

**ประชาสังคมไทยกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ:
พัฒนาการของทุนทางสังคมเพื่อการสร้างสังคมแห่งสุขภาพะ**
(Thai Civil Society and the Process of Health System Reform:
Evolving of Social Capital and the Development of Social Health)

โดย สุวจิ กู้ด

“Never doubt that a small group of thoughtful and committed citizens can change the world. Indeed it is the only thing that ever has.”
Margaret Mead.

บทนำ

แนวคิดและกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทย ทำให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ต่อการจัดการและดำเนินการในการสาธารณสุข ที่จะต้องคิดถึงสุขภาพในมิติใหม่ ที่เป็นทั้งเรื่องกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ/ปัญญา และเน้นไปที่การสร้างสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน จากหลักการและแนวคิดดังกล่าว ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มต้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องหลายส่วน ทั้งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สาธารณสุข นักวิชาการ ข้าราชการ นักการเมือง สถาบันเอกชน และองค์กรภาคประชาชน หรือประชาสังคม ซึ่งร่วมดำเนินการทั้งในการยกร่างกรอบความคิดของการปฏิรูป การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การสร้างภาคีเครือข่ายทั่วประเทศเพื่อผลักดันร่างพระราชบัญญัติให้เกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพแก่คนไทย และเพื่อการสร้างสุขภาพะในสังคมโดยรวม

ประชาสังคมเป็นทุนทางสังคมหนึ่ง ที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูป ซึ่งงานเขียนฉบับนี้พยายามสังเคราะห์ปรากฏการณ์ของการมีส่วนร่วมในเฉพาะภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และเปิดประเด็นสำคัญ เฉพาะส่วนที่จะมีประโยชน์ต่อการวางแผนเชิงนโยบายและวิสัยทัศน์ สำหรับการจัดการองค์ความรู้ วิจัย และ/หรือ จัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต ข้อเขียนนี้คงมีอาจจะเป็นข้อสรุปหรือยุติปัญหาข้อถกเถียงทางวิชาการหรือทางทฤษฎีของการมีส่วนร่วม หรือ ทฤษฎีประชาสังคม แต่อย่างใด ข้อเขียนนี้เป็นเพียงการเสนอแนวทางให้เห็นบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มุมมองที่สะท้อนการวางระบบปฏิรูปตามหลักการของการปฏิรูประบบสุขภาพ และความคาดหวังที่ภาคประชาสังคมมีต่อระบบสุขภาพที่เขาได้รับทราบเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปนี้เท่านั้น

1. แนวคิดและปรากฏการณ์ของประชาสังคมไทย (Concepts and Phenomenon of Civil Society in Thailand)

ประชาสังคม หรือ ประชาคม เป็นคำที่ถูกใช้เรียกโดยรวมๆ เพื่ออ้างถึงความเป็นกลุ่มหรือองค์กรประชาชน ซึ่งในประเทศไทยมีการนำคำสองคำนี้มาใช้สลับไปมา และนำมาใช้เป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาสังคม ปัญหาเกี่ยวกับแนวคิดที่สังคมไทยมีการถกเถียงกัน มีอยู่ในวง

ค่อนข้างจำกัด อย่างในงานของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (2540) “ประชาสังคมทรงสนะนักคิดในสังคมไทย” ที่พยายามสืบค้นความคิดของผู้นำทางความคิดในสังคมต่อการให้คำนิยามหรือความหมายต่อคำว่าประชาสังคมนี้ ทำให้เห็นปัญหาการคิดต่อเรื่อง ชุมชน สังคม ประชาคม และประชาสังคม ที่มีความแตกต่างหลากหลาย เช่น ในกรณีของนายแพทย์ประเวศ วสี ที่เป็นที่ยอมรับในสังคมอย่างมาก ให้แนวคิดที่ว่า ประชาสังคมคือชุมชนเข้มแข็ง คือกลุ่มคนที่มาจากการรวมตัวของห้าฝ่าย เป็น “เบญจภาคี” ได้แก่ นักธุรกิจ ผู้นำชุมชน นักวิชาการ ข้าราชการ และนักการเมือง ที่ร่วมกันเรียนรู้เป็น active learning ทางด้านอาจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ มองว่าประชาสังคมในเมืองไทยนั้นอาจจะยังไม่ใช่ประชาสังคม เพราะคนไทยยังใช้การต่อสู้แบบชุมชน หากเป็นประชาสังคมจริง ก็ต้องมีความสัมพันธ์และพื้นฐานทางสิทธิร่วมกัน รู้ว่าอะไรที่มีผลกระทบต่อตัวเราด้วยกัน ส่วนทางอาจารย์ชัยอนันต์ สมุทวณิชเองคิดว่า สังคมไทยหมายถึงทุกๆ ส่วนของสังคม ทั้งรัฐ เอกชน และประชาชน ซึ่งต่างจากตะวันตก เพราะ ประชาสังคมของตะวันตกจะต้องไม่รัฐเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นเรื่องของประชาชนล้วนๆ ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้ก็เห็นได้จาก กลุ่มองค์กรที่เรียกตัวเองว่าเป็นประชาคม ส่วนใหญ่ เป็นประชาคมระดับชุมชนที่มีภาครัฐเข้าไปจัดตั้งให้ด้วยความคิดที่จะยกระดับชุมชนให้เข้มแข็ง เป็นพื้นฐาน

