มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
National Health Foundation

BUILDING KNOWLEDGE TOWARDS HEALTH JUSTICE

“สร้างความรู้สู่สังคมที่เป็นธรรมทางสุขภาพ”

ความยุติธรรมทางสุขภาพ กับการรับมือโควิด-19

ของประเทศไทย

BUILDING KNOWLEDGE TOWARDS HEALTH JUSTICE

"สร้างความรู้สู่สังคมที่เป็นธรรมทางสุขภาพ"

ความยุติธรรมทางสุขภาพ

กับการรับมือโควิด-19

ของประเทศไทย

คำนำ

ผมเชื่อว่าท่านที่ได้อ่านรายงานฉบับนี้คือ ผู้ที่มีความสนใจใคร่รู้ว่าแท้จริงแล้ว “ความยุติธรรมทางสุขภาพคืออะไร” ด้วยเหตุว่า โดยปกติแล้วเราจะคุ้นเคยกับสิ่งที่เรียกว่าความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ (health equity) กันเสียมากกว่า เมื่อศาสตราจารย์ลินคอล์น เชน (Lincoln Chen) แห่งมูลนิธิ China Medical Board ได้ชักชวนนักวิชาการจำนวนหนึ่งมาร่วมพูดคุยหารือกัน เกี่ยวกับประเด็นเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในระดับสากลทั้งตั้งคำถามและท้าทาย โดยมีสมมุติฐานที่สำคัญคือ การทำงานเพื่อลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมนั้นไม่เพียงพออีกต่อไปแล้ว การสร้างปฏิบัติการเพื่อความยุติธรรมทางสุขภาพจะดำเนินไปด้วยวิธีคิดแบบไหน และการรับรู้และความทุกข์ยากของมนุษย์อย่างไร เราจะก้าวผ่านวิกฤตสุขภาพ ข้อจำกัดของความรู้ สู่การสร้างความยุติธรรมสุขภาพได้อย่างไร

เมื่อพิจารณาขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อความยุติธรรมทางสุขภาพที่ปรากฏในสากล จึงเกิดคำถาม คำว่า “ความยุติธรรมทางสุขภาพ” ที่นำมาใช้ในขบวนการเคลื่อนไหวเหล่านี้ เป็นเพียงแค่การเลือกใช้คำที่ต่างออกไปเท่านั้น หรือ แท้จริงแล้วสารัตถะ หรือ แก่นความคิดสำคัญพูดถึงบทบาทของรัฐที่แตกต่างไปจากเดิม เมื่อคำนึงถึงความหมายที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ย่อมหมายถึงการขาดทั้งความเท่าเทียม (health inequity) และความเป็นธรรม (fairness) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้คำว่า ความเท่าเทียม (Health equity) ความเป็นธรรม (fairness) และความยุติธรรม (justice) ยังมักถูกนำมาใช้แทนกันภายใต้ความหมายและวิธีคิดเดียวกันในระหว่างการเสวนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สะท้อนการปฏิบัติการรับมือโควิด-19 ที่ผ่านมา กล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพเกี่ยวพันโดยตรงสุขภาวะของสังคมโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความยุติธรรมที่เก่าแก่ที่สุดตั้งแต่สมัยโรมัน ที่บอกว่าความยุติธรรม หมายถึงการที่รัฐดูแลประชาชนให้ได้รับบริการสังคมที่ช่วยให้ทุกคนในสังคมสามารถมีสุขภาวะที่ดี โครงการวิจัยความยุติธรรมทางสุขภาพที่ริเริ่มโดยศาสตราจารย์ลินคอล์น เชน (Lincoln Chen) และศาสตราจารย์สุธีร์ อนันต์ (Sudhir Anand) สองปัญญาชนสาธารณะสากลนำเสนอพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่ไม่เพียงแต่มีจุดประสงค์เพื่อลดช่องว่างในการบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยให้เกิดการทบทวนและตรวจสอบสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องว่าควรได้รับการออกแบบ และดำเนินการเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการมีสุขภาพดี โดยยึดตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม คือ การมีสุขภาวะที่ดี ทั้ง ‘สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ’ ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการแสวงหาแนวทางปฏิบัติและแนวทางแก้ไขที่จะสามารถนำมาปรับใช้ได้จริง การริเริ่มชักชวนทุกคนวิเคราะห์ ถอดรหัสหาความหมายหรือถอดรื้อปฏิบัติการของอำนาจผ่านตัวอย่างวิกฤตการระบาดโควิด-19 เพื่อเห็นถึงสิ่งที่จำเป็นต้องทำด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งขึ้น เป็นระบบมากขึ้น นอกเหนือจากสิ่งที่ประเทศต่าง ๆ ได้พยายามทำมาแล้วตลอดเวลาหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งรวมถึงการปรับปรุงการเข้าถึงการบริการสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงในการล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มโนทัศน์เรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพยังเผยตัวให้เห็น ในสิ่งที่นอกเหนือไปจากการชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม หรือ การแก้ไขช่องว่างในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพแล้ว แนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพยังตั้งคำถามพื้นฐานถึงออกแบบสถาบันทางสังคมต่าง ๆ และกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อให้มั่นใจว่าระบบนิเวศ และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนที่หลากหลายในสังคมจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีแบบองค์รวมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ขณะเดียวกันก็เข้าใจปัญหาช่องว่างในระดับบุคคล คนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมมี “อัตภาพ” ต่างกัน และพึงมีหน้าที่และได้รับสิทธิต่าง ๆ ไม่เหมือนกันและไม่เท่ากัน

แม้จะมีแนวคิดทางปรัชญาที่หลากหลายที่ช่วยนิยาม หรือ ชี้นำแนวทางในการนำไปสู่ความสำเร็จของความยุติธรรมทางสุขภาพสิ่งสำคัญคือการทำความเข้าใจความหมายของคำว่า ความยุติธรรมทางสุขภาพ จากมุมมองอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวคิดด้านปรัชญา การเผชิญหน้ากับความทุกข์ ความเจ็บป่วย และการบาดเจ็บล้มตายของผู้คนจากโรคระบาดโควิด-19 ก็กำลังคุกคามและทำลายชีวิตผู้คนอย่างไม่ย่นระย่อและไม่ยอมรอคำตอบจากนักทฤษฎี ในฐานะคนธรรมดาพวกเราเผชิญหน้ากับความไม่ยุติธรรมอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน มุมมองการรับรู้และการตีความสามารถนำพาเราไปสู่สิ่งที่จำเป็นต้องทำ สิ่งที่พึงกระทำ และสิ่งที่สามารถทำได้ ประสบการณ์และการสังเกตการณ์ของเราจะช่วยสร้างสมดุลระหว่างประเด็นอภิปรายที่ว่าความยุติธรรมทางสุขภาพคืออะไร จากกรอบทฤษฎีหรือแนวคิดทางปรัชญาไปสู่ปฏิบัติการจริงในชีวิตประจำวัน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เผยให้เห็นมิติต่าง ๆ ของความไม่เป็นธรรมในสังคม พวกเราตระหนักดีว่า กลุ่มคนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมยากลำบาก แทบจะไม่สามารถป้องกันตนเองหรือปฏิบัติตามแนวทางการเว้นระยะห่างทางสังคมได้เลยแม้ว่ามาตรการด้านสาธารณสุขจะเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยในการควบคุมการแพร่กระจายของไวรัส การดำเนินการตามมาตรการบางอย่าง เช่น การแยกกักตัวเพื่อสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (home quarantine) นำไปสู่การไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้สำหรับกลุ่มคนบางกลุ่มในสังคม และสร้างความเดือดร้อนอย่างยิ่งต่อกลุ่มคนที่ต้องหาเช้ากินค่ำ แม้ว่าในหลายประเทศจะมีการบังคับใช้มาตรการบรรเทาผลกระทบเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง จากการแทรกแซงด้านสาธารณสุขจากรัฐ แต่ดูเหมือนว่า สถาบัน หรือ กลไกทางสังคมที่มีอยู่ไม่สามารถเข้าถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากมาตรการดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ด้วยข้อจำกัดบางประการ ขณะเดียวกันภาคเศรษฐกิจของประเทศไทยขับเคลื่อนโดยแรงงานนอกระบบซึ่งส่วนใหญ่แล้วคือ แรงงานข้ามชาติที่ได้รับการจ้างงานในภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่งานบ้านไปจนถึงการผลิต ความไม่ยุติธรรมปรากฏให้เห็นเด่นชัดในคนกลุ่มดังกล่าว รายงานนี้พยายามทำความเข้าใจความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของการต่อสู้เพื่อควบคุมโรคระบาดของประเทศไทย แต่นั่นมิได้หมายความว่า รายงานนี้มุ่งหมายที่จะวิพากษ์วิจารณ์ความพยายามของหลายภาคส่วนในการยับยั้งการแพร่กระจายของโควิด-19 ซึ่งหมายรวมถึงหน่วยงานหลักในการตัดสินใจเชิงนโยบาย แต่เป็นความพยายามที่จะนำแนวคิดเรื่องความยุติธรรมมาเป็นกระจกสะท้อนเพื่ออธิบายมาตรการที่มีอยู่และผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในสถาบันทางสังคม และการดำเนินงาน โดยไม่บ่อนทำลายความพยายามของเหล่าผู้ปฏิบัติการเฉพาะหน้าที่ทำงานโดยไม่เพิกเฉยและทุ่มเทสุดความสามารถภายใต้ข้อจำกัดสารพัด จากข้อค้นพบเบื้องต้นและการอภิปรายผล พบว่าการนำกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมมาใช้ช่วยทำให้สามารถระบุกลไกเชิงสถาบัน กฎเกณฑ์ และระเบียบข้อบังคับบางประการที่สำคัญที่ช่วยจรรโลงความสัมพันธ์และจริยธรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น แนวคิดเรื่องความยุติธรรมช่วยให้เรามองให้ลึกไปกว่าภาคสาธารณสุข และเพื่อให้มั่นใจว่า ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการบรรลุเป้าหมายและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีสำหรับทุกคน เป้าหมายของกรอบคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพมิใช่เพียงแต่การทำให้ทุกคนได้รับความมั่นคงและความปลอดภัยในระดับเดียวกันภายใต้วิกฤตโรคระบาด แต่เราทำงานเพื่อลดสิ่งที่ศาสตราจารย์อมาตยา เซ็น (Amartya Sen) เรียกว่า “ความอยุติธรรมที่แก้ไขได้” (Remediable injustice)

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการความร่วมมือระดับภูมิภาคซึ่งนำโดยศาสตราจารย์ลินคอล์น เชน (Lincoln Chen) แห่งมูลนิธิ China Medical Board Foundation โครงการความร่วมมือนี้ มีการดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนการแพร่ระบาด และได้ระงับการดำเนินการชั่วคราวเมื่อเกิดการระบาด อย่างไรก็ตาม การระบาดในครั้งนี้ได้เปิดเผย และทำให้เข้าถึงวิธีการที่กรอบคิดเรื่องความยุติธรรมสามารถนำไปใช้กับสุขภาพได้ โดยคำว่าสุขภาพหมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรค พวกเราหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศต่าง ๆ และพันธมิตรที่สนใจในการแสวงหาความยุติธรรมทางสุขภาพโดยอ้างอิงจากประสบการณ์ร่วมของประเทศไทยในการต่อสู้กับโรคระบาด เราหวังว่า จะก้าวไปข้างหน้าและสร้างเครือข่ายเพื่อความยุติธรรมด้านสุขภาพ และเครือข่ายเกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพทั่วโลกจะเข้ามามีบทบาท และร่วมมือกันเพื่อจัดการกับความท้าทายด้านความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (health equity) หรือความไม่เป็นธรรม (fairness) ในระบบสุขภาพผ่านกรอบคิดด้านความยุติธรรม

สุดท้ายนี้ ในนามของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ผมขอขอบคุณมูลนิธิ China Medical Board เป็นอย่างยิ่งที่มอบความไว้วางใจให้พวกเราได้เริ่มทำงานด้านความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย ผมขอขอบคุณ ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในการรวบรวมทีมนักวิจัยผู้มีความเชี่ยวชาญ ทั้งนักเศรษฐศาสตร์ นักสังคมวิทยา และนักมานุษยวิทยา ที่ได้ร่วมกันที่ได้ร่วมบากบั่นทำงานตลอดสองปี ซึ่งผมเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่ากรอบแนวคิดดังกล่าวจะมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการขั้นต่อไป นอกจากนี้ผมยังหวังว่าท่านผู้อ่านจะพบความปรารถนาในการทำงานเพื่อก้าวไปสู่โลกที่มีความยุติธรรมทางสุขภาพมากขึ้น ดังที่แนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมได้นิยามไว้ว่า สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับทุกคน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพกับการรับมือโควิด-19 ของประเทศไทย มิอาจสำเร็จลุล่วงลงได้หากปราศจากความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคลและหน่วยงาน ที่ได้มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ความใกล้ชิดจากการสังเกตการณ์ใน “พื้นที่” และ “เวลา” การแพร่ระบาดของโควิด-19 รายงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิ China Medical Board (CMB) และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

คณะวิจัยและกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ร่วมอภิปราย และผู้นำการประชุมทุกท่าน ซึ่งมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่งในการกำหนดรูปแบบการอภิปรายและการจัดทำรายงานนี้

คณะที่ปรึกษา

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
ศ.เกียรติคุณ สุริชัย หวันแก้ว	ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
ดร.นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์	นักวิจัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ผศ.ดร.ธร ปีติดล	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณกุณฑ์ สุจริตกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์	Research Fellow สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

คณะทำงานและกองบรรณาธิการ

หัวหน้าโครงการ

รศ.ดร.บวรศม ลีระพันธ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Technical Lead กรอบมโนทัศน์เรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพ

ดร.ภาคภูมิ แสงกนกกุล	อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้เขียน

คุณอาภาลักษณ์ ปาติยเสวี	นักศึกษาปริญญาเอก University of Edinburgh
คุณสุมนมาลย์ สิงหะ	นักวิชาการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
คุณณัฐชยา ฤทธิสิริกุล	นักวิชาการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

กองบรรณาธิการ

คุณสิริธร โฆษิตชัยวัฒน์	ผู้ประสานงานวิชาการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
คุณสุทธิกานต์ ชุณห์สุทธิวัฒน์	ผู้อำนวยการแผนงานวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิต มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ผู้แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

คุณขวัญชนก ใจซื่อกุล	นักศึกษาปริญญาเอก สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะผู้ประเมินและผู้อภิปราย

รายงานนี้ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ประกอบด้วย สาขาการปกครอง การวิจัยสาธารณสุข การศึกษา แรงงาน การกลายเป็นเมือง สื่อและสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชน ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และภาคประชาสังคม โดยมีรายนามดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จากงานอภิปราย Side Meeting การประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC)

ศ.Lincoln Chen	อดีตประธานมูลนิธิไชน่า เมดิคัล บอร์ด (China Medical Board : CMB)
คุณอภิสิทธ์ เวชชาชีวะ	อดีตนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2551-2554) ประเทศไทย
รศ.ดร.นิพนธ์ พัวพงศกร	รักษาการผู้อำนวยการโครงการ ฝ่ายการวิจัยแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
พญ.ณัฐกานต์ ชื่นชม	อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอด
คุณสนิทสุดา เอกชัย	คอลัมนิสต์และอดีตบรรณาธิการบทความ หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์
คุณอัครสร โอปิลันธน์	นักกิจกรรม/คอลัมนิสต์เว็บพื้นที่ Disrupt

ผู้ทรงคุณวุฒิจากวงเสวนา “ความยุติธรรมทางสุขภาพ” จัดโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ร่วมกับ Way Magazine

คุณกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	ผู้ดำเนินรายการวงเสวนา รายการ เช้าทันโลก เอฟเอ็ม 96.5
คุณอดิศร เกิดมงคล	ผู้ประสานงาน เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ
คุณอนุกูล ราชกุณา	แอดมินเพจสหภาพไรเดอร์ (Freedom Rider Union)
คุณธนพร วิจันทร์	ตัวแทน เครือข่ายแรงงานอุตสาหกรรม
คุณสุเทพ อู่อ้น	สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และประธาน, คณะกรรมาธิการแรงงาน
คุณศุภกร เผ่าดี	อุปนายกฝ่ายสมาชิกสัมพันธ์ สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (PMAT)
ผศ.ดร.บุญเลิศ วิเศษปรีชา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณธนายุทธ ณ อยุธยา	ศิลปินฮิปฮอป Eleven Finger
คุณศิริพร พรมวงศ์	ผู้จัดการ โครงการคลองเตยดีจัง
คุณณัฐชยา เม็นไธสง	ผู้อำนวยการ กลุ่มวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอน สำนักพัฒนานวัตกรรมการจัดการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)
นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
คุณพริษฐ์ วัชรสินธ์	ผู้บริหาร บริษัท StartDee
คุณคริส โปตระนันท์	ประธานกรรมการมูลนิธิเส้นด้าย
พญ.สุมนี วัชรสินธ์	ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ศ.นพ. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม	ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณชูวัส ฤกษ์ศิริสุข	ผู้ให้ความคิดเห็นรายการข่าว Voice TV บรรณาธิการบริหารประชาไท
นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ และประธานชมรมแพทย์ชนบท

บทสรุป

โครงการความยุติธรรมทางสุขภาพ เริ่มดำเนินการสนทนาถกเถียงเพื่อวางกรอบมโนทัศน์ผ่านการจัดกระบวนการถกแถลงจากการประชุมวิชาการ และการประชุมปรึกษาหารือทางเทคนิคสองครั้งในปี พ.ศ. 2562 การประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) ซึ่งเป็นพันธมิตรทางวิชาการที่ให้การสนับสนุนร่วมกับมูลนิธิ China Medical Board มูลนิธิ (CMB) และคณะกรรมาธิการ Health Justice Asia Beas River Retreat ประสบการณ์โควิด-19 ของประเทศไทยเปิดโอกาสในการบันทึกจุดแข็ง และความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมทางสุขภาพภายใต้บริบทของการรับมือกับโรคระบาดใหญ่จากวิธีการเชิงระบบโดยคำนึงถึงธรรมาภิบาลสุขภาพ

รายงานนี้จัดทำขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 และการเขียนบทสรุปเสร็จสิ้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 คณะทำงานเริ่มต้นดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ร่างรายงานนี้ได้รับการประเมินจากวงเสวนาต่าง ๆ ที่จัดขึ้น หลังจากช่วงเวลาที่หนักหน่วง 2 ปี จากการระบาดโควิด-19 คณะทำงานได้รวบรวมเนื้อหา ข้อถกเถียง และประสบการณ์เชิงผัสสะมาแลกเปลี่ยน กับผู้ที่มีปฏิบัติการเฉพาะหน้า และนักคิดที่มีฐานความรู้เรื่องความยุติธรรมมาร่วมทบทวนและถกแถลงแนวคิดจากปฏิบัติการจริงอย่างเข้มข้น ผ่านการประชุมย่อยภายใต้การประชุมรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 และกระบวนการถกแถลงที่จัดขึ้นสามครั้งในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

บทที่หนึ่งของรายงานแนะนำโครงการความยุติธรรมทางสุขภาพและไล่เรียงภาพรวมของรายงาน **บทที่สอง**ทบทวนวรรณกรรมเรื่องความยุติธรรมเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของการระบาดของโควิด-19 เพื่อเป็นกรอบในการอธิบายกรณีศึกษาในประเทศไทย กรอบแนวคิดในการวิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีความยุติธรรมของรอลส์ (Rawls's Theory of justice) ซึ่งได้รับการอธิบายขยายความเพิ่มเติมจากนักวิชาการท่านอื่น ๆ อีกด้วย **บทที่สาม**นำเสนอกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงทั้งเจ็ดกรณีเพื่อสะท้อนโครงสร้างธรรมาภิบาล (governance structure) ของประเทศไทย และข้อควรพิจารณาเกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพในการรับมือโควิด-19 **บทที่สี่** อภิปรายกรณีศึกษากับกรอบแนวคิดเรื่อง ความยุติธรรมโดยเน้นที่ 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ ความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) และความยุติธรรมในการชดเชย (corrective justice) และ**บทที่ห้า**นำเสนอบทสรุปและข้อเสนอแนะผลจากการอภิปราย

วิกฤตโรคระบาดในครั้งนี้เผยให้เห็นถึงความท้าทายหลายระดับมหภาคและจุลภาค ตั้งแต่การตัดสินใจนโยบาย ไปจนถึงการสื่อสารกับสาธารณชนในภาวะวิกฤติ โควิด-19 ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง แต่การรับมือกับภาวะดังกล่าวกลับดำเนินการด้วยกรอบคิดที่ยึดความมั่นคงของชาติเป็นหลัก ส่งผลต่อการกำหนดกลไกและนโยบายสาธารณะได้รับการกำหนดขึ้น ภายใต้วัฒนธรรมทางความคิดที่ให้อำนาจเด็ดขาดแก่ผู้นำ โดยไม่สร้างกลไกเชิงสถาบันที่เอื้อให้ประชาชนมีโอกาส และมีอำนาจในการกำกับตรวจสอบอย่างแท้จริง กรอบคิดเรื่องความมั่นคงทางการทหารที่ปรับใช้ในการบริหารจัดการโรคระบาด-19 โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมโรคแต่ละเลยการคำนึงถึงผลกระทบด้านด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองต่อปัจเจกบุคคล รวมถึงผลกระทบต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติโดยรวม กรณีศึกษาที่ปรากฏในรายงานนี้ แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่หลากหลาย จากการลงภาคสนาม เพื่อสังเกตการณ์ชุมชนร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยด้วยหยาดเหงื่อและเลือดเนื้อ ที่มิใช่การจ้องมองทางทฤษฎีเท่านั้นและสืบสาวความต่อเนื่องเกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย ในขณะเดียวกันกรณีศึกษาก็สะท้อนว่าสังคมเองก็มาถึง“จุดเปลี่ยน” ในท่าทีเรียกร้องความรับผิดชอบความโปร่งใส และความเป็นธรรมจากทั้งรัฐบาลภาครัฐ และเอกชน มีการเรียกร้องให้ภาครัฐเปลี่ยนมุมมองจากความช่วยเหลือแบบการกุศลหรือความเมตตาไปสู่แนวทางที่เน้นการใช้ฐานสิทธิมนุษยชนมากขึ้น

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ 5

บทสรุป 7

บทนำ 10

ความเป็นมาของโครงการความยุติธรรมทางสุขภาพ 13

โครงสร้างรายงาน 14

ข้อจำกัด 15

อ้างอิง 16

กรอบแนวคิดการวิจัย 17

บทนำ 18

ทบทวนวรรณกรรม 19

การป้องกันโรคและปัจจัยกำหนดโรค 21

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการให้บริการด้านสุขภาพ 22

ความยุติธรรมทางสุขภาพ 24

กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับการศึกษาความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 31

การสร้างแนวคิดเรื่องความยุติธรรม 32

กระบวนการนโยบายสาธารณะ 33

สุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ 34

การจัดสรรทรัพยากรและการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค 35

การกระจายสุขภาพ ค่าใช้จ่ายสุขภาพ และสุขภาวะ 37

อ้างอิง 39

กรณีศึกษา 41

บทนำ 42

กรณีศึกษาที่ 1 : แนวทางการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ระดับชาติ 43

บทนำ 43

ถกแถลง 44

ความท้าทาย 49

อ้างอิง 50

กรณีศึกษาที่ 2 : การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ : การจัดหาและการกระจายวัคซีนป้องกันโควิด-19 51

บทนำ 51

ถกแถลง 51

ความท้าทาย 55

อ้างอิง 56

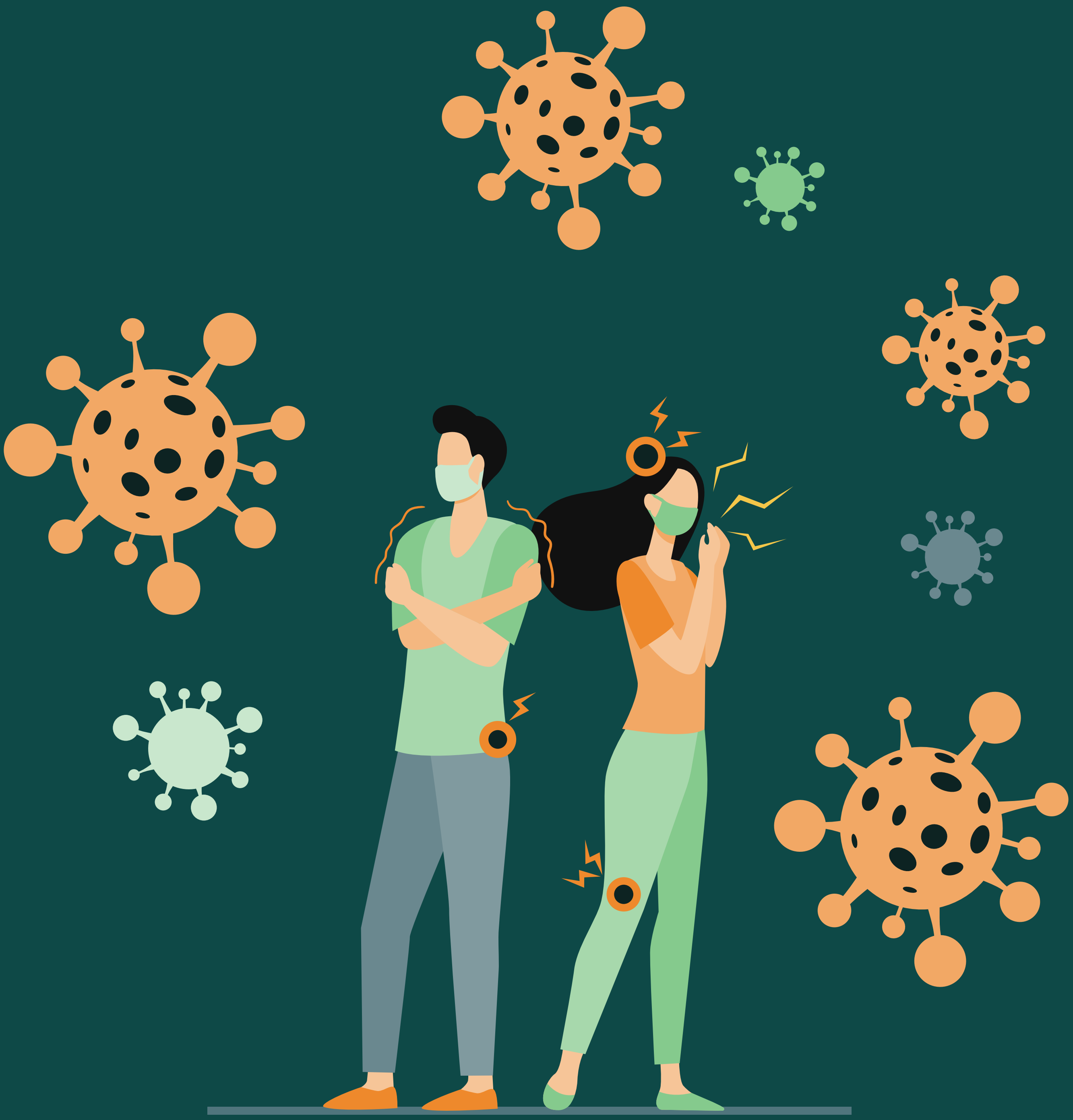
กรณีศึกษาที่ 3 : แรงงาน เศรษฐกิจ และการเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุข **57**
บทนำ 57
ถกแถลง 57
ความท้าทาย 60
อ้างอิง 61
กรณีศึกษาที่ 4 : โควิด-19 และการศึกษาวิถีใหม่กับความเหลื่อมล้ำทางดิจิตัล **62**
บทนำ 62
ถกแถลง 62
ความท้าทาย 65
อ้างอิง 66
กรณีศึกษาที่ 5 : การรื้อสร้างความเป็นเมืองในช่วงหลังการระบาดใหญ่ : การวิเคราะห์วัตถุเชิงสังคม **67**
บทนำ 67
ถกแถลง 67
ความท้าทาย 71
อ้างอิง 72
กรณีศึกษาที่ 6 : บทบาทของภาคเอกชนและอาสาสมัคร ในการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการสนับสนุนจากภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วมในช่วงการระบาดของโควิด-19 **73**
บทนำ 73
ถกแถลง 73
ความท้าทาย 77
อ้างอิง 78
กรณีศึกษาที่ 7 : บทบาทและอิทธิพลของสื่อและสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดและชี้ให้เห็นความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย **79**
บทนำ 79
ถกแถลง 79
ความท้าทาย 82
อ้างอิง 83

อภิปรายผล **84**
อ้างอิง 89

บทสรุปและข้อเสนอแนะ **90**
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย **92**
อ้างอิง 96

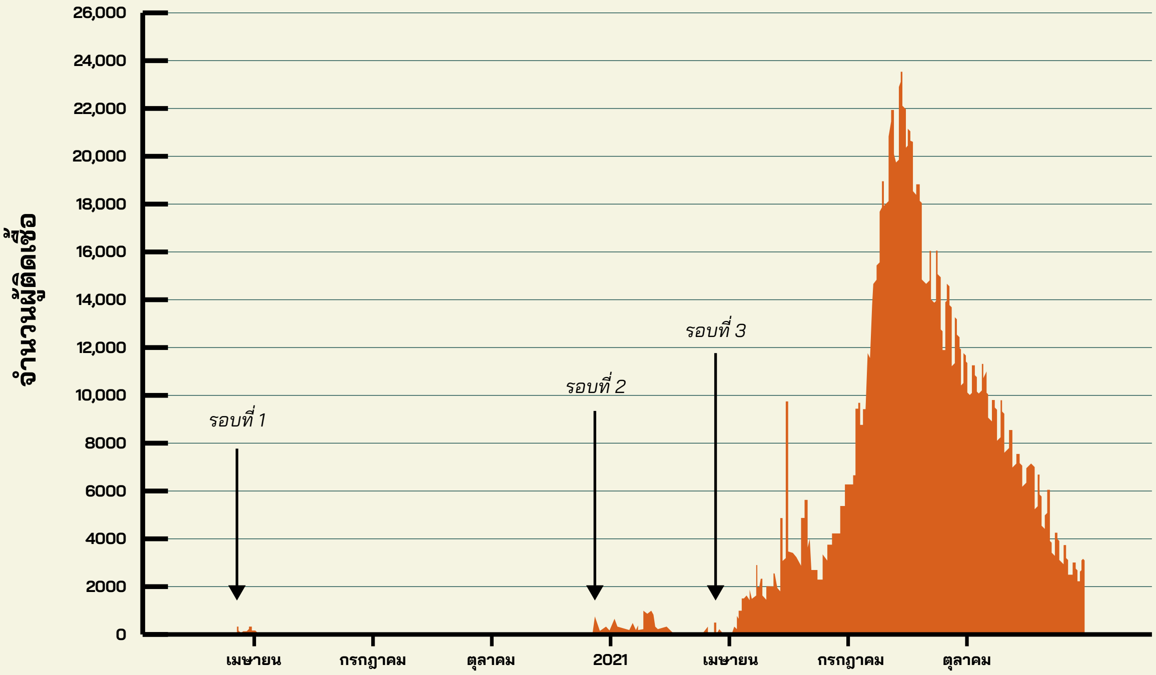
ภาคผนวก **97**
ภาคผนวก 1 105
ภาคผนวก 2 106
ภาคผนวก 3 107
ภาคผนวก 4 108
ภาคผนวก 5 109

บทนำ



ประเทศไทยเป็นประเทศที่สองรองจากประเทศจีนที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 จากนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาในประเทศในเวลาเพียงไม่ถึงหนึ่งสัปดาห์ หลังจากที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลกได้แสดงความชื่นชมต่อการรับมือสถานการณ์โรคระบาดของประเทศไทย โดยยกย่องความสามารถในการบริหารจัดการของรัฐบาลและโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็งอีกทั้งยังได้ชื่นชมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคในชุมชน[(1)] นอกจากนั้นประเทศไทยยังได้รับการจัดอันดับให้เป็น 1 ใน 10 ประเทศที่มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาด จากผลการจัดอันดับดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพของโลก ประจำปี 2019 (GHSI 2019)[(2)]

ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 – เดือนกันยายนพ.ศ. 2564 ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดสามระลอกที่มีนัยสำคัญคือในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563[3] และเดือนมีนาคม พ.ศ.2564[4] โดยรัฐบาลไทยได้มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมโรคตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาด ได้แก่ การจำกัดการเดินทาง การควบคุมด่านชายแดน และการตรวจคนเข้าเมือง การสื่อสารเชิงรุก การจัดหาสวัสดิการ และค่าตอบแทน การพัฒนาและการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องมือในการวินิจฉัยและรักษาโรค และการจัดหาวัคซีน รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยมีการแก้ไขและออกระเบียบข้อบังคับเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้ การระบาดที่เกิดขึ้นในกรุงเทพเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เป็นการแพร่ระบาดแบบกลุ่มก้อนใหญ่ หรือคลัสเตอร์ และมีการแพร่กระจายของโรคเป็นวงกว้าง การกลายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์เดลต้า ตลอดจนการตัดสินใจของรัฐบาลในขณะนั้น ไม่เพียงแต่จะซ้ำเติมระบบสาธารณสุขของประเทศ แต่ยังเปิดให้เห็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศที่ทวีความรุนแรงขึ้นจากความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่แล้วในประเทศ



สถานการณ์โควิด-19 ในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์กรอนามัยโลก

ที่มา : https://experience.arcgis/experience/56d2642cb379485ebf78387le744b8c6a เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2564

โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ต่างกัน ท่าทีของรัฐบาลตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายและระเบียบที่บังคับใช้เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด หรือการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของการเยียวยาฟื้นฟูแสดงให้เห็นว่า มีการคำนึงถึงความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และสุขภาวะของประชาชนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น มาตรการด้านสาธารณสุขที่ใช้เพื่อควบคุมโควิด-19 มีความเชื่อมโยงกับสถานะ ทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน และความเชื่อมโยงนี้ยังกระตุ้นความไม่เท่าเทียมในการป้องกันและการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพและธรรมาภิบาล[5] ตัวอย่างเช่น มาตรการการควบคุมโรคระบาด เช่น การจำกัดเวลาและการเดินทางส่งผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะต่อแรงงานข้ามชาติ คนไร้บ้าน และครอบครัวที่มีรายได้น้อย ในการจัดการกับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเหล่านี้ รัฐต้องเพิ่มความระมัดระวังในการดำเนินนโยบายและการบังคับใช้โดยคำนึงถึงความยุติธรรมด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[6]

ความเป็นมาของโครงการ ความยุติธรรมทางสุขภาพ

กระบวนทัศน์ใหม่ที่เกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพเกิดขึ้นก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในการประชุม China Medical Board ในปีพ.ศ. 2562 คณะกรรมาธิการ Health Justice Asia และผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันวิเคราะห์บริบทของประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดขึ้นของโรคระบาด พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมในภูมิภาคเอเชีย โดยที่ประชุมเรียกร้องให้เคลื่อนไหวเพื่อสร้างความยุติธรรมทางสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ ที่ประชุมเห็นพ้องตรงกันในการพัฒนา“กระบวนการคิดเชิงออกแบบร่วมกัน” โดยนักวิชาการและภาคีในการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มคนที่เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ เป้าหมายที่สนับสนุนให้นักวิชาการที่ทำงานด้านความยุติธรรมทางสุขภาพสร้างสะพานเชื่อมโยงมาร่วมมือกับนักวิชาการด้านสังคมศาสตร์หลากหลายสาขา เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของประชาชนอย่างเป็นระบบ เช่น ประชากรกลุ่มเปราะบาง ทั้งในระดับภูมิภาคเอเชียและระดับประเทศ เพื่อทำความเข้าใจภูมิทัศน์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ตลอดจนการขยายเครือข่ายวิชาการเพื่อผลักดันวาระความเท่าเทียมด้านสุขภาพในอนาคตของเอเชีย

โครงการความยุติธรรมทางสุขภาพเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 คณะทำงานดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 รวบรวมเนื้อหาข้อถกเถียง รวมถึงมาแลกเปลี่ยนกับผู้ปฏิบัติการเฉพาะหน้า และนักคิดที่มีฐานความรู้เรื่องความยุติธรรม มาร่วมทบทวนและถกแถลงแนวคิดจากผู้ปฏิบัติการจริงอย่างเข้มข้น ผ่านการประชุมย่อยภายใต้การประชุมนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ (PMAC side meeting) พ.ศ. 2565 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 และกระบวนการถกแถลงที่จัดขึ้นสามครั้งในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

โครงสร้างรายงาน

ประสบการณ์รับมือโควิด-19 ของประเทศไทยมอบโอกาสในการทบทวนโครงสร้างและระบบสาธารณสุขไทย บันทึกจุดแข็ง ความยืดหยุ่นและความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมทางสุขภาพภายใต้บริบทของการรับมือโรคระบาด ด้วยวิธีการเชิงระบบ (systems approach) โดยคำนึงถึงการธรรมภิบาลระบบสุขภาพ ด้วยทุนสนับสนุนจากมูลนิธิ China Medical Board มูลนิธิสารธารณสุขแห่งชาติได้รวบรวมคณะทำงานเพื่อสร้างกรอบความคิดเกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพของประเทศไทย และการสังเคราะห์เรื่องเล่าจากกรณีศึกษา ข้อมูลในรายงานนรวบรวมขึ้น ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย อาทิ การทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง วรรณกรรมที่ไม่มีการตีพิมพ์ (grey literature) อาทิ การอภิปรายจากสื่อและสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจงกับผู้เชี่ยวชาญด้าสาธารณสุข ตัวแทนจากองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และผู้นำจากภาคประชาสังคมพร้อมทั้งการจัดเวทีเสวนากับกลุ่มสังคมในวงกว้าง ซึ่งจุดประกายและขยายการเสวนาสาธารณะในประเด็นความยุติธรรมทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียกร้องการคำนึงถึงความยุติธรรมและธรรมาภิบาลสุขภาพอย่างเป็นระบบ

บทที่ 1 แนะนำโครงการความยุติธรรมทางสุขภาพและนำเสนอโครงร่างรายงาน

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมเรื่องความยุติธรรมเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของการแพร่ระบาดของโควิด-19 เพื่อเป็นกรอบในการทำความเข้าใจกรณีศึกษาในประเทศไทย กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีความยุติธรรมของรอลส์ (Rawl’s theory of justice) ซึ่งได้รับการอธิบายขยายความเพิ่มเติมโดยนักวิชาการท่านอื่น ๆ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (health inequalities) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (health inequities) และความเป็นธรรมทางสุขภาพ (health justice)[7] ในหลายระดับ รายงานนี้พิจารณาและวิเคราะห์ความยุติธรรมทางสุขภาพในสามมิติหลัก คือ ความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) และ ความยุติธรรมในการชดเชยเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม (corrective justice) ตั้งแต่ภาครัฐไปจนถึงระดับปัจเจกในการถกแถลงถึงความหมายของคำว่าความยุติธรรม ความไม่ยุติธรรมทางสุขภาพนั้นมีหลายแง่มุม และประกอบด้วยความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (health inequalities) และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (health inequities) แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าทุกความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพคือความไม่ยุติธรรมทางสุขภาพ

บทที่ 3 นำเสนอกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 7 กรณีเพื่อสะท้อนโครงสร้างธรรมาภิบาล (governance structure) ของประเทศไทยและการพิจารณาความยุติธรรมด้านสุขภาพในการรับมือโควิด-19 กรณีศึกษา 7 กรณี ประกอบด้วย

1. แนวทางการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ระดับชาติ
2. การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข : การจัดหาและการกระจายวัคซีนโควิด-19
3. แรงงาน เศรษฐกิจ และการเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุข
4. โควิด-19 และการศึกษาวิถีใหม่กับความเหลื่อมล้ำทางดิจิตัล
5. การรื้อสร้างความเป็นเมืองในช่วงการระบาดใหญ่ : การวิเคราะห์วัตถุทางสังคม
6. บทบาทของภาคเอกชนและอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม และการสนับสนุนจากภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วมในช่วงการระบาดของโควิด-19
7. บทบาทและอิทธิพลของสื่อและสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดและชี้ให้เห็นถึงความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย

บทที่ 4 อภิปรายกรณีศึกษากับกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมโดยเน้นที่ 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ ความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) และความยุติธรรมในการชดเชย (corrective justice)

บทที่ 5 นำเสนอข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากการอภิปรายผล

ข้อจำกัด

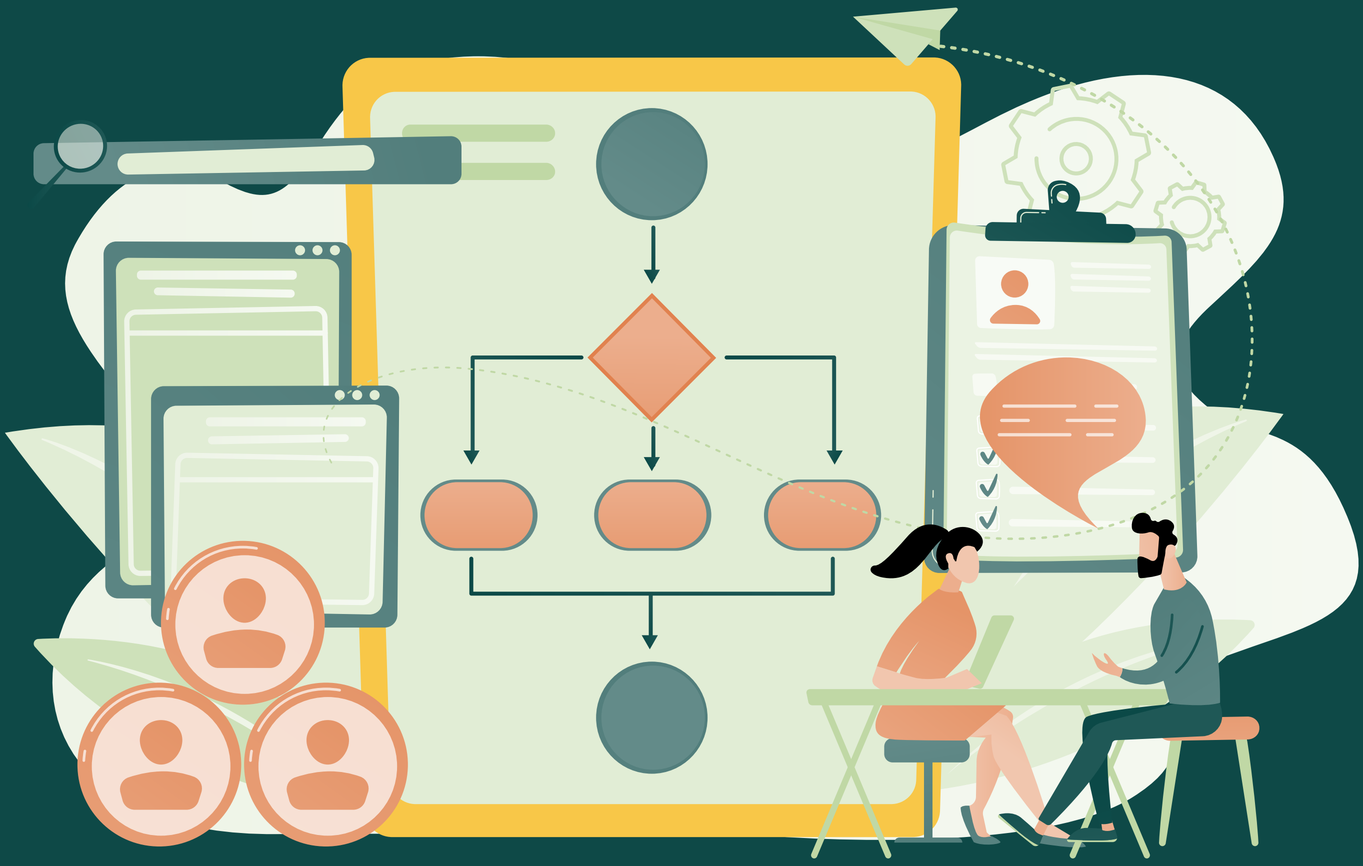
รายงานนี้มุ่งเน้นสังเคราะห์ประสบการณ์ เพื่อยกร่างกรอบความยุติธรรมทางสุขภาพผ่านกรณีศึกษา 7 กรณี โดยมิได้ครอบคลุมทุกแง่มุมของทฤษฎีความยุติธรรมทางสุขภาพ รายงานนี้อ้างอิงจากข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งจากเอกสารวิชาการและวรรณกรรมที่ไม่มีการตีพิมพ์ (grey literature) และการถกแถลงกับบุคคลผู้มีประสบการณ์

กรณีศึกษาที่รวบรวมมาผ่านการประเมินจากการเสวนาที่จัดขึ้นระหว่างการประชุมย่อยภายใต้การประชุมนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ (PMAC) พ.ศ. 2565 ในเดือนมกราคม และการอภิปรายถกแถลงถ่ายทอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ที่จัดโดยมูลนิธิสารธารณสุขแห่งชาติ และ WAY magazine ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 กรณีศึกษาอ้างอิงข้อมูลส่วนใหญ่จากข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ในช่วงการระบาดใหญ่โดยไม่ได้สะท้อนภาพรวมของผลกระทบจากการรับมือโควิด-19 ของประเทศไทย และไม่ครอบคลุมถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลที่หลากหลายที่แต่ละกลุ่มสังคมต่าง ๆ ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็น ผู้หญิง เด็ก ผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และอื่น ๆ คณะทำงานตระหนักถึงข้อจำกัดในการบันทึกประสบการณ์หลากหลายพื้นที่ของประเทศ ในช่วงเวลาของการระบาดใหญ่ รายงานนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 และมีการร่างรายงานและได้รับการทบทวนในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ในขณะที่ประเทศไทยและทั่วโลกยังคงเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19

