

การศึกษานโยบายการรับมือการระบาดโควิด-19 โดยใช้กรอบวิเคราะห์รัฐสวัสดิการ เปรียบเทียบ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบเยอรมนีและไทย¹

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(Received: October 1, 2020; Revised: February 19, 2021; Accepted: April 5, 2021)

บทคัดย่อ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและสวัสดิภาพสังคม เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าวจึงต้องมีความเชื่อมโยงกันระหว่างนโยบายด้านสุขภาพและนโยบายสวัสดิการสังคม บทความนี้มีการใช้กรอบวิเคราะห์ 1.) รัฐสวัสดิการเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความแตกต่างของระบอบรัฐสวัสดิการจะส่งผลต่อชุดนโยบายสวัสดิการสังคมต่อการรับมือการระบาดโควิด-19 2.) วิเคราะห์สมรรถนะระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อนโยบายสาธารณสุขในการจัดการการระบาดโควิด-19

บทความนี้จะเปรียบเทียบระหว่างเยอรมนีและประเทศไทย เนื่องจากมีความแตกต่างด้านระบอบรัฐสวัสดิการและระบบสุขภาพ กล่าวคือ ระบอบรัฐสวัสดิการเยอรมนีเป็นรูปแบบบรรษัทนิยม (Corporatist welfare regime) ชุดนโยบายจึงเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและสังคม ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยรักษาการจ้างงานและรายได้ครัวเรือนจากเงินช่วยเหลือภาครัฐ ส่วนระบบสุขภาพมีสมรรถนะสูง องค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ก้าวหน้า มีการกระจายอำนาจและจำกัดอำนาจในระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพจึงมีการใช้อำนาจผูกเงินเป็นไปตามสัดส่วนของการระบาด และมอบอำนาจบางส่วนให้รัฐบาลท้องถิ่น ในขณะที่ประเทศไทยมีระบอบรัฐสวัสดิการรูปแบบทุนนิยมผลิตภาพรูปแบบรัฐพัฒนาการแบบจำเพาะ (Productivist welfare capitalism; subtype developmental-particularist) ชุดนโยบายจึงกระจายสวัสดิการได้ไม่ทั่วถึง และต้องอาศัยการช่วยเหลือกันเองจากภาคเอกชน และการกุศล ส่วนระบบสุขภาพมีสมรรถนะที่จำกัด รัฐไม่สามารถแจกจ่ายทรัพยากรป้องกันโรคได้เพียงพอต่อความต้องการ และต้องผลักภาระให้ประชาชนรับผิดชอบกันเอง นอกจากนี้มีการใช้อำนาจสถานะผูกเงินรวมศูนย์ที่รัฐบาลกลางและไม่ได้สัดส่วนกับการระบาด

คำสำคัญ: โควิด-19 นโยบายสาธารณะ เศรษฐศาสตร์การเมือง รัฐสวัสดิการเปรียบเทียบ ความพร้อมระบบสุขภาพ ไทย เยอรมนี

¹ ผู้เขียนขอขอบคุณศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน) เป็นอย่างสูงที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัย. หมายเหตุ: บทความนี้ยุติการหาข้อมูลเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

² อาจารย์ประจำ คณะเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อีเมล: pakpoom.sa@cmu.ac.th

The Covid-19 policies: A comparative welfare state analysis between Germany and Thailand

Pakpoom Saengkanokkul³

Abstract

The Covid-19 pandemic effects both people's health and social welfare. To address these problems, integrated health and social policies are crucial. This article applies 1.) a comparative welfare state framework to analyze the differences of welfare regime leading to different social policy responses to COVID-19, and 2.) an analysis of capacity of different health system, of which leads to different health policy responses to COVID-19.

This article compares different health system and welfare regime of Germany with the Thai system. Germany has a corporatist welfare regime. Various social policies and financial assistance aim to alleviate negative economic impacts of COVID-19. German health system has high capacity based on advance medical knowledge and technology. Furthermore, health system administration, in which many public and private actors participate, is decentralized and limited. Therefore, policy responses to COVID-19 are based on a collaboration between the state and society. Authorities exercise the emergency powers of the Executive in relation to the degree of pandemic. Local administrative bodies were also granted authority to deal with the pandemic. On the contrary, Thailand has a productivist welfare capitalism, subtype developmental-particularist welfare regime. Therefore, social welfare distribution could not meet people's needs during pandemic. As a result, charity organization were needed to contribute to relief the efforts. Thailand's health system capacity were inadequate; thus, the people were forced to responsible for their own health and welfare. Moreover, Thailand' use of emergency powers was unproportionate with the degree of pandemic.

Keywords: COVID-19, Public policy, Political economy, Comparative welfare state, Healthcare preparedness, Thailand, Germany.

³ Dr. Faculty of Economics, Chiang Mai University. e-mail: pakpoom.sa@cmu.ac.th

เกริ่นนำ

การระบาดโควิด-19 เป็นการระบาดโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงและแพร่ขยายอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงจำนวนตัวเลขผู้ป่วย และพื้นที่ จนเป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) (The World Health Organization, 2020) การป้องกันโรคเป็นแนวทางสำคัญ เนื่องด้วยยารักษาโรคและวัคซีนยังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา

ในมุมมองของเศรษฐศาสตร์ การป้องกันโรคเป็นการลงทุนชนิดหนึ่ง ปัจเจกชนจะเลือกระดับการป้องกันโรคที่ดีที่สุด โดยประเมินว่าการลงทุนป้องกันโรคได้ผลประโยชน์ที่ตามมาคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่ ซึ่งการจะช่วยให้ปัจเจกชนวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำ และมีระดับการป้องกันโรคที่เหมาะสม ต้องอาศัยความสมบูรณ์ของข้อมูลข่าวสาร ของตัวโรค การระบาดของโรค เป็นต้น (Courbage and Rey, 2006) แต่สถานการณ์ปัจจุบันที่ประชาชนขาดข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ในการตัดสินใจป้องกันโรค ส่งผลให้การป้องกันโรคในระดับปัจเจกไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นมาตรการด้านสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากร

อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศมีนโยบายสาธารณสุขที่แตกต่างปรับใช้ตามสถานการณ์การระบาด สมรรถนะของระบบสุขภาพ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง ประเด็นดังกล่าวกลายเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างนโยบายโควิด-19 ของโลกตะวันตกและตะวันออก (เช่น Sachs, 2020; Salmon, 2020; Chang, 2020)

บทความนี้ศึกษาปัจจัยระบบสุขภาพและสมรรถนะระบบสุขภาพ รวมถึงปัจจัยด้านระบอบรัฐสวัสดิการ ส่งผลต่อการผลิตนโยบายรับมือการระบาดโรคโควิด-19 ในแต่ละรัฐอย่างไร โดยใช้กรอบแนวคิดรัฐสวัสดิการเปรียบเทียบ และกรอบแนวคิดรัฐเวชกรรมเป็นกรอบวิเคราะห์ และเลือกการเปรียบเทียบประเทศเยอรมนีในฐานะตัวแทนประเทศตะวันตก และประเทศไทยในฐานะตัวแทนโลกตะวันออก ซึ่งมีความแตกต่างด้านระบบสุขภาพ ระบอบสวัสดิการ ระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจ

สุขภาพ และความจำเป็นของการแทรกแซงจากรัฐ

1. สุขภาพ-เศรษฐกิจ-ความมั่นคง

ความมั่นคงสุขภาพเป็นความมั่นคงรูปแบบใหม่ที่มีความสำคัญ การแพร่ระบาดของโรคร้ายสามารถสร้างความหวาดกลัวแก่ประชาชนในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว และส่งผลต่อเสถียรภาพสังคม สุขภาพจึงมิใช่ความมั่นคงเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่สามารถเชื่อมโยงถึงความมั่นคงของชาติ และสร้างความพว้าพว่ร้อนขอบเขตบทบาทของรัฐในการแทรกแซงสุขภาพประชาชน

นอกจากเหตุผลด้านความมั่นคงแล้ว สุขภาพยังมีความสัมพันธ์ต่อเศรษฐกิจมหภาค และสร้างความชอบธรรมให้รัฐเข้ามาจัดการสุขภาพประชาชน รัฐได้มีบทบาทเข้ามาแทรกแซงสังคมและประชาชนโดยใช้เหตุผลแห่งรัฐ (Raison d'Etat) ที่ Foucault (2004) ได้นิยามว่า มันคือการใช้การปฏิบัติหรือการให้เหตุผลของการปฏิบัติที่มีการสร้างขึ้นมาเพื่อรัฐมีความชอบธรรมในการปกครอง แทรกแซงสังคมและประชาชน เพื่อรัฐจำเป็นต้องดำรงไว้เป็นสถาบันถาวร โดยเหตุผลแห่งรัฐมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา การเกิดขึ้นมาของ “เศรษฐกิจการเมือง”

รัฐเข้ามามีบทบาทแทรกแซงร่างกาย และสุขภาพประชาชนโดยกระบวนการแพทยานวัต (Social medicalization) และรัฐมีบทบาทมากขึ้นเมื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการผลิตและความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจของชาติ ในขั้นแรกรัฐได้ใช้อำนาจความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ใช้ข้อมูลทางสถิติสุขภาพเป็นเหตุผลแห่งรัฐ เพื่อสร้างรัฐเวชกรรมและตำรวจการแพทย์ปกครองแทรกแซงร่างกายและสังคมประชาชน ขึ้นต่อมารัฐ

ได้ใช้ความรู้ด้านสาธารณสุขเพื่อขยายขอบเขตอำนาจรัฐในการควบคุมสาเหตุของการเกิดโรค ควบคุมอากาศ น้ำ พื้นที่สาธารณะ และสร้างความชอบธรรมในการแทรกแซงพื้นที่เอกชน ในขั้นที่สามรัฐใช้ความรู้การแพทย์ในการควบคุมแรงงานการผลิต ซึ่งแรงงานลักษณะดังกล่าวไม่ใช่ตัวคนแต่เป็นแรงงานในฐานะปัจจัยการผลิต สุขภาพของแรงงานมีความสัมพันธ์กับเสถียรภาพห่วงโซ่การผลิตในระบบเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของแรงงานส่งผลกระทบต่อความไม่แน่นอนของระบบเศรษฐกิจทั้งระบบ (Foucault, 1974) นโยบายสุขภาพระดับชาติจึงมีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์กับนโยบายเศรษฐกิจ

2. ระบบสุขภาพและการเตรียมพร้อมรับมือโรคระบาด

ภายหลังสหประชาชาติได้มีการระบาดใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้แก่ การระบาดของ SARS ในปี 2003 การระบาดของ H1N1 ในปี 2009 และ การระบาดของ MERS ในปี 2012 เป็นที่แน่นอนว่าระบบสุขภาพเป็นระบบแรกที่ต้องเข้าไปจัดการรับมือการระบาดโรค ในประเทศกำลังพัฒนาอย่างเอเชียอาคเนย์ที่ระบบสุขภาพมีทรัพยากรที่จำกัดนั้น จึงได้มุ่งเน้นวิธีสร้างความเข้มแข็งของการสอดส่องและตรวจหาการระบาดแต่เนิ่นๆ เพื่อควบคุมการระบาดให้อยู่ในวงจำกัด

ระบบสุขภาพที่แตกต่างส่งผลต่อการกำหนดนโยบายการรับมือโรคระบาด Hanvarongchai et al. (2010) ได้ใช้ Systemic Rapid Assessment Toolkit ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ศึกษาเปรียบเทียบ 6 ประเทศ ได้แก่ ไทย เวียดนาม ใต้หวัน ลาว กัมพูชา และอินโดนีเซียในการรับมือการระบาด H1N1 ปี 2009 ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการทำงานของระบบสุขภาพและการเตรียมความพร้อมการรับมือการระบาดของโรค ระบบสุขภาพที่แตกต่างส่งผลต่อการกำหนดรูปแบบนโยบาย ในประเทศที่มีระบบสุขภาพที่ดีนั้นจะช่วยให้ระบบการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดโรคจะสามารถบูรณาการร่วมกับกลไกอื่นๆ ที่ดำรงอยู่ในระบบสุขภาพขณะนั้น ปัจจัยด้านระบบอภิมหา ระบบให้บริการสุขภาพ และทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมต่อกันระหว่างระบบสุขภาพ และระบบการรับมือโรคระบาด

