

การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันของระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดาอันเป็นผลจากการรับมือโรค
ระบาดระหว่างไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-

19)



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Institutional Change in the Canadian Public Health System as a Result of the Pandemic
Response to the H1N1 and the Coronavirus Disease (COVID-19)



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in International Relations

Department of International Relations
FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันของระบบสาธารณสุขประเทศ แคนาดาอันเป็นผลจากการรับมือโรคระบาดระหว่าง ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) และ โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา (COVID-19)
โดย	น.ส.พรนภัส วรรณานุกฤษ
สาขาวิชา	ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา เจริญยิ่ง

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์สรวิศ ชัยนาม)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา เจริญยิ่ง)	
.....	
(ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ไชยวัฒน์ คำชู)	

พรนภัส วรรัตนานุรักษ์ : การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันของระบบสาธารณสุขของประเทศ
แคนาดาอันเป็นผลจากการรับมือโรคระบาดระหว่างไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ
(H1N1) และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19). (The Institutional Change in the
Canadian Public Health System as a Result of the Pandemic Response to the H1N1
and the Coronavirus Disease (COVID-19)) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.กัลยา เจริญยิ่ง

การเกิดขึ้นของโรคระบาดส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาใน
ฐานะที่เป็นสถาบันหนึ่งที่คงอยู่อย่างยาวนาน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เข้ามาสั่นคลอนความ
มีเสถียรภาพของระบบสาธารณสุขซึ่งหยั่งรากลึกเชิงโครงสร้างมาจนถึงปัจจุบันส่งผลให้สถาบัน
ดังกล่าวต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับโรคระบาดที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้นภายในระบบสาธารณสุขของแคนาดาเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปซึ่งเน้นไป
ที่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเพื่อเตรียมพร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยเรียกการ
เปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่า ‘การเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน (Institutional Drift)’ การเปลี่ยนแปลง
เช่นนี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาไม่มีความพร้อมในการรับมือกับ
โรคระบาดมาตั้งแต่ต้นและทำได้เพียงรับมือสถานการณ์แบบเฉพาะหน้าเท่านั้น บทความนี้
ทำการศึกษาาระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาผ่านกรอบทฤษฎีเส้นทางการพัฒนาของ
สถาบัน (Path dependence) และการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบัน (Institutional change) โดยมีการ
เปรียบเทียบการรับมือกับโรคระบาด 2 โรค ในช่วงเวลาที่ต่างกันระหว่างโรคไข้หวัดใหญ่สาย
พันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ลายมือชื่อนิติสด

ปีการศึกษา 2564 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6180616524 : MAJOR INTERNATIONAL RELATIONS

KEYWORD: Path dependence, Critical juncture, Institutional drift, Public Health Agency of Canada, Pandemic

Phonnapat Woraratananurak : The Institutional Change in the Canadian Public Health System as a Result of the Pandemic Response to the H1N1 and the Coronavirus Disease (COVID-19). Advisor: Asst. Prof. Prof. Kalaya Chareonying

The emergence of the pandemic has had significant effects on the Canadian Public Health System as an established institution that has continued to exist. The pandemic has been an important factor that has undermined the stability of the Canadian Public Health System, which has established itself firmly in the social structure until the present day. Consequently, the institution has undergone changes to deal with the pandemic. Changes occurring within the Canadian Public Health System have been a gradual process with a focus on policy changes in response to the emergency on hand; such changes are called 'Institutional Drifts'. These changes reflect the system's lack of preparation in the event of a pandemic and that its attempts have been only at temporary solutions. The purpose of this paper is to examine The Canadian Public Health System via the theoretical framework of two concepts: path dependence, and institutional change. This will be done by comparing the management of two different pandemics at two different time periods: the swine flu (H1N1) pandemic and the coronavirus (Covid-19) pandemic.

Field of Study: International Relations

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ดิฉันขอขอบคุณ ผศ.ดร. กัลยา เจริญยิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้ความรู้และชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของกรอบการวิเคราะห์ที่ใช้ในการศึกษา วิธีการเขียนงานที่เป็นระบบ สั้น กระชับ ได้ใจความ รวมไปถึงความใส่ใจในรายละเอียดของงานวิทยานิพนธ์ ผ่านการตรวจงานของอาจารย์อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีสาระและความรู้ในเชิงวิชาการด้านรัฐศาสตร์ที่มีมุมมองที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ อีกทั้งขอขอบคุณ ศ. สรวิศ ชัยนาม และ ศ. กิตติคุณ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู ประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นการเสริมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ดิฉันขอขอบคุณมิตรภาพที่ดีและความช่วยเหลือระหว่างการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จากเพื่อนร่วมรุ่น ขอขอบคุณแม่ที่คอยช่วยเหลือและเป็นที่รับฟังเวลามีปัญหาในการทำวิทยานิพนธ์และยังช่วยเสนอแนวคิดดี ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์อยู่เสมอ ขอขอบคุณน้องพลอยและน้องอิฟ ที่อยู่เคียงข้างกันมาและคอยเชียร์ สนับสนุนให้งานวิทยานิพนธ์สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณแชมป์ที่คอยให้กำลังใจ ให้ข้อคิดที่ดีในการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงช่วยอ่านตรวจproofวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความราบรื่น ขอขอบคุณพี่วินสำหรับการรับฟังปัญหาในการทำวิทยานิพนธ์ ช่วยอ่านงานและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อเสริมให้วิทยานิพนธ์น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ขอบคุณการสนับสนุนและกำลังใจที่ดีจากครอบครัว ทั้งจากคุณพ่อ คุณแม่ และน้องสาว ที่คอยให้กำลังใจและร่วมลุ้นไปกับการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะทุกท่าน อาจารย์ทุกท่านประจำคณะรัฐศาสตร์ที่ได้ให้ความรู้ตลอดการเรียนและช่วยเหลือหลอมให้เกิดแนวคิดและวิธีการทำวิจัยจนกลายเป็นวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ในที่สุด

สุดท้ายนี้หากมีข้อผิดพลาดประการใดเกิดขึ้นในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ดิฉันขอรับผิดชอบต่อข้อผิดพลาดดังกล่าวไว้แต่เพียงผู้เดียว

พรนภัส วรรัตนนุรักษ์

สารบัญ

	หน้า
.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วิวัฒนาการระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา.....	17
บทที่ 3 การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1).....	27
บทที่ 4 การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19).....	41
บทที่ 5 บทสรุป.....	56
บรรณานุกรม.....	62
ประวัติผู้เขียน	72

สารบัญตาราง

หน้า

ไม่พบรายการสารบัญภาพ



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ไม่พบรายการสารบัญรูปภาพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2019 เกิดโรคระบาดชนิดใหม่ขึ้นในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จากการรายงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชาวจีน¹ จนกระทั่งเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 โรคระบาดดังกล่าวได้แพร่กระจายออกไปจนครบทุกทวีปทั่วโลก และภายในเดือนเดียวกันนี้เององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศชื่อเรียกอย่างเป็นทางการของโรคระบาดชนิดใหม่นี้ว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)” ซึ่งเกิดจากเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ในวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2020 เทดรอส เกเบรเยซุส (Tedros Ghebreyesus) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกประกาศว่าโรค COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) ถือได้ว่าเป็นการประกาศโรคระบาดครั้งแรกนับตั้งแต่การประกาศการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) ในปี ค.ศ. 2009² และในเดือนตุลาคมปีเดียวกันเขายังได้ประกาศว่า “เราอยู่ในยุคของ critical juncture” ซึ่งเป็นสถานการณ์แห่งความท้าทายและไม่แน่นอนอย่างยิ่ง และการระบาดของโรค COVID-19 นี้เองคือ critical juncture ที่นำไปสู่จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของสถาบันและวัฒนธรรม³

แคนาดาเป็นหนึ่งในประเทศที่เผชิญกับการระบาดของโรค COVID-19 เช่นกัน โดยยอดผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 24 มิถุนายน ค.ศ. 2022 อยู่ที่ 3,913,975 คน และยอดผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 41,566 คน⁴ โรค

¹ CDC, "2019 Novel Coronavirus, Wuhan, China," (accessed June 29, 2020). <https://www.cdc.gov/csels/dls/locs/2020/outbreak-of-2019-novel-coronavirus-2019-ncov-in-wuhan-china.html>.

² Donald G. McNeil Jr., "Coronavirus Has Become a Pandemic, W.H.O. Says," *The New York Times*, March 11, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/03/11/health/coronavirus-pandemic-who.html>.

³ Tedros Adhanom Ghebreyesus, "We are at a critical juncture in the COVID-19 pandemic," (World Health Organization, accessed May 20, 2021). <https://www.facebook.com/watch/?v=359868048551718>.

⁴ Public Health Agency of Canada, "Coronavirus disease (COVID-19): Outbreak update," (accessed June 24, 2022). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html>.

ระบาดดังกล่าวไม่ใช่โรคระบาดที่เพิ่งเกิดขึ้นและเป็นโรคระบาดโรคแรกที่แคนาดาเผชิญ เนื่องจากแคนาดาเองได้ผ่านวิกฤติโรคระบาดอย่างโรคไขหวัดใหญ่ H1N1 ในปี ค.ศ. 2009 มาแล้ว ไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 เป็นโรคระบาดที่ท้าทายระบบสาธารณสุขและการรักษาไปทั่วโลก เพราะเป็นโรคที่แพร่กระจายคุกคามสุขภาพของประชากรโลก รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ อีกทั้งยังสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ และนำไปสู่การจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นใหม่ โดยเฉพาะโรค COVID-19 ที่กลายเป็นประเด็นสำคัญไม่เพียงต่อนโยบายด้านสุขภาพ แต่ยังส่งผลต่อนโยบายสาธารณะและการเมือง⁵

จึงกล่าวได้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาต้องเผชิญกับจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญจาก “โรคระบาด” ส่งผลให้แคนาดาต้องพิจารณาระบบสาธารณสุขของตนและนโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (primary health care) ว่าสามารถรับมือกับโรคระบาดและครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากโรคระบาดได้หรือไม่ ตั้งแต่แคนาดามีการจัดตั้งระบบสาธารณสุขที่รู้จักกันในชื่อ “Canadian Medicare” ซึ่งแล้วเสร็จในปี ค.ศ. 1971 ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงทางโครงสร้างและสถาบันที่โดดเด่นมาจนถึงปัจจุบันอันเป็นการหยั่งรากลึกของตัวสถาบันที่แทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงอีกเลย⁶ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2004 มีการก่อตั้งองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา (Public Health Agency of Canada: PHAC) ขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นหน่วยงานของรัฐและเป็นหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศแคนาดาที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและความปลอดภัย ตลอดจนป้องกันภาวะคุกคามจากโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน⁷

การที่ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีเสถียรภาพมากและยากต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถอธิบายผ่านทฤษฎีเส้นทางการพัฒนาของสถาบัน (path dependence) ซึ่งเป็นการศึกษาสถาบันผ่านการวิเคราะห์เชิงประวัติศาสตร์โดยมองว่าปรากฏการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และการตัดสินใจในอดีตภายใต้ปัจจัยภาวะแวดล้อมหนึ่ง ๆ มักจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ การเมือง นโยบาย การเกิดขึ้นของสถาบันต่าง ๆ ในสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อ

⁵ Jonathan Oberlander, "Introduction: COVID-19: Politics, Inequalities, and Pandemic," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 45, no. 6 (2020): 905-06.

⁶ Caroline Tuohy, "The Reforms of the 1990s," in *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States* (New York: Oxford University Press, 1999), 89.

⁷ Government of Canada, "The role of Public Health Agency of Canada," (Canada). <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/mandate/about-agency/mandate.html>.

สถาบันหรือนโยบายดังกล่าวมีเสถียรภาพและทำการหยั่งรากลึกแล้วย่อมส่งผลให้ยากต่อการเปลี่ยนแปลง กรณีนี้แสดงให้เห็นว่าประวัติศาสตร์มีความสำคัญและมีบทบาทสำคัญในการอธิบายว่า เหตุใดนโยบายเหล่านั้นยังคงดำรงอยู่และแทบจะไม่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดความเป็นสถาบันในปัจจุบัน⁸

อย่างไรก็ตามนโยบายหรือสถาบันสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อพบกับปัจจัยภายนอกที่เปิดโอกาสต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเรียกช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ และสถานการณ์ของความท้าทายและความไม่แน่นอนอย่างยิ่งนี้ว่า “critical juncture” ส่งผลให้สถาบัน ทางเลือกทางสังคม นโยบาย และกฎเกณฑ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขึ้นพื้นฐานเดิมที่มีอยู่ ในที่นี้ critical juncture จะใช้อธิบายถึงเหตุการณ์จากปัจจัยภายนอกอย่างการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ที่เข้ามาสร้างความท้าทาย (disrupt) ต่อระบบสาธารณสุขและการรักษาไปทั่วโลก ดังนั้นงานวิจัยฉบับนี้ต้องการศึกษาระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา ในฐานะที่เป็นสถาบันที่มีเสถียรภาพและคงไว้ซึ่งสถานะเดิมของตนมาได้ยาวนานกว่า 50 ปี เมื่อต้องพบเจอกับความท้าทายครั้งยิ่งใหญ่อย่าง โรคระบาดที่ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของระบบสาธารณสุข และระบบสาธารณสุขเองมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างของสถาบันในการรับมือกับโรคระบาดอย่างไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 อย่างไร

คำถามและข้อเสนอในการศึกษา

ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้เขียนต้องการจะตอบคำถามว่าโรคระบาดอย่างไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 ในฐานะ critical juncture สร้างความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขในประเทศแคนาดาอย่างไร? และความท้าทายนี้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขมีการปรับตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และการตัดสินใจในการรับมือต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอย่างไร?

⁸ Sanneke Kuipers, "Paths of the Past or the Road Ahead? Path Dependency and Policy Change in Two Continental European Welfare States," *Journal of Comparative Policy Analysis* 11, no. 2 (2009): 163-80.

⁹ John Twigg, "COVID-19 as a 'Critical Juncture': A Scoping Review," *Global Policy* (11 December 2020): 1.

ข้อเสนอต่องานวิทยานิพนธ์นี้คือ โรคระบาดในฐานะของ critical juncture อันเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาทำทายนั้นไม่ได้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างที่เห็นได้อย่างชัดเจนเนื่องด้วยระบบเดิมยังคงอยู่ แต่สิ่งที่เปลี่ยนไปคือ วิธีการในการรับมือกับโรคระบาดของประเทศแคนาดาในแง่ของนโยบาย ระเบียบกฎเกณฑ์ มาตรการป้องกันโรคระบาด เพราะเป็นการรับมือต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ณ เวลาปัจจุบัน รวมไปถึงสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นจึงเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้า ไม่ได้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบสาธารณสุขในระยะยาว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวตรงกับการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบการเบี่ยงเบน (institutional drift) เกิดจากการที่สถาบันมีการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ นโยบายเดิมของตนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนไป โดยที่โครงสร้างของสถาบันยังคงเดิม¹⁰

ทั้งนี้แคนาดาเผชิญกับ critical juncture ที่สำคัญถึง 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาล้มเหลวในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เนื่องจากระบบสาธารณสุขเผชิญกับภาวะการหลงลืมของสถาบัน (institutional amnesia) ซึ่งเป็นสถานะที่สถาบันสูญเสียความทรงจำเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ตัวสถาบันได้เผชิญมาจากการระบาดของโรคระบาดทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง หรือ โรค SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ในปี ค.ศ. 2003 สถาบันไม่ได้ถอดบทเรียนที่สำคัญจากการรับมือกับโรค SARS มาปรับใช้ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1¹¹ ทำให้สถาบันยังคงอยู่ในสถานะเดิมอย่างต่อเนื่อง (institution continuity) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง และครั้งที่ 2 โรค COVID-19 อันเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากทั่วทั้งโลกส่งผลให้การรับมือกับโรคระบาดดังกล่าวของประเทศแคนาดาทั้งในเชิงนโยบายและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมและสอดคล้องต่อสถานการณ์ฉุกเฉินและสภาพแวดล้อม ณ ปัจจุบัน จึงเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระบบสาธารณสุขของแคนาดาเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบนที่กฎเกณฑ์และนโยบายมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป แต่ไม่ได้ส่งผลต่อโครงสร้างระบบสาธารณสุขทำให้ระบบสาธารณสุขยังคงไว้ซึ่งโครงสร้างเดิมอยู่¹²

¹⁰ Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," in *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies* (New York: Oxford University Press, 2005), 24-26.

¹¹ Alastair Stark and Brian Head, "Institutional amnesia and public policy," *Journal of European Public Policy* 26, no. 10 (2019).

¹² Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies."

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบการเบี่ยงเบนแล้ว ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเองก็มีความขัดแย้งกันในการรับมือต่อการระบาดของโรคส่งผลให้เกิดความไม่ราบรื่นในการประสานงานระหว่างองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาและหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งในระดับรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ อีกทั้งการให้ข้อมูลเรื่องโรคระบาดจากหน่วยงานราชการ นักวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ได้เป็นไปในทางเดียวกันส่งผลให้เกิดชุดข้อมูลที่หลากหลายและสร้างความสับสน กระตุ้นความตื่นตระหนกให้แก่ชาวแคนาดาว่าตนควรจะเชื่อข้อมูลใดเพื่อนำมาปฏิบัติตามในการรับมือกับโรคระบาด

งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ต้องการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในฐานะที่เป็นสถาบันหนึ่ง เมื่อระบบสาธารณสุขของแคนาดาต้องเผชิญกับโรคระบาดทั่วโลกที่สำคัญ 2 โรค ในช่วงเวลาที่ต่างกัน ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ โรค COVID-19

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาสถาบัน โดยเฉพาะแนวคิดสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์มักจะให้ความสำคัญกับความเป็นมาของสถาบัน การเกิดขึ้นของสถาบัน และเมื่อสถาบันเกิดขึ้นแล้ว สถาบันมักจะคงอยู่และดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ตามเส้นทางที่สถาบันได้เลือกไว้ ส่งผลให้สถาบันมีการหยั่งรากลึกในเชิงโครงสร้างเป็นสถาบันที่มีเสถียรภาพ ยากต่อการเปลี่ยนแปลง โดยที่จุดเริ่มต้นของสถาบันจะส่งผลต่อเส้นทางการพัฒนาของสถาบันในช่วงเวลาต่อมา เราเรียกแนวคิดนี้ว่า “เส้นทางการพัฒนาของสถาบัน (path dependence)”¹³

เส้นทางการพัฒนาของสถาบันเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์ โดยแสดงให้เห็นว่าประวัติศาสตร์มีความสำคัญในการศึกษาความเป็นมาของสถาบัน ว่าอะไรคือปัจจัย ทางเลือก ที่ส่งผลให้สถาบันตัดสินใจเลือกเดินบนเส้นทางดังกล่าวและกลายมาเป็นตัวสถาบันที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน และเมื่อสถาบันมีเสถียรภาพแล้วนั้นสถาบันมักจะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งตัวสถาบันเองมักจะดำเนินการบนกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนเดิมก่อให้เกิดกระบวนการผลิตซ้ำของสถาบัน (self-reinforcement) ส่งผลให้สถาบันมีความต่อเนื่องและดำรงอยู่

¹³ ไซวัฒน์ คำชู และ นิธิ เนื่องจันทน์, *การเมืองเปรียบเทียบ ทฤษฎี แนวคิด และกรณีศึกษา (Comparative Politics: Theories, Concepts & Case Studies)* (สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559), 134.

ในสังคมและมีอิทธิพลทั้งในทางการเมืองและเศรษฐกิจมาได้อย่างยาวนาน แนวคิดที่กล่าวไปข้างต้นแสดงให้เห็นถึงงานในช่วงแรกของสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์ที่เน้นให้ความสำคัญกับ “การคงอยู่” และ “ผลของการเกิดขึ้นของสถาบันที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการเมืองในช่วงเวลาต่อมา”¹⁴ ดังเช่นงานของ Peter Hall ที่วิเคราะห์สาเหตุการเลือกดำเนินนโยบายเศรษฐกิจที่แตกต่างกันของอังกฤษและฝรั่งเศสในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทั้งที่เผชิญกับเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจในลักษณะเดียวกัน และเหตุใดอังกฤษมีระดับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งที่เป็นประเทศแรก ๆ ในการปฏิวัติอุตสาหกรรม ซึ่งการตัดสินใจดำเนินนโยบายที่ต่างกันนี้ Hall อธิบายว่าเป็นผลจากโครงสร้างเชิงสถาบันที่แตกต่างกันใน 5 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างที่เกี่ยวกับแรงงาน ทุน สถาบันรัฐ ระบบการเมือง และสถานะของประเทศในระบบเศรษฐกิจระหว่างประเทศ¹⁵

ส่วนงานในช่วงหลังของนักวิชาการอย่าง Ellen Immergut และ Karen Anderson หันมาให้ความสำคัญกับพลวัตและการเปลี่ยนแปลงของสถาบันทั้งจากภายในและภายนอก เกิดการเปลี่ยนแปลงของนโยบายท่ามกลางความมีเสถียรภาพของสถาบัน การทำความเข้าใจในความเหมือนและความต่างของระบบเศรษฐกิจการเมืองภายใต้บริบทเดียวกัน และการศึกษาปัจจัยเชิงความคิดที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องหรือความเปลี่ยนแปลงของสถาบัน¹⁶ โดยประเด็นที่นักวิชาการกลุ่มนี้ให้ความสนใจเป็นอย่างมากคือ การปรับตัวของระบบเศรษฐกิจการเมืองท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ เนื่องจากต้องการโต้แย้งแนวคิดที่ว่าพลังของเทคโนโลยีและอำนาจของตลาดจะผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจการเมืองของประเทศที่มีอุตสาหกรรมก้าวหน้าและจะนำไปสู่การปรับตัวไปในทิศทางเดียวกันให้เข้ากับรูปแบบประชาธิปไตยเสรีนิยมและตลาดเสรีในระยะยาว¹⁷

อย่างไรก็ตามการใช้แนวคิดเส้นทางการพัฒนาของสถาบันอธิบายความต่อเนื่องของสถาบันนั้นเป็นการไปจำกัดแนวคิดที่ว่าสถาบันจะไม่มีเปลี่ยนแปลงยกเว้นว่าสถาบันจะเจอกับ

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Peter Hall, *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France* (Oxford: Oxford University Press, 1986).

¹⁶ Ellen Immergut and Karen Anderson, "Historical institutionalism and West European Politics," *West European Politics* 31, no. 1-2 (Jan-Mar 2008): 345-69.

¹⁷ ไชยวัฒน์ คำชู, *ระบบเศรษฐกิจการเมืองญี่ปุ่น: ความเปลี่ยนแปลงและความต่อเนื่อง* (กรุงเทพฯ: โครงการสันติไมตรีไทย-ญี่ปุ่น, 2550).

เหตุการณ์ หรือปัจจัยภายนอก (exogenous shock) หรือที่เรียกว่า “critical juncture” ซึ่งเป็นสถานการณ์หรือความท้าทายที่ไม่แน่นอนอย่างยิ่ง ซึ่งส่งผลให้สถาบัน ทางเลือกทางสังคม นโยบาย และกฎเกณฑ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานเดิมที่มีอยู่¹⁸ กล่าวคือ สถาบันจะมีการเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อสถาบันเผชิญกับปัจจัยภายนอกที่ทำให้ความมั่นคงของสถาบันอยู่ในสภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและฉับพลัน (punctuated equilibrium) สถาบันจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งเหตุการณ์ที่นำไปสู่สภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและฉับพลันนั้นมักจะเกิดขึ้นได้ยาก ถึงกระนั้นการเปลี่ยนแปลงของสถาบันก็เชื่อว่าจะเป็นไปไม่ได้เลย¹⁹

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของสถาบันไม่จำเป็นจะต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างเก่าสู่โครงสร้างใหม่ หรือการล้มล้างสถาบันเดิมแล้วสร้างสถาบันใหม่ขึ้นมาแทนที่เสมอไป แต่ในนี้อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการเปลี่ยนแปลงทีละเล็กทีละน้อยนี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ได้เช่นกัน มุมมองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสถาบันของนักวิชาการในกลุ่มนี้ อย่าง James Mahoney และ Kathleen Thelen ให้การสนับสนุนต่อแนวคิดดังกล่าวในงานเขียนของพวกเขาว่า การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวของสถาบันเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงจะเป็นแบบ “ค่อยเป็นค่อยไป (gradual)” มากกว่าการเปลี่ยนแปลงแบบรวดเร็วหรือสุดโต่ง และมีที่มาจากภายในมากกว่าภายนอก²⁰

ในขณะเดียวกันงานเขียนของ Wolfgang Streeck และ Kathleen Thelen เองได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงของสถาบันจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อันหมายถึงสถาบันเดิมมีการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ก่อให้เกิดสถาบันขึ้นใหม่ หรือมีการค่อย ๆ เปลี่ยนจากโครงสร้างภายในของสถาบัน ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคนที่เป็นผลจากปัจจัยภายนอก โดยในงานเขียนของทั้งสองแบ่งการเปลี่ยนแปลงของสถาบันออกเป็น 5 แบบด้วยกัน ได้แก่ การทดแทน (displacement), การทับซ้อน (layering), การเบี่ยงเบน (drift), การปรับเปลี่ยน (conversion), และการเปลี่ยนผ่าน (exhaustion)²¹

¹⁸ Twigg, "COVID-19 as a 'Critical Juncture': A Scoping Review."

¹⁹ Ibid.

²⁰ James Mahoney and Kathleen Thelen, "A Theory of Gradual Institutional Change," in *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* (New York: Cambridge University Press, 2009), 1-37.

²¹ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," 2-9.

การทดแทน (displacement) คือ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการที่สถาบันใหม่เข้าแทนที่สถาบันเก่าโดยมีการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นใหม่เพื่อแทนที่กฎเกณฑ์เดิม เช่น การเกิดขึ้นของระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจของประเทศสังคมนิยม โดยเฉพาะภูมิภาค Gyar ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 Gyar เป็นภูมิภาคที่มีความรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจภายใต้การปกครองแบบสังคมนิยม แต่เมื่อเวลาผ่านไประบบเศรษฐกิจของประเทศสังคมนิยมมีการส่งออกสินค้าไปยังฝั่งตะวันตกทำให้ได้รับแนวคิดเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเข้ามาจึงได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศภายใต้โครงสร้างของการปกครองแบบสังคมนิยม²² ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของนโยบายเศรษฐกิจท้องถิ่นครั้งสำคัญ ภายใต้การล่มสลายของรัฐสังคมนิยมไปสู่ระบบทุนนิยมของประเทศสังคมนิยม และถือว่าประเทศสังคมนิยมประสบความสำเร็จในการปรับโฉมตนเองจากภูมิภาคที่รัฐเป็นเจ้าของระบบเศรษฐกิจ หรือรู้จักกันในชื่อสภาเพื่อความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทาเศรษฐกิจ (Council for Mutual Economic Assistance - COMECON) ไปสู่ระบบวิสาหกิจเอกชนและการลงทุนจากต่างประเทศมาจากฝั่งตะวันตกในเวลาอันรวดเร็ว²³ และแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อระบบการเงินของอังกฤษในช่วงต้นทศวรรษ 1980 โดยแนวคิดเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่นี้เข้ามาแทนที่แนวคิดเศรษฐศาสตร์แบบสำนัก Keynesianism เนื่องจากรากฐานของแนวคิด Keynesianism เริ่มไม่มั่นคงและไม่สอดคล้องกับสถาบันทางการเงินและแนวปฏิบัติที่ยึดถือมาของภาคการเงินของประเทศอังกฤษ²⁴

การทับซ้อน (layering) คือ การที่สถาบันเดิมและกฎเกณฑ์เดิมยังคงอยู่ เพียงแต่เกิดกฎเกณฑ์ใหม่ขึ้นในสถาบันเดิมส่งผลให้กฎเกณฑ์ใหม่นี้ดำรงอยู่แบบทับซ้อน หรือควบคู่ไปกับกฎเกณฑ์เก่า เช่น การดูแลระบบบำนาญของเอกชนที่เติบโตควบคู่ไปกับระบบบำนาญของภาครัฐเมื่อระบบบำนาญของภาครัฐที่คงอยู่มาอย่างยาวนานและยากต่อการเปลี่ยนแปลงต้องเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของระบบบำนาญของเอกชนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

²² Colin Crouch and Maarten Keune, "Changing Dominant Practice: Making use of Institutional Diversity in Hungary and the United Kingdom," in *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, ed. Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen (New York: Oxford University Press, 2005), 84-85.

²³ Ibid, 98.

²⁴ Ibid, 99

อย่างเช่น ระบบบำนาญของเอกชนได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากฝ่ายที่เคยสนับสนุนระบบบำนาญของภาครัฐ ซึ่งพบในกรณีของระบบบำนาญในประเทศสหรัฐอเมริกา²⁵

การเบี่ยงเบน (drift) คือ สถาบันมีการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ นโยบายเดิมของตนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนไปโดยที่โครงสร้างของสถาบันยังคงเดิม เช่น ความเสี่ยงทางสังคม (social risks) ที่ประชาชนต้องเผชิญเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอันเป็นผลจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป แต่ในทางกลับกันนโยบายที่ใช้ในการรองรับความเสี่ยงทางสังคมดังกล่าวกลับคงเดิม ดังนั้นรัฐจะปกป้องประชาชนจากความเสียหายเหล่านั้นได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป โดยที่โครงสร้างรัฐหรือโปรแกรมทางสังคมที่รองรับความเสี่ยงเหล่านี้ยังคงเดิม และในกรณีของหลักประกันสำหรับคนว่างงาน (unemployment insurance) ที่ไม่ครอบคลุมพนักงานด้านบริการ ส่งผลให้แรงงานจากสายการผลิตที่มีการเปลี่ยนงานมายังสายบริการลดลงเนื่องจากหลักประกันไม่คุ้มครองสิทธิในส่วนนี้ให้มีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่านโยบายในด้านอื่น ๆ จะมีเสถียรภาพโดยรวม²⁶

การปรับเปลี่ยน (conversion) คือ สถาบันปรับเปลี่ยนกลยุทธ์หรือวิธีการในการตีความกฎเกณฑ์ขึ้นมาใหม่โดยนำวิธีการดังกล่าวมาบังคับใช้กับกฎเกณฑ์เดิมของสถาบัน เช่น การปฏิรูปรัฐสวัสดิการในฝรั่งเศสซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปผ่านการดำเนินงานและกระบวนการคิดแบบใหม่บนความเห็นพ้องร่วมกัน อันเป็นผลจากความล้มเหลวของนโยบายทางสังคมที่ผ่านมาในประเทศฝรั่งเศสเปิดโอกาสให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นเมื่อเห็นว่านโยบายเดิมนั้นไม่สามารถตอบสนองและรับมือกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในรูปแบบใหม่ได้ เห็นได้จากการไร้ความสามารถของประกันสังคมในการจัดการกับการว่างงานจำนวนมาก เป็นต้น โดยที่ทุกฝ่ายยอมรับว่าจำเป็นจะต้องมีการปฏิรูปสถาบันโดยทั่วไป และในส่วนของ การปฏิรูปที่มีความสำคัญเป็นพิเศษจะต้องอยู่บนฉันทามติของการเข้าใจความหมายของ ‘การปฏิรูป’ ไปในทิศทางเดียวกัน²⁷

²⁵ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," 22-23.

²⁶ Jacob S. Hacker, "Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment," in *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, ed. Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen (New York: Oxford University Press, 2005), 45-46.

²⁷ Bruno Palier, "Ambiguous Agreement, Cumulative Change: French Social Policy in the 1990s," in *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, ed. Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen (New York: Oxford University Press, 2005), 141-42.

การเปลี่ยนผ่าน (exhaustion) คือ การเปลี่ยนแปลงของสถาบันที่แตกต่างไปจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ที่กล่าวไปข้างต้น เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านนำไปสู่กระบวนการล่มสลายของสถาบัน อย่างไรก็ตามการล่มสลาย ของสถาบันแบบการเปลี่ยนผ่านนี้เป็นการดำเนินไปแบบช้า ๆ ผ่านช่วงเวลาอย่างยาวนาน ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เช่น กรณีการเกษียณอายุก่อนกำหนดภายในประเทศเยอรมนีเป็นผลจากพลวัตทางการเมืองและการพัฒนานโยบายทางสังคมในช่วงก่อนทศวรรษ 1970 ส่งผลให้เกิดการเกษียณอายุก่อนกำหนดเป็นวงกว้างไปจนถึงช่วงท้ายของทศวรรษ 1970 – 1980 และหลังจากการรวมประเทศของเยอรมนี จนถึงกลางทศวรรษ 1990 การเกษียณอายุก่อนกำหนดถูกควบคุมและสนับสนุน โดยนโยบายสังคมของรัฐบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามภายใต้สถานะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อการจ้างงาน สหภาพเงินบำนาญ และการประกันการว่างงานเพื่อการเกษียณอายุก่อนกำหนดสร้างภาระงบประมาณสาธารณะและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าประกันสังคมและเงินประกันภาษีแรงงานและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (nonwage labor costs) วิฤตจากนโยบายการเกษียณอายุก่อนกำหนดนี้ส่งผลให้รัฐบาลต้องการปฏิรูประบบและสร้างทางเลือกให้แก่สถาบันในการจัดหาเงินทุนและสร้างกฎเกณฑ์ให้แก่ นโยบายการเกษียณอายุก่อนกำหนดเสียใหม่ด้วยการเปิดเสรีทางนโยบายและผลักดันระบบการเกษียณอายุของภาครัฐเข้าสู่ระบบตลาด²⁸

จากการเปลี่ยนแปลงของสถาบัน 5 แบบที่กล่าวถึงข้างต้น เมื่อนำมาพิจารณากับระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในฐานะสถาบัน ผู้เขียนมีความเห็นว่า “ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีการเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบน” การเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบนนั้นสังเกตได้จากเหตุการณ์ที่ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาต้องเผชิญกับจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญอย่าง “โรคระบาด” ส่งผลให้แคนาดาเองต้องพิจารณาระบบสาธารณสุขของตนและนโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ว่าสามารถรับมือกับโรคระบาดและครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากโรคระบาดแล้วหรือยัง เหตุว่าตั้งแต่แคนาดามีการจัดตั้งระบบสาธารณสุขของตนขึ้น ซึ่งแล้วเสร็จในปี ค.ศ. 1971 ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงทางโครงสร้างและสถาบันที่โดดเด่นมาจนถึงปัจจุบันอันเป็นการหยั่งรากลึกของตัวสถาบันที่แทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงอีกเลย²⁹ จนกระทั่ง โรคระบาดเข้ามาสร้างความ

²⁸Christine Trampusch, "Institutional Resettlement: The Case of Early Retirement in Germany," in *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, ed. Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen (New York: Oxford University Press, 2005), 203-04.

²⁹Tuohy, "The Reforms of the 1990s," 89.

ทำทลายและสั่นคลอนระบบสาธารณสุข ส่งผลให้ตัวสถาบันจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือวิธีการในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมแบบใหม่เพื่อให้ตัวสถาบันยังคงอยู่ได้

จากการศึกษาและวิเคราะห์การรับมือของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาต่อโรคระบาดทั้งโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ในสองช่วงเวลาที่แตกต่างกันดังที่กล่าวไปข้างต้นผู้เขียนมีความเห็นว่าชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบันนั้นมีความเสี่ยงจากโรคระบาดมากกว่าสงคราม ผู้ก่อการร้าย หรือความรุนแรงด้านอื่นๆ ทำให้ปัญหาโรคระบาดกลายเป็นปัญหาความมั่นคงแบบใหม่ (non-traditional Security) โรคระบาดจึงถือเป็นหนึ่งในประเด็นความมั่นคงด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก เนื่องจากปัจจัยด้านโลกาภิวัตน์ที่เป็นตัวขับเคลื่อนให้โรคระบาดมีความรุนแรง และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจากรัฐหนึ่งไปสู่อีกรัฐหนึ่ง กลายเป็นประเด็นปัญหาข้ามพรมแดน (transnational issues) ที่ไม่สามารถจัดการแค่เพียงประเทศใดประเทศหนึ่งได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่การศึกษาด้านความมั่นคงควรให้ความสำคัญกับ “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” มากยิ่งขึ้น อีกทั้งความมั่นคงด้านสุขภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของความมั่นคงของมนุษย์ที่ทำให้มีความสำคัญกับปัจเจกชนเป็นหลัก โดยมีความเห็นว่าความเสี่ยงจากโรคนั้นเป็นความเสี่ยงที่สูงที่สุดที่ทำให้คนเสียชีวิต³⁰

ประเทศแคนาดานั้นละเลยต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) เพราะไม่สามารถรับประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเมื่อเกิดโรคระบาดได้ อีกทั้งการดำเนินนโยบายบริหารประเทศตามแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (neo-liberalism) เป็นการผลักภาระให้ประชาชนต้องดูแลตัวเองเมื่อเผชิญกับวิกฤตด้านสุขภาพ ทั้งๆที่ความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในแนวทางความมั่นคงของมนุษย์ (human security) ตามโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) ที่ได้ให้ความหมายความมั่นคงด้านสุขภาพไว้ว่า “การมีสุขภาพที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลและยารักษาโรค เพื่อให้มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการทำสิ่งต่างๆ อย่างเต็มที่ตามที่ตนต้องการ”³¹

การมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านความมั่นคงของมนุษย์ เหตุที่มันสำคัญนั้นเพราะว่า หัวใจของความมั่นคงคือ การปกป้องชีวิตมนุษย์ ความมั่นคงด้านสุขภาพจึงเป็นแก่นสำคัญของความมั่นคงของมนุษย์ และความเจ็บป่วย ความพิการ และ

³⁰ Stefan Elbe, *Security and Global Health: Toward the Medicalization of Insecurity* (Malden, MA: Polity Press, 2010), 9.

³¹ United Nations, *Global Outlook 2000: An Economic, Social and Environmental Perspective* (S.I., 1990), 295-96.

การหลีกเลี่ยงความตาย เป็นภัยคุกคามอย่างใหญ่หลวงต่อความมั่นคงของมนุษย์ นิยามของสุขภาพ จึงไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคภัย แต่ยังหมายถึง “สถานะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดี” สุขภาพจึงเป็นเรื่องของการมีสุขภาพกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี และความมั่นใจในอนาคต³²

อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่าประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วไม่สามารถรับมือกับประเด็นโรคระบาดได้ดีนัก เห็นได้จากผลสำรวจดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Index) ประจำปี ค.ศ. 2019 ที่จัดทำขึ้นจากความร่วมมือของ 3 องค์กรที่สำคัญ คือ Johns Hopkins: Center for Health Security, Nuclear Threat Initiative, และ The Economist Intelligence Unit พบว่าไม่มีประเทศใดเลยที่มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาด (epidemics) และการระบาดของโรคไปทั่วโลก (pandemics) นอกจากนี้ความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (national health security) มีประสิทธิภาพน้อยลงทั่วโลก โดยใช้เกณฑ์ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มาตรการด้วยกัน ได้แก่การป้องกัน (prevent) การตรวจสอบ (detect) และการตอบสนอง (response)³³ ดังนั้นรัฐบาลทั่วโลกควรให้ความสำคัญกับระบบสาธารณสุขของตนเองอย่างยิ่งยวด ทั้งในด้านการเพิ่มงบประมาณที่เพียงพอแก่ระบบสาธารณสุข พัฒนาทรัพยากรบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความพร้อมรับมือกับโรคใหม่ ๆ ในอนาคตซึ่งถือกำเนิดขึ้นในอัตราที่ไม่เคยมีมาก่อนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี³⁴ ปรับปรุงนโยบายหรือกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้ระบบสาธารณสุขมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เพราะหน้าที่ของรัฐบาลคือ การปกป้องประชาชนให้อยู่ดีกินดีและมีสุขภาพที่แข็งแรง ตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal) ขององค์การสหประชาชาติ

นอกเหนือไปกว่านั้นโรคระบาดยังสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะการเข้าถึงการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นความไม่เท่าเทียมที่ฝังรากลึกในโครงสร้างทางสังคมเป็นเวลานาน เพียงแต่ประเด็นดังกล่าวถูกเน้นย้ำอย่างชัดเจนเมื่อโรคระบาดเกิดขึ้น ที่สำคัญคือประชาชนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดมากที่สุดและอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต เท่ากับว่า

³² Commission on Human Security, “Better health for human security,” in *Human Security Now* (New York, 2003), 96.

³³ Global Health Security Index 2019, “Inaugural Global Health Security Index Finds No Country Is Prepared for Epidemics or Pandemics,” (accessed February 4, 2020). <https://www.nti.org/newsroom/news/inaugural-global-health-security-index-finds-no-country-prepared-epidemics-or-pandemics/>.

³⁴ World Health Organization, “World health day: high level debate tackled need for improved international health security,” (accessed March 12, 2020). https://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/global_event/en/.

ประชาชนกำลังเผชิญกับสังคมแห่งความเสี่ยง (Risk Society)³⁵ และเป็นความเสี่ยงที่ต้องแบกรับในราคาที่สูงมาก ยิ่งกรณีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น ไม่อาจสืบค้นสาเหตุที่แท้จริงได้ ดังนั้นภาวะความเสี่ยงดังกล่าวจึงนำไปสู่การสร้างอัตลักษณ์และรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้คนยุคใหม่ เช่น การซื้อประกันสุขภาพจากเอกชน เพราะมั่นใจได้แน่ว่าหากเกิดวิกฤติด้านสุขภาพขึ้นตนจะปลอดภัยมากกว่ารอการช่วยเหลือจากรัฐ³⁶ อาจกล่าวได้ว่าประชาชนถูกบีบให้ต้องกำหนดทางเลือกในการมีรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองโดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในฐานะเป็นยุทธศาสตร์เพื่อความอยู่รอด (survival strategies)³⁷ แต่ไม่ได้หมายความว่าประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงหรือกำหนดทางเลือกได้ด้วยตนเอง โดยเมื่อต้องอยู่ในประเทศที่ระบบสาธารณสุขไม่เอื้อต่อการรักษาพยาบาล ในสภาวะที่เกิดโรคระบาด และไม่มีเงินมากพอที่จะซื้อประกันสุขภาพ ไม่เพียงพวกเขาเหล่านี้จะไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี แต่พวกเขาจะกลายเป็นพาหะในการแพร่ระบาดของเชื้อโรคให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษาในพื้นที่ ครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชน³⁸ ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และความมั่นคงมนุษย์ที่คนเหล่านี้ต้องใช้ชีวิตอยู่บนความหวาดกลัว และความไม่มั่นคงปลอดภัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลชั้นปฐมภูมิ ได้แก่ Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet, FluID (Flu Informed Decision), Global Health Security Index 2019, International Health Regulations (IHR 2005), 2019 GHS Index Country Profile For Canada, Public Health Agency of Canada, Health Canada

³⁵ Ulrich Beck, *Risk society: towards a new modernity*, trans. Mark Ritter (London: SAGE Publication, 1992).

³⁶ Anthony Giddens, *The consequences of modernity* (Cambridge: Polity Press, 1990).

³⁷ Anthony Giddens, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (Stanford, CA: Stanford University Press, 1991).

³⁸ Daniel G. Bausch and Lara Schwarz, "Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy," *Neglected Tropical Diseases* 8, no. 7 (July 2014).

- 2) ข้อมูลชั้นทุติยภูมิ ได้แก่ หนังสือ งานวิจัย บทความ วิทยานิพนธ์ วารสาร บทความ บทวิเคราะห์ หนังสือพิมพ์ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งการสืบค้นข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

เหตุผลและขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะทำการศึกษาโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 โดยจะศึกษาโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน ค.ศ. 2009 ตรงกับช่วงที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ระลอกแรกในประเทศแคนาดา ไปจนถึงวันที่ 10 สิงหาคม ค.ศ. 2010 เมื่อมีการรับมือและจัดการกับไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้สำเร็จ และศึกษาโรค COVID-19 ตั้งแต่มีการระบาดครั้งแรกในประเทศแคนาดาเมื่อวันที่ 25 มกราคม ค.ศ. 2020 ถึงช่วงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2020 โดยในที่นี้จะใช้เพียงกรอบทฤษฎีเส้นทางการพัฒนาของสถาบันและการเปลี่ยนแปลงของสถาบันในการศึกษาโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเท่านั้น โดยไม่ใช่กรอบทฤษฎีสังคมแห่งความเสี่ยงและความมั่นคงด้านสุขภาพในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เนื่องด้วยมีการนำกรอบทฤษฎีดังกล่าวใช้วิเคราะห์โครงสร้างระบบสาธารณสุขในงานวิทยานิพนธ์ฉบับอื่นแล้ว ส่วนเหตุผลที่เลือกศึกษาประเด็นของโรคระบาดมีดังต่อไปนี้

- 1) เป็นกรณีศึกษาที่ไม่ปรากฏมากนักในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องโรคระบาดกับโครงสร้างของระบบสาธารณสุขในฐานะที่เป็นสถาบัน อีกทั้งโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน
- 2) เมื่อระบบสาธารณสุขของแคนาดาต้องเผชิญกับโรคระบาดที่สำคัญ 2 โรค ในช่วงเวลาที่ต่างกัน ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 โรคระบาดได้ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในฐานะที่เป็นสถาบันหนึ่งอย่างไร
- 3) เปรียบเทียบการทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19

ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอ

การนำเสนอจะแบ่งออกเป็น 5 บท คือ

บทที่ 1 บทนำ เป็นการกล่าวถึงความเป็มาและความสำคัญของปัญหา การสำรวจวรรณกรรม กรอบทฤษฎีที่ใช้ในงานวิทยานิพนธ์อย่างเส้นทางการพัฒนาของสถาบันและการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบัน ระเบียบวิธีวิจัย เหตุผลและขอบเขตการวิจัย

บทที่ 2 อธิบายวิวัฒนาการระบบสาธารณสุขและนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศแคนาดาว่าเหตุใดระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาจึงมีโครงสร้างดังเช่นที่ดำรงตมา และกว่าจะมาเป็นระบบสาธารณสุขแบบหลักประกันถ้วนหน้าประเทศแคนาดาได้ผ่านเหตุการณ์สำคัญอะไรบ้าง รวมถึงการอธิบายขององค์กรสาธารณสุขเกิดใหม่อันเป็นผลจากการระบาดของโรค SARS อย่างองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาว่ามีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนแคนาดาอย่างไร

บทที่ 3 อธิบายการทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) ซึ่งถือเป็นโรคระบาดโรคแรกที่องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาได้เผชิญตั้งแต่มีการจัดตั้งองค์กรขึ้น และแสดงให้เห็นว่าการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งเป็น critical juncture ครั้งที่ 1 ส่งผลต่อโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาอย่างไร

บทที่ 4 อธิบายการทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งเป็น critical juncture ที่ประเทศแคนาดาต้องเผชิญอีกครั้งหนึ่ง เมื่อประเทศแคนาดามีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 แล้วนั้น ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีการเตรียมความพร้อมและสามารถรับมือกับโรค COVID-19 ได้ดีกว่าเดิมหรือไม่ และโรค COVID-19 นี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดาอย่างไร

บทที่ 5 สรุป โดยอธิบายว่าการเกิดขึ้นของโรคระบาดทั้งสองไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ในฐานะที่เป็นปัจจัยภายนอกและ critical juncture นั้นไม่ได้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย กฎเกณฑ์ เพื่อตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งในที่นี้คือ โรคระบาดโดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน อีกทั้งปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงสร้างของระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดาไม่เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากโครงสร้างการปกครองของ

ประเทศแคนาดาและอำนาจการตัดสินใจในเรื่องของระบบสาธารณสุขที่เป็นของรัฐบาลมลรัฐที่
ดำรงตนมาอย่างยาวนานจึงยากต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบสาธารณสุข



บทที่ 2

วิวัฒนาการระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดามีระบบสาธารณสุขที่รู้จักกันในชื่อ “Canadian Medicare” เป็นระบบสาธารณสุขที่มีการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจ เข้าถึงได้ง่าย และจ่ายโดยรัฐ (decentralized, universal, publicly funded) การดูแลสุขภาพได้มีการบริหารและจ่ายค่ารักษาโดยมลรัฐของประเทศ 10 มลรัฐ และ 3 เขตปกครองพิเศษ ซึ่งแต่ละมลรัฐนั้นจะมีแผนประกันสุขภาพของตนเอง โดยจะได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางคิดเป็นรายบุคคล (per-capita basis) ดังนั้นผลประโยชน์ที่จะได้รับและการบริการจึงมีแนวทางที่แตกต่างออกไป อย่างไรก็ตามประชากรและผู้ที่พำนักอยู่ถาวร จะได้รับการรักษาพยาบาลและการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาล โดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่หากเป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือไปจากบริการการดูแลสุขภาพที่รัฐจัดหาให้ เช่น การจ่ายยาให้กับผู้ป่วยนอกและการดูแลทันตกรรม ประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองพิเศษเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (targeted groups) เนื่องจากว่า 2 ใน 3 ของประชากรแคนาดา มีประกันสุขภาพส่วนตัวที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังกล่าว³⁹

ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาถูกจัดตั้งขึ้นจากการผ่านกฎหมายโดยรัฐบาลกลาง ในปี ค.ศ. 1957 และ 1966 ต่อมาเมื่อมีการออกกฎหมายสุขภาพ คือ Canada Health Act ในปี ค.ศ. 1984 ขึ้น กฎหมายดังกล่าวได้เข้ามาแทนที่กฎหมายเดิมและรวมกฎหมายทั้งสองเข้าด้วยกัน ส่งผลให้มีการกำหนดมาตรฐานระดับชาติสำหรับการบริการใน โรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และการบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้การที่แต่ละมลรัฐจะมีสิทธิ์ได้รับงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐบาลกลางเต็มจำนวนแต่ละมลรัฐและเขตปกครองพิเศษจะต้องปฏิบัติตามข้อตกลง 5 ประการของกฎหมายสุขภาพซึ่งกำหนดไว้ว่า

- 1) บริหารโดยรัฐ (publicly administered)
- 2) ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness)
- 3) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universality)
- 4) เข้ารับบริการได้โดยง่าย (accessibility)

³⁹ Sara Allin, Greg Marchildon, and Allie Peckham, "The Canadian Health Care System," in *International Profiles of Health Care Systems* ed. Roosa Tikkanen et al. (The Commonwealth Fund, 2020), 27.

5) เคลื่อนย้ายได้ (portability)⁴⁰

วิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในปัจจุบันเป็นระบบที่ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน (publicly funded, privately deliver)” โดยมีรัฐทั้ง 10 รัฐ และ 3 เขตปกครองพิเศษ มีการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเองให้มีความสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพ คือ Canada Health Act 1984 และครอบคลุมประชากร 100 เปอร์เซ็นต์⁴¹ ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเป็นแบบกองทุนเดียว (single - payer) คือ รัฐเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพแต่เพียงผู้เดียวไม่มีระบบสุขภาพของเอกชน ลักษณะเช่นนี้ทำให้มลรัฐต่าง ๆ รวมทั้งเขตการปกครองพิเศษสามารถควบคุมการเติบโตของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในภาครัฐได้ดีกว่าการควบคุมในภาคเอกชน แพทย์รับค่าตอบแทนในลักษณะค่าธรรมเนียมสำหรับบริการ (fee-for-service) ซึ่งค่าตอบแทนนี้เกิดจากการเจรจาตกลงระหว่างสมาคมแพทย์และรัฐบาลของแต่ละมลรัฐ⁴²

อย่างไรก็ตามกว่าที่ประเทศแคนาดาจะมีระบบสาธารณสุขดังที่เป็นอยู่เช่นปัจจุบันนั้น ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาได้ผ่านการปฏิรูปจากแรงผลักดันทางสังคม เศรษฐกิจและการต่อสู้ทางการเมืองอันเป็นส่วนสำคัญในการสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาที่เป็นกระบวนการทางประวัติศาสตร์อย่างต่อเนื่องและเป็นตัวกำหนดเส้นทางของโครงสร้างสาธารณสุขที่ส่งผลมายังปัจจุบันโดยผู้เขียนจะอธิบายดังต่อไปนี้

ในประเทศแคนาดาอำนาจในการปกครองประเทศของรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐได้ถูกระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1867 (the Constitution Act, 1867) ว่า รัฐบาลมลรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดตั้ง บำรุงรักษา และจัดการ โรงพยาบาล สถานที่ลี้ภัย งานการกุศลและสถาบันการกุศล ในขณะที่รัฐบาลกลางมีหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลทางทะเล (marine hospitals) และการกักกันตัว รัฐบาลกลางยังได้รับอำนาจในการเก็บภาษีและกู้ยืม อีกทั้งสามารถใช้เงินจำนวนนี้ได้โดยไม่เป็นการละเมิดอำนาจของรัฐบาลมลรัฐ ขณะนั้นกรมการเกษตร (The federal

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Carolyn Hughes Tuohy, "Canada: Health Care Reform in Comparative Perspective," in *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*, ed. Theodore R. Marmor, Richard Freeman, and Kieke G. H. Okma (Yale University Press, 2009), 65.

⁴² Health Canada, "Canada's health care system," (accessed April 9, 2020). <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>.

department of Agriculture) ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพตั้งแต่ ค.ศ. 1867 ถึง ค.ศ. 1919 จนกระทั่งมีการจัดตั้งกรมอนามัยขึ้น (The department of Health) ส่งผลให้ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเกิดการเปลี่ยนแปลง⁴³

ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเป็นแบบจ่ายและบริการโดยเอกชนจนในปี ค.ศ. 1947 มลรัฐ Saskatchewan ได้ริเริ่มให้มีการประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแก่ประชาชน (universal hospital insurance) ทำให้มลรัฐอื่นๆ อย่าง British Columbia และ Alberta มีการประกันสุขภาพของตนเองตามรัฐ Saskatchewan ในปี ค.ศ. 1950 ในที่สุดจนกระทั่งปี ค.ศ. 1957 รัฐบาลกลางได้ผ่านกฎหมาย *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* เป็นกฎหมายเรื่องแผนประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแบบถ้วนหน้าในทุกมลรัฐ โดยรัฐบาลกลางให้การสนับสนุนทุกมลรัฐด้านการพัฒนาโครงการประกันการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล รวมไปถึงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการตรวจโรคประมาณครึ่งหนึ่ง จนใน ค.ศ. 1961 ทุกมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษได้ตกลงจัดตั้งแผนประกันสุขภาพที่ให้การรักษาอย่างครอบคลุมแก่ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล⁴⁴

ในปี ค.ศ. 1962 มลรัฐ Saskatchewan ได้ตัดสินใจให้มีการประกันบริการทางการแพทย์ (universal medical insurance) สำหรับประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในมลรัฐ ต่อมารัฐบาลกลางได้ออกกฎหมาย *Medical Care Act* ในปี ค.ศ. 1966 โดยรัฐบาลกลางเสนอที่จะคืนเงิน หรือออกค่าใช้จ่ายให้ครึ่งหนึ่งสำหรับมลรัฐและเขตปกครองพิเศษสำหรับบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการโดยแพทย์นอกโรงพยาบาล ภายใน 6 ปี ให้หลังทุกมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษได้ขยายกฎหมายครอบคลุมถึงการให้บริการของแพทย์ด้วย⁴⁵

ช่วง 20 ปีแรก (ค.ศ. 1957 – 1977) รัฐบาลกลางให้การสนับสนุนทางการเงินด้านการดูแลสุขภาพให้กับแต่ละมลรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง (คิดเป็นเปอร์เซ็นต์) ของค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพที่รัฐประกัน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1977 รัฐบาลกลางออกกฎหมาย *Established Programs Financing Act* เพื่อจัดสรรเงินของรัฐบาลกลางจากเดิมที่คิดจากค่าใช้จ่ายของแผนประกันสุขภาพ

⁴³ Government of Canada, "Evolution of Our Health Care System," (accessed April 9, 2020). <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

ของแต่ละมลรัฐโดยตรง เปลี่ยนเป็นคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวตามจำนวนพลเมืองของแต่ละรัฐและเขตปกครองพิเศษ เรียกว่า “block fund” การจัดสรรงบประมาณแบบนี้ส่งผลให้มลรัฐต่างๆ มีความยืดหยุ่นในการลงทุนด้านสุขภาพตามความต้องการและลำดับความสำคัญของมลรัฐนั้น ๆ⁴⁶

ในปี ค.ศ. 1984 รัฐสภาแคนาดาได้ผ่านกฎหมาย *Canada Health Act* เข้ามาแทนที่กฎหมาย *Hospital and Medical Insurance Acts* เพื่อกำหนดหลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติ (Medicare) อันประกอบด้วย บริหารโดยรัฐ (public administration) ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universality) เข้ารับบริการได้โดยง่าย (accessibility) และเคลื่อนย้ายได้ (portability) และตัวกฎหมายยังกำหนดข้อห้ามสำหรับการเรียกเก็บเงินเพิ่มของแพทย์และโรงพยาบาลของมลรัฐต่างๆ (extra billing and user fees)⁴⁷

รัฐบาลกลางได้ผ่านกฎหมายในปี ค.ศ. 1995 ว่าด้วยเรื่องของการรวมเงินของรัฐบาลกลาง (federal cash) และการถ่ายโอนภาษี (tax transfers) เพื่อใช้ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการศึกษาในระดับหลังจากมัธยมศึกษา (post-secondary education) ซึ่งจัดอยู่ในการให้บริการและการช่วยเหลือทางสังคมจากรัฐนำไปสู่ระบบ block funding หลังจากนั้นรัฐก็ได้ออกกฎหมาย Canada Health and Social Transfer (CHST) ขึ้นในปี ค.ศ. 1996-1997⁴⁸

ความตกลงร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองพิเศษในด้านสุขภาพ เป็นเอกฉันท์ในปี ค.ศ. 2000 นำไปสู่การปฏิรูปที่สำคัญในเรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การจัดการยา ระบบสารสนเทศสุขภาพและเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขโลก ในขณะเดียวกันรัฐบาลกลางได้เพิ่มเงินสนับสนุน (cash transfer) สำหรับด้านสุขภาพ⁴⁹

ในปี ค.ศ. 2003 ผู้นำของรัฐบาลทุกระดับมีความเห็นร่วมกันในข้อตกลงการปฏิรูประบบสาธารณสุขของแคนาดา (the Accord on Health Care Renewal) ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขเพื่อเข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพของชาวแคนาดา รวมถึงการมีระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยข้อตกลงดังกล่าว

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

มุ่งมั่นให้รัฐบาลทำหน้าที่ในการปฏิรูปโครงสร้างสาธารณสุขในส่วนพื้นที่ดังต่อไปนี้ เเร่งการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานขึ้นใหม่ สนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ยกตัวอย่าง เช่น บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบดิจิทัล บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ความคุ้มครองด้านสุขภาพในส่วนของบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านและยารักษาโรค เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยโรคและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และความเอาใจใส่ดูแลที่ดีขึ้นจากภาครัฐ อีกทั้งภายใต้ข้อตกลงนี้รัฐบาลกลางได้เพิ่มเงินสนับสนุน (cash transfers) ในด้านการดูแลสุขภาพ และ CHST ได้ถูกแบ่งออกเป็นการถ่ายโอนด้านสุขภาพและการถ่ายโอนด้านสังคมสำหรับการศึกษาระดับหลังมัธยมศึกษา บริการและการช่วยเหลือทางสังคม โดยมีผลในเดือนเมษายน ค.ศ. 2004⁵⁰

นอกเหนือไปจากนั้นมีการขยายการปฏิรูปเพิ่มเติมในแผน 10 ปี เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพในปี ค.ศ. 2004 โดยที่รัฐบาลกลาง มลรัฐ และเขตปกครองพิเศษให้ความร่วมมือในการปรับแผนการดูแลสุขภาพใหม่ในด้านที่สำคัญดังต่อไปนี้ การจัดการการรอคิวรักษาพยาบาล (wait times management) กำลังคนด้านสุขภาพ สุขภาพของชนพื้นเมืองอะบอริจิน การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน แผนยุทธศาสตร์ด้านเภสัชกรรมแห่งชาติ บริการดูแลสุขภาพทางตอนเหนือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การป้องกันและการสนับสนุนระบบสาธารณสุข และขยายการรายงานผลการปฏิรูปเหล่านี้ เพื่อสนับสนุนแผนดังกล่าวรัฐบาลกลางได้เพิ่มเงินสนับสนุนรวมไปถึงงบประมาณประจำปีให้แก่ Canada Health Transfer จากปี ค.ศ. 2006-7 ไปจนถึง ค.ศ. 2013-14 เพื่อให้เงินทุนของรัฐบาลกลางเติบโตแบบคาดการณ์ได้⁵¹

ช่วงฤดูใบไม้ผลิปี ค.ศ. 2007 ทุกมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษได้ให้คำมั่นต่อสาธารณะในการจัดตั้งการรับประกันลระยะเวลาการรอตรวจรักษาของผู้ป่วยจากคลินิกภายในปี ค.ศ. 2010 อีกทั้งมีการดำเนินโครงการนำร่องเพื่อทดสอบการรับประกันและเพื่อแจ้งว่าการรับประกันดังกล่าวมีการนำไปปฏิบัติจริง โดยการรับประกันลระยะเวลาการรอตรวจรักษาของผู้ป่วยนั้นเป็นข้อเสนอหนึ่งของการดูแลสุขภาพทางเลือก ยกตัวอย่างเช่น การส่งต่อแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่น

⁵⁰ Government of Canada, "The 2003 Accord on Health Care Renewal: A Progress Report," (accessed December 1, 2021).

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/2003-accord-health-care-renewal-progress.html>

⁵¹ Government of Canada, "A 10-year Plan To Strengthen Health Care," (accessed December 2, 2021).

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/10-year-plan-strengthen-health-care.html>

ๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่รอรับการรักษากินระยะเวลาที่กำหนดไว้ทั้ง ๆ ที่ควรได้รับการรักษาและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น⁵²

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศแคนาดาที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบหากเกิดโรคระบาดขึ้นในประเทศ ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวคือ องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา (the Public Health Agency of Canada)

องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา (the Public Health Agency of Canada)

องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐที่ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2004 โดยมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (chronic disease) และอาการบาดเจ็บ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (infectious disease) เตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางในการแบ่งปันความเชี่ยวชาญของแคนาดาไปยังประเทศอื่นๆ ทั่วโลก มีการพัฒนาและวิจัยระหว่างประเทศเพื่อนำมาปรับใช้กับระบบสาธารณสุขของแคนาดา และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐบาลด้านสาธารณสุขและสนับสนุนแนวทางระดับชาติในการกำหนดนโยบายและการวางแผนด้านสาธารณสุข⁵³

การเกิดขึ้นขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาเป็นผลจากความล้มเหลวของรัฐบาลแคนาดาและการออกนโยบายในการรับมือกับการระบาดของโรค SARS ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของแคนาดามีความอ่อนแอและไม่มีความพร้อมในการรับมือและตอบสนองต่อภาวะวิกฤติที่เป็นผลจากปัจจัยภายนอกและมีสเกลความรุนแรงในระดับโลก (global pandemic) เมื่อ SARS สิ้นสุดลง แคนาดามีความพยายามในการปรับปรุงและปฏิรูปการทำงานของระบบสาธารณสุข ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติว่าด้วยโรค SARS และสาธารณสุข (The National Advisory Committee on SARS and Public Health) รวมถึงการออกรายงาน 'Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada'⁵⁴ เพื่อเป็นแนวทางในการรับมือกับโรคระบาดที่

⁵² Government of Canada, "Patient wait times guarantees," (accessed December 2, 2021). <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/quality-care/wait-times/patient-wait-times-guarantees.html>.

⁵³ Canada, "The role of Public Health Agency of Canada."

⁵⁴ The National Advisory Committee on SARS and Public Health, *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada* (Ottawa, Ontario: Health Canada, 2003).

จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยเน้นย้ำในด้านของการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ (emergency responses) และยังมี การจัดตั้ง Federal/Provincial/Territorial Public Health Network and Council (PNC) หลังจาก SARS สิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 2004 ตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติว่าด้วยโรค SARS และสาธารณสุข เพื่อเป็นเวทีในการทำงาน ประสานงาน และการกำกับดูแลร่วมกันของภาครัฐ⁵⁵

การระบาดของโรคซาร์แสดงให้เห็นถึงภัยคุกคามด้านสุขภาพจากโรคระบาด โดยเฉพาะโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก (global pandemic) แคนาดาเองก็มีผู้ติดเชื้อประมาณ 438 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรค SARS ถึง 44 คน ส่งผลให้แคนาดาจำเป็นต้องปรับปรุงและปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบสาธารณสุขของแคนาดาอันนำไปสู่การตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญผ่านการร่วมมือและประสานงานด้านสาธารณสุขระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และเขตปกครองพิเศษ แบ่งออกเป็น 6 เป้าหมายด้วยกันดังต่อไปนี้ คือ

- 1) การประเมินสุขภาพของประชากร (population health assessment)
- 2) การเฝ้าระวังโรคและอาการบาดเจ็บ (disease and injury surveillance)
- 3) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion)
- 4) การป้องกันโรคและอาการบาดเจ็บ (disease and injury prevention)
- 5) การให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (health protection)
- 6) การเตรียมพร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (emergency preparedness and response)⁵⁶

นับได้ว่าการระบาดของโรค SARS คือ critical juncture ที่นำไปสู่การเกิดขึ้นของสถาบันใหม่ อย่างองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา และเมื่อเกิดโรคระบาดขึ้นใหม่อย่างโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในฐานะที่เป็นองค์กรในการตรวจสอบดูแลและตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉิน ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อจะรับมือต่อโรคระบาดทั้งสองอย่างไร

⁵⁵ Theresa Tam, "Fifteen years post-SARS: Key milestones in

Canada's public health emergency response," *Canada Communicable Disease Report* 44-5 (3 May 2018): 99.

⁵⁶ David L. Mowat and David Butler-Jones, "Public Health in Canada: A Difficult History," *HealthcarePapers* 7, no. 3: 33.

จากวิวัฒนาการและการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาผ่านประวัติศาสตร์และการต่อสู้ทางสังคมและการเมือง รวมถึงนโยบายด้านสาธารณสุขที่กล่าวถึงข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความขัดแย้งในระบบการปกครองของประเทศแคนาดา โดยที่รัฐบาลมลรัฐมีขอบเขตอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขและการให้บริการด้านสุขภาพ ในขณะที่รัฐบาลกลางมีอำนาจหน้าที่สนับสนุนในด้านงบประมาณแก่รัฐบาลมลรัฐตามข้อตกลง 5 ประการของกฎหมายสุขภาพ และสนับสนุนการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มชนพื้นเมืองกลุ่มแรก ชาวอะบอริจิน และสุขภาพของทหาร เป็นต้น⁵⁷

ตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ชาวแคนาดาให้ความสำคัญกับระบบสาธารณสุขของประเทศตนเองเป็นอย่างมาก เพราะนับว่าเป็นนโยบายทางสังคมที่ประสบความสำเร็จและสร้างความภาคภูมิใจให้กับชาวแคนาดา ส่งผลให้นโยบายด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญที่นำมาใช้ในการหาระเลียงเลือกตั้งของรัฐบาลกลางเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเลือกพรรคการเมืองของตน⁵⁸ อย่างเช่น พรรคอนุรักษนิยมที่มีผู้นำคือนาย Stephen Harper และพรรคเสรีนิยมที่มีผู้นำคือนาย Justin Trudeau

พรรคอนุรักษนิยมของนาย Harper ได้รับเลือกเป็นพรรครัฐบาลและดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในช่วงปี ค.ศ. 2006 ได้เป็นรัฐบาลเสียงข้างน้อย จนกระทั่งการเลือกตั้งเมื่อปี ค.ศ. 2011 จึงสามารถนำพรรคจัดตั้งรัฐบาลเสียงข้างมากได้สำเร็จ นาย Harper ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีเป็นเวลา 11 ปี หลังพรรคอนุรักษนิยมแพ้การเลือกตั้งเมื่อปี ค.ศ. 2015⁵⁹ ในขณะที่ดำรงตำแหน่งนั้นพรรคอนุรักษนิยมเน้นให้ความสำคัญกับนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องการอนามัยแม่และเด็ก โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและปรับปรุงสุขภาพของมารดา อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนเป้าหมายด้านการศึกษาและความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ซึ่ง Harper

⁵⁷ Antonia Maioni, "Health care politics and policy in Canada," in *One issue, two voices, issue nine: Health care in crisis: the drive for health reform in Canada and the United States* (Washington and Toronto: Woodrow Wilson International Centre for Scholars, Canada Institute on North American Issues, 2008), 22.

⁵⁸ Ibid, 20.

⁵⁹ Encyclopaedia of Britannica, "Stephen Harper prime minister of Canada," (accessed July 1, 2022).

<https://www.britannica.com/biography/Stephen-Harper>.

มองว่าประเทศแคนาดาควรเป็นผู้ผลักดันให้เป้าหมายดังกล่าวประสบความสำเร็จเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเป็นผู้นำในด้านสุขภาพระดับระหว่างประเทศ⁶⁰

ในทางกลับกันเมื่อพูดถึงการสนับสนุนนโยบายด้านสาธารณสุขภายในประเทศ โดยเฉพาะระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา รัฐบาลอนุรักษ์นิยมของนาย Harper จะไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร เนื่องจากหน้าที่และความรับผิดชอบด้านระบบสาธารณสุขของประเทศอยู่ในอำนาจดูแลของรัฐบาลมลรัฐ รัฐบาลกลางมองว่าควรมีการแบ่งแยกอำนาจและหน้าที่ในการทำงานระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐอย่างชัดเจน แม้กระทั่งประเด็นปัญหาด้านการรอกีรักษายาบาลเป็นเวลานานทำให้ชาวแคนาดาเข้ารับการรักษาพยาบาลล่าช้าไม่ได้รับการแก้ไขให้เร็วขึ้น ทั้ง ๆ ที่เป็นหนึ่งในปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างยาวนานในระบบสาธารณสุขและถือว่าการละเมิดสิทธิของประชาชนในการเข้ารับการรักษาพยาบาล อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลของนาย Harper มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศใน 4 เสาหลักด้วยกัน ได้แก่ รัฐบาลที่มีความรับผิดชอบ สร้างความมั่นคงให้แก่ประเทศ การปกป้องสิ่งแวดล้อม การจัดการเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเข้มแข็ง แน่ใจว่ารัฐบาลยอมให้ความสำคัญต่อบริการสุขภาพเป็นอันดับรองลงมา ส่งผลให้มีการลดงบประมาณสำหรับนโยบายทางสังคมลง รวมถึงลดงบประมาณในการช่วยเหลือรัฐบาลมลรัฐด้านค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพ อีกทั้งมีความพยายามเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาดูแลเรื่องการบริหารด้านสุขภาพแทนภาครัฐซึ่งขัดต่อหลักกฎหมายสุขภาพของประเทศ⁶¹

จนกระทั่งเมื่อ นาย Justin Trudeau เข้ามารับตำแหน่งเป็นนายกรัฐมนตรีจากพรรคเสรีนิยมในสมัยต่อมาในปี ค.ศ. 2015 โดยชนะการเลือกตั้งด้วยเสียงข้างมาก และได้รับการเลือกตั้งอีกครั้งในปี ค.ศ. 2019 และ 2021 ได้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีจนถึงปัจจุบัน แน่ใจว่ารัฐบาลพรรคเสรีนิยมของนาย Trudeau เร่งให้ความสำคัญกับระบบสาธารณสุขของประเทศที่ถูกเพิกเฉยโดยรัฐบาลของนาย Harper โดยมีการวางแผนและดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 เพื่อสร้างระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นและเป็นระบบสาธารณสุขสำหรับชาวแคนาดาทุกคน โดยมีนโยบายหลัก ๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

⁶⁰ Diana Mehta, "Harper: 'great cause' of child, maternal health a priority for Canada," (accessed July 1, 2022).

<https://www.ctvnews.ca/politics/harper-great-cause-of-child-maternal-health-a-priority-for-canada-1.1795864>.

⁶¹ Richard Dufour, "Who is Stephen Harper, the Conservative poised to be Canada's next prime minister?," (accessed July 1, 2022). <https://www.wsws.org/en/articles/2006/01/harp-j20.html>.

- 1) เลื่อนเวลาในการรอและขั้นตอนในการรักษาให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อให้คนไข้ที่ตกค้างในการรอรักษาได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างทันที่
- 2) สร้างความมั่นใจแก่ชาวแคนาดาทุกคนว่าจะได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือทีมแพทย์ปฐมภูมิ
- 3) ขยายบริการด้านสุขภาพแบบออนไลน์ เป็นการดูแลรักษาทางไกลผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- 4) เพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของชุมชนในชนบทและชุมชนที่ด้อยโอกาส
- 5) ยื่นหัตถ์ต่อผู้เพื่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศแคนาดาโดยการปรับปรุงและขยายระบบสาธารณสุขของประเทศ และบังคับใช้กฎหมายสุขภาพในทุกมลรัฐ
- 6) ปกป้องสิทธิของชาวแคนาดาในด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์⁶²

อย่างไรก็ตามในช่วงที่เข้ามาบริหารประเทศทั้งรัฐบาลอนุรักษ์นิยมของนาย Harper และรัฐบาลเสรีนิยมของนาย Trudeau ได้เผชิญกับการระบาดของโรคระหว่างโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ดังนั้นรัฐบาลอนุรักษ์นิยมที่เน้นนโยบายด้านเศรษฐกิจจะสามารถรับมือและจัดการกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในปี ค.ศ. 2009 ได้ประสบความสำเร็จหรือไม่ ในขณะที่รัฐบาลเสรีนิยมของนาย Trudeau ก็กำลังเผชิญกับวิกฤติด้านสาธารณสุขอันเป็นผลจากการระบาดของโรค COVID-19 ณ เวลาปัจจุบัน โดยจะได้กล่าวถึงต่อไปในบทที่ 3 และบทที่ 4 ถึงการรับมือกับการระบาดของรัฐบาลประเทศแคนาดา และศึกษาการทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา เปรียบเทียบกัน 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 โดยที่เหตุการณ์สำคัญทั้งสองนี้เป็น critical juncture ที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา เพื่อศึกษาว่า critical juncture จากโรคระบาดนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดาอย่างไร ดังต่อไปนี้

⁶² Liberal Party of Canada, "Key Actions Since 2015 to Build a Better Health Care System," (accessed July 1, 2022).

<https://liberal.ca/our-platform/key-actions-to-build-a-better-health-care-system-since-2015/>.

บทที่ 3

การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1)

การจัดการโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1)

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะศึกษาการจัดการโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน ค.ศ. 2009 ตรงกับช่วงที่เกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 ระลอกแรกในประเทศแคนาดา ไปจนถึงวันที่ 10 สิงหาคม ค.ศ. 2010 เมื่อมีการรับมือและจัดการกับไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้สำเร็จ โดยจะทำการอธิบายดังต่อไปนี้ แคนาดาเป็นหนึ่งในประเทศที่ประสบกับการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) โดยเริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน – ธันวาคม ค.ศ. 2009 ซึ่งไวรัสไข้หวัดใหญ่นี้เริ่มแพร่ระบาดในอเมริกาเหนือและกระจายไปยังหลายประเทศจนกระทั่งกลายเป็นโรคระบาดไปทั่วโลก ซึ่งชนิดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 นี้แตกต่างไปจากโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลทั่วไปเนื่องจากผู้ติดเชื้อจะมีการที่รุนแรงกว่า ยอดผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 มีจำนวนมากกว่า 18,000 คน รวมผู้เสียชีวิตชาวแคนาดา 428 คน จากการประมาณการตามแบบจำลองทางสถิติแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกน่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยยอดรวมอาจถึงหลักแสน การปรากฏตัวของไข้หวัดใหญ่ H1N1 นี้ถือเป็น critical juncture ครั้งแรกที่แคนาดาเผชิญและเป็นบททดสอบครั้งสำคัญต่อการปรับปรุงระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาหลังจากการระบาดของโรค SARS ในปีค.ศ. 2003⁶³

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เกิดขึ้นสองระลอกในประเทศแคนาดา ระลอกแรกเกิดในช่วง 12 เมษายน – 29 สิงหาคม ค.ศ. 2009 โดยช่วงที่มีการติดเชื้อมากที่สุดอยู่ระหว่าง 3 อาทิตย์แรกของเดือนมิถุนายน ส่วนระลอกที่สองมีการติดเชื้อมากที่สุดช่วงต้นเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวน 8,678 คน โดยเป็นไปได้ว่าจะมีผู้ป่วยสูงถึง 15,000 คน กรณีผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะเป็นผู้ป่วยในช่วงระลอกที่สองของการระบาด ซึ่งกลุ่มเสี่ยง

⁶³ Nathan Baker et al., "H1N1 Flu of 2009 in Canada," (The Canadian Encyclopedia, accessed March 7, 2021).

<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/h1n1-flu-of-2009-in-canada>.

ต่อโรคมักจะเป็นเด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ คุณแม่มือใหม่ ผู้ที่ปัญหาสุขภาพ และคนที่เป็็นโรคอ้วน⁶⁴ จนกระทั่งวันที่ 27 มกราคม ค.ศ. 2010 องค์การสาธารณสุขประเทศแคนาดาประกาศว่าการระบาดของระลอกสองของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในประเทศแคนาดาสิ้นสุดลงแล้ว ต่อมาในวันที่ 10 สิงหาคม ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลกประกาศว่าโลกของเราได้เข้าสู่ช่วงหลังการแพร่ระบาด (the post-pandemic phrase)⁶⁵

ภายในประเทศแคนาดามีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐทุกส่วนเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในระดับรัฐบาลกลางองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 คือ องค์การสาธารณสุขประเทศแคนาดา และกระทรวงสุขภาพ (Health Canada) โดยองค์การสาธารณสุขประเทศแคนาดามีหน้าที่หลักในการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในขณะที่กระทรวงสุขภาพมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพของกลุ่มชนพื้นเมืองกลุ่มแรก (First Nations) รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการพัฒนาทดสอบ และการปรับปรุงแผนการระบาด (pandemic plans)⁶⁶ นอกจากนี้ประเทศแคนาดาได้นำแผนการตอบสนองต่อโรคระบาด (the Canadian Pandemic Influenza Plan) เป็นตัวชี้แนะในการตอบสนองต่อโรคระบาด โดยแผนดังกล่าวแบ่งออกเป็น 7 เสาหลักด้วยกัน ดังต่อไปนี้

- 1) การเฝ้าระวังโรค (surveillance)
- 2) ยาต้านไวรัส (antiviral drugs)
- 3) วัคซีน (vaccine)
- 4) มาตรการด้านสาธารณสุข (public health measures)
- 5) การดูแลทางคลินิก (clinical care)
- 6) การสื่อสาร (communications)
- 7) งานวิจัย (research)⁶⁷

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Public Health Agency of Canada, *Executive Summary* (Public Health Agency of Canada, 2010), 6.

⁶⁶ Ibid., 6-7.

⁶⁷ Ken Scott, "Pandemic Influenza H1N1 2009 – The Canadian Experience," *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology* 17, no. 3 (2010): e359.

ส่วนในระดับรัฐบาลมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษรับผิดชอบในส่วนของการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในช่วงโรคระบาด รวมถึงการให้บริการด้านวัคซีนผ่านหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น และปรับแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประชาชน⁶⁸

นอกเหนือไปจากนั้นในช่วงการระบาดระลอกสองโรงพยาบาลบางแห่งจำกัดการรับผู้ป่วยบางส่วนเข้าห้อง ICU เพื่อให้มีห้องว่างสำหรับผู้ป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และมีโรงพยาบาลอีกหลายแห่งสั่งซื้อเครื่องช่วยหายใจเพิ่มและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการใช้งานเครื่องดังกล่าว ทั้งนี้ทางรัฐบาลของประเทศแคนาดามีการให้ทุนสนับสนุนการศึกษาของภาครัฐเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค มีการจัดตั้งโครงการต่าง ๆ เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการล้างมือ หากจะไอหรือจามจะต้องมีการปิดปากเสมอเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และถ้ามีอาการป่วยจะต้องอยู่ที่บ้านเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ออกจากบ้าน⁶⁹

จากที่ได้กล่าวไปข้างต้นหากสังเกตในภาพรวมนั้นการทำงานในระดับรัฐบาลกลางและระดับรัฐบาลมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษสามารถทำงานร่วมกันได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการมีความรับผิดชอบในการรับมือกับโรคระบาดอย่างชัดเจน แต่ถึงกระนั้นการทำงานร่วมกันยังมีช่องโหว่ให้ต้องปรับปรุงทั้งการรับมือ นโยบาย และการทำงานของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา ถึงแม้แคนาดาจะมีความรู้เรื่องการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ทั้งจากการระบาดที่ผ่านมาและจากโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการระบาดกลับไม่ได้รับข้อมูลอย่างเหมาะสมสำหรับการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอย่างทันทั่วทั้งที่ อีกทั้งยังมีความคลาดเคลื่อนด้านความไม่เพียงพอของข้อมูลและการเฝ้าระวังของมลรัฐต่าง ๆ ในประเทศแคนาดา ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการรับมือโรคระบาดหลายทางด้วยกัน เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เป็นโรคอุบัติใหม่จึงมีข้อมูลด้านคลินิกและการระบาดวิทยาที่ค่อนข้างจำกัด แม้ว่าจะมีการคาดการณ์การแพร่ระบาดของ

⁶⁸ Ibid., e358-59.

⁶⁹ Baker et al., "H1N1 Flu of 2009 in Canada."

เชื้อไวรัสจากคนสู่คน จำนวนผู้ป่วย มาตรการตรวจโรค แต่กลับพบว่ามีการตกหล่นของข้อมูลที่สำคัญ หรือไม่สามารณำข้อมูลนั้นมาใช้ได้ทันท่วงที รวมถึงการขาดการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ⁷⁰

นอกเหนือไปจากนั้นประเทศแคนาดาพบอุปสรรคในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติ (national public health surveillance system) เนื่องจากมาตรฐานระบบการเฝ้าระวังนั้นในระดับรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐไม่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่แค่เพียงเรื่องงบประมาณและระดับพนักงานที่ผ่านการรับรองแต่ยังรวมไปถึงการกระจายตัวของคลินิกที่เกี่ยวข้อง ห้องปฏิบัติการวิจัย และกิจกรรมการฝึกอบรม จึงทำให้เกิดความขัดแย้งทางระบาดวิทยา และมาตรฐานในการรายงานผล การรวบรวมข้อมูลและระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้ากันไม่ได้ อุปสรรคเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขระดับรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐมีปัญหาในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งที่ประเทศแคนาดาได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพระหว่างประเทศจากบทบาทสำคัญในการพัฒนาของเครือข่ายข่าวกรองสาธารณสุขระดับโลก (Global Public Health Intelligence Network)⁷¹

ในช่วงที่โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ระบาดประเทศแคนาดากำหนดนโยบาย 4 นโยบาย เพื่อช่วยบรรเทาและป้องกันผู้ติดเชื้อจากโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งถือว่านโยบายดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบน เนื่องจากการกำหนดนโยบายมารองรับการระบาดของโรค โดยมีนโยบายดังต่อไปนี้

- 1) การให้ความสำคัญกับวัคซีน
- 2) การใช้วัคซีนที่มีสารเสริมภูมิคุ้มกัน (adjuvant vaccine) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
- 3) การปิดโรงเรียนเพื่อกักกันการแพร่ระบาดของโรค
- 4) การแนะนำให้สวมหน้ากาก N95 เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1⁷²

อย่างไรก็ตามมีการถกเถียงกันถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติและประสิทธิผลของตัวนโยบาย อีกทั้งยังพบช่องโหว่จากนโยบายดังกล่าวคือ

⁷⁰ Alexia Campbell et al., "Risk of severe outcomes among patients admitted to hospital with pandemic (H1N1) influenza," *Canadian Medical Association Journal*, no. 182 (2010): 349-55.

⁷¹ Raisa Deber, Christopher W. McDougall, and Kumanan Wilson, "Financing and Delivering Public Health in Canada's Provinces and Territories: Approaches, Issues and Options," *A research paper prepared for the Public Health Agency of Canada* (2006).

⁷² Laura C. Rosella et al., "Pandemic H1N1 in Canada and the use of evidence in developing public health policies - A policy analysis," *Social Science & Medicine*, no. 83 (2013): 3.

การให้ความสำคัญกับวัคซีน

ประเทศแคนาดามีปัญหาเรื่องวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เนื่องจากความล่าช้าในการขนส่งทำให้จำนวนวัคซีนไม่เพียงพอในช่วงที่เกิดการระบาดระลอกที่สอง อีกทั้งการสั่งซื้อวัคซีนในแต่ละมลรัฐก็แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับกำหนดยุทธศาสตร์ของในแต่ละมลรัฐด้วยจำนวนและความรุนแรงจากการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในแต่ละมลรัฐไม่เท่ากัน⁷³

การใช้วัคซีนที่มีสารเสริมภูมิคุ้มกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

วัคซีนที่สั่งซื้อเข้าประเทศแคนาดาส่วนใหญ่เป็นประเภทวัคซีนที่มีสารเสริมภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ค่อนข้างใหม่และยังไม่มีหลักฐานการยืนยันความปลอดภัยจากการทดลองวัคซีนแบบสุ่มในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อนำมาฉีดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ผลปรากฏว่ามีอาการแพ้เกิดขึ้นและมีผู้เสียชีวิตจากการฉีดวัคซีนนี้⁷⁴ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับวัคซีนประเภทไม่มีสารเสริมภูมิคุ้มกันแทน โดยมีการใช้หลักการป้องกันไว้ล่วงหน้า (precautionary measures) นี้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 20 สัปดาห์⁷⁵ ซึ่งสร้างความท้าทายให้กับประเทศแคนาดาในประเด็นดังกล่าวเพราะมีการสั่งซื้อวัคซีนที่มีสารเสริมภูมิคุ้มกันเรียบร้อยแล้ว

การปิดโรงเรียนเพื่อกักกันการแพร่ระบาดของโรค

การปิดโรงเรียนถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ถึงกระนั้นก็ไม่มีหลักฐานยืนยันว่ากลยุทธ์ดังกล่าวช่วยลดอัตราผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้จริงหรือไม่ เนื่องด้วยประเทศแคนาดาเองมีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 อย่างจำกัด และไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันว่าใช้วิธีนี้แล้วจะได้ผล จึงไม่มีการดำเนิน

⁷³ Ibid., 4-5.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Scott, "Pandemic Influenza H1N1 2009 – The Canadian Experience," e360.

มาตรการที่ชัดเจนซึ่งสร้างความกังวลให้กับผู้ปกครองที่จะต้องส่งบุตรหลานไปโรงเรียน และหากเด็ก ๆ ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้อื่นในสังคมเป็นวงกว้าง⁷⁶

การสวมหน้ากาก N95 เพื่อป้องกันตัวเองจากโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1

งานวิจัยยังไม่ชี้ชัดว่าโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 สามารถแพร่ระบาดได้ทางอากาศ (airborne transmission) อย่างไรก็ตามมีการแนะนำประชาชนให้สวมหน้ากาก N95 เพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย อีกทั้งจากประสบการณ์ของประเทศแคนาดาในการต่อสู้กับโรค SARS ที่ผ่านมามีบุคลากรด้านสาธารณสุขเสียชีวิตเพราะไม่ได้สวมหน้ากาก N95 อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกและองค์การสาธารณสุขประเทศแคนาดา กลับแนะนำให้สวมหน้ากากทางการแพทย์ก็เพียงพอแล้วต่อการป้องกันโรค จึงทำให้การให้ข้อมูลไม่เป็นไปในทางเดียวกันส่งผลให้การดำเนินนโยบายในแต่ละมลรัฐจึงแตกต่างกันไป⁷⁷

จากนโยบายที่กล่าวไปข้างต้นแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลและหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศแคนาดาออกนโยบายเหล่านี้มาเพื่อรองรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 อันเป็น critical juncture ที่ส่งผลให้แคนาดาต้องรับมือกับปัจจัยภายนอกที่เข้ามารบกวนระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา นโยบายที่ออกมานั้นจึงมีเป้าประสงค์เพื่อตอบรับกับภาวะฉุกเฉินและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป นโยบายเหล่านี้จึงเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขในเชิงนโยบายแต่ไม่ใช่ในเชิงโครงสร้างเท่ากับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบการเบี่ยงเบน

แต่อย่างไรก็ตามด้วยตัวนโยบายที่ไม่ชัดเจนประกอบกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในแต่ละมลรัฐที่แตกต่างกันออกไปส่งผลให้นโยบายเหล่านี้ล้มเหลวมากกว่าประสบผลสำเร็จ สังเกตได้จากการจัดการและรับมือกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องโหว่ทั้งในด้านของมาตรการป้องกันโรค ความไม่ราบรื่นในการประสานงานขององค์การสาธารณสุขประเทศแคนาดากับหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในประเทศแคนาดาทั้งในระดับรัฐบาลกลางและ

⁷⁶ Marija Zivkovic Gojovic et al., "Modelling mitigation strategies for pandemic (H1N1) 2009," *Canadian Medical Association Journal*, no. 181 (2009): 673-80.

⁷⁷ Ibid.

รัฐบาลสหรัฐ รวมไปถึงประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขที่ยังไม่กระตือรือร้นอย่างเพียงพอต่อโรคระบาดดังกล่าว

โดยเฉพาะในด้านของวัคซีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชน ในช่วงกลางเดือนตุลาคม ค.ศ. 2009 กระทรวงสาธารณสุขแคนาดาได้อนุมัติวัคซีนสำหรับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 จากนั้นจึงเริ่มรณรงค์การฉีดวัคซีนครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ของประเทศแคนาดา ส่งผลให้ชาวแคนาดาที่ได้รับวัคซีนคิดเป็นร้อยละ 40 – 45 ของประชากรในประเทศ (13.5-15 ล้านคน) อย่างไรก็ตามการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในรอบแรกนี้ไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกันมากพอในการจำกัดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 จนถึงการระบาดในระลอกที่สอง เพราะวัคซีนดังกล่าวมาถึงก่อนการระบาดระลอกที่สองและภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนจะเกิดก็ต่อเมื่อมีการฉีดวัคซีนไปแล้วอย่างน้อย 10-14 วัน⁷⁸ วัคซีนจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเวลาและความพร้อมใช้งาน โดยทั่วไปการจัดส่งวัคซีนมักจะใช้เวลานานและได้รับในปริมาณที่น้อยกว่าที่คาดการณ์ไว้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเติบโตของเชื้อไวรัสที่ใช้ในการผลิตวัคซีนมีอัตราเจริญเติบโตต่ำกว่าที่คาดคิด ส่งผลให้จำนวนวัคซีนที่สั่งซื้อมาถึงหลังการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ที่อยู่ในจุดสูงสุดประมาณช่วงคาบเกี่ยวระหว่างฤดูใบไม้ร่วงไปสู่ฤดูหนาว⁷⁹

ในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาได้ถูกท้าทายจากการระบาดของโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำ ภัยคุกคามจากการก่อการร้ายทางชีวภาพ และที่สำคัญที่สุดคือ การระบาดของโรค SARS ในปี ค.ศ. 2003 ถึงแม้การระบาดของโรคซาร์ไม่ได้สร้างความเสียหายขนาดใหญ่ในด้านของจำนวนผู้เสียชีวิต แต่กลับแสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอของระบบสาธารณสุขของแคนาดาได้อย่างชัดเจน⁸⁰

ไม่เพียงเท่านั้นการเกิดขึ้นขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาเป็นผลจากความล้มเหลวของรัฐบาลแคนาดาในการจัดการโรค SARS และมีการจัดตั้ง Federal/Provincial/Territorial Public Health Network and Council (PNC) หลังจาก SARS สิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 2004 ตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติว่าด้วยโรค SARS และสาธารณสุข (The National Advisory

⁷⁸ Baker et al., "H1N1 Flu of 2009 in Canada."

⁷⁹ Gabriel M. Leung and Angus Nicoll, "Reflections on Pandemic (H1N1) 2009 and International Response," *PLoS Medicine* 7, no. 10 (October 2010): 4.

⁸⁰ Butler-Jones, "Public Health in Canada: A Difficult History."

Committee on SARS and Public Health) เพื่อเป็นเวทีในการทำงาน ประสานงาน และการกำกับดูแลร่วมกันของภาครัฐ⁸¹

อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2009 การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เข้าโจมตีแคนาดาอย่างคาดไม่ถึงในช่วงฤดูใบไม้ผลิ ซึ่งมีความแตกต่างจาก SARS ในแง่ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันอย่างแน่ชัดในทุกมลรัฐและเขตปกครองพิเศษ แต่ดูเหมือนว่าการจัดการในการรับมือของโรคระบาดครั้งใหม่นี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่แคนาดาเองมีประสบการณ์ในการเผชิญกับโรคระบาดอย่าง SARS มาแล้ว อีกทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐเองได้มีการออกรายงานจำนวนมากเกี่ยวกับผลของไข้หวัดใหญ่ H1N1 แต่รายงานส่วนใหญ่ที่ออกโดยรัฐบาลมลรัฐไม่ได้มีการอ้างอิงถึงโรค SARS และบทเรียนด้านสาธารณสุขที่แคนาดาได้เรียนรู้ในช่วงไม่ถึง 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นบทเรียนในการรับมือและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านโรคระบาดในอนาคต แต่ถึงกระนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคระบาด (pandemic planning) กลับไม่แน่ใจว่าแคนาดาได้รับบทเรียนจากประสบการณ์ในการจัดการโรค SARS มากน้อยแค่ไหน นักวิชาการให้ความเห็นว่า การที่แคนาดาจะหลงลืมต่อประสบการณ์ก่อนหน้านั้นของแคนาดาเกี่ยวกับการระบาดใหญ่ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้กำหนดนโยบายของแคนาดาควรมีบทเรียนด้านนโยบายมากมายเพื่อนำมาใช้ในการตอบสนองต่อการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 นั่นคืออาการของ “ภาวะการหลงลืมของสถาบัน (Institutional amnesia)”⁸²

“ภาวะการหลงลืมของสถาบัน” คือ การศึกษาขององค์กรหรือสถาบันหลังจากเหตุการณ์วิกฤติได้จบลง (post crisis) เพื่อศึกษาว่าสถาบันได้รับบทเรียนจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาอย่างไร หากบทเรียนและนโยบายที่ผ่านมามีความอ่อนแอลงผ่านช่วงเวลาและไม่ได้มีการให้ความสำคัญหรือจดจำบทเรียนและนโยบายเหล่านั้นได้ เท่ากับว่าสถาบันกำลังสูญเสียความทรงจำเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ (lesson-learning process) ที่ตัวสถาบันเองได้เผชิญมา และไม่สามารถที่จะเรียกคืนหรือบันทึกบทเรียนทางประวัติศาสตร์ไว้ได้ (historical lesson) และจากการศึกษาแนวคิดภาวะการหลงลืมของสถาบันของ Alastair Stark และ Brian Head ได้ให้นิยามของ ภาวะการ

⁸¹ Tam, "Fifteen years post-SARS: Key milestones in Canada's public health emergency response," 99.

⁸² Danielle Just and Katherine Boothe, "What did we learn from SARS and H1N1," *POLICY OPTIONS POLITIQUES*, 29 December, 2020.

หลังดื่มของสถาบันที่ชัดเจนไว้ดังนี้ “การเสื่อมถอยหรือการละทิ้งกลไกของสถาบันซึ่งได้บันทึกบทเรียนในอดีต”⁸³

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ความล้มเหลวของประเทศแคนาดาในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ไม่ได้เป็นผลจากการหลงลืมของสถาบันเพียงเท่านั้น แต่เป็นผลจากโครงสร้างการปกครองของประเทศแคนาดาและอำนาจในการจัดการระบบสาธารณสุขแบบการกระจายอำนาจอย่างที่ทราบกันดีว่าบทบาทหน้าที่ในการจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเป็นหน้าที่ของแต่ละมลรัฐ ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของแต่ละมลรัฐแตกต่างกันออกไป แต่ถึงกระนั้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข หรือการระบาดของโรคขึ้นภายในประเทศแคนาดา หน่วยงานที่เป็นผู้นำในการรับมือกับโรคระบาดภายในประเทศ คือ องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา⁸⁴

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ถือได้ว่าเป็นโรคระบาดโรคแรกในศตวรรษที่ 21 และเป็นโรคระบาดแรกที่มีการรักษาด้วยวัคซีนและยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสแรกสำหรับประชาคมโลกในการใช้แผนการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคระบาด (the Influenza Preparedness and Response Plan) ที่สร้างขึ้นและปรับปรุงในสองทศวรรษที่ผ่านมา และสำหรับประเทศแคนาดานั้นโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ถือเป็นโรคระบาดแรกที่องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาต้องเผชิญตั้งแต่มีการก่อตั้งองค์กรขึ้น⁸⁵

องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาจะรับมือกับโรคดังกล่าวด้วยการนำแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดเป็นตัวชี้้นำในการรับมือกับโรคระบาดทั่วประเทศ โดยที่มลรัฐต่าง ๆ มีหน้าที่รับเอาแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดนี้ไปปรับใช้ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ภายในมลรัฐของตน ซึ่งการนำแผนนี้ไปปรับใช้ในเชิงนโยบายนั้นถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบเบี่ยงเบน เพราะ เป็นการออกนโยบายเพื่อรับมือกับสถานการณ์เฉพาะหน้าและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยแผนดังกล่าวจะถูกนำมาใช้ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติหรือเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่กระทบต่อความเป็นอยู่ของชาวแคนาดา ในขณะที่รัฐบาลมลรัฐมีหน้าที่ในการประสานงานกับระบบสาธารณสุขทั่วประเทศ และเป็นตัวแทนของประเทศในการประสานงานด้าน

⁸³ Head, "Institutional amnesia and public policy," 1523-24.

⁸⁴ Public Health Agency of Canada, *Lessons Learned Review: Public Health Agency of Canada and Health Canada Response to the 2009 H1N1 Pandemic* (November 2010), 19.

⁸⁵ Science and Technology Standing Senate Committee on Social Affairs, *Canada's Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic* (Ottawa: Senate, December 2010), 21.

โรคระบาดระหว่างองค์กรระหว่างประเทศ รวมถึงการจัดหาวัคซีนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1⁸⁶

กล่าวได้ว่าการทำงานของระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดาเป็นแบบการทำงานร่วมกัน คือ มีการแบ่งปันข้อมูลด้านระบาด การเฝ้าระวัง และติดตามการระบาดของโรคจากหน่วยงานระบบสาธารณสุขทั่วประเทศมายังรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษ และองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา แต่โดยทั่วไปแล้วอำนาจในการตัดสินใจและการดำเนินการต่าง ๆ เป็นอำนาจของรัฐบาลมลรัฐและเขตการปกครองพิเศษ เนื่องจากเมื่อเกิดการระบาดของโรคนั้น หน่วยงานแรกที่เข้าถึงการระบาดและลงพื้นที่เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินมักจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น หรือระบบการจัดการเหตุฉุกเฉิน (emergency management system)⁸⁷

ในขณะที่รัฐบาลกลางเองไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งผลให้มาตรฐานในการรับมือโรคระบาดของประเทศแคนาดาไม่เป็นไปในทางเดียวกัน คือ ไม่มีแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดในระดับชาติ (the national guidance plan) เพราะทุกมลรัฐมีแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดของแต่ละมลรัฐ อีกทั้งการระบาดของโรคนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทำให้ยากต่อการคาดการณ์ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการรับมือรวมไปถึงทรัพยากรด้านการรับมือกับโรคระบาดในแต่ละมลรัฐย่อมแตกต่างกันออกไป⁸⁸ ทำให้การรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในบางมลรัฐประสบความสำเร็จ และในบางมลรัฐกลับล้มเหลว โดยจะยกตัวอย่างดังต่อไปนี้

มลรัฐที่ประสบความสำเร็จในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้แก่ มลรัฐ British Columbia และ Ontario ดังนี้คือ มลรัฐ British Columbia นั้นมีการจัดการกับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้ดีในด้านของการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาด มีการดำเนินการอย่างทันท่วงทีและสมเหตุสมผล การจัดการเรื่องวัคซีนมีความราบรื่นและได้รับวัคซีนตรงตามกำหนดส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการฉีดวัคซีนได้อย่างรวดเร็ว การแจกจ่ายยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ British Columbia ร่วมกันรณรงค์สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชน และที่สำคัญมลรัฐ British Columbia ถือเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีในการติดตามการเข้าถึง

⁸⁶ Government of Canada, "Federal Emergency Preparedness and Response, Annex L.," in *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector* (Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2006).

⁸⁷ Canada, *Lessons Learned Review: Public Health Agency of Canada and Health Canada Response to the 2009 H1N1 Pandemic*, 20.

⁸⁸ Standing Senate Committee on Social Affairs, *Canada's Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic*, 23.

วัคซีนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์⁸⁹ ในส่วนของมลรัฐ Ontario มีการตอบสนองต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้ดีเช่นกัน คือ อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ในมลรัฐมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับอัตราผู้เสียชีวิตโดยรวมในประเทศ ประชาชนได้รับวัคซีนอย่างทั่วถึง การร่วมมือระหว่างรัฐบาลทุกระดับเป็นไปด้วยดีผ่านการอภิปรายและความเต็มใจในการทำงานร่วมกัน มีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับกลุ่มชนพื้นเมือง นำไปสู่การส่งมอบยาต้านไวรัสและวัคซีนอย่างทันทั่วถึงพื้นที่และชุมชนที่ห่างไกล และโรงเรียนยังคงเปิดตลอดช่วงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1⁹⁰

ในทางกลับกันมลรัฐ Manitoba มีเปอร์เซ็นต์การฉีดวัคซีนก่อนข้างต่ำอยู่ที่ประมาณ 37 เปอร์เซ็นต์⁹¹ และการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้โดยเฉพาะช่วงระลอกแรกของการระบาดเนื่องด้วยมีผู้ติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 จำนวนมาก โดยผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในห้อง ICU มีมากถึง 50 เปอร์เซ็นต์ รวมถึงผู้ป่วยเด็ก 25 เปอร์เซ็นต์⁹² กรณี Manitoba ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นชนพื้นเมืองและการแพร่กระจายของเชื้อเป็นไปอย่างรวดเร็วจึงมีการประกาศภาวะฉุกเฉิน (state of emergency) ในพื้นที่ อีกทั้งได้รับการช่วยเหลือจากทางรัฐบาลกลางล่าช้าไม่ว่าจะเป็นด้านอุปกรณ์ ยารักษาโรค ซึ่งใช้เวลาในการจัดส่งถึง 1 เดือน ทำให้กลุ่มชนพื้นเมืองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1⁹³

ดังที่ยกตัวอย่างไปข้างต้น การที่มลรัฐจะรับมือกับโรคระบาดได้สำเร็จหรือไม่ั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและการดำเนินการอย่างรวดเร็วของรัฐบาลมลรัฐเพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางเช่นกัน ในช่วงของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ตรงกับช่วงที่นาย Stephen Harper ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี การดำเนินนโยบายของเขาในด้านระบบสาธารณสุขแสดงให้เห็นถึงการขาดความเป็นผู้นำในด้านของระบบสาธารณสุขเนื่องจากนาย Harper เล็งเห็นว่าหน้าที่และอำนาจในการตัดสินใจเรื่องระบบ

⁸⁹ British Columbia's Provincial Health Officer, *B.C.'s Response to the H1N1 Pandemic* (June 2010).

⁹⁰ Ontario Newsroom, "Ontario Responded Well To H1N1 Pandemic Says Chief Medical Officer Of Health," (accessed May 9, 2022).

⁹¹ Donald E. Low and Allison McGeer, "Pandemic (H1N1) 2009: assessing the response," *Canadian Medical Association Journal* 182, no. 17 (2010).

⁹² Joanne Embree, "Pandemic 2009 (A)H1N1 influenza (swine flu) — the Manitoba experience," (Canadian Science Publishing, accessed May 9, 2022). <https://cdnsiencepub.com/doi/10.1139/O10-025>.

⁹³ CBC News, "Manitoba First Nations declare swine flu state of emergency," (accessed July 1, 2022).

<https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/manitoba-first-nations-declare-swine-flu-state-of-emergency-1.789163>.

สาธารณสุขเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลมลรัฐ เพราะเขายึดมั่นในการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐอย่างชัดเจนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศ และตัวรัฐบาลกลางมีหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ต้องจัดการอยู่แล้ว⁹⁴

อีกทั้งเขาไม่ได้สนใจที่จะสร้างความร่วมมือในการพัฒนาและแก้ไขระบบสาธารณสุขร่วมกันระหว่างรัฐบาลทั้ง 2 ระดับ ดังนั้นเมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 รัฐบาลกลางจึงดำเนินการในการรับมือกับโรคระบาดล่าช้า และไม่มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคเพราะมั่นใจว่าการระบาดของโรคไม่ร้ายแรง ความรุนแรงของเชื้อไวรัสเทียบเท่ากับโรคไข้หวัดประจำฤดูกาล ส่งผลให้การตัดสินใจของรัฐบาลกลางล่าช้าในการประกาศภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 รวมถึงการจัดซื้อยา การจัดการบริการฉุกเฉิน และการยกระดับการตอบสนองต่อการระบาดของโรค⁹⁵ ประกอบกับแนวคิดของผู้นำประเทศอย่างนาย Stephen Harper ที่ดำเนินนโยบายการบริหารประเทศแบบเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) จึงให้ความสำคัญกับเอกชนมากกว่าในด้านของการให้บริการด้านสุขภาพซึ่ง Harper มีความเห็นว่าควรยกเลิกการให้บริการสุขภาพโดยภาครัฐ โดยมอบอำนาจให้บริษัทเอกชนเข้ามาทำหน้าที่นี้แทน เท่ากับว่าระบบสาธารณสุขจะจ่ายเงินให้บริษัทเอกชนเข้าให้บริการการดูแลสุขภาพแก่ชาวแคนาดา⁹⁶

อีกทั้งมีการลดทอนงบประมาณด้านสาธารณสุขลงโดยลดเปอร์เซ็นต์ของ Canada Health Transfers ลงถึง 6 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นงบประมาณที่จะต้องจัดสรรให้มลรัฐในการจัดการระบบสาธารณสุข สร้างความเสียหายที่คาดการณ์ว่ามีจำนวนถึง 36 ล้านดอลลาร์ภายในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ซึ่งสร้างความไม่พอใจต่อรัฐบาลมลรัฐเป็นอย่างมาก และก่อให้เกิดความแตกแยกในการบริหารประเทศ นอกเหนือไปจากนั้นรัฐบาลของนาย Harper มีการดำเนินนโยบายที่เป็นไปในทางกีดกัผู้อพยพ รวมถึงไม่ให้สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในหลายด้านด้วยกัน ทำให้การเข้ารับการรักษาของชาวแคนาดาไม่เท่าเทียมกัน อีกทั้งยังส่งผลให้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นไป

⁹⁴ John Geddes, "Harper on health care: hard to make it a vote-driving issue," (accessed June 29, 2022). <https://www.macleans.ca/politics/ottawa/harper-on-health-care-hard-to-make-it-a-vote-driving-issue/>.

⁹⁵ News, "Manitoba First Nations declare swine flu state of emergency."

⁹⁶ Adrienne Silnicki, "ARE YOU WILLING TO DIE FOR PUBLIC HEALTH CARE; HARPER IS WILLING TO BET YOU AREN'T," (accessed June, 29 2022). <https://conseildescanadiens.org/node/3820>.

ได้ยากด้วยจำนวนคำรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น⁹⁷ เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ทำให้ประชาชนชาวแคนาดา รู้สึกว่าตนกำลังเผชิญกับภัยคุกคามและความเสี่ยงที่กำลังเกิดขึ้น และดูเหมือนว่ารัฐบาลเองไม่สามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังไม่มีมาตรการเยียวยาหรือสร้างความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะปลอดภัยจากการระบาดของโรค และทำให้สังคมแคนาดาอยู่ในความเสี่ยง

ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาล้มเหลวในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 เนื่องจากระบบสาธารณสุขเผชิญกับภาวะการหลงลืมของสถาบันซึ่งเป็นสถานะที่สถาบันสูญเสียความทรงจำเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ตัวสถาบันได้เผชิญมาจากการระบาดของโรค SARS ในปี ค.ศ. 2003 ทั้ง ๆ ที่ทุกภาคส่วนในแคนาดาก็คาดการณ์กันว่า การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในครั้งนี้ประเทศแคนาดาต้องมีความพร้อมในการรับมืออย่างแน่นอน เพราะประเทศแคนาดา มีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาดมาก่อนหน้าแล้ว อีกทั้งยังมีบทเรียนให้เห็นว่าประเทศแคนาดาพลาดในการรับมืออย่างไร ประเทศแคนาดาจึงควรกำหนดนโยบายที่เตรียมพร้อมในการจัดการโรคระบาดได้ดีกว่าเดิม แต่กลับกลายเป็นว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเองก็ไม่ได้จัดการโรคระบาดได้อย่างที่คาดการณ์ไว้ เท่ากับว่าสถาบันไม่ได้ถอดบทเรียนที่สำคัญจากการรับมือกับโรค SARS มาปรับใช้ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ทำให้สถาบันยังคงอยู่ในสถานะเดิมอย่างต่อเนื่อง (institution continuity) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง⁹⁸

ถึงแม้จะมีการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาขึ้นเพื่อตรวจสอบดูแลการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต แต่การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา ร่วมกับหน่วยงานระบบสาธารณสุขทั่วประเทศเป็นเพียงการทำงานเพื่อรับมือกับสถานการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวนโยบาย กฎเกณฑ์ มาตรการต่างๆ ขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องและตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป⁹⁹ ได้แก่การเกิดขึ้นของโรคระบาด แสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน หรือ อนุรักษ์โครงสร้างของสถาบันให้มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดในระยะยาว เท่ากับว่า

⁹⁷ The Guardian, "Canada's real barbarism? Stephen Harper's dismembering of the country," (accessed June 30, 2022).

<https://www.theguardian.com/environment/true-north/2015/oct/14/canadas-real-barbarism-stephen-harpers-dismembering-of-the-country>.

⁹⁸ Boothe, "What did we learn from SARS and H1N1."

⁹⁹ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies."

สถาบันยังมีความต่อเนื่องและดำรงตนเองต่อไปตามเดิม ส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายของประเทศ
แคนาดา ไม่สามารถถอดบทเรียนจากการระบาดของโรค SARS หลังวิกฤตการณ์ผ่านไปเพื่อนำมาใช้
ในการตอบสนอง และกำหนดนโยบายที่เหมาะสมต่อการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

ตราบจนเมื่อเกิดการอุบัติขึ้นของโรคระบาด COVID-19 ในปัจจุบันที่สภาพแวดล้อม
รวมถึงเทคโนโลยีและความพร้อมในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์มีความทันสมัยขึ้น การเข้าถึง
ทรัพยากรที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและสะดวกสบายกว่า จะส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศ
แคนาดารับมือกับโรค COVID-19 ได้แตกต่างออกไปจากการรับมือไข้หวัดใหญ่ H1N1 อย่างไร
และระบบสาธารณสุขมีการจัดการต่อวิกฤติดังกล่าวในรูปแบบใด



บทที่ 4

การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ในบทที่ 4 นี้จะทำการศึกษาโรค COVID-19 ตั้งแต่มีการระบาดครั้งแรกในประเทศแคนาดาเมื่อวันที่ 25 มกราคม ค.ศ. 2020 ถึงช่วงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2020 ดังต่อไปนี้ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2019 องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาได้รับคำเตือนว่าเกิดโรคระบาดในจีน โดยโรคดังกล่าวมีอาการคล้ายกับโรคปอดบวมแต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ส่งผลให้ประเทศแคนาดามีการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (public health emergency) จนวันที่ 2 มกราคม ค.ศ. 2020 หัวหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศแคนาดา (Chief Public Health Officer of Canada) ได้แจ้งเรื่องไปยังกระทรวงสาธารณสุข สภาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (the Council of Chief Medical Officers of Health) และเครือข่ายการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุขทั้งฝ่ายรัฐบาลกลาง รัฐบาลมณฑล และเขตการปกครองพิเศษ (the Federal, Provincial, Territorial Public Health Network Communications Group) ในขณะเดียวกัน ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแห่งชาติ (National Microbiology Laboratory) ได้กระจายข้อมูลเกี่ยวกับรายงานการอุบัติของโรคใหม่ อีกทั้งมีความพยายามในการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพห้องปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในประเทศแคนาดาซึ่งประกอบด้วยห้องปฏิบัติการของรัฐบาลกลางและรัฐบาลมณฑล¹⁰⁰

ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาตอบสนองต่อการระบาดของโรค COVID-19 ในฐานะที่เป็น critical juncture ครั้งที่ 2 อันเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาทำลายระบบสาธารณสุขอีกครั้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ประเทศแคนาดาตัดสินใจนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาด (the Canadian Pandemic Influenza Plan: Planning Guidance for the Health Sector) มาใช้ในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว แผนฉบับนี้เป็นการทำงานร่วมกันของรัฐบาลกลาง รัฐบาลมณฑล และเขตปกครองพิเศษ โดยมีการปรับปรุงแผน pandemic influenza ให้มีความทันสมัยขึ้นในปี ค.ศ. 2018 หลังจากการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ H1N1 ด้วยการเพิ่มแนวทางที่สำคัญ ยกตัวอย่างเช่น การ

¹⁰⁰ Public Health Agency of Canada, Public Health Agency of Canada - Unpublished data, 2020, Public Health Agency of Canada.

เสริมสร้างความเข้มแข็งในกิจกรรมเฝ้าระวัง ประสิทธิภาพด้านการระบาดวิทยา และการรักษาขั้นพื้นฐาน¹⁰¹

จากการศึกษาโครงสร้างทางสถาบันของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาแสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในส่วนของ การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไม่ครอบคลุมการรักษาโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไม่มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดอย่างโรค COVID-19 ส่งผลให้เมื่อเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศแคนาดาทำให้การจัดการและการป้องกันโรคเป็นไปอย่างล่าช้า รวมถึงการประกาศมาตรการหรือข้อปฏิบัติที่ประชาชนพึงกระทำเพื่อป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นการรักษาระยะห่าง (social distancing) การสวมใส่หน้ากาก หรือการห้ามคนเดินทางจากต่างประเทศโดยเฉพาะจากประเทศจีนและสหรัฐอเมริกาเข้าสู่ประเทศแคนาดา การปิดพรมแดนแคนาดา – สหรัฐฯ เป็นต้น¹⁰²

ถึงแม้ว่าประเทศแคนาดาจะมีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาดมาก่อนแต่ประเทศแคนาดาเองยังมีความบกพร่องในการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ ยกตัวอย่างเช่น บางมลรัฐอธิบายการระบาดของ COVID-19 โดยการจัดลำดับแบบ tiers หรือ levels (1, 2 or 3) ในขณะที่บางมลรัฐใช้สีในการอธิบาย (แดง, ส้ม, เขียว, และเทา) บางมลรัฐอนุญาตให้ประชาชนทำกิจกรรมข้างนอกเป็นกลุ่มได้แต่ต้องไม่เกิน 10 คน ในขณะที่มลรัฐอื่น ๆ ให้รวมกลุ่มได้ไม่เกิน 15 หรือแค่ 5 คน¹⁰³

อีกทั้งบางส่วนของประเทศมีการออกมาตรการทางสาธารณสุขที่เอื้อให้เด็ก ๆ สามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติเนื่องจากเห็นว่าการศึกษาคือสิ่งที่สำคัญ ในบางพื้นที่อนุญาตให้เปิดร้านอาหาร และร้านค้าปลีกได้ บางมลรัฐประกาศมาตรการใหม่โดยไม่ได้ปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมาตรการดังกล่าวของตนทำให้กิจกรรมบางอย่างสามารถทำได้ในมลรัฐหนึ่งขณะเดียวกันก็เป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงในอีกมลรัฐหนึ่ง

¹⁰¹ Henry B, *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Health sector planning guidance*, Canada Communicable Disease Report (CCDR, January 4, 2018).

¹⁰² Government of Canada, "Coronavirus disease (COVID-19): Canada's response," (Government of Canada, accessed February 11, 2021). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse.html>.

¹⁰³ Joshua Greenberg and Bernard Gauthier, "Canada needs a fresh strategy for pandemic communication," *POLICY OPTIONS POLITIQUE*, February 1, 2021.

ถึงแม้ประเทศแคนาดาจะมีแนวทางห้ามการเดินทางและการทำงานที่จำเป็น แต่ก็ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่จำเป็นและพึงกระทำ¹⁰⁴

นอกจากมาตรการที่ไม่ได้ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันยังพบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค COVID-19 จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายจากเจ้าหน้าที่ทางราชการ ผู้นำองค์กรสาธารณสุข ผู้บริหารของบริษัทเอกชน เจ้าของธุรกิจขนาดเล็ก นักวิทยาศาสตร์และนักวิชาการ ผู้มีชื่อเสียง และกลุ่มนักกระบวนวิชา ที่ดูเหมือนว่าจะให้ข้อมูลชุดเดียวกัน แต่กลับกลายเป็นว่าแข่งกันพูดเพื่อให้ได้รับความสนใจจากสาธารณชนมากกว่ายิ่งสร้างความสับสนและความไม่พอใจให้กับประชาชนยิ่งขึ้นไปอีก โดยเฉพาะเรื่องการจัดการวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ที่กำลังจะมาถึงประเทศแคนาดาในไม่ช้า¹⁰⁵

ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2021 ยอดผู้เสียชีวิตของประชาชนประเทศแคนาดาจากโรค COVID-19 มีจำนวนมากกว่า 17,500 คน อีกทั้งยอดผู้ติดเชื้อนั้นถือว่าอยู่ในสถานะที่น่าเป็นกังวล แต่เหตุใดประชาชนจึงไม่ตื่นตระหนกและให้ความสำคัญในการป้องกันโรคระบาดครั้งนี้อย่างที่ควรจะเป็น คำตอบของคำถามดังกล่าวคือ “การสื่อสารที่ผิดพลาด” เนื่องด้วยประเทศแคนาดาปิดบังข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะข้อมูลของผู้เสียชีวิต ประชาชนที่ติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการพูดถึงในฐานะ “เคส (cases)” และมีการรายงานถึงเคสผู้ติดเชื้อบ่อยครั้งโดยการรายงานดังกล่าวไม่ได้สร้างความเชื่อมโยงใดๆ กับประชาชนโดยทั่วไป ในทำนองเดียวกันมีการรายงานยอดผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากซึ่งหากไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการระบาดของโรค COVID-19 ย่อมที่จะไม่เข้าใจความรุนแรงที่แท้จริงของการระบาด¹⁰⁶

โดยข้อมูลเหล่านี้ได้มีการถ่ายทอดผ่านสื่อในรูปแบบดั้งเดิม ยกตัวอย่างเช่น การประชุมสื่อมวลชนเป็นประจำในช่วงกลางวันเพื่อแถลงออกอากาศทางเครือข่ายโทรทัศน์ทุกช่องหลังจากนั้นจึงขยายข่าวไปทั่วสื่อโซเชียล ถึงแม้ว่าการสื่อสารในรูปแบบนี้จะเข้าถึงประชากรบางกลุ่ม แต่ในทางกลับกันได้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นชาวแคนาดาซึ่งปัจจุบันเป็นกลุ่มที่เติบโตเร็วที่สุดในบรรดาผู้ป่วยโรค COVID-19 รายใหม่ จะไม่ได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุนที่พวกเขาต้องการโดยเฉพาะ

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ Michael Marshall, "The lasting misery of coronavirus long-haulers," (Nature, accessed February 20, 2021).

<https://www.nature.com/articles/d41586-020-02598-6>.

ข้อมูลข่าวสารจาก Public Service Announcement (PSA)¹⁰⁷ โดยองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดา ที่เปิดตัวเมื่อฤดูร้อนปี ค.ศ. 2020

ไม่เพียงแต่รัฐบาลในทุกระดับขาดประสิทธิภาพในการออกแบบข้อความที่ต้องการสื่อสาร เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและคนหนุ่มสาว แต่รวมถึงกลุ่มที่มีภาษา และสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อันเป็นส่วนหนึ่งของประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อ โคร COVID-19 ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป สังเกตได้จากระบบการสื่อสารในภาษาราชการของแคนาดาทั้งสองภาษาที่มีการจัดตั้งอย่างดี แต่กลับบกพร่องในการสื่อสารกับประชาชนในภาษาอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากภาษาราชการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้และรัฐบาลจำเป็นต้องทำการแก้ไขอย่างรวดเร็วที่สุด¹⁰⁸

ดังที่กล่าวไปข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจากการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพและการให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับความร้ายแรงและการระบาดของโรค COVID-19 รวมไปถึงวิธีปฏิบัติตนที่ประชาชนพึงกระทำเพื่อช่วยกันป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในตัวรัฐบาลและองค์กรสาธารณสุขของประเทศแคนาดา เมื่อประชาชนต้องการข้อมูลที่แน่ชัดและวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องจึงเลือกขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physicians) คนไข้จำนวนมากมักจะเข้าหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้น ได้รับการพิจารณาว่าเป็นที่น่าไว้วางใจมากกว่าองค์กรด้านสาธารณสุข และอาจเป็นเพราะความสัมพันธ์อันยาวนานระหว่างคนไข้และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กอปรกับความไม่ไว้วางใจในองค์กรของรัฐบาลบางกลุ่มรวมถึงองค์กรด้านสาธารณสุข¹⁰⁹

ในขณะที่ประชากรบางกลุ่มมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อจากโรคติดต่อ เช่น กลุ่มคนที่ไม่มีที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่ง หรืออาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชนแออัด และกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงอันเป็นผลจากโรกระบบทางเดินหายใจ เช่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือผู้ที่ป่วยหลายโรคร่วมกัน ซึ่งการให้ความช่วยเหลือ หรือให้การสนับสนุนกลุ่มคนเหล่านี้เป็นหน้าที่ขององค์กร

¹⁰⁷ Premila D'Sa, "Matt Greenshields Is The Star Of Public Health Agency Of Canada's COVID-19 PSA," *Huffpost*, June 28, 2020, https://www.huffpost.com/archive/ca/entry/covid-19-commercial-matt-greenshields_ca_5ef92d89c5b6ca970911634b.

¹⁰⁸ Greenberg and Gauthier, "Canada needs a fresh strategy for pandemic communication."

¹⁰⁹ George Rust et al., "Role of the primary care safety net in pandemic influenza," *American Journal of Public Health* 99 (2009): S316-24.

สาธารณสุข¹¹⁰ ด้านของการวินิจฉัยโรคและประเมินสุขภาพของคนไข้ถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians) เพื่อประเมินว่าผู้ใดเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงหรือร่างกายมีความอ่อนแอ ในส่วนของการเข้าถึงคนไข้เชิงรุกนั้นเป็นหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยการให้ข้อมูล และสนับสนุนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้ป่วย¹¹¹ นอกเหนือไปจากนั้นพบว่าในชุมชนส่วนใหญ่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการเข้าถึงการให้บริการสำหรับผู้วยที่มีความอ่อนไหวและอาศัยอยู่ในพื้นที่แออัดและยังเป็นตัวตั้งตัวตีที่สำคัญในการกำหนดมาตรฐานสำหรับมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตลอดจนช่วยประสานงานในการตอบสนองต่อภาวะระบาดภายในสถานที่พัก¹¹²

จากการออกมาตรการเพื่อรับมือและตอบสนองกับการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศแคนาดาส่งผลให้มาตรการเหล่านั้นกลายมาเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญและนำมาปฏิบัติระหว่างการระบาดของโรคเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบน เนื่องด้วยนโยบายที่ออกมานั้นเป็นนโยบายเฉพาะที่นำมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรค COVID-19 ที่ไม่ได้นำมาปฏิบัติในช่วงสถานการณ์ปกติโดยผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และเขตปกครองพิเศษ ถึงแม้ในช่วงแรกของการระบาดการนำนโยบายไปปฏิบัติจะไม่ราบรื่นอยู่บ้าง แต่ก็มี ความพยายามที่จะร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขประเทศแคนาดาเพื่อควบคุมการระบาดของโรค ปกป้องสุขภาพ และป้องกันการเสียชีวิตจากโรคระบาดของประชาชน ด้วยว่าทุกภาคส่วนเองมีความตื่นตัวกับการระบาดของ COVID-19 เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะเหล่านี้ก็ไม่ได้ประสบความสำเร็จเสมอไปเพราะประเทศแคนาดาเองได้เผชิญกับความล้มเหลวในการรับมือกับโรค COVID-19 เช่นกัน ดังนี้

¹¹⁰ Philip D. Sloane et al., "Syndromic surveillance for emerging infections in office practice using billing data," *Annals of Family Medicine* 4, no. 4 (July/August 2006): 351-58.

¹¹¹ Joanne Kearon and Cathy Risdon, "The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the COVID-19 Pandemic in Canada," *Journal of Primary Care & Community Health* 11 (2020): 2.

¹¹² Rahim-Jamal S, Bhaloo T, and Quail P, "Developing a national role description for medical directors in long-term care," *Can Fam Physician* 56 (2010): e30-35.

ความล้มเหลวของประเทศแคนาดาในการปกป้องบุคลากรด้านสาธารณสุขจากโรค COVID-19

จากการระบาดของโรค COVID-19 แสดงให้เห็นว่าประเทศแคนาดาล้มเหลวจากการเรียนรู้บทเรียนการป้องกันโรคระบาดจากโรค SARS และไข้หวัดใหญ่ H1N1 ซึ่งประเทศแคนาดาล้มเหลวทั้งในเรื่องการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองอย่างทันที่เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขครั้งสำคัญในรอบศตวรรษ อีกทั้งยังละเลยหลักการระวังไว้ก่อน (precautionary principle) ทั้งที่ได้รับการเตือนหลายครั้งจากบุคลากรด้านสาธารณสุข สหภาพแรงงาน และผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของแรงงาน¹¹³

ตามข้อมูลที่วิเคราะห์โดยสถาบันสุขภาพของประเทศแคนาดา (the Canadian Institute for Health Information) ณ วันที่ 23 กรกฎาคม ค.ศ. 2020 พบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศแคนาดามากกว่า 21,000 คน ติดเชื้อ COVID-19 โดยเปอร์เซ็นต์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ติดเชื้อ COVID-19 ในแต่ละมลรัฐมีดังต่อไปนี้ Quebec 21.4 และ Ontario 16.7 ส่วนมลรัฐด้าน Atlantic อย่าง New Brunswick และ Nova Scotia มีเปอร์เซ็นต์ 18.8 และ 17.2 ในทางกลับกันมลรัฐอย่าง Prince Edward, Newfoundland และ Labrador มีเปอร์เซ็นต์อยู่ที่ 5.6 และ 6.1 ตามลำดับ ข้อมูลจากสถาบันด้านสุขภาพของประเทศแคนาดาชี้ให้เห็นว่าเปอร์เซ็นต์ของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทางด้านมลรัฐฝั่งตะวันตกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศดังนี้ Manitoba 10.1, Saskatchewan 5.4, Alberta 8.8 และ British Columbia 1.7¹¹⁴

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศแคนาดาคิดเป็น 20 เปอร์เซ็นต์¹¹⁵ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าสองเท่าของจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ติดเชื้อทั่วโลก (10 เปอร์เซ็นต์) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกและสหภาพพยาบาลระหว่างประเทศ (the International Council of Nurses)¹¹⁶ นอกจากนี้อัตราการติดเชื้อของ

¹¹³ Mario Possamai, *A Time of Fear: How Canada Failed Our Health Care Workers and Mismanaged Covid-19* Canadian Federation of Nurses Union (Ottawa, 2020), 9.

¹¹⁴ Canadian Institute for Health Information, "COVID-19 Cases and Deaths Among Health Care Workers in Canada," (CIHI, accessed February 27, 2021). <https://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-in-health-care-workers-in-canada>.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ DW News, "Coronavirus latest: WHO says health care workers account for 10% of global infections," *DW News*, July 17, 2020, <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>.

บุคลากรด้านสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศแคนาดาซึ่งสูงกว่าอัตราในประเทศจีนถึง 4 เท่า ทั้งที่ใช้มาตรการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne precaution)¹¹⁷

บุคลากรด้านสาธารณสุขประมาณ 13,000 คน ฟ้องร้องที่ทำงานด้วยการอ้างสิทธิ์ความเจ็บป่วยจากโรค COVID-19 คิดเป็น 75 เปอร์เซ็นต์ ของผู้อ้างสิทธิ์ดังกล่าวในแคนาดา โดยการฟ้องร้องมักจะเกิดขึ้นใน Quebec และ Ontario¹¹⁸ ที่น่าเศร้าไปกว่านั้นคือเจ้าหน้าที่มักจะรายงานจำนวนยอดผู้เสียชีวิตของบุคลากรด้านสาธารณสุขจากโรค COVID-19 น้อยกว่าความเป็นจริง โดยรายงานว่าเสียชีวิตเพียง 12 คน¹¹⁹ จากจำนวนเสียชีวิตจริง 16 คน (ข้อมูลจากสหภาพแรงงาน)¹²⁰

ถึงแม้ว่าจำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID-19 จะมีจำนวนและข้อมูลที่ชัดเจน แต่หน่วยงานสาธารณสุขของประเทศแคนาดาและที่ปรึกษาได้เพิกเฉยต่อคำเตือนของสหภาพแรงงาน บุคลากรด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของแรงงานซ้ำแล้วซ้ำเล่าและเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้หลักการระวังไว้ก่อนจึงละเลยข้อมูลสำคัญของโรค COVID-19 อันมีข้อเท็จจริงว่าโรค COVID-19 ที่มีเชื้อ SAR-CoV-2 เป็นเชื้อก่อโรคที่แพร่ได้ทางอากาศเนื่องจากเป็นละอองฝอยขนาดเล็กที่รู้จักกันในชื่อ ‘aerosol’ เมื่อหน่วยงานสาธารณสุขไม่เชื่อในข้อมูลดังกล่าวจึงเห็นว่าการป้องกัน COVID-19 สามารถทำได้ด้วยการสวมหน้ากากทางการแพทย์ก็เพียงพอแล้วทั้งที่ประสิทธิภาพในการป้องกันไม่เทียบเท่าหน้ากาก N95¹²¹

Jeff Begley ประธานของหนึ่งในสหภาพการค้ำมตรัฐ Quebec (the Confédération des syndicats nationaux) กล่าวว่า

“ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของโรคระบาดที่ยังไม่มีข้อมูลอันแน่นอนว่าไวรัสนี้แพร่ระบาดได้อย่างไร พวกเราได้รับการปฏิเสธจากข้อร้องขอต่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคทางอากาศ จนกระทั่งตอนนี้มีหลักฐานที่ชัดเจนผ่านการยอมรับของ

¹¹⁷ M. Zhan, "Letter to the Editor: Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China," *The New England Journal of Medicine* no. 382 (2020): 2267-68.

¹¹⁸ Carrie Tait, "Roughly 13,000 health care workers file workplace injury claims tied to COVID-19," *The Globe and Mail*, July 15, 2020, <https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-roughly-13000-health-care-workers-file-workplace-injury-claims-tied/>.

¹¹⁹ Information, "COVID-19 Cases and Deaths Among Health Care Workers in Canada."

¹²⁰ Canadian Federation of Nurses Unions, "In Memoriam: Canada's health care workers who have died of COVID-19," (CFNU, accessed February 28, 2021). <https://nursesunions.ca/covid-memoriam/>.

¹²¹ Possamai, *A Time of Fear: How Canada Failed Our Health Care Workers and Mismanaged Covid-19* 11.

องค์การอนามัยโลกและผลวิจัยทางการแพทย์ที่ชี้ให้เห็นว่าโรค COVID-19 สามารถแพร่กระจายผ่านทางอากาศได้จริง ๆ โดยเฉพาะผ่านทางละอองฝอยขนาดเล็ก แต่แนวทางที่ระบบสาธารณสุขของแคนาดาแนะนำให้ปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการสวมหน้ากาก การใช้อุปกรณ์ จนกระทั่งมาตรการการป้องกันโรค ณ ขณะนี้ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายทางอากาศได้¹²² ”

เป็นที่น่าเศร้าใจว่าจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรค COVID-19 ของบุคคลากรสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีจำนวนมากกว่าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้คาดการณ์ไว้ และสร้างความหวาดกลัวให้กับบุคคลากรด้านสาธารณสุข สหภาพแรงงาน และผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัย อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างความปลอดภัยของบุคคลากรด้านสาธารณสุข และการควบคุมโรคระบาด (pandemic containment) จากข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ค.ศ. 2020 ประเทศแคนาดามีจำนวนผู้ป่วยจากโรค COVID-19 (129,888) มากกว่าประเทศจีน (85,048), ฮองกง (4,801) และไต้หวัน (488) รวมกัน และจำนวนผู้เสียชีวิตของประเทศแคนาดา (9,164) มากกว่าประเทศจีน (4,634), ฮองกง (88) และไต้หวัน (7) รวมกัน¹²³

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประเทศจีนและเกาหลีได้มีการดำเนินการภายใต้วิถีโรคระบาดที่ต่างจากประเทศแคนาดาเนื่องจากว่าทั้งสองประเทศนั้นมีหลักฐานเกี่ยวกับการแพร่เชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic transmission) เพียงพอที่จะใช้หลักการระวังไว้ก่อนในช่วงต้นของโรคระบาด ประเทศจีนและเกาหลีได้จึงตัดสินใจตรวจหาเชื้อ COVID-19 กับผู้ใดก็ตามที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19 ไม่ว่าบุคคลนั้นจะแสดงอาการหรือไม่ก็ตาม ด้วยเหตุนี้จึงอธิบายได้ว่าทำไมประเทศจีนและเกาหลีได้สามารถควบคุมการระบาดของ COVID-19 ได้ดี¹²⁴ ในขณะที่ประเทศแคนาดาล้มเหลวในการใช้แนวทางป้องกันการแพร่เชื้อที่ไม่มีอาการเช่นเดียวกับประเทศจีนและเกาหลีได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่ออย่างมาดอบุคคลากรด้านสาธารณสุขและมาตรการควบคุมชายแดน

¹²² Jeff Begley, "Opinion: Quebec's health-care workers need more than thanks," *Montreal Gazette*, August 3, 2020, <https://montrealgazette.com/opinion/opinion-quebecs-health-care-workers-need-more-than-thanks>.

¹²³ Possamai, *A Time of Fear: How Canada Failed Our Health Care Workers and Mismanaged Covid-19*, 11.

¹²⁴ Josephine Ma, Linda Lew, and Lee Jeong-ho, "A third of coronavirus cases may be 'silent carriers', classified Chinese data suggests," *South China Morning Post*, March 22, 2020, <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>.

การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

การจัดการที่ไม่เป็นระบบระหว่างเกิดการระบาดของโรค COVID-19 นำไปสู่การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) ในคลังอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นมาเป็นเวลาหลายปีเนื่องจากประเทศแคนาดาพึ่งพาบริษัทผลิต PPE จากต่างประเทศ โดยที่รัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมาตั้งแต่การระบาดของโรค SARS ทั้งนี้มีการทำลายคลังอุปกรณ์ทางการแพทย์ก่อนหน้าที่จะเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ในเดือน พฤษภาคม ค.ศ. 2019 เนื่องจากอุปกรณ์เหล่านั้นหมดอายุและไม่ได้มีการทดแทนอุปกรณ์ที่ทำลายไปถึง 2 ล้านชิ้น โดยเฉพาะหน้ากาก N95 ที่เหลือไว้เพียง 100,000 ชิ้น ในคลังสินค้าของรัฐบาลกลางในช่วงเริ่มต้นการระบาดของโรค¹²⁵

การขาดแคลนหน้ากาก N95 ระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้หน้ากากทางการแพทย์แทน แม้ว่าผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยเชื่อว่าหน้ากาก N95 ที่ผ่านการทดสอบการแนบสนิทของหน้ากากกับใบหน้า หรือให้ดียิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีการทดสอบพร้อมๆกับอุปกรณ์ PPE ควรเป็นมาตรการปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่บุคลากรด้านสาธารณสุขควรได้รับเพื่อปกป้องพวกเขาจากเชื้อโรคชนิดใหม่ เช่น เชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)¹²⁶ และถึงแม้จะมีการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ทดแทนระหว่างปฏิบัติงาน แต่โรงพยาบาลบางแห่งจะจำกัดจำนวนหน้ากากอนามัยให้เจ้าหน้าที่เพียงคนละ 2 ชิ้นต่อวัน¹²⁷

จากการเปรียบเทียบการจัดการโรคระบาดระหว่างโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 แสดงให้เห็นว่าการรับมือของระบบสาธารณสุขต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรทั้งที่ประเทศแคนาดามีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาดอย่าง SARS มาแล้ว และถึงแม้จะมีการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาขึ้นเพื่อตรวจสอบดูแลการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต แต่การทำงานขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาพร้อมกับหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเองเป็นเพียงการทำงานเพื่อรับมือกับ

¹²⁵ Mia Rabson, "Trudeau promises stockpile policies will be overhauled to prevent further waste," *CBC News*, April 21, 2020, <https://www.cbc.ca/news/politics/trudeau-promises-better-stockpile-1.5539148>.

¹²⁶ Wendy Mesley, "'I was made to feel belittled': Nurses reveal fears working on front lines of COVID-19 pandemic," *CBC News*, April 3, 2020, <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-nurses-protective-gear-1.5518900>.

¹²⁷ CBC News, "Ontario hospital staff told to ration masks as Covid-19 spreads," *CBC News*, March 26, 2020, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-mask-rationing-hospitals-1.5509731>.

สถานการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวนโยบาย กฎเกณฑ์ มาตรการต่างๆ ขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องและตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม¹²⁸ที่เปลี่ยนไปอันได้แก่การเกิดขึ้นของโรคระบาด แสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน หรือปฏิรูปโครงสร้างของสถาบันให้มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดในระยะยาว เท่ากับว่าสถาบันยังมีความต่อเนื่องและดำรงตนเองต่อไปตามเดิม

ความต่อเนื่องของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดานั้นสะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ในการรับมือกับโรค SARS ก่อนหน้านั้นไม่ได้สร้างบทเรียน หรือเกิดการเรียนรู้จากวิกฤตการณ์ดังกล่าวมากพอที่ส่งผลให้ประเทศแคนาดาเกิดการตื่นตัวในการพัฒนาโครงสร้างระบบสาธารณสุขและนโยบายสาธารณะที่เหมาะสมในการจัดการกับโรคระบาดใหม่ๆ ซึ่งเราอาจเรียกอาการดังกล่าวของสถาบันว่า “การหลงลืมของสถาบัน (Institutional amnesia)” โดยที่สถาบันสูญเสียความทรงจำเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ที่ตัวสถาบันเองได้เผชิญมา และไม่สามารถที่จะเรียกคืนหรือบันทึกบทเรียนทางประวัติศาสตร์ไว้ได้¹²⁹ ส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายของประเทศแคนาดาไม่สามารถถอดบทเรียนจากภาวะระบาดของโรค SARS หลังวิกฤตการณ์ผ่านไปเพื่อนำมาใช้ในการตอบสนอง และกำหนดนโยบายที่เหมาะสมต่อการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดามีความต่อเนื่องและไม่เปลี่ยนแปลงจากการเผชิญกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ระบบสาธารณสุขจึงดำรงตนมาเรื่อยๆ จนเผชิญกับโรคระบาดระลอกใหม่อย่างโรค COVID-19 อันเป็นโรคอุบัติใหม่และการแพร่กระจายของโรคเกิดขึ้นในวงกว้างทำให้ระบบสาธารณสุขมีความตื่นตัวในการรับมือกับโรค COVID-19 มากขึ้น เพราะโรค COVID-19 เข้ามาทำลายประเทศแคนาดาในหลายมิติด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ และการเมือง ส่งผลให้มีการดำเนินนโยบายเพื่อตั้งรับกับโรค COVID-19 ที่เข้มงวดขึ้น อันเป็นผลจากการระบาดของโรคไปทั่วโลก การติดเชื้อที่แพร่ได้อย่างรวดเร็วและง่ายต่อการติดต่อจากการหายใจ รวมไปถึงยอดผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โดยการออกนโยบายนั้นมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ ณ เวลาปัจจุบัน โดยการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาด¹³⁰ มาใช้เป็นแนวทางในการรับมือกับ COVID-19 เช่น มีการประกาศมาตรการหรือข้อ

¹²⁸ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," 2-9.

¹²⁹ Head, "Institutional amnesia and public policy."

¹³⁰ B, *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Health sector planning guidance.*

ปฏิบัติให้ประชาชนปฏิบัติตาม ไม่ว่าจะเป็นการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค การสวมหน้ากากอนามัย การห้ามเดินทางเข้าออกจากต่างประเทศ เป็นต้น เมื่อการระบาดมีความรุนแรงมากขึ้น ได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เข้ากับสถานการณ์อย่างเช่น มีการประกาศล็อกดาวน์ให้ประชาชนอยู่บ้านและงดออกจากบ้านหากไม่มีความจำเป็น การทำงานอยู่ที่บ้าน (work from home) การปิดร้านอาหารและงดใช้พื้นที่สาธารณะ เป็นต้น

จริงอยู่ที่ว่าประเทศแคนาดาเองมีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรค แต่เป็นเพียงการดำเนินนโยบายที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน ณ เวลานั้น ๆ เป็นการรับมือกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปและวิกฤติของสถานการณ์ที่รุนแรงขึ้น แต่การทำงานขององค์กรสาธารณสุขของประเทศแคนาดาและระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาแสดงให้เห็นว่า โรคระบาดในฐานะของ critical juncture ไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสถาบันระบบสาธารณสุขเนื่องด้วยระบบยังคงเดิม แต่สิ่งที่เปลี่ยนไปคือวิธีการในการรับมือกับโรคระบาดของประเทศแคนาดาโดยเฉพาะนโยบาย ระเบียบกฎเกณฑ์ มาตรการและข้อปฏิบัติที่ออกโดยรัฐบาลแคนาดา ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการเบี่ยงเบน คือ สถาบันมีการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ นโยบายเดิมของตนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนไปโดยที่โครงสร้างของสถาบันยังคงเดิม¹³¹

แม้ว่าระบบสาธารณสุขของแคนาดาจะตอบสนองต่อโรคระบาดโดยการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาด¹³² เป็นตัวชี้แนะในการดำเนินการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคภายในประเทศแต่เป็นแผนที่ใช้มาตั้งแต่การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และนำมาปรับปรุงเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2018 เพื่อนำมาใช้ในการรับมือกับโรค COVID-19 ณ ปัจจุบัน โดยเป้าหมายสำคัญของแผนนี้คือหนึ่ง ลดจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคระบาด และสอง ลดการชะงักงันทางสังคมในชาวแคนาดา แสดงให้เห็นว่าเป้าหมายของประเทศแคนาดาในการตอบสนองต่อโรคระบาดนั้นยังคงเดิมมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 โดยไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขในระยะยาวเพื่อสร้างความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นใหม่ได้อีกในอนาคต เท่ากับว่าไม่มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่แต่เน้นย้ำที่เป้าหมายเดิมในการตอบสนองต่อโรคระบาดเท่านั้น

¹³¹ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies."

¹³² B, *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Health sector planning guidance.*

ถึงกระนั้นเมื่อเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ขึ้น รัฐบาลประเทศแคนาดามีการรับมือต่อโรคระบาดโดยแบ่งการทำงานอย่างชัดเจนผ่านการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาดไปใช้ในแต่ละมลรัฐและเขตปกครองพิเศษ โดยมีหน้าที่ดังนี้ คือ รัฐบาลกลางจะเป็นตัวแทนของประเทศในการดำเนินการในด้านของการจัดหาและติดต่อกับบริษัทยาในระดับระหว่างประเทศ ในส่วนของรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองพิเศษนั้นมีหน้าที่ บำรุงรักษา ติดตาม แจกจ่าย และบริหารจัดการการใช้ยาต้านไวรัสในเขตอำนาจของตน¹³³ นอกจากนี้รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองพิเศษยังรับผิดชอบในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ ติดตามข้อมูลการดูแลสุขภาพ และกำหนดแนวทางการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการรับผิดชอบในการจัดทำแผนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการรักษาพยาบาลโดยประสานงานกับรัฐบาลกลาง¹³⁴

กล่าวโดยสรุปคือ การเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบเบี่ยงเบน (Institutional Drift) คือ การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย กฎเกณฑ์ อันเป็นผลจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป¹³⁵ ในขณะที่สถาบันและโครงสร้างของสถาบันยังคงเดิม เมื่อนำการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบเบี่ยงเบนมาวิเคราะห์และศึกษาระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในการรับมือกับโรคระบาดในฐานะ critical juncture ไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ โรค COVID-19 พบว่าองค์กรสำคัญและเป็นแนวหน้าในการรับมือกับโรคระบาดของประเทศแคนาดาอย่างองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาจะรับมือกับการระบาดของโรคด้วยการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาดมาใช้ โดยแผนดังกล่าวนี้จะถูกรับไปปฏิบัติโดยมลรัฐต่าง ๆ ในประเทศแคนาดา เท่ากับว่าทุกมลรัฐในประเทศแคนาดาจะมีแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดเป็นของตนเอง¹³⁶ จึงกล่าวได้ว่าแผนตอบสนองต่อโรคระบาดนี้เอง คือ การเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน เนื่องจากทุกมลรัฐจะต้องนำแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดมาใช้ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ โรค COVID-19 ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่ปกติและสร้างความเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของชาวแคนาดา แต่แผนดังกล่าวจะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับว่ามลรัฐใดสามารถนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติและปรับใช้ได้ดีกว่ากัน

¹³³ Government of Canada, *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Planning Guidance for the Health Sector*. (Ottawa: Minister of Health, 2018), 64.

¹³⁴ Gabriel Blouin Genest et al., "Translating COVID-19 emergency plans into policy: A comparative analysis of three Canadian provinces," *Policy Design and Practice* 4, no. 1 (2021): 120.

¹³⁵ Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," 2-9.

¹³⁶ Standing Senate Committee on Social Affairs, *Canada's Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic*.

ดังนั้นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และเขตปกครองพิเศษถือได้ว่าเป็นกุญแจสำคัญในการรับมือกับโรคระบาด ยกตัวอย่างเช่นในมลรัฐ Quebec มีข้อจำกัดในด้านของการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนระหว่างผู้ดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และขาดการประสานงานที่แม่นยำในการทำงานร่วมกันกับรัฐบาลกลาง ถึงแม้จะมีแผนตอบสนองต่อโรคระบาดเป็นตัวชี้้นำในการรับมือกับโรค COVID-19 แต่แผนดังกล่าวไม่ได้อธิบายถึงความรับผิดชอบร่วมกันของรัฐบาลมลรัฐและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น และยังขาดวิธีในการจัดการในการเฝ้าระวังระหว่างการระบาด การดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้าจนกระทั่งการระบาดของเชื้อ COVID-19 แพร่กระจายไปในวงกว้าง โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของมลรัฐ Quebec ใช้เวลากว่า 2 เดือนในการสังเกตและติดตามเชื้อไวรัส และพยายามลดการแพร่ระบาดของเชื้อ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกมีการประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม ค.ศ. 2020 กระทบความมั่นคงและสุขภาพของมลรัฐ Quebec ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดใหญ่ จนกระทั่งวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 และล้มเหลวในการแสดงความกตัญญูของแผนการรับมือโรคระบาดประจำมลรัฐจนถึงวันที่ 9 มีนาคม ค.ศ. 2020¹³⁷

ในขณะที่มลรัฐ Ontario มีการรับมือกับโรคระบาดได้ดีกว่าโดยเฉพาะในเมือง Toronto หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการระบาดของโรค COVID-19 ในระดับแนวหน้าทั้งหมดและมีกลไกการตอบสนองต่อโรคระบาดที่ดี เห็นได้จากการรับมือกับประชาชนโดยตรงในขณะที่มีการประสานงานกับรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐพร้อม ๆ กัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการทำงานบนแนวคิดแบบ bottom-up อย่างไรก็ตามยังมีข้อบกพร่องในด้านการเฝ้าระวังการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการรับมือกับโรคระบาด ในทางกลับกันมลรัฐ British Columbia นั้นมีการรับเอาแผนตอบสนองต่อโรคระบาด ของรัฐบาลกลางมาปรับใช้ในแผนของมลรัฐตนโดยมีการแบ่งหน้าที่และเขตอำนาจการทำงานอย่างชัดเจนทั้งของมลรัฐและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวอย่างที่ดีของการทำงานร่วมกันแบบการปกครองหลายระดับ (multi-level governance)¹³⁸

¹³⁷ Frédéric Charlebois, "Quebec government documents expose its disastrous mishandling of initial pandemic response," (accessed July 1, 2022). <https://www.wsns.org/en/articles/2020/12/30/quebec-d30.html>.

¹³⁸ Genest et al., "Translating COVID-19 emergency plans into policy: A comparative analysis of three Canadian provinces," 121-23.

จากการยกตัวอย่างข้างต้นของมลรัฐที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการโรค COVID-19 แสดงให้เห็นว่า การจัดการที่ผิดพลาดของประเทศแคนาดาในการรับมือกับโรค COVID-19 ไม่ได้เป็นผลจากการระบาดของโรคเพียงเท่านั้น แต่เป็นผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐบาลประเทศแคนาดา ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะได้รับคำเตือนหลายครั้งก่อนที่จะเกิดการระบาดของโรค COVID-19 อีกทั้งยังเคยมีประสบการณ์การจัดการและรับมือต่อการระบาดของโรค SARS ที่ผิดพลาดในปี ค.ศ. 2003 ซึ่งเป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่คล้ายกับโรค COVID-19 แม้แต่ Theresa Tam หัวหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศแคนาดาได้ให้ความเห็นว่า ความไม่พร้อมของประเทศแคนาดาในการรับมือกับการระบาดของโรค COVID-19 เห็นได้อย่างชัดเจนและยากต่อการให้อภัย และก่อนหน้าที่ประเทศแคนาดาจะเผชิญกับการระบาดของโรค COVID-19 นักวิทยาศาสตร์และสถาบันภาครัฐต่างก็กดดันให้มีมาตรการเตรียมพร้อมรับมือโรคระบาดเป็นเวลากว่าหลายปีด้วยกัน ถึงกระนั้นรัฐบาลแคนาดาและหน่วยงานด้านสาธารณสุขกลับละเลยการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต ยกตัวอย่างเช่น ความล้มเหลวในการเติมอุปกรณ์ฉุกเฉินใหม่ในคลังอุปกรณ์ทางการแพทย์แทนที่อุปกรณ์ที่หมดอายุไปแล้ว¹³⁹

ตั้งแต่มีการระบาดของโรค COVID-19 เจ้าหน้าที่รัฐไม่ได้ให้ความสำคัญและมองข้ามความรุนแรงของโรคระบาดเพื่อปกป้องผลกำไรขององค์กร อย่างแรกคือ การไม่ทำอะไรที่จะไปขัดขวางการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ จึงนำไปสู่การบีบให้ออกมาตรการล็อกดาวน์อย่างเร่งรีบเพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบเศรษฐกิจในระยะยาว ก่อนที่การระบาดของโรคจะร้ายแรงไปมากกว่านี้ซึ่งถือว่าเป็นการออกมาตรการเพื่อป้องกันไว้ก่อน¹⁴⁰ แม้แต่ตัวนายกรัฐมนตรี Justin Trudeau เองยังเพิกเฉยต่อภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทั้ง ๆ ที่ควรมีมาตรการในการตรวจสอบและป้องกันโรคระบาดในระดับชาติตั้งแต่เดือนมกราคมและต้นเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 เมื่อการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศจีนมีการระบอบอย่างชัดเจนว่าอยู่ในสเกลของโรคระบาดใหญ่และมีการออกแถลงการณ์ประกาศเตือนภัยขององค์การอนามัยโลก ทว่ารัฐบาลประเทศแคนาดา รวมถึงพันธมิตรในสหรัฐอเมริกาและยุโรปปฏิเสธที่จะดำเนินการทันที เพราะมาตรการที่จำเป็นเหล่านี้ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาผลกำไรต่อธุรกิจขนาดใหญ่ ในทางกลับกันรัฐบาลมองข้ามความร้ายแรงของโรค ถึงขนาดบอกว่าไวรัส COVID-19 ไม่ต่างอะไรกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล¹⁴¹

¹³⁹ Charlebois, "Quebec government documents expose its disastrous mishandling of initial pandemic response."

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Laurent Lafrance, "Canada: Quebec establishment hails inadequate response of Legault government," (accessed July 1, 2022).

<https://www.wsws.org/en/articles/2020/03/21/coqu-m21.html>.

การที่ผู้นำของประเทศอย่างนาย Trudeau ไม่ให้ความสำคัญต่อการระบาดของโรคตั้งแต่ต้น และการทำงานที่ไม่สอดคล้องกันของรัฐบาลทั้งในระดับรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐในการรับมือกับโรค COVID-19 ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของประชาชนชาวแคนาดาในตัวผู้นำของตนในการนำพาประเทศแคนาดาก้าวข้ามภาวะวิกฤติจากโรคระบาด



บทที่ 5

บทสรุป

จากการศึกษาการจัดการและการรับมือกับโรคระบาดระหว่างโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ของประเทศแคนาดาใน 2 ช่วงเวลาที่ต่างกัน ได้ตอบคำถามที่ว่า โรคระบาดอย่างไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 ในฐานะ critical juncture สร้างความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขในประเทศแคนาดาอย่างไร? และความท้าทายนี้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขมีการปรับตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และการตัดสินใจในการรับมือต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอย่างไร?

โดยคำตอบของวิทยานิพนธ์นั้นเป็นไปตามแนวคิดเส้นทางการพัฒนาของสถาบัน โดยอธิบายการถือกำเนิดของสถาบัน โดยกล่าวว่าสถาบันย่อมผ่านการพัฒนาทางประวัติศาสตร์ หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ตัวสถาบันมีแนวโน้มที่จะดำรงอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยที่จุดเริ่มต้นของสถาบันจะส่งผลต่อการเลือกเส้นทางที่ทำให้สถาบันยังรากลึกและดำเนินต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ไม่เพียงเท่านั้นทางเลือกลงกล่าวยังแสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจ ผลลัพธ์ของการตัดสินใจที่ย่อมส่งผลต่อกฎเกณฑ์ นโยบาย ระบบเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเป็นหนึ่งในสถาบันที่ดำรงอยู่มาอย่างยาวนาน ส่งผลให้สถาบันมีเสถียรภาพและมั่นคงยากต่อการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ได้หมายความว่าสถาบันจะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นเลย เดิมทีแนวคิดต่อการเปลี่ยนแปลงของสถาบันมักจะถูกมองว่าสถาบันจะเปลี่ยนแปลงได้ก็ต่อเมื่อมีเหตุการณ์หรือวิกฤตการณ์ครั้งสำคัญ หรือ critical juncture ซึ่งเป็นปัจจัยจากภายนอกที่มากระตุ้นให้สถาบันเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น โรคระบาด ที่เข้ามารบกวนและทำลายคุณภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา ส่งผลให้คุณภาพของสถาบันสั่นคลอนเปิดโอกาสให้สถาบันจำต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอดของตน

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของสถาบันในที่นี้นั้นอาจไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคนและก่อให้เกิดสถาบันใหม่ขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาจจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป อย่างที่ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงหลังจากผ่านเวลามากกว่า 50 ปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นผลจากโรคระบาดในฐานะ critical juncture ได้เข้ามาท้าทายระบบสาธารณสุขโดยประเทศแคนาดาเผชิญกับ critical juncture 2 ครั้ง ด้วยกัน ครั้งแรกจากการระบาด

ของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 โดยการเกิดขึ้นของไข้หวัดใหญ่ H1N1 นั้นสถาบันยังคงเดิมมีความต่อเนื่องเรื่อยมาไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอะไรมากนักเนื่องจากการเปลี่ยนผ่านของเหตุการณ์ตามช่วงเวลาและการรับรู้ข้อมูลที่หลากหลายจำนวนมาก สถาบันจึงตกอยู่ในสภาวะการหลงลืมของสถาบัน (Institutional amnesia) คือ สถาบันเกิดการหลงลืมข้อมูลที่สำคัญ และไม่สามารถดึงเอาข้อมูลหรือบทเรียนทางประวัติศาสตร์มาเป็นบทเรียนในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ได้ แต่ในทางกลับกันเมื่อเผชิญกับ COVID-19 สถาบันมีความตื่นตัวมากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ใช่ในเชิงโครงสร้าง เป็นการเปลี่ยนแก่นนโยบายหรือกฎเกณฑ์เพื่อตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนไป โดยเรียกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบน¹⁴²

การเปลี่ยนแปลงแบบการเบี่ยงเบนเป็นผลจากการที่สถาบันเพิกเฉยหรือล้มเหลวในการพัฒนาและปรับตัวส่งผลให้สถาบันมีความต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งกฎเกณฑ์เดิม แต่การเกิดขึ้นของโรคระบาดสร้างโอกาสต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสถาบันแบบเดิม ๆ ว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องเปลี่ยนกฎเกณฑ์และนโยบายเดิม ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถรับมือกับโรคระบาดได้เนื่องด้วยสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่ไม่ปกติในปัจจุบัน ดังนั้นกฎเกณฑ์และนโยบายเดิมจึงใช้ไม่ได้กับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป จึงต้องเปลี่ยนกฎเกณฑ์แต่ไม่ได้ทำการบัญญัติกฎเกณฑ์ใหม่แทนที่กฎเกณฑ์เก่า เพราะมีแนวโน้มว่าหากสถานการณ์ไม่ปกติที่เกิดขึ้นนี้กลับมาเหมือนเดิมเมื่อไหร่สถาบันมีแนวโน้มที่จะกลับมาใช้กฎเกณฑ์เดิมเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นสถาบันที่สั่งสมตัวตนมา ฉะนั้นเท่ากับว่าโครงสร้างของสถาบันไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงแม้แต่น้อย¹⁴³

เมื่อนำการเปลี่ยนแปลงของสถาบันแบบเบี่ยงเบนมาวิเคราะห์และศึกษาระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาในการรับมือกับโรคระบาดในฐานะ critical juncture ไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 พบว่าองค์กรสำคัญและเป็นแนวหน้าในการรับมือกับโรคระบาดของประเทศแคนาดาอย่างองค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาจะรับมือกับการระบาดของโรคด้วยการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาดมาใช้ โดยแผนดังกล่าวนี้จะถูกรับไปปฏิบัติโดยมลรัฐต่าง ๆ ในประเทศแคนาดา เท่ากับว่าทุกมลรัฐในประเทศแคนาดาจะมีแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดเป็นของตน

¹⁴² Streeck and Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies."

¹⁴³ Mahoney and Thelen, "A Theory of Gradual Institutional Change," 19.

จึงกล่าวได้ว่าแผนตอบสนองต่อโรคระบาดนี้เอง คือ การเปลี่ยนแปลงแบบเบี่ยงเบน เนื่องจากทุกมลรัฐจะต้องนำแผนการตอบสนองต่อโรคระบาดมาใช้ในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่ปกติและสร้างความเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของชาวแคนาดา แต่แผนดังกล่าวจะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับว่ามลรัฐใดสามารถนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติและปรับใช้ได้ดีกว่ากัน ซึ่งในที่นี่ก็มีมลรัฐที่ประสบความสำเร็จและมลรัฐที่ล้มเหลวในการรับมือกับโรคระบาดดังที่ได้ยกตัวอย่างในบทที่ 3 และบทที่ 4

ไม่เพียงเท่านั้นระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเองยังมีความขัดแย้งในการจัดการและการประสานงานกันระหว่างองค์กรสาธารณสุขในส่วนของรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐทำให้การรับมือกับโรคระบาดทั้งสองไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน เพราะการทำงานของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาเป็นแบบท้องถิ่น (local-based) คือ เป็นการจัดการภายในของแต่ละมลรัฐ และหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นเป็นหน่วยงานแรกที่ลงพื้นที่หากเกิดการระบาดของโรคขึ้นในประเทศ แต่ในเมื่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 และโรค COVID-19 เป็นการระบาดขนาดใหญ่ไปทั่วโลก ฉะนั้นการจัดการปัญหาโรคระบาดโดยเฉพาะด้านการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินในระดับประเทศควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาลกลางและควรเป็นการจัดการแบบบนลงล่าง (top-down) ที่สำคัญคือ ควรจะมีแผนการรับมือโรคระบาดที่เป็นแผนระดับชาติเพื่อรับมือกับโรคระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งควรมีการปรับปรุงการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และเขตปกครองพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นในด้านหน้าที่และความรับผิดชอบในการรับมือด้านสาธารณสุขเมื่อเกิดโรคระบาด รวมถึงการให้ข้อมูลที่หลากหลายจากหน่วยงานภาครัฐและกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องสร้างความสับสนต่อประชาชนในการปฏิบัติตนเมื่อต้องเผชิญกับโรคระบาด ดังนั้นรัฐบาลจะต้องมีการปรับปรุงด้านการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและมีความชัดเจน โดยเฉพาะการสื่อสารที่มาจากหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานสาธารณสุข

ไม่เพียงเท่านั้นการที่ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาผ่านประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาดครั้งแล้วครั้งเล่าแต่เหตุใดโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศแคนาดาจึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูป นั่นอาจเป็นเพราะโครงสร้างของระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดามอบอำนาจการจัดการและความรับผิดชอบให้เป็นหน้าที่ของรัฐบาลระดับมลรัฐ หรือกล่าวให้เข้าใจโดยง่ายว่า ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา คือ “ระบบสาธารณสุขและแผนประกันสุขภาพ

ของ 10 มลรัฐ และ 3 เขตปกครองพิเศษ” ในขณะที่รัฐบาลกลางมีหน้าที่ช่วยเหลือในด้านงบประมาณเท่านั้น รัฐบาลกลางไม่สามารถล่วงล้ำขอบเขตอำนาจในการดูแลระบบสาธารณสุขของรัฐบาลแต่ละมลรัฐได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาย่อมเกิดขึ้นได้ยากด้วยว่า หากรัฐบาลมลรัฐไม่ยินยอมรัฐบาลกลางไม่สามารถที่จะเข้าแทรกแซงหรือกำกับควบคุมให้รัฐบาลมลรัฐปฏิบัติตามสิ่งที่รัฐบาลกลางต้องการได้ และอาจนำไปสู่การต่อต้านจากรัฐบาลมลรัฐเสียเอง

อีกทั้งการที่ผู้นำของประเทศขาดความมีผู้นำในต้นนโยบายและระบบสาธารณสุข อย่างในกรณีของรัฐบาลอนุรักษ์นิยมที่นำโดยนาย Stephen Harper ที่ไม่ได้สนใจการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขเพราะมองว่าเป็นอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของรัฐบาลมลรัฐ และรัฐบาลกลางเองก็มีอำนาจหน้าที่ที่พึงกระทำต่อการพัฒนาประเทศอยู่แล้ว รวมถึงนาย Harper ไม่ได้ให้ความสำคัญต่่อนโยบายสาธารณสุขเป็นอันดับต้น ๆ ในแผนการพัฒนาประเทศของพรรค รัฐบาลเนื่องจากมุ่งเน้นการพัฒนาด้านระบบเศรษฐกิจและการพาประเทศแคนาดาไปสู่ประเทศอุตสาหกรรมอันดับต้น ๆ ของโลก เมื่อต้องรับมือกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 จึงไม่ประสบผลสำเร็จและรัฐบาลเองถูกวิพากษ์วิจารณ์จากประชาชนรวมถึงหน่วยงานสาธารณสุขภายในประเทศ

ในขณะที่รัฐบาลพรรคเสรีนิยมของนาย Justin Trudeau มีการชูนโยบายในการบริหารประเทศแตกต่างออกไปจากรัฐบาลของนาย Harper โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสาธารณสุข เห็นได้จากช่วง 4 ปีแรกในการทำงานของรัฐบาลพรรคเสรีนิยมที่นำโดยนาย Justin Trudeau ถือว่าประสบความสำเร็จและสร้างความหวังใหม่ให้แก่ประชาชนชาวแคนาดา ด้วยแผนนโยบายที่มีความก้าวหน้าและเน้นพัฒนาประเทศในทุกมิติอย่างแท้จริง นโยบายของนาย Trudeau มีความทันสมัยและจับทิศทางเรื่องที่เป็นกระแสทางสังคมและโลกได้เป็นอย่างดี¹⁴⁴ อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการระบาดของโรค COVID-19 รัฐบาลเองก็ประสบปัญหาในการรับมือกับโรคระบาดเช่นกัน โดยเฉพาะในประเด็นที่รัฐบาลของนาย Trudeau ถูกวิพากษ์วิจารณ์มากในการรับมือกับโรค COVID-19 กรณีการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นผลจากความไม่รอบคอบของรัฐบาลในการตรวจสอบและปล่อยให้อุปกรณ์ดังกล่าวหมดอายุ ส่งผลให้ชาวแคนาดาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเผชิญกับความเสี่ยงของโรคระบาดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส เพราะไม่

¹⁴⁴ Ashifa Kassam, "Justin Trudeau: the rise and fall of a political brand," (accessed July 2, 2022).

<https://www.theguardian.com/world/2019/aug/22/justin-trudeau-the-rise-and-fall-of-a-political-brand>.

มีอุปกรณ์ที่จะปกป้องตนเองในเบื้องต้นจากโรค COVID-19 ได้ อีกทั้งอุปกรณ์ดังกล่าวต้องใช้เวลาในการขนส่งมายังประเทศแคนาดาเนื่องจากบริษัทผู้ผลิตอยู่ต่างประเทศ ทำให้การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาในเบื้องต้นเป็นไปได้ช้าและส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง

การตอบสนองต่อการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพนั้นรัฐบาลของประเทศแคนาดาจะต้องเตรียมพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดอย่างเพียงพอจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรเทาโรคระบาดลงได้ อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดอย่างพร้อมเพียงกันไม่ได้การันตีถึงความสามารถในการตอบสนองของรัฐบาล มีหลักฐานชัดเจนจากกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกาในการรับมือกับโรค COVID-19 ที่ได้รับการจัดอันดับจาก Global Health Security Index ประจำปี ค.ศ. 2019 ให้อยู่อันดับที่ 1 จาก 195 ประเทศทั่วโลกในด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาด¹⁴⁵ แต่ไม่สามารถที่จะจัดการและรับมือกับโรค COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบจากโรค COVID-19 โดยเฉพาะจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก

ในทางกลับกันประเทศแคนาดาสามารถรับมือกับโรค COVID-19 ได้ดีกว่าประเทศสหรัฐฯ ทั้ง ๆ ที่มีลักษณะการปกครองแบบสหพันธรัฐที่เหมือนกัน ในที่นี้สามารถอธิบายลักษณะการตอบสนองของรัฐบาลประเทศแคนาดาต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้ว่าเป็นการนำแผนตอบสนองต่อโรคระบาดเดิมที่มีอยู่แล้วมาปรับใช้ในการรับมือกับโรคระบาดที่อุบัติใหม่ โดยแผนนี้มีการปรับปรุงและพัฒนาไม่เพียงแต่ในระดับรัฐบาลกลาง แต่ยังรวมถึงรัฐบาลมลรัฐ ตลอดจนหน่วยงานท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับภูมิภาค อีกทั้งยังมีการกำหนดนโยบายและบังคับใช้ในช่วงโรคระบาด¹⁴⁶

ถึงแม้ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาต้องเผชิญกับอุปสรรคและความไม่ราบรื่นในการต่อสู้กับโรคระบาดซึ่งเห็นว่าระบบสาธารณสุขก็มีความพยายามที่จะปฏิรูปผ่านการเกิดขึ้นขององค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาที่มีการพัฒนาศักยภาพของตนและรับมือกับโรคระบาดได้ดีขึ้นกว่าในอดีตแม้จะมีอุปสรรคในการจัดการและตอบสนองต่อสภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขอยู่บ้าง แต่องค์กรสาธารณสุขประเทศแคนาดาได้เกิดการเรียนรู้และถอดบทเรียนที่สำคัญเพื่อปรับปรุงการ

¹⁴⁵ Global Health Security Index, "2019 Global Health Security Index " (accessed April, 28 2019). <https://www.ghsindex.org/>.

¹⁴⁶ Genest et al., "Translating COVID-19 emergency plans into policy: A comparative analysis of three Canadian provinces," 116-17.

ทำงานในการรับมือกับโรคระบาดต่อไปในอนาคต และอาจสร้างโอกาสในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาให้ดียิ่งกว่าเดิม อีกทั้งในการรับมือกับโรคระบาดจะประสบความสำเร็จได้ด้วยการร่วมงานกันของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นด้านธุรกิจ ประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ของภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การออกนโยบายที่เหมาะสมในการรับมือกับโรคระบาดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต¹⁴⁷

การศึกษาการรับมือและการจัดการโรคระบาดระหว่างไข้หวัดใหญ่ H1N1 และ COVID-19 น่าจะเป็นประโยชน์และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ประเทศที่ต้องการพัฒนานโยบายและระบบสาธารณสุขของตนให้มีประสิทธิภาพและมีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อในอนาคต ถึงแม้ประเทศแคนาดาจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและมีระบบสาธารณสุขที่ติดอันดับของโลก แต่ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดายังคงมีช่องโหว่และต้องได้รับการพัฒนาให้มีความทันสมัยทั้งในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์ฉุกเฉิน นโยบายการจัดการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากโรคระบาด กรณีศึกษาระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาน่าจะเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อยต่อประเทศที่ต้องการมีระบบสาธารณสุขที่มีโมเดลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนสามารถเข้าถึงการรับการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง

ณ ปัจจุบัน ประเทศแคนาดากำลังอยู่ท่ามกลางการเผชิญกับโรค COVID-19 ในระลอกที่ 4 ซึ่งตรวจพบการระบาดของเชื้อ COVID-19 สายพันธุ์ใหม่ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและมียอดผู้ติดเชื้อสูงอย่างสายพันธุ์ Delta และเมื่อไม่นานมานี้เอง WHO เพิ่งระบุการค้นพบการกลายพันธุ์ของเชื้อ COVID-19 สายพันธุ์ใหม่ล่าสุด ชื่อว่า สายพันธุ์ Omicron โดยการเกิดขึ้นของโรค COVID-19 สายพันธุ์ใหม่นี้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาจะต้องเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อการระบาดของโรคอย่างทันทั่วทั้งที่ และเพื่อก้าวต่อไปข้างหน้า ระบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดาจะต้องสร้างความมั่นใจว่าระบบสาธารณสุขของตนสามารถปกป้องสุขภาพของประชาชนแคนาดาและทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีได้¹⁴⁸

¹⁴⁷ The Chief Public Health Officer, *A Vision to Transform Canada's Public Health System*, Public Health Agency of Canada (Ottawa, 2021).

¹⁴⁸ Ibid.

บรรณานุกรม

- 2019, Global Health Security Index. "Inaugural Global Health Security Index Finds No Country Is Prepared for Epidemics or Pandemics." accessed February 4, 2020.
<https://www.nti.org/newsroom/news/inaugural-global-health-security-index-finds-no-country-prepared-epidemics-or-pandemics/>.
- Allin, Sara, Greg Marchildon, and Allie Peckham. "The Canadian Health Care System." In *International Profiles of Health Care Systems* edited by Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic and George Wharton: The Commonwealth Fund, 2020.
- B, Henry. *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Health Sector Planning Guidance*. Canada Communicable Disease Report (CCDR: January 4, 2018).
- Baker, Nathan, Janice Dickin, Patricia G. Bailey, and Erin James Abra. "H1n1 Flu of 2009 in Canada." The Canadian Encyclopedia, accessed March 7, 2021.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/h1n1-flu-of-2009-in-canada>.
- Beck, Ulrich. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Translated by Mark Ritter. London: SAGE Publication, 1992.
- Begley, Jeff. "Opinion: Quebec's Health-Care Workers Need More Than Thanks." *Montreal Gazette*, August 3, 2020. <https://montrealgazette.com/opinion/opinion-quebecs-health-care-workers-need-more-than-thanks>.
- Boothe, Danielle Just and Katherine. "What Did We Learn from Sars and H1n1." *POLICY OPTIONS POLITIQUES*, 29 December, 2020.
- Britannica, Encyclopaedia of. "Stephen Harper Prime Minister of Canada." accessed July 1, 2022.
<https://www.britannica.com/biography/Stephen-Harper>.
- Butler-Jones, David L. Mowat and David. "Public Health in Canada: A Difficult History." *HealthcarePapers* 7, no. 3: 31.
- Campbell, Alexia, Rachel Rodin, Rhonda Kropp, Yang Mao, Zhiyong Hong, Julie Vachon, John Spika, and Louise Pelletier. "Risk of Severe Outcomes among Patients Admitted to Hospital with Pandemic (H1n1) Influenza." *Canadian Medical Association Journal*, no. 182 (2010): 349-55.
- Canada, Government of. "A 10-Year Plan to Strengthen Health Care." accessed December 2, 2021.

- <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/10-year-plan-strengthen-health-care.html>.
- . "The 2003 Accord on Health Care Renewal: A Progress Report." accessed December 1, 2021. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/2003-accord-health-care-renewal-progress.html>.
- . *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Planning Guidance for the Health Sector*. Ottawa: Minister of Health, 2018.
- . "Coronavirus Disease (Covid-19): Canada's Response." Government of Canada, accessed February 11, 2021. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse.html>.
- . "Evolution of Our Health Care System." accessed April 9, 2020. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>.
- . "Federal Emergency Preparedness and Response, Annex L." In *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2006.
- . "Patient Wait Times Guarantees." accessed December 2, 2021. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/quality-care/wait-times/patient-wait-times-guarantees.html>.
- . "The Role of Public Health Agency of Canada." Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/mandate/about-agency/mandate.html>.
- Canada, Health. "Canada's Health Care System." accessed April 9, 2020. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>.
- Canada, Liberal Party of. "Key Actions since 2015 to Build a Better Health Care System." accessed July 1, 2022. <https://liberal.ca/our-platform/key-actions-to-build-a-better-health-care-system-since-2015/>.
- Canada, Public Health Agency of. "Coronavirus Disease (Covid-19): Outbreak Update." accessed June 24, 2022. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html>.

- . *Executive Summary*. (Public Health Agency of Canada: 2010).
- . *Lessons Learned Review: Public Health Agency of Canada and Health Canada Response to the 2009 H1n1 Pandemic*. (November 2010).
- . Public Health Agency of Canada - Unpublished Data. 2020. Public Health Agency of Canada.
- CDC. "2019 Novel Coronavirus, Wuhan, China." accessed June 29, 2020.
<https://www.cdc.gov/csels/dls/locs/2020/outbreak-of-2019-novel-coronavirus-2019-ncov-in-wuhan-china.html>.
- Charlebois, Frédéric. "Quebec Government Documents Expose Its Disastrous Mishandling of Initial Pandemic Response." accessed July 1, 2022.
<https://www.wsws.org/en/articles/2020/12/30/queb-d30.html>.
- Crouch, Colin, and Maarten Keune. "Changing Dominant Practice: Making Use of Institutional Diversity in Hungary and the United Kingdom." Chap. 3 In *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, edited by Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, 84-85. New York: Oxford University Press, 2005.
- D'Sa, Premila. "Matt Greenshields Is the Star of Public Health Agency of Canada's Covid-19 Psa." *Huffpost*, June 28, 2020. https://www.huffpost.com/archive/ca/entry/covid-19-commercial-matt-greenshields_ca_5ef92d89c5b6ca970911634b.
- Deber, Raisa, Christopher W. McDougall, and Kumanan Wilson. "Financing and Delivering Public Health in Canada's Provinces and Territories: Approaches, Issues and Options." *A research paper prepared for the Public Health Agency of Canada* (2006).
- Dufour, Richard. "Who Is Stephen Harper, the Conservative Poised to Be Canada's Next Prime Minister?," accessed July 1, 2022. <https://www.wsws.org/en/articles/2006/01/harp-j20.html>.
- Embree, Joanne. "Pandemic 2009 (a)H1n1 Influenza (Swine Flu) — the Manitoba Experience." Canadian Science Publishing, accessed May 9, 2022.
<https://cdnsiencepub.com/doi/10.1139/O10-025>.
- Geddes, John. "Harper on Health Care: Hard to Make It a Vote-Driving Issue." accessed June 29, 2022. <https://www.macleans.ca/politics/ottawa/harper-on-health-care-hard-to-make-it-a-vote-driving-issue/>.
- Genest, Gabriel Blouin, Nathalie Burlone, Eric Champagne, Carl Eastin, and Claire Ogaranko.

- "Translating Covid-19 Emergency Plans into Policy: A Comparative Analysis of Three Canadian Provinces." *Policy Design and Practice* 4, no. 1 (2021): 119.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom. "We Are at a Critical Juncture in the Covid-19 Pandemic." World Health Organization, accessed May 20, 2021.
<https://www.facebook.com/watch/?v=359868048551718>.
- Giddens, Anthony. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- . *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1991.
- Gojovic, Marija Zivkovic, Beate Sander, David Fisman, Murray D. Krahn, and Chris T. Bauch. "Modelling Mitigation Strategies for Pandemic (H1n1) 2009." *Canadian Medical Association Journal*, no. 181 (2009): 673-80.
- Greenberg, Joshua, and Bernard Gauthier. "Canada Needs a Fresh Strategy for Pandemic Communication." *POLICY OPTIONS POLITIQUE*, February 1, 2021.
- Guardian, The. "Canada's Real Barbarism? Stephen Harper's Dismembering of the Country." accessed June 30, 2022. <https://www.theguardian.com/environment/true-north/2015/oct/14/canadas-real-barbarism-stephen-harpers-dismembering-of-the-country>.
- Hacker, Jacob S. "Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment." Chap. 2 In *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, edited by Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, 45-46. New York: Oxford University Press, 2005.
- Hall, Peter. *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- Head, Alastair Stark and Brian. "Institutional Amnesia and Public Policy." *Journal of European Public Policy* 26, no. 10 (2019): 1523-24.
- Health, The National Advisory Committee on SARS and Public. *Learning from Sars: Renewal of Public Health in Canada*. (Ottawa, Ontario: Health Canada, 2003).
- Immergut, Ellen, and Karen Anderson. "Historical Institutionalism and West European Politics." *West European Politics* 31, no. 1-2 (Jan-Mar 2008).
- Index, Global Health Security. "2019 Global Health Security Index ", accessed April, 28 2019.
<https://www.ghsindex.org/>.
- Information, Canadian Institute for Health. "Covid-19 Cases and Deaths among Health Care

- Workers in Canada." CIHI, accessed February 27, 2021. <https://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-in-health-care-workers-in-canada>.
- Jr., Donald G. McNeil. "Coronavirus Has Become a Pandemic, W.H.O. Says." *The New York Times*, March 11, 2020. <https://www.nytimes.com/2020/03/11/health/coronavirus-pandemic-who.html>.
- Kassam, Ashifa. "Justin Trudeau: The Rise and Fall of a Political Brand." accessed July 2, 2022. <https://www.theguardian.com/world/2019/aug/22/justin-trudeau-the-rise-and-fall-of-a-political-brand>.
- Kearon, Joanne, and Cathy Risdon. "The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the Covid-19 Pandemic in Canada." *Journal of Primary Care & Community Health* 11 (2020): 2.
- Kuipers, Sanneke. "Paths of the Past or the Road Ahead? Path Dependency and Policy Change in Two Continental European Welfare States." *Journal of Comparative Policy Analysis* 11, no. 2 (2009): 163-80.
- Lafrance, Laurent. "Canada: Quebec Establishment Hails Inadequate Response of Legault Government." accessed July 1, 2022. <https://www.wsws.org/en/articles/2020/03/21/coqu-m21.html>.
- Leung, Gabriel M., and Angus Nicoll. "Reflections on Pandemic (H1n1) 2009 and International Response." *PLoS Medicine* 7, no. 10 (October 2010): 4.
- Ma, Josephine, Linda Lew, and Lee Jeong-ho. "A Third of Coronavirus Cases May Be 'Silent Carriers', Classified Chinese Data Suggests." *South China Morning Post*, March 22, 2020. <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>.
- Mahoney, James, and Kathleen Thelen. "A Theory of Gradual Institutional Change." Chap. 1 In *Explaining Institutional Change Ambiguity, Agency, and Power*, 2-4. New York: Cambridge University Press, 2009.
- Maioni, Antonia. "Health Care Politics and Policy in Canada." In *One Issue, Two Voices, Issue Nine: Health Care in Crisis: The Drive for Health Reform in Canada and the United States*, 14. Washington and Toronto: Woodrow Wilson International Centre for Scholars, Canada Institute on North American Issues, 2008.

- Marshall, Michael. "The Lasting Misery of Coronavirus Long-Haulers." 339-41*Nature*, accessed February 20, 2021. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02598-6>.
- McGeer, Donald E. Low and Allison. "Pandemic (H1n1) 2009: Assessing the Response." *Canadian Medical Association Journal* 182, no. 17 (2010): 1877.
- Mehta, Diana. "Harper: 'Great Cause' of Child, Maternal Health a Priority for Canada." accessed July 1, 2022. <https://www.ctvnews.ca/politics/harper-great-cause-of-child-maternal-health-a-priority-for-canada-1.1795864>.
- Mesley, Wendy. "'I Was Made to Feel Belittled': Nurses Reveal Fears Working on Front Lines of Covid-19 Pandemic." *CBC News*, April 3, 2020. <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-nurses-protective-gear-1.5518900>.
- Nations, United. *Global Outlook 2000: An Economic, Social and Environmental Perspective*. S.I., 1990.
- News, CBC. "Manitoba First Nations Declare Swine Flu State of Emergency." accessed July 1, 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/manitoba-first-nations-declare-swine-flu-state-of-emergency-1.789163>.
- . "Ontario Hospital Staff Told to Ration Masks as Covid-19 Spreads." *CBC News*, March 26, 2020. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-mask-rationing-hospitals-1.5509731>.
- News, DW. "Coronavirus Latest: Who Says Health Care Workers Account for 10% of Global Infections." *DW News*, July 17, 2020. <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>.
- Newsroom, Ontario. "Ontario Responded Well to H1n1 Pandemic Says Chief Medical Officer of Health." accessed May 9, 2022.
- Oberlander, Jonathan. "Introduction: Covid-19: Politics, Inequalities, and Pandemic." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 45, no. 6 (2020).
- Officer, British Columbia's Provincial Health. *B.C. 'S Response to the H1n1 Pandemic*. (June 2010).
- Officer, The Chief Public Health. *A Vision to Transform Canada's Public Health System*. Public Health Agency of Canada (Ottawa: 2021).
- Organization, World Health. "World Health Day: High Level Debate Tackled Need for Improved International Health Security." accessed March 12, 2020. <https://www.who.int/world->

health-day/previous/2007/activities/global_event/en/.

- Palier, Bruno. "Ambiguous Agreement, Cumulative Change: French Social Policy in the 1990s." Chap. 5 In *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, edited by Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, 141-42. New York: Oxford University Press, 2005.
- Possamai, Mario. *A Time of Fear: How Canada Failed Our Health Care Workers and Mismanaged Covid-19* Canadian Federation of Nurses Union (Ottawa: 2020).
- Rabson, Mia. "Trudeau Promises Stockpile Policies Will Be Overhauled to Prevent Further Waste." *CBC News*, April 21, 2020. <https://www.cbc.ca/news/politics/trudeau-promises-better-stockpile-1.5539148>.
- Rosella, Laura C., Kumanan Wilson, Natasha S. Crowcroft, Anna Chu, Ross Upshur, Donald Willison, Shelley L. Deeks, *et al.* "Pandemic H1n1 in Canada and the Use of Evidence in Developing Public Health Policies - a Policy Analysis." *Social Science & Medicine*, no. 83 (2013): 3.
- Rust, George, Mollie Melbourne, Benedict I Truman, Elvan Daniels, Yvonne Fry-Johnson, and Thomas Curtin. "Role of the Primary Care Safety Net in Pandemic Influenza." *American Journal of Public Health* 99 (2009): S316-S24.
- S, Rahim-Jamal, Bhaloo T, and Quail P. "Developing a National Role Description for Medical Directors in Long-Term Care." *Can Fam Physician* 56 (2010): e30-35.
- Schwarz, Daniel G. Bausch and Lara. "Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy." *Neglected Tropical Diseases* 8, no. 7 (July 2014): 1-5.
- Scott, Ken. "Pandemic Influenza H1n1 2009 – the Canadian Experience." *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology* 17, no. 3 (2010): e360.
- Silnicki, Adrienne. "Are You Willing to Die for Public Health Care; Harper Is Willing to Bet You Aren't." accessed June, 29 2022. <https://conseildescanadiens.org/node/3820>.
- Sloane, Philip D., Jennifer K. MacFarquhar, Emily Sickbert-Bennett, C. Madeline Mitchell, Roger Akers, David J. Weber, and Kevin Howard. "Syndromic Surveillance for Emerging Infections in Office Practice Using Billing Data." *Annals of Family Medicine* 4, no. 4 (July/August 2006): 351-58.
- Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. *Canada's Response to the*

2009 H1n1 Influenza Pandemic. (Ottawa: Senate, December 2010).

Streeck, Wolfgang, and Kathleen Thelen. "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies." Chap. 1 In *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, 2-9. New York: Oxford University Press, 2005.

Tait, Carrie. "Roughly 13,000 Health Care Workers File Workplace Injury Claims Tied to Covid-19." *The Globe and Mail*, July 15, 2020.

<https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-roughly-13000-health-care-workers-file-workplace-injury-claims-tied/>.

Tam, Theresa. "Fifteen Years Post-Sars: Key Milestones in

Canada's Public Health Emergency Response." *Canada Communicable Disease Report* 44-5 (3 May 2018): 99.

Trampusch, Christine. "Institutional Resettlement: The Case of Early Retirement in Germany."

Chap. 8 In *Beyond Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, edited by Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, 203-04. New York: Oxford University Press, 2005.

Tuohy, Caroline. "The Reforms of the 1990s." In *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States*, 89. New York: Oxford University Press, 1999.

Tuohy, Carolyn Hughes. "Canada: Health Care Reform in Comparative Perspective." In *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*, edited by Theodore R. Marmor, Richard Freeman and Kieke G. H. Okma, 65: Yale University Press, 2009.

Twigg, John. "Covid-19 as a 'Critical Juncture': A Scoping Review." *Global Policy* (11 December 2020): 1.

Unions, Canadian Federation of Nurses. "In Memoriam: Canada's Health Care Workers Who Have Died of Covid-19." CFNU, accessed February 28, 2021. <https://nursesunions.ca/covid-memoriam/>.

Zhan, M. "Letter to the Editor: Death from Covid-19 of 23 Health Care Workers in China." *The New England Journal of Medicine* no. 382 (2020): 2267-68.

คำชู, ไชยวัฒน์. ระบบเศรษฐกิจการเมืองญี่ปุ่น: ความเปลี่ยนแปลงและความต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ:

โครงการสันติไมตรีไทย-ญี่ปุ่น, 2550.

เนื่องจางังค์, ไชยวัฒน์ คำชู และ นิธิ. การเมืองเปรียบเทียบ ทฤษฎี แนวคิด และกรณีศึกษา

(*Comparative Politics: Theories, Concepts & Case Studies*). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2559.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พรนภัส วรรณานุรักษ์
วัน เดือน ปี เกิด	8 กรกฎาคม 2534
สถานที่เกิด	นครศรีธรรมราช
วุฒิการศึกษา	รัฐศาสตรบัณฑิต สาขาการปกครอง เกียรตินิยมอันดับสอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY