

วิกฤติโควิด-19 ในประเทศไทย :

การเปลี่ยนผ่านจากมาตรการ “กึ่งล็อกดาวน์” เข้าสู่มาตรการ “สร้างเสถียรภาพ”

บทสรุปย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่จากคนสู่คนผ่านการได้รับฝอยละอองที่ออกมาจากปากและจมูกของผู้ติดเชื้อไปสู่คนใกล้ชิด เนื่องจากเป็นโรคที่คนไม่มีภูมิคุ้มกันจึงแพร่ระบาดได้รวดเร็วและมีความรุนแรงมากเป็นพิเศษในผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งไม่สามารถกักจัดให้หมดไปได้ในระยะเวลาอันสั้น มาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคระบาดโควิดประกอบด้วยสามกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกคือมาตรการทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ กลุ่มที่สองคือมาตรการด้านสังคมโดยการเพิ่มระยะห่างของผู้คนและยกเลิกกิจกรรมทางสังคมที่รวมกลุ่มคนหลายๆ กลุ่มที่สามเป็นมาตรการที่บังคับให้ทุกคนอยู่ในบ้านและปิดกิจการต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ที่เราค้นเคยกับศัพท์ว่า Lockdown หรือที่ชาวบ้านเรียกว่าปิดบ้านปิดเมือง โดยมีการกำหนดเคอร์ฟิวตลอดวัน มาตรการกลุ่มที่สามมักใช้ในสถานการณ์ที่พบว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก และระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักไม่สามารถรองรับได้ทัน ตัวอย่างที่พบเห็นเช่นในเมืองอู่ฮั่นและหลายเมืองหลายรัฐในยุโรป

สำหรับประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสามกลุ่มมาตรการ โดยมาตรการกลุ่มที่สามหรือ”ล็อกดาวน์” นั้นกำลังใช้อยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งไม่ถึงกับการปิดประเทศปิดเมืองอย่างเต็มที่ น่าจะจัดเป็น”กึ่งล็อกดาวน์” โดยมีการออกข้อกำหนดตามพรก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และเคอร์ฟิวบางช่วงเวลา แต่ครอบคลุมทุกจังหวัด

ในขณะนี้สถานการณ์ของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยจังหวัดต่างๆ มีสถานการณ์และบริบทแตกต่างกัน จากข้อมูลวันที่ 14 เมษายน (ภาคผนวก1) มี 32 จังหวัด ที่ไม่พบผู้ติดเชื้อในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มี 38 จังหวัดมีผู้ป่วยประปรายในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา และ 7 จังหวัดมีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ต่อเนื่อง จากสาเหตุต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อจากสถานบันเทิง สโมสรพนันในรูปแบบต่างๆ การติดเชื้อในผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ และการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยไปยังคนใกล้ชิด

มาตรการกึ่งล็อกดาวน์ ที่ประเทศไทยใช้อยู่ในปัจจุบันมีส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีสถานการณ์รุนแรง อย่างไรก็ตาม การใช้มาตรการนี้โดยครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ มีต้นทุนสูงทางเศรษฐกิจและสังคม ควรดำเนินการเพียงชั่วคราวในระยะเวลาจำกัดเท่าที่เป็น

ประโยชน์ หากเน้นนานโดยไม่จำเป็นจะส่งผลกระทบต่อประชากรที่มีรายได้น้อย มีหนี้สินครัวเรือนสูง ทำให้เกิดการตกงานห้ำหั่นเจ็ดล้านคน สร้างความกดดันทางจิตใจ และอาจกระทบกับเสถียรภาพของ ครอบครัวยุทธศาสตร์ และสังคมโดยรวม รัฐบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณสูงมาก ในการช่วยเหลือเยียวยา ประชาชนและธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ

หลายประเทศที่กำลังใช้มาตรการล็อกดาวน์ ในการแก้ไขวิกฤตโควิด-19 ต่างเริ่มหาทางออกที่จะ ดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อไปอย่างได้ผล พร้อมกับลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและ ผ่านคลายความตึงเครียดในสังคม โดยตระหนักว่าการแพร่เชื้อจะยังไม่ยุติโดยสิ้นเชิง ยังมีโอกาสจะเกิดการติดเชื้อต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีวัคซีนป้องกันโรคมาใช้อย่างเพียงพอ ในการพิจารณาดังกล่าว มีฉากทัศน์ ทางเลือกที่สำคัญสองฉากทัศน์ สำหรับประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้แก่

ฉากทัศน์ที่หนึ่ง คือการทำให้ประเทศปลอดจากเชื้อโควิด-19 โดยการปิดเมืองหรือล็อกดาวน์เป็น ระยะยาว เช่น สองหรือสามเดือน และทำการค้นหาผู้ติดเชื้อทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแบบเคาะประตูบ้าน มาแยกรักษา แต่การทำแบบนี้ได้ต้องใช้ทรัพยากรมหาศาล และต้องใช้บริบททางสังคมการเมืองที่สามารถ บังคับใช้กฎระเบียบอย่างเข้มแข็งได้ ในขณะเดียวกันก็จะมีต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงมาก ทางเลือกนี้ ไม่เหมาะที่จะทำทั้งประเทศ แต่อาจนำมาใช้ในพื้นที่หรือชุมชนเล็กๆที่มีการติดเชื้อสูง ดังนั้น ความคิดที่ว่า คนไทยทั้งประเทศควรยอมทนเจ็บครั้งเดียว เป็นเวลาสักสามเดือน ให้จบปัญหาโควิด-19 แล้วกลับไปมีชีวิต ปกติ จึงไม่อาจเป็นจริงได้

ฉากทัศน์ที่สอง คือการยอมรับว่าเราไม่สามารถหยุดการแพร่ของเชื้อโควิด-19 ได้ แต่เราสามารถ ควบคุมให้มีการแพร่ในระดับที่ต่ำ (low transmission) มีการสูญเสียชีวิตน้อย เพราะโรงพยาบาลรองรับได้ทัน ในขณะเดียวกันก็เริ่มเปิดให้ผู้คนทำมาหาเลี้ยงชีพ ทำธุรกิจ ทำการผลิต นักเรียนได้เรียนหนังสือ คนได้ทำงาน และสังคมไม่หยุดนิ่ง มีการพัฒนาที่สมดุลทั้งการควบคุมโรคและการประกอบกิจการและกิจกรรมต่างๆ เป็น การกลับสู่ชีวิตปกติแต่ด้วยวิถีแบบใหม่ (New Normal)

ฉากทัศน์นี้จะสามารถทำให้เป็นจริงและเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการคือ

1) **เพิ่มความเข้มข้นในมาตรการทางสาธารณสุขและการแพทย์** ประกอบด้วย การขยายการตรวจให้ ครอบคลุมทุกจังหวัด มีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว แยกรักษา เฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในบางกลุ่มประชา กร ที่เสี่ยงต่อการระบาด เช่นกลุ่มที่อยู่กันแออัด เรือนจำ บ้านคนชรา ชุมชนแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น มีการ

ติดตามผู้สัมผัสอย่างรวดเร็ว มีสถานที่รองรับการแยกกัก และหอพักผู้ป่วยโควิด ที่เพียงพอ สะดวกได้
มาตรฐานในทุกจังหวัด (ภาคผนวก 2)

2) ทำให้ทุกคน ทุกสังคม และทุกพื้นที่ เข้าใจและปฏิบัติตามมาตรการสุขลักษณะ ล้างมือ สวม
หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน การมีระยะห่างทางกาย งดการชุมนุม งดงานสังสรรค์ที่จัดใหญ่โตมีคนมาก
เปลี่ยนเป็นงานขนาดเล็กภายในหมู่ญาติสนิทและครอบครัว เป็นต้น