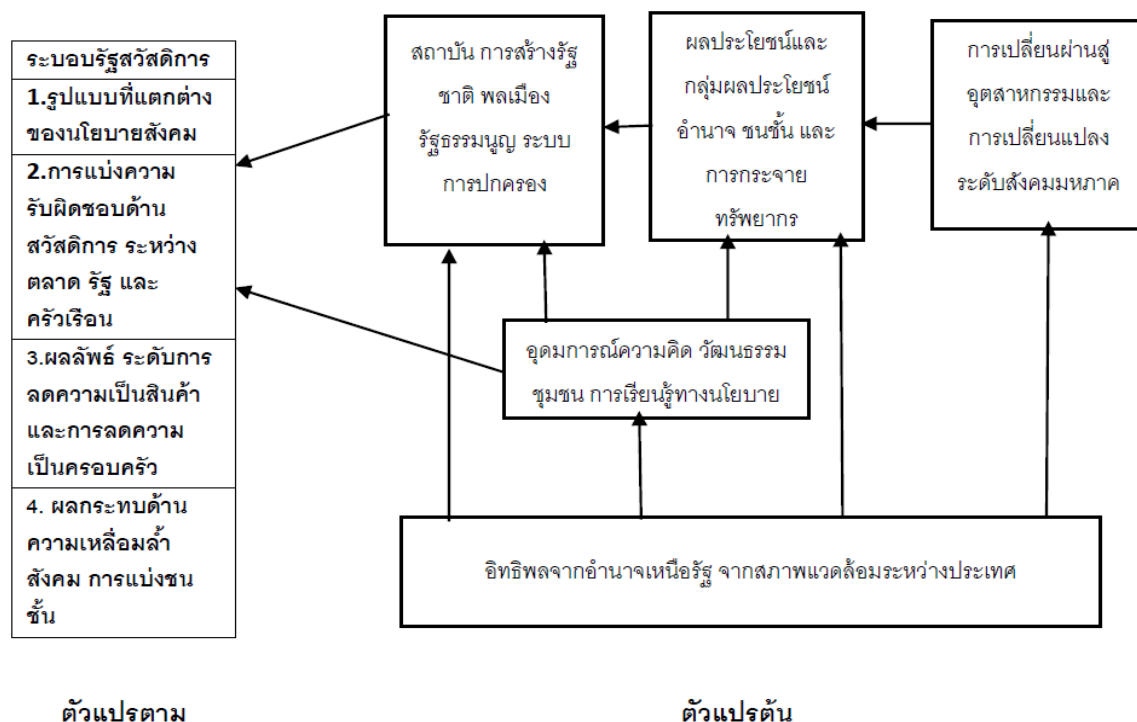
การเตรียมความพร้อมของระบบการรับมือโรคระบาดช่วยส่งผลดีในการลดภาระการทำงานของระบบสุขภาพ ลดอัตราการตายเมื่อเกิดการระบาดร้ายขึ้นจริง อย่างไรก็ตามแหล่งเงินที่สำคัญก็มาจากงบประมาณสาธารณะ ในกิจกรรมหลายๆ อย่าง เช่น การกักตุนยาต้านไวรัส อุปกรณ์การแพทย์ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และเป็นการเสียโอกาสในการใช้งบเพื่อจัดสรรทรัพยากรการแพทย์ในการรักษาโรคอื่น ตลอดจนการใช้จ่ายเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ หรือนโยบายสวัสดิการสังคมต่างๆ

รัฐสวัสดิการเปรียบเทียบ

การระบาดโควิด-19 ส่งผลทั้งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เช่น การขาดรายได้ การตกงาน เป็นต้น นอกจากนี้การระบาดยังเป็นความเสี่ยงสังคมที่คนในสังคมต้องรับผิดชอบร่วมกัน รัฐสวัสดิการเป็นรูปแบบรัฐที่กระจายบริการสังคมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ในสังคม (Spicker, 1995) อย่างไรก็ตามรัฐสวัสดิการมีหลายรูปแบบ

การศึกษารัฐสวัสดิการเปรียบเทียบเป็นการศึกษาที่วางอยู่บนฐานการจัดแบ่งกลุ่มในระดับมหภาคของรูปแบบสถาบัน เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของระบอบรัฐสวัสดิการ (Welfare regime) (Lange and Hudson, 1991) ซึ่งการเปรียบเทียบจะมีกลุ่มชนิดระบอบรัฐสวัสดิการเป็นตัวแปรตาม และมุ่งหาตัวแปรอิสระตลอดจนการทำงานร่วมกันของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยต่างๆ ที่ผลักดันให้เกิดระบอบรัฐสวัสดิการที่มีลักษณะเหมือนกัน (convergence) หรือ ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ระบอบรัฐสวัสดิการแตกต่างออกไป (divergence) เช่น การวิเคราะห์สถาบันเปรียบเทียบ (Ebbinghaus, 2012) พลังทางสังคม การเปลี่ยนผ่านสู่

อุตสาหกรรม ตลาดแรงงาน ความหลากหลายระบอบทุนนิยม รวมถึง ประวัติศาสตร์ เป็นต้น (Ebbinghaus & Manow, 2001)



ภาพที่ 1 กรอบความคิดระบอบรัฐสวัสดิการและตัวผลักต้น⁴

แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบความคิดระบอบรัฐสวัสดิการและตัวผลักต้น ตัวแปรตามเป็นชนิดระบอบรัฐสวัสดิการแบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1.) รูปแบบที่แตกต่างของนโยบายสังคม เช่น สังคมสงเคราะห์ ประกันสังคม และถ้วนหน้าตามสิทธิพลเมือง 2.) การแบ่งความรับผิดชอบด้านสวัสดิการ ระหว่าง ตลาด รัฐ และครัวเรือน 3.) ผลลัพธ์ มักอยู่ในรูประดับการลดความเป็นสินค้า และการลดความเป็นครอบครัว 4.) ผลกระทบด้านความเหลื่อมล้ำสังคม การแบ่งชนชั้น

ระบอบรัฐสวัสดิการที่แตกต่างกันมาจากการทำงานร่วมกันของตัวแปรต้น ได้แก่ 1.) การเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรมและการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมมหภาค เช่น ประวัติศาสตร์การเปลี่ยนระบบเศรษฐกิจสู่ทุนนิยมอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวแปรต้นที่ 2.) ผลประโยชน์และกลุ่มผลประโยชน์ อำนาจ ชนชั้น และการกระจายทรัพยากร เช่น การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมได้สร้างกลไกตลาดเป็นเครื่องมือในการกระจายทรัพยากร สร้างชนชั้นกลางและชนชั้นแรงงานขึ้นมาใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวแปรต้นที่ 3.) ตัวแปรเชิงสถาบัน การสร้างรัฐชาติ พลเมือง รัฐธรรมนูญ ระบบการปกครอง เนื่องจากการจัดสรรทรัพยากรและอำนาจต้องการสถาบันในการสร้างกฎกติการ่วมกัน เช่น การสร้างสิทธิพลเมือง รับธรรมนูญ ซึ่งนำไปสู่รูปแบบระบอบรัฐสวัสดิการต่างๆ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรต้นที่ 4.) อุดมการณ์ความคิด วัฒนธรรม ชุมชน การเรียนรู้ทางนโยบาย เช่น อุดมการณ์ด้านศาสนา ความหลากหลายด้านวัฒนธรรม ได้ตีกรอบความคิดของประชาชน และพฤติกรรมต่างๆ รวมถึงความคิดเรื่องสวัสดิการ ความ

⁴ ดัดแปลงจาก Gough, 2000 และ Gough, 2016

เป็นธรรม นอกจากนี้อุดมการณ์ความคิดยังส่งอิทธิพลต่อตัวแปรเชิงสถาบัน เช่น อุดมการณ์การสร้างรัฐชาติ เป็นต้น อุดมการณ์ความคิดยังสามารถส่งผลกระทบต่อความหลากหลายของระบอบรัฐสวัสดิการ ตัวแปรต้นที่ 5.) อิทธิพลจากอำนาจเหนือรัฐ และสภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ เช่น โลกาภิวัตน์ สงคราม ภาวะวิกฤติ องค์กรระหว่างประเทศ สามารถส่งผลกระทบต่อตัวแปรต้นอื่นทั้งสิ้นได้

การจัดกลุ่มรัฐสวัสดิการของ Esping-Andersen (1990) เป็นผลงานที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการวิเคราะห์ วิจัยและพัฒนารอบความคิดด้านการศึกษารัฐสวัสดิการเปรียบเทียบ ตลอดจนการจัดกลุ่มรัฐสวัสดิการ ชนิดใหม่ Esping-Andersen ได้ศึกษาเฉพาะกลุ่มประเทศทุนนิยมในตะวันตก และแบ่งชนิดรัฐสวัสดิการทุนนิยมตะวันตกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- **ระบอบเสรีนิยม** กลไกตลาดยังเป็นกลไกหลักในการกระจายสวัสดิการ รัฐมีบทบาทจำกัดในการแทรกแซงตลาดและรับผิดชอบสวัสดิการประชาชน การขยายสิทธิสังคมเป็นไปอย่างจำกัด โดยสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดหาให้มักจะให้แก่เฉพาะกลุ่มประชากรที่จำเป็น นโยบายสังคมส่งผลกระทบต่อการลดความเหลื่อมล้ำ และแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มต่างๆ ตัวอย่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เป็นต้น

- **ระบอบอนุรักษ์นิยม** รัฐมีบทบาทในการขยายสิทธิสังคมมากขึ้น สิทธิประโยชน์สวัสดิการมีความแตกต่างตามสถานะจ้างงาน อาชีพ สถาบันครอบครัว และศาสนายังคงมีบทบาทสำคัญด้านการจัดสรรสวัสดิการ นโยบายสังคมยังส่งผลให้ประชากรแบ่งออกเป็นกลุ่มต่างๆ ตัวอย่างประเทศ เช่น ฝรั่งเศส เยอรมนี เป็นต้น

- **ระบอบสังคมนิยมประชาธิปไตย** รัฐมีบทบาทแทรกแซงสูงในการขยายสิทธิสังคม รวมถึงการจัดหาสวัสดิการประชาชน รัฐมีบทบาทในการแทรกแซงกลไกตลาด และลดการพึ่งพิงสถาบันครอบครัวในด้านจัดหาสวัสดิการ ลักษณะสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการเป็นแบบครอบคลุมพลเมืองทั้งหมด นโยบายสังคมมีผลต่อการลดความเหลื่อมล้ำสูง และลดการแบ่งแยกกลุ่มประชากร

นอกจากนี้ Holliday (2000) ได้เสนอการจัดกลุ่มระบอบรัฐสวัสดิการในเอเชียตะวันออกเป็นระบอบรัฐสวัสดิการทุนนิยมผลิตภาพ (Productivist Welfare Capitalism) ซึ่งเป็นระบอบรัฐสวัสดิการที่กระบวนการผลิตนโยบายสวัสดิการสังคมถูกครอบงำจากนโยบายเศรษฐกิจเป็นสำคัญ การขยายสิทธิสวัสดิการสังคมเป็นไปอย่างจำกัด และการขยายสิทธิสวัสดิการใดๆ ต้องมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ-ตลาด-ครอบครัวแบบใหม่ก็เพื่อไปสนับสนุนให้เศรษฐกิจเติบโตขึ้น รัฐให้ความสำคัญด้านเศรษฐกิจมากที่สุดกว่าด้านอื่น โดยระบอบรัฐสวัสดิการทุนนิยมผลิตภาพก็มีความหลากหลายและแบ่งกลุ่มย่อยได้เป็น

- **รูปแบบอำนวยความสะดวก (facilitative)** รัฐมีบทบาทด้านสวัสดิการเพียงเล็กน้อย โดยใช้กลไกตลาดเป็นหลัก ในด้านการผลิตและกระจายสวัสดิการ และมีผลเพียงเล็กน้อยในการลดความเหลื่อมล้ำ และการแบ่งชนชั้น

- **รูปแบบรัฐพัฒนาการแบบถ้วนหน้า (Developmental-universalist)** รัฐมีบทบาทมากขึ้นในสวัสดิการสังคม และมีการขยายสิทธิสังคมแก่ประชาชนทุกคน อย่างไรก็ตามก็ไม่ใช่สิทธิสังคมทุกชนิด แต่เป็นสิทธิสังคมที่รัฐคดสรรแล้วว่าสามารถส่งผลกระทบต่อเพิ่มผลิตภาพ

- **รูปแบบรัฐพัฒนาการแบบจำเพาะ (Developmental-particularist)** รัฐมีบทบาทในการขยายสิทธิสวัสดิการสังคมให้กลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มผลิตภาพ และรัฐมีบทบาทกับสวัสดิการสังคมและสถาบันครอบครัวเพื่อเข้าร่วมด้านการผลิตและกระจายสวัสดิการ

กรณีศึกษาเปรียบเทียบนโยบายรับมือการระบาดโควิด-19

1. เยอรมนี

1.1 ระบอบรัฐสวัสดิการเยอรมนี

แรงผลักดันทางประวัติศาสตร์ที่ส่งผลการก่อสร้างระบอบรัฐสวัสดิการเยอรมนี ได้แก่

1.1.1 ความคิดอุดมการณ์ ด้านการผลิตองค์ความรู้และอุดมการณ์แนวความคิด มีการพัฒนา มหาวิทยาลัยในลักษณะเชี่ยวชาญศาสตร์เฉพาะด้าน มีการศึกษาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ นอกจากนี้ยังมีการ สอนเรื่องนิติรัฐ พลเมือง ประชาธิปไตย เรื่องลัทธิเศรษฐกิจต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างความแข็งแกร่งให้ประชา สังคม และการดำเนินการเศรษฐกิจโดยภาคเอกชน และเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดปฏิวัติอุตสาหกรรมใน เยอรมนี ส่วนกลุ่มชนชั้นนำก็มีค่านิยมในการรับผิดชอบสวัสดิการของผู้ใต้ปกครองดังเห็นได้จากกฎหมายทั่วไป แห่งราชอาณาจักรปรัสเซียปี 1794 ที่กำหนดหน้าที่ผูกมัดของรัฐในการช่วยเหลือคนยากจน หรือกฎหมาย Bavarian Law 1869 ที่กำหนดให้หน้าที่ชุมชนท้องถิ่นในการช่วยเหลือคนยากจนตามความจำเป็นของแต่ละ บุคคล ซึ่งเป็นลักษณะการช่วยเหลือสังคมสงเคราะห์ (Stolleis, 2013, p.36)

