. (NIA) ในปีงบประมาณ 2563

ปีงบฯ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน	รหัสโครงการ	เงินสนับสนุน (บาท)	มูลค่าโครงการ (บาท)
2563	โครงการระบบการบริหารห่วงโซ่อุปสงค์-อุปทานเพื่อรับมือการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19	บริษัท คลาวด์ดาด้า คอร์เปอร์เรชั่น จำกัด	PE0110-01-63-03-0098	3,608,000	5,388,000
2563	โครงการชุดตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบรวดเร็ว ประเภท lateral flow Immunoassay	บริษัท ไบยา ไฟโต ฟาร์ม จำกัด	PE0110-01-63-03-0096	4,080,000	5,230,000
2563	โครงการหน้ากากอนามัยชนิดใช้ซ้ำได้	บริษัท ปริมา เลเซอร์ เทอร์ราพี จำกัด	PE0110-01-63-03-0105	2,895,000	4,010,000
2563	โครงการระบบดูแลสุขภาพทางไกลสู่ภัยโควิด-19	สมาคมการค้าเฮลท์เทคโนโลยี ประเทศไทย จำกัด	PE0110-01-63-04-0112	4,999,000	7,838,000
2563	โครงการนวัตกรรมบริการสำหรับการขนย้ายผู้ป่วยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19	สมาคมการค้าเพื่อส่งเสริมผู้ประกอบการเทคโนโลยีรายใหม่	PE0110-01-63-04-0110	2,000,000	6,500,000
2563	โครงการ สายตีดี้: แพลตฟอร์มดูแลสุขภาพระหว่างการรักษาของโควิด-19	บริษัท โอเพ่นดรีม จำกัด	PE0110-01-63-04-0107	2,960,000	3,460,000

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน	รหัสโครงการ	เงินสนับสนุน (บาท)	มูลค่าโครงการ (บาท)
2563	โครงการห้องแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศแบบถอดประกอบได้สำหรับผู้ป่วยหนักโรคโควิด-19	บริษัท วินด์ซิลล์ จำกัด	PE0110-01-63-04-0111	5,000,000	19,000,000
2563	โครงการ Smart Pulz ช่วยลดการติดเชื้อ COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์	ห้างหุ้นส่วนจำกัด เมดิออท	PE0110-01-63-04-0109	5,000,000	6,000,000
2563	โครงการนวัตกรรมการเรียนแบบผสมผสานออนไลน์สำหรับโรงเรียน	บริษัท เลิร์น เอ็ดดูเคชั่น จำกัด	PE0110-01-63-04-0108	4,480,000	9,890,000
2563	โครงการ เซฟที ไทยแลนด์: แพลตฟอร์มช่วยสนับสนุนการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัส COVID-19 ในเชิงรุก	บริษัท อนุสา เลเจนด์ สยาม จำกัด	PE0110-01-63-03-0106	4,900,000	8,800,000
2563	โครงการห้องกักตัวภาคสนามจากตู้คอนเทนเนอร์สำหรับผู้เดินทางที่ยังไม่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19	บริษัท คอนสตรัคชั่น ไลน์ส จำกัด	PE0110-01-63-04-0142	2,285,000	3,810,000
2563	โครงการ บิสมิลละห์: แพลตฟอร์มระบบบริหารจัดการการสารสนเทศและการสื่อสารในภาวะปกติใหม่ (New normal) ของเครือข่ายมัสยิดในพื้นที่จังหวัดไผ่ซางแดน	บริษัท ร่วมพัฒนาเมือง จำกัด	PE0203-01-63-04-0137	2,250,000	5,850,000
2563	โครงการ STELLATE : เครื่องวัดอุณหภูมิอัตโนมัติ	บริษัท เบรนไดนามิกส์ เทคโนโลยี จำกัด	PE0203-04-63-06-0219	2,250,000	3,037,500

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน	รหัสโครงการ	เงินสนับสนุน (บาท)	มูลค่าโครงการ (บาท)
2563	โครงการ THE TRAGO QUEUE: ระบบสำรองจองตั๋วรถโดยสาร	บริษัท ไทโรเดนท์ มาสเตอร์ จำกัด	PE0203-03-63-08-0256	2,310,000	6,600,000

ที่มา: ประมวลจากรายงานประจำปี 2563 ของ สนช. (2563)

ตารางที่ 37 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 และการรับมือโรคระบาด ที่ได้รับการส่งเสริมโดย สนช (NIA).

ในปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
P17.6	โครงการการกระตุ้นเศรษฐกิจในระยะสั้นของวิสาหกิจฐานนวัตกรรม (startup และ SMEs) ที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) แบ่งเป็น 6 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการพัฒนาและสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะวิกฤต – ภาคเหนือ 2) โครงการพัฒนาและสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะวิกฤต – ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) โครงการพัฒนาและสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะวิกฤต – ภาคกลาง 4) โครงการพัฒนาและสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะวิกฤต – กรุงเทพฯ และปริมณฑล 5) โครงการพัฒนาและสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะวิกฤต – ภาคใต้ 6) โครงการบริหารจัดการระบบพอร์ทัลโพลีไอ-PMU	จำนวนวิสาหกิจฐานนวัตกรรม ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค (SMEs และ Startup) ได้รับการสนับสนุนเพื่อดำเนินโครงการนวัตกรรมจำนวน 122 ราย งบ 161.175 ล้านบาท
P.11	ชุดตรวจหาแอนติเจนที่จำเพาะกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	บริษัท แอปฟิโนม จำกัด (2.8 ล้านบาท)
P.11	ระบบ QueQ สำหรับการแก้ปัญหาการแน่นขนัดของการให้บริการภายใต้สถานการณ์ COVID-19	บริษัท คิวคิว (ประเทศไทย) จำกัด (1 ล้านบาท)
P.11	ระบบแพลตฟอร์มดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน	บริษัท แอ็กนอสเฮลท์ จำกัด (0.9 ล้านบาท)

	ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
P.11	2564	ชุดอุปกรณ์ควบคุมการทำงานเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ ไหลสูง (โครงการพัฒนาเครื่องช่วยหายใจ จุฬาไฮโพลว์ ออกแบบโดย รพ.จุฬาฯ สำหรับบริจาคให้โรงพยาบาล ต่างๆ รวม 500 เครื่อง โดย 90 เครื่องใช้เงินทุนจากงบ 4.5 ล้านบาทที่ได้จาก สนช.)	บริษัท อินทอนิกส์ จำกัด (4.5 ล้านบาท) (งบสร้างเครื่องได้จากเงิน บริจาคผ่าน รพ.จุฬาฯ)

ที่มา: ประมวลจากเอกสารประกอบการประชุมอนุกรรมการฯ ของ สนช. (2564)

รายการ 2-5 จาก “รายงานผลการดำเนินงาน P11: การพัฒนาและยกระดับวิสาหกิจฐานนวัตกรรม
ให้เข้มแข็งและเติบโตอย่างก้าวกระโดด (Flagship) (ตุลาคม 2563 – 31 สิงหาคม 2564)” ของ สนช.

3) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์กรมหาชน (สวก.)

ปีงบประมาณ 2564

สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์กรมหาชน (สวก.) ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณ
โดยกำหนดเป้าหมายการสนับสนุนทุนวิจัย ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 585,000,000 บาท โดยเน้นการ
สนับสนุนทุนวิจัยที่มีศักยภาพและตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่ม
ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัด (OKRs) ระดับประเทศตามนโยบาย
และยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 – 2570 (อววน.) และแผนด้าน
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 – 2565 ดังนี้ โปรแกรมที่ 7 โจทย์ท้าทายด้านทรัพยากร
สิ่งแวดล้อม และการเกษตร โปรแกรมที่ 10 ยกระดับความสามารถการแข่งขันและวางรากฐานทางเศรษฐกิจ
และโปรแกรมที่ 17 การแก้ปัญหาวิกฤติของประเทศ โดยงบประมาณจากกองทุน ววน. จะรวมอยู่ในกลยุทธ์ที่
1 มีแผนเบิกจ่าย 280,000,000 บาท (จากกรอบงบประมาณ 585,000,000 บาท) ซึ่งสามารถสรุปกรอบและ
แผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ได้ ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 38 กรอบและแผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร
ปีงบประมาณ 2564

กลยุทธ์	กรอบงบประมาณ (บาท)	แผนเบิกจ่ายงบประมาณ (บาท)
กลยุทธ์การบริหารจัดการทุนวิจัยด้านการเกษตรและ อุตสาหกรรม เกษตรภายใต้นโยบายรัฐบาล และ นโยบาย ววน. อย่างมี ประสิทธิภาพ	624,892,640	319,892,640
กลยุทธ์การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพกำลังคน ด้านการเกษตรและ อุตสาหกรรมเกษตร	73,673,250	26,788,750
กลยุทธ์การบริหารจัดการองค์ความรู้ด้วยนวัตกรรม สารสนเทศ	16,084,000	16,084,000
กลยุทธ์การสร้างพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ ขยายฐานความร่วมมือสู่ ภูมิภาค	8,197,760	8,197,760
กลยุทธ์การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหาร การวิจัย การเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตรด้วย การทำงานเชิงรุกรูปแบบใหม่	19,444,950	19,444,950

ที่มา: <https://www.arda.or.th/datas/file/เล่มแผน%2064%20Ver.Board%20ok%20เล่มเล็ก%20-%20web%20สวก.pdf>

ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.) ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณ โดยกำหนดเป้าหมายการสนับสนุนทุนวิจัย ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 481,698,000 บาท ภายใต้กรอบการสนับสนุนทุนวิจัยของ สวก. ที่สอดคล้องกับแนวทางยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผน ววน.) โดยจะใช้จ่ายงบประมาณจาก 2 ส่วนคือ 1) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล ปีงบประมาณ 2563 ซึ่งพิจารณางบประมาณที่ได้รับจากปีงบประมาณ 2562 เป็นฐาน จำนวน 200 ล้านบาท 2) ส่วนที่เหลือ จำนวน 281.698 ล้านบาท จะใช้เงินทุนของ สวก. ร่วมกับการแสวงหาเงินทุนสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติม ซึ่งสามารถสรุปกรอบและแผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ได้ ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 39 กรอบและแผนเบิกจ่ายงบประมาณตามกลยุทธ์ของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร
ปีงบประมาณ 2563

กลยุทธ์	กรอบงบประมาณ (บาท)	แผนเบิกจ่ายงบประมาณ (บาท)
กลยุทธ์การสนับสนุนทุนวิจัยด้านการเกษตรอย่างมีประสิทธิภาพ	529,779,250	348,081,250
กลยุทธ์การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพนักวิจัยในการผลิตงานวิจัยที่มีคุณภาพ	54,829,600	26,132,600
กลยุทธ์การบริหารจัดการและสื่อสารองค์ความรู้ด้วยนวัตกรรมสารสนเทศ	23,976,060	23,976,060
กลยุทธ์การสร้างพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ ขยายฐานความร่วมมือสู่ภูมิภาค	20,426,510	20,426,510

ที่มา: https://www.arda.or.th/datas/file/162878_แผนปฏิบัติการและงบประมาณ%20ปี%202563.pdf

ตารางที่ 40 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกสว.

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การศึกษาประสิทธิภาพของตำรับยาสมุนไพรไทยที่มีคุณสมบัติกระตุ้นการเจริญของจุลินทรีย์โพรไบโอติกในการเสริมภูมิคุ้มกันและยับยั้งกลไกการเข้าสู่เซลล์ของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) เพื่อนำประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมยาและอาหาร	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2564	ตำรับสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นยาด้านไวรัสโคโรนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนาผลิตภัณฑ์สเปรย์พ่นปากผสมสารสกัดฟ้าทะลายโจร ป้องกันการติดเชื้อไวรัส	มหาวิทยาลัยนเรศวร
2564	ฤทธิ์ของสารสกัดกัญชงต่อการป้องกันและรักษาการอักเสบ: แนวทางเพื่อการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	มหาวิทยาลัยนเรศวร
2564	การค้นหาตำรับยาแผนไทยที่มีศักยภาพในการบรรเทาอาการโรคโควิด-19 ผ่านการวิเคราะห์ตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย การเปรียบเทียบเทียบความเหมือนของสารออกฤทธิ์ที่เคยศึกษามาก่อน การใช้คอมพิวเตอร์โมเดล และการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา การศึกษาทางคลินิก และความปลอดภัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ที่มา: สกสว. (2564)

4) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ปีงบประมาณ 2564

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำแผนปฏิบัติการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ทั้งสิ้น 164,232,488 บาท แบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 35,125,500 บาท กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) 545,551,000 บาท เงินสะสม 44,715,600 บาท และ เงินจากแหล่งอื่น 8,770,000 บาท ซึ่งสามารถแบ่งตามแผนงานได้ ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 41 งบประมาณแผนปฏิบัติการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

แผนงาน	งบประมาณตามแหล่งทุน			
	พรบ.งปม.	ววน.	เงินสะสม	อื่นๆ
แผนงานวิจัย	-	1,083,702,000	39,632,200	8,770,000
แผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย	-	7,400,000	4,000,000	-
แผนสนับสนุนการวิจัย	35,125,500	-	40,850,400	-
แผนงานเฉพาะส่วน	-	-	94,379,800	-

ที่มา: https://www.hsri.or.th/sites/default/files/hsriplan_2564.pdf

ปีงบประมาณ 2563

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำแผนปฏิบัติการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งสิ้น 77,842,800 บาท แบ่งเป็นงบประมาณตามพระราชบัญญัติงบประมาณ 40,860,000 บาท และ เงินสะสม 105,579,900 บาท ซึ่งสามารถแบ่งตามแผนงานได้ ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 42 งบประมาณแผนปฏิบัติการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

แผนงาน	แผนงบประมาณ	
	พรบ.งปม.	เงินสะสม
แผนงานวิจัย	84,205,000	282,659,800
แผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย	4,400,000	6,300,000
แผนสนับสนุนการวิจัย	33,975,000	41,904,400
แผนงานเฉพาะส่วน	-	91,455,400

ที่มา: <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/plan2563.pdf>

ตารางที่ 43 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส.

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2563	โครงการปล่อยเชื้อไวรัสอย่างยัดเยียดในผู้ป่วย COVID-19	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการศึกษา Neutralizing Antibody และ การผลิตพลาสมาผู้ฟื้นจากโรคโควิด-19 และ Hyperimmune Globulin (IM)	สภากาชาดไทย
2563	โครงการประสิทธิภาพของยา ivermectin และ chloroquine ในการกำจัดเชื้อซาร์สโควี-2 ในผู้ที่เพิ่งติดเชื้อซาร์สโควี-2	
2563	โครงการการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์เทียบกับการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการไม่หนักและยังไม่มีภาวะปอดอักเสบ	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อด้วยการตรวจทางซีโรโลยี การตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ภายในโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการโควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสและวิธีการต่าง ๆ สำหรับการกำจัดเชื้อซาร์สโควี-2 ที่ในทางเดินหายใจของผู้ที่เพิ่งติดเชื้อซาร์สโควี-2	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการพัฒนาแบบจำลองบูรณาการระบบการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรการกักตัวสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่สัมผัสผู้ติดเชื้อโควิด-19	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2563	การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2563	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการป้องกันและ ฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2563	การวิจัยเพื่อหาระยะเวลาที่เหมาะสมในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลับไปในชุมชน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2563	การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในภาวะหลังวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6	สถาบันพระบรมราชชนก
2563	โครงการผลกระทบด้านสุขภาพจิตของประชาชนต่อสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด- 19) เขตสุขภาพที่ 5	กรมสุขภาพจิต
2563	การศึกษาภูมิคุ้มกันโควิด -19 ในชุมชนจังหวัดปัตตานี	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย (สวน)
2564	สำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดขนาดใหญ่สำหรับครูและผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2564	การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์ กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19	กรมสุขภาพจิต
2564	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด-19	สถาบันพระบรมราชชนก

ที่มา: สกสว. (2564)

5) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)

*** คณะผู้วิจัยยังไม่พบรายงานผลการดำเนินการเผยแพร่

ตารางที่ 44 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพท.

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การวิจัยการสนับสนุนการจัดการเชิงพื้นที่เพื่อการแก้ไขปัญหาและลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19	-
2564	การศึกษากลไกความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมพื้นที่เขาใหญ่เพื่อยกระดับสู่เมืองเศรษฐกิจวิถีปกติใหม่ระยะถัดไป	-
2564	การสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติการเสมือนจริงแบบ 3 มิติ เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์และทักษะวิทยาศาสตร์ของนักเรียนในยุคการระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019	มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
2564	การจัดการเมืองเชิงระบบในภาวะฉุกเฉินเพื่อรับผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2564	การพัฒนาบทบาทของมหาวิทยาลัยในการสร้างกลไกทางการตลาดสำหรับผลผลิตทางการเกษตร (ผักและผลไม้) ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	มหาวิทยาลัยพะเยา
2564	มหาวิทยาลัยกับการบรรเทาปัญหาเร่งด่วนให้เกษตรกรจังหวัดน่านที่ได้รับผลกระทบปัญหาโควิด	สถาบันวิทยาลัยชุมชน
2564	โครงการขยายการตลาดเพื่อสร้างรายได้แก่วิสาหกิจชุมชนขนาดเล็กที่ได้รับผลกระทบจาก Covid-19 : สมุทรปราการโมเดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2564	การพัฒนาเพื่อยกระดับอาชีพเกษตรกรและสร้างทางเลือกอาชีพใหม่รองรับคนว่างงานและคนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 พื้นที่จังหวัดนครราชสีมาด้วยการใช้ความรู้ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม (โคราชโมเดล)	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2564	การสร้างอาชีพทางเลือกบนทรัพยากรฐานรากเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและยกระดับรายได้เกษตรกรรองรับวิกฤตการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ (กาฬสินธุ์โมเดล)	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

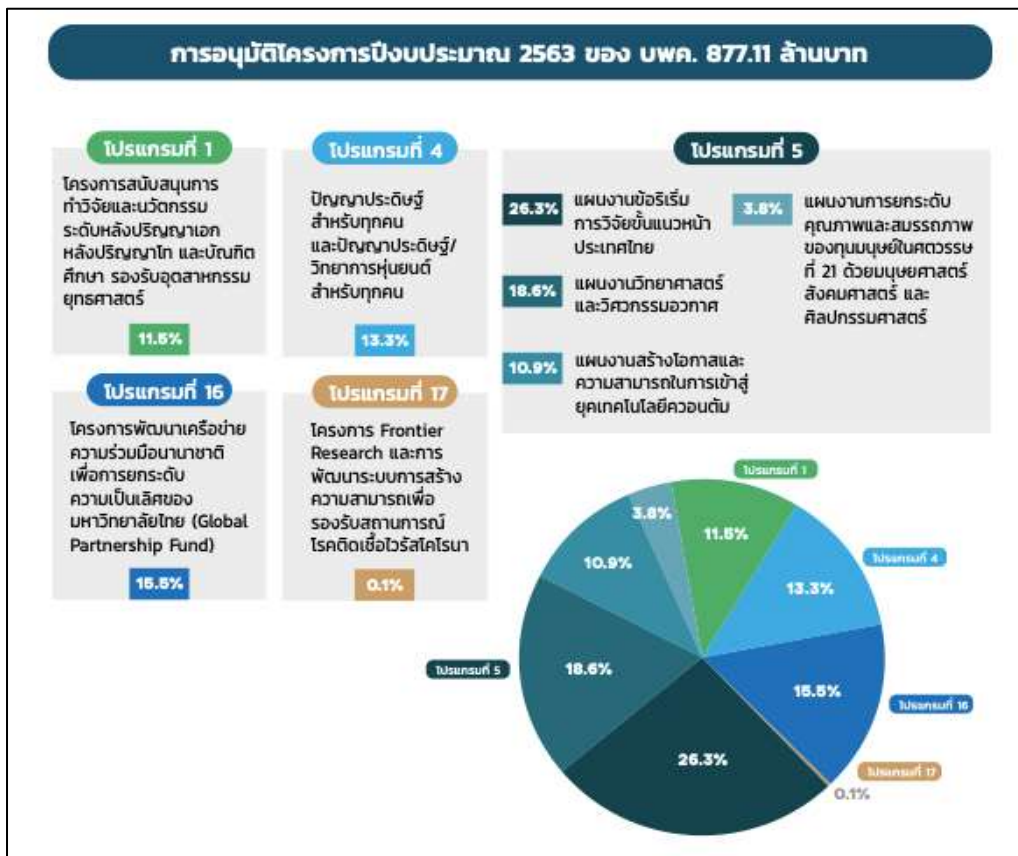
ที่มา: สกว. (2564)

6) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.)

ปีงบประมาณ 2563

หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) ได้รายงานผลการดำเนินงาน ในการอนุมัติงบประมาณโครงการทั้งหมด 877.11 ล้านบาท โดยแบ่งเป็น โครงการวิจัยในโปรแกรมที่ 1 ร้อยละ 11.5 โปรแกรมที่ 4 ร้อยละ 13.3 โปรแกรมที่ 5 ร้อยละ 59.6 โปรแกรมที่ 16 ร้อยละ 15.5 และโปรแกรมที่ 17 ร้อยละ 0.1

รูปที่ 133 การอนุมัติโครงการปีงบประมาณ 2563 ของ บพค.



ที่มา: <https://www.nxpo.or.th/B/wp-content/uploads/2021/06/Annual-Report-PMU-B-2563.pdf>

ตารางที่ 45 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพค.

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2563	COVID-19 Multi-Model Comparison Consortium (CMMC)	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2564	การผลิตแอนติบอดีสายเดี่ยวของมนุษย์ที่เข้าเซลล์ได้ สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของอาร์เอ็นเอไวรัสต่าง ๆ แบบมีประสิทธิภาพกว้าง ด้วยระบบแบคทีเรียดิสเพลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การจำลองแบบเชิงพลศาสตร์แนวสังคมิวิทยาปรากฏการณ์ของการดูแลและการจัดการผู้ป่วยในระหว่างโควิด-19 ระบาด: ปัจจัยการเป็นโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันและวัยของผู้ป่วย	สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.)
2564	เซนเซอร์เชิงแสงสำหรับการตรวจวัดไวรัส: แพลตฟอร์มการตรวจวัดเซนเซอร์เชิงแสงเพื่อการประยุกต์ใช้งานในอนาคต	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2564	การวิจัยขั้นแนวหน้าเพื่อศึกษาบทบาทของถุงล่องเซลล์ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนาแบบจำลองเนื้อเยื่อปอดเพื่อศึกษาพยาธิชีววิทยาและประสิทธิภาพของยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2564	การศึกษากระบวนการติดเชื้อเข้าสู่เซลล์ของไวรัสที่มีความเสี่ยงจากสัตว์สู่คนด้วยเทคโนโลยีไวรัสตัวแทน	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2564	การพัฒนาแพลตฟอร์มเซลล์มนุษย์ปฐมภูมิเพื่อจำลองพยาธิสรีรวิทยา พยาธิกำเนิดและกลยุทธการรักษาการติดเชื้อโดยใช้ SARS-CoV-2 เป็นต้นแบบ	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาการตอบสนองทางซีโรโลยีต่อเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในแมว และการคัดเลือกชนิดแอนติเจน ที่มีประสิทธิภาพในการใช้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อด้วยวิธีการทางซีโรโรยีในแมว เพื่อเตรียมความพร้อมตั้งรับความเป็นไปได้ในการรั่วไหลการติดเชื้อจากคนสู่สัตว์เลี้ยงและสัตว์สู่คน	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การพัฒนาแบบจำลองเซลล์เยื่อหุ้มทางเดินหายใจแบบปฐมภูมิเพื่อศึกษาการติดเชื้อไวรัส SAR-CoV2 และไวรัสที่ข้ามจากสัตว์สู่คน	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนาแบบจำลองเนื้อเยื่อลำไส้เพื่อศึกษาพยาธิชีววิทยาและประสิทธิภาพของยารักษาโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2564	ทัศนคติและการให้ความร่วมมือของชาวมุสลิมต่อการปรับตัวในการประกอบศาสนกิจในสถานการณ์โควิด 19 และ New Normal	มหาวิทยาลัยฟาฏอนี
2564	การสร้างนิทานประกอบภาพทวิภาษา (ภาษาไทย-มลายู) เพื่อการเรียนรู้โรคระบาดโควิด 19 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2564	เมื่อเมืองพลิกผัน: พื้นที่ เวลา และชีวิตในเมืองในห้วงโควิด-19	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การปรับตัวของหอศิลป์ ห้องสมุด หอจดหมายเหตุ และพิพิธภัณฑ์: ถอดบทเรียนและแนวปฏิบัติที่ดีจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	ความท้าทายและการจัดการภาวะวิกฤติแบบบูรณาการสำหรับคนพิการในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 19	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	แนวทางการคุ้มครองสิทธิในการทำงานภายใต้มาตรการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2564	การศึกษาการปรับตัวอย่างยืดหยุ่นในโซ่อุปทานของอุตสาหกรรมกุ้งของไทยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2564	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อแรงงานไทยมุสลิมเชื้อสายมลายูในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ย้ายถิ่นกลับมาตุภูมิ: ความเปราะบางและการฟื้นตัวในมิติเศรษฐกิจของครัวเรือน	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	ความท้าทายต่อไทยและอาเซียนในการสร้างความมั่นคงด้านสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนในยุคหลังโควิด-19:	มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
	กรณีศึกษาเมืองชายแดนคู่แฝดไทย-เมียนมา สปป. ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย	
2564	ผลกระทบและการปรับตัวของแรงงานและผู้ประกอบการหญิงในธุรกิจท่องเที่ยวภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กรณีศึกษา อ. หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การสื่อสารในภาวะวิกฤตของรัฐในยุคการแพร่กระจายของ COVID-19 และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไปปรับใช้ในประชากรกลุ่มเปราะบาง ภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2564	รอยมลทินในใจ และผลกระทบจากกระบวนการจัดการเผ่าละว้า ค้นหา ตรวจคัดกรองผู้ป่วยและการกักกันกลุ่มเสี่ยงเพื่อการควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
2564	ภาษา อารมณ์ความรู้สึก และการสื่อสารสุขภาพของไทยในสถานการณ์การระบาด COVID-19	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2564	การสร้างเสริมพฤติกรรมเชิงนวัตกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือสถานการณ์วิกฤตสำหรับบุคลากรในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2564	พลังทางวัฒนธรรมของคนในชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาในการควบคุมและจัดการโรคระบาดโควิด-19	มหาวิทยาลัยแม่โจ้
2564	แนวทางการพัฒนาความร่วมมือไทย-ลาวในการจัดระบบเผ่าละว้า ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนชายแดนไทย-ลาว	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2564	เครือข่ายทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงในสภาวะวิกฤตจากการแพร่ระบาดของโควิด-19: กรณีศึกษาการสร้างความร่วมมือแบบไตรภาคีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายอสม. และชุมชนในเขตอำเภอเมืองนครพนม	มหาวิทยาลัยนครพนม
2564	การวางแผนและพัฒนากำลังแรงงานหลังวิกฤต COVID-19	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

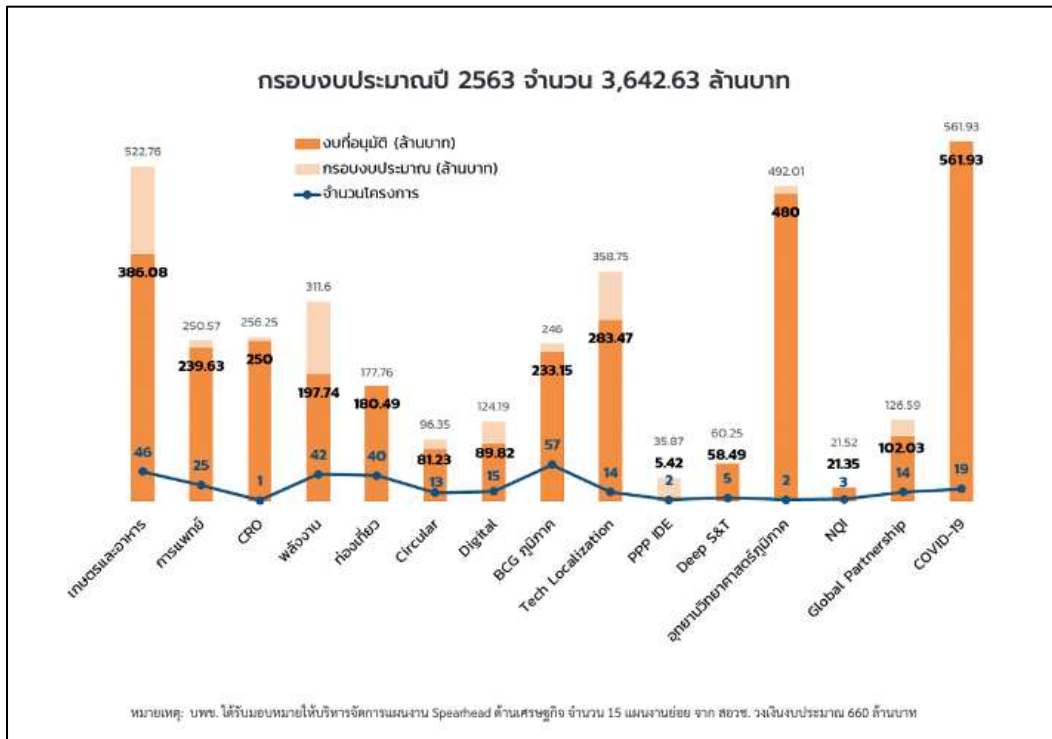
ที่มา: สกสว. (2564)

7) หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)

ปีงบประมาณ 2563

หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ได้กำหนดกรอบประมาณปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3,642.63 ล้านบาท โดยได้อนุมัติงบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 298 โครงการ จำนวน 3,170.83 ล้านบาท ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่จะถูกใช้ในโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ดังแสดงในรูป

รูปที่ 134 กรอบงบประมาณของหน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ปีงบประมาณ 2563



ที่มา: <https://pmuc.or.th/?p=3097>

ตารางที่ 46 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก บพข.

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2563	การพัฒนาดิจิทัลแพลตฟอร์มเพื่อยกระดับและฟื้นฟูการท่องเที่ยวไทยหลังภาวะโควิด 19	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
2563	การศึกษาแนวทางเพื่อเปลี่ยน PPE ใช้แล้วและขยะปลอดภัยให้เป็นพลังงานโดยเทคโนโลยีแก๊สซิฟิเคชันสามขั้นตอน	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย
2563	โครงการวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตชุดตรวจ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-Time RT-PCR (qPCR) เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ	-
2563	การพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีสำหรับการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และการทดสอบใช้ในวงกว้าง	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการวิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มความเสถียรและการเข้าถึงชุดตรวจ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-Time RT-PCR	-
2563	โครงการศึกษาผลกระทบจากไวรัสโควิด-19 ต่อภาคเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวไทย	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2563	การปรับโครงสร้างแรงงานสร้างสรรค์ในอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของไทย ในยุคหลังโควิด-19	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2563	ต้นแบบแนวทางการพัฒนาเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับ ธุรกิจ SME อุตสาหกรรมท่องเที่ยวภายหลังวิกฤต COVID 19	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2563	การบริหารจัดการมรดกทางวัฒนธรรมและธรรมชาติในบริบทของการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจาก COVID-19	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2563	ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาสำหรับการท่องเที่ยวไทยหลังโควิด-19	มูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ
2563	โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุดตรวจแลมบ์สำหรับการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID – 19) และการศึกษาวิธีการเก็บตัวอย่างจากน้ำลาย เพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	แผนงานการฟื้นฟูและขับเคลื่อนอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) หลังวิกฤติโควิด-19	มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การขับเคลื่อนธุรกิจที่พึกและธุรกิจนำเที่ยวขนาดเล็ก เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันทางธุรกิจภายหลังวิกฤต COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดกระบี่ พังงา ภูเก็ต	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2564	การวิเคราะห์สถานการณ์ตลาดแรงงานภาคการท่องเที่ยวไทยหลังยุคโควิด-19	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2564	ระเิม: ระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากภาพรังสีทรวงอก	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนากระบวนการผลิตในระดับใหญ่ของชุดตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยเทคโนโลยี CRISPR-Cas12a	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีและ real-time RT-PCR เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีสำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาความปลอดภัยและความสามารถในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของวัคซีน Booster ในอาสาสมัครสุขภาพดีที่ได้รับวัคซีนต่อไวรัสโคโรนา 2019 ชนิดเชื้อตาย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	ศึกษาผลกระทบของการกลายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 ที่มีต่อความสามารถ ในการจับ กับโปรตีน ACE2 และ neutralize ของซีรัมจากผู้หายจากโรคและ ผู้ได้รับวัคซีนโควิด19	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาคุณสมบัติ SARS-CoV-2 กลายพันธุ์ในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนาจากสารสกัดมาตรฐานของกระชายขาวเพื่อต่อต้านการติดเชื้อ SARS-CoV-2	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	ตรวจวัดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันระดับ T cell และความสามารถของแอนติบอดีในการยับยั้งเชื้อโควิด-19 ของผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac (ImSin)	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2564	การประเมินชุดตรวจคัดกรองหาสารพันธุกรรมในโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยวิธี RT-LAMP PCR	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การเฝ้าระวังการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยการตรวจน้ำลายรวมตัวอย่าง เพื่อรองรับการเปิดสถานศึกษา ภายใต้สถานการณ์การระบาด	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาผลตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและความปลอดภัยต่อการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มแรกด้วยวัคซีน CoronaVac แล้วกระตุ้นเข็มที่สองด้วยด้วยวัคซีน ChAdOx-1 ห่างกัน 3-4 สัปดาห์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2564	การศึกษาคลินิกในระยะที่ 1/2a เปรียบเทียบผลตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและความปลอดภัยต่อการให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA ด้วยวิธีฉีดเข้าผิวหนังกับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุ 18-30 ปีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มาก่อน	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่มา: สกสว. (2564)

8) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

นอกจาก PMU ทั้ง 9 แล้ว สกสว. เองก็ได้ให้การส่งเสริมงานวิจัยเกี่ยวกับโควิด โดยงบประมาณหลักจากทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund) ของ ววน. โดยมีโครงการเกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะการระบาดที่ขอทุนจาก สกสว. ดังนี้

ตารางที่ 47 โครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 หรือการรับมือกับโรคนี้ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกสว.

ปี 2563-2564

ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับทุน
“ผลกระทบของโควิด-19 ต่อชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้าน และคนจนเมือง”	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โครงการศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19: กลไกการรับมือ มาตรการ ช่วยเหลือ และการวางแผนระยะยาว	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
การเปลี่ยนแปลงของภาคอุตสาหกรรมหลังวิกฤต COVID-19	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
การศึกษาเชิงลึกว่าด้วยบทเรียนในการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่และปัญญาประดิษฐ์เพื่อการควบคุมโรค และแนวโน้มการก้าวกระโดดทางเทคโนโลยีหลังวิกฤต COVID-19	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน)
โครงการ Social Monitoring สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ความจำเป็นต้องจ้างแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชื่อโครงการ	หน่วยงานรับทุน
การศึกษาแนวทางการจัดลำดับความสำคัญงานวิจัยด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ชั้นสูง กลุ่มผลิตภัณฑ์ยา และกลุ่มเครื่องมือแพทย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
โครงการประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนด้าน ววน. แบบ Ex-ante ในแผนงานวิจัย ด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมมุ่งเป้าและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์	นักวิจัยอิสระ
การประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัยของกองทุนส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค Covid-19 ใน ประเทศไทย*	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย (TDRI)
การศึกษาและเปรียบเทียบความเป็นไปได้ในการผลิตวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล
การเปลี่ยนแปลงของภาคอุตสาหกรรมหลังวิกฤต COVID-19 ระยะที่ 2	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หมายเหตุ: *โครงการวิจัยนี้

ที่มา: สกสว. (2564)

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สกสว. มีมติเห็นชอบในหลักการกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน ววน. ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2563 จำนวน 24,400 ล้านบาท สำหรับงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาและ นวัตกรรม (ไม่รวมแผนงานยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม) โดยมี แนวทางในการจัดสรรให้ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) ร้อยละ 60 และทุนสนับสนุนงาน พื้นฐาน (Fundamental Fund) ร้อยละ 40

21. กรณีศึกษาการสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนาด้านโควิดที่สำคัญของไทย

ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีโครงการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 ที่ระบบ ววน. สนับสนุนมากกว่า 170 โครงการ (ทั้งจากข้อมูลโครงการที่ทาง สกสว. สรุปรายมาให้ และจากที่คณะผู้วิจัยรวบรวม) แต่โครงการ จำนวนมากก็ยังไม่มียุทธศาสตร์งานในระบบ NRIIS และหลายโครงการอาจมีความล่าช้าเนื่องจากมีอุปสรรค ต่างๆ ในการดำเนินโครงการ รวมทั้งจากโควิด-19 เองด้วย อีกทั้งนักวิจัยในระบบ ววน. จำนวนมากไม่ได้ ทำงานวิจัยเป็นหลักด้วย

หัวข้อนี้เลือกนำเสนองานวิจัยและพัฒนาด้านโควิดที่สำคัญของไทยมาศึกษาความคืบหน้าและผลลัพธ์ ในการดำเนินการ โดยเฉพาะในด้านวัคซีน ยา/สมุนไพร ชุดตรวจ/อุปกรณ์ตรวจเชื้อต่างๆ (RT-PCR, RT-LAMP, CRISPR, ATK) และรถเก็บตัวอย่างชีวโมบาย (Biosafety Mobile Unit) และรถวิเคราะห์ผลด่วน พิเศษ” (Express Analysis Mobile Unit) สำหรับงานวิจัยอื่นๆ จะแยกพิจารณาเป็นกลุ่มงานวิจัยในด้าน ต่างๆ รวม 4 ด้านหลักในหัวข้อ 23 ต่อไป

21.1 การสนับสนุน/ดำเนินการวิจัยด้านวัคซีนของไทย

จากการรวบรวมของ The New York Times Vaccine Tracker ในช่วงสองปีเศษที่ผ่านมา มีวัคซีนที่พัฒนาไปถึงขั้นมีการทดลองในคนรวม 123 ตัว (ซึ่งหมายความว่า มีวัคซีนที่พัฒนาในห้องทดลองและในสัตว์ทดลองอีกมากกว่านี้มากที่มาไม่ได้ถึงขั้นนี้) ในจำนวนนี้ ส้มเล็กโครงการไปแล้วอย่างเป็นทางการรวม 15 ตัว ในขณะที่มีวัคซีน 21 ตัวที่ได้รับอนุมัติให้ใช้อย่างจำกัดในบางประเทศ และมีเพียง 12 ตัวได้รับการอนุมัติให้ใช้เต็มรูปแบบในบางประเทศ (แต่บางตัวในกลุ่มนี้ก็ยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก WHO) และมีอีก 51 ตัวที่ถูกบันทึกว่าอยู่ระหว่างการทดสอบในเฟส 2 หรือ 2 ควบ 3 แต่ในความเป็นจริงหลายตัวในสองกลุ่มนี้ก็ไม่ได้มีความคืบหน้าที่ชัดเจนในปัจจุบัน (และบางตัวก็มีอุปสรรคในบางด้านที่ทำให้ต้องย้อนกลับไปสู่เฟส 1 เช่น Chula-Cov19 ของไทย)

รูปที่ 135 จำนวนวัคซีนที่ผ่านหรืออยู่ในขั้นตอนการทดสอบในคนที่รวบรวมโดย The New York Times Vaccine Tracker



Vaccines typically require years of research and testing before reaching the clinic, but in 2020, scientists embarked on a race to produce safe and effective coronavirus vaccines in record time. Researchers are currently testing **123 vaccines** in clinical trials on humans, and 51 are in the final stages of testing.

ที่มา: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>

The New York Times Vaccine Tracker ยังได้จัดกลุ่ม “วัคซีนผู้นำ” ไว้ 10 ตัวตามรูปข้างล่างนี้ ในจำนวนนี้มี 8 ตัวที่ได้รับการอนุมัติจาก WHO ให้ใช้แบบฉุกเฉิน และมี 2 ตัวที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก WHO แต่มีบางประเทศอนุมัติหรืออนุมัติให้ใช้กรณีฉุกเฉิน คือ Sputnik ของ บ. Gamaleya ของรัสเซีย และ Corbevax ของ ม. Baylor ที่ผลิตโดย Biological E ของอินเดีย

รูปที่ 136 “วัคซีนผู้นำ” 10 ตัว ที่เลือกโดย The New York Times Vaccine Tracker

Leading vaccines

Developer	How It Works	Phase	Status
 Pfizer-BioNTech	mRNA	3	Approved in U.S., other countries. Emergency use in many countries.
 Sinopharm	Inactivated	3	Approved in China, Bahrain. Emergency use in many countries.
 Oxford-AstraZeneca	ChAdOx1	2 3	Approved in Brazil, India. Emergency use in many countries.
 Sinovac	Inactivated	3	Approved in China. Emergency use in many countries.
 Moderna	mRNA	3	Approved in U.S., Canada, Switzerland. Emergency use in many countries.
 Novavax	Protein	3	Approved in Canada, South Korea. Emergency use in several countries.
 Bharat Biotech	Inactivated	3	Approved in India. Emergency use in other countries.
 Johnson & Johnson	Ad26	3	Approved in Canada. Limited in U.S. Emergency use in many countries.
 Baylor-Biological E	Protein	3	Emergency use in India, Botswana.
 Gamaleya	Ad26, Ad5	3	Approved in Russia. Emergency use in many countries.

ที่มา: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>

(ข้อมูล ณ 22 กรกฎาคม 2565)

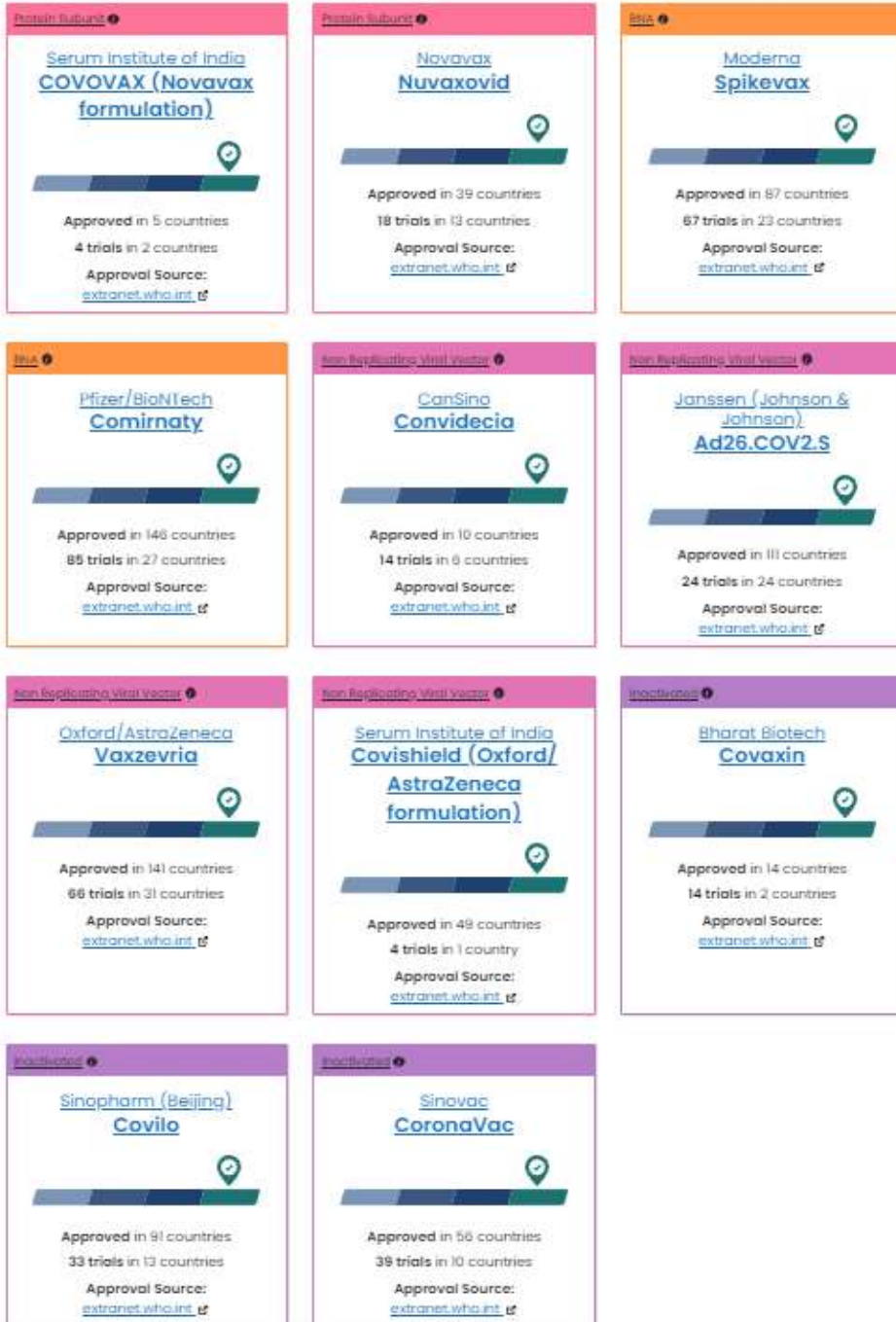
ในปัจจุบัน WHO ได้อนุมัติวัคซีน 11 ตัวให้ใช้กรณีฉุกเฉิน (ดูรูปถัดไป) แต่ในจำนวนนี้มี 2 ตัวที่เป็นของ Serum Institute of India (SII) ที่ใช้สูตรของ AZ และ Novavax ทั้งนี้ SII เป็นผู้ผลิตที่สำคัญสำหรับ COVAX ด้วย และมีอีกคู่ที่ใกล้เคียงกันมากอย่าง Pfizer-BioNTech กับ Moderna)

รูปที่ 137 11 วัคซีนได้รับอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน ณ 22 กรกฎาคม 2565

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

Last Updated 22 July 2022.

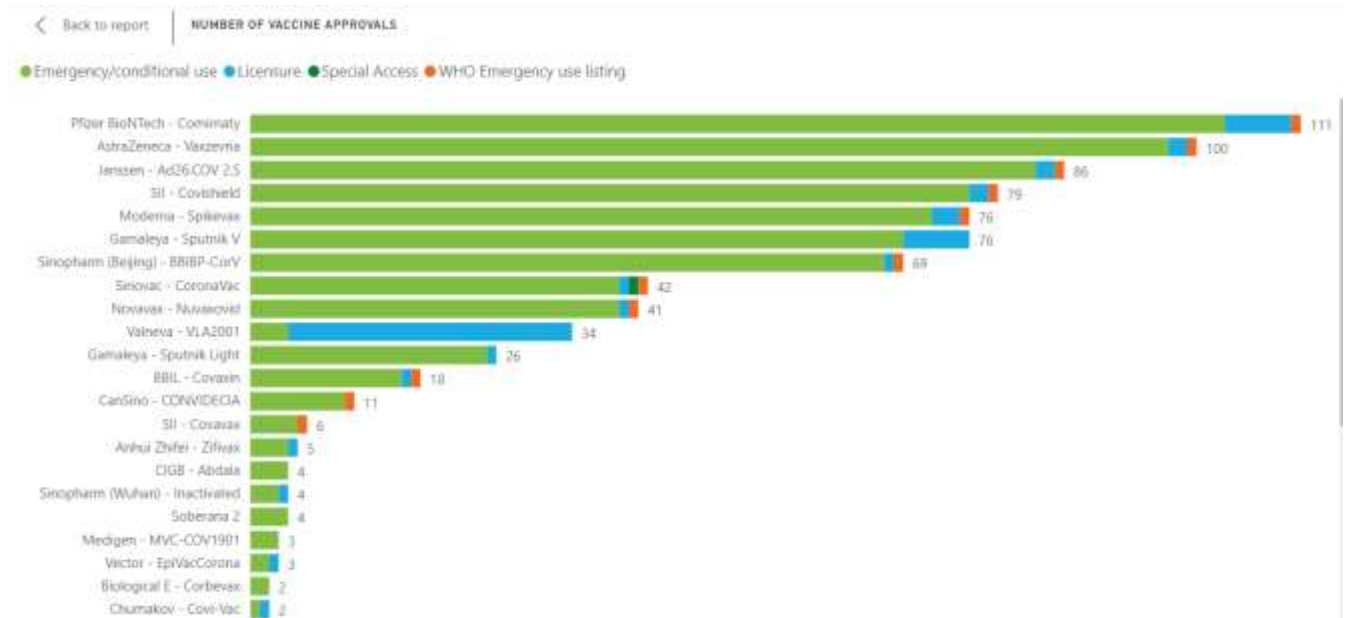
11 Vaccines Granted Emergency Use Listing (EUL) by WHO



ที่มา: <https://covid19.trackvaccines.org/agency/who/>

และถ้าพิจารณาจากวัคซีนที่ได้รับการอนุมัติหรือนำไปใช้มากกว่า 1 แห่ง ก็จะเห็นว่ามีเพียง 22 ตัวเท่านั้น (ซึ่งรวมวัคซีนที่ได้รับ license จากบริษัทหลักด้วย เช่น 2 ตัวของ SII) และมีเพียง 14 ตัวที่มีการอนุมัติหรือนำไปใช้ 5 แห่งขึ้นไป

รูปที่ 138 จำนวนการอนุมัติ (เช่นจำนวนประเทศและองค์กร) ของวัคซีนแต่ละตัว ที่มีจำนวนการอนุมัติมากกว่า 1 แห่ง (สีแดงคือวัคซีนที่ได้รับการอนุมัติจาก WHO ให้ใช้กรณีฉุกเฉิน)



ที่มา: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

ในภาพรวมจะเห็นได้ว่าการพัฒนาวัคซีนมีอัตราสำเร็จที่ค่อนข้างต่ำ และยิ่งไปกว่านั้น ถึงแม้วัคซีนบางตัวจะประสบความสำเร็จในช่วงแรก แต่ก็อาจจะไม่ได้รับความสนใจเมื่อมีปัญหาหรือมีวัคซีนตัวอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเข้ามาแข่ง ตัวอย่างเช่น บริษัทแนวหน้าของโลกอย่างแอสตราเซนเนก้าก็ได้ยุติโครงการทดสอบวัคซีนบูสเตอร์ในสหรัฐฯ และแนะนำให้ใช้วัคซีนบูสเตอร์ตัวอื่นที่เป็น mRNA แทน ในขณะที่แพทย์ในสหรัฐฯก็แนะนำให้ใช้ mRNA เป็น booster ของวัคซีน JJ เช่นกัน และ SII ในอินเดียก็ต้องหยุดการผลิตวัคซีน Covishield (ที่รับสิทธิการผลิตจากแอสตราเซนเนก้า) เนื่องจากความต้องการที่ลดลงทั้งในอินเดียและทั่วโลก (ผ่าน COVAX) ทั้งที่เดิมแอสตราเซนเนก้าเคยเป็นวัคซีนที่ได้รับความนิยมสูงในประเทศกำลังพัฒนาเพราะไม่มีข้อจำกัดพิเศษด้านการจัดเก็บและยังมีราคาถูกด้วย⁵⁰⁷ และคาดว่าถ้าแอสตราเซนเนก้ายังไม่มีวัคซีนตัวใหม่ที่มีประสิทธิภาพดีกว่าเดิมออกมาในเร็วๆ นี้ โครงการที่ร่วมมือกับ บ. SBS ของไทยก็คงจะยุติไปโดยไม่มีต่อการอนุญาตการผลิตวัคซีนแอสตราเซนเนก้าหลังจากที่หมดสัญญา 175 ล้านโดสใน 1 ปี ซึ่งกรณีแบบวัคซีนแอส

⁵⁰⁷ <https://www.fiercepharma.com/pharma/200m-unused-doses-astrazenecas-covid-vaccine-partner-se-rum-institute-halts-production>

ตราเช่นนี้ ถ้าเป็นการลงทุนของกองทุน ววน. เอง ก็น่าจะได้ผลตอบแทนกลับมาไม่คุ้มกับการลงทุน หรือ อาจกลายเป็นภาระของประชาชนคนไทยจำนวนมากที่ต้องใช้วัคซีนที่ตนไม่ต้องการไปอีกนานก็เป็นได้

การสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ของไทย

การที่ประเทศเราจะสามารถพึ่งตัวเองได้ในด้านวัคซีนและยา เป็นความฝันของผู้คนจำนวนมาก ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ลงทุนด้านวัคซีนให้องค์การเภสัชกรรม (อภ./GPO) ไปไม่น้อย รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสร้างโรงงานวัคซีนให้ด้วย แต่องค์การเภสัชกรรมก็ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนักในการผลิตวัคซีนทั้งสำหรับสัตว์และคน (เช่น โรคปากเท้าเปื่อย หวัดนก และหวัดใหญ่) ถึงแม้ในภาคเอกชนของไทย จะมีบริษัท Bionet Asia ที่มีศักยภาพในการผลิตและส่งออกวัคซีนอยู่บ้าง

หลังจากการระบาดของโควิด-19 รัฐบาลไทยได้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยและพัฒนาวัคซีนของไทยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) การทดสอบประสิทธิภาพ การขึ้นทะเบียน เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้ครบวงจร เสริมความมั่นคงทางวัคซีนของประเทศ และที่ผ่านมาได้สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนพันล้านบาท ให้โครงการวัคซีนในไทยไปแล้วอย่างน้อย 5 ตัว ได้แก่

ก. วัคซีน NDV-HXP-S พัฒนาโดยองค์การเภสัชกรรม (อภ.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล [งบประมาณจากรัฐบาลผ่านสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช./NVI) 45.88 ล้านบาท] และสถาบัน PATH สหรัฐอเมริกา **เป็นวัคซีนโควิด-19 ชนิดเชื้อตาย** ซึ่งมีโอกาสที่จะผลิตในระดับอุตสาหกรรมได้ในโรงงานขององค์การเภสัชกรรม (อภ.) เนื่องจากใช้เทคโนโลยีเดียวกับการผลิตวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่มีโรงงานเดิมอยู่แล้วโดยไม่ต้องลงทุนสร้างโรงงานใหม่ และได้รับความร่วมมือจากผู้ผลิตวัคซีนจากประเทศเวียดนามและบราซิล จึงสามารถทำการทดสอบกับคนบราซิลในขนาดประชากรที่มากขึ้น ปัจจุบันได้พัฒนาสูตรวัคซีน HXP-GPOVac สำหรับป้องกันโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งอยู่ระหว่างขอขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกลับมาทำการทดลองในเฟส 2 ในเดือนสิงหาคม 2565 ซึ่งหากสำเร็จได้ผลดี จะดำเนินการทดลองในเฟส 3 ต่อ และ**คาดว่าจะเริ่มออกมามีให้ประชาชนได้ในกลางปี 2566**⁵⁰⁸ ถึงแม้ว่ายังมีข้อกังขาว่าวัคซีนโควิด-19 ชนิดเชื้อตายจะยังได้รับความสนใจจากคนไทยมากน้อยแค่ไหนในปีหน้าหรือหลังจากนั้น เนื่องจากในขณะนี้ก็มีผลการศึกษาที่พบว่าการใช้วัคซีนโควิด-19 ชนิดเชื้อตายเป็นเข็มกระตุ้นให้ผลในการกระตุ้นที่ต่ำกว่าการใช้ mRNA มาก

ข. วัคซีน Chula-Cov19 พัฒนาโดยศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [งบประมาณจากรัฐบาลผ่านสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช.) จำนวน 375 ล้านบาท และ ครม. อนุมัติงบจาก พ.ร.ก. เงินกู้ฯ กรอบวงเงิน 2,316 ล้านบาท ให้เมื่อ 4 พ.ย. 64] ร่วมกับมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย เป็นวัคซีนโควิดที่ออกแบบด้วยการถอดรหัสพันธุกรรม mRNA จากโปรตีนตุ่มหนามของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 จุดเด่น

⁵⁰⁸ <https://news.thaipbs.or.th/content/316490>

ของ คือเป็นวัคซีนที่ผลิตด้วยเทคโนโลยี mRNA สามารถผลิตได้เร็ว โดยไม่ต้องใช้โรงงานขนาดใหญ่ และสามารถปรับแต่งวัคซีนต้นแบบได้เมื่อทราบรหัสพันธุกรรมของเชื้อสายพันธุ์กลายพันธุ์ การผลิตวัคซีนนี้ในช่วงแรกได้จ้างบริษัท/โรงงานในสหรัฐอเมริกาผลิต แล้วนำไปทดสอบในมนุษย์ระยะที่ 1 และ 2 ในปี 2564 แล้ว และมีข่าวว่ามีความปลอดภัย และสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูงกว่าวัคซีนไฟเซอร์ที่อนุมัติใช้ในไทย⁵⁰⁹

หลังจากนั้น ได้เปลี่ยนมาจ้างบริษัทไบโอเน็ตเอเชียฯ ซึ่งมีโรงงานผลิตในไทย มาผลิตวัคซีนลอตใหม่ในประเทศ ซึ่งบริษัทไบโอเน็ตเอเชียฯ ได้ผลิตลอตแรกออกมาและผ่านการประกันคุณภาพแล้ว แต่การเปลี่ยนผู้ผลิตทำให้ต้องทำการทดสอบใหม่ (เสมือนเป็นวัคซีนตัวใหม่) ซึ่งทีมวิจัยได้ส่งเอกสารข้อมูลต่างๆ เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อขอทดสอบในอาสาสมัครระยะที่ 1 และ 2⁵¹⁰ และเปิดรับสมัครอาสาสมัครสุขภาพดีอายุ 18-60 ปี จำนวน 36 คน สำหรับโครงการ ChulaCov19 BNA159 mRNA vaccine ระยะที่ 1 ซึ่งปิดรับไปเมื่อ 14 มิ.ย. 65 โดยระบุว่าเริ่มทดสอบในเดือนกรกฎาคม 2565 ซึ่งหากผลทดสอบวัคซีนที่ผลิตเองในไทยได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะขอขึ้นทะเบียนวัคซีนนี้ภายในปลายปี 2565 นี้ ทั้งนี้เมื่อ 21 มิ.ย. 65 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 (ChulaCov19 mRNA) เพื่อทำการทดสอบทางคลินิกระยะที่ 1-3 และการผลิตเพื่อขึ้นทะเบียนรับการรับรองจาก อย. พร้อมขยายระยะเวลาสิ้นสุดโครงการเป็นเดือนธันวาคม 2565

นอกจากนี้ ในระหว่างการขอขึ้นทะเบียนวัคซีนรุ่นที่ 1 ทางทีมวิจัยจะพัฒนาวัคซีนรุ่นที่ 2 เพื่อป้องกันเชื้อ โควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนไปพร้อมกันด้วย

อย่างไรก็ตาม จากการยื่นแบบทดสอบวัคซีน ChulaCov19 BNA159 mRNA vaccine ระยะที่ 1 และ 2 (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT05231369)⁵¹¹ ประมาณวันสิ้นสุดการทดสอบ (Estimated Study Completion Date) 2 ระยะนี้ไว้ที่ 1 พ.ค. 2566 ซึ่งใกล้เคียงกับการให้สัมภาษณ์ของ ผอ. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ว่าหากผลการศึกษาผ่านทั้งหมดก็จะน่าจะขึ้นทะเบียนและพร้อมใช้ในช่วงปลายปีหน้า (2566)

ค. วัคซีน Baiya SARS-CoV-2 Vax พัฒนาโดยบริษัทไบยาไฟโตฟาร์มฯ ซึ่งเป็นบริษัทสตาร์ทอัพของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [งบประมาณจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 160 ล้านบาท] เป็นวัคซีนโควิดชนิด Protein Subunit และที่ผ่านมาโครงการนี้ยังได้เปิดขอรับบริจาคสมทบทุนร่วมกับ CUEnterprise เพื่อหาทุนพัฒนาวัคซีนด้วย และเมื่อ 4 พ.ย. 2564 ครม. ได้อนุมัติกรอบเงิน 1,309 ล้านบาท จากพ.ร.ก.เงินกู้ฯ เพื่อใช้ในการวิจัยและพัฒนาวัคซีนในส่วนของการทดสอบในมนุษย์ระยะที่ 3 และยังสามารถมีมติเห็นชอบอนุมัติโครงการศึกษาความปลอดภัยความสามารถในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunogenicity) และประสิทธิภาพ (Vaccine

⁵⁰⁹ <https://covid19.trackvaccines.org/vaccines/65/>

⁵¹⁰ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04566276>

⁵¹¹ <https://news.thaibps.or.th/content/315269>

Efficiency) ของแคนดิเดตหน่วยวัคซีน สำหรับป้องกันโรคโควิด19 ที่ใช้พีซเป็นแหล่งผลิตในมนุษย์ระยะ 2a ในกรอบวงเงิน 211 ล้านบาท เมื่อ 12 เม.ย. 2565⁵¹²

วัคซีนใบยา Generation 1 เริ่มทดสอบในมนุษย์ระยะที่ 1 ในเดือนกันยายน 2564 ส่วนวัคซีนใบยา Generation 2 เริ่มทดสอบในมนุษย์ระยะที่ 1/2 ในเดือนธันวาคม 2564

เมื่อ 14 มี.ค. 2565 วัคซีน “ใบยาซาร์สโควิทูแวกซ์ 2” (วัคซีนใบยา Generation 2) เปิดรับอาสาสมัครทดสอบวัคซีนสูตรปรับปรุงใหม่รับเชื้อกลายพันธุ์

แม้ว่าจะมีข่าวออกมาในระยะแรกว่าการทดสอบวัคซีน Generation 1 ได้ผลดี แต่ก็มีรายละเอียดและรายงานความคืบหน้าออกมาน้อยมาก ถึงแม้ว่าจะมีการให้สัมภาษณ์ของ ผอ. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ว่าหากผลการทดสอบผ่านไปด้วยดีทั้งหมด ก็จะมีแนวโน้มที่จะขึ้นทะเบียนและพร้อมใช้ในช่วงปลายปีหน้า (2566) เช่นเดียวกับวัคซีน Chula-Cov19

ง. วัคซีนโควิเจน พัฒนาโดยบริษัท ไบโอเนท-เอเชีย [งบประมาณจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ 650 ล้านบาท] เป็นวัคซีนชนิด DNA ได้เริ่มทดสอบในมนุษย์ ระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 25 มิ.ย. 64 เพื่อศึกษาความปลอดภัยและการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน และต่อมามีข่าวว่าอยู่ระหว่างการเตรียมการทดสอบในระยะที่ 2

จ. วัคซีนพ่นจมูก Adenovirus⁵¹³ พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) [งบประมาณจาก พ.ร.ก.เงินกู้ฯ กรอบวงเงิน 150 ล้านบาท] ซึ่งผ่านการทดสอบในสัตว์ทดลองและที่ผ่านมาสวทช. ได้พยายามผลักดันให้เป็นวัคซีนต้นแบบเพื่อทดสอบระยะคลินิกที่ 1 และ 2 แต่เนื่องจากทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลนั้นมีข้อกำหนดว่าหากนักวิจัยใช้ไม่หมดในปีงบประมาณนั้นๆ ทุนที่เหลืออยู่จะต้องส่งคืนกลับไปเพื่อของบประมาณใหม่ในปี 2565 ทำให้ สวทช. ต้องเปิดรับการสนับสนุนเงินทุนจากภาคประชาชนและภาคเอกชนที่สนใจ เพื่อใช้เป็นทุนสนับสนุนในการทดสอบในมนุษย์แทน⁵¹⁴

ฉ. วัคซีนแอสตราเซนเนกา (AZ) ที่ผลิตโดย บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด (SBS) ซึ่งรับถ่ายทอดเทคโนโลยีเป็นผู้ผลิตแบบ OEM

ในปี 2564 มีกรณีที่ไทยประสบความสำเร็จในการผลิตวัคซีนออกมาใช้ได้แล้วคือ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด (SBS) ซึ่งรับถ่ายทอดเทคโนโลยีเป็น OEM ผลิตให้แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca UK) และมีข้อตกลงว่าจะส่งมอบวัคซีนแอสตราเซนเนกาจำนวน 26 ล้านโดสให้รัฐบาลไทย และต่อมา กรม. มีมติให้สั่งซื้อเพิ่มอีก 35 ล้านโดส รวมเป็น 61 ล้านโดส

⁵¹² <https://www.nationtv.tv/news/378869934>

⁵¹³ https://www.nstda.or.th/home/news_post/adenovirus-based

⁵¹⁴ <https://www.bangkokbiznews.com/tech/972082>

เมื่อ 25 ส.ค. 2563 ครม. มีมติอนุมัติจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2563 งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น วงเงิน 1,000 ล้านบาท เป็นเงินอุดหนุนให้สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุน 600 ล้านบาท ให้บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ในการปรับปรุง/ขยายโรงงานให้พร้อมผลิตชีววัตถุในรูปแบบ vaccine Viral vector (ที่เหลือ อีก 400 ล้านบาทให้โครงการของจุฬาฯ) โดย บ.สยามไบโอไซเอนซ์ระบุว่า มีสัญญาว่าเมื่อครบรอบการผลิตแล้วจะใช้คืนโดยการซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนกาที่มีมูลค่า 600 ล้านบาทคืนรัฐบาล

SBS/AZ สามารถส่งมอบวัคซีนที่ผลิตในไทยให้ตามสัญญาที่เริ่มเมื่อเดือนมิถุนายน 2564

เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2564 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รับรองวัคซีนโควิด-19 ของบริษัท AstraZeneca ซึ่งผลิตโดยบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ให้ใช้ในกรณีฉุกเฉินได้ ซึ่งข้อแนะนำนี้อ้างอิงตามข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบโดย WHO และหน่วยงานบริหารสินค้ารักษาโรคของประเทศออสเตรเลีย (Therapeutic Goods Administration of Australia) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลวัคซีนของออสเตรเลีย⁵¹⁵

แต่ในปัจจุบันความนิยมวัคซีน AZ ลดลงเป็นอย่างมาก โดยในช่วง 2 เดือน (13 มิ.ย.- 13 ส.ค. 2565) มีการฉีดเฉลี่ยวันละ 13/6-13/8 ฉีดเฉลี่ยวันละ 1,556 โดส หรือ 2.78% ของวัคซีนที่ฉีดต่อวันในช่วงดังกล่าว (ประมาณ 56,000 โดส/วัน) เท่านั้น ซึ่งไม่ได้เกิดในประเทศไทยเท่านั้น โดยในอินเดียผู้ผลิตวัคซีน 2 รายใหญ่ได้หยุดผลิตวัคซีนเมื่อต้นเมษายน 2565 โดยเฉพาะ SII มี Covishield (ซึ่งเป็นวัคซีนตัวเดียวกับ AZ) เหลือในสต็อกถึง 250 ล้านโดส (หลังจากขายให้อินเดียไปแล้ว 1,510 ล้านโดสในรอบปีที่ผ่านมา) และ Bharat Biotech ก็หยุดผลิตวัคซีนเชื้อตาย Covaxin โดยระบุว่าได้ส่งมอบครบตามคำสั่งซื้อแล้ว⁵¹⁶ และเมื่อ 11 เมษายน 2565 รัฐบาลญี่ปุ่นก็ได้รายงานว่าได้ขอลดการรับวัคซีน AZ ที่สั่งซื้อไว้เมื่อปีก่อน 120 ล้านโดส ลง 40 ล้านโดส (ซึ่งสามารถลดได้ตามสัญญา) และวัคซีน AZ ส่วนที่รับมานั้น ส่วนใหญ่ได้บริจาคให้ประเทศอื่นไปแล้ว 63 ล้านโดส ในขณะที่ส่งให้รัฐบาลท้องถิ่นญี่ปุ่นเองเพียง 2 แสนโดสเท่านั้น⁵¹⁷

ปัจจุบัน เราก็เริ่มมีความรู้และศักยภาพเพิ่มขึ้นจนถึงจุดที่สามารถวิจัยและพัฒนา และผลิตและส่งออกวัคซีนบางตัว (เช่น วัคซีนไอกรน ซึ่ง Bionet รับ license การผลิตมาจากต่างประเทศ) แล้วบ้าง ซึ่งในระยะยาวภาครัฐ (รวมทั้งกองทุน ววน.) ควรมิโปรแกรมสนับสนุนโครงการวัคซีนที่พิจารณาแล้วว่ามีความสามารถแข่งขันในระดับสากลในระยะยาว แต่ต้องตระหนักด้วยว่าการพัฒนาวัคซีนไม่ใช่ทำได้โดยง่าย และโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในระดับที่น่ามาใช้ได้ดีเทียบเท่าวัคซีนของบริษัทผู้นำระดับแนวหน้าของโลกในเร็ววันนั้นไม่ได้สูงนัก (แม้กระทั่งวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีเดิมเช่นเชื้อตาย) เพราะที่ผ่านมา วัคซีนหลายชนิดใช้

⁵¹⁵ <https://www.bangkokbiznews.com/news/965762> (14 ต.ค. 2564)

⁵¹⁶ https://www.business-standard.com/article/companies/covid-vaccine-firms-halt-production-as-demand-slips-focus-on-non-covid-vax-12204040024_1.html

⁵¹⁷ https://www.reuters.com/world/asia-pacific/japan-cancels-third-contracted-astrazeneca-vaccine-purchase-2022-04-11/?fbclid=IwAR2n-aOoCTnCze__JVPDNISZ7GWi2rYJuUEXg-jXnRcfya2u9R1LbqBUMO

เทคโนโลยีระดับสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่ความต้องการหรือกำลังซื้อเพิ่มขึ้นไม่เรื้อรัง ทั้งนี้ในช่วงก่อนโควิด-19 บริษัทวัคซีนจำนวนไม่น้อยหายไปจากตลาดหรือถูกซื้อ/ควรวรรณกิจการโดยบริษัทใหญ่ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนไม่มากนัก และในปัจจุบันงานวิจัยพัฒนาวัคซีนตัวใหม่ๆ มักใช้เทคโนโลยีในระดับสูง ทำให้การวิจัยพัฒนาวัคซีนในแทบทุกกรณีคงต้องอาศัยความร่วมมือและการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากต่างประเทศ (รวมทั้งการผลิตวัคซีนให้ AstraZeneca โดยบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์จำกัดด้วย)

ในแง่นี้ ไม่ว่าจะระจจะสนับสนุนทุนพัฒนาวัคซีนหรือสามารถผลิตวัคซีนได้เองในประเทศ ก็ควรต้องระวังไม่ให้การพัฒนาในส่วนนี้กลายมาเป็นอุปสรรคในการขัดขวางไม่ให้คนไทยเข้าถึงวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีที่มีข้อพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่า หรือแม้กระทั่งทัดเทียมกันแต่สามารถผลิตออกมาสู่ตลาดได้เร็วกว่า “วัคซีนของไทย/สัญชาติไทย” เอง ไม่เช่นนั้นแล้วความหวังดีที่เรามีให้กับประเทศอาจกลายมาเป็นสิ่งที่ทำร้ายคนในชาติเองได้ ดังนั้น ในขณะที่เราควรให้การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาและผลิตวัคซีนในประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขันในระยะยาว แต่ประเทศไทยก็ควรต้องเตรียมพร้อมที่จะต้องจัดหา/จัดสรรเงินสำหรับซื้อหรือจองซื้อวัคซีนจากที่มีประสิทธิภาพสูงจากต่างประเทศเมื่อจำเป็น

ประเด็นสำคัญที่ควรต้องคำนึงถึงอยู่เสมอคือ เป้าหมายของการวิจัยด้านวัคซีน ไม่ควรมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองให้ได้ 100% เพราะไม่ว่าจะใช้เทคโนโลยีใน platform ใด การวิจัยและผลิตวัคซีนที่แข่งขันได้ในระดับนานาชาติมักจำเป็นต้องร่วมมือกับต่างประเทศด้วยเสมอ เป้าหมายหลักของการวิจัยในด้านนี้ จึงควรมุ่งเน้นไปที่การทำให้ประเทศไทยมีนักวิจัยที่สามารถติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆ ได้ทัน และสามารถสื่อสารให้ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะของไทยเข้าใจและสามารถเลือกลงทุนหรือจัดซื้อจัดหาผลิตภัณฑ์ที่สำคัญสำหรับประเทศ/คนไทยได้อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาขนาดใหญ่ที่ต้องลงทุนจำนวนมากนั้น ก็ควรมีสัญญาผูกพันการให้การสนับสนุนเป็นโปรแกรมระยะยาว แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอนหลักๆ ว่ามีความสำเร็จที่สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติก่อนที่จะได้รับอนุมัติทุนในขั้นตอนต่อไป (ถึงแม้อาจควรมีข้อยกเว้นให้ได้บ้างในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน/เร่งด่วนจริงๆ) เนื่องจากในบางขั้นตอน (เช่น ทดลองในคนระยะที่ 2-3) ต้องลงทุนสูงมาก

21.2 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR, RT-LAMP, CRISPR และ ATK ในประเทศไทย

21.2.1 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจ RT-PCR ในประเทศไทย

การตรวจเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จากผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในระยะแรกต้องการความแม่นยำที่สูงมาก เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและติดตามผู้ติดเชื้อเพื่อตัดวงจรการระบาด ซึ่งวิธีที่ถือเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard) ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และกระทรวงสาธารณสุขไทย ว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกของการติดเชื้อ และใช้ติดตามผลการรักษาได้ โดยต้องทำในห้องแล็บที่ได้รับมาตรฐานเท่านั้น ได้แก่วิธี Real-Time Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction (Real-Time RT-PCR) ซึ่งเป็นเทคนิคการตรวจหาสาร

พันธุกรรมของสิ่งมีชีวิต โดยการเก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งทางจมูกและลำคอ หรือที่เรียกว่า Swab สามารถตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อได้โดยตรง วิธีนี้มีความไวสูงที่สามารถตรวจพบแม้เชื้อในร่างกายจะมีปริมาณน้อยหรือเพิ่งได้รับเชื้อและยังไม่แสดงอาการ และยังสามารถตรวจพบเศษชิ้นส่วนของไวรัสในผู้ที่เคยติดเชื้อและหายแล้วได้อีกด้วย (ซึ่งอาจเป็นข้อเสียประการหนึ่งของวิธีนี้) สำหรับการเก็บตัวอย่างมาตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส มักใช้วิธีชุบเก็บเยื่อหูหลังโพรงจมูกหรือเยื่อในคอ การตรวจใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง โดยปกติต้องทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ต้นทุน 1,500-3,000 บาท/ครั้ง

ในประเทศไทยมีโครงการที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาชุดตรวจโควิด-19 ด้วยวิธี Real time RT-PCR จนเป็นผลให้ประเทศไทยสามารถผลิตชุดตรวจเพื่อใช้ควบคุมโรคภายในประเทศและยังส่งเคยไปช่วยประเทศเพื่อนบ้านด้วย คือโครงการ “การวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตชุดตรวจ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแผนงานสุขภาพและการแพทย์ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในรูปแบบที่ บพข. ให้ทุนวิจัยหน่วยงานภาครัฐ (Top down) (ด้านซ้ายของรูปถัดไป) ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy: BCG) ในด้านการแพทย์และสุขภาพ ให้เป็นระบบเศรษฐกิจมูลค่าสูง มีความยั่งยืนและเพิ่มรายได้ของประเทศ

รูปที่ 139 แผนภาพแนวทางการสนับสนุนทุนวิจัยโดย บพข.

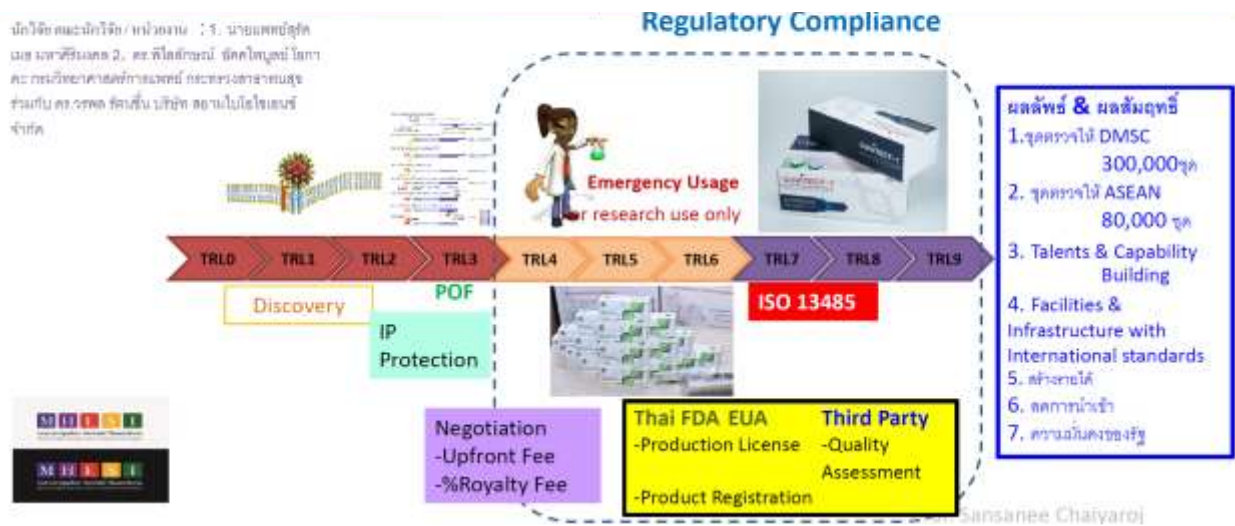


ที่มา: บพข. (2565)

ก. โครงการ “การวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตชุดตรวจ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Realtime RT-PCR เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ”

ในช่วงแรกของการระบาดในประเทศไทย บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทผู้ผลิตยาชีววัตถุที่ผลิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงแห่งแรกในประเทศไทยและในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้นำความรู้ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มาผลิตชุดทดสอบ RT-PCR KIT หรือ “DMSc-COVID-19” โดยบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ ได้พัฒนาและผลิตเอนไซม์ Reverse Transcriptase (RT) โดยเปลี่ยนตัวสารพันธุกรรม mRNA ของเชื้อ COVID จากตัวอย่างผู้ป่วยให้เป็น DNA ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำ RT-PCR ในขณะที่ทางทีมวิจัยจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจจับไวรัสด้วยวิธี RT-PCR อยู่แล้ว ได้วิจัย พัฒนา และออกแบบไพรเมอร์จำเพาะ (Primer) ร่วมกับตัวตรวจจับ (Probe) ทำให้ทีมวิจัยสามารถผลิตชุดตรวจวินิจฉัยเชื้อโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิค RT-PCR ของประเทศไทยขึ้นมาได้สำเร็จ ซึ่งสามารถนำมาใช้ตรวจในประเทศ และส่งออกต่างประเทศได้⁵¹⁸ ซึ่งรูปด้านล่างแสดงห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-PCR ออกสู่ตลาด

รูปที่ 140 ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-PCR ออกสู่ตลาด



ที่มา: บพข. (2565)

⁵¹⁸ ในช่วงต่อมามีมีรายงานการพบเชื้อที่ปนเปื้อนไปกับสินค้าต่างๆ โดยเฉพาะอาหารแช่แข็งและผลไม้ ซึ่งกลายเป็นหนึ่งในสินค้าเกษตรส่งออกหลักของไทย อีกทั้งบางประเทศได้เริ่มมีมาตรการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ในสินค้านำเข้าโดยวิธี RT-PCR เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศ โดยเฉพาะจีน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้พัฒนาชุดตรวจแบบ RT-PCR ที่สามารถตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมเชื้อโควิด-19 ปนเปื้อนในบรรจุภัณฑ์และอาหารได้อีกด้วย นอกจากนี้ บริษัท ไบโอซายน์ แอนิมัล เฮลท์ จำกัด (มหาชน) (BIS) ยังประสบความสำเร็จในการพัฒนาและผลิตชุดตรวจโควิด-19 แบบ Real Time PCR และขยายไปสู่การตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมเชื้อโควิด-19 ปนเปื้อนในบรรจุภัณฑ์และอาหารด้วยผลิตภัณฑ์ Angentex (R) COVID-19 qPCR Detection Kit (with IC) ซึ่งสามารถตรวจจากตัวอย่างทั้งในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

การที่บริษัทไทยส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถผลิตชุดตรวจโควิดแบบ RT-PCR ได้ เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการผลิตโปรตีนที่มีความบริสุทธิ์ (Purify) มาก ให้ได้ผลผลิต (Yield) สูงพอ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการผลิตเอนไซม์เองเพื่อลดต้นทุน รวมถึงมาตรฐานของกระบวนการและสถานที่ในการผลิตที่ต้องได้รับมาตรฐาน ISO 13485 ซึ่งเป็นมาตรฐานการผลิตเครื่องมือแพทย์ และต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเครื่องมือแพทย์ในหมวด In-Vitro Diagnostic (IVD) และอีกปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้ภาคเอกชนมีศักยภาพในการแข่งขันเชิงพาณิชย์คือความร่วมมือกับทางนักวิจัยจากหน่วยงานรัฐ เนื่องจากการผลิตผลิตภัณฑ์นี้ใช้องค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งการผลิตเอนไซม์ การออกแบบ Primer/Probe การผลิตชุดน้ำยาตรวจวินิจฉัยให้ได้มาตรฐาน และการทดสอบชุดน้ำยา เพื่อให้ได้คุณสมบัติตามมาตรฐาน ซึ่งบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการใช้ Primer และ Probe จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และพัฒนาสู่การผลิตในเชิงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว ในนามผลิตภัณฑ์ ‘COVITECT-1 SARS-CoV-2 Real-time RT-PCR kit’ โดยที่ผ่านมา ชุดตรวจดังกล่าวมีการผลิตและส่งมอบดังรายละเอียดในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 48 สรุปจำนวนการผลิตและส่งมอบชุดตรวจ RT-PCR ของบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด

ลำดับ	ทุน	ช่วงเวลา	ชื่อชุดตรวจ	จำนวน	หมายเหตุ	
1	ทุนที่ 1	2563	DMSc COVID-19 Real-time RT-PCR kit	114,096 ชุด	จัดส่งให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	** ถือว่าเป็น National security
2	ทุนที่ 2	2563 - 2564	DMSc COVID-19 Real-time RT-PCR kit	401,114 ชุด	จัดส่งให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
3	ทุนผลิตเพื่อกระทรวงการต่างประเทศ	2563 - 2564	DMSc COVID-19 Real-time RT-PCR kit	80,256 ชุด	จัดส่งให้กระทรวงการต่างประเทศ ตามสัญญา 989/2563 และ 678/2564*	
4	Commercial	2564 – ปัจจุบัน	COVITECT-1 SARS-CoV-2 Real-time RT-PCR kit	830,880 ชุด	1. ราคาขายขึ้นกับจำนวนสั่งซื้อ (ไม่เกิน 400 บาท/Test) 2. มีการจ่ายค่าตอบแทนสิทธิให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตามเงื่อนไขการรับถ่ายทอดเทคโนโลยี	

หมายเหตุ: *เป็นส่วนที่รัฐบาลไทยนำไปบริจาคให้ประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน

ที่มา: บพข. (2565)

ข. โครงการพัฒนา “วิธีสกัดอาร์เอ็นเอ (RNA) ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) จากตัวอย่างแบบง่าย”

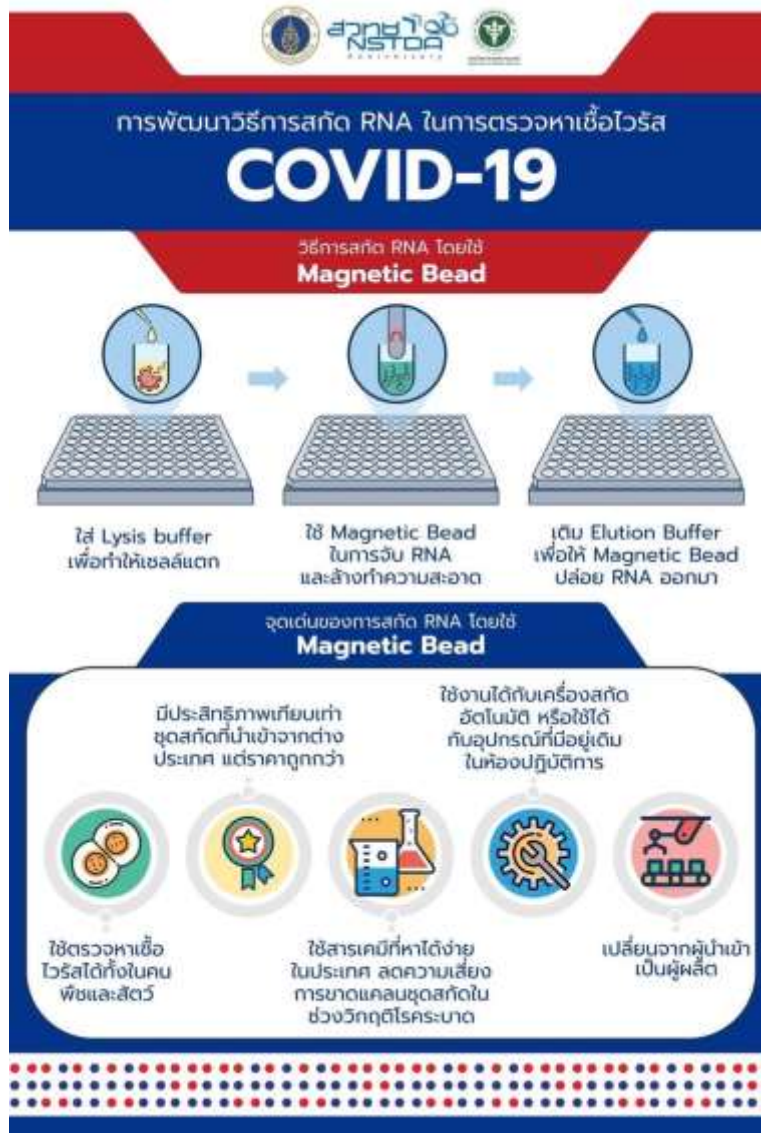
นอกจากนี้ ในช่วงปลายปี 2564 ยังมีความสำเร็จด้านการพัฒนาชุดสกัด RNA (Viral RNA Extraction Kit) โดยศูนย์โอมิกส์แห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัด สวทช.) จากความร่วมมือของทีมนักวิจัยจากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเงินกู้ฉุกเฉินภายใต้ พ.ร.ก. ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 เพื่อพัฒนาเทคนิคการสกัดอาร์เอ็นเอ (รวมทั้งการสกัดสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 สำหรับตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR) โดยชุดสกัดที่ผลิตเองภายในประเทศ

ผลงานนี้เป็นผลจากการคิดค้นและพัฒนา “วิธีสกัดอาร์เอ็นเอ (RNA) ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) จากตัวอย่างแบบง่าย” โดยใช้อนุภาคแม่เหล็ก (Magnetic bead) จับกับสารพันธุกรรมอาร์เอ็นเอของไวรัส ซึ่งอาร์เอ็นเอของเชื้อไวรัสที่สกัดได้มีความบริสุทธิ์สูง สามารถนำไปตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี RT-PCR ทั้งนี้วิธีในการสกัดสารพันธุกรรมที่คิดค้นมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การทำให้เซลล์แตกตัวแล้วปล่อยสารพันธุกรรมออกมา 2. การเข้าจับสารพันธุกรรมและทำความสะอาดสารพันธุกรรม และ 3. การละลายสารพันธุกรรมบริสุทธิ์นั้นออกมาจากตัวจับ และทำความสะอาดสารพันธุกรรมที่อยู่ในตัวอย่าง (ดูรูปข้างล่าง) ซึ่งสามารถสกัดได้เร็ว และยังปรับวิธีให้ใช้ได้กับเครื่องสกัดอัตโนมัติที่มีอยู่ในท้องตลาดได้ค่อนข้างง่าย อีกทั้งวิธีการสกัด RNA นี้ไม่จำกัดเพียงไวรัสก่อโรคโควิด-19 เท่านั้น ยังสามารถนำไปใช้ในการสกัดสารพันธุกรรมในสิ่งมีชีวิตอื่นๆ รวมถึงไวรัสที่ก่อโรคอื่นในมนุษย์ และในพืชและสัตว์ด้วย

วิธีการสกัดที่พัฒนาขึ้น ถือเป็นวิธีที่ง่ายสามารถใช้งานกับสารเคมีและอุปกรณ์ที่มีอยู่ในห้องปฏิบัติการด้านพันธุกรรม ซึ่งทีมนักวิจัยฯ ได้นำไปทดสอบใช้งานจริงกับตัวอย่างตรวจของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว พบว่าให้ผลไม่แตกต่างจากการใช้ชุดสกัดที่นำเข้าจากต่างประเทศ และที่สำคัญชุดสกัดนี้ยังมีราคาถูกกว่าการนำเข้าจากต่างประเทศด้วย (70-80 บาท ขณะที่ราคานำเข้าอยู่ที่ 120-200 บาท)

ทีมนักวิจัยได้ถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับบริษัท After Lab และ Bioentist เป็นผู้รับอนุญาตให้สิทธิใช้ประโยชน์เพื่อเตรียมผลิตและจำหน่ายทางการค้าครั้งแรกในไทย ทั้งนี้ภายใต้โครงการดังกล่าว ทีมนักวิจัย สวทช. ได้ร่วมกับบริษัท After Lab ในการปรับวิธีให้สามารถใช้ได้กับเครื่องสกัดแบบอัตโนมัติ และมีทีมจากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล และทีมจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมในโครงการเพื่อทำการทดสอบการใช้งานในตัวอย่างจริง ซึ่งได้รับการสนับสนุนการใช้เครื่องสกัดสารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากบริษัท After Lab อีกด้วย

รูปที่ 141 การพัฒนาวิธีการสกัด RNA ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19



ที่มา: กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

ค. โครงการ “รถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษ” (Express Analysis Mobile Unit)

ในเดือนพฤศจิกายน 2563 คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ บริษัท เอนจินไลต์ จำกัด ซึ่งก่อตั้งโดยทีมสตาร์ทอัพที่บ่มเพาะจากศูนย์กลางนวัตกรรมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (CU Innovation Hub) และเครือข่ายพันธมิตรภาครัฐและเอกชน ได้สร้างและพัฒนาโครงการ “รถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษ” (Express Analysis Mobile Unit) เพื่อให้เป็นห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่ ออกตรวจวิเคราะห์ผลโควิด-19 นอกโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน ช่วยลดปัญหาการขนส่งตัวอย่างและระยะเวลาในการรอผลวิเคราะห์จากการขนส่งตัวอย่างกลับมาวิเคราะห์ที่หน่วยงาน

“รถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษต้นแบบ” เป็นรถขนาดใหญ่มีพื้นที่ใช้สอย 16.8 ตารางเมตร ประกอบด้วย 3 ห้องหลัก ได้แก่ ห้องสกัดสารพันธุกรรม ห้องเตรียมน้ำยาวิเคราะห์ และห้องวิเคราะห์ผลด้วยเทคนิคการเพิ่ม

ปริมาณสารพันธุกรรมดีเอ็นเอด้วยปฏิกิริยาโพลีเมอเรส (PCR) นอกจากนี้ยังมีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และห้อง บัพเฟอร์เพื่อควบคุมและป้องกันการรั่วไหลของเชื้อโรค พร้อมเครื่องมือที่ติดตั้งภายในรถ ได้แก่ ตู้ปลอดเชื้อ ตู้ ปฏิบัติงานพีซีอาร์ (PCR cabinet) เครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติ เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมดีเอ็นเอ ด้วยปฏิกิริยา โพลีเมอเรส (real-time PCR), ตู้แช่แข็ง -20 องศาเซลเซียส ตู้ทำความเย็น 4 องศาเซลเซียส ช่องส่งตัวอย่าง เครื่องเขย่าผสมสาร เครื่องปั่นเหวี่ยงตกตะกอน ไมโครปิเปต (Micropipette) ระบบยูวีฆ่าเชื้อ ระบบสื่อสารสองทาง ระบบกล้องวงจรปิด และเครื่องล้างมือแอลกอฮอล์อัตโนมัติ รถนี้สามารถนำไปใช้ วิเคราะห์เชื้ออื่นๆ ที่วิเคราะห์ด้วยเทคนิค PCR และใช้ในกรณีที่เกิดภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน เพื่อเข้าช่วยเหลือ ประชาชนในพื้นที่ได้ทันที การจัดสร้างรถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษต้นแบบนี้ได้รับการรับรองมาตรฐานจาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 7.5 ล้านบาทต่อคัน

ที่ผ่านมามาสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำรถวิเคราะห์ ผลด่วนพิเศษใช้ดำเนินการร่วมกับรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (ดูกรอบข้างล่าง) เพื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ช่วยลด ปัญหาในการขนส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเข้ามาในกรุงเทพฯ หรือจังหวัดใกล้เคียงที่ต้องใช้เวลานาน การทำงาน ภายในรถเหมือนระบบสายพานโรงงาน ทั้งการสกัดเชื้อและการวิเคราะห์ คาดว่าใน 8 ชั่วโมงสามารถตรวจ ตัวอย่างได้ 800 –1,000 ตัวอย่าง ที่ผ่านมีการนำรถลงไปใช้งานจริงในพื้นที่สถานีโทรทัศน์ NBT และในการ ระบาดระลอก 2 ที่จังหวัดสมุทรสาคร⁵¹⁹

รูปที่ 142 “รถวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษ” (Express Analysis Mobile Unit) (คันใหญ่) และรถเก็บ ตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit) (คันเล็ก)



⁵¹⁹ <https://www.chula.ac.th/news/41055/>

กรอบที่ 3 ตัวอย่างการพัฒนากรอบระบบ ววน. กรณีรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit)

นอกจากโครงการวิจัยที่ระบบ ววน. สนับสนุนโดยตรงแล้ว ยังมีโครงการที่ริเริ่มโดยทุนของภาคเอกชนเอง เช่น รถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit) ซึ่งริเริ่มโดย ศ.ดร.นพ.วิปร วิประกษิต (ประธานศูนย์แห่งความเป็นเลิศ ด้านยีนและเซลล์บำบัด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และประธาน คณะกรรมการบริหาร บริษัท แอท-ยีนส์ จำกัด) และคณะในนามกลุ่ม Thailand COVID-19 Response Team (TCRT) ที่ ออกแบบและจัดสร้างรถเก็บตัวอย่างที่เป็นตู้ชีวนิรภัย (biosafety unit) ติดตั้งอยู่บนด้านหลังรถกระบะดัดแปลงแบบตอน เดียว ซึ่งสามารถสร้างได้อย่างรวดเร็วเพื่อใช้ในการเก็บตัวอย่างมาตรวจเชื้อโควิด-19 แบบ Active Case Finding ทั้งการ เก็บตัวอย่างจากคอคอหอย (nasopharyngeal swab) จากคอ (throat swab) หรือเจาะเลือดจากปลายนิ้ว

ATGenes เป็นบริษัทที่เชี่ยวชาญการตรวจ DNA (โดยเฉพาะ DNA ของมนุษย์) และเป็นภาคเอกชนแห่งแรกๆ ที่ ได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ทำแล็บโควิด-19 ซึ่งการตรวจโควิด-19 จะใช้วิธีตรวจแบบ Molecular Virology คือตรวจหาสารพันธุกรรม DNA หรือ RNA ของไวรัส ทางบริษัทได้เปลี่ยนที่จอดรถบริษัทให้เป็นแล็บโควิด-19 โดยเฉพาะ โดยลงทุนกว่า 10 ล้านบาท การทำแล็บตรวจโควิด-19 ทำให้บริษัทเห็นถึงความลำบากของเจ้าหน้าที่ที่ต้องใส่ ชุด PPE ที่ทั้งร้อนและใส่ยากมากในการตรวจหาเชื้อ ด้วยเหตุนี้ จึงออกแบบรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit) ที่ภายในตู้ชีวนิรภัยติดตั้งระบบปรับและกรองอากาศด้วย HEPA Filter และระบบความดันบวก (positive pressure) เพื่อป้องกันแพทย์หรือนักเทคนิคการแพทย์ผู้เก็บตัวอย่างจากภายในรถไม่ให้ติดเชื้อโควิด โดยไม่จำเป็นต้องใช้ ชุด PPE ซึ่งจะเป็นการประหยัดการใช้ชุดและปลอดภัยกับผู้ปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ รถเก็บตัวอย่างยังมีระบบทำความสะอาดตัวเองทั้งการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในตำแหน่งที่เก็บตัวอย่างภายหลังบริการเก็บตัวอย่างแต่ละราย และมี ระบบไอโซนเพื่อทำความสะอาดภายในตู้ชีวนิรภัยภายหลังการเก็บตัวอย่างแต่ละวัน

รูปที่ 143 รถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit)



กรอบที่ 3 ตัวอย่างการพัฒนานอกระบบ ววน. กรณีรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย (Biosafety Mobile Unit)

รถดังกล่าวสามารถควบคุมการทำงานของระบบปรับความดันและอุณหภูมิอากาศผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ แบบ Smart Safety Mobile Unit และมีความสามารถในการรองรับการเก็บตัวอย่างได้ มากกว่า 500-1,000 ตัวอย่างต่อวัน สามารถนำไปใช้เก็บตัวอย่างในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก เพื่อลดปัญหาความแออัดในสถานพยาบาล และเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มการตรวจบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ในทุกภูมิภาคของประเทศ

หลังจากนั้น ศ.ดร.นพ.วิพร วิประกษิต ได้ถวายรถตรวจโรคติดเชื้อชีวนิรภัยพร้อมระบบสารสนเทศ (ต้นแบบ) แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยได้ประสานกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำรถต้นแบบไปทดลองใช้ จึงเกิดเป็น ‘รถพระราชทานตรวจโรคติดเชื้อชีวนิรภัย’ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ให้จัดสร้างเพิ่ม ซึ่งทางบริษัทได้เพิ่มระบบ AI เข้าไป และทำระบบระบุตัวตนด้วยใบหน้า (face recognition) ซึ่งในช่วงแรกได้นำรถดังกล่าวไปใช้ตรวจหาเชื้อที่จังหวัดระยอง จังหวัดสมุทรสาคร และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ที่มา:

- <https://www.facebook.com/dr.vip.viprakit/posts/pfbid0nzzC4dk6Hx9azSB8Jd7aGu2AOXzgrAHYagQyqY5rW5DfqqfBvPVOtJ8KieeTLZtl>
- <https://adaybulletin.com/talk-conversation-vip-viprakit/58035?fbclid=IwAR0RJUyqobuVD9gHMTlHGD0340jeE8Vc2gpAvy2yvSE0pxuRajP5DCCGcz0>
- https://www.springnews.co.th/news/806449?fbclid=IwAR11Ugq_rX9LDLKnDLS2J9guOtDGMuf10HC32cG9ORFc4wWhTO2_Tn_2Ewl

21.2.2 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจ RT-LAMP และ CRISPR ในประเทศไทย

ในช่วงที่ไทยมีปัญหาด้านแคลนชุดตรวจหรือนำยาตรวจด้วย RT-PCR จนทำให้บางช่วงมี Backlog จำนวนมากนั้น ก็มีนักวิจัยไทยหลายทีมได้พัฒนาวิธี RT-LAMP (Reverse Transcription Loop Mediated Isothermal Amplification) และ CRISPR มาใช้ในการตรวจเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จากผู้ติดเชื้อ COVID-19

ก. โครงการ “พัฒนาผลิตภัณฑ์ชุดตรวจแลมป์เปลี่ยนสีสำหรับการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และการทดสอบใช้ในวงกว้าง” โครงการนี้ก็ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแผนงานสุขภาพและการแพทย์ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในรูปแบบที่ บพข. ให้ทุนวิจัยหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ดังรูปด้านล่าง ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio- Circular-Green Economy: BCG) ในด้านการแพทย์และสุขภาพ ให้เป็น

ระบบเศรษฐกิจมูลค่าสูง มีความยั่งยืนและเพิ่มรายได้ของประเทศ เช่นเดียวกับโครงการ RT-PCR ในหัวข้อก่อนหน้า

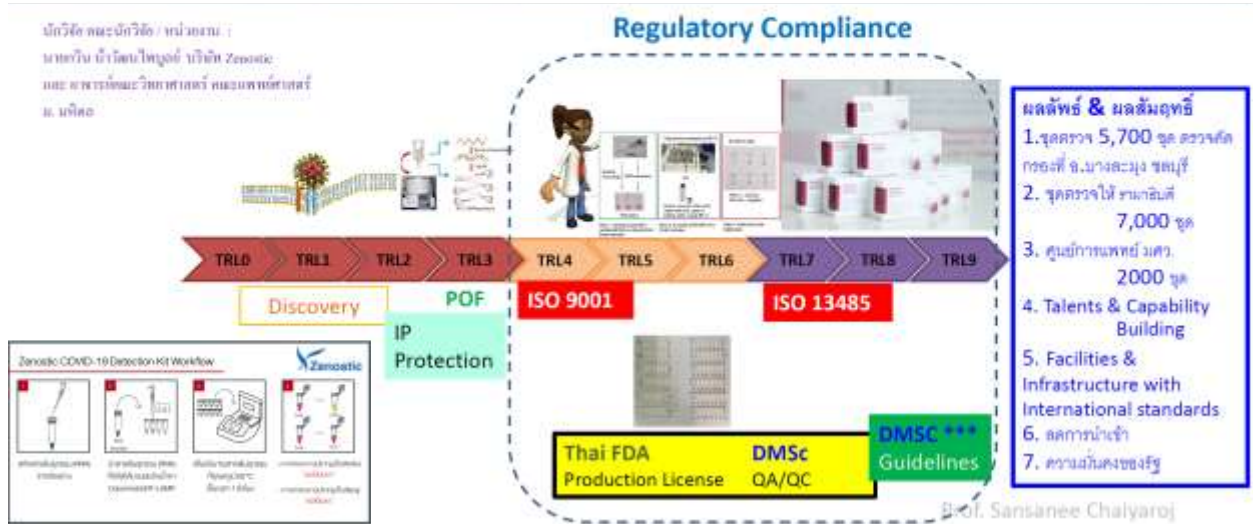
ในกรณีนี้ หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ได้ให้ทุนสนับสนุนทีมนักวิจัยคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นำโดย ผศ.ดร.เดิมีศักดิ์ ศรีศิริรินทร์ หัวหน้าศูนย์พัฒนาชุดทดสอบโรคและความปลอดภัยทางอาหาร (ADDC) เป็นหัวหน้าโครงการ และนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับบริษัท เซโนสติกส์ (Zenostic) จำกัด ซึ่งเป็นบริษัท Startup สตาร์ทอัพด้านเทคโนโลยีชีวภาพ ภายใต้คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้องค์ความรู้ทางเทคโนโลยีชีวภาพ วัสดุศาสตร์และนวัตกรรมวัสดุ ผสานกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ คิดค้นนวัตกรรมชุดตรวจ COVID-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสี (RT LAMP) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มูลนิธิรามาธิบดี องค์การเภสัชกรรม และหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ภายใต้โครงการ Top-down ของ BCG-Health กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

ทั้งนี้ ผศ.ดร.สมชาย เชื้อวัชรินทร์ ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์ (CEMB) อาจารย์ประจำภาควิชาเทคโนโลยีชีวภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนายกวิน น้าววัฒนไพบูลย์ หัวหน้านักวิจัย และกรรมการผู้จัดการบริษัท Zenostic จำกัด หนึ่งในทีมนักวิจัยของคณะวิทยาศาสตร์ ระบุว่าชุดตรวจ RT-LAMP เป็นเทคนิคการตรวจสารพันธุกรรมของไวรัสที่ได้รับการพัฒนาขึ้นให้มีความไวสูง ใช้เครื่องมือน้อย มีราคาถูกและใช้งานได้ง่ายกว่า RT-PCR สามารถใช้งานได้ทั้งในห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยมีค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity) มากกว่า 95% และ 98% ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ RT-PCR สามารถทราบผลภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง และยังมีต้นทุนราคาน้ำยาที่ต่ำกว่า RT-PCR อย่างน้อยครึ่งหนึ่ง (มีค่าใช้จ่าย 300 บาทตัวอย่าง) และใช้อุปกรณ์ราคาถูกกว่า RT-PCR (คือประมาณ 1 ใน 5 เท่านั้น) ชุดตรวจ RT-LAMP จึงเหมาะสำหรับใช้ตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากทั้งในเขตที่มีการระบาดในพื้นที่ภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ และคัดกรองคนไทยที่เดินทางกลับจากประเทศที่มีการระบาด โดยที่ผ่านมามีนำไปใช้ตรวจในการระบาดที่ จ.สมุทรสาคร และที่ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี⁵²⁰

ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-LAMP ออกสู่ตลาดของโครงการนี้แสดงไว้ในรูปถัดไป

⁵²⁰ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). “นักวิจัยคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จับมือคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คิดค้นนวัตกรรมชุดตรวจ COVID-19 แบบใหม่ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสี ให้ผลแม่นยำใกล้เคียง RT-PCR พร้อมใช้งานจริงกว่า 20,000 ชุด”. เข้าถึงได้จาก <https://science.mahidol.ac.th/th/activity/apr63-24.php>. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2565).

รูปที่ 144 ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาชุดวินิจฉัย RT-LAMP ออกสู่ตลาด



ที่มา: บพข. (2565)

โดยที่ผ่านมา ชุดตรวจดังกล่าวมีการผลิตและส่งมอบดังรายละเอียดในตารางด้านล่าง

ในส่วนของห้องปฏิบัติการ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ยังได้ออกแบบกระบวนการทดสอบเพิ่มเติม โดยอาศัยการตรวจวิเคราะห์ RNA ในส่วนของยีนเจ้าบ้าน (Housekeeping gene) จากเซลล์มนุษย์ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถช่วยตรวจสอบคุณภาพตัวอย่างตรวจ และป้องกันการแปลผลผิดพลาด ซึ่งนับเป็นห้องปฏิบัติการตรวจ COVID-19 แห่งแรกของประเทศไทยที่ริเริ่มใช้นวัตกรรมดังกล่าว ซึ่งถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ แม่นยำ เพียงตรง และได้มาตรฐาน

หลังจากที่สามารถพัฒนาต้นแบบผลิตภัณฑ์แล้วเสร็จตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา ทีมวิจัยก็ได้มีการพัฒนาปรับปรุงชุดตรวจคัดกรองจนมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ก่อนนำไปทดสอบกับตัวอย่างจริงที่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กว่า 3,000 ตัวอย่าง และนำไปใช้ในการตรวจเฝ้าระวังค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Active search) ในพื้นที่อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้ผลการตรวจเป็นที่น่าพึงพอใจ จึงวางแผนเตรียมส่งมอบชุดตรวจหาเชื้อไวรัส โควิด-19 ด้วยวิธี RT-LAMP จำนวน 20,000 ชุดแก่รัฐบาลใน phase ที่ 1 ของโครงการและอีกจำนวน 30,000 ชุดใน phase ที่ 2 เพื่อทำการสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) ขยายกำลังการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ให้รวดเร็วยิ่งต่อไป

นอกจากนั้น ทีมวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดียังได้มีการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจด้วยวิธี RT-PCR ระหว่างการใช้ตัวอย่างน้ำลายและตัวอย่างจากโพรงจมูกและคอซึ่งเป็นตัวอย่างปกติที่ใช้ในการเก็บเพื่อส่งตรวจคัดกรองการติดเชื้อ โดยการเก็บตัวอย่างที่เป็นน้ำลายนั้นมีข้อดีคือเป็นวิธีการที่ง่าย ใช้อุปกรณ์ที่มีราคาถูกกว่า ไม่ต้องมีการทำหัตถการ อีกทั้งยังเป็นวิธีที่สามารถลดการกระจายของเชื้อจากผู้ติด

เชื้อสู่เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่าง ผลการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างการใช้ตัวอย่างเป็นน้ำลายและตัวอย่างจากโพรงจมูกและคอได้ค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity) มีค่ามากกว่า 85% และ 99% ตามลำดับ การเก็บตัวอย่างเป็นน้ำลายสามารถนำมาใช้เป็นข้อปฏิบัติในกรณีที่สถานพยาบาลมีข้อจำกัดในการเก็บตัวอย่าง เช่น อุปกรณ์ป้องกันในการเก็บตัวอย่างไม่เพียงพอ หรือสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสอย่างหนักและจำเป็นต้องมีการเก็บตัวอย่างปริมาณมากซึ่งจะทำให้สามารถตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วได้ ทั้งนี้ที่มวิจัยกำลังจะมีการทดสอบการใช้ตัวอย่างน้ำลายเพื่อการตรวจการติดเชื้อด้วยเทคโนโลยีแลมป์เปลี่ยนสีซึ่งอาจทำให้เพิ่มประสิทธิภาพรวมถึงความไวในการตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วขึ้นอีกด้วย

ตารางที่ 49 สรุปจำนวนการผลิตและส่งมอบชุดตรวจ Fastproof Dual SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit และ Fastproof 30 min-TTR SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit

ลำดับ	ทุน	ปี	ชื่อชุดตรวจ	จำนวน (ชุด)	หมายเหตุ
1	ทุนที่ 1	2563-2564	Fastproof Dual SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit	12,700	- ส่งมอบให้ รพ.บางละมุง จ.ชลบุรี จำนวน 5,700 ชุด - รพ.รามาริบัติ จำนวน 5,000 ชุด - ศูนย์การแพทย์ มศว. จำนวน 2,000 ชุด
2	ทุนที่ 2	2564-2565	Fastproof 30 min-TTR SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit	30,100	- ส่งมอบให้ รพ. อุ่มผาง จ.ตาก จำนวน 14,560 ชุด - ส่งมอบให้ รพ. พบพระ จ.ตาก จำนวน 2,000 ชุด - ส่งมอบให้ย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี และ รพ.รามาริบัติ จำนวน 800 ชุด - ส่งมอบให้ รพ.สงขลานครินทร์ จำนวน 3,000 ชุด - ส่งมอบให้คณะเทคนิคการแพทย์ ม.ขอนแก่น จำนวน 9,740 ชุด
3	Commercial	2564-ปัจจุบัน	Fastproof 30 min-TTR SARS-CoV-2 RT-LAMP Kit	232,000	ราคาขายขึ้นกับจำนวนสั่งซื้อ (ไม่เกิน 250 บาท/การทดสอบ ราคาดังกล่าวยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)

ที่มา: บริษัท เซโนสติกส์ จำกัด (2565)

ข. โครงการพัฒนา “ชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว” COXY-AMP⁵²¹

ทีมนักวิจัยเทคโนโลยีวิศวกรรมชีวภาพและการตรวจวัด ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (ไบโอเทค) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ร่วมมือกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนา “ชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียว” COXY-AMP เพื่อนำมาเป็นทางเลือกในการคัดกรองแยกเฉพาะตัวอย่างที่น่าสงสัยก่อนส่งไปตรวจโดยใช้วิธี RT-PCR ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐจากเดิมที่ต้องส่งตรวจทุกตัวอย่างด้วยวิธี RT-PCR ซึ่งมีราคาแพง

เทคนิคแลมป์ (Loop-mediated isothermal amplification: LAMP) คือเทคนิคตรวจหาสารพันธุกรรมของตัวเชื้อ เช่นเดียวกับเทคนิค PCR และ RT-PCR คือสามารถเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมทั้ง DNA และ RNA ที่อุณหภูมิในช่วง 60-65 องศาเซลเซียส สามารถเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมได้ถึง 1,000 ล้านเท่า (10 ยกกำลัง 9) ภายในเวลา 1 ชั่วโมง มีความไวในการตรวจวัดสูงขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้งานง่ายในกล่องให้ความร้อนซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ราคาไม่แพง

เทคนิคแลมป์ได้รับการนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการตรวจหาเชื้อในผู้ป่วย หรือผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียอย่างต่อเนื่อง สำหรับชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียวที่ทีมนักวิจัยฯ พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการพัฒนากการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่เป็นสาเหตุของโรคโควิด-19 โดยนำเอาเทคนิคแลมป์มาใช้ร่วมกับสีบ่งชี้ปฏิกิริยา xylene Orange: XO เพื่อให้อ่านผลด้วยตาเปล่าได้ โดยสังเกตจากสีที่เปลี่ยนไป เมื่อมีการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยเทคนิคแลมป์ในหลอดทดสอบ หากสารตัวอย่างที่ส่งตรวจมีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 สีของสารละลายจะเปลี่ยนจากสีม่วงเป็นสีเหลือง แต่ถ้าไม่มีการติดเชื้อสีของสารละลายจะยังคงเป็นสีม่วง

เทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียวนี้ มีความไวจำเพาะและความแม่นยำสูงมีขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้งานง่ายเป็นงานขั้นตอนเดียวที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และใช้เวลาทดสอบเพียง 75 นาที หรือประมาณครึ่งหนึ่งของการตรวจด้วย RT-PCR และยังสามารถอ่านผลได้ด้วยตาเปล่าโดยไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ

นอกจากนี้ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจมีราคาเพียง 10,000 บาท หรือประมาณ 1 ใน 60-100 ของราคาเครื่องตรวจ RT-PCR (ซึ่งมีราคาตั้งแต่ 600,000-1,000,000 บาท) และต้นทุนน้ำยาที่ใช้สำหรับแลมป์ก็เพียง 1 ใน 3 ของน้ำยาที่ใช้กับ RT-PCR และเมื่อคำนวณต้นทุนราคาแล้ว ชุดตรวจโรคโควิด-19 ด้วยเทคนิคแลมป์เปลี่ยนสีในขั้นตอนเดียวที่ทีมนักวิจัยไบโอเทค สวทช. ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาขึ้นนี้มีราคาประมาณ 2 ใน 3 ของชุดตรวจแลมป์นำเข้า

⁵²¹ https://www.nstda.or.th/home/performance_post/covid-19-test-kit-with-the-color-changing-lamp-technique/

ค. โครงการพัฒนาชุดตรวจโควิด-19 ด้วยวิธี RT-LAMP (โดยตรวจสอบสารพันธุกรรมของไวรัสแบบ 3 ยีน) ของภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในช่วงปลายปี 2564 ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ประสบความสำเร็จในการพัฒนาชุดตรวจวินิจฉัยเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-LAMP ที่พัฒนาขึ้นโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยโควิด-19 เช่นเดียวกับวิธี RT-PCR โดยได้เพิ่มความพิเศษในการตรวจสอบสารพันธุกรรมของไวรัสแบบ 3 ยีน⁵²² (ชุดตรวจ RT-LAMP ที่มีการใช้กันในขณะที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการตรวจแบบ 2 ยีน) ซึ่งครอบคลุมวงจรชีวิตของไวรัส ทำให้มีความไวในการตรวจสูง ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการตรวจที่ยุ่งยาก และมีราคาไม่แพง สามารถตรวจเชื้อโควิด-19 ได้ทั้งจากโพรงจมูก ลำคอ รวมถึงน้ำลายและวัตถุต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อโควิด-19 จึงเหมาะสำหรับการลงพื้นที่ไปตรวจกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โรงเรียน รวมถึงสถานประกอบการต่างๆ ซึ่งทีมวิจัยมีแผนจะพัฒนาไปใช้ในเชิงพาณิชย์ต่อไป

ในปี 2564 วช. ยังได้ให้ทุนโครงการ “การเฝ้าระวังเชิงรุก และ การเตือนภัย (3-14 วัน) ล่วงหน้าจากการแพร่เชื้อ SARS-CoV-2 ในสถานที่สุ่มเสี่ยงและชุมชนในภาคเหนือด้วยการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสในน้ำเสียโครกโดยวิธี Loop Mediated Isothermal Amplification (LAMP) Assays” กับ ม.นเรศวร และ PMU ต่างๆ ก็ได้ให้ทุนโครงการที่เกี่ยวกับเทคโนโลยี LAMP อีกจำนวนหนึ่ง

นอกจากนี้ วช. ยังได้ให้ทุนโครงการที่ใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกันอย่าง CRISPR ในการตรวจเชื้อด้วย เช่น “โครงการพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas12/13” อย่างไรก็ตาม มีข่าวความสำเร็จของโครงการที่ใกล้เคียงกันที่สถาบันวิทยสิริเมธี ร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญจากหลายสถาบันพัฒนาชุดตรวจโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas โดยได้รับความช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีจากสถาบัน Broad Institute, Massachusetts Institute of Technology and Harvard, USA และได้รับการสนับสนุนงบวิจัยจากกลุ่ม ปตท. และธนาคารไทยพาณิชย์ (SCB) ตามรายละเอียดในกรอบข้างล่างนี้

กรอบที่ 4 ตัวอย่างการพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas

สถาบันวิทยสิริเมธี ร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญจากหลายสถาบันพัฒนาชุดตรวจโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas โดยได้รับความช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีจากสถาบัน Broad Institute, Massachusetts Institute of Technology and Harvard, USA และได้รับการสนับสนุนงบวิจัยจากกลุ่ม ปตท. และธนาคารไทยพาณิชย์ (SCB)

CRISPR Diagnostic หรือชุดตรวจคริสเปอร์ คือชุดตรวจที่ใช้คริสเปอร์แคสเทคโนโลยี (CRISPR-Cas Technology) ซึ่งมีต้นแบบมาจากกลไกป้องกันตัวเองของแบคทีเรียจากการถูกไวรัสของแบคทีเรีย

⁵²² <https://www.chula.ac.th/highlight/53652/>

กรอบที่ 4 ตัวอย่างการพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas

(Bacteriophage) โจมตี ด้วยการจดจำรหัสพันธุกรรมไวรัสของแบคทีเรียที่เคยเข้ามาในเซลล์บนยีนที่เรียกว่า CRISPR แล้วสร้างโปรตีน Cas ไปตัดโมเลกุลสารพันธุกรรมของไวรัสแบคทีเรียให้เสียหาย ทำให้ไวรัสไม่สามารถทำงานได้

CRISPR-Cas Technology ถูกนำมาใช้งานอย่างแพร่หลายในการแก้ไขลำดับเบสในสารพันธุกรรม (Genome editing) ทั้งนี้โปรตีน Cas มีอยู่หลายชนิด และแต่ละชนิดนั้นก็มีความจำเพาะ (Specificity) อีกด้วย โดยโปรตีน Cas13 ที่นักวิจัยเลือกนำมาใช้นั้นเป็นที่นิยมในการพัฒนาชุดตรวจ เนื่องจากมีคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ต่อการใช้ขยายสัญญาณในชุดตรวจโรคต่างๆ

ในส่วนของขั้นตอนการทำงานของชุดตรวจ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ขั้นแรกเป็นการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม โดยสกัดเอาสารพันธุกรรม RNA มาจากตัวอย่างของผู้ป่วยในรูปของสารละลาย และนำมาเปลี่ยนเป็น DNA และเพิ่มจำนวนให้มีปริมาณมาก แล้วจึงทำการเปลี่ยนกลับเป็น RNA อีกครั้ง เพื่อให้เหมาะสมสำหรับการทำงานของ Cas13 และขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการตรวจวัด (Detection) โดยอาศัยการทำงานของเอนไซม์ Cas13 และ guide RNA โดย guide RNA จะนำทาง Cas13 ไปยังตำแหน่งที่ตรงกับลำดับเบสในสารพันธุกรรมของไวรัสเพื่อทำการตัดตรงตำแหน่งดังกล่าว และตัดโมเลกุลกรดนิวคลีอิกที่ทำหน้าที่เป็น Reporter ส่งผลให้โมเลกุลของสารฟลูออเรสเซนซ์ (Fluorescence) ที่ทำหน้าที่เปล่งแสงเป็นตัวส่งสัญญาณ แยกออกจากโมเลกุลของตัวดูแดง ทำให้ตัวส่งสัญญาณเปล่งแสงให้สัญญาณได้

นอกจากชุดตรวจที่อ่านผลผ่านการเปล่งแสงของตัวส่งสัญญาณด้วยเครื่องวัดแสงแล้ว ทางทีมวิจัยได้ออกแบบชุดตรวจแบบ Lateral flow strip ที่มีลักษณะการใช้งานคล้ายชุดตรวจ ATK และชุดตรวจการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถอ่านผลจากแถบสีที่ปรากฏได้เลย ซึ่งทำให้ง่ายต่อการใช้งานภาคสนามหรือการตรวจด้วยตนเองมากขึ้น

จุดเด่นของชุดตรวจนี้เมื่อเทียบกับ RT-PCR ซึ่งเป็นวิธีการมาตรฐานที่ WHO แนะนำมี 3 ประการคือ

(1) ใช้เวลาตรวจน้อยกว่า กล่าวคือ Real time RT-PCR ปกติจะใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง แต่การตรวจเชื้อด้วยชุดตรวจ CRISPR นี้ใช้เวลาเพียง 30-45 นาที

(2) ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ไม่ซับซ้อน เนื่องจากระหว่างกระบวนการ PCR จะต้องเปลี่ยนอุณหภูมิให้สูง-ต่ำ ถึง 3 ช่วงอุณหภูมิในการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของเชื้อเพื่อให้สามารถตรวจจับสัญญาณได้ ขางต้องอาศัยเครื่อง Real time thermo cycler ที่มีราคาค่อนข้างแพง ส่วนการตรวจด้วย

กรอบที่ 4 ตัวอย่างการพัฒนาชุดตรวจเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยี CRISPR-Cas

CRISPR นั้นสามารถใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิอย่างง่ายได้ เพราะใช้อุณหภูมิเดียว ที่อุณหภูมิ 39-42 องศาเซลเซียสในการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม และ

(3) มีราคาต่อหน่วยถูกกว่า โดยปกติเมื่อรวมค่าสารเคมีสำหรับการทำ RT-PCR แล้วจะมีต้นทุนการตรวจต่อ 1 ตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 1,000 บาท ในขณะที่ชุดตรวจ CRISPR นั้นมีต้นทุนการตรวจประมาณ 700 บาทต่อ 1 ตัวอย่าง ซึ่งต้นทุนนี้คำนวณจากการใช้เอนไซม์และสารเคมีที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ซึ่งหากใช้เอนไซม์และสารเคมีที่ผลิตเองในประเทศ ราคาหรือต้นทุนต่อการตรวจก็จะลดลงได้อีก

อย่างไรก็ตาม ทีมผู้วิจัยระบุว่า แม้ชุดตรวจ CRISPR จะเหมาะกับใช้ตรวจคัดกรองในจุดที่มีผู้ป่วยอยู่ (Point of care) เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะนำมาใช้แทน Real time RT-PCR โดยสามารถนำมาช่วยเสริมประสิทธิภาพการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น

ในช่วงต้นปี 2563 ได้มีการนำชุดตรวจไปทดสอบทางคลินิกกับตัวอย่างที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งศาสตราจารย์ ดร. นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ออกมาเปิดเผยว่า ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ หลังผ่านการทดสอบมาตรฐานจึงได้วางแผนแจกจ่ายให้กับโรงพยาบาลต่างๆ ต่อไป

ปัจจุบันสามารถผลิต Cas13 และ guide RNA ได้เองแล้ว และจะขยายผลการผลิตให้สามารถผลิตเอนไซม์รวมถึงสารเคมีอื่นๆ ให้ได้ด้วยเช่นกัน เพื่อลดต้นทุนการผลิตและลดความเสี่ยงในกรณีที่ไม่สามารถนำเข้าสารเคมีได้ นอกจากนี้ รูปแบบการทำงานของชุดตรวจที่พัฒนาขึ้นด้วยเทคโนโลยี CRISPR-Cas นี้ ยังสามารถนำไปต่อยอดในการตรวจความผิดปกติทางพันธุกรรมของโรคบางโรค การตรวจเชื้อ เช่น ตรวจเชื้อก่อโรคที่เป็นพิษในอาหาร ช่วยเสริมศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถแข่งขันของไทยบนเวทีโลกได้อีกด้วย

รูปที่ 145 กระบวนการตรวจ COVID-19 ด้วยเทคโนโลยี CRISPR-Cas



ที่มา: <https://science.mahidol.ac.th/th/activity/may63-5.php> และ

Thai PBS <https://news.thaipbs.or.th/content/289935>

เป็นที่น่าสังเกตว่า จนถึงปัจจุบันเทคนิคแลมป์ (Loop-mediated isothermal amplification: LAMP) หรือ RT-LAMP ที่ถึงแม้จะมีความไวที่ต่ำกว่า RT-PCR แต่ก็มีต้นทุนต่ำกว่า RT-PCR พอสมควร กลับไม่ได้รับความสนใจหรือความนิยมมากนักเมื่อเทียบกับทั้ง RT-PCR และ ATK ซึ่งอาจเป็นเพราะวิธีนี้ไม่มีจุดเด่นที่ชัดเจน ในขณะที่ RT-PCR และ ATK มีจุดเด่นเฉพาะตัวไปในคนละทาง ทั้งนี้คงเป็นเพราะวิธี LAMP และ LAMP-CRISPR ไม่แม่นยำในระดับที่ใช้อ้างอิงได้เหมือน RT-PCR และในขณะเดียวกันก็ใช้ไม่สะดวกเท่า และปัจจุบันก็มีต้นทุนที่แพงกว่า ATK มาก

21.2.3 การวิจัยพัฒนาและผลิตชุดตรวจเร็ว (Rapid Test) Antigen Test Kit (ATK) ในประเทศไทย

ชุดตรวจเร็วที่ใช้หลักการไหลในแนวราบ (lateral flow rapid test เหมือนชุดตรวจการตั้งครรภ์) ที่นิยมใช้ตรวจเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบันคือ Antigen Test Kit (ATK) ซึ่งเป็นชุดตรวจเชื้อที่ใช้ตรวจหาโปรตีนหรือแอนติเจนของเชื้อก่อโรคโควิด-19 ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีได้กลายเป็นชุดตรวจหลักของไทยในปัจจุบัน

นักวิจัยของไทย ได้เริ่มผลิตชุดตรวจ Rapid Test แบบ Lateral Flow มาตั้งแต่แรก โดยในช่วงแรกๆ ชุดตรวจ Lateral Flow ที่ออกมาเป็นชุดสำหรับตรวจภูมิ (Antibody) IgG และ IgM แต่ไม่ได้นำมาใช้มากนัก เพราะมีปัญหาในการตีความผล

ตั้งแต่กลางเดือนกรกฎาคม 2564 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเพิ่มชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด 19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) โดยตั้งงบประมาณเบื้องต้น 1,014 ล้านบาท เพื่อจัดหาชุดตรวจให้หน่วยบริการนำไปแจกจ่ายกับประชาชนทุกคนทุกสิทธิรวมถึงคนต่างด้าว ให้สามารถตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย ATK เอง ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2564 โดยให้เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถีจัดหาชุดตรวจผ่านองค์การเภสัชกรรม

การคลายล็อกในระลอกเดลต้าตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 ได้มีมาตรการที่ให้ใช้ชุดตรวจ ATK มากขึ้น (เช่น ในมาตรการ Covid-free setting) ทำให้เริ่มมีการนำเข้าชุดตรวจ ATK จากต่างประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ (ในช่วงแรกส่วนใหญ่มาจากประเทศจีนและเกาหลีใต้) แต่การที่ประเทศไทยต้องนำเข้าชุดตรวจ ATK ไม่ได้หมายความว่าบริษัทในไทยไม่มีศักยภาพในการผลิตชุดตรวจ ATK แต่อย่างใด เพราะเทคโนโลยีชุดทดสอบการไหลในแนวราบแบบรวดเร็ว (lateral flow rapid test) เป็นเทคโนโลยีที่ไม่ได้ซับซ้อนมาก ถึงแม้ว่าในการผลิตเป็นอุตสาหกรรมจะต้องให้ความสนใจในขั้นตอนการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) และการควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) เพื่อให้มีความไวที่สูงพอที่จะไม่ให้เกิดการแสดงผลตรวจเป็นลบลง (false negative) ที่สูงเกินไป และยังมีปัญหาที่นักวิจัยและบริษัทในไทยยังขาดวัสดุอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานสากลและขาดบุคลากรด้านการวินิจฉัย (diagnostic) ที่เพียงพอ ทำให้ที่ผ่านมาประเทศไทยมีเพียงประมาณ 4 บริษัทที่สามารถผลิตชุดตรวจ ATK เป็นอุตสาหกรรม ที่ได้รับ ISO 13485 (Medical devices -- Quality management systems) ซึ่งบริษัทเหล่านี้มักผลิตเพื่อส่งออกเป็นหลัก รวมทั้งบริษัท สยามไบโอไซแอนซ์ จำกัด ที่รับจ้างผลิตชุดตรวจ ATK ในฐานะ OEM ให้บริษัท OraSure Technologies ประเทศ

สหรัฐอเมริกา (เป็นสัญญาจ้างผลิตเพื่อส่งออกทั้ง 100%) ได้ถึง 50 ล้านชิ้นต่อปี⁵²³ แต่ก็มีบริษัท เคสเทรล ไบโอไซเอนซ์ (ประเทศไทย) จำกัด⁵²⁴ ที่เมื่อต้นปี 2565 ได้ผลิตชุดตรวจโควิด-19 นวัตกรรมไทย Kestrel Covid-19 Antigen Test Kit for Self-testing⁵²⁵ แบบตรวจด้วยตนเอง ที่มีประสิทธิภาพ (ความไวและความจำเพาะ) เทียบเท่าสากล ออกมาขายในประเทศไทยในราคาที่น่าจะแข่งขันได้ด้วย

แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้ว่าที่ผ่านมา PMU ภายใต้กองทุน ววน. จะให้ทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อผลิต ATK ในประเทศไทยอยู่บ้าง แต่ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน มีการใช้ ATK ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก และมีบทบาทที่สำคัญมากในการตรวจและควบคุมโควิด-19 ในประเทศไทย (รวมทั้งอาจใช้เป็น exit test เหมือนกับที่หลายประเทศเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2563 และ 2564) อีกทั้งเป็นเทคโนโลยีระดับที่ไทยน่าจะมีศักยภาพเพียงพอในการผลิตออกมาสำเร็จได้มากกว่าวัคซีนซึ่งที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ทุ่มทุนสนับสนุนเป็นจำนวนมาก

เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 นายธนกร วังบุญคงชนะ โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี กล่าวว่า รัฐบาลพร้อมสนับสนุนงานวิจัย การพัฒนาด้านนวัตกรรม เพื่อช่วยให้อุตสาหกรรมทางการแพทย์เติบโต และต่อยอดในเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่สอดคล้องกับโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy) และนโยบายการผลักดันประเทศเป็นศูนย์กลางการแพทย์โลก (Medical Hub) ตามยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนเศรษฐกิจใหม่ที่รัฐบาลให้ความสำคัญ เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่ออนาคตต่อไป ซึ่งชุดตรวจ ATK ก็เป็นหนึ่งในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่รัฐบาลมีโอกาที่จะช่วยสนับสนุนให้เติบโตได้โดยลงทุนไม่สูงนัก

การผลิตชุดตรวจ ATK ในประเทศไทย

ชุดตรวจ ATK ที่ใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงเป็นการนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศ ทั้งจากประเทศจีน เกาหลี และสหรัฐอเมริกา และมีบางส่วนที่ได้มาจากการบริจาคของภาคเอกชน

ที่ผ่านมาภาครัฐได้มีนโยบายผลักดันเศรษฐกิจไทยภายใต้โมเดล BCG (Bio-Circular-Green Economy) โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ด้วยการนำแนวคิดการนำวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมยกระดับความสามารถในการแข่งขัน ซึ่ง ‘เครื่องมือแพทย์’ ก็เป็นหนึ่งในสาขาหลักที่ไทยต้องการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่แทบทุกรัฐบาลตั้งไว้ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนาชุดตรวจ ATK ไทยจึงน่าจะอยู่ในข่ายเป้าหมายการวิจัยและพัฒนาที่ระบบ ววน. อาจพิจารณาสนับสนุนในกรณีที่เหมาะสม

⁵²³ จากการสัมภาษณ์ ศ.ศันสนีย์ ไซโรจน์

⁵²⁴ ก่อนหน้านั้นเมื่อต้นปี 2564 บริษัทนี้ได้ผลิต “Kestrel BioSciences COVID-19 IgM and IgG Test Kit” ซึ่งเป็นชุดตรวจหาแอนติบอดีหรือภูมิต้านทานชนิด IgM และ IgG ต่อไวรัสโควิด-19 แบบ lateral flow rapid test เช่นกัน

⁵²⁵ Development, Analytical, and Clinical Evaluation of Rapid Immunochromatographic Antigen Test for SARS-CoV-2 Variants Detection: <https://www.mdpi.com/2075-4418/12/2/381/pdf>

เมื่อช่วงต้นปี 2565 ประเทศไทยก็ประสบความสำเร็จในการผลิตชุดตรวจ ATK ยี่ห้อ ‘NanoCOVID-19 Antigen Rapid Test’ ซึ่งเป็นชุดตรวจ ATK ของไทยที่ได้รับการวิจัยและสนับสนุนโดยสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยนำฐานความรู้จากชุดตรวจคัดกรองไวรัสไข้หวัดใหญ่มาต่อยอดร่วมกับวัสดุตอบสนองทางด้านนาโนเทคโนโลยีและระบบเซ็นเซอร์ มีชุดตรวจ 2 แบบ ได้แก่

- (1) ATK Professional Use สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
- (2) ATK Home Use สำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อรองรับความต้องการใช้ชุดตรวจโควิดในประเทศไทยซึ่งคาดว่าจะมีความต้องการใช้ที่สูงอย่างน้อย 1 ปี

นอกจากนี้ หน่วยงาน องค์กร ตลอดจนมหาวิทยาลัยในประเทศไทยได้เริ่มหันมาพัฒนาชุดตรวจโควิด ATK ของตนเองออกมามากขึ้น เช่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่บริษัท แอปพิโนม จำกัด ขอรับถ่ายทอดเทคโนโลยีดังกล่าวและได้กลายเป็นผู้ได้สิทธิ์ในการผลิตแห่งเดียวในประเทศไทย ปัจจุบัน พัฒนาออกมาเป็นชุดตรวจยี่ห้อ ‘แอปพิโนม’ ทั้งนี้ ได้พัฒนาออกมา 2 รูปแบบเช่นกัน⁵²⁶ ได้แก่

- (1) Professional Use สำหรับใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่โพรงจมูกส่วนปลาย (Nasopharyngeal swab)
- (2) Self Test สำหรับตรวจด้วยตนเอง ในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ Nasal swab (จากโพรงจมูกส่วนต้น)

ซึ่งได้รับทุนสนับสนุน 2.8 ล้านบาทจาก สทช. ในปี 2564 และก่อนนั้น ในปี 2563 สทช. ก็ได้ให้ทุนสนับสนุน บ.ไบยา ไฟโตฟาร์มฯ ในโครงการ “ชุดตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบรวดเร็วประเภท lateral flow Immunoassay” จำนวน 4.08 ล้านบาทด้วย

นอกจากนี้ ในปี 2564 วช. ก็ให้ทุนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโครงการ “อุปกรณ์วินิจฉัยสำหรับตรวจวัดแอนติเจนของโควิด-19” และ “การพัฒนาชุดตรวจวัดและตรวจหาแอนติบอดีที่ยังเชื้อ SARS-CoV-2”

ในแง่หนึ่ง ณ ขณะนี้ ซึ่งมีผู้ผลิตจำนวนหนึ่งสามารถผลิตชุดตรวจ ATK ออกจำหน่ายแข่งขันกับชุดตรวจนำเข้า การสนับสนุนทุนวิจัยอาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาและผลิตชุดตรวจ ATK และ lateral flow rapid test อื่นๆ สำหรับผู้ผลิตหลายรายในปัจจุบันอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม ความท้าทายหนึ่งของการผลิต ATK ในประเทศไทยคือ ในช่วงที่ผ่านมาการผลิต ATK ในประเทศอื่นๆ จำนวนมาก ซึ่งทำให้มีการแข่งขันด้านราคาค่อนข้างสูง ถึงแม้จะมีการใช้ชุดตรวจ ATK มากขึ้น แต่ราคาก็ลดลงมามากเนื่องจากปัจจุบันมีผู้ผลิตรายใหญ่จำนวนมากที่มีการประหยัดจากขนาด ในขณะที่กำลังการผลิตของบริษัทใหม่ๆ ในประเทศไทยในแต่ละ lot อาจมีไม่มากนัก ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนของผู้ผลิตของไทยอาจสูงกว่า ATK ที่นำเข้าจากต่างประเทศ

⁵²⁶ <https://www.prachachat.net/marketing/news-832181>

21.2.4 สรุป

ที่ผ่านมา ไทยประสบความสำเร็จในการผลิตชุดตรวจต่างๆ รวมทั้งรถเก็บตัวอย่างและรถตรวจ (ที่เป็นห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่) ซึ่งน่าจะเป็นเพราะเรามีศักยภาพพื้นฐานเพียงพอที่สามารถขยาย/ต่อยอดมาพัฒนาใน ส่วนนี้ โดยเฉพาะองค์ความรู้ และความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ห้องปฏิบัติการ และโรงงาน) แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตด้วยว่า จนถึงปัจจุบันเทคนิคแลมป์ (Loop-mediated isothermal amplification: LAMP) หรือ RT-LAMP ที่ถึงแม้จะมีความไวที่ต่ำกว่า RT-PCR แต่ก็มีต้นทุนต่ำกว่า RT-PCR พอสมควร คุณจะได้รับความสนใจหรือความนิยมมากนักเมื่อเทียบกับทั้ง RT-PCR และ ATK ซึ่งอาจเป็นเพราะวิธีนี้ไม่มีจุดเด่นที่ชัดเจน ในขณะที่ RT-PCR และ ATK มีจุดเด่นเฉพาะตัวไปในคนละทาง ทั้งนี้คงเป็นเพราะวิธี LAMP และ LAMP-CRISPR ไม่แม่นยำในระดับที่ใช้อ้างอิงได้เหมือน RT-PCR และในขณะเดียวกันก็ใช้ไม่สะดวกเท่าและปัจจุบันก็มีต้นทุนที่แพงกว่า ATK มากพอสมควร

วิธีหนึ่งที่ช่วยเร่งได้ก็คือการร่วมมือเป็น Partner หรือการรับถ่ายทอดเทคโนโลยี (technology transfer) อย่างเป็นทางการ เช่น การนำเอาผลงานวิจัยที่มีออกมาให้เอกชนใช้หรือใช้ร่วมกัน ซึ่งชุดตรวจหลายรายการที่ผลิตและออกมาใช้อย่างกว้างขวางในไทย (โดยเฉพาะ RT-PCR และ ATK ซึ่งเริ่มออกมาสู่ตลาดหลายยี่ห้อมากขึ้น) เป็นตัวอย่างที่ดีของการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน (ที่มักจะมีความพร้อมด้านการผลิตมากกว่า) และสอดรับในการทำ Technology Transfer ทำให้สามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ในการวิจัยพัฒนาและออกผลิตภัณฑ์มาขายได้ใน Value Chain ที่เหมาะสม

21.3 การวิจัยและผลิตยาต้านโควิด-19 ในประเทศไทย

21.3.1 การวิจัยและผลิตยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโควิด-19 ในประเทศไทย

ที่ผ่านมา อุตสาหกรรมยาของไทยโดยเฉพาะภาคเอกชน รวมทั้งโรงงานของบริษัทยาข้ามชาติ มีจุดเด่นในด้านความเชี่ยวชาญการผลิตผลิตภัณฑ์ยา ทั้งยาเดี่ยวและยาสูตรผสมตามตำรับยาต่างๆ จากวัตถุดิบที่นำเข้า โดยเฉพาะตัวยาที่ออกฤทธิ์ (active ingredient) ซึ่งส่วนใหญ่ยังต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้การผลิตยาในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีที่ไม่ใช่เป็นระดับสูงมากนัก และในบางกรณีก็ใช้วัตถุดิบและ Know-how จากบริษัทยาข้ามชาติ โดยไม่ได้พึ่งการสนับสนุนทุนวิจัยจากรัฐบาลไทยหรือกองทุน ววน. มากนัก

ในส่วนของยารักษาโควิด-19 โดยเฉพาะยาด้านไวรัสนั้น นอกจากการนำเข้า (และได้รับบริจาค) แล้ว อุตสาหกรรมยาของไทยโดยเฉพาะภาคเอกชนไม่ค่อยมีบทบาทในการผลิตมากนัก โดยยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาใหม่หรือยาเดิมที่นำมาทดลองใช้หรือได้รับอนุมัติให้ใช้รักษาโควิดแบบ off label หรือในกรณีฉุกเฉิน ในส่วนของภาครัฐนั้น ที่ผ่านมาได้มีการผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งในช่วงแรกใช้ยาที่มาจากต่างประเทศทั้งหมด และต่อมาก็ขอจดสิทธิบัตรยาเม็ดในไทย แต่ถูกไทยปฏิเสธการจดสิทธิบัตรยาเม็ดเมื่อ 5 พ.ค. 2564 ต่อมาเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 องค์การเภสัชกรรมได้แถลงข่าวว่าจะผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ ใช้ชื่อยาฟาเวียร์ ในขนาด 200 มิลลิกรัมต่อเม็ด ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และจะเริ่มผลิตและกระจายให้ผู้ป่วยได้ใช้ในต้นเดือนสิงหาคม 2564 โดยในระยะแรกผลิตได้ไม่น้อยกว่าเดือนละ 2 ล้านเม็ด และจะขยาย

กำลังการผลิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในเดือนสิงหาคม 2564 นายแพทย์วิฑูรย์ ตำนวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ระบุว่า อภ. ได้ปรับแผนขยายการผลิตโดยในเดือนสิงหาคม 2564 จะผลิตแบบบรรจุแผงจำนวน 2.5 ล้านเม็ดและจะเพิ่มการผลิตแบบบรรจุใส่ขวด ในเดือนกันยายนจะผลิตยาได้จำนวน 23 ล้านเม็ด และตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นไปจะสามารถผลิตได้ไม่น้อยกว่า 40 ล้านเม็ดต่อเดือน ทั้งนี้ ที่ผ่านมา อภ. น่าจะเป็นผู้ผลิตยาฟาวิพิราเวียร์รายเดียวในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขควบคุมการกระจายยานี้ในประเทศ

ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ชมรมแพทย์ชนบทได้ออกข่าวว่ามีปัญหาขาดแคลนยาฟาวิพิราเวียร์⁵²⁷ ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ออกมายืนยันว่ามียาเพียงพอ โดยในขณะนั้นมีการสำรอง 24 ล้านเม็ด และผลิตเพิ่มเติมอีก 60 ล้านเม็ด รวมเป็น 84 ล้านเม็ด แต่ในวันที่ 29 มีนาคม 2565 ชมรมแพทย์ชนบทได้ออกมาระบุปัญหาการขาดแคลนยาฟาวิพิราเวียร์อีกครั้งหนึ่ง และขอให้กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยรายละเอียดถึงเหตุผลที่ยาฟาวิพิราเวียร์ขาดแคลนอย่างมากว่าเกิดจากอะไร การนำเข้าเคมีภัณฑ์สะดวกหรือไม่ ผลิตเม็ดยาได้สัปดาห์ละกี่เม็ด มีอัตราค่าที่หรือไม่ ราคาผลิตเองเม็ดละเท่าไร รวมทั้งขณะนี้มีการนำเข้ามาสัปดาห์ละกี่เม็ด ราคาเม็ดละเท่าไร รวมแล้วแต่ละสัปดาห์จะสามารถกระจายฟาวิพิราเวียร์ ได้กี่เม็ด และจะมีวิธีการกระจายอย่างไร เพื่อให้สามารถวางแผนการบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵²⁸ หลังจากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ในบางจังหวัดก็ระบุปัญหาไปในทิศทางเดียวกันว่ายาฟาวิพิราเวียร์มีจำนวนไม่เพียงพอ จากความต้องการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมากหลังกระทรวงสาธารณสุขปรับแนวทางการรักษามาใช้มาตรการ “เจอ แจก จบ” ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่เข้าร่วมโครงการได้รับแจ้งว่ายาผลิตไม่ทัน ซึ่งทางองค์การเภสัชกรรมชี้แจงว่าได้สำรองวัตถุดิบสำหรับการผลิตฟาวิพิราเวียร์ไว้มากพอ แต่เนื่องจากการระบาดเมื่อปลายปี 2564 ลดลง จึงชะลอการผลิตไว้ก่อน และเมื่อเกิดการระบาดหนักอีกครั้งในช่วงต้นปี 2565 ก็ได้เร่งผลิตให้ทันกับความต้องการมากขึ้น ซึ่งแหล่งข่าวจากกระทรวงสาธารณสุขก็ระบุว่าองค์การเภสัชกรรมส่งมอบยาฟาวิพิราเวียร์ได้ประมาณ 15 ล้านเม็ด/สัปดาห์ ขณะที่อัตราการใส่ยาอยู่ที่สัปดาห์ละ 15-20 ล้านเม็ด และจากข้อมูลแผนการจัดหา ผลิต และสำรองยาฟาวิพิราเวียร์ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 28 มี.ค. 2565 พบว่าในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2565 หากเป็นไปตามแผน จะมียาที่ได้จากการผลิตและจัดหา (นำเข้า) ทั้งหมด 120.3 ล้านเม็ด เมื่อรวมกับจำนวนการสำรองยา 23.3 ล้านเม็ด ก็จะมียา 143.6 ล้านเม็ด ซึ่งหากอ้างอิงจากอัตราการใส่ยา 15-20 ล้านเม็ด/สัปดาห์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน จะต้องการยานี้ 180-240 ล้านเม็ด ซึ่งบ่งชี้ว่าปัญหาเรื่องมียาฟาวิพิราเวียร์ที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของสถานพยาบาลของไทยน่าจะเป็นปัญหาจริง⁵²⁹

⁵²⁷ <https://www.prachachat.net/marketing/news-874719>

⁵²⁸ <https://www.prachachat.net/general/news-896361>

⁵²⁹ <https://www.prachachat.net/general/news-896409>

21.3.2 การวิจัยและการผลิตสารสกัดฟ้าทะลายโจร

นอกจากยาต้านไวรัสแล้ว ไทยยังมีการใช้ ‘สมุนไพรฟ้าทะลายโจร’ ซึ่งได้รับอนุมัติให้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร⁵³⁰ เมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ให้เป็นยารักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่มีการควบคุมปริมาณ andrographolide รวม 2 รายการคือยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร โดยให้รับประทานในขนาดยาที่มีปริมาณ andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน ต่อเนื่อง 5 วัน โดยแบ่งให้วันละ 3 ครั้ง

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการสนับสนุนและทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรในการรักษาโควิดอยู่พอสมควร แต่ในด้านการผลิตนั้น ยังไม่พบโครงการสนับสนุนการวิจัยพัฒนาในด้านนี้ในประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้ปลูกฟ้าทะลายโจรมากขึ้นในปี 2564

ในช่วงที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีนและมีการระบาดอย่างหนัก เช่นในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดสูงสุดของเชื้อเดลตา ฟ้าทะลายโจรก็ประสบปัญหาขาดตลาดเช่นเดียวกับยาฟาวิพิราเวียร์ และยังพบปัญหาการขึ้นราคาอีกด้วย (เพราะไม่ได้ผูกขาดและ/หรือควบคุมราคาโดยกระทรวงสาธารณสุขอย่างยาฟาวิพิราเวียร์) โดยมีการขายเกินราคาที่ระบุไว้บนกล่องในราคามีความแตกต่างกันตั้งแต่หลักร้อยถึงหลักพันหรือขายพ่วงกับยาอื่นหรือวิตามิน รวมไปถึงมีปัญหาขาดข้อมูลที่ครบถ้วน (เช่น ระบุน้ำหนักของผงสกัด แต่ไม่ระบุปริมาณ andrographolide) หรือมีข้อมูลลง⁵³¹ ซึ่งปัญหาเรื่องข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนนี้น่าจะยังมีอยู่จนถึงปัจจุบัน

⁵³⁰ ซึ่งมีผลทำให้ สปสช. อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ด้วย

⁵³¹ <https://www.bangkokbiznews.com/social/953333> ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยาแผนไทย พ.ศ. 2559 ได้กำหนดราคากลางยาฟ้าทะลายโจร หมวดกลุ่มที่ 2 ยาพัฒนาจากสมุนไพร (สูตรยาเดี่ยว) ชนิดแคปซูล 500 มิลลิกรัม ราคาแคปซูลละ 0.94 บาท (ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) ในขณะที่ พ.ร.บ. ว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 กำหนดให้ยาเป็นสินค้าควบคุม ห้ามขายเกินฉลากข้างกล่อง แต่ก็ยังพบว่าในช่วงที่มีการระบาดหนักประชาชนจำนวนมากไม่สามารถหาซื้อได้ในราคาที่ระบุไว้บนฉลาก และฉลากยาส่วนใหญ่ระบุน้ำหนักของผงสกัด ไม่ใช่ปริมาณของสาร Andrographolide

22. กรณีศึกษาการจัดสรรทุนวิจัยในต่างประเทศ

22.1 ภาพรวมรูปแบบการจัดสรรทุนวิจัย และข้อพิจารณา

1) รูปแบบของการจัดสรรทุนวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ คณะผู้วิจัยพบแนวทางการจัดรูปแบบการจัดสรรทุนวิจัยที่น่าสนใจสำคัญอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การศึกษาของ Otto Auranena และ Mika Nieminenb (2010) ได้แบ่งรูปแบบของทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับด้วยเกณฑ์ชีวิต 2 ประการ คือ

- 1) สัดส่วนทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับจากแหล่งทุนภายนอก ที่นอกเหนือจากแหล่งทุนหลัก (ซึ่งปกติจะเป็นทุนจากรัฐบาลกลาง) และสินทรัพย์ของหน่วยวิจัยเอง โดยสามารถเป็นได้ทั้งทุนวิจัยจากภาครัฐและภาคเอกชน เช่น ทุนภายใต้โครงการรัฐ ทุนวิจัยที่ได้รับจากหน่วยงานรัฐ ทุนภายใต้สัญญาต่างๆ เป็นต้น
- 2) จุดมุ่งเน้นที่ผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญในการวิจัยระหว่างทรัพยากรที่ใช้ในการวิจัยกับผลผลิตที่ได้รับจากการวิจัย โดยในการศึกษาดังกล่าว ผู้ให้ทุนหลักของมหาวิทยาลัยวิจัยจะหมายถึงรัฐบาลกลาง ฉะนั้น ตัวชี้วัดนี้จะอิงจากแนวทางของรัฐบาลว่า จะคำนึงถึงความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้หรือคาดหวังผลผลิตที่มีประสิทธิภาพและตรงความต้องการมากกว่ากัน

จากเกณฑ์ข้างต้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 50 รูปแบบของทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับ

กลุ่มประเทศที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นส่วนน้อย และผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญกับผลผลิตที่ได้รับเป็นหลัก	กลุ่มประเทศที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นส่วนมาก และผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญกับผลผลิตที่ได้รับเป็นหลัก
กลุ่มประเทศที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นส่วนน้อย และผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่ใช้เป็นหลัก	กลุ่มประเทศที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นส่วนมาก และผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่ใช้เป็นหลัก

เน้นที่ผลผลิตที่ได้รับ

เน้นที่ทรัพยากรที่ใช้

จุดมุ่งเน้นที่ผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญในการวิจัย

น้อย

มาก

สัดส่วนทุนที่ได้รับจากแหล่งทุนภายนอก

(นอกเหนือจากแหล่งทุนหลักและสินทรัพย์ของหน่วยวิจัยเอง)

ที่มา: Otto Auranena และ Mika Nieminenb (2010)

จากนั้น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลโครงสร้างการได้รับทุนของมหาวิทยาลัยวิจัยในประเทศต่างๆ ในช่วงต้นถึงกลางคริสต์ทศวรรษ 2000 จำนวน 8 ประเทศ ประกอบด้วย ออสเตรเลีย เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน และสหราชอาณาจักร สามารถแบ่งกลุ่มได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 51 เปรียบเทียบรูปแบบของทุนที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับใน 8 ประเทศ

ออสเตรเลีย	สหราชอาณาจักร	เน้นที่ผลผลิตที่ได้รับ มุ่งเน้นที่ผู้ลงทุนหลักในภาคอุตสาหกรรมที่ซับซ้อน
นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี เดนมาร์ก	ฟินแลนด์ สวีเดน	
น้อย	มาก	

สัดส่วนทุนที่ได้รับจากแหล่งทุนภายนอก
(นอกเหนือจากแหล่งทุนหลักและสินทรัพย์ของหน่วยวิจัยเอง)

ที่มา: Otto Auranena และ Mika Nieminenb (2010)

ทั้งนี้ รูปแบบการได้รับทุนแต่ละรูปแบบต่างก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยรูปแบบที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากรัฐบาลเป็นหลักจะมีข้อเสียที่สำคัญคือ ขาดความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนกฎกติกาหรือการจัดสรรค่าตอบแทน แต่ก็มีข้อดีคือ มีเสถียรภาพทางการเงิน เพราะรัฐบาลจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินเดือนประจำและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ซึ่งส่วนมากทุนจากแหล่งภายนอกจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกก็เปิดการเปิดประสบการณ์ใหม่ในการวิจัย และขยายกิจกรรมที่ทำออกไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น ส่วนในแง่จุดมุ่งเน้นที่ผู้ให้ทุนหลักให้ความสำคัญในการวิจัยนั้น การให้ความสำคัญเข้มงวดกับทรัพยากรที่ใช้ในการวิจัยจะทำให้การทำงานวิจัยมีความเป็นพลวัตน้อยกว่าการให้ความสำคัญไปที่ผลผลิตที่ได้รับจากการวิจัยเป็นหลัก

รูปแบบที่ 2 การศึกษาของ Koen Jonkers และ Thomas Zacharewicz (2016) ได้แบ่งรูปแบบการจัดสรรทุนวิจัยภาครัฐให้แก่หน่วยวิจัยออกเป็น 2 แนวทางหลัก ดังนี้

- 1) **การให้ทุนตามโครงการ (project funding)** หมายถึง การจัดสรรงบประมาณประเทศให้แก่กลุ่มหรือบุคคลเพื่อทำกิจกรรมด้านการวิจัยและพัฒนา ภายใต้ขอบเขต งบประมาณ และเวลาที่กำหนด โดยในการยื่นข้อเสนอโครงการจะต้องมีการอธิบายรายละเอียดกิจกรรมที่จะดำเนินการวิจัยทั้งหมด
- 2) **การให้ทุนในระดับองค์กร (organisational level funding)** หมายถึง การจัดสรรงบประมาณประเทศให้แก่องค์กรที่มีความพร้อมในการทำวิจัย (เช่น มหาวิทยาลัย) โดยไม่กำหนดลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนาโดยตรงและให้อิสระแก่องค์กรในการเลือกกิจกรรมการวิจัย โดยการให้ทุนในรูปแบบนี้ยังสามารถแตกแขนงออกเป็นการให้ทุนได้อีกหลายลักษณะ เช่น
 - การให้ทุนเป็นวงเงินรวมแบบไม่มีคู่แข่ง (non-competitive Block funding) โดยส่วนใหญ่จะใช้กับการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานหรือการจ่ายเงินเดือนนักวิจัยในระบบวิจัยที่มีข้าราชการเป็นนักวิจัย
 - การให้ทุนตามเกณฑ์คุณภาพ (performance based funding) ซึ่งจะต้องมีการแข่งขันหรือการประเมินผลเข้ามาเกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้จะให้ความสนใจในการวิเคราะห์รูปแบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพ (research performance based funding) ในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปเป็นหลัก ซึ่งประเทศที่จะเข้าเกณฑ์เป็นประเทศที่มีระบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ต้องมีการประเมินผลหลังโครงการแล้วเสร็จ (ex-post evaluation) และอาจต้องมีการประเมินผลก่อนเริ่มโครงการ (ex-ante evaluation) ในบางกรณี
- 2) ต้องมีการประเมินผลผลิตและ/หรือผลกระทบที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ
- 3) การจัดสรรทุนวิจัยมหาวิทยาลัยโดยรัฐจะต้องขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของการประเมิน
- 4) ระบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพจะต้องถูกใช้ในระดับประเทศหรือภูมิภาค

จากนั้น การศึกษาดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มประเทศที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ดังตารางข้างล่าง)

- 1) กลุ่มประเทศที่ไม่มีการใช้เกณฑ์คุณภาพในระบบการจัดสรรทุนแก่มหาวิทยาลัยและประเทศที่จัดสรรทุนโดยใช้ตัวชี้วัดหรือการประเมินทางการศึกษาเพียงอย่างเดียว โดยไม่พิจารณาผลผลิตทางการวิจัย (กลุ่ม No RPBF)
- 2) กลุ่มประเทศที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งวัตถุประสงค์วิจัยและการให้ทุนวิจัยอยู่ในระดับน้อย จนทำให้แหล่งทุนหลักที่มาจากรัฐบาลไม่สามารถกำหนดแนวทางการวิจัยได้อย่างมีนัยสำคัญ (กลุ่ม Limited RPBF)

- 3) กลุ่มประเทศที่จัดสรรทุนตามเกณฑ์ชี้วัดเชิงปริมาณ โดยใช้หลักการบรรณมิติ (Bibliometrics)⁵³² หลายๆ ประเภทเป็นเครื่องมือในการวัดผล (กลุ่ม Quantitative formula with Bibliometric assessment)
- 4) กลุ่มประเทศที่จัดสรรทุนตามการประเมินบนหลักการพิชญพิจารณา (กลุ่ม Peer Review)

ตารางที่ 52 รูปแบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

Country	No RPF										Limited RPF				Quantitative formula with Bibliometric assessment										Peer review				
	BG ¹	CY	EL	ES	FR ²	IE	LU ³	LV ⁴	MT	RO ⁵	SI	AT	DE ⁶	NL	BE (FD)	BE (WA) ⁷	CZ ⁸	DK	EE ⁹	FI	FR	PL ¹⁰	SE	SK	PT	IT	LT	PT	UK
Education metrics	X			X	X	X			X		X	X	X	X	X		X	X	X					X					X
Historical	X	X	X	X	X			X	X	X							X	X									X	X	
Bibliometrics	Publications	X				X								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Journal Impact Based	X					X							X		X	X	X	X			X				X	X		
	Citation	X				X								X	X					X			X		X	X			
	Other formula elements					X	X	X			X		X	X				X	X	X	X	X		X		X	X		
Patents							X									X	X	X				X		X	X				
Project funding					X						X			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X				
Business funding					X	X												X	X	X	X	X		X	X				
Gender/iversity										X				X	X					X	X			X	X	X			
Internationalisation										X										X	X			X	X	X			
Peer review											X							X	X	X					X	X	X	X	
Performance Contracts											X		X					X	X	X									

ที่มา: Koen Jonkers และ Thomas Zacharewicz (2016)

ข้อดีของระบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพสามารถใช้เพื่อกระตุ้นปริมาณและคุณภาพงานวิจัย สามารถชี้นำสาขางานวิจัยที่ต้องการ เสริมสร้างปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม อีกทั้งยังเป็นช่องทางหนึ่งในการสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมด้วย นอกจากนี้ การแข่งขันเพื่อชิงทุนวิจัยระหว่างองค์กรจะช่วยให้องค์กรวิจัยเร่งเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพงานวิจัยของตนด้วย โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยที่ต้องการจะสร้างชื่อเสียงให้ตนเองเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล เพื่อเพิ่มโอกาสในการดึงดูดทรัพยากรในอนาคต เช่น นิสิตนักศึกษา อาจารย์ บุคลากร ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น โอกาสในการได้รับมาซึ่งทุนวิจัย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวมีข้อเสียคือ การกำหนดให้ทุนแก่สาขาวิจัยบางสาขาเพิ่มมากขึ้นจะเป็นการกีดกันให้องค์กรที่ทำวิจัยในสาขาอื่นได้รับส่วนแบ่งทุนภาครัฐที่น้อยลง อีกทั้งในทางปฏิบัติ ไม่ใช่องค์กรทุกแห่งจะสามารถแข่งขันแย่งชิงทุนได้อย่างเท่าเทียมกัน ส่งผลให้องค์กรบางส่วนที่ถูกกีดกันหรือถูก

⁵³² การศึกษาหรือวิธีการวัด (Measure) สารสนเทศหรือข้อความชุดหนึ่ง อันเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินงานวิจัย ซึ่งจัดอยู่ในสาขาวิชาบรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์ สามารถนำไปประยุกต์ในสาขาวิชาต่างๆ ได้มากมาย การใช้วิธีการบรรณมิติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อค้นหาผลกระทบ (Impact) ในทุกระดับ คือ ระดับบทความ (Paper) ระดับสาขาวิชา (Field) ระดับนักวิจัย (Researcher) ระดับสถาบัน (Institutes/Affiliations) และระดับประเทศ (Country) (ดูเพิ่มเติมได้ที่ https://tise2015.kku.ac.th/drupal/sites/default/files/files-2/KOS-lecturenote_1.pdf)

บังคับให้ปรับพฤติกรรมตามตัวชี้วัดจะรู้สึกต่อต้านระบบดังกล่าว นอกจากนี้ การคัดเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ อาจทำให้นักวิจัยเสียขวัญกำลังใจจากการไม่ถูกรับเลือกหรืออาจถูกเลือกปฏิบัติจากความไม่เท่าเทียมทางเพศได้

รูปแบบที่ 3 การศึกษาของ Janger, Schmidt, & Strauss (2019) ได้พยายามประเมินผลของรูปแบบการจัดสรรเงินทุนวิจัยโดยการเปรียบเทียบรูปแบบของประเทศต่างๆ โดยในกระบวนการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแต่ละประเทศมีคุณลักษณะของการจัดสรรทุนวิจัยที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปองค์ประกอบของลักษณะสำคัญของระบบการให้ทุนวิจัยได้ 6 ประการ คือ

1. คุณลักษณะของหน่วยงานกำกับดูแล
2. คุณลักษณะของระบบหรือเครื่องมือในการให้ทุน
3. กระบวนการวิจารณ์การวิจัย
4. เงื่อนไขเงินลงทุน
5. ความร่วมมือกับภาคธุรกิจ
6. เงื่อนไขการให้ทุนวิจัยต่อเงื่อนไขต่างๆ ในการทำวิจัย

โดยสรุปแต่ละองค์ประกอบ และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 53 องค์ประกอบของการจัดสรรทุนวิจัย และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบ/คุณลักษณะ	ผลต่อระบบวิจัย (Empirical Studies)
1. คุณลักษณะของหน่วยงานกำกับดูแล	
มูลค่าการให้ทุนแบบแข่งขัน (ประกวดข้อเสนอการวิจัย)	การให้ทุนแบบแข่งขัน ส่งผลต่อ อัตราความสำเร็จในการทำวิจัย คุณภาพและปริมาณการวิจัย ทั้งนี้ อัตราความสำเร็จอาจจะไม่ส่งผลต่อปริมาณการวิจัย เพราะ นักวิจัยอาจจะทำวิจัยน้อยโครงการแต่เป็นโครงการที่มีขนาดใหญ่ขึ้น
สัดส่วนของการให้ทุนแบบแข่งขันกับการให้ทุนวิจัยรวม	ผู้วิจัยในระดับองค์กรมีอัตราความสำเร็จในการทำวิจัย คุณภาพและปริมาณการวิจัยในระดับที่สูงขึ้นเมื่อมีการแข่งขัน
	ผู้วิจัยในระดับบุคคล มีอัตราความสำเร็จในการทำวิจัย คุณภาพและปริมาณการวิจัยในระดับที่สูงขึ้นเมื่อมีการแข่งขัน เทียบกับผู้วิจัยที่รับทุนแบบ internal block funds
การตัดสินใจในหัวข้อวิจัย	งานวิจัยขึ้นก่อนหน้าของผู้อำนวยการวิจัยและทุนที่ได้รับ ส่งผลต่อหัวข้อวิจัยมากกว่า ความต้องการของประชากร สะท้อนว่า ผู้อำนวยการวิจัย (หน่วยงานกำกับดูแลทุน) มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกำหนดหัวข้อวิจัย
2. คุณลักษณะของระบบหรือเครื่องมือในการให้ทุน	

องค์ประกอบ/คุณลักษณะ	ผลต่อระบบวิจัย (Empirical Studies)
การออกแบบลักษณะการให้ทุน	ระยะเวลาการให้ทุน บทลงโทษกรณีล้มเหลว เงื่อนไขการวิจารณ์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและปริมาณการวิจัย
การให้ทุนในระยะยาว	ระยะเวลาการให้ทุนขึ้นกับความสามารถในการขยายระยะเวลาโครงการ
	ตัวชี้วัดคุณลักษณะด้านความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแหล่งทุนที่มีการให้ทุนอย่างสม่ำเสมอ
	เมื่อมีการให้ทุนต่อเนื่องภายหลังโครงการสิ้นสุด นักวิจัยมีแนวโน้มที่จะหาแหล่งทุนแห่งใหม่ และส่งผลให้โครงการก่อนหน้ามีความเสี่ยงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ
High success rates	ผลิตภาพของนักวิจัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระยะเวลาการเตรียมข้อเสนอการวิจัย
	ทุนวิจัยในระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพการวิจัย ตรงข้ามกันในการตีพิมพ์งานวิจัย
การให้ทุนนักวิจัยหน้าใหม่กับ การให้ทุนนักวิจัยที่ทำงานมานาน	นักวิจัยที่ทำงานมานานจะมีความสามารถในการทำข้อเสนอการวิจัยและพิสูจน์ผลงานในอดีตได้ง่ายกว่า การเปิดโอกาสให้ช่องทางการสมัครแบบพิเศษกับนักวิจัยรุ่นใหม่จะเป็นการช่วยนักวิจัยรุ่นใหม่ได้
สหวิทยาการ VS ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	ผู้พิจารณาการวิจัยมักจะให้คะแนนงานวิจัยที่เป็นสหวิทยาการ น้อยกว่างานวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้าน โดยงานวิจัยที่มีคะแนนสูงมักจะเป็นงานวิจัยที่เชื่อมโยงองค์ประกอบใหม่ๆ ให้เข้ากับองค์ประกอบที่มีอยู่แล้วได้
การให้ทุนบุคคล VS การให้ทุนโครงการ	การให้ทุนบุคคลมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการวิจัยที่มีคุณภาพและปริมาณที่มากกว่า เนื่องจากมีความยืดหยุ่นต่อผลความสำเร็จ มีความยืดหยุ่นต่อวิธีการวิจัยวิธีการทดลอง
3. กระบวนการวิจารณ์การวิจัย	
คุณภาพของกระบวนการวิจารณ์	ไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าวิธีการวิจารณ์ใดจะส่งผลดีต่อคุณภาพและปริมาณการวิจัย
	การวิจัยที่ได้คะแนน Peer Review ในระดับที่สูงมักจะมีระดับการอ้างอิงถึงในระดับที่สูง
คุณภาพของผู้วิจารณ์	การรวมกลุ่มผู้วิจารณ์ให้มีความหลากหลายทั้งคุณสมบัติและสาขา จะส่งผลต่อคุณภาพที่ดีกว่าของการวิจัย

องค์ประกอบ/คุณลักษณะ	ผลต่อระบบวิจัย (Empirical Studies)
	ผู้วิจารณ์มักจะให้คะแนนบทความที่มีความใกล้เคียงกับความเชี่ยวชาญของตนต่ำกว่าบทความที่ห่างจากความเชี่ยวชาญของตน
	ผู้วิจารณ์ที่ผู้เขียนเลือกเองส่งผลกระทบต่อคุณภาพการวิจัย
	กระบวนการ ระยะห่างระหว่างผู้วิจารณ์และผู้เขียน รูปแบบข้อเสนอและคุณลักษณะของผู้เขียน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการวิจัย
4. เงินไขเงินลงทุน	
เงินไขต้นทุนทางอ้อม	การให้สามารถเบิกต้นทุนทางอ้อมได้เต็มที่ เช่น facilities-and-administrative costs ส่งผลให้หน่วยงานวิจัยมีความสามารถในการดึงดูดนักวิจัยที่มีความสามารถ และส่งผลให้สถาบันวิจัยมีความกระตือรือร้นในการแข่งขันทุนวิจัยมากขึ้น
	การกำหนดต้นทุนทางอ้อมต่ำกว่าที่ควรส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแข่งขันของนักวิจัยที่มาจากต่างสถาบันวิจัยกัน
เงินเดือนผู้วิจัยหลัก	การให้เงินเดือนผู้วิจัยหลักส่งผลกระทบต่อคุณภาพการวิจัย โดยทำให้ผู้วิจัยสามารถเลือกสาขาการวิจัยที่ต้องการได้ และกระตุ้นให้เกิดการวิจัยในสาขาใหม่ๆ เนื่องจากผู้วิจัยกลัวที่จะทดลองในสาขาใหม่ๆ มากขึ้น
	นักวิจัยจะมีผลิตภาพมากขึ้นหากนักวิจัยสามารถจ่ายเพื่อให้ตัวเองไม่ต้องทำงานสอนได้
5. ความร่วมมือกับภาคธุรกิจ	
ความร่วมมือกับภาคธุรกิจ	กรณีมีภาคธุรกิจเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยมากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการวิจัย
6. เงินไขการให้ทุนวิจัยต่อเงินไขต่างๆ ในการทำวิจัย	
ทุนวิจัยกับเส้นทางอาชีพนักวิจัย	นักวิจัยที่ได้ทุนวิจัยในระยะเวลาจำกัดจะเติบโตในสายอาชีพได้ยากกว่านักวิจัยที่ได้รับทุนวิจัยต่อเนื่อง
	นักวิจัยที่ได้รับทุนตั้งต้นสำหรับนักวิจัยใหม่ จะมีการเติบโตในสายอาชีพที่ดีกว่า

ที่มา: Janger, Schmidt, & Strauss (2019)

จากประเด็นการจัดประเภทระบบทุนวิจัยและคุณลักษณะของระบบการจัดสรรทุนวิจัย รวมทั้งการศึกษาในอดีตถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบทุนวิจัยกับคุณภาพการวิจัยข้างต้น จะนำมาใช้พิจารณา ลักษณะของหน่วยงานให้ทุนวิจัยภายใต้ระบบ ววน. ต่อไป แต่ในหัวข้อถัดไปคณะผู้วิจัยจะศึกษาระบบการให้

ทุนวิจัยในทางปฏิบัติของ 4 ประเทศที่มีระบบทุนวิจัยที่แตกต่างเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์บทเรียนกับระบบ ววน. ของไทยในส่วนถัดไป

2) ข้อพิจารณาที่สำคัญ

ในหัวข้อก่อนหน้าได้กล่าวถึง “การจัดสรรทุนวิจัย” ในฐานะ “เครื่องมือ” ในการพัฒนาระบบวิจัยและนวัตกรรมของประเทศ ซึ่งพบได้ว่ามีหลากหลายแนวทาง โดยแต่ละแนวทางมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน การทบทวนศึกษาในอดีต พบว่ามีหลายการศึกษาที่พยายามหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice) ของการจัดสรรทุนวิจัย โดยการเทียบเคียงการดำเนินการของประเทศต่างๆ เช่น Velde et al. (2014) และ Ruecker et al. (2018) ซึ่งทั้งสองการศึกษาศึกษาเปรียบเทียบระบบวิจัยของประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรป

ข้อค้นพบสำคัญของ Velde et al. (2014) คือ **ไม่พบหลักฐานว่ารูปแบบการจัดสรรเงินทุนที่แตกต่างกัน** (การจัดสรรแบบมุ่งเน้นองค์กร (Block Grant) เทียบกับการจัดสรรแบบเน้นโครงการวิจัยและการจัดสรรตามสัดส่วนของทุนวิจัยของมหาวิทยาลัยต่อทุนวิจัยรวม) **จะส่งผลต่อคุณภาพการวิจัยของประเทศ** (วัดจากคุณภาพการตีพิมพ์งานวิชาการ) ทั้งนี้ ยังไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลต่อตัวแปรด้านผลลัพธ์การวิจัยอื่นๆ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งมีความท้าทายในการวัดค่าและแสดงความสัมพันธ์

โดยทั้งใน Velde et al. (2014) และ Ruecker et al. (2018) ได้แสดงให้เห็นว่า **ประเทศต่างๆ มีโครงสร้างระบบการส่งเสริมการทำวิจัยที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยพื้นฐานของแต่ละประเทศ** จึงไม่มีเกณฑ์หรือมาตรฐานชัดเจนว่า ระบบการส่งเสริมการทำวิจัยแบบใดที่จะถือเป็น Gold Standard เพราะแต่ละประเทศล้วนพัฒนารูปแบบการจัดสรรทุนวิจัยไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของแต่ละประเทศ

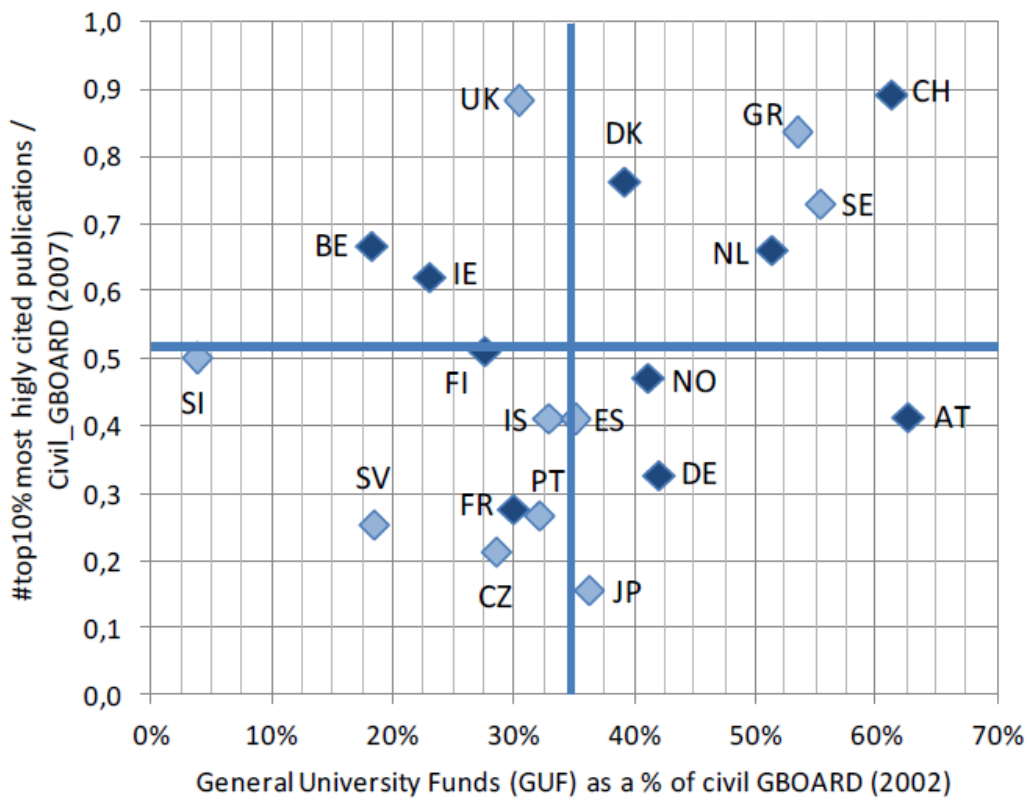
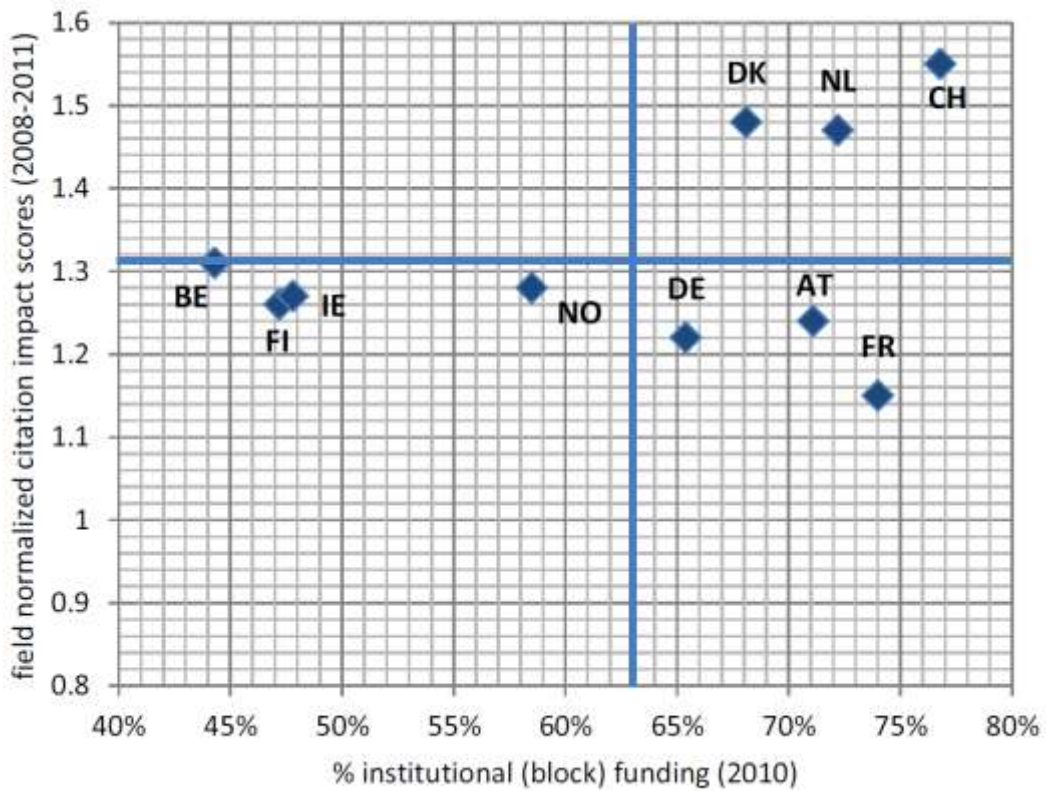
อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบบทเรียนการพัฒนาของประเทศต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบวิจัยและนวัตกรรมของตน ก็พบบทเรียนสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