ประเด็นหนึ่งที่แนวคิดเรื่องประชาสังคมในสังคมไทยมีสอดคล้องกัน คือการมีส่วนร่วม (participation) และการเป็นภาคีพันธมิตร (partnership) ซึ่งทั้งสองหลักการนั้นไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เบื้องลึกเบื้องหลังของความคิดนั้นว่ามาจากฐานคิดแบบใด ซึ่งในทางวิชาการตะวันตก อาจพอพิจารณาให้เห็นได้ว่า ฐานคิดเรื่อง civil society มาจากกลุ่มนักคิดทางการเมืองและประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกัน (ในขณะที่ของไทย เป็นเพียงการนำเอาความคิด และพยายามจะย่อยสลายความคิดให้ไปอยู่ในเนื้อหาของคนทำงานภาคประชาชน) อนึ่งต้องทำความเข้าใจเป็นเบื้องต้นว่า notions ของคำว่า civil society เป็นเรื่องที่อยู่ในที่สาธารณะ (public domain) ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับรัฐ กับการตลาด หรือ กับศาสนสถาน ไม่ใช่เรื่องที่ทำกันส่วนตัวใน private domain. ซึ่งถ้าโดยประเพณีนิยมแล้ว ประชาสังคมดั้งเดิมคือที่วัด แต่วัดไทยกับวัดฝรั่งก็ต่างกัน เพราะวัดฝรั่งทำหน้าที่เชื่อมหรืออยู่ระหว่างรัฐกับประชาชน อันเป็นหัวใจสำคัญของประชาสังคม ในแนวคิดแบบเสรีนิยม (Liberal) อย่าง Tocqueville กล่าว “ประชาสังคม คือ พื้นที่ (sphere) ส่วนหนึ่งเป็นอิสระ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและเอกชน” (Pateman, 1997) หรือ อย่าง Robert Putnam (ที่อาจารย์ประเวศมักอ้างถึง) จะกล่าวว่าเป็น “civic community” ชุมชน ประชาสังคม ที่ประกอบด้วยชุมชนของความเท่าเทียมทางการเมือง (political equality) มี เอกภาพ (solidarity) มีความไว้วางใจ (trust) และ มีความอดทนยอมรับ (tolerance) (Putnam, 1993)

หากจะพิจารณาแนวคิดเรื่องประชาสังคม ในลักษณะที่เป็นรูปแบบ (model) แล้ว Benjamin Barber (1999) ได้ให้ตัวอย่าง ideal-type ของ civil society ในสามลักษณะคือ ประชาสังคมแบบเสรีนิยม (libertarian model) แบบชุมชนนิยม (communitarian model) และแบบประชาธิปไตย (democratic model) ซึ่งบางแห่งเรียกแบบประชาธิปไตยว่าเป็นประชาสังคมแบบระหว่างกลาง (mediating model) แต่ละแบบมีความแตกต่างกันดังนี้

- ประชาสังคมแบบเสรีนิยม (libertarian model) คือประชาสังคมที่ประกอบด้วย รัฐ และ ประชาคม (civic) ซึ่งได้แก่คน/กลุ่มคนที่อยู่ในภาคเอกชน หรือไม่ยุ่งเกี่ยวกับรัฐ กลุ่มคนเหล่านี้มารวมตัวกัน ในลักษณะของความสัมพันธ์แบบคนเมือง (Gesellschaft) อยู่ในลักษณะกลุ่มองค์กรพลเมือง เป็นผู้ที่มีสิทธิออกเสียง เป็นผู้บริโภคร หรือใช้บริการของรัฐ การเคลื่อนไหวของคนกลุ่มนี้จะเป็นเพื่อประโยชน์เฉพาะกลุ่ม เน้นเสรีภาพในกลไกการตลาดที่จะทำให้ทุกคนมี self-reliance ซึ่งเป็นทางเลือกของปัจเจกบุคคล (individual choices)

- ประชาสังคมแบบชุมชนเป็นที่ตั้ง (communitarian model) คือประชาสังคมที่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจในการรวมกลุ่มสร้างความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นแบบพี่แบบน้อง แบบคนในสังคมแบบชนบท (gemeinschaft) การรวมกลุ่มกันเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสมาชิกและสังคมชุมชนทั้งหมด เน้นการร่วมมือกัน เพื่อการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ที่จะนำไปสู่ความสามารถในการกำหนดเรื่องต่างๆ ด้วยตัวเอง (self-determination) และมีอัตลักษณ์ (identity) ของตนเองเป็นกลุ่มหรือมีความหมายร่วมกัน

- ประชาสังคมแบบประชาธิปไตย (democratic) ประชาสังคมในลักษณะนี้ เน้นไปที่การเมืองของภาคประชาชนในฐานะที่เป็นพลเมือง (citizen) ที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันได้อย่างอิสระ มีพื้นที่ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ (free space) และได้รับการเคารพในสิทธินั้นจากคนทั่วไป ซึ่งในกรณีนี้ องค์ประกอบของประชาสังคม นั้นรวมประชาชนทั้งสังคม ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ ภาคเอกชน (private market) และภาคประชาชน (civic sector) พลเมืองในที่นี้เป็นทั้งผู้เชื่อมประสาน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวมร่วมกัน สมาชิกนั้นต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน และการเป็นสมาชิกนั้นเปิดกว้างสำหรับคนทั่วไปไม่จำกัดขอบเขต ทุกคนมีสิทธิเท่ากันในการมีส่วนร่วม เป้าหมายของการมีประชาสังคมแบบนี้ คือ ทำให้เกิดการอภิบาลกันเองในสังคม (self-governance) ให้เกิดสังคมที่ร่วมมือเอื้อหนุนกัน (collaborative society) และทำให้เกิด จรรยาของประชาคม (civic virtue) ประโยชน์โดยตรงที่จะได้รับคือประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง และการทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่มองประชาสังคมที่รวมเอาทั้ง public และ private sphere ไว้ด้วยกัน คือ กลุ่มสตรีนิยม (Feminist model) ที่มองว่าแนวคิดประชาสังคมส่วนใหญ่เป็นแนวคิดที่เป็นแบบยึดชายเป็นหลัก (Hanberger, 2001) ซึ่งมองว่า ปัญหาเรื่องความเท่าเทียมกันในระบอบประชาธิปไตยจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากสังคมยังไม่ให้ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ การมีประชาสังคม นั้นไม่ควรเน้นที่การต่อสู้เคลื่อนไหวที่เน้นการชนะและความรุนแรง แต่ควรเป็นการเคลื่อนไหวแบบมีสันติและอหิงสา ครอบคลุมเป็นอีก domain หนึ่งที่สำคัญของประชาสังคม นอกเหนือจากความเป็นพลเมือง ครอบคลุมทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่าง private และ public ที่จะทำให้เกิดความยุติธรรมในสังคมในทุกระดับ ตั้งแต่เคารพศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่แตกต่างกันในทุก

สถานะ เป้าหมายก็เพื่อให้เกิด social inclusion, gender-social inequality และสังคมที่เข้าใจ การเมืองที่มาในหลายรูปแบบทั้งภายในส่วนตัวและสังคมภายนอก

