



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ขบวนการแพทย์ชนบทกับการธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ
Rural Doctor Club's Movement and Good Governance in
Health System.

โดย

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

นายณณนาท อนุพงศ์พัฒน์

นางสาวระชา ภูซงค์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวส.)

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทบาทขององค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์ที่ทำงานในชนบท ซึ่งสังคมไทยรู้จักกันในนามของ “ขบวนการแพทย์ชนบท” นั้น เป็นที่ยอมรับว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยอย่างต่อเนื่องมากว่า ๔ ทศวรรษ แต่การศึกษาบทบาทของ “ขบวนการแพทย์ชนบท” ที่ผ่านมาก็ยังปรากฏข้อจำกัดบางประการ การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการวิเคราะห์บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีต่อระบบธรรมาภิบาลสุขภาพไทย รวมทั้งเป็นการทบทวนเพื่อเป็นเสียงสะท้อนให้แก่องค์กรที่มีบทบาทก้าวหน้าทางการเมืองที่สุดองค์กรหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย เพราะหากปราศจากการสะท้อนและวิพากษ์อย่างกล้าหาญแล้ว องค์กรที่เคยก้าวหน้าที่สุดก็อาจตกอยู่ในวังวนความคิดที่เหนียวรั้ง จนไม่สามารถพาสังคมไทยก้าวสู่การเป็นสังคมอุดมการณ์ได้

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ขบวนการแพทย์ชนบทด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์ให้ได้มาซึ่งบทเรียน จุดแข็งจุดอ่อน และวิวัฒนาการที่มีผลต่อระบบธรรมาภิบาลสุขภาพไทย โดยมีคำถามวิจัยที่สำคัญคือ ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีพัฒนาการกว่า ๓ ทศวรรษ มีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์แต่ละช่วงอย่างไร พัฒนาการดังกล่าวส่งผลต่อสถานการณ์ภาพของขบวนการแพทย์ชนบทในบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมการเมืองปัจจุบันที่มีการแบ่งฝักฝ่าย และเต็มไปด้วยความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์และอุดมการณ์ การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทต้องเผชิญกับความขัดแย้ง การต่อรอง ต่อต้านขัดขึ้นอย่างไร และในการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพไทยในอนาคต ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องปรับตัวต่อไปอย่างไร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การศึกษาจากเอกสารทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็น (Witness Seminar) การคัดเลือกและวิเคราะห์กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจากสื่อกระแสหลักและสื่อทางเลือกอื่นๆ และการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระยะเวลาทำการศึกษา ๘ เดือน

จากการศึกษาพบว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพที่สัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์ โดยมีการปรับบทบาทอย่างสัมพันธ์กับปัญหาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุค การทำความเข้าใจถึงบทบาทด้านธรรมาภิบาลของขบวนการแพทย์ชนบทจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางประวัติศาสตร์ ขณะเดียวกัน แนวคิดเรื่อง “ธรรมาภิบาล” หรือ “การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี” รวมทั้งวิถีทางในการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางประวัติศาสตร์และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมด้วย

การทบทวนประวัติศาสตร์ รวมทั้งเหตุการณ์ร่วมสมัยทำให้เห็นถึงบทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและตามสภาพปัญหาของระบบสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการนิสิตนักศึกษา ประชาชนที่ต่อสู้เคลื่อนไหวเรียกร้องประชาธิปไตยและโค่นล้มอำนาจเผด็จการ การบุกเบิกทำงานโรงพยาบาลอำเภอในชนบทที่ห่างไกลจนก่อรูปเป็นชมรมแพทย์ชนบทที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ยากไร้ในท้องถิ่นห่างไกลให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหาร

จัดการ สร้างระบบสนับสนุนโรงพยาบาลอำเภอ พัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลให้สูงขึ้น รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยประคับประคองแพทย์ชนบทและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้สามารถทำงานรับใช้ชนบทบนความยากลำบากได้อย่างมีอุดมการณ์ ยืนหยัด มั่นคงและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น ยังได้ขยายบทบาทสู่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอันเป็นการทำงานสุขภาพเชิงรุกที่มองสุขภาพอย่างแยกไม่ออกจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การตระหนักว่าปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งเดียวกันกับปัญหาสังคมทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทออกมามีบทบาทด้านการรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หรือการรณรงค์เรื่องพยาธิใบไม้ในตับ และเมื่อสถานการณ์การทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุขเริ่มขยายตัว ขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้มีบทบาทสำคัญร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชนในการรณรงค์ต่อต้านการคอร์รัปชัน จนมีบทบาทโดดเด่นและกลายเป็นอัตลักษณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นที่ยอมรับของสังคมว่าเป็นตัวแทนของการต่อต้านการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างไม่เกรงกลัวต่ออำนาจที่ไม่ชอบธรรมใดๆ

การปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างขององค์กรรัฐ มีองค์การมหาชนเกิดขึ้น โดยในภาคสาธารณสุขมีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นและกลายเป็นจุดเริ่มของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างภาคสาธารณสุข เมืองค์กรใหม่ๆ เกิดขึ้น ทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นโยบายทางสุขภาพและมาตรการทางสังคมต่างๆ ถูกผลักดันออกมาอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายและภาคีต่างๆ ที่เชื่อมโยงอยู่กับขบวนการแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ขยายสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านการควบคุมการบริโภคสุรา ยาสูบ การรณรงค์เรื่องสิทธิการเข้าถึงยาและการใช้มาตรการซีแอลยา การสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (health impact assessment) ของนโยบายและแผนงานโครงการขนาดใหญ่ ผลของการขับเคลื่อนผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบท โดยร่วมกับเครือข่ายและภาคีต่างๆ ทำให้ระบบสุขภาพไทยกลายเป็นระบบที่มีธรรมาภิบาลโดดเด่นแตกต่างไปจากกระทรวงอื่นหรือหน่วยงานรัฐในภาคอื่นๆ

ในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบทมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ จากภารกิจการสร้างระบบสุขภาพเพื่อชาวชนบทมาเป็นเรื่องการต่อต้านคอร์รัปชันและการปฏิรูปสังคมมากขึ้น แม้ภารกิจสองประการหลังนี้จะมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แต่ด้านหนึ่งก็ส่งผลให้เกิดการละเลยต่อภารกิจการสร้างระบบบริการสุขภาพสำหรับชาวชนบท ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญอันเป็นรากเหง้าของความเป็นแพทย์ชนบท และข้อเท็จจริงที่ปรากฏคือ แพทย์ชนบทที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกวันนี้มีแนวโน้มที่เฉพาะการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก แต่มักส่งต่อคนไข้เข้าไปรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากความกลัวการถูกฟ้องหากเกิดความผิดพลาดขึ้น ทั้งยังมีการกำหนดมาตรฐานและเงื่อนไขที่ทำให้การผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนทำได้ยาก อัตราการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัด ประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาที่ชมรมแพทย์ชนบทในอดีตให้ความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันกลับเป็นปัญหาที่ยังไม่มีการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบแต่อย่างใด

ยิ่งหากพิจารณาปัญหาโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มผ่าตัดลดลง ร่วมกับภาวะการขาดแคลนแพทย์ในชนบทที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ประเด็นดังกล่าวอาจสะท้อนถึงภาวะการเสื่อมถอยของจิตวิญญาณแพทย์ชนบทที่ไม่สามารถสืบสานต่อในแพทย์รุ่นใหม่ ๆ จนทำให้อุดมการณ์ทางสังคมและจิตวิญญาณที่จะทุ่มเทให้กับงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบทจิตจางลงไปอย่างน่าใจหาย ขณะเดียวกันก็มีเสียงสะท้อนและคำวิพากษ์วิจารณ์ถึงการขาดจิตสำนึกความเป็นแพทย์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับนโยบายส่งเสริมการแพทย์เชิงธุรกิจที่ทำให้เกิดการดึงดูดแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่ภาคเอกชน และจากภาคชนบทเข้าสู่ภาคเมืองมากขึ้น ซึ่งยิ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพในชนบทอ่อนแอลง แนวโน้มปัญหาดังกล่าวทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องกลับมาทบทวนบทบาทของตนและอาจต้องหันกลับไปฟื้นฟูภารกิจที่เคยทำมาในอดีตคือ การสร้างจิตสำนึกความเสียสละของแพทย์และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้แพทย์รุ่นใหม่ ๆ สามารถทุ่มเททำงานในชนบทได้ดียิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม กระบวนการทำงานเคลื่อนไหวที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทสะท้อนลักษณะสำคัญ คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์หรือที่เรียกว่า สัมฤทธิ์คตินิยม (Pragmatism) ซึ่งแม้จะทำให้สามารถผลักดันงานที่ยาก จนประสบความสำเร็จมาอย่างต่อเนื่อง แต่ในบริบทที่สังคมมีความแตกต่างทางความคิดและแบ่งข้างแยกขั้วกันอย่างชัดเจนในปัจจุบัน แนวทางเช่นนี้อาจทำให้การขับเคลื่อนที่มุ่งปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทต้องเผชิญกับการต่อต้าน ทั้งจากกลุ่มผู้มีอำนาจและผลประโยชน์ในระบบโครงสร้างเดิมที่ต้องการรักษาสถานะที่เป็นอยู่ (Status quo) จากทุกฝ่ายทางการเมือง และถูกคัดค้านจากพวกอุดมคตินิยมคัมภีร์ (Dogmatic idealism) ที่ยึดถือหลักการเป็นประหนึ่งคัมภีร์สูงสุดที่ไม่อาจประนีประนอมกับประโยชน์ทางสังคมอื่นใดได้ การที่ขบวนการแพทย์ชนบทหลักดันนโยบายและมาตรการต่างๆ ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล ไม่ว่าจะในยุคสมัยรัฐบาลเผด็จการ รัฐบาลประชาธิปไตยครึ่งใบ ค่อนใบ หรือเต็มใบ โดยเฉพาะการผลักดันกฎหมายและนโยบายที่ขัดแย้งกับผลประโยชน์ของนายทุนในช่วงรัฐบาลที่มาจากรัฐประหาร ก็ยิ่งทำให้ถูกมองจากฝ่ายอุดมคตินิยมว่าเป็นพวกไร้หลักการ ประนีประนอมกับรัฐบาลรัฐประหารเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของตน

การผลักดันนโยบายหรือการปฏิรูปที่ไม่ได้เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตนหรือพวกพ้องเป็นจุดแข็งที่สร้างความชอบธรรมให้กับขบวนการแพทย์ชนบท ยิ่งเมื่อผนวกเข้ากับภาพลักษณ์ของการเป็นแพทย์ที่มุ่งทำงานเพื่อชาวชนบทที่เสียเปรียบในทางสังคมด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นที่ยอมรับและมีอำนาจในทางสังคม แต่หากนโยบายหรือการปฏิรูปต่างๆ ที่เกิดจากการผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบทมีผลอันทำให้มองได้ว่าเป็นการแสวงหาประโยชน์ส่วนตนหรือเป็นไปเพื่อพวกพ้องของตน ก็จะทำให้ความชอบธรรมของขบวนการแพทย์ชนบทถูกตั้งคำถามได้ สัมฤทธิ์คตินิยมไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย ยิ่งในการทำงานเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้คนแล้ว การยึดถือหลักการแบบตายตัวโดยขาดความยืดหยุ่นอาจเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนเรื่องสำคัญๆ อย่างได้ผล แต่หากสัมฤทธิ์คตินิยมจะยังคงเป็นเครื่องหมายการค้าของขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป ก็จำเป็นที่จะต้องมีความระมัดระวัง โดยเฉพาะในเรื่องผลประโยชน์เฉพาะตัว ซึ่งหมายรวมถึงการได้มาซึ่งอำนาจ ตำแหน่งหรือทรัพยากรต่างๆ ด้วย

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องเป็นจุดแข็งสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทก็คือ อัตลักษณ์และนิยามของความเป็นแพทย์ชนบทที่มีความลื่นไหล คือ แพทย์ชนบทหมายความว่าทั้งตัวบุคคล องค์กร จิตวิญญาณหรืออุดมการณ์ และขบวนการเคลื่อนไหว ซึ่งแม้จะทำให้การเคลื่อนไหวที่ผ่านมามีพลวัต ยืดหยุ่นและมีความคล่องตัวสูง แต่ความคลุมเครือนี้ก็อาจทำให้เกิดความย้อนแย้งหรือเกิดคำถามได้ว่า สิ่งที่คุณคนในแวดวงแพทย์ชนบทกระทำไปนั้น จะถือเป็นการกระทำในฐานะตัวแทนของขบวนการแพทย์ชนบทได้หรือไม่ นอกจากนี้ การที่ขบวนการแพทย์ชนบทดำรงสถานะความเป็นชายขอบที่ไม่อยู่ใต้อำนาจนิติของอำนาจขณะเดียวกันก็มีปฏิสัมพันธ์กับอำนาจเพื่อตรวจสอบ ตีรองและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทเติบโตขึ้นจนมีบุคคลในเครือข่ายขยายบทบาทเข้าสู่โครงสร้างอำนาจด้วยการเป็นผู้บริหารองค์กรในระดับต่างๆ คำถามที่จะต้องสนใจก็คือ ขบวนการแพทย์ชนบทจะทำการตรวจสอบคนในเครือข่ายของตนเองที่เข้าไปมีอำนาจในองค์กรต่างๆ อย่างเคร่งครัดได้หรือไม่

การต่อสู้เพื่อสร้างระบบธรรมาภิบาลของขบวนการแพทย์ชนบท นับวันจะถูกท้าทายและเป็นการต่อสู้ที่แหลมคมมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคหลังการรัฐประหาร ๒๕๔๙ ที่ความขัดแย้งทางการเมืองได้ทำให้เกิดการแย่งชิงแบ่งข้างอย่างรุนแรง ประเด็นทางสังคมต่างๆ ถูกมองและตีความผ่านการแบ่งข้างทางการเมืองและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การหักล้างทำลายฝ่ายตรงข้ามอย่างไม่ลดราวาศอก ขบวนการแพทย์ชนบทและการช่วงชิงมหาชนในภาคสุขภาพที่ปรากฏอย่างต่อเนื่อง ล้วนแต่สะท้อนถึงความขัดแย้งเชิงโครงสร้างและการช่วงชิงผลประโยชน์ที่ดำรงอยู่อย่างแน่นหนาในระบบบริหารงานสาธารณสุข การต่อสู้เพื่อสร้างธรรมาภิบาลจึงเปรียบเสมือนการเดินทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด และปัญหาไม่ได้อยู่ที่การสร้างระบบธรรมาภิบาลที่สำเร็จเสร็จสิ้นไปในคราวเดียว แต่อยู่ที่การมีพื้นที่ มีตัวละครที่สามารถมีบทบาทในการต่อต้าน - ตีรองกับอำนาจ โดยไม่ให้เกิดภาวะการรวบอำนาจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด หากหัวใจสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลคือการสร้างระบบถ่วงดุลย์อำนาจ ขบวนการแพทย์ชนบทยังดำรงบทบาทสำคัญในการเป็นพลังตีรองทางการเมืองที่ไม่ปล่อยให้เกิดการรวบอำนาจไว้อย่างเบ็ดเสร็จสิ้นเชิง แต่ปัญหาสำคัญที่ต้องพิจารณาต่อไปคือ ทำอย่างไรจะให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถยืนหยัดในอุดมการณ์ของตนเองได้อย่างมั่นคง ขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) ในสังคมเพื่อเป็นพลังตีรองในเวทีการเมืองสุขภาพที่นับวันจะยิ่งเต็มไปด้วยผลประโยชน์ได้

กว่า ๔ ทศวรรษที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการทำงานเพื่อประโยชน์ของสังคมและพัฒนาระบบการบริหารงานสาธารณสุขไทยให้มีวิวัฒนาการอย่างก้าวกระโดด และแม้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องเผชิญกับวิกฤติและความท้าทายที่ทำให้องค์กรมีทั้งจุดรุ่งเรืองและจุดตกต่ำ แต่คุณสมบัติที่โดดเด่นของขบวนการแพทย์ชนบทก็คือ การอดทนยืนหยัดและการปรับฟื้นตัวเองขึ้นมาได้ใหม่เสมอ แต่หากขาดเสียซึ่งการนำเอาเสียงสะท้อนจากกลายณมิตรมาพิจารณาแล้ว พลังที่ก้าวหน้าที่สุดของสังคมไทยก็อาจกลายเป็นพลังปฏิกิริยาที่ล่าหลังและแปลกแยกจากผลประโยชน์ของมหาชน ขบวนการแพทย์ชนบทจึงจำเป็นต้องนำเสียงสะท้อนต่างๆ มาพิจารณาทบทวนอย่างรอบคอบ เพื่อที่เราจะได้เห็นการเติบโตของขบวนการที่เป็นแบบอย่างให้การสร้างธรรมาภิบาลและการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้ดีขึ้น

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	
สารบัญ	
บทนำ	๑
บทที่ ๒ ทบทวนแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance)	๗
ที่มาของแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance)	๗
แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลในบริบทของสังคมไทย	๑๐
กลไกธรรมาภิบาลในภาคปฏิบัติของสังคมไทย	๑๒
ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพไทย	๑๓
สถานการณ์ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน	๒๒
บทที่ ๓ การทบทวนเชิงประวัติศาสตร์: กรณีศึกษาเหตุการณ์ที่สะท้อนบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทต่อการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	๒๔
ยุคที่ ๑ ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ – ก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖	๒๔
ยุคที่ ๒ ช่วงหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ - ปี พ.ศ. ๒๕๒๐	๒๘
ยุคที่ ๓ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ – พ.ศ. ๒๕๓๐	๓๔
ยุคที่ ๔ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๐ – พ.ศ. ๒๕๔๐	๔๑
ยุคที่ ๕ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๐ – ก่อนเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙	๔๘
ยุคที่ ๖ หลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙ – ปัจจุบัน	๖๕
บทที่ ๔ ขบวนการแพทย์ชนบทท่ามกลางบริบทความเปลี่ยนแปลง: ว่าด้วยประเด็น/เหตุการณ์สำคัญต่างๆ	๗๓
ว่าด้วยความขัดแย้ง	๗๓
สหพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	๗๔
องค์กรวิชาชีพ: แพทยสภา	๗๖
กรณีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	๗๘
ความขัดแย้งกรณีล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๘๒

พันธกิจเพื่อชนบท	๘๕
โรงพยาบาลชุมชนไม่ผ่าตัด: หรือจิตวิญญาณแพทย์ชนบทกำลังเสื่อมสลาย	๘๖
คำตอบแทนกับการขาดแคลนแพทย์ในชนบท	๘๙
การเรียกร้องคำตอบแทนแพทย์ ๒๕๕๑	๙๒
ขบวนการแพทย์ชนบทกับความขัดแย้งทางการเมืองหลัง ๒๕๕๒	๙๗
เสียงสะท้อนและข้อวิพากษ์ว่าด้วย:	๑๐๖
การผูกขาด “ความดี”	๑๐๖
การเอื้อพวกพ้อง	๑๐๘
การเลือกข้าง	๑๑๐
บทที่ ๔ การวิเคราะห์และอภิปรายผล	๑๑๔
แพทย์ชนบท ความกำกวมกับภาวะชายขอบ	๑๑๕
สภาวะการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท	๑๑๗
แพทย์ชนบท: ความชอบธรรม สัมฤทธิคตินิยมกับสภาวะการเมืองที่แบ่งขั้ว	๑๑๘
แพทย์ชนบทกับการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลใหม่แก่ระบบสุขภาพ	๑๒๑
บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๑๒๘
ข้อเสนอแนะต่อการสร้างระบบธรรมาภิบาลผ่านกลไกขบวนการแพทย์ชนบท	๑๓๕
เอกสารอ้างอิง	๑๓๗
ภาคผนวก ก รายชื่อบุคคลที่ได้รับการสัมภาษณ์	
ภาคผนวก ข สรุปผลการสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness seminar)	
เรื่อง “ขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต”	

รายงานการวิจัย ขบวนการแพทย์ชนบทกับการธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

นางสาวระชา ฤชชงค์
นายณณาท อนุพงศ์พัฒน์
นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

บทบาทขององค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์ที่ไปทำงานในชนบท ซึ่งสังคมไทยรู้จักกันในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท” (หรือ “ขบวนการแพทย์ชนบท” ในความหมายที่กว้างกว่า) นั้น เป็นที่ยอมรับว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในช่วงเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นชนบท ด้านการพัฒนานโยบายสุขภาพที่สำคัญๆ ด้านการผลักดันให้เกิดกลไกโครงสร้างและกระบวนการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งบทบาทด้านการต่อต้านคอร์รัปชัน ซึ่งส่งผลต่อการอภิบาลของระบบสุขภาพอย่างใหญ่หลวง จนอาจกล่าวได้ว่า ชมรมแพทย์ชนบทได้กลายเป็นภาพตัวแทนของการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรม การต่อต้านการทุจริต รวมทั้งการผลักดันการเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูปสำคัญๆ ในประเทศไทยหลายกรณี

ที่ผ่านมา แม้จะมีการบันทึกหรือศึกษาบทบาทของ “ขบวนการแพทย์ชนบท” อยู่จำนวนหนึ่ง แต่การศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดอย่างน้อยสองประการด้วยกัน คือ

๑. เป็นการศึกษาที่ขาดการตีความและขาดการวิพากษ์อย่างลึก ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการศึกษาต่างๆ ไม่เพียงแต่ทำขึ้นโดยคนในแวดวงแพทย์ชนบทด้วยกันเองการศึกษาจึงมักเป็นเพียงการรวบรวมข้อเท็จจริงและบอกเล่าเหตุการณ์หรือพัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นหลัก ทั้งการวิเคราะห์ก็จะเป็นการมองจากมุมมองของผู้ร่วมขบวนการและเน้นจุดแข็งของขบวนการเป็นสำคัญ การวิเคราะห์ให้เห็นปัจจัยต่างๆ ที่รอบด้านจากหลากหลายมุมมอง รวมทั้งการประเมินให้เห็นผลพวงของการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบยังมีไม่มากนัก^๑

๒. การศึกษาที่ผ่านมาติดอยู่กับภาพตัวแทนแบบเหมารวมที่เสนอภาพราวกับว่า ขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมีเอกภาพ มีความคงเส้นคงวาและมีสสารัตถะที่ตายตัว (Essentializing view) มี “จิตวิญญาณ” ของแพทย์ชนบทที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง ไม่ขึ้นกับบริบททางสังคมการเมืองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มุมมองแบบ Essentialism ดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงพลวัตภายในของขบวนการแพทย์ชนบท บทบาทที่ปรับเปลี่ยนไป จุดแข็งจุดอ่อน ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลง (Continuities and changes) รวมทั้ง

^๑ ดังเช่นงานของ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๓)., สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖)., มุลนิตีแพทย์ชนบท, ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ ๓ (กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, ๒๕๔๗).

ความล้าหลัง ความขัดแย้ง การต่อต้าน/ต่อรอง การจำยอมหรือการประนีประนอมที่อาจเกิดขึ้นตลอดเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทได้^๒

บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ทางสังคมการเมืองปัจจุบันที่การต่อสู้ทางการเมือง ทั้งในแวดวงวิชาชีพทางการแพทย์ และในวงการการเมืองวงกว้างออกไปมีความเข้มข้นและแหลมคมอย่างยิ่ง ในด้านหนึ่งสมาชิกหรือผู้ร่วมขบวนการแพทย์ชนบทได้ขยายบทบาทและเข้าไปมีอำนาจในโครงสร้างองค์กรใหม่ๆ เพื่อการผลักดันแนวคิดและนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญจนส่งผลต่อการพัฒนาระบบการอภิบาลสุขภาพอย่างที่ไม่อาจยากจากกระทรวง ทบวง กรมอื่นๆ^๓ แต่ในขณะเดียวกัน ขบวนการแพทย์ชนบทก็ถูกท้าทายอย่างหนักทั้งในระดับการเมืองในองค์กร ระหว่างองค์กร ในพื้นที่สื่อสารสาธารณะ และในวงการการเมืองระดับสูง ปรากฏการณ์เช่นนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่า ที่ผ่านมาขบวนการแพทย์ชนบทได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างอำนาจและโครงสร้างผลประโยชน์ในวงการการเมืองเรื่องสุขภาพอย่างที่ไม่อาจปฏิเสธได้

การศึกษาเพื่อวิเคราะห์บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีต่อธรรมาภิบาลและการสร้างวัฒนธรรมองค์กรสาธารณสุขเป็นบทเรียนที่สำคัญ ทั้งในด้านการประเมินทิศทาง ผลกระทบ และการเรียนรู้จากบทเรียนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นการทบทวนเพื่อเป็นเสียงสะท้อนให้แก่องค์กรที่มีบทบาทที่ก้าวหน้าทางการเมืองที่สุดองค์กรหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย เพราะหากปราศจากการสะท้อนและวิพากษ์อย่างกัลยาณมิตรแล้ว องค์กรที่เคยก้าวหน้าที่สุดก็อาจตกอยู่ในบ่วงความคิดที่เหนียวรั้งจนกลายเป็นองค์กรล้าหลังที่รังแต่จะถ่วงไม่ให้สังคมไทยสามารถก้าวไปสู่สังคมอุดมการณ์ได้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ขบวนการแพทย์ชนบทด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์ให้ได้มาซึ่งบทเรียน จุดแข็งจุดอ่อน และวิวัฒนาการที่มีผลต่อระบบธรรมาภิบาลสุขภาพไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาและประเมินการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทย่างสัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์ โดยเน้นที่การปรับบทบาทที่สัมพันธ์กับปัญหาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย

๒. เพื่อวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจากหลากหลายมุมมอง เพื่อให้เห็นถึงการตอบรับ ความขัดแย้ง การต่อรองและการต่อต้านขัดขืนที่เกิดขึ้นในระบบราชการ ในการเมืองของวิชาชีพ และในสังคมวงกว้าง

^๒ ดังเช่นงานของ พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, แพทย์ชนบท จิตวิญญาณที่ไม่เคยจางหาย: การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๑ เนื่องในงานประชุมวิชาการแพทย์ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท, ๒๕๕๙).

^๓ เช่นองค์กรอิสระด้านสุขภาพอย่าง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๓. เพื่อถอดบทเรียนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในการสร้างระบบธรรมาภิบาลสุขภาพในช่วงกว่า ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา

๔. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อชมรมแพทย์ชนบท ในการพัฒนาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ

นิยามศัพท์

ขบวนการแพทย์ชนบท ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง เครือข่ายทางสังคมที่ประกอบด้วยแพทย์หรือกลุ่มของแพทย์ที่เคยหรือกำลังปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีเจตจำนงร่วมกันที่เรียกกันว่า จิตสำนึกแพทย์ชนบท มีการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มุ่งเน้นการพัฒนาและการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบทและการทำงานเพื่อสังคมอื่นๆ ผ่านกลไกต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้น เช่น ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายเข้าด้วยกันผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ เช่น วารสารแพทย์ชนบท จดหมายข่าวชมรมฯ และกิจกรรมการเคลื่อนไหวในกรณีต่างๆ

คำถามวิจัยที่สำคัญ

๑. ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีพัฒนาการยาวนานกว่า ๓ ทศวรรษ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอะไรเกิดขึ้นในองค์กรอย่างไร สัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การปรับตัวดังกล่าวสะท้อนถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ในแต่ละยุคสมัยอย่างไร

๒. พัฒนาการที่ผ่านมาได้เปลี่ยนแปลงสภาพของขบวนการแพทย์ชนบทในบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไร แพทย์ชนบทได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกลไกหรือโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไรหรือไม่ และการเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอำนาจได้ทำให้บทบาทต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร

๓. การเคลื่อนไหวที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทในแต่ละเรื่องที่สำคัญได้รับการยอมรับหรือไม่อย่างไร เสี่ยงตอบรับเป็นอย่างไร มีความขัดแย้งทั้งที่แฝงเร้นและที่เปิดเผยอย่างไร มีการต่อรอง ต่อด้านขัดแย้งจากฝ่ายใด ในรูปแบบใด และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กรและธรรมาภิบาลหรือไม่อย่างไร

๔. ในสถานการณ์ทางสังคมการเมืองใหม่ที่มีความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์รุนแรง มีการแบ่งฝักแบ่งฝ่ายและมีการช่วงชิงทางการเมืองที่แหลมคม ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพกำลังถูกท้าทายจากอะไรบ้างและขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องปรับตัวอย่างไรเพื่อรักษาความเป็นพลังการเมืองของฝ่ายก้าวหน้าไว้ อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน และศักยภาพของแพทย์ชนบทต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

ระเบียบวิธีวิจัย

๑. การทบทวนเชิงประวัติศาสตร์ เป็นการศึกษากาจากเอกสารทั้งที่เป็นเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อเข้าใจบริบททางสังคมการเมืองและการพัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบท โดยจะทำการศึกษาดังแต่การเกิดขึ้นของการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท การก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท การบุกเบิกงานด้านต่างๆ ที่นำมาสู่การขยายบทบาทจนกลายเป็นองค์กรที่มีอิทธิพลสำคัญในปัจจุบัน ทั้งนี้ จะเน้นบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่สำคัญๆ เช่น

๑.๑ ยุคสงครามเย็น นับตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ เป็นต้นมา เกิดภาวะแพทย์ไทยจำนวนมาก “สมองไหล” ไปสหรัฐอเมริกา จึงนำไปสู่นโยบายที่กำหนดให้นักศึกษาแพทย์ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบท

๑.๒ ยุคหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ เหตุการณ์ดังกล่าวได้ปลุกกระแสความตื่นตัวทางการเมืองในหมู่นักศึกษาและประชาชน กระตุ้นให้คนหนุ่มสาวมีอุดมการณ์เพื่อสังคมอย่างกว้างขวาง

๑.๓ ยุคหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ๒๕๓๕ และขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๔๐ ทำให้เกิดความเติบโตของภาคประชาสังคม ซึ่งต้องการเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น ขบวนการแพทย์ชนบทถือเป็นหนึ่งในขบวนการภาคประชาสังคมที่เติบโตภายใต้บริบทดังกล่าว จนนำไปสู่การเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตในระบบงานสาธารณสุขหลายกรณี

๒. การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็น (Witness Seminar) เป็นการเชิญผู้นำขบวนการแพทย์ชนบทในอดีตมาร่วมสนทนาเพื่อบอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ในยุคสมัยของตน รูปแบบการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้เป็นวิธีการสร้างและเก็บรวบรวมข้อมูลของเหตุการณ์หรือพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ซึ่งได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้คนที่มีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ยังคงมีชีวิตอยู่ โดยให้ผู้มีบทบาทสำคัญในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งได้มาพบปะกันบนโต๊ะสนทนา เพื่ออภิปราย ถกเถียง และแลกเปลี่ยนข้อมูลความทรงจำของตนเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ตามหัวข้อหรือประเด็นเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นจึงเป็นเสมือนการสัมภาษณ์กลุ่มคณะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยมีนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ดำเนินการควบคุมประเด็นการสนทนา พร้อมทั้งให้มีการบันทึกเสียงและภาพเอาไว้ และถอดเสียงบันทึกข้อมูลเหล่านั้นไว้อย่างเป็นระบบ^๔

๓. คัดเลือกกรณีศึกษาการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลกระทบและปฏิกิริยาที่ปรากฏในสื่อต่างๆ ที่แสดงถึงการยอมรับและความขัดแย้งในประเด็นต่างๆ ทั้งในแวดวงการเมืองเรื่องสุขภาพและในสังคมวงกว้าง (เช่น ความเห็นของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ) ทั้งในสื่อกระแสหลักและสื่อทางเลือกอื่นๆ (เช่น กระทั่งใน Pantip.com หรือ ใน Thaiclinic.com เป็นต้น)

^๔ ตัวอย่างใน: ทวีศักดิ์ เผือกสม, บรรณาธิการ, สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, รายงานการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒).

๔. การสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วย ผู้นำแพทย์ชนบท ผู้นำวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ ตัวแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เช่น พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ และหมออนามัย ตัวแทนจากองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ ตัวแทนสื่อมวลชน และนักการเมืองที่มีบทบาทด้านสุขภาพและสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

การตีความและอธิบายถึงบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทกับการสร้างระบบธรรมภิบาล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง สามารถนำกรอบแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมศาสตร์มาใช้ตีความและอธิบายปรากฏการณ์ได้ ดังนี้

๑. แนวคิดธรรมาภิบาล (Good governance) ธรรมาภิบาลเป็นวิธีการที่จะทำให้เกิดการกำกับดูแลองค์กรที่ดี ทั้งโครงสร้าง องค์กรประกอบ ความสัมพันธ์ และลักษณะขององค์กรที่พึงประสงค์ นอกจากนั้น ธรรมาภิบาลยังถูกใช้เป็นทั้งเครื่องมือและเป้าหมายในการพัฒนาด้วย^{๕,๖}

๒. องค์กรภาคประชาสังคม (Civil Society) บทบาทของภาคประชาสังคมที่ก่อตัวขึ้นได้ทำให้เกิดดุลอำนาจอย่างใหม่ระหว่างรัฐ ทูต และภาคสังคม โดยการเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ให้กับการมีส่วนร่วมขององค์กรนอกภาครัฐที่ไม่ได้มุ่งแสวงหากำไรให้มีบทบาทมากขึ้น ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา ภาคสาธารณสุขเป็นภาคที่มีองค์กรประชาสังคม (Civil society organizations) จำนวนมาก ทั้งองค์กรเอกชนเพื่อการพัฒนา องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ โดยองค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญจำแนกได้สี่ประการคือ

- ๑) การให้การสงเคราะห์และจัดหาบริการต่างๆ (Support & Service)
- ๒) การเสนอทางเลือกหรือทางออกจากกระแสหลัก (Alternative & Exit Option)
- ๓) การปกป้องสิทธิและการผลักดันนโยบาย (Right and Advocacy)
- ๔) งานทางด้านการวิจัยและการสร้างความรู้ (Knowledge & Research)^๗

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์กรประชาสังคมจะเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์เพื่อพิจารณาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในงานวิจัยนี้ด้วย

๓. แนวคิดเกี่ยวกับการตอบรับและต่อรองเชิงอำนาจในขบวนการแพทย์ชนบท ความสัมพันธ์ระหว่าง “ความรู้” และ “อำนาจ” เป็นปมปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในการศึกษาระบบงานสาธารณสุข ทั้งนี้ แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) เคยเสนอว่า ระบบราชการเป็นระบบงานที่กระบวนกรตัดสินใจและการบริหารจัดการ

^๕ เอเจอร์ แชม, ธรรมาภิบาล: การบริหารการปกครองที่โปร่งใสด้วยจริยธรรม, แปลโดย ชัยรัตน์ คำชู และคณะ (กรุงเทพฯ: น้าฝน, ๒๕๔๕).

^๖ วิรุฬห์ ลัมสวาท, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒).

^๗ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ (กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ, ๒๕๔๘).

ต่างๆ อิงอยู่กับความมีเหตุผล แต่อย่างไรก็ดี ข้อเท็จจริงได้ปรากฏให้เห็นแล้วว่า ระบบราชการไทยมักจะมีกระบวนการตัดสินใจที่ไม่สอดคล้องกับระบบเหตุผลและความรู้อยู่เสมอ และเวเบอร์ยังเห็นว่า อำนาจในระบบราชการจะมีความชอบธรรมได้ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ๒-๓ ประการ คือ กฎเกณฑ์และการตัดสินใจที่วางบนหลักเหตุผล อำนาจจากบุญบารมีที่เกิดจากคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัวของผู้นำ และอำนาจหน้าที่ตามประเพณีที่จะรักษาสถานะเดิมเอาไว้ จากกรอบแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิธีการของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้าไปปฏิสัมพันธ์ ต่อรอง และปะทะสังสรรค์กับอำนาจในระบบราชการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัยนี้

๑. ได้ตัวอย่างกรณีศึกษาบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคม ในด้านการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ
๒. ได้ความรู้ความเข้าใจถึงพัฒนาการ และการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์
๓. ได้ข้อเสนอต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพผ่านกระบวนการทางสังคม ทั้งสำหรับขบวนการแพทย์ชนบท และองค์กรภาคประชาสังคมอื่นๆ

บทที่ ๒

ทบทวนแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance)

ที่มาของแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance)

แนวคิดเรื่องการธรรมาภิบาลเริ่มได้รับความสนใจจากสังคมโลกอย่างจริงจังในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ หลังจากรายงานของธนาคารโลกชื่อ *Sub-Saharan Africa: from Crisis to Sustainable Growth*^๙ ได้รายงานถึงความล้มเหลวในการเข้าไปช่วยพัฒนาประเทศในแถบแอฟริกา โดยระบุว่า สาเหตุที่ทำให้ประเทศเหล่านี้ไม่พัฒนาก็เนื่องมาจากการปกครองที่ไม่ได้ “มาตรฐานสากล” ธนาคารโลกจึงเสนอแนวคิดเรื่อง ธรรมาภิบาล (Good Governance) ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงโครงสร้างการธรรมาภิบาลของประเทศเหล่านี้ เนื่องจากธนาคารโลกเห็นว่า ประเทศต่างๆ ในทวีปแอฟริกาจะพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อประเทศเหล่านั้นมีเสถียรภาพหรือมีความชอบธรรมทางการเมือง และมีการปกครองหรือการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ธนาคารโลกจึงเน้นสร้างกลไกเพื่อการพัฒนาต่างๆ ของรัฐบาล ตลอดจนการปรับปรุงระบบกฎหมายให้ชัดเจนและทันสมัย^{๑๐}

ขณะเดียวกัน ธนาคารโลกก็ได้ให้ความสำคัญกับการสร้าง “ประชาสังคม” (Civil society) เป็นอย่างมาก โดยให้การสนับสนุน ส่งเสริมองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรภาคประชาชนต่างๆ ซึ่งการสร้างคามเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคมนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล เนื่องจากภาคประชาสังคมจะต้องทำหน้าที่ตรวจสอบการทำงานของรัฐบาล ทำให้รัฐบาลต้องรับผิดชอบต่อการทำงานของตนและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วย^{๑๑}

สาเหตุประการแรกที่สำคัญ ที่ทำให้ธนาคารโลกปรับเปลี่ยนจุดเน้นในการพัฒนา จากการมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว มาสู่การสร้างธรรมาภิบาลนั้น เป็นผลมาจากสาเหตุสำคัญ ๔ ประการ ประการแรกคือ ความล้มเหลวของนโยบายการให้กู้ยืมเพื่อปรับปรุงโครงสร้าง (Structural adjustment) ในคริสต์ทศวรรษ ๑๙๘๐ ซึ่งนโยบายดังกล่าวจะเน้นการให้เงินกู้เพื่อสร้างกลไกตลาดในประเทศโลกที่สามต่างๆ เพื่อให้เกิดการแข่งขันกันมากขึ้น โดยพยายามยกเลิกและผ่อนคลายระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ไม่เอื้อต่อการแข่งขัน ทั้งยังเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาเศรษฐกิจมากขึ้น ขณะเดียวกันก็พยายามลดบทบาทการแทรกแซงทางเศรษฐกิจของรัฐลงด้วยการตัดทอนงบประมาณรายจ่ายของรัฐและลดขนาดของระบบราชการ

นโยบายดังกล่าวส่งผลให้คนบางกลุ่ม เช่น ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ประชาชนและผู้ประกอบการบางส่วนต้องสูญเสียผลประโยชน์ และเกิดการต่อต้านนโยบายการปรับปรุงโครงสร้างของ

^๙ The World Bank, *Sub-Saharan Africa: from crisis to sustainable growth* (Washington, D.C.: 1989).

^{๑๐} William, David and Tom Young, “Governance, the world bank and liberal theory,” *Political study* 42, 1 (March 1994): 86.

^{๑๑} ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์ และความเป็นอื่น*, พิมพ์ครั้งที่ ๕ (กรุงเทพฯ: วิชา, ๒๕๕๔), หน้า ๘๖.

ธนาคารโลกเป็นอย่างมาก ธนาคารโลกจึงเริ่มตระหนักว่าหากต้องการให้นโยบายการพัฒนาสัมฤทธิ์ผลก็ต้องอาศัยเจตนาธรรมทางการเมือง คือ การขยายบทบาทและอำนาจของรัฐ แต่เนื่องจากนโยบายการพัฒนาของธนาคารโลกเน้นการสร้างประชาสังคม โดยการลดบทบาทและอำนาจของรัฐลง ดังนั้น ธนาคารโลกจึงทำได้เพียงปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารของรัฐในประเทศเหล่านี้ ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นข้อเรียกร้องเรื่องการสร้างธรรมาภิบาลนั่นเอง^{๑๒}

สาเหตุประการที่สอง ของการปรับจุดเน้นจากยุทธศาสตร์ทางเศรษฐกิจมาสู่เรื่องธรรมาภิบาลนั้น เป็นผลมาจากการเติบโตของกระแสประชาธิปไตยและภาคประชาสังคมที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา รวมถึงแนวคิดของกลุ่มนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เรียกร้องให้เร่งการพัฒนา หันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง และองค์กรพัฒนาเอกชนเองก็ได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาจากเดิมที่เน้นการมอบเงินช่วยเหลือแก่ชาวบ้าน มาสู่การให้ความช่วยเหลือทางด้านความคิดและการศึกษา ส่งผลให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในวงกว้างมากขึ้น ธนาคารโลกจึงได้ใช้ประโยชน์จากบริบทดังกล่าวในการเสนอแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลขึ้นมา

ส่วนสาเหตุประการที่สาม ของการเสนอแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของความคิดชุดหนึ่งที่เรียกว่า “เศรษฐศาสตร์การเมืองแบบใหม่” หรือ “แนวการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผล” ที่มองว่ามนุษย์มีธรรมชาติสากลอย่างหนึ่งคือ มีความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัวเป็นพื้นฐาน และจะใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ รวมถึงกลไกของรัฐ เพื่อปกป้องและขยายผลประโยชน์ส่วนตัว จึงทำให้เกิดปัญหาในการธรรมาภิบาล (Governance) ธนาคารโลกจึงเสนอแนวคิดเรื่องการสร้างธรรมาภิบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นตัวกำกับธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความเห็นแก่ตัวดังกล่าว^{๑๓}

สาเหตุประการสุดท้าย ที่ทำให้ธนาคารโลกเปลี่ยนจุดเน้นมาสู่การสร้างธรรมาภิบาล ได้แก่ การเมืองภายในธนาคารโลกเอง กล่าวคือ ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ ๑๙๘๐ บทบาทของคณะวิจัยทางเศรษฐกิจ (The Economics Research Staff) ซึ่งเคยมีบทบาทอย่างสูงในธนาคารโลกได้ลดบทบาทลง พร้อมกับมีการสร้างหน่วยงานใหม่เรียกว่า “สถาบันพัฒนาเศรษฐกิจ” (The Economics Development) ขึ้นมาแทน ซึ่งสถาบันดังกล่าวมีหน้าที่เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างขีดความสามารถในการบริหารการพัฒนาให้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาต่างๆ โดยเริ่มใช้กับประเทศในแถบแอฟริกา ก่อน จนธนาคารโลกให้การยอมรับและพัฒนาต่อมาเป็นแนวคิดเรื่อง “ธรรมาภิบาล” ในที่สุด^{๑๔}

^{๑๒} ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, วาทกรรมการพัฒนา : อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณะ และความเป็นอื่น, พิมพ์ครั้งที่ ๕ (กรุงเทพฯ: วิชาฯ, ๒๕๕๔), หน้า ๘๗-๘๘.

^{๑๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๘๘-๘๙.

^{๑๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๙๐.

โดยทั่วไป การเผยแพร่แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance) ของธนาคารโลกนั้นจะประกอบด้วยสาระสำคัญ ๔ ประการ คือ^{๑๕}

- ๑) มีความรับผิดชอบต่อสังคมและตอบสนองความต้องการได้ (Accountability)
- ๒) มีความชอบธรรมทางการเมืองและได้รับการยอมรับจากประชาชน (Legitimacy)
- ๓) มีความโปร่งใสในการทำงาน (Transparency) คือ เปิดเผย มีข้อมูลรายละเอียดพร้อมให้ตรวจสอบได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน และการเลือกปฏิบัติ
- ๔) เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา (Participation) ในรูปของการกระจายอำนาจ การลดบทบาทของรัฐและเพิ่มบทบาทของภาคประชาสังคม

ต่อมา สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือ UNDP (United Nations Development Program) ได้เพิ่มเติมความหมายของธรรมาภิบาลให้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วยการอธิบายว่า ธรรมาภิบาล (Bad governance) มีลักษณะอย่างไร โดย UNDP ได้อธิบายว่า ธรรมาภิบาลนั้น หมายถึงความล้มเหลวของรัฐในการจัดบริการสาธารณะให้ดีและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงความล้มเหลวในการแก้ปัญหาการเงินและงบประมาณของประเทศ ตลอดจนความล้มเหลวในการป้องกันการฉ้อราษฎร์บังหลวงของฝ่ายราชการและฝ่ายการเมือง ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยนัยว่า ธรรมาภิบาล หมายถึง การให้หลักประกันในเรื่องการมีส่วนร่วม, ความโปร่งใส, ความรับผิดชอบ, ความชอบธรรมทางการเมือง, กรอบการออกกฎหมายที่เป็นธรรม, การมองเห็นทิศทางในอนาคต ตลอดจนหลักเรื่องการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล^{๑๖}

แนวคิดเรื่องการอภิบาล (Governance) และธรรมาภิบาล (Good Governance) ได้ถูกบรรดาองค์กรต่างๆ นำมาใช้อย่างกว้างขวางและแตกต่างกันหลากหลาย เนื่องจากแนวคิดและนิยามว่าด้วยการอภิบาลและสร้างธรรมาภิบาลจะแปรผันไปตามบริบทของผู้ใช้ ดังพบว่านิยามความหมายและขอบข่ายของการอภิบาลนั้นมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กอย่างการอภิบาลบริษัท (Corporate governance) ไปจนถึงการอภิบาลในระดับโลก (Global Governance)^{๑๗}

อย่างไรก็ตาม หลังการนำแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลไปใช้ ก็มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างหลากหลายต่อแนวคิดนี้ เช่น Sam Agere ที่มองว่า ธรรมาภิบาลทำหน้าที่เป็นทั้ง “คุณธรรม” (ethics) ในการบริหารและเป็น “เทคโนโลยี” (technology) ในการบริหารสังคมใหม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนในสังคม^{๑๘} ขณะที่

^{๑๕} อรพินท์ สฟโชคชัย, สังคมเสถียรภาพและกลไกประชาธิปไตยที่ดี (Good governance) (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ๒๕๔๑), หน้า ๕-๖.

^{๑๖} Pasuk Phongpaichit, Good governance: Thailand's experience (Bangkok: Chulalongkorn University, 2001), p.1.

^{๑๗} Richard Dodgson, Kelly Lee and Nick Drager, “Global Health Governance: A conceptual review,” Discussion paper No.1 of Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, England.

^{๑๘} เอเจอร์ แซม, ธรรมาภิบาล: การบริหารการปกครองที่โปร่งใสด้วยจริยธรรม, แปลโดย ไชยรัตน์ คำชู และคณะ, (กรุงเทพฯ: น้ำฝน, ๒๕๔๕)

Surendra Munshi กลับมองว่า การที่ธนาคารโลกนำข้อกำหนดเหล่านี้ มาใช้เป็นเงื่อนไขในการให้ทุน และมีลักษณะเป็นสูตรสำเร็จสำหรับการแก้ปัญหาเศรษฐกิจในทุกประเทศ เป็นเสมือนการพยายามสร้างข้อตกลงร่วมของโลก (One world consensus) จึงทำให้เกิดความคลางแคลงใจถึงแนวคิดที่อยู่เบื้องหลัง ทั้งยังมองว่า แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลเป็นสัญลักษณ์ของการกลับมาของจักรวรรดินิยมหรือลัทธิล่าอาณานิคมรูปแบบใหม่ นอกจากนี้ นักวิชาการบางส่วนยังมองว่า แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลนั้นเป็นเครื่องมือที่ธนาคารโลกใช้ในการแทรกแซงการพัฒนาของประเทศต่างๆ ให้เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นทุนนิยมเสรีมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนให้การพัฒนาเศรษฐกิจกลายเป็นเป้าหมายหลักโดยสมบูรณ์ และการเมืองการปกครองได้กลายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบเศรษฐกิจเท่านั้น^{๑๙}

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลในบริบทของสังคมไทย

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลเริ่มได้รับความสนใจอย่างจริงจังในสังคมไทย ตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา แนวคิดดังกล่าวเมื่อมาอยู่ในบริบทของสังคมไทยแล้วก็ได้ถูกแปลความ ตีความและสร้างคำอธิบายแตกต่างกันไป เริ่มตั้งแต่การนิยามศัพท์แทนคำว่า “Good Governance” ซึ่งในระยะแรกมีการใช้คำว่า “ธรรมรัฐ” โดยคณาจารย์จากคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นกลุ่มแรกๆ ที่เริ่มทำการตีความแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลและได้ทำจดหมายเปิดผนึกถึงรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ เพื่อนำเสนอ “ข้อเสนอว่าด้วยธรรมรัฐ” โดยมีการเรียกร้องให้รัฐบาลคำนึงถึงคนยากจนที่จะได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจที่รุนแรงมากครั้งนี้ ทั้งยังเรียกร้องให้รัฐบาลรับผิดชอบที่บริหารงานผิดพลาดและเรียกร้องให้รัฐสภาลงมติรับร่างรัฐธรรมนูญที่สภาร่างรัฐธรรมนูญได้ร่างขึ้น^{๒๐}

หลังจากนั้น อริยเดช บุญมี อาจารย์ประจำคณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก็ได้เสนอแนวคิดว่าด้วย “การสร้างธรรมรัฐแห่งชาติ” โดยมีการจัดแถลงข่าวในวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๑ เรียกร้องให้รัฐบาลมีการระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำสถาบันหลัก และเครือข่ายสังคมมาร่วมกันแก้ไขวิกฤตเศรษฐกิจไทย ทั้งยังเรียกร้องให้รัฐบาลแสดงเจตจำนงว่าจะปฏิรูปสังคมและวัฒนธรรมของสังคมไทย ซึ่งนำมาสู่การถกเถียง อภิปราย ตีความและแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ มากมาย ทั้งให้การสนับสนุนและคัดค้านแนวคิดเรื่อง “ธรรมรัฐ” แห่งชาติ จึงกลายเป็นกระแสทางสังคมที่มีอิทธิพลกระแสหนึ่งในบริบทการเมืองไทย นับตั้งแต่สังคมไทยเข้าสู่ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา^{๒๑}

นอกจากคำว่า “ธรรมรัฐ” แล้ว ก็ยังมีการแปลคำว่า Good governance ออกเป็นคำอื่นๆ ด้วย เช่น *สุประศาสนการ* โดย ติน ปรัชญพฤทธิ *ธรรมราชูร์* โดย อมรา พงศาพิชญ์ *การกำกับดูแลที่ดี* โดย วรภัทร โตธนะเกษม และ *พุลนิจ ปิยะอนันต์* *ประชารัฐ* โดย สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ *รัฐาภิบาล* โดย

^{๑๙} วิรุฬ ลัมสวาท, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒), หน้า ๑๙.

^{๒๐} นฤมล ทับจุมพล, “แนวคิดและวาทกรรมว่าด้วย: ธรรมรัฐแห่งชาติ” ใน *ธรรมาภิบาลกับคอร์รัปชันในสังคมไทย* จุไรรัตน์ แสนใจรักษ์, บรรณาธิการ. (กรุงเทพฯ: วิถีทรรศน์, ๒๕๕๖), หน้า ๕๙-๖๐.

^{๒๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๐.

ชัยอนันต์ สมุทวณิช *การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี* โดย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และ *กลไกประชาธิปไตยที่ดี* โดย อรพินท์ สฟโชคชัย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานศึกษาวิจัยต่างๆ จะนิยมใช้คำว่า “ธรรมาภิบาล” เป็นส่วนมาก^{๒๒}

นอกจากการใช้คำที่ต่างกันแล้ว ในแง่การนิยามความหมายของธรรมาภิบาลก็ยังแตกต่างกันไปด้วย เช่น อิริยทุธ บุญมี ซึ่งเป็นนักวิชาการไทยที่พยายามทำความเข้าใจ “ธรรมาภิบาล” ในบริบทตะวันตก ได้อธิบายว่า

ธรรมรัฐ (Good governance) คือ กระบวนการความสัมพันธ์ (Interactive Relation) ระหว่างภาครัฐ ภาคสังคม ภาคเอกชน และภาคประชาชนโดยทั่วไป ในการที่จะทำให้การบริหารราชการแผ่นดินดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม โปร่งใส ยุติธรรม และสามารถตรวจสอบได้... การบริหารประเทศที่ดีควรเป็นความร่วมมือกันแบบสื่อสาร ๒ ทาง ระหว่างรัฐบาลประชาธิปไตยและฝ่ายสังคม เอกชน องค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐ (NGO) โดยเน้นการมีส่วนร่วม (participation) ความโปร่งใส และตรวจสอบได้ การร่วมกันกำหนดนโยบาย (shared policy making) และการจัดการตัวเอง (self - management) ของภาคสังคมเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นธรรมมากขึ้น^{๒๓}

ส่วนผู้นำทางการเมืองคนสำคัญของไทย เช่น นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี ก็ได้แสดงความเห็นผ่านการเขียนและการพูดในที่ต่างๆ โดยสรุปได้ว่า “รัฐต้องจำกัดอำนาจลง มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลและการกระทำมากขึ้น นอกจากนั้น รัฐต้องเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความยุติธรรมและเพิ่มการบริการสังคม” แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในทัศนะของนายอานันท์ ปันยารชุนนั้น ไม่ว่ารูปแบบการปกครองจะเป็นอย่างไรก็ตาม ขอเพียงมีองค์ประกอบดังกล่าว สังคมหรือองค์กรนั้นก็ถือว่าเป็น “ธรรมรัฐ” ดังนั้น “ธรรมรัฐ” จึงเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการมากกว่าการเมือง^{๒๔}

นักคิดคนสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้เรื่องธรรมาภิบาลอีกท่านหนึ่ง คือ นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งมอง “ธรรมรัฐ” โดยเชื่อมโยงกับการปฏิรูป กล่าวคือ ท่านเห็นว่ากระบวนการธรรมาภิบาล คือ การสร้างเศรษฐกิจมหภาคที่ถูกต้อง มีระบบรัฐที่ถูกต้อง มีการปฏิรูปการศึกษาให้สามารถสร้างความเข้มแข็งทางสติปัญญาให้คนทั้งมวล ปฏิรูปสื่อเพื่อสังคม ตลอดจนปฏิรูปกฎหมายให้เหมาะสมสอดคล้องกับการที่จะสร้างสังคมเข้มแข็งถูกต้องเป็นธรรมทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในภายหลังความคิดของนายแพทย์ประเวศมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

^{๒๒} สมบูรณ์ ศิริประชัย, “ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย,” *รัฐศาสตร์สาร* ๓๐, ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒): ๖๓.

^{๒๓} อิริยทุธ บุญมี, *สังคมเข้มแข็ง ธรรมรัฐแห่งชาติ: ยุทธศาสตร์สู่ทนายประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: สายธาร, ๒๕๔๑), หน้า ๑๗-๑๘.

^{๒๔} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับนิยามของธรรมาภิบาลตามทัศนะของนักคิดไทยคนสำคัญๆ ได้ใน สมบูรณ์ ศิริประชัย, “ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย,” *รัฐศาสตร์สาร* ๓๐, ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒): หน้า ๗๓-๗๘.

และจำเป็นต้องทำความเข้าใจควบคู่กับข้อเสนอที่ให้อำนาจความคิดแบบพุทธศาสนาให้เข้ามามีบทบาทต่อ “ธรรมรัฐ” และสังคม^{๒๕}

จากที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่าแนวคิดและการทำความเข้าใจเรื่องธรรมาภิบาลในสังคมไทยนั้น มีความแตกต่างหลากหลาย กันความกว้าง โดยขึ้นอยู่กับวิธีการมองและแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน จึงไม่มีคำนิยามที่นิ่งชัดเจน และตายตัว นอกจากการตีความและนำเสนอแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลที่ต่างกันไปแล้ว ก็ยังปรากฏข้อถกเถียงบางประการเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าวด้วย เช่น ที่มาของแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล ซึ่งบางส่วนเห็นว่าแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่มีมาช้านานแล้วในสังคมไทย ขณะที่บางส่วนกลับชี้ว่าแนวความคิดนี้เป็นของใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ และขยายไปสู่วงการข้าราชการชาวไทย เป็นต้น

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลในบริบทของสังคมไทย นอกจากจะมีการใช้คำและนิยามที่ต่างกันอย่างมากมายแล้ว ส่วนใหญ่แวดวงวิชาการและราชการก็มักจะมีการตีความธรรมาภิบาลในความหมายที่แคบมาก โดยเน้นการอธิบายถึงองค์ประกอบของธรรมาภิบาลอันประกอบด้วย หลักนิติธรรม (The Rule of Law) ความโปร่งใส (Transparency) การมีส่วนร่วม (Participation) และความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability) และมักมีการเพิ่มองค์ประกอบอีก ๒ ตัว คือ คุณธรรม (Ethics) และความคุ้มค่า (Cost Recovery)

กลไกธรรมาภิบาลในภาคปฏิบัติของสังคมไทย

ภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ประเทศไทยขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ซึ่งหนึ่งในข้อกำหนดของการกู้เงินก็คือ รัฐบาลไทยต้องให้คำมั่นว่าจะมีการพัฒนาธรรมาภิบาล (Good Governance) ขึ้นในระบบการบริหารจัดการภาครัฐ รัฐบาลจึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๒ ขึ้น โดยมีการกล่าวถึงเหตุผลในการออกระเบียบฉบับนี้ว่า บ้านเมืองพินาศผ่านวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจเมื่อปี ๒๕๔๑ หากไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอย่างจริงจังและรีบด่วน โอกาสที่จะนำพาประเทศให้ฟื้นตัวจากวิกฤตยอมเป็นไปได้ยาก และแม้ว่าจุดมุ่งหมายของระเบียบฉบับนี้จะมีได้ระบุชัดเจนถึงแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลในทางสากล แต่ได้มีการระบุว่า ในการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี รัฐควรส่งเสริมให้สังคมไทยยืนอยู่บนพื้นฐานของหลักอย่างน้อย ๖ ประการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของธรรมาภิบาล ได้แก่ หลักนิติธรรม (Rule of law) หลักคุณธรรม (Integrity) หลักความโปร่งใส (Transparent) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) หลักความรับผิดชอบ (Accountability) หลักความคุ้มค่า (Efficient Service)

อย่างไรก็ตาม ระเบียบฉบับนี้เป็นเพียงการกำหนดหลักการและทางปฏิบัติไว้เท่านั้น แต่ยังไม่มีการดำเนินให้เกิดผลอย่างจริงจัง ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จึงได้มีการยกเลิกระเบียบฉบับนี้ และประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยสาระสำคัญของพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้คือ ความพยายามจะสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย และแม้ว่าจะมีความลึกซึ้ง

^{๒๕} สมบูรณ์ ศรีประชัย, “ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย,” รัฐศาสตร์สาร ๓๐, ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒): ๗๕-๗๖.