- 1) นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านการจัดสรรเงินทุน ยังมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพของระบบวิจัยและนวัตกรรมของประเทศ เช่น คุณภาพของระบบการศึกษา ภาษาที่ใช้ระบบการเมือง การมีอยู่ของนักวิจัยและนักวิชาการที่มีคุณภาพในประเทศ วัฒนธรรมการวิจัยและการศึกษาของประเทศ
- 2) ไม่พบหลักฐานยืนยันแน่ชัดว่าระบบการจัดสรรเงินทุนแบบแข่งขันจะส่งผลต่อคุณภาพการวิจัย ฉะนั้น การเทียบเคียงระบบวิจัยประเทศต่างๆ โดยพิจารณาสัดส่วนเงินทุนอาจให้ข้อสรุปที่ผิดทิศทาง ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในอดีตถูกดำเนินการในประเทศที่ระบบวิจัยและนวัตกรรมมีการแข่งขันที่สูงอยู่แล้ว การปรับระบบเงินทุนเลยไม่ส่งผลต่อคุณภาพการวิจัยในประเทศเหล่านั้นมากนัก
- 3) ระบบส่งเสริมวิจัยที่ดีต้องรักษาสมดุลระหว่าง
 - (1) การจัดสรรเงินทุนแบบให้อิสระ
 - (2) การจัดสรรเงินทุนแบบควบคุมประเด็นการวิจัย

- (3) การจัดสรรเงินทุนแบบกำหนดหัวข้อการวิจัย
 ทั้งนี้ เพื่อให้ประเทศสามารถมีงานวิจัยที่หลากหลายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขับเคลื่อน
 ด้านนวัตกรรม มีโครงการวิจัยที่พร้อมนำไปใช้ประโยชน์กับแนวทางการพัฒนาประเทศ และ
 การันตีว่าจะมีโครงการวิจัยที่มีความจำเป็น ซึ่งแต่ละประเทศจะมีความต้องการที่แตกต่างกัน
- 4) ระบบส่งเสริมวิจัยที่ดีต้องรักษาสมดุลด้านความหลากหลายของปัจจัยต่างๆ ในระบบวิจัย
- (1) แหล่งเงินทุน: รัฐบาล องค์กรไม่แสวงกำไร หน่วยงานวิจัย สถาบันการศึกษา
ภาคเอกชน
 - (2) ประเด็นการวิจัย
 - (3) ประเภทการวิจัย: งานวิจัยพื้นฐาน งานวิจัยประยุกต์ และงานวิจัยเชิงประจักษ์
 - (4) หน่วยงานทำวิจัย: สถาบันการศึกษา หน่วยงานทำวิจัย นักวิจัยอิสระ
- 5) คุณภาพของคนในระบบวิจัย จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาระบบวิจัย ซึ่ง
 หากคนในระบบวิจัยมีคุณภาพมากพอจะขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงปัจจัยอื่นๆ ให้มีคุณภาพ
 ตามด้วย เช่น ตัวอย่างของประเทศสวีเดนที่เป็นศูนย์ของการประกาศรางวัล Nobel ซึ่งระบบ
 วิจัยของสวีเดนจะมีชื่อเสียงเกี่ยวกับการกำหนดคณะกรรมการตรวจสอบตรวจรับงานวิจัยที่มี
 ความรู้ความสามารถและมีความเข้มงวด ซึ่งส่งผลต่อการสร้างแรงกดดันให้นักวิจัยควบคุม
 คุณภาพงานวิจัยของตน

ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าระบบ ววน. ของไทยสามารถสร้างคุณลักษณะที่ดีข้างต้นไว้ได้หรือไม่ เนื่องจาก
 ลักษณะการดำเนินการบางอย่างอาจทำให้เสี่ยงต่อการพัฒนาการวิจัย เช่น การรวบงบประมาณการวิจัยของ
 มหาวิทยาลัยมาที่ สกว. และ PMU การกำหนดโปรแกรมการวิจัยทั้งใน SF และรวมไปถึง FF บางส่วนด้วย
 เป็นต้น

รูปที่ 146 รูปแบบการจัดสรรเงินทุนวิจัยและคุณภาพการวิจัย



ที่มา: Velde et al. (2014)

22.2 กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

1) กรณีสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานที่ให้ทุนและดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลกลาง มลรัฐ ภาคธุรกิจ สถาบันการศึกษา และองค์กรไม่แสวงผลกำไร ซึ่งแต่ละหน่วยงานต่างก็มีจุดประสงค์ต่างกันไปและดำเนินงานภายใต้กลไกการให้ทุนใน 2 กลไกหลัก คือ การให้ทุนอุดหนุนการวิจัย (Grants) และการทำข้อตกลงความร่วมมือ (Cooperative Arrangements) กลไกทั้งสองมีความแตกต่างกัน คือ ในการให้ทุนในรูปแบบทุนอุดหนุนการวิจัย ผู้ให้ทุนจะมีบทบาทในการกำกับและติดตามตลอดกระบวนการให้ทุนวิจัยที่เข้มงวดมากกว่า ส่วนในการทำข้อตกลงความร่วมมือ บุคลากรจากฝั่งผู้ให้ทุนจะมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการที่ใกล้ชิดมากกว่า

สัดส่วนการจัดสรรทุนจากภาคส่วนต่างๆ

ใน พ.ศ. 2562 ภาคธุรกิจและรัฐบาลกลางให้เงินทุนวิจัยรวมกันคิดเป็นร้อยละ 91.9 ของทุนวิจัยและพัฒนาทั้งประเทศ แบ่งเป็นทุนวิจัยจากรัฐบาลกลางมูลค่า 1.389 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ และทุนวิจัยจากภาคธุรกิจ 4.637 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกเหนือจากนั้นเป็นทุนวิจัยจากองค์กรไม่แสวงผลกำไร (2.67 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 4.1) จากสถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษา (2.18 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 3.3) และภาครัฐที่ไม่ใช่รัฐบาลกลาง (5.0 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 0.8)

หากแบ่งหมวดของการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 หมวด คือ หมวดการวิจัยพื้นฐาน (basic research)⁵³³ หมวดการวิจัยประยุกต์ (applied research)⁵³⁴ และหมวดการพัฒนา (development)⁵³⁵ จะพบว่า ใน พ.ศ. 2562 หมวดการพัฒนาเป็นหมวดที่ได้รับทุนมากที่สุด อยู่ที่ 4.234 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 64.5 ของทุนทั้งหมด รองลงมาคือ หมวดการวิจัยประยุกต์ (1.248 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 19.0) และหมวดการวิจัยพื้นฐาน (1.078 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 16.4) ทั้งนี้ หากพิจารณาสัดส่วนการให้ทุนในแต่ละภาคส่วน (ตารางด้านล่าง) สามารถแจกแจงรายละเอียดได้ดังนี้

⁵³³ การวิจัยพื้นฐาน (basic research) หมายถึงการวิจัยที่มุ่งแสวงหาความรู้หรือความจริงที่เป็นกฎ สูตร ทฤษฎี เพื่อที่จะขยายพื้นฐานความรู้ทางวิชาการ ให้กว้างขวางออกไปโดยไม่คำนึงว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ในแง่ใดหรือไม่ โดยมากมักจะเป็นการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการหรือห้องทดลอง

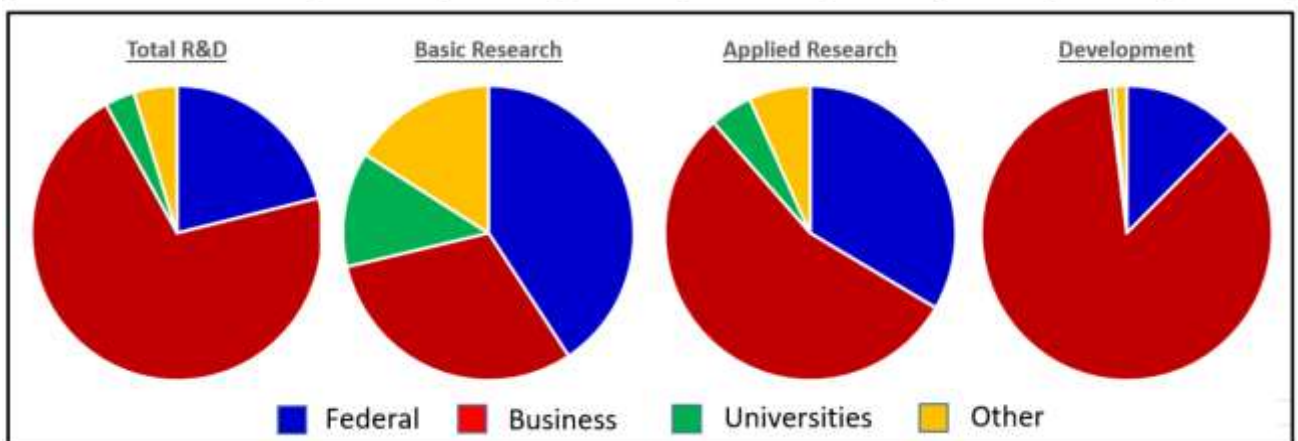
⁵³⁴ การวิจัยประยุกต์ (applied research) หมายถึงการวิจัยที่ได้นำผลจากข้อความรู้ทฤษฎีที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วมาดำเนินการทดลองหรือสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดเป็นความรู้ใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน

⁵³⁵ การพัฒนา (development) หมายถึงงานเชิงระบบที่เป็นการนำความรู้ที่ได้จากประสบการณ์การวิจัยและการปฏิบัติ ไปสร้างเป็นความรู้ใหม่ที่ก่อให้เกิดการสร้างผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการใหม่ๆ หรือปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น

- 1) ในหมวดการวิจัยพื้นฐาน ภาคส่วนที่ให้ทุนมากที่สุด คือ รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 40.7) รองลงมา คือ ภาคธุรกิจ (ร้อยละ 30.6) ลำดับถัดมา คือ องค์กรไม่แสวงผลกำไร (ร้อยละ 13.6) สถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษา (ร้อยละ 12.6) และภาครัฐที่ไม่ใช่รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 2.4)
- 2) ในหมวดการวิจัยประยุกต์ ภาคส่วนที่ให้ทุนมากที่สุด คือ ภาคธุรกิจ (ร้อยละ 55.0) รองลงมา คือ รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 33.5) ลำดับถัดมา คือ องค์กรไม่แสวงผลกำไร (ร้อยละ 5.5) สถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษา (ร้อยละ 4.7) และภาครัฐที่ไม่ใช่รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 1.4)
- 3) ในหมวดการวิจัยประยุกต์ ภาคส่วนที่ให้ทุนมากที่สุด คือ ภาคธุรกิจ (ร้อยละ 85.5) รองลงมา คือ รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 12.6) ลำดับถัดมา คือ องค์กรไม่แสวงผลกำไร (ร้อยละ 1.2) สถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษา (ร้อยละ 0.5) และภาครัฐที่ไม่ใช่รัฐบาลกลาง (ร้อยละ 0.2)

ตารางที่ 54 สัดส่วนการให้ทุนวิจัยจากภาคส่วนต่างๆ แบ่งตามหมวดการวิจัย

Sector	Basic Research		Applied Research		Development		Total	
	Dollars	Percent	Dollars	Percent	Dollars	Percent	Dollars	Percent
Federal Government	43.9	40.7	41.8	33.5	53.2	12.6	138.9	21.2
Nonfederal Government	2.6	2.4	1.7	1.4	0.6	0.2	5.0	0.8
Business	33.0	30.6	68.7	55.0	362.1	85.5	463.7	70.7
Higher Education	13.6	12.6	5.9	4.7	2.3	0.5	21.8	3.3
Other Nonprofit	14.7	13.6	6.8	5.5	5.1	1.2	26.7	4.1
Total	107.8	100.0	124.9	100.0	423.4	100.0	656.0	100.0



ที่มา: Congressional Research Service (2021)

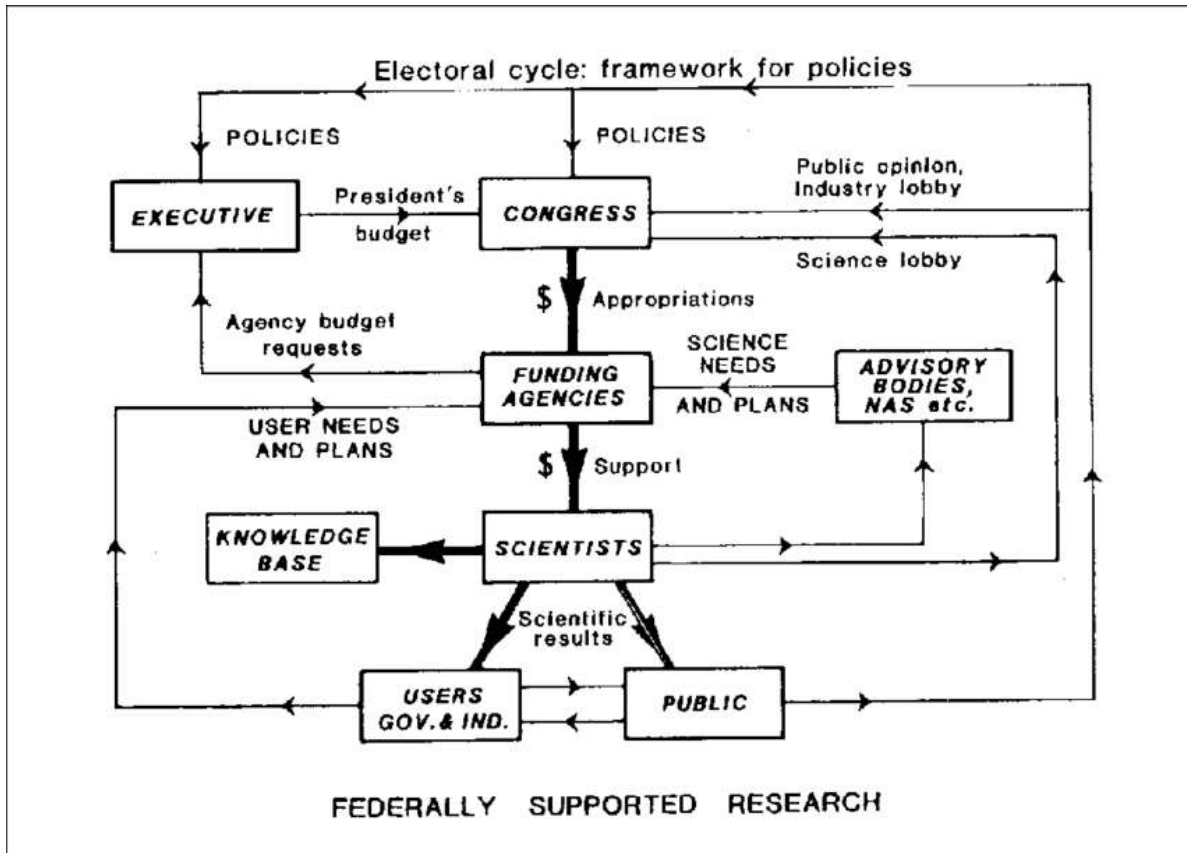
(<https://sgp.fas.org/crs/misc/R44307.pdf>)

กระบวนการจัดสรรทุนของรัฐบาลกลาง

รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาได้ให้การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเรื่อยมาจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของวงการวิทยาศาสตร์และเกิดเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น เครื่องบินเจ็ต อินเทอร์เน็ต การสื่อสารผ่านดาวเทียม การสกัดก๊าซธรรมชาติ เป็นต้น กระทั่งในปัจจุบัน รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาอย่าง

กว้างขวางและมีจุดประสงค์หลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาด้านการป้องกันประเทศ สาธารณสุข ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และความมั่นคงทางพลังงาน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ชั้นสูง เพื่อพัฒนา กำลังแรงงานด้านวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ และเพื่อเสริมความแข็งแกร่งด้านนวัตกรรมและการ แข่งขันทางเศรษฐกิจในเวทีโลก

รูปที่ 147 กระบวนการจัดสรรทุนจากรัฐบาลกลาง



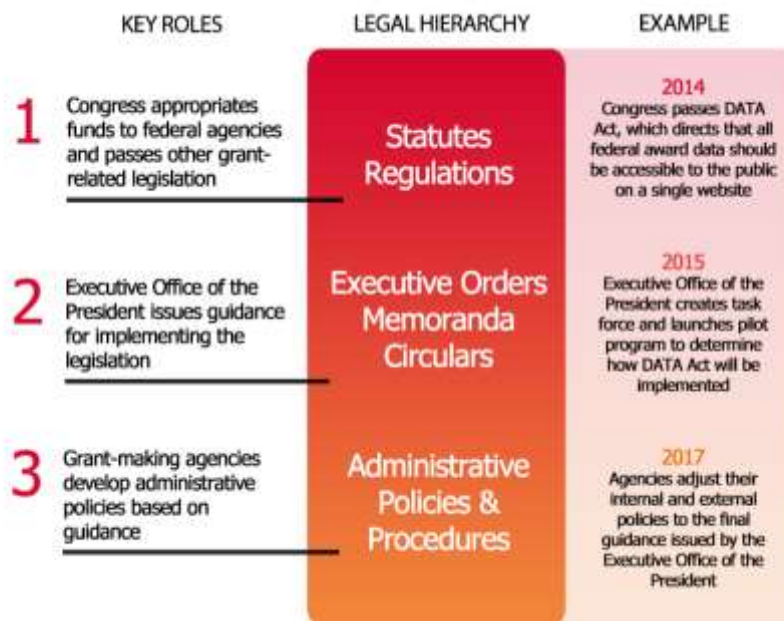
ที่มา: Juan G. Roederer (1998)

(https://www.researchgate.net/publication/237240866_COMMUNICATING_WITH_THE_PUBLIC_POLITICIANS_AND_THE_MEDIA_1)

อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นทุนวิจัยจากรัฐบาลกลาง แต่ไม่ได้หมายความว่าทุนทั้งหมดจะกระจุกรวมอยู่ที่ รัฐบาลกลาง แต่ทุนดังกล่าวเป็นทุนที่กระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ที่สังกัดภายใต้รัฐส่วนกลาง โดยอยู่ในรูป งบประมาณที่สนับสนุนภารกิจหลักของหน่วยงานแต่ละแห่ง โดยหน่วยงานเหล่านั้นจะต้องเสนองบประมาณมา ให้สำนักบริหารและงบประมาณ (Office of Management and Budget: OMB) พิจารณาทบทวน ปรับปรุง และอนุมัติ เพื่อให้งบประมาณดังกล่าวถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของร่างงบประมาณประจำปีของประธานาธิบดี (President's annual budget) ที่จะเสนอต่อสภาองเกรสต่อไป สภาองเกรสก็จะเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้าย ทั้งในแง่จำนวนเงินและรูปแบบการจัดสรรทุนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งสามารถสรุปเป็นกระบวนการออก นโยบายการจัดสรรทุนของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาใน 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับการตรากฎหมายพระราชบัญญัติ (Statutes Regulations) คือ การที่สภาองเกรสจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยงานราชการและอนุมัติกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องการให้ทุน
- 2) ระดับการออกหนังสือเวียนคำสั่งฝ่ายบริหารของประธานาธิบดี (Executive Orders Memoranda Circulars) คือ การที่สำนักงานบริหารของประธานาธิบดีสหรัฐ (Executive Office of the President) ประกาศแนวทางการบังคับใช้กฎหมาย
- 3) ระดับการออกนโยบายและกระบวนการบริหารจัดการ (Administrative Policies and Procedures) คือ การที่หน่วยงานจัดสรรทุน (Grant-Making Agencies) พัฒนานโยบายการบริหารจัดการตามแนวทางที่ได้รับจากหน่วยงานระดับบน

รูปที่ 148 กระบวนการออกนโยบายการจัดสรรทุนของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา



ที่มา: National Grants Management Association (2022)

หลังจากหน่วยงานรัฐส่วนกลางอนุมัติทุนและข้อตกลงความร่วมมือแล้ว จะมีการประกาศผลผ่านการประกาศจัดสรรทุนวิจัย (Funding Opportunity Announcement: FOA) โดยมีประเภทหลักๆ ดังนี้

- 1) Program Announcements (PA) คือ การประกาศทุนวิจัยอย่างเป็นทางการใช้สำหรับการดำเนินงานกิจกรรมหรือโปรแกรมภายนอกทั้งที่เกิดขึ้นใหม่และต่อเนื่อง อาจใช้เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการทำงานวิจัยอย่างต่อเนื่องในสาขาใดสาขาหนึ่ง ใช้สำหรับการแจ้งเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือโปรแกรมต่างๆ และใช้สำหรับเชื้อเชิญให้นักวิจัยส่งใบสมัครเพื่อขอรับทุนวิจัย ซึ่งการประกาศรับสมัครทุนวิจัยประเภทนี้จะกำหนดวันสิ้นสุดการรับสมัครไว้เป็นแบบมาตรฐาน เช่น การรับสมัครทุนวิจัยแบบปีละ 3 ครั้ง และจะผ่านกระบวนการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาทุนตามขั้นตอนมาตรฐานที่กำหนดไว้

- 2) Requests for Application (RFA) คือ การประกาศทุนอย่างเป็นทางการอีกประเภทหนึ่งซึ่งใช้สำหรับการประกาศให้การสนับสนุนทุนวิจัย/ความร่วมมืองานวิจัยซึ่งระบุสาขาวิชาที่ทำวิจัยและจุดประสงค์ของงานวิจัยอย่างชัดเจน โดยการประกาศจะระบุจำนวนเงินทุนวิจัยทั้งหมด จำนวนทุนที่ให้การสนับสนุน วันสิ้นสุดการส่งข้อเสนอโครงการ และเงื่อนไขอื่นๆ อย่างชัดเจนเพื่อให้ นักวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ แข่งขันส่งข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับทุนวิจัยดังกล่าว

ปัจจุบัน รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานให้ทุน (Federal Funding Agencies) จำนวน 26 แห่ง ดังตารางข้างล่าง ซึ่งงบประมาณของหน่วยงานแต่ละแห่งจะขึ้นอยู่กับงบประมาณรัฐบาลกลางที่อนุมัติโดยสภาองเกรส โดยหน่วยงานส่วนใหญ่จะให้ทุนแบบทุนอุดหนุนวิจัยและทุนแบบข้อตกลงความร่วมมือแก่เฉพาะนักวิจัยภายใต้สถาบัน/องค์กร (เช่น วิทยาลัย มหาวิทยาลัย บริษัทเอกชน) ของสหรัฐอเมริกาเท่านั้น หรือโครงการที่มีหัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่โครงการเป็นพลเมืองชาวอเมริกันเท่านั้น ทำให้โอกาสในการเข้าถึงทุนของนักวิจัยต่างชาติค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม หน่วยงานบางแห่งเริ่มเล็งเห็นถึงโอกาสในการสร้างความร่วมมือในระดับสากล เพื่อบรรลุนโยบายความต้องการของประเทศในอนาคต จึงเปิดช่องทางการให้ทุนแก่นักวิจัยชาวต่างชาติผ่านกลไก Subawards และกลไกอื่นๆ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) ที่เปิดโอกาสให้นักวิจัยชาวต่างชาติสมัครขอทุนเข้าไปได้ ซึ่งมหาวิทยาลัยในไทยบางแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก็ส่งเสริมให้บุคลากรของตนสมัครขอทุนดังกล่าวโดยจัดทำเป็นคู่มือการขอรับทุนจาก NIH โดยเฉพาะ (กองการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2562; กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ตารางที่ 55 รายชื่อหน่วยงานให้ทุนของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา

ลำดับ	หน่วยงาน	ภารกิจ
1	U.S. Agency for International Development (USAID)	เป็นหน่วยงานราชการอิสระที่ให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและมนุษยธรรมแก่ประเทศทั่วโลกกว่า 100 ประเทศ
2	AmeriCorps (AC)	เป็นหน่วยงานราชการที่เชื่อมโยงประชาชนกับองค์กรต่างๆ ผ่านการให้บริการและอาสาสมัคร เพื่อจัดการกับความท้าทายเร่งด่วนของประเทศ
3	U.S. Department of Agriculture (USDA)	เป็นกระทรวงที่ให้บริการแก่ชาวอเมริกันเพื่อขจัดปัญหาความหิวโหย ผ่านการดูแลป่าไม้และที่ราบลุ่มแห่งชาติเกือบ 200 ล้านเอเคอร์ ด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมการอนุรักษ์ นอกจากนี้ ยังมี การเปิดตลาดนัดให้แก่เกษตรกรและเจ้าของฟาร์มปศุสัตว์ชาวอเมริกัน พร้อมทั้งจัดหาอาหารให้แก่ผู้ยากไร้ทั่วโลก

ลำดับ	หน่วยงาน	ภารกิจ
4	U.S. Department of Commerce (DOC)	เป็นกระทรวงที่ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของประเทศ ผ่านการเฝ้าระวังนโยบายการค้าระหว่างประเทศ นโยบายธุรกิจภายในประเทศและการเติบโตภายใน พร้อมทั้งส่งเสริมความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจในทุกๆระดับ
5	U.S. Department of Defense (DOD)	เป็นกระทรวงที่คอยจัดหากองกำลังทหารที่จำเป็นในการยับยั้งสงครามและรักษาความมั่นคงของสหรัฐอเมริกา โดยมีจุดประสงค์ 5 ด้าน ได้แก่ การรักษาสันติภาพ การสู้รบในสงคราม ความมั่นคงแห่งมาตุภูมิ การอพยพ และการจัดการด้านมนุษยธรรม
6	U.S. Department of Education (ED)	เป็นกระทรวงที่รับรองการเข้าถึงการศึกษาที่เท่าเทียมกันและส่งเสริมความเป็นเลิศทางการศึกษาผ่านการประสานงาน การจัดการ และรับผิดชอบโครงการการศึกษาของรัฐบาลกลาง อีกทั้งยังทำงานเป็นส่วนเสริมและสนับสนุนด้านการศึกษาในทุกๆระดับ โดยกระตุ้นให้ภาครัฐ ผู้ปกครอง และนักเรียนมีส่วนร่วมมากขึ้น
7	U.S. Department of Energy (DOE)	เป้าหมายของกระทรวง คือ การพัฒนาความมั่นคงของประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจและพลังงาน ด้วยการส่งเสริมนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการใช้อาวุธนิวเคลียร์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
8	U.S. Department of Health and Human Services (HHS)	เป็นกระทรวงที่ทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของชาวอเมริกันทุกคนและให้บริการที่จำเป็นต่อมนุษย์ โดยเฉพาะกับกลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
9	U.S. Department of Homeland Security (DHS)	มีภารกิจหลัก 3 ประการ ได้แก่ ป้องกันการโจมตีของผู้ก่อการร้ายภายในสหรัฐอเมริกา ลดความเสี่ยงในการเกิดการก่อการร้าย และลดความเสียหายจากการถูกผู้ก่อการร้ายโจมตีรวมถึงจากภัยธรรมชาติ
10	U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)	เพิ่มทักษะการเป็นเจ้าของบ้าน (Homeownership) สนับสนุนการพัฒนาชุมชน และเพิ่มการเข้าถึงที่อยู่อาศัยในราคาที่เอื้อมถึงได้ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ
11	U.S. Department of the Interior (DOI)	ปกป้องและส่งเสริมการเข้าถึงมรดกทางธรรมชาติและวัฒนธรรมของประเทศ รวมถึงมีหน้าที่รับผิดชอบต่อชนเผ่าอินเดียนและชุมชนเกาะ

ลำดับ	หน่วยงาน	ภารกิจ
12	U.S. Department of Justice (DOJ)	บังคับใช้กฎหมายและรักษาผลประโยชน์ของประเทศ รับรองความปลอดภัยให้แก่สาธารณชนจากภัยคุกคามทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีบทบาทเป็นผู้นำของรัฐในการป้องกันและควบคุมอาชญากรรม รวมถึงลงโทษผู้กระทำผิดอย่างยุติธรรมและเป็นกลาง
13	U.S. Department of Labor (DOL)	ส่งเสริมและส่งเสริมสวัสดิภาพของคนหางาน ผู้มีรายได้ และผู้เกษียณอายุ โดยการปรับปรุงสภาพการทำงาน ขยายโอกาสในการทำงาน รักษาผลประโยชน์หลังเกษียณอายุและสวัสดิการด้านสุขภาพ ปกป้องสิทธิแรงงาน และติดตามมาตรการทางเศรษฐกิจของประเทศ
14	U.S. Department of State (DOS)	มุ่งมั่นที่จะสร้างโลกที่ปลอดภัย เป็นประชาธิปไตย และเจริญรุ่งเรืองมากขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ชนชาวอเมริกันและชาวต่างชาติ
15	U.S. Department of Transportation (DOT)	กำกับดูแลให้ระบบขนส่งมีความรวดเร็ว ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ และสะดวกสบาย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกันทั้งในปัจจุบันและอนาคต
16	U.S. Department of the Treasury (TREAS)	เป็นผู้พิทักษ์ระบบเศรษฐกิจและการเงินของสหรัฐอเมริกา มีหน้าที่ส่งเสริมเงื่อนไขเพื่อความเจริญรุ่งเรืองและความมั่นคงทั้งในสหรัฐอเมริกา และประเทศอื่นๆ ทั่วโลก
17	U.S. Department of Veterans Affairs (VA)	มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยและมอบสิทธิผลประโยชน์ของทหารผ่านศึก ผ่านการให้บริการที่มีคุณภาพสูง รวดเร็ว และครบวงจรแก่ทหารผ่านศึกในสหรัฐอเมริกา
18	Environmental Protection Agency (EPA)	คุ้มครองสิ่งแวดล้อมให้มีความบริสุทธิ์และอุดมสมบูรณ์ เพื่อปกป้องชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม
19	Institute of Museum and Library Services (IMLS)	เป็นผู้นำในการให้บริการด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ รักษามรดกทางวัฒนธรรม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของพลเมือง
20	National Aeronautics and Space Administration (NASA)	ทำหน้าที่เป็นแนวหน้าของประเทศในการสำรวจอวกาศ และยังคงเป็นผู้บุกเบิกด้านวิชาการทางการบิน ระบบการสำรวจ วิทยาศาสตร์ และการปฏิบัติการทางอวกาศ

ลำดับ	หน่วยงาน	ภารกิจ
21	National Archives and Records Administration (NARA)	บันทึกและเผยแพร่ให้สาธารณชนรับทราบเกี่ยวกับการดำเนินงานของรัฐบาลกลาง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานตรวจสอบการกระทำของรัฐได้
22	National Endowment for the Arts (NEA)	เป็นหน่วยงานราชการที่สนับสนุนความเป็นเลิศทางศิลปะ นำศิลปะมาสู่ชาวอเมริกัน และเป็นผู้นำในการศึกษาศิลปะ รวมทั้งยังเป็นแหล่งเงินทุนด้านศิลปะระดับประเทศ
23	National Endowment for the Humanities (NEH)	เป็นหน่วยงานอิสระที่ให้ทุนสนับสนุนวิจัยด้านการศึกษา การอนุรักษ์ และการดำเนินโครงการสาธารณะด้านมนุษยศาสตร์
24	National Science Foundation (NSF)	เป็นหน่วยงานราชการอิสระที่จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์ที่มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาด้านสุขภาพ ความเจริญรุ่งเรือง และสวัสดิการของประเทศ รวมทั้งเพื่อรักษาความมั่นคงในการป้องกันประเทศ
25	Small Business Administration (SBA)	รักษาและเสริมสร้างเศรษฐกิจของประเทศ โดยให้คำปรึกษาช่วยเหลือ และปกป้องผลประโยชน์ของธุรกิจขนาดเล็ก รวมถึงการช่วยเหลือให้ครอบครัวและธุรกิจฟื้นตัวจากภัยพิบัติระดับประเทศ
26	Social Security Administration (SSA)	พัฒนาความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประชาชนในประเทศ ด้วยการเป็นผู้นำที่มีความเห็นอกเห็นใจและระมัดระวังในการกำหนดและจัดการโครงการประกันสังคมของสหรัฐอเมริกา

ที่มา: Grants.gov (2022) <https://www.grants.gov/learn-grants/grant-making-agencies.html>

ทั้งนี้ การวิจัยโดยรัฐบาลกลางส่วนใหญ่จะเป็นการลงทุนในหมวดการวิจัยขั้นพื้นฐานหรือให้ทุนเพื่อจูงใจภาคเอกชนให้ทำการวิจัยขั้นพื้นฐานให้มากขึ้น เนื่องจากภาคเอกชนมักมองว่าการวิจัยขั้นพื้นฐานนั้นไม่คุ้มค่ากับตน เพราะการวิจัยประเภทนี้มักก่อให้เกิดผลตอบแทนต่อสังคม (Social Returns) มากกว่าผลตอบแทนต่อตัวบริษัท (Private Returns) เช่น รายได้ที่เพิ่มขึ้น มูลค่าหุ้นที่สูงขึ้น นอกจากนี้ การวิจัยขั้นพื้นฐานยังต้องใช้ระยะเวลาานพอสมควรกว่าที่จะได้นำผลวิจัยไปใช้เชิงพาณิชย์ อีกทั้งมีความเสี่ยงทางเทคนิคและมีความไม่แน่นอนสูงด้วย ซึ่งขัดแย้งกับความต้องการของผู้ถือหุ้นที่ต้องการผลตอบแทนรวดเร็วและแน่นอน ด้วยเหตุนี้ หมวดการวิจัยขั้นพื้นฐานจึงเป็นหมวดที่รัฐบาลกลางให้ทุนสูงกว่าภาคธุรกิจตั้งข้อมูลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

การจัดสรรทุนของรัฐบาลกลางในปีงบประมาณ 2565

ในปีงบประมาณ 2565 ประธานาธิบดีไบเดนได้เสนอของบประมาณต่อสภาองเกรสเป็นเงินทั้งสิ้น 1.713 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1.35 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 โดยงบประมาณดังกล่าวจะมีทุนด้านการวิจัยและพัฒนา ทั้ทุนต่อเนื่องที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานแห่งเดียวและรับผิดชอบโดยหน่วยงานหลายแห่ง และทุนสำหรับริเริ่มโครงการใหม่ ทั้งนี้ สามารถจำแนกการให้ทุนของรัฐบาลกลางได้ 2 วิธีดังนี้

- 1) จำแนกตามหน่วยงาน ซึ่งบที่ ตั้งในปี 2022 ถูกจัดสรรให้ 8 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงกลาโหมได้รับการจัดสรรร้อยละ 36.7 กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ได้รับการจัดสรรร้อยละ 29.9 (ซึ่งงบส่วนใหญ่จะถูกจัดสรรให้แก่สถาบันสุขภาพแห่งชาติ National Institutes of Health: NIH) กระทรวงพลังงานได้รับการจัดสรรร้อยละ 12.5 องค์การบริหารการบินและอวกาศแห่งชาติ (National Aeronautics and Space Administration: NASA) ได้รับการจัดสรรร้อยละ 8.5 มูลนิธิวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (National Science Foundation: NSF) ได้รับการจัดสรรร้อยละ 4.8 กระทรวงเกษตรได้รับการจัดสรรร้อยละ 2.1 กระทรวงพาณิชย์ได้รับการจัดสรรร้อยละ 1.6 และกระทรวงการทหารผ่านศึกได้รับการจัดสรรร้อยละ 0.9 ส่วนงบที่เหลือจะถูกจัดสรรให้แก่หน่วยงานอื่นๆ

ตารางที่ 56 การจัดสรรทุนของรัฐบาลกลาง แบ่งตามหน่วยงาน (หน่วย: ล้านดอลลาร์สหรัฐ)

Department/Agency	FY2020 Actual	FY2021 Estimate	FY2022 Request	FY2021-FY2022	
				Dollar Change	Percent Change
Department of Defense	62,438*	63,350*	62,800	-550	-0.9%
Dept. of Health and Human Services	44,455	43,494	51,232	7,738	17.8%
Department of Energy	19,476	19,312	21,452	2,140	11.1%
NASA	14,801	13,226	14,565	1,339	10.1%
National Science Foundation	6,800	7,408	8,173	765	10.3%
Department of Agriculture	2,989	2,965	3,609	644	21.7%
Department of Commerce	1,953	2,122	2,743	621	29.3%
Department of Veterans Affairs	1,366	1,420	1,498	78	5.5%
Department of Transportation	1,043	1,024	1,339	315	30.8%
Department of the Interior	1,094	1,033	1,221	188	18.2%
Department of Homeland Security	532	590	627	37	6.3%
Smithsonian Institution	516	524	585	61	11.6%
Environmental Protection Agency	237	445	473	28	6.3%
Department of Education	344	322	346	24	7.5%
Other	582	563	597	34	6.0%
Total	158,626	157,798	171,260	13,462	8.5%

ที่มา: Congressional Research Service (2022) (<https://sgp.fas.org/crs/misc/R46869.pdf>)

- 2) จำแนกตามประเภทของงานวิจัย รัฐบาลกลางได้ให้ทุนด้านการวิจัยและพัฒนาใน 4 ประเภท ได้แก่ ทุนสำหรับการวิจัยขั้นพื้นฐาน ทุนสำหรับการวิจัยประยุกต์ ทุนสำหรับการพัฒนา และ ทุนสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ โดยมีองค์กรที่ได้รับทุนจากรัฐบาลกลางสูงสุดในแต่ละประเภทการวิจัย ตามตารางข้างล่าง

ตารางที่ 57 การจัดสรรทุนวิจัยและพัฒนาของรัฐบาลกลาง แบ่งตามประเภทการวิจัย (หน่วย: ล้านดอลลาร์สหรัฐ)

Character of Work/Agency	FY2020 Actual	FY2021 Estimate	FY2022 Request	Change, FY2021-FY2022	
				Dollars	Percent
Basic Research					
Health and Human Services	21,826	21,872	24,022	2,150	9.8%
NSF	5,437	5,966	6,532	566	9.5%
Energy	5,494	5,519	5,892	373	6.8%
Applied Research					
Health and Human Services	22,081	21,297	26,835	5,538	26.0%
Energy	8,444	7,395	7,669	274	3.7%
Defense	6,274	6,654	5,559	-1,095	-16.5%
Experimental Development					
Defense	51,764	54,045	54,859	814	1.5%
NASA	5,430	5,990	5,915	-75	-1.3%
Energy	3,060	3,715	5,206	1,491	40.1%
Facilities and Equipment					
Energy	2,478	2,683	2,685	2	0.1%
Commerce	366	352	657	305	86.6%
NSF	529	594	594	0	0.0%

ที่มา: Congressional Research Service (2022)

(<https://sgp.fas.org/crs/misc/R46869.pdf>)

กรณีศึกษาสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH)

สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ที่รัฐบาลกลางมอบหมายให้ทำวิจัยเกี่ยวกับชีวเวชศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีบทบาทหลักในการฝึกฝนนักวิจัยสาขาชีวเวชศาสตร์ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และมีพันธกิจคือการแสวงหารากฐานความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและพฤติกรรมของระบบชีวิต (living systems) พร้อมทั้งประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ยืดอายุให้ยืนยาว และลดการเจ็บป่วยและพิการให้แก่มนุษย์ โดยหน่วยงานภายใต้สถาบันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วย

- 1) สำนักงานผู้อำนวยการ (Office of the Director: OD) ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการวางแผน การจัดการ และการประสานงานโครงการและการดำเนินจัดกิจกรรมให้แก่ทุกภาคส่วนในสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ภายในสำนักงานผู้อำนวยการจะประกอบไปด้วยสำนักงานอีกหลายส่วนที่คอยให้คำแนะนำแก่ผู้อำนวยการและคณะผู้บริหาร เช่น สำนักงานการวิจัยภายใน (Office for Intramural Research) สำนักงานการวิจัยภายนอก (Office for Extramural Research) เป็นต้น
- 2) สถาบันและศูนย์วิจัยในสังกัด จำนวน 27 แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งล้วนมีจุดประสงค์ของการวิจัยในประเด็นเฉพาะที่แตกต่างกัน โดยมีผู้อำนวยการคอยชี้นำการวิจัยให้ลุล่วงตามภารกิจของหน่วยงาน เช่น Cancer Institute (NCI) Allergy/Infectious Diseases (NIAID) National Institute on Aging (NIA) เป็นต้น

ในด้านแหล่งที่มาของงบประมาณ สถาบันสุขภาพแห่งชาติได้รับทุนวิจัยจากรัฐบาลกลางตามกฎหมาย Labor, HHS, and Education (LHHS) Appropriations Act และได้รับทุนในรูปแบบ Superfund ตามกฎหมาย Interior/Environment Appropriations Act นอกจากนี้ NIH ยังได้รับทุนแบบ Mandatory Funding จำนวน 150 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี จากกฎหมาย Public Health Service Act (PHSA) มาตรา 330B อีกด้วย ส่วนในด้านการกระจายงบประมาณ งบประมาณประมาณร้อยละ 10 จะถูกใช้ในการสนับสนุนโครงการวิจัยภายใน (Intramural Research Project) ที่มีนักวิทยาศาสตร์ส่วนกลางสังกัดสถาบัน NIH อยู่ภายใต้โครงการเกือบ 6,000 คน ที่กระจายอยู่ตามสถาบันหรือศูนย์วิจัยทั้ง 27 แห่ง (ตารางด้านล่าง) ส่วนงบประมาณอีกกว่าร้อยละ 80 จะถูกใช้ในการสนับสนุนชุมชนวิจัยภายนอก (Extramural Research Community) ที่จะดำเนินการวิจัยโดยการให้ทุนวิจัย การทำสัญญา และการให้รางวัลหรือค่าตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ โดยภายใต้โครงการนี้มีนักวิทยาศาสตร์และบุคลากรทางเทคนิคที่อยู่นอกสังกัดสถาบัน NIH รวมมากกว่า 300,000 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ และสถาบันวิจัยอื่นๆ กว่า 2,500 แห่ง

ตารางที่ 58 การจัดสรรทุนวิจัยและพัฒนาให้แก่หน่วยงานภายใต้สถาบันสุขภาพแห่งชาติ

Institutes/Centers	FY2021 Enacted	FY2022 Request	FY2022 House
Cancer Institute (NCI)	6,560	6,733	6,994
Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)	3,665	3,846	3,867
Dental/Craniofacial Research (NIDCR)	485	516	519
Diabetes/Digestive/Kidney (NIDDK) ^a	2,132	2,219	2,239
Neurological Disorders/Stroke (NINDS)	2,513	2,783	2,800
Allergy/Infectious Diseases (NIAID)	6,070	6,246	6,558
General Medical Sciences (NIGMS) ^b	1,720	1,825	1,868
Child Health/Human Development (NICHD)	1,590	1,942	1,690
National Eye Institute (NEI)	836	859	877
Environmental Health Sciences (NIEHS) ^c	733	854	858
National Institute on Aging (NIA)	3,899	4,036	4,258
Arthritis/Musculoskeletal/Skin Diseases (NIAMS)	634	680	679
Deafness/Communication Disorders (NIDCD)	498	512	523
National Institute of Mental Health (NIMH)	2,104	2,214	2,223
National Institute on Drug Abuse (NIDA)	1,480	1,853	1,860
Alcohol Abuse/Alcoholism (NIAAA)	555	570	582
Nursing Research (NINR)	175	200	201
Human Genome Research Institute (NHGRI)	616	633	646
Biomedical Imaging/Bioengineering (NIBIB)	411	422	431
Minority Health/Health Disparities (NIMHD)	391	652	662
Complementary/Integrative Health (NCCIH)	154	184	185
Advancing Translational Sciences (NCATS)	855	879	898
Fogarty International Center (FIC)	84	96	97
National Library of Medicine (NLM)	464	475	487
Office of Director (OD) ^d	2,424	2,250	2,680
Innovation Account ^e	109	150	150
Buildings and Facilities (B&F) ^f	200	250	250
Advanced Research Projects Agency for Health (ARPA-H)	—	6,500	3,000
Subtotal, NIH (LHHS Discretionary BA)	41,356	50,378	48,082
PHS Program Evaluation (provided to NIGMS)	1,272	1,272	1,272
Superfund (Interior approp. to NIEHS) ^g	82	84	84
Nonrecurring Expenses Fund (NEF) Transfer (to Buildings and Facilities) ^h	225	—	—
Mandatory type 1 diabetes funds (to NIDDK) ^j	150	150	150
NIH Program Level	43,084	51,883	49,587

ที่มา: Congressional Research Service (2022)

(<https://sgp.fas.org/crs/misc/R46869.pdf>)

ทั้งนี้ สถาบันสุขภาพแห่งชาติให้ทุนวิจัยแก่หน่วยงานต่างๆ ในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถจัดเป็นรูปแบบหลักได้ดังนี้

1) การให้ทุนเพื่อทำวิจัย (Research Grants)

ตารางที่ 59 การให้ทุนเพื่อทำวิจัย (Research Grants) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
R01: NIH Research Project Grant Program	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนโครงการวิจัยแบบแยกเป็นประเด็น อิงตามสถานการณ์ และมีความเฉพาะเจาะจง - เป็นประเภทที่ NIH ให้การสนับสนุนโครงการเป็นจำนวนมากที่สุด - ไม่ได้จำกัดงบประมาณไว้ชัดเจน เว้นแต่ระบุไว้ในประกาศ Funding Opportunity Announcement (FOA) - ต้องได้รับอนุญาตล่วงหน้า ในกรณีที่ดินทุนทางตรง (direct costs) ในปีใดปีหนึ่งมีมูลค่าตั้งแต่ 500,000 ดอลลาร์สหรัฐขึ้นไป - ระยะเวลาดำเนินการ 3 - 5 ปี - ผู้ใช้ประโยชน์ทั้งหมด คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH
R03: NIH Small Grant Program	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการให้ทุนแบบจำกัดเงินทุนในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อสนับสนุนโครงการหลากหลายประเภท เช่น Pilot or Feasibility Studies, Collection of Preliminary Data, Secondary Analysis of Existing Data, Small/Self-Contained Research Projects, Development of New Research Technology เป็นต้น - จำกัดระยะเวลาให้ทุนไม่เกิน 2 ปี - จำกัดต้นทุนทางตรงไม่เกิน 50,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี - เป็นทุนที่ใช้แล้วหมดไป ไม่สามารถหมุนเวียนได้ - ผู้ใช้ประโยชน์เกินกว่าครึ่งหนึ่ง คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH
R13 and U13: NIH Support for Conferences and Scientific Meetings	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนการประชุมด้านวิทยาศาสตร์ชั้นสูงที่มีความเกี่ยวข้องกับภารกิจของ NIH และวงการสาธารณสุข - ต้องได้รับอนุญาตล่วงหน้าจากสถาบันหรือศูนย์วิจัย - สถาบันต่างชาติไม่สามารถรับทุนนี้ได้ - มูลค่าของทุนแตกต่างกันไปและตั้งข้อจำกัดโดยสถาบันหรือศูนย์วิจัยแต่ละแห่ง - จำกัดระยะเวลาให้ทุนสูงสุดไม่เกิน 5 ปี

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
R15: NIH Academic Research Enhancement Award (AREA)	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนโครงการวิจัยขนาดเล็กในสาขาชีวเวชศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ที่มอบให้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรีและ/หรือปริญญาโท และมอบให้คณะในสถาบันชั้นอุดมศึกษาที่ยังไม่เคยรับทุนขนาดใหญ่จากกองทุน NIH Research Grant Funds - ดูรายละเอียดเงื่อนไขการรับทุนได้ที่ https://grants.nih.gov/grants/funding/area.htm - ต้นทุนทางตรงโดยรวมทั้งโครงการสูงสุดไม่เกิน 300,000 ดอลลาร์สหรัฐ - จำกัดระยะเวลาให้ทุนสูงสุดไม่เกิน 3 ปี - ผู้ใช้ประโยชน์ทั้งหมด คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH ยกเว้น Fogarty International Center (FIC) และ National Center for Advancing Translational Sciences (NCATS)
R21: NIH Exploratory/Developmental Research Grant Award	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนระยะเริ่มต้นของการพัฒนาโครงการวิจัยใหม่ การวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) และการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) บางครั้งถูกใช้เพื่อการศึกษานำร่องและการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (Pilot and Feasibility Studies) - จำกัดระยะเวลาให้ทุนสูงสุดไม่เกิน 2 ปี - ต้นทุนทางตรงรวมทั้ง 2 ปีสูงสุดไม่เกิน 275,000 ดอลลาร์สหรัฐ - ไม่จำเป็นต้องมีผลการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น (Preliminary Data) - ผู้ใช้ประโยชน์ส่วนใหญ่ คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH
R34: NIH Clinical Trial Planning Grant (R34) Program	<ul style="list-style-type: none"> - ออกแบบมาเพื่อให้มีการทบทวนความสมเหตุสมผลของการทดลองทางคลินิกตั้งแต่เนิ่นๆ และคอยสนับสนุนการพัฒนาสิ่งจำเป็นสำหรับการทดลองทางคลินิก - โดยปกติ โครงการจะมีระยะเวลา 1 ปี บางครั้งสูงสุดถึง 3 ปี - โดยปกติ มีต้นทุนทางตรงสูงสุดได้ไม่เกิน 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ บางครั้งสูงสุดถึง 450,000 ดอลลาร์สหรัฐ - ผู้ใช้ประโยชน์ คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH ที่กำหนดไว้

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
R41/R42: Small Business Technology Transfer (STTR)	<ul style="list-style-type: none"> - มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผ่านการให้ความร่วมมือทางการวิจัย/การวิจัยและพัฒนา (R/R&D) ที่ดำเนินการโดยธุรกิจขนาดเล็กที่เป็นเจ้าของและดำเนินการโดยอิสระ (Small Business Concern: SBC) กับสถาบันวิจัย (Research Institutions: RIs) - ส่งเสริมการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่าง SBC กับ RIs - ช่วยเหลือธุรกิจขนาดเล็กและชุมชนวิจัยในการนำเทคโนโลยีที่ นวัตกรรมไปใช้ในเชิงพาณิชย์ - โครงสร้างการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง ศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (ระยะ 1 ปี ต้นทุนทางตรงไม่เกิน 150,000 ดอลลาร์สหรัฐ) ระยะที่สอง เริ่มทำการวิจัยและพัฒนาเต็มรูปแบบ (ระยะ 2 ปี ต้นทุนทางตรงไม่เกิน 1,000,000 ดอลลาร์สหรัฐ) และระยะที่สาม นำไปใช้เชิงพาณิชย์ (ไม่สามารถใช้ทุน STTR Funds ได้) - จำกัดให้ทุนแก่ SBC ของสหรัฐอเมริกาเท่านั้น - ผู้อำนวยการหรือนักวิจัยหลักของโครงการ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการว่าจ้าง จาก SBC หรือสถาบันวิจัยที่ไม่แสวงหาผลกำไร ก่อนที่จะสมัครเข้ารับทุน อย่างเป็นทางการ - ผู้อำนวยการหรือนักวิจัยหลักของโครงการสามารถมีได้หลายคน - ผู้ใช้ประโยชน์ทั้งหมด คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH ยกเว้น Fogarty International Center (FIC)

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
R43/R44: Small Business Innovative Research (SBIR)	<ul style="list-style-type: none"> - มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นนวัตกรรมทางเทคโนโลยีในภาคเอกชน ด้วยการสนับสนุนการวิจัย/การวิจัยและพัฒนา (R/R&D) แก่สถาบันที่แสวงผลกำไรที่มีแนวคิดซึ่งมีศักยภาพในการนำไปใช้เชิงพาณิชย์ - ช่วยเหลือธุรกิจขนาดเล็กและชุมชนวิจัยในการนำเทคโนโลยีทางนวัตกรรมไปใช้ในเชิงพาณิชย์ - โครงสร้างการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง ศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (ระยะ 6 เดือน ต้นทุนทางตรงไม่เกิน 150,000 ดอลลาร์สหรัฐ) ระยะที่สอง เริ่มทำการวิจัยและพัฒนาเต็มรูปแบบ (ระยะ 2 ปี ต้นทุนทางตรงไม่เกิน 1,000,000 ดอลลาร์สหรัฐ) และระยะที่สาม นำไปใช้เชิงพาณิชย์ (ไม่สามารถใช้ทุน SBIR Funds ได้) - จำกัดให้ทุนแก่ SBC ของสหรัฐอเมริกาเท่านั้น - ผู้อำนวยการหรือนักวิจัยหลักของโครงการ ต้องมี SBC เป็นนายจ้างหลัก - ผู้อำนวยการหรือนักวิจัยหลักของโครงการสามารถมีได้หลายคน - ผู้ใช้ประโยชน์ทั้งหมด คือ สถาบันและศูนย์วิจัยสังกัด NIH ยกเว้น Fogarty International Center (FIC)
R56: NIH High Priority, Short-Term Project Award	<p>ให้ทุนระยะ 1 - 2 ปี แก่โครงการใหม่หรือต่อยอดจากงานวิจัยในหมวด R01 ที่มีลำดับความสำคัญสูง ทั้งนี้ นักวิจัยไม่สามารถขอรับทุนในหมวด R56 ได้</p>
U01: Research Project Cooperative Agreement	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนโครงการวิจัยแบบแยกเป็นประเด็น อิงตามสถานการณ์ และมีความเฉพาะเจาะจง ที่ดำเนินการโดยนักวิจัยในประเด็นที่สะท้อนความสนใจและทักษะความสามารถของนักวิจัยเหล่านั้น - ทุนจะถูกใช้เมื่อคาดว่าจะเกิดความร่วมมือในกระบวนการงานอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ให้ทุนกับสถาบันและศูนย์วิจัย - เป็นหนึ่งในประเภทของข้อตกลงความร่วมมือ - ไม่ได้จำกัดงบประมาณไว้ชัดเจน เว้นแต่ระบุไว้ในประกาศ Funding Opportunity Announcement (FOA)

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
K99/R00: NIH Pathway to Independence (PI) Award	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุนสูงสุด 5 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง ให้การสนับสนุนที่ปรึกษา 1 - 2 ปี และระยะที่สอง ให้การสนับสนุนอย่างอิสระอีก 3 ปี - ผู้ได้รับทุนอาจต้องผ่านการคัดเลือกให้ได้รับทุนสนับสนุนจาก NIH ในหมวด R01 - ผู้วิจัยหลักของโครงการต้องเป็นนักวิจัยหลังปริญญาเอก (postdoctoral) ที่มีความโดดเด่น โดยต้องอยู่ในการอบรมการวิจัยหลังปริญญาเอกไม่เกิน 4 ปี - สถาบันต่างชาติไม่สามารถรับทุนนี้ได้ - นักวิจัยหลักต้องไม่ใช่พลเมืองของสหรัฐอเมริกา

ที่มา: NIH (2022)

(https://grants.nih.gov/grants/funding/funding_program.htm)

2) การให้ทุนโครงการหรือศูนย์วิจัย (Program Project/Center Grants (P series))

ตารางที่ 60 การให้ทุนโครงการหรือศูนย์วิจัย (Program Project/Center Grants (P series)) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
P01: Research Program Project Grant	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนการวิจัยแบบองค์รวมที่มีหลายโครงการและมีนักวิจัยหลายคนที่แบ่งปันทรัพยากรและความรู้ร่วมกัน - แต่ละโครงการต้องมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจหลักของงานวิจัยในภาพรวม - ไม่ได้จำกัดงบประมาณไว้ชัดเจน เว้นแต่ระบุไว้ในประกาศ Funding Opportunity Announcement (FOA)
P20: Exploratory Grants	<ul style="list-style-type: none"> - มักใช้ในการสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนในการให้ทุนแผนงานวิจัยขนาดใหญ่ที่มีหลายโครงการ
P30: Center Core Grants	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ร่วมกันสำหรับการวิจัยในแต่ละหมวดหมู่ตามจำนวนผู้วิจัย ทั้งกลุ่มนักวิจัยที่เกิดจากการรวมตัวของนักวิจัยสาขาวิชาต่างๆ ที่มีหลักการวิจัยแบบพหุวิทยาการ (Multidisciplinary) เพื่อวิจัยร่วมกัน หรือกลุ่มนักวิจัยที่มีมาจากสาขาวิชาเดียวกันเพื่อแก้ปัญหาวิจัยร่วม

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - โดยหลักแล้ว ทุนประเภทนี้จะถูกรวมอยู่ในโครงการของศูนย์วิจัยหรือแผนงาน
P50: Specialized Center	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นทุนสนับสนุนส่วนใดส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาตั้งแต่ขั้นพื้นฐานจนถึงการทดลองทางคลินิก - อาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่เป็นส่วนหนุนเสริม เช่น กรณีที่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยนานขึ้น เพื่อทำการวิจัยขั้นปฐมภูมิหรือ R&D - ในแต่ละขั้นของการวิจัย มักต้องอาศัยหลักการพบวิทยากรโดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโรคเฉพาะทางหรือปัญหาทางชีวเวชวิทยา - ได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรของหน่วยงานผู้ให้ทุน - ศูนย์วิจัยอาจทำหน้าที่เป็นแหล่งทรัพยากรระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศเพื่อดำเนินการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ

ที่มา: NIH (2022)

(https://grants.nih.gov/grants/funding/funding_program.htm)

3) การสนับสนุนทรัพยากร (Resource Grants)

ตารางที่ 61 การสนับสนุนทรัพยากร (Resource Grants) ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
R24: Resource-Related Research Projects	เป็นทุนที่ใช้เพื่อสนับสนุนทรัพยากรให้แก่โครงการวิจัยหรือยกระดับโครงสร้างพื้นฐานการวิจัย
R25: Education Projects	เป็นทุนที่ใช้เพื่อสร้างเสริมคุณค่าและความน่าสนใจในงานวิจัยทางชีวเวชวิทยา ให้การฝึกอบรมเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะ และ/หรือพัฒนาวิธีการเผยแพร่ข้อค้นพบทางวิทยาศาสตร์ไปสู่การประยุกต์ใช้ในงานด้านสาธารณสุขและชุมชน

ประเภทของการให้ทุน	รายละเอียด
X01: Resource Access Program	เป็นแผนงานที่มีไว้เพื่อเชื้อเชิญสถาบันที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเข้ามา ค้นหาช่องทางในการใช้ทรัพยากรการวิจัยของ NIH และมีไว้รองรับเมื่อมี แผนงานภายใต้สถาบันต่างๆ ร้องขอการเข้าถึงทรัพยากร เช่น การใช้ เทคโนโลยีการทดสอบและค้นหาเป้าหมายปริมาณมากในสภาวะ เดียวกัน (high throughput drug screening) นอกจากนี้ ยังรวมถึง กรณีที่แผนงานต้องการเข้าถึงทรัพยากรวิจัยเฉพาะของ NIH เพื่อใช้ในการดำเนินงานวิจัยในปัจจุบัน

ที่มา: NIH (2022)

https://grants.nih.gov/grants/funding/funding_program.htm

4) การให้ทุนแผนงาน Trans-NIH Programs

ตารางที่ 62 การให้ทุนแผนงาน Trans-NIH Programs ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา

ชื่อแผนงาน	รายละเอียด
BISTI	ความคิดริเริ่มทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศด้านชีวการแพทย์ (Biomedical Information Science and Technology Initiative: BISTI)
Blueprint	พิมพ์เขียวสำหรับการวิจัยด้านประสาทวิทยาศาสตร์ (NIH Blueprint for Neuroscience Research)
Diversity Supplements	ส่วนหนุนเสริมการวิจัยเพื่อส่งเสริมความหลากหลายในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
Administrative Supplements	ส่วนหนุนเสริมการบริหารจัดการทุนวิจัย NIH และข้อตกลงความร่วมมือในปัจจุบัน
ESI	นโยบายนักวิจัยรุ่นใหม่ (New and Early Stage Investigators: ESI)
GWAS	เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลำดับเบส (Base) ที่แตกต่างกันในจีโนม (Genome) ของกลุ่มประชากรหนึ่งๆ ต่อลักษณะฟีโนไทป์ (Phenotype) หนึ่งๆ ที่มีความแตกต่างกัน (Genome-Wide Association Studies)

ชื่อแผนงาน	รายละเอียด
NIH Common Fund	กองทุนร่วม (Common Fund) ถูกใช้เพื่อสนับสนุนกลุ่มแผนงาน Trans-NIH ระยะสั้นที่มีผลกระทบสูงเป็นพิเศษ หรือที่รู้จักกันในชื่อ NIH Roadmap for Medical Research เมื่อกองทุนร่วมเติบโตขึ้น ประกอบกับโอกาสและความต้องการในการวิจัยปรากฏขึ้นในชุมชน นักวิทยาศาสตร์ กลุ่มของแผนงานที่เดิมสนับสนุนโดยกองทุนร่วมก็มีแนวโน้มที่จะถูกพัฒนาให้กลายเป็นกลุ่มแผนงาน Trans-NIH ที่มีความหลากหลาย
OppNet	เครือข่ายงานวิจัยสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ขั้นพื้นฐาน (NIH Basic Behavioral and Social Science Research Opportunity Network: OppNet)
PECASE	แผนงานที่มีไว้เพื่อเก็บรายชื่อนักวิจัย NIH ที่ได้รับรางวัลที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกามอบให้กับนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่โดดเด่นในช่วงแรกของอาชีพการวิจัยอิสระ (Presidential Early Career Award for Scientists and Engineers: PECASE) ตั้งแต่ ค.ศ. 1996 และมีไว้เพื่อส่งรายชื่อผู้เข้าชิงรางวัลดังกล่าวด้วย
Stem Cells	ข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell Information)
CounterACT	แผนงานสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวิธีการบำบัดแบบใหม่เพื่อต่อต้านสารเคมีที่เป็นภัยคุกคาม (Trans-NIH Countermeasures Against Chemical Threats: CounterACT)

ที่มา: NIH (2022)

(https://grants.nih.gov/grants/funding/funding_program.htm)

2) กรณีสหราชอาณาจักร

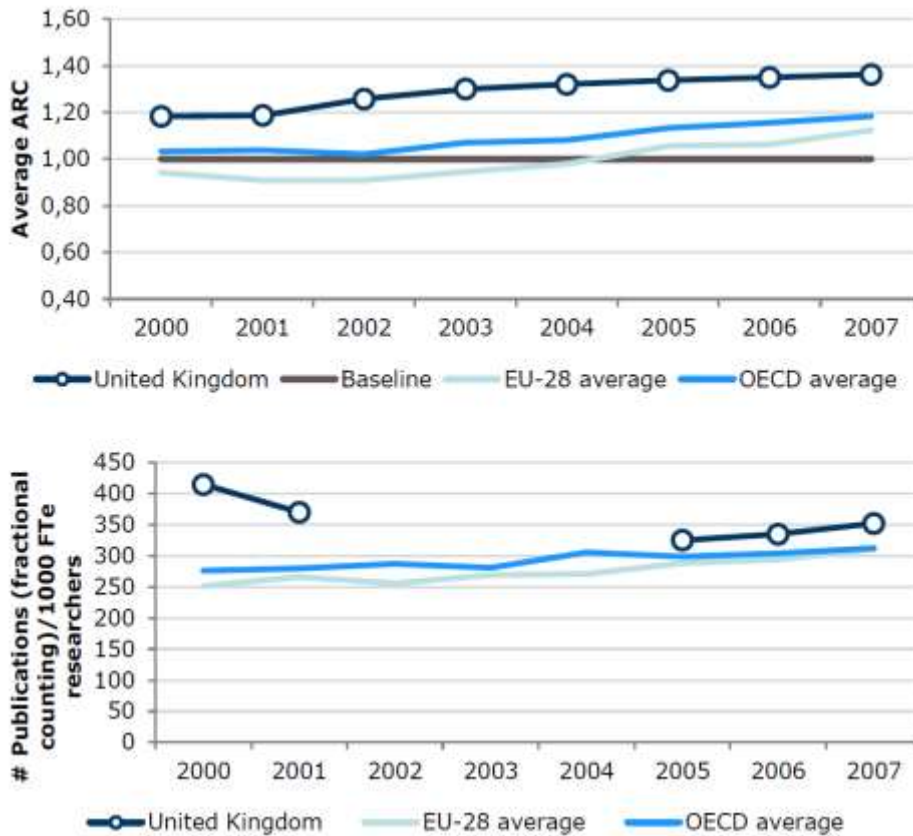
สหราชอาณาจักรเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ที่ใช้ระบบการให้ทุนวิจัยตามผลงาน โดยภาครัฐมีจัดสรรทุนวิจัยใน 2 รูปแบบ คือ การให้ทุนแบบ Block Grant แก่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง และการให้ทุนเป็นรายโครงการ ซึ่งจัดสรรโดยสภาวิจัย โดยการให้ทุนแบบ Block Grant จะอิงตามระบบการให้คะแนนเพื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัย

ศักยภาพด้านการวิจัยของสหราชอาณาจักร

ค่าเฉลี่ยของการอ้างอิงแบบสัมพัทธ์ (Average of Relative Citations: ARC) คือ ผลกระทบทางวิชาการของผลงานวิจัยในประเทศหนึ่งๆ โดยพิจารณาจากจำนวนครั้งที่ได้รับการอ้างอิงหารด้วยจำนวนการ

อ้างอิงเฉลี่ยของผลงานวิจัยในสาขาวิจัยย่อยนั้นๆ ภายใต้ช่วงเวลาหนึ่งๆ ด้วยเหตุนี้ ค่า ARC จะปรับเปลี่ยนไปตามรูปแบบการอ้างอิงที่แตกต่างกันและปริมาณของผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในแต่ละสาขาการวิจัย ค่า ARC ที่สูงกว่า 1.0 แสดงให้เห็นว่าเอกสารของประเทศหนึ่งๆ ถูกอ้างอิงบ่อยกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในด้านการวิจัยนี้ หากเราดูที่สหราชอาณาจักร จะเห็นได้ว่าสหราชอาณาจักรดำเนินการได้ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป ทั้งจากค่า ARC และจำนวนผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัย ดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 149 ศักยภาพการวิจัยของสหราชอาณาจักร



ที่มา: DG Research and Innovation IUC Database (based on Science-Metrix) (2008)

ระบบการจัดสรรทุนวิจัยในสหราชอาณาจักร

การวิจัยและพัฒนาในหน่วยงานประเภทสถาบันอุดมศึกษา (Higher Education R&D: HERD) มีสัดส่วนค่อนข้างสูง โดยในปี 2553 สถาบันอุดมศึกษาได้รับทุนมาจากภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 71 ของทุน HERD ทั้งหมด และในช่วงปี 2543 – 2553 ทุน HERD มีการเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจนมีมูลค่าเท่ากับ 4.7 พันล้านปอนด์ ผ่านทางสภาวิจัย (Research Councils) และสภากองทุนอุดมศึกษา (Higher Education Funding Councils) อย่างไรก็ตาม สหราชอาณาจักรพยายามผลักดันให้มหาวิทยาลัยมีการใช้ทุนจากภาคเอกชนในการวิจัยและพัฒนามากขึ้น โดยแหล่งทุนภาคเอกชนที่สำคัญ เช่น

ค่าธรรมเนียมนิสิตนักศึกษา การทำสัญญาการวิจัยเพื่ออุตสาหกรรม การให้ทุนและการบริจาคจากมูลนิธิเอกชน การขายใบอนุญาตหรือผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

1) โครงสร้างระบบการวิจัย

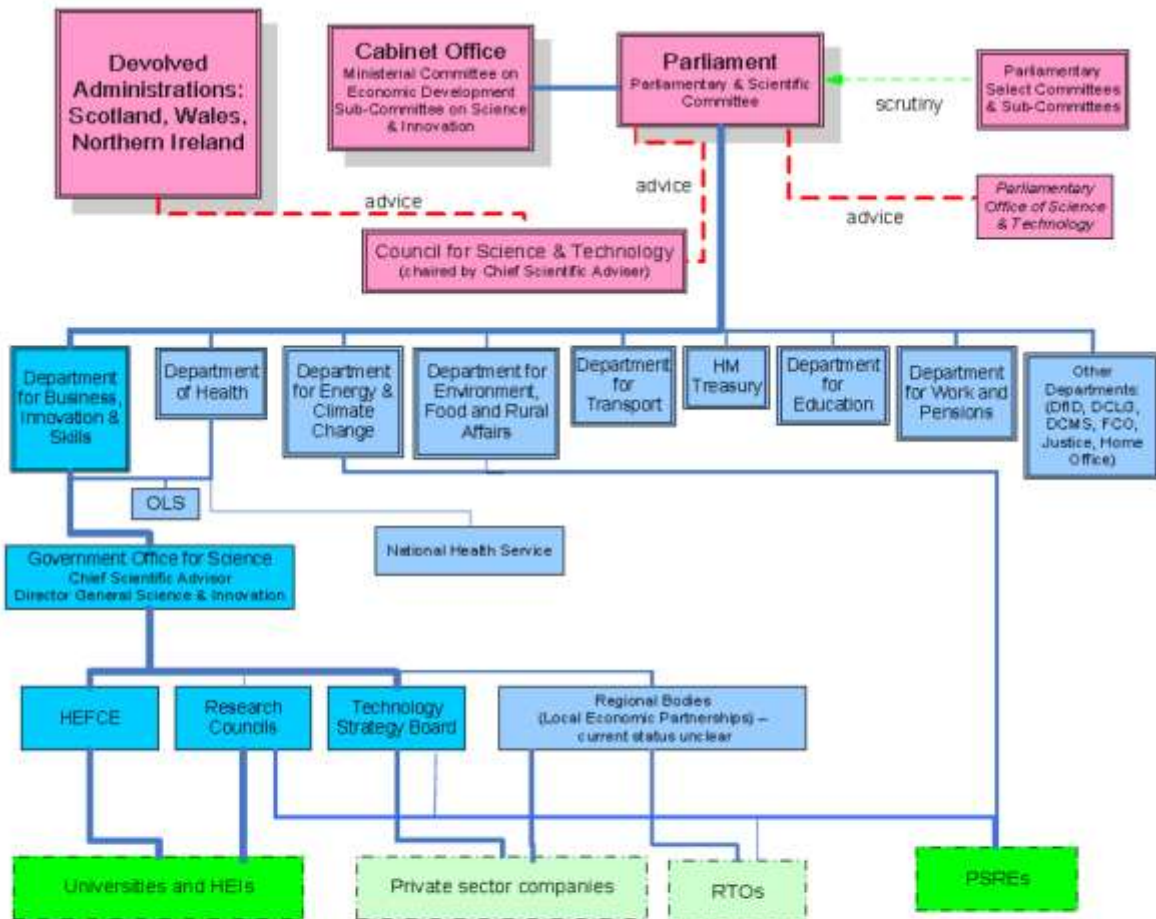
ระบบการวิจัยของสหราชอาณาจักรในภาพรวมแล้วเป็นแบบรวมศูนย์ (centralized) แม้การวิจัยนโยบายด้านนวัตกรรมในระดับภูมิภาคจะมีความเป็นอิสระมากขึ้นแล้วก็ตาม โดยหน่วยงานหลักในระบบการวิจัย คือ Department for Business, Innovation and Skills (BIS) ที่มีบทบาทนำในด้านการบริหารประเด็นการวิจัยและเป็นแหล่งทุนวิจัยรายใหญ่ที่กระจายให้หน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้ BIS ยังเป็นที่ตั้งของสำนักงานรัฐบาลเพื่องานทางวิทยาศาสตร์ (Government Office for Science: GO-Science) ซึ่งนำโดยหัวหน้าที่ปรึกษาด้านวิทยาศาสตร์ของรัฐบาล (Government's Chief Scientific Adviser: CSA) และมีทำหน้าที่กำกับดูแลงานด้านวิทยาศาสตร์ในสหราชอาณาจักร

นอกจากนี้ CSA ยังมีตำแหน่งเป็นประธานสภาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่เป็นกลุ่มที่ปรึกษาด้านนโยบายที่สำคัญ ซึ่งมีหน้าที่ให้คำแนะนำแก่นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีอาวุโสเกี่ยวกับนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ โดยจะมีการรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโครงสร้างการบริหารราชการ รวมทั้งข้อเสนอจากคณะกรรมการเฉพาะเรื่องทั้งในสภาสูงและสภาล่างของรัฐสภา

ภายใต้ BIS มีคณะกรรมการยุทธศาสตร์ทางเทคโนโลยี (Technology Strategy Board: TSB) เป็นส่วนการบริหารที่ไม่ใช่กระทรวง ซึ่งรับผิดชอบในการสนับสนุนธุรกิจและกิจกรรมระหว่างประเทศ เช่น การมีส่วนร่วมในแผนงาน Eureka Eurostars และแผนงาน EU Framework

สุดท้ายยังมีสภาวิจัยอีก 7 แห่ง ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการวิจัย ซึ่งในปี 2542 ได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งหน่วยงาน Research Councils UK (RCUK) ขึ้นมา เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์ร่วมกันและเพิ่มผลกระทบโดยรวม รวมถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานของสภาแต่ละแห่ง ซึ่งปกติมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ทุนสนับสนุนโครงการแก่หน่วยวิจัยต่างๆ

รูปที่ 150 ระบบการวิจัยและนวัตกรรมของสหราชอาณาจักร



ที่มา ERAWATCH Analytical Country Report 2012: United Kingdom (2013)

2) หน่วยวิจัย

หน่วยวิจัยมีสามกลุ่มหลัก ดังนี้

- สถาบันชั้นอุดมศึกษา (HEI) โดย ณ เดือนสิงหาคม 2555 สหราชอาณาจักรมีสถาบันชั้นอุดมศึกษาทั้งสิ้น 165 แห่ง ในจำนวนดังกล่าวเป็นมหาวิทยาลัยจำนวน 115 แห่ง
- หน่วยวิจัยภาครัฐ แม้ในปัจจุบันหน่วยวิจัยภาครัฐหลายแห่งจะแปรสภาพไปสู่ความเป็นเอกชนมากขึ้น เช่น ห้องปฏิบัติการทางกายภาพแห่งชาติ (National Physical Laboratory) ทำให้หน่วยวิจัยมักมีสถานะเป็นเอกชนบางส่วนหรือไม่ก็ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ยังมีหน่วยงานราชการหลายแห่งในสหราชอาณาจักรที่ยังดำเนินงานด้านการวิจัย ดังนี้

- หน่วยงานภายใต้ Department for Business, Innovation and Skills เช่น National Measurement Office, UK Space Agency
 - หน่วยงานภายใต้ Department for Environment, Food and Rural Affairs เช่น Animal Health and Veterinary Laboratories Agency, Food and Environment Research Agency
 - หน่วยงานภายใต้ Department of Health เช่น Public Health England)
 - หน่วยงานภายใต้ Ministry of Defence เช่น Defence Science and Technology Laboratory
- หน่วยวิจัยภาคธุรกิจ โดยค่าใช้จ่าย R&D ทางธุรกิจมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับต่างประเทศ และค่าใช้จ่ายยังกระจุกตัวอยู่แต่ในบริษัทขนาดใหญ่ไม่กี่แห่ง นอกจากนี้ ยังมีองค์กรวิจัยและเทคโนโลยี (Research and Technology Organisations: RTOs) ที่มีสถานะเป็นรัฐวิสาหกิจอีกหลายแห่งที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินโครงการวิจัยที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงานนานเกินกว่าที่ศักยภาพองค์กรทั่วไปจะกระทำได้

3) แหล่งทุนวิจัย

ระบบการจัดสรรทุนวิจัยของสหราชอาณาจักรมีลักษณะเป็นระบบคู่ขนาน (dual system) ที่รัฐมีการให้ทุนใน 2 รูปแบบหลัก คือ การจัดสรรทุนให้เป็นวงเงินรวมแก่สถาบัน (institutional block funding) และการจัดสรรทุนให้เป็นรายโครงการ (project grants) โดยสภาการวิจัย นอกจากนี้ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ทางเทคโนโลยียังมีงบประมาณเพื่อสนับสนุนธุรกิจหลักและสนับสนุนความร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยภาครัฐอันรวมถึงสภาวิจัยด้วย

ตารางที่ 63 สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในสหราชอาณาจักร พ.ศ. 2554 (หน่วย: ล้านปอนด์)

		Source of funds					Total (funding sector)
		Government	Higher education	Business enterprise	Private non-profit	Funds from abroad	
Sector of performance	Government	2106,2	22,7	197,7	86,9	82,6	2496,1
	Higher education	4892,7	305,4	332,3	1006,8	689,1	7226,3
	Business enterprise	1424,4	0,0	11400,9	5,4	3703,4	16534,1
	Private non-profit	251,3	9,8	65,5	224,4	91,3	642,3
	Total intramural	8674,6	337,9	11996,4	1323,5	4566,4	26898,8

ที่มา: OECD (2012)

- การจัดสรรทุนให้แก่สถาบัน มีกระทรวง Department for Business, Innovation and Skills เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการจัดสรรทุนให้แก่ส่วนราชการต่างๆ ผ่านองค์กร Higher Education Funding Council England ดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 64 การให้ทุนแบบวงเงินรวมแก่สถาบันชั้นอุดมศึกษา ปี 2551 – 2552 จำแนกตามแหล่งทุน

Origin of funds	Funding body	Block grants for research (€000s)
Department for Business Innovation and Skills (BIS)	Higher Education Funding Council England (HEFCE)	~€1,670,000
Scottish Executive	Scottish Funding Council (SFC)	~€255,000
Welsh Assembly	Higher Education Funding Council for Wales (HEFCW)	~€88,250
Department for Employment and Learning, Northern Ireland (DEL)	n.a. (directly allocated by dept.)	~€58,500
Total UK		~€2,064,000

ที่มา: JOREP (2011)

- การจัดสรรทุนแก่หน่วยงานวิจัยที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย สภาวิจัยมีการสนับสนุนองค์กรวิจัยอิสระ (Independent Research Organisations: IRO) และสถาบันต่างๆ อีกทั้งยังมีหน่วยงานต่างๆ ในสหราชอาณาจักร เช่น Royal Society, Royal Academy of Engineering, British Academy ที่มีการจัดสรรทุนในรูปแบบการให้ทุนการศึกษาจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงาน Public Sector Research Establishments (PSREs) ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากการจัดสรรงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ (Science Budget Allocation)
- การจัดสรรทุนเป็นรายโครงการ เป็นการจัดสรรทุนผ่านสภาวิจัยทั้ง 7 แห่งและผ่านแผนงาน Eu Framework Programme โดยสภาวิจัยทั้ง 7 แห่ง มีงบประมาณรวมกันประมาณ 3 พันล้านยูโร ต่อปี ในช่วงปี 2553 - 2558 ซึ่งส่วนใหญ่ถูกโอนมาจากงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ของรัฐบาลผ่าน BIS

กระบวนการจัดสรรทุนวิจัยของสหราชอาณาจักร

รูปแบบการจัดสรรทุนที่ให้เป็นวนเงินรวมได้รับการปรับปรุงตามระบบการให้คะแนนเพื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยตั้งแต่ปี 2529 เป็นต้นมา สหราชอาณาจักรได้เสนอตัวแบบ Research Assessment Exercise (RAE) เพื่อนำมาใช้วัดคุณภาพของงานวิจัย คล้ายคลึงกับระบบการจัดสรรทุนวิจัยโดยอิงตามศักยภาพ (performance-based research funding systems) ที่ประเทศอื่นๆ นิยมใช้ RAE เป็นแบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของสหราชอาณาจักรเพื่อวัดคุณภาพของงานวิจัยที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งสหราชอาณาจักร ผลการประเมิน RAE จะถูกนำเสนอในรูปแบบตารางลีก (league tables) เพื่อแสดงอันดับที่สะท้อนคุณภาพของสาขาวิชาและมหาวิทยาลัย

อย่างไรก็ตาม ในปี 2557 เป็นต้นมา RAE ได้ถูกแทนที่ด้วย Research Excellence Framework (REF) รูปแบบใหม่ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการดำเนินโครงการวิจัยภายใต้สถาบันระดับอุดมศึกษาทุกโครงการ โดยมีความมุ่งมั่นที่จะผสมผสานระหว่างการประเมินด้วย Peer Review ที่ไม่

ค่อยมีความน่าเชื่อถือ เข้ากับตัวบ่งชี้ทางบรรณานุกรม (bibliometric indicators) นอกจากนี้ ยังมีการประเมินผลกระทบของความเป็นเลิศทางการวิจัยต่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นครั้งแรกอีกด้วย

กรณีศึกษาสภาวิจัยแห่งสหราชอาณาจักร (Research Councils UK: RCUK)

สภาวิจัยมีหน้าที่สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาและการฝึกอบรมการวิจัยทั้งในสถาบันอุดมศึกษาและสถาบันของตนเอง การประสานงานโดยรวมของนโยบายสภาการวิจัยเป็นความรับผิดชอบของ Research Councils UK (RCUK)

1) พันธกิจและโครงสร้างองค์กร

สภาวิจัยทั้ง 7 แห่ง มีพันธกิจแตกต่างกัน ดังนี้

- **Arts and Humanities Research Council (AHRC)** มีพันธกิจ คือ (1) สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยคุณภาพสูงและสร้างสรรค์ในด้านศิลปะและมนุษยศาสตร์ (2) สนับสนุนการพัฒนาบุคคลที่มีทักษะทางวิชาการ ผ่านแผนงานต่างๆ ในสาขาศิลปะและมนุษยศาสตร์ เพื่อสร้างความเป็นมืออาชีพและการจ้างงาน (3) ส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการวิจัยด้านศิลปะและมนุษยศาสตร์ รวมถึงบทบาทในการทำความเข้าใจตัวเอง สังคม หัวข้อดีด หัวงอนาคต และโลกที่เราอาศัยอยู่ (4) ส่งเสริมให้เกิดความรู้และความเข้าใจในงานวิจัยด้านศิลปะและมนุษยศาสตร์ด้วยการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของสหราชอาณาจักรและต่างประเทศ และ (5) มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับศิลปะศาสตร์และมนุษยศาสตร์ในระดับประเทศ
- **Biotechnology and Biological Sciences Research Council (BBSRC)** มีพันธกิจ คือ (1) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน การวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัยประยุกต์ที่มีคุณภาพสูง รวมถึงการฝึกอบรมบัณฑิต เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการใช้ประโยชน์ในระบบชีวภาพ และ (2) เพื่อยกระดับความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูง (รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย) และจัดหานักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่ได้รับการฝึกอบรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานหรือผู้ใช้ประโยชน์ ทั้งในด้าน การเกษตร การแปรรูปทางชีวภาพ เคมี อาหาร การดูแลสุขภาพ เกษษกรรม และอื่นๆ อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีชีวภาพ เพื่อเอื้อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในสหราชอาณาจักร
- **Economic and Social Research Council (ESRC)** มีพันธกิจ คือ (1) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน การวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัยประยุกต์ที่มีคุณภาพสูง รวมถึงการฝึกอบรมระดับสูงกว่าปริญญาตรี (post-graduate training) ในด้านสังคมศาสตร์ (2) เพื่อพัฒนาความรู้และจัดหานักวิชาการทางสังคมที่ได้รับการฝึกอบรมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และผู้รับผลประโยชน์ ซึ่งเอื้อต่อความสามารถในการแข่งขันทาง

เศรษฐกิจของสหราชอาณาจักร ประสิทธิภาพของการบริการและนโยบายสาธารณะ และคุณภาพชีวิต และ (3) เพื่อให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจสังคมศาสตร์

- **Engineering and Physical Sciences Research Council (EPSRC)** มีพันธกิจ คือ ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน เชิงกลยุทธ์และประยุกต์คุณภาพสูง และการฝึกอบรมระดับบัณฑิตศึกษาที่เกี่ยวข้องในด้านวิศวกรรมและวิทยาศาสตร์กายภาพไม่ว่าด้วยวิธีใด ความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูง (รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการแสวงหาผลประโยชน์จากผลการวิจัย) และจัดหานักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่ได้รับการฝึกอบรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานหรือผู้ใช้ประโยชน์ ทั้งในด้านเคมี การสื่อสาร การก่อสร้าง ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ พลังงาน วิศวกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ เกษษกรรม กระบวนการผลิต และอุตสาหกรรมอื่นๆ เพื่อเอื้อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในสหราชอาณาจักร
- **Medical Research Council (MRC)** มีพันธกิจ คือ (1) ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของมนุษย์ (2) ผลิตนักวิจัยที่มีทักษะ และ (3) ยกระดับและเผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของสหราชอาณาจักร
- **Natural Environment Research Council (NERC)** มีพันธกิจ คือ รวบรวมและประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและมีความสามารถในการพยากรณ์การปรับตัวของสภาพแวดล้อมและทรัพยากรทางธรรมชาติ รวมถึงมีหน้าที่สื่อสารประสานงานในทุกด้าน
- **Science and Technology Facilities Council (STFC)** มีพันธกิจ คือ (1) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมที่มีคุณภาพ โดยการพัฒนาและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความรู้ความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค เพื่อสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน การวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัยประยุกต์ (2) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน การวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัยประยุกต์ที่มีคุณภาพ รวมถึงการฝึกอบรมระดับสูงกว่าปริญญาตรี (post-graduate training) ในด้านดาราศาสตร์ ฟิสิกส์อนุภาค วิทยาศาสตร์อวกาศ และฟิสิกส์นิวเคลียร์ รวมทั้งการวิจัยในสาขาอื่นใดที่สามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกทางวิทยาศาสตร์ที่สภาพังจัดให้มี จัดเตรียม หรือจัดให้สามารถเข้าถึง โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของสภาวิจัยอื่นๆ ด้วย และ (3) ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าทางความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย ตลอดจนผลิตนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และผู้รับผลประโยชน์ เพื่อเอื้อให้เกิดการพัฒนาขีด

ความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในสหราชอาณาจักร

2) กิจกรรม

สภาวิจัยแห่งสหราชอาณาจักรมีการจัดสรรทุนวิจัยให้แก่ทั้งแผนงาน โครงการ และศูนย์วิจัย อีกทั้งสถาบันบางแห่งยังมีการบำรุงรักษาสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อรองรับการวิจัยของนักวิจัยมหาวิทยาลัยด้วย ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมหลักของสภาวิจัยแต่ละแห่งโดยย่อได้ดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 65 กิจกรรมหลักของสภาวิจัยแต่ละแห่ง

Research Council	Responsibility	Main activity
Arts & Humanities Research Council (AHRC)	Research funder	AHRC funds both research and postgraduate studies. It also supports research within several subject domains, it provides research and training activities through programmes and on behalf of the HEFC it provides funding for museums, galleries and collections based in or attached to HEIs.
Biotechnology and Biological Sciences Research Council (BBSRC)	Research funder	BBSRC funds basic and strategic biological research, it supports research and research training, it sponsors institutes and BBSRC promotes knowledge transfer from research applications in business, industry and policy and public engagement in the biosciences.
Economic and Social Research Council (ESRC)	Research funder	The ESRC is involved in Economic and Social Research (priorities can be found in the Strategic plan 2005-2015).
Engineering and Physical Sciences Research Council (EPSRC)	Research funder	Supporting research and training.
Medical Research Council (MRC)	Research funder, Research performer, research policy advisory body	The MRC provides funding for medical research programmes and infrastructure, and invests in training and employment both in universities and in own research centres.
Natural Environment Research Council (NERC)	Research funder, research performer	NERC carries out and manages surveys, training and knowledge transfer within the environmental sciences.
Science and Technology Facilities Council (STFC)	Research funder, research performer, intermediary	STFC funds researchers in universities directly through grants, it provides access to world-class facilities (e.g. ISIS), it provides scientific and technical expertise and it provides access to facilities overseas.

ที่มา: Erawatch (2014)

3) กระบวนการให้ทุนวิจัย

สภาวิจัยแห่งสหราชอาณาจักรใช้รูปแบบการจัดสรรทุนเป็นรายโครงการใน 2 รูปแบบหลัก ดังนี้

- แผนงานการวิจัย (research programmes) คือ แผนงานที่มุ่งวิจัยในหัวข้อเฉพาะเรื่อง นักวิจัยสามารถสมัครขอทุนผ่านการเปิดรับข้อเสนอหรือการแข่งขันแบบเฉพาะเจาะจงได้ ทั้งนี้ แผนงานมักได้รับการผลักดันให้มีการดำเนินงานวิจัยโดยการร่วมทุนวิจัย (co-funding)
 - โหมดตอบสนอง (responsive mode) นักวิจัยสามารถสมัครขอทุนผ่านการเปิดรับสมัครข้อเสนอการวิจัยและนวัตกรรม (open calls) ซึ่งเปิดรับข้อเสนอตลอดเวลาและมักไม่มีการร่วมทุน
- สภาวิจัยแต่ละแห่งต่างมีรูปแบบการจัดสรรทุนที่แตกต่างกัน ดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 66 การจัดสรรทุนรายโครงการจากสภาวิจัยแต่ละแห่งในสหราชอาณาจักร ปี 2554

Research Council	Project funding (€000s)	Modes of funding
Arts & Humanities Research Council (AHRC)	~€120,000	<ul style="list-style-type: none"> • Open calls - supporting research projects and relevant activities (seminars, workshops etc.) • Strategic initiatives - addressing issues of wider intellectual, cultural or socio-economic nature related to the Arts and Humanities that the Council considers of interest. • workshop series • Fellowships
Biotechnology and Biological Sciences Research Council (BBSRC)	~€445,000	<ul style="list-style-type: none"> • Research grants (responsive mode + strategic priorities/special opportunities) • Capital Grants • Postgraduate Awards • Studentships & Fellowships
Engineering and Physical Sciences Research Council (EPSRC)	~€872,000	<ul style="list-style-type: none"> • Research grants (open calls+ strategic priorities/special opportunities) • Postgraduate Awards • Research Fellowships • Support of Centres in partnership with universities in areas of strategic importance
Economic and Social Research Council (ESRC)	~€177,000	<ul style="list-style-type: none"> • Grand system of small grants (up to £100,000) • Grand scheme (>£100,000) • Research Fellowships + Studentship grants
Medical Research Council (MRC)	~€584,000	<ul style="list-style-type: none"> • Research Grants • Career awards to scientists • Funding Research Centres
Natural Environment Research Council (NERC)	~€335,000	<ul style="list-style-type: none"> • Funding of Research Centres • Training post-graduates • Fellowships
Science and Technology Facilities Council (STFC)	~€421,000	<ul style="list-style-type: none"> • Research Grants: strategic areas • Research Fellowships + Studentships
Total UK	€2,954,000	

ที่มา: Erawatch (2014)

3) กรณีสวีเดน

สวีเดนเป็นประเทศหนึ่งที่เศรษฐกิจฐานความรู้มีการพัฒนาอย่างมาก ด้วยระบบการวิจัยและนวัตกรรม (Research and Innovation: R&I) ขั้นสูงที่โดดเด่นในหลายๆ ด้าน ทำให้สวีเดนถูกจัดอยู่ในอันดับต้นๆ ในหลายสำนักและหลายตัวชี้วัด นอกจากนี้สวีเดนยังเป็นประเทศที่ภาครัฐใช้จ่ายไปกับการวิจัยต่อประชากรสูงที่สุด อีกทั้งสวีเดนยังมีความเป็นเลิศทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแบบ

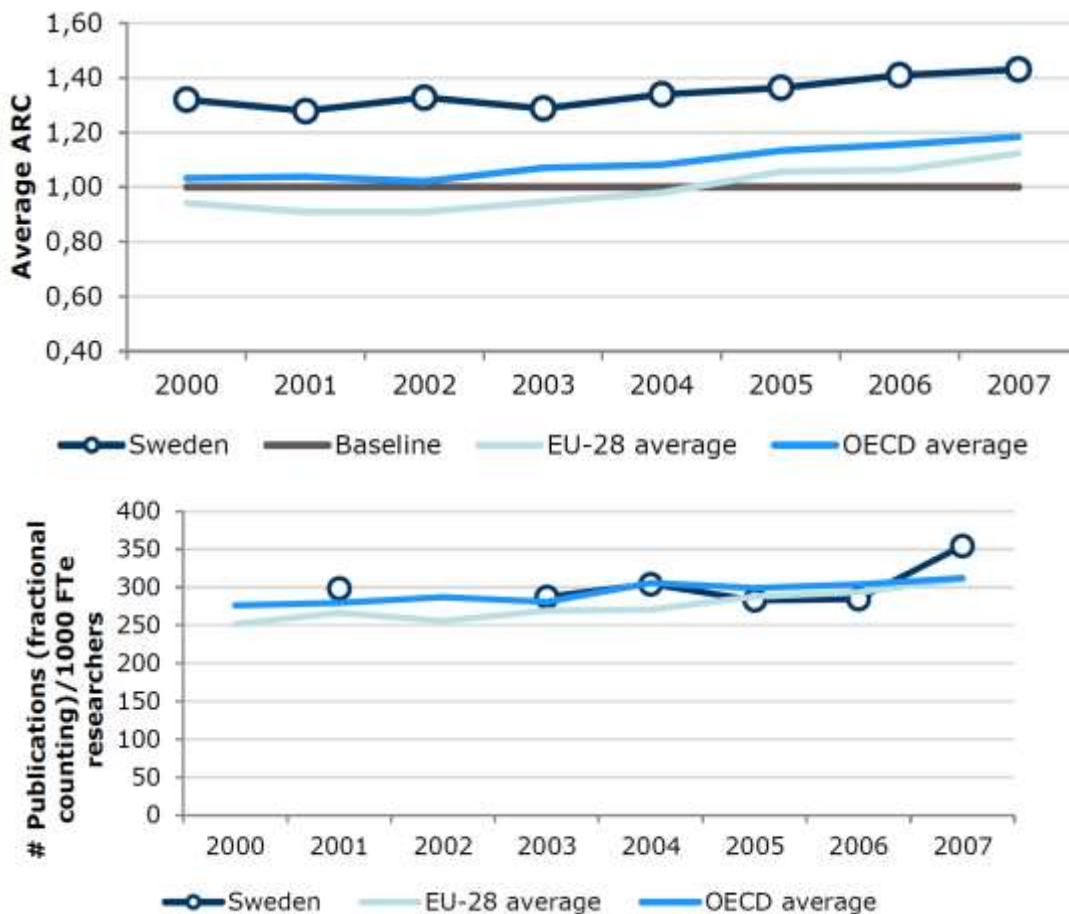
ก้าวกระโดด สังกัดได้จากเศรษฐกิจของสวีเดนที่เน้นการใช้ความรู้อย่างเข้มข้น (knowledge-intensive) และเป็นแหล่งผลิตเทคโนโลยีหลักแห่งหนึ่งของโลก จึงอาจกล่าวได้ว่าสวีเดนประสบความสำเร็จในการพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเทคโนโลยีขั้นสูง

ระบบ R&I ของสวีเดนมีลักษณะที่สำคัญ คือ การให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน โดยดึงมหาวิทยาลัยเข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการวิจัยแต่ละโครงการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้ทางวิชาการไปใช้ในภาคอุตสาหกรรมและใช้ในการจัดการกับความท้าทายทางสังคมทุกประเภทในวงกว้าง ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลสวีเดนจึงเน้นให้ทุนวิจัยไปที่สถาบันอุดมศึกษาเป็นหลัก ในขณะที่คณะผู้วิจัยหรือนักวิจัยระดับบุคคลส่วนใหญ่จะขอทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นหลัก

ศักยภาพการวิจัยของสวีเดน

สวีเดนเป็นประเทศที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยของการอ้างอิงแบบสัมพัทธ์ (Average of Relative Citations: ARC) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรปและ OECD เป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผลิตภาพทางวิชาการของนักวิจัยชาวสวีเดน ซึ่งวัดจากจำนวนผลงานตีพิมพ์ในวารสารชั้นนำนั้น อยู่ในระดับสูงตามมาตรฐานสากล เช่นเดียวกับคุณภาพทางวิทยาศาสตร์

รูปที่ 151 ศักยภาพการวิจัยของสวีเดน



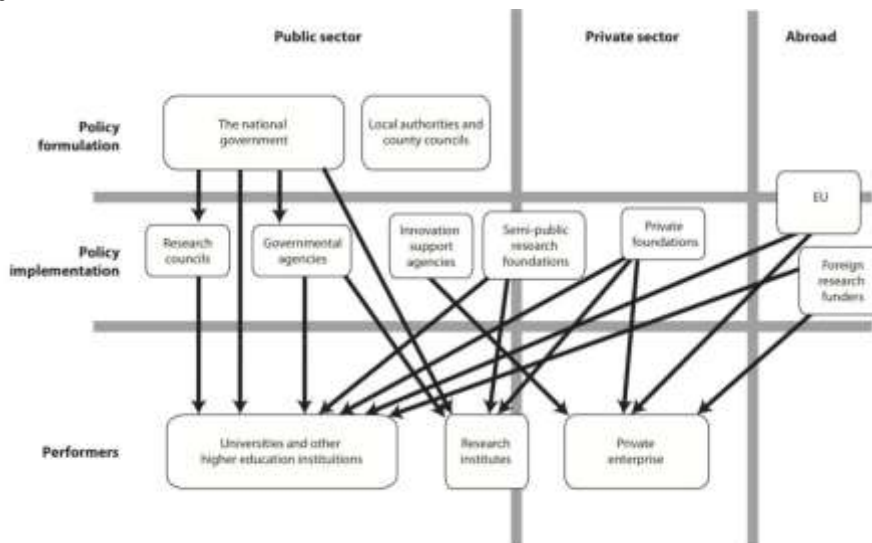
ที่มา: DG Research and Innovation IUC Database (based on Science-Metrix) (2008)

ระบบการวิจัยในสวีเดน

1) โครงสร้างระบบวิจัย

สวีเดนมีหน่วยงานที่มีอำนาจหลักในการกำหนดนโยบายด้านการให้ทุนวิจัยอยู่ด้วยกัน 3 หน่วยงาน คือ กระทรวงศึกษาธิการและการวิจัย (Ministry of Education and Research) กระทรวงวิสาหกิจ พลังงาน และการสื่อสาร (Ministry of Enterprise, Energy and Communication) และกระทรวงกลาโหม (Ministry of Defence) โดยกระทรวงเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ปรึกษา (RPC, IPC, ITPS) อีกทอดหนึ่ง ทั้งนี้ สภาวิจัย (Research Councils) บางแห่งจะเน้นให้ทุนวิจัยในประเด็นที่สภาวิจัยอยากรู้ (curiosity-driven research) การวิจัยในสวีเดนอยู่ภายใต้การดำเนินงานของมหาวิทยาลัย 14 แห่งและสถาบันอุดมศึกษา อื่นๆ อีก 25 แห่ง นักวิจัยสวีเดนส่วนใหญ่จึงเป็นบุคลากรของสถาบันอุดมศึกษา

รูปที่ 152 โครงสร้างการวิจัยของสวีเดน



ที่มา: Hallonsten (2013)

2) แหล่งทุนวิจัย

ในภาพรวม ภาคอุตสาหกรรมลงทุนในด้านการวิจัยและพัฒนามากกว่ารัฐบาลกลางเกือบสามเท่า และเกือบทั้งหมดเป็นการลงทุนในภาคธุรกิจ ทำให้ภาคธุรกิจได้รับทุนวิจัยจากภาคอุตสาหกรรมและแหล่งทุนต่างประเทศเป็นหลัก ดังนั้น รัฐบาลจึงพิจารณาและให้เงินสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐานแก่หน่วยงานประเภทสถาบันอุดมศึกษาเป็นหลัก คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของทุนรัฐบาลทั้งหมด อย่างไรก็ตาม สวีเดนถือเป็นประเทศที่มีการจัดสรรทุนเฉพาะด้านการวิจัยในสัดส่วนที่สูงที่สุดในโลก มีเพียงอิสราเอลและฟินแลนด์เท่านั้นที่จัดสรรทุนในด้านการวิจัยและพัฒนา (R&D) ในสัดส่วนที่มากกว่า

ตารางที่ 67 สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในสวีเดน พ.ศ. 2554 (หน่วย: ล้านโครนาสวีเดน)

		Source of funds					Total (funding sector)
		Government	Higher education	Business enterprise	Private non-profit	Funds from abroad	
Sector of performance	Government	4410,3	46,7	264,2	182,7	214,5	5118,5
	Higher education	23820,0	1122,0	1252,0	2464,0	2104,0	30762,0
	Business enterprise	4122,0	91,0	67117,0	54,0	10446,0	81830,0
	Private non-profit	158,0	10,0	38,0	119,0	55,0	380,0
	Total intramural	32510,0	1270,0	68671,0	2820,0	12820,0	118090,0

ที่มา: OECD (2012)

ใน พ.ศ. 2555 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาเป็นเงิน 30,330 ล้านโครนาสวีเดน คิดเป็นร้อยละ 0.85 ของ GDP โดยงบประมาณใหญ่ถูกจัดสรรไปที่มหาวิทยาลัยและสถาบันอุดมศึกษาอื่นๆ และหากพิจารณาช่วง พ.ศ. 2552 – 2555 จะพบว่า รัฐบาลจัดสรรงบ R&D เพิ่มขึ้นกว่า 5,000 ล้านโครนาสวีเดน ซึ่งหนึ่งในสามของงบที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นงบสำหรับการให้ทุนประเภท Block Grant อีกหนึ่งในสามเป็นงบสำหรับการวิจัยในสาขาที่น่าสนใจเป็นพิเศษทั้งในภาคสังคมและภาคอุตสาหกรรม และหนึ่งในสามที่เหลือเป็นงบสำหรับโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัยและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม

สำหรับร่างกฎหมายเกี่ยวกับนโยบายด้านการวิจัยและนวัตกรรมของรัฐบาลใน พ.ศ. 2555 งบด้านวิจัยและพัฒนาถูกปรับเพิ่มขึ้นอีก 4 พันล้านโครนาสวีเดน ไปจนถึง พ.ศ. 2559 เพื่อปรับปรุงความเป็นเลิศด้านการวิจัยและการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยและนวัตกรรม โดยงบที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ส่วนมากยังคงถูกจัดสรรให้แก่สถาบันอุดมศึกษาทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะเดียวกัน ร่างกฎหมายการวิจัยและนวัตกรรม (Research and Innovation Bill) ใน พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้ประกาศใช้ “ยุทธศาสตร์ทางนวัตกรรม (Innovation Strategy)” ที่มุ่งเสริมสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการสร้างสรรค์นวัตกรรม (innovation climate) พร้อมทั้งพยายามลดกฎเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคและสร้างสิ่งจูงใจเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของภาคส่วนต่างๆ ต่อยอดไปสู่การเติบโตทางเศรษฐกิจและนวัตกรรม

รูปแบบการให้ทุนวิจัยออกเป็น 3 รูปแบบหลัก คือ การให้ทุนแก่สถาบัน (institutional funding) การให้ทุนด้วยการแข่งขัน (competitive funding) และการให้ทุนในรูปแบบอื่นๆ สำหรับสวีเดน โดยส่วนใหญ่แล้วสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยวิจัยที่ได้รับทุนจากรัฐบาลเป็นหลัก จะได้รับทุนจากรัฐบาลเป็นรายโครงการ (project funding) ซึ่งหากพิจารณาร่างกฎหมายงบประมาณปี 2557 แล้ว มหาวิทยาลัยและวิทยาลัยได้รับทุนวิจัยโดยตรงจากกระทรวงศึกษาธิการและการวิจัยทั้งสิ้น 7,521 ล้านโครนาสวีเดน และคาดว่าทุนวิจัยดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอีก 300 ล้านโครนาสวีเดน ภายในปี 2559

กระบวนการจัดสรรทุนวิจัยของสวีเดน

สำหรับโครงการ MODERN ศูนย์การศึกษานโยบายอุดมศึกษา (Center for Higher Education Policy Studies: CHEPS) ในเนเธอร์แลนด์ได้ทำการศึกษารายงานให้ทุนสถาบันอุดมศึกษาของยุโรป แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ทุนวิจัย นอกเหนือจากปัจจัยการผลิตของสถาบัน เช่น ตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ แล้ว การให้ทุนวิจัยมีแนวโน้มที่จะอิงตามศักยภาพ (เช่น จำนวนผลงานตีพิมพ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการอ้างอิง สัดส่วนการให้ทุนวิจัยด้วยการแข่งขัน) และอิงตามยุทธศาสตร์มากขึ้น โดยตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ร่างกฎหมายการวิจัย และนวัตกรรมได้ระบุให้การจัดสรรทุนแก่มหาวิทยาลัยต้องขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดตามผลงาน จากเดิมที่ให้ทุนในรูปแบบ Block Grant ภายใต้ข้อตกลงใหม่นี้ รัฐบาลสวีเดนประกาศว่าจะถอนเงินทุนร้อยละ 10 ของทุนสำหรับการวิจัยและพัฒนาในรูปแบบ Block Grant ของมหาวิทยาลัยทั้งหมด และเพิ่มการจัดสรรทุนส่วนเพิ่มร้อยละ 10 ที่อิงตามตัวชี้วัดคุณภาพ เพื่อให้งานวิจัยมหาวิทยาลัยมีความเป็นเอกภาพและมีการแข่งขันมากขึ้น สำหรับตัวชี้วัด มีองค์ประกอบคือ 1) สัดส่วนทุนวิจัยและพัฒนาที่ได้รับจากบุคคลที่สาม (fraction of third-party funding of R&D) ถ่วงน้ำหนักร้อยละ 50 2) จำนวนผลงานตีพิมพ์ (number of publications) ถ่วงน้ำหนักร้อยละ 25 และ 3) จำนวนครั้งที่ได้รับการอ้างอิง (number of citations) ถ่วงน้ำหนักร้อยละ 25 การประเมินตัวชี้วัดข้างต้นจะทำการเป็นประจำทุกปีในระดับมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย ทั้งนี้ นอกเหนือจากการให้ทุนตามกรอบนโยบายแล้ว ภาครัฐยังมีการให้ทุนโดยตรงผ่านโครงการวิจัยที่มีหัวข้อเฉพาะเจาะจง ซึ่งผ่านการคัดเลือกด้วยกระบวนการเสนอราคาแข่งขันกันเข้ามาด้วย

ในปี 2549 งบประมาณของมหาวิทยาลัยมาจากทุนสนับสนุนการวิจัยคิดเป็นร้อยละ 34 (ค่าเฉลี่ยในยุโรปอยู่ที่ร้อยละ 15 - 22) โดยเงินทุนสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐานทั้งหมดได้รับการจัดสรรมาจากสภาวิจัยหน่วยงานส่วนราชการ ตลอดจนมูลนิธิวิจัยกึ่งรัฐ (semi-public research foundations) ผ่านระบบ Peer-Review ทั้งนี้ เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วการให้ทุนจะถูกจัดสรรในรูปแบบ Grant ทำให้แผนงานวิจัยได้กลายเป็นรูปแบบที่ใช้กันทั่วไปในการจัดสรรทุนจากทั้งสภาวิจัยและมูลนิธิวิจัยกึ่งรัฐที่มีอยู่ 6 แห่งหลักๆ นอกจากนี้ เครือข่ายการวิจัยในรูปแบบของศูนย์ความเป็นเลิศ (excellence centres) ก็ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในการใช้เป็นแหล่งจัดสรรทุนวิจัยลงไป

กรณีศึกษาสภาวิจัยแห่งชาติสวีเดน (Swedish Research Council: VR)

สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดน (Swedish Research Council: VR) เป็นหน่วยงานจัดสรรทุนที่ใหญ่ที่สุดของสวีเดนที่มีหน้าที่จัดสรรทุนการวิจัยขั้นพื้นฐานให้แก่มหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันในสวีเดน อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษารัฐบาลในด้านนโยบายการวิจัยและเป็นผู้สื่อสารด้านการวิจัย

1) พันธกิจและโครงสร้างองค์กร

สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดนเป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ การวิจัย และวัฒนธรรม ซึ่งมีหน้าที่หลัก ได้แก่ การจัดสรรทุนวิจัย การดำเนินนโยบายด้านการวิจัย และการสื่อสารทางวิทยาศาสตร์ โดยมีจุดประสงค์หลักคือ ให้การสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพทางวิทยาศาสตร์สูงสุดในทุกสาขาของ

วิทยาศาสตร์ เพื่อผลักดันให้สวีเดนเป็นประเทศชั้นนำด้านการวิจัย สำหรับโครงสร้างองค์กร นอกเหนือจาก คณะกรรมการและผู้อำนวยการแล้ว สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดนยังประกอบด้วยหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจอีกหลายภาคส่วน ซึ่งมีความสามารถทางวิชาการชั้นสูงในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน ได้แก่ Scientific Council for Humanities and Social Sciences, Scientific Council for Medicine and Health, Scientific Council for Natural and Engineering Sciences, Committee for Educational Sciences, Committee for Artistic Research and Development, Committee for Development Research และ Council for Research Infrastructures

2) กิจกรรม

สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดนเป็นหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการวิจัยแห่งแรกของประเทศ และยังเป็นหน่วยงานที่ปรึกษานโยบายด้านการวิจัยด้วย โดยในองค์กรจะมีแผนกพิเศษที่ทำงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์ การประเมิน และประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมประสานการดำเนินงานวิจัยและกระบวนการให้ทุนวิจัยในระดับชาติและระดับนานาชาติ นอกจากนี้ สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดนยังทำหน้าที่ส่งเสริมการสื่อสารงานวิจัยอีกด้วย

3) กระบวนการให้ทุนวิจัย

สภาวิจัยแห่งชาติสวีเดน เป็นกองทุนวิจัยของรัฐบาลที่ใหญ่ที่สุดที่จัดสรรทุนการวิจัยขั้นพื้นฐานให้แก่ มหาวิทยาลัยและสถาบันต่างๆ โดยมีงบประมาณที่ต้องจัดสรรประมาณ 5,000 ล้านโครนาสวีเดนต่อปี และแต่ละปีจะมีการสมัครขอทุนประมาณ 6,000 ข้อเสนอ สำหรับในปี 2555 สัดส่วนการจัดสรรทุน ประกอบด้วย ทุนด้านวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและวิศวกรรม (31%) โครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัย (27.5%) ทุนด้านยาและสุขภาพ (24%) ทุนด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (12%) ทุนด้านวิทยาศาสตร์การศึกษา (4%) ทุนด้านการวิจัยทางศิลปะ (0.5%) และทุนอื่น ๆ (1%)

โครงการที่ได้รับทุนส่วนใหญ่เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยนักวิจัยเอง ส่วนรูปแบบการสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ ทุนสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน ทุนสนับสนุนกรอบดำเนินงาน ทุนวิจัยโครงการสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ ทุนสำหรับตำแหน่งพาร์ทไทม์ และทุนสำหรับการสมัครงาน/เข้าร่วมประชุมในต่างประเทศ

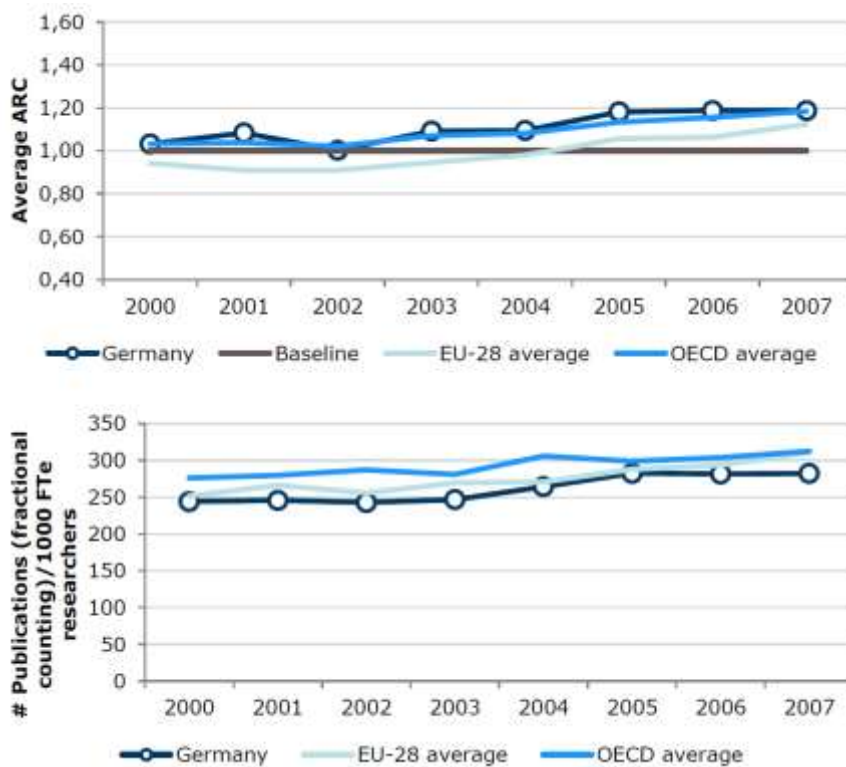
4) กรณีเยอรมนี

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เยอรมนีมีความพยายามที่จะสร้างความเข้มแข็งด้านวิทยาศาสตร์ทั้งในภาครัฐและเอกชน ด้วยการให้เงินทุนสำหรับการวิจัยในมหาวิทยาลัยเพิ่มมากขึ้น (ผ่านมูลนิธิด้านการวิจัยของเยอรมัน และกระทรวงศึกษาธิการและการวิจัย) สังเกตได้จากการเปลี่ยนจากการให้ทุนเป็นสถาบันเป็นการแข่งขันชิงทุนมากขึ้น

ศักยภาพด้านการวิจัยของเยอรมนี

ที่ผ่านมา เยอรมนีมีพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่แข็งแกร่งเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จากการที่ภาครัฐใช้จ่ายลงทุนด้านการวิจัย สนับสนุนมหาวิทยาลัยที่มีอันดับสูงๆ และส่งเสริมให้เกิดการตีพิมพ์งานวิจัย โดยจากการพิจารณาศักยภาพการวิจัยของเยอรมนีในภาพรวมโดยวัดจากค่าเฉลี่ยของจำนวนการอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง (Average of the Relative Citations: ARC) และจำนวนงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ ดังรูปด้านล่าง พบว่า เยอรมนีมีศักยภาพด้านการวิจัยในระดับเดียวกับค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรป

รูปที่ 153 ศักยภาพด้านการวิจัยของเยอรมนีเปรียบเทียบกับกลุ่มสหภาพยุโรปและ OECD



ที่มา: DG Research and Innovation IUC Database (based on Science-Metrix) (2008)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มประเทศ OECD ได้เน้นย้ำถึงการจัดลำดับความสำคัญด้านกลยุทธ์ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของเยอรมนี เพื่อให้เกิดเสถียรภาพในระยะยาว โดยเปิดช่องทางให้ขอทุนสำหรับโครงการวิจัยและพัฒนาในหัวข้อที่เน้นการพัฒนาความเป็นเลิศทางวิทยาศาสตร์เป็นจำนวนมาก (Empirica, University of Applied Sciences Northwestern Switzerland และ Dialogic, 2013)

ระบบการให้ทุนวิจัยในเยอรมนี

จากโครงสร้างของรัฐบาลกลางเยอรมัน เงินทุนวิจัยจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ทุนวิจัยระดับรัฐบาลกลาง (federal level) และทุนวิจัยระดับรัฐ (state level/Länder) โดยที่ทุนวิจัยระดับรัฐ คิดเป็นร้อยละ 45 ของงบประมาณวิจัยและพัฒนาทั้งหมด (รวมถึงมหาวิทยาลัย) ในขณะที่ทุนวิจัยระดับรัฐบาลกลาง คิดเป็นร้อยละ

ละ 55 ของงบประมาณวิจัยและพัฒนาทั้งหมด โดยงบจะถูกกระจายไปตามกฎหมายพื้นฐานของเยอรมนี (Grundgesetz) ในปี 2549 ระบบกลางเยอรมันได้รับการปฏิรูป (Föderalismusreform) เพื่อแบ่งขอบข่ายงานระหว่างระดับรัฐบาลกลางและระดับรัฐให้ชัดเจน โดยงานด้านการเรียนการสอนจะอยู่ในการดูแลของรัฐ ส่วนด้านการวิจัยจะแบ่งกันรับผิดชอบ แต่ในกรณีที่เป็นภาระงานที่มีความสำคัญในระดับภูมิภาคก็อาจร่วมกันรับผิดชอบ เช่น งานที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาเงินทุนให้สถาบันวิจัย งานที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาเงินทุนให้โครงการทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย

1) โครงสร้างของระบบการวิจัย

ในระดับรัฐบาลกลาง กระทรวงศึกษาธิการและการวิจัย (Federal Ministry of Education and Research: BMBF) มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในด้านนโยบายการวิจัย (มีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรด้านการวิจัยและพัฒนาของรัฐบาลกลางประมาณร้อยละ 58) โดยส่วนมาก งบภายใต้ BMBF จะถูกกระจายไปให้มูลนิธิการวิจัยเยอรมัน (German Research Foundation/Deutsche Forschungsgemeinschaft: DFG) ที่เป็นหนึ่งในหน่วยจัดสรรทุนที่สนับสนุนการวิจัยในมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยที่ได้รับทุนภาครัฐ (Publicly Financed Research Institutions) นอกจากนี้ BMBF ยังมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงเศรษฐกิจและเทคโนโลยี (Ministry of Economics and Technology: BMWi) (มีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรด้านการวิจัยและพัฒนาของรัฐบาลกลางประมาณร้อยละ 19) และกระทรวงกลาโหม (Ministry of Defence: BMVg) (มีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรด้านการวิจัยและพัฒนาของรัฐบาลกลางประมาณร้อยละ 11)

ในระดับรัฐ หน่วยงานที่ดูแลเป็นหลัก คือ กระทรวงวิทยาศาสตร์และการศึกษา (Ministry of Science and Education) และกระทรวงเศรษฐกิจศาสตร์ (Ministry of Economics) รัฐในระดับ Länder มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาเงินทุนสำหรับการวิจัยและการเรียนการสอนให้แก่มหาวิทยาลัยรัฐในแต่ละรัฐ อย่างไรก็ตาม การวิจัยพื้นฐานโดยส่วนมากจะดำเนินการโดยสถาบันวิจัยที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ รัฐในระดับ Länder ยังมีหน้าที่สนับสนุนเงินทุนวิจัยให้แก่สถาบันวิจัยนอกมหาวิทยาลัยที่ร่วมทุนกับรัฐบาลกลางด้วย โดยรัฐบาลกลางและรัฐในระดับ Länder จะมีการเชื่อมประสานนโยบายการวิจัยผ่านการประชุมด้านวิทยาศาสตร์ร่วม (Joint Science Conference: GWK)

โดยหลักแล้ว ภูมิทัศน์ด้านการวิจัยและพัฒนายังคงไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีเพียงการพัฒนาที่สำคัญสองประการ คือ การบูรณาการสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการวิจัยของ GDR เดิมเข้ากับระบบ (ซึ่งมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น) และการปรับนโยบายด้านเงินทุนใหม่ ที่ได้รับการพัฒนาตามกลยุทธ์ไฮเทค (High-tech Strategy) ของรัฐบาลกลางที่ประกาศใช้ใน พ.ศ. 2549 เพื่อเสริมสร้างทรัพยากรการวิจัยและพัฒนาของภาครัฐ รวมถึงเพื่อพัฒนาให้เกิดการทำงานประสานสอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานมากขึ้นภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ การยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันด้านเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge-based Economy) ของเยอรมนี โดยใน พ.ศ. 2553 กลยุทธ์นี้ได้รับการพัฒนาเป็นกลยุทธ์ไฮเทค 2020

2) หน่วยงานทำวิจัย

ในเยอรมนี ค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศส่วนใหญ่มาจากบริษัทเอกชน ประมาณร้อยละ 67.3 ในขณะที่มหาวิทยาลัยใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณร้อยละ 18.0 ส่วนที่เหลือคือ องค์กรวิจัยภาครัฐที่ไม่ใช่ มหาวิทยาลัย (PROs) ใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14.7 สำหรับหน่วยงานที่มีความโดดเด่นในด้านการวิจัย ภาครัฐ คือ สมาคมการวิจัยขนาดใหญ่หรือสมาคมที่ประกอบด้วยสถาบันหลายแห่ง 4 แห่ง ได้แก่ Max Planck Society, Fraunhofer Society, Helmholtz Association และ Leibniz Association ซึ่งทั้งสี่แห่งมีความครอบคลุมขอบข่ายการวิจัยทั้งหมดตั้งแต่การวิจัยขั้นพื้นฐาน (basic research) ไปจนถึงการบริการช่วยวิจัย (research services)

กระบวนการให้ทุนวิจัย

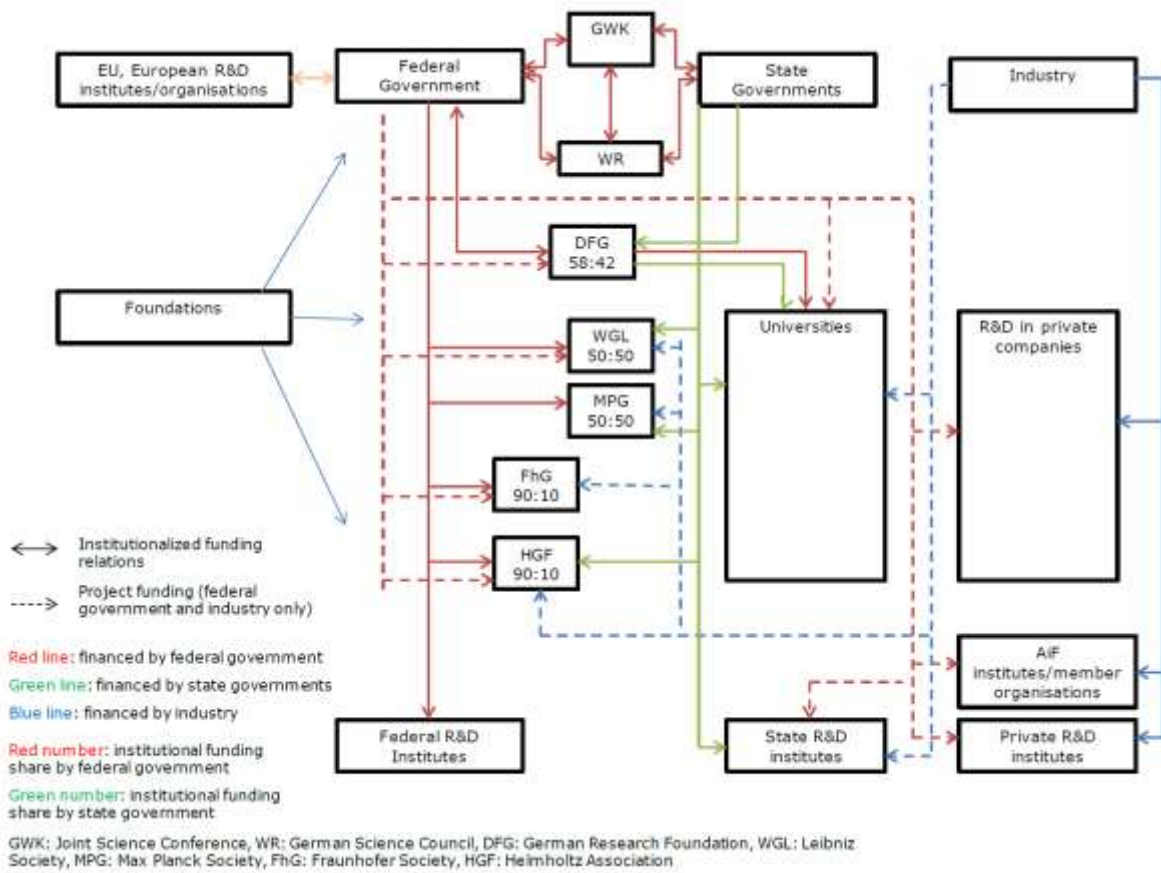
ในเยอรมนี ภาครัฐจะให้ทุนวิจัยทั้งในรูปแบบการให้ทุนแก่สถาบันและการให้ทุนเป็นรายโครงการ ดังรูปข้างล่าง ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การให้ทุนวิจัยแก่มหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้น โดยได้รับทุนผ่านทางมูลนิธิการวิจัยของเยอรมนีและกระทรวงศึกษาธิการและการวิจัย

ข้อตกลงเพื่อการวิจัยและนวัตกรรม (Pact for Research and Innovation) เป็นข้อตกลงที่ครอบคลุมช่วงปี 2548 – 2558 เพื่อเพิ่มความมั่นคงในการวางแผนทางการเงินแก่สถาบันต่างๆ ที่ได้รับทุนจากรัฐบาลกลางและรัฐในระดับ Länder (Max Planck Society, Fraunhofer Society, Helmholtz Association และ Leibniz Association) รวมทั้งที่ได้รับทุนจาก German Research Association (DFG) โดยเป้าหมายหลักของข้อตกลงดังกล่าวมีด้วยกัน 5 เป้าหมาย ดังนี้

- กระตุ้นการพัฒนาแบบไดนามิกในระบบการศึกษา
- สร้างแบบไดนามิกและ เครือข่ายส่งเสริมประสิทธิภาพในระบบวิชาการ
- พัฒนาและใช้กลยุทธ์ความร่วมมือระหว่างประเทศใหม่
- สร้างพันธมิตรที่ยั่งยืนระหว่างวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม
- หานักวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดสำหรับเยอรมนี

นอกจากนี้ ยังมีโครงการที่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องและเฉพาะสาขาอีกจำนวนหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่น สุขภาพ และอาหาร ภูมิอากาศและพลังงาน การขนส่ง การสื่อสาร ความปลอดภัย และเทคโนโลยีหลัก เช่น เทคโนโลยีชีวภาพ นาโนเทคโนโลยีและวัสดุศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของการสร้างและควบคุมแสง (photonics) ระบบการผลิต และการบิน

รูปที่ 154 กระบวนการให้ทุนของระบบวิจัยในเยอรมนี



ที่มา: Erawatch (2014)

ในปี 2548 ทุนวิจัยประมาณร้อยละ 47 ถูกใช้ไปกับการให้ทุนแก่สถาบัน แต่สัดส่วนนี้ได้ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 43 ในปี 2553 ในขณะที่การให้ทุนเป็นรายโครงการกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41 ในปี 2548 (ในระดับรัฐบาลกลาง) เป็นร้อยละ 49 ในปี 2553

ทั้งนี้ หน่วยงานแต่ละประเภทต่างก็ได้รับทุนจากแหล่งทุนที่แตกต่างกัน โดยหน่วยงานที่เป็นสถาบันระดับอุดมศึกษาจะได้รับทุนจาก DFG เป็นหลัก รองลงมาคือ ภาคธุรกิจ และภาครัฐ (รัฐบาลกลางและรัฐในระดับ Länder) ตามลำดับ ในขณะที่สถาบันวิจัยที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัยจะได้รับทุนสนับสนุนโครงการจากรัฐมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคธุรกิจ และแหล่งทุนจากต่างประเทศ (สหภาพยุโรปและประเทศอื่นๆ) ในขณะที่ได้รับทุนจาก DFG ในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับสถาบันระดับอุดมศึกษา ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 68 แหล่งที่มาของเงินทุนโครงการ

	HEIs	Non-University Research Institutions
DFG and Charities	39,4%	11,0%
Federal Government and Lander	23,4%	38,0%
EU and other international sources	9,0%	15,0%
Business sector	25,8%	31,0%
Other	2,4%	5,0%
Total	100%	100%

ที่มา: JOREP (2011)

ทั้งนี้ แม้ทุนวิจัยที่ได้รับจากสหภาพยุโรปหรือแหล่งทุนในต่างประเทศจะมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย แต่ก็สถาบันวิจัยเยอรมันก็สามารถขอทุนได้จาก 2 โครงการหลัก คือ โครงการ EU Framework (ซึ่งผู้รับทุนชาวเยอรมันจะได้รับเงินประมาณ 0.75 พันล้านยูโรต่อปี) และโครงการ EUREKA ที่เป็นแหล่งทุนสำคัญของสถาบันวิจัย

หลักการจัดสรรทุนในเยอรมนี

โดยหลักการแล้ว งบประมาณของมหาวิทยาลัยจะถูกกำหนดมาจากการเจรจา การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม กฎหมาย และสัญญา อย่างไรก็ตาม ในรัฐส่วนใหญ่ งบประมาณของสถาบันระดับอุดมศึกษายังคงอิงตามการพิจารณาในอดีตเป็นอย่างมาก ทำให้ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา รัฐมีความพยายามใช้เกณฑ์การจัดสรรที่มีความเป็นกลางมากขึ้น เช่น จำนวนการลงทะเบียนเรียน ผลการปฏิบัติงาน ในการจัดสรรงบประมาณทั้งเพื่อการศึกษาและการวิจัย

ที่ผ่านมา งบประมาณของมหาวิทยาลัยมักถูกกำหนดโดยงบประมาณของปีที่แล้ว โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนบ้างไปตามอัตราเงินเฟ้อ แต่หากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือยุทธศาสตร์จะต้องมีการเจรจาดูเกี่ยวกับงบประมาณเพิ่มเติม ทำให้ชาวเยอรมันนิยมเรียกเงินทุนประเภทนี้ว่า เงินทุนที่เพิ่มขึ้นตามดุลยพินิจ (discretionary-incrementalist funding) ไม่กี่ปีที่ผ่านมา ในหลายรัฐได้ริเริ่มจัดสรรทุนโดยใช้สูตรจัดสรร (formula funding) โดยสูตรจัดสรรที่ใช้ต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่มแล้ว แต่ในปี 2553 การจัดสรรด้วยวิธีดังกล่าวยังมีเพียงเล็กน้อย (ประมาณร้อยละ 1 – 7 ของงบประมาณ) ต่อมา รัฐในระดับ Länder ได้ทดลองการให้ทุนแบบ Block Grants แทนกลไกการจัดสรรทุนแบบดั้งเดิม ทำให้สถาบันต่างๆ มีความยืดหยุ่นและมีอิสระในการพิจารณาการจัดสรรเงินทุนภายในมากขึ้น ในปี 2553 รัฐจำนวน 14 แห่ง จาก 16 แห่ง ได้หันมาใช้เกณฑ์การจัดสรรทุนโดยอิงตามประสิทธิภาพ (performance-based formulae) มาเป็นเงื่อนไขในการทุนบางส่วน ส่วนรัฐที่เหลือ ทุนวิจัยกว่าร้อยละ 80 ยังคงถูกจัดสรรบนพื้นฐานของการตัดสินใจตามดุลยพินิจ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การให้ทุนเป็นรายโครงการเริ่มมีสัดส่วนมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการแข่งขันและการจัดสรรทรัพยากรโดยอิงประสิทธิภาพที่มากขึ้น โดยเงินทุนที่สนับสนุนเป็นรายโครงการส่วนใหญ่จะสนับสนุนในสาขาวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจง ภายใต้แผนงานการวิจัยและพัฒนาที่กำหนดหัวข้อตามทิศทางกระแสหลักของโลก ส่วนที่เหลือจะเป็นทุนวิจัยและพัฒนาในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการและมาตรการด้านนวัตกรรม

ตารางที่ 69 ภาพรวมทุนวิจัยในเยอรมนี ปี 2553 จำแนกตามแหล่งเงินทุน (หน่วย: ล้านยูโร)

		Source of funds					Total (funding sector)
		Government	Higher education	Business enterprise	Private non-profit	Funds from abroad	
Sector of performance	Government	8804,6	0,0	927,4	124,1	497,7	10353,7
	Higher education	10290,4	0,0	1765,9	0,0	608,8	12665,1
	Business enterprise	2095,8	0,0	43183,0	40,2	1610,0	46929,0
	Private non-profit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total intramural	21190,7	0,0	45876,3	164,3	2716,5	69947,8

ที่มา: OECD (2012)

กรณีศึกษามูลนิธิวิจัยเยอรมัน (German Research Foundation: DFG)

มูลนิธิวิจัยเยอรมัน (German Research Foundation: DFG) เป็นองค์กรให้ทุนหลักในการส่งเสริมการวิจัยในมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยอื่นๆ ที่ได้รับทุนจากภาครัฐ สำหรับสถาบันระดับอุดมศึกษาแล้ว DFG ยังเป็นแหล่งเงินทุนที่สำคัญที่สุดของโครงการอีกด้วย

DFG เป็นองค์กรที่ดูแลบริหารจัดการด้วยตัวเอง (self-governing organization) ด้านวิทยาศาสตร์และการวิจัยในประเทศเยอรมนี สมาชิกของ DFG ได้แก่ มหาวิทยาลัยวิจัยในเยอรมนี สถาบันวิจัยที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย สมาคมวิทยาศาสตร์ และ Academies of Science and the Humanities ส่วนในด้านแหล่งทุน DFG ได้รับเงินทุนส่วนใหญ่จากรัฐและรัฐบาลกลาง คิดเป็นประมาณร้อยละ 89

1) พันธกิจและโครงสร้างองค์กร

ในการบรรลุความรับผิดชอบในฐานะองค์กรทุนวิจัย DFG จะต้องคอยติดตามการพัฒนาในปัจจุบันในการศึกษาระดับอุดมศึกษา ในการทำเช่นนั้น DFG สามารถจัดการกับความท้าทายต่างๆ เช่น ความจำเป็นในการสนับสนุนอย่างยั่งยืนสำหรับนักวิจัยรุ่นใหม่ สหวิทยาการด้านวิทยาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายในด้านการวิจัย

สถานะทางกฎหมายของ DFG คือ สมาคมที่มีกฎหมายของตัวเองกำกับอยู่ ดังนั้น DFG สามารถดำเนินการได้ภายใต้การกำกับดูแลของตัวเองเท่านั้น การดำเนินการใดๆ จึงจะถูกพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหาร (Executive Committee) ขององค์กร และในที่ประชุมสมัชชา (General Assembly) เป็นหลัก โดยคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย ประธานและรองประธานอีก 8 คน ส่วนสมัชชา ประกอบด้วย

ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มหาวิทยาลัยวิจัย สถาบันวิจัยที่สำคัญ สถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ตลอดจนองค์กรด้านวิทยาศาสตร์ต่างๆ สมาชิกจะมีหน้าที่กำหนดแนวทางและนโยบายการทำงานของ DFG อนุมัติรายงานประจำปีและรายงานบัญชี อนุมัติคณะกรรมการบริหาร เลือกตั้งประธานและสมาชิกของคณะกรรมการบริหารและวุฒิสภา รวมทั้งอนุมัติสมาชิก DFG ใหม่

นอกจากนี้ ยังมีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทางกฎหมายอีกหลายแห่ง ดังนี้

- วุฒิสภา (Senate) มีหน้าที่รับผิดชอบในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับนโยบายทางวิทยาศาสตร์และการวิจัย เป็นตัวแทนแสดงความสนใจและความกังวลต่องานวิจัยทางวิทยาศาสตร์และวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและให้คำแนะนำแก่รัฐบาล รัฐสภา และหน่วยงานของรัฐ
- คณะกรรมการร่วม (Joint Committee) เป็นหน่วยงานหลักในการตัดสินใจ เช่น ตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการตามแผนงานการจัดสรรทุนใหม่และการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน
- คณะกรรมการตรวจสอบ (Review Boards) มีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพในกระบวนการทบทวนเพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้ทุน และให้คำแนะนำแก่หน่วยงานทางกฎหมายอื่นๆ ของ DFG ในประเด็นเชิงยุทธศาสตร์
- ผู้ตรวจการด้านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Research Ombudsmen) มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่นักวิจัยทุกคนที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์ รวมถึงการประพฤติมิชอบ
- สำนักงานใหญ่ของ DFG (DFG Head Office) นอกจากคณะกรรมการบริหารแล้วยังมีอีก 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายบริหารกลาง ฝ่ายกิจการทางวิทยาศาสตร์ และฝ่ายประสานงานและโครงสร้างพื้นฐาน อาจมอบหมายให้นักวิจัยแต่ละรายหรือกลุ่มนักวิจัยทำการตรวจสอบข้อเสนอโครงการ (peer reviewers)

2) กิจกรรรม

DFG ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ทุนวิจัยและเป็นที่ปรึกษานโยบายการวิจัย รวมถึงให้บริการทุกแขนงของวิทยาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยมีภารกิจหลัก คือ

- ให้การสนับสนุนทางการเงินแก่โครงการวิจัยที่ถูกเสนอเข้ามาโดยนักวิทยาศาสตร์และนักวิชาการที่มาจากมหาวิทยาลัยและสถาบันการวิจัย
- สนับสนุนนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัยรุ่นใหม่
- ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิจัยข้ามสาขา
- ให้คำแนะนำเชิงนโยบายแก่รัฐสภา รัฐบาล และหน่วยงานรัฐในประเด็นทางวิทยาศาสตร์

3) กระบวนการให้ทุนวิจัย

การให้ทุนจะตัดสินใจจากการทบทวนและประเมินข้อเสนอโครงการ โดยผู้ประเมินจะถูกคัดเลือกโดยสำนักงานใหญ่ของ DFG โดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญ หลังจากนั้น ผู้ประเมินจะพิจารณาข้อเสนอโครงการตามความเป็นเลิศทางวิทยาศาสตร์ ความเกี่ยวข้อง และความคิตรีเริ่ม การให้ทุนจะมีทั้งในรูปแบบการให้ทุน

ส่วนบุคคลและเงินทุนในกรอบของแผนงานที่ทำงานประสานกัน โดยในปี 2552 มีการให้ทุนส่วนบุคคลเพียงร้อยละ 36 เท่านั้น

สำหรับช่องทางการให้ทุนสามารถจำแนกได้ดังนี้

- Individual Grants Programme คิดเป็นร้อยละ 36
- Coordinated Programmes คิดเป็นร้อยละ 38
- Excellence Initiative คิดเป็นร้อยละ 15
- Research Infrastructure คิดเป็นร้อยละ 7
- Scientific prizes คิดเป็นร้อยละ 2
- Measures to foster International Cooperation คิดเป็นร้อยละ 2

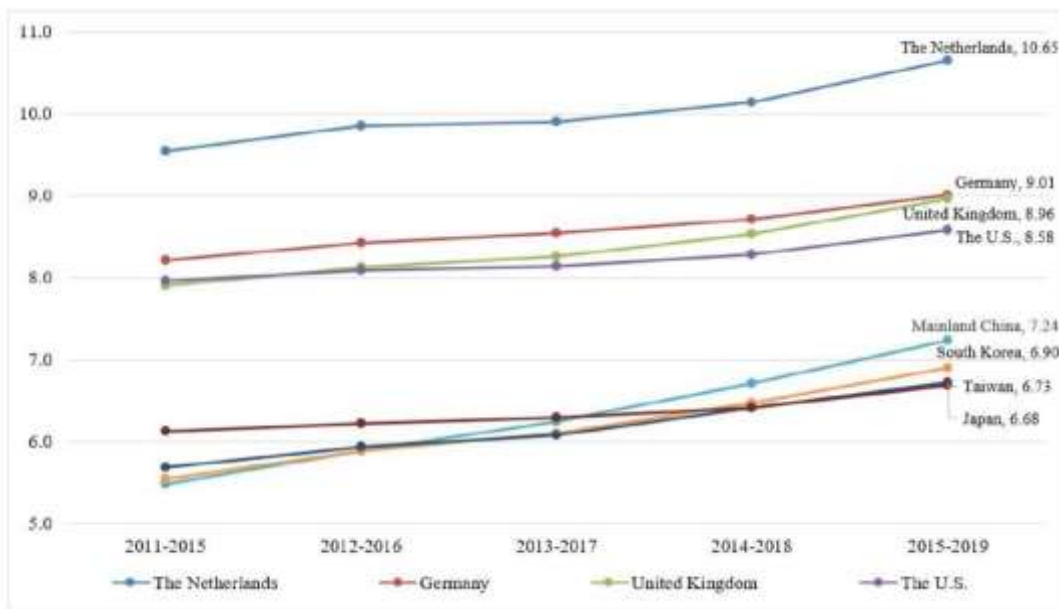
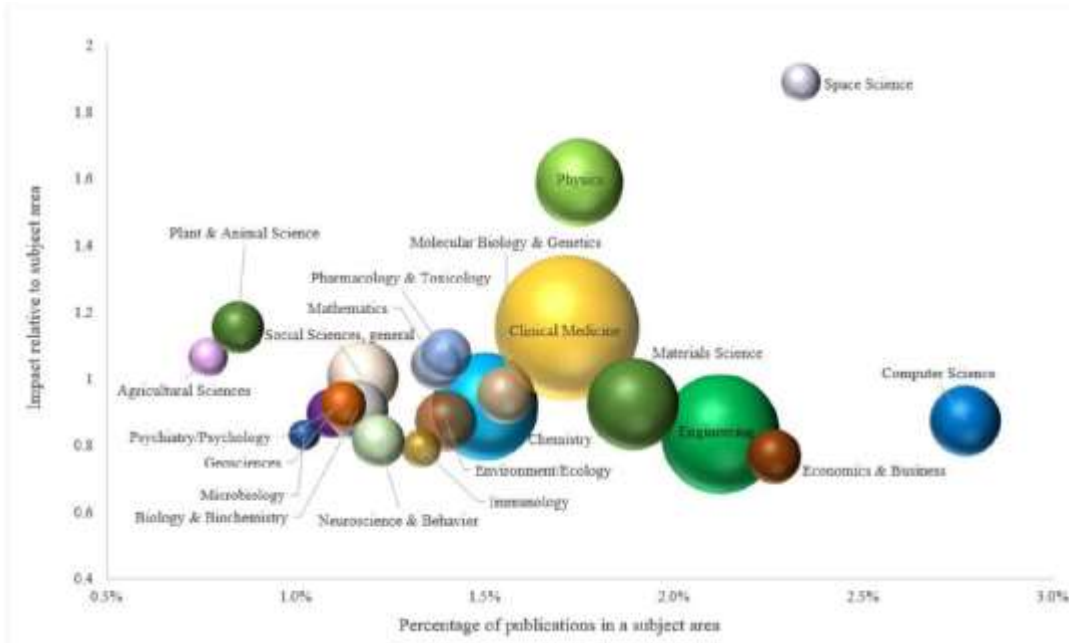
5) กรณีใต้หวัน

ในช่วงแรก ใต้หวันได้เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมแบบไล่กวดตามเทคโนโลยีประเทศอื่น (Catch-Up Industrialization) แต่ปัจจุบัน ใต้หวันได้หันมาตระหนักถึงการพัฒนาศูนย์อุตสาหกรรมและนวัตกรรมมากขึ้น โดย ใต้หวันได้พยายามปฏิรูปเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลแบบใหม่ เช่น Internet of Things (IoT) และ Artificial Intelligence (AI) ทำให้งานวิจัยของใต้หวันส่วนมากเป็นงานวิจัยที่เน้นทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมถึงเน้นการจับคู่กับภาคอุตสาหกรรมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์เป็นสำคัญ

ศักยภาพการวิจัยของใต้หวัน

ตัวชี้วัดประการหนึ่งที่สะท้อนศักยภาพด้านการวิจัย คือ ค่าความถี่ของการอ้างอิงผลงานตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ จำแนกตามสาขาวิชา (impact relative to the subject areas) โดยในใต้หวันจะพิจารณาจากตัวชี้วัดดังกล่าวมากกว่าในแง่จำนวนผลงานตีพิมพ์ ซึ่งใน ค.ศ. 2021 ใต้หวันมีค่าความถี่ของการอ้างอิงผลงานตีพิมพ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลกหรือสูงกว่า 1 ในสาขาวิทยาศาสตร์อวกาศ สาขาฟิสิกส์ สาขาพืชศาสตร์และสัตวศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์คลินิก และสาขาเกษตรศาสตร์ ในอีกทางหนึ่ง หากพิจารณาในแง่อัตราการได้รับการอ้างอิงต่อจำนวนผลงานตีพิมพ์ใน Science Citation Index Expanded (SCIE) ในช่วง ค.ศ. 2015 – 2019 ก็พบว่า ใต้หวันมีอัตราการอ้างอิงต่อจำนวนผลงานตีพิมพ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ยังต่ำกว่าสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร แต่ใต้หวันก็ยังพัฒนาใกล้เคียงกับเกาหลีใต้และญี่ปุ่น ดังรูปข้างล่าง

รูปที่ 155 ศักยภาพการวิจัยของไต้หวัน



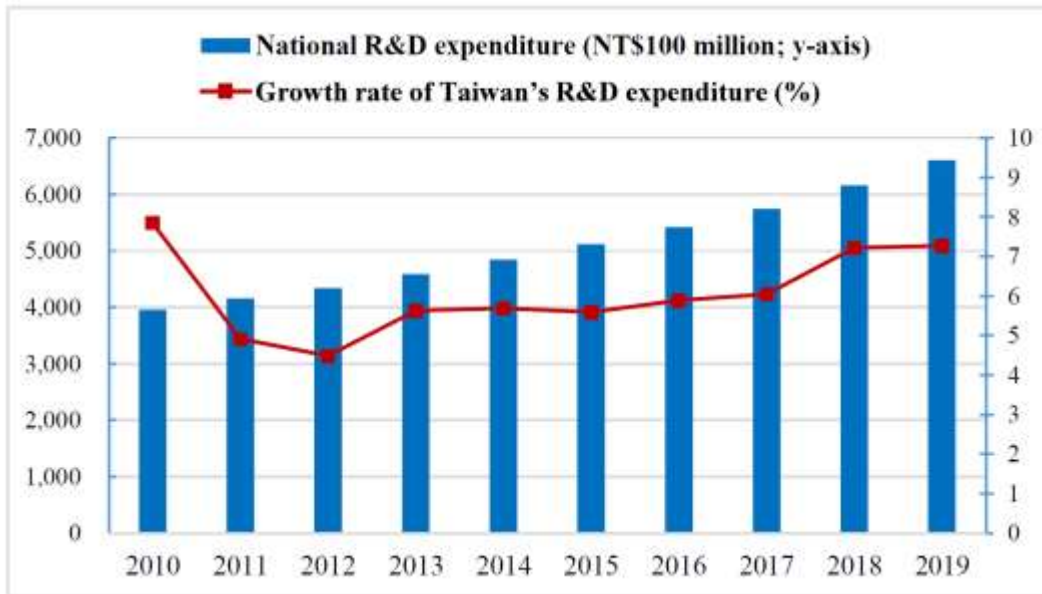
ที่มา: Ministry of Science and Technology, Taiwan (2020)

(https://www.most.gov.tw/folksonomy/list?menu_id=b6293029-a5d7-4d07-8349-94113c1d17d0&l=en&view_mode=listView)

ระบบการวิจัยในไต้หวัน

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ไต้หวันในภาพรวมทั้งภาครัฐและภาคเอกชนใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก ค.ศ. 2010 ที่ลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาอยู่ที่ 3.96 แสนล้านดอลลาร์ไต้หวัน เพิ่มขึ้นเป็น 6.61 แสนล้านดอลลาร์ไต้หวัน ใน ค.ศ. 2019 หรือเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 6.1 ต่อปี ดังรูปด้านล่าง

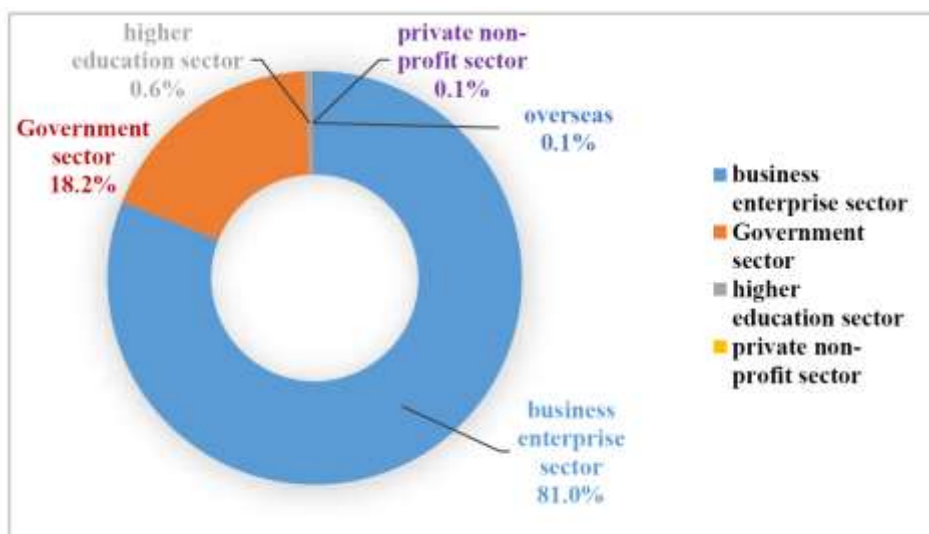
รูปที่ 156 มูลค่าการใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาในไต้หวัน ค.ศ. 2010 - 2019



ที่มา: Ministry of Science and Technology, Taiwan (2020)

หากพิจารณาตามแหล่งทุนแล้วจะพบว่า ณ ปี 2019 ภาคธุรกิจเป็นแหล่งให้ทุนด้านการวิจัยและพัฒนาในสัดส่วนที่มากที่สุดของไต้หวัน โดยคิดเป็นร้อยละ 81 ของทุนด้านการวิจัยและพัฒนาทั้งหมด ในขณะที่ทุนวิจัยและพัฒนาจากภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของทุนด้านการวิจัยและพัฒนาทั้งหมดเท่านั้น ดังรูปด้านล่าง สะท้อนให้เห็นว่า ศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาของภาคเอกชนกำลังเติบโตอย่างมาก

รูปที่ 157 สัดส่วนทุนด้านการวิจัยและพัฒนาในไต้หวัน จำแนกตามแหล่งทุน ค.ศ. 2010 - 2019



ที่มา: Ministry of Science and Technology, Taiwan (2020)

ในด้านประเภทงานวิจัย ในปี 2019 ได้หันใช้ทุนด้านการวิจัยและพัฒนาไปกับงานเชิงการพัฒนาทางเทคโนโลยี (Technological Development) มากที่สุด เท่ากับ 4.65 แสนล้านบาทได้หัน คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ งานวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) มูลค่า 1.50 แสนล้านบาทได้หัน คิดเป็นร้อยละ 22.7 และงานวิจัยพื้นฐาน (Basic Research) มูลค่า 4.61 หมื่นล้านบาทได้หัน คิดเป็นร้อยละ 7.0

ตารางที่ 70 มูลค่าการใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนา จำแนกตามประเภทงานวิจัย ค.ศ. 2015 – 2019

Unit: NTS100 million

Year	Basic Research		Applied Research		Technological Development		Total	
	Amount	%	Amount	%	Amount	%	Amount	%
2015	472	9.2%	1,181	23.1%	3,463	67.7%	5,116	100.0%
2016	468	8.6%	1,242	22.9%	3,707	68.4%	5,418	100.0%
2017	466	8.1%	1,309	22.8%	3,970	69.1%	5,745	100.0%
2018	449	7.3%	1,414	23.0%	4,296	69.7%	6,160	100.0%
2019	461	7.0%	1,500	22.7%	4,647	70.3%	6,608	100.0%

ที่มา: Ministry of Science and Technology, Taiwan (2020)

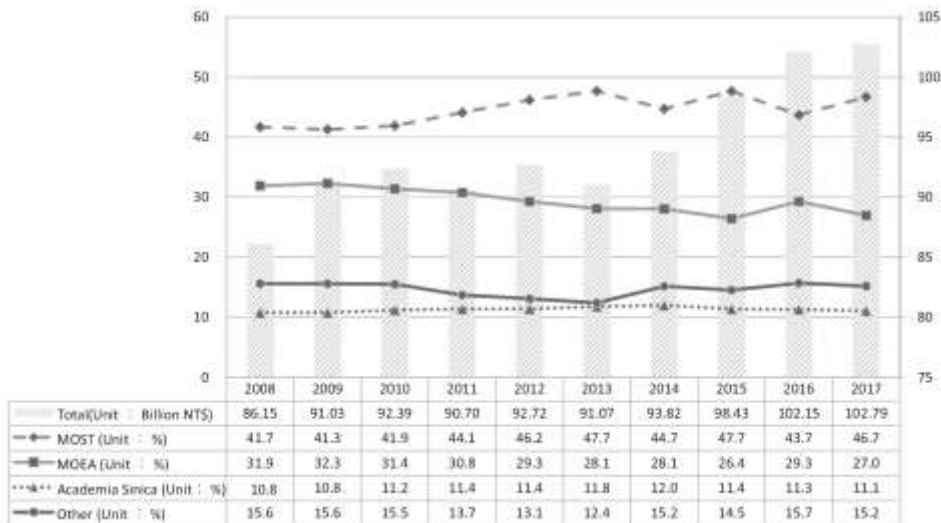
กระบวนการจัดสรรทุนวิจัยของไต้หวัน

ที่ผ่านมา ระบบนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation System: NIS) และการวิจัยและพัฒนาของไต้หวันได้มุ่งเน้นไปที่การยกระดับอุตสาหกรรมตลอดทั้งห่วงโซ่คุณค่าและห่วงโซ่อุปทาน โดยมีกระทรวงเศรษฐกิจ (Ministry of Economic Affairs: MOEA) และสถาบันวิจัยเชิงประยุกต์ภายใต้กระทรวงเศรษฐกิจ เช่น Industrial Technology Research Institute (ITRI) และ Institute for Information Industry (III) เป็นศูนย์กลาง (Focal Point) และศูนย์สั่งการ (Powerhouse) ในการขับเคลื่อนด้านนวัตกรรมทางเทคโนโลยีของไต้หวัน ในขณะที่กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Ministry of Science and Technology: MOST) หรือชื่อเดิมก่อน ค.ศ. 2014 คือ สภาวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (National Science Council) ทำหน้าที่ดูแลและบริหารจัดการงานวิจัยพื้นฐานและการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่ไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน (Blue-Sky Research) เป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลกลางได้จัดสรรงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Science and Technology (S&T)) ให้แก่กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสัดส่วนที่มากกว่ากระทรวงเศรษฐกิจมาตลอดช่วง ค.ศ. 2008 – 2017 ซึ่งเป็นเพราะกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีการริเริ่มแผนงานด้านการวิจัยและพัฒนาค่อนข้างมากกว่า เช่น จัดตั้งแผนงาน AI R&D จัดตั้งแผนงานเพื่อสร้างมูลนิธิที่ทำงานด้านเทคโนโลยีและการผลักดันงานวิจัยให้เกิดการประยุกต์ใช้ (Building the Foundation with Technology and Turning Research into Application Program) เป็นต้น ในขณะที่ ITRI หน่วยงานภายใต้กระทรวง

เศรษฐกิจ ได้เน้นไปที่การสร้างร่วมมือกับมหาวิทยาลัยชั้นนำเพื่อสร้างองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีฐานวิทยาศาสตร์ (science-based technologies) เสียมากกว่า

รูปที่ 158 งบประมาณ S&T ของรัฐบาลกลาง จำแนกตามหน่วยงาน ค.ศ. 2008 - 2017



ที่มา: San, G., & Intarakumnerd, P. (Eds.). (2021). Industrial Development of Taiwan: Past Achievement and Future Challenges Beyond 2020 (1st ed.). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781003131472>. p. 48.

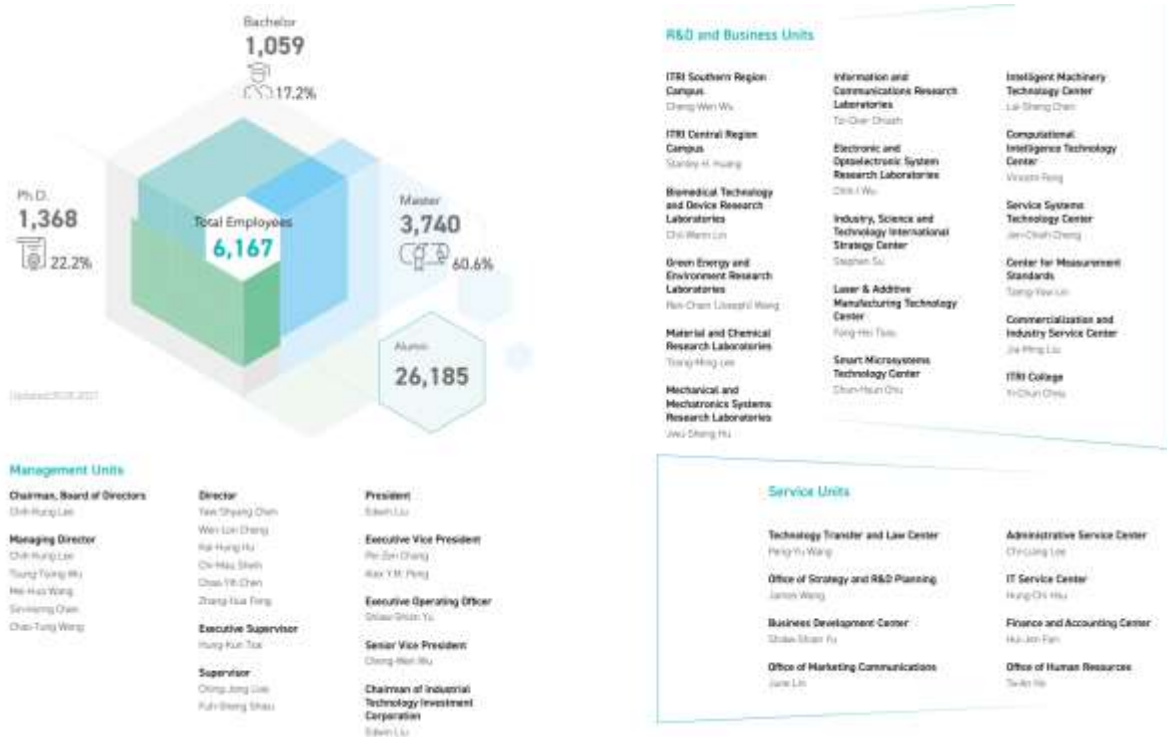
กรณีศึกษาสถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม (Industrial Technology Research Institute: ITRI)

1) พันธกิจและโครงสร้างองค์กร

สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม (Industrial Technology Research Institute: ITRI) เป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไรที่มุ่งดำเนินการวิจัยเชิงประยุกต์และให้บริการเชิงเทคนิค ก่อตั้งเมื่อ ค.ศ. 1973 มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปเศรษฐกิจได้พ้นจากอุตสาหกรรมเน้นแรงงานเข้มข้นไปสู่อุตสาหกรรมเทคโนโลยีขั้นสูง ปัจจุบัน สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมเป็นสถาบันวิจัยเทคโนโลยีเชิงประยุกต์ที่มีบุคลากรกว่า 6,000 คน และมีพันธกิจเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอุตสาหกรรม สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ และยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยการวิจัยและพัฒนาทางเทคโนโลยี ด้วยการสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมเพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา โดยปัจจุบัน สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมได้จัดตั้งและบ่มเพาะธุรกิจหลายแห่ง เช่น TSMC, UMC, Taiwan Mask Corp., Epistar Corp., Mirle Automation Corp. และ Taiwan Biomaterial Co.

สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมมีโครงสร้างองค์กรและจำนวนบุคลากร ดังรูปต่อไปนี้

รูปที่ 159 โครงสร้างองค์กรและบุคลากรของสถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมในไต้หวัน



ที่มา: ITRI (2021)

(<https://www.itri.org.tw/english/ListStyle.aspx?DisplayStyle=18&SiteID=1&MmmID=1037333564136616055>)

2) กิจกรรม

สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม เป็นหน่วยงานจัดสรรทุนที่เน้นการเรียนรู้เทคโนโลยีจากต่างประเทศ ผนวกการวิจัยและพัฒนาภายในประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถ่ายโอนและแพร่กระจายเทคโนโลยีล้ำสมัยให้แก่บริษัทในท้องถิ่น รวมทั้งบ่มเพาะ ผู้ประกอบการเข้าสู่บริษัทธุรกิจเต็มรูปแบบ

3) กระบวนการให้บริการวิจัย

สถาบันวิจัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมจะให้บริการวิจัยใน 4 รูปแบบ ดังนี้

- การบริการภาคอุตสาหกรรม (Industry Services) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่หนึ่ง คือ การบริการทางเทคโนโลยี (Technology Services) ได้แก่ การร่วมวิจัย (Joint Research) การถ่ายทอดเทคโนโลยี (Technology Transfer) การให้บริการตามสัญญา (Contract Service) การตรวจสอบและยืนยันผล (Testing and Verification) การสร้างกระบวนการผลิตนำร่องและสร้างมูลค่าเพิ่ม (Pilot Production and Value-added Services) และการทำต้นแบบและกระบวนการผลิตในโรงงาน (Prototyping and Manufacturing) ส่วนที่สอง คือ การบริการชีวการแพทย์แบบครบวงจร (One-Stop Biomedical Services) ตั้งแต่ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย

การถ่ายทอดเทคโนโลยี การแปรผลเพื่อใช้ในเชิงพาณิชย์ การทดลองเชิงคลินิก ตลอดจนการให้คำปรึกษาด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

- การบ่มเพาะ (Incubation) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่หนึ่ง คือ การให้บริการห้องทดลองเชิงปฏิบัติการ (Open Lab) โดยเน้นไปที่อุตสาหกรรม 6 ประเภท ได้แก่ สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) ระบบอิเล็กทรอนิกส์และออปโตอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic and Optoelectronic System) ชิ้นส่วนวัสดุและสารทางเคมี (Material and Chemical) ระบบเครื่องกลและเมคคาทรอนิกส์ (Mechanical and Mechatronics System) อุปกรณ์และเทคโนโลยีชีวการแพทย์ (Biomedical Technology and Device) และสิ่งแวดล้อมและพลังงานสีเขียว (Green Energy and Environment) ส่วนที่สอง คือ ศูนย์บ่มเพาะธุรกิจ (Incubation Center) เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สตาร์ทอัพที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง
- การเป็นที่ปรึกษาด้านอุตสาหกรรม (Industry Consultancy) ซึ่งจะให้คำปรึกษาโดยเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ <https://ieknet.iek.org.tw/>
- การฝึกอบรมทักษะ (Talent Training) ซึ่งจะเปิดเป็นหลักสูตรอบรมให้แก่ผู้สนใจผ่านทางเว็บไซต์ <https://college.itri.org.tw/en/>

6) กรณีเกาหลีใต้

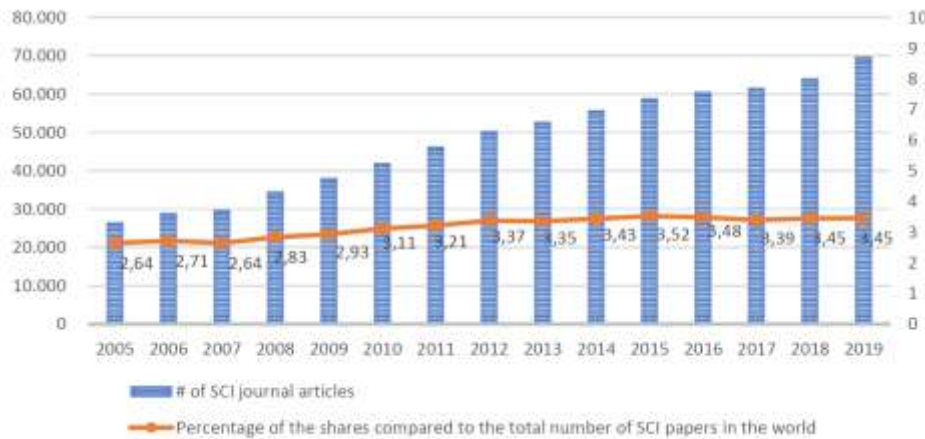
ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลเกาหลีใต้ได้ออกแบบระบบสำหรับการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เศรษฐกิจประเทศพัฒนาไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเดิมทีเกาหลีใต้เป็นประเทศที่มีตลาดการซื้อขายค่อนข้างแคบ ทรัพยากรทางธรรมชาติค่อนข้างขาดแคลน และศักยภาพทางเทคโนโลยีค่อนข้างต่ำ เกาหลีใต้จึงมุ่งเน้นใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D) และทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศ โดยรัฐบาลพยายามสร้างความเข้มแข็งทางการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ เช่น การจัดตั้งสถาบันขั้นสูงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเกาหลี (Korea Advanced Institute of Science and Technology: KAIST) ใน ค.ศ. 1971 และการจัดตั้งมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโพฮัง (Pohang University of Science and Technology: POSTECH) ใน ค.ศ. 1986 จนปัจจุบัน เกาหลีใต้ได้กลายเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจแบบกวัดไล่ (Economic Catch-Up) จากการใช้นโยบายส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตโดยรัฐ (government-led manufacturing) และอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก (export-oriented)

ศักยภาพด้านการวิจัยของเกาหลีใต้

ใน ค.ศ. 2019 เกาหลีใต้มีจำนวนบทความวารสารนานาชาติตามฐานข้อมูล Science Citation Index (SCI) มากเป็นอันดับที่ 12 ของโลก และมีจำนวนการอ้างอิงมากเป็นอันดับที่ 13 ของโลก โดยใน ค.ศ. 2019 นักวิจัยชาวเกาหลีใต้ตีพิมพ์ผลงานได้กว่า 69,618 บทความ เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วคิดเป็นร้อยละ 8.47 ทั้งนี้ กว่า

ร้อยละ 42.4 เป็นบทความจากมหาวิทยาลัยเกาหลีใต้ 20 อันดับแรกของประเทศ ซึ่งเป็นของมหาวิทยาลัยแห่งชาติโซล (Seoul National University) มากที่สุด โดยเท่ากับ 4,372 บทความ กรณีนี้เฉพาะผู้เขียนคนแรกหรือผู้เขียนหลัก) และเท่ากับ 8,289 บทความ กรณีนี้ผู้แต่งร่วมด้วย

รูปที่ 160 จำนวนผลงานและการอ้างอิงบทความวารสารนานาชาติของเกาหลีใต้ ค.ศ. 2005 – 2019



ที่มา: Lee, S. J. (2021). Research university initiatives in South Korea: Accomplishments and challenges. Higher Education Governance & Policy, 2(1), 47.

ระบบการวิจัยในเกาหลีใต้

1) โครงสร้างระบบวิจัย

ใน ค.ศ. 1991 รัฐบาลได้จัดตั้งสภาที่ปรึกษาประธานาธิบดีด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Presidential Advisory Council on Science and Technology: PACST) ขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ประธานาธิบดีเกี่ยวกับนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสำหรับการพัฒนาบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ และทิศทางของนโยบาย อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการปรับปรุงระบบงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและด้านการจัดทำนโยบายอีกด้วย

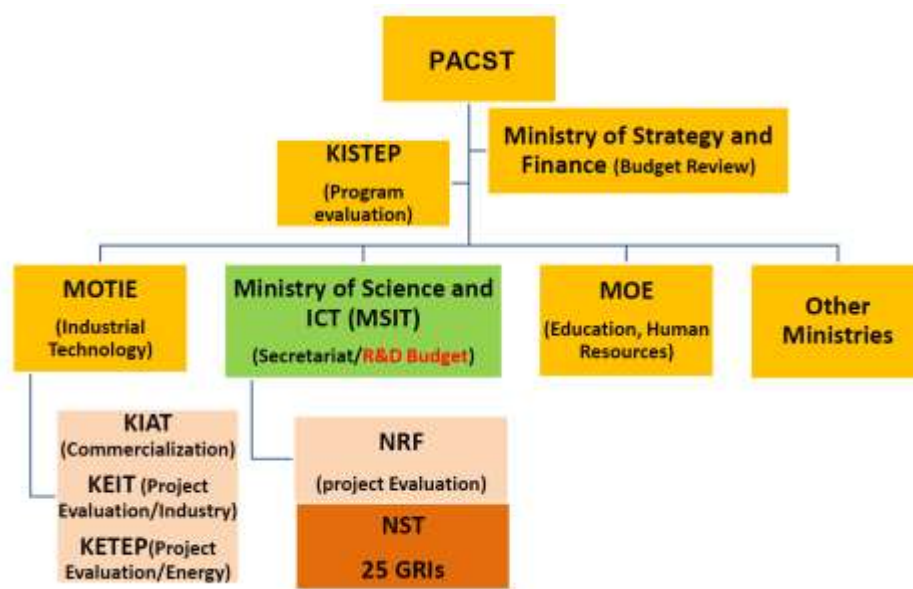
จากนั้นรัฐบาลได้จัดตั้งสภาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (National Science and Technology Council: NSTC) ขึ้นมาใน ค.ศ. 1999 เพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบายและแผนหลักในการสนับสนุนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในภาพรวมทั้งประเทศ จัดทำแผนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน ประสานและจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศ สืบค้น วิเคราะห์ และประเมินโครงการวิจัยและพัฒนาของประเทศ รวมทั้งประสานนโยบายเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

กระทั่ง วันที่ 17 เมษายน ค.ศ. 2018 สภาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติได้ถูกควมรวมให้ไปอยู่กับสภาที่ปรึกษาประธานาธิบดีด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ปัจจุบันเหลือเพียงสภาที่ปรึกษาประธานาธิบดีด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ การ

จัดทำนโยบายและแผน การบริหารจัดการประสานนโยบาย ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัย วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ดังนี้

- กระทรวงยุทธศาสตร์และการเงิน (Ministry of Strategy and Finance: MOSF) ทำหน้าที่สนับสนุนด้านการพิจารณาและจัดสรรงบประมาณให้แก่กระทรวงและหน่วยงานต่างๆ
- สถาบันประเมินและวางแผนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (Korea Institute of S&T Evaluation and Planning: KISTEP) ทำหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าของโครงการการวิจัยและพัฒนาที่กระทรวงแต่ละแห่งดำเนินการ
- กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Ministry of Science and ICT: MSIT) ทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการให้แก่สภาที่ปรึกษาประธานาธิบดีด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และบริหารจัดการงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา โดยมีหน่วยงานสังกัดกระทรวงที่สำคัญ อยู่ 2 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี (National Research Foundation of Korea: NRF) ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางที่สนับสนุนการวิจัยครอบคลุมทั้งสาขาสังคมศาสตร์และสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสภาวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (National Research Council of Science & Technology) ซึ่งเป็นหน่วยงานสนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิจัยด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ได้รับทุนจากภาครัฐ (Government-funded Research Institutes: GRIs) ที่ปัจจุบันมีอยู่ 25 แห่ง เช่น Korea Institute of Science and Technology (KIST) Korea Basic Science Institute (KBSI) Korea Astronomy and Space Science Institute (KASI) เป็นต้น
- กระทรวงต่างๆ ที่ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาตามพันธกิจ เช่น กระทรวงการค้า อุตสาหกรรม และพลังงาน (Ministry of Trade, industry and Energy: MOTIE) ทำหน้าที่วิจัยด้านเทคโนโลยีอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ (Ministry of Education: MOE) รับผิดชอบการวิจัยด้านการศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ เป็นต้น

รูปที่ 161 โครงสร้างการวิจัยของเกาหลีใต้



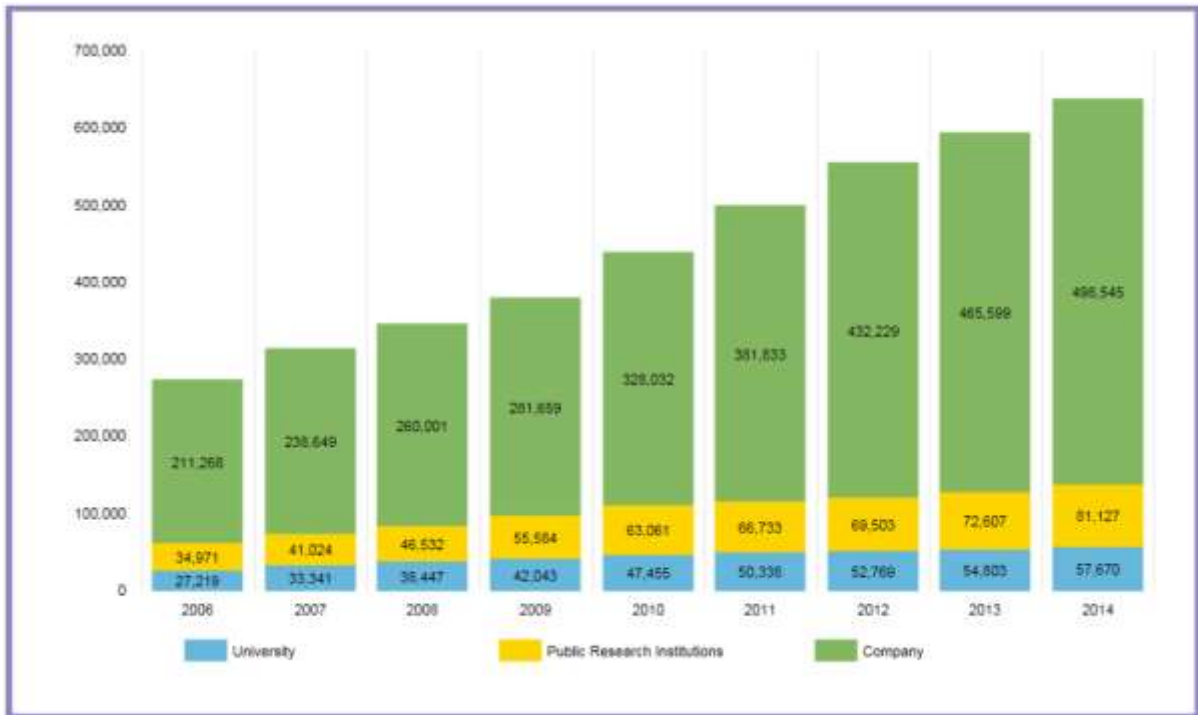
ที่มา: Ministry of Science and ICT (MSIT), South Korea (2018)

(https://www.ctc-n.org/files/national_systems_of_innovation_experience_korea.pdf)

2) แหล่งทุนวิจัย

ตลอดช่วง ค.ศ. 2006 - 2014 ภาคธุรกิจเป็นภาคส่วนที่ลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาในสัดส่วนมากที่สุดเกาหลีใต้ คิดเป็นสัดส่วนเกือบร้อยละ 80 ของมูลค่าการวิจัยและพัฒนาในประเทศมาโดยตลอด โดยใน ค.ศ. 2014 ภาคธุรกิจลงทุนไปประมาณ 49.85 ล้านล้านวอน คิดเป็นร้อยละ 78.3 ของมูลค่าการวิจัยและพัฒนาทั้งหมด ในขณะที่ภาครัฐลงทุนไปเพียง 8.11 ล้านล้านวอน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ของมูลค่าการวิจัยและพัฒนาทั้งหมดเท่านั้น ส่วนมหาวิทยาลัยเป็นภาคส่วนที่ลงทุนวิจัยและพัฒนาน้อยที่สุด โดยลงทุนเพียง 5.77 ล้านล้านวอน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ของมูลค่าการวิจัยและพัฒนาทั้งหมด

รูปที่ 162 สัดส่วนการจัดสรรทุนวิจัยในเกาหลีใต้ ค.ศ. 2006 - 2014 (หน่วย: ร้อยล้านบาท)



ที่มา: Ministry of Science and ICT (MSIT), South Korea (2018)

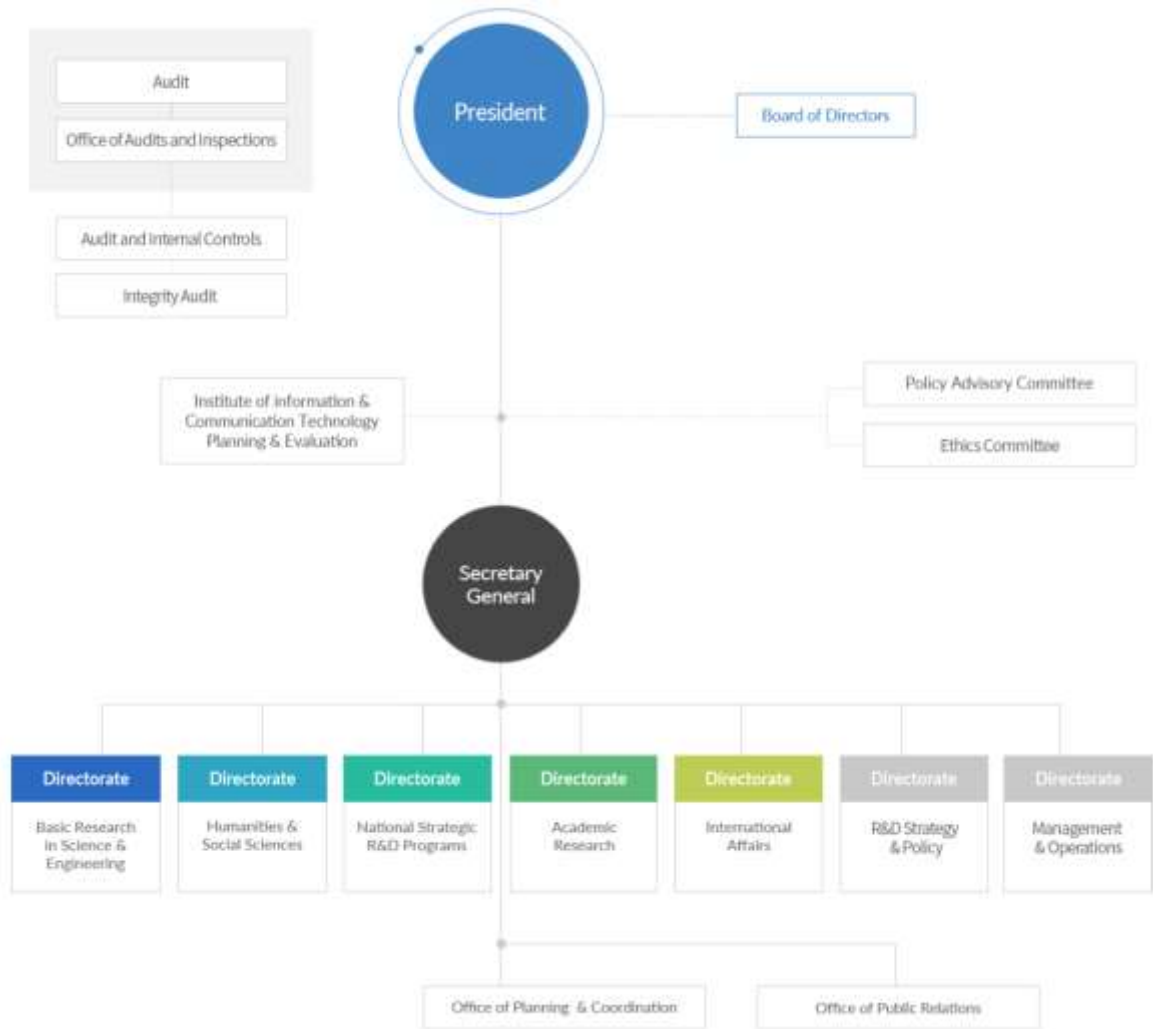
กรณีศึกษามูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี (National Research Foundation of Korea: NRF)

มูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี (National Research Foundation of Korea: NRF) เป็นหน่วยให้ทุนวิจัยแก่นักวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ก่อตั้งเมื่อ ค.ศ. 2009 ซึ่งเกิดจากการควมรวม 3 หน่วยงานเข้าด้วยกัน ได้แก่ Korea Science and Engineering Foundation (KOSEF) Korea Research Foundation (KRF) และ Korea Foundation for International Cooperation of Science and Technology (KICOS) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับระบบการให้ทุนวิจัยพื้นฐานของประเทศในทุกสาขาวิชา ปัจจุบัน ด้วยทิศทางยุทธศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศ ทำให้มูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลีได้ตั้งเป้าหมายให้เกาหลีใต้เป็นประเทศแนวหน้าของยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 หรือยุคอุตสาหกรรม 4.0 ที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างเทคโนโลยีทางกายภาพกับเทคโนโลยีทางดิจิทัล

1) พันธกิจและโครงสร้างองค์กร

พันธกิจของมูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี คือ มุ่งสร้างความก้าวหน้าทางความรู้และการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยการสนับสนุนงานวิจัยเชิงสร้างสรรค์และการส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่วนในด้านโครงสร้างองค์กร ปัจจุบัน มีบุคลากรจำนวน 471 คน มีประธานเป็นผู้ดำรงตำแหน่งสูงสุด โดยมีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้กำกับดูแล รองลงมาเป็นเลขาธิการคอยรับคำสั่งจากประธานแล้วส่งการลงไปยัง 7 ฝ่าย ดังรูปต่อไปนี้

รูปที่ 163 โครงสร้างองค์กรของมูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี



ที่มา: National Research Foundation of Korea (2022)

(<https://www.nrf.re.kr/eng/page/d1d7c71c-85ff-4788-835c-d639e1566fbc>)

2) งบประมาณ

ณ ปีงบประมาณ ค.ศ. 2020 มูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลีได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 6,427 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยงบถูกใช้ไปกับการให้ทุนแก่งานวิจัยทางวิชาการและมหาวิทยาลัยมากที่สุด เท่ากับ 2,071 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ แผนงานการวิจัยและพัฒนาตามยุทธศาสตร์ประเทศ เท่ากับ 2,032 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 31.6 และงานวิจัยพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ เท่ากับ 1,864 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 29.0 ส่วนที่เหลือเป็นไปตามรูปดังต่อไปนี้

รูปที่ 164 โครงสร้างองค์กรของมูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลี



ที่มา: National Research Foundation of Korea (2022)

(<https://www.nrf.re.kr/eng/page/d1d7c71c-85ff-4788-835c-d639e1566fbc>)

3) กระบวนการให้ทุนวิจัย

มูลนิธิวิจัยแห่งชาติเกาหลีมีกระบวนการให้ทุนวิจัยอยู่ 7 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

- (1) จัดทำแผนงานวิจัยประจำปี เพื่อระบุความเปลี่ยนแปลงของยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนา
 - (2) ประกาศรายละเอียดแผนงานวิจัยที่จะมีการให้ทุนบนเว็บไซต์
 - (3) ประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัย
 - (4) จัดทำแผนสำหรับการประเมินงานวิจัยในแต่ละระยะ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมิน เช่น ระเบียบวิธีประเมิน แนวทางการจัดสรรงบประมาณ โควตาผลงานที่ผ่านการคัดเลือก เป็นต้น
 - (5) ทบทวนข้อเสนอโครงการที่ส่งเข้ามา พิจารณาและคัดเลือกโครงการวิจัย
 - (6) แฉ่งนักวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก จัดทำสัญญาและจัดสรรทุน
- บริหารจัดการกระบวนการวิจัย ทบทวนผลการวิจัยในแต่ละขั้นตอน รวมถึงผลการวิจัยขั้นสุดท้าย และวิเคราะห์ผลที่ได้รับจากการวิจัย

เพื่อให้การประมวลหัวข้อ/ประเด็นในการศึกษานี้สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมแต่ไม่ซับซ้อนมาก คณะผู้วิจัยได้จัดหมวดงานวิจัยเพื่อรับมือ COVID-19 ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้ (โดยประยุกต์กรอบการแบ่งกลุ่มจาก Wang and Hong (2020) แต่กลุ่มที่แบ่งขยายออกไปนอกการแพทย์มากกว่า)

- 1) การแพทย์/สาธารณสุข: ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยา
- 2) การแพทย์: การตรวจ และมาตรการป้องกัน/วัคซีน และการรักษา
- 3) เศรษฐกิจและสังคม (รวมการบริหารผลกระทบ และการจัดการด้านทรัพยากรในระบบสาธารณสุข)
- 4) รัฐศาสตร์ (รวมการวิจัยด้านกลไกระบบบริหารจัดการของภาครัฐในภาวะฉุกเฉิน)

ซึ่งจะดำเนินการสำรวจความก้าวหน้าการวิจัยในโลก และเทียบเคียงกับการดำเนินการในระบบ ววน. ซึ่งได้ระบุไว้ในหัวข้อก่อนหน้า จากนั้นจึงดำเนินการประเมินผ่านการวิเคราะห์ช่องว่าง และการระดมความเห็นขององค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบ ววน. ซึ่งจะประมวลไว้ในหัวข้อย่อยสุดท้ายของหัวข้อนี้

23.1 การวิจัยทางการแพทย์/สาธารณสุข ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยา

การวิจัยทางการแพทย์ด้านโรค/สายพันธุ์ ระบาดวิทยา/มาตรการควบคุมโรค เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการระบาดของโรค เป็นประเด็นวิจัยที่ไทยมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโดยหน่วยงานอุดมศึกษาด้านการแพทย์ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของไทย งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการติดตามและประเมินแนวโน้มและความรุนแรงรวมทั้งผลของการระบาด

ในหัวข้อนี้ มีโจทย์วิจัยที่มีความท้าทายมากได้แก่ การคาดการณ์ผลและความเร็วในการการแพร่หรือความชุกของสายพันธุ์ใหม่ๆ ในประเทศไทยรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดตามมา การสร้างโมเดลด้านระบาดวิทยาที่นำมาช่วยในการรับมือการระบาดในพื้นที่ต่างๆ และการออกแบบมาตรการควบคุมการระบาดที่คำนึงถึงผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจและเชื่อมโยงกับมาตรการเยียวยาด้วย

ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีตัวอย่างโครงการวิจัยในหมวดนี้ที่ระบบ ววน. สนับสนุน และตัวอย่างงานวิจัยในหมวดนี้ที่ทบทวนจากต่างประเทศ ที่คณะผู้วิจัยสรุปไว้ใน 2 ตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 71 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยาในไทย

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานให้ทุน	หน่วยงานที่รับทุน
2564	แผนศึกษาภูมิคุ้มกันและพันธุศาสตร์ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนโควิด-19	วช.	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2564	การศึกษาระบบภูมิคุ้มกันของโควิด-19 ในเขตพื้นที่ความเสี่ยงสูงในประเทศไทย	วช.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	การศึกษาระบบภูมิคุ้มกันโควิด -19 ในชุมชนจังหวัดปัตตานี	สวรส.	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน)
2563	โครงการศึกษา Neutralizing Antibody และ การผลิตพลาสมาผู้ที่ฟื้นจากโรคโควิด-19 และ Hyperimmune Globulin (IM)	สวรส.	สภากาชาดไทย
2564	ศึกษาผลกระทบของการกลายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 ที่มีต่อความสามารถ ในการจับกับโปรตีน ACE2 และ neutralize ของซีรัมจากผู้หายจากโรคและ ผู้ได้รับวัคซีนโควิด19	บพข.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การศึกษาระบบการติดเชื้อเข้าสู่เซลล์ของไวรัสที่มีความเสี่ยงจากสัตว์สู่คนด้วยเทคโนโลยีไวรัสตัวแทน	บพค.	สวทช.
2564	การศึกษาคูณสมบัติ SARS-CoV-2 กลายพันธุ์ในประเทศไทย	บพข.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การพัฒนาแบบจำลองเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจแบบปฐมภูมิเพื่อศึกษาการติดเชื้อไวรัส SAR-CoV2 และไวรัสที่ข้ามจากสัตว์สู่คน	บพค.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	โครงการความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อด้วยการตรวจทางซีโรโลยี การตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้า ที่ดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ภายในโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร	สวรส.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การวิจัยขั้นแนวหน้าเพื่อศึกษาบทบาทของถุงล่องเซลล์ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	บพค.	มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่มา: สกสว.

ตารางที่ 72 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านโรค/สายพันธุ์ และระบาดวิทยาในต่างประเทศ
 ก) การวิจัยด้านเชื้อ/สายพันธุ์

การศึกษา	รายละเอียด
David Veesler (2021)	<p>ชื่อบทความ: การหลีกเลี่ยงภูมิคุ้มกันของสายพันธุ์ B.1.427/B.1.429 (SARS-CoV-2 immune evasion by variant B.1.427/B.1.429)</p> <p>โจทย์วิจัย: ประเมินการหลีกเลี่ยงภูมิคุ้มกันของการกลายพันธุ์ spike protein ที่อยู่ในสายพันธุ์ใหม่ B.1.427/B.1.429 ที่พบครั้งแรกที่รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา</p> <p>ตัวอย่าง: พลาสมาจาก 11 คนที่ได้รับวัคซีน Moderna จำนวนสองโดส และจาก 14 คนที่ได้รับวัคซีน Pfizer จำนวน 2 โดส</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: เก็บตัวอย่างพลาสมาระหว่างวันที่ 7 ถึง 27 วันหลังจากการฉีดวัคซีนสองโดส</p> <p>วิธีวิจัย: ทำทดสอบในห้องปฏิบัติการ (laboratory) หลังจากได้ตัวอย่างพลาสมาจากผู้ที่ได้รับวัคซีน mRNA แล้ว นักวิจัยได้เปรียบเทียบ neutralization potency จากวัคซีน mRNA ต่อสายพันธุ์ตั้งต้นกับสายพันธุ์กลายพันธุ์ B.1.427 หรือ B.1.429 การวัด neutralization potency จะใช้ระบบการจำลองแบบหลอกของไวรัสเลนติไวรัส (lentiviral (HIV) pseudotyping system) และการวัดค่าเฉลี่ยทางเรขาคณิต (geometric mean titers หรือ GMTs)</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทดสอบในห้องปฏิบัติการพบว่าแอนติบอดีที่เป็นกลาง (neutralizing antibodies) ของผู้ที่ฉีดวัคซีนไฟเซอร์หรือวัคซีนโมเดอร์นาแล้วสองโดส โดยเฉลี่ยแล้วมีประสิทธิภาพป้องกันน้อยกว่าประมาณสามเท่าเมื่อพบกับโปรตีนสไปค์กลายพันธุ์ใน B.1.427 และ B.1.429 ● โดยเฉลี่ยพลาสมาจากตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Moderna neutralization potency ลดลง 2.8 เท่าเมื่อเจอกับสายพันธุ์ B.1.427/B.1.429 เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ตั้งต้น ● สำหรับพลาสมาที่ได้รับวัคซีน Pfizer neutralization potency ลดลง 4 เท่าเมื่อพบกับสายพันธุ์ B.1.427/B.1.429 เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ตั้งต้น <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f5jq</p>

การศึกษา	รายละเอียด
<p>Xiaoying Shen and David Montefiori (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: การตอบสนองต่อแอนติบอดีของสายพันธุ์ B.1.429 และ B.1.351 (Neutralization of SARS-CoV-2 Variants B.1.429 and B.1.351)</p> <p>โจทย์วิจัย: การตอบสนองของแอนติบอดีของผู้ป่วยพักฟื้น ผู้ที่ได้รับวัคซีน Moderna หรือ Novavax ต่อสายพันธุ์ B.1.429 และ B.1.351 (VOC) เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ตั้งต้น</p> <p>ตัวอย่าง: ตัวอย่างในเซรัมจากผู้ป่วยพักฟื้นจากการติดเชื้อโควิด 14 ราย และจากผู้รับวัคซีน 49 ราย ประกอบไปด้วยวัคซีน Moderna ผู้รับ 26 ราย และวัคซีน Novavax 23 ราย</p> <p>หมายเหตุ: นักวิจัยเลือกผลตัวอย่างจากวัคซีน Moderna ที่แสดงระดับความเข้มข้นของระดับภูมิคุ้มกันสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนตัวอย่าง Novavax ถูกสุ่มเลือกและไม่ได้เลือกบนพื้นฐานของระดับภูมิคุ้มกัน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: เก็บตัวอย่างเซรัมของผู้ป่วยพักฟื้น 1 ถึง 8 สัปดาห์หลังจากหายจากการติดเชื้อโควิดที่ระบาดในปี 2019 หรือ 2 ถึง 10 สัปดาห์หลังจากการตรวจเชื้อและผลเป็นบวกครั้งสุดท้าย ส่วนตัวอย่างเซรัมที่ได้รับจากผู้รับวัคซีน Moderna เก็บในวันที่ 57 (28 วันหลังจากฉีดวัคซีนโดสที่สอง) และเก็บตัวอย่างเซรัมของผู้ที่ได้รับวัคซีน Novavax วันที่ 35 (14 วันหลังจากฉีดวัคซีนโดสที่สอง)</p> <p>วิธีวิจัย: เป็นการทดสอบในห้องปฏิบัติการ</p> <p>ตัวอย่างเซรัมที่เก็บได้จะทำการทดสอบกิจกรรมการทำให้เป็นกลาง (neutralizing activity) กับสายพันธุ์กลายพันธุ์ B.1.429 ที่พบครั้งแรกที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และสายพันธุ์ B.1.351 ที่พบครั้งแรกในแอฟริกาใต้ (สายพันธุ์ที่น่ากังวล VOC)</p> <p>หลังจากนั้นนักวิจัยได้เปรียบเทียบการทำให้เป็นกลาง (neutralizing activity) ของสายพันธุ์กลายพันธุ์กับสายพันธุ์ตั้งต้น</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> • นักวิจัยพบว่าสายพันธุ์ B.1.429 มีความไวต่อการทำให้เป็นกลางน้อยกว่าในตัวอย่างเซรัมของผู้ป่วยพักฟื้นและจากตัวอย่างเซรัมของผู้ที่ได้รับวัคซีนน้อยกว่าประมาณ 2 ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ตั้งต้น • ในขณะที่สายพันธุ์ B.1.351 มีความไวต่อการทำให้เป็นกลางน้อยกว่าประมาณ 9 ถึง 14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ตั้งต้น

การศึกษา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● สำหรับค่าเฉลี่ยทางเรขาคณิต ID50 (geometric mean ID50 titers) ของเซรัมที่ได้จากผู้ป่วยพักฟื้นเมื่อป้องกันสายพันธุ์ B.1.429 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.1 เท่า (ช่วงคือ 1.4 ถึง 8.8) เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ดั้งเดิม ● สำหรับเซรัมของผู้ที่ได้รับวัคซีน Moderna และ Novavax มีค่าเฉลี่ยทางเรขาคณิต ID50 (geometric mean ID50 titers) ต่ำกว่า 2.0 และ 2.5 เท่า ตามลำดับ สายพันธุ์ดั้งเดิม ● เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ดั้งเดิมแล้ว ค่าเฉลี่ยทางเรขาคณิต ID50 (geometric mean ID50 titers) ของเซรัมที่ได้จากผู้ป่วยพักฟื้นเมื่อป้องกันสายพันธุ์ B.1.351 ต่ำกว่า 13.1 เท่า ต่ำกว่า 9.7 เท่า สำหรับเซรัมของผู้ที่ได้รับวัคซีน Moderna และ ต่ำกว่า 14.5 เท่าสำหรับเซรัมของผู้ที่ได้รับวัคซีน Novavax ● สรุป ผลลัพธ์ชี้ให้เห็นว่าแอนติบอดีที่ทำให้เป็นกลางที่กระตุ้นด้วยวัคซีนถึงแม้จะลดลง แต่ยังคงมีประสิทธิภาพในการต่อต้านสายพันธุ์ B.1.429 อยู่ แต่ประสิทธิภาพการป้องกันจากสายพันธุ์ B.1.351 นั้นน่ามีความกังวล <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f5kc</p>
Tulio de Oliveira (2021)	<p>ข้อบทความ: สายพันธุ์ใหม่ที่น่าสนใจของ SARS-CoV-2 ที่มีการกลายพันธุ์ของโปรตีนสไปค์หลายตำแหน่งได้ตรวจพบผ่านการเฝ้าระวังการเดินทางในแอฟริกา (A novel variant of interest of SARS-CoV-2 with multiple spike mutations detected through travel surveillance in Africa)</p> <p>โจทย์วิจัย: ตรวจสอบและแสดงผล genomic surveillance ลักษณะการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์ใหม่ที่ตรวจพบในผู้โดยสารทางอากาศ</p> <p>ตัวอย่าง: ผู้โดยสารทางอากาศ 118 คน ที่ทำการตรวจหาเชื้อแบบ nasopharyngeal swab</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: มกราคมถึงมีนาคม 2021</p> <p>วิธีวิจัย: PCR test และ nasopharyngeal swab</p> <p>ในการตรวจหาเชื้อใน 118 ตัวอย่างนี้ นักวิจัยได้นำตัวอย่างไปผลิตจีโนมคุณภาพสูงจำนวน 73 รายการ (ครอบคลุมมากกว่า 80%) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 14 รายการนั้นเป็น VOCs/VOI ที่รู้จักอยู่แล้ว (501Y.V2/B.1.351 จำนวนเจ็ดรายการ B.1.1.7 จำนวนหกรายการ และ B.1.525 จำนวนหนึ่งรายการ)

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>2) 44 รายการ คือ C.16 (เป็นสายพันธุ์ทั่วไปที่แพร่ระบาดในประเทศโปรตุเกส)</p> <p>3) 12 รายการเป็นเชื้อสายพันธุ์อื่น ๆ</p> <p>นอกจากนี้ ยังตรวจพบ VOI ใหม่ในนักเดินทางที่มาจากประเทศแทนซาเนียสามคน ซึ่งได้รับการทดสอบร่วมกันที่สนามบินในช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ จีโนมทั้งสามจากผู้โดยสารเหล่านี้เกือบจะเหมือนกันและนำเสนอลำดับที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างในเชื้อสาย A (A lineage)</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สายพันธุ์เฝ้าระวังนี้ (Variant of Interest VOI) ซึ่งกำหนดเป็น A.VOI.V2 ชั่วคราว มีการแทนที่กรดอะมิโน (amino acid substitutions) 31 ครั้ง (11 ตัวในหนามแหลม spike) และมีการลบออก (deletions) สามครั้ง (ทั้งหมดในหนามแหลม spike) ● การกลายพันธุ์ของสไปค์ มีสามตัวที่เป็นแบบการแทนที่ (substitutions) ในโดเมนของตัวจับรีเซพเตอร์ (receptor-binding domain) ดังนี้ R346K, T478R และ E484K ● มีการการแทนที่ (substitutions) ห้าครั้งและการลบ (deletions) สามครั้งในโดเมน N-terminal ซึ่งบางส่วนอยู่ใน supersite แอนติเจน (Y144Δ, R246M, SYL247-249Δ และ W258L) ● สุดท้ายมีการแทนที่ (substitutions) สองครั้งที่อยู่ติดกับตำแหน่ง S1/S2 cleavage site (H655Y และ P681H) <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f48g</p>
Tulio de Oliveira (2021)	<p>ชื่อบทความ: การหลบหนีของ SARS-CoV-2 สายพันธุ์ 501Y.V2 จากภูมิคุ้มกันของพลาสมาผู้ป่วยพักฟื้น (Escape of SARS-CoV-2 501Y.V2 from neutralization by convalescent plasma)</p> <p>โจทย์วิจัย: หลังจากมีการระบาดระลอกที่สองโดยสายพันธุ์ 501Y.V2 นักวิจัยต้องการเปรียบเทียบตัวอย่างพลาสมาผู้ป่วยพักฟื้นจากระลอกแรกกับผู้ป่วยจากระลอกที่สอง</p> <p>ตัวอย่าง: ตัวอย่างพลาสมาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้วหายจากโควิด จากการระบาดของโควิดระลอกแรกและระลอกที่สองใน ประเทศแอฟริกาใต้ โดยมีตัวอย่างพลาสมาจากผู้เข้าร่วม 14 คน จากการติดเชื้อในการระบาดระลอกแรก และตัวอย่างพลาสมาจากผู้เข้าร่วม 3 คน จากการติดเชื้อในการระบาดระลอกที่สอง</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ตุลาคม 2563 ถึง มกราคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย:</p> <p>ใช้การทดสอบการทำให้เป็นกลางของไวรัสที่มีชีวิต (live-virus neutralization assay) นักวิจัยได้เปรียบเทียบการทำให้เป็นกลางของสายพันธุ์ที่ไม่ใช่ VOC กับ 501Y.V2 ที่เป็น VOC (หรือที่รู้จักในชื่อ B.1.351) โดยใช้พลาสมาที่รวบรวมจากผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 ทั้งสองระลอกของการติดเชื้อในแอฟริกาใต้ โดยในการระบาดระลอกที่สองนี้มีการแพร่ระบาดของไวรัส 501Y.V2 เป็นส่วนใหญ่</p> <p>จากการจัดลำดับของไวรัสพบว่าการติดเชื้อของผู้บริจาคพลาสมาจากการระบาดระลอกแรกไม่มีการกลายพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับสายพันธุ์ 501Y.V2 ยกเว้นการติดเชื้อหนึ่งรายการที่มีการแทนที่ (substitution) ขอว E484K ใน receptor-binding domain</p> <p>หมายเหตุ: การรายงานของการวิจัยนี้ไม่ใช้วิธีการทางสถิติในการกำหนดขนาดตัวอย่างล่วงหน้า การทดลองไม่ได้สุ่มและผู้วิจัยไม่ได้ปิดบังการจัดสรรระหว่างการทดลองและการประเมินผลลัพธ์</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พบว่าพลาสมาจากการระบาดระลอกที่สองมีประสิทธิภาพมากกว่า 15 เท่าในการป้องกันสายพันธุ์ 501Y.V2 จากการติดเชื้อในเซลล์ในงานทดลอง เมื่อเทียบกับพลาสมาการระบาดระลอกแรก ● พบว่าพลาสมาการระบาดระลอกที่สองมีประสิทธิภาพป้องกันสายพันธุ์ในการระบาดระลอกแรก โดยมีประสิทธิภาพที่คล้ายคลึงกับวัคซีนไฟเซอร์-ไบโอเอ็นเทค ซึ่งหมายความว่าวัคซีนที่ปรับปรุงเพื่อต่อต้านสายพันธุ์ 501Y.V2 สามารถป้องกันสายพันธุ์โคโรนาไวรัสรุ่นก่อน ๆ ได้อีกด้วย <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f362</p>
Ben Jackson (2021)	<p>ชื่อบทความ: จีโนมการรวมใหม่ของยีนสายพันธุ์ B.1.1.7 ในสหราชอาณาจักร (Recombinant SARS-CoV-2 genomes involving lineage B.1.1.7 in the UK)</p> <p>หมายเหตุ: การรวมตัวกันใหม่ (Recombinant) เกิดขึ้นเมื่อหนึ่งเซลล์ติดเชื้อไวรัสหลายสายพันธุ์ และสารพันธุกรรมของสายพันธุ์เหล่านั้นเกิดจะปะปนกันในขณะที่คัดลอก</p> <p>โจทย์วิจัย: ตรวจสอบจีโนมของการรวมใหม่ของยีนในผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ B.1.1.7</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>ตัวอย่าง: ข้อมูลการจัดลำดับ SARS-CoV-2 ของสหราชอาณาจักร</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ต.ค. 2563 ถึง ม.ค. 2564</p> <p>วิธีวิจัย: ได้มีการติดตามการกลายพันธุ์ของผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ B.1.1.7 และยีนบันทึกเวลา สถานที่ และองค์ประกอบทางพันธุกรรมของลำดับโมเสค (ภาวะที่เซลล์ภายในบุคคลเดียวกันมีองค์ประกอบทางพันธุกรรมต่างกัน)</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เชื้อสายทั้งหมดเป็นผลผลิตจากการรวมตัวกันใหม่ (Recombinant) ระหว่างเชื้อสาย B.1.1.7 ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีการกลายพันธุ์ที่แตกต่างกัน 22 แบบ และเริ่มกลายเป็นสายพันธุ์ที่โดดเด่นในการระบาดของสหราชอาณาจักรในปลายปี 2020 ● ทีมวิจัยพบหลักฐานว่าสี่ในแปด lineages ได้มีแพร่กระจายระหว่างบุคคล ● ส่วนเชื้อสายรีคอมบิแนนท์หกสายมีเวอร์ชันของยีน spike ของสายพันธุ์ B.1.1.7 การกลายพันธุ์ของ spike รุ่นนี้ทำให้การแพร่เชื้อของไวรัสง่ายขึ้น ● อย่างไรก็ตามนักวิจัยเน้นว่าไม่มีหลักฐานว่าการรวมตัวกันใหม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่สำคัญ และการค้นพบเชื้อสายลูกผสมไม่มีผลในทันทีสำหรับการเกิดโรคระบาด <p>เพิ่มเติม: https://go.nature.com/3d3ffpk</p>

ข) ระบาดวิทยา

การศึกษา	รายละเอียด
Chen Wang (2021)	<p>ชื่อบทความ: การแพร่ระบาดและความทนทานของภูมิคุ้มกันแอนติบอดีของร่างกายต้าน SARS-CoV-2 ในอู่ฮั่น ประเทศจีน (Seroprevalence and humoral immune durability of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Wuhan, China: a longitudinal, population-level, cross-sectional study)</p> <p>โจทย์วิจัย: หา seroprevalence และจลนศาสตร์ (kinetics) ของแอนติบอดีต้าน SARS-CoV-2 ที่ระดับประชากรในอู่ฮั่นเพื่อพัฒนาและหากกลยุทธ์ในการฉีดวัคซีน</p> <p>ตัวอย่าง: ตัวอย่างเลือดจากคนมากกว่า 9,500 คนใน 3,500 ครัวเรือน ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 14 เมษายน ถึง 5 ธันวาคม 2563</p> <p>วิธีวิจัย:</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>เป็นการศึกษาแบบ longitudinal cross-sectional study ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบคลัสเตอร์แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิของประชากร (population-Stratified random sampling) การแบ่งชั้นประชากรได้เลือก 100 ชุมชนจาก 13 เขตของอุษัณครวัรเอนได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นระบบจากแต่ละชุมชนและเชิญสมาชิกทุกคนในครอบครัวเข้าร่วมศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อเข้าร่วม บุคคลที่มีสิทธิ์คือผู้ที่อาศัยอยู่ในอุษัณครวัรเอนเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วันตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562</p> <p>ผู้เข้าร่วมได้กรอกแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นคำถามทางประชากรศาสตร์และทางคลินิก และรายงานอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ โควิด-19 หรือการวินิจฉัยโรคโควิด-19 ก่อนหน้านี้ด้วยตนเอง</p> <p>จากนั้นตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำถูกนำไปทดสอบภูมิคุ้มกันในวันที่ 14-15 เมษายน 2020 ตัวอย่างเลือดได้รับการทดสอบเพื่อหา แพน-อิมมูโนโกลบูลิน (pan-immunoglobulins) IgM IgA และ IgG ซึ่งคือแอนติบอดีต่อต้าน SARS-CoV-2 และแอนติบอดีที่เป็นกลางก็ได้รับการตรวจสอบเช่นกัน นักวิจัยทำการติดตามผลซึ่งได้ทำการเก็บตัวอย่างเลือดต่อเนื่องกันสองครั้งระหว่างวันที่ 11 มิถุนายนถึง 13 มิถุนายน และระหว่างวันที่ 9 ต.ค. ถึง 5 ธันวาคม 2020</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พบว่ามีเพียง 7% ของประชากรที่ติดเชื้อไวรัส ซึ่งมากกว่า 80% ไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อประมาณ 40% ผลิต neutralizing antibody ซึ่งสามารถตรวจพบได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ● นักวิจัยสรุปว่าคนส่วนใหญ่ในอุษัณครวัรเอนยังคงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 และจำเป็นต้องมีการณรงค์ให้ฉีดวัคซีนจำนวนมากเพื่อให้ภูมิคุ้มกันหมู่ <p>เพิ่มเติม: Z. He et al. Lancet 397, 1075–1084; 2021</p>
Sigrid Gouma (2021)	<p>ข้อบทความ: การตรวจสอบ Sero ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเผยให้เห็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างแอนติบอดีของ common coronavirus กับความรุนแรงของ SARS-CoV-19 (Sero-monitoring of health care workers reveals complex relationships between common coronavirus antibodies and SARS-CoV-2 severity)</p> <p>หมายเหตุ: Serosurveillance คือค่าประมาณของระดับแอนติบอดีต่อโรค และถือเป็นมาตรฐานสำหรับการวัดภูมิคุ้มกันของประชากรจากการติดเชื้อหรือการฉีดวัคซีน</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>โจทย์วิจัย: ทดสอบ serological assays ในตัวอย่างที่รวบรวมจากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพเพื่อระบุชนิดของแอนติบอดีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน SARS-CoV-2 และความรุนแรงของ โควิด-19</p> <p>ตัวอย่าง: ศึกษาตัวอย่างเซรัม 6,897 ตัวอย่างในกลุ่มคนทำงานด้านสุขภาพจำนวน 2,043 คน ในฟิลาเดลเฟีย รัฐเพนซิลเวเนีย เจ้าหน้าที่มาจากโรงพยาบาล 3 แห่งในระบบสุขภาพของมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย (โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย, ศูนย์การแพทย์เพนน์ เพรสไบทีเรียน และโรงพยาบาลเพนซิลเวเนีย) ที่มีการติดต่อโดยตรงหรือทำงานในหน่วยต่างๆ กับผู้ป่วยติดเชื้อ ตัวอย่างไม่รวมผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ก่อนหน้าการทดลองนี้</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 13 เมษายน 2564 ถึง 2 กรกฎาคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: นักวิจัยได้มีการเก็บตัวอย่างเซรัมจากผู้เข้าร่วมแต่ละคน เพื่อใช้วัดปริมาณแอนติบอดี SARS-CoV-2 S-RBD โดยใช้ ELISAs ภายใน 36-48 ชั่วโมงหลังการเก็บตัวอย่าง หลังจากนั้นนักวิจัยได้รวบรวม NP swabs จากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพทุกคนที่มี SARS-CoV-2 S-RBD IgG และ/หรือ IgM แอนติบอดี และได้ทำการทดสอบ PCR กับตัวอย่างเหล่านี้เพื่อระบุการติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในการนัดตรวจพื้นฐานได้รับเชิญให้มาตรวจติดตามทุก 2 สัปดาห์จนถึง 2 กรกฎาคม 2020 เพื่อระบุการติดเชื้อ นอกจากนี้ นักวิจัยได้รับตัวอย่างเซรัมจากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพ 8 คนที่ได้รับผล NP PCR เป็นบวกนอกการศึกษา กลุ่มคนติดเชื้อมีผลได้ลงทะเบียนในการติดตามผลเพื่อเก็บตัวอย่างเลือดเพิ่มเติมสูงสุด 236 วันหลัง seroconversion</p> <p>จากนั้นผู้เข้าร่วมการทดลองจะได้กรอกแบบสำรวจออนไลน์ ณ เวลาที่ลงทะเบียนเพื่อรวบรวมลักษณะอาการของ โควิด-19 และการสำรวจออนไลน์ครั้งที่สองถูกส่งไปยังผู้เข้าร่วมทั้งหมดในเดือนมกราคม 2564 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่เกิดขึ้นหลังจากการเจาะเลือดครั้งสุดท้าย</p> <p>นอกจากนี้หลังจากที่ได้มีการเก็บตัวอย่างเซรัม นักวิจัยได้ระบุกลุ่มย่อยของพนักงานดูแลสุขภาพที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 จากนั้นได้ทำการทดสอบทางซีรัม (serological assays) เพื่อตรวจสอบว่าแอนติบอดีที่ทำปฏิกิริยากับ SARS-CoV-2 และ CCV เกี่ยวข้องกับการป้องกัน SARS-CoV-2 และความรุนแรงของ โควิด-19 หรือไม่ เมื่อมีการติดเชื้อ</p> <p>ผลการศึกษา:</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>แอนติบอดีต่อต้านโปรตีนขัดขวาง SARS-CoV-2 สามารถป้องกัน โควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับบางคนมีแอนติบอดีที่หายากในการต่อต้าน coronaviruses ซึ่งมีมาก่อนการระบาดใหญ่และสามารถจับกับโปรตีน SARS-CoV-2 อื่น ๆ นอกเหนือจากตัว Spike โปรตีน</p> <p>ทีมวิจัยพบว่าผู้ที่มีแอนติบอดีที่หายากก่อนเกิดโรคระบาดไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส แต่หากมีแอนติบอดีอื่นๆ ที่มีความเข้มข้นสูงและถูกกระตุ้นโดยเบตาโคโรนาไวรัส (betacoronavirus infection) 2 ชนิด ซึ่งรวมถึง SARS-CoV-2 มีความเชื่อมโยงกับการฟื้นตัวจากอาการโควิด-19 ได้เร็วขึ้น</p> <p>ผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์ว่าการป้องกันนี้เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันส่วนที่เป็นทีเซลล์ (T-cell) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการติดเชื้อเบตาโคโรนาไวรัส (betacoronavirus infection) ในครั้งก่อน</p> <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f7zp</p>

ที่มา: ประมวลโดยคณะผู้วิจัย

23.2 การวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน/วัคซีน และรักษา

การวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน/วัคซีน และรักษา เป็นกลุ่มงานวิจัยที่ประเทศไทยยังพึ่งพาความรู้จากต่างประเทศเป็นหลัก ประกอบด้วยการวิจัยในห้องปฏิบัติการและทางคลินิก แต่ในช่วงโควิด-19 ก็มีความพยายามสร้างผลิตภัณฑ์ต่างๆ ขึ้นมาด้วย ซึ่งส่วนที่สำเร็จมากที่สุดเป็นด้านอุปกรณ์และป้องกันตัว (เช่น หน้ากากและชุด PPE ต่างๆ รวมทั้งน้ำยาและชุดตรวจ lateral flow ส่วนวัคซีน ยา และสมุนไพร มีความก้าวหน้าอยู่บ้าง แต่ยังห่างไกลความสำเร็จ ทั้งนี้ช่องว่างและความท้าทายสำคัญคือ อุตสาหกรรมผลิตตัวยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยไม่ได้อยู่ในกลุ่มเทคโนโลยีที่สูงมาก ทำให้ทุนความรู้ และแหล่งผลิตที่มีในประเทศมีอยู่จำกัด อีกทั้งการวิจัยพัฒนาที่จะนำไปสู่ผลิตภัณฑ์ที่แข่งขันได้ในระดับนานาชาติมักจะมีต้นทุนที่สูงมาก และอาจไม่คุ้มที่จะผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพต่ำ (ซึ่งถ้าผลิตออกมาแล้วจำเป็นต้องใช้ ก็อาจเป็นผลเสียกับประเทศและปิดกั้นทางเลือกที่ดีกว่าของประชาชนคนไทยด้วย) ซึ่งที่ผ่านมาไทยอาศัยการซื้อผลิตภัณฑ์หรือรับเทคโนโลยีจากต่างประเทศ รวมถึงการอุดหนุนการวิจัยเพิ่มเติมโดยรัฐ เช่น การออกเงินกู้ภายใต้พระราชกำหนดกู้เงินเพิ่มเติมฯ พ.ศ. 2564 เพื่ออุดหนุนการวิจัยด้านวัคซีน ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นองค์กรภาครัฐและสถาบันอุดมศึกษาของรัฐเป็นผู้ดำเนินการ

ประเด็นสำคัญที่ควรต้องคำนึงถึงอยู่เสมอในการการสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมคือ เป้าหมายของการวิจัยด้านผลิตภัณฑ์ด้านวัคซีนและยาไม่ควรมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองให้ได้ 100% เพราะไม่ว่าจะใช้เทคโนโลยีใด การวิจัยและผลิตผลิตภัณฑ์เหล่านี้ที่แข่งขันได้ในระดับนานาชาติก็ต้องร่วมมือกับต่างประเทศด้วยเสมอ เป้าหมายหลักของการวิจัยในด้านการรักษาและการป้องกันจึงควรเน้นที่ทำให้ประเทศไทยมีนักวิจัย

ที่สามารถติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆ ได้ทัน และสามารถสื่อสารให้ผู้กำหนดนโยบายและ
 สาธารณะของไทยเข้าใจและสามารถเลือกลงทุนหรือจัดซื้อจัดหาผลิตภัณฑ์ที่สำคัญสำหรับประเทศ/คนไทยได้
 อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาขนาดใหญ่ที่ต้องลงทุนจำนวนมากนั้น ก็ควรมีสัญญาผูกพัน
 การให้การสนับสนุนเป็นโปรแกรมระยะยาว แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอน
 หลักๆ ว่ามีความสำเร็จที่สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติก่อนที่จะได้รับอนุมัติทุนในขั้นตอนต่อไป (ถึงแม้อาจ
 มีข้อยกเว้นในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน/เร่งด่วน/พิเศษที่ไทยไม่สามารถนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่สำคัญที่มีคุณภาพดีกว่า
 และ จำเป็นต้องผลิตขึ้นมาใช้เองจริงๆ)

ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีตัวอย่างโครงการวิจัยในหมวดนี้ที่ระบบ ววน. สนับสนุน และ
 ตัวอย่างงานวิจัยในหมวดนี้ที่ทบทวนจากต่างประเทศ ที่คณะผู้วิจัยสรุปไว้ใน 2 ตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 73 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน และรักษา ในไทย

ปีงบ ๑	ชื่อโครงการ	หน่วยงาน ให้ทุน	หน่วยงาน ที่รับทุน
2563	โครงการวิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มความเสถียรและการเข้าถึงชุด ตรวจ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-Time RT-PCR	บพข.	บริษัท สยามไบโอไซ แอนซ์ จำกัด / กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์
2563	โครงการวิจัยพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของ ประเทศ ระยะที่ 2	วช.	มหาวิทยาลัยศิลปากร
2564	การศึกษาผลตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและความปลอดภัยต่อการให้ วัคซีนโควิด 19 เข็มแรกด้วยวัคซีน CoronaVac แล้วกระตุ้นเข็มที่ สองด้วยด้วยวัคซีน ChAdOx-1 ห่างกัน 3-4 สัปดาห์	บพข.	มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์
2563	โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุดตรวจแลมบ์สำหรับการตรวจคัดกรอง เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID – 19) และการศึกษา วิธีการเก็บตัวอย่างจากน้ำลาย เพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่	บพข.	มหาวิทยาลัย มหิดล
2564	การศึกษาคลินิกในระยะที่ 1/2a เปรียบเทียบผลตอบสนองทาง ภูมิคุ้มกันและความปลอดภัยต่อการให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA ด้วยวิธีฉีดเข้าผิวหนังกับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อในเด็กวัยรุ่นและ ผู้ใหญ่ อายุ 18-30 ปีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มาก่อน	บพข.	มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์
2563	การพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีสำหรับการตรวจคัด กรองเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และการ ทดสอบใช้ในวงกว้าง	บพข.	มหาวิทยาลัย มหิดล

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานให้ทุน	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การพัฒนากระบวนการผลิตในระดับใหญ่ของชุดตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยเทคโนโลยี CRISPR-Cas12a	บพข.	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2564	การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีและ real-time RT-PCR เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ชุดตรวจแลมบ์เปลี่ยนสีสำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย	บพข.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2564	การเฝ้าระวังเชิงรุกและการเตือนภัย (3-14 วัน) ล่วงหน้าจากการแพร่เชื้อ SARS-CoV-2 ในสถานที่ที่เสี่ยงและชุมชนในภาคเหนือ ด้วยการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสในน้ำเสียโศโครกโดยวิธี Loop Mediated Isothermal Amplification (LAMP) Assays	วช.	มหาวิทยาลัยนเรศวร

ที่มา: สกสว.

ตารางที่ 74 ตัวอย่างโครงการวิจัยทางการแพทย์ด้านการตรวจ ป้องกัน และรักษา ในต่างประเทศ

การศึกษา	รายละเอียด
Ross J Harris (2021)	<p>ชื่อบทความ: ผลกระทบของการฉีดวัคซีนต่อการแพร่เชื้อ SARS-COV-2 ในครัวเรือนในอังกฤษ (Impact of vaccination on household transmission of SARS-COV-2 in England)</p> <p>โจทย์วิจัย: วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อตรวจสอบว่าผู้ที่ติดเชื้อโควิด 60 วันหลังได้รับวัคซีน 1 โดสแล้ว มีโอกาสน้อยกว่าหรือไม่ที่จะแพร่เชื้อให้สมาชิกในบ้านที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเลย ทั้งนี้ได้ศึกษาประสิทธิภาพวัคซีนหนึ่งโดสของสองชนิดคือ Pfizer หรือ AstraZeneca</p> <p>ตัวอย่าง: ทดสอบใน 365,447 ครัวเรือนในประเทศอังกฤษ</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ระหว่างวันที่ 4 มกราคม 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2564</p> <p>วิธีวิจัย: ได้มีการสร้างชุดข้อมูล (Data Creation) ชื่อว่า HOSTED เมื่อมีการยืนยันการติดเชื้อ โควิด-19 ในห้องปฏิบัติการจะมีการรายงานไปยังระบบเฝ้าระวังในห้องปฏิบัติการระดับชาติ (national laboratory surveillance systems) นักวิจัยได้เชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้กับบุคคลที่มีที่อยู่เดียวกันโดยได้ข้อมูลจากหมายเลขบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service หรือ NHS) และหมายเลขอ้างอิงทรัพย์สินเฉพาะ (Unique Property Reference Number หรือ UPRN). และชุดข้อมูล HOSTED</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>นี้เชื่อมโยงกับข้อมูลจากระบบการจัดการการฉีดวัคซีนระดับชาติ (National Immunisation Management System หรือ NIMS) เพื่อเชื่อมกับข้อมูล เช่น วันที่และประเภทของการฉีดวัคซีน โควิด-19 สำหรับทุกคนที่ได้รับการฉีดวัคซีนในอังกฤษ เป็นต้น ชุดข้อมูล HOSTED ประกอบไปด้วยข้อมูลทางสังคมของแต่ละบุคคล เช่น กาดิตต่อ อายุ เพศ Index of Multiple Deprivation หรือ IMD ข้อมูลทรัพย์สิน</p> <p>ประเภท ในกรณีที่คุณคนนั้นได้ยืนยันโดยใช้ PCR-based SARS-CoV-2 ผ่านระบบการรายงานระดับประเทศและเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการตาย</p> <p>นอกจากนี้ ช้ HOSTED ได้รวมข้อมูลการฉีดวัคซีนรวมถึงวันที่และชนิด (ChAdOx1 nCoV-19 หรือ BNT162b2) ของโดสที่หนึ่งหรือสองโดส</p> <p>จากนั้นนักวิจัยได้กำหนดดัชนีกรณีได้ฉีดวัคซีน (vaccinated index cases) ว่าบุคคลนั้นได้รับการฉีดวัคซีน 21 วันหรือนานกว่านั้นก่อนได้รับผลการตรวจเชื้อเป็นบวก ซึ่ง 21 วันเป็นเวลาที่จำเป็นสำหรับวัคซีนทำให้ภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่เพียงพอ ดัชนีที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน (Non-vaccinated index) คือบุคคลที่ไม่ได้รับวัคซีนก่อนผลการตรวจเชื้อเป็นบวก ส่วนครัวเรือนใดที่มีกรณีดัชนีได้รับวัคซีนน้อยกว่า 21 วันก่อนการตรวจสอบเชื้อเป็นผลบวกจะไม่ถูกรวมอยู่ในการวิเคราะห์นี้ จากนั้นนักวิจัยได้เปรียบเทียบรายชื่อผู้ติดต่อในครัวเรือนของดัชนีกรณีได้ฉีดวัคซีน ChAdOx1 หรือวัคซีน BNT162b2 ที่มีการสัมผัสกับดัชนีกรณีไม่ได้ฉีดวัคซีน และการสัมผัสกับสัดส่วนของผู้ที่ผลการตรวจเชื้อเป็นบวกภายใน 2-14 วันของกรณีดัชนี (กรณีรอง) ในแต่ละกลุ่ม: ไม่ได้รับวัคซีน (กลุ่มฐาน) กลุ่มวัคซีน BNT162b2 และ กลุ่มวัคซีน ChAdOx1</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วัคซีนหนึ่งโดสจาก Pfizer หรือ AstraZeneca สามารถลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อโรคสู่คนใกล้ชิดได้เกือบครึ่ง ● หากได้รับวัคซีนหนึ่งโดสอย่างน้อย 21 วัน ยังมีสิทธิ์ที่จะติดเชื้อโควิด แต่จะลดการแพร่เชื้อได้ 40-50% ซึ่งน้อยกว่าคนที่ยังไม่ได้รับวัคซีน และหากได้รับวัคซีนสองโดส ผลที่ได้ก็ใกล้เคียงกับการได้รับหนึ่งโดส แต่ผลลัพธ์นี้ยังไม่ได้รับการ peer reviewed ● การศึกษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทำความเข้าใจผลกระทบต่อ การติดต่อในครัวเรือนมากกว่าภายนอกครัวเรือน ซึ่งการติดต่อภายในครัวเรือนมีความเสี่ยงสูงกว่าภายนอกครัวเรือน <p>เพิ่มเติม: https://go.nature.com/3e3iu1i</p>

การศึกษา	รายละเอียด
<p>Kizzmekia S. Corbett (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: การสร้างภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีน mRNA-1273 ป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (Immune Correlates of Protection by mRNA-1273 Immunization against SARS-CoV-2 Infection in Nonhuman Primates)</p> <p>โจทย์วิจัย: เพื่อระบุการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันแบบใดที่มีความสำคัญกับวัคซีนโมเดิร์นนา</p> <p>ตัวอย่าง: Nonhuman primate (NHP)</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 4 สัปดาห์</p> <p>วิธีวิจัย: ใช้โมเดลสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ไม่ใช่มนุษย์ (The nonhuman primate หรือ NHP) มาใช้จำลองลักษณะสำคัญในการการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในมนุษย์ หลังการฉีดวัคซีน NHP ถูกแบ่งให้ไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีน mRNA-1273 ขนาดตั้งแต่ 0.3 – 100 ไมโครกรัม ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์จะมีการตรวจแอนติบอดีและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภูมิคุ้มกัน (immune correlates) การทดสอบแอนติบอดีมีหกแบบ</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การตอบสนองของแอนติบอดีที่เกิดจากวัคซีน mRNA-1273 มีความสัมพันธ์เชิงกลไกในการป้องกันโรคซาร์ส-CoV-2 ใน NHP ● ลักษณะของกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและการตอบสนองของแอนติบอดีต่อเชื้อเมื่อขึ้นอยู่กับขนาดวัคซีน mRNA-1273 ที่ฉีดเข้าไป ● สำหรับสัตว์ที่ได้รับการฉีดวัคซีนซึ่งมีสารพันธุกรรมของไวรัสในระดับต่ำสุดในจมูกและปอดของสัตว์ ก็มีระดับสูงสุดของแอนติบอดีที่รับรู้โปรตีนขัดขวางจากไวรัส ซึ่งเป็นโมเลกุลที่วัคซีน Moderna ได้เข้ารหัส <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f8pf</p>
<p>Alyson M. Cavanaugh , DPT, PhD (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: การระบาดสายพันธุ์ SARS-CoV-2 R.1 ในสถานพยาบาลหลังโครงการฉีดวัคซีน (โควิด-19 Outbreak Associated with a SARS-CoV-2 R.1 Lineage Variant in a Skilled Nursing Facility After Vaccination Program)</p> <p>โจทย์วิจัย: ประสิทธิภาพของวัคซีน Pfizer ในการป้องกันการระบาดของสายพันธุ์ R.1 ในสถานพยาบาล (skilled nursing facilities หรือ SNF) ในรัฐเคนตักกี</p> <p>ตัวอย่าง: พนักงานจำนวน 116 และผู้พักอาศัยจำนวน 83 ที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 1 มีนาคม ถึง 21 เมษายน 2564</p> <p>วิธีวิจัย: ได้มีการดำเนินฉีดวัคซีนโดยใช้วัคซีน Pfizer ให้แก่พนักงาน SNF สามครั้ง เมื่อวันที่ 10 มกราคม 31 มกราคม และ 21 กุมภาพันธ์ 2564 พนักงานส่วนมากได้รับวัคซีนสองโดส</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>แต่จะมีบางกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโดสที่สองน้อยกว่า 14 วันก่อนการระบาดสายพันธุ์ใหม่ การติดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ได้เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2564 ซึ่งคือ 8 วันหลังจากการฉีดวัคซีนครั้งที่สามให้พนักงานบางท่าน หลังจากมีการระบุการติดเชื้อ ผู้พักอาศัยและพนักงานทุกคนได้รับการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อไม่ว่าจะมีอาการโควิดหรือไม่ และได้มีการคำนวณความเสี่ยงของการเกิดโรค (Relative risks หรือ RRs) การคำนวณดังกล่าวได้เปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่ได้รับวัคซีนและกลุ่มที่ได้รับการฉีดวัคซีน และได้มีการคำนวณประสิทธิผลของวัคซีน ดังนี้</p> <p>(VE [1-RR ของการฉีดวัคซีนกับไม่ได้รับการฉีดวัคซีน x 100])</p> <p>การคำนวณเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ดังนี้ อาการการติดเชื้อ การรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <p>ผู้อยู่อาศัยที่ไม่ได้รับวัคซีนและบุคลากรทางการแพทย์ (health care personnel หรือ HCP) มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อถึง 3.0 และ 4.1 ตามลำดับ มากกว่าผู้อยู่อาศัยหรือพนักงานที่ได้รับวัคซีนแล้ว</p> <p>ผู้พักอาศัยและบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว มีโอกาสน้อยที่จะมีอาการของ โควิด-19 สายพันธุ์ R.1 อัตราอยู่ที่ 87% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน ฉะนั้นการฉีดวัคซีนให้ SNF รวมถึง HCP มีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยง ลดการแพร่กระจาย และลดความรุนแรงของการติดเชื้อ SARS-CoV-2</p> <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f732</p>
<p>Talia Kustin (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: อัตราที่เพิ่มขึ้นของสายพันธุ์ SARS-CoV-2 ที่น่าเป็นบุคคลที่ได้รับการฉีดวัคซีน BNT162b2 mRNA (Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinated individuals)</p> <p>โจทย์วิจัย: ทดสอบประสิทธิผลของวัคซีนต่อสายพันธุ์ VOCs หากวัคซีนมีประสิทธิภาพต่ำ สัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนแล้วแต่มีการติดเชื้อ (breakthrough cases) มีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน</p> <p>ตัวอย่าง: ประชากรที่ทำการศึกษาประกอบด้วยบุคคลที่มีผล RT-PCR เป็นบวก จากห้องปฏิบัติการทดสอบ CHS จำนวนหกแห่งที่ตั้งอยู่ทั่วประเทศอิสราเอล</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ระหว่าง 23 มกราคม 2563 และ 07 มีนาคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ case-control study ที่ตรวจสอบการแพร่ขยายของสายพันธุ์ SARS-CoV-2 ที่พบในการติดเชื้อของบุคคลที่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว (breakthrough cases) และการติดเชื้อของผู้ไม่ได้รับวัคซีน</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>เมื่อได้รับข้อมูลจาก CHS ว่ามีผู้ติดเชื้อผลเป็นบวก กลุ่มตัวอย่างที่มี PCR ถูกจัดเป็นสองกลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนก่อนผล PCR ที่เป็นบวก 2) กรณีที่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างน้อยสองสัปดาห์ก่อนผล PCR กลุ่มที่สองถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มย่อย ดังนี้</p> <p>2.1) ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนครั้งแรกอย่างน้อย 14 วัน แต่เร็วกว่าหนึ่งสัปดาห์หลังจากเข็มที่ 2 ก่อนผล PCR (กำหนดให้เป็นกลุ่มย่อย PE ที่มีประสิทธิผลบางส่วน) และ 2.2) อาสาสมัครที่ได้รับวัคซีนครั้งที่ 2 อย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ก่อนผล PCR (กำหนดให้เป็นกลุ่มย่อย FE ที่มีประสิทธิผลเต็มที่)</p> <p>การวิจัยนี้เป็นแบบ sample matching แต่ละกรณีจะถูกจับคู่กับกลุ่มควบคุมโดยใช้พารามิเตอร์ 6 ตัว ได้แก่ วันที่สุ่มตัวอย่างสำหรับ PCR (+/-สามวัน) เพศ อายุ (+/-10 ปี) เทศบาลที่พำนัก เขตที่อยู่อาศัยทางภูมิศาสตร์ และภาคส่วน</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มที่ได้รับวัคซีนแต่ยังมีการติดเชื้ออย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์หลังจากเข็มที่สอง อัตราการติดเชื้อสายพันธุ์ B.1.351 นั้นไม่สมส่วนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน (odd ratio 8:1) ● กลุ่มที่ได้รับวัคซีนแต่ยังมีการติดเชื้อระหว่างสองสัปดาห์หลังการรับวัคซีนเข็มแรก และหนึ่งสัปดาห์หลังการให้วัคซีนเข็มที่สอง ติดเชื้อสายพันธุ์ B.1.1.7 อย่างไม่สมส่วน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน (odd ratio 26:10) ซึ่งบ่งชี้ว่าประสิทธิภาพของวัคซีนลดลงสำหรับสายพันธุ์ VOCs ● การติดเชื้อซ้ำในผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้ว จำนวน 250 ราย (breakthrough cases) เป็นผู้ที่ได้รับวัคซีนเพียง 1 ใน 2 โดส นักวิจัยได้เปรียบเทียบการติดเชื้อเหล่านี้กับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เท่ากันในบุคคลที่ไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งทำการจับคู่โดยมีหลักเกณฑ์ตามดังเช่น อายุ วันที่ติดเชื้อ และลักษณะอื่นๆ เป็นต้น ผลการเปรียบเทียบพบว่าการติดเชื้อในผู้ที่ได้รับวัคซีนหนึ่งโดสมีแนวโน้มว่าจะเกิดจากสายพันธุ์ B.1.1.7 มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน ● นักวิจัยยังได้ศึกษาการติดเชื้อขั้นรุนแรงใน 149 รายซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับวัคซีนทั้งสองโดส โดยแปดคนได้มีการติดเชื้อจากสายพันธุ์ B.1.351 ซึ่งพบครั้งแรกในแอฟริกาใต้ การติดเชื้อสายพันธุ์ B.1.351 เพียงหนึ่งคนใน 149 ในกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน) บ่งชี้ว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพน้อยกว่ากับสายพันธุ์ B.1.351 <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f6g3</p>

การศึกษา	รายละเอียด
<p>Benhur Lee (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: การทำให้เป็นกลางของวัคซีนสบูตนิค วี ต่อเชื้อสายพันธุ์ต่าง ๆ ของ SARS-CoV-2 (Neutralizing activity of Sputnik V vaccine sera against SARS-CoV-2 variants)</p> <p>โจทย์วิจัย: หาประสิทธิภาพวัคซีน วัคซีนสบูตนิค วี ต่อสายพันธุ์สายพันธุ์ที่น่ากังวล (Variants of Concern) สายพันธุ์ B.1.1.7 และสายพันธุ์ B.1.351</p> <p>ตัวอย่าง: เก็บตัวอย่างเลือดเซรัมและแอนติบอดีจาก 12 คนที่ได้รับการฉีดวัคซีน Sputnik V</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: -</p> <p>วิธีวิจัย: การทดลองในห้อง lab นักวิจัยได้ทดสอบตัวอย่างเซรัมที่ได้เก็บมากับไวรัสที่ถูกออกแบบให้เป็นมี spikes เวอร์ชันที่พบในสายพันธุ์ใหม่</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <p>8 จาก 12 ตัวอย่างไม่สามารถยับยั้งไวรัสที่มีเชื้อสายพันธุ์ B.1.351 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในแอฟริกาใต้ แต่กลุ่มตัวอย่างสามารถป้องกันไวรัสสายพันธุ์ B.1.1.7 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในสหราชอาณาจักร</p> <p>มีตัวอย่างเซรัมเพียง 1 ใน 12 ตัวอย่างจากกลุ่มผู้รับวัคซีน Sputnik V สามารถจัดการเชื้อสายพันธุ์ B.1.351 แต่สำหรับสายพันธุ์ B.1.1.7 วัคซีนมีประสิทธิภาพระดับปานกลางเท่านั้น</p> <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f5h9</p>
<p>Mehul Suthar (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: ความคงอยู่ของแอนติบอดีจนถึง 6 เดือนหลังจากฉีดวัคซีน mRNA-1273 2 โดส (Antibody Persistence through 6 Months after the Second Dose of mRNA-1273 Vaccine for โควิด-19)</p> <p>โจทย์วิจัย: ทดสอบประสิทธิผลของวัคซีน mRNA-1273 โดยใช้การตรวจเซรัมสามแบบที่แตกต่างกัน</p> <p>ตัวอย่าง: ตัวอย่างแอนติบอดีที่เก็บจาก 33 คนที่ได้รับวัคซีนในช่วงแรกของการทดสอบ (phase 1 trial) จำนวนผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มอายุ ณ วันที่ 209 มีดังนี้กลุ่มอายุ 18 ถึง 55 ปี จำนวนผู้เข้าร่วม 15 คน; กลุ่มอายุ 56 ถึง 70 ปี จำนวน 9 คน และ 71 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้รับ mRNA-1273 100 ไมโครกรัมในวันที่ 1 และ 29 เก็บตัวอย่าง 180 วันหลังจากให้วัคซีนโดสที่สองขนาด 100 ไมโครกรัม (วันที่ 209)</p> <p>วิธีวิจัย: หลังจากเก็บตัวอย่าง นักวิจัยก็ได้ตรวจหาแอนติบอดีในเซรัมสาม ดังนี้</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Receptor-Binding Domain ELISA 2. Pseudovirus Neutralization Assay 3. Live-Virus Neutralization Assay (FRNT-mNG) <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทดสอบทั้งสามประเภทแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมยังคงมีแอนติบอดีต่อต้านเชื้อโคโรนาไวรัสหลังจากได้รับวัคซีนโดสสอง ตัวอย่างเช่น แอนติบอดีจากผู้เข้าร่วมทั้งหมด รวมถึงตัวอย่างจากผู้ที่มีอายุมากที่สุด สามารถยับยั้งเชื้อไวรัสที่ดัดแปลงในห้องปฏิบัติการได้ ในขณะที่นักวิจัยกำลังศึกษาว่าแอนติบอดีที่เกิดจากวัคซีนจะสามารถคงอยู่ได้นานกว่าหกเดือนหรือไม่ <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f5c6</p>
<p>Mark Thompson (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: การประมาณประสิทธิภาพของวัคซีนของ BNT162b2 และ mRNA-1273 ระหว่างกาลในการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และผู้ปฏิบัติงานที่จำเป็นและส่วนหน้าอื่นๆ ในสถานที่แปดแห่งในสหรัฐอเมริกา ระหว่าง ธันวาคม 2020–มีนาคม 2021</p> <p>(Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 โคโรนาไวรัส-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers — Eight U.S. Locations, December 2020–March 2021)</p> <p>ใจทวิวิจัย: หาประสิทธิภาพของวัคซีน mRNA ในการป้องกันการติดเชื้อของพนักงานด่านหน้า</p> <p>ตัวอย่าง: บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และพนักงานที่จำเป็นและเจ้าหน้าที่ส่วนหน้าอื่นๆ จำนวน 3,950 คน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ระหว่าง ธันวาคม 2563 ถึง มีนาคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: ผู้เข้าร่วมการทดลองต้องตรวจหาเชื้อโดยการ swab ด้วยตัวอย่างหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 13 สัปดาห์ติดต่อกัน</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ภายใต้สภาวะความเป็นจริง ประสิทธิภาพของวัคซีน mRNA ในการสร้างภูมิคุ้มกันให้สมบูรณ์ (≥ 14 วันหลังการให้วัคซีนโดสที่สอง) อยู่ที่ 90% โดยไม่คำนึงถึงสถานะอาการ ประสิทธิภาพของวัคซีนในการสร้างภูมิคุ้มกันของผู้ที่ฉีดวัคซีนหนึ่งโดส (≥ 14 วันหลังจากให้วัคซีนโดสแรกแต่ก่อนจะให้เข็มที่สอง) คือ 80%

การศึกษา	รายละเอียด
	เพิ่มเติม: https://doi.org/f36s
Shabir Madhi (2021)	<p>ชื่อบทความ: ประสิทธิภาพของวัคซีน ChAdOx1 nCoV-19 โควิด-19 ต่อสายพันธุ์ B.1.351 (Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 โควิด-19 Vaccine against the B.1.351 Variant)</p> <p>โจทย์วิจัย: การตรวจสอบประสิทธิภาพของวัคซีน AstraZeneca ต่อต้านสายพันธุ์ที่น่าเป็นกังวล B.1.351 (501Y.V2) ที่ตรวจพบครั้งแรกในแอฟริกาใต้</p> <p>ตัวอย่าง: ผู้ใหญ่จำนวน 2026 คนที่ผลเชื้อ HIV เป็นลบ ในประเทศแอฟริกาใต้</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 24 มิถุนายน ถึง 15 มกราคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นแบบ 1. การวิจัยแบบพหุสถาบัน (multicenter study) 2. การทดลองแบบอำพรางสองฝ่าย (double-blind study) 3. การทดลองแบบสุ่ม (randomized) 4. มีกลุ่มควบคุม (controlled trial)</p> <p>ผู้เข้าร่วมเป็นผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) อายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี ผู้เข้าร่วมได้รับมอบหมายในอัตราส่วน 1: 1 เพื่อรับวัคซีนสองโดส หรือยาหลอก (สารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9%) ห่างกัน 21 ถึง 35 วัน จากนั้นจะเก็บตัวอย่างเซรัมจากผู้เข้าร่วม 25 คนหลังการให้ฉีดวัคซีนหรือยาหลอกครั้งที่สอง ตัวอย่างจะได้รับการทดสอบโดยการทดสอบไวรัสเทียมและการทดสอบการทำให้เป็นกลางของไวรัสที่มีชีวิตกับไวรัส (pseudovirus and live-virus neutralization assays) เมื่อต่อต้านกับสายพันธุ์ตั้งต้นและสายพันธุ์ B.1.351</p> <p>จุดสิ้นสุดของการทดลองคือความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนด้านการเจ็บป่วยจากเชื้อ coronavirus 2019 (โควิด-19) ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ มากกว่า 14 วันหลังจากการให้วัคซีนครั้งที่สอง</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วัคซีนให้การป้องกันโดยรวมเพียง 21.9% ต่อการพัฒนาของ โควิด-19 เล็กน้อยหรือปานกลาง และเพียง 10.4% ต่อกรณีสายพันธุ์ B.1.351 แต่ไม่มีกรณีการติดเชื้อรุนแรงหรือการรักษาในโรงพยาบาลในทั้งสองกลุ่ม ● และการทดลองนี้นักวิจัยสามารถสรุปได้ว่าวัคซีนไม่มีประสิทธิภาพเกิน 60% ในกรณีของสายพันธุ์ B.1.351 <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f2rd</p>

2) การตรวจรักษา

การศึกษา	รายละเอียด
Steven Riley (2021)	<p>ข้อบทความ: การตรวจหาเชื้อโควิดด้วยตัวเองสามารถหาการกลับมาระบาดของ SARS-CoV-2 (Resurgence of SARS-CoV-2: Detection by community viral surveillance)</p> <p>โจทย์วิจัย: เนื่องจากการเฝ้าระวังการระบาดส่วนใหญ่อาศัยการรายงานของผู้ป่วย ซึ่งมีอคติจากประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพ ความพร้อมในตรวจสอบการติดเชื้อ และพฤติกรรมของผู้ป่วยการแสวงหาการตรวจสอบการติดเชื้อ การวิจัยนี้จึงริเริ่มโครงการเฝ้าระวังโดยการตรวจสอบเชื้อด้วยตนเองจากการสุ่มตัวแทนของชุมชนในอังกฤษ โดยไม่คำนึงถึงอาการเพื่อตรวจจับการระบาดในสถานที่ที่มีความชุกต่ำ</p> <p>ตัวอย่าง: จมูกและลำคอของผู้ที่อาศัยอยู่ในสหราชอาณาจักร จำนวน 594,000 คน เป็นการคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่าง</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 1 พฤษภาคม 2563 ถึง 8 กันยายน 2563</p> <p>วิธีวิจัย: Riley พัฒนาโครงการระดับชุมชน (community-wide program) ที่ออกแบบมาเพื่อตรวจจับการระบาดในสถานที่ที่มีความชุกต่ำและใช้เพื่อติดตามไวรัส SARS-CoV-2 ทั่วอังกฤษ โดยการทดลองจะทำการสุ่มตัวอย่างสี่รอบตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงกันยายน 2563 การสุ่มการตรวจมาจากตัวแทนแต่ละชุมชนจำนวนเกือบ 600,000 คน</p> <p>ผลการศึกษา: ในประชากรที่รับทดสอบอัตราการติดเชื้อโควิดได้ลดลงเหลือ 0.04% และลดลงจากประมาณ 5% ในช่วงต้นปี 2563 ซึ่งเป็นระดับที่สูงที่สุดของการระบาดระลอกแรกของสหราชอาณาจักร จากนั้นอัตราการติดเชื้อเริ่มไต่ระดับสูงสุดประมาณ 0.13% ในรอบสุดท้ายของการทดสอบ ผลการศึกษาพบความชุกมากที่สุดในหมู่คนอายุ 18 ถึง 24 ปี โดยมีอัตราอยู่ที่ 0.25% เทียบกับ 0.04% ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพบปะสังสรรค์ของคนหนุ่มสาวอาจกระตุ้นให้เกิดการระบาดของโควิดอีกครั้ง มากไปกว่านั้นลักษณะการติดเชื้อดังกล่าวไม่ได้ถูกสะท้อนให้เห็นในข้อมูลจากการเฝ้าระวังของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวประเมินอัตราการติดเชื้อในกลุ่มอายุน้อยต่ำกว่าจริง</p> <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f8rx</p>
Christopher Butler (2021)	<p>ข้อบทความ: ยา Budesonide ชนิดแบบสูดดมสำหรับ โควิด-19 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชุมชน: การวิเคราะห์ผลการวิจัยก่อนสิ้นสุดตามแผนจาก (interim analysis) PRINCIPLE trial (Inhaled budesonide for</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>โควิด-19 in people at higher risk of adverse outcomes in the community: interim analyses from the PRINCIPLE trial)</p> <p>โจทย์วิจัย: budesonide ชนิดแบบสูดดมได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการรักษา โควิด-19 ในกลุ่มชุมชน การวิจัยนี้ต้องการทดสอบประสิทธิผลของตัวยาดังกล่าว</p> <p>ตัวอย่าง: คนที่มีอายุ ≥ 65 ปี หรือ ≥ 50 ปีที่มีอาการป่วย (comorbidities) และมีอาการไม่สบายน้อยกว่า 14 วัน โดยสงสัยว่าติดเชื้อ โควิด-19 ในชุมชน จำนวน 4663 คน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: การทดลองเปิดเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2563 การสูดตัวอย่าง budesonide ชนิดแบบสูดดมเริ่มวันที่ 27 พฤศจิกายน 2020 และหยุดในวันที่ 31 มีนาคม 2021 การวิเคราะห์ผลการวิจัยก่อนสิ้นสุดตามแผน (Interim analysis) เริ่มตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม 2021 แต่รายงานนี้ใช้ผล Interim analysis ของวันที่ 25 มีนาคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นแบบ 1. การวิจัยแบบพหุสถาบัน (multicenter study) 2. การทดลองแบบเปิด (open-label) 3. มีประเมนหลายๆ แขน (multiple arms) หมายถึงมีกลุ่ม เปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม 4. การทดลองแบบ adaptive platform randomized controlled trial</p> <p>ผู้เข้าร่วมจะได้รับการสูดให้เข้ารับการดูแลตามปกติ หรือ การดูแลตามปกติร่วมกับยาบูเดโซไนด์ชนิดแบบสูดดม (ขนาด 800 ไมโครกรัมวันละสองครั้งเป็นเวลา 14 วัน) หรือ การดูแลตามปกติร่วมกับการรักษาอื่น ๆ</p> <p>การยุติการรักษาก็ต่อเมื่อ 1) ผู้เข้าร่วมรายงานเองว่าหายจากการอาการ 2) หายจากการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตลง ซึ่งทั้งสองแบบทำการติดตามเป็นเวลา 28 วันจากการสูดและวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองแบบ Bayesian models</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากแบบจำลองการวิเคราะห์เบื้องต้นแบบเบย์ (Bayesian primary analysis model) ซึ่งอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของระยะเวลาในการฟื้นตัว บ่งชี้ถึงประโยชน์ในการใช้ budesonide ในระยะแรกเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

การศึกษา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> • ความน่าจะเป็นที่การรักษาในโรงพยาบาล/การเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ลดลงใน budesonide เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ (ความน่าจะเป็นของความเหนือกว่า หรือ probability of superiority) คือ 0.928 ซึ่งไม่เกินไปตามเกณฑ์ความเหนือ (superiority threshold)กว่าที่กำหนดไว้ล่วงหน้า 0.975 • การทดสอบ budesonide ชนิดแบบสูดดมในผู้ที่มีอาการ โควิด-19 แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล พบว่าอาการ โควิด-19 ของพวกเขาสิ้นสุดลงเร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ budesonide ชนิดแบบสูดดม โดยระยะเวลา นั้นสั้นลงประมาณ 3 วัน หลังจากนั้น นักวิจัยจะทำการสุ่ม follow up หลัง 28 วันในผู้เข้าร่วมการทดลอง <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f6hf</p>
<p>David Eyre and Tim Peto (2021)</p>	<p>ชื่อบทความ: ความสามารถในการติดเชื้อของ SARS-CoV-2 โดยปริมาณไวรัส สายพันธุ์ของยีน S และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ และประโยชน์ของอุปกรณ์การไหลด้านข้างเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ (SARS-CoV-2 infectivity by viral load, S gene variants and demographic factors and the utility of lateral flow devices to prevent transmission)</p> <p>โจทย์วิจัย: ศึกษาความสามารถของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่สามารถแปรผันตามปริมาณไวรัส ศึกษาว่าเครื่องตรวจเชื้อแบบ rapid point-of-care antigen lateral flow devices (LFDs) จะสามารถตรวจจับแหล่งที่มาของการแพร่กระจายเชื้อถึงแม้ว่าจะมีความไวที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect sensitivity)</p> <p>ตัวอย่าง: การศึกษาได้รวมข้อมูลจากผู้คนในประเทศอังกฤษประมาณหนึ่งล้านคนที่มีการตรวจสอบเชื้อแบบ PCR เป็นบวก และผลการทดสอบ PCR จากผู้คนประมาณ 2.5 ล้านคนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อเหล่านั้น</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ระหว่าง 1 กันยายน 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2564</p> <p>วิธีวิจัย: นักวิจัยได้รวบรวมตรวจเชื้อ SARS-CoV-2 และข้อมูลติดตามการติดต่อผู้สัมผัส (contact tracing data) จากประเทศอังกฤษ นักวิจัยใช้ multivariable logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อที่ทดสอบด้วย PCR ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในชุมชนและ ดัชนีปริมาณไวรัสของ (index case viral load) ความล้มเหลวของเป้าหมายยีน S (S gene target failure) (ตัวแทนคือสาย</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>พันธุ์ B.1.1.7) ข้อมูลประชากร อุบัติการณ์ SARS-CoV-2 การกีดกันทางสังคม (social deprivation) และประเภทเหตุการณ์ในการพบปะติดต่อกัน นักวิจัยใช้ LFD เพื่อจำลองสัดส่วนของกรณีที่มีการสัมผัส PCR-positive ที่คาดว่าจะตรวจพบโดยใช้หนึ่งในสี่ของ LFD</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ความสามารถการติดเชื้อ SARS-CoV-2 นั้นแตกต่างกันไปตามปริมาณไวรัสของผู้ป่วย ประเภทเหตุการณ์การพบปะติดต่อกัน และอายุ โดยผู้ที่มีปริมาณไวรัสสูงจะติดเชื้อได้มากที่สุด ● ในผู้สัมผัส 2,474,066 รายจากผู้ป่วยโรคซาร์ส-CoV-2 มี 1,064,004 รายที่มีผล PCR เป็นบวก ผู้สัมผัสจะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้นหากปริมาณไวรัสมากขึ้น หรือเป็นสายพันธุ์ B.1.1.7 หรือเกิดการสัมผัสในครัวเรือน แต่ในเด็ก ความเสี่ยงติดเชื้อจะน้อยลง ● สายพันธุ์ B.1.1.7 เพิ่มการแพร่เชื้อประมาณ 50% ● LFDs ที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดจะตรวจจับกรณีติดเชื้อได้ปริมาณมาก โดยอุปกรณ์การไหลด้านข้าง (LFDs) สามารถตรวจจับการติดเชื้อได้ 83.0-89.5% ซึ่งสามารถนำไปสู่การแพร่เชื้อต่อได้ <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f5jc</p>
Tal Patalon (2021)	<p>ชื่อบทความ: ความเสี่ยงในการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอัตราการฉีดวัคซีนระดับชุมชน (SARS-CoV-2 infection risk among unvaccinated is negatively associated with community-level vaccination rates)</p> <p>โจทย์วิจัย: ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ในช่วง 3 สัปดาห์และอัตราผลการติดเชื้อเป็นบวก ในเด็ก 35 วันต่อมา ในแต่ละชุมชนของประเทศอิสราเอล ทั้งนี้เพื่อดูผลกระทบการฉีดวัคซีนในวงกว้างโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ที่ไม่สามารถเข้ารับวัคซีนได้</p> <p>ตัวอย่าง: ผู้คนในชุมชนอิสราเอลจำนวน 223 ชุมชน</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 3 มกราคม 2564 ถึง 6 มีนาคม 2564</p> <p>วิธีวิจัย: ได้แบ่งการตรวจหาเชื้อเป็นช่วงเวลา ดังนี้ เว้น 3 สัปดาห์ติดต่อกัน 3 ครั้ง กลุ่มแรก: แต่ละช่วงเวลาการทดสอบทั้งสามนี้ อัตราผลเชื้อเป็นบวกในกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้รับวัคซีนอายุต่ำกว่า 16 ปี จะถูกคำนวณ (กำหนดเป็น P1, P2 และ P3 ให้แต่</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>ละช่วงเวลา) และข้อผิดพลาดมาตรฐานของพวกเขาได้รับการประเมินโดยสมมติสถิติปัวซอง (poisson statistics)</p> <p>กลุ่มที่สอง: เพื่อให้ผู้ที่ได้รับวัคซีนได้สร้างภูมิคุ้มกันจึงมีการเว้น 35 วันหลังการฉีดวัคซีน ในแต่ละช่วงเวลามีการคำนวณค่าเฉลี่ยของสัดส่วนสะสมของบุคคลอายุ 16-50 ปีที่ได้รับการฉีดวัคซีนครั้งแรก (กำหนดเป็น V1, V2 และ V3 ให้แต่ละช่วงเวลา)</p> <p>ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ในช่วง 3 สัปดาห์และอัตราผลการติดเชื้อเป็นบวก ในเด็ก 35 วันต่อมาได้ใช้สูตรคำนวณดังนี้</p> <p>สำหรับแต่ละช่วงสามสัปดาห์ติดต่อกันสองช่วง (ช่วงที่ 1 และ 2 และช่วงที่ 2 และ 3) จะทำการปรับเส้นตรงในอัตราส่วนบันทึกของอัตราบวกและการเปลี่ยนแปลงในการฉีดวัคซีนโดยใช้ฟังก์ชัน glmfit ในตัวของ MATLAB ($Y = \log(P2/P1)$ และ $X = V2 - V1$ สำหรับช่วงที่ 1 และ 2; $Y = \log(P3/P2)$ และ $X = V3 - V2$ สำหรับช่วงที่ 2 และ 3) สำหรับแต่ละความพอดีเชิงเส้นทั้งสอง ค่า P ของความชันถูกคำนวณเป็นเศษส่วนของความชันที่น้อยกว่าหรือเท่ากับที่คำนวณในการจำลองการบูตสเตร (bootstrapping simulations) X-Y จำนวน 10,000 ครั้ง</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ในช่วงหลายสัปดาห์หลังจากที่ผู้ที่อายุมากกว่า 16 ปีได้รับวัคซีนไฟเซอร์-ไบโอเอ็นเทค ความเสี่ยงในการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปีลดลงตามสัดส่วนของผู้ใหญ่ที่ได้รับวัคซีน อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญได้มีการเตือนว่าผลลัพธ์นี้อาจได้รับอิทธิพลจากเด็กที่เคยติดเชื้อมาก่อน แม้ว่าการศึกษารวมชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อต่ำเข้าด้วยกันก็ตาม • ผลลัพธ์จึงเป็นหลักฐานเชิงสังเกตว่าการฉีดวัคซีนไม่เพียงแต่ปกป้องผู้ที่ได้รับวัคซีนเท่านั้น แต่ยังให้การป้องกันข้ามกลุ่มแก่บุคคลที่ไม่ได้รับวัคซีนในชุมชนอีกด้วย <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f4d7</p>
Steen Ethelberg (2021)	<p>ข้อบทความ: การประเมินการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของ SARS-CoV-2 ในกลุ่มผู้ที่ได้ตรวจเชื้อด้วย PCR จำนวน 4 ล้านคนในเดนมาร์กในปี 2020: การศึกษาเชิงสังเกตระดับประชากร (Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study)</p>

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>โจทย์วิจัย: ด้วยการใช้ข้อมูลการทดสอบ PCR ระดับประเทศตั้งแต่ปี 2020 นักวิจัยต้องการประเมินการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซ้ำ</p> <p>ตัวอย่าง: ประชาชน 4 ล้านคน (69% ของประชากร) ได้รับการทดสอบ PCR จำนวน 10-6 ล้านครั้ง</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: 1 ก.ย. ถึง 31 ธ.ค. 2563</p> <p>วิธีวิจัย: ในการศึกษาเชิงสังเกตระดับประชากรนี้ นักวิจัยได้รวบรวมข้อมูลระดับบุคคลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเชื้อในเดนมาร์กในปี 2563 จากฐานข้อมูลจุลชีววิทยาของเดนมาร์ก และวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อในช่วงการระบาดของ โควิด-19 ครั้งที่สอง ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม ประจำปี 2563 โดยได้มีการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระหว่างบุคคลที่มีการตรวจ PCR และได้ผลเป็นบวกและได้ผลเป็นลบในช่วงแรก (มีนาคม - พฤษภาคม 2020) สำหรับการวิเคราะห์หลัก นักวิจัยไม่ได้รวมผู้ที่ผลตรวจเชื้อเป็นบวกในครั้งแรก ระหว่างการเกิดการระบาดระลอกที่สองกับผู้ที่เสียชีวิตก่อนเกิดการระบาดระลอกที่สอง</p> <p>นักวิจัยได้ทำการวิเคราะห์กลุ่มประชากรตามรุ่นทางเลือก ซึ่งได้เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อตลอดทั้งปีระหว่างผู้ที่มีและไม่มีมียืนยันการติดเชื้อก่อนหน้านี้อย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่คำนึงถึงวันที่ นอกจากนี้นักวิจัยยังตรวจสอบความแตกต่างตามกลุ่มอายุ เพศ และเวลาตั้งแต่การติดเชื้อในการวิเคราะห์ตามรุ่นทางเลือกหรือไม่ สุดท้ายนี้ได้นำมาคำนวณอัตราส่วนอัตรา (RR) ที่ปรับสำหรับสารก่อกวนที่อาจเกิดขึ้น (adjusted for potential confounders) และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ดังนี้ $1 - RR$</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทีมงานพบว่า ประมาณ 6 เดือนหลังจากการติดเชื้อครั้งแรก การป้องกันการติดเชื้อซ้ำอัตราอยู่ที่ 80% โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอัตราการติดเชื้อซ้ำระหว่างชายและหญิง แต่การป้องกันนี้ลดลงเหลือ 47% สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/gjg8qk</p>

ที่มา: คณะผู้วิจัย

23.3 การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (รวมการจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุข)

การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (เช่น การบริหารผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม และการจัดการด้านทรัพยากรในระบบสาธารณสุข) เป็นประเด็นการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากหลาย PMU และมีหน่วยวิจัยที่ดำเนินการอยู่หลายแห่ง ซึ่งมีจุดเด่นคือได้ผลการศึกษาในหลายระดับที่หลากหลายพอสมควร แต่อาจมีความเสี่ยงที่ยังขาดหน่วยงานจัดการความรู้ และอาจยังมีข้อจำกัดในการส่งต่อความรู้สู่กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพ (และอาจรวมถึงความสนใจในการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยของหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ) โดยในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีตัวอย่างโครงการวิจัยในหมวดนี้ที่ระบบ ววน. สนับสนุน และตัวอย่างงานวิจัยในหมวดนี้ที่ทบทวนจากต่างประเทศ ซึ่งคณะผู้วิจัยสรุปไว้ใน 2 ตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 75 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในไทย

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานให้ทุน	หน่วยงานที่รับทุน
2563	การพัฒนาดิจิทัลแพลตฟอร์มเพื่อยกระดับและฟื้นฟูการท่องเที่ยวไทยหลังภาวะโควิด 19	บพข.	สวทช.
2564	การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย	วช.	กรมสุขภาพจิต
2563	ผลกระทบของโควิด-19 ต่อสังคมและเศรษฐกิจ	วช.	ทีดีอาร์ไอ
2564	การวางแผนและพัฒนากำลังแรงงานหลังวิกฤต COVID-19	บพค.	ทีดีอาร์ไอ
2563	โครงการศึกษาผลกระทบจากไวรัสโควิด-19 ต่อภาคเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวไทย	บพข.	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2564	การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดขนาดใหญ่สำหรับครูและผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	สวรส.	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2563	การปรับโครงสร้างแรงงานสร้างสรรค์ในอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของไทย ในยุคหลังโควิด-19	บพข.	ทีดีอาร์ไอ
2563	การบริหารจัดการมรดกทางวัฒนธรรมและชาติในบริบทของการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจาก COVID-19	บพข.	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2563	ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาสำหรับการท่องเที่ยวไทยหลังโควิด-19	บพข.	มูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ

ที่มา: สกสว.

ตารางที่ 76 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในต่างประเทศ

การศึกษา	รายละเอียด
Gonzalo E. Mena (2021)	<p>ชื่อบทความ: จำนวนผู้เสียชีวิตในเมือง Santiago ประเทศชิลีสะท้อนความเหลื่อมล้ำ (Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile)</p> <p>โจทย์วิจัย: ต้องการทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่กลุ่มเปราะบางเผชิญ เพื่อให้แน่ใจว่าการช่วยเหลือนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องการหาความสัมพันธ์หรือกลไกว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของโรคอย่างไร</p> <p>ตัวอย่าง: ประชากรที่เสียชีวิตสาเหตุจากโควิดในชิลีในช่วงการระบาด ข้อมูลจาก Department of Health Statistics and Information (DHSI) และในการศึกษา นี้ การยืนยันการเสียชีวิตจากโควิด-19 ได้รับการระบุด้วยการทดสอบ PCR เป็นบวกและได้รับการระบุรหัสเป็น U07.1 ในใบมรณบัตร</p> <p>ระยะเวลาเก็บข้อมูล: พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563</p> <p>วิธีวิจัย: ใช้การวิเคราะห์ที่ครอบคลุม (comprehensive analysis) ของกรณีการติดเชื้อและการเสียชีวิตในการระบาดระลอกแรกของโควิด จากนั้นนักวิจัยได้เชื่อมโยงผลลัพธ์กับปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factor) และปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (health care system factor) อีกทั้งยังศึกษาปัจจัยด้านอายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย</p> <p>เพื่อหลีกเลี่ยง bias ของข้อมูลกรณีการนับเคสที่ไม่สมบูรณ์ นักวิจัยได้ใช้ข้อมูลการตายอย่างละเอียด และพัฒนา parsimonious Gaussian process model เพื่อศึกษาการเสียชีวิตส่วนเกินและความไม่แน่นอนของข้อมูล</p> <p>ส่วนการประเมินอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อตามอายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นักวิจัยได้ใช้ hierarchical Bayesian model</p> <p>ผลการศึกษา:</p> <ul style="list-style-type: none"> • จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ โควิด-19 ในเมือง Santiago ส่วนใหญ่มาจากประชากรที่มีสภาพความเป็นอยู่ในการครองชีพต่ำ โดยเฉพาะประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ความแออัดในที่อยู่, ไม่มีการเข้าถึงถึงสาธารณสุขปกติ และ การที่ไม่สามารถทำงานจากบ้านได้ • ย่านที่มีประชากรรายได้ต่ำมีอัตราการติดเชื้อ SARS-CoV-2 มากกว่าเมื่อเทียบกับย่านที่มีประชากรรายได้มาก สาเหตุเนื่องจากความเหลื่อมล้ำ เช่น การตรวจเชื้อที่ไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพในกลุ่มย่านกลุ่มคน

การศึกษา	รายละเอียด
	<p>รายได้ที่น้อยถึงแม้ว่าจะมีผู้ซื้อจำนวนมาก และข้อมูลที่ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถวางแผนจัดการกับผู้ติดเชื้อได้อย่างตามเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ย่านที่มีประชากรรายได้ที่น้อยมีจำนวนเพียงต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งเป็นจำนวนประมาณ 1 ใน 4 เมื่อเทียบกับย่านที่มีประชากรรายได้สูง มากไปกว่านั้นจำนวน 90% ของผู้เสียชีวิตที่มาจากย่านที่มีประชากรรายได้ที่น้อยใน Santiago เสียชีวิตนอกตัวสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเมื่อเทียบกับย่านที่มีประชากรรายได้มากใน Santiago มีเพียง 55% ของผู้เสียชีวิตเสียชีวิตนอกตัวสถานบริการสาธารณสุข • สู้ดทำยนี้หากติดตามการเคลื่อนของกลุ่มชนผ่านโทรศัพท์แล้ว ประชากรที่มาจากย่านกลุ่มรายได้ที่น้อยมีการเคลื่อนย้ายมากกว่า อาจเนื่องมาจากงานที่ไม่สามารถทำจากบ้านได้ <p>เพิ่มเติม: https://doi.org/f9b4</p>
<p>Deb, Furceri, Ostry, and Tawk, (2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ข้อมูลนโยบายภาครัฐจาก OxCGRT ร่วมกับ ข้อมูลการเดินทางใน Apple Map’s Mobility Trends Report and Google Mobility Reports มาประเมินผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อ ด้วยวิธีการ difference-in-difference ให้ข้อสรุปว่า การดำเนินนโยบายแบบเข้มงวดส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
<p>Goldstein, P, E Levy Yeyati and L Sartorio (2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ข้อมูลนโยบายภาครัฐจาก OxCGRT ร่วมกับข้อมูลการเดินทางใน Google Mobility Reports มาประเมินผลต่ออัตราการขยายเชื้อโควิด-19 (Reproduction Rate: R) ด้วยวิธีการ Fixed Effect Regression ร่วมกับ Dynamic Regression ได้ข้อสรุปว่า การดำเนินนโยบายแบบเข้มงวดส่งผลให้อัตราการขยายเชื้อโควิด-19 ลดลงแบบลดน้อยถอยลง กล่าวคือเมื่อเริ่มปรับนโยบายให้มีความเข้มงวดมากขึ้นค่า R จะลดลงมาแค่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่จะเพิ่มกลับขึ้นมาภายหลัง
<p>Cross, Ng, & Scuffham, (2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ศึกษาผลของการดำเนินนโยบายแบบเข้มงวดต่อเศรษฐกิจ ซึ่งการดำเนินนโยบาย ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะการระบาด ทั้ง 3 ส่วนมีความสัมพันธ์ที่ส่งผลย้อนกันไปมา การศึกษาดังกล่าวได้ใช้ Multilevel mixed-effects negative binomial regression models ในการศึกษาผลของการดำเนินนโยบายต่อภาวะการระบาด และใช้ multilevel mixed-effects linear regression model ในการศึกษาผลของภาวะการระบาดต่อ GDP ข้อสรุปโดยภาพรวมพบว่าผลของนโยบายแบบเข้มงวดต่อ GDP จะขึ้นอยู่กับ

การศึกษา	รายละเอียด
	บริบทของแต่ละประเทศและช่วงเวลาที่ใช้นโยบายมากกว่าระดับความเข้มงวดของนโยบาย

23.4 รัฐศาสตร์/การอภิบาลระบบ

การวิจัยด้านรัฐศาสตร์/การอภิบาลระบบ (รวมทั้งกลไกระบบบริหารจัดการภาครัฐในภาวะฉุกเฉิน) งานวิจัยที่มีการสนับสนุนในช่วงแรกของไทยเป็นประเด็นการวิจัยที่ผสมกันระหว่างงานในภาพใหญ่ (เช่น การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข) งานเฉพาะเรื่อง (เช่น โควิดวัคซีนพาสปอร์ตในอาเซียน คนพิการ) และงานสำหรับการจัดการพื้นที่/ชุมชน โดยอาจยังขาดการศึกษาในบางประเด็นที่สำคัญ เช่น การสื่อสารสู่สาธารณะและการแก้ปัญหาชาวลงได้อย่างน่าเชื่อถือโดยใช้วิชาการอย่างเคร่งครัด และระบบอภิบาลในการบริหารในภาวะวิกฤติ

ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีตัวอย่างโครงการวิจัยในหมวดนี้ที่ระบบ ววน. สนับสนุนที่คณะผู้วิจัยสรุปไว้ในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 77 ตัวอย่างโครงการวิจัยด้านรัฐศาสตร์/การอภิบาลระบบในไทย

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานให้ทุน	หน่วยงานที่รับทุน
2564	การจัดตั้งเครือข่ายวิจัยเพื่อสนับสนุนนโยบายโควิดวัคซีนพาสปอร์ตในอาเซียน	วช.	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2564	การจัดการเมืองเชิงระบบในภาวะฉุกเฉินเพื่อรับผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	บพท.	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2564	การวิจัยการสนับสนุนการจัดการเชิงพื้นที่เพื่อการแก้ไขปัญหาและลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19	บพท.	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
2564	มหาวิทยาลัยกับการบรรเทาปัญหาเร่งด่วนให้เกษตรกรจังหวัดน่านที่ได้รับผลกระทบปัญหาโควิด	บพท.	สถาบันวิทยาลัยชุมชน
2564	ความท้าทายและการจัดการภาวะวิกฤติแบบบูรณาการสำหรับคนพิการในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 19	บพค.	มหาวิทยาลัยมหิดล
2563	การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย	สวรส.	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานให้ทุน	หน่วยงานที่รับทุน
2564	รูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย	วช.	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
2563	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการป้องกันและ ฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์	สวรส.	สถาบันพระบรมราชชนก
2564	การสื่อสารในภาวะวิกฤตของรัฐในยุคการแพร่กระจายของ COVID-19 และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไปปรับใช้ในประชากรกลุ่มเปราะบาง ภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย	บพค.	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2563	การพัฒนา รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในภาวะหลังวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6	สวรส.	สถาบันพระบรมราชชนก

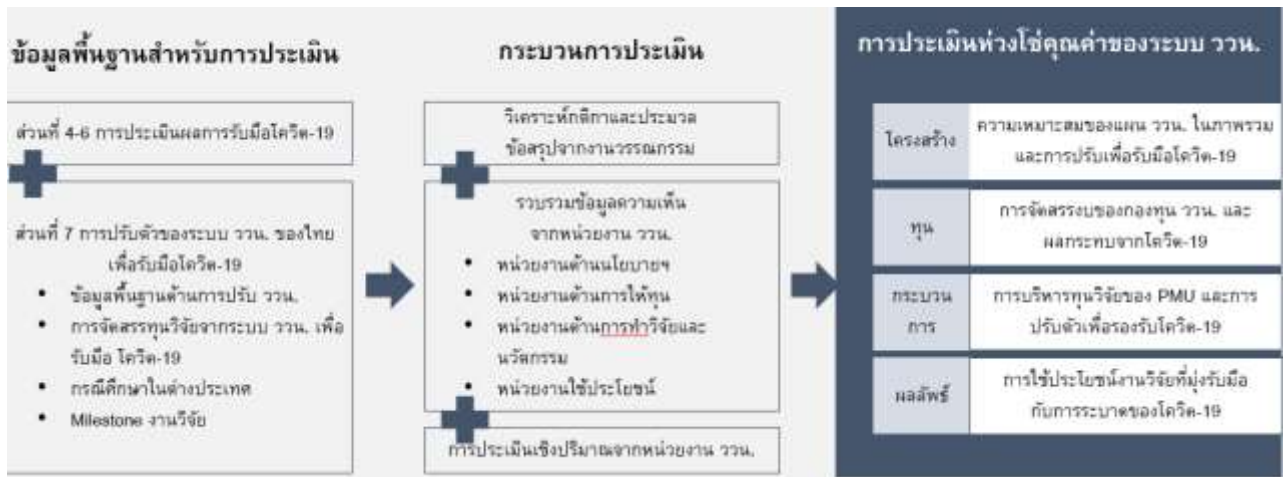
ที่มา: สกสว.

24. สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง

24.1 ประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน.

หัวข้อนี้ เป็นการประมวลประเด็นด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการพิจารณาส่งเสริมหรือปรับปรุง ซึ่งได้จากการทบทวนกติกาและกลไกของ ววน. การดำเนินการเพื่อรับมือโควิด-19 ทั้งในระบบ ววน. และของรัฐบาล การทบทวนเอกสารในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาการดำเนินการในต่างประเทศ และการระดมข้อมูลความเห็นจากหน่วยงานต่างๆ และการวิเคราะห์และประเมินประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุงตามห่วงโซ่มูลค่าของระบบวิจัยและนวัตกรรม การประเมินระบบ ววน. ในการรับมือโควิด-19 สรุปได้เป็นแผนภาพตามรูปต่อไปนี้

รูปที่ 166 โครงสร้างการประเมินระบบ ววน. ในการรับมือโควิด-19



ที่มา: คณะผู้วิจัย

คณะผู้วิจัยได้สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุงตามห่วงโซ่มูลค่าของระบบวิจัยและนวัตกรรมใน 4 ส่วนในรูปขวามือ ตั้งแต่ภาพรวมของโครงสร้างระบบ ทุนและทรัพยากรในระบบ กระบวนการดำเนินการในระบบ และผลลัพธ์ที่ได้และการนำไปใช้ประโยชน์

A. (โครงสร้าง) ความเหมาะสมของแผน ววน. ในภาพรวมและการปรับเพื่อรับมือโควิด-19

- 1) การรักษาสมดุลความหลากหลายของการกำหนดโจทย์วิจัย
- 2) การกำหนดบทบาทของ PMU ในแต่ละโจทย์วิจัย
- 3) การปรับแผนและระบบวิจัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน
- 4) ความเหมาะสมของการกำหนดผลลัพธ์การวิจัย

B. (ทุน) การจัดสรรงบประมาณ ววน. และผลกระทบจาก โควิด-19

- 1) การพัฒนาคุณภาพกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานในระบบวิจัย
- 2) การจูงใจให้เกิดการร่วมลงทุนวิจัยและการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทุน
- 3) ฐานข้อมูลการวิจัยเพื่อการติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการวิจัย

C. (กระบวนการ) การบริหารทุนวิจัยจาก PMUและการปรับตัวเพื่อรองรับ โควิด-19

- 1) ความสอดคล้องของกระบวนการเบิกจ่าย
- 2) ฐานข้อมูลการวิจัยระหว่างหน่วยงาน
- 3) เงื่อนไขการเบิกจ่าย การปรับงบประมาณและหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงิน
- 4) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานวิจัย

D. (ผลลัพธ์) การใช้ประโยชน์งานวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโควิด-19

- 1) โจทย์วิจัยที่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม
- 2) การต่อยอดสู่ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรม

3) กระบวนการส่งต่อความรู้จากการวิจัยสู่กลไกนโยบายสาธารณะ

คณะผู้วิจัยสรุปรายละเอียดของประเด็นต่างๆ ไว้ในตารางในหัวข้อย่อยต่างๆ หลังจากนั้น (ซึ่งเป็นเหมือน CheckList ของประเด็นปัญหาทั้งที่ผู้วิจัยพบในการศึกษา หรือความเห็นข้อเสนอแนะที่มีผู้เสนอในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยได้ถ่ายทอดความเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ เกือบทั้งหมด รวมทั้งความเห็น/ข้อเสนอแนะบางส่วนที่ต่างจากความเห็นของคณะผู้วิจัยด้วย

24.2 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านภาพรวมของแผน

ตารางที่ 78 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านภาพรวมของแผน

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>A ประเด็นภาพรวมของแผน</p> <p>ประการที่ 1 การรักษาสมดุลและความหลากหลายของการกำหนดโจทย์วิจัย</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> การศึกษาของ Ruecker et al. (2018) พบว่า ระบบส่งเสริมวิจัยที่ดี ต้องรักษาสมดุลระหว่างการจัดสรรเงินทุนแบบให้อิสระ การจัดสรรเงินทุนแบบควบคุมประเด็นการวิจัย และการจัดสรรเงินทุนแบบกำหนดหัวข้อการวิจัย เพื่อให้ประเทศมีงานวิจัยที่หลากหลายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนด้านนวัตกรรม มีโครงการวิจัยที่พร้อมนำไปใช้ประโยชน์กับแนวทางการพัฒนาประเทศ และการันตีว่าจะมีโครงการวิจัยที่มีความจำเป็น ซึ่งแต่ละประเทศจะมีความต้องการที่แตกต่างกัน <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> จากการทบทวนการดำเนินการและการสัมภาษณ์ ระบบ ววน. ของไทย อาจมีการดำเนินการบางอย่างในแบบ top-down ที่เสี่ยงต่อการรักษาสมดุลด้านความหลากหลายในการวิจัยอยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ เนื่องจากโจทย์วิจัยมาก PMU ต่างๆ มีความหลากหลายและบางโจทย์กระจายไปสู่กลุ่มนักวิจัยที่ต่างกันด้วย <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> หน่วยงานทำวิจัยบางแห่งที่ให้ความเห็นว่าการปรับระบบ ววน. ทำให้ นักวิจัยบางกลุ่มมีเสรีภาพทางวิชาการน้อยลง โดยเฉพาะนักวิจัยที่

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>ทำงานวิจัยพื้นฐาน (basic research) ซึ่งหลายที่ได้รับงบน้อยลง (ถึงแม้ว่ามหาวิทยาลัยหลายแห่งได้รับงบวิจัยรวมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยในภูมิภาค)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบเชิงตัว ไม่มีความยืดหยุ่นพอ (งานวิจัยควรมีความยืดหยุ่น)

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>A ประเด็นภาพรวมของแผน</p> <p>ประการที่ 2 การกำหนดบทบาทของ PMU ในแต่ละโจทย์วิจัย</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการศึกษาทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ววน. และการรวบรวมข้อมูลความเห็น แม้ว่าแนวคิดหนึ่งในการปรับระบบ ววน. คือลดความซ้ำซ้อนในการสนับสนุน โดยการกำหนดกรอบของแต่ละ PMU แต่ในทางปฏิบัติ PMU ยังมีการให้ทุนวิจัยที่ทับซ้อนกันบ้าง เป็นธรรมชาติของระบบวิจัย ทั้งนี้ ประเด็นเรื่องความซ้ำซ้อนของงานวิจัยต้องพิจารณาในรายละเอียดด้วย และแม้ว่าบางโจทย์วิจัยจะมีงานวิจัยหลายชิ้น แต่งานวิจัยแต่ละชิ้นอาจมีมุมมองที่ต่างกัน ซึ่งจะมีข้อดีที่ทำให้โจทย์วิจัยที่สำคัญยังมีทีม/งานวิจัยรองรับที่หลากหลาย ● มีหลาย PMU ที่สนับสนุนทุนด้านพื้นที่/ชุมชน และบาง PMU อาจพยายามรักษา/ขยายอาณาเขต กรอบการสนับสนุน และพื้นที่/ชุมชน เป็นเรื่องหนึ่งที่ฝ่ายต่างๆ มักบอกว่าสำคัญ ทำให้หลาย PMU ก็เคยสนับสนุนทุนด้านพื้นที่/ชุมชนมาก่อน และ/หรืออยากขยายกรอบงานด้านนี้ ในทางกลับกัน อาจมีช่องว่างในบางกรอบ เช่น PMU ที่ทำด้านพื้นที่/ชุมชน ไม่ได้ให้การสนับสนุนทุนด้านนี้ทั่วประเทศพร้อมๆ กัน ● ปัญหาด้านการจัดการความรู้ที่ได้จากโครงการวิจัย ควรมีระบบพิจารณาความเหมาะสมของกรอบโครงการวิจัยที่ส่งเสริมกับศักยภาพของ PMU มากกว่าการใช้การตัดสินใจของฝ่ายการเมืองในการกำหนดบทบาทหน้าที่ (เช่น ให้การให้ทุนเรื่อง x ทั้งหมดไปให้ PMU y จัดการ) <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</p>

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● แต่ละโปรแกรมวิจัยของ สกสว. จะกำหนด PMU เจ้าภาพ แต่อาจจะมี การทำเรื่องที่ทับซ้อนกันบ้าง ซึ่งแม้จะไม่ได้มีข้อกำหนดตายตัวจาก สกสว. แต่ปกติ PMU จะมีมารยาทโดยการไม่ส่งเสริมการวิจัยที่ไม่ใช่ ภารกิจของตน กรอบที่อาจจะมี ความทับซ้อนกันก็จะมี การพูดคุยกัน เช่น สนช. จะพิจารณาด้านการเพิ่มมูลค่า สวก. เน้นเกษตรมูลค่าสูง ● มีข้อกังวลถึงความเหมาะสมของการกำหนดให้ วช. เป็นจุดรวมศูนย์ การวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 ● งานหลักที่ วช. ควรต้องรับผิดชอบในปัจจุบันน่าจะเป็นงานด้านสังคม ไม่ควรให้ทุนวิจัยกระจาดกระจาย ปัจจุบัน วช. ยังให้ทุนวิจัยทุกเรื่อง เช่น การให้ทุนภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ที่ควรเป็นหน้าที่ของ บพข. แต่ประเด็นนี้ก็มีความลักลั่น เพราะการวิจัยขีดความสามารถที่ บพข. ดูแลอยู่ ก็ไม่ได้ลงไปถึงระดับความพร้อมทางเทคโนโลยี (Technology Readiness Levels: TRLs) ในระดับต้นๆ ทำให้งาน Basic Research หรือ TRL ระดับ 1 – 4 ยังอยู่ที่ วช. ซึ่งไม่ต้องอาศัย การทำงานร่วมกับภาคเอกชนมากนัก ● บพค. ที่เน้นสร้างคน ซึ่งเนบบทบาทที่ทับซ้อนกับอีกกองทุนของ อว. ● บาง PMU ควรทำงานวิจัย Frontier งานวิจัยเทคโนโลยีขั้นสูง แต่ กลับมาทำเรื่องพื้นที่ เรื่องชุมชน กลายเป็น NIA ก็ทำเรื่องชุมชน วช. ก็ ทำเรื่องชุมชน ● มี PMU ที่เสนอให้ สกสว. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ตัดสินว่างาน แบบไหนควรเป็นของ PMU ไหน โดยเกณฑ์ควรเป็นเพียง Basic Rule ที่ยืดหยุ่นได้ แต่มีเป้าชัดเจน และไม่ควรให้ PMU คุยกันเอง เพราะเป็น วิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ควรมีองค์กรกลางที่มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่ง ควรเป็นหน้าที่ของ สกสว. ● การให้ PMU คุยกันเองเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ควรมีองค์กร กลางที่มีอำนาจตัดสินใจมาคอยคุม ซึ่งก็คือหน้าที่ของ สกสว.

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● วช. ควรออกมาเป็นหน่วยงานนอกสำนักงานปลัดกระทรวงฯ เพื่อให้การดำเนินการสนับสนุนการวิจัยได้อย่างอิสระขึ้น และหลีกเลี่ยงการตกเป็นเครื่องมือทางการเมือง ● สอวช. ควรกำหนดนโยบายเป็นหลัก ไม่ควรมามีอิทธิพลในการกำกับการดำเนินงานของ PMU <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรแบ่งกลุ่มประเด็นวิจัยให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการจัดสรรทุนวิจัยอย่างทั่วถึง เพราะปัจจุบันกรอบวิจัยของแต่ละ PMU มีความหลากหลายและซ้ำซ้อนกับ PMU แห่งอื่น ทำให้นักวิจัยเกิดความสับสน โดยเฉพาะ วช. และ บพท. มีความซ้ำซ้อนค่อนข้างมาก กรอบวิจัยเรื่องซ้ำที่มีทั้งใน วช. และ สวก. และประเด็นการเกษตรมีทั้งใน บพท. สวก. และ วช. ● แต่การที่ วช. เปิดรับข้อเสนอโครงการวิจัยเกือบทุกประเด็น ก็มีข้อดีทำให้นักวิจัยส่วนใหญ่ที่ถูกละเลยเสนอโครงการจาก PMU อื่นสามารถส่งมาที่ วช. ต่อได้ ● มีการตั้ง PMU ขึ้นมาใหม่ แต่ไม่มีการควรวรวมหน่วยเก่าหรือยุบหน่วยเก่า ทำให้มีหน่วยให้ทุนเพิ่มไปอีก ถ้าต่อไปมี PMU ออกมามาก ก็จะทำให้งบแต่ละแห่งน้อยลง และแต่ละแห่งอาจมีแรงจูงใจที่จะขยายกรอบ/ขอบเขตการสนับสนุนให้มากขึ้น ● ระบบเดิม สกว. ทำงานเชิงปฏิบัติการและ วช. ทำงานเชิงนโยบาย แต่หลังจากปรับเป็นระบบ ววน. มีการแบ่งงานที่กลับไปของเดิม ทำให้ทั้ง สกสว. และ วช. ต้องเรียนรู้และปรับกระบวนการใหม่ทั้งหมด ● สสส. เป็นต้นแบบการบริหารงานวิจัยที่หลาย PMU ควรนำมาเป็นแบบอย่าง เพราะ สสส. มีทักษะและความเชี่ยวชาญด้านการบริหารงานวิชาการเป็นอย่างมาก

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>A ประเด็นภาพรวมของแผน</p> <p>ประการที่ 3 การปรับแผนและระบบวิจัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แผนยุทธศาสตร์และกรอบการวิจัย ววน. มีรอบการปรับปรุง และธรรมชาติของการวิจัยจะต้องใช้เวลาในการดำเนินการ จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเกี่ยวกับระบบการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ และระบบการจัดการการส่งต่อความรู้ ● การยื่นข้อเสนอโครงการในระบบ ววน. ส่วนใหญ่ต้องยื่นข้อเสนอโครงการล่วงหน้าตามรอบงบประมาณซึ่งกำหนดไว้ล่วงหน้าค่อนข้างนาน ทำให้อาจจะมีความไม่ยืดหยุ่นในการปรับการวิจัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (แต่เริ่มมีการปรับตัวในการสนับสนุนปีงบ 2566) ● ระบบยังผูกกับปีงบประมาณค่อนข้างมาก เทียบกับแนวคิดการสนับสนุนโปรแกรมวิจัยในระยะยาวโดยมีเงื่อนไข/ตัวชี้วัดความสำเร็จของงานในแต่ละชั้น/ระยะ (เช่นที่ บพข. ระบุว่าใช้) <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เมื่อเปลี่ยนจาก สกว. เป็น สกสว. มีการออกแบบระบบใหม่ มีการผูกความมุ่งหวังของคนหลายกลุ่มเข้าด้วยกัน ตั้งแต่ Super Board สอวช. สำนักงานปลัดกระทรวงฯ ฝั่งอุดมศึกษา (อ.) PMU ตลอดจนหน่วยรับทุน โดยตัวระบบ ความมีอิสระคล่องตัวจึงไม่เหมือนกับ สกว. ที่สำคัญคือ เมื่อเป็นงานที่อิงงบประมาณกับแผน ยิ่งทำให้ สกสว. บุกเบิกให้เกิดการทดลองวิจัยในประเด็นใหม่ๆ ขึ้นมาได้ยาก แม้กฎหมายเปิดทางให้ แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถทำได้ง่าย ● ปัจจุบันระบบที่ใช้อยู่ยังใช้เวลาอนุมัติโครงการค่อนข้างนาน โครงการวิจัยต้องรอข้อเสนอโครงการขึ้นมาในช่วงที่กำหนดและมีการพิจารณาหลายขั้นตอน การพิจารณาอนุมัติถึงบ 1-2 เดือน ซึ่งถือว่าช้ามากในกรณีที่ต้องการตอบสนองและรับมือกับปัญหาเร่งด่วน

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● บาง PMU ระบุว่าการศึกษาที่ต้องรอแผนของ สกสว. ส่งผลต่อการวางแผนงานของ PMU ในการกำหนดกรอบการวิจัยประจำปี ทำให้ PMU บางแห่งเปิดรับข้อเสนอวิจัยได้ล่าช้าขึ้น ● ระบบ ววน. เป็นการรวมหลายองค์กรที่มีวัฒนธรรมเดิมที่แตกต่างกัน เป็นหน้าที่ของหน่วยบริหารที่ต้องจัดการส่วนนี้ให้ทำงานร่วมกันได้ ● การจัดการด้านโควิด-19 ของไทยถือว่าล้มเหลวด้านการจัดการข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งข่าวปลอม และการที่แต่ละจังหวัดมี Application แยกกัน ● ไทยควรแยกประเด็นเรื่องความมั่นคงของประเทศออกจากความมั่นคงทางสุขภาพ การให้คนที่ไม่มีความรู้มาบริหารจะก่อผลเสียอย่างมาก ● การที่ประเทศไม่ได้ร่ำรวยและมีกติกากาที่เข้มงวดมาก ส่งผลต่อความล่าช้าในการตัดสินใจ เช่น กรณีวัคซีน ● ที่ผ่านมามีข้อเสนอของ สวรส. มักไปจบที่ สกสว. แต่ไปไม่ถึงรัฐมนตรี ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะ สวรส. ไม่ได้อยู่ใน อว. ● การที่ PMU ไม่อยู่ใน อว. ทำให้เกิดอุปสรรคด้านการสื่อสารขึ้นไปยังหน่วยงานกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะกับรัฐมนตรี อว. อีกทั้งสถานนโยบายฯ มักจะไม่ค่อยเชิญ PMU ที่ไม่ใกล้ชิดไปร่วมให้ข้อมูล <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ต้องขอปรับ/ขยายเวลาโครงการวิจัยจำนวนมาก โดยเฉพาะการวิจัยที่ต้องลงพื้นที่ การทำวิจัยเชิงทดลอง (Experiment) และการวิจัยเชิงคลินิก แต่ไม่ถึงขั้นเปลี่ยนกระบวนการวิจัย ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไม่สามารถลงพื้นที่ได้ ห้องแล็บปิดทำการเนื่องจากทางจังหวัดประกาศให้ปิดอาคาร การนำเข้าวัสดุอุปกรณ์สารเคมีมีความล่าช้ากว่าปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีนักวิจัยประสบปัญหาอุปกรณ์สารเคมีแพงขึ้นในช่วงโควิด-19 อีกด้วย

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● นักวิจัยหลายโครงการต้องคำนึงถึงความเสี่ยงจากที่มีการระบาดของโควิด-19 มากขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2563 ทำให้มีปัญหาในการวิจัยภาคสนาม ต้องหันมาประชุมออนไลน์แทนมากขึ้น และรวมถึงต้องมีส่วนเพิ่มในการประสานงานกับนักวิจัย ชุมชน หรือศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่ บางกรณีก็ต้องลดระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ● แม้การระบาดของโควิด-19 จะเป็นอุปสรรคแก่นักวิจัย แต่บาง PMU ไม่มีการยืดหยุ่นให้ โดยผลการวิจัยที่คาดหวังและเกณฑ์การประเมิน ยังคงเป็นไปตามเดิม ● มหาวิทยาลัยเคยพบกรณีที่โครงการวิจัยไม่สามารถลงพื้นที่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ แล้ว PMU ขอให้ยุติโครงการและให้คืนงบประมาณทั้งหมดโดยไม่มีการปรับวิธีการดำเนินงาน แม้จะผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วก็ตาม ● งบประมาณที่ควรได้รับมาจัดซื้อและซ่อมแซมครุภัณฑ์ขาดช่วงไป เนื่องจากมีการดึงงบประมาณไปบรรเทาวิกฤตโควิด-19 ● มีการเปลี่ยนหัวข้อวิจัยให้มีความเกี่ยวข้องกับโควิด-19 เพื่อยื่นขอทุน ● โปรแกรมที่ 17 ออกมาล่าช้ากว่าที่ควร
ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>A ประเด็นภาพรวมของแผน</p> <p>ประการที่ 4 ความเหมาะสมของการกำหนดผลลัพธ์การวิจัย</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ในหลายกรณี โครงการ (รวมทั้งเป้าหมายด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ) ขึ้นกับการตัดสินใจโดยภาคการเมือง (หรือผู้ให้ทุน รวมทั้งนอกระบบ วน.) <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป้าหมายของการวิจัยด้านผลิตภัณฑ์ ไม่ควรมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองให้ได้ 100%

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● OKR ของบางสาขาวิจัยอาจจะไม่ได้รับความเห็นด้วยจากหลายภาคส่วน เช่น ด้านการเกษตรที่ สกสว. มุ่งเน้นที่สินค้าที่มีมูลค่าสูง <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบัน ตัวชี้วัด OKR มีความเข้มงวดและหลายกรณีเป็นการตั้งเป้าหมายที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น โครงการวิจัยต้องเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยวดำเนินการได้ตามที่กำหนด โครงการวิจัยต้องทำให้อันดับความสุขของคนไทยเพิ่มขึ้น เป็นต้น อีกทั้งตัวชี้วัดบางประการยังให้คาดหวังให้งานวิจัยเป็นเชิงธุรกิจและวิทยาศาสตร์มากเกินไป ● ผู้บริหารระดับสูงส่วนมากเป็นนักวิชาการสายวิทยาศาสตร์ ทำให้ระบบววน. ถูกครอบงำ ถูกประเมิน และตีกรอบโดยหลักคิดทางวิทยาศาสตร์มากและอาจละเลยหลักคิดทางสังคม ● โครงการวิจัยหลายโครงการไม่สามารถหาคำตอบได้ภายในหนึ่งปี แต่ระบบ ววน. กลับกำหนดให้ประเมินปีต่อปี ● มหาวิทยาลัยบางแห่งเคยถูกปฏิเสธการให้ทุนต่อในโครงการต่อเนื่อง 3 ปี โดยได้รับทุนเพียงแค่ปีแรก เพราะในปีที่สอง มีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการชุดใหม่ ซึ่งไม่เห็นด้วยกับการให้ทุนต่อ แม้ว่าทางมหาวิทยาลัยจะส่งงานครบถ้วนตามกำหนด ● หน่วยงาน/มหาวิทยาลัยจำนวนหนึ่งระบุว่าได้รับผลกระทบจากนโยบาย Reinventing University ที่บางครั้งส่งผล(ลบ)โดยอ้อมต่อการขอทุน ววน. อีกทั้งนโยบาย Reinventing University ยังไม่มีความชัดเจนทั้งในแง่ทิศทางและงบประมาณ ● ตามนโยบาย Reinventing University มหาวิทยาลัยที่เลือกอยู่กลุ่มที่หนึ่ง ซึ่งต้องทำวิจัยตอบโจทย์ KPI แต่ สกสว. ไม่ได้สนับสนุนอย่างเต็มที่ เพราะมหาวิทยาลัยโดยเฉพาะกลุ่มที่หนึ่งและกลุ่มที่สอง ต้องอาศัยโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือในการทำวิจัยอย่างเข้มข้น ที่

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>แม้แต่มหาวิทยาลัยอันดับต้นๆ ของประเทศก็ยังไม่สามารถบรรลุ KPI ได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตามนโยบาย Reinventing University มหาวิทยาลัยที่เลือกอยู่กลุ่มที่หนึ่งบางแห่งได้บีบบังคับให้อาจารย์ตีพิมพ์ผลงานวิจัยมากขึ้น โดยผู้บริหารมหาวิทยาลัยได้นำตัวชี้วัด “การมีผลงานตีพิมพ์ใน Scopus” มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินคะแนนประจำปีที่ใช้ประกอบการพิจารณาการขึ้นเงินเดือน พร้อมทั้งระบุในสัญญาจ้างอาจารย์รุ่นใหม่ชัดเจนว่า จะต้องตีพิมพ์ผลงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง และต้องยื่นขอตำแหน่งทางวิชาการให้ได้ภายในเวลาที่กำหนด ไมเช่นนั้นจะไม่ต่อสัญญา ข้อดีคือมีผลงานวิจัยตีพิมพ์มากขึ้น แต่ข้อเสียคือมีอาจารย์บางส่วนขอลาออก โดยเฉพาะอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการสอนมากกว่าทำวิจัย หรืออาจารย์บางสาขาที่แต่เดิมไม่ได้เน้นการตีพิมพ์งานวิจัย เช่น สาขาสังคมศาสตร์ สาขาศิลปศาสตร์ ทำให้อาจารย์ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยมากกว่าการสอน กระทบกับนักศึกษาที่เน้นมาศึกษาเพื่อออกไปทำงานสายที่ไม่ใช่วิชาการ แต่การที่อาจารย์ที่เหลืออยู่มีความสามารถในการขอทุน ก็ทำให้มหาวิทยาลัยประสบปัญหาการขอทุนน้อยลง ● งบ FF ที่มหาวิทยาลัยได้รับมีเงื่อนไขมากขึ้น จากการที่ผลงานวิจัยต้องได้รับการตีพิมพ์ในระดับที่กำหนด ทำให้จากเดิม งานวิจัยประเภท Fundamental Research ที่มีทั้งการวิจัยพื้นฐานและการวิจัยประยุกต์ผสมผสานกัน มหาวิทยาลัยบางแห่งหันไปให้น้ำหนักกับงานวิจัยพื้นฐานที่มีแนวโน้มจะได้รับการตีพิมพ์มากกว่า และให้งานวิจัยประยุกต์ไปขอทุนจากที่อื่น ● แผนและ OKR ของ ววน. มักไม่สอดคล้องกับหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นมา ก่อนมีระบบ ววน. ● ในอดีต สวรส. เคยเน้นงานเชิงระบบและมุ่งให้เกิดผลลัพธ์เป็นรายงานหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่หลังจากอยู่ภายใต้ระบบ ววน. และมี

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>OKR ขึ้นมากำกับ สวรส. เปลี่ยนไปมุ่งเน้นผลิตภัณ์ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและคาดหวังผลลัพธ์มากกว่ารายงานหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย ทำให้งานวิจัยมีลักษณะเป็นงานบริการวิชาการมากขึ้น โดยนักวิจัยต้องนำผลวิจัยไปปฏิบัติหรือสร้างผลกระทบให้เห็นเป็นรูปธรรมด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานวิจัยมีความสับสนในการดำเนินงานจากการกำหนดตัวชี้วัด OKR ของ PMU ที่ไม่มีความชัดเจน เช่น มีการกำหนดด้านการแพทย์ว่าต้องเป็นโรคหนึ่งในสามอันดับแรกของประเทศ แต่ไม่ระบุว่าโรคอะไรบ้าง

ที่มา: คณะผู้วิจัย

นอกจากประเด็นการประเมินในตารางข้างต้นคณะผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจให้หน่วยงานทำวิจัยในระบบ ววน. ร่วมประเมินโดยให้คะแนนในประเด็นความเหมาะสมในภาพรวมของแผน ววน. ในประเด็นย่อยต่างๆ รายละเอียดตามตารางและรูปต่อไปนี้

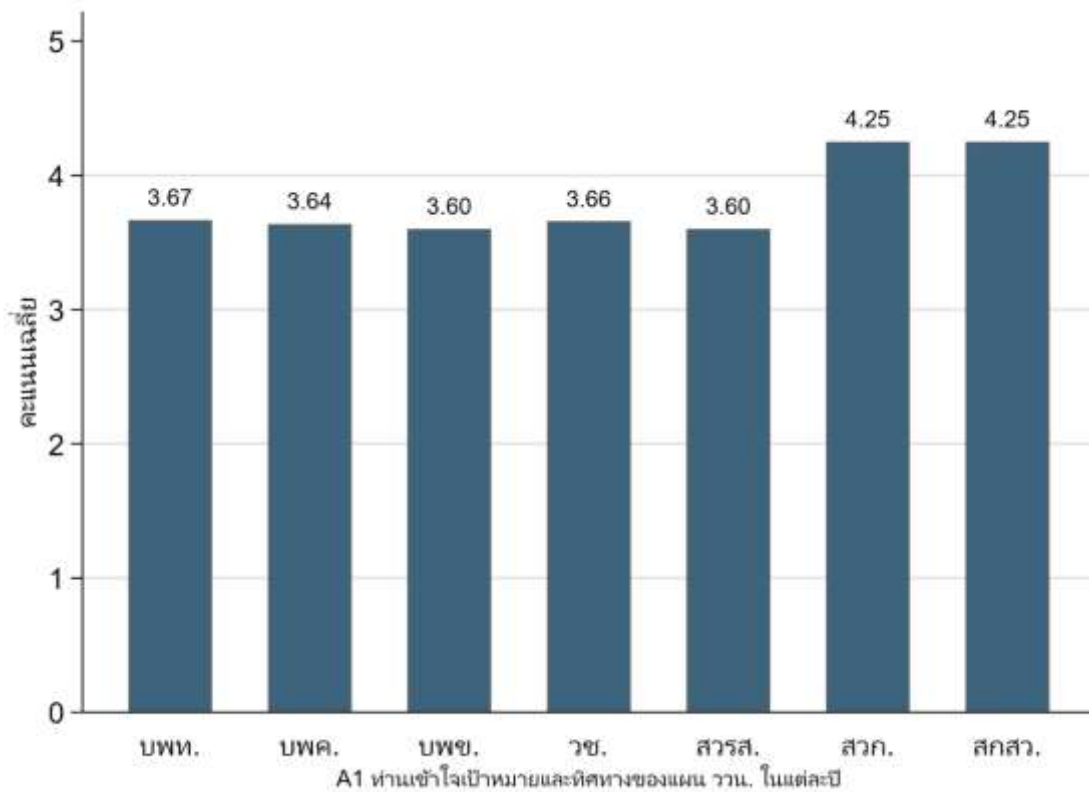
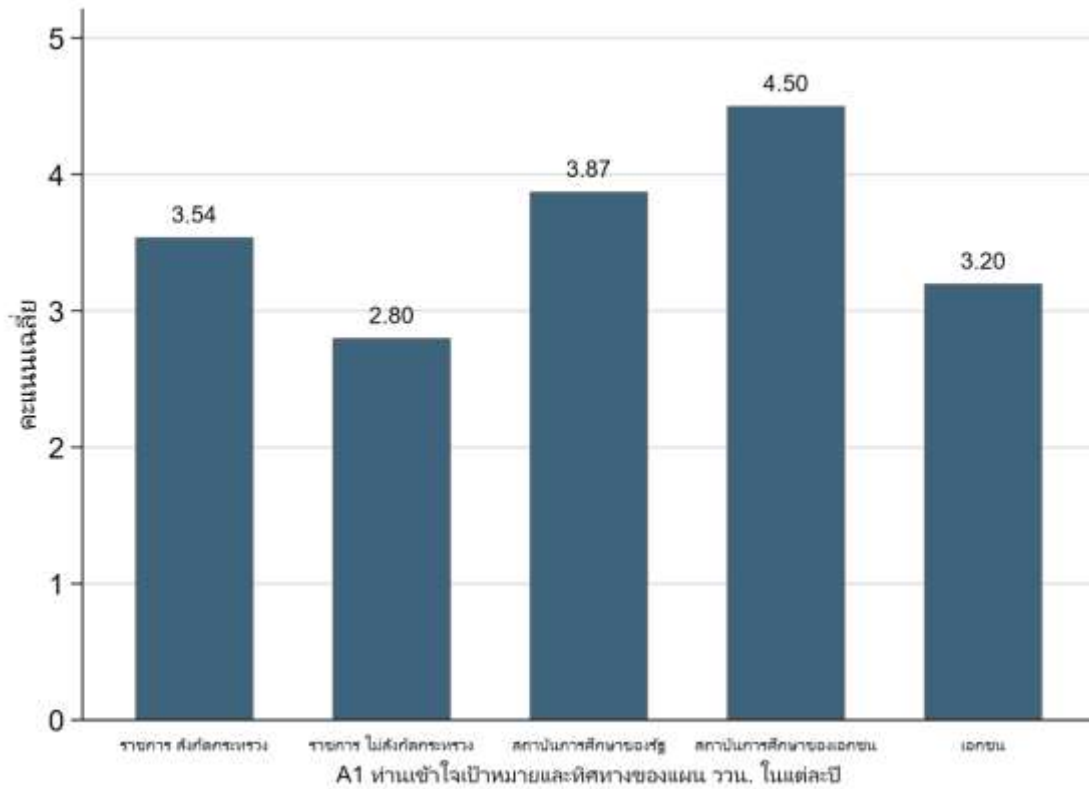
ตารางที่ 79 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นความเหมาะสมของภาพรวมของแผน ววน.

ประเด็นสอบถาม	Obs	Mean	SD	MIN	MAX
A1 ท่านเข้าใจเป้าหมายและทิศทางของแผน ววน. ในแต่ละปี และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 2-3 ปีหลังนี้	72	3.71	0.94	1	5
A2 หน่วยงานของท่านได้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้ความเห็นหรือออกแบบ/ยกร่างแผน ววน.	59	3.14	1.24	1	5
A3 แผน ววน. มีความครอบคลุมในด้านทิศทางและประเด็นการวิจัยที่มีความสำคัญต่อประเทศ	71	4.15	0.71	1	5
A4 หน่วยงานให้ทุน (PMU) ระบุขอบข่ายการวิจัย (TOR) อย่างเหมาะสมครอบคลุมและมีความยืดหยุ่นเพียงพอ	73	4.04	0.79	2	5
A5 แผน ววน. มีการสนับสนุนโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับ โควิด-19 อย่างเหมาะสม	71	4.13	0.75	2	5
A6 แผน ววน. มีการส่งเสริมประเด็นการวิจัยเกี่ยวกับการรับมือวิกฤติการระบาดของโรคอย่างเหมาะสม	70	4.04	0.81	2	5
A7 สถานนโยบาย สอวช. กสว. และ สกสว. กำลังดำเนินการบริหารแผน ววน. อย่างเหมาะสม ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติของประเทศ	67	3.97	0.78	2	5

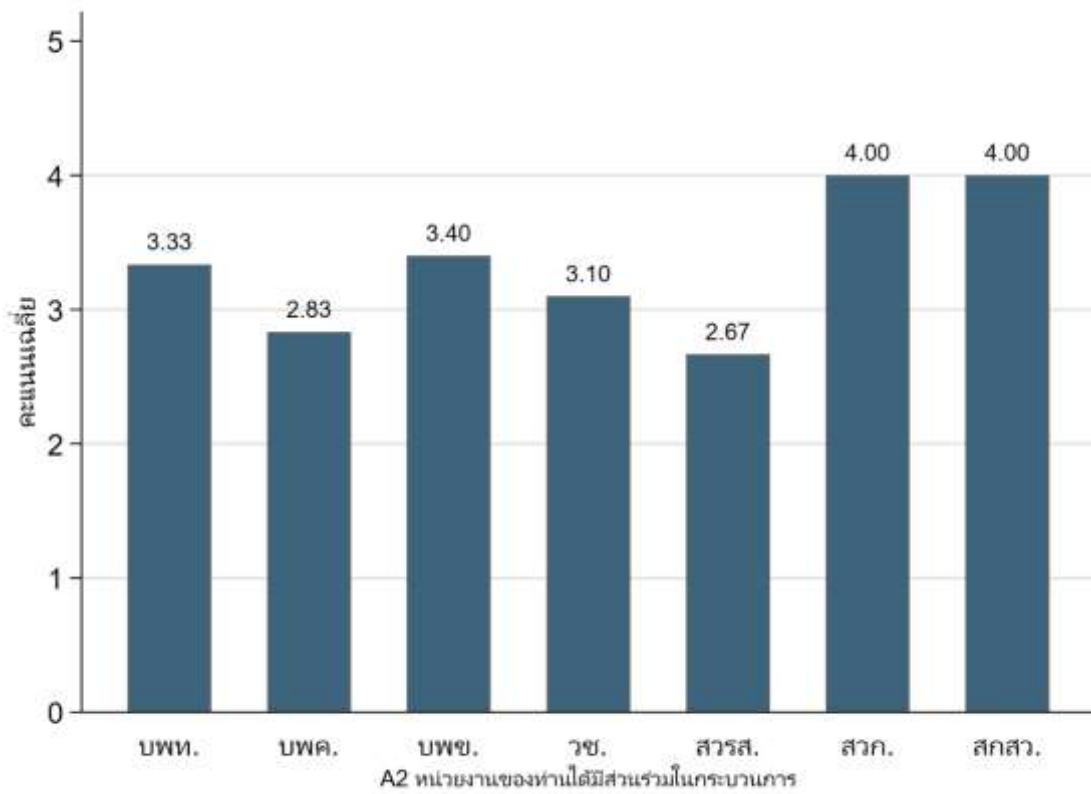
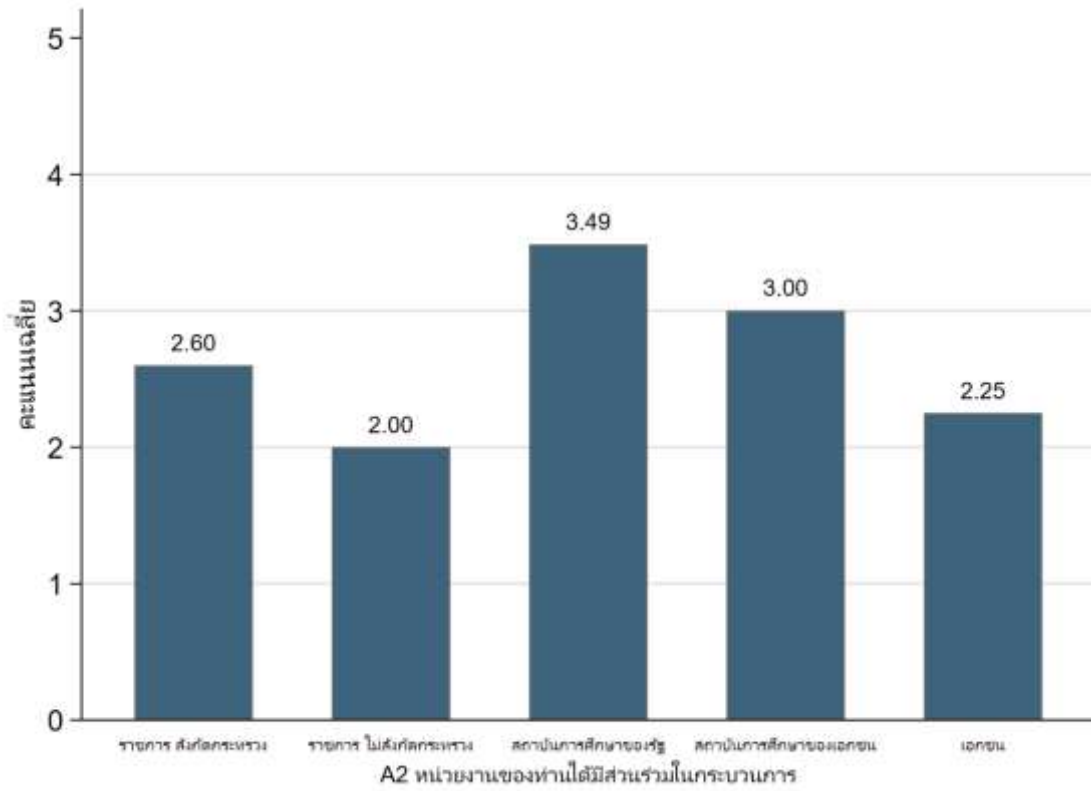
ที่มา: คณะผู้วิจัย

รูปที่ 167 การประเมินประเด็นความเหมาะสมของภาพรวมแผน ววน. จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน

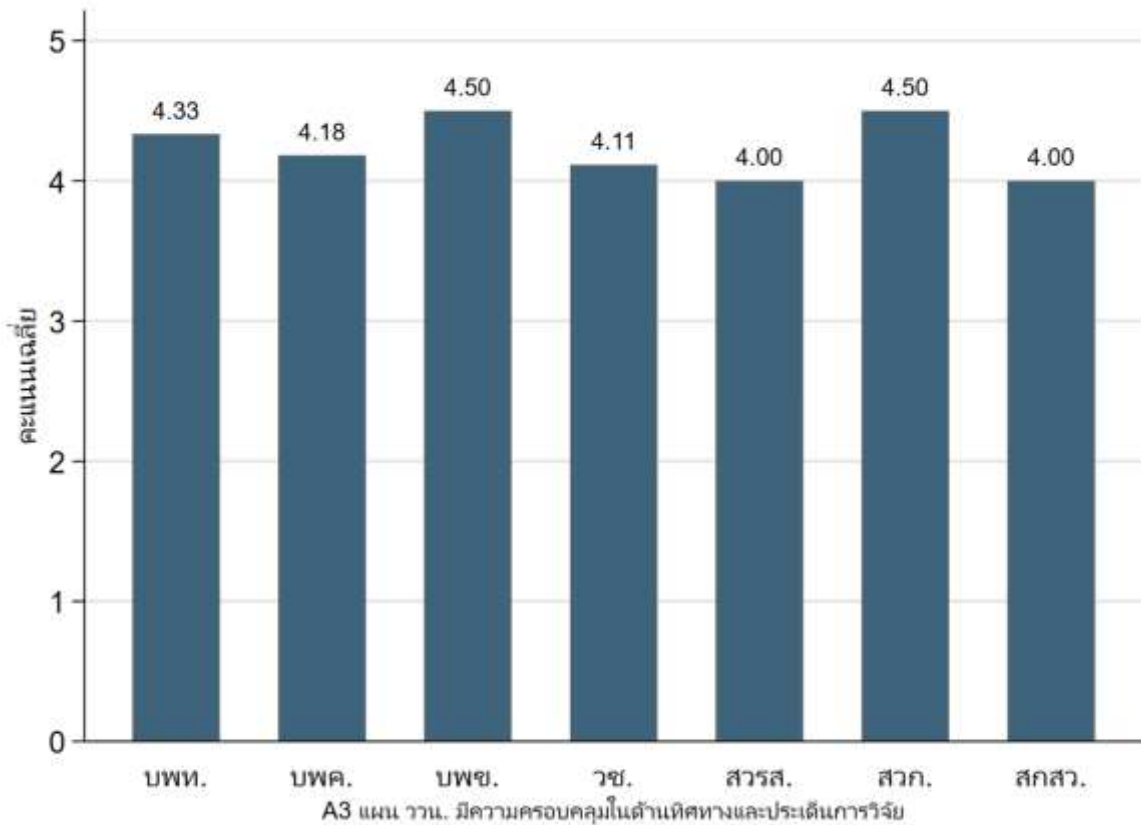
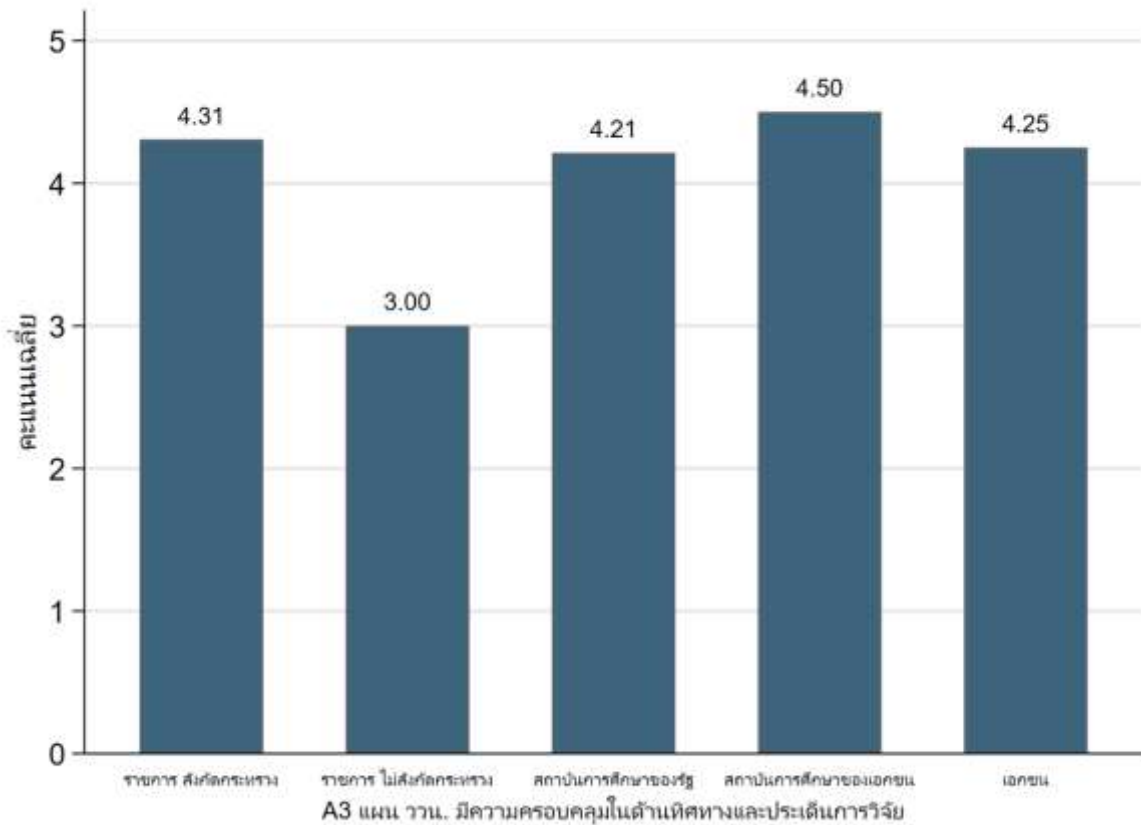
A1 ท่านเข้าใจเป้าหมายและทิศทางของแผน ววน. ในแต่ละปี และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 2-3 ปีหลังนี้



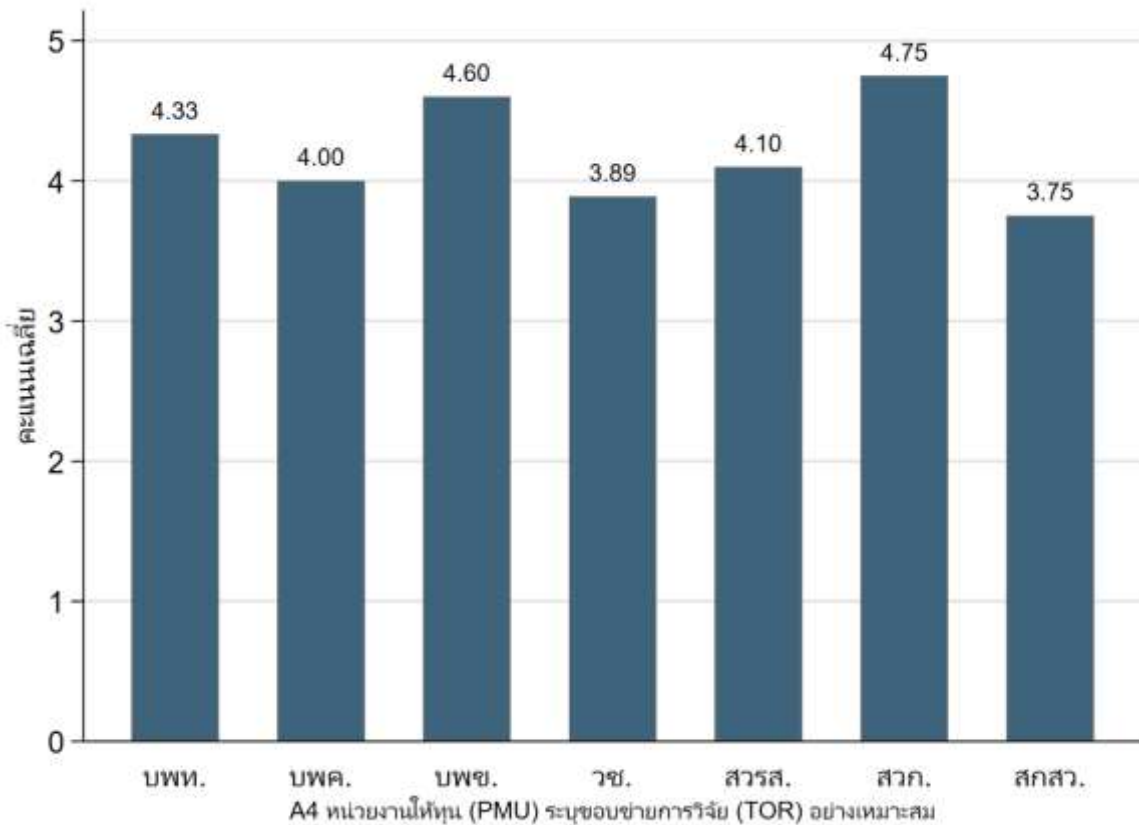
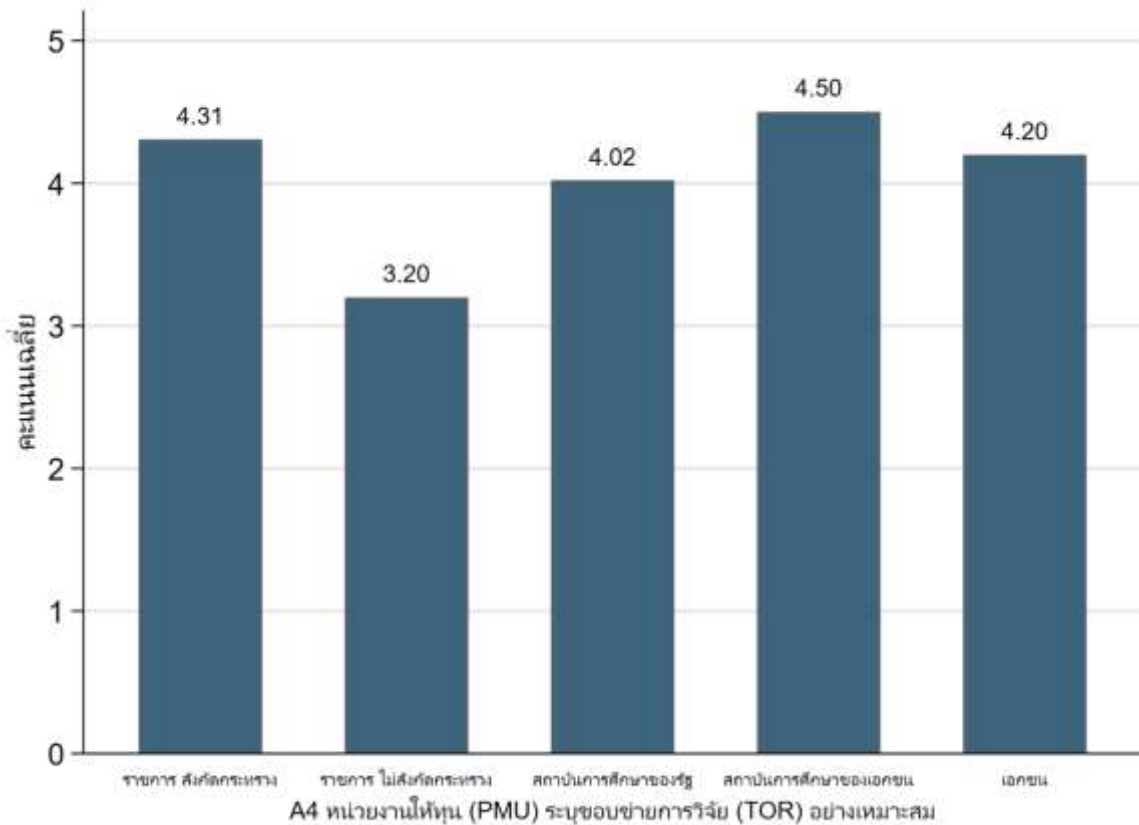
A2 หน่วยงานของท่านได้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้ความเห็นหรือออกแบบ/ยกวางแผน ววน.



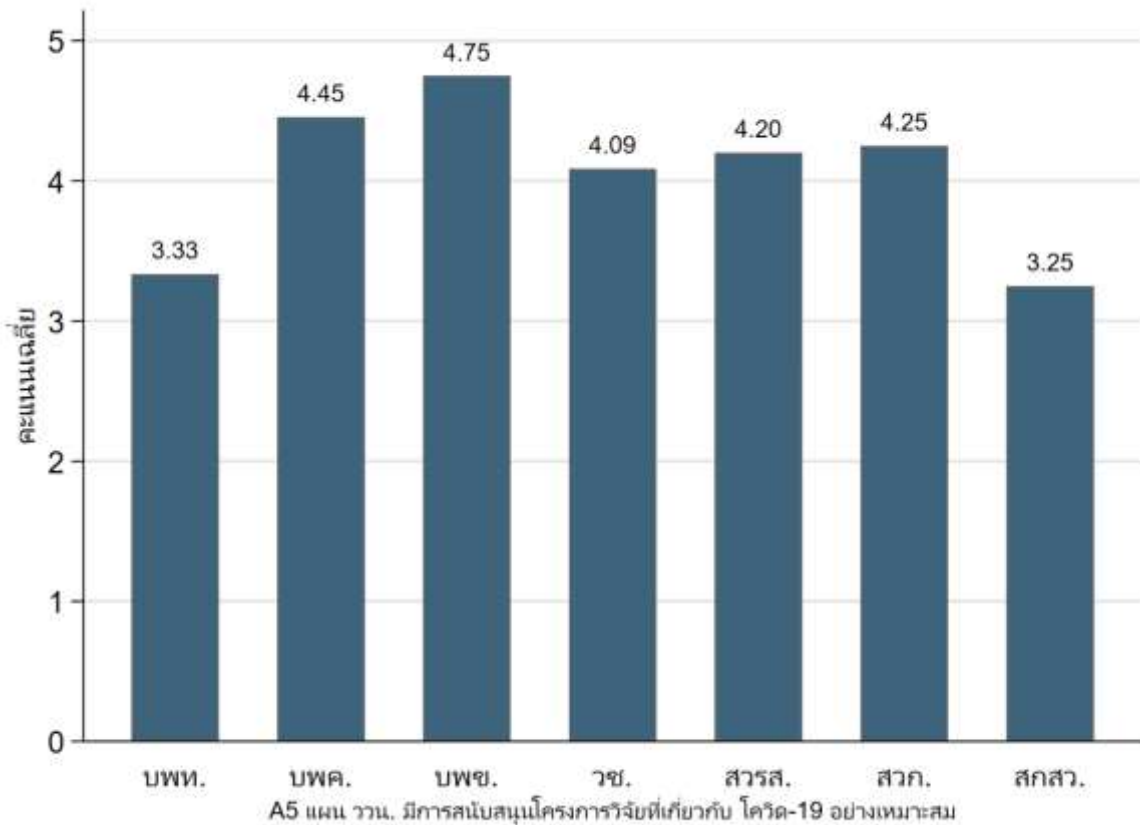
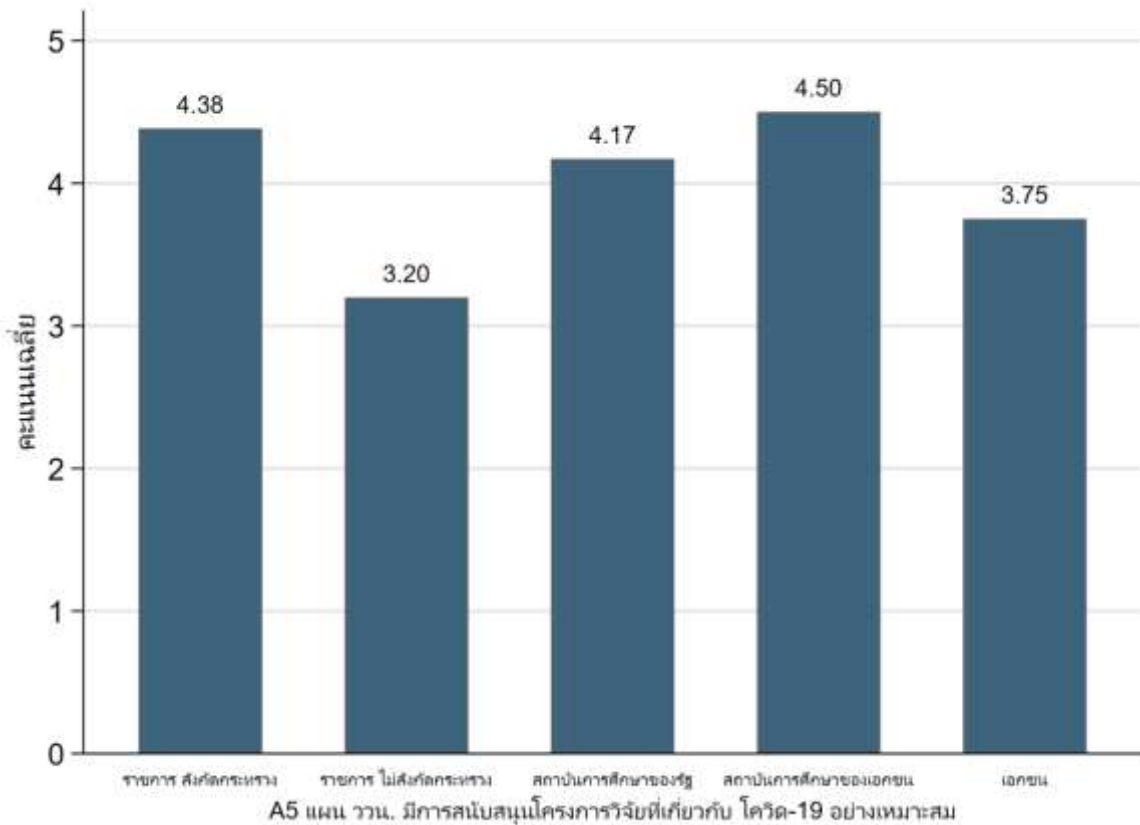
A3 แผน ววน. มีความครอบคลุมในด้านทิศทางและประเด็นการวิจัยที่มีความสำคัญต่อประเทศ



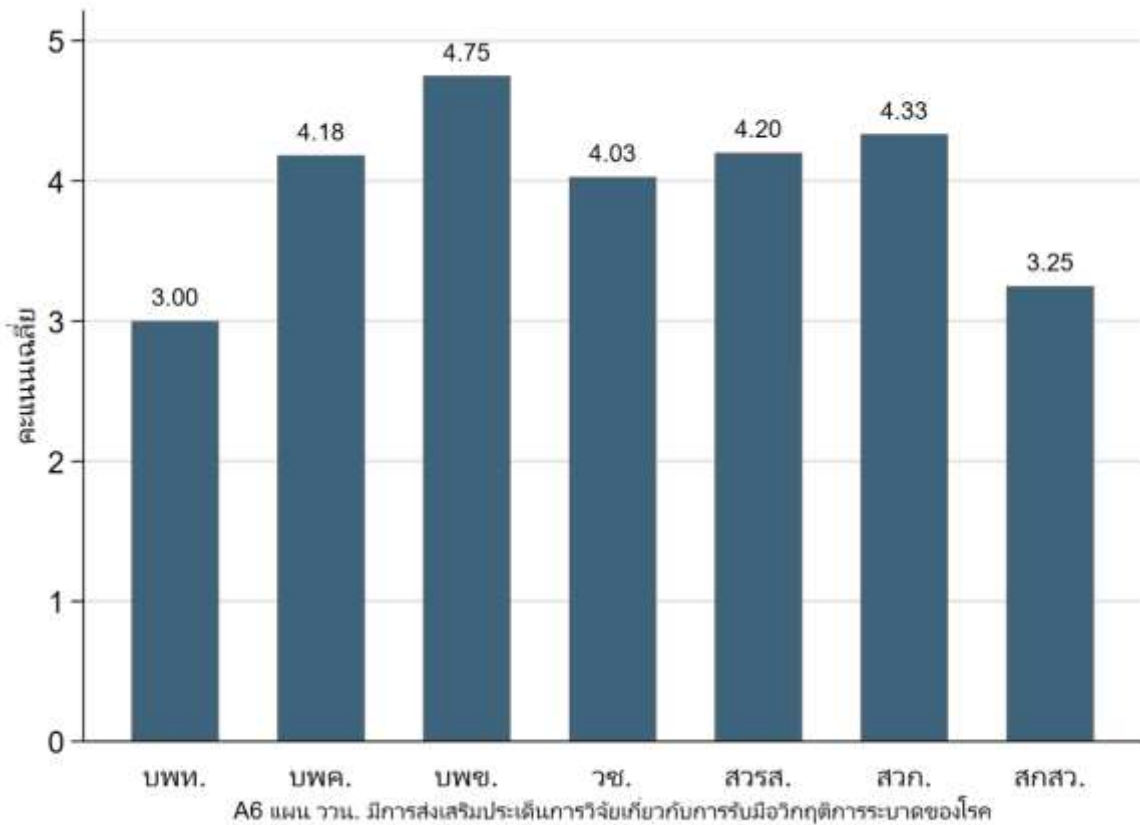
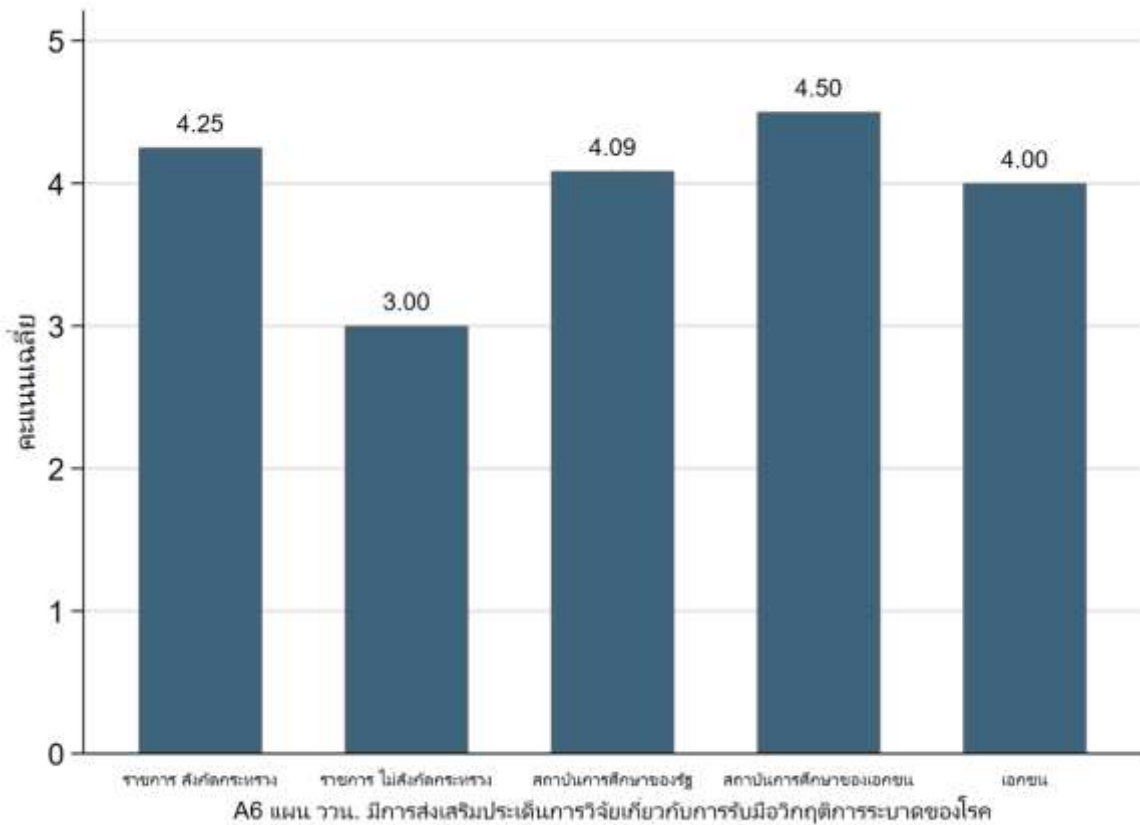
A4 หน่วยงานให้ทุน (PMU) ระบุขอบข่ายการวิจัย (TOR) อย่างเหมาะสม ครอบคลุมและมีความยืดหยุ่นเพียงพอ



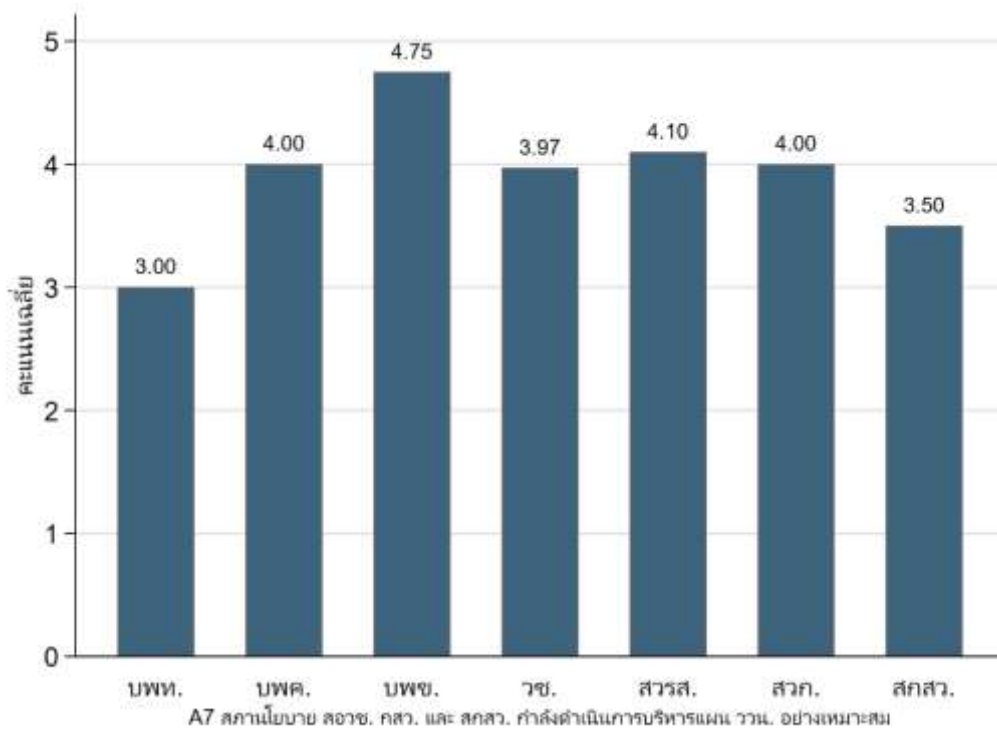
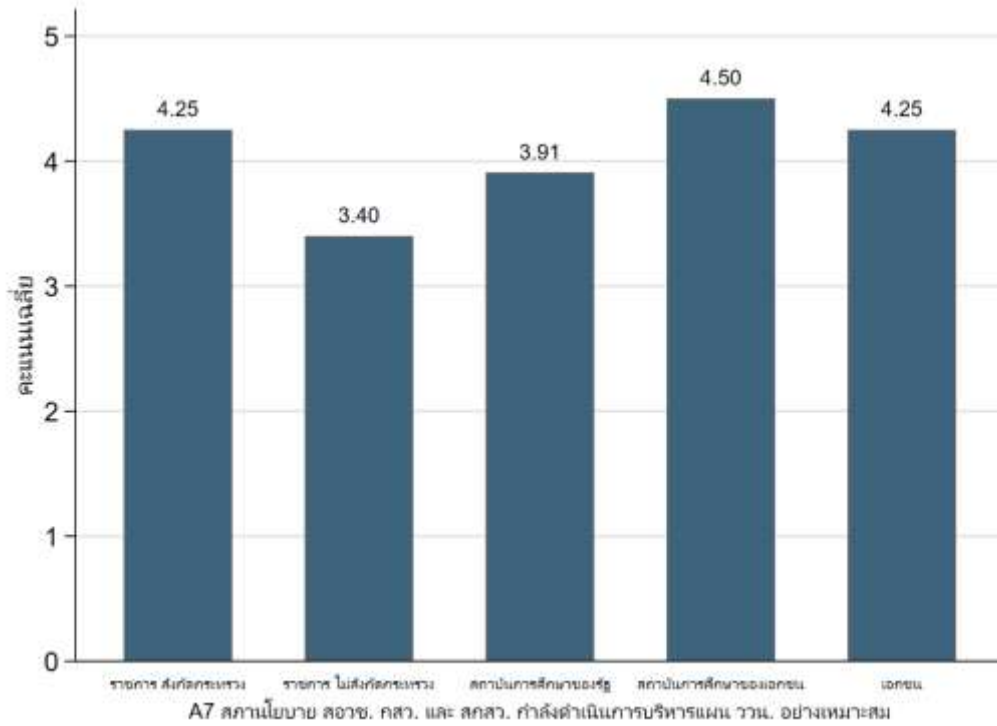
A5 แผน ววน. มีการสนับสนุนโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับ โควิด-19 อย่างเหมาะสม



A6 แผน ววน. มีการส่งเสริมประเด็นการวิจัยเกี่ยวกับการรับมือวิกฤติการระบาดของโรคอย่างเหมาะสม



A7 สถานโยบาย สวช. กสว. และ สกสว. กำลังดำเนินการบริหารแผน วรรณ. อย่างเหมาะสม ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ
ของประเทศ



ที่มา: คณะผู้วิจัย

24.3 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม

ตารางที่ 80 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>B ประเด็นด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ประการที่ 1 การพัฒนาคุณภาพกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานในระบบวิจัย</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การศึกษาของ Ruecker et al. (2018) พบว่าคุณภาพของคนในระบบวิจัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาระบบวิจัย ซึ่งหากคนในระบบวิจัยมีคุณภาพมากพอจะขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงปัจจัยอื่นๆ ให้มีคุณภาพตามด้วย ● การทบทวนการศึกษาในอดีตพบว่าปัญหาคุณภาพของระบบการศึกษาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของระบบ ววน. ● PMU บางแห่งพบปัญหาการขาดแคลนนักวิจัยที่มีความรู้ความสามารถในบางประเด็นการวิจัย ● แนวทางการควบคุมคุณภาพและความเหมาะสมของบุคคลที่คัดเลือกเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของโครงการวิจัย โดยเฉพาะ PMU ที่นิยมใช้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกในการพิจารณาและตรวจรับงานวิจัย <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบัน บพข. เริ่มมีปัญหาคอขวดในการสนับสนุนทุนวิจัย เนื่องจากมีนักวิจัยจำนวนไม่มากที่มีความสามารถเพียงพอต่อการดำเนินโจทย์วิจัยที่สำคัญของประเทศ ในขณะที่และนักวิจัยที่มีความสามารถเพียงพอก็ติดงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนอยู่แล้ว <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มหาวิทยาลัยบางแห่งต้องใช้บุคลากรที่เป็นอาจารย์มาทำวิจัยเป็นหลัก บางแห่งระบุว่าหานักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณภาพไม่ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกติกาการจ่ายค่าตอบแทนของ PMU

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● งบ SF มหาวิทยาลัยบางแห่งมีปัญหา เพราะต้องเปลี่ยนกรอบการวิจัย ให้มุ่งเป็นผู้ประกอบการมากขึ้นและต้องตั้งเป็นชุดโครงการใหญ่ ในขณะที่อาจารย์ไม่มีทักษะการเป็นผู้ประกอบการ ● มหาวิทยาลัยที่ขาดความเชี่ยวชาญของอาจารย์และบุคลากรที่เหมาะสมกับ PMU มักพัฒนาโจทย์วิจัยเป็นชุดโครงการได้ค่อนข้างยาก เพราะขาดแคลนผู้นำในหลากหลายประเด็น เช่น ประเด็นผู้สูงอายุ ประเด็นความมั่นคงทางอาหาร ประเด็นสิ่งแวดล้อม ● มหาวิทยาลัยขนาดเล็กมักคุ้นเคยกับการทำโครงการเดี่ยวที่เน้นสาขาวิจัยเดียว ● มหาวิทยาลัยที่ไม่มีอาจารย์อาวุโสเท่าไรนัก มักขาดแคลนผู้นำที่มีตำแหน่งสูง ● มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการวิจัย ทำให้ยังไม่สามารถแข่งขันกับมหาวิทยาลัยในระดับสากล ● ในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัย มหาวิทยาลัยบางแห่งยังขาดแคลนงบประมาณในการยกระดับมาตรฐานห้องปฏิบัติการสัตว์ทดลอง ทำให้ไม่สามารถทำวิจัยสัตว์ที่ต้องอาศัยมาตรฐานความปลอดภัยระดับสูงได้ จึงต้องส่งไปที่มหาวิทยาลัยใกล้เคียงที่มีศักยภาพ ● บางมหาวิทยาลัย ทรัพยากรในแง่ห้องทดลองเชิงปฏิบัติการไม่ขาดแคลน เพราะสามารถไปขอยืมใช้จากมหาวิทยาลัยใกล้เคียงได้ แต่นักวิจัยบางส่วนก็มีความประสงค์ต้องการห้องทดลองส่วนตัวที่มีวัสดุอุปกรณ์ครบครัน ซึ่งปัจจุบันมหาวิทยาลัยยังไม่มีความพร้อมดังกล่าว เช่น ในการทดลองทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยยังไม่มีสถานที่ทำการทดลองเกี่ยวกับสัตว์ที่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น ● งบประมาณ FF ไม่เพียงพอสำหรับการสร้าง/จัดหาโครงสร้างพื้นฐานที่จะนำไปสร้างงานวิจัยระดับ High-end

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● นโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันไม่สนับสนุนการเพิ่มกำลังคนให้แก่มหาวิทยาลัยที่มีแนวโน้มเกษียณมากขึ้น ● วช. จัดสรรทุนปริญญาโท/ปริญญาเอกให้แก่มหาวิทยาลัยบางแห่งน้อยมาก เช่น ให้เพียง 20 ทุน (เท่ากับมหาวิทยาลัยที่เล็กกว่าอย่าง ม.ราชภัฏหลายที่) ● หน่วยวิจัยภายใต้ระบบ ววน. ไม่ได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยระหว่างกันมากที่ควร นอกจากนี้ ยังมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลค่อนข้างน้อย สกสว./PMU ควรมีบทบาทในการจัดงานให้นักวิจัยมานำเสนอผลงานมากขึ้น เช่น ทำนองเดียวกับ สวก. และ Research Expo ● การรับมือวิกฤตยังต้องการการสนับสนุนอีกหลายด้าน โดยเฉพาะการสร้างความรู้เชิงลึก (basic biomedical science และ molecular biology ที่เกี่ยวข้อง) นอกจากนี้ยังต้องมีการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานในรูปแบบ platform เช่น ห้องแล็บความปลอดภัยระดับ 2-3 (Biosafety Level BSL2-3), GMP facility สำหรับ vaccine mRNA/viral vector

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>B ประเด็นด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ประการที่ 2 การจูงใจให้เกิดการร่วมลงทุนวิจัย และการเพิ่ม</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทบทวนสถิติพบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนเงินทุนวิจัยจากภาครัฐและสถานศึกษา (ซึ่งในไทยส่วนใหญ่ก็เป็นของรัฐด้วย) เป็นหลัก ขณะที่มีการลงทุนจากภาคเอกชนน้อย ● หน่วย PMU ที่มีความโดดเด่นในการดึงดูดการลงทุนจากภาคเอกชน คือ บพข. จากการประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินการของต่างประเทศ

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
โอกาสการเข้าถึงทุนวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ ววน. ยังขาดตัวกลางระหว่างผู้ประกอบการที่ต้องการติดต่อขอรับทุนวิจัย กับหน่วยงาน/นักวิจัย เพื่อช่วย/ให้คำปรึกษาการเขียนโครงการขอทุนหรือสร้างความเข้าใจระหว่างสองฝ่าย ● มีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบ One Stop Service หรือ Customer Relation สำหรับภาคเอกชนที่ต้องการติดต่อขอรับทุน ● ระบบ ววน. ในปัจจุบันมีการออกแบบให้โยกย้ายงบประมาณการทำวิจัยให้ผ่าน PMU ในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงที่ทำให้การสนับสนุนไม่ครอบคลุมหน่วยงานทำวิจัยหรือนักวิจัยที่อยู่นอกเรดาร์ของ PMU ที่มีอยู่ เช่น นักวิจัยรุ่นใหม่ ● การศึกษาของ Koen Jonkers และ Thomas Zacharewicz (2016) พบว่าระบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพสามารถใช้เพื่อกระตุ้นปริมาณและคุณภาพงานวิจัย สามารถชี้นำสาขางานวิจัยที่ต้องการเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม อีกทั้งยังเป็นช่องทางหนึ่งในการสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมด้วย นอกจากนี้ การแข่งขันเพื่อชิงทุนวิจัยระหว่างองค์กรจะช่วยกระตุ้นให้องค์กรวิจัยเร่งเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพงานวิจัยของตนด้วย ● อย่างไรก็ตาม ระบบการให้ทุนวิจัยตามเกณฑ์คุณภาพ มีข้อเสียคือ การกำหนดให้ทุนแก่สาขาวิจัยบางสาขาเพิ่มมากขึ้นจะเป็นการกีดกันให้องค์กรที่ทำวิจัยในสาขาอื่นได้รับส่วนแบ่งทุนภาครัฐที่น้อยลง อีกทั้งในทางปฏิบัติไม่ใช่ทุกองค์กรจะสามารถแข่งขันแย่งชิงทุนได้อย่างเท่าเทียมกัน ส่งผลให้องค์กรบางส่วนที่ถูกกีดกันหรือถูกบังคับให้ปรับพฤติกรรมตามตัวชี้วัดจะรู้สึกต่อต้านระบบดังกล่าว นอกจากนี้ การคัดเลือกตามเกณฑ์คุณภาพอาจทำให้นักวิจัยเสียขวัญกำลังใจจากการไม่ถูกรับเลือกหรืออาจถูกเลือกปฏิบัติจากความไม่เท่าเทียมทางเพศได้ ● การศึกษาของ Velde et al. (2014) ไม่พบหลักฐานว่ารูปแบบการจัดสรรเงินทุนที่แตกต่างกัน (การจัดสรรแบบมุ่งเน้นองค์กร (Block

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>Grant) เกี่ยวกับการจัดสรรแบบเน้นโครงการวิจัย และสัดส่วนของทุนวิจัยของมหาวิทยาลัยต่อทุนวิจัยรวม) จะส่งผลต่อคุณภาพการวิจัยของประเทศ (วัดจากคุณภาพการตีพิมพ์งานวิชาการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ในสหรัฐอเมริกา การวิจัยโดยรัฐบาลกลางส่วนใหญ่จะเป็นการลงทุนในหมวดการวิจัยขั้นพื้นฐานหรือให้ทุนเพื่อจูงใจภาคเอกชนให้ทำการวิจัยขั้นพื้นฐานให้มากขึ้น เนื่องจากภาคเอกชนมักมองว่าการวิจัยขั้นพื้นฐานนั้นไม่คุ้มค่ากับตน เพราะการวิจัยประเภทนี้มักก่อให้เกิดผลตอบแทนต่อสังคม (Social Returns) มากกว่าผลตอบแทนต่อบริษัท (Private Returns) เช่น รายได้ที่เพิ่มขึ้น มูลค่าหุ้นที่สูงขึ้น <p>นอกจากนี้ การวิจัยขั้นพื้นฐานยังต้องใช้ระยะเวลาอันพอสมควรกว่าที่จะได้นำผลวิจัยไปใช้เชิงพาณิชย์ อีกทั้งมีความเสี่ยงทางเทคนิคและมีความไม่แน่นอนสูงด้วย ซึ่งขัดแย้งกับความต้องการของผู้ถือหุ้นที่ต้องการผลตอบแทนรวดเร็วและแน่นอน ด้วยเหตุนี้ หมวดการวิจัยขั้นพื้นฐานจึงเป็นหมวดที่รัฐบาลกลางให้ทุนสูงกว่าภาคธุรกิจ</p> <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สอวช. มีข้อกังวลว่านักวิจัยรุ่นใหม่อาจมีอุปสรรคในการเข้าถึงการสนับสนุนการวิจัยจาก ววน. ซึ่งควรต้องเปิดช่องทางเพิ่มเติมให้นักวิจัยรุ่นใหม่สามารถขอทุนวิจัยเพื่อสร้างผลงานได้ง่ายขึ้น ● ในปัจจุบัน แม้ สกสว. จะมีเครือข่ายนักวิจัยอยู่มาก แต่เมื่อกำหนดให้ วช. เป็น Focal Point ในการรับมือโควิด-19 สกสว. ก็ไม่สามารถขึ้นมามีบทบาทในการดำเนินวิจัยเพื่อรับมือโควิด-19 ได้ดีเท่าที่ควร เพราะผู้บริหารเห็นว่า สกสว. ควรเน้นทำงานในกรอบและแผนเป็นหลัก ● เมื่อมีจุดเริ่ม ววน. การจัดสรรทุนในช่วงแรกมีการร่วมมือกันมากระหว่าง PMU และ สกสว. แต่ภายหลังที่ สกสว. พยายามจัดทำ

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>งบประมาณส่วนนี้เอง แต่ละ PMU ก็ห่างกันมากขึ้น เพราะต้องตั้งโครงการมาแย่งชิงงบกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ขณะที่เงิน SF มีจำนวนมากขึ้น แต่มหาวิทยาลัยต้องแข่งขันกันมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งมหาวิทยาลัยที่มีโครงสร้างพื้นฐานน้อยเสียเปรียบ ในขณะที่มหาวิทยาลัยใหญ่และมีโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลจะได้เปรียบ <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นักวิจัยเข้าถึงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัยได้ครบถ้วน ● PMU ต่างๆ มักประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัยค่อนข้างถี่ กระชั้นชิด และต่อเนื่องกัน ทำให้นักวิจัยต้องเตรียมข้อเสนอโครงการไว้ล่วงหน้า ● การกำหนดคุณสมบัติหัวหน้าโครงการที่เจาะจง เช่น บพท. กำหนดให้หัวหน้าโครงการต้องเป็นบุคลากรระดับผู้บริหารของมหาวิทยาลัย ซึ่งยุ่งยากและอาจไม่ practical ด้วย ● ประเด็นวิจัยที่มุ่งตอบโจทย์ของมหาวิทยาลัยด้วย มักของประเภท SF ยาก เพราะหน่วยให้ทุนไม่เข้าใจเบื้องลึกของแนวคิด ทำให้กรอบวิจัยถูกบีบให้แคบลง เช่น ขอบเขตพื้นที่ล้านนาไม่ได้หมายถึงแค่ 8 จังหวัดในประเทศไทย แต่ยักรวมถึงบางพื้นที่ของประเทศเมียนมาด้วย ● ในส่วนของงบ FF แผน ววน. มักมีการเลื่อนอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ ววน. ไม่สามารถกำหนดวันส่งแผนได้แน่นอน จึงทำให้หลายครั้งที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งทำแผนให้เสร็จเพื่อให้ทันส่งสำนักงบประมาณ ● โจทย์วิจัยของภาครัฐ มักพยายามที่จะตอบโจทย์และส่งเสริมคนहु่มาก ซึ่งภาคเอกชนไม่สนใจ ไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหาของตน และไม่ยินดีที่จะร่วมจ่าย

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยรับทุนบางแห่งเห็นว่า การเกิดขึ้นของระบบ ววน. ส่งผลให้นักวิจัยรุ่นใหม่มีโอกาสได้รับทุนมากขึ้น เพราะการรวมเป็นระบบวิจัยเดียว ทำให้นักวิจัยรุ่นใหม่ติดตามข้อมูลข่าวสารการให้ทุนได้ง่ายขึ้น มีอิสระในการยื่นข้อเสนอโครงการ และลดโอกาสในการถูกปิดกั้นจากการใช้สายสัมพันธ์ส่วนตัวในการขอทุน แต่มีหน่วยรับทุนบางแห่งระบุว่า หากนักวิจัยเคยรับทุนจาก PMU ไตมาก่อน จะมีโอกาสได้รับทุนจาก PMU แห่งนั้นอีกครั้งสูงมาก ขณะที่นักวิจัยรุ่นใหม่ไม่ค่อยได้รับทุน ● ในส่วนของงบ SF มีผลกระทบต่อนักวิจัยที่ทำงานวิจัยพื้นฐานเป็นหลัก เพราะบาง PMU เช่น บพข. มีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องมีการจับคู่กับภาคเอกชนและต้องเป็นงานวิจัยระดับ TRL 4 ขึ้นไป เพื่อป้องกันภาวะหุบเหวระยะที่งานวิจัยไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ภาคอุตสาหกรรมได้ จึงเกิดเป็นข้อจำกัดและกีดกันนักวิจัย ทำให้ความหลากหลายและความอิสระของการดำเนินงานวิจัยถูกจำกัด ● ระบบ ววน. ในเชิงนโยบาย มีความเป็นเอกภาพ แต่ในเชิงปฏิบัติ ยังไม่ค่อยมีการประสานสอดคล้องกันเท่าใดนัก เช่น นโยบาย Reinventing University ที่ อว. เปิดโอกาสให้มหาวิทยาลัยสามารถเลือกกลุ่มได้ตามความต้องการ แต่หลังจากการเลือกกลุ่ม กลับกลายเป็นการจำกัดสิทธิ์บางประการ เช่น มหาวิทยาลัยเลือกอยู่กลุ่มที่สาม ที่เน้นวิจัยเชิงพื้นที่ จะไม่ค่อยได้รับทุนเกี่ยวกับการวิจัยที่เป็นโจทย์ระดับสากล (World Class) ทั้งที่มหาวิทยาลัยมีศักยภาพและมีความเชี่ยวชาญที่แข่งขันในระดับโลกในเรื่องนั้นๆ ได้ ● ในกระบวนการพัฒนาโจทย์ มหาวิทยาลัยบางแห่งไม่สามารถดำเนินการวิจัยโจทย์ขนาดใหญ่ได้และต้องการบุคลากรมาช่วยหนุนเสริม

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>B ประเด็นด้านทุนและทรัพยากรการวิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ประการที่ 3</p> <p>ฐานข้อมูลการวิจัยเพื่อการติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการวิจัย</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบันการติดตามประเด็นการวิจัย และผลการวิจัยในระบบ ววน. ยังไม่สามารถทำได้สะดวก ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลความรู้ของภาคส่วนต่างๆ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการส่งเสริมระบบ ววน. ● ระบบ NRIIS ยังไม่สามารถนำมาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การติดตามการวิจัยโดยมากยังคงต้องทำผ่านสื่อของหน่วยงานในระบบ PMU ซึ่งทำให้การค้นหาการวิจัย และการติดตามความก้าวหน้าทำได้ไม่สะดวกเท่าที่ควร ● การค้นหาข้อมูลการวิจัยควรทำได้สะดวกสำหรับคนในสังคม เช่น การค้นหาผ่านระบบ Google และทำให้ข้อมูลการวิจัยสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยไม่ต้องมีขั้นตอนการลงทะเบียนต่างๆ <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบันระบบการติดตามและประเมินผลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในการช่วยให้สามารถระบุความเสี่ยงและจุดอ่อนได้ เพราะแม้ PMU จะมีหน้าที่กำกับกับการวิจัยในประเด็นเฉพาะของตนทั้งหวังโซ่คุณค่า แต่ในปัจจุบัน PMU แต่ละแห่งยังไม่มีศักยภาพมากถึงขั้นนั้น ปัจจุบันมีเพียงระบบประเมินผลที่ปลายน้ำ ยังขาดแคลนระบบติดตามที่เคลื่อนไปพร้อมกับการทำงานของ PMU <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มหาวิทยาลัยแต่ละแห่งมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงฐานข้อมูลการวิจัยนานาชาติ เช่น Web of Science และ Scopus ปัจจุบันไม่มีหน่วยงานกลางของรัฐจัดซื้อ สกสว. ควรพิจารณาเป็นหน่วยงานกลาง ● มีปัญหาความซ้ำซ้อนในการที่จะต้องส่งรายงานการวิจัยทั้งในระบบและต้องส่งเป็นรูปเล่มกระดาษด้วย รูปแบบที่รายงานในระบบ NRIIS กับ

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>รูปแบบที่ต้องจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม ก็มีความแตกต่างกัน ทำให้นักวิจัยต้องพิมพ์เอกสาร 2 รอบ รวมถึงการส่งแผ่นซีดีที่ปัจจุบันล้าสมัยไปแล้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> • ฐานข้อมูล NRIIS ไม่ค่อยเป็นปัจจุบัน • ระบบการประเมินข้อเสนอโครงการใช้งานค่อนข้างยาก

ที่มา: คณะผู้วิจัย

นอกจากประเด็นในตารางข้างต้น คณะผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจให้หน่วยงานทำวิจัยในระบบ ววน. ร่วมประเมินโดยให้คะแนนในด้านการจัดสรรงบประมาณของกองทุน ววน. ในประเด็นย่อยต่างๆ รายละเอียดตามตารางและรูปต่อไปนี้

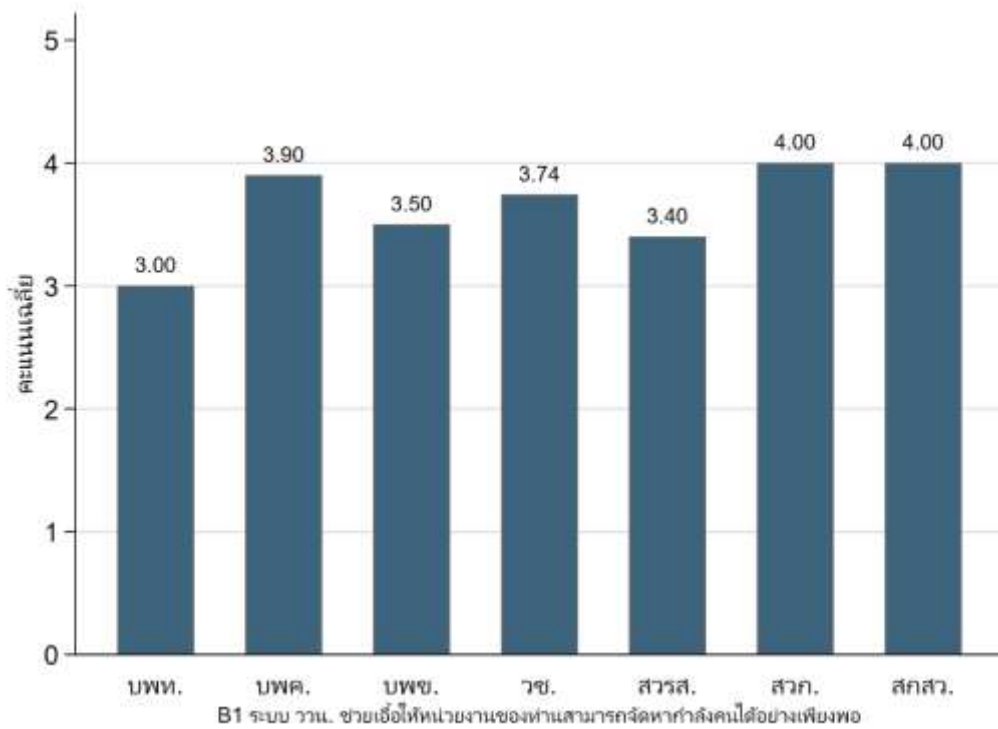
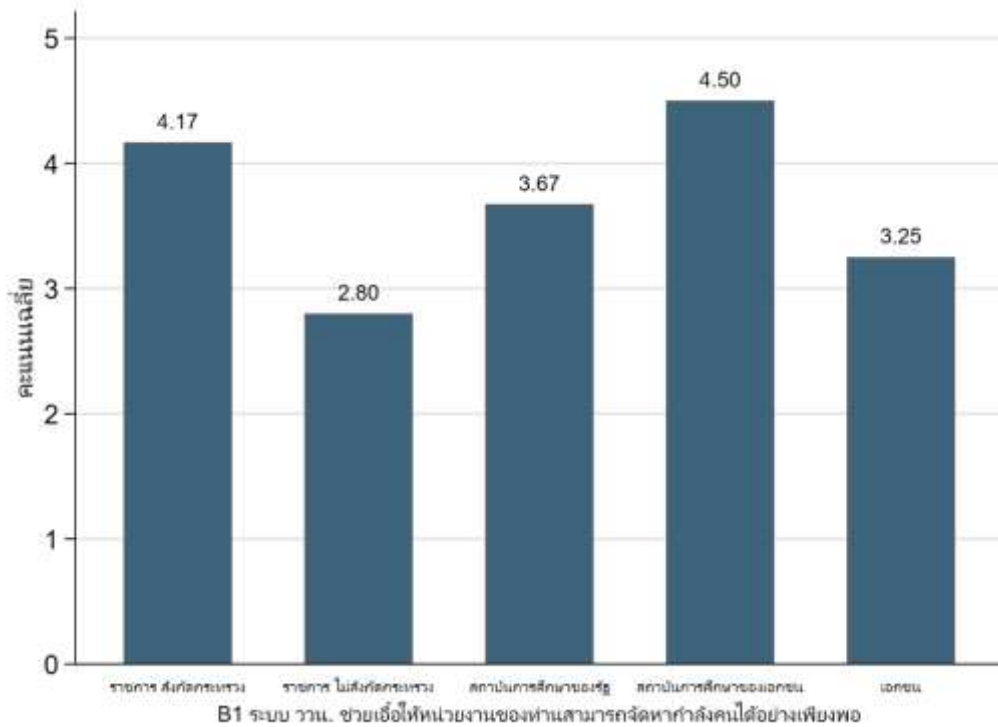
ตารางที่ 81 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการจัดสรรงบประมาณของกองทุน ววน.