อ้างอิง

1. WHO Director-General Commended Thailand's Efforts and Experiences in Curbing COVID-19 at the World Health Assembly [Internet]. กระทรวงการต่างประเทศ. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.mfa.go.th/en/content/whocommendedthailandincurbingcovid19-2?cate=5d5bcb4e15e39c306000683c
2. 2019 Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf
3. Rajatanavin N, Tuangratananon T, Suphanchaimat R, Tangcharoensathien V. Respondingto the COVID-19 second wave in Thailand by diversifying and adapting lessons from the first wave. BMJ Glob Health. 2021 Jul 1;6(7):e006178.
4. 2021_06_17_eng-sitrep-188-covid19.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021_06_17_eng-sitrep-188-covid19.pdf?sfvrsn=b326abd5_5
5. กองบรรณาธิการ. จินตนาการใหม่ สู่ฝันระบบยุติธรรมไทยที่มีความยุติธรรมอย่างแท้จริง [Internet].The 101 World. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.the101.world/new-imagination-thai-justice-system/
6. OpenLearn from The Open University. Amartya Sen on Justice and Injustice - The Amartya Sen Interviews (1/3) [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=IRErRJY4zTM
7. Anand S. The Many Faces of Health Justice. LSE International Inequalities Institute. October 2021. Available from: http://eprints.lse.ac.uk/112537/3/Final_For mat_III_WPS_The_Many_Faces_of_Health_Justice_Anand.pdf

กรอบแนวคิด
การวิจัย



บทนำ

ผู้เขียน **ภาคภูมิ แสงกนกกุล**

สุขภาพเป็นดั่งสินค้าพิเศษที่ทำหน้าที่โดยตรงในการสร้างสุขภาวะที่ดี ทำให้บุคคลสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต[1] สุขภาพที่ไม่ดีสามารถปิดโอกาสในชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่ละคน[2] นอกจากนี้ นโยบายสาธารณะ มาตรการด้านสาธารณสุข และปัจจัยทางสังคมต่างมีอิทธิพลต่อการกระจายด้านสุขภาพ ดังนั้นความไม่ยุติธรรมทางสุขภาพจึงไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะระดับบุคคล แต่เป็นปัญหาของความยุติธรรมทางสังคมด้วย[3]

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นทั่วโลกส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คน ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด ยิ่งไปกว่านั้นมาตรการต่าง ๆ ที่บังคับใช้ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรค เช่น การล็อกดาวน์ส่งผลกระทบแง่ลบต่อภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งทางด้านจิตใจและสังคม ไม่เพียงแต่ภาคสุขภาพ แต่ยังรวมถึงภาคการผลิต การค้า การบริโภค การจ้างงาน และภาคการเงิน[4] รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมได้เปลี่ยนวิธีที่ผู้คนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อันนำมาสู่ความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนที่นอกเหนือไปจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค แม้ว่าโรคระบาดจะส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนและทุกกลุ่มคนในสังคม แต่ระดับความรุนแรงของผลกระทบ นั้นต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มประชากร ตัวอย่างเช่น เด็ก เยาวชน และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการด่านหน้าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ

โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่และมีความไม่แน่นอนสูง ความท้าทายหลักในการจัดการโรคนี้คือการไม่สามารถทำความเข้าใจไวรัสและการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ แม้จะมีความก้าวหน้าในการวิจัยทางการแพทย์และเทคโนโลยีและความร่วมมือระดับนานาชาติ การระบาดส่งผลกระทบต่อประชากรแต่ละกลุ่มแตกต่างกันโดยมีระดับความรุนแรงที่ต่างกัน ซึ่งทำให้ต้องกลับมาทบทวนถึงเรื่องของความยุติธรรม แนวคิดเรื่องความยุติธรรมที่แตกต่างกันอาจถูกนำไปใช้โดยเจตนาหรือไม่ตั้งใจในประเทศต่าง ๆ แต่สิ่งที่สำคัญคือกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมของความยุติธรรมที่ประกอบด้วยความเป็นธรรมและเสมอภาค เพื่อสะท้อนคิดถึงความยุติธรรมทางสุขภาพภายใต้บริบทของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19[5]

ทบทวน
วรรณกรรม

การป้องกันโรคและปัจจัยกำหนดโรค

การแพร่ระบาดอย่างไม่คาดคิดและรวดเร็วกว้างขวางของโควิด-19 ตั้งแต่ระลอกแรกในประเทศไทยเริ่มต้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้ประชาชนและภาคประชาสังคมไม่สามารถวางแผนการออมเงินเพื่อใช้จ่ายได้ยามฉุกเฉิน ส่วนการประกันภาคเอกชนก็มีความเสี่ยงในการล้มละลายจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการป้องกันโรคจึงเป็นมาตรการการรับมือที่เหมาะสม อันครอบคลุมถึงการใช้มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค มาตรการที่ใช้เพื่อตรวจพบปัญหาตรวจพบผู้ป่วยแต่เนิ่น ๆ เช่น การตรวจคัดกรอง มาตรการแทรกแซงสอบสวนเพื่อควบคุมโรค และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นให้น้อยสุด รวมถึงมาตรการแทรกแซงอื่น ๆ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความสูญเสีย การบาดเจ็บ เพิ่มเติมจากโรคที่เป็นอยู่(6)

การป้องกันโควิด-19 แบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามมาตรการที่ประกาศใช้ ได้แก่ 1) มาตรการการรักษาด้วยยา (pharmaceutical measures) เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษา และการฉีดวัคซีน และ 2) มาตรการที่ไม่ใช้ยา (non-pharmaceutical measures) เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย การรักษาระยะห่างทางสังคม และการล็อคดาวน์

การป้องกันโรคเป็นบทบาทรับผิดชอบทั้งระดับบุคคลและส่วนรวม โดยแบบจำลองการลงทุนการป้องกันโรคที่เหมาะสมที่สุด (optimal health prevention)(7) เป็นแบบจำลองที่วางอยู่บนมุมมองของระดับบุคคลที่วางอยู่บนฐานแนวคิดการเลือกอย่างมีเหตุผล (rational choice theory) การป้องกันสุขภาพ คือการลงทุนที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มอรรถประโยชน์สูงสุด ปัจเจกลงทุนในการป้องกันสุขภาพเมื่ออรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (marginal utility) ของการป้องกันนั้นมากกว่าหรือเท่ากับต้นทุนหน่วยสุดท้าย (marginal cost) ของการป้องกันสุขภาพ ซึ่งปัจจัย เช่น ระดับการศึกษา ความรู้ทางการแพทย์ ความเข้าใจและประสบการณ์การเจ็บป่วย ทัศนคติต่อความเสี่ยง มีผลต่อความกลัวของการเกิดโรค จึงทำให้เพิ่มอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของการป้องกันโรคมากขึ้น ส่วนบุคคลที่มีความรอบคอบ (prudence) หรือความอ่อนไหวต่อความเสี่ยงมีผลให้ต้นทุนส่วนเพิ่มของการป้องกันโรคมากขึ้น และไม่อยากลงทุนกับการป้องกันโรคที่มีความเสี่ยงของการป้องกันโรคไม่สำเร็จ ดังนั้นบุคคลจะป้องกันโรคมากขึ้นเมื่อมีความกลัวต่อโรคมากขึ้นและความรอบคอบน้อยลง

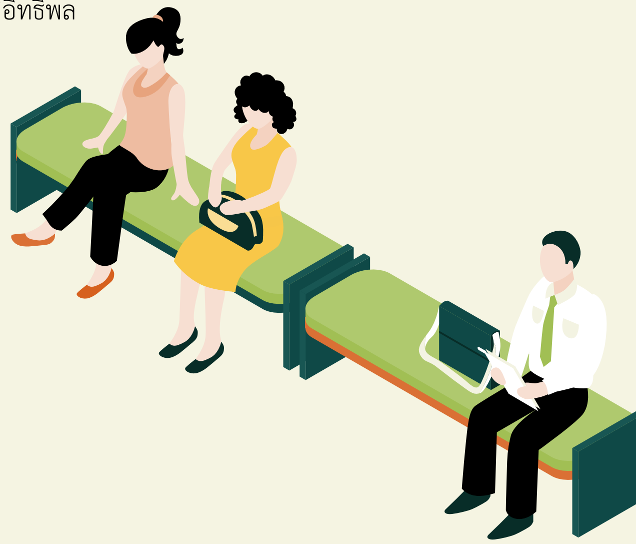
อย่างไรก็ตาม มนุษย์มีความซับซ้อนในกระบวนการคิดตัดสินใจ การป้องกันโรคก็มีความเกี่ยวข้องกับจิตวิทยาพฤติกรรมของมนุษย์และกระบวนการรับรู้ (perceptions) การตัดสินใจที่จะป้องกันโรคจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมากกว่าการเปรียบเทียบผลได้ผลเสียที่ตามมาเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ถึงแม้รัฐบาลจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชน ซึ่งผู้ได้รับวัคซีนย่อมได้รับประโยชน์มากกว่ากรณีที่ไม่รับวัคซีน แต่ปรากฏว่าอัตราการเข้าถึงวัคซีนยังคงพบในอัตราต่ำในกลุ่มประชากรในชนบทในอินเดีย[8] ปัญหาความลังเลและปฏิเสธการรับวัคซีนจากการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลเป็นความท้าทายของการรณรงค์ป้องกันโรคในทุกประเทศ รวมถึงในประเทศรายได้สูงที่มีอุปทานด้านการแพทย์เพียงพอก็สามารถพบปัญหาดังกล่าวได้เช่นกัน[9]

แบบจำลอง 3C ซึ่งมีแนวความคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ เป็นกรอบแนวคิดที่แตกต่างออกไปจากแบบจำลองการลงทุนการป้องกันโรคที่เหมาะสมที่สุด โดยได้อธิบายว่าการรับวัคซีน เป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรมที่มาจากกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อน สาเหตุของความลังเลที่จะฉีดวัคซีนของบุคคลขึ้นอยู่กับ ความไว้วางใจต่อวัคซีน (confidence) ความชะล่าใจต่อตัวโรค (complacency) และความสะดวกสบายในการรับวัคซีน (convenience) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกดังกล่าวทั้งสามมีทั้ง 1) ปัจจัยในระดับสังคมวัฒนธรรม บริบททางด้านระบบสุขภาพระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมืองและการบริหารรัฐกิจ เช่น การสื่อสารมวลชนในประเด็นเรื่องโรคระบาด และวัคซีน ความเชื่อด้านศาสนา 2) ปัจจัยระดับบุคคลและครอบครัว เช่น ประสบการณ์การได้รับวัคซีนของสมาชิกในครอบครัว ความเชื่อและความตระหนักในการป้องกันโรค ความตระหนักในความเสี่ยงและประโยชน์ของวัคซีน และความรู้และความตระหนักในการแพร่กระจายของโรคและการฉีดวัคซีน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวกับวัคซีน เช่น ราคา อุปทาน ประสิทธิภาพ และความเสี่ยงในการฉีดวัคซีน การบริหารจัดการกระบวนการฉีดวัคซีน รวมถึงระบบโลจิสติกส์ ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งและการกระจายวัคซีน รวมถึงการให้ข้อมูลโดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การสื่อสารเส้นทางการรับวัคซีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการตัดสินใจ การสื่อสารที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ความลังเลหรือความไม่เต็มใจในการได้รับวัคซีนแม้ว่าจะมีวัคซีนและมีความพร้อมในการจัดสรรวัคซีนแล้วก็ตาม[10][11]

นอกจากนี้ขั้นตอนของการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงส่งผลกระทบต่อประชาชนกลุ่มใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรคระบาดใหญ่ ซึ่งรัฐมีบทบาทในการจัดการวิกฤตในระดับชาติ การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการลดการแพร่กระจายของโรคระบาดอย่างมีนัยสำคัญ Atun และคณะ ได้เสนอการประเมินผลความพร้อมของระบบสุขภาพในหลากหลายแง่มุม ซึ่งรวมถึงมิติการเมือง กฎหมาย สังคม เศรษฐกิจ ประชากร การจัดการสุขภาพ การบริหารจัดการทรัพยากร และการกระจายทรัพยากร ระบบการจัดการสุขภาพที่ดีอยู่แล้วจะช่วยอำนวยความสะดวกในการพัฒนาโครงสร้างใหม่ และสามารถเชื่อมโยงได้อย่างรวดเร็วกับระบบการควบคุมโรคที่เกิดขึ้นใหม่ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ยิ่งไปกว่านั้น โปรแกรมการควบคุมโรคควรได้รับการประเมินความพร้อมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน ทรัพยากรการจัดสรรและการกระจายบริการสุขภาพ ระบบการสื่อสาร และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค[12]

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการบริการสุขภาพ

สุขภาพ คือ สินค้าคงทุน (durable good) และเราสามารถได้รับประโยชน์จากการมีสุขภาพดีได้ทุกวัน การลงทุนด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย นอกจากนี้สุขภาพยังถือว่าเป็นทุนอย่างหนึ่งที่สามารถผลิตซ้ำได้ อย่างไรก็ตามสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกส่วนหรือโอนถ่ายโยกย้ายได้ แทนที่จะกระจายสุขภาพโดยตรงมาตรการแทรกแซงทางสุขภาพหลายอย่างมุ่งเป้าไปที่การกระจายปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ[13] การดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญที่สามารถส่งเสริม บำรุงรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ บริการสุขภาพสามารถกระจายและแลกเปลี่ยนได้ภายใต้กลไกตลาด ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับราคาและความสามารถในการซื้อ รัฐมีบทบาทในการจัดสรรบริการสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างการใช้ทรัพยากรในกลุ่มประชากรที่ต่างกันสามารถนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รัฐสามารถจัดสรรการดูแลสุขภาพในรูปแบบของประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพาผู้ให้บริการเอกชนและกลไกตลาดเพียงอย่างเดียว บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ รวมถึงระบบสุขภาพ ข้อมูลประชากร ระบาดวิทยา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมและปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพ[14]



ในทศวรรษที่น่าจับตา การขยายตัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติและการพัฒนาของเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังไม่ได้นำไปสู่การกระจายความเท่าเทียมทางสุขภาพ เพราะปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านสุขภาพ มีการศึกษาวิจัยที่พิจารณากรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งรวมถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของ Dahlgren และ Whitehead ซึ่งแบ่งปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ : 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้ชีวิต เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม เพศสภาพ ชาติพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพรับบริการสุขภาพ 2) เครือข่ายทางสังคม และชุมชน เช่น สวัสดิการสังคม (ประกันสังคม) และ เครือข่ายชุมชน 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงานและสภาพความเป็นอยู่ เช่น อาชีพ รายได้ และความปลอดภัยในการทำงาน และ 4) ปัจจัยระดับมหภาค ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายสาธารณะ ซึ่งกำหนดระดับสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ[15] ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่อาจถือว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปอดของบุคคลนั้น ๆ ทว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาจเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการส่งเสริมจากสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น การพักอาศัยในชุมชนที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่ถือเป็นค่านิยมท้องถิ่น หรือสภาพอาชีพการทำงานที่ตึงเครียดก็สามารถกระตุ้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ โดยภาครัฐเองสามารถมีนโยบายรณรงค์การเลิกบุหรี่ที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกได้เช่นกัน

กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของ Wagstaff มีความคล้ายคลึงกับกรอบคิดของ Dahlgren และ whitehead ที่แบ่งปัจจัยออกเป็น 3 ระดับ : 1) ปัจจัยใกล้ตัวหรือปัจจัยขั้นต้น (proximal factors) ที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ซึ่งรวมถึงครัวเรือนและชุมชน อันประกอบด้วยสินทรัพย์ครัวเรือนทั้งทางกายภาพและการเงิน การใช้บริการด้านสุขภาพ อาหาร สุขาภิบาล บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม สถาบันทางสังคม และทุนทางสังคม 2) ปัจจัยตัวกลาง ซึ่งรวมถึงระบบสุขภาพและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงสร้างพื้นฐาน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์และการกระจายบริการสุขภาพ และการจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ยา น้ำสะอาด และอาหาร ปัจจัยตัวกลางมีอิทธิพลต่อปัจจัยขั้นต้น เช่น การกระจายตัวของบุคคลากรทางการแพทย์โดยอ้างอิงกับประชากรหลากหลายกลุ่ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความแตกต่างในการใช้บริการสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ 3) ปัจจัยระยะไกล (distant factors) รวมถึงนโยบายและการดำเนินการของรัฐบาล เช่น นโยบายเศรษฐกิจ นโยบายด้านสุขภาพ และการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ[16] โดยที่นโยบายเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายเกี่ยวกับค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอันส่งผลต่อการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ที่บรรจุใหม่ในพื้นที่ต่าง ๆ

คณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพระดับโลก (the Commission on Social Determinants of Health (CSDH)) แต่งตั้งขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 ได้พัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม : 1) การวิเคราะห์ทางจิตสังคม 2) การวิเคราะห์บริบทสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง 3) กรอบแนวคิดด้านเศรษฐกิจและสังคม และการวิเคราะห์หลายระดับเพื่อกำหนดและจำแนกกลุ่มปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้ให้คำอธิบายถึงการออกแบบการกระจายความเท่าเทียมทางสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้จำแนกปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยปัจจัยเชิงโครงสร้างของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และตัวกำหนดสุขภาพระหว่างกลาง (the intermediaries of health determinants) โดยปัจจัยเชิงโครงสร้างนั้นยากต่อการเปลี่ยนแปลงและยังครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม-เศรษฐกิจ-การเมือง เช่น ระบบธรรมาภิบาล นโยบายเศรษฐกิจมหภาค นโยบายทางสังคม และนโยบายสาธารณะอื่น ๆ และค่านิยม หรือวัฒนธรรมทางสังคม ปัจจัยเชิงโครงสร้างแบ่งสังคมออกเป็นระดับที่ต่างกันอย่างชัดเจนด้วยอำนาจการต่อรองและทรัพยากรเพื่อความมั่นคง เช่น ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยเชิงโครงสร้างของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพกำหนดทิศทางและการดำเนินงานผ่านปัจจัยกลุ่มที่สอง ซึ่งรวมถึงตัวกำหนดสุขภาพระหว่างกลางที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ตัวกำหนดสุขภาพระหว่างกลาง ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมโดยรอบ เช่น สภาพการทำงานและชีวิตความเป็นอยู่ และการเข้าถึงอาหาร 2) พฤติกรรมสุขภาพ

และปัจจัยทางชีววิทยา เช่น พันธุกรรม และ 3) สภาพแวดล้อมเชิงจิตสังคม เช่น ความเครียด ความสัมพันธ์และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น โครงสร้างทางสังคมของชนชั้น เช่น ระดับการศึกษา รายได้ และเชื้อชาติ ทำให้แต่ละชนชั้นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่เท่ากัน[17] โดยทั่วไปผู้ด้อยโอกาสมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยร้ายแรงมากกว่าและการฟื้นตัวมักช้ากว่าชนชั้นอื่น ๆ นอกจากนี้พวกเขายังต้องเผชิญกับผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้จึงควรมีการดำเนินมาตรการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพในหลายระดับ รวมถึงนโยบายอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบที่มุ่งลดการแบ่งชนชั้นทางสังคม นโยบายระดับมหภาคที่มุ่งเน้นเรื่องการลดโอกาสในการเจ็บป่วยและการสัมผัสโรคสำหรับประชากรกลุ่มด้อยโอกาส นโยบายระดับชุมชนที่มุ่งลดผลกระทบร้ายแรงของการเจ็บป่วยสำหรับกลุ่มด้อยโอกาส และในระดับปัจเจกบุคคลที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่มาพร้อมกับความเจ็บป่วย เช่น การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน

รูปแบบดังกล่าวถือเป็นแนวทางแบบองค์รวมในระดับมหภาค จากปัจจัยเชิงโครงสร้างจนถึงปัจจัยระดับบุคคลซึ่งแตกต่างจาก รูปแบบองค์กรชุมชน (community organization model) ที่เน้นโครงสร้างพื้นฐานของชุมชน โดยชุมชนและสมาชิกในชุมชนเป็นตัวแสดงหลักที่กำหนดนิยามปัญหาสุขภาพ สมาชิกในชุมชนได้รับความช่วยเหลือในการระบุปัญหาสุขภาพทั่วไป มีศักยภาพกำหนดกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลง การระดมทรัพยากร และการพัฒนาแผนปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพร่วมกัน ทั้งนี้ ชุมชนสามารถเป็นได้ทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์และชุมชนจินตกรรมที่สามารถเชื่อมโยงกันในแง่ของอัตลักษณ์ เช่น เชื้อชาติ ภาษา เพศภาวะ ช่วงวัย เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนควรมีศักยภาพในการโน้มน้าวสมาชิกเข้าร่วมและเสริมพลังสมาชิกในการเรียนรู้และแก้ปัญหา ควรมีการจัดตั้งเวทีเปิดกว้าง (open-forum) ซึ่งเป็นที่ที่ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นทั้งวัจนะภาษา และอวัจนะภาษา และยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างหลากหลาย และสมาชิกในชุมชนใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพตัดสินใจอนาคตร่วมกัน[18]

ความยุติธรรมทางสุขภาพ

สุขภาพเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐาน (primary goods) สำหรับมนุษย์ทั้งปวงที่เกิดมามีอิสระและเสมอภาคกัน เพื่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม[19] บริการสุขภาพควรเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานด้วยเช่นกัน เนื่องจากบริการสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำทางการกระจายบริการสุขภาพย่อมส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพตามมา การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพย่อมส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพ และความเท่าเทียมทางโอกาสของปัจเจกบุคคล[20] ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพสามารถวิเคราะห์ได้จาก 1) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ 2) ความเป็นธรรมในบริการสุขภาพ และ 3) ความเป็นธรรมในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[21]

เราให้ความสำคัญด้านการกระจายบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน แต่ก็ไม่จำเป็นต้องถือว่าเป็นธรรมเสมอไป เช่น เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่าเพศชาย แต่นั่นอาจดูไม่มีเหตุผลและไม่เป็นธรรมที่จะทำการลดอายุขัยโดยเฉลี่ยของเพศหญิงลงด้วยการจำกัดการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ในบางกรณีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพก็มีเหตุผลที่รับได้ชอบธรรม ความเท่าเทียม (equality) และความเสมอภาคเป็นธรรม (equity) จึงมีความหมายแตกต่างกัน ความยุติธรรมสุขภาพไม่ใช่การที่สุขภาพทุกคนมีระดับที่เท่ากัน (equality) แต่ต้องเป็นความเป็นธรรม (equity) ส่วนความไม่ยุติธรรมสุขภาพก็คือ ความแตกต่างด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือถูกตัดสินเชิงคุณธรรมว่าไม่ยุติธรรม[22]

Anand เสนอว่าความหมายของความยุติธรรมกินความกว้างกว่าความเท่าเทียม เป็นธรรม หรือความเสมอภาค เพราะกรอบดังกล่าวมองเฉพาะความยุติธรรมเปรียบเทียบ (comparative justice) และความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) ที่ต้องเปรียบเทียบระดับสุขภาพระหว่างประชากรซึ่งความยุติธรรมสุขภาพมีหลายชนิดที่นอกเหนือจากการเปรียบเทียบระดับสุขภาพ เช่น ความยุติธรรมกระบวนการ ความยุติธรรมเนื้อหาสาระ ความยุติธรรมในการชดเชย เป็นต้น[23] โดยในบทความนี้จะวิเคราะห์เฉพาะความยุติธรรมกระบวนการ ความยุติธรรมการกระจาย และความยุติธรรมในการชดเชย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และความไม่ยุติธรรมทางสุขภาพ
ที่มา: Anand, S. The Many Faces of Health Justice

ความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) หมายถึง ความยุติธรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่นำไปสู่ผลตอบแทน ทรัพยากร และความรับผิดชอบ ซึ่งคำนึงถึงการกระจายผลประโยชน์ และทรัพยากรเหล่านี้ไปยังแต่ละบุคคลอย่างไร ความยุติธรรมกระบวนการให้ความสำคัญกับขั้นตอนก่อนการจัดสรรมากกว่าผลลัพธ์ของการจัดสรร ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดสรรอาจไม่สัมพันธ์กับความเป็นธรรมในกระบวนการเลย ความยุติธรรมกระบวนการสามารถจำแนกได้เป็น 1) ความยุติธรรมกระบวนการที่สมบูรณ์ กล่าวคือ เมื่อมีความยุติธรรมกระบวนการแล้วผลลัพธ์ของการกระจายจะเป็นความยุติธรรมเสมอ และ 2) ความยุติธรรมกระบวนการที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งเป็นความยุติธรรมของผลลัพธ์ที่ไม่สัมพันธ์กับความยุติธรรมกระบวนการ[24]

ความยุติธรรมกระบวนการประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ คือ 1) ความถูกต้อง (accuracy) โดยทุก ๆ การตัดสินใจต้องการข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 2) ความคงเส้นคงวา (consistency) โดยกฎระเบียบและข้อบังคับที่กำหนดโดยผู้กำหนดนโยบายจะต้องมีความคงเส้นคงวา 3) ความไม่เอนเอียง (impartiality) โดยการตัดสินใจจะต้องปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน 4) การคิดย้อนกลับ หรือการทวนสอบ (reversibility) โดยภายใต้เงื่อนไขบางประการ การตัดสินใจสามารถถูกท้าทายและตั้งคำถามได้ 5) ความโปร่งใส (transparency) โดยกระบวนการตัดสินใจดำเนินนโยบายจะต้องมีความโปร่งใส และ 6) ความคิดเห็น (voice) โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วม[25] Daniels ขับเน้นให้เห็นว่า เหตุใดความยุติธรรมกระบวนการจึงมีความสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ เขาให้เหตุผลว่าการกระจายและการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมนั้น ไม่ควรอ้างอิงพื้นฐานของแนวคิดอรรถประโยชน์นิยมเพียงอย่างเดียว ซึ่งถือเอาผลลัพธ์ที่ได้อรรถประโยชน์สูงสุดเป็นสำคัญ แต่กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีความเป็นธรรมด้วย โดยมีลักษณะสำคัญ คือ ความโปร่งใสและการมีส่วนร่วม (transparency and participation) การที่สาธารณะเข้าถึงข้อมูลได้ publicity condition) การตัดสินใจต้องอยู่บนฐานเหตุผล ข้อมูลเชิงประจักษ์ และหลักการที่ยอมรับโดยทั่วไป (relevance condition) กลไกที่สามารถร้องเรียน และทบทวนการตัดสินใจ (revision and appeal conditions) และกลไกที่รับประกันว่าหลักการที่กล่าวไว้ข้างต้นต้องมีการปฏิบัติตาม (regulative conditions)[26]

ความยุติธรรมกระบวนการทวีความสำคัญยิ่งขึ้นไปอีก ภายใต้สถานการณ์ที่ทรัพยากรสาธารณสุขมีจำกัดและไม่สามารถจัดสรรได้อย่างเท่าเทียม ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ที่มีความไม่แน่นอนสูงทั้งในแง่การกลายพันธุ์ของไวรัสเอง หรือในแง่ของความเตรียมความพร้อมทรัพยากร เช่น วัคซีน ทำให้การกระจายวัคซีนไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการประชาชนได้อย่างครอบคลุม และจำเป็นต้องมีการจัดลำดับกลุ่มประชากรที่ได้รับก่อน ดังนั้นกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบายจึงต้องมีความโปร่งใสเปิดโอกาสให้มีการตรวจสอบทบทวนกระบวนการจัดลำดับของกลุ่มประชากรที่ได้รับวัคซีนก่อน การสื่อสารอย่างโปร่งใสให้ข้อมูลแก่ประชาชนทั้งด้านความเสี่ยงและประสิทธิภาพวัคซีน รวมถึงอธิบายเหตุผลและข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกกลุ่มประชากร จะช่วยสร้างการยอมรับของประชาชน และลดความไม่พอใจในกระบวนการแจกจ่ายวัคซีนได้[27]

ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) หมายถึงการกระจายทรัพยากรอย่างเท่าเทียม เสมอภาค และเหมาะสม ซึ่งการกระจายใดจะมีความยุติธรรมนั้นต้องมีการตัดสินเชิงคุณค่า (value judgement) เพราะฉะนั้นความยุติธรรมการกระจายคำนึงถึงผลลัพธ์ของการกระจายทรัพยากร ทั้งทรัพยากรที่จับต้องได้ เช่น รายได้ และการดูแลสุขภาพ และทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ เช่น สิทธิทางการเมือง สิทธิและหน้าที่ทางสังคม ความยุติธรรมการกระจายจึงเกี่ยวข้องกับผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกระจาย ผู้รับทรัพยากร ทรัพยากรที่จะนำไปกระจาย และหลักเกณฑ์/แนวคิดยุติธรรมที่ใช้ในการกระจาย ด้วยเหตุที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพและบริการสุขภาพมีความซับซ้อน ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน กรอบแนวคิดความยุติธรรมจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าผลลัพธ์สุขภาพ/บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีความยุติธรรมการกระจายหรือไม่ มีผู้เสนอแนวคิดเรื่องความยุติธรรมในการจัดสรรไว้ อาทิ Beauchamp และ Childress จำแนกทฤษฎีความยุติธรรมการกระจายออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้[28]

1) อรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ความยุติธรรมการกระจายอิงกับหลักการอรรถประโยชน์ การแจกจ่ายหรือการกระจายไม่จำเป็นต้องอ้างอิงกับระบบตลาดและการแลกเปลี่ยนโดยสมัครใจเท่านั้น แต่อนุญาตให้รัฐแทรกแซง และใช้อำนาจในการควบคุมหรือลงโทษได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคม อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้อาจก่อให้เกิดคำถามเกี่ยวกับการปกป้องความเป็นส่วนตัว และทรัพย์สินส่วนตัว นอกจากนั้น ในบางสถานการณ์การจัดสรรที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดอรรถประโยชน์สังคมที่สูงที่สุดอาจนำไปสู่การได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ของคนบางกลุ่ม

2) อิสรเสรีนิยม (Libertarianism) ความยุติธรรมการกระจายนั้นอิงกับระบบตลาดและการแลกเปลี่ยนโดยสมัครใจ รัฐมีหน้าที่ในการปกป้องทรัพย์สินส่วนตัวและเสรีภาพ ปัจเจกทราบถึงความต้องการของตนเองดีที่สุดและตัดสินใจด้วยตัวเองในการที่จะเข้าร่วมหรือไม่ ความไม่ยุติธรรมการกระจายสามารถแก้ไขได้ด้วยการบริจาคหรือการช่วยเหลือโดยสมัครใจของปัจเจก นอกจากนี้ในบางกรณี หลักการเสรีนิยมไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกับหลักการอรรถประโยชน์หรือหลักความยุติธรรมอื่น ๆ หากหลักการดังกล่าวสอดคล้องกับเสรีภาพ

3) ชุมชนนิยม (Communitarianism) โดยชุมชนมีลักษณะพหุนิยม แนวคิดเรื่องความยุติธรรมจึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน สุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคลและเป็นความรับผิดชอบของชุมชน ความเชื่อในประเพณีท้องถิ่นที่จรรโลงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกควรรวมเป็นส่วนหนึ่งของการจัดสรร และการดูแลสุขภาพ และสมาชิกในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการตัดสินความยุติธรรมด้านสุขภาพของชุมชน

4) เท่าเทียมนิยม (Egalitarianism) โดยการจัดสรรทรัพยากรจะต้องเป็นไปอย่างเท่าเทียมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม (ผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกัน) อย่างไรก็ตามการจัดสรรที่ไม่เท่าเทียมสามารถทำได้ในบางกรณีและถือว่ายุติธรรม เช่น หลักความแตกต่าง (difference principle) ของ Rawls ที่เสนอว่าการจัดสรรที่ไม่เท่าเทียมเพื่อสนับสนุนประชากรกลุ่มเปราะบางที่สุดในสังคมถือว่าเป็นธรรมและเสมอภาค[29] อีกตัวอย่างหนึ่งคือ แนวคิดความสามารถของมนุษย์ (capacity approach) ของ Sen ที่ความยุติธรรมจะบรรลุได้เมื่อกระบวนการจัดสรรให้ทางเลือกแก่ปัจเจกจำนวนมากที่สุด และทางเลือกดังกล่าวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่นำไปสู่ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี[30]

นักวิชาการอื่นเช่น Buchanan เสนอว่าหลักคิดในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพมีหลักการแตกต่างไปดังนี้ : 1) หลักประสิทธิภาพ (efficiency) โดยการกระจายทรัพยากร ที่ใช้ปัจจัยการผลิตให้น้อยที่สุด แต่ให้ผลลัพธ์สูงสุด 2) หลักแห่งความจำเป็น (need approach) การจัดสรรด้วยทรัพยากรสุขภาพตามความจำเป็นสุขภาพ (health needs) ของแต่ละบุคคล/กลุ่มประชากร เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งและแพทย์วินิจฉัยว่าควรได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ก็ควรได้รับการรักษาดังกล่าว 3) หลักสิทธิในสุขภาพ (right to health) โดยการจัดสรรทรัพยากรขึ้นอยู่กับสิทธิและหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด 4) หลักความสามารถในการจ่าย (ability to pay) โดยการจัดสรรทรัพยากรขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย โดยผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายมากกว่าจะมีภาระการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า และ 5) หลักโอกาสที่เท่าเทียมกัน (equality of opportunity) การกระจายทรัพยากรสุขภาพไม่จำเป็นที่จะต้องสร้างผลลัพธ์สุขภาพที่เท่าเทียมกัน แต่ต้องสร้างโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสุขภาพ[31]

สำหรับ Wagstaff และ van Doorslaer ความเท่าเทียมด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพนั้นอ้างอิงกับความเป็นธรรมแนวดิ่ง (vertical equity) ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายได้มากกว่า จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการสร้างความเป็นธรรมแนวราบ (horizontal equity) ผู้ที่มีความจำเป็นสุขภาพที่เหมือนกันจะต้องได้รับบริการสุขภาพที่เหมือนกัน เช่น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันจะต้องได้รับการรักษาเหมือนกัน ส่วนความเสมอภาคทางสุขภาพ ควรจะพิจารณาเฉพาะความแตกต่างด้านสุขภาพที่เป็นผลสืบเนื่องจาก ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมเท่านั้นที่ถือว่าเป็นความแตกต่างสุขภาพที่ไม่ยุติธรรม เช่น ความแตกต่างด้านสุขภาพอันเป็นผลมาจากระดับการศึกษา รายได้ จะถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม[32]

สำหรับ Anand หลักความยุติธรรมการกระจายสุขภาพสามารถตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการดังนี้: 1) ความเท่าเทียม (equality) ซึ่งให้ความสำคัญด้านผลลัพธ์ของการกระจาย เช่น สุขภาพ บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน 2) ลำดับความสำคัญ (priority) มักพบในสถานการณ์ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด และต้องเลือกลำดับก่อนหลังให้แก่ประชากรต่างๆ ซึ่งการจัดลำดับดังกล่าวจึงขึ้นอยู่กับหลักยุติธรรมของผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายหรือผู้มีอำนาจในการกระจาย เช่น ให้ตามลำดับคิว หรือ ให้แก่ประชากรกลุ่มลำบากที่สุด เป็นต้น 3) ความพอเพียง (sufficiency) การจัดสรรไม่จำเป็นต้องเท่าเทียมกันแต่สามารถแตกต่างกันได้โดยจัดสรรให้เพียงพอสำหรับทุกคน ตัวอย่างเช่น การจัดสรรบริการสุขภาพตามระดับความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล[33]

การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการป้องกันโรคและปัจจัยกำหนดโรค และเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการให้บริการด้านสุขภาพ ของบทที่ 2 ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยระดับมหภาคถึงจุลภาคที่ลดหลั่นลงไป ระดับนโยบาย ปัจจัยระดับครอบครัวและชุมชน และ ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถส่งผลต่อการป้องกันโรค การกระจาย และบริการสุขภาพ รวมถึงมีหลักการความยุติธรรมการกระจายที่หลากหลาย เพราะฉะนั้น การศึกษาเรื่องความยุติธรรมสุขภาพ และสวัสดิการไม่เพียงแต่จะพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เท่าเทียมเท่านั้น เนื่องจากในบางกรณีความเหลื่อมล้ำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับได้และยุติธรรม เพื่ออธิบายให้ชัดเจนมากขึ้นว่าความเหลื่อมล้ำที่ยอมรับได้และเป็นธรรมเป็นอย่างไร ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/บริการสุขภาพถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวแปรความพยายาม (efforts) เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/บริการสุขภาพที่มาจากอิทธิพลส่วนบุคคล เช่น รสนิยมส่วนตัว ซึ่งความเหลื่อมล้ำสุขภาพ/บริการสุขภาพที่เกิดจากตัวแปรความพยายามจะเป็นความเหลื่อมล้ำที่ยอมรับได้ และยุติธรรมส่วนกลุ่มที่ 2) ตัวแปรสภาพแวดล้อม (circumstances) เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/บริการสุขภาพที่อยู่นอกเหนือจากอิทธิพลส่วนบุคคล เช่น นโยบายสาธารณะ ซึ่งความเหลื่อมล้ำสุขภาพ/บริการสุขภาพที่เกิดจากตัวแปรสภาพแวดล้อมจะเป็นความเหลื่อมล้ำที่ไม่เป็นธรรม เมื่อความไม่ยุติธรรมเกิดขึ้นจากตัวแปรที่ต่างกันจึงก่อให้เกิดการพิจารณารางวัลและชดเชย (reward and compensation) [34][35][36] หลักการของรางวัลตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเหลื่อมล้ำจากตัวแปรความพยายามเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ การที่ความพยายามของบุคคลนั้นทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าคนอื่นถือว่าเป็นรางวัล ไม่จำเป็นต้องเข้าไปแทรกแซงแก้ไขความเหลื่อมล้ำนั้น ๆ ส่วนหลักการชดเชยนั้นเราพิจารณาว่า ความเหลื่อมล้ำจากตัวแปรสภาพแวดล้อมเป็นความเหลื่อมล้ำที่ไม่ยุติธรรม จึงต้องมีการชดเชยเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ยากไร้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนร่ำรวย ซึ่งถือว่าไม่เป็นธรรม และเราจำเป็นต้องเข้าไปชดเชยให้คนจนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพเฉกเช่นคนอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม ตัวแปรเหล่านี้สามารถสลับสับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับหลักความยุติธรรมการกระจายที่ใช้ในการพิจารณา เช่น แนวคิดแบบอิสรเสรีนิยมมองว่า พฤติกรรมของปัจเจกมาจากอิทธิพลส่วนบุคคล ดังนั้นจึงต้องรับผิดชอบกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจอย่างอิสระของตนเอง ดังนั้น คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีความเสี่ยงเจ็บป่วยมากกว่าและก็ควรจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้มีอิทธิพลจากการตัดสินใจบุคคลอย่างเดียว แต่มีตัวแปรทางสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้คนตัดสินใจสูบบุหรี่มากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน หรือกลุ่มคนรายได้น้อยมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น ดังนั้นในมุมมองของความเท่าเทียมทางโอกาสแล้ว การผลักภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้ปัจเจกทั้งหมดสามารถสร้างความเหลื่อมล้ำทางโอกาสได้ สังคมจึงควรร่วมรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลและสนับสนุนให้พวกเขาได้เข้าถึงบริการพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มประชากรอื่น ๆ

ความยุติธรรมในการชดเชย (corrective justice) คำนึงถึงความสัมพันธ์แบบทวิภาคี คือผู้ละเมิดและผู้ที่ถูกละเมิด ฝ่ายแรกละเมิดสิทธิของอีกฝ่ายไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม แล้วนำไปสู่ความเสียหายความสูญเสียตามมา การละเมิดและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นความผิด ดังนั้นผู้ละเมิดต้องชดเชยแก้ไขให้ผู้ถูกละเมิด โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ละเมิดจะได้รับประโยชน์จากการกระทำ หรือไม่ก็ตาม[37] ดังนั้นเมื่อมองความยุติธรรมการกระจายที่ทำหน้าที่การกระจายทรัพยากร สิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ แก่กลุ่มประชากรแล้ว ความยุติธรรมในการชดเชยก็ทำหน้าที่เสมือนปกป้องสิทธิอีกชั้นหนึ่ง[38] อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างบางประการระหว่างแนวคิดทั้งสอง ความยุติธรรมการกระจายเกี่ยวข้องกับการแทรกแซงระหว่างหลายฝ่าย รวมถึงผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรและตัวแสดงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการได้รับทรัพยากรที่จัดสรร ดังนั้นความยุติธรรมการกระจาย จึงรวมถึงการวิเคราะห์สถาบันทางสังคมที่มีหน้าที่รับผิดชอบการกระจายด้วย และความยุติธรรมในระดับโครงสร้างสังคมด้วย[39]

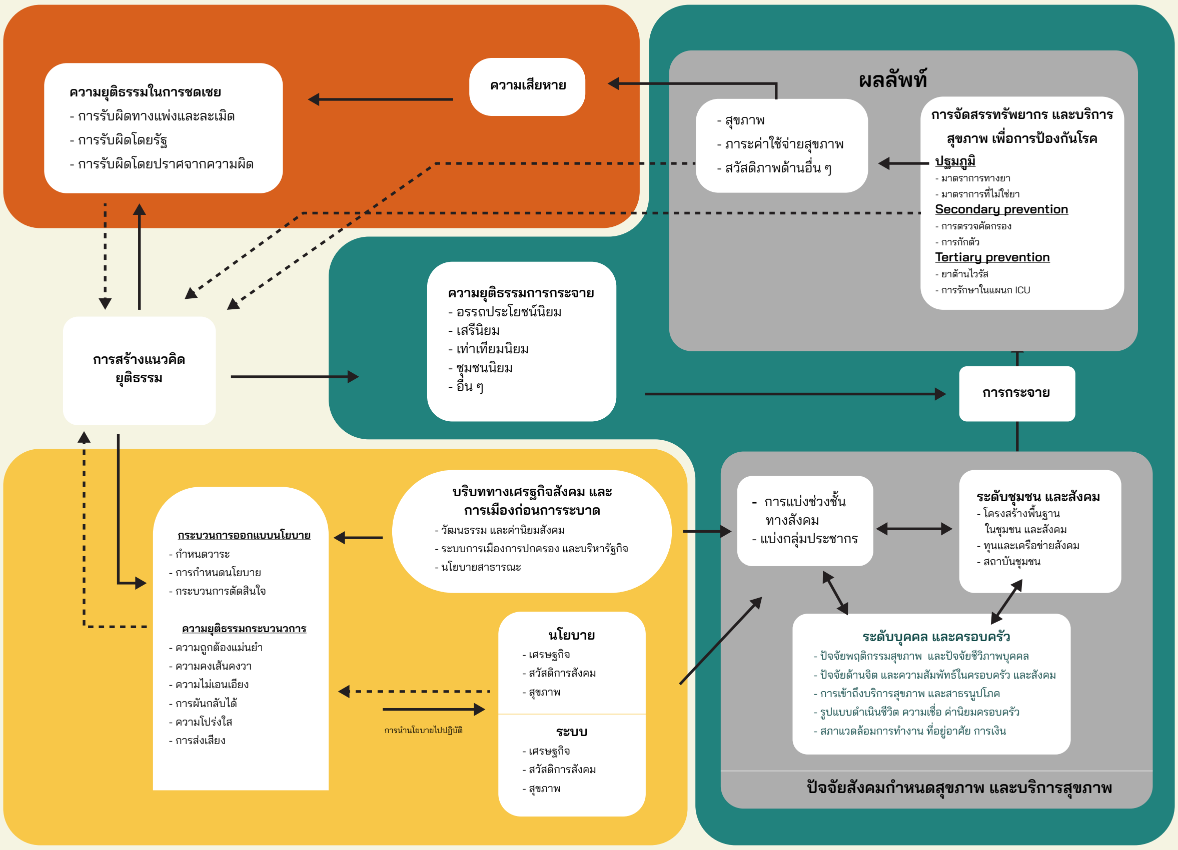
ในทางตรงกันข้าม ความยุติธรรมในการชดเชยนั้นวางอยู่บนความเสมอภาคระหว่างผู้กระทำและผู้ละเมิด ดุจดั่งกระจกสะท้อนเงาของกันและกัน[40] เมื่อผู้กระทำผิดได้รับประโยชน์จากการละเมิดและเกิดความสูญเสียแก่ผู้ถูกละเมิด กระบวนการยุติธรรมในการชดเชยจึงมุ่งพิจารณาเพื่อให้ผู้กระทำนำประโยชน์ที่ได้กลับคืนสู่ผู้ถูกละเมิด หรือย้อนกลับไปสู่ตำแหน่งเดิมก่อนที่จะมีการก่อความผิดเกิดขึ้น[41]

ความยุติธรรมในการชดเชยปรากฏในกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคเอกชนด้วยกัน โดยความยุติธรรมนการชดเชยไม่จำเป็นต้องนำมาซึ่งความยุติธรรมการกระจายเสมอไป ตัวอย่างเช่น เมื่อคนจนขโมยทรัพย์สินของคนรวย ซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้กระทำผิดและนำไปสู่การสูญหายของทรัพย์สิน ในการที่จะย้อนไปสู่สถานการณ์ก่อนที่จะมีการกระทำผิดคนจนต้องส่งทรัพย์สินคืนแก่คนรวย ความเหลื่อมล้ำระหว่างคนจนและคนรวยก็ยังคงอยู่ต่อไป กรณีดังกล่าวแตกต่างจากการที่รัฐเก็บภาษีคนรวยเพื่อนำไปใช้เป็นเงินโอนช่วยเหลือแก่คนจนเพราะการเก็บภาษีเป็นไปตามขอบเขตอำนาจของรัฐ ไม่มีการละเมิดหรือความผิดเกิดขึ้น และยังช่วยให้ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนจนและคนรวยได้อีกด้วย

ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดไม่ใช่นิติบุคคล แต่เป็นหน่วยงานของรัฐที่กระทำความผิด หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่นิติบุคคล รัฐสามารถใช้สิทธิคุ้มกันในการรับผิดชอบในฐานะหน่วยงานของรัฐ (immunity in state liability) รัฐสามารถใช้อำนาจทางกฎหมายมหาชนเพื่อทำนโยบายให้เกิดขึ้นจริง และไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เอกชนผู้ได้รับความเสียหายไม่มีสิทธิที่จะเรียกร้องค่าชดเชย ภายใต้หลักการดังกล่าวมีข้อดีคือ ช่วยปกป้องการสูญเสียงบประมาณแผ่นดินเพื่อใช้จ่ายชดเชยจากการกระทำผิดของรัฐ นอกจากนี้ยังช่วยไม่ให้ฝ่ายรัฐบาลเกิดการหลีกเลี่ยงไม่กระทำการใด ๆ ของรัฐอันเนื่องมาจากความกลัวที่จะทำผิดพลาด[42]

อย่างไรก็ตาม ความคุ้มกันของรัฐในการไม่ต้องรับผิดชอบได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ และมีการเสนอให้ยกเลิกความคุ้มกันดังกล่าว เพื่อสร้างแรงจูงใจให้รัฐต้องระมัดระวังในการทำผิดมากขึ้น และลดแรงจูงใจในการใช้อำนาจรัฐเกินขอบเขตจนเกิดความเสียหายแก่ประชาชน[43] หลักการรับผิดโดยรัฐ (stateliability) จึงนำมาใช้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) การรับผิดทางละเมิด เพื่อให้มีการจำแนกชัดเจนระหว่างความผิดจากการละเมิดของเจ้าหน้าที่ หรือความผิดจากรัฐ และเพื่อให้รัฐมีแนวทางในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐ เช่น หลักการควบคุมฝ่ายปกครอง หลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน 2) การรับผิดโดยปราศจากความผิด มีเพื่อเสริมการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างร้ายแรง โดยไม่มีผู้ใดกระทำความผิดไม่ว่าจะเป็นฝ่ายรัฐ หรือเอกชน แต่เพื่อความสมานฉันท์ในสังคมแล้ว สมาชิกทุกคนในสังคมจึงต้องเฉลี่ยรับผิดชอบความเสียหายนั้น เช่น ความเสียหายจากนโยบายสาธารณะ[44][45][46] ความยุติธรรมในการชดเชยสามารถนำไปใช้กับความรับผิดทางการแพทย์ได้อีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยตกเป็นผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยประมาทในส่วนของแพทย์ หรือแพทย์ที่ต้องรับผิดทางการแพทย์โดยปราศจากการกระทำผิด

กรอบแนวคิดเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในบริบทของการระบาดของโควิด-19



กรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ที่มา : สังเคราะห์โดยผู้เขียน

รูปภาพข้างต้น แสดงกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 โดยบูรณาการจากแนวคิดเรื่องการป้องกันโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการป้องกันโรค ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและบริการสุขภาพ และความยุติธรรมทางสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้อธิบายปัจจัยในระดับต่าง ๆ ทั้งระดับรัฐ สังคม ชุมชน ครอบครัว และระดับบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์และผสมผสานกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างในการแบ่งสรรปันส่วนในประชากรกลุ่มต่าง ๆ รายงานนี้อธิบายรูปแบบต่าง ๆ ของความยุติธรรมผ่านการวิเคราะห์แนวคิดเรื่องความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) และความยุติธรรมในการชดเชย (corrective justice)

การสร้างแนวคิดเรื่องความยุติธรรม

สังคมพหุลักษณ์ประกอบด้วยสมาชิกที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความยุติธรรมอยู่ในจิตสำนึกของมนุษย์ โดยมนุษย์ใช้ความรู้สึก และการสะท้อนย้อนคิดเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีการตั้งคำถามถึงความยุติธรรม แนวคิดเรื่องความยุติธรรมนั้นแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีบางส่วนที่ลักษณะเหมือนหรือแตกต่างกัน เพื่อยกระดับการรับรู้ความยุติธรรมจากระดับปัจเจกสู่ความยุติธรรมระดับสังคมแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องผ่านกระบวนการถกเถียงเรื่องความยุติธรรมร่วมกับสมาชิกอื่นๆในสังคม ภายใต้เงื่อนไขที่ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน จนท้ายสุดหาฉันทามติร่วมของสังคมและนำมาปฏิบัติให้เกิดความยุติธรรมในสังคมได้จริง[47] ดุลยภาพแห่งการทบทวนแบบกว้าง (Wide Reflective Equilibrium) มีความสำคัญในพิจารณาการตัดสินใจทางศีลธรรมจากมุมมองส่วนตัวและจากมุมมองของผู้อื่นอย่างเป็นองค์รวม อันนำไปสู่ความร่วมมือและความท้าทายแนวคิดที่ขัดแย้งยอกย้อนที่ได้มาจากการตัดสินใจทางศีลธรรมที่ต่างกันและจุดยืนของแต่ละคน ที่ล้วนแล้วแต่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดุลยภาพแบบกว้างเป็นลักษณะของสัญญาประชาคมที่จำเป็นต้องมีกระบวนการปรึกษาหารือเพื่อสร้างความเห็นพ้องต้องกันระหว่างแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับความยุติธรรมภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่เสรีและเป็นธรรม[48][49]

ในสถานการณ์โควิด-19 ต่างฝ่ายต่างมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยในบางครั้งแต่ละฝ่ายอาจมีมุมมองและข้อเสนอที่ขัดแย้งกันในเรื่องความยุติธรรม มาตรการในการรับมือกับโควิด-19 จึงไม่ควรเน้นที่แนวคิดเรื่องอรรถประโยชน์ที่พิจารณาเพียงการควบคุมโรคเท่านั้น แต่ควรพิจารณาด้วยหลักยุติธรรมอื่น เช่น หลักความเท่าเทียม หลักเสรีภาพ นอกจากนี้ควรครอบคลุมความยุติธรรมรูปแบบอื่นนอกเหนือจากความยุติธรรมการกระจายด้วย เช่น ความยุติธรรมกระบวนการ และความยุติธรรมในการชดเชย

กระบวนการนโยบายสาธารณะ

การระบาดของไวรัสโควิด-19 นับว่าเป็นปัญหากว้างขวางระดับชาติ ด้วยเหตุนี้นโยบายสาธารณะของรัฐบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การระบาดส่งผลกระทบรุนแรงและรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ได้ใช้อำนาจภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินในการรับมือวิกฤต ความถูกต้อง ความคงเส้นคงวา ความไม่เอนเอียง ความโปร่งใส การคิดย้อนกลับ และความคิดเห็นเป็นหลักการของความยุติธรรมกระบวนการซึ่งช่วยส่งเสริมการพัฒนานโยบายที่เป็นที่น่าเชื่อถือต่อสาธารณชน (ดูความยุติธรรมกระบวนการ ในหัวข้อ 1.3) หลักการดังกล่าวสามารถนำมาปรับใช้กับขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการออกแบบนโยบายซึ่งประกอบด้วยการกำหนดวาระถกแถลง การกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผล และการทบทวนนโยบายและการจัดทำข้อเสนอแนะ[50]

นอกจากนี้ ในการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อรับมือกับโควิด-19 นอกจากนโยบายด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังจำเป็นต้องพิจารณานโยบายด้านสังคม และนโยบายสาธารณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วย เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคระบาดและมาตรการในการควบคุมโรคไม่ได้จำกัดเฉพาะมิติด้านสุขภาพ แต่ยังเกี่ยวเนื่องกับความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังจะเห็นได้จากมาตรการที่จำเป็น เช่น การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ การสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐและเอกชน การขยายเวลาการล็อคดาวน์ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องสร้างสมดุลระหว่างผลประโยชน์และความสูญเสียจากมาตรการควบคุมโรคที่มีการบังคับใช้ มาตรการเหล่านี้ยังเกี่ยวเนื่องกับระบบการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและสวัสดิการอีกด้วย ตัวอย่างเช่น มาตการล็อกดาวน์ควรมีการบังคับใช้ในประเทศที่มีระบบสวัสดิการที่ดีที่สนับสนุนให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตามมาตรการได้

จากภาพกรอบแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ลูกศรประที่ลากออกมาจากกล่องนโยบายชี้เข้าสู่ความยุติธรรมกระบวนการแสดงให้เห็นถึงการประเมินนโยบายและข้อเสนอแนะใหม่ในกระบวนการออกแบบนโยบายใหม่ ส่วนเส้นประที่ออกจากความยุติธรรมกระบวนการชี้เข้าสู่การสร้างแนวคิดยุติธรรมแสดงถึงการทบทวนพัฒนาแนวคิดเรื่องความยุติธรรมกระบวนการอีกครั้งหนึ่ง

สุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

แต่ละประเทศมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่แตกต่างกัน เช่น วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคม ระบบการเมือง รัฐบาล และการบริหารราชการแผ่นดิน และมีนโยบายสาธารณะที่แตกต่างกัน ปัจจัยกำหนดโครงสร้างสุขภาพเหล่านี้ก่อให้เกิดลำดับชั้นและการรักษาลำดับชั้นดังกล่าว (ดูกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของคณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพระดับโลก ในหัวข้อ 1.2) ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามเศรษฐานะ สังคม และการเมือง เช่น ระดับการศึกษา เชื้อชาติ รายได้ อาชีพ ฯลฯ การแบ่งชั้นทางสังคมดังกล่าวยังสะท้อนถึงอำนาจในการมีส่วนร่วมและการต่อรองในการกระจายทรัพยากร ส่งผลให้เกิดนโยบายที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยครอบครัว สังคม และปัจเจก (ดูหัวข้อ 1.1 และ 1.2) ปัจจัยระดับโครงสร้างร่วมกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/บริการสุขภาพในระดับชุมชนและสังคม เช่น คุณค่าของชุมชน จุดแข็งของเครือข่ายทางสังคม ทุนทางสังคม โครงสร้างพื้นฐานของชุมชน การจัดการพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ส่วนตัวในชุมชน ฯลฯ ร่วมกับปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลและระดับครอบครัว เช่น ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางชีวภาพของปัจเจก ปัจจัยด้านจิตวิทยาและความสัมพันธ์ในครอบครัว รูปแบบการใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ อิทธิพลของสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันโรค และประสบการณ์การเจ็บป่วย ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันโรคและการกระจายความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับสังคมและชุมชน และระดับบุคคลและครอบครัว ต่างมีความเชื่อมโยงเป็นเนื้อเดียวกัน และหยิบยื่นผลลัพธ์การจัดสรรที่ต่างกันในประชากรแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างเช่น นโยบายควบคุมโรคที่กำหนดให้ปิดพื้นที่สาธารณะ เช่น การปิดตลาดนัดส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชนคนจนเมือง เพราะตลาดนัดเป็นพื้นที่เชิงพาณิชย์สำหรับการเข้าถึงอาหาร การพบปะผู้คน และความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนในชุมชน เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากรัฐในด้านรายได้ อาหาร หรือการคมนาคมขนส่ง ความเป็นไปได้ที่ประชาชนจะปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวของรัฐจึงค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงมีการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

การจัดการทรัพยากร และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

วัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคปฐมภูมิ คือ การลดความเสี่ยงในการได้รับเชื้อ ผ่านการใช้มาตรการที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การฉีดวัคซีน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย เจลล้างมือและการให้ข้อมูลสาธารณะและความรู้เรื่องการป้องกันโรค ฯลฯ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ต่างกันนำไปสู่ระดับและประเภทของการจัดสรรบริการสุขภาพ และทรัพยากรสุขภาพที่ต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่ได้นำไปสู่ความไม่ยุติธรรมเสมอไป ดังนั้น หลักคิดเรื่องความยุติธรรมการกระจายจึงต้องนำมาวิเคราะห์ตัดสินว่า การกระจายทรัพยากรที่เกิดขึ้นนั้นยุติธรรมหรือไม่ หลักคิดเรื่องความยุติธรรมการกระจายมีความหลากหลาย เช่น อรรถประโยชน์นิยม เสรีนิยม ชุมชนนิยม และสำนักคิดอื่น ๆ ดังนั้นตัวแสดงที่มีหลักคิดยุติธรรมที่ต่างกันอาจส่งผลต่อการเลือกนโยบายตามหลักคิดที่ตนเชื่อมากกว่า และละเลยหลักคิดยุติธรรมด้านอื่น ๆ เช่น รัฐบาลที่มุ่งเน้นเรื่องอรรถประโยชน์นิยม จึงเลือกใช้นโยบายที่ให้ผลลัพธ์การป้องกันโรคได้ดีเป็นหลัก ถึงแม้ว่ามาตรการดังกล่าวจะจำกัดเสรีภาพของประชาชน ตัวอย่างการจำกัดการรับประทานอาหารในร้าน หรือ การจำกัดการเปิดสถานบันเทิง มาตรการเลือกปฏิบัติดังกล่าวมีความชอบธรรมจากมุมมองของรัฐ ในขณะที่ผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการดังกล่าวอาจมองว่าไม่เป็นธรรม

หลักการให้รางวัลสามารถนำมาประกอบการพิจารณาในเรื่องความยุติธรรมการกระจายได้เช่นกัน รางวัลสามารถมอบให้แก่ประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะเพื่อสร้างแรงจูงใจ หรือตอบแทนความเสียสละต่อสังคม เช่น การจัดหาหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) เพิ่มมากขึ้นให้แก่เจ้าหน้าที่แนวหน้าที่เสียสละและเผชิญความเสี่ยงต่อการติดโรค อีกทั้งการกระจายดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดอรรถประโยชน์นิยมอีกด้วย เนื่องจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพสัมผัสกับคนจำนวนมาก และมีหน้าที่ช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อแก่กลุ่มประชากรนี้จึงช่วยตัดวงจรการขยายโรคระบาดออกไป

วัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคทุติยภูมิ คือ การมุ่งเป้าไปที่การตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อลดการสูญเสียที่อาจเกิดจากการแพร่กระจายของโรค มาตรการสำคัญ ได้แก่ การแจกชุดตรวจคัดกรองโควิด-19 การแยกผู้ติดเชื้อออกจากผู้ที่ไม่ติดเชื้อ และการกักตัวผู้มีความเสี่ยงสูง ความเหลื่อมล้ำสามารถพบได้ในขั้นตอนการป้องกันโรคเหล่านี้เช่นเดียวกัน และเราจำเป็นต้องใช้หลักความคิดยุติธรรมต่าง ๆ มาพิจารณาว่าความเหลื่อมล้ำดังกล่าวยุติธรรมหรือไม่ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่รัฐบาลกำหนดหลักเกณฑ์การตรวจคัดกรองโควิด-19 โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายให้เฉพาะผู้ที่มีอาการตามที่รัฐกำหนด ได้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสกับผู้ป่วยโควิด-19 เท่านั้น[51] มาตรการดังกล่าวตั้งอยู่บนหลักการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่ไม่เป็นธรรมตามหลักความเท่าเทียมที่มองว่าทุกคนควรมีสิทธิได้รับการตรวจคัดกรอง นโยบายเลือกปฏิบัติดังกล่าวอาจจะสร้างภาระทางการเงินให้กับประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่ยากจน พวกเขาจึงมีความเสี่ยงในการติดโรคมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากไม่มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อแต่เนิ่น ๆ และแยกกักตัวเว้นระยะห่างทางสังคม

วัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคตติยภูมิ คือ ลดความสูญเสียและการเสียชีวิตจากโควิด-19 ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการแย่ลงควรได้รับยารับการรักษาการดูแลจากแพทย์ รวมถึงการติดตั้งเครื่องช่วยหายใจหรือการอภิบาลในแผนกผู้ป่วยวิกฤติในกรณีเจ็บป่วยร้ายแรง อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวมีราคาสูงและมีจำนวนจำกัด ซึ่งส่งผลให้เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจนระบบสาธารณสุขไม่สามารถรองรับได้ หลักความเท่าเทียมจึงไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง และต้องนำหลักความเพียงพอ หรืออรรถประโยชน์นิยม เพื่อจัดลำดับคัดกรองผู้ป่วยลักษณะใดจะได้รับการดูแลก่อน (ความยุติธรรมการกระจายในหัวข้อที่ 1.3)
ตัวอย่างเช่น การแจกจ่ายฟาวิพิราเวียร์อย่างเป็นธรรมให้แก่ผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการเลือก การกระจายอย่างเท่าเทียมอาจจะไม่เป็นประโยชน์สำหรับการแพทย์ หากจำนวนยามีอย่างจำกัดและผู้ป่วยแต่ละคนได้รับปริมาณยาไม่เพียงพอต่อการรักษา ดังนั้น ควรพิจารณาหลักการอื่น ๆ ของความยุติธรรมในการจัดสรรยาด้วย เช่น การจัดสรรที่แบ่งตามระดับความรุนแรงหรือเงื่อนไขของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูงและมีความเสี่ยงสูงควรเป็นกลุ่มแรก ๆ ที่ได้รับยา ในขณะที่การดูแลตามอาการควรได้รับการพิจารณาสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น ประชากรที่อายุน้อยกว่าที่มีอาการเพียงเล็กน้อย

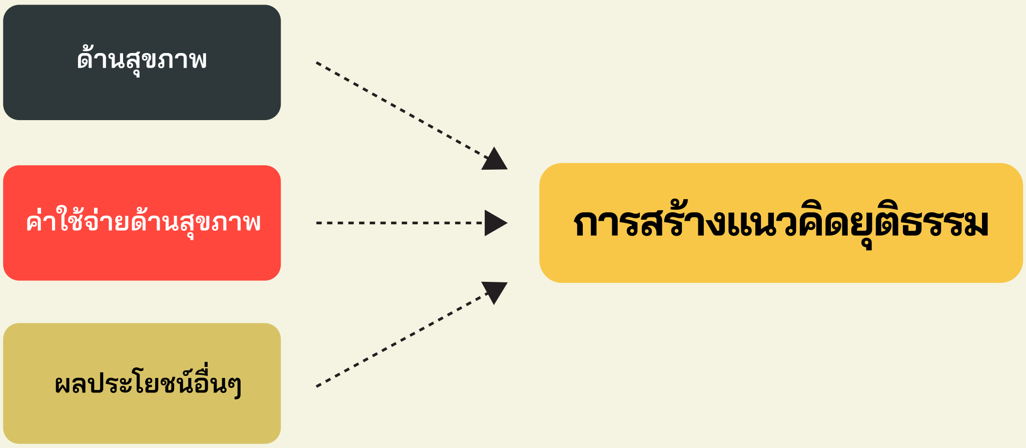
การตัดสินใจภายใต้สถานการ์ระบาดรุนแรงและมีทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างจำกัดมักนำไปสู่ความเครียดและความอ่อนล้าทางจิตใจ เนื่องจากผู้มีอำนาจตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องแบกรับความรับผิดชอบทางศีลธรรมไว้ด้วย การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยรายอื่น ด้วยเหตุนี้ การมีคู่มือที่ชัดเจนและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจ[52] นอกจากนี้คู่มือดังกล่าวต้องมีการทบทวน ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอเพื่อทันต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์

อย่างไรก็ตาม การจัดสรรทรัพยากรและบริการสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และสภาวการณ์ ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากได้รับประโยชน์และเสียประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรดังกล่าว สิ่งสำคัญคือ ต้องมีกระบวนการหาดุลยภาพการทบทวนแบบกว้างด้วย เพื่อหาฉันทามติร่วมของความขัดแย้งทางความคิดต่าง ๆ รวมถึงทบทวนนโยบายกระจายทรัพยากรสุขภาพและเข้าสู่กระบวนการผลิตนโยบายสาธารณะและการกระจายใหม่เพื่อให้มีความยุติธรรมการกระจายมากขึ้น

การกระจายสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสุขภาวะ

ระดับการเข้าถึงมาตรการป้องกันโควิด-19 ที่ต่างกันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งนำไปสู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสวัสดิการ รวมถึงรายได้ และเสรีภาพที่ต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาว่าผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสมเหตุสมผลหรือไม่ เราสามารถใช้หลักการความยุติธรรมเกี่ยวกับความเป็นธรรมแนวดิ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีอำนาจในการจัดสรรมากควรมีความรับผิดชอบมากขึ้น ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งหมายความว่า รัฐซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณ ควรพิจารณาการเก็บภาษีแบบก้าวหน้าเพื่อการรับมือโควิด-19 ในอีกทางหนึ่งความเป็นธรรมแนวราบด้านสุขภาพสามารถนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน โดยที่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นความเหลื่อมล้ำที่ไม่ยุติธรรม ตัวอย่างเช่น ผู้มีรายได้น้อยเผชิญความยากลำบากมากกว่าในการหาซื้ออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ซึ่งทำให้คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ การเกิดโรคภัยไข้เจ็บ และความทุกข์ทรมานจากสุขภาพที่เสื่อมโทรม ดังนั้นรัฐจึงต้องช่วยกลุ่มประชากรเปราะบางก่อน นอกจากนี้รัฐสามารถใช้หลักการเพื่อจำแนกว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพใดเป็นความรับผิดชอบของบุคคลหรือของสังคม โดยที่ความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากตัวแปรที่ปัจเจกชนต้องรับผิดชอบนั้นถือว่าชอบธรรม ส่วนความเหลื่อมล้ำจากตัวแปรที่สังคมต้องรับผิดชอบนั้นถือว่าไม่เป็นธรรม เช่น การตัดสินใจไม่ใส่หน้ากากอนามัยเป็นทางเลือกส่วนบุคคล และในกรณีที่มีการติดเชื้อและสภาวะสุขภาพแย่ลงผู้ที่ตัดสินใจที่จะไม่ใส่หน้ากากอนามัยควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม หากการไม่ใส่หน้ากากอนามัยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดแคลนหน้ากากอนามัย ราคาที่พุ่งสูงขึ้น ซึ่งเป็นตัวแปรที่สังคมต้องรับผิดชอบแล้ว รัฐจึงควรมีมาตรการอื่นเพื่อเพิ่มอุปทานของหน้ากากอนามัย เช่น การจัดซื้อหน้ากากอนามัย เพื่อนำมาแจกจ่ายให้ประชาชน

หลังจากนั้นผลลัพธ์จากการกระจายจะนำไปสู่การทบทวน ถกเถียง เพื่อพัฒนาปรับปรุงทฤษฎีความยุติธรรม



นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ภาระค่าใช้จ่าย สวัสดิภาพด้านอื่น ๆ ภายใต้แนวคิดเรื่องความยุติธรรมการกระจายแล้ว เราควรพิจารณาว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความเสียหายจากการละเมิด หรือไม่ เพื่อนำไปสู่กระบวนการสร้างความยุติธรรมในการชดเชย ดำเนินมาตรการช่วยเหลือเยียวยาต่อผู้ประสบความสูญเสีย และย้อนกลับไปสู่สถานการณ์เริ่มต้น การชดเชยสามารถอยู่ในรูปแบบของการละเมิดทางแพ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับนิติบุคคลหรือเอกชนในฐานะผู้กระทำความผิดและเหยื่อ เช่น เมื่อคู่สัญญาทั้งสองฝ่ายลงนามในสัญญาว่าด้วยการจัดซื้อและส่งมอบหน้ากากอนามัยที่ต่ำกว่ามาตรฐานซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อโควิด-19 ได้

ในกรณีที่ความเสียหายเกิดขึ้นโดยไม่มีผู้กระทำความผิด และไม่มีกระบวนการชดเชย ความเสียหายนั้นอาจเกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนที่ไม่สามารถคาดเดาได้และความสูญเสียที่เกิดขึ้นอาจใหญ่เกินกว่าที่บุคคลคนหนึ่งจะสามารถแสดงความรับผิดชอบได้ ในสถานการณ์เช่นนี้ สังคมจะเข้ามาช่วยรับผิดชอบ เช่น การสูญเสียอันเนื่องมาจากผลกระทบที่รุนแรงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยที่รัฐบาลควรมีนโยบายให้ค่าสินไหมทดแทนโดยปราศจากความผิดที่รัฐจัดให้ (ดูความยุติธรรมในการชดเชย หัวข้อ 1.3)

การบริหารจัดการโควิด-19 เป็นนโยบายสาธารณะจากฝ่ายบริหาร โดยไม่ผูกพันรับผิดชอบต่อการละเมิด อย่างไรก็ตาม มาตรการบางอย่าง เช่น การล็อกดาวน์ อาจส่งผลกระทบต่อเสรีภาพในการเคลื่อนไหว และสิทธิในการทำงาน ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ดังนั้นประชาชนควรที่จะสามารถยื่นฟ้องรัฐได้ ตัวอย่างเช่น ในฝรั่งเศสมีการฟ้องร้องหลายคดีต่อรัฐในข้อหาเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิต และเจ็บป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจอันเนื่องมาจากมาตรการโควิด-19 และคดีดังกล่าวถูกส่งไปยังกระบวนการทางศาล เพื่อสอบสวนต่อไป[53] บทเรียนที่ได้รับจะต้องได้รับการทบทวน (แสดงในรูปที่ 2 เป็นเส้นประจากกรอบ/ความยุติธรรมในการชดเชยเข้าสู่กล่องการสร้างแนวคิดยุติธรรม) และควรพิจารณาการพัฒนากรอบความยุติธรรมในการชดเชยเพิ่มเติมควบคู่ไปกับนโยบายที่เกี่ยวข้อง

อ้างอิง

1. Anand, S. (2006). The Concern for Equity in Health. In Anand, S., Peter, F. and Sen, A. (eds.). Public Health, Ethics, and Equity (pp. 15-20). New York: Oxford University Press. pp.xa.
2. Nielsen, L. (2015). Why Health Matters to Justice: A Capability Theory Perspective. Ethical Theory and Moral Practice, 18(2), 403–415. http://www.jstor.org/stable/24478561
3. Ruger, J.P. (2009). Health and Social Justice. UK: Oxford University Press. pp. 3-5.
4. Hevia, C. & Neumayer, A. (2020). A Conceptual Framework for Analyzing the Economic Impact of COVID-19 and its Policy Implication. UNDP Latin America and the Caribbean COVID 19 policy documents series no. 1. p.5.
5. Anand, S. (2021). The Many Faces of Health Justice (Working Paper 71). London: International Inequalities Institute, London School of Economics.
6. Baumann, L. & Karel, A. (2013). Prevention: Primary, Secondary, Tertiary. In Gellman, M. and Turner, J. (eds.). Encyclopedia of Behavioral Medicine (pp.1532-1534). NY: Springer.
7. Courbage, C. and Rey, B. (2006). Prudence and Optimal Prevention for health risks. Health Economics, 15, 1323-1327.
8. Barnejee, A. et al. (2010). Improving immunisation coverage in rural india: clustered randomized controlled evaluation of immunisation campaigns with and without incentives. BMJ, 340:c2220. pp. 1-2.
9. Larson, H.J., et al. (2015). Measuring vaccine hesitancy: The development of survey tool. Vaccine, 33, 4165-4175.
10. WHO EU Working Group on Vaccine Communications. (2011). Report of the sage working group on vaccine hesitancy. Retrieved July 14, 2021.
11. McDonald, N.E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine, 33, 4161-4164.
12. Atun, R.A. et al. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: Tuberculosis control as an illustrative example. European Journal of Public Health, 14(3), 267-273.
13. Segall, S. (2010). Health, Luck and Justice. UK: Princeton University Press. pp. 4-5.
14. Geitona, M., et al. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. European Journal of General Practice, 13, 144-150.
15. Dahlgren, G. & Whitehead M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies, https://ideas.repec.org/s/hhs/ifswps.html. pp. 11-13
16. Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization, 80(2), 97-105.
17. Solar, O. & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO World Health Organization. pp. 5-8.
18. Wallerstein, et al. (2015). Improving through Community Engagement, Community Organization, and Community Building. In Glanz, K., Rimer B.K. and Viswanath, K. (eds.). Health Behavior: Theory, Research, and Practice. fifth edition (pp. 294-317). San Francisco: Jossey-Bass.
19. Rawls, J. (1999). A Theory of Justice. rev. ed. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press. p. 54.
20. Daniels, N. (2008). Just Health: Meeting Health Needs Fairly. NY: Cambridge University Press. pp. 57-63
21. Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in Health Care Finance and Delivery. In Culyer, A. and Newhouse, J.P. (eds.). Handbook of Health Economics: volume 1 B (pp. 1803-1862).Amsterdam: Elsevier.
22. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv, 22, 429-445.
23 .Anand, S. (2021). The Many Faces of Health Justice (Working Paper 71). London: International Inequalities Institute, London School of Economics. pp. 28-30
24. Rawls, J. (1999). A Theory of Justice. rev. ed. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press. pp. 73-77.
25. Tsuchiya, A., et al. (2005). Procedural Justice in Public Healthcare Resource allocation. Applied Health Economics and Health Policies, 4(2), 119-127.
26. Daniels, N. (2008). Just Health: Meeting Health Needs Fairly. NY: Cambridge University Press. pp. 110-139.
27. Vasconcelos, M.K., et al. (2020). A conceptual approach to the rationale for SARS-COV-2 vaccine allocation prioritisation. Pathogen and Global Health, 115(5), 273-276.
28. Beauchamp, T.L. & Childress, F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. fifth edition. Oxford: Oxford University Press. pp. 231-237
29. Rawls, J. (1999). A Theory of Justice. rev. ed. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press. p. 266.
30. Sen, A. (1999). Commodities and Capabilities, second edition. New Delhi: Oxford University Press.
31. Buchanan, A. (2009). Justice & Healthcare. NY: Oxford University Press Inc. pp. 41-70.
32. Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in Health Care Finance and Delivery. In Culyer, A. and Newhouse, J.P. (eds.). Handbook of Health Economics: volume 1 B (pp. 1803-1862).Amsterdam: Elsevier.

33. Anand, S. (2021). The Many Faces of Health Justice (Working Paper 71). London: International Inequalities Institute, London School of Economics. pp. 23-27.
34. Fleurbaey, M. & Schokkaert, E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. Journal of Health Economics, 28, 73-90.
35. Jusot, F., Tubeuf, S. & Trannoy, A. (2010). Effort or Circumstances: Does the Correlation Matter for Inequality of Opportunity in Health?. Working paper of IRDES no. 33. Retrieved July 14, 2021, https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT33EffortCircumstancesCorrelationInequality.pdf
36. Brunori, P. & Peragine, V. (2011). Compensation, Reward, and the measurement of unfair inequalities. In Rodriguez, J.G. (ed.). Inequality of opportunity: Theory and Measurement : volume 19 (pp.1-21). Emerald Publishing.
37. Miller, D. (2021). Justice. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Retrieved 8 November, 2021, https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/justice/
38. Benson, P. (1992). The basis of corrective justice and its relation to distributive justice. Iowa Law Review, 77(2), 515-624.
39. Miller, D. (2021). Justice. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Retrieved 8 November, 2021, https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/justice/
40. Weinrib, E.J. (2012). Corrective Justice. Oxford: Oxford University Press. p. 2.
41. Stephen, R.P. (1992). The moral foundations of tort law. Iowa Law Review, 77(2), 449-514.
42. Dari-Mattiacci, G., Garoupa, N., & Gomez-Pomar, F. (2010). State Liability. European Review of Private Law, 18(4), 773-811.
43. Dari-Mattiacci, G., Garoupa, N., & Gomez-Pomar, F. (2010). State Liability. European Review of Private Law, 18(4), 773-811.
44. วิษณุ วรัญญู. (2551). ตำรากฎหมายปกครองทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
45. รเจตน์ ภาคีรัตน์. (2555). กฎหมายปกครองเปรียบเทียบ : ความรับผิดของรัฐในระบบกฎหมายเยอรมัน ฝรั่งเศส และอังกฤษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
46. เดชา มหาเสนา. (2561). การนำหลักความรับผิดโดยปราศจากความผิดมาใช้ในการพิจารณาคดีปกครอง. วารสารบัณฑิตศึกษานิติศาสตร์, 11(3), 532-542.
47. Rawls, J. (1999). A Theory of Justice. rev. ed. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press. pp. 1-10.
48. Daniels, N. (1979). Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics. The Journal of Philosophy, 76(5), 256-82.
49. Daniels, N. (2003). Reflective Equilibrium. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Retrieved 8 November, 2021, https://plato.stanford.edu/entries/reflective-equilibrium/#NarRefEqu
50. Birkland, T.A. (2016). An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts and Model of Public Policy Making. Fourth edition. NY: Routeledge. p.28.
51. ไทยรัฐออนไลน์. (2563). เผยเกณฑ์ผู้มีสิทธิ์ตรวจโควิด-19 ฟรี ศบค.ชี้หากไม่เข้าข่ายต้องจ่ายเอง. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2564, จาก https://www.thairath.co.th/news/politic/1999435
52. Nadoo, R. & Naidoo, K. (2021). Prioritising ‘already-scarce’ intensive care unit resources in the midst of COVID-19: a call for regional triage committees in South Africa. BMC Medical Ethics, 22 (28), pp. 1-9.
53. Mazoue, Aude. (2020). ‘Extraordinary’ trial ewxpected as Covid-19 victims take French state to court. Retrieved November 28, 2021, https://www.france24.com/en/20200614-extraordinary-trial-expected-as-covid-19-victims-take-french-state-to-court

กรณีศึกษา

บทนำ

โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของสังคม โดยได้ทำการเปิดเผยจุดอ่อนและจุดแข็งของสังคมในระดับต่าง ๆ ที่ถูกท้าทายอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากวิกฤติโรคระบาด การบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคทำให้ทางสังคมมีระดับความรุนแรงมากขึ้น โควิด-19 ได้นำพารูปแบบครรลองชีวิตใหม่ที่ทุกภาคส่วนของสังคมต้องปรับตัวตาม โควิด-19 เกิดขึ้นโดยที่ผู้กำหนดนโยบายไม่ทันได้ตั้งตัว และหยิบยื่นอำนาจแก่กลุ่มคนดังกล่าวในการตัดสินใจในการจัดการ และรับมือกับสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน

บทนี้บันทึกการรับมือสถานการณ์โควิดของไทยผ่านการนำเสนอกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงด้วยมุมมองของความยุติธรรมทางสุขภาพ โดยใช้กรอบมโนทัศน์เรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพที่สร้างไว้ ผ่านการทบทวนวรรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ดังที่ได้มีการอภิปรายไว้ในบทที่ผ่านมา ข้อมูลที่นำเสนอผ่านกรณีศึกษาทั้งหมดนี้พิจารณาระบบนิเวศของธรรมาภิบาล (ecology of governance) จากประสบการณ์รับมือโควิด-19 ของไทย ซึ่งมีพัฒนาการมาจากช่วงเวลาที่พบรายงานการติดเชื้อครั้งแรกในประเทศในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนกระทั่งถึงช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 กรณีศึกษาที่นำเสนอในรายงานนี้ไม่ครอบคลุมทุกมิติของโรคระบาด การรับมือ และผลลัพธ์ที่ตามมา เนื่องจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เสร็จสิ้นลงในช่วงระหว่างการแพร่ระบาดและความรุนแรงของการแพร่กระจายของโรคยังคงดำเนินต่อไปในช่วงการจัดทำรายงานนี้

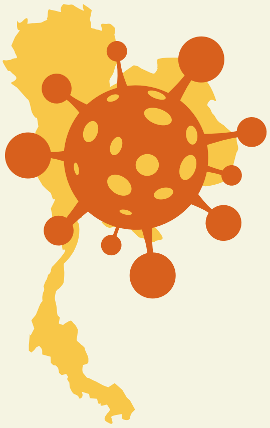
กรณีศึกษาที่หนึ่งบันทึกการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ของประเทศ กรณีศึกษาที่สองนำเสนอการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขผ่านการยกตัวอย่างการจัดซื้อจัดหาและการกระจายวัคซีนโควิด-19 กรณีศึกษาที่สาม พูดถึงแรงงาน เศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ กรณีศึกษาที่สี่ให้ภาพโควิด-19 และการเรียนการสอนวิถีใหม่ (New Normal) กับความเหลื่อมล้ำในสังคมที่เกิดจากโอกาสในการเข้าถึงสารสนเทศที่ไม่เท่าเทียมกัน กรณีศึกษาที่ห้านำเสนอเรื่องการรื้อสร้างความเป็นเมืองช่วงวิกฤตโรคระบาดผ่านการวิเคราะห์วัตถุทางสังคม กรณีศึกษาที่หกบันทึกบทบาทของภาคเอกชน และอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการสนับสนุนจากภาคประชาสังคมในช่วงการระบาดของโควิด-19 กรณีศึกษาที่เจ็ดรายงานบทบาทและอิทธิพลของสื่อ และสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดและแสดงให้เห็นถึงความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย

กรณีศึกษาเหล่านี้ได้รับการอภิปรายจากเวทีต่าง ๆ ผ่านการวิเคราะห์และสะท้อนย้อนคิดด้วยแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพเพื่อสร้างกรอบแนวคิด และนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการพิจารณาการนำแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพไปใช้อย่างเป็นระบบในการพัฒนา และการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

กรณีศึกษาที่ 1

แนวทางการป้องกัน และควบคุมโควิด-19 ระดับชาติ

ผู้เขียน : อาภาลักษณ์ ปาติยเสวี



บทนำ

ต้นปี พ.ศ.2563 ซึ่งถือเป็นช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ดำเนินการเชิงรุกในการจัดตั้งกลไกเพื่อติดตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยา และใช้มาตรการควบคุม เช่น การคัดกรองผู้โดยสารที่เดินทางเข้าประเทศ เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ และมาตรการป้องกันสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และสื่อกระแสหลัก ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยกรมควบคุมโรค (DDC) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สนามบิน และได้ติดตั้งเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิเพื่อคัดกรองผู้โดยสารขาเข้าที่เดินทางมาจากประเทศจีนซึ่งนำไปสู่การตรวจพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 ผ่านการศึกษาการหาลำดับสารพันธุกรรม (genome sequencing) โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับมหาวิทยาลัยอู่ฮั่นของจีน[(1)(2)]

จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบจากการตรวจคัดกรองที่สนามบินนานาชาติในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ในขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการเฝ้าระวังโควิด-19 จากสนามบินที่เป็นจุดเดินทางเข้าออกระหว่างประเทศไปยังโรงพยาบาลและชุมชนท้องถิ่น โควิด-19 ถูกประกาศให้เป็น‘โรคติดต่ออันตราย’ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 โดยกำหนดให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนต้องรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อต่อกระทรวงสาธารณสุข[(1)] เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีการเริ่มดำเนินการในทุกจังหวัด โดยมีหน้าที่ในการตรวจคัดกรองระดับชุมชน สำหรับผู้ที่เดินทางเข้า หรือ กลับมายังหมู่บ้านจะต้องปฏิบัติตามมาตรการการกักตัวที่บ้าน (home quarantine) เป็นเวลาอย่างน้อยสองสัปดาห์[(3)] ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 นายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ขึ้นเพื่อประสานงานการรับมือโควิด-19 ระดับประเทศภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี และในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้มีการแถลงประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิด-19[(4)]

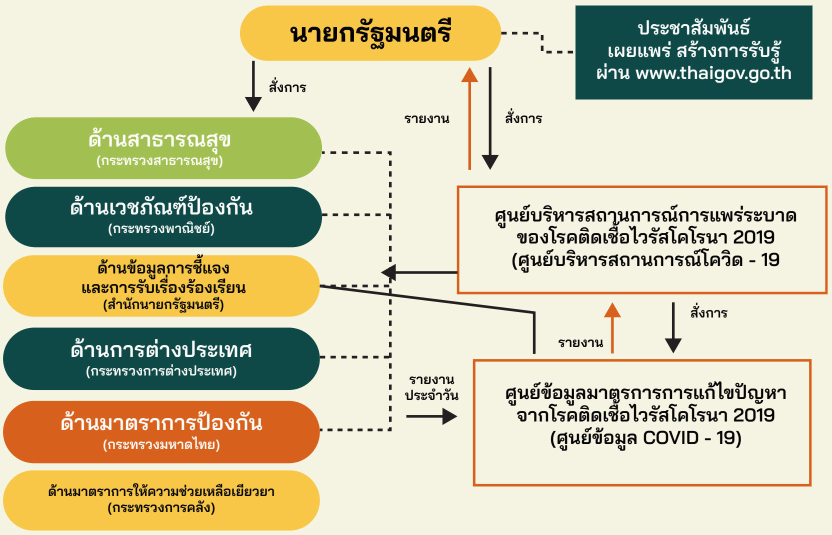
กรณีศึกษานี้พิจารณาการตอบสนองระดับชาติต่อโควิด-19 โดยมี ศบค. เป็นผู้รับผิดชอบสำคัญในฐานะที่เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการ การประสานงาน และการสื่อสารในการจัดการการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ในประเทศไทย บทความนี้ทบทวนกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่มีการประกาศใช้เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโควิด-19 และตั้งคำถามเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับดังกล่าวว่ามีความจำเป็น สมเหตุสมผล และนำไปสู่การป้องกัน ควบคุม และบรรเทาผลกระทบของการระบาดหรือไม่ นอกจากนี้กรณีศึกษานี้ยังพิจารณาถึงกลไกการประสานงานที่จัดตั้งขึ้นภายใต้การทำงานของ ศบค. และรากฐานในการทำงานที่การประสานงาน หรือ การขาดการประสานงานถูกเปิดเผยในการตอบสนองที่ดำเนินการโดยกระทรวงและองค์กรต่าง ๆ กรณีศึกษานี้ยังได้อภิปรายและตั้งคำถามถึงบทบาทของ ศบค. ในการสื่อสารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ และการตอบสนองต่อความกังวลของสาธารณชน และรัฐบาลได้ใช้มาตรการใดในการพิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพเพื่อการรับมือโควิด-19

ถกแถลง

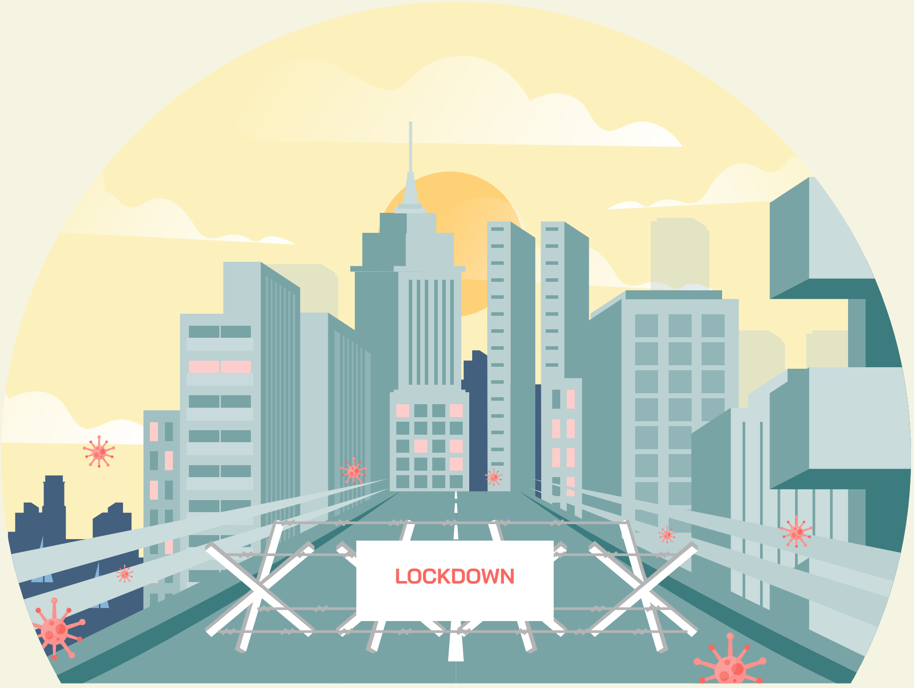
ศบค. มีอำนาจทางกฎหมายและการปฏิบัติงานเต็มรูปแบบในการจัดการรับมือโควิด-19 ในประเทศไทย ประกอบด้วยผู้แทนจาก 34 กระทรวง ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการระดับสูงจากสำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ นอกจากนี้นายกรัฐมนตรียังได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำ โดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการเกษียณ[(4)(5)(6)]

การสร้างอำนาจความชอบธรรม

ศบค.ประกาศคำสั่ง/มาตรการ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้อำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ที่มุ่งเป้าไปที่การกำหนดการควบคุมสาธารณชน และระเบียบข้อบังคับมากกว่าการอำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกัน และการแสวงหาความร่วมมือภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน นายกรัฐมนตรีจัดตั้ง ศบค. เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อกำกับดูแลศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่กลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พลเอกประยุทธประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พรก.ฉุกเฉิน) เป็นครั้งแรก และได้มอบอำนาจให้ตนเองมีอำนาจเหนือคณะรัฐมนตรีในการบังคับใช้ระเบียบหรือออกประกาศที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 โดยเบื้องต้นพรก.ฉุกเฉินมีระยะเวลาบังคับใช้ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2563 และถูกขยายออกไป 13 ครั้ง จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2564 นายกรัฐมนตรีได้ออกพระราชกำหนด 1 ฉบับ 43 ประกาศ ระเบียบ 31 ฉบับ และคำสั่งนายกรัฐมนตรี 36 ฉบับ[(5)(6)] ซึ่งสาธารณชนมีการตั้งคำถามถึงความจำเป็นในการดำเนินการดังกล่าว



โครงสร้างการบริหารงานของศบค. ที่เผยแพร่บนเว็บพื้นที่รัฐบาลไทย
ที่มา : https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/27471



ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีการประกาศขยาย พรก.ฉุกเฉิน 13 ครั้ง ซึ่งทุกครั้งตามมาด้วยประกาศข้อกำหนดห้ามบุคคลออกนอกเคหสถานช่วงกลางคืนจนถึงเช้ามืด โดยการประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉินครั้งแรกเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีการประกาศปิดช่องทางการเข้าประเทศไทยตามจุดผ่านแดนต่าง ๆ และการปิดสถานบันเทิงและแหล่งพักผ่อนหย่อนใจ รวมถึงสนามมวย สนามกีฬา สนามเด็กเล่นผับ ร้านอาหาร โรงภาพยนตร์และพื้นที่อื่น ๆ ในกรุงเทพ และปริมณฑลได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ และสมุทรสาคร และห้ามกักตุนสินค้า เช่น เวชภัณฑ์ ยา อาหาร น้ำดื่มและของใช้ในชีวิตประจำวัน ห้ามชุมนุมในที่สาธารณะ และควบคุมการเผยแพร่ข่าวปลอมหรือข้อมูลเท็จที่ก่อให้เกิดความกลัวหรือความเข้าใจผิด และขอให้ประชาชนอยู่แต่ในที่พักอาศัยและหลีกเลี่ยงการเดินทางข้ามจังหวัดโดยไม่จำเป็น[6]

นายกรัฐมนตรีออกคำสั่ง 3 ฉบับ ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และ วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2563 เพื่อโอนอำนาจบางประการของรัฐมนตรีตามกฎหมายมาเป็นของนายกรัฐมนตรีเป็นการชั่วคราว โดยนับเป็นการแทรกแซงอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีต่าง ๆ ในการบริหารจัดการข้าราชการในกระทรวง การตัดสินใจของรัฐบาลในการรับมือโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของการสั่งการ และอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจแบบรวมศูนย์ มีการกำหนดเขตพื้นที่สถานการณ์โควิด ด้วยการแบ่งโซนสีตามสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ต่างกันในแต่ละจังหวัดโดยแบ่งเป็นสีแดง (พื้นที่ควบคุมสูงสุด) สีส้ม (พื้นที่ควบคุม) สีเหลือง (พื้นที่เฝ้าระวังสูง) และสีเขียว (พื้นที่เฝ้าระวัง) และในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 มีการเปลี่ยนมาเป็นพื้นที่สีแดงเข้ม (พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด) สีแดง สีส้ม และสีเหลือง[7] ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เนื่องจากไม่มีจังหวัดใดที่ไม่พบการติดเชื้อ แต่มีการรายงานผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งแทน

ข้อกำหนดการควบคุมชายแดนและข้อยกเว้นสำหรับบุคคลในคณะทูต

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยได้ยกระดับความเข้มงวดในการเดินทางทางเข้าประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2563 ผ่านการบังคับใช้แนวทางที่กำหนดให้คนไทยต้องได้รับใบรับรองแพทย์ ที่ยืนยันว่ามีสุขภาพเหมาะสมต่อการเดินทางทางอากาศ (fit to fly) ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนออกเดินทาง พร้อมหนังสือรับรองการเดินทางที่ออกโดยสถานเอกอัครราชทูตไทยหรือสถานกงสุล กรณีชาวต่างชาติต้องแสดงหลักฐานการไม่ติดเชื้อโควิด-19 ไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย พร้อมทั้งต้องทำประกันสุขภาพในวงเงินไม่เกิน 100,000 ดอลล่าร์สหรัฐ ในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีการประกาศปิดพรมแดนน่านฟ้า น่านน้ำ และทางบกเพื่อเข้าสู่ประเทศไทย ยกเว้น คณะทูต คนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่หรือใบอนุญาตทำงาน คนไทย ผู้ขนส่งสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ และลูกเรือของอากาศยานขนส่งที่ได้รับอนุญาตให้ทำการบินเข้าออกราชอาณาจักรไทย[8]

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดการเดินทางระหว่างประชาชนทั่วไป และคณะทูตนั้นมีความแตกต่างกัน ประชาชนทั่วไปต้องเข้ารับการกักตัวในสถานที่กักกันของรัฐ (state quarantine) เป็นเวลา 14 วัน เมื่อเดินทางเข้าประเทศไทย โดยคณะทูตได้รับการยกเว้นไม่ต้องเข้ารับการกักกัน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้มีการแก้ไขกฎระเบียบข้อบังคับโดยผู้ที่เดินทางเข้าประเทศไทยทุกคนจะต้องเข้ารับการกักตัวโดยไม่มีข้อยกเว้น ภายหลังเหตุการณ์ติดเชื้อโควิด-19 สองเหตุการณ์ที่นำไปสู่การคัดค้านของประชาชน เหตุการณ์แรกเกี่ยวข้องกับครอบครัวของอุปทูตชาวต่างชาติ และเหตุการณ์ที่สองเกี่ยวกับทหารต่างชาติ ณ เวลานั้น นับเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายสำหรับผู้ใดก็ตามที่ติดเชื้อโควิด-19 แต่ไม่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่สมาชิกในครอบครัวของอุปทูตยังคงพักอาศัยที่คอนโดมิเนียมภายหลังการตรวจพบเชื้อโควิด-19[9] กรณีบุคคลในคณะทหารต่างชาติที่เดินทางมาจากประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรสต์และปากีสถานได้นำเครื่องบินลงจอดที่สนามบินนานาชาติอู่ตะเภา จังหวัดระยอง เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และเดินทางเข้าออกระหว่างประเทศไทย และประเทศจีนเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และตรวจพบว่ามีการติดเชื้อโควิด-19 ในวันต่อมาโดยไม่มีการกักตัว ทั้งที่ประชาชนทั่วไปจะต้องทำการกักตัวเป็นเวลาอย่างน้อยสองอาทิตย์ภายหลังการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการเดินทางด้วยวิธีใดก็ตาม กรณีของทหารต่างชาตินำไปสู่การปิดสถานที่หลายแห่งในจังหวัดระยอง ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า 2 แห่ง โรงเรียน และการปิดบางส่วนของโรงแรมที่ลูกเรือพักอาศัยขณะที่อยู่ในประเทศไทย[10] ภายหลังเสียงคัดค้านของประชาชน นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษก ศบค. ได้ประกาศชะลอการอนุญาตเดินทางเข้าประเทศของชาวต่างชาติในกลุ่ม ‘บุคคลสำคัญ (VIP) แขกของรัฐบาล กลุ่มบุคคลในคณะทูตและผู้แทนจากองค์กรระหว่างประเทศและกลุ่มนักธุรกิจ’[11]

วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้ใช้มาตรการเปิดพื้นที่นำร่อง“ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์” เพื่อทดลองเปิดให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ได้รับวัคซีนครบสองเข็มเดินทางเข้าประเทศก่อนที่จะทำการเปิดประเทศเต็มรูปแบบ พล.อ.ประยุทธ และคณะ ได้เดินทางไปร่วมพิธีเปิดโครงการดังกล่าวด้วยตัวเอง และถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงการไม่รักษาระยะห่างระหว่างการเยือนภูเก็ต[12] หนึ่งเดือนต่อมาในช่วงต้นเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 บางส่วนของจังหวัดภูเก็ตต้องถูกล็อกดาวน์ โดยห้ามการเดินทางที่ไม่จำเป็นหลังตัวเลขการติดเชื้อโควิด-19 พุ่งสูงขึ้น[13]

หลังจากที่ตัวเลขของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยพุ่งสูงขึ้นในช่วงการระบาดระลอกสอง สหภาพยุโรป และสหรัฐอเมริกาได้ออกประกาศเตือนในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 และเดือนสิงหาคม พ.ศ.2564[14][15] ตามลำดับ ให้หลีกเลี่ยงการเดินทางมายังประเทศไทย นอกจากนี้ประเทศสหราชอาณาจักรยังได้ปรับสถานะประเทศไทยจากกลุ่มประเทศสีเหลือง (Amber list) มาเป็นกลุ่มประเทศสีแดง (Red list) ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้าประเทศจะต้องเป็นผู้ที่มีสิทธิพำนักในสหราชอาณาจักรเท่านั้น และจะต้องกักตัวในโรงแรมเป็นเวลา 14 วัน และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง[16]

การประสานงานภายใต้การดำเนินการของ ศบค.

ในช่วงการระบาดระลอกแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 นายกรัฐมนตรีได้ออกคำสั่งให้จัดตั้งหน่วยงานพิเศษคือ สำนักงาน 2 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการและสำนักงานประสานงานกลาง และศูนย์ปฏิบัติการ 8 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ศูนย์ปฏิบัติการด้านมาตรการป้องกัน และช่วยเหลือประชาชน ศูนย์ปฏิบัติการกระจายหน้ากาก และเวชภัณฑ์สำหรับประชาชน ศูนย์ปฏิบัติการด้านการควบคุมสินค้า ศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศ และดูแลคนไทยในต่างประเทศ ศูนย์ปฏิบัติการด้านการสื่อสารโทรคมนาคม และสื่อสังคมออนไลน์ และศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง และศูนย์ปฏิบัติการด้านข้อมูลมาตรการแก้ไขปัญหาจากโรคติดเชื้อโควิด-19[17]

วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พล.อ.ประยุทธ อาศัยอำนาจออกคำสั่ง (คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 39) เรื่องการปรับโครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการ 7 แห่ง สำนักงาน (เลขาธิการ) 1 แห่ง การจัดโครงสร้างใหม่และการแต่งตั้งผู้ดำรงตำแหน่ง ประกอบด้วย สำนักงานเลขาธิการ มีรองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมืองที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นหัวหน้าสำนักงาน เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติเป็นผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับสถานการณ์โควิด-19 ปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นหัวหน้าศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ปลัดกระทรวงการต่างประเทศเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ ผู้บัญชาการทหารสูงสุดเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง และผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา[17][18]

ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 เมื่อสถานการณ์โควิด-19 ถึงจุดวิกฤติ พล.อ.ประยุทธใช้อำนาจเข้าควบคุมการบริหารจัดการของ ศบค. โดยตรง และแต่งตั้งเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติให้ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการบูรณาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 นายกรัฐมนตรีได้ทำการปรับโครงสร้าง ศบค. หลายครั้งและออกคำสั่งอีกหลายฉบับเพื่อแต่งตั้งที่ปรึกษาด้านต่าง ๆ (เศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข การแพทย์ และกฎหมาย) และแต่งตั้งอนุกรรมการใน ศบค. อีกหลายชุด โดยมีการถ่ายโอนอำนาจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีบางส่วน แม้จะมีการแต่งตั้งอนุกรรมการและคณะที่ปรึกษาหลายชุดเพื่อประสานงาน และทำงานร่วมกันกับ ศบค. แต่สิ่งที่สาธารณชนรับรู้ผ่านการแถลงต่อหน้าสาธารณชน และการให้สัมภาษณ์ของรัฐมนตรีและที่ปรึกษาหลายท่าน หรือแม้กระทั่งจากตัวนายกรัฐมนตรีเองก็สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการประสานงานและการสื่อสารภายในองค์กร[19]

แม้จะมีอำนาจทางกฎหมายในการดำเนินการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารจัดการการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในทันทีแต่ระเบียบ คำสั่งและประกาศที่ออกโดยนายกรัฐมนตรี และ ศบค. ส่วนใหญ่เน้นไปที่ความมั่นคงของชาติด้วยแนวคิดทางทหาร มีข้อสังเกตว่ามีการประสานงานกันน้อยมากระหว่างศูนย์ปฏิบัติการหลักและศูนย์บริหารจัดการต่าง ๆ ใน ศบค. ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสับสน และการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญสามารถพบได้จากการออกประกาศหลายครั้งของกรุงเทพมหานครที่มักถูกหักล้างหรือชะลอมาตรการผ่านการประกาศที่ตามมาโดย ศบค. โดยประกาศบางฉบับของ ศบค.มักจะออกมาภายในวันเดียวกันหรือในวันรุ่งขึ้น[20] นอกจากนี้การมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนและสื่อมวลชนยังจำกัดอยู่เพียงการประชุมเพียงไม่กี่ครั้งเท่านั้น โดยเป็นการประชุมเพื่อแจ้งการตัดสินใจของรัฐบาล และเพื่อขอความร่วมมือ โดยไม่ปรากฏการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชน และตัวแทนภาคประชาสังคมในการทำงานร่วมกับ ศบค.

การสื่อสารข้อมูลทางระบาดวิทยา ความเสี่ยงและมาตรการรับมือ

ภาพลักษณ์ต่อสาธารณะที่เด่นชัดของ ศบค. คือ การรายงานสถานการณ์ประจำวันที่ออกอากาศผ่านสื่อกระแสหลัก และสื่อสังคมออนไลน์ ในระหว่างการรายงานสถานการณ์ มีการรายงานข้อมูลทางระบาดวิทยาทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่เป็นการตัดสินใจที่สำคัญในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ตามด้วยช่วงถามตอบจากสื่อมวลชน อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเพิ่มขึ้นของตัวเลขผู้ติดเชื้อในประเทศตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีการจำกัดการเข้ามาปฏิบัติงานของสื่อมวลชน ณ ทำเนียบรัฐบาล ทำให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการแถลงข่าวมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการควบคุมและคัดเลือกคำถามจากนักข่าวได้อย่างเต็มที่

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังจัดให้มีการแถลงข่าวประจำวัน และนายกรัฐมนตรียังมีการให้สัมภาษณ์สื่อ และแถลงข่าวอย่างสม่ำเสมอ ที่ปรึกษาทางการแพทย์อาวุโส เช่น ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณะบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล ต่างก็เป็นกระบอกเสียงให้แก่รัฐบาลผ่านการใช้งานบัญชีสื่อสังคมออนไลน์ส่วนตัว และการให้สัมภาษณ์สื่อการรีวิวการแถลงข่าว บทสัมภาษณ์ และโพสต์บนสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามีการนำเสนอความคิดเห็นส่วนตัวซึ่งบางความคิดเห็นสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่แตกต่างหรือข้อมูลที่ขัดแย้งกัน โดยบางความคิดเห็น และข้อสังเกตบางประการก็ยิ่งทำให้สาธารณชนเกิดความสับสนมากขึ้น เช่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงของการระบาดของโควิด-19 การจำกัดการเดินทาง และความพร้อม และประสิทธิภาพของวัคซีน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในชั่วข้ามคืนอันเป็นผลมาจากการตัดสินใจของรัฐบาล เช่น การจำกัดการเดินทางนั้นยังขาดความชัดเจน ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของชุดทดสอบโควิด-19 และความพร้อมของวัคซีนก่อให้เกิดความสับสน และส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของรัฐบาล

มีการเปิดบริการสายด่วนเฉพาะกิจ และพัฒนาแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือภายใต้โครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลของรัฐบาล และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น สายด่วนกรมควบคุมโรค 1442 ให้บริการข้อมูลโควิด-19 ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ภาษาเมียนมาร์ ภาษาเขมร และภาษาลาว สายด่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โทร 1330 ขยายความรับผิดชอบจากการเยียวยา หากได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนไปจนถึงการประสานหาเตียง และการจัดการโควิด-19 ในระดับชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศหมายเลยสายด่วนหลายสาย ได้แก่ สายด่วน 1669 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สายด่วน 1668 กรมการแพทย์ บริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโควิด-19 และสายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต เพื่อให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต สายด่วน 1111 สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรการที่เกี่ยวกับโควิด-19 ในขณะที่สายด่วนสุขภาพ 1646 สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ประชาชน และสายด่วนสำนักอนามัย กทม. 094-386-0051 และ 082-001-63739 ที่ให้บริการในเวลาทำการ นอกจากนี้กระทรวงและหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐยังมีหมายเลขโทรศัพท์อื่น ๆ ให้ประชาชนสามารถติดต่อสอบถามข้อมูล และโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับโควิด-19 ได้[21]

มีเสียงร้องเรียนมากมายที่ส่งผ่านทั้งทางสื่อสังคมออนไลน์และสื่อกระแสหลักเกี่ยวกับการไม่ได้รับการตอบสนองจากหมายเลขสายด่วนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 แม้กระทั่งนายกรัฐมนตรีเองก็เคยให้ความคิดเห็นในประเด็นดังกล่าวต่อสาธารณชน เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2564 โดยกล่าวว่าตัวนายกรัฐมนตรีเองก็เคยให้สมาชิกในทีมโทรหาสายด่วนแต่ไม่มีผู้ใดรับสาย ทั้งนี้ได้สั่งการให้เจ้าหน้าที่แก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยได้มีการสั่งการให้ สปสช. ให้การสนับสนุนการประสานงานของสามหมายเลขสายด่วนการแพทย์หลัก ในการจัดสรรเตียงผู้ป่วยโควิด-19[22]

แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ เช่น หมอชนะ[23] และหมอพร้อม[24] มีการเปิดให้บริการทั่วประเทศ เพื่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข หมอชนะเป็นแอปพลิเคชันติดตามที่ช่วยรัฐบาลในการเก็บข้อมูลการเดินทางของประชาชนเพื่อคาดการณ์ และประเมินความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโควิด-19 แอปพลิเคชันนี้มีการใช้งานกันอย่างแพร่หลาย และทางรัฐบาลได้ขอความร่วมมือจากประชาชนในการเช็คอินในแอปพลิเคชันดังกล่าวเมื่อเดินทางไปยังสถานที่ราชการและเอกชน รวมถึงร้านค้า ร้านอาหาร และห้างสรรพสินค้า อย่างไรก็ตามการเช็คอินเหล่านี้มีลักษณะเป็นการสุ่ม แอปพลิเคชันหมอชนะภายใต้การจัดการของกระทรวงสาธารณสุขมักประสบปัญหาการไม่สามารถเข้าใช้งานได้หรือแสดงสถานะการเกิดข้อผิดพลาด เมื่อผู้ใช้พยายามที่จะเข้าใช้งาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเดือนแรก ๆ ของการเปิดใช้แอปพลิเคชัน[25] ซึ่งปัญหาดังกล่าวกระตุ้นให้ ศบค.กระจายอำนาจในการลงทะเบียนเพื่อรับวัคซีนในระดับจังหวัด ซึ่งการลงทะเบียนบางส่วนดำเนินการผ่าน อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และบางส่วนมีการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันของแต่ละจังหวัด นอกจากนี้ยังพบความสับสนเพิ่มเติมภายหลังการรณรงค์ฉีดวัคซีนระดับชาติ เมื่อช่วงต้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เมื่อวัคซีนไม่มาตามที่คาดหมายไว้ และต้องเลื่อนการนัดหมายการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน การเลื่อนนัดหมายดังกล่าวออกไปก่อให้เกิดความสับสน และกระทบต่อความน่าเชื่อถือของรัฐบาล รวมถึงความน่าเชื่อถือของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาแก่รัฐบาลในการจัดหาวัคซีนเองก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน[26][27][28]

ความท้าทาย

เช่นเดียวกับรัฐบาลหลายแห่งทั่วโลกรัฐบาลไทยสามารถใช้อำนาจตามกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรการพิเศษ เช่น การจำกัดการเดินทาง การกักตัว และการจัดสรรเวชภัณฑ์ มาตรการที่รัฐบาลไทยบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ.2564 เน้นไปที่การควบคุมการแพร่กระจายของโควิด-19 ผ่านการควบคุมประชาชนด้วยแนวคิดแบบความมั่นคงทางทหาร พร้อมการริเริ่มแนวคิดการชดเชยทางเศรษฐกิจระยะสั้นบางประการ การแพร่ระบาดที่ยืดเยื้อมาเป็นเวลาอย่างน้อยสองปี ก่อให้เกิดคำถามที่ว่ารัฐบาลจะยังคงสามารถดำเนินมาตรการเดิมที่เน้นการควบคุมโรคหรือเปลี่ยนแนวทางไปสู่แนวทางการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ในการดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด-19 โดยยังคงเน้นการให้ความคุ้มครองแก่ประชากรกลุ่มเปราะบางที่สุด

การสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล และการมีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างการระบาดใหญ่ องค์ประกอบเหล่านี้สามารถส่งเสริม และเสริมพลังความร่วมมือระหว่างภาคส่วน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับโควิด-19 ผ่านการให้ความสำคัญกับจุดแข็ง และความสามารถของแต่ละภาคส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ รัฐบาลได้ดำเนินการเชิงรุกในการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ ทว่าข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ เพื่อจำกัดความเสี่ยงยังคงขาดหายไปในการแถลงข่าวและการให้สัมภาษณ์หลายต่อหลายครั้ง รัฐบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความกังวลของสาธารณชนเพื่อหลีกเลี่ยงความมั่นใจเกินไปซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยง “แนวทางที่ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วม” (whole of society) ในการจัดการกับการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ผ่านการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากพันธมิตร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถนำไปสู่การรับมือร่วมกันโดยความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ จากหลากหลายระดับ โดยการป้องกันและควบคุมโรคมีการดำเนินการในระดับท้องถิ่นและได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

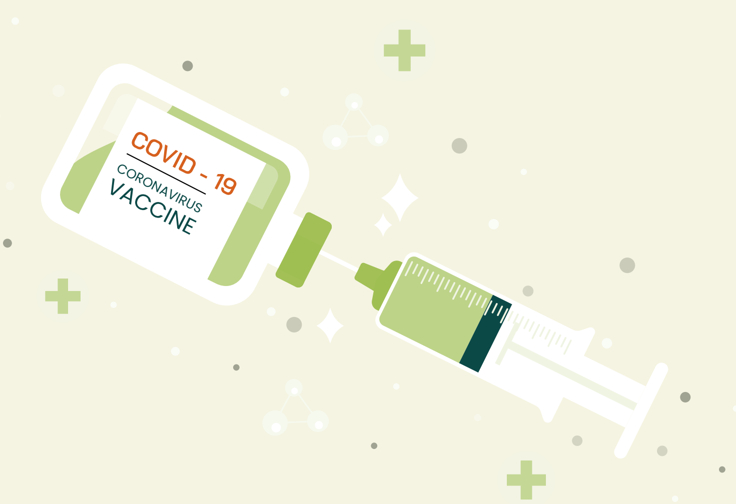
อ้างอิง

1. Hinjoy S, Tsukayama R, Chuxnum T, Masunglong W, Sidet C, Kleeblumjeak P, et al. Self-assessment of the Thai Department of Disease Control's communication for international response to COVID-19 in the early phase. Int J Infect Dis. 2020 Jul 1;96:205–10.
2. Point of Entry Screening and Quarantine Systems Enabled Thailand to Control COVID-19[Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/point-of-entry-screening-and-quarantine-systems-enabled-thailand-to-control-covid-19
3. iar-covid19-en.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/iar-covid19-en.pdf
4. issued_29Feb20.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/main/issued_29Feb20.pdf
5. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: http://www.hsscovid.com/files/การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf
6. ประกาศ / คำสั่ง ศูนย์โควิด-19 – สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://www.nsc.go.th/?page_id=6076
7. เหมือนอ้น ส. ศบค. กำหนดเขตพื้นที่สถานการณ์โควิด-19 ใหม่ (ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม) พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 6 จังหวัด (สีแดงเข้ม) [Internet].กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. 1AD [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://www.mhesi.go.th/index.php/en/content_page/item/3530-19-1-6.html
8. The Civil Aviation Authority of Thailand (CAAT) | สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://www.caat.or.th/en/archives/category/laws-regulation-en/new-laws-en
9. Daughter of Sudanese diplomat tests positive for Covid-19 in Bangkok | Thaiger [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://thethaiger.com/coronavirus/daughter-of-sudanese-diplomat-tests-positive-for-covid-19-in-bangkok
10. Thai hotel partially closed over COVID-19-infected Egyptian - Xinhua | English.news.cn [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : http://www.xinhuanet.com/english/2020-07/13/c_139209707.htm
11. Thailand records 3 new COVID-19 cases, CCSA cancels quarantine exemptions for diplomats [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://www.thaipbsworld.com/thailand-records-3-new-covid-19-cases-ccsa-cancels-quarantine-exemptions-for-diplomats/
12. Netizens slam minister for Phuket party amid Covid-19 crisis [Internet]. Thai Enquirer. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thaienquirer.com/29348/netizens-slam-minister-for-phuket-party-amid-covid-19-crisis/
13. Fronde N. Krabi starts partial lockdown, curfew; Phi Phi closure extended [Internet]. Thaiger. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://thethaiger.com/news/krabi/krabi-start-partial-lockdown-curfew-phi-phi-closure-extended
14. Taylor M. European Union slaps travel restrictions on arrivals from Thailand [Internet]. Thaiger. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://thethaiger.com/news/world/european-union-slaps-travel-restrictions-on-arrivals-from-thailand
15. Shepardson D. U.S. CDC urges avoiding travel to Israel, France, Thailand over COVID-19.Reuters [Internet]. 2021 Aug 9 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.reuters.com/world/us/us-cdc-urges-avoiding-travel-israel-france-thailand-over-covid-19-2021-08-09/
16. Reuters. England adds Thailand and Montenegro to travel red list. Reuters [Internet]. 2021 Aug 26 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.reuters.com/world/uk/england-add-thailand-montenegro-travel-red-list-guardian-2021-08-26/
17. Order of the Prime Minister No. 6/2563 Re : Arrangement of the Structure of the Center for COVID-19 Situation Administration (CCSA) [Internet]. กระทรวงการต่างประเทศ. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.mfa.go.th/en/content/1177x?page=5f22514b78568958aa0d5b85&menu=5f2253d49864ad7325088af4
18. Limited BPPC. CCSA shake-up looms. Bangkok Post [Internet]. [cited 2021 Dec 30];Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2178567/ccsa-shake-up-looms
19. 'ศบค.' คืออะไร? เปิดโครงสร้าง และรายชื่อบุคคลเบื้องหลัง [Internet]. ilaw.ot.th - 'ศบค.' คืออะไร? เปิดโครงสร้าง และรายชื่อบุคคลเบื้องหลัง. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.ilaw.or.th/node/node/5908
20. PM overrules BMA, allows dining-in until 9pm at city restaurants [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2045359/pm-overrules-bma-allows-dining-in-until-9pm-at-city-restaurants
21. ศูนย์ข้อมูล COVID-19 - อยากปรึกษาเรื่อง COVID-19 แต่ไม่รู้จะถามใครดี จะไปโรงพยาบาลก็กลัวจะเสี่ยงเกินไป ค้นอินเตอร์เน็ตก็เจอข้อมูลมากมาย ไม่รู้จะเชื่อใครดี ประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร รวมเบอร์สายด่วนที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ COVID-19 มาไว้ที่นี่แล้ว สามารถโทรสอบถามได้เลยจ้า #ศูนย์ข้อมูลCOVID19 #กรุงเทพมหานคร | Facebook [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://www.facebook.com/informationcovid19/photos/a.106455480972785/128945055390494/
22. Govt steps in to fix Covid hotline woes [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2103407/govt-steps-in-to-fix-covid-hotline-woes
23. MorChana - หมอชนะ - Apps on Google Play [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.thaialert.app&hl=en&gl=US
24. หมอพร้อม - Apps on Google Play [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mor.promplus&hl=en_US&gl=GB
25. User-unfriendly Mor Prom app a flop [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from:https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/2120375/user-unfriendly-mor-prom-app-a-flop
26. Thairath Online. ลงทะเบียนฉีดวัคซีนวุ่น 'หมอพร้อม' ไม่พร้อม | 02-05-64 | ข่าวเช้าไทยรัฐ เสาร์-อาทิตย์ [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=ZFBs99W2zyk
27. การลงทะเบียนรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ในจังหวัดนนทบุรี [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.xn--o3cdavpl4ezlya.com/nontprompt/
28. ลงทะเบียนฉีดวัคซีน โควิด 19 ที่พัทยา วุ่น มารอคิวตี 5 จนบ่าย 3 ยังไม่ได้คิว [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from : https://covid-19.kapook.com/view241708.html

กรณีศึกษาที่ 2

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข : การจัดหา และการกระจายวัคซีนโควิด-19

ผู้เขียน : บวรศม ลีระพันธ์, ณัฐชยา ฤทธิสิริกุล



บทนำ

เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 นายทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส (Tedros Adhanom Ghebreyesus) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้โพสต์ชื่นชมประเทศไทยผ่านทวิตเตอร์ และยกย่องประเทศไทยว่าเป็นตัวอย่างที่ดีเยี่ยมที่แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการจากภาครัฐและภาคสังคมสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้แม้จะยังไม่มีวัคซีน(1) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดเปลี่ยนแปลงไปมาก ในเจ็ดเดือนต่อมา การระบาดใหญ่ของโควิด-19 รุนแรง และแพร่กระจายเป็นวงกว้างเกินกว่าความที่คาดไว้ และในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้เสียชีวิตมากกว่า 1,900 ราย ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นนั้นมาจากการระบาดระลอกที่ 3 ทำให้โรงพยาบาลทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑลเกินขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันท่วงที บางคนเสียชีวิตที่บ้านหรือแม้กระทั่งบนท้องถนน และในหลายพื้นที่ของประเทศพบคลัสเตอร์ผู้ติดเชื้อใหม่ทุกวัน(2)

ในขณะเดียวกันวัคซีนมีปริมาณจำกัด และประชาชนเกิดข้อสงสัยในประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีอยู่ต่อการป้องกันไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ใหม่ที่กำลังแพร่ระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายพันธุ์เดลต้า รัฐบาลวางแผนจัดหาวัคซีนเพียง 100 ล้านโดส ภายในปี พ.ศ. 2564 และได้ทำการสั่งจองวัคซีน 63 ล้านโดสไปแล้วอย่างเป็นทางการ ประกอบไปด้วย วัคซีนแอสตราเซเนกา (Astra Zeneca) จำนวน 61 ล้านโดส และวัคซีนซิโนแวค จำนวน 2.5 ล้านโดส ในขณะที่อีก 37 ล้านโดสยังอยู่ในระหว่างการเจราจาต่อรอง อย่างไรก็ตามแผนการจัดหาวัคซีนที่วางไว้นั้นไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม จำนวนวัคซีนที่ได้รับจริงในขณะนั้นน้อยกว่าที่วางแผนไว้มาก ก่อนเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้รับวัคซีนจำนวน 32 ล้านโดส ประกอบไปด้วย วัคซีนแอสตราเซเนกาจำนวน 16.6 ล้านโดส วัคซีนซิโนแวค จำนวน 1.3 ล้านโดส และวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน 1.5 ล้านโดส ที่ได้มาจากการบริจาค(3)

กรณีศึกษานี้ศึกษาและวิเคราะห์นโยบายของรัฐบาล และการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ในบริบทของความยุติธรรมทางสุขภาพ และอภิปรายแผนการจัดหา และการกระจายวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประเทศไทย อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายในระหว่างที่การแพร่ระบาดดำเนินไปจนถึงจุดสูงสุด และพิจารณาถึงเหตุผลในการออกนโยบายเหล่านี้ และนโยบายในการจัดสรรวัคซีน

ถกแถลง

นับตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดผู้คนดูค่อนข้างจะสับสนกับการประกาศยุทธศาสตร์วัคซีนโควิด-19 แห่งชาติ ในช่วงเริ่มต้นของการระบาด รัฐบาลแสดงความมั่นใจว่าจะได้รับวัคซีนในปริมาณที่เพียงพอสำหรับการฉีดวัคซีนให้แก่ประชากรอย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมดเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ โดยที่การฉีดวัคซีนครั้งแรกจะพุ่งเป้าไปยังบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขด่านหน้า ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวทั่วประเทศ และตามมาด้วยบุคคลทั่วไป อย่างไรก็ตามแผนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลง และวัคซีนถูกกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ โดยการจัดสรรวัคซีนถูกตั้งคำถามเนื่องจากพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนบางส่วนไม่ได้เป็นศูนย์กลางของการระบาดใหญ่ และไม่ถูกจัดอยู่ในเขตพื้นที่ "สีแดง"

การจัดหา และการกระจายวัคซีนป้องกันโควิด-19

การจัดสรรวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทยเผยให้เห็นถึง...

การประเมินความเสี่ยงที่ต่ำเกินไปของการแพร่กระจายของโรคระบาดโดยผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง แผนการขั้นแรกของรัฐบาลคือการจัดสรรวัคซีนจำนวน 100 ล้านโดส สำหรับประชากรครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือ กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง 30 ล้านคน รัฐบาลลดความสำคัญของการฉีดวัคซีน และให้ความสำคัญกับมาตรการด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น กระตุ้นให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ มีการตรวจวัดอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงการเดินทางออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น[4]

นพ.นคร เปรมศรี ผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวช.) ได้มีแถลงตั้งแต่ช่วงต้นของการแพร่ระบาดว่าการฉีดวัคซีนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ โดยระบุว่าการฉีดวัคซีนมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเจ็บป่วยรุนแรง และป้องกันการเสียชีวิต นอกจากนี้ ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้แถลงไปในทำนองเดียวกันว่าไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนทั่วไปจะลดการติดเชื้อ และการแพร่กระจายของโควิด-19 ด้วยการคาดการณ์ถึงอุปทานของวัคซีนที่มีอย่างจำกัดทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญของการฉีดวัคซีนให้กับบุคลลากรทางการแพทย์แนวหน้าที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสผู้ป่วย ประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และประชาชนกลุ่มที่มีโรคประจำตัว[4] โดยการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวก็ดูเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลในช่วงเวลาดังกล่าว

ในช่วงการระบาดระลอกที่สองในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 วัคซีนในระดับโลกมีความพร้อมมากขึ้นด้วยข้อมูลใหม่นี้รัฐบาลไทยจึงตัดสินใจเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดสรรวัคซีน โดยมุ่งไปที่การกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศด้วยการขยายกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมทั้งแรงงาน และประชาชนทั่วไปโดยหวังว่าจะฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด[3] อย่างไรก็ตามภาคเอกชนกลับมองเห็นสถานการณ์ต่างออกไป โดยสงสัยในประสิทธิภาพของรัฐในการส่งมอบวัคซีนตามแผนการจัดหาวัคซีนซึ่งจัดหาเพียงสองยี่ห้อ คือ แอสตราเซเนก้า และซิโนแวค ทำให้ภาคเอกชนมีการเสนอตัวในการนำเข้า และกระจายวัคซีนทางเลือก[5]

ระหว่างการระบาดระลอกสองและระลอกสามในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 และเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนวัคซีน รัฐบาลต้องปรับแผนการฉีดวัคซีนเพื่อรับมือกับศูนย์กลางการระบาดทั้งที่กำลังดำเนินอยู่และเกิดขึ้นใหม่ นอกจากนี้รัฐบาลยังเผชิญกับความกดดันในการเปิดประเทศเพื่อการท่องเที่ยว และการเปิดสถานศึกษาและธุรกิจ แต่ในการจะทำเช่นนั้นได้ ประเทศไทยจำเป็นจะต้องมีวัคซีนในปริมาณที่มากพอ

นอกจากนี้แผนการจัดหาวัคซีนที่วางแผนไว้ก่อนหน้ายังไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ความหวังที่จะได้รับวัคซีนแอสตราเซเนกาจำนวน 16.6 ล้านโดส ที่ผลิตเองในประเทศลดลงเหลือเพียง 5-6 ล้านโดส สาเหตุหลักมาจากกำลังการผลิตของบริษัทที่ไม่สามารถผลิตวัคซีนได้ตามเป้าที่วางไว้ คือ 10 ล้านโดสต่อเดือน[6] ก่อให้เกิดความโกลาหลด้านการสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจของประชาชนต่อนโยบายการจัดสรรวัคซีนของรัฐบาล โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งที่นัดหมายผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวระหว่างการรณรงค์ฉีดวัคซีนทั่วประเทศในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ต้องเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนดในนาทีสุดท้าย นอกจากนี้ รัฐบาลแทนที่วัคซีนแอสตราเซเนกาด้วยวัคซีนซิโนแวค ซึ่งไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อนหน้านี้ วัคซีนซิโนแวคถูกนำมาฉีดให้กับบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว[5] การขาดแคลนวัคซีนและความไม่พร้อมของวัคซีนแอสตร้าเซเนกา กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องจัดหาวัคซีนซิโนแวคมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงแผนการจัดหาวัคซีน

การเปลี่ยนแปลงการจัดลำดับความสำคัญของประชากรและที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีประชาชนจำนวน 14.5 ล้านคน ได้รับวัคซีน ห้าจังหวัดที่มีอัตราการฉีดวัคซีนสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (3,771,946 สำหรับวัคซีนเข็มที่หนึ่ง และ 944,831 สำหรับวัคซีนเข็มที่สอง) ภูเก็ต (401,808 สำหรับวัคซีนเข็มที่หนึ่ง และ 320,206 สำหรับวัคซีนเข็มที่สอง) สมุทรปราการ (519,749 สำหรับวัคซีนเข็มที่หนึ่ง และ 95,437 สำหรับวัคซีนเข็มที่สอง) นนทบุรี (437,912 สำหรับวัคซีนเข็มที่หนึ่ง และ 156,721 สำหรับวัคซีนเข็มที่สอง) และชลบุรี (321,245 สำหรับวัคซีนเข็มที่หนึ่ง และ 112,624 สำหรับวัคซีนเข็มที่สอง[4] แม้จะไม่ถูกระบุว่าเป็นศูนย์กลางของการระบาดของโควิด-19 นนทบุรีซึ่งอยู่ติดกับกรุงเทพ ฯ ก็เป็นหนึ่งใน 5 อันดับแรกของพื้นที่ที่มีอัตราการฉีดวัคซีนครอบคลุมสูงสุด[7][8] นอกจากนี้สื่อมวลชนยังมีการรายงานการให้วัคซีนแอสตราเซนากา[8] เป็นเข็มกระตุ้น ในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ไม่ได้เป็นจุดศูนย์กลางการระบาด

ตามปกตินั้นภาคการท่องเที่ยวจะสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ให้แก่ประเทศได้ถึงร้อยละ 52.4 เปอร์เซนต์ ด้วยเหตุนี้อุตสาหกรรมการบริการจึงมีความประสงค์ให้แผนการฉีดวัคซีนของประเทศมุ่งเน้นไปที่การฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนในจังหวัดภูเก็ต โดยมีการดำเนินการ "โครงการภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์"[9] โดยอนุญาตให้นักท่องเที่ยวที่แสดงผลตรวจโควิด-19 เป็นลบสามารถเดินทางท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ตอย่างอิสระโดยไม่ต้องกักตัวเป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน ก่อนที่จะสามารถเดินทางต่อไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศ กระทรวงแรงงานต้องการให้แรงงานที่ลงทะเบียนในระบบประกันสังคมจำนวน 12-13 ล้านคน ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อเตรียมแรงงานสำหรับการเปิดประเทศอีกครั้งหนึ่ง

ด้วยแรงกดดันจากภาคธุรกิจ และภาคแรงงานนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแผนการฉีดวัคซีนของประเทศโดยเน้นที่การเปิดประเทศ การปรับเปลี่ยนแผนการดังกล่าวจัดทำขึ้นโดยมีการพิจารณาถึงการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด น้อยมากทำให้เกิดคำถามว่าการจัดสรรวัคซีนจำนวนมากให้แก่ จังหวัดนนทบุรี บุรีรัมย์ และภูเก็ตนั้นมีความเป็นธรรม และมีเหตุอันสมควรมากน้อยเพียงใด

การเปลี่ยนแปลงแผนการฉีดวัคซีนในช่วงจุดสูงสุดของการระบาดและผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

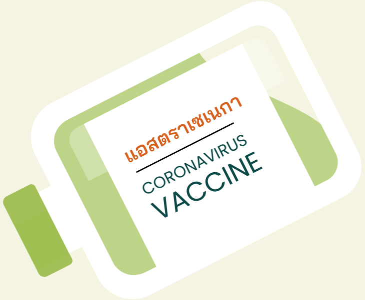
ภายหลังการระบาดระลอกสาม ประเทศไทยคาดว่าจะสามารถฉีดวัคซีนให้ประชาชนได้อย่างน้อยร้อยละ 70 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนประชากรทั้งประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 แผนการนี้มุ่งเน้นไปที่ความปรารถนาที่จะเปิดประเทศสำหรับนักท่องเที่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศ[4] อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนโยบายการฉีดวัคซีนบ่อย ๆ ก็นำไปสู่การตั้งคำถามที่ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นทำขึ้นเพื่อปกป้องประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือเพื่อกระตุ้นภาพลักษณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศ[3]

การรณรงค์ฉีดวัคซีนทั่วประเทศของไทยเริ่มขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่วัคซีนในประเทศขาดแคลน ในช่วงเวลาดังกล่าว รัฐบาลได้ประกาศเลื่อนการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนทั่วไป และให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นลำดับแรก อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุเพียง 146,930 คนที่ได้รับการฉีดวัคซีนครบสองเข็ม เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป 1,709,095 คน ในช่วงเวลาเดียวกันพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 สูงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง[9]

การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 อันเนื่องมาจากการฉีดวัคซีน และการไม่ได้รับวัคซีน

ในเดือนกรกฎาคมและเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 สื่อรายงานการพบผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ในบ้านพักอาศัยหลายครั้ง เช่น เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบคู่แม่และลูกชายเสียชีวิตที่บ้านห่างกัน 2 วัน โดยลูกชายไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลและไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโควิด-19[10] อีกเหตุการณ์หนึ่งที่ถูกรายงานบนหน้าสื่อ เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบว่าคู่สามีภรรยาสูงอายุคู่หนึ่งที่ได้ทำการตรวจหาเชื้อโควิด เสียชีวิตในบ้านพักของพวกเขาเองขณะที่รอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ในวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขแถลงว่ามีประชาชนจำนวน 18 คน จาก 217 คน เสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล[11] ตัวเลขเหล่านี้ทำให้เกิดคำถามว่าการแก้ไขแผนการฉีดวัคซีนของรัฐบาลมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตของกลุ่มเสี่ยงสูงที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือไม่ นอกเหนือไปจากปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หน่วยงานระดับชาติที่จัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในแคมเปญรณรงค์ฉีดวัคซีนของรัฐบาล อย่างไรก็ตามบทบาทของสปสช.ถูกจำกัดอยู่ที่การเยียวยาผู้ที่มีอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีนจนถึงไตรมาสที่สามของปี พ.ศ. 2564 เพื่อยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ที่ได้รับวัคซีนแต่ละคนจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ หลักเกณฑ์ระดับที่หนึ่งคือมีอาการที่เกี่ยวข้องหรือแสดงอาการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์ที่สองคือเกิดการสูญเสียอวัยวะ และเกณฑ์ที่สามเกี่ยวข้องกับความทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ข้อมูล ณ วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2564 มีผู้ได้รับเงินช่วยเหลือเยียวยาสำหรับผู้ที่เข้าหลักเกณฑ์ระดับที่ 1 จ่ายไม่เกินหนึ่งแสนบาทจำนวน 2,641 ราย หลักเกณฑ์ระดับที่ 2 จ่ายไม่เกิน 240,000 บาท จำนวน 12 ราย และ เกณฑ์ที่สาม ได้รับเงินสูงสุดไม่เกิด 400,000 บาท จำนวน 222 ราย



วัคซีนสูตรไขว้และเหตุผลประกอบการตัดสินใจ

เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ตัดสินใจให้ใช้วัคซีนสูตรไขว้ในแผนการฉีดวัคซีนทั่วประเทศ โดยเข็มแรกคือซิโนแวค และเข็มที่สองตามด้วยแอสตราเซเนกา วัคซีนสูตรผสมนี้ได้รับการประกาศว่าเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดในการรับมือกับสายพันธุ์เดลต้าที่กำลังระบาดอยู่ในประเทศไทย(12) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้การฉีดวัคซีนสูตรผสมเป็นนโยบายระดับชาติ การให้เหตุผลประกอบนโยบายนี้ถูกตั้งคำถามถึงผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนท่ามกลางความไม่ไว้ใจในความปลอดภัย การตอบสนองภูมิคุ้มกัน และผลกระทบระยะยาว

กลุ่มผู้สนับสนุนการใช้วัคซีนสูตรไขว้รับรองว่าการฉีดวัคซีนต่างยี่ห้อกันไม่ใช่มาตการใหม่ และได้ดำเนินการแล้วในยุโรป แม้ว่าวัคซีนสูตรไขว้ในยุโรปจะเป็นวัคซีนคนละยี่ห้อกับที่ใช้ในประเทศไทยก็ตาม ตัวอย่างเช่น ประเทศสเปนทดลองฉีดวัคซีนป้องกันโควิดยี่ห้อแอสตร้าเซเนการ่วมกับวัคซีนไฟเซอร์เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 กับอาสาสมัคร 600 คน และได้ผลลัพธ์ที่ดีในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 สหราชอาณาจักรได้ให้วัคซีนแอสตราเซเนกาควบคู่กับวัคซีนไฟเซอร์แก่ผู้สูงอายุ(15) การตัดสินใจใช้วัคซีนสูตรไขว้ของประเทศไทยเป็นการตัดสินใจที่อ้างอิงจากการทดลองกับอาสาสมัครจำนวน 125 คน ที่ได้รับวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนซิโนแวคเป็นเข็มแรก และตามด้วยแอสตราเซเนกาเป็นเข็มที่สอง เมื่อเปรียบเทียบกับอาสามาสมัครที่ได้รับวัคซีนแอสตราเซเนกาทั้งสองเข็มโดส(13)

แพทย์อาวุโสหลายท่านในประเทศไทยแสดงความไม่เห็นด้วยต่อสาธารณชนสำหรับเหตุผลในการใช้วัคซีนสูตรไขว้ของรัฐบาลไทย เช่น นพ.มนูญ ลีเชวงวงศ์ แพทย์เฉพาะทางด้านโรคระบบการหายใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ที่ยืนยันว่าไม่มีผลการทดลองคลินิกใดที่รองรับการใช้วัคซีนสลับสูตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนซิโนแวค-แอสตราเซเนกา งานศึกษาวิจัยที่มีแนะนำว่า วัคซีนซิโนแวคเข็มแรกไม่ช่วยลดการป่วยหนัก และไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง โดยฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว(14) ยิ่งไปกว่านั้น ดร.ซุมยา สวามินาธาร หัวหน้านักวิทยาศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกมาเตือนว่าไม่แนะนำให้ใช้วัคซีนสูตรผสม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้(15)