1.1.2 การเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรม การเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรมคลื่นลูกที่หนึ่งซึ่งเป็น อุตสาหกรรมการเกษตรในเยอรมนีเริ่มต้นช้ากว่าประเทศอื่นในยุโรปตะวันตก ทำให้เกิดอุปทานสินค้าเกษตร ส่วนเกินในประเทศจำนวนมาก ส่งผลให้แรงงานภาคเกษตรในเยอรมนีมีจำนวนล้นเกิน จำเป็นต้องอพยพสู่ แรงงานภาคอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตามแรงงานภาคอุตสาหกรรมก็ประสบกับความเสี่ยงที่แตกต่างจากการ ทำงานในชนบท เช่น อุตสาหกรรมเหมืองแร่ ที่คนงานประสบอุบัติเหตุ พิการ และเสียชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดขึ้น ได้ประจำวัน ความเสียหายของลูกจ้างจากการทำงานมิได้เป็นส่วนที่นายจ้างต้องรับผิดชอบเนื่องจากใน ขณะนั้นไม่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ดังกล่าว

1.1.3 ผลประโยชน์ การจัดสรรทรัพยากรและอำนาจ การเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรมได้เปลี่ยน การทำงานจากการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันในระบบเครือญาติ ชุมชน เป็นการทำงานร่วมกับคนแปลกหน้าใน โรงงาน เหล่าคนงานได้พัฒนาระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันขึ้น โดยสมาชิกร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุนกลางเพื่อ นำไปใช้ช่วยเหลือแรงงานและครอบครัวกรณีเกิดภัยพิบัติต่างๆ อย่างไรก็ตามการจัดการเหล่านี้เป็นลักษณะ คล้ายสมาคมภาคเอกชนโดยมิได้มีการบังคับจากอำนาจรัฐ หรือพัฒนาเป็นรูปสิทธิสังคม สิทธิประโยชน์จึง จำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรที่ทำงานในโรงงานเดียวกัน หรือมีอาชีพคล้ายกัน

เมื่อการประสพภัยและการถูกขูดรีดของแรงงานได้ขยายตัวอย่างกว้างขวางจนสร้างสำนึกร่วมกัน ของแรงงาน จึงก่อเกิดชนชั้นขึ้นมาใหม่คือ ชนชั้นแรงงาน การรวมตัวของแรงงานในรูปสหภาพในระดับชาติก็ เริ่มก่อตัวขึ้น เช่น Allgemeine deutsche Arbeiterverbrüderung (ภราดรภาพของแรงงานเยอรมัน) ซึ่ง เป็นการรวมตัวของสมาคมแรงงานทั่วประเทศกว่า 170 แห่ง มีสมาชิกรวมกว่า 15000 คน ในปี 1848 เพื่อ เรียกร้องสวัสดิการและสิทธิของแรงงาน นอกจากนี้การรวมตัวของสหภาพแรงงานยังพบในรูปของพรรค การเมืองและสามารถเข้าไปมีบทบาทในรัฐสภาอย่าง Sozialistische Arbeiterpartei Deutschlands (พรรค สังคมนิยมแรงงานเยอรมัน) ที่ก่อตั้งในปี 1875 (Stolleis, 2013, p.47-48)

ปัญหาความเป็นอยู่ที่ยากลำบากของแรงงาน และผลกระทบเชิงลบของการปฏิวัติทุนนิยม อุตสาหกรรมและเสรีนิยมกลายเป็นปัญหาสังคมที่ทุกภาคส่วนในสังคมกังวลและหาทางออก เพราะทุกชนชั้น ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ชนชั้นกลางและนายจ้างได้รับผลกระทบในรูปของความยากจนใน สังคมที่มากขึ้นเรื่อยๆอันเป็นภัยต่อความมั่นคงของชนชั้นกลางเอง เช่น ในรูปการก่ออาชญากรรมที่พบใน ชีวิตประจำวัน หรือการเจ็บป่วยของแรงงานซึ่งส่งผลต่อการผลิต หรือการขาดการศึกษาของเด็กเล็กที่จะเป็น แรงงานสำคัญในอนาคต รัฐเองก็ต้องพึ่งพารายได้ภาษีจากเศรษฐกิจที่เติบโตขึ้น และแรงงานจากชั้นแรงงาน

1.1.4 สถาบัน เยอรมนีในศตวรรษที่ 19 เป็นลักษณะรัฐผสมที่ไม่ใช่ทั้งในรูปของรัฐอำนาจนิยมที่รับผิดชอบสวัสดิการของประชาชนทั้งหมด และก็ไม่ใช่อำนาจนิยมที่การจัดสรรสวัสดิการเป็นไปตามกลไกตลาด รัฐได้เข้าไปแทรกแซงด้านสวัสดิการแรงงาน เช่น Prussian Law 10 April 1854 ที่กำหนดให้ตั้งสมาคมแรงงานในเมืองในทุกโรงงาน และกฎหมายปี 1865 ที่กำหนดให้มีการประกันภาคบังคับแรงงานเหมืองทุกคน โดยกองทุนที่บริหารเป็นลักษณะเอกชนเพื่อผลประโยชน์สาธารณะ โดยนายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุน (Stolleis, 2013, p.50-51)

1.1.5 สภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ มีการขยายตัวของแนวคิดคอมมิวนิสต์ในยุโรปในศตวรรษที่ 19 และการเติบโตของพรรคสังคมนิยมในประเทศ การเดินขบวนของแรงงานจำนวนมากขึ้นได้สร้างความวิตกให้แก่ชนชั้นปกครอง และผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสวัสดิการเพื่อลดความตึงเครียดระหว่างชนชั้น หลีกเลี่ยงการปฏิวัติของชนชั้นกรรมชีพ และประสานผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างชนชั้น ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ได้นำไปสู่ การสร้างระบบสวัสดิการแบบบิสมาร์คในปี 1881 ซึ่งกลายเป็นฐานสำคัญของระบอบรัฐสวัสดิการเยอรมนีอย่างต่อเนื่อง

แรงผลักดันดังกล่าวที่ภาคประชาสังคมและชนชั้นแรงงานมีความเข้มแข็ง อุดมการณ์ด้านนิติรัฐ สิทธิพลเมืองมีความเข้มแข็ง มีการพัฒนาระบบประกันภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง มีการจำกัดอำนาจรัฐบาลกลาง กระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่น อีกทั้งชนชั้นปกครองมีสำนึกหน้าที่รับผิดชอบต่อสวัสดิการของประชาชน ส่งผลให้ระบอบรัฐสวัสดิการของประเทศเยอรมนีเป็น ระบอบอนุรักษนิยม หรือระบอบบรรษัทนิยม (Corporatist welfare regime) (Goodin et al., 1999, pp.71-78) กล่าวคือ ระบบประกันสังคมภาคบังคับที่สิทธิประโยชน์ผูกติดกับสถานภาพการทำงาน นอกจากนี้หัวหน้าครอบครัวที่ทำงานสามารถขยายสิทธิครอบครัวให้สมาชิกครอบครัวได้แก่ ภรรยา บุตร-ธิดา โดยกองทุนมีแหล่งเงินจากนายจ้างและลูกจ้างเป็นหลัก และระบบที่สองได้แก่ สังคมสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือกลุ่มประชากรส่วนน้อยที่ยากลำบาก และไม่คำนึงถึงสถานภาพการทำงาน โดยมีแหล่งเงินจากภาษีอากร จุดประสงค์ของระบอบสวัสดิการมีเพื่อรักษาระเบียบสังคม และระเบียบเศรษฐกิจ จัดการความเสี่ยง 5 ชนิดที่แรงงานและครอบครัวต้องเผชิญ ได้แก่ ความชราภาพ การเจ็บป่วย การตั้งครุฑและบริบาลมารดา อุบัติเหตุจากการทำงาน และการว่างงาน เพื่อรับประกันแรงงานว่าจะสามารถรักษาระดับรายได้ไม่ให้เกิดเปลี่ยนแปลงมากนักเมื่อประสบความเสียหายจากความเสียหายเหล่านี้ และเมื่อลูกจ้างมีประกันครอบครัวความเสี่ยงแล้วย่อมส่งผลให้ผลิตภาพแรงงานมีความแน่นอนซึ่งส่งผลดีต่อผู้ประกอบการเอง รัฐจึงมีหน้าที่ในการแทรกแซงกลไกตลาดแรงงานในฐานะ เพื่อสร้างรูปแบบการเจรจาผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง

1.2 ระบบสุขภาพเยอรมนี

1.2.1 พัฒนาการรัฐเวชกรรมและการป้องกันโรค

เยอรมนีเป็นต้นแบบในการสร้างรัฐเวชกรรมในยุโรปในช่วงต้นศตวรรษที่ 18 โดยมีรูปแบบการพัฒนาความรู้ในรูประเบียบวิชาการ (discipline) รัฐมีการสะสมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาการทำงานของรัฐ และเทคโนโลยีการปกครอง ความรู้ด้านการแพทย์ก็เป็นหนึ่งสาขาวิชาที่รัฐใช้ในการควบคุมปกครองร่างกายประชาชนและสังคม ทั้งในรูปแบบการใช้ข้อมูลสถิติสุขภาพประชากร การใช้ตำรวจการแพทย์เข้าสอดส่อง เก็บข้อมูลสุขภาพส่งให้รัฐบาล บังคับพฤติกรรมประชากร การสร้างปทัสถานการรักษาใหม่ให้เป็นมาตรฐานเหมือนกันทั่วประเทศ รวมถึงการสร้างสถาบันบริหารระบบสาธารณสุข (Foucault, 1974)

ถึงแม้รัฐมีความรู้เข้มแข็งในการแทรกแซงควบคุมสังคม ในขณะเดียวกันสังคมเองก็มีการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือตนเองในรูปแบบสมาคม แรงงานในโรงงานรวมตัวกันสร้างระบบประกันภัยซึ่ง

ครอบคลุมการรักษาพยาบาล อุบัติเหตุจากการทำงาน ก่อนที่ขยายเป็นระบบบิสมาร์ครอบคลุมแรงงานทั่วประเทศซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 นอกจากนี้กลุ่มชนชั้นนำในระดับท้องถิ่นต่างเกรงว่าอำนาจรัฐบาลกลางจะเข้ามาครอบงำอำนาจท้องถิ่นมากเกินไปโดยใช้แผนประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นข้ออ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ระบบสุขภาพของเยอรมนีจึงเป็นลักษณะการประนีประนอมระหว่างอำนาจรัฐ และภาคเอกชน ระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น (Altenstetter, 2003, pp.38-44)

อำนาจรัฐเวชกรรมเยอรมนีเข้มแข็งถึงขีดสุดในสมัยอาณาจักรไรช์ที่สาม อันเป็นบาดแผลทางประวัติศาสตร์ เมื่อเหล่าแพทย์และบุคลากรการแพทย์ชั้นนำในเยอรมนีได้รับอิทธิพลแนวความคิดสังคมนิยมแบบดาร์วินส์กลายเป็นกำลังหลักในการสร้างความชอบธรรมแก่รัฐบาลนาซีในการใช้ความรู้การแพทย์เพื่อสร้างความบริสุทธิ์ทางชาติพันธุ์อารยัน อันส่งผล เช่น การบังคับคนพิการ และชาวิวิวทำหมันกว่าสี่แสนคน และกว่าแสนคนเป็นเหยื่อของการบังคับการุณฆาต (Ernst, 2001, pp.37-42) หลังจากการล่มสลายอาณาจักรไรช์ที่สามแล้ว เยอรมนีจึงหวาดระแวงการใช้อำนาจของรัฐมากเกินไปในการแทรกแซงสังคมและประชาชน รัฐจึงต้องมีกระบวนการจำกัดอำนาจตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้อำนาจความรู้ด้านการแพทย์ในกระบวนการแพทยานุวัตรด้วย

วิวัฒนาการของประวัติศาสตร์เชิงสถาบันดังกล่าวได้วางหลักการ 3 ประการพื้นฐานของระบบสุขภาพเยอรมนีได้แก่ ความสมานฉันท์ การกระจายอำนาจ และการบริหารจัดการด้วยองค์กรมิใช่รัฐ (Altenstetter, 2003)

หลักการสมานฉันท์ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสุขภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในสังคม ประชาชนมีหน้าที่เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขรับผิดชอบความเสี่ยงสุขภาพร่วมกันโดยไม่มีใครถูกทอดทิ้งจากระบบประกันสุขภาพ คนรวยต้องช่วยเหลือคนจนด้วยการจ่ายเงินสมทบกองทุนสุขภาพในสัดส่วนสูงกว่า คนแข็งแรงช่วยเหลือคนอ่อนแอกว่า ถึงแม้เขาจะไม่มีโอกาสได้รับการรักษาเนื่องจากสุขภาพแข็งแรง เขาก็ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสมมาเสมอ ทุกคนเข้าถึงสิทธิสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์บริการการรักษาที่เหมือนกัน แม้จะมีสถานภาพทางอาชีพที่แตกต่างกันก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพวางอยู่บนฐานความจำเป็นทางสุขภาพ โดยมีค่านึงว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจสังคมอย่างไร

หลักการกระจายอำนาจ คือ รัฐบาลท้องถิ่นมีอำนาจในด้านนโยบายสาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีรัฐบาลสหพันธ์รัฐสนับสนุนบางส่วน เพื่อป้องกันอำนาจรัฐบาลกลางมีอิทธิพลเหนือรัฐบาลท้องถิ่นมากเกินไป ดังนั้นแหล่งเงินค่ารักษาพยาบาลที่ให้แก่โรงพยาบาลและผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนหนึ่งจึงมาจากภาษีรัฐบาลท้องถิ่น และอีกส่วนมากจากกองทุนสุขภาพที่เก็บเบี่ยประกันจากฝ่ายลูกจ้าง และนายจ้าง