ประเด็นสอบถาม	Obs	Mean	SD	MIN	MAX
B1 ระบบ ววน. ช่วย/เอื้อให้หน่วยงานของท่านสามารถจัดหากำลังคนได้อย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับโจทย์วิจัย	69	3.70	0.88	2	5
B2 หน่วยงานให้ทุนจัดสรรงบวิจัยที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยที่สำคัญในด้านต่างๆ ของประเทศ	72	3.69	0.91	2	5
B3 หน่วยงานให้ทุนกำหนดอัตราค่าตอบแทนและค่าจ้างที่เอื้อให้เกิดโครงการวิจัยที่มีคุณภาพ	74	3.61	0.99	1	5
B4 ระบบ ววน. มีการจัดสรรงบและการดำเนินการที่เพียงพอที่จะช่วยสร้างและพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยในสาขาที่จำเป็นของประเทศ	72	3.68	0.96	1	5
B5 ระบบ ววน. มีส่วนช่วยให้หน่วยงานทำวิจัย สามารถจัดหาโครงสร้างพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการวิจัย เช่น อุปกรณ์ ห้องทดลอง	67	3.40	1.00	1	5
B6 หน่วยงานทำวิจัยสามารถเข้าถึงข่าวสารทุนวิจัยได้ง่ายและสะดวก	73	4.08	0.83	2	5
B7 หน่วยงานทำวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลโครงการวิจัยภายใต้ระบบ ววน. ทั้งที่กำลังเปิดรับข้อเสนอโครงการที่กำลังดำเนินการ และที่ดำเนินการแล้วเสร็จ	72	3.92	0.87	1	5
B8 ระบบ ววน. ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดความร่วมมือ และร่วมทุนระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้เป็นอย่างดี	73	3.70	0.84	2	5
B9 ระบบ ววน. มีการจัดสรรทุนวิจัยที่เกี่ยวกับ Covid-19 อย่างเพียงพอ	71	3.80	0.89	1	5

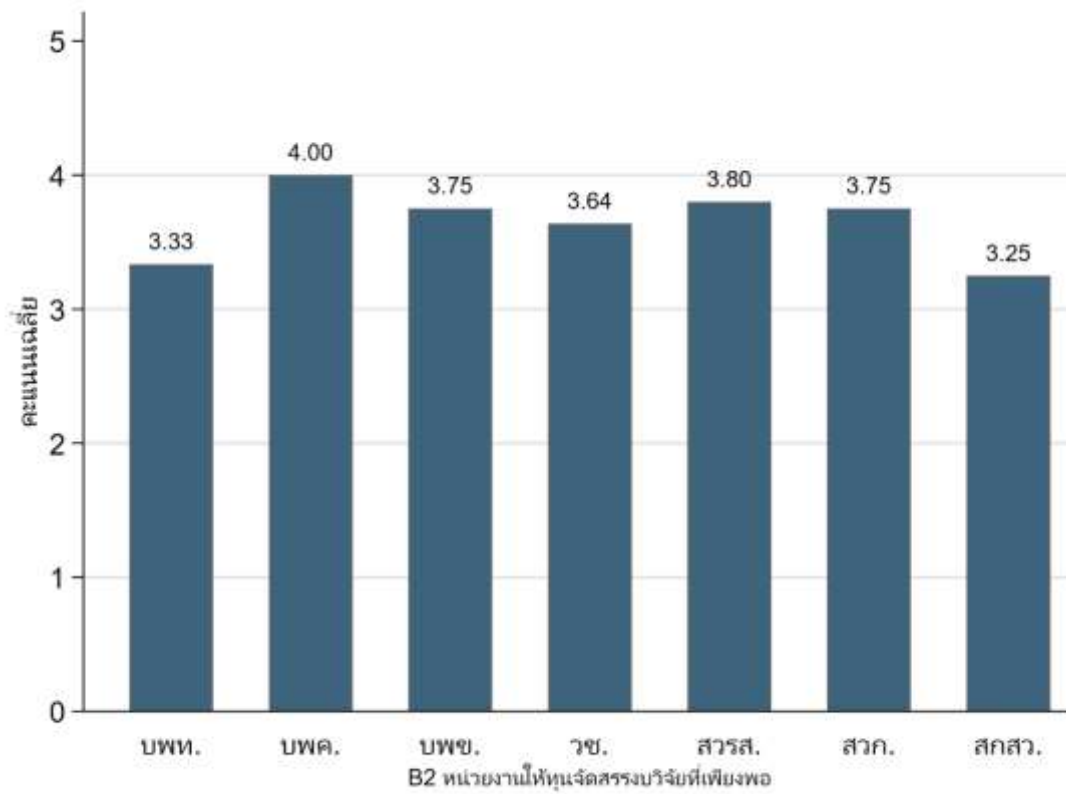
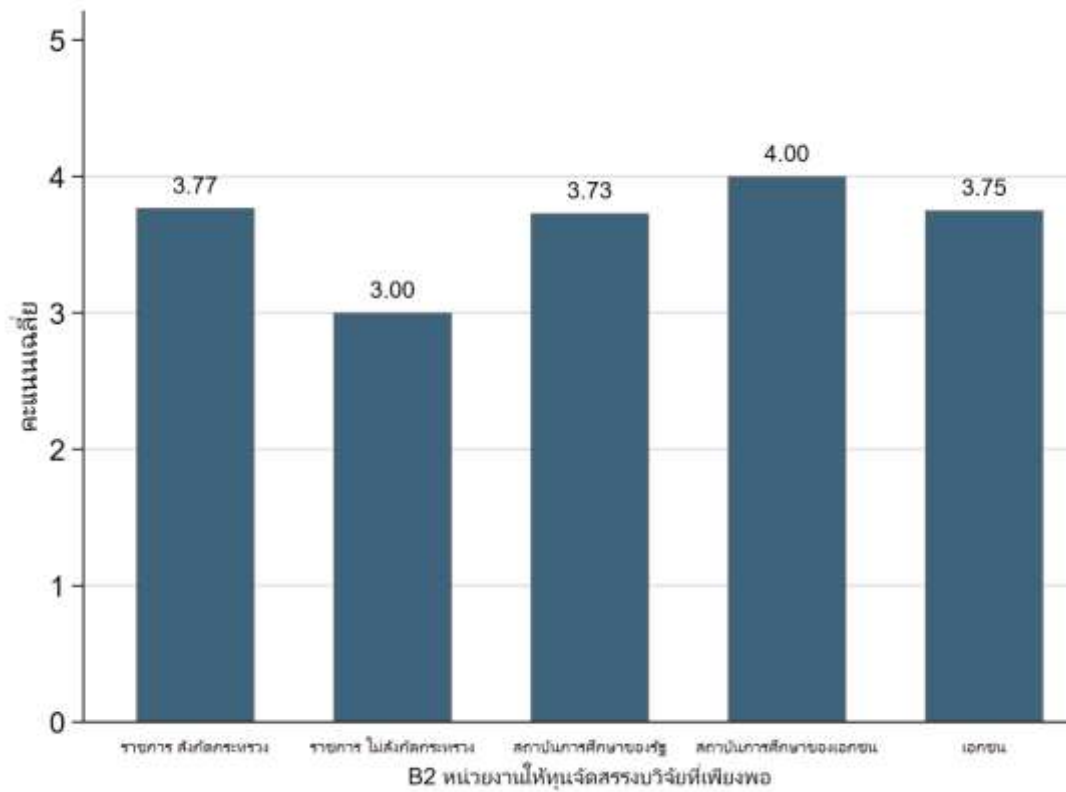
ที่มา: คณะผู้วิจัย

รูปที่ 168 การประเมินประเด็นการจัดสรรงบประมาณ ววน. จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ
จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน

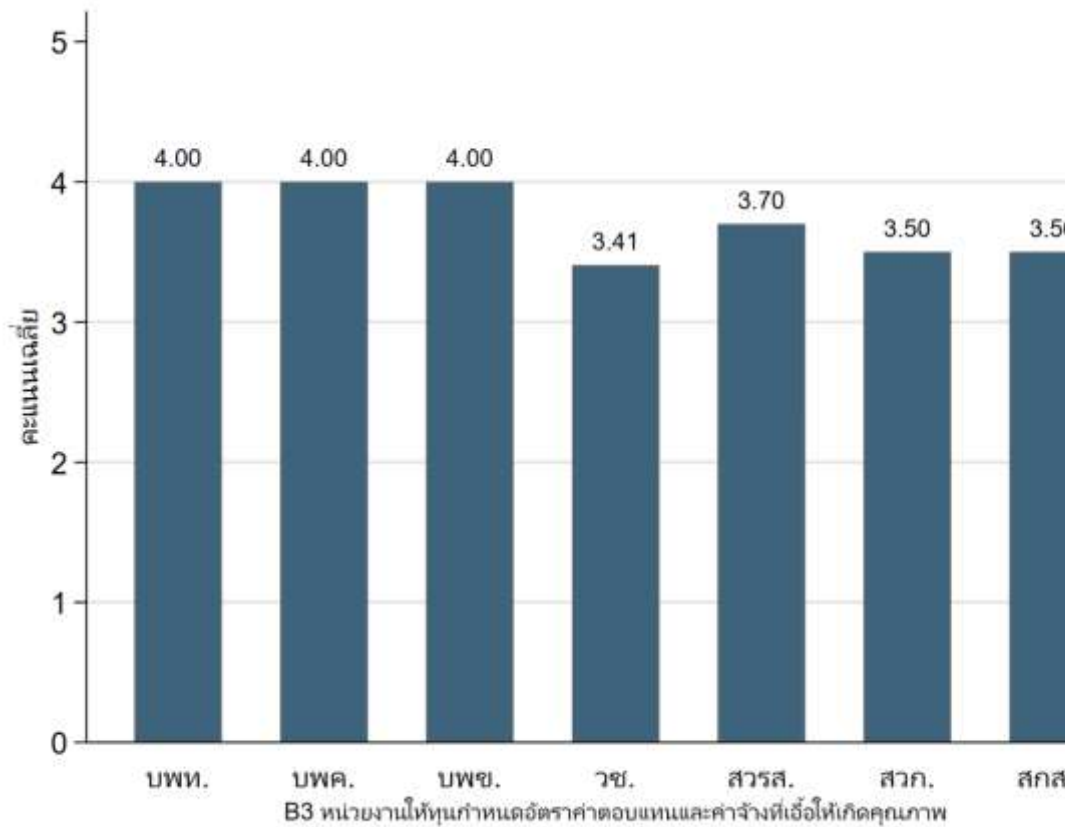
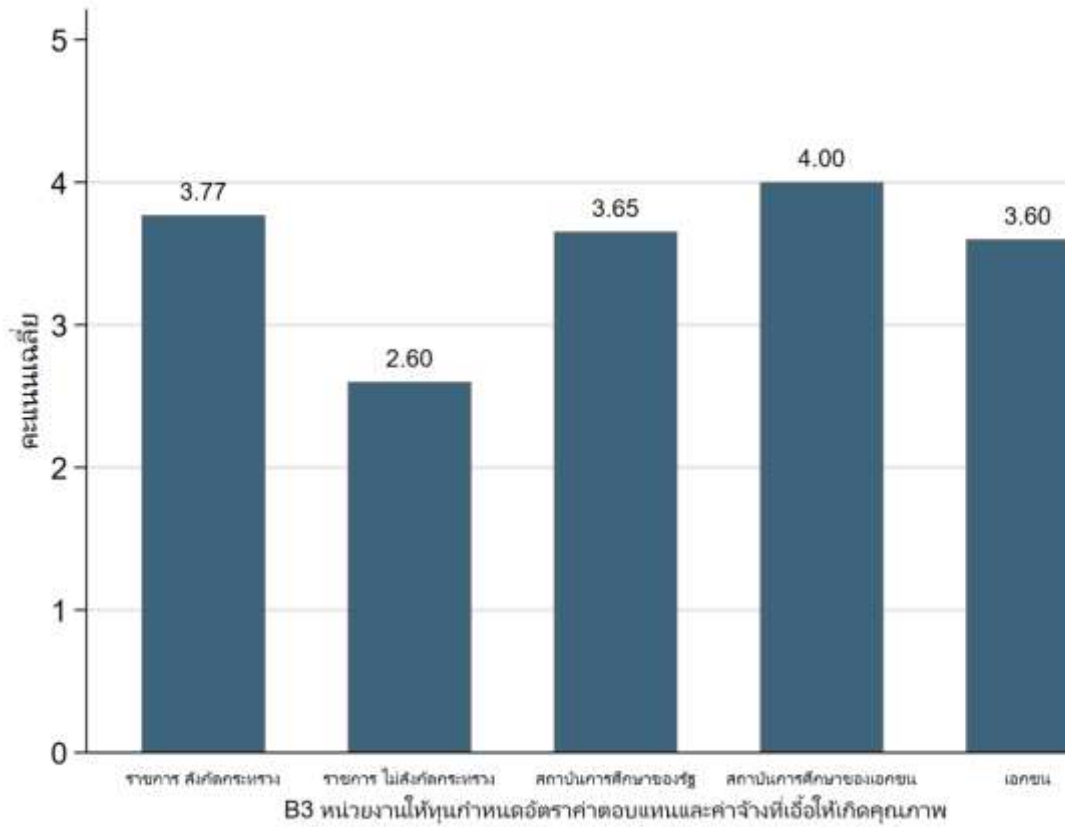
B1 ระบบ ววน. ช่วย/เอื้อให้หน่วยงานของท่านสามารถจัดทำกำลังคนได้อย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับโจทย์วิจัย



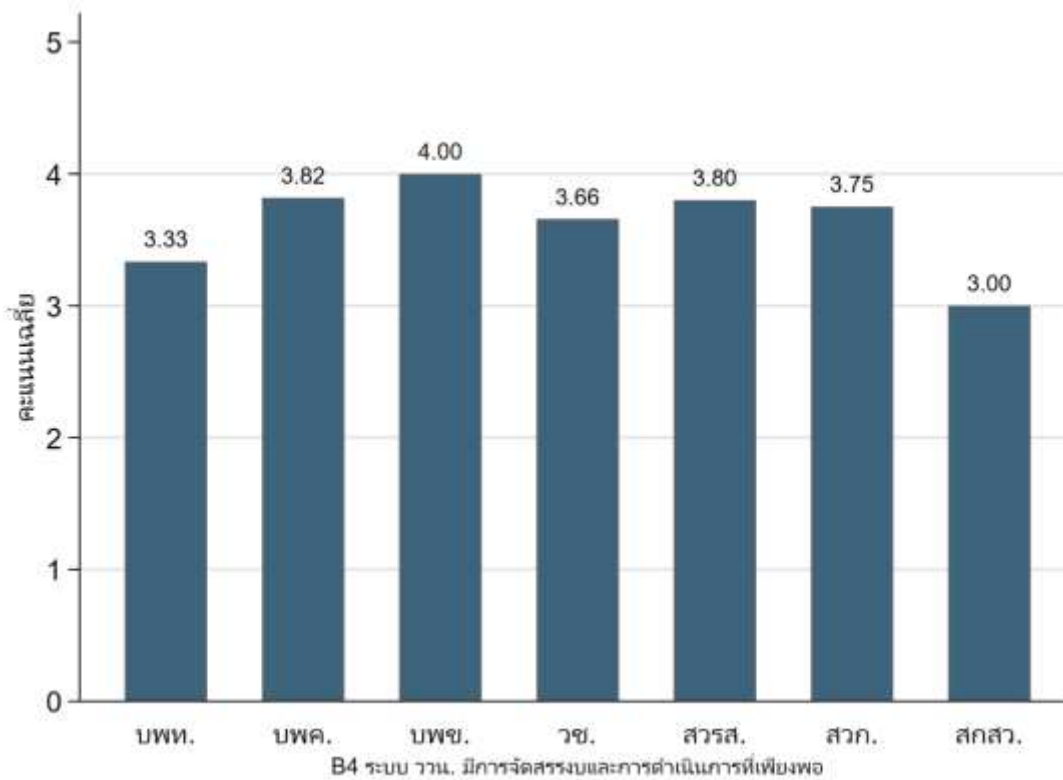
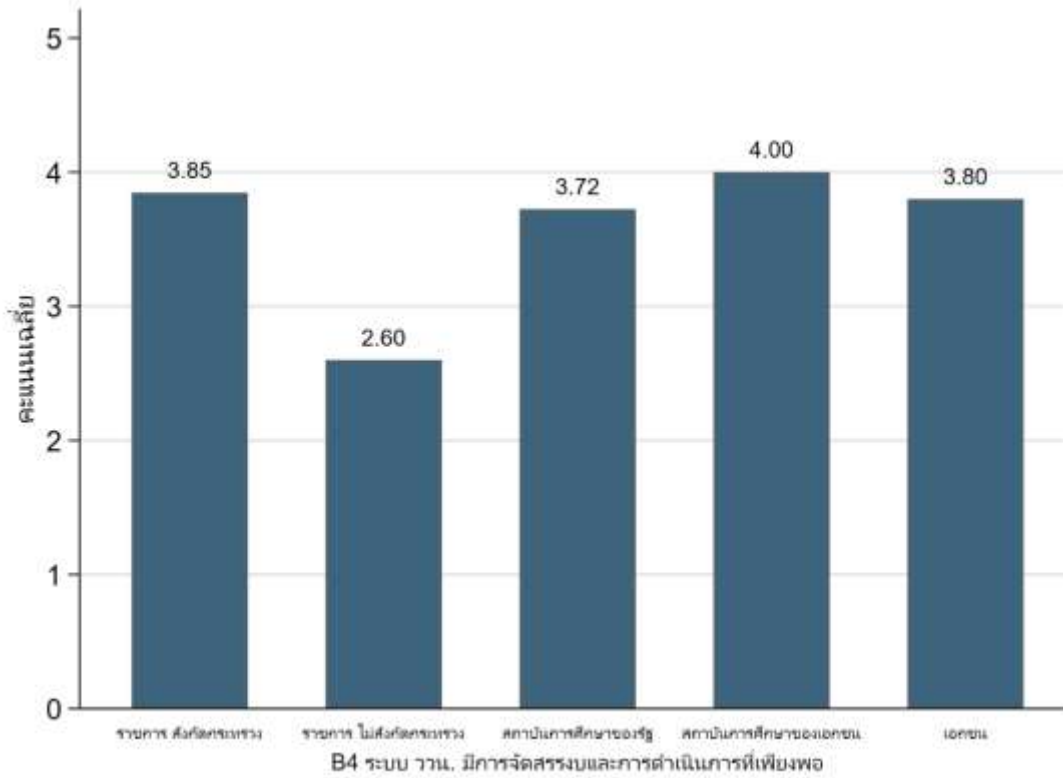
B2 หน่วยงานให้ทุนจัดสรรงบวิจัยที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยที่สำคัญในด้านต่างๆ ของประเทศ



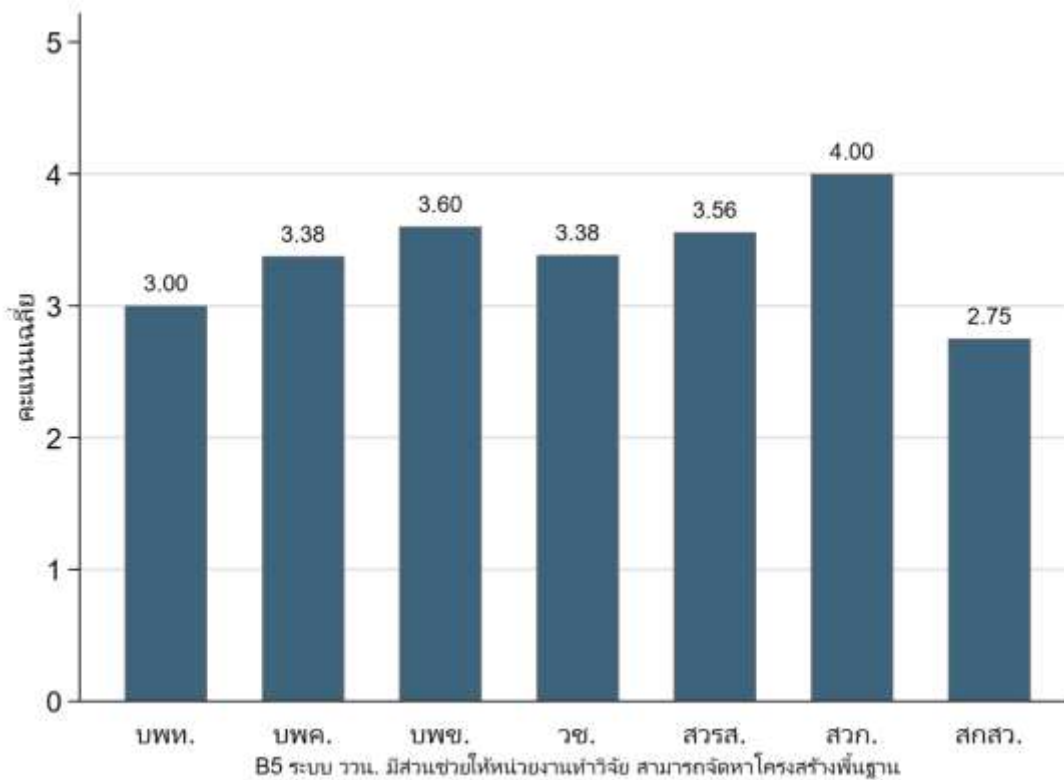
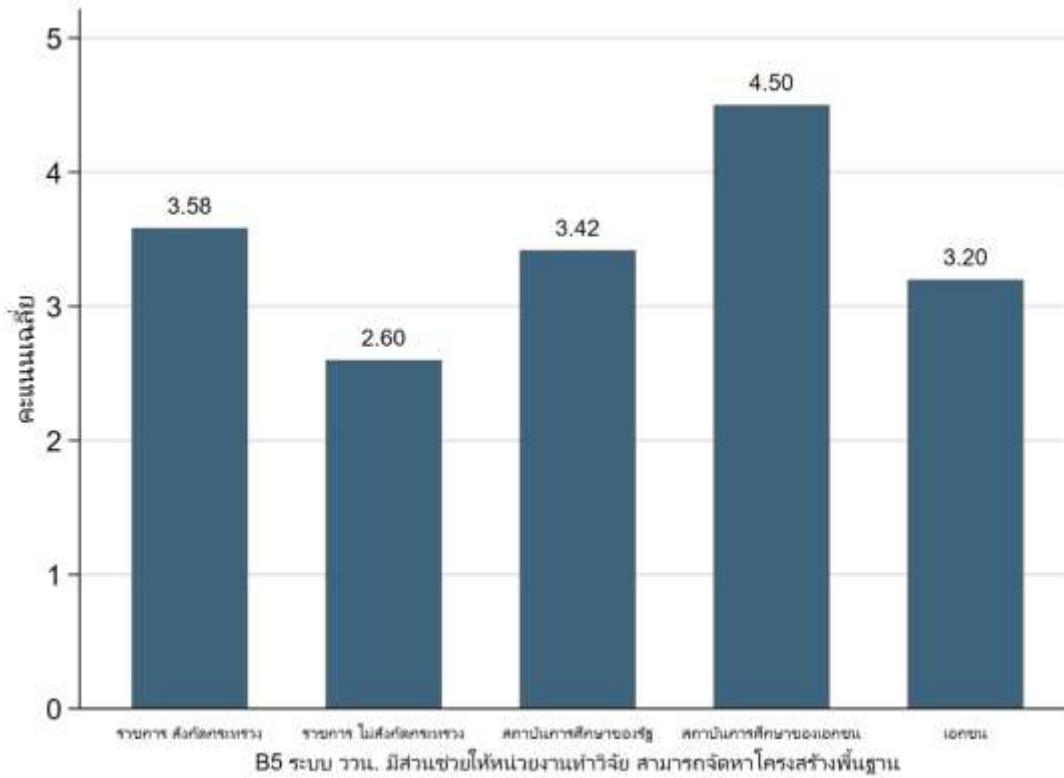
B3 หน่วยงานให้ทุนกำหนดอัตราค่าตอบแทนและค่าจ้างที่เอื้อให้เกิดโครงการวิจัยที่มีคุณภาพ



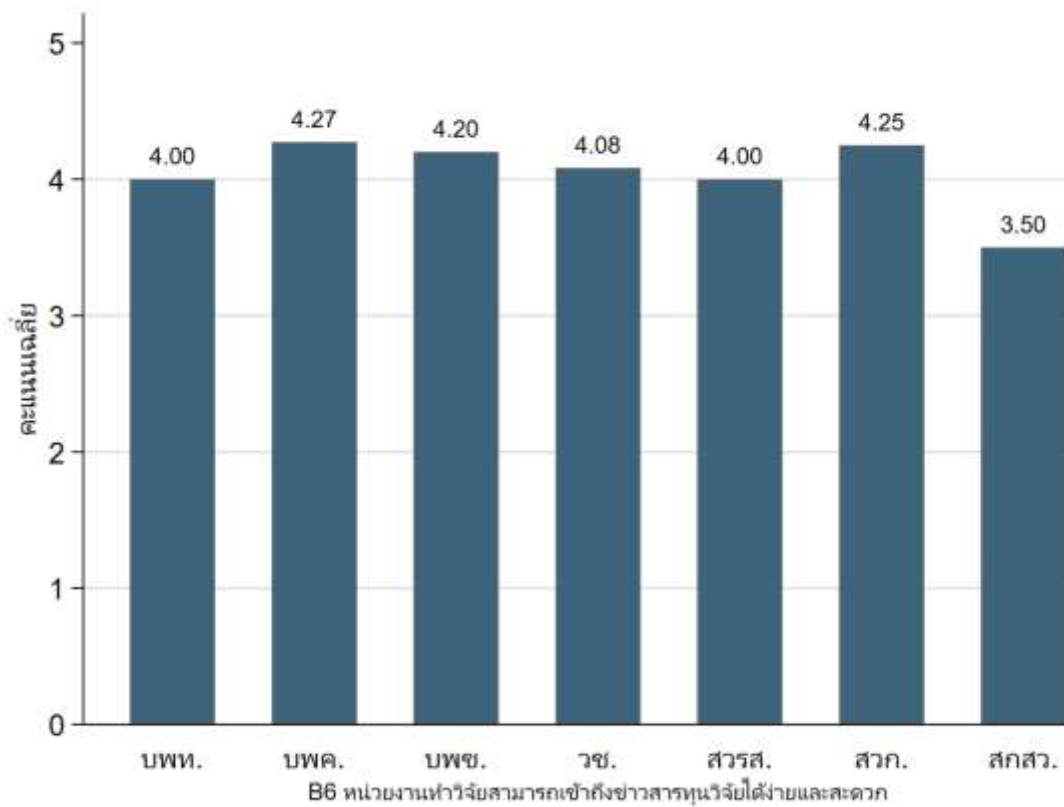
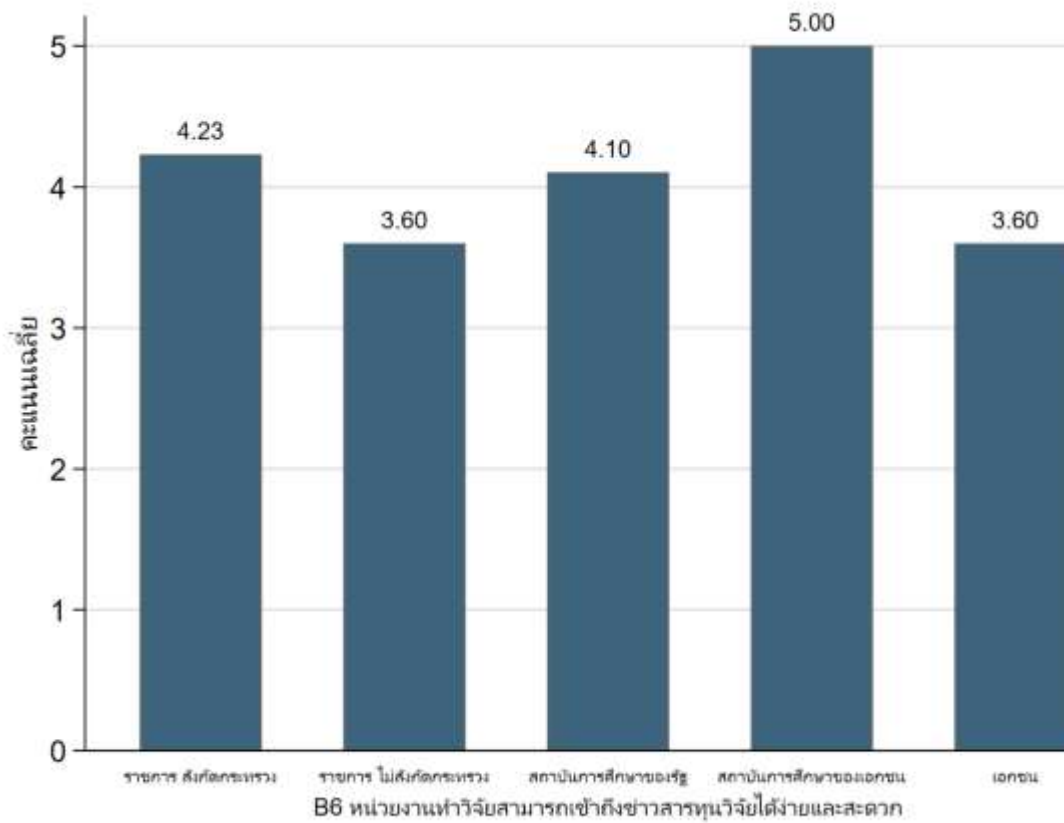
B4 ระบบ ววน. มีการจัดสรรงบประมาณและการดำเนินการที่เพียงพอที่จะช่วยสร้างและพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยในสาขาที่จำเป็นของประเทศ



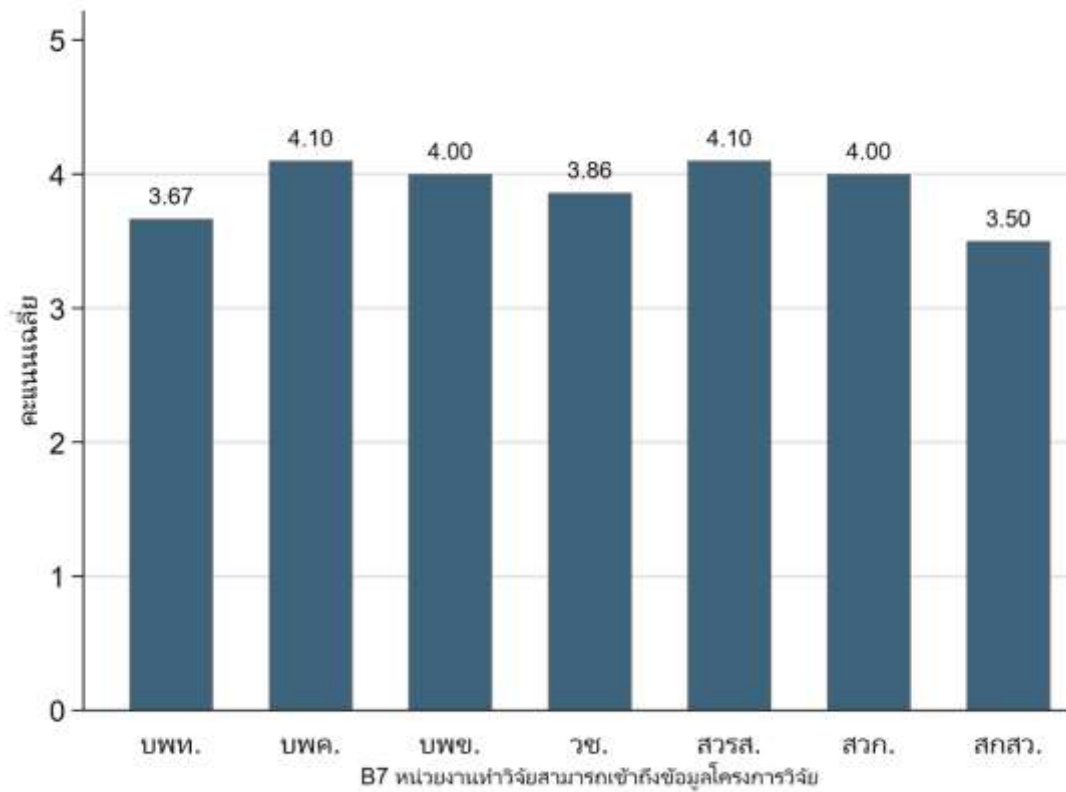
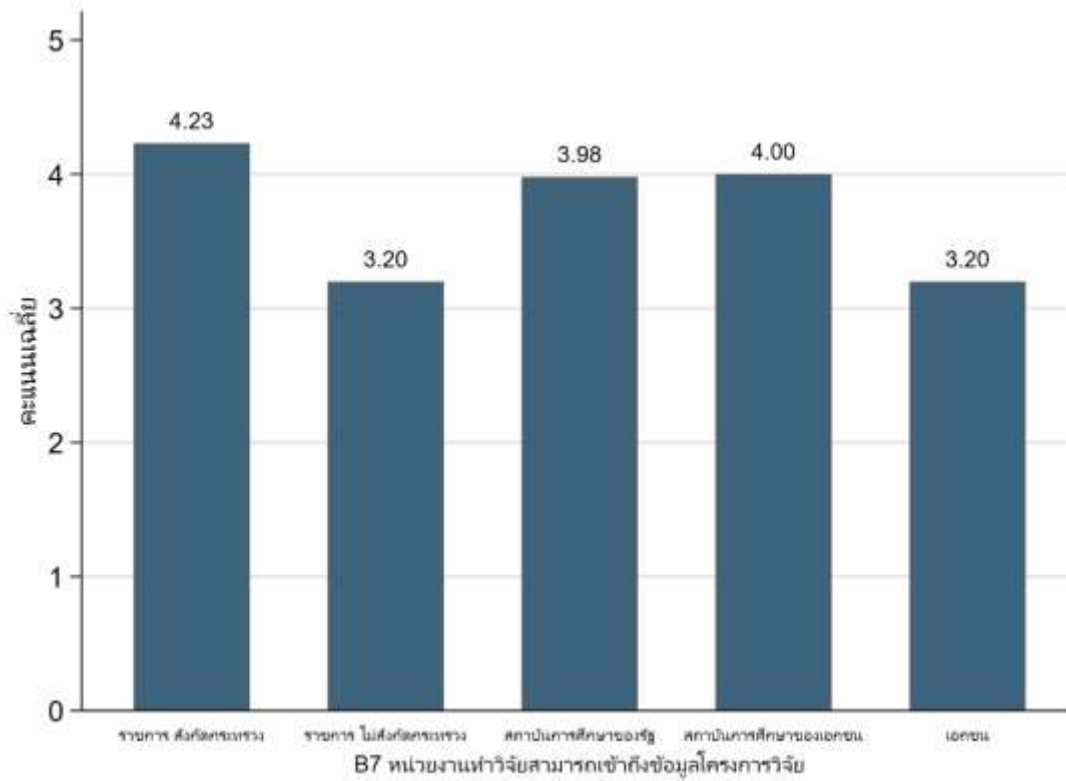
B5 ระบบ ววน. มีส่วนช่วยให้หน่วยงานทำวิจัย สามารถจัดหาโครงสร้างพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการวิจัย เช่น อุปกรณ์ ห้องทดลอง



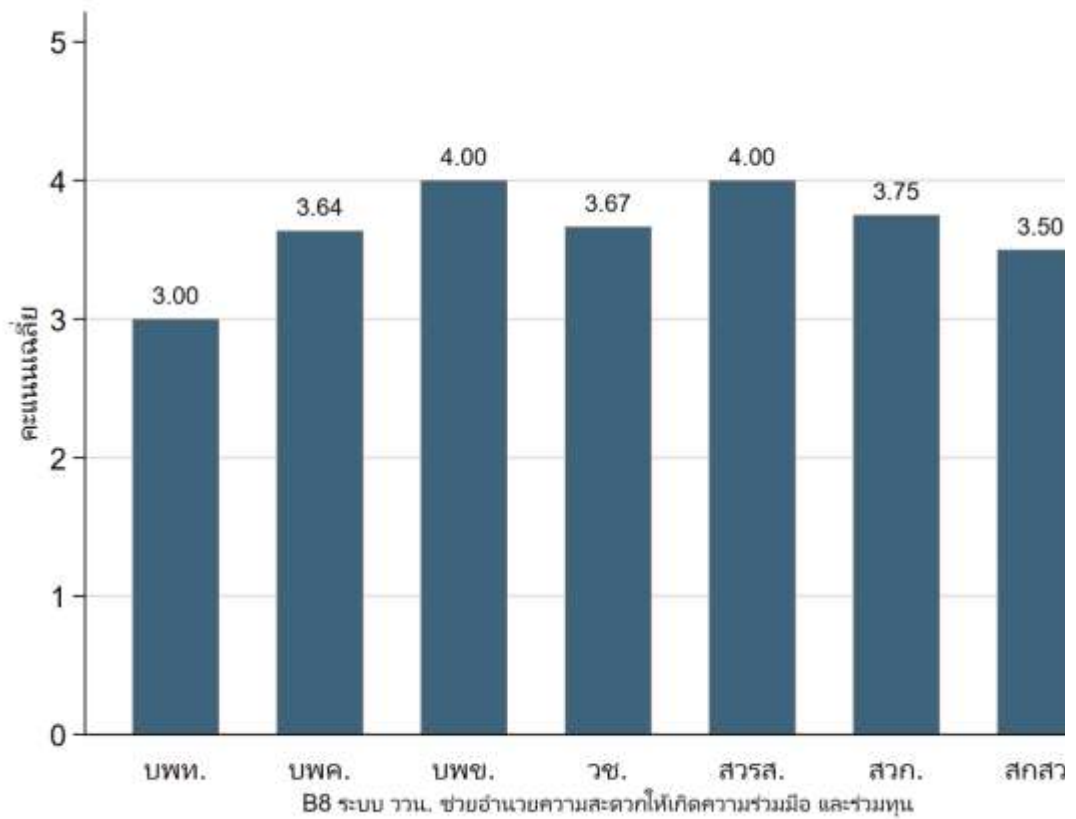
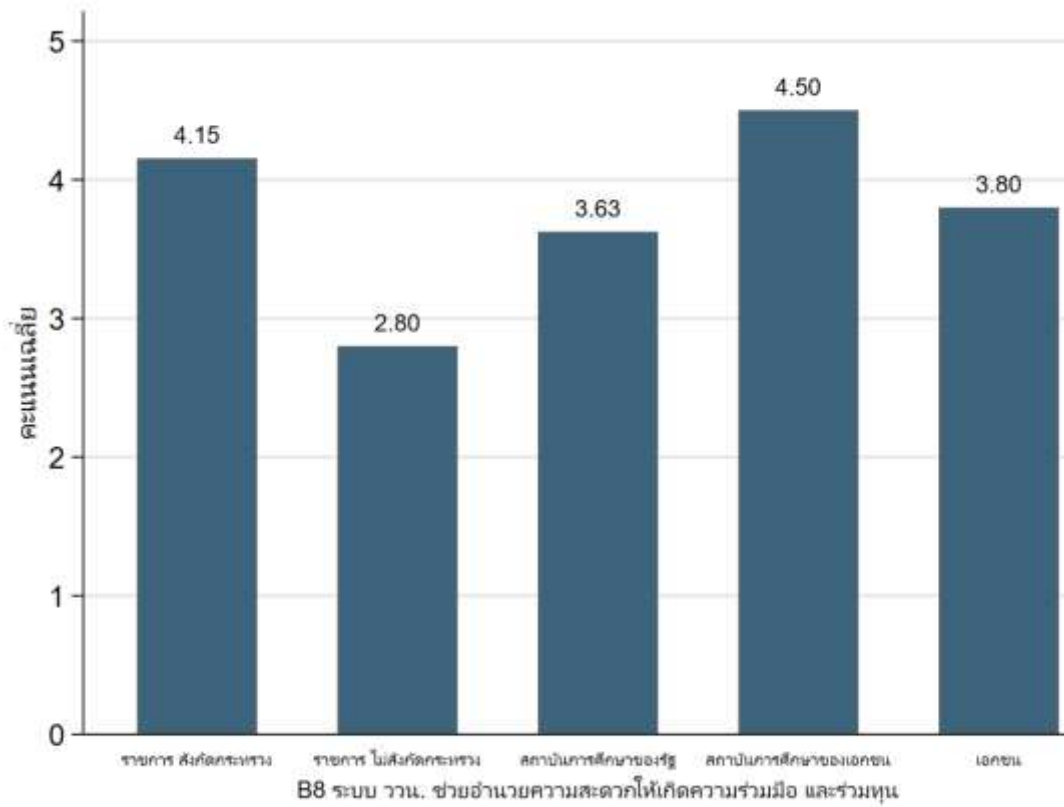
B6 หน่วยงานทำวิจัยสามารถเข้าถึงข่าวสารทุนวิจัยได้ง่ายและสะดวก



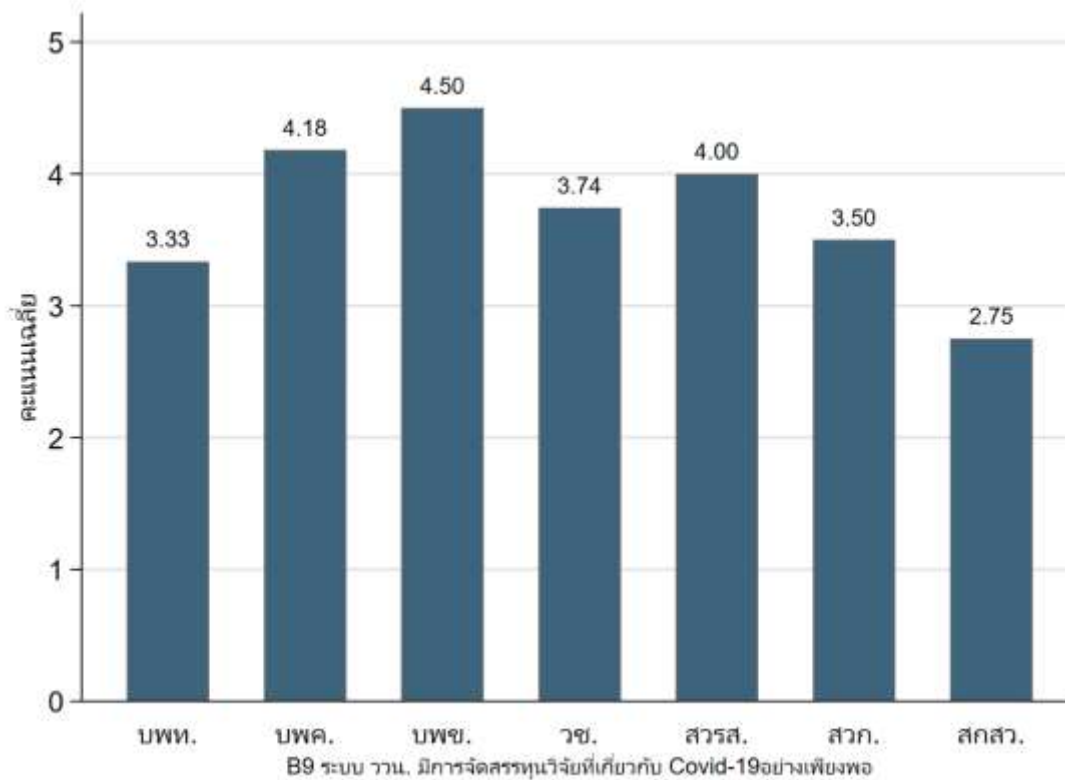
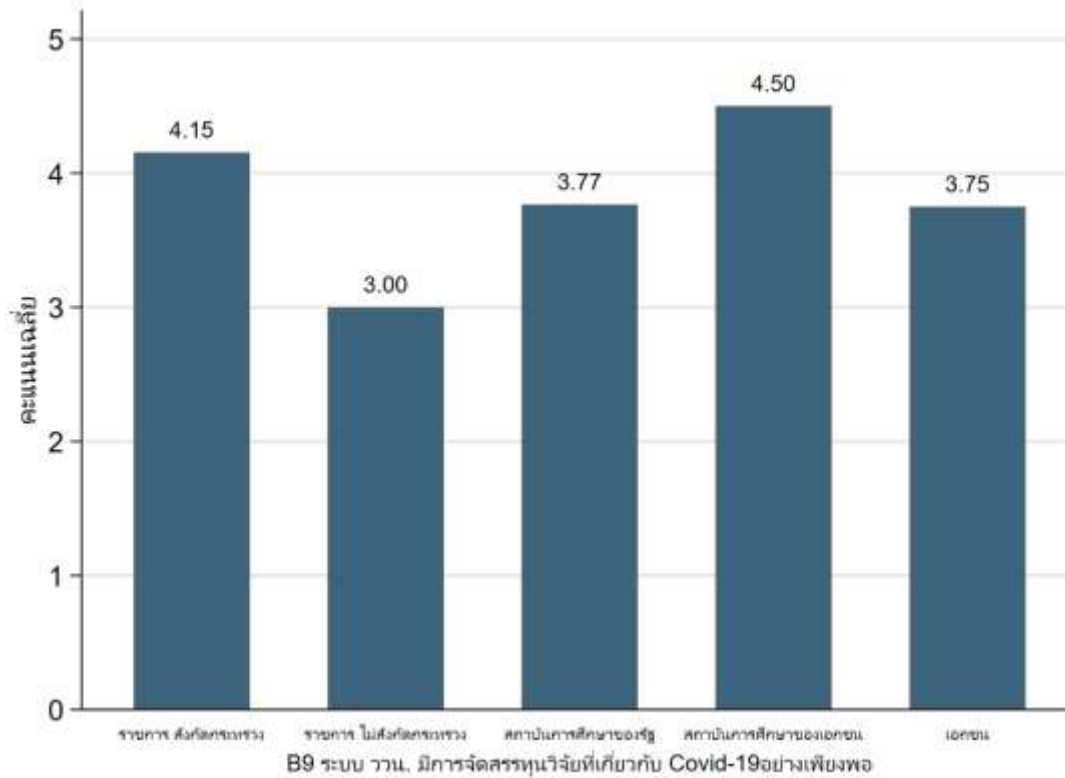
B7 หน่วยงานทำวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลโครงการวิจัยภายใต้ระบบ ววน. ทั้งที่กำลังเปิดรับข้อเสนอโครงการ ที่กำลังดำเนินการ และที่ดำเนินการแล้วเสร็จ



B8 ระบบ ววน. ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดความร่วมมือ และร่วมทุน ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้เป็นอย่างดี



B9 ระบบ ววน. มีการจัดสรรทุนวิจัยที่เกี่ยวกับ Covid-19อย่างเพียงพอ



ที่มา: คณะผู้วิจัย

24.4 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ

ตารางที่ 82 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>C ประเด็นด้าน กระบวนการบริหาร จัดการ</p> <p>ประการที่ 1 ความ สอดคล้องของ กระบวนการเบิกจ่าย</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทบทวนเอกสารพบว่าแม้ว่า PMU แต่ละแห่งมีการกำหนดอัตรา การเบิกจ่ายและเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีก็ยัง ผูกกับระเบียบราชการซึ่งยุ่งยากและไม่ค่อยยืดหยุ่น (ดูภาคผนวก) ● ที่ผ่านมา สกสว. กำหนดอัตราค่าบริหารทุนวิจัยให้กับ PMU ในอัตรา คงที่ ซึ่งอาจจูงใจให้ PMU โน้มเอียงไปในทางเลือกส่งเสริมโครงการวิจัย ขนาดใหญ่ เพราะการบริหารการวิจัยในแต่ละโครงการมีต้นทุนคงที่ใน สัดส่วนที่สูง <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ในส่วนของงบ SF PMU แต่ละแห่งมีระเบียบของตัวเอง ซึ่งมีความ ติดขัด ไม่คล่องตัวเหมือนงบ FF เช่น บาง PMU กำหนดว่า พัสตุที่ มูลค่าเกิน 30,000 บาท ต้องตั้งกรรมการตรวจรับมากกว่า 3 คน ซึ่ง เข้มงวดกว่า พ.ร.บ 2560 ด้วยซ้ำ บาง PMU ให้เบี้ยเลี้ยงในการลงพื้นที่ เพียง 240 บาท เป็นต้น ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว SF ควรมีระเบียบ เกณฑ์ที่ไม่ต่างจากระเบียบ สกสว. เดิมมากนัก โดยเฉพาะ วช. สวก. บพท. ที่ปัจจุบันมีความเข้มงวดมากเกินไป เช่น วช. กำหนดพาดาน ค่าตอบแทนหัวหน้าโครงการให้ได้ไม่เกิน 200,000 บาท ในกรณีที่ หัวหน้าโครงการมีตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์ โดยไม่อิงตามงบประมาณ โครงการที่หัวหน้าโครงการรับผิดชอบ สวก. ที่กำหนดว่า หากหัวหน้า โครงการเป็นข้าราชการ จะต้องใช้ระเบียบของราชการ ทำให้ มหาวิทยาลัยต้องพยายามปรับหัวหน้าโครงการให้เป็นบุคลากรของ มหาวิทยาลัยและให้ข้าราชการเป็นเพียงผู้ร่วมวิจัย ววน. จึงควรออก ระเบียบพัสดุกกลางมาให้ทุก PMU ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> งบประมาณ FF มีเกณฑ์ในการตั้งงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น การให้งบเพียง 1 ปี ซึ่งงานวิจัยเชิงลึกเป็นไปได้ยากที่จะสำเร็จภายใน 1 ปี หรือการที่กำหนดเพดานค่าจ้างผู้ช่วยวิจัยให้ไม่เกินร้อยละ 25 ของงบโครงการ ที่เป็นการสร้างข้อจำกัดให้การวิจัย เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างล้าสมัย และเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ในเชิงกรอบนโยบาย สกสว. มีนโยบายชัดเจนคล่องตัวกว่า PMU ทุกแห่งมาก เพราะ สกสว. ให้อิสระในการบรรจุยุทธศาสตร์และทิศทางของมหาวิทยาลัย และสามารถปรับแนวทางให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารมหาวิทยาลัยได้ แต่ในเชิงเทคนิคก็ยังคงติดกรอบเดิมๆ ในการกำหนดรายการค่าใช้จ่ายที่ละเอียดเกินความจำเป็น

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>C ประเด็นด้าน กระบวนการบริหาร จัดการ</p> <p>ประการที่ 2 ฐานข้อมูล การวิจัยระหว่าง หน่วยงาน</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบ NRIIS ยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลการวิจัยในระบบ ววน. ได้อย่างสมบูรณ์ การสำรวจพบว่า บาง PMU ยังคงต้องทำงานซ้ำซ้อนในการรายงาน ข้อมูลใน NRIIS กับฐานข้อมูลกลางของตน PMU ใช้การตรวจสอบหัวข้อวิจัยโดยการประชุมระหว่างผู้บริหาร ทำ ให้ข้อมูลอาจจะเข้าไม่ถึงในระดับปฏิบัติการ ผลการสำรวจข้อมูลในระบบ NRIIS พบว่ายังมีการรายงานข้อมูล โครงการวิจัยที่ล่าช้าและมีข้อผิดพลาดในบางจุด <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงาน บริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการวิจัยแต่ละโปรแกรม ในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565 สกสว. พยายามมอบหมายให้แต่ละ PMU เป็นเจ้าภาพในแต่ละ โปรแกรม ซึ่ง PMU ที่เป็นเจ้าภาพจะมีการสื่อสารร่วมกันกับ PMU

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>อื่นๆ แต่ช่วงปีงบประมาณ 2566-2570 สกสว. กลับตั้งกลุ่มภารกิจขึ้นมาดูแลเอง ทำให้ความเชื่อมโยงระหว่าง PMU เริ่มห่างมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NRIIS ยังไม่สามารถดำเนินการได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งหากดำเนินการได้ดีจะช่วยลดปัญหาการที่นักวิจัยยื่นข้อเสนอโครงการกับหลาย PMU ได้ ปัจจุบันแก้ปัญหานี้โดยใช้การพูดคุยระหว่าง PMU ● การประชุมเรื่องโควิด-19 ร่วมกันระหว่าง PMU มี วช. เป็นแกนกลาง แต่ระบบส่งต่อข้อมูลต่างๆ ยังไม่เรียบร้อย ถึงแม้จะสามารถหาข้อมูลได้ในทาง informal/personal contact และการเป็นกรรมการ/ร่วมประชุมกับ PMU อื่น ● NRIIS ที่ไม่เชื่อมโยงกับฐานของ สวรส. ทำให้เกิดการงานซ้ำซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ยังไม่เข้าใจว่าทำไมถึงไม่ส่งโปรแกรมเมอร์มาแก้ ● ระบบ NRIIS กับ EPMS (ของ สวก.) ยังไม่เชื่อมโยงถึงกันทำให้เกิดความซ้ำซ้อน <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นักวิจัยประสบปัญหาในด้านการประสานขอความร่วมมือด้านข้อมูลในช่วงการระบาด รวมทั้งนักวิจัยเองหลายรายก็ประสบปัญหาต้องเลื่อนการสำรวจข้อมูลภาคสนาม ● นักวิจัยบางรายเชื่อว่าฐานข้อมูลที่ PMU ใช้ค้นหาและพิจารณานักวิจัยอาจไม่ละเอียดพอ ทำให้นักวิจัยบางกลุ่มอาจถูกละเลยและมีอุปสรรคในการขอทุนวิจัย ในขณะที่ผู้บริหารบาง PMU ก็เห็นว่าเมื่อนักวิจัยที่มีคุณภาพน้อย และนักวิจัยเหล่านั้นก็มักยังมีภาระผูกพันที่ต้องทำโครงการวิจัยที่ได้รับทุนไปก่อนแล้ว

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ NRIS ถูกออกแบบให้มีลักษณะเป็น Single Window แต่ในทางปฏิบัติ มหาวิทยาลัยต้องไปกรอกในระบบย่อยของ สวก. อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นการทำงานซ้ำซ้อน
<p>C ประเด็นด้าน</p> <p>กระบวนการบริหารจัดการ</p> <p>ประกาศที่ 3 เงื่อนไขการเบิกจ่าย และการปรับงบประมาณและหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงิน</p>	<p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีโครงการมีหน่วยงานอื่นมาร่วมทำงาน แต่ไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายได้ด้วยตัวเอง แต่ต้องมาเบิกจ่ายจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ ซึ่งไม่เอื้อต่อการทำงานวิจัย ● การกำหนดเงื่อนไขการแสดงเอกสารการเงินต่อการเบิกจ่ายงบประมาณในทุกๆ บาท สร้างความยุ่งยากและไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของการดำเนินการวิจัย ที่อาจจะมียกขบวนที่ไม่สามารถเรียกเอกสารทางการเงินได้ เช่น การวิจัยประเด็นอ่อนไหวในคน การใช้จ่ายในสินค้าและบริการกับผู้ขายรายย่อย ● อัตราค่าตอบแทนนักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่กำหนดโดยบาง PMU ไม่สอดคล้องกับอัตราเงินเดือนในตลาดแรงงาน เพราะเป็นอัตราออกแบบสำหรับหน่วยงาน/บุคลากรภาครัฐที่ได้รับบงบอื่นด้วย เช่น เงินเดือนสถานที่ ทำให้เกิดปัญหากับหน่วยงานทำวิจัยที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐ ● งบประมาณครุภัณฑ์ (FF) ไม่เพียงพอสำหรับหน่วยงานบางแห่ง เนื่องจากพันธกิจหลักของหน่วยงานบางแห่งจำเป็นต้องจัดซื้อเครื่องมือมาใช้ขับเคลื่อนพันธกิจ เพราะเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่สนับสนุนงานวิจัยพัฒนาในทุกๆ ด้าน ● การกำหนดเพดานงบประมาณครุภัณฑ์ที่ต่ำเกินไป อาจส่งผลให้เกิดการลงทุนในอุปกรณ์ที่ราคาถูกแต่ไม่มีคุณภาพ การวิจัยในหลายโครงการต้องการอุปกรณ์ที่มีคุณภาพสูงซึ่งระเหยเบิกจ่ายในปัจจุบันยังมีความยุ่งยากในการขอขยายส่วนนี้ ● รูปแบบที่มหาวิทยาลัยวิจัยได้รับทุนจากรัฐบาลเป็นหลักจะมีข้อเสียที่สำคัญคือ ขาดความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนกฎกติกาหรือการจัดสรร

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>คำตอบแทน แต่ก็มีข้อดีคือ มีเสถียรภาพทางการเงิน เพราะรัฐบาลจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินเดือนประจำและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ซึ่งส่วนมากทุนจากแหล่งภายนอกจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การได้รับทุนจากแหล่งทุนภายนอกก็เปิดการเปิดประสบการณ์ใหม่ในการวิจัย และขยายกิจกรรมที่ทำออกไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น</p> <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานรัฐเองก็มีปัญหานี้ เช่น งบประมาณต่ำเกินไปที่จะจ้างนักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย (ที่ไม่ใช่ อ./พนักงานมหาวิทยาลัย) ที่มีคุณภาพสูงได้ และต้องจ้างคนที่มีคุณสมบัติต่ำกว่าเข้ามาแทน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานวิจัย ● สกสว. เป็น Institutional-Based ที่ต้องคุมสถาบันที่มีความหลากหลายทั้ง 170 แห่ง ทั้งที่เป็นราชการและไม่ใช่ว่าราชการ การออกกฎกติกากลางจึงยากมาก สกสว. ต้องรับบทบาทเป็นผู้คุมกฎกติกากลางในการจัดสรรงบประมาณ การบริหาร การใช้งบประมาณ ฯลฯ ซึ่งการออกแบบกติกาดังกล่าวมีฐานคิดของราชการอยู่มากพอสมควร เมื่อทำงานงบประมาณ ก็ต้องไปอิงตามพระราชบัญญัติงบประมาณของประเทศ เช่น การจัดสรรทุนแบบ Block Grant สกสว. ก็ต้องมีรายละเอียดชัดเจน ไม่สามารถยืดหยุ่นโดยการให้ทุนไปก่อนแล้วขอรายละเอียดตามมาก็หลังได้ <p>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โครงการที่นักวิจัยเขียนแผนการใช้งานไปแล้วก่อนที่จะเกิดวิกฤตโควิด-19 จะต้องถูกปรับแก้ เนื่องจากนักวิจัยไม่สามารถลงพื้นที่ได้ รวมถึงไม่สามารถเชิญวิทยากรหรือบุคคลภายนอกมาร่วมประชุมได้

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>ทำให้ต้องเปลี่ยนรูปแบบการประชุมเป็นรูปแบบออนไลน์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์และโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับ สกสว. เดิมที่ถือเป็นหน่วยให้ทุนที่ยืดหยุ่นกว่าราชการ มาเป็น สกสว. แล้วปรับ PMU อื่นมาทำหน้าที่แทน มีกรณี PMU อื่น (รวมทั้ง วช. ที่มารับหน้าที่เพิ่มในหลายด้าน) มีระบบที่มีความเป็นราชการสูงกว่า และใช้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ใกล้เคียงกับกฎระเบียบราชการมาก ซึ่งมีความยืดหยุ่นน้อยลงกว่าเดิม เช่น ในการตั้งและเบิกจ่ายงบ และการกำหนดอัตราค่าจ้างนักวิจัย (ถึงแม้ว่า วช. จะมีโครงการ track พิเศษที่ยืดหยุ่นกว่า แต่ก็มีนักวิจัยอาวุโสมากไม่กี่ท่านที่สามารถขอรับการสนับสนุนใน track นั้น เช่น หลายโครงการของ ศ.ดร.มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด) ● วช. มีความเป็นราชการสูง ทำให้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขค่อนข้างเข้มงวดและละเอียดเกินไป เช่น การตั้งงบประมาณ การกำหนดอัตราค่าจ้างนักวิจัย แตกต่างจาก สกสว. เดิมที่เคยพัฒนาขึ้นมาเกือบเป็นหน่วยให้ทุนในอุดมคติ (Ideal Funding Agency) ● ระเบียบการเงินของ วช. และ สอวช. มีความยืดหยุ่น ในขณะที่ของ บพท. และ บพค. ไม่มีความยืดหยุ่น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการตกลงกันระหว่างผู้ให้ทุนกับนักวิจัยด้วย ● ในส่วนของงบ FF มีข้อดีที่ตั้งงบค่าใช้จ่ายตีพิมพ์วารสารประเภท Open Access ได้ แต่ก็มีข้อจำกัดที่กำหนดรายละเอียดที่เข้มงวดเกินไป เช่น ตั้งงบครุภัณฑ์ได้ไม่เกินร้อยละ 20 ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10 แต่รวมกับงบครุภัณฑ์ต้องไม่เกินร้อยละ 20 อีกทั้งค่าจ้างผู้ช่วยวิจัยต้องไม่เกินที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถดึงดูดผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณภาพมาปฏิบัติงานได้ ● ในส่วนของงบ FF มีความยืดหยุ่นเพียงในช่วงก่อนส่งแผนให้ สกสว. ที่เปิดโอกาสให้มหาวิทยาลัยกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ด้วยตนเอง

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p>แต่การปรับเปลี่ยนรายละเอียดหลังจากส่งแผนไปแล้วไม่มีความยืดหยุ่น เนื่องจากกระบวนการเสนอหัวข้อวิจัยต้องผ่านงบบขาขึ้นขาลง ทำให้ไม่สามารถปรับงบประมาณและบุคลากรไปตามสถานการณ์ได้ด้วยเหตุนี้ ทุกโครงการจึงต้องดำเนินการและเบิกจ่ายตามกรอบที่เสนอไว้แต่แรก หากไม่ทำตามต้องคืนเงินเท่านั้น แม้จะเป็น Multi-year Block Grant ทางมหาวิทยาลัยจึงตั้งแผนฟื้นฟูโควิด-19 ขึ้นมา โดยเฉพาะ เพื่อให้ทุนวิจัยที่สนใจประเด็นเกี่ยวกับโควิด-19 ทั้งด้านอาชีพ การศึกษา สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ได้มีช่องทางในการขอทุน โดยไม่จำเป็นต้องประสบปัญหาเรื่องการปรับแผนการดำเนินงานวิจัยในภายหลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หลังมีระบบ ววน. งบประมาณ FF ให้เป็นเงินทุนวิจัย ไม่ใช่เงินอุดหนุนทั่วไปเหมือนเดิมที่ให้ผ่านงบประมาณ จึงใช้งานยากมาก แม้จะมีการออกข้อบังคับมหาวิทยาลัยเรื่องระเบียบพัสดุเพื่อการวิจัยและบริการวิชาการ ซึ่งมีความยืดหยุ่นกว่าระเบียบ พ.ร.บ. 2560 เดิม โดยใช้ระเบียบพัสดุของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เป็นต้นแบบและหารือกับกรมบัญชีกลาง เพื่อให้ทุนวิจัยดำเนินการเบิกจ่ายได้คล่องตัวและรวดเร็วขึ้น ● แม้ FF จะขอเครื่องมือได้ แต่คนไม่กล้าขอ เพราะการดำเนินการและการปรับเปลี่ยนมีความยุ่งยาก ต้องขออนุมัติ สกสว. ทั้งหมด อีกทั้งหากทำเรื่องพัสดุล่าช้า ก็จะได้เงินในปีถัดไปจนกว่าจะทำเรื่องพัสดุเสร็จเรียบร้อยครบถ้วนทุกโครงการ ส่งผลให้มหาวิทยาลัยได้รับเงินล่าช้า ● แม้งบประมาณ FF จะมีลักษณะเป็น Multi-year แต่ในทางปฏิบัติกลับไม่ใช่ Multi-year ที่แท้จริง เพราะโครงการ 3 ปี บางโครงการได้ไม่ครบปี และชุดโครงการบางชุดก็ได้ไม่ครบทุกโครงการย่อยภายใต้ชุดโครงการ

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> เงื่อนไขการให้ทุนของ บพข. ที่กำหนดให้ภาคเอกชนร่วมสมทบร้อยละ 10 และมี In-kind อีกร้อยละ 10 นั้นถือว่าเป็นจำนวนเงินไม่มากสำหรับอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ แต่เป็นจำนวนเงินมากพอสมควรสำหรับอุตสาหกรรมขนาดย่อมและขนาดเล็ก ทุนที่ให้มาไม่สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็นและมีราคาแพงได้ ต้องใช้เงินของสถาบันจัดหาแทน

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>C ประเด็นด้าน กระบวนการบริหาร จัดการ</p> <p>ประการที่ 4 ความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการ ทำงานวิจัย การ ประสานงานช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก สะดวกด้านการวิจัย ให้แก่หน่วยวิจัย</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> หน่วยงานวิจัยหลายแห่ง ต้องการให้มีการจัดอบรม ทั้งในด้านการเขียนโครงการ การเขียนแผนวิจัย การเบิกจ่ายงบประมาณ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ หน่วยวิจัยบางแห่งต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาประเมินและรับรองมาตรฐานงานวิจัย ผลิตภัณฑ์ หรือการทำงานของตน <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ความสามารถของ PMU ยังมีความเหลื่อมล้ำแตกต่างกันอยู่ ทั้งในแง่การสื่อสาร การบริหารจัดการทุน และการบริหารจัดการผลงานวิจัย <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> หลังมีระบบ ววน. ต้องประชุมกับนักวิจัยบ่อยครั้ง เพื่อให้นักวิจัยเข้าใจกรอบแนวคิดและกระบวนการให้ทุน การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยที่มีความละเอียดขึ้น เช่น ชื่อผู้ใช้งาน (Matching Fund) การใช้เครื่องมือ TSRI Canvas เป็นต้น

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● นักวิจัยบางรายไม่ได้รับเหตุผลที่ถูกปฏิเสธข้อเสนอโครงการวิจัย นอกจากนี้ มี complain ด้วยว่า สกว. ไม่ให้เหตุผลในการปฏิเสธการให้ทุน Global Partnership ● แต่มีผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีกับบาง PMU เช่น ระบุว่า บพค. เป็นแบบอย่างที่ทำให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และมีแนวทางชัดเจน ● มหาวิทยาลัยยื่นข้อเสนอโครงการไปยัง สกว. แล้วเกิดการค้างข้อเสนออยู่ในระบบนานมาก ไม่มีการตอบกลับหรือประกาศผลการพิจารณาที่ชัดเจน มหาวิทยาลัยต้องติดต่อสอบถามด้วยตัวเอง ● การประกาศผลทุนไม่เป็นไปตามที่กำหนด บางกรณีล่าช้าไปประมาณ 1 ปี โดยไม่มีการแจ้งหรือกำหนดเวลาใหม่ที่ชัดเจน ส่งผลต่อการวางแผนการทำงานและการจัดการเวลาของนักวิจัย ● หากมหาวิทยาลัยได้รับทุนจาก PMU ไตมาก ผู้อำนวยการ PMU นั้นก็จะมาติดตามและพูดคุยมาก ทำให้ได้รับการเรียนรู้และเข้าใจบริบทและกระบวนการบริหารของ PMU นั้นมาก ในขณะที่หากได้รับทุนจาก PMU ไตน้อย ก็ยากที่จะเชิญผู้อำนวยการ PMU นั้นๆ มาให้ข้อมูล ● มหาวิทยาลัยได้รับโอนเงินงบประมาณค่อนข้างล่าช้า ● PMU บางแห่งมีความเป็นราชการมากเกินไป มีจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนมากเกินไป และนักวิจัยต้องตอบคำถามผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน สร้างภาระให้นักวิจัยเป็นอย่างยิ่ง PMU ควรเอา บพค. เป็นแบบอย่างที่ทำให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และมีแนวทางชัดเจน

ที่มา: คณะผู้วิจัย

นอกจากประเด็นการประเมินในตารางข้างต้นคณะผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจให้หน่วยงานทำวิจัยในระบบ ววน. ร่วมประเมินโดยให้คะแนนด้านการบริหารทุนวิจัยจาก PMU ในประเด็นย่อยต่างๆ รายละเอียดตามตารางและรูปต่อไปนี้

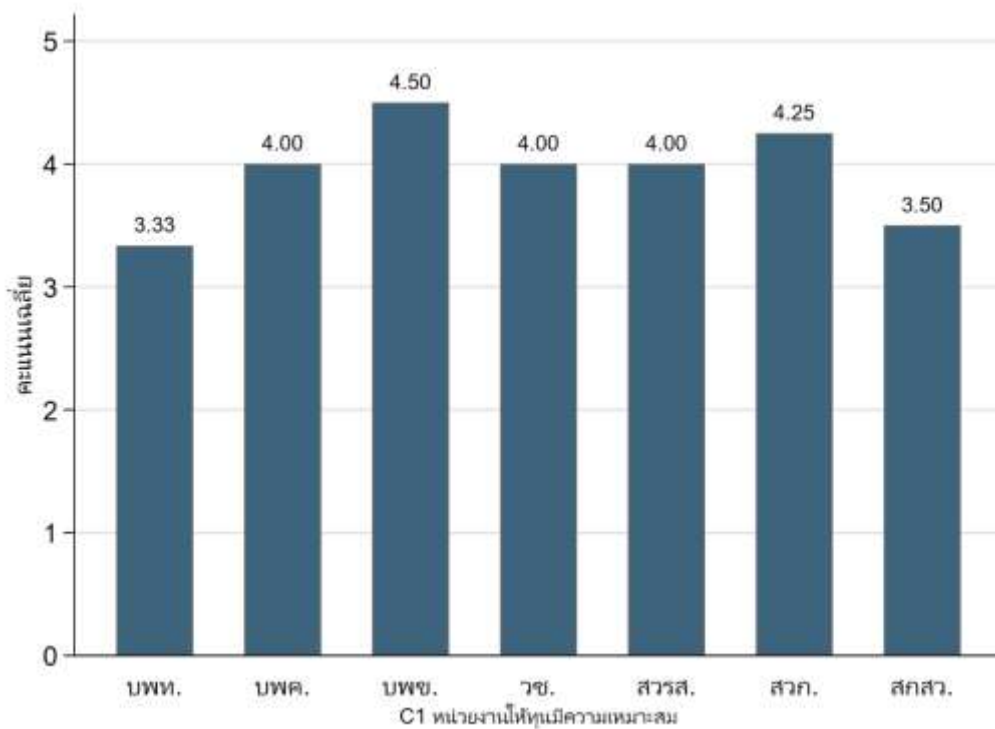
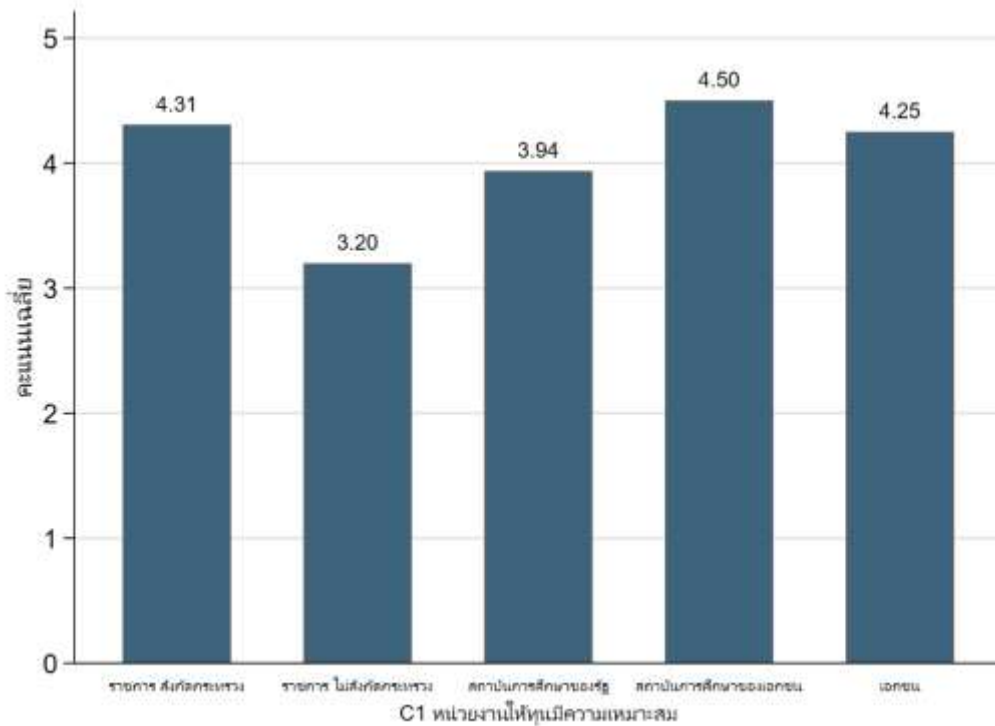
ตารางที่ 83 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการบริหารทุนวิจัยจาก PMU

ประเด็นสอบถาม	Obs	Mean	SD	MIN	MAX
C1 หน่วยงานให้ทุน (PMU ต่างๆ) มีความเหมาะสมกับการสนับสนุนงานวิจัยในด้านที่ได้รับมอบหมาย เช่น วช. ศูนย์วิจัยพื้นฐาน รวมถึง โควิด-19	71	3.99	0.75	2	5
C2 เงื่อนไขการเบิกจ่าย มีความรัดกุมพอเหมาะ ไม่สร้างความยุ่งยากที่เกินจำเป็น	72	3.92	0.88	2	5
C3 หน่วยงานให้ทุน มีการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขอทุนและการทำวิจัยแก่หน่วยงานทำวิจัย	72	3.93	0.83	2	5
C4 หน่วยงานให้ทุน อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และให้การประสานงานได้อย่างมีคุณภาพ	73	4.16	0.75	2	5
C5 หน่วยงานให้ทุน มีการกำหนดกระบวนการและบุคลากรในการประเมินและตรวจรับการวิจัยอย่างเหมาะสม	70	4.00	0.74	2	5
C6 ภายใต้ภาวะการระบาดของโรค Covid-19 หน่วยงานให้ทุน มีการปรับกระบวนการกำกับดูแลการทำวิจัยที่เหมาะสม	72	4.04	0.76	2	5

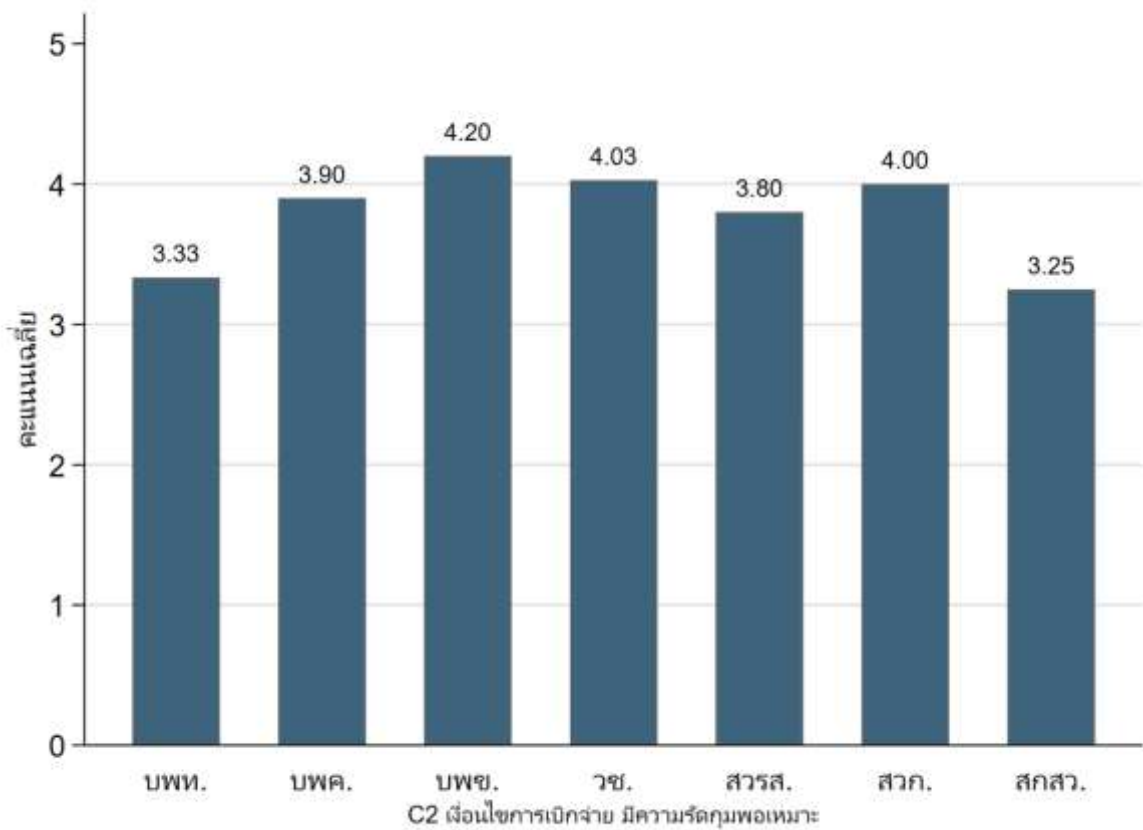
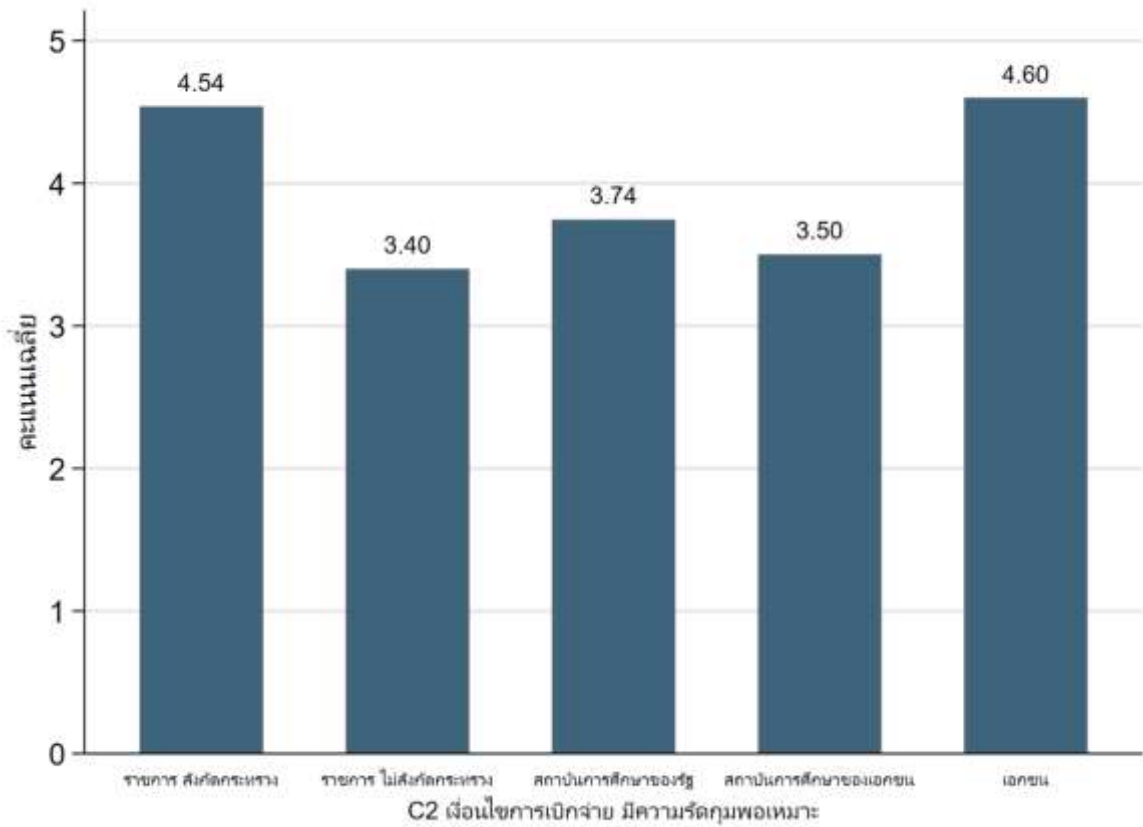
ที่มา: คณะผู้วิจัย

รูปที่ 169 การประเมินประเด็นการบริหารทุนวิจัยจาก PMU จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ
จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน

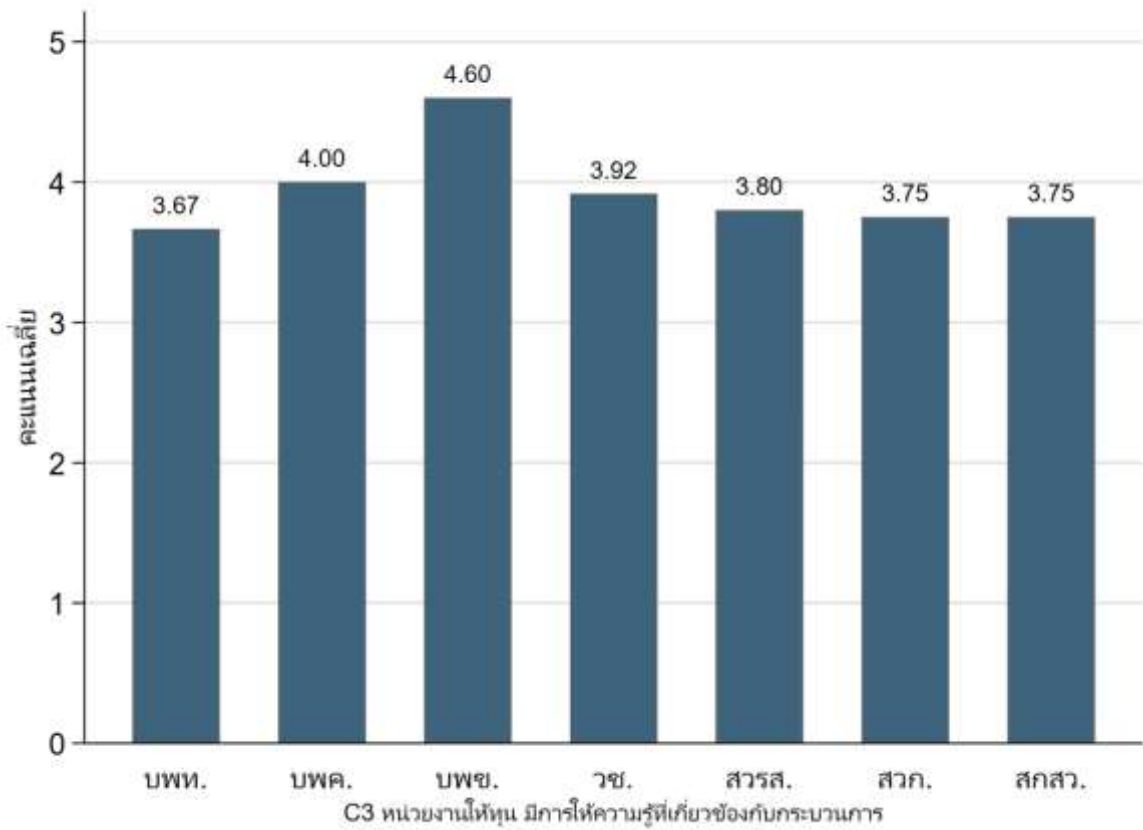
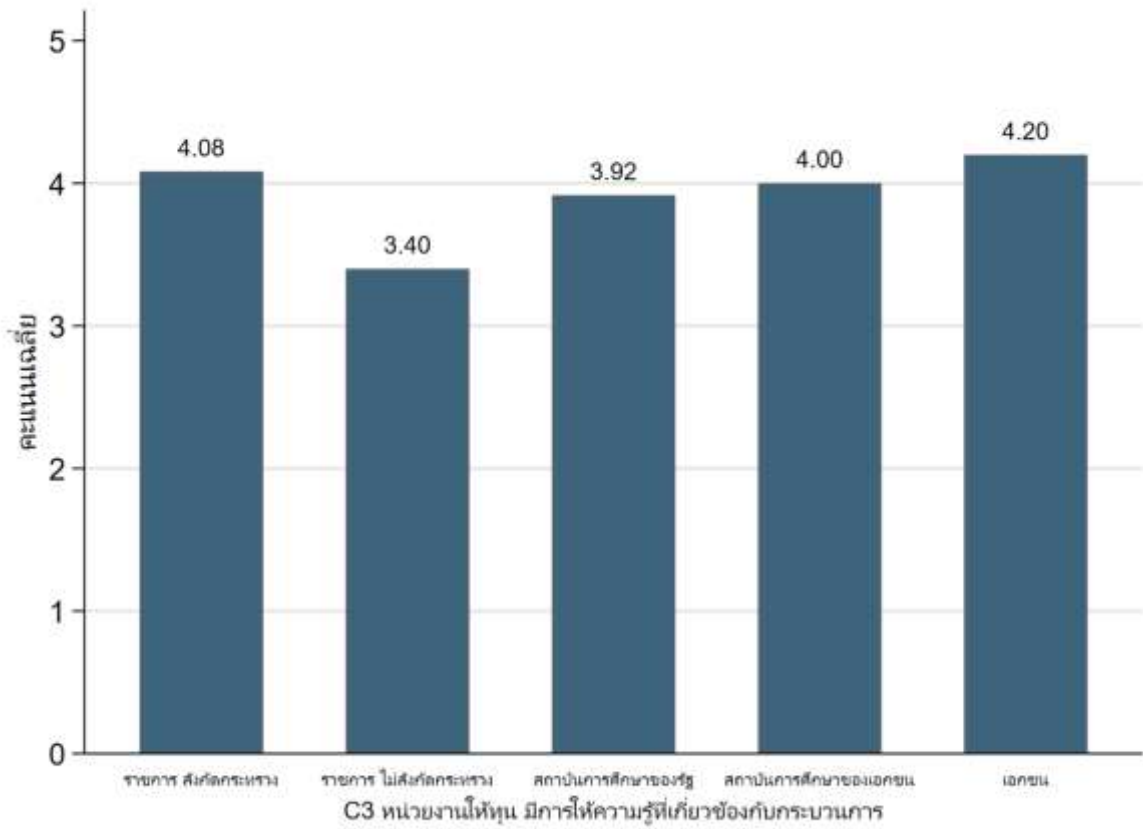
C1 หน่วยงานให้ทุน (PMU ต่างๆ) มีความเหมาะสมกับการสนับสนุนงานวิจัยในด้านที่ได้รับมอบหมาย
เช่น วช. ดูแลโจทย์วิจัยพื้นฐาน รวมถึง โควิด-19



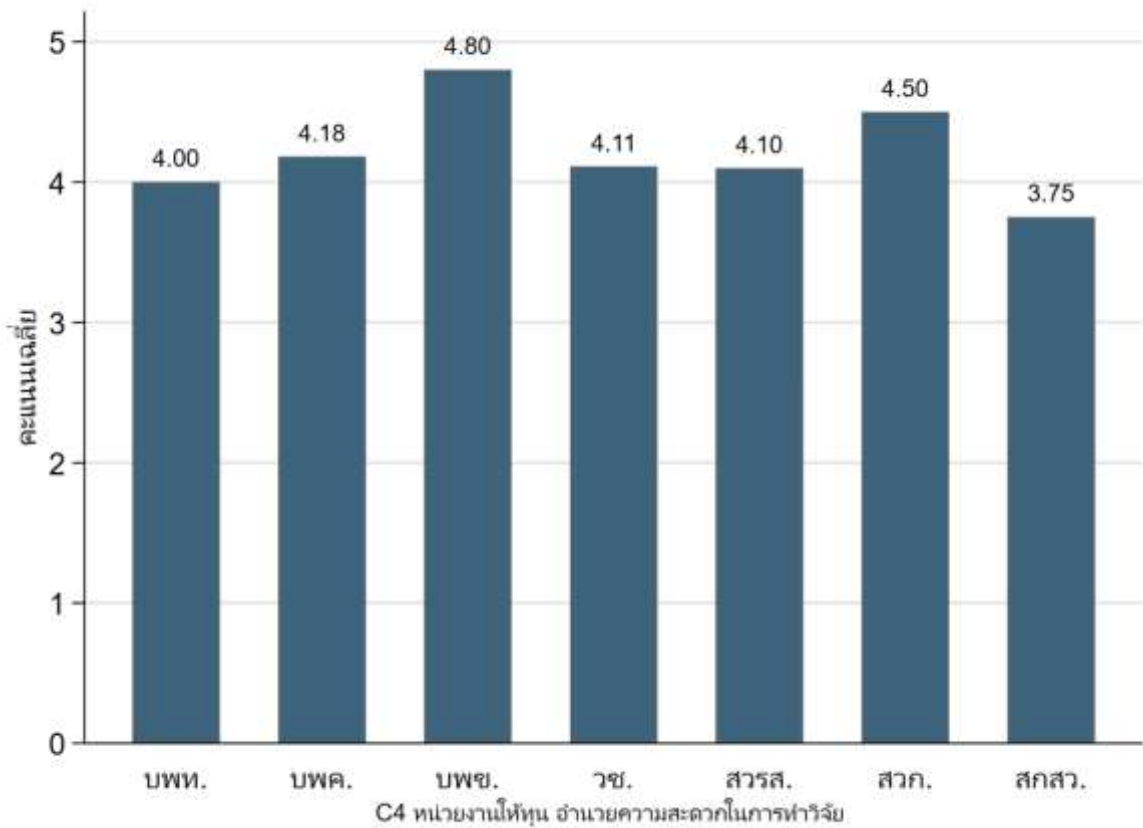
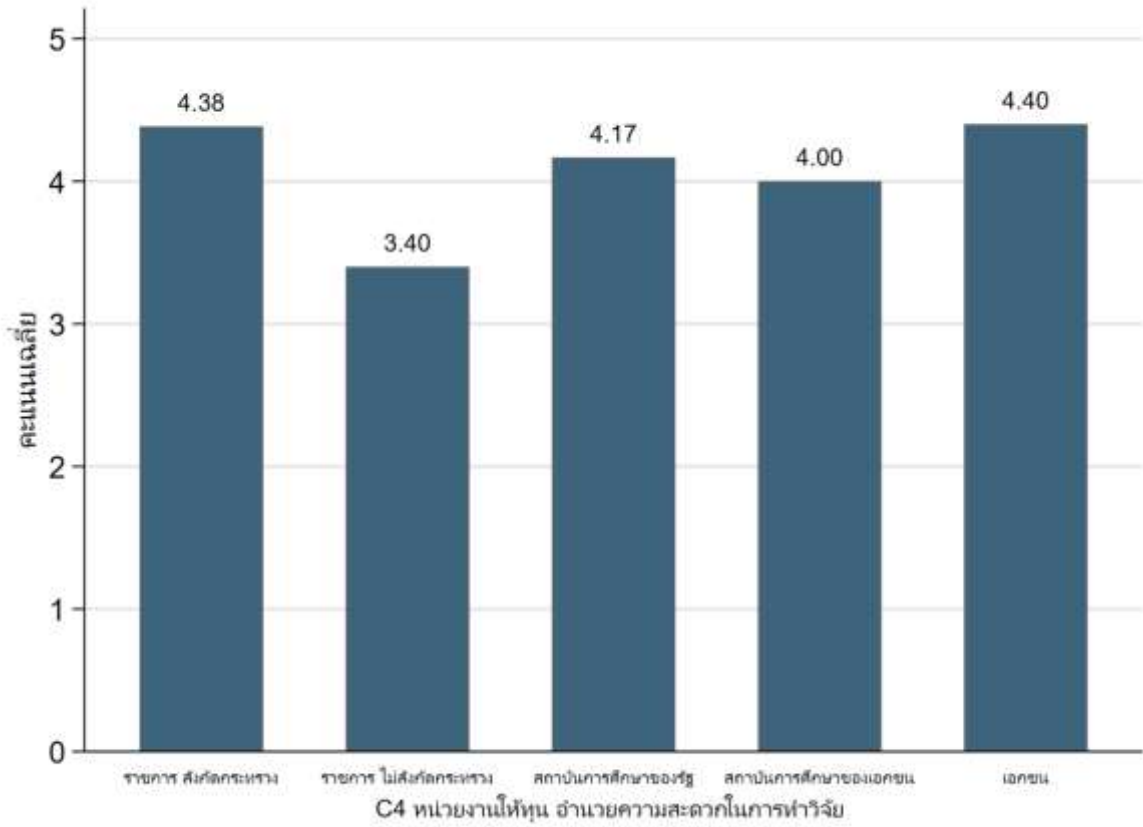
C2 เงื่อนไขการเบิกจ่าย มีความรัดกุมพอเหมาะ ไม่สร้างความยุ่งยากที่เกินจำเป็น



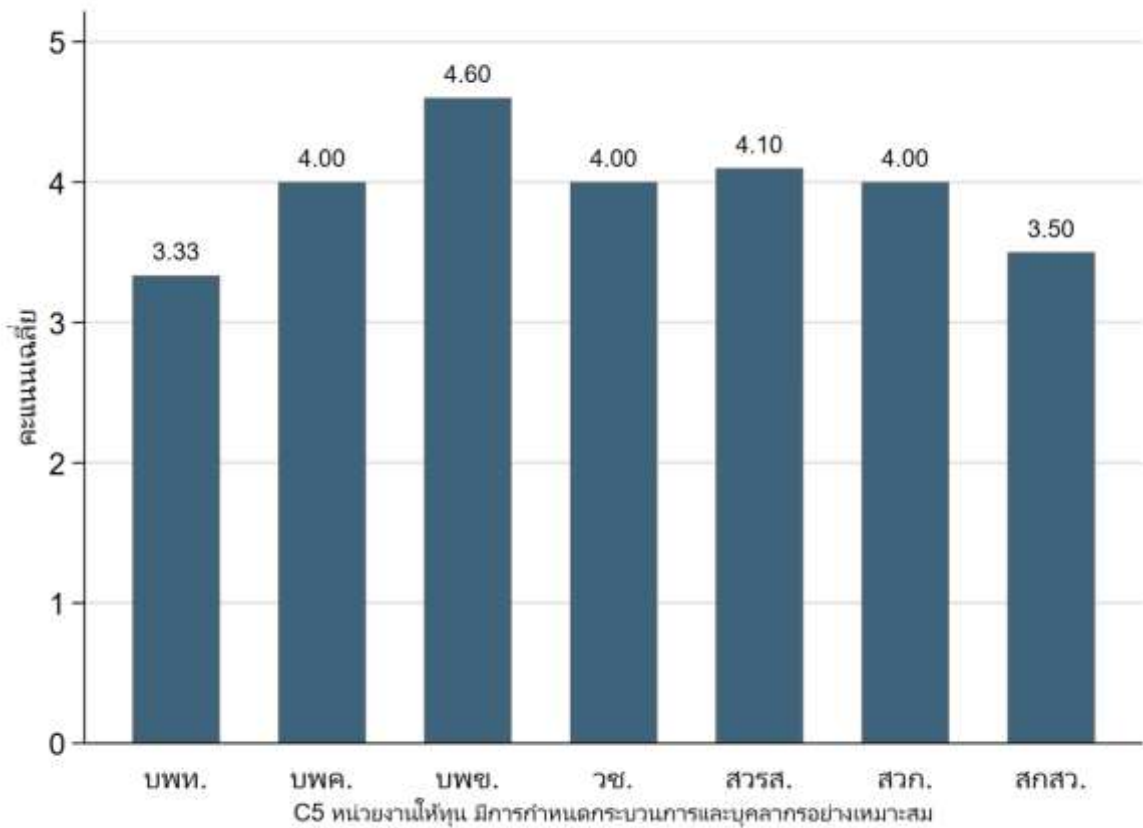
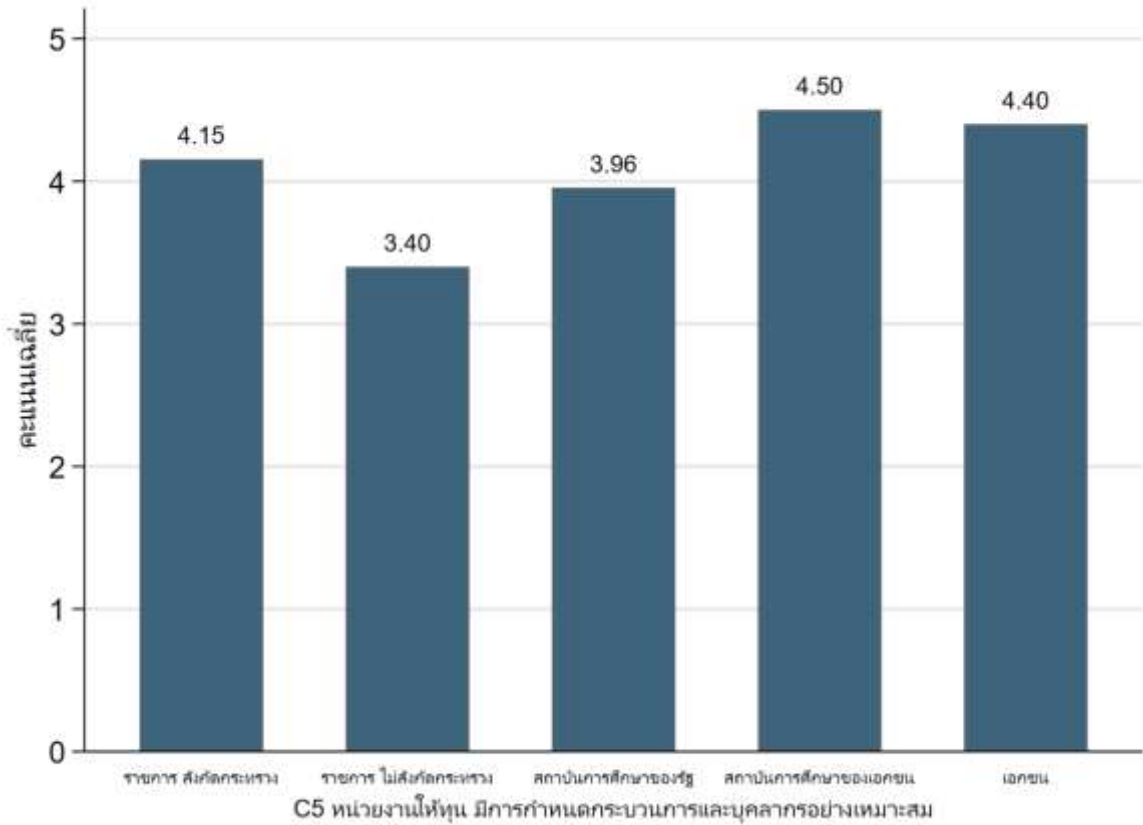
C3 หน่วยงานให้ทุน มีการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขอทุนและการทำวิจัยแก่หน่วยงานทำวิจัย



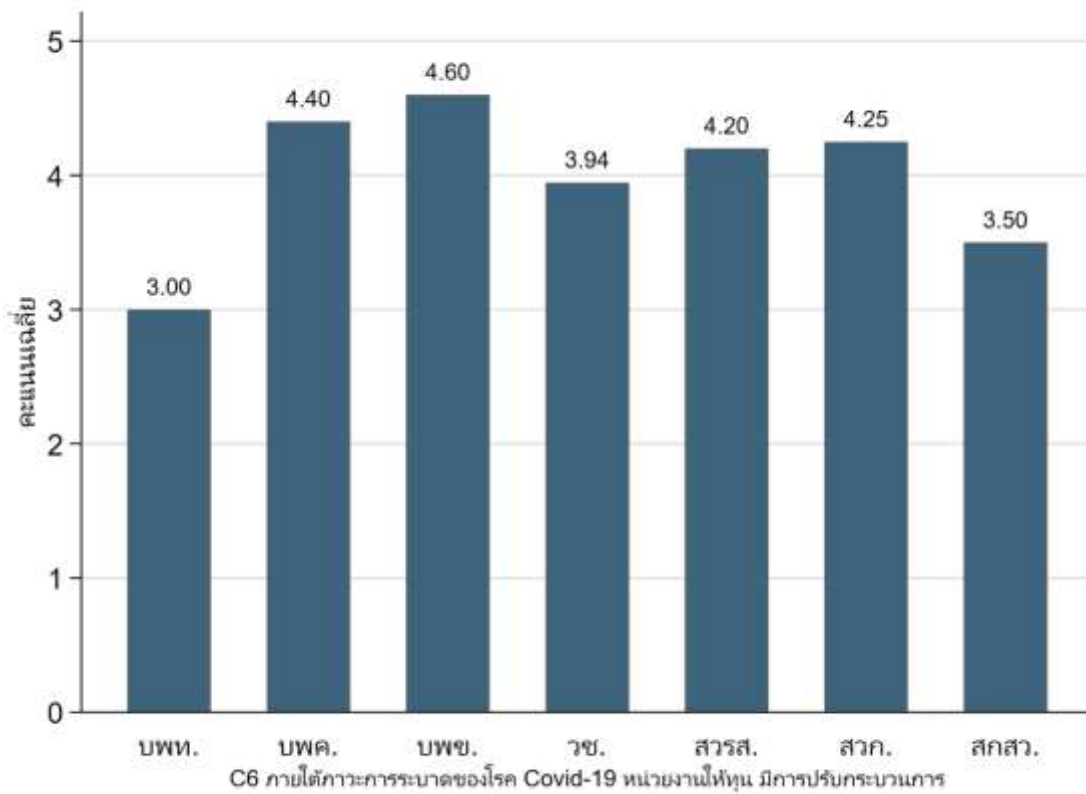
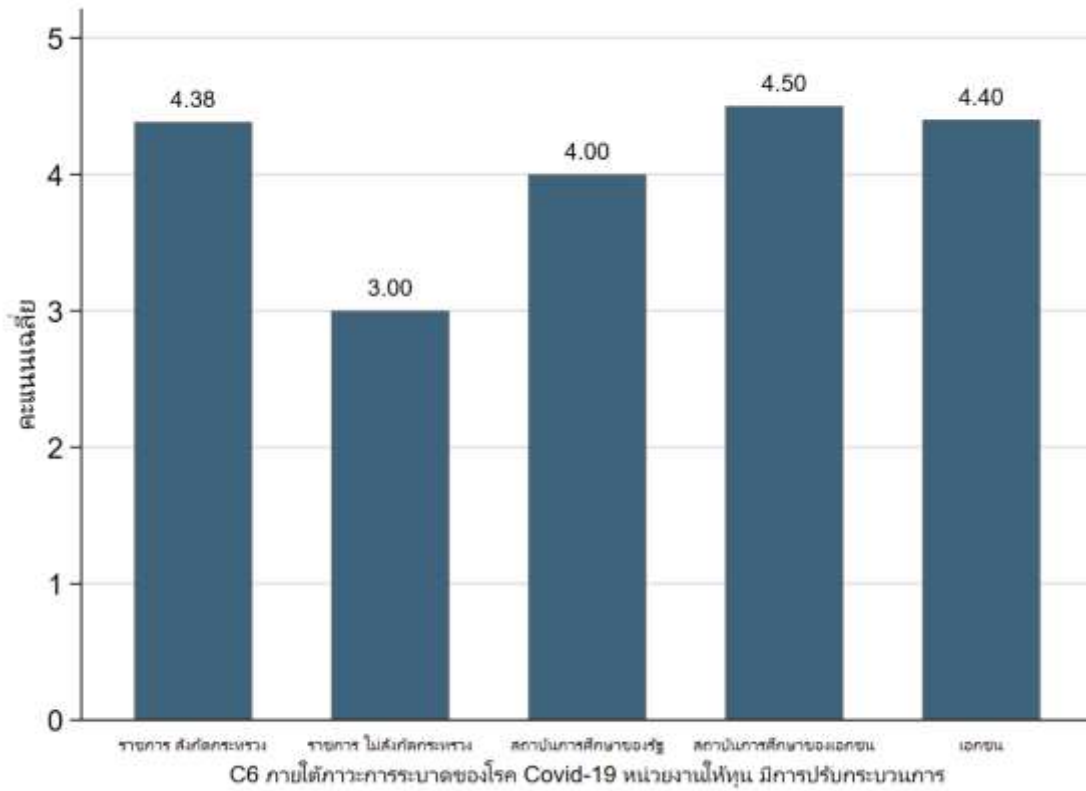
C4 หน่วยงานให้ทุน อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และให้การประสานงานได้อย่างมีคุณภาพ



C5 หน่วยงานให้ทุน มีการกำหนดกระบวนการและบุคลากรในการประเมินและตรวจรับการวิจัยอย่างเหมาะสม



C6 ภายใต้ภาวะการระบาดของโรค Covid-19 หน่วยงานให้ทุน มีการปรับกระบวนการกำกับดูแลการทำวิจัยที่เหมาะสม



ที่มา: คณะผู้วิจัย

24.5 การประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม

ตารางที่ 84 สรุปการประเมินการดำเนินงานของระบบ ววน. ด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>D ประเด็นด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ประการที่ 1 โจทย์วิจัยที่ยังต้องการการส่งเสริม</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการประมวลโจทย์วิจัยที่ได้รับการส่งเสริมจาก ววน. การสัมภาษณ์ PMU และการประชุมร่วมกับหน่วยงานทำวิจัยบางแห่ง เห็นว่าน่าจะยังมีช่องว่างของการวิจัยในหลายประเด็นที่ยังต้องการการส่งเสริมให้เกิดการวิจัยในไทย ● หลาย PMU ให้ความเห็นว่าการกำหนดกรอบโปรแกรมวิจัยในแผน ววน. สกสว. ยังเปิดโอกาสให้ PMU เข้ามามีส่วนร่วมน้อยเกินไป <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การสนับสนุนทุนวิจัยในบางสาขาที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการวิจัยหลายขั้นตอนยาวนานและมูลค่าสูง เช่น การวิจัยทางการแพทย์ ววน. มีข้อจำกัดมาก ● สาเหตุหนึ่งที่ประเด็นแรงงานในแผนด้าน ววน. ไม่ค่อยชัดเจน ก็เพราะในมุมมองของผู้ที่จบมาด้านวิทยาศาสตร์ จะมองไม่ออกว่าประเด็นแรงงานจะวิจัยอย่างไร ใช้น้ำที่ของงานวิจัยหรือไม่ และเห็นว่าเป็นหน้าที่ของกระทรวงแรงงาน ● ยังมีหลายประเด็นที่ต้องการการขับเคลื่อนเช่น การจัดการเมืองในภาวะวิกฤติ คนจนที่ตกหล่น ซึ่ง บพท. ก็ยังสนับสนุนงานวิจัยส่วนนี้ผ่านงบปกติ ● งานวิจัยด้านการศึกษาหายไป <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</u></p>

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นวิจัยบางประเด็นยังตกหล่น เช่น กลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ) การศึกษาปฐมวัย ประเด็นที่เป็น Basic Research เชิงลึก โจทย์ที่เป็น Global Trend ● โจทย์วิจัย สวก. มีความครอบคลุมพอสมควร แต่ยังขาดการคำนึงถึงปัญหาในพื้นที่ เช่น ปัญหาหมอกควันในเชียงใหม่ที่น่าจะเกิดจากการเผาอ้อย ● โจทย์วิจัยภายใต้ สวรส. ยังพัฒนาไปไม่ถึงบางจุด เช่น จีโนมิกส์ (Genomics) การแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เป็นต้น ส่วนโจทย์เชิงพื้นที่ก็เน้นให้ผลผลิตออกมาเป็นนวัตกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับโจทย์ที่ต้องการผลผลิตเป็นกระบวนการแก้ปัญหาทางสุขภาพ ● PMU ได้ให้การสนับสนุนทางด้านสาธารณสุขมากแต่ยังขาดการให้ความสนใจในเชิงสังคม ชุมชน และระบบเศรษฐกิจระดับฐานราก การให้ทุนทางด้านนี้มีอยู่น้อยมาก โรคระบาดโควิด-19 ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ทางด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะเศรษฐกิจฐานราก ซึ่งไม่มีอุปกรณ์และเทคโนโลยี การเข้าถึงและเรียนรู้เทคโนโลยียังน้อย

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p><i>D</i> ประเด็นด้านผลลัพธ์ การวิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ประการที่ 2 การต่อยอดสู่ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรม และการเชื่อมโยงหรือจับคู่ผลงานวิจัยกับหน่วยงานอื่น</p>	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถิติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การระดมความเห็น (Focus group) ระบุว่าผลวิจัยไม่สามารถต่อยอดไปสู่การสร้างผลิตภัณฑ์ได้ เพราะมีอุปสรรคจากขั้นตอนการจดทะเบียนต่างๆ และมีกำลังที่จะผลักดันงานวิจัยไปสู่นวัตกรรมไม่เพียงพอ (เพราะนักวิจัยมีกำลังจำกัดและการผลักดันต้องใช้ต้นทุนสูง) ● ผลงานวิจัยบางชิ้นยังขาดการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นเพราะหน่วยงานที่มีความต้องการใช้ผลวิจัยนั้นไม่ทราบถึงการมีอยู่ของงานวิจัยดังกล่าวหรือมีอุปสรรคในการเข้าถึง

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ R&I ของสวีเดนมีลักษณะที่สำคัญ คือ การให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขั้นพื้นฐาน โดยตั้งมหาวิทยาลัยเข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการวิจัยแต่ละโครงการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้ทางวิชาการไปใช้ในภาคอุตสาหกรรมและใช้ในการจัดการกับความท้าทายทางสังคมทุกประเภทในวงกว้าง ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลสวีเดนจึงเน้นให้ทุนวิจัยไปที่สถาบันอุดมศึกษาเป็นหลัก ในขณะที่คณะผู้วิจัยหรือนักวิจัยระดับบุคคลส่วนใหญ่จะขอทุนจากแหล่งทุนภายนอกเป็นหลัก <p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไทยอยากเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) แต่อุตสาหกรรมทางการแพทย์ของเรายังจำกัดมาก ส่วนมากจะเป็นการนำเข้ายาและอุปกรณ์จากต่างประเทศ ทำให้ปัจจุบันด้านศูนย์กลางทางการแพทย์ไทยจึงดำเนินการเองแค่ในส่วนของงานบริการเท่านั้น ● จุดอ่อนสำคัญของนักวิจัยจำนวนมากคือ การเขียนแผนธุรกิจและแผนเทคโนโลยี และการผลักดันการนำผลการวิจัยไปใช้งานจริง ● PMU ในระบบ ววน. ยังมีจุดที่ต้องปรับปรุงเพื่อยกระดับการวิจัยทางการแพทย์ เช่น วช. ดำเนินการวิจัยขั้นพื้นฐาน ซึ่งยังขาดความเชื่อมโยงกับภาคเอกชน สวรส. ดำเนินการวิจัยด้านระบบสุขภาพ แต่ยังขาดในส่วนของการวิจัยขั้นพื้นฐาน ทำให้เมื่อมีภารกิจเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์อาจมีปัญหากับพวก Deep technology สวช. ดูแลเรื่องวัคซีนในเชิงนโยบาย แต่ยังขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการผลิตวัคซีน สนช. ดูแลเรื่องนวัตกรรม แต่ยังขาดความรู้เรื่องอุตสาหกรรมทางการแพทย์ สวก. ควรเพิ่มบทบาทในการดูแลเรื่องพันธุพืช เมล็ดพันธุ์ Bio-bank เพื่อป้องกันการที่ต่างชาตินำพันธุ์พืชไทยไปจดทะเบียน ไม่ใช่มุ่งสนใจการทำสินค้าซึ่ง สวก. เองก็ไม่ใช่มือเชี่ยวชาญด้านนี้

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
	<p><u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● มหาวิทยาลัยบางแห่งไม่ค่อยได้รับทุน SF ส่วนใหญ่อาศัยทุนวิจัยจาก FF เนื่องจากนักวิจัยด้านการวิจัยและพัฒนา (R&D) ยังมีระดับ TRL ไม่ถึงระดับ 7 - 9 ทำให้ไม่สามารถต่อยอดไปใช้ในเชิงพาณิชย์หรือนำไปจับคู่กับภาคเอกชนได้ งานวิจัยของมหาวิทยาลัยเหล่านั้นส่วนใหญ่เป็นการวิจัยตามความสนใจของนักวิจัยและตบโจทย์ของนักวิจัยเอง ● การยื่นขอทุนจาก บพข. เป็นไปได้ยาก เพราะมหาวิทยาลัยบางแห่งอยู่ในช่วงวางรากฐาน ● งานวิจัยโควิด-19 ต่อยอดและขยายไปใช้เชิงพาณิชย์ยากมาก เพราะมีหน่วยงานราชการกว่า 10 แห่งมาควบคุม เช่น อย. สคบ. ● ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตงานวิจัยด้าน Biomedical ที่ต่ำมาก ทำให้เราไม่สามารถต่อยอดงานวิจัยไปสู่ผลิตภัณฑ์จริงได้ ● ประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันทางการค้าต่ำลง ทำให้เราไม่สามารถดึงดูดการลงทุนทางเทคโนโลยีจากต่างประเทศ แต่ต่างจากต่างประเทศได้ แตกต่างจากยุคการระบาดของซาร์สที่ประเทศไทยเป็นศูนย์การผลิตหน้ากาก N95 ซึ่งปัจจุบันแม้กระทั่งผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้ใช้เทคโนโลยีสูงมากอย่างชุดตรวจ ATK ก็ยังผลิตเองได้จำกัดมาก

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
D ประเด็นด้านผลลัพธ์การวิจัยและนวัตกรรม	<u>ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากการพัฒนาวัฒนธรรมและสถิติ</u>

ประการที่ 3

กระบวนการส่งต่อ

ความรู้จากการวิจัยสู่

กลไกนโยบายสาธารณะ

- การศึกษาการดำเนินนโยบาย/มาตรการรับมือโควิด-19 พบว่า การตัดสินใจเชิงนโยบายหลายประการไม่สอดคล้องกับหลักการทางวิชาการ ขณะที่อาจได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจทางการเมืองมากกว่า
- ระบบ ววน. ควรพัฒนาระบบกระบวนการส่งต่อความรู้จากการวิจัยสู่กลไกนโยบายสาธารณะ ซึ่งรวมถึงส่งต่อความรู้ให้สาธารณะด้วย

ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานกำหนดนโยบายและหน่วยงานบริหารทุนวิจัย

- ระบบ NRIIS ประธาน กสว. กำหนดบทบาทให้ สกสว. เป็น User และมีส่วนร่วมในการออกแบบด้วย ส่วน วช. เป็นทีม Manager ที่ช่วยปรับระบบตามความต้องการของผู้ใช้งาน แต่ปัจจุบัน ระบบ NRIIS ยังเป็นที่รู้จักน้อยมากและยังไม่เอื้อต่อการเป็นฐานข้อมูลให้สาธารณชนนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งทำให้ประชาชนรับรู้ถึงทิศทางการวิจัยของประเทศ เนื่องจากเดิมทีระบบถูกออกแบบมาเพื่อให้นักวิจัยใช้ประโยชน์หรือเป็น Operational System มากกว่าที่จะเป็น Information System สกสว. จึงควรพัฒนาระบบโดยคำนึงถึงการสื่อสารทิศทางของแผนด้าน ววน. ให้สาธารณชนรับทราบมากขึ้น

ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานทำวิจัยและหน่วยงานใช้ประโยชน์

- ประเทศไทยไม่มีโมเดลต้นแบบสำหรับการจัดการโควิด-19 ที่ชัดเจนเหมือนบางประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนมักทำงานแบบแยกกันทำ นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคในการหาฐานข้อมูลจากทั้งหน่วยงานท้องถิ่นและสถานพยาบาล
- มหาวิทยาลัยบางแห่งมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับโควิดค่อนข้างน้อย เพราะความสัมพันธ์ระหว่างมหาวิทยาลัยกับหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบเรื่องโควิด-19 ค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่มีหน่วยงานใดมาติดต่อกับมหาวิทยาลัยในฐานะองค์กรทางวิชาการที่จะไปช่วยรับมือกับโควิด-19

	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ผ่านมา กลุ่มงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ยังคงไม่สามารถสร้างศรัทธากับสาธารณชน ทำให้ความเห็นของนักวิชาการทางสังคมศาสตร์จึงมีน้ำหนักไม่ต่างไปจากนักหนังสือพิมพ์ <p>ข้อเสนอแนะ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PMU แต่ละแห่งควรมีการจัดงานสรุปผลงานประจำปี เพื่อแสดงผลสำเร็จและแสดงตัวตนของนักวิจัยที่ได้รับทุนจาก PMU นั้นๆ อีกทั้งยังทำให้เกิดการยอมรับและเรียนรู้ระหว่างนักวิจัยด้วยกันว่า เพราะเหตุใดโครงการเหล่านั้นจึงได้รับทุนจาก PMU เช่น วช. มีงาน Thailand Research Expo สวก. มีงานเกษตรต่างๆ บพท. มีงาน Showcase เป็นต้น ● ผู้ดูแลแผน ควรสังเคราะห์งานวิจัยและเผยแพร่ให้นักวิจัยได้ทราบ เพื่อร่วมกันคิดประเด็นวิจัยต่อยอดและแสดงความสามารถในการบูรณาการของผู้จัดการแผน เพิ่มโอกาสในการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย สร้างโอกาสให้นักวิจัยต่างสาขามาร่วมกันคิดประเด็นวิจัย และทำวิจัยร่วมกันต่อไป
--	---

ที่มา: คณะผู้วิจัย

นอกจากประเด็นการประเมินในตารางข้างต้นคณะผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจให้หน่วยงานทำวิจัยในระบบ ววน. ร่วมประเมินโดยให้คะแนนในประเด็นการใช้ประโยชน์งานวิจัยในประเด็นย่อยต่างๆ รายละเอียดตามตารางและรูปต่อไปนี้

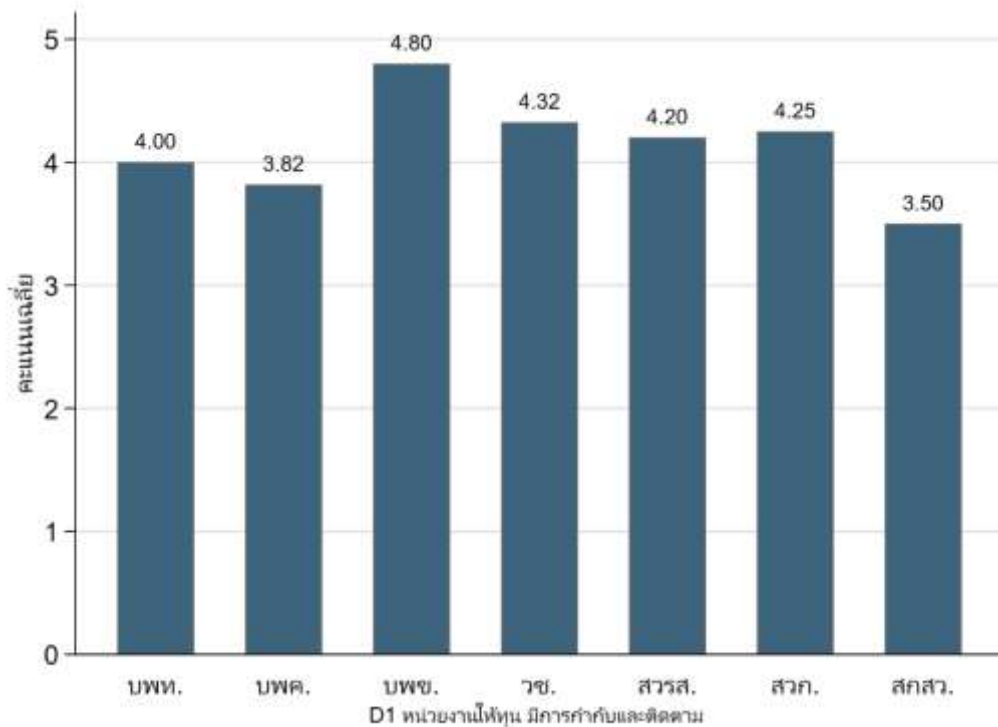
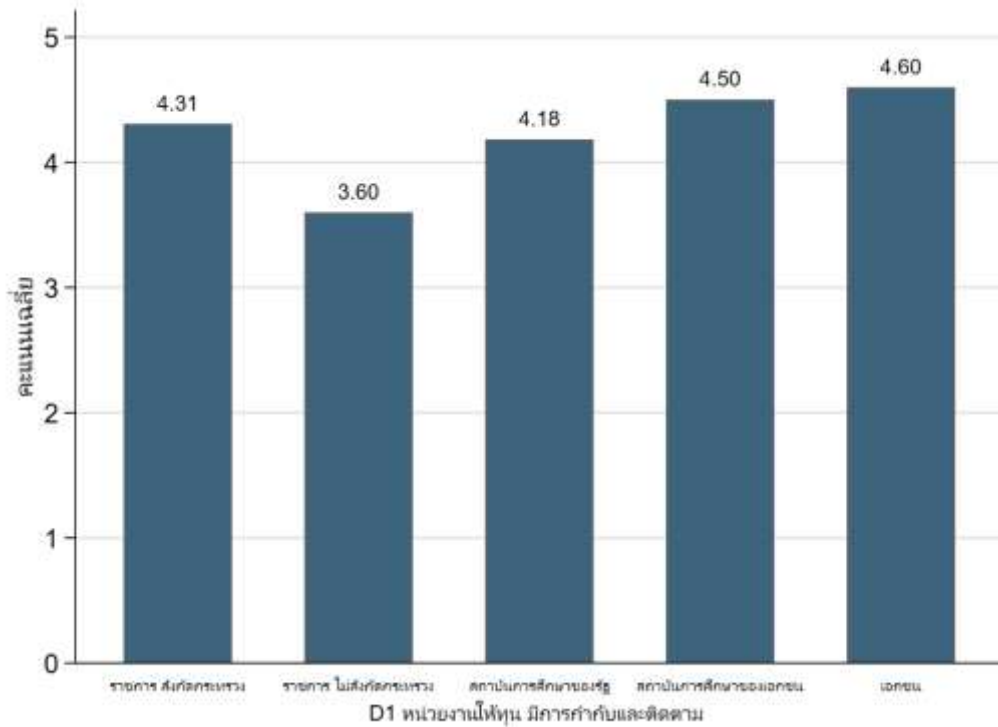
ตารางที่ 85 สรุปคะแนนการประเมินในประเด็นการใช้ประโยชน์งานวิจัย

ประเด็นสอบถาม	Obs	Mean	SD	MIN	MAX
D1 หน่วยงานให้ทุน มีการกำกับและติดตาม ให้หน่วยงาน ทำวิจัยส่งมอบผลผลิตการวิจัยอย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ ระยะเวลาและคุณภาพผลงาน	74	4.20	0.68	2	5
D2 ผลงานการวิจัยด้านโควิดมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ตามที่คาดหวัง เช่น พัฒนาผลิตภัณฑ์ และ ช่วย กำหนดนโยบายและมาตรการรับมือหรือผ่อนคลายที่ เหมาะสม	70	4.16	0.71	2	5
D3 ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมอื่นๆ มี คุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง เช่น ความรู้ใหม่ พัฒนาผลิตภัณฑ์ ช่วยกำหนดนโยบายสาธารณะ	68	4.10	0.65	2	5
D4 ผลงานการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และอื่นๆ เช่นด้านพื้นที่ มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง เช่น ความรู้ใหม่ต่อวงวิชาการและสาธารณะ และมีส่วนช่วย กำหนดนโยบาย มาตรการ และโครงการที่เป็นประโยชน์ มากขึ้น	61	4.00	0.77	1	5
D5 การสนับสนุนของระบบ ววน. มีส่วนช่วยพัฒนากำลังคน ด้านการวิจัยที่มีคุณภาพของประเทศได้เพียงพอหรือดีขึ้น มาก	71	3.97	0.79	1	5
D6 ฐานข้อมูลการวิจัยภายใต้ระบบ ววน. เป็นแหล่งค้นคว้า ข้อมูลการวิจัยของประเทศที่มีคุณภาพ	68	3.88	0.99	1	5

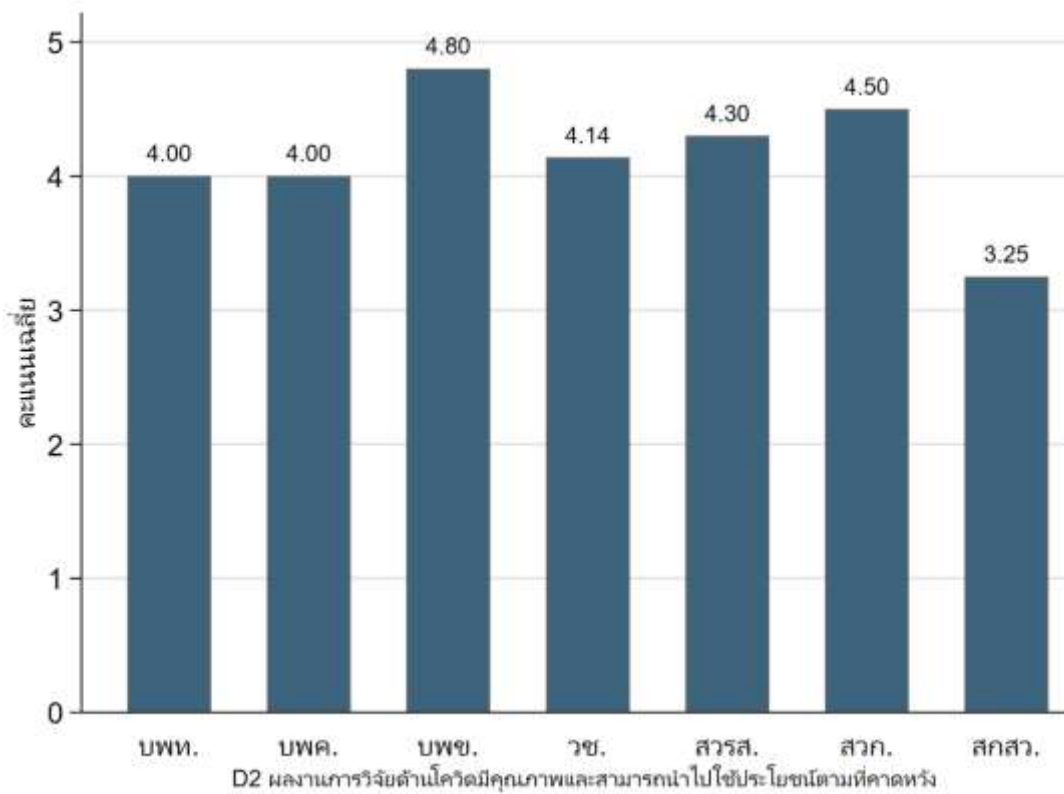
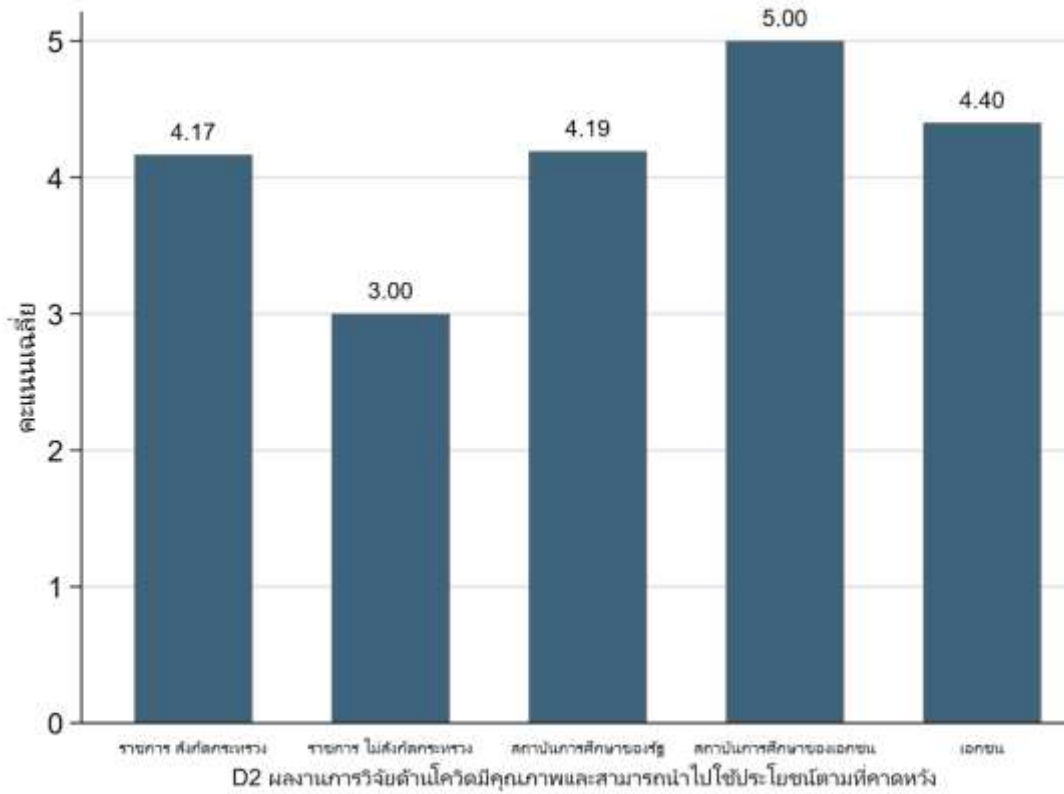
ที่มา: คณะผู้วิจัย

รูปที่ 170 การประเมินประเด็นการใช้ประโยชน์งานวิจัย จำแนกตามประเภทหน่วยงานทำวิจัย และ
จำแนกตาม PMU ที่หน่วยงานทำวิจัยได้รับการจัดสรรทุน

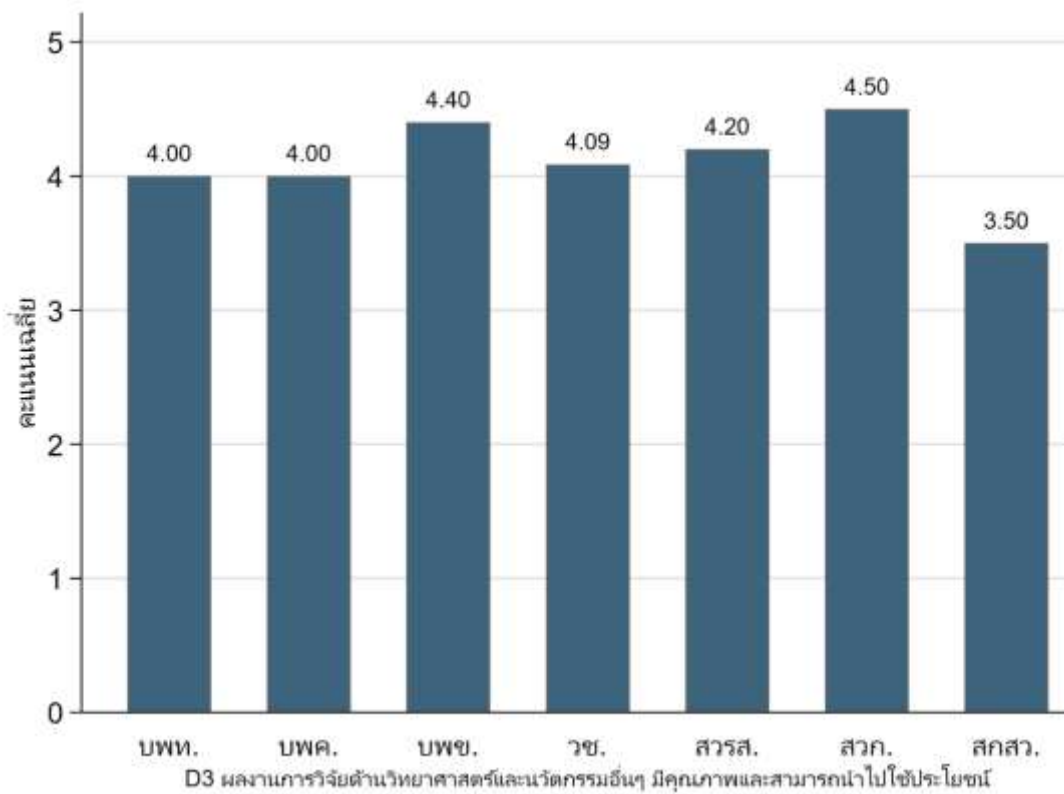
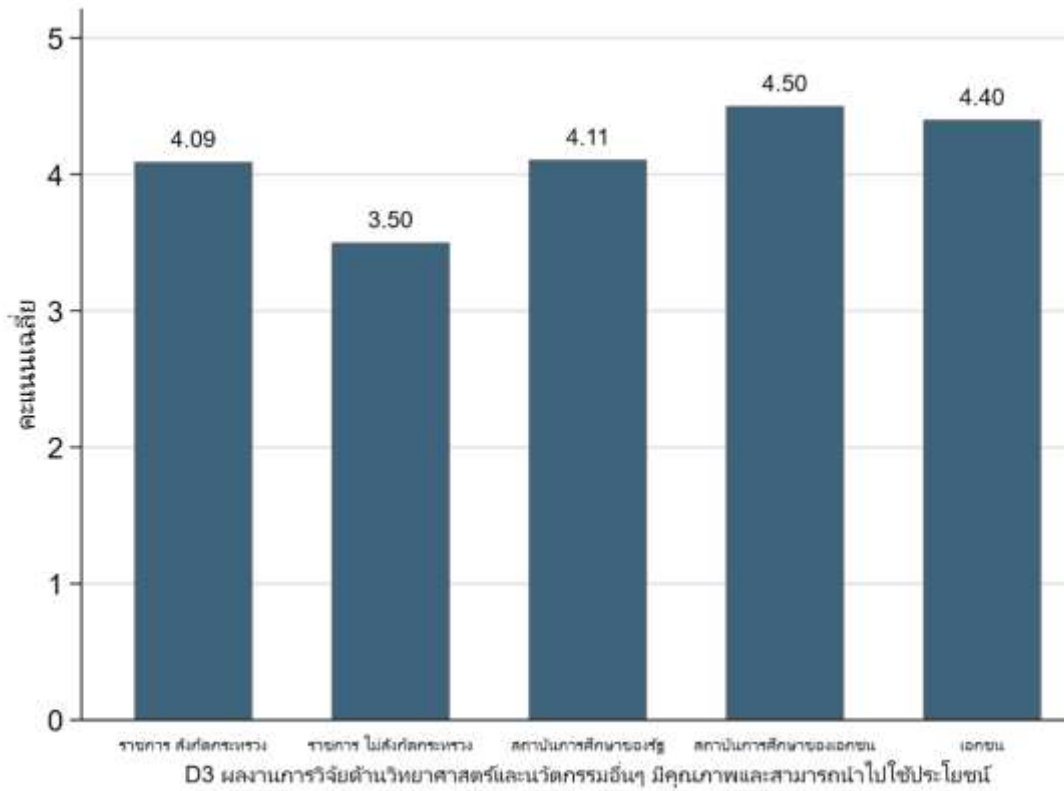
D1 หน่วยงานให้ทุน มีการกำกับและติดตาม ให้หน่วยงานทำวิจัยส่งมอบผลผลิตการวิจัยอย่างเหมาะสม ทั้งในแง่
ระยะเวลาและคุณภาพผลงาน



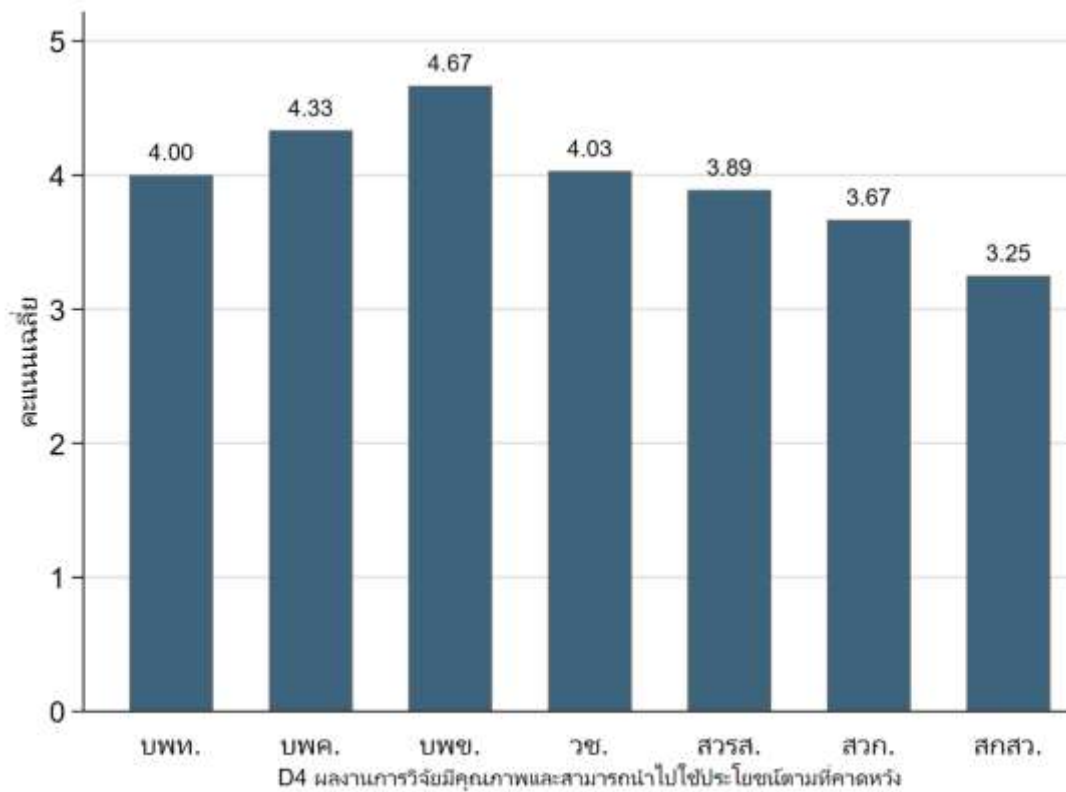
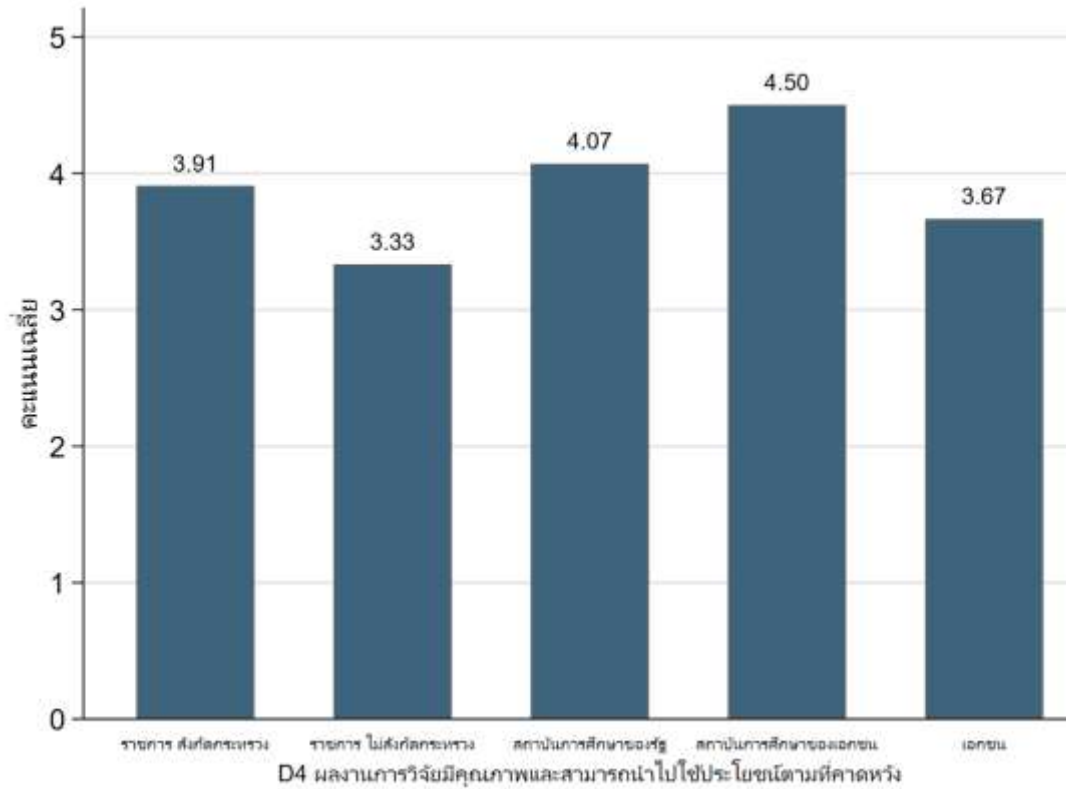
D2 ผลงานการวิจัยด้านโควิดมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง เช่น พัฒนาลิขิตภัณฑ์ และ
ช่วยกำหนดนโยบายและมาตรการรับมือหรือผ่อนคลายที่เหมาะสม



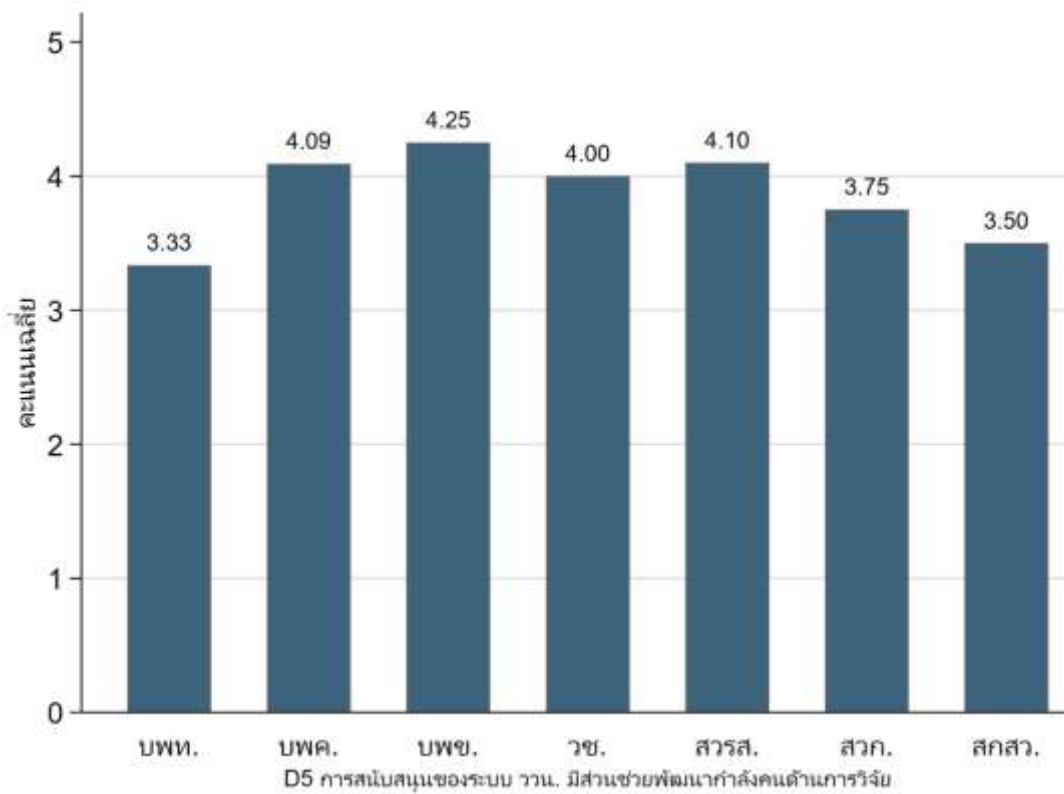
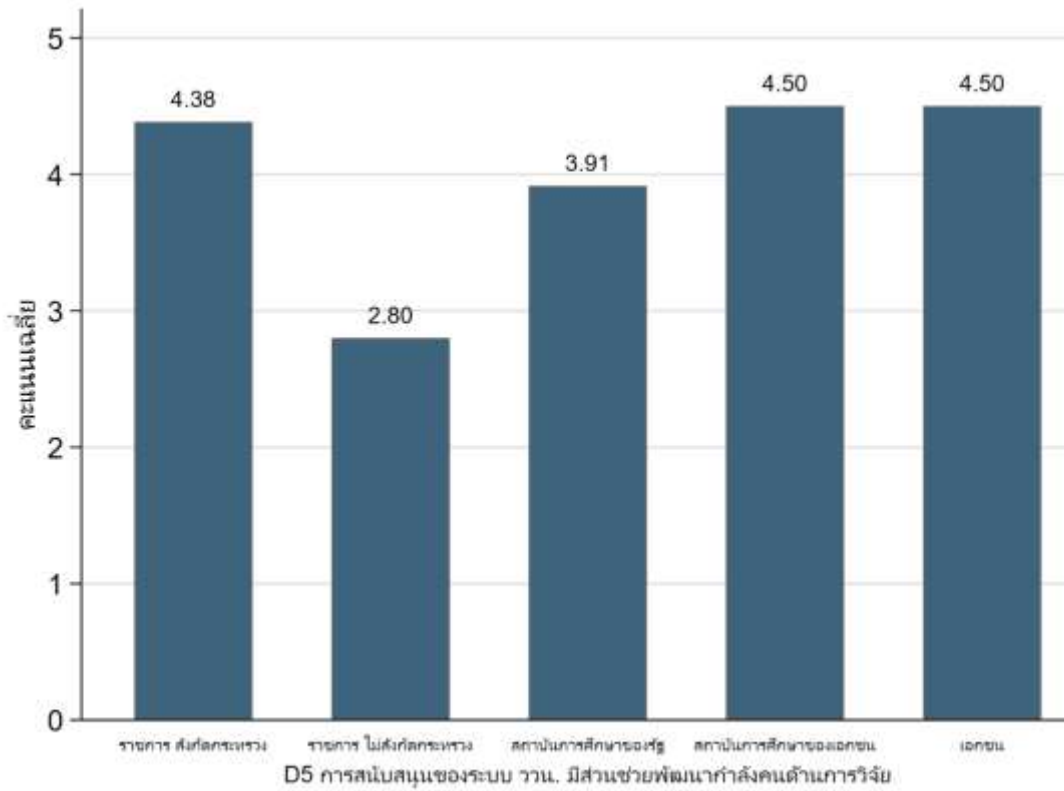
D3 ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมอื่นๆ มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง
เช่น ความรู้ใหม่ พัฒนาผลิตภัณฑ์ ช่วยกำหนดนโยบายสาธารณะ



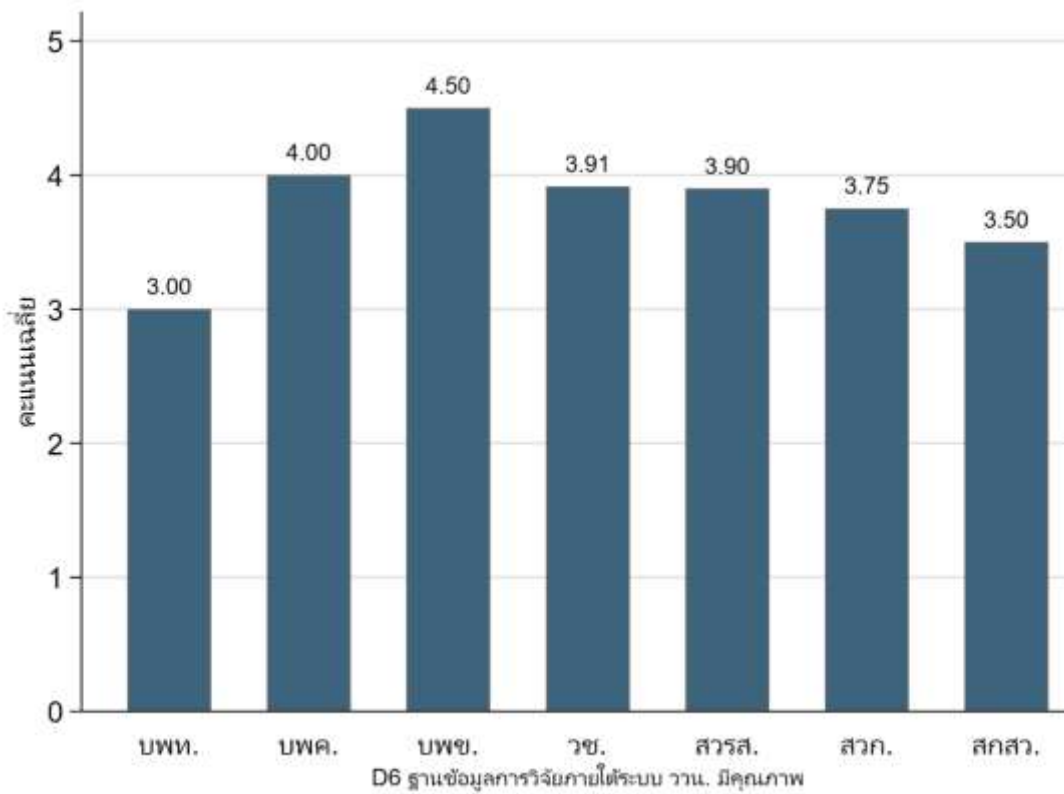
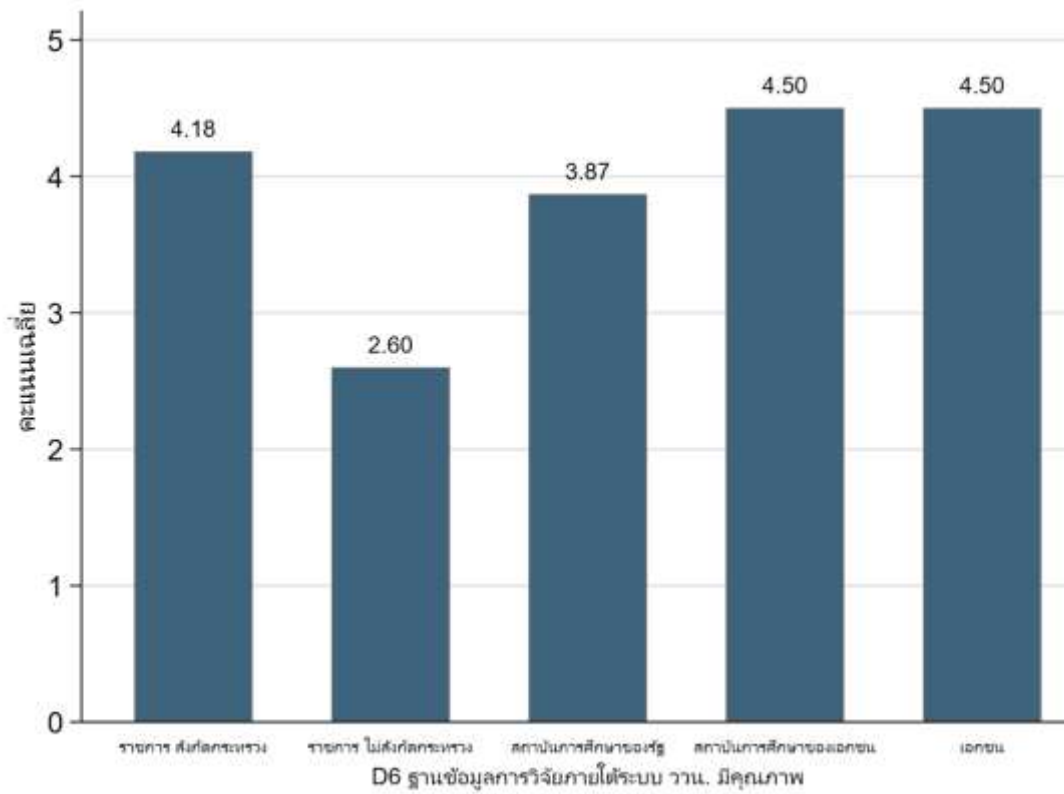
D4 ผลงานการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และอื่นๆ เช่นด้านพื้นที่ มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง เช่น ความรู้ใหม่ต่อวงวิชาการและสาธารณะ และมีส่วนช่วยกำหนดนโยบาย มาตรการ และโครงการที่เป็นประโยชน์มากขึ้น



D5 การสนับสนุนของระบบ ววน. มีส่วนช่วยพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยที่มีคุณภาพของประเทศได้เพียงพอหรือ
ดีขึ้นมา



D6 ฐานข้อมูลการวิจัยภายใต้ระบบ ววน. เป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลการวิจัยของประเทศที่มีคุณภาพ



ที่มา: คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการแก้ปัญหา สถานการณ์ฉุกเฉิน

- ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉิน การระบาดของโรคโควิด-19 ในรอบใหม่ และ การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว

ส่วนที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว

25. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว

จากบทสรุปที่ได้ในการศึกษาในส่วนก่อนหน้า คณะผู้วิจัยพบข้อสรุปสำคัญ คือ ประเทศจะสามารถรับมือภาวะการระบาดหรือภัยพิบัติต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มียุทธศาสตร์ความรู้และเทคโนโลยีที่พร้อมใช้งาน ทั้งนี้ นอกเหนือจากการส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีแล้ว ประเทศควรที่จะต้องมีการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ

- 1) กลไกที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถที่จะมีอำนาจการตัดสินใจได้ในภาวะเร่งด่วน
- 2) กลไกที่ช่วยให้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้
- 3) กลไกที่ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ละหน่วยมีความรู้ว่าจะต้องมีบทบาทอะไรในภาวะวิกฤติในระดับต่างๆ

จะพบว่าองค์ประกอบของคุณสมบัติเหล่านี้ จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากประเทศไม่มีการกำหนดบทบาทและอำนาจในกลไกนโยบายไว้ล่วงหน้า ซึ่งเมื่อเกิดภาวะวิกฤติก็จะเกิดปัญหาตามมาเช่น อำนาจตัดสินใจถูกมอบให้กับคนที่ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในปัญหาที่เกิดขึ้น การมียุทธศาสตร์ความรู้แต่ไม่ได้อยู่ในรูปแบบที่พร้อมใช้งาน หรือหน่วยงานที่มีความรู้ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ และการที่จะต้องพึ่งพาการตัดสินใจเฉพาะหน้าและภาคส่วนต่างๆ ไม่สามารถดำเนินบทบาทที่ตนพึงกระทำได้อย่างรวดเร็ว

กรณีศึกษาในต่างประเทศถึงการสร้างกลไกการรับมือในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่มีความน่าสนใจ คือ กรณีกลไกการรับมือภาวะวิกฤติโรคระบาดของไต้หวันและเกาหลีใต้ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่น่าจะนำมาพิจารณาประกอบในการพัฒนากลไกการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินของไทยในระยะยาว

25.1 โครงสร้างการรับมือเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในประเทศไทย

หากพิจารณาในภาพรวมถึงแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ของประเทศจะพบว่าประเทศไทยมีทั้งยุทธศาสตร์ กฎหมาย และแผนการรับมือกับภัยพิบัติต่างๆ รวมทั้งภาวะวิกฤติฉุกเฉินจากโรคติดต่อหรือโรคระบาดใหม่ เช่น

- แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2564-2570 ของคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ(กปภ.ช.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ตาม พรบ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. พ.ศ. 2550
- แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งถูกบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

- แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งถูกบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องว่าหน่วยงานใดจะต้องดำเนินการในกิจกรรมใดบ้าง

25.1.1 กรอบยุทธศาสตร์/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน

การเตรียมความพร้อมกับโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ถูกกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดให้มีการสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม และยกระดับความสามารถในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติซ้ำ รวมไปถึง กำหนดให้มีการพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

2) แผนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564

คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคใช้หวัดนก และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ (พ.ศ. 2548-2550) แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคใช้หวัดนก และเตรียมพร้อมรับปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2553)จนถึงแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมติคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบการจัดทำแผนปฏิบัติงาน และประสานความร่วมมือดำเนินงาน ต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ฉบับเดิมซึ่งจะสิ้นสุดในปี 2559 โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับ

นี้กำหนดกรอบและแนวทางอย่างกว้าง และมีความยืดหยุ่น เพื่อให้หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ สามารถจัดทำแผนปฏิบัติงานรองรับ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่กับภารกิจของหน่วยงาน

ยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาดโรคอุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข มีเป้าประสงค์เพื่อให้ ประเทศไทยมีระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สามารถบริหารจัดการและประสานการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ทั้งในระยะก่อนและหลังเกิดภัยที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว มีเป้าประสงค์เพื่อให้

- (1) ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรค ติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทั้งภาคสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม ที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
- (2) ประเทศไทยมีระบบการเลี้ยง และระบบสุขภาพสัตว์ สัตว์ป่า ให้ปลอดโรคติดต่อระหว่างสัตว์ และคน โรคติดต่อที่สำคัญ ฯลฯ และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- (3) ประเทศไทยมีระบบการเตรียม ความพร้อมด้านการควบคุม โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และ สวนสัตว์ และมีระบบความมั่นคงทางชีวภาพ
- (4) ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคอุบัติใหม่ มีเป้าประสงค์เพื่อให้

- (1) ประเทศไทยมีระบบโครงสร้าง และกลไกการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศและความเชื่อมั่นของนานาชาติ โดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ที่โปร่งใส ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และทันสถานการณ์
- (2) บุคลากร และประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และลดความตื่นตระหนกรวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยการให้ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และทันสถานการณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ มีเป้าประสงค์เพื่อให้ ประเทศไทยมีความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อส่งเสริมบทบาทความ

เป็นผู้นำของประเทศไทยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความร่วมมือทางวิชาการ ด้านการตรวจจับและการควบคุมโรคที่อาจแพร่ข้ามประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีเป้าประสงค์เพื่อให้ ภาคีเครือข่ายจากภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชนมีส่วนร่วม ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

และ **ยุทธศาสตร์ที่ 6 การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา** มีเป้าประสงค์เพื่อให้

- (1) ประเทศไทยมีการจัดการความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- (2) ประเทศไทยมีแผนที่งานวิจัย (Research Map) แผนที่นำทางด้านงานวิจัย และพัฒนา (Research Roadmap) และผลงานวิจัย และพัฒนาที่เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่เพิ่มขึ้น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเตรียมความพร้อม ป้องกัน ควบคุม และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

หน่วยงานของภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนที่มีความเกี่ยวข้องและสามารถนำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ไปปรับใช้ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการต่างประเทศ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ และคณะสัตวแพทยศาสตร์) กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพลังงาน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การไฟฟ้าฝ่ายการผลิตแห่งประเทศไทย การไฟฟ้านครหลวง และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค และการประปาอื่นๆ สภาอากาศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าไทย สมาคมธนาคารไทย และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิส่งเสริมการศึกษาไข้หวัดใหญ่ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน สมาคม และมูลนิธิอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน และสุดท้าย องค์กรจัดการด้านวิจัย

การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาของหน่วยงานต่างๆ ที่นำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ไปปรับใช้ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคอุบัติใหม่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ แม้จะมีการกำหนดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ใน 3 ด้านไว้ในแผนฉบับนี้ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการประสานความร่วมมือและประสานการปฏิบัติ และด้านการติดตาม แต่ในทางปฏิบัติ แต่ละหน่วยงาน (น่าจะ) ยังขาดการบริหารจัดการแบบบูรณาการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดอยู่ ทั้งความร่วมมือในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับชุมชน

3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2558 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2559 เป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมไปถึงโรคติดต่อที่อุบัติใหม่ และโรคติดต่อที่อุบัติซ้ำ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ให้คำยามคำว่า “โรคติดต่อ” หมายความว่า โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคซึ่งสามารถแพร่โดยตรงหรือทางอ้อมมาสู่คน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” และ “โรคติดต่ออันตราย” ซึ่งโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (COVID-19) ถูกจัดให้อยู่ในประเภทโรคติดต่ออันตราย โดยมีอาการสำคัญ คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต

โครงสร้างขององค์กรเพื่อทำหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้แสดงดังรูปด้านล่าง โดยมี **กรมควบคุมโรค** เป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ ทำหน้าที่ในการเสนอนโยบาย ระบบ และศูนย์ข้อมูลกลางด้านโรคติดต่อของประเทศ จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ รวมไปถึงประสานงาน ตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล และประกาศโรคระบาดในประเทศ

รัฐมนตรี ทำหน้าที่ออกกฎกระทรวง/ประกาศ/ระเบียบ ประกาศโรคติดต่ออันตราย/โรคติดต่ออันตราย/โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ประกาศเขตติดโรค (ต่างประเทศ) แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ และ ตั้งด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ทำหน้าที่ กำหนดนโยบาย ระบบ แนวทางปฏิบัติและแผนปฏิบัติการ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ รวมถึงติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ให้คำแนะนำรัฐมนตรีในการประกาศโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงด่านควบคุมโรคติดต่อต่างประเทศ ตลอดจนแต่งตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการ

คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ ดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ

ควบคุมโรคติดต่อประจำจังหวัด ตลอดจน สนับสนุน ติดตาม และประเมินผลการทำงานของหน่วยงานในจังหวัด และจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อขึ้นในทุกอำเภอ/เขต

คณะกรรมการด้านวิชาการ มีหน้าที่ให้คำแนะนำรัฐมนตรีในการประกาศเขตติดโรค (ต่างประเทศ) และให้คำแนะนำอธิบดีในการประกาศโรคระบาด (ในประเทศ)

หน่วยงานปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ/เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ทำหน้าที่ ดำเนินการ ฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวนโรค และควบคุมโรคติดต่อในเขตพื้นที่ จากนั้น รายงานข้อมูล เหตุสงสัย หรือ หลักฐานว่ามีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจน เข้าไปในยานพาหนะ อาคาร หรือ สถานที่ใด เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามกฎหมาย

และ **คณะทำงานประจำช่องทางเข้าออก/เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านฯ** มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้

1. การฝ้าระวังโรคติดต่อ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีหน้าที่รับแจ้งจากเจ้าบ้านหรือ ผู้ควบคุม ดูแลบ้านหรือแพทย์ทำการรักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ผู้ทำการชันสูตรหรือ ผู้รับผิดชอบ ในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร เจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการหรือสถานที่อื่นใด ในกรณีที่มี โรคติดต่ออันตรายโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือ โรคระบาดเกิดขึ้น และเมื่อได้รับแจ้งว่ามีเหตุสงสัย มีข้อมูล หรือหลักฐานว่ามีโรคติดต่ออันตรายโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคระบาดให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ แจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และรายงานข้อมูลนั้นให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว

2. การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ เป็นบทบาทสำคัญของฝ่ายปกครองในเขตท้องที่ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยเมื่อเกิดหรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดในเขตพื้นที่ใด ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่นั้นมียานาจที่จะดำเนินการเองหรือออกคำสั่งเป็นหนังสือให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบเพื่อดำเนินการป้องกันหรือควบคุมโรคตามคำสั่งของตน

รูปที่ 171 โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558



ที่มา: สรุปรูปจากพ.ร.บ. ควบคุมโรค พ.ศ. 2558

4) พระราชกำหนดว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

ประเทศไทยมีกฎหมายว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ฉบับปัจจุบันคือ "พ.ร.ก. ว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548" ซึ่งรัฐบาลสมัยพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ประกาศใช้ โดยประกาศใน รก. เล่ม 122 ตอนที่ 58 ก วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2548

เหตุผลในการประกาศใช้ พ.ร.ก. ฉบับดังกล่าว คือ โดยที่กฎหมายว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว บทบัญญัติต่าง ๆ ไม่สามารถนำมาใช้แก้ไขสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐที่มีหลากหลายรูปแบบให้ยุติลงได้โดยเร็ว รวมทั้งไม่อาจนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากภัยพิบัติสาธารณะและการฟื้นฟูสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และเนื่องจากในปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงของรัฐ ซึ่งมีความร้ายแรงมากยิ่งขึ้นจนอาจกระทบต่อเอกราชและบูรณภาพแห่งอาณาเขต และก่อให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยในประเทศ รวมทั้งทำให้ประชาชนได้รับอันตรายหรือเดือดร้อนจนไม่อาจใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุข และไม่อาจแก้ไขปัญหาด้วยการบริหารราชการใน

รูปแบบปกติได้ สมควรต้องกำหนดมาตรการในการบริหารราชการสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉินไว้เป็นพิเศษ เพื่อให้รัฐสามารถรักษาความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัย และการรักษาสีทธิและเสรีภาพของประชาชนทั้งปวงให้กลับสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว จึงเป็นกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นรีบด่วนอันมิอาจจะหลีกเลี่ยงได้ เพื่อประโยชน์ในอันที่จะรักษาความปลอดภัยของประเทศ ความปลอดภัยสาธารณะ และป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ จึงจำเป็นต้องตรา พ.ร.ก. นี้

สถานการณ์ฉุกเฉิน หมายความว่า สถานการณ์อันกระทบหรืออาจกระทบต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชน หรือเป็นภัยต่อความมั่นคงของรัฐ หรืออาจทำให้ประเทศหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของประเทศตกอยู่ในภาวะคับขัน หรือมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับการก่อการร้ายตามประมวลกฎหมายอาญา การรบหรือการสงคราม ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วนเพื่อรักษาไว้ซึ่งการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เอกราชและบูรณภาพแห่งอาณาเขต ผลประโยชน์ของชาติ การปฏิบัติตามกฎหมาย ความปลอดภัยของประชาชน การดำรงชีวิตโดยปกติสุขของประชาชน การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ ความสงบเรียบร้อยหรือประโยชน์ส่วนรวม หรือการป้องกันหรือแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากภัยพิบัติสาธารณะอันมีมาอย่างฉุกเฉินและร้ายแรง (ม.4 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

ส่วน สถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง ได้แก่ กรณีที่สถานการณ์ฉุกเฉินมีการก่อการร้าย การใช้กำลังประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน หรือมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าการกระทำที่มีความรุนแรงกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สินของรัฐหรือบุคคล และมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งแก้ไขปัญหายุติได้อย่างมีประสิทธิภาพและทัน่วงที (ม.11 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

การประกาศและการยกเลิกประกาศ

การประกาศว่าท้องที่ใดกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และสมควรใช้กำลังเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพลเรือน หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายทหาร เข้าร่วมกันเยียวยาสถานการณ์นั้น เป็นอำนาจของนายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี โดยจะประกาศทั้งราชอาณาจักรหรือบางท้องที่ก็ได้ และประกาศนี้มีอายุใช้บังคับสามเดือนนับแต่วันประกาศ แต่นายกรัฐมนตรีอาจขยายอายุดังกล่าวได้คราวละไม่เกินสามเดือนโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี (ม.5 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

ในบางสถานการณ์ หากไม่อาจขอความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างทัน่วงที นายกรัฐมนตรีก็มีอำนาจประกาศไปก่อน ค่อยขอความเห็นชอบทีหลังภายในสามวันนับแต่วันประกาศ หากคณะรัฐมนตรีไม่ให้ความเห็นชอบ ประกาศเช่นว่าจะเป็นอันสิ้นสุดลง (ม.5 ว.1 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

เมื่อสถานการณ์ฉุกเฉินสิ้นสุดลงแล้วก็ดี เมื่อคณะรัฐมนตรีไม่ให้ความเห็นชอบก็ดี หรือเมื่ออายุของประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินฉบับหนึ่ง ๆ สิ้นสุดลงก็ดี นายกรัฐมนตรีจะมีประกาศยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น (ม.5 ว.3 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

ทั้งนี้ ในกฎหมายเดิมกำหนดให้การประกาศและยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นอำนาจของนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยร่วมกัน (ม.21 พ.ร.บ. ฉุกเฉิน)

การจัดการสถานการณ์

การรวมศูนย์อำนาจ

ท้องที่ใดที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน บรรดาอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงใด กระทรวงหนึ่งหรือหลายกระทรวง หรือที่เป็นผู้รักษาการตามกฎหมายหรือที่มีอยู่ตามกฎหมายใดก็ตาม เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการอนุญาต อนุมัติ สั่งการ บังคับบัญชา หรือช่วยในการป้องกัน แก้ไข ปราบปราม ระงับ ยับยั้งในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือฟื้นฟูหรือช่วยเหลือประชาชน จะโอนมาเป็นอำนาจหน้าที่ของนายกรัฐมนตรีเป็นการชั่วคราว (ม.7 ว.1 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) นอกจากนี้ คณะรัฐมนตรียังมีอำนาจกำหนดให้อำนาจหน้าที่บางส่วนหรือทั้งหมดที่กฎหมายมีให้แก่นายกรัฐมนตรีว่าการกระทรวงใด กลายมาเป็นของนายกรัฐมนตรีเป็นการชั่วคราวด้วย (ม.7 ว.2 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

อย่างไรก็ดี นายกรัฐมนตรีอาจมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีคนหนึ่งหรือหลายคนเป็นผู้ใช้อำนาจดังกล่าวของนายกรัฐมนตรีแทน หรือมอบหมายให้เขาเหล่านั้นเป็นผู้กำกับการปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องได้ โดยในกรณีหลังนี้ ให้ถือว่าเขาเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้เกี่ยวข้องดังกล่าว (ม.7 ว.6 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

พนักงานเจ้าหน้าที่

พนักงานเจ้าหน้าที่ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นบุคคลที่นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการตามที่กฎหมายกำหนดและตามที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย (ม.7 ว.3 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

ในกรณีที่นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งข้าราชการพลเรือน ตำรวจ หรือทหารซึ่งมีตำแหน่งไม่ต่ำกว่าอธิบดี ผู้บัญชาการตำรวจ แม่ทัพ หรือเทียบเท่า เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และกำหนดให้เขาเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน เขาจะมีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการทุกกรมกองและบรรดาพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อการนี้ ทั้งนี้ การปฏิบัติการทางทหารจะคงดำเนินไปตามระเบียบปฏิบัติเดิม แต่ต้องสอดคล้องกับที่เขากำหนด (ม.7 ว.4 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

พนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้มีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และมีอำนาจหน้าที่เป็นพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาตามที่นายกรัฐมนตรีประกาศกำหนดด้วย (ม.15 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

อนึ่ง พนักงานเจ้าหน้าที่และผู้มีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับพนักงานเจ้าหน้าที่ เมื่อปฏิบัติการใดตามอำนาจหน้าที่แล้ว หากการนั้นกระทำไปโดยสุจริต ไม่เลือกปฏิบัติ และไม่เกินกว่าเหตุหรือความจำเป็นแล้ว ก็ไม่ต้องรับผิดชอบทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางวินัย แต่ผู้ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติกรดังกล่าวคงมีสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายจากทางราชการตามกฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่อยู่ (ม.17 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

อำนาจออกข้อกำหนดและประกาศ

เพื่อจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ นายกรัฐมนตรีมีอำนาจออกข้อกำหนดดังต่อไปนี้ (ม.9 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) โดยในข้อกำหนดเหล่านี้ นายกรัฐมนตรีจะระบุเงื่อนไขหรือระยะเวลาในการปฏิบัติการของพนักงานเจ้าหน้าที่ก็ได้ หรือมอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนดพื้นที่และรายละเอียดอื่นเพิ่มเติมในการปฏิบัติการก็ได้ (ม.9 ว.2 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

1. ห้ามมิให้บุคคลใดออกนอกเคหสถานภายในระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือเป็นบุคคลซึ่งได้รับการยกเว้น เช่น ทูตหรือผู้แทนต่างประเทศหรือระหว่างประเทศ
2. ห้ามมิให้มีการชุมนุมหรือมั่วสุมกัน ณ ที่ใด ๆ หรือกระทำการใดอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย
3. ห้ามการเสนอข่าว การจำหน่าย หรือทำให้แพร่หลายซึ่งหนังสือ สิ่งพิมพ์ หรือสื่ออื่นใด ที่มีข้อความอันอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉิน จนกระทบต่อความมั่นคงของรัฐหรือความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ทั้งในเขตพื้นที่ที่ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินหรือทั่วราชอาณาจักร
4. ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคมหรือการใช้ยานพาหนะ หรือกำหนดเงื่อนไขการใช้เส้นทางคมนาคมหรือการใช้ยานพาหนะ
5. ห้ามการใช้อาคาร หรือเข้าไปหรืออยู่ในสถานที่ใด ๆ
6. ให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัยของประชาชนดังกล่าว หรือห้ามผู้ใดเข้าไปในพื้นที่ที่กำหนด

อนึ่ง ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง นายกรัฐมนตรียังมีอำนาจดังต่อไปนี้อีกด้วย (ม.11 ว.2 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

1. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจจับกุมและควบคุมตัวผู้ใดซึ่งต้องสงสัยว่าจะเป็นผู้ร่วมกระทำการให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินก็ดี ว่าเป็นผู้ใช้ ผู้โฆษณา ผู้สนับสนุนการกระทำเช่นนั้นก็ดี หรือว่าปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินก็

- ดี ทั้งนี้ เท่าที่มีเหตุจำเป็นเพื่อกันมิให้ผู้ผู้นั้นกระทำการหรือร่วมมือกระทำการใด ๆ อันจ
ทวิความรุนแรง หรือเพื่อระงับความรุนแรงโดยไม่ชักช้า
2. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจออกคำสั่งเรียกให้บุคคลใดมารายงานตัวต่อ
พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือเรียกมาให้ถ้อยคำ หรือส่งมอบเอกสารหรือหลักฐานใด ๆ ที่
เกี่ยวข้อง
 3. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจออกคำสั่งยึดหรืออายัดอาวุธ สินค้า เครื่อง
อุปโภคบริโภค เคมีภัณฑ์ หรือวัตถุอื่นใด ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าได้ใช้หรือจะใช้
สิ่งนั้นเพื่อกระทำหรือสนับสนุนการกระทำให้เกิดเหตุสถานการณ์ฉุกเฉิน
 4. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจออกคำสั่งตรวจค้น รั้ว ถอน หรือทำลายซึ่ง
อาคาร สิ่งปลูกสร้าง หรือสิ่งกีดขวาง ตามความจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อระงับ
เหตุการณ์ร้ายแรงให้ยุติโดยเร็ว และหากปล่อยเนิ่นช้าจะทำให้ไม่อาจระงับเหตุการณ์ได้
ทันที่
 5. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจออกคำสั่งให้มีการตรวจสอบจดหมาย หนังสือ
สิ่งพิมพ์ โทรเลข โทรศัพท์ หรือการสื่อสารด้วยวิธีการอื่นใด ตลอดจนสั่งระงับหรือยับยั้ง
การติดต่อหรือการสื่อสารใด ๆ เพื่อป้องกันหรือระงับเหตุการณ์ร้ายแรง ในกรณีนี้ ต้อง
ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการสอบสวนคดีพิเศษโดยอนุโลม
 6. ประกาศห้ามบุคคลมิให้กระทำการใด ๆ หรือสั่งให้บุคคลกระทำการใด ๆ เท่าที่จำเป็น
แก่การรักษาความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประเทศ หรือความปลอดภัยของ
ประชาชน
 7. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจออกคำสั่งห้ามมิให้ผู้ใดออกไปนอกราชอาณาจักร
เมื่อมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าการออกไปนอกราชอาณาจักรจะเป็นการกระทบกระเทือนต่อ
ความมั่นคงของรัฐหรือความปลอดภัยของประเทศ
 8. ประกาศให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจสั่งการให้คนต่างด้าวออกไปนอกราชอาณาจักร
ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อได้ว่า เป็นผู้สนับสนุนการกระทำให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน
ทั้งนี้ ต้องให้นำกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองมาใช้บังคับโดยอนุโลม
 9. ประกาศให้การซื้อ ขาย ใช้ หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งอาวุธ สินค้า เวชภัณฑ์ เครื่อง
อุปโภคบริโภค เคมีภัณฑ์ หรือวัสดุอุปกรณ์อย่างหนึ่งอย่างใดซึ่งอาจใช้ในการก่อความไม่
สงบ หรือก่อการร้ายต้องรายงานหรือได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือต้อง
ดำเนินไปโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่นายกรัฐมนตรีกำหนด ทั้งนี้ หากสิ่งดังกล่าวเป็น
เครื่องมือหรือส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้เพื่อการสื่อสาร นายกรัฐมนตรีอาจประกาศให้
ใช้มาตรการเช่นว่าที่วราชอาณาจักรหรือในท้องที่อื่นซึ่งมิได้มีการประกาศสถานการณ์
ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นด้วยก็ได้ (ม.13 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

10. ออกคำสั่งให้ใช้กำลังทหารเพื่อเข้าเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจระงับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือควบคุมสถานการณ์ให้เกิดความสงบโดยด่วน ทั้งนี้ ในการปฏิบัติหน้าที่ของทหารให้มีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย แต่การใช้อำนาจหน้าที่ของฝ่ายทหารจะทำได้ในกรณีใดได้เพียงใดให้เป็นไปตาม เงื่อนไขและเงื่อนไขที่นายกรัฐมนตรีกำหนด ซึ่งต้องไม่เกินกว่ากรณีที่มีการใช้กฎอัยการศึก

บรรดาข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่งข้างต้น เมื่อมีผลใช้บังคับแล้วต้องประกาศใน รก. ด้วย (ม.