3) เปิดให้ธุรกิจเริ่มเดินหน้า โดยมีการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงานโดยองค์กร ธุรกิจ อุตสาหกรรม
หากมีความเสี่ยงต้องปรับให้เข้ามาสู่ความเสี่ยงต่ำที่จัดการได้ เช่น ใช้มาตรการตรวจวัดไข้ เว้นระยะห่างทาง
กาย ลดการใช้เสียง เพิ่มการระบายอากาศ การลดจำนวนผู้คนที่มาติดต่อใช้บริการ และการใช้เทคโนโลยีให้
ทำงาน ประชุม ติดต่อบริการ โดยไม่ต้องมีการพบปะกันมากๆ (ภาคผนวก 3)

4) การปิดแหล่งแพร่โรคที่สำคัญ บริการหรือกิจการที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งถูกสอบสวนพบว่าเป็นแหล่งแพร่
ระบาดให้เกิดผู้ติดเชื้อมากๆ อันได้แก่สถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ สถานบริการทางเพศทั้งตรงและแฝง
สนามการพนันในรูปแบบต่างๆ ต้องปิดในระยะยาว สำหรับการปิดกิจการอื่นๆ ในอนาคต ควรใช้วิธีปิดแบบ
จำเพาะ Selective measures แทนการปิดแบบครอบจักรวาล

**5) มีระบบเฝ้าระวังตรวจจับและคาดการณ์ความรวดเร็วของการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่และ
ระดับประเทศ** เพื่อเป็นการจัดระดับสถานการณ์ เป็นการเตือนและเพิ่มมาตรการหรือผ่อนคลายมาตรการ
ตามบริบทของแต่ละจังหวัดหรือหากเป็นไปได้ย่อยลงไประดับอำเภอ (ภาคผนวก 4) และมีการเฝ้าระวังโดย
ภาคประชาชน

การเปลี่ยนผ่านจากมาตรการกึ่งล็อกดาวน์ไปสู่มาตรการสร้างเสถียรภาพควรต้องเตรียมตัวและให้
มั่นใจว่ามาตรการที่สำคัญยังคงอยู่ ไม่เปลี่ยนผ่านแบบรวดเร็ว ควรดำเนินการโดยเริ่มจากจังหวัดกลุ่มแรกที่ไม่
พบผู้ป่วยในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา (ประมาณ 32 จังหวัด) สามารถเริ่มได้ในต้นเดือนพฤษภาคม หรืออาจนำ
ร่องทดลองปลายเดือนเมษายนสักสามหรือสี่จังหวัด หลังจากนั้นจึงเริ่มในกลุ่มที่สองคือจังหวัดที่พบผู้ป่วยติด
เชื้อในพื้นที่แบบประปราย (ประมาณ 38 จังหวัด) ประมาณกลางเดือนพฤษภาคม สำหรับกลุ่มที่สามคือ
จังหวัดที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มก้อน (ประมาณ ๗ จังหวัด) หากจังหวัดเหล่านี้สามารถลดการ
ระบาดลงมาได้ในระดับต่ำตามเกณฑ์ และไม่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ ก็ควรให้เริ่มเปลี่ยนผ่านได้ในต้น
เดือนมิถุนายน หรืออาจเริ่มก่อนหน้านั้นได้ หากควบคุมสถานการณ์ได้ดี

หากศูนย์บริหารโควิด (ศบค) และรัฐบาลเห็นชอบกับข้อเสนอดังกล่าวนี้ ก็สามารถให้นโยบายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทุกจังหวัดเพื่อเตรียมการ สำหรับรายละเอียดแผนการเปลี่ยนผ่านในภาคธุรกิจ และภาคสังคม ควรให้แต่ละภาคส่วนร่วมปรึกษาหารือหรือจัดทำรายละเอียด เพื่อให้ดำเนินการได้ด้วยความปลอดภัย เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด โดยหน่วยงานรัฐและมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคหรือจังหวัด ให้การสนับสนุน ด้านเทคนิควิชาการ เป็นการร่วมมือของคนทั้งสังคม

ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ก่อนจะถึงเวลาที่มีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประเทศไทยจะสามารถควบคุมให้มีการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับต่ำ มีผู้เสียชีวิต จำนวนไม่มาก ในขณะที่ประชาชนสามารถเริ่มทำงาน ประกอบอาชีพได้ ประเทศไทยมีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมและประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่