ความท้าทาย

การวางแผน และการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อรับมือกับการระบาดใหญ่ของโควิด-19 นั้นไม่ใช่เรื่องง่าย แม้แต่ในประเทศที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและพร้อมมากที่สุดในแง่ความมั่นคงด้านสุขภาพก็ยังต้องเผชิญกับความท้าทาย และแรงกดดัน แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วในการแบ่งปันความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาโรค และวัคซีนป้องกันโควิด-19 รัฐบาลไทยมีการคาดการณ์อนาคตในการจัดหาวัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดในประเทศ อย่างไรก็ตาม การประเมินความสามารถในการควบคุมการแพร่ระบาด และการประเมินความเร่งด่วน และความต้องการที่หลากหลายของของทรัพยากรทางการแพทย์นั้นต่ำเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของรัฐบาลเอง และนำไปสู่ความไม่ไว้วางใจในวัคซีนบางชนิดที่มีในประเทศ การปรับเปลี่ยนแผนการฉีดวัคซีนหลายต่อหลายครั้ง และความสับสนในการลงทะเบียน และการเลื่อนนัดหมายเพื่อรับวัคซีนส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือไม่เพียงแต่ต่อผู้ให้บริการวัคซีน แต่ยังรวมถึงความน่าเชื่อถือต่อประสิทธิภาพของวัคซีนอีกด้วย

อ้างอิง

1. โควิดในไทย สถานการณ์วันนี้ของอดีต 'ตัวอย่างชั้นเยี่ยม' ของ WHO. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bbc.com/thai/57674892
2. kaset. สธ.คาดติดเชื้อโควิดพุ่ง 45,000 ราย/วัน ต้องล็อกดาวน์นาน 2 เดือน [Internet]. ประชาชาติธุรกิจ. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.prachachat.net/general/news-738037
3. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf
4. สถาบันพระปกเกล้า. ความขัดแย้งระหว่างผู้มีส่วนได้เสียของนโยบายสาธารณะ เพื่อการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาความขัดแย้ง ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการจัดการวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย. รายงานวิชาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ประกาศนียบัตรแนวคิดพื้นฐานการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธีรุ่นที่5 สถาบันพระปกเกล้า; 2020.
5. Thai Tycoons Step In to Speed Up Vaccination for Quick Reopening. Bloomberg.com [Internet]. 2021 Apr 28 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-04-28/thai-tycoons-step-in-to-speed-up-vaccination-for-quick-reopening
6. The Momentum [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.facebook.com/themomentumco/photos/a.1636533129971718/2732692937022393/?type=3
7. ราชกิจจาฯประกาศ โซนสีโควิดล่าสุด 'พื้นที่สีแดงเข้ม' 29 จว. เริ่ม 3 ส.ค. นี้ [Internet]. thansettakij. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thansettakij.com/general-news/490017
8. เหลื่อมล้ำ? 'ย้อนรอย' อภิสิทธิ์วัคซีนบุรีรัมย์! จากVIPถึงตร.ฉีดเข็ม3ก่อนแพทย์ [Internet]. bangkokbiznews. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokbiznews.com/politics/951003
9. นพ. วิชัย โชควิวัฒน วิเคราะห์ยุทธศาสตร์วัคซีนโควิดที่ถูกเบี่ยงเบน. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-57915276
10. สุดหดหู่ 2 ตายายป่วยโควิดรอเตียงรักษา จนตายอยู่ที่บ้านในซอยอ่อนนุช 66 [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2155725
11. เปิดข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโควิด 217 ราย 18 ราย ตายที่บ้าน/ขณะนำส่งรพ. [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.prachachat.net/general/news-738847
12. สธ.ใช้สูตรวัคซีนไขว้ 'ซิโนแวค-แอสตราฯ' ฉีดทั่วประเทศ หลังพบภูมิสูงใน 5 สัปดาห์ [Internet]. Thairath. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thairath.co.th/news/local/2177106
13. เผยผลวิจัยฉีดวัคซีนสูตรไขว้ ซิโนแวค+แอสตร้าเซนเนก้า พบภูมิคุ้มกันสูงกว่าสูตรปกติ [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokbiznews.com/news/955642
14. นพ.มนูญ เห็นต่าง ฉีดวัคซีนสูตรผสม ซิโนแวค เข็มแรกตามด้วย แอสตร้าฯ เข็มสอง ไม่มีผลการทดลองทางคลินิกรองรับ [Internet]. workpointTODAY. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://workpointtoday.com/24072021vaccine/
15. WHO warns individuals against mixing and matching COVID vaccines | Reuters [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/who-warns-against-mixing-matching-covid-vaccines-2021-07-12/

กรณีศึกษาที่ 3

แรงงาน เศรษฐกิจ และการเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุข

ผู้เขียน: ณัฐชยา ฤทธิสิริกุล

บทนำ

ข้อมูล ณ วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดทั่วโลกจำนวนกว่า 209 ล้านราย[1] โดยกว่าหนึ่งล้านราย[2]เป็นผู้ติดเชื้อในประเทศไทย ปฏิเสธไม่ได้ว่าการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสุขภาพวะทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนทั่วโลก ก่อให้เกิผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อแรงงานรับจ้างทั้งในและนอกระบบ และในหมู่แรงงานไทย และแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทย แรงงานประมาณ 39 ล้านคนที่ขึ้นทะเบียนมีสัญชาติไทย ในจำนวนนี้มี 38 ล้านคนที่ได้รับการจ้างงาน[3] นอกจากนี้ยังมีแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน 2.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.6 ล้านคนเป็นชาวพม่า ลาว กัมพูชา และเวียดนาม[4] ตัวเลขเหล่านี้ไม่รวมแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีการประมาณตัวเลขไว้ที่ 600,000 คนที่เป็นส่วนหนึ่งของแรงงานของประเทศ[5]

กรณีศึกษานี้อภิปรายโควิด-19 และแรงงานในประเทศไทย โดยแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากที่ต้องเผชิญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรคระบาดต่อชีวิตของแรงงานในบริบทของความยุติธรรมทางสุขภาพ โดยพิจารณาทั้งผู้ใช้แรงงานและพนักงานออฟฟิศ และจากทั้งแรงงานไทย และต่างชาติที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการสาธารณสุขที่มีการดำเนินการตลอดช่วงการแพร่ระบาดตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563

ถกแถลง

การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไม่เท่าเทียมกันระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่แล้วทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของโควิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อศูนย์กลางเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น สมุทรสาคร และ กรุงเทพ ฯ กลายเป็นศูนย์กลางของการระบาด นอกจากนี้ มาตรการด้านสาธารณสุข เช่น การล็อกดาวน์ ซึ่งนำไปสู่การปิดโรงงาน ตลาด และธุรกิจอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อแรงงาน และครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่ารัฐบาลจะริเริ่มโครงการชดเชยรายได้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 หลายโครงการ แต่การเข้าถึงก็เป็นไปอย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรบางกลุ่ม

ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกตอกย้ำโดยโควิด-19

ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 แรงงานไทย และแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่สิทธิดังกล่าวไม่ได้รับประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่วัยแรงงานไทยสามารถเข้าถึงได้ คือ 1) สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงได้ มี 3 ระบบ คือ 1) ระบบประกันสังคม 2) กองทุนผู้ประกันตนต่างด้าว (HICS) และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพ[6] ทั้งนี้ แรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงสิทธิประกันสังคม และสามารถเข้ารับการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับความทุพพลภาพ โรคเรื้อรัง การดูแลด้านจิตเวช ทันตกรรมฟันเทียม และรากฟันเทียม และยังสามารถได้รับประโยชน์จากเงินชดเชย[7] อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคได้[3] นอกจากนี้แม้ว่ากองทุนผู้ประกันตนต่างด้าวจะให้สิทธิประโยชน์ที่คล้ายคลึงกันกับสิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่การรักษาที่ซับซ้อนสำหรับแรงงานข้ามชาตินั้นสามารถใช้สิทธิได้เฉพาะในสถานพยาบาลเครือข่ายที่ร่วมกับกองทุนประกันสุขภาพ

สำหรับคนต่างด้าวเท่านั้น[7][8] โดยทั้งกองทุนผู้ประกันตนคนต่างด้าวและหลักประกันสุขภาพ ให้บริการการเข้าถึงการดูแลทางจิตเวชและการเข้าถึงยาบางชนิดอย่างจำกัด[6]

ระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยทั้ง 3 ระลอก ในปีพ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2564 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังคงจัดการการดูแลสุขภาพตามนโยบาย โดยมิได้คำนึงถึงความต้องการบริการสุขภาพที่ต่างกันของแรงงานแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างเช่น ระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกสองและระลอกสาม มีการนำมาตรการ “bubble and seal” (แนวทางในการควบคุมโรคโดยการระงับและการเคลื่อนที่เฉพาะกลุ่มคน) มาใช้เพื่อจำกัดการเคลื่อนย้ายของแรงงานในพื้นที่เฉพาะของโรงงานและพื้นที่ก่อสร้าง[9][10] ซึ่งในภายหลังยังได้มีการประกาศเคอร์ฟิวเพิ่มเติมในการห้ามเดินทางออกจากโรงงานและพื้นที่ก่อสร้างอีกด้วย[9][11] การตัดสินใจใช้มาตรการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการการมองข้ามสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ย่ำแย่ของแรงงานจำนวนมาก การตอบสนองต่อการระบาดของโควิด-19 ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงความล่าช้า และความสับสนโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการระบาด แม้หอพักศรีเมืองจะถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่กักกันแต่ก็ไม่มีมาตรการใดที่จะแยกผู้ติดเชื้อโควิด-19 ออกจากผู้ไม่ติดเชื้อในหอพักดังกล่าว[12] นโยบายในการจัดหาชุดตรวจโควิด-19 ไม่มีความชัดเจน ส่งผลให้นายจ้างต้องจ่ายเงินให้ลูกจ้างในการเข้ารับการตรวจ RT-PCR ในสถานพยาบาลเอกชน[13] นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามที่มีความจุเตียงรองรับผู้ป่วยได้ 100 คน ในจังหวัดสมุทรสาครซึ่งในขณะนั้นมีแรงงานมากกว่า 3,000 คน[12]

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีการปิดพื้นที่ก่อสร้างในเขตกรุงเทพฯ และ 4 จังหวัดใกล้เคียง มีรายงานว่าแรงงานมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ค่อนข้างลำบาก แม้ทางการจะมีคำสั่งให้แรงงานกักตัวอยู่ในแคมป์เป็นเวลา 14 วัน แต่แรงงานหลายคนต้องกักตัวนานกว่า 20 วัน เนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติ และการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่เขตที่รับผิดชอบและผู้บริหารบริษัทก่อสร้าง[10] นอกจากนี้กรุงเทพฯและจังหวัดหลักอื่น ๆ ยังต้องเผชิญกับปัญหาเตียงไม่เพียงพอและการขาดแคลนวัคซีน แม้รัฐบาลจะประกาศว่าจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาโควิด-19 แต่ผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนกลับต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตัวเอง[14] การขาดแคลนวัคซีนผลักดันให้รัฐบาลต้องจัดลำดับความสำคัญของการฉีดวัคซีนให้กับคนไทย โดยเฉพาะในช่วงที่มีการรณรงค์ฉีดวัคซีนทั่วประเทศ[15] มีการเปิดตัวแพลตฟอร์มบนเว็บไซต์พื้นที่และแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือต่าง ๆ เช่น หมอพร้อม และไทยร่วมใจในการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีน โดยที่ชาวต่างชาติไม่สามารถลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนได้[15][16] ทำให้ประเทศที่มีความห่วงใยในพลเมืองของตน เช่น ประเทศฝรั่งเศส ได้จัดสรรวัคซีนให้แก่พลเมืองของตนเองผ่านทางสถานทูตฝรั่งเศส[17]

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโควิด-19 ต่อแรงงานในประเทศไทย

ข้อมูลจากกระทรวงแรงงานเปิดเผยว่าในปี พ.ศ. 2563 โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและแรงงานของไทย ซึ่งส่งผลให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ลดลงร้อยละ 6.1 ขณะที่มูลค่าการส่งออกลดลงร้อยละ 6.6 ธุรกิจการท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมการบริการอาหารลดลงถึงร้อยละ 36.6 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบทางเศรษฐกิจที่โควิด-19 มีต่อเศรษฐกิจของประเทศ และประชาชน อัตราการว่างงานโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.69 และแรงงานที่ถูกเลิกจ้างกว่าร้อยละ 19.73 ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประกันสังคมได้ เมื่อเทียบกับข้อมูลจากปี พ.ศ. 2562[18] อัตราการจ้างงานของแรงงานชาวเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาลดลงจากร้อยละ 7.78 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 5.48 ในปี พ.ศ. 2563[18]

มาตรการด้านสาธารณสุข เช่น การล็อกดาวน์ และการเว้นระยะห่างทางสังคมที่ดำเนินการในช่วงสามระลอกใหญ่ของการระบาด ส่งผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อย และแรงงานย้ายถิ่นมากกว่าแรงงานกลุ่มอื่น ๆ และยิ่งเพิ่มช่องว่างทางสังคมระหว่างผู้คนจากชนชั้นที่ต่างกัน[19] เห็นได้ชัดว่ามาตรการต่าง ๆ เช่น การปิดตลาดสด แต่ยังคงเปิดตลาดสดในห้างสรรพสินค้า อย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อแรงงานที่เป็นชนชั้นกลางน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับผลกระทบที่แรงงานรายได้น้อยต้องเผชิญกับการรณรงค์ “หยุดเชื้อเพื่อชาติ” เพิ่มแรงกดดันทางสังคมให้ประชาชนอยู่แต่ในบ้าน[19]

เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่ในกรุงเทพ ฯ และจังหวัดใหญ่อื่น ๆ เป็นแรงงานที่เดินทางมาจากภาคต่าง ๆ ของประเทศ ดังนั้นหลายคนจึงเลือกเดินทางกลับบ้านเกิดเพื่อหางานใหม่เป็นทางเลือกหนึ่ง และมีการปรับตัวให้เข้ากับมาตรการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไป เช่น ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทยแสดงให้เห็นว่ามีแรงงานมากกว่า 280,000 คนจากอุตสาหกรรมการบริการ และแรงงานที่มีทักษะพื้นฐาน 180,000 คน ซึ่งรวมถึงแรงงานนอกระบบได้ย้ายกลับไปยังบ้านเกิด[20] การปิดพื้นที่ก่อสร้างในกรุงเทพฯ และปริมณฑลในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่าทำให้มีการเดินทางออกจากไซต์พื้นที่ก่อสร้างงานจำนวนมากของแรงงานย้ายถิ่น (แรงงานย้ายถิ่นชาวไทยและแรงงานข้ามชาติ) ไปยังจังหวัดต่าง ๆ และประเทศบ้านเกิด[21] ในการระบาดระลอกแรกในปี พ.ศ. 2563 แรงงานที่ยังคงอยู่ในกรุงเทพฯเปลี่ยนงานให้เหมาะกับความต้องการของตลาด เช่น จากการขับรถแท็กซี่ไปเป็นพนักงานส่งอาหาร จากช่างตัดเสื้อผ้าไปตัดเย็บหน้ากากผ้า[22] เป็นต้น

มาตรการบรรเทาผลกระทบ และการดำเนินการ

มีการประกาศมาตรการบรรเทาผลกระทบจำนวนหนึ่งเพื่อช่วยเหลือแรงงานในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 แต่คำถามที่ตามมาก็คือ มาตรการเหล่านี้มีที่มาที่ไปอย่างไร และมีประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการเยียวยามากที่สุดหรือไม่ ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัดเกิดขึ้นในช่วงการระบาดระลอกแรก เมื่อแรงงานนอกระบบ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างรายวัน และผู้ที่มีอาชีพรับจ้างอิสระ (freelance) ไม่สามารถลงทะเบียนเพื่อรับเงินชดเชยรายได้ จำนวน 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือนจากมาตรการเยียวยาแรงงาน ผ่านโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” โดยกระทรวงการคลัง ซึ่งโครงการดังกล่าวเป็นการชดเชยรายได้ให้แก่ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมเท่านั้น[23] โดยรัฐมีแผนที่จะจ่ายเงินเยียวยาให้แก่แรงงานที่ขึ้นทะเบียนในระบบจำนวน 3 ล้านคนขณะที่ข้อมูลจากสมาพันธ์แรงงานนอกระบบระบุว่าประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบประมาณ 20.4 ล้านคน[24] พฤกษ์ เถาถวิล ผู้เขียน บทที่ 2 เรื่อง มองปัญหาการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผ่านมุมมองการเชื่อมโยงข้ามถิ่นจากหนังสือภัยโควิดวิกฤตโคโรนาโรคอุบัติใหม่ในมิติสังคม สะท้อนว่าปัญหานี้เกิดจากการขาดการประสานงานระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติกับภาคส่วนอื่น ๆ[24] นอกจากนี้ ผศ.ดร.บุญเลิศ วิเศษปรีชา จากคณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กล่าวว่ามาตรการเหล่านี้น่าจะพัฒนาขึ้นมาจากพื้นฐานของการให้ความช่วยเหลือกลุ่มประชากรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าเกณฑ์มากกว่าการช่วยเหลือทุกคนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้รัฐบาลจ่ายเงินเยียวยาให้แก่แรงงานเพียง 3 ล้านคนเท่านั้น[23]

แม้ว่าโครงการต่าง ๆ ที่แรงงานข้ามชาติได้ทำการลงทะเบียนไว้จะมีการเสนอเงินเยียวยา แต่แรงงานข้ามชาติไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมเช่นเดียวกันกับแรงงานไทย สิทธิประโยชน์บางอย่างถูกสงวนไว้สำหรับคนไทยโดยเฉพาะ ซึ่งรวมถึงโครงการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นที่ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงการคลัง[25] และโครงการของสำนักงานประกันสังคมซึ่งจ่ายเงินวันละ 500 บาท และอาหาร 3 มื้อให้แก่คนงานที่อยู่ในแคมป์คนงานก่อสร้าง ในช่วงเวลาที่พื้นที่ก่อสร้างงานในกรุงเทพฯ และอีก 4 จังหวัดใกล้เคียงถูกล็อกดาวน์ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564[10] ข้อมูลจากคุณลิซ่า งามตระกูล นายกสมาคมอุตสาหกรรมก่อสร้างไทย ระบุว่า แรงงานก่อสร้างมากกว่าครึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ก่อสร้าง นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติคนหนึ่งจากบริษัทรับเหมาช่วงเล่าว่า มีบริษัทรับเหมาก่อสร้างเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่จัดหาประกันสังคมให้แรงงานแต่ไม่ใช่ทุกคน และแรงงานส่วนใหญ่ต้องซื้อประกันสุขภาพเอง[10]

ความท้าทาย

แม้ว่าระบบประกันสังคมจะครอบคลุมประกันสุขภาพทั้งภาคบังคับ และภาคสมัครใจที่ครอบคลุมทั้งแรงงานชาวไทยและแรงงานข้ามชาติ แต่ทั้งสองกลุ่มกลับได้รับสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน โดยความแตกต่างของสิทธิประโยชน์เห็นได้ชัดยิ่งขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด-19 นอกจากนั้นมาตรการในการรับมือ อาทิ การล็อกดาวน์คำนึงถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพียงเล็กน้อย ก่อให้เกิดคำถามถึงความตั้งใจ และวัตถุประสงค์ของมาตการต่าง ๆ เช่น แม้ว่าแรงงานข้ามชาติและแรงงานนอกระบบจะมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แต่ความช่วยเหลือที่มอบให้แก่คนกลุ่มนี้มักมีการดำเนินการล่าช้า หลังจากที่มีการเรียกร้องจากนายจ้าง และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) คำถามสำคัญคือ รัฐจะสามารถออกแบบมาตรการบรรเทาผลกระทบโดยคำนึงถึงการให้การสนับสนุนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุดได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานและไม่ได้ลงทะเบียน

อ้างอิง

1. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 13 July 2021 [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-july-2021
2. Thailand: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://covid19.who.int
3. สถานการณ์ด้านแรงงานไตรมาส-4-ปี-2563-2.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2021/05/สถานการณ์ด้านแรงงานไตรมาส-4-ปี-2563-2.pdf
4. 52689b272e7481744dffac78654e9a87.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/52689b272e7481744dffac78654e9a87.pdf
5. แรงงานข้ามชาติกว่า 7 แสนคน ตกงานจากโควิด ไร้เงิน-ที่อยู่ กลับประเทศไม่ได้ [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.matichon.co.th/local/news_2488462
6. Migrant Policies in Thailand in Light of the Universal Health Coverage: Evolution and Remaining Challenges | OSIR Journal [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from : http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/145
7. เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในระบบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย | Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2016/11/13452
8. Reed SO, Ogando AC, Tulaphan PS. Informal Workers in Bangkok, Thailand: Scan of Four Occupational Sectors. :72.
9. ผู้ว่าฯ สั่งล็อกดาวน์ "สมุทรสาคร" ห้ามเข้า-ออกพื้นที่ หลังแถลงติดโควิด-19 เพิ่ม 516 ราย [Internet]. 21:24:00+07:00 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://mgronline.com/onlinesection/detail/9630000129479
10. "ป่วยก็กักตัว...กินยาให้หายเอง" ชีวิตแรงงานก่อสร้างกลางโรคระบาด [Internet]. BBC News ไทย. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-57816410
11. ราชกิจจาฯ ประกาศเคอร์ฟิว 10 จังหวัด ห้ามออกนอกบ้าน 3 ทุ่ม-ตี 4 เริ่ม 12 ก.ค. [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.prachachat.net/general/news-710808
12. แรงงานเพื่อนบ้านตลาดกุ้งมหาชัยอยู่อย่างไรในพื้นที่ล็อกดาวน์. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-55435224
13. โควิดระบาดระลอกใหม่ดับความหวังพ่อค้าแม่ขายชาวสมุทรสาคร. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-55423317
14. เปิดเบื้องลึก ทำไมผู้ป่วยโควิดที่มีประกันสุขภาพเหมาจ่าย จึงหาเตียงได้ง่ายกว่า [Internet]. สยามรัฐ. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://siamrath.co.th/n/265283
15. หนึ่งสัปดาห์หลังคิกออฟ วัคซีนพร้อมหรือไม่ในวาระแห่งชาติ. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-57458632
16. เปิดลงทะเบียนฉีดวัคซีนโควิด "ไทยร่วมใจ" เที่ยงวันนี้เป็นต้นไป [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.prachachat.net/general/news-677655
17. Informative C, wordsmith engaging content A a, Writing SS the M of HD, Content EW, Posts B, Guides I-D, et al. COVID-19 in Thailand: French Embassy Launches Vaccination Campaign for Its Citizens [Internet]. Pacific Prime Thailand's Blog. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.pacificprime.co.th/blog/covid-19-in-thailand-french-embassy-launches-vaccination-campaign-for-its-citizens/
18. สถานการณ์ด้านแรงงาน-ปี-2563-1.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/สถานการณ์ด้านแรงงาน-ไตรมาส1-ปี63.pdf
19. ทรงสมบูรณ์ กโนธ. การเว้นระยะห่างทางสังคม ระยะห่างทางชนชั้น กับการกลายเป็นกลุ่มผู้มีสถานะรอง: กรณีศึกษากลุ่มผู้ค้าในตลาดสดในเขตเทศบาลพิษณุโลก [Internet]. ShareThis. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/175
20. คลื่นแรงงานย้ายถิ่นกับการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่น [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from:https://www.bot.or.th:443/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_25May2021-2.aspx
21. หมอแล็ป แจ้งเบาะแส คนงานจ่อหนีกลับ หลังปิดแคมป์ : PPTVHD36 [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.pptvhd36.com/news/สังคม/150281
22. COVID-19: Social Distancing และคลื่นอพยพของประชากรจากมิติสังคมวิทยา: พลังไทย "อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ" [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.bot.or.th:443/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_31Mar2020.aspx
23. เหตุใด 'เราไม่ทิ้งกัน' จึงเต็มไปด้วยปัญหา ? BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-52350798
24. Taotawin P. มองปัญหาการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19ผ่านมุมมองการเชื่อมโยงข้ามถิ่น. ภัยโควิด วิกฤตโคโรนา โรคอุบัติใหม่ในมิติสังคม ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร [Internet]. 2021 Jan 1[cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.academia.edu/47808099/มองปัญหาการเยียวยาผู_ได_รับผลกระทบจากการแพร_ระบาดของโควิด_19ผ_านมุมมองการเชื่_อมโยงข_ามถิ_น
25. ขาดรายได้ ไร้ที่พึ่ง แรงงานข้ามชาติติดพ้อเข้าไม่ถึงสวัสดิการรัฐไทย. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.bbc.com/thai/52407804

กรณีศึกษาที่ 4

โควิด-19 และการศึกษาวิถีใหม่กับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศ และความรู้

ผู้เขียน : ณัฐชยา ฤทธิสิริกุล

บทนำ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้รูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คนทั่วโลกเปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับนักเรียนนักศึกษา ผลกระทบต่อระบบการศึกษานั้นรุนแรงและเป็นไปอย่างถ้วนหน้า อันนำไปสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจากการเรียนในสถานที่ศึกษา หรือที่เรียกว่าการเรียนแบบออนไซต์ มาสู่การเรียนแบบออนไลน์ แม้จะใช้ชีวิตท่ามกลางการระบาดมาเป็นเวลานานกว่าสองปี ประมาณครึ่งหนึ่งของครูและนักเรียนทั่วโลกยังคงได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องจากการปิดโรงเรียน มหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ทั้งการปิดแบบเต็มรูปแบบ และการปิดบางส่วน ธนาคารโลกประมาณการว่านักศึกษามากกว่า 100 ล้านคน จะมีอัตราการรู้หนังสือขั้นต่ำลงลด เนื่องจากวิกฤตสุขภาพ[1] ในช่วงที่การระบาดดำเนินมาถึงจุดสูงสุด 45 ประเทศในยุโรป และเอเชียได้ทำการสั่งปิดโรงเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อนักเรียนกว่า 185 ล้านคน อันเป็นเหตุให้ผู้บริหารโรงเรียนต้องเสนอรูปแบบการเรียนทางไกลทันที หลักฐานที่ปรากฏจากบางประเทศในยุโรปที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงที่สุดแสดงให้เห็นว่า การระบาดก่อให้เกิดภาวการณ์เรียนรู้ถดถอยและความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีการคาดการณ์ไว้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลรุนแรงมากกว่าในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อย เช่น ประเทศยูเครน ซึ่งการเข้าถึงเทคโนโลยีมีระดับต่ำกว่าและประชากรส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่ใต้เส้นแบ่งความยากจน[1]

แม้ว่าประเทศไทยจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากวิกฤติโรคระบาดก็ยังคงส่งผลกระทบระยะยาวต่อนักเรียนนักศึกษา ข้อมูลจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) แสดงให้เห็นว่าการระบาดใหญ่ทำให้สถานการณ์ความยากจนในประเทศมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น นักเรียนประมาณ 65,000 คน ต้องลาออกจากโรงเรียนก่อนจบภาคการศึกษาในปี พ.ศ. 2564 โดยร้อยละ 4 ต้องออกจากการศึกษาภาคบังคับ และร้อยละ 19-20 ออกจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48 ออกจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และราว ๆ ร้อยละ 8-9 ลาออกกลางคันในระดับอุดมศึกษา[2] กรณีศึกษานี้อภิปรายเรื่องโควิด-19 และความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาจาก ผลกระทบจากมาตรการด้านสาธารณสุข มาตรการทางเศรษฐกิจและสังคม และการบรรเทาผลกระทบในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19

ถกแถลง

การปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทยเป็นที่ถกเถียงกันมาเป็นเวลานานก่อนที่จะเกิดการระบาดใหญ่ของโควิด-19 โดยมีความท้าทายหลัก 3 ประการที่ประเทศไทยต้องเผชิญ ได้แก่ ความเหลื่อมล้ำระดับสูง คุณภาพการศึกษาระดับต่ำ และมาตรฐานระดับต่ำในการจัดการทรัพยากรในระบบการศึกษา โควิด-19 ได้นำความท้าทายใหม่มาสู่ระบบการศึกษาของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความท้าทายที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศ และความรู้ ซึ่งขยายช่องว่างของโอกาสทางการศึกษาในหมู่นักเรียน การแทนที่การเรียนการสอนในสถานศึกษาหรือการเรียนออนไซต์ด้วยการเรียนแบบออนไลน์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิตของนักเรียน แม้ว่าจะมีการนำมาตรการบรรเทาผลกระทบมาใช้ แต่มาตรการดังกล่าวก็เป็นไปด้วยความล่าช้า

โควิด-19 กับการขยายความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา

ก่อนการระบาดของโควิด-19 การศึกษาของประเทศไทยถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีคุณภาพต่ำ และแผ่ขยายความเหลื่อมล้ำทั้งในด้านพื้นที่ทางกายภาพและสังคม มีการตระหนักถึงความต้องการทรัพยากรบุคคล และประสิทธิภาพที่มากขึ้น ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา (TDRI) ระบุว่า ระดับการรู้หนังสือในชนบทต่ำกว่าในเขตเมืองถึง 3 ปีการศึกษา หลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนเป็นภาษาไทยเน้นรูปแบบการเรียนรู้ทางวิชาการแบบท่องจำมากกว่าที่จะเป็นการสร้างสมดุลกับการพัฒนาทักษะชีวิต และทักษะการปฏิบัติเพื่อการทำงาน ซึ่งนำไปสู่การลาออกกลางคันของนักเรียนนักศึกษาจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับอุดมศึกษา[3] นอกจากนี้ จากการประเมินของ TDRI ยังพบว่า โรงเรียนขนาดเล็กจำนวน 12,000 แห่งที่มีนักเรียนน้อยกว่า 120 คน จากทั้งหมด 15,809 โรงเรียน ประสบปัญหาขาดแคลนครู และอุปกรณ์การเรียนโดยเฉพาะในระดับอนุบาลและประถมศึกษา ในโรงเรียนเหล่านี้ครูแต่ละคนได้รับมอบหมายให้สอนมากกว่าหนึ่งวิชา และต้องสอนหลายระดับชั้น[4] ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผน กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า นักเรียนชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประมาณ 3.55 ล้านคน เรียนโดยไม่มีหนังสือเรียนเป็นของตัวเอง นักเรียน 3.45 ล้านคน ไปโรงเรียนโดยไม่มีเครื่องแบบนักเรียน และนักเรียน 3.21 ล้านคน ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียน[4] ซึ่งเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยลดปัญหาภาวะโภชนาการผ่านการจัดสรรอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้แก่นักเรียนที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการอันเนื่องมาจากไม่สามารถจ่ายค่าอาหารได้[5]

โควิด-19 นำพาความท้าทายครั้งใหม่ด้านความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศ และความรู้ การเรียนออนไลน์ผ่านหลักสูตรห้องเรียนเสมือนจริง (Massive Open Online Course (MOOC)) หรือการเรียนทางไกล ทำให้นักเรียน ครอบครัว และครูต้องพึ่งพาเทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ตขึ้นอีกระดับ การขาดอุปกรณ์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ตที่ไม่เสถียร ส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอนของนักเรียนโดยเฉพาะในกลุ่มที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ข้อมูลจากคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เปิดเผยว่ามีเพียงร้อยละ 21 ของครัวเรือนไทยที่มีคอมพิวเตอร์ โดยสถิตินี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ร้อยละ 49 นอกจากนี้ จากสถิติยังพบว่าร้อยละ 68 ของครัวเรือนไทยมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ร้อยละ 55 [6] ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ยังระบุด้วยว่า 3 % ของครัวเรือนที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 200,000 บาท สามารถเข้าถึงคอมพิวเตอร์และสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ในขณะที่ร้อยละ 19 ของครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า 200,000 บาท สามารถเข้าถึงคอมพิวเตอร์และเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ครัวเรือนส่วนใหญ่ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้มักอยู่ในกรุงเทพ ฯ และเมืองใหญ่อื่น ๆ ในประเทศ[4] ความท้าทายอีกประการหนึ่งของการเรียนออนไลน์ โดยเฉพาะในระดับประถมศึกษาคือพ่อแม่หรือผู้ปกครองจำเป็นจะต้องนั่งเรียนอยู่ข้าง ๆ ไปด้วย นี่เป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับพ่อแม่ และผู้ดูแลที่ต้องแบ่งเวลาระหว่างการทำงานและการเลี้ยงดูบุตรหลาน[4]

ผลกระทบของมาตรการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ที่มีต่อนักเรียนและสุขภาพของนักเรียน

ความล่าช้าในการฉีดวัคซีนนำไปสู่การเลื่อนการเปิดเรียน ซึ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นในหมู่นักเรียนที่มีความเครียดจากการเรียนออนไลน์ และการล็อกดาวน์อยู่แล้ว การกลับมาเปิดเรียนถูกเลื่อนออกไปหลายครั้ง และโรงเรียนบางแห่งต้องปิดเรียนลงในเวลาเพียงสองถึงสามวันหลังจากเปิดเรียนอีกครั้ง เนื่องจากการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่โดยรอบที่โรงเรียนตั้งอยู่ การเลื่อนฉีดวัคซีนครั้งแรกเกิดขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 และมีการขยายระยะเวลาการฉีดวัคซีนอย่างน้อยไปจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 การเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจากสถานศึกษามาเป็นการเรียนออนไลน์เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความกังวลเรื่องภาวะทุพโภชนาการในหมู่นักเรียนยากจนซึ่งไม่สามารถเข้าถึงโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนได้[5]

การเรียนออนไลน์ทำให้โรงเรียนบางแห่งเพิ่มชั่วโมงเรียนให้แก่นักเรียนเพื่อชดเชย 19 วันที่เสียไประหว่างช่วงการเปลี่ยนผ่านจากการเรียนในสถานศึกษา (on-site) มาเป็นการเรียนออนไลน์ ในขณะที่บางโรงเรียนให้เวลานักเรียนหยุดพักในช่วงเวลาดังกล่าว ความกดดันจากชั่วโมงการเรียนออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเครียดในนักเรียนบางกลุ่ม[6] นอกจากนี้นักเรียนมัธยมปลายยังต้องเผชิญกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการชำระค่าธรรมเนียมล่วงหน้าเพื่อจองที่พักของมหาวิทยาลัยอีกด้วย[8] ทั้งนี้จากการสำรวจความเครียดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่เรียนออนไลน์ พบว่า 3 ตัวขับเคลื่อนความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 181 คน ประกอบด้วยเนื้อหาหลักสูตร (ร้อยละ 4.4) งานที่ได้รับมอบหมาย (ร้อยละ 4.12) และความสามารถในการเรียนรู้ (ร้อยละ 4.10)[9] และจากการจัดทำโพลสำรวจขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โดยเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า ในช่วงการระบาดระลอกที่สองนักเรียน ร้อยละ 41.15 ประสบปัญหาในการเรียนเนื่องจากการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ขณะที่ ร้อยละ 29.10 ถูกท้าท้ายจากการเรียนวิชาที่ต้องปฏิบัติผ่านการเรียนออนไลน์ โพลยังแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 31.81 ของนักเรียนมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สายตากับคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือมากเกินไป[10] รวมไปถึงข้อมูลจากศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) แสดงให้เห็นว่าในช่วงการระบาดใหญ่ระลอกที่สามในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ระดับความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในหมู่นักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยที่ 74.90 ของนักเรียนแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระงาน และขั้นตอนการลงทะเบียนสำหรับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าภาระงานของนักเรียนรบกวนการนอน และเวลาในการพักผ่อนของนักเรียนร้อยละ 71.60[11]

ความสับสนในการฉีดวัคซีนให้แก่นักเรียน

การสื่อสารเรื่องวัคซีนที่ขาดประสิทธิภาพนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงต่อการจัดสรรวัคซีนให้แก่นักเรียนก่อนการเปิดเรียนในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2564 รัฐบาลประกาศว่าจะทำการจัดสรรวัคซีนให้แก่นักเรียนจำนวน 5 ล้านคนที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี ในเขตกรุงเทพ ฯ และอีก 15 จังหวัดก่อนการเปิดเรียนอีกครั้ง โดยรัฐบาลวางแผนที่จะจัดสรรวัคซีนไฟเซอร์-ไบออนเทค (Pfizer-BionTech) แต่เนื่องจากการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจึงก่อให้เกิดการต่อต้านวัคซีนชนิด mRNA กับเด็กในกลุ่มนักเรียนและผู้ปกครอง ข้อความต่อต้านวัคซีนแพร่กระจายบนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียอย่าง Tiktok นักเรียนโพสต์วิดีโอที่แสดงความกลัวต่อวัคซีน และความกังวลเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนปลอม และความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีน แฮชแท็ก #ไฟเซอร์ (#Pfizer) กลายเป็นกระแสไวรัลในช่วงที่มีการฉีดวัคซีนสำหรับนักเรียน ผู้ปกครองยังแสดงความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีน mRNA แม้ว่ากรมควบคุมโรคจะให้การรับรองแล้วว่าโอกาสในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการฉีดวัคซีนมีน้อย และสามารถรักษาได้ สอดคล้องกับงานศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในระดับสากล พบว่าจากการฉีดวัคซีนหนึ่งล้านโดส มีเด็ก 10-13 คนที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหลังจากได้รับวัคซีนครบ 2 โดส[12] ในระหว่างการจัดให้มีการฉีดวัคซีน มีนักเรียนเพียง 3.6 ล้านคน จากเป้าหมาย 5 ล้านคน ที่ได้รับวัคซีน โดยเจ้าหน้าที่กระทรวงศึกษาธิการเริ่มแบ่งปันข้อมูลบน Tiktok และแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียอื่น ๆ ที่นักเรียนสามารถเข้าถึงได้ทั่วไป เพื่อสร้างความเชื่อมั่น[12]

มาตรการบรรเทาความเดือดร้อนด้วยความพร้อมเพียงเล็กน้อย

ตลอดช่วงการระบาดใหญ่รัฐบาลได้ออกมาตรการหลายอย่างเพื่อสนับสนุนนักเรียน ครอบครัว ครู และสถาบันการศึกษาเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้สะท้อนถึงการขาดการเตรียมความพร้อม การตอบสนองที่ล่าช้า และในบางครั้งการสื่อสารก็ก่อให้เกิดความสับสน ตัวอย่างเช่น ระหว่างการระบาดระลอกแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ผู้ปกครองของนักเรียนจากโรงเรียนนานาชาติร้องเรียนผ่านสื่อว่าโรงเรียนยังคงเก็บค่าธรรมเนียมในอัตราที่สูง แม้ว่าจะทำการเรียนการสอนออนไลน์[13] กระทรวงศึกษาธิการออกแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บค่าเล่าเรียนในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ภายหลังจากที่มีการเลื่อนการเปิดเรียนและการร้องเรียนจากผู้ปกครอง[14] นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการยังมีการจ่ายเงินเยียวยานักเรียนทุกคนคนละ 2,000 บาท พร้อมอินเตอร์เน็ต 2 กิ๊กกะไบท์ และช่วยจ่ายค่าบริการอินเทอร์เน็ตบ้าน เดือนละ 79 บ้านเป็นเวลา 2 เดือน[15] นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ลดความถี่ของการประเมินภายใน และภายนอกของครูเพื่อลดภาระงาน และขอให้ครูลดการสั่งการบ้านลงเพื่อให้เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์[15]

ความท้าทาย

โควิด-19 ทำให้นักเรียน ผู้ปกครอง ครู ผู้บริหารโรงเรียนและผู้กำหนดนโยบายต้องปรับตัว การปรับเปลี่ยนเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วในแง่ของการเข้าถึงอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากร และเวลา แม้ว่ากระทรวงศึกษาธิการจะให้การสนับสนุนบางประการ แต่การสนับสนุนเหล่านั้นก็เป็นไปอย่างล่าช้า และไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของปัญหา ความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนจากการเรียนในสถานที่ ไปสู่การเรียนออนไลน์นั้นขยายออกไปไกลมากกว่าการพัฒนาทักษะทางทฤษฎีนอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้อย่างเท่าเทียม เพื่อจัดการกับข้อบกพร่องที่ถูกเปิดเผยจากการระบาดใหญ่ ทั้งนี้รัฐบาลจำเป็นต้องพิจารณาการเสริมสร้างการลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์ของทั้งครูและนักเรียน และจัดหาอุปกรณ์ และพื้นที่ทั้งในด้านวัตถุ และจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะการเรียนรู้

อ้างอิง

1.The Impact of COVID-19 on Education – Recommendations and Opportunities for Ukraine [Internet]. World Bank.[cited 2021 Dec 31]. Available from : https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2021/04/02/the-impact-of-covid-19-on-education-recommendations-and-opportunities-for-ukraine

2. กสศ.สำรวจสถานการณ์เด็กหลุดออกนอกระบบหลังเปิดเทอมใหม่[Internet]. EEF.2021.[Cited 2021 Dec 30]. Available from https://www.eef.or.th/news-eef-explore-children-falling-out-of-system-after-new-semester/

3. ปัญหาการศึกษาไทย นวัตกรรมและการวิจัยช่วยได้จริงหรือ? [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from : https://www.disruptignite.com/blog/problem-of-thailand-education

4. สำรวจ 'ความเหลื่อมล้ำ' ในระบบการศึกษาไทย | workpoint TODAY [Internet]. workpoint TODAY. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://workpointtoday.com/thai-education-inequality-2/

5. เมื่อความหิวไม่ได้ 'ปิดเทอม' [Internet]. bangkokbiznews. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from : https://www.bangkokbiznews.com/social/2005

6. TDRI. การศึกษาพื้นฐานในยุค โควิด-19: จะเปิด-ปิดโรงเรียนอย่างไร? [Internet]. TDRI: Thailand Development Research Institute. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://tdri.or.th/2020/05/basic-education-in-covid-19-crisis-reopening-school-after-lockdown/

7. แนวทางการเปิด-ปิดภาคเรียน และการสอนชดเชยปีการศึกษา 2563 ของโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน [Internet]. ศธ.360 องศา. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from:https://moe360.blog/2020/05/09/แนวทางการเปิด-ปิดภาคเรีย/

8. เมื่อปิดเทอมนี้นานกว่าปกติ นักเรียนยุคโควิด ปรับตัวอย่างไร. BBC News ไทย [Internet]. [cited 2021 Dec 31]; Available from : https://www.bbc.com/thai/thailand-52471757

9. Chimwong L. ความวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ของนิสิตสาขาพลศึกษา. J Kanchanaburi Rajbhat Univ. 2021 Jun 8;10(1):9–19.