ครอบคลุมประเด็นต่างๆ มากกว่ากฎหมายฉบับแรก แต่ก็ยังไม่อาจนำแนวคิดธรรมาภิบาลในแบบวิชาการ ตะวันตกมาแปรเป็นกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม เพราะธรรมาภิบาลในทางทฤษฎีไม่ได้หมายถึงการปกครอง บ้านเมืองที่ดีเท่านั้น และปัญหาสำคัญคือ กรอบกฎหมายเหล่านี้ยังไม่สามารถปฏิรูประบบราชการไทยให้มีความเข้มแข็ง ซื่อสัตย์ และทำประโยชน์เพื่อประชาชนได้อย่างแท้จริง^{๒๖}

นอกจากเหตุผลในการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกองทุนการเงินระหว่างประเทศแล้ว กระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการเมือง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน รวมถึงการปฏิรูประบบราชการ ก็มีสำคัญในการผลักดันเรื่องธรรมาภิบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะผลของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งได้บรรจุเอาหลักการของธรรมาภิบาลไว้ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ในมาตราที่ ๗๑ ถึง ๘๑ จึงทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการพัฒนาเรื่องธรรมาภิบาลอย่างกว้างขวาง โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบเรื่องการปฏิรูปโดยเฉพาะ เช่น การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นหน่วยงานขึ้นตรงกับสำนักนายกรัฐมนตรี นอกจากนี้ ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับธรรมาภิบาล เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน เป็นต้น^{๒๗}

ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพไทย

หากพิจารณาแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลจากมุมมองและรากฐานทางความคิดของสังคมไทย ก็พบว่า มีร่องรอยทางความคิดในประเด็นนี้ปรากฏอยู่พอสมควร แม้ว่าจะไม่ตรงตามหลัก “ธรรมาภิบาล” ที่นำเข้ามาจากโลกตะวันตกเสียทีเดียวก็ตาม แต่ก็พอให้ทำความเข้าใจได้ว่า แนวคิดและรูปธรรมของธรรมาภิบาลนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย

ในงานของ วีระ สมบูรณ์ เรื่อง รัฐธรรมในอดีต^{๒๘} ซึ่งทำการศึกษาแนวคิดว่าด้วยเรื่องการปกครองและทัศนะเกี่ยวกับรัฐจากมุมมองของพระพุทธศาสนา ผ่านเนื้อความในพระสูตรบทต่างๆ ในจักกวัตติสูตรและสารันทสูตร ซึ่งเป็นธรรมสำหรับลักษณะและโครงสร้างของรัฐในสมัยพุทธกาล ได้มีการกล่าวถึงหลักเกณฑ์ที่จะทำให้การเมืองก่อประโยชน์สุขแก่สังคม และดำรงความเป็นรัฐในอุดมคติไว้ได้ โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะถูกปรับใช้กับรูปแบบการปกครองที่ต่างกัน กล่าวคือ จักรวรรดิวัตร เป็นธรรมสำหรับการปกครองที่รวมศูนย์อำนาจในบุคคลคนเดียว และอภิธานียธรรม คือ ธรรมสำหรับการปกครองที่กระจายอำนาจไปสู่กลุ่มบุคคลและพลเมือง

^{๒๖} ดูรายละเอียดการวิเคราะห์และวิพากษ์กฎหมายฉบับต่างๆ เพิ่มเติมได้ใน สมบูรณ์ ศิริประชัย, “ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย,” รัฐศาสตร์สาร ๓๐, ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒): ๗๘-๙๑.

^{๒๗} วิรุฬ ลี้มสวาท, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒), หน้า ๒๒.

^{๒๘} วีระ สมบูรณ์, รัฐธรรมในอดีต (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บুকส์, ๒๕๕๑)

จักรวรรดิวัตร คือ ข้อปฏิบัติอันควรสำหรับผู้ปกครอง เพื่อทำให้เกิดอำนาจบารมีและความสงบสุขของสังคม ด้วยการคุ้มครองชนกลุ่มต่างๆ ในสังคมอย่างเสมอกัน ดูแลไม่ให้เกิดการอธรรมหรือความไม่เป็นธรรมขึ้นในสังคม สงเคราะห์ผู้ที่ไม่มีทรัพย์ และหมั่นปรึกษาผู้รู้ที่ตั้งมั่นในคุณธรรมว่าอะไรคือกุศลและอกุศล ซึ่งหากผู้ปกครองละเลย ไม่ปฏิบัติตาม “ธรรม” โดยนัยแห่งจักรวรรดิวัตรก็จะนำมาซึ่งความเสื่อม ส่วนหลักอภิธานิยธรรม ๗ ประการนั้น เป็นธรรมของการอยู่ร่วมกัน ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับ “ภิกขุสูตร” ที่ถือเป็นวินัยเพื่อการจัดระเบียบสังคมในการอยู่ร่วมกันของสงฆ์ โดยหัวใจสำคัญของการอยู่ร่วมกันนั้นอยู่ที่การหมั่นประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ และพร้อมเพรียงกันประชุมปรึกษาและกระทำกิจต่างๆ ที่ควรทำ ซึ่งหลักการเหล่านี้คล้ายคลึงกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเน้นการประชุม ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น^{๒๙} ซึ่งก็คือองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการสร้างธรรมาภิบาลตามความหมายในปัจจุบันนั่นเอง

นอกจากนี้ วีระ สมบูรณ์ ยังได้ชี้ให้เห็นว่า หากพิจารณาจากธรรมเกี่ยวกับการปกครองที่พระพุทธเจ้าได้ทรงแสดงผ่านพระสูตรต่างๆ นั้น การใช้ศีลธรรมเป็นตัวกำกับผู้คนและการตัดสินใจว่าปัญหาสังคมเกิดขึ้นจากคนเห็นแก่ตัวนั้นไม่เพียงพอ เพราะนอกจากธรรมของปัจเจกบุคคลแล้ว พระสูตรต่างๆ เหล่านี้ยังได้แสดงให้เห็นถึง “รัฐธรรม” และ “ประชากรธรรม” ที่ผู้ปกครองและสาธารณชนจะต้องมี คือ นอกเหนือจากธรรมะในระดับบุคคลแล้ว ยังต้องมีการจัดระเบียบสังคมให้ถูกต้องอีกด้วย^{๓๐} หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ จำเป็นต้องมีการสร้างวิถีในการจัดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนในสังคม เพื่อให้เกิดระบบที่เป็นธรรมด้วย

นอกจากนี้ ในยุคจารีต ยังมีแนวคิดเรื่องการปกป้องพสกนิกรจากความชั่วร้ายต่างๆ ดังเราจะเห็นตัวอย่างได้จากกฎหมายที่ออกในรัชกาลที่ ๑ – ๓ สมัยรัตนโกสินทร์ เหตุผลที่ใช้การออกกฎหมายแต่ละฉบับจะอ้างอิงถึงแนวคิดเรื่องความเป็นพระโพธิสัตว์ของกษัตริย์ที่ป้องกันไม่ให้ประชาชนทำความชั่วและพาประชาชนให้พ้นทุกข์ในวัฏสงสาร^{๓๑} “ธรรม” ของกษัตริย์จึงถือเป็นกลไกธรรมาภิบาลของรัฐในยุคจารีต

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง จากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาสู่การปกครองแบบประชาธิปไตยในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ที่เป็นผลมาจากการก่อการของคณะราษฎร โดยคณะผู้ก่อการเหล่านี้มีแนวความคิดว่า การปกครองที่ผ่านมาในระบอบกษัตริย์ ไม่ได้ประกอบไปด้วยความเป็นธรรม จึงต้องทำการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ดังคำประกาศของคณะราษฎร ที่โจมตีการปกครองโดยกษัตริย์ว่า มีแต่ความทุจริตใช้อำนาจโดยมิชอบ การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการมีการเล่นพรรคพวก ปราศจากความเป็นธรรม ทำให้บ้านเมืองเศรษฐกิจตกต่ำ^{๓๒} เป้าหมายของการบริหารบ้านเมืองของคณะราษฎรหลังจากการยึดอำนาจคือ

^{๒๙} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕), หน้า ๓๒-๓๔.

^{๓๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๓-๓๔.

^{๓๑} ดู ตัวอย่างการออกพระราชกำหนดและการให้เหตุผลตั้งที่อ้างได้ใน กรมศิลปากร, กฎหมายตราสามดวง (กรุงเทพฯ, กรมศิลปากร, ๒๕๒๑), หน้า ๗๖๓, ๗๖๕-๗๗๐.

^{๓๒} ดู เนื้อหาของประกาศคณะราษฎร ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๕ ได้ใน ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๑๒๓-๑๒๖.

ประเทศต้องมีความเป็นเอกราชอย่างพร้อมบูรณ์ ราษฎรจะได้รับความปลอดภัย ทุกคนจะมีงานทำ ไม่ต้องอดตาย ทุกคนจะมีสิทธิเสมอกัน และมีเสรีภาพพ้นจากความเป็นไพร่เป็นข้าเป็นทาสมองพวกเจ้า หมดสมัยที่เจ้าจะทำนาบนหลังราษฎร สิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา คือ ความสุขความเจริญอย่างประเสริฐ ซึ่งเรียกกันเป็นศัพท์ว่า “ศรีอาริย์” นั้นก็จะพึงบังเกิดแก่ราษฎรถ้วนหน้า^{๓๓}

สิ่งที่คณะราษฎรต้องการคือ ความกินดีอยู่ดีไม่อดตายและเสรีภาพเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยังไม่ได้มีการเน้นในเรื่องของสุขภาพ จนกระทั่งในช่วงทศวรรษ ๒๔๘๐ – ๒๔๙๐ ซึ่งถือเป็นรอยต่อระหว่างยุคเก่าและยุคใหม่ รัฐบาลภายใต้การนำของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในคณะราษฎร แต่มีแนวคิดแบบทหารนิยม และชื่นชอบแนวทางการพัฒนาประเทศแบบที่ใช้แนวทางทหารนิยมและชาตินิยมเป็นแรงผลักดันให้ชาติก้าวหน้า อาทิ ญี่ปุ่น เยอรมนี และอิตาลี ซึ่งในเวลานั้นกลุ่มประเทศเหล่านี้ มีแนวทางการดำเนินการบริหารประเทศด้วยการให้อำนาจแก่ผู้นำสูงสุดแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ดำเนินนโยบายพัฒนาประเทศตามคติของลัทธิชาตินิยมทหาร โดยการสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ ดังนั้นการพัฒนากำลังคนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่ง^{๓๔} รัฐบาลจึงดำเนินการพัฒนาปรับปรุงองค์กรและส่วนราชการทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และได้เริ่มขยายระบบบริการสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองหรือชนบทต่างๆ โดยกำหนดให้มีการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด ซึ่งในช่วงแรกกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดนก่อน เนื่องจากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย “อวดธง” เพื่อแสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของตะวันตก จังหวัดชายแดนที่สร้างโรงพยาบาลขึ้นตามนโยบายอวดธงในยุคแรก ได้แก่ อุบลราชธานี หนองคาย และนครพนม^{๓๕} แม้ว่าการสร้างโรงพยาบาลชายแดนจะเป็นส่วนหนึ่งของการพยายามแสดงตนเป็นมหาอำนาจของรัฐบาลในเวลานั้น มากกว่าจะมุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง แต่ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการขยายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยออกไปในชนบทโดยรัฐ ขณะเดียวกัน การสร้างโรงพยาบาลชายแดนในครั้งนั้นได้เกิดปรากฏการณ์เล็กๆ เรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเสมือนตำนานการเริ่มต้นของขบวนการแพทย์ชนบทกับการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย

กรณีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ : ปฐมบทการขจัดขึ้นจากชายขอบ

จากนโยบายของรัฐบาลดังกล่าว ในปี พ.ศ. ๒๔๘๐ พระพนมนครานุรักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย จึงเริ่มสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงรายขึ้น โดยการเรียกรายเงินจากประชาชนชาวเชียงราย ซึ่งชาวเชียงรายทั้งรวยและจนต่างช่วยกันบริจาคทรัพย์และที่ดินจนเพียงพอที่จะก่อสร้างโรงพยาบาลได้ ด้วยเหตุที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงรายเป็นโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรก ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทางทุนทรัพย์ของ

^{๓๓} ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ๒๕๒๕ การปฏิวัติสยาม, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๔๔.

^{๓๔} สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๘๕.

^{๓๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๗.

ประชาชนทุกระดับภายในจังหวัดเอง โรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้รับการตั้งชื่อว่า “โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์” อันหมายถึง โรงพยาบาลของจังหวัดเชียงรายที่สร้างขึ้นด้วยความอนุเคราะห์ของประชาชน ซึ่งต่างจากการสร้างโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ก่อนหน้านี ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยงบประมาณจากส่วนกลางเป็นหลัก^{๓๖}

ต่อมา ได้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลังของราชการ ที่กำหนดให้รายได้ของโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องส่งคืนกระทรวงการคลัง แต่นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในยุคนั้น ปฏิเสธที่จะส่งเงินรายได้ของโรงพยาบาลคืนแก่ “หลวง” และขอให้โรงพยาบาลมีสิทธิในการดูแลบริหารเงินรายได้ที่โรงพยาบาลหามาได้เองในรูปของ “เงินทุนสะสม” เพื่อไว้ใช้เป็นเงินทุนหมุนเวียนในการจัดซื้อยา อุปกรณ์ และพัฒนาโรงพยาบาล โดยนายแพทย์เสม ได้ชี้แจงเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบแก่พระยาไชยยศสมบัติ รัฐมนตรีการคลังในสมัยนั้นว่า “โรงพยาบาลนี้ รัฐบาลไม่ได้ออกสัปดาห์เดียว ชาวบ้านเขาออกเอง ถ้าผมเอาเงินจำนวนนี้ไปให้รัฐบาล ผมไม่รู้จะเอาอะไรมารักษาชาวบ้าน เงินนี้มันเป็นวงจรรอ เอาเงินไปซื้อยามาให้ชาวบ้าน หมุนเวียนไป”^{๓๗}

หลังจากนั้น พระยาไชยยศสมบัติ ซึ่งใจกว้างพอที่จะยอมรับเหตุผลของนายแพทย์แห่งโรงพยาบาลชายแดน จึงได้มีคำสั่งว่า ต่อไปให้โรงพยาบาลไม่ต้องนำเงินรายได้ส่งคืนคลัง แต่ให้เก็บเป็นเงินทุนสะสมของโรงพยาบาล กลายเป็นที่มาของระบบ “เงินบำรุง” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศมีความคล่องตัว สามารถพัฒนาเติบโตมาจนกระทั่งทุกวันนี้ และหากไม่มีระบบเงินบำรุงแล้ว ก็จะต้องพึ่งพาแต่เงินงบประมาณเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ระบบโรงพยาบาลโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลนั้นประสบกับความยุ่งยากล่าช้า และไม่พัฒนา เพราะการจะซื้อเครื่องมือ ยา หรือเวชภัณฑ์ต่างๆ อาจต้องใช้เวลาเป็นปี เพราะต้องตั้งงบประมาณล่วงหน้าอยู่ในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีเสียก่อน ชีวิตผู้ป่วยจำนวนมากอาจต้องสูญเสียไป เพราะระเบียบกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และไม่คล่องตัว ฉับไว ทันเหตุการณ์อย่างระบบเงินบำรุง^{๓๘}

แม้ว่าเวลานั้นจะอยู่ในบรรยากาศของการสร้างชาติโดยการนำของท่านผู้นำอย่าง จอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่รัฐบาลต้องการให้คนเห็นความสำคัญของความเจริญรุ่งเรืองในความเป็นชาติมหาอำนาจ และมีความพยายามในการสร้าง “สิ่งประดิษฐ์ทางวัฒนธรรม” เพื่อสร้างสำนึกความเป็นหนึ่งเดียวกันของชาติ แต่การกระทำของนายแพทย์เสม ที่ต้องการจะคงเงินรายได้ของโรงพยาบาลไว้ใช้จ่ายเพื่อผลประโยชน์ของชาวบ้านในท้องถิ่น โดยไม่ส่งคืนมายังส่วนกลาง ก็ถือว่าเป็นการวางรากฐานเรื่องความเป็นอิสระจากอำนาจส่วนกลางไว้เป็นปฐมบท และแม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากเจตนาดีเป็นหลัก ไม่ได้เป็นความต้องการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างถอนรากถอนโคนแต่อย่างใด แต่กระนั้นก็ยังส่งผลให้เกิดการ

^{๓๖} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสร้างโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์ตามนโยบายโดยตรงของรัฐบาลคณะราษฎรได้ในสันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้กับคนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๖๐-๘๐.

^{๓๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๘๐.

^{๓๘} พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกรียงศักดิ์ วิชานุกุลเกียรติ และ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, บรรณาธิการ, *ตำนานพ่อเสมบิดาแห่งแพทย์ชนบทไทย* (กรุงเทพฯ: ทวีโชคการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๒๗.

เปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อระบบการเงินการคลังในโรงพยาบาล จนพัฒนาต่อมาเป็นระบบ “เงินบำรุง” ที่เป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาลในปัจจุบัน

แม้ว่า จอมพล ป. พิบูลสงคราม จะแสดงตนว่าเป็นผู้นำแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ดี จอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นผลผลิตของคณะราษฎรที่คำนึงถึงเรื่องอำนาจการปกครองที่มาจากประชาชน แต่เมื่ออำนาจมาถึงมือของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่ทำการรัฐประหารยึดอำนาจมาจากจอมพล ป. พิบูลสงคราม แนวคิดเรื่องความชอบธรรมของอำนาจก็ได้รับการนิยามขึ้นมาใหม่ ในงานของ ทักษิณ เถลิงเศียรณ เรื่อง การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ^{๓๙} ซึ่งเป็นงานศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและลักษณะการเมืองการปกครองสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ชี้ว่าในช่วงรัฐบาลสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ แม้จะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่จอมพลสฤษดิ์ ก็ได้สถาปนาระบบที่ผู้นำเป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง และสร้างลักษณะของผู้นำที่พร้อมจะใช้มาตรการอันเด็ดขาดและรุนแรงด้วยการสั่งประหารชีวิตบุคคลที่เห็นว่าเป็น “ศัตรูแห่งรัฐและความดีงามของสังคม” และประกาศตนเป็นผู้รับผิดชอบการกระทำดังกล่าวแต่เพียงผู้เดียว

หลักฐานสำคัญที่ชี้ให้เห็นลักษณะดังกล่าวมาข้างต้นคือ การใช้อำนาจนายกรัฐมนตรีของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่สามารถออกคำสั่งประหารชีวิตและกระทำการอันมีลักษณะเด็ดขาดได้โดยอาศัยกฎหมายมาตรา ๑๗ ของธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๐๒ ความว่า^{๔๐}

ในระหว่างที่ใช้ธรรมนูญนี้ ในกรณีที่นายกรัฐมนตรีเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการระงับหรือปราบปรามการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลายความมั่นคงของราชอาณาจักรหรือราชบัลลังก์ หรือการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลาย ก่อวิน หรือคุกคามความสงบที่เกิดขึ้นภายใน หรือมาจากภายนอกราชอาณาจักร ให้นายกรัฐมนตรีโดยมติของคณะรัฐมนตรีมีอำนาจสั่งการ หรือการกระทำใดๆ ได้ และให้ถือว่าคำสั่งหรือการกระทำเช่นนั้นเป็นคำสั่งหรือการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

เมื่อนายกรัฐมนตรีได้สั่งการหรือกระทำการใดไปตามความในวรรคก่อนแล้ว ให้นายกรัฐมนตรีแจ้งในสภาทราบ

เนื้อความในกฎหมายมาตรา ๑๗ สะท้อนชัดเจนว่า จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ สามารถกระทำการอันมีลักษณะเด็ดขาดและสามารถตัดสินใจสูงสุด คือ การประหารชีวิตบุคคลได้ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการยุติธรรมหรือการตรวจสอบใดๆ ทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่ง “ความสงบและมั่นคง” ของรัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ จนถึง พ.ศ. ๒๕๐๖ จอมพลสฤษดิ์ได้ใช้มาตรา ๑๗ เพื่อสั่งประหารชีวิตบุคคลจำนวนถึง ๑๑ คน ในจำนวนนี้ถูกประหารชีวิตเนื่องจากการลอบวางเพลิง ๕ คน, ผลิตเฮโรอีน ๑ คน, เป็นผู้นำในการก่อจลาจลแบบนักรบ ๑ คน และถูกประหารชีวิตเนื่องจากข้อหาเกี่ยวกับลัทธิคอมมิวนิสต์จำนวน ๔ คน^{๔๑} การตัดสินใจประหารชีวิต

^{๓๙} ทักษิณ เถลิงเศียรณ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๕๒)

^{๔๐} ธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๐๒.

^{๔๑} ทักษิณ เถลิงเศียรณ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ, หน้า ๒๓๙.

แก่บุคคลเหล่านี้ถือว่ามีความถูกต้องชอบธรรม ทั้งในแง่ของกฎหมาย (มาตรา ๑๗) และคดีในเรื่องการบริหารปกครองบ้านเมืองของจอมพลสฤษดิ์เอง

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าแนวคิดหลักเรื่อง “ความเป็นธรรม” ในสมัยจอมพลสฤษดิ์นั้นแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงกับหลักการและองค์ประกอบของ “ธรรมาภิบาล” จากตะวันตกที่แพร่หลายกันอยู่ในปัจจุบัน และหากเราตีความการกระทำของจอมพลสฤษดิ์โดยใช้บริบทของความคิดเรื่องธรรมาภิบาลยุคใหม่ ก็อาจเข้าใจว่าการกระทำของจอมพลสฤษดิ์นั้นปราศจากซึ่งความชอบธรรมและไม่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล แต่หากพิจารณาตามบริบทของยุคนั้นก็จะพบว่า การบริหารบ้านเมืองของจอมพลสฤษดิ์นั้นไม่เพียงแต่มี “ความชอบธรรม” และ “เป็นธรรม” สำหรับการรับรู้ของประชาชนในยุคนั้น แต่ประชาชนยัง “รู้สึกหลงใหลไปกับผู้นำที่เข้มแข็งและกล้าตัดสินใจ”^{๔๒} ด้วย เพราะแนวคิดเรื่อง “ความชอบธรรม” ในยุคสมัยของจอมพลสฤษดิ์นั้นได้ผูกโยงกับ “ตัวบุคคล” ซึ่งก็คือ ผู้นำที่สามารถรักษาความสงบมั่นคงเรียบร้อยแห่งรัฐได้นั่นเอง

เมื่อจอมพลสฤษดิ์ ณะรัชต์ ถึงแก่อสัญกรรมลง จอมพลถนอม กิตติขจร ได้เป็นนายกรัฐมนตรีและพยายามสืบทอดอำนาจการปกครองแบบเผด็จการ รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับ “ความเป็นธรรม” และ “ความชอบธรรม” ตามแนวทางอย่างในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ณะรัชต์ ดังจะเห็นว่า ยังคงมีการใช้อำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดด้วยกฎหมายมาตรา ๑๗ เรื่อยมา และแม้ว่าจะมีการประกาศใช้ธรรมนูญการปกครองราชอาณาจักรฉบับใหม่ในวันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๕ แต่ข้อความในธรรมนูญฉบับนี้ก็ยังคงมีข้อความเหมือนธรรมนูญการปกครองสมัยจอมพลสฤษดิ์ ณะรัชต์ รวมทั้งยังมีมาตรา ๑๗ อยู่เช่นเดิม และมีบทบัญญัติทั้งหมด ๒๓ มาตรา บัญญัติให้มีสภาเดียวเรียกว่า สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีสมาชิกทั้งหมด ๒๙๙ คน ซึ่งเป็นทหารตำรวจเสียเกือบ ๒๐๐ คน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นเพียงการปรับรูปแบบภายนอกเท่านั้น แต่เนื้อหาภายในนั้นยังเป็นการรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่กลุ่มของจอมพลถนอม จึงไม่มีประชาธิปไตยตามบทบัญญัติที่แท้จริง^{๔๓}

นอกจากการรวบอำนาจทางการเมืองสูงสุดไว้ที่ตัวผู้นำเพียงอย่างเดียวแล้ว รัฐบาลยังจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการร่วมดำเนินกิจกรรมหรือเรียกร้องสิทธิทางการเมืองใดๆ ในช่วงนั้นรัฐบาลมีความหวาดระแวงอย่างมากต่อการแทรกซึมของอุดมการณ์ลัทธิคอมมิวนิสต์ จึงมีการใช้อำนาจอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในการจับกุมประชาชนที่วิพากษ์วิจารณ์รัฐบาลหรือมีความขัดแย้งกับผู้มีอำนาจด้วยข้อหาที่ว่าบุคคลเหล่านั้น “มีการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์”^{๔๔}

แม้ว่ารัฐบาลเผด็จการทหารของจอมพลถนอม กิตติขจร จะสร้างความกดดันทางการเมืองการปกครองด้วยการลิดรอนสิทธิเสรีภาพและดำเนินนโยบายปิดหูปิดตาประชาชน แต่ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม

^{๔๒} ทักษิณ เจริญศิริ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๕๒), หน้า ๒๐.

^{๔๓} สันติสุข โสภณศิริ, ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๗.

^{๔๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๖.

เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนการขยายตัวของระบบการศึกษา กลับส่งผลให้เกิดการก่อตัวของแนวคิดเกี่ยวกับ “ความเป็นธรรม” แบบใหม่ ที่มีได้อิงกับตัวผู้นำเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้นำไม่ได้แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม แต่กลับมีพฤติกรรมฉ้อฉลด้วยแล้ว จึงนำมาสู่การก่อตัวของกระแสความคิดในการสร้างสมดุลแห่งอำนาจใหม่ โดยเรียกร้องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบและสร้างความโปร่งใสแก่ระบบ แนวคิดเรื่อง “ความเป็นธรรม” ที่เปลี่ยนแปลงไปจากยุคก่อนสะท้อนเป็นรูปธรรมชัดเจนจากเหตุการณ์การเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น การรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชันและการเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร

การรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชันของนิสิตจุฬา พ.ศ. ๒๕๑๓

ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. ๒๕๑๓ นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้เดินขบวนประท้วงการคอร์รัปชันไปยังพระที่นั่งอนันตสมาคมซึ่งเป็นที่ตั้งของรัฐบาลในเวลานั้น การเดินขบวนในครั้งนี้เกิดขึ้นมาจากเหตุที่มีการเขียนบทความเปิดเผยเรื่องการทุจริตเกี่ยวกับผลประโยชน์เรื่องที่ดินและการเงินของมหาวิทยาลัย โดยผู้บริหารมหาวิทยาลัยหลายคนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ บทความถูกนำลงตีพิมพ์ในวารสาร “จุฬาสาร” ฉบับเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๓ ซึ่งเป็นหนังสือของสโมสรนิสิต เรื่องนี้จึงได้รับความสนใจจากนิสิตของมหาวิทยาลัยเป็นอย่างมาก จนทำให้นิสิตราว ๕ พันคนได้มาชุมนุมกัน ตั้งแต่วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๑๓ และนักศึกษาได้เดินขบวนเพื่อเรียกร้องให้ผู้บริหารมหาวิทยาลัยลาออก เนื่องจากบริหารงานบกพร่อง โดยมีเหตุผลคือ การนำที่ดินของมหาวิทยาลัยไปแสวงหาผลประโยชน์ทางการค้า ซึ่งเป็นเรื่องไม่สมควร เนื่องจากที่ดินของจุฬาฯ ได้มาจากการพระราชทานของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ให้ใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา

นักศึกษาได้เคลื่อนขบวนไปเพื่อขอพบจอมพลถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น เพื่อให้มีการสอบสวนและลงโทษผู้ที่ทุจริตในกรณีดังกล่าว แม้ว่าจะไม่ได้เข้าพบนายกรัฐมนตรี แต่ก็มี การตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อสอบสวนเรื่องนี้ แต่ผลการสอบสวนกลับพบความน่าสงสัยหลายประการ จนทำให้นิสิตนักศึกษาได้เขียนจดหมายเปิดผนึกถึงจอมพลถนอม กิตติขจร และตีพิมพ์จดหมายนี้ลงในจุฬาสาร เพื่อแสดงความมุ่งมั่นจริงจังของนิสิตที่ต้องการเห็นความรับผิดชอบต่อกรณีดังกล่าว ซึ่งในจดหมายมีการเขียนเตือนด้วยว่า^{๔๕}

ไม่ว่าท่านเหล่านั้น จะอยู่ในวงการเมือง วงการศึกษา วงการราชการ วงการอื่นใด ท่านโปรดอย่าได้ทำอะไรที่ไม่ชอบด้วยครองธรรมอีกต่อไป นิสิตนักศึกษาไม่เฉพาะแต่จุฬา แต่เกษตร ธรรมศาสตร์ สงขลา เชียงใหม่ การศึกษา ขอนแก่น ทุกสถาบันนี้พร้อมที่ตั้งตัวเป็นปฏิปักษ์ต่อท่านเหล่านี้ พวก

^{๔๕} ประจักษ์ ก้องกีรติ, “ก่อนจะถึง ๑๔ ตุลาฯ: ความเคลื่อนไหวทางการเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนภายใต้ระบอบเผด็จการทหาร (พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๑๖),” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๐, หน้า ๓๖๙-๓๗๐.

เรานิสิตมิได้เป็นพรรคพวกของผู้หนึ่งผู้ใดหรือกลุ่มหนึ่งกลุ่มใด แต่สำนึกของเราขอเป็นข้าพระบาท
ของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระองค์เดียว^{๔๖}

ภายใต้กระแสความเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม จากการตกอยู่ภายใต้ระบอบเผด็จการทหารที่มีความโน้มเอียงในการให้อำนาจหรือความชอบธรรมตกอยู่ในมือผู้นำเพียงฝ่ายเดียวมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ความไม่พอใจต่อรูปแบบการปกครองที่เป็นอยู่ แผ่ขยายไปสู่คนแทบจะทุกกลุ่มและกลุ่มที่สำคัญคือ นิสิตนักศึกษาซึ่งอยู่ในวัยหนุ่มสาวเปี่ยมไปด้วยความหวังที่จะเห็นอนาคตที่ดีกว่าเดิม การเดินขบวนเรียกร้องของนิสิตจุฬาฯ ให้มีการจัดการปัญหาคอร์รัปชันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในครั้งนี้เป็น การเดินขบวนครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่การยึดอำนาจของจอมพลสฤษดิ์ ใน พ.ศ. ๒๕๐๐ เป็นต้นมา^{๔๗} ก่อนที่จะมีเหตุการณ์ให้สังคมตื่นตัวในการตรวจสอบจนนำไปสู่การโค่นล้มระบอบเผด็จการทหารใน พ.ศ. ๒๕๑๖

การเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร

วันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๖ เกิดอุบัติเหตุเฮลิคอปเตอร์ลำหนึ่งของกองทัพบกตกในเขตอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ในที่เกิดเหตุมีผู้เสียชีวิต ๖ คน บาดเจ็บสาหัส ๔ คน ทั้งยังพบซากสัตว์ป่าจำนวนมาก รวมไปถึงอาวุธปืนที่ใช้ล่าสัตว์หลายกระบอก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้มีการเข้าไปตรวจสอบโดยสื่อหนังสือพิมพ์ ขณะเดียวกันกลุ่มอนุรักษ์ ๔ สถาบัน ได้แก่ ชมรมอนุรักษ์ธรรมชาติและทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กลุ่มอนุรักษ์สภาพแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มอนุรักษ์ป่า ชมรมนิเวศวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มอนุรักษ์ธรรมชาติและสภาพแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ได้ออกแถลงการณ์เปิดโปง โดยมีหลักฐานเป็นพยานบุคคลและภาพถ่ายยืนยันว่า มีกลุ่มบุคคลกว่า ๕๐ คน เดินทางเข้าไปตั้งแคมป์ในป่าทุ่งใหญ่เพื่อทำการล่าสัตว์ ในวันที่ ๒๗ เมษายน

กลุ่มนักศึกษาได้ออกเดินทางติดตามคณะดังกล่าว จนไปพบแคมป์ของคนกลุ่มนี้ตั้งอยู่ที่ริมห้วยเซาโว่ และยังสามารถเห็นเฮลิคอปเตอร์จอดอยู่อีกลำหนึ่ง จึงเข้าพูดคุยด้วยและได้รับคำตอบจากบุคคลในคณะล่าสัตว์ดังกล่าวว่า พวกตนทราบดีว่าการเข้ามาล่าสัตว์ในบริเวณนี้เป็นการละเมิดกฎหมาย เนื่องจากป่าทุ่งใหญ่นเรศวรอยู่ระหว่างการเตรียมการจัดตั้งเป็นเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า กรมป่าไม้จึงได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปสำรวจตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ดังนั้นการเข้ามาล่าสัตว์ในเขตทุ่งใหญ่ฯ จึงเป็นการละเมิด พ.ร.บ. สงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๐๓^{๔๘}

^{๔๖} นายฉันทน์แก่น (ประสาร มฤคพิทักษ์), “จดหมายถึงสภามหาวิทยาลัย,” จุฬาสาร ฉบับวันเลือกตั้ง (๒๒ มกราคม ๒๕๑๔): ไม่มีเลขหน้า (แนบตามต้นฉบับ) อ้างถึงใน ประจักษ์ ก้องกีรติ, “ก่อนจะถึง ๑๔ ตุลาฯ: ความเคลื่อนไหวทางการเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนภายใต้ระบอบเผด็จการทหาร (พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๑๖),” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, หน้า ๓๖๙-๓๗๑.

^{๔๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๖๙.

^{๔๘} สันติสุข โสภณศิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๘-๒๕๐. และชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

แม้จะทราบว่ามีผิด แต่คณะบุคคลดังกล่าวมีข้ออ้างว่า ต้องการผ่อนคลายเป็นกรณีพิเศษ และสัตว์ก็มีจำนวนมากล่าเท่าไรก็ไม่หมด ในคืนดังกล่าวคณะนี้ยังได้จัดงานฉลองวันคล้ายวันเกิดให้กับนายตำรวจระดับรองผู้กำกับคนหนึ่งซึ่งร่วมคณะมาด้วย ก่อนเรื่องทั้งหมดจะเปิดเผยสู่สาธารณชนด้วยเหตุการณ์เฮลิคอปเตอร์ตก^{๔๙} การรายงานข่าวของหนังสือพิมพ์ถูกรัฐบาลแทรกแซงโดยการขอให้งดเสนอข่าวดังกล่าว ทำให้สมาคมหนังสือพิมพ์ นักหนังสือพิมพ์ และสมาคมนักข่าว ออกแถลงการณ์คัดค้านการแทรกแซง^{๕๐} ทางด้านจอมพลถนอม กิตติขจร และ จอมพลประภาส จารุเสถียร ก็ได้ออกมาให้ข่าวกรณีเฮลิคอปเตอร์ตกว่า เจ้าหน้าที่ทั้งหมดกำลังเดินทางไปปฏิบัติราชการลับบริเวณแนวชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อจัดการด้านความปลอดภัยในระหว่างที่นายพลเนวิน จากประเทศพม่าเดินทางมาเยือนประเทศไทย แต่ด้วยแรงกดดันจากเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของสาธารณชนและสื่อมวลชน ทำให้รัฐบาลต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นมาสอบสวนเรื่องดังกล่าว

ผลการสอบสวนปรากฏว่า การนำเฮลิคอปเตอร์ไปใช้ครั้งนี้ เชื่อว่าเป็นการไปทำหน้าที่ตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา โดยอาศัยทุ่งใหญ่นเรศวรเป็นฐานปฏิบัติการ และมีบุคคลบางคนในแคมป์พักได้ทำการล่าสัตว์ ซึ่งเป็นการผิดกฎหมายจริง เมื่อผลการสอบสวนเป็นเช่นนี้ ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทยร่วมกับชมรมอนุรักษ์ ๔ สถาบัน จึงพิมพ์หนังสือ “บันทึกกลับจากทุ่งใหญ่” ออกเผยแพร่และกล่าวกันว่ามีความสนใจหนังสือเล่มดังกล่าวมาก จนขายหมด ๕,๐๐๐ เล่มในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ในหนังสือดังกล่าวมีข้อความล้อเลียนการต่ออายุราชการของจอมพลถนอม กิตติขจร โดยเปรียบเทียบกับกรณีทุ่งใหญ่ว่า “ด้วยสถานการณ์ในทุ่งใหญ่นยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ จึงเสนอต่ออายุการทำงานของกระทรวงป่าไม้เป็นเวลาอีก ๑ ปี กระทรวง” จากสภารักษาความปลอดภัยแห่งชาติกระทรวง^{๕๑}

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๖ ชมรมคนรุ่นใหม่ออกหนังสือ “มหาวิทยาลัยที่ยังไม่มีคำตอบ” โดยมีข้อความล้อเลียนจอมพลถนอมคล้ายกับในหนังสือ “บันทึกกลับจากทุ่งใหญ่” ไปตีพิมพ์ ทำให้ ดร.ศักดิ์ ผาสุกนิรันดร์ อธิการบดีในเวลานั้น สั่งลบชื่อนักศึกษาจากชมรมคนรุ่นใหม่ ๙ คน ออกจากมหาวิทยาลัย ซึ่งบางคนเป็นคนที่มีชื่อเสียงรู้จักกันดีในปัจจุบัน เช่น วิสา ศัญทัพ ชานี ศักดิ์เศรษฐ์ สมพงษ์ สระกวี ประเดิม ดำรงเจริญ เป็นต้น ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวคัดค้านอย่างต่อเนื่อง จากกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง ขยายไปสู่ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ที่นำโดยนายธีรยุทธ บุญมี นำขบวนนักศึกษากว่า ๔,๐๐๐ คนไปประท้วงที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย ในวันที่ ๒๑ มิถุนายน เพื่อเรียกร้องให้ทบวงมหาวิทยาลัยสั่งห้ามมหาวิทยาลัย

^{๔๙} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๒๕๑. และ ชชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

^{๕๐} ชชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

^{๕๑} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, หน้า ๒๕๒.

รามคำแหงรับนักศึกษาทั้ง ๙ คนกลับเข้าเรียน พร้อมทั้งอภิปรายปัญหาบ้านเมืองและเรียกร้องให้รัฐบาลคืนอำนาจให้ประชาชน โดยการประกาศใช้รัฐธรรมนูญภายใน ๖ เดือน^{๕๒}

ข้อเรียกร้องดังกล่าว นำมาซึ่งคำสั่งปิดมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยวิชาการศึกษาในกรุงเทพฯ ทุกแห่ง แต่กลับทำให้นักศึกษาออกมาชุมนุมกันมากขึ้นไปอีก ในท้ายที่สุด นักศึกษาทั้ง ๙ คนได้กลับเข้าเรียน และ ดร. ศักดิ์ ได้ลาออกจากตำแหน่ง ก่อนที่จะเลิกการชุมนุมในครั้งนั้น นักศึกษาทั้งหลายได้ตกลงกันว่า หากรัฐบาลไม่ยอมคืนรัฐธรรมนูญให้แก่ประชาชน ก็จะกลับมาพบกันที่เดิมในอีก ๖ เดือนข้างหน้า^{๕๓}

ความคับข้องใจที่มีมาเป็นเวลานานทำให้คนรุ่นใหม่ที่มีมองไปสู่อนาคต เกิดการตั้งคำถามกับสถานะของอำนาจที่ดำรงอยู่ จนไม่สามารถจะทนต่ออำนาจของรัฐบาลเผด็จการทหารที่สืบเนื่องมาหลายสิบปีได้อีก เหตุการณ์เล็กๆ อย่าง การตรวจสอบการทุจริตของนิสิตจุฬาฯ หรือกรณีการล่าสัตว์ในทุ่งใหญ่นเรศวร กลับสามารถระดมผู้คนมาร่วมชุมนุมเป็นจำนวนนับพัน นับหมื่นได้ ความฉ้อฉลต่างๆ ของกลุ่มผู้นำ ทำให้นักศึกษาประชาชนไม่อาจยอมให้ใครเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมารับผิดชอบแต่ผู้เดียวได้อย่างในอดีต และประชาชนต่างต้องการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาของชาติด้วยเช่นกัน

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงในเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากเงื่อนไขและบริบทแวดล้อมหลายด้าน แต่การตั้งคำถามต่อการทุจริตคอร์รัปชันและสำนึกของการมีส่วนร่วมต่อการเข้ามาดูแลประเทศของคนรุ่นหนุ่มสาวก็เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งยังกลายเป็นพลังผลักดันสำคัญของกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเวลานั้น ซึ่งหมายรวมถึงผู้ที่จะกลายมาเป็นกลุ่มแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา ให้รักษาอุดมการณ์แห่งยุคสมัยมาใช้เป็นแรงบันดาลใจในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบต่อไป

สถานการณ์ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา กระบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพได้ส่งผลให้โฉมหน้าของระบบสุขภาพไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ทั้งในแง่ของการพัฒนานโยบาย การปฏิรูปโครงสร้างกลไกระบบสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการทางสังคมต่างๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพในความหมายกว้าง

ในแง่ของกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ แม้ว่าในอดีตระบบอภิบาลสุขภาพไทยจะอาศัยระบบราชการและกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการเป็นสำคัญ และมีลักษณะเด่นคือ การรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่หน่วยงานระดับกระทรวงเป็นหลัก แต่ภายหลังจากการตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ แล้ว ก็ได้มีการจัดตั้งองค์กรด้านสุขภาพระดับชาติเพิ่มขึ้นอีก ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ภายหลังจากร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จ จึงเปลี่ยนเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม

^{๕๒} สันติสุข โสภณศิริ, ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๕๔-๒๕๕.

^{๕๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๕๗.

สุขภาพ (สสส.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพพร้อมกับกระทรวงสาธารณสุข^{๕๔}

นอกจากนั้น ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพยังให้ความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและองค์กรภาคประชาชนต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การทำให้ระบบสุขภาพเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ได้มีการนำเสนอแนะและทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆ จากเวทีประชาคมเข้ามาสู่ระเบียบวาระการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติก็ได้ถูกอภิปรายและถกเถียงในหมู่องค์กรประชาสังคมในแง่มุมต่างๆ ทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนทางความคิดและความคาดหวังระหว่างคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพ คณะทำงานและอนุกรรมการต่างๆ ตลอดจนประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนมากโดยผ่านการจัดให้มีเวทีประชาคมตามพื้นที่ต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกว่า ๕๐,๐๐๐ คน ซึ่งมาจากองค์กรต่างๆ กว่า ๓,๓๐๐ องค์กร กระบวนการปรึกษาหารือและกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นได้สร้างฐานแนวร่วมอย่างกว้างขวางขึ้นในภาคประชาสังคม จนนำมาสู่การสร้างเวทีสมัชชาสุขภาพระดับประเทศ^{๕๕}

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในแง่ของกลไกการอภิบาลและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนดังกล่าวถือเป็นมิติสำคัญในการสร้างระบบบริหารจัดการหรือธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพในปัจจุบัน

^{๕๔} วิรุฬ ลิ้มสวาท, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒), หน้า ๙.

^{๕๕} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๒๐-๑๒๑.

บทที่ ๓

การทบทวนเชิงประวัติศาสตร์:

กรณีศึกษาเหตุการณ์ที่สะท้อนบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท

ต่อการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทเป็น “ผล” ของประวัติศาสตร์ ที่มีการก่อกำเนิดจากปัจจัยและเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขทางสังคมการเมืองในแต่ละยุคสมัย ซึ่งพัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทในแต่ละช่วงจะสัมพันธ์กับบทบาทในการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารทั้งที่เป็นเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยเน้นไปที่พัฒนาการของชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นองค์กรเคลื่อนไหวที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ในที่นี้สามารถแบ่งยุคสมัยของขบวนการแพทย์ชนบทออกเป็น ๖ ยุค โดยสัมพันธ์กับบริบททางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองได้ดังนี้ คือ

ยุคที่ ๑ ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ ถึงก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖

พัฒนาการของระบบสาธารณสุขในชนบทตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ ๒๔๙๐ ถึงทศวรรษ ๒๕๑๐ นั้นดำเนินไปภายใต้บริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับสงครามเย็นและการเมืองระหว่างประเทศภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ กล่าวคือ เมื่อสงครามโลกครั้งที่ ๒ สิ้นสุดลง ประเทศมหาอำนาจได้แบ่งออกเป็น ๒ ฝ่ายที่มีอุดมการณ์ทางการเมืองแตกต่างกัน คือ ฝ่ายโลกเสรีประชาธิปไตย นำโดยสหรัฐอเมริกาและกลุ่มพันธมิตร และอีกฝ่ายคือ ฝ่ายคอมมิวนิสต์ ซึ่งนำโดยสหภาพโซเวียต ทั้งสองฝ่ายต่างแข่งขันกันขยายอิทธิพลอำนาจและอุดมการณ์ทางการเมืองเข้าสู่ประเทศต่างๆ ในแถบเอเชีย ละตินอเมริกา และแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเทศจีนเปลี่ยนเป็นคอมมิวนิสต์ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ สหรัฐอเมริกาซึ่งตื่นตระหนกต่อการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ จึงเร่งขยายบทบาทครอบงำและเสริมสร้างอิทธิพลของตนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากขึ้น โดยมีไทยเป็นเป้าหมายและฐานที่มั่นสำคัญในการต่อต้านคอมมิวนิสต์^{๕๖}

ประเทศไทยเริ่มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่ไทยส่งกำลังเข้าร่วมรบในสงครามเกาหลี และยินยอมให้สหรัฐอเมริกาใช้ไทยเป็นฐานทัพแห่งหนึ่งในสงครามเวียดนาม ไทยจึงกลายเป็นพันธมิตรของสหรัฐฯ ในการต่อต้านการแพร่ขยายของลัทธิคอมมิวนิสต์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้ไทยได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมไปถึงงบประมาณจำนวนมากจากสหรัฐฯ เพื่อช่วยเหลือในการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะถนนหนทาง เพื่อใช้ลำเลียงอาวุธยุทโธปกรณ์ในการทำสงคราม การขยายระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาออกไปยังส่วนภูมิภาค รวมไปถึงความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

^{๕๖} ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติศาสตร์การเมืองไทย, พิมพ์ครั้งที่ ๑ (กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า, ๒๕๓๘), หน้า ๔๐๖.

การขยายอิทธิพลของสหรัฐอเมริกาเข้ามายังประเทศไทยผ่านรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ นั้น อยู่บนฐานของแนวคิดที่ว่าด้วย “การพัฒนา” ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญที่สหรัฐฯ ใช้ในการแย่งชิงมวลชนกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ในช่วงสงครามเย็น^{๕๗} โดยรัฐบาลเผด็จการทหารของไทยในยุคนั้น ก็ตอบรับแนวคิดและนโยบายการพัฒนาต่างๆ ของสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างดี เพราะเป็นโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรและงบประมาณจำนวนมากจากสหรัฐฯ

แนวคิดที่ว่าด้วย “การพัฒนา” ที่สหรัฐฯ ส่งผ่านมายังรัฐบาลไทยในยุคจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ สะท้อนเป็นรูปธรรมชัดเจนจากความพยายามในการจัดทำและประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ พร้อมกันนั้น ก็ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขขึ้น เพื่อใช้เป็นแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ และเพื่อให้การดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ นอกจากนั้น สารสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ระยะเวลาที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๐๙) ก็ได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางพัฒนาการสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนด้วย ยุคของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของยุคแห่งการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทอย่างมีการวางแผน

อย่างไรก็ตาม แนวคิดและนโยบายการขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองหรือชนบทต่างๆ ได้เริ่มก่อตัวขึ้นอย่างจริงจัง ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๗๗ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาล และให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในช่วงแรกให้สร้างขึ้นตามชายแดนก่อน เนื่องจากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย “อวดธง” เพื่อแสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของตะวันตก แต่ทว่าในปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ซึ่งเป็นปีที่มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัดเท่านั้น^{๕๘}

จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๔๘๙ รัฐบาลของนายปรีดี พนมยงค์ จึงมีนโยบายกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๔๙๒-๒๕๐๐ มีการจัดสรรงบประมาณจำนวนกว่าครึ่งของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ให้กรมการแพทย์ไปดำเนินการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด จนสามารถขยายโรงพยาบาลได้ครบทุกจังหวัด คือ ๗๗ โรงพยาบาล จาก ๗๒ จังหวัดภายในปี พ.ศ. ๒๕๐๐^{๕๙}

การพัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังส่วนภูมิภาคในช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ จึงเป็นการพัฒนาระบบโดยต่อยอดจากฐานความคิดเดิม เพียงแต่มีการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในรูปของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบกับความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา เช่น องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐฯ หรือ USOM (United States Operations Mission) ซึ่งเป็นหน่วยงานใน

^{๕๗} ดูรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดที่ว่าด้วยการพัฒนาของประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็นได้ใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์ และความเป็นอื่น, พิมพ์ครั้งที่ ๕ (กรุงเทพฯ: วิชาฯ, ๒๕๕๔).

^{๕๘} ทวีศักดิ์ เผือกสม, บรรณาธิการ, สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒), หน้า ๑.

^{๕๙} สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๑๒๘-๑๒๙.

สังกัดขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ หรือ USAID (United States Agency for International Development) และองค์การประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐฯ หรือ USIS (United States Information Service) จึงทำให้ระบบสาธารณสุขในชนบทพัฒนาไปในหลายๆ ด้าน

ในช่วงนี้การให้บริการด้านสาธารณสุขในชนบท จะมีลักษณะเป็นแผนงานแนวดิ่ง (vertical program) กล่าวคือ ส่วนกลางจะจัดหน่วยลงไปยังพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่ดูแลและแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละเรื่องโดยเฉพาะ เป็นหน่วยงานเฉพาะด้านที่จัดการปัญหาเฉพาะเรื่อง ซึ่งแม้ว่าจะออกไปดำเนินการตามภูมิภาคต่างๆ แต่การควบคุมบังคับบัญชาจะรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางเป็นหลัก โดยไม่ได้มองปัญหาสุขภาพเชื่อมโยงกับมิติอื่นของชีวิตและไม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อมาเมื่อการทำงานในลักษณะดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างจำกัด จึงได้มีการริเริ่มแผนงานแบบที่มีชุมชนเป็นฐาน (community-based) ซึ่งมีหลักการทำงานคือการนำปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแต่ละเรื่องมาพิจารณาในบริบทของชุมชนนั้นๆ และสร้างกลไกแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินงานสาธารณสุขโดยมีชุมชนเป็นฐานในช่วงนั้น ปรากฏรูปธรรมชัดเจนจากโครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบทในพื้นที่ต่างๆ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๐๗ โดยนายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ โครงการดังกล่าวได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๑๑ นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ได้ขอความช่วยเหลือจากสภาประชากรแห่งสหรัฐฯ จัดดำเนินโครงการสารภีขึ้นที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีแนวคิดหลักคือการขยายบริการออกไปสู่พื้นที่ชนบทห่างไกล โดยวิธีฝึกอบรมชาวบ้านที่ยินดีเสียสละเวลาเพื่อบริการเพื่อนบ้านด้วยตนเองขึ้นมาทำหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขพื้นฐานต่างๆ^{๖๐}

นอกจากทั้ง ๒ โครงการดังกล่าวแล้ว ก็ยังมีโครงการในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งมีหลักการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน เช่น โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง โครงการบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โครงการสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ โครงการโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ซึ่งต่อมากิจการดำเนินงานในโครงการเหล่านี้ได้กลายเป็นพื้นฐานและก้าวแรกที่พัฒนาไปสู่ “การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” ก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะประกาศอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. ๒๕๒๑^{๖๑}

กลุ่มแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการลงไปทำงานบุกเบิกในชนบทช่วงนี้ ได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ นายแพทย์อมร นนทสูต นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์และนายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มแพทย์ที่ได้รับทุนจากกรมอนามัยและลงไปทำงานในพื้นที่ชนบทด้วย เช่น นายแพทย์มิ่งคล ฦ สงขลา นายแพทย์มรกต กรเกษม และนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร เป็นต้น ซึ่งการทำงานของแพทย์ชนบทเหล่านี้จะเป็นไปในเชิงปัจเจก คือ

^{๖๐} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าราชการใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย (ปราจีนบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, ๒๕๕๐), หน้า ๑๑๘-๑๑๙.

^{๖๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๑๙

ทำงานและแก้ปัญหาอันเกิดจากความขาดแคลนของระบบบริการสาธารณสุข โดยอาศัยความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เฉพาะบุคคล แต่ยังไม่มีการรวมตัวกันทำงานในลักษณะที่เป็นขบวนการ (movement) และจากประสบการณ์การทำงานในชนบทนี้เอง ที่ได้หล่อหลอมให้กลุ่มแพทย์เหล่านี้เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะของการทำงานสาธารณสุขในชนบท และต่อมาได้กลายเป็นกลุ่มแพทย์อาวุโสที่มีบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมและผลักดันการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งจะก่อตัวขึ้นในช่วง ทศวรรษ ๒๕๒๐

นอกจากบริบทของการพัฒนาและการขยายตัวของระบบบริการสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้นแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างมาก เพราะนอกจากแพทย์ส่วนใหญ่ที่ผลิตได้จะกระจุกตัวอยู่แต่ในเขตเมืองแล้ว ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๐-๒๕๑๔ ก็ยังเกิดปรากฏการณ์ที่แพทย์ไทยพากันเดินทางไปศึกษาต่อและทำงานในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว สหรัฐอเมริกากำลังขาดแคลนแพทย์ทั่วไป เพราะแพทย์ของสหรัฐฯ เองถูกส่งไปยังประเทศและสมรภูมิสู้รบต่างๆ ที่สหรัฐฯ กำลังแผ่ขยายอิทธิพลอำนาจเข้าไป สหรัฐฯ จึงมีนโยบายดึงแพทย์จากประเทศอื่น เช่น ฟิลิปปินส์ ไทย เกาหลี ไปทำงานในสหรัฐฯ ด้วยการเปิดสิทธิการเป็น Immigrant ให้กับบุคคลบางอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และวิศวกร บางรัฐก็มีการเปิดรับแพทย์เข้าทำงานโดยไม่ต้องสอบ ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduate) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับการเข้าฝึกอบรมหรือศึกษาต่อในประเทศสหรัฐอเมริกาของแพทย์ต่างชาติ ตลอดจนมีการส่งจดหมายถึงแพทย์ฝึกหัด (Intern) ในประเทศอื่นให้ไปทำงานในสหรัฐฯ ด้วย^{๖๒}

นโยบายดึงดูดแพทย์จากประเทศอื่นของสหรัฐอเมริกาส่งผลกระทบต่อผู้ที่เรียนจบแพทยศาสตร์ในช่วงนั้นเป็นอย่างมาก ดังกรณีของบัณฑิตแพทยศาสตร์รุ่นแรกของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เกือบทั้งรุ่น คือ ๔๘ คนจาก ๕๐ คน และบัณฑิตแพทยศาสตร์ รามาธิบดีรุ่นแรกๆ กว่าครึ่งถึงกับเช่าเหมาลำเครื่องบินเพื่อไปศึกษาต่อและทำงานเป็นแพทย์ประจำบ้านในอเมริกา ปรากฏการณ์ดังกล่าวมีความสำคัญมากจนคณะกรรมการสาธารณสุขของวุฒิสภาอเมริกันถึงกับบันทึกเรื่องนี้ไว้ในรายงาน^{๖๓}

จากบทความของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ซึ่งเขียนขึ้นในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ศิริราชปีแรก ได้กล่าวถึงปรากฏการณ์แพทย์ไปต่างประเทศหรือ “ภาวะสมองไหล” ว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวเริ่มขึ้นในราวปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ซึ่งมีแพทย์ที่จบแล้วเลือกไปทำงานต่างประเทศรวม ๘ คน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ เพิ่มจำนวนเป็น ๒๒ คน และเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในปี พ.ศ. ๒๕๐๖ คือ ๕๖ คน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๐๗ และ ๒๕๐๘

^{๖๒} สันติสุข โสภณสิริ, ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐๖-๑๐๗.

^{๖๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๐๖-๑๐๗.

เพิ่มขึ้นเป็น ๗๐ คน และ ๑๔๐ คน ตามลำดับ หลังจากนั้น ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๘-๒๕๑๒ มีแพทย์ไทยไปต่างประเทศรวม ๒,๑๖๕ คน แต่เดินทางกลับ ๙๘๗ คน ส่วนที่เหลือ ๑,๑๗๘ คน ยังคงอยู่ในอเมริกาต่อไป^{๖๔}

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทและภาวะสมองไหลดังกล่าว ถูกวิพากษ์วิจารณ์จากสื่อมวลชน และกระแสสังคมในขณะนั้นอย่างมาก จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๑๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนกับรัฐบาลเป็นเวลา ๓ ปี ภายหลังสำเร็จการศึกษา หรือมิฉะนั้นจะต้องจ่ายค่าบำรุงการศึกษาปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท ซึ่งต่อมา กลุ่มแพทย์ใช้ทุนในชนบทเหล่านี้ได้พยายามรวมตัวกันในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท” มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขในชนบท โดยอาศัยกลไกสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ที่ทำงานในชนบท และการผลักดันเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข ดังจะกล่าวรายละเอียดในส่วนต่อไป

ยุคที่ ๒ ช่วงหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๐

อุดมการณ์เดือนตุลาฯ: นำพาสู่ชนบท

สังคมไทยในช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ มีพัฒนาการและคลี่คลายไปภายใต้บริบทของการปกครองในระบอบเผด็จการทหาร และแม้ว่ารัฐบาลเผด็จการทหารจะสร้างความกดดันทางการเมืองการปกครองด้วยการลิดรอนสิทธิเสรีภาพที่ประชาชนพึงมีเพียงใด แต่ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนการขยายตัวของระบบการศึกษา กลับส่งผลให้เกิดการก่อตัวของพลังความคิดในการต่อต้านเผด็จการทหารและเรียกร้องประชาธิปไตยอย่างค่อยเป็นค่อยไปด้วยเช่นกัน

ในช่วงก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ มีการรวมตัวกันของนิสิตนักศึกษาและประชาชนออกมาเคลื่อนไหวทางสังคมและเดินขบวนเรียกร้องในประเด็นต่างๆ หลายกรณี ภายใต้บริบทการเคลื่อนไหวดังกล่าว นักศึกษาหัวก้าวหน้าในรั้วมหิดลส่วนหนึ่งก็ได้มีบทบาทในกระบวนการเคลื่อนไหวร่วมกับมหาวิทยาลัยอื่น โดยเริ่มตั้งแต่การเข้าร่วมเป็น “กลุ่มนิสิตนักศึกษาสังเกตการณ์เลือกตั้ง” ในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ การร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศ.น.พ.ท.) ในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ และการร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย หรือ ศนท. ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ รวมทั้งการเข้าร่วมต่อสู้เรียกร้องร่วมกับประชาชนและนักศึกษาจากสถาบันอื่นๆ เช่น การเดินขบวนต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น การคัดค้านประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ ๒๙๙ ที่เปิดทางให้อำนาจบริหารแทรกแซงอำนาจตุลาการ และที่สำคัญยิ่งคือ การเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นปมเงื่อนสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่การต่อสู้เรียกร้องประชาธิปไตยของนักศึกษาและประชาชน จนกลายเป็นเหตุการณ์ในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ นั่นเอง^{๖๕}

^{๖๔} วารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ ฉบับนิสิตนักศึกษา, ๑, ๓ (๒๕๑๐) อ้างถึงใน สันติสุข โสภณศิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐๕.

^{๖๕} สันติสุข โสภณศิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๓-๒๕๔.

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวทางสังคมในกรณีต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ดำเนินไปโดยมีนักศึกษาเป็นหัวขบวนหลักผ่านสถาบันกลางอย่าง “ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย” หรือ ศนท. ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมของขบวนการนักศึกษา โดย ศนท. เริ่มมีบทบาททางสังคมและการรณรงค์เคลื่อนไหวทางการเมืองที่ชัดเจนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ทั้งนี้ ในการก่อตั้งและผลักดันงานของ ศนท. นั้น นอกจากบทบาทของนักศึกษาจากธรรมศาสตร์และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ขบวนการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลก็ถือได้ว่ามีบทบาทไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน แม้ว่าจะไม่เคยอยู่ในฐานะเลขาธิการโดยตรง แต่ก็มักจะอยู่ในฐานะที่เป็น “มันสมอง” หรือผู้วางแผน เช่น เป็นผู้กำหนดประเด็นในการประชุมแต่ละครั้ง ขบวนการศึกษามหิดลจึงเป็นแนวหลังสำคัญในการเคลื่อนไหวสำคัญเกือบทุกครั้ง^{๖๖} จากประสบการณ์ทางการเมืองต่างๆ เหล่านี้เอง ที่ได้หล่อหลอมให้แพทย์ที่จบจากร่วมมหาวิทยาลัยมหิดลหลายคนได้ก้าวเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการทำงานพัฒนาสาธารณสุขชนบทภายใต้องค์กรอย่าง “ชมรมแพทย์ชนบท” ดังจะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไป

หลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ รัฐบาลเผด็จการทหารของจอมพลถนอม กิตติขจร หมดยุคอำนาจพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้แต่งตั้งนายสัญญา ธรรมศักดิ์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในขณะนั้น ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีแทนจอมพลถนอมที่ลาออกไป และมีการแต่งตั้งคณะรัฐมนตรีรวมทั้งหมด ๒๗ คน ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนแต่เป็นข้าราชการสายพลเรือนแทบทั้งสิ้น โดยมีข้าราชการสายทหารตำรวจเพียง ๕ นายเท่านั้น รัฐบาลชุดนี้จึงเปลี่ยนแปลงไปจากรัฐบาลเผด็จการทหารชุดก่อนเป็นอย่างมาก และยังคงอ้างที่จะเปิดกว้างต่อสิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นของประชาชนด้วย โดยรัฐบาลชุดนี้เป็นรัฐบาลรักษาการเพื่อทำหน้าที่ร่างรัฐธรรมนูญชุดใหม่ให้แล้วเสร็จภายใน ๖ เดือน ตามข้อเรียกร้องของประชาชน และดำเนินการจัดตั้งรัฐบาลชุดที่มาจาก การเลือกตั้งของประชาชนทั่วประเทศโดยตรง^{๖๗}

อาจกล่าวได้ว่า บรรยากาศทางการเมืองหลัง ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ มีความคลี่คลายไปในทางที่เป็นประชาธิปไตยค่อนข้างมาก แนวคิดเรื่องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคเท่าเทียม กลายเป็นกระแสความคิดที่มีพลังและเข้มข้นมากในช่วงนั้น ดังพบว่า มีการออกมาเคลื่อนไหวเดินขบวนเรียกร้องในประเด็นต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในกรณีของนิสิตนักศึกษา รวมไปถึงกลุ่มกรรมกร ชวนา และประชาชนกลุ่มต่างๆ^{๖๘}

เมื่อ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ กระแสแนวคิดและการเคลื่อนไหวเรียกร้องเรื่องความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม มีผลอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายการบริหารประเทศด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายเพื่อการพัฒนาชนบท ซึ่งมีนโยบายที่สำคัญคือ การผันเงินทุนเพื่อการพัฒนาไปให้แก่องค์กรท้องถิ่น แทนที่จะให้ระบบราชการเป็นผู้ใช้จ่ายทั้งหมดอย่างที่เคยเป็นมา โครงการนี้รู้จักกันดีในนาม “โครงการเงินผัน” การผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางลงไปยังชนบทโดยตรงในปี

^{๖๖} สันติสุข โสภณศิริ, ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๓๑-๒๔๓.

^{๖๗} สันติสุข โสภณศิริ, ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๒ ประสานประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๑๓-๑๔.

^{๖๘} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๓๘๓.

พ.ศ. ๒๕๑๘ นั้น มีมูลค่าถึง ๒,๕๐๐ ล้านบาท โดยจัดสรรให้กับสภาตำบลจำนวน ๕,๐๒๓ แห่ง เพื่อสร้างสาธารณูปโภค เช่น ถนน อ่างเก็บน้ำ ที่ทำการของรัฐบาล ตลอดจนโรงงานผลิตไฟฟ้าขนาดเล็ก เป็นต้น

นอกจากนโยบาย “เงินผัน” เพื่อการพัฒนาชนบทแล้ว นโยบายด้านการสาธารณสุขก็เป็นอีกนโยบายหนึ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากจะกำหนดให้มีการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้แล้ว ต่อมา ยังได้มีนโยบายขยายระบบบริการสาธารณสุขในชนบทด้วยการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ และเริ่มมีการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ต่อมาในช่วงกลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ ๔ หรือราวปี พ.ศ. ๒๕๒๒ เมื่อมีนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วยยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้มีนโยบายจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั้งหมดให้เป็นสถานีอนามัย^{๖๙}

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อชนบท: มีเงิน ป่วย หาย – คนจน ป่วย ตาย

ตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐–๒๕๒๕ ได้วางนโยบายให้โรงพยาบาลอำเภอมีบทบาทสำคัญที่สุดในการสกัดกั้นปัญหาสาธารณสุขในชนบทไม่ให้หลังไหลเข้าสู่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลจังหวัดไม่สามารถรองรับปริมาณคนไข้ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากได้ และแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ใน ๗๑ จังหวัดของประเทศไทย จะมีโรงพยาบาลจังหวัดถึง ๘๔ แห่งก็ตาม แต่อัตราการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในชนบทยังต่ำมาก คือ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๕๐,๐๐๐ คน ขณะที่ในกรุงเทพฯ มีการกระจายของแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๒,๕๐๐ คน^{๗๐}

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่กำหนดให้โรงพยาบาลอำเภอเป็นปราการด่านแรกในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชนบทขณะนั้น เป็นนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะจากจำนวนอำเภอทั่วประเทศคือ ๕๓๖ แห่งนั้น มีโรงพยาบาลอำเภอเพียงครึ่งเดียวของจำนวนทั้งหมดคือ ๒๗๐ แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นฐาน ดังพบสถิติในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ อัตราการตายของทารกสูงมากถึง ๒๖ คน ในจำนวนทารก ๑,๐๐๐ คน เด็กก่อนวัยเรียนตายจากโรคขาดอาหารถึงปีละ ๕๕,๐๐๐ คน และคนไทยมีพยาธิถึงร้อยละ ๖๔ สำหรับหมู่บ้านยากจนบางแห่งพบว่า ทั้งหมู่บ้านมีพยาธิสูงถึงร้อยละ ๘๐–๑๐๐^{๗๑}

ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายบุคลากรและบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงในชนบท เป็นที่ตระหนักดีในหมู่นักศึกษาหัวก้าวหน้าของมหาวิทยาลัยมหิดล ดังเห็นได้จากข้อความตอนหนึ่งในวารสาร “สาร

^{๖๙} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๓๖–๓๗.

^{๗๐} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสูต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย), หน้า ๒๘๓.

^{๗๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๘๓.

สัมพันธ์” ฉบับวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๒ ซึ่งเป็นวารสารประจำสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล (ส.ม.ม.) ความว่า

ปัจจุบันประเทศไทย มีประชากรประมาณ ๔๕ ล้านคน แนนอน ๘๐% เป็นชาวนาชาวไร่อยู่ตามชนบท ซึ่งแน่เหลือเกินเขาจะต้องเสียภาษีให้รัฐเหมือนประชาชนอีก ๒๐% ที่กระจุกอยู่ในเมือง แต่ทำไมรัฐจึงให้บริการทางสาธารณสุขแก่บุคคลทั้งสองประเภทที่แตกต่างกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์... ปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่เท่าเทียม ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากแออัดอยู่ในเมืองหลวงหรือในเมือง เราจะเห็นได้ชัดว่าจำนวนแพทย์ใน ๓ โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลจุฬาฯ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาฯ มากกว่าจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ทั้งหมดในต่างจังหวัด ซึ่งต้องรับผิดชอบประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ และจากประมาณ ๓๐๐ กว่าอำเภอมี ๓๔๔ อำเภอไม่มีแพทย์ประจำ และ ๒๐๔ อำเภอที่ไม่มีแม้แต่พยาบาล สำหรับเภสัชกร ทันตแพทย์และเทคนิคการแพทย์นั้นแทบไม่มีอยู่เลยในโรงพยาบาลระดับอำเภอ

โรงพยาบาลระดับอำเภอและศูนย์การแพทย์คือสาธารณสุขที่สัมผัสโดยตรงต่อประชาชนชนบท...งบประมาณ ๒ หมื่นบาทต่อปีต่อหนึ่งศูนย์การแพทย์ที่รับผิดชอบประชาชนประมาณ ๑ แสนคน ซึ่งประชาชนคนหนึ่งๆ รับบริการจากรัฐเพียงคนละ ๒๙ ส.ด. ต่อปีเท่านั้น... แพทย์ยิ่งดิ้นรนช่วยประชาชนมากเท่าไร ก็ต้องรับภาระดิ้นรนเพื่อหาเงินมาซื้อยาในการรักษาเท่านั้น นอกจากนี้ การของบประมาณเพื่อซื้อเครื่องมือเครื่องใช้ ที่พอจะให้บริการต่อประชาชนได้เต็มที่มีก็ต้องใช้เวลาข้ามปีหรือหลายปี ทุกวันนี้ศูนย์ที่มีเครื่องมือพอที่จะให้บริการประชาชน ล้วนได้มาจากประชาชนบริจาคแทบทั้งสิ้น รัฐยังไม่ได้เน้นนโยบายสาธารณสุขระดับนี้เท่าที่ควร^{๗๒}

นอกจากการบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงแล้ว การบริการของโรงพยาบาลอำเภอก็ก็น่าจะมีคุณภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในแง่ของโครงสร้างการบริหารจัดการแล้ว จะพบว่าโรงพยาบาลอำเภอซึ่งต้องแบกรับภาระมากมาย กลับได้รับงบประมาณเพียงปีละ ๔.๕% ของงบประมาณ (ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๒๓)^{๗๓} สภาพการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอขณะนั้นจึงอยู่บนฐานทรัพยากรที่จำกัด ทั้งในแง่ของงบประมาณ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ และที่สำคัญยิ่งคือ บุคลากรสาธารณสุข แม้ว่านโยบายบังคับแพทย์ชดเชยทุนและนโยบายขยายบริการสาธารณสุขของรัฐจะส่งผลให้มีแพทย์ที่ออกไปทำงานในชนบทเพิ่มมากขึ้น แต่แพทย์จบใหม่เหล่านั้นก็ขาดประสบการณ์การทำงานและการบริหารจัดการในโรงพยาบาลอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องทำงานท่ามกลางสภาพความขาดแคลนต่างๆ และมีปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนรอการแก้ไขอยู่เป็นจำนวนมาก การทำงานสาธารณสุขในชนบทจึงสร้างความกดดันและคับข้องใจแก่แพทย์เหล่านี้เป็นอย่างมาก

^{๗๒} วารสารสารสัมพันธ์, (๒๕๖๒) อ้างถึงใน สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสุด เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย), หน้า ๒๘๒.

^{๗๓} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสุด เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย), หน้า ๒๖๓-๒๘๕.

แปรเปลี่ยนอุดมคติสู่ปฏิบัติการ: ขบวนการแพทย์ชนบท

แม้ว่าการทำงานในชนบทจะยากลำบากและต้องเผชิญกับอุปสรรคนานาประการ แต่จากการที่แพทย์เหล่านี้เติบโตมาท่ามกลางบริบททางสังคมที่ความคิดเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมกำลังเข้มข้นและเป็นกระแสสูงในช่วงนั้น อีกทั้งยังได้รับการหล่อหลอมจากประสบการณ์การเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมทางสังคมทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นนิสิตนักศึกษา กลุ่มแพทย์เหล่านี้จึงได้สั่งสมอุดมการณ์ความคิดในการทำประโยชน์เพื่อมวลชนและสังคม ดังนั้น เมื่อแพทย์เหล่านี้ต้องทำงานภายใต้ความขาดแคลนและพบเจอกับปัญหามากมาย พวกเขาจึงเลือกที่จะหาวิธีแก้ไขปัญหาในการทำงานและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบทให้ดีขึ้น ด้วยการรวมตัวกันและจัดตั้งเป็น “สหพันธ์แพทย์ชนบท”

การก่อตัวของ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เริ่มต้นขึ้นจากการที่นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ใช้ทุนรุ่นที่ ๓ ซึ่งประสบปัญหาต่างๆ จากการทำงานในศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอเกิดความคิดว่า การร่วมมือกันในระหว่างผู้มีปัญหาด้วยกันเท่านั้น จึงจะหาทางบรรเทาปัญหาได้ จึงออกหนังสือเวียนถึงศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอตามที่ต่างๆ^{๗๔} โดยนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ได้สะท้อนความยากลำบากของการทำงานสาธารณสุขในชนบทเมื่อเกือบ ๔๐ ปีก่อน และความรู้สึกในครั้งนั้นว่า

สมัยที่อยู่ศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายก็เริ่มเห็นปัญหา แ่ตั้งชื่อสวยหรูเลยว่า ‘ศูนย์การแพทย์และอนามัย’ ผมเป็นหมอคนที่สอง มีอาคารเล็กๆ หลังเดียวขนาด ๑๐ เติง บ้านพักก็เป็นเรือนไม้ รุ่ยโบราณใต้ถุนสูง ไปถึงก็ได้เป็นผู้อำนวยการเต็มตัว ก็ต้องใช้สมองมากขึ้นว่าจะทำงานยังไงให้มันดีงบประมาณก็ได้มาแค่ปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท ต้องพัฒนาเพิ่มอีกหลายอย่าง เช่น บุคลากร ระบบสต็อก บัญชี เห็นปัญหาเยอะ หันไปทางไหนก็ไม่รู้จะพึ่งใคร ไม่มีใครรู้เรื่อง มือใหม่หัดขับทั้งนั้น โรงพยาบาลข้างๆ ก็เพื่อนรุ่นเดียวกันนั่นแหละ เรื่อยเปื่อยไปตามเรื่อง เจอผู้หลักผู้ใหญ่ก็บอก หมอทำอะไรได้แค่ไหนก็แค่นั้น อย่าไปคิดมาก เราคิดว่าอยู่อย่างนี้คงทำประโยชน์อะไรไม่ได้เท่าที่ควร และน่าจะทำอะไรได้มากกว่านี้ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อคนส่วนใหญ่ได้ แทนที่เราจะทำในระดับแค่ตัวเราคนเดียว ก็คิดว่าน่าจะชวนคนอื่นมาทำอะไรดีๆ ร่วมกับเรา ก็เลยเป็นที่มาที่คิดจะรวมพลังด้วยการออกจดหมาย เป็นการสื่อสารปลุกกระแสโดยใช้ปัญหาที่มีร่วมกัน ก็ส่งจดหมายไป ๒ – ๓ ฉบับ ฉบับแรก ส่งเนาส่งถึงปลัดกระทรวงด้วย เพราะปัญหาของเราต้องการการสนับสนุนและเห็นชอบจากผู้หลักผู้ใหญ่ด้วย^{๗๕}

การออกจดหมายเวียนครั้งนั้นนำไปสู่การนัดประชุมครั้งแรกที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ ๒๔-๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๙ โดยมีนายแพทย์อุเทน จารณศรี เป็นประธานจัดงาน และมีแพทย์ชนบทเข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐-๖๐ คน ในการประชุมครั้งนั้นนอกจากจะมีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันแล้ว สุดท้ายก็ได้มีมติให้ตั้งกลุ่มขึ้นมาเป็น “สหพันธ์แพทย์ชนบท”

^{๗๔} ศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอ เปลี่ยนมาจากสถานีอนามัยชั้น ๑ และต่อมาคือ โรงพยาบาลอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน

^{๗๕} สัมภาษณ์ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ๒ เมษายน ๒๕๕๕.

ชั่วคราวขึ้นก่อน โดยมีนายแพทย์อุเทน จารณศรี ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยปากช่องในขณะนั้น เป็นประธานชั่วคราว นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยศรีเชียงใหม่ในขณะนั้น เป็นเลขานุการชั่วคราว และมีนายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ เป็นสาราณียกร^{๗๖} มีการกำหนดวัตถุประสงค์ ตลอดจนเป้าหมายของการทำงานด้วย คือ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ที่ก่อตั้งขึ้นใหม่นี้จะต้องทำงานเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในชนบทและทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มิใช่การรวมกลุ่มกันเพื่อเรียกร้องผลประโยชน์ของตัวเอง แนวคิดและเป้าหมายดังกล่าวปรากฏชัดเจนในวารสารแพทย์ชนบท ฉบับเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ ดังความว่า

สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นศูนย์กลางประสานงานแพทย์ระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของพวกเขา... สหพันธ์แพทย์ชนบท จะเป็นศูนย์กลางในการสรุปความชัดเจนของพวกเขา และสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอย่างแท้จริง... สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นกำลังส่วนหนึ่งในการผลักดันให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ชนบทได้ปรากฏเป็นจริงขึ้นมาในอนาคตอันใกล้... นี่คือการกระทำที่อันสูงส่ง และมีเกียรติของสหพันธ์แพทย์ชนบท^{๗๗}

หลังจากนั้น ในวันที่ ๕-๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๙ ได้มีการจัดประชุมครั้งที่สองขึ้น ที่บางละมุง พัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมีนายแพทย์คม ป้องขันธ์ ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยบางละมุงเป็นเจ้าภาพหลัก ในครั้งนั้น นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย ซึ่งเป็นแพทย์ชนบทอาวุโสที่สุด ได้รับเลือกเป็นประธานสหพันธ์แพทย์ชนบทคนแรก และมีนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขานุการ

ต่อมา ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ ได้มีการจัดประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศขึ้นเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบการจัดงาน นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวถึงการจัดประชุมครั้งนั้นว่า “เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุกข์ สุข ต่างๆ จากการทำงาน มีการรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน ที่สำคัญคือมี นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ อดีตอธิบดีกรมอนามัยมาร่วมงานเลี้ยง และเป็นผู้กล่าวสุนทรพจน์ในงานเลี้ยงด้วย”^{๗๘} นอกจากนั้น มติที่ประชุมยังได้ข้อสรุปเรื่อง การให้เบี้ยกัณดารแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน การเตรียมการเพื่อไปปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศจีน และหลังจากนั้น มีการออกหนังสือวารสารแพทย์ชนบทเพียงฉบับเดียว^{๗๙}

แต่อย่างไรก็ตาม หลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ สหพันธ์แพทย์ชนบทจำต้องยุติบทบาทลง เนื่องจากบริบททางการเมืองช่วงนั้นมีการต่อต้านและปราบปรามคอมมิวนิสต์อย่างรุนแรง การรวมตัวกันเป็น

^{๗๖} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, ๒๓ ธันวาคม ๒๕๔๓ อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๙.

^{๗๗} สหพันธ์แพทย์ชนบท, “อะไรคือภาระหน้าที่ของสหพันธ์แพทย์ชนบท,” วารสารแพทย์ชนบท ๑, (สิงหาคม ๒๕๑๙): ๓.

^{๗๘} ความทรงจำของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

^{๗๙} สันติสุข โสภณศิริ, ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิลเนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖)

“สหภาพ” หรือ “สหพันธ์” จึงเสี่ยงต่อการถูกรัฐเพ่งเล็งว่ามีความเชื่อมโยงกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ เพราะในช่วงนั้นการตกเป็นเหยื่อในข้อหาภัยสังคมนั้นง่ายตายมาก เพียงแค่การจับกลุ่มพูดคุยกัน ก็อาจโดนข้อหาเป็นภัยต่อสังคมฐานมีพฤติกรรมยุยง ปลุกปั่นประชาชนให้ก่อความไม่สงบในบ้านเมืองได้แล้ว^{๘๐} ดังนั้นการจะรวมตัวกันเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทในช่วงเวลาดังกล่าว จึงทำได้ยากและจำต้องยุติบทบาทลงในที่สุด แต่ภายหลังเมื่อสถานการณ์ทางการเมืองและความหวาดกลัวต่อภัยคอมมิวนิสต์เริ่มคลี่คลายลง กลุ่มแพทย์ชนบทเหล่านี้ก็ได้กลับมารวมตัวกันอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ภายใต้ชื่อว่า “ชมรมแพทย์ชนบท”

ยุคที่ ๓ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ถึงพ.ศ. ๒๕๓๐

หลังเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาอย่างทารุณในวันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ รัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร ภายใต้การสนับสนุนของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินของทหาร ได้ดำเนินนโยบายขจัดและมีการมาตรการควบคุมทางสังคมอย่างเข้มงวด สถานการณ์ทางการเมืองภายนอกก็ดูเหมือนจะสงบลงมาก เพราะไม่มีรัฐสภาและพรรคการเมืองที่คอยตรวจสอบติดตามการบริหารงานของรัฐบาล รวมทั้งนักหนังสือพิมพ์ คอลัมนิสต์ต่างๆ ถูกกลั่นแกล้งตีตราด้วยคำสั่งคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน ฉบับที่ ๔๒ ให้มีการควบคุมหนังสือพิมพ์และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ทั้งยังมีการปราบปรามคอมมิวนิสต์อย่างหนัก ดังเห็นได้จากการกำหนดความหมายของคำว่า “องค์การอันเป็นคอมมิวนิสต์และการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์” ไว้อย่างเหวี่ยงแหและกว้างขวางมากกว่าที่เคยระบุไว้ใน พ.ร.บ. ป้องกันการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์ พ.ศ. ๒๔๙๕ ทั้งยังให้อำนาจแก่ฝ่ายทหาร ดำรงในการเข้าตรวจค้น จับกุม และคุมขังผู้ต้องหาได้ตามอำเภอใจอีกด้วย

ภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าว จึงเปรียบเสมือนว่าสังคมไทยได้ย้อนกลับไปสู่ยุคมืดของอำนาจเผด็จการในช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ อีกครั้ง บรรยายภาพการตื่นตัวของความคิดทางการเมืองได้ฉายหายไป การประท้วงนัดหยุดงาน และการชุมนุมทางการเมืองไม่ว่าในกรณีใดๆ นั้นเป็นไปไม่ได้เลยภายใต้การควบคุมของกฎอัยการศึก และจากการดำเนินนโยบายดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้กลุ่มนิสิตนักศึกษา ปัญญาชนต่างๆ ที่หลบหนีเข้าป่าไปร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์หลังเกิดเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๖ ปฏิเสธที่จะกลับมาพบกับรัฐบาล รวมทั้งนักศึกษา ปัญญาชนบางกลุ่มก็เกิดความไม่เห็นด้วยและไม่อาจทนต่อการใช้อำนาจเผด็จการของรัฐบาล ประกอบกับความไม่ไว้วางใจในท่าทีของกับรัฐบาล จึงหาทางหลบหนีจากเมืองเข้าไปร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์ในเขตป่ามากขึ้น^{๘๑}

เมื่อกระแสความไม่พอใจรัฐบาลของนักศึกษาประชาชนเพิ่มมากขึ้น คณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน จึงทำการปฏิวัติยึดอำนาจจากรัฐบาลพลเรือนที่ตนเคยให้การสนับสนุน ในวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๒๐ รัฐบาลทหารภายใต้การนำของพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ได้มีนโยบายผ่อนปรนและให้สิทธิเสรีภาพแก่เหล่านิสิตนักศึกษา ประชาชนมากขึ้นกว่าเดิม โดยได้ประกาศยกเลิกขั้นตอนการสร้างประชาธิปไตย ๑๒ ปีของรัฐบาลชุดเก่าและประกาศว่า จะให้มีการเลือกตั้งทั่วไปภายในปี พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๒๒ นอกจากนั้น รัฐบาล

^{๘๐} สันติสุข โสภณศิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๓: พันความหวัง สร้างกำลังใจ มุ่งรับใช้สังคม (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๓๓.

^{๘๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๗.

ทหารยุคใหม่นี้ยังได้เริ่มมีนโยบายเปิดประตูสู่ประเทศเพื่อนบ้านในอินโดจีนอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ และกลยุทธ์ทางการทูตแบบใหม่กับรัฐบาลสังคมนิยมในภูมิภาคนี้ด้วย บรรยายกาศทางการเมืองจึงเริ่มคลี่คลายไปในทางที่มีเสรีภาพมากขึ้น และภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าวนี้เองที่ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทกลับมารวมตัวกันได้อีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ในนามว่า “ชมรมแพทย์ชนบท”

หลังจากสถานการณ์ทางการเมืองคลี่คลายและเริ่มเปิดพื้นที่ให้กับสิทธิเสรีภาพของประชาชนมากขึ้น ในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๒๐ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ จึงกลับมารับราชการอีกครั้งหลังจากที่ตัดสินใจลาออกจากราชการไปในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๙ โดยเข้ารับราชการที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงนี้เอง นายแพทย์มานิตย์ได้ชักชวนนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งขณะนั้นรับราชการอยู่ที่โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มาร่วมเดินทางตระเวนเยี่ยมแพทย์ชนบทประจำโรงพยาบาลอำเภอในภาคอีสานกว่า ๒๐ แห่ง และทุกแห่งสนับสนุนให้มีการรวมตัวขึ้นใหม่อีกครั้ง โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บอกเล่าถึงเหตุการณ์ในครั้งนั้นว่า

ช่วงประมาณปลายปี พ.ศ. ๒๕๒๐ พี่มานิตย์ลาออกจากโรงพยาบาลเอกชน แล้วกลับมารับราชการเป็นผู้อำนวยการอยู่ที่โรงพยาบาลประโคนชัย ซึ่งอยู่ห่างจากบ้านกรวดประมาณ ๓๐ กิโลเมตร วันหนึ่งพี่เขามาชวนผมว่า ไปขับรถตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคอีสานไหม ผมถามว่าไปทำไม พี่เขาตอบว่าไปเยี่ยมเยียนพรรคพวก ผมเลยไป เชื้อไหม เราสองคนไปตัวเปล่า ไม่ใช้เงินสักบาท ค่าน้ำมัน ค่ากิน ค่าอยู่ ก็ไม่เสีย เพราะเวลาขับรถไปถึงไหน โรงพยาบาลต่างๆ เขาจัดการให้หมด^{๘๒}

ต่อมา ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๒๑ ได้มีการจัดประชุมก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทที่โรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น โดยมีนายแพทย์อนันต์ เมนะรุจิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ และนายแพทย์ชะลอ คุปตะวินทุ รองนายแพทย์ใหญ่จังหวัดขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาและเป็นเจ้าภาพช่วยประสานงานเตรียมพื้นที่ ในครั้งนั้นมีแพทย์เข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐ คน และที่ประชุมตกลงให้มีการรวมกลุ่มขึ้นใหม่ โดยเปลี่ยนชื่อจาก “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” ประธานชมรมฯ คนแรก คือ นายแพทย์อุเทน จารณศรี มีนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขาธิการ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ช่วยเลขาธิการ

ในช่วงแรกของการก่อตั้ง ชมรมแพทย์ชนบทได้ประกาศวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะมุ่งแก้ปัญหาและพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาโครงสร้างองค์กรของชมรมฯ เพื่อให้การดำเนินการต่างๆ สามารถเข้าถึงสมาชิกทั่วประเทศได้ดียิ่งขึ้น โดยดำเนินการก่อตั้งชมรมฯ ภาคต่างๆ ขึ้น ๕ ภาค คือ ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคอีสาน ซึ่งแต่ละภาคก็จะมี การตั้งประธาน รองประธาน และเลขาธิการของตนเอง โดยแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิด ความช่วยเหลือกันในการประชุมประจำปีและยึดโยงกันผ่านวารสาร จุลสาร และจดหมายข่าวต่างๆ

^{๘๒} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๒๐๙.

ตลอดช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ ชมรมแพทย์ชนบทมุ่งพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอให้มีประสิทธิภาพ และเน้นการหล่อเลี้ยงแพทย์ที่ทำงานในสถานการณ์อันยากลำบากให้อยู่ในชนบทได้มากขึ้นและสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยชมรมแพทย์ชนบทได้ดำเนินงาน ๒ ส่วนหลักๆ ควบคู่กันไปคือ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ

การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการ

ปัญหาสำคัญของแพทย์จบใหม่ คือ การขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาล ชมรมแพทย์ชนบทจึงเริ่มพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพการบริหารด้วยการจัดทำคู่มือการบริหารงานโรงพยาบาลอำเภอขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งเป็นคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอในภาพรวม เพื่อให้ทราบความเป็นมา บทบาทหน้าที่ โครงสร้างอัตรากำลังของโรงพยาบาลอำเภอและระบบงานบางระบบเท่านั้น และไม่ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการบริหารงานมากนัก

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เนื่องจากเห็นว่า จำเป็นต้องมีคู่มือการบริหารที่ลงลึกในรายละเอียดสำหรับการบริหารงานด้านต่างๆ โดยในขั้นต้นมีการเพิ่มเติมคู่มือการบริหารงานด้านต่างๆ เช่น ด้านธุรการ การเงินการบัญชี การพัสดุ การบริหารบุคคล บริหารงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หลังจากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ จึงได้พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายอื่นๆ เพิ่มเติมจนครบทุกฝ่ายในโรงพยาบาลชุมชน และมีการแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ และ พ.ศ. ๒๕๓๓ หลังจากนั้นก็ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมอีกเลย^{๘๓}

แพทย์ชนบทที่มีบทบาทอย่างมากในการจัดทำและผลักดันคู่มือการปฏิบัติงานเหล่านี้ ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ แพทย์เหล่านี้เป็นแพทย์รุ่นแรกๆ ที่ได้บุกเบิกการทำงานในลักษณะของ “ชมรมแพทย์ชนบท” ซึ่งแพทย์กลุ่มนี้ได้นำความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอมารายเรียงเป็นคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดทำคู่มือและกระบวนการบริหารงานโรงพยาบาลอำเภอในครั้งนั้นว่า

เรื่องนี้ต้องมีคนนั่งเขียน ไม่นั่งคุย เริ่มตั้งแต่การกำหนดนิยามว่าโรงพยาบาลอำเภอคืออะไร บทบาทหน้าที่ควรมีอะไรบ้าง ก็มี ๔ ด้าน คือ การรักษา เป็นที่ฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพ และหน้าที่ในการพัฒนาชุมชน ไล่ออกมาเป็นข้อๆ แล้วเป็นโครงสร้างของโรงพยาบาลว่าบุคลากรจะมีกี่คน และเรื่องอื่นตามมา จนในที่สุดก็ออกมาเป็นคู่มือในทุกด้าน ซึ่งคู่มือนี้มีการปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมา แต่ถือว่าคู่มือนี้ช่วยแก้ปัญหาให้กับน้องๆ ที่ไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนได้^{๘๔}

^{๘๓} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๔๒

^{๘๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕๒.

คู่มือการบริหารงานโรงพยาบาลอำเภอที่ชมรมแพทย์ชนบทจัดทำขึ้นนั้น ได้ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรมด้านการบริหารแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอด้วย เนื่องจากชมรมแพทย์ชนบทได้มีบทบาทสำคัญในการจัดอบรมการบริหารแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ โดยในระยะแรกเป็นการจัดการโดยชมรมแพทย์ชนบท และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน วิทยากรหลักในการอบรมคือ แพทย์ชนบทรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์ และเป็นผู้เขียนคู่มือปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอ^{๘๕} ซึ่งนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติประธานชมรมแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน ได้กล่าวถึงคุณประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนไว้ว่า

เมื่อครั้งที่จบใหม่ๆ เป็นแพทย์เพียงคนเดียว และเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลนาแห้ว ซึ่งไกลที่สุดในจังหวัดเลย ไม่เคยรู้จักกับระบบการบริหารงานในระบบราชการอะไรเลย ได้อ่านหนังสือจุลสารชมรมแพทย์ชนบทและคู่มือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่พี่ชายและกรรมการชมรมแพทย์ชนบทได้จัดทำขึ้น หนังสือหลายเล่มดังกล่าวจึงถือเป็นครูในการทำงานและการบริหารงานตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา^{๘๖}

นอกจากการจัดทำคู่มือการบริหารงานโรงพยาบาลอำเภอแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังมีส่วนสำคัญในการจัดทำมาตรฐานด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ มาตรฐานโครงสร้างอาคารสถานที่ มาตรฐานด้านครุภัณฑ์ และมาตรฐานกรอบอัตรากำลัง ในระยะแรก ชมรมแพทย์ชนบทได้ดำเนินการร่วมกับกองสนับสนุนในส่วนกลาง ซึ่งได้แก่ กองสาธารณสุขภูมิภาค กองแบบแผน กองการเจ้าหน้าที่ ตลอดจนหน่วยงานกลางอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และสำนักงานประมาณ (สงป.) ต่อมาเมื่อแพทย์ชนบทส่วนหนึ่งเข้ามาทำงานในส่วนกลาง โดยเฉพาะกองสาธารณสุขภูมิภาค หลายท่านจึงเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยมีแพทย์ชนบทที่อยู่ในพื้นที่และนักวิชาการให้การสนับสนุน^{๘๗} ผลจากการดำเนินงานทำให้โรงพยาบาลอำเภอมีโครงสร้างมาตรฐาน ทรัพยากรต่างๆ เป็นสูตรสำเร็จที่ง่ายต่อการสนับสนุนโดยส่วนกลาง

ในการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอนั้น นอกจากการทำงานเคลื่อนไหวโดยมีฐานอยู่ในชนบท คือ โรงพยาบาลอำเภอแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังเน้นการเป็นตัวแทนของแพทย์ชนบทเข้าไปประสานงานกับส่วนกลาง เพื่อผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนโรงพยาบาลอำเภอ จนอาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลอำเภอเป็นองค์กรที่เข้มแข็งและมีศักยภาพที่สุดในบรรดาหน่วยงานระดับอำเภอสืบเนื่องมาจนปัจจุบัน สอดคล้องกับคำกล่าวของนายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้กล่าวถึงประสบการณ์การทำงานในสมัยที่เป็นผู้ประสานงานชมรมแพทย์ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๓๐ ไว้ดังนี้

^{๘๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๔๒.

^{๘๖} ประพจน์ เกตุรากาศ และ สันติสุข โสภณศิริ, เหลียวหลัง แลหน้า ๖๐ ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง), หน้า ๒๓๘.

^{๘๗} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า ๔๔.

เมื่อกระทรวงฯ จะมีการตั้งคณะทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับแพทย์ชนบท เช่น คณะทำงานพิจารณาเรื่องค่าตอบแทน คณะทำงานพิจารณาเรื่องการกำหนดพื้นที่ หรือคณะทำงานเรื่องการกำหนดความก้าวหน้าของบุคลากร ทางชมรมแพทย์ชนบทก็จะส่งรายชื่อไปเป็นตัวแทนของคณะทำงานเหล่านั้นด้วย นี่คือบทบาทสำคัญในอดีตที่ผ่านมา^{๘๘}

ในการประสานงานกับกระทรวงฯ เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลอำเภอ นั้น ชมรมแพทย์ชนบทจะเน้นการสร้างเครือข่ายและสายสัมพันธ์อันดีกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบรรดาผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ ขณะนั้น เป็นแพทย์อาวุโสที่เคยผ่านประสบการณ์การทำงานสาธารณสุขชนบทในช่วงบุกเบิกมาแล้วทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ นายแพทย์อมร นนทสุต และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช แพทย์อาวุโสเหล่านี้จึงมีความรู้ ความเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะและบริบทการทำงานในชนบทเป็นอย่างดี จึงสนับสนุนการทำงานตามแนวทางของชมรมแพทย์ชนบทอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๓๐ เมื่อชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเคลื่อนไหวเกี่ยวกับธรรมาภิบาล ด้านการทุจริตคอร์รัปชันในกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ความสัมพันธ์ของชมรมแพทย์ชนบทกับผู้บริหารกระทรวงฯ จึงมีลักษณะที่เหินห่างกันมากขึ้น เช่น กรณีการอนุมัติการจัดประชุมประจำปีของชมรมแพทย์ชนบทที่มีปัญหาติดขัดแทบทุกปี

การดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ

จากวัตถุประสงค์เดิมเมื่อแรกตั้งชมรมแพทย์ชนบทคือ การเป็นศูนย์กลางในการศึกษาปัญหาและส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์ชนบททั่วประเทศ เพราะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอขณะนั้นส่วนใหญ่ต้องทำงานในสถานการณ์อันยากลำบาก เนื่องจากขาดแคลนทั้งทรัพยากรและทักษะการบริหารจัดการ ตลอดจนประสบปัญหาอันเกิดจากระบบราชการด้วย ดังนั้น นอกจากชมรมแพทย์ชนบทจะเน้นการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการทำงานของแพทย์โรงพยาบาลอำเภอแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังให้ความสำคัญกับการหล่อเลี้ยง ดูแลและสร้างเครือข่ายแพทย์ตามโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ โดยเน้นจัดกิจกรรมเพื่อให้มีการรวมตัวกัน พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาหรือความทุกข์ซึ่งกันและกัน ซึ่งกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ การจัดประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เลี้ยงมโน่ง และโครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด เป็นต้น

สำหรับการจัดประชุมแพทย์ชนบทประจำปีนั้น ชมรมแพทย์ชนบทได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดการประชุมเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ เป็นต้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ชนบทได้มาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนแสวงหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน เวทีประชุมประจำปีถือได้ว่า เป็นเครื่องแสดงควมมีชีวิตชีวาของชมรมแพทย์ชนบท เช่นในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ซึ่งเป็นปีที่ครบรอบ ๑๐ ปีของการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท จึงมีการจัดประชุมใหญ่ “หนึ่งทศวรรษแพทย์ชนบท” โดยมี

^{๘๘} สัมภาษณ์ นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมา, ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕.

พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และได้มีการจัดทำหนังสือ ๑ ทศวรรษแพทย์ชนบทขึ้น ด้วย ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการจัดประชุม “๒ ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท” พร้อมทั้งจัดทำหนังสือประกอบด้วย

อย่างไรก็ตาม ในบางปีการจัดประชุมของชมรมแพทย์ชนบทก็ไม่ราบรื่นเสมอไป เช่น ในปีพ.ศ. ๒๕๒๗ ซึ่งนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและต้องเป็นผู้อนุมัติการจัดประชุมประจำปีของชมรมแพทย์ชนบท โดยในช่วงแรกนายแพทย์บรรลุปฏิเสธที่จะอนุมัติงานดังกล่าว เนื่องจากมีเหตุผลว่า “การจัดอย่างนี้ กระทรวงฯ ต้องเป็นฝ่ายจัด ชมรมฯ เป็นใคร มาจัดกันอย่างนี้ ผมไม่อนุญาต” จนต่อมาภายหลังได้เห็นการทำงานของแพทย์ชนบทมากขึ้น นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช จึงยอมรับว่า “ชมรมแพทย์ชนบทนี้เป็นประโยชน์ต่อกระทรวงฯ ผมเข้าใจผิดมาแต่ต้น”^{๘๙} และในช่วงหลังปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เป็นต้นมา ซึ่งชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเคลื่อนไหวเรื่องธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างชมรมแพทย์ชนบทและผู้บริหารระดับสูงบางส่วน ส่งผลให้การอนุมัติการจัดประชุมของชมรมแพทย์ชนบทนั้นมีปัญหาติดขัดแทบทุกปี^{๙๐}

โครงการพี่เยี่ยมน้อง เป็นการจัดให้แพทย์ชนบทที่อาวุโสหรือมีประสบการณ์ ร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขของกองสาธารณสุขภูมิภาค ออกเดินสายเยี่ยมเยียนแพทย์ชนบทรุ่นน้องตามโรงพยาบาลอำเภอต่างๆ แห่งละ ๑-๒ วัน เพื่อรับฟังปัญหา ความทุกข์ต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและรับข้อเสนอแนะมาแก้ไขในระดับส่วนกลางด้วย และจากการดำเนินโครงการพี่เยี่ยมน้องนี้เอง ต่อมาได้นำมาสู่แนวคิดในการสร้างเครือข่ายแพทย์ชนบทในแต่ละจังหวัด เพื่อให้แพทย์ชนบทที่มีปัญหาที่มีปรึกษา ซึ่งก็คือ โครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัดนั่นเอง ชมรมแพทย์ชนบทเป็นผู้เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัดขึ้น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๖ ทั้งนี้ ชมรมแพทย์ชนบทจะเสนอคุณสมบัติของแพทย์ที่เหมาะสมเป็นพี่เลี้ยง และกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้สั่งให้จังหวัดคัดเลือกและออกคำสั่งแต่งตั้งแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนพี่เลี้ยงต่อไป^{๙๑}

การบุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานและงานพัฒนาชนบท

นอกจากการทำงานเพื่อพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอและหล่อเลี้ยงดูแลแพทย์ในโรงพยาบาลให้สามารถทำงานในชนบทได้แล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังเป็นกำลังหลักสำคัญในการผลักดันงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นอย่างจริงจังเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันเรื่องดังกล่าวเข้าสู่นโยบายระดับประเทศคือ นายแพทย์อมร นนทสุต รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น โดยท่านได้นำงานสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

^{๘๙} สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, ๑๐ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๙๐} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๖

^{๙๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๐.

สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔)^{๙๒} ทั้งนี้ การเริ่มต้นงานสาธารณสุขมูลฐานในไทยนั้นเกิดขึ้นก่อนที่จะมีคำประกาศอย่างเป็นทางการขององค์การอนามัยโลก และไทยในฐานะประเทศภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลกจะร่วมลงนามใน “กฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ” ณ กรุงอัลมา อัตตา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ว่าด้วยการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพ เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๓

งานสาธารณสุขมูลฐานไทยนั้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการพัฒนาที่มีชุมชนเป็นฐาน (community – based program) ซึ่งมีการดำเนินงานมาแล้วในรูปของโครงการนำร่องสำคัญต่างๆ ในช่วงทศวรรษ ๒๕๑๐ เช่น โครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง การสาธารณสุขมูลฐานไม่เพียงแต่เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นอุดมการณ์ทางสังคมที่เน้นความเสมอภาคเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่การมีสุขภาพดีของทุกคน

ในช่วงต้นของการเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น เป็นช่วงที่สอดคล้องกับการก่อตัวของชมรมแพทย์ชนบท แพทย์ชนบทจึงกลายเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลอำเภอถือว่าเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยในระดับพื้นที่ชมรมแพทย์ชนบทมีส่วนในการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ๘-๑๒ องค์ประกอบ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้กล่าวถึงการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงนั้นไว้ว่า “เราไปทำสาม งานสาธารณสุขมูลฐาน งานกองทุนยาและโภชนาการ เราทำเยอะเยอะ”^{๙๓}

นอกจากการเป็นกำลังหลักในการบุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาชนบทในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งในช่วงนั้นมีการดำเนินนโยบายพัฒนาชนบทอย่างจริงจังและเข้มข้น โดยการทุ่มทรัพยากรจำนวนมากเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในชนบท และมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอเพื่อเป็นกลไกในการบูรณาการและระดมสรรพกำลังในการร่วมกันพัฒนาชนบท โดยเน้นพื้นที่ที่ยากลำบากและทุรกันดาร แต่การตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอในครั้งนั้น ไม่ได้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอเป็นกรรมการด้วย ชมรมแพทย์ชนบทจึงมีการเคลื่อนไหวผลักดันให้ผู้ำนวยการโรงพยาบาลอำเภอร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาอำเภอด้วย เนื่องจากเห็นว่าโรงพยาบาลอำเภอมองมีความรู้และทรัพยากรมากพอที่จะร่วมระดมเข้าไปช่วยพัฒนาชนบทได้^{๙๔} จึงนำมาสู่การเคลื่อนไหวดังกล่าว

^{๙๒} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ ปีหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๖๕.

^{๙๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๑๐.

^{๙๔} ประพจน์ เกตรากาศ และ สันติสุข โสภณสิริ, เหลียวหลัง แลหน้า ๖๐ ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง), หน้า ๑๘๖-๑๘๗.

กล่าวโดยสรุป ในช่วงทศวรรษนี้ (พ.ศ. ๒๕๒๐–๒๕๓๐) ชมรมแพทย์ชนบททำงานเคลื่อนไหวโดยมีฐานอยู่ในชนบท โดยเน้นบทบาทหน้าที่หลัก ๒ ประการ คือ การพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนและการเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จนกระทั่งในช่วงทศวรรษต่อมา (พ.ศ. ๒๕๓๐–๒๕๔๐) แกนนำหลักของชมรมแพทย์ชนบทจึงขยับเข้ามาทำงานในส่วนกลางและเริ่มจับประเด็นระบบสุขภาพในแงุ่มที่เชื่อมโยงกับระดับนโยบายมากขึ้น ดังจะได้อธิบายต่อไป

ยุคที่ ๔ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ถึงพ.ศ. ๒๕๔๐

ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ เป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ประกาศดำเนินนโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณทางการทูตแนวใหม่ เพื่อให้ประเทศที่มีอุดมการณ์และระบอบการปกครองต่างกัน สามารถหันมาร่วมมือกันในด้านที่ไม่มีความขัดแย้งกันได้ นั่นคือ ด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ทุกประเทศในภูมิภาคอินโดจีนหันมาเจรจาหรือกับไทยด้านการค้าการลงทุนมากขึ้น

ในช่วงสงครามเย็น ไทยเลือกที่จะพัฒนาการเมืองให้เป็นระบอบประชาธิปไตย และดำเนินนโยบายเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้านในอินโดจีนเลือกแนวทางการพัฒนาตามแบบคอมมิวนิสต์ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศจึงอยู่ในสถานะที่ต้องเผชิญหน้ากับประเทศเพื่อนบ้านอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อสถานการณ์โลกเริ่มผ่อนคลายลง และมีการทำลายกำแพงเบอร์ลิน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการสิ้นสุดยุคสงครามเย็นในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ จึงเป็นโอกาสให้ประเทศไทยในสมัยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ประกาศนโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” เพื่อสร้างสันติภาพที่ถาวรให้เกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และสร้างความร่วมมือกันทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยไม่ถูกปิดกั้นจากอุดมการณ์ทางการเมืองที่แตกต่างกันในขณะนั้น

การดำเนินนโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นตลาดการค้านั้น ส่งผลดีต่อการค้าชายแดนซึ่งปกติและลักลอบค้าขายกันมานานกว่า ๘ ปี ให้กลายเป็นการค้าที่ถูกกฎหมายและสร้างรายได้แก่ประเทศอย่างมหาศาล มูลค่าการค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีนเพิ่มสูงขึ้นจาก ๓๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ เพิ่มเป็น ๑,๒๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ และเพิ่มเป็น ๒,๐๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๓^{๙๕} เศรษฐกิจไทยในสมัยที่พลเอกชาติชายเป็นนายกรัฐมนตรีจึงเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในอัตราสูงกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี^{๙๖}

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมในช่วงนี้ได้ส่งผลต่อมิติทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ๒ ประการ คือ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท เนื่องจากแพทย์พากันหลังไหลออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเกิดขึ้นใหม่เป็นจำนวนมาก และการเติบโตทางเศรษฐกิจยังมีส่วนต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ด้วย สิ่งต่างๆ

^{๙๕} อติสร หมวกพิมาย, “นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php> [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕].

^{๙๖} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๔๓๙.

เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดบทบาททิศทางการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทต่อการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพอย่างมาก

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนกับภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท

จากสภาพเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริม สนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชน และจำกัดการขยายตัวของภาครัฐ ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมาก กล่าวคือ ทำให้เกิดการลงทุนด้านธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๐ จึงเป็นช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในเขตเมืองและปริมณฑล ดังจะเห็นได้จากสถิติการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนทั้งสิ้นเพียง ๖๗ แห่งเท่านั้น แต่ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น ๒๐๓ แห่ง และในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เพิ่มจำนวนขึ้นกว่าเท่าตัวเป็น ๔๗๓ แห่ง^{๙๗}

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงนี้ ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพในชนบท โดยเฉพาะแพทย์เป็นอย่างมาก กล่าวคือ แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไหลออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนสูงและมีภาระงานเบากว่า จึงทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างรุนแรง สภาพการณ์ดังกล่าวสะท้อนชัดเจนผ่านคำบอกเล่าของนายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท รุ่นที่ ๑๓ (พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๓๔) ว่า

ตอนนั้นเศรษฐกิจบูม โรงพยาบาลเอกชนเยอะ จบแพทยศาสตร์บัณฑิตธรรมดา เขาให้อย่างน้อยเดือนละสามถึงห้าหมื่น ถ้าเป็นบอร์ด [หมายถึงเป็นแพทย์เฉพาะทาง] ได้หนึ่งแสนบาท....ตอนนั้นทั้งประเทศมี ๑,๕๐๐ คน ส่วนใหญ่อยู่ไม่เกิน ๕ ปี ใช้ทุนหมดก็ไปเรียนเกือบหมด ปีหนึ่งไปเรียนประมาณ ๒๐๐ คน หมุนเวียนกันอยู่อย่างนี้^{๙๘}

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทเน้นการทำงานและเคลื่อนไหวในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของแพทย์ในชนบทและการจูงใจให้แพทย์สามารถอยู่ในชนบทได้นานขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวเรื่องค่าตอบแทน ค่าอยู่แหว การเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และการคัดค้านโครงการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ ซึ่งทำให้แพทย์หลุดออกจากชนบทเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีความพยายามในการยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาลชุมชนให้ดีขึ้น ด้วยการผลักดันโควตาให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไปเรียนต่อเฉพาะทางในสาขาสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม^{๙๙}

ภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท ส่งผลอย่างสำคัญต่อโครงสร้างองค์กรของชมรมฯ ด้วย เพราะแพทย์ที่สนใจเข้ามามีบทบาทในชมรมฯ ลดจำนวนลงอย่างมาก ในช่วงนี้ชมรมแพทย์ชนบทจึงอ่อนแอลงอย่างเห็นได้

^{๙๗} ธีรศ กรัณนัยวิวงศ์, ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน, (สุพรรณบุรี: ออฟเซทอาร์ทอโตเมชั่น, ๒๕๔๙), หน้า ๑-๒.

^{๙๘} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, ๒๖ กันยายน ๒๕๔๓ อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔.

^{๙๙} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๓

ชัด จากคำกล่าวของนายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท รุ่นที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๔) สะท้อนสภาพการณ์ในขณะนั้นว่า “ช่วงที่เป็นประธาน เป็นช่วงที่ตกต่ำมาก หาประธานไม่ค่อยได้”^{๑๐๐} และในช่วงต่อมาก็เริ่มเกิดการตั้งคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความชอบธรรมของสมาชิกภาพของชมรมแพทย์ชนบท โดยนายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท รุ่นที่ ๑๔ (พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๕) ได้กล่าวถึงยุคของตนไว้ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต ดังนี้ “เริ่มมีการตั้งคำถามกับชมรม ๒-๓ เรื่อง เช่นว่า ทำไมเลือกตั้งชมรม ทำแบบนี้หรือ มากันเท่านี้แล้วก็มาเลือกตั้งกัน แล้วคนที่ไม่ได้มา ก็ไม่ได้อนุมัติให้เป็นประธาน แล้วที่ทักท้วงว่าสมาชิกทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นสมาชิกโดยอัตโนมัติ ถูกต้องแล้วหรือไม่”^{๑๐๑}

ความอ่อนแอทางด้านโครงสร้างองค์กรของชมรมแพทย์ชนบทยังคงสืบเนื่องมาจนกระทั่งปีพ.ศ. ๒๕๓๘ ดังพบว่า การเลือกตั้งหาประธานชมรมฯ ในช่วงนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก และยังคงมีการตั้งคำถามเกี่ยวกับความชอบธรรมของสมาชิกภาพในชมรมฯ จนกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมาก คำกล่าวของนายแพทย์ประวิทย์ ลี้สถาพรวงศา ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเรื่องขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต สามารถยืนยันสภาพการณ์ข้างต้นได้เป็นอย่างดี ดังนี้

ยุคผมแย่ที่สุด เพราะปีนั้นเป็นปีที่มีคนมาน้อยที่สุด และจุดอ่อนคือ หาประธานชมรมไม่ได้ วันที่เลือกตั้งมีคนไปเคาะประตูห้องนอนผมตอน ๗ โมงเช้า บอกว่าสัก ๙ โมง ช่วยรับเป็นประธานหน่อย ที่แย่คือ ปีนั้นผมรับเป็นเลขาธิการ คปอส. และรับเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลใหม่ที่อยุธยาในช่วงเดียวกัน ประเด็นสุดท้าย ผมวิเคราะห์ว่า กรรมการชมรมที่ดำเนินการได้ เป็นเพราะว่าทีมภาค สำหรับผมทีมภาค คือ ภาคกลางที่อยุธยา เมื่อไปเปิดโรงพยาบาลใหม่ทำให้ไม่มีเครือข่าย ดังนั้น การทำงานกรรมการในปีนั้นจะอ่อนมาก

อีกจุดที่ทำให้โดนโจมตีมากคือ เรื่องการสมัครสมาชิก สมัยก่อนผมอ่านระเบียบชมรมฯ มีเรื่องที่ว่าด้วยการสมัครสมาชิกอยู่ จะมีสมาชิกสามัญและวิสามัญ แต่ถึงช่วงหนึ่ง ที่พอไม่มีการสมัครจนบัดนี้ ก็เลยกลายเป็นประเด็นซึ่งฝ่ายโจมตีจะมาอ้าง ว่าชมรมนี้คือใคร มีสมาชิกอย่างไร

อีกประเด็นหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนสถานะของชมรมฯ หรือการทำงานของชมรม คือ เรื่องโครงการเพิ่มพูนทักษะ สมัยก่อนถ้าเรียนจบแล้วไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จะทำให้มีจิตวิญญาณของโรงพยาบาลชุมชน ว่ามีการทำงานภายใต้ข้อจำกัดอย่างไร และมองปัญหาในเชิงสาธารณสุข แต่พอถูกส่งไปโรงพยาบาลจังหวัด จะทำให้มองแต่ในเชิงวิชาชีพ ไม่ใช่สาธารณสุข

^{๑๐๐} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, ๒๖ กันยายน ๒๕๔๓ อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔.