14 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ)

การจับกุมและควบคุมตัวผู้ต้องสงสัย

ในการจับกุมและควบคุมตัวผู้ใดซึ่งต้องสงสัยว่าจะเป็นผู้ร่วมกระทำการให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินก็ดี ว่าเป็นผู้ใช้ ผู้โฆษณา ผู้สนับสนุนการกระทำเช่นนั้นก็ดี หรือว่าปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินก็ดี พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องขออนุญาตศาลที่มีเขตอำนาจหรือศาลอาญาก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ก็มีอำนาจจับกุมและควบคุมตัวไว้ได้ไม่เกินเจ็ดวัน แต่อาจร้องขอต่อศาลเพื่อขยายเวลาดังกล่าวได้คราวละเจ็ดวัน แต่รวมกันทุกคราวแล้วต้องไม่เกินกว่าสามสิบวัน (ม.12 ว.1 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ) ซึ่งหากครบกำหนดสามสิบวันเช่นว่าแล้วยังต้องการควบคุมตัวต่อไปอีก พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาได้

ในการขออนุญาตจากศาลเพื่อดำเนินการข้างต้น จะนำบทบัญญัติเกี่ยวกับวิธีการขอออกหมายอาญาตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาใช้บังคับโดยอนุโลม (ม.12 ว.3 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ)

ในการจับกุมและควบคุมตัวผู้ต้องสงสัย จะปฏิบัติต่อเขาในลักษณะว่าเขาเป็นผู้กระทำความผิดมิได้ โดยเขาจะต้องถูกควบคุมตัวไว้ในสถานที่ที่กำหนด ซึ่งต้องไม่ใช่สถานีดำรวจ ที่คุมขัง ทัณฑสถาน หรือเรือนจำ (ม.12 ว.1 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ) กับทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ต้องจัดทำรายงานเกี่ยวกับการจับกุมและควบคุมตัวบุคคลนั้นเสนอต่อศาลที่มีคำสั่งอนุญาต และจัดสำเนารายงานนั้นไว้ ณ ที่ทำการของตนเพื่อให้ญาติของบุคคลนั้นสามารถขอดูรายงานดังกล่าวได้ตลอดระยะเวลาที่ควบคุมตัวบุคคลนั้นไว้ด้วย (ม.12 ว.2 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ)

องค์กรช่วยเหลือการปฏิบัติการ

คณะกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตาม ม.6 พ.ร.ก. ฉุฉฉฉ โดยประกอบด้วย รองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นรองประธานกรรมการ, ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ อัยการ

สูงสุด ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการทหารอากาศ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมการปกครอง และอธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นกรรมการ, และเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินมีอำนาจหน้าที่ติดตามและตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกประเทศที่อาจส่งผลให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อเสนอแนะต่อนายกรัฐมนตรีว่ามีความจำเป็นแล้วหรือยังที่จะต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินหรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง และสมควรใช้มาตรการใดในการจัดการสถานการณ์นั้นโดยเหมาะสม (ม.6 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) แต่การปฏิบัติการของคณะกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินไม่กระทบกระเทือนการปฏิบัติการของนายกรัฐมนตรีในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน (ม.6 ว.2 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

ที่ปรึกษา เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่แต่งตั้งขึ้นโดยนายกรัฐมนตรีหรือผู้ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย เพื่อให้คำปรึกษาหรือเพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติการของพนักงานเจ้าหน้าที่ สำหรับประโยชน์ในการประสานการปฏิบัติการในท้องที่ที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน (ม.8 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

นอกจากนี้ ในกรณีที่มีความจำเป็น คณะรัฐมนตรีอาจให้มีการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเป็นการเฉพาะ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตาม พ.ร.ก. นี้เป็นการชั่วคราวได้ จนกว่าจะยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน (ม.7 ว. 5 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) เช่น ใน พ.ศ. 2553 มีการจัดตั้ง "ศูนย์อำนวยการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน" (อังกฤษ: Centre for Resolution of Emergency Situation) หรือเรียกโดยย่อว่า "ศอฉ." (อังกฤษ: CRES)[11] ใน พ.ศ. 2557 มีการจัดตั้ง "ศูนย์รักษาความสงบ" (อังกฤษ: The Center for Maintaining Peace and Order) หรือเรียกโดยย่อว่า "ศรส." (อังกฤษ: CMPO) [12] ใน พ.ศ. 2563 มีการจัดตั้ง "ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19" เพื่อการควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในประเทศไทย

ความผิดและโทษ

ผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่งที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายเพื่อจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.18 พ.ร.ก. ฉุกเฉิน)

นอกจากนี้ ในกฎหมายเดิมยังว่า ในระหว่างประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ผู้ใดสะสมอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน หรือวัตถุระเบิดไว้โดยผิดกฎหมาย จะต้องระวางโทษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นทวีคูณ (ม.19 พ.ร.บ. ฉุกเฉิน) และถ้าผู้กระทำความผิดดังกล่าวเป็นคนต่างด้าว เมื่อพ้นโทษแล้วก็ให้เนรเทศออกไปเสียให้พ้นจากราชอาณาจักรด้วย (ม.19 ว.2 พ.ร.บ. ฉุกเฉิน)

25.1.2 การรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ของไทยที่ผ่านมา

โควิด-19 อาจเป็นภัยพิบัติที่รุนแรงและยืดเยื้อที่สุดในรอบศตวรรษที่ประเทศไทยเผชิญ (ไม่รวมสงครามใหญ่ เช่น WWII) แต่ในความเป็นจริง ประเทศไทยประสบภัยพิบัติที่รุนแรงที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพ และมีความเสี่ยง/โอกาสที่จะถูกลุกลามหลายครั้ง เช่น

- โรคอุบัติใหม่ เช่น SARS-Cov-1, ไข้หวัดนก, ไข้หวัดใหญ่ 2009 (และ MERS & MRSA ประปราย)
- ภัยธรรมชาติ เช่น สึนามิ 2547 พายุไต้ฝุ่นเกย์ 2535 น้ำท่วมใหญ่ 2554
- อุบัติภัย เช่น การระเบิดของสารเคมี 2564, รถแก๊สระเบิด 2533

และมีความเสี่ยงอื่นที่อาจมาจากทั้งภายในและภายนอกประเทศ (รวมถึงนิวเคลียร์ หรือแม้แต่ฝุ่น PM 2.5)

ที่ผ่านมาภัยพิบัติจากธรรมชาติในไทย (ที่ไม่ใช่โรคอุบัติใหม่ หรือน้ำท่วม) มักจะสงบค่อนข้างเร็ว แม้กระทั่งโรคอุบัติใหม่ที่ผ่านมา (ยกเว้น HIV) ส่วนใหญ่ก็จบลงโดยเร็ว โดยยังไม่เกิดการระบาดที่ลุกลามในไทย ไม่ว่าจะเป็น SARS-CoV-1 (เชื้อแรงทำให้ host เสียชีวิตรวดเร็ว) หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 (เชื้อกลายพันธุ์ไปสู่พันธุ์ที่ลดความรุนแรง) อุบัติภัย เช่น รถแก๊สหรือสารเคมีระเบิดซึ่งแม้ว่าจะรุนแรง แต่ก็มักจะอยู่ในวงแคบ จึงสงบค่อนข้างเร็ว

แต่การรับมือในหลายกรณีก็ไม่ได้ราบรื่นหรือปราศจากปัญหา เช่น กรณีน้ำท่วมใหญ่ 2554 สึนามิ 2547 และพายุไต้ฝุ่นเกย์ 2535

หลายประเทศตระหนักถึงความสำคัญของภัยพิบัติ และบางประเทศก็มีแผนและออกกฎหมาย/ตั้งกลไกรับมือโรคอุบัติใหม่ และลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการนี้ โดยอย่างน้อยไต้หวัน สิงคโปร์ และฮ่องกง (ที่พบการระบาดของ SARS ในปี 2002/3) และเกาหลีใต้ (ที่มีการระบาดของ MERS ด้วยในปี 2015) มีการเตรียมโครงสร้าง/ระบบรองรับวิกฤตโรคติดต่อ (เช่น CECC ของไต้หวัน) และประเทศเหล่านี้ต่างก็ขยายการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) เช่น ห้องตรวจเชื้อ อุปกรณ์ตรวจเชื้อ

WHO เองก็ให้ความสนใจภัยพิบัติมานานแล้ว และในปี 2017 ก็จัดประชุมแล้วเสนอ “A Strategic Framework for Emergency Preparedness” ซึ่งแยกระหว่างภัยพิบัติจากธรรมชาติ (รวมทั้งโรค) และจากมนุษย์ ASEAN และญี่ปุ่น (2020) ก็ผลักดันการจัดตั้งศูนย์อาเซียนด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่ (ASEAN Center for Public Health Emergencies and Emerging Diseases – ACPHEED) เพื่อสร้างความมั่นคงปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่ให้กับประชาคมอาเซียนโดยเน้นขีดความสามารถ พร้อมรับ ตรวจสอบ และตอบโต้ โดยไทยเสนอให้ตั้ง ACPHEED ในไทย ซึ่งก็มีประโยชน์ต่อไทยด้วย แต่คงเป็นโครงสร้างเสริมด้านวิชาการและเทคนิคเท่านั้น ซึ่งประเทศไทยเองควรมีโครงสร้างหลักที่สั่งสมความรู้และมีกระบวนการที่ถูกนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อมีวิกฤต/ฉุกเฉิน

1) การดำเนินการตามกลไกในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การรับมือโรคอุบัติใหม่ของประเทศไทยในภาวะปกติใช้กลไกตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีกรมควบคุมโรคเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะโรคระบาดต่างๆ มีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดทำหน้าที่ในลักษณะเดียวกันในระดับพื้นที่แต่ละจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

หน่วยงานหลักคือกรมควบคุมโรค ไม่ได้มีกลไกการสั่งการรวมถึงประสานงานข้ามกระทรวงชัดเจน แต่กระจายอำนาจการตัดสินใจให้จังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด (หรือโครงสร้างพิเศษอย่าง กทม.) เป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจสั่งการกักตัว และปิดสถานที่เสี่ยงต่างๆ

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยในช่วงต้น ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมป้องกันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยกลไกตามปกติที่มีผ่านกฎหมายสำคัญ คือ “พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558” ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีกรมควบคุมโรคเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะโรคระบาดต่างๆ โดยในกฎหมายฉบับนี้ยังได้จัดตั้ง คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทำหน้าที่ในลักษณะเดียวกันในระดับพื้นที่แต่ละจังหวัด ซึ่งในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ถูกบรรจุเป็นหนึ่งในรายชื่อโรคติดต่ออันตราย

เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 โดยได้บรรจุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นหนึ่งในรายชื่อโรคติดต่ออันตราย ทำให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานมีอำนาจในการสั่งกักตัวผู้ต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อและปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อต่างๆ ได้ ซึ่งตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 ที่พบผู้ติดเชื้อรายแรกจนถึงวันประกาศ ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อยืนยันใหม่รายวันเฉลี่ยเพียงวันละประมาณ 1 คน มีผู้ติดเชื้อสะสมประมาณ 40 คน แต่ก็เริ่มมีการระบาดที่รุนแรงขึ้นในต่างประเทศ โดยทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อยืนยันใหม่ประมาณวันละ 2,500 คน โดยประเทศที่มีการระบาดที่รุนแรงคือประเทศจีน ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นหนึ่งในประเทศกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากประเทศไทยมีการรับนักท่องเที่ยวจากจีนเข้าประเทศจำนวนมาก และตั้งแต่ช่วงกลางเดือนจนถึงปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ตัวเลขผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบใหม่รายวันเพิ่มสูงขึ้นเป็นหลักสิบและหลักร้อยคนต่อวันตามลำดับ

นอกเหนือจากกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อ การรับมือกรณีฉุกเฉินที่มีระบบรองรับชัดเจนของไทย ยังมีระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ซึ่งมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ สพฉ. (และ พ.ร.บ.) มารองรับ ส่วนการรับมือภัยพิบัติต่างๆ นั้น หลายกรณีต้องพึ่งอาสาสมัครที่ไม่ได้ฝึกมาสำหรับรับมือกับวิกฤตินั้นๆ (เช่น สารเคมีระเบิด สึนามิ) และขาดระบบการประสานงานที่ดี เช่น น้ำท่วมใหญ่ 2554 และโควิด-19 ซึ่งการจัดการแบบเฉพาะหน้ามักมีปัญหา/ความผิดพลาดในบางด้านตามมา

2) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC)

โดยปกติแล้วกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการรับมือและเตรียมความพร้อม กับภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งภายในกระทรวงสาธารณสุขจะประกอบไปด้วยหลายหน่วยงานที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่คอยติดตามและควบคุมด้านภาวะโรคระบาดในภาวะปกติ คือกรมควบคุมโรค ซึ่งทั้งในระดับกรมควบคุมโรค และระดับกระทรวงสาธารณสุข จะมีกลไกและแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรมควบคุมโรคจะเปิด**ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center หรือ EOC) ของกรมฯ** ขึ้นมาเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น และในกรณีที่เป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรงขึ้นอย่างโควิด-19 (หรือแม้แต่ฝีดาษวานร) กระทรวงสาธารณสุขก็เปิด**ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center หรือ EOC) ขึ้นมาเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นด้วย** ซึ่งจะทำให้เกิดการระดมทรัพยากรและอำนาจสั่งการหน่วยงานในระดับกรมและกระทรวงมารวมศูนย์ไว้ด้วยกัน ทั้งนี้ ระบบของไทยได้รับอิทธิพลมาจาก Centers for Disease Control and Prevention (CDC) และ Federal Emergency Management Agency (FEMA) ของสหรัฐอเมริกาค่อนข้างมาก

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข ระบุว่าภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ถือเป็นสาธารณภัยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน และเกิดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม โดย “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” หมายถึงเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ใน 4 ประการ คือ 1. ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง 2. เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน 3. มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น 4. ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า ซึ่งรวมถึง โรคติดต่อ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ โรคและภัยสุขภาพที่มากับภัยธรรมชาติ ภัยสุขภาพที่เกิดจากสารเคมีและภัยสุขภาพที่เกิดจากกัมมันตภาพรังสีและนิวเคลียร์

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไว้ 3 ระดับ คือ

- 1) ความรุนแรงระดับ 1 เกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นสาธารณสุขขนาดเล็กสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสถานพยาบาลในจังหวัดนั้น สามารถควบคุมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้เอง โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ ระดับจังหวัด
- 2) ความรุนแรงระดับ 2 เกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นสาธารณสุขขนาดกลางต้องอาศัยการสนับสนุนความช่วยเหลือจากหน่วยงานหลายส่วนราชการภายในจังหวัดตนเอง หรือจังหวัดใกล้เคียงอื่นๆ ในระดับเขต ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้เอง ต้องให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขระดับเขตเข้าควบคุมสถานการณ์ และระดมทรัพยากรจากจังหวัดใกล้เคียงภายในเขตเข้าร่วมจัดการระงับภัยสุขภาพนั้น ซึ่งใช้แผนปฏิบัติการฯ ระดับกระทรวงเพื่อดำเนินการในพื้นที่ระดับเขต
- 3) ความรุนแรงระดับ 3 เกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นสาธารณสุขขนาดใหญ่มีผลกระทบรุนแรงกว้างขวาง หรือจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรืออุปกรณ์พิเศษต้องระดมความช่วยเหลือ จากทุกส่วนราชการ ภาคเอกชน และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในระดับประเทศ ร่วมกันควบคุมสถานการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ ระดับกระทรวง

ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด-19 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับที่ 3 ซึ่งทำให้หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่คอยติดตามและควบคุมด้านภาวะโรคระบาดในภาวะปกติ คือ กรมควบคุมโรค ดำเนินการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center) โดยตั้งคณะทำงานจากสำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคระบาดวิทยา และมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและทำงานเป็นเลขานุการของผู้บัญชาการเหตุการณ์

ต่อมาเมื่อสถานการณ์การระบาดเริ่มรุนแรง จึงเริ่มมีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center) ในระดับกระทรวง ซึ่งเป็นไปตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณสุขทางการแพทย์และการสาธารณสุข

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณสุขทางการแพทย์และการสาธารณสุข ฉบับปัจจุบัน กำหนดยุทธศาสตร์ของแผน 4 ด้าน คือ

- 1) เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารความเสี่ยง มาตรการและแนวทางปฏิบัติ ในการป้องกัน การลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
- 2) เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขได้ทุกมิติ ทุกรูปแบบและทุกระดับความรุนแรง เป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมทั่วถึง ทันเวลา มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยอย่างยั่งยืน
- 4) เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมการบริหารจัดการและบูรณาการทุกภาคส่วนในการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข ระดับประเทศและระหว่างประเทศให้มีคุณภาพและมาตรฐาน

โดยตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อดำเนินการตามภารกิจใน 4 ยุทธศาสตร์ข้างต้น ซึ่งคณะกรรมการและคณะทำงานจะมีผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีผู้แทนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าแผนการทำงานที่ถูกกำหนดออกมาจะมุ่งเน้นเสริมการดำเนินการของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือในระดับการให้ความเห็นและการประสานความร่วมมือเป็นหลัก

คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบุว่าระบบศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่มีอยู่นั้น ยังไม่เพียงพอต่อการรับมือการระบาดของโควิด-19 เนื่องจากการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดที่เป็นวิกฤติครั้งใหญ่ที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ ซึ่งกลไกของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่มียังไม่ได้มีการกำหนดให้มีการใช้อำนาจสั่งการข้ามกระทรวง รวมถึงการดำเนินการของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับกระทรวงและกรมควบคุมโรคเอง ก็ยังมีปัญหาการดำเนินการอยู่บ้างจากวัฒนธรรมการทำงานของระบบราชการที่ทำให้การสั่งการข้ามหน่วยงานอาจจะมีอุปสรรค และยังขาดการผ่อนปรนกฎระเบียบราชการให้สอดคล้องกับภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะในด้านกระบวนการงบประมาณ ซึ่งทำให้รัฐบาลนี้ตั้ง ศบค. ที่มีอำนาจเต็มขึ้นมา

3) ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.)

เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ตั้งศูนย์บริหารจัดการส่วนกลาง และสำนักนายกรัฐมนตรีได้มีคำสั่งที่ 76/2563 ลงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (ศบค.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยเป็นการรวบรวมอำนาจการจัดการให้ ศบค. สามารถสั่งการส่วนราชการและออกมาตรการต่างๆ ในการควบคุมสถานการณ์โดยภายใน ศบค. มีการกำหนดโครงสร้างและมีการปรับโครงสร้างจากเดิมที่มี 7 (ณ วันที่ 2 เมษายน 2564) องค์กรหลักและคณะกรรมการต่างๆ มาเป็น 10 องค์กรหลัก เมื่อ 22 กันยายน 2564 ซึ่งประกอบด้วย⁵³⁶

1. สำนักงานเลขาธิการ มีรองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมืองที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นหัวหน้าสำนักงาน
2. ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) มีเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติเป็นผู้อำนวยการศูนย์
3. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าศูนย์
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กระทรวงมหาดไทย (ศปก.มท.) มีปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นหัวหน้าศูนย์
5. ศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศมีปลัดกระทรวงการต่างประเทศเป็นหัวหน้าศูนย์
6. ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง มีผู้บัญชาการทหารสูงสุดเป็นหัวหน้าศูนย์
7. ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา มีผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติเป็นหัวหน้าศูนย์
8. ศูนย์ปฏิบัติการด้านการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับการสื่อสารในอินเทอร์เน็ต มีเลขาธิการคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เป็นหัวหน้าศูนย์
9. ศูนย์ปฏิบัติการด้านการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในสถานประกอบกิจการและโรงงานอุตสาหกรรม มีปลัดกระทรวงอุตสาหกรรมเป็นหัวหน้าศูนย์
10. ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านระบบข้อมูลสารสนเทศและแอปพลิเคชัน มีปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นหัวหน้าศูนย์

⁵³⁶ <https://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/2021/10/CV-19-140.pdf>

รูปที่ 172 โครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ “ศบค.” ณ 22 กันยายน 2564



หลังจากนั้น เมื่อวันที่ 13 ส.ค. 2563⁵³⁷ มีคำสั่งให้จัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์เศรษฐกิจจากผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” (หรือศูนย์บริหารสถานการณ์เศรษฐกิจ (ศบศ.)) ทำหน้าที่จัดทำข้อเสนอและกรอบแนวทางการดำเนินมาตรการเศรษฐกิจ เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจทั้งระยะเร่งด่วน ระยะปานกลางและระยะยาว ยกย่องศักยภาพภาพวงรากฐานการพัฒนาเศรษฐกิจ หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิ้นสุดลง และประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างรัฐบาลและประชาชน โดยศูนย์บริหารสถานการณ์เศรษฐกิจ (ศบศ.) แบ่งการทำงานออกเป็น 2 ส่วน คือ

- คณะกรรมการบริหารสถานการณ์เศรษฐกิจ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และรัฐมนตรี 11 กระทรวง (ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย ผู้แทนสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และผู้แทนสมาคมธนาคารไทย ร่วมเป็นกรรมการ และมีเลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เป็นกรรมการและเลขานุการ รวมมีกรรมการ 22 คน มีหน้าที่หลักคือจัดทำข้อเสนอและกรอบแนวทางการดำเนินการเศรษฐกิจ เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจทั้งระยะเร่งด่วน ระยะปานกลางและระยะยาว ยกย่องศักยภาพวงรากฐานการพัฒนาเศรษฐกิจหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิ้นสุดลง
- คณะกรรมการขับเคลื่อนมาตรการบริหารเศรษฐกิจ มีนายไพโรจน์ ชูโชติถาวร เป็นประธาน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ ปลัดกระทรวง และผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยเป็นกรรมการ เพื่อยกระดับศักยภาพและวงรากฐานการพัฒนาเศรษฐกิจในอนาคต และคณะอนุกรรมการวิเคราะห์และสนับสนุนข้อมูลเศรษฐกิจรายสาขา เพื่อสนับสนุนด้านข้อมูลและรายละเอียดข้อเสนอแนะมาตรการเศรษฐกิจในสาขาต่างๆ โดยมีคณะอนุกรรมการอีก 3 ชุด ได้แก่

⁵³⁷ ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 6/2564 <https://mgronline.com/uptodate/detail/9630000082926>

- คณะอนุกรรมการวิเคราะห์และเสนอแนะมาตรการบริหารเศรษฐกิจในระยะเร่งด่วน เพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน รวมทั้ง SMEs
- คณะอนุกรรมการวิเคราะห์และเสนอแนะมาตรการบริหารเศรษฐกิจ และส่งเสริมการลงทุนในระยะปานกลางและระยะยาว
- คณะอนุกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลเศรษฐกิจรายสาขา เพื่อเสนอแนะในรายสาขาต่างๆ ที่มีเอกชนเข้ามาเป็นคณะทำงานด้วย

นอกจากนี้ ยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด เป็นที่ปรึกษาผู้ว่าราชการจังหวัด จัดทำโครงการต่างๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยมีรองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี กำกับดูแล ตรวจสอบแผนการโครงการในพื้นที่

และหลังจากการระบาดระลอกที่ 3 และ 4 ในช่วงปี 2564 ก็ได้มีการแต่งตั้งศูนย์ต่างๆ ขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อการดำเนินการในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

- 1) ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล⁵³⁸ มีนายกรัฐมนตรี เป็นผู้อำนวยการศูนย์ และกรรมการจากหน่วยงานต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวม 36 คน เพื่อกำหนดแนวทางการบูรณาการ ขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก ให้คลี่คลายโดยเร็ว
- 2) ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ (หรือ ศบค. ส่วนหน้า) จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดสงขลา และอาจรวมพื้นที่บางส่วนหรือทั้งหมดของจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกันตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด โดยมีที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ ร่วมกับ 29 หน่วยงานภาคใต้ เพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้และพื้นที่ใกล้เคียง

และตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ประกาศใช้อำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ) โดยการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นการรวบอำนาจในการบริหารจัดการมาสู่นายกรัฐมนตรี และยังเป็นการขยายอำนาจของนายกรัฐมนตรีในการสั่งการควบคุมต่างๆ ได้มากขึ้นกว่าเดิม ซึ่ง พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ เป็น พ.ร.ก. ที่ให้อำนาจกับนายกรัฐมนตรีมากกว่าพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ.2551 ดังรายละเอียดตามรูปต่อไปนี้

⁵³⁸ ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 7/2564 <https://mgronline.com/politics/detail/964000043258>

รูปที่ 173 การเปรียบเทียบเครื่องมือทางกฎหมาย

เปรียบเทียบ การรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน ตามกฎหมายต่างๆ

	พ.ร.บ. โรคติดต่อ	พ.ร.บ. ความมั่นคงฯ	พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ
การกักตัว หรือควบคุมตัวบุคคล	✓		✓
การเข้าออกตรวจค้นเคหสถาน	✓		✓
การสั่งห้ามใช้อาคาร หรืออยู่ในสถานที่ใดๆ ที่กำหนด	✓	✓	✓
การสั่งห้ามใช้เส้นทางคมนาคม หรือยานพาหนะที่กำหนด	✓	✓	✓
การสั่งห้ามบุคคลออกนอก เคหสถานในเวลาที่กำหนด		✓	✓
การสั่งห้ามชุมนุมหรือมั่วสุมกัน ณ ที่ใดๆ			✓
การควบคุมการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร			✓
การสั่งอพยพประชาชน ออกจากพื้นที่ที่กำหนด			✓
มีข้อยกเว้นความรับผิดให้เจ้าหน้าที่			✓

ที่มา: <https://ilaw.or.th/node/5583>

พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ ให้อำนาจในการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินได้คราวละไม่เกิน 3 เดือน ซึ่งตั้งแต่ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลก็ได้ต่ออายุประกาศฯ เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าในช่วงระหว่าง 25 พฤษภาคม จนถึง 3 กันยายน พ.ศ. 2563 (ช่วงหลังการระบอบระลอกแรก รวม 101 วัน) จะไม่พบผู้ติดเชื้อใหม่ภายในประเทศเลยก็ตาม การใช้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ อย่างต่อเนื่อง น่าจะทำให้กองทัพ โดยเฉพาะสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ซึ่งเลขาธิการ สมช. ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าสำนักงานประสานงานกลางใน ศบค. ตั้งแต่แรก และเปลี่ยนเป็นผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) ในเวลาต่อมา ยังมีบทบาทที่สำคัญมาก—หรืออาจจะมากที่สุด—ในการบริหาร ศบค. ในภาพรวมและเมื่อซึ่งเลขาธิการ สมช. ได้เกษียณไป รัฐบาลก็ได้ตั้งเลขาธิการ สมช. คนใหม่มาทำหน้าที่แทน (และตั้งคนเดิมไปเป็นที่ปรึกษานายกรัฐมนตรีและ ผอ.ศบค. ส่วนหน้า) ซึ่งตอกย้ำถึงบทบาทของสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ในการบริหาร ศบค. ตั้งแต่แรกถึงปัจจุบัน

หลังจากการประกาศขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร มาโดยตลอด ถึงแม้ว่าในช่วงปลายปี 2564 รัฐบาลได้เตรียมออก พ.ร.ก. เพื่อแก้ไข พ.ร.บ. โรคติดต่อซึ่งในร่างดังกล่าวนั้น เมื่อ พรบ. ฉบับแก้ไขมีผลบังคับใช้ หลังจากการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ก็

จะส่งผลให้อำนาจเพิ่มเติมที่นายกรัฐมนตรีได้รับในฐานะผู้อำนวยการ ศบค. จาก พ.ร.ก. ฉุกเฉิน สิ้นสุดลงด้วย แต่ในอีกก่อนปีต่อมา ก็ไม่มีแว่วว่าจะมีการนำเสนอร่าง พ.ร.บ. โรคติดต่อฯ เข้าสภา และในทางกลับกัน ก็ยังมีการต่ออายุ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ มาจนถึงปัจจุบัน โดยล่าสุดเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ราชกิจจานุเบกษา หน้า 142 เล่ม 139 ตอนพิเศษ 175 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม เผยแพร่ประกาศเรื่อง “การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 19)” ออกไปอีก 2 เดือน ไปสิ้นสุด 30 ก.ย. 65 ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

"เนื่องจากได้เกิดการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ย่อย BA.4 และ BA.5 ซึ่งระบาดได้เร็วขึ้น และหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้มากขึ้น ประกอบกับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง แม้จะเร่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากไม่ควบคุมการระบาดของโรคอย่างใกล้ชิด สถานการณ์การระบาดในประเทศไทยอาจจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วงปลายของไตรมาสที่สามของปี 2563

ประกอบกับองค์การอนามัยโลกยังคงระดับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ ดังนั้น กรณีจึงยังคงมีความจำเป็นจะต้องดำรงไว้ซึ่งมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบบูรณาการเพื่อควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวต่อไปอีกระยะหนึ่งโควิดอาจทวีความรุนแรงมากขึ้น"⁵³⁹

การจัดตั้ง ศบค. ส่วนหน้าในจังหวัดชายแดนใต้

การระบาดในระลอกที่ 4 ส่งผลให้สถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อในจังหวัดชายแดนภาคใต้รุนแรงมากขึ้น วันที่ 17 ตุลาคม 2564 เว็บไซต์ ราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่คำสั่งนายกรัฐมนตรี จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ (หรือ ศบค. ส่วนหน้า) จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดสงขลา และอาจรวมพื้นที่บางส่วนหรือทั้งหมดของจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกัน ตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด โดยมีพลเอกฉัตรพล นาควานิชย์ ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ และประกอบด้วยหน่วยงานอีก 29 หน่วยงาน

ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแนวทางการบูรณาการ ประสานงาน ขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้คลี่คลายโดยเร็วตามนโยบาย แนวทางหลักเกณฑ์ และมาตรการที่รัฐบาลหรือศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กำหนด โดยมีการร่วมมือและ

⁵³⁹ <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87/177260>

ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ เอกชน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามการดำเนินการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังได้ทำหน้าที่ในการกลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะและความเห็นในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ส่วนกลาง

อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าจะมีข้อก้ำกัต่อการจัดตั้งศูนย์นี้ถึงปัญหาความซ้ำซ้อนของการทำงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) ของกระทรวงมหาดไทย ที่ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการบริการจัดการและแก้ปัญหาผลกระทบโรค COVID-19 ในจังหวัดชายแดนใต้ เพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการบริหารจัดการรองรับสถานการณ์ระบาดของโรค ตลอดจนร่วมวางแผนและดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความพร้อมในการแก้ไขปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่องของการใช้ทหารมาเป็นผู้นำในการดำเนินการแก้ปัญหา ซึ่งถูกมองว่าจะเป็นตัวก่อกวนชุมชนในพื้นที่ ก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจของคนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น จากเดิมที่มีปัญหาเรื่องความมั่นคงอยู่แล้ว

ข้อสังเกตหนึ่งคือ การแก้ปัญหาด้วยการจัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ นี้ ไม่ได้ต่างจากวิธีบริหารจัดการอำนาจของรัฐแบบเดิมๆ เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการบริหารจัดการทรัพยากร/กลไกเดิมที่มีอยู่ในท้องถิ่นอยู่แล้ว โดยเฉพาะศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมไปถึงขาดการพิจารณาสภาพแวดล้อมของพื้นที่ให้ละเอียดรอบคอบ เช่น ความพร้อมทางด้านทรัพยากรบุคคล ยา และเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและกักกันโรคประจำชุมชน (Community Isolation Center) ก่อนจะดำเนินนโยบายต่างๆ ให้มีความเหมาะสม

นอกจากนี้ การจัดตั้งศูนย์ดังกล่าว ยังเป็นการรวมศูนย์แบบระบบ single command ที่ศูนย์ต้องทำหน้าที่ในการกลั่นกรอง รายงานข้อเสนอแนะและความเห็นในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ส่วนกลาง และยังเป็นคำสั่งแบบ top-down ซึ่งก็คือ การมี ศบค. หลายชุด ที่ทำงานเป็นเส้นตรง บนสั่งลงล่าง ล่างรายงานขึ้นบน

ทิศทางของ ศบค. หลังยกเลิก พ.ร.ก. ฉุกเฉิน

เพื่อทดแทนการประกาศใช้ พ.ร.ก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน จึงได้เกิดการพิจารณาแก้ไข พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อแยกการจัดการกรณีโรคติดต่อใน

สถานการณ์ปกติออกจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงที่มีลักษณะของการเป็นโรคอุบัติใหม่หรือโรคติดต่ออุบัติซ้ำ และให้คณะกรรมการควบคุมโรคสามารถออกมาตรการต่างๆ ได้ อย่างคล่องตัวมากขึ้น ซึ่งต่อไปจะได้อีกไม่ต้องประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พ.ร.ก.ฉุกเฉิน)

เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2564 ครม. มีมติเห็นชอบร่างพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) โรคติดต่อ 2558 พ.ศ. ใช้แทน พ.ร.ก. ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดให้มีมาตรการที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน ระวัง ควบคุมหรือขจัดโรคติดต่อที่มีการระบาด ในกรณีปกติ และในกรณีที่มีความรุนแรง ให้ยุติหรือบรรเทาลงโดยเร็ว ซึ่งตามข่าวที่ออกมานั้น ร่าง พ.ร.บ. ฉบับใหม่ได้เพิ่ม **หมวด 6/1 สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข** ซึ่งมีเนื้อหาหลักดังต่อไปนี้⁵⁴⁰

- มาตรา 44/1 ให้อำนาจคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ประกาศให้เป็นโรคติดต่อร้ายแรง
- มาตรา 44/2 ให้นายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีมีอำนาจประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งราชอาณาจักรหรือบางเขตท้องที่ โดยให้บังคับใช้ไม่เกิน 3 เดือน และขยายได้เป็นคราวๆ คราวละไม่เกิน 3 เดือน

- มาตรา 44/3 เมื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขแล้วให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติประกอบด้วย

1. นายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ
2. รองนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ไม่เกินสองคน เป็นรองประธาน
3. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็น กรรมการ
4. รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการ (ถ้ามี)
5. 15 ปลัดกระทรวง เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นกรรมการ
6. กรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ซึ่งนายกรัฐมนตรีเห็นสมควรแต่งตั้งไม่เกิน 4 คน เป็นกรรมการ

นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรีจะแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐคนหนึ่งเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม และผู้ช่วยเลขานุการร่วมอีกตามที่จำเป็นก็ได้

- มาตรา 44/8 กรณีจำเป็น คณะกรรมการจะจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเป็นการชั่วคราว เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการกำหนดก็ได้ และจะให้มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มเติมตามจำเป็น

⁵⁴⁰ <https://www.prachachat.net/politics/news-782471>

- มาตรา 44/11 เมื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ให้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1. รองนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีคนหนึ่งซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน
2. ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นรองประธาน คนที่หนึ่ง
3. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานคนที่สอง
4. 7 ปลัดกระทรวง อธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นกรรมการ และให้ปลัดกรุงเทพมหานครเป็นกรรมการและเลขานุการ

กล่าวคือร่าง พ.ร.บ. โรคติดต่อฉบับใหม่ จะให้อำนาจแก่คณะกรรมการโรคติดต่อฯ มีอำนาจหน้าที่เหมือน ศบค. โดยในยามปกติ คณะกรรมการโรคติดต่อฯ มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แต่เมื่อไหร่ที่ประเทศไทยเกิดโรคระบาดและนายกรัฐมนตรีประกาศให้โรคนั้นเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือโรคติดต่อฉุกเฉิน คณะกรรมการโรคติดต่อฯ จะถูกยกระดับแบบอัตโนมัติ มีอำนาจควบคุมป้องกันโรค, สั่งเคอร์ฟิว, สั่งปิดกิจการต่างๆ โดยไม่ต้องอาศัยอำนาจ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ก็เป็นเสมือนการนำเอา พ.ร.ก. ฉุกเฉินมาใช้ในบริบทที่มีความเหมาะสมมากขึ้น เพราะมีการระบุชัดเจนถึงคำว่า “โรคติดต่อร้ายแรง” ซึ่งน่าจะทำให้การประกาศใช้คงไม่เลื่อนลอยเหมือนดังที่คนส่วนหนึ่งมีข้อกังขาต่อการประกาศต่ออายุ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ มาเกือบ 3 ปีว่าเป็นไปเพื่อควบคุมการชุมนุมมากกว่าควบคุมโรคระบาด

นอกจากนี้ ในกรณีที่ ศบค. จะต้องยุบลงโดยอัตโนมัติเมื่อมีการประกาศยกเลิก พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ นั้น ในเดือนพฤศจิกายน 2564 รัฐบาลได้กล่าวถึงแผนเร่งจัดทำโครงสร้างหน่วยงานมารองรับในการแก้ไขสถานการณ์โควิดในระยะต่อไปตาม พ.ร.ก. แก้ไข พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และอยู่ในกระบวนการดำเนินการ จากนั้นจะจัดตั้ง “ศูนย์อำนวยการโรคติดต่อแห่งชาติ” (ศรช.) มาแทน ศบค. โดยจะมีกระบวนการสรรหาบุคคลขึ้นมาทำหน้าที่บริหารสถานการณ์การควบคุมโรคติดต่อแทน ศบค. และ ศปก.ศบค (ศบค. ชุดเล็ก) ที่อยู่ในโครงสร้างการบริหารจัดการควบคุมโรค และกำกับกิจการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังต้องมีการตรวจสอบความพร้อมของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด เพราะที่ผ่านมา การดำเนินการจะเป็นไปตามมาตรการของ ศบค. ส่วนกลาง ที่มีกฎหมายเก่าเป็นกรอบการปฏิบัติ แต่กฎหมายใหม่ที่กำลังจะออกมาจะเป็นการผสมผสานของ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ กับ พ.ร.บ. โรคติดต่อฯ

ในเบื้องต้น โครงสร้าง ศรช. จะประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด 76 จังหวัด และคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร (กทม.) ซึ่งจะมี

อำนาจ-หน้าที่ “ไม่น้อยไปกว่า” ศบค. เช่น การออกมาตรการต่าง ๆ ในการปิด-เปิดสถานที่ กิจการ-กิจกรรม ต่างๆ การกำหนดพื้นที่-โซนสีความเข้มข้นได้เอง รวมไปถึงมีอำนาจในการประกาศเคอร์ฟิว และห้ามการจัด กิจกรรมที่เป็นการรวมตัวกันจำนวนมาก

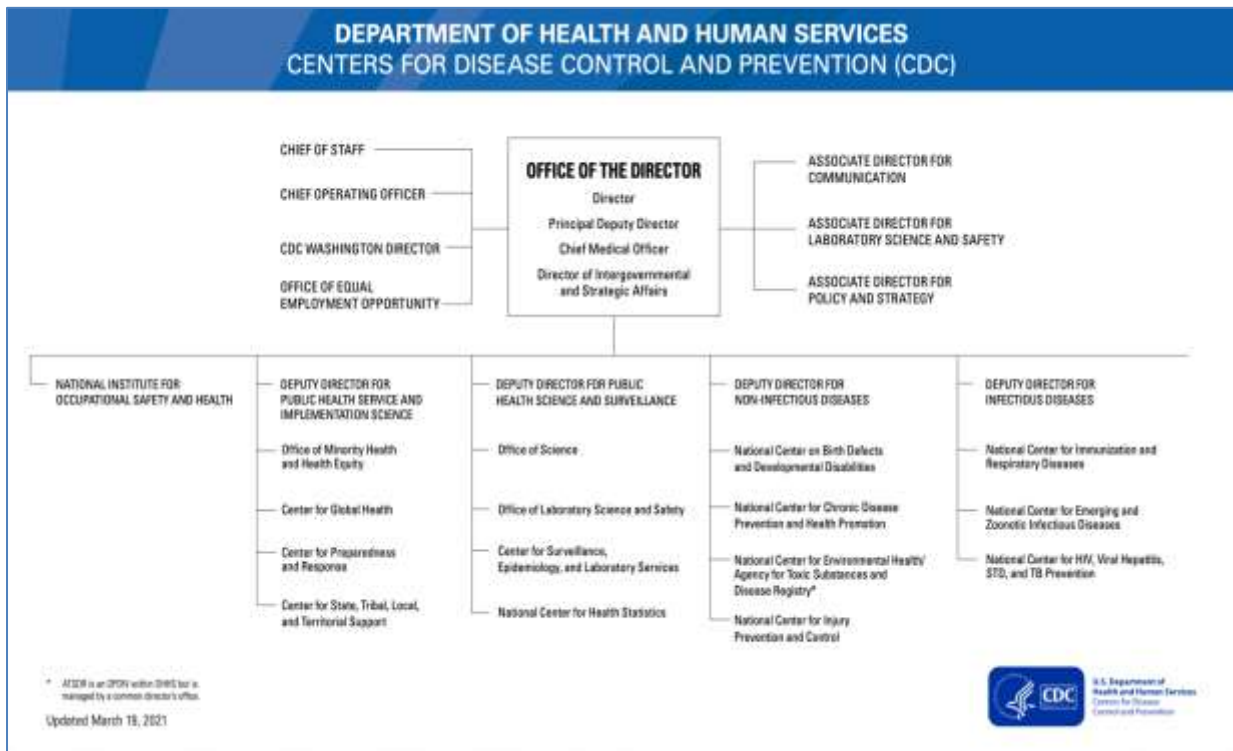
แต่ในขั้นต่อไปจะเป็นอย่างไรนั้น คงต้องรอดูรายละเอียดของการแก้ไข พ.ร.บ.โรคติดต่อฯ ว่ามีส่วน ไหนที่ “เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข” และการ “ไม่ได้มีการพูดถึงการยุบศูนย์บริหาร สถานการณ์โควิด-19 และยกเลิก พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ” อาจทำให้รูปแบบการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมโรคหลังการ แก้ไข พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิมก็เป็นได้

25.2 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา

(U.S. Centers for Disease Control and Prevention: U.S. CDC))

ศูนย์ สถาบัน และสำนักงาน (Centers, Institute, and Offices: CIO) ของ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (U.S. CDC) เป็นองค์กรที่ช่วยให้ CDC สามารถตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อต้องรับมือกับปัญหาด้านสาธารณสุข โดยแต่ละกลุ่มจะตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพ ในด้านที่อยู่ภายใต้ความเชี่ยวชาญของตน ในขณะที่ยังให้การสนับสนุนภายในหน่วยงานและการแบ่งปัน ทรัพยากรสำหรับประเด็นข้ามกลุ่มและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงด้วย โดยโครงสร้างของ CIO แสดงดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 174 โครงสร้างของ U.S. Centers for Disease Control and Prevention



ที่มา: U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2021)

หน่วยงานภายใต้ CDC ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักกับการรับมือโควิด-19 ในสหรัฐอเมริกา คือ ศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือ (Center for Preparedness and Response: CPR) ซึ่งเป็นศูนย์ที่อยู่ภายใต้ Public Health Service and Implementation Science (PHSIS)

รูปที่ 175 โครงสร้างของศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือ (Center for Preparedness and Response: CPR)



ที่มา: U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2021)

CPR เป็นศูนย์กลางการป้องกันด้านสาธารณสุขของอเมริกา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักอย่าง CDC รวมไปถึงพาร์ทเนอร์อื่นๆ ของรัฐบาล และหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ ท้องถิ่น ชนเผ่า เพื่อติดตามความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนและประเทศอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการค้นพบข้อบ่งชี้ถึงการคุกคามด้านสาธารณสุข CPR จะใช้ความเชี่ยวชาญด้านเหตุฉุกเฉินที่สั่งสมมานานหลายทศวรรษในการจัดหาผู้เชี่ยวชาญและรวบรวมทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับเหตุฉุกเฉินและปกป้องสุขภาพของประชาชน

ในขณะที่เหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งพนักงาน/เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องต้องใช้เวลาและความมุ่งมั่น เจ้าหน้าที่ CPR ที่สำนักงานและหน่วยงานด้านสาธารณสุข (โดยเฉพาะการฝึกฝนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น) ต่างทำงานเพื่อพัฒนาและเป็นแนวทางให้แก่ชุมชนและประเทศให้สามารถก้าวผ่านวิกฤตทางด้านสุขภาพไปได้ นอกจากนี้ยังมีการช่วยเหลือด้านกองทุนสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขมีความพร้อมและสามารถเป็นผู้นำในการรับมือกับเหตุฉุกเฉินใน

พื้นที่ของตน รวมไปถึงมีการสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินให้ดีที่สุดด้วย

เจ้าหน้าที่ของ CRP แบ่งเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ นักวางแผนผู้เชี่ยวชาญ (Expert planner), นักการศึกษา (Educator), ผู้ประสานงาน (Connector), ผู้กำกับดูแล (Regulator) และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรับมือ (Response specialists) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นักวางแผนผู้เชี่ยวชาญ (Expert planner) CPR ดำเนินกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมและวางแผนภายในให้กับ CDC และช่วยแผนกสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยคุกคามด้านสุขภาพ วิธีหนึ่งซึ่ง CPR ใช้คือทบทวนแผนเตรียมความพร้อมทั้งระดับรัฐ และท้องถิ่น รวมถึงความสามารถของชุมชนในการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ในระหว่างเกิดเหตุฉุกเฉิน
2. นักการศึกษา (Educator) CPR ทำหน้าที่เตรียมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้พร้อมต่อการรับมือทุกสถานการณ์ มีการประเมินการตอบสนองฉุกเฉินทุกครั้งเพื่อพิจารณาว่าสิ่งใดใช้ได้ผลดีและสิ่งที่จะต้องเปลี่ยนแปลงในอนาคต ผ่านการใช้บทเรียนที่ได้ CPR ดำเนินการฝึกอบรมและให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคแก่ฝ่ายที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญของ CPR จะเผยแพร่บทความที่ผ่านการ peer review เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งยังสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) ในการเตรียมความพร้อมรับมือ และการฟื้นฟูต่อเหตุฉุกเฉิน
3. ผู้ประสานงาน (Connector) CPR สร้างความสัมพันธ์ที่เชื่อถือได้ (Trusted relationship) และเครือข่ายระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก เจ้าหน้าที่ภาคสนามด้านระบาดวิทยาของ CPR และผู้ได้รับมอบหมายภาคสนามเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจะทำงานในแผนกสาธารณสุข โดยผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะคอยเป็นตัวเชื่อมระหว่าง CDC และรัฐต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการสร้างและรักษาบุคลากรด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ CPR ยังทำงานร่วมกับพาทเนอร์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อรวบรวมและผนวกความรู้ของ CDC ไปสู่การวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมและการรับมือในอนาคต
4. ผู้กำกับดูแล (Regulator) CPR ร่วมกับพาทเนอร์ที่กระทรวงเกษตรของสหรัฐอเมริกา โดย CPR ดูแลโปรแกรม Federal Select Agent เพื่อให้มั่นใจว่ามีการจัดการกับเชื้อโรคและสารพิษที่เป็นอันตรายถึงชีวิตอย่างปลอดภัย นอกจากนี้ CPR ยังควบคุมการนำเข้าวัสดุชีวภาพที่ติดเชื้อที่อาจทำให้เกิดโรคในมนุษย์ผ่านโครงการใบอนุญาตนำเข้า เพื่อป้องกันการนำเข้าและแพร่กระจายวัสดุชีวภาพที่ติดเชื้อในสหรัฐอเมริกาอีกด้วย
5. ผู้เชี่ยวชาญด้านการรับมือ (Response specialists) CPR เป็นผู้ดำเนินการในศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินของ CDC ซึ่งเป็นศูนย์ที่ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมมาจะประสานงานทรัพยากร ข้อมูล และการสื่อสารวิกฤตและความเสี่ยงฉุกเฉินกัน โดยจะมีเจ้าหน้าที่ของ EOC คอยตอบกลับตลอด

365 วันต่อปี ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเป็นการรับแจ้งจากภาครัฐ หน่วยงานด้านสุขภาพ แพทย์ โรงพยาบาล และกลุ่มอื่นๆ

การทำงานของ CPR

CPR เป็นหน่วยงานประสานงานกลางสำหรับการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองของ โดย CPR ทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างภูมิคุ้มกัน สุขภาพสิ่งแวดล้อม โรคอุบัติใหม่ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย การป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บ และอื่นๆ ตลอดทั้งมีการเชื่อมโยงความรู้ในการจัดการเหตุฉุกเฉินกับความเชี่ยวชาญในหัวข้อเฉพาะด้วย เช่น โรคติดเชื้อ

CPR จะให้ความสำคัญกับการจัดการ 3 ด้าน ได้แก่

การเตรียมความพร้อม (prepare) CPR จัดหาทั้งความรู้ความเชี่ยวชาญ เงินทุน การสนับสนุนด้านเทคนิค และการฝึกอบรมแก่หน่วยงานด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน โครงการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขฉุกเฉินช่วยรัฐและท้องถิ่นเตรียมรับและแจกจ่ายยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในกรณีฉุกเฉิน (personal protective equipment: PPE) ซึ่งต้องมีการฝึกตั้งสถานที่จ่ายยา (point-of-dispensing location: POD) และการจ่ายยาหลอก (placebo)

การตอบสนอง (respond) เมื่อ CDC ตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน CPR สามารถวางโครงสร้างการจัดการเหตุฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานไว้เมื่อจำเป็นเพื่อประสานงานการดำเนินการกับชุมชน ผู้เชี่ยวชาญของ CPR จะทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล/ความรู้เพื่อช่วยเหลือชุมชนในการดำเนินการต่างๆ เช่น ในช่วงของการรับมือ COVID-19 CPR ได้ให้ทุนแก่หน่วยงานด้านสุขภาพเพื่อตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยและอัตราการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ และประสานงานกับโรงเรียน ธุรกิจ สถานพยาบาล และบริการชุมชนที่จำเป็นอื่นๆ

การฟื้นฟู (recover) เมื่อสถานการณ์ฉุกเฉินสิ้นสุดลง CPR จะทำหน้าที่ช่วยหน่วยงานด้านสุขภาพในการฟื้นฟูและสร้างชุมชนขึ้นใหม่ เช่น หลังจากพายุเฮอริเคน Harvey, Irma และ Maria สร้างผลความเสียหายในหลายรัฐทางใต้ในปี 2560 เงินทุนจาก CPR ช่วยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตอบสนองด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพายุเฮอริเคน เงินทุนดังกล่าวช่วยให้รัฐสามารถรักษางบประมาณสำหรับโครงการด้านสาธารณสุขที่สำคัญอื่นๆ ได้ ในขณะที่ฟื้นตัวจากพายุ

ก่อนเกิดวิกฤติ CPR จะทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุข ผ่านการให้เงินทุนสนับสนุนและการฝึกอบรมแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็งและยั่งยืน เมื่อเกิดภัยพิบัติ CPR จะทำหน้าที่ตอบสนองผ่านการให้คำแนะนำและความช่วยเหลือ ทั้งในเรื่องของข้อมูลที่จะใช้ในการสื่อสาร ทรัพยากร และ

พนักงานที่มีความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับงานนั้น เมื่อเหตุฉุกเฉินผ่านพ้นไป CPR จะทำหน้าที่ช่วยให้ชุมชนฟื้นตัว ประเมิน และปรับตัวเพื่อการปรับปรุงในอนาคต

นอกจากนี้ ภายใต้ CPR ของ CDC ยังมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่ทำหน้าที่รวบรวมผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีเข้ามา และทำให้เกิดการใช้ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารในภาวะวิกฤต และฉุกเฉินเพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้กับความสามารถของประเทศในการตรวจจับ (Detect) และตอบโต้ (Respond) ต่อภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุข โดย EOC เป็นศูนย์ที่อยู่ภายใต้แผนกปฏิบัติการฉุกเฉิน (Division of Emergency Operations: DEO) ของศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือ (Center for Preparedness and Response: CPR)

ที่ผ่านมา EOC ของสหรัฐฯ ได้รับมือกับภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุขมาแล้วกว่า 60 ครั้ง รวมถึงภัยธรรมชาติ (เช่น พายุเฮอริเคน) การระบาดของโรคที่เกิดจากอาหาร ภัยฉุกเฉินด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น การรั่วไหลของน้ำมันจาก Deepwater Horizon) และการระบาดของโรคติดต่อ (เช่น อีโบล่า ไวรัสซิกา และโควิด-19)

รูปที่ 176 การรับมือกับภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุขของ U.S. CDC ที่ผ่านมา



ที่มา: U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2022)

การเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)

ในยามปกติที่ไม่มีการภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของ EOC จะทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องอยู่ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดย EOC อาจได้รับการแจ้งเกี่ยวกับภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่เป็นไปได้ผ่านระบบเฝ้าระวัง ซึ่งอาจมาจากการแจ้งเข้ามาของประชาชน แพทย์ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น การแจ้งเตือนดังกล่าวอาจมาจากรายงานของเครือข่ายด้านสาธารณสุข หน่วยข่าวกรอง การปฏิบัติภาคสนาม รวมไปถึงการประกาศภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศทั่วโลก

เมื่อ DEO ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่อาจจะแพร่กระจายเป็นวงกว้างได้ เช่น การพบจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสที่มากขึ้น ทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง (team of subject matter experts) ใน DEO และทั้ง CDC จะรวมตัวกันเพื่อตัดสินใจว่าจะมีการเปิดระบบจัดการเหตุการณ์ (Incident Management System: IMS) หรือไม่ โดยการประเมินจะถูกรายงานไปยังผู้อำนวยการของ CPR ซึ่งจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานแก่ผู้อำนวยการของ CDC ต่อไป

ในระหว่างที่เกิดภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ใน EOC ของ CDC จะ

- จ้างผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์
- ประสานงานการส่งมอบวัสดุ อุปกรณ์ไปยังจุดที่เกิดเหตุการณ์
- ติดตามการดำเนินการเพื่อตอบโต้
- จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและท้องถิ่น

นอกจากนี้ ระบบ IMS อาจมีการเปิดใช้งานสำหรับกิจกรรมที่มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน (เช่น การเข้ารับตำแหน่งประธานาธิบดี และการแข่งขันกีฬาโอลิมปิกที่เกิดขึ้นในสหรัฐฯ) เพื่อติดตามเหตุการณ์ที่อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

การตอบโต้ฉุกเฉินเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการวางแผน การฝึกอบรม การปฏิบัติ และการประเมิน

หลังจากเหตุการณ์หรือภาวะฉุกเฉินจบลง CDC จะประเมินว่าส่วนไหนทำงานได้ดี และส่วนไหนที่ควรได้รับการปรับปรุง และเตรียมรายงานผลการดำเนินงานและแผนปรับปรุงภายหลัง การประเมินในรายงานเหล่านี้เป็นการประเมินว่าการดำเนินการตอบสนองบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากน้อยเพียงใด คำแนะนำสำหรับการแก้ไขช่องว่างหรือจุดอ่อน และแผนสำหรับการปรับปรุงการดำเนินการสนอง โดย CPR จะเป็นส่วนงานที่ทำรายงานเหล่านี้

ระบบการทำงานของ EOC

EOC ของ CDC ใช้ระบบการจัดการเหตุการณ์แห่งชาติ (National Incident Management System: IMS) เพื่อจัดการและประสานงานการเผชิญเหตุฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น โดยระบบ IMS เป็นรูปแบบโมเดลที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลสำหรับการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การมี IMS ช่วยลดอันตรายและสามารถช่วยชีวิตประชาชนได้

IMS เป็นโครงสร้างองค์กรทางการแบบชั่วคราว ซึ่งเปิดใช้งานเพื่อรองรับการตอบสนอง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการตอบสนองให้เข้ากับสถานการณ์ และจะถูกยกเลิกเมื่อสิ้นสุดการตอบสนอง ทั้งนี้ระบบ IMS จะระบุบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระหว่างที่เกิดภาวะฉุกเฉิน โดยกำหนดกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาล เอกชน และองค์กรอื่นๆ ที่ไม่ใช่รัฐบาลเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น โดยแต่ละส่วนจะได้รับมอบหมายบทบาทเฉพาะและเป็นไปตามโครงสร้างคำสั่ง (Command structure) ที่กำหนดไว้ ระดับความซับซ้อนของภาวะฉุกเฉินจะเป็นตัวกำหนดบทบาทที่เปิดใช้งาน ในบางสถานการณ์ เจ้าหน้าที่จัดการสถานการณ์ (incident management staff) อาจมีหน้าที่ครอบคลุมมากกว่าหนึ่งบทบาทไหนแต่ครั้ง

การจัดการสถานการณ์ (Incident management) จะช่วยในเรื่อง:

- การกำกับกับการดำเนินงาน
- การจัดหา ประสานงาน และส่งมอบทรัพยากรที่จำเป็นไปยังสถานที่เกิดเหตุ
- การแบ่งปันข้อมูลเหตุการณ์กับประชาชน

IMS เป็นระบบบูรณาการที่ยืดหยุ่นซึ่งสามารถใช้ได้สำหรับเหตุการณ์ใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงสาเหตุ ขนาด สถานที่ หรือความซับซ้อน

ภายในศูนย์ EOC จะมีศูนย์ข้อมูลร่วม (Joint Information center) ทำหน้าที่ประสานกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาข้อมูลที่จะสื่อสารออกไปให้ทันการณ์ ถูกต้อง สม่าเสมอ และนำไปใช้ได้จริง

นอกเหนือจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริง EOC ยังมีการฝึกฝนเพื่อประเมินความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความรุนแรง เช่น การฝึกรับมือต่างๆ ได้แก่ เหตุการณ์จำลองต่างๆ เช่น พายุเฮอริเคน การระเบิดของอุปกรณ์กระจายรังสี (เช่น Dirty bombs) การระบาดของไข้หวัดใหญ่

อย่างไรก็ตาม ในเดือนสิงหาคม 2565 ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ต่อการรับมือต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากประชาชน ผู้อำนวยการ CDC ได้ประกาศถึงความสั่นคลอนขององค์กร โดยกล่าวว่า CDC ล้มเหลวในการรับมือกับ COVID-19 และมีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้ดีขึ้นไปอีก

โดยการปรับเปลี่ยนครั้งนี้จะรวมไปถึงการโยกย้ายพนักงานภายใน และปรับปรุงการเร่งการเผยแพร่ข้อมูลด้วย⁵⁴¹

ประเด็นวิพากษ์วิจารณ์หลักต่อการรับมือต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากประชาชนคือ ความล่าช้า และมุ่งเน้นไปที่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลมากเกินไป โดยไม่ได้ตอบโต้การเข้ามาของเชื้ออย่างทันการณ์ เช่น การออกคำแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย การเพิ่มการตรวจเชื้ออย่างเป็นระบบสำหรับสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่เข้ามา ซึ่งสาเหตุหลักน่าจะมาจากโครงสร้างทำงานของ CDC ที่ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อรับข้อมูล วิเคราะห์ และเผยแพร่สู่สาธารณะได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอการปรับเปลี่ยนโครงสร้างครั้งนี้ยังต้องได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา (US Department of Health and Human Services: HHS) ก่อน โดยข้อเสนอการปรับเปลี่ยนประกอบด้วย

- เพิ่มการใช้รายงานทางวิทยาศาสตร์ที่เป็น Preprint เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปปฏิบัติได้ แทนที่จะรอให้การวิจัยผ่านการตรวจสอบ peer review และเผยแพร่โดยวารสาร CDC Morbidity and Mortality Weekly Report
- ปรับโครงสร้างการสื่อสารของหน่วยงานและปรับปรุงเว็บไซต์ CDC เพิ่มเติมเพื่อให้แนวทางของหน่วยงานสำหรับสาธารณสุขชัดเจนและค้นหาได้ง่ายขึ้น
- เปลี่ยนแปลงระยะเวลาดำรงตำแหน่งของผู้นำหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดเป็นอย่างน้อยหกเดือน ซึ่งเป็นความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาการหมุนเวียนคนที่บางครั้งทำให้เกิดช่องว่างความรู้และส่งผลกระทบต่อสื่อสารของหน่วยงาน
- การสร้างสภาผู้บริหารชุดใหม่เพื่อช่วยให้ผู้อำนวยการสามารถกำหนดกลยุทธ์และลำดับความสำคัญได้ดียิ่งขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงแผนผังองค์กรของหน่วยงานเพื่อยกเลิกการเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารงานของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์
- การจัดตั้งสำนักงานกิจการระหว่างรัฐบาลเพื่อให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนสำนักงานระดับสูงด้านความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

⁵⁴¹ ALJAZEERA. (17 August 2022). "US CDC announces reforms after poor COVID response". Retrieved from <https://www.aljazeera.com/news/2022/8/17/us-public-health-agency-announces-reforms-after-covid-response>. [Assessed on 5 September 2022]

ข้อจำกัดการทำงานของ CDC ร่วมกับภาครัฐส่วนอื่นๆ

แม้ว่าที่ผ่านมา CDC (และหน่วยงานทางสาธารณสุขอื่นๆ เช่น the National Institutes of Health (NIH), the Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), and the Food and Drug Administration (FDA)) จะได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีการทำงานล่าช้า และมีการกำหนดนโยบายที่ไม่ทันต่อการรับมือการระบาด แต่ส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าปัจจัยทางการเมืองส่งผลอย่างมากต่อการดำเนินการของ CDC ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของภาวะการระบาด เนื่องจากอำนาจการสั่งการส่วนใหญ่อยู่ที่รัฐบาลทั้งในระดับประเทศและระดับรัฐ (CDC, 2020 ; Time, 2014 ; National Constitution Center, 2021)

โดยในช่วงแรกของการระบาดผู้แทนของ CDC ได้รายงานสถานการณ์และแจ้งแก่ผู้นำประเทศในขณะนั้น คือประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ แล้วว่าโรคระบาดที่เกิดขึ้นในจีนอาจจะเป็นภัยคุกคามร้ายแรงและมีการแจ้งเตือนความกังวลอยู่หลายครั้ง (มีการรายงานใน President's Daily Brief) แต่กลับถูกประธานาธิบดีเพิกเฉย และมีการแถลงการณ์โจมตีระหว่างผู้บริหาร CDC และประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ อยู่บ่อยครั้ง แม้ว่ารัฐบาลจะจัดตั้ง White House Coronavirus Task Force ขึ้นมาเมื่อวันที่ 29 ม.ค. 63 โดยเป็นคนของรัฐบาลเพื่อติดตามบริหารสถานการณ์ และให้ CDC เป็นที่ปรึกษาของคณะ แต่ในช่วงต้นกลับไม่ได้มีการดำเนินการใดมากนัก ไม่มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ ไม่ได้มีการเตรียมการจัดซื้อเวชภัณฑ์ และไม่มีการแจ้งให้สถานพยาบาลในแต่ละท้องถิ่นเตรียมความพร้อม

โดยในช่วงแรกของการระบาด ผู้แทนจาก CDC เช่น Nancy Messonnier ผู้อำนวยการ National Center for Immunization and Respiratory Diseases (สังกัด CDC) ออกมาแถลงข่าวว่าโควิดกำลังจะระบาดทั่วสหรัฐอเมริกาขณะที่ Anthony Fauci ผู้อำนวยการ National Institute of Allergy and Infection Diseases (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ออกมาแสดงความกังวลกับภาวะการระบาด แต่กลับถูกประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ แถลงข่าวโจมตีต่อว่าและกล่าวหาว่า Nancy Messonnier กำลังทำให้ประชาชนกังวลใจโดยไม่จำเป็น และขู่จะไล่เธอออกจากตำแหน่ง

อย่างไรก็ตาม เมื่อตัวเลขผู้ติดเชื้อของสหรัฐเพิ่มสูงขึ้นในอัตราสูง ทำให้ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ต้องเปลี่ยนท่าที แต่การดำเนินการต่างๆ ก็สายเกินไป โดยการแนะนำเรื่อง Social Distancing จากทำเนียบขาวเพิ่งจะมีออกมาเมื่อ 16 มี.ค. 63 ซึ่ง ณ ขณะนั้นสหรัฐอเมริกามีตัวเลขผู้ติดเชื้อยืนยันรายใหม่เป็นหลักพันคนต่อวันแล้ว และสถานการณ์ต่างๆ ก็รุนแรงขึ้นมาตามลำดับ ทั้งนี้ ข้อขัดแย้งระหว่างประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ กับ CDC ก็ยังปรากฏตามสื่ออย่างต่อเนื่อง เช่นในกรณีมาตรการควบคุมเรือสำราญ ซึ่งเป็นหนึ่งในคลาสเตอร์การระบาดของสหรัฐอเมริกาในช่วงแรกๆ จนสหรัฐอเมริกาได้สั่งห้ามการเดินเรือ จนกระทั่งช่วงกันยายน พ.ศ. 2563 Robert Redfield ผู้อำนวยการศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้พยายาม

เสนอต่อ White House Coronavirus Task Force ให้ขยายการห้ามการเดินทางออกไปจนถึงปีหน้า แต่ White House Coronavirus Task Force ก็เพิกเฉยต่อข้อเสนอข้างต้น และสั่งขยายการห้ามไปเพียงแค่สิ้นเดือนตุลาคม โดยเป็นที่วิจารณ์กันว่าทางรัฐบาลให้น้ำหนักกับเหตุผลทางการเมืองมากกว่าคำแนะนำจากองค์กรที่รับผิดชอบด้านนี้ (ปลายปี พ.ศ. 2563 เป็นช่วงของการเลือกตั้ง และธุรกิจเรือสำราญถือเป็นธุรกิจสำคัญในรัฐฟลอริดา ซึ่งเป็นหนึ่งใน swing state ที่สำคัญ) (Swan, 2020) และมีความพยายามในการแทรกแซงต่างๆ เช่นกรณีมีการรายงานว่าในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ทีมงานของประธานาธิบดีมีความพยายามที่จะแทรกแซงการออกรายงาน CDC's Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) ซึ่งรายงานภาวะการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากร โดยขอเลื่อนหรือย้ายการออกรายงาน และขอสอบทานรายงานก่อนการเผยแพร่

นอกจากนี้ การศึกษาของ Piller (2020) รายงานปรากฏการณ์ใช้อำนาจเหนือการตัดสินใจขององค์กรด้านสาธารณสุขอีกหลายครั้ง เช่น 15 ก.ค. 63 มีคำสั่งให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคไปยัง The Department of Health and Human Services โดยตรง หรือผ่าน TeleTracking (บริษัทที่ถูกว่าจ้างมา) แทนที่จะส่งให้กับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) และเมื่อ 11 ก.ย. 63 เจ้าหน้าที่ของทางรัฐบาลก็ขัดขวางการออกรายงาน COVID-19 risks to children ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC)

ในช่วงปลายปี 2563 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) เผยแพร่รายงานว่าไวรัสสามารถแพร่กระจายผ่านละอองของเหลว แต่รายงานดังกล่าวกลับถูกถอดออกไปในวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2563 ก่อนที่เพิ่งจะกลับมาเผยแพร่เรื่องนี้อีกครั้งภายหลังในปี พ.ศ. 2564 และเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 63 ทำเนียบขาวปฏิเสธการรายงานข้อมูลการพบปะติดต่อกับผู้คนที่ประธานาธิบดีต่อศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) ถึงแม้ว่าประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ จะมีอาการติดเชื้อก็ตาม

อย่างไรก็ตาม CDC ก็มีอิสระในการดำเนินการออกคำแนะนำ ออกมาตรการต่างๆ ได้ในระดับหนึ่ง แม้จะมีการขัดแย้ง การแทรกแซงการทำงาน รวมถึงการโจมตีของฝ่ายบริหาร ทั้งนี้เนื่องจากระบบการเมืองของสหรัฐอเมริกาถูกออกแบบมาให้มีการถ่วงดุลอำนาจ ไม่ได้มีการรวมศูนย์อำนาจเด็ดขาดไว้ที่ฝ่ายรัฐบาล เช่นกรณีการวิพากษ์ของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ กับ Anthony Fauci (อดีต ผอ. CDC) ที่แม้ว่าประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ จะขู่ว่าจะไล่ Anthony Fauci ออกจากตำแหน่งทันทีหลังการเลือกตั้งสมัย 2 แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่สามารถทำได้โดยง่าย เพราะ Anthony Fauci เป็นข้าราชการ (ไม่ใช่ข้าราชการการเมือง) ทำให้ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายของสหรัฐ และมีกระบวนการในการตรวจสอบความผิดต่างๆ ก่อนการไล่ออก ในกรณีที่ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์มีเหตุผลหรือหลักฐานหนักแน่นเพียงพอต่อการฟ้องร้อง

หลังจากที่มีการเปลี่ยนรัฐบาลที่นำโดยประธานาธิบดี โจ ไบเดน เข้ามาแทน การดำเนินการของ CDC กับรัฐบาลก็เป็นไปในทิศทางที่ดีมากขึ้นกว่าสมัยรัฐบาลก่อนหน้า โดย Biden-Harris administration ได้แถลงนโยบายการรับมือโควิด และระบุว่าทีมงานของเขาจะรับฟังวิทยาศาสตร์เสมอ และจะทำให้แน่ใจว่าการตัดสินใจด้านสาธารณสุขต่างๆ จะเป็นการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และรัฐบาลจะส่งเสริมให้สามารถเกิดความเชื่อมั่น ความโปร่งใสในการดำเนินการ การมีเป้าหมายร่วมและความรับผิดชอบ (<https://www.whitehouse.gov/priorities/covid-19/>) ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินการที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินนโยบายของ CDC ที่ผ่านมา

25.3 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (Taiwan Centers for Disease Control) และ ศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (Central Epidemic Command Center: CECC)

25.3.1 ศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (Taiwan Centers for Disease Control)

โดยปกติศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (Taiwan Centers for Disease Control) เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการติดตามและควบคุมโรคต่างๆ ระบาดในไต้หวัน เทียบได้กับกรมควบคุมโรคของไทย โดยลักษณะการดำเนินการของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน ซึ่งมีหลักการและรายละเอียดดังนี้

หลักการดำเนินงานขององค์กร

ความยืดหยุ่นในการควบคุมโรค

มาตรการป้องกันโรคจะต้องยืดหยุ่นในการรับมือกับโรคระบาดได้ตลอดเวลา โดยพัฒนาศักยภาพในการจัดการภาวะวิกฤต ติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ ตื่นตัวตลอดเวลาเพื่อรับมือกับการระบาดได้อย่างทันท่วงที

ยุทธศาสตร์บนพื้นฐานของใช้ข้อมูล

จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศที่สมบูรณ์ที่ครอบคลุมระบบแจ้งเตือนการระบาด ระบบรายงานกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง ระบบสารสนเทศด้านภูมิศาสตร์ของโรคติดต่อ ระบบเฝ้าระวังโรคออนไลน์ และระบบสารสนเทศด้านการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้ องค์กรควบคุมโรคต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นสำหรับการเตรียมพร้อมและการควบคุมโรคระบาดได้ทางออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

ความเป็นมืออาชีพ

หาผู้เชี่ยวชาญเข้ามาช่วยการควบคุมโรค สนับสนุนการวิจัยต่างๆ และนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับการควบคุมโรคอย่างโปร่งใสและเป็นรูปธรรม

การมีส่วนร่วมของประชาชน

โรคติดต่อเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ด้วยวิธีต่างๆ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคระบาดและมาตรการป้องกันต่างๆ เป็นอย่างมาก รวมทั้งต้องได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่จากประชาชน

การทำให้เป็นสากล

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคจะส่งเสริมความร่วมมือในการควบคุมโรคระดับนานาชาติ และแลกเปลี่ยนข่าวสารกับทุกประเทศทั่วโลกอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะใช้เป็นช่องทางที่ช่วยให้ไต้หวันเข้าเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก

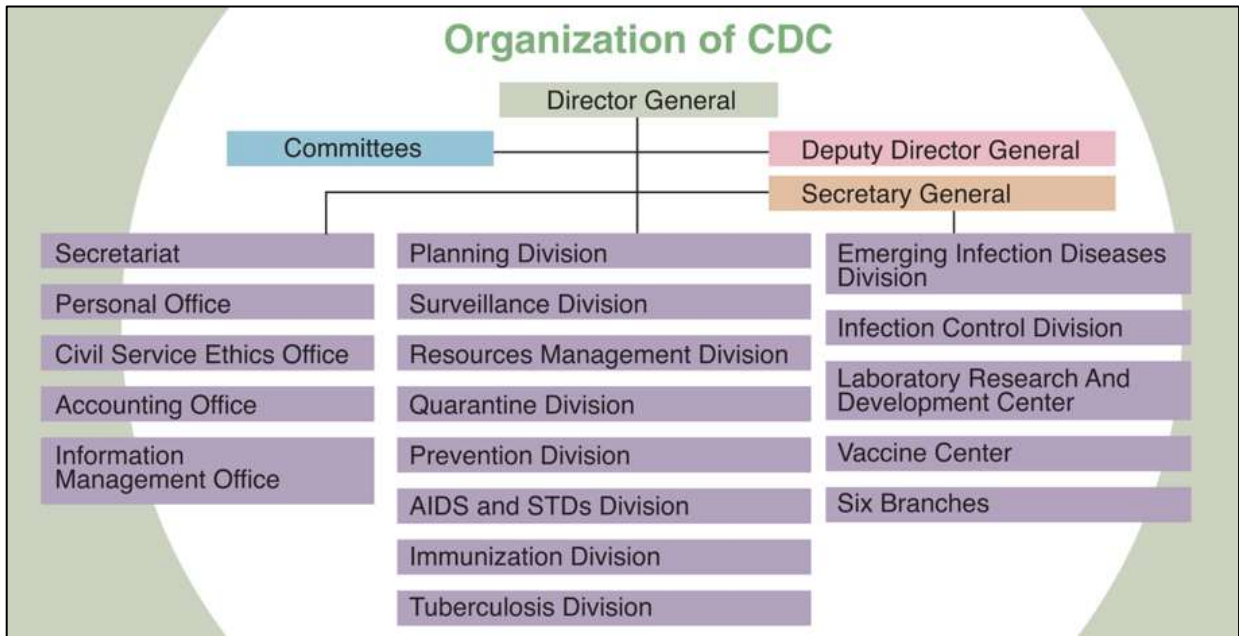
ตัวอย่างผลงานที่ผ่านมา

1. ปี 2006 ปรับปรุงข้อบังคับเกี่ยวกับการกักกัน และบังคับใช้ International Health Regulations (2005)
2. ปี 2008 ร่วมมือกับ National Taiwan University จัดตั้ง Travel Medicine Education and Training Center และเริ่มฉีดวัคซีน pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) ให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี
3. ปี 2010 ริเริ่มกองทุนวัคซีนและวัคซีน 5-in-1
4. ปี 2015 เพิ่มวัคซีนปอดอักเสบ PVC13 เป็นวัคซีนประจำสำหรับเด็ก
5. ปี 2016 ประกาศแผนยุทธศาสตร์กำจัดวัณโรคภายใน 2035 และเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนไขหวัดใหญ่เป็น 27% ของประชากร
6. ปี 2017 เริ่มฉีดวัคซีนโรคสมองอักเสบญี่ปุ่น (JE) ให้กับเด็ก และใช้กลยุทธ์เพื่อบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 จากแคมเปญ UNAIDS
7. ปี 2018 สร้างเครือข่ายระดับภูมิภาคเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายใต้กรอบ The New Southbound Policy จัดตั้ง The New Southbound Health Center และศูนย์ป้องกันและควบคุมวัณโรคและโรคไขเลือดออก และเริ่มฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี A เป็นวัคซีนประจำสำหรับเด็ก

โครงสร้างองค์กร

ศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน ประกอบด้วย 10 ฝ่าย 2 ศูนย์ และ 6 สาขาย่อยตามรูปข้างล่าง

รูปที่ 177 โครงสร้างของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน



ที่มา: <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/1DaM5MCJlvYKlbE3PIUzeA>

หน้าที่ของแผนกต่างๆ

1. ฝ่ายวางแผน (Planning Division)

- วางแผนและประสานงานภายในศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค
- วางแผนและดูแลโครงการในแต่ละปีโดยใช้วิธีการบริหารทางวิทยาศาสตร์
- วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี ให้ความรู้สุขภาพ เก็บและจัดการการเผยแพร่ข้อมูล ศึกษาและปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
- วางแผนและบริหารหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
- ร่างและใช้ระบบประเมินความสามารถของรัฐบาลท้องถิ่นในการป้องกันโรค

2. ฝ่ายกำกับดูแล (Surveillance Division)

- สร้างเครือข่ายการตรวจตราโรคติดเชื้อทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ที่คอยเฝ้าระวังโรคติดเชื้อและการกำกับดูแลในท้องปฏิบัติกร โรงเรียน และชายแดนประเทศ
- ส่งเสริมการวิเคราะห์ด้านระบาดวิทยา การแจ้งเตือนการระบาด และการคาดคะเนโรคประจำฤดูต่างๆ
- วิเคราะห์และประเมินโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกประเทศเป็นประจำทุกวัน

3. ฝ่ายบริหารทรัพยากร (Resources Management Division)

- หมวดที่ 1 สัตว์ทดลอง
 - เก็บและจัดการสัตว์ทดลองขนาดเล็กและขนาดกลาง

- ศึกษา ทดลอง และผสมพันธุ์สัตว์
- บังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับการทดลองในสัตว์
- ประสานงานและกำกับดูแลความปลอดภัยทางชีวภาพระหว่างการทดลองในสัตว์
- ค่าขายวัคซีนและเซรุ่ม
- เก็บและบริหารเซรุ่มแก่พิษงูในพื้นที่ห่างไกล
- กำจัดของเสียทางการแพทย์
- อื่นๆ เกี่ยวกับสัตว์ทดลอง
- หมวดที่ 2 วัสดุทางชีวภาพ
 - เก็บและบริหารจัดการวัสดุทางชีวภาพ
 - จัดการฐานข้อมูลวัสดุทางชีวภาพ
 - แลกเปลี่ยนวัสดุทางชีวภาพ และประสานการใช้วัสดุทางชีวภาพกับห้องปฏิบัติการต่างๆ
 - รับรองการแจกจ่ายและขนส่งวัสดุทางชีวภาพ
 - เก็บรักษาตัวอย่างเนื้อเยื่อด้านพยาธิวิทยา และเฝ้าระวังกลุ่มอาการของโรคอุบัติใหม่ต่างๆ
 - จัดการวัสดุทางชีวภาพที่อาจทำให้เกิดโรค
 - อื่นๆ เกี่ยวกับวัสดุทางชีวภาพ
- หมวดที่ 3 การประกันคุณภาพและความปลอดภัยทางชีวภาพ
 - วางแผน ตรวจสอบ รับรอง และฝึกหัดการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ
 - วางแผนและตรวจสอบการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการในสังกัด
 - วางแผนและควบคุมดูแลคุณสมบัติของโรงพยาบาลต่างๆ
 - วางแผน ฝึกหัด และตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยทางชีวภาพในห้องปฏิบัติการ
 - อื่นๆ ในกรณีพิเศษ
- หมวดที่ 4 การควบคุมทรัพยากรและความปลอดภัยทางสิ่งแวดล้อม
 - วางแผน สั่งซื้อ จัดสรร และจัดการวัสดุป้องกันโรค
 - รักษาระบบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการวัสดุป้องกันโรค
 - วางแผนและรักษาความปลอดภัยทางสิ่งแวดล้อมในห้องปฏิบัติการและสถานศึกษา
 - อื่นๆ ในกรณีพิเศษ

4. ฝ่ายกักกัน (Quarantine Division)

- ป้องกันการนำอหิวตไคโรค กาฬโรค และโรคไข้เหลืองเข้ามาในประเทศผ่านช่องทางกาเรเดินทางระหว่างประเทศต่างๆ โดยใช้มาตรการกักตัว
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคผ่านช่องทางกาเรสื่อสารต่างๆ แก่ประชาชน
- ให้ความรู้สุคศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชือระหว่างประเทศแก่นักท่องเที่ยว

5. ฝ่ายป้องกัน (Prevention Division)

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคผ่านช่องทางกาเรสื่อสารต่างๆ แก่ประชาชน
- ป้องกันและควบคุมการเริ่มระบาดของโรคติดเชือไวรัสเอนเทอโรและโรคในระบบทางเดินอาหาร โดยพัฒนาการดูแลสุภาพและแจ้เตือนโรคระบาด
- ป้องกันและควบคุมโรคติดเชือที่มีสัตว์เป็นพาหะ เช่น โรคไข้เลือดออก โดยร่วมมือกับอุตสาหกรรมต่างๆ และลดแหล่งผสมพันธุ์ของสัตว์
- ควบคุมการระบาดของโรคในระบบทางเดินอาหารและโรคติดเชือที่มีสัตว์เป็นพาหะที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้กาเรสืบสวนทางระบาดวิทยา และสกัดช่องทางกาเรแพร่ระบาดด้วการฆ่าเชือและฆ่าแมลงที่เป็นพาหะ

6. ฝ่ายโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (AIDS and STDs Division)

- ก่อตั้ง National Committee for the Promotion of AIDS Prevention and Treatment
- ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านแคมเปญทางโทรทัศน์และช่องทางอื่นๆ โดยจะจัดโครงการให้ความรู้ที่แตกต่างกันออกไปสำหรับกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม
- ยกระดับความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาล สื่อมวลชน ผู้นำศาสนา กลุ่มแรงงาน และองค์กาเรนอภาครัฐต่างๆ
- จัดโครงการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง อันได้แก่ ผู้ค้าบริการทางเพศ กลุ่มคนที่รักเพศเดียวกัน กลุ่มคนที่ใช้สารเสพติด และกลุ่มคนที่ต้องเดินทางตลอดเวลา
- รักษาสิทธิขั้นพื้นฐานและให้บริการทางกาเรแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์
- วิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มต่างๆ เพื่อจัดทำข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการและการร่างนโยบายต่างๆ
- วิจัยและพัฒนาการป้องกันและรักษาโรคเอดส์

7. ฝ่ายการสร้างภูมิคุ้มกัน (Immunisation Division)

- กำกับดูแลโรคที่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันได้
- สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีน
- ประเมินโครงการวัคซีนและอัตราการฉีดวัคซีน
- ร่างนโยบายการฉีดวัคซีน
- ดำเนินโครงการชดเชยในกรณีได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน
- วางแผนและร่างโครงการฉีดวัคซีนเฉพาะกิจ
- จัดหา แจกจ่าย และบริหารวัคซีน
- พัฒนาและเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

8. ฝ่ายวัณโรค (Tuberculosis Division)

- ผลักดันให้รัฐบาลให้จัดลำดับความสำคัญกับการป้องกันวัณโรคเป็นลำดับแรกๆ ในระยะยาว
- พยายามเพิ่มการป้องกันวัณโรคเข้าไปในระบบป้องกันการระบาดเพื่อให้มีการสนับสนุนและประสานงานเพื่อป้องกันวัณโรคได้อย่างเต็มที่
- ผสานระบบการรักษาและป้องกันโรคระบาด พัฒนาความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคเพื่อควบคุมการระบาด และเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและสกัดการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ
- ทบทวนและปรับขั้นตอนการป้องกันโรคในปัจจุบัน และนำมาตรฐานนานาชาติมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการป้องกันโรคระบาด สภาพแวดล้อมทางสังคม และประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ
- ควบรวมงานป้องกันวัณโรคทั่วประเทศเพื่อให้ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องตั้งเป้าหมายไปในทางเดียวกัน
- ดูแลและให้คำปรึกษากับรัฐบาลท้องถิ่นในการค้นหาปัญหาในการป้องกันวัณโรครายบุคคลในพื้นที่ท้องถิ่น และค้นหาทรัพยากรมาเพื่อเสนอและผลักดันแผนการป้องกันที่เป็นเอกลักษณ์
- เพิ่มประสิทธิภาพของกำลังคน โดยปรับปรุงการจัดสรรและมอบหมายงานแก่บุคลากรในปัจจุบัน
- อภิปรายหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละระดับในองค์กร และเสนอข้อปรับปรุงที่จำเป็น
- ร่างแผนและเป้าหมายการป้องกันวัณโรคในระยะกลางและระยะยาว

9. ฝ่ายโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infection Diseases Division)

- ร่างแผนการเตรียมพร้อมการก่อการร้ายทางชีวภาพ
- สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ตั้งแต่แรกเริ่ม และออกมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการอย่างรวดเร็ว โดยร่วมมือกับหน่วยงานระดับนานาชาติ
- จัดการห้องชั้นสูงที่มีความปลอดภัยทางชีวภาพระดับ 4 ให้เพียงพอและเหมาะสมยิ่งขึ้น
- ส่งเสริมระบบการสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ทางเว็บไซต์ ณ เวลาจริง
- เพิ่มประสิทธิภาพของโครงการฝึกหัดระดับวิทยาภาคสนาม
- ดำเนินการฝึกหัดทางระบาดวิทยาสำหรับนักระบาดวิทยา บุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น และผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง
- ฝึกเตรียมพร้อมการก่อการร้ายทางชีวภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างองค์กร
- กำกับดูแลและรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างรวดเร็ว
- พัฒนาสาธิตปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและการฝึกหัดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่
- พัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับท้องถิ่น
- บังคับใช้กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

10. ฝ่ายควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Division)

- พัฒนาการกำกับดูแลการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับประเทศ เพื่อให้มีข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงได้มากขึ้น
- ประเมินความแม่นยำและความจำเพาะของระบบควบคุมดูแลการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ยากต่อการวินิจฉัย
- เสริมสร้างการควบคุมดูแลเพื่อให้สามารถกำกับกระบวนการรักษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น
- ส่งเสริมระบบสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล กระตุ้นให้มีการจำแนกการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยติดเชื้อ และสร้างระบบการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ โดยเฉพาะเพื่อหลีกเลี่ยงการระบาดในโรงพยาบาล

11. ศูนย์วิจัยและพัฒนาในห้องปฏิบัติการ (Laboratory Research and Development Center)

- รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ
- พัฒนาขั้นตอนและอุปกรณ์ตรวจเชื้อให้จำเพาะและรวดเร็วมากขึ้น
- เผยแพร่ข้อมูลการทดลองในห้องปฏิบัติการที่เชื่อถือได้

12. ศูนย์วัคซีน (Vaccine Center)

- ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมโรค และผลิตและแจกจ่ายวัคซีนและเซรัมให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
- วิจัยและพัฒนาวัคซีนและเซรัมต่างๆ
- ดูแลมาตรฐานโรงงานผลิตวัคซีนและเซรัม

13. สาขาย่อย (Branches)

- จัดการด้านการกักตัว และให้ความรู้ การฉีดวัคซีน และการตรวจหาเชื้อแก่ลูกเรือและผู้โดยสารในบริเวณเขตเข้าออกประเทศ

14. สำนักงานการจัดการสารสนเทศ (Information Management Office)

- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มช่องทางการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการระบาด
- สร้างระบบกำกับดูแลโรคระบาดเคลื่อนที่ และสานความสัมพันธ์กับแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดทั่วโลก
- ผสานระบบป้องกันการระบาดเพื่อสร้างพื้นที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดในระยะยาว
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสร้างเครือข่ายการป้องกันการระบาด
- เพิ่มทักษะเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบุคลากรด้าน IT

15. หน่วยความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation Affairs)

- พัฒนาและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี กำลังคน และการฝึกฝนกับประเทศพันธมิตรทั่วโลก
- เก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูลการระบาดทั่วโลก
- ส่งเสริมโครงการระหว่างประเทศต่างๆ

การนำบทเรียนในอดีตมาปรับเป็นแนวปฏิบัติในการรับมือกับ COVID-19 ของไต้หวัน

ตั้งแต่เกิดการระบาดของ SARS ในปี 2003 ซึ่งไต้หวันเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดอย่างรุนแรง รัฐบาลไต้หวันได้เรียนรู้บทเรียนจากการรับมือกับโรคติดเชื้อและนำมาปฏิรูประบบป้องกันโรคติดต่อและระบบสาธารณสุขในหลายด้าน ดังนี้

1. ทำการสื่อสารระหว่างกระทรวงให้มีประสิทธิภาพ

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ SARS ศูนย์บัญชาการถูกตั้งขึ้นเพียงชั่วคราว และในเวลาต่อมา ศูนย์บัญชาการสุขภาพแห่งชาติถูกตั้งขึ้นเมื่อมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติการควบคุมโรคติดต่อให้

ประกอบไปด้วยบุคลากรจากหลายกระทรวงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการประสานงานกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

2. ตั้งระบบตรวจตราโรคตามเวลาจริง

ไต้หวันมีระบบตรวจตราโรคที่หลากหลาย เช่น ระบบตรวจตราโรคติดเชื้อตามเวลาจริงฉุกเฉิน ซึ่งเป็นระบบรายงานข้อมูลอัตโนมัติที่ช่วยให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลการวินิจฉัยโรครายวันแก่ระบบคอมพิวเตอร์ของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน และข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำไปวิเคราะห์และแปลงเป็นกราฟแสดงการระบาด โดยระบบนี้จะช่วยตรวจตราการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และช่วยทำให้ร่างมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาด

3. สร้างกลไกป้องกันโรคสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

ในอดีต ศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน ขาดบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญและเพิ่มความน่าเชื่อถือของศูนย์เมื่อต้องประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆ ทางศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน ได้เกณฑ์บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก ซึ่งช่วยพัฒนาการวินิจฉัยโรคและการสืบสวนการระบาดให้มีศักยภาพและน่าไว้วางใจมากยิ่งขึ้น

4. ควบคุมการระบาดในโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม

การระบาดของ SARS เมื่อหลายปีก่อนได้เผยจุดอ่อนของระบบรักษาพยาบาลของไต้หวัน โดยต้องถูกสั่งปิดโรงพยาบาลเนื่องจากการระบาดขึ้นในโรงพยาบาลเอง ปัจจุบันมีการตรวจสอบการควบคุมการระบาดในโรงพยาบาลเป็นประจำ ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสาธารณสุขไต้หวัน

การไม่ประเมินโรคระบาดต่ำเกินไปและเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด

เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวันได้พบกับโพสต์หนึ่งในอินเทอร์เน็ตโดยบังเอิญ โดยโพสต์นี้มีรูปถ่ายหน้าจอข้อความของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งทางศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวันได้ติดต่อประเทศจีนและองค์การอนามัยโลกทันทีเพื่อยืนยันการเกิดการระบาดจากการติดเชื้อไวรัสและมีอาการปอดบวม ในวันต่อมา ศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวันได้ใช้มาตรการควบคุมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งทำให้ไต้หวันเป็นประเทศแรกของโลกที่เริ่มควบคุมชายแดนตั้งแต่ทราบว่าการระบาด

ไต้หวันได้ใช้ big data และระบบเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อใช้มาตรการควบคุมชายแดนและมาตรการกักตัวที่บ้านสำหรับผู้เดินทางเข้าประเทศ ดังนี้

1. กระบวนการกักตัวหลังเข้าประเทศผ่านระบบคอมพิวเตอร์

ไต้หวันได้ออกระบบการรายงานสุขภาพหลังเข้าประเทศและการกักตัวที่บ้านผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการกักตัวหลังเข้าประเทศได้มาก

2. การใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอยู่แล้วเพื่อติดตามประวัติการเดินทางของพลเมือง

ตั้งแต่เกิดการระบาดขึ้นในประเทศจีน ฐานข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกรวบรวมเข้ากับประวัติการเดินทางจากฐานข้อมูลของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เพื่อระบุผู้ติดเชื้อที่มีประวัติเดินทางไปตามสถานที่ต่างๆ และในเวลาต่อมา ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยได้ถูกรวบรวมเข้ากับฐานข้อมูลนี้เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าถึงประวัติการเดินทาง การติดต่อ อาชีพ และการติดเชื้อเป็นกระจุก ซึ่งแพทย์จะสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และเสริมสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า

3. การบริหารและดูแลผู้ที่กักตัวที่บ้านผ่านโทรศัพท์มือถือ

ได้หันติดตามผู้ติดเชื้อที่กักตัวที่บ้านผ่าน Digital Fencing Tracking System ซึ่งเป็นระบบติดตามที่ใช้การระบุตำแหน่งในโทรศัพท์มือถือเพื่อแจ้งเตือนให้อยู่ในสถานที่กักตัว หากผู้ติดเชื้อออกนอกสถานที่ดังกล่าว ระบบจะแจ้งเตือนผู้ติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตำรวจ เพื่อตรวจสอบและยืนยันว่าผู้ติดเชื้อกลับไปอยู่ในสถานที่กักตัวและการให้บริการในชุมชนเป็นไปอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ระบบบอทของ Disease Containment Expert และระบบข้อความสื่อสารสองทางได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่กำลังกักตัวรายงานสุขภาพประจำวันแก่เจ้าหน้าที่และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จะถูกผนวกเข้ากับระบบติดตามการระบาดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า

25.3.2 ศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (Central Epidemic Command Center: CECC)

นอกจากการดำเนินการของศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวัน (CDC) แล้ว ไต้หวันยังมีกลไกการจัดการภัยพิบัติ โดยศูนย์บัญชาการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Command Center: NHCC) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ไต้หวันสามารถตอบสนองต่อการระบาดได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ ไต้หวันมีประสบการณ์จากรับมือภาวะการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) (โรคซาร์ส) ในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) ทำให้ในปี พ.ศ. 2547 ไต้หวันได้จัดตั้งศูนย์บัญชาการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Command Center: NHCC) ซึ่งเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของศูนย์จัดการภัยพิบัติแห่งชาติ โดยมีฐานความรู้มาจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของไต้หวัน (Centers for Disease Control: CDC) ซึ่งมีหน้าที่คอยรายงานข้อมูลภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้แก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุม เป็นจุดบัญชาการในการสื่อสารโดยตรงระหว่างหน่วยงานราชการ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

ศูนย์บัญชาการสุขภาพแห่งชาติ (NHCC) ได้รวมศูนย์ต่างๆ เข้าด้วยกันจนกลายเป็นระบบบัญชาการส่วนกลางเพียงหนึ่งเดียวในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ อันประกอบด้วย

- 1) ศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (Central Epidemic Command Center: CECC)
- 2) Biological Pathogen Disaster Command Center
- 3) Counter-Bioterrorism Command Center
- 4) Central Medical Emergency Operations Center

โดยศูนย์เหล่านี้จะเป็นระบบโครงสร้างบริหารจัดการที่มีการกำหนดไว้ว่า ศูนย์ต่างๆ จะเปิดใช้ได้ภายใต้เงื่อนไขใดในภาวะฉุกเฉินในระดับต่างๆ และใครมีบทบาทและอำนาจหน้าที่อะไรบ้าง ซึ่งไต้หวันได้มีการเปิดใช้ศูนย์บัญชาการควบคุมโรคติดต่อ (CECC) ในการรับมือภาวะการระบาดในอดีตมาแล้วหลายครั้ง คือ เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดหมูใน พ.ศ. 2552 โรคไข้หวัดนกใน พ.ศ. 2556 (H7N9) ไข้เลือดออกเดงกีใน พ.ศ. 2558 และไข้ซิกาใน พ.ศ. 2559 สำหรับการระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ ไต้หวันได้ประกาศเปิดใช้ศูนย์บัญชาการควบคุมโรคติดต่อตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 และรายงานผู้ติดเชื้อที่มีการยืนยันรายแรกในวันถัดมาคือ 21 มกราคม พ.ศ. 2563

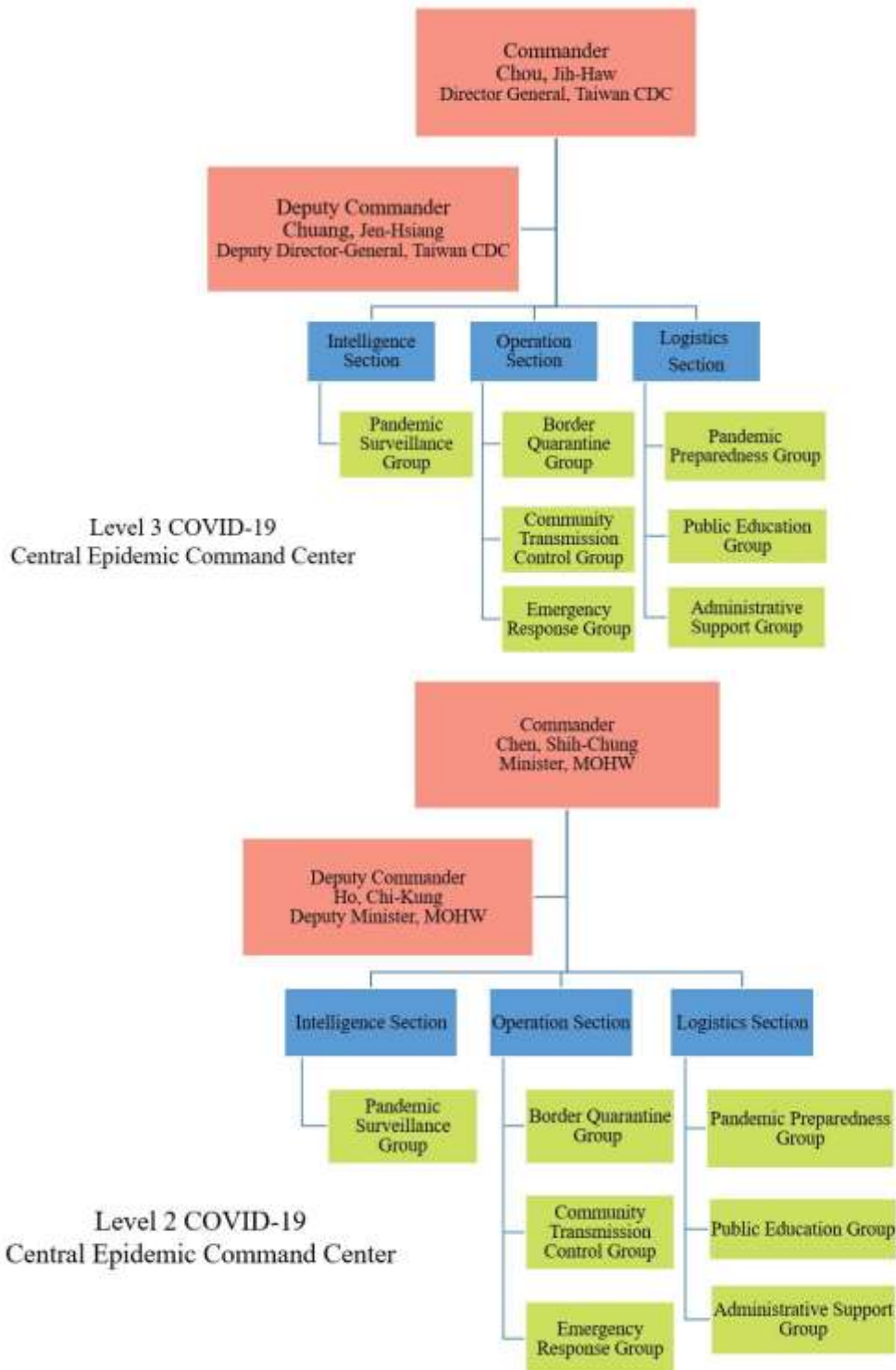
โดยจากเหตุการณ์การระบาดของโควิด 19 ตั้งแต่ในช่วงต้นในจีนแผ่นดินใหญ่ ศูนย์ควบคุมโรคของไต้หวันได้ดำเนินเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและดำเนินมาตรการต่างๆ ด้วยความรวดเร็ว โดยตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการป่วยไม่ทราบสาเหตุของคนในเมืองอู่ฮั่น ไต้หวันก็ได้มีการส่งตรวจสอบอาการป่วยของผู้โดยสารบนเครื่องบินจากเมืองอู่ฮั่นและส่งกักตัวคนที่มีอาการป่วยโดยทันที ซึ่งถือเป็นประเทศแรกๆ ที่เริ่มมีนโยบายควบคุมการข้ามชายแดน ต่อมาเมื่อวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2563 คำสั่งกักตัวนี้ได้ครอบคลุมไปถึงคนที่มีอาการเจ็บป่วยและประวัติการเดินทางจากเมืองอู่ฮั่นในช่วง 14 วันก่อนหน้า โดยให้เข้าตรวจอาการที่สถานพยาบาลและกักตัวที่บ้านจนกว่าจะยืนยันได้ว่าปลอดภัย

ในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 ไต้หวันได้ส่งทีมแพทย์เข้าตรวจสอบผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่น ก่อนจะมีการยืนยันการพบเชื้อใหม่และได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดตามกฎหมายอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2563 และเข้าสู่กลไกการควบคุมการระบาดผ่านศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (Central Epidemic Command Center หรือ CECC) ในวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 (Ministry of Health and Welfare, 2020; Wang, Ng, & Brook, 2020)

ศูนย์บัญชาการควบคุมโรคติดต่อ (CECC) แบ่งระดับการดำเนินการออกเป็น 3 ระดับ เรียงตามความรุนแรงของสถานการณ์การระบาด เริ่มจากระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับพื้นฐานสุด ไปสู่ระดับที่ 1 ซึ่งถือเป็นระดับที่รุนแรงที่สุด โดยในแต่ละระดับมีโครงสร้างบังคับบัญชาตามรูปข้างล่าง ซึ่งในสถานการณ์ระดับ 3 จะมีผู้อำนวยการศูนย์ควบคุมโรค (CDC) เป็นผู้บัญชาการ ในระดับที่ 2 จะเปลี่ยนผู้บัญชาการเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ และเมื่อสถานการณ์เลวร้ายสุดในระดับที่ 1 จะมีการเพิ่มผู้ช่วยรัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทยเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ช่วยผู้บัญชาการ เพื่อให้ศูนย์ฯ สามารถสั่งการต่างๆ ข้ามกระทรวงได้ดีขึ้น ซึ่งในการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น ไต้หวันได้มีการยกระดับตั้งแต่ระดับที่ 3 ถึงระดับที่ 1 ตามลำดับดังนี้

- ระดับที่ 3 ในวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 (ตามมติสภการบริหาร)
- ระดับที่ 2 ในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2563 (ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี)
- ระดับที่ 1 ในวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2563 (ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี) ซึ่งใช้มาจนถึงขณะนี้

รูปที่ 178 โครงสร้างการบังคับบัญชาของ CECC ในระดับ 3, 2 และ 1

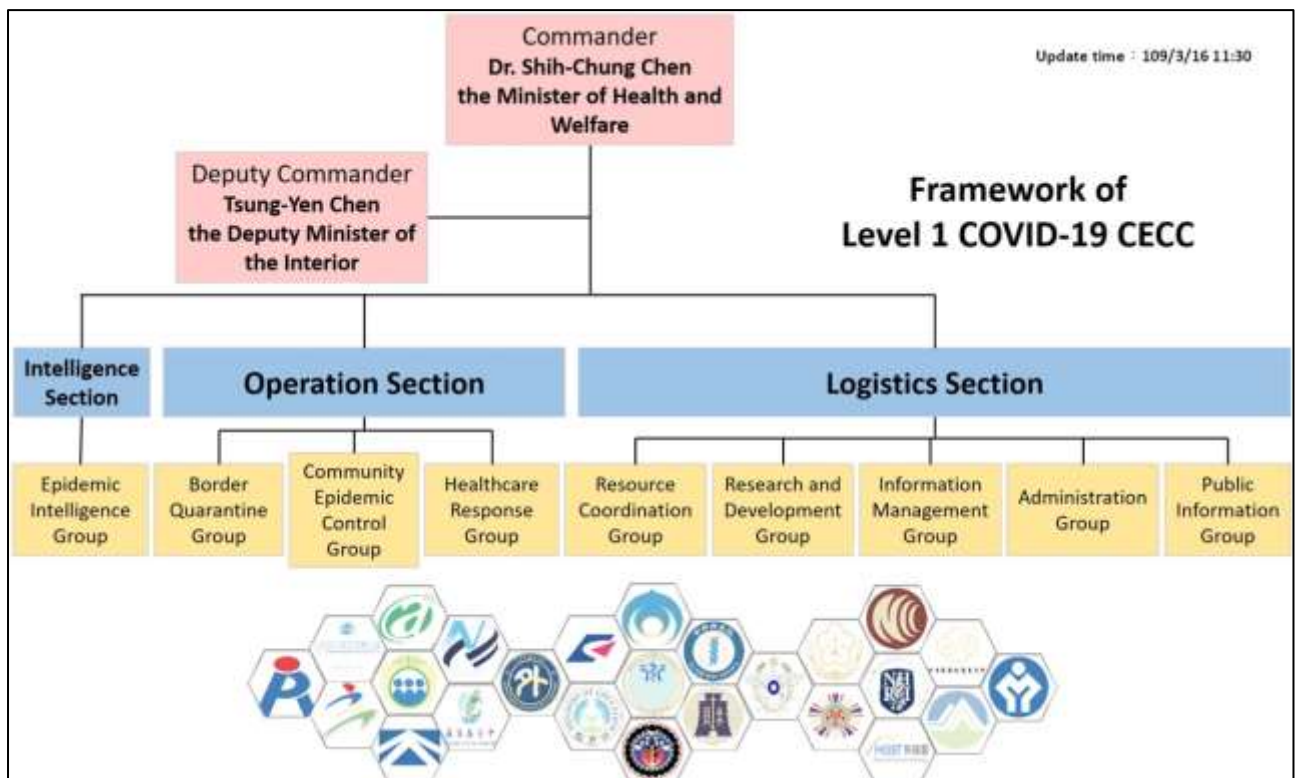


Framework of Level 1 COVID-19 Central Epidemic Command Center



ที่มา: Ministry of Health and Welfare (2021)

รูปที่ 179 โครงสร้างศูนย์บัญชาการกลางป้องกันโรคระบาดได้หวั่นระดับ 1 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19



ที่มา: <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/1DaM5MCJlvYKlbE3PIUzeA>

ด้วยระบบสาธารณสุขที่มีความพร้อมจากการมีประสบการณ์ทั้งในส่วนภาครัฐและประชาชน ทำให้ไต้หวันรับมือภาวะการระบาดได้อย่างรวดเร็ว โดยจากการศึกษาของ Wang, Ng, & Brook, (2020) พบว่า ตั้งแต่ 20 มกราคม - 24 กุมภาพันธ์ 2563 ศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (CECC) ได้ออกประกาศมาตรการต่างๆ ออกมากกว่า 124 มาตรการ โดยได้ประกาศใช้มาตรการที่ไม่ใช่ยา (Non-Pharmaceutical Interventions: NPI) ใน 4 ด้านหลัก (Ministry of Health and Welfare, 2021) ดังนี้

- 1) เฝ้าระวังและควบคุมเขตแดน (Surveillance, Laboratory Diagnosis and Border Control) ไต้หวันปฏิบัติการเชิงรุกในการจัดการกับเที่ยวบินที่มีความเสี่ยงสูงอย่างรวดเร็ว โดยคัดกรองผู้โดยสารที่มีไข้หรืออาการไอ ณ จุดตรวจคนเข้าเมือง รวมถึงคัดกรองผู้ที่มีประวัติเดินทางจากอุ้งนุ่นในช่วง 14 วันที่ผ่านมาด้วย
- 2) ควบคุมการแพร่ระบาดภายในประเทศ (Control of Community Transmission) ไต้หวันใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมเข้ากับฐานข้อมูลการตรวจคนเข้าเมืองและฐานข้อมูลศุลกากร เพื่อสร้างข้อมูล Big Data สำหรับวิเคราะห์เส้นทางการระบาด และสร้างการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์เพื่อติดตามผู้ป่วยที่กักตัวอยู่
- 3) การจัดสรรทรัพยากร (Stockpile and Allocation of PPE and Other Medical Supplies) โดยใช้กองทุนรัฐบาลและกำลังพลทหารในการเพิ่มกำลังการผลิตหน้ากากอนามัย โดยวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 ได้ออกมาประกาศว่า รัฐบาลได้ควบคุมสต็อกหน้ากากอนามัยไว้แล้วจำนวน 44 ล้านชิ้น หน้ากากอนามัยชนิด N95 จำนวน 1.9 ล้านชิ้น และห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ จำนวน 1,100 ห้อง นอกจากนี้ รัฐบาลยังออกมากำหนดราคาหน้ากากอนามัยไม่ให้สูงเกินไปด้วย
- 4) การสร้างความมั่นใจและให้ความรู้แก่สาธารณชน รวมทั้งจัดข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิด (Health Education and Fighting Disinformation) นอกจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการซึ่งเป็นผู้บัญชาการจะรายงานสถานการณ์ในแต่ละวันผ่านสื่อทุกช่องทางแล้ว ในอีกด้านหนึ่ง Chen Jianren รองประธานาธิบดีที่ผ่านการอบรมผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาและอดีตรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ (สมัยที่โรค SARS ระบาด) ยังทำหน้าที่เป็น Public Service Announcement ออกอากาศจากทำเนียบประธานาธิบดีไต้หวันและเผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยเนื้อหาที่ออกอากาศส่วนใหญ่เป็นเรื่องเวลาและสถานที่ที่ควรสวมใส่หน้ากากอนามัย ความสำคัญของการล้างมือ และการขอความร่วมมือไม่ให้กักตุนหน้ากากเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขไม่ขาดแคลน

รูปแบบการบริหารโดยศูนย์บัญชาการกลางควบคุมโรคระบาดของไต้หวัน (CECC) ดำเนินมาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าไต้หวันจะประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดได้อย่างต่อเนื่อง แต่ตั้งแต่ช่วงต้นเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นมาไต้หวันกลับเข้าสู่ภาวะการระบาดอีกครั้งและมีความรุนแรงมากกว่าเดิม สาเหตุหลักเกิดจากการผ่อนคลายนโยบายทางสาธารณสุขทั้งการเปิดสถานที่ต่างๆ โดยมีคลัส

เตอร์การระบาดใหญ่คือ โรงน้ำชาในย่านโคมแดงของเขตว่านหัวในเมืองไทเป และสโมสรไลออนส์สากล (Lions Club International) รวมถึงการอนุญาตให้จัดกิจกรรมต่างๆ และการผ่อนคลายการดำเนินการของสถานพยาบาล ซึ่งบางสำนักข่าวรายงานว่าสถานพยาบาลในไต้หวันไม่สันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่มีอาการเป็นโควิด-19 อีกต่อไป เนื่องจากตัวเลขผู้ติดเชื้อภายในประเทศน้อยมากจนทำให้เชื่อว่าสามารถจัดการติดเชื้อภายในประเทศไปได้แล้ว จนไม่มีการตรวจที่เข้มข้นมากเท่าเดิม (The MATTER, 2564; ข่าวสด, 2564) อย่างไรก็ตาม ในช่วงต่อมาไต้หวันก็สามารถกลับมาควบคุมภาวะการระบาดที่เกิดจนทำให้ตัวเลขผู้ติดเชื้อใหม่รายวันมีแนวโน้มลดลงได้อีกครั้ง

ความท้าทายหลักของไต้หวันในช่วงแรกคือเรื่องวัคซีน โดยข้อมูล ณ วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบว่าไต้หวันมีผู้ได้รับวัคซีนแล้วอย่างน้อย 1 โดส จำนวน 2.85 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 12.1 ของประชากร (ไทย ฉีดไปแล้ว 8.49 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 12.2) (Our World in Data, 2021) ซึ่งส่วนหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากการมีปัญหาทางการเมืองกับจีน ทำให้เกิดปัญหาการนำเข้าวัคซีนบางตัวที่บริษัทผู้ผลิตในต่างประเทศจะทำสัญญาเฉพาะกับรัฐบาล และทำสัญญากับรัฐบาลจีน (โดยถือว่าไต้หวันเป็นส่วนหนึ่งของจีน) โดยมีรายงานข่าวทั้งในประเด็นที่รัฐบาลจีนไม่ยอมส่งมอบวัคซีนจากบางบริษัทให้ไต้หวัน และรายงานข่าวที่ว่าเกิดจากรัฐบาลไต้หวันเองที่ปฏิเสธการนำเข้าวัคซีนจากจีนเพราะเคยมีปัญหาเรื่องคุณภาพวัคซีนในอดีต โดยที่ผ่านมไต้หวันได้รับวัคซีนจากการช่วยเหลือของสหรัฐอเมริกาและการเข้าร่วมโครงการ COVAX เป็นหลัก

นอกจากนี้ ไต้หวันเป็นอีกหนึ่งกรณีศึกษาที่ถอยจากการดำเนินนโยบายแบบโควิดเป็นศูนย์ ไปสู่การดำเนินนโยบายแบบอยู่ร่วมกับโควิด ซึ่งตั้งแต่ช่วงเมษายน พ.ศ. 2565 เป็นต้นมาที่มีตัวเลขผู้ติดเชื้อยืนยันสูงกว่าการระบาดรอบก่อนหน้ามาก แต่ไต้หวันหลีกเลี่ยงการใช้มาตรการเข้มงวดหรือล็อกดาวน์ในช่วงการระบาดในระยะหลังนี้⁵⁴² แตกต่างจากการระบาดในรอบแรกๆ ที่ไต้หวันเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความเข้มงวดสูง และประชาชนให้ความร่วมมือดีมากจากบทเรียนของการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) (โรคซาร์ส)

⁵⁴² https://www.lemonde.fr/en/international/article/2022/05/19/taiwan-phases-out-its-zero-covid-policy_5983995_4.html

25.4 กรณีศึกษาศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้

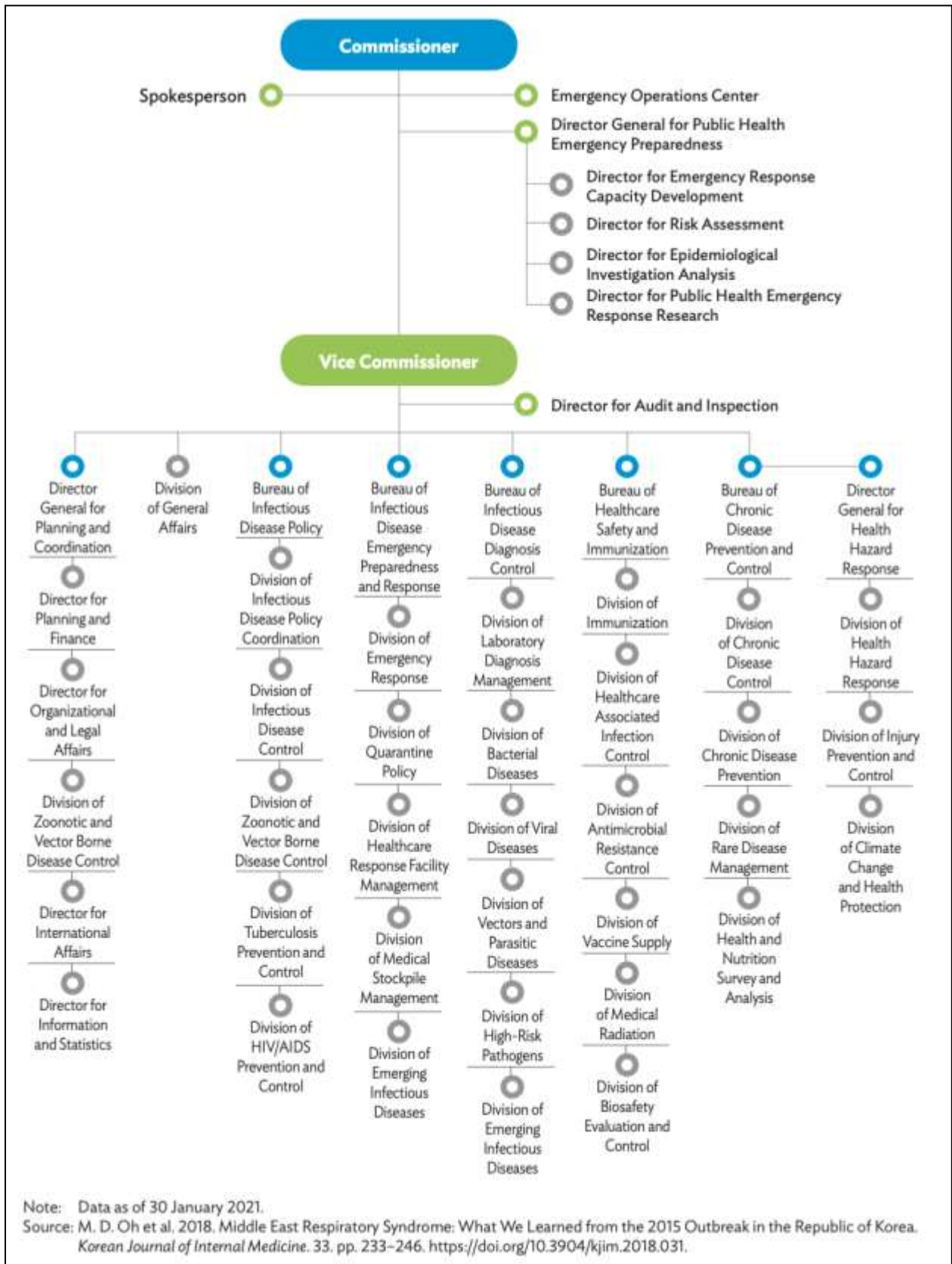
(Korea Centers for Disease Control and Prevention: KCDC)

เกาหลีใต้ประสบความสำเร็จอย่างมากในการรับมือกับโรค COVID-19 โดยเฉพาะในระยะแรก แม้ว่าหลังการเข้ามาของเชื้อโอไมครอนจะทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก แต่เกาหลีใต้ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตจาก COVID-19 ที่ค่อนข้างต่ำแห่งหนึ่งของโลก ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประเทศประสบความสำเร็จ คือ การใช้บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากโรคระบาดครั้งก่อนๆ มาช่วยในการพัฒนากลไกและรูปแบบการรับมือกับโรคระบาดให้ดียิ่งขึ้น

กลไกหลักของการจัดการและรับมือโรคระบาดของรัฐบาลมาจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งเกาหลี (Korea Centers for Disease Control and Prevention: KCDC) ในอดีต ซึ่งเพิ่งได้รับการยกระดับสถานะให้เป็นหน่วยงานอิสระ และเปลี่ยนชื่อเป็นสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลี (Korea Disease Control and Prevention Agency: KDCA) อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare: MOHW) ทำหน้าที่ด้านเทคนิคในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อในประเทศ สำหรับโรคติดต่อ หน้าที่หลักของหน่วยงานคือการติดตาม/ตรวจสอบการแพร่ระบาด การแยกกักตัว การทดสอบในห้องปฏิบัติการ และการดำเนินกิจกรรมการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการควบคุมโรค โครงสร้างของสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลี แสดงดังรูปข้างล่าง

ก่อนที่จะได้รับสถานะเป็น KDCA นั้น KCDC มีประวัติความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการระบาดหลายครั้งในอดีต โดย KCDC จัดตั้งอย่างเป็นทางการในปี 2547 ที่ผ่านมามีการปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาศักยภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดโรคระบาดในแต่ละครั้ง โดยเฉพาะการระบาดของโรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในปี 2552 หลังการระบาดของ MERS ในปี 2558 ได้มีการเพิ่มแผนกใหม่สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน การสื่อสารในภาวะวิกฤต การประเมินความเสี่ยงและความร่วมมือระหว่างประเทศ การปรับปรุงและพัฒนาจำนวนมากเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับมือ COVID-19 ของเกาหลีใต้ในปัจจุบัน

รูปที่ 180 โครงสร้างของสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้

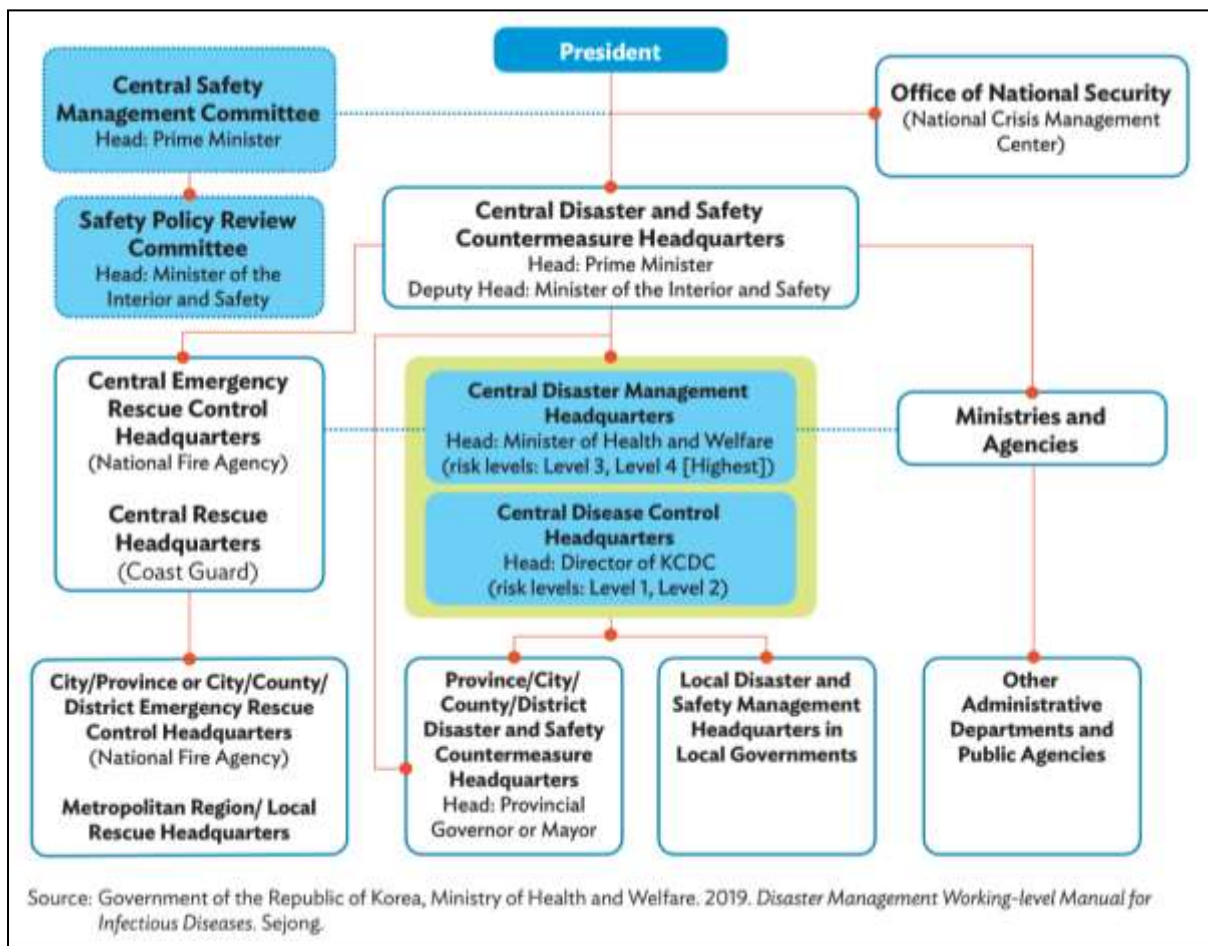


ระบบการรับมือต่อภัยพิบัติและสำนักงานใหญ่ส่วนกลาง

โควิด-19 ถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรงในเกาหลีใต้ และมีการจัดการในฐานะภัยพิบัติระดับชาติ ทำให้เกิดกลไกการกำกับดูแลการรับมือต่อภัยพิบัติขึ้น โดยหลังจากการระบาดของ MERS ปี 2558 ได้มีการแก้ไขคู่มือระดับการทำงานสำหรับการจัดการภัยพิบัติ กรณีโรคระบาดขึ้น หากอ้างอิงตามคู่มือนี้ ระบบตอบสนองของโรคระบาดจะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่างกันตามระดับการแจ้งเตือนที่ต่างกัน ได้แก่ ระดับ 1 ทีมมาตรการรับมือ (countermeasures teams) จะถูกจัดตั้งขึ้นที่ KCDC; ระดับ 2 สำนักงานใหญ่ควบคุมโรคกลาง (The Central Disease Control Headquarters) ที่ KCDC จะถูกจัดตั้งขึ้นและเริ่มเปิดดำเนินการ; ระดับ 3 สำนักงานใหญ่จัดการภัยพิบัติกลาง (Central Disaster Management Headquarters) จะถูกจัดตั้งขึ้นและทำหน้าที่สนับสนุนสำนักงานใหญ่จัดการภัยพิบัติกลาง; และระดับ 4 สำนักงานใหญ่ควบคุมภัยพิบัติและความปลอดภัยกลาง (Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters CDSCH) จะถูกจัดตั้งขึ้นและเริ่มเปิดดำเนินการ

บทบาทสำคัญของ CDSCH คือการเจรจาโยบายและการตัดสินใจสำหรับนโยบายสำคัญๆ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การประสานงานระหว่างกระทรวง และการอำนวยความสะดวกในการอภิปรายระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น โครงสร้างองค์กร โดยศูนย์กลางของโครงสร้างนี้คือประธาน (ปัจจุบันคือนายกรัฐมนตรี) ในขณะที่รองประธานคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและความปลอดภัย หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของ CDSCH ได้แก่ สำนักงานใหญ่ควบคุมโรคกลาง (Central Disease Control Headquarters) และ สำนักงานใหญ่จัดการภัยพิบัติกลาง Central Disaster Management Headquarters), สำนักงานดับเพลิงแห่งชาติ (National Fire Agency) และหน่วย Coast Guard ซึ่งสามารถรับและนำคำสั่งไปปฏิบัติได้โดยตรง เช่นเดียวกับกระทรวงและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งนี้ กระทรวงและหน่วยงานแต่ละแห่งอาจดำเนินงานผ่านหน่วยงานและองค์กรในท้องถิ่นโดยตรง หรือผ่านช่องทางความสัมพันธ์ในการทำงานกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นก็ได้

รูปที่ 181 ภาพรวมของระบบการจัดการโรคติดเชื้อของสาธารณรัฐเกาหลี



เนื่องจาก CDSCH เป็น Non-standing Body จึงมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 ขึ้นภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อสนับสนุนบทบาทของนายกรัฐมนตรีในฐานะประธานของ CDSCH ศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 นี้ทำหน้าที่ในการจัดการประชุม ประสานงานระหว่างกระทรวงต่างๆ และสื่อสารโดยตรงกับสำนักงานความมั่นคงแห่งชาติหรือกับประธาน ศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 ถูกแบ่งออกเป็นทีม ได้แก่ ทีมกิจการทั่วไป (General Affairs Team) ซึ่งดูแลการจัดประชุม CDSCH และการสื่อสารความเสี่ยง; ทีมสนับสนุน (Supporting Team) ซึ่งให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานประจำวันแก่นายกรัฐมนตรี และทีมจัดการปัญหาปัจจุบัน (Current Issue Management Team) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจุบัน เช่น การเข้ามาของวัคซีน และรักษาความสัมพันธ์กับ Medical Community

การประชุมรายวันเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของ CDSCH โดยการประชุมจะเริ่มเวลา 8.00 น. ไม่ว่าจะออนไลน์หรือออฟไลน์ โดยมีสมาชิกของ CDSCH และหัวหน้ารัฐบาลท้องถิ่น 17 คน ในขณะที่หน่วยงานท้องถิ่นอีก 226 คนเข้าร่วมในฐานะผู้ฟัง โดยการประชุมจะเริ่มจากนายกรัฐมนตรีให้รายงานเกี่ยวกับ

สถานการณ์การระบาดโดยสังเขป และแนวทางการรับมือของรัฐบาลก่อน จากนั้นจึงดำเนินการประชุมเพื่อหารือการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการรับมือที่สำคัญต่างๆ เพื่อให้รัฐบาลทุกภาคส่วนสามารถดำเนินนโยบายที่สอดคล้องกันได้ การประชุมยังได้หารือถึงวิธีการนำนโยบายไปใช้ผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ และรัฐบาลกลาง-ท้องถิ่น อีกทั้งหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นก็สามารถใช้ช่องทางนี้ในการรายงานต่อรัฐบาลกลางได้อีกด้วย

รูปที่ 182 ศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 สำนักนายกรัฐมนตรีสาธารณรัฐเกาหลี



การปฏิรูปที่มาจากประสบการณ์ที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการรับมือ COVID-19

การระบาดของ MERS ผู้ติดเชื้อ 186 ประเทศ การวินิจฉัยและการตอบสนองของ MOHW ที่ล่าช้า ความล้มเหลวในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ การสื่อสารในกรณีฉุกเฉินที่ไม่ดี และระบบการจัดการ การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอในเกาหลีใต้ ทำให้ MOHW ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนัก เนื่องจากความรุนแรงของ MERS ในประเทศสูงกว่าประเทศอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ การระบาดได้เผยให้เห็นจุดอ่อนของประเทศในการเตรียมรับมือกับเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน ตั้งแต่นั้นมา รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบการจัดการโรคระบาดมากขึ้น

บทเรียนจากความสามารถที่ไม่เพียงพอต่อการรับมือต่อโรค MERS ของเกาหลีใต้ มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ความสำคัญของการเตรียมพร้อม การสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล และการตรวจหาและดำเนินการแต่

เน้นๆ นำมาซึ่งการปฏิรูปและการเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญต่อการรับมือกับโรค COVID-19 ในปัจจุบันด้วย

การปฏิรูปแนวทางการจัดการภัยพิบัติ

ระบบประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญ หลังจากการระบาดของ MERS เป็นต้นมา ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนได้รับการปรับปรุงและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากรัฐบาลเกาหลีใต้ และถูกนำมาใช้ในการรับมือกับ COVID-19 ด้วย

รัฐบาลเกาหลีใต้ได้ออกคู่มือระดับปฏิบัติการการจัดการภัยพิบัติสำหรับโรคติดต่อ (Disaster Management Working-level Manual for Infectious Diseases) ซึ่งกำหนดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงของรัฐบาล ระบบธรรมาภิบาล ระบบแจ้งเตือนความเสี่ยง และบทบาทของกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ ในระหว่างการระบาด เป็นไปตามกรอบพระราชบัญญัติการจัดการภัยพิบัติและความปลอดภัย มาตรา 34-5 หลังจากการระบาดของ MERS

รูปที่ 183 การปรับปรุงระบบรับมือต่อโรคระบาดตามระดับการแจ้งเตือน

Alert Level	Before MERS	After MERS
LEVEL 1 (ATTENTION) - Prevalence of an infectious disease in foreign countries	- Situation monitoring - Border quarantine measures - Prevention education and campaign (KCDC)	- Situation monitoring - Border quarantine measures - Prevention education and campaign (KCDC)
LEVEL 2 (CAUTION) - Emergence of an infectious diseases in the country - Nosocomial infection	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Infection Response Task Force</div> - At the level of CAUTION, both the Central Accident Response Headquarters and the Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters are operated	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Response Task Force (KCDC)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Government-Wide Meeting (presided by the Prime Minister)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Management Task Force (Ministry of Health and Welfare)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Support Task Force (Ministry of Public Safety and Security)</div> </div>
LEVEL 3 (ALERT/EMERGENCY) - Community transmission	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters (Prime Minister or Ministry of Public Safety and Security)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Accident Response Headquarters (Ministry of Health and Welfare)</div> - The two headquarters are activated when the Prime Minister deems it necessary, or upon the suggestion of the Minister of Public Safety and Security	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters (supervised by the Prime Minister, and supported by the Ministry of Public Safety and Security)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Accident Response Headquarters (Ministry of Health and Welfare)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Response Task Force (KCDC)</div>
LEVEL 4 (CRITICAL) - Spread throughout the country	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters (Prime Minister or Ministry of Public Safety and Security)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Accident Response Headquarters (Ministry of Health and Welfare)</div> - The two headquarters are activated when the Prime Minister deems it necessary, or upon the suggestion of the Minister of Public Safety and Security	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters (supervised by the Prime Minister, and supported by the Ministry of Public Safety and Security)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Central Accident Response Headquarters (Ministry of Health and Welfare)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Response Task Force (KCDC)</div>

KCDC = Korea Centers for Disease Control and Prevention; MERS = Middle East respiratory syndrome.
 Source: Government of the Republic of Korea, Ministry of Health and Welfare, 2019. *Disaster Management Working-level Manual for Infectious Diseases*. Sejong.

ความแตกต่างที่สำคัญสองประการระหว่างก่อนและหลังการระบาดของ MERS คือ (1) ผู้อำนวยการ KCDC เข้ามาเกี่ยวข้องในทุกระดับการแจ้งเตือน และ (2) นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ (Minister of Health and Welfare) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงความปลอดภัยและความมั่นคงสาธารณะ (Minister of Public Safety and Security) เข้ามาสนับสนุน KCDC ในระดับที่ 3 คู่มือนี้ ยังให้รายละเอียดเกี่ยวกับระบบแจ้งเตือนโรคระบาดของเกาหลีใต้ และกิจกรรมการรับมือ (ดูตารางข้างล่าง) การปฏิรูปเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตอบสนองของประเทศ ซึ่งเป็นการปูทางสำหรับแนวทางการรับมือกับ COVID-19 ในครั้งนี้

รูปที่ 184 ระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงโรคระบาดและกิจกรรมการรับมือ

Level	Type of Threat		Major Activities Undertaken as Response Measures
	Novel Infectious Disease Emerging Overseas	Unknown/Reemerging Domestic Infectious Disease	
Level 1	Novel infectious disease emerges overseas, and becomes an epidemic.	Unknown/reemerging of domestic infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Countermeasures teams at KCDC initiate operations to tackle each infectious disease. Monitoring and surveillance for potential health risk takes place. Response capacity is prepared. If needed, measures for on-site measures are implemented, and related infrastructure can be deployed.
Level 2	Novel infectious disease enters ROK.	Limited transmission of the unknown/reemerging domestic infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Central Disease Control Headquarters is formed at KCDC and put into operation. Cooperation mechanisms for relevant agencies are activated. Relevant measures are installed and related infrastructures are activated. Monitoring and surveillance activities are strengthened.
Level 3	Limited transmission is detected for the novel infectious disease in ROK.	Community transmission of unknown/reemerging domestic infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Central Disease Control Headquarters of KCDC continues its operation. Central Disaster Management Headquarters is established at the Ministry of Health and Welfare. If needed, the Prime Minister holds a pan-governmental meeting. The Ministry of the Interior and Safety reviews for operation of pan-governmental support headquarters. Cooperation mechanisms for relevant agencies are strengthened. Disease prevention and surveillance activities are enhanced.
Level 4	Community transmission or nationwide spread is observed for the novel infectious disease in ROK.	Nationwide spread of unknown/reemerging domestic infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Full-capacity and pan-governmental response is in place. If needed, Central Disaster and Safety Countermeasure Headquarters begins its operation.

KCDC = Korea Centers for Disease Control and Prevention, ROK = Republic of Korea.
Source: Korea Institute for Health and Social Affairs. 2020. Assessment on COVID-19 Response, Analysis and Evaluation. Seoul.

การปฏิรูปศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีและการเปลี่ยนแปลงสถาบันอื่นๆ

ระบบการจัดการโรคติดต่อที่ครอบคลุมของเกาหลีใต้ส่วนใหญ่มาจากการแก้ไขกฎหมายและกระบวนการต่างๆ หลังจากบทเรียนจากการระบาดของ MERS ทั้งการปฏิรูป KCDC รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสถาบันอื่นๆ ซึ่งในภายหลังได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสำคัญในการรับมือต่อการระบาดของ COVID-19 เมื่อเทียบกับการรับมือของประเทศต่อการระบาดของ MERS ในปี 2558

KCDC ได้ผ่านการขยายองค์กรและการปรับโครงสร้างองค์กรครั้งใหญ่ ทำให้ความสามารถของ KCDC แข็งแกร่งขึ้นมาก โดยในปี 2561 ได้มีการจัดตั้งแผนกใหม่ เช่น แผนกปฏิบัติการฉุกเฉิน การสื่อสารวิกฤต การประเมินความเสี่ยง และความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งนี้ ในเดือนพฤษภาคม 2563 สถานะของ KCDC ก็ได้รับการยกระดับ ทำให้มีความสามารถในการทำวิจัยและกำหนดทิศทางนโยบายได้มากขึ้น โดยหน่วยงานจะมีอิสระทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณโดยไม่ต้องขออนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขก่อนอีกต่อไป

แง่มุมหนึ่งของความพยายามในการปรับปรุงที่สำคัญของ KCDC คือการขยายโครงการ epidemic intelligence service หรือ EIS ซึ่งเห็นได้จำนวนเจ้าหน้าที่ EIS ที่เพิ่มขึ้นจาก 34 คน ในปี 2558 มาเป็น 124 คนในปี 2561

นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (emergency operations center) ภายใต้ศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Center for Public Health Emergency Preparedness and Response) เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดต่อทั้งในและต่างประเทศแบบเรียลไทม์ ผ่านห้องควบคุมที่ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินขยายขีดความสามารถปฏิบัติการฉุกเฉินของศูนย์เตรียมความพร้อมและรับมือเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยการตรวจจับสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะเริ่มต้น และส่งทีมเข้าไปรับมือได้ตั้งในช่วงต้นของการระบาด

การพัฒนาอื่นๆ ได้แก่ การสร้างระบบบริการสำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้น การแยกกักตัวอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ และการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ รัฐบาลยังกำหนดให้ต้องมีการดูแลแบบเลือกสรรสำหรับห้องฉุกเฉินเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ขยายโครงสร้างพื้นฐานระบบป้องกันและรักษาโรคของโรงพยาบาล และปรับปรุงสภาพแวดล้อมการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การลดขนาดห้องผู้ป่วยในโรงพยาบาล

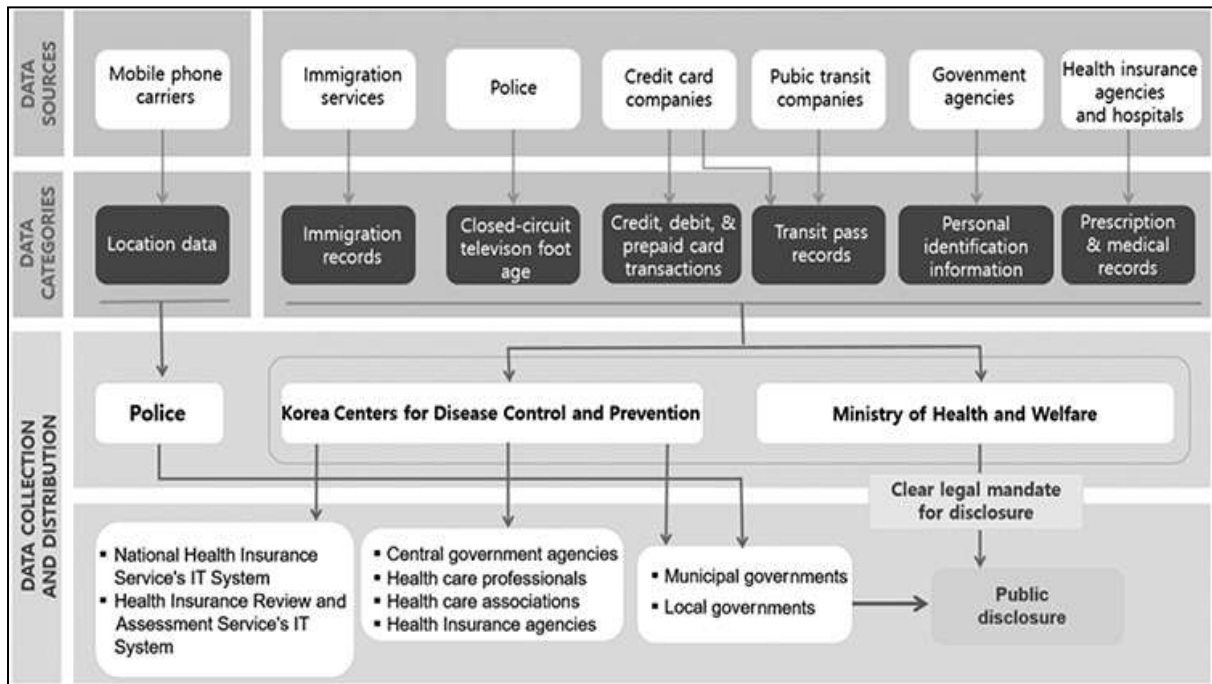
นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาโปรโตคอลการอนุญาตใช้งานฉุกเฉิน (emergency use authorization: EUA) และนำมาใช้ในปี 2560 เพื่ออนุมัติชุดตรวจวินิจฉัยที่พัฒนาขึ้นใหม่สำหรับใช้ในเชิงพาณิชย์ สำหรับการใช้งานโปรโตคอลนั้น สามารถใช้ได้เฉพาะในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคระบาดขนาดใหญ่เท่านั้น โดยระบุไว้โดยเฉพาะในโปรโตคอลว่า EUA สามารถใช้งานได้ตามการตัดสินใจของอธิบดี KCDC นอกจากนี้ ยังมี

การเปลี่ยนแปลงกฎหมายในพระราชบัญญัติควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยกำหนดให้รัฐบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลในโทรศัพท์มือถือที่มีข้อมูลสถานที่และบัตรเครดิต ข้อมูลบันทึกการใช้งาน และการเข้าถึงภาพโทรศัพท์นวงจรปิด ในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดต่อในวงกว้างได้ เพื่ออำนวยความสะดวกในกระบวนการติดตามผู้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ และการสืบสวนโรคต่อไป

การปฏิรูปการสื่อสารความเสี่ยง

บทเรียนสำคัญอย่างหนึ่งที่เกาหลีใต้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การรับมือกับโรค MERS คือบทบาทของการสื่อสารความเสี่ยงในการจัดการโรคระบาด ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดของโรค MERS ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจเชื้อถูกเผยแพร่ผ่านสื่อออกอากาศและทางออนไลน์จำนวนมาก มีการโต้เถียงกันในวงกว้างเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานที่ที่ผู้ป่วย MERS เคยเดินทางไปของสถาบันทางการแพทย์ นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นยังไม่ค่อยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การสื่อสารที่ไม่ดีของรัฐบาลจึงก่อให้เกิดความสับสน สร้างความไม่ไว้วางใจและความวิตกกังวลในหมู่ประชาชน ดังนั้น นับตั้งแต่มีการระบาดของ MERS ในเกาหลีใต้ รัฐบาลได้พยายามปรับปรุงระบบการสื่อสารความเสี่ยงหลายประการ

การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติควบคุมและป้องกันโรคเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2558 ทำให้การเข้าถึงและสิทธิของประชาชนในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดต่อและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแข็งแกร่งยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กฎหมายยังรับรองการเปิดเผยต่อสาธารณชนโดยทันทีเกี่ยวกับไทม์ไลน์ และข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยยืนยัน รวมไปถึงผู้ที่ติดต่อใกล้ชิด ประวัติการเข้ารับการรักษา และอื่นๆ ดังที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ ระบบติดตามการติดเชื้อไวรัสในเกาหลีใต้แสดงดังรูปด้านล่าง

รูปที่ 184 ระบบติดตามการติดไวรัสในเกาหลีใต้


ที่มา: Park et al. (202). Asian Economic Papers. 2021;20(2):41-62. doi:10.1162/asep_a_00803

สำนักสื่อสาร (Office of Communication) ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อการสื่อสารด้านสาธารณสุขและการสื่อสารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพในกรณีฉุกเฉินจากการระบาด ตลอดจนเพื่อส่งเสริมการประเมินความเสี่ยงโรคระบาดทั่วโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศที่ดีขึ้น นอกจากนี้ กองการประเมินความเสี่ยงและความร่วมมือระหว่างประเทศ (Division of Risk Assessment and International Cooperation) ได้ถูกจัดตั้งขึ้นเช่นกัน โดยทำหน้าที่รวบรวมและประเมินการระบาดทั่วโลก และวางแผนจัดการความร่วมมือระหว่างประเทศกับรัฐบาลต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศในกรณีที่เกิดการระบาดทั่วโลก

KCDC ได้เผยแพร่ขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงในกรณีฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในปี 2560 ซึ่งแก้ไขในปี 2561 โดยคู่มือจะระบุงานเฉพาะสำหรับการสื่อสารความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความไว้วางใจสาธารณะ สร้างสภาพแวดล้อมในการรับมือความเสี่ยงที่ถูกต้อง และชี้แจงกลยุทธ์โดยรวมตามระดับการแจ้งเตือนความเสี่ยง

สำหรับการรับมือกับ COVID-19 การสื่อสารความเสี่ยงของเกาหลีใต้ได้รับการยกย่องว่าเป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ดีที่สุดของการสื่อสารด้านสุขภาพที่เปิดกว้าง โปร่งใส และมีประสิทธิภาพของโลก ผู้อำนวยการของ KCDC (ปัจจุบันคือ KDCA) ได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลสำคัญด้านความพยายามในการสื่อสารความเสี่ยงของรัฐบาล ซึ่งประสบความสำเร็จในการได้รับความไว้วางใจจากสาธารณชนในระดับสูง การปฏิรูปกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อนั้นมียุทธศาสตร์สำคัญอย่างแท้จริง ทำให้สามารถสื่อสารเกี่ยวกับสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศได้อย่างแม่นยำ เปิดเผย และโปร่งใส

รูปที่ 185 กลยุทธ์การสื่อสารตามระดับการแจ้งเตือน

Alert Level	Risky Situation	Communication Direction	
		Goal	Strategy
Level 1 Blue (Attention)	<ul style="list-style-type: none"> - An EID is prevalent abroad (Not yet entered ROK) - Occurrence of a patient with infection of unknown cause in ROK 	Correct Awareness concerning the Situation	Delivery of swift, accurate, and transparent information on the infectious disease situation
Level 2 Yellow (Caution)	<ul style="list-style-type: none"> - The foreign EID has entered ROK: occurrence of a patient in Korea - Emerging and reemerging infectious disease occurs in ROK (The patient with a disease of unknown cause has been confirmed as having an infectious disease) 	Compliance with Prevention Rules	Active public communication through various channels
Level 3 Orange (Emergency)	<ul style="list-style-type: none"> - Foreign EID or domestic EID/ reemerging infectious disease spreads to other regions 	Empathy in overcoming the risky situation	Encouraging voluntary participation of the public to overcome the risky situation
Level 4 Red (Critical)	<ul style="list-style-type: none"> - Foreign EID or domestic EID/ reemerging infectious disease occurs in many regions. There is a sign of nationwide diffusion. 		

EID = emerging infectious disease, ROK = Republic of Korea.
Source: Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2018. *Standard Operating Procedure for Risk Communication in Case of Public Health Emergencies*. 2nd ed, Osong.

การปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และปัญญาประดิษฐ์

เกาหลีใต้มีการกำหนดมาตรฐานการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับการจัดลำดับความสำคัญสำหรับห้องไอซียูเป็นลำดับแรกๆ ขณะที่สิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ถูกนำมาใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่าเพื่อหลีกเลี่ยงการขาดแคลนเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งตลอดทั้งกระบวนการนี้ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) ได้เข้ามามีบทบาทและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

สิทธิตามกฎหมายสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขของเกาหลีในการใช้ ICT รวมทั้ง AI เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกาหลีใต้แตกต่างจากประเทศอื่น โดยเกาหลีได้นำเอาเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ในเกือบทุกกระบวนการรับมือ ตั้งแต่การเว้นระยะห่างทางสังคม การตรวจคัดกรองเชื้อ การติดตามผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงสูง รวมไปถึงกระบวนการรักษา⁵⁴³

⁵⁴³ ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: How Korea responded to a pandemic using ICT Flattening the curve on COVID-19: https://www.ioe-emp.org/fileadmin/ioe_documents/publications/COVID-19/20200422_KEF_SK_and_Covid.pdf

การผลิตชุดตรวจจำนวนมากในเวลาที่รวดเร็ว ทำให้ในบางช่วงเกาหลีใต้สามารถตรวจเชื้อในแต่ละวันได้จำนวนสูงสุดของโลก ซึ่งเป็นผลมาจากเมื่อประมาณสิบปีที่แล้ว เกาหลีใต้ลงทุนในอุตสาหกรรมชีวการแพทย์ของตน บริษัทบางแห่ง เช่น Celltrion ได้พัฒนาเป็นบริษัทชีวการแพทย์ระดับโลก และบริษัทอื่นๆ ที่มีความสามารถในการผลิตยาได้พัฒนาชุดตรวจ COVID-19 และระบบการผลิตจำนวนมาก เช่น KogeneBiotech ที่ก่อตั้งขึ้นในปี 2543 เป็นบริษัทที่เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยระดับโมเลกุลสามารถพัฒนาชุดตรวจ COVID-19 ได้ภายในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 โดยใช้เวลาเพียงสามสัปดาห์หลังจากการปล่อยลำดับพันธุกรรมของ COVID-19 (MOEF 2020) ส่งผลให้จำนวนบริษัทที่ผลิตชุดทดสอบเพิ่มขึ้นเป็น 5 แห่ง ด้วยระบบการผลิตที่เกินความต้องการภายในประเทศของเกาหลี ทำให้สามารถส่งออกได้ด้วย

สรุป

สหรัฐอเมริกา มีระบบที่ออกแบบไว้ค่อนข้างดี แต่ก็มีปัญหาการตอบสนองที่ล่าช้าเมื่อเกิดความขัดแย้งกับฝ่ายการเมือง อย่างไรก็ตาม CDC ก็มีอิสระในการดำเนินการออกคำแนะนำและออกมาตรการต่างๆ ได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้จะมีการขัดแย้ง การแทรกแซงการทำงาน รวมถึงการโจมตีของฝ่ายบริหาร ทั้งนี้เนื่องจากระบบการเมืองของสหรัฐอเมริกาถูกออกแบบมาให้มีการถ่วงดุลอำนาจ ไม่ได้มีการรวมศูนย์อำนาจเด็ดขาดไว้ที่ฝ่ายรัฐบาล เช่น กรณีการวิพากษ์ของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ กับ Anthony Fauci (อดีต ผอ. CDC) ที่แม้ว่าประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ จะขู่ว่าจะไล่ Anthony Fauci ออกจากตำแหน่งทันทีหลังการเลือกตั้งสมัย 2 แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่สามารถทำได้โดยง่าย เพราะ Anthony Fauci เป็นข้าราชการ (ไม่ใช่ข้าราชการการเมือง) ทำให้ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายของสหรัฐ และมีกระบวนการในการตรวจสอบความผิดต่างๆ ก่อนการไล่ออก

สำหรับไต้หวันและเกาหลีใต้ต่างประสบความสำเร็จในการรับมือกับโรค COVID-19 ในช่วงระยะเวลา 2 ปีแรกของการระบาด โดยอาศัยประสบการณ์การรับมือกับโรคระบาดในอดีตมาช่วยในการพัฒนาและปรับปรุงกลไกการรับมือกับโรคระบาด แต่หลังจากการต่อสู้กับไวรัสได้อย่างยาวนาน และเผชิญกับการกลายพันธุ์ของเชื้อมาเป็นสายพันธุ์เดลต้า และต่อมาเป็นสายพันธุ์โอมิครอนที่แพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วขึ้นมา ทำให้ในปี 2565 ทั้งสองประเทศนี้ (และไทย) ต่างก็ต้องเผชิญกับการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ เกือบทั่วโลก ดังนั้นแม้ว่าตัวอย่างของทั้งไต้หวันและเกาหลีใต้จะน่าสนใจ แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการรับมือกับการระบาดที่รุนแรง ซึ่งไทยเองก็ควรต้องหาหนทางที่ดีกว่ามาปรับปรุง พัฒนา และอุดช่องว่างในโมเดลของไทยให้ดีกว่าทั้งสองประเทศนี้ทำได้ในช่วงกลางปี 2565 นี้

25.5 แนวทางการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาวของประเทศไทย

ในส่วนที่ 3 ได้อธิบายกลไกการรับมือการระบาดของโควิด-19 ของไทย และในหัวข้อก่อนหน้าได้มีการพิจารณากลไกของประเทศที่มีการวางระบบการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินไว้อย่างน่าสนใจอย่างได้พินิจและเกาหลีใต้ โดยในภาพรวมพบว่าประเทศไทยบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินนี้ผ่านการสร้างหน่วยตัดสินใจขึ้นมาใหม่และรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจผ่านศูนย์ต่างๆ ที่ตั้งขึ้น ซึ่งปัญหาสำคัญคือความเสี่ยงที่กระบวนการตัดสินใจต่างๆ อาจจะไม่ได้อำนาจแก่ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ กรณีประเทศไทยได้จัดการจุดอ่อนนี้ผ่านการแต่งตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาในประเด็นต่างๆ อย่างไรก็ตาม กระบวนการกำหนดบทบาทและอำนาจนี้ถูกดำเนินการผ่านการตัดสินใจโดยฝ่ายบริหารไม่ได้อยู่ในรูปแบบที่เป็นกลไกอัตโนมัติ

หากพิจารณาถึงแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ของประเทศจะพบว่า **ประเทศไทยไม่ได้ขาดการกำหนดแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉิน** โดยไทยมีแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เช่น **แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2564-2570** ของคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ(กปภ.ช.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ตาม พรบ. พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 **แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2560-2564** ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย และ**แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558** ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ที่มีมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมว่าหน่วยงานใดจะต้องดำเนินการในกิจกรรมใดบ้าง

อย่างไรก็ตาม ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน สิ่งหนึ่งที่ประเทศต้องการคือการให้อำนาจการตัดสินใจแก่บุคคลที่เหมาะสม และการตัดสินใจในหลายกรณีมักจะต้องการการตัดสินใจข้ามหน่วยงานในระยะเวลาเร่งด่วน ซึ่งลักษณะของแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ของประเทศไทยยังมุ่งเน้นการสร้างภาคีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการ ทำให้อาจจะเกิดความล่าช้าไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ต้องการความเร่งด่วนและต้องการอำนาจการตัดสินใจข้ามหน่วยงาน ทำให้เมื่อเกิดวิกฤติฉุกเฉินอำนาจการตัดสินใจจึงต้องไปรวมอยู่ที่ผู้นำประเทศ และทำให้เกิดลำดับชั้นในการสั่งการที่ซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิมที่ปัญหาอยู่ในการดูแลในระดับหน่วยงาน

จากการศึกษาตลอดช่วงโครงการและการรวบรวมข้อมูลความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงเสนอให้ประเทศไทยมีการจัดตั้งกลไกการจัดการภัยพิบัติที่ให้อำนาจแก่ผู้นำหน่วยงานที่มีองค์ความรู้และข้อมูลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ให้สามารถดำเนินการตามความจำเป็นและสามารถมีอำนาจในการสั่งการองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกลไกนี้ควรเป็นกลไกอัตโนมัติที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างทันท่วงที กำหนดระดับของอำนาจการตัดสินใจตามภาวะความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น รวมทั้ง การระบุหรือจัดตั้งรวมถึงการให้อำนาจและระบุบทบาทขององค์กรเฝ้าระวังและศึกษาข้อมูลภัยพิบัติด้านต่างๆ แยกตามความ

เชี่ยวชาญของประเภทภัยพิบัติ เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเฝ้าระวังของประเทศ และมีมาตรการระบุอำนาจ และบทบาทอย่างชัดเจนในกรณีการเกิดภัยพิบัติในระดับต่างๆ ซึ่งองค์กรเหล่านี้จะเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญจากความรู้และประสบการณ์การรับมือภัยพิบัติ และจะมีส่วนช่วยเสริมให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถที่จะมีอำนาจการตัดสินใจได้ในภาวะเร่งด่วน มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้ เพราะมีการติดตามและเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมเสมอ และจัดการปัญหาได้อย่างทันท่วงทีเพราะมีการ กำหนดบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ไว้แล้วล่วงหน้า

ส่วนที่ 8

ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

- ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

ส่วนที่ 8

ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

26. ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

บทเรียนจากการเผชิญภาวะฉุกเฉินในอดีตที่ผ่านมาทั้งวิกฤติด้านโรคระบาด และภัยพิบัติต่างๆ บ่งชี้ว่าการวิจัย พัฒนา และนวัตกรรมเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามที่ได้อภิปรายไปบ้างแล้วในการศึกษาในส่วนก่อนหน้า อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของระบบ ววน. ในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน คือ กระบวนการทำวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพ จำเป็นที่จะต้องผ่านกระบวนการส่งสมความรู้และการกลั่นกรองความรู้โดยความเชี่ยวชาญของนักวิจัย จึงเป็นการยากที่โครงการวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมในประเด็นใหม่ๆ จะมีสัมฤทธิ์ผลถึงขั้นสร้างข้อเสนอและผลงานที่นำมาใช้ได้ทันในเวลาอันสั้น

การเตรียมความพร้อมโดยการสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถจึงเป็นแนวทางที่จำเป็นสำหรับการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต โดยจะสังเกตได้จากรับมือการระบาดของโควิด-19 ที่หน่วยงาน ววน. มีส่วนช่วยในระยะฉุกเฉินจากการรวบรวมความรู้ที่มีในระบบเพื่อส่งต่อกระบวนการนโยบาย และการทำการวิจัยแบบเร่งด่วน (Quick Research) ซึ่งโครงการต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการได้อย่างจำกัด ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะที่เกิดขึ้น ขณะที่การจัดสรรทุนวิจัยและนวัตกรรมให้แก่โครงการต่างๆ ส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่จะต้องให้เวลาแก่นักวิจัยในการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมของตน ซึ่งจนถึงปัจจุบันการวิจัยจำนวนมากก็ยังไม่ได้ผลสัมฤทธิ์ที่จะใช้ในการตอบสนองต่อภาวะการระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

จากการศึกษาและการรวบรวมข้อมูลความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยเห็นภารกิจสำคัญของหน่วยงาน ววน. ในการรับมือภาวะการระบาด/ฉุกเฉินในอนาคต น่าจะประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ

- 1) ส่วนที่ 1 หน่วยงาน ววน. ควรพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนอยู่เสมอ เพื่อสร้างและยกระดับทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อมกับการรับมือภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- 2) ส่วนที่ 2 หน่วยงาน ววน. ควรสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น

โดยในส่วนแรก คณะผู้วิจัยได้ทำการประมวลแนวทางการพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของประเทศ โดยพิจารณาจากข้อสรุปในหัวข้อก่อนหน้าเกี่ยวกับประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง ซึ่งวิเคราะห์แยกเป็นรายละเอียดในแต่ละห่วงโซ่มูลค่าการวิจัยและนวัตกรรม ตั้งแต่ภาพรวมของโครงสร้างระบบ ทุนและทรัพยากรในระบบ กระบวนการดำเนินการในระบบและผลลัพธ์ที่ได้ โครงสร้างการประเมินระบบ ววน. ตามประเด็นดังต่อไปนี้

A. (โครงสร้าง) ความเหมาะสมของภาพรวมแผน ววน. และการปรับเพื่อรับมือโควิด-19

1) การรักษาสมดุลความหลากหลายของการกำหนดโจทย์วิจัย

- ควรเปิดโอกาสให้นักวิจัยรุ่นใหม่มีอิสระทางความคิดเพื่อให้เกิดความหลากหลายของงานวิจัย
- หากต้องการสร้างความหลากหลายของงานวิจัย PMU ไม่ควรกำหนดกรอบการวิจัยที่แคบจนเกินไป รวมทั้งไม่ควรกำกับควบคุมเรื่องเงินหรือบังคับใช้ระเบียบการเงินที่เข้มงวดเกินไป ควรปล่อยเสรีในการออกแบบการบริหารและผลิตงานวิจัย ควบคู่ไปกับการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการตรวจสอบบัญชีเป็นหลัก และอาจส่งผู้ตรวจสอบบัญชีมาตรวจเป็นระยะเพื่อความโปร่งใส

2) การกำหนดบทบาทของ PMU ในแต่ละโจทย์วิจัย

- ควรระมัดระวังในการเพิ่ม PMU ยกเว้นในกรณีที่เป็นจริงๆ การเพิ่ม PMU นอกจากอาจจะส่งผลต่อความทับซ้อนแล้ว ยังก่อให้เกิดการพยายามเข้ามาเป็น PMU เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยแรงจูงใจด้านงบประมาณ
- PMU ควรมีการปรับตนเองให้มีทักษะการบริหารมากขึ้นกว่าการทำงานธุรการ ทั้งเรื่องของการผลักดันงานวิจัยสู่นโยบาย และการคาดการณ์ความต้องการล่วงหน้า

3) การปรับแผนและระบบวิจัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

- ควรจัดให้มีคณะทำงานที่ทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์และสัญญาณวิกฤตโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการสอดส่องรายงานสถานการณ์ทั้งในไทยและต่างประเทศ รวมทั้งอาจทำเป็นฉลากทัศน์ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับวิกฤตได้ทัน่วงที
- หน่วยงานทุกระดับต้องมีความพร้อมและรวดเร็วในการพิจารณาและส่งเรื่องต่อวิธีแก้ปัญหาประการหนึ่งคือ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ค้นหาได้ง่ายและครอบคลุมงานวิจัยทั้งระบบ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและพิจารณาถึงความซ้ำซ้อน มิใช่ให้เพียงผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความจำเป็นเร่งด่วนเฉกเช่นในปัจจุบัน โดย สกสว. ต้องสร้าง Stock of Knowledge โดยต้องมีทีมสอดส่องที่มีความ

พร้อมและมีเครือข่ายที่สามารถปฏิบัติงานยามเกิดปัญหาวิกฤตเร่งด่วนได้ทันที รวมถึงมีระบบการตัดสินใจที่รวดเร็ว

4) ความเหมาะสมของการกำหนดผลลัพธ์การวิจัย

- ระบบ ววน. ควรมีสัดส่วนผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเฉพาะผู้ที่มีอำนาจในกำหนดตัวชี้วัด OKR ให้มีการผสมผสานระหว่างนักวิชาการสายวิทยาศาสตร์และสายสังคมศาสตร์อย่างสมดุล เพื่อให้มีผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าใจงานวิจัยที่หลากหลายพร้อมทั้งงานวิจัยเชิงนโยบาย
- FF ควรสงวนไว้ให้หน่วยงานต่างๆ ใช้ทำวิจัยได้อย่างหลากหลาย ไม่ใช่พยายามไปกำหนด FF ให้คล้าย SF ที่ระบุงรอบวิจัยต่างๆ ไว้ตายตัว สกสว. ควรพิจารณาความเหมาะสมในการออกแบบนี้
- การจับคู่กับภาคเอกชนเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ควรถึงขั้นนำไปเป็นเงื่อนไขหลักในการพิจารณาให้ทุน
- เปิดโอกาสให้ผู้รับประโยชน์โดยตรงมาเป็นผู้ร่วมตั้งโจทย์วิจัยตั้งแต่ต้นทาง
- เป้าหมายหลักของการวิจัยในด้านการรักษาและการป้องกันโรค ควรเน้นที่ทำให้ประเทศไทยมีนักวิจัยที่สามารถติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆ ได้ทัน และสามารถสื่อสารให้ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะของไทยเข้าใจและสามารถเลือกลงทุนหรือจัดซื้อจัดหาผลิตภัณฑ์ที่สำคัญสำหรับประเทศ/คนไทยได้อย่างเหมาะสม

B. (ทุน) การจัดสรรงบประมาณของกองทุน ววน. และผลกระทบจาก โควิด-19

1) การพัฒนาคุณภาพกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานในระบบวิจัย

- ในระยะยาว การสร้างทักษะขึ้นมาใหม่ที่จำเป็นต่อการทำงาน (Upskill) และการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่เรามีให้ดีกว่าเดิม (Reskill) ควรเป็นแรงผลักดันจากฝั่งอุปสงค์หรือเป็นความต้องการของอุตสาหกรรม ไม่ใช่มาจากการที่ภาครัฐต้องการให้เงินอุดหนุนแล้วให้มหาวิทยาลัยไปหาคนมาอบรม
- ควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการวิจัยให้มากกว่านี้ โดยเฉพาะเครื่องมือและแพลตฟอร์มใหม่ๆ ที่มหาวิทยาลัยจำเป็นต้องมี เพื่อนำไปสู่การยกระดับ TRL ให้ไปถึงระดับ 8 - 9 ที่ทำให้มหาวิทยาลัยสามารถจับคู่กับภาคเอกชนได้ เช่น แพลตฟอร์มด้านการเกษตรและอาหาร การพัฒนาและสมุนไพร มาตรฐานต่างๆ เป็นต้น
- ควรสนับสนุนให้ใช้ทรัพยากรด้านการวิจัยร่วมกัน (Pooled Resource) หรือจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้งานร่วมกันได้ทั่วประเทศ (Shared Facility)

และควรแบ่งปันสิทธิ์ให้นักวิจัยสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ไม่ใช่ให้ทุนโครงสร้างพื้นฐานแก่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไปใช้งานส่วนตัว โดยอาจจัดตั้ง สวทช. เป็นศูนย์กลาง หรืออาจเปิดโอกาสให้มหาวิทยาลัยเข้าไปใช้ห้องทดลองเชิงปฏิบัติการของ สวทช.

- ควรมีกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานผู้รับทุน ในเรื่องการวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และขับเคลื่อนนโยบายจากการปฏิบัติการ
- ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) เพื่อรับมือกับภาวะวิกฤต และฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบในทุกมิติทั้งเศรษฐกิจ สังคม สุขภาวะต่างๆ

2) การจูงใจให้เกิดการร่วมลงทุนวิจัยและการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทุน

- สกสว. พยายามที่จะจัดตั้ง Research Council เฉพาะด้านขึ้นมารองรับ นักวิชาการที่ต่างประสงค์จะเข้ามามีส่วนร่วม แต่เข้าไม่ถึงระบบ ววน. โดย Research Council จะทำหน้าที่วิจัยให้เห็นภาพรวมเชิงระบบ เพราะบางประเด็นไม่สามารถทำเพียงการวิจัยพื้นฐานแบบที่ วช. ทำ หรือการวิจัยกับภาคเอกชนแบบที่ บพข. ทำ ฉะนั้น หากจัดตั้ง Research Council ขึ้นมาได้ สกสว. ก็จะสามารถตอบสนองและรับมือกับวิกฤตเร่งด่วนได้ดีและรวดเร็วกว่านี้
- ควรมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ไม่ให้มีการตกลงหรือเกิดความไม่สมมาตรของข้อมูล เช่น การประกาศให้ทุน ผลการพิจารณาให้ทุน รายละเอียดโครงการที่ได้รับทุน เป็นต้น โดย ววน. อาจจัดงาน แลกงกรอบวิจัยให้นักวิจัยทั่วประเทศครบทราบโดยทั่วกันเป็นประจำทุกปี
- ควรส่งเสริมให้มีการทำงานวิจัยเป็นเครือข่าย โดยกำหนดให้มหาวิทยาลัยอันดับต้นๆ เป็นพี่เลี้ยง แล้วเปิดโอกาสให้นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยอันดับรองลงมาเข้ามาร่วม
- PMU ควรปรับระยะเวลาเปิดรับข้อเสนอโครงการเป็น 60 วันเป็นอย่างน้อย
- ภาครัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนระบุงบทุนวิจัยได้อิสระมากขึ้น โดยพยายามสนับสนุนโจทย์วิจัยที่ภาคเอกชนให้ความสนใจเป็นหลักแล้วหาจุดร่วมที่ทำให้ทั้งภาคเอกชนและประชาชนได้รับประโยชน์ร่วมกัน เพื่อดึงดูดภาคเอกชนเข้ามาในระบบ ววน. และเพื่อให้ระบบ ววน. ตอบโจทย์ภาคเอกชนได้มากขึ้น
- การจับคู่ระหว่างนักวิจัยกับภาคเอกชนไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย ควรสนับสนุนทุนแก่นักวิจัยสำหรับการลงพื้นที่หรือการทำข้อเสนอโครงการ เพื่อให้นักวิจัยได้เรียนรู้

และทำความเข้าใจในกระบวนการทำงานและรับรู้ปัญหาพร้อมกับภาคเอกชน ก่อน โดยอาจให้เป็นทุนขนาดเล็กที่ไม่หวังผลมาก

- การสร้างความเข้มแข็งให้มหาวิทยาลัย ต้องสนับสนุนกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันมหาวิทยาลัยมีจำนวนนักวิจัยไม่เพียงพอ ระบบ ววน. จึงควรสนับสนุนให้ทุนปริญญาโท/ปริญญาเอก/Post-Doc ให้มากขึ้น เพื่อ สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่และดึงดูดนักวิจัยต่างชาติ รวมทั้งควรสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับนักวิจัยในต่างประเทศด้วย
- ควรสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยที่มีทักษะความรู้ที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยรับบท เป็นพี่เลี้ยงให้แก่มหาวิทยาลัยที่โดดเด่นด้านการลงพื้นที่ชุมชนแล้วร่วมมือกันทำ โครงการวิจัย
- ควรส่งเสริมให้มีการฝึกฝนอบรมนักวิจัยเพื่อให้นักวิจัยเข้าใจแหล่งทุน ซึ่ง ปัจจุบันก็มี Roadshow อยู่เป็นระยะ ซึ่งถือเป็นการเรียนรู้ที่ดีและทำให้นักวิจัย ต่อยอดได้ เช่น “NRCT Open House” ของ วช. เป็นตัวอย่างที่ดีมาก เพราะ ทำให้นักวิจัยทราบถึงเป้าหมายและมีช่องทางในการซักถามผู้ทรงคุณวุฒิใน ประเด็นวิจัยที่ตนสนใจ ฉะนั้น PMU แต่ละแห่งจึงควรเปิดโอกาสให้นักวิจัยได้ พบกับผู้ทรงคุณวุฒิเช่นเดียวกับ วช.
- หน่วยรับทุนควรมีความเปิดกว้างในการรับข้อเสนอและให้ทุนมหาวิทยาลัยทุก แห่ง หรือเปิดโอกาสให้นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยทุกแห่งได้ เข้าไปเป็นเครือข่ายการวิจัยระดับ World Class ได้อย่างเท่าเทียม โดยไม่ยึด กลุ่มตามนโยบาย Reinventing University

3) ฐานข้อมูลการวิจัยเพื่อการติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการวิจัย

- ระบบการให้ทุนวิจัยควรมีการผสมผสานระหว่าง Top-Down กับ Empowerment เพื่อให้หน่วยงานแต่ละแห่งมีคุณภาพขึ้นด้วย
- ควรลดขั้นตอนการส่งงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อน
- รัฐบาลควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงฐานข้อมูลอื่นๆ (นอกจาก Scopus) ให้แก่มหาวิทยาลัยทุกแห่งเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน เช่น Web of Science และ SciVal เป็นต้น เพื่อให้มหาวิทยาลัยทุกแห่งมีทรัพยากรด้านฐานข้อมูล อย่างทัดเทียมกัน โดยเสนอให้มีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ติดต่อซื้อการเข้าถึง ฐานข้อมูลและเปิดให้มหาวิทยาลัยต่างๆ ใ้ร่วมกัน ซึ่งจะประหยัดกว่าต่าง สถาบันต่างซื้อ

C. (กระบวนการ) การบริหารทุนวิจัยจาก PMUและการปรับตัวเพื่อรองรับ โควิด-19

1) ความสอดคล้องของกระบวนการเบิกจ่าย

- ความแตกต่างของกระบวนการเบิกจ่ายควรมียืดหยุ่นตามลักษณะของการวิจัย ขณะที่รายการเบิกจ่ายพื้นฐาน ควรมีการปรับอัตราและวิธีการให้มีความยืดหยุ่นและรองรับหน่วยงานทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคเอกชนได้ด้วย
 - ควรมีการปรับระเบียบการเบิกจ่ายทุนวิจัยที่ได้รับสนับสนุนจาก PMU ให้มีความคล่องตัวสำหรับสถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่ในระบบราชการเต็มรูปแบบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของหน่วยให้ทุน PMU ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาและข้อติดขัดในการเบิกจ่ายทุนวิจัยฯ เพื่อโอนเข้าสู่หน่วยผู้รับทุน ที่ใช้ระเบียบราชการเต็มรูปแบบ
- 2) ฐานข้อมูลการวิจัยระหว่างหน่วยงาน
- ควรจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาเป็นเจ้าของฐานข้อมูลและผลักดันให้เกิดการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน หน่วยงานส่งเสริมการวิจัยควรเห็นความสำคัญและประสานความร่วมมือในส่วนนี้
 - ควรกำหนดค่าจ้างตามวุฒิการศึกษาของผู้ช่วยวิจัยดังที่ สกว. เคยใช้เป็นเกณฑ์กำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนดให้ผลงานต้องได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่มีคุณภาพสูง
 - ควรสนับสนุนแพลตฟอร์มของเครื่องมือวิจัย โดยให้ส่วนกลางของมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและเปิดโอกาสให้นักวิจัยมาใช้ได้ เช่น การจัดตั้ง Research Instrument Center ตัวอย่างเช่น กองมาตรฐานของ วช. ที่มองเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี
 - ควรให้ทุนเป็นแบบ Multi-year Block Grant ที่ให้อิสระในการจัดสรรและปรับเปลี่ยนหมวดรายจ่ายได้ ไม่ควรเข้มงวดเช่นในปัจจุบันที่มีการติดตามประเมินผลเป็นรายปี หากไม่เสร็จต้องคืนเงินทั้งหมด ซึ่งไม่ใช่ลักษณะการให้ทุนแบบ Multi-year Block Grant โดยเฉพาะ FF ที่ได้จาก สกว.
- 3) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานวิจัย
- PMU แต่ละแห่งควรระบุเหตุผลให้ชัดเจนว่า เพราะเหตุใดข้อเสนอโครงการจึงถูกปฏิเสธ เพื่อให้ นักวิจัยได้เรียนรู้และนำข้อบกพร่องไปปรับปรุงและฝึกฝน โดยอาจให้ผู้ทรงคุณวุฒิตอบกลับในระบบ NRIS
 - ควรใช้คณะกรรมการพิจารณาโครงการเพียงคณะเดียว เพราะที่ผ่านมาเคยพบกรณีคณะที่ตรวจข้อเสนอ คณะที่ตรวจรายงานความก้าวหน้า และคณะที่ตรวจรายงานฉบับ
 - ควรมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีเหตุผลทางวิชาการรองรับ

- ควรลดขั้นตอนเอกสารกระดาษ เช่น ให้งานผลการวิจัยในระบบ NRIIS แล้ว ยังต้องพิมพ์เป็นรูปเล่มส่งไปที่กรุงเทพฯ
- ควรมี Coaching ด้านการประเมินผลกระทบ (Impact) ของโครงการให้ หัวหน้าโครงการ / ทีมวิจัย / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

D. (ผลลัพธ์) การใช้ประโยชน์งานวิจัย

1) โจทย์วิจัยที่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม

- ในการรับมือกับโรคระบาดครั้งถัดไป ววน. ควรมีการเตรียมความพร้อมและวางแผนล่วงหน้า รวมทั้งควรให้ความสนใจในประเด็นที่สำคัญต่อการรับมืออย่างแท้จริง เพราะที่ผ่านมา ววน. ไม่สามารถตอบโจทย์ได้อย่างถูกต้อง
- ววน. ควรพิจารณากรอบวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางสังคมศาสตร์ เพื่อขยายอาณาบริเวณความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19
- บางประเด็นที่เป็นประเด็นร้อน หน่วยงานภาครัฐสามารถลงมือแก้ปัญหาด้วยอำนาจหน้าที่และองค์ความรู้ที่มีอยู่ได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องทำการวิจัยผ่านระบบ ววน. เช่น ปัญหาขยะ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด หรือแม้แต่โควิด-19 ในบางประเด็นก็ไม่จำเป็นต้องทำวิจัย แต่สามารถนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศมาช่วยแก้ปัญหาได้ทันที

2) การต่อยอดสู่ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรม

- หากประเทศไทยไม่ลงทุนในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูง ในอนาคตก็จะมี Know-how ที่นำไปต่อยอดได้ โดยแหล่งทุนอาจเริ่มจากการสนับสนุนเทคโนโลยี Low-tech ในช่วงแรก แล้วค่อยส่งเสริมให้กลายเป็น High-tech ในอนาคต
- จุดที่ควรเร่งพัฒนา คือ การพัฒนา Platform ของการนำงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งยังเป็นจุดอ่อนของการสนับสนุนการวิจัยในไทย
- บพท. มีการประเมินนักวิจัยและผู้บริหาร โดยกำกับและติดตามผลลัพธ์ที่เป็นมรรคผลจริงๆ PMU แห่งอื่นจึงควรใช้แนวปฏิบัติในลักษณะเดียวกับ บพท. แม้จะสร้างภาระให้แก่ นักวิจัยที่ถูกกำกับและ PMU ที่ต้องทำการว่าจ้างผู้ทรงคุณวุฒิมากำกับ อย่างไรก็ตาม การวิจัยเชิงพื้นที่ค่อนข้างยากที่จะประสบความสำเร็จ เพราะนักวิจัยต้องลงไปทำวิจัยกับชุมชน ต้องมีการเจรจาพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดการนำเทคโนโลยีไปใช้

- การให้ทุนวิจัยไม่ควรจะให้เป็นแบบวงเงินรวม (Block Granting) แต่ควรให้เป็นแบบ Gradient Granting มากกว่า คือ มีการให้ไปตามระดับของงานวิจัย โดยต้องมีขั้นตอนก่อนหน้าสำเร็จในระดับหนึ่งก่อนที่จะให้ทุนวิจัยในขั้นตอนต่อไป
 - ประเทศจำเป็นต้องมีนักวิจัยทั้งต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ ที่มีทักษะวิจัยขั้นสูง และลงมือปฏิบัติที่หน้างานได้จริง
- 3) กระบวนการส่งต่อความรู้จากการวิจัยสู่กลไกนโยบายสาธารณะ
- PMU แต่ละแห่งควรมีการจัดงานสรุปผลงานประจำปี เพื่อแสดงผลสำเร็จและแสดงตัวตนของนักวิจัยที่ได้รับทุนจาก PMU นั้นๆ อีกทั้งยังทำให้เกิดการยอมรับและเรียนรู้ระหว่างนักวิจัยด้วยกันว่า เพราะเหตุใดโครงการเหล่านั้นจึงได้รับทุนจาก PMU เช่น วช. มีงาน Thailand Research Expo สวก. มีงานเกษตรต่างๆ บพท. มีงาน Showcase เป็นต้น
 - ผู้ดูแลแผนควรสังเคราะห์งานวิจัยและเผยแพร่ให้นักวิจัยได้ทราบ เพื่อร่วมกันคิดประเด็นวิจัยต่อยอดและแสดงความสามารถในการบูรณาการของผู้จัดการแผน เพิ่มโอกาสในการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย สร้างโอกาสให้นักวิจัยต่างสาขามาร่วมกันคิดประเด็นวิจัย และทำวิจัยร่วมกันต่อไป

ขณะที่อีกส่วนสำคัญ คือ การสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น โดยในตอนนี้เราสามารถถอดบทเรียนได้จากการศึกษาต่างๆ ในอดีตที่ได้มีหลายองค์กรที่ได้ทำการศึกษาวิจัยและออกแบบระบบสำหรับการสร้างกลไกการสร้างและการส่งต่อความรู้ในภาวะวิกฤติ เช่น การศึกษา Roadmapping Converging Technologies To Combat Emerging Infectious Diseases โดย Asia-Pacific Economic Cooperation & Industrial Science and Technology Working Group (2008) และการรายงานความก้าวหน้าการตรวจสอบกลไก ขั้นตอน และกระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และด้านการอุดมศึกษา โดย คณะกรรมการที่ปรึกษาพัฒนาระบบ ววน. ของ สอวช. (รายงานเมื่อ 22 เมษายน พ.ศ. 2563) ซึ่งสรุปบทเรียนสำคัญได้ว่า

ประการที่ 1 ประเทศควรมีกลไกรองรับสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินต่างๆ และต้องสามารถระบุ (Identify) ได้ว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ แล้วมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีใดบ้างที่มีความจำเป็นต่อการรับมือภาวะฉุกเฉินนั้นๆ เช่น ในกรณีของโรคระบาด การศึกษาของ Asia-Pacific Economic Cooperation & Industrial Science and Technology Working Group (2008) ได้ระบุว่าประเทศจะต้องเร่งกระบวนการส่งต่อความรู้และพัฒนา 6 เทคโนโลยีสำคัญ คือ วัคซีน การตรวจโรค การนำคอมพิวเตอร์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต (Ubiquitous Computing) การติดตามกลุ่มเสี่ยง แบบจำลองภาวะการระบาด และยารักษา

ประการที่ 2 องค์ความรู้และเทคโนโลยีใดที่มีความจำเป็นต่อการรับมือภาวะฉุกเฉินตามที่ระบุไว้จะต้องมีแผนเพื่อการันตีความพร้อมใช้ ซึ่งอาจเกิดจากการส่งเสริมวิจัยการพัฒนา การมีแผนสัญญาณนำเข้าหรือการเข้าร่วมในห่วงโซ่การวิจัยเพื่อการรับความรู้และการสร้างโอกาสการเข้าถึงเทคโนโลยี โดยแต่ละประเทศจะต้องตัดสินใจตามความเหมาะสมของทรัพยากรที่มีและเป้าหมายที่วางไว้ในอนาคต

ประการที่ 3 จะต้องส่งเสริมให้ระบบวิจัยและนวัตกรรมสามารถสร้างและส่งต่อความรู้สู่กระบวนการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยสำเร็จ 7 ประการ คือ

- 1) ภาวะผู้นำของผู้นำในระบบ ววน.
- 2) การสื่อสารและระบบข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและรวดเร็ว
- 3) ระบบการบริหารจัดการที่ลดความยุ่งยากที่ไม่จำเป็น มีระบบธรรมาภิบาลที่ดีและสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทั้งในและต่างประเทศ
- 4) ระบบงบประมาณซึ่งมีความพอเพียง และยืดหยุ่นโดยยึดผลสำเร็จเป็นที่ตั้ง
- 5) การวิจัยและนวัตกรรมที่มีความพร้อม และปรับตัวโดยคุณภาพให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้
- 6) การสร้างทีมและบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานในภาวะวิกฤติ
- 7) การติดตามและประเมินผลตลอดช่วงการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับเทคนิคเชิงลึก

โดยสรุปแล้วข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน หน่วยงาน ววน. จะต้องดำเนินการ 2 ส่วนสำคัญ คือ การพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนอยู่เสมอ เพื่อสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อม และ จะต้องสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการวางแผนระบุงค์ความรู้และเทคโนโลยีในภาวะฉุกเฉินกรณีต่างๆ การมีมาตรการในการเข้าถึงเมื่อมีความต้องการและการส่งเสริมปัจจัยสำเร็จของการนำองค์ความรู้กระบวนการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 9

สรุปผลการศึกษา

- สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ส่วนที่ 9

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

27. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การสรุปและอภิปรายผลการศึกษางานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ คือ

- 1) การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของไทย ซึ่งรวมการประเมินผลด้านรัฐศาสตร์/การอภิบาล (Governance) (โดย รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) และการประเมินผลการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยจากมุมมองทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ซึ่งเน้นที่กลุ่มเปราะบาง (โดย ผศ.ชลิตา บัณฑุงศ์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- 2) ประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของระบบ ววน.
- 3) ข้อเสนอแนะทางและโครงสร้างการบริหารเพื่อรับมือวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งจากโควิด-19 ระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำ/ระบาดซ้ำ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ

27.1 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของไทย

ก. การรับมือกับโควิด-19 ของไทย: ศักยภาพพื้นฐานที่มีอยู่เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของการจัดการโควิด-19 ของไทยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงที่โควิด-19 ระบาดในช่วง 2 ปีเศษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีหลายสิ่งในหลายด้านที่ทำได้ดี และถือได้ว่าค่อนข้างประสบความสำเร็จ เช่น การใช้และผลิตหน้ากากอนามัย (ในระดับ surgical mask ที่ต่ำกว่า N95) และหน้ากากผ้า การระดมฉีดวัคซีนในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ⁵⁴⁴ การติดตาม/สืบสวนโรคในชุมชน การผลิตผลิตภัณฑ์ยา (ยกเว้นส่วนที่เป็นตัวยา (active ingredient) ส่วนใหญ่) และมีอีกหลายผลิตภัณฑ์ที่สามารถพัฒนาขึ้นมาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน เช่น ชุดป้องกันการติดเชื้อ (PPE) หน้ากากอนามัย (ระดับ Surgical mask) หน้ากากผ้า Face-shield เจลแอลกอฮอล์ การผลิตชุดตรวจ RT-PCR ATK รถตรวจโควิด ห้องความดันลบ โรงพยาบาลสนาม และ ICU สนาม เครื่องช่วยหายใจแบบ High Flow รวมทั้งการรับผลิตวัคซีนแบบ viral vector โดยบริษัท SBS ซึ่งรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีมาจากบริษัทยา/วัคซีนระดับโลก การผลิตและรับผลิตวัคซีน (รวมทั้งวัคซีน mRNA) ของบริษัท Bionet Asia เป็นต้น

⁵⁴⁴ แต่ไทยอาจจะเริ่มถดถอยลงในด้านนี้ โดยเมื่อ 9 ก.ย. 2565 ไทยฉีดเข็มที่ 3 ได้ไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 45.9) (และหลายจังหวัดมีอัตราเพียงร้อยละ 20) และมีข่าววัคซีนหมดอายุในบางพื้นที่

เมื่อพิจารณากรณีเหล่านี้ จะพบว่าแทบทุกกรณีที่เราทำออกมาได้ดี มักเป็นสิ่งที่เรามีศักยภาพพื้นฐานอยู่แล้ว และในกรณีที่ต้องต่อยอดก็มักไม่ได้ต่างไปจากสิ่งที่เราเคยทำได้แต่เดิมมาก ทำให้สามารถต่อยอดได้โดยไม่ยากนัก (รวมทั้งในกรณีที่อาศัยการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนจากบริษัทที่เป็นแนวหน้าของโลกในด้านนั้นๆ ด้วย)

ในทางกลับกัน ในด้านที่ไทยยังมีศักยภาพพื้นฐานที่ยังไม่มากหรือครบถ้วนพอ ถึงแม้จะพยายามทุ่มเทเงินทุนเพื่อผลักดันให้สามารถพึ่งตัวเองได้เป็นหลัก ก็มักจะยากที่จะประสบความสำเร็จได้รวดเร็วอย่างที่หวัง ตัวอย่างเช่น ความพยายามการผลิตวัคซีนเองในถึง 4 platform (mRNA, Protein subunit จากพีชอย่างไบยาสูป วัคซีนเชื้อตาย และวัคซีน DNA) ที่หลายฝ่ายเคยหวังว่าวัคซีนไทยบางตัวจะพัฒนาสำเร็จแล้วสามารถนำมาใช้ได้ตั้งแต่ปี 2564 ก็ยังประสบปัญหาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการหา/เปลี่ยนผู้ผลิต ที่ทำให้ต้องมาตั้งต้นทดลองใหม่ในบางด้าน การทดลองในสัตว์และมนุษย์ที่ไม่สามารถเริ่มได้เร็วเท่ากับผู้นำในอุตสาหกรรม เป็นต้น

ปกติแล้ว เมื่อเวลาผ่านไป ศักยภาพพื้นฐานของประเทศในด้านต่างๆ ก็มักจะค่อยๆ พัฒนา/ยกระดับขึ้นอันเป็นผลจากการศึกษาวิจัยและพัฒนา เช่น ศักยภาพด้าน Genomics การตรวจ/ID สายพันธุ์เชื้อไวรัสของไทยสูงขึ้นมากเทียบกับในอดีต รวมทั้งศักยภาพในการรับผลิตวัคซีนของบริษัท SBS ซึ่งแม้ว่าจะไม่เคยผลิตวัคซีนมาก่อน แต่ก็มีพื้นฐานมาจากการผลิตยากลุ่มที่ต้องใช้เทคโนโลยีชีวภาพในระดับที่สูงมาก่อน

แต่การสร้าง/พัฒนา/ยกระดับศักยภาพพื้นฐาน (รวมทั้งการแก้ปัญหาพื้นฐานต่างๆ ของประเทศ) ถึงแม้มีความจำเป็น แต่ก็มักจะไม่สามารถทำได้โดยเร็ว และในบางกรณีอาจไม่ควรนำมากำหนดเป็นเป้าหมายหรือเงื่อนไขของโครงการได้ เช่น อาจไม่ควรใช้ข้อสมมุติหรือตัวแปรเชิงนโยบายว่าจะสามารถใช้เจ้าหน้าที่รัฐควบคุมให้แทบไม่มีการเดินทางข้ามแดนโดยผิดกฎหมายหรือสามารถควบคุมให้แทบไม่มีบ่อนพนันหลงเหลืออยู่เลย (ถึงแม้ว่าอาจพยายามกำหนดนโยบายด้านเหล่านี้ให้เข้มงวดขึ้นได้บ้าง)

ในแง่นี้ การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ไทยน่าจะมีโอกาสประสบความสำเร็จ จึงควรพิจารณาประกอบกับศักยภาพพื้นฐาน เช่น การผลิตชุดตรวจ ATK ซึ่งมีบทบาทมากในการใช้ในการวินิจฉัยและควบคุมโรคในปัจจุบัน⁵⁴⁵ ซึ่งถ้าพิจารณา (extrapolate) จากหลายผลิตภัณฑ์ที่ไทยทำสำเร็จ เราก็น่าจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการผลิต ATK มากกว่าวัคซีนมาก (โดยเฉพาะถ้าร่วมมือ/รับ license จากต่างประเทศ) แต่ก็ดูเหมือน ATK จะไม่ค่อยได้รับความสนใจในการสนับสนุนไม่มากนัก ถึงแม้ว่าจะได้รับการ

⁵⁴⁵ อีกทั้งเหมาะสำหรับเป็น exit test ด้วย เช่น ปลอมไปทำงานเมื่อผลตรวจเป็นลบ (-ve) 2 ใน 3 ครั้งสุดท้าย ซึ่งจะมีปัญหาเรื่องผลตรวจเป็นบวกจากซากเชื้อน้อยกว่ากรณีตรวจด้วย RT-PCR

สนับสนุนอยู่บ้าง และก็มีผู้ผลิตที่ประสบความสำเร็จซึ่งบางรายอาจไม่จำเป็นต้องพึ่งการสนับสนุนจากระบบ ววน. (อาจารย์บริษัทที่ได้รับการสนับสนุนจากระบบ ววน. ด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับทุนจำนวนไม่มากนัก)

ในกรณีวัคซีน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีกรณีที่นักวิจัยและผลิตของไทยเองประสบความสำเร็จมากนัก เมื่อเทียบกับการผลิตที่ร่วมมือและรับถ่ายทอดเทคโนโลยีจากต่างประเทศของบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ (SBS) ของไทย ซึ่งประสบความสำเร็จในการรับถ่ายทอดเทคโนโลยีในการผลิตวัคซีนของ AstraZeneca และเป็นแหล่งผลิตวัคซีน AstraZeneca ส่งให้หลายประเทศในภูมิภาคนี้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระบวนการวิจัยและทดสอบวัคซีนทั้งกระบวนการก่อนนำมาใช้ได้มีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการผลักดันกระบวนการต่างๆ ให้เดินหน้าไปได้ และในกรณีของ SBS เองนั้น ก็ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (WHO) สำหรับใช้ในกรณีฉุกเฉินได้ ก็เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2564 หลังจากที่ได้เริ่มนำมาฉีดในประเทศและส่งออกไปตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคมและต้นเดือนมิถุนายน 2564⁵⁴⁶

แต่ถึงแม้ในกรณีที่วัคซีนที่ประสบความสำเร็จ ก็ยังมีบทเรียนที่น่าสนใจด้วยการทุ่มลงทุนเองมีความเสี่ยงสูงมากในกรณีที่วัคซีนที่ไทยผลิตได้ไม่สามารถแข่งขันด้านประสิทธิภาพกับบริษัทข้ามชาติที่เป็นผู้นำในระดับโลกได้ ซึ่งแม้กระทั่งบริษัทข้ามชาติชั้นนำในระดับโลกอย่าง AstraZeneca เองก็ประสบปัญหาที่ความนิยมในวัคซีน AstraZeneca ลดลงอย่างมาก โดยในไทยเองที่มีความต้องการวัคซีนนี้สูงมากเมื่อปีก่อนนั้น ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา (13 มิถุนายน – 13 สิงหาคม 2565) ก็มีการฉีดวัคซีนนี้เฉลี่ยเพียงวันละ 1,556 โดส หรือร้อยละ 2.78 ของวัคซีนที่ฉีดต่อวันในไทยเท่านั้น และในอินเดีย บริษัท SII ก็หยุดผลิตวัคซีนนี้ไปตั้งแต่ต้นเมษายน 2565 ที่มีวัคซีนเหลือในสต็อกถึง 250 ล้านโดส ซึ่งอาจจะเป็นจุดจบของวัคซีนนี้ ถ้า Oxford/AstraZeneca ไม่สามารถคิดค้นวัคซีนรุ่นใหม่ที่จะแข่งกับวัคซีน mRNA รุ่นใหม่ได้⁵⁴⁷

ในด้านการผลิตยานั้น ตั้งแต่เดือน ส.ค. 2564 องค์การเภสัชกรรมได้เริ่มผลิตยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ จากตัวยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ (หลังจากที่รัฐบาลไทยปฏิเสธการจดสิทธิบัตรยานี้ชนิดเม็ดในไทยเมื่อ 5 พ.ค. 2564) ถึงแม้ว่าองค์การเภสัชกรรมน่าจะมียุทธศาสตร์ในการผลิตยานี้ (จากตัวยาที่นำเข้า) ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับใช้ในประเทศได้ แต่ไทยก็ควรคอยเสาะหาทางเลือกอื่นที่อาจจะดีกว่า เช่น อาจเจรจาขอรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยา Molnupiravir จากบริษัท Merck (หรือผ่านองค์กร MPP ที่เป็นตัวกลางในการขอ license การผลิตยานี้ให้กับ 105 ประเทศรายได้ปานกลางและต่ำโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากบริษัท Merck เมื่อปลายปี 2564) หรืออาจนำหาทางเข้าตัวยาจากประเทศที่มีศักยภาพในการรับถ่ายทอดวิธีการผลิตตัวยานี้

⁵⁴⁶ ซึ่งข้อแนะนำนี้อ้างอิงตามข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบโดย WHO และหน่วยงานบริหารสินค้ารักษาโรคของประเทศออสเตรเลีย (Therapeutic Goods Administration of Australia) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลวัคซีนของออสเตรเลีย <https://www.bangkokbiznews.com/news/965762> (14 ต.ค. 2564)

⁵⁴⁷ Bharat ได้หยุดผลิตวัคซีนเชื้อตาย Covaxin ในช่วงเดียวกัน หลังจากส่งมอบตามคำสั่งซื้อที่มีครบถ้วนแล้ว

ซึ่งน่าจะช่วยให้ไทยสามารถไต่ระดับด้านโควิดที่มีประสิทธิผลมากกว่ายาพิราเวียร์ที่ไทยใช้เป็นหลักในปัจจุบัน รวมทั้งควมมีระบบการควบคุมมาตรฐานการผลิตสมุนไพรฟ้าทะลายโจรที่ปัจจุบันมีผู้ผลิตจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ยังขาดการให้ข้อมูลเรื่องจำนวนสารออกฤทธิ์ และยังไม่มีความมาตรฐานที่เข้มงวดในด้านฉลาก

ในทางกลับกัน ในส่วนที่ศักยภาพพื้นฐานของเราไม่มี (หรือไม่ได้ถูกนำมาใช้มาก่อน) การปรับเปลี่ยนหรือนำมาตรการใหม่ใดๆ มาใช้ ก็มักจะเป็นเรื่องยากและซับซ้อนได้ค่อนข้างช้า รวมทั้งกลไกการบริหารที่ใช้ฝ่ายความมั่นคงเป็นผู้บริหารหลัก (หรือ “CEO”) ของ ศบค. มาโดยตลอด ตัวอย่างเช่น ในช่วงปลอดเชื้อ 101 วัน คนไทยซึ่งผ่านและได้รับผลกระทบอย่างมากจากการล็อกดาวน์ในเดือนเมษายน 2563 ต่างก็ไม่ได้รับผลพวงใดๆ จากสถานการณ์ปลอดเชื้อในช่วงดังกล่าว เทียบกับเมืองอู่ฮั่นของจีนที่ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตแบบปกติ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้กำหนดนโยบายไม่มีใครอยากออกไปจาก “Zero-COVID comfort zone” ในช่วงนั้น โดย “สาร” หลักที่ ศบค. สื่อออกมาต่อสาธารณะในช่วง 3 เดือนเศษนั้นก็คือ “ตั้งการ์ดให้สูงไว้ .. อย่าการ์ดตก” แต่ในขณะที่เดียวกัน ก็ไม่ปรากฏว่าฝ่ายความมั่นคง--ซึ่งมีอำนาจอย่างมากจาก พรก. ฉุกเฉินฯ ที่ต่ออายุมาโดยตลอดมาจนถึงวันนี้เป็นเวลา 2 ปีครึ่งแล้ว--ได้ดำเนินการที่เพียงพอในการอุดช่องโหว่ที่ชายแดน ทั้งตะวันตกและตะวันออก หรือจัดการกับบ่อนพนัน (ซึ่งเคยเป็นที่มาของคลัสเตอร์ที่สำคัญตั้งแต่ในการระบาดระลอกแรก) จนในที่สุดทั้งสองแหล่งนี้ได้กลายมาเป็นจุดเริ่มและจุดหลักของการระบาดในระลอกที่ 2 และ 3 ตั้งแต่ปลายปี 2563 ถึงเมษายน 2564

ในหลายกรณี การจะนำมาตรการใหม่มาใช้ก็มักจะรอดูสถานการณ์ (บางกรณีอาจรวมถึงทิศทางจากต่างประเทศ⁵⁴⁸) ไม่ว่าจะเป็นการไม่ตอบสนองต่อข้อเสนอให้มีมาตรการเยียวยาที่เชื่อมโยงกับมาตรการควบคุมโรคในช่วงที่มีการระบาดในชุมชนต่างๆ ใน กทม. เมื่อต้น พ.ค. 2564 (ในขณะที่สามารถตั้ง 3 ศูนย์/คณะกรรมการขึ้นมารับกับปัญหานี้ได้แทบจะทันที) และในหลายกรณีก็รอนจนต้องเลื่อนมาตรการที่เคยประกาศไว้แล้วว่าจะใช้ออกไปก่อน เพราะเตรียมตัวไม่ทันเมื่อถึงเวลา (เช่น มาตรการ Universal Prevention และ Covid-free setting ที่ออกข่าวก่อนหน้านี้ว่าจะเริ่ม 1 ก.ย. 2564 แต่ก็ไม่ได้มีมาตรการที่ออกมา และเมื่อถึงกำหนดก็ออกมาเป็นคำสั่งให้ฝ่ายต่างๆ ไปเตรียมการเพื่อนำมาใช้ในอนาคตโดยลดรูปมาตรการต่างๆ ลงแทน)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีของผู้ที่เกี่ยวข้องอาจใช้มุมมองที่จำกัดโดยระบบราชการของไทย ทำให้ไม่ตัดสินใจทำในสิ่งที่หลายประเทศทำ เช่น ไม่ได้เข้าไปแข่งขันจองซื้อวัคซีนตั้งแต่แรก (ซึ่งฐานความรู้ ณ ขณะนั้นคือวัคซีนน่าจะเป็นการลงทุนที่ cost-effective กว่าทุกวิธีอื่นในการนำประเทศออกจากวิกฤตการระบาดและฟื้นฟูประเทศได้เร็ว (หรือเป็น “Exit Strategy”) ซึ่งน่าจะส่งผลให้ประเทศไทยได้รับและฉีดวัคซีนต่อประชากรช้า

⁵⁴⁸ บางครั้งมากกว่าการใช้ความรู้จากต่างประเทศ เช่น ความรู้เรื่องความสำคัญของการระบายอากาศและระดับ CO2

กว่าประเทศจำนวนมาก รวมทั้งหลายประเทศในอาเซียนด้วย และไทยอาจได้รับวัคซีนน้อยและช้ากว่านี้ด้วย ถ้าภาคเอกชนไม่ได้เข้ามาช่วยผลักดันสัญญาการผลิตวัคซีนให้ AstraZeneca โดย SBS และหลังจากการตัดสินใจไม่เข้าไปแข่งขันจองซื้อวัคซีนตั้งแต่แรก ไทยก็ต้องหันไปเลือกสิ่งที่สวนทางกับที่เคยสื่อสารออกมาว่ายังไม่รีบจองวัคซีนเพราะต้องการรอวัคซีนที่ปลอดภัย โดยต้องหันไปเลือกวัคซีนที่ WHO ยังไม่รับรองเข้ามาใช้เป็นตัวแรก โดยที่ไม่ได้มีหลักฐานว่าปลอดภัยกว่าวัคซีนตัวอื่นแต่อย่างใด เป็นต้น

ในการรับมือกับการระบาดที่มีพลวัตสูงและคาดการณ์ยากอย่างโควิด-19 ไทยได้นำมาตรการใหม่ๆ หลายมาตรการมาใช้ในช่วงการระบาดระลอกที่ 2-4 เช่นโรงพยาบาลสนาม (รวมทั้ง ICU ในโรงพยาบาลสนาม) HI CI (รวมทั้งกลไกการนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษา/โครงการต่างๆ รวมทั้งระบบ 1330 และกลไกการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ร่วมกับร้านยาโดย สปสช.) ซึ่งในช่วงเริ่มต้นหรือช่วงวิกฤต หลายมาตรการและหลายกลไกมีความซุกซุกซกอยู่ไม่น้อย แต่ในหลายพื้นที่ก็ได้เรียนรู้และปรับมาตรการเหล่านั้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่ก็ยังได้เห็นปัญหาเดิมๆ เมื่อมีการเปิดโรงพยาบาลสนาม และ HI/CI ขึ้นมาใหม่ในบางพื้นที่ระลอก 5 (โอมิครอน) ทำให้ดูเหมือนจะมีการสรุป/ถอดบทเรียน ที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้พื้นที่อื่นที่ต้องใช้มาตรการเหล่านี้ต้องมาเริ่มต้นเรียนรู้ใหม่ในแต่ละครั้ง

ข. การประเมินผลด้านรัฐศาสตร์/การอภิบาล (Governance) (โดย รศ.ดร.ประจักษ์ ก้องกีรติ รัฐศาสตร์ มธ.)

บทเรียนจากต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า รัฐที่ประสบความสำเร็จในการรับมือกับโรคระบาดไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ (big government) ในแง่บุคลากรภาครัฐหรืองบประมาณ แต่สำคัญที่สมรรถภาพในการทำงานอย่างฉับไว มีวิสัยทัศน์ มีการประสานงานที่ดี ทำงานโดยอิงกับความรู้และข้อมูล การสื่อสารที่ชัดเจน และไม่คอร์รัปชันหรืออิงกับระบบเส้นสายพวกพ้อง อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ ความไว้วางใจที่สมเหตุสมผลของประชาชน (rational trust) ที่จะทำให้ประชาชนยินดีให้ความร่วมมือทำตามมาตรการต่างๆ ของรัฐในยามวิกฤต ถึงแม้ว่ารัฐอาจออกบางมาตรการที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของพวกเขาบ้างก็ตาม

การอภิบาลระบบของไทยในการรับมือวิกฤตโควิด-19 สามารถสรุป (และมีข้อเสนอแนะ) ในแต่ละประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

1) โครงสร้างการทำงาน การออกแบบโครงสร้างการตัดสินใจที่รวมศูนย์แบบ ศบค. มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การพยายามรวบอำนาจสั่งการในยามวิกฤตให้มีลักษณะรวมศูนย์เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ทั้งนี้เพื่อให้นายกรัฐมนตรีสามารถบังคับบัญชาและสั่งการได้อย่างรวดเร็ว ลดขั้นตอนการปฏิบัติตามปกติของระบบราชการไทยที่มีความล่าช้า แต่ข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติกลับพบว่า รัฐบาลยังยึดติดกับโครงสร้างการบริหารและการตัดสินใจในลักษณะระบบราชการอยู่เช่นเดิม การเพิ่มโครงสร้างการทำงานที่ซับซ้อนและใช้บุคลากรที่ทับซ้อนกันกลายเป็นการเพิ่มขั้นตอนการดำเนินงาน และขัดกับวัตถุประสงค์แรกเริ่มของการตั้ง ศบค. ที่ต้องการ

โครงสร้างการตัดสินใจที่มุ่งความฉับไวในการทำงาน โครงสร้างการทำงานที่แบ่งภารกิจงานตามกระทรวง ยังเป็นอุปสรรคต่อการทำงานข้ามกระทรวง และสะท้อนการยึดติดกับ “แบ่ง” การทำงานของระบบราชการในสถานการณ์ปกติ

ในระยะยาว ประเทศไทยควรจัดตั้ง “ศูนย์บัญชาการกลางระดับชาติเพื่อรับมือกับโรคระบาด” (The Central Epidemic Command Center) โดยมีโครงสร้างและการปฏิบัติการในลักษณะศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operation Center – EOC) ศูนย์นี้จะไม่ได้มีบทบาทในภาวะปกติ แต่จะถูก “เปิดใช้งาน” (activate) เมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดร้ายแรง เพื่อให้เกิดการประสานงานข้ามกระทรวงและระดมความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การขับเคลื่อนโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขและกลไกทางการปกครองเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน จึงควรใช้โครงสร้างการขับเคลื่อนงานที่ข้าราชการพลเรือนและผู้เชี่ยวชาญฝ่ายสาธารณสุขและมหาดไทยเป็นผู้มีบทบาทนำ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นผู้บัญชาการให้เกิดการระดมงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ ในลักษณะข้ามหน่วยงาน ในด้านงบประมาณ รัฐควรจัดสรรงบประมาณในเชิงยุทธศาสตร์ระยะยาวให้ศูนย์บัญชาการนี้อย่างเหมาะสม

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีเครื่องมือด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ได้อยู่แล้ว ทั้งที่เป็น EOC ระดับกระทรวง และ EOC ในระดับกอง การกิจสำคัญของสังคมไทยในเชิงการออกแบบระบบอภิบาลในระยะยาวคือ การออกแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับชาติ (National level EOC) โดยต่อยอดจากฐานระดับกระทรวงที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้พร้อมรับมือกับวิกฤติสาธารณสุขในอนาคต ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับชาติที่มีโครงสร้างชัดเจนจะทำให้ประเทศมีความพร้อมในการเตรียมรับมือล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการตั้งศูนย์ศูนย์เฉพาะกิจที่ต้องอิงกับพรรค ฉุกเฉินแบบ ศบค.

2) คณะทำงานและคณะที่ปรึกษามีจำนวนมากและทับซ้อนกัน การตั้งคณะกรรมการและคณะที่ปรึกษาหลากหลายชุด ทำให้มีการทับซ้อนกันในอำนาจหน้าที่และประเด็น และขาดการติดตามงานเพื่อแปลงคำแนะนำไปสู่นโยบายและการปฏิบัติ

ในระยะยาวรัฐควรออกแบบโครงสร้างคณะที่ปรึกษาที่จะให้คำแนะนำทางวิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจในภาวะวิกฤติ ซึ่งอาจจะเรียกว่า “คณะที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน” (The Scientific Advisory Group for Emergencies) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาครัฐ แต่ทำงานเป็นอิสระจากรัฐบาล มีหน้าที่ในการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่วางอยู่บนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างรอบด้านและเป็นกลาง ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางวิชาการที่ตรงกับลักษณะของวิกฤติ มีหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอแนะให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ การตั้งคณะที่ปรึกษาชุดเดียวเช่นนี้จะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการตั้งคณะที่ปรึกษาชั่วคราวจำนวนมาก ทั้งนี้ ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาควรมีการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชนและสาธารณชนด้วย เพื่อสร้างความโปร่งใสและสร้างหลักความพร้อมรับผิด เพราะผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องอธิบายต่อสาธารณชนว่ามาตรการและนโยบายที่ผลักดันออกมานั้นมาจากการตัดสินใจบนฐานข้อมูลและความรู้ใด

3) การรวมศูนย์อำนาจที่นายกรัฐมนตรี มีการใช้อำนาจตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินรวบอำนาจในกฎหมาย 40 ฉบับมารวมศูนย์อยู่ที่พลเอกประยุทธ์ ในฐานะ ผอ.ศบค. ในแง่โครงสร้างการทำงาน การรวม

ศูนย์อำนาจไว้ที่ตัวบุคคลคนเดียว มิได้หมายถึงว่าจะมีประสิทธิภาพเสมอไป และการมีเอกภาพในการทำงาน มิได้หมายความว่าจำเป็นต้องมีการรวมศูนย์อำนาจ บทเรียนจากหลายประเทศพบว่าโครงสร้างการกระจายอำนาจ ก็สามารถสร้างเอกภาพในการแก้ปัญหาได้ ถ้าผู้นำมีแนวนโยบายที่ชัดเจน (guidelines) และมอบหมายภารกิจไปตามสายงาน และมีระบบติดตามผลที่ชัดเจน

4) การตัดสินใจบนฐานของความรู้ วิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพร้ายแรงในระดับโลกควรถูกแก้ไขด้วยความรู้ที่ทันสมัยและผู้เชี่ยวชาญตัวจริง ตั้งผู้รู้จริงเข้ามาทำงานอยู่ในโครงสร้างการทำงานที่องค์ความรู้ของพวกเขาจะถูกใช้ประโยชน์และนำไปปฏิบัติจริง โดยไม่ยึดติดกับหลักอาวุโส สถานะทางสังคม หรือตำแหน่งบริหารในคณะแพทย์และมหาวิทยาลัย

5) การให้บทบาทกับฝ่ายความมั่นคงมากเกินไป วิกฤตโควิดเป็นวิกฤตที่ซับซ้อน โครงสร้างการบริหารจัดการวิกฤตโรคระบาดไม่ควรอยู่ภายใต้การนำของทหารซึ่งมักมีความรู้ความเข้าใจที่เน้นไปที่ด้านความมั่นคงทางทหารเป็นหลัก

6) การสื่อสาร การสื่อสารเป็นด้านที่มีจุดอ่อนและมีปัญหามากที่สุดด้านหนึ่งของรัฐไทยในการจัดการปัญหาโควิด ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารที่สับสน การสื่อสารที่ขัดแย้งกันเองระหว่างหน่วยราชการด้วยกัน ขัดแย้งกันระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น ขัดแย้งกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ขัดแย้งกันระหว่างกรุงเทพมหานครกับ ศบค. กระทั่งบางครั้งก็ขัดแย้งกันเองระหว่างคนใน ศบค. ชุดเล็กกับชุดใหญ่ นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารที่ตำหนิประชาชน การสื่อสารที่สร้างความตื่นตระหนกหวาดกลัวซึ่งส่งผลกระทบต่อ การสร้างความร่วมมือจากประชาชนให้ทำตามมาตรการต่างๆ ของรัฐ

7) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น และประสิทธิภาพของระบบราชการ ระบบราชการของไทยซึ่งมีปัญหาความอ่อนแอและประสิทธิภาพการทำงานอยู่แล้วในภาวะปกติ เมื่อเจอกับวิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นจุดอ่อนอย่างชัดเจน คือ การทำงานที่ยึดติดกฎระเบียบ การทำงานล่าช้า การทำงานโดยขาดนวัตกรรม การทำงานโดยขาดระบบข้อมูลที่แม่นยำและบูรณาการข้ามหน่วยงาน การทำงานโดยไม่ประสานร่วมมือกันข้ามกระทรวง การรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางและภูมิภาคสูง โดยไม่ให้บทบาท ความเป็นอิสระ และอำนาจกับท้องถิ่น และการทำงานโดยขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ราชการส่วนภูมิภาคมีอำนาจหน้าที่มากตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน แต่ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้ต้องอาศัยงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณที่ใช้แก้ปัญหาได้ แต่ไม่มีอำนาจเต็มที่ในการใช้งบประมาณ จึงเกิดเป็นสภาพปัญหาที่ถกกันมามาตรการจากรัฐส่วนกลางที่สั่งการจากบนลงล่างในลักษณะบังคับโดยขาดการรับฟังและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นทำให้การแก้ปัญหาขาดความร่วมมือและความไว้วางใจระหว่างกัน

รัฐไทยควรมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการจากลักษณะรัฐราชการรวมศูนย์ที่ส่วนกลางไปสู่รัฐที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง รัฐบาลและกระทรวงมหาดไทยควรปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มองรัฐส่วนกลางเป็น “เจ้านาย” และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น “ลูกน้อง” มาสู่ทัศนคติที่มองเห็นความเท่าเทียมกันระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น

ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการด้านสุขภาพในกรุงเทพมหานครโดยเพิ่มจำนวนหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐให้มีจำนวนมากขึ้นโดยได้สัดส่วนกับจำนวนประชากร และเพิ่มจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในเขตกรุงเทพฯ ให้เพิ่มสูงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญที่ทำงานได้อย่างดี แต่ปัจจุบันจำนวน อสส. ต่อประชากรในกรุงเทพฯ อยู่ในอัตราส่วนที่ต่ำกว่าในต่างจังหวัดอย่างมาก

รัฐควรจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติที่ทันสมัยและเชื่อมโยงถึงกันในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด เมื่อเกิดวิกฤตในอนาคตศูนย์บัญชาการสามารถใช้ระบบข้อมูลนี้ในการควบคุมโรค สอบสวนโรค และรักษาพยาบาลประชากรได้อย่างเหมาะสม โดยควรพัฒนาให้มี application ที่มีมาตรฐานเดียวที่สะดวก รวดเร็ว ใช้งานได้ง่าย

8) การระดมความร่วมมือกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ควรปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการที่ยึดถือรัฐเป็นศูนย์กลาง ไปสู่การบริหารจัดการที่รัฐประสานร่วมมือกับภาคประชาสังคมและภาคเอกชน (collaborative governance) ภาครัฐควรดึงภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นโดยใช้จุดแข็งด้านนวัตกรรม เทคโนโลยี และทรัพยากรของภาคเอกชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยแก้ปัญหา โดยสามารถตั้งเป็นคณะทำงานร่วมภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะการจัดหาวัคซีน เป็นต้น และรัฐควรสนับสนุนภาคประชาสังคมให้กลุ่มจิตอาสาต่างๆ สามารถทำงานในระยะยาว ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบราชการให้มีรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นขึ้นและทำงานเชิงเครือข่ายกับกลุ่มต่างๆ ในภาคประชาสังคม

ค. การประเมินผลการจัดการการระบาดของโรค Covid-19 ของไทยด้วยวิธีทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ซึ่งเน้นที่กลุ่มเปราะบาง (โดย ผศ.ชลิตา บัณชุงศ์ คณะสังคมศาสตร์ มก.)

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนด้วยวิธีการด้านมานุษยวิทยามีจุดเน้นที่กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบาง ซึ่งมักต้องทำงานในสภาวะความเสี่ยงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงความแออัด โดยเฉพาะกลุ่มคนชายขอบเช่นคนไร้บ้าน ที่แม้แต่การหาหน้ากากอนามัยมาป้องกันการติดเชื้อก็ทำได้ยากแล้ว ผลกระทบของโควิด-19 ต่อกลุ่มคนเหล่านี้ส่วนแรกเกิดจากมาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” ที่นำมาสู่การตกงาน ขาดรายได้อย่างเฉียบพลัน กลายเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากจนชีวิตแทบไม่สามารถลืมตาอ้าปากได้อีก ผลกระทบส่วนที่สองเป็นผลจากการจัดการทางด้านการแพทย์/สาธารณสุขที่เกิดจากการแพร่ระบาดอย่างหนักตั้งแต่ไตรมาสที่สองของปี 2564 ที่กลุ่มคนเปราะบางจำนวนมากกลายเป็นผู้ติดเชื้อและประสบปัญหาตั้งแต่การเข้าถึงการตรวจเชื้อ ผู้ป่วยโควิดที่มีอาการหนักจำนวนหนึ่งได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม จนทำให้มีผู้เสียชีวิตตามบ้าน และวัคซีนที่จ่ายแจกมีความล่าช้าและมีข้อกังขาในด้านคุณภาพ

การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกยังไม่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อยังมีไม่มาก หากแต่มาตรการของรัฐในการควบคุมการแพร่ระบาดกลับกลายเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มคนเปราะบางเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการระบาดระลอกแรกที่มาตรการ “ล็อกดาวน์” หรือ “กึ่งล็อกดาวน์” ถูกใช้อย่างเข้มข้นเนื่องจากรัฐบาลต้องการ

กตให้ตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 เหลือน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย มาตรการเหล่านี้ได้ส่งผลทำให้คนจำนวนมากต้องหยุดงาน ถูกลดชั่วโมงการทำงาน และขาดรายได้ และยังส่งผลต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ สร้างความเดือดร้อนต่อผู้ประกอบการอาชีพอิสระและค้าขายอย่างมาก ดังกรณีการปิดด่านชายแดนที่ทำให้เศรษฐกิจชายแดนต้องปิดตัวไปโดยปริยาย ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ค้ารายย่อย ร้านอาหาร คนรับจ้างเข็นของในตลาด เรือรับจ้างข้ามแดน ผู้ขับรถตู้ รถประจำทาง เกษตรกรที่นำผลผลิตมาขายที่ตลาด เป็นต้น

นอกจากนั้นมาตรการปิดพื้นที่ในหลายกรณี รัฐดำเนินการโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของประชาชน ดังการประกาศปิดตลาดหลายแห่งที่ประกาศปิดอย่างฉับพลัน ไม่ทันได้ตั้งตัว ผู้ค้าที่สั่งสินค้ามาขายประสบปัญหาของเน่าเสีย ขาดทุน นอกจากนี้ก็ยังโยนภาระให้กับประชาชนที่ต้องทำตามมาตรการที่รัฐกำหนดบังคับ ผู้ให้ข้อมูลในตลาดระบุว่า ผู้ค้าต้องรวมเงินกันเองในแต่ละเดือนเพื่อจัดทำด้านคัดกรองทางเข้าออกของตลาดและเพื่อเป็นค่าจ้างคนมาทำหน้าที่คัดกรอง ซึ่งหากไม่ทำเช่นนี้ก็จะไม่สามารถเปิดตลาดได้

แม้มาตรการ “ล๊อคดาวน์” หรือ “กึ่งล๊อคดาวน์” จะสร้างความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจอย่างมาก แต่มาตรการเหล่านี้ก็ยังมีคุณสมบัติในสายตาของสังคม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความหวาดกลัวต่อโควิด-19 ที่แพร่ระบาด ที่นำมาสู่ความรู้สึกรังเกียจหรือการตีตราคนบางกลุ่มว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อหรือแหล่งคลัสเตอร์ อาทิ กลุ่มดวาระห์ แรงงานชาวมลายูมุสลิมชายแดนใต้ที่กลับจากประเทศมาเลเซีย หรือคนที่อาศัยในชุมชนแออัดที่มีการแพร่ระบาด

การเยียวยาในระยะแรกไม่ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด ถึงแม้ว่าในระยะหลังๆ คนจนกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้มากขึ้น แต่กลุ่มคนชายขอบหรือกลุ่มเปราะบาง อาทิ คนไร้บ้าน แรงงานข้ามชาติ และคนที่เข้าถึงเทคโนโลยีมีกตกล่นจากการช่วยเหลือและประสบปัญหาความเดือดร้อนมากกว่ากลุ่มอื่น แคมป์ก่อสร้างขนาดเล็กก็มักไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากมาตรการของรัฐมากเท่ากับแคมป์ก่อสร้างของบริษัทขนาดใหญ่ การใช้อำนาจตาม พรก.ฉุกเฉิน ไม่ค่อยมีผลในการควบคุมการระบาดที่ผ่านมา แต่กลับทำให้ผลกระทบจากการจัดการโควิด-19 ที่มีต่อคนจน คนชายขอบ และกลุ่มเปราะบาง ไม่สามารถนำเสนอต่อสาธารณะได้อย่างเปิดเผยและอย่างเป็นอิสระ ระบบราชการที่เชิงซ้ำและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในขณะที่ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ในชีวิตทางการเมืองของชาวบ้านกลับมีบทบาทมากในการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนจากการจัดการโควิด-19 ของรัฐได้ดีพอควร แต่ก็ยังสะท้อนการเข้าถึงบริการและทรัพยากรของรัฐที่ไม่เท่ากัน เช่น สส. พรรคฝ่ายรัฐบาลมีศักยภาพในการประสานหน่วยงานหรือนำรถตรวจชีววินิจฉัยเข้ามาให้บริการในชุมชนและสามารถจัดส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ด้วยความรวดเร็ว ในขณะที่ สส. ฝ่ายค้านช่วยชาวบ้านได้เพียงแจกหรือบริจาคสิ่งของให้ครอบครัวผู้เดือดร้อนหรือให้โรงพยาบาลสนามเท่านั้น

แม้ว่ามาตรการเยียวยาเพื่อบรรเทาผลกระทบของโควิด-19 ของรัฐบาลในระยะหลังๆ ได้รับการปรับปรุงเพื่อให้ครอบคลุมผู้เดือดร้อนกลุ่มต่างๆ มากขึ้น แต่มาตรการการเยียวยามักเป็นการแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าที่ไม่เพียงพอ ขณะที่มาตรการระยะยาวอย่างการฟื้นฟูเศรษฐกิจ ที่รวมถึงการสนับสนุน

ผู้ประกอบการและการสร้างงานสร้างอาชีพยังดำเนินไปอย่างจำกัด โดยกลุ่มคนจนก็ยังแทบไม่ได้รับอานิสงค์จากมาตรการฟื้นฟูเศรษฐกิจของรัฐบาล

ตลอดสองปีที่ผ่านมา ภาคสังคมทั้งองค์กรด้านการสังคมสงเคราะห์ มูลนิธิ สมาคม ของชนชั้นสูง ขององค์กรทางศาสนา หรือของกลุ่มทุนที่ทำ CSR รวมทั้งองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมที่เน้นการจัดการตนเองและความเข้มแข็งของชุมชน ต่างก็มีบทบาทอย่างมากในการอุดหนุนหรือให้การจัดการโควิด-19 ของรัฐในทุกพื้นที่ที่ศึกษา แต่จากการศึกษาในภาคสนามพบว่า หน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาคไม่ค่อยให้ความร่วมมือสนับสนุนบทบาทของภาคสังคมเท่าที่ควร

27.2 การประเมินผลการรับมือกับโควิด-19 ของระบบ ววน.

ระบบการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ในปัจจุบันของไทย มีที่มาจากความพยายามปรับปรุงระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาควบคู่กับระบบวิจัยและวิทยาศาสตร์ของไทยให้สอดคล้องกับตามนโยบายปฏิรูปประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน และปฏิรูปประเทศไทยสู่ 4.0 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายเพื่อปรับโครงสร้างการบริหารราชการที่เกี่ยวข้องกับการอุดมศึกษาและการวิจัยทั้งระบบ ผ่านการจัดตั้งกระทรวงใหม่ คือ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยเป็นการควบรวมกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ากับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (เดิมสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ) และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

นอกจากนี้ มีพระราชบัญญัติสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562 กำหนดหน้าที่ให้สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สอวช.) ทำงานให้กับสภานโยบายฯ ซึ่งเป็นผู้กำกับดูแลและกำหนดนโยบายในระบบ ววน. ของประเทศ และให้คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) ทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและกรอบวงเงินต่อสภานโยบาย และเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุน ววน. โดยมีสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ทำหน้าที่รับผิดชอบงานวิชาการและงานธุรการของ กสว. (แทน สกว. ในระบบเดิม) และให้มีกองทุนส่งเสริม ววน. ระบบการจัดสรรเงินทุน และระบบการกำกับดูแล

พระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรม พ.ศ. 2562 แบ่งหน่วยงานในระบบวิจัยและนวัตกรรม (ทั้งรัฐและเอกชน) รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาที่ดำเนินการเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรม เป็น 6 ส่วน โดยให้สภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดหน่วยงานในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และงบประมาณเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หน่วยงานด้านการให้ทุน (Program Management Unit: PMU) ประกอบด้วย 7 หน่วยงาน (ต่อมาเพิ่มเป็น 9 หน่วยงาน) หน่วยงานที่ทำวิจัยและสร้างนวัตกรรม หน่วยงานด้านมาตรฐาน การทดสอบและบริการคุณภาพวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หน่วยงานด้านการจัดการความรู้จากงานวิจัยและนวัตกรรม และหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากงานดังกล่าว และหน่วยงานด้านอื่นตามที่สภานโยบายกำหนด

การออกแบบระบบข้างต้น ทำให้ระบบการวิจัยและพัฒนาของไทยมีการรวมศูนย์มากขึ้น โดยนำนโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563–2570 (นโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.) มาใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบาย ววน. ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายของระบบ ววน. ผ่านระบบ ซึ่งในช่วงแรกประกอบไปด้วย 4 แพลตฟอร์ม 16 โปรแกรม โดย สอวช. และ สกสว. นำนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน. มาใช้เป็นกรอบในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมในแต่ละปี โดยในแต่ละแพลตฟอร์มและโปรแกรม มีการกำหนดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์สำคัญ (Objectives and Key Results: OKRs) ในด้านงบประมาณระบบ ววน. ได้มีการออกแบบระบบงบประมาณเพื่อให้สามารถดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ โดยอ้างอิงจากราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562 มาตรา 17 ซึ่งกำหนดให้งบประมาณหน่วยงานในระบบ ววน. แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- มาตรา 17 (1) งบประมาณรายจ่ายประจำ รายจ่ายตามภารกิจหน่วยงานและรายจ่ายที่ไม่ใช่โครงการวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้เบิกจ่ายผ่านสำนักงานงบประมาณ
- มาตรา 17 (2) งบประมาณโครงการวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานงบประมาณ จัดสรรผ่านกองทุน ววน.

โดยการจัดสรรงบประมาณด้าน ววน. ดำเนินการผ่านกองทุนแบ่งออกเป็น 2 กองทุน หรือ 3 กองทุนย่อย ประกอบด้วย

- 1) **ทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund)** ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1. Basic Research Fund & Institutional Capacity Building Fund จัดสรรงให้หน่วยงานบริหารจัดการโปรแกรม (Program Management Unit: PMU) เพื่อนำไปสนับสนุนทุนแก่โครงการงานวิจัยพื้นฐาน และสร้างความเข้มแข็งของงานวิจัยและการบริหารงานวิจัยของสถาบันความรู้และสถาบันวิจัยในหน่วยงาน
 - 1.2. Basic Function Fund จัดสรรงตรงไปยังหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะด้าน ววน. และดำเนินการตามพันธกิจของตนเอง ซึ่งอาจรวมโครงสร้างพื้นฐานด้าน ววน. ระดับชาติ และโครงการริเริ่มสำคัญของประเทศ
- 2) **ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund)** เป็น Competitive Funding จัดสรรงให้กับหน่วยงานบริหารจัดการโปรแกรม (Program Management Unit: PMU) เพื่อนำไปสนับสนุนทุน (Granting) แก่หน่วยงานระดับปฏิบัติ โดยต้องเป็นการทำวิจัยที่เน้นตอบยุทธศาสตร์และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ของประเทศ (รวม 4 แพลตฟอร์ม 17 โปรแกรมในปัจจุบัน)

ระบบ ววน. มีแผนที่จะเพิ่มสัดส่วนของทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) ให้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีงบประมาณ 2565 ได้ตั้งเป้าให้ทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) มีมูลค่า

14,640 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 60 ของกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน ววน. 24,400 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564)

หลังจากเกิดการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 กองทุน ววน. และองค์กรให้ทุนวิจัยและหน่วยงานทำวิจัยของประเทศก็มีการปรับตัว โดยเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) มีมติอนุมัติให้ปรับงบประมาณประจำปี 2563 ที่กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.) จัดสรรให้แก่หน่วยบริหารจัดการทุน ร้อยละ 10-15 เพื่อสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมที่จะแก้ปัญหาจากวิกฤตโควิด-19 และภัยแล้ง โดยให้เพิ่มโปรแกรมการแก้ปัญหาวิกฤตของประเทศ (National Crisis Management) เป็นโปรแกรมที่ 17 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตขนาดใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

โปรแกรมที่ 17 มีเป้าประสงค์ใช้ความรู้ การวิจัย และนวัตกรรมเพื่อคาดการณ์ปัญหา จัดการกับภาวะวิกฤตของประเทศไทยได้อย่างทัน่วงที่ เพื่อลดความเสียหายและบรรเทาความเสียหายในระยะสั้น และมีการเตรียมการที่ดี ที่ช่วยให้สามารถบริหารจัดการประเทศและสังคมหลังภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโปรแกรม 17 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้ตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นดังต่อไปนี้

- 1) การวิจัยและพัฒนา (RD) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาสู่การผลิต (Development and Manufacture) เพื่อให้ได้ผลผลิตตอบสนองต่อความต้องการที่เป็นรูปธรรม และขยายผลได้อย่างรวดเร็ว (Scale-up and speed up) รวมไปถึงใช้เพื่อการทดสอบ สอบเทียบ เทียบวัด (Metrology, Testing, Qualification) และการสนับสนุนในการ Accelerate เพื่อการผลิตเชิงพาณิชย์ในอนาคต
- 2) การวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อให้ได้มาตรการ และนโยบายในการบริหารจัดการภาวะวิกฤติ และหลังภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาโควิด19 และปัญหาภัยแล้ง
- 3) การสำรวจข้อมูลและการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ และออกแบบมาตรการอย่างมีประสิทธิภาพ ทันเวลา
- 4) การทำ foresight และ scenario planning
- 5) การวิจัยเชิงระบบและการวิจัยเชิงสถาบันเพื่อวางแนวทางการปรับตัว (Transformation ของระบบและสถาบัน ได้แก่ องค์กร กติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง)
- 6) การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เนื่องจากภาวะวิกฤติ และศึกษาผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและมาตรการต่อประชาชน เศรษฐกิจและสังคม
- 7) การศึกษาทางเลือกสำหรับประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อปรับตัว ในภาวะวิกฤติและหลังภาวะวิกฤติ

8) การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการสื่อสาร และการสื่อสารความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ในภาวะวิกฤติ

ทั้งนี้ โปรแกรมที่ 17 มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome/Impact) ที่ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมได้ร้อยละ 10 ของความสูญเสียที่คาดการณ์ เช่น กรณีโควิด-19 คาดหวังว่าจะลดความสูญเสียประมาณ 19,000 ล้านบาท โดยการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ระบบการติดตามการระบาด ให้ความรู้แก่ประชาชน และมีมาตรการทางการแพทย์ สาธารณสุข และฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคม ในระดับอุตสาหกรรมและระดับพื้นที่ ตลอดจนจนประเทศสามารถปรับตัว มีความมั่นคงในด้านอาหาร สุขภาพและสังคม

ในช่วงต่อมา รวมทั้งในปีงบประมาณ 2564 โปรแกรมนี้ได้ตั้งเป้าและขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมกับการรับมือกับโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ ในระยะยาวด้วย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเพิ่มหน่วยงาน PMU เฉพาะด้านอีกสองหน่วยงาน คือ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช.) เพื่อสนับสนุนทุนวิจัยด้านการพัฒนาและการบริหารวัคซีน และศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) สนับสนุนทุนวิจัยด้านการพัฒนาการผลิตเวชภัณฑ์ต่างๆ

ในกรณีที่ระบบ ววน. จัดสรรงบที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโควิดและโรคระบาดใหม่และภัยพิบัติอื่นๆ จากโปรแกรมที่ 17 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (แผนด้าน ววน.) ล้วนๆ การประเมินผลก็สามารถชี้ดวงไว้ที่โปรแกรมที่ 17 เท่านั้น แต่จากการศึกษาทบทวนการดำเนินการของ PMU ต่างๆ ในช่วง 2 ปีเศษที่ผ่านมา รวมทั้งแผนการส่งเสริมการวิจัยของแต่ละ PMU ในอนาคต พบว่ามี PMU ที่ได้จัดสรรงบ ววน. เพื่อรับมือกับ โควิด-19 ที่อยู่นอกโปรแกรม 17 ด้วย ทำให้การศึกษานี้จะให้ความสนใจกับงานวิจัยนอกโปรแกรมที่ 17 ด้วย แต่ส่วนที่นอกโปรแกรม 17 คงไม่ใช่ส่วนที่เป็นหลักในช่วงที่ผ่านมา

ผลการจัดสรรทุนวิจัยทั้งจากโปรแกรมที่ 17 และจากงบประมาณส่วนอื่นๆ ทำให้ระบบ ววน. ของประเทศมีการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและบริหารจัดการองค์ความรู้เพื่อรับมือโควิด-19 โดยในช่วงต้นของการระบาด การดำเนินการขององค์กร ววน. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สวช. สกสว. และ PMU มุ่งเน้นการบริหารสถานการณ์ด้านการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในระบบ และประเมินช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังขาดอยู่ในการรับมือโควิด-19 ซึ่งเป็นที่มาของโครงการวิจัยและนวัตกรรมจำนวนมาก โดยในเบื้องต้นคณะผู้วิจัยพบว่า ววน. มีการจัดสรรทุนการทำวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวกับโควิด-19 ไม่ต่ำกว่า 170 โครงการ (รายละเอียดตัวอย่างโครงการใน ส่วนที่ 6 ของการศึกษา)

ในการสนับสนุนทุนวิจัยในด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ระบบ ววน. มีโครงการวิจัยที่สร้างและสั่งสมความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 หลายโครงการ และในด้านการวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมนั้น ระบบ ววน. ประสบความสำเร็จของการวิจัยที่นำไปสู่การผลิตน้ำยาตรวจ RT-PCR และรถวิเคราะห์เคลื่อนที่ที่ใช้มากในการตรวจเชิงรุกในปี 2564 และสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมในการผลิตชุดตรวจ ATK ไม่มากนัก แต่ก็มีผลิตภัณฑ์ของไทยออกมาสู่ตลาดมากขึ้นในปัจจุบัน และโครงการวิจัยชุดตรวจเชื้อโดยวิธี RT-LAMP และ CRISPR ประสบความสำเร็จแต่ไม่ได้รับความนิยมนำมาใช้มากเหมือนกับ ATK และสำหรับงานวิจัยพัฒนาวัคซีนซึ่งรัฐบาลให้ทุนสนับสนุนมากที่สุดนั้น ยังไม่เห็นแนวโน้มว่าจะประสบความสำเร็จที่จะทำ

ให้มีการผลิตวัคซีนของไทยเองออกมาในเร็ว ๆ นี้ ถึงแม้ว่าไทยจะประสบความสำเร็จในการรับถ่ายทอดเทคโนโลยีในการผลิตวัคซีนของ AstraZeneca (AZ) และเป็นแหล่งผลิตวัคซีน AZ ส่งให้หลายประเทศในภูมิภาคนี้ แต่ในปัจจุบันความนิยมวัคซีน AZ ลดลงอย่างมาก โดยในช่วงเกือบ 2 เดือนที่ผ่านมามีการฉีดเฉลี่ยวันละ 1,556 โดส หรือร้อยละ 2.78 ของวัคซีนที่ฉีดต่อวันเท่านั้น

ในด้านการผลิตยา ระบบ ววน. มีส่วนไม่มากนัก แต่ตั้งแต่เดือน ส.ค. 2564 องค์การเภสัชกรรมได้เริ่มผลิตยาต้านไวรัสพาราเซตาโมลจากตัวยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ (หลังจากที่รัฐบาลไทยปฏิเสธการจดสิทธิบัตรยาเม็ดนี้ในไทยเมื่อ พ.ศ. 2564) อภ. น่าจะมีศักยภาพในการผลิตในปริมาณที่เพียงพอสำหรับใช้ในประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีข่าวเรื่องมียาไม่เพียงพอออกมาเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ก็มีการผลิตสมุนไพรฟ้าทะลายโจรโดยผู้ผลิตจำนวนมาก แต่หลายรายยังขาดการให้ข้อมูลเรื่องจำนวนสารออกฤทธิ์ และยังไม่มีความมาตรฐานที่เข้มงวดในด้านฉลาก

จากการทบทวนการดำเนินการขององค์กรด้านการส่งเสริมวิจัยในต่างประเทศ และการศึกษาด้านระบบสาธารณสุขทั่วโลก ได้ข้อค้นพบว่า โควิด-19 เป็นปรากฏการณ์ที่กระทบกับมนุษยชาติในหลากหลายมิติ ทำให้มีความต้องการองค์ความรู้ในหลากหลายแขนง โดยผู้วิจัยจึงได้จัดหมวดหมู่การวิจัยที่จะดำเนินการติดตามความก้าวหน้าและพิจารณาประเมินการดำเนินการของระบบ ววน. ของไทย) ใน 4 ด้าน คือ

- 1) การแพทย์: ด้านสายพันธุ์และระบาดวิทยา
- 2) การแพทย์: ด้านการรักษาและการป้องกัน
- 3) เศรษฐกิจและสังคม (เช่น การบริหารผลกระทบและจัดการด้านทรัพยากรในระบบสาธารณสุข)
- 4) รัฐศาสตร์ (เช่น การวิจัยด้านกลไกระบบบริหารจัดการของภาครัฐในภาวะฉุกเฉิน)

การวิจัยทางการแพทย์ด้านสายพันธุ์และระบาดวิทยา เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายของโรค เป็นประเด็นวิจัยที่ไทยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโดยหน่วยงานอุดมศึกษาด้านการแพทย์ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของไทย งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการติดตามและประเมินการแนวโน้มและความรุนแรงรวมทั้งผลของการระบาด โจทย์วิจัยที่มีความท้าทายมากโจทย์หนึ่งคือ การคาดการณ์การผลและความเร็วในการการแพร่หรือความชุกของสายพันธุ์ใหม่ๆ ในประเทศไทยรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดตามมา และการกำหนดมาตรการควบคุมการระบาดที่คำนึงถึงผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย

การวิจัยทางการแพทย์ด้านการรักษาและการป้องกัน เป็นกลุ่มงานวิจัยที่ประเทศไทยยังพึ่งพาความรู้จากต่างประเทศเป็นหลัก ประกอบด้วยการศึกษาในห้องปฏิบัติการและทางคลินิก แต่ในช่วงโควิด-19 ก็มีความพยายามสร้างผลิตภัณฑ์ต่างๆ ขึ้นมาด้วย ซึ่งส่วนที่สำเร็จมากที่สุดเป็นด้านอุปกรณ์และป้องกันตัว (เช่น หน้ากากและชุด PPE ต่างๆ รวมทั้งน้ำยาและชุดตรวจ lateral flow ส่วนวัคซีน ยา และสมุนไพร มีความก้าวหน้าอยู่บ้าง แต่ยังห่างไกลความสำเร็จ ทั้งนี้ช่องว่างและความท้าทายสำคัญคือ อุตสาหกรรมยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยไม่ได้มีความก้าวหน้ามากนัก ทำให้ทุนความรู้ และแหล่งผลิตที่มีใน

ประเทศมีอยู่จำกัด อีกทั้งการวิจัยพัฒนาที่จะนำไปสู่ผลิตภัณฑ์ที่แข่งขันได้ในระดับนานาชาติมักจะมีต้นทุนที่สูงมาก และอาจไม่คุ้มที่จะผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพต่ำ (ซึ่งถ้าผลิตออกมาแล้วจำเป็นต้องใช้ก็อาจเป็นผลเสียกับประเทศและปิดกั้นทางเลือกที่ดีกว่าของประชาชนคนไทยด้วย) ซึ่งที่ผ่านมาไทยอาศัยการซื้อผลิตภัณฑ์หรือรับเทคโนโลยีจากต่างประเทศ รวมถึงการอุดหนุนเพิ่มเติมโดยรัฐ เช่น การออกเงินกู้ภายใต้พระราชกำหนดกู้เงินเพิ่มเติมฯ พ.ศ. 2564 เพื่ออุดหนุนการวิจัยด้านวัคซีน ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นองค์กรภาครัฐและสถาบันอุดมศึกษาของรัฐเป็นผู้ดำเนินการ

ประเด็นสำคัญที่ควรต้องคำนึงถึงอยู่เสมอคือ เป้าหมายของการวิจัยด้านผลิตภัณฑ์ ไม่ควรมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองให้ได้ 100% เพราะไม่ว่าจะใช้เทคโนโลยีใด การวิจัยและผลิตผลิตภัณฑ์ที่แข่งขันได้ในระดับนานาชาติมักจำเป็นต้องร่วมมือกับต่างประเทศด้วยเสมอ เป้าหมายหลักของการวิจัยในด้านการรักษาและการป้องกันจึงควรเน้นที่ทำให้ประเทศไทยมีนักวิจัยที่สามารถติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆ ได้ทัน และสามารถสื่อสารให้ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะของไทยเข้าใจและสามารถเลือกลงทุนหรือจัดซื้อจัดหาผลิตภัณฑ์ที่สำคัญสำหรับประเทศ/คนไทยได้อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาขนาดใหญ่ที่ต้องลงทุนจำนวนมากนั้น ก็ควรมีสัญญาผูกพันการให้การสนับสนุนเป็นโปรแกรมระยะยาว แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอนหลักๆ ว่ามีความสำเร็จที่สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติก่อนที่จะได้รับอนุมัติทุนในขั้นตอนต่อไป (ถึงแม้อาจมีข้อยกเว้นในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน/เร่งด่วนจริงๆ)

การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (เช่น การบริหารผลกระทบและจัดการด้านทรัพยากรในระบบสาธารณสุข) เป็นประเด็นการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากหลาย PMU และมีหน่วยวิจัยที่ดำเนินการอยู่หลายแห่ง ซึ่งมีจุดดีคือได้ผลการศึกษาในหลายระดับที่หลากหลายพอสมควร แต่มีความเสี่ยงหากขาดหน่วยงานบริหารจัดการความรู้ และอาจยังมีข้อจำกัดในการส่งต่อความรู้สู่กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพ (และอาจรวมถึงความสนใจในการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยของหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย/มาตรการที่สำคัญ) รวมทั้งการสื่อสารสู่สาธารณะ รวมทั้งการแก้ปัญหาข่าวลวงได้อย่างน่าเชื่อถือโดยใช้วิชาการอย่างเคร่งครัด

การวิจัยด้านรัฐศาสตร์ (เช่น การวิจัยด้านกลไกระบบบริหารจัดการภาครัฐในภาวะฉุกเฉิน) เป็นประเด็นการวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่ระดับชุมชน แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาในหลายประเด็นสำคัญ เช่น การสื่อสารสู่สาธารณะในระดับมหภาค ธรรมเนียมปฏิบัติในการบริหารในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยนี้ด้วย

คณะผู้วิจัยได้**ประมวลประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง** ซึ่งสรุปจากการทบทวนกติกาและกลไกของ ววน. การดำเนินการเพื่อรับมือโควิด-19 ทั้งในระบบ ววน. และนโยบายด้านต่างๆ ของภาครัฐ การทบทวนเอกสารในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาการดำเนินการในต่างประเทศ และการระดมข้อมูลความเห็นจากหน่วยงานต่างๆ ในประเด็นต่างๆ ในห่วงโซ่มูลค่าของระบบวิจัยและนวัตกรรมตั้งแต่ภาพรวมของโครงสร้างระบบ ทุนและทรัพยากรในระบบ กระบวนการดำเนินการในระบบและผลลัพธ์ที่ได้

การประเมินระบบ ววน.

คณะผู้วิจัยได้สรุปประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุงตามห่วงโซ่มูลค่าของระบบวิจัยและนวัตกรรมใน 4 ส่วน (A-D) โดยในแต่ละส่วนจะประกอบด้วยประเด็นย่อยและความเห็น/ข้อพิจารณา/ข้อเสนอแนะ ดังนี้

A. (โครงสร้าง) ความเหมาะสมของแผน ววน. ในภาพรวมและการปรับเพื่อรับมือโควิด-19

1) การรักษาสมดุลความหลากหลายของการกำหนดโจทย์วิจัย

- ระบบวิจัยควรรักษาสมดุลระหว่างการจัดสรรเงินทุนแบบให้อิสระ การจัดสรรเงินทุนแบบควบคุมประเด็นการวิจัย และการจัดสรรเงินทุนแบบกำหนดหัวข้อการวิจัย เพื่อให้ประเทศมีงานวิจัยที่หลากหลาย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนด้านนวัตกรรม พร้อมนำไปใช้ประโยชน์กับแนวทางการพัฒนาประเทศ และการันตีว่าจะมีโครงการวิจัยที่รองรับความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่/สถานการณ์
- ระบบ ววน. ของไทยอาจจะมีลักษณะการดำเนินการบางอย่างที่ทำให้เสี่ยงต่อการรักษาสมดุลด้านความหลากหลายในการวิจัยอยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่มาก หรือถูกกำหนดแบบ top-down ทั้งหมด
- หน่วยงานทำวิจัยบางแห่งที่ให้ความเห็นว่าการปรับระบบ ววน. ทำให้นักวิจัยบางกลุ่มมีเสรีภาพทางวิชาการน้อยลง โดยเฉพาะนักวิจัยที่ทำงานวิจัยพื้นฐาน (basic research) ซึ่งหลายที่ได้รับงบน้อยลง (ถึงแม้ว่ามหาวิทยาลัยหลายแห่งได้รับงบวิจัยรวมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยในภูมิภาค)

2) การกำหนดบทบาทของ PMU ในแต่ละโจทย์วิจัย

- แม้ว่าแนวคิดหนึ่งในการปรับระบบ ววน. คือลดความซ้ำซ้อนในการสนับสนุน โดยการกำหนดกรอบของแต่ละ PMU แต่ในทางปฏิบัติ PMU ยังมีภาระให้ทุนโจทย์วิจัยที่ทับซ้อนกันบ้าง บางท่านมองเป็นธรรมชาติของระบบวิจัย ทั้งนี้ ประเด็นเรื่องความซ้ำซ้อนของงานวิจัย ต้องพิจารณาในรายละเอียดด้วย และแม้ว่าบางโจทย์วิจัยจะมีงานวิจัยหลายชิ้น แต่งานวิจัยแต่ละชิ้นอาจมีมุมมองที่ต่างกัน ซึ่งจะมีข้อดีที่ทำให้โจทย์วิจัยที่สำคัญยังมีทีม/งานวิจัยรองรับที่หลากหลาย
- ปัญหาด้านการจัดการความรู้ที่ได้จากโครงการวิจัย ควรมีระบบพิจารณาความเหมาะสมของกรอบโครงการวิจัยที่ส่งเสริม กับศักยภาพของ PMU มากกว่าการใช้การตัดสินใจของฝ่ายการเมืองในการกำหนดบทบาทหน้าที่ (เช่น ให้การให้ทุนเรื่อง x ทั้งหมดไปให้ PMU y จัดการ)
- มีหลาย PMU ที่สนับสนุนทุนด้านพื้นที่/ชุมชน และบาง PMU อาจพยายามรักษา/ขยายอาณาเขต กรอบการสนับสนุน และพื้นที่/ชุมชนเป็นเรื่องหนึ่งที่ฝ่ายต่างๆ

มักบอกว่าสำคัญ ทำให้หลาย PMU ก็เคยสนับสนุนทุนด้านพื้นที่/ชุมชนมาก่อน และ/หรืออยากขยายกรอบงานด้านนี้ ในทางกลับกัน อาจมีช่องว่างในบางกรอบ เช่น PMU ที่ทำด้านพื้นที่/ชุมชน ไม่ได้ให้การสนับสนุนทุนด้านนี้ทั่วประเทศ พร้อมๆ กัน

- มี PMU ที่เสนอให้ สกสว กำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ตัดสินว่างานแบบไหนควรเป็นของ PMU ไหน โดยเกณฑ์ควรเป็นเพียง Basic Rule ที่ยืดหยุ่นได้ แต่มีเป้าชัดเจน และไม่ควรให้ PMU คุยกันเอง เพราะเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ควรมีองค์กรกลางที่มีอำนาจมาตัดสินใจ ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของ สกสว.

3) การปรับแผนและระบบวิจัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

- การยื่นข้อเสนอโครงการในระบบ ววน. ส่วนใหญ่ต้องยื่นข้อเสนอโครงการล่วงหน้าตามรอบงบประมาณซึ่งกำหนดไว้ล่วงหน้าค่อนข้างนาน ทำให้อาจจะมีปัญหาไม่ยืดหยุ่นในการปรับการวิจัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (แต่เริ่มมีการปรับตัวในการสนับสนุนปีงบ 2566)
- ระบบยังผูกกับปีงบประมาณค่อนข้างมาก เทียบกับแนวคิดการสนับสนุนโปรแกรมวิจัยในระยะยาวโดยมีเงื่อนไข/ตัวชี้วัดความสำเร็จของงานในแต่ละชั้น/ระยะ (เช่น ที่ บพข. ระบุว่าใช้)
- ปัจจุบันระบบที่ใช้อยู่ยังใช้เวลาอนุมัติโครงการค่อนข้างนาน โครงการวิจัยต้องรอข้อเสนอโครงการขึ้นมาในช่วงที่กำหนดและมีการพิจารณาหลายขั้นตอน การพิจารณาอนุมัติจบ 1 – 2 เดือน ซึ่งถือว่าช้ามากในกรณีที่ต้องการตอบสนองและรับมือกับปัญหาเร่งด่วน
- บาง PMU ระบุว่าการทำงานที่ต้องรอแผนของ สกสว. ส่งผลต่อการวางแผนงานของ PMU ในการกำหนดกรอบการวิจัยประจำปี ทำให้ PMU บางแห่งเปิดรับข้อเสนอวิจัยได้ล่าช้าขึ้น
- นักวิจัยหลายโครงการประสบปัญหาการระบาดของโควิด-19 มากขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2563 ทำให้มีปัญหาในการวิจัยภาคสนาม ต้องหันมาประชุมออนไลน์แทนมากขึ้น และรวมถึงต้องมีขั้นตอนเพิ่มในการประสานงานกับนักวิจัย ชุมชน หรือ ศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่

4) ความเหมาะสมของการกำหนดผลลัพธ์การวิจัย

- ในหลายกรณี โครงการ (รวมทั้งเป้าหมายด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ) ขึ้นกับการตัดสินใจโดยภาคการเมือง (หรือผู้ให้ทุน รวมทั้งนอกระบบ ววน.)

- เป้าหมายของการวิจัยด้านผลิตภัณฑ์ในปัจจุบัน ไม่ควรมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองให้ได้ 100%
 - OKR ของบางสาขาวิจัยอาจจะไม่ได้รับความเห็นด้วยจากหลายภาคส่วน เช่น ด้านการเกษตรที่มุ่งเน้นที่ผลไม่มูลค่าสูง
 - ปัจจุบัน ตัวชี้วัด OKR มีความเข้มงวดและเป็นการตั้งเป้าหมายที่ไม่สมเหตุผลผล เช่น โครงการวิจัยต้องเพิ่มจำนวนนักท่อยที่เกี่ยวข้องได้ตามที่กำหนด โครงการวิจัยต้องทำให้อันดับความสุขของคนไทยเพิ่มขึ้น เป็นต้น อีกทั้งตัวชี้วัดบางประการยังให้คาดหวังให้งานวิจัยเป็นเชิงธุรกิจและวิทยาศาสตร์มากขึ้นไป
 - หน่วยงาน/มหาวิทยาลัยจำนวนหนึ่งระบุว่าได้รับผลกระทบจากนโยบาย Reinventing University ที่บางครั้งส่งผล(ลบ)โดยอ้อมต่อการขอทุน ววน.
 - หน่วยงานวิจัยมีความสับสนในการดำเนินงานจากการกำหนดตัวชี้วัด OKR ของ PMU ที่ไม่มีความชัดเจน เช่น มีการกำหนดด้านการแพทย์ว่าต้องเป็นโรคหนึ่งในสามอันดับแรกของประเทศ แต่ไม่ระบุว่าโรคอะไรบ้าง
- A. (ทุน) การจัดสรรงบของกองทุน ววน. และผลกระทบจาก โควิด-19
- 1) การพัฒนาคุณภาพกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานในระบบวิจัย
 - PMU บางแห่งพบปัญหาการขาดแคลนนักวิจัยที่มีความรู้ความสามารถในบางประเด็นการวิจัย
 - มหาวิทยาลัยบางแห่งต้องใช้บุคลากรที่เป็นอาจารย์มาทำวิจัยเป็นหลัก บางแห่งระบุว่าหานักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณภาพไม่ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกติกาการจ่ายค่าตอบแทนของ PMU
 - งบ SF มหาวิทยาลัยบางแห่งมีปัญหา เพราะต้องเปลี่ยนกรอบการวิจัยให้มุ่งเป็นผู้ประกอบการมากขึ้นและต้องตั้งเป็นชุดโครงการใหญ่ ในขณะที่อาจารย์ไม่มีทักษะการเป็นผู้ประกอบการ
 - มหาวิทยาลัยขนาดเล็กมักคุ้นเคยกับการทำโครงการเดี่ยวที่เน้นสาขาวิจัยเดียว
 - มหาวิทยาลัยที่ไม่มีอาจารย์อาวุโสเท่าไรนัก มักขาดแคลนผู้นำที่มีตำแหน่งสูง
 - มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการวิจัย ทำให้ยังไม่สามารถแข่งขันกับมหาวิทยาลัยในระดับสากล
 - การรับมือวิกฤตยังต้องการการสนับสนุนอีกหลายด้าน โดยเฉพาะการสร้างความรู้เชิงลึก (basic biomedical science และ molecular biology ที่เกี่ยวข้อง) นอกจากนี้ยังต้องมีการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานในรูปแบบ platform เช่น

ห้องแล็บความปลอดภัยระดับ 2-3 (Biosafety Level BSL2-3), GMP facility สำหรับ vaccine mRNA/viral vector

2) การจูงใจให้เกิดการร่วมลงทุนวิจัยและการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทุน

- ระบบ ววน. ยังขาดตัวกลางระหว่างผู้ประกอบการที่ต้องการติดต่อขอรับทุนวิจัยกับหน่วยงาน/นักวิจัย เพื่อช่วยให้คำปรึกษาการเขียนโครงการขอทุนหรือสร้างความเข้าใจระหว่างสองฝ่าย
- นักวิจัยเข้าไม่ถึงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัยได้ครบถ้วน
- PMU ต่างๆ มักประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัยค่อนข้างถี่ กระชั้นชิด และต่อเนื่องกัน ทำให้นักวิจัยต้องเตรียมข้อเสนอโครงการไว้ล่วงหน้านาน
- การกำหนดคุณสมบัติหัวหน้าโครงการที่เจาะจง เช่น บพท. กำหนดให้หัวหน้าโครงการต้องเป็นบุคลากรระดับผู้บริหารของมหาวิทยาลัย ซึ่งยุ่งยากและอาจไม่ practical ด้วย
- โจทย์วิจัยของภาครัฐ มักพยายามที่จะตอบโจทย์และส่งเสริมคนหนุ่มมาก ซึ่งภาคเอกชนไม่สนใจ ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหาของตน และไม่มีความยินดีที่จะร่วมจ่าย

3) ฐานข้อมูลการวิจัยเพื่อการติดตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการวิจัย

- มหาวิทยาลัยแต่ละแห่งมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงฐานข้อมูลการวิจัยนานาชาติ เช่น Web of Science และ Scopus ปัจจุบันไม่มีหน่วยงานกลางของรัฐจัดซื้อ สกว. ควรพิจารณาเป็นหน่วยงานกลาง
- ระบบ NRIIS ยังไม่สามารถนำมาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การติดตามการวิจัยโดยมากยังคงต้องทำผ่านสื่อของหน่วยงานในระบบ PMU ซึ่งทำให้การค้นหาการวิจัย และการติดตามความก้าวหน้าทำได้ไม่สะดวกนัก
- ปัญหาความซ้ำซ้อนในการที่จะต้องส่งรายงานการวิจัยทั้งในระบบและต้องส่งเป็นรูปเล่มกระดาษด้วย รูปแบบที่รายงานในระบบ NRIIS ก็รูปแบบที่ต้องจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม ก็มีความแตกต่างกัน ทำให้นักวิจัยต้องพิมพ์เอกสาร 2 รอบ รวมถึงการส่งแผ่นซีดีที่ปัจจุบันล้าสมัยไปแล้ว

B. (กระบวนการ) การบริหารทุนวิจัยจาก PMU และการปรับตัวเพื่อรองรับ โควิด-19

1) ความสอดคล้องของกระบวนการเบิกจ่าย

- PMU แต่ละแห่งมีการกำหนดอัตราการเบิกจ่าย และเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน แต่หลายกรณีผูกกับระเบียบราชการซึ่งยุ่งยากและไม่ค่อยยืดหยุ่น

- ที่ผ่านมา สกสว. กำหนดอัตราค่าบริหารทุนวิจัยให้กับ PMU ในอัตราคงที่ ซึ่งอาจจูงใจให้ PMU โน้มเอียงไปในทางเลือกส่งเสริมโครงการวิจัยขนาดใหญ่ เพราะการบริหารการวิจัยในแต่ละโครงการมีต้นทุนคงที่ในสัดส่วนที่สูง
- งบประมาณ FF มีเกณฑ์ในการตั้งงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น การให้งบเพียง 1 ปี ซึ่งงานวิจัยเชิงลึกเป็นไปได้ยากที่จะสำเร็จภายใน 1 ปี หรือการที่กำหนดเพดานค่าจ้างผู้ช่วยวิจัยให้ไม่เกินร้อยละ 25 ของงบโครงการ ที่เป็นการสร้างข้อจำกัดให้การวิจัย เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างล้าสมัย และเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ
- ในเชิงกรอบนโยบาย สกสว. มีนโยบายชัดเจน คล่องตัวกว่า PMU ทุกแห่งมาก เพราะ สกสว. ให้อิสระในการบรรจุยุทธศาสตร์และทิศทางของมหาวิทยาลัย และสามารถปรับแนวทางให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารมหาวิทยาลัยได้ แต่ในเชิงเทคนิค ยังติดกรอบเดิมๆ ในการกำหนดรายการค่าใช้จ่ายที่ละเอียดเกินความจำเป็น

2) ฐานข้อมูลการวิจัยระหว่างหน่วยงาน

- บาง PMU ยังคงต้องทำงานซ้ำซ้อนในการรายงานข้อมูลใน NRIIS กับฐานข้อมูลกลางของตน
- ผลการสำรวจข้อมูลในระบบ NRIIS พบว่ายังมีการรายงานข้อมูลโครงการวิจัยที่ล่าช้าและมีข้อผิดพลาดในบางจุด
- การประชุมเรื่องโควิด-19 ร่วมกันระหว่าง PMU มี วช. เป็นแกนกลาง แต่ระบบส่งต่อข้อมูลต่างๆ ยังไม่เรียบร้อย ถึงแม้จะสามารถหาข้อมูลได้ในทาง informal/personal contact และการเป็นกรรมการ/ร่วมประชุมกับ PMU อื่น
- นักวิจัยประสบปัญหาในด้านการประสานขอความร่วมมือด้านข้อมูลในช่วงการระบาด รวมทั้งนักวิจัยเองหลายรายก็ประสบปัญหาต้องเลื่อนการสำรวจข้อมูลภาคสนาม
- นักวิจัยบางรายเชื่อว่าฐานข้อมูลที่ PMU ใช้ค้นหาและพิจารณานักวิจัยอาจไม่ละเอียดพอ ทำให้นักวิจัยบางกลุ่มอาจถูกละเลยและมีอุปสรรคในการขอทุนวิจัย ในขณะที่ผู้บริหารบาง PMU ก็เห็นว่ามินักวิจัยที่มีคุณภาพน้อย และนักวิจัยเหล่านั้นก็มักยังมีภาระผูกพันที่ต้องทำโครงการวิจัยที่ได้รับทุนไปก่อนแล้ว

3) เงื่อนไขการเบิกจ่าย การปรับงบประมาณและหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงิน

- การกำหนดเงื่อนไขการแสดงเอกสารการเงินต่อการเบิกจ่ายงบประมาณในทุกๆ บาท สร้างความยุ่งยากและไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของการดำเนินการวิจัย ที่

อาจจะมีกิจกรรมที่ไม่สามารถเรียกเอกสารทางการเงินได้ เช่น การวิจัยประเด็นอ่อนไหวในคน การใช้จ่ายในสินค้าและบริการกับผู้ขายรายย่อย

- อัตราค่าตอบแทนนักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่กำหนดโดยบาง PMU ไม่สอดคล้องกับอัตราเงินเดือนในตลาดแรงงาน เพราะเป็นอัตราออกแบบสำหรับหน่วยงาน/บุคลากรภาครัฐที่ใช้งบอื่นด้วย เช่น เงินเดือน สถานที่ ทำให้เกิดปัญหากับหน่วยงานทำวิจัยที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐ
- หน่วยงานรัฐเองก็มีปัญหาเรื่องงบประมาณต่ำเกินไปที่จะจ้างนักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย (ที่ไม่ใช่ อ./พนักงานมหาวิทยาลัย) ที่มีคุณภาพสูงได้ และต้องจ้างคนที่มีคุณสมบัติต่ำกว่าเข้ามาแทน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานวิจัย
- การปรับ สกสว. เดิมที่ถือเป็นหน่วยให้ทุนที่ยืดหยุ่นกว่าราชการ มาเป็น สกสว. แล้วปรับ PMU อื่นมาทำหน้าที่แทน มีกรณีที่ PMU อื่น (รวมทั้ง วช. ที่มารับหน้าที่เพิ่มในหลายด้าน) มีระบบที่มีความเป็นราชการสูงกว่า และใช้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ใกล้เคียงกับกฎระเบียบราชการมาก ซึ่งมีความยืดหยุ่นน้อยลงกว่าเดิม เช่น ในการตั้งและเบิกจ่ายงบประมาณ และการกำหนดอัตราค่าจ้างนักวิจัย (ถึงแม้ว่า วช. จะมีโครงการ track พิเศษที่ยืดหยุ่นกว่า แต่ก็มีนักวิจัยอาวุโสมากไม่ก็ท่านที่สามารถขอรับการสนับสนุนใน track นั้น เช่น หลายโครงการของ ศ.ดร.มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด)

4) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานวิจัย

- หน่วยงานวิจัยหลายแห่ง ต้องการให้มีการจัดอบรม ทั้งในด้านการเขียนโครงการ การเขียนแผนวิจัย การเบิกจ่ายงบประมาณ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและให้ความรู้
- หน่วยงานวิจัยบางแห่งต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาประเมินและรับรองมาตรฐานงานวิจัย ผลិតภัณฑ์ หรือการทำงานของตน
- นักวิจัยบางรายไม่ได้รับเหตุผลที่ถูกปฏิเสธข้อเสนอโครงการวิจัย นอกจากนี้มี complain ด้วยว่า สกสว. ไม่ให้เหตุผลในการปฏิเสธการให้ทุน Global Partnership
- มีการประกาศผลทุนที่ล่าช้ากว่ากำหนด (มีผู้ที่ระบุว่าล่าช้าไปประมาณ 1 ปี โดยไม่มีการแจ้งหรือกำหนดเวลาใหม่ที่ชัดเจน ส่งผลต่อการวางแผนการทำงานและการจัดการเวลาของนักวิจัย)
- มหาวิทยาลัยได้รับโอนเงินงบประมาณล่าช้า

- นักวิจัยบางท่านเห็นว่า PMU บางแห่งมีความเป็นราชการมาก และบางแห่งมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนมาก ซึ่งนักวิจัยมีภาระต้องตอบคำถามผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

C. (ผลลัพธ์) การใช้ประโยชน์งานวิจัยที่มุ่งรับมือกับการระบาดของโควิด-19

1) โจทย์วิจัยที่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม

- หลาย PMU ให้ความเห็นว่าการกำหนดกรอบโปรแกรมวิจัยในแผน ววน. สกว. ยังเปิดโอกาสให้ PMU เข้ามามีส่วนร่วมน้อยเกินไป
- การสนับสนุนทุนวิจัยในบางสาขาที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการวิจัยหลายขั้นตอน ยาวนานและมูลค่าสูง เช่น การวิจัยทางการแพทย์ ววน. จะมีข้อจำกัด
- ยังมีหลายประเด็นที่ต้องการการขับเคลื่อน เช่น การจัดการเมืองในภาวะวิกฤติ คนจนที่ตกหล่น ซึ่ง บพท. ก็ยังสนับสนุนงานวิจัยส่วนนี้ผ่านขบปกติ บพท. ทำโครงการในลักษณะดังกล่าว
- ประเด็นวิจัยบางประเด็นยังตกหล่น เช่น กลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ) การศึกษาปฐมวัย ประเด็นที่เป็น Basic Research เชิงลึก โจทย์ที่เป็น Global Trend
- โจทย์วิจัย สวก. มีความครอบคลุมพอสมควร แต่ยังขาดการคำนึงถึงปัญหาในพื้นที่ เช่น ปัญหาหมอกควันในเชียงใหม่ที่เกิดจากการเผาอ้อย
- โจทย์วิจัยภายใต้ สวรส. ยังพัฒนาไปไม่ถึงบางจุด เช่น จีโนมิกส์ (Genomics) การแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เป็นต้น ส่วนโจทย์เชิงพื้นที่ก็เน้นให้ผลผลิตออกมาเป็นนวัตกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับโจทย์ที่ต้องการผลผลิตเป็นกระบวนการแก้ปัญหาทางสุขภาพ

2) การต่อยอดสู่ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรม

- ผลงานวิจัยบางชิ้นยังขาดการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นเพราะหน่วยงานที่มีความต้องการใช้ผลวิจัยนั้นไม่ทราบถึงการมีอยู่ของงานวิจัยดังกล่าว หรือมีอุปสรรคในการเข้าถึง
- ไทยอยากเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) แต่อุตสาหกรรมทางการแพทย์ของเราล่าช้าหลังมาก ส่วนมากจะเป็นการนำเข้ายาและอุปกรณ์จากต่างประเทศ ทำให้ปัจจุบันด้านการแพทย์ไทยจึงดำเนินการเองแค่ในส่วนของงานบริการเท่านั้น
- จุดอ่อนสำคัญของนักวิจัยจำนวนมากคือ การเขียนแผนธุรกิจและแผนเทคโนโลยี การผลักดันการนำผลการวิจัยไปใช้งานจริง

- งานวิจัยโควิด-19 ต่อยอดและขยายไปใช้เชิงพาณิชย์ยากมาก เพราะมีหน่วยงานราชการกว่า 10 แห่งมาควบคุม เช่น อย. สคบ.
 - ประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันทางการค้าต่ำลง ทำให้เราไม่สามารถดึงดูดการลงทุนทางเทคโนโลยีจากต่างประเทศได้ แตกต่างจากยุคการระบาดของซาร์สที่ประเทศไทยเป็นศูนย์การผลิตหน้ากาก N95 ซึ่งปัจจุบันแม้กระทั่งผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้ใช้เทคโนโลยีสูงมากอย่างชุดตรวจ ATK เรายังต้องนำเข้าเป็นหลัก
- 3) กระบวนการส่งต่อความรู้จากการวิจัยสู่กลไกนโยบายสาธารณะ
- การตัดสินใจเชิงนโยบายหลายประการไม่สอดคล้องกับหลักการทางวิชาการ ขณะที่อาจได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจทางการเมืองมากกว่า
 - ระบบ ววน. ควรพัฒนาระบบกระบวนการส่งต่อความรู้จากการวิจัยสู่กลไกนโยบายสาธารณะ ซึ่งรวมถึงสาธารณะด้วย
 - มหาวิทยาลัยบางแห่งมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับโควิดค่อนข้างน้อย เพราะความสัมพันธ์ระหว่างมหาวิทยาลัยกับหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบเรื่องโควิด-19 ค่อนข้างเบาบาง ทำให้ไม่มีหน่วยงานใดมาติดต่อกับมหาวิทยาลัยในฐานะองค์กรทางวิชาการที่จะไปช่วยรับมือกับโควิด-19
 - ที่ผ่านมากลุ่มงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ยังคงไม่สามารถสร้างศรัทธาต่อสาธารณชน ทำให้ความเห็นของนักวิชาการทางสังคมศาสตร์จึงมีน้ำหนักไม่ต่างไปจากความเห็นสื่อ

27.3 ข้อเสนอแนะทางและโครงสร้างการบริหารเพื่อรับมือวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งจากโควิด-19

ระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำ/ระบาดซ้ำ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ

คณะผู้วิจัยได้ประมวลข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งจากโควิด-19 ระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำ/ระบาดซ้ำ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อสรุปและข้อเสนอในการรับมือโควิด-19 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว และข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาว

ประเทศจะสามารถรับมือภาวะการระบาดหรือภัยพิบัติต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่พร้อมใช้งาน ทั้งนี้ นอกเหนือจากการส่งเสริมการวิจัยและ

นวัตกรรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีแล้ว ประเทศควรที่จะต้องมีการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ

- 1) กลไกที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถที่จะมีอำนาจการตัดสินใจได้ในภาวะเร่งด่วน
- 2) กลไกที่ช่วยให้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้
- 3) กลไกที่ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ละหน่วยมีความรู้ว่าตนจะต้องมีบทบาทอะไรในภาวะวิกฤติในระดับต่างๆ

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของคุณสมบัติเหล่านี้ จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากประเทศไม่มีการกำหนดบทบาทและอำนาจในกลไกนโยบายไว้ล่วงหน้า ซึ่งเมื่อเกิดภาวะวิกฤติก็จะเกิดปัญหาตามมาเช่น อำนาจตัดสินใจถูกมอบให้กับคนที่ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในปัญหาที่เกิดขึ้น การมีองค์ความรู้แต่ไม่ได้อยู่ในรูปแบบที่พร้อมใช้งาน หรือหน่วยงานที่มีความรู้ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ และการที่จะต้องพึ่งพาการตัดสินใจเฉพาะหน้าและภาคส่วนต่างๆ ไม่สามารถดำเนินบทบาทที่ตนพึงกระทำได้อย่างรวดเร็ว

กรณีศึกษาในต่างประเทศถึงการสร้างกลไกการรับมือในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่มีความน่าสนใจ คือ กรณีศึกษาของเขตแดนไต้หวัน และเกาหลีใต้ในการมีกลไกการรับมือภาวะวิกฤติโรคระบาด ซึ่งคณะผู้วิจัยพบว่าจะเป็นตัวอย่างที่สำคัญในการสร้างกลไกการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินในระยะยาวของประเทศไทย

โดยภาพรวมพบว่าประเทศไทยบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินนี้ผ่านการสร้างหน่วยตัดสินใจขึ้นมาใหม่ และรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจผ่านศูนย์ต่างๆ ที่ตั้งขึ้น ซึ่งปัญหาสำคัญคือความเสี่ยงที่กระบวนการตัดสินใจต่างๆ อาจจะไม่ได้อำนาจแก่ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ กรณีประเทศไทยได้จัดการจุดอ่อนนี้ผ่านการแต่งตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาในประเด็นต่างๆ อย่างไรก็ตาม กระบวนการกำหนดบทบาทและอำนาจนี้ถูกดำเนินการผ่านการตัดสินใจโดยฝ่ายบริหารไม่ได้อยู่ในรูปแบบที่เป็นกลไกอัตโนมัติ

หากพิจารณาถึงแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ของประเทศจะพบว่าประเทศไทยไม่ได้ขาดการกำหนดแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยไทยมีแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เช่น แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งถูกบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งถูกบริหารจัดการโดยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ที่มีมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมว่าหน่วยงานใดจะต้องดำเนินการในกิจกรรมใดบ้าง

อย่างไรก็ตาม ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน สิ่งหนึ่งที่ประเทศต้องการ คือ การให้อำนาจการตัดสินใจแก่บุคคลที่เหมาะสม และการตัดสินใจในหลายกรณีมักจะต้องมีการตัดสินใจข้ามหน่วยงานในระยะเวลารวดเร็ว ซึ่งการลักษณะของแผนการรับมือภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ ของประเทศไทยยังมุ่งเน้นการสร้างภาคีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการ ทำให้อาจจะเกิดความล่าช้าไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ต้องการความเร่งด่วนและ

ต้องการอำนาจการตัดสินใจข้ามหน่วยงาน ทำให้เมื่อเกิดวิกฤติฉุกเฉินอำนาจการตัดสินใจจึงต้องไปรวมอยู่ที่ผู้นำประเทศ และทำให้เกิดลำดับขั้นในการสั่งการที่ซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิมจากตอนที่ปัญหาอยู่ในการดูแลในระดับหน่วยงาน

จากการศึกษาตลอดช่วงโครงการและการรวบรวมข้อมูลความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ประเทศไทยมีการจัดตั้งกลไกการจัดการภัยพิบัติที่ให้อำนาจแก่ผู้นำหน่วยงานที่มีองค์ความรู้และข้อมูลในการตัดสินใจแก่ปัญหาเร่งด่วน ให้สามารถดำเนินการตามความจำเป็นและสามารถมีอำนาจในการสั่งการองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกลไกนี้ควรเป็นกลไกอัตโนมัติที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างทันท่วงที กำหนดระดับของอำนาจการตัดสินใจตามภาวะความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น รวมทั้ง การระบุหรือจัดตั้งรวมถึงการให้อำนาจและระบุบทบาทขององค์กรเผ่าระวังและศึกษาข้อมูลภัยพิบัติด้านต่างๆ แยกตามความเชี่ยวชาญของประเภทภัยพิบัติ เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเผ่าระวังของประเทศ และมีมาตรการระบุอำนาจและบทบาทอย่างชัดเจนในกรณีการเกิดภัยพิบัติในระดับต่างๆ ซึ่งองค์กรเหล่านี้จะเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญจากความรู้และประสบการณ์การรับมือภัยพิบัติ และจะมีส่วนช่วยเสริมให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถที่จะมีอำนาจการตัดสินใจได้ในภาวะเร่งด่วน มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นมีความพร้อมใช้เพราะมีการติดตามและเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมเสมอ และจัดการปัญหาได้อย่างทันท่วงทีเพราะมีการกำหนดบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ไว้แล้วล่วงหน้า

จากบทเรียนการเผชิญภาวะฉุกเฉินในอดีตที่ผ่านมาทั้งวิกฤติด้านโรคระบาด และภัยพิบัติต่างๆ ให้ข้อสรุปสำคัญที่ว่ากระบวนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามที่ได้แสดงรายละเอียดในการศึกษาในส่วนก่อนหน้า อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของระบบ ววน. ในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน คือ กระบวนการทำวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพจำเป็นที่จะต้องผ่านกระบวนการสั่งสมความรู้และการถ่วงรอกความรู้โดยความเชี่ยวชาญของนักวิจัย จึงเป็นการยากที่การทำวิจัยและพัฒนาในประเด็นใหม่ๆ จะสามารถสัมฤทธิ์ผลการทำวิจัยจนถึงขั้นการสร้างเป็นข้อเสนอและผลงานที่ถูกนำมาใช้ได้ในระยะเวลานั้น

การเตรียมความพร้อมโดยการสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต โดยจะสังเกตได้จากรับมือการระบาดของโควิด-19 ที่หน่วยงาน ววน. มีส่วนช่วยในระยะฉุกเฉินจากการรวบรวมความรู้ที่มีในระบบเพื่อส่งต่อกระบวนการนโยบาย และการทำการวิจัยแบบเร่งด่วน (Quick Research) ซึ่งโครงการต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการได้อย่างจำกัด ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะที่เกิดขึ้น ขณะที่การจัดสรรทุนวิจัยและนวัตกรรมให้แก่โครงการต่างๆ ส่วนใหญ่แล้วแต่จะต้องใช้เวลาแก่นักวิจัยในการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมของตน ซึ่งจนถึงปัจจุบันการวิจัยจำนวนมากก็ยังไม่สามารถให้ผลสัมฤทธิ์ที่จะใช้ในการตอบสนองต่อภาวะการระบาดที่เกิดขึ้นในรอบนี้ได้ทัน

ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดสรรทุน ววน. เพื่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต

ภารกิจสำคัญของหน่วยงาน ววน. ในการรับมือรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคตประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ

- 1) ส่วนที่ 1 หน่วยงาน ววน. จะต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนเอง เพื่อยกระดับสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อมกับการรับมือสถานการณ์วิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- 2) ส่วนที่ 2 หน่วยงาน ววน. จะต้องสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น

โดยในส่วนแรก คณะผู้วิจัยได้ทำการประมวลแนวทางการพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของประเทศ โดยพิจารณาจากข้อสรุปในหัวข้อก่อนหน้าเกี่ยวกับประเด็นสำคัญด้านการดำเนินงานของระบบ ววน. ที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือปรับปรุง ซึ่งวิเคราะห์แยกเป็นรายละเอียดในแต่ละห่วงโซ่มูลค่าการวิจัยและนวัตกรรม ตั้งแต่ภาพรวมของโครงสร้างระบบ ทุนและทรัพยากรในระบบ กระบวนการดำเนินการในระบบและผลลัพธ์ที่ได้ โครงสร้างการประเมินระบบ ววน. ซึ่งมีรายละเอียดอยู่ในหัวข้อที่ 26

ขณะที่อีกส่วนสำคัญ คือ การสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้นนั้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น โดยในส่วนนี้เราสามารถถอดบทเรียนได้จากการศึกษาต่างๆ ในอดีตที่ได้มีหลายองค์กรที่ได้ทำการศึกษาวิจัยและออกแบบระบบสำหรับการสร้างกลไกการสร้างและการส่งต่อความรู้ในภาวะวิกฤติ เช่น การศึกษา Roadmapping Converging Technologies To Combat Emerging Infectious Diseases โดย Asia-Pacific Economic Cooperation & Industrial Science and Technology Working Group (2008) และการรายงานความก้าวหน้าการตรวจสอบกลไก ขั้นตอน และกระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และด้านการอุดมศึกษา โดย คณะกรรมการที่ปรึกษาพัฒนาระบบ ววน. ของ สอวช. (รายงานเมื่อ 22 เมษายน พ.ศ. 2563) ซึ่งสรุปบทเรียนสำคัญได้ว่า

ประการที่ 1 ประเทศควรมีกลไกรองรับสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินต่างๆ และต้องสามารถระบุ (Identify) ได้ว่าเมื่อเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ แล้วมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีใดบ้างที่มีความจำเป็นต่อการรับมือภาวะฉุกเฉินนั้นๆ เช่น ในกรณีของโรคระบาด การศึกษาของ Asia-Pacific Economic Cooperation & Industrial Science and Technology Working Group (2008) ได้ระบุว่าประเทศจะต้องเร่งกระบวนการส่งต่อความรู้และพัฒนา 6 เทคโนโลยีสำคัญ คือ วัคซีน การตรวจโรค การนำคอมพิวเตอร์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต (Ubiquitous Computing) การติดตามกลุ่มเสี่ยง แบบจำลองภาวะการระบาด และยารักษา

ประการที่ 2 องค์ความรู้และเทคโนโลยีใดที่มีความจำเป็นต่อการรับมือภาวะฉุกเฉินตามที่ระบุไว้จะต้องมีแผนเพื่อการันตีความพร้อมใช้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการส่งเสริมวิจัยการพัฒนา การมีแผนสัญญาณนำเข้า

หรือการเข้าร่วมในห่วงโซ่การวิจัยเพื่อการรับความรู้และการสร้างโอกาสการเข้าถึงเทคโนโลยี โดยแต่ละประเทศจะต้องตัดสินใจตามความเหมาะสมของทรัพยากรที่มีและเป้าหมายที่วางไว้ในอนาคต

ประการที่ 3 จะต้องส่งเสริมให้ระบบวิจัยและนวัตกรรมสามารถสร้างและส่งต่อความรู้สู่กระบวนการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยสำเร็จ 7 ประการ คือ

- 8) ภาวะผู้นำของผู้นำในระบบ ววน.
- 9) การสื่อสารและระบบข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและรวดเร็ว
- 10) ระบบการบริหารจัดการที่ลดความยุ่งยากที่ไม่จำเป็น มีระบบธรรมาภิบาลที่ดีและสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทั้งในและต่างประเทศ
- 11) ระบบงบประมาณซึ่งมีความพอเพียง และยืดหยุ่นโดยยึดผลสำเร็จเป็นที่ตั้ง
- 12) การวิจัยและนวัตกรรมที่มีความพร้อม และปรับตัวโดยคุณภาพให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้
- 13) การสร้างทีมและบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานในภาวะวิกฤติ
- 14) การติดตามและประเมินผลตลอดช่วงการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับเทคนิคเชิงลึก

โดยสรุปแล้วข้อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรทุน ววน. เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน หน่วยงาน ววน. จะต้องดำเนินการ 2 ส่วนสำคัญ คือ การพัฒนาปรับปรุงระบบการทำวิจัยและนวัตกรรมของตนอยู่เสมอเพื่อสร้างทุนความรู้และทรัพยากรบุคคลให้พร้อม และ จะต้องสร้างกลไกที่ทำให้แน่ใจได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการวางแผนระบุงองค์ความรู้และเทคโนโลยีในภาวะฉุกเฉินกรณีต่างๆ การมีมาตรการในการเข้าถึงเมื่อมีความต้องการและการส่งเสริมปัจจัยสำเร็จของการนำองค์ความรู้กระบวนการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

บรรณานุกรม (บางส่วน)⁵⁴⁹

- กองการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2562). *คู่มือการบริหารจัดการทุนวิจัยต่างประเทศ สถาบัน NIH*.
- กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *คู่มือการสมัครขอรับทุน National Institute of Health (NIH) ประเทศสหรัฐอเมริกา*.
- พระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562.
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2562.
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562.
- พระราชบัญญัติสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563a). *การบริหารจัดการงบประมาณ และแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานในระบบวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม*. 68–70.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563b). *นโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 - 2565 และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*.
- Asia-Pacific Economic Cooperation, & Industrial Science and Technology Working Group. (2008). *Roadmapping Converging Technologies To Combat Emerging Infectious Diseases*.
- Cross, M., Ng, S.-K., & Scuffham, P. (2020). Trading Health for Wealth: The Effect of COVID-19 Response Stringency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8725. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238725>
- Deb, P., Furceri, D., Ostry, J., & Tawk, N. (2020). The Effect of Containment Measures on the COVID-19 Pandemic. *IMF Working Papers*, 20(159). <https://doi.org/10.5089/9781513550268.001>
- Janger, J., Schmidt, N., & Strauss, A. (2019). International differences in basic research grant funding – a systematic comparison. *Austrian Institute of Economic Research*.
- Ruecker, G., Geyer, D., Ritter, C., Bolliger, I., Griffiths, A., & Guinea, J. (2018). *Good practices and common trends of national research infrastructure roadmapping procedures and evaluation mechanisms* (M. Nash (ed.)). European Commission DG Research and Innovation. www.inroad.eu
- Velde, R., Korlaar, L., Hertog, P., Steur, J., & Lilischkis, S. (2014). *The effectiveness of national*

⁵⁴⁹ การอ้างอิงส่วนใหญ่อยู่ในตัวรายงานในแต่ละบท/หัวข้อ

research funding systems. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1268.7760>

Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *Journal of the American Medical Association*, 323(14), 1341–1342. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>

Wang, J., & Hong, N. (2020). The COVID-19 research landscape Measuring topics and collaborations using scientific literature. *Medicine*, 99(43), e22849. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022849>

World Health Organization. (2022). *Tracking SARS-CoV-2 variants.*

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. ระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU

เนื่องจากก่อนจะมีการปฏิรูประบบ วรรณ. เดิม แต่ละ PMU มีเป้าหมายหัวข้อวิจัยที่แตกต่างกัน มีการดำเนินการและมีต้นสังกัดที่แยกจากกัน รวมถึงการมีสถานะขององค์กรที่แตกต่างกัน เช่น บาง PMU เป็นองค์การมหาชน บาง PMU เป็นหน่วยงานรัฐระดับกรม ทำให้แต่ละ PMU มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการวิจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งเห็นได้จากระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU ซึ่งสรุปประเด็นความแตกต่างที่สำคัญได้ตามตารางต่อไปนี้ (และดูรายละเอียดเพิ่มเติมของแต่ละองค์กรหลังจากตารางนี้)

ตารางที่ 86 เปรียบเทียบระเบียบการเบิกจ่ายของแต่ละ PMU จำแนกตามประเด็น

ประเด็น	รายละเอียด
การใช้จ่ายเงินและการบันทึกบัญชี	<p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</p> <p>1. การจ่ายเงิน</p> <p>ในการจ่ายเงินออกจากโครงการ ท่านอาจจ่ายเงินสดได้เฉพาะในกรณีจำนวนเงินต่ำกว่า 30,000 (สามหมื่น) บาท หากมีจำนวนเงินตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ท่านต้องจ่าย “ผ่านบัญชีธนาคาร” (เช่น นำเงินไปโอนที่ธนาคารแล้ว เก็บใบ Pay In , จ่ายโดยเช็ค, โอนเงินจากบัญชีโครงการเข้าบัญชีผู้รับ เป็นต้น)</p> <p>1.1 การจ่ายเงินตามใบเรียกเก็บเงินหรือใบแจ้งหนี้ การจ่ายเงินด้วยวิธีนี้เป็นการจ่ายเงินที่สะดวกที่สุดในแง่ของการจัดการเงิน กล่าวคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทราบจำนวนเงินและผู้รับเงินแน่นอนล่วงหน้าก่อนที่จะจ่ายเงิน (ไม่ยุ่งยากเรื่องเงินเหลือจ่ายหรือ เงินไม่พอจ่าย) - ได้รับของหรือได้รับบริการก่อน แล้วจึงค่อยจ่ายเงิน - ได้รับใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินครบถ้วนทันที - ผู้ปฏิบัติงานไม่จำเป็นต้องถือเงินสด (ฝ่ายการเงินสามารถจ่ายให้กับผู้รับเงินโดยตรง) <p>การจ่ายเงินเช่นนี้ ต้องเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้ขายทันที เพราะมักจะมีปัญหาในการติดตามทวงถาม และหลักฐานทางบัญชีจะไม่ครบถ้วน</p> <p>1.2 เงินตรงจ่าย ในกรณีต้องการดำเนินการอันเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ซึ่งต้องจ่ายเงินสด หรือไม่สามารถทราบวงเงินที่แน่นอนล่วงหน้าได้ ก็ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเบิกเงินยืมตรงจ่ายได้ โดยจะต้องมีหลักฐานการอนุมัติ และเมื่อดำเนินการตามที่ได้รับอนุมัติ (เช่น เดินทางไปปฏิบัติงานและกลับมาแล้ว) และได้</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>จ่ายเงินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ต้องส่งหลักฐานประกอบและคืนเงินที่เหลือเข้าบัญชีโครงการ</p> <p>กรณีจ่ายเงินไปเกินกว่าวงเงินงบประมาณหรือวงเงินที่ขออนุมัติ ต้องดำเนินการขออนุมัติ โดยระบุ เหตุผลและวงเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยระบุค่าใช้จ่ายแยกเป็นประเภทให้ชัดเจน และขออนุมัติจ่ายเงินเพิ่ม เช่น “ตามที่ได้ขออนุมัติยืมเงินทตรงจ่าย เพื่อเดินทางไปเก็บข้อมูล ณ จังหวัดกระบี่ ระหว่างวันที่ 21-23 มกราคม 2562 จำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาท) นั้น บัดนี้ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีค่าใช้จ่ายจำนวน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)และขออนุมัติเบิกเงินส่วนที่เกินจำนวน 1,000 บาท(หนึ่งพันบาทถ้วน) มาพร้อมกันนี้ด้วย”และให้ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ในการยืมเงินทตรง หากไม่มีการใช้เงินดังกล่าว หรือในกรณีที่มีเงินเหลือให้นำฝากธนาคาร โดยเร็ว ไม่ควรมีการยืมเงินดังกล่าวต่อ 2) การคืนเงินยืมทตรง ควรกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน หลังจากที่ได้รับเงินยืมและเมื่อมีเงิน คงเหลือให้นำฝากธนาคารอย่างน้อยไม่เกิน 7 วันทำการหลังจากคืนเงินยืม <p>1.3 การจ่ายเงินสต่อย เงินสต่อย (Petty Cash) คือ เงินที่มีบุคคลหนึ่งในโครงการ (เช่น ผู้ช่วยวิจัยหรือ เจ้าหน้าที่การเงิน) เป็นผู้ถือไว้เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดประจำวัน เช่น ค่าส่งจดหมาย ค่าน้ำมันรถ ค่าวัสดุเครื่องเขียนเล็กๆ น้อยๆ เป็นต้น วิธีการจ่ายเงินสต่อยให้เป็นไปตามระเบียบต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการหรือตามระเบียบ บพท. ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หัวหน้าโครงการควรระบุรายการที่สามารถจ่ายจากเงินสต่อย และกำหนดตัวผู้รับผิดชอบในการ ควบคุมเงินสต่อย โดยให้มีอำนาจในการจ่ายเงินได้ในวงเงินนั้น เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน 2. ให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ กำหนดวงเงินสต่อยเพื่อไว้ใช้จ่ายในโครงการฯ เพื่อความสะดวกในการใช้จ่าย สำหรับค่าใช้จ่ายที่ควรจ่ายจากเงินสต่อย ควรเป็นกรณีต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เป็นหนี้ที่ต้องชำระด้วยเงินสด ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ยินยอมรับชำระหนี้ด้วยเช็คหรือโอนผ่านธนาคาร - เป็นการจ่ายตามการสั่งซื้อสินค้าที่มีราคาไม่เกิน 5,000 บาท

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>- เป็นการยืมเงินตามสัญญายืมเงินเพื่อซื้อของ หรือ ยืมไปเป็นเงิน ทดรองจ่ายในการปฏิบัติงาน ในวงเงินไม่เกิน 5,000 บาท</p> <p>3. ต้องมีหลักฐานการรับเงิน เป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือ ใบรับรองแทนใบเสร็จ ประกอบการจ่ายเงินทุกครั้ง</p> <p>4. ควรมีการตรวจสอบการจ่ายเงินสดย่อยและเงินสดย่อยคงเหลือ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ รายงานผลการตรวจสอบพร้อมสรุปเงินสดย่อยให้ ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการทราบ</p> <p>หมายเหตุ:</p> <p>1) หลักฐานการเงินเมื่อมีการจ่ายเงิน ควรมีการประทับตราว่า “จ่ายเงิน แล้ว” ทุกฉบับเพื่อป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน</p> <p>2) ระเบียบและวิธีการจ่ายเงิสดังกล่าวข้างต้นให้ถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งแต่ละโครงการ สามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้บางส่วนได้ตามความ เหมาะสม และความสะดวกในการบริหาร โครงการโดยให้อยู่ในดุลยพินิจ ของผู้รับทุน</p> <p>2. แนวทางการลงบันทึกบัญชีรับ-จ่ายเงินโครงการ และการจัดทำรายงานการเงิน</p> <p>2.1 การจัดทำบัญชี แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนงบประมาณ (3 บรรทัดแรก) เพื่อใช้ในการควบคุมงบประมาณของทุน ที่ได้รับและทราบ ยอดงบประมาณคงเหลือแต่ละหมวด ณ สิ้นงวดนั้นๆ - ส่วนกระแสเงิน (3 ช่องของเงินฝากธนาคาร) ใช้บันทึกจำนวนเงินที่ได้รับ และจ่ายไปจริงของ รายการที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เพื่อทราบความ เคลื่อนไหว รวมทั้งควบคุมจำนวนเงินที่มีอยู่ให้เพียงพอใช้สำหรับงวดนั้นๆ - ส่วนรายจ่าย (6 ช่องของรายจ่าย) ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายจริง ที่จ่ายไปในแต่ละ รายการของแต่ละ วัน โดยแยกตามประเภทของหมวดรายจ่าย เพื่อความ สะดวกในการเก็บยอดค่าใช้จ่ายสะสมและนำยอดค่าใช้จ่ายรวม ที่เกิดขึ้น ในงวด 6 เดือน ไปจัดทำรายงานสรุปการเงิน <p>2.2 การเก็บหลักฐาน ให้จัดเก็บใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน และหลักฐานประกอบ รายการจ่ายเงินอื่นเรียงลำดับตามวันที่ พร้อมกับให้เลขที่อ้างอิง ที่ใช้ลงรายการ อ้างอิงในรูปแบบบัญชีคอลัมน์ที่ 3 ทั้งนี้ เพื่อความเป็น ระเบียบในการจัดเก็บ เอกสาร และสะดวกต่อการตรวจสอบภายหลัง</p> <p>2.3 การจัดทำรายงานการเงิน รายงานการเงินที่โครงการเสนอต่อ บพท. จะต้อง ประกอบด้วยข้อมูลที่ครบถ้วนพอสำหรับการวิเคราะห์ ดังนี้</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ (Budget) - ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Actual Expenditures) - ดอกเบี้ย (Interest) - เงินที่ได้รับและเงินคงเหลือ (Cash Flow) - ประมาณการค่าใช้จ่ายในงวดต่อไป (Estimated Expenditures) - ลงนามโดยหัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่การเงินโครงการ ทุกหน้า - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร <p>การจัดทำรายงานการเงิน ประกอบด้วยเอกสาร 3 รายการ คือ</p> <p>2.3.1 เอกสารสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของโครงการ ซึ่งแสดงรายการฝาก- ถอน และ ดอกเบี้ยที่ได้รับดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น โครงการจะต้องรายงานให้ บพท. ทราบในรายงานการเงินด้วย</p> <p>2.3.2 เอกสารสรุปรายงานการเงินรอบ 6 เดือน เป็นการแสดงยอดรายรับ- รายจ่าย-เงินคงเหลือของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละงวดให้ บพท. ทราบ</p> <p>2.3.3 เอกสารการประมาณการเงินในงวดต่อไป เป็นการประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการดำเนินงานล่วงหน้าซึ่งอาจจะมาก หรือน้อยกว่า งบประมาณที่ได้ประมาณการไว้เดิม (ขึ้นอยู่กับแผนการทำงานที่จะเกิดขึ้น) ทั้งนี้ หากมีการปรับแผนการทำงานและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากที่ประมาณการไว้ เดิมในหมวดต่างๆ หัวหน้าโครงการจะต้องทำหนังสือชี้แจงเหตุผลของการปรับแผนการทำงานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ให้ บพท. ทราบ โดยส่งมาพร้อมกับรายงานความก้าวหน้าและรายงานการเงิน</p> <p>ค่าใช้จ่ายประมาณการนี้ จะต้องรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นใหม่ และค่าใช้จ่ายที่เป็นหนี้ผูกพันมาจากงวดก่อนด้วย เช่น สั่งของไว้แล้วแต่ยังไม่มาถึง จึงยังไม่ได้จ่ายเงิน ก็ต้องถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ผูกพันไว้ แล้ว (Committed expenditures) ต้องรวมในประมาณการค่าใช้จ่ายในงวดต่อไปด้วย</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ในแต่ละงวดหากมีการจ่ายเงินบางหมวดเกินงบประมาณที่ตั้งไว้มาก (มากกว่า 20% ของงบประมาณ ในหมวดนั้นๆ) หัวหน้าโครงการจะต้องชี้แจงเหตุผลให้ชัดเจนไว้ในรายงานการเงินด้วย 2. เงินที่ บพท. จะส่งให้ในงวดต่อไป จะเท่ากับงบประมาณการงวดต่อไป (ตามที่โครงการเสนอ) เปรียบเทียบกับเงินคงเหลือที่โครงการมีอยู่ในมือ และจ่ายจริงเท่ากับผลต่าง (งบประมาณการที่เสนอ ลบด้วย เงินคงเหลือ)

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>3. การที่ บพท. ไม่จ่ายให้เต็มตามงบประมาณที่ตั้งไว้ในวันไม่ใช้การหักออก แต่ บพท. พยายามทำให้ มั่นใจว่านักวิจัยจะมีเงินอยู่ในมือพอที่จะทำงานตามที่เสนอ ดังนั้น จึงจ่ายเพิ่มจากเงิน (คงเหลือ) ที่มี อยู่แล้ว ให้เต็มตามงบประมาณที่จะต้องใช้ในระยะเวลาต่อไปตามที่โครงการประมาณการมา ทั้งนี้ การ ประมาณการค่าใช้จ่ายในงวดต่อไป ควรรวมค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นใหม่ และค่าใช้จ่ายที่เป็นหนี้ผูกพัน มาจากงวดก่อนด้วย เช่น สิ่งของไว้แล้วของ ยังไม่มาถึง จึงยังไม่ได้จ่ายเงิน เป็นต้น</p> <p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</p> <p>การแบ่งรายจ่ายออกเป็นหมวดต่างๆ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้ ก็เพื่อความสะดวกในการจัดเก็บ หลักฐานและลงบัญชี และเพื่อให้เข้าใจตรงกันในเวลาสื่อสารและติดตามการใช้จ่ายเงินของโครงการ แต่ไม่ใช่เรื่องร้ายแรงหากมีการลงบัญชีผิดพลาดโดยไม่เจตนา ตราบใดที่มีเอกสารครบถ้วนและชี้แจงได้</p> <p>การบันทึกงบบัญชีโครงการ ให้บันทึกตามรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริง แม้ว่ารายการจ่ายจริงที่เกิดขึ้น จะเปลี่ยนแปลงไปจากงบประมาณที่ได้กำหนดไว้ในสัญญาเกินกว่าร้อยละ 15 (ข้ามหมวด) หรือ ร้อยละ 20 (ในหมวดเดียวกัน) ให้หัวหน้าโครงการทำหนังสือลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามในสัญญา (คู่สัญญา) ชี้แจง เหตุผล และขออนุมัติปรับโอนงบประมาณข้ามหมวดต่อ บพข. (ไม่ควรทำการเปลี่ยนใบเสร็จไปลงหมวดอื่น หรือ หาวิธีการหลีกเลี่ยงอื่นๆ)</p> <p>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</p> <p>1.1 การใช้จ่ายเงินในแต่ละหมวดให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ตามแผนงบประมาณแนบท้ายสัญญา (ผนวก 2)</p> <p>1.2 หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหมวดรายจ่าย หัวหน้าโครงการสามารถเปลี่ยนแปลงหมวด รายจ่ายเพิ่มได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของหมวดรายจ่ายที่รับ โดยไม่ต้องขออนุมัติก่อน ยกเว้น หมวดค่าตอบแทน หมวดค่าครุภัณฑ์ และค่าเดินทางต่างประเทศ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงจะต้องได้รับคายินยอมจาก สวก. เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการ</p> <p>1.3 รายการค่าใช้จ่ายในหมวดเดียวกัน สามารถถัวจ่ายกันได้ ยกเว้น หมวดค่าครุภัณฑ์ หมวดค่าตอบแทน ค่าเดินทางต่างประเทศ หากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรายการ ต้องได้รับคายินยอมจาก สวก. เป็นลายลักษณ์ อักษรก่อนดำเนินการ</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>1.4 ผู้รับทุนต้องเก็บหลักฐานการใช้จ่ายเงินทุนวิจัยและเอกสารทางบัญชีไว้ไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อ ประโยชน์ในการตรวจสอบ</p> <p>1.5 ผู้รับทุนต้องจัดทำทะเบียนคุมรายรับรายจ่ายเงินทุนวิจัย (ตามแบบฟอร์มในระบบ EPMS)</p>
<p>การบริหาร การเงินและ การเบิกจ่าย เงินงวด</p>	<p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</p> <p>ลักษณะการให้ทุนวิจัยพัฒนานี้เป็นการให้ทุนสถาบันไปสู่สถาบัน เพื่อไปยัง หัวหน้าโครงการวิจัย ดังนั้น การใช้ ใช้จ่ายเงินทุนจึงต้องเป็นไประเบียบการเงิน บัญชี และ พัสดุของ บพท. เพื่อให้การบริหารเงินทุนวิจัยเป็นไปอย่างคล่องตัว และเอื้อต่อการดำเนินงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้ โดยมีแนวทางในการบริหารการเงิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บัญชีรับเงินงบประมาณของโครงการ ห้ามนำเงินอื่นมาปะปนกับเงินในบัญชีนี้ ยกเว้นกรณีที่มี การตกลงกันเป็นอย่างอื่น ทั้งนี้ หัวหน้าโครงการ อาจขออนุมัติเบิกเงินสดมาเก็บรักษาไว้เป็นเงินทตรงจ่ายปกติได้จำนวนหนึ่ง เพื่อความคล่องตัวในการทำงาน 2) บรรดาแบบพิมพ์ เอกสาร สมุดบัญชี และทะเบียนต่างๆ ที่ใช้ให้เป็นไปตามที่ บพท. กำหนด ใน กรณีที่ไม่มีแบบพิมพ์ดังกล่าว ให้อนุโลมใช้แบบพิมพ์ของทางราชการ 3) การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดจ้างต่างๆ ให้ถือหลักประหยัด เป็นผลดีต่อโครงการและ เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ส่วนการขึ้นทะเบียนครุภัณฑ์จะต้องบันทึกในระบบฐานข้อมูลที่ บพท. กำหนด 4) การเบิกจ่ายต้องมีหลักฐานครบถ้วนโดยใช้ใบเสร็จรับเงินเป็นหลัก หากร้านค้าหรือนิติบุคคลไม่มี ใบเสร็จรับเงินของตนเองให้ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินได้ โดยให้หัวหน้าโครงการลงนามรับรองในใบรับเงิน 5) เรื่องที่เสนอเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงินของโครงการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้า โครงการหรือผู้ที่หัวหน้าโครงการมอบหมายและให้เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนเสนอให้มีการสั่งจ่าย ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ซึ่งต้องให้มีผู้ร่วมลงนามสั่งจ่ายอย่างน้อยสองใน สาม 6) การเดินทางไปราชการเพื่อทำงานวิจัยในโครงการ ให้ขออนุมัติต่อต้นสังกัดของนักวิจัยผู้ที่จะ เดินทางส่วนอัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ บพท. กำหนด

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>7) ควรจัดให้มีระบบควบคุมยอดค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมหรือโครงการย่อย เพื่อติดตามการใช้ จ่ายในเงินแต่ละหมวดให้เป็นไปตามงบประมาณที่ตั้งไว้ในกรณีที่จำเป็นสามารถเพิ่มหรือลดงบประมาณแต่ละหมวด ได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณหมวดที่รับเข้า ยกเว้นหมวดค่าตอบแทน ค่าจ้าง และงวดพิเศษต่างๆ ต้องทำหนังสือชี้แจงประกอบการขออนุมัติ จาก บพท. ก่อนดำเนินการทุกครั้ง</p> <p>8) จัดทำบัญชีการเงินและเก็บหลักฐานการเบิกจ่ายให้เรียบร้อยเป็นระบบ และพร้อมที่จะให้ ตรวจสอบได้ตลอดเวลา</p> <p>9) จัดทำรายงานการเงินเป็นงวดๆ ตามที่ระบุไว้ในสัญญาวิทยุฯ ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียดตามที่ บพท. กำหนด</p> <p>10) ในกรณีที่ข้อความในระเบียบหรือหลักเกณฑ์ของหน่วยงานต้นสังกัดของ หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้รับทุน ขัดแย้งกับระเบียบหลักเกณฑ์ของ บพท. ให้ใช้หลักเกณฑ์ของ บพท. หรือให้ทำความเข้าใจกับ บพท. ก่อนดำเนินการ</p> <p>ในด้านการเปิดบัญชีโครงการและการโอนเงินเข้าบัญชี ผู้รับทุนจะต้องเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นบัญชีเฉพาะโครงการที่รับทุนจากหน่วย บพท. เท่านั้น และมีผู้มีอำนาจสั่งจ่ายอย่างน้อยสองในสามคน (ผู้มีอำนาจสั่งจ่ายไม่ควรเป็นบุคคลในสกุลเดียวกัน) โดย มีเงื่อนไขว่า ห้ามใช้บัตร ATM ในการเบิกจ่าย ทั้งนี้โครงการสามารถเปิดบัญชีเงินฝากกระแสรายวันควบคู่กันไปกับ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ได้ โดยใช้สมุดเช็คในการเบิกถอนเพื่อความสะดวกและความปลอดภัย และแจ้งเรื่องการเปิด บัญชีกระแสรายวันต่อหน่วยบริหารและจัดการทุนฯทราบด้วย</p> <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับทุนจะต้องสำเนาสมุดบัญชีทุกบัญชีที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ได้รับ ทุนให้บพท. ทราบ พร้อมการส่งรายงานการเงินให้ตรวจสอบทุกๆ 6 เดือน 2. ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นจากบัญชีโครงการที่รับทุนนี้ให้ตกเป็นของผู้ให้ทุน (บพท.) แต่ผู้รับทุนหรือ โครงการสามารถเสนอขออนุมัติใช้ได้ ทั้งนี้ต้อง แจ้งให้ บพท. อนุมัติ 3. โครงการสามารถเปิดบัญชีสำหรับใช้เฉพาะของโครงการได้เพื่อสะดวก ต่อการเบิกจ่าย โดยต้องไม่ ปะปนกับบัญชีโครงการอื่นๆ เพื่อง่ายต่อการ ตรวจสอบ และต้องมีผู้มีอำนาจสั่งจ่าย 3 คน และต้อง สำเนาสมุดบัญชี ทุกบัญชีที่เปิดส่งพร้อมรายงานการเงินให้ บพท. ทุกๆ 6 เดือน

ประเด็น	รายละเอียด
	<p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</u></p> <p>ลักษณะการให้ทุนวิจัยนี้เป็นการให้ทุนจากหน่วยงานไปสู่หน่วยงาน เพื่อทำงานในโครงการวิจัย ดังนั้น การใช้จ่ายเงินทุนจึงต้องเป็นไปตามระเบียบการเงิน บัญชี และพัสดุของ “ผู้รับทุน” โดยมีแนวทางในการบริหารการเงิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เอกสารการเงิน และพัสดุให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” 1.2 การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดจ้างต่างๆ ให้ถือหลักประหยัดเป็นผลดีต่อโครงการ และเป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” กรณี ครุภัณฑ์ที่มีราคาเกิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาท) บพข. จะจ่ายเงินค่าครุภัณฑ์ให้ตามราคาจริง ภายใน 30 (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ บพข. ได้รับหนังสือขอเบิก จ่ายเงินและใบเสนอราคาจาก “ผู้รับทุน” แล้ว ในเบื้องต้นให้ขึ้นทะเบียนครุภัณฑ์ ตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” รวมถึงบันทึกในระบบฐานข้อมูลที่ บพข. กำหนด (จะแจ้งในภายหลัง) 1.3 การเบิกจ่ายต้องมีหลักฐานครบถ้วนโดยใช้ใบเสร็จรับเงินเป็นหลัก <ul style="list-style-type: none"> - หากร้านค้าหรือนิติบุคคลไม่มีใบเสร็จรับเงินของตนเองให้ใช้ใบรับรองแทน ใบเสร็จรับเงินได้ โดยให้หัวหน้าโครงการลงนามรับรองในใบรับเงิน - กรณีผู้รับเงินเป็นบุคคล ให้ใช้ใบสำคัญรับเงิน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้รับเงิน - หากโครงการมีความประสงค์จะเริ่มโครงการก่อนวันที่ทำสัญญา เนื่องจากมีกิจกรรม และค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นก่อนวันที่ทำสัญญา (แต่ต้องหลังโครงการอนุมัติ) ขอให้แจ้ง บพข. เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายตกลงรับรองสิทธิและหน้าที่ตั้งแต่วันที่เริ่มโครงการ (กำหนด ร่วมกัน) และตกลงให้ใช้เงื่อนไขในสัญญานี้บังคับกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานั้นด้วย ซึ่งจะทำให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่มีการรับรอง สิทธิและหน้าที่ 1.4 การขออนุมัติเบิกจ่ายเงินของโครงการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าโครงการ หรือ ผู้ที่หัวหน้าโครงการมอบหมาย และให้เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนเสนอให้มีการ สั่งจ่าย ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบ “ผู้รับทุน”

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>1.5 การเดินทางเพื่อทำงานวิจัยในโครงการ ให้ขออนุมัติจากต้นสังกัดของนักวิจัย ผู้ที่จะเดินทาง ส่วนอัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”</p> <p>1.6 ควรจัดให้มีระบบควบคุมยอดค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมหรือโครงการย่อย เพื่อติดตาม การใช้จ่ายในเงินแต่ละหมวดให้เป็นไปตามงบประมาณที่ตั้งไว้ในกรณีที่จำเป็นหัวหน้าโครงการสามารถเพิ่มหรือลดงบประมาณภายในหมวดค่าใช้จ่าย หรือหมวดค่าวัสดุได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณรายการที่รับเข้า และเพิ่มหรือลดงบประมาณข้ามหมวดระหว่างหมวดค่าใช้จ่ายกับหมวดค่าวัสดุได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณหมวดที่รับเข้า และให้รายงานการเปลี่ยนแปลงหมวดงบประมาณใน รายงานความก้าวหน้าของโครงการ ทั้งนี้ ยกเว้นหมวดค่าตอบแทน ค่าจ้าง ค่าครุภัณฑ์ และค่าอุดหนุน สถาบัน (ค่าบริหารโครงการ) ต้องทำหนังสือชี้แจงที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามในสัญญาของหน่วยงาน ผู้รับทุน เพื่อขออนุมัติจาก บพข. ก่อนดำเนินการ</p> <p>1.7 จัดทำบัญชีการเงินและเก็บหลักฐานการเบิกจ่ายให้เรียบร้อยเป็นระบบ และพร้อมที่จะให้ ตรวจสอบได้ตลอดเวลา</p> <p>1.8 จัดทำรายงานการเงินเป็นงวดๆ ตามที่ระบุไว้ในสัญญาผู้รับทุนวิจัย ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียด ตามที่ บพข. กำหนด</p> <p>1.9 กรณีผู้รับทุนเป็นหน่วยงานภาคเอกชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับทุนที่เป็นภาคเอกชน ควรมีการจัดทำระเบียบการเงิน ระเบียบการจัดซื้อของ บริษัทไว้ รวมถึง (Work Flow) ที่ระบุวิธีการทำงานของบริษัท ผู้ตัดสินใจ และ เอกสารประกอบต่างๆ ที่ต้องใช้ให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบ เช่น ใบสั่งซื้อ ใบเสร็จรับเงิน - ควรมีระบบบัญชีรายรับ-รายจ่าย แยกเป็นรายโครงการ เพื่อความสะดวกในการเก็บ เอกสารและการตรวจสอบ - การสนับสนุน In Cash ของภาคเอกชน: <ul style="list-style-type: none"> ■ กรณีภาคเอกชนเป็นผู้ให้ทุนร่วม In cash เป็นเงินสนับสนุนที่ผู้ให้ทุนร่วม โอนเข้า บพข. เพื่อส่งต่อให้ผู้รับทุน ในกรณีที่ภาคเอกชนมีความประสงค์จะโอน เงินให้ผู้รับทุนโดยตรง จะต้องมีการตกลงกันก่อนทำสัญญาให้ทุน เนื่องจากเงื่อนไขนี้จะถูกระบุไว้ในสัญญาให้ทุน และ บพข. จะโอน

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>เงินให้กับผู้รับทุนต่อเมื่อได้รับหลักฐานการโอนเงินจากผู้ให้ทุนร่วมให้กับผู้รับทุนแล้ว และ หัวหน้าโครงการจะต้องประสานกับต้นสังกัดเพื่อดำเนินการจัดทำใบแจ้งหนี้ ให้กับภาคเอกชน พร้อมทั้งออกใบเสร็จรับเงินให้ภาคเอกชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กรณีภาคเอกชนเป็นผู้รับทุน Incash หมายถึง เงินสำหรับทำวิจัยที่ภาคเอกชนได้จ่ายจริง ดังนั้นต้องมีใบเสร็จรับเงินใบสั่งซื้อ และหลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่าได้มีการใช้จ่ายเงินส่วนนี้เพื่อโครงการวิจัยที่ได้รับทุน <p>- การสนับสนุน in kind ของภาคเอกชน: In Kind ไม่ใช่บงบลงทุนของผู้ให้ทุนร่วม/ผู้รับทุนภาคเอกชน แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้ทุนร่วม/ผู้รับทุนภาคเอกชนจ่ายจริง โดย ไม่ได้โอนเงินให้ บพข. หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้วัสดุ อุปกรณ์ของบริษัทเอง เช่น ค่าวิเคราะห์ทดสอบ ค่าจัดซื้อของ ค่าใช้อุปกรณ์เครื่องจักร ซึ่งต้องตีมูลค่าเป็น ตัวเงิน ต้องแสดงวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายที่บริษัทคิดเป็น in kind อย่าง สมเหตุสมผล เช่น การคิด in kind หมวดวิเคราะห์ทดสอบโดยใช้เครื่องมือของ บริษัทเอง ควรมีราคาตลาดของค่าวิเคราะห์ทดสอบนั้นๆ เป็นตัวเทียบ หรือการใช้ อุปกรณ์ เครื่องจักรของบริษัท ควรคิดเทียบเป็นค่าเช่าใช้ หากมีการจ้างบุคคลภายนอกมาช่วยในโครงการ ควรคำนวณเป็น FTE (สัดส่วนภาระงาน) เป็นต้น ตัวอย่าง การคำนวณค่าใช้จ่ายเครื่องจักรและค่าแรงงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าใช้เครื่องจักร เครื่องอัดร้อน เวลาที่ใช้ทดลองในโครงการ 50 ชม. มูลค่าเครื่อง 500,000 บาท อายุเครื่อง 10,000 ชม. (หมายถึงอายุที่ใช้คิดค่าเสื่อมราคา ไม่ใช่ ความเก่าของเครื่อง) $\text{มูลค่า in-kind} = (500,000 \times 50) / 10,000 = 2,500 \text{ บาท}$ ▪ ค่าคนงานช่วยเตรียมวัสดุ: เวลาที่ให้ทำงาน 10 วัน อัตราเงินเดือน 15,000 บาท $\text{มูลค่า in-kind} = 15,000 \times (10/2) = 7,500 \text{ บาท}$ <p><u>หมายเหตุ</u> ในที่นี้ใช้ตัวหารในการคำนวณคือ 20 วัน (คิดโดยเฉลี่ย 1 เดือน ทำงาน 4 สัปดาห์ ประมาณ 20 วัน) ทั้งนี้บางเดือนอาจ</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>ทำงานมากกว่า 20 วัน และบางเดือนทำงานน้อยกว่า 20 วัน เนื่องจากมีวันหยุดราชการตรงกับวันทำการด้วย ดังนั้นจึงขอใช้ตัวหารที่ 20 วันโดยเฉลี่ย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องส่งรายงานบัญชี รายรับ-รายจ่าย ตามมาตรฐานทางบัญชีและต้องมีการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย <p>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)</p> <p>สวรส. จะจ่ายเงินสนับสนุนโครงการวิจัยเป็นรายงวดตามเงื่อนไขที่ได้ระบุในข้อตกลง เมื่อผู้รับข้อตกลงดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จให้ส่งเอกสารรายงาน ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานความก้าวหน้าด้านวิชาการระหว่างงวดหรือรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (เมื่อปิดโครงการ) ให้รายงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในเงื่อนไขการจ่ายเงิน/กำหนดเวลาส่งงานตามข้อตกลง 2. รายงานการใช้จ่ายเงินให้รายงานผลการใช้จ่ายเงินตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในรายละเอียดงบประมาณแผนปฏิบัติการ หาก สวรส. ได้ดำเนินการตรวจรับงานโครงการวิจัยแล้ว พบว่านักวิจัยไม่สามารถ เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ครบตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ สวรส. จะดำเนินการหักงบประมาณค่าตอบแทน และ/หรือค่าใช้จ่าย 3. กรณีผู้รับข้อตกลงเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อเงินทุนสนับสนุนการวิจัยเป็นการเฉพาะ หากยอดคงเหลือตามรายงาน ไม่ตรงกับยอดเงินคงเหลือในสมุดเงินฝากธนาคาร ณ วันที่รายงานต้องแสดงรายการที่ทำให้เกิดผลต่างให้ครบถ้วน 4. การรายงานความก้าวหน้าด้านวิชาการ และการรายงานการใช้จ่ายเงินสนับสนุนต้องสอดคล้อง กับกิจกรรมและระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ (action plan) 5. กรณีที่นักวิจัยต้องมานำเสนอผลงานวิจัยต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัย หรือ คณะกรรมการผู้จัดการงานวิจัย สวรส. หรือที่ประชุมวิชาการ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของ ใหนักวิจัยนำผลจากที่ประชุมดังกล่าวระบุในรายงานการวิจัยด้วย <p>เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น นักวิจัยจะต้องส่ง “ร่าง” รายงานวิจัย ให้ สวรส. เพื่อขอความเห็นชอบและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (peer review) และจะแจ้งผลให้ผู้รับข้อตกลงทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เป็นรายงาน</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>ผลงานวิจัยฉบับที่สมบูรณ์ หลังจากนั้นจึงจัดส่งให้ สวรส. พร้อม electronic file เพื่อดำเนินการปดโครงการตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในข้อตกลง</p> <p>1.1. การปรับแผนปฏิบัติการและการขอขยายเวลา</p> <p>ผู้รับข้อตกลงสามารถขอปรับแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของโครงการวิจัยได้ หากผลการดำเนินงานไม่เป็นตามที่กำหนด ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินสำหรับการวิจัยในหมวดค่าดำเนินงาน ของโครงการ (ยกเว้นค่าตอบแทนและหมวดครุภัณฑ์) เปลี่ยนไปจากที่กำหนดไว้ในข้อตกลง หรือต้องการขออนุมัติกิจกรรมเพิ่มเติมภายใต้งบประมาณเท่าเดิม ให้ทำหนังสือชี้แจงเหตุผล ความจำเป็นต่อ สวรส. เพื่อให้ ความเห็นชอบและอนุมัติก่อนดำเนินการต่อไป</p> <p>1.2.1 การปรับวิธีการวิจัยและผลงานในแต่ละงวดงาน ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ สวรส. เพื่อพิจารณา เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วจึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้</p> <p>1.2.2 กรณีที่โครงการวิจัยมีความล่าช้ากว่ากำหนดหรือมีเหตุขัดข้องในการดำเนินงานผู้รับข้อตกลงสามารถขอขยายเวลาหรือขอแก้ไขปรับปรุงแผนการดำเนินงานได้ และต้องเสนอก่อนวันที่จะครบกำหนดสิ้นสุดโครงการวิจัยตามข้อตกลงอย่างน้อย 15 วันหรือก่อนครบกำหนดสัญญา ทั้งนี้การ ขยายเวลาทำได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของระยะเวลาทั้งหมดของโครงการ หรือรวมทั้งสิ้นไม่เกิน 6 เดือน แต่หากมีความล่าช้าไปอีก ผู้รับข้อตกลงต้องทำหนังสือชี้แจงเหตุผลของความล่าช้า เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อ หากมีข้อพิจารณาในประเด็นความล่าช้าอันเกิดจากปัจจัยที่นอกเหนือการควบคุมของนักวิจัย ก็อาจอนุมัติให้ผู้รับข้อตกลงดำเนินการต่อไปได้ แต่หากผู้ให้ข้อตกลงพิจารณาเหตุผลแล้วเห็นว่าเหตุผลของผู้รับข้อตกลงไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อตกลงอาจพิจารณายุติการสนับสนุน</p> <p>1.2. การขอขยายระยะเวลาของโครงการวิจัย มีเงื่อนไขดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) งบประมาณตามที่ได้รับในวงเงินเดิม 2) งบประมาณหมวดค่าตอบแทนเท่าเดิม โดยไม่จ่ายเงินเดือนให้หัวหน้าโครงการ นักวิจัย ที่ปรึกษา หรือผู้ร่วมโครงการในช่วงของการขอขยายเวลาในการดำเนินงานโครงการวิจัย

ประเด็น	รายละเอียด												
	<p>3) ขอบข่ายระยะเวลาดำเนินการได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของระยะเวลาทั้งหมดของโครงการวิจัย</p> <p>4) โครงการวิจัยที่ไม่สามารถส่งผลงานได้ครบถ้วน ตามที่ได้ขอขยายเวลาไว้ สวรรส. อาจพิจารณายุติ โครงการวิจัย ทั้งนี้ สวรรส. ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาไม่จ่ายเงินในงวดที่เหลือ</p> <p>1.3. การเบิกจ่ายงบประมาณงวดสุดท้ายก่อนปิดโครงการวิจัย</p> <p>ผู้รับข้อตกลงต้องนำส่งเงินคงเหลือพร้อมดอกเบี้ยรับที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) คืนให้แก่ สวรรส. และ สวรรส.จะ ส่ง (ร่าง) รายงานวิจัยเพื่อทำ Quality review โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ (External reviewer) โดยมีหัวข้อการทบทวนคุณภาพโครงการวิจัยก่อนปิดโครงการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบรรลุวัตถุประสงค์ (15%) 2. ความเหมาะสมของข้อมูลและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ออกคำตอบหลักของงานวิจัย (15%) 3. ความถูกต้องและความชัดเจนของการนำเสนอและการตีความตารางรูปภาพและสถิติต่างๆ (15%) 4. ประโยชน์ของสิ่งที่ค้นพบ (15%) 5. ความสอดคล้องกับนโยบายของสิ่งที่ค้นพบ (20%) 6. โอกาสในการนำสิ่งที่ค้นพบไปใช้ประโยชน์ (20%) <p>การสรุปความเห็นจะแบ่งเป็นเกณฑ์ตามระดับคะแนนที่ได้ ระดับคะแนนเป็นดังนี้</p> <table data-bbox="478 1366 1197 1702"> <tr> <td>ดีมาก</td> <td>คะแนน 91-100 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ดี</td> <td>คะแนน 81-90 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ค่อนข้างดี</td> <td>คะแนน 71-80 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>พอใช้</td> <td>คะแนน 61-70 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ปรับปรุง</td> <td>คะแนน 51-60 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ไม่ผ่านเกณฑ์</td> <td>คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน</td> </tr> </table> <p>ทั้งนี้ External reviewer อาจให้ขอความคิดเห็นต่อ (ร่าง) รายงานการวิจัยในภาพรวม และขอเสนอแนะ จากผลงานวิจัยนี้ ควรทำเรื่องใดต่อไปอีก</p> <p>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</p>	ดีมาก	คะแนน 91-100 คะแนน	ดี	คะแนน 81-90 คะแนน	ค่อนข้างดี	คะแนน 71-80 คะแนน	พอใช้	คะแนน 61-70 คะแนน	ปรับปรุง	คะแนน 51-60 คะแนน	ไม่ผ่านเกณฑ์	คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน
ดีมาก	คะแนน 91-100 คะแนน												
ดี	คะแนน 81-90 คะแนน												
ค่อนข้างดี	คะแนน 71-80 คะแนน												
พอใช้	คะแนน 61-70 คะแนน												
ปรับปรุง	คะแนน 51-60 คะแนน												
ไม่ผ่านเกณฑ์	คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน												

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>การเบิกจ่ายเงินทุนวิจัย สวก. ต้องจ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเท่านั้น โดยจะเบิกจ่ายเป็นงวดๆ ตามแผนงบประมาณแนบท้ายสัญญา โดยมีเงื่อนไขการเบิกจ่าย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเบิกจ่ายเงินทุนวิจัยเมื่อรายงานความก้าวหน้า และรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการ เห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว 2) หมวดค่าครุภัณฑ์ จะเบิกจ่ายเมื่อได้รับเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ตั้งแต่ใบอนุมัติรับราคาขึ้นไป โดยค่า ครุภัณฑ์จะเบิกจ่ายตามจริง
<p>งบบุคลากร/ หมวดค่าจ้าง</p>	<p><u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าจ้างลูกจ้างโครงการ 2) ค่าจ้างผู้ช่วยนักวิจัย <p>**พิจารณาให้ตามที่เสนอขอโดยไม่เกินที่ วช. กำหนดจ่ายตามอัตราเงินเดือนสำหรับคุณวุฒิที่ กพ. รับรองเพื่อการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป.เอก อัตราค่าจ้าง 21,000. บาท - ป.โท อัตราค่าจ้าง 17,500. บาท - ป.ตรี อัตราค่าจ้าง 15,000. บาท - ปวส. อัตราค่าจ้าง 11,500. บาท - ปวช. อัตราค่าจ้าง 9,400. บาท <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</u></p> <p>หมวดค่าจ้าง จัดอยู่ในประเภทงบบุคลากร หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้าง (ทั้ง Full-time และ Part-time) ในลักษณะรายวันหรือรายเดือนก็ได้</p> <p>ค่าจ้างแตกต่างจากค่าใช้สอย ตรงที่ค่าจ้างจะจ่ายโดยใช้ เวลา เป็นฐาน (Time-based) เช่น ค่าจ้าง ธุรการ ส่วนค่าใช้สอยนั้นจะจ่ายโดยใช้ ชิ้นงาน เป็นฐาน (Task-based) คือการเหมาจ่ายเป็นชิ้นงานเมื่อทำเสร็จ โดยไม่คำนึงถึงว่างานนั้นเสร็จเร็วหรือช้ากว่าที่ประมาณการ เช่น ค่าเช่ารถ ค่าจัดทำรายงาน โดยมีหัวหน้าโครงการลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงิน</p> <p>ค่าจ้างให้ใช้อัตราเริ่มต้นไม่สูงกว่าที่ระบุในสัญญาโครงการ ส่วนการจ้างลูกจ้างที่มีประสบการณ์ที่ตรงกับ งานที่จะทำในโครงการมาแล้ว ให้คิดจำนวนปีที่มีประสบการณ์ ในการกำหนดอัตราเงินเดือนเริ่มต้นได้ด้วย ถ้าผู้รับทุน และหัวหน้าโครงการเห็นว่าเหมาะสม</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>สัญญาจ้างอาจใช้แบบสัญญาการจ้างลูกจ้างชั่วคราว โดยจ้างครั้งละ 1 ปี และถือว่าเป็นลูกจ้างชั่วคราว ของหน่วยงานต้นสังกัด (โดยขอให้มีการส่งอนุมัติการจ้างจากหัวหน้าสถาบัน) และจ่ายค่าเบี้ยประกันสังคมตาม กฎหมายให้กับลูกจ้างได้</p> <p>ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานดีและมีประโยชน์กับโครงการ (เฉพาะโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป) หัวหน้าโครงการสามารถเลื่อนเงินเดือนลูกจ้างได้ โดยมีอัตราเงินเดือนเพิ่มเฉลี่ยไม่เกิน 7% ทั้งนี้การเลื่อน เงินเดือนสามารถทำได้เฉพาะในกรณีขึ้นสัญญาใหม่และมีการระบุไว้ในสัญญาฉบับตั้งแต่นั้น</p> <p>นิสิตนักศึกษาที่ช่วยงานในโครงการ หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ้างเป็นช่วงๆ ตามระยะเวลาที่ทำงาน หรือจ้างเป็นรายเดือนก็ได้ หากจ้างเป็นรายเดือนให้ใช้เกณฑ์ตามวุฒิขั้นสุดทำเป็นอัตราเงินเดือนเต็มคูณด้วยสัดส่วน ของเวลาการจ้าง เช่น หนึ่งในสี่ หนึ่งในสาม หรือครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน ตามดุลยพินิจของหัวหน้าโครงการ นิสิต นักศึกษาที่ยังมี Course work อยู่ ไม่ควรคิดเวลาการจ้างเกินครึ่งหนึ่งของเวลาเต็ม นิสิตนักศึกษาที่เรียน Course work ครบแล้ว และทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว สามารถจ้างในสัดส่วนเวลาที่สูงกว่านี้ได้</p> <p><u>นักวิจัยที่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างแล้ว ไม่มีค่าล่วงเวลา</u></p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หยอดค่าตอบแทนและค่าจ้างหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องขออนุมัติจาก บพท. ก่อนและไม่โอนย้าย เงินจากหมวดอื่นๆ มายังหมวดค่าตอบแทนหรือหมวดค่าจ้าง ยกเว้นมีการเปลี่ยนแปลงแผนงานวิจัย ซึ่ง ส่งผลให้มีผู้ร่วมงานเพิ่มขึ้นหรือปริมาณงานเพิ่มขึ้น โดยจะต้องได้รับการอนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการ 2. ในการรับเงินค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในโครงการ ห้ามมิให้มีการลงนามรับเงินแทนกัน 3. นักวิจัยและบุคลากรในโครงการที่ได้รับค่าตอบแทน/ค่าจ้างจากโครงการวิจัย ภายใต้งบสนับสนุนทุนวิจัย ของ บพท. มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องแจ้งและเสียภาษีเงินได้ในส่วนนั้นตามกฎหมาย (กรณีที่ผู้มีเงินได้เป็นข้าราชการ/อาจารย์ประจำและเป็นนักวิจัยบางช่วงเวลา) ให้ยื่นแบบ ภงด.90 เนื่องจากเป็นผู้มีเงินได้หลายประเภท คือ <ul style="list-style-type: none"> - เงินเดือน จากตำแหน่งหน้าที่การงาน ถือเป็นเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (1) แห่งประมวลรัษฎากร - เงินอุดหนุนในงานที่ทำจากโครงการที่ทำวิจัย ถือเป็นเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (2) แห่งประมวลรัษฎากร

ประเด็น	รายละเอียด
	<p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</u></p> <p>หมวดค่าจ้าง หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้าง (ทั้ง Full-time และ Part-time) ในลักษณะรายวันหรือรายเดือนก็ได้ โดยค่าจ้างแตกต่างจากค่าใช้สอยตรงที่ค่าจ้างจะจ่ายโดยใช้เวลาเป็นฐาน (Time-based) เช่น ค่าจ้างผู้ช่วยนักวิจัย ส่วนค่าใช้สอยนั้นจะจ่ายโดยใช้ชิ้นงานเป็นฐาน (Task-based) คือการเหมาจ่ายเป็นชิ้นงานเมื่อทำเสร็จ โดยไม่คำนึงถึงว่างานนั้นเสร็จเร็วหรือช้ากว่าที่ ประมาณการ เช่น ค่าเช่ารถ ค่าจัดทำรายงาน โดยมีหัวหน้าโครงการลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงิน</p> <p>ทั้งนี้สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันสังคมตามกฎหมายให้กับลูกจ้างได้หรือจะจ่ายเป็นค่า ประกันสุขภาพ (แล้วแต่กรณี) โดยค่าใช้จ่ายในส่วนค่าเบี้ยประกันสังคมหรือค่าประกันสุขภาพให้อยู่ใน หมวดค่าใช้สอย</p> <p>ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานดีและหัวหน้าโครงการมีความประสงค์จะจ้างต่อเนื่อง (เฉพาะโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป) หัวหน้าโครงการสามารถเลื่อนเงินเดือนลูกจ้างได้ โดยมีอัตราเงินเดือนเพิ่มเฉลี่ยไม่เกิน 7% ทั้งนี้ การเลื่อนเงินเดือนสามารถทำได้เฉพาะในกรณีขึ้นสัญญา ใหม่และมีการระบุไว้ในสัญญาฯ รับทุนตั้งแต่นั้น</p> <p>นิสิตนักศึกษาที่ช่วยงานในโครงการ หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ้างเป็นช่วงๆ ตาม ระยะเวลาที่ทำงาน หรือจ้างเป็นรายเดือนก็ได้ หากจ้างเป็นรายเดือนให้ใช้เกณฑ์ตามวุฒิขั้นสุดทำเป็น อัตราเงินเดือนเต็มคูณด้วยสัดส่วนของเวลาการจ้าง เช่น หนึ่งในสี่ หนึ่งในสาม หรือครึ่งหนึ่งของเวลา ทำงาน ตามดุลยพินิจของหัวหน้าโครงการ นิสิตนักศึกษาที่ยังมี Course work อยู่ ไม่ควรคิดเวลาการจ้าง เกินครึ่งหนึ่งของเวลาเต็ม นิสิตนักศึกษาที่เรียน Course work ครบแล้ว และทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว สามารถจ้างในสัดส่วนเวลาที่สูงกว่านี้ได้</p> <p>นักวิจัยที่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างแล้ว ไม่มีค่าล่วงเวลา</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หมวดค่าตอบแทนและค่าจ้าง หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องทำหนังสือจาก “ผู้รับทุน” เพื่อขอ อนุมัติจาก บพข. ก่อน และไม่โอนย้ายเงินจากหมวดอื่นๆ มายังหมวดค่าตอบแทนหรือหมวดค่าจ้าง ยกเว้นมีการเปลี่ยนแปลงแผนงานวิจัย ซึ่งส่งผลให้มีผู้ร่วมงานเพิ่มขึ้นหรือปริมาณงานเพิ่มขึ้น โดยจะต้องได้รับการอนุมัติจาก บพข. ก่อนดำเนินการ 2. ในการรับเงินค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในโครงการ ห้ามมิให้มีการลงนามรับเงินแทนกัน

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>3. นักวิจัยและบุคลากรในโครงการที่ได้รับค่าตอบแทน/ค่าจ้าง จากโครงการวิจัย ภายใต้เงิน สนับสนุนทุนวิจัยของ บพข. มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องแจ้ง และเสียภาษีเงินได้ในส่วนนั้นตามกฎหมาย</p> <p><u>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</u></p> <p>หมวดค่าจ้าง หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้างเหมา รวมถึง การจ่ายค่าล่วงเวลา ตามอัตราที่หน่วยงานที่ผู้รับทุนถือปฏิบัติ ในทั้งลักษณะรายวันหรือ รายเดือน</p>
<p>หมวด ค่าตอบแทน</p>	<p><u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u></p> <p>ค่าตอบแทนคณะผู้วิจัยให้ระบุตำแหน่ง หรือตำแหน่งทางวิชาการเพื่อ ประกอบการพิจารณา หรือเป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละทุน</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</u></p> <p>1) ค่าตอบแทนนักวิจัย</p> <p>จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ ค่าตอบแทนนักวิจัยจะเบิกจ่ายตามอัตราและ จำนวนเงินที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายสัญญาฯ รับทุน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในหมวด ค่าตอบแทนต้องได้รับอนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการ</p> <p>ค่าตอบแทนนักวิจัยโดยปกติจะจ่ายเป็นรายเดือน ในช่วงเวลาที่นักวิจัยผู้นั้นมีงาน ที่เกี่ยวข้องกับโครงการอยู่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ และไม่ตลอดระยะเวลาของโครงการก็ได้ (ในบางโครงการมีนักวิจัยหลายสาขา ซึ่งหมุนเวียนกันเข้ามาทำงานกับโครงการเป็น เฉพาะบางช่วง ตามแผนงานที่กำหนด)</p> <p>หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนนักวิจัยเป็นงวดๆ แทนการจ่ายราย เดือนก็ได้ โดย จ่ายเป็นก้อนตามงานที่เสร็จแต่ละงวด เช่น เมื่อส่งรายงานความก้าวหน้า เฉพาะส่วนของตนแล้ว ทุก 3-6 เดือน โดยตกลงกับผู้ร่วมวิจัยไว้ก่อนล่วงหน้า</p> <p>ค่าตอบแทนนักวิจัยควรหยุดจ่ายชั่วคราว ถ้านักวิจัยผู้นั้นไม่อยู่ปฏิบัติงานเป็นเวลา เกินกว่า 30 วัน เช่น ไปอบรมหรือดูงานต่างประเทศในเรื่องซึ่งมีได้เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยตรง หรือ ไปศึกษาต่อ หรือ หยุด ปฏิบัติงานในโครงการด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม หรือ เมื่อนักวิจัยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ตกลงกันไว้ (ไม่มีผลงานและ/หรือไม่ มีรายงาน ความก้าวหน้าที่มีคุณภาพ) การวินิจฉัยว่าควรหยุดจ่ายค่าตอบแทนหรือไม่อย่างไร ให้อยู่ ดุลยพินิจของ ผู้รับทุนและหัวหน้าโครงการ และเงินค่าตอบแทนที่เหลืออยู่ให้รายงานต่อ บพท.</p> <p>หากในระหว่างดำเนินการโครงการอยู่ มีนักวิจัยคนใดได้รับทุนโครงการอื่นอีก ซึ่ง มีค่าตอบแทน ด้วย ให้หัวหน้าโครงการแจ้งให้ บพท. ทราบ</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>กรณีหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างในเวลาไม่เกินกว่า 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 90 (เก้าสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. บพท. จะพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทนการวิจัยงวดสุดท้ายเต็มจำนวนตามสัญญา</p> <p>หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. แต่ไม่เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนส่งผลงานล่าช้า และยินยอมให้ บพท. ลดค่าตอบแทนการวิจัย งวดสุดท้ายลงครึ่งหนึ่งจากที่ระบุในสัญญา</p> <p>หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ได้ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนผิดสัญญา และยินยอมให้ บพท. ระงับการจ่ายค่าตอบแทน การวิจัยงวดสุดท้ายที่ยังคงค้างอยู่ตามที่ระบุในสัญญา</p> <p>2) ค่าตอบแทนที่ปรึกษา</p> <p>การให้ค่าตอบแทนที่ปรึกษาควรจ่ายเป็น คน-วัน (Man-day) ตามงานที่ทำจริง ในทุกเดือน เช่น เมื่อมาประชุมร่วมกับโครงการทุกเดือน โดยใช้อัตราตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายสัญญาฯ (กรณีที่จ่าย ค่าตอบแทนเป็นรายครั้งที่มาให้คำปรึกษา หรือเมื่อทำงานบางชิ้นให้กับโครงการสำเร็จจะใช้งบประมาณในหมวดค่าใช้ สอย)</p> <p>ค่าตอบแทนที่ปรึกษานี้ ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ฯลฯ ของที่ปรึกษา ซึ่ง โครงการจะต้องจ่ายให้ต่างหากโดยใช้งบประมาณจากหมวดค่าใช้สอย</p> <p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</p> <p>1) ค่าตอบแทนนักวิจัย</p> <p>ค่าตอบแทนนักวิจัยจะเบิกจ่ายตามอัตราและจำนวนเงินที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการที่แนบท้ายสัญญาฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในหมวดค่าตอบแทนต้องได้รับอนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการ</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>ค่าตอบแทนนักวิจัยโดยปกติจะจ่ายเป็นรายเดือน ในช่วงเวลาที่นักวิจัยผู้นั้นมีงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการอยู่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ และไม่ตลอดระยะเวลาของโครงการก็ได้ (ในบางโครงการมี นักวิจัยหลายสาขา ซึ่งหมุนเวียนกันเข้ามาทำงานกับโครงการเป็นเฉพาะบางช่วง ตามแผนงานที่กำหนด)</p> <p>หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนนักวิจัยเป็นงวดๆ แทนการจ่ายรายเดือนก็ได้ โดยจ่ายเป็นก้อนตามงานที่เสร็จแต่ละงวด เช่น เมื่อส่งรายงานความก้าวหน้าเฉพาะส่วนของตนแล้ว ทุก 3-6 เดือน โดย ตกลงกับผู้ร่วมวิจัยไว้ก่อนล่วงหน้า</p> <p>ค่าตอบแทนนักวิจัยควรหยุดจ่ายชั่วคราว ถ้านักวิจัยผู้นั้นไม่อยู่ปฏิบัติงานเป็นเวลานาน กว่า 30 วัน เช่น ไปอบรมหรือดูงานต่างประเทศในเรื่องซึ่งมีได้เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรง หรือ ไปศึกษา ต่อ หรือ หยุดปฏิบัติงานในโครงการด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม หรือเมื่อนักวิจัยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ตกลงกันไว้ (ไม่มีผลงานและ/หรือไม่มีรายงานความก้าวหน้าที่มีคุณภาพ) การวินิจฉัยว่าควรหยุดจ่ายค่าตอบแทน หรือไม่อย่างไร ให้อยู่ดุลยพินิจของ “ผู้รับทุน” และหัวหน้าโครงการ และหากมีเงินค่าตอบแทนที่เหลืออยู่ ให้รายงานต่อ บพข.</p> <p>2) ค่าตอบแทนที่ปรึกษา</p> <p>การให้ค่าตอบแทนที่ปรึกษาควรจ่ายเป็น คน-วัน (Man-day) ตามงานที่ทำจริงในทุก เดือน เช่น เมื่อมาประชุมร่วมกับโครงการทุกเดือน กรณีที่จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายครั้งที่มาให้คำปรึกษา หรือเมื่อทำงานบางชิ้นให้กับโครงการสำเร็จจะใช้งบประมาณในหมวดค่าใช้สอย</p> <p>ค่าตอบแทนที่ปรึกษานี้ ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ฯลฯ ของที่ปรึกษา ซึ่งโครงการจะต้องจ่ายให้ต่างหากโดยใช้งบประมาณจากหมวดค่าใช้สอย</p> <p><u>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</u></p> <p>หมวดค่าตอบแทน หมายถึง เงินที่จ่ายเสริมเพิ่มให้นอกเหนือจากเงินเดือนปกติที่นักวิจัยได้รับอยู่แล้วจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยปกติอาจจ่ายเป็นรายเดือน หรือจ่ายเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย หรือรูปแบบอื่นตามแต่จะตกลงกัน สวก. ได้กำหนดไว้ในสัญญา (ที่ระบุในผนวก 2 ที่แนบท้ายสัญญา)</p> <p><u>สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สนช.)</u></p> <p>1) ค่าตอบแทนที่ปรึกษาโครงการ กำหนดอัตราไม่เกินร้อยละ 100 ของค่าใช้จ่ายในหมวด (แต่ไม่เกินข้อกำหนด ของ สนช.)</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาท/คน/เดือน และไม่เกิน 240,000 บาท/คน/ปี</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ไม่เกินโครงการละ 2 คน</p> <p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ในอัตราไม่เกิน 20,000. บาท/คน/เดือน ตามระยะเวลาที่ดำเนินการจริง ในกรณีที่จำเป็นต้องให้การสนับสนุนค่าตอบแทน ที่ปรึกษาโครงการ ในจำนวนมากกว่า 2 คนต่อโครงการ แต่ไม่เกิน 4 คนต่อโครงการ</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ตอบแทนที่ ปรึกษา” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(2) การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าที่ปรึกษาต้องสอดคล้องกับสัญญาจัดจ้างที่ปรึกษาที่แนบ (กรณีที่มีการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนไม่สอดคล้องตามระยะเวลาที่ดำเนินงาน)</p> <p>(3) ผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา (ถ้ามี)</p> <p>2) ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย โครงการในอัตราไม่เกิน 15,000.-บาท/คน/เดือนและไม่เกิน 180,000.-บาท/คน/ปี</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัยโครงการไม่เกินโครงการละ 2 คน</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ตอบผู้ช่วยวิจัย ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(2) การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าผู้ช่วยวิจัยต้องสอดคล้องกับสัญญาจัดจ้างที่ปรึกษาที่แนบ (กรณีที่มีการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนไม่ สอดคล้องตามระยะเวลาที่ดำเนินงาน)</p> <p>(3) ผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา (ถ้ามี)</p>
หมวดค่าใช้จ่าย สอย	<p><u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u></p> <p>ค่าใช้จ่าย เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ค่าใช้จ่ายในการสัมมนา/ฝึกอบรม และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างเหมาบริการ, ค่าแรง, เงินประกันสังคม</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</u></p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>หมวดค่าใช้สอย จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินงาน หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบริการต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่ไม่เข้าลักษณะ ใช้จ่ายหมวดอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมือดต่อชิ้นงาน ค่า ไปรษณีย์ โทรศัพท์ เป็นต้น โดยเกณฑ์ในการใช้จ่ายให้เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก</p> <p>ค่าพาหนะ ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงตามหลักฐานประกอบ เช่น กากตัวรถทัวร์ เรือ รถไฟ เครื่องบินชั้นประหยัด (ใช้ใบถ่ายสำเนาแทนไม่ได้) ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายในลักษณะเหมาจ่าย หรือ “ตามสิทธิ”</p> <p>การเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัวให้เบิกเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางให้แก่ผู้เดินทาง ซึ่งเป็นเจ้าของ หรือผู้ครอบครอง หรือผู้ขับยานพาหนะส่วนตัว แล้วแต่กรณีในอัตราต่อ 1 คับ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) รถยนต์ส่วนบุคคล ในวงเงินไม่เกินกิโลเมตรละ 6 บาท (2) รถจักรยานยนต์ ในวงเงินไม่เกินกิโลเมตรละ 4 บาท <p>ทั้งนี้ ไม่สามารถจ่ายเงินนอกเหนือจากเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางข้างต้น รวมถึงค่าผ่านทาง พิเศษอีกได้ และ การเบิกเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางต้องไม่เกินอัตราค่าโดยสารเครื่องบินชั้นประหยัด และให้ใช้ ระยะเวลาทางจังหวัด (กิโลเมตร) ที่กรมทางหลวงจัดทำในการคำนวณระยะทาง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถเทียบอัตราค่าโดยสารเครื่องบินชั้นประหยัดได้ ให้เบิกจ่ายตามความจำเป็นของงาน และเป็นไปโดยประหยัดที่สุด โดยให้ใช้ใบสำคัญ รับเงินเป็นหลักฐาน</p> <p>การวินิจฉัยว่าผู้ใดมีสิทธิเดินทางโดยเครื่องบินชั้นประหยัด รถไฟปรับอากาศ รถยนต์ส่วนตัว ฯลฯ เป็นสิทธิของหัวหน้าโครงการ ภายใต้หลักการ “ประหยัดและจำเป็น” และภายใต้กรอบงบประมาณที่มีอยู่</p> <p>กรณีการเช่าเหมารถในการเดินทาง ให้เบิกจ่ายตามความเหมาะสม โดยต้องมีหลักฐานประกอบ คือ ใบสำคัญรับเงินพร้อมระบุทะเบียนรถและสำเนาบัตรประชาชนของคนขับประกอบทุกครั้งของการเบิกจ่าย</p> <p>ค่าที่พัก เบิกได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด คือ ไม่เกิน 2,000 บาทต่อวัน หากในกรณี ที่ไปพักบ้านญาติ บ้านเพื่อน หรือพักตามวัดจะเบิกค่าที่พักไม่ได้ แต่อาจจะเบิกค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มเติมตามเหตุผลและ ความจำเป็น ทั้งนี้ โดยหารือกับ บพท. เป็นกรณีๆ ไป และไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายในลักษณะเหมาจ่ายหรือตามสิทธิ</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>ค่าเบี้ยเลี้ยง เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานภาคสนาม หรือนอกสถานที่ทำการและเกินกว่า 12 ชั่วโมง โดยค่าเบี้ยเลี้ยงจะเบิกได้ในอัตราวันละ 400 บาทถ้วน ในกรณีที่เป็นการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ ที่มีการจัดเลี้ยงอาหารทุกมื้อในวันใด ขอให้งดเบิกค่าเบี้ยเลี้ยงสำหรับการเดินทางไปปฏิบัติงานสำหรับวันนั้น และกรณีจัดเลี้ยงอาหารแต่ไม่ครบทุกมื้อในวันใดสามารถเบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงสำหรับวันนั้นได้ร้อยละ 70</p> <p>2) ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมาต่อชิ้นงาน เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ตัวอย่าง ค่าจ้างทำอุปกรณ์หรือ ซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างทำเอกสาร ค่าจ้างเหมาเตรียมดิน ค่าโฆษณาและเผยแพร่ ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ค่าเช่า เครื่องถ่ายเอกสาร ฯลฯ ค่าจ้างเหมาบริการเช่นนี้ ต้องมีผู้ตรวจรับงานก่อนจ่ายเงิน ซึ่งโดยปกติจะเป็นหัวหน้าโครงการ นักวิจัย หรือคณะกรรมการตรวจรับงาน ลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน</p> <p>3) ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ จ่ายเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้ผู้ประสานงาน ที่ปรึกษา หัวหน้าโครงการ นักวิจัยในโครงการ ผู้ช่วยวิจัย คนขับรถ ที่มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานสนามเป็นประจำ หรือที่มีความเสี่ยงสูงในการปฏิบัติงานวิจัย ในวงเงินคนละไม่เกิน 1,000,000 บาท</p> <p>4) ค่าไปรษณีย์ โทรศัพท์ ค่าสาธารณูปโภคอื่น ๆ ค่าสมาชิกวารสารวิชาการ ค่าสมาชิกในสมาคม วิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานในโครงการค่าสมาชิก Internet เป็นต้น ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน พร้อมลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินด้วย</p> <p>5) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตอบแทนผู้ตอบแบบสอบถามจ่ายโดยใช้อัตราชุดละไม่เกิน 300 บาท - ค่าเบี้ยประชุม โดยปกติไม่มีเบี้ยประชุมสำหรับนักวิจัยผู้เข้าร่วมประชุมงานของโครงการ นอกจาก กรณีที่ผู้เข้าร่วมประชุมบางคนต้องเดินทางมาจากสถานที่ห่างไกล อาจพิจารณาจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง (ตามจ่ายจริง) และเบี้ยเลี้ยง ตามอัตราที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่โครงการเชิญเข้าร่วมประชุม ก็จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะค่าประเมินหรือค่าที่ปรึกษา แต่ไม่ใช่เบี้ยประชุม เว้นแต่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ได้ตกลงและได้รับความเห็นชอบจาก บพท. ตั้งแต่ต้น โดยใช้อัตราตามเกณฑ์กำหนดของ บพท.