คณะผู้จัดทำข้อเสนอ

นักวิชาการ : น.พ. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, น.พ. ศุภมิตร ชุณหสวัณ, น.พ. ยง ภู่วรวรรณ, น.พ. ชีระวัฒน์ เหมะจุฑา, น.พ. ทวี โชติพิทยสุนนท์, น.พ. ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์, น.พ. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

อดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข : น.พ. หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์, น.พ. ศุภชัย คุณารัตนพฤษ, น.พ. ไพจิตร วราชาติ, น.พ. โสภณ เมฆธน, น.พ. เจษฎา โชคดำรงสุข, น.พ. ธวัช สุนทราจารย์, น.พ. มานิต ชีระตันติกานนท์, น.พ. ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล

เพื่อการระดมความคิด

ภาคผนวกที่ 1

ระดับการระบาดของจังหวัด ณ วันที่ 14 เมษายน
พ.ศ. 2563 (จะมีการ update ทุกวันและพิจารณา
รายชื่อจังหวัดก่อนสิ้นเดือนเมษายนอีกครั้ง)

กลุ่ม 1 จังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยในช่วง 14 วันล่าสุด หรือ
พบผู้ป่วยนำเข้าเท่านั้นแต่ไม่มีการแพร่โรคต่อในพื้นที่
รวม 32 จังหวัด

น่าน กาแพงเพชร พิจิตร สิงห์บุรี อ่างทอง ชัยนาท บึง
กาฬ ตราด ระนอง จันทบุรี เพชรบูรณ์ แพร่
มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด สุโขทัย
อุทัยธานี กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ นครนายก นครพนม พังงา
สกลนคร สตูล หนองบัวลำภู อานาจเจริญ อุตรธานี
พิษณุโลก แม่ฮ่องสอน ลพบุรี สระบุรี

กลุ่ม 2 พบผู้ป่วยในช่วง 14 วันล่าสุด แบบมีการแพร่
เชื้อในวงจำกัด และพบผู้ป่วยประปรายไม่เกิน 5 ราย
ต่อสัปดาห์และสามารถหาความเชื่อมโยงของผู้ป่วยแต่
ละรายได้ (limited local transmission) รวม 38
จังหวัด

ฉะเชิงเทรา ปทุมธานี เชียงใหม่ นราธิวาส กระบี่
กาญจนบุรี ขอนแก่น ชุมพร เชียงราย ตัง ตาก
นครปฐม นครราชสีมา นครศรีธรรมราช นครสวรรค์
บุรีรัมย์ ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี
พระนครศรีอยุธยา พะเยา พัทลุง เพชรบุรี ระยอง
ราชบุรี ลาปาง ลาพูน เลย ศรีสะเกษ สงขลา
สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สุพรรณบุรี สุ
ราษฎร์ธานี สุรินทร์ หนองคาย อุดรดิษฐ์ อุบลราชธานี

กลุ่ม 3 จังหวัดที่พบผู้ป่วยในช่วง 14 วันย้อนหลัง
แบบมีการแพร่เชื้อต่อเนื่องในพื้นที่ มากกว่า 5 รายต่อ
สัปดาห์และไม่สามารถหาความเชื่อมโยงของผู้ป่วยได้
(sustained local transmission) รวม 7 จังหวัด

กทม. ชลบุรี นนทบุรี ภูเก็ต สมุทรปราการ ปัตตานี
ยะลา

ภาคผนวก 2

ความสามารถด้านสาธารณสุขและการแพทย์เพื่อควบคุมโรคโควิดในระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานสาธารณสุขของทุกจังหวัดพัฒนาขีดความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ของโรคโควิดได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

ความสามารถที่จำเป็น

องค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย

ด้านห้องปฏิบัติการ

- สามารถทำการตรวจหา PCR ในจังหวัดเอง รวมถึงชุดตรวจหาแอนติบอดี ที่รู้ผลในวันเดียวกัน