^{๑๐๑} ความทรงจำของนายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

และเมื่อถูกส่งไปโรงพยาบาลชุมชน จึงไม่สามารถทำงานได้... และทำให้แพทย์รู้สึกว่าเป็นสมาชิก
ชมรมแพทย์ชนบทน้อยลง^{๑๐๒}

ไม่เพียงแต่ในแง่โครงสร้างองค์กรของฯ ชมรมเท่านั้นที่อ่อนแอลง แต่หากพิจารณาในแง่ของบทบาทหน้าที่แล้วจะพบว่า ช่วงนี้เป็นช่วงที่ชมรมแพทย์ชนบทค่อนข้างมีความสับสนในเรื่องบทบาทหน้าที่และประเด็นเคลื่อนไหวอยู่พอสมควร เพราะนอกจากการเคลื่อนไหวเพื่อจูงใจให้แพทย์อยู่ในชนบทได้นานขึ้นแล้ว บทบาทหน้าที่หลักซึ่งเคยทำมาแต่เดิม เช่น การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลอำเภอ ก็เริ่มคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น ไม่ประสบกับภาวะขาดแคลนเช่นแต่ก่อน และงานสาธารณสุขมูลฐานที่กลุ่มแพทย์ชนบทเคยเป็นกำลังหลักมาโดยตลอดช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ นั้น ก็เริ่มเข้าระบบและลงหลักปักฐานอย่างชัดเจนภายใต้การดูแลรับผิดชอบโดยหน่วยงานของรัฐ ดังเห็นได้ว่า มีการจัดตั้ง “สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน” ขึ้นมาดูแลรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงฯ เป็นการเฉพาะ การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ๔ ภาค รวมทั้งมีการกำหนดสายงานรองรับในระดับจังหวัด คือ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” ภายใต้งานพัฒนาบุคลากรและสาธารณสุขมูลฐานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนมีการกำหนดบทบาทรองรับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยอีกด้วย^{๑๐๓}

การรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพ

บริบททางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากฝั่งชนบทเข้าสู่เมืองในจำนวนที่มากขึ้นเท่านั้น หากยังส่งผลต่อรูปแบบทางสังคม วัฒนธรรมที่มีส่วนกำหนดรูปแบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้คนในสังคมด้วย ดังพบว่า ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ ๒๕๓๐ เป็นต้นมา แรงงานจำนวนมากจากภาคการเกษตรในชนบทได้อพยพโยกย้ายเข้าสู่เมืองมากขึ้น เนื่องจากความต้องการแรงงานในภาคอุตสาหกรรมขณะนั้น ส่งผลให้ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้น และขนาดของเมืองขยายออกไปมากขึ้นกว่าเดิม ขณะที่เขตชนบทกลับหดตัวลง ทั้งในแง่จำนวนประชากรและวิถีชีวิตที่ผู้คนหันมาใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น การขยายตัวของเมืองและกระบวนการอพยพโยกย้ายเข้ามาทำงานในเมือง มิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนในเชิงกายภาพเท่านั้น หากแต่ยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ตามมา

ขบวนการแพทย์ชนบทนั้นอยู่ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ด้วย การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทช่วงนี้ จึงเป็นการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาพ โดยนำเอารูปแบบวิธีการใหม่ๆ เช่น การรณรงค์แก้ปัญหาสุขภาพเข้ามาใช้อย่างสอดคล้องกับบริบทสังคม ถือเป็นกลุ่มที่ปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในกระแสการเปลี่ยนแปลง กลุ่มเป้าหมายที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการสื่อสารด้วยไม่ได้จำกัด

^{๑๐๒} ความทรงจำของนายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

^{๑๐๓} ชัยณรงค์ สังข์จำง, “เหลียวหน้า แลหลัง...กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย,” [online]. แหล่งที่มา: www.moph.go.th/ops/doctor/DrApril45/special1103.doc [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕]

ตัวอยู่เฉพาะหมู่บ้านในเขตชนบทเท่านั้น แต่ขยายขอบเขตเข้าไปสู่สาธารณชนในวงกว้างด้วย ในยุคนี้เราจะเห็นการรณรงค์ในเชิงการสื่อสารกับสาธารณะในประเด็นต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ และมีส่วนร่วมในการรณรงค์ถอนสุตรยา A.P.C. เป็นต้น

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ถือเป็นเรื่องแรกๆ ที่ชมรมแพทย์ชนบทได้เริ่มบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวเริ่มต้นขึ้นในการประชุมกลุ่มสามพราน ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการริเริ่มการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งท่านได้นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดับนานาชาติที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เรื่อง “การเคลื่อนไปสู่การสาธารณสุขยุคใหม่” ที่มีการกล่าวถึงอันตรายของบุหรี่มาเสนอในเวทีสามพรานว่า ควรจะมีการรณรงค์เรื่องพิษภัยของบุหรี่ให้ประชาชนได้รู้กันทั่วประเทศ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทขณะนั้น พร้อมด้วยสมาชิกแพทย์ชนบทจึงร่วมกันจัดกิจกรรมการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้น ทำให้สามารถรวบรวมรายชื่อประชาชนผู้สนับสนุนการรณรงค์ได้เป็นจำนวนกว่า ๖ ล้านรายชื่อ ในการดำเนินโครงการเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่นั้น ได้เน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์การอนามัยโลก แพทยสภา โรงพยาบาลชุมชน และสื่อมวลชน โดยร่วมกันทำงานในลักษณะของ NGO (องค์กรพัฒนาเอกชนนอกภาครัฐ) ภายใต้โครงสร้างของ GO (องค์กรภาครัฐ)

อย่างไรก็ตาม การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่นี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานตามหลักการเคลื่อนไหวภาคประชาสังคมในยุคทศวรรษสามเหลี่ยมเขื่อนภูเขา โดยได้มีการทำงานร่วมกับการขับเคลื่อนทางด้านความรู้และนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังได้มีการปรับแนวคิดการรณรงค์จากการต่อต้านการสูบบุหรี่ (Anti-smoking) มาเป็นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (No-Smoking Campaign) การเคลื่อนไหวรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในสังคมไทย และส่งผลให้มีการออกพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมทั้งเกิดองค์กรที่ทำงานรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกระทรวงสาธารณสุขด้วย

นอกจากการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แล้ว แนวคิดเรื่องการรณรงค์เพื่อสร้างสังคมสุขภาพของชมรมแพทย์ชนบทยังได้ขยายไปครอบคลุมถึงพฤติกรรมการบริโภคของชาวอีสานด้วย เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชาวอีสานประการหนึ่ง คือ โรคพยาธิใบไม้ในตับ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ประชากรของภาคอีสานกว่า ๗ ล้านคนป่วยเป็นโรคนี้ โดยคิดเป็นจำนวนกว่า ๔๐ เปอร์เซ็นต์ ของประชากรทั้งภาค และในบางหมู่บ้านพบอัตราสูงถึงร้อยละ ๘๐-๙๐ สาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับคือ ความนิยมในการบริโภคเนื้อปลาน้ำจืดที่ยังดิบ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา และจ่อมปลา เป็นต้น โรคพยาธิใบไม้ในตับสามารถนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งของท่อน้ำดีตับได้ ซึ่งกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีชีวิตอยู่ได้เพียง ๖ เดือน ถึง ๑ ปีครึ่งเท่านั้น ซึ่งรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึงปีละประมาณ ๑๑๐ ล้านบาท^{๑๐๔}

^{๑๐๔} “สรุปผลการประชุมสัมมนาองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้นำระดับท้องถิ่นเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (รณรงค์ไม่กินปลาดิบ)” ณ สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, ๙-๑๐ มิถุนายน ๒๕๓๒. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่), หน้า ๖-๗.

จากปัญหาสุขภาพของประชาชนและการสูญเสียทรัพยากรของรัฐจำนวนมากศาลดังกล่าว จึงนำมาสู่แนวคิดในการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาดิบอย่างจริงจัง โดยมีนายแพทย์สำเร็จ แหยมกระโทก เป็นผู้ริเริ่มความคิดในการจัดทำโครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ และมีนายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร ร่วมเป็นกำลังหลักในการดำเนินงาน โดยใช้เวทีกลุ่มสามพรานเป็นที่ตกผลึกความคิด และระดมสรรพกำลังจากหลายฝ่าย^{๑๐๕} ซึ่งในการดำเนินงานได้เน้นการประสานงานกับหน่วยงานองค์กรระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ สาธารณสุขและโรงเรียน เป็นตัวให้ข้อมูลและรณรงค์ในระดับหมู่บ้าน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนต่างๆ เพื่อให้เกิดกระแสการตื่นตัวในวงกว้าง และจากโครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบในช่วงนั้น มีผลทำให้อัตราการมีพยาธิใบไม้ในตับของคนอีสานลดลง^{๑๐๖}

นอกจากการรณรงค์ในประเด็นต่างๆ ข้างต้นแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังเข้าไปมีส่วนร่วมในการรณรงค์ถอนสูตรยาแก้ปวด A.P.C. และการรณรงค์ให้เลิกจำหน่ายยาชุด ซึ่งกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหา ยา โดยทำงานร่วมกับภาคีอื่นอีก อาทิ มูลนิธิหมอชาวบ้าน และคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข (คปอศ.)

การรณรงค์ถอนสูตรยาแก้ปวด A.P.C.^{๑๐๗} และการเลิกจำหน่ายยาชุดเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๖ จากการลงพื้นที่สำรวจหมู่บ้านในอำเภอต่างชนบท จังหวัดนครราชสีมา และพบว่ามีการใช้ยาแก้ปวดสูตร A.P.C. ในลักษณะของยาซองในหมู่บ้านอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งส่วนผสมของยาแก้ปวดสูตรดังกล่าว คือ แอสไพริน จะมีผลทำให้ระบบทางเดินอาหารเกิดอาการระคายเคือง กระเพาะเป็นแผลและทะลุได้ ฟีนาคีติน เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีพิษต่อเม็ดเลือดและตับ ส่วนคาเฟอีนนั้น แม้ไม่มีผลในทางบรรเทาอาการปวด แต่ถูกเติมเข้าไปเพื่อกระตุ้นประสาท เมื่อใช้เป็นเวลานานก็จะทำให้ติดได้เช่นกัน^{๑๐๘} ดังนั้น จึงมักพบว่าประชาชนที่ใช้ยาแก้ปวดสูตร A.P.C. ส่วนใหญ่มีอาการกระเพาะทะลุ เนื่องจากใช้ยาแก้ปวดติดต่อกันเป็นเวลานาน

จากผลกระทบของการใช้ยาแก้ปวดสูตร A.P.C. ทำให้มีการยื่นหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยเรียกร้องให้มีการถอนยาแก้ปวดสูตรดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการตอบรับ คณะดำเนินการจึงเห็นว่าควรทำการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน โดยมีการจัดทำสื่อรณรงค์เพื่อเผยแพร่ เช่น สไลด์ โปสเตอร์ หนังสือ เป็นต้น และที่สำคัญคือ มีการประสานกับสื่อมวลชน โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ เพื่อนำเสนอข่าวการผ่าตัดของคนไข้กระเพาะทะลุ เนื่องจากการใช้ยาแก้ปวดสูตร A.P.C. การเคลื่อนไหวรณรงค์เรื่องยาแก้ปวดสูตร A.P.C. นั้น เป็นกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นภาคีเครือข่ายระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพใน

^{๑๐๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๖๓.

^{๑๐๖} บทสัมภาษณ์ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร, วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๔๓ อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, ๒๕๔๖: ๖๓.

^{๑๐๗} ยาสูตร เอ.พี.ซี. (A.P.C.) คือ ยาที่มีส่วนผสมของยา ๓ ชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกัน ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin ย่อเป็นตัว A), ฟีนาคีติน (Phenacetin ย่อเป็นตัว P) และคาเฟอีน (Caffeine ย่อเป็นตัว C) ยาแก้ปวดสูตร เอ.พี.ซี. มีเกือบ ๒๐๐ ยี่ห้อ แต่ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ ยาแก้ปวด “ทัมใจ” ซึ่งติดปากประชาชนมากที่สุด

^{๑๐๘} “ยาแก้ปวดที่ปวดหัวใจ” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.doctor.or.th/article/detail/6106> [๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๕].

ส่วนกลางและกลุ่มแพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชน^{๑๐๙} จากการเคลื่อนไหวดังกล่าว ส่งผลต่อการรับรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวดสูตร A.P.C. ในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง และได้มีการถอนสูตรยาดังกล่าวออกจากทะเบียนยาเป็นผลสำเร็จในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ถือเป็นการดำเนินการที่จริงจังและต่อเนื่องกันเป็นเวลายาวนานกว่า ๑๐ ปี

กล่าวโดยสรุป จากสภาพเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ได้ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ จากภาวะสมองไหลและการขาดแคลนแพทย์ในชนบท ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทหันมาเน้นการทำงานเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิทธิของแพทย์ในชนบท เพื่อจูงใจให้แพทย์สามารถอยู่ในชนบทได้นานขึ้น นอกจากนี้ ขบวนการแพทย์ชนบทยังเน้นการขับเคลื่อนสร้างสังคมสุขภาพ โดยการรณรงค์สื่อสารกับสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่เป็นผลจากรูปแบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางเศรษฐกิจ ซึ่งแนวคิดเรื่องการรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพหลายประเด็นได้ถูกนำเสนอ ถกเถียง จนตกผลึกกลายเป็นแนวปฏิบัติในเวทีสามพราน

การเกิดขึ้นของกลุ่มสามพราน

ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ กลุ่มบุคคลต่างๆ ที่เคยเป็นแกนเคลื่อนไหวผลักดันงานต่างๆ ของชมรมแพทย์ชนบทได้ขยายบทบาทสู่สังคมอย่างกว้างขวางขึ้น กล่าวคือ กลุ่มคนเหล่านี้ได้เติบโตกลายเป็นผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงเข้ามาทำงานในส่วนกลางมากขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราวปี พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๘ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์เป็นผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา, ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบข้อมูลข่าวสาร สำนักงานปลัดกระทรวงฯ และเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๓๔ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และผู้ช่วยปลัดกระทรวงและรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๗ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขต่างประเทศ, นายแพทย์ใหญ่กรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก^{๑๑๐} ในช่วงนี้เองที่กลุ่มแพทย์ชนบทเริ่มจับประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพโดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างของระบบและการวางนโยบายสาธารณะ โดยมี “กลุ่มสามพราน” เป็นเวทีบ่มเพาะและตกผลึกความคิดที่สำคัญ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเริ่มการขยายบทบาทสู่สังคมอย่างรอบด้านและกว้างขวางมากขึ้น

การเกิดขึ้นของ “กลุ่มสามพราน” สืบเนื่องจากการที่แพทย์ชนบทเข้ามาทำงานในส่วนกลางมากขึ้น และการทำงานภายใต้โครงสร้างระบบราชการแนวดิ่งในส่วนกลาง ทำให้เริ่มเกิดปัญหาและความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์ชนบทที่ทำงานในส่วนกลางด้วยกัน เนื่องจากต่างมีสังกัดและความรับผิดชอบของตน นานเข้าจึงเริ่มเกิดความห่างเหินและมีความเห็นไม่ตรงกัน สถานการณ์ดังกล่าวสร้างความอึดอัดใจให้แก่แพทย์เหล่านี้บาง

^{๑๐๙} สัมภาษณ์ ยงศักดิ์ ตันติปัญญา, ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๕.

^{๑๑๐} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓)

คนเป็นอย่างมาก นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงไปปรึกษาศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี เพื่อให้เป็นประธานประชุมเพื่อปรับความเข้าใจระหว่างแพทย์ชนบทในส่วนกลางด้วยกัน

อย่างไรก็ตาม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้คำแนะนำว่า การประชุมเพื่อปรับความเข้าใจให้ทุกคนเห็นตรงกันนั้นไม่มีประโยชน์ เพราะแต่ละคนต่างก็มีความคิดและจุดยืนของตัวเอง ทั้งยังมีความรู้และประสบการณ์มากมายจากการเป็นแพทย์ชนบทและการไปศึกษาต่อต่างประเทศ ดังนั้น จึงควรจัดเป็นเวทีวิชาการให้ทุกคนได้พบปะกันเพื่อสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้จะดีกว่า นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ จึงร่วมกันทำโครงการจัดเวทีวิชาการ โดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการวิชาการสนับสนุนการประสานนโยบายระบบบริหารและบริการสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้ประสานงานของศูนย์ฯ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเวทีวิชาการเป็นประจำทุกเดือน โดยได้ตกลงเลือกสถานที่จัดประชุมกันที่สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม อันเป็นที่มาของชื่อ “กลุ่มสามพราน”^{๑๑๑}

การประชุมกลุ่มสามพรานเกิดขึ้นครั้งแรกในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๙ และประชุมต่อเนื่องกันเป็นประจำทุกเดือน จนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า ๒๖ ปีแล้ว การแลกเปลี่ยนทางวิชาการในเวทีสามพรานนี้ จะเป็นการนำความรู้หรือประสบการณ์จากการไปค้นคว้าหาบทวนในเรื่องนั้นๆ มาพูดคุย หรือนำเสนองานวิจัย เอกสารทางวิชาการที่จะนำไปเสนอในเวทีอื่น ทั้งภายในและต่างประเทศ ตลอดจนมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการมาบรรยายในประเด็นอื่นๆ อีกด้วย และเมื่อแพทย์ชนบทเริ่มสนใจประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพในแง่มุมที่เชื่อมโยงกับการวางนโยบายสาธารณะ กลุ่มสามพรานจึงกลายเป็นพื้นที่ในการนำเสนอความคิดใหม่ๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ และเป็นพื้นที่ของการทดลอง ถกเถียง แลกเปลี่ยน จนความคิดเหล่านั้นถูกขัดเกลาจนกลายเป็นรูปธรรมด้านนโยบายและทิศทางการทำงานระดับประเทศ

นโยบายด้านสุขภาพสำคัญๆ ระดับประเทศมากมายล้วนเกิดขึ้นในกลุ่มสามพราน เช่น การวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายและแนวทางการทำงานอันเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการจัดประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ ๑ การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการขับเคลื่อนเรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ แพทย์ชนบทที่ผ่านเวทีสามพรานเหล่านี้จึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดการปฏิรูปดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในช่วงเดียวกับการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งมีพลังอย่างมากในช่วงหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ๒๕๓๕ ดังจะกล่าวโดยละเอียดในส่วนต่อไป

ยุคที่ ๕ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึงก่อนเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙

จากพลวัตบทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท ที่สัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจ การเมือง และวิถีทางประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา ส่งผลให้ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ เป็นต้นมา

^{๑๑๑} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๕๗.

แพทย์ชนบทมีพัฒนาการไปใน ๒ ลักษณะ คือ เครือข่ายแพทย์ชนบทที่ก่อรูปเป็น “สถาบัน” ได้แก่ องค์กร ส. ซึ่งทำหน้าที่ต่างๆ กันในระบบสุขภาพ และสายต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน ซึ่งทำงานเคลื่อนไหวในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท”

การต่อต้านการทุจริต

การเข้ามาบริหารประเทศของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ พร้อมกันนโยบายที่สำคัญคือ นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีน และการหาตลาดใหม่ๆ ในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิกและตะวันออกกลาง บรรยากาศการค้าการลงทุนของไทยในช่วงนี้จึงเป็นไปอย่างคึกคัก ราคาอสังหาริมทรัพย์สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การลงทุนในตลาดหุ้นกลายเป็นการเก็งกำไร

ขณะเดียวกันการเติบโตของโลกาภิวัตน์ก็ทำให้นโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ สร้างสิ่งที่ยากกันในเวลาต่อมาว่า “เศรษฐกิจฟองสบู่” นำมาซึ่งความรุ่งเรืองมั่งคั่งให้กับคนจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นกลาง ในช่วงนี้เกิดรูปแบบวิถีชีวิตที่หรูหราฟุ้งเฟ้อเลียนแบบกลุ่มชนชั้นสูงและชนชั้นกลางที่มั่งคั่งขึ้น จากปรากฏการณ์ทางเศรษฐกิจดังกล่าว อาทิ การใช้สินค้าแบรนด์เนม การใช้รถยนต์ราคาแพง การอยู่บ้านหรือคอนโดฯ ที่ตกแต่งอย่างวิจิตรตามสถาปัตยกรรมยุโรป การเดินทางออกไปจับจ่ายสินค้าแบรนด์เนมยี่ห้อต่างๆ ทั่วโลกจนเป็นที่รับรู้กันทั่วไป จนกระทั่งเกิดเป็นค่านิยมที่วัดคุณค่าของคนจากวัตถุสิ่งของที่บริโภคขึ้นในยุคนี้

พฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวแพร่หลายไปสู่คนเกือบทุกกลุ่ม ตั้งแต่นักศึกษามหาวิทยาลัยไปจนถึงรัฐมนตรี^{๑๑๒} วอลเดน เบลโล (Walden Bello) นักวิชาการที่ทำการศึกษาค้นคว้าความล่มสลายทางสังคม เศรษฐกิจของกลุ่มประเทศนิคส์ (NICs: Newly Industrialized Countries) อ้างคำสัมภาษณ์ของผู้จัดการร้านขายรองเท้าชั้นนำร้านหนึ่งในอิตาลี ที่เล่าถึงพฤติกรรมของอดีตรัฐมนตรีไทยผู้หนึ่ง ในช่วงก่อนหน้าเกิดวิกฤตฟองสบู่แตกว่า รัฐมนตรีผู้นั้นพาคณะผู้ติดตามราว ๓๐ คน เข้ามาในร้านและบอกให้ทุกคนเลือกรองเท้าได้ตามใจชอบ โดยที่เขาจะเป็นคนจ่ายเงินเอง^{๑๑๓}

นอกจากนี้ องค์กรประกอบของรัฐบาลซึ่งประกอบไปด้วย พรรคชาติไทยซึ่งเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาลในขณะนั้น ล้วนเป็นตัวแทนของกลุ่มทุนทั้งสิ้น ได้แก่ อุตสาหกรรมสิ่งทอ และบรรดานักธุรกิจท้องถิ่นในภาคกลางและภาคเหนือ ส่วนพรรคร่วมรัฐบาลที่สำคัญอีกพรรคหนึ่งคือ พรรคกิจสังคม ก็เป็นตัวแทนของกลุ่มธุรกิจและนักธุรกิจท้องถิ่นในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรวมตัวกันของบรรดานักธุรกิจทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เป็นผลจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้กลุ่มผลประโยชน์ทาง

^{๑๑๒} กำจร หลุยยะพงศ์ และ ดวงมน จิตรจำนงค์, “สังคมไทยในพุทธศักราช ๒๕๒๐-๒๕๔๗ โดยสังเขป,” ใน วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๐, หน้า ๗๙-๘๕. และ วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันนิงแฮม และ ลี เค็ง ปอห์, โศกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่, แปลโดย สุรนุช ธงศิลา, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: โกลด์คิมทอง, ๒๕๔๒), หน้า ๘-๙.

^{๑๑๓} วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันนิงแฮม และ ลี เค็ง ปอห์, โศกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่, แปลโดย สุรนุช ธงศิลา, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพฯ: โกลด์คิมทอง, ๒๕๔๒), หน้า ๙.

ธุรกิจมีความต้องการที่จะขยายบทบาทของตนในทางการเมือง โดยการเข้ามามีบทบาทสำคัญในคณะรัฐมนตรี และหาทางปรับโครงสร้างของระบบการบริหารราชการและโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เอื้อต่อประโยชน์ทางธุรกิจของพวกพ้องตน คณะรัฐมนตรีในยุคนั้นทำการโยกย้ายข้าราชการและลดทอนความเป็นอิสระของระบบราชการ^{๑๑๔} รวมทั้งมีการริเริ่มโครงการสาธารณูปโภคขนาดใหญ่จำนวนมาก ทำให้มีข้อครหาเรื่องการทุจริต จนได้รับการขนานนามว่า “บุฟเฟต์ คาบิเน็ต” (Buffet Cabinet) ซึ่งหมายถึง การทุจริตกันอย่างเต็มที่^{๑๑๕}

กระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถหลบเลี่ยงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงนั้นได้ และเรื่องนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของกระทรวงฯ ด้วยเช่นกัน ดังที่มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า นับตั้งแต่การหมดวาระการดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขของนายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ (พ.ศ. ๒๕๓๑) การฉ้อราษฎร์บังหลวงในกระทรวงสาธารณสุขได้ปรากฏเป็นข่าวเพิ่มมากขึ้น อาทิ การใช้เงินซื้อตำแหน่ง^{๑๑๖} ดังที่อธิบดีท่านหนึ่งของกระทรวงฯ ได้ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า มีการติดต่อคนที่มีโอกาสขึ้นเป็นปลัดกระทรวงฯ เพื่อเรียกรับเงินในการสนับสนุนให้ได้ตำแหน่ง สำหรับอธิบดีท่านที่ให้สัมภาษณ์ถูกเรียกเป็นเงินจำนวนถึง ๑๕ ล้านบาท^{๑๑๗}

นอกจากนี้ ยังมีข่าวการเรียกรับเงินในการจัดซื้อจัดจ้างของกระทรวงฯ ข่าวเรื่องชู้สาวและการใช้อำนาจในทางมิชอบ แม้ว่านายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ ที่เชื่อกันว่าเป็นคนมือสะอาด จะกลับมาดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๕ แต่สถานการณ์ก็ไม่ดีขึ้น ปัญหาการฉ้อราษฎร์บังหลวงยิ่งลุกลามจากส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค^{๑๑๘} นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ชื่อว่าเป็นข้าราชการตงฉินคนหนึ่งของกระทรวงฯ ได้สะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงเรื่องการฉ้อราษฎร์บังหลวงในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ว่า

ก่อนหน้านี้ ผมคิดว่าเรายู่กันอย่างพ้อย่างน้อย แต่เดี๋ยวนี้ไม่ใช่ สมัยก่อนที่ผมไปเป็นผู้อำนวยการอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัดหลายปีก่อนโน้น มีข้าราชการฝ่ายปกครองมาบอกผมว่าให้ไปต้อนรับอธิบดีท่านหนึ่ง จากกระทรวงมหาดไทยที่จะมาเยี่ยม ผมบอกว่าจะบ้าหรือ ผมไม่ไปหรอก ท่านมาก็มาเถอะ ผมมีงานต้องทำ กระทรวงสาธารณสุขของเราไม่มีประเพณีแบบนี้ ผมเจอข้าราชการคนนั้นซึ่งปัจจุบันเป็นผู้ว่าราชการจังหวัด แกมาบอกผมว่า หมอ ที่หมอว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่มีการตั้ง

^{๑๑๔} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๔๓๕-๔๓๖.

^{๑๑๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๓๙.

^{๑๑๖} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๘๕.

^{๑๑๗} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖), หน้า ๑๑๕.

^{๑๑๘} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า ๑๘๕.

แถวต้อนรับหรือการเลี้ยงดูปูเสื่อ เดียวนี้เห็นไหม พวกกระทรวงสาธารณสุขยังเก่งกว่ามหาดไทยเสีย
อีก ผมก็คิดว่าจริงนะ^{๑๑๙}

ปรากฏการณ์ความเปลี่ยนแปลงเรื่องจริยธรรมและธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ และพฤติกรรมของฝ่ายข้าราชการประจำในกระทรวงฯ ที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มคนที่เข้ามาเป็นข้าราชการด้วย ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์ ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ซึ่งอาจจะพอทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมในช่วงนั้นได้อย่างลึกซึ้งขึ้น กล่าวคือ เมื่อ ๒๐-๓๐ ปีก่อน การใช้ชีวิตของข้าราชการและนักธุรกิจค่อนข้างจะมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในยุคนั้น มักมีภูมิหลังมาจากครอบครัวที่เป็นขุนนางหรือข้าราชการ ที่คนในครอบครัวรับราชการมาหลายชั่วคน ส่วนนักธุรกิจมักจะมาจากครอบครัวเชื้อสายจีนอพยพ

ความแตกต่างในลักษณะแยกกลุ่มกันอยู่ลดน้อยลง นับตั้งแต่สมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ความสัมพันธ์ที่มีระหว่างผู้นำทางการเมืองและกลุ่มนักธุรกิจที่ร่วมมือกันหาประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ทางเศรษฐกิจและการเมือง นำไปสู่การเกี่ยวดองเป็นครอบครัวเดียวกัน ผ่านการแต่งงานของลูกหลาน นักธุรกิจก็ส่งบุตรหลานของตนเข้ารับราชการ ซึ่งลูกหลานในตระกูลนักธุรกิจและข้าราชการต่างเข้าเรียนในสถาบันการศึกษาชั้นนำของกรุงเทพฯ หรือไปเรียนต่อต่างประเทศในสถาบันเดียวกัน คนกลุ่มนี้ที่จบการศึกษาและเข้าทำงานในช่วงทศวรรษที่ ๒๕๐๐-๒๕๑๐ ได้รับความก้าวหน้าในอาชีพการงานจนกลายเป็นผู้บริหารในกลุ่มธุรกิจ หรือขึ้นเป็นข้าราชการในระดับกลางและสูงในช่วงทศวรรษที่ ๒๕๒๐ ช่องว่างทางภูมิหลังและวัฒนธรรมที่เคยแบ่งคนสองกลุ่มออกจากกันแทบไม่หลงเหลืออยู่ ด้วยการผสมกลมกลืนกันผ่านการแต่งงาน การเป็นเพื่อนร่วมรุ่นสมัยเรียน และการเป็นเพื่อนร่วมงาน^{๑๒๐}

นอกจากนี้ ในช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๒๐ เป็นต้นมา ยังถือได้ว่าเป็นช่วงเสื่อมของเทคโนแครต (Technocrat) โดยเฉพาะในภาคเศรษฐกิจ เทคโนแครตในระบบราชการบริหารจัดการระบบเศรษฐกิจได้น้อยลง เนื่องจากโครงสร้างของระบบธุรกิจไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่หลายคนลาออกจากราชการและเข้าไปทำงานกับภาคธุรกิจเอกชนมากขึ้น ทำให้การทำงานของข้าราชการประจำในฐานะผู้เชี่ยวชาญที่เคยมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการประเทศลดความสำคัญลงไป ดังพบได้จากกรณีของธนาคารแห่งประเทศไทย ที่ถือว่าต้องมีอิสระในการทำงานสูง เพื่อรักษาวินัยทางการเงินการคลังของชาติ มีรายงานฉบับหนึ่งที่วิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานดังกล่าว โดยระบุถึงความตกต่ำของประสิทธิภาพในการทำงานของธนาคารแห่งประเทศไทยในช่วงนั้นว่า เป็นผลมาจากการลาออกของคนดีๆ จำนวนมากในหน่วยงาน

^{๑๑๙} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข, (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๘.

^{๑๒๐} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๗.

และมีปัญหาเรื่องการแก่งแย่งอำนาจภายในองค์กร พร้อมกับการเข้ามาแทรกแซงของนักการเมือง มีผลทำให้ธนาคารแห่งประเทศไทยขาดผู้นำที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์^{๑๒๑}

การเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ของนักธุรกิจใบบทบาทนักการเมืองเกิดขึ้นในแทบจะทุกกระทรวง เมื่อนักการเมืองที่ต้องการหาประโยชน์ในทางมิชอบ มาพบเข้ากับข้าราชการรุ่นใหม่ที่มีภูมิหลัง ประสบการณ์ และมุมมองต่อเรื่องการหาผลประโยชน์คล้ายคลึงกัน จึงทำให้การร่วมมือกันเพื่อผลประโยชน์ในทางมิชอบ เกิดขึ้นทั่วไป

เมื่อกระแสการทุจริตคอร์รัปชันในกระทรวงสาธารณสุขทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ ชมรมแพทย์ชนบทก็ได้เข้ามามีบทบาทในการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการทุจริตและความไม่เป็นธรรมต่างๆ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ผู้ได้รับการขนานนามว่าเป็น “พี่ใหญ่แห่งขบวนการแพทย์ชนบท” ได้แสดงทัศนะต่อการที่ชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเข้ามาเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันไว้ว่า “โดยที่ตระหนักว่า ทรัพยากรของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องใช้อย่างมีประสิทธิภาพ หากปล่อยให้มีการทุจริตคอร์รัปชัน เงินที่จะใช้ในการพัฒนาประเทศย่อมถูกเบียดบังไป และชนบทย่อมถูกระทบก่อนและรุนแรงกว่า จึงไม่แปลกที่ชมรมแพทย์ชนบทจะเข้ามามีบทบาทในการต่อต้านคอร์รัปชันด้วย”^{๑๒๒}

อาจกล่าวได้ว่า อุดมการณ์ความคิดเรื่องการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันของขบวนการแพทย์ชนบท นั้นเริ่มปรากฏเด่นชัดตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๒๐ เป็นต้นมา ดังเห็นได้จาก การริเริ่มปาฐกถาฟิร์ คำทอน ขึ้น ภายหลังการเสียชีวิตของนายแพทย์ฟิร์ คำทอน ซึ่งถูกลอบยิงเสียชีวิตจากการเข้าไปแก้ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันที่สะสมมาเป็นเวลานานของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เพียง ๑๐ เดือน

นายแพทย์ฟิร์ คำทอน เป็นแพทย์ที่ได้ชื่อว่าเป็นมือดีและมีอุดมการณ์ในการทำงานอย่างมาก จนเมื่อสถานการณ์การคอร์รัปชันของหน่วยราชการส่วนภูมิภาคตามต่างจังหวัด รวมถึงการทุจริตในโรงพยาบาลสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขยุคนั้นทวีความรุนแรงขึ้น โรงพยาบาลของรัฐกลายเป็นหม้อข้าวหม้อแกงขนาดใหญ่ของกลุ่มผลประโยชน์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยุคนั้น ก็เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศในเรื่องการทุจริตคอร์รัปชัน นายแพทย์ฟิร์ คำทอน จึงได้รับความไว้วางใจจากนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ผู้ใหญ่ในกระทรวงที่ได้รับสมญานามว่าเป็น “เปาบุ้นจิ้นแห่งวงการสาธารณสุขไทย” ส่งให้ไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อแก้ไขปัญหาทุจริตคอร์รัปชันของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่สะสมมาเป็นเวลานาน

^{๑๒๑} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๗-๒๐๘.

^{๑๒๒} นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์. “ข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัยขบวนการแพทย์ชนบทกับการธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ” ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

การส่งนายแพทย์พีร์ คำทอน ให้มาทำภารกิจสำคัญในการปราบทุจริตโรงพยาบาลร้อยเอ็ดครั้งนั้น ดูจะไม่เป็นผลสำเร็จ เพราะโยงโยเส้นสนกลในของเครือข่ายการทุจริตได้แทรกตัวอยู่ในกลไกของระบบราชการทั้งในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพียงช่วงระยะเวลากว่า ๑๐ เดือนของการทำงาน นายแพทย์พีร์ คำทอน ต้องเผชิญกับความอึดอัด ลำบากใจ และทุกข์ใจอย่างมาก เพราะเป็นการทำงานอย่างโดดเดี่ยวท่ามกลางความขัดแย้งกับผู้สูญเสียผลประโยชน์ แม้ว่านายแพทย์พีร์ จะพยายามใช้จิตวิทยาการบริหารต่างๆ แต่ก็ไม่อาจฝ่ากระแสแห่งการฉ้อฉลที่เข้มข้นมากในยุคนั้นได้ นายแพทย์พีร์ คำทอน จึงต้องจบชีวิตลงจากการถูกลอบยิง ขณะกลับจากราชการที่จังหวัดขอนแก่น ในช่วงค่ำของวันที่ ๑๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๒๘ การจากไปของนายแพทย์พีร์ คำทอน ส่งผลทำให้เกิดการตื่นตัวเพื่อสังคายนาและกวาดล้างการคอร์รัปชันในโรงพยาบาลทั่วประเทศขนานใหญ่ รวมถึงมีการริเริ่มให้มีปาฐกถาพีร์ คำทอน ขึ้นเพื่อเป็นที่รำลึกถึงนายแพทย์พีร์ คำทอน ซึ่งถือเป็นเวทีสำคัญในการถ่ายทอด บ่มเพาะอุดมการณ์ความคิดเรื่องความโปร่งใสและการต่อต้านการคอร์รัปชันให้แก่ขบวนการแพทย์ชนบท

ชมรมแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีบทบาทในการต่อสู้เคลื่อนไหวให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบสาธารณสุขในหลายกรณี ซึ่งในที่นี้จะยกเฉพาะกรณีศึกษาสำคัญที่เป็นหมุดหมายอันทำให้เห็นพัฒนาการและบทบาทการเคลื่อนไหวด้านการต่อต้านทุจริตคอร์รัปชันของชมรมแพทย์ชนบทในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ การเคลื่อนไหวคัดค้านกรณีการโยกย้ายอย่างไม่เป็นธรรมของนายแพทย์มรกต กรเกษม ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ กรณีการทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ และกรณีทุจริตงบประมาณไทยเข้มแข็งในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้น

การเคลื่อนไหวคัดค้านกรณีการโยกย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม อย่างไม่เป็นธรรมในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ถือว่าเป็นหมุดหมายสำคัญของการเคลื่อนไหวเรื่องธรรมาภิบาล ด้านการทุจริตคอร์รัปชันของขบวนการแพทย์ชนบท โดยการเคลื่อนไหวคัดค้านในเรื่องดังกล่าว สืบเนื่องจากการโยกย้ายข้าราชการในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๓๖ ซึ่งมีการโยกย้ายข้าราชการระดับ ๑๐ ของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙ ราย หนึ่งในนั้นมีการโยกย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม จากตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาไปเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การโยกย้ายดังกล่าวมีความไม่ชอบมาพากลอยู่มาก เนื่องจากการย้ายข้าราชการระดับอธิบดีไปเป็นผู้ตรวจราชการ ซึ่งถือเป็นการลดชั้นโดยที่ข้าราชการดังกล่าวไม่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่

สาเหตุของการโยกย้ายครั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากนายแพทย์มรกต กรเกษม ไม่ยอมให้ความร่วมมือกับนักการเมืองในการทำทุจริตคอร์รัปชัน โดยนายแพทย์มรกต กรเกษม ได้กล่าวในที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๓๖ ว่า ตนเคยถูกนักการเมืองคนหนึ่งเรียกเข้าไปพบในห้องทำงาน โดยนักการเมืองคนนั้นกล่าวกับนายแพทย์มรกตว่า ‘ผมต้องใช้เงินวันละสองแสน’ หลังจากนั้น เมื่อมีโอกาสได้พบกันอีกครั้ง นักการเมืองคนเดิมก็บอกกับนายแพทย์มรกตว่า ‘หมอใกล้จะเกษียณอายุแล้ว จะทำ

อะไรก็ตาม’ ซึ่งนายแพทย์มรกตก็เพียงแต่รับฟังและไม่ให้การตอบสนองต่อนักการเมืองคนดังกล่าว จึงทำให้ถูกโยกย้ายอย่างไม่เป็นธรรมดังที่เกิดขึ้น^{๑๒๓}

ความไม่ชอบธรรมในการโยกย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม นำมาสู่การเคลื่อนไหวคัดค้านคำสั่งแต่งตั้งโยกย้ายดังกล่าว โดยมีการแสดงความคิดเห็นต่อสื่อมวลชนว่า การโยกย้ายครั้งนี้น่าจะมีเบื้องหลัง และแสดงท่าทีไม่เห็นด้วยต่อการที่นักการเมืองใช้อำนาจโดยมิชอบต่อข้าราชการประจำ พร้อมกันนั้น ยังได้เรียกร้องให้แพทย์ที่ทำงานในชนบทร่วมกันแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงความถูกต้องและระบบคุณธรรมในกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ภายหลังการออกแถลงการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขว่า การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการระดับ ๑๐ นั้นเป็นไปอย่างเรียบร้อย นายแพทย์มรกต กรเกษม ก็ได้ไปบรรยายเรื่อง “การกระจายอำนาจในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข-ใกล้หรือไกลความจริง” ต่อที่ประชุมผู้บริหารกระทรวง โดยนายแพทย์มรกตได้กล่าวบรรยายอย่างกินใจ พร้อมทั้งเปิดเผยพฤติกรรมของนักการเมืองพรรคกิจสังคมและความในใจหลังจากถูกคำสั่งโยกย้าย การบรรยายดังกล่าวได้มีการนำออกอากาศเผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง ๙ ในรายการ Nation News Talk ซึ่งมีผู้ชมทั่วประเทศและมีการอัดสำเนาแจกจ่ายไปทั่วประเทศอีกด้วย การกระทำดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีการใช้สื่อมวลชนอย่างเป็นระบบมาครั้งแรก^{๑๒๔}

จากการเคลื่อนไหวกรณีโยกย้าย นายแพทย์มรกต กรเกษม ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เป็นเสมือนบทเรียนแรกที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทได้มีประสบการณ์และเรียนรู้ยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวเพื่อต่อสู้กับอำนาจที่ไม่เป็นธรรมของฝ่ายการเมืองในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเปิดเผย ในราว ๔ ปีต่อมา ชมรมแพทย์ชนบทก็ได้นำบทเรียนดังกล่าว โดยเฉพาะการตระหนักถึงความสำคัญของการต่อสู้โดยใช้การทำงานร่วมกับสื่อมวลชน ซึ่งจะกลายมาเป็นยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันครั้งสำคัญ ซึ่งก็คือ กรณีการทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑

การต่อสู้เปิดโปงเรื่องการทุจริตยาของชมรมแพทย์ชนบท เริ่มต้นขึ้นในช่วงที่นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ เป็นประธานชมรมฯ โดยชมรมแพทย์ชนบทได้รับการร้องเรียนจากแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งว่า มีคำสั่งจากผู้มีอำนาจในส่วนกลางผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ที่มีราคาแพงกว่าปกติ ๒-๓ เท่า จากบริษัทที่ให้ผลประโยชน์กับผู้มีอำนาจ ขณะเดียวกันสื่อมวลชนก็ได้นำเสนอข่าวการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขไปในทำนองเดียวกัน โดยระบุว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายจังหวัดถูกส่วนกลางกำหนดให้จัดซื้อเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ที่มีราคาแพงจากบริษัทเอกชนที่ผู้มีอำนาจระบุ โดยใช้งบประมาณสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมเป็นพิเศษจากรัฐบาล ๑,๔๐๐ ล้านบาท ซึ่งเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าปกติ ๒-๓ เท่า คาดว่าผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขน่าจะได้รับส่วนแบ่งจากผลประโยชน์นี้ด้วย ต่อมา ข้าราชการ

^{๑๒๓} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๙๒.

^{๑๒๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙๔.

ระดับสูงต่างๆ เช่น ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนนักการเมือง ที่ดูแลกระทรวงสาธารณสุขต่างออกมาปฏิเสธกระแสข่าวดังกล่าวและยืนยันว่าการจัดสรรงบประมาณ สป. ของกระทรวงฯ เป็นไปด้วยความสุจริต โปร่งใส ตรงตามหลักเกณฑ์

ชมรมแพทย์ชนบทจึงออกมาเคลื่อนไหวเพื่อพิสูจน์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทุจริตในกระบวนการจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ ในการชุดค่ายเปิดโปงข้อเท็จจริงดังกล่าว ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำงานโดยเชื่อมโยงกับหลาย ฝ่าย อาทิ ชมรมเภสัชชนบท กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข นักวิชาการ และโดยเฉพาะสื่อมวลชน โดยชมรมเภสัชชนบทออกมาร่วมยืนยันว่า เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งต้องถูกบังคับให้เป็นผู้ เริ่มต้นกระบวนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงกว่าปกติ ๑-๔ เท่า ต่อมา กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้าน สาธารณสุข ๓๐ องค์กร ได้ออกมาร่วมเรียกร้องให้นักการเมือง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรองปลัด กระทรวงฯ ที่ถูกพาดพิงลาออก รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวเพื่อรวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน ๕๐,๐๐๐ รายชื่อ ตามมาตรา ๓๐๓ และ ๓๐๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี ๒๕๔๐ เพื่อเสนอให้ รัฐบาลเอาผิดกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้พ้นจากตำแหน่ง^{๑๒๕}

นอกจากนั้น กระบวนการเคลื่อนไหวเปิดโปงขบวนการทุจริตยังได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มแพทย์ อาวุโส ได้แก่ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รวมทั้งข้าราชการผู้ใหญ่ในกระทรวง ได้แก่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เลขาธิการ อัย. และนายแพทย์ดำรง บุญยืน อธิบดีกรมอนามัย จึงเป็นผลให้การเคลื่อนไหวครั้งนี้มีความหนักแน่นมากยิ่งขึ้น^{๑๒๖} ในระหว่างที่กระแส การตรวจสอบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ชมรมแพทย์ชนบทได้ดำเนินการเคลื่อนไหวตามยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การทำงานร่วมกับสื่อมวลชนสายสาธารณสุข ตั้งแต่การออกมาเตือนบรรดาแพทย์และผู้บริหารงานสาธารณสุข ผ่านหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับถึงความไม่ชอบมาพากลในการใช้งบประมาณ ๑,๔๐๐ ล้านบาท และการ เตรียมการคอร์รัปชันครั้งใหญ่ที่มีนักการเมืองอยู่เบื้องหลัง ราวหนึ่งเดือนต่อมา ขบวนการคอร์รัปชันในกระทรวง สาธารณสุขได้ปรากฏขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์รายวันแทบทุกฉบับและเป็นข่าวหน้าหนึ่งต่อเนื่องยาวนาน เป็นเวลากว่าหนึ่งปี^{๑๒๗}

นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๑๗ (พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๓๘) ซึ่งถือ ว่าเป็นหัวขบวนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบทในการเคลื่อนไหวเรื่องทุจริตยา ร่วมกับนายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นถัดมา (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙) ได้กล่าวถึงการทำงานโดยมีสื่อมวลชนเป็นแนวร่วม สำคัญว่า

^{๑๒๕} ดูรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์การทุจริตดังกล่าวได้ใน อำพล จินดาวัฒน์ และ พงศธร พอกเพิ่มดี, ลำดับเหตุการณ์การ ตรวจสอบของสังคมกรณีทุจริตซื้อยาและเวชภัณฑ์ ๑,๔๐๐ ล้านบาทในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๑, (นนทบุรี: มูลนิธิแพทย์ชนบท, ๒๕๔๑)

^{๑๒๖} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๑.

^{๑๒๗} ไกมาตร จิงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖) หน้า ๘๕-๘๖.

กระแสข่าวการทุจริตยาเกิดขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม มีการเผยแพร่ข่าวออกไป โดย นายแพทย์ยงยศเป็นผู้ประสานให้เกิดการเคลื่อนไหวเรื่องนี้ กระบวนการสำคัญคือ มีการใช้ สื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งนายแพทย์ยงยศมีความคิดและกลยุทธ์เรื่องการจัดการข่าวได้ดีมาก เช่น การนำอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มาจัดแสดงให้นักข่าวดูคล้ายนิทรรศการ จนได้รับความสนใจ และกลายเป็นข่าวหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์หลายฉบับ^{๑๒๘}

ในระหว่างที่กระแสการตรวจสอบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางนั้น นายรักเกียรติ สุขธนะ รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข และนายธีรวัฒน์ ศิริวันสาธิต รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงฯ ก็ได้ลาออกจากตำแหน่ง ถือเป็นการสิ้นสุดการครอบครองอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขของพรรคกิจสังคมที่ดำเนินมาเกือบหนึ่ง ทศวรรษ ขณะเดียวกัน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ (ปปป.) ได้รายงานผลการสอบสวนระบุมหาผิดของข้าราชการระดับ ๙ จำนวนสองราย และต่อมาได้มีการลงโทษด้วยการไล่ออก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอีกห้าแห่งมีความผิดทางวินัยร้ายแรง และอีกหลายจังหวัดถูกตั้ง กรรมการสอบสวน ส่วนนายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น คณะรัฐมนตรีมีมติให้ พ้นจากตำแหน่งปลัดกระทรวงฯ และย้ายไปดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาระดับ ๑๑ ที่สำนักนายกรัฐมนตรี

ต่อมา ศาลฎีกาแผนกคดีอาญาผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองได้ตัดสินลงโทษจำคุกนักการเมืองจำนวน ๒ ราย คือ นายจิรายุ จรัสเสถียร อดีตที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายรักเกียรติ สุขธนะ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นกรณีตัวอย่างในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยที่ภาค ประชาชนสามารถเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตคอร์รัปชันของนักการเมือง จนสามารถนำตัวผู้กระทำผิดมา ลงโทษได้ตามกฎหมาย

ในกระบวนการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน ชมรมแพทย์ชนบทได้สร้างวิธีการซึ่งจะนำไปสู่การ รับผิดชอบ (Accountability) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทุจริต โดยเรียกร้องให้มีการรับผิดชอบเป็นลำดับ ขึ้น กล่าวคือ แพทย์ชนบทจะไม่ใช้วิธีการเรียกร้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทุจริตลาออกพร้อมกันทั้งหมด แต่ จะใช้วิธีการสำรวจความสัมพันธ์ในห่วงโซ่ของการทุจริต และกดดันให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องแสดงความรับผิดชอบ ตามลำดับไปเรื่อยๆ ซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

ประสบการณ์ของพวกเราเวลาสู้มันมีจังหวะก้าวที่ดี ยกตัวอย่างเช่น ...ตอนนั้นรัฐมนตรีลาออก แต่ รัฐมนตรีช่วยฯ ไม่ออก ชูชัยเป็นคนกระทุ้งว่ารัฐมนตรีช่วยฯ ต้องออก เค้าถึงออกมาจะเล่นงาน จังหวะมันดี คือ ตอนนั้นพอเค้าจัดการกับย้งเกียรติ เราก็บอกว่าไม่ใช่แค่นี้หรอก มันสูงกว่านั้นคือ ปรากรม เราก็ชักถึงปลัดฯ พอเห็นว่าปลัดฯ โดนแล้ว ไม่พอ ก็ต้องชักต่อรัฐมนตรี รักเกียรติเลย ลาออก พอรักเกียรติลาออก ชูชัยกระทุ้งรัฐมนตรีช่วยฯ อยู่ไม่ได้เหมือนกัน ตอนต่อสู้เรื่องไทย เข้มแข็งเหมือนกัน พอวิทยาลาออกมาแถลงว่ายังไม่ได้ใช้เงินชักบาท วันรุ่งขึ้น พอไปพบนายกฯ ออกมาแถลงลาออก เพราะนายกฯ อ่านรายงานแล้ว หลักฐานแน่นหนามาก วิทยาลาออก

^{๑๒๘} ความทรงจำของนายแพทย์ประวิทย์ สีสถาพรวงศา ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อ วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

รัฐมนตรีช่วยฯ ไม่ออก คืออยู่สองอาทิตย์ แต่สุดท้ายก็ต้องออก นี่คือจังหวะก้าว เพราะถ้าหากเราบอกว่ามันต้องออกยกโขยง ไม่สำเร็จหรอก แต่พอบอกว่าคนนี้ออกแล้ว อีกคนก็ต้องออกด้วย^{๑๒๙}

หลังจากกรณีการทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปิดโปงกระบวนการทุจริตครั้งใหญ่อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งก็คือ กรณีการจัดสรรงบประมาณของโครงการไทยเข้มแข็งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาคสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลของพรรคประชาธิปัตย์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ การเคลื่อนไหวกรณีทุจริตงบประมาณเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนแปดหมื่นกว่าล้านบาทนี้ ถือเป็นพัฒนาการที่ต่อยอดจากบทเรียนเมื่อครั้งเปิดโปงกระบวนการทุจริตยาในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เนื่องจากขบวนการแพทย์ชนบทได้เล็งเห็นว่า หากปล่อยให้กระบวนการทุจริตดำเนินไปจนสิ้นสุดกระบวนการจะสร้างความเสียหายแก่ระบบและงบประมาณเป็นอันมาก ขบวนการแพทย์ชนบทจึงออกมาเคลื่อนไหวและเรียกร้องให้มีการตรวจสอบ ตั้งแต่เห็นว่าเริ่มมีการเตรียมแผนการทุจริตงบประมาณเข้มแข็ง จนมีผลให้รัฐมนตรีและคณะทำงานต้องลาออก ทั้งยังมีการชี้มูลความผิดชัดเจนว่ามีนักการเมืองจำนวน ๔ คน และข้าราชการระดับสูงจำนวน ๘ คน ที่เกี่ยวข้องและจะต้องรับผิดชอบต่อกระบวนการทุจริตครั้งนี้ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเคลื่อนไหวกรณีทุจริตงบประมาณเข้มแข็งไว้ ดังนี้

กรณีไทยเข้มแข็ง เราคิดว่าจะไปรอให้บาดเจ็บ แล้วก็จับคนทุจริตแล้วเข้าคุก ไม่ใช่วิธีการที่สมควร เพราะฉะนั้นเราต้องทำในลักษณะ Primary prevention ต้องชี้ว่าลักษณะอย่างนี้นั้นเข้าข่ายวางแผนทุจริตแล้ว แม้จะมีคนบอกว่ายังไม่ได้ใช้เงินเลย แต่มานั่งวางแผนเตรียมปล้น หลักฐานชัดเจนอย่างนี้แล้ว ถ้าจะปล่อยไปจนกระทั่งปล้นกันซะเต็มรูปก่อน ก็ไม่มีประโยชน์หรอก เราต้องสร้างกระแสก่อน จนในที่สุดงบประมาณแปดหมื่นกว่าล้านจะจกหมดเลย เราเซฟเงินได้หมื่นกว่าล้าน^{๑๓๐}

นับจากความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเปิดโปงขบวนการทุจริต กรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทมีบทบาทโดดเด่นเป็นที่ยอมรับของสังคมอย่างสูง ทั้งยังส่งผลต่อ “ภาพ” ที่สังคมโดยทั่วไปใช้มองและทำความเข้าใจชมรมแพทย์ชนบท ขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อวิถีคิดและการทำความเข้าใจตัวตนของชมรมแพทย์ชนบทเองด้วย โดยชมรมฯ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการเคลื่อนไหวที่ชัดเจน โดยเน้นจับประเด็นเรื่องการตรวจสอบและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุขเรื่อยมาจนปัจจุบัน ซึ่งหากกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ขบวนการแพทย์ชนบทได้นิยามตัวเองเป็น “หมาเฝ้าบ้าน” (watch dog) ของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่คอยสอดส่องตรวจตราความผิดปกติที่เกิดขึ้นและสื่อแว่วว่าจะเป็นการทุจริตนั่นเอง

^{๑๒๙} คำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในงาน คสน. ฟอรัม ครั้งที่ ๑๔ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

^{๑๓๐} คำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในงาน คสน. ฟอรัม ครั้งที่ ๑๔ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

การปฏิรูประบบสุขภาพ

ปรากฏการณ์ด้านระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ ถือได้ว่าเป็นการพลิกโฉมหน้าประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทยขนานใหญ่ เนื่องจากการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในมิติใหม่ และมีการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข จากเดิมที่เคยรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ในช่วงนี้ได้มีการจัดตั้งสถาบันทางสาธารณสุขสำคัญๆ ขึ้นมาทำหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเครือข่ายสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีบทบาทในกระบวนการดังกล่าวอย่างเข้มข้น

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างสอดคล้อง กับบริบทของการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งก่อตัวขึ้นหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. ๒๕๓๕ กล่าวคือ ภายหลังการต่อต้านเผด็จการทหารและเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ๒๕๓๕ ได้เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการเมืองและสังคมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากกลุ่มแกนนำองค์กรประชาธิปไตยส่วนหนึ่งเห็นว่าการจะมีระบอบประชาธิปไตยที่ดีกว่าเดิม จำต้องมีการทบทวนโครงสร้างระบบการปกครองเสียใหม่ จึงได้มีการผลักดันให้มีการปฏิรูปการเมืองและจัดทำร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ รัฐสภาในขณะนั้นจึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตยขึ้นเพื่อทำหน้าที่ศึกษาแนวทางในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญต่อไป โดยมีศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ และมีแพทย์ชนบทบางท่านเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย คือ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

นอกจากนั้น ยังมีการเคลื่อนไหวเพื่อที่จะร่วมกันกำหนดระบบการเมืองใหม่โดยเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง และในกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ยังเปิดโอกาสให้องค์กรภาคประชาสังคม ตั้งแต่องค์กรชุมชนระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน หรือนักวิชาการได้ออกมาประสานพลังกัน และมีการเปิดเวทีเพื่อถกเถียง วิพากษ์วิจารณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการของระบบการเมืองใหม่ด้วย^{๑๓๑} ปรากฏการณ์ดังกล่าว นับเป็นมิติใหม่ของระบบการเมืองไทยที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่างรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริงและเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ปวงชนชาวไทยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญอย่างกว้างขวาง กระบวนการดังกล่าวได้ดำเนินการแล้วเสร็จและประกาศเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยได้รับการเรียกขานว่าเป็น “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน”

บริบทของการปฏิรูประบบการเมืองและสังคมที่เกิดขึ้นอย่างเข้มข้นดังกล่าว เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผลักดันให้การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มก่อตัวขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ ๒๕๓๐ สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างมีพลังและเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นก่อตัวขึ้นตั้งแต่ช่วงก่อนรัฐประหาร พ.ศ. ๒๕๓๔ และเริ่มมีการเคลื่อนไหวผลักดันจนเกิดผลสำเร็จ คือ การตั้งสถาบันวิจัยระบบ

^{๑๓๑} โงมาตร จิงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๔๕.

สาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อทำหน้าที่ผลิตองค์ความรู้เชิงระบบที่จำเป็นต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้น ในขณะที่สังคมไทยเดินทางไปสู่การปฏิรูปสังคม ด้วยการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งถือเป็นกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าในวงการสาธารณสุขก็ได้สานต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้วยการผลักดันให้เกิดกลไกเชิงโครงสร้างอื่นๆ นอกเหนือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ขึ้นมารองรับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

นอกจากบริบทภายนอกอย่างการปฏิรูปสังคมจะเป็นตัวผลักดันให้ความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปอย่างมีพลังแล้ว สภาพการณ์ภายในของระบบสาธารณสุขเองที่กำลังเป็นปัญหามากขณะนั้น ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าเหล่านี้ยังตระหนักถึงความจำเป็นในการแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

เมื่อเข้าสู่ยุคที่เศรษฐกิจไทยเจริญเติบโตถึงขีดสุดในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๐ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป จากปัญหาความขาดแคลนระดับพื้นฐานมาสู่ปัญหาการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรม การกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ กฎหมายที่ล้าสมัย ข้ำซ้อน และไม่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชน ระบบบริการที่ขาดความคล่องตัว ตลอดจนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชน^{๑๓๒} และจากเศรษฐกิจที่เฟื่องฟูอย่างมากนี้เอง ทำให้ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๐ งบประมาณกว่าร้อยละ ๖๐ ถูกใช้ไปกับงานบริการในโรงพยาบาลและการลงทุนกับเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค ขณะที่สถานพยาบาลเองก็มีแนวโน้มที่จะมุ่งไปเป็นองค์กรธุรกิจด้านสุขภาพหรือองค์กรอุตสาหกรรมสุขภาพมากขึ้น

จากปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ไม่ถูกแก้ไขอย่างบูรณาการ นำไปสู่การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพมิติใหม่ จากเดิมที่มองแค่การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) ซึ่งเน้นแต่เรื่องการจัดบริการทางการแพทย์และกิจกรรมทางสาธารณสุขมาเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ Health System Reform ที่ใหญ่กว่า เพราะระบบสุขภาพครอบคลุมไปถึงเรื่องระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สุขภาวะ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ระบบสาธารณสุขแบบเก่าเน้นแต่เรื่องการซ่อมเป็นสำคัญ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาในอนาคต จึงต้องหันมามองระบบสุขภาพที่กว้างและเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนในสังคม พัฒนาการของความคิดเชิงก้าวหน้าที่สนใจแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ๆ ของกลุ่มขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนมาถึงแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ปรากฏชัดเจนในข้อสังเกตของ อเนก เหล่าธรรมทัศน์^{๑๓๓} ที่ว่า

...๒๐ กว่าปีมานี้ ผมคิดว่าเป็นชุมชนหนึ่งที่คิดไม่หยุด ไม่ค่อยหยุดคิด คิดอยู่เรื่อยๆ...^{๑๓๓} ผมมีข้อสังเกตว่าวงการสาธารณสุขเป็นวงการที่ก้าวหน้ามากในทางความคิดทางสังคมการเมือง...วงการ

^{๑๓๒} โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๒๗.

^{๑๓๓} อเนก เหล่าธรรมทัศน์, “บทวิจารณ์และแสดงความคิดเห็น” ใน ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๐), หน้า ๒๕๖.