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</p> <p>หมวดค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบริการต่างๆ ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมื่อด่อขึ้นงาน และ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ให้เป็นไปตามระเบียบของหน่วยงานผู้รับทุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมื่อด่อขึ้นงาน เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ตัวอย่าง ค่าจ้างทำอุปกรณ์หรือซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างในการจัดทำต้นแบบ ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ฯลฯ ค่าจ้างเหมาบริการเช่นนี้ ต้องมีผู้ตรวจรับงานก่อนจ่ายเงิน ซึ่งโดยปกติจะเป็นหัวหน้า โครงการ นักวิจัย หรือคณะกรรมการตรวจรับงานลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน 2) ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ หรือค่าประกันสังคม จ่ายเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้ทีมวิจัย ที่มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานภาคสนามเป็นประจำ หรือที่มีความเสี่ยงสูงในการปฏิบัติงานวิจัย ในวงเงินคนละไม่เกิน 1,000,000 บาท ค่าประกันสังคมหรือค่าประกันสุขภาพสำหรับผู้ช่วยนักวิจัย ให้เป็นไปตามระเบียบของ หน่วยงานผู้รับทุน 3) ค่าใช้สอยอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทนผู้ตอบแบบสอบถามหรืออาสาสมัคร ค่าเดินทาง ในระหว่างปฏิบัติงาน ค่าวิเคราะห์ทดสอบ ทั้งนี้ขอให้แจกแจงรายละเอียดให้สอดคล้องกับแผนการ ดำเนินงาน โดยปกติไม่มีเบี้ยประชุมสำหรับนักวิจัย ผู้เข้าร่วมประชุมงานของโครงการ ในกรณีที่ ผู้เข้าร่วมประชุมบางคนต้องเดินทางมาจากสถานที่ห่างไกล ให้พิจารณาจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง (ตาม จ่ายจริง) และเบี้ยเลี้ยง ตามอัตราที่กำหนดของ “ผู้รับทุน” หรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่โครงการเชิญเข้า ร่วมประชุม จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะค่าประเมินหรือค่าที่ปรึกษา แต่ไม่ใช่เบี้ยประชุม <p><u>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</u></p> <p>หมวดค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อจ้างเหมาบริการต่างๆ ค่าจ้างทำ และ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เข้าลักษณะ ใช้จ่ายหมวดอื่นๆ ตัวอย่างรายการ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าเดินทาง ประกอบด้วย ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง <ol style="list-style-type: none"> 1.1) ค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากรภายใต้โครงการวิจัยให้เบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงในอัตราไม่เกิน 400 บาทต่อวัน 1.2) ค่าพาหนะ ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริง

ประเด็น	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - เดินทางโดยเครื่องบิน เบิกได้เฉพาะชั้นประหยัด และใช้ใบเสร็จรับเงินเป็นหลักฐานประกอบการเบิก - เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ให้เบิกอัตราเหมาจ่าย อัตราไม่เกิน 6 บาท/กิโลเมตร และใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินเป็นหลักฐานประกอบการเบิก - พาหนะอื่นๆ ให้ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินเป็นหลักฐานประกอบการเบิก <p>1.3) ค่าที่พัก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ เหมาจ่ายในอัตราคืนละ 1,000 บาท - หัวหน้าโครงการวิจัย หรือที่ปรึกษาโครงการให้เบิกจ่ายได้ตามจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อวัน <p>*** หลักฐานการเบิก: ใบเสร็จรับเงินค่าห้องพักโรงแรม</p> <p>2) ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหม้าต่อชิ้นงาน เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ตัวอย่าง ค่าจ้างทาอุปกรณ์หรือ ซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างทาเอกสาร ค่าจ้างเหมาเตรียมดิน ค่าโฆษณาและเผยแพร่ ลงแจ้งความในหนังสือพิมพ์ ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ค่าเช่าเครื่องถ่ายเอกสาร ฯลฯ ให้เป็นไปตามระเบียบหน่วยงานรับทุน</p> <p>3) ค่าสมาชิก เช่น วารสารวิชาการ ค่าสมาชิกในสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานใน โครงการและค่าสมาชิก Internet เป็นต้น</p> <p>4) ค่าสาธารณูปโภค หมายถึง รายจ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งบริการสาธารณูปโภค เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าไฟฟ้า - ค่าน้ำประปา - ค่าโทรศัพท์ ค่าโทรศัพท์ทางไกลภายในประเทศ ค่าโทรศัพท์ทางไกลระหว่างประเทศ ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ ฯลฯ และให้หมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้ใช้บริการดังกล่าว และ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้บริการ เช่น ค่าเช่าเครื่อง ค่าเช่าเลขหมายโทรศัพท์ ค่าบำรุงรักษาสาย ฯลฯ - ค่าไปรษณีย์ ค่าธนาณัติ ค่าซื้อดวงตราไปรษณียากร ค่าเช่าตู้ไปรษณีย์ - ค่าบริการทางด้านโทรคมนาคม เช่น ค่าติดตั้งโทรศัพท์สายตรงของโครงการ ค่าโทรสาร ค่าวิทยุติดตามตัว ค่าวิทยุสื่อสาร ค่าสื่อสารผ่านดาวเทียม ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต และค่าสื่อสารอื่นๆ

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>และให้หมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้ใช้บริการดังกล่าวและค่าใช้จ่าย ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร แต่มีอายุการใช้งานในระยะเวลาประมาณไม่เกิน 1 ปี - สิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวรและมีอายุการใช้งานในระยะเวลาประมาณ 1 ปีขึ้นไป แต่มีราคาหน่วยหนึ่งหรือชุดหนึ่งไม่เกิน 5,000 บาท - สิ่งของที่ซื้อมาใช้ในการบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมทรัพย์สินเพื่อให้มีสภาพหรือประสิทธิภาพคงเดิม <p>สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สนช.)</p> <p>1) ค่าใช้จ่ายในดำเนินงาน</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “จ้างผลิต” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าจ้างผลิต ทั้งนี้ การผลิตดังกล่าวต้องอยู่ในระดับการผลิตต้นแบบ (Prototype Scale)</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “ปรับปรุงเครื่องจักรการผลิต ” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าปรับปรุงเครื่องจักรการผลิต ทั้งนี้ การปรับปรุงเครื่องจักรการผลิตดังกล่าวต้องไม่ครอบคลุมค่าเครื่องจักร อุปกรณ์พื้นฐาน</p> <p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “พัฒนาซอฟต์แวร์” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าพัฒนาซอฟต์แวร์ ทั้งนี้ ขอบเขตงบประมาณในการสนับสนุนพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา Basic Database, Big Data (Collection), Basic Programming, API, Network Security, Restructuring Database, IoT, Image Basic ในอัตราไม่เกิน 500.-บาท/ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 4,000.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 960,000.-บาท/ปี - พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา UX/UI, Website, Advance Programming, Data Analysis, User Analysis, IoT Analysis, Image Advance ในอัตราไม่เกิน 600.-บาท/ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 4,800.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 1,152,000.-บาท/ปี

ประเด็น	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา Mobile iOS/Android, Link+ Programming, AI, Machine Learning, IoT Assembling, Image Research ในอัตราไม่เกิน 700.-บาท/ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 5,600.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 1,344,000.-บาท/ปี - ไม่สนับสนุนงบประมาณในส่วนของ “ค่าขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์” - เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน <ul style="list-style-type: none"> ● เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน” ได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน ● การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าที่ปรึกษาต้องสอดคล้องกับสัญญาจัด จ้างดำเนินงานที่แนบ <p>2) ค่าวิเคราะห์ทดสอบ ไม่เกินร้อยละ 100 ของค่าใช้จ่ายในหมวด</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” ได้ ร้อยละ 100 ของหมวด (สอดคล้องตามใบเสนอราคาและความ เหมาะสมของงาน)</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ100ของเอกสารประกอบการเบิก จ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>3) ค่าใช้จ่ายในการทดสอบทางคลินิก ไม่เกินร้อยละ 100 ของค่าใช้จ่ายในหมวด</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “ค่าใช้จ่ายในการทดสอบ ทางคลินิก” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าใช้จ่ายในการทดสอบทาง คลินิก ทั้งนี้ ไม่สนับสนุนงบประมาณในส่วนของ “ค่าตอบแทน อาสาสมัคร” และ “ค่าจัดหาและรวบรวมเอกสาร”</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p>

ประเด็น	รายละเอียด
หมวดค่า วัสดุดิบ/ค่า วัสดุอุปกรณ์	<p><u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u></p> <p>ค่าวัสดุ เป็นค่าใช้จ่ายประเภท ค่าวัสดุสำนักงาน, วัสดุคอมพิวเตอร์ และ วัสดุ วิทยาศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งรายการวัสดุต้องมีราคาต่อหน่วยต่ำกว่า 5,000 บาท ยกเว้นวัสดุ คอมพิวเตอร์ต้องมีราคาต่อหน่วยต่ำกว่า 20,000 บาท โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็น เหมาะสม</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</u></p> <p>หมวดค่าวัสดุ/อุปกรณ์ จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการ จัดซื้อ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และเอกสารตำราต่างๆ สำหรับใช้งานในโครงการตามปกติ โดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูงและไม่มีลักษณะคงทนถาวรโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัสดุสิ้นเปลือง หรือ สิ่งของที่มีลักษณะโดยสภาพไม่คงทนถาวร หรือมีอายุ การใช้งานไม่ยืนนาน หหมดไป หรือเปลี่ยนสภาพไปในระยะเวลาอันสั้น และ รวมทั้งสิ่งของที่มีลักษณะการใช้งานยาวนาน ตัวอย่างเช่น เครื่องเขียน, หนังสือ, วารสาร, อะไหล่เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ฯลฯ 2) วัสดุที่มีราคาสูง เช่น อัญมณี โลหะมีค่า ซึ่งจำเป็นต้องซื้อเพื่อใช้ในการ ทดลอง ต้องมีทะเบียนวัสดุ เฉพาะ ซึ่งระบุข้อมูลของวัสดุที่จัดซื้อแต่ละครั้ง เช่น น้ำหนัก ลักษณะรูปถ่าย จำนวน สี และอื่นๆ และหัวหน้าโครงการ ลง นามรับรอง (ในกรณีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท) หรือกรรมการ 3 คน ลง นามรับรอง (ในกรณีมูลค่าเกิน 50,000 บาท) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ จะต้องจำหน่ายวัสดุเหล่านี้เพื่อคืนเงินให้กับ บพท. นอกจากนี้จะมีการตกลง กันเป็นอย่างอื่น <p>และรวมถึงรายจ่ายดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายจ่ายเพื่อประกอบดัดแปลงต่อเติมหรือปรับปรุงวัสดุ 2. รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุดไม่ เกิน 20,000 บาท 3. รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่ใช้ในการซ่อมแซมบำรุงรักษาทรัพย์สินให้ สามารถใช้งานได้ตามปกติ 4. รายจ่ายที่ต้องชำระพร้อมกับค่าวัสดุ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น <p>เกณฑ์ในการจัดซื้อ/จัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของ บพท. ดังต่อไปนี้</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>- การจัดซื้อหรือจัดจ้าง ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท ให้ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการมีอำนาจอนุมัติได้</p> <p>- การจัดซื้อหรือจัดจ้าง ในวงเงินเกิน 50,000 บาท ให้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และคณะกรรมการตรวจรับ ไม่น้อยกว่าชุดละ 3 คน โดยคณะกรรมการต้องไม่ใช่ชุดเดียวกัน ทั้งนี้ สิ่งของหรือ บริการที่มีลักษณะเป็นชิ้นเดียวหรืองานเดียว ให้ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้างตามลักษณะนั้น ห้ามมิให้แยกการ จัดซื้อหรือจัดจ้างออกเป็นรายการย่อยๆ ทั้งนี้ให้เบิกจ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด โดยต้องเก็บหลักฐานให้ตรวจสอบได้</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</u></p> <p>หมวดค่าวัสดุ/อุปกรณ์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ สำหรับใช้งานในโครงการ ตามปกติ โดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูงและไม่มีความซับซ้อน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัสดุสิ้นเปลือง หรือ สิ่งของที่มีลักษณะโดยสภาพไม่คงทนถาวร หรือมีการใช้งาน ไม่ยืนนาน หหมดไป หรือเปลี่ยนสภาพไปในระยะเวลาอันสั้น และรวมทั้งสิ่งของที่มี ลักษณะการใช้งานยาวนาน ตัวอย่างเช่น อะไหล่ เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ฯลฯ 2) วัสดุที่มีราคาสูง เช่น วัสดุโลหะมีค่า ซึ่งจำเป็นต้องซื้อเพื่อใช้ในการทดลอง ต้องมี ทะเบียนวัสดุเฉพาะ ซึ่งระบุข้อมูลของวัสดุที่จัดซื้อแต่ละครั้ง เช่น น้ำหนัก ลักษณะรูป ถ่าย จำนวน สี และอื่นๆ และหัวหน้าโครงการลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท) หรือกรรมการ 3 คน ลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าเกิน 50,000 บาท) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ จะต้องจำหน่ายวัสดุเหล่านี้เพื่อคืนเงินให้กับ บพข. เว้นแต่ จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่น <p>และรวมถึงรายจ่ายดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นค่าวัสดุ/อุปกรณ์ด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายจ่ายเพื่อประกอบ ดัดแปลง ต่อเติม หรือปรับปรุงวัสดุ 2. รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุด ไม่เกิน 20,000 บาท 3. รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่ใช้ในการซ่อมแซมบำรุงรักษาทรัพย์สินให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>4. รายจ่ายที่ต้องชำระพร้อมกับค่าวัสดุ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น</p> <p>5. รายจ่ายสำหรับสัตว์ทดลอง (เช่นหนู กระต่าย) ที่ต้องจัดหาเพื่อการวิจัย ในลักษณะของการทดสอบในสัตว์ หลังการวิจัยแล้วไม่สามารถใช้ประโยชน์ต่อได้ เกณฑ์ในการจัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุ อุปกรณ์ ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”</p> <p><u>สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สนช.)</u></p> <p>1) ค่าวัตถุดิบ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในหมวด</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “วัตถุดิบ” “สารเคมี” “วัสดุสิ้นเปลือง” ในจำนวนและค่า ใช้จ่ายที่เหมาะสมต่อการ ดำเนินงานใน ระดับการพัฒนาต้นแบบ หรือระดับกึ่งอุตสาหกรรม</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วัตถุดิบ” “สารเคมี” “วัสดุสิ้นเปลือง” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>2) ค่าวัสดุอุปกรณ์ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในหมวด</p> <p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “เครื่องจักร” หรือ “วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตเครื่องจักร” ในกรณีที่โครงการมีความเป็น นวัตกรรมด้าน เครื่องจักรอุปกรณ์</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “โมลด์” ในกรณีที่โครงการมี ความเป็น นวัตกรรมด้านเครื่องจักรอุปกรณ์ และเป็นโมลด์เฉพาะในโครงการ</p> <p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะ “ค่าเช่า server” ไม่สนับสนุน “ค่าซื้อ Server”</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วัสดุอุปกรณ์” “เครื่องจักร” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 50 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p>
หมวดค่า ครุภัณฑ์	<u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>1) ค่าครุภัณฑ์ เช่น ครุภัณฑ์สำนักงาน, ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งรายการครุภัณฑ์ต้องมีราคาต่อ หน่วยสูงกว่า 5,000 บาท ยกเว้น ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ต้องมีราคาต่อหน่วยสูงกว่า 20,000 บาท และ ให้แนบใบเสนอราคาครุภัณฑ์ โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็นเหมาะสม</p> <p>2) ค่าสิ่งก่อสร้าง ซึ่งเป็นรายจ่ายเพื่อประกอบขึ้นใหม่ ดัดแปลงต่อเติมหรือปรับปรุง สิ่งก่อสร้างมีวงเงินเกิน กว่า 50,000 บาท และให้แนบใบเสนอราคาสิ่งก่อสร้าง โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็นเหมาะสม</p> <p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</p> <p>หมวดค่าครุภัณฑ์ จัดเป็นงบลงทุน หมายถึง รายจ่ายเพื่อซื้อ แลกเปลี่ยน จ้างทำ ทำเอง หรือกรณีอื่นใดเพื่อให้ ได้มาซึ่งกรรมสิทธิ์ในสิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร มีอายุการใช้งานประมาณ 1 ปีขึ้นไป และมีราคาหน่วยหนึ่ง หรือ ชุดหนึ่งมูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาท (ยกเว้นอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์หรือดิจิทัลแม้จะมีมูลค่าไม่ถึง 10,000 บาท ก็ให้ถือว่าเป็นครุภัณฑ์ ด้วยเช่นกัน) รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งต้องชำระพร้อมกับค่า สิ่งของ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าพิธีศุลกากร ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง ฯลฯ ทั้งนี้ บพท. จะ สนับสนุนตามความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน พิจารณาเป็น รายการ</p> <p>ประเภทครุภัณฑ์ แบ่งตามลักษณะ การจัดการเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเภท ก. ครุภัณฑ์เฉพาะ : ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่มี วัตถุประสงค์เพื่อใช้กับงานวิจัยและทดลองจำเพาะ ไม่สามารถนำไปใช้กับกิจกรรมของโครงการอื่นๆ ได้ ดังตัวอย่างเช่น <ul style="list-style-type: none"> - ครุภัณฑ์ด้านวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในห้องทดลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ - ครุภัณฑ์ด้านการเกษตร เพื่อใช้ในการทดลองและการวิจัย เช่น ปศุสัตว์ (โค กระบือ ม้า ฯลฯ) เครื่องเก็บเกี่ยว เครื่องผสมยาคลุก เมล็ดพันธุ์ ตู้เก็บเมล็ดพันธุ์ ฯลฯ - ครุภัณฑ์วิจัยด้านอุตสาหกรรม เช่น เครื่องจักรกลต่างๆ อุปกรณ์ ชิ้นส่วนต่างๆ ที่นำมาประกอบเป็นเครื่องต้นแบบ เมื่อสิ้นสุดโครงการเครื่องต้นแบบถือเป็น Output ของงานวิจัย ประเภท ข. ครุภัณฑ์ทั่วไป: ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน เครื่อง คอมพิวเตอร์ และอื่นๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>หมุนเวียนกับกิจกรรมในโครงการอื่นๆ ได้ โดยแบ่งย่อยเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครุภัณฑ์สำนักงาน หมายถึง เครื่องมือ เครื่องไฟฟ้าอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการ ดำเนินงานของโครงการ เช่น เครื่องคำนวณ เครื่องโทรสาร ตู้เก็บเอกสาร โต๊ะทำงาน เป็นต้น - ครุภัณฑ์ระบบคอมพิวเตอร์และดิจิทัล หมายถึง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องใช้และอุปกรณ์ที่เป็นระบบดิจิทัล ซึ่งรวมถึง อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการต่อพ่วง เพื่อเชื่อมระบบต่างๆ ด้วย โดยไม่กำหนดมูลค่าขั้นต่ำไว้ ดังนั้นครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าต่อชิ้นไม่ถึงหนึ่งหมื่นบาทก็ตามให้ถือรวมเป็นครุภัณฑ์ในส่วนนี้ด้วย เช่น เครื่องสแกนเนอร์ CD writer กล้องดิจิทัล เครื่องปรับระดับ กระแสไฟฟ้าเครื่องสำรองกระแสไฟฟ้า(UPS)เครื่องป้อนกระดาษ เครื่องแยก กระดาษ เครื่องพิมพ์ (printer) แบบต่าง ๆ กล้องถ่ายรูป ระบบดิจิทัล เครื่องอัดเสียง (recorder) และ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น <p>ขั้นตอนการจัดซื้อครุภัณฑ์ ในกรณีที่โครงการได้รับอนุมัติให้จัดซื้อครุภัณฑ์ โปรดศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการจัดหาครุภัณฑ์ให้ ชัดเจน หากมีข้อสงสัยให้ปรึกษา บพท. ก่อนดำเนินการจัดซื้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คู่สัญญาให้ชัดเจนว่าได้รับอนุมัติจัดซื้อครุภัณฑ์อะไรบ้างรวมทั้งวงเงินที่ได้รับอนุมัติ 16 2. การจัดซื้อครุภัณฑ์ ให้เป็นไปตามระเบียบของต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการหรือตามเกณฑ์ของ บพท. ดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 กรณีครุภัณฑ์มีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่โครงการบริหารจัดการเอง ให้ โครงการดำเนินการสืบราคา ไม่น้อยกว่า 2 ราย และดำเนินการจัดซื้อตามราคาจริงที่ต่ำสุดแล้ว รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ขออนุมัติมายัง บพท. 2.2 กรณีครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าเกิน 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 500,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่โครงการ บริหารจัดการเอง

ประเด็น	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จัดทำ Specification ของครุภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ และดำเนินการสืบราคา โดยให้มีผู้ยื่นเสนอ ราคาไม่น้อยกว่า 2 ราย ▪ จัดตั้งคณะกรรมการจัดซื้อหรือจัดจ้าง และคณะกรรมการตรวจรับอย่างน้อยชุดละ 3 คน โดย กรรมการจัดซื้อและตรวจรับต้องเป็นคนละชุดกัน ▪ รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ขออนุมัติมายัง บพท. <p>2.3 กรณีครุภัณฑ์มีมูลค่าเกิน 500,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่ บพท. บริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ จัดทำ Specification ของครุภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ ▪ ดำเนินการจัดทำราคากลาง (รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง ต้องมีอย่างน้อย 1 คน ขึ้นไป และชื่อจะต้องไม่ซ้ำกับรายชื่อของกรรมการจัดซื้อจัดจ้าง) ▪ จัดตั้งคณะกรรมการจัดซื้อหรือจัดจ้าง และคณะกรรมการตรวจรับอย่างน้อยชุดละ 3 คน โดยกรรมการจัดซื้อและตรวจรับต้องเป็นคนละชุดกัน ▪ ปิดประกาศเชิญชวนให้มีการยื่นซองไม่น้อยกว่า 3 ราย ส่งหลักฐานที่ได้ลงประกาศดังกล่าว เช่น ภาพถ่ายจากบอร์ดที่ติดประกาศ หรือ link ที่ลงประกาศ เป็นต้น ▪ เปิดซองพิจารณาใบเสนอราคา รายละเอียดยี่ห้อสินค้า คุณสมบัติต่างๆ ตลอดจน เงื่อนไขของบริษัท และจัดทำสรุปผลการเปิดซอง เสนอหน่วยบริหารและจัดการทุน ▪ รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ขออนุมัติมายัง บพท. <p>3. ในกรณีที่งบประมาณครุภัณฑ์ส่วนนั้นบริหารจัดการโดย บพท. ให้หัวหน้าโครงการส่งใบเสนอราคาพร้อม กับรายละเอียดของครุภัณฑ์ และการจัดตั้งคณะกรรมการแก่ บพท. เพื่อพิจารณาอนุมัติและดำเนินการ เบิกจ่ายเงินงบประมาณ หากเป็น งบประมาณในส่วนที่โครงการบริหารจัดการเอง ให้ดำเนินการตามข้อ 4 ต่อไป</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>4. การจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อใช้ในการวิจัย อาจดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ตามข้อ 2. (อ้างอิง ข้อ 1 ของหนังสือคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ กรมบัญชีกลางที่ กค.(กวจ) 04052/ว122 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561) หรือ ใช้มาตรฐานการจัดซื้อครุภัณฑ์ตาม พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เป็นแนวทางปฏิบัติก็ได้</p> <p>5. การตรวจรับครุภัณฑ์โดยมีเกณฑ์ คือ ครุภัณฑ์มูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท ให้หัวหน้าโครงการลงนามตรวจ รับได้เอง หากมูลค่าเกิน 50,000 บาท ให้ตั้งกรรมการอย่างน้อย 3 คนเป็นผู้ตรวจรับ</p> <p>6. หลังจากโครงการทำการตรวจรับครุภัณฑ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วให้กำหนดรหัสหมายเลขไว้ และให้ติด หมายเลขไว้กับครุภัณฑ์ และรายงานให้ บพท. ทราบด้วย รวมถึงรายงานในระบบฐานข้อมูลกลางด้วย และ ให้จัดทำบัญชีคุมทรัพย์สินหรือทะเบียนแสดงรายการครุภัณฑ์ไว้</p> <p>7. เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วให้หัวหน้าโครงการรายงานสรุปรายการและสภาพครุภัณฑ์ของโครงการให้ บพท. ทราบ โดยกรรมสิทธิ์ในครุภัณฑ์นั้นๆ ให้เป็นของหน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการ เว้นแต่ตกลงเป็นอย่างอื่น และเว้นแต่กรณีครุภัณฑ์ที่ จัดซื้อด้วยงบประมาณโครงการที่ ภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ร่วมสมทบงบประมาณ ให้ทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ระหว่างผู้รับทุน ผู้ให้ทุนและผู้ร่วมให้ทุน เช่น การประชุมโครงการ เป็นต้น ทั้งนี้ บพท.ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณา ดำเนินการเพื่อให้ครุภัณฑ์ดังกล่าว เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดต่อวงการวิจัยและสังคมโดยรวม</p> <p>ข้อแนะนำเพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การซื้อครุภัณฑ์ควรซื้อเฉพาะรายการที่จำเป็นต้องใช้จริงในขณะนั้นเท่านั้นรายการใดที่ยังไม่จำเป็นต้อง ใช้หรือยังไม่แน่ใจว่าจะต้องใช้หรือไม่ หรือมีแนวโน้มว่าจะได้มาจากแหล่งอื่น เช่นงบประมาณปกติ ควรชะลอไว้ก่อน 2. หัวหน้าโครงการไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงงบประมาณและรายการครุภัณฑ์ ยกเว้นมีเหตุจำเป็นให้ทำหนังสือชี้แจงสาเหตุเพื่อขออนุมัติจาก บพท. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจะเปลี่ยนแปลงงบประมาณและ รายการหมวดนี้ได้

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>3. ครุภัณฑ์ที่จัดซื้อจากต่างประเทศ ให้ใช้ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยผู้ขายในต่างประเทศได้ โดยให้เบิกจ่าย ตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ทางธนาคารเรียกเก็บ และต้องมีหลักฐานแสดงไว้ด้วย</p> <p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</p> <p>บพข. มีเจตนารมณ์ ในการให้ครุภัณฑ์ที่จัดหามาใช้ในการดำเนินงานโครงการโดยใช้ เงินทุนของ บพข. ให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของ “ผู้รับทุน” เว้นแต่จะมีการตกลงกันเป็นหนังสือเป็นอย่างอื่น ดังนั้นเป็นหน้าที่ของ “ผู้รับทุน” ที่จะดำเนินการจัดหา รวมถึงการดูแลรักษาให้ครุภัณฑ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน</p> <p>ค่าครุภัณฑ์ หมายถึง รายจ่ายเพื่อซื้อ แลกเปลี่ยน จ้างทำ ทำเอง หรือกรณีอื่นใด เพื่อให้ ได้มาซึ่งกรรมสิทธิ์ในสิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร มีอายุการใช้งานประมาณ 1 ปีขึ้นไป และมีราคาหน่วย หนึ่ง หรือชุดหนึ่งมูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาท (ยกเว้นอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์หรือดิจิทัลแม้จะมีมูลค่าไม่ ถึง 10,000 บาท ก็ให้ถือว่าเป็นครุภัณฑ์ ด้วยเช่นกัน) รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งต้องชำระพร้อมกับ ค่าสิ่งของ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าพิธีการศุลกากร ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง ฯลฯ</p> <p>ประเภทครุภัณฑ์ แบ่งตามลักษณะ การจัดการเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <p>1) ประเภท ก. ครุภัณฑ์เฉพาะ: ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กับงานวิจัยและทดลองจำเพาะ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครุภัณฑ์ด้านวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ใน ห้องทดลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ - ครุภัณฑ์ด้านการเกษตร เพื่อใช้ในการทดลองและการวิจัย เช่น ปศุสัตว์ (โค กระบือ ม้า ฯลฯ ที่จัดหามาเพื่อการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยยังคงใช้ ประโยชน์จากสัตว์ดังกล่าวได้) เครื่องเก็บเกี่ยว เครื่องผสมยาคลุกเมล็ดพันธุ์ ตู้เก็บ เมล็ดพันธุ์ ฯลฯ - ครุภัณฑ์วิจัยด้านอุตสาหกรรม เช่น เครื่องจักรกลต่างๆ อุปกรณ์ ชิ้นส่วนต่างๆที่ นำมาประกอบเป็นเครื่องต้นแบบ เมื่อสิ้นสุดโครงการ เครื่องต้นแบบถือเป็น Output ของงานวิจัย หากต้นแบบนี้ไม่นักวิจัยประกอบเองให้จัดซื้อ-จัดจ้างตาม สภาพสิ่งของ ได้แก่ ครุภัณฑ์ หรือ วัสดุ แต่กรณีนี้วิจัยออกแบบต้นแบบเอง และ จ้างหน่วยงานอื่นประกอบหรือจัดทำ ให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็น

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>หมวดค่าจ้างในการ จัดทำต้นแบบ โดยให้รวมค่าวัสดุ อุปกรณ์ การติดตั้ง ไว้ในใบเสร็จเดียว</p> <p>2) ประเภท ข. ครุภัณฑ์ทั่วไป: บพข. มีเจตนาอนุมัติสนับสนุนงบประมาณ สำหรับการทำให้โครงการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นครุภัณฑ์ที่เป็น เครื่องมือหรือ อุปกรณ์สำนักงาน ควรเป็นครุภัณฑ์ที่หน่วยงาน จัดหาให้</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดซื้อครุภัณฑ์ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” หลังจากโครงการทำการ ตรวจสอบครุภัณฑ์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้จัดทำบัญชีคุมทรัพย์สินหรือทะเบียนแสดง รายการครุภัณฑ์ไว้และรายงานให้ บพข. ทราบด้วย รวมถึงรายงานในระบบ ข้อมูลกลางด้วย (แจ้งภายหลัง) 2. ครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าเกิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาท) บพข. จะจ่ายให้ตามราคาจริง ภายใน 30 (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ บพข. ได้รับหนังสือขอเบิกจ่ายเงินและใบเสนอ ราคาจากผู้รับทุนแล้ว 3. ค่าครุภัณฑ์ให้รวมรายจ่ายเพื่อประกอบ ดัดแปลง ต่อเติม ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่า ประกันภัย ค่าติดตั้ง แล้ว <p>ข้อแนะนำเพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อนุมัติครุภัณฑ์เป็นรายการตามความจำเป็นเพื่อการวิจัยและพัฒนาเท่านั้น การซื้อ ครุภัณฑ์ควรซื้อ เฉพาะรายการที่จำเป็นต้องใช้จริงในขณะนั้นเท่านั้น รายการใดที่ยัง ไม่จำเป็นต้องใช้หรือยังไม่แน่ใจว่าจะต้องใช้หรือไม่ หรือมีแนวโน้มว่าจะได้มาจากแหล่งอื่น เช่นงบประมาณปกติ ควรชะลอไว้ก่อน 2. หัวหน้าโครงการไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงงบประมาณและรายการครุภัณฑ์ที่ ระบุในข้อเสนอ โครงการแนบท้ายสัญญาได้ (ไม่ถ่วงเฉลี่ย) ยกเว้นมีเหตุจำเป็นให้ทำ หนังสือจากต้นสังกัดชี้แจงสาเหตุ เพื่อขออนุมัติจาก บพข. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงจะเปลี่ยนแปลงงบประมาณและรายการหมวดนี้ได้ 3. ครุภัณฑ์ที่จัดซื้อจากต่างประเทศ ให้ใช้ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยผู้ขายในต่างประเทศ หรือ Proforma invoice ได้ โดยให้เบิกจ่ายตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ทางธนาคาร เรียกเก็บ และต้องมีหลักฐานแสดงไว้ด้วย 4. ครุภัณฑ์เพื่อการดำเนินโครงการเป็นกรรมสิทธิ์ของผู้รับทุน เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว ให้หัวหน้า โครงการรายงานสรุปรายการและสภาพครุภัณฑ์ของโครงการให้ บพข. ทราบ

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>5. ถ้ามีการใช้ประโยชน์จากครุภัณฑ์ เช่น ให้บริการ รายได้จากการให้บริการให้เป็นของผู้รับทุน แต่ให้แจ้งในรายงานความก้าวหน้า</p> <p>6. กรณีครุภัณฑ์ที่จัดซื้อด้วยงบประมาณโครงการที่ภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ร่วมสมทบงบประมาณบางส่วน กรรมสิทธิ์ในครุภัณฑ์ให้ทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ระหว่างผู้รับทุน และผู้ให้ทุนร่วม ทั้งนี้หากภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ร่วมสมทบงบประมาณหมวดครุภัณฑ์ มีความประสงค์จะเป็นเจ้าของครุภัณฑ์ดังกล่าว จะต้องสนับสนุนค่าครุภัณฑ์นั้น เป็น in cash ไม่น้อย กว่า 50%</p> <p>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</p> <p>หมวดค่าครุภัณฑ์ หมายถึง รายจ่ายดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่มีลักษณะคงทน รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระพร้อมกัน เช่น ค่าขนส่งค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น 2) รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุดเกินกว่า 20,000 บาท 3) รายจ่ายเพื่อประกอบ ตัดแปลง ต่อเติมหรือปรับปรุงครุภัณฑ์ รวมทั้งครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่มีวงเงินเกินกว่า 5,000 บาท 4) รายจ่ายเพื่อซ่อมแซมบำรุงรักษาโครงสร้างของครุภัณฑ์ขนาดใหญ่ ซึ่งไม่รวมถึงค่าซ่อมบำรุงปกติหรือค่าซ่อมกลาง
<p>หมวด ค่าบริการ วิชาการ/ค่า ถ่ายทอด เทคโนโลยี</p>	<p>สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.)</p> <p>หมวดค่าบริการวิชาการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่โครงการจ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในโครงการวิจัย ซึ่งไม่รวมค่าครุภัณฑ์และค่าใช้จ่ายเดินทางไปต่างประเทศ</p> <p>สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สนช.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าบริการวิชาการ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 100 ของค่าใช้จ่ายใน หมวด (แต่ไม่เกินข้อกำหนด ของ สนช.) <ol style="list-style-type: none"> (1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า“บริการวิชาการ”ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าบริการวิชาการ (สอดคล้องตามระเบียบของ แต่ละมหาวิทยาลัย) <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า“บริการวิชาการ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน 2) ค่าถ่ายทอดเทคโนโลยี

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า“ถ่ายทอดเทคโนโลยี”ได้ร้อยละ 50 ของค่าถ่ายทอดเทคโนโลยี ทั้งนี้ มูลค่าถ่ายทอด เทคโนโลยีที่สนับสนุน จะต้องเป็นมูลค่าถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้รับการประเมินจาก สนช.</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า“ถ่ายทอดเทคโนโลยี” เฉพาะใน ส่วนของค่าเปิดเผยเทคโนโลยี (Upfront Fee)</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า“ถ่ายทอด เทคโนโลยี” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 50 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน</p>
<p>หมวด ค่าใช้จ่ายอื่น</p>	<p>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</p> <p>หมวดค่าใช้จ่ายอื่น จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วน เสริมให้งานวิจัยมีคุณภาพดีขึ้น หรือสร้างกำลังคน หรือทำให้เกิดความเข้มแข็งขององค์กร หรือกลุ่มผู้ใช้ ซึ่งจะช่วยให้กิจกรรมวิจัยและ การใช้ผลงานวิจัยมีความยั่งยืนมากขึ้น งบประมาณหมวดค่าใช้จ่ายอื่นนี้ จะจ่ายเมื่อโครงการมีความจำเป็นต้องใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าเดินทางต่างประเทศ สำหรับติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการในต่างประเทศ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดย (ก) เป็นการไปเสนอผลงานที่เกิดขึ้นจากโครงการ หรือ (ข) เข้าร่วมประชุมวิชาการหรือดูงานเฉพาะเรื่อง ที่มี ความสำคัญกับ งานวิจัยในโครงการโดยตรง อัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปต่างประเทศ ให้ เป็นไปตามเกณฑ์ของ บพท. หรือทำความตกลงกับ บพท. เป็นคราวๆ ไป โดย หัวหน้าโครงการต้องทำเรื่องขออนุมัติการเดินทางก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน มายัง บพท. พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และประมาณการค่าใช้จ่าย 2) ค่าใช้จ่ายของนักวิจัยจากต่างประเทศที่มาช่วยงานในโครงการอัตราค่าใช้จ่ายของ นักวิจัย จากต่างประเทศ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของ บพท. หรือทำความตกลงกับ บพท. เป็นคราวๆ ไป 3) ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมนำเสนอผลงาน วัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาข้อเสนอ โครงการ หรือนำเสนอความก้าวหน้าโครงการวิจัย เป็นต้น ให้หัวหน้าโครงการ นำเสนอกรอบการดำเนินการได้แก่ หลักการและ เหตุผล ความเป็นมา วิธีการจัด ประชุม รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม วัน เวลา สถานที่จัดประชุม พร้อมทั้งประมาณ การ แยกตามหมวดต่างๆ (ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าจัดเตรียมเอกสาร ประกอบการประชุม ฯลฯ) เพื่อให้ บพท. ได้ พิจารณาล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน ก่อนวันประชุม

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>4) ค่าบริหารจัดการปลายทาง การบริหารจัดการภายหลังโครงการดำเนินการไปได้ระยะหนึ่ง และเมื่อโครงการสิ้นสุดลง วัตถุประสงค์เพื่อผลักดันการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย เชิง พาณิชย และเชิงสาธารณะ เช่น การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ การเสนอผลงานในต่างประเทศ การจดสิทธิบัตร ตีพิมพ์หนังสือ คู่มือ เอกสารเผยแพร่ การอบรมถ่ายทอดผลงานวิจัย การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น หัวหน้าโครงการสามารถขออนุมัติดำเนินการ โดยนำเสนอหลักการและเหตุผลและประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้ บพท. พิจารณาอนุมัติ</p>
<p>หมวด ค่าธรรมเนียม อุดหนุน สถาบัน</p>	<p><u>สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)</u></p> <p>วช. กำหนดจ่ายไม่เกินร้อยละ 10 ของงบวิจัยไม่รวมค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)</u></p> <p>หมวดค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน เป็นค่าบำรุงเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการของสถาบัน ซึ่งจัดสรรให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของนักวิจัยในโครงการ เป็นจำนวนรวมไม่เกินร้อยละ 10 (สิบ) ของงบประมาณรวมทั้งโครงการ การเบิกจ่ายจะจ่ายเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยได้รับผลงานสมบูรณ์ตามสัญญา และภายในระยะเวลาที่กำหนดตามสัญญา</p> <p>กรณีหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างในเวลาไม่เกินกว่า 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่ได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 90 (เก้าสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง จาก บพท. จะพิจารณาจ่ายเงินค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบันเต็มจำนวนตามสัญญา</p> <p>หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 90 (เก้า สิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่ได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. แต่ไม่เกิน 180(หนึ่งร้อยแปดสิบ)วัน ให้ถือว่าผู้รับทุนและหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนส่งผลงานล่าช้าผู้รับทุนและหัวหน้า โครงการวิจัยผู้รับทุนยินยอมให้ บพท. จ่ายเงินค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบันลดลงครึ่งหนึ่งจากที่ระบุในสัญญา</p> <p>หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลงานการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	<p>ได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้า โครงการวิจัยฯ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ ได้ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง จาก บพท. เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าผู้รับทุนและหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนผิดสัญญา ผู้รับทุน และ หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนยินยอมให้ บพท. ระวังการจ่ายค่าธรรมเนียมอุดหนุน สถาบัน</p> <p>อนึ่งหากโครงการนี้มีผู้ร่วมโครงการจากหลายสถาบันหรือหลายหน่วยงาน การจ่ายเงินดังกล่าวจะ จ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการเท่านั้น นอกจากนี้จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่นเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเมื่อรวมแล้วต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของงบประมาณรวมทั้งโครงการ</p> <p>เงินค่าบำรุงสถาบันนี้ ให้ใช้ในกิจกรรมทางวิชาการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็ง ด้านการวิจัยให้กับ สถาบัน เช่น การพัฒนาบุคลากรเชิงวิชาการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การไปร่วมประชุมเสวนาผลงานทั้งในและ ต่างประเทศ การปรับปรุงสถานที่และอุปกรณ์ การสอนหรือการวิจัย หรือสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในและระหว่าง ประเทศ และค่า สาธารณูปโภค เป็นต้น</p> <p><u>หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)</u></p> <p>ค่าบำรุงสถาบัน (ค่าบริหารโครงการ) เป็นค่าบำรุงเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางวิชาการของสถาบัน ซึ่งจัดสรรให้แก่ หน่วยงานต้นสังกัดของนักวิจัยในโครงการ เป็น จำนวนรวมไม่เกินร้อยละ 10 (สิบ) ของงบดำเนินการ โครงการ (ไม่รวมหมวดครุภัณฑ์) การเบิกจ่ายจะจ่ายพร้อมงบดำเนินการตามการจ่ายเงินงวดปกติของ โครงการ และงวด สิ้นสุดท้ายจะจ่ายส่วนที่เหลือเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยได้รับผลงานสมบูรณ์ตามสัญญา และ ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามสัญญา</p> <p>หากโครงการมีผู้ร่วมโครงการจากหลายสถาบันหรือหลายหน่วยงาน การจ่ายเงิน ดังกล่าว จะจ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการเท่านั้น นอกจากนี้จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่นเป็น ลายลักษณ์อักษร ซึ่งเมื่อรวมแล้วต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของ งบดำเนินการโครงการ</p> <p>เงินค่าบำรุงสถาบันนี้ ให้ใช้ในกิจกรรมทางวิชาการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็ง ด้านการวิจัยให้กับสถาบัน เช่น การพัฒนาบุคลากรเชิงวิชาการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การปรับปรุงสถานที่และ อุปกรณ์ การสอนหรือการวิจัย หรือสร้างเครือข่ายทางวิชาการ ทั้งในและระหว่างประเทศ และค่า สาธารณูปโภค เป็นต้น การจัดสรรเงินค่าบำรุงสถาบัน ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”</p>

ประเด็น	รายละเอียด
	โครงการวิจัยที่มีงบประมาณรวมมากกว่า 10 ล้านบาท บพข. ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาค่าบำรุงสถาบันเป็นกรณีพิเศษ ตามลักษณะของโครงการ

ที่มา: ประมวลโดยคณะผู้วิจัย

รายละเอียดระเบียบการสนับสนุนทุนวิจัยของแต่ละ PMU หลัก

- 1) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)



ในการเขียนข้อเสนอการวิจัยและนวัตกรรมของ วช. ผู้รับทุนต้องมีการระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดำเนิน โครงการตามอัตราค่าใช้จ่าย ใน 4 หมวด ตามแนวทางหลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายการวิจัยที่ วช. กำหนดไว้ ดังนี้

1. งบบุคลากร (เป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละทุน)

- 1.1 ค่าจ้างลูกจ้างโครงการ
- 1.2 ค่าจ้างผู้ช่วยนักวิจัย

**พิจารณาให้ตามที่เสนอขอโดยไม่เกินที่ วช. กำหนดจ่ายตามอัตราเงินเดือนสำหรับคุณวุฒิที่ กพ. รับรองเพื่อการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ

ป.เอก อัตราค่าจ้าง 21,000. บาท ป.โท อัตราค่าจ้าง 17,500. บาท ป.ตรี อัตรา
ค่าจ้าง 15,000. บาท ปวส. อัตราค่าจ้าง 11,500. บาท ปวช. อัตราค่าจ้าง 9,400.
บาท

2. งบดำเนินงาน

- 2.1 ค่าตอบแทนเป็นค่าตอบแทนคณะผู้วิจัยให้ระบุตำแหน่ง หรือตำแหน่งทางวิชาการเพื่อประกอบการ พิจารณา หรือเป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละทุน
- 2.2 ค่าใช้สอย เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ค่าใช้จ่ายในการสัมมนา/ฝึกอบรม และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างเหมาบริการ, ค่าแรง, เงินประกันสังคม
- 2.3 ค่าวัสดุ เป็นค่าใช้จ่ายประเภท ค่าวัสดุสำนักงาน, วัสดุคอมพิวเตอร์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งรายการวัสดุต้องมีราคาต่อหน่วยต่ำกว่า 5,000 บาท ยกเว้นวัสดุคอมพิวเตอร์ต้องมีราคาต่อหน่วยต่ำกว่า 20,000 บาท โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็นเหมาะสม

3. งบลงทุน

- 3.1 ค่าครุภัณฑ์ เช่น ครุภัณฑ์สำนักงาน, ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งรายการครุภัณฑ์ต้องมีราคาต่อ หน่วยสูงกว่า 5,000 บาท ยกเว้น ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ต้องมีราคาต่อหน่วยสูงกว่า 20,000 บาท และ ให้แนบใบเสนอราคาครุภัณฑ์ โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็นเหมาะสม
- 3.2 ค่าสิ่งก่อสร้าง ซึ่งเป็นรายจ่ายเพื่อประกอบขึ้นใหม่ ดัดแปลงต่อเติมหรือปรับปรุงสิ่งก่อสร้างมีวงเงินเกิน กว่า 50,000 บาท และให้แนบใบเสนอราคาสิ่งก่อสร้าง โดยให้จ่ายได้ตามความจำเป็นเหมาะสม

4. ค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน (ให้หมายรวมถึงค่าสาธารณูปโภคด้วย)

- วช. กำหนดจ่ายไม่เกินร้อยละ 10 ของงบวิจัยไม่รวมค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

2) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA)



สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) ได้กำหนดรายละเอียดในการสนับสนุนงบประมาณในหมวดต่างๆ ในคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual/ Standard Operating Procedure) โดยมีรายละเอียดสรุป สาระสำคัญดังนี้

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุนโครงการ	หมายเหตุ
1	ค่าวัสดุดิบ/ค่าวัสดุอุปกรณ์	ไม่เกินร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในหมวด	(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “วัสดุดิบ” “สารเคมี” “วัสดุสิ้นเปลือง” ในงานวนและค่า ใช้จ่ายที่เหมาะสมต่อการ ดำเนินงาน ในระดับการพัฒนาต้นแบบ หรือระดับกึ่งอุตสาหกรรม เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วัสดุดิบ” “สารเคมี” “วัสดุสิ้นเปลือง” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน
	1.2 ค่าวัสดุอุปกรณ์		(1) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “เครื่องจักร” หรือ “วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุน โครงการ	หมายเหตุ
			<p>เครื่องจักร” ในกรณีที่โครงการมีความเป็นนวัตกรรมด้านเครื่องจักรอุปกรณ์</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “โมลด์” ในกรณีที่โครงการมี ความเป็นนวัตกรรมด้านเครื่องจักรอุปกรณ์ และเป็นโมลด์เฉพาะในโครงการ</p> <p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะ “ค่าเช่า server” ไม่สนับสนุน “ค่าซื้อ Server”</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วัสดุอุปกรณ์” “เครื่องจักร” สามารถเบิกจ่ายได้ ร้อยละ 50 ของเอกสาร ประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p>
2	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	ไม่เกินร้อยละ 100	
	2.1 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	ของค่าใช้จ่ายในหมวด	<p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “จ้างผลิต” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าจ้างผลิต ทั้งนี้ การผลิตดังกล่าวต้องอยู่ในระดับการผลิตต้นแบบ (Prototype Scale)</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “ปรับปรุงเครื่องจักรการผลิต ” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าปรับปรุงเครื่องจักรการผลิต ทั้งนี้ การปรับปรุงเครื่องจักรการผลิตดังกล่าวต้องไม่ครอบคลุมค่าเครื่องจักร อุปกรณ์พื้นฐาน</p> <p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนเฉพาะค่า “พัฒนาซอฟต์แวร์” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าพัฒนาซอฟต์แวร์ ทั้งนี้ ขอบเขตงบประมาณในการสนับสนุนพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา Basic Database, Big Data (Collection),</p>

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุน โครงการ	หมายเหตุ
			<p>Basic Programming, API, Network Security, Restructuring Database, IoT, Image Basic ใน อัตราไม่เกิน 500.-บาท/ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 4,000.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 960,000.-บาท/ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา UX/UI, Website, Advance Programming, Data Analysis, User Analysis, IoT Analysis, Image Advance ในอัตราไม่เกิน 600.-บาท/ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 4,800.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 1,152,000.-บาท/ปี - พิจารณาค่าใช้จ่ายในส่วนของการพัฒนา Mobile iOS/Android, Link+ Programming, AI, Machine Learning, IoT Assembling, Image Research ในอัตราไม่เกิน 700.-บาท/ ชั่วโมง และ/หรือ ไม่เกิน 5,600.-บาท/เดือน และ/หรือ ไม่เกิน 1,344,000.-บาท/ปี <p>(4) <u>ไม่สนับสนุน</u>งบประมาณในส่วนของ “ค่าขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์”</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน” ได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน</p> <p>(2) การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าที่ปรึกษาต้อง สอดคล้องกับสัญญาจัด จ้างดำเนินงานที่แนบ</p>
3	ค่าวิเคราะห์ทดสอบ	ไม่เกินร้อยละ 100	
	3.1 ค่าวิเคราะห์ทดสอบ	ของค่าใช้จ่ายใน หมวด	(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” ได้ ร้อยละ 100 ของหมวด

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุน โครงการ	หมายเหตุ
			(สอดคล้องตามใบเสนอราคาและความ เหมาะสมของงาน) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100ของเอกสารประกอบการเบิก จ่ายเงิน สนับสนุน
	3.2 ค่าใช้จ่ายในการทดสอบ ทางคลินิก		(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “ค่าใช้จ่ายในการทดสอบ ทางคลินิก” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าใช้จ่ายในการทดสอบทาง คลินิก ทั้งนี้ ไม่สนับสนุนงบประมาณในส่วนของ “ค่าตอบแทน อาสาสมัคร” และ “ค่าจัดหาและ รวบรวมเอกสาร” เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “วิเคราะห์ทดสอบ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน
4	ค่าตอบแทนที่ปรึกษา	ไม่เกินร้อยละ 100	
	4.1 ค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ	ของค่าใช้จ่ายใน หมวด (แต่ไม่เกิน ข้อกำหนด ของ สนช.)	(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาท/คน/เดือน และไม่เกิน 240,000 บาท/คน/ปี (2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ไม่เกินโครงการ ละ 2 คน

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุน โครงการ	หมายเหตุ
			<p>(3) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนที่ปรึกษา โครงการ ในอัตราไม่เกิน 20,000. บาท/คน/เดือน ตามระยะเวลาที่ ดำเนินการจริง ในกรณีที่จะต้องให้การ สนับสนุนค่าตอบแทน ที่ปรึกษาโครงการ ใน จำนวนมากกว่า 2 คนต่อโครงการ แต่ไม่เกิน 4 คนต่อโครงการ</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ตอบแทนที่ปรึกษา” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน</p> <p>(2) การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าที่ปรึกษาต้อง สอดคล้องกับสัญญาจ้างที่ปรึกษาที่แนบ (กรณีที่มีการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนไม่สอดคล้อง ตามระยะเวลาที่ดำเนินงาน)</p> <p>(3) ผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา (ถ้ามี)</p>
	4.2 ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย		<p>(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย โครงการในอัตราไม่เกิน 15,000.-บาท/คน/เดือนและไม่เกิน 180,000.- บาท/คน/ปี</p> <p>(2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัยโครงการไม่เกินโครงการ ละ 2 คน</p> <p>เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p>(1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ตอบผู้ช่วยวิจัย ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน</p>

ลำดับ	หมวด	อัตราการสนับสนุน โครงการ	หมายเหตุ
			(2) การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าผู้ช่วยวิจัยต้อง สอดคล้องกับสัญญาจัดจ้างที่ปรึกษาที่แนบ (กรณีที่มีการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนไม่ สอดคล้อง ตามระยะเวลาที่ดำเนินงาน) (3) ผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา (ถ้ามี)
5	ค่าบริการวิชาการ/ค่าถ่ายทอด เทคโนโลยี	ไม่เกินร้อยละ 100 ของค่าใช้จ่ายใน หมวด (แต่ไม่เกินข้อ กำหนด ของ สนช.)	
	5.1 ค่าบริการวิชาการ		(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “บริการ วิชาการ” ได้ร้อยละ 100 ของหมวดค่าบริการ วิชาการ (สอดคล้องตามระเบียบของ แต่ละ มหาวิทยาลัย) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “บริการวิชาการ” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน
	1.3 ค่าถ่ายทอดเทคโนโลยี		(1) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “ถ่ายทอดเทคโนโลยี” ได้ร้อยละ 50 ของค่า ถ่ายทอดเทคโนโลยี ทั้งนี้ มูลค่าถ่ายทอด เทคโนโลยีที่สนับสนุนจะต้องเป็นมูลค่าถ่ายทอด เทคโนโลยีที่ได้รับการประเมินจาก สนช. (2) พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณค่า “ถ่ายทอดเทคโนโลยี” เฉพาะในส่วน of ค่า เปิดเผยเทคโนโลยี (Upfront Fee) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน (1) เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่า “ถ่ายทอด เทคโนโลยี” สามารถเบิกจ่ายได้ร้อย ละ 50 ของเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน

ที่มา: สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA)

3) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.)



สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร องค์การมหาชน (สวก.) ได้กำหนดแนวปฏิบัติด้านการเงินไว้ในคู่มือผู้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ดังนี้

2. สวก. แบ่งหมวดเงินออกเป็น 7 หมวด ดังนี้

2.1 หมวดค่าตอบแทน หมายถึง เงินที่จ่ายเสริมเพิ่มให้นอกเหนือจากเงินเดือนปกติที่นักวิจัยได้รับอยู่แล้วจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยปกติอาจจ่ายเป็นรายเดือน หรือจ่ายเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย หรือรูปแบบอื่นตามแต่จะตกลงกัน สวก. ได้กำหนดไว้ในสัญญา (ที่ระบุในผนวก 2 ที่แนบท้ายสัญญา)

2.2 หมวดค่าจ้าง หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้างเหมา รวมถึงการจ่ายค่าล่วงเวลา ตามอัตราที่หน่วยงานที่ผู้รับทุนถือปฏิบัติ ในทั้งลักษณะรายวันหรือรายเดือน

2.3 หมวดค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อจ้างเหมาบริการต่างๆ ค่าจ้างทา และค่าใช้จ่ายที่ไม่เข้าลักษณะ ใช้จ่ายหมวดอื่นๆ ตัวอย่างรายการ เช่น

2.3.1 ค่าเดินทาง ประกอบด้วย ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง

ค่าเบี้ยเลี้ยง

- ค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากรภายใต้โครงการวิจัยให้เบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงในอัตราไม่เกิน 400 บาทต่อวัน

ค่าพาหนะ

- ค่าพาหนะให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริง

เดินทางโดย	หลักฐานประกอบการเบิก	หมายเหตุ
เครื่องบิน	ใบเสร็จรับเงิน	ชั้นประหยัด
รถยนต์ส่วนตัว	ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน	ให้เบิกอัตราเหมาจ่าย อัตราไม่เกิน 6 บาท/กิโลเมตร
พาหนะอื่นๆ	ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน	

ค่าที่พัก

- เจ้าหน้าที่ เหมาจ่ายในอัตราคืนละ 1,000 บาท
 - หัวหน้าโครงการวิจัย หรือที่ปรึกษาโครงการให้เบิกจ่ายได้ตามจริง ไม่เกิน 2,000 บาทต่อวัน
- *** หลักฐานการเบิก: ใบเสร็จรับเงินค่าห้องพักโรงแรม

2.3.2 ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมาต่อชิ้นงาน เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ตัวอย่าง ค่าจ้างทำอุปกรณ์หรือ ซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างทำเอกสาร ค่าจ้างเหมาเตรียมดิน ค่าโฆษณาและเผยแพร่ ลงแจ้งความในหนังสือพิมพ์ ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ค่าเช่าเครื่องถ่ายเอกสาร ฯลฯ ให้เป็นไปตามระเบียบหน่วยงานรับทุน

2.3.3 ค่าสมาชิก เช่น วารสารวิชาการ ค่าสมาชิกในสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับงานใน โครงการและค่าสมาชิก Internet เป็นต้น

2.3.4 ค่าสาธารณูปโภค หมายถึง รายจ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งบริการสาธารณูปโภค เช่น

- ค่าไฟฟ้า
- ค่าน้ำประปา
- ค่าโทรศัพท์ ค่าโทรศัพท์ทางไกลภายในประเทศ ค่าโทรศัพท์ทางไกลระหว่างประเทศ ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ ฯลฯ และให้หมายความรวมถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้ใช้บริการดังกล่าว และ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้บริการ เช่น ค่าเช่าเครื่อง ค่าเช่าเลขหมายโทรศัพท์ ค่าบำรุงรักษาสาย ฯลฯ
- ค่าไปรษณีย์ ค่าธนาณัติ ค่าซื้อดวงตราไปรษณียากร ค่าเช่าตู้ไปรษณีย์
- ค่าบริการทางด้านโทรคมนาคม เช่น ค่าติดตั้งโทรศัพท์สายตรงของโครงการ ค่าโทรสาร ค่าวิทยุติดตามตัว ค่าวิทยุสื่อสาร ค่าสื่อสารผ่านดาวเทียม ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต และค่าสื่อสารอื่นๆ และให้หมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้ใช้บริการดังกล่าวและค่าใช้จ่าย ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้บริการ
- สิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร แต่มีอายุการใช้งานในระยะเวลาประมาณไม่เกิน 1 ปี

- สิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวรและมีอายุการใช้งานในระยะเวลาประมาณ 1 ปีขึ้นไป แต่มีราคาหน่วยหนึ่งหรือชุดหนึ่งไม่เกิน 5,000 บาท
- สิ่งของที่ซื้อมาใช้ในการบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมทรัพย์สินเพื่อให้มีสภาพหรือประสิทธิภาพคงเดิม

2.4 หมวดค่าครุภัณฑ์ หมายถึง รายจ่ายดังต่อไปนี้

- 2.4.1 รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่มีลักษณะคงทน รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระพร้อมกัน เช่น ค่าขนส่งค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น
- 2.4.2 รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุดเกินกว่า 20,000 บาท
- 2.4.3 รายจ่ายเพื่อประกอบ ดัดแปลง ต่อเติมหรือปรับปรุงครุภัณฑ์ รวมทั้งครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่มีวงเงินเกินกว่า 5,000 บาท
- 2.4.4 รายจ่ายเพื่อซ่อมแซมบำรุงรักษาโครงสร้างของครุภัณฑ์ขนาดใหญ่ ซึ่งไม่รวมถึงค่าซ่อมบำรุงปกติหรือค่าซ่อมกลาง

2.5 หมวดค่าบริการวิชาการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่โครงการจ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในโครงการวิจัย ซึ่งไม่รวมค่าครุภัณฑ์และค่าใช้จ่ายเดินทางไปต่างประเทศ

2.6 หมวดค่าใช้จ่ายอื่นๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ไม่เข้าลักษณะหมวดใดหมวดหนึ่งตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ข้างต้นแต่ต้องระบุว่าเป็นค่าใช้จ่ายอะไรบ้างให้ชัดเจน เช่น ค่าเดินทางต่างประเทศ เป็นต้น

3. เงื่อนไขการใช้จ่ายเงิน

3.1 การใช้จ่ายเงินในแต่ละหมวดให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ตามแผนงบประมาณแนบท้ายสัญญา (ผนวก 2)

3.2 หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหมวดรายจ่าย หัวหน้าโครงการสามารถเปลี่ยนแปลงหมวด รายจ่ายเพิ่มเติมไม่เกินร้อยละ 20 ของหมวดรายจ่ายที่รับ โดยไม่ต้องขออนุมัติก่อน ยกเว้นหมวดค่าตอบแทน หมวดค่าครุภัณฑ์ และค่าเดินทางต่างประเทศ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงจะต้องได้รับคำยินยอมจาก สวก. เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการ

3.3 รายการค่าใช้จ่ายในหมวดเดียวกัน สามารถถัวจ่ายกันได้ ยกเว้น หมวดค่าครุภัณฑ์ หมวดค่าตอบแทน ค่าเดินทางต่างประเทศ หากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรายการ ต้องได้รับคำยินยอมจาก สวก. เป็นลายลักษณ์ อักษรก่อนดำเนินการ

3.4 ผู้รับทุนต้องเก็บหลักฐานการใช้จ่ายเงินทุนวิจัยและเอกสารทางบัญชีไว้ไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อ ประโยชน์ในการตรวจสอบ

3.5 ผู้รับทุนต้องจัดทำทะเบียนคุมรายรับรายจ่ายเงินทุนวิจัย (ตามแบบฟอร์มในระบบ

EPMS)

4. การบันทึกรายการในโครงการ

ให้บันทึกตามรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริง แม้ว่ารายการจ่ายจริงที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนแปลงไปจากแผนงบประมาณ ที่ได้กำหนดไว้ในสัญญา ให้หัวหน้าโครงการทำหนังสือชี้แจงเหตุผล และขออนุมัติปรับโอนหมวดงบประมาณต่อ สวก. และกรณีที่เกิดขึ้นกว่าอำนาจให้หัวหน้าโครงการทำหนังสือแจ้ง

5. การเบิกจ่าย

การเบิกจ่ายเงินทุนวิจัย สวก. ต้องจ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเท่านั้นโดยจะเบิกจ่ายเป็นงวดๆ ตามแผนงบประมาณแนบท้ายสัญญา โดยมีเงื่อนไขการเบิกจ่าย ดังนี้

5.1 การเบิกจ่ายเงินทุนวิจัยเมื่อรายงานความก้าวหน้า และรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการ เห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว

5.2 หมวดค่าครุภัณฑ์ จะเบิกจ่ายเมื่อได้รับเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ตั้งแต่ใบอนุมัติรับราคาขึ้นไป โดยค่า ครุภัณฑ์จะเบิกจ่ายตามจริง

4) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้กำหนดการเบิกงบประมาณและบริการงบประมาณ และการบริหารงบประมาณ ในคู่มือบริหารจัดการงานวิจัย โดย สวรส. จะมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของผลงานตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในข้อตกลง ตลอดจนตรวจสอบรายงานการใช้จ่ายเงินตามระเบียบ สวรส. ในกรณีที่ผลงานนำส่งครบถ้วนแต่รายงานการใช้จ่ายเงินสนับสนุนโครงการงวดเงินที่ได้รับจาก สวรส. ไปแล้ว แสดงว่ามีงบประมาณคงเหลือในบัญชีมากกว่าร้อยละ 50 ของงบประมาณงวดถัดไป สวรส. อาจพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินงวดต่อไปเพียงบางส่วนได้ ซึ่งเมื่อรวมกับ จำนวนเงินที่เหลืออยู่ในบัญชีเงินฝากธนาคารแล้ว ต้องเท่ากับจำนวนเงินที่จะใช้ในงวดงานถัดไป ทั้งนี้ ในแต่ละงวดงานให้ส่งผลงานเป็นเอกสารพร้อม electronic file ทุกงวดประกอบการขอเบิกจ่ายทุนสนับสนุน

1.1. หลักเกณฑ์การจัดส่งรายงานผลงานตามงวดงานงวดเงิน

สวรส. จะจ่ายเงินสนับสนุนโครงการวิจัยเป็นรายงวดตามเงื่อนไขที่ได้ระบุในข้อตกลง เมื่อผู้รับข้อตกลงดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จให้ส่งเอกสารรายงาน ดังต่อไปนี้

- 1) รายงานความก้าวหน้าด้านวิชาการระหว่างงวดหรือรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (เมื่อปิดโครงการ) ให้รายงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในเงื่อนไขการจ่ายเงิน/ กำหนดเวลาส่งงานตามข้อตกลง
- 2) รายงานการใช้จ่ายเงินให้รายงานผลการใช้จ่ายเงินตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในรายละเอียดงบประมาณแผนปฏิบัติการ หาก สวรส. ได้ดำเนินการตรวจรับงาน

โครงการวิจัยแล้ว พบว่านักวิจัยไม่สามารถ เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ครบตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ สวรรส. จะดำเนินการหักงบประมาณค่าตอบแทน และ/หรือค่าใช้จ่าย

- 3) กรณีผู้รับข้อตกลงเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อเงินทุนสนับสนุนการวิจัยเป็นการเฉพาะ หากยอดคงเหลือตามรายงาน ไม่ตรงกับยอดเงินคงเหลือในสมุดเงินฝากธนาคาร ณ วันที่รายงานต้องแสดงรายการที่ ทำให้เกิดผลต่างให้ครบถ้วน
- 4) การรายงานความก้าวหน้าด้านวิชาการ และการรายงานการใช้จ่ายเงินสนับสนุนต้องสอดคล้อง กับกิจกรรมและระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ (action plan)
- 5) กรณีที่นักวิจัยต้องมานำเสนอผลงานวิจัยต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัย หรือคณะกรรมการผู้จัดการงานวิจัย สวรรส. หรือที่ประชุมวิชาการ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของ ใหนักวิจัย นำผลจากที่ประชุมดังกล่าวระบุในรายงานการวิจัยด้วย

เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น นักวิจัยจะต้องส่ง “ร่าง” รายงานวิจัย ให้ สวรรส.

เพื่อขอความเห็นชอบและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (peer review) และจะแจ้งผลให้ผู้รับข้อตกลงทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เป็นรายงานผลงานวิจัยฉบับที่สมบูรณ์ หลังจากนั้นจึงจัดส่งให้ สวรรส. พร้อม electronic file เพื่อดำเนินการปิดโครงการตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในข้อตกลง

1.2. การปรับแผนปฏิบัติการและการขอขยายเวลา

ผู้รับข้อตกลงสามารถขอปรับแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของโครงการวิจัยได้ หากผลการ ดำเนินงานไม่เป็นตามที่กำหนด ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินสำหรับการวิจัยในหมวดค่าดำเนินงาน ของโครงการ (ยกเว้นค่าตอบแทนและหมวดครุภัณฑ์) เปลี่ยนไปจากที่กำหนดไว้ในข้อตกลง หรือต้องการขออนุมัติกิจกรรมเพิ่มเติมภายใต้งบประมาณเท่าเดิม ให้ทำหนังสือชี้แจงเหตุผล ความจำเป็นต่อ สวรรส. เพื่อให้ ความเห็นชอบและอนุมัติก่อนดำเนินการต่อไป

1.3.1 การปรับวิธีการวิจัยและผลงานในแต่ละงวดงาน ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ สวรรส. เพื่อพิจารณา เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วจึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้

1.3.2 กรณีที่โครงการวิจัยมีความล่าช้ากว่ากำหนดหรือมีเหตุขัดข้องในการดำเนินงานผู้รับข้อตกลงสามารถขอขยายเวลาหรือขอแก้ไขปรับปรุงแผนการดำเนินงานได้ และต้องเสนอก่อนวันที่จะครบกำหนดสิ้นสุดโครงการวิจัยตามข้อตกลงอย่างน้อย 15 วันหรือก่อนครบกำหนดสัญญาทั้งนี้ การ ขยายเวลาทำได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของระยะเวลาทั้งหมดของโครงการ หรือรวมทั้งสิ้นไม่เกิน 6 เดือน แต่หากมีความล่าช้าไปอีก ผู้รับข้อตกลงต้องทำหนังสือชี้แจงเหตุผลของความล่าช้า เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อ

หากมีข้อพิจารณาในประเด็นความล่าช้าอันเกิดจากปัจจัยที่นอกเหนือการควบคุมของนักวิจัย ก็อาจอนุมัติให้ผู้รับขอตกลงดำเนินการต่อไปได้ แต่หากผู้ให้ขอตกลงพิจารณาเหตุผลแล้วเห็นว่า เหตุผลของผู้รับขอตกลงไม่เหมาะสม ผู้ให้ขอตกลงอาจพิจารณายุติการสนับสนุน

1.3. การขอขยายระยะเวลาของโครงการวิจัย มีเงื่อนไขดังนี้

- 1) ใช้งบประมาณตามที่ได้รับในวงเงินเดิม
- 2) งบประมาณหมวดค่าตอบแทนเท่าเดิม โดยไม่จ่ายเงินเดือนให้หัวหน้าโครงการนักวิจัย ที่ปรึกษา หรือผู้ร่วมโครงการในช่วงของการขอขยายเวลาในการดำเนินงานโครงการวิจัย
- 3) ขอขยายระยะเวลาดำเนินการได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของระยะเวลาทั้งหมดของโครงการวิจัย
- 4) โครงการวิจัยที่ไม่สามารถส่งผลงานได้ครบถ้วน ตามที่ได้ขอขยายเวลาไว้ สวรรส. อาจพิจารณายุติ โครงการวิจัย ทั้งนี้ สวรรส. ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาไม่จ่ายเงินในงวดที่เหลือ

1.4. การเบิกจ่ายงบประมาณงวดสุดท้ายก่อนปิดโครงการวิจัย

ผู้รับขอตกลงต้องนำส่งเงินคงเหลือพร้อมดอกเบี้ยรับที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) คืนให้ แก่ สวรรส. และ สวรรส. จะ ส่ง (ร่าง) รายงานวิจัยเพื่อทำ Quality review โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ (External reviewer) โดยมีหัวข้อการทบทวนคุณภาพโครงการวิจัยก่อนปิดโครงการ ดังนี้

- 1) การบรรลุวัตถุประสงค์ (15%)
- 2) ความเหมาะสมของข้อมูลและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ออกคำตอบหลักของงานวิจัย (15%)
- 3) ความถูกต้องและความชัดเจนของการนำเสนอและการตีความตารางรูปภาพ และสถิติต่างๆ (15%)
- 4) ประโยชน์ของสิ่งที่ค้นพบ (15%)
- 5) ความสอดคล้องกับนโยบายของสิ่งที่ค้นพบ (20%)
- 6) โอกาสในการนำสิ่งที่ค้นพบไปใช้ประโยชน์ (20%)

การสรุปความเห็นจะแบ่งเป็นเกณฑ์ตามระดับคะแนนที่ได้ ระดับคะแนนเป็นดังนี้

ดีมาก	คะแนน 91-100 คะแนน
ดี	คะแนน 81-90 คะแนน
ค่อนข้างดี	คะแนน 71-80 คะแนน
พอใช้	คะแนน 61-70 คะแนน
ปรับปรุง	คะแนน 51-60 คะแนน

ไม่ผ่านเกณฑ์

คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน

ทั้งนี้ External reviewer อาจให้ข้อคิดเห็นต่อ (ร่าง) รายงานการวิจัยใน
ภาพรวม และขอเสนอว่า จากผลงานวิจัยนี้ ควรทำเรื่องใดต่อไปอีก

5) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)



หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ได้จัดทำคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุ ในคู่มือการบริหารจัดการโครงการวิจัยและนวัตกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

โดยหลักการ คือ ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการมีความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลระบบการเงินและบัญชีของ โครงการให้ถูกต้องเรียบร้อย และต้องคอยตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอว่าเป็นไปอย่าง ซื่อสัตย์และตรงไปตรงมา และไม่มีความไม่ชอบมาพากลเกิดขึ้น ควรมีการตรวจสอบบัญชีและสถานการณ์ทางการเงิน ของโครงการทุกเดือน และมีการตรวจสอบโดยไม่กำหนดล่วงหน้า (Spot Check) เป็นครั้งคราว

หลักการในการใช้จ่ายเงินของโครงการ คือ การมอบความไว้วางใจให้ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการใช้ดุลยพินิจ พิจารณาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ย่อมเป็นความรับผิดชอบ หากพบในภายหลังว่ามีการใช้จ่ายเงินโดยไม่สมควร ซึ่ง ผู้รับทุนจะต้องใช้เงินทุนที่ได้รับตามสัญญาเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยตามสัญญา เท่านั้นและจะต้องใช้อย่างประหยัดและเหมาะสม ตามระเบียบการเงิน บัญชี และพัสดุของ บพท. ตลอดจน จัดเตรียมหลักฐานการรับและการจ่ายเงินของโครงการวิจัยให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อให้ บพท. ตรวจสอบได้ทุก 6 เดือน หรือตามที่ บพท. เห็นสมควร รวมถึงจะต้องรายงานในระบบฐานข้อมูลกลางตามที่ บพท. กำหนดด้วย ในกรณี ที่เกิดปัญหาซึ่งต้องพิจารณาว่าการใช้เงินเพื่อดำเนินการของโครงการวิจัย

เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ทุกฝ่ายตกลงให้ บพท.เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด” การไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้อย่างครบถ้วน ถือว่าเป็นการไม่ปฏิบัติตาม สัญญา ซึ่งผู้ให้ทุน (บพท.) มีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ หากแต่โครงการสามารถเสนอขอปรับค่าใช้จ่ายได้ เมื่อเกิดการ เปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงานจากเดิม อย่างไรก็ตาม การให้ความยืดหยุ่นจะต้องไปควบคู่กับความมีวินัยในการใช้ จ่ายเงิน และการตรวจสอบได้

หัวหน้าโครงการต้องเรียนรู้และสามารถเข้าใจรายงานการเงินอย่างง่ายได้ และเข้าใจความหมายของ

- รายได้ เช่นเงินโครงการที่ได้รับจากบพท. ดอกเบี้ยรายได้จากการขายผลิตภัณฑ์
- ค่าใช้จ่ายได้แก่ค่าใช้จ่ายอันเกี่ยวข้องกับโครงการที่ได้จ่ายไปแล้ว
- สินทรัพย์รวมทั้งลูกหนี้เงินทตรงจ่ายเงินฝากธนาคารเงินสดย่อย
- หนี้สิน เช่นการซื้อสินค้าด้วยเงินเชื่อที่ยังไม่ได้จ่ายเงิน(ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย)เงินยืมจากหน่วยงาน ต้นสังกัด และเงินที่เบิกเกินบัญชี เป็นต้น

หัวหน้าโครงการต้องคอยตรวจสอบรายจ่ายแต่ละหมวดของโครงการ และเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ตั้งไว้ อยู่เสมอ และสอบถามทันทีถ้ามีตัวเลขผิดปกติเกิดขึ้น หรือถ้ารายจ่ายมีแนวโน้มว่าจะเกินงบประมาณ

1. แนวทางในการบริหารการเงินโครงการวิจัย

ลักษณะการให้ทุนวิจัยพัฒนานี้เป็นการให้ทุนสถาบันไปสู่สถาบัน เพื่อไปยังหัวหน้าโครงการวิจัย ดังนั้น การใช้ จ่ายเงินทุนจึงต้องเป็นไประเบียบการเงิน บัญชี และพัสดุของบพท. เพื่อให้การบริหารเงินทุนวิจัยเป็นไปอย่างคล่องตัว และเอื้อต่อการดำเนินงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้ โดยมีแนวทางในการบริหารการเงิน ดังนี้

1.1 บัญชีรับเงินงบประมาณของโครงการ ห้ามนำเงินอื่นมาปะปนกับเงินในบัญชีนี้ ยกเว้นกรณีที่มี การตกลงกันเป็นอย่างอื่น ทั้งนี้ หัวหน้าโครงการอาจขออนุมัติเบิกเงินสดมาเก็บรักษาไว้เป็นเงินทตรงจ่ายปกติได้จำนวนหนึ่ง เพื่อความคล่องตัวในการทำงาน

1.2 บรรดาแบบพิมพ์ เอกสาร สมุดบัญชี และทะเบียนต่างๆ ที่ใช้ให้เป็นไปตามที่ บพท. กำหนด ใน กรณีที่ไม่มีแบบพิมพ์ดังกล่าว ให้อนุโลมใช้แบบพิมพ์ของทางราชการ

1.3 การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดจ้างต่างๆ ให้ถือหลักประหยัด เป็นผลดีต่อโครงการและ เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ส่วนการขึ้นทะเบียนครุภัณฑ์จะต้องบันทึกในระบบฐานข้อมูลที่ บพท. กำหนด

1.4 การเบิกจ่ายต้องมีหลักฐานครบถ้วนโดยใช้ใบเสร็จรับเงินเป็นหลัก หากร้านค้าหรือนิติบุคคลไม่มี ใบเสร็จรับเงินของตนเองให้ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินได้ โดยให้หัวหน้าโครงการลงนามรับรองในใบรับเงิน

1.5 เรื่องที่เสนอเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงินของโครงการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าโครงการหรือผู้ที่หัวหน้าโครงการมอบหมายและให้เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนเสนอให้มีการส่งจ่าย ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ซึ่งต้องให้มีผู้ร่วมลงนามส่งจ่ายอย่างน้อยสองใน สาม

1.6 การเดินทางไปราชการเพื่อทำงานวิจัยในโครงการ ให้ขออนุมัติต่อต้นสังกัดของนักวิจัยผู้ที่จะ เดินทางส่วนอัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ บพท. กำหนด

1.7 ควรจัดให้มีระบบควบคุมยอดค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมหรือโครงการย่อย เพื่อติดตามการใช้ จ่ายในเงินแต่ละหมวดให้เป็นไปตามงบประมาณที่ตั้งไว้ในกรณีที่จำเป็นสามารถเพิ่มหรือลดงบประมาณแต่ละหมวด ได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณหมวดที่รับเข้า ยกเว้นหมวดค่าตอบแทน ค่าจ้าง และงวดพิเศษต่างๆ ต้องทำหนังสือชี้แจงประกอบการขออนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการทุกครั้ง

1.8 จัดทำบัญชีการเงินและเก็บหลักฐานการเบิกจ่ายให้เรียบร้อยเป็นระบบ และพร้อมที่จะให้ ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

1.9 จัดทำรายงานการเงินเป็นงวดๆ ตามที่ระบุไว้ในสัญญาวิทยุวิจัย ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียดตามที่ บพท. กำหนด

1.10 ในกรณีที่ข้อความในระเบียบหรือหลักเกณฑ์ของหน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้รับทุน ขัดแย้งกับระเบียบหลักเกณฑ์ของ บพท. ให้ใช้หลักเกณฑ์ของ บพท. หรือให้ทำความตกลงกับ บพท. ก่อนดำเนินการ

2. การเปิดบัญชีโครงการและการโอนเงินเข้าบัญชี

ผู้รับทุนจะต้องเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นบัญชีเฉพาะโครงการที่รับทุนจากหน่วย บพท. เท่านั้น และมีผู้มีอำนาจส่งจ่ายอย่างน้อยสองในสามคน (ผู้มีอำนาจส่งจ่ายไม่ควรเป็นบุคคลในสกุลเดียวกัน) โดย มีเงื่อนไขว่า ห้ามใช้บัตร ATM ในการเบิกจ่าย ทั้งนี้โครงการสามารถเปิดบัญชีเงินฝากกระแสรายวันควบคู่กันไปกับ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ได้ โดยใช้สมุดเช็คในการเบิกถอนเพื่อความสะดวกและความปลอดภัย และแจ้งเรื่องการเปิด บัญชีกระแสรายวันต่อหน่วยบริหารและจัดการทุนฯทราบด้วย

หมายเหตุ

- 1) ผู้รับทุนจะต้องสำเนาสมุดบัญชีทุกบัญชีที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ได้รับทุนให้บพท. ทราบ พร้อมการส่งรายงานการเงินให้ตรวจสอบทุกๆ 6 เดือน

- 2) ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นจากบัญชีโครงการที่รับทุนนี้ให้ตกเป็นของผู้ให้ทุน (บพท.) แต่ผู้รับทุนหรือโครงการสามารถเสนอขออนุมัติใช้ได้ ทั้งนี้ต้องแจ้งให้ บพท. อนุมัติ
- 3) โครงการสามารถเปิดบัญชีสำหรับใช้เฉพาะของโครงการได้เพื่อสะดวกต่อการเบิกจ่าย โดยต้องไม่ปะปนกับบัญชีโครงการอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกตรวจสอบ และต้องมีผู้มีอำนาจสั่งจ่าย 3 คน และต้อง สำเนาสมุดบัญชีทุกบัญชีที่เปิดส่งพร้อมรายงานการเงินให้ บพท. ทุกๆ 6 เดือน

3. การจ่ายเงิน

ในการจ่ายเงินออกจากโครงการ ท่านอาจจ่ายเงินสดได้เฉพาะในกรณีจำนวนเงินต่ำกว่า 30,000 (สามหมื่น) บาท หากมีจำนวนเงินตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ท่านต้องจ่าย “ผ่านบัญชีธนาคาร” (เช่น นำเงินไปโอนที่ธนาคารแล้ว เก็บใบ Pay In , จ่ายโดยเช็ค, โอนเงินจากบัญชีโครงการเข้าบัญชีผู้รับ เป็นต้น)

3.1 การจ่ายเงินตามใบเรียกเก็บเงินหรือใบแจ้งหนี้ การจ่ายเงินด้วยวิธีนี้เป็นการจ่ายเงินที่สะดวกที่สุดในแง่ของการจัดการเงิน กล่าวคือ

- ทราบจำนวนเงินและผู้รับเงินแน่นอนล่วงหน้าก่อนที่จะจ่ายเงิน (ไม่ยุ่งยากเรื่องเงินเหลือจ่ายหรือ เงินไม่พอจ่าย)
- ได้รับของหรือได้รับบริการก่อน แล้วจึงค่อยจ่ายเงิน
- ได้รับใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินครบถ้วนทันที
- ผู้ปฏิบัติงานไม่จำเป็นต้องถือเงินสด (ฝ่ายการเงินสามารถจ่ายให้กับผู้รับเงินโดยตรง)

การจ่ายเงินเช่นนี้ ต้องเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้ขายทันที เพราะมักจะมีปัญหาในการติดตามทวงถาม และหลักฐานทางบัญชีจะไม่ครบถ้วน

3.2 เงินทตรงจ่าย ในกรณีต้องการดำเนินการอันเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ซึ่งต้องจ่ายเงินสดหรือไม่สามารถทราบวงเงินที่แน่นอนล่วงหน้าได้ ก็ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเบิกเงินยืมทตรงจ่ายได้ โดยจะต้องมีหลักฐานการอนุมัติ และเมื่อดำเนินการตามที่ได้รับอนุมัติ (เช่น เดินทางไปปฏิบัติงานและกลับมาแล้ว) และได้จ่ายเงินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ต้องส่งหลักฐานประกอบและคืนเงินที่เหลือเข้าบัญชีโครงการ

กรณีจ่ายเงินไปเกินกว่าวงเงินงบประมาณหรือวงเงินที่ขออนุมัติ ต้องดำเนินการขออนุมัติ โดยระบุ เหตุผลและวงเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยระบุค่าใช้จ่ายแยกเป็นประเภทให้ชัดเจน และขออนุมัติจ่ายเงินเพิ่ม เช่น “ตามที่ได้ขออนุมัติยืมเงินทตรงจ่าย เพื่อเดินทางไปเก็บข้อมูล ณ จังหวัดกระบี่ ระหว่างวันที่ 21-23 มกราคม 2562 จำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาท) นั้น บัดนี้ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีค่าใช้จ่ายจำนวน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) และขอ

อนุมัติเบิกเงินส่วนที่เกินจำนวน 1,000 บาท(หนึ่งพันบาทถ้วน) มาพร้อมกันนี้ด้วย”และให้ผู้มี อำนาจ
ลงนามอนุมัติ

หมายเหตุ:

- 1) ในการยืมเงินทตรง หากไม่มีการใช้เงินดังกล่าว หรือในกรณีที่มีเงินเหลือ ให้
นำฝากธนาคาร โดยเร็ว ไม่ควรมีการยืมเงินดังกล่าวต่อ
- 2) การคืนเงินยืมทตรง ควรกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน หลังจากที่ได้รับเงิน
ยืมและเมื่อมีเงิน คงเหลือให้นำฝากธนาคารอย่างน้อยไม่เกิน 7 วันทำการ
หลังจากคืนเงินยืม

3.3 การจ่ายเงินสตงอย เงินสตงอย (Petty Cash) คือ เงินที่มีบุคคลหนึ่งในโครงการ
(เช่น ผู้ช่วยวิจัยหรือ เจ้าหน้าที่การเงิน) เป็นผู้ถือไว้เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดประจำวัน เช่น ค่าส่งจดหมาย
ค่าน้ำมันรถ ค่าวัสดุเครื่อง เขียนเล็กๆ น้อยๆ เป็นต้น วิธีการจ่ายเงินสตงอยให้เป็นไปตามระเบียบต้นสังกัดของ
หัวหน้าโครงการหรือตามระเบียบ บพพ. ดังนี้

5. หัวหน้าโครงการควรระบุรายการที่สามารถจ่ายจากเงินสตงอย และกำหนดตัว
ผู้รับผิดชอบในการ ควบคุมเงินสตงอย โดยให้มีอำนาจในการจ่ายเงินได้ในวงเงินนั้น
เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน
6. ให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ กำหนดวงเงินสตงอยเพื่อไว้ใช้จ่ายในโครงการฯ เพื่อความ
สะดวกในการใช้จ่าย สำหรับค่าใช้จ่ายที่ควรจ่ายจากเงินสตงอย ควรเป็นกรณี
ต่อไปนี้
 - เป็นหนี้ที่ต้องชำระด้วยเงินสด ซึ่งเจ้าหนี้ไม่ยินยอมรับชำระหนี้ด้วยเช็คหรือโอนผ่าน
ธนาคาร
 - เป็นการจ่ายตามการสั่งซื้อสินค้าที่มีราคาไม่เกิน 5,000 บาท
 - เป็นการยืมเงินตามสัญญายืมเงินเพื่อซื้อของ หรือ ยืมไปเป็นเงินทตรงจ่ายในการ
ปฏิบัติงาน ในวงเงินไม่เกิน 5,000 บาท
7. ต้องมีหลักฐานการรับเงิน เป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือใบรับรอง
แทนใบเสร็จ ประกอบการจ่ายเงินทุกครั้ง
8. ควรมีการตรวจสอบการจ่ายเงินสตงอยและเงินสตงอยคงเหลือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ
1 ครั้ง และ รายงานผลการตรวจสอบพร้อมสรุปเงินสตงอยให้ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการทราบ

หมายเหตุ:

- 1) หลักฐานการเงินเมื่อมีการจ่ายเงิน ควรมีการประทับตราว่า “จ่ายเงินแล้ว” ทุก
ฉบับเพื่อป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน

- 2) ระเบียบและวิธีการจ่ายเงินดังกล่าวข้างต้นให้ถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติซึ่งแต่ละโครงการ สามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้บางส่วนได้ตามความเหมาะสมและความสะดวกในการบริหาร โครงการโดยให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้รับทุน

4. เกณฑ์ในการใช้จ่ายเงิน

4.1 ค่าตอบแทนนักวิจัย

4.1.1 ค่าตอบแทนนักวิจัย

จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ ค่าตอบแทนนักวิจัยจะเบิกจ่ายตามอัตราและจำนวนเงินที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายสัญญาฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในหมวดค่าตอบแทนต้องได้รับอนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการ

ค่าตอบแทนนักวิจัยโดยปกติจะจ่ายเป็นรายเดือน ในช่วงเวลาที่นักวิจัยผู้นั้นมีงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการอยู่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ และไม่ตลอดระยะเวลาของโครงการก็ได้ (ในบางโครงการมีนักวิจัยหลายสาขา ซึ่งหมุนเวียนกันเข้ามาทำงานกับโครงการเป็นเฉพาะบางช่วง ตามแผนงานที่กำหนด)

หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนนักวิจัยเป็นงวดๆ แทนการจ่ายรายเดือนก็ได้ โดยจ่ายเป็นก้อนตามงานที่เสร็จแต่ละงวด เช่น เมื่อส่งรายงานความก้าวหน้าเฉพาะส่วนของตนแล้ว ทุก 3-6 เดือน โดยตกลงกับผู้ร่วมวิจัยไว้ก่อนล่วงหน้า

ค่าตอบแทนนักวิจัยควรหยุดจ่ายชั่วคราว ถ้านักวิจัยผู้นั้นไม่อยู่ปฏิบัติงานเป็นเวลาเกินกว่า 30 วัน เช่น ไปอบรมหรือดูงานต่างประเทศในเรื่องซึ่งมิได้เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรง หรือ ไปศึกษาต่อ หรือ หยุด ปฏิบัติงานในโครงการด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม หรือเมื่อนักวิจัยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ตกลงกันไว้ (ไม่มีผลงานและ/หรือไม่ มีรายงานความก้าวหน้าที่มีคุณภาพ) การวินิจฉัยว่าควรหยุดจ่ายค่าตอบแทนหรือไม่อย่างไร ให้อยู่ดุลยพินิจของ ผู้รับทุนและหัวหน้าโครงการ และเงินค่าตอบแทนที่เหลืออยู่ให้รายงานต่อ บพท.

หากในระหว่างดำเนินการโครงการอยู่ มีนักวิจัยคนใดได้รับทุนโครงการอื่นอีก ซึ่งมีค่าตอบแทน ด้วย ให้หัวหน้าโครงการแจ้งให้ บพท. ทราบ

กรณีหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างในเวลาไม่เกินกว่า 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 90 (เก้าสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. บพท. จะพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทนการวิจัยงวดสุดท้ายเต็มจำนวนตามสัญญา

หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. แต่ไม่เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนส่งผลงานล่าช้า และยินยอมให้ บพท. ลดค่าตอบแทนการวิจัย งวดสุดท้ายลงครึ่งหนึ่งจากที่ระบุในสัญญา

หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลงานการวิจัยฉบับร่างล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานหรือได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ได้ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพท. เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนผิดสัญญา และยินยอมให้ บพท. ระงับการจ่ายค่าตอบแทน การวิจัยงวดสุดท้ายที่ยังคงค้างอยู่ตามที่ระบุในสัญญา

4.1.2 ค่าตอบแทนที่ปรึกษา

การให้ค่าตอบแทนที่ปรึกษาควรจ่ายเป็น คน-วัน (Man-day) ตามงานที่ทำจริงในทุกเดือน เช่น เมื่อมาประชุมร่วมกับโครงการทุกเดือน โดยใช้อัตราตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายสัญญาฯ (กรณีที่จ่าย ค่าตอบแทนเป็นรายครั้งที่มาให้ค่าปรึกษา หรือเมื่อทำงานบางชิ้นให้กับโครงการสำเร็จจะใช้งบประมาณในหมวดค่าใช้ สอย)

ค่าตอบแทนที่ปรึกษานี้ ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ฯลฯ ของที่ปรึกษา ซึ่ง โครงการจะต้องจ่ายให้ต่างหากโดยใช้งบประมาณจากหมวดค่าใช้สอย

4.2 หมวดค่าจ้าง

จัดอยู่ในประเภทบุคคลากร หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้าง (ทั้ง Full-time และ Part-time) ในลักษณะรายวันหรือรายเดือนก็ได้

ค่าจ้างแตกต่างจากค่าใช้สอย ตรงที่ค่าจ้างจะจ่ายโดยใช้ เวลา เป็นฐาน (Time-based) เช่น ค่าจ้าง ธุรการ ส่วนค่าใช้สอยนั้นจะจ่ายโดยใช้ ชิ้นงาน เป็นฐาน (Task-based) คือการเหมาจ่ายเป็นชิ้นงานเมื่อทำเสร็จ โดยไม่คำนึงถึงว่างานนั้นเสร็จเร็วหรือช้ากว่าที่ประมาณการ เช่น ค่าเช่ารถ ค่าจัดทำรายงาน โดยมีหัวหน้าโครงการลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงิน

ค่าจ้างให้ใช้อัตราเริ่มต้นไม่สูงกว่าที่ระบุในสัญญาโครงการ ส่วนการจ้างลูกจ้างที่มีประสบการณ์ที่ตรงกับ งานที่จะทำในโครงการมาแล้ว ให้คิดจำนวนปีที่มีประสบการณ์ ในการกำหนดอัตราเงินเดือนเริ่มต้นได้ด้วย ถ้าผู้รับทุน และหัวหน้าโครงการเห็นว่าเหมาะสม

สัญญาจ้างอาจใช้แบบสัญญาการจ้างลูกจ้างชั่วคราว โดยจ้างครั้งละ 1 ปี และถือว่าเป็นลูกจ้างชั่วคราว ของหน่วยงานต้นสังกัด (โดยขอให้มีการส่งอนุมัติการจ้างจากหัวหน้าสถาบัน) และจ่ายค่าเบี้ยประกันสังคมตาม กฎหมายให้กับลูกจ้างได้

ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานดีและมีประโยชน์กับโครงการ (เฉพาะโครงการที่มี ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป) หัวหน้าโครงการสามารถเลื่อนเงินเดือนลูกจ้างได้ โดยมี อัตราเงินเดือนเพิ่มเฉลี่ยไม่เกิน 7% ทั้งนี้การเลื่อน เงินเดือนสามารถทำได้เฉพาะในกรณีขึ้นสัญญาใหม่ และมีการระบุไว้ในสัญญารับทุนตั้งแต่ต้น

นิสิตนักศึกษาที่ช่วยงานในโครงการ หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ้างเป็น ช่างๆ ตามระยะเวลาที่ทำงาน หรือจ้างเป็นรายเดือนก็ได้ หากจ้างเป็นรายเดือนให้ใช้เกณฑ์ตามวุฒิขั้น สุดท้ายเป็นอัตราเงินเดือนเต็มคูณด้วยสัดส่วน ของเวลาการจ้าง เช่น หนึ่งในสี่ หนึ่งในสาม หรือ ครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน ตามดุลยพินิจของหัวหน้าโครงการ นิสิต นักศึกษาที่ยังมี Course work อยู่ ไม่ควรคิดเวลาการจ้างเกินครึ่งหนึ่งของเวลาเต็ม นิสิตนักศึกษาที่เรียน Course work ครบแล้ว และ ทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว สามารถจ้างในสัดส่วนเวลาที่สูงกว่านี้ได้

นักวิจัยที่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างแล้ว ไม่มีค่าล่วงเวลา

หมายเหตุ :

- 1) หมวดค่าตอบแทนและค่าจ้างหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องขออนุมัติจาก บพท. ก่อน และไม่โอนย้าย เงินจากหมวดอื่นๆ มายังหมวดค่าตอบแทนหรือหมวดค่าจ้าง ยกเว้นมี การเปลี่ยนแปลงแผนงานวิจัย ซึ่ง ส่งผลให้มีผู้ร่วมงานเพิ่มขึ้นหรือปริมาณงานเพิ่มขึ้น โดยจะต้องได้รับการอนุมัติจาก บพท. ก่อนดำเนินการ
- 2) ในการรับเงินค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในโครงการห้ามมิให้มีการลงนามรับเงินแทนกัน
- 3) นักวิจัยและบุคลากรในโครงการที่ได้รับค่าตอบแทน/ค่าจ้างจากโครงการวิจัยภายใต้เงิน สนับสนุนทุนวิจัย ของ บพท. มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องแจ้งและเสียภาษีเงิน ได้ในส่วนนั้นตามกฎหมาย (กรณีที่มีผู้มีเงินได้เป็นข้าราชการ/อาจารย์ประจำและเป็น นักวิจัยบางช่วงเวลา) ให้ยื่นแบบ ภงด.90 เนื่องจากเป็นผู้มีเงินได้หลายประเภท คือ
 - เงินเดือน จากตำแหน่งหน้าที่การงาน ถือเป็นเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (1) แห่งประมวลรัษฎากร

- เงินอุดหนุนในงานที่ทำจากโครงการที่ทำวิจัย ถือเป็นเงินได้พึงประเมินตาม มาตรา 40 (2) แห่งประมวลรัษฎากร

4.3 หมวดค่าวัสดุ/อุปกรณ์

จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และเอกสารตำราต่างๆ สำหรับใช้งานในโครงการตามปกติโดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูงและไม่ มีลักษณะคงทนถาวรโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

วัสดุสิ้นเปลือง หรือ สิ่งของที่มีลักษณะโดยสภาพไม่คงทนถาวร หรือมีอายุการใช้งานไม่ยืนนาน หหมดไป หรือเปลี่ยนสภาพไปในระยะเวลาอันสั้น และรวมทั้งสิ่งของที่มีลักษณะการใช้งานยาวนาน ตัวอย่างเช่น เครื่อง เขียน, หนังสือ, วารสาร, อะไหล่เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ฯลฯ

วัสดุที่มีราคาสูง เช่น อัญมณี โลหะมีค่า ซึ่งจำเป็นต้องซื้อเพื่อใช้ในการทดลอง ต้องมีทะเบียนวัสดุ เฉพาะ ซึ่งระบุข้อมูลของวัสดุที่จัดซื้อแต่ละครั้ง เช่น น้ำหนัก ลักษณะรูปถ่าย จำนวน สี และอื่นๆ และหัวหน้าโครงการ ลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท) หรือกรรมการ 3 คน ลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าเกิน 50,000 บาท) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ จะต้องจำหน่ายวัสดุเหล่านี้เพื่อคืนเงินให้กับ บพท. นอกจากนี้จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่น

และรวมถึงรายจ่ายดังต่อไปนี้

- 1) รายจ่ายเพื่อประกอบดัดแปลงต่อเติมหรือปรับปรุงวัสดุ
- 2) รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุดไม่เกิน 20,000บาท
- 3) รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่ใช้ในการซ่อมแซมบำรุงรักษาทรัพย์สินให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ
- 4) รายจ่ายที่ต้องชำระพร้อมกับค่าวัสดุ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น

เกณฑ์ในการจัดซื้อ/จัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของ บพท. ดังต่อไปนี้

- การจัดซื้อหรือจัดจ้าง ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท ให้ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการมีอำนาจอนุมัติได้
- การจัดซื้อหรือจัดจ้าง ในวงเงินเกิน 50,000 บาท ให้ตั้งคณะกรรมการ ดำเนินการจัดซื้อจัด จ้าง และคณะกรรมการตรวจรับ ไม่น้อยกว่าชุดละ 3 คน โดยคณะกรรมการต้องไม่ใช่ชุด เดียวกัน ทั้งนี้ สิ่งของหรือ บริการที่มีลักษณะเป็นชิ้นเดียวหรืองานเดียว ให้ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้าง ตามลักษณะนั้น ห้ามมิให้แยกการ จัดซื้อหรือจัดจ้างออกเป็นรายการย่อยๆ ทั้งนี้ให้เบิกจ่ายเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด โดยต้องเก็บหลักฐานให้ตรวจสอบได้

4.4 หมวดค่าใช้จ่าย

จัดอยู่ในประเภทบดำเนินการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบริการต่างๆ และ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เข้าลักษณะ รายการหมวดอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าจ้าง ในลักษณะที่เป็นงานเหมือดต่อชิ้นงาน ค่า ไปรษณีย์ โทรศัพท์ เป็นต้น โดยเกณฑ์ในการใช้จ่ายให้เป็นไปตามระเบียบของ บพท. ดังต่อไปนี้

4.4.1 ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก

ค่าพาหนะ ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงตามหลักฐานประกอบ เช่น กากตั๋วรถทัวร์ เรือ รถไฟ เครื่องบินชั้นประหยัด (ใช้ใบถ่ายสำเนาแทนไม่ได้) **ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายในลักษณะเหมาจ่าย หรือ “ตามสิทธิ”**

การเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัวให้เบิกเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางให้แก่ผู้เดินทาง ซึ่งเป็นเจ้าของ หรือผู้ครอบครอง หรือผู้ขับยานพาหนะส่วนตัว แล้วแต่กรณีในอัตราต่อ 1 คัน ดังต่อไปนี้

- (1) รถยนต์ส่วนบุคคล ในวงเงินไม่เกินกิโลเมตรละ 6 บาท
- (2) รถจักรยานยนต์ ในวงเงินไม่เกินกิโลเมตรละ 4 บาท

ทั้งนี้ ไม่สามารถจ่ายเงินนอกเหนือจากเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางข้างต้น รวมถึงค่าผ่านทาง พิเศษอีกได้ และ **การเบิกเงินชดเชยค่าพาหนะเดินทางต้องไม่เกินอัตราค่าโดยสารเครื่องบินชั้นประหยัด** และให้ใช้ ระยะทางจังหวัด (กิโลเมตร) ที่กรมทางหลวงจัดทำในการคำนวณระยะทาง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถเทียบอัตราค่า โดยสารเครื่องบินชั้นประหยัดได้ ให้เบิกจ่ายตามความจำเป็นของงาน และเป็นไปโดยประหยัดที่สุด โดยให้ใช้ใบสำคัญ รับเงินเป็นหลักฐาน

การวินิจฉัยว่าผู้ใดมีสิทธิเดินทางโดยเครื่องบินชั้นประหยัด รถไฟปรับอากาศ รถยนต์ส่วนตัว ฯลฯ เป็นสิทธิของหัวหน้าโครงการ ภายใต้หลักการ **“ประหยัดและจำเป็น”** และภายใต้กรอบงบประมาณที่มีอยู่

กรณีการเช่าเหมารถในการเดินทาง ให้เบิกจ่ายตามความเหมาะสม โดยต้องมีหลักฐานประกอบ คือ ใบสำคัญรับเงินพร้อมระบุทะเบียนรถและสำเนาบัตรประชาชนของคนขับ ประกอบทุกครั้งของการเบิกจ่าย

ค่าที่พัก เบิกได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด คือ ไม่เกิน 2,000 บาทต่อวัน หากในกรณี ที่ไปพักบ้านญาติ บ้านเพื่อน หรือพักตามวัดจะเบิกค่าที่พักไม่ได้ แต่อาจจะ

เบิกค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มเติมได้ตามเหตุผลและ ความจำเป็น ทั้งนี้ โดยหารือกับ บพท. เป็นกรณีๆ ไป และ
ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายในลักษณะเหมาจ่ายหรือตามสิทธิ

ค่าเบี้ยเลี้ยง เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานภาคสนาม หรือนอก
 สถานที่ทำการและเกินกว่า 12 ชั่วโมง โดยค่าเบี้ยเลี้ยงจะเบิกได้ในอัตราวันละ 400 บาทถ้วน **ในกรณี**
ที่เป็นการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ ที่มีการจัดเลี้ยงอาหารทุกมื้อในวันใด ขอให้งดเบิกค่า
 เบี้ยเลี้ยงสำหรับการเดินทางไปปฏิบัติงานสำหรับวันนั้น และกรณีจัดเลี้ยงอาหารแต่ไม่ครบทุกมื้อ
 ในวันใด สามารถเบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงสำหรับวันนั้นได้ร้อยละ 70

4.4.2 **ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมาต่อชิ้นงาน** เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ตัวอย่าง
 ค่าจ้างทำอุปกรณ์หรือ ซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างทำเอกสาร ค่าจ้างเหมาเตรียมดิน ค่าโฆษณาและเผยแพร่
 ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ค่าเช่า เครื่องถ่ายเอกสาร ฯลฯ ค่าจ้างเหมาบริการเช่นนี้ ต้องมีผู้ตรวจรับงานก่อน
 จ่ายเงิน ซึ่งโดยปกติจะเป็นหัวหน้าโครงการ นักวิจัย หรือคณะกรรมการตรวจรับงาน ลงนามตรวจรับงานใน
 ใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน

4.4.3 **ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ**

จ่ายเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้ผู้ประสานงาน ที่ปรึกษา หัวหน้าโครงการ
 นักวิจัยในโครงการ ผู้ช่วยวิจัย คนขับรถ ที่มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานสนามเป็นประจำ หรือที่มีความเสี่ยง
 สูงในการปฏิบัติงานวิจัย ในวงเงิน คนละไม่เกิน 1,000,000 บาท

4.4.4 **ค่าไปรษณีย์ โทรศัพท์ ค่าสาธารณูปโภคอื่น ๆ ค่าสมาชิกวารสารวิชาการ**
ค่าสมาชิกในสมาคม วิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานในโครงการค่าสมาชิกInternetเป็นต้นจะต้องมี
 ใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน พร้อมลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินด้วย

4.4.5 **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น**

ค่าตอบแทนผู้ตอบแบบสอบถามจ่ายโดยใช้อัตราชุดละไม่เกิน 300 บาท
 ค่าเบี้ยประชุม โดยปกติไม่มีเบี้ยประชุมสำหรับนักวิจัยผู้เข้าร่วมประชุมงาน
 ของโครงการ นอกจาก กรณีที่ผู้เข้าร่วมประชุมบางคนต้องเดินทางมาจากสถานที่ห่างไกล อาจ
 พิจารณาจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง (ตามจ่าย จริง) และเบี้ยเลี้ยง ตามอัตราที่กำหนด หรือ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่โครงการเชิญเข้าร่วมประชุม ก็จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะค่าประเมินหรือ
 ค่าที่ปรึกษา แต่ไม่ใช่เบี้ยประชุม เว้นแต่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ ได้ตกลงและได้รับ
 ความเห็นชอบจาก บพท. ตั้งแต่ต้น โดยใช้อัตราตามเกณฑ์กำหนดของ บพท.

4.5 **หมวดค่าครุภัณฑ์**

ค่าครุภัณฑ์ จัดเป็นงบลงทุน หมายถึง รายจ่ายเพื่อซื้อ แลกเปลี่ยน จ้างทำ
 ทำเอง หรือกรณีอื่นใดเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมสิทธิ์ในสิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร มีอายุการใช้งาน

ประมาณ 1 ปีขึ้นไป และมีราคาหน่วยหนึ่ง หรือ ชุดหนึ่งมูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาท (ยกเว้นอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์หรือดิจิทัลแม้จะมีมูลค่าไม่ถึง 10,000 บาท ก็ให้ ถือเป็นครุภัณฑ์ ด้วยเช่นกัน) รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งต้องชำระพร้อมกับค่าสิ่งของ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าพิธีศุลกากร ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง ฯลฯ ทั้งนี้ บพพ. จะสนับสนุนตามความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน พิจารณาเป็น รายกรณี

ประเภทครุภัณฑ์ แบ่งตามลักษณะ การจัดการเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. **ประเภท ก. ครุภัณฑ์เฉพาะ :** ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์ อื่นๆ ที่มี วัตถุประสงค์เพื่อใช้กับงานวิจัยและทดลองจำเพาะ ไม่สามารถนำไปใช้กับกิจกรรมของโครงการอื่นๆ ได้ ดัง ตัวอย่างเช่น
 - ครุภัณฑ์ด้านวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องทดลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ
 - ครุภัณฑ์ด้านการเกษตร เพื่อใช้ในการทดลองและการวิจัย เช่น ปศุสัตว์ (โค กระบือ ม้า ฯลฯ) เครื่องเก็บเกี่ยว เครื่องผสมยาคลุมเมล็ดพันธุ์ ตู้เก็บเมล็ดพันธุ์ ฯลฯ
 - ครุภัณฑ์วิจัยด้านอุตสาหกรรม เช่น เครื่องจักรกลต่างๆ อุปกรณ์ ชิ้นส่วนต่างๆ ที่นำมาประกอบเป็นเครื่องต้นแบบ เมื่อสิ้นสุดโครงการเครื่องต้นแบบถือเป็น Output ของงานวิจัย
2. **ประเภท ข. ครุภัณฑ์ทั่วไป:** ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์ สำนักงาน เครื่อง คอมพิวเตอร์ และอื่นๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้หมุนเวียนกับกิจกรรมในโครงการอื่นๆ ได้ โดยแบ่งย่อยเป็น 2 ประเภท ดังนี้
 - **ครุภัณฑ์สำนักงาน** หมายถึง เครื่องมือ เครื่องไฟฟ้าอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินงานของโครงการ เช่น เครื่องคำนวณ เครื่องโทรสาร ตู้เก็บเอกสาร โต๊ะทำงาน เป็นต้น
 - **ครุภัณฑ์ระบบคอมพิวเตอร์และดิจิทัล** หมายถึง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่เป็นระบบดิจิทัล ซึ่งรวมถึง อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการต่อพ่วงเพื่อเชื่อมระบบต่างๆ ด้วย โดยไม่กำหนดมูลค่าขั้นต่ำไว้ ดังนั้นครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าต่อชิ้นไม่ถึงหนึ่งหมื่นบาทก็ตามให้ถือรวมเป็นครุภัณฑ์ในส่วนนี้ด้วย เช่น เครื่องสแกนเนอร์ CD writerกล้องดิจิทัลเครื่องปรับระดับกระแสไฟฟ้าเครื่องสำรองกระแสไฟฟ้า(UPS)เครื่องป้องกันกระดาศเครื่องแยก กระดาศ เครื่องพิมพ์ (printer) แบบต่าง ๆ กล้องถ่ายภาพระบบดิจิทัล เครื่องอัดเสียง (recorder) และ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น

ขั้นตอนการจัดซื้อครุภัณฑ์

ในกรณีที่โครงการได้รับอนุมัติให้จัดซื้อครุภัณฑ์ โปรดศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการจัดหาครุภัณฑ์ให้ ชัดเจน หากมีข้อสงสัยให้ปรึกษา บพท. ก่อนดำเนินการจัดซื้อ

1. คู่มือฯ ให้ชัดเจนว่าได้รับอนุมัติจัดซื้อครุภัณฑ์อะไรบ้างรวมทั้งวงเงินที่ได้รับอนุมัติ 16
2. การจัดซื้อครุภัณฑ์ ให้เป็นไปตามระเบียบของต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการหรือตามเกณฑ์ของ บพท. ดังต่อไปนี้
 - 2.1 กรณีครุภัณฑ์มีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่โครงการบริหารจัดการเอง ให้โครงการดำเนินการสืบราคาไม่น้อยกว่า 2 ราย และดำเนินการจัดซื้อตามราคาจริงที่ต่ำสุด แล้ว รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ขออนุมัติมายัง บพท.
 - 2.2 กรณีครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าเกิน 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 500,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่โครงการ บริหารจัดการเอง
 - จัดทำ Specification ของครุภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ และดำเนินการสืบราคา โดยให้มีผู้ยื่นเสนอ ราคาไม่น้อยกว่า 2 ราย
 - จัดตั้งคณะกรรมการจัดซื้อหรือจัดจ้าง และคณะกรรมการตรวจรับอย่างน้อยชุดละ 3 คน โดย กรรมการจัดซื้อและตรวจรับต้องเป็นคนละชุดกัน
 - รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ขออนุมัติมายัง บพท.
 - 2.3 กรณีครุภัณฑ์มีมูลค่าเกิน 500,000 บาท เป็นงบประมาณในส่วนที่ บพท. บริหารจัดการ
 - จัดทำ Specification ของครุภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ
 - ดำเนินการจัดทำราคากลาง (รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง ต้องมีอย่างน้อย 1 คน ขึ้นไป และชื่อจะต้องไม่ซ้ำกับรายชื่อของกรรมการจัดซื้อจัดจ้าง)
 - จัดตั้งคณะกรรมการจัดซื้อหรือจัดจ้าง และคณะกรรมการตรวจรับอย่างน้อยชุดละ 3 คน โดยกรรมการจัดซื้อและตรวจรับต้องเป็นคนละชุดกัน

- ปิดประกาศเชิญชวนให้มีการยื่นซองไม่น้อยกว่า 3 ราย ส่งหลักฐานที่ได้ลงประกาศดังกล่าว เช่น ภาพถ่ายจากบอร์ดที่ติดประกาศ หรือ link ที่ลงประกาศ เป็นต้น
 - เปิดซองพิจารณาใบเสนอราคา รายละเอียดหื้อสินค้า คุณสมบัติต่างๆ ตลอดจน เงื่อนไขของบริษัท และจัดทำสรุปผลการเปิดซอง เสนอหน่วยบริหารและจัดการทุน
 - รายงานการซื้อครุภัณฑ์ในรายงานการเงิน หากไม่เป็นไปตามกำหนดให้ขออนุมัติมายัง บพท.
3. ในกรณีที่งบประมาณครุภัณฑ์ส่วนนั้นบริหารจัดการโดย บพท. ให้หัวหน้าโครงการส่งใบเสนอราคาพร้อม กับรายละเอียดของครุภัณฑ์ และการจัดตั้งคณะกรรมการแก่ บพท. เพื่อพิจารณาอนุมัติและดำเนินการ เบิกจ่ายเงินงบประมาณ หากเป็น งบประมาณในส่วนที่โครงการบริหารจัดการเอง ให้ดำเนินการตามข้อ 4 ต่อไป
 4. การจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อใช้ในการวิจัย อาจดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามข้อ 2. (อ้างอิง ข้อ 1 ของหนังสือคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ กรมบัญชีกลางที่ กค.(กวจ) 04052/ว122 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561) หรือ ใช้มาตรฐานการจัดซื้อครุภัณฑ์ตาม พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เป็นแนวทางปฏิบัติก็ได้
 5. การตรวจรับครุภัณฑ์โดยมีเกณฑ์ คือ ครุภัณฑ์มูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท ให้หัวหน้าโครงการลงนามตรวจ รับได้เอง หากมูลค่าเกิน 50,000 บาท ให้ตั้งกรรมการอย่างน้อย 3 คนเป็นผู้ตรวจรับ
 6. หลังจากโครงการทำการตรวจรับครุภัณฑ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วให้กำหนดรหัสหมายเลขไว้ และให้ติด หมายเลขไว้กับครุภัณฑ์ และรายงานให้ บพท. ทราบ รวมถึงรายงานในระบบฐานข้อมูลกลางด้วย และ ให้จัดทำบัญชีคุมทรัพย์สินหรือทะเบียนแสดงรายการครุภัณฑ์ไว้
 7. เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วให้หัวหน้าโครงการรายงานสรุปรายการและสภาพครุภัณฑ์ของโครงการให้บพท. ทราบ โดยกรมสิทธิในครุภัณฑ์นั้นๆ ให้เป็นของหน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการ เว้นแต่ตกลงเป็น อย่างอื่น และเว้นแต่กรณีครุภัณฑ์ที่จัดซื้อด้วยงบประมาณโครงการที่ภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ร่วมสมทบงบประมาณ ให้ทำความเข้าใจเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ระหว่างผู้รับทุน ผู้ให้ทุนและผู้ร่วมให้ทุน เช่น การประชุมโครงการ เป็นต้น ทั้งนี้ บพท.ขอสงวน

สิทธิ์ ในการพิจารณาดำเนินการเพื่อให้ครุภัณฑ์ดังกล่าว เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดต่อวงการวิจัยและสังคมโดยรวม

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. การซื้อครุภัณฑ์ควรซื้อเฉพาะรายการที่จำเป็นต้องใช้จริงในขณะนั้นเท่านั้น รายการใดที่ยังไม่จำเป็นต้อง ใช้หรือยังไม่แน่ใจว่าจะต้องใช้หรือไม่ หรือมีแนวโน้มว่าจะอาจจะได้มาจากแหล่งอื่น เช่นงบประมาณปกติ ควรชะลอไว้ก่อน
2. หัวหน้าโครงการไม่สามารถทำการปรับเปลี่ยนงบประมาณและรายการครุภัณฑ์ ยกเว้นมีเหตุจำเป็นให้ทำหนังสือชี้แจงสาเหตุเพื่อขออนุมัติจาก บพท. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจะปรับเปลี่ยนงบประมาณและ รายการหมวดนี้ได้
3. ครุภัณฑ์ที่จัดซื้อจากต่างประเทศ ให้ใช้ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยผู้ขายในต่างประเทศได้ โดยให้เบิกจ่าย ตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ทางธนาคารเรียกเก็บ และต้องมีหลักฐานแสดงไว้ด้วย

4.6 หมวดค่าใช้จ่ายอื่น

ค่าใช้จ่ายอื่น จัดอยู่ในประเภทงบดำเนินการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนเสริมให้ งานวิจัยมีคุณภาพดีขึ้น หรือสร้างกำลังคน หรือทำให้เกิดความเข้มแข็งขององค์กรหรือกลุ่มผู้ใช้ ซึ่งจะช่วยให้ กิจกรรมวิจัยและ การใช้ผลงานวิจัยมีความยั่งยืนมากขึ้น

งบประมาณหมวดค่าใช้จ่ายอื่นนี้ จะจ่ายเมื่อโครงการมีความจำเป็นต้องใช้

4.6.1 ค่าเดินทางต่างประเทศ

สำหรับติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการในต่างประเทศ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดย (ก) เป็นการไปเสนอผลงานที่เกิดขึ้นจากโครงการ หรือ (ข) เข้าร่วมประชุม วิชาการหรือดูงานเฉพาะเรื่อง ที่มี ความสำคัญกับงานวิจัยในโครงการโดยตรง

อัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปต่างประเทศ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ ของ บพท. หรือทำความตกลงกับ บพท. เป็นคราวๆ ไป โดยหัวหน้าโครงการต้องทำเรื่องขออนุมัติการ เดินทางก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน มายัง บพท. พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และประมาณการ ค่าใช้จ่าย

4.6.2 ค่าใช้จ่ายของนักวิจัยจากต่างประเทศที่มาช่วยงานในโครงการอัตราค่าใช้จ่ายของนักวิจัย จากต่างประเทศ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของ บพท. หรือทำความตกลงกับ บพท. เป็น คราวๆ ไป

4.6.3 ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมนำเสนอผลงาน วัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนา ข้อเสนอโครงการ หรือนำเสนอความก้าวหน้าโครงการวิจัย เป็นต้น ให้หัวหน้าโครงการนำเสนอกรอบการ ดำเนินการได้แก่ หลักการและ เหตุผล ความเป็นมา วิธีการจัดประชุม รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม วัน เวลา สถานที่จัดประชุม พร้อมทั้งประมาณการ แยกตามหมวดต่างๆ (ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าจัดเตรียม เอกสารประกอบการประชุม ฯลฯ) เพื่อให้ บพพ. ได้ พิจารณาล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันประชุม

4.6.4 ค่าบริหารจัดการปลายทาง การบริหารจัดการภายหลังโครงการดำเนินการ ไปได้ระยะหนึ่ง และเมื่อโครงการสิ้นสุดลง วัตถุประสงค์เพื่อผลักดันการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยในเชิง วิชาการ เชิงนโยบาย เชิง พาณิชย และเชิงสาธารณะ เช่น การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ การเสนอ ผลงานในต่างประเทศ การจดสิทธิบัตร ตีพิมพ์หนังสือ คู่มือ เอกสารเผยแพร่ การอบรมถ่ายทอดผลงานวิจัย การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น หัวหน้าโครงการสามารถขออนุมัติดำเนินการ โดยนำเสนอหลักการและเหตุผลและ ประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้ บพพ. พิจารณานุมัติ

4.7 หมวดค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน

เป็นค่าบำรุงเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการของสถาบัน ซึ่งจัดสรร ให้แก่หน่วยงานต้น สังกัดของนักวิจัยในโครงการ เป็นจำนวนรวมไม่เกินร้อยละ 10 (สิบ) ของ งบประมาณรวมทั้งโครงการ การเบิกจ่ายจะ จ่ายเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยได้รับผลงานสมบูรณ์ตาม สัญญา และภายในระยะเวลาที่กำหนดตามสัญญา

กรณีหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างในเวลา ไม่เกินกว่า 90 (เก้าสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่ได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้ แล้วเสร็จภายใน 90 (เก้าสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง จาก บพพ. จะพิจารณาจ่ายเงินค่าธรรมเนียม อุดหนุนสถาบันเต็มจำนวนตามสัญญา

หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลการวิจัยฉบับร่างล่าช้า กว่ากำหนดเกิน 90 (เก้า สิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่ได้รับอนุมัติขยาย เวลา หรือหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนได้ ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก บพพ. แต่ไม่เกิน 180(หนึ่งร้อยแปดสิบ)วัน ให้ถือว่าผู้รับทุนและ หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนส่งผลงานล่าช้าผู้รับทุนและหัวหน้า โครงการวิจัยผู้รับทุนยินยอมให้ บพพ. จ่ายเงินค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบันลดลงครึ่งหนึ่งจากที่ระบุในสัญญา

หากหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนนำส่งรายงานผลงานการวิจัยฉบับร่าง ล่าช้ากว่ากำหนดเกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน นับจากวันกำหนดส่งมอบผลงานตามสัญญาหรือที่ ได้รับอนุมัติขยายเวลา หรือหัวหน้า โครงการวิจัยผู้รับทุนได้ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ร่างรายงาน

การวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง จาก บพท. เกิน 180 (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ให้ถือว่าผู้รับทุนและหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุนผิดสัญญา ผู้รับทุนและ หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ยินยอมให้ บพท. ระงับการจ่ายค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน

อนึ่งหากโครงการนี้มีผู้ร่วมโครงการจากหลายสถาบันหรือหลายหน่วยงาน การจ่ายเงินดังกล่าวจะ จ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการเท่านั้น นอกจากนี้จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่นเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเมื่อรวมแล้วต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของงบประมาณรวมทั้งโครงการ

เงินค่าบำรุงสถาบันนี้ ให้ใช้ในกิจกรรมทางวิชาการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการวิจัยให้กับ สถาบัน เช่น การพัฒนาบุคลากรเชิงวิชาการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การไปร่วมประชุมเสนองานทั้งในและ ต่างประเทศ การปรับปรุงสถานที่และอุปกรณ์ การสอนหรือการวิจัย หรือสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในและระหว่าง ประเทศ และค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น

9. แนวทางการลงบันทึกบัญชีรับ-จ่ายเงินโครงการ และการจัดทำรายงานการเงิน

4.1 การจัดทำบัญชี

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนงบประมาณ (3 บรรทัดแรก) เพื่อใช้ในการควบคุมงบประมาณของทุนที่ได้รับและทราบ ยอดงบประมาณคงเหลือแต่ละหมวด ณ สิ้นงวดนั้นๆ
- ส่วนกระแสเงิน (3 ช่องของเงินฝากธนาคาร) ใช้บันทึกจำนวนเงินที่ได้รับ และจ่ายไปจริงของ รายการที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เพื่อทราบความเคลื่อนไหว รวมทั้งควบคุมจำนวนเงินที่มีอยู่ให้เพียงพอใช้สำหรับงวดนั้นๆ
- ส่วนรายจ่าย (6 ช่องของรายจ่าย) ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายจริง ที่จ่ายไปในแต่ละรายการของแต่ละ วัน โดยแยกตามประเภทของหมวดรายจ่าย เพื่อความสะดวกในการเก็บยอดค่าใช้จ่ายสะสม และนำยอดค่าใช้จ่ายรวม ที่เกิดขึ้นในงวด 6 เดือน ไปจัดทำรายงานสรุปการเงิน

4.2 การเก็บหลักฐาน ให้จัดเก็บใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน และหลักฐานประกอบรายการจ่ายเงินอื่นเรียงลำดับตามวันที่ พร้อมกับให้เลขที่อ้างอิง ที่ใช้ลงรายการอ้างอิงในรูปแบบบัญชีคอลัมน์ที่ 3 ทั้งนี้ เพื่อความเป็น ระเบียบในการจัดเก็บเอกสาร และสะดวกต่อการตรวจสอบภายหลัง

4.3 การจัดทำรายงานการเงิน

รายงานการเงินที่โครงการเสนอต่อ บพท. จะต้องประกอบด้วยข้อมูลที่ครบถ้วนพอสำหรับการวิเคราะห์ ดังนี้

- งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ (Budget)
- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Actual Expenditures)

- ดอกเบี้ย (Interest)
- เงินที่ได้รับและเงินคงเหลือ (Cash Flow)
- ประมาณการค่าใช้จ่ายในงวดต่อไป (Estimated Expenditures)
- ลงนามโดยหัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่การเงินโครงการ ทุกหน้า
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

การจัดทำรายงานการเงิน ประกอบด้วยเอกสาร 3 รายการ คือ

4.3.1 เอกสารสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของโครงการ ซึ่งแสดงรายการฝาก- ถอน และ ดอกเบี้ยที่ได้รับ

ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น โครงการจะต้องรายงานให้ บพท. ทราบในรายงานการเงินด้วย

4.3.2 เอกสารสรุปรายงานการเงินรอบ 6 เดือน เป็นการแสดงยอดรายรับ- รายจ่าย-เงินคงเหลือของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละงวดให้ บพท. ทราบ

4.3.3 เอกสารการประมาณการเงินในงวดต่อไป เป็นการประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการดำเนินงานล่วงหน้าซึ่งอาจจะมาก หรือน้อยกว่างบประมาณที่ได้ประมาณการไว้เดิม (ขึ้นอยู่กับแผนการทำงานที่จะเกิดขึ้น) ทั้งนี้ หากมีการปรับแผนการทำงานและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากที่ประมาณการไว้ เดิมในหมวดต่างๆ หัวหน้าโครงการจะต้องทำหนังสือชี้แจงเหตุผลของการปรับแผนการทำงานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ให้ บพท. ทราบ โดยส่งมาพร้อมกับรายงานความก้าวหน้าและรายงานการเงิน

ค่าใช้จ่ายประมาณการนี้ จะต้องรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นใหม่ และ ค่าใช้จ่ายที่เป็นหนี้ผูกพันมาจากงวดก่อนด้วย เช่น สั่งของไว้แล้วแต่ยังไม่มาถึง จึงยังไม่ได้จ่ายเงิน ก็ ต้องถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ผูกพันไว้ แล้ว (Committed expenditures) ต้องรวมในประมาณการ ค่าใช้จ่ายในงวดต่อไปด้วย

หมายเหตุ:

- 1) ในแต่ละงวดหากมีการจ่ายเงินบางหมวดเกินงบประมาณที่ตั้งไว้มาก (มากกว่า 20% ของงบประมาณ ในหมวดนั้นๆ) หัวหน้าโครงการจะต้องชี้แจงเหตุผลให้ชัดเจนไว้ใน รายงานการเงินด้วย
- 2) เงินที่ บพท. จะส่งให้ในงวดต่อไป จะเท่ากับงบประมาณงวดต่อไป (ตามที่โครงการ เสนอ) เปรียบเทียบกับเงินคงเหลือที่โครงการมีอยู่ในมือ และจ่ายจริงเท่ากับผลต่าง (งบประมาณที่เสนอ ลบด้วย เงินคงเหลือ)
- 3) การที่ บพท. ไม่จ่ายให้เต็มตามงบประมาณที่ตั้งไว้นั้นไม่ใช่การหักออก แต่ บพท. พยายามทำให้ มั่นใจว่านักวิจัยจะมีเงินอยู่ในมือพอที่จะทำงานตามที่เสนอ ดังนั้น จึง จ่ายเพิ่มจากเงิน (คงเหลือ) ที่มี อยู่แล้ว ให้เต็มตามงบประมาณที่จะต้องใช้ในระยะต่อไป ตามที่โครงการประมาณการมา ทั้งนี้การ ประมาณการค่าใช้จ่ายในงวดต่อไป ควรรวม

ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นใหม่ และค่าใช้จ่ายที่เป็นหนี้ผูกพัน มาจากงวดก่อนด้วย เช่น สิ่ง
ของไว้แล้วของยังไม่มาถึง จึงยังไม่ได้จ่ายเงิน เป็นต้น

4)

6) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนา
สถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.)

*** กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการขอเอกสาร

7) หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.)



หน่วยบริหารจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
(บพข.) ได้จัดทำคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุ ในคู่มือการบริหารจัดการโครงการวิจัยและ
นวัตกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

โดยหลักการ “ผู้รับทุน” และหัวหน้าโครงการมีความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลระบบ
การเงิน และบัญชีของโครงการให้ถูกต้องเรียบร้อย ต้องคอยตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่
เกี่ยวข้องอยู่เสมอว่าเป็นไปอย่างซื่อสัตย์และตรงไปตรงมา และไม่มีความไม่ชอบมาพากลเกิดขึ้น ควร
มีการตรวจสอบบัญชีและสถานการณ์ทางการเงินของโครงการทุกเดือน และมีการตรวจสอบโดยไม่
กำหนดล่วงหน้า (Spot Check) เป็นครั้งคราว

หลักการในการใช้จ่ายเงินของโครงการ คือ การมอบความไว้วางใจให้ผู้รับทุนหรือหัวหน้าโครงการใช้ดุลยพินิจพิจารณาตามความเหมาะสม ซึ่งหัวหน้าโครงการจะต้องใช้เงินทุนที่ได้รับตามสัญญาเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยตามสัญญาเท่านั้น และจะต้องใช้อย่างประหยัด เหมาะสม ตามระเบียบของหน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการ ตลอดจนจัดเตรียม หลักฐานการรับและการจ่ายเงินของโครงการวิจัยให้ถูกต้องครบถ้วน พร้อมสำหรับการตรวจสอบ

ในกรณีที่เกิดปัญหาซึ่งต้องพิจารณาว่าการใช้เงินทุนเพื่อดำเนินงานภายใต้โครงการของหัวหน้าโครงการ ผู้ร่วมดำเนินงานโครงการ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ บพข. จะจัดประชุมหารือร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการ ผู้ร่วมดำเนินงานโครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ประเมินโครงการ และ/ หรือคณะกรรมการแผนงาน เพื่อหาข้อเท็จจริงด้วยความยุติธรรมและโปร่งใส ทั้งนี้ บพข. จะเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดคำวินิจฉัยของ บพข. ดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงานจากเดิม โครงการสามารถเสนอขอปรับค่าใช้จ่ายได้ อย่างไรก็ดี การให้ความยืดหยุ่นจะต้องไปควบคู่กับความมีวินัยในการใช้จ่ายเงินและการตรวจสอบได้

หัวหน้าโครงการต้องคอยตรวจสอบรายจ่ายแต่ละหมวดของโครงการ และเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ตั้งไว้อยู่เสมอ และสอบถามทันทีถ้ามีตัวเลขผิดปกติเกิดขึ้น หรือถ้ารายจ่ายมีแนวโน้มว่าจะเกินงบประมาณ

1. แนวทางในการบริหารการเงินโครงการวิจัย

ลักษณะการให้ทุนวิจัยนี้เป็นการให้ทุนจากหน่วยงานไปสู่หน่วยงาน เพื่อทำงานในโครงการวิจัย ดังนั้น การใช้จ่ายเงินทุนจึงต้องเป็นไปตามระเบียบการเงิน บัญชี และพัสดุของ “ผู้รับทุน” โดยมีแนวทางในการบริหารการเงิน ดังนี้

- 1.1 เอกสารการเงิน และพัสดุให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”
- 1.2 การจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดจ้างต่างๆ ให้ถือหลักประหยัดเป็นผลดีต่อโครงการ และเป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” กรณี ครุภัณฑ์ที่มีราคาเกิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาท) บพข. จะจ่ายเงินค่าครุภัณฑ์ให้ตามราคาจริง ภายใน 30 (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ บพข. ได้รับหนังสือขอเบิกจ่ายเงินและใบเสนอราคาจาก “ผู้รับทุน” แล้ว ในเบื้องต้นให้ขึ้นทะเบียนครุภัณฑ์ ตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” รวมถึงบันทึกในระบบฐานข้อมูลที่ บพข. กำหนด (จะแจ้งในภายหลัง)
- 1.3 การเบิกจ่ายต้องมีหลักฐานครบถ้วนโดยใช้ บเสร็จรับเงินเป็นหลัก

- หากร้านค้าหรือนิติบุคคลไม่มีใบเสร็จรับเงินของตนเองให้ใช้ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินได้ โดยให้หัวหน้าโครงการลงนามรับรองใบรับเงิน
- กรณีผู้รับเงินเป็นบุคคล ให้ใช้ใบสำคัญรับเงิน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงิน
- หากโครงการมีความประสงค์จะเริ่มโครงการก่อนวันที่ทำสัญญา เนื่องจากมีกิจกรรมและค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นก่อนวันที่ทำสัญญา (แต่ต้องหลังโครงการอนุมัติ) ขอให้แจ้ง บพข. เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายตกลงรับรองสิทธิและหน้าที่ตั้งแต่วันที่เริ่มโครงการ (กำหนดร่วมกัน) และตกลงให้ใช้เงื่อนไขในสัญญานี้บังคับกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานั้นด้วย ซึ่งจะทำให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่มีการรับรองสิทธิและหน้าที่

1.4 การขออนุมัติเบิกจ่ายเงินของโครงการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าโครงการ หรือ ผู้ที่หัวหน้าโครงการมอบหมาย และให้เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนเสนอให้มีการ ส่งจ่าย ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามตามระเบียบ “ผู้รับทุน”

1.5 การเดินทางเพื่อทำงานวิจัยในโครงการ ให้ขออนุมัติจากต้นสังกัดของนักวิจัย ผู้ที่จะเดินทาง ส่วนอัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”

1.6 ควรจัดให้มีระบบควบคุมยอดค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมหรือโครงการย่อย เพื่อติดตาม การใช้จ่ายในเงินแต่ละหมวดให้เป็นไปตามงบประมาณที่ตั้งไว้ ในกรณีที่จำเป็นหัวหน้าโครงการสามารถเพิ่มหรือลดงบประมาณภายในหมวดค่าใช้จ่าย หรือหมวดค่าวัสดุได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณรายการที่รับเข้า และเพิ่มหรือลดงบประมาณข้ามหมวดระหว่างหมวดค่าใช้สอยกับหมวดค่าวัสดุได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณหมวดที่รับเข้า และให้รายงานการเปลี่ยนแปลงหมวดงบประมาณใน รายงานความก้าวหน้าของโครงการ ทั้งนี้ ยกเว้นหมวดค่าตอบแทน ค่าจ้าง ค่าครุภัณฑ์ และค่าอุดหนุน สถาบัน (ค่าบริหารโครงการ) ต้องทำหนังสือชี้แจงที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามในสัญญาของหน่วยงาน ผู้รับทุน เพื่อขออนุมัติจาก บพข. ก่อนดำเนินการ

1.7 จัดทำบัญชีการเงินและเก็บหลักฐานการเบิกจ่ายให้เรียบร้อยเป็นระบบ และพร้อมที่จะให้ ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

1.8 จัดทำรายงานการเงินเป็นงวดๆ ตามที่ระบุไว้ในสัญญารับทุนวิจัย ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียด ตามที่ บพข. กำหนด

1.9 กรณีผู้รับทุนเป็นหน่วยงานภาคเอกชน

- ผู้รับทุนที่เป็นภาคเอกชน ควรมีการจัดทำระเบียบการเงิน ระเบียบการจัดซื้อของ บริษัทไว้ รวมถึง (Work Flow) ที่ระบุวิธีการทำงานของบริษัท ผู้ตัดสินใจ และเอกสารประกอบต่างๆ ที่ต้องใช้ให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบ เช่น ใบสั่งซื้อ ใบเสร็จรับเงิน

- ควรมีระบบบัญชีรายรับ-รายจ่าย แยกเป็นรายโครงการ เพื่อความสะดวกในการเก็บเอกสารและการตรวจสอบ
- การสนับสนุน In Cash ของภาคเอกชน:
 - กรณีภาคเอกชนเป็นผู้ให้ทุนร่วม In cash เป็นเงินสนับสนุนที่ผู้ให้ทุนร่วมโอนเข้า บพข. เพื่อส่งต่อให้ผู้รับทุน ในกรณีที่ภาคเอกชนมีความประสงค์จะโอน เงินให้ผู้รับทุนโดยตรง จะต้องมีการตกลงกันก่อนทำสัญญาให้ทุน เนื่องจาก เงินโอนนี้จะถูกระบุไว้ในสัญญาให้ทุน และ บพข. จะโอนเงินให้กับผู้รับทุนต่อเมื่อได้รับหลักฐานการโอนเงินจากผู้ให้ทุนร่วมให้กับผู้รับทุนแล้ว และ หัวหน้าโครงการจะต้องประสานกับต้นสังกัดเพื่อดำเนินการจัดทำใบแจ้งหนี้ ให้กับภาคเอกชน พร้อมทั้งออกใบเสร็จรับเงินให้ภาคเอกชน
 - กรณีภาคเอกชนเป็นผู้รับทุน Incash หมายถึง เงินสำหรับทำวิจัยที่ภาคเอกชนได้จ่ายจริง ดังนั้นต้องมีใบเสร็จรับเงิน ใบสั่งซื้อ และหลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่าได้มีการใช้จ่ายเงินส่วนนี้เพื่อโครงการวิจัยที่ได้รับทุน
- การสนับสนุน in kind ของภาคเอกชน: In Kind ไม่ใช่งบลงทุนของผู้ให้ทุนร่วม/ผู้รับทุนภาคเอกชน แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้ทุนร่วม/ผู้รับทุนภาคเอกชนจ่ายจริง โดย ไม่ได้โอนเงินให้ บพข. หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้วัสดุ อุปกรณ์ของบริษัทเอง เช่น ค่าวิเคราะห์ทดสอบ ค่าจัดซื้อของ ค่าใช้อุปกรณ์เครื่องจักร ซึ่งต้องตีมูลค่าเป็น ตัวเงิน ต้องแสดงวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายที่บริษัทคิดเป็น in kind อย่าง สมเหตุสมผล เช่น การคิด in kind หมวดวิเคราะห์ทดสอบโดยใช้เครื่องมือของ บริษัทเอง ควรมีราคาตลาดของค่าวิเคราะห์ทดสอบนั้นๆ เป็นตัวเทียบ หรือการใช้ อุปกรณ์ เครื่องจักรของบริษัท ควรคิดเทียบเป็นค่าเช่าใช้ หากมีการจ้าง บุคคลภายนอกมาช่วยในโครงการ ควรคำนวณเป็น FTE (สัดส่วนภาระงาน) เป็นต้น ตัวอย่าง การคำนวณค่าใช้จ่ายเครื่องจักรและค่าแรงงาน
 - ค่าใช้เครื่องจักร เครื่องอัดรีด เวลาที่ใช้ทดลองในโครงการ 50 ชม. มูลค่าเครื่อง 500,000 บาท อายุเครื่อง 10,000 ชม. (หมายถึงอายุที่ใช้คิดค่าเสื่อมราคา ไม่ใช่ ความเก่าของเครื่อง)
มูลค่า in-kind = $(500,000 \times 50) / 10,000 = 2,500$ บาท
 - ค่าคนงานช่วยเตรียมวัสดุ: เวลาที่ให้ทำงาน 10 วัน อัตราเงินเดือน 15,000 บาท
มูลค่า in-kind $15,000 \times (10/2) = 7,500$ บาท

หมายเหตุ ในที่นี้ใช้ตัวหารในการคำนวณคือ 20 วัน (คิดโดยเฉลี่ย 1 เดือน ทำงาน 4 สัปดาห์ ประมาณ 20 วัน) ทั้งนี้บางเดือนอาจทำงานมากกว่า 20 วัน และบางเดือนทำงานน้อยกว่า 20 วัน เนื่องจากมีวันหยุดราชการตรงกับวันทำการด้วย ดังนั้นจึงขอใช้ตัวหารที่ 20 วันโดยเฉลี่ย

- ต้องส่งรายงานบัญชี รายรับ-รายจ่าย ตามมาตรฐานทางบัญชีและต้องมีการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

2. เกณฑ์ในการใช้จ่ายเงิน

การแบ่งรายจ่ายออกเป็นหมวดต่างๆ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้ ก็เพื่อความสะดวกในการจัดเก็บ หลักฐานและลงบัญชี และเพื่อให้เข้าใจตรงกันในเวลาสื่อสารและติดตามการใช้จ่ายเงินของโครงการ แต่ไม่ใช่เรื่องร้ายแรงหากมีการลงบัญชีผิดพลาดโดยไม่เจตนา トラバใดที่มีเอกสารครบถ้วนและชี้แจงได้

การบันทึกลงบัญชีโครงการ ให้บันทึกตามรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริง แม้ว่ารายการจ่ายจริงที่เกิดขึ้น จะเปลี่ยนแปลงไปจากงบประมาณที่ได้กำหนดไว้ในสัญญาเกินกว่าร้อยละ 15 (ข้ามหมวด) หรือ ร้อยละ 20 (ในหมวดเดียวกัน) ให้หัวหน้าโครงการทำหนังสือลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามในสัญญา (คู่สัญญา) ชี้แจง เหตุผล และขออนุมัติปรับโอนงบประมาณข้ามหมวดต่อ บพข. (ไม่ควรทำการเปลี่ยนแปลงไปลงหมวดอื่น หรือ หาวิธีการหลีกเลี่ยงอื่นๆ)

2.1 หมวดค่าตอบแทน

2.1.1 ค่าตอบแทนนักวิจัย

ค่าตอบแทนนักวิจัยจะเบิกจ่ายตามอัตราและจำนวนเงินที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการที่แนบท้ายสัญญารับทุน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในหมวดค่าตอบแทนต้องได้รับอนุมัติจาก บพข. ก่อนดำเนินการ

ค่าตอบแทนนักวิจัยโดยปกติจะจ่ายเป็นรายเดือน ในช่วงเวลาที่นักวิจัยผู้นั้นมีงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการอยู่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ และไม่ตลอดระยะเวลาของโครงการก็ได้ (ในบางโครงการมี นักวิจัยหลายสาขา ซึ่งหมุนเวียนกันเข้ามาทำงานกับโครงการเป็นเฉพาะบางช่วงตามแผนงานที่กำหนด)

หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนนักวิจัยเป็นงวดๆ แทนการจ่ายรายเดือนก็ได้ โดยจ่ายเป็นก้อนตามงานที่เสร็จแต่ละงวด เช่น เมื่อส่งรายงานความก้าวหน้าเฉพาะส่วนของตนแล้ว ทุก 3-6 เดือน โดย ตกลงกับผู้ร่วมวิจัยไว้ก่อนล่วงหน้า

ค่าตอบแทนนักวิจัยควรหยุดจ่ายชั่วคราว ถ้านักวิจัยผู้นั้นไม่อยู่ปฏิบัติงาน เป็นเวลาเกิน กว่า 30 วัน เช่น ไปอบรมหรือดูงานต่างประเทศในเรื่องซึ่งมีได้เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยตรง หรือ ไปศึกษา ต่อ หรือ หยุดปฏิบัติงานในโครงการด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม หรือเมื่อนักวิจัย ไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ตกลงกันไว้ (ไม่มีผลงานและ/หรือไม่มีรายงานความก้าวหน้าที่มีคุณภาพ) การ วินิจฉัยว่าควรจะหยุดจ่ายค่าตอบแทน หรือไม่ว่าไร ให้อยู่ดุลยพินิจของ “ผู้รับทุน” และหัวหน้า โครงการ และหากมีเงินค่าตอบแทนที่เหลืออยู่ ให้รายงานต่อ บพข.

2.1.2 ค่าตอบแทนที่ปรึกษา

การให้ค่าตอบแทนที่ปรึกษาควรจ่ายเป็น คน-วัน (Man-day) ตามงานที่ทำ จจริงในทุก เดือน เช่น เมื่อมาประชุมร่วมกับโครงการทุกเดือน กรณีที่จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายครั้งที่มา ให้คำปรึกษา หรือเมื่อทำงานบางชิ้นให้กับโครงการสำเร็จจะใช้งบประมาณในหมวดค่าใช้สอย

ค่าตอบแทนที่ปรึกษานี้ ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ฯลฯ ของที่ปรึกษา ซึ่งโครงการจะต้องจ่ายให้ต่างหากโดยใช้งบประมาณจากหมวดค่าใช้สอย

2.2 หมวดค่าจ้าง

หมายถึง เงินเดือนลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่โครงการจ้าง (ทั้ง Full-time และ Part-time) ในลักษณะรายวันหรือรายเดือนก็ได้ โดยค่าจ้างแตกต่างจากค่าใช้สอยตรงที่ค่าจ้างจะจ่ายโดยใช้เวลาเป็นฐาน (Time-based) เช่น ค่าจ้างผู้ช่วยนักวิจัย ส่วนค่าใช้สอยนั้นจะจ่ายโดยใช้ชิ้นงานเป็นฐาน (Task-based) คือการเหมาจ่ายเป็นชิ้นงานเมื่อทำเสร็จ โดยไม่คำนึงถึงว่างานนั้นเสร็จเร็วหรือช้ากว่าที่ ประเมินการ เช่น ค่าเช่ารถ ค่าจัดทำรายงาน โดยมีหัวหน้าโครงการลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงิน

ทั้งนี้สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันสังคมตามกฎหมายให้กับลูกจ้างได้หรือจะจ่ายเป็นค่า ประกันสุขภาพ (แล้วแต่กรณี) โดยค่าใช้จ่ายในส่วนค่าเบี้ยประกันสังคมหรือค่าประกันสุขภาพให้อยู่ใน หมวดค่าใช้สอย

ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานดีและหัวหน้าโครงการมีความประสงค์จะจ้างต่อเนื่อง (เฉพาะ โครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป) หัวหน้าโครงการสามารถเลื่อนเงินเดือนลูกจ้างได้ โดยมีอัตราเงินเดือนเพิ่มเฉลี่ยไม่เกิน 7% ทั้งนี้ การเลื่อนเงินเดือนสามารถทำได้เฉพาะในกรณีขึ้นสัญญา ใหม่และมีการระบุไว้ในสัญญาฉบับตั้งแต่ต้น

นิสิตนักศึกษาที่ช่วยงานในโครงการ หัวหน้าโครงการอาจพิจารณาจ้างเป็นช่วงๆ ตาม ระยะเวลาที่ทำงาน หรือจ้างเป็นรายเดือนก็ได้ หากจ้างเป็นรายเดือนให้ใช้เกณฑ์ตามวุฒิขั้นสุดท้ายเป็น อัตราเงินเดือนเต็มคูณด้วยสัดส่วนของเวลาการจ้าง เช่น หนึ่งในสี่ หนึ่งในสาม หรือครึ่งหนึ่งของเวลา ทำงาน ตามดุลยพินิจของหัวหน้าโครงการ นิสิตนักศึกษาที่ยังมี Course work อยู่ไม่ควรคิดเวลาการจ้าง เกินครึ่งหนึ่งของเวลาเต็ม นิสิตนักศึกษาที่เรียน Course work ครบแล้ว และทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว สามารถจ้างในสัดส่วนเวลาที่สูงกว่านี้ได้

นักวิจัยที่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างแล้ว ไม่มีค่าล่วงเวลา

หมายเหตุ:

- 1) หมวดค่าตอบแทนและค่าจ้าง หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องทำหนังสือจาก “ผู้รับทุน” เพื่อขออนุมัติจาก บพข. ก่อน และไม่โอนย้ายเงินจากหมวดอื่นๆ มายังหมวดค่าตอบแทนหรือหมวดค่าจ้าง ยกเว้นมีการเปลี่ยนแปลงแผนงานวิจัย ซึ่งส่งผลให้มีผู้ร่วมงานเพิ่มขึ้นหรือปริมาณงานเพิ่มขึ้น โดยจะต้องได้รับการอนุมัติจาก บพข. ก่อนดำเนินการ
- 2) ในการรับเงินค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในโครงการ ห้ามมิให้มีการลงนามรับเงินแทนกัน

- 3) นักวิจัยและบุคลากรในโครงการที่ได้รับค่าตอบแทน/ค่าจ้าง จากโครงการวิจัยภายใต้เงินสนับสนุนทุนวิจัยของ บพข. มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องแจ้งและเสียภาษีเงินได้ในส่วนนี้ ตามกฎหมาย

2.3 หมวดค่าวัสดุ/อุปกรณ์

หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ สำหรับใช้งานในโครงการ ตามปกติ โดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูงและไม่มีความซับซ้อนทางเทคนิค โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- วัสดุสิ้นเปลือง หรือ สิ่งของที่มีลักษณะโดยสภาพไม่คงทนถาวร หรือมีอายุการใช้งานไม่ยาวนาน หมดไป หรือเปลี่ยนสภาพไปในระยะเวลาอันสั้น และรวมทั้งสิ่งของที่มีลักษณะการใช้งานยาวนาน ตัวอย่างเช่น อะไหล่เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ฯลฯ
- วัสดุที่มีราคาสูง เช่น อัญมณี โลหะมีค่า ซึ่งจำเป็นต้องซื้อเพื่อใช้ในการทดลอง ต้องมีทะเบียนวัสดุเฉพาะ ซึ่งระบุข้อมูลของวัสดุที่จัดซื้อแต่ละครั้ง เช่น น้ำหนัก ลักษณะรูป ถ่าย จำนวน สี และอื่นๆ และหัวหน้าโครงการลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท) หรือกรรมการ 3 คน ลงนามรับรอง (ในกรณีมูลค่าเกิน 50,000 บาท) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ จะต้องจำหน่ายวัสดุเหล่านี้เพื่อคืนเงินให้กับ บพข. เว้นแต่ จะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่น

และรวมถึงรายจ่ายดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นค่าวัสดุ/อุปกรณ์ด้วย

1. รายจ่ายเพื่อประกอบ ดัดแปลง ต่อเติม หรือปรับปรุงวัสดุ
 2. รายจ่ายเพื่อจัดหาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีราคาต่อหน่วยหรือต่อชุด ไม่เกิน 20,000 บาท
 3. รายจ่ายเพื่อจัดหาสิ่งของที่ใช้ในการซ่อมแซมบำรุงรักษาทรัพย์สินให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ
 4. รายจ่ายที่ต้องชำระพร้อมกับค่าวัสดุ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง เป็นต้น
 5. รายจ่ายสำหรับสัตว์ทดลอง (เช่น หนู กระจ่าง) ที่ต้องจัดหาเพื่อการวิจัยในลักษณะของการทดสอบในสัตว์ หลังการวิจัยแล้วไม่สามารถใช้ประโยชน์ต่อได้
- เกณฑ์ในการจัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุ อุปกรณ์ ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”

2.4 หมวดค่าใช้จ่าย

หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบริการต่างๆ ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมาะสมกับงาน และ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ให้เป็นไปตามระเบียบของหน่วยงานผู้รับทุน

2.4.1 ค่าจ้างในลักษณะที่เป็นงานเหมือดหรือจ้างงาน เช่น ค่าจ้างวิเคราะห์ ตัวอย่าง ค่าจ้าง ทำอุปกรณ์หรือซ่อมแซมอุปกรณ์ ค่าจ้างในการจัดทำต้นแบบ ค่าจ้างบรรทุกของ ค่าเช่ารถ ฯลฯ

ค่าจ้างเหมาบริการเช่นนี้ ต้องมีผู้ตรวจรับงานก่อนจ่ายเงิน ซึ่งโดยปกติจะเป็นหัวหน้า โครงการ นักวิจัย หรือคณะกรรมการตรวจรับงานลงนามตรวจรับงานในใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน

2.4.2 ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ หรือค่าประกันสังคม

จ่ายเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้ทีมนักวิจัย ที่มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานภาคสนามเป็นประจำ หรือที่มีความเสี่ยงสูงในการปฏิบัติงานวิจัย ในวงเงินคนละไม่เกิน 1,000,000 บาท

ค่าประกันสังคมหรือค่าประกันสุขภาพสำหรับผู้ช่วยนักวิจัย ให้เป็นไปตามระเบียบของ หน่วยงานผู้รับทุน

2.4.3 ค่าใช้สอยอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทนผู้ตอบแบบสอบถามหรืออาสาสมัคร

ค่าเดินทาง ในระหว่างปฏิบัติงาน ค่าวิเคราะห์ทดสอบ ทั้งนี้ขอให้แจกแจงรายละเอียดให้สอดคล้องกับแผนการ ดำเนินงาน

โดยปกติไม่มีเบี้ยประชุมสำหรับนักวิจัยผู้เข้าร่วมประชุมงานของโครงการ ในกรณีที่ ผู้เข้าร่วมประชุมบางคนต้องเดินทางมาจากสถานที่ห่างไกล ให้พิจารณาจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง (ตาม จ่ายจริง) และเบี้ยเลี้ยง ตามอัตราที่กำหนดของ “ผู้รับทุน” หรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่โครงการเชิญเข้า ร่วมประชุม จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะค่าประเมินหรือค่าที่ปรึกษา แต่ไม่ใช่เบี้ยประชุม

2.5 หมวดค่าครุภัณฑ์

บพข. มีเจตนารมณ์ ในการให้ครุภัณฑ์ที่จัดหามาใช้ในการดำเนินงานโครงการโดยใช้ เงินทุนของ บพข. ให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของ “ผู้รับทุน” เว้นแต่จะมีการตกลงกันเป็นหนังสือเป็นอย่างอื่น ดังนั้นเป็นหน้าที่ของ “ผู้รับทุน” ที่จะดำเนินการจัดหา รวมถึงการดูแลรักษาให้ครุภัณฑ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน

ค่าครุภัณฑ์ หมายถึง รายจ่ายเพื่อซื้อ แลกเปลี่ยน จ้างทำ ทำเอง หรือกรณีอื่นใดเพื่อให้ ได้มาซึ่งกรรมสิทธิ์ในสิ่งของที่มีลักษณะคงทนถาวร มีอายุการใช้งานประมาณ 1 ปีขึ้นไป และมีราคาหน่วย หนึ่ง หรือชุดหนึ่งมูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาท (ยกเว้นอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์หรือดิจิทัลแมจะมีมูลค่าไม่ถึง 10,000 บาท ก็ให้ถือว่าเป็นครุภัณฑ์ ด้วยเช่นกัน) รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ

ที่เกิดขึ้นซึ่งต้องชำระพร้อมกับ ค่าสิ่งของ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าพิธีการศุลกากร ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง ฯลฯ

ประเภทครุภัณฑ์ แบ่งตามลักษณะ การจัดการเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ประเภท ก. ครุภัณฑ์เฉพาะ: ครุภัณฑ์ที่เข้าข่ายกลุ่มนี้ คือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กับงานวิจัยและทดลองจำเพาะ เช่น

- ครุภัณฑ์ด้านวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องทดลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ
- ครุภัณฑ์ด้านการเกษตร เพื่อใช้ในการทดลองและการวิจัย เช่น ปศุสัตว์ (โค กระบือ ม้า ฯลฯ) ที่จัดหาเพื่อการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยยังคงใช้ ประโยชน์จากสัตว์ดังกล่าวได้) เครื่องเก็บเกี่ยว เครื่องผสมยาคลุกเมล็ดพันธุ์ ตู้เก็บ เมล็ดพันธุ์ ฯลฯ
- ครุภัณฑ์วิจัยด้านอุตสาหกรรม เช่น เครื่องจักรกลต่างๆ อุปกรณ์ ชิ้นส่วนต่างๆ ที่นำมาประกอบเป็นเครื่องต้นแบบ เมื่อสิ้นสุดโครงการ เครื่องต้นแบบถือเป็น Output ของงานวิจัย หากต้นแบบนั้นนักวิจัยประกอบเองให้จัดซื้อ-จัดจ้างตามสภาพสิ่งของ ได้แก่ ครุภัณฑ์ หรือ วัสดุ แต่กรณีนักวิจัยออกแบบต้นแบบเองและจ้างหน่วยงานอื่นประกอบหรือจัดทำ ให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นหมวดค่าจ้างในการจัดทำต้นแบบ โดยให้รวมค่าวัสดุ อุปกรณ์ การติดตั้ง ไว้ในใบเสร็จเดียว

2) ประเภท ข. ครุภัณฑ์ทั่วไป: บพข. มีเจตนาารมณ์สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำโครงการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นครุภัณฑ์ที่เป็น เครื่องมือหรืออุปกรณ์สำนักงาน ควรเป็นครุภัณฑ์ที่หน่วยงาน จัดหาให้

หมายเหตุ:

1. การจัดซื้อครุภัณฑ์ให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน” หลังจากโครงการทำการตรวจรับครุภัณฑ์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้จัดทำบัญชีคุมทรัพย์สินหรือทะเบียนแสดงรายการครุภัณฑ์ไว้และรายงานให้ บพข. ทราบด้วย รวมถึงรายงานในระบบฐานข้อมูลกลางด้วย (แจ้งภายหลัง)
2. ครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าเกิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาท) บพข. จะจ่ายให้ตามราคาจริง ภายใน 30 (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ บพข. ได้รับหนังสือขอเบิกจ่ายเงินและใบเสนอราคาจากผู้รับทุนแล้ว
3. ค่าครุภัณฑ์ให้รวมรายจ่ายเพื่อประกอบ ดัดแปลง ต่อเติม ค่าขนส่ง ค่าภาษี ค่าประกันภัย ค่าติดตั้ง แล้ว

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. อนุมัติครุภัณฑ์เป็นรายการตามความจำเป็นเพื่อการวิจัยและพัฒนาเท่านั้น การซื้อครุภัณฑ์ควรซื้อ เฉพาะรายการที่จำเป็นต้องใช้จริงในขณะนั้นเท่านั้น รายการใดที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้หรือยังไม่แน่ใจว่าจะต้องใช้หรือไม่ หรือมีแนวโน้มว่าจะได้มาจากแหล่งอื่น เช่นงบประมาณปกติ ควรชะลอไว้ก่อน
2. หัวหน้าโครงการไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงงบประมาณและรายการครุภัณฑ์ที่ระบุในข้อเสนอ โครงการแนบท้ายสัญญาได้ (ไม่ถัวเฉลี่ย) ยกเว้นมีเหตุจำเป็นให้ทำหนังสือจากต้นสังกัดชี้แจงสาเหตุ เพื่อขออนุมัติจาก บพข. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจะปรับเปลี่ยนงบประมาณและรายการหมวดนี้ได้
3. ครุภัณฑ์ที่จัดซื้อจากต่างประเทศ ให้ใช้ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยผู้ขายในต่างประเทศ หรือ Proforma invoice ได้ โดยให้เบิกจ่ายตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ทางธนาคารเรียกเก็บ และต้องมีหลักฐานแสดงไว้ด้วย
4. ครุภัณฑ์เพื่อการดำเนินโครงการเป็นกรรมสิทธิ์ของผู้รับทุน เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว ให้หัวหน้าโครงการรายงานสรุปรายการและสภาพครุภัณฑ์ของโครงการให้ บพข. ทราบ
5. ถ้ามีการใช้ประโยชน์จากครุภัณฑ์ เช่น ให้บริการ รายได้จากการให้บริการให้เป็นของผู้รับทุน แต่ให้แจ้งในรายงานความก้าวหน้า
6. กรณีครุภัณฑ์ที่จัดซื้อด้วยงบประมาณโครงการที่ภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ร่วมสมทบงบประมาณบางส่วน กรรมสิทธิ์ในครุภัณฑ์ให้ทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ระหว่างผู้รับทุน และผู้ให้ทุนร่วม ทั้งนี้หากภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ร่วมสมทบงบประมาณหมวดครุภัณฑ์ มีความประสงค์จะเป็นเจ้าของครุภัณฑ์ดังกล่าว จะต้องสนับสนุนค่าครุภัณฑ์นั้น เป็น in cash ไม่น้อยกว่า 50%

2.6 ค่าบำรุงสถาบัน (ค่าบริหารโครงการ)

เป็นค่าบำรุงเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการของสถาบัน ซึ่งจัดสรรให้แก่ หน่วยงานต้นสังกัดของนักวิจัยในโครงการ เป็นจำนวนรวมไม่เกินร้อยละ 10 (สิบ) ของงบดำเนินการ โครงการ (ไม่รวมหมวดครุภัณฑ์) การเบิกจ่ายจะจ่ายพร้อมงบดำเนินการตามการจ่ายเงินงวดปกติของ โครงการ และงวดสุดท้ายจะจ่ายส่วนที่เหลือเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยได้รับผลงานสมบูรณ์ตามสัญญา และ ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามสัญญา

หากโครงการมีผู้ร่วมโครงการจากหลายสถาบันหรือหลายหน่วยงาน การจ่ายเงินดังกล่าว จะจ่ายให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการเท่านั้น นอกจากจะมีการตกลงกันเป็นอย่างอื่นเป็น ลายลักษณ์อักษร ซึ่งเมื่อรวมแล้วต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของงบดำเนินการโครงการ

เงินค่าบำรุงสถาบันนี้ ให้ใช้ในกิจกรรมทางวิชาการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการวิจัยให้กับสถาบัน เช่น การพัฒนาบุคลากรเชิงวิชาการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การปรับปรุงสถานที่และ อุปกรณ์ การสอนหรือการวิจัย หรือสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในและระหว่างประเทศ และค่า สาธารณูปโภค เป็นต้น การจัดสรรเงินค่าบำรุงสถาบันให้เป็นไปตามระเบียบของ “ผู้รับทุน”

โครงการวิจัยที่มีงบประมาณรวมมากกว่า 10 ล้านบาท บพข. ขอสงวนสิทธิ์ในการ พิจารณาค่าบำรุงสถาบันเป็นกรณีพิเศษ ตามลักษณะของโครงการ

ภาคผนวก ข. ข้อมูลที่รวบรวมเอกสารว่าด้วยพื้นที่กรณีศึกษา เพื่อศึกษาผลกระทบต่อประชาชน

1) จังหวัดชายแดนใต้และสงขลา: ลำดับสถานการณ์ ระลอก 3

2 เมษายน 2564 นราธิวาสได้รับวัคซีน 5,000 โดส เตรียมกระจายฉีดใน 13 อำเภอ ฉีดได้ 2,500 คน ใช้ระบบลงทะเบียนและคัดเลือกฉีดให้กลุ่มเสี่ยงก่อน 5 เมษายน 2564 โรงพยาบาลสุโขทัย-โกลก ฉีดวัคซีนซิโนแวคตามความสมัครใจ 640 คน ให้สาธารณสุขด่านหน้าของโรงพยาบาล สุโขทัย-โกลก เจ้าหน้าที่ด่านศุลกากร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ หลังพบการติดเชื้อ 114 คนที่เรือนจำนราธิวาส ตั้งเป้าเมษายนฉีดซิโนแวค 2,500 คน ใน 13 อำเภอ โดยจะกระจายวัคซีนตามความเสี่ยง แผนมิถุนายน 2564 ฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกา 450,000 คน 18 เมษายน 2564 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำชับให้คนไทยที่เดินทางกลับจากมาเลเซียปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขในการคัดกรองโควิด-19 อย่างเคร่งครัด และยังคงควบคุมให้เปิดด่านถาวรทางบกเพียง 4 ด่าน และจำกัดจำนวนคนแต่ละด่านไม่เกินวันละ 125 คน ขณะที่การนำเข้าและส่งออกสินค้ายังเป็นปกติโดยเฉพาะสินค้าที่จำเป็นในการอุปโภคและบริโภค และดำเนินการตามมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด-19 อย่างเข้มงวด ทั้งนี้ช่วงรอมฎอนขอสนับสนุนให้พี่น้องมุสลิมปฏิบัติตามศาสนกิจโดยมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด ด้าน ศอ.บต. เตรียมพร้อมการจัดหาเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งเตียงในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และ Hospitel การซักซ้อมความเข้าใจในการปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาตามประกาศของสำนักงานจุฬาราชมนตรีและคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด

28 เมษายน 2564 ผู้ว่าฯ ยะลา ประกาศยกระดับการป้องกันโควิด-19 สั่งเคอร์ฟิว ตั้งแต่เวลา 22.00-04.00 น. เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 1-18 พฤษภาคม 2564 ตำรวจจับผู้ไม่สวมหน้ากากในที่สาธารณะแล้ว 4 คน ส่งศาลพิพากษาปรับ 1,000 – 2,000 คน ตั้งด่านตรวจเข้า-ออก ทั้ง 11 ด่าน หากเข้ายะลาต้องสแกน QR โค้ด หากออกนอกบ้านเกินเวลาเคอร์ฟิวส์จะจับดำเนินคดีทันที ทั้งนี้ ณ วันนี้ มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 4 คน ผู้ป่วยสะสม 39 คน และมีในกรงปินัง 2 คนที่ต้องเฝ้าระวัง

1 พฤษภาคม 2564 ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด -19 จ.ยะลา (ศบค.ยะลา) สั่งปิด 5 หมู่บ้านใน 2 อำเภอ เร่งคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกป้องกันการขยายวงกว้าง คุมเข้มจุดคัดกรอง 11 ด่านรอยต่อ เข้า-ออก เมืองยะลาตั้งแต่วันที่ 1-18 พฤษภาคม 2564

12 พฤษภาคม 2564 สำนักจุฬาราชมนตรีได้ประกาศวันอีฎิ้ลฟิตริตรงกับวันพฤหัสบดีที่ 13 พฤษภาคม 2564 ชี้แจงข้อปฏิบัติศาสนกิจละหมาดอีฎิ้ลฟิตริตามมาตรการป้องกันโควิด-19 ทั้งนี้ รวมทั้งข้อกำหนดเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด -19 โดยเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม ที่ผ่านมา ทางจุฬาราชมนตรี ได้ออกประกาศ (ฉบับที่ 5/2564) ว่าด้วยเรื่องการปฏิบัติศาสนกิจละหมาด อีฎิ้ลฟิตริ

31 พฤษภาคม 2564 ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย เปิดให้ อปท. ที่มีงบจัดหาวัคซีนทางเลือก จองซื้อวัคซีนซิโนฟาร์ม โดยล็อตแรกจะเข้ามา 1 ล้านโดส ในเดือน มิถุนายน 2564 อบจ.ปัตตานี และ อบจ.ยะลา สนใจเข้าร่วมโครงการ

11 มิถุนายน 2564 ประชุมคณะกรรมการจังหวัดนราธิวาส (ส่วนหน้า) มีคำสั่งเปิด 3 หมู่บ้าน ชุมบะกะเหลียง-ศรีพจน์ ของตำบลเกาะสะท้อน อ.ตากใบ จ.นราธิวาส หลังใช้เวลา 1 เดือนจึงควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ เหลืออีก 3 หมู่บ้านที่ยังคงปิดต่อ ใช้วิธีการควบคุมโรคภายในหมู่บ้านด้วยการห้ามข้ามเขตหมู่บ้าน อนุญาตให้ผู้ที่ไม่มีอาการติดเชื้อหรือรักษาหายจากโรคแล้วออกจากหมู่บ้านไปทำงาน แต่ก็พบว่า มีบางคนที่ย้ายจ้างไม่ยอมจ้างงานพวกเขา เพราะกลัวติดเชื้อสายพันธุ์อัฟริกา ผู้คนส่วนใหญ่ตกงานไม่มีรายได้ แต่มีรายจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอาหาร

13 มิถุนายน 2564 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สงขลาสั่งล๊อคดาวน์ “เก้าเส้ง” ชุมชนแออัดใน เมือง สงขลา และมีคลัสเตอร์ใหม่โควิด-19 ระลอก 3 หลังพบติดเชื้อ 19 คน จากการสุ่มตรวจ 200 คน และมีผู้สัมผัสเสี่ยงประมาณ 100 คน

17 มิถุนายน 2564 พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในเขตอุตสาหกรรม ปัตตานี ต.บานา เมือง ปัตตานี 2 แห่ง คือ 1) คลัสเตอร์โรงงานปลากระป๋อง รอยัลฟู้ดส์ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 58 คน ยอดผู้ติดเชื้อสะสม 195 คน และมีผู้เสี่ยงสูงอีกเกือบ 100 คน และ 2) คลัสเตอร์โรงงานแปรรูปอาหารทะเล แพอรูณ พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 4 คน ยอดผู้ติดเชื้อสะสม 19 คน ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ของปัตตานี 69 คน และยอดติดเชื้อสะสม 886 คน

18 มิถุนายน 2564 ชุมชนบาหลีเซาะ 184 พบผู้ติดเชื้อเพิ่มเป็น 60 คนแล้ว จากผู้ที่อาศัยอยู่ 880 คน และมีการตรวจเชิงรุกไปแล้ว 351 คน ศบค.ยะลา มีคำสั่งล๊อคดาวน์ชุมชนบาหลีเซาะ 14 วัน ตั้งแต่ 15 ถึง 28 มิถุนายน 2564

25 มิถุนายน 2564 พล.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกฯ สั่งปิดแคมป์คนงาน กรุงเทพฯ และ 4 จังหวัดชายแดนใต้ ให้กระทรวงแรงงานจ่ายเงินชดเชยเยียวยาและดูแลทั้งแรงงานไทยและต่างด้าว ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน และจะมีการจำกัดการเคลื่อนย้ายเดินทางไปมาข้ามจังหวัดด้วย / ยะลา ผู้ป่วยใหม่สูง 215 คน ขึ้นอันดับ 3 ของประเทศ สาเหตุติดเชื้อจากกลุ่มม้งกัสยะลา / นราธิวาส การติดเชื้อแบบก้าวกระโดด และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงจากคลัสเตอร์ม้งกัสยะ / เบตงปิด 2 หมู่บ้านหลังมีผู้ติดเชื้อใหม่ 66 คน มีผลตั้งแต่ 24 มิถุนายน จนกว่าสถานการณ์คลี่คลาย / อ.เมืองปัตตานี ปิดหมู่บ้าน ม.3 บ้านสระมาลา ต.คลองมาโนง หลังผู้ป่วยติดเชื้อจากม้งกัสยะลาเสียชีวิต 1 คน และพบผู้ติดเชื้อในหมู่บ้าน มีการถมดินสูงปิดทางเข้าออกหมู่บ้าน 6 เส้น ป้องกันการเข้าออกโดยไม่ผ่านการตรวจคัดกรอง / คณะกรรมการควบคุมโรคสงขลา ออกคำสั่งปิดสถานที่ท่องเที่ยว "ลิวด์ สวิตเซอร์แลนด์จะนะ" ห้ามเข้า 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ 24 มิถุนายน ถึง 47 กรกฎาคม 2564 ตามอำนาจ ม.18 ใน พ.ร.ก.บริหารราชการฉุกเฉิน 2548 ผู้ใดฝ่าฝืน มีความผิดตามมาตรา 52 โทษจำคุก 1 ปี ปรับ 1 แสนบาท / นราธิวาส ผู้ป่วยรายใหม่ 60 คน มีผู้ป่วยสะสม 1,805 คน รักษาหายสะสม 1,198 คน เสียชีวิตสะสม 4 คน 26 มิถุนายน 2564 ราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่ คำสั่งและข้อกำหนดศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) จำนวน 2 ฉบับ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พื้นที่สีแดง 10 จังหวัด หากออกนอก ต้องแสดงบัตรประชาชน ควบคู่กับเอกสารรับรองความจำเป็นที่ออกโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือฝ่ายปกครองในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ นราธิวาส-ปัตตานี-ยะลา-สงขลา อยู่ในลิสต์ด้วย