10. RajabhatPoll.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://register.kpru.ac.th/RajabhatPoll/contents/20200007/rajabhatPoll.pdf

11. วิจัยเผยเด็กเครียด 'เรียนออนไลน์' ศธ.สั่งลดเวลาเรียน ลดการบ้าน [Internet]. bangkokbiznews. 2021 [cited 2021 Dec 31].Available from: https://www.bangkokbiznews.com/news/956195

12. #ไฟเซอร์นักเรียน สรุปกระแสไม่ยอมฉีดไฟเซอร์ ผลจาก 'เฟกนิวส์' และความหวาดระแวง [Internet]. THE STANDARD. 2021[cited 2021 Dec 31]. Available from: https://thestandard.co/key-messages-student-pfizer/

13. โวยโรงเรียนนานาชาติดัง นักเรียนอยู่บ้าน หยุดเชื้อ ยังต้องจ่ายค่าเทอม [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from : https://mgronline.com/onlinesection/detail/9630000044560

14. ศธ.ออกประกาศ 4 ข้อ สั่งโรงเรียนทั่วประเทศ คืน - ลด -ให้ผ่อน ค่าเทอม ช่วงโควิด [Internet]. pptvhd36.com. [cited 2021 Dec 31]. Available from: http://www.pptvhd36.com/news/สังคม/148549

15. สรุป เยียวยานักเรียน ร.ร.รัฐบาล-เอกชน "แจก2000บาท-เน็ตฟรี-ลดการบ้าน" [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from : https://www.thansettakij.com/general-news/491989

กรณีศึกษาที่ 5

การรื้อสร้างความเป็นเมืองในช่วงหลังการระบาดใหญ่ : การวิเคราะห์วัตถุทางสังคม

ผู้เขียน : สุมนมาลย์ สิงหะ

บทนำ

การระบาดของโควิด-19 ขับเน้นปัญหาที่สืบเนื่องจากการวางผังเมืองให้เด่นชัดขึ้น เช่นเดียวกับเมืองใหญ่ทั่วโลก กรุงเทพ ฯ ได้กลายเป็นศูนย์กลางการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นด่านหน้าในการป้องกันโรคและควบคุมโรค แต่เดิมวิถีชีวิตคนเมืองในโลกที่ปราศจากโควิดนั้นเป็นชีวิตที่เปราะบางอยู่แล้ว แต่การแพร่ระบาดนำความท้าทายใหม่ ๆ มาสู่ชีวิตคนเมืองหลากชีวิต มาตรการการกักตัวที่บ้าน (home quarantine) และการกักตัวในชุมชน (community quarantine) ส่งผลกระทบต่อผู้คนหลายสิบล้านคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จำกัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด่านหน้าจำนวนมากทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลลากรทางการแพทย์ อาทิ แพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถพยาบาล และ พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่กำจัดขยะติดเชื้อในจากสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่ต้องเคลื่อนย้ายเดินทางไปมาสู่เมือง เพื่อทำงานหาเลี้ยงครอบครัวที่ต่างจังหวัด ในช่วงการระบาดใหญ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด่านหน้าเหล่านี้ ต้องทำงานเป็นเวลานานหลายชั่วโมง โดย ได้รับการสนับสนุนรายบุคคลไม่ทั่วถึงหรือไม่เอาจริงเอาจัง และมักมีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างจำกัด[1] นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ด่านหน้าที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น คนเก็บขยะ แรงงานดูแลในบ้าน[2] คนขับแท็กซี่ คนขับมอเตอร์ไซค์ส่งของ ต้องแสวงหาความปลอดภัยของตนเองผ่านภาระงานและความคาดหวังที่เพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องต่อรองกับความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้โครงสร้างและพื้นที่ต่าง ๆ ของเมืองที่สลับซับซ้อน

กรณีศึกษานี้นำเสนอการสะท้อนย้อนคิดผู้คนการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ผ่านวิธีการแบบผสมผสานประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม เรื่องเล่าชีวิตผู้คน โดยพิจารณาการแพร่กระจายและการควบคุมโควิด-19 ในเขตเมืองบนพื้นฐานของ “epidemic nowcasting” ซึ่งหมายถึงการคาดการณ์สถานะปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ การแพร่กระจายโรค และลักษณะทางสังคมและพฤติกรรมใช้พื้นที่ของคนเมือง เพื่อประเมินการปรับตัวสู่เมืองหลังโรคระบาดที่ใส่ใจ (Cities of care) ทุกคน ซึ่งครอบคลุมด้านสถาปัตยกรรม การวางแผน และโครงสร้างพื้นฐานของเมืองที่สัมพันธ์กับอาชีพเพศสถานะ และวิถีชีวิตในบริบททุนนิยม

ถกแถลง

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองแห่งความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และวัฒนธรรมอย่างน่าอัศจรรย์ ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรจำนวน 10 ล้านคน ประกอบด้วย 6 ล้านคน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในกรุงเทพ ฯ และประชากรแฝงอีก 4 ล้านคน [3] ประชากรในกรุงเทพ ฯ ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะ อาทิ การศึกษา การคมนาคมขนส่งดีที่ราคาแพง และการดูแลสุขภาพ การเดินทางสัญจรในเมืองอาจกลายเป็นความท้าทายได้ด้วยตรอกซอกซอยเล็ก ๆ ต่าง ๆ และความปลอดภัยส่วนบุคคลเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องคำนึงถึงที่อยู่อาศัยและพื้นที่รอบ ๆ กรุงเทพ ฯ ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กที่เต็มไปด้วยความแออัดและพื้นที่สาธารณะที่ต้องใช้ประโยชน์ร่วมกัน

กรุงเทพ ฯ ในฐานะบ้านของแรงงานไทยย้ายถิ่นและแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

เรื่องราวการรับมือโควิด-19 ที่ถูกประดับประดาตกแต่ง (decorated) อย่างฉาบฉวยว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในภาพใหญ่ และเสียงโหมกระพือจากเจ้าหน้าที่ระดับสูง ขณะที่พยาบาลสาวที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามแห่งหนึ่งกล่าวว่าเธอแอบหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนภาพการร่วมมือกันปรบมือแสดงความขอบคุณต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการตอบแทนรูปแบบอื่นสำหรับความพยายาม และการทำงานหนักของพวกเธอ ในการให้สัมภาษณ์กับผู้เขียนเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ 2564 เธอหวังว่าความชื่นชมจะถูกแสดงผ่านการจัดหาชุด PPE เพื่อให้พวกเธอสามารถป้องกันตัวเองได้ดีขึ้น ในขณะที่ต้องทำงานในโรงพยาบาล เธอแสดงความวิตกกังวลที่ต้องย้ายไปทำงานในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งเธอรู้สึกว่าตัวเธอเองนั้นไม่มีทักษะเพียงพอ วิธีการของเธอในการเยียวยาจิตใจรายวันเพื่อให้ผ่านผ่านวิกฤตินี้ให้ได้คือ การแบ่งปันความคับข้องใจกับเพื่อน ๆ พยาบาลในกลุ่มแชทผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ปลอดภัยในตอนนี้ นอกจากนี้ เธอยังมีความกังวลในเรื่องส่วนตัวอื่น ๆ อีก โดยเธอต้องย้ายออกจากหอพักรวม เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่จำกัด และการต้องกักตัวในช่วงล็อกดาวน์ ค่าเช่าที่พักใหม่สูงกว่าที่เธอเคยจ่ายแต่เดิม ซึ่งหมายความว่าเธอต้องลดเงินรายเดือนที่เธอมักส่งไปให้ครอบครัวที่ต่างจังหวัดลง

ในอีกมุมหนึ่งของกรุงเทพ คนทำงานรับบ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่รายล้อมไปด้วยการระบาดของโควิด-19 หลายต่อหลายครั้งเล่าว่า เธอต้องเดินทางไปทำงานเกือบทุกวัน ในการให้สัมภาษณ์กับผู้เขียนเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เธอเล่าว่าเธอต้องส่งอาหารให้เพื่อนร่วมงานของเธอ ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารถูกต้อง เนื่องจากเพื่อนร่วมงานของเธอเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้และอาศัยอยู่ตามลำพังในเมือง สองคนผูกพัน และดูแลกันเหมือนคนในครอบครัว จนกระทั่งเพื่อนร่วมงานที่ป่วยเป็นมะเร็งเสียชีวิตลงในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ระหว่างการระบาดใหญ่ แรงงานผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่าเธอยังคงทำงานส่งเงินให้ครอบครัวของเธอที่ต่างจังหวัด แม้ตัวเธอเองจะสุขภาพไม่ค่อยดี และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเนื่องจากการแพร่กระจายของโควิด-19 เธอละเลยการดูแลตนเอง และจดจ่ออยู่กับงานบ้านของเจ้านายที่พาเธอมาทำงานที่กรุงเทพฯ เธอย้ายมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

เรื่องเล่าจากชีวิตของผู้หญิงด่านหน้าสองคน เป็นหนึ่งในตัวอย่างของชีวิตของแรงงานในกรุงเทพนับร้อยนับพันคน ซึ่งหลายชีวิตเป็นแรงงานที่แทบจะไม่มีตัวตนในพื้นที่เมือง เช่นเดียวกับแรงงานข้ามชาติเมืองอื่น ๆ ในโลก กรุงเทพฯ นั้นไม่เป็นมิตรกับประชากรบางกลุ่ม การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ได้เพิ่มความท้าทายให้กับชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้ที่อยู่ในสภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่แล้ว

สภาวะทวิลักษณ์ของกรุงเทพ ฯ

วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีรายงานการเดินทางออกนอกประเทศไทยอย่างกะทันหันของแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา สปป.ลาว และ เมียนมาร์ นับหมื่นคน การเดินทางกลับประเทศบ้านเกิดดังกล่าวมีแรงจูงใจมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การล็อกดาวน์บางส่วนของกรุงเทพ ฯ และการปิดจุดผ่านแดน 18 จุด ตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2563 จากข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 10 ของแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนกว่า 2.7 ล้านคน[3] และแรงงานไม่มีทะเบียนอีกไม่ทราบจำนวนได้เดินทางกลับบ้านในช่วงเวลาดังกล่าวเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นก่อนที่รัฐบาลจะประกาศว่าประเทศไทยปลอดจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในท้องถิ่นมาเป็นเวลากว่าหนึ่งเดือนในวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2563 และรายงานผู้ป่วยในเวลานั้นล้วนแล้วแต่เชื่อมโยงกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ[4]

แรงงานข้ามชาติจำนวนมากในกรุงเทพ ฯ ทำงานในอาคารสูง อาคารชุด และพื้นที่ก่อสร้าง แม้ว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะว่างงานในช่วงการระบาดใหญ่สองระลอกแรกในปี พ.ศ. 2563 แต่แรงงานในภาคการก่อสร้างก็ยังเป็นข้อยกเว้น อย่างไรก็ตามการระบาดระลอกที่ 2 นำไปสู่การปิดแคมป์ก่อสร้างตามรายงานที่พบการติดเชื้อกว่า 100 คลัสเตอร์[5] การปิดแคมป์งานก่อสร้างส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานย้ายถิ่นผู้ไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากต้องใช้ชีวิตภายใต้การล็อกดาวน์โดยมีสภาพความเป็นอยู่เยี่ยงนกที่ถูกขังในกรง และได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ความเป็นทวิลักษณ์ระหว่างที่อยู่อาศัยของชาวสลัม และชนชั้นสูงระดับโลกที่ร่ำรวยที่สุด[6] คนรวยนั้นแยกตัว (isolation) ออกจากคนจนด้วยฐานะทางเศรษฐกิจก่อนโควิด-19 จะเกิดขึ้น ในขณะที่ชนชั้นสูง และคนรวยยังคงดำเนินชีวิตตามปกติ และมีพื้นที่ปลอดภัยเพื่อกักตัว ชุมชนชายขอบถูกบังคับให้ต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่จำกัด และไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่สาธารณะในเมืองได้ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเดินทางได้จำกัดเนื่องจากรถขนส่งสาธารณะถูกระงับ ดังที่ปรากฏบริเวณสามย่านซึ่งอยู่ใกล้กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคลองเตย ซึ่งเป็นชุมชนแออัดที่ใหญ่ในประเทศที่ตั้งอยู่ใกล้กับศูนย์กลางธุรกิจ และสถานบันเทิงที่พลุกพล่าน ในอีกมุมหนึ่งเผยให้เห็นว่าเมืองนี้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้เลย หากไม่มีชนชั้นแรงงานที่รับหน้าที่จัดการกับความสกปรก และหล่อเลี้ยงใส่ใจดูแลเมือง

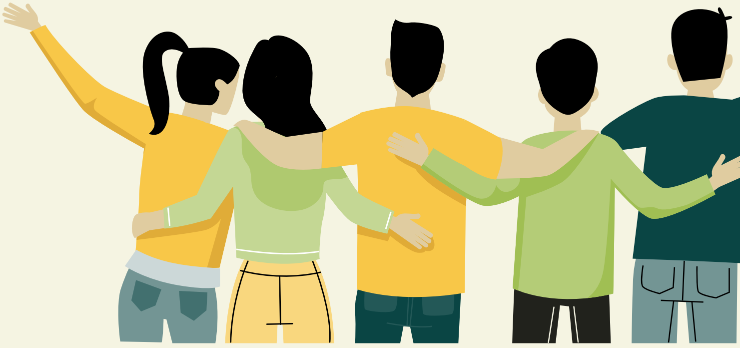
ในระหว่างการระบาดโควิด-19 กรุงเทพ ฯ พบอัตราการติดเชื้อสูงสุดในประเทศ[7] และดูเหมือนกับว่ากรุงเทพกลายเป็นเมืองที่มีความเปราะบางสูงกว่าค่าเฉลี่ย ในแง่ของความมั่นคงในอาชีพการงานและความมั่นคงทางสุขภาพ เมื่อเทียบกับเมืองหรือจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศพื้นที่ในบ้านกลายเป็นพื้นที่แห่งความรุนแรง[8] และพื้นที่สาธารณะกลายเป็นพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดเกิดขึ้นในโรงพยาบาล บ้านพักคนชรา ที่พักส่วนตัว และบนท้องถนนมีรายงานผู้เสียชีวิตมากกว่า 13,000 ราย (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2564) โดยผู้เสียชีวิตที่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้วมีจำนวนไม่มาก และเศรษฐกิจถดถอยไร้การชดเชยที่เหมาะสม ภาพการชุมนุมประท้วงต่อต้านรัฐบาลที่ล้มเหลว ปรากฏให้เห็นเป็นประจำในพื้นที่ต่าง ๆ ใจกลางกรุงเทพ ฯ[9]

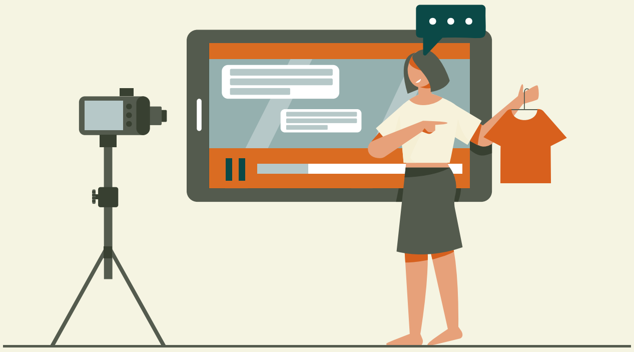
การออกแบบเมืองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะที่ดี

การป้องกัน และควบคุมโควิด-19 ในกรุงเทพ ฯ ถูกท้าทายอย่างมาก เพราะการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำกัด ความสับสนจากข้อมูลที่เผยแพร่โดยรัฐบาล และการดำเนินมาตรการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างได้สัดส่วนกับการสูญเสียผลกระทบเชิงบวกของการล็อกดาวน์ก็คือ ความร่วมมือจนเป็นหนึ่งเดียวกันของหลายชุมชน และข้ามภูมิภาค บทบาทของอาสาสมัครใหม่ ๆ ที่ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังนำไปสู่คุณภาพอากาศในเมืองที่ดีขึ้น การศึกษาโดย Wetchyont และคณะพบว่าโควิด-19 ช่วยทำให้ระดับมลพิษทางอากาศบนพื้นผิวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาพบว่าระดับค่าความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศ PM2.5 ลดลงในระหว่าง และหลังการล็อกดาวน์เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา[10] สิ่งนี้ย่อมนำไปสู่การปฏิรูปกระบวนทัศน์ในการพัฒนาพื้นที่สีเขียวหลังโควิด-19 สร้างความเชื่อมโยงทางสังคมเพื่อกำหนดความปรารถนาต่อธรรมชาติ สุขภาพจิตของประชากรทุกกลุ่มและการแบ่งปันใช้สอยพื้นที่สาธารณะ การปิดเส้นทางสาธารณะและชุมชนรอบสถานบริการสุขภาพและย่านที่อยู่อาศัยจำเป็นต้องมีการพิจารณาทบทวนใหม่ในการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตเพื่อสร้างเมืองน่าอยู่ ซึ่งควรมีการระดมผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนทั้งด้านสถาปัตยกรรม สาธารณสุข และสังคมศาสตร์ เพื่อพัฒนาสุขภาพ ความเห็นอกเห็นใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของเมืองในการป้องกันและควบคุมโรค แนวทางการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเป็นสิ่งจำเป็นในการรับมือกับการป้องกันโรค และมาตรการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม

มาตรการเชิงรุก และมาตรการเชิงรับในการดำเนินธุรกิจหลังโควิด-19

หลากหลายธุรกิจกำหนดให้พนักงานต้องเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ ณ สำนักงาน และเมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในการรักษามาตรการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในช่วงหลังการระบาด ออฟฟิศขนาดเล็กอาจต้องมีการปรับปรุงพื้นที่และนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ เช่น ตัวกรองฝุ่นละอองประสิทธิภาพสูง (HEPA) และตัวกรองรังสีอัลตราไวโอเลต (UV) ในเครื่องปรับอากาศ โดยอาจต้องใช้เทคโนโลยีไร้สัมผัสสำหรับสวิตซ์ไฟ และก๊อกน้ำ และการพิจารณาใช้ระบบอัจฉริยะ (smart home) เพื่อควบคุมคุณภาพอากาศในอาคาร กล้องอินฟาเรดสำหรับตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย และซุ้มประตูฆ่าเชื้ออัตโนมัติ โดยการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้มีค่าใช้จ่ายสูง แม้ว่าสำหรับบางธุรกิจอาจจะมีความสามารถในการจ่ายก็ตาม





การทำธุรกิจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น

การเพิ่มขึ้นของเครือข่ายบริการจัดส่ง (delivery services) ในช่วงล็อกดาวน์ สะท้อนถึงความจำเป็นของร้านค้า และซูเปอร์มาร์เก็ตในและรอบ ๆ บริเวณที่พักอาศัย ข้อกำหนดเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคม และการกักตัวได้ผลักดันอีคอมเมิร์ซหรือการทำธุรกิจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์[11] ให้เข้าถึงผู้ใช้บริการจำนวนมากขึ้นซึ่งเป็นผู้ที่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นได้ ความนิยมยังเพิ่มขึ้นแม้ในหมู่ผู้ใช้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัล และทำให้ห้างสรรพสินค้า และซูเปอร์มาร์เก็ตพัฒนามีการพัฒนา และให้บริการออนไลน์มากขึ้น ความจำเป็นในการเตรียมพร้อมสำหรับโลจิสติกส์ และบริการจัดส่ง (delivery) เพิ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดควบคู่ไปกับความกังวลเกี่ยวกับการจ่ายค่าแรงของบริษัทแพลตฟอร์ม และสิทธิประโยชน์ที่เป็นธรรมสำหรับแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ทำงานอยู่ในบริการด้านโลจิสติกส์ และบริการจัดส่ง แรงงานในบริการจัดส่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานอิสระ และไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน

การเปลี่ยนแปลงไปสู่นโยบาย “การทำงานที่บ้าน” (work from home) ที่ถูกบังคับโดยวิกฤตโรคระบาดได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นไปได้ และสะดวกสำหรับพนักงานอาวุโสและผู้บริหารบางคน ในขณะที่การทำงานรูปแบบดังกล่าวยังคงสร้างความท้าทายจากการทำงานที่บ้านต่อพนักงานในตำแหน่งอื่นๆ เช่น การขาดพื้นที่ในการทำงาน การแยกแยะช่วงเวลาระหว่างเวลาทำงาน และนอกเวลางาน บ้านที่ขาดฉนวนกันความร้อนหลังคา และค่าไฟที่แพงมากขึ้นจากการเปิดเครื่องปรับอากาศ เพื่อทำความเย็นภายใต้อุณหภูมิที่ร้อนระอุ และการเชื่อมต่อ และความเร็วของอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร หรือ พนักงานที่ต้องทำงานในสถานที่ทำงาน เช่น งานแม่บ้าน งานขายบางประเภท ในทางกลับกัน นายจ้างหรือเจ้าของกิจการเผชิญความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปัญหาการรักษาความลับ และความปลอดภัยของข้อมูลในช่วงการระบาดใหญ่ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยถูกขโมยข้อมูลหลายครั้งจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล[12]

การพัฒนา และฟื้นฟูชุมชนแออัดอย่างยั่งยืน

ผู้อยู่อาศัยในชุมชนคลองเตยมีประวัติศาสตร์การเคลื่อนไหวของพลเมืองที่ต้องการพื้นที่อยู่อาศัยร่วมในเมือง และมีส่วนร่วมกับนโยบายการพัฒนาพื้นที่ในกรุงเทพฯ คลองเตย มีประชากร 100,956 คน ทั้งคนไทยและผู้ย้ายถิ่น ใน 43 ชุมชนย่อยที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ 12.99 ตารางกิโลเมตร จัดเป็นชุมชนแออัดที่ใหญ่ที่สุดใจกลางเมือง ชาวคลองเตยเตยเดิม และผู้ย้ายเข้ามาใหม่มีอาชีพสถานภาพ และวิถีชีวิตที่หลากหลาย และทำงานบริการหล่อเลี้ยงภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่รับจ้างส่งผักในตลาดสด ไปจนถึงพนักงานในสถานบันเทิงชั้นนำในส่วนต่าง ๆ ของเมือง

ชุมชนคลองเตยเตยได้รับการสนับสนุนส่วนใหญ่จากองค์กรพัฒนาเอกชน โดยไม่ค่อยได้รับความสนใจจากรัฐบาล กลุ่มอาสาสมัครและองค์กรพัฒนาเอกชน หลายกลุ่มจัดตั้งขึ้นในชุมชนด้วยความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และเครือข่าย แนวร่วมปฏิบัติและความร่วมมือเห็นได้ชัดในระหว่างการรับมือสถานการณ์โควิด-19 ที่ระบาดในชุมชนซึ่งถูกจุดประกายด้วยการระบาดระลอกที่สาม มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้อยู่อาศัยในชุมชนติดเชื้อ ชุมชนคลองเตยกลายเป็นศูนย์กลางของการระบาดใหญ่ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้นำชุมชนให้ความไว้วางใจแก่องค์กรพัฒนาเอกชน และทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทำการตรวจคัดกรองโควิด-19 และการแยกกักตัว พวกเขาได้จัดตั้งศูนย์พักคอยชั่วคราวที่วัดกำแพง ซึ่งเป็นวัดในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล มีการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในพื้นที่การระบาดในชุมชนช่วยให้คนในชุมชนที่มีสุขภาพดีแต่ไม่มีงานทำได้ให้การสนับสนุนการรับมือโรคระบาดในชุมชน[13]

มีการริเริ่มโครงการอาสาสมัครชุมชนในช่วงการระบาดของโควิด-19 เพื่อพิจารณาว่ายุทธวิธีตอบโต้ที่สามารถนำมาใช้ในชุมชนคลองเตยท่ามกลางการรับมือกับโรคระบาดใหญ่และแสวงหาความยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย 1) การพิจารณาการพัฒนาคลินิกชุมชนโดยได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารกทม. เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพสำหรับผู้อยู่อาศัยแบบไม่เป็นทางการ (informal settler) แรงงานนอกระบบประมาณ 500 คน อาศัยอยู่ในบริเวณที่อยู่อาศัยใหม่ของชุมชน และ 2) การระดมสถาปนิก นักวางผังเมือง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อหารือมาตรการสนับสนุนการวางผังเมือง และการออกแบบเมืองโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้อยู่อาศัยในชุมชนที่เป็นคนชายขอบ อย่างไรก็ตาม คำถามที่สำคัญคือ การริเริ่มเหล่านี้จะได้รับการสนับสนุนจากนายทุนภาคเอกชนหรือไม่ และกลุ่มผู้มีรายได้สูงมีความยินดีที่จะแบ่งปัน และออกแบบพื้นที่เมืองใหม่สำหรับทุกคนหรือไม่

ความท้าทาย

การระบาดของโควิด-19 ทำให้การเข้าถึงพื้นที่ปลอดภัยในเมืองเป็นไปได้ยาก สำหรับคนส่วนใหญ่ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนเมือง พื้นที่ปลอดภัยของเมืองกลายเป็นพื้นที่น่ากลัว เช่น โรงพยาบาล สวนสาธารณะ โรงเรียน วัด ฯลฯ โรคระบาดทำให้ความเหลื่อมล้ำรุนแรงขึ้น และเพิ่มความเปราะบางให้แก่ประชาการกลุ่มที่มีความเปราะบางอยู่แล้ว บางคนต้องกลายเป็นคนไร้บ้านหรือต้องใช้ชีวิตอยู่ตามท้องถนน ในขณะที่บางคนต้องกลับบ้านที่ต่างจังหวัดเนื่องจากตกงาน แม้ว่ากรุงเทพ ฯ จะต้องพึ่งพาแรงงานย้ายถิ่นทั้งใน และต่างประเทศ แต่มีการดำเนินการช่วยเหลือชนชั้นแรงงานเพื่อแก้ไขเฉพาะหน้า ไม่ได้เอาจริงเอาจัง และเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นในแง่เปิดและปิดพื้นที่สาธารณะ การคมนาคมขนส่ง หรือสวัสดิการสังคม การระบาดของโควิด-19 กระตุ้นให้มองการพัฒนาเมืองในมิติใหม่ ๆ ที่เชื่อมโยงระหว่างธรรมชาติ สุขภาพจิต และสุขภาวะ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานต่างคนต่างทำของหน่วยงานต่าง ๆ มาเป็นแนวทางบูรณาการใหม่ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนามาตรการป้องกัน และควบคุมโรค จากการมุ่งความสนใจไปที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว ไปสู่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบาดวิทยา และลักษณะทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ และยังต้องการแนวคิดใหม่ ๆ ชุดข้อมูล และคำถามจากหลากหลายสาขาวิชา รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการแพทย์ วิศวกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรม และสังคมศาสตร์

อ้างอิง

1. Interview with Kaylee, K. Interview with Kaylee, K. 2021.
2. Patty. Interview with Patty. 2020.
3. Engblom PA, Lephilibert N. International Labour Organization Country Office for Thailand, Cambodia and Lao PDR. :19.
4. tdri. ผลกระทบของ Covid-19 ที่มีผลต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย [Internet]. TDRI: Thailand Development Research Institute. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://tdri.or.th/2020/08/covid-19-impact-on-migrant-workers/
5. Ministry of Interior. โทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย เรียน ผวจ.ทุกจังหวัดเรื่องผู้บักลอบเข้าเมือง [Internet]. 2020. Available from : https://www.moicovid.com/wp-content/uploads/2021/05/มท0230-ว2591-ลว.-22พ.ค.64-เรียน-ผวจ.ทุกจังหวัด-เรื่อง-ผู้บักลอบเข้าเมือง.pdf
6. กรุงเทพมหานคร. แผนการพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี(พ.ศ. 2556-2575) [Internet]. 2020. Available from : https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000130/planing/Plan%2020%20Years.pdf
7. Bangkok [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: http://203.155.220.209/main/page.php?&550-&type=detail&id=115692
8. TSRI-Factsheet-ผลกระทบโควิด-19-ต่อชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้านและคนจนเมือง-คนไร้บ้านในสถานการณ์โควิด-19-ตุลาคม-2563.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.tsri.or.th/dl/312/TSRI-Factsheet-ผลกระทบโควิด-19-ต่อชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้านและคนจนเมือง-คนไร้บ้านสถานการณ์โควิด-19-ตุลาคม-25
9. Suhartono M, Beech H. Thai Protesters Are Back, and Angrier, as Government Fumbles on Covid. The New York Times [Internet]. 2021 Sep 5 [cited 2021 Dec 31]; Available from: https://www.nytimes.com/2021/09/05/world/asia/thailand-protesters-covid.html
10. Wetchayont P. Investigation on the Impacts of COVID-19 Lockdown and Influencing Factors on Air Quality in Greater Bangkok, Thailand. Adv Meteorol. 2021 Feb 4;2021:e6697707.
11. Platform Economy [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/thailand/14771.pdf
12. อนุทินยอมรับฐานข้อมูลคนไข้ สธ. ถูกแฮก สั่งเร่งปรับปรุงความปลอดภัยระบบ [Internet]. BBC News ไทย. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-58472276
13. Klongtoey Deejang. โครงการให้ความช่วยเหลือชุมชนแออัดเพื่อแก้ปัญหาการระบาดของ โควิด-19. 2020

กรณีศึกษาที่ 6

บทบาทของภาคเอกชน และอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม และการสนับสนุนจากภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วมในช่วงการระบาดของโควิด-19

ผู้เขียน สุมนมาลย์ สิงหะ

บทนำ

ภายหลังการประกาศให้โควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก(1) ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ระดมทรัพยากรทั้งภายใน และต่างประเทศ เพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ตลอดระยะเวลาการระบาด ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วโลกได้นำไปสู่วงจรการรับมือต่าง ๆ ของการขาดแคลนเวชภัณฑ์ ทรัพยากรบุคคล และการเข้าถึงสินค้าอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน การระบาดครั้งนี้ได้นำความเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดำเนินชีวิต และวิธีการให้บริการสุขภาพมาสู่สาธารณชน

อาสาสมัครมีบทบาทสำคัญในการสะท้อนความต้องการของประชาชน ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดใหญ่ พวกเขาทำให้ภาครัฐปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงวิธีการรับมือเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น บรรดาอาสาสมัครมีบทบาทระดมทรัพยากรที่จำเป็นแก่ภาคบริการสุขภาพ และมีการจัดสรรอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งช่วยลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพเมื่อมีโอกาส อาสาสมัครปฏิบัติหน้าที่ เพื่อช่วยลดความไม่เป็นธรรมที่เกี่ยวกับการเข้าถึงการดูแลในหลายชุมชนในประเทศไทย

การศึกษานี้บันทึกบทบาทของงานอาสาสมัครเชิงรุกทำงานเชื่อมต่อปฏิบัติการสังคม เปิดเผยการจัดการบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมของภาครัฐ ได้ช่วยเติมเต็มช่องว่างสาธารณสุข และหลายข้อจำกัดระเบียบนโยบาย การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทของภาคประชาสังคม และภาคเอกชนในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประสบการณ์ร่วมในช่วงการระบาดของโควิด-19 สามารถแสดงให้เห็นถึงการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านการมีส่วนร่วมเชิงรุกของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ถกแถลง

การมีส่วนร่วมของชุมชน และบริการชุมชนในประเทศไทยฝังลึกด้วยวัฒนธรรม“การบริจาค” (charity) เพื่อบรรเทาทุกข์ในสถานการณ์วิกฤติ เช่น สึนามิในปี พ.ศ. 2547 หรือเหตุการณ์มหาอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 อาสาสมัคร กิจกรรมอาสาสมัคร และความเป็นหนึ่งเดียวของชุมชนถูกขับเคลื่อนผ่านการสงเคราะห์ ขณะที่ในช่วงการระบาดของโควิด-19 อาสาสมัครร่วมกันสร้าง “พื้นที่แห่งการดูแลใส่ใจ” โดยการขยายความช่วยเหลือให้แก่ชุมชนที่มีความเปราะบาง ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะที่อาสาสมัครต้องรับมือกับปัญหาเฉพาะหน้าอย่างชุลมุน พวกเขาก็ตั้งคำถามถึงมาตรการไม่เป็นธรรมของภาครัฐ และคาดหวังว่าเมื่อสถานการณ์โควิด-19 เริ่มสร่างซาลง พวกเขาจะมีโอกาสร่วมกันแสวงหาสาเหตุ ความจริง และพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อยืนหยัดฟื้นตัวจากสถานการณ์โควิด-19

การเคลื่อนย้ายของผู้คนและการวางแผงผังทรัพยากร

ตั้งแต่ช่วงแรกของการตรวจพบการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศ การรับมือของรัฐบาลให้ความสำคัญกับมาตรการทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งรวมถึงการให้ผู้ป่วยทุกคนที่ติดเชื้อโควิด-19 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจำกัดเฉพาะผู้ที่มีประวัติการสัมผัสกับผู้ติดเชื้ออย่างชัดเจนเท่านั้นจึงจะสามารถเข้ารับการตรวจเชื้อได้ มีความพยายามในการจัดหาวัคซีน แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างล่าช้า จนส่งผลให้เกิดการขาดแคลนวัคซีน ในขณะที่ตัวเลขผู้ติดเชื้อกำลังเพิ่มขึ้น ในช่วงระลอกที่สามของการระบาดใหญ่ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 มาตรการควบคุมโรคที่สำคัญในศูนย์กลางการระบาดต่าง ๆ ได้แก่ การคัดกรองผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถแยกผู้ติดเชื้อออกมาให้การดูแลได้ มาตรการนี้ยังมีความสำคัญต่อการป้องกันครอบครัวและชุมชนจากการติดเชื้อ การตรวจคัดกรองโควิด-19 ก็เป็นมาตรการที่จำเป็นเช่นกันในการช่วยให้ธุรกิจบางประเภทสามารถดำเนินการต่อไปได้ รวมถึงช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนของกิจกรรมทางสังคม และการล็อกดาวน์ตามพื้นที่ในระยะเวลาที่จำกัด อย่างไรก็ตาม มาตการต่าง ๆ เหล่านี้กลับไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากชุดทดสอบการติดเชื้อโควิด-19 มีจำกัด และควบคุมการใช้ชุดทดสอบนอกสถานพยาบาล

การล็อกดาวน์พื้นที่วงกว้างโดยขาดการวางแผนส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อผู้คนจำนวนมาก อาสาสมัครซึ่งแม้ว่าหลายคนจะได้รับผลกระทบจากมาตการโควิด-19 ด้วยเช่นกัน มีการรวมตัวขึ้นตั้งแต่การระบาดระลอกแรก และยังคงให้ความช่วยเหลืออย่างแข็งขันแก่สมาชิกชุมชนคนอื่น ๆ ในการระบาดระลอกที่สองและระลอกที่สามที่ตามมา[2] อาสาสมัครหลายกลุ่มก่อตั้งขึ้นจากสถานพยาบาล และในพื้นที่ชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer support) กลุ่มอาสาสมัครบางกลุ่มมีชื่อปรากฏใน “แผนผังของผู้มีส่วนร่วม” ที่ดัดแปลงมาจาก DoDone [3] ดังที่ปรากฏด้านล่าง

แผนผังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ผู้ปฏิบัติงานหลัก

Screening/Test

FAQ/Screening
- 1330 สปสช.
- 1422 กรมควบคุมโรค
- 1668 กรรมการแพทย์
- อาสาเฉพาะกิจ
- CoCARE
- Line สบายดีบอก
- อาสาเฉพาะกิจ
- เป็ดไทยสู้ภัยโควิด
- zen-dai
- Rural Doctor Club
- Klongtoey D-Jung
- Self-care volunteer group (migram camp in BKK)

ตรวจ/คัดกรอง
- 1330 สปสช.
- สถานพยาบาล
- Primary care
- หน่วยคัดกรองเชิงรุก กทม.
- สถานพยาบาลเอกชน
- CoCARE
- เทคนิคการแพทย์อาสา (ช่วยอ่านผลโควิด ตรวจเชิงรุกแคมป์คนงาน)

จัดสรรการรักษา
- สปสช.
- กทม.
- สสข.
- Co-link (DEPA ศนข.กรมการแพทย์)
- Co-ward
- คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชน

Home Isolation
- 1330 กด 14 สปสช.
- อปท.
- CocarePlus
- Com COVID-19 (Pre-register ก่อน สปสช.)

Community Isolation
- 23 ชุมชน โมเดล มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัยร่วม รพ.ปิยเวช
- คลองเตยโมเดล
- มูลนิธิอิสรชน (All service)
- Klongtoey D-Jung
- Self-care volunteer group (migram camp in BKK)

Hospital
- Uhosnet
- โรงพยาบาลเครือ กทม.
- คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชน

Field Hospital
- โรงพยาบาลสนามภาครัฐ
  - รพ.บุษราคัม
  - รพ.สนามธรรมศาสตร์
- โรงพยาบาลสนามภาคเอกชน
  - รพ.สนาม (มงกุฎวัฒนะ)

Hospitel

จัดการผู้เสียชีวิต
- มหาเถรสมาคม
- Jitasa care

Field hospital
- กรมสุขภาพจิต
- อาสาสุขภาพจิต
- Telemed-Chewii
- Waste management

Accessibility
- กทม. ศกก. ดูแลผู้พิการ
- มูลนิธิอิสรชน ดูแลคนไร้บ้าน (All service)
- กล้าอาสา (ดูแลกลุ่มแรงงานข้ามชาติ)

RESOURCE

จัดหาอาสาสมัคร
- CoCARE
- Jitasa care
- สมาคมเพื่อผู้บริโภค
- zen-dai
- Rural Doctor Club
- Klongtoey D-Jung
- Self-care volunteer group (migram camp in BKK)

Medical Vendar
- BOI
- โอสถศาลา
- TFC
- วิศวกรอาสา
- Bangkok Industrail Gas

Food & supple Vendar
- สมาคมภัตตาคาร

Patient logistics
- 1669 สพย.
- รถพยาบาลจิตอาสา

Supplies logistics
- ไปรษณีย์ไทย
- Local rider
- เป็ดไทย

IT/Tech/Communication solution
- True
- ธ.กรุงไทย
- Telemed-Startup ภาคเอกชน
- Test appointment
- GISDA
- Jitasa care (Resource map)
- เป็ดไทยสู้ภัยโควิด

PR

กลุ่มอาสาสมัคร
- Cocare
- กล้าอาสา
- Thaicare
- Test appointment

สื่อ/เพจต่างๆ
- อาสาเฉพาะกิจ
- TPBS
- หมดแล็บแพนด้า
- Drama addict

CAPACITY PLANNING AND POLICY
- Demand supply management - Local wanroom
- Demand fococasting - SD-Covid madelers
- Process design Scheduling สำหรับ Near future demand
- BOM - Dodone
- Capacity expension

KM
- กระทรวงสาธารสุข
- Uhosnet
- DoDone

แผนผังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ที่มา : ดัดแปลงจากเฟซบุ๊คเพจ DoDone https://www.facebook.com/DoDoneNotDoDie/

“แผนผังของผู้มีส่วนร่วม” แสดงให้เห็นว่าหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคมมีส่วนสนับสนุนซึ่งกัน และกันในช่วงโควิด-19 เช่น สภากาชาดไทย มูลนิธิ Friends of Service Workers มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการหรือ SWING Health House และมูลนิธิอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือแก่พนักงานบริการในเมืองพัทยาและ กทม. อาสาสมัครให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และครอบครัวที่อยู่ระหว่างการกักตัวโดยการแจกจ่ายอาหาร ถุงยังชีพ และสิ่งของอื่น ๆ ในขณะที่อาสาสมัครอีกส่วนช่วยในเรื่องการนำส่งผู้ติดเชื้อไปยังสถานพยาบาล การทำงานของอาสาสมัครดำเนินการโดยแนวทางระบบเชิงพื้นที่เพื่อที่จะสามารถดำเนินมาตรการการลดความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว และเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่

การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

นายกรัฐมนตรี พลเอก. ประยุทธ จันทร์โอชา มีโอกาสได้พบกับภาคเอกชนสองครั้ง ในเดือนเมษายน และเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยการประชุมทั้งสองครั้งประกอบด้วยผู้แทนจากสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หอการค้าไทย สมาคมธนาคารไทย และตัวแทนจากบริษัทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและภาคบริการอื่น ๆ ในการประชุมทั้งสองครั้ง ภาคเอกชนได้แสดงความสนใจในการสนับสนุนการจัดซื้อ และการจัดสรรวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรวัคซีนให้แก่แรงงานในภาคอุตสาหกรรมอย่างเร่งด่วน ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นแรงงานขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจที่สำคัญ

บริษัทเอกชนบางแห่งมีความกระตือรือร้นในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมากกว่าบริษัทอื่น ๆ เช่น บริษัทซัยโจ เด็นกิ ระดมบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้งจากสาขาวิศวกรรมศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อร่วมหารือเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมเพื่อพัฒนาห้องความดันลบสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุม และป้องโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (CDC) ห้องความดันลบเคลื่อนที่ห้องแรกสามารถควบคุมแรงดันอากาศลบในห้องและทำการฟอกอากาศเก่าก่อนที่จะปล่อยสู่ภายนอก นวัตกรรมดังกล่าวมีการพัฒนาร่วมกันกับบริษัทสยาม ซีเมนต์ กรุ๊ป (SCG) และติดตั้งนำร่องในโรงพยาบาลราชวิถี นวัตกรรมระบบแลกเปลี่ยนอากาศนี้ถูกนำมาใช้ในห้องที่ทำการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังจากโครงการนำร่องดังกล่าว บริษัทสยาม ซีเมนต์ กรุ๊ป (SCG) ได้ทำการพัฒนาห้องแยกป้องกันเชื้อความดันลบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถติดตั้งและใช้งานได้ง่าย และตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล[4]

ผู้บริหาร บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) ธุรกิจหลักของร้านสะดวกซื้อเฟรนไชส์ Seven Eleven ก่อตั้งโครงการ “คนไทยไม่ทิ้งกัน” ในช่วงการระบาดระลอกที่สามเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโควิด-19 โดยให้การสนับสนุนหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[5] นอกจากนี้บริษัท เหล็กสยามยามาโตะ จำกัด (SYS) และการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (EGAT) ยังให้การสนับสนุนการพัฒนา และการจัดหาเตียงกระดาษเพื่อใช้ในโรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอยผู้ป่วยโควิด-19

นอกจากนี้ยังมีบริษัทสิงห์ คอร์เปอเรชั่น และ กลุ่มบริษัทไทยเบฟที่บริจาคหน้ากาก และเจลแอลกอฮอล์ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วย

ความเชื่อมโยงอย่างเข้มแข็งระหว่างการกักกันในชุมชน และการกักตัวในที่พักอาศัย

กรุงเทพ ฯ และจังหวัดปริมณฑลมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมาก ทั้งกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองหรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ และผู้ป่วยสีแดงหรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาสาสมัครก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง และแยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกชุมชนที่ไม่ติดเชื้อ และให้ความช่วยเหลือในการแยกกักตัวที่บ้าน และการแยกกักตัวในชุมชน ตัวอย่างเช่น

Thai CoCare คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อาสาที่ได้พัฒนาการแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือขึ้นเพื่อช่วยเหลือประชาชนจำนวนมากที่อยู่ระหว่างการกักตัว ประกอบด้วยอาสาสมัคร 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ เภสัชกร และนักสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 คือ พยาบาล และกลุ่มที่ 3 คือแพทย์ ซึ่งอาสาสมัครจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยผ่านทางวิดีโอคอล และแชทออนไลน์ และยังมีจากองค์กร NGOs ด้านสุขภาพ เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และกระจายยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น โดยอาสาสมัครกลุ่มแรกยังได้ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมวิศวกร เพื่อขอรับการสนับสนุนสำหรับการพัฒนาห้องความดันลบภายใต้เวลา และงบประมาณที่จำกัด ในปีพ.ศ. 2563 และพ.ศ. 2564 กลุ่ม Thai CoCare มีการรวมตัวกันสองครั้งในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 และเดือนพฤษภาคม 2564[6]

ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และอาสาสมัครชุมชน[10] ผนึกกำลังร่วมกันกับอาสาสมัคร เพื่อช่วยคัดกรองเชิงรุกผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดระหว่างการระบาดระลอกที่สาม โดยทีมงานสามารถแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชนผ่านการคัดกรองสามรอบ และสามารถป้องกันผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ติดเชื้อไม่ให้เดินทางกลับไปยังบ้านเกิดในจังหวัดต่าง ๆ การตรวจคัดกรองเชิงรุกดำเนินการในพื้นที่ชุมชนแออัดคลองเตย ซึ่งตั้งอยู่ใจกลางกรุงเทพ ฯ ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค

องค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย และมูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร ให้ความช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติด้วยการตรวจคัดกรองโควิด-19 และรวบรวมข้อร้องเรียนจากชุมชนกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อไปยังรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อกังวลของชุมชนได้รับการพิจารณา

กลุ่มอาสาสมัครเส้นด้าย ทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐใน เขต 6 กทม. ภายใต้การนำของอดีตผู้สมัครผู้ว่ากทม.จากพรรคการเมืองหนึ่ง สู่การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานพยาบาล โดยเริ่มด้วยอาสาสมัครจำนวน 3-4 คน เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2564 ก่อนจะเพิ่มจำนวนไปกว่า 80 คน ภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน โดยให้ความช่วยเหลือทั้งในกรุงเทพ และปริมณฑล ศูนย์รอยต่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 มากกว่า 2,200 ราย ที่รอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้รถยนต์วิ่งให้ความช่วยเหลือมาแล้วกว่า 5,000 เที่ยว และให้คำแนะนำ และแนวทางกับผู้ป่วยผ่านคอลเซ็นเตอร์ตามข้อมูลที่มีการรวบรวมจากผู้ป่วยกว่า 13,000 คน กลุ่มเส้นด้ายได้จัดตั้งศูนย์รอยต่อที่จังหวัดปทุมธานี ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปทุมธานี และอาสาสมัครด้านต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร นักจิตวิทยา และนักเทคนิคการแพทย์[7]

การบรรเทาทุกข์แก่ชุมชน และการแยกกักตัวที่บ้าน

ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) มีมติให้ปิดแคมป์คนงานก่อสร้างในเขตพื้นที่จังหวัดสีแดงเข้มที่มีอัตราผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูง เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2564[13] มีของ“กลุ่มคนดูแลกันเอง” เกิดขึ้น ในช่วงเดือนแรก พวกเขาสร้างเครือข่ายด้วยการประสานกับผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชา และในหลายพื้นที่ทั่วกรุงเทพ ฯ ที่ต้องการความช่วยเหลือ พวกเขารวบรวมข้อมูลจากการสำรวจมาพัฒนาแผนที่ชุมชนของพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน และจัดการระบบจัดการข้อมูล เพื่อรองรับการสื่อสารภายในหนึ่งเดือนหลังการก่อตั้งกลุ่ม พวกเขาสามารถส่งอาสาสมัครกว่า 10,000 คน เข้าช่วยเหลือ 650 แคมป์งานก่อสร้าง และเข้าถึงแรงงานได้มากกว่า 50,000 คน[8]

คลองเตยดีจัง ร่วมกับสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จ้างงานในชุมชนให้ตรวจสอบ และเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนใหม่ในชุมชนคลองเตย รวบรวมข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพของครัวเรือน จากผู้ลงทะเบียน 1,469 คน และ 454 ครัวเรือน[9] โดยมีจุดประสงค์ เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง และยังช่วยคัดกรองเบื้องต้น แยกผู้ติดเชื้อ และดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเบื้องต้นได้อำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลตามความจำเป็น การวางแผนการจัดหาทรัพยากรให้แก่ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วย ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที สิ่งนี้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่อ้างอิงจากการรับมือของคลองเตยในการนำไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ในเขตเมือง

ความท้าทาย

แม้ว่าแรงงานข้ามชาติ และแรงงานในเมืองจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด แต่พวกเขากลับไม่มีอำนาจต่อรองในการเข้าถึงทรัพยากร หรือการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 แรงงานกลุ่มนี้มักถูกกีดกันทางสังคม หรือถูกเลือกปฏิบัติ ในขนะที่ต้องใช้ชีวิตท่ามกลางความเสี่ยงสูง และมีโอกาสได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการระบาดใหญ่ แรงงานกลุ่มนี้กลับต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการต่อรองกับผลกระทบจากมาตรการต่าง ๆ ที่ถูกประกาศใช้เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรค เช่น การกักตัว นอกจากนี้โครงสร้างทางสังคมที่มีอยู่ไม่อนุญาตให้คนกลุ่มนี้บรรลุและคงไว้ซึ่งความสามารถในการตอบสนองต่อวิกฤตโรคระบาด

ภาคเอกชน และอาสาสมัครมีบทบาทเชิงรุกอย่างไม่เป็นทางการในการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของชุมชนในช่วงโควิด-19 โดยภาคเอกชน และอาสาสมัครให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การป้องกันและควบคุมโรค การเข้าถึงเตียงในโรงพยาบาล จัดหาวัคซีน การวินิจฉัยโรคและการให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงการตั้งครัวกลาง เพื่อจัดหาอาหารแต่ละมื้อ และการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวและสมาชิกในชุมชนที่ต้องเข้ารับการกักตัว พวกเขาระดมทรัพยากร และทักษะความรู้เพื่อสนับสนุนการรับมือโควิด-19 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยชีวิตและบรรเทาทุกข์แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุด โดยหน่วยงาน และอาสาสมัครได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลบางส่วน

การบริหารจัดการที่ผิดพลาดเกี่ยวกับโควิด-19 ทำให้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมทวีความรุนแรงมากขึ้น และเผยให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งนำไปสู่การที่ประชาชนส่วนหนึ่งทำการท้าทายผู้มีอำนาจ สิ่งนี้อาจนำไปสู่การตื่นตัวทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับการก่อตัวของกลุ่มการเมือง การเคลื่อนไหวทางการเมืองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ที่อาจเกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู และบรรเทาทุกข์อาจสร้างโอกาสให้กลุ่มใหม่ ๆ เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการทางเศรษฐกิจและการเมือง ที่สร้างอัตลักษณ์ทางการเมืองใหม่ที่มาพร้อมการต่อรองผลประโยชน์ให้แก่กลุ่มด้อยโอกาส การเคลื่อนไหวทางการเมืองที่เกิดขึ้นใหม่นี้ยังท้าทายสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และท้าทายความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีอยู่เดิม ดังที่เห็นจากการประท้วงของบุคลากรทางการแพทย์และพลเมืองในประเทศไทยในประเด็นเกี่ยวกับความพร้อมของวัคซีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในรัฐบาลอย่างน้อย 9 แห่งทั่วโลก ได้แก่ การลาออกของรัฐมนตรีสาธารณสุขเนื่องจากการจัดการรับมือโรคระบาดที่ผิดพลาดในอาร์เจนตินา[10] เอกวาดอร์[11] สหราชอาณาจักร อินเดีย และมองโกเลีย นอกจากนี้ยังมีแรงกดดันต่อสำนึกความรับผิดชอบของผู้นำทางการเมือง

อ้างอิง

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020
2. Thailand's one million health volunteers hailed as coronavirus heroes : Thai Health Promotion Foundation - The sustainabillty of well-being for Thai people [Internet]. Thaihealth.or.th. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://en.thaihealth.or.th/eng%2FInfographics%2F297%2FThailand%27s+one+million+health+volunteers+hailed+as+coronavirus+heroes%2F
3. Dodone SupplyChainBoardCovid2021_Draft20210717 [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://docs.google.com/presentation/d/1OlZz89tb4DjULRjqY90g51JO2vRfNaDAgbMGtZzA6eU
4. เบื้องหลัง "นวัตกรรมป้องกันโควิด-19" อาวุธปกป้องแพทย์-พยาบาล ช่วยคลี่คลายวิกฤตโควิด-19 ในไทย [Internet]. SCG Innovation. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.scg.com/innovation/anti-covid19-innovation-behide-the-scenes/
5. ซีพี ออกแถลงการณ์ ช่วยเหลือประชาชนช่วงวิกฤตโควิด-19 [Internet]. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.prachachat.net/economy/news-716757
6. นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์ ทางเลือกสู้'โควิด-19' [Internet]. bangkokbiznews. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.bangkokbiznews.com/social/1764
7. รวมภารกิจคนอาสาช่วยเหลือเหยื่อโควิด ในวิกฤตที่รัฐยังคุมไม่ได้ [Internet]. BBC News ไทย. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.bbc.com/thai/thailand-58096985
8. กลุ่มคนดูแลกันเอง : เมื่อรัฐทอดทิ้ง ประชาชนเลยต้องลุกขึ้นมาดูแลตัวเอง [Internet]. SARAKADEE LITE. [cited 2021 Dec 31]. Available from: https://www.sarakadeelite.com/faces/noonecaresbangkok/
9. เอกสารโครงการระดมความช่วยเหลือฯ กลุ่มคลองเตยดีจัง (ณ วันที่ 17 พ.ค. 2564), เอกสารอัดสำเนา
10. Argentina health chief asked to resign over VIP vaccine, Aljazeera , Feb,20 2021 source : scandalhttps://www.Aljazeera.com/news/2021/2/20/argentina-health-chief-asked-to-resign-after-vip-vaccine-access?fbclid=IwAR0SJn1vD7uWzJYjkiKU3jG-VHk1j7dfRiZcIMQtxpIn4kyQF1TumKPaI34
11. Coronavirus in Ecuador | Health minister resigns after 19 days in office and amid a vaccination scandal, Newsbeezer, March 20, 2021 source: https://newsbeezer.com/perueng/coronavirus-in-ecuador-health-minister-resigns-after-19-days-in-office-and-amid-a-vaccination-scandal/?fbclid=IwAR0SJn1vD7uWzJYjkiKU3jG-VHk1j7dfRiZcIMQtxpIn4kyQF1TumKPaI34

กรณีศึกษาที่ 7

บทบาท และอิทธิพลของสื่อ และสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดและชี้ให้เห็นถึงความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย

ผู้เขียน: อาภาลักษณ์ ปาติยเสวี

บทนำ

สื่อในประเทศไทยได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในทศวรรษที่ผ่านมา โดยการปรับโฉมธุรกิจใหม่ผ่านการเข้ามาของแพลตฟอร์ม และเทคโนโลยีใหม่ ๆ และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป โฆษณาซึ่งเป็นแหล่งรายได้หลักของสื่อกระแสหลักลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยลดลงจาก 12,782 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 3,834 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2563 สำหรับสื่อสิ่งพิมพ์ อ้างอิงจากการสำรวจของ Nielsen Survey ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2563(1) หลายธุรกิจต้องปรับตัวสู่แพลตฟอร์มใหม่อย่างแพลตฟอร์มบนอินเตอร์เน็ต ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงการระบาดของโควิด-19 สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line, Twitter, Instagram, YouTube, TikTok, Club House และอื่น ๆ ได้กลายมาเป็นที่นิยมในประเทศไทย

การระบาดของโควิด-19 ผลักดันให้สื่อกระแสหลักต้องพยายามหาแพลตฟอร์มดิจิตอลที่แตกต่างต่อไป และเปลี่ยนวิธีการนำเสนอเนื้อหา เพื่อให้แตกต่างจากสำนักสื่ออื่น และเพื่อให้เหมาะสมกับผู้บริโภค การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญในการนำไปสู่การปิดตัวลงหรือการลดขนาดของสื่อบางประเภท(2) ในขณะเดียวกันโควิด-19 ได้ช่วยส่งเสริมการเกิดขึ้นของสื่อดิจิทัลใหม่ สื่อสังคมออนไลน์มีการขยายตัว และเปลี่ยนแปลงอย่างอย่างมากจากเดิมที่เน้นเพียงการแลกเปลี่ยนข้อมูลไปเป็นการส่งเสริมการทำธุรกิจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-commerce)(3) การเรียนออนไลน์(4) และเพื่อความบันเทิง(5)

กรณีศึกษานี้อภิปรายบทบาท และอิทธิพลของสื่อ และสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนด และชี้ให้เห็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย กรณีศึกษานี้พิจารณาบทบาทของนักข่าวในการใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกันกับนักข่าวพลเมือง และแพลตฟอร์มบนอินเตอร์เน็ต นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงบทบาทของตัวแสดงหลัก ได้แก่ ผู้นำ องค์กร บุคคลสาธารณะ และภาคประชาสังคมในด้านความยุติธรรมทางสุขภาพ โดยอภิปรายว่าสื่อกระแสหลัก และสื่อสังคมออนไลน์ถูกใช้ในการประนีประนอมหรือต่อรองอำนาจและปฏิบัติการที่เกิดขึ้นระหว่างการระบาดของโควิด-19 และยังเน้นย้ำความกังวลที่มีต่อการแปะป้าย (labelling) ต่อตัวบุคคล และการจัดการข่าวปลอมท่ามกลางการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการปราบปรามข้อมูลที่บิดเบือนหรือข้อมูลเท็จ

ถกแถลง

สื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ค (Facebook) และ ไลน์ (Line) กลายเป็นช่องทางเผยแพร่ข้อมูลหลัก ไม่ว่าจะเป็นการรายงานสถานการณ์ประจำวัน โดย ศบค. กระทรวงสาธารณสุข หรือแถลงการณ์อย่างเป็นทางการจากนายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เช่นเดียวกัน นักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผู้มีอิทธิพลบนสื่อสังคมออนไลน์ หรืออินฟลูเอนเซอร์ นักการเมือง และประชาชนทั่วไป มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับสถานการณ์ การตัดสินใจของรัฐบาล และผลกระทบจากการรับมือโรคระบาดที่มีต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ

เสรีภาพของสื่อมวลชน

ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดสื่อไทยร่วมมือกับรัฐบาลในการสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19 รวมถึงมาตรการสาธารณสุขที่ทางการแนะนำแก่ประชาชน สื่อมวลชนรายงานสถานการณ์รายวันจาก ศบค. กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งยังได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และบุคคลสำคัญในสังคมอยู่เป็นประจำ การล็อกดาวน์ประเทศในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ทำให้นักข่าวไม่สามารถเข้าร่วมการแถลงข่าวของ ศบค. แบบพบหน้ากัน และเป็นการสื่อสารข้อมูลทางเดียว การประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ส่งผลต่อเสรีภาพของสื่อมวลชน(6) ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกับสื่อมวลชนถูกสะท้อนผ่านพฤติกรรม และข้อคิดเห็นของนายกรัฐมนตรี รวมถึงระเบียบที่นายก

รัฐมนตรีได้ประกาศใช้ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2564 ที่แสดงให้เห็นถึงความไม่พอใจของผู้นำรัฐบาลในการที่สื่อวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของรัฐบาล ในเหตุการณ์ที่นายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา แกล้งฉีดสเปรย์แอลกอฮอล์ใส่นักข่าว เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เพื่อหลีกเลี่ยงการตอบคำถาม จากเหตุการณ์ดังกล่าวนายกรัฐมนตรีถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักทั้งจากประชาชน และสื่อต่างประเทศถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม[7] ในปีพ.ศ. 2563 และพ.ศ. 2564 นายกรัฐมนตรีได้เรียกประชุมผู้บริหารระดับสูงของสื่อหลักของประเทศอย่างน้อยสามครั้ง และขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความร่วมมือกับรัฐบาลในการเผยแพร่ข้อมูลที่ประกาศโดยรัฐบาล

เสรีภาพในการแสดงออกของประชาชน

พล.อ.ประยุทธ์ขยายอำนาจในการควบคุมการแสดงความคิดเห็น ซึ่งรวมถึงอินฟลูเอนเซอร์และคนดังหรือผู้มีชื่อเสียง ด้วยการออกข้อกำหนดฉบับที่ 27 ภายใต้ พรก.ฉุกเฉิน ลงวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ข้อกำหนดห้ามเสนอข่าวหรือการทำให้แพร่หลาย

ของข้อความอันอาจทำให้ “เกิดความหวาดกลัวหรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉินจนกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ หรือความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน” นายกรัฐมนตรียังได้ออกข้อกำหนดฉบับที่ 29 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยให้อำนาจแก่สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.) ในการระงับการให้บริการอินเตอร์เน็ตแก่ผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยระงับการให้บริการอินเตอร์เน็ต หากผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็น หรือก่อให้เกิดความหวาดกลัว หรือพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวเป็นข้อมูลเท็จ (fake news) การตีความของรัฐในประกาศเหล่านี้ประกอบด้วยความคิดเห็นที่วิพากษ์วิจารณ์มาตการการควบคุมโรคระบาดของรัฐบาล ประกาศดังกล่าวถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักจากสื่อทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงนักเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชนและประชาชนทั่วไป มีการฟ้องร้อง พล.อ.ประยุทธจากสื่อออนไลน์ต่าง ๆ และทนายความสิทธิมนุษยชน กล่าวหานายกรัฐมนตรีฝ่าฝืนรัฐธรรมนูญ สมาคมนักข่าวไทย 6 แห่งได้ออกแถลงการณ์ร่วมเร่งให้นายกรัฐมนตรี ยกเลิกข้อกำหนดที่คุกคามเสรีภาพในการแสดงออกของสื่อ[8] องค์กรสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติจำนวน 17 องค์กร ได้ร่วมกันประณามรัฐบาลไทย โดยเรียกการกระทำดังกล่าวว่าเป็นการทำลายเสรีภาพในการแสดงออก และเสรีภาพในข้อมูลข่าวสาร[9] เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ศาลแพ่งได้ไต่สวนคำร้องจากตัวแทนสื่อ และทนายความด้านสิทธิมนุษยชนโดยพิจารณาว่า ไม่ปรากฏว่ามาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ให้อำนาจนายกรัฐมนตรี

ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือ แต่สร้างความสับสน

สวนดุสิตโพลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน 1,691 คน ระหว่างวันที่ 19 – 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบว่า ประชาชนสนใจข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน และอาการข้างเคียงมากที่สุด โดยเลือกเชื่อถือข้อมูลจากแพทย์ และบุคลาการทางการแพทย์มากที่สุด ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากที่สุด โดยผู้ตอบแบบสำรวจยังระบุด้วยว่า รู้สึกสับสนเกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลเรื่องวัคซีนของรัฐบาล

ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่สังคมมีความเชื่อมั่นสูง ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลผ่านบัญชีส่วนบุคคล แต่กระนั้นความน่าเชื่อถือลดลง เมื่อสังเกตจากความคิดเห็นของสาธารณชนที่แสดงความคิดเห็นต่อต้านบรรดาผู้เชี่ยวชาญในสื่อสังคมออนไลน์ในระยะเวลาที่ต่างกัน[11] นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาแก่นายกรัฐมนตรียังเสียความน่าเชื่อถือจากสาธารณชน และถูกวิพากษ์วิจารณ์จากบุคลาการทางการแพทย์แนวหน้า โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ด้อยอาวุโสกว่าถึงความไม่เอาจริงเอาจังกับการรับมือโควิด-19 ปฏิกิริยาเชิงลบต่อผู้เชี่ยวชาญอาวุโสยังเกิดขึ้นตามมา ภายหลังการแถลงข่าวที่จัดโดยพล.อ.ประยุทธ์หลังการประชุมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 พล.อ.ประยุทธ์ มีการแถลงด้วยท่าทางที่ปราศจากความกังวลพลางหัวเราะ เมื่อประกาศปิดแคมป์คนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพ ฯ และปริมณฑลเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโควิด-19[12][13] ซึ่งนำไปสู่การเรียกร้องจากสื่อสังคมออนไลน์ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาวุโสยังคงยึดถือหลักวิทยาศาสตร์ และไม่ทำตัวเป็นนักการเมือง

สื่อในฐานะผู้นำการเสวนา

เมื่อพบการระบาดของโควิด-19 จากคริสตัลคลับ ทองหล่อ กรุงเทพ ฯ สื่อสวนใหญ่มุ่งเน้นความสนใจไปที่นักการเมือง นักเที่ยว ซึ่งเป็นชนชั้นสูงในสังคม และพนักงานบริการ ภายในไม่กี่วันต่อมา พบคลัสเตอร์ผู้ติดเชื้อใหม่จากกลุ่มดังกล่าวในหลายส่วนของประเทศ โดยหนึ่งในนั้นคือชุมชนคลองเตย ชุมชนผู้มีรายได้น้อยที่ใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ผู้ติดเชื้อ 5 คนแรกที่ได้รับการรายงานจากชุมชนคลองเตยเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2564 แยกตัวเองไปอาศัยท้ายรถกระบะ เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อให้แก่สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ก่อนที่พวกเขาจะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2564 ในเวลาดังกล่าวการที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลถือเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ในขณะเดียวกันตัวเลขผู้ติดเชื้อในเขตเมืองก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการจัดการอภิปรายในที่สาธารณะถึงความเป็นไปได้ในการล็อกดาวน์ชุมชนคลองเตยท่ามกลางสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส ซึ่งเป็นสถานีโทรทัศน์สาธารณะ ได้จัดเวทีเสวนาสาธารณะโดยรวบรวมผู้แทนจากชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ กรุงเทพมหานคร เพื่อหารือมาตรการที่จะสามารถนำมาบังคับใช้ในชุมชนคลองเตยได้[14] นอกจากนี้สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส ยังได้มีการจัดงานเสวนาอีกหลายครั้ง และผลจากการเสวนาที่จัดขึ้นต่าง ๆ สมาชิกในชุมชนได้เสนอให้มีการจัดตั้งคณะทำงานไตรภาคีประกอบด้วยตัวแทนจากชุมชน กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อร่วมตัดสินใจการรับมือโควิด-19 ในชุมชน ความร่วมมือดังกล่าวนำไปสู่การคัดกรองผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประจำวัน และการเตรียมความพร้อมของวัดสะพานซึ่งเป็นวัดในชุมชนในการรับหน้าที่เป็นศูนย์พักคอยสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับการยืนยัน ระหว่างที่รอส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล คณะทำงานยังได้จัดให้มีการฉีดวัคซีนในชุมชน[15] การริเริ่มเชิงรุกนี้แสดงให้เห็นถึงความเข็มแข็งของสื่อในการส่งเสริมการอภิปราย เพื่อการรับมือในระดับท้องถิ่น โดยรวบรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน

ข่าวปลอม และความจริงอันน่าขมขื่น

ในวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เพียงวันเดียวพบภาพผู้เสียชีวิต 3 ศพ นอนอยู่บนถนนสายต่าง ๆ ในกรุงเทพฯท่ามกลางการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19[16] ภาพดังกล่าวถูกเผยแพร่อย่างกว้างขวางบนสื่อสังคมออนไลน์ ทั้งสามศพต้องอยู่บนท้องถนนเป็นเวลานานหลายชั่วโมงระหว่างรอเจ้าหน้าที่กู้ภัยในชุด PPE เข้าให้การเก็บกู้ร่าง เจ้าหน้าที่กู้ภัยต้องทำการตรวจโควิด-19 ทุกศพก่อนจะทำการเคลื่อนย้ายศพออกจากที่เกิดเหตุ หลังเหตุการณ์ผู้เสียชีวิตที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันเหล่านี้ นายกรัฐมนตรีได้สั่งการไปยัง ศบค. ไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ซ้ำอีก หากแต่เพียงไม่กี่วันต่อมาก็ปรากฏภาพของผู้เสียชีวิตบนท้องถนนขึ้นอีกครั้ง ในวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีการเผยแพร่ภาพถ่ายหลายภาพของผู้ชายคนหนึ่งที่นอนอยู่บนถนนที่ต่างกันสองสายบนสื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตาม สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้แถลงว่าเรื่องดังกล่าวเป็นข่าวปลอม และยังเตือนประชาชนเกี่ยวกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ และ พรก. ฉุกเฉิน ซึ่งมีโทษจำคุก 5 ปี และ/หรือ ปรับไม่เกิน 100,000 บาท โดยภายหลังพบว่าภาพถ่ายดังกล่าวเป็นภาพของชายไร้บ้าน ซึ่งสะท้อนความจริงอันขมขื่นของชีวิตในเมืองหลวง ภาพของชายคนดังกล่าวถูกเผยแพร่บนสื่อสังคมออนไลน์เนื่องจากความกังวลว่าเขาอาจติดโควิด-19 และต้องการความช่วยเหลือตลอดช่วงการระบาด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคมได้จัดงานแถลงข่าวหลายครั้ง และข่มขู่ว่าจะดำเนินการทางกฎหมายกับสื่อและอินฟลูเอนเซอร์ โดยกล่าวหาว่าพวกเขายุยงและเผยแพร่สิ่งที่รัฐบาลกล่าวอ้างว่าเป็นข่าวปลอมซึ่งรวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์รัฐบาล มีการห้ามสื่อ และประชาชนโพสต์หรือแชร์ข้อมูลที่วิพากษ์วิจารณ์รัฐบาลหรือแนวทางการรับมือโควิด-19 ของรัฐบาลเนื่องจากอาจเป็นการชวนเชื่อให้เกิดความกลัว และก่อให้เกิดความสับสนแก่สาธารณชน[17][18]

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 สื่อบางสำนักในประเทศไทยมีการใช้ภาษาที่สื่อไปในการเลือกปฏิบัติต่อชาวต่างชาติ เช่น มีการเรียกชาวต่างชาติว่าเป็น “พาหะ” (carrier) หรือ “ผู้แพร่กระจายเชื้อ” (spreader) โดยการใช้ภาษาดังกล่าวยังคงพบได้แม้กระทั่งหลังจากที่ประเทศไทยเริ่มรายงานการติดเชื้อในประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล เรียก “ฝรั่ง” หรือ คนผิวขาว (Caucasians) ว่า ‘สกปรก’ (dirty) และกล่าวโทษพวกเขาว่าเป็นตัวการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในประเทศ[19] ซึ่งเป็นช่วงที่ยุโรปกลายเป็นศูนย์กลางของการระบาดใหญ่ทั่วโลกในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ตลอดช่วงการระบาดในปีพ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 พบการใช้การสื่อสารที่สร้างความเกลียดชัง (hate speech) ทั้งจากสื่อ นักการเมือง อินฟลูเอนเซอร์ และจากประชาชนบางกลุ่มต่อชาวต่างชาติ และแรงงานข้ามชาติ นายกรัฐมนตรี และข้าราชการระดับสูงหลายคนกล่าวโทษแรงงานผิดกฎหมาย และชาวต่างชาติ สำหรับการแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทยระหว่างการ

แถลงข่าวหลายต่อหลายครั้ง ความรู้สึกต่อต้านชาวเมียนมาร์ถูกรายงานในสื่อกระแสหลัก และในสื่อสังคมออนไลน์ จนถึงขั้นที่มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานเรียกร้องให้คนไทยยุติการแปะป้าย (labelling) ว่าคนเมียนมาร์เป็นผู้แพร่เชื้อโควิด-19[20] โดยกลุ่ม Independent Social Media Monitoring for Peace Group รายงานว่า พบความคิดเห็นที่จัดเป็นคำพูดที่แสดงความเกลียดชังหลายร้อยข้อความบน YouTube, Facebook และ Twitter โดยบางข้อความมีการใช้คำพูดในเชิงเหยียดเชื้อชาติเพื่อส่งเสริมลัทธิชาตินิยม[21][22]

ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2564 เมื่อรัฐบาลมีคำสั่งล็อกดาวน์แคมป์งานก่อสร้างในกรุงเทพ ฯ และจังหวัดใกล้เคียง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 พบความวุ่นวายในการจัดการการล็อกดาวน์ คนงานก่อสร้างถูกกล่าวโทษในฐานะตัวการในการแพร่กระจายของโรคระบาดในประเทศ การตัดสินใจของรัฐบาลในการผลักดันให้คนงานก่อสร้างกลับบ้านต่างจังหวัด ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโควิด-19 ในหลายจังหวัด โดยการกล่าวโทษส่วนใหญ่มักพุ่งเป้าไปที่คนงานก่อสร้าง มากกว่าวิจารณญาณและการตัดสินใจของรัฐบาล[23]

คำว่า “แหล่งรังโรค” ที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในเชิงระบาดวิทยาเพื่ออ้างอิงถึงแหล่งที่พบเชื้อ (disease reservoirs) เมื่อมีการนำคำดังกล่าวไปใช้ในชีวิตประจำวันกับบุคคลทั่วไป กลับพบว่าคนที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่ กลุ่มสังคม หรืออาชีพที่ถูกเรียกว่าเป็นรังของโรคนั้นถูกตีตรา ตัวอย่างเช่น ผู้อยู่อาศัยในชุมชนคลองเตยในกรุงเทพ ฯ แรงงานข้ามชาติจากเมียนมาร์ในจังหวัดสมุทรสาคร และแรงงานก่อสร้าง ได้รับการสะท้อนเชิงลบในสื่อสังคมออนไลน์สำหรับการเป็นแหล่งหรือรังของโควิด-19[24]

ความท้าทาย

สื่อกระแสหลักมีบทบาทสำคัญในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งขยายขอบเขตเกินกว่าหน้าที่นักข่าวทั่วไป บทบาทสำคัญของพวกเขาคือการให้ข้อมูลที่รวดเร็ว โปร่งใส และถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น และเพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับเพื่อป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ การปฏิบัติหน้าที่ของสื่อมวลชนสามารถช่วยชีวิตประชาชนและลดแรงกดดันให้แก่ระบบสาธารณสุขและสังคม ในขณะเดียวกันสื่อยังมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบการตัดสินใจและการปฏิบัติงานของรัฐ อย่างไรก็ตามไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า ในการที่จะเดินไปข้างหน้า สื่อกระแสหลักในฐานะที่เป็นธุรกิจหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดด้วยเช่นกัน ก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเติบโตที่สำคัญของสื่อสังคมออนไลน์และนักข่าวพลเมืองในขณะที่ยังคงต้องรักษาจริยธรรมในวิชาชีพสื่อสารมวลชน

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมผนึกกำลังร่วมกับตำรวจในการกลั่นกรอง และประกาศกล่าวโทษและดำเนินการกับข่าวปลอม รวมถึงการข่มขู่สื่อ และผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์การรับมือโควิด-19 ของรัฐบาล ความสับสนของสาธารณชนเกิดจากประกาศเหล่านี้เป็นหลัก ความสับสนเกิดจากการเผยแพร่ข้อมูลโดยรัฐบาล และการควบคุมการแสดงความคิดเห็นในสื่อสังคมออนไลน์ที่ก่อให้เกิดการเผยแพร่ข่าวลือ ข้อมูลเท็จ และข่าวปลอม

นอกจากนี้ บุคคลสำคัญของรัฐบาล และอินฟลูเอนเซอร์บางคนยังใช้ภาษาที่สร้างความเกลียดกลัวชาวต่างชาติ เหยียดเชื้อชาติ และเลือกปฏิบัติต่อประชากรบางกลุ่ม โดยข้อความเหล่านี้จัดทำขึ้นโดยไม่มีการกล่าวคำขอโทษหรือการแก้ไขใด ๆ

อ้างอิง

1. Limited BPPC. Nielsen calls for brands to keep up spending on ads. Bangkok Post [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bangkokpost.com/business/2078443/nielsen-calls-for-brands-to-keep-up-spending-on-ads
2. Thailand Media Landscape 2021 - Overview : [Internet]. สำนักข่าวอินโฟเควสท์. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.infoquest.co.th/thailand-media-landscape-2021/overview-en
3. How COVID-19 triggered the digital and e-commerce turning point | UNCTAD [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://unctad.org/news/how-covid-19-triggered-digital-and-e-commerce-turning-point
4. Limited BPPC. Online learning falls short in Covid era. Bangkok Post [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/2180675/online-learning-falls-short-in-covid-era
5. Get your concert kicks online [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokpost.com/life/arts-and-entertainment/1940728/get-your-concert-kicks-online
6. Thailand: Emergency Decree restricts press freedom / IFJ [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.ifj.org/media-centre/news/detail/category/press-releases/article/thailand-emergency-decree-restricts-press-freedom.html
7. Hand sanitiser and banana peels: Normalising Prayut's bizarre behaviour [Internet]. Southeast Asia Globe. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://southeastasiaglobe.com/prayut-press-freedom/
8. Roney T. As COVID-19 Spikes, Thailand Goes After the Press [Internet]. Foreign Policy. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://foreignpolicy.com/2021/08/02/pandemic-news-thailand-protests/
9. Thailand: Immediately repeal emergency regulation that threatens online freedoms [Internet]. International Commission of Jurists. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.icj.org/thailand-immediately-repeal-emergency-regulation-that-threatens-online-free-doms/
10. Limited BPPC. Civil Court blocks PM's gag on free speech. Bangkok Post [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2161247/civil-court-blocks-pms-gag-on-free-speech
11. Almost half of Thais trust social media for Covid info: poll [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2154415/almost-half-of-thais-trust-social-media-for-covid-info-poll
12. Big Tu has begun to discuss urgently. The team of doctors discuss the lockdown of Bangkok. Please don't compare Chinese people with different disciplines. [Internet]. Newsdirectory3. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.newsdirectory3.com/big-tu-has-begun-to-discuss-urgently-the-team-of-doctors-discuss-the-lockdown-of-bangkok-please-dont-compare-chinese-people-with-different-disciplines/
13. Reuters. Thailand to shut construction sites, seal off camps to contain virus. Reuters [Internet]. 2021 Jun 25 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.reuters.com/world/asia-pacific/thailand-shut-construction-sites-seal-off-camps-contain-virus-2021-06-25/
14. The Active - [LIVE] 13.35 น. "โควิด-19 รุกคลองเตย : ช่วยชีวิต ปิดจุดเสี่ยง" #เวทีสาธารณะ (24 เม.ย. 64) เมื่อโควิด-1 | Facebook [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.facebook.com/theactive.net/videos/live-1335-น-โควิด-19-รุกคลองเตย-ช่วยชีวิต-ปิดจุดเสี่ยง-เวทีสาธารณะ-24-เมย-64-เมื/806312406929
15. Eight measures to curb COVID-19 surge in Bangkok's Khlong Toey community [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thaipbsworld.com/eight-measures-to-curb-covid-19-surge-in-bangkoks-khlong-toey-community/
16. Three men found dead on Bangkok's streets, one tests positive for COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.thaipbsworld.com/three-men-found-dead-on-bangkoks-streets-one-tests-positive-for-covid-19/
17. Thailand Begins Crackdown on 'Fake News' Amid Rising Criticism of Govt [Internet]. Benar News. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.benarnews.org/english/news/thai/thai-fake-news-laws-implemented-07302021142816.html
18. Reed J. Thailand outlaws reports that cause 'fear' as Covid-19 cases surge. Financial Times [Internet]. 2021 Jul 30 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.ft.com/content/01a55669-f9e2-4d9f-97c7-cfffec08d19a
19. Thai health minister blames 'dirty' Western tourists for country's coronavirus cases | South China Morning Post [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.scmp.com/magazines/post-magazine/travel/article/3076758/thai-health-minister-blames-dirty-western-tourists
20. Thai PM blames migrant workers for market coronavirus outbreak [Internet]. France 24. 2020 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.france24.com/en/live-news/20201221-thai-pm-blames-migrant-workers-for-market-coronavirus-outbreak
21. Migrants in Thailand face racism amid new coronavirus outbreak. AP Migration [Internet]. [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://apmigration.ilo.org/news/migrants-in-thailand-face-racism-amid-new-coronavirus-outbreak
22. Anti-Myanmar hate speech flares in Thailand over virus. Reuters [Internet]. 2020 Dec 24 [cited 2021 Dec 30]; Available from: https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-thailand-myanmar-idUSKBN28Y0KS
23. Bangkok workers' exodus spreading Covid to provinces [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2141747/bangkok-workers-exodus-spreading-covid-to-provinces
24. หวั่น 'แรงงานต่างด้าว' แหล่งรังโรค สธ.รุกส่งทีมลงพื้นที่ค้นหาผู้ติดเชื้อ 'โควิด-19' [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://www.matichon.co.th/covid19/thai-covid19/news_2157894

อภิปรายผล

ผู้เขียน : **อาภาลักษณ์ ปาติยเสวี, ภาคภูมิ แสงกนกกุล, บวรศม ลีระพันธ์, ณัฐชยา ฤทธิสิริกุล, สุมนมาลย์ สิงหะ**

สุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของมนุษย์ทุกคน สุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นและส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นสุขภาพที่ไม่ดีจึงจำกัดโอกาสในชีวิต สุขภาพถูกกำหนดโดยหลายมิติ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรนโยบายสาธารณะและมาตรการด้านสาธารณสุข และยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม เช่น สังคม วัฒนธรรม การศึกษา การจ้างงาน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นมีความซับซ้อน และมีการเรียกร้อง และกำหนดนโยบายสาธารณะต่อรัฐ (เพื่ออำนวยความสะดวก, จัดหา และควบคุมกลไกตลาด) ภาคประชาสังคมและประชาชน เพื่อให้มีการกระจายบริการสุขภาพและสุขภาพอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ความเสมอภาคทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ แต่การกระจายความเท่าเทียมทางสุขภาพก็ไม่ได้นำไปสู่ความเป็นธรรมเสมอไป และในบางสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพก็แสดงให้เห็นถึงเหตุผลอันสมควร (ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2, 1.3) ในทางกลับกันความเท่าเทียมทางสุขภาพเองก็ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางสุขภาพที่ไม่จำเป็น และที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในฐานะที่มีความไม่ชอบธรรมทางศีลธรรม ความยุติธรรมทางสุขภาพนั้นมีหลายมิติ และกินความกว้างเกินกว่าคำว่า ความเสมอภาคหรือความเท่าเทียม รายงานนี้พิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพจากแนวทางของรอลส์ (Rawlsian approach) เป็นหลักจากมุมมองเชิงปฏิบัติ และไม่ได้สะท้อนทุกมิติของแนวคิดเรื่องความยุติธรรม

ประสบการณ์ของประเทศไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ได้รับการบันทึกไว้ผ่านกรณีศึกษาทั้งเจ็ด ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ได้รับการสอบทานจากแนวคิด เรื่องความยุติธรรมกระบวนการความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) และความยุติธรรมในการชดเชยเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม (corrective justice) (บทที่ 2)

แม้ว่าความเท่าเทียม และความยุติธรรมจะมีพื้นฐานเชื่อมโยงกัน[1] แต่รายงานนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่สำคัญระหว่างสองแนวคิดทฤษฎีนั่นคือ ความเท่าเทียมทางสุขภาพใช้แนวทางระยะยาว เพื่อนำไปสู่ศักยภาพที่สมบูรณ์ของสุขภาพ และสุขภาวะของทุกคนในสังคม ในขณะที่ความยุติธรรมทางสุขภาพสามารถจัดการได้อย่างรวดเร็วผ่านนโยบายและแนวปฏิบัติของรัฐบาล รัฐและประชาชน ความเท่าเทียมทางสุขภาพต้องการการพัฒนาในเรื่องปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพด้านการเมือง กฎหมาย เศรษฐกิจและสังคม **ในขณะที่ความยุติธรรมทางสุขภาพมุ่งเน้นไปที่มาตรการที่มีอยู่เดิมและการปฏิบัติงาน เพื่อพิจารณาความเป็นธรรมในการบริหารปกครองหรือกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยสังคมสามารถบรรลุความยุติธรรมทางสุขภาพได้ด้วยการกำหนดนโยบายที่มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรมมากขึ้น (ความยุติธรรมในการกระจายทรัพยากร) การแก้ไขนโยบายที่เลือกปฏิบัติหรือส่งผลเสียต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ (ความยุติธรรมในการชดเชย) และการใช้หลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (ความยุติธรรมกระบวนการ)**

รัฐบาลในหลายประเทศเข้ามามีบทบาทสำคัญในการกำหนดข้อจำกัด และการควบคุมเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค คำถามคือรัฐควรมีขอบเขตอำนาจมากน้อยแค่ไหน รัฐควรมีอำนาจในการแทรกแซง และควบคุมหรือควรรักษาสิทธิ เสรีภาพ และความเป็นส่วนตัวของประชาชน ความขัดแย้งที่เกี่ยวกับรัฐหรือรัฐบาลควรจะได้รับการแก้ไขอย่างไร และภาคประชาสังคมสามารถมีบทบาทอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ประสบการณ์โดยรวมของประเทศไทยในการเผชิญโรคระบาดมีความละม้ายคล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่หลายประเทศต้องเผชิญทั้งในแง่การไม่สามารถเตรียมความพร้อมในการรับมือ และการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากากอนามัยซึ่งยังเป็นเรื่องที่น่ากังวล อย่างไรก็ตามความเหลื่อมล้ำที่ฝังรากลึกในสังคมได้ ทำให้ผลกระทบของโควิด-19 รุนแรงขึ้นในหลาย ๆ ด้าน ในแง่ของนโยบายสาธารณะ หน่วยงานภาครัฐและรัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดหาทรัพยากร และสนับสนุนประชากรกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 มาตรการรักษาความปลอดภัยที่กำหนดในรูปแบบของการจำกัดการเดินทาง การกักตัว และการแยกกักตัวที่บ้านทำให้ชุมชนกลุ่มเปราะบางเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพยิ่งขึ้นไปอีก มาตรการต่าง ๆ ที่กล่าวมามิได้คำนึงถึงพื้นที่ส่วนตัวที่จำกัดที่พวกเขาใช้อยู่อาศัย และความล่าช้าในการจัดหาพื้นที่สาธารณะ เพื่อรองรับการระบาดใหญ่นั้นไม่เพียงพอ และผู้คนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยส่งผลกระทบต่อชุมชนคนจนเมืองมากที่สุด

ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศรายได้ปานกลางที่ประสบความสำเร็จด้านสุขภาพ ด้วยระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนส่วนใหญ่ในประเทศ อย่างไรก็ตามโควิด-19 เผยให้เห็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มคนจนเมือง และแรงงานต่างชาติ นอกจากนี้งบประมาณของรัฐภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอที่จะรับมือกับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงจุดสูงสุดของการระบาด โรคระบาดส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงประชากรกลุ่มรายได้ปานกลาง ซึ่งภายใต้สถานการณ์ปกติประชากรกลุ่มนี้มักพึ่งพาการรักษาพยาบาลจากรัฐค่อนข้างน้อย การเข้าถึงเวชภัณฑ์ขั้นพื้นฐาน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ และอุปกรณ์ป้องกัน เช่น วัคซีน เป็นไปอย่างจำกัด และจำเป็นต้องมีการแทรกแซงจากภาคเอกชน

วิกฤตโรคระบาดเผยให้เห็นความท้าทายหลายระดับ ตั้งแต่การตัดสินใจด้านนโยบาย เพื่อสื่อสารกับสาธารณชนในช่วงวิกฤต โดย ศบค. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลในการรับมือโควิด-19 มีการดำเนินงานด้วยกรอบความคิดด้านความมั่นคงของชาติที่มาพร้อมมาตรการควบคุมโรคด้วยแนวคิดแบบทหาร มาตรการในการรับมือโควิด-19 เช่น การจำกัดการเดินทางและเคอร์ฟิว มีการคำนึงถึงผลกระทบโดยรวมต่อสุขภาพของปัจเจก (ร่างกาย จิตใจ สังคม) ต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ความสัมพันธ์ทางสังคม และต่อเศรษฐกิจของประเทศเพียงเล็กน้อย มาตรการที่กำหนดออกมามีความเป็นสากล โดยมีการคำนึงถึงบริบทของแต่ละท้องถิ่น และความเป็นจริงของความท้าทาย และความเสี่ยงที่แต่ละจังหวัดต้องเผชิญเพียงน้อยนิด

รัฐบาลประเมินความเสี่ยง และผลกระทบของการระบาดต่ำเกินไป และไม่ทันสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเห็นได้ชัดจากการออกมาตรการรับมือที่เป็นไปอย่างล่าช้า สับสน และขาดการคาดการณ์ผลกระทบที่อยู่นอกมิติสุขภาพ

การควบคุมการเข้าถึงการทดสอบการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ทำให้การตรวจคัดกรองไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างแพร่หลายจนถึงไตรมาสที่ 3 ของปี พ.ศ. 2564 การควบคุมดังกล่าวนำไปสู่การเสียชีวิต และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการฉีดวัคซีน และการจัดลำดับความสำคัญของผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน โดยเปลี่ยนจากกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพไปเป็นการฉีดวัคซีนตามพื้นที่แทน โดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มารองรับ ทำให้เกิดความสับสน และไม่ไว้วางใจในมาตรการฉีดวัคซีนของรัฐบาล การตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดและการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์นั้นขาดความโปร่งใส ความช่วยเหลือที่มอบให้กับประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของแนวทางประชานิยม มุ่งกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยการซื้อของแบบวันต่อวัน ซึ่งประชากรบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงได้เนื่องจากเงื่อนไขของโครงการ โดยหลายโครงการสามารถเข้าถึงได้ผ่านแพลตฟอร์มและแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งทุกโครงการล้วนแล้วแต่ต้องใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของไทย การขาดความโปร่งใสส่งผลให้เกิด "ปัญหาความไม่ไว้วางใจ" กับสาธารณชน และส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพของการสื่อสาร และมาตรการควบคุมโรค การขาดความไว้วางใจ และการสื่อสารที่สับสนก่อให้เกิดข่าวปลอม และความลังเลหรือการปฏิเสธเข้ารับวัคซีน[2] ความท้าทายที่เกี่ยวกับความยุติธรรมในการกระจายทรัพยากร ทำให้ผู้คนที่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างจำกัดผ่านรัฐ สื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงขึ้น

ในส่วนของการศึกษานั้น นักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรค เช่น การล็อกดาวน์ ไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสม นโยบายที่มีการดำเนินการ เช่น การเปลี่ยนจากการเรียนในสถานศึกษา เป็นการเรียนแบบออนไลน์นั้น ละเลยความเป็นจริงของสภาพชีวิตความเป็นอยู่ ค่าเล่าเรียนยังคงอยู่ในระดับเดียวกันกับในช่วงระลอกแรกของการระบาดใหญ่ แม้ว่าบางครอบครัวจะถูกเลิกจ้างจนส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของแต่ละครอบครัว ทำให้นักเรียนบางคนต้องลาออกจากโรงเรียน และมหาวิทยาลัย เลื่อนการเปิดภาคเรียนใหม่หลายครั้ง ในขณะที่หลายครอบครัวประสบปัญหาในการเรียนออนไลน์ด้วยเหตุผลหลายประการ เห็นได้ชัดว่ามาตรการที่ดำเนินการในภาคการศึกษาเน้นการควบคุมการแพร่กระจายของโควิด-19 โดยคำนึงถึงคุณภาพการศึกษาเพียงเล็กน้อย การช่วยเหลือภาคการศึกษา (นักเรียน ครู ผู้ดำเนินการศึกษาเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา) ล่าช้าและเน้นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมอย่างจำกัด เช่น ชั่วโมงการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่จำกัด เงินอุดหนุนสำหรับการซื้ออุปกรณ์ เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต หรือสำหรับค่าอาหาร หลายกลุ่มเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบในภาคการศึกษาของไทยจากแนวทางการกุศลหรือการให้ความช่วยเหลือไปสู่การลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์[3]

โควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง และเป็นวงกว้าง เมื่อการระบาดใหญ่ถึงจุดสูงสุดในกรุงเทพ ฯ ประชาชนคนชั้นกลางต้องเผชิญกับความท้าทายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้นสำหรับชุมชนคนจนเมืองและแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานรวมถึงครอบครัวของพวกเขาด้วย มาตรการควบคุมโรคที่เน้นความมั่นคงของชาติส่งผลกระทบต่อแรงงานข้ามชาติมากที่สุด ประเทศไทยให้การสนับสนุน และดูแลสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติในระยะสั้นมาอย่างยาวนาน แม้ว่าแรงงานจะมีการสร้างคุณประโยชน์ที่สำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาด พบความเหลื่อมล้ำที่ชัดเจนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ระหว่างแรงงานที่ลงทะเบียนกับบริษัทและแรงงานอิสระ และระหว่างคนไทยและชาวต่างชาติ การระบาดใหญ่ยังแสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจแรงงานนอกระบบในประเทศให้ดีขึ้น[4]

โควิด-19 บ่งชี้ว่าจำเป็นต้องมีแนวทาง “ที่ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วม (whole of society)” โดยที่ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการจำกัดการแพร่กระจาย และผลกระทบของโรคระบาด รัฐบาลไทยภูมิใจในระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขและโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการระบาดใหญ่ แม้จะตระหนักถึงข้อจำกัดของภาครัฐและศักยภาพของรัฐบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดหาวัคซีน ทางเลือกหรือการให้บริการด้านสุขภาพในเขตเมือง รัฐบาลยังคงเพิกเฉยและล่าช้าในการร่วมมือกับภาคเอกชน และหน่วยงานในสังคมที่มิใช่รัฐรวมทั้งกลุ่มประชาสังคม การขาดการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนนำไปสู่การที่สถานพยาบาลเอกชนปฏิเสธคนไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง แม้รัฐบาลมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพ หรือทำงานกับผู้ย้ายถิ่น หรือชุมชนชายขอบ แต่ยังไม่สามารถรวมเอาสิ่งเหล่านี้เข้าไว้ในการรับมือกับการระบาดใหญ่ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เส้นด้าย คลองเตยดีจัง ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิรักษ์ไทย และ Thai CoCare สามารถเข้ามามีบทบาทในการตอบสนองชุมชนแต่ละพื้นที่ด้วยความร่วมมือจากข้าราชการในท้องถิ่น

กรณีศึกษาในรายงานนี้แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันนั้นสัมพันธ์กับประเด็นทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ในกระบวนการนโยบายสุขภาพ โดยสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการก้าวหน้าด้วยการพิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบในทุกนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความยุติธรรมกระบวนการด้วยแนวทางที่ครอบคลุมในการกำหนดนโยบาย กระจายทรัพยากร โดยมีการกระจายบทบาท และความรับผิดชอบทรัพยากร และการบริหารจัดการทรัพยากร นอกจากนี้ในมิติของความยุติธรรมในการชดเชย ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการชดเชยค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบต่อสุขภาพของมาตรการรับมือโควิด-19 เช่น การล็อกดาวน์ หรือผลกระทบด้านสุขภาพอันไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนโควิด-19 สามารถกำหนดกลยุทธ์ที่นำไปสู่ผลกระทบที่เป็นธรรมยิ่งขึ้น

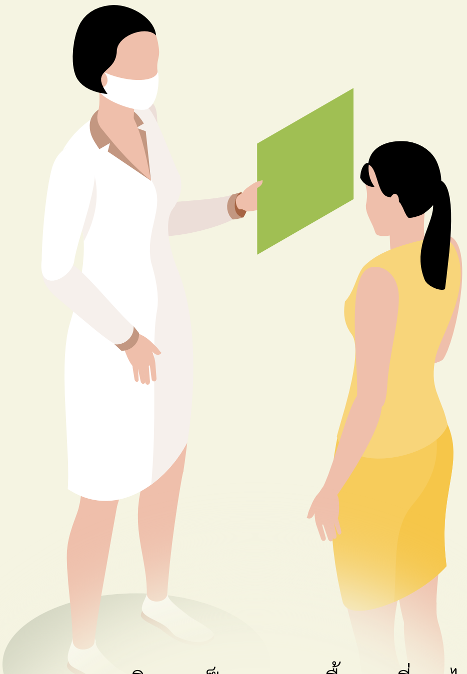
มีหลายแนวคิดที่แตกต่างกันต่อวิธีการจัดสรร หรือการกระจายผลประโยชน์ และทรัพยากรอย่างเป็นธรรมตามหลักอรรถประโยชน์นิยม เสมอภาคนิยม เสรีนิยมและชุมชนนิยม ซึ่งล้วนแล้วแต่มีจุดแข็งและข้อจำกัดที่ต่างกัน แม้ว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคจะมีความสำคัญในบริบทของการระบาดใหญ่ แต่ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสิทธิของประชาชนก็มีความจำเป็นที่จะต้องนำมาพิจารณาด้วยเพื่อให้การป้องกันโรคสามารถรักษาค่านิยมที่สำคัญไว้ ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดเอกภาพและความร่วมมือ คำถามคือแล้วทฤษฎีของ Rawls ซึ่งมีการรวมแนวคิดเรื่องเสรีภาพและความเท่าเทียมไว้ด้วยกัน จะสามารถนำไปปรับใช้กับโครงสร้างทางสังคมของไทยได้หรือไม่ หรือความเปลี่ยนแปลงใดที่จำเป็นในโครงสร้างสังคมเพื่อจัดการกับสุขภาพในฐานะที่เป็นบริการสังคมพื้นฐาน เนื่องจากหลักการ 3 ประการของความยุติธรรมในการกระจายทรัพยากร - ความเสมอภาค ความเหมาะสม และความเป็นธรรม ไม่ควรเกิดจากการขาดแคลนทรัพยากรสำหรับบุคคลในตำแหน่งที่มีอำนาจ

กรณีศึกษายังแสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจที่หลากหลายและมีการพัฒนามากขึ้นเกี่ยวกับความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย และผู้กำหนดนโยบายและประชาชนชาวไทยโดยรวม ยังไม่สามารถเข้าถึงทฤษฎีของ Rawls หรือทฤษฎีความยุติธรรมที่เท่าเทียมอื่น ๆ ในขณะเดียวกันก็มีการเรียกร้องให้ภาครัฐเปลี่ยนแนวทางจากการให้ความช่วยเหลือแบบเมตตากรุณาไปสู่แนวทางที่อ้างอิงตามสิทธิมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อเรียกร้องที่ชัดเจนสำหรับความรับผิดชอบ ความโปร่งใส และความยุติธรรมที่มากขึ้นจากรัฐบาลและภาคเอกชน

อ้างอิง

1. World Health Organization: Health Equity [Internet]. [cited 2022 Apr 25] Available from: https://www.who.int/health-topics/health-equity
2. วงเสวนา Health Justice ครั้งที่ 3 ในหัวข้อ ‘ระบบสาธารณสุขที่เป็นธรรม: เงื่อนงำข้อมูลข่าวสาร และอำนาจรวมศูนย์ ในสถานการณ์โควิด’ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2563 [Internet]. [cited: 2022 May 1] Available from:https://waymagazine.org/health-justice-3/
3. วงเสวนา Health Justice ครั้งที่ 2 ในหัวข้อ ‘เปิดห้องเรียน ที่เป็นธรรม: ปิดความเหลื่อมล้ำ ทางการศึกษ า ในสถานการณ์ โควิด’ เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2565 [Internet]. [cited 2022 May 1] Available from: https://waymagazine.org/health-justice-education/
4. วงเสวนา Health Justice ครั้งที่ 1 ในหัวข้อ ‘แรงงานเคลื่อนเมือง: โอกาสและความเหลื่อมล้ำในสถานการณ์โควิด’ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2565 [Internet]. [cited 2022 May 1] Available from https://waymagazine.org/health-justice-city-and-labor/

บทสรุป
และข้อเสนอแนะ



ผู้เขียน: อาภาลักษณ์ ปาติยเสวี, ภาคภูมิ แสงกนกกุล,
บวรศม ลีระพันธ์, ณัฐชยา ฤทธิสิริกุล, สุมนมาลย์ สิงหะ

ความยุติธรรมเป็นคุณธรรมพื้นฐานที่ขาดไม่ได้ในทุกสังคม ทุกอารยธรรมของมนุษยชาติ ถึงแม้ความพยายามตลอดการเดินทางของเส้นประวัติศาสตร์ดูเหมือนว่าจะห่างไกลจากความยุติธรรมสมบูรณ์แบบ แต่กระนั้นความพยายามที่จะพัฒนาความยุติธรรมก็เป็นเรื่องที่มีคุณค่า การระบาดของโควิด-19 ได้ตอกย้ำปัญหาให้ผู้คนทั่วโลกทั้งในประเทศรายได้สูง รายได้ ปานกลาง และรายได้น้อยตระหนักถึงการมีอยู่ความไม่ยุติธรรมสุขภาพ บทเรียนความสูญเสียในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมาทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม จึงมิควรถูกปล่อยผ่านไปเสมือนเป็นเรื่องภัยธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เราจำเป็นต้องมีกระบวนการเรียนรู้ทบทวนประสบการณ์ความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่นี้ เพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบสรุปเป็นบทเรียนและพัฒนากลไกต่าง ๆ เพื่อเตรียมพร้อมป้องกัน รับมือจัดการ เยียวยา กับปัญหาความผันผวนของภัยพิบัติด้านการระบาดโรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโลกที่มีความผันผวนสูง

ทางคณะวิจัยได้จัดทำรายงานนี้โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 และได้รับการประเมินผ่านเวทีถกแถลงต่าง ๆ ที่จัดขึ้นระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 เพื่อมุ่งเน้นการสังเคราะห์ประสบการณ์ และชี้ให้เห็นประเด็นเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพในบริบทของการระบาดโควิด-19 ในประเทศไทย โดยทางคณะวิจัยได้นำทฤษฎีความยุติธรรมของ รอลส์ (Rawls) เป็นแนวคิดหลักในการวิเคราะห์และพัฒนากรอบแนวคิด (Conceptual framework) โดยครอบคลุมความเป็นธรรมสุขภาพ (Health equity) ซึ่งให้ความสำคัญด้านความยุติธรรมการกระจาย (distributive justice) หรือการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการกระจายทรัพยากร สุขภาพ บริการสุขภาพ ระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ นอกจากนี้ กรอบความคิดดังกล่าวครอบคลุมความยุติธรรมสุขภาพ (Health justice) ในด้านอื่น ได้แก่ ความยุติธรรมกระบวนการ (procedural justice) ที่ให้ความสำคัญความยุติธรรมในกระบวนการกำหนดสิทธิประโยชน์ นโยบาย กฎหติการ กำหนดหน้าที่ ก่อนที่มีการกระจายสิ่งต่าง ๆ และความยุติธรรมในการชดเชย (corrective justice) ที่ให้ความสำคัญของการชดเชยแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กลับเข้าสู่สภาวะที่ใกล้เคียงก่อนการระบาด

กรณีศึกษาทั้ง 7 กรณีที่คณะผู้วิจัยได้ยกประเด็นมานั้น เป็นที่แน่นอนว่าอาจจะไม่ครอบคลุมปัญหาและผลกระทบของการจัดการระบาดโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยได้ทั้งหมด แต่ก็สะท้อนภาพได้เป็นอย่างดีว่า ระบบสุขภาพไทยมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน มีความยุติธรรมมากขึ้น

ข้อขัดแย้งเชิงคุณธรรม (moral dilemma) ที่พบในปัญหาการจัดการโควิด-19 ในประสบการณ์ของไทยได้แก่ 1) ทรัพยากรการแพทย์มีอยู่อย่างจำกัดและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม 2) รวมถึงประเด็นการรักษาสมดุลระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวม/ ผลประโยชน์ปัจเจกชน 3) รักษาสมดุลผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ/ ด้านการควบคุมโรค อีกทั้งลักษณะเฉพาะที่พบในระบบสุขภาพไทย ได้แก่ 1) ความเหลื่อมล้ำในเศรษฐกิจการเมืองสังคมที่สูงอย่างต่อเนื่องได้ขยายบาดแผลของความเหลื่อมล้ำสุขภาพภายใต้การระบาดโควิด-19 ให้กว้างมากขึ้น 2) ความไม่ไว้วางใจความไม่เชื่อถือของประชาชนต่อรัฐบาลฝ่ายบริหาร ทำให้การจัดการเป็นไปอย่างโกลาหล ทิศทางไม่ชัดเจน และสื่อสารไขว้เขว ข้อต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมานี้ เมื่อใช้กรอบความคิดในบทที่ 2 มาวิเคราะห์จะพบว่าประเด็นดังกล่าวความเชื่อมโยงต่อความยุติธรรมสุขภาพ โดยขอยกกรณีศึกษาที่ 2 ในบทที่ 3 : ยุทธศาสตร์การกระจายวัคซีนแห่งชาติดังต่อไปนี้

เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและคาดเดาได้ยาก ทำให้ระบบสุขภาพมีเวลาเพียงเล็กน้อยในการเตรียมพร้อมในการรับมือ ไทยเผชิญกับภาวะที่จำกัดของทรัพยากรและเวชภัณฑ์ ซึ่งหมายความว่าต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและการตัดสินใจยังขาดความโปร่งใส หน่วยงานของรัฐ รัฐบาล และผู้เชี่ยวชาญที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่รัฐบาลยังขาดมิติและมุมมองอื่น ๆ นอกเหนือจากมุมมองด้านป้องกันโรคเป็นหลัก จึงเป็นตัวอย่างที่สะท้อนถึงปัญหาความไม่ยุติธรรมด้านกระบวนการ

ด้วยลักษณะการผลิตนโยบายกระจายวัคซีนดังกล่าวแล้ว อีกทั้งการสื่อสารมวลชนของรัฐบาลก็มีความสับสน ไร้ทิศทาง จึงส่งผลต่อระดับความเชื่อมั่นในนโยบาย การกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจึงถูกตั้งคำถามและวิพากษ์วิจารณ์ถึงความไม่เป็นธรรม ความไม่สมดุลระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวม/ ผลประโยชน์ของปัจเจก ความไม่สมดุลของผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ/ ผลประโยชน์ด้านการควบคุมโรค ดังตัวอย่างคำถามที่สะท้อนจากสาธารณชน เช่น ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพ ประชากรแต่ละกลุ่มได้รับการจัดลำดับความสำคัญอย่างไรในการเข้ารับวัคซีน ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจดังกล่าว เหตุใดจึงไม่อนุญาตให้ภาคเอกชนนำเข้าวัคซีน วัคซีนที่รัฐบาลจัดหามาให้มีประสิทธิภาพดีพอหรือไม่ เหตุใดประชาชนจึงไม่มีวัคซีนทางเลือก

เมื่อเข้าสู่ช่วงเวลานำนโยบายมาปฏิบัติจริงก็ปรากฏว่าความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคมที่ฝังรากลึกในไทยก็เข้าไปซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงวัคซีน หรือปัญหาด้านความไม่ยุติธรรมการกระจายวัคซีน ดังเช่น สาธารณชนตั้งคำถามว่าเหตุใดจังหวัดบุรีรัมย์ที่ขนาดเศรษฐกิจน้อยกว่าจังหวัดอื่น ๆ อีกทั้งไม่ได้เป็นพื้นที่ของการระบาดรุนแรง เหตุใดรัฐบาลจึงจัดสรรวัคซีนให้เป็นลำดับต้น ๆ หรือในกรณีที่ทำไมคนที่มีกำลังซื้อถึงสามารถมีทางเลือกวัคซีนจากภาคเอกชน ในขณะที่คนยากจนไม่มีทางเลือกและต้องรอรรับการจัดสรรวัคซีนที่รัฐบาลเป็นผู้ตัดสินใจ ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มประชากรเปราะบางที่ถูกจำกัดการเข้าถึงวัคซีนแล้ว จึงต้องหาทางเลือกอื่นในการป้องกันโรคเอง แต่ทว่าพวกเขาเองก็มีทรัพยากรที่จำกัดในการจัดการความเสี่ยงสุขภาพและป้องกันโรค พวกเขาขาดแคลนอุปกรณ์พื้นฐานอย่างหน้ากากอนามัย พื้นที่อยู่อาศัยที่แออัดไม่สามารถเว้นระยะห่างสังคมตามแนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลแนะนำ ลักษณะงานที่เป็นการจ้างรายวันย่อมหมายถึงพวกเขาเป็นกลุ่มแรก ๆ ที่ถูกเลิกจ้างและขาดรายได้ต่อการดำรงชีพ กลุ่มเปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบอย่างมากทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม และถูกทิ้งห่างจากกลุ่มประชากรอื่นๆมากขึ้น

รัฐบาลไทยมีนโยบายการเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายจากวัคซีน โดยให้ สปสช. เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบ อันเป็นการส่งเสริมความยุติธรรมชดเชย อย่างไรก็ตามด้วยกระบวนการที่ต้องอาศัยการตรวจสอบพิสูจน์หลักฐานความเชื่อมโยงระหว่างวัคซีนและความเสียหายที่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้สูญเสียได้รับการเยียวยาอย่างล่าช้า ส่วนความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจก็ไม่ได้เป็นไปอย่างครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดงบประมาณการคลัง กลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น แรงงานต่างด้าว แรงงานนอกระบบมีโอกาสถูกตกสำรวจและเข้าไม่ถึงการช่วยเหลือดังกล่าว หรือยากที่จะกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานได้อีกครั้ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 เป็นการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นจึงไม่มีรูปแบบมาตรฐานในการจัดการโควิด-19 ที่ทุก ๆ ประเทศสามารถดำเนินตามแบบสากล การป้องกันโรคติดต่อนั้นมีมิติความรับผิดชอบของปัจเจกชน และความรับผิดชอบระดับสาธารณสุข แต่ละประเทศก็มีการปรับระดับที่มุ่งเน้นด้านความรับผิดชอบระหว่างปัจเจกและสาธารณสุขแตกต่างกัน การจัดการโควิด-19 โดยให้ความสำคัญด้านปัจเจกบุคคลมีข้อดี คือ รักษาสิทธิเสรีภาพของปัจเจกบุคคล เคารพความเชื่อของปัจเจก รักษากลไกของตลาดในการจัดสรรทรัพยากร ประชาชนมีเสรีในการเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตน จำกัดอำนาจรัฐในการเข้าไปแทรกแซงบังคับประชาชนในสังคม แต่ก็มีข้อเสีย ในกรณีที่กลไกตลาดล้มเหลวและเกิดการกระจายทรัพยากรอย่างไร้ประสิทธิภาพ เกิดการแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรสุขภาพที่ประชากรชายขอบเป็นผู้เสียเปรียบในระบบ

ในทางตรงกันข้ามการจัดการโควิด-19 ที่ให้ความสำคัญด้านความรับผิดชอบทางสาธารณสุข ก็มีข้อดีในการสามารถกำหนดทิศทางการจัดการไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ประสานสอดรับการทำงานบูรณาการร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่น รวมทั้งบูรณาการทำงานระหว่างกระทรวง ทบวง กรม สามารถระดมทรัพยากรร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการประหยัดของขนาด แต่ก็มีข้อจำกัดที่รัฐต้องใช้อำนาจในการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชน บังคับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชน อีกทั้งต้องใช้งบประมาณการคลังและทรัพยากรบุคคลจำนวนมาก

Ruger[1] ได้เสนอทางเลือกที่สามที่น่าสนใจ คือ จริยธรรมสาธารณสุขเชิงรุก (Positive Public Health Ethics) โดยมองว่าการจัดการโควิด-19 ควรเป็นเรื่องสาธารณสุขหรือเป็นมิติด้านความรับผิดชอบส่วนรวม อย่างไรก็ตามการจัดการดังกล่าวก็สามารถส่งเสริมความสามารถของมนุษย์ในด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน (Human capabilities) ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามหาฉันทามติร่วมจากความขัดแย้งเชิงคุณธรรมระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวม/ ผลประโยชน์ปัจเจก ระหว่างอรรถประโยชน์นิยม/ เท่าเทียมนิยม/ เสรีนิยม ระหว่างผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ/ ด้านการควบคุมโรค จริยธรรมสาธารณสุขเชิงรุกจึงเป็นการเปลี่ยนชุดคุณธรรมของระบบสุขภาพใหม่ ที่แต่เดิมมุ่งสนใจเพาะตัวโรคและปัจจัยเชิงปัจเจกสู่การส่งเสริมความสามารถสุขภาพ(Health capabilities) ทั้งในระดับปัจเจกและระดับชุมชน ตลอดจนระดับชาติและระหว่างประเทศ ระบบใหม่เพื่อการจัดการโควิด-19 จึงต้องสร้างการแบ่งปันทรัพยากร (Shared responsibility) แบ่งปันอำนาจอภิบาล/อำนาจอธิปไตยด้านสุขภาพ (Shared health governance/ sovereignty) และแบ่งปันความรับผิดชอบ (Shared responsibility)

การแบ่งปันทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร การเงิน ประสบการณ์ แนวทางการปฏิบัติ ความรู้ข้อมูลและเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ เป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานที่ขาดไม่ได้ ที่ช่วยสร้างความรู้สึกร่วมว่าปัญหาสุขภาพไม่จำเป็นต้องแข่งขันแย่งชิงเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว แต่เป็นปัญหาที่ทุกคนได้รับผลกระทบและต้องร่วมมือแก้ไขกัน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการแบ่งปันอำนาจอภิบาล/อธิปไตย และ การแบ่งปันความรับผิดชอบต่อไป ส่วนการแบ่งปันอำนาจอภิบาล/อธิปไตย ช่วยในการกำหนดจัดสรรแบ่งปันหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละปัจเจก ชุมชน สถาบันต่าง ๆ ของรัฐบาล และองค์กรระหว่างประเทศ การสร้างความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนจะช่วยสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ทุกคนสามารถเข้าถึงสุขภาพ และความยุติธรรมสุขภาพระดับสังคมได้โดยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำร่วมกัน วิธีการดังกล่าวจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบอภิบาล และคาดหวังว่าเกิดการยอมรับปฏิบัติตามของปัจเจกและองค์กรต่าง ๆ ที่ซึมซับจริยธรรมและคุณค่าสังคมร่วมกัน ส่วนการแบ่งปันความรับผิดชอบนั้นต้องวางอยู่บนฐานของความร่วมมือในการพัฒนาและปกป้องความสามารถสุขภาพ แต่ละปัจเจกหรือกลุ่มจะมีความรับผิดชอบเหมาะสมตามความสามารถในการทำงาน (Function capabilities)[2]

บทเรียนจากประเทศไทยในการรับมือโควิด-19 ชี้ให้เห็นว่าระบบสุขภาพยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาด การเตรียมความพร้อมที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรับมือโรคระบาด ช่วยวางแผนการสะสมทรัพยากรสุขภาพให้เพียงพอต่อความจำเป็นของประชาชน หรือระดมทรัพยากรในสภาวะวิกฤติ ช่วยกำหนดและสร้างแบบแผนชัดเจนของนโยบายสาธารณะ อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ อีกทั้งช่วยส่งเสริมความยุติธรรมกระบวนการจากการสร้างความโปร่งใส ความน่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

รัฐบาลควรเป็นสถาบันหลักในการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาด เนื่องจากมีความพร้อมทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร การเงิน ทรัพยากร อำนาจการบริหารที่จำเป็นในด้านการควบคุมโรคและสาธารณสุข อย่างไรก็ตามความซับซ้อนของเศรษฐกิจสังคม ทำให้อำนาจรัฐบาลเพียงอย่างเดียวไม่อาจตอบสนองต่อความจำเป็นความต้องการของประชาชนได้ทันการและครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน แบ่งสรรอำนาจหน้าที่ ทรัพยากร ความรับผิดชอบ ในการแก้ปัญหาโรคระบาดร่วมกัน โดยทางคณะวิจัยมีข้อเสนอดังนี้

1) พัฒนาระบบการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันทั้งในระดับชุมชน ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์บทเรียน เทคโนโลยีการแพทย์ โดยระบบข้อมูลข่าวสารดังกล่าวต้องวางอยู่บนฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อนำมาใช้ประกอบในการวางแผนนโยบาย การเฝ้าระวัง การตรวจพบการระบาดแต่เนิ่น ๆ การพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพในแต่ละท้องที่ชุมชน

2) พัฒนาระบบสื่อสารมวลชนด้านสุขภาพที่วางอยู่บนฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อสร้างความมั่นใจและเชื่อใจของประชาชนต่อการทำงานของรัฐบาล แนวทางการสื่อสารมวลชนต้องไม่เป็นแบบบนลงล่างทิศทางเดียว แต่ควรเคารพความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ รวมถึงสร้างความร่วมมือในการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานจากส่วนกลาง และผู้ปฏิบัติงานหรือประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้การสื่อสารมวลชนด้านสุขภาพสามารถทำได้ต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและช่วงการระบาด ซึ่งช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

3) ทีมที่ปรึกษาหรือทีมในการพัฒนาชุดนโยบายต้องประกอบด้วยบุคคลหลากหลายวิชาชีพและความเชี่ยวชาญ ทั้งทางด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง ปรัชญา เป็นต้น เพื่อให้กระบวนการร่างนโยบายประกอบไปด้วยทุกมุมมอง ไม่มุ่งเน้นเฉพาะด้านการควบคุมโรคเป็นหลัก ส่วนอำนาจบริหารก็ต้องมีการบูรณาการข้ามหน่วยงาน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงคมนาคม รวมถึงบูรณาการการทำงานระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน และส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ข้อดีของชุมชนและภาคเอกชนในการจัดการโรคระบาด คือ มีความคล่องตัว เข้าใจความแตกต่างด้านความเชื่อวัฒนธรรมค่านิยมของคนแต่ละพื้นที่ สามารถสร้างความคุ้นเคยและเชื่อใจแก่คนพื้นที่ได้ดีกว่า แบ่งเบาภาระด้านการคลังจากรัฐบาล อย่างไรก็ตามก็มีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาระดับใหญ่ ซับซ้อน กินอาณาเขตบริเวณกว้าง และต้องใช้ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้า ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ก็ต้องอาศัยการสนับสนุน และการทำงานร่วมกันจากรัฐ ในการแก้ปัญหาระยะสั้นรัฐและเอกชนสามารถสร้างความร่วมมือ

โดยใช้องค์กรการกุศลเป็นตัวกลางสะพานเชื่อมเพื่อเข้าใจความจำเป็นและเยียวยาความต้องการของแต่ละพื้นที่ สร้างความเชื่อมโยงของห่วงโซ่อุปทานของสินค้าและบริการสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน เช่น การเชื่อมโยงการบริการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ระดมทรัพยากรจากภาครัฐเอกชนร่วมกันใช้ในยามวิกฤติ เชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารดิจิตอลของภาครัฐและเอกชน ลดการทำงานที่เชื่องช้าของระบบราชการและกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบบางส่วนให้ภาคเอกชนและชุมชน[3]

5) พัฒนาการเรียนการสอนด้านความยุติธรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคให้กับบุคลากรการแพทย์ บุคลากรการแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงานด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด หลักคิดทางอรรถประโยชน์นิยม หรือหลักการสุขภาพประชาชนสูงสุด (Population health maximization) ที่เป็นแนวคิดหลักของบุคลากรการแพทย์ควรต้องถูกตรวจทาน ถ่วงดุลด้วยหลักแนวคิดความยุติธรรม หรือการปกป้องกลุ่มเปราะบาง[4] นอกจากนี้ควรพัฒนาการเรียนการสอนถึงกลไกของความเหลื่อมล้ำสุขภาพ โครงสร้างความเหลื่อมล้ำทางสังคมส่งผลอย่างไนต่อสุขภาพ[5]

6) สรุปบทเรียนเพื่อสร้างเป็นคู่มือหรือแผนการจัดการโรคระบาด คู่มือดังกล่าวช่วยลดภาระทางจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งต้องตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการรักษาในกรณีที่มีทรัพยากรอย่างจำกัดและมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมาก มันอาจเป็นการยากที่ครอบครัวของผู้สูญเสียจะยอมรับการถูกคัดออก อย่างไรก็ตามในมุมมองระดับสุขภาพประชาชนกลับเป็นที่ยอมรับมากกว่า โดยเฉพาะในประเทศรายได้น้อยและปานกลางที่มีทรัพยากรสุขภาพจำกัดและไม่สามารถปฏิบัติตามแบบอย่างประเทศรายได้สูง หลักการสำคัญในการคัดกรองควรประกอบด้วยหลักยุติธรรมและหลักผลประโยชน์สูงสุด (Benefits maximization) มีกระบวนการคัดกรองที่มีความโปร่งใส ชัดเจน จำแนกระดับของความขาดแคลนทรัพยากรหลายๆระดับ และประยุกต์การคัดกรองให้เหมาะสม มีกระบวนการประเมินและทบทวนคู่มือเมื่อมีการปฏิบัติงานเกิดขึ้น[6]

7) สร้างความน่าเชื่อถือประชาชนต่อระบบสุขภาพ นอกจากการสื่อสารมวลชนแล้ว ควรมีการปฏิรูประบบกฎหมาย ระบบอภิบาลสุขภาพที่วางอยู่บนฐานประชาธิปไตย การตัดสินใจเชิงนโยบายที่วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการผลิตนโยบายมีความโปร่งใส ชัดเจนแน่นอน กฎหมายและมาตรการ ๆ ต่างที่ดำเนินการในประเทศไทยต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านประชากรศาสตร์ และลักษณะแวดล้อมของพื้นที่นั้น ๆ

8) ลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและความเหลื่อมล้ำสุขภาพเรื้อรังตั้งแต่ก่อนการระบาดโควิด-19 และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพูดถึงประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูง หรือ มีความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างจำกัด ตัวอย่างเช่น โอกาสที่จะหายจากอาการป่วยก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากรายได้น้อย ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวส่งผลให้เกิดความไม่ยุติธรรมด้านการกระจายที่รุนแรงขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด และลดทอนประสิทธิภาพของนโยบายการจัดการโควิด-19 การลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างขนานใหญ่และใช้ความพยายามอย่างยาวนาน แต่ก็มีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว เช่น การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากรสุขภาพระหว่างพื้นที่ การสร้างค่านิยมไม่เลือกปฏิบัติต่อแรงงานต่างด้าว เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้มีความยุติธรรมในการกระจายมากขึ้น โดยข้อดีของระบบสุขภาพไทยนั้นมีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้นำชุมชนมีการประสานการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสุขภาพมาอย่างยาวนาน เกิดการประยุกต์นโยบายจากส่วนกลางให้เหมาะสมกับลักษณะแต่ละพื้นที่ บทบาทของรัฐจึงสามารถเข้าไปอำนวยสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้แต่ละชุมชนแต่ละพื้นที่พัฒนาความสามารถสุขภาพ เพื่อประโยชน์ทั้งในระดับปัจเจกและระดับชุมชน

9) การฟื้นฟูหลังการระบาดควรมีชุดนโยบายเพื่อฟื้นฟูความเสียหายทางเศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ ที่เกิดขึ้น เช่น การช่วยเหลือด้านรายได้แก่คนตกงาน กลุ่มประชากรชายขอบ การให้ค่าตอบแทนแก่บุคลากรสุขภาพ เพื่อเป็นการให้รางวัล สร้างแรงจูงใจขวัญและกำลังใจจากความเสียสละในการทำงานอย่างหนักช่วงการระบาดโควิด-19 มีนโยบายช่วยเหลือด้านการเงินแก่สถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด เพื่อช่วยให้สถานประกอบการดำเนินธุรกิจได้ต่อและเกิดการจ้างงานต่อเนื่อง รัฐบาลกลางอนุมัติงบประมาณให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อฟื้นฟูความเสียหาย (Furman, Geithner, Hubbard, Kearney, 2020)[7] มาตรการฟื้นฟูดังกล่าวยังเป็นการส่งเสริมความยุติธรรมในการชดเชยอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปเพื่อให้บรรลุซึ่งความยุติธรรมทางสุขภาพ รัฐบาล รัฐ และประชาชนต้องคำนึงถึงมิติทางเศรษฐกิจและสังคมของสุขภาพและสุขภาวะในนโยบาย กฎหมาย และในการปฏิบัติ กรณีศึกษาที่นำเสนอในรายงานนี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในทุกนโยบาย กรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่า ช่วงการศึกษานี้ยังไม่พบหลักฐานที่เป็นรูปธรรมว่าความยุติธรรมได้รับการพิจารณาในกระบวนการนโยบายสุขภาพ ทั้งในการกำหนดนโยบายและขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในการรับมือกับโควิด-19 ในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ความยุติธรรมทางสุขภาพจึงยังไม่บรรลุเป้าหมายในประเทศไทย อีกทั้งผลกระทบด้านลบของนโยบายที่มีอยู่สะท้อนถึงความต้องการความรับผิดชอบที่มากขึ้นจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และแม้กระทั่งภาคเอกชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นธรรมมากขึ้น หากไม่เป็นเช่นนั้น การบรรลุซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เท่าเทียมในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขนั้นแทบจะเป็นไปได้ยาก ดังนั้นทั้งเนื้อหาและกระบวนการกำหนดนโยบายมีความสำคัญ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องการปกครองจากมุมมองแบบพ่อปกครองลูกไปสู่การจัดการปกครองในรูปแบบของเครือข่ายที่มีความเคารพซึ่งกันและกัน และมีการทำงานร่วมกันเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการจะทำให้ประเทศกลายเป็นสังคมที่มีความยุติธรรม

อ้างอิง

1. Ruger, J. (2020). Positive Public Health Ethics: Toward Flourishing and Resilient Communities and Individuals. The American Journal of Bioethics, 20:7, 44-54.
2. Ibid.
3. Baxter, D. and Casady, C.B. (2020). Proactive and Strategic Healthcare Public-Private Partnerships (PPPs) in the Coronavirus (COVID-19) Epoch. Sustainability, 12,5097, 1-8.
4. Maeckelberghe, E. (2021). COVID-19: opportunities for public health ethics?. Journal of The Royal College of Physicians of Edinburgh, 51(s1), 47-52.
5. Metzl, J.M., Maybank, A. and De Maio, F. (2020). Responding to the COVID-19 Pandemic: The Need for a structurally Competent Health Care System. Journal of American Medical Association, 324(3),231-232.
6. Jobges, S., Vinay, R., Luyckx V.A. and Biller-Andorno, N. (2020). Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. Bioethics, 34, 948-959.
7. Furman, J., Geithner, T., Hubbard, G. and Kearney, M. (2020). Promoting Economic Recovery After COVID-19. The Aspen Institute: Economic Strategy Group.

ภาคผนวก

“

คำถามต่อไปนี้ถูกกำหนดไว้เพื่อเป็นกรอบสำหรับการถกแถลง
ของแต่ละกรณีศึกษา และเพื่อใช้ในการอภิปรายในเดือนมกราคม
และมีนาคม พ.ศ. 2565 ได้แก่

”

ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ระดับชาติ

1) ศบค. ได้รับการออกแบบหรือมีการวางโครงสร้างโดยคำนึงถึงความยุติธรรมทางสุขภาพในการรับมือกับโควิด-19 หรือไม่ หากมีการดำเนินการดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความไม่ยุติธรรมที่พบได้มากน้อยเพียงใด

2) จากมุมมองของแนวคิดเรื่องความยุติธรรมกระบวนการ มีข้อเสนอแนะใดบ้างที่สามารถนำมาปรับปรุงแพล็ตฟอร์มนโยบายและกระบวนการที่สอดคล้องกับความยุติธรรมกระบวนการอย่างเป็นระบบ

3) สิทธิด้านสุขภาพถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สิ่งใดที่สามารถแก้ไขปรับปรุงได้ทันทีเพื่อมุ่งสู่การบริหารปกครองที่สามารถพิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพในทุกนโยบายได้อย่างเป็นระบบ

ว่าด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข : การจัดซื้อจัดหา และการกระจายวัคซีนโควิด-19

1) การตัดสินใจที่ใช้คุณค่าแบบใดที่ช่วยส่งเสริมหรือท้าทายการพิจารณาของรัฐบาลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการระบาดของโควิด-19 และความต้องการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะวัคซีน

2) รัฐบาลใช้เหตุผลใดประกอบการตัดสินใจในการเปลี่ยนลำดับความสำคัญของประชากรกลุ่มที่ควรได้รับวัคซีนก่อนในช่วงที่การระบาดดำเนินไปจนถึงจุดสูงสุด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสาธารณชนมีความคิดเห็นต่อเรื่องนี้อย่างไร

3) เราจะสามารถพิจารณาความยุติธรรมทางสุขภาพให้ไกลเกินกว่าแนวคิดเรื่องความยุติธรรมในการจัดสรรที่พิจารณาเรื่องความพร้อมใช้งานของวัคซีนเป็นหลักได้หรือไม่ และควรมีการนำปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ความสามารถในการจับจ่ายใช้สอย เสรีภาพในการเลือก ฯลฯ มาพิจารณาด้วยหรือไม่ และหากสมควร ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาร่วมพิจารณาในระดับใด

ว่าด้วยแรงงาน เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

1) จากมุมมองของความยุติธรรมด้านสุขภาพ ประเทศไทย (ภาครัฐและเอกชน) จะสามารถให้การสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและแรงงานนอกระบบให้ดีกว่าเดิมได้อย่างไร

2) ระบบค่านิยมใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมทางสุขภาพ ค่านิยมดังกล่าวมีการบูรณาการในสังคมไทยอย่างลึกซึ้งเพียงใด และมีวิธีใดบ้างที่สามารถจัดการกับความท้าทาย และช่องว่างที่เกิดขึ้น

3) โครงการบรรเทาความเดือนร้อนให้แก่ประชาชนของรัฐบาล เช่น โครงการเราไม่ทิ้งกัน (เยียวยากลุ่มอาชีพอิสระเป็นเงินจำนวน 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน) นั้นมีเงื่อนไขในการเข้าร่วมโครงการ และรัฐมีการให้เงินสนับสนุนเยียวยาเพียงระยะสั้น มีวิธีการอะไรบ้างที่ควรทำเพื่อกระตุ้นให้รัฐบาลพิจารณามาตรการบรรเทาผลกระทบระยะยาวสำหรับแรงงาน

ว่าด้วยโควิด-19 และการศึกษา แบบ New Normal ที่มาพร้อมความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศ และความรู้

1) ระบบค่านิยมใดที่สัมพันธ์กับการศึกษาของประเทศไทย และสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นได้อย่างไร และระบบค่านิยมดังกล่าวสะท้อนแนวคิดหลักของความยุติธรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไร

2) ความไม่เป็นธรรมใดที่ถูกเผยให้เห็นเนื่องมาจากวิกฤติโควิด-19 และรัฐบาลมีมุมมองและแนวทางจัดการกับความไม่เป็นธรรมนี้อย่างไร?

3) การปฏิรูปใดที่จะต้องให้ความสำคัญเพื่อช่วยสนับสนุนนักเรียน ครู ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาของประเทศไทย

การรื้อสร้างความเป็นเมือง ช่วงการระบาดโควิด-19 : การวิเคราะห์วัตถุทางสังคม

1) อะไรคือสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อรับมือกับข้อจำกัดของระบบ/โครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมทางสุขภาพในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพฯ เช่น การดูแลสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มด้อยโอกาส

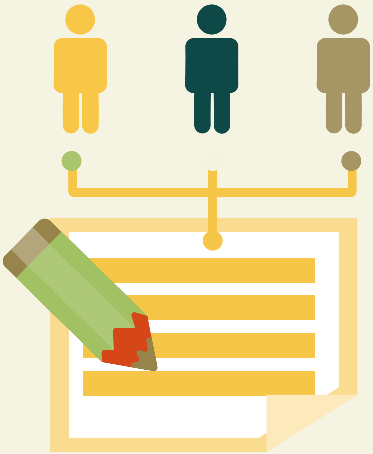
2) ระบบคุณค่าใดบ้างที่มีอยู่เดิม และการเปลี่ยนแปลงใดที่จำเป็นในการปรับแนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้าง และสาธารณูปโภคของเมืองในฐานะพื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน เช่น การสร้างเลนจักรยานหรือทางเดินเท้า

3) เมื่อพิจารณาความยุติธรรมกระบวนการ และความยุติธรรมการกระจาย รัฐควรมีบทบาท และความรับผิดชอบอย่างไรในการส่งเสริมการคิดที่คำนึงถึงความยุติธรรม ความเสมอภาค และจริยธรรมสำหรับความยุติธรรมทางสุขภาพในการบริหารเมือง

ว่าด้วยบทบาทของภาคเอกชน และอาสาสมัคร ในการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม และการสนับสนุนของภาคประชาสังคม ในช่วงการระบาดของโควิด-19

1) จากมุมมองของความยุติธรรมทางสุขภาพ ระบบคุณค่าใดที่มีอยู่ในการรับรู้ และการดึงเอาจุดแข็งของชุมชน และการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและอื่นๆ

2) รัฐสามารถแสดงบทบาทอย่างไรในการจัดการความยุติธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบผ่านการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ตัวอย่างเช่น รัฐบาลสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อให้อาสาสมัคร ภาคประชาสังคม หรือกลุ่มต่างๆ ที่รวมตัวกันสามารถให้การสนับสนุนประชากรกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต



3) กลไกการประสานงานแบบใดที่ควรมีอยู่ในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคเอกชนในภาวะวิกฤต

ว่าด้วยบทบาทและอิทธิพลของสื่อ และโซเชียลมีเดีย ในการกำหนด และชี้ให้เห็นความยุติธรรม ทางสุขภาพในประเทศไทย

1) สื่อ และสื่อสังคมออนไลน์สามารถมีบทบาทอย่างไรในฐานะที่เป็นสถาบันที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ในการชี้ให้เห็นความยุติธรรมทางสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น สื่อมีวิธีแสดงให้เห็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคระบาดที่ผิดพลาดจนทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคมได้อย่างไร

2) ระบบคุณค่าใดที่ปรากฏขึ้นเมื่อมีการระบุ การสร้างและการรับมือกับ 'ข่าวปลอม' และควรจัดการอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกเพิกเฉยผ่านการใช้ภาษาที่เลือกปฏิบัติหรือคำพูดแสดงความเกลียดชังที่ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อไป

3) มีระบบค่านิยมใดบ้างที่ปรากฏ และเราจะสามารถสร้างหรือบูรณาการค่านิยมเหล่านั้น เพื่อให้สะท้อนความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในแง่ของการเสริมอำนาจ และการแสดงความคิดเห็นของประชาชนได้อย่างไร

ภาคผนวก 1 :

PMAC PRINCE MAHIDOL AWARD CONFERENCE 2022
SIDE MEETING
HEALTH JUSTICE IN THAILAND IN THE CONTEXTS OF THE COVID-19 PANDEMIC : A WORKING PROGRESS
Speaker
Assoc.Prof.Borwornsom Leerapan
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Speaker
Dr.Paspoom Sangkanokul
Faculty of Economics, Chiang Mai University
Speaker
Ms.Aphaluck bhatiasevi
Medical Anthropology Scholar
Commentator
Dr.Somsak Chunharas
President,National Health Foundation
Commentator
Prof.Lincoln Chen
The China Medical Board
Commentator
Assoc.Prof.Nipon Poapongsakorn
Thailand Development Research Institute
Commentator
Dr.Nuttagarn Chuancheun
Mae Sot Hospital
Commentator
Ms.Sanitsuda Ekachai
Columnist/ Ex-Editor, Bangkok Post
Commentator
Ms.Akkarasorn Opilan
Columnist,Disrupt Website
Agenda
Introduction: Background and Overview
Discussion: Framework and Case Studies
Q&A and Feedback
Next Steps
DATE : JANUARY 24TH, 2022
TIME: 2-5.00 PM (GMT+7)
VENUE : ZOOM WEBINAR
REGISTRATION: HTTPS://PMACONFERENCE-MAHIDOL-AC-TH.ZOOM.US/WEBINAR/REGISTER/WN_RDW-7OJ5S2CLJCWPOC-CDQ
Mahidol University
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
National Health Foundation
CHINA MEDICAL BOARD

ภาคผนวก 2 :

PMAC PRINCE MAHIDOL AWARD CONFERENCE 2022

Health Justice in Thailand in The Contexts of The Covid-19 Pandemic: A Work in Progress

Side Meeting Agenda

Date : **January 24th,2022**
Time: **14.00-17.00 hrs.(GMT+7)**
Venue: **Zoom Webinar**
Registration
https://pmaconference-mahidol-ac-th.zoom.us/webinar/register/WN_Rdw-7Oj5S2CLjCwPoc-CdQ

#1 Introduction
(1 hour)
- 14.00-15.00 hrs

- Welcome guest and Introduce Team Members and Key Commentators by Dr.Somsak Chunharas
- Project Background and Overview, Context of Covid-19 and Policy by Assoc.Prof.Borwornsom Leerapan
- Key Cases Study Presentations by Ms.Aphaluck Bhatiasevi
  - -Procedural Justice & Centre of Covid-19 Administration (CCSA)
  - -Distributive Justice & Vaccine Allocation,
  - -Corrective Justice & Workers

Break(15 minutes)

#2 Discussion
(1.20 hours)
- 15.15-16.35 hrs.

- Health Justice Framework by Dr.Pakpoom Saengkanokkul
- Discussion on framework and all case studies by Assoc.Prof.Nipon Poapongsakorn,Ms.Sanitsuda Ekachai, Dr.Nuttagarn Chuenchom, and Ms.Akkarasorn Opilan and others

#3 Questions and Feedback
(10 minutes)
- 16.35-16.45 hrs.

- Open floor to all meeting attendees

#4 Next Steps
(15 minutes)
- 16.45-17.00 hrs.

- International Health Justice and movement by Prof.Lincoln Chen
- Summarize and next steps by Dr.Borwornsom Leerapan and Dr.Somsak Chunharas

Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) National Health Foundation

CHINA MEDICAL BOARD

ภาคผนวก 3 :

HEALTH JUSTICE #1
2 มีนาคม 2565
14.00-16.00 น.
แรงงานเคลื่อนเมือง
โอกาสและความเหลื่อมล้ำ ในสถานการณ์โควิด
14.00 น.
แนะนำโครงการวิจัย Health Justice โดย ดร.ภาคภูมิ แสงกนกกุล
อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14.15 น.
ร่วมเสวนาโดย
อดิศร เกิดมงคล
ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ
อนุกูล ราชกุณา
แอดมินเพจ สหภาพไรเดอร์-Freedom Rider Union
ผศ.ดร.บุญเลิศ วิเศษปรีชา
อาจารย์ประจำคณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ธนพร วิจันทร์
ตัวแทนเครือข่ายแรงงานอุตสาหกรรม
สุเทพ อู่อ้น
ประธานกรรมาธิการการแรงงาน
ศุภกร เผ่าดี
อุปนายกฝ่ายสมาชิกสัมพันธ์
สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (PMAT)
ประธานชมรมผู้บริหารบุคคลธุรกิจอุตสาหกรรม (MAC+)
ดำเนินรายการโดย
ภรณ์ภัทร์ กิจติเวชกุล
CHINA MEDICAL BOARD
4th decade forward
Building Knowledge Toward Health Justice
way
LIVE
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ-มสช
และ way magazine

ภาคผนวก 4 :

HEALTH JUSTICE #2
เปิดห้องเรียนที่เป็นธรรม
16 มีนาคม 2565
14.00-16.00 น.
ปิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา
ในสถานการณ์โควิด
14.00 น.
แนะนำโครงการวิจัย Health Justice
โดย อาภาลักษณ์ ปาติยาเสวี
นักวิชาการของโครงการความยุติธรรมทางสุขภาพ
LIVE
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ-มสช
และ way magazine
14.15 น.
ร่วมเสวนาโดย
ณัฐชยา เม็นไธสง
ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและพัฒนานวัตกรรม
การจัดการเรียนการสอน
สำนักพัฒนานวัตกรรมการจัดการศึกษา สพฐ.
ธนายุทธ ณ อยุธยา
Elevenfinger ศิลปินฮิปฮอป
นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ
โรงพยาบาลกำแพงเพชร
พริษฐ์ วัชรสินธุ
CEO StartDee (บริษัทพัฒนาเทคโนโลยีด้านการศึกษา)
ศิริพร พรมวงศ์
ผู้จัดการโครงการคลองเตยดีจัง
ดำเนินรายการโดย
ภรรณิภาร์ กิจติเวชกุล
CHINA MEDICAL BOARD
4th decade forward
Building Knowledge Toward Health Justice
way

ภาคผนวก 5 :

HEALTH JUSTICE
#3
ระบบสาธารณสุขที่เป็นธรรม
30 มีนาคม 2565
14.00-16.00 น.
เงื่อนงำข้อมูลข่าวสาร
และอำนาจรวมศูนย์
ในสถานการณ์โควิด
14.00 น.
แนะนำโครงการวิจัย Health Justice
โดย สุมนมาลย์ สิงหะ
นักวิจัยนโยบายสาธารณะ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
LIVE
มูลนิธิสาธารณสุข
แห่งชาติ-มสช
และ way magazine
14.15 น.
ร่วมเสวนาโดย
พญ.สุมนี วัชรสินธุ์
ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยง
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค
นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท
ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม
ผู้อำนวยการศูนย์วัคซีน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ชูวัส ฤกษ์ศิริสุข
บรรณาธิการบริหารประชาไท/Commentator Voice TV
คริส โปตระนันทน์
ประธานกรรมการมูลนิธิเส้นด้าย
ดำเนินรายการโดย
ภรรณิการ์ กิจติเวชกุล
CHINA
MEDICAL
BOARD
4th decade forward
Building Knowledge Toward Health Justice
w:y

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
National Health Foundation

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถ.พหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทร. 0-2511-5855 โทรสาร. 0-2939-2122
Email : infothainhf@thainhf.org