สาธารณสุขเป็นวงการที่สนใจเรื่องข้างนอกมาก และพยายามโยงเรื่องของตนเองไปสู่เรื่องข้างนอก พักก่อนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขของคุณหมอสคึกดี (ขุนหรัศม์) ให้ผมช่วยคิดเรื่องการกระจายอำนาจกับสาธารณสุข ผมคิดว่าเข้าท่า ผมกำลังคิดเรื่องการกระจายอำนาจอยู่ สังคมข้างนอกกำลังพูดเรื่องการกระจายอำนาจ คุณหมอแก็คิดเรื่องการกระจายอำนาจกับสาธารณสุขได้ ผมว่าน่าสนใจ ผมคิดว่าคงไม่แปลกอะไรมันเป็นเรื่องดังที่คนพูดกัน แต่ผมเองสนใจเรื่องประชาสังคมอยู่ ผมคิดว่าเป็น Concept ที่ค่อนข้างจะอยู่ในหมู่นักรัฐศาสตร์หรือนักสังคมศาสตร์ นักสังคมวิทยา อ้าวมาจากไหนอีกหวัจจดหมายสายฟ้าแลบของคุณหมอสคึกดีมาแล้ว เชิญชวนชักชวนให้ผมมาพูดเรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ ผมว่าอีกสักพักคงจะทำเรื่องโลกาภิวัตน์กับสุขภาพ อีกสักพักคงทำเรื่องการปฏิรูปการเมืองกับสุขภาพ...”^{๑๓๔}

การปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปโดยมีองค์กรอิสระด้านสุขภาพหรือองค์กรตระกูล ส. ต่างๆ เป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่ต่างๆ ในการตอบสนองต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญในการทำงานขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ การใช้พลัง ๓ ด้าน ตามหลักการของทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านประชาสังคม และด้านวิชาการ

สถาบันแรกที่ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. ที่มาของการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเริ่มต้นจากการพูดคุยกันในเวที “คณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ” ซึ่งมี ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ หลังจากมีการประชุมร่วมกับนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น และเห็นตรงกันว่าควรมีการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงนำไปสู่การดำเนินการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านวิชาการ การจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นตรงกันว่า ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เชิงระบบเสียก่อน และความรู้เชิงระบบดังกล่าวก็ต้องมาจากสถาบันวิจัยระบบที่เป็นอิสระด้วย^{๑๓๕}

แพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยท่านเป็นผู้กราบทูลพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งยังช่วยดำเนินการให้กฎหมาย ผ่านสภานิติบัญญัติในวันสุดท้ายของการประชุมอีกด้วย หลังจากก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว นายแพทย์สมศักดิ์ ชุนหรัศม์ ได้รับเลือกให้เป็นผู้อำนวยการคนแรกของ

^{๑๓๔} อเนก เหล่าธรรมทัศน์, “บทวิจารณ์และแสดงความคิดเห็น” ใน ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๐), หน้า ๒๖๒-๒๖๓.

^{๑๓๕} ประเวศ วะสี, การปฏิวัติเสีย: การปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๔๖), หน้า ๔-๖.

สถาบัน ทำหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการและวางรากฐานให้แก่ สวรส. เพื่อให้สามารถทำงานสร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เป็นอิสระ^{๑๓๖}

จากโครงสร้างของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำให้สถาบันฯ ทำหน้าที่เป็นเสมือนฐานปฏิบัติการที่นำไปสู่การเกิดขึ้นขององค์กรอื่นๆ ในเวลาต่อมา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปรส. ซึ่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็เป็นองค์กรหนึ่งที่เกิดขึ้นโดยอาศัยโครงสร้างของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกวางรากฐานการมีส่วนร่วมปฏิรูประบบสาธารณสุขจากภาคประชาสังคม โดยทำหน้าที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนดกรอบของระบบสุขภาพแห่งชาติใหม่ ที่กว้างกว่าระบบสาธารณสุขเดิม และเน้นการทำงานวิชาการร่วมกับการเคลื่อนไหวให้สังคมได้ร่วมเรียนรู้แนวคิดเรื่องสุขภาพในมิติใหม่^{๑๓๗} ซึ่งหลังจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จและประกาศใช้เป็นกฎหมาย จึงมีการเปลี่ยนผ่านจาก สปรส. มาสู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐

องค์กรสำคัญอีกองค์กรหนึ่งที่เกิดขึ้นในบริบทของการปฏิรูปสุขภาพ คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การเกิดขึ้นของหน่วยงานดังกล่าวถือเป็นความก้าวหน้าของประเทศไทยที่สามารถนำเอาภาษีบาปจากเหล้าบุหรี่มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้ อาจกล่าวได้ว่า การก่อตั้งหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพอย่าง สสส. ขึ้นนั้น เป็นผลมาจากการมองเห็นปัญหาในการให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพแต่ฝ่ายเดียว จึงนำมาสู่ความพยายามในการสร้างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ ซึ่งพ้นไปจากความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุภกร บัวสาย ผู้จัดการคนแรกของ สสส. ได้กล่าวถึงแนวคิดเมื่อแรกตั้งหน่วยงานเอาไว้ที่น่าสนใจ ดังนี้

โจทย์ใหญ่ที่สุดที่เรามอง คือ ต้องเอาเรื่องเสริมสุขภาพออกจากกระทรวงฯ ให้ได้ เพราะถ้าอยู่ในระบบราชการไม่มีทางที่จะก้าวหน้าได้หรอก ทั้งนี้ กรมกองทั้งหลายเขามีโยยในการปฏิบัติงานของเขาอยู่แล้ว ความคิดใหม่ๆ หรือยุทธศาสตร์ดีๆ ต่างถูกบล็อกด้วยความแข็งตัวของระบบราชการ ส่งผลให้พลังของสังคมจริงๆ เข้ามาร่วมได้น้อยมาก ขณะที่เรื่องบุหรี่ค่อนข้างเห็นอยู่แล้วว่ามันเดินไปด้วยพลังที่อยู่ข้างนอกเยอะ ฉะนั้นเราจึงต้องหาทางโยนเรื่องนี้ไปสู่มือของสังคมให้มากที่สุด สุดท้ายแล้วความคิดทั้งหมดก็ถูกดีไซน์ออกมาเป็น สสส.^{๑๓๘}

การทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงเป็นกลไกสำคัญในการดึงพลังทางสังคมต่างๆ ให้เข้ามาทำงานด้านสุขภาพตามความหมายกว้าง และส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายของคนทำงาน ซึ่งการทำงานด้านสุขภาพในลักษณะของเครือข่ายนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างยิ่ง เพราะการทำงานแบบเครือข่ายนั้นทำให้สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบได้อย่างยั่งยืนต่างจากการทำงานของระบบ

^{๑๓๖} พงศธร พอกเพิ่มดี, *หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย* (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๔๓-๔๔.

^{๑๓๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙๐-๑๙๑.

^{๑๓๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๑๔-๓๑๕.

ราชการซึ่งมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจเน้นการบริหารงานในแนวดิ่ง (Top - Down) นโยบายจึงแปรผันตามความต้องการของผู้ใช้เป็นหลัก นายแพทย์สุภกร บัวสาย ได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้ว่า

ผลที่เกิดขึ้นจริงๆ แนวทางที่เราคิดก็เกิดขึ้น แต่ส่วนที่มากกว่านั้นคือ มันยังทำให้เครือข่ายต่างๆ เข้มแข็งขึ้นอีกด้วย เพราะว่าการทำงานของสสส. ไม่ได้ทำเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น แต่เราทำหลายเรื่องมาก เพราะฉะนั้นการเชื่อมโยง การพึ่งพาอาศัยกัน ในแต่ละกลุ่มก็สูงตามไปด้วย เมื่อทุกกลุ่มหนุนกันหมด โอกาสที่เราจะทำงานได้สำเร็จก็สูงขึ้นตามไปด้วย^{๑๓๙}

ปัจจุบันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรไปหล่อเลี้ยงและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคมจำนวนมากในการเป็นพลังให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชนจากระบบตั้งรับ “สุขภาพเสีย” มาสู่ระบบเชิงรุกเพื่อสร้าง “สุขภาพดี” หรือที่เรียกว่าระบบสาธารณสุขแบบป้องกันก่อนป่วย (preventive health care reform)^{๑๔๐}

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในแง่กระบวนการทัศน์ของระบบสุขภาพแล้ว ปัญหาการกระจายทรัพยากรด้านการบริการระบบสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมก็เป็นประเด็นสำคัญที่กลุ่มแพทย์ชนบทให้ความสนใจและดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาได้เป็นผลสำเร็จ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยผ่านมาตรการทางการเงินการคลัง แพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทในการวางรากฐานและทุ่มเททำงานด้านการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งท่านได้อธิบายถึงแนวคิดและแรงบันดาลใจในการดำเนินงานไว้ในหนังสือเรื่อง *งานกับอุดมคติของชีวิต* น.พ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์^{๑๔๑} ความว่า

ถ้าจะลองทบทวนดู ผมคิดว่าความคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพมันตกผลึกชัดเจนมากขึ้นๆ ตามวันเวลาที่ผ่านไป ตั้งแต่เป็นนักศึกษาก็มีการทำกิจกรรม มีการพูดถึงและต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมในสังคมกันมาก เมื่อไปทำงานในชนบทก็ได้เห็นความยากไร้ ความด้อยโอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ เห็นปัญหาสาธารณสุขทุกมิติ การที่ได้ไปรู้ไปเห็นประเทศที่เขาเจริญแล้วว่าระบบเขาดีอย่างไร ก็ยิ่งทำให้มีมโนภาพที่แจ่มชัดมากขึ้น และใฝ่ฝันอยู่เสมอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้อัตริย์ขึ้นพื้นฐานของประชาชนเป็นจริง การศึกษาและบริการสุขภาพควรจะเป็นสิ่งที่รัฐบาลจัดหามาให้และประชาชนทุกคนควรจะได้รับ

^{๑๓๙} พงศธร พอกเพิ่มดี, *หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ ปีองหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย* (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๓๑๖.

^{๑๔๐} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔-๒๕.

^{๑๔๑} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *งานกับอุดมคติของชีวิต* น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (มปท., มปป).

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้งระบบเริ่มต้นจากการวางจุดหมายสำคัญ คือ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข โดยหลอมรวมจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ที่เริ่มตั้งแต่สมัยรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ต่อมา มีการขยายครอบคลุมบุคคล เช่น เด็กและผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้มีการควบรวมกับโครงการบัตรสุขภาพ ทำให้โครงการดังกล่าวเป็นแหล่งรวมงบประมาณจำนวนมาก และเพื่อป้องกันการทุจริตคอร์รัปชันของนักการเมือง นายแพทย์สวณ นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้ผลักดันให้กระทรวงการคลังออกระเบียบควบคุมการใช้เงินก้อนดังกล่าว โดยกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรและกำหนดให้มีคณะกรรมการ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้ามากำกับดูแลและไม่ปล่อยให้เป็นการฉ้อฉลของผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โครงสร้างของคณะกรรมการนี้เองที่พัฒนาเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา^{๑๔๒}

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อจะมีการเลือกตั้งและพรรคการเมืองต่างๆ กำลังแสวงหานโยบายในการหาเสียง จึงเป็นโอกาสในการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กลายเป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งในท้ายที่สุด พรรคไทยรักไทยได้รับแนวคิดนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหลักในการหาเสียง จนกระทั่งทำให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่รู้จักกันในชื่อ “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงมีการออกกฎหมาย คือ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สำเร็จ ซึ่งเป็นกฎหมายที่รองรับให้นโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความเข้มแข็งมั่นคงต่อไป^{๑๔๓}

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพอย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นับว่าเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญของระบบการบริการสาธารณสุขไทยและเป็นคุณูปการอันใหญ่หลวงในการสร้างความเป็นธรรมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมให้แก่ประชาชน ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้เขียนบรรยายไว้ ดังนี้

ตลอดระยะเวลาที่ได้รับคัดเลือกและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. คุณหมอสงวนได้ทุ่มเททำงานที่เป็นความฝันสุดท้ายในชีวิตได้อย่างดียิ่ง แม้รัฐบาลจะใช้วิธีจัดสรรงบประมาณให้อย่างกระเปียดกระเสียวมาก แต่ก็สามารถบริหารได้อย่างโปร่งใส มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีของระบบการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) อย่างแท้จริง ประโยชน์สุขของประชาชนเพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ เช่น ระบบบริการใกล้บ้านใกล้ใจ การขยายการผ่าตัดหัวใจและต่อกระดูกให้แก่คนไข้ที่ตกค้างรอคิวมานาน การทำสุหนัตฟรีทั่วประเทศ การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์อย่างทั่วถึง และล่าสุดคือ การขยายบริการล้างไตทางหน้าท้องให้แก่ผู้ป่วยไต

^{๑๔๒} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๓๗-๒๘.

^{๑๔๓} สวณ นิตยารัมภ์พงศ์, งานกับอุดมคติของชีวิต นพ.สวณ นิตยารัมภ์พงศ์ (มปท., มปป), หน้า ๗๐-๗๒.

ววยเรื้อรัง รวมทั้งเรื่องซีแอลที่เลื่องชื่อระบือไกลไปทั่วโลก ก็ริเริ่มมาจาก สปสช. ภายใต้การนำของ
คุณหมอสงวนนี่เอง^{๑๔๔}

ต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ หลังจากที่เราร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จและประกาศใช้เป็น
กฎหมาย จึงมีการเปลี่ยนผ่านจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) มาสู่สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) การประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติสะท้อนนัยสำคัญของแนวคิด
เรื่องสุขภาพใหม่ที่ครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาวะ การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะและกลไกการมีส่วนร่วม
ร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย โดยมีการกำหนดกลไกและเครื่องมือใหม่ๆ ให้ทุกภาคส่วนใช้ทำงานร่วมกัน
เช่น การมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพที่จัดทำขึ้นจากความเห็นและความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อใช้เป็นกรอบ
กำหนดนโยบายและทิศทางระบบสุขภาพในทุกระดับร่วมกัน การมีสมัชชาสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อใช้เป็น
เครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือเอชไอเอ
(Health Impact Assessment - HIA) ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือในการคัดกรองเพื่ออนุมัติอนุญาตนโยบาย
สาธารณะ และเป็นทั้งเครื่องมือหรือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยมีกลไกการทำงานของ
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีกรรมการจากภาครัฐ ภาค
วิชาการ ภาคประชาชน ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน^{๑๔๕} สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงเป็นหน่วยงานหลักที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมปฏิรูประบบสุขภาพจาก
ภาคประชาสังคม

การปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ จึงดำเนินไปโดยมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้ง ๔
สถาบันดังกล่าว เป็นกลไกหรือเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งในกระบวนการผลักดันให้เกิด
องค์กรอิสระด้านสุขภาพเหล่านี้ขึ้นนั้น สัมพันธ์อย่างมากกับกลุ่มเครือข่ายสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบท
และนายแพทย์ประเวศ วะสี เช่น การเกิดขึ้นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้นมีนายแพทย์สงวน
นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ยกร่างพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะผู้บริหารในวาระแรกนั้นมี
นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้อำนวยการ

กรณีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นริ้วแรง
สำคัญในการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและผลักดันจนร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว ประกาศใช้เป็นกฎหมาย
ทำให้มีการเปลี่ยนผ่านจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) มาสู่สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สำเร็จ ทั้งนี้ ในคณะกรรมการด้านต่างๆ ของ สปรช. ก็ยังมีแพทย์ชนบทท่านอื่นๆ
ร่วมเป็นคณะกรรมการอยู่ด้วย เช่น คณะอนุกรรมการสร้างความรู้ มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็น
เลขานุการ คณะอนุกรรมการการเคลื่อนไหวทางสังคม มีนายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป เป็นเลขานุการ
คณะอนุกรรมการด้านกฎหมาย มีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และนายแพทย์อำพล จินดา

^{๑๔๔} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนา
ศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๔๐-๔๐.

^{๑๔๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙๗-๑๙๘.

วัฒน์ เป็นเลขานุการ และคณะกรรมการด้านสื่อ มีนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นเลขานุการ^{๑๔๖} ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็เป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากการทุ่มเททำงานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยอาศัยการสนับสนุนด้านวิชาการ จากการศึกษาวิจัยของนักวิชาการมือดี เช่น นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

การตั้งองค์กรอิสระด้านสุขภาพหรือองค์กร ส. ต่างๆ ขึ้น ไม่เพียงแต่มีผลรองรับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีนัยสำคัญต่อการกระจายอำนาจรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขและมีผลอย่างยิ่งในการสร้างระบบธรรมาภิบาลเชิงโครงสร้าง เพราะสามารถลดทอนอำนาจรวมศูนย์ของนักการเมืองและผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขให้ไปอยู่ภายใต้การบริหารของ “คณะกรรมการ” ซึ่งเป็นตัวแทนที่มาจากหลายภาคส่วน ลักษณะดังกล่าวกระทบต่อโครงสร้างอำนาจและวัฒนธรรมการใช้อำนาจแบบเดิม ทำให้กลุ่มอำนาจเดิมเกิดความไม่ลงรอยและรู้สึกคับข้องใจในระบบการบริหารจัดการขององค์กรเหล่านี้ ดังจะกล่าวโดยละเอียดในส่วนวิเคราะห์ต่อไป

ยุคที่ ๖ หลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙ ถึงปัจจุบัน

ช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๔๐ ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญอีกช่วงหนึ่งของประวัติศาสตร์ไทย ที่นำมาสู่ความขัดแย้งทางการเมือง และการผลักดันช่วงชิงอำนาจของกลุ่มการเมือง โดยมีฐานมวลชนของแต่ละฝ่ายสนับสนุน จึงเป็นช่วงที่สังคมการเมืองมีลักษณะแบ่งขั้ว เลิกข้าง แตกแยกอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน และลูกหลานมาสู่การใช้มุมมองหรือจุดยืนทางการเมืองเข้ามากำกับหรือตัดสินชีวิตทางสังคมด้านอื่นๆ ด้วย

แม้พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร จะชนะการเลือกตั้งอย่างถล่มทลายเป็นสมัยที่สองด้วยคะแนนสูงเป็นประวัติการณ์ถึง ๑๙ ล้านเสียง ในการเลือกตั้งเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๘ แต่ภายในเวลาไม่นานกลับถูกประท้วงต่อต้านอย่างหนักจากประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองหลวงและตัวเมืองใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากความไม่พอใจที่สะสมยาวนานจากการบริหารงานที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน การแทรกแซงการทำงานขององค์กรอิสระ และข้อกล่าวหาเรื่องการทุจริตคอร์รัปชันอย่างกว้างขวาง อันเป็นเชื้อเพลิงสำหรับการต่อสู้ทางการเมืองเพื่อโค่นล้มรัฐบาลมาตุภูมิทุกยุคทุกสมัย^{๑๔๗}

การรณรงค์ต่อต้านทักษิณ ชินวัตร เริ่มขึ้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ภายใต้การนำของสนธิ ลิ้มทองกุล ผู้ก่อตั้งและผู้นำของเครือข่ายหนังสือพิมพ์ผู้จัดการ แห่งบริษัทเมเนเจอร์ มีเดีย (มหาชน) และหนึ่งในพวกพ้องของทักษิณที่หันมาเป็นหัวขบวนในการคัดค้านรัฐบาลเสียเอง หลังจากที่ย้ายการเมืองไทยรายสัปดาห์ของสนธิถูกถอดออกจากสถานีโทรทัศน์ช่อง ๙ อสมท. เนื่องจากเป็นรายการสนทนากาการเมืองที่เน้นเปิดโปง โจมตีการทุจริตและใช้อำนาจหน้าที่โดยมิชอบของรัฐบาลอย่างรุนแรง สนธิจึงหันมาจัดรายการสนทนาสดราย

^{๑๔๖} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕-๒๖.

^{๑๔๗} ภิญญ ไตรสุริยธรรมา, “คำนำ,” ใน ปฏิวัติ ๒๕๔๙, ภิญญ ไตรสุริยธรรมา, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๐), หน้า ๖.

สัปดาห์สัญจร โดยใช้การถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ผ่านดาวเทียม ซึ่งสามารถดึงดูดผู้ชมที่ต่อต้านทักษิณได้อย่างมาก^{๑๔๘}

ทั้งฝ่ายรัฐบาลและสนธิ ลิ้มทองกุล ต่างใช้ทุกวิถีทางในการต่อสู้ มีการใช้กฎหมายและอำนาจศาลตอบโต้และยับยั้งอีกฝ่าย ประเด็นสำคัญที่ฝ่ายสนธิใช้โจมตีทักษิณเรื่อยมาก็คือ การกล่าวหาว่าทักษิณมีการกระทำที่ส่อไปในทางหมิ่นพระบรมเดชานุภาพ การโหมปลุกกระดมความไม่พอใจรัฐบาลถูกกระทำผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนทั้งหมดในเครือหนังสือพิมพ์ผู้จัดการ ไม่ว่าจะเป็นเคเบิลทีวี, หนังสือพิมพ์, นิตยสาร, หนังสือ, ซีดีและเว็บไซต์ การโจมตีรัฐบาลทักษิณดำเนินไปอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องกว่า ๔ เดือน จนสามารถสร้างสมพลังกดดันทางการเมืองขึ้นมาได้สำเร็จ และนำมาสู่การชุมนุมเคลื่อนไหวกว้างขวางของมวลชนขนาดใหญ่เพื่อต่อต้านนายกฯ ทักษิณ ชินวัตร ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙^{๑๔๙}

การชุมนุมใหญ่ต่อต้านทักษิณเกิดขึ้นครั้งแรกที่ลานพระบรมรูปทรงม้า ในคืนวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙ การชุมนุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเกือบแสนคน ถือเป็นการชุมนุมทางการเมืองเพื่อโค่นล้มรัฐบาลที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ตั้งแต่หลังเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม ๒๕๓๕ เป็นต้นมา สาเหตุของการที่มวลชนพากันหลั่งไหลมาร่วมชุมนุมครั้งนี้ สืบเนื่องจากความไม่พอใจที่ทักษิณ ชินวัตร ประกาศขายหุ้นกลุ่มชินคอร์ปมูลค่ากว่า ๗๓,๐๐๐ ล้านบาท ให้แก่บริษัทเทมาเส็ก โฮลดิ้งส์ ของสิงคโปร์ โดยวิธีการหลบเลี่ยงภาษี ทั้งยังเต็มไปด้วยรายละเอียดที่หมิ่นเหม่ต่อข้อกฎหมายและจริยธรรม ทั้งหมดนี้เป็นเสมือนการรดน้ำมันลงบนกองไฟ ความไม่พอใจของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครจึงเพิ่มทวีขึ้น^{๑๕๐} จนทำให้มีผู้เข้าร่วมชุมนุมจำนวนมากเป็นประวัติการณ์ในครั้งนั้น

สภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นจุดเริ่มต้นของมหากาพย์การชุมนุมทางการเมืองที่ต่อเนื่องยาวนานในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จากการนำเดี่ยวของสนธิ ลิ้มทองกุล สู่การจัดตั้งกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย อันมีสนธิ ลิ้มทองกุล พลตรีจำลอง ศรีเมือง สมศักดิ์ โกศัยสุข พิกพ ธงไชย และสมเกียรติ พงษ์ไพบูลย์ เป็นแกนนำ โดยมีสุริยະใส กตะศิลา ทำหน้าที่ผู้ประสานงานร่วมกับเครือข่ายทั่วประเทศ^{๑๕๑}

เป้าหมายของพันธมิตรฯ คือ การขับไล่ทักษิณออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และล้มล้างระบอบทักษิณ ด้วยการสร้างเครือข่ายต่อต้านทักษิณเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มพลังกดดันของประชาชนและหลีกเลี่ยงความรุนแรงและการนองเลือด พันธมิตรฯ ได้จัดชุมนุมใหญ่หลายครั้งต่อเนื่องกัน จากลานพระบรมรูปทรงม้าสู่การชุมนุมที่สนามหลวง และยাত্রาสู่ทำเนียบรัฐบาล จนทำให้นายกรัฐมนตรีต้องออกสัญจรในต่างจังหวัด

^{๑๔๘} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๑๒.

^{๑๔๙} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๓

^{๑๕๐} ภิญโญ ไตรสุริยธรรมา, “คำนำ,” ใน ปฏิวัติ ๒๕๔๙, ภิญโญ ไตรสุริยธรรมา, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๐, หน้า ๑๓.

^{๑๕๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๔-๑๕.

ปรากฏการณ์สนธิ ลิ้มทองกุล กับพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ที่มีใช้คลื่นเพียงลูกเดียวที่ สาดซัดเข้ามาโค่นล้มรัฐบาลทักษิณเท่านั้น แต่ขบวนการมวลชนดังกล่าว เป็นเพียงคลื่นระลอกแรกเท่านั้น เพราะรัฐบาลทักษิณ ชินวัตรยังต้องเผชิญกับกระแสคลื่นอีกอย่างน้อย ๒ ระลอกด้วยกันคือ “กระบวนการตุลาการภิวัตน์” (judicial review) ในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จนมาถึงคลื่นระลอกสุดท้ายที่เป็นเสมือนจุดเปลี่ยนสำคัญของวิกฤตการณ์ทางการเมืองที่ดำเนินมายาวนาน ซึ่งก็คือ เหตุการณ์รัฐประหารในวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙^{๑๕๒} ที่นำโดยคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ซึ่งมีพลเอก สนธิ บุญยรัตกลิน เป็นหัวหน้าคณะ ถือเป็นการสิ้นสุดอำนาจของรัฐบาลภายใต้การนำของทักษิณ ชินวัตรและพรรคไทยรักไทย

หากย้อนดูภูมิหลังและเส้นทางการขึ้นสู่อำนาจของทักษิณ ชินวัตร จะพบว่าทักษิณเริ่มสร้างตัวเองขึ้นจากธุรกิจโทรคมนาคม ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ที่เศรษฐกิจฟองสบู่กำลังเฟื่องฟู และหลักเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่แพร่หลาย ทักษิณได้เริ่มก้าวเข้าสู่วิถีการเมือง โดยนำความรู้ด้านเทคโนโลยีมาผสมผสานเข้ากับเส้นสายทางการเมือง ทักษิณทุ่มเทและแสดงความ “ใจกว้าง” ต่อกลไกราชการสำคัญต่างๆ จนสามารถปลูกฝังสายสัมพันธ์กับข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ตลอดจนรัฐมนตรีต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง ทำให้ทักษิณประสบความสำเร็จในการประมูลสัมปทานและขอใบอนุญาตโครงการโทรคมนาคมใหญ่ๆ หลายครั้งติดต่อกัน ทั้งยังมีการวิ่งเต้นกระหรวงการคลังเพื่อนำบริษัทสัมปทานต่างๆ ของตนเอง เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ได้สำเร็จ ท่ามกลางการหลั่งไหลของเงินทุนต่างชาติจำนวนมากหลังจากการลดกฎเกณฑ์ทางการเงิน จนปี พ.ศ. ๒๕๓๗ บริษัทในเครือชินวัตรก็มียอดรวมมูลค่าทรัพย์สินสูงถึงราว ๖ หมื่นล้านบาท ทักษิณจึงกลายสภาพมาเป็นนักธุรกิจโทรคมนาคมหมื่นล้านในเวลาเพียง ๔ ปี^{๑๕๓}

ภายใต้เงื่อนไขที่ธุรกิจโทรคมนาคมนั้นผูกโยงเกี่ยวพันกับผู้รับผิดชอบอนุมัติสัมปทาน คือ กลไกราชการอย่างกระทรวง ทบวง กรม อย่างใกล้ชิด ทักษิณ ชินวัตร จึงก้าวเข้าสู่วงการการเมืองอย่างเต็มตัว โดยเข้าร่วมและรับช่วงการนำพรรคต่อจากพลตรีจำลอง ศรีเมือง แต่ภาพความเป็นนักล่าสัมปทานของทักษิณก็ส่งผลกระทบต่อตำแหน่งรัฐมนตรีและทำให้พรรคพลังธรรมต้องสิ้นสุดลงในที่สุด ทักษิณจึงตัดสินใจก่อตั้งพรรคไทยรักไทยของตัวเองขึ้นมาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๑ และอาจกล่าวได้ว่า ทักษิณได้ประโยชน์จากความเปลี่ยนแปลงของสังคมหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๔๐ กับกระแสการปฏิรูปการเมืองที่กำลังร้อนแรงในช่วงนั้น ในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั่วไปในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นการเลือกตั้งครั้งแรกที่จัดขึ้นภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ ในการรณรงค์หาเสียง ทักษิณได้อัดฉีด “กลุ่มคนเดือนตุลา” และอดีตแกนนำนักศึกษา ซึ่งในจำนวนนั้นมีคนในเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท คือ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และ นายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช มาช่วยวางกลยุทธ์การหาเสียงให้ โดยเน้นนโยบายประชานิยมที่มุ่งเอา

^{๑๕๒} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๙๗.

^{๑๕๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๒-๖๓.

ใจผู้เลือกตั้งชาวชนบท ทำให้ในที่สุด พรรคไทยรักไทยได้ก้าวขึ้นเป็นรัฐบาล ด้วยคะแนนเสียงของผู้มีสิทธิเลือกตั้งที่สูงเป็นประวัติการณ์ถึง ๑๑ ล้านเสียง และครองที่นั่งในสภาผู้แทนราษฎรถึง ๒๔๘ จาก ๕๐๐ ที่^{๑๕๔}

จากภูมิหลังและลักษณะเฉพาะของทักษิณ ชินวัตร ส่งผลให้การใช้อำนาจทางการเมืองของทักษิณ เป็นไปใน ๒ ลักษณะ คือ ความเป็นอำนาจนิยมและเสรีนิยมใหม่^{๑๕๕} ที่เน้นการใช้อำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ไม่เปิดโอกาสให้มีการไตร่ตรองจากหลายฝ่าย และเน้นการเปิดโอกาสให้แก่นักลงทุนอย่างเสรี ซึ่งรวมไปถึงการ เปิดโอกาสให้นักลงทุนสามารถแย่งชิงทรัพยากรของประชาชนมาใช้ได้ หรือแม้กระทั่งการเอาผลประโยชน์ไป แฝงไว้ในงบประมาณแผ่นดิน ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับที่ เกษียร เตชะพีระ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ระบอบทักษิณ อาจหมายถึง ระบอบประชาธิปไตยอำนาจนิยม ภายใต้อำนาจนำของกลุ่มทุนใหญ่”^{๑๕๖}

อาจกล่าวได้ว่า รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร มีแนวนโยบายทางเศรษฐกิจที่แบ่งได้เป็น ๒ ลักษณะ ลักษณะ แรก คือ นโยบายเศรษฐกิจที่เน้นความเป็นเสรีนิยม ซึ่งมีการตั้งข้อสังเกตว่าแนวนโยบายดังกล่าว มีนัยสัมพันธ์ กับการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนบุคคลให้มากที่สุด (Private – Interest Maximization) โดยไม่ใส่ใจประเด็น เรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน และการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล^{๑๕๗} นำไปสู่สิ่งที่เรียกกันว่า “การ คอร์รัปชั่นเชิงนโยบาย” ดังปรากฏตัวอย่างที่ชัดเจนจากธุรกิจโทรคมนาคม เช่น การเก็บภาษีสรรพสามิต โทรคมนาคม และการอนุมัติส่งเสริมการลงทุนให้โครงการดาวเทียมไอพีสตาร์^{๑๕๘} เป็นต้น ซึ่งแนวนโยบายอัน นำไปสู่ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชั่นและการใช้อำนาจอย่างไม่เป็นธรรมดังกล่าว ได้กลายเป็นประเด็นที่ชนชั้นนำ และชนชั้นกลางในเมืองใช้เป็นข้ออ้างในการเคลื่อนไหวโค่นล้มทักษิณและรัฐบาลพรรคไทยรักไทยในเวลาต่อมา จนทำให้เกิดการรัฐประหารในวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

ลักษณะที่สอง คือ การเน้นนโยบายประชานิยมเพื่อตอบสนองคนในชนบท ซึ่งเป็นฐานเสียงทาง การเมืองที่สำคัญ โดยมีการดำเนินโครงการตามแนวนโยบายดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เช่น โครงการพักชำระหนี้แก่เกษตรกร โครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) เพื่อการฟื้นฟูอาชีพ โครงการกองทุนหมู่บ้านและ การจัดตั้งธนาคารประชาชน เพื่อเป็นแหล่งเงินทุนหมุนเวียนแก่ประชาชนในชนบท เป็นต้น^{๑๕๙} อย่างไรก็ตาม มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่า นโยบายต่างๆ เหล่านี้ไม่ได้สร้างประโยชน์ให้กลุ่มคนยากจนอย่างแท้จริงและไม่มีความ ยั่งยืนทางเศรษฐกิจ เนื่องจากนโยบายเหล่านี้ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้มีวินัยทางการคลังรองรับ จึงเสี่ยงต่อการ

^{๑๕๔} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๕๔: วิฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๖๔.

^{๑๕๕} นิธิ เอียวศรีวงศ์, วัฒนธรรม คนอย่าง ทักษิณ: รวบรวมบทความสะท้อนความคิดเกาะติดเนื้อร้ายแห่งวัฒนธรรมที่กำลังลุกลาม (กรุงเทพฯ: มติชน, ๒๕๕๔), หน้า ๑๕-๑๗.

^{๑๕๖} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๕๔: วิฤตประชาธิปไตย, หน้า ๙๖.

^{๑๕๗} รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, จาก Thaksinomics สู่ทักษิณาธิปไตย (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๘), หน้า ๑๓.

^{๑๕๘} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, “คอร์รัปชั่นนโยบาย”, ใน รู้ทันทักษิณ, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: ขอดิดด้วยคน, ๒๕๕๓), หน้า ๖๑.

^{๑๕๙} ขาดิชา มุกสง, “นโยบายประชานิยม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/นโยบายประชานิยม> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สร้างภาระหนี้สินของประเทศในอนาคต ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะเงินเฟ้อในระดับสูงและเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตามมา^{๑๖๐}

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่ทำให้รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ได้รับความนิยมและเป็นที่จดจำของประชาชนมากที่สุด คือ นโยบายด้านสุขภาพที่รู้จักกันดีในนามโครงการ “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” หรือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง บุคคลสำคัญที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สำเร็จเป็นนโยบายระดับชาติได้ คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งได้เตรียมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมาเป็นเวลากว่า ๑๐ ปี ด้วยการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้งจากการศึกษาวิจัยของนักวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและการศึกษาวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป หลอมรวมเข้ากับประสบการณ์จากการเข้าไปร่วมวางระบบประกันสุขภาพให้กับสำนักงานประกันสังคม จนตกผลึกเป็นแนวคิดเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการวางแผนด้านการเงินอย่างรัดกุม สามารถดำเนินการได้จริง^{๑๖๑}

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปเสนอให้กับพรรคการเมืองต่างๆที่กำลังจะหาเสียงเลือกตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งพรรคไทยรักไทยขณะนั้นมีกลุ่มคนที่คุ้นเคยกับความคิดเชิงก้าวหน้าในการปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทมาก่อน เช่น นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ซึ่งเป็นเพื่อนสนิทกับนายแพทย์สงวน และเคยร่วมงานกันที่กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่นายแพทย์พรหมินทร์ จะลาออกจากราชการไปร่วมงานกับกลุ่มบริษัทชินวัตร และช่วยงานด้านการวางกลยุทธ์ให้กับทักษิณ ชินวัตร พรรคไทยรักไทยจึงรับเอาแนวคิดนี้ไปเป็นนโยบายหลักของพรรคในการหาเสียง

เมื่อพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้ง และทักษิณ ชินวัตร ได้เป็นนายกรัฐมนตรี จึงเกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ และต่อมา ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้มีการออกกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และเกิดการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนอกจากจะเป็นฐานปฏิบัติการเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแล้ว ยังเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญทางเศรษฐกิจ ซึ่งหลายฝ่ายต้องการเข้ามาจัดการและแสวงหาอำนาจ จนกลายเป็นความขัดแย้ง ดังจะวิเคราะห์ต่อไปข้างหน้า

อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินนโยบายประชานิยมของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการก่อรูปความขัดแย้งหรือสภาวะแบ่งขั้วทางความคิดของคนในสังคมให้เกิดขึ้น เนื่องจากการดำเนินนโยบายประชานิยมที่เน้นการเอื้อประโยชน์แก่ชนชั้นล่างและคนจนในชนบทอย่างเข้มข้นจริงจังในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ ของรัฐบาลทักษิณนั้น ได้ส่งผลให้ภูมิทัศน์ทางการเมืองของคนในชนบทเปลี่ยนแปลงไป

^{๑๖๐} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๓), หน้า ๔๔.

^{๑๖๑} โดยนัยนี้ ตามทัศนะของ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ จึงเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” ของรัฐบาลทักษิณ ไม่ใช่ประชานิยม แต่เป็นนโยบายสวัสดิการ เพราะมีการวางแผนด้านการเงิน เช่น มีการประมาณการรายจ่ายต่อหัว และมีระบบติดตามตรวจสอบขึ้นมารองรับ

กล่าวคือ นโยบายประชานิยมทำให้วิถีคิดของชนชั้นล่างในชนบทที่มีต่อการกำหนดนโยบายและอำนาจทางการเมืองเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง โดยเริ่มตระหนักว่า “เสียง” ของตนนั้นมีความหมายพอที่จะกำหนดบุคคลที่เอื้อผลประโยชน์ทางการเมืองและนโยบายแก่กลุ่มตนได้ ดังนั้น การเมืองระบอบประชาธิปไตยในการรับรู้ของผู้มีสิทธิลงคะแนนเสียงในชนบทเหล่านี้ จึงมิได้ดำรงอยู่แบบลอยๆ และแยกขาดออกจากชีวิตประจำวันของพวกเขา หากแต่คนเหล่านี้เริ่มเชื่อมโยงมิติต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการกิน การอยู่ หรือความเจ็บไข้ได้ป่วย เข้ากับการเมืองแบบ “เลือกตั้ง” ในระบอบประชาธิปไตย

จึงไม่น่าแปลกใจ เมื่อพบว่า ทักษิณ ชินวัตร ประสบความสำเร็จอย่างงดงามในการใช้นโยบายประชานิยมสร้างฐานมวลชนในชนบท เพราะนโยบายประชานิยมเป็นนโยบายผันตรงที่นำเงินและผลประโยชน์ของรัฐที่เคยมี มาสร้างเป็นระบบให้เกิดบารมีและอำนาจจากระบบอุปถัมภ์ให้กับพรรคการเมืองและผู้นำพรรค จนเกิดเป็นบุญคุณที่ติดไปในความรู้สึกของผู้คน^{๑๖๒} จากสำนักทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้คนในชนบท ประกอบกับวัฒนธรรมการเมืองที่ติดยึดในบุญคุณและระบบอุปถัมภ์ดังกล่าว ทำให้คนในพื้นที่ชนบทจำนวนมาก โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคอีสานของไทย กลายเป็นฐานเสียงสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนทักษิณ ชินวัตร และพรรคไทยรักไทยอย่างเหนียวแน่น จนสามารถก่อตัวเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวทางการเมืองที่สนับสนุนทักษิณ ชินวัตร ในเวลาต่อมาได้

การเคลื่อนไหวของกลุ่มมวลชนพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย เพื่อโค่นล้มรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในอีกด้านหนึ่ง ได้จุดประกายให้กลุ่มที่เป็นฐานเสียงสนับสนุนรัฐบาลทักษิณเกิดการตื่นตัวทางการเมือง และกลุ่มทักษิณเองก็เริ่มใช้ยุทธวิธีต่อสู้โดยการระดมมวลชน รวมไปถึงวิธีการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่นเดียวกับกลุ่มพันธมิตรฯ มีการระดมมวลชนเคลื่อนไหวสนับสนุนรัฐบาลและตอบโต้ขบวนการต่อต้านทักษิณ เริ่มต้นด้วยการระดมมวลชนจัดตั้งและใช้กลไกราชการพาชาวบ้านและเด็กนักเรียนมาให้กำลังใจนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบรัฐบาล และเคลื่อนไหวต่อมาตลอดช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยมีการจัดชุมนุมมวลชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด โดยเฉพาะในภาคเหนือและอีสาน ซึ่งเป็นฐานเสียงสำคัญของพรรคไทยรักไทย^{๑๖๓} พร้อมกับการระดมมวลชนของฝ่ายผู้สนับสนุนรัฐบาลทักษิณ ก็มีการจัดตั้งมวลชนอีกกลุ่ม ในว่า “คาราวานคนจนฯ” ซึ่งต้องการแสดงพลังตอบโต้ของคนยากจนในต่างจังหวัดที่ได้รับประโยชน์จากโครงการประชานิยมต่างๆ ของทักษิณ ทั้งนี้ การเรียกขานกลุ่มมวลชนของตนเองว่าคาราวานคนจนนั้น อาจมีนัยเชิงเสียดสีการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรฯ ที่ได้รับเสียงวิพากษ์ว่าเป็นการชุมนุมของกลุ่มคนรวยและชนชั้นกลางในเมือง

อย่างไรก็ตาม หลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙ ที่ทำให้ทักษิณ ชินวัตรและรัฐบาลพรรคไทยรักไทยหมดอำนาจลง สถานการณ์ทางการเมืองประสบกับความผันผวนเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อันเป็นผลจากการผลัด

^{๑๖๒} ทิวากร แก้วมณี, “ธุรกิจการเมือง นโยบายประชานิยม และการเมืองระบอบทักษิณ” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=805289> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๖๓} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๑๕-๑๖.

กันตอบโต้ช่วงชิงอำนาจทางการเมืองของฝ่ายต่างๆ จนในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นนายกรัฐมนตรี ฝ่ายที่เคยสนับสนุนรัฐบาลทักษิณจึงพลิกกลับมาเป็นผู้เคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ โดยเริ่มเคลื่อนไหวอย่างเข้มข้นภายใต้การรวมตัวในชื่อ “แนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ” (นปช.) จนขยายเป็นเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในเดือนเมษายน หรือที่เรียกกันว่า “สงกรานต์เลือด” พ.ศ. ๒๕๕๒ และเหตุการณ์การชุมนุมประท้วงรัฐบาลของกลุ่ม นปช. ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ นำไปสู่การปะทะกันระหว่างกลุ่มผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่รัฐ จนทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง ๙๑ คน และมีผู้บาดเจ็บกว่า ๒,๑๐๐ คน^{๑๖๔}

ในกระบวนการต่อสู้ขับเคี่ยวกันอย่างเข้มข้นระหว่างฝ่ายต่อต้านกับฝ่ายที่สนับสนุนทักษิณ ชินวัตร ยุทธวิธีที่ทั้งสองฝ่ายนำมาใช้ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสื่อสารมวลชนเฉพาะกลุ่ม การสร้างภาพความชั่วร้ายให้กับอีกฝ่าย รวมถึงการเรียกขานหรือสร้างชุดอุปลักษณ์ (Metaphor) ขึ้นมาเปรียบเปรยฝ่ายตรงข้าม เช่นคำว่า รากหญ้า, เลื้อยเลื่อง, งมยาไสยศาสตร์, เลื้อยแดง, แมลงสาบ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ของกลุ่มผู้ที่เห็นต่างออกไป อีกทั้งยังได้สร้างความรู้สึกละแฉกชิง เป็นปฏิปักษ์ และแบ่งขั้วแยกข้างอย่างรุนแรงให้เกิดขึ้นในสังคมไทย และทำให้จุดยืนทางการเมืองกลายเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินผู้อื่น ตลอดจนมิติด้านอื่นๆ ในชีวิตของผู้คนในสังคม

จากสภาวะสังคมการเมืองแบ่งขั้วเช่นนี้ จะมีผลต่อบทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายได้ขยายบทบาทเข้าสู่วงจรของอำนาจมากขึ้นในช่วงหลังการรัฐประหาร ๒๕๔๙ ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเป็น “อำนาจ” ที่สัมพันธ์กับฝ่ายรัฐประหารฯ และฝ่ายการเมืองชั่วตรงข้ามกับกลุ่มทักษิณ ชินวัตรทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ที่ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งเป็นรัฐบาลพลเรือนที่ตั่งขึ้นภายหลังการรัฐประหารฯ^{๑๖๕} นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดำรงตำแหน่งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙^{๑๖๖} และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้น^{๑๖๗}

^{๑๖๔} “การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ_พ.ศ._๒๕๕๓ [๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๖๕} “คณะรัฐมนตรีไทย คณะที่ ๕๖” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/คณะรัฐมนตรีไทย_๕๖ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๖๖} ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สื่อมวลชนประจำรัฐสภาได้ตั้งฉายาสมานิติบัญญัติแห่งชาติชุดนี้ว่า “ชน-ที สีเขียว” เพราะหลังจากที่ สนช. ชุดนี้ได้รับการคัดสรรโดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) ให้เข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติ สมาชิกส่วนใหญ่มาจากสายทหาร ข้าราชการประจำ และอดีตข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ จนถูกมองว่าเป็นสภา “สีเขียว” ทำให้ สนช. ชุดนี้มีกฎหมายที่เอื้อประโยชน์ให้กับ คมช. และเพิ่มอำนาจทหารมากขึ้น คุรยละเอียดเพิ่มเติมได้ใน “สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/สภานิติบัญญัติแห่งชาติ_๒๕๔๙ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๖๗} “สภาร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/สภาร่างรัฐธรรมนูญ_๒๕๕๐ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

นอกจากนี้ ในรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อมีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศขึ้น เพื่อศึกษา รวบรวมแนวทางการปฏิรูปประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ก็ได้รับแต่งตั้งให้เป็น คณะกรรมการปฏิรูปประเทศทั้ง ๒ ชุด คือ คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) ที่มีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็น ประธาน และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ที่มีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน และยังมี นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในชุดนี้ด้วย^{๑๖๘} นอกจากนั้น ก็ยังมีแพทย์ชนบทที่ได้เข้าไปมีตำแหน่ง บริหารจัดการองค์กรอิสระต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงรัฐบาลนี้ด้วย เช่น นายแพทย์ศุภกร บัวสาย ที่ดำรงตำแหน่ง ผู้จัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.) เป็นต้น ถึงแม้ว่าองค์กรต่างๆ เหล่านี้จะมีได้อำนาจต่างๆ ทางการเมืองการปกครองอย่างชัดเจนก็ดี แต่ก็ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทก้าว เข้าสู่เวทีความขัดแย้งของการเมืองสองขั้วอย่างเด่นชัด นำมาซึ่งการตั้งคำถามและความเคลือบแคลงสงสัยถึง สถานภาพความเป็น “กลุ่ม” “ขั้ว” หรือ “ฝ่าย” ทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท จนนำมาสู่ความ ขัดแย้งในรายประเด็นต่างๆ ตามมา ดังจะได้วิเคราะห์ต่อไป

^{๑๖๘} “คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]. และ “คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

บทที่ ๔

ขบวนการแพทย์ชนบทท่ามกลางบริบทความเปลี่ยนแปลง:

ว่าด้วยประเด็น/เหตุการณ์สำคัญต่างๆ

การทบทวนประวัติศาสตร์และพัฒนาการที่ผ่านมาทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทจากอดีตถึงปัจจุบันที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและบริบททางสังคมการเมือง ระยะเวลา กว่า ๕ ทศวรรษของการเคลื่อนไหวและเติบโตของขบวนการแพทย์ชนบท นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบสุขภาพแล้ว สิ่งที่เกิดควบคู่ไปด้วยก็คือ การเติบโตของแพทย์ชนบทรุ่นก่อนที่ได้ก้าวขึ้นสู่โครงสร้างอำนาจในระบบราชการ และองค์กรอิสระด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งองค์กรนอกภาคสาธารณสุข เช่น สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (Thai PBS) เป็นต้น ทำให้แพทย์ชนบทอาวุโสเหล่านี้เข้าไปอยู่ในปริมณฑลแห่งอำนาจมากขึ้น ในขณะที่แพทย์ชนบทรุ่นใหม่ๆ ยังมีฐานรากอยู่ในชนบทและยังคงปฏิบัติการอยู่ที่ชายขอบของอำนาจ พลวัตดังกล่าวทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความหลากหลายภายในมากขึ้น

การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางในระบบสุขภาพมิได้เป็นไปอย่างไร้การต่อต้านหรือปราศจากความขัดแย้ง ในขณะที่ ระบบอภิมหาสุขภาพก็มีความซับซ้อนมากขึ้นจากการเกิดองค์กรด้านสาธารณสุขใหม่ๆ สถานการณ์ทางสังคมและการเมืองก็มีความขัดแย้งมากขึ้น มีการแบ่งขั้ว แยกข้าง รวมทั้งการต่อต้านต่อรองจากกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งยังทำให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ถึงวิธีและเป้าประสงค์ในการทำงานของเครือข่ายแพทย์ชนบทมากขึ้น ซึ่งในท้ายที่สุดจะยกประเด็นสำคัญๆ ขึ้นมาวิเคราะห์และอภิปราย ดังนี้

๑. ว่าด้วยความขัดแย้ง

ความขัดแย้งและสถานการณ์แบ่งขั้วแยกข้างในวงการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน เป็นความขัดแย้งตึงเครียดที่มีการก่อตัวมายาวนานเกือบ ๓ ทศวรรษ โดยในที่นี้จะขอยกตัวอย่างกรณีความขัดแย้งที่สำคัญขึ้นมาอภิปราย ๒ ประเด็น คือ ความขัดแย้งกรณี (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยจะอภิปรายให้เห็น “ตัวละคร” หลักๆ ที่มีภาพเป็นคู่ขัดแย้งของขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ กลุ่มสมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) และกลุ่มองค์กรวิชาชีพ คือ แพทยสภา ซึ่งล้วนเป็นตัวละครที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับ “เรื่องราว” ความขัดแย้ง ที่ปรากฏเป็นรูปธรรมในทั้งสองประเด็นดังกล่าว

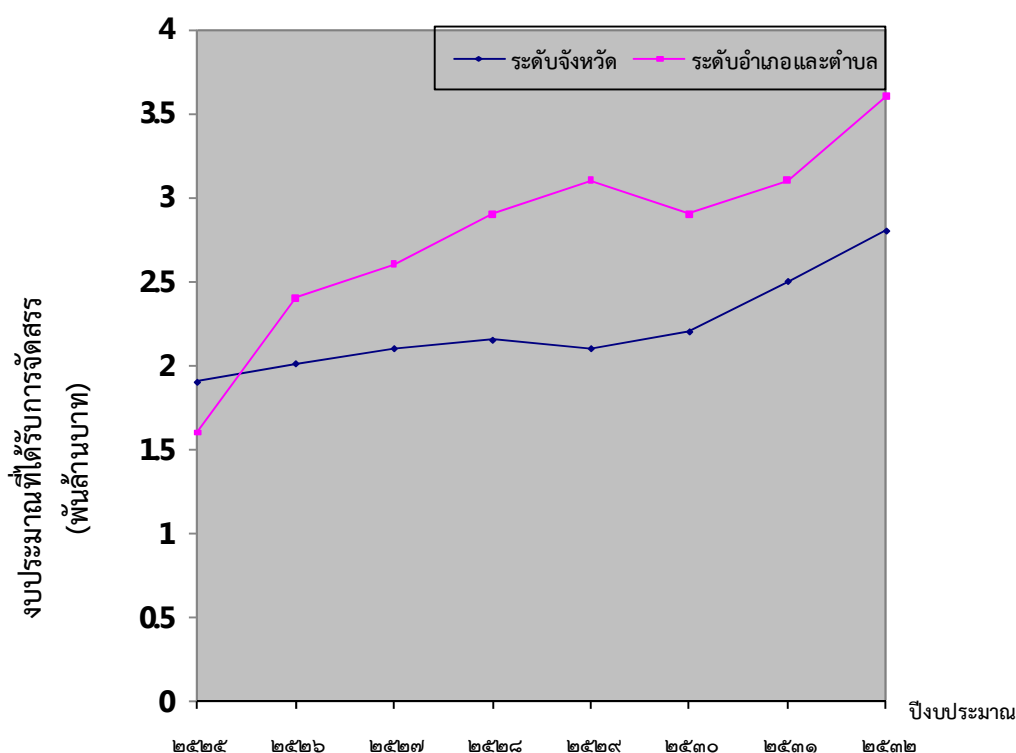
กลุ่มสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ก่อนการปรับปรุงส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๑๗ สถานบริการสุขภาพในชนบทมีเพียงสถานอนามัยชั้น ๑ ซึ่งเน้นภารกิจการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ ขีดความสามารถด้านการรักษาพยาบาลที่จำกัดทำให้ผู้ป่วยทั่วไปจากอำเภอต่างๆ ไปกระจุกตัวเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ เพื่อทำหน้าที่กลั่นกรองรองรับผู้ป่วยในชนบทไว้จำนวนหนึ่ง ไม่ให้หลังไหลเข้ามาแออัดในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าวเกิดขึ้นในรัฐบาลสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และมีนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาชนบทในด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จึงทำให้เกิดการเกลี้ยกระจายงบประมาณจากเมืองลงสู่ภาคชนบทเป็นอันมาก งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ ในปริมาณที่มากกว่างานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดนับแต่นั้นมา

ภาพแสดงการจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล

กับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๒๕-๒๕๓๒



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพความเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดกับงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลนี้แสดงให้เห็นว่างบประมาณที่ลงทุนให้กับงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลในช่วงเวลาดังกล่าว มีการเพิ่มสูงขึ้นกว่างบประมาณที่จัดสรรให้กับระดับจังหวัดที่แม้ว่าจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ก็ยังเพิ่มในอัตราที่น้อยกว่างบประมาณที่ลงทุนให้กับสถานบริการระดับอำเภอและตำบล นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและในโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัยทำให้การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขมีการสนับสนุนการเติบโตของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกคน) มีการจัดสรรงบประมาณกระจายลงสู่ระดับอำเภอเป็นหลัก

เมื่อการจัดสรรทรัพยากรลงในระดับพื้นที่ที่เป็นฐานของแพทย์ชนบทย่อมก่อให้เกิดกลุ่มที่เคยครอบครองทรัพยากรส่วนใหญ่ไว้แต่เดิมเกิดความไม่พอใจ และความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์กับฝ่ายที่จัดสรรทรัพยากรเหล่านั้นไปด้วย และนำมาสู่การรวมตัวกันเพื่อต่อสู้ ต่อรอง และช่วงชิงทรัพยากรหรือผลประโยชน์การรวมตัวกันของแพทย์กลุ่มหนึ่งเป็นสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปก่อกำเนิดขึ้นในบริบทดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพการณ์ที่แพทย์ชนบทมีการรวมตัวเป็นองค์กรขับเคลื่อนที่มีพลังอย่าง “ชมรมแพทย์ชนบท” แล้ว การทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชนบท จึงเป็นการดึงงบประมาณส่วนที่ควรจะมีไว้เพื่อหล่อเลี้ยงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้ลดลงไปอีกด้วย ความรู้สึกดังกล่าวสะท้อนผ่านคำกล่าวของนายแพทย์ศิริชัย ศิลปอาชา ที่ปรึกษาสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับคณะกรรมการตรวจสอบทุจริตงบบำ ไทยเข้มแข็งตอนหนึ่งว่า

คณะกรรมการคนดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับแพทย์ชนบท ที่เป็นต้นเหตุทำให้งบประมาณไปไม่ถึงโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มากกว่า ๒๐ ปี ทั้งที่ภาระงานเพิ่มขึ้นกว่าเดิมถึง ๓ เท่า ผิดกับโรงพยาบาลชุมชนที่ภาระงานลดลง แต่ได้รับงบประมาณพัฒนาตลอด ส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลใหญ่ในทุกจังหวัดเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้^{๑๖๙}

ความไม่ลงรอยทางความคิดในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรระหว่างหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่มีชมรมแพทย์ชนบทเป็นหัวขบวนหลักในการทำงาน ยิ่งถูกตอกย้ำให้ปริแยกมากขึ้น เมื่อกลุ่มคนที่เคยทำงานในขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มขยายบทบาทสู่การเป็นกลุ่มอำนาจนำในการปฏิรูประบบสุขภาพ และเกิดการสร้างองค์กรอิสระด้านสุขภาพใหม่ๆ เพื่อเป็นกลไกรองรับกระบวนการปฏิรูป ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เน้นการสร้างความรู้เชิงระบบเพื่อเป็นฐานด้านวิชาการในการปฏิรูประบบสุขภาพ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เน้นการสร้างกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านเครือข่ายองค์กรและคนทำงานด้านสุขภาพที่กว้างขวาง, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่สร้างความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในระบบบริการ

^{๑๖๙} “สมพันธ์แพทย์ รพศ./รพท. เดือน รมว.สธ.คนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของการแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง” [Online]. แหล่งที่มา: <http://news.sanook.com/888777> สมพันธ์แพทย์-รพศรพท-เดือน-รมวสธคนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง [๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สาธารณสุขผ่านมาตรการทางการคลัง และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เน้นการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพ และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

องค์กรเหล่านี้นอกจากจะมีบทบาทที่โดดเด่นและเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพแล้วยังทำให้เกิดการกระจายบทบาทและอำนาจหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์กรใหม่ๆ เหล่านี้ด้วย หากมองในมุมกลับจึงเสมือนกับว่า บทบาทและอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขกำลังถูกกลไกใหม่ๆ เหล่านี้ดึงออกไปจนหมด ไม่ว่าจะเป็นภารกิจวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการงบประมาณการรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณะไปอยู่ภายนอกกระทรวงจนหมด^{๑๗๐} นอกจากภารกิจการทำงานแล้ว สิ่งที่กลายเป็นเป้าของความขัดแย้งก็คือ งบประมาณหรือทรัพยากรที่องค์กรเหล่านี้ถือครองอยู่นั่นเอง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีเงินรายได้หลักจากภาษีเหล้า บุหรี่ ราวปีละกว่าสองพันล้านบาท และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ควบคุมงบประมาณการจัดซื้อบริการสุขภาพและมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายและทิศทางของระบบบริการสุขภาพ

จากสภาพการณ์ดังกล่าว จึงเสมือนว่าเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทได้เติบโตและขยายบทบาทเข้าสู่พื้นที่ของการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้นในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหน่วยการบริการสุขภาพอย่างโรงพยาบาลชุมชนไปจนถึงโครงสร้างบริหารจัดการส่วนบน ทำให้แพทย์กลุ่มอื่นในกระทรวงสาธารณสุข เช่น แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถเข้าถึงอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรได้นำมาสู่การจับมือรวมตัวกันและแสวงหาแนวร่วมพวกพ้อง ก่อตั้งเป็น “กลุ่มสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป” เพื่อเรียกร้องสิ่งที่คิดว่าเป็นธรรมสำหรับกลุ่มของตน จนปรากฏภาพการเป็นคู่ขัดแย้งที่ออกมาคัดค้านด้านทานประเด็นต่างๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทร่วมผลักดันและนำเสนอสู่สังคม เช่น กรณี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและ กรณีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เชื่อมโยงไปถึงเรื่องขบวนการล้ม สปสช.