หลักการบริหารจัดการโดยตัวแสดงมิใช่รัฐ คือการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพจากภาคเอกชน โดยมีตัวแทนทั้งผู้จ่ายเบี่ยประกัน นายจ้าง ลูกจ้าง และฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพ อำนาจการตัดสินใจจึงแบ่งเป็นสองส่วนเท่าๆกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้จ่ายเบี่ยประกัน รัฐมิได้มีอำนาจในการเข้าบริหารจัดการกองทุน รัฐมีหน้าที่ในการออกกฎหมายและกำหนดกรอบนโยบายระดับชาติ

ลักษณะระบบสุขภาพจึงประกอบด้วยตัวแสดงรัฐ และตัวแสดงมิใช่รัฐ ผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพหลายฝ่าย เช่น สหภาพแรงงาน บุคลากรการแพทย์ ผู้นำระดับท้องถิ่น อำนาจของรัฐบาลสหพันธ์รัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการเจรจาต่อรอง ประนีประนอม เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพ และการประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐใช้อำนาจการแพทย์ในการสร้างความชอบธรรมการแทรกแซงสุขภาพและร่างกายประชากร

ตลอดจนพื้นที่สาธารณะ และกรรมสิทธิ์เอกชน อย่างไรก็ตามรัฐก็ถูกจำกัดการใช้อำนาจจากตัวแสดงอื่นมิใช่รัฐที่มีความเข้มแข็งเช่นเดียวกัน ทั้งจากภาคประชาสังคม สหภาพแรงงาน สมาคม และรัฐบาลท้องถิ่น

ลักษณะระบบสุขภาพดังกล่าวยังมีผลกระทบต่อนโยบายการป้องกันโรค มาตรการทางสาธารณสุขและป้องกันโรคเป็นมาตรการสาธารณะที่มาพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชากร การควบคุมพื้นที่สาธารณะเสมอ ซึ่งอาจเข้าไปแทรกแซงเสรีภาพและกรรมสิทธิ์เอกชน บาดแผลจากการใช้อำนาจรัฐเกินขอบเขตในสมัยนาซียังเป็นบทเรียนที่รัฐบาลต้องจำกัดอำนาจตนเอง ดังนั้นนโยบายการป้องกันโรค และการให้ความรู้สุขภาพจึงเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก (Freeman, 1994, pp.3-16) รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการวางแผนนโยบายการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รัฐบาลมลรัฐมีหน้าที่นำนโยบายป้องกันโรคมาปรับใช้ให้เกิดการปฏิบัติจริง และทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวกลางระหว่างผู้วางแผนนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน

1.2.2 ความพร้อมของระบบสุขภาพในการรับมือการระบาดโควิด-19

เยอรมนีเป็นประเทศรายได้สูงและมีขนาดผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ 3.4 ล้านล้านยูโร มีจำนวนประชากร 82.3 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 41.0 ล้านคน และเป็นเพศหญิง 42.1 ล้านคน เยอรมนีเป็นสังคมสูงวัยโดยมีประชากรร้อยละ 19 อายุมากกว่า 67 ปี⁵ ถึงแม้ระบบสุขภาพจะมีความซับซ้อนและประกอบด้วยหลายกองทุน แต่ก็สามารถขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทั้งหมด โดยประชากรราวร้อยละ 87 เข้าถึงประกันสุขภาพสังคม อีกร้อยละ 11 ครอบคลุมโดยประกันภาคเอกชน และร้อยละ 2 ได้รับประกันสุขภาพแบบจำเพาะอาชีพ เช่น ทหาร ตำรวจ (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020, p.9) ระบบการปกครองของเยอรมนีเป็นระบบสหพันธรัฐซึ่งส่งผลต่อการวางแผนและบริหารจัดการในระบบสุขภาพด้วยให้มีการกระจายอำนาจสู่รัฐบาลท้องถิ่น

ค่าใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติคิดเป็น 11.2% GDP สูงเป็นอันดับสองของกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป ด้วยระบบการคลังสุขภาพมีการป้องกันภาวะล้มละลายที่ดี ทำให้รายจ่ายสุขภาพทางตรงของประชากรคิดเป็นร้อยละ 11.2 ของรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ด้านกำลังคนและทรัพยากรการแพทย์ในระบบสุขภาพ มีจำนวนแพทย์ 4.3 คนต่อประชากร 1000 คน และจำนวนพยาบาล 12.0 คนต่อประชากร 1000 คน มีจำนวนเตียง 8.0 เตียงต่อประชากร 1000 คน และด้วยจำนวนบุคลากรและทรัพยากรสุขภาพที่สูง ทำให้จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป (Ibid., pp.9-11)

4.1.3 นโยบายรับมือโควิด-19 ของเยอรมนี

มีการค้นพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเยอรมนีเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2020 ในรัฐบาวาเรีย อย่างไรก็ตามการระบาดของโควิด-19 ในยุโรปเริ่มขยายวงกว้างในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2 เท่าในแต่ละวันซึ่งเป็นสัญญาณการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยชุดนโยบายรับมือโควิด-19 มีลักษณะสำคัญคือ

- มีการเพิ่มอำนาจฝ่ายบริหารเนื่องด้วยสถานการณ์ฉุกเฉินแต่ก็มีการจำกัดอำนาจและถ่วงดุลด้วยเช่นกัน มาตรการจำนวนมากของการรับมือโควิดเป็นมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ดังนั้นเพื่อสร้างหลักประกันว่ารัฐจะไม่ใช้ข้ออ้างของการระบาดโรคในการละเมิดสิทธิเสรีภาพประชาชนโดยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ กฎหมายที่เยอรมนีใช้ในภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคได้แก่ Infectious Disease Act 2001 และมีการแก้ไขในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2020 โดยกฎหมายให้อำนาจแก่รัฐใน

⁵ ข้อมูลจาก The Federal Statistical office. จากเว็บไซต์: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/_node.html

การใช้มาตรการที่พอเหมาะสมควรและได้สัดส่วนในการจัดการภาวะวิกฤติโรคระบาด ถึงแม้มาตรการเหล่านั้นจะลดทอนสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน เช่น เสรีภาพในการเคลื่อนย้าย เสรีภาพในการชุมนุม การสั่งปิดน้ำฟ้า การมอบอำนาจพิเศษแก่หน่วยงานสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งอำนาจเหล่านี้รัฐบาลท้องถิ่นสามารถนำไปประกาศใช้แตกต่างกันตามสถานการณ์ของแต่ละรัฐโดยมีรัฐบาลกลางเป็นตัวเชื่อมโยงประสานงาน อย่างไรก็ตามรัฐสภาและวุฒิสภาสามารถเรียกร้องประชุมให้รัฐบาลยกเลิกอำนาจดังกล่าวได้เช่นกัน (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020, pp.1-3)

- **การใช้อำนาจความรู้วิทยาศาสตร์** ข้อมูลสถิติ ในการสร้างความชอบธรรมให้รัฐในการควบคุมประชากร สถาบัน Robert Koch Institute ซึ่งเป็นสถาบันวิจัยระดับชาติที่ชำนาญการด้านความรู้การแพทย์และระบาดวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษา และวางแผนการควบคุมการระบาดโรคแห่งชาติเพื่อลดการตายจากโควิด-19 สร้างหลักประกันเพื่อให้มีการรักษาแก่ผู้ติดเชื้ออย่างเพียงพอ รวมถึงบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆ ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบการตัดสินใจแก่ผู้กำหนดนโยบาย สื่อและประชาชน ผลวิจัยที่สำคัญของสถาบันได้ถูกแปลงเป็นนโยบายสาธารณะ (Winkelmann, 2020) ได้แก่ การแนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการระบาดของโรค ซึ่งเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของชาวตะวันตกไม่นิยมใส่หน้ากากอนามัย และต่อมาได้มีการประกาศบังคับให้ใส่หน้ากากในที่สาธารณะในวันที่ 22 เมษายน (BBC NEWS, 2020) เพื่อให้การจัดสรรหน้ากากอนามัยเป็นไปอย่างเพียงพอและทั่วถึง รัฐบาลได้เข้าแทรกแซงกลไกตลาด กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดราคากลางของหน้ากากอนามัยและยังมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้จัดซื้อกลางหน้ากากอนามัยเพื่อแจกจ่ายให้แก่โรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ มีการห้ามส่งออกหน้ากากอนามัยไปต่างประเทศ และกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำเข้าหน้ากากอนามัยผู้เดียว โดยได้รับสนับสนุนการคลังจากรัฐบาลกลางกว่า 7.8 พันล้านยูโรในการจัดหาหน้ากากอนามัย

- **สมรรถนะระบบสุขภาพสูง** สามารถขยายขอบเขตการตรวจประชากร (Winkelmann, 2020) ทางสถาบัน Robert Koch Institute ได้แนะนำการขยายขอบเขตการตรวจโรคโควิด-19 เพื่อเพิ่มความสามารถในการตรวจจับและตามรอยการระบาด ประกอบกับสมรรถนะของระบบสุขภาพที่มีห้องปฏิบัติการของภาครัฐและเอกชนกว่า 400 แห่ง มีการเพิ่มจุดตรวจแบบ Drive-in และในวันที่ 14 พฤษภาคม รัฐสภาได้ออกกฎหมายเพื่อขยายการตรวจให้ครอบคลุมบุคคลที่ไม่มีอาการแต่มีประวัติในการสัมผัสบุคคลที่น่าสงสัยติดเชื้อด้วย ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจโดยไม่คิดมูลค่า ส่วนทางกองทุนประกันสุขภาพสังคมจะให้การสนับสนุนแก่ห้องปฏิบัติการ 50.50 ยูโรต่อการตรวจ ส่งผลให้เยอรมนีเป็นประเทศที่มีจำนวนการตรวจโควิด-19 มากกว่า 5 ล้านครั้ง

- **มีการกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่น** มีกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างนายกรัฐมนตรีและรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อหามาตรการที่เหมาะสมระหว่างการป้องกันการแพร่ระบาดโรคและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ส่วนแผนการที่จะลดระดับความเข้มงวดการเว้นระยะห่างสังคมขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดและตัวชี้วัด R_0 เช่น วันที่ 6 พฤษภาคม อนุญาตให้ร้านค้าเปิดทำการอีกครั้ง โรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็กรวมถึงกิจกรรมที่มีผู้ชุมนุม การแข่งขันฟุตบอล เป็นต้น ในวันที่ 30 มิถุนายน รัฐต่างๆได้ร่วมวางแผนในการยกเลิกมาตรการบังคับในสถานการณ์โควิด-19 ที่เหลืออยู่ทั้งหมด อย่างไรก็ตามเนื่องจากการบริหารรัฐกิจระบบสุขภาพเยอรมนีเป็นในรูปแบบสหพันธรัฐ ดังนั้นนโยบายการรับมือการระบาดโควิด-19 ในเยอรมนี จึงมิได้มีอำนาจผูกขาดจากรัฐบาลกลางหรือผู้นำประเทศอย่าง แต่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ โดยรัฐบาลกลางทำหน้าที่วางกรอบนโยบายภาพรวมในระดับชาติและร่วมตัดสินใจเชิงนโยบาย

พร้อมทั้งรัฐบาลมลรัฐ รัฐบาลมลรัฐสามารถนำนโยบายแห่งชาติไปปฏิบัติใช้ในแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสมสถานการณ์

- **การสื่อสารของรัฐบาลต่อประชาชนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและร่วมมือกัน** มาตรการรับมือโควิด-19 ของเยอรมนีจะไม่สามารถเดินหน้าต่อไปได้ ถ้าไม่มีการสื่อสารระหว่างภาครัฐต่อประชาชนที่ดี การดำเนินนโยบายปิดเมืองเพื่อจำกัดพื้นที่การสัมผัสเชื้อโดยใช้อำนาจกฎหมาย อำนาจบีบบังคับแบบเดิม หรือ อำนาจความกลัวเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถคุมพฤติกรรมของชาวเยอรมันให้ป็นเด็กดีเชื่อฟังคำสั่งจากรัฐบาลได้อย่างไม่มีเหตุผล รัฐจึงต้องใช้ศิลปะการโน้มน้าว ใช้เหตุผลเพื่อให้ประชาชนเห็นผลประโยชน์ร่วมกัน และร่วมมือทำงานกัน บทบาทผู้นำของนายกรัฐมนตรีหญิงเยอรมนีในการจัดการสภาวะวิกฤติโควิด-19 ได้รับการชื่นชมจากสื่อระหว่างประเทศ รวมถึงความเห็นของโพลประชาชนกว่าร้อยละ 70 ของผู้ตอบแบบสอบถามในเยอรมนีเห็นว่าผู้นำมีการจัดการที่ดีภายใต้วิกฤติ (Euronews, 2020) ด้วยภูมิหลังการศึกษาและการทำงานด้านฟิสิกส์จึงเป็นข้อได้เปรียบของเธอในการจัดการระบาดของโควิด-19 ระบบความคิดแบบวิทยาศาสตร์ การให้ความสำคัญด้านข้อมูล การให้ความสำคัญของคำแนะนำจากผู้ชำนาญการ ทำให้เมคเคลเข้าใจสถานการณ์การระบาดโรค (The Atlantic 2020) ประกอบกับความสามารถในการสื่อสารวิทยาศาสตร์ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้ประชาชนลดความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นต่อผู้นำและรัฐบาล