ด้านการเฝ้าระวัง

- รายงานจำนวนผู้ป่วยเป็นรายวัน หากไม่ต้องรายงาน Zero Report
- สุ่มตรวจการติดเชื้อโควิดในผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่อง Influenza like illness และอาการปอดบวม เป็นรายสัปดาห์อย่างน้อย 50 ราย
- สุ่มตรวจการติดเชื้อโควิดในประชากรกลุ่มเปราะบางเช่น เรือนจำ แรงงานอพยพ คนงาน บ้านพักคนชรา คนไร้บ้าน ฯลฯ เป็นระยะๆ
- ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันในประชากรทั่วไปและเฉพาะกลุ่มแบบต่อเนื่อง (Cohort) ทุกสามเดือน ด้วยชุดตรวจแอนติบอดี เช่นกลุ่มพนักงานเทศบาล บุคลากรทางการแพทย์...

ด้านการสอบสวนโรคและติดตามผู้สัมผัส

- มีทีมสอบสวนโรคทุกอำเภอพร้อมออกสอบสวน ติดตามผู้สัมผัส (ร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่) และการค้นหาผู้ป่วยอาการน้อยจำนวนมากในกลุ่มเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการระบาด

ด้านการแยกกัก (quarantine)

- มีหอพักเฝ้าสังเกต (Quarantine+Hotel) เพื่อแยกักผู้สัมผัส ผู้สงสัย ได้อย่างน้อย ๒๐๐ คนใน
ทุกจังหวัดตลอดเวลาไม่ใช่เฉพาะกิจและสามารถขยายเพิ่มได้เมื่อจำเป็น

ด้านการรักษา

- มีห้องแยกสำหรับรักษาผู้ป่วยอาการหนักเพียงพอ (ประมาณ 5-10 ห้องต่อแสนประชากร) และใน
ทุกขณะควรมีเครื่องช่วยหายใจว่างพร้อมรับผู้ป่วยอาการหนักรายใหม่ได้อย่างน้อยร้อยละ 20-30
ของศักยภาพ
- มีหอพักผู้ป่วยโควิด (Hospital) ที่ดำเนินการตลอดปี ที่สามารถระบายคนไข้อาการน้อยออกได้
อย่างน้อย 100 คนต่อจังหวัด

ภาคผนวก 3

การจัดระดับความเสี่ยงกิจการต่างๆและแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้สร้างมาตรฐานและหาวิธีระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหอการค้า สมาคม ผู้ประกอบการต่างๆ ก่อนการเปิดดำเนินการและการติดตาม

แนวทางการดำเนินงาน

๑) การประเมินระดับความเสี่ยงของบริการและธุรกิจ

องค์ประกอบความเสี่ยง	มาก	ปานกลาง	ต่ำ
๑)ความหนาแน่นของผู้คนที่มารวม ณ เวลาหนึ่ง	เบียดเสียด	ห่างกันน้อยกว่าหนึ่งเมตรแต่ไม่เบียดเสียด	ห่างกันได้อย่างน้อยหนึ่งเมตร
๒)ระยะเวลาที่ใช้	มากกว่าหนึ่งชั่วโมง	ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง	น้อยกว่าครึ่งชั่วโมง
๓)กิจกรรมที่ผู้คนทำ	มีการส่งเสียง ร้อง ตะโกน เชียร์ เกือบตลอดเวลา	พูดคุย เป็นบางช่วง	พูดคุยเป็นส่วนน้อย
๔) : การระบายอากาศ	สถานที่ปิด คับแคบ การระบายอากาศไม่เพียงพอ	สถานที่ติดแอร์ แต่การระบายอากาศอาจไม่เพียงพอ	สถานที่เปิด ไม่ติดแอร์ อากาศระบายถ่ายเทดี

๒)แนวทางการลดความเสี่ยงให้ลงมาสู่ระดับต่ำ

ด้านเจ้าของกิจการ

- มีระบบเฝ้าระวังการป่วยเป็นรายวันของบุคลากร หากป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจให้หยุดงานทันที และตรวจหาการติดเชื้อโควิดหากเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