องค์กรวิชาชีพ: แพทยสภา

แนวร่วมสำคัญของกลุ่มสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่จับมือเป็นพันธมิตรกันยืนคนละขั้วกับขบวนการแพทย์ชนบท คือ แพทยสภา หากพิจารณาย้อนถึงต้นธารความสัมพันธ์ระหว่างแพทยสภากับขบวนการแพทย์ชนบท จะพบว่าเดิม ขบวนการแพทย์ชนบทเคยเข้าไปมีบทบาทในแพทยสภาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ เรื่อยมาจนปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ซึ่งในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ นี้เองเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว และเริ่มมีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนอย่างกว้างขวาง ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตและทำกำไรสูง จนมีการนำโรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหุ้น วัฒนธรรมการ “ซื้อ” บริการสาธารณสุขในเชิงพาณิชย์เริ่มเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยเริ่มคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีแลกเปลี่ยนกับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย มากกว่า

^{๑๗๐} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๘.

ความสัมพันธ์แบบสงเคราะห์หรืออุปถัมภ์ จากความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้แนวโน้มของการฟ้องร้องแพทย์เริ่มมากขึ้น ซึ่งแพทยสภา (ที่มีคนในขบวนการแพทย์ชนบทรวมอยู่ด้วย) ขณะนั้น มีหลักการที่มุ่งเน้นการรักษาชื่อเสียงและมาตรฐานวิชาชีพแพทย์มากกว่าที่จะปกป้องแพทย์ด้วยกัน มิหนำซ้ำยังมีการตรวจสอบเอาผิดทางจริยธรรมแพทย์ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องอีกด้วย^{๑๗๑}

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่เติบโตมากและอัตราการฟ้องร้องที่เริ่มสูงขึ้น ประกอบกับบทบาทของแพทยสภาที่ถูกมองว่าไม่ปกป้องแพทย์และไม่เอื้อต่อการต่อสู้คดีเมื่อแพทย์ถูกฟ้อง รวมถึงการผูกขาดทิศทางของแพทยสภามาเป็นระยะเวลานานของกลุ่มแพทย์ชนบท ทำให้แพทย์กลุ่มต่างๆ ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในแพทยสภามากขึ้น เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเจ้าของและผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน แพทย์กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ส่วนหนึ่งเคยเป็นอาจารย์แพทย์และมีลูกศิษย์ลูกหาจำนวนมาก ได้ใช้การรณรงค์ที่ตอกย้ำความหวาดกลัวเรื่องการถูกฟ้องร้องและการสูญเสียผลประโยชน์จนสามารถยึดครองพื้นที่และบทบาทในแพทยสภาได้สำเร็จ ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทหมดบทบาทไปจากแพทยสภา^{๑๗๒}

แพทยสภาในปัจจุบัน ถูกมองว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอย่างใกล้ชิด จากการที่แพทยสภามีแกนนำหลายคนเป็นแพทย์ประจำ ผู้บริหาร หรือเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน เช่น นายแพทย์สมศักดิ์ โล่เลขา และนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ มุมมองที่ว่าแพทยสภามีผลประโยชน์ทับซ้อนกับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนและมีแนวโน้มที่จะทำงานเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์มากขึ้นนั้น สะท้อนผ่านข้อเขียนของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เรื่อง “ภาพอับลักษณ์ของแพทยสภา” ซึ่งหยิบยกกรณีพิพาทปกครองกลางมีคำพิพากษาเพิกถอนมติคณะกรรมการแพทยสภาและคำสั่งแพทยสภาที่ ๑๕/๒๕๕๑^{๑๗๓} มาอภิปรายถึงบทบาทและลักษณะการทำงานของแพทยสภาในปัจจุบัน ดังนี้

คณะกรรมการแพทยสภาปัจจุบัน ประกอบด้วยบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีผลประโยชน์ในโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ได้พยายามรวมตัวกันที่จะเข้าครอบงำเป็นเสียงข้างมากในกรรมการแพทยสภา และพยายามหาเสียงเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาจากสมาชิกแพทยสภา โดยอ้างว่ากลุ่มตนจะพยายามรักษามูลประโยชน์ให้แก่สมาชิก จนได้รับเลือกตั้งเข้าไปเป็นกรรมการแพทยสภาติดต่อกันหลายสมัย^{๑๗๔}

^{๑๗๑} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๙.

^{๑๗๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๗๐.

^{๑๗๓} ในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาเพิกถอนมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และคำสั่งแพทยสภาที่ ๑๕/๒๕๕๑ ที่มีมติว่าแพทย์ผู้ถูกกล่าวหาไม่ละเมิดชั้นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ให้ลงโทษว่ากล่าวตักเตือน แต่ศาลวินิจฉัยข้อเท็จจริงในคดีนี้แล้วพบว่า แพทย์ผู้ถูกกล่าวหา รักษาผู้ป่วยโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะที่พึงได้รับการดูแลจากแพทย์จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงพิพากษาให้เพิกถอนมติที่ประชุมและคำสั่งของคณะกรรมการแพทยสภาดังกล่าว เนื่องจากไม่ชอบด้วยกฎหมาย

^{๑๗๔} วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “ภาพอับลักษณ์ของแพทยสภา” [Online]. แหล่งที่มา: <http://suchons.wordpress.com/2012/03/13/ภาพอับลักษณ์ของแพทยสภา> [๒๖ กันยายน ๒๕๕๕]

หรือในบทความของ ศาสตราจารย์ ดร. นิธิ เอียวศรีวงศ์ เรื่อง “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คุ่มครองความเสียหายฯ” ได้ให้คำนิยามแพทยสภาว่ามีลักษณะเป็น “กลุ่มสหภาพแพทย์โรงพยาบาลเอกชน” ซึ่งสาเหตุของการที่แพทยสภาออกมาคัดค้านร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ก็เพราะต้องการรักษาผลประโยชน์ทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนนั่นเอง^{๑๗๕}

จากความแตกต่างทางด้านจุดยืน นำมาสู่ชนวนเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาคมวิชาชีพนาโดยแพทยสภา กับขบวนการแพทย์ชนบทที่มีแนวร่วมคือ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข ความขัดแย้งเหล่านี้ปรากฏรูปธรรมชัดเจนในกรณีต่างๆ ซึ่งในที่นี้จะยกมาอภิปราย ๒ กรณี คือ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และขบวนการล้มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

เรื่องปัญหาฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งเดินหน้าไปจนถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ ซึ่งเดิมชื่อ พรบ. สร้างเสริมความสัมพันธอันดีในการบริการสาธารณสุข ซึ่งกำลังเป็นเหมือน “สีเหลือง” และ “สีแดง” ที่ไม่มีทางเข้าใจกันได้

เพราะความเชื่อ ความคิดของแต่ละคน แต่ละด้าน ที่มองแต่มุมลบของแต่ละฝ่าย ทำให้ไม่สามารถเจรจากันได้....

ชวนคิด ชวนมองกับ: ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์^{๑๗๖}

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กลุ่มเครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ กลุ่มองค์กรผู้บริโภค กลุ่มผู้ป่วย และองค์กรพัฒนาเอกชน ได้ปรึกษารื้อกับ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น จนเป็นที่มาของการตั้งคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข โดยมีนายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นประธาน และมีองค์ประกอบจากนักวิชาการแพทยสภา กองการประกอบโรคศิลปะ ตัวแทนผู้เสียหาย องค์กรผู้บริโภค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักการสำคัญ ๓ ประการ คือ การชดเชยความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ ถูกผิด การลดการฟ้องร้องระหว่างแพทย์และคนไข้ และการนำความเสียหายที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุข

หลังจากนั้น กลุ่มเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ป่วยเรื้อรัง และเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ได้รวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน ๑๐,๖๓๑ รายชื่อ เพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ให้รัฐสภาพิจารณา ในวันที่ ๕

^{๑๗๕} นิธิ เอียวศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คุ่มครองความเสียหายฯ” ใน เศรษฐศาสตร์ฉบับชาวบ้าน, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บุกส์, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

^{๑๗๖} “ชวนคิด ชวนมองกับ: ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์” ใน ผลการดำเนินงานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๒ ปี ๒๕๕๔, พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, บรรณาธิการ, (นนทบุรี: ชมรมแพทย์ชนบท, ๒๕๕๔), หน้า ๕๘๗.

มิถุนายน ๒๕๕๒^{๑๗๗} เมื่อร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ผ่านมติคณะรัฐมนตรี และกำลังรอเข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร ปรากฏว่ามีเสียงคัดค้านจากฝ่ายบุคลากรด้านสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งองค์กรวิชาชีพอย่างแพทยสภา ออกมาแสดงความคิดเห็นคัดค้านกฎหมายฉบับนี้อย่างกว้างขวาง^{๑๗๘} ปฏิกริยาของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงออกถึงความไม่พอใจต่อกฎหมายฉบับนี้มีตัวอย่างเช่น การนัดหมายกันแต่งชุดดำเพื่อประท้วงกฎหมายฉบับนี้ การวางพวงหรีดหน้าเสาธงโรงพยาบาล และเรียกร้องให้มีการถอดร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกมาก่อนเพื่อนำมาพิจารณาใหม่^{๑๗๙}

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจึงกลายเป็นวาทะที่มีการโต้แย้งกันอย่างเผ็ดร้อนในสังคม ระหว่างภาคประชาชน เครือข่ายผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ผลักดันและให้การสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ กับฝ่ายที่มีความเห็นขัดแย้งแตกต่างออกไปอย่างกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งในขณะที่แต่ละฝ่ายต่างจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวณรงค์ตามแนวทางของตัวเองนั้น ทางกลุ่มวิชาชีพผู้ให้บริการสาธารณสุขก็ได้เสนอร่าง พ.ร.บ. ขึ้นมาอีกฉบับหนึ่ง นั่นคือ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เป็นกฎหมายที่มีหลักการคล้ายกัน แต่มีข้อแตกต่างหลายประการ ทั้งในแง่ของชื่อและรายละเอียด^{๑๘๐}

จากความขัดแย้งและวิวาทะว่าด้วยร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ขณะนั้น ตัดสินใจชะลอการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกไปก่อน กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุข ฯลฯ จึงใช้โอกาสนี้รวบรวมรายชื่อจำนวน ๑๐,๐๐๐ รายชื่อ เพื่อเสนอร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ให้เข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา เพื่อนำไปพิจารณาประกอบกับร่างของเครือข่ายภาคประชาชนและผู้ป่วยที่เข้าไปรออยู่ก่อนหน้านี้แล้ว^{๑๘๑}

^{๑๗๗} โครงการปฏิบัติการองค์การอิสระผู้บริโภค, สมุดปกขาว ชี้แจงข้อเท็จจริงกรณี (ร่าง) พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, ๒๕๕๓), หน้า ๘.

^{๑๗๘} “วิวาทะ แพทยสภา - ผู้บริโภค ว่าด้วย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30544> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๗๙} กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, “หมอพร.ทั่วประเทศแต่งดำค้านร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/analysis/20100729/345467/หมอพร.ทั่วประเทศแต่งดำค้านร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ.html> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๘๐} เมื่อร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ฉบับของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้เสนอต่อประธานรัฐสภาในวันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๒ หลังจากนั้น ก็ได้มีร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ฉบับอื่นเสนอเข้าไปประกบอีก ๖ ฉบับ ได้แก่ ฉบับของคณะรัฐมนตรี, ฉบับของนายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ, ฉบับของนายประสิทธิ์ ชัยวิริตนะ และคณะ, ฉบับของนายบรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ, ฉบับของนางอุดมลักษณ์ เพ็ญรพัฒน์ และคณะ และฉบับของนายสุทัศน์ เงินหมื่น และคณะ ทำให้มีร่างฯ กฎหมายที่ถูกเสนอและรอการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรรวมทั้งสิ้น ๗ ฉบับ

^{๑๘๑} “ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เยียวยาในมุมมองของแพทย์” [Online]. แหล่งที่มา: <http://ilaw.or.th/node/1396> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

การคัดค้านของฝ่ายที่โจมตีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขนั้นมีการอ้างถึงเหตุผลต่างๆ เช่น การที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น จนมีผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงานของแพทย์ รวมถึงการอ้างว่ากฎหมายดังกล่าวทำให้เด็กรุ่นใหม่ไม่อยากเรียนเป็นแพทย์ ทั้งยังมีการคัดค้านในเรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยว่ามีสัดส่วนของกลุ่มองค์กรพัฒนาสาธารณสุขมากเกินไป แทนที่จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข นอกจากนี้ ในแง่ของเงินกองทุนที่เรียกเก็บจากสถานพยาบาล ก็อาจซ้ำเติมให้สถานพยาบาลขาดทุนมากยิ่งขึ้น^{๑๘๒}

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ข้ออ้างและความกังวลใจ ข้างต้นนั้นคลาดเคลื่อนไปจากข้อเท็จจริงหลายประการด้วยกัน เช่นในข้อเขียนวิพากษ์วิจารณ์ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ของแพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานสมัชชาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแห่งประเทศไทย ที่แสดงความกังวลว่าหากมี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ แล้วจะทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์เป็นคดีความในศาลมากขึ้น ความว่า

มาตรา ๔๕ กำหนดให้ประชาชนฟ้องผู้ประกอบวิชาชีพในคดีอาญาได้อีก หลังจากได้รับค่าเสียหายแล้ว – ข้อสังเกต มาตรานี้ คือ สิ่งกระตุ้นให้เยาวชนเล็ก ‘อยากเป็นหมอ’ เพราะหมอก็อ้าใจที่ ๑ ของทุกการฟ้องร้องคดีอาญา เนื่องจากหมอ เป็นผู้รับผิดชอบคนที่ ๑ ในทีมงานรักษาผู้ป่วย และหมอทั้งหลาย ก็คงจะอยากเลิกอาชีพหมอ ไป ‘ขายเต้าฮวยดีกว่า’ นี่คือสัญญาณการล่มสลายของระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะดูเหมือนว่าอาชีพหมอ เป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการ ‘เข้าไปอยู่ในตาราง’ เนื่องจากอยากช่วยชีวิตคนอื่นตามร่าง พ.ร.บ. นี้^{๑๘๓}

หากพิจารณาจากสถิติที่มีภายหลังการประกาศใช้กฎหมายมาตรา ๔๑ แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่าความคิดเห็นดังกล่าวผิดไปจากข้อเท็จจริงมาก เพราะแม้ว่า สปสช. จะยังไม่มีสถิติว่าผู้ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นนำคดีขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนเท่าไร แต่จากการ “อุทธรณ์” คำวินิจฉัยของคณะกรรมการประจำจังหวัด เข้ามายังคณะกรรมการกลาง (ซึ่งหมายความว่า คำวินิจฉัยของคณะกรรมการประจำจังหวัดไม่เป็นที่พอใจ จึงร้องขอคำวินิจฉัยใหม่ หากเป็นกระบวนการทางการศาลก็คือ นำคดีขึ้นสู่ศาล) พบว่า จากที่เคยมีตัวเลขถึงร้อยละ ๑๔.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ กลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๘.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เฉลี่ยคือร้อยละ ๑๐.๕ เท่านั้น และดูจากแนวโน้มแล้ว อัตราเฉลี่ยจะต่ำกว่านี้อีกในระยะยาว^{๑๘๔} ดังนั้น ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ซึ่งยึดหลักการเดียวกับมาตรา ๔๑ ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็น่าจะสามารถลดการนำเรื่องไปฟ้องร้องคดีในศาลได้

^{๑๘๒} “วิวาทะ แพทย์สภา - ผู้บริโภค ว่าด้วย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30544>

[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๘๓} เชิดชู อริยศรีวัฒนา, “วิพากษ์วิจารณ์ พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=294.0> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๘๔} นิธิ เอียวศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายฯ” ใน *เศรษฐกิจพอเพียง*, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊ก, ๒๕๕๕), หน้า ๒๕.

ร่าง พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้เสียหายฯ นั้น เป็นเสมือนความพยายามในการเติมเต็มทิศทางที่ได้เริ่มดำเนินการมาจากมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การขยายการคุ้มครองให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทุกกลุ่ม การสร้างความพอใจให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายมากขึ้น โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งเงินชดเชยเบื้องต้นด้วย^{๑๘๕} ซึ่ง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ได้ยึดหลักการสำคัญของมาตรา ๔๑ แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การช่วยเหลือและชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No fault compensation)

หลักการดังกล่าวเป็นประโยชน์มาก ทั้งต่อคนไข้ที่ได้รับความเสียหายและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเป็นการเร่งรัดให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายภายในเวลาอันสั้น โดยผู้เสียหายก็ไม่จำเป็นต้องไปผ่านกระบวนการที่สร้างความเสียหายเพิ่มขึ้นแก่ตนเองในศาล และความเสียหายที่เกิดขึ้นจะไม่ถูกผลักให้เป็นภาระแก่บุคลากรทางการแพทย์คนใดคนหนึ่ง เพราะถือว่าเป็นความบกพร่องของ “ระบบ” จึงมีการตั้งกองทุนสำหรับจ่ายเงินค่าช่วยเหลือเบื้องต้นโดยเฉพาะ ถือว่าหลักการข้อนี้คำนึงถึงเงื่อนไขการทำงานของบุคลากรในความเป็นจริงด้วย เนื่องจากภาระงานที่หนักมากของแพทย์แต่ละคน ความผิดพลาดย่อมมีโอกาสเกิดขึ้นได้ จึงถือเป็นความผิดพลาดของระบบ ไม่ใช่ปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว^{๑๘๖}

หลักการช่วยเหลือและชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดเป็นหลักการที่หลายประเทศใช้กัน เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียที่ไม่ต้องการให้เกิดการฟ้องร้อง จึงมีระบบประกันความรับผิดโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ระบบนี้จะมีกองทุนที่หากคนไข้ได้รับความเสียหายก็จะนำเงินจากกองทุนนี้ไปใช้ ซึ่งเงินในกองทุนนี้จะเก็บสะสมจากผู้ประกอบวิชาชีพ โดยไม่มีข้อยกเว้น^{๑๘๗}

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้คัดค้านร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ไม่สมเหตุสมผล และไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ซึ่งกลุ่มผู้ที่คัดค้าน พ.ร.บ. ฉบับนี้ มองว่ากลุ่มคนที่ผลักดันร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ล้วนเป็นกลุ่มที่จะได้รับผลประโยชน์จากกฎหมายฉบับนี้ ความรู้สึกดังกล่าวก็น่ามาสู่กระแสต้าน พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้เสียหายฯ และลุกลามกลายเป็นความขัดแย้งแบ่งขั้วระหว่างกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพคือ แพทยสภา กับกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งรวมถึงขบวนการแพทย์ชนบทด้วย เพราะนอกจากชมรมแพทย์ชนบทจะออกมาเคลื่อนไหวสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้อย่างเต็มที่แล้ว ในกระบวนการผลักดัน พ.ร.บ. ตั้งแต่การยกร่าง จนถึงการนำเสนอร่าง พ.ร.บ. แก่คณะรัฐมนตรี ล้วนมี “เงา” ของบุคคลที่เป็นเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทอยู่ เช่น นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นต้น กลุ่มแพทย์ชนบทจึงถูกมองว่ามีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องผลประโยชน์จากกรณีนี้ด้วย

^{๑๘๕} นฤ เียวยศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คຸ່ມครองความเสียหายฯ” ใน เศรษฐกิจพอเพียง, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

^{๑๘๖} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๒-๒๓.

^{๑๘๗} “นักสิทธิคนไข้ฯ ร่างคຸ່ມครองผู้เสียหายฯ ช่วยลดคดีฟ้องหมอ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://law.or.th/node/545> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่า ข้อโจมตีหรือข้อกังวลใจส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้คัดค้านร่าง พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายฯ นั้น ตั้งอยู่บนฐานคิดเรื่องการปกป้องผลประโยชน์ของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์เป็นสำคัญ ซึ่งฐานคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางของแพทยสภา โดยที่แพทยสภาเองก็มีข้อครหาว่าถูกรวบงำโดยกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน การที่แพทย์จำนวนมากไม่เข้าใจถึงเป้าประสงค์ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ และมีความโน้มเอียงไปทางฝ่ายแพทยสภา จนออกมาต่อต้าน พ.ร.บ. ฉบับนี้อย่างกว้างขวาง ส่วนหนึ่งมาจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงไป ที่คนไข้เริ่มตระหนักถึงสิทธิและความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมจากการรับบริการทางการแพทย์ มากกว่าความคิดเรื่องบุญคุณและสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์เช่นในอดีต กรณี พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายฯ จึงไปกระทบจุดอ่อนไหวของแพทย์ และทำให้แพทย์รู้สึกคล้ายกับว่าตนกำลังถูกจับจ้อง ตรวจสอบ หรือควบคุมจากกลไกของสังคม

วิาทะว่าด้วย พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายฯ ถือเป็นกรณีที่สะท้อนภาพความขัดแย้งและการแบ่งขั้วภายในภาคสาธารณสุข ซึ่งแม้ว่าโดยหลักการของร่าง พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายฯ จะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนจำนวนมาก แต่กลับถูกคัดค้านและ ‘แซ่แซ้ง’ จนไม่สามารถผลักดันออกมาใช้เป็นกฎหมายได้สำเร็จ ทั้งหมดนี้ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากสภาวะการแบ่งขั้วเลือกข้าง ที่ทำให้แต่ละฝ่ายเลือกรับรู้ข้อเท็จจริงอย่างมีอคติ โดยมุ่งเป้าไปที่ผู้พูดมากกว่าเนื้อหา พระไพศาล วิสาโล ได้อธิบายถึงสภาวะการแบ่งขั้วแบ่งเรา อันทำให้เกิดอคติจนไม่สามารถรับฟังความคิดเห็นที่ต่างออกไปได้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

เมื่อยึดติดถือนั่นในตัวกูและมีการแบ่งเราแบ่งเขา หากได้ยินได้ฟังอะไร อย่างแรกที่เราสงสัยก็คือ “คนพูดเป็นใคร เป็นพวกเราหรือไม่” แต่ไม่สนใจที่จะถามว่า “สิ่งที่เขาพูดนั้นเป็นความจริงหรือไม่” เพราะหากเป็นพวกเราพูด ก็พร้อมจะเชื่อว่าเป็นความจริงตั้งแต่ต้น โดยไม่ต้องพินิจพิจารณา โดยเฉพาะหากเป็นการพูดที่ถูกใจเราหรือสอดคล้องกับความคิดความเชื่อของเรา ในทางตรงข้าม หากเป็นคนละฝ่ายกับเรา ไม่ว่าจะพูดอะไร เราก็ตั่งท่าปฏิเสธไว้ก่อน ยิ่งสิ่งที่พูดนั้นขัดแย้งกับความเชื่อของเราด้วยแล้ว ก็ไม่สนใจแม้แต่จะฟังด้วยซ้ำ ทำให้ความจริงจากอีกฝ่ายยากที่จะเข้าถึงใจของเราได้^{๑๘๘}

ความขัดแย้งกรณีลัทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ขณะนั้น ได้ออกมาแถลงข่าวเปิดเผยว่ามีการวางแผนลัทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยยืนยันว่ามีความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่ไม่พอใจระบบหลักประกันสุขภาพวางแผนเพื่อลัทธิระบบนี้ กรณีดังกล่าวจึงกลายเป็นประเด็นขัดแย้งที่มีการตอบโต้กันไปมาระหว่างตัวละครฝ่ายต่างๆ ซึ่งกลุ่มต่างๆ ที่นายแพทย์เกรียงศักดิ์ กล่าวอ้างถึงนั้นประกอบด้วย กลุ่มผู้ไม่พอใจกับการเสียอำนาจและผลประโยชน์ในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และกลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันฯ ร่วมมือกับบริษัทฯ ข้ามชาติและฝ่ายการเมือง

^{๑๘๘} พระไพศาล วิสาโล “ดูแล ‘ตัวกู’ ให้อยู่เป็นที่เป็นทาง,” มติชน (๒ เมษายน ๒๕๕๔)

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มต่างๆ ข้างต้น จะพบว่าบางกลุ่มนั้นมีพื้นความขัดแย้งกับขบวนการแพทย์ชนบทอยู่แล้ว เช่น กลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงที่เป็นไม้เบื่อไม้เมากับกลุ่มแพทย์ชนบทมานาน ตั้งแต่ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มเคลื่อนไหวเรื่องการทุจริตคอร์รัปชันในกระทรวงฯ และเมื่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา ทำให้อำนาจในการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่เปลี่ยนมือจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ สปสช. ซึ่งจะทำให้การจ่ายงบประมาณตรงไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนที่ร่วมโครงการ โดย สปสช. จะเป็นผู้กำหนดราคาค่ารักษา เป็นผู้จัดซื้อ ต่อบริการและอุปกรณ์ทุกอย่าง กลุ่มผู้บริหารในส่วนกลางจึงรู้สึกว่าคุณเสียอำนาจและไม่สามารถบริหารเงินได้โดยตรง จึงมีความพยายามที่จะช่วงชิงอำนาจคืนอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ กลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งก็มีความไม่ลงรอยกับกลุ่มแพทย์ชนบทในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรอยู่แล้ว ความไม่พอใจของแพทย์เหล่านี้ยิ่งเพิ่มขึ้นอีกเมื่อ สปสช. จัดการปฏิรูประบบงบประมาณใหม่ จากเดิมที่จ่ายงบประมาณตามขนาดโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากร ซึ่งทำให้เกิดการกระจายงบประมาณที่ไม่สมดุล และแพทย์ พยาบาลกระจุกตัวอยู่เฉพาะตามเมืองใหญ่ มาสู่การจ่ายงบประมาณตามรายหัวประชากร งบประมาณส่วนใหญ่จึงถูกกระจายไปหล่อเลี้ยงเขตชนบทอย่าง โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์และพยาบาลน้อย แต่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมาก จึงได้รับงบประมาณมาก ในขณะที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ แม้จะมีบุคลากรมาก แต่ก็ดูแลประชากรในพื้นที่น้อย ทำให้ได้รับงบประมาณน้อยลง สร้างความไม่พอใจสะสมมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่มาของการกล่าวอ้างว่า สปสช. ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน^{๑๘๙} ซึ่งในประเด็นนี้ บารมี ชัยรัตน์ อดีตกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานเรื่องสุขภาพคนจนมาก่อนได้ให้ความเห็นว่า

ในฐานะที่เป็นบอร์ดยุคแรกๆ ทำงานด้วยกันมา เชื่อมั่นว่า สปสช. ทำงานด้วยความโปร่งใส ไม่มีวัตถุประสงค์แอบแฝง แม้ว่าช่วงหลังจะมีผลให้โรงพยาบาลอึดอัดบ้าง ในเรื่องระบบการจัดการงบประมาณ เพราะระบบเราหยาบคายมานาน และการจัดระบบก็ทำให้ดีขึ้น คือ ประหยัดงบประมาณและคนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น....

.....ความขัดแย้งหรือแรงต้านมาจากความหยาบคาย แคบดัดเดี๋ยวก็นึกถึงว่าตั้งแล้ว จริงๆ ระบบบริการสุขภาพควรขึ้นกับประชาชนโดยตรง ฉะนั้น การค่อยๆ เพิ่มการมีส่วนร่วมที่ระดับอย่างที่ทำอยู่ก็ถือว่าประนีประนอมมากแล้ว....^{๑๙๐}

กลุ่มต่อมา คือ กลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่มีผลประโยชน์ในโรงพยาบาลเอกชน ที่เกรงว่านโยบายหลักประกันสุขภาพอาจส่งผลให้คนไข้ของตนลดลง ซึ่งย่อมจะกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลเหล่านี้ นอกจากนี้ ในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและอาศัยรายได้พื้นฐานจากระบบหลักประกันฯ

^{๑๘๙} ใบทองแหง, “ใบทองแหงออนไลน์: เพื่อไทยจะลด ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831>
[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๙๐} สัมภาษณ์ บารมี ชัยรัตน์, ๙ เมษายน ๒๕๕๕.

กลุ่มนี้ต้องการให้ สปสช. ขยายเขตบริการรักษายาบาลให้สูงขึ้น เพื่อที่จะทำรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความพยายามที่จะเข้ามามีบทบาทในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม^{๑๙๑}

ผู้เสียผลประโยชน์กลุ่มต่อมาคือ บริษัทยาข้ามชาติ ซึ่งได้รับผลกระทบจากระบบการเงินการคลังแบบเหมาจ่ายของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากโรงพยาบาลต่างๆ จะได้รับเงินล่วงหน้าเหมาจ่ายตามอัตราที่กำหนด จึงจำเป็นต้องประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อไม่ให้ขาดทุน ซึ่งค่าใช้จ่ายหลักส่วนหนึ่งก็คือ ค่ายา เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ โรงพยาบาลจึงไม่สามารถส่งจ่ายยาราคาแพงที่ไม่จำเป็นหรือส่งจ่ายยาอย่างพร่ำเพรื่อได้ ทั้งยังหันมาใช้ยาตามบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลกระทบต่อตลาดของบริษัทยาข้ามชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^{๑๙๒}

กลุ่มผลประโยชน์สุดท้ายที่สำคัญและมีอำนาจมากคือ ฝ่ายการเมือง ที่นอกจากจะมีความไม่พอใจอันสืบเนื่องมาจากการทิ้งงบประมาณก้อนใหญ่ของ สปสช. ถูกกำหนดให้บริหารโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้อำนาจเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในการควบคุมบริหารจัดการงบประมาณได้แล้ว ความขัดแย้งส่วนหนึ่งยังเป็นผลมาจากสภาพการเมืองหลัง ๒๕๔๙ ที่มีลักษณะเป็น “สงครามระหว่างสี” แบ่งขั้วเลือกข้างกันอย่างชัดเจน ในประเด็นนี้ “ใบทองแดง” นักข่าวประจำสำนักข่าวประชาไท ได้แสดงทัศนะของตนไว้ว่า

*มิตรศัตรูของนโยบาย ๓๐ บาท มาแปรเปลี่ยนเพราะการเมืองเรื่องเสื้อสี ที่ไม่ต้องพูดมากก็รู้ว่า
เครือข่ายลัทธิประเวศกลายเป็นศูนย์อำนวยการ NGO ฝ่ายไล่ทักษิณ เขียร์รัฐประหาร และเป็น
เครื่องมือของรัฐบาลประชาธิปัตย์ โดยมี สสส. เป็นท่อน้ำเลี้ยง^{๑๙๓}*

เป็นเรื่องที่ไม่แปลกที่ขบวนการแพทย์ชนบทที่ต่อสู้กับการคอร์รัปชันมาตลอดจะมีท่าทีต่อต้านระบอบทักษิณซึ่งถูกมองว่ามีปัญหา “การคอร์รัปชันเชิงนโยบาย” และการมีผลประโยชน์ทับซ้อนหลายเรื่อง แต่การที่เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทแสดงท่าทีโน้มเอียงดังกล่าวเป็นผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทกลายเป็นอีกหนึ่ง “กลุ่ม” ในบรรดาขั้วตรงข้ามของทักษิณ ชินวัตรและรัฐบาลพรรคเพื่อไทย (หรือพรรคไทยรักไทยในอดีต) เมื่อกลุ่มดังกล่าวหวนกลับสู่อำนาจอีกครั้ง ความพยายามที่จะล้างบางกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีบทบาทอยู่ใน สปสช. จึงเป็นสิ่งที่ไม่เกินความคิด

เมื่อกลุ่มที่มีความขัดแย้งเชิงโครงสร้างอำนาจผสานแนวร่วมกับกลุ่มที่สูญเสียผลประโยชน์ทางธุรกิจ จึงนำมาสู่การจับมือกันไล่รื้อทำลายโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มจากการรื้อโครงสร้างคณะกรรมการฯ เดิม แล้วทดแทนด้วยกลุ่มผลประโยชน์ของฝ่ายตน ดังเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดล่าสุด ที่ถูกตั้งคำถามอย่างมากถึงความเหมาะสม

^{๑๙๑} วิชัย โชควิวัฒน์, มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง (กรุงเทพฯ: ทีคิวบี, ๒๕๕๕), หน้า ๓๖.

^{๑๙๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๓-๓๔.

^{๑๙๓} ใบทองแดง, “ใบทองแดงออนไลน์: เพื่อไทยจะถูกลง ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831>

ของคุณสมบัติในการดำรงตำแหน่ง^{๑๙๔} การใส่เรือโครงสร้างการบริหารดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มแพทย์ชนบทและเครือข่ายหลุดออกจากโครงสร้างการบริหารของ สปสช. และทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทถูกผลักออกจากการดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เด่นชัดที่สุดคือ การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการ สปสช. ที่มีการเอาตัวแทนภาคธุรกิจและเครือข่ายเข้ามามีบทบาทในโครงสร้างการบริหารของ สปสช.

๒. พันธกิจเพื่อชนบท

หากย้อนกลับไปพิจารณาการก่อกำเนิดของขบวนการแพทย์ชนบทในอดีต จะพบว่ามูลเหตุแรกเริ่มสำคัญที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันก็คือ ความต้องการแก้ปัญหาระบบงานในโรงพยาบาลชุมชน และส่งเสริมแพทย์ให้สามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นจุดยุทธศาสตร์หรือปราการด่านสำคัญที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท และพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขในชนบทให้ดีขึ้นได้ และเมื่อวิเคราะห์ดูบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทในอดีต ก็จะพบว่ามีลักษณะเด่นที่สอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนว่าต้องครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบของโรงพยาบาล ไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชนด้วย (integral part of a social and medical organization)
๒. บริการของโรงพยาบาลต้องครอบคลุมครบถ้วน ทั้งด้านการรักษาและส่งเสริมป้องกัน (provide complete health care, both curative and preventive)
๓. บริการของโรงพยาบาลต้องไม่จำกัดเฉพาะอยู่ในโรงพยาบาล ต้องเข้าไปสู่ชุมชนด้วย (outpatient services reach out to the family in its home environment)
๔. โรงพยาบาลต้องเป็นศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรและพัฒนาระบบสาธารณสุข (a center for the training of health workers and for biosocial research)^{๑๙๕}

อาจกล่าวได้ว่า เมื่อแรกตั้งขบวนการแพทย์ชนบท ได้ยึดแนวทางการทำงานโดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานอย่างสอดคล้องกับหลักการข้างต้น แต่จากพลวัตความเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ทั้งในแง่สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทและทิศทางการดำเนินงานไปพอสมควร ตั้งแต่การเริ่มเข้ามาเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุข การเคลื่อนไหวผลักดันในเชิงโครงสร้างนโยบาย เช่น กรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรณี พ.ร.บ. คุ่มครองผู้เสียหายฯ เป็นต้น ซึ่งจากบทบาทดังกล่าวนี้หนึ่งมีผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทนั้นห่างไกลออกจากรากฐานเดิม คือ โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ซึ่งในที่นี้

^{๑๙๔} ใบทองแห้ง, “ใบทองแห้งออนไลน์: เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831>
[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๙๕} ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์, การยกเครื่องโรงพยาบาลชุมชน (นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๑), หน้า ๑๔.

จะขอเสนอข้อควรตระหนักบางประการเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นแง่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทจำต้องนำมาใคร่ครวญไตร่ตรอง

๒.๑ โรงพยาบาลชุมชนผ่าตัดลดลง: หรือจิตวิญญาณแพทย์ชนบทกำลังเสื่อมถอย?

ย้อนกลับไปเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่อำเภอรัตนพิบูลย์ เกิดกรณีที่เกิดเป็นข่าวครึกโครมสะเทือนวงการแพทย์ คือ กรณีที่แพทย์ฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังคนไข้เพื่อผ่าตัดไส้ติ่ง แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน ยาชามีผลทำให้ไขสันหลังส่วนบนไม่ทำงาน (High Block) ทำให้กล้ามเนื้อควบคุมการหายใจบริเวณทรวงอกไม่ทำงาน เกิดการหยุดหายใจ แม้จะปั๊มหัวใจคนไข้ขึ้นมาได้ก็สายเกินการณ์ เพราะคนไข้เกิดอาการสมองตายและเสียชีวิตในหลายวันต่อมา จากเหตุดังกล่าวทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและศาลชั้นต้นจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ตัดสินลงโทษจำคุกแพทย์คนดังกล่าวเป็นเวลา ๓ ปี โดยไม่มีการรอลงอาญา^{๑๙๖} ซึ่งการต่อสู้ทางกฎหมายก็ยังยืดเยื้อต่อมาอีกหลายปี

การตัดสินลงโทษจำคุกแพทย์ด้วยเหตุที่ทำการผ่าตัดไส้ติ่งโดยไม่มีวิสัญญีแพทย์ที่อำเภอรัตนพิบูลย์ได้ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและส่งผลต่อการตัดสินใจไม่ผ่าตัดคนไข้ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ดังที่มีแพทย์รุ่นใหม่ได้แสดงความคิดเห็นต่อกรณีดังกล่าวไว้ในกระทู้ของเว็บไซต์ www.thaihealth.net ความว่า

แพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อรับทราบข่าวนี้ คงจะทราบตนเองดีว่า จะทำอะไร นี่คือ Panic! สิ่งที่ได้ดีที่สุด คือ ปิดห้องผ่าตัด และไม่รับทำหัตถการที่มีความเสี่ยง หรือมีเครื่องมือไม่พร้อม (โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถพร้อมรับต่อเหตุฉุกเฉินได้ เนื่องจากไม่มีแพทย์ดมยา ไม่มี ฯลฯ) สิ่งที่เกิดตามมาคือ การส่งคนไข้ที่ไม่จำเป็นต้องส่ง (ตามมาตรฐานที่ต้องทำได้ เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง หรือแม้กระทั่งการคลอด) เข้ามารักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ต้องเสียทั้งเวลาเดินทางและมาแออัดอยู่ในตัวเมือง^{๑๙๗}

ความคิดเห็นดังกล่าวถูกตอกย้ำด้วยข้อเท็จจริงเชิงสถิติที่ชี้ให้เห็นว่าการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อยๆ ดังปรากฏข้อมูลจากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สำรวจการผ่าตัดไส้ติ่งของโรงพยาบาลชุมชนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘–๒๕๕๑ ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดกระแสข่าวแพทย์ถูกตัดสินจำคุกเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งเสียชีวิต พบว่า สถิติการผ่าตัดไส้ติ่งของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๑๘๗ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีการผ่าตัดร้อยละ ๕๕.๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ลดลงเป็นร้อยละ ๔๙ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ลดลง

^{๑๙๖} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “จำคุก ๓ ปี หมอ รพ. รัตนพิบูลย์ ผ่าไส้ติ่งตาย” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000144864> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๙๗} “ไว้อาลัยสาธารณสุขไทยใกล้ลงเอย เมื่อหมอไม่กล้าผ่าตัด!” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.net/h/article655.html> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

เป็นร้อยละ ๔๓.๓ และ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๓๐.๖ ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัด ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กับปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า ลดลงกว่าร้อยละ ๒๐^{๑๙๘}

ความกังวลใจของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อการถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาดขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบริบทแวดล้อมของการทำงาน ทั้งภาระงานที่มากขึ้นและการทำงานโดยขาดความสมบูรณ์พร้อมด้านบุคลากร เช่น การไม่มีแพทย์ดมยา และส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากเดิมที่แพทย์เคยดำรงสถานะพิเศษหรือมีลักษณะที่อาจเรียกได้ว่าเป็น “อภิสิทธิ์ชน” และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างแพทย์กับคนไข้ก็จะมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ระหว่าง “ผู้มีอำนาจ” และ “ผู้ขอรับความช่วยเหลือ” แต่เมื่อบริบททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้คนเริ่มตระหนักว่าการได้รับการรักษาเยียวยาที่ดียามเจ็บป่วยนั้นเป็น “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานที่ตนพึงได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ในการรับรู้ของผู้คนจึงเป็นความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดมากขึ้น มิใช่เป็นเรื่องของการสงเคราะห์โดยแพทย์อีกต่อไป^{๑๙๙} ดังนั้น การตั้งคำถามถึงความปลอดภัยในบริการทางการแพทย์ ตลอดจนตัวแพทย์ผู้ทำการรักษาจึงเริ่มเกิดขึ้น หากพิจารณาจากมุมมองนี้ จึงอาจเป็นไปได้ว่า ความรู้สึกสั่นคลอน ไม่มั่นคงในสถานภาพของแพทย์นั้น เกิดขึ้นพร้อมกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้บริบทสังคมการเมืองปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม การที่กรณีการผ่าตัดไส้ติ่งที่อำเภอรัตนบุรีกลายเป็นประเด็นอ่อนไหวที่สร้างความตื่นตระหนกแก่วงการแพทย์และยิ่งตอกย้ำความกลัวการถูกฟ้องร้องของแพทย์ให้มากขึ้นนั้น ผู้ที่มีส่วนในการขยายภาพความขัดแย้งนี้คือ แพทยสภา ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้มีข้อสังเกตต่อกรณีดังกล่าวไว้ในงานเรื่อง **ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข** ดังนี้

มีพยานหลักฐานว่า คดีนี้กรรมการแพทยสภาบางคนได้ไป “ยุ” ให้แพทย์สู้คดีและให้การปฏิเสธ จนเป็นผลให้ศาลชั้นต้นต้องตัดสินลงโทษจำคุกโดยไม่มีการรอลงอาญา เหตุหนึ่งเพราะไม่มีเหตุให้บรรเทาโทษ...

...เมื่อแพทย์ตกเป็นจำเลยในคดีนี้ และเมื่อศาลชั้นต้นตัดสินจำคุกโดยไม่มีการรอลงอาญา ทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและศาลได้ให้เกียรติแพทย์ประกันตัวไปโดยไม่มีการใส่เครื่องจองจำหรือการจำขังแพทย์แต่อย่างใดทั้งสิ้น แต่กรรมการแพทยสภาหลายคนพูดเท็จหลายครั้งว่ามีการใส่กุญแจมือและขังคุกแพทย์ผู้นั้น ทั้งๆ ที่รู้หรือควรรู้ว่าไม่เป็นความจริง เป็นการโกหกต่อหน้าสาธารณะโดยไร้หิริโอตตปละ เพื่อปลุกระดมวงการแพทย์และสาธารณสุขให้เข้าใจผิด...

^{๑๙๘} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “หมอขยายโตไม่กล้าผ่าตัดคนไข้ เหตุกลัวถูกฟ้อง” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000026446> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๙๙} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๓๑.

...ขณะนี้ โจทย์และแพทย์ผู้นั้นเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกันอย่างดี โดยแพทย์บอกโจทย์ว่า
เสียใจที่ไปเชื่อคำยุยงของ “ผู้ใหญ่” บางคน^{๒๐๐}

นอกจากนั้น ท่าทีของแพทยสภาต่อแนวทางในการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน ยังเป็นไปในลักษณะที่
ยิ่งตอกย้ำถึงความสับสนเสี่ยงที่อาจเกิดความผิดพลาดขึ้น อันเป็นการข่มขู่ให้แพทย์เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและ
หวาดกลัวต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น ดังเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ เลขานุการ
แพทยสภา เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ในวาระที่แพทยสภาเตรียมแถลงข่าวเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ
ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อการผ่าตัดผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข แพทยสมาคม
ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ความว่า

ขณะนี้วิสัญญีแพทย์ก็มีน้อยมาก โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์จะผ่าตัดต่อไปได้หรือไม่ ถ้า
ดำเนินการผ่าตัดให้ โดยไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นก็เสี่ยงต่อการรับ
โทษในคดีอาญา^{๒๐๑}

แนวทางของแพทยสาดังกล่าวนำมาสู่ข้อสรุปที่แพทย์หญิงคนหนึ่งเขียนเอาไว้ในบล็อกของเธอว่า
“ต่อไปนี้ไม่มีหมอโรงพยาบาลชุมชนที่ไหนจะเปิดห้องผ่าตัดอีกต่อไป เพราะโรงพยาบาลชุมชน ๗๐๐ กว่า
แห่งทั่วประเทศแทบทั้งหมดไม่มีวิสัญญีแพทย์”^{๒๐๒}

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ในอดีตการให้บริการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการ
ผ่าตัดไส้ติ่งหรือการผ่าตัดทำคลอดนั้นถือเป็นเรื่องปกติที่สามารถทำได้ แม้ว่าจะอยู่ในสภาพหรือเงื่อนไขที่ไม่
พร้อมอย่างสมบูรณ์ ทั้งในแง่ของบุคลากรและอุปกรณ์ และหากเทียบกันแล้ว ความขาดแคลนต่างๆ ในการทำ
หัตถการทางการแพทย์ในอดีตย่อมมีมากกว่าปัจจุบันหลายเท่า แต่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่
ห่างไกลในอดีตส่วนใหญ่ก็ยังยินดีที่จะรักษาคณไขภายใต้เงื่อนไขความขาดแคลนดังกล่าว มากกว่าจะส่งต่อ
ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ข้อเท็จจริงดังกล่าวเป็นที่ตระหนักดีในหมู่แพทย์รุ่นกลางขึ้นไป ดัง
ปรากฏข้อคิดเห็นของแพทย์คนหนึ่งต่อกรณีแพทย์ไม่กล้าผ่าตัด เนื่องจากเกรงกลัวความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น
ว่า

สมัยก่อนหมอทุกคนมีอุดมการณ์แบบหมอเท้าเปล่า ตะลุยกินในโรงพยาบาลที่ห่างไกลความ
เจริญ แม้เครื่องมือไม่ถึง แต่ด้วยใจสู้และมีความหวังที่จะช่วยเหลือคนไข้อย่างเต็มเปี่ยม ผู้เขียนเคย
ช่วยทำคลอดในห้องฉุกเฉินหลายครั้ง ไม่มีแม้แต่หมอสูติ หมอดมยา หรือหมอเด็ก^{๒๐๓}

^{๒๐๐} วิชัย โชควิวัฒน์, ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
(กรุงเทพฯ: พิมพ์, ๒๕๕๓), หน้า ๑๖-๑๙.

^{๒๐๑} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “องค์กรหมอฝึกกำลังแถลงใหญ่วันนี้ ชี้คดีไส้ติ่งทำขวัญเสีย จี้แก้ กม.อาญา” [Online]. แหล่งที่มา:
<http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000148065> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๒๐๒} “ชีวิตหมอคนนึงจบสิ้น” [Online]. แหล่งที่มา: <http://thedoctorwearsprada.exteen.com/20071208/entry> [๑๒
ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๒๐๓} “ไว้อาลัยสาธารณสุขไทยใกล้ลงเอย เมื่อหมอไม่กล้าผ่าตัด!” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.net/h/article655.html>
[๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕].

หากพิจารณากรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ทำการผ่าตัด โดยเทียบเคียงกับการทำงานของแพทย์ชนบทในอดีต ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะความขาดแคลนและไม่สมบูรณ์พร้อมที่มากกว่าปัจจุบัน แต่แพทย์ชนบทรุ่นก่อนๆ เหล่านั้น กลับกล้าตัดสินใจที่จะทำการรักษาหรือผ่าตัดคนไข้ภายใต้เงื่อนไขอันจำกัด โดยไม่หวั่นไหวต่อความความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งมาจาก “จิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ชนบท” ที่ตระหนักดีถึงภาระหน้าที่สูงสุดของโรงพยาบาลชุมชนในการเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชนบทให้ดีขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคเมืองกับชนบท ด้วยระบบการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำเวชปฏิบัติ เช่น การผ่าตัดคนไข้ที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อ (เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดทำคลอด) จึงเป็นสิ่งที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรกระทำได้ เพราะสิ่งเหล่านี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดของโรงพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความขาดแคลนในการทำเวชปฏิบัติได้คลี่คลายไปในทางที่ดีมากขึ้นแล้ว แต่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากกลับไม่กล้าที่จะทำการผ่าตัดแก่คนไข้ เนื่องจากหวั่นกลัวต่อความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนถึง “จิตวิญญาณแพทย์ชนบท” ที่กำลังเสื่อมถอยลง โดยที่ชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบริการสุขภาพในชนบท และให้แพทย์สามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอดีต กลับไม่ได้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงใน “วิกฤตบทบาทหน้าที่” ของโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ดังนั้น หากพิจารณาปัญหาเรื่องการขาดแคลนแพทย์และภาวะสมองไหลของแพทย์ โดยประกอบกับประเด็นข้างต้น ก็จะทำให้เข้าใจได้ว่า เหตุใดปัญหาการขาดแคลนแพทย์จึงมีอาจแก้ไขได้ด้วยวิธีการเช่น การผลิตแพทย์เพิ่ม หรือการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณความเป็นแพทย์ชนบทและอุดมการณ์ ความคิดของแพทย์นั่นเอง

๒.๒ คำตอบแทนกับการขาดแคลนแพทย์ในชนบท

การขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทนับเป็นปัญหาเรื้อรังของระบบบริการสาธารณสุขไทยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกยุคสมัย และแม้ว่าจะมีความพยายามกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด แต่ปัญหายังไม่ได้บรรเทาเบาบางลงไป รวมทั้งการกระจายตัวของแพทย์ระหว่างเมืองและชนบทก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำอย่างยิ่งแม้ว่าปัญหานี้เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานาน แต่ก็มิได้หยุดนิ่ง ตายตัว หากแต่มีพลวัตที่สัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงภายนอกด้วย

การขาดแคลนแพทย์ในชนบทนั้น ส่วนหนึ่งมีเหตุสำคัญมาจากภาวะสมองไหลของแพทย์ที่พากันหลั่งไหลออกจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตชนบท เข้าสู่การเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในเขตเมือง โดยเฉพาะในธุรกิจการแพทย์เอกชน รวมถึงการ “สมองไหล” ออกไปยังต่างประเทศด้วย ทั้งนี้ ภาวะสมองไหลอันนำมาสู่สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุคล้วนอยู่ภายใต้เงื่อนไข เหตุปัจจัยและบริบทแวดล้อมเฉพาะที่ต่างกัน

เริ่มตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ ภายใต้สถานการณ์ทางการเมืองหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ที่มีการดำเนินสงครามตัวแทนระหว่างสหรัฐอเมริกาและสหภาพโซเวียตในภูมิภาคต่างๆ ทำให้มีการดึงดูดแพทย์จาก

ไทย รวมทั้งประเทศโลกที่สามอื่นๆ เข้าไปยังสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก ในช่วงนี้จึงมีแพทย์ไทยเดินทางไปศึกษาต่อและทำงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากขณะนั้นสหรัฐอเมริกา กำลังขาดแคลนแพทย์ทั่วไป เพราะแพทย์ของสหรัฐฯ เองถูกส่งไปยังประเทศและสมรภูมิสู้รบต่างๆ ที่สหรัฐฯ กำลังแผ่ขยายอิทธิพลอำนาจเข้าไป ดังนั้น แม้ว่าในช่วงก่อนหน้าทศวรรษ ๒๕๐๐ จะมีความพยายามในการพัฒนาการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ เช่น มีการขยายการสร้างโรงพยาบาล และโรงเรียนแพทย์ตามที่ต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและส่วนภูมิภาค แต่ด้วยบริบทการเมืองระหว่างประเทศที่ทำให้แพทย์หลังไหลออกไปยังต่างประเทศจำนวนมาก ทำให้รัฐบาลต้องหามาตรการดึงแพทย์เอาไว้ในระบบด้วยการประกาศนโยบายบังคับแพทย์ใช้ทุน ๓ ปี หลังเรียนจบในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ หากไม่ทำงานใช้ทุนก็ต้องกักเสียดำปรับให้กับรัฐบาลเป็นจำนวนเงิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท^{๒๐๔}

แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระลอกแรก ด้วยมาตรการบังคับแพทย์ชดใช้ทุน แต่ปัญหาก็มีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเติบโตอย่างมาก ในภาคของการบริการสาธารณสุขก็ได้เกิดการขยายตัวของกิจการโรงพยาบาลเอกชน ในช่วง ๑๐ ปี นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๓๘ มีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นใหม่ถึง ๓๔๑ แห่ง ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เข้าไปอยู่ในกิจการใหม่ๆ เหล่านั้น บุคลากรทางการแพทย์ในระบบของรัฐจึงไหลออกไปสู่ภาคการบริการสุขภาพนอกระบบรัฐเป็นจำนวนมาก มาตรการที่รัฐใช้ลดแรงผลักดันออกจากระบบบริการสุขภาพของรัฐ คือ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในสถานบริการของรัฐ รวมทั้งมีความพยายามสร้างมาตรการด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบ นอกจากนั้น ก็ยังมีมาตรการในการผลิตบุคลากรเพิ่มด้วยโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor - CPIRD) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ กับกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเป้าเพื่อผลิตแพทย์เพิ่มให้กับชนบทปีละ ๓๐๐ คน^{๒๐๕}

ต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มีการเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษและค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในเขตทุรกันดาร ซึ่งเป็นมาตรการทางการเงินที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในระบบของรัฐที่ทำงานในพื้นที่ชนบท^{๒๐๖} อย่างไรก็ตาม มาตรการต่างๆ ก็ยังไม่สามารถรักษาแพทย์ไว้ในระบบได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้นขนาดที่ว่าโรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ^{๒๐๗}

สถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขดำเนินมาถึงจุดเปลี่ยนอีกครั้ง ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๔๐ ซึ่งส่งผลกระทบต่อธุรกิจการแพทย์จนทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปิดตัวลง ความต้องการกำลังคนใน

^{๒๐๔} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ), หน้า ๑๖.

^{๒๐๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙-๒๐.

^{๒๐๖} สุพัตรา ศรีวนิชชากร, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการจัดระบบค่าตอบแทนแพทย์ในภาครัฐที่เหมาะสมกับการพัฒนาสาธารณสุขไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ๒๕๓๙), หน้า ๓๗.

^{๒๐๗} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป, หน้า ๑๙-๒๐.

ภาคเอกชนจึงลดลงตามไปด้วย วิกฤตการขาดแคลนแพทย์ในช่วงนี้ จึงค่อยๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ทำให้ความต้องการกำลังคนในภาครัฐมีเพิ่มมากขึ้น และกำลังคนที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานที่หนักมากขึ้น ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจที่กำลังฟื้นตัว ทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปรับยุทธศาสตร์หาลูกค้าที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงเริ่มก่อตัวขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ การไหลออกจากระบบของบุคลากรในภาครัฐจึงเพิ่มมากขึ้น อีกระลอกหนึ่ง ดังพบสถิติการลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับแพทย์เข้าใหม่ จากร้อยละ ๒๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๗๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒^{๒๐๘} และพบว่าแพทย์จำนวนไม่น้อยลาออกจากราชการก่อนครบกำหนดการใช้ทุน รวมทั้งมีแนวโน้มที่แพทย์จะออกจากชนบทหรือโรงพยาบาลชุมชนก่อนครบกำหนดใช้ทุนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนั้น แพทย์ที่สูญเสียไปจำนวนมากจึงเป็นแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน^{๒๐๙}

ในงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลาออกของแพทย์ เช่น งานของทักษพล ธรรมรังสี ชี้ว่าปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้แพทย์ออกจากระบบของรัฐที่มากที่สุด ได้แก่ ภาระงาน^{๒๑๐} ที่แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการนอกจากตนจะต้องทำงานหนักภายใต้ภาวะขาดแคลนแล้ว ยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) ที่อาจเกิดขึ้นได้ วิธีคิดดังกล่าวสัมพันธ์กับการตัดสินใจออกจากภาครัฐและหลังไหลเข้าสู่ฟากธุรกิจการแพทย์เอกชน สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์จึงมีท่าทีว่าจะเลวร้ายลงทุกขณะ

หากพิจารณาปัญหาการขาดแคลนแพทย์โดยเชื่อมโยงกับบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมาในอดีต จะพบว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีส่วนอย่างมากในการทำงานเคลื่อนไหวให้เกิดการหล่อเลี้ยงแพทย์ในชนบท ให้แพทย์เหล่านั้นสามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพและอยู่ในชนบทได้มากและนานขึ้น ตั้งแต่การผลักดันด้านมาตรการทางการเงิน โดยขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีส่วนในการพัฒนาระบบค่าตอบแทน ที่นอกเหนือจากเงินเดือนให้แก่แพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน เช่น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่บุคลากรในชนบท เป็นต้น

นอกจากการผลักดันมาตรการทางการเงินแล้ว บทบาทที่ขบวนการแพทย์ชนบทในอดีตเน้นทำงานเพื่อแพทย์ในชนบทอย่างเข้มข้น ก็คือ การพัฒนาขวัญกำลังใจและเน้นการหล่อเลี้ยงทางสังคมแก่แพทย์ในชนบท เนื่องจากขบวนการแพทย์ชนบทตระหนักดีถึงสภาพความขาดแคลนของโรงพยาบาลชุมชนและความทุกข์ยากของแพทย์ชนบท จึงเน้นทำหน้าที่เป็นแกนในการเคลื่อนไหวจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการรวมตัว พุดคุย แลกเปลี่ยนความทุกข์หรือปัญหาระหว่างกัน เช่น การประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เยี่ยมน้อง

^{๒๐๘} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นอย่างนี้ เป็นอยู่ และจะเป็นไป (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ), หน้า ๒๑

^{๒๐๙} ทักษพล ธรรมรังสี, “การลาออกของแพทย์,” วารสารวิชาการสาธารณสุข ๑๒, ๖ (พฤศจิกายน – ธันวาคม ๒๕๔๖): ๑๐๔๕.

^{๒๑๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๐๔๕.

โครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด รวมไปถึงการจัดปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นการหล่อหลอมความรู้สึกเป็นเครือข่าย กลุ่มก้อน และทำให้แพทย์ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แม้ว่าจะต้องเผชิญความยากลำบากจากการทำงานก็ตาม อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าเสียดายว่า ปัจจุบันบทบาทการทำงานในลักษณะเช่นนี้ของขบวนการแพทย์ชนบทลดลงหรือขาดหายไป แต่กลับมีบทบาทอย่างยิ่งในการผลักดัน “มาตรการทางการเงิน” โดยเพิ่มค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ทำงานในชนบท ซึ่งในประเด็นนี้จะวิเคราะห์โดยเชื่อมโยงกับประเด็นข้างหน้าต่อไป

๒.๓ การเรียกร้องค่าตอบแทนแพทย์ ๒๕๕๑

มือบเลื้อขาว : เดินหน้าทวงสิทธิ์!!

ตลอดปีที่ผ่านมาดูเหมือน สธ. จะไม่ว่างเว้นจากมือบ โดยเฉพาะมือบเลื้อขาวที่ต่บเท้ากันมาเรียกร้องขอค่าตอบแทนเพิ่ม หลังจากเพิ่มค่าตอบแทนให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หรือแพทย์ชนบท เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้แพทย์ทำงานอยู่ในพื้นที่ได้นานขึ้น เนื่องจากต้องประสบปัญหาสมองไหล แพทย์ไม่ยอมอยู่ประจำพื้นที่ทุรกันดาร

หลังจากเพิ่มค่าตอบแทนครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียกร้องค่าตอบแทนจากทั้งแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

"ก๊าวที่พลาด" บทเรียนรอบปี สธ.