- **การช่วยเหลืออย่างครอบคลุมจากระบบสวัสดิการ** ผลกระทบของมาตรการล็อกดาวน์ทำให้เกิดการว่างงาน รายได้ที่ลดลง และเศรษฐกิจหดตัว เนื่องจากระบบสวัสดิการของเยอรมนีที่มุ่งเน้นด้านการจ้างงานเต็มและการรักษาระดับรายได้ของผู้ประกันตนไม่เปลี่ยนแปลงมากนักจากการประสบภาวะวิกฤติ ดังนั้นชุดนโยบายสังคมในวิกฤติโควิด-19 จึงเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และกองทุนประกันสังคมจัดการกันเอง และใช้แหล่งเงินมาจากทั้งภาษีรัฐบาลกลาง ภาษีรัฐบาลท้องถิ่น และกองทุนประกันสังคม โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการรักษาระดับรายได้แก่ประชากรทุกกลุ่ม ในด้านการลดค่าใช้จ่ายนั้นเยอรมนีมีนโยบายทั้งในรูปแบบการลดภาษี และการแจกจ่าย สินค้าบางชนิด เช่น การลดภาษีมูลค่าเพิ่มจาก 19% เป็น 7% การจัดหาอุปกรณ์สำหรับเด็กแก่ครอบครัวยากจน ส่วนทางด้านผู้ประกอบการก็ได้รับการช่วยเหลือ เช่น การผ่อนปรนภาษี นอกจากนี้รัฐบาลมีการขยายสินเชื่อเพื่อผู้ประกอบการรายย่อย (International Labour Organization, 2020) เพื่อลดความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการระบาดโควิด-19 รัฐบาลยอมให้มีหนี้สาธารณะเพิ่มมากขึ้นเพื่อนำเงินไปใช้ในนโยบายการคลังอัดฉีดเงินเพิ่มในระบบ 156 พันล้านยูโร (4.9% GDP) เพื่อใช้ด้านการเพิ่มทรัพยากรสุขภาพ เยียวยาเจ้าของธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็ก สร้างการจ้างงานระยะสั้น ขยายสิทธิประโยชน์การว่างงาน นอกจากนี้มีการสร้างกองทุนใหม่เพื่อสร้างเสถียรภาพทางเศรษฐกิจเพื่อขยายสินเชื่อแก่ภาคธุรกิจเป็นมูลค่ากว่า 757 พันล้านยูโร (International Monetary Fund, 2020)

กล่าวโดยสรุปนโยบายการรับมือการระบาดโควิด-19 ของเยอรมนีได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากร รวมถึงการจำกัดพื้นที่สาธารณะเพื่อลดการสัมผัสเชื้อ อย่างไรก็ตามรัฐก็มีใช้อำนาจเข้าแทรกแซงอย่างสมบูรณ์ แต่สร้างความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ระหว่างกระทรวงต่างๆ ทั้งนี้มาจากหลักความคิดของระบบสุขภาพที่วางอยู่บนฐาน ความสมานฉันท์ การกระจายอำนาจ และการบริหารจัดการด้วยองค์กรมีใช้รัฐ ทำให้ในสภาวะปกติที่นั้นภาคสังคมและประชาสังคมมีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง และมีการสร้างรูปแบบการร่วมมือระหว่างภาครัฐ และถึงแม้ในสถานการณ์ภาวะวิกฤติที่เพิ่มอำนาจรัฐในการบริหารจัดการความเสี่ยงแล้ว อำนาจรัฐก็ยังคงถูกจำกัดด้วยกฎหมาย และสภาถึงแม้รัฐมีอำนาจมากขึ้นในการจัดสรรโอนย้าย ทรัพยากรสุขภาพของภาคเอกชนให้แก่สาธารณะเป็นการชั่วคราว

เพื่อตอบสนองต่อการระบาดโควิด-19 รัฐมีอำนาจในการประกาศจำกัดพื้นที่อันเป็นการลดทอนเสรีภาพประชาชนก็ตาม แต่นโยบายดังกล่าวก็มาพร้อมกับ การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชน และใช้ข้อมูลทางสถิติที่ได้จากการขยายวงกว้างการตรวจโรคโควิด-19 โดยมีสถาบัน Robert Koch Institute เป็นผู้ใช้องค์ความรู้การแพทย์และให้คำแนะนำแก่รัฐบาล เพื่อสร้างความมั่นใจแก่สังคม พร้อมมีนโยบายด้านสวัสดิการจากระบบรัฐสวัสดิการที่มุ่งเน้นด้านการรักษาระดับรายได้ให้คงเดิมเมื่อเจอภาวะวิกฤติ จึงสามารถโน้มน้าวให้คนปฏิบัติตามนโยบายของรัฐโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตประชาชนมากนัก

2. ไทย

2.1 ระบบรัฐสวัสดิการไทย

เมื่อใช้กรอบรัฐสวัสดิการเปรียบเทียบวิเคราะห์ระบบรัฐสวัสดิการไทยแล้ว จะพบว่าประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบรัฐสวัสดิการไทยมีลักษณะแตกต่างจากโลกตะวันตกดังนี้

2.1.1 สภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ ประเทศไทยไม่เคยผ่านประสบการณ์อาณานิคม ส่งผลให้ไม่มีสถาบันด้านการคุ้มครองทางสังคมของยุโรปตะวันตกเป็นตัวอย่งดำเนินรอยตามดังเช่นสิงคโปร์ซึ่งมีกองทุน Central Provident Fund ที่ก่อตั้งโดยเจ้าอาณานิคมอังกฤษเมื่อปี 1955 (Pierson, 2005, pp.395-418) อย่างไรก็ตามการมีความสัมพันธ์อันดีกับสหรัฐฯในช่วงสงครามเย็นก็ส่งผลให้ไทยได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงนโยบายเศรษฐกิจเสรีนิยม (Phongpaichait and Baker, 2002) ซึ่งส่งผลต่อทิศทางการออกแบบนโยบายเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคมตามมา แต่รัฐไทยก็มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินรอยตามเศรษฐกิจเสรีนิยมเต็มที่เหมือนสหรัฐฯ เนื่องจากภาคเอกชนขาดแคลนปัจจัยทุนและเทคโนโลยีการผลิต และต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ

2.1.2 การเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรม ประเทศไทยในอดีตมีรายได้หลักมาจากเกษตรกรรม มีการเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรมที่ล่าช้าที่เพิ่งเริ่มเห็นผลชัดเจนในช่วงทศวรรษ 60 และเนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือจากสหรัฐฯในเวลานั้นทำให้ทิศทางการเปลี่ยนผ่านนั้นวางอยู่บนฐานกลไกตลาดเสรีเป็นหลัก (Falkus, 1995, pp.15-17) โดยรัฐมีหน้าที่สนับสนุนในด้านควบคุมเสถียรภาพทางการเงินเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการลงทุนและการเติบโตทางเศรษฐกิจ เช่น การควบคุมอัตราเงินเฟ้อ ควบคุมค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ควบคุมการรวมตัวกันของแรงงาน เป็นต้น ไทยได้ดำเนินนโยบายอุตสาหกรรมทดแทนการนำเข้าในช่วงทศวรรษ 60 อุตสาหกรรมเพื่อการส่งออกในทศวรรษ 80 ระบบเศรษฐกิจไทยมีความเชื่อมโยงกับโลกาภิวัตน์และดำเนินนโยบายเสรีการค้าและการเงินในช่วงทศวรรษ 90 ทำให้เศรษฐกิจพัฒนาด้วยอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนผ่านสู่อุตสาหกรรมไทยที่กระจุกตัวในกรุงเทพฯและปริมณฑลกลับสร้างความเหลื่อมล้ำทางรายได้มากขึ้น ในปี1988 ส่วนแบ่งรายได้ของกลุ่มประชากรร้อยละ 20 ที่ยากจนสุดมีแค่อ้อยละ 4.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรร้อยละ 20 ที่รวยที่สุดกลับครอบครองรายได้กว่าร้อยละ 54.8 (Tinakorn, 1995, p.222) อีกทั้งกลับไม่สามารถสร้างจำนวนงานเพื่อรองรับการอพยพแรงงานจากภาคเกษตรสู่ภาคอุตสาหกรรมได้เพียงพอ สัดส่วนรายได้ของประเทศจากภาคเกษตรกรรมลดลงจากร้อยละ 39.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในปี 1961เป็นร้อยละ 12.3 ในปี1992 แต่สัดส่วนแรงงานกว่าร้อยละ 60 กลับยังคงอยู่ในภาคเกษตร (Charoenlert, 2000, pp.101-102) โครงสร้างสังคมเกษตรกรรมยังคงเป็นสถาบันสำคัญในชนบทไทย

2.1.3 ผลประโยชน์ การจัดสรรทรัพยากรและอำนาจ ทุนนิยมไทยก่อนวิกฤติต้มยำกุ้งปี 97 มีลักษณะธุรกิจกึ่งผูกขาดที่ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากรัฐ (Phongpaichit, 2006, pp.15-40) มีเพียงไม่กี่

ตระกูลใหญ่ที่มีความสัมพันธ์อันดีกับข้าราชการ นักการเมือง หรือ กองทัพ ที่ได้รับสิทธิพิเศษจากรัฐทำให้สามารถหาค่าเช่าทางเศรษฐกิจมากกว่าปกติ กลุ่มชนชั้นนำสามกลุ่มเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดสรรทรัพยากร กล่าวคือกองทัพเข้ามาแทรกแซงการเมืองและเป็นคณะบริหารประเทศมีหน้าที่ในการสร้างความสงบเรียบร้อยทางการเมืองเพื่อสร้างบรรยากาศดึงดูดการลงทุนจากต่างชาติ โดยมีข้าราชการและผู้ชำนาญการออกแบบนโยบายสาธารณะและนำแผนมาปฏิบัติ และกลุ่มที่สามคือภาคธุรกิจเอกชนบางกลุ่มที่ได้สิทธิพิเศษทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

ทฤษฎีไทยหลังวิกฤติ 97 มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ทฤษฎีครอบครัวยุโรปเริ่มอ่อนแอลง จำนวนธุรกิจครอบครัวลดลงและทำให้การแข่งขันลดลง มีลักษณะการบริหารที่ทันสมัย แต่ช่องว่างระหว่างนักธุรกิจและการเมืองลดลง กล่าวคือ นักธุรกิจและเครือข่ายได้ผันตัวเป็นนักการเมืองและเข้ามามีอิทธิพลต่อการออกแบบนโยบายสาธารณะ (Phongpaichit, 2006)

แต่ทว่าภาคประชาสังคมและสหภาพแรงงานกลับมีความอ่อนแอ ลักษณะการเปลี่ยนผ่านอุตสาหกรรมที่แรงงานภาคเกษตรยังมีสัดส่วนที่สูง ประกอบกับมาตรการแทรกแซงต่างๆของภาครัฐ ทำให้การรวมตัวสหภาพแรงงานไทยเป็นไปรูปแตกแยกเป็นกลุ่มๆ ขาดสำนึกร่วมกันของแรงงาน และทำให้การเรียกร้องทางสังคมเป็นไปอย่างยากลำบาก (Charoenlert, 2000)

2.1.4 ความคิดอุดมการณ์ ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ วัดมิใช่สถานที่ประกอบทางศาสนาเท่านั้น แต่เป็นศูนย์กลางชุมชน เพื่อประกอบกิจกรรมชีวิตประจำวันตั้งแต่เกิดจนตาย เมื่อรัฐไทยมีความทันสมัยขึ้น วัดก็ได้ปรับตัวเป็นองค์กรไม่แสวงกำไรและทำกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคม เช่น การศึกษา การช่วยเหลือแก่ผู้ไร้บ้าน และกิจกรรมทำนุบำรุงทางศาสนา เป็นต้น คำสอนศาสนาพุทธมีอิทธิพลต่อความคิดของคนไทยในการให้เงินเพื่อการกุศล (Apinunmahakul, 2014, pp.111-118) การให้เป็นการสะสมบุญบารมีส่วนบุคคลซึ่งส่งผลดี ความสุข ความเจริญต่อผู้ให้ การทำบุญ ช่วยเหลือคนตกทุกข์ได้ยากเป็นวัฒนธรรมสังคม นอกจากนี้รัฐบาลยังสนับสนุนให้ประชาชนทำบุญ ด้วยการให้สิทธิผู้เสียภาษีนำเงินที่บริจาคเพื่อองค์กรการกุศลมาคำนวณเป็นค่าลดหย่อนภาษี แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนอื่นๆแล้ว รายรับขององค์กรไม่แสวงกำไรทุกประเภทในไทยมีมูลค่าราวสองแสนล้านบาทต่อปี⁶

2.1.5 สถาบัน ปัจจัยตัวแปรต้นดังกล่าวทำให้ชนชั้นปกครองจำกัดการมีส่วนร่วมภาคประชาสังคม และอำนาจการตัดสินใจนโยบายจึงอยู่ภายใต้เฉพาะชนชั้นนำไม่กี่กลุ่ม โดยชนชั้นปกครองไทยได้เลือกแนวทางการพัฒนาเป็น “รัฐพัฒนาการ” ที่ให้ความสำคัญแก่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงประเทศ มากกว่านโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรมในสังคม (Hundt and Uttam, 2017, pp.163-171) ทิศทางนโยบายสังคมจึงอยู่ภายใต้นโยบายพัฒนาการเศรษฐกิจ ทำให้การออกแบบนโยบายสังคมเป็นแบบบนลงล่าง ผู้ปกครองเสมือนเป็นคุณพ่อรู้ดีที่ตัดสินใจว่ากลุ่มประชากรใดควรได้สิทธิประโยชน์ ควรได้สวัสดิการชนิดใดบ้าง ซึ่งมักจะเลือกให้แก่กลุ่มที่มีผลประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจหรือสร้างความมั่นคงการเมือง เช่น กลุ่มข้าราชการ หรือเลือกให้สังคมสงเคราะห์เฉพาะกลุ่มยากจน ดังเห็นได้จากการดำเนินนโยบายสวัสดิการข้าราชการ นโยบายประกันสังคมแก่ลูกจ้างภาคเอกชนเพื่อสนับสนุนให้เกิดความแน่นอนในการผลิต บัตรประกันสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ รัฐใช้จ่ายงบประมาณส่วนใหญ่มากในการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยงบประมาณด้านสวัสดิการสังคมมีมูลค่าเพียงร้อยละ 5.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Pierson, 2005)

⁶ ข้อมูลจาก: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจองค์กรไม่แสวงหากำไร พ.ศ. 2555.