28 มิถุนายน 2564 ผู้ว่าฯ เจษฎา จิตรัตน์ ประธานกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนราธิวาส และผู้กำกับการบริหารในสถานการณ์ฉุกเฉิน จังหวัดนราธิวาส มีคำสั่ง จังหวัดนราธิวาส ที่3353/2564 เรื่อง มาตรการตรวจคัดกรองเดินทางเข้า-ออกพื้นที่จังหวัดนราธิวาส เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และตัวอย่างเอกสารขอเข้า-ออกพื้นที่ จ.นราธิวาส ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2564 โดยผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส

9 กรกฎาคม 2564 มติ ศบค. ครั้งที่ 9/2564 มีคำสั่งมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 ระลอก 4 หลังจากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูงมาก มาตรการล็อกดาวน์ ประกาศเคอร์ฟิว คุมเข้มพื้นที่ 10 จังหวัด/ การแพร่ระบาดโควิดระลอก 4 ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยและยอดผู้เสียชีวิตของปัตตานีพุ่งสูงถึง 1.78 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคใต้ตอนล่างและประเทศไทย เริ่มใกล้เคียง 2 % ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิดทั่วโลก 1 กันยายน 2564 ปัตตานี คลายล็อกดาวน์ (หลังคลายล็อกดาวน์ 1 กันยายน 2564 โรงพยาบาลสนาม ม.อ.ปัตตานี ปิดได้ไม่กี่วัน กลับต้องเปิดเพื่อกักตัวผู้ป่วยติดเชื้อใหม่)

20 กันยายน 2564 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นห่วง อัตราผู้ติดเชื้อที่มีทิศทางสูงขึ้น และอัตราผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกด้วย ขณะที่การรายงานฉีดวัคซีนครอบคลุมค่อนข้างน้อย โดยมี จ.ยะลา เพียงจังหวัดเดียว ฉีดกลุ่ม 608 เกิน 70% ขณะที่ผู้ติดเชื้อยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

22 กันยายน 2564 ผู้ติดเชื้อใหม่วันนี้ สงขลา-นราธิวาส-ปัตตานี ติดในกลุ่ม 10 อันดับต้นของประเทศ ยะลาเปิดศูนย์แยกกักตัว 23 แห่ง นราธิวาสให้ทำบุญเดือนสิบได้แต่งด “ชิงเปรต”

24 กันยายน 2564 วิกฤต โควิด-19 นราธิวาส ติดเชื้อรายใหม่ 439 คน ติดอันดับ 7 “นิวไฮ” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเร่งฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ กลุ่ม 608 ขณะที่สงขลา มีผู้ติดเชื้อ 666 คน ขึ้นอันดับ 6 และยะลามีผู้ติดเชื้อใหม่ 675 คน ขึ้นอันดับ 4 ของประเทศ

26 กันยายน 2564 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้เข้าสู่ภาวะวิกฤต จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและอยู่ระหว่างรักษาตัวสูงในขณะที่เตียงว่างสำรองมีสัดส่วนน้อย

27 กันยายน 2564 แนวโน้มการติดเชื้อโควิด-19 ในภาคใต้เพิ่มระดับความรุนแรง สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มรายวัน เป็นลำดับที่ 4, 5, 7 และ 8 จาก 10 อันดับต้นของประเทศ

28 กันยายน 2564 ยะลาและสงขลาความครอบคลุมการได้รับฉีดวัคซีนกลุ่มผู้สูงอายุได้ 50 % ความครอบคลุมประชากรทั้งหมด 40 – 49 % ขณะที่ปัตตานีและนราธิวาสฉีดวัคซีนยังไม่ถึง 40 %

4 ตุลาคม 2564 นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ประธานชมรมแพทย์ชนบท และ ผอ.โรงพยาบาลยะลา จ.สงขลา โพสต์ Facebook ระบุ “โควิดชายแดนใต้ สาเหตุการแพร่ระบาดโควิด-19 หนักมากใน 4 สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะวัคซีนยังน้อยมาก การเรียกร้องให้ประชาชนใน 4 จังหวัดระวังป้องกันตัวเองไม่เพียงพอ จึงเรียกร้องให้จัดสรรวัคซีนเพิ่มจากปกติที่ได้รับจัดสรร 10,000 โดสต่ออำเภอ จึงจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดที่กำลังวิกฤตในขณะนั้นได้”

5 ตุลาคม 2564 ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใน 4 จังหวัดภาคใต้ พบผู้ป่วยรายใหม่ 1,890 คน จ.ปัตตานี 530 คน สงขลา 468 คน นราธิวาส 461 คน และ จ.ยะลา 431 คน คาดว่าสถานการณ์นี้ยังเกิดขึ้นตลอดปี 2564

6 ตุลาคม 2564 หลังพบว่า วันนี้ จังหวัดชายแดนใต้ที่พบผู้ป่วยรายใหม่ 1,922 คน พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี สั่งการให้ นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมคณะ ลงพื้นที่เพื่อติดตามสถานการณ์ กำหนดให้ควบคุมการระบาดภายใน 1-2 เดือน ลดจำนวนผู้ติดเชื้อสัปดาห์ละ 10 %

7 ตุลาคม 2564 ศปก.เทศบาลเมืองเบตง ปิดตลาดเทศบาลเบตง และสถานที่ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่ 5-11 ตุลาคม 2564

8 ตุลาคม 2564 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเผยเตรียมล็อกดาวน์ 4 จังหวัดใต้ "พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2564" เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 หลังลงพื้นที่ตามคำสั่งนายกเมื่อ 6 ตุลาคม 2564 สธ.จะเร่งกระจายวัคซีน โดยส่งวัคซีน 100,000 โดส ไปในพื้นที่ รวมถึงเร่งกระจายชุดตรวจ ATK และยาฟาวิพิราเวียร์ 1 ล้านเม็ด /ผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ 10,817 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 84 คน ผู้ติดเชื้อใหม่ แยกเป็นพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล 2,061 คน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2,332 คน จังหวัดอื่นๆ 67 จังหวัด 6,311 คน และเรือนจำและที่ต้องขัง 50 คน แยกออกมาพบในพื้นที่ชายแดนใต้ กำลังเพิ่มขึ้นตามลำดับ อัตราการติดเชื้อต่อวันอยู่ที่ 20 % หรือ 1 ใน 5 ของการติดเชื้อทั่วประเทศ จึงเร่งทยอยฉีดวัคซีน ร่วมกับมาตรการอื่นๆ แต่หากยังมีการระบาดรุนแรงจะยืดเวลาใช้มาตรการล็อกดาวน์อีก

11 ตุลาคม 2564 นายกแถลง ผ่อนคลายมาตรการคุมเข้มหลังภาพรวมประเทศจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง เตรียมทดลองเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีความเสี่ยงต่ำและฉีดวัคซีนครบ 2 โดสแล้ว ปรับระดับของพื้นที่สีแดงเหลือ 23 จังหวัด 14 ตุลาคม 2564 เตรียมจัดตั้ง ศบค. ส่วนหน้า ในจังหวัด 4 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเสี่ยงสูง นายกรัฐมนตรียังขอบคุณและชื่นชมในความสำเร็จของเจ้าหน้าที่ และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานอื่น ๆ ในการจัดหาและให้บริการฉีดวัคซีนได้เกินเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้เป็นอย่างมาก โดยสามารถฉีดวัคซีนได้เพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าจากเดือนพฤษภาคม จนประเทศไทยกลายเป็นหนึ่งในสิบประเทศ ที่ฉีดวัคซีนได้เร็วที่สุดในโลก

14 ตุลาคม 2564 อนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายเดินทางตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและรักษาในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19ในพื้นที่ 4 "ผมยังมีความมั่นใจว่าหากภายในเดือนตุลาคมนี้ได้ฉีดวัคซีนตามเป้าหมาย 70% จะทำให้ตัวเลขผู้ติดเชื้อโควิดลดลงได้ โดยสัดส่วนที่ลดลงนั้นก็ช่วยทำให้ภาพรวมทั้งประเทศดีขึ้นด้วยและมั่นใจว่าจะไม่เป็นอุปสรรคในการเปิดประเทศ 1พ.ย.นี้" นายอนุทิน กล่าว

12 ตุลาคม 2564 นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์ ได้ลงนามในคำสั่งให้บุคลากรทางการแพทย์และทีมบุคลากรทางการแพทย์จากส่วนกลางไปปฏิบัติงานในสถานการณ์โควิดในจังหวัดปัตตานี โดยจะมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ลงพื้นที่ไปตั้งแต่วันที่ 13 ตุลาคมที่ผ่านมา ในชุดแรก จำนวน 18 ราย 14 ตุลาคม 2564 พล.อ. สุพจน์ มาลานิยม เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ระบุว่า จะต้อง

มีมาตรการออกมาเพื่อแก้ปัญหาการระบาดในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ ให้สถานการณ์ดีขึ้น หลังการประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ชุดใหญ่

14 ตุลาคม 2564 ที่จ.สงขลา นายเจษฎา จิตรัตน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา และผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา ลงนามคำสั่งขยายระยะเวลาการบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินออกไปอีก มีผลตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2564 ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 โดยมีรายละเอียดคำสั่งจังหวัดสงขลาเรื่อง การตั้งด่านตรวจ จุดคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ตามที่ได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่ 26 มีนาคม 2563 และต่อมาได้ขยายระยะเวลาการบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวออกไปเป็นคราวที่ 14 จนถึง 30 พฤศจิกายน 2564

15 ตุลาคม 2564 ที่ประชุมร่วมกับภาครัฐและเอกชน ที่ห้องประชุมด้านศุลกากร สุโขทัย-ถนนราธิวาส มีมติเปิดด่านตากใบ และด่านบูเก๊ะตา ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2564 เป็นต้นไป

15 ตุลาคม 2564 ราชกิจจานุเบกษา เผยแพร่ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 15/2564 เรื่อง พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด พื้นที่ควบคุมสูงสุด และพื้นที่ควบคุม ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เป็นการ ปรับสีจังหวัดทั่วประเทศใหม่ กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 23 จังหวัด พื้นที่ควบคุมสูงสุด 30 จังหวัด และพื้นที่ควบคุม 24 จังหวัด มีผล 16 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป / ผู้ว่าฯ สงขลา เจษฎา จิตรัตน์ ประธานคณะกรรมการโรคติดต่อสงขลา ผู้กำกับการบริหารในสถานการณ์ฉุกเฉินในจังหวัดสงขลาออก คำสั่ง 2 ฉบับ คือ 1) คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลา ที่ 125/2564 เรื่อง ขยายเวลาห้ามออกนอกเคหสถาน ตั้งแต่เวลา 23.00 - 03.00 น. ของวันรุ่งขึ้น ลงนาม 15 ตุลาคม 2564 มีผล 16 ตุลาคม 2564 ไปจนถึง 31 ตุลาคม 2564

18 ตุลาคม 2564 เว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา เผยแพร่ประกาศคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 21/2564 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อให้การบริหารจัดการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินโดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ /ส.ส. ยะลา และนราธิวาส พรรคประชาชาติ ดึง ศบค.ส่วนหน้าสร้างแรงต้านในพื้นที่ ทับซ้อนโครงสร้างการทำงานท้องถิ่น DE ต้องเร่งแก้ข่าวปลอม จัดสรรวัคซีนให้พอและเลือกได้ เพิ่มงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ บุคลากรหน้าด่าน และหนุนสร้างมัสยิดตัวอย่าง ทำความเข้าใจวิถีวัฒนธรรมชายแดนใต้ ดึงองค์กรศาสนาร่วมทำงานกับบุคลากรหน้าด่านที่กำลังอ่อนล้าเพราะภาระงานหนัก

20 ตุลาคม 2564 พลเอกณัฐพล นาคพาณิชย์ ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี และ ผู้อำนวยการศูนย์บูรณาการ ผอ.ศบค.ส่วน หน้าแก้ไขสถานการณ์โควิด -19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ลงพื้นที่จังหวัดยะลาหารือกับประธานคณะกรรมการอิสลามกลางประจำจังหวัดทั้ง 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้แทน และผู้นำศาสนา

21 ตุลาคม 2564 วิโรจน์ ลักษณะอดิสร ส.ส.บัญชีรายชื่อ พรรคก้าวไกล เผยแพร่บทความ โควิดที่ชายแดนภาคใต้ จะคลี่คลายได้ต้องอาศัยความไว้วางใจ ไม่ใช่การใช้อำนาจบังคับ ซึ่งที่ผ่านมาประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้ถูกระงับการชุมนุมการชุมนุมที่มีความหวาดระแวง หากใช้อำนาจบังคับในการจัดการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโควิดจะเป็นความเสี่ยงมากกว่าผลดี เสนอบทบาทหลักในการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด จึงควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานด้านความมั่นคงเป็นหน่วยงานเสริมด้านกำลังคน และรัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรในการดำเนินการอย่างเต็มที่

22 ตุลาคม 2564 วีระศักดิ์ วิวัฒนวงศ์ ในฐานะของนักวิชาการด้านระบาดวิทยาในพื้นที่ มีข้อเสนอต่อกรณีนี้ รัฐบาลจัดตั้ง ศบค. ส่วนหน้า เพื่อควบคุมการระบาดของโรคนี้ในสี่จังหวัดภาคใต้ ว่า ให้มหาวิทยาลัยในพื้นที่ชายแดนใต้ ร่วมมือกันศึกษาวิจัยวัดระดับแอนติบอดีต่อเชื้อในตัวแทนประชากร เพื่อให้เข้าใจต้นทุนของภูมิคุ้มกันในปัจจุบันว่ามีมากน้อยเพียงไร และระดมฉีดวัคซีนให้ได้ 90 % ของประชากรในพื้นที่ เพราะขณะนี้โควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่นและมีการกลายพันธุ์ได้หลากหลายสายพันธุ์ ควบคุมยากแต่มีข้อดีที่อัตราการตายต่ำ ทั้งนี้การแนวโน้มการแพร่ระบาดของโควิด-19 อาจกำลังลดลงโดยธรรมชาติของการแพร่ระบาดโรค

23 ตุลาคม 2564 วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒนวงศ์ ออกมาเสนอความเห็นต่อกรณีการตั้ง ศบค.ส่วนหน้า ว่า การนำบุคลากรจากภายนอกเข้ามาปฏิบัติการเชิงรุกในพื้นที่จะไม่ส่งผลให้แผนการฉีดวัคซีนสำเร็จ เพราะในจังหวัดชายแดนใต้มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีความละเอียดซับซ้อน และมีความเปราะบางทางการเมืองในกลุ่มประชากรที่ยังไม่คล้อยตามมาตรการการรับวัคซีนควรให้มีเรียนรู้ถึงผลกระทบด้วยตัวเอง และให้พิจารณาการฉีดวัคซีนควรพิจารณา ฉีดวัคซีนในกลุ่มในกลุ่มประชากรที่มีสมาชิกหนาแน่น ที่ยังไม่ติดเชื้อ บนแนวคิดทางระบาดวิทยา Number Needed to Treat (NNT) นอกจากนี้ควรฉีดวัคซีนให้กับ คนยากจนที่อยู่ห่างไกล แรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย และผู้เห็นต่างทางการเมือง ที่ยังเข้าไม่ถึงวัคซีนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งพวกเขาเหล่านี้มีสิทธิเท่าเทียมทางระบาดวิทยา ที่ต้องได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดโรค

24 ตุลาคม 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ คิดเป็น 1 ใน 5 ของทั้งประเทศ และอัตราการติดเชื้อใหม่ต่อประชากร 100,000 คน สูงกว่ากรุงเทพฯ 5 เท่า

2) เชียงราย

2.1) บริบทความเมืองในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ไทย-ลาว-เมียนมา

เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย วาดฝันถึงการลงทุนอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ แต่ประชาชนในพื้นที่ต่อต้าน เพราะไม่ตอบโจทย์ศักยภาพของพื้นที่ นักลงทุนไม่สนใจลงทุนในอุตสาหกรรมขนาดใหญ่เนื่องจากไม่ได้รับสิทธิพิเศษจาก BIO อย่างที่ควรจะเป็น พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษเป็นพื้นที่ปฏิรูปเพื่อการเกษตรมาสอดคล้องกับ

นักลงทุนอุตสาหกรรมแปรรูปและคลังสินค้าที่ต้องการพื้นที่สูงแต่พื้นที่มีราคาแพง นโยบายเอื้อทุนใหญ่มากกว่ารายย่อย และเป็นลักษณะ Top Down ขาดด้านการพัฒนาและยกระดับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่⁵⁵⁰

เขตเศรษฐกิจพิเศษ ได้นำการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ ทั้งในเชิงกายภาพและในเชิงสังคม มาสู่อำนาจบริเวณชายแดน (ของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านอาเซียน) เกิด “ความหมายใหม่” ของชายแดนในฐานะที่เป็น พื้นที่แห่งการพัฒนา พื้นที่โอกาสทางเศรษฐกิจใหม่ หรือพื้นที่แห่งความหวัง พื้นที่แห่งการบริโภค นั้นปรากฏขึ้นและจับต้องได้⁵⁵¹

เขตเศรษฐกิจพิเศษ เชียงของ เป็นอำเภอบริเวณชายแดน และกระบวนการที่มีทั้งเชื่อมต่อและควบคุมให้ง่ายขึ้น ซึ่งเชื่อมต่อกับ 2 ชายฝั่งไปถึงภายในเท่าที่จะเชื่อมต่อได้ เป็นโครงการที่มาพร้อมงบประมาณข้อตกลง และ new regulation เช่นเดียวกันกับการรับมือโควิด-19 ที่มีการกำกับและอำนวยความสะดวกในการข้ามแดน คนในพื้นที่ที่มีการต่อรอง ต่อสู้กับนโยบายรัฐที่ไม่สอดคล้องกับฐานการพัฒนาอาชีพความเป็นอยู่ที่มีมาแต่เดิม เมื่อคนชายแดนประสบปัญหาการประกอบอาชีพ ก็มีการ คนในพื้นที่ชายแดนมีการ “ดันชีวิต” ปรับปรุงวิธีทำมาหากินอย่างมีทิศทางบนความเชี่ยวชาญเดิมและการมีเครือข่าย ทั้งนี้เชียงของมีความเป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษของตนเองมาก่อนหน้าที่จะมีเขตเศรษฐกิจพิเศษของรัฐ คน 2 ฝั่งมีการพึ่งพาเศรษฐกิจข้ามแดน แต่เมื่อเกิดสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา และ พื้นที่ลอจิสติกส์รอบสะพาน รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานและถนนบายพาสต์ที่ออกแบบเอื้อทุนใหญ่และมาจากนโยบายแบบ Top Down สร้างปัญหาให้กับคนในพื้นที่ รูปแบบเศรษฐกิจเปลี่ยนไป ผู้ประกอบการที่อิงกับธุรกิจทำข้ามเรือในอดีตได้รับผลกระทบ⁵⁵²

2.2) ความร่วมมือทางสาธารณสุขไร้พรมแดนไทย-ลาว⁵⁵³

โครงการสาธารณสุข: สาธารณสุขไร้พรมแดน TICA ความท้าทายในการร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคที่ต้นทาง

ข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดน

2.3) สภาพของแรงงานข้ามชาติเชียงรายในช่วงโควิด-19

⁵⁵⁰ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเชียงราย: นโยบายเพื่อฟื้นหรือศักยภาพที่ยังไม่ถูกค้นพบ โครงการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจ

ชายแดนและโลจิสติกส์ (Office of Border Economy and Logistics Study: OBELS)

<https://rs.mfu.ac.th/obels/?p=1844> เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2564

⁵⁵¹ วสันต์ ปัญญาแก้ว เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย กับการเคลื่อนย้ายของผู้คน ภาควิชาสังคมวิทยาและ

มานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [https://socanth.tu.ac.th/wp-](https://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2018/02/JSA-36-1-editorial.pdf)

[content/uploads/2018/02/JSA-36-1-editorial.pdf](https://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2018/02/JSA-36-1-editorial.pdf)

⁵⁵² การเสวนา “Book Talk แม่สอด เชียงของ เศรษฐกิจการพัฒนาของผู้คนและชีวิตของผู้คนในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-

พม่า” ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 การประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Zoom 10 กันยายน 2564 จัดโดย สำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

<https://www.facebook.com/535181953538930/videos/526022175125344>

⁵⁵³ กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ [https://tica-thaigov.mfa.go.th/th/page/โครงการด้านสาธารณสุขชายแดน?](https://tica-thaigov.mfa.go.th/th/page/โครงการด้านสาธารณสุขชายแดน?menu=605af339d3012d331462c542)

[menu=605af339d3012d331462c542](https://tica-thaigov.mfa.go.th/th/page/โครงการด้านสาธารณสุขชายแดน?menu=605af339d3012d331462c542)

แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และแม่เลี้ยงเดี่ยวที่เชียงราย ได้รับผลกระทบมากขึ้นเพราะโควิด-19 ถูกลดชั่วโมงทำงานและเลิกจ้าง แต่กลับไม่ได้รับการดูแลจากรัฐบาลไทย และเข้าถึงบริการทางสุขภาพยากขึ้น อนาคตแรงงานข้ามชาติสะท้อนจากการปฏิบัติและเอกสารที่ใช้สื่อสาร 554

ในสถานการณ์การโควิด-19 แรงงานข้ามชาติถูกรัฐทำให้เป็นอื่น มีสถานเพียงทรัพยากรทางการผลิตในระบบเศรษฐกิจ และถูกกดทับจนไร้อัตนตมมากยิ่งขึ้นกว่าก่อนโควิด-19 ซึ่งเห็นได้จากมาตรการของรัฐที่คิดจากศูนย์กลางและเน้นการควบคุมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในเชียงราย ซึ่งมีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดเชียงรายไม่มาก และตัวเลขการติดโควิด 19 ไม่ได้สูงเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในพื้นที่ขึ้นใน แต่พบว่า มาตรการพื้นที่ควบคุม เป็นมาตรการแบ่งแยกระหว่างชุมชนที่มี “คนติดเชื้อ” ออกจากชุมชนหลักนี้ ยังสร้างเส้นแบ่งระหว่างแรงงานข้ามชาติด้วยกันเองเช่นกัน⁵⁵⁵

2.4) บทบาทของภาคสังคมเชียงรายในการจัดการโควิด-19

ประสบการณ์โควิด-19 ที่เชียงราย ทำให้เห็นว่าการจัดการชายแดนของรัฐวางอยู่บนหลักเกณฑ์ความมั่นคงแบบรัฐรวมศูนย์ แต่ท่ามกลางโควิด-19 ทั้ง 3ระลอก เราเห็นบทบาทใหม่ๆ ของกลุ่ม/องค์กรในสังคมไทยในพื้นที่ชายแดนที่ต่างก็ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ได้ตั้งคำถามกับนิยามของรัฐกับ “ความมั่นคง” ที่โยงกับในเรื่องสุขภาพ-ท้องถิ่น กับ ความมั่นคงของชายแดน และ ความมั่นคงจารีต

“ชมรมกรรณาจิตอาสา” กระตุ้นให้เห็น “ความเป็นมนุษย์” โควิด-19 สร้างนิยามอธิปไตยทางสุขภาพซึ่งน่าจะยิ่งยไปกว่า ชี้ให้เห็นว่า ชายแดนไม่ใช่เรื่องชายขอบ แต่เป็นความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ที่พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น⁵⁵⁶

ภาคประชาสังคมในจังหวัดเชียงรายได้ตั้งศูนย์ช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติ ปิดช่องว่างการช่วยเหลือของรัฐที่ล่าช้า ลักลั่น และเหลื่อมล้ำ โดยเสนอให้เร่งปรับทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติ สื่อสารโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษาเพื่อให้รับรู้และเท่าทันสถานการณ์โควิด-19 เพิ่มช่องทางให้เข้าถึงการเยียวยาโดยสะดวก

⁵⁵⁴ อภินันท์ กาวินชัย "การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการปรับตัวของแรงงานข้ามชาติหญิงที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19" มหาวิทยาลัยนเรศวร Email: apinank61@nu.ac.th
http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/c160.pdf

⁵⁵⁵ ออมสิน บุญเลิศ "จากมาตรการพื้นที่ควบคุม สู่ Bubble and Seal: การขยายพรมแดนความเป็นอื่นให้กับแรงงานข้ามชาติ" ศูนย์วิจัยนวัตกรรมสังคมเชิงพื้นที่ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 การประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom 10 กันยายน 2564 จัดโดย สำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

⁵⁵⁶ “โควิด-19 ข้ามแดนที่เชียงราย: ปัญหาและข้อเสนอแนะ” ห้องย่อยในการประชุม “นโยบายชายแดน: ทบทวน รื้อสร้างนิยามใหม่” การประชุมวิชาการระดับชาติด้านชายแดนศึกษาและการพัฒนาระหว่างประเทศ ครั้งที่ 4 ศูนย์วิจัยนวัตกรรมสังคมเชิงพื้นที่ สำนักวิชานวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 10 กันยายน 2564
<https://www.facebook.com/535181953538930/videos/526022175125344>

รวดเร็ว และทั่วถึง อีกทั้งต้องสร้างกลไกหรือกระบวนการทำงานระหว่างชุมชนแรงงานข้ามชาติกับชุมชนไทยในแต่ละพื้นที่

บทบาทของสถาบันการศึกษาในจังหวัดเชียงราย ในบริบทพื้นที่ชายแดนต่อแรงงานข้ามชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 พบว่า ได้ร่วมมือกับภาคประชาสังคม 10 องค์กร จัดตั้งคณะทำงานดูแลปัญหาสุขภาพ การให้ความรู้ข้อกฎหมายด้านสิทธิ ช่วยเหลือด้านการสื่อสารสำหรับแรงงานข้ามชาติ ให้เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และข้อมูลการเข้าถึงการรักษาและหลักประกันสุขภาพ รวมถึงนโยบายต่างๆ ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ และสร้างช่องทางการสื่อสารและเครือข่ายผ่านโลกโซเชียลร่วมกับ จัดตั้ง ‘ศูนย์ประสานงานให้ความช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติในจังหวัดเชียงราย ในสถานการณ์โควิด-19’

3) ภูเก็ต

3.1) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดไวรัสโควิด-19

ฝ่ายวิจัยคณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ม.อ.ภูเก็ต ชี้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดไวรัสโควิด-19 กุมภาพันธ์เดือนเดียวเสียหายกว่าหมื่นล้าน คาด 7 เดือน ทำเศรษฐกิจภูเก็ตเสียหายไม่ต่ำกว่า 7 หมื่นล้านบาท โรงแรมกระทบหนักสุด ห่วงธุรกิจขนส่งทางบกทางน้ำที่สายป่านอาจจะสั้นกว่าธุรกิจอื่นๆ เพราะผู้ประกอบการเป็นรายบุคคล จากการหายไปของนักท่องเที่ยวทุกสัญชาติ 50 % ส่งผลกระทบต่อ GDP ของภูเก็ต 3.4-3.6 หมื่นล้านบาท ความเสียหายในส่วนของจ้างแรงงาน 1.1-1.2 หมื่นล้านบาท ธุรกิจขนส่งทางบก-ทางน้ำ ของเอกชนกระทบหนักสุด เสนอรัฐเยียวยาให้สามารถอยู่ต่อเพื่อรอท่องเที่ยวฟื้น⁵⁵⁷

รศ.ดร.พันธ์ ทองชุมนุม รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต และ ดร.ชยานนท์ ภูเจริญ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา คณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ได้นำเสนอผลวิจัยการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ว่า ภายหลังจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทาง ม.อ.ภูเก็ต โดยฝ่ายวิจัยคณะกรรมการบริการและการท่องเที่ยว ได้ทำการวิจัยศึกษาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการท่องเที่ยวของภูเก็ต พบว่า กุมภาพันธ์ 2563 เดือนเดียว นักท่องเที่ยวหายไป 27%-37% สูงกว่าที่คาดการณ์ไว้ สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจให้แก่จังหวัดภูเก็ตไม่ต่ำกว่า 1.2-1.5 หมื่นล้าน ผู้ประกอบการขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ ในส่วนของรถบัส รถแท็กซี่ ที่รับส่งนักท่องเที่ยว ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นรายบุคคล เกรงว่าหากผลกระทบเกิดขึ้นในระยะยาว ผู้ประกอบการกลุ่มนี้อาจจะไม่สามารถที่จะประคับประคองธุรกิจต่อไปได้

16 มีนาคม 2563 คณะกรรมการร่วมองค์กรเอกชนจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย 9 องค์กร ธุรกิจเอกชนในภูเก็ต ออกแถลงการณ์ผลกระทบโควิด-19 กุมภาพันธ์ และ มีนาคม ประเมินรายได้สูญหาย 24,000 และ

⁵⁵⁷ โควิด-19 พ่นพิษใส่เศรษฐกิจภูเก็ตอย่างหนัก คาด 7 เดือน ทำสูญรายได้ 7 หมื่นล้าน โรงแรมกระทบหนักสุด ก.พ.

เดือนเดียวรายได้หด 1.5 หมื่นล้าน ผู้จัดการออนไลน์ 12 มีนาคม 2563

<https://mgronline.com/south/detail/9630000025022>

30,000 ล้าน จากนักท่องเที่ยวหายลดลง 50% เสนอรัฐบาลตั้งศูนย์บริหารภาวะฉุกเฉินโควิด-19 พร้อมงบ 100 ล้าน ป้องกันการแพร่ระบาด และเร่งรัดมาตรการเยียวยาให้เกิดผลได้จริง รวมทั้งให้ออกประกาศห้ามนักท่องเที่ยวจากประเทศกลุ่มเสี่ยงเข้าภูเก็ต 30 วัน ยอมสูญเสียรายได้เพื่อลดโอกาสเชื้อที่จะแพร่สู่ชาวภูเก็ต ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมองค์กรเอกชนจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย 9 องค์กร หอการค้าจังหวัดภูเก็ต สภาอุตสาหกรรมจังหวัดภูเก็ต สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต สมาคมธุรกิจการท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต สมาคมโรงแรมไทยภาคใต้ สมาคมอสังหาริมทรัพย์จังหวัดภูเก็ต สมาคมโรงแรมหาดป่าตอง สมาคมโรงแรมหาดกะตะกะรน และบริษัท ภูเก็ตพัฒนาเมือง จำกัด⁵⁵⁸

3.2) การจัดการท่องเที่ยวในสถานการณ์โควิด-19

การออกวีซ่าพิเศษ หรือ Special Tourist VISA (STV)

มีการเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติชุดแรกด้วยการออกวีซ่าพิเศษ หรือ Special Tourist VISA (STV) สำหรับผู้ที่มีมาพำนักระยะยาว (long stay) ในไทย ที่ ครม. มีมติอนุมัติหลักการ เมื่อ 15 กันยายน 2563 ตามข้อเสนอของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ต่อ ศบค. สำหรับโครงการนำร่อง "ภูเก็ตโมเดล" ที่เปิดรับนักท่องเที่ยว ไตรมาสสุดท้ายของปี 2563 และ STV จะมีผลสิ้นสุด 30 กันยายน 2564 จะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลา 90 วัน ต่ออายุได้อีก 2 ครั้ง ๆ ละ 90 วัน รวมระยะเวลาพำนักอยู่ในไทยสูงสุด 270 วัน รองผู้ว่าการ ททท. คาดว่าจะมีรายได้ 1 พันล้านบาท/เดือน จากกลุ่มเศรษฐกิจ ขณะที่นายกเทศมนตรีป่าตองชี้แจงว่าอยู่ในขั้นทดลองในกลุ่มนักท่องเที่ยวจำนวนน้อย นักท่องเที่ยวที่อยู่ยาวภูเก็ต ซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกประเทศก่อนปิดน่านฟ้ายังกลับมาไม่ได้ เพราะมาตรการตรวจคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่รายได้จากการเก็บภาษีท้องถิ่นลดลงเพราะคนไม่มีงานทำ ผู้ประกอบการบางรายคิดว่าเศรษฐกิจจะยังไม่ฟื้น บางรายเห็นว่านักท่องเที่ยวกลุ่มอยู่ยาวจะใช้ชีวิตเหมือนคนพื้นถิ่น ซึ่งการบริโภคจะแตกต่างจากนักท่องเที่ยว ขณะที่บางรายเสนอให้ต่อวีซ่าให้กับกลุ่มที่อยู่ยาวก่อน⁵⁵⁹

โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์⁵⁶⁰

Phuket Sandboxเป็นแผนฟื้นฟูการท่องเที่ยวประเทศไทย โดยโครงการนี้ได้อนุญาตให้นักเดินทางต่างชาติที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบโดสแล้ว สามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้โดยไม่ต้องกักตัว และท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ตได้เป็นระยะเวลา 14 วัน ก่อนจะเดินทางไปพื้นที่อื่นในไทย หากหลัง 14 วันตรวจไม่พบเชื้อ ถือเป็นการกักตัวแบบไม่กักตัว ที่นักท่องเที่ยวสามารถเที่ยวได้ แต่ก็อยู่ในการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด

⁵⁵⁸ 9 องค์กรเอกชนภูเก็ตออกแถลงการณ์ผลกระทบจากโควิด-19 ก.พ.-มี.ค. สูญรายได้กว่า 5 หมื่นล้าน เสนอสกัดประเทศกลุ่มเสี่ยงเข้าภูเก็ต 30 วัน ผู้จัดการออนไลน์ 16 มีนาคม 2563

<https://mgronline.com/south/detail/9630000026255>

⁵⁵⁹ สมิตานัน หงษ์สตาร์ โควิด-19: นับถอยหลังสู่การเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ กับลมหายใจที่รยรินของภูเก็ต ผู้สื่อข่าวพิเศษ บีบีซีไทย 17 กันยายน 2563 <https://www.bbc.com/thai/thailand-54186549>

⁵⁶⁰ Phuket Sandbox แผนเปิดประเทศโดยไม่ต้องกักตัว! 25 มิถุนายน 2564

<https://www.wonderfulpackage.com/article/v/1711/>

เชื่อว่าการเลือกจังหวัดภูเก็ต เนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นเกาะ สามารถควบคุมได้ง่าย และยังเป็นสถานที่ท่องเที่ยวยอดนิยมที่ชาวต่างชาติคุ้นเคยดี มีกำหนดเปิด 1 กรกฎาคม 2564 กับแผนเปิดประเทศอย่างเป็นทางการ ให้ชาวต่างชาติที่เดินทางมาประเทศไทยสามารถเที่ยวภูเก็ตได้แบบไม่ต้องกักตัว แต่ต้องอยู่ภายในเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้ 1) คนไทยหรือคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศเสี่ยงต่ำและปานกลาง และต้องพำนักอยู่ไม่ต่ำกว่า 21 วันก่อนออกเดินทาง 2) ต้องรับวัคซีนครบโดส ที่ผ่านการรับรองโดย อย. หรือ WHO อย่างน้อย 14 วัน และมีเอกสารรับรอง (Vaccine Passport) 3) เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ต้องเดินทางพร้อมกับผู้รับวัคซีนแล้ว 4) เด็กอายุ 6-18 ปี สามารถเดินทางได้โดยไม่ต้องกักตัว แต่ต้องรับการตรวจโควิด-19 ที่สนามบิน โดยออกค่าใช้จ่ายเอง 5) กรณีเคยติดเชื้อ ต้องได้รับวัคซีนตามกำหนดประเภทวัคซีนไม่น้อยกว่า 14 วัน และ 6) มีหลักประกันรักษาโควิด-19 วงเงินขั้นต่ำ 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ

โครงการนำร่องเปิดประเทศต้อนรับนักท่องเที่ยวพื้นที่สีเขียวที่เศรษฐกิจท่ามกลางวิกฤตโควิด คณะรัฐมนตรีชุดใหญ่แห่งต้อนรับ 25 นักท่องเที่ยวชุดแรก นายกรัฐมนตรีย้ำ ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ จะเป็นปราสาททรายที่แข็งแกร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นประเทศไทย⁵⁶¹ 1 กรกฎาคม 2564 วันเปิดตัวโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ หรือการทดลองนำร่องเปิดเกาะรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในรอบ 15 เดือนที่ จ.ภูเก็ต มีโอกาสต้อนรับเที่ยวบินจากต่างประเทศ ภายหลังเกิดการแพร่ระบาดโควิด-19 ในไทย ตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็นช่วงเวลาที่เชื้อหลากหลายสายพันธุ์แพร่ระบาดรุนแรง พบผู้ป่วยใหม่วันละ 4,000-5,000 รายติดต่อกันหลายฝ่าย รวมถึงแพทย์อาวุโสแสดงความกังวลใจว่าโครงการนำร่องก่อนเปิดประเทศภายใน 120 วันตามคำประกาศของนายกฯ จะนำไปสู่การระบาดระลอก 4 หากการบริหารจัดการไม่ดี ทั้งนี้ จ.ภูเก็ต ถูกจัดให้เป็น "พื้นที่สีเขียว" ร่วมกับอีก 36 จังหวัด ด้วยยอดผู้ติดเชื้อหลักหน่วยในแต่ละวัน ครม. มีมติเมื่อ 22 มิถุนายน 2564 รับทราบการเปิดประเทศ โดยเห็นชอบในหลักการให้เปิดพื้นที่นำร่องรับนักท่องเที่ยวใน จ.ภูเก็ต เพื่อเป็นต้นแบบขยายไปสู่เมืองท่องเที่ยวอื่น ๆ ทั้งหมดนี้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการรับมือกับโรคระบาดและการกอบกู้เศรษฐกิจ

ต่อมา ศบค.อนุมัติ ขยายพื้นที่โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ ให้กว้างขึ้นตามกรอบ 7+7 กักตัว 7 วัน แล้ว กักตัวต่อที่เกาะรายรอบอีก 10 เกาะ อีก 7 วัน จากนั้นเดินทางไปต่อทางรถไฟอีก 5 จังหวัด⁵⁶² 23 สิงหาคม 2564 ศบค.อนุมัติขยายพื้นที่โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ ให้กว้างขึ้นตามกรอบ 7+7 โดยจะให้นักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาในโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ กักตัวอยู่ในพื้นที่ภูเก็ต 7 วัน จากเดิมคือ 14 วัน และเดินทางไปอยู่ในพื้นที่นำร่องอื่น ๆ ต่ออีก 7 วัน ซึ่งพื้นที่นำร่องอื่น ๆ ประกอบไปด้วยเกาะสมุย เกาะพะงัน เกาะเต่า เกาะพีพี เกาะไหง ไร่เลย์ เขาหลัก เกาะยวน้อย และเกาะยาวใหญ่ เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม 2564 เป็นต้นไป หากพ้นจาก 7+7 แล้ว นักท่องเที่ยวกลุ่มแซนด์บ็อกซ์ที่เดินทางออกจากพื้นที่ภูเก็ตทางบกได้

⁵⁶¹ ภารกิจภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์วันแรก บีบีซีไทย วิดีโอ (1:53 นาที) 2 กรกฎาคม 2564

<https://www.bbc.com/thai/thailand-57692090>

⁵⁶² เดินทางต่อ ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 7+7 เชื่อมโยงพื้นที่นำร่องอื่นๆ mthai 23 สิงหาคม 2564

<https://mthai.com/news/covid-19/198459.html>

ณ. 23 สิงหาคม 2564 นักท่องเที่ยวสะสมในภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 3,578 คน ปลายทาง 5 อันดับ กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี ประจวบคีรีขันธ์ เชียงใหม่ และชลบุรี ซึ่งปัจจุบันแต่ละจังหวัดมีการเตรียมการวางแผน บริหารจัดการควบคุมเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามมาตรการที่ ศบค. กำหนดแล้ว

นอกจากนี้ยังมีสมุยพลัสโมเดล ที่เชื่อมต่อกับภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์นั้น มีกลุ่มแซนด์บ็อกซ์เข้ามาแล้ว จำนวนเกือบ 400 คน มีจำนวนคืนเข้าพักแรมรวมเกือบ 3,000 คืน (รวมไนท์) จำนวนวันพักเฉลี่ย 9 คืนต่อคน ประเมินการรายได้อยู่ที่ 17.28 ล้านบาท ซึ่งจำนวนนักท่องเที่ยวที่น้อยเนื่องจากเส้นทางการบินภูเก็ต-สมุยได้หยุดทำการบินไปตั้งแต่วันที่ 3 - 16 สิงหาคม 2564 ตามคำสั่งจังหวัดภูเก็ต และจะประกาศต่อจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 จะกลับมาให้บริการอีกครั้งตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม เป็นต้นไป คาดว่าหลังจากเปิดเส้นทางการบินภูเก็ต-สมุย และใช้มาตรการ 7 + 7 แล้ว จะทำให้ยอดนักท่องเที่ยวสมุยพลัสโมเดลเพิ่มสูงขึ้น กรณีสหรัฐฯ ประกาศว่า โควิด-19 ระบาดหนักในไทย ให้หลีกเลี่ยงการเดินทางนั้น การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยได้เร่งสื่อสารตลาดต่างประเทศเพื่อสร้างความเข้าใจกับนักท่องเที่ยว และทัวร์โอเพอร์เรเตอร์ ในเชิงซิตี้ มาร์เก็ตติ้ง (City marketing) แยกจังหวัดภูเก็ตออกมาจากประเทศไทยในภาพรวมว่าภูเก็ตมีความปลอดภัย รัฐบาลได้เน้นย้ำให้ทุกฝ่ายเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ สาธารณสุข ภายใต้มาตรการสาธารณสุข และการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด มีการประเมินและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างใกล้ชิด

รูปที่ 186 แผนการขยายพื้นที่ท่องเที่ยวในโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 7+7



ต่อมาภูเก็ตเป็น 1 ใน 17 จังหวัด นำร่องการท่องเที่ยวที่ นายกรัฐมนตรีลงนามเมื่อ 21 ตุลาคม 2564 ในคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 18/2564 เรื่อง พื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยว ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหาร

ราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ตามที่ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ให้ยกเลิกเคอร์ฟิว พื้นที่นาร่องด้านการท่องเที่ยว 17 จังหวัด รวมกรุงเทพฯ มีผล 23.00 น. คืนวันที่ 31 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป พร้อมให้จังหวัดดังกล่าวเปิดสถานบันเทิงได้

3.3) สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในภูเก็ตและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ข้อมูลภูเก็ตรายงานปฏิบัติการปราบปรามแรงงานต่างด้าวไร้ระเบียบจังหวัดภูเก็ตระหว่าง 30 สิงหาคม ถึง 21 ตุลาคม 2564 ว่า หน่วยงานมีเป้าหมาย 389 จุด และมี 4 มาตรการในการจัดการกับแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น คือ การประชาสัมพันธ์ การตักเตือน การจับกุม และการลงทะเบียนฉีดวัคซีน พบว่าจำนวนประชาสัมพันธ์มากที่สุด 26,712 คน ลงทะเบียนฉีดวัคซีน 709 คน ตักเตือน 45 คน จับกุม 9 คน อำเภอที่มีแรงงานข้ามชาติมากที่สุดคือ เมืองภูเก็ต 23,117 คน ถลาง 2,508 คน และกะทู้ 1,087 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ว่าฯ ภูเก็ต ได้มีคำสั่งเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติล่าสุด เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564 (คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 6048/2564 เรื่อง มาตรการควบคุมการเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวในเขตพื้นที่จังหวัดภูเก็ต)⁵⁶³

รูปที่ 187 รายงานผลปฏิบัติการปราบปรามแรงงานข้ามชาติของภูเก็ต ตั้งแต่ 30 สิงหาคม ถึง 21 ตุลาคม 2564



เมื่อ 5 ธันวาคม 2563 นายณรงค์ วุ่นซิ้ว ผู้ว่าฯ ภูเก็ต ได้กำชับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนายจ้าง เรื่องการดำเนินการเพื่อให้คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านแรงงาน ที่วาระการจ้างงานครบ 4 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 รวมถึงการเฝ้าระวัง การลักลอบนำแรงงานต่างด้าวเดินทางเข้ามาในจังหวัดภูเก็ตโดยผิดกฎหมายและไม่ผ่านกระบวนการคัดกรองโรค ทั้งนี้ภูเก็ตมีแรงงานข้ามชาติในภาคประมง และขณะนั้นภูเก็ตไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่ใน

⁵⁶³ สามารถเข้าดูคำสั่งต่างๆ ในจังหวัดภูเก็ตได้ที่ เว็บไซต์จังหวัดภูเก็ต

<https://www.phuket.go.th/webpk/contents.php?str=covid-19>

ประเทศเพื่อนบ้านที่มีแรงงานต่างชาติน่าศรัทธาอยู่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 อยู่อย่างต่อเนื่อง ทางจังหวัดจึงต้องมีการขอความร่วมมือกับนายจ้างให้มีการดูแลในเรื่องดังกล่าวอย่างเข้มงวด⁵⁶⁴ จากสถิติกรมการจัดหางาน กันยายน 2564 พบว่าภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มีการนำเข้าแรงงานรวมทั้งหมด 53,934 คน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานตามมาตรา 59 นำเข้าตามมติกรม. 20 สิงหาคม 2562 จำนวน 34,811 คน แรงงานตามมาตรา 59 ทั่วไป 5,654 คน แรงงานตามมาตรา 59 ตาม MoU 5,161 คน และมติ กรม. 29 สิงหาคม 2563 4,876 คน⁵⁶⁵ รูปที่ 188 สถิติแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรเดือนกันยายน 2564 ใน 14 จังหวัดภาคใต้

สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนกันยายน 2564

จังหวัด	รวมทั้งสิ้น (คน)	มาตรา 59				มาตรา 62	มาตรา 63/1	มาตรา 63/2		มาตรา 54	มติ กรม. 29 สิงหาคม 2563
		ตลอดชีพ	ทั่วไป	นำเข้ามา MOU	นำเข้ามา มติกรม. 20 สิงหาคม 2562			มติ กรม. 4 สิงหาคม 2563 ตามฉบับ นศ.25	มติ กรม. 4 สิงหาคม 2563 ตามฉบับ นศ.24		
ภาคใต้	302,851	64	11,429	44,258	184,619	482	1,128	13,910	4,344	-	42,816
นครศรีธรรมราช	17,490	64	396	3,898	8,893	-	-	631	-	-	2,568
กระบี่	8,192	-	697	1,598	4,586	13	63	273	-	-	993
พังงา	18,870	-	298	930	14,008	14	17	489	-	-	3,045
ภูเก็ต	53,934	-	5,654	5,161	34,811	243	55	3,134	-	-	4,876
สุราษฎร์ธานี	77,331	-	2,627	8,050	50,417	82	64	2,924	-	-	13,158
ระนอง	31,231	-	80	333	19,729	-	292	1,505	4,344	-	5,162
ชุมพร	33,804	-	202	2,591	21,796	16	42	1,575	-	-	7,583
สตูล	41,091	-	1,000	16,805	17,088	109	484	2,581	-	-	3,034
สตูล	2,064	-	32	364	1,382	2	3	128	-	-	142
ศรีวิชัย	8,388	-	132	2,587	2,614	-	25	364	-	-	631
พัทลุง	1,245	-	78	372	585	-	3	41	-	-	172
ปัตตานี	7,177	-	98	1,222	5,184	-	1	79	-	-	875
ยะลา	2,489	-	70	279	1,588	2	87	118	-	-	265
นราธิวาส	1,584	-	87	251	907	2	7	58	-	-	272

ที่มา: กรมการจัดหางาน วันที่ 22 ตุลาคม 2564

15 กันยายน 2564 กรมควบคุมโรค พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นวันละกว่า 200 คน เป็นคนในพื้นที่จากการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ ขณะที่นักท่องเที่ยวโครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์กว่า 30,000 คน พบผู้ติดเชื้อเพียง 89 คน จากระบบการคัดกรองที่เข้มงวดตั้งแต่ก่อนเข้าประเทศ รวมทั้งได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิดมาแล้ว และเฝ้าระวังกำกับติดตามระหว่างท่องเที่ยวในจังหวัด จึงเร่งฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง 608 และแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามาใหม่ ให้ครอบคลุมมากที่สุด และประเมินประสิทธิภาพของวัคซีน เพื่อพิจารณาให้เข้มกระตุ้นในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ ได้สั่งการให้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสีเขียว จัดตั้ง “คลินิกอุ่นใจ” ที่ศาลากลางจังหวัดหลังใหม่ ให้บริการตรวจจร การติดเชื้อในจังหวัด

⁵⁶⁴ 'ภูเก็ตสั่งเข้มเฝ้าระวังแรงงานต่างด้าวเข้าเกาะ สยามรัฐ 5 ธันวาคม 2563 <https://siamrath.co.th/n/202263>

⁵⁶⁵ สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนกันยายน 2564 กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/e7ecaa17a00907e4eefe2a5a81462935.pdf

ภูเก็ตส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ อยู่ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติที่หมุนเวียนเข้ามาทำงาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสีเขียวกว่า 85% ได้ส่ง CCRT ลงพื้นที่ชุมชนทั่วทั้งภูเก็ต ค้นหาเชิงรุกด้วย ATK คัดกรองผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษา ให้อาหารทันที โดยกลุ่มสีเขียวรักษาใน HI/ CI และส่งผู้ป่วยสีเขียวและสีแดงเข้าโรงพยาบาล ส่วนนักท่องเที่ยวที่ติดเชื่อนั้นมาจากการหย่อนมาตรการป้องกันตนเอง⁵⁶⁶

3.4) “ชาวเล” ท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19

5 เมษายน 2563 ผู้ว่าฯ ภูเก็ต มีคำสั่งปิดหาดราไวย์ ห้ามเข้า-ออก หวันแพรงเชื้อโควิด-19 ไปสู่ผู้อื่น กำหนดจุดคัดกรอง 2 จุด บริเวณรอยต่อตำบลกะรน – ตำบลราไวย์ และ หน้าห้างโลตัส ซาฮาราไวย์ สั่งทำความสะอาดฆ่าเชื้อ และปิดโรงแรมด้วย ฝาฝุ่นโทซจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 1 แสนบาท และอาจโดนข้อหาฝ่าฝืน พ.ร.ก.บริหารราชการฉุกเฉิน มีผล 6 เมษายน เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเป็นอื่น⁵⁶⁷

ผู้ว่าฯ ภูเก็ต คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 1826/2563 เรื่องปิดสถานที่และกำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด19 พื้นที่ตำบลราไวย์ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น สั่ง ณ วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2563 นายภักพงศ์ ทวีพัฒน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต/ ผู้กำกับการบริหารราชการนสถานการณ์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่จังหวัดภูเก็ต มีผลบังคับใช้ 6 เมษายน 2563

⁵⁶⁶ วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย สธ.สั่งทีมนักระบาดวิทยาคุมโควิด-19 เกาะภูเก็ต ก่อนเทศกาลกินเจ 6 ต.ค. นี้ The Active 16 กันยายน 2564

https://theactive.net/news/20210916/?fbclid=IwAR1LddxfCep7H59WH5ohLA7GyLRI1N6pMk_g6odspa_CJ PIMQunMwHDMc40

⁵⁶⁷ ‘ภูเก็ต’ ออกประกาศปิดเพิ่ม พื้นที่ตำบลราไวย์ ห้ามบุคคลเข้าออก มติชนออนไลน์ 6 เมษายน 2563

https://www.matichon.co.th/region/news_2125253

ดูคำสั่งทั้งหมดของภูเก็ตที่นี่ <https://www.phuket.go.th/webpk/contents.php?str=covid-19>

รูปที่ 189 ผู้ว่าภูเก็ตมีคำสั่งปิดหาดราไวย์ 5 เมษายน 2563



28 สิงหาคม 2564 ตรวจ ATK ชาวเล 365 คนจากทั้งหมด 369 คน พบผู้ติดเชื้อใหม่ 212 ราย เป็นผู้ติดเชื้อในภูเก็ต 210 คน และภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ 2 คน ตรวจซ้ำด้วย FIA พบเป็นบวก 88 คน แบ่งเป็นชาวเล 85 คน และชาวพม่า 3 คน เทศบาลเตรียมตรวจคัดกรองเพิ่ม เพราะชุมชนมีความหนาแน่น เตรียมความพร้อมปิดชุมชนแต่ต้องรอผลตรวจคัดกรองก่อน⁵⁶⁸

14 กันยายน 2564 ผู้ว่าฯ ณรงค์ วุ่นซิ้ว คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 5444/2564 เรื่อง กำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนไทยใหม่ หมู่ที่ 2 ตำบลราไวย์ อำเภอกะทู้ ภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (สั่ง ณ วันที่ 14 กันยายน 2564) มีผลระหว่างวันที่ 15 - 18 กันยายน 2564 มีจุดคัดกรอง 2 จุด คือ จุดตัดซอยมุขดีและแหลมกาใหญ่ และ ปากทางเข้าสะพานท่าเทียบเรือกาไว⁵⁶⁹

17 กันยายน 2564 คำสั่งปิดชุมชนชาวเลราไวย์ ตั้งแต่วันที่ 15-28 กันยายนนี้ ตามมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 ทำให้ชาวบ้านกว่า 2,000 คน หรือกว่า 300 ครัวเรือน ถูกกักตัวอยู่ในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน โดยจะมีมาตรการตรวจคัดกรองโรคชาวบ้านทุกคน และฉีดวัคซีนแก่กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางให้ครบทุกคน และมีผู้สูงอายุเสียชีวิตไปแล้ว 3 คน คาดว่าหากดำเนินการตามมาตรการเสร็จสิ้น จะสามารถคลี่คลายสถานการณ์ผู้ติดเชื้อให้ลดลง และผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาครบทุกคน ร้องเรียนการปิดชุมชนล้อมรอบด้วยสังกะสี 14 วัน ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของชาวบ้านทุกคน เพราะอาชีพหลักคือการหาปลา

⁵⁶⁸ ย้งนำห้วงยอดติดเชื้อภูเก็ตพุ่ง 212 ราย แรงตรวจกลุ่มไทยใหม่ราไวย์หลังพบติดแล้วกว่า 80 คน ผู้จัดการออนไลน์ 29 สิงหาคม 2564 <https://mgronline.com/south/detail/9640000085208>

⁵⁶⁹ คำสั่งจังหวัดภูเก็ต ที่ 5444/2564 เรื่อง กำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนไทยใหม่ หมู่ที่ 2 ตำบลราไวย์ อำเภอกะทู้ ภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (สั่ง ณ วันที่ 14 กันยายน 2564) https://www.phuket.go.th/webpk/file_data/covid-19/province/5444-14-09-2564.pdf

และขายปลา ซึ่งก่อนหน้านี้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 มานานเกือบ 2 ปีแล้ว แต่ชาวบ้านจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือจากรัฐ ี่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดภูเก็ต(พมจ.ภูเก็ต) ช่วยชาวเลคนละ 2,000 บาท เร่งรัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือกับกลุ่มเปราะบาง เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า แจกข้าวสารอาหารแห้งอย่างเดียวไม่เพียงพอ เพราะยังต้องการของใช้จำเป็นส่วนตัว เช่น นมเด็ก ผ่าอนามัย รวมถึงเตรียมแผนการฟื้นฟูวิถีชีวิตและเศรษฐกิจของชุมชนชาวเลด้วย มีใ้ช้ออกนโยบายภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์เพื่อดูแลกลุ่มธุรกิจเพียงอย่างเดียว⁵⁷⁰

⁵⁷⁰ ชาวเลโอดภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ ล้อมสังกะสีปิดชุมชนราววัย 14 วัน ชาวบ้านจำยอมกักตัว วอนรัฐเยียวยาคนจนท่าเทียมกลุ่มทุน ชาวชายขอบ 17 กันยายน 2564
https://transbordernews.in.th/home/?p=28773&fbclid=IwAR1OvQWVGwOJDfcV7fDH91Te1XpFk6KzdoclAcJ8ru_BuL1luR092flrGw

รูปที่ 190 ภาพข่าวชาวเลถูกปิดล้อมด้วยสังกะสีห้ามเข้าออก



20 กันยายน 2563 NGOs ชี้ ปิดล้อมสังกะสีรอบทำให้มีการแพร่ระบาดโควิด-19 รัฐเลือกปฏิบัติ ส่งผลกระทบการติดเชื้อในชุมชนเพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยสีแดงถูกส่งรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยสีเขียวและสีเหลืองจะถูกแยกกักตัวอยู่ภายในชุมชนซึ่งมีสภาพแออัด มาตรการกักตัวปิดชุมชนเป็นการแก้ปัญหาที่ขาดการมีส่วนร่วม ไม่มีแผนเยียวยา ชาวบ้านกังวลเรื่องปากท้องมากที่สุด เพราะต้องหยุดการทำมาหากินทั้งหมด ไม่มีรายได้ แต่มีค่าใช้จ่าย⁵⁷¹

รูปที่ 191 ภาพความเป็นอยู่ของชาวเลที่ถูกปิดล้อม



⁵⁷¹ ชาวเลรายวัย ตั้งคำถาม ถูกสั่งปิดชุมชน แต่ห้างเปิดได้ พ่อแม่เด็กขาดแคลน ได้แต่ข้าว-ปลากระป๋อง ข่าวสด 20 กันยายน 2564 https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_6629206

ชาวเลอันดามัน ในวิกฤตโควิด-19 ถูกสร้างว่าเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อ ผู้ติดเชื่อถูกตีตราว่าเป็น ‘ขยะสังคม’ ทำให้ขายปลาที่จับไม่ได้ ส่งผลต่อรายได้ และการกินอยู่ขาดแคลน เด็กขาดอุปกรณ์ ไม่มีไฟฟ้าใช้ และไฟฟ้าราคาแพง มาตรการ Sand Box ในบางพื้นที่มีการเปิดให้นักท่องเที่ยวกักตัวแต่ควบคุมให้อยู่เฉพาะในโรงแรมที่พักไม่ได้ ปัญหาเรือร้างถูกซ้ำเติมด้วยโควิด เช่นการไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรักษา และการรับเงินเยียวยาเพราะไม่มีบัตรประชาชน หรือบัตรหมายเลข 0 ปัญหาพิพาทที่ดินกับนายทุน และกฎหมายเขตอุทยานบางพื้นที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันโควิดด้วยการสนับสนุนของมีเครือข่ายสมุนไพร⁵⁷²

⁵⁷² ชาวเลอันดามันลำบากหนักช่วงโควิด-19 ขาดรายได้ ซ้ำถูกนายทุน-อุทยานไล่อื้อชุมชนและแหล่งทำกิน ประชาไท 30 กันยายน 2564 <https://prachatai.com/journal/2021/09/95243>

ภาคผนวก ค. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคสนามเพื่อศึกษาผลกระทบต่อประชาชน

1) ประมวลสรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การจัดการ และผลกระทบต่อผู้คนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จากการเก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2564)

- สถานการณ์โควิด-19 ในระยะแรก

สถานการณ์โควิดที่ได้ดำเนินการไปสัมภาษณ์ สำหรับชาวบ้านในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่ชาวบ้านได้รู้การเข้ามาครั้งแรกโรคเชื้อไวรัสโควิดในพื้นที่ตั้งแต่ 2 ปีที่แล้ว แต่ในช่วงนั้นชาวบ้านก็ไม่ได้มีการป้องกันหรือตระหนักความร้ายแรงของโรคนี้ พอมีมาตรการของรัฐออกมาในเรื่องการห้าม การจำกัด การปิดสถานที่ ทำให้ชาวบ้านเริ่มจะเห็นความร้ายแรงของโรคนี้ สิ่งที่เห็นที่เด่นชัดในเรื่องการปิดสถานที่ต่างๆ รวมไปถึงถึงการปิดด่านไทยมาเลเซีย ที่ส่งผลกระทบการค้าชายแดน เศรษฐกิจชายแดน

ผลกระทบต่อแรงงานไทยในมาเลเซีย

การปิดด่านชายแดนไทยมาเลเซียเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้ชัดในเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจและความร้ายแรงของโรคโควิด การระบาดโควิดในมาเลเซียอย่างหนักทำให้มีการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะแรงงานที่จะเดินทางกลับ โดยที่แรงงานไทยที่จะเดินทางกลับจะต้องกักตัวระยะเวลา 14 วัน ในสถานที่รัฐจัดเตรียมไว้ สำหรับในพื้นที่นั้นช่วงนั้นก็มีการเฝ้าระวังเช่นกัน พอมีคลัสเตอร์ดาวะห์ที่กลับมาจากมาเลเซีย เริ่มมีมาตรการออกมาอย่างเช่นการปิดมัสยิดหรือตวันกิจกรรมทางศาสนาใดๆ เริ่มมีความชัดเจนในเรื่องผลกระทบทางสังคมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

สำหรับแรงงานไทยที่ไปทำงานในมาเลเซียจำเป็นต้องกลับเพราะมีการปิดด่านไทย-มาเลเซีย บางสถานที่ก็มีปิดชั่วคราว แต่ก็มีแรงงานบางส่วนไม่กลับเพราะหวังว่าด่านไทย-มาเลเซีย กิจกรรมการค้าต่างๆ อาจจะเปิดเร็วๆ นี้ ในส่วนแรงงานที่กลับมาที่ต้องอยู่ในภาวะตักงาน ขณะที่บางคนต้องการกลับไปทำงานมาเลเซียทำให้มีการลักลอบในเส้นทางธรรมชาติ มีบางคนถูกจับและถูกปรับ

คลัสเตอร์ดาวะห์

สำหรับในพื้นที่คลัสเตอร์ดาวะห์ เป็นคลัสเตอร์ที่มีการพูดถึงมากที่สุดในช่วงนั้น มีคนไทย (ชาวมลายูมุสลิม) ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ไปทำโยร์ที่มาเลเซียและมีคนมาเลเซียทำโยร์ติดโควิด ทำให้มีการสอบสวนคนไทยที่ทำโยร์ที่มาเลเซีย เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงอาจจะนำเชื้อจากมาเลเซียมาเผยแพร่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ได้มีการกักตัวและพบเชื้อโควิดในคนที่ไปทำโยร์ที่มาเลเซีย ในช่วงนั้นคนในพื้นที่ที่มีความหวาดระแวงและกลัวกลุ่มดาวะห์มาก

- สถานการณ์โควิด-19 ปัจจุบัน

สำหรับสถานการณ์โควิดในปัจจุบันในเรื่องตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังน่าเป็นห่วง มีประเด็นในเรื่องโควิด วัคซีน เศรษฐกิจ และการจัดการของรัฐ โควิดมีการแพร่ระบาดทุกอำเภอ วัคซีนก็มีการกระจายทุกอำเภอเช่นกัน แต่การจัดการยังไม่ดีมากนัก ส่วนมาตรการไม่ให้เชื้อแพร่ระบาดก็มีวิธีการที่หลากหลายเช่นกัน บางพื้นที่มีการปิดชุมชน ปิดร้านค้า ปิดตลาด และปิดสถานที่ อย่างเช่น มัสยิด โรงเรียน ฯลฯ เป็นมาตรการไม่ให้เชื้อโรคโควิดแพร่ระบาด

การปิดชุมชน

มาตรการที่มีการพูดถึงในพื้นที่คือ การปิดชุมชน ซึ่งมีหลากหลายวิธีการ บางพื้นที่มีการใช้ท่อซีเมนต์ขนาดใหญ่ไปวางบนถนนปิดทางเข้าออกในหมู่บ้าน บางพื้นที่มีการตั้งด่านและทางเดินที่บนถนนโดยมี อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ (ทหาร อส.) มาเฝ้าเวรยามตลอด 24 ชม. และมีการคัดกรองคนเข้าออกในชุมชน แต่ก็มีผ่อนปรนบางกรณี อย่างเช่น ประชาชนที่ต้องเดินทางไปพบแพทย์ หรือทำภารกิจที่จำเป็นจริงๆ ในระยะสั้นๆ บางพื้นที่อนุญาตร้านค้าขายของสดที่จำเป็นต้องออกมากซื้อของเพื่อไปจำหน่ายในหมู่บ้านสามารถเดินทางเข้าออกได้ แต่ต้องรู้สถานที่ชัดเจนในการไปซื้อของและใช้เวลาอันสั้น

การให้ความช่วยเหลือกรณีปิดหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนและช่วยเหลือไม่ทั่วถึง มีการแจกถุงยังชีพเฉพาะครัวเรือนที่มีการกักตัว แต่โดยรวมมีการแจกถุงยังชีพน้อยมากสำหรับชุมชนที่ถูกปิดหน่วยงานที่มาแจกก็เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหน่วยงานรัฐอื่นๆ ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือแต่อย่างใด

ชุมชนหรือหมู่บ้านที่ถูกปิดได้ทำการจัดการตัวเองด้วยการเปิดบริจาคจากภายในชุมชนและนอกชุมชน อย่างเช่น ชุมชนละหาร เขตเทศบาลแว้ง อำเภอแว้ง จังหวัดนราธิวาส โดยเยาวชนในชุมชนและนอกชุมชนร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชนตัวเองในรูปแบบจิตอาสา หลังจากที่กลุ่มจัดกิจกรรมขึ้นจึงมีหน่วยงานรัฐออกมาสนับสนุนในรูปแบบถุงยังชีพ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นรูปแบบที่คนในชุมชนช่วยเหลือกันเองและรัฐสนับสนุนในภายหลัง

การปิดชุมชนในบางพื้นที่สร้างความไม่พอใจให้กับคนในชุมชนเพราะปิดชุมชนถี่เกินไป ไม่มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารทำความเข้าใจ เหตุผลในการปิดชุมชนมีน้อยมาก โดยมองว่าเป็นเรื่องการเมืองและผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนมากกว่า อย่างเช่นพื้นที่ ตำบลสาวอ อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส มีการปิดชุมชนถี่เกินไปและไร้การช่วยเหลือหรือเยียวยา สร้างความเดือดร้อนให้กับคนในชุมชนในการประกอบอาชีพ ประกอบกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม นอกจากนั้นก็มีอีกหลายพื้นที่ที่การปิดชุมชนทำให้ผลผลิตทางเกษตรเสียหาย เพราะตอนที่ปิดหมู่บ้านเป็นช่วงที่ผลไม้สุกพอดี ทำให้ไม่มีพ่อค้ามารับซื้อผลไม้ในชุมชนหรือคนในชุมชนไม่สามารถออกไปขายผลไม้นอกชุมชนได้ อย่างเช่นพื้นที่ตำบลข้างเผือก อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

ระยะเวลาในปิดหมู่บ้านหรือชุมชน ในหนังสือคำสั่งของจังหวัดมีระยะเวลาปิดหมู่บ้านหรือชุมชนกำหนด 14 วัน แต่ก็มีหมู่บ้านที่มีขยายเวลาในการปิดหมู่บ้านมากกว่า 14 วัน อย่างเช่น ตำบลข้างเผือก อำเภอ

จะแนะ จังหวัดนราธิวาส เหตุผลในการขยายเวลาเนื่องจากพื้นที่ใกล้เคียงมีตัวเลขผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นทำให้จำเป็นต้องปิดไปก่อน แต่การจัดการไม่ได้เข้มงวดเหมือนในช่วง 14 วัน มีผ่อนปรนการเข้าออกในหมู่บ้านและกิจกรรมบางอย่างสามารถทำได้ในเฉพาะคนในชุมชนเท่านั้น

ความลำบากเดือดร้อนของประชาชน

1. เรื่องรายได้และอาชีพ: สถานการณ์โควิด-19 รัฐต้องปิดตลาดและปิดด่านไทย-มาเลเซีย ลูกจ้างต้องถูกเลิกจ้าง แรงงานต่างถิ่นต้องกลับมาหางานที่บ้านและบางคนอยู่ในภาวะว่างงานตั้งแต่มีโควิดระลอกแรกเมื่อต้นปี 2563 ร้านค้าตามแนวชายแดนต้องปิดตัวลงเพราะไม่มีคนซื้อ คนซื้อส่วนใหญ่เป็นคนมาเลเซียและคนในพื้นที่ไปขายของในมาเลเซียทำให้ลูกจ้างต้องตกงาน ธุรกิจขนส่ง โดยเฉพาะรถตู้โดยสารไม่มีคนเดินทางเจ้าของรถตู้ต้องหยุดกิจการ สิ่งเหล่านี้คือผลพวงจากการจัดการโควิด-19 ของรัฐตั้งแต่มาตรการปิดด่านไทย-มาเลเซีย มาตรการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ปิดตลาดนัด ฯลฯ การปิดกระทำได้แต่ควรใช้ระยะเวลาสั้นๆ และควรประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ควรสำรวจความเสียหายทางเศรษฐกิจ และรีบดำเนินการเยียวยา

ที่ผ่านมา หน่วยงานรัฐขออภัยการเยียวยาที่ทั่วถึงผ่านโครงการรัฐบาล อย่างเช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เราไม่ทิ้งกัน เราชนะ คนละครึ่ง ฯลฯ แต่สิ่งเหล่านี้ไม่เท่ากับสิ่งประชาชนอยากได้ นั่นคือ อาชีพและรายได้ การจัดการหน่วยงานรัฐไม่ได้ให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบูรณาการพื้นที่เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้าน ท้องถิ่นต้องรอคำสั่งจากส่วนกลางในการให้ความช่วยเหลือ มีกรณีหนึ่งในอำเภอสุโขทัย ชุมชนถูกปิดหมู่บ้านได้ออกเงินส่วนตัวเพื่อซื้อของและปัจจัยยังชีพให้กับลูกบ้าน เพราะผู้ใหญ่นำไปของบประมาณอำเภอ อำเภอแจ้งว่าไม่มีงบประมาณ นี่เป็นกรณีตัวอย่างหนึ่งในเรื่องการจัดการของรัฐที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

2. การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา กิจวัตรชาวมุสลิม และประเพณีวัฒนธรรม: จากคำสั่งของรัฐในเรื่องการงดเว้นหรือรวมตัวในสถานที่ต่างๆ ในชุมชน ชาวบ้านบางคนรู้สึกว่ารยะเวลา 2 ปีที่มีสถานการณ์โควิดนี้คือ บททดสอบจากพระเจ้าที่มีต่อพี่น้องมุสลิมทั่วโลก แต่คำสั่งต่างๆ ที่ออกโดยรัฐน่าจะมีการศึกษาและวิเคราะห์ก่อนถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อวิถีศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี ทั้งนี้ คำสั่งบางอย่างควรให้บังคับใช้จำกัดเฉพาะพื้นที่ ไม่สมควรครอบคลุมทั้งหมดในวงกว้าง ทั้งนี้ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ศาสนาเป็นเรื่องสำคัญ หากต้องงดเว้นการปฏิบัติศาสนาก็จะทำให้ผู้คนรู้สึกไม่สบายใจและการดำเนินชีวิตไม่สมบูรณ์

การปรับตัวของผู้คนจากสถานการณ์โควิด-19

ระยะเวลา 2 ปีที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชาชนในพื้นที่ได้มีการปรับตัวในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจครัวเรือน มีการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในครัวเรือน มีการเอาเงินที่ออมมาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น บางครอบครัวได้กู้ยืมจากสถาบันการเงินในพื้นที่ ยืมญาติพี่น้อง และคนที่เปิดกิจการค้าขายในตัวเมืองใหญ่ได้กลับมาอยู่บ้านและเปิดกิจการภายในชุมชน ถึงแม้กำลังซื้อมีน้อยแต่ช่วยลดค่าใช้จ่ายลดลงถ้าเปรียบเทียบกับ การเปิดร้านในตัวเมืองที่มีค่าเช่าที่และค่าอื่นๆ จิปาถะ

สำหรับเรื่องศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 ชาวบ้านมีการรวมตัวที่ มัสยิดหรือสุเหร่าเป็นปกติ แต่พอมีคำสั่งงดเว้น พอถึงวันสำคัญ เช่น วันอีดิลฟิตรี บางครอบครัวก็จัดงานที่บ้าน แทนและเชิญคนร่วมงานเฉพาะญาติสนิท ในส่วนการจัดงานบุญงานแต่งงาน ช่วงก่อนโควิด-19 ระบาด มีการเชิญญาติพี่น้องที่อยู่ต่างจังหวัดต่างอำเภอมารวมงาน แต่ปัจจุบันเชิญเฉพาะคนในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงและเป็นญาติกันเท่านั้น ส่วนการจัดงานก็ลดขนาดให้เล็กลง ไม่นิยมใช้เครื่องเสียงดังในอดีต สำหรับกรณีการตาย ก่อนที่จะไปงานศพส่วนใหญ่จะถามก่อนว่าเสียชีวิตสาเหตุใด ถ้ามาจากโรคโควิด-19 คนก็จะไม่นิยมไปกัน ในส่วนการตายปกติ คนก็มาร่วมน้อยลงมากเพราะมีความรู้สึกกังวลว่าหากมางานก็อาจติดโควิดได้

บทบาทภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา องค์กรทางศาสนา

ในส่วนบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่ในการจัดการโควิด-19 มีน้อยมาก เนื่องจากหลายองค์กรไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ แต่ที่ผ่านมามีสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และการสาธารณสุขได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้คนไทยที่อยู่ในมาเลเซีย ในการประสานงานหน่วยงานรัฐกับประชาชนที่ตกอยู่ในภาวะความเดือดร้อนจากการปิดประเทศ

ส่วนสถาบันการศึกษาหรือมหาลัยในพื้นที่ มีงานวิจัยในเรื่องผลกระทบในสถานการณ์โควิด-19 ในชุมชนต่างๆ เช่น งานสำรวจทัศนคติของชาวบ้านต่อวัคซีน ส่วนองค์กรศาสนาในพื้นที่แทบจะไม่เห็นบทบาทเลย ในบางครั้งยังถูกมองว่าถูกครอบงำโดยเจ้าหน้าที่รัฐ โดยใช้คำสั่งปกครองมาควบคุมองค์กรศาสนา อย่างเช่นคำสั่งห้ามละหมาดวันศุกร์ ห้ามละหมาดต่อระออะเวียในเดือนรอมฎอน ห้ามละหมาดในวันอีดิลฟิตรี ในแง่ศาสนาผู้รู้บางท่านก็ไม่ได้แสดงความเห็นหรือพิทวากิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับศาสนา อย่างเช่นกิจกรรมทำศพคนที่ติดโควิด เป็นต้น ส่วนผู้นำศาสนาในชุมชน ก็ยังไม่มียบทบาทในการดูแลจัดการชุมชนของตนเองและไม่กล้าตัดสินใจหรือออกความเห็นใดเพราะฝ่ายปกครองชอบอ้างคำสั่งจากจุฬาราชมนตรี

ข้อเสนอแนะ

1. ไม่ควรมีมาตรการปิดชุมชน แต่ถ้ามีการระบาดในชุมชนควรกักตัวเฉพาะครัวเรือนที่มีภาวะความเสี่ยงสูง
2. การปิดชุมชนควรหารือกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และควรทำข้อมูลทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้ชัดเจน
3. ควรมีการแจกถุงยังชีพหรืออาหารแห้งให้เพียงพอต่อระยะเวลาการปิดชุมชน ไม่ควรปล่อยให้ชุมชนต้องจัดการกันเอง
4. รัฐควรสนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชนที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยชุมชนจัดการกันเอง 70% และรัฐจัดการ 30% และให้มีนักวิชาการด้านสาธารณสุขมาสนับสนุนในเรื่ององค์ความรู้

5. ปัญหาการว่างงานหรือแรงงานกลับมาไม่มีงานทำ รัฐควรสนับสนุนการจ้างงานในพื้นที่อย่างจริงจัง โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจความต้องการและความถนัดของแรงงานเพื่อสามารถจำแนกประเภทที่ถูกต้อง
6. ให้มีการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการต่างๆ ของรัฐในช่วงโควิด และเยียวยาตามสมควร
7. ผู้นำในชุมชน (ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ฯลฯ) ควรมีบทบาทให้มากกว่านี้และลดอำนาจการตัดสินใจของหน่วยงานระดับภูมิภาค เช่น อำเภอและจังหวัด
8. วัคซีนประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกและควรมีวัคซีนที่หลากหลาย

2) สรุปข้อมูลการสัมภาษณ์รายบุคคลพื้นที่ชายแดนใต้

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 1: ผู้ผ่านการติดเชื้อโควิด และมีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอ แวง จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงจากคลัสเตอร์ เพราะเพื่อนซึ่งมาจากบ้านสากอ อ.สุโหงปาตี จ.นราธิวาส มาเที่ยวที่แวง และได้นั่งรถคันเดียวกัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลและคนอื่นอีก 8 คน ต้องกักตัว รวมถึงสามีด้วย และระหว่างการอยู่ในที่กักตัว ได้มีประกาศจากจังหวัดให้ปิดหมู่บ้านละหาร อ.แวง จ.นราธิวาส ซึ่งเป็นหมู่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

ในการปิดหมู่บ้านนั้น หากพูดถึงผลกระทบก็จะบอกว่า ได้รับผลกระทบ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งตัวเองมีอาชีพขายน้ำ เป็นอันต้องปิดนานเป็นเดือน ซึ่งก่อนหน้านั้นไปกักตัวกลับมาก็ถูกล็อกดาวน้ออีกรอบ

บทบาทภาครัฐ

ก่อนที่จะมีการประกาศปิดหมู่บ้าน ล็อกดาวน้อ ทางรัฐโดยการปกครองอำเภอจะมาแจ้งมายังพื้นที่ผ่านผู้นำชุมชนว่า มีความจำเป็นที่จะต้องปิดหมู่บ้านเนื่องจากตัวเลขของผู้ติดเชื้อเพิ่มยุดขึ้นเรื่อยๆ สำหรับตัวเองที่มีบทบาทเป็น อสม. ก็จะมีบทบาทในการเป็นด่านหน้าแจกของบริจาคแก่ชาวบ้าน ซึ่งมี 150 ครั้วเรือนที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักและกระทบโดยตรง ซึ่งบทบาทของ อสม. คือจะต้องเป็นคนไปรับของจากผู้บริจาคมาแจกให้ครบตามบ้าน โดยปกติแล้ว ในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. จำนวน 6 คน แต่ในกรณีปิดหมู่บ้านนี้ อสม. จากพื้นที่อื่นเข้ามาไม่ได้ เขาจำกัดพื้นที่ให้เฉพาะ อสม. ทำงานดูแลเท่านั้น โดยหลักๆ แล้ว อสม. จะทำหน้าที่ประสานงานระหว่างคนป่วยกับโรงพยาบาล เช่น หากใครมีอาการ อสม. ก็จะเป็นคนที่ประสานงานไปแจ้งโรงพยาบาลให้มารับตัวหรือปรึกษาอาการ โดยหลักแล้ว จะทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการในระดับพื้นที่มากกว่า

ส่วนฝ่ายปกครอง ไม่มีบทบาทข้างใน หมู่บ้านมีลักษณะเป็นชุมชนจัดการตนเองมากกว่า มีเยาวชนจัดตั้งกลุ่มในพื้นที่เปิดรับบริจาค จัดการกันเอง จัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นที่รัฐไม่มีให้ เช่น ผ้าอ้อมของเด็ก นมเด็กเล็ก โดยจะสำรวจในแต่ละบ้านมีของจำเป็นอะไรที่ขาด แล้วทางเด็กๆ เยาวชนจะออกไปซื้อเอง

หลังจากครบ 14 วัน ชาวบ้านกดดันและส่งเสียงจึงเกิดการประชุมภายใน เพื่อหารือให้มีการเปิดหมู่บ้าน เพราะชาวบ้านมีความลำบากมาก ‘การเปิดหมู่บ้านมาจากเสียงเรียกร้องจากชุมชน ไม่ใช่ผลประเมินจากรัฐ’ ก่อนจะเปิดหมู่บ้าน คนจากโรงพยาบาลจะมาถามชาวบ้านว่า ต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลืออะไรอีกไหม ซึ่งเสียงส่วนใหญ่ต้องการให้มีการตรวจหาเชื้อ (Swap) ทุกคน แต่ทางโรงพยาบาลก็ไม่สามารถทำได้ โดยจะเลือกเฉพาะบางคนที่มีความเสี่ยงเท่านั้นเอง ส่วนผลกระทบที่ชาวบ้านได้รับมากที่สุดของชาวบ้าน คือขาดรายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรแยกกักตัวเฉพาะครัวเรือนที่ติดเชื้อเท่านั้น เช่น การปิดกั้นด้วยเชือก เป็นต้น ถ้าเป็นไปได้ ไม่ควรปิดทั้งหมู่บ้าน
2. ในกรณีการฉีดวัคซีน ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรับวัคซีน โดยอ้างว่า ไม่มีความเสี่ยง เพราะไม่ได้เดินทางไปไหน และเกรงว่าจะเกิดอาการข้างเคียงเพราะมีโรครุมเร้ามาก
3. หากมีการปิดชุมชนอีกครั้ง รัฐควรมีการช่วยเหลือเยียวยาในเรื่องการขาดรายได้ เช่น ช่วยเหลือค่าเช่าบ้าน โดยอาจช่วยเหลือเป็นรายครัวเรือนตามความเหมาะสม

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 2: นักกิจกรรมที่จัดตั้งองค์กร “บ้านเมืองแว้ง” เพื่อจัดการโควิดที่ผ่านมา

ส่วนตัวผู้ให้ข้อมูลมีพื้นฐานในการทำงานเชิงสังคมสงเคราะห์มาก่อนแล้ว ประจวบเหมาะกับการสถานการณ์โควิดที่ผ่านมามีหน้าที่ต้องกลับมาอยู่บ้าน มาใช้ชีวิตในพื้นที่ แล้วในหมู่บ้านได้ถูกรัฐสั่งปิด เลยกทำหน้าที่เคลื่อนไหว เพื่อช่วยเหลือชาวบ้านในพื้นที่ โดยเริ่มมาจากการจัดพูดคุย

บทบาทภาครัฐ

ผมจะขอแยกในมุมมองฐานะพลเมือง อย่างเทศบาล จะมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นลูกจ้างแต่ทำหน้าที่ทุกอย่าง เขาได้แจ้งมายังกลุ่มไลน์ของหมู่บ้านว่า จะมีเทศบาลนำของมาแจกให้กับชาวบ้านตามครัวเรือน แต่ปัญหาคือเทศบาลมาแจกหลังจากปิดหมู่บ้านได้ 4 วันแล้ว ซึ่งล่าช้าและไม่ทันต่อเหตุการณ์ แสดงถึงความไม่เตรียมพร้อมในการปิดหมู่บ้าน ส่วนฝั่งปกครองเอง ถ้าพูดถึงหัวใจใหญ่ในการจัดการโควิดจะเป็นนายอำเภอในระดับผู้ปฏิบัติการ ซึ่งมีตัวอย่างให้เห็นจากการปิดหมู่บ้านในก่อนหน้านี้แล้ว แต่การปิดหมู่บ้านละหารนี้ก็ยังไม่มีเตรียมพร้อมแต่อย่างใด ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นเพราะเหตุใด ทำให้เมื่อปิดหมู่บ้านวันแรก ชาวบ้านก็เริ่มเรียกร้องชุดตรวจ ATK แล้ว และมีเพียงผู้ประกอบการเอกชน ที่เป็นผู้นำของมาบริจาค แต่ไม่มีของจากรัฐ ส่วนปกครองที่เราเห็นประจักษ์ คือ อส. ที่ทำหน้าที่เฝ้าเวรยาม ปิดทางเข้าออกหมู่บ้าน

อย่างไรก็ตาม หลังจากทีปิดไป 1 สัปดาห์ ก็จะมีกลุ่มการเมืองมาให้มาแจกของ ทำให้ไม่กังวลเรื่องอาหารการกินแล้ว ส่วน อสม. ทำงานก็ไม่ได้อิสระต้องขึ้นตรงกับเทศบาล ซึ่งมี อสม. ที่ทำงานก็ไปอยู่ที่ด่านกับ อ.ส. เท่านั้นเอง ไม่มีงานที่เป็นรูปธรรมมากกว่านี้ เคสในหมู่บ้านที่สั่งปิดมีแค่ 5 ครัวเรือนเท่านั้น

ส่วนเรื่องการตรวจหาเชื้อ (Swap) ชาวบ้านก็มีการเรียกร้องมาก เพราะเจ้าหน้าที่จะหากลุ่มเสี่ยงที่มีอาการจริงๆ ไม่มีอาการไม่ตรวจ ทางกลุ่มก็ได้ประชาสัมพันธ์กับชุมชนว่าใครจะตรวจให้มาลงชื่อ ทำให้มีการลงชื่อเป็นจำนวนมาก จากนั้นก็ได้ประสานกับ ผ.อ. โรงพยาบาล ทำให้มีการตรวจเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์การระบาดในปัจจุบัน

โควิดยังอยู่ แต่สถานการณ์น่าจะผ่านพ้นแล้ว ภาครัฐเองก็ได้บทเรียนจากการถูกตำหนิมาพอสมควร โดยการขับเคลื่อนของเราจะเป็นในรูปแบบของการขับเคลื่อนในแพลตฟอร์มคลับเฮาส์ โดยจะเป็นการเชิญ

หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการเมือง และภาคประชาชน รวมถึงนักกิจกรรม มาพูดคุย ซึ่งเราได้จัดเวทีทั้งหมด 3 รอบ ทำให้เกิดการประสานประเด็น และได้มีการหารือจนนำไปสู่การหาทางออกร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

อยากเสนอว่าต้องพูดคุยหารือระหว่างหน่วยงานก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ไม่ใช่ออกคำสั่งให้ปฏิบัติก่อนแล้วค่อยพูดคุย

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 3: ชาวบ้านที่ถูกปิดชุมชน อำเภอจะนะ จ.นราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบเนื่องจากคนในครอบครัวกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง (กทม.) และอาจจะติดโควิด ชุมชนเกิดหวาดระแวงต่อครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ก่อนที่จะปิดชุมชนมีข่าวว่าคนในชุมชนติดโควิดมีการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลและพบเชื่อว่าคนในชุมชนติดจริง มีการประชาสัมพันธ์โดยผู้นำว่าจะมีการปิดชุมชนก่อนปิดชุมชน 4-5 วัน

การปิดชุมชนทำให้คนในชุมชนได้รับความเดือดร้อนโดยเฉพาะเรื่องการทำมาหากินและวิถีความเป็นอยู่ของคนในชุมชน (การปฏิบัติศาสนกิจ) ในช่วงปิดชุมชนพอดีเป็นช่วงผลไม้สุกพอดี ทำให้ไม่มีพ่อค้ามารับซื้อหรือคนในชุมชนไปขายในตลาดได้ ผลผลิตจึงเกิดความเสียหายในระยะเวลา 20 วัน ในสถานการณ์ปิดชุมชน คนในชุมชนเกิดความหวาดระแวงกันเอง ในช่วงเวลาดังกล่าวก็ไม่มีหน่วยงานรัฐมาช่วยเหลือใดๆ มีแต่คำสั่งให้ปิดเนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิดในชุมชนเท่านั้น ทางอำเภอได้สั่งให้ผู้นำชุมชน อสม. ตั้งด่านปิดทางเข้า-ออกชุมชนเฝ้าเวรตลอด 24 ชั่วโมง ในส่วนการซื้อข้าวของหรือของสด ก็จะมีร้านในชุมชนไปซื้อข้างนอกและมาขายในชุมชนซึ่งมี 2 ร้านเท่านั้น สำหรับการตั้งด่านคัดกรองก็มีชาวบ้านไม่พอใจกับมาตรการปิดชุมชน บางคนไปต่อว่าผู้นำชุมชนบ้าง ในส่วนบทบาทภาครัฐหรือหน่วยงานรัฐต่อมาตรการปิดชุมชน ทางชุมชนไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ จากหน่วยงานภาครัฐ ชุมชนมีการช่วยกันเองภายในชุมชน มีแค่มาเยี่ยมที่ด่านเท่านั้น แต่ไม่ได้ทำอะไร

ชุมชนสามารถฝ่าวิกฤติได้เนื่องผู้ติดเชื้อโควิดลดลงเมื่อครบ 14 วัน แต่ไม่สามารถเปิดชุมชนได้เนื่องจากชุมชนรอบนอกมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากที่ไม่เคยมีผู้ติดเชื้อโควิด ทำให้ชุมชนต้องรอให้ชุมชนรอบข้างให้ผู้ติดเชื้อลดลง ซึ่งระยะเวลาในการปิดชุมชนเกือบ 20 วัน และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีเข้มงวดมาตรการต่างๆ ภายในอย่างเช่น การงดกิจกรรมต่างที่เสี่ยงที่เชื้ออาจจะแพร่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานรัฐต้องมาดูแลชุมชนที่ถูกปิดโดยมาตรการต่างๆ อย่างเช่น มาขายสินค้าราคาถูกรหรือว่าแจกถุงยังชีพหรือว่าแจกเงินเยียวยา
2. ควรที่จะเยียวยาคนที่โดนกักตัวในรูปแบบของเงินและเยียวยาสุขภาพจิตใจ เพราะคนเหล่านั้นต้องสูญเสียการทำงาน ถูกสังคมมองโดยความหวาดระแวงและถูกมองเป็นคนน่ารังเกียจ

3. การฉีดวัคซีนควรให้มีความหลากหลาย มองว่าประชาชนมีสิทธิที่เท่าเทียมกัน มีขั้นตอนการการฉีดวัคซีนง่าย สะดวก ไม่มีเงื่อนไขเยอะเกินไป

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 4: ผู้ผ่านการถูกปิดชุมชนและทำงานภาคประชาชนในชุมชนพื้นที่หมู่ 5 ตำบลสาวอ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบจากมาตรการปิดชุมชนที่เป็นคำสั่งของอำเภอรือเสาะ ตั้งแต่มีโรคโควิด ชุมชนไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ วันอีด 2 ครั้งไม่ได้ทำสักครั้ง ส่วนการละหมาด 5 เวลาที่มีสยิดทำได้ในบางช่วง ส่วนในเรื่องอาชีพจะกระทบในช่วงปิดชุมชนเท่านั้น แต่โดยสภาพทั่วไปเศรษฐกิจของอำเภอรือเสาะจะกระทบ เพราะมีการปิดตลาดนัดทำให้พ่อค้าแม่ค้าขาดรายได้ ด้วยเหตุนี้ มาตรการปิดชุมชนจึงทำให้รายได้คนในชุมชนลดลงและบางคนไม่มีรายได้เลย อีกทั้งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชนเพราะไม่สามารถทำกิจกรรมที่เดิมมีการทำต่อเนื่องกันมาร่วมกันได้

การปิดชุมชนในแต่ละครั้งอยู่ที่ 14 วัน คนที่ได้รับผลกระทบคือชาวบ้านโดยเฉพาะในเรื่องอาชีพร้านค้าในชุมชนไม่สามารถขายของได้ ผลผลิตทางการเกษตร เช่น ผลไม้ พืชผัก ไม่สามารถออกไปขายข้างนอกได้ ทำให้เกิดการเน่าเสียและเสียหายในที่สุด บางครัวเรือนมีอาชีพที่ต้องออกทำงานนอกชุมชนก็ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้กระทบกับภาวะเศรษฐกิจในครัวเรือน ส่วนผู้ป่วยติดเตียงหรือคนไม่สามารถทำงาน ไม่มีการให้ความช่วยเหลือใดๆ จากหน่วยงานรัฐ

ที่ผ่านมาการปิดหมู่บ้านในแต่ละครั้งไม่มีการหารือกับคนในชุมชน บางคนไม่ได้ตั้งตัวหาเงินหรือข้าวของเพื่อใช้ในช่วงปิดหมู่บ้าน ส่วนหน่วยงานรัฐก็ไม่ได้ช่วยชาวบ้านในเรื่องบรรเทาความเดือดร้อน มีการเรียกร้องให้แจกถุงยังชีพในช่วงมาตรการปิดชุมชนแต่สุดท้ายก็ไม่มี ส่วนผู้นำมีการรับคำสั่งจากอำเภออย่างเดียว ไม่คิดที่จะช่วยชาวบ้านในเรื่องผลกระทบต่างๆ จากมาตรการปิดหมู่บ้าน มีแต่ไปห้ามปรามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ศาสนา และวัฒนธรรม ที่เกิดขึ้นในชุมชน ลักษณะด้านที่ทำในหมู่บ้าน ม.5 ตำบลสาวอ อำเภอรือเสาะ จ.นราธิวาส เป็นด่านปิดตาย (เอาที่อกลมขนาดใหญ่วางบนถนนที่มีการสัญจรระหว่างหมู่บ้าน) ในส่วนบทบาทหน่วยงานรัฐแทบจะไม่มีเลย ส่วนใหญ่มาถ่ารูปที่ด่านปิดตายหลังจากนั้นก็กลับและไม่กล้าลงชุมชน โดยเหตุการณ์ลักษณะนี้เกิดขึ้นในชุมชนมาแล้ว 3 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ทางผู้ออกคำสั่งหรืออำเภอ ควรมีวิธีการจัดการโควิดโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด
2. ชุมชนและผู้นำควรมีบทบาทในการจัดการ ประเมินความเสี่ยง เป็นรายครัวเรือนไม่ควรมีมาตรการปิดชุมชนเพราะกระทบเป็นวงกว้าง
3. เร่งสำรวจ ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจจากการปิดชุมชนและเร่งดำเนินการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน
4. พัฒนาอาชีพ ยกกระดับอาชีพในชุมชนให้สามารถตีตลาดข้างนอกได้
5. ท้องถิ่นควรมีบทบาทในการจัดการโควิด และใช้งบที่มีอยู่

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 5: เจ้าหน้าที่รัฐ ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ปกครอง ที่ว่าการอำเภอแวง

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่า ถ้าพูดถึงเรื่องปิดหมู่บ้าน ไม่มีชาวบ้านคนไหนอยากให้ปิด เนื่องจากพอปิดแล้วก็สร้างความลำบากต่อชาวบ้านมาก แต่เราเป็นเจ้าหน้าที่ปกครองเมื่อมีคำสั่ง เราจึงจำเป็นที่จะต้องทำ แต่มีผลประเมินมาตรฐานกึ่งกลางว่า ต้องให้ถึงเท่าไร ตัวเลขผู้ติดเชื้อถึงเท่าไร ถึงสามารถออกคำสั่งปิดหมู่บ้านได้ ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ การให้ประชาชนไปขอใบอนุญาตออกจากพื้นที่ ข้ามจังหวัด หรือมีบางวันข้ามอำเภอ ต้องไปรับหนังสือมาตรการนี้ สร้างความลำบากต่อประชาชนมากๆ หากพูดถึงกรณีปิดหมู่บ้าน ก็จะได้รับ การช่วยเหลือจากกาชาดและจังหวัดเป็นการเบื้องต้นไว้ก่อน

บทบาทเจ้าหน้าที่รัฐ

ในแต่ละวันจะมีการประชุม EOC ประจำอำเภอ บางวันก็จะร่วมกับจังหวัด โดยอำเภอจะทำหน้าที่แค่รับคำสั่งจากจังหวัดมาเท่านั้น ส่วนใหญ่จะดำเนินการตามคำสั่งจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัด

อำเภอทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินมากกว่าและเป็นผู้ประสานงานกับผู้ว่าราชการจังหวัดกับพื้นที่ เสมือนเป็นไปรษณีย์กลางระหว่างสององค์กร โดยหลักจะเป็นผู้กำกับดูแล ควบคุม และติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจในสังกัดกระทรวงมหาดไทยและจังหวัดในการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งมีหน้าที่บูรณาการข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลที่ได้รับรายงานในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย และปฏิบัติหน้าที่อื่นใดตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมอบหมาย

หากประเมินสถานการณ์ ณ ปัจจุบันนี้ โควิดก็อาจจะยังคงอยู่กับเราจนเคยชินแล้ว แต่สถานการณ์ยังต้องเฝ้าระวังอยู่ แต่ประชาชนจะมีความรู้สึกว่ามันผ่านพ้นไปแล้ว แต่จะมีความลำบากที่เกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ที่ต้องพยายามแก้ไขในทุกภาคส่วน ปัจจุบันทางอำเภอก็พยายามโอนย้ายงานไปยัง รพ.สต. ให้ทำหน้าที่บริหารจัดการแทนแล้ว จากเดิมที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องวินิจฉัยโรคเพียงอย่างเดียว

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 6: ผู้มีบทบาทในการคัดกรองในพื้นที่ชุมชนที่ถูกปิด และเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่ดูแลชุมชนที่ถูกปิด คือ ชุมชนละหาร อำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส และประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐกับชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกด้านสาธารณสุขและเรื่องอื่นๆ โดยขณะนั้นได้รับข่าวจากในไลน์กลุ่ม อสม. ว่าจะมีการปิดชุมชนที่มีการแพร่ระบาดโรคโควิด และมีการประชาสัมพันธ์ตามเสียงตาม

สายของเทศบาล แต่ในช่วงแรกยังไม่มีการระบุชัดเจนว่าจะปิดชุมชนแห่งใด ภายหลังจากมีการพบคนติดเชื้อโควิดในชุมชนละหารในเขตเทศบาลแวง จึงเป็นที่มาในการปิดชุมชนครั้งนี้

หลังจากนั้นได้มีการแจ้งผ่านไลน์กลุ่มว่าคำสั่งจากผู้ว่าฯ ให้มีการปิดชุมชนละหารเป็นเวลา 14 วัน เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ภายในชุมชน จึงมีคำสั่งให้ตั้งด่านรอบชุมชนทั้งหมด 5 จุด เมื่อมีการปิดชุมชนก็จะหนีไม่พ้นเรื่องผลกระทบที่ประชาชนจะได้รับ สิ่งแรกที่เห็นชัดเจน เรื่องปากท้องโดยเฉพาะคนที่มีอาชีพนอกชุมชนที่มีอาชีพลักษณะเป็นลูกจ้างรายวัน พ่อค้าแม่ค้า และอาชีพอื่นๆ ที่ไม่มีเงินเดือนประจำ กลุ่มคนในชุมชนละหารมีการสื่อสารไปข้างนอกเพื่อขอรับบริจาคพวกอาหารแห้งและเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับเด็ก ผู้หญิง คนชรา และผู้ป่วยติดเตียง (การรับบริจาคก็มีทีมงานซึ่งเป็นคนในชุมชน) มีหน่วยงานรัฐ (เทศบาลแวง) มามอบถุงยังชีพในวันที่ 4 ของการปิดชุมชน

การตั้งด่านมีการผ่อนปรนในบางกรณีที่เป็น เช่น เดินทางไปพบแพทย์ มีเจ้าหน้าที่ประจำด่านประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน อปพร.(ของเทศบาล) ระยะเวลาการเข้มงวดในวันที่ 1 ถึง วันที่ 7 บางครั้งคนที่ดูแลด่านก็ถูกประชาชนต่อว่าว่าเป็นประจำ การปิดชุมชนตลอดระยะเวลา 14 วันเกิดภาระมากมายหลังเปิดชุมชน อย่างเช่น ค่าผ่อนต่างๆ ค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าส่งลูกเรียนที่อยู่ในมหาวิทยาลัย รัฐ และหน่วยงานรัฐไม่มีความชัดเจนในการดูแลเยียวยาผลกระทบจากมาตรการปิดชุมชน มีแต่ของเทศบาลที่ให้ถุงยังชีพ แต่ไม่เพียงพอตลอดระยะเวลา 14 วัน แต่โชคดีที่มีการรับบริจาคที่ช่วยหนุนเสริมและบรรเทาความเดือดร้อนบ้าง

ข้อเสนอแนะ

1. การปิดหมู่บ้าน/ชุมชนไม่ได้ส่งผลให้เชื้อลดลง แต่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมากกว่า
2. รัฐควรแยกกักตัวเป็นรายครัวเรือนที่พบเชื้อ ไม่ควรปิดทั้งชุมชน
3. การปิดชุมชนควรมีการทำเข้าใจกับในคนชุมชนก่อน ตั้งแต่แผนและมาตรการต่างๆ
4. รัฐควรมีมาตรการเยียวยาช่วงปิดชุมชนและหลังปิดชุมชน เช่น อาหารแห้งและเงิน
5. การฉีดวัคซีนไม่ควรมีขั้นตอนและเงื่อนไขมากเกินไป
6. แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลคนในชุมชน ไม่ควรปล่อยให้ อสม. ไปทำความเข้าใจกับคนในชุมชนอยู่ฝ่ายเดียว
7. ควรจัดหาวัคซีนให้มีความหลากหลาย เพื่อให้ประชาชนได้มีสิทธิเลือก
8. การฉีดวัคซีนหรือการบริหารจัดการวัคซีน ประชาชนรับการฉีดวัคซีนมีความสะดวกใช้เวลาไม่นาน

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 7: ผู้ผ่านการถูกปิดชุมชน มีบทบาทเป็นผู้ใช้แรงงานในพื้นที่ ตำบลช้างเผือก อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพการเกษตร ก่อนจะปิดชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านรับรู้ล่วงหน้าประมาณ 3-4 วัน โดยเหตุผลในการปิดชุมชนคือมีการพบคนติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนหนึ่งที่ได้รับการยืนยัน

จากโรงพยาบาลจะแนะนำเป็นคนในชุมชน มีการประสานงานจากโรงพยาบาลผ่านผู้นำชุมชนเพื่อหามาตรการหยุดยั้งการแพร่เชื้อ โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลถูกส่งไปที่อำเภอ ซึ่งทางอำเภอได้หารือกับผู้นำชุมชนในการที่จะปิดชุมชน และเป็นที่มาของการออกคำสั่งจากผู้ว่า ในการปิดชุมชน

การปิดชุมชนมีผลกระทบหลายด้านด้วยกัน โดยเฉพาะการที่ไม่สามารถเดินทางออกไปประกอบอาชีพหรือทำธุระต่างๆ ในยามปกติที่สามารถทำได้ เพราะมีมาตรการคนในห้ามออก คนนอกห้ามเข้า แต่ก็ยังมีบางกรณีที่สามารถผ่อนปรนได้ อย่างเช่น การเดินทางไปพบแพทย์ หรือมีความจำเป็นในระยะเวลานั้นๆ เท่านั้น ในส่วนคนที่ดูแลด้านส่วนใหญ่ก็เป็นคนในชุมชน อย่างเช่น อสม. ผู้นำชุมชน ท้องที่ ท้องถิ่น บางครั้งก็มีเจ้าหน้าที่ทหาร ในบางครั้งก็ถูกชาวบ้านตำหนิ แสดงความไม่พอใจในมาตรการปิดชุมชน เพราะในช่วงที่ปิดชุมชนเป็นเวลา 14 วัน ไม่มีหน่วยงานรัฐเข้ามาให้ความช่วยเหลือเยียวยาแต่อย่างใด ทั้งในเรื่องอาหารและอื่นๆ ชาวบ้านบริหารจัดการกันเองทั้งหมด กล่าวได้ว่า รัฐไม่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือชาวบ้านในช่วงปิดชุมชนแม้แต่น้อย มีเพียงแค่เดินทางมาเยี่ยมและถ่ายรูปที่ด่านคัดกรองแล้วก็กลับออกไป ส่วนคนที่มีการนำสงสัยว่าจะติดเชื้อ อสม. ในชุมชนก็จะประสานกับโรงพยาบาลเพื่อไปตรวจเชื้อโควิดที่โรงพยาบาล หลังจากครบ 14 วัน ชุมชนก็กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพราะมีรายงานพบเชื้อในชุมชนลดลงและผู้ติดเชื้อในชุมชนก็ถูกส่งไปรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ช่วงก่อนหน้าหรือช่วงปิดชุมชนควรมีการแจกถุงยังชีพเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของคนในชุมชน
2. ควรให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่อำเภอมาอยู่ที่ด่านตรวจคัดกรองด้วยกัน เพราะเป็นคนที่อยู่เรื่องคำสั่งปิดชุมชนมากที่สุด ในขณะที่คนในชุมชนรับรู้แค่บางส่วนและอธิบายยากในบางเรื่อง
3. ควรมีการเยียวยาในรูปของเงิน เพราะมาตรการปิดชุมชนทำให้ครัวเรือนขาดรายได้ บางคนไม่สามารถออกไปทำงานข้างนอกหรือคนข้างนอกไม่สามารถเดินทางเข้ามาจับซื้อผลไม้ได้ ในขณะที่ยังมีภาระหนี้ที่ต้องรับผิดชอบ

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 8: แพทย์ประจำตำบลข้างเมือก อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

หลังจากมีมาตรการปิดหมู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลใช้ชีวิตยากลำบากมากขึ้นและรู้สึกหวาดระแวงในช่วงที่มีตัวเลขผู้ติดเชื้อสูงขึ้น การจ่ายตลาดและซื้อของเป็นเรื่องที่ลำบากมาก เพราะกลัวว่าคนที่มาซื้อตลาดจะนำเชื้อโควิดมาและเกิดการแพร่เชื้อสู่ตนเอง อีกทั้งมาตรการที่รัฐจำกัดการเดินทางหรือไม่ให้รวมตัวกันในชุมชนตัวเองกระทบวิถีชีวิตของคนมุสลิมเป็นอย่างมาก เนื่องจากศาสนาเป็นที่ยึดมั่นรวมจิตใจในยามวิกฤต แต่กลับมีการห้ามกิจการศาสนา นอกจากนี้ ทางครอบครัวมีอาชีพเป็นแม่บ้านให้กับโรงเรียน แต่เมื่อโรงเรียนปิดก็ทำให้รายได้ส่วนนี้หายไป

ในด้านบทบาทหน่วยงานรัฐ มีแต่ออกคำสั่งอย่างเดียวและใช้อำนาจบังคับ ทั้งปิดหมู่บ้านและจำกัดการเดินทาง แต่ไม่มีมาตรการช่วยเหลือในช่วงปิดหมู่บ้าน ไม่มีการกวาดตรวจหาเชื้อในชุมชน มีแต่แจ้งให้ประชาชนคอยเฝ้าระวังเท่านั้น ส่วนมาตรการการเยียวยาของรัฐก็ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของชุมชน รัฐควรสำรวจความต้องการของประชาชนก่อน วัคซีนประชาชนก็ไม่สามารถเลือกยี่ห้อได้ แม้รู้สึกไม่พอใจแต่จำเป็นต้องฉีด เพราะเกี่ยวข้องกับงานและหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเปลี่ยนผู้บริหารจัดการโควิดใหม่
2. เร่งรัดเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการโควิดอย่างจริงจัง
3. ควรมีวัคซีนที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกได้
4. ไม่ควรปิดชุมชน ควรแยกกักตัวเป็นรายครัวเรือน

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 9: ผู้เคยติดเชื้อ ณ บ้านเกาะสะท้อน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพพนักงานสำนักงานจัดส่งพัสดุ อาศัยอยู่ที่บ้านเกาะสะท้อน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ถูกคำสั่งของจังหวัดนราธิวาสให้ทำการปิดตำบล เนื่องจากมีรายงานผู้ติดเชื้อในพื้นที่เกิน 50 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคลัสเตอร์มาจากประเทศมาเลเซีย

ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยว่าตัวเองได้ออกจากพื้นที่ดังกล่าวตั้งแต่มีคำสั่งให้ปิดหมู่บ้าน โดยได้ออกมาใช้ชีวิตข้างนอกตำบล เพื่อให้ง่ายต่อการทำงานที่ไม่สามารถหยุดได้ จากนั้นไม่กี่วัน เพื่อนร่วมงานของผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจพบว่าติดเชื้อ ทำให้พนักงานทุกคนที่ทำงานต้องตรวจหาเชื้อ (Swap) ผลปรากฏว่า ผู้ให้ข้อมูลมีผลเป็นบวก จึงต้องเดินทางไปกักตัวที่โรงพยาบาลสนามนราธิวาส ค่าย อส. ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกรับไม่ได้กับการที่ต้องไปอยู่โรงพยาบาลสนาม เนื่องจากขณะย้ายไปเป็นเวลาากลางคืน และเมื่อไปถึงก็ต้องทำใจกับสภาพความเป็นอยู่ โดยภาพรวมที่ต้องอาศัยอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และเกิดเป็นข้อสงสัยว่า จะดำเนินการรักษาอย่างไรภายใต้การอาศัยอยู่รวมกันเป็นหมู่คณะเช่นนี้

สำหรับการใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลสนาม หากไม่มีอาการก็จะไม่ให้ยา กล่าวคือ พยาบาลจะจัดยาให้กับผู้ที่ร้องขอเท่านั้น โดยในแต่ละวันจะมีการวัดชีพจรและวัดความดัน ผู้ให้ข้อมูลได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ช่วยพยาบาล ก็จะทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจความดันและตรวจชีพจรให้กับเพื่อนผู้ป่วยในทุกเช้า และหากเพื่อนคนใดมีอาการก็สามารถมาแจ้งที่ผู้ช่วยพยาบาลก่อนได้ แล้วผู้ช่วยจะประสานแจ้งพยาบาลต่อไป แต่หากใครไม่มีอาการ ก็จะอยู่อาศัย กินข้าว พักผ่อนไปจนครบ 14 วัน สำหรับอาหารการกิน ผู้ให้ข้อมูลมองว่า อยู่ดี กินดี

ประเด็นการปิดตำบล ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการปิดตำบลไม่ใช่วิธีการป้องกัน เพราะแม้ปิดตำบลก็ยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ตลอด ตอนปิดช่วงแรก มีเสียงสะท้อนความเคลือบแคลงใจจากชาวบ้านว่า รัฐปิดเพราะโควิดจริงหรือปิดเพราะการเมือง

บทบาทภาครัฐ

หน่วยงานรัฐมีข้อบกพร่องเรื่องการทำ ความเข้าใจการชวบ้าน ไม่มีฐานข้อมูลที่จะไปให้ความเข้าใจกับชาวบ้านว่า ทำไม่ถึงต้องทำการปิดหมู่บ้าน คือ รัฐบาลการเชื่อมต่อกับชาวบ้าน ณ ขณะนั้น คนในพื้นที่บ้านเกาะสะท้อนถูกกักบริเวณเกือบสองเดือน ต้องอยู่แต่ในหมู่บ้านตัวเอง กลายเป็นว่า ทุกคนต้องตงงาน โดยเฉพาะคนหาเข้ากินค่า เพราะไม่สามารถออกไปทำงานได้ ทำให้ชาวบ้านไม่กลัวโควิดแล้ว แต่กลัวที่ไม่มีจะกินมากกว่า

การปิดหมู่บ้านก็ไม่มีใครที่จะมาอธิบายได้ว่า ทำไมต้องปิด ทำไมต้องไปโรงพยาบาลสนาม อยู่ที่บ้านก็ได้ รัฐต้องทำความเข้าใจให้มากกว่านี้และเร็วกว่านี้ และที่สำคัญคือขาดการเยียวยาจากรัฐ ปิดหมู่บ้านแต่ไม่ให้ความช่วยเหลือแต่อย่างใด โดยเฉพาะเรื่องอาหารการกินที่ชาวบ้านต้องการเป็นอย่างมาก หมู่บ้านถูกปิดไปได้นานสัปดาห์กว่าจึงจะมีกลุ่มเยาวชนลุกขึ้นมาขอบริจาคและมาแจกจ่ายอาหารให้แก่ชาวบ้าน ทั้งที่ควรเป็นหน้าที่ของรัฐ และในความเป็นจริง ปิดเพียงแค่ 2 สัปดาห์ก็เพียงพอแล้ว เพราะการปิดต่อเนื่องนานเป็นเดือนทำให้ชาวบ้านลำบากมาก

ผลกระทบที่เผชิญ คือ ในปัจจุบัน ถึงแม้จะหายป่วยและไม่มีเชื้อแล้ว กลับมาทำงานได้แล้ว แต่ก็ยังอยู่ในภาวะกังวล เพื่อนๆ ที่ทำงานก็ยังไม่กล้าเข้าใกล้ ในช่วงที่ป่วยก็ถูกตีตราทางสังคม พ่อแม่ดูมอม ไม่มีใครไปบ้าน ที่บ้านถูกกักบริเวณด้วยเชือก ส่วนเรื่องรายได้ โชคดีที่ผู้ให้ข้อมูลมีงานประจำและบริษัทให้ใช้สิทธิลาป่วยได้ ในขณะที่คนอื่นที่เป็นผู้ใช้แรงงานหรือคนทำอาชีพค้าขาย อาจได้รับผลกระทบด้านรายได้อย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีมาตรการรองรับและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมากกว่านี้ โดยเฉพาะคนหาเข้ากินค่า
2. รัฐต้องใช้การสื่อสารที่เข้าถึงชุมชน เน้นลงพื้นที่ทำความเข้าใจ
3. ในด้านวัคซีน รัฐควรลงพื้นที่ฉีดวัคซีนเชิงรุกให้ทั่วถึงทั้งชุมชน
4. รัฐต้องสร้างความเชื่อมั่นต่อชาวบ้านหลังพ้นภาวะวิกฤต

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 10: ครูศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) พื้นที่ ม.7 ตำบลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูลเป็นครูศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) ในชุมชน จากมาตรการปิดชุมชนและในระยะเวลา 2 ปีที่มีแพร่ระบาดเชื้อโควิด ชุมชนได้รับผลกระทบ 2 เรื่องด้วยกัน เรื่องแรกคือวิถีชีวิตวัฒนธรรมและแนวทางปฏิบัติที่มีการทำมายาวนาน โดยเฉพาะในเรื่องศาสนา การทำกิจศาสนา อย่างเช่น การละหมาดวันศุกร์ และการละหมาดรวมกัน 5 เวลา ซึ่งถูกห้ามจากคำสั่งของอำเภอที่ไม่ให้มีการรวมตัวในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้คนในชุมชนดูห่างเหินกัน เรื่องที่สอง คือ ปากท้องและอาชีพ เพราะการที่ผู้คนไม่สามารถออกไปจากพื้นที่ได้ ทำให้รายได้บางครัวเรือนลดลง โดยเฉพาะอาชีพค้าขาย ที่ตลาดนัดถูกปิดทำให้ไม่สามารถค้าขายได้

ในขณะที่เด็กในชุมชนก็ได้รับผลกระทบจากการที่สถานศึกษาถูกปิด ทำให้เด็กชุมชนในแต่ละวันห่างเหินจากความรู้ แม้รัฐจะใช้มาตรการเรียนออนไลน์ แต่ก็ไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากเด็กในชุมชนเอาแต่เล่นน้ำ

ในลำธารและชนไก่ไปวันๆ ในขณะที่บางครอบครัวก็ขาดแคลนอุปกรณ์ทางเทคโนโลยี หรือบางครอบครัวผู้ปกครองก็ไม่มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น

บทบาทรัฐในการให้ความช่วยเหลือมีน้อยเกินไป รัฐมุ่งเน้นดูแลเฉพาะครัวเรือนที่มีการกักตัวเท่านั้น โดยมีหน่วยงานให้ถุงยังชีพ อย่างเช่น อำเภอสรีสาคร สาธารณสุขศรีสาคร และ อบต. ศรีสาคร เป็นต้น สำหรับชุมชนที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ไม่มีการปิดชุมชน แต่มีคนติดโควิดและเสียชีวิตเพราะโควิด สิ่งที่ต้องการเสนอให้สาธารณสุขช่วยเหลือเพิ่มเติม คือ การให้ความรู้กับคนในชุมชนในเรื่องโควิดและวัคซีนด้วยตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ไม่ใช่ปล่อยให้ อสม. ไปทำกันเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรผ่อนปรนมาตรการจำกัดการทำกิจกรรมทางศาสนา ควรให้สามารถทำได้ในระดับชุมชน
2. ควรเยียวยาและช่วยเหลือคนที่ติดโควิดและโดนกักตัว ทำให้สูญเสียรายได้
3. ควรมีมาตรการค้นหาเชื้อเชิงรุกในชุมชน เพราะบางคนมีความรู้สึกหวาดระแวงกันเอง

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 11: คนที่อยู่ในชุมชนที่ถูกปิดชุมชน หมู่ที่ 1 ตำบลโคกสะอาด อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

เมื่อมีคำสั่งปิดชุมชน คนในชุมชนก็จำเป็นต้องอยู่ในชุมชน บางครัวเรือนที่มีความเสี่ยงสูงก็จะมีเชือกผูกไว้หน้าบ้านเป็นสัญลักษณ์เพื่อไม่ให้คนครัวเรือนดังกล่าวออกไปหรือห้ามคนข้างนอกเข้าเด็ดขาด ผลกระทบที่ตามมาในเรื่องปิดชุมชน คือ การประกอบอาชีพนอกชุมชนและการทำธุระที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน

นอกจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ยังมีผลกระทบในด้านวัฒนธรรมและศาสนา เพราะคำสั่งห้ามทำกิจกรรมใดๆ ในลักษณะรวมตัวกัน ชัดแย้งกับวิถีชุมชนมลายูมุสลิมที่ในการทำกิจกรรมศาสนาจะต้องมีการรวมตัวหรือคนหลายคนทำร่วมกัน อย่างเช่น ละหมาดวันศุกร์ ละหมาดวันอีด ละหมาด 5 เวลาที่มีสยิด ถ้าทำคนเดียวถือว่าไม่อนุมุติในหลักการอิสลาม เมื่อทางการได้สั่งห้ามปฏิบัติ ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องวิถีชีวิตของคนในพื้นที่เป็นอย่างมาก ทั้งในด้านจิตใจ ที่ยึดเหนี่ยว และความสามัคคีของคนในชุมชนที่มีการปฏิบัติมาจากรุ่นสู่รุ่นจนถึงปัจจุบัน

ในส่วนความช่วยเหลือจากรัฐ ทาง อบต. โคกสะอาด มีการแจกถุงยังชีพ 1 ครั้งในช่วงเวลา 14 วันที่มีการปิดชุมชน ส่วนหน่วยงานอื่นๆ ไม่มีการให้ความช่วยเหลือแต่อย่างใด มีชาวบ้านบางส่วนไม่พอใจต่อมาตรการปิดชุมชนแต่ก็ต้องอดทน ในความเป็นจริง รัฐไม่ควรถึงขั้นใช้มาตรการปิดชุมชน เนื่องจากในพื้นที่มีรายงานพบเชื้อโควิดเพียง 2 ครัวเรือนเท่านั้น ควรแยกกักตัวเป็นรายครัวเรือนมากกว่า เพราะการปิดชุมชนสร้างผลกระทบเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในเรื่องการประกอบอาชีพที่หลายคนจำเป็นต้องออกนอกชุมชน

ทางเจ้าหน้าที่อำเภอเดินทางมาเยี่ยมในช่วงปิดชุมชนช่วงแรกๆ แต่มาแค่ที่ด่านแล้วก็กลับ ส่วนใหญ่คนประสานงานหลัก คือ ผู้นำชุมชน กับ อสม. ส่วนคนป่วยที่อยู่ในชุมชน อสม. คนเป็นรายงานในช่วงปิดชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยรัฐต้องดูแลในเรื่องปากท้องตลอดระยะเวลา 14 วันที่มีการปิดชุมชน
2. เยียวยาในเรื่องการเงิน เนื่องจากมาตรการปิดชุมชนทำให้ชาวบ้านไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (กรณีต้องทำงานนอกชุมชน)
3. คนที่ดูแลหน้าด่าน (อส. ผู้นำชุมชน อปพร. ฯลฯ) ควรมีสวัสดิการ (เบี้ยเลี้ยง) ในการดูแลที่ด่าน
4. ควรแยกกักตัวเป็นรายครัวเรือนมากกว่าปิดทั้งชุมชน

ผลการสัมภาษณ์รายที่ 12: ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิดรุนแรงถึงขั้นเข้าห้องซีซียู

ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนพื้นที่ตำบลศาลาใหม่ อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครราชสีมา มีอาชีพเป็นครูสอนโรงเรียนเอกชน การแพร่ระบาดของโควิดในพื้นที่ตำบลศาลาใหม่ มีการระบาดเป็นคลัสเตอร์ ซึ่งมาจากมัสกัสที่เด็กนักเรียนปอเนาะท่องจำอัลกุรอานกลับมาช่วงรายอฮัจยี

เคสแรก เป็นลูกของคนในหมู่บ้าน ที่ติดเชื้อแล้วแพร่เชื้อให้บุคคลในครอบครัวเขาต้องเสียชีวิต 3 คน ประกอบด้วย แม่ ยาย และน้องของเด็ก จากนั้นได้มีคำสั่งจากอำเภอดงขี้เหล็กให้ปิดหมู่บ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ออกไปไหนเป็นเวลาหลายสัปดาห์ จนกระทั่ง บิดาของผู้ให้ข้อมูลมีอาการไข้ จึงทำการตรวจหาเชื้อ (SWAP) แล้วพบว่าผลเป็นบวก จึงต้องนำตัวบิดาไปโรงพยาบาลดงขี้เหล็ก ส่วนคนอื่นในครอบครัว มารดาถูกส่งตัวไปอยู่โรงพยาบาลสนามที่ศูนย์ อบต. ศาลาใหม่ ผู้ให้ข้อมูลกับภรรยาถูกส่งไปอยู่โรงพยาบาลสนาม ที่ค่าย อส. นครราชสีมา ส่วนลูกกับแม่ยายตรวจไม่พบเชื้อ จึงถูกส่งไปที่สถานที่กักตัว

ในระยะแรก ผู้ให้ข้อมูลไม่มีอาการเท่าใดนัก ใช้ชีวิตได้ตามปกติ จนกระทั่งวันที่ 4 ของการรักษา ได้รับข่าวว่า บิดาได้เสียชีวิตที่ห้องไอซียูของโรงพยาบาลนครราชสีมาราชนครินทร์ สร้างความเสียใจ หดหู่ และเครียดเป็นอย่างมาก เพราะไม่มีโอกาสได้เจอบิดาก่อนเสีย ไม่ได้ดูศพครั้งสุดท้าย โดยบิดามีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงเท่านั้น และไม่ทราบสาเหตุการติดเชื้อ

ชีวิตในโรงพยาบาลสนาม

ก่อนเข้าโรงพยาบาลสนาม เจ้าหน้าที่จะชี้แจงว่า ให้ใช้ชีวิตตามปกติ ไม่จำเป็นต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย เพราะทุกคนล้วนเป็นคนที่มีเชื้อกันทั้งนั้น นอนเรียงหัวติดกัน กินข้าวสำหรับเดียวกัน แต่สิ่งที่แปลกคือ เชื้อจะอยู่กับเราแค่ 14 วันเท่านั้น จะไม่มีวันที่ 15 เพราะครบ 15 วันจะถูกส่งกลับทันที

การใช้ชีวิตในโรงพยาบาลสนาม มีกิจวัตรเหมือนอยู่ปอเนาะหรือโรงเรียนประจำ มีกำหนดการเต็ม อาหารการกินก็ครบมือ อยู่ดี กินอิ่ม สบายมาก แต่ของกินเล่นต้องซื้อเอง ผู้ให้ข้อมูลอยู่โรงพยาบาลสนามจนถึงวันที่ 5 หลังจากลงทะเบียนตอนเช้า ซุปฮีแล้ววูบล้ม เพื่อนในโรงพยาบาลสนามจึงรีบแจ้งให้รถพยาบาลมารับเมื่อถึงโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลมีอาการหนักมาก ไอเป็นเลือด ค่าออกซิเจนต่ำ จึงถูกส่งเข้าห้องซีซียู (Coronary Care Unit/Cardiac Care Unit/Critical Care Unit: CCU) ทันที หลังจากนั้นก็นอนไม่รู้สีกี่ตัวนาน 5 วัน

เพราะเชื้อลงปอด จนรู้สึกตัวในวันที่ 6 ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 12 เม็ด กินอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเอ็กซ์เรย์ จนอาการดีขึ้น รวมแล้วผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลนาน 27 วัน

บทบาทภาครัฐ

หน่วยงานภาครัฐไม่มีบทบาทแต่อย่างใด คนที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อสม. เพราะ อสม. ได้รับคำสั่งจากโรงพยาบาลและอนามัยให้ไปตรวจตามบ้าน ไปสำรวจคนที่จะฉีดวัคซีน แต่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่ฉีดเพราะคนที่เคยติดเชื้อต้องทิ้งระยะ 4-5 เดือน ไปก่อน จึงสามารถฉีดได้ จึงมองว่า ผู้ที่มีบทบาท คือ อสม. เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเยียวยาผู้ที่ต้องถูกกักตัว 14 วัน อาจให้เป็นเบี้ยเลี้ยงที่เหลือจากค่าอาหารมื้อละ 50 บาท ติดตัวหลังกักตัวครบ เพราะการกักตัวนานถึง 14 วัน หากไม่ใช่คนที่มีเงินเดือนประจำ เขาต้องเดือดร้อนหนักมาก ยิ่งหากมีภาระต้องดูแลครอบครัว โดยอาจให้มีเบี้ยเลี้ยงติดตัวประมาณ 1,000 – 2,000 บาท ก็เพียงพอแล้ว อย่างน้อยก็การันตีว่า เมื่อถึงบ้าน เขาจะได้มีข้าวมีเงินดูแลครอบครัว
2. ควรให้การดูแลรับรองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความรู้สึกว่าจะ กินอิ่มและสบายใจ
3. ในกรณีคนที่เสียชีวิตจากโควิด ภาครัฐไม่มีการช่วยเหลือด้านการจัดการศพแม้แต่น้อย แต่ชาวบ้านเข้าใจว่า ภาครัฐได้เงิน จึงเกิดเป็นปัญหาความน่าเชื่อถือและความเชื่อมั่นระหว่างประชาชนกับรัฐ
4. ผู้ให้ข้อมูลเป็นครูเอกชน มีเงินเดือน แต่ชาวบ้านบางส่วนที่ถูกกักตัวต้องตกงาน เพราะขาดการทำงานหลายวัน

3) สรุปภาพรวมการเก็บข้อมูลภาคสนาม กทม. ประจำเดือนตุลาคม 2564

3.1) รายงานชุดที่ 1

การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเปราะบางในเดือนตุลาคม 2564 ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างจากชุมชนชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย 5 คน ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง 6 คน และกลุ่มตัวอย่าง ลูกจ้างที่ไม่มั่นคง ประกอบอาชีพพนักงานรักษาความปลอดภัยบริเวณ BTS สถานีสนามกีฬาแห่งชาติ (สกายวอร์คส์แยกปทุมวัน) จำนวน 1 คน วินมอเตอร์ไซค์รับจ้างบริเวณหน้าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2 คน (วินจุฬา 64) และภารโรงโรงอาหารใต้อาคารศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 1 คน โดยใน รายงานฉบับนี้จะถูกแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน คือ ชุมชนคลองเตย ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง และแรงงานที่ไม่มั่นคงบริเวณสยาม-ปทุมวัน

ชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย⁵⁷³ ลงพื้นที่ 13 ตุลาคม 2564

ชุมชน 70 ไร่ คือ 1 ใน 3 ชุมชนในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร (อีก 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชน คลองเตย และชุมชนพัฒนาบ่อนไก่) ที่มีอัตราการติดเชื้อมากที่สุดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วง การระบาดระลอกปี 2564 ที่ผ่านมา⁵⁷⁴ เนื่องจากมีสภาพชุมชนเป็นสลัมแออัด ผู้คนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม เปราะบางที่จัดอยู่ในชนชั้นกลางและชนชนกลางระดับล่างที่ผลัดถิ่นมาจากต่างจังหวัด กล่าวคือ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป แรงงานในภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม รวมไปถึงเป็นที่อยู่อาศัยของคน ที่ จัดได้ว่าเป็นคนจนเมืองอย่างหนาแน่น อีกทั้งการอยู่อาศัยในบ้านเรือนส่วนมากเป็นไปในรูปแบบการเช่า ไม่ได้ มีกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง

จากการสัมภาษณ์คุณสุพันธ์ แสงทรัพย์ (สัมภาษณ์, 13 ตุลาคม 2564) ประกอบอาชีพรับจ้าง เย็บเสื้อผ้าและเปิดบ้านให้เช่า เปิดเผยว่าสถานการณ์การติดเชื้อในชุมชนหนักมาก มีผู้เสียชีวิตในละแวกบ้าน ไปแล้วหลายราย ตัวเองและครอบครัวได้รับผลกระทบจากรายได้ที่ลดลง ไม่มีงานรับจ้างเย็บเสื้อผ้าเลย การปรับตัวใช้ชีวิตประหยัดให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมถึงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเชื้อโควิด อย่างเคร่งครัด งดการพบปะเพื่อนบ้านและคนในครอบครัวที่อยู่ต่างถิ่นไปหลายเดือน

การช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ จะเป็นในรูปแบบของการประสานงานความช่วยเหลือผ่าน เครือข่ายส่วนตัวของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (นางกรณิศ งามสุคนธ์รัตนา ส.ส.พรรคพลังประชาชน กรุงเทพมหานครเขต 4 เขตวัฒนา คลองเตย) และผู้นำชุมชนเป็นหลักในลักษณะของการช่วยเหลือผ่าน

⁵⁷³ การลงพื้นที่ชุมชนคลองเตยในครั้งนี้ ผู้เขียนมิได้ลงพื้นที่สัมภาษณ์ด้วยตัวเอง แต่รับรู้สถานการณ์และสภาพจริงในชุมชน จากการถอดบทสัมภาษณ์ของคนในชุมชนที่ทางทีมงานได้ลงพื้นที่ เนื่องจากผู้เขียนติดภารกิจไปท่องเที่ยวธรรมชาติ ณ อุทยานแห่งชาติภูกระดึงกับบิดา เมื่อวันที่ 11-14 ต.ค. 64 ซึ่งตรงกับวันลงพื้นที่ชุมชนคลองเตยเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 64 ที่ ผ่านมา

⁵⁷⁴ บีบีซี ไทย, โควิด-19: ติดเชื่อก็กี่แย ไม่ติดก็ลำบาก เผยวิกฤตชีวิตชาวชุมชนคลองเตย

<https://www.bbc.com/thai/thailand-57035356>

การแจกอาหารและอุปกรณ์ป้องกันเชื้อโควิด อีกทั้งยังมีความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์ ในการระดมตรวจเชื้อเชิงรุกและเร่งฉีดวัคซีนให้คนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลการตรวจล่าสุดเมื่อวันที่ 6 ต.ค. 64 ไม่พบผู้ติดเชื้อในชุมชนอีกแล้ว จากการสัมภาษณ์คุณสุริน (สัมภาษณ์, 13 ตุลาคม 2564)

ในส่วนของมาตรการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือผ่านโครงการคนละครึ่ง เราชนะ และประกันสังคม ซึ่งเป็นความช่วยเหลือที่เรียกได้ว่าเป็นแค่การ “ต่อลมหายใจ” แต่รัฐบาลไม่มีความพยายามในการลดค่าครองชีพต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม อาทิ ค่าน้ำ ค่าไฟ อีกทั้งส่วนใหญ่จะเป็นการวิจารณ์รัฐบาลว่าเหตุใดไม่ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสด หรือการให้เป็นเงินบำนาญถ้วนหน้ากับประชาชน เพราะผู้ได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจำเป็นต้องเอาเงินไปจ่ายหนี้ในระบบจ่ายค่าเช่าต่าง ๆ แต่รัฐบาลเลือกใช้ระบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ในโทรศัพท์ ซึ่งกลุ่มเปราะบางส่วนใหญ่มีสถานะยากจน ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้ รวมถึงนโยบายเปิดประเทศทั้ง ๆ ที่ประชาชนในประเทศยังรับวัคซีนไม่ถึงครึ่งของประชากรว่าไม่สมควรอย่างยิ่ง

ชุมชนบ้านม้าเกาะกลาง เขตบางกะปิ ลงพื้นที่ 25 ตุลาคม 2564

ชุมชนบ้านม้าเกาะกลาง เขตบางกะปิ เป็นชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดไม่มากนักหากเทียบกับชุมชนอื่น ๆ ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีชุมชนที่สภาพแออัด แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้อบ้างประปราย ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม เป็นชนชั้นกลางระดับกลางมาจนถึงระดับบน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน หรือธุรกิจส่วนตัว แต่ยังพบเห็นประชาชนที่เป็นชนชั้นล่างซึ่งอาศัยอยู่ในห้องเช่าอยู่บ้าง แต่ก็ถือเป็นส่วนน้อยในชุมชน

สถานการณ์ในชุมชนช่วงการแพร่ระบาดเป็นไปในรูปแบบช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายใต้มาตรการป้องกันโรค โดยมีการจัดส่งอาหารและอุปกรณ์ป้องกันโรคไปให้บ้านที่มีผู้ติดเชื้อที่ทำการกักตัวที่บ้านตัวเอง (Home Isolation) ไม่ปรากฏให้เห็นท่าทีเกลียดชังผู้ติดเชื้อในชุมชน แต่เป็นไปในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เรียกได้ว่าเป็นหนึ่งในชุมชนที่รับมือกับสถานการณ์โรคระบาดได้ดีมากระดบหนึ่ง ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยสภาพชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการตั้งที่กล่าวไปข้างต้น

การช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ จะเป็นในรูปแบบของการประสานงานความช่วยเหลือผ่านเครือข่ายส่วนตัวของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (นางสาววิจิตต์ภัสร์ โชติเดชาชัยนันต์ ส.ส.พรรคพลังประชารัฐ กรุงเทพมหานคร เขต 13 เขตบางกะปิ) ในลักษณะของการช่วยเหลือผ่านการแจกอาหารและอุปกรณ์ป้องกันเชื้อโควิด อีกทั้งยังมีความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก และ อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) ในการเข้ามาตรวจเชื้อเชิงรุกและแจกอาหารให้ประชาชนผ่านการติดต่อผู้นำชุมชนเป็นหลัก ดังการให้สัมภาษณ์ของคุณศรินยา บุญมาเลิศ (สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2564) ต่อการติดต่อประสานงานเรื่องความช่วยเหลือในชุมชนว่า การติดต่อผ่านเครือข่ายของ ส.ส. มีความรวดเร็วกว่าหน่วยงานภาครัฐมาก ซึ่งมีมูลนิธิสยามร่วมใจซึ่งเป็นมูลนิธิในเครือข่ายของ ส.ส. โดยตรง

ในส่วนของการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือผ่านโครงการคนละครึ่ง เราชนะ และประกันสังคม ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจารณ์รัฐบาลว่าเหตุใดไม่ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสด เพราะผู้ได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจำเป็นต้องเอาเงินไปจ่ายหนี้ในระบบจ่ายค่าเช่าต่าง ๆ แต่รัฐบาลเลือกใช้ระบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน “เป๋าตัง” ในโทรศัพท์ ซึ่งกลุ่มเปราะบางส่วนใหญ่มีสถานะยากจน ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้ และไม่สามารถเข้าถึงเงินเยียวยาจากรัฐบาลใด ๆ ได้เลย จากการให้สัมภาษณ์โดยคุณประสิทธิ์ ชุ่มชื่น (สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2564) ได้วิจารณ์รัฐบาลว่าโครงการคนละครึ่งเป็นโครงการที่เหมาะสมกับคนที่พอมีเงินอยู่บ้างเท่านั้น แต่คนที่ไม่มีเงินเลยในระดับที่ไม่สามารถเติมเงินอีกครั้งหนึ่งได้ จะช่วยเหลืออย่างไร รวมถึงนโยบายเปิดประเทศทั้ง ๆ ที่ประชาชนในประเทศยังรับวัคซีนไม่ถึงครึ่งของประชากรว่าไม่สมควรอย่างยิ่ง

ผู้บริหารประเทศควรพิจารณาตัวเองในด้านมาตรการช่วยเหลือประชาชน ไม่ควรเอาแนวคิดแบบระบบราชการนำหน้าการบริหาร ควรลดค่าครองชีพของประชาชนลดให้มากที่สุด อาทิ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมัน โดยเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ประกอบการรายย่อย (SME) ไม่ใช่เน้นช่วยเหลือนายทุนผู้ประกอบการรายใหญ่ ที่มีอิทธิพลเหนือรัฐบาลชุดนี้ในการขึ้นค่าการบริหารประเทศ ต้องสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องเลิกการเลือกปฏิบัติสองมาตรฐานในการบังคับใช้มาตรการช่วงโควิดกับประชาชน และต้องนำวัคซีนที่มีคุณภาพมาให้ประชาชนโดยไม่เลือกปฏิบัติ

แรงงานที่ไม่มั่นคง บริเวณสยาม-ปทุมวัน ลงพื้นที่ 2 พฤศจิกายน 2564

สยาม-ปทุมวัน คือศูนย์กลางการค้าและเศรษฐกิจของกรุงเทพมหานครที่สำคัญมากแห่งหนึ่ง แน่นนอนว่าการได้เป็นศูนย์กลางการค้าและเศรษฐกิจที่สำคัญเช่นนี้ย่อมแลกมาด้วยหยาดเหงื่อและแรงกายของชนชั้นล่างในภาคบริการอย่างมหาศาล ที่อยู่อาศัยของแรงงานที่ไม่มั่นคงเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อมาก และต้องอาศัยอยู่ด้วยการเช่าบ้าน/เช่าห้อง น้อยนักที่จะมีกรรมสิทธิ์ในที่ดินและที่อยู่อาศัยของตัวเอง ซึ่งในการระบาดระลอกปี 2564 ได้ส่งผลกระทบต่อพวกเขาเหล่านี้อย่างมหาศาล และแน่นอนว่ามาตรการเยียวยาต่าง ๆ จากรัฐบาลไม่สามารถลงไปถึงแรงงานเหล่านี้ได้อย่างถึงรากถึงโคนอย่างแท้จริง ทั้ง ๆ ที่พวกเขาเหล่านี้คือผู้ขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจไทยมาตลอดหลายทศวรรษ สมดังคำกล่าวว่า “แรงงานคือผู้สร้างชาติ” แต่กลับเป็นคนกลุ่มแรก ๆ ที่ถูกทอดทิ้งจากรัฐ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์บรรดาแรงงานที่ไม่มั่นคงในภาคส่วนต่าง ๆ ของพื้นที่ อาทิ พนักงานรักษาความปลอดภัยประจำสถานีรถไฟฟ้า วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และภารโรงในโรงอาหารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า หากเปรียบเทียบกับภาระระบาดระลอกปี 2563 และภาระระบาดระลอกปี 2564 แล้ว ภาระระบาดระลอกปี 2564 ระบาดร้ายแรงที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการอาชีพและรายได้ของแรงงานที่ไม่มั่นคงเหล่านี้มากที่สุด การจับจ่ายใช้สอยของประชาชนหดตัวลงอย่างเห็นได้ชัด ห้างสรรพสินค้าถูกสั่งปิดลือคดาวน์ ห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ของแรงงานที่ไม่มั่นคงจึงต้องได้รับผลกระทบไปด้วย วินมอเตอร์ไซด์ประจำวินจุฬา

64 ท่านหนึ่งกล่าวว่า ในช่วงการระบาดปี 2564 นั้น ถนนพญาไทไม่มีรถวิ่งระดับที่สามารถลงไปเตะฟุตบอลกันได้ (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564)

วินมอเตอร์ไซด์อีกท่านหนึ่ง คุณวรวิมล จตุรพิพิธภรชัย (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564) เปิดเผยว่า ผลกระทบที่ได้รับจากการระบาดระลอกปี 2564 นักหนาสาหัสในระดับที่ว่าเอารถยนต์และมอเตอร์ไซด์ของตัวเองไปจำนำแล้ว ทุกวันนี้อยู่ได้ด้วยการทำงาน “ต่อลมหายใจ” จากโครงการมาตรการเยียวยาต่าง ๆ อาทิ คนละครึ่ง เราชนะ ประกันสังคม ซึ่งก็ไม่อาจรู้ได้ว่ารัฐบาลจะช่วยเหลือในลักษณะนี้อีกหรือไม่ อีกทั้งค่าครองชีพที่สำคัญเช่นค่าน้ำมัน ก็ไม่มีที่ท่าว่าจะลดลงจากรัฐบาล ส่งผลให้การช่วยเหลือจากรัฐบาลไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างถึงรากถึงโคนอย่างแท้จริง ซึ่งบางครั้งต้องทำงานเสริมในรูปแบบการรับจ้างต่าง ๆ ควบคู่กันไป เพราะลูกค้าที่มาใช้บริการส่วนใหญ่คือนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แต่สถานการณ์เช่นนี้ ส่งผลให้มหาวิทยาลัยปิดลือคดาวน์ นิสิตเรียนออนไลน์ จึงไม่มีนิสิตซึ่งเป็นลูกค้าหลักมาใช้บริการ อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบการลงทะเบียนรับวัคซีนได้เลยจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์มีความคล้ายคลึงกับคุณจำนง เขียวสวัสดิ์ (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2564) ภารโรง/พนักงานทำความสะอาด ประจำร้านอาหารใต้ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาศัยอยู่ในชุมชนวัดดุสิตดาราม ได้เปิดเผยว่าได้รับผลกระทบอย่างมากจากการสั่งปิดร้านอาหารในช่วงการระบาดระลอกปี 2564 เนื่องจากเป็นสถานที่เสี่ยงเป็นคลัสเตอร์การระบาด ส่งผลให้ระหว่างนั้นต้องรับจ้างเป็นสแปร์ตามบริษัทหรือตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อหารายได้มาทดแทน โดยรัฐบาลให้ความช่วยเหลือตามโครงการมาตรการเยียวยาต่าง ๆ อาทิ คนละครึ่ง เราชนะ ประกันสังคม อีกทั้งยังได้รับส่วนลดค่าน้ำ ค่าไฟ ในช่วง 3 เดือนแรกของการระบาดระลอกปี 2564 ได้รับความช่วยเหลือในด้านการแจกอาหารในชุมชนจาก ส.ส.จักรพันธ์ พรนิมิต ส.ส.เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พรรคพลังประชารัฐ รวมถึงมูลนิธิกระเจงา และมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ซึ่งประสานงานผ่านหัวหน้าชุมชน แต่หน่วยงานภาครัฐไม่ปรากฏว่าเข้ามาช่วยเหลือในชุมชนวัดดุสิตดาราม เนื่องจากไม่ใช่ชุมชนที่เป็นคลัสเตอร์ระบาดหนักเหมือนเขตชุมชนที่เป็นสลัม

สำหรับการวิพากษ์วิจารณ์มาตรการเยียวยาและความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐบาล ล้วนเป็นไปในทิศทางที่แก้ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการจัดการวัคซีนที่ไม่มีคุณภาพ และปัญหาการลงทะเบียนรับเงินเยียวยาที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ทุกคนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนงานที่ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้เลย ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างแท้จริง แต่มักถูกทอดทิ้งจากรัฐเป็นกลุ่มคนแรก ๆ เสมอ

คำวิจารณ์ต่อรัฐบาลที่น่าสนใจและน่าจะสะท้อนความคิดเห็นของแรงงานที่ไม่มั่นคงได้เป็นอย่างดี คือ คำวิจารณ์ของคุณจำนง เขียวสวัสดิ์ ว่า

“รัฐบาลควรแจกเงินเยียวยาประชาชนแบบถ้วนหน้าทุกคน ไม่ควรต้องลงทะเบียนยืนยันสิทธิ์ เพราะประชาชนทุกคนได้รับผลกระทบทั้งหมดในสถานการณ์โรคระบาด อีกทั้งไม่ใช่ประชาชนทุกคนที่มีโอกาสเข้าถึงโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตที่มีความสามารถในการลงทะเบียนยืนยันสิทธิ์รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลได้ อีกทั้งต้องแก้ปัญหาความล่าช้าในการจัดหาวัคซีนและชุดตรวจที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน เนื่องจากประชาชนมองว่าไม่โปร่งใส และเอื้อประโยชน์ต่อคนเพียงไม่กี่กลุ่ม.

3 สรุป

จุดร่วมที่น่าสนใจจากการลงพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า บทบาทของเครือข่ายส่วนบุคคลของ ส.ส. ในแต่ละพื้นที่มีบทบาทอย่างมากต่อการช่วยเหลือประชาชนในช่วงการระบาด และในมุมมองประชาชนในพื้นที่ยังมองว่ามีความรวดเร็วกว่าการทำงานของหน่วยงานรัฐเสียอีก เป็นผลสะท้อนได้อย่างดีว่าอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นในกรุงเทพมหานครในแต่ละเขตยังคงมีความสำคัญอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะรูปแบบความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์บุญคุณ (Patron-client Relationship) ต่อชนชั้นล่างในชุมชนแออัดที่จะส่งผลต่อการเลือกตั้งในครั้งถัดไปอย่างแน่นอน แม้ว่าในบริเวณรอบ ๆ จะกลายเป็นเมืองแบบเต็มขั้นไปแล้ว แต่ก็ต้องยอมรับว่าชนชั้นกลางยังคงเป็นส่วนน้อยของสังคมกรุงเทพมหานคร หากเทียบกับสัดส่วนของชนชั้นล่างและคนจนเมือง

มากไปกว่านั้น จุดร่วมของการวิพากษ์วิจารณ์มาตรการเยียวยาและนโยบายของรัฐบาลในสถานการณ์โรคระบาดจะเป็นไปในเชิงลบต่อภาคปฏิบัติเชิงนโยบาย กล่าวคือ ระบบการรับเงินเยียวยาไม่ควรออกแบบโดยยึดติดและตัดสินด้วยบรรทัดฐานของชนชั้นกลางที่มีกำลังทรัพย์พอจะเข้าถึงโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพมาออกแบบระบบการรับเงินเยียวยาให้ประชาชนทุกชนชั้นในประเทศ ควรจะให้เปล่าแบบถ้วนหน้า ไม่ต้องมีระบบพิสูจน์สิทธิ ไม่มีการเลือกปฏิบัติเชิงนโยบายเช่นนี้อีก

2.2) รายงานชุดที่ 2

การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในเดือนตุลาคม ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างจากชุมชนแออัดคลองเตย จำนวน 5 คน ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง 6 คน และกลุ่มตัวอย่างลูกจ้างที่ไม่มั่นคง ประกอบอาชีพพนักงานรักษาความปลอดภัยบริเวณ BTS สถานีสนามกีฬาแห่งชาติ จำนวน 1 คน ขับมอเตอร์ไซค์รับจ้างบริเวณหน้าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 2 คน และแม่บ้านร้านอาหารในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 1 คน โดยในรายงานฉบับนี้จะถูกแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน คือ ชุมชนคลองเตย ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง และแรงงานที่ไม่มั่นคงบริเวณเขตปทุมวัน

ชุมชนคลองเตย

คงไม่เกินเลยนักหากจะกล่าวว่าชุมชนคลองเตยเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของคนจนเมือง โดยมีสภาพที่แออัด และที่สำคัญคือผู้คนในชุมชนง่ายต่อการตกเป็นเหยื่อของโรคระบาด โดยเฉพาะสถานการณ์ในปัจจุบัน “โควิด-19” จากพื้นที่ที่เราทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ในซอยนี้เคยเป็นผู้ติดเชื้อโควิดมาแล้วทั้งสิ้น และมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึง 2 คน โดยเบื้องต้นเราได้สัมภาษณ์ผู้อยู่อาศัยในชุมชนคลองเตยจำนวน 5 คน ซึ่งต่างก็ได้รับผลกระทบจากโรคดังกล่าว ตั้งแต่การเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ การทำมาหากิน กระทั่งการใช้ชีวิต

“เราก็ทำงานปกติ ถ้าไม่ทำก็ไม่มีกิน” พี่ก๊ก หญิงวัย 32 ปี ผู้มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคโควิด-19 ถึง 3 คน เล่าให้เราฟังถึงสภาพความเป็นอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว แม้ในสถานการณ์เช่นนี้หลายคนจะสามารถทำงานที่บ้านได้ตามนโยบาย Work From Home ของแต่ละบริษัทและได้รับเงินเดือน

ตามปกติ แต่พี่ก็ยังคงต้องออกจากชุมชนเพื่อไปทำงานติดแอสแตมป์เหล็กที่ทำเรือ ได้รับค่าจ้างเป็นรายวันราว 400 บาท ทั้งยังเสี่ยงกับการติดเชื้อสูง เนื่องด้วยในสถานที่ที่ต้องทำงานอยู่เกือบทุกวันนี้มีพนักงานจำนวนมากที่ติดเชื้อด้วยโรคโควิด-19

ขณะที่ป่าตู่ อาศัยห้องเช่าเดือนละ 1,500 บาท อยู่ในชุมชนคลองเตยกับลูกชาย มีอาชีพเป็นแม่บ้านให้กับบริษัทแห่งหนึ่งที่เซ็นทรัลเวิร์ล และไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติในสถานการณ์เช่นนี้ ซ้ำยังกลายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิดพร้อมกับลูกชาย จึงต้องประสบทั้งกับปัญหาสุขภาพ การขาดรายได้ และการดำรงชีวิต โดยป่าตู่เล่าให้ฟังว่า ในช่วงนั้น “ไม่มีเงินจะซื้อยาเลย ทำงานมันไม่ไหวไม่ได้เต็มที่ เงินมันไม่พอใช้เพราะมันต้องจ่ายทุกอย่าง ลูกชายก็ไม่ได้ทำงานไม่มีเงิน ก็ต้องขอเขากินก่อน เพราะยังไม่มีใครมาแจกข้าวแจกน้ำ เพิ่งมาเริ่มมีตอนหลังที่รู้ว่าเราติดเชื้อ”

อย่างไรก็ตาม ด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ป่าตู่มีกับเพื่อนร่วมงานมาเป็นเวลากว่า 10 ปี ทำให้ป่าตู่ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องรายได้ต่อเดือน โดยแม้ว่าป่าตู่จะถูกลดเวลาทำงานให้เหลือเพียงอาทิตย์ละ 2 วัน แต่ยังคงได้รับเงินเดือนจำนวนเต็ม “ทางออฟฟิศเขาช่วยเหลือ ถ้าป่าไม่ได้เลยป่าก็จะไม่มีค่าเช่าบ้าน เขาเลยช่วยกันให้ป่าได้เต็ม”

ปฏิเสธไม่ได้ว่าผลกระทบในเรื่องรายได้เป็นปัญหาที่ผู้คนได้รับความเดือดร้อนร่วมกันในสถานการณ์อันผิดปกติเช่นนี้ ทว่าการดิ้นรนและการต่อสู้เพื่อดำเนินชีวิตหาเช้ากินค่ำยังถือเป็นเรื่องยากสำหรับกลุ่มผู้ที่ได้รับโอกาสความมั่นคงในชีวิตน้อยกว่าในสังคมโดยเฉพาะกับคนในชุมชนคลองเตยที่เราได้ทำการสัมภาษณ์ กล่าวคือ หากวันใดวันหนึ่งเกิดติดเชื้อชีวิตก็ลำบาก แต่การไม่สามารถทำมาหากินได้ตามปกติก็คงลำบากไม่ต่างอะไรจากการติดเชื้อ เช่นนั้นแล้ว พี่ก็จึงต้องเลือกที่จะเสี่ยงออกไปทำงานเพื่อรับค่าจ้างรายวันเฉกเช่นเคย

อนึ่ง ด้วยสภาพลักษณะสถานการณ์ในชุมชนเองก็ดูท่าไม่ค่อยจะสู้ดี สืบเนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่พุ่งสูงขึ้น (ข้อมูลการตรวจเชิงรุกระหว่าง 27 เม.ย. – 9 พ.ค. พบจำนวนผู้ติดเชื้อ 654 ราย จาก 16,131 ราย)⁵⁷⁵ อาจเป็นเหตุให้คนภายนอกบางส่วนมองว่าตนตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่ออยู่อย่างใกล้ชิดกับคนที่มาจากชุมชนแออัดเช่นนี้ โดยทั้งพี่ก็และป่าตู่ต่างก็เคยมีประสบการณ์การถูกกักกันเข้าสถานที่ทำงานด้วยเหตุว่า “มาจากคลองเตย”

“ก็เสียใจนะ เหมือนว่าเขารังเกียจเรามากนัก เรายังไม่ได้เป็น ต้องดูตัวเขาก่อนนะว่าเป็นหรือเปล่า มันเป็นกันได้ทุกคน” พี่ก็บอกเล่าด้วยน้ำเสียงที่โกรธเคืองเจ้าหน้าที่

ขณะเดียวกันเมื่อถามถึงท่าทีที่ถูกปฏิบัติจากคนภายนอกเมื่อทราบว่าตนมาจากชุมชนคลองเตย ป่าตู่เล่าให้ฟังในทำนองเดียวกันว่า “เขาก็กลัวเรา บางทีห้ามไม่ให้เราเข้า กลัวเราจะเอาเชื้อเข้าไป พอเราเข้าออฟฟิศจะไม่มีคนเข้ามาเพราะเขากลัวเราเอาเชื้อไปติดเขา”

ในเรื่องว่าด้วยการตรวจหาเชื้อและการรักษาตัวก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยในกรณีของป่าตู่เมื่อพบว่าลูกชายติดเชื้อโควิด-19 ขณะที่ตนก็เริ่มมีอาการป่วยใช้จึงต้องหาหนทางในการตรวจเช็สดังกล่าว แต่

⁵⁷⁵ PPTV Online. (2564). ชุมชนคลองเตยติดเชื้อโควิด 654 ราย ลุ้นผลอีก 5,700 คน เร่งฉีดวัคซีน. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.pptvhd36.com/news/สุขภาพ/147179>

การจะตรวจหาเชื้อตามโรงพยาบาลเอกชนก็ต้องใช้เงินมากถึง 3,000 บาท ดังนั้นป้าตุจึงเลือกวิธีการรอคิวตรวจเชื้อโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเลิศศิลป์ ซึ่งใช้เวลาถึง 2 วันในการรอรับคิว

ป้าตุเล่าว่าตนต้องออกจากบ้านตอนตี 2 นั่งรอข้างถนน ไปถึงก็เห็นมีคนรออยู่ 10 กว่าคนแล้ว โดยเจ้าหน้าที่รับเพียง 80 คิว และเริ่มแจกคิวตอน 6 โมงเช้า เริ่มตรวจตอน 8.30 ระหว่างที่ไปรอตั้งแต่ตี 2 จนถึงเวลาแจกคิวป้าตุเล่าว่าตนทั้งไม่ได้กินข้าว ทั้งฝูงยุงที่คอยจะกัด และคนที่มารออีกมากมาย ยิ่งไปกว่านั้นบางคนที่มีเชื้อโควิดอยู่แล้วก็มาขึ้นรถตรวจร่วมกันตรงนั้น จวบจนจะ 4 โมงเย็นตนก็ยังไม่ได้ตรวจ และถูกนัดให้กลับมาตรวจใหม่ในวันถัดไป

อาจกล่าวได้ว่า กรณีเช่นป้าตุคงไม่ใช่เพียงกรณีเดียวที่ต้องเผชิญกับความพยายามอย่างยากลำบากในการหาหนทางเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่นนั้น แม้โรคโควิด-19 มิได้เลือกปฏิบัติกับผู้คนในทางชีววิทยา แต่ในทางสังคมกลับมีส่วนไม่น้อยต่อการที่ผู้คนถูกเลือกปฏิบัติ กีดกัน และไม่สามารถเข้าถึงการรักษาเยียวยาในสถานการณ์นี้อย่างเท่าเทียม

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชุมชนคลองเตยคนอื่น ๆ พบว่าหน่วยงานที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือทั้งก่อนหน้าสถานการณ์โควิด และในสถานการณ์โควิดมีอยู่ 3 หน่วยงานหลักด้วยกันคือ มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิกระต่ายแดง และ ส.ส. กรณิศ งามสุคนธ์รัตนา (พรรคพลังประชาชน กรุงเทพมหานคร เขต 4 วัฒนา คลองเตย) โดยส่วนใหญ่แล้วการช่วยเหลือเป็นเรื่องข้าวสารอาหารแห้งและถุงยังชีพ แต่กระนั้น ผู้อยู่อาศัยในชุมชนที่พอมีเรี่ยวแรงจะต้องออกไปปรับบัตรคิวเอาของที่หน้าชุมชนเอง โดยอาร์ท ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เคยอาศัยอยู่ในชุมชนและทำงานกับมูลนิธิดวงประทีป ได้ให้ข้อมูลกับเราว่าเวลาที่มิหนวดยานเข้ามาช่วยเหลือเรื่องการบริจาคของต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเข้ามาแจกที่หน้าชุมชน ดังนั้นคนที่เดินไม่ได้ หรือไม่มีลูกหลานที่สามารถออกมารับของในส่วนนี้ได้ก็จะเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือดังกล่าว

ขณะที่โครงการเยียวยาประชาชนของรัฐบาลอาทิ โครงการคนละครึ่ง เราชนะ แม้ผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคนสามารถเข้าถึงโครงการเหล่านี้ได้ แต่เชื่อว่าผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาด้วยโครงการดังกล่าวจะเห็นด้วยกับเงื่อนไขที่รัฐกำหนดขึ้น

“โครงการคนละครึ่งเนี่ยน่าจะเป็นเงินสดดีกว่า เพราะบางคนไม่ได้ต้องการใช้จ่ายทุกวัน วันละ 300 แต่ถ้าให้เป็นเงินสดมายังสามารถใช้จ่ายอย่างอื่นได้ เอาไปผ่อนค่าบ้าน ค่ารถ ไม่ได้ใช้จ่ายค่ากินทุกวัน ช่วงนี้ทุกคนต้องประหยัด” ป้าสุพรรณีอธิบายเมื่อเราถามถึงความคิดเห็นต่อมาตรการเยียวยาจากรัฐบาล

“คนที่ต้องการความช่วยเหลือจริง ๆ โทรศัพท์ก็ไม่มีเน็ต บางคนโทรศัพท์ก็ใช้ระบบแสมกนยาก ถ่ายรูปไม่ค่อยได้ และตรงที่เขาอยู่มันไม่มีร้านที่เข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง จะใช้ทีก็ต้องออกไปไกล ถ้าเป็นคนแก่ก็ใช้ยาก” อาร์ทสะท้อนให้เราฟังถึงปัญหาการเข้าถึงโครงการดังกล่าว

แม้ว่าโครงการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐจะสามารถช่วยเหลือคนบางส่วนในสังคมได้ แต่ก็ยังมีอีกมากที่ถูกขลิบ เพราะเชื่อว่าทุกคนจะสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งความรู้และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของแต่ละคนก็อาจมีอยู่อย่างจำกัด นอกจากนี้โครงการของรัฐบาลยังไม่

สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะยากลำบาก และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ได้อย่างสมเหตุสมผลและทั่วถึง

ชุมชนบ้านม้าเกาะล่าง

ในชุมชนบ้านม้าเกาะล่างที่ไม่ได้ให้ภาพชุมชนแออัดเท่าใดนัก เราได้สัมภาษณ์กับพี่น้องชาวมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับคนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย แม้จะได้รับผลกระทบในเรื่องอาชีพการงานในช่วงสถานการณ์นี้ ทว่า หลายคนมีบ้านที่ปลูกอยู่บนที่ดินของตนเองซึ่งอาศัยอยู่มาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าเช่าแต่ละเดือน แม้จะไม่มีรายได้ตามปกติก็สามารถอยู่ได้อย่างไม่ขัดสน นอกจากนี้ชาวบ้านในละแวกใกล้เคียงกันยังมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ จึงสามารถให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เสมอ โดยบ้านของคุณอุไรที่เราใช้เป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เต็มไปด้วยสมาชิกในครอบครัวของคุณอุไร และญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง และลูกค้าที่แวะเวียนมาตลอดอย่างไม่ขาดสาย เนื่องจากบริเวณหน้าบ้านเป็นร้านขายอาหารของลูกสาว และฝั่งตรงข้ามก็เป็นร้านขายของชำของพี่สาวคุณอุไร (คุณจินดา)

ก่อนหน้านี้คุณอุไรรับจ้างเย็บกระเป๋ามาเป็นเวลากว่า 10 ปี แต่เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มรุนแรงขึ้นก็ทำให้รายได้จากการเย็บกระเป๋าของคุณอุไรเริ่มลดน้อยถอยลง จนกระทั่งไม่มีในที่สุด รายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มีส่วนช่วยในการจุนเจือครอบครัวจึงมาจากการขายอาหารของลูกสาว อย่างไรก็ตามเมื่อถามถึงสภาพความเป็นอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว คุณอุไรก็มักพูดย้ำคำเดิมเสมอถึงการใช้ชีวิตที่ “ปกติ” จะได้รับผลกระทบก็เพียงในเรื่องของการว่างงานจากการเย็บกระเป๋า

และเนื่องด้วยได้รับความช่วยเหลือจากโครงการคนละครึ่ง รวมถึงโครงการเราชนะของรัฐบาล ซึ่งคุณอุไรมองว่าโครงการดังกล่าวมีประโยชน์กับตนมาก โดยได้เล่าให้เราฟังว่า “มาได้คนละครึ่ง แล้วก็เงินที่เขาแจก 5,000 นั้นก็ช่วยได้เยอะกับรายจ่าย ที่ว่ากระทบไม่เยอะเพราะลูกเรียนจบกันหมดแล้ว เราอยู่แต่บ้าน ไม่ได้ออกไปข้างนอก ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องเสียค่าน้ำมันรถอะไรพวกนั้น ได้เงินตรงนี้มีน้ำมันก็ช่วยเราได้ไปอีกครึ่งหนึ่ง”

คุณอัญชลี มิตรสหายของคุณอุไรที่เปรียบเสมือนคนในครอบครัว มีอาชีพเป็นวิทยากรสอนรำไทเก๊กให้กับผู้สูงอายุที่ศูนย์เยาวชนโดยได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือน แต่เมื่อศูนย์ดังกล่าวต้องถูกปิดลง ทั้งยังถูกนำไปดัดแปลงเป็นศูนย์พักคอย จึงไม่สามารถกลับไปสอนได้ตามปกติ ดังนั้นรายได้ในส่วนนี้จึงหายไป แต่อย่างไรก็ตาม คุณอัญชลียังปรับตัวด้วยการรับสอนผู้สูงอายุตามบ้านที่มั่นใจได้ว่าปลอดภัย และได้รับวัคซีนครบแล้ว รวมถึงรับจ้างซื้อของวันละเล็กน้อย ผนวกกับการเข้าถึงความช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐด้วยเงิน 15,000 บาท ชีวิตของคุณอัญชลีจึงได้รับผลกระทบในระดับที่พอปรับตัวได้ไม่ลำบากนัก

เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่เราได้สัมภาษณ์ซึ่งต่างก็ได้รับผลกระทบในเรื่องรายได้ เพราะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ แต่จากปัจจัยที่ว่าฐานะเศรษฐกิจของคนในชุมชน (ที่สัมภาษณ์) ค่อนข้างดี กล่าวคือมีเงินเก็บออมบ้าง และได้โครงการช่วยเหลือเยียวยาของรัฐบาลร่วมด้วย ทำให้แต่ละคนแม้จะประสบภาวะความเครียดอันเกิดจากการปรับตัวไม่ทันอยู่บ้าง แต่ก็ยังสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้อย่างยืดหยุ่น

อาทิ คุณจินดาขายของชำแทบไม่ได้ในแต่ละวันเนื่องจากลูกค้าไม่กล้าเข้ามาซื้อของ จึงปรับตัวด้วยการขายอาหารประเภทบิงย่างส่ง delivery ผ่านแพลตฟอร์ม หรือในกรณีของคุณมาลีที่ตกงานทำให้ไม่มีรายได้ในแต่ละวันเข้ามาจึงต้อง “อาศัยลุงตุ๊กกินไปวัน ๆ”

นอกจากนี้ หน่วยงานหลักที่เข้ามามีส่วนให้ความช่วยเหลือในเรื่องการแจกจ่ายข้าวสารอาหารแห้ง หน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรค และดูแลผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ในบ้าน ประกอบด้วย ประธานชุมชน ส.ส.โอ (นางสาวฐิติภัสร์ โชติเดชาชัยนันต์ พรรคพลังประชารัฐ) และองค์กรทางศาสนามุสลิมของชุมชน ซึ่งการช่วยเหลือแต่ละครั้งผู้อาศัยจะต้องไปรับของที่บ้านประธานชุมชน มีบ้างเป็นบางโอกาสที่บุคคลภายนอกต้องการให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนจะมาแจกอาหารเป็นมืออยู่ริมคลองสำหรับคนละแวกนั้นที่ผ่านไปผ่านมา แต่ผู้ที่ให้สัมภาษณ์เราก็อ้างเสมอว่าจะไปรับของที่จำเป็นสำหรับการใช้ชีวิตเท่านั้นและไม่ออกไปทุกครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงให้คนที่มีความต้องการจริง ๆ

การปรับตัวของผู้ที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ของชุมชนบ้านม้าเกาะกลางล้วนเป็นเรื่องของการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรคให้ได้ อาทิ การดูแลความสะอาด ไม่ออกไปข้างนอกบ่อย ๆ เมื่อถามถึงความหวาดระแวงและความกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดแล้วโดยมากจึงให้คำตอบเราเกี่ยวกับความกังวลเรื่องการติดเชื้อมากกว่าเรื่องประกอบอาชีพ อย่างที่คุณมาลีเล่าให้เราฟังถึงการใช้ชีวิตในช่วงโควิด-19 “ระลอก 1 คือเครียดมาก กลัวมาก แทบจะไม่ออกไปไหน หลังจากที่เริ่มปรับตัวได้เราก็อ้างว่าต้องทำอะไร ใส่แมสก์สองชั้น กลับมาล้างมือ พกสเปรย์ ไม่ออกไปข้างนอกบ่อย ๆ ถ้าทำอย่างนั้นก็รอด”

แรงงานไม่มั่นคงบริเวณเขตปทุมวัน

“Bangkok: City of Life” ย่านธุรกิจและไลฟ์สไตล์ เป็นเมืองที่ใครต่อใครต่างเสาะแสวงหาอาชีพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตตามโฆษณาภาพฝันถึงการมีชีวิตดี ๆ ที่ลงตัวของผู้คน แต่ค่าครองชีพที่สูงลิ่วซึ่งสวนทางกับความมั่นคงในชีวิตของคนหาเช้ากินค่ำ โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อันเป็นสถานการณ์ที่การมีชีวิตอยู่รอดในแต่ละวันกลายเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล การจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมที่แต่ละคนมี เช่นนั้น เหล่าบุคคลที่เป็นกลุ่มชายขอบซึ่งรัฐมิได้เหลียวมองจึงต้องดิ้นรน กระเสือกกระสนเพื่ออยู่รอดในสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้มากกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ

“ช่วงที่เกี่ยวกับโควิดนี้แหละที่ออกจากงาน ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ทำอะไรผิด ไม่รู้ด้วยว่าเขาให้ออกเพราะอะไร เขาให้ออกก็ออก” พี่วุฒิ พนักงานรักษาความปลอดภัยที่เราพบที่สถานีรถไฟฟ้า BTS หน้าหอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร เล่าให้เราฟังถึงการถูกไล่ออกจากงานเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัยของบริษัทเดิมเนื่องด้วยสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ระลอกแรก ซ้ำยังถูกไล่ออกจากที่พักเดิม จึงต้องกลับไปเป็นแรงงานก่อสร้างที่บ้านเกิด จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อสถานการณ์ดีขึ้นจึงกลับมาหางานที่กรุงเทพฯ อีกครั้งหนึ่ง

พี่วุฒิเป็นคนจากต่างจังหวัดที่เข้ามาทำงานในเมืองหลวงกับพี่สาว แต่ท้ายที่สุดก็แยกออกมาใช้ชีวิตตัวคนเดียวด้วยนิสัยที่ไม่ชอบยุ่งกับใคร เมื่อชีวิตเกิดปัญหาจึงไม่มีเครือข่ายทางสังคมที่สามารถให้หรือร้องขอความช่วยเหลือแก่ตนเองได้เลย พี่วุฒิต้องยืนหยัดด้วยตัวเองไม่ว่าจะในสถานการณ์ที่ถูกผลักให้ตกงานหรือเริ่มต้นหางานใหม่ในเมืองที่ไร้สวัสดิการทางสังคมเช่นนี้

อย่างไรก็ตาม เงินก้อนสุดท้ายที่ยังเหลืออยู่และช่วยประคองให้พี่วุฒิแต่ละวันในระหว่างที่หางานใหม่ได้ คือเงินจากการเยียวยาของรัฐบาล (โครงการเราชนะ) เมื่อถามว่าเงินจากโครงการเยียวยาของรัฐบาลเป็นประโยชน์กับพี่วุฒิมากแค่ไหน พี่วุฒิบอกกับเราว่า “เหมือนก้อนสุดท้ายแล้ว ไม่มีแล้ว เงินหมดไปหมดแล้ว พอได้อันนี้เข้ามาก็ดีใจมาก ก้อนสุดท้ายของผมแล้ว” ทั้งนี้ก็ด้วยความช่วยเหลือของหัวหน้าผู้รับเหมาที่ลงทะเบียนให้พี่วุฒิในโครงการดังกล่าว

จากประสบการณ์การตกงานโดยไม่รู้สาเหตุ และไม่มีคำอธิบายให้แก่ตัวเอง พร้อมทั้งความยากลำบากในการหางานใหม่ในสถานการณ์เช่นนี้ พี่วุฒิจึงคาดหวังว่ารัฐบาลจะเป็นตัวช่วยสำคัญซึ่งสามารถจัดหางานให้กับคนอื่น ๆ ที่กำลังตกงานได้ และให้บริษัทกลับมาเปิดตามปกติ เพื่อที่ว่า “ทุกคนจะได้มีงานทำ”

พี่จ่านง ซึ่งเราพบที่ศูนย์อาหารจุฬาฯ ทำงานเป็นแม่บ้านมาเป็นเวลากว่า 5 ปี พี่นเพเป็นคนกรุงเทพฯ มาตั้งแต่เกิด และอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดวัดดุสิตดาราม ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิดเนื่องจากมหาวิทยาลัยปิดทำการ ทำให้พี่จ่านงต้องหยุดงานและขาดรายได้กว่า 3 เดือน แม้จะได้รับเงินประกันสังคมจำนวน 2,000 กว่าบาท ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่ไม่พอในการใช้ชีวิตเป็นระยะเวลาสามเดือน แต่พี่จ่านงก็มองว่ายังดีกว่าไม่ได้อะไรเลย

ญาติของพี่จ่านงยังเสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 อย่างรุนแรงภายในหนึ่งอาทิตย์ และเนื่องด้วยพี่จ่านงอยู่ใกล้ชิดกับญาติคนดังกล่าวจึงต้องกักตัวเป็นเวลา 14 วัน จากเดิมที่นาน ๆ ครั้งเคยไปทำงานเป็นแม่บ้านรายวันให้กับหน่วยงานอื่นบ้าง ก็กลับไม่มีรายได้เลยในแต่ละวัน อย่างไรก็ตาม พี่จ่านงเล่าให้เราฟังว่าที่พออยู่ได้ก็เนื่องด้วยได้รับความช่วยเหลือจากการที่มีคนมาแจกของในชุมชน ผ่านการประสานงานของหัวหน้าชุมชน ส.ส. และความช่วยเหลือจากมูลนิธิกระจกเงา ปอเต็กตึ๊ง และบิณฑ์ บันลือฤทธิ์

แม้พี่จ่านงจะได้รับการเยียวยาจากโครงการคนละครึ่ง ม.33 เรารักกัน แต่พี่จ่านงยังคงมองว่าโครงการเหล่านี้ “ไม่ได้ช่วยเหลือคนจนอย่างแท้จริง” เพราะช่วยเหลือแต่คนระดับกลาง อาทิ ร้านค้าปลีก และเนื่องด้วยถ้าใครไม่มีโทรศัพท์ก็จะหมดสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือดังกล่าว พี่จ่านงให้ความคิดเห็นกับเราว่า “บางทีเราเป็นตาสีตาสาไม่รู้เรื่อง เทคโนโลยียิ่งเข้าไม่ถึงเหมือนกันเลย บางคนยังไม่รู้ด้วยว่าโทรศัพท์เครื่องนี้ลงอะไรได้บ้าง แถวบ้านก็มีเครียด ฆ่าตัวตายเยอะมาก จากการเป็นหนี้ ตกงานอะไรแบบนี้”

เช่นเดียวกับพี่โจ ผู้ประกอบอาชีพวินมอเตอร์ไซด์หน้าจุฬา 64 ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 จนปัจจุบันพี่โจได้จ้างมอเตอร์ไซด์ไปถึง 3 คัน เนื่องจากรายได้ที่ลดลงขณะที่ค่าครองชีพที่สูงขึ้น โดยพี่โจมองว่าโครงการคนละครึ่งเป็นโครงการที่มีปัญหา เพราะสำหรับผู้ที่ไม่มีเงินครึ่งหนึ่งที่จะใช้ร่วมกับรัฐบาล อาทิ คนจน คนเร่ร่อน บุคคลเหล่านี้ย่อมไม่สามารถได้ประโยชน์จากโครงการดังกล่าว ดังนั้นถ้าหากรัฐต้องการช่วยเหลือจริง ๆ รัฐควรมีจำนวนเงิน 1,500 บาทโอนเข้าบัญชีของผู้ที่ลงทะเบียนเสียมากกว่า

การเป็นแรงงานประกอบอาชีพที่ได้ค่าจ้างรายวันเช่นนี้จึงไม่มีอะไรรับประกันถึงความมั่นคงได้เลย แม้การออกมาทำงานในแต่ละวันจะต้องเสี่ยงกับการติดเชื้อ แต่หากเลือกที่จะไม่เสี่ยงออกไปทำงานนั้นย่อมหมายความว่าไม่มีรายได้ในขณะที่รายจ่ายแต่ละวันยังคงเท่าเดิม ดังนั้นผู้คนเหล่านี้จึงยอมเสี่ยงออกไปทำงานข้างนอก เนื่องจากงานที่ตนทำไม่สามารถ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ได้

สรุป

จุดร่วมว่าด้วยผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แก่ผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของรายได้ที่ลดน้อยถอยลงเนื่องจากบางรายต้องพักงาน ถูกลดเวลาทำงาน หรือกระทั่งถูกไล่ออกโดยที่ไม่มีสวัสดิการรองรับ ยิ่งไปกว่านั้นบางคนก็กลายเป็นผู้ติดเชื้อเสียเอง แต่อย่างไรก็ตาม การจะปรับตัวได้มากหรือน้อย ต่อการเอาตัวรอดในสถานการณ์อันยากลำบากเช่นนี้ของแต่ละคน ต่างก็ขึ้นอยู่กับทุนทางสังคม และเครือข่ายความสัมพันธ์ที่มี

ทุกคนที่เราสัมภาษณ์ต่างก็ได้รับประโยชน์จากมาตรการการช่วยเหลือเยียวยาของรัฐบาล อาทิ คนละครึ่ง เราชนะ มากน้อยแตกต่างกันออกไป กระนั้นก็ดี เมื่อพิจารณาแล้วแม้โครงการดังกล่าวจะสามารถประคับประคองให้แต่ละคนใช้ชีวิตต่อไปได้ในแต่ละวัน แต่ก็ไม่สามารถช่วยให้อยู่ได้อย่าง “สบาย” หลายคนยังต้องประสบภาวะความเครียดเนื่องจากเป็นกังวลว่าหากเงินช่วยเหลือดังกล่าวหมดลงในวันนี้ พรุ่งนี้จะมีหนทางใดในการดิ้นรนต่อไปได้บ้าง อย่างไรก็ตาม โชคยังดีแก่คนที่อยู่ในชุมชนที่มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลืออย่างการแจกจ่ายข้าวสารอาหารแห้ง จึงสามารถแบ่งเบาภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการกินได้ แต่ในกรณีอย่างพี่วุฒิซึ่งเป็นคนต่างจังหวัด ที่อยู่ตัวคนเดียวและไม่มีเครือข่ายทางสังคม รวมถึงไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ๆ จึงต้องแสวงหาหนทางในการอยู่รอดด้วยตัวเอง