๑ มกราคม ๒๕๕๓^{๒๑๑}

จากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทและภาวะสมองไหลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในอดีต ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามแสวงหามาตรการต่างๆ มาใช้แก้ปัญหาอย่างหลากหลาย ตั้งแต่มาตรการบังคับแพทย์ทำสัญญาชดใช้ทุน ๓ ปี การผลิตแพทย์เพิ่ม รวมไปถึงมาตรการสร้างแรงจูงใจด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความก้าวหน้าในสายงานราชการ การตั้งรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นเพื่อมอบให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น แต่ทว่าวิธีการที่ถูกให้ความสำคัญและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องก็คือ การสร้างแรงจูงใจแก่แพทย์ในชนบทด้วยมาตรการทางการเงิน เช่น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าตอบแทนสำหรับผู้ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ฯลฯ

การสร้างแรงจูงใจโดยใช้ “ตัวเงิน” ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ จนกระทั่ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และดูเหมือนว่าวิธีการนี้จะถูกหยิบยกขึ้นมาใช้ในยามที่สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์มีแนวโน้มว่าจะวิกฤตมากขึ้น ผู้ที่มีส่วนในการผลักดันและพัฒนาระบบค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุขในชนบทตลอดมา ก็คือ ขบวนการแพทย์ชนบท ที่ผ่านมากการสร้างแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทนของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นการทำอย่างมองเห็นภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขในชนบททั้งระบบ คือ คำนึงถึงบุคลากร

^{๒๑๑} “ก๊าวที่พลาด” บทเรียนรอบปี สธ.” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.sahavicha.com/?name=blog&file=readblog&id=3847>
[๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ส่วนอื่นๆ ของระบบบริการสาธารณสุขด้วย ดังตัวอย่างการผลักดันความก้าวหน้าให้กับทันตภิบาลที่เคยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๗

การเอาแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็น middle class ลงไปอยู่ในชนบทที่เค้าไม่คุ้นเคย จำเป็นจะต้องมีเครือข่ายทางสังคมของเค้าอยู่ ชุมชนแพทย์ชนบทเกิดขึ้นได้ตอบโจทย์ตรงนี้ ที่สามารถ provide moral support ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เค้าไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้เค้ายังรู้สึกว่ายเชื่อมโยงกับวิชาชีพเค้าอยู่ และเมื่อไหร่ที่เค้าต้องการการหนุนเสริมทางด้านวิชาการ วิชาชีพ ก็ยังมีเพื่อนอยู่ และชุมชนแพทย์ชนบทจะตอบโจทย์ตรงนี้ในตอนเริ่มแรก...

เท่าที่ทราบ แรกๆ ชุมชนแพทย์ชนบทไม่ได้ focus เฉพาะกลุ่มแพทย์ แต่เค้าเน้นระบบบริการสาธารณสุขในชนบท ราวปี ๒๕๒๗ ประเด็นที่เค้าจับคือ การเพิ่มบันไดทางวิชาชีพ หรือ career path ของทันตภิบาล ซึ่งไม่ใช่แพทย์ แต่เรียนจบ ๒ ปี จากวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และไปทำงานเป็นตัวหลักในชนบท เพราะไม่มีทันตแพทย์ แต่เค้าได้แค่ซี ๒ หรือซี ๔ แต่เค้าเป็นประโยชน์ต่อระบบ ชุมชนแพทย์ชนบทก็เคลื่อนไหวเพื่อให้ตำแหน่งทันตภิบาลมีความก้าวหน้า และก็ประสบผลสำเร็จ คือ มองว่าเมื่อก่อนจะเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อระบบสุขภาพในชนบทไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพ เพิ่งมีช่วงหลังๆ ที่มานั้นเฉพาะวิชาชีพแพทย์มากขึ้น....^{๒๑๒}

อย่างไรก็ตาม กรณีสำคัญที่ควรยกมาอภิปรายคือ การเคลื่อนไหวเรียกร้องค่าตอบแทนให้กับแพทย์ชนบทของชุมชนแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งได้รับการอนุมัติโดย ร.ต.อ. เฉลิม อยู่บำรุง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระเบียบเงินบำรุงและการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนในอัตราก้าวกระโดด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุการทำงาน	พื้นที่ปกติ	พื้นที่ทุรกันดาร ๑	พื้นที่ทุรกันดาร ๒
ปีที่ ๑-๓	๑๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๐ บาท	๓๐,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๔-๑๐	๓๐,๐๐๐ บาท	๔๐,๐๐๐ บาท	๕๐,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๑๑-๒๐	๔๐,๐๐๐ บาท	๕๐,๐๐๐ บาท	๖๐,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๒๑ ขึ้นไป	๕๐,๐๐๐ บาท	๖๐,๐๐๐ บาท	๗๐,๐๐๐ บาท

การเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ในชนบทดังกล่าว ถือเป็นหนึ่งในมาตรการสร้างแรงจูงใจที่ชุมชนแพทย์ชนบทเชื่อว่าจะทำให้แพทย์สามารถทำงานอยู่ในชนบทได้นานขึ้น โดยที่พยายามจ่ายค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับอายุงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ ระยะเวลาที่แพทย์อุทิศตัวทำงานอยู่ในชนบท โดยไม่ย้ายหนีไปไหน ซึ่งแพทย์ที่เข้าข่ายจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราก้าวกระโดดสูงสุด (คือ ๕๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไป) นั้น มีจำนวนน้อยมาก สะท้อนถึงความยากลำบากของการทำงานในชนบทเป็นระยะเวลายาวนาน

^{๒๑๒} สัมภาษณ์ ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.

แต่การเคลื่อนไหวให้มีการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ในชนบทดังกล่าว กลับส่งผลให้เกิดข้อครหาและกระแสวิพากษ์วิจารณ์ตามมาเป็นอย่างมาก ทั้งจากในและนอกภาคสาธารณสุข เช่น การออกมาเคลื่อนไหวเรียกร้องค่าตอบแทนของกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) โดยมีการให้เหตุผลว่า รพศ./รพท. มีภาระงานมากกว่า จึงควรต้องปรับค่าตอบแทนในอัตราที่เป็นธรรมเช่นกัน

เสียงวิพากษ์วิจารณ์การเคลื่อนไหวดังกล่าวของชมรมแพทย์ชนบทปรากฏในหลายประเด็น เช่น เป็นการเรียกร้องผลประโยชน์ให้เฉพาะกลุ่มแพทย์ โดยละเลยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จึงเป็นการสร้างความแปลกแยกแตกต่างให้เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มวิชาชีพในระบบบริการสาธารณสุข นางจรรยาวัณน์ ทับจันทร์ ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ได้แสดงทัศนะของตนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

มีความคาดหวังในฐานะคนสาธารณสุขว่า องค์กรแพทย์ชนบทจะช่วยเราได้บ้าง เช่น ในเรื่องของการทำงานอย่างเรื่องอัตรากำลังคน ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน เราลุกขึ้นสู้เองมันยาก แต่ถ้าแพทย์ทำอะไรง่าย เพราะมีเอกสิทธิ์ แต่ตอนหลังก็อาจจะมีความคิดว่า เมื่อเจอปัญหาดังกล่าว ชมรมแพทย์ชนบทก็ไม่ค่อยได้ช่วยเหลือ และกลายเป็นว่า จะต้องผลักดันเองมากขึ้น ส่วนแพทย์ชนบทเองก็ถูกมองในระยะหลังๆ ว่ามาผลักดันเรื่องของตัวเองมากขึ้น จากเดิมจะช่วยๆ กันมองหลายวิชาชีพ...

การทำงานกับเครือข่ายหายไป แต่หันไปอิงการเมืองมากขึ้น เพราะเปลี่ยนแปลงได้เร็ว เดิมช่วยกันคิดแบบถึกถ้วน แต่ปัจจุบันกลายเป็นแยกกันดี ไม่มีพลัง เมื่อก่อนแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวอะไร เรายังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง เป็นเครือข่าย ตอนนี้ความคิดเรื่องทีมหรือเครือข่ายลดลง ในเครือข่ายเรายังเกิดคำถามว่า แพทย์ชนบทอุดมการณ์ลดลงหรือไม่ ทำเพื่อกลุ่มก้อนของตัวเองหรือเปล่า แล้วแพทย์ชนบทจะช่วยวิชาชีพเราได้แค่ไหน^{๒๑๓}

แต่ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ วิธีการที่นำมาสู่ผลสำเร็จของการเรียกร้องครั้งนี้ ทำให้เกิดความเสียหายต่อโครงสร้างเงินเดือนทั้งระบบ และถือเป็นการทำลายระบบบอภีบาลสุขภาพที่ดี ซึ่งศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

เหตุผลหลักๆ ผมอาจจะเห็นด้วย แต่กระบวนการที่ทำค่อนข้างลักไก่และเกิดเป็นปัญหาตามมา ในหลักการผมก็คิดว่า คนที่ทำงานในชนบทน่าจะได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่าคนในเมือง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดี แต่การเอาไปขอพิเศษเฉพาะคนที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน และก็ปรี๊ดๆ ไปเข้ารัฐมนตรี จนได้ไป ผมถือว่าเป็นการทำลายระบบบอภีบาลที่ดี...

...ถ้าแพทย์ชนบทเห็นว่ามันไม่แฟร์ ก็ควรจะต้องมานั่งดูกันด้วยเหตุด้วยผลว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำเดิมที่มีอยู่ เช่น มันอาจจะน้อยไป มันจะต้องมากกว่านี้ อะไรต่างๆ หรือระหว่างแพทย์ชนบทกับแพทย์ในเมืองอาจจะเหลื่อมล้ำไปในทางที่ผิด คนที่อยู่ในชนบทน่าจะได้มากกว่าคนที่อยู่ในเมือง มันจะต้องมองภาพโครงสร้างของเงินเดือนทั้งระบบ...

^{๒๑๓} สัมภาษณ์ จรรยาวัณน์ ทับจันทร์, ๗ เมษายน ๒๕๕๕.

...เราไม่ได้ดูภาพใหญ่... คือ ถ้าเราชูประเด็นนี้เข้าสู่เวทีใหญ่ และไปถกเถียงได้ใน ครม. มันถึงจะเหมาะสม แต่นี่เป็นการตัดช่องน้อยแต่พอตัว แชนก้าเข้าไป หยิบออกมา ดูแล้วไม่งาม... ทั้งหมดนี้แสดงว่าการกระทำอันนี้ไม่ดูระบบอภิบาลของราชการ และไม่เคารพในระบบอภิบาล^{๒๑๔}

ข้อเท็จจริงอีกประการหนึ่งคือ การเรียกร้องเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ในชนบทครั้งนี้อาจไม่มีประสิทธิภาพมากพอที่จะสามารถดึงดูดแพทย์ให้อยู่ในชนบทได้มากขึ้นอย่างที่ชมรมแพทย์ชนบทคาดหวังไว้ ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ ซึ่งทำการศึกษาวิจัยประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในชนบท ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

ชมรมแพทย์ชนบท บางทีหลังๆ มา ค่าเคลื่อนการเงินมากเกินไป ก็มีข้อดีว่าต้องมีแทร็ค [track] นี้ ออกมาวอยซ์ [voice] ออกมาแสดงจุดยืนในสังคม ซึ่งเค้าก็มีเทคนิคดี มีสัมพันธ์กับสื่อ และสามารถเคลื่อนทางด้านสังคมได้ แต่ว่าเค้าอาจจะขาดหลักในการดูแลชนบทในภาพรวม ก็เลยถูกมองว่ามันเป็นการเคลื่อนเพื่อตัวเองหรือเปล่า เคลื่อนเพื่อให้มีค่าตอบแทนมากขึ้น เพราะว่าจากการที่เราประเมินดู ปี ๒๕๕๒ เค้าเพิ่มค่าตอบแทนด้วยเหตุผลว่า เพื่อดึงแพทย์ให้อยู่ในชนบทมากขึ้น ปรากฏว่าดึงได้อยู่ปีเดียว เพราะว่า ปี ๒๕๕๒ จำนวนแพทย์ที่จะออกจากชนบทลดลงนิดเดียว แต่ปี ๒๕๕๓ กลับมาเหมือนเดิมอีก มันบอกอะไร มันบอกว่าเงินตัวเดียวมันแก้ปัญหาไม่ได้ มันทำให้คนที่อยู่นานๆ อยู่อย่างแฮปปี้ [happy] ขึ้น คือ ไม่ย้ายไปไหนนานๆ ก็ได้เงิน แต่ไม่สามารถที่จะดึงคนใหม่ให้อยู่ยาวนาน ดึงไม่ได้ อย่างกรณีเช่นนี้ เลยทำให้ชมรมแพทย์ชนบทถูกมองว่าทำเพื่อผลประโยชน์ของตัวเองหรือทำเพื่อผลประโยชน์ของระบบสุขภาพในชนบท จริงๆ เค้าก็ต้องทบทวนบทบาทเค้าเหมือนกัน^{๒๑๕}

การรักษาบุคลากรในระบบสาธารณสุขให้คงอยู่ในชนบท ถือเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญในอดีต โดยมีหัวใจสำคัญของการทำงาน คือ การหล่อเลี้ยงทางสังคมและเติมเต็มมิติความเป็นมนุษย์ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในชนบท เช่นในกรณีของแพทย์ ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการจัดกิจกรรม หรือพื้นที่เพื่อให้เกิดการรวมตัว พูดคุย แลกเปลี่ยนความทุกข์หรือปัญหา ระหว่างกัน เช่น การประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เยี่ยมน้อง โครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด รวมไปถึงการจัดประชุมนิเทศแพทย์จบใหม่ เป็นต้น ซึ่งทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกเป็นกลุ่มก้อน ไม่โดดเดี่ยว เกิดจิตวิญญาณแพทย์เพื่อชาวชนบท และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์สามารถยืนหยัดทำงานในชนบทได้อย่างเข้มแข็งคือ อุดมการณ์สาธารณสุขเพื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้บริบทการแสวงหาความเป็นธรรมของสังคมยุคประชาธิปไตยแบ่งบาน ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีการหล่อหลอมและพัฒนาอุดมการณ์ความคิดดังกล่าวขึ้น ตั้งแต่ครั้งยังเป็นนิสิตนักศึกษาในรั้วมหาวิทยาลัย และมีการส่งต่อแนวคิดอุดมคติเพื่อมวลชนจากรุ่นสู่รุ่น เป็นสายสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้อง เมื่อแพทย์เหล่านี้ออกไปทำงานในชนบท จึงเป็นการต่อยอดสายสัมพันธ์และสาน

^{๒๑๔} สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๕.

^{๒๑๕} สัมภาษณ์ ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.

สายธารอุดมการณ์ให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น สภาพแวดล้อมทางสังคมของคนหนุ่มสาวในรั้วมหาวิทยาลัยปัจจุบัน ที่ไม่ได้เอื้อให้เกิดอุดมคติหรืออุดมการณ์ดังเช่นเมื่อ ๓๐ ปีก่อน จึงจำเป็นที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องมีการสร้างสายสัมพันธ์ทางอุดมการณ์กับคนรุ่นใหม่ ซึ่งอาจเป็นการเข้าไปเชื่อมโยงกับกลุ่มนักเรียนแพทย์รุ่นใหม่ที่มีความสนใจเคลื่อนไหวในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ อย่างกลุ่ม “เครือข่ายแพทย์ยุคใหม่” หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ดังที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ได้เสนอไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

สิ่งที่ชมรมแพทย์ชนบทควรทำ คือ หาทางเข้าไปร่วมเพื่อที่จะขับเคลื่อนหลักสูตร อย่างน้อยๆ คือ พวกหลักสูตรที่มีธรรมชาติเป็น *Community based curriculum* ช่วยกันทำให้ส่วนของ *training learning* ของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ถ้าหากว่าได้เข้าไปร่วมทำงานเป็นทีม เพื่อทำให้การหล่อหลอมนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพมันสะดวก...

...พวกแพทย์ชนบทเป็นพวกที่ทำงานอยู่ในบริบทจริง ถ้าไปร่วมกับทางโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล เกสซ์ฯ ทันตฯ ทั้งหลาย ก็จะทำให้เรามีบทบาทในการที่จะหล่อหลอมอุดมการณ์หรือสร้างความคิดให้กับคนรุ่นใหม่^{๒๑๖}

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของการทำงานด้านบุคลากรสาธารณสุขชนบทในอดีต คือ ชมรมแพทย์ชนบทจะมองภาพการทำงานสาธารณสุขในชนบทอย่างเป็นองค์รวม โดยมองว่าบุคลากรทุกวิชาชีพในระบบสาธารณสุขเป็นหนึ่งเดียวกัน เป็นองค์ประกอบที่ยึดโยงกันด้วยอุดมการณ์ของการทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชนบท การร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นองค์คณะในยุคเริ่มต้น จึงได้สร้างความสัมพันธ์โยงใยที่ก่อรูปเป็นเครือข่ายของคนทำงานด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ทิศทางการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทในปัจจุบัน เช่น กรณีการเรียกร้องค่าตอบแทนเพิ่มเติมเฉพาะแพทย์ในชนบทนั้น ได้ทำให้เกิดการตั้งคำถามกับบทบาทของชมรมแพทย์ชนบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยทำให้หลายฝ่ายเกิดความเข้าใจว่า ชมรมแพทย์ชนบทเริ่มหันมาเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มตนมากยิ่งขึ้น ข้องกังขาและความระแวงสงสัยเกี่ยวกับเป้าประสงค์ในการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทที่เพิ่มมากขึ้นนั้น ด้านหนึ่งได้ทำให้สายสัมพันธ์ของความเป็นเครือข่ายค่อยๆ เบาบางลงไป การแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน โดยใช้มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์และใช้มาตรการทางเงินเป็นกลไกหลักในการแก้ปัญหาเพียงอย่างเดียว นอกจากจะไม่สัมฤทธิ์ผลในการแก้ปัญหาแล้ว ยังนำมาสู่ความสับสนเสี่ยงในการกลายเป็นเพียงแค่ “กลุ่มผลประโยชน์” กลุ่มหนึ่งเท่านั้นอีกด้วย

^{๒๑๖} สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช, ๔ เมษายน ๒๕๕๕.

๓. ขบวนการแพทย์ชนบทกับความขัดแย้งทางการเมืองหลัง ๒๕๕๒

นับตั้งแต่เกิดความเคลื่อนไหวทางการเมืองของพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยเพื่อโค่นล้มทักษิณ ชินวัตร ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และเกิดการพลิกชี้ทางการเมืองหลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ ท่ามกลางบริบทดังกล่าว กลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางการเมืองอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะการเข้าไปสัมพันธ์กับขั้วตรงข้ามของกลุ่มทักษิณ ชินวัตร ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ฝ่ายรัฐประหารฯ หรือพรรคประชาธิปัตย์ ซึ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทตกเป็นเป้าสายตาของกลุ่มการเมืองขั้วตรงข้าม นำมาสู่ข้อวิพากษ์วิจารณ์และการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเข้าไปสัมพันธ์กับกลุ่มอำนาจ และการจัดตำแหน่งแห่งที่ทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งนี้ ประเด็นวิพากษ์ที่เด่นชัดประการหนึ่งคือ การที่เข้าไปสัมพันธ์กับการเมือง โดยมีศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเวศ วะสี เป็นแกนกลางในการเชื่อมโยง ข้อวิพากษ์วิจารณ์ส่วนใหญ่ของกลุ่มการเมืองขั้วตรงข้ามจึงพุ่งเป้าไปยัง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นแพทย์อาวุโสคนสำคัญที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมาก โดยมองว่าขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเป็นส่วนหนึ่งของ “ลัทธิประเวศ” หรือ “เครือข่ายหมอประเวศ”^{*}

“ใบตองแห้ง” คอลัมนิสต์ แห่งสำนักข่าวประชาไท ผู้วิจารณ์เครือข่ายหมอประเวศอย่างดุเดือดที่สุดคนหนึ่งเป็นผู้นำวลีดังกล่าวมาใช้ โดยมุ่งวิพากษ์การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่บุคคลในแวดวงสาธารณสุขที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี แม้คำว่า “ลัทธิประเวศ” จะให้ความหมายในเชิงลบต่อการเคลื่อนไหวของเครือข่ายคนทำงานสังคมที่เกี่ยวข้องกับศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งมีขบวนการแพทย์ชนบทเป็นส่วนสำคัญ แต่หากพิจารณาให้ดีก็จะพบว่าสิ่งที่ “ใบตองแห้ง” วิพากษ์วิจารณ์และไม่เห็นด้วยนั้น คือ “วิธีการ” และ “ท่าที” บางประการของเครือข่ายหมอประเวศและของขบวนการแพทย์ชนบท ส่วนในระดับ “เป้าหมาย” แล้ว “ใบตองแห้ง” แสดงความเห็นด้วยและยอมรับชื่นชมในผลงานต่างๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้เคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดขึ้น ดังเห็นได้จาก กรณีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ที่เมื่อมีกระแสข่าวเกี่ยวกับ “ขบวนการล้มบัตรทอง” และมีการรุกคืบเข้าแทรกแซงอำนาจบริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ใบตองแห้ง” ก็ได้ออกมาแสดงทัศนะและท่าทีที่ชัดเจนในการปกป้องระบบหลักประกันสุขภาพจากกลุ่มผลประโยชน์และฝ่ายการเมือง เช่นในบทความเรื่อง “เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” ที่ “ใบตองแห้ง” ได้กล่าวไว้ ดังนี้

* การนำเสนอข้อวิพากษ์หรือข้อกล่าวหาต่อกลุ่มหรือบุคคลใด ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งแหลมคมรุนแรงนั้น อาจนำไปสู่การผลิตซ้ำ “วาทกรรม” ที่มาพร้อมกับข้อวิพากษ์หรือข้อกล่าวหา นั่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคหลังรัฐประหาร ๒๕๔๙ ที่สังคมไทยเกิดการแบ่งฝักแบ่งฝ่าย ขัดแย้งแบ่งขั้วอย่างชัดเจน และมีการสร้างวาทกรรมขึ้นมาเพื่อโจมตีฝ่ายตรงข้าม ผ่านการประดิษฐ์ถ้อยคำต่างๆ เช่น “ลัทธิคนดี” “ควายแดง” “แมลงสาบ” ฯลฯ คำว่า “ลัทธิประเวศ” หรือ “เครือข่ายหมอประเวศ” ก็ได้ถูกประดิษฐ์ขึ้นในบริบทดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังนั้น การนำเสนอข้อวิพากษ์ว่าด้วยขบวนการแพทย์ชนบทและ “ลัทธิประเวศ” ในส่วนนี้ จึงเป็นการนำเสนอข้อวิพากษ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจที่มาที่ไปของข้อวิพากษ์เหล่านั้น ผ่านปฏิสัมพันธ์ของบริบทแวดล้อมต่างๆ มากกว่าจะเป็นการยืนยันข้อวิพากษ์ดังกล่าว เพื่อมิให้เป็นการผลิตซ้ำวาทกรรมที่มากับข้อวิพากษ์อีกคราวหนึ่ง

ระบบหลักประกันสุขภาพ... เป็นนโยบายที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดของพรรคไทยรักไทย... ไม่น่าเชื่อว่าเมื่อรัฐบาลพรรคเพื่อไทยเข้ามา จะใจกว้างขนาดเขียนด้วยมือ ลบด้วยเท้า... ความใจกว้างไม่รู้จักแยกมิตรแยกศัตรู ตลอดจนมองเห็นแต่ผลประโยชน์เฉพาะหน้า สามารถทำให้นโยบาย 30 บาทเป็นอัมพาตไปได้...

...นโยบายนี้เป็นไอเดียที่กลุ่มสามพรานช่วยกันคิดขึ้นมา แล้วหอมสรวงกับหมอวิชัย โชควิวัฒน์ ซึ่งเป็นคนเดือนตุลา ก็เอานโยบายนี้ไปเสนอทักษิณ ผ่านทางหมอมิ่ง พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และกลุ่มคนเดือนตุลาที่อยู่รอบๆ ทักษิณ และเมื่อพรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล ก็มีหมอเลียบเป็นรมช.สาธารณสุข ผลักดันให้นโยบายสัมฤทธิ์ผล โดยมีหมอมงคล ณ สงขลา ปลัดกระทรวงฯ หมอกลุ่มสามพราน และชมรมแพทย์ชนบท เป็นหัวเรี่ยวหัวแรง...

...ชะรอยพวกเพื่อไทยคงเคยอ่านที่ผมเขียนว่า “เครือข่ายหมอประเวศล้มรัฐบาลได้” พอเข้ามาก็เลยกะจะล้างบางพวกหมอวิชัย และทายาทหอมสรวงใน สปสช. เป็นอันดับแรก แต่มันผิดฝาผิดตัวครับ... ถ้าล้างบางลัทธิหมอประเวศ ก็ควรทดแทนด้วย NGO ฝ่ายประชาธิปไตย ไม่ใช่ทดแทนด้วยกลุ่มผลประโยชน์ เพราะอย่างน้อย พวกหมอวิชัย หอมสรวง หมอสุวิทย์ แพทย์ชนบท ก็ไม่เคยมีปัญหาเรื่องทุจริตประพฤติดมิชอบ แม้จะเคยหนุนรัฐบาลประชาธิปัตย์...

...พรรคเพื่อไทยอย่าเอาการเมืองเรื่องสีเสื้อมาเช็กบิลพวกหมอวิชัย แล้วเปิดกันให้อีกฝ่ายเข้าข้างหลัง ระวังจะแสบ...^{๒๑๗}

นอกจากนั้น ในถ้อยคำของ “ใบตองแห้ง” เอง ก็ยังสะท้อนถึงการเห็นด้วยกับเป้าหมายและการยอมรับในผลงานต่างๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้เคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดขึ้น เพียงแต่อาจเห็นแย้งไปในเรื่องการวางท่าทีทางการเมืองหรือการเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท ดังที่ “ใบตองแห้ง” แสดงทัศนะไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

....มันก็มีสิ่งที่ผมช่วยดีเฟนด์ [defend] ด้วย อย่างเช่นการดีเฟนด์ [defend] เรื่องนโยบาย 30 บาท ช่วยรณรงค์ ช่วยสู้กับพวกที่ต่อต้าน....อันนี้ผมก็มีด้านที่รู้สึกว่าเป็นมันต้องสนับสนุน แต่ที่นี้ถ้ามองมุมกลับ ส่วนที่ผมไม่เห็นด้วยกับแพทย์ชนบทหรืออาจจะเรียกว่าไม่เห็นด้วยกับชมรมแพทย์ชนบท เรียกว่าไม่เห็นด้วยกับส่วนของคุณหมอประเวศทั้งหมด ที่ผมเรียกว่าเครือข่ายคุณหมอประเวศก็คือว่า ช่วงที่มันเกิดการรัฐประหาร แล้วก็หลังจากการเกิดรัฐประหารแล้ว คุณหมอประเวศกับกลุ่มแพทย์ชนบทอาจุโสก็ค่อนข้างจะมีบทบาทที่สนับสนุนทั้งฝ่ายรัฐประหารแล้วก็ฝ่ายรัฐบาลอภิสิทธิ์^{๒๑๘}

แม้ว่าข้อวิพากษ์วิจารณ์ของ “ใบตองแห้ง” ที่มีต่อขบวนการแพทย์ชนบท (ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายลัทธิประเวศ) ส่วนใหญ่จะเป็นความเห็นแย้งในเรื่องการวางท่าทีทางการเมืองหรือการเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจ

^{๒๑๗} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้งออนไลน์: เพื่อไทยจะถูกลง 30 บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831>
[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๒๑๘} สัมภาษณ์ อธิกิตติ แสงวงสุข, ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

ทางการเมืองที่มาจากรัฐประหาร แต่การหยิบยกข้อวิพากษ์วิจารณ์ดังกล่าวขึ้นมาพิจารณาไตร่ตรองก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อขบวนการแพทย์ชนบท ในแง่ที่เป็นการรับฟังเสียงสะท้อนจากภายนอก

ทั้งนี้ “ใบตองแห้ง” ได้อธิบายความเป็นมาของลัทธิประเวศหรือเครือข่ายลัทธิประเวศว่า เริ่มจากการที่ภาคประชาสังคมมีอำนาจต่อรองมากขึ้นหลังเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๕^{๒๑๙} ซึ่งความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับงานศึกษาของดันแคน แมคคาร์โก (Duncan McCargo) ที่ศึกษาเรื่อง Network Monarchy and legitimacy in Thailand และเสนอว่า ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในกลุ่มเครือข่ายนักเคลื่อนไหวที่มีแนวคิดเสรีนิยม ที่ทำการเคลื่อนไหวปฏิรูปสังคมไทยในหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็น การปฏิรูปการศึกษา การสาธารณสุข การวิจัยทางวิชาการ หรือการควบคุมยาสูบ ถือเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับทั้งจากทางการ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มนักเคลื่อนไหวทางสังคม โดยใช้ทั้งความสัมพันธ์ส่วนตัวและความสัมพันธ์ทางการเมืองเป็นเครื่องมือในการสร้างเครือข่าย^{๒๒๐} เพื่อขับเคลื่อนแนวคิดการปฏิรูปด้านต่างๆ

หากพิจารณาย้อนกลับไป จะพบว่า ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี มีแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทมาก่อนแล้ว ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ครั้งที่เป็นการประชุมแพทยสภา และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งเป็นเวทีพัฒนาความคิดทางสาธารณสุขอันเกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ซึ่ง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ ได้สรุปสิ่งที่ควรแก้ไขออกมา ๖ ข้อ หนึ่งในนั้นคือ การขยายบทบาทของประชาชน^{๒๒๑} ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ แสวงหาแนวร่วมและสร้างเครือข่ายนอกวงการแพทย์

อย่างไรก็ตาม “ใบตองแห้ง” มองว่าการเกิดขึ้นของกลุ่มสามพรานในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งเป็นการประชุมของคนในเครือข่ายแพทย์ชนบท เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์สุภกร บัวสาย, นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นต้น^{๒๒๒} เป็นการก่อตัวในเบื้องต้นของเครือข่ายหมอประเวศ โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศเองได้นิยามกลุ่มสามพรานว่า เป็นที่เพาะชำความใฝ่ฝันและจินตนาการของกลุ่มคนที่ต้องการปฏิรูประบบสุขภาพกลุ่มหนึ่ง^{๒๒๓}

^{๒๑๙} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถดถอย...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๒๒๐} Duncan McCargo, "Network Monarchy and Legitimacy in Thailand," *The Pacific Review*, 18, 4 (2005): 511

^{๒๒๑} ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต* (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๔), หน้า ๒๓๑.

^{๒๒๒} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถดถอย...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๒๒๓} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

นอกจากเวทีแลกเปลี่ยนทางความคิดและวิชาการอย่างกลุ่มสามพรานแล้ว บรรดาองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่เติบโตขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน (พ.ศ. ๒๕๒๐) คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน หรือ คปอส. (พ.ศ. ๒๕๒๖) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (พ.ศ. ๒๕๒๗) ก็ถือเป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่สำคัญในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ ตามทฤษฎีดังกล่าว การสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ ๓ ประการ คือ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคนโยบาย^{๒๒๔} เมื่อมีการจัดตั้งองค์กรอิสระด้านสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้นเพื่อเป็นกลไกรองรับกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ องค์กรเหล่านี้ก็นำแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนงานของแต่ละองค์กร

หากปรากฏการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็คงปฏิเสธไม่ได้ว่า “กลุ่มคนที่ต้องการปฏิรูประบบสุขภาพ” (ตามคำของศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ) ได้สร้างประวัติศาสตร์หน้าใหม่ให้กับประวัติศาสตร์สุขภาพไทยหลายเรื่อง เช่น การผลักดันให้มีการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบได้สำเร็จถึง ๒ ฉบับ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ในช่วงรัฐบาล รสช.^{๒๒๕} ผลักดันการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๓๕ ในสมัยรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน และผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่นำมาสู่การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมไปถึงการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing: CL) ในรัฐบาลสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นต้น ซึ่งด้านหนึ่งนำมาสู่การตั้งข้อสังเกตว่าคนในขบวนการแพทย์ชนบท รวมทั้ง “เครือข่ายลัทธิประเวศ” มักจะเลือกผลักดันประเด็นของกลุ่มตนให้บรรลุผลสำเร็จในช่วงเวลาพิเศษหรือเป็นช่วงที่มีความอ่อนแอทางการเมือง เช่น การผลักดันผ่านรัฐบาลของคณะรัฐประหารฯ หรือรัฐบาลที่ไม่ได้มาตามวิถีทางในระบอบประชาธิปไตย ซึ่ง “ใบตองแห้ง” ได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

เราเข้าใจว่าตอนที่ไปเข้าร่วมในรัฐบาลสุรยุทธ์ แล้วก็ทำซีแอลยา มันเป็นข้อดี คือ ผมมองว่าคุณหมอประเวศและก๊อปปี้ชนบทที่เป็นกลุ่มลูกศิษย์แก็ง...เดินนโยบายแบบ...ใช้ความอ่อนแอทางการเมืองของแต่ละช่วงเข้าไปต่อรองทางการเมือง ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่ช่วงรัฐประหาร ๒๕๓๔... พอมาถึงรัฐประหารครั้งนี้ก็มีการทำซีแอล^{๒๒๖}

วิธีการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่เน้นการบรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาในระบบสุขภาพมากกว่าจุดยืนตายตัวเรื่องอุดมการณ์ทางการเมืองนี้ สะท้อนผ่านคำพูดของคนในขบวนการแพทย์ชนบทเอง

^{๒๒๔} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

^{๒๒๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๕๔.

^{๒๒๖} สัมภาษณ์ อธิกิตติ แสงสุข (ใบตองแห้ง), ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

คือ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ซึ่งกล่าวถึงความสำเร็จจากกรณีการทำซีแอลยา โดยเชื่อมโยงกับอำนาจทางการเมือง ไว้ดังนี้

ผมคิดว่าถ้าเป็นสมัยประชาธิปไตยจำ กฎหมายอย่างนี้ไม่มีทางได้ออก เหมือนกับกฎหมายเหล้า เพราะเมื่อกฎหมายดีเข้าสู่รัฐสภาก็จะถูกล็อบบี้จากบริษัทต่างชาติ ไม่ให้คลอด หรือถ้าออกก็จะอ่อนจนควบคุมอะไรไม่ได้ ผมเคยพูดกับฝรั่งว่า ประชาธิปไตยไทยไม่เหมือนบ้านคุณนะ กฎหมายดีๆ มักออกในสมัยเผด็จการ บ้านเราเป็นประชาธิปไตยแบบเลือกตั้ง ไม่ใช่ประชาธิปไตยแบบอุดมคติ^{๒๒๗}

ความคิดเห็นของนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ที่กล่าวถึงกระบวนการผลักดันการทำซีแอลยา ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงเบื้องหลังวิถีคิดและลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่เน้นความสำคัญของ “อำนาจ” ในเชิงตัวบุคคล มากกว่า “อำนาจ” ในเชิงระบบ

ผมคิดว่าคุณหมอมองคลมมาพร้อมกับการรัฐประหารเป็นเรื่องที่ดี เพราะว่าเป็นเรื่องที่ต้องเนื่องมาจากสมัยรัฐบาลเดิมที่รัฐมนตรีพินิจ (พินิจ จารุสมบัติ) เอาทีมงานแพทย์ชนบทมาใช้งานในระบบระยะหนึ่งแล้ว มันก็เลยต่อเนื่องได้ ซึ่งหมอมองคลก็จะกล้าทำในบางเรื่องที่ภาคทุนนิยมไม่กล้าทำอย่างเรื่องซีแอล หรือเรื่องสุรา ก็จะกล้าทำ^{๒๒๘}

จากวิถีคิดและลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าว จึงทำให้ดูเหมือนว่ากลุ่มคนเหล่านี้ ไม่สนใจที่จะยึดติดกับจุดยืนทางการเมือง จึงสามารถเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจของภาคการเมืองได้ โดยไม่ได้ยึดติดว่าอำนาจดังกล่าวมาจากวิถีทางที่ถูกต้องตามครรลองของระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อขบวนการแพทย์ชนบทดังนี้

พวกเขาไม่เชื่อหลักนิติรัฐอยู่แล้ว (ชนชั้นใดร่างกฎหมาย ก็แนใจไว้เพื่อชั้นนั้น - ยังคิดกันแบบนี้อยู่) พวกเขาจึงไม่เห็นความสำคัญของรัฐธรรมนูญ ชุมือรับทั้งที่บอกว่าขัดหลักการประชาธิปไตย พวกเขาเชื่อในอำนาจ ใครมีอำนาจก็ทำเพื่อฝ่ายตัวเอง ไม่เห็นแปลกตรงไหน และแทนที่จะทำให้อำนาจนั้นเป็นของประชาชนอย่างแท้จริงตามหลักการประชาธิปไตย พวกเขากลับเชื่อว่าเป็นไปไม่ได้^{๒๒๙}

หมอประเวศยึดหลักว่าต่อรองกับรัฐบาลไหนได้ก็เข้าข้างนั้น ไม่สนใจว่าจะเป็นประชาธิปไตย เผด็จการ หรือแมลงสาบ ขอเพียงเป็นตัวบุคคลที่เราสามารถพูดคุยได้ ถ้าคุณเป็นล็อบบิเอสต์ของกลุ่มทุน

^{๒๒๗} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล อ้างถึงใน “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ดล..ถ..ถ..... อู่ย,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583>

^{๒๒๘} กรณีการ กิจดิเวชกุล และ อวยพร แต่ชุตระกุล, อีกก้าวที่กล้า....ของหมอซีมาแล้ว นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐), หน้า ๑๖๕.

^{๒๒๙} ใบตองแห้ง, “ตอบ ‘ใจ อึ้งภากรณ์’ ว่าด้วยสังคมนิยมและซ้ายเสื้อเหลือง,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://turnleftthai.blogspot.com/2010/10/blog-post.html>. [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

มันก็ไม่แปลกหรอก แต่ถ้าคุณเป็นผู้นำภาคประชาสังคม ซึ่งพูดทุกวันว่าต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็ง การสนับสนุนเผด็จการหรืออำมาตยาธิปไตย มันสวนทางกันสิ้นเชิงกับสิ่งที่พูด^{๒๓๐}

นอกจากนั้น วิธีคิดและลักษณะการทำงานดังกล่าว ยังนำมาสู่การตั้งคำถามถึงความคุ้มค่าในการ ยอมรับรัฐบาลรัฐประหาร เพียงเพราะต้องการผลักดันงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ และจะเป็นการดีกว่าหรือไม่ หากขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันเรื่องต่างๆ ได้ในสมัยรัฐบาลเลือกตั้ง เพราะ จะเป็นการส่งเสริมการเติบโตของประชาธิปไตยให้มั่นคงมากกว่า^{๒๓๑}

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในอีกมุมหนึ่งจะพบข้อควรตระหนักว่า การขับเคลื่อนในบางประเด็นเช่น การทำซีแอลยานั้น ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำโดยไม่ควรต้องรอให้การเมืองเป็นไปตามหลักการทางอุดมคติ เพราะประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับชีวิตและโอกาสที่จะได้รับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งข้อเท็จจริงก็ปรากฏอยู่ว่ามี ผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ เพราะยามีราคาแพง ดังนั้น หากต้องรอเวลาที่ “เหมาะสม” (ซึ่งก็คือ ช่วงที่รัฐบาลมาจากครรลองแห่งประชาธิปไตยเท่านั้น) ย่อมหมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงยาดังนั้นจะต้อง ห่างไกลออกไป และสำหรับโรคบางโรค การที่ไม่มียารักษานั้นอาจหมายถึง การจบชีวิตเลยทีเดียว^{๒๓๒}

ทั้งนี้ ยังไม่ต้องกล่าวถึงข้อเท็จจริงที่ทราบกันดีอยู่ว่า รัฐบาลจากการเลือกตั้งมักมีปัญหาเรื่องจุดยืน และความกล้าหาญในการที่จะทำอะไรขัดแย้งกับนายทุนหรือขัดผลประโยชน์ของบริษัทข้ามชาติอยู่เสมอ ดังนั้น การจะผลักดันเรื่องการประกาศซีแอลยา ซึ่งเป็นการขัดผลประโยชน์ของกลุ่มทุนใหญ่อย่างบริษัทยา โดยตรง ผ่านทางนักการเมืองและรัฐบาลที่มาจากเลือกตั้งนั้น ย่อมเป็นไปได้ยาก ดังปรากฏตัวอย่างชัดเจน จากกรณีของนายไชยา สะสมทรัพย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สมัยรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช ที่ ภายหลังเข้ารับตำแหน่งเพียงไม่กี่วัน ก็ได้ประกาศบทวนการทำซีแอลยา ซึ่งเป็นผลงานที่รัฐบาลชุดก่อนได้ ริเริ่มไว้ โดยอ้างว่าการทำซีแอลยา มีทั้งข้อดีและข้อเสีย แม้จะประหยังบประมาณ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อ กระทรวงพาณิชย์ การประกาศบทวนการทำซีแอลยาของนายไชยา สะสมทรัพย์ รวมไปถึงการโยกย้าย ข้าราชการที่เป็นหัวหอกในการทำซีแอลยา ทำให้ถูกกล่าวหาว่าโยกย้ายข้าราชการไม่เป็นธรรม ทั้งสองกรณี นำมาสู่การล่ารายชื่อประชาชน ๒ หมื่นรายชื่อ เพื่อยื่นสภาผู้แทนราษฎร ให้ถอดถอนออกจากตำแหน่ง รัฐมนตรี^{๒๓๓}

เมื่อนายไชยามีโอกาสร่วมประชุมกับกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มาคัดค้านยังกระทรวงสาธารณสุข กลับ แสดงท่าทีไม่รับรู้หรือไม่เข้าใจในความรู้สึกและสถานการณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจาก นโยบายของตน ด้วยการกล่าวในทำนองว่าถ้าการยกเลิกซีแอลยาทำให้ไม่มียากิน หากเป็นตนเองก็จะให้ไปกิน

^{๒๓๐} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ชัดถ.ถ...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๒๓๑} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ชัดถ.ถ...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๒๓๒} ภายหลังการทำซีแอลยา มีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากได้รับยาต้านไวรัสและสามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขต่อไปได้ เฉพาะผู้ที่ได้รับยาสูตร ๒ กรณีเช็ดดื้อยา มีผู้ได้รับยาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกว่าหมื่นคน จากเดิมที่มีผู้ป่วยได้รับยาเพียง ๖๙ คน

^{๒๓๓} “ไชยา สะสมทรัพย์” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/ไชยา_สะสมทรัพย์ [๑ เมษายน ๒๕๕๖]

ดอกไม้งั้นหน^{๒๓๔} ในตอนนั้นยังมีกระแสข่าวว่ามีการวิ่งเต้นของบริษัทยาจนเป็นผลให้มีการทบทวนการทำซีแอลยาดังกล่าว ทำให้นายไชยาพยายามสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ที่ตั้งคำถามถึงความสุจริตของตนเอง ด้วยการแสดงถึงฐานะที่มั่งคั่งของตนเองด้วยการกล่าวว่า “ไม่ต้องกลัว บริษัทยาไม่รวยเท่าชนหน้าแข้งผมหรอก พวกคุณเห็นบ้านผมหรือยัง” นับเป็นการพยายามสร้างความเชื่อมั่นที่เดินตามแนวทาง “รวยแล้วไม่โกง” แบบเดียวกับทักษิณ ชินวัตร อันน่าจะมาซึ่งคำถามและข้อสงสัยของผู้ตั้งคำถามมากกว่าข้อยุติ กรณีดังกล่าวตอกย้ำวิธีคิดของขบวนการแพทย์ชนบทที่ว่า การขับเคลื่อนบางประเด็น โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือความเป็นความตายของผู้คนแล้ว มีอาจทำให้สำเร็จได้โดยอาศัยรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งเสมอไป เพราะนอกจากจะใช้เวลาทำความเข้าใจและตัดสินใจเรื่องหนึ่งๆ เป็นเวลานานแล้ว รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งก็ยังมีได้มีท่าทีชัดเจนในการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ต้องขัดต่อผลประโยชน์ของกลุ่มทุนหรือบริษัทข้ามชาติ ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของนักการเมือง จึงทำให้เข้าใจได้ถึงการยอมประนีประนอมร่วมมือกับรัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้งตามแนวทางประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทที่ต้องการผลักดันนโยบายที่แก้ปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ได้

แม้จะถูกตั้งคำถามเกี่ยวกับการเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจทางการเมืองในช่วงที่ “ไม่เป็นประชาธิปไตย” แต่ลักษณะสำคัญประการหนึ่งที่มีอาจปฏิเสธได้ในกระบวนการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายก็คือ การทำงานสะสมทุนมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนมีพลังมากพอที่จะทำให้เรื่องนั้นๆ ประสบผลสำเร็จเป็นรูปธรรมได้ ดังเช่น กรณีการทำซีแอลยา ซึ่งสร้างคุณูปการแก่สังคมอย่างมาก ความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้ส่วนหนึ่งมาจาก “ความสุกงอม” ของประเด็นที่ผ่านการบ่มเพาะทางความคิดมายาวนาน ผสมรวมกับการประสานพลังผลักดันจากฝ่ายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ภาคการเมือง ภาควิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน ประเด็นนั้นๆ จึงสำเร็จได้ นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ติดตามกระบวนการทำซีแอลยา มาตั้งแต่ต้น ได้แสดงความเห็นต่อกรณีดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

กรณีหมอมงคลก็เป็นคนในชมรมแพทย์ชนบท และเคยมีประสบการณ์บทเรียนเรื่องการรวมกันซื้อยาตรงกลาง และซื้อได้ราคาถูก แก่ก็เห็นประเด็นนี้ ประกอบกับเห็นประเด็นปัญหาความทุกข์ของคนป่วยที่ยาแพงจนซื้อไม่ได้ เห็นความตายของผู้ป่วยไม่ได้ยา ด้วยสำนึกแบบนี้ แก่ก็กล้าตัดสินใจ แต่สมมติว่าถ้ารัฐมนตรีไม่ใช่หมอมงคล เราก็คงประกาศ CL ไม่ได้ ถึงแม้จะเป็นรัฐมนตรีของ คมช. ก็ดี เพราะว่าเรื่องนี้ชกกันมาตั้งแต่สมัยหมอมสมทรง [น.พ. สมทรง รัชส์เผ่า] เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรค ก็เห็นประเด็นปัญหาแต่ไม่กล้าชก ภาคประชาชนชุมนุมเรียกร้องให้ทำตั้งแต่สมัย กร ทักษะรังสี เป็นรัฐมนตรี ก็ไม่ทำ ทั้งที่ข้อมูลก็ชุดเดียวกัน

^{๒๓๔} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “ไชยา พุดพลอย ไล่ผู้ป่วยเอดส์กินดอกไม้งั้นแทนยา” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000016408> [๑ เมษายน ๒๕๕๖].

...กรณีที่ว่าแพทย์ชนบทมักจะผลักดันอะไรออกมาในช่วงที่จังหวะทางการเมืองไม่ค่อยปกติ ไม่ว่าจะเคลื่อนไหวอะไรก็แล้วแต่ ผมว่ามันไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าต้องเป็นรัฐบาลปฏิวัติหรือรัฐบาลเลือกตั้ง แต่มันขึ้นอยู่กับว่าการสูกอมของประเด็น และเรื่องจังหวะเวลาในการขับเคลื่อน^{๒๓๕}

ประชาธิปไตยพลิกกลับ

อย่างไรก็ตาม เราอาจทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่กลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทหรือ “เครือข่ายหมอประเวศ” เข้าไปสัมพันธ์ใกล้ชิดกับฝ่ายที่อยู่ข้างตรงข้ามกับทักษิณ ชินวัตร และพวกพ้องในช่วงหลัง พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ โดยอาศัยคำอธิบายปรากฏการณ์ทางการเมืองในช่วง ๕-๖ ปีที่ผ่านมาของเกษียร เตชะพีระ ที่นำเอากรอบการอธิบายของ โจชัว เคอร์แลนซ์ซิก (Joshua Kurlantzick)^{๒๓๖} ซึ่งเป็นกรอบการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการเมืองในหลายประเทศ ที่การเมืองแบบเลือกตั้งต้องเผชิญหน้ากับการรัฐประหาร โดยความร่วมมือของชนชั้นนำและชนชั้นกลาง เคอร์แลนซ์ซิก ได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์ทางการเมืองไทยนับตั้งแต่การเคลื่อนไหวของพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยจนมาถึงปรากฏการณ์ “เสื้อแดง” ด้วยเช่นกัน เคอร์แลนซ์ซิก เรียกปรากฏการณ์ที่เขาศึกษาว่า “ประชาธิปไตยอันตราย” (Democracy in Danger) หรือที่นักรัฐศาสตร์เรียกว่า “ประชาธิปไตยพลิกกลับ” (Reversal of Democracy)^{๒๓๗}

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับประชาธิปไตยในหลายประเทศทั่วโลกในระยะหลัง นับตั้งแต่ประเทศในทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ มาจนถึงเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สวนทางกับคำอธิบายการเกิดขึ้นของระบอบประชาธิปไตยในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่ขยายตัวนับตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษที่ ๑๙๗๐ (ราว ปีพ.ศ. ๒๕๑๓) เป็นต้นมา ซามูเอล พอล ฮันติงตัน (Samuel Paul Huntington) อธิบายปรากฏการณ์การเกิดขึ้นของระบอบประชาธิปไตยทั่วโลกเมื่อราว ๔๐ ปีก่อน ซึ่งเขาเรียกว่า “คลื่นประชาธิปไตยระลอกที่สาม” (The Third Wave: Democratization in the Late Twentieth Century)* โดยเสนอว่า องค์ประกอบของการเกิดประชาธิปไตยคือ การเติบโตทางเศรษฐกิจที่นำไปสู่การมีอำนาจมากขึ้นของชนชั้นกลางและก่อให้เกิดระบอบประชาธิปไตย^{๒๓๘} หรือหมายความว่าชนชั้นกลางคือตัวละครสำคัญในการสร้างระบอบประชาธิปไตย แต่ชนชั้นกลางในงานศึกษาของเคอร์แลนซ์ซิกคือ กลุ่มคนที่ร่วมมือหรือสนับสนุนการทำการรัฐประหารโค่นล้มรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง

ในกรณีของประเทศไทย เกษียร เตชะพีระ ได้นำคำอธิบายเรื่อง ภาวะประชาธิปไตยอันตรายของ โจชัว เคอร์แลนซ์ซิก มาอธิบายว่า ปรากฏการณ์ความขัดแย้งในการเมืองไทย มีพัฒนาการมาจากความไม่มั่นใจอันเกิดจากกระแสโลกาภิวัตน์ (ตัวอย่างของประเทศไทยคือ กรณีวิกฤตต้มยำกุ้ง เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๐) ทำ

^{๒๓๕} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๒๓๖} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน Joshua Kurlantzick, *Democracy in Retreat: The revolt of the Middle Class and the Worldwide Decline of Represent Governmen* (New Haven : Yale University Press, 2013).

^{๒๓๗} เกษียร เตชะพีระ, *สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด* (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๔-๒๕๖.

* ดูรายละเอียดได้ใน Samuel P. Huntington, *The third wave: democratization in the late twentieth century* (London : University of Oklahoma Press, 1991).

^{๒๓๘} เกษียร เตชะพีระ, *สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด*, หน้า ๒๕๘

ให้ชนชั้นกลางหันกลับไปเป็นพวกอนุรักษ์นิยม ส่วนผู้นำที่มาจากการเลือกตั้งกลับกลายเป็นพวกอำนาจนิยม เนื่องมาจากนโยบายเปิดเสรีตามนโยบายโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจและนโยบายประชานิยม ที่กดดันให้ฝ่ายบริหารมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจมากขึ้น

ประการต่อมา สถาบันที่ตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจฝ่ายบริหารอ่อนแอ ทำให้การคอร์รัปชันเพิ่มมากขึ้น ชนชั้นกลางจึงขัดแย้งกับผู้นำอำนาจนิยมที่มาจากการเลือกตั้งและบรรดาแนวร่วมที่เป็นชนชั้นล่างของผู้นำ ทำให้เกิดความแตกแยกระหว่างชนชั้นกลางกับชนชั้นล่าง เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น ชนชั้นกลางก็จะแสวงหาหนทางในการโค่นล้มอำนาจของผู้นำดังกล่าว ด้วยการสนับสนุนวิธีการอันไม่เป็นประชาธิปไตย นำไปสู่ประชาธิปไตยพลิกกลับ (หรือประชาธิปไตยที่ชนชั้นนำครอบงำเพื่อให้ตัวเองได้กุมอำนาจส่วนใหญ่ไว้ได้ต่อไป)^{๒๓๙} สำหรับเคอร์แลนทซ์คิกเอง ในอีกด้านหนึ่ง ปรากฏการณ์ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ผู้นำที่มาจากการเลือกตั้ง ไม่ได้ตั้งใจที่จะสร้างประชาธิปไตยด้วยการสร้างองค์ประกอบหรือกลไกอื่นที่เกื้อหนุนต่อประชาธิปไตย เช่น กลไกการตรวจสอบถ่วงดุลอำนาจ เป็นต้น สำหรับผู้นำประชาธิปไตยที่ได้คะแนนเสียงมากล้นจากนโยบายประชานิยมเหล่านั้น ประชาธิปไตยคือการได้คะแนนเสียงข้างมากจากการเลือกตั้งเท่านั้น^{๒๔๐}

สมมติฐานเรื่องการแย่งชิงอำนาจระหว่างกลุ่มคนที่มีความต่างทางเศรษฐกิจในสังคมไทย ได้รับการยืนยันจากงานวิชาการหลายชิ้นที่ทำการสำรวจเรื่องความขัดแย้งทางการเมืองหลัง ๒๕๔๙ เช่น สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ ที่ได้เสนอว่า ความขัดแย้งทางการเมืองที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างคนสองกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน แม้ว่าประเด็นหลักของความขัดแย้งไม่ได้เป็นประเด็นด้านเศรษฐกิจโดยตรง แต่ก็ยังเป็นประเด็นทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ โดยความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจนั้นปรากฏให้เห็นอยู่ในหลายประเด็น เช่น เรื่องรายได้ การถือครองทรัพย์สิน ที่ดิน การศึกษา การบริการสาธารณสุข จนนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีตำแหน่งแห่งที่ในสังคม^{๒๔๑}

ปรากฏการณ์ทางการเมืองสมัยใหม่ที่ประชาธิปไตยมีลักษณะ “พลิกกลับ” ดังกล่าวนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นกับรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในประเทศไทยเพียงประเทศเดียวเท่านั้น แต่ยังเกิดกับรัฐบาลของประธานาธิบดีเอสตราดา (Joseph Estrada) ของฟิลิปปินส์ (ปี พ.ศ. ๒๕๔๔) รัฐบาลการาเซ (Laisenia Qarase) แห่งฟีจี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๙) รัฐบาลเบกุม คาลิดา เซีย (Begum Khaleda Zia) แห่งบังกลาเทศ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๐) รัฐบาลของประธานาธิบดีราวัลโลมานานา (Marc Ravalomanana) แห่งมาดากัสการ์ และรัฐบาลของประธานาธิบดีเซลายา (Manuel Zelaya) ของฮอนดูรัส (ปี พ.ศ. ๒๕๕๒) เป็นต้น^{๒๔๒}

^{๒๓๙} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บুকส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๘, ๒๖๐.

^{๒๔๐} ดูการให้สัมภาษณ์ของ Joshua Kurlantzick ใน Carol J. Williams, “Interview : Why the world is losing faith in democracy” [Online] (March 30, 2013) Available From <http://www.latimes.com/news/world/worldnow/la-fg-wn-book-democracy-in-retreat-20130326,0,859970.story> (16 May 2013)

^{๒๔๑} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๓), หน้า ๑๘-๒๔.

^{๒๔๒} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บุกส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๖.