ด้วยปัจจัยทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันดังกล่าว ที่ภาคประชาสังคมและสหภาพแรงงานมิได้แข็งแกร่ง แต่กลุ่มชนชั้นนำมีอำนาจสูงในการพัฒนาประเทศและตัดสินใจจัดการแบ่งสรรทรัพยากร รูปแบบการพัฒนาเสรีนิยมที่ได้รับอิทธิพลจากสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็นที่ให้ความสำคัญด้านเศรษฐกิจกลไกตลาดเสรีมากกว่าการแทรกแซงจากรัฐเพื่อความเป็นธรรมสังคม และสังคมเกษตรกรรมและพุทธศาสนายังคงเป็นรากฐานสำคัญในด้านสวัสดิการสังคม ได้ส่งผลให้ระบอบรัฐสวัสดิการไทยมีลักษณะเป็นรัฐสวัสดิการทุนนิยมผลิตภาพรูปแบบพัฒนาการแบบจำเพาะ (Productivist Welfare Capitalism; subtype developmental-particularist) (Jetin, 2011, p.347) โดยมีลักษณะ คือ รัฐเลือกที่จะรับผิดชอบสวัสดิการเพียงแค่บางส่วน ที่เหลือจึงผลักภาระไปที่กลไกตลาด ภาคครัวเรือน และเงินออมส่วนบุคคลเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนการกุศลให้รับผิดชอบสวัสดิการแก่กลุ่มประชากรชายขอบ เนื่องจากมีวัฒนธรรมการทำบุญขอความช่วยเหลือผู้อื่นของพุทธศาสนานับเป็นค่านิยมในสังคม วัดและมูลนิธิกลายเป็นอีกสถาบันหลักในด้านสวัสดิการของประชาชนไทย มูลนิธิการกุศลจำนวนมากถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้สวัสดิการ สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ซึ่งก่อตั้งตั้งแต่ปี 1960 เพื่อประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ (Mongkolnchaiarunya and Wattanakoon, 2013, pp.115-116) นอกจากนี้ระบบสังคมครัวเรือนภาคเกษตรยังคงมีบทบาทสำคัญในการจัดสรรหาสวัสดิการให้แก่สมาชิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมชนบทต่างจังหวัด (Kittiprapas, 2002, p.13) ผลกระทบของนโยบายสังคมจึงมีผลน้อยต่อการลดความเหลื่อมล้ำและยังแบ่งแยกกลุ่มประชากรออกเป็นหลายกลุ่ม

รัฐธรรมนูญฉบับ 1997 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญครั้งหนึ่งของระบอบรัฐสวัสดิการไทยเนื่องจากได้ขยายสิทธิทางการเมือง สิทธิเศรษฐกิจสังคมให้ประชาชน ทำให้รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบขยายนโยบายสวัสดิการอย่างไรก็ตามมุมมองในทุกรัฐบาลตั้งแต่ปี 2001 ต่อความมั่นคงของมนุษย์ยังเป็นลักษณะตีความแบบแคบ และการทำงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังคงวางอยู่บนฐานพุทธศาสนาในเรื่องผู้ปกครองและผู้ที่มีต้องช่วยเหลือผู้ที่ไม่ มี ส่งผลให้การดำเนินนโยบายสวัสดิการสังคม จึงมุ่งเน้นเฉพาะช่วยเหลือกลุ่มคนที่ยากลำบาก (Jumnianpol and Nuangjamnong, 2019, pp.227-246)

2.2 ระบบสุขภาพไทย

2.2.1 พัฒนาการรัฐเวชกรรมและการป้องกันโรค

การพัฒนารัฐเวชกรรมและกระบวนการแพทยานุวัตรของไทยมีลักษณะเฉพาะตัวที่ รัฐ วัด และพระสงฆ์ รวมถึงสถาบันกษัตริย์เป็นตัวแสดงสำคัญด้านการจัดหาบริการสุขภาพประชาชน (Saengkanokkul, 2019) อุดมการณ์อรรถประโยชน์นิยม-ชาตินิยม มีอิทธิพลต่อรัฐให้ใช้อำนาจความรู้ การแพทย์เพื่อจุดประสงค์สร้างความมั่นคงและเศรษฐกิจของชาติ เนื่องจากสุขภาพประชาชนที่แข็งแรงย่อมส่งผลดีต่อแรงงาน ผลผลิตของชาติ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความเข้มแข็งของกองทัพ และความรุ่งเรืองของประเทศชาติ นโยบายสุขภาพจึงอยู่ภายใต้อิทธิพลของนโยบายพัฒนาประเทศ รัฐเลือกที่จะรับผิดชอบการรักษาพยาบาลแก่ประชากรบางกลุ่มที่ส่งผลต่อการเติบโตเศรษฐกิจและความมั่นคงของชาติ เช่น สวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคมของแรงงานภาคเอกชน บัตรสวัสดิการักษาพยาบาลเพื่อคนจน

ส่วนประชากรที่เข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ ก็จะเป็นหน้าที่ของสถาบันครอบครัว ชุมชน และการกุศลที่รับผิดชอบ วัดและมูลนิธิเอกชน รวมถึงมูลนิธิของสถาบันกษัตริย์เป็นแหล่งระดมทุน เพื่อจัดหาบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ขาดกำลังทรัพย์ในการซื้อบริการสุขภาพจากกลไกตลาด

ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2001 แต่อุตสาหกรรมบริการสุขภาพเอกชนก็มีความสำคัญเติบโตคู่ขนานกับบริการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง รัฐไทยยังสนับสนุนภาคเอกชน แสวงกำไรเพื่อหวังว่าการลงทุน และการจ้างงานในอุตสาหกรรมสุขภาพจะส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยที่รัฐมีบทบาทในการควบคุมกลไกตลาดในอุตสาหกรรมนี้เพียงเล็กน้อย

ด้านการป้องกันโรคในระบบสุขภาพไทย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของแพทย์และผู้ชำนาญการที่ผลักดันการป้องกันโรคเป็นวาระแห่งชาติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ทศวรรษ 70 ทำให้ค่านิยมในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามประวัติศาสตร์พัฒนารัฐเวชกรรมไทยก็มีอิทธิพลต่องานด้านการป้องกันโรคเช่นกัน ด้วยอำนาจความรู้-ความเชื่อ-ศูนยรวมจิตใจ ทำให้รัฐมิได้ใช้ข้อมูลความรู้และสถิติด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียวในการรณรงค์ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน แต่ผสมผสานกับวัฒนธรรมสังคม และความเป็นผู้นำส่วนบุคคลเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้มีผู้ปฏิบัติตาม

การป้องกันโรคมิตทั้งด้านที่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ซึ่งเป็นที่แปลกปลอมเข้าใจยากของประชาชนในพื้นที่ และเกิดการย่อหย่อนในการปฏิบัติตาม จึงจำเป็นต้องมีการคัดเลือกคนในพื้นที่เพื่อให้ความรู้ จนเกิดความเข้าใจปฏิบัติตามและแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารสุขภาพต่อไปยังสมาชิกอื่นๆในชุมชน การพัฒนาโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทยวางอยู่บนฐานความคิด ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพตนเอง เป็นภารกิจของครอบครัวและชุมชน และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น รวมถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นที่แตกต่าง (Sringermyuang & Lertmanorat, 2009) ถึงแม้มีนโยบายจากภาครัฐสั่งการลงมา แต่ต้องอาศัยผู้นำชุมชนเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างรัฐและคนในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่าหนึ่งล้านคนในปัจจุบัน จึงเป็นกลุ่มผู้แสดงที่สำคัญในระบบป้องกันโรคของไทย โดยมีข้อดีในการเข้าใจ วัฒนธรรมความเป็นอยู่วิถีชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ สามารถสื่อสารเข้าใจต่อลูกบ้าน มีเครือข่ายเพื่อช่วย สนับสนุนให้กำลังใจลูกบ้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.2 ความพร้อมของระบบสุขภาพในการรับมือการระบาดโควิด-19

ระบบสุขภาพไทยเป็นระบบที่แบ่งความรับผิดชอบระหว่างภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามมีลักษณะเป็นการเดินคู่ขนานมากกว่าการสร้างร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน กลุ่มประชากรที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบแตกต่างจากกลุ่มประชากรที่ฝ่ายเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบ ภาครัฐได้ให้บริการสุขภาพจากระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก โดยมีระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่สามารถรับบริการได้ทั้งในสถานพยาบาลรัฐและเอกชนโดยขึ้นอยู่กับคู่สัญญา ระบบประกันเอกชนจัดสรรสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพเสริมที่หลากหลายให้แก่ประชาชนที่มีกำลังทรัพย์เพื่อใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน

จำนวนโรงพยาบาลภาครัฐมีทั้งสิ้น 1047 โรง และภาคเอกชนมีจำนวน 308 โรง จำนวนเตียงในภาครัฐมีทั้งสิ้น 119155 เตียง ภาคเอกชนมี 31684 เตียง อย่างไรก็ตามการกระจายทรัพยากรก็มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาค โดยมีการกระจุกตัวของทรัพยากรที่กรุงเทพฯสูงกว่าที่อื่น เช่น จำนวนประชากรต่อเตียงในกรุงเทพฯอยู่ที่ 205 ประชากรต่อเตียง เมื่อเทียบกับภาคเหนือที่ 448 ประชากรต่อเตียง หรือ ภาคอีสานที่ 584 ประชากรต่อเตียง สำหรับจำนวนทรัพยากรบุคคลนั้น ประเทศไทยมีแพทย์จำนวน 35388 คน (1843 ประชากรต่อแพทย์ 1 คน) โดยแพทย์กว่าร้อยละ 18.9 ทำงานในภาคเอกชน นอกจากนี้การกระจายแพทย์ก็มีความเหลื่อมล้ำเช่นกัน ความหนาแน่นของแพทย์ในกรุงเทพฯสูงที่สุดโดยมีจำนวน 630 ประชากรต่อแพทย์ เมื่อเทียบกับภาคเหนือที่ความหนาแน่น 2089 ประชากรต่อแพทย์ และภาคอีสาน 7703 ประชากรต่อแพทย์ (Rojanapithayakorn, 2017, pp. 115-137)

2.3 นโยบายโควิด-19 ของไทย

มีการพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไทยรายแรกเมื่อวันที่ 13 ม.ค. 2563 และรัฐบาลประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายเมื่อวันที่ 24 ก.พ. รัฐบาลได้ดำเนินการแจกจ่ายหน้ากากอนามัยแก่ประชาชนบางส่วน เบื้องต้นวันละ 1 แสนชิ้น ระหว่างวันที่ 2-6 มี.ค. ตั้งแต่วันที่ 22 มี.ค. มีการเริ่มมาตรการเว้นระยะห่างสังคม และมาตรการคุมพื้นที่สาธารณะต่างๆ ได้แก่ สถาบันการศึกษา สถาบันกวดวิชา สถาบันบันเทิง งดกิจกรรมทางศาสนา การชุมนุมคนหมู่มาก⁷

การรับมือการระบาดของโควิด-19 ของไทยก็อยู่ในกลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากร รวมถึงการจำกัดพื้นที่สาธารณะเพื่อลดการสัมผัสเชื้อเช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดจะพบว่าชุดนโยบายของไทยมีความแตกต่างจากของเยอรมนี ซึ่งภูมิหลังทางประวัติศาสตร์การพัฒนารัฐวาทกรรม สมรรถนะระบบสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงระบอบรัฐสวัสดิการส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว โดยชุดนโยบายของไทยมีลักษณะ คือ

2.3.1 การสื่อสารสั่งการเป็นช่องทางเดียว ในวันที่ 25 มี.ค.มีการจัดตั้ง ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (ศบค.) โดยมีหนึ่งในหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใต้ศูนย์ ได้แก่ ฝ่ายข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ หลังจากนั้นการประชาสัมพันธ์ช่วงเที่ยงของทุกวันจากโฆษก ศบค. จึงเป็นช่องทางเผยแพร่ทางการช่องทางหลักเพื่อป้องกันการสับสนอลหม่านของข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาหลักในแต่ละวันที่สื่อสารถึงประชาชนได้แก่ จำนวนตัวเลขผู้ติดเชื้อ ในระดับประเทศ และระดับจังหวัด สถานการณ์แพร่ระบาดในระดับนานาชาติ ประชาสัมพันธ์ความรู้ที่ประชาชนพึงควรปฏิบัติ ความรู้พื้นฐานของโควิด-19 ความเสี่ยงของโรคและการระบาด ประชาสัมพันธ์ยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆของรัฐบาลในการรับมือโควิด-19

2.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นข้อต่อสำคัญเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและสังคม การสาธารณสุขมูลฐานไทยได้วางหลักแนวคิดที่ให้ประชาชนรับผิดชอบด้านสุขภาพตนเอง โดยภาครัฐทำหน้าที่ออกคำสั่งและผลิตมาตรการสาธารณสุขให้ปฏิบัติตาม ซึ่งประสบผลสำเร็จที่ช่วยให้ประชาชนและชุมชนเกิดค่านิยมร่วมในการป้องกันโรค โดยเฉพาะในโรคติดต่อที่มีผลกระทบภายนอกชัดเจนกว่าโรคไม่ติดต่อ การแพร่