- จัดให้มีที่ว่างห่างอย่างน้อยหนึ่งเมตร ด้วยการจำกัดจำนวนคน หรือมีระบบคิว
- จัดที่ตรวจคัดกรองไข้ มีที่ล้างมือ หรือแอลกอฮอล์เช็ดมือให้ลูกค้า
- ทำความสะอาดจุดที่ผู้คนใช้มือสัมผัสบ่อยๆ เช่น ลูกบิดประตู ที่กดลิฟท์ ห้องน้ำ ตู้ ATM ..
- เจ้าหน้าที่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- งดกิจกรรมที่ต้องรวมผู้คนและสังเวย เช่น การจัดรายการนาทิต้อง
- คิดพัฒนาคูคณาการให้ไหลเวียนอย่างน้อย 10 เท่าของปริมาตรห้อง
- จำกัดระยะเวลาที่ผู้คนมาใช้สถานที่ให้สั้นลงเช่น ไม่เกินหนึ่งชั่วโมง
- มีระบบที่สามารถติดตามผู้มาใช้บริการที่อาจสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิดที่ทราบภายหลัง

ด้านผู้มาใช้บริการ

- สวมหน้ากากอนามัย
- รักษาระยะห่าง และ ไม่ควรพูดคุยใกล้ชิดกับผู้อื่น
- หากพบว่าบริการนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อโควิดให้โรงเรียนเจ้าหน้าที่
ท้องถิ่นที่ดูแลด้านสาธารณสุข

ภาคผนวก 4

แนวทางการประเมินสถานการณ์ของการติดเชื้อโควิดในระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์ ออกคำเตือนเมื่อสถานการณ์ทวีความรุนแรง และแนวทางการควบคุมสถานการณ์

การจำแนกสถานการณ์ของโควิดในพื้นที่ ใช้ช่วงระยะสองสัปดาห์เป็นฐานในการพิจารณา โดยอาจแบ่งสถานการณ์ออกเป็นสี่ระดับ

- ๑) **ไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่ หรือมีเพียงผู้ป่วยจากจังหวัดอื่น** ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ควบคุมได้
- ๒) **มีการติดเชื้อภายในพื้นที่ประปราย** สามารถติดตามได้ว่าใครติดจากใคร สามารถนำผู้ป่วยมาแยกรักษา และนำผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมาแยกกักได้ทั้งหมด ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ควบคุมได้
- ๓) **มีการติดเชื้อในพื้นที่ต่อเนื่องในวงจำกัด** เช่นเป็นกลุ่มก้อน (cluster) ขนาดเล็ก สามารถสอบสวนรู้ต้นเหตุ ติดตามสืบค้นผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีขีดความสามารถในการแยกรักษาและแยกกัก ถือเป็นสถานการณ์ที่ต้องส่งสัญญาณเตือนเป็นพิเศษ รีบดำเนินการจัดการต้นเหตุมิให้ขยายตัว
- ๔) **มีการติดเชื้อในพื้นที่ต่อเนื่องในวงกว้าง** เช่นเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ หรือมีการติดเชื้อ โดยไม่สามารถติดตามที่มาว่าใครติดใครเป็นจำนวนมาก ถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจจำเป็นต้องปิดสถานที่บางแห่ง และขอให้ทุกคนช่วยลดการเดินทางออกมาในที่สาธารณะ หรือการปิดชุมชน

หมายเหตุ ตัวเลขอื่นๆที่ใช้ประกอบการจัดระดับสถานการณ์เช่น

- ก) แนวโน้มการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ และ จำนวนเท่าของผู้ป่วยรายใหม่ในสัปดาห์ปัจจุบัน เทียบกับสัปดาห์ก่อน หากเกิน 1.5 เท่าถือว่าน่ากังวล
- ข) การวัดค่า Reproduction number โดยสูตรทางระบาดวิทยา ไม่ควรเกิน 1.2 เท่า

ค) จำนวนห้องผู้ป่วยวิกฤติมีจำนวนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 30

เพื่อการระดมความคิด