ท่าทีทางการเมืองและบทบาทการเคลื่อนไหวปฏิรูปสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายหมอประชาชนในระยะหลังจึงสัมพันธ์กับบริบทของ “ประชาธิปไตยพลิกกลับ” ที่การเมืองกลายเป็นความขัดแย้งแบ่งขั้วของอำนาจเก่าที่อ้าง “ความดี” และ “ความถูกต้องชอบธรรม” แต่ละเลยต่อความเป็น “ประชาธิปไตย” และอำนาจใหม่ที่อาศัยรูปแบบประชาธิปไตยเป็นรากฐานความชอบธรรมโดยละเลยความถูกต้องชอบธรรมในด้านอื่นๆ การเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายการปฏิรูปต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือให้สัมฤทธิ์ผลเป็นหลักโดยไม่ละเอียดย้อนต่อที่มาของอำนาจจึงมีความเสี่ยงต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากมุมมองของหลักการทางการเมืองที่แตกต่างกัน ซึ่งประเด็นนี้จะได้ขยายความในบทวิเคราะห์ในตอนท้ายต่อไป

เสียงสะท้อนและข้อวิพากษ์: ว่าด้วยการผูกขาดความดี การเอื้อพวกพ้อง และการเลือกข้าง

ในส่วนนี้เป็นความพยายามจะประมวลข้อกล่าวหาและเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของฝ่ายต่างๆ ที่มีต่อขบวนการแพทย์ชนบทมาแสดงไว้ ซึ่งข้อกล่าวหาและการวิพากษ์วิจารณ์เหล่านี้เป็นการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่พยายามจะสื่อสารความรู้สึกหรือความต้องการภายในของพวกเขาออกมา แม้ว่าความรู้สึกนึกคิดนั้นจะไม่ชอบด้วยเหตุผลหรือไม่ตรงตามข้อเท็จจริง ฯลฯ ก็ตาม แต่การพยายามรับฟังข้อวิพากษ์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจสิ่งที่อยู่เบื้องหลังความรู้สึกเหล่านั้น ย่อมจะนำไปสู่การสร้างสรรค์หนทางของการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีพื้นที่เปิดกว้างสำหรับทุกฝ่ายและเปิดโอกาสให้กับความเป็นไปได้ใหม่ๆ ได้ตลอดเวลา

ข้อกล่าวหา: ว่าด้วยการผูกขาด “ความดี”

ประเด็นว่าด้วยการผูกขาดบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท เป็นประเด็นหนึ่งที่ปรากฏเสียงสะท้อนให้ได้ยินได้ฟังอย่างหนาหู ซึ่งหากพิจารณาอย่างลึกซึ้งก็จะพบว่า ข้อวิพากษ์ว่าด้วย “การผูกขาด” ของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ได้ คือ การผูกขาดบทบาทการทำงานภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง และการผูกขาดบทบาทด้านการปฏิรูประบบสุขภาพและการบริหารงานในองค์กรอิสระด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อวิพากษ์วิจารณ์ในบางกรณีจะมีลักษณะเหมารวมระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ทำงานปฏิรูประบบสุขภาพและกลุ่มแพทย์ที่ทำงานเคลื่อนไหวในชมรมแพทย์ชนบท

สำหรับข้อวิพากษ์ที่มีต่อการผูกขาดบทบาทภายในขบวนการแพทย์ชนบทนั้น ส่วนใหญ่มีจุดเน้นที่องค์กรเคลื่อนไหวคือ ชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงหลังๆ ที่มีการเคลื่อนไหวรายประเด็นต่างๆ มักปรากฏภาพแกนนำของชมรมฯ กลุ่มเดิมๆ เพียงไม่กี่คน ซึ่งแม้ว่าลักษณะดังกล่าวจะมีข้อดีในแง่ที่ทำให้การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทมีความคล่องตัวสูง และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี แต่อีกด้านหนึ่ง ก็นำมาสู่การตั้งคำถามเกี่ยวกับบทบาทดังกล่าว ซึ่งนายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้สะท้อนทัศนะของตนต่อชมรมแพทย์ชนบทไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

...แต่ว่าจุดหนึ่ง ชมรมแพทย์ชนบทก็อาจจะต้องมีตัวหลักหรือตัวเด่นมากขึ้นก็ได้ เพราะเท่าที่รู้จักมีหมอที่เป็นแกนนำของชมรมแพทย์ชนบทอยู่จำนวนหนึ่งเท่านั้นเอง อันนี้ผมก็คิดว่ามันเป็นไปได้ทั้ง

จุดอ่อนและจุดแข็ง จุดแข็งก็คือ มันเคลื่อนไหวได้เร็ว และตัดสินใจได้ง่าย เพราะเป็นทีมเล็ก ๆ แต่จุดอ่อน คือ มันต้องมีตัวตายตัวแทน มันต้องมีคนรุ่นใหม่ของชมรมแพทย์ชนบทที่เข้ามา ซึ่งเป็นคนที่กระตือรือร้นจะทำอะไร ๆ กันกับรุ่นพี่ ฉะนั้นต้องมีเวทีที่จะเทรนด์หมอรุ่นใหม่ขึ้นมา ให้ชมรมแพทย์ชนบทแข็งแรงด้วย^{๒๔๓}

ลักษณะเด่นสำคัญประการหนึ่งในการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท คือ การอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและความสัมพันธ์แบบเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานต่างๆ เนื่องจากประเด็นเคลื่อนไหวต่างๆ ส่วนใหญ่ล้วนเป็นความคิดเชิงก้าวหน้า จึงจำเป็นต้องอาศัยกลุ่มคนที่มีแนวคิดและวิธีการสอดคล้องกัน ดังนั้น การทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีลักษณะเป็นการสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของคนกลุ่มหนึ่งที่รู้จัก กันเคย และเข้าใจกันได้ นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี อดีตกรรมการมูลนิธิแพทย์ชนบท ได้กล่าวถึงกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทไว้ว่า

ชมรมแพทย์ชนบทไม่มีเอกภาพ ทุกคนอาจจะมีอุดมการณ์ร่วมกัน แต่ว่าการทำงานไม่เคยมีการวางแผนแบบมีเอกภาพเลย ไม่มีการนั่งสูมหัว วอร์รูม [War room] วางแผนกัน แต่เป็นการใช้คอนเนกชั่น [Connection] มากกว่า ไม่ใช่เป็นกระบวนการที่ออกแบบในเซชั่น [Organization] เป็นทางการว่าจะขับเคลื่อน แต่เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ขอความช่วยเหลือ เชื่อใจ^{๒๔๔}

การทำงานในลักษณะที่เน้นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและเครือข่าย เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าความต่อเนื่องทางปัญญา (Continuity of Wisdom) โดยนวนล้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ เห็นว่าการทำงานปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ต่อเนื่องยาวนานของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี กับกลุ่มเทคนิค (Technocrat) ในกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การผูกขาดบทบาทการปฏิรูป (intellectual monopoly) การผูกขาดบทบาทการปฏิรูประบบสุขภาพของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าว ทำให้เกิดกระแสต้านจากกลุ่มต่างๆ ดังเช่น กรณีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับ สปสช. ซึ่งได้มีผู้วิเคราะห์ไว้ว่า การต่อต้านคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายที่เข้าไปมีบทบาทใน สปสช. ไม่ใช่การต่อต้านการปฏิรูปที่กลุ่มได้ทำไว้ หากแต่เป็นการต่อต้านเพื่อแย่งชิงสถานะการนำทิศทางการปฏิรูป ไม่ให้ถูกผูกขาดโดยขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่าย^{๒๔๕}

นวนล้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี และกลุ่มเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท สามารถควบคุมบทบาทในการกำกับดูแลทิศทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนานว่าเป็นผลสืบเนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๒ ประการ คือ จากในอดีตที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นแหล่งผลประโยชน์ที่สำคัญมากนัก ของเหล่านักการเมืองที่เข้ามาดำรงตำแหน่งทางการบริหาร จึงทำให้ถูกแทรกแซงน้อยกว่ากระทรวงอื่น และศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้สร้าง

^{๒๔๓} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๒๔๔} สัมภาษณ์ นายแพทย์ พงศธร พอกเพิ่มดี, ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕.

^{๒๔๕} นวนล้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๒.

เครือข่ายภาคประชาสังคมไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งต่อมาเครือข่ายเหล่านี้จะกลายเป็นกลุ่มที่ออกมาเรียกร้อง ต่อรองเรื่องการปฏิรูปกับฝ่ายการเมืองอย่างมีพลัง^{๒๔๖}

อย่างไรก็ตาม กระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงการผูกขาดบทบาทนำในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้ถูก ขยายความให้กลายเป็นเรื่องของการผูกขาด “ความดี” จากการที่เลือกร่วมงานเฉพาะกลุ่มคนที่พวกตนเห็นว่า เป็น “คนดี” เท่านั้น โดยนัยนี้ จึงอาจเป็นการผูกขาดการนิยามความหมายของ “ความดี” และ “คนดี” ซึ่งอาจ เป็นการกีดกันผู้ที่มีความเห็นต่างให้ไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย ดังที่มีผู้วิจารณ์ไว้ว่า

หมอในกลุ่มสามพรานเคยอธิบายกับคนวงในว่า เขาเชื่อว่าวิธีการแบบนี้ได้ผล อย่างเช่นการคัดเลือก คนให้ได้รับทุนวิจัย ถ้าใช้การสอบ ปรากฏว่าเกินครึ่งออกไปทำงานให้เอกชน ถ้าใช้การแนะนำรับรอง กันมาว่านี่ “คนดี” ปรากฏว่าพลาดแค่ ๓๐% แต่นานเข้ามันก็เป็นปัญหา เพราะมันทำให้การทำงาน ย่ำเท้าอยู่กับที่ มีแต่คนคิดเหมือนกัน ไม่มีความคิดหลากหลาย โยกซ้ายโยกขวาก็มีแต่เครือข่ายลัทธิ ประเวศ...ลัทธิลูกหม้อ นานไปก็มีความเชื่อว่า มีแต่พวกตนเท่านั้นเป็นคนดี...^{๒๔๗}

ข้อกล่าวหา: ว่าด้วยการเอื้อพวกพ้อง

ความพยายามทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ด้วยการนำคนที่คุ้นเคย เชื่อใจได้ หรือมีทุนทางสังคมร่วมกันมาก่อนเข้ามาทำงานทดแทนกันจากรุ่นสู่รุ่น นำมาสู่ การถูกวิพากษ์วิจารณ์จากคนกลุ่มอื่นว่าเป็นการทำงานที่เอื้อต่อพวกพ้องของตนเอง ข้อวิพากษ์วิจารณ์ดังกล่าว ปรากฏตัวอย่างชัดเจนจาก กรณีการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ซึ่งมีข้อตรวจพบตอนหนึ่งระบุว่า กระบวนการ พิจารณาให้เงินอุดหนุนแก่ภาคีนั้น ภาคีที่ได้รับเงินอุดหนุนมีความกระจุกตัว และมักเป็นภาคีกลุ่มเดิมๆ นอกจากนั้น การพิจารณาอนุมัติให้เงินอุดหนุนภาคียังไม่เหมาะสม เนื่องจาก สสส. ใช้หลักความไว้วางใจ (trust) แก่ภาคีที่เคยร่วมงานกับ สสส. และใช้ดุลยพินิจในการอนุมัติค่าตอบแทนเป็นสำคัญ^{๒๔๘}

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตของ สตง. ที่มีต่อการทำงานของ สสส. อาจมาจากวิธีคิดและมุมมองที่แตกต่าง กัน โดย สตง. นั้นยึดการบริหารจัดการงบประมาณ ตามระเบียบการบริหารงบประมาณแผ่นดินของราชการ เป็นหลัก ซึ่ง สสส. ก็ได้มีคำชี้แจงต่อข้อสังเกตของ สตง. ในประเด็นต่างๆ เช่น การจะตัดสินว่ากระบวนการ พิจารณาให้เงินอุดหนุนแก่ภาคีของ สสส. มีความไม่เหมาะสมหรือไม่นั้นเป็นเรื่องยาก เพราะจะต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงข้อมูลพื้นฐานและลักษณะเฉพาะของ สสส. ที่เป็นองค์กรนวัตกรรม มีความเป็นอิสระใน การบริหารจัดการ และมีกฎระเบียบของตนเองเสียก่อน โดย สสส. ได้ชี้แจงต่อกรณีนี้ที่ สตง. เห็นว่า

^{๒๔๖} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๓๐-๓๑.

^{๒๔๗} ใบทองแห้ง, “ใบทองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถัดถ..ถ..ถ...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๒๔๘} “สตง. ชำแหละ สสส. ภาษีบาป...เพื่อใคร” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/23110> [๕ เมษายน ๒๕๕๖]

ภาคีที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก สสส. มีความกระจุจตัว และมักเป็นภาคีกลุ่มเดิมๆ นั้น สสส. ได้ชี้แจงว่า สถิติข้อมูลภาคีที่ สสส. วิเคราะห์ออกมา ครอบคลุมเพียงภาคีหลักที่ทำสัญญากับ สสส. โดยตรงเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริง ภาคีหลักเหล่านี้จะไปพัฒนาให้เกิดโครงการย่อยภายใต้แผนงานอีกเป็นจำนวนมาก แต่กระนั้นก็ดี การพิจารณาอนุมัติเงินอุดหนุนแก่ภาคีโดยใช้หลักการไว้วางใจ (Trust) ก็เป็นหลักการที่ สสส. ยอมรับว่าใช้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน โดยควบคู่กับระบบกลไกในการติดตามกำกับภาคี ซึ่งทันตแพทยภฤชดา เรืองอารีรัชต์ รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ยังกล่าวยอมรับถึงการใช้หลักการเรื่องความไว้วางใจ (Trust) ดังนี้

การกระจายเงิน ผมคิดว่าเป็นประเด็นรองที่เราต้องดู แต่ตอนหลังเราก็ระมัดระวังขึ้น เราก็คงดูว่าโอกาสในทุกภาคี เช่น ทำเรื่องอุบัติเหตุ ก็ควรให้ทุกภาคีที่ทำเรื่องอุบัติเหตุมีสิทธิเท่ากัน แต่เราคงไม่สามารถไปบอกได้ว่า ใครก็ไม่ว่ามาทำงานตรงนี้ มันก็อาจจะไม่ถูก อันนี้คือประเด็น^{๒๔๙}

การเอื้อพวกฟ้องหรือการให้ความสนับสนุนเครือข่ายของตนเอง แม้จะเป็นการสนับสนุนคนที่คิดว่าเป็น “คนดี” เชื่อใจได้ แต่อีกด้านหนึ่งก็ทำให้ถูกมองว่า “...นานๆ เข้า มันก็กลายเป็น “ลัทธิลูกหม้อ” ทั้งแนวคิดและวิธีการทำงาน อย่างที่ สสส. วิเคราะห์การทำงานของ สสส. ว่ามันจะมีแต่องค์กรหน้าเก่าคนหน้าเดิมในเครือข่ายเท่านั้นที่ไต่บ”^{๒๕๐} ซึ่งอาจส่งผลให้การทำงานขาดความหลากหลายทางความคิด และอาจเชื่อมโยงไปสู่ข้อวิพากษ์ว่าด้วยการผูกขาดความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย

ความต้องการดำเนินงานปฏิรูประบบสุขภาพให้ต่อเนื่องและยั่งยืน คงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท จำเป็นต้องเลือกวิธีการทำงานในลักษณะที่ดูเหมือนเป็นการผูกขาดบทบาทและเอื้อต่อพวกพ้อง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าลักษณะการทำงานดังกล่าวจะถูกวิพากษ์วิจารณ์จากฝ่ายต่างๆ อย่างมาก แต่ก็มีเสียงสะท้อนที่แสดงถึงความเข้าใจในเจตจำนงของการเลือกแนวทางดังกล่าว เช่น ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ที่ได้แสดงทัศนะต่อลักษณะการทำงานของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทไว้ว่า

ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่อาจจะมีขึ้นกับแพทย์ชนบทและเครือข่าย รวมถึงกลุ่มแพทย์ปฏิรูป แม้ดูเหมือนว่าจะพยายามขยายการมีส่วนร่วม แต่คนที่ร่วมอยู่ก็หน้าเดิมๆ หรือเปล่า ซึ่งอาจจะสะท้อนหลายภาพ คือ คนที่อยากมีส่วนร่วมในการปฏิรูปจริงๆ ยังไม่ขยายตัวในวงกว้าง เพราะฉะนั้นถ้าจะทำงานปฏิรูปให้ได้ผลเร็ว ก็ต้องเอาคนที่คุ้นเคยกันก่อน มีทุนทางสังคมอยู่ก่อนมาร่วม แต่คนข้างนอก อาจมองว่ากลุ่มนี้หรือเปล่าที่ผูกขาดการปฏิรูป หรือเป็นหม้อแต่มายุ่งอะไรกับเรื่องสารพัดที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งอันนี้เป็นเรื่องของการมองโลกที่แตกต่างกัน ส่วนตัวผมเชื่อในเจตนาที่ดีของหมอเหล่านี้ แต่วิธีการคงต้องพิจารณาปรับปรุงให้คนภายนอก ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มเกิดการยอมรับว่ามันเป็นเวทีเปิดที่แท้จริง...

^{๒๔๙} “สสส. ตรวจสอบ สสส. ใช้เงินภาษีบาป ๑๓,๐๐๐ ล้าน ปัญหาว่าด้วยความเหมาะสม?” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.108acc.com/articles/327772/> <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/23110> [๕ เมษายน ๒๕๕๖].

^{๒๕๐} ใบทองแห้ง, “ใบทองแห้ง...ออนไลน์: อภิสัทธ...ณ...อู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

...มันมีทุนทางสังคมอีกแบบหนึ่ง นั่นคือ Bridging Social Capital ก็คือ ทุนที่ไปเชื่อมกับกลุ่มภายนอก ซึ่งพอมีการเชื่อมกับกลุ่มภายในที่เข้มแข็ง การเชื่อมกับกลุ่มภายนอกก็อาจจะน้อยลง ซึ่งมันมีกลุ่มทางสังคมอื่นอีกเยอะ เข้าใจว่าก็คงพยายามอยู่ เช่น เวทีปฏิรูปมีความพยายามดึงกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่แพทย์เข้ามาร่วมด้วย เช่น กลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มชุมชน กลุ่มผู้บริโภค แต่ภาพกับภายนอกก็ยังคงเหมือนว่า มีหมอกกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำทุกเรื่อง นี่เป็นภาพลักษณ์หรือความจริงผมก็ไกลเกินไปที่จะรู้ แต่อย่างน้อยเคยได้ยินเสียงคนที่คิดต่างจากกลุ่มแพทย์ชนบทและวิพากษ์วิจารณ์กลุ่มนี้ว่าผูกขาดความดี ผูกขาดการปฏิรูป ผูกขาดความคิดต่างๆ คนในก็ดึงเอาไปพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้วงของการมีส่วนร่วมกว้างขึ้นและทำให้งานใหญ่สำเร็จ^{๒๕๑}

สอดคล้องกับเสียงจากภาคประชาชน นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งเป็นแนวร่วมสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้แสดงความเข้าใจในลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่จำเป็นต้องเน้นการใช้สายสัมพันธ์ ความเชื่อใจ และความไว้วางใจส่วนบุคคล แต่ขณะเดียวกันก็ได้สะท้อนข้อเสนอแนะที่ขบวนการแพทย์ชนบทพึงปฏิบัติเพื่อรักษาธรรมาภิบาลไว้ด้วย ดังนี้

การช่วยเหลือพวกพ้องตัวเอง เช่น กรณี สสส. กรณีอย่างนี้คงไม่ผูกขาดเฉพาะชมรมแพทย์ชนบทหรือคนที่มาจากชมรมแพทย์ชนบท... คิดว่าเป็นเรื่องความสัมพันธ์ ความเชื่อใจหรือไว้วางใจของบุคคล แต่ควรสร้างระบบขึ้นมาให้เป็นเรื่องที่เป็นระบบ ไม่ใช่การตัดสินใจแบบตัวบุคคล คือ ต้องมีระบบที่ตรวจสอบ ถ่วงดุล หรือทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่การบริหารแบบครอบครัว^{๒๕๒}

ข้อกล่าวหา: ว่าด้วยการเลือกข้าง

ในช่วงหลังการรัฐประหาร ๒๕๔๙ ความขัดแย้งทางการเมืองได้ทำให้เกิดสภาวะสังคมแบ่งขั้วแยกข้างอย่างรุนแรงขึ้น ประเด็นทางสังคมต่างๆ ถูกมองและตีความผ่านจุดยืนทางการเมืองของแต่ละฝ่าย ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การหักล้างทำลายฝ่ายตรงข้ามอย่างเข้มข้น กรณีการแทรกแซงองค์กรอิสระในภาคสุขภาพและความพยายามที่จะรื้อล้างกลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายออกจากโครงสร้างอำนาจขององค์กรอิสระด้านสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ที่มีให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกรณีของการเปลี่ยนคณะกรรมการอำนวยการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การพยายามแทรกแซงการบริหารจัดการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ กรณีการรื้อคืบเข้ายึดอำนาจการบริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการแต่งตั้งฝ่ายที่ต่อต้านและกลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่มีผลประโยชน์เข้าเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งการผลักดันให้มีการเพิ่มตำแหน่งที่สำคัญอย่าง รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำคนในกำกับของฝ่ายการเมืองเข้าไปควบคุมองค์กรที่ถือว่าครอบครองทรัพยากรก้อนโตเพื่อการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งในกรณีนี้ “ใบตองแห้ง” แห่งสำนักข่าว

^{๒๕๑} สัมภาษณ์ ดร. สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ๓ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๒๕๒} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

ประชาติ ได้ให้ความเห็นต่อมติคณะรัฐมนตรีเรื่องการแต่งตั้ง นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เป็นประธานองค์การเภสัชกรรม ซึ่งเชื่อมโยงมาสู่การยึดอำนาจในคณะกรรมการ สปสช. ไว้ว่า

ผมเคยเขียนไว้แล้วในเรื่อง "เพื่อไทยจะทำลาย ๓๐ บาท" ว่า ตอนแรก [พรรค] เพื่อไทยจะดัน น.พ. พิพัฒน์มาเป็นบอร์ด สปสช. ด้านผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทย แต่มีปัญหาขัดคุณสมบัติเพราะตอนนั้นยังเป็นเลขา อ.ย. [สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา] ยังไม่เกษียณ เลยต้องเปลี่ยนเป็นหมอประดิษฐ์ รมต.คนปัจจุบัน มาเป็นบอร์ดแทน ทั้งที่เป็นหมอนักธุรกิจ ขายเฟอร์นิเจอร์ ไม่เคยรู้เรื่องแพทย์แผนไทยสักนิด ก็ยัดเข้ามาจนได้ (เข้ามาเป็น รมต.เงาจนเป็น รมต.ตัวจริงในที่สุด)

ประเด็น [พรรค] เพื่อไทยกับ สปสช. เป็นเรื่องน่าจับตา เพราะยังมีความพยายามจะเอาพวกหมอธุรกิจ หมอ ร.พ.ใหญ่ เข้ามาแทรกผ่านการเพิ่มรองเลขา ๒ คน เรื่องนี้ยังเป็นความขัดแย้งเดิมๆ อย่างที่ผมเคยเขียน คือสายหมอวิชัย เครือข่ายหมอประเวศ ก็มีปัญหายุ่งยากฝ่ายเชียร์อำมาตย์ (แต่ก็เป็นกลุ่มที่ทำงานเพื่อประชาชนมาตลอด [โครงการ] ๓๐ บาทเป็นผลงานครึ่ง-ครึ่งระหว่างทักษิณกับเครือข่ายหมอประเวศ) แต่ฝ่ายเพื่อไทยเองก็ใจกว้างบอกว่า เพราะพอจ้องเล่นเครือข่ายหมอประเวศ ก็ไปคบพวกแพทย์พาณิชย์ หรือหมอ ร.พ.ใหญ่ที่ต่อต้าน ๓๐ บาทมาแต่แรก ซึ่งถ้าเอาพวกนี้เข้ามา ๓๐ บาทก็พัง^{๒๕๓}

การที่ฝ่ายการเมืองโดยพรรคเพื่อไทยพยายามจะล้างบางกลุ่มคนในขบวนการแพทย์และเครือข่ายออกจากโครงสร้างอำนาจขององค์กรอิสระด้านสุขภาพ น่าจะมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่กลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายได้เข้าไปมีบทบาทในเวทีการเมืองระดับชาติอย่างชัดเจน รวมทั้งการแสดงจุดยืนทางการเมืองที่อยู่ตรงข้ามกับทักษิณ ชินวัตรและรัฐบาลพรรคเพื่อไทย ทำให้มีความเป็นไปได้ว่าฝ่ายการเมืองจะเกิดความไม่พอใจ และเข้ามา “ไล่อื้อ” ฐานที่มั่นของขบวนการแพทย์ชนบทในองค์กรอิสระตระกูล ส.ทั้งหลาย ดังปรากฏความพยายามในการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการบริหารหรือแทรกแซงการทำงานขององค์กรอิสระด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตาม ภายใต้บริบทสังคม การเมืองปัจจุบันที่นอกจากจะมีความอ่อนไหวเรื่องการแบ่งขั้วแยกข้างกันอย่างรุนแรงแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นผลจากสถานการณ์ข้างต้นก็คือ ความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และยากที่จะขีดเส้นแบ่งระหว่าง “ขาว” กับ “ดำ” ของตัวละครแต่ละฝ่ายได้ ซึ่งในปัจจุบัน คงมีอาจปฏิเสธได้ว่า กลุ่มแพทย์ชนบทได้กลายเป็นหนึ่งในตัวละครของเรื่องราวความขัดแย้ง ทั้งในการเมืองระดับประเทศและระดับย่อยลงมาคือ กระทรวงสาธารณสุข นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรี ได้แสดงทัศนคติต่อกลุ่มแพทย์ชนบทด้วยสายตาของภาคการเมืองไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

เสน่ห์ของกลุ่มแพทย์ชนบทก็คือ เวลาเสนอในเรื่องนโยบาย ความคิด พอเริ่มเข้ามาเรื่องของตัวบุคคล และการบริหาร จึงทำให้เกิดคำถามว่า แพทย์ชนบทตั้งตนเป็นอีก “กลุ่ม” หนึ่งหรือเปล่า

^{๒๕๓} ใบทองแดง ประชาติ. [Online]. แหล่งที่มา: <https://www.facebook.com/baitongpost> [๔ ธันวาคม ๒๕๕๕]

และมีเรื่องอำนาจ สถานะ ผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ลดน้ำหนักข้อเสนอในเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต ซึ่งผมเห็นว่าข้อเสนอเชิงนโยบายนี้แหละ ที่ควรเป็นหัวใจของเป้าหมายการทำงาน

.... จุดอ่อนที่ต้องทบทวน ปรับปรุงดู ซึ่งอยากจะเน้นมาก ก็คือ ทำอย่างไรให้ประเด็นหลักมันเป็นเรื่องของความคิด หลักการนโยบาย และทำอย่างไรอย่าให้แพทย์ชนบทกลายเป็นกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเป็นคู่แข่งกับกลุ่มอื่นไปเสีย ซึ่งถ้าเป็นอย่างนั้นจะกลายเป็นตัวบั่นทอนจุดแข็ง ซึ่งบางทีกลุ่มที่เสียผลประโยชน์ ต้องพยายามทำให้ขบวนการนี้กลายเป็นแค่อีกกลุ่มผลประโยชน์ และมันน่าจะเป็นการลดทอนน้ำหนัก ซึ่งกระทบรุนแรงมาก ฉะนั้น อะไรที่ทำแล้วจะตกเป็นเหยื่อของการทำให้เกิดความรู้สึก ความเข้าใจอย่างนั้น ต้องหลีกเลี่ยงและระมัดระวังให้มาก ^{๒๕๔}

ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่อ่อนไหวต่อการแบ่งขั้วแยกข้าง และความสับสนต่อการกลายสภาพเป็น “กลุ่ม” หรือ “ขั้ว” เช่นนี้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ได้เสนอแนวทางในการดำเนินงานวิชาการที่มาจากการทำงานวิจัยอย่างลึกซึ้ง รอบด้าน มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งนอกจากจะทำให้การเคลื่อนไหวในประเด็นต่างๆ เป็นไปอย่างมีน้ำหนักและมีประสิทธิภาพแล้ว ที่สำคัญยังเป็นการป้องกันข้อกล่าวหาว่าเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มด้วย ดังนี้

สภาพในปัจจุบันที่วงการแพทย์แบ่งเป็น ๒ ขั้ว คือ ขั้วแพทย์ชนบทกับแพทย์ในเมืองหรือแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ อันหนึ่งที่อาจจะขาดไปในฐานะที่แพทย์ชนบทมีบทบาทเด่น ก็คือ การเสนอเงื่อนไขหลักการ หรือกติกาเกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากรทั้งหลาย โดยมีหลักฐานสนับสนุน ที่จริงก็มี แต่เป็นข้อมูลที่มองเฉพาะมุมของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่ได้มองภาพรวมทั้งหมด ไม่ได้เสนอสิ่งที่เรียกว่า ความพอดี คือมองข้อมูลหลักฐานของฝ่ายตรงข้าม หรืออีกฝ่ายหนึ่ง คือ ฝ่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ฝ่ายโรงพยาบาลในเมืองเทียบกับชนบท และทำให้เห็นความพอดีระหว่างสองอันนี้ การสวิงกลายเป็นสองขั้ว ก็อาจจะไม่เกิด...

...การพยายามเสนอเงื่อนไขกติกาในบางเรื่องหรืออีกหลายๆ เรื่อง เพื่อที่จะขับเคลื่อนทรัพยากรอะไรบางอย่างให้แก่ชนบทหรือคนส่วนใหญ่ โดยหลักฐาน มันเป็นหลักฐานเพื่อสนับสนุนข้อเสนอของตน แต่ไม่ใช่หลักฐานเพื่อมองภาพรวมทั้งหมด ฝ่ายที่เป็นฝ่ายตรงข้ามจึงมองว่า ขบวนการแพทย์ชนบทพยายามเสนอและหาหลักฐานเพื่อการทำงานของตน ผลประโยชน์ของตน เพราะฉะนั้น ในฐานะนักวิชาการ หรือนักวิจัยอย่างผม ก็จะบอกว่าตรงนี้ ที่พยายามทำต้องปิดป้องอาวุธจากฝ่ายที่เค้ามองไม่เห็นด้วยให้มากขึ้น ที่ผ่านมากการปิดป้องน้อยไป การปิดป้องนั้นก็คือ การวิจัยที่ให้เห็นภาพทั้งหมด... ^{๒๕๕}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเสียงสะท้อนหรือข้อวิพากษ์เหล่านี้ อาจมาจากกลุ่มคนฝ่ายต่างๆ ที่มีจุดยืนหรือความคิดแตกต่างกัน ซึ่งข้อวิพากษ์บางประเด็นก็อาจไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรืออาจไม่ชอบด้วยเหตุผล แต่ก็

^{๒๕๔} สัมภาษณ์ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ, ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕.

^{๒๕๕} สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช, ๔ เมษายน ๒๕๕๕.

ถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งยวด ที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องรับฟังและนำเสียงสะท้อนหรือข้อวิพากษ์เหล่านี้มาทบทวนพิจารณาไตร่ตรองอย่างรู้เท่าทัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างสรรค์และจรรโลงธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพต่อไปได้อย่างยั่งยืน

บทที่ ๕

การวิเคราะห์และอภิปรายผล

หากกล่าวถึงขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ คงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าแพทย์ชนบทนั้นมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้ผลักดันให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพมีความรับผิดชอบต่อสังคม (Accountability) มีความชอบธรรมและได้รับความยอมรับจากประชาชน (Legitimacy) มีความโปร่งใสในการทำงาน (Transparency) และมีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (Participation) หรือการยึดมั่นกับหลักนิติธรรม นิติรัฐ การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่ทำให้ระบบอภิปาลสุขภาพไทยมีวิวัฒนาการอันโดดเด่นน่าสนใจอย่างที่เราไม่อาจพบเห็นได้ในกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานอื่นใดของรัฐเลย

หากจะไล่เรียงความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้สร้างผลกระทบต่อธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพก็จะเห็นได้ชัดจากปฏิบัติการมากมายผ่านช่วงตอนทางประวัติศาสตร์ต่างๆ กัน ตั้งแต่การทำให้แพทย์สามารถออกไปทำงานในชนบท อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคเมืองกับภาคชนบท การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการบริหาร การหล่อเลี้ยงแพทย์ที่ทำงานในสถานการณ์อันยากลำบากให้อยู่ในชนบทได้มากขึ้นและสามารถทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น การผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน จนปัจจุบันเป็นองค์กรที่อาจจะกล่าวได้ว่าเข้มแข็งและมีศักยภาพที่สุดในบรรดาหน่วยงานระดับอำเภอ ตลอดจนภารกิจการบุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานและการเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายชนบทยากจนในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ จนกลายเป็นส่วนนำในการพัฒนาชนบทของสี่กระทรวงหลัก จนกระทั่งมาถึงเรื่องการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขจากเดิมที่รวมศูนย์อำนาจอยู่ที่กระทรวงฯ จนเกิดองค์กรและกลไกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ร่วมกันผลักดันนโยบายและมาตรการสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนอาจกล่าวได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันการอภิปาลระบบสุขภาพให้มีวิวัฒนาการได้อย่างก้าวกระโดด

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งสถานการณ์ภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคม และสถานการณ์ภายใน คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทยังต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การศึกษาวิจัยนี้จะขอเสนอข้อควรพิจารณาบางประการที่ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องนำมาไตร่ตรอง เพื่อที่จะรักษาลงของสังคมดังกล่าวให้สามารถนำพาระบบสุขภาพไปสู่การมีธรรมาภิบาลที่ดีขึ้น ดังที่จะอภิปรายต่อไปนี้

๑. แพทย์ชนบท ความก้ำกึ่งกับภาวะชายขอบ

All margins are dangerous. If they are pulled this way or that the shape of fundamental experience is altered. Any structure of ideas is vulnerable at its margins.

Mary Douglas.

ในงานของ Mary Douglas เรื่อง *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and Taboo*^{๒๕๖} ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของความเป็นชายขอบไว้ว่า ภาวะชายขอบคือภาวะที่หลุดพ้นไปจากโครงสร้างปกติของสังคม เป็นสถานะก้ำกึ่ง กำกวม ที่ไร้ตำแหน่งแห่งที่อย่างเป็นทางการ ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าอยู่ภายนอกหรือภายใน และไม่สามารถจัดลงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้อย่างเด่นชัด ผู้ที่อยู่ในภาวะชายขอบสามารถทำอะไรก็ได้โดยไม่ผิดจารีตของสังคมนั้นๆ สถานะของกลุ่มคนชายขอบก็ยากที่จะระบุได้อย่างชัดเจนว่าพวกเขาเป็นอะไรกันแน่ ในบางขณะพวกเขาจะอยู่ห่างไกลออกไปจากชุมชน จากโครงสร้างที่เป็นปกติของสังคม แต่บางครั้งก็เข้ามาอยู่ใกล้พอที่จะทำการติดต่อสื่อสารกับคนในชุมชนอย่างไม่เป็นทางการได้ และบ่อยครั้งเราก็จะเห็นว่าพวกเขากระทำตนขัดแย้งกับบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดถือปฏิบัติอยู่ทั่วไป โดยที่สังคมเองก็ไม่สามารถควบคุมเขาได้ การดำรงอยู่ของความเป็นชายขอบจึงเป็นสภาวะที่คุกคามต่อความเป็นปกติวิสัยของสังคมและเป็นสิ่งท้าทายที่มักนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงของสังคม

สภาวะก้ำกึ่ง ยากที่จะระบุตำแหน่งแห่งที่นี้ได้รับความสนใจจากนักมานุษยวิทยา เพราะมันเป็นสภาวะที่ทำให้ความเป็นไปได้ใหม่ๆ ก่อกำเนิดขึ้นได้ วิคเตอร์ เทอร์เนอร์ (Victor Turner) ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับพิธีกรรมและการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและแสดงให้เห็นว่า ภาวะก้ำกึ่งอันเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญนี้จำเป็นต้องมีความกำกวม เพราะเป็นภาวะที่การจำแนกแบ่งกลุ่มและการกำหนดตำแหน่งแห่งที่ที่ชัดเจนในโครงสร้างปกติเป็นไปได้ยาก มันจึงเป็นภาวะที่มีอิสระและมีอำนาจที่จะกระทำนอกเหนือจากกฎเกณฑ์ปกติได้^{๒๕๗} และการแสดงออกที่สำคัญประการหนึ่งของกลุ่มที่ดำรงตัวอยู่ที่ชายขอบก็คือ การทำตัวต่อต้านขัดขืนแบบแผนการปฏิบัติอันเป็นปกติวิสัยในสังคม การอยู่ในตำแหน่งชายขอบของสังคมถือเป็นตำแหน่งของการเผชิญหน้ากับอันตราย ขณะเดียวกันก็เป็นที่มาของอำนาจด้วย

หากพิจารณาขบวนการแพทย์ชนบทจากมุมมองดังกล่าว เราจะพบว่าการเป็นชายขอบของขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งในแง่ของโครงสร้างอำนาจและยุทธศาสตร์ทางกายภาพ คือ โรงพยาบาลชุมชนนั้น ทำให้กลุ่มแพทย์เหล่านี้ห่างไกลจากปริณทลแห่งอำนาจของศูนย์กลาง แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้พวกเขาสามารถสร้างหรือกำหนดปริณทลแห่งอำนาจ (Mandala of Power)^{๒๕๘} ของพวกเขาเองขึ้นมาได้ ดังนั้น แม้ในแง่

^{๒๕๖} Mary Douglas, *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo* (London: Ark paperbacks, 1966.) pp. 95-97.

^{๒๕๗} Victor Turner, "Liminality and Communitas", in *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*, (New Brunswick: Aldine Transaction Press, 2008)

^{๒๕๘} “มณฑลแห่งอำนาจ” ในที่นี้เป็นการยืมความคิดมาจากแนวคิดเรื่อง Mandala ซึ่งเป็นการอธิบายการแบ่งสรรอำนาจทางการเมืองในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของรัฐต่างๆ ก่อนหน้าที่แนวคิดเรื่องรัฐชาติ (Nation State) จะเข้ามามีอิทธิพล พร้อมกับการขยาย

หนึ่ง กลุ่มแพทย์ชนบทจะต้องอยู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจการบังคับบัญชาตามลำดับชั้นของกระทรวงสาธารณสุข แต่ขณะเดียวกัน กลุ่มแพทย์เหล่านี้ก็ได้ตระหนักถึง “อำนาจภายในแห่งตน” ที่มีอยู่ด้วย ฉะนั้น พวกเขาจึงกล้าที่จะลุกขึ้นมาทำสิ่งที่เชื่อว่าถูกต้อง โดยไม่กังวลถึงอำนาจจากส่วนกลางที่จะมากระทบต่อตัวพวกเขา ซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้อธิบายถึงประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

จุดสำคัญอยู่ที่ฐานใหญ่ คือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอำนาจรัฐอ่อนแอที่สุด ในขณะที่การยอมรับของประชาชนสูงที่สุด และมีเป้าหมายถูกต้อง คือ ทำงานเพื่อยกฐานะของการสาธารณสุขชนบทของประเทศให้ดีขึ้น ต้องทำงานและอยู่กับประชาชน ฉะนั้น ประธานชมรมฯ ทุกคนจึงต้องเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มิฉะนั้นจิตวิญญาณจะเปลี่ยน โรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญ เพราะเป็นจุดที่อำนาจรัฐจำกัด จึงเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีเมื่อมีการเคลื่อนไหวที่กระทบต่อผู้ใหญ่ ก็จะไม่สามารถสั่งย้ายได้^{๒๕๙}

ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท คือ ขณะที่แพทย์ชนบทยังอยู่ภายใต้โครงสร้างของระบบราชการ แต่กลับมีปฏิบัติการหรือทำงานเคลื่อนไหวในลักษณะเดียวกับนักกิจกรรมในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ซึ่งลักษณะดังกล่าว สะท้อนสำนึกสภาวะ “ก้ำกึ่ง” (Liminality) และความกำกวมในอัตลักษณ์ของกลุ่มแพทย์ชนบทในวงวิชาชีพของตนเอง แพทย์ชนบทเหล่านี้จึงหลุดพ้นจากสิ่งที่พึงจะเป็นตามแบบแผน เช่น การเป็นข้าราชการที่ดีที่สยบยอมต่ออำนาจรัฐ หรือการเป็นแพทย์ที่มีความสามารถในการรักษา “โรค” เพียงอย่างเดียว โดยไม่ตระหนักถึงในบริบทแวดล้อมของ “โลก” ที่นำมาสู่ปัญหาสุขภาพ ฉะนั้น จึงไม่แปลกที่แพทย์ชนบทจะทำเป็นเสมือน “คนนอก” ที่มองกลับเข้ามาในสังคมของตนเองด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์

ภาวะชายขอบและความกำกวมก้ำกึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทนี้ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างปราศจากข้อสงสัยหรือการตั้งคำถาม ภาวะกึ่งราชการ กึ่งองค์กรเอกชนนี้ถูกเรียกโดยกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยว่าเป็น “ขุนนางเอ็นจีโอ” เพราะแม้จะมีสถานะเป็นแบบเอ็นจีโอแต่ก็ดำรงตำแหน่งและมีอำนาจหน้าที่ในระบบราชการ หรือในองค์การมหาชนควบคู่ไปด้วย ยิ่งขบวนการเติบโตขยายบทบาทและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ก็ยิ่งกระทบต่อผลประโยชน์และโครงสร้างอำนาจที่ดำรงอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตอบโต้กลับของผู้ได้รับผลกระทบมักปรากฏในรูปของ “การเปิดโปง” ขุมกำลังและเส้นสนกลในของกลุ่มบุคคลที่ได้ชื่อว่าเป็น “เครือข่ายของแพทย์ชนบท” และ “การรุกรังโครงสร้าง” คือ การใช้อำนาจทางการเมืองเข้าจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารขององค์กรที่ถูกมองว่าถูกยึดครองโดยพวกแพทย์ชนบทอยู่ การต่อสู้ต่อรองของขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมาจึงมีทั้งจังหวะรุกและจังหวะถอย แต่จุดเด่นที่สำคัญคือ ความสามารถในการ

อิทธิพลของมหาอำนาจจากโลกตะวันตกสู่ดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ “มณฑล” แปลว่า วงรอบ ดังนั้น จุดศูนย์กลางของมณฑลจึงเป็นบริเวณที่มีอำนาจมากที่สุด และค่อยๆ ลดความเข้มข้นลงไปตามวงรอบที่ขยายออกไป ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก Wolters O.W., *History, culture, and region in Southeast Asian perspectives*, (Singapore : Institute of Southeast Asian Studies, 1982.)

^{๒๕๙} ความทรงจำของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดิ ตปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

พื้นคืนสู่จุดแข็งของบทบาทด้านการสร้างเสริมธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพได้ ซึ่งเกิดจากสถานะอันกำกวมที่ดำรงอยู่นั่นเอง

๒. วิเคราะห์สถานะการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท

สถานะและการดำรงอยู่ของแพทย์ชนบทมีพลวัตคลี่คลายสัมพันธ์ไปกับบริบททางประวัติศาสตร์และเงื่อนไขความจำเป็นในแต่ละยุค ตั้งแต่สถานะที่เป็นเพียงการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เพื่อพูดคุย ปรับทุกข์ จนพัฒนามาสู่การรวมตัวเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทหรือชมรมแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา จากพัฒนาการกว่า ๓ ทศวรรษของการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท อาจกล่าวได้ว่า การดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบทยังมีสถานะที่กำกวมอย่างมากตามกาลเวลา เส้นแบ่งที่เบลอและบางระหว่างสิ่งที่เรียกว่า “ชมรมแพทย์ชนบท” และ “ขบวนการแพทย์ชนบท” สะท้อนการดำรงอยู่ที่เลื่อมซ้อนกันของสถานะทั้งสอง หากพิจารณาจากความรับรู้เกี่ยวกับแพทย์ชนบท ก็อาจจำแนกความเข้าใจที่สังคมมีในการนิยามว่า “อะไรคือแพทย์ชนบท?” ออกเป็น ๔ ลักษณะ ดังนี้

๑) แพทย์ชนบท คือ ตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์กลุ่มหนึ่งทำงาน (หรือเคยทำงาน) ในชนบทและมีบทบาทในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ชนบทมาก่อน บุคคลเหล่านี้ไม่ว่าจะไปทำอะไร ที่ไหน เกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับแพทย์ในชนบทหรือไม่ก็ตาม ก็มักถูกเข้าใจว่าสิ่งที่ทำนั้นเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท

๒) แพทย์ชนบท คือ โครงสร้างหรือองค์กร หมายถึง ชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยมีโครงสร้างกรรมการ มีภารกิจ ระเบียบการ และกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการโดยความเป็นส่วนรวมร่วมกัน (collective)

๓) แพทย์ชนบท คือ อุดมการณ์หรือจิตวิญญาณ แพทย์ชนบทในความหมายนี้ มักใช้หมายถึงแพทย์ที่เคยทำงานในชนบททุกคนที่แม้จะไม่ได้ทำงานในชนบทอีกแล้ว แต่ก็ยังทำงานเพื่อสร้างความเป็นธรรม ต่อสู้เพื่อความถูกต้อง และเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม เรียกว่ามีจิตวิญญาณของแพทย์ชนบท

๔) แพทย์ชนบท หมายถึง ขบวนการเคลื่อนไหว (Movement) เพื่อความเป็นธรรม ความถูกต้อง และประโยชน์ส่วนรวม เป็นความหมายที่คนภายในขบวนการแพทย์ชนบทอยากใช้มากที่สุด

ความกำกวมกำกวม ไม่ชัดเจนของสถานะการดำรงอยู่ของ “แพทย์ชนบท” ที่ถูกใช้ทั้งในความหมายของ “บุคคล” “องค์กร” “จิตวิญญาณ” และ “การเคลื่อนไหว” นี้ ด้านหนึ่งได้กลายเป็นจุดแข็งของขบวนการแพทย์ชนบท คือ ทำให้ขบวนการมีความคล่องตัวสูง มีพลังของความไม่เป็นทางการ และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งยังทำให้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลิตเปลี่ยนหมุนเวียน มีตัวละครออกมาเคลื่อนไหวในเรื่องต่างๆ ได้แตกต่างกันไป ในทางกลับกัน ความกำกวม ไม่ชัดเจนดังกล่าว ก็เป็นผลให้เกิดการตั้งคำถามกับขบวนการแพทย์ชนบทด้วย เช่น บุคคลที่เคยมีบทบาทในการกิจของแพทย์ชนบท จะมีสถานะเป็นตัวแทนของแพทย์ชนบท สามารถทำการในนามของแพทย์ชนบทเสมอไปและตลอดไปหรือไม่ สถานะของบุคคลดังกล่าวเป็นสถานะของความเป็นตัวแทนของแพทย์ที่ทำงานในชนบทด้วย

หรือไม่ ขบวนการแพทย์ชนบทต้องรับผิดชอบกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของบุคคลที่ถูกเรียกว่า “พวกแพทย์ชนบท” หรือไม่ องค์กรที่เรียกว่า ชมรมแพทย์ชนบทมีสถานะอย่างไร ใครเป็นสมาชิกบ้าง เชื่อมโยงผูกพันกับสมาชิกอย่างไร จิตวิญญาณแพทย์ชนบทเป็นของคนในแวดวงแพทย์ชนบทเท่านั้นหรือ และหากขบวนการแพทย์ชนบทจะเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) การจัดตั้งที่เป็นอยู่สอดคล้องกับปรัชญาหรือจิตวิญญาณแพทย์ชนบทดีแล้วหรือไม่ อย่างไร

ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องพิจารณาและบริหารความกำกวมที่วุ่นวายระมัดระวัง เพราะประเด็นคำถามเหล่านี้มักปรากฏขึ้นพร้อมกับการท้าทายของฝ่ายผู้เสียผลประโยชน์ และหากการจัดวางสถานะและการจัดสรรบทบาทนำไปสู่ความลักลั่นหรือความขัดแย้ง ก็อาจกลายเป็นการบั่นทอนศักยภาพขององค์กรไปในทางตรงกันข้าม หากสถานภาพและการจัดสรรบทบาทเป็นไปอย่างแข็งตัวจนขาดความยืดหยุ่น ก็อาจทำให้สูญเสียจุดแข็งของขบวนการไป การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาจึงเป็นเรื่องจำเป็น

๓. แพทย์ชนบท: ความชอบธรรม สัมฤทธิ์คตินิยมกับสถานะการเมืองที่แบ่งขั้ว

พลังที่ทำให้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางคือ พลังแห่งความถูกต้องชอบธรรมที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ต่อสู้เพื่อความเป็นธรรม เพื่อชาวชนบทที่เสียเปรียบ เป็นการต่อสู้เพื่อคนที่ด้อยโอกาสทางสังคม กลุ่มแพทย์ที่ทุ่มเททำงานเพื่อชนบทจึงถือว่าเป็นกลุ่มคนที่เสียสละความคิดดังกล่าว ได้ถูกตอกย้ำโดยปฏิบัติการต่างๆ เช่น วรรณกรรมเรื่องสำคัญด้วยแพทย์ผู้เสียสละในชนบทเรื่อง “เขาชื่อกานต์” และ “หมอเมืองพร้าว” รวมถึงการจัดตั้งรางวัลแพทย์ดีเด่นต่างๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลให้ผู้คนรับรู้ถึงบทบาทการทำงานของแพทย์ชนบทเหล่านี้ได้ ภายใต้บริบทดังกล่าว การดำรงอยู่และการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีความชอบธรรมสูง ทั้งโดยตัวประเด็นเป้าหมายของการเคลื่อนไหวและโดยความรู้และสถานภาพของขบวนการ

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายแพทย์ชนบทที่ผ่านมามีลักษณะสำคัญคือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์หรือมีลักษณะที่เรียกว่า สัมฤทธิ์คตินิยม (Pragmatism) คือ ให้ความสำคัญกับเป้าหมายและถือว่าเป้าหมายเป็นสิ่งที่ให้ความชอบธรรมแก่วิธีการ ซึ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท “หาเป้า” และดำเนินการอย่างมียุทธวิธีในการบรรลุถึงเป้าหมายนั้นได้ในเกือบทุกสถานการณ์การเมือง ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้เกิดองค์กร กฎหมายและการระดมทรัพยากรที่เป็นไปอย่างได้ผลทั้งในยุคเผด็จการ เช่น รัฐบาล รสช. ยุคประชาธิปไตยครึ่งใบ เช่น รัฐบาล คุณอนันต์ ปันยารชุน ยุครัฐบาลประชาธิปไตย ยุครัฐบาลพรรคชาติไทย รวมทั้งยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์วิธีต่างๆ กันจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างต่อเนื่องตลอดมา จนกล่าวได้ว่า จะโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ปฏิบัติการของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมีลักษณะที่เรียกได้ว่าเป็น “สัมฤทธิ์คตินิยม” อย่างไม่อาจปฏิเสธได้

จำเป็นต้องกล่าวไว้ด้วยว่า แนวคิดสัมฤทธิ์คตินิยมมีอยู่หลายกระแส สำหรับที่ใช้ในที่นี้เป็นไปตามข้อเสนอของจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ที่เห็นว่า สัมฤทธิ์คตินิยมเป็นวิธีคิดที่มุ่งแสวงหาความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของมนุษย์ เป็นวิธีคิดที่เน้นการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ได้มากกว่าการเน้นที่แนวคิดทฤษฎี ดิวอี้ถือว่าแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เป็นเพียงเครื่องช่วยนำทางที่ทำให้ค้นพบความสัมพันธ์ของสิ่งที่ปฏิบัติได้

กับผลที่เกิดขึ้นตามมา เพราะทฤษฎีซึ่งมนุษย์ประกอบสร้างขึ้นเป็นภาพตัวแทนของความจริงนั้น ไม่สามารถแทนที่ความจริงได้อย่างสมบูรณ์ ทฤษฎีจึงมีจุดอ่อนเสมอและไม่ควรสรุปว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงสุดท้ายที่แน่นอน (Fixed truth) แนวทางของดิโอเป็นแนว Instrumentalism ที่เน้นว่าการปฏิบัติที่นำไปสู่ผลเป็นเครื่องพิสูจน์ความรู้ที่ดีที่สุด โดยดิโอเชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกับผลของมันนั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ไม่สิ้นสุด มนุษย์จึงต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจิตใจของมนุษย์จะไม่สามารถสร้างทฤษฎีที่สมบูรณ์ได้ แต่จิตใจก็เป็นเครื่องมือในการค้นหาและพัฒนาทฤษฎี สำหรับการปฏิบัติที่ได้ผลในแต่ละประเด็นปัญหาและแต่ละบริบท เราจึงไม่สามารถใช้ทฤษฎีหรือแนวทางปฏิบัติอันเดียวเพื่อบรรลุผลทุกอย่างที่ต้องการได้ตลอดไป^{๒๖๐} แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของประเวศ วะสี เรื่อง *การเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการกระทำ* (Interactive learning through action) ที่เน้นว่าความจริงที่เกิดจากการเรียนรู้ในทางทฤษฎีไม่มีความแน่นอนเท่ากับความจริงที่เกิดจากการร่วมกันปฏิบัติจนได้ผล^{๒๖๑}

ในสถานการณ์ทางการเมืองที่มีการแบ่งขั้วแย่งชิงกันรุนแรงยิ่งขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งการแบ่งขั้วของสังคมการเมืองภายนอกและการแบ่งขั้วในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขเอง การเคลื่อนไหวที่เน้นผลสัมฤทธิ์เป็นรายประเด็นที่ต้องการขับเคลื่อนผลักดันของแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรด้านสาธารณสุข หรือการผลักดันเรื่องค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำได้สำเร็จในแต่ละเรื่องนั้น อาจก่อให้เกิดความระแวงสงสัยในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของแพทย์ชนบทได้ โดยเฉพาะหากการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรนั้นมีลักษณะที่ทำให้เห็นได้ว่าเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มของตนหรือบุคคลที่เป็นพวกพ้อง ไม่จะเป็นการผลักดันให้เกิดองค์กรในตระกูล ส. ต่างๆ ที่บุคคลในเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปเป็นผู้บริหาร หรือการผลักดันเรื่องค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ในชนบทจนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของรายได้เมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ ที่ทำงานร่วมกันอยู่ในชนบท แม้ว่าในเชิงเหตุผลจะสามารถถกเถียงได้ว่าผลของการผลักดันนั้นก็เพื่อผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขและเพื่อประโยชน์ของชาวชนบทที่เสียเปรียบก็ตาม

พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) ศาสตราจารย์ นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ผู้ได้ต่อสู้เพื่อสิทธิสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของชาวบ้านผู้ยากไร้ ได้เสนอแนวคิดสำคัญสำหรับการทำงานเพื่อผู้คนที่เสียเปรียบ เขาเสนออธิบายถึงปรัชญาการทำงานของเขาไว้อย่างน่าสนใจ เขาเรียกแนวคิดของเขานี้ว่า “Pragmatic solidarity” หรือ “สัมฤทธิ์ผลบนความเป็นหนึ่งเดียวกัน” ซึ่งถือเอาความเป็นหนึ่งเดียวกันกับคนทุกข์ยากและการแก้ปัญหาความทุกข์ยากของผู้ที่เสียเปรียบทางสังคมเป็นเจตนารมณ์ร่วม แต่การมีวิธีการ อันนำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหาก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสำหรับคนทุกข์ยากหรือผู้เสียเปรียบแล้ว การมีความสามัคคีกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวกันโดยที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์ยากอะไร

^{๒๖๐} John Dewey, “The Quest for Certainty,” *John Dewey: The Later Works, 1925–1953* 8 (1984): 1929.

^{๒๖๑} ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต* (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๔), หน้า ๔๕๔–๔๕๕.

ให้เกิดผลลัพธ์เลยนั้นมันดูคล้ายกับความสงสารที่เลื่อนลอย ดังที่ พอล ฟาร์เมอร์ เขียนไว้ว่า “solidarity without the pragmatic component can seem like so much abstract piety”^{๒๖๒}

แต่สำหรับขบวนการแพทย์ชนบทแล้ว ปัญหาไม่ได้อยู่ที่การขาดผลสัมฤทธิ์ แต่อยู่ที่การสร้างผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นนั้นนับวันจะยิ่งทำให้ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันลดน้อยถอยลง ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันกับความทุกข์ของประชาชนที่อยู่ในชนบทที่ห่างไกล (ซึ่งนับวันจะยิ่งพึ่งพาโรงพยาบาลชุมชนได้น้อยลงจากการที่โรงพยาบาลในชนบทไม่ยอมผ่าตัดและมุ่งเน้นการจัดการทางการเงินเพื่อเสถียรภาพและความคุ้มค่าเป็นหลัก) ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันของบุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมงานอยู่ในชนบท ที่นับวันยังรู้สึกว้าขบวนการแพทย์ชนบทมุ่งเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเป็นสำคัญ จากเดิมที่เคยร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือวิชาชีพต่างๆ ให้สามารถทำงานในชนบทด้วยกัน ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันของแพทย์ที่ทำงานในชนบทเองที่นับวันจะยิ่งห่างเหินไปจาก “ส่วนนำ” ของขบวนการและมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวประเด็นการเมืองต่างๆ น้อยลงไปตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการขับเคลื่อนที่เน้นผลลัพธ์จึงเป็นการแลกมาด้วยความแปลกแยกของแนวร่วม เครือข่าย เพื่อนร่วมงานและเพื่อนร่วมวิชาชีพจนกลายเป็นจุดอ่อนที่ทำให้กลุ่มที่เสียผลประโยชน์และคู่ขัดแย้งต่างๆ ขยายแนวร่วมได้อย่างต่อเนื่องในระยะที่ผ่านมา

ในสถานการณ์ทางการเมืองที่มีการแบ่งข้างแยกขั้วกันอย่างรุนแรงในปัจจุบัน สัมพันธคตินิยมของขบวนการแพทย์ชนบทมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความขัดแย้ง ทั้งกับกลุ่มผลประโยชน์ชนชั้นนำเดิมที่ต้องสูญเสียอำนาจหรือผลประโยชน์จากการเคลื่อนไหวของแพทย์ชนบทในประเด็นนโยบายต่างๆ และกับกลุ่มอุดมคตินิยมคัมภีร์ (Dogmatic idealism) ที่ยึดถือหลักการหรือทฤษฎีบางอย่างว่าเป็นสิ่งถูกต้องสูงสุดและเป็นความจริงสุดท้าย (Fixed truth) ตัวอย่างที่เด่นชัดที่สุดก็คือ กรณีการเคลื่อนไหวเรื่องซีแอลยา ดังที่มีการตั้งข้อสังเกตว่า การได้มาซึ่งยาราคาถูกที่จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพสามารถจัดหาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งเครือข่ายแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนผลักดันจนสำเร็จในช่วงรัฐบาลรัฐประหารนั้น “คุ้มค่าหรือไม่” กับการยอมร่วมมือกับรัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้งตามแนวทางประชาธิปไตย เพราะหากผลักดันเรื่องเช่นนี้ได้ในสมัยรัฐบาลเลือกตั้งก็จะเป็นประโยชน์ต่อการเติบโตของประชาธิปไตย

ความขัดแย้งแตกต่างทางความคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงตรรกะที่แตกต่างกันระหว่างความคิดแบบ “สัมพันธคตินิยม” ของแพทย์ชนบทที่ต้องการแก้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนคนเจ็บคนป่วยที่เห็นอยู่ตรงหน้ากับ “อุดมคตินิยม” ที่ถือว่ารัฐบาลจากการเลือกตั้งและระบอบประชาธิปไตยตัวแทนเป็นสิ่งสูงสุดที่ไม่สามารถประนีประนอมกับอะไรได้เลย ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งหากถามจากผู้ป่วยที่รอรับการเยียวยาหรือถามจากพ่อแม่ สามีภรรยา และญาติพี่น้องของผู้ป่วย ว่าให้รอการรักษาไปจนกว่าประเทศจะได้มาซึ่งรัฐบาลเลือกตั้ง คำตอบก็ย่อมแตกต่างไปจากคำตอบของนักอุดมคตินิยมอย่างแน่นอน ทั้งนี้ยังไม่ต้องกล่าวถึงข้อเท็จจริงที่รู้กันอยู่ว่า รัฐบาลจากการเลือกตั้งมักไม่มีความกล้าหาญที่จะทำอะไรขัดแย้งกับนายทุนหรือขัดผลประโยชน์ของบริษัทข้ามชาติ

^{๒๖๒} Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, (Berkeley: University of California Press, 2005), p. 146.

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ทั้งภาวะกำกั่ง ชายขอบ (แต่ก็ยังเกาะเกี่ยวเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอำนาจ) และลักษณะลื่นไหลในเชิงอัตลักษณ์ที่ทำให้ “ขบวนการแพทย์ชนบท” เป็นได้ทั้งอุดมการณ์ จิตวิญญาณ ตัวบุคคลและองค์กรจัดตั้ง (และเป