ในปรากฏการณ์ของไทย ประชาสังคม จะมีทุกรูปแบบผสมปนเปกันอยู่ บางกลุ่ม ประชาสังคม ดูเหมือนจะใช้แนวคิดเชิง communitarian แต่ในทางปฏิบัติกลับสะท้อนค่านิยมใน แบบ democratic หรือ feminist และในทางกลับกัน แบบแผนของประชาสังคมไทยจึงไม่อาจจัด อยู่ในแบบใดแบบหนึ่งได้ ในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพเช่นกัน จะพบว่า ลักษณะของการรวมกลุ่ม องค์การภาคประชาชน มีความหลากหลาย มีทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน กลุ่มวิชาชีพ ประชาชนทั่วไป กลไกของการปฏิรูปด้วยสมัชชาเองก็มีความหลากหลายในแต่ละระดับของสมัชชา สมัชชาพื้นที่บางแห่งดูเหมือนจะมีการรวมกลุ่มที่มาจากการทำงานของภาครัฐ ทำให้ไม่สามารถบอก ได้ว่าผู้เข้าร่วมเวทีต่างๆ นั้น เป็นประชาสังคมที่เข้าร่วมกระบวนการด้วยความสมัครใจหรือ อย่างไร เป้าหมายของการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายขององค์กรมีความหลากหลายผสมผสานในหลาย รูปแบบเข้าด้วยกัน ทั้งความต้องการในการพึ่งตนเอง กำหนดหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้ ให้มีความโปร่งใสในการทำงาน มีความเกื้อหนุนสมานฉันท์ซึ่งกันและกัน และดำเนินการอย่างสันติวิธี ซึ่งก็เป็นลักษณะเฉพาะของการสร้างประชาสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ไม่จำเป็นต้องตรง ตามแนวคิดที่เป็นสากล อย่างไรก็ตาม อาจตั้งคำถามได้ว่า การเป็นประชาสังคมของกลุ่มหรือ บุคคลต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปนั้นเกิดขึ้นแล้วจริงหรือ เกิดขึ้นในระดับใด และจะ นำไปสู่ความยั่งยืนหรือไม่

แต่ในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ประชาสังคมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะโดยอาสาสมัคร หรือจัดตั้ง โดยฝ่ายรัฐหรือองค์กรเอกชนต่างๆ ประชาสังคมนั้นได้สร้างประชาชนที่มีพลังอำนาจ (empowered people) ขึ้นแล้วในสังคมไทย ที่เริ่มมีความสนใจ ตระหนักรู้ และต้องการเรียกร้อง การมีส่วนร่วม การร่วมคิดร่วมแสดงออก ร่วมตัดสินใจต่อกิจการต่างๆ ที่มีผลกระทบ หรือ เกี่ยวข้องกับพวกเขา ในการปฏิรูประบบสุขภาพ และทิศทางของระบบสุขภาพย่อมต้องคำนึงถึง ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ในสังคมไทย

2. กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพกับการเชื่อมโยงทุนทางสังคมโดยผ่าน ประชาคม (Connecting Social Capital through Civil Society for Health System Process)

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยในช่วงระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา นั้น พบว่ามีการ สร้างและระดมเครือข่ายทางสังคมจำนวนมาก (จากการทำงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ที่เป็นองค์กรอิสระในกระทรวงสาธารณสุข) โดยที่กลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ปฏิรูปในหลากหลายรูปแบบ คือ เป็นทั้งภาคีพันธมิตรในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ เป็น

คณะทำงานเพื่อการจัดสมัชชา เป็นผู้เข้าร่วมสมัชชา และเป็นเครือข่ายภาคีเพื่อสร้างสุขภาพ เป็นต้น กระบวนการสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมคือ การมีเวทีสมัชชา ซึ่งทำให้องค์กรภาคประชาชน หน่วยงานของรัฐ (ทั้งที่เป็นข้าราชการประจำและนักการเมือง) กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มอื่นๆ ได้เข้ามาเป็น partnership ร่วมกันในการ “สร้างสุขภาพ” ตามแนวทางหรือกรอบความคิดในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ องค์การภาคประชาชนที่เข้าร่วมในกระบวนการปฏิรูปที่ผ่านมานั้นแสดงให้เห็นความรู้ความสามารถในการคิด การสื่อสาร และการเป็นวิทยากร ให้กับเวทีสมัชชา เช่นกลุ่มนิเวศการเมือง (คือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมกับการเมือง) ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญในการนำประเด็นด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการทำงานแบบหา “พันธมิตรข้ามชนชั้น” (cross-class based partnership) เพื่อให้เกิดระบบที่เป็นมิตร (friendly system) ในการดำเนินการเพื่อให้เกิดสุขภาพในสังคม ผู้มีส่วนร่วมมาหลายภาคส่วน (multiple actors) มากทั้งที่เป็นกลุ่มและบุคคล ผู้ที่เป็น actors มีทุนทางสังคมพอสมควรที่จะสร้างพลังในการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มองค์กรหรือบุคคลที่เคยผ่านเวทีการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ ในภาคชุมชนจะได้เปรียบตรงที่มีวิสัยทัศน์ วิธียอมรับปัญหาที่เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง บทบาทรัฐ กับปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนโดยเฉพาะสุขภาพ ซึ่งทำให้เขาเล็งเห็นความสำคัญของการเป็นพันธมิตรร่วม ซึ่งในกระบวนการเองพยายามทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกระดับและข้ามชนชั้นทั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชนทั่วไป

เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นพื้นที่ที่สมาชิกเครือข่ายเข้าไปมีส่วนร่วมในการคิดและดำเนินการ เพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ **เวทีสมัชชาสุขภาพจึงเปรียบเสมือน** institutionalization of participation (เหมือนกับที่เกิดขึ้นในการทำสมัชชาในระดับสากล) โดยนำการมีส่วนร่วมของประชาชนบรรจุไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ และสมัชชาถูกกำหนดให้เป็นกลไกสำคัญหรือหัวใจในการติดตามผลการปฏิบัติงานตามนโยบายและเป็นเวทีเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยมีประชาสังคมในหลายส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามประเมิน ตรวจสอบระบบสุขภาพทุกๆ ด้านที่ระบุไว้ในมาตราต่างๆ ซึ่งโดยตามสิทธิในระบอบประชาธิปไตย (democratic rights) การมีส่วนร่วมในที่สาธารณะ (public participation) เช่นในเวทีสมัชชานั้น ถือว่าเป็นสิทธิอันชอบธรรม การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคมและเทคโนโลยีวิธีการ (เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีพันธมิตร) ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงในเชิงสถาบันร่วมด้วย โดยเฉพาะการสร้างสถาบันที่ยอมรับค่านิยมและบรรทัดฐานของสิทธิในการมีส่วนร่วมในฐานะของระบอบประชาธิปไตย

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยผ่านกลไกสมัชชานั้น จัดว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวที่อยู่บนพื้นฐานความคิดสองเรื่องหลักด้วยกันคือ 1) สุขภาพเป็นเรื่องของสิทธิ 2) สุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องสร้าง ในประเด็นที่มองการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปเป็น **กระบวนการเคลื่อนไหวที่อยู่บนฐานคิดเรื่องสิทธิ** (right-based movement) นั้นอาจจะตั้งคำถามได้ว่า สิทธิทางสุขภาพได้ถูกอ้างอิงถึงอย่างไร ประชาคมเข้าใจว่าสิทธิคือหัวใจของการปฏิรูปหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า rhetoric ที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูปนั้นเน้นเรื่อง**การสร้าง**

สุขภาพ มากกว่าเรื่องสิทธิ ในเบื้องต้นของการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการปฏิรูปนั้น ประชาคมได้มีส่วนร่วมในการร่างพ.ร.บ.สุขภาพ ซึ่งเป็นการระดมความคิด พูดคุย ทำประชาพิจารณ์เพื่อให้เกิด **สิทธิทางสุขภาพ** ในกลุ่มคนต่างๆ ทั้งผู้หญิง ผู้พิการ เด็ก คนในศาสนาต่างๆ กลุ่มที่เคยเสียโอกาสหรือได้รับความดูแลน้อยจากระบบสุขภาพเดิม ได้มีการเรียกร้องความชอบธรรมในการได้มาซึ่งสิทธิทางสุขภาพ การทำ institutionalization เรื่องสิทธิผ่านพระราชบัญญัติ เช่นนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่เคยเสียโอกาสหรือได้รับโอกาสน้อย ได้มี political and social assets ต่อการจัดการระบบสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องกระทบกับโครงสร้างและการเปลี่ยนแปลงในสถาบันการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีอำนาจหลัก (hegemonic power) ประชาชนทั่วไปในการ ดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานและค่านิยมใหม่ในการดูแลสุขภาพ

อย่างไรก็ตามประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะความรู้ในเชิงเทคนิคและข้อมูลทางการแพทย์ ที่ประชาสังคมเองก็ยอมรับว่าไม่สามารถทำให้เกิดความเท่าเทียมกันได้ และผู้ป่วยเองก็ต้องพึ่งแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะมีความพยายามผลักดันให้เกิดการพึ่งตนเองก่อนพึ่งแพทย์โดยเฉพาะด้วยการสร้างสุขภาพ ซึ่งต้องโยงไปถึงเรื่องอื่นๆ ที่จะป้อนปัจจัยเอื้อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม เกิดขึ้นในสังคมส่วนใหญ่ นั้นหมายถึงการเข้าไปร่วมในการคิดพิจารณานโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ หรือชีวิตความเป็นอยู่ของคนทั้งประเทศ

ในมุมมองที่พิจารณาว่า การเคลื่อนไหวในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพเป็น**กระบวนการสร้างสุขภาพ** จะพบว่า มีประชาคม ชุมชน เครือข่าย และมีหน่วยงานองค์กร อิสระอื่นๆ อีกจำนวนมากที่มีกิจกรรมในการสร้างสุขภาพ (โดยเฉพาะทางกาย) ในสังคม เป็นชมรมเครือข่ายสุขภาพ เป็นกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้มีจำนวนมากที่อยู่นอกกรอบของเวทีสมัชชาส่วนใหญ่ อยู่ในพื้นที่สาธารณะที่ค่อนข้างหลากหลายและกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ หลายกลุ่มคน บางกลุ่มบางบุคคลร่วมกระบวนการดังกล่าวด้วยอิทธิพลจากค่านิยมที่ถูกสร้างขึ้นในสังคม ด้วยสื่อ และการตลาดทางสังคม (social marketing) บางกลุ่มบางชุมชนอาจดำเนินการในเรื่องนี้เนื่องจากเป็นนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จากหน่วยงานต่างๆ การทำความเข้าใจกับภาคส่วนต่างๆ จะเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินการว่า หากจะให้เกิดกระบวนการสร้างสุขภาพจริงๆ แล้ว เราต้อง *institutionalize* **สุขภาพ** และ**กระบวนการ**ที่ทำให้เกิดสุขภาพหรือไม่ ซึ่งน่าจะได้มีการศึกษาต่อไป

ในมุมมองดังกล่าวจะเห็นประเด็นที่ต่างกันของกระบวนการปฏิรูปสุขภาพว่า ส่วนหนึ่งกระบวนการปฏิรูปเป็นกระบวนการทางการเมืองที่เรียกร้องให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่จะทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ อีกด้านหนึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อให้เกิด public concern and awareness ต่อการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม และวัฒนธรรมไปพร้อมๆ กัน เพราะฉะนั้นรูปแบบและองค์ประกอบของภาคีพันธมิตร ในภาคประชาสังคมจึงมีความแตกต่างกัน

ในการใช้ประชาสังคมเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยเฉพาะในการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพ อาจถือได้ว่า**ประชาสังคม**เป็น**ทุนที่สำคัญ** โดยเฉพาะ**ทุนในด้านการ**

สร้างความชอบธรรมในสังคม “legitimacy capital” (Dryzek, 2000; Farazmand, 1999; Hanberger, 1997) เพื่อให้เห็นกระบวนการมีส่วนร่วม และ การเป็นภาคีเครือข่าย