⁷ สรุปเหตุการณ์บางส่วนจาก กองบรรณาธิการ TCJ. *Timeline สถานการณ์ COVID-19.*

ระบอบของโรคเห็นผลชัดเจนว่าบุคคลหนึ่งกลายเป็นพาหะสร้างความเสียหายต่อคนรอบข้างและทั้งหมู่บ้าน ดังนั้นชุมชนจึงเป็นหน่วยสำคัญที่พร้อมปฏิบัติการด้วยตนเองในการรับมือการระบาดโควิด-19

อย่างไรก็ตามสิ่งที่แตกต่างระหว่างไทยและเยอรมนี คือ ลักษณะรัฐเวชกรรมของเยอรมนีอาศัยองค์ความรู้ ข้อมูลสถิติทางวิทยาศาสตร์เป็นหลักเพื่อใช้โน้มน้าวประชาชนให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันและปฏิบัติตาม แต่ลักษณะของไทยมีการผสมผสานทั้งความรู้ และความสัมพันธ์ส่วนตัว ความเชื่อ ในการโน้มน้าวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในสถานการณ์โควิด-19 ก็เช่นกัน รัฐบาลไทยออกคำสั่งให้ปฏิบัติตามโดยมิได้พิจารณาว่าประชาชนมีข้อจำกัดใดบ้างหรือต้องเสียสละอะไรบ้าง แล้วส่งต่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่สำคัญในการนำคำสั่งจากรัฐมาปฏิบัติในระดับชุมชน ช่องทางการสื่อสารจากโทรทัศน์ในระดับประเทศยังเป็นช่องทางหลักที่รัฐใช้สื่อสาร แต่ในระดับชุมชนแล้ว ช่องทางการสื่อสารผ่านตัวบุคคลเช่นครอบครัว หรือ อสม. เสียตามสายยังคงมีความสำคัญในการสร้างค่านิยมสังคมให้เห็นความสำคัญของส่วนรวม (Chaiwat et al., 2020, p.36)

2.3.4 มีการแทรกแซงกลไกตลาดอย่างจำกัด ลักษณะรัฐสวัสดิการไทยจะปล่อยให้กลไกตลาดทำงานโดยเลือกจะแทรกแซงกลไกตลาดเมื่อยามจำเป็น ปัจจุบันบุคคลจึงต้องรับผิดชอบเองเป็นหลักในการจัดหาอุปกรณ์การป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์ล้างมือ ยิ่งไปกว่านั้นในช่วงเริ่มของการระบาดรัฐมิได้มีมาตรการควบคุมสินค้าเหล่านี้ ปล่อยให้กลไกตลาดจัดการและพบว่าราคาหน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากเกิดการขาดแคลน และไม่สามารถกระจายสู่ประชากรอย่างทั่วถึง ซึ่งแตกต่างจากเยอรมนีที่รัฐบาลจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคต่างๆให้กับประชาชนเพื่อสนับสนุนให้พวกเขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

อย่างไรก็ตามรัฐไทยเริ่มดำเนินการแทรกแซงกลไกตลาดตั้งแต่เดือนมีนาคมเมื่อเกิดความผันผวนของราคาของเครื่องมือเหล่านี้ โดยประกาศราขกิจจนาเบกษาในวันที่ 6 มีนาคมกำหนดหน้ากากอนามัยเป็นสินค้าควบคุมและมีราคาไม่เกินชิ้นละ 2.50 บาท และเพื่อสร้างอุปทานหน้ากากอนามัยให้เพียงพอต่อความต้องการ ในวันที่ 3 มีนาคมรัฐยังผันเงิน 225 ล้านบาทให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นทั่วประเทศเพื่ออบรมประชาชนในการผลิตหน้ากากอนามัยผ้ากว่า 50 ล้านชิ้น (Thai PBS, 2020)

2.3.5 ระบอบสวัสดิการมิได้ช่วยเหลือประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อสนับสนุนประชาชนในระหว่างลือคดวาร์ ระบอบสวัสดิการไทยมีลักษณะรัฐเลือกที่จะให้สวัสดิการเฉพาะกลุ่ม ซึ่งกลุ่มคนจนเมืองเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดแต่ก็ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือเพียงพอ และต้องพึ่งตนเองเป็นหลัก ข้อมูลจาก Sattayanulak et al. (2020) ได้ฉายภาพที่น่าสนใจว่า ร้อยละ 89.90 ของคนจนเมืองผู้ตอบแบบสอบถามมีการดูแลตนเองใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน แต่ราคาหน้ากากอนามัยก็มีราคาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายได้ ดังนั้นจึงมีการเย็บหน้ากากผ้าอนามัยใช้เอง นอกจากนี้มีการใช้แอลกอฮอล์ล้างมือไม่บ่อยนัก (ร้อยละ 44.72) เนื่องจากราคาแพง ส่วนนโยบายเว้นระยะห่างทางสังคมของรัฐบาลนั้นถึงแม้คนจนเมืองอยากปฏิบัติตาม แต่ด้วยข้อจำกัดทางสถานที่พักอาศัยจึงเป็นไปได้ยาก (ร้อยละ 43.79) ซึ่งผลการศึกษาก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ ธาณี และคณะ ที่พบว่าประชากรทุกกลุ่มมีความพยายามปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน แต่มีความสามารถในการปฏิบัติตามที่แตกต่างกันเนื่องจากมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและข้อจำกัดทางกายภาพ ที่แตกต่างกัน (Chaiwat et al., 2020)

ระบอบรัฐสวัสดิการเยอรมนีที่มุ่งเน้นการจ้างงานเต็มและการรักษาระดับรายได้เมื่อประสบวิกฤติ แต่สำหรับไทยไม่ปรากฏลักษณะดังกล่าว ผลกระทบของโควิด-19ต่อการจ้างงานในไตรมาสแรกลดลงร้อยละ 0.7 และเป็นที่คาดการณ์ว่าผลจะเห็นชัดเจนขึ้นในไตรมาสสองซึ่งอัตราการว่างงานอาจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3-4

โดยแรงงานภาคการท่องเที่ยวกว่า 8.4 ล้านคน และภาคการเกษตรกว่า 3.9 ล้านคนอาจโดนผลกระทบสูง นอกจากนี้ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของแรงงานภาคเอกชนก็ลดลงจาก 43.5 เป็น 42.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Office of the National Economic and Social Development Council, 2020) ผลกระทบที่ถูกละเลียงและปรับลดเงินเดือน การขาดรายได้ของอาชีพอิสระ ยังส่งผลกระทบต่อเป็นลูกโซ่กับสมาชิกอื่นในครัวเรือนที่ต้องพึ่งพิงรายได้หลักจากหัวหน้าครอบครัว การระบาดของโควิด-19 ทำให้รายได้ลดลงอย่างเฉียบพลัน ครัวเรือนเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีเงินออมดำรงชีพได้แต่ก็เพียงระยะเวลาไม่ถึง 3 เดือน (Tangkarnchanapas & Chotewattanukul, 2020) รายได้ของครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางลดลงจากผลกระทบโควิด-19 มากกว่าครัวเรือนอื่น และมีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น (Lernitas & Jitsuchon, 2020)

2.3.6 ประชาชนยังคงพึ่งพากันเองจากการกุศล และการบริจาค ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้พบได้ทั้งในรูปแบบการกระทำส่วนบุคคล เช่น การบริจาค ข้าว เงิน และสิ่งของจำเป็น ของดารา ผู้มีชื่อเสียงหรือบุคคลทั่วไป ทำกิจกรรมร่วมกันในรูปแบบชุมชน เช่น ตู้น้ำดื่ม หรือทำในรูปแบบองค์กรเอกชน เช่น L'Oréal Thailand COVID-19 Solidarity เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งที่ไทยแตกต่างจากเยอรมนี คือ สถาบันกษัตริย์ยังคงมีบทบาทในการบริจาคช่วยเหลือสังคมด้วยเช่นเดิม เช่น รัชกาลที่ 10 ทรงพระราชทานห้องตรวจโควิด-19 แก่ 20 โรงพยาบาล พระราชทานรถตรวจโควิดแก่กระทรวงสาธารณสุข พระราชทานถุงยังชีพแก่ผู้ประสบภัยโควิด-19 เจ้าฟ้าสิริวัณณวรีทรงพระราชทานเจลแอลกอฮอล์ล้างมือแก่แพทย์พยาบาล เป็นต้น

2.3.7 ข้อจำกัดสมรรถนะระบบสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะระบบสุขภาพไทยน้อยกว่าของเยอรมนีมาก ความสามารถในการรองรับผู้ป่วยภาวะวิกฤติเนื่องจากโควิด-19 มีตัวเลขประมาณการ 24-200 คนต่อวัน (Junvith, 2020) ดังนั้นการป้องกันโรคอย่างเข้มงวดจึงเป็นหนทางเดียว อย่างไรก็ตามไทยก็มิได้มีการขยายวงกว้างการตรวจโรคเพื่อตามรอยการระบาดอย่างเช่นกรณีเยอรมนี เนื่องจากทรัพยากรด้านตรวจโรคมีอยู่อย่างจำกัด และต้องเลือกตรวจเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการตรวจ 8567 ครั้งต่อ 1 ล้านประชากร ซึ่งน้อยกว่าเยอรมนีที่มีการตรวจ 82518 ครั้งต่อ 1 ล้านประชากร⁸

2.3.8 ใช้อำนาจสถานะฉุกเฉินไม่ได้สัดส่วนกับสถานการณ์การระบาด เมื่อการป้องกันโรคเป็นหนทางเดียว และการบูรณาการเพื่อตามรอยโรคไม่สามารถปฏิบัติได้แล้วนั้น เพื่อลดความน่าจะเป็นของผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและไม่ได้รับการตรวจเลือดรอดเข้าสู่สังคมและเกิดการแพร่ระบาด (silence spreader) ดังนั้นการกักตัวผู้ติดเชื้อให้ต่ำที่สุด จำนวนผู้ติดเชื้อเข้าใกล้ศูนย์ในแต่ละวันจึงเป็นเป้าหมายที่คนในชาติต้องร่วมแบกรับไว้ โดยประชาชนต้องเสียสละสิทธิเสรีภาพนานับการเพื่อปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขภายใต้อำนาจของ พ.ร.ก. ฉุกเฉิน ซึ่งลักษณะดังกล่าวแตกต่างจากระบบรัฐสวัสดิการและระบบสุขภาพเยอรมนีที่มีหลักการจำกัดอำนาจรัฐเสมอเพื่อมิให้สูงเกินไปโดยมิได้สัดส่วนกับสถานการณ์ระบาดโรค การตัดสินใจประกาศหรือเลิกภาวะฉุกเฉินของเยอรมนีนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ติดเชื้อ และค่า R_0 เป็นหลัก แต่สำหรับประเทศไทยมีการประกาศ พ.ร.ก. ฉุกเฉินมีผลตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และยังคงไว้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปนโยบายการรับมือโควิด-19ของไทย ได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และจำกัดพื้นที่สาธารณะเพื่อลดการสัมผัสเชื้อเช่นกัน อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวมีความแตกต่างในรายละเอียดกับชุดนโยบายของเยอรมนี ลักษณะการบริหารราชการของไทยมีการใช้อำนาจฉุกเฉินและรวมอำนาจไว้ที่ฝ่ายบริหารมาก โดยมีการถ่วงดุลตรวจสอบ และจำกัดอำนาจฉุกเฉินน้อย อีกทั้งการบริหารระบบสุขภาพไทยที่แต่เดิมมีการกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่นน้อย ยิ่งทำให้กระบวนการออกแบบนโยบายเป็นไป

⁸ ข้อมูลจาก Worldometers สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2563

ลักษณะจากบนลงล่าง และขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน ถึงแม้รัฐบาลขอความร่วมมือภาคประชาชน แต่ลักษณะการสื่อสารกลับเป็นการสื่อสารทางเดียว ออกคำสั่งให้ประชาชนปฏิบัติตาม แล้วส่งต่อให้อส. เป็นผู้สื่อสารในระดับชุมชน ส่วนระบอบสวัสดิการไทยที่กระจายสวัสดิการสังคมให้ประชาชนเฉพาะบางกลุ่มก็มีทรัพยากรไม่เพียงพอในการสนับสนุนให้ประชาชนปฏิบัติตามคำสั่งรัฐบาลได้ อีกทั้งยังไม่สามารถลดผลกระทบเชิงลบทางเศรษฐกิจจากโควิด-19 ได้ ทำให้ครัวเรือนไทยสูญเสียงาน รายได้ และความมั่นคงในชีวิต สุดท้ายประชาชนจึงต้องรับผิดชอบและช่วยเหลือกันเองในการรับมือโควิด-19 ในรูปแบบการบริจาค การกุศลจากประชาชน องค์กรเอกชน และสถาบันกษัตริย์

บทสรุป

การระบาดของโควิด-19 เป็นการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนถูกยกระดับเป็นการแพร่ระบาดทั่วโลก เนื่องจากข้อมูลและความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับเชื้อโควิด-19 ยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีเทคโนโลยีที่เป็นมาตรฐานในการรักษา การป้องกันโรคจึงเป็นหนทางที่เหมาะสมที่สุด อย่างไรก็ตาม ณ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานสากลนโยบายการรับมือโควิด-19 เพื่อให้ทุกประเทศนำไปปฏิบัติตาม แต่ละประเทศจึงมีการออกแบบนโยบายที่แตกต่างกันไป

นโยบายการรับมือที่ประเทศเยอรมนีและไทยได้เลือกใช้เพื่อรับมือโควิด-19 จัดอยู่ในกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนเพื่อป้องกันการระบาด เช่น การใช้หน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อบ่อยครั้ง การเว้นระยะห่างทางสังคม รวมถึงการจำกัดบริเวณพื้นที่สาธารณะเพื่อลดการสัมผัสเชื้อและการเคลื่อนที่ของพาหะ (lockdown) ซึ่งนโยบายต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสิทธิเสรีภาพประชาชนไม่มากนักน้อย อีกทั้งส่งผลกระทบต่อกิจกรรมเศรษฐกิจ และสวัสดิภาพของประชาชน การออกแบบนโยบายจึงต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการควบคุมโรคและผลกระทบเชิงลบที่ตามมาของนโยบาย

สมรรถนะระบบสุขภาพ ประวัติศาสตร์เชิงสถาบันของระบบสุขภาพ รวมถึงระบอบรัฐสวัสดิการมีอิทธิพลให้เกิดความแตกต่างด้านนโยบายการรับมือโควิด-19 เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดระดับปฏิบัติการ เยอรมนีใช้องค์ความรู้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การสื่อสารถึงประชาชน เพื่อสร้างความมั่นใจของประชาชน โนมิน่าวประชาชนเห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการร่วมมือกับรัฐดำเนินกรอบนโยบายที่วางไว้ ถึงแม้สภาวะฉุกเฉินจะให้อำนาจฝ่ายบริหารมากขึ้นในการแทรกแซงสังคมและประชาชนก็ตาม แต่ลักษณะระบบสุขภาพที่มีหลักการจำกัดอำนาจรัฐมิให้สูงเกินไป มาตรการที่รัฐใช้ต้องได้สัดส่วนกับสถานการณ์ระบาด ดังนั้นนโยบายเหล่านี้ดำเนินการไปได้เพราะมีการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและสังคม อีกทั้งสมรรถนะระบบสุขภาพที่สูงจึงทำให้เยอรมนีสามารถออกแบบนโยบาย เพิ่มการตรวจในวงกว้างเพื่อติดตามรอยการระบาดของโรค จำนวนเตียงผู้ป่วยจำนวนเหลือเพียงพอต่อการรับผู้ป่วยวิกฤติจากโควิด-19 จึงทำให้รัฐสามารถลดระดับการปิดเมืองได้ถึงแม้จะมีตัวเลขสถิติการติดเชื้อรายวันในหลักร้อยก็ตาม นอกจากนี้ระบอบสวัสดิการที่มีเป้าหมายรักษาการจ้างงานเต็มและรักษาระดับรายได้ของผู้ประกันตนเมื่อประสบภาวะวิกฤติ จึงทำให้นโยบายสวัสดิการเข้าช่วยเหลือประชากรทุกกลุ่มให้รายได้ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักถึงแม้ได้รับผลกระทบจากนโยบายปิดเมืองของรัฐ

การพัฒนารัฐเวชกรรมที่แตกต่าง ทำให้รัฐไทยไม่ใช่องค์ความรู้เท่านั้น แต่ผสมผสานความเชื่อและความศรัทธาในการบังคับและโน้มน้าวให้ประชาชนปฏิบัติตามนโยบายการรับมือโควิด-19 ของรัฐบาล อีกทั้งหลักการในระบบป้องกันโรคไทยที่ให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบต่อตนเอง จึงทำให้รัฐออกคำสั่งมาตรการต่างๆ โดยมีได้คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ แล้วอาศัย อสม. เป็นสื่อกลางเพื่อเปลี่ยนคำสั่งรัฐให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของชุมชน นอกจากนี้ระบอบรัฐสวัสดิการไทยมิได้ช่วยเหลือให้ประชาชนรักษาระดับรายได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ การช่วยเหลือเป็นไปอย่างจำกัดไม่ทั่วถึง ประชาชนที่ลำบากจึงต้องอาศัยการช่วยเหลือจากภาคเอกชน จากการศึกษา ส่วนสมรรถนะ

ระบบสุขภาพที่ทรัพยากรมีจำกัดจึงทำให้รัฐต้องดำเนินนโยบายป้องกันโรคอย่างเข้มข้น และใช้อำนาจสถานะฉุกเฉิน
เข้าลิตรอนสิทธิเสรีภาพประชาชนโดยไม่ได้สัดส่วน

เอกสารอ้างอิง

- Altenstetter. (2003). Insights from Health Care in Germany. *American Journal of Public Health*, 93(1). 38-44.
- Apinunmahakul, A. (2014). Religious and Non-religious Giving in Thailand: An Economic Perspective. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 5(3). 111-118.
- Baldwin, R., & Weder di Mauro, B. (eds.) (2020). *Economics in the time of COVID-19*. London: CEPR Press.
- BBC NEWS. (2020). *Coronavirus: Germany's states make face compulsory*. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/world-europe-52382196>
- Chaiwat, T. et al. (2020). *Set ta sat plut ti kam wa duay sen tang chi wit lae kit cha kam ruam kong krua ruen thai pai tai sa ta na kam COVID-19* [Behavioral Economics on Life Journey and Collective Action of Thai Household under COVID-19 Situation]. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Chang, H. (2020). *Dr Ha-Joon Chan's video interview 'What can the Far East teach the World?' for the CoroNomics series by The Independent*. Retrieved from <https://www.devstudies.cam.ac.uk/news/dr-ha-joon-changs-video-interview-what-can-the-far-east-teach-the-world-for-the-corononomics-series-by-the-independent>
- Charoenlert, V. (2000). Industrialization and Labor Fragmentation in Thailand. In K. Tang (ed.), *Social Development in Asia* (pp.99-123). Netherlands: Springer Science+Business Media Dordrecht.
- Courbage, C. and Rey, B. (2006). Prudence and optimal prevention for health risks. *Health Economics*, 15. 1323-1327.
- Ebbinghaus, B. (2012). *Comparing Welfare State Regimes: Are Typologies an Ideal or Realistic Strategy?*. Draft Paper presented at European Social Policy Analysis Network, ESPAnet Conference, Edinburgh, UK September 6-8, 2012.
- Ebbinghaus, B., & Manow, P. (2001). *Comparing Welfare Capitalism: Social policy and political economy in Europe, Japan and USA*. London: Routledge.
- Ernst, E. (2001). Commentary: The Third Reich- German physicians between resistance and participation. *International Journal of Epidemiology*, 30. 37-42.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Euronews. (2020). *Germany's Merkel comes out top in leader's approval poll for COVID-19 crisis*. Retrieved from <https://www.euronews.com/2020/05/28/germany-s-angela-merkel-comes-out-top-in-leaders-approval-poll-for-covid-19-crisis>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *Coronavirus COVID-19 outbreak in the EU Fundamental Rights Implications in Germany*. Author.

- Falkus, M. (1995). Thai Industrialization: An Overview. In M. Krongkaew (ed.), *Thailand's Industrialization and its consequences* (pp.13-32). UK: MacMillan Press.
- Foucault, M. (1974). *Histoire de la Médicalisation*. Retrieved from http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES_1988_2_13.pdf;sequence=1
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la Biopolitique: Cours au Collège de France 1978-1979*. Edition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Michel Senellart. Paris: Gallimard Seuil.
- Freeman, R. (1994). Prevention in Health Policy in the Federal Republic of Germany. *Policy and Politics*, 22(1). 3-16.
- Goodin, R. E. et al. (1999). *The Real World of Welfare Capitalism*. UK: Cambridge University Press.
- Gough, I. (2000). *Welfare Regimes in East Asia and Europe*. Paper be presented at Towards the new social policy agenda in East Asia Parallel session to the Annual World Bank Conference on Development Economics Europe 2000 Paris, 27 June 2000.
- Gough, I. (2016) Welfare states and environmental states: a comparative analysis. *Environmental Politics*, 25(1). 24-47.
- Hanvarongchai et al. (2010). Pandemic Influenza preparedness and health system challenges in Asia: results from rapid analyses in 6 Asian countries. *BMC Public Health*, 10. 322
- Holliday, I. (2000). Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia. *Political Studies*, 48. 706-723.
- Hundt, D. and Uttam, J. (2017). *Varieties of Capitalism in Asia: Beyond the Developmental State*. UK: Palgrave Macmillan.
- International Labour Organization. (2020). *Country policy responses: Germany*. Retrieved from <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/country-responses/lang-en/index.htm#DE>
- International Monetary Fund. (2020). *Policy responses to COVID-19*. Retrieved from <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#G>
- Jetin, B. (2011). Le développement économique de la Thaïlande est-il socialement soutenable. In S. Doyt and J. Ivanoff (eds.), *Thaïlande contemporaine* (pp. 321-357). Langres: La manufacture.
- Jumnianpol, S., & Nuangjamnong, N. (2019). Human Security in Practice in Thailand. In Y. Mine, et al. (eds.). *Human Security Norms in East Asia* (pp. 227-248). Palgrave Macmillan.
- Junvith, P. (2020). *Na yo bai su COVID-19 phase mai* [Policy réponses to new-emerging phase of COVID-19]. Retrieved from <https://www.the101.world/new-balance-in-lockdown-economy-somchai-jitsuchon/>

- Lange, P., & Hudson, M. (1991). Typologies of Democratic Systems: Form Political Inputs to Political Economy. In J. W. Howard (ed.). *New Directions in Comparative Politics* (pp. 82-117). Boulder, CO: Westview Press.
- Lertnitas, C., & Jitsuchon, S. (2020). *Kwam pro bang kong pra cha korn pro bang pai tai COVID-19* [Vulnerability of vulnerable populations under COVID-19]. Retrieved from <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups/>
- Mongkolnchaiarunya, J., & Wattanakoon, N. (2013). Social Welfare and Social Work in Thailand. In S. Furuto (ed.), *Social Welfare in East Asia and the Pacific* (pp. 111-135). NY: Colombia University Press.
- Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC). (2020). *Thailand's Social Situation and Outlook of Q1/2020*. Retrieved from https://www.nesdc.go.th/nesdb_en/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=4447
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *State of health in the EU: Germany Country Health Profile 2019*. Author.
- Phongpaichit, P. (2006). Karn tor soo kong tun thai karn prab tua lae pol la wat lang wi klit pee 2540 [Struggle of Thai capital: Adaptation and dynamic after 1997 economic crisis]. In P. Phongpaichit (ed.), *Karn tor soo kong tun thai 1 karn prab tua lae pol la wat* [Struggle of Thai capital vol.I: Adaptation and dynamic after 1997 economic crisis]. Bangkok: Matichon.
- Phongpaichit, P., & Baker, C. (2002). *Thailand: Economy and Politics*. UK: Oxford University Press.
- Pierson, C. (2005). 'Late Industrializers' and the Development of Welfare Regimes. *Acta Politica*, 40. 395-418.
- Rojanapithayakorn, W. (ed.). (2017). *Karn sa ta ra na sook thai 2559-2560* [Thailand Health Profile 2016-2017]. Bangkok: Saengchan.
- Sachs, J. (2020). *East-West divide underscored in Covid-19 controls*. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1896930/east-west-divide-underscored-in-covid-19-controls>
- Saengkanokkul, P. (2019). Karn wi kro kwam leum lam nai ra bob suk ka pab thai chuang wae la B.E. 2493-2539 duay krob set ta sart karn muang [Inequality in Health System in Thailand from 1950 to 1996: The Political Economy Approach]. *Journal of Social Sciences Naresuan University*, 15(2). 1-37.
- Salmon, A. (2020). *Why East beat West on Covid-19*. Retrieved from <https://asiatimes.com/2020/05/why-east-beat-west-on-covid-19/>
- Sattayanulak, A. et al. (2020). *Sa rup pol karn sam ruat kon jon mueng nai pa wa wi klit COVID-19 lae kor sa ner tor rat ta ban* [Summary of survey research "Urban poor in COVID-19 crisis: a proposal to government"]. (Research granted from Thailand Science Research and Innovation)
- Spicker, P. (1995). *Social Policy: Themes and Approaches*. Hemel Hempstead: Prentice Hall.

- Sringernyuang, L., & Lertmanorat, S. (2009). *Pat ta na karn lae kor sa ner tod sa wat tee see karn sa ta ra na sook mool tarn thai* [Development and proposal for the 4th decade of primary healthcare in Thailand]. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Stolleis, M. (2013). *Origins of the German Welfare State: Social Policy in Germany to 1945*. Berlin: Springer.
- Tangkarnchanapas, T., & Chotewattanukul, P. (2020). *Pak eak ka chon kab mor ra sum COVID-19* [Private sector and COVID-19 storm]. Retrieved from https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_12May2020.aspx
- Thai PBS. (2020). *Ngob 225 lan bath tee ma had tai kor tam na kak a na mai pai nai bang* [Budget allocation of 225 million bahts from Ministry of Interior for surgical-mask fabrication]. Retrieved from https://news.thaipbs.or.th/content/289771?fbclid=IwAR2V_SZ2vugd8IbvZoNNfegkkOYZ3HACS3JTfiQec8UN-Gc5MUJobDvIXXGQ
- The Atlantic. (2020). *The Secret to Germany's COVID-19 Success: Angela Merkel Is a Scientist*. Retrieved from <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/angela-merkel-germany-coronavirus-pandemic/610225/>
- The World Health Organization (WHO). (2020). *WHO announces Covid-19 outbreak a pandemic*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
- Tinakorn, P. (1995). Industrialization and Welfare: How Poverty and Income Distribution are affected. In M. Krongkaew (ed.). *Thailand's Industrialization and its consequences* (pp. 218-234). UK: MacMillan Press.
- Winkelmann, J. (2020). *Policy responses for Germany*. Retrieved from <https://www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=2.1%20Physical%20infrastructure&Type=Section&fbclid=IwAR0tDS4DaFebUwuOBXy6D9-f6nBeuqQxKmQqlVFBmsGbP71FxEDIhntyhvk>