แต่ในการขับเคลื่อนทางสังคมและวัฒนธรรมที่นำไปสู่การสร้างสุขภาวนั้น ต้องอาศัย การมีส่วนร่วม การเป็นภาคี และ การใช้ทุนทางสังคม (social capital) ผสมผสานกับ กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้จะเน้นไปที่การลองผิดลองถูกร่วมกัน (collective experiment) โดยไม่ใช้การสั่งการ (prescription) ในความเป็นจริงสังคมยังมีการแบ่งช่วงชั้นทางสังคม การที่ actor แต่ละคน จะแสดงออกหรือให้ข้อมูลข่าวสารอะไร แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างไร นั้นยังอยู่ในกรอบที่ตัวเองคุ้นเคย การจะก้าวพ้นกรอบเดิมที่มีอยู่นั้นยังทำได้ยาก สถานภาพของ บุคคลยังเป็นอุปสรรคในการสร้างเครือข่ายที่จะทำงานประสานกันอย่างเคารพในความเป็นสมาชิก อย่างเท่าเทียมกัน ก้าวต่อไปของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นยังคงต้องสร้างวัฒนธรรม แห่งการเคารพความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน และให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

ปัญหาหนึ่งคือ ทำอย่างไรเราจะสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันอย่างไม่มีการแบ่งช่วงชั้น ทางสังคม ด้วยกระบวนการเรียนรู้จากการกระทำ (action-learning process) ได้หรือไม่ ทำ อย่่างไรเราจะสร้างค่านิยม บรรทัดฐาน และการปฏิบัติที่ทำให้คนเห็นคุณค่าของกันและกัน เพื่อให้ เกิด new form of local governance (Johnson and Wilson, 2000) โดยหลักการของ civil society แล้ว องค์ประกอบอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือ การสร้างความเชื่อใจในกันและกัน (trust) จากกลุ่มคนที่มาจากหลากหลายภูมิหลัง

การมีภาคีเครือข่าย และสร้าง civic engagement ให้เกิดขึ้นในการปฏิรูประบบ สุขภาพ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างทุนทางสังคม ให้เกิด social participation จากคนที่ หลากหลาย โดยเฉพาะในการสร้างสุขภาพ การสร้างความไว้วางใจ (trust) เป็นตัวเชื่อม สำคัญที่จะทำให้เครือข่ายองค์กร ประชาสังคมอยู่ร่วมขบวนการต่อไปอย่างยั่งยืน ความไว้วางใจเชื่อ ใจจึงควรจะเกิดขึ้นทั้งในระดับสถาบัน รัฐ สังคมทั่วไป

กระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิรูปสุขภาพได้จุดประกายให้ประชาชนจำนวนหนึ่ง เห็น ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางกฎหมาย และนโยบาย ทางด้านสุขภาพ ซึ่ง ทำให้เกิดการคาดหวังว่า จะมีนโยบายในลักษณะที่เป็น deliberative policy คือนโยบายที่ได้ ผ่านการถกเถียงพูดคุยกับประชาชนก่อนจะมีการตัดสินใจ ทั้งนี้นโยบายลักษณะเช่นนี้ไม่เพียงแต่ การใช้ตัวแทนเพื่อไปมีส่วนร่วม (representative) แต่ต้องมีพื้นที่ให้มีการถกเถียงในวงกว้างและ โดยตรงระหว่างประชาชนกับกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนาการและการเติบโตของประชาสังคมและกลุ่มภาคีในการปฏิรูประบบ สุขภาพ (Growth and Development of Civil Society for Health)

เมื่อเปรียบเทียบกับตัวอย่างพัฒนาการการเคลื่อนไหวของสมัชชาคนจน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึงปัจจุบัน การเคลื่อนไหวของสมัชชาคนจนเป็นแบบเครือข่าย ไม่ใช้การเคลื่อนไหวจาก องค์กร หรือสถาบันในโครงสร้างสังคมของภาครัฐหรือเอกชน คนที่เคลื่อนไหวไม่ใช่แค่ชาวนา แต่

เป็นเกษตรชนบท สำหรับสมัชชาสุขภาพ การเคลื่อนไหวเริ่มต้นที่การมีเจ้าภาพที่เป็นสถาบัน คือ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นผู้ขับเคลื่อนสำคัญแล้วชักชวนบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบันทั้งภาครัฐและเอกชน มาเป็นภาคีร่วมประสาน หรือ “ภาคีพันธมิตร” ซึ่งทำให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปจะมีทิศทาง มีเป้าหมาย มีพลัง หากแต่สามารถตั้งคำถามต่อไปอีกว่า ทิศทาง เป้าหมาย และพลังนั้น จะยั่งยืนหรือไม่ เพียงใด ด้วยกลไกอะไร นอกจากนั้นเงื่อนไขของการเป็นสมัชชาในระดับต่างๆ มีความสำคัญอย่างไร สมัชชาพื้นที่ สมัชชาเฉพาะประเด็น หรือ สมัชชาชาติ มีความต่างและศักยภาพในการขับเคลื่อนอย่างไร

การมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้เกิดความคาดหวังต่อสาธารณะชนค่อนข้างมากต่อผลสัมฤทธิ์ที่จะเกิดขึ้นจากการนำเสนอในเวทีดังกล่าว คำว่า “แห่งชาติ” เป็นปัญหาหรือไม่ ต่อการอ้างอิง (claim) ว่าเป็นเจ้าของ (ร่วมกัน หรือใครร่วมกับใคร รัฐกับประชาชน หรือ รัฐอย่างเดียว) พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอนาคตจะต้องมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในกระบวนการที่ผ่านมา เพื่อให้การมีส่วนร่วมและการเป็นภาคีทางสุขภาพนั้นเกิดขึ้นอย่างแท้จริง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังมีความจำเป็นต่อสาธารณะ เพื่อให้มีพื้นที่ในนำเสนอระดับนโยบาย และดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางสุขภาพของประชาชน

ภาคีในระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับจังหวัด มีพัฒนาการที่ค่อนข้างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับศักยภาพของชุมชนและจังหวัด ประกอบกับคุณสมบัติของแกนนำ ในภาคีเหล่านี้ พบว่าประชาชนมีการขับเคลื่อนไปสู่การเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในระดับหนึ่ง เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพร่วมกัน เช่นภาคีที่ทำงานในด้านเกษตรปลอดสารพิษ เครือข่ายสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายลุ่มน้ำ ซึ่งการดำเนินการที่ขยายผลต่อไปได้นี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้มีปฏิสัมพันธ์ในเวทีสมัชชา แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว ภาคีเหล่านี้มีทุนเดิมจากการทำงานมาหลายสิบปีในการเคลื่อนไหวต่อภาครัฐ การเข้ามาเป็นภาคีร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพทั้งระดับจังหวัดหรือพื้นที่นั้นเป็นเพียงการเชื่อมประเด็นที่เขาเคยทำอยู่เดิมให้เข้ากับเรื่องการสร้างสุขภาพ หรือทำให้ตระหนักเห็นความสำคัญต่อมิติทางสุขภาพในงานที่เขาดำเนินการอยู่ เครือข่ายลักษณะนี้มีอยู่เป็นจำนวนมาก

ในกรณีของเครือข่ายผู้ป่วยหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขนั้น ยังมีอยู่ในวงจำกัด การดำเนินการของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหนึ่งในตัวอย่างของการทำงานที่ครอบคลุมประเด็นหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสร้างจิตสำนึกใหม่ให้กับคนในสังคม ในการเข้าใจในสิทธิในการได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประเด็นเรื่องสิทธิทางสุขภาพและสิทธิในการได้รับบริการที่เป็นมากกว่าการรอรับบริการ (passive receiver) มาเป็นการรับบริการอย่างถูกต้อง เหมาะสม และได้รับความเป็นธรรม ภาคีพันธมิตรระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางสาธารณสุขนั้นอาจเป็นอีกหนึ่งภาคีที่จะต้องให้ความสำคัญในระบบสุขภาพในอนาคต

การมีกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในภาคประชาชน ทั้งการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายหรือระดับปฏิบัติ อาจกลายเป็นการสร้างความชอบธรรมทางการเมืองไปโดยปริยาย หากสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองไม่เอื้อให้เกิดการยอมรับข้อเสนอแนะของกลุ่มคนที่แตกต่าง

หลากหลาย หรืออยู่นอกระบบวิชาการ วิชาชีพ หรือสถาบัน ความรู้จากภาคประชาชนยังต้องถูกสถาปนาให้ได้รับการยอมรับต่อสังคมต่อไปเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการร่วมกันเพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ ในระบบสุขภาพบริบทใหม่นี้

4. อนาคตของระบบสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของประชาสังคมไทย (Future of Thai Civil Society in Reformation for Healthy Society)

ระบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตคงจะต้องคำนึงถึง บริบทใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมที่ประชาชนได้รับการสร้างพลังอำนาจ (empowered) และชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาไปสู่ชุมชนเข้มแข็งแล้วนั้น การปฏิบัติการทางสังคมไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน จะต้องเริ่มคำนึงถึงความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะความต้องการอย่างที่ไม่ใช่เป็น passive recipient แต่เป็น **ความต้องการของประชาชนในฐานะที่เป็น active participants** ซึ่งในบริบทสังคมที่ประชาสังคม มีความต้องการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ทั้งการมีส่วนร่วมโดยตรงและทางอ้อม (และจะมีแนวโน้มเป็นการมีส่วนร่วมทางตรงมากขึ้น) ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะเป็นระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว การปฏิบัติการที่ขัดแย้งกับหลักการดังกล่าวอาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งและสร้างข้อขัดแย้งระหว่างประชาคมเอกชนและภาครัฐ โดยเฉพาะกับกลุ่มองค์กรภาคประชาชนที่มีแนวคิดที่ชัดเจน ในหลายพื้นที่ของชุมชนหมู่บ้าน ประชาชนจะเริ่มถามคำถามต่อการดำเนินงานของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของเขา โดยเฉพาะเมื่อการตัดสินใจในระดับนโยบายไม่ผ่านการปรึกษาหารือ หรือผ่านกระบวนการทำประชาพิจารณ์ ถึงแม้บางแห่งอาจมองอย่างสิ้นหวังและปล่อยใหรัฐกระทำ อีกหลายชุมชนมีความพยายามหาช่องทางที่จะทวงถามสิทธิของเขาต่อไป ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นความสำเร็จด้านหนึ่งของการพัฒนาประเทศที่ทำให้ประชาชนในระดับรากหญ้ากล้าคิดถามและกระทำการเพื่อปกป้องพิทักษ์สิทธิของตน ซึ่งทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่อาจมองข้ามประเด็นนี้ไปได้

การมีส่วนร่วมของประชาชนในสังคมเมืองเองก็พบว่ามีการปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมที่เกิดจากปัจเจกชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในทางตรง เช่น การแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆตามหนังสือพิมพ์ หรือ โทรทัศน์ หรือร่วมโหวตในประเด็นที่สนใจ (issue based civic engagement) ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นการเติบโตและพัฒนาการของภาคประชาชนเองที่มี civic consciousness มากขึ้นกว่าในอดีต สื่อมวลชนและวงการธุรกิจอาจเป็นตัวกระตุ้นเร้าที่สำคัญ ให้เกิด interactive learning and participation ในสื่อสาธารณะ ระบบสาธารณสุขเองจะต้องสร้างระบบ interactive participation ให้คนทั่วไปได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการวางแผนนโยบายเพื่อการจัดการด้านสาธารณสุข เช่นในประเด็นเรื่อง เมาไม่ขับ ให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นในสื่อสาธารณะ วิทยุ โทรทัศน์ web-board หรือส่งไปรษณีย์ เป็นต้น การใช้สื่อสาธารณะเพื่อให้เกิด civic engagement เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องจะมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างการมีส่วนร่วม โดยที่สื่อเหล่านั้นไม่ควรถูกใช้เป็นเพียงแค่ new

release agent (ทั้งนี้รูปแบบการนำเสนอสื่อในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก และการแสดงความคิดเห็นด้วยการพูดผ่านสื่อกำลังเป็นที่นิยมของประชาชน)

การกำหนดทิศทางหรือนโยบายของระบบสุขภาพในอนาคตคงจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่จะต้องมีการปรึกษาพูดคุย (consult) ถกประเด็น (deliberate) และต่อรอง (negotiate) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ซึ่งทักษะต่อการมอง stakeholder ควรเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยใช้ผู้เชี่ยวชาญไปวิเคราะห์ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ผู้เชี่ยวชาญเลือกกว่าเป็นใคร เนื่องจากในหลักแนวคิดของประชาสังคมแล้ว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้นหมายถึงคนทุกคน และผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นนั้นต้องถือว่าเป็น องค์กรอิสระ (free agents) และเป็นพลเมืองที่เท่าเทียมกัน (equal citizen) ซึ่งหมายถึงความตระหนักจากทุกภาคส่วนว่าทุกคนมีศักดิ์และสิทธิเท่าเทียมกัน

นอกจากนั้นการวางระบบสุขภาพควรคำนึงถึง Partnership และ Synergy ที่ควรจะมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาคม (state-civil society) ซึ่งในกรณีของประเทศไทยแล้ว กระบวนการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ พลวัตทางการเมือง เพราะการเป็นพันธมิตรมีความเปราะบาง และไม่ค่อยมีตัวตน อย่างไรก็ตาม partnership เป็นเรื่องที่ดี และเป็นเรื่องที่ทำให้ลดภาวะการถูกแบ่งแยกจากสังคม (social exclusion) ของคนในกลุ่มที่ไม่ได้รับโอกาส และลดความรู้สึกแบบแยกส่วน (defragmentation) ของภาครัฐ ส่วนบุคคล และองค์กร เนื่องจากการเป็นภาคีนั้นมักมีแนวโน้มที่จะลดช่องว่างทางสังคม (potential to transcend social divides) โดยเฉพาะในความสัมพันธ์ของผู้มีอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่นภาคีผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มี(ควรจะมี)ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยกับญาติ ซึ่งในกรณีประชาคมเรื่องสุขภาพแล้ว แพทย์และผู้เชี่ยวชาญย่อมมีอำนาจมากกว่าบุคคลทั่วไป เป็นอำนาจที่มาจากความรู้ เทคนิค และสถานภาพในสังคม ซึ่งประชาคมต่างๆ ในสังคมไทยยังยอมรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจนี้อยู่ และไม่คิดว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนจะไปลดทอนอำนาจนั้นลงแต่อย่างใด เพียงแต่หากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของทุกคนเท่าเทียมกัน เห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในตัวผู้ป่วยหรือประชาชนที่ติดต่อด้วย ก็จะทำให้ระบบสุขภาพนั้นเป็นที่น่าพอใจยิ่งขึ้น และหากบุคลากรเหล่านั้นได้มาร่วมเป็นภาคีเดียวกัน ระบบสุขภาพนั้นน่าจะเป็นระบบที่พึงประสงค์มากขึ้น

ระบบสุขภาพ ตามคำนิยามมิติสุขภาพที่เพิ่มสุขภาพทางสังคม ระบบสุขภาพในรูปแบบใหม่นี้จึงควรเป็น ระบบที่จะสร้างสุขภาวะในสังคม หรือ สร้างสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะไปพร้อมๆ กัน ซึ่งในการสร้างสุขภาวะในลักษณะดังกล่าวต้องสร้างจาก “ทุนทางสังคม” ทั้งในระดับ macro meso และ micro สมการหนึ่งของการคิดเรื่องทุนทางสังคมของ Putnam (1993) คือ การจะสร้างสังคมให้มีทุนทางสังคมขึ้นมาได้นั้นต้องประกอบไปด้วยปัจจัยสามประการคือ เป็นสังคมที่ มีการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมสูง (high civic-engagement) มีการมีส่วนร่วมทางสังคมจากกลุ่มกิจกรรมที่หลากหลายของประชาสังคม (high social participation in diverse collective activities of civil society) และมีความไว้วางใจเชื่อมั่นในคนอื่นสูง (high level of general trust to other people) โดยเฉพาะความเชื่อมั่นต่อสถาบัน (institutional trust) ที่มีความรับผิดชอบต่อ

สาธารณะประโยชน์ และองค์ประกอบที่สำคัญคือ โครงสร้างสังคมและความเท่าเทียมทาง การเมืองที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพลเมืองด้วยกัน ซึ่งในกรณีนี้สอดคล้อง กับหลักการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ที่เป็นสากลด้วย

5. ข้อคิดสำหรับการวางกรอบพันธกิจและวิสัยทัศน์

1. การจัดระบบสุขภาพที่อิงพื้นฐานความคิดเรื่อง “สิทธิสุขภาพ” ซึ่งทั้งผู้ให้บริการในงาน การแพทย์และสาธารณสุขควรได้มีการเรียนรู้และยอมรับหลักการสำคัญที่เกี่ยวกับสิทธิ สุขภาพ และมีการขยายความเข้าใจไปสู่ผู้เกี่ยวข้องในส่วนอื่นๆ ที่จะร่วมมือในการสร้าง สังคมแห่งสุขภาพ
2. การจัดระบบสุขภาพที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในหลายๆ รูปแบบทั้งในเชิงนโยบาย ภาคปฏิบัติ ระดับบุคคลและสถาบัน ที่ผ่านมานั้นการมีส่วนร่วม มักจะแบบ instrumental คือได้เข้าร่วม มากกว่าร่วมคิดร่วมทำร่วมตัดสินใจ การมีส่วน ร่วมของประชาชน อาจเป็นได้ทั้งโดยการผ่านตัวแทนระดับองค์กรภาคประชาชน หรือให้ มีส่วนร่วมโดยตรงโดยผ่านช่องทางในเวทีสมัชชา หรือสื่อสาธารณะ ต่อประเด็นที่ ประชาชนควรมีส่วนร่วมได้ (ตัวอย่างเช่น การออกมาตรการควบคุมการเมาไม่ขับที่มีการ ปรับ ควรจะได้รับการ deliberate กับคนในสังคมร่วมด้วย เช่นผ่านสื่อ จส. 100)
3. การสร้างระบบสุขภาพที่มีองค์กร/เครือข่ายภาคประชาชน และเอกชน เป็นภาคี (partnership) ในการสร้างสุขภาพในอนาคต การเป็นภาคีในที่นี้ควรคำนึงถึงความเป็น ภาคีที่ต่อเนื่องและมีระยะเวลายาวนาน พอสมควร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการทำงาน บนพื้นฐานประชาธิปไตย การทำงานแบบเป็นภาคีเครือข่ายนั้นก็ย่อมต้องคำนึงถึง การเคารพในความเท่าเทียมและเสมอภาคในการรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่า ความคิดเห็นนั้นเป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์หรือ ความรู้ที่เกิดจาก ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือ ประสบการณ์ของบุคคล
4. ระบบสุขภาพในอนาคต(ตามแนวทางนี้) อาจมีความจำเป็นที่จะสร้าง agency ที่เป็น สื่อกลางประสาน ประชาคมเครือข่าย ซึ่งอาจเป็นหน่วย กลุ่ม หรือ สื่อสาธารณะ ที่จะ ทำให้เกิด synergy ของการทำงานร่วมกันในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆ ด้าน และ หน่วยนั้นก็คงจะไม่ได้ทำหน้าที่เพียงเป็น news release agents หรือ public relation agency แต่เป็นสื่อกลางของการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะหรือแสดงผลของการ ติดตามเฝ้าระวัง
5. การสร้าง social capital ในระบบสุขภาพ ในระบบเดิมกระทรวงสาธารณสุขมีทุนทาง สังคมที่สำคัญคือผู้เชี่ยวชาญ บุคลากร และเจ้าหน้าที่ในสังกัด ประกอบกับ บุคลากรภาค ประชาชนที่ได้รับการส่งเสริมให้เป็น อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นพลังทางสังคมที่สำคัญอย่างมากหากสร้างให้เกิดจิตสำนึกร่วมใน

การสร้างสุขภาพแก่สังคม โดยไม่แบ่งแยกชั้นวรรณะ และระบบในอนาคตอาจจะต้องคำนึงถึงการลงทุนในการลงทุนทางสังคม (social investment) ในลักษณะใหม่ ไม่ใช่เพื่อใช้เขาเป็นเครื่องมือของระบบ แต่เป็นผู้ที่มีความคิดความสามารถ เป็น actors หนึ่งของระบบ และสร้าง civic engagement ให้ทำเพื่อส่วนรวม เช่น การมองธุรกิจภาคเอกชน ที่ทำธุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน health spa หรือ หมอพื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนั้นเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ก็ควรได้รับการยอมรับเข้ามาเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับระบบสุขภาพ เช่น เครือข่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค (ซึ่งอาจเป็นผู้ให้ความรู้แก่สังคมต่อโรคนั้นได้ดี อยู่ในฐานะเป็น health advocate ที่ช่วยในงาน health promotion หรือ health education ได้เป็นอย่างดี) หรือ เครือข่ายสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ (ซึ่งอาจเป็นพลังผลักดันสำคัญให้เกิดการประสานร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอีกด้วย)

6. ระบบสุขภาพในมิติใหม่ ต้องคำนึงถึงภาระของผู้เกี่ยวข้องในระบบทั้งระบบว่า งานสาธารณะสุขนั้น เป็นทั้ง หน้าที่ (duty) และคุณธรรม (moral obligation) ไปพร้อมๆ กัน ผู้ผลิตบุคลากร และหน่วยงานที่สร้างบุคลากรในระบบสาธารณะสุขนั้น ควรสร้างบุคลากรที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในระบบนี้ทำงานในฐานะที่เป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสังคม (social responsible agencies) ซึ่งจะช่วยสร้างให้เกิด “วงจรแห่งคุณธรรม” (virtuous circle) เพื่อลบล้างปัญหาวิธีคิดแบบวงจรอุบาท (vicious circle) ของความโง่ จน และเจ็บ มาสู่ วงจรของการ สร้างสุขภาพอย่างมีคุณธรรมเป็นที่ตั้งและนำไปสู่สุขภาวะทางปัญญาญาณ (Wisdom health) ที่เป็นทั้งเป้าหมาย (goal) และวิธีการ (means) ที่จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ด้วยการมีสัมมาทิฐิ สัมมาปฏิบัติ สัมมาอาชีวะ เป็นเบื้องต้น

เอกสารอ้างอิง

- ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาดการณ์ไกล (2540) บรรณาธิการ ประชาสังคม: ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย สำนักพิมพ์มติชน กรุงเทพฯ
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2540) บรรณาธิการ ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพบทวิเคราะห์ทางวิชาการ โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- Barber, B. (1999) “Clansmen, consumers, and citizens: Three takes on civil society” In R.K. Fullinwider (ed.) Civil Society, Democracy and Civic Renewal, (pp.9-29) Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Benhabib, S. (1996) (ed.) Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Dryzek, J.S. (1990) Deliberative Democracy and Beyond: Liberals, Critics, and Contestations. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Farazmand, A. (1999) "*The Elite question: toward a normative elite theory of organization*," Administration and Society, 31:321-360.
- Gregory, A. (2000) "*Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory*," Evaluation, 6:179-199
- Johnson, C. and Forsyth, T. (2002) "*In the Eyes of the State: Negotiating a "Rights-based Approach" to Forest Conservation in Thailand*," World Development, 30:9: 1591-1605.
- Johnson, H. and Wilson, G. (2000) "*Biting the Bullet: Civic Society, Social Learning and the Transformation of Local Governance*," World Development, 28:11: 1891-1906.
- Hanberger, A. (1997) *Prospects for Local Politics: A Historical Policy Analysis of the Interplay of Public Policy and Legitimacy* (Thesis summary) Department of Political Science, Umea University.
- Hanberger, A. (2001) "*Policy and Program Evaluation, Civil Society, and Democracy*," American Journal of Evaluation, 22:2: 211-228.
- Lindstrom, Martin (2004) "*Social Capital, the Miniaturization of Community and Self-reported global and psychological health*," Social Science and Medicine, 59:595-607.
- Pateman, C. (1997) "*The Fraternal Social Contract*" In R.E. Goodin & P. Pettit (eds.) Contemporary Political Philosophy: An Anthology, (pp. 45-59) Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Putnum, R.D. (1993) Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press.
- Putnum, R.D. (2001) "*Social Capital: Measurement and Consequences*," Canadian Journal of Policy Research (Isuna), 2:1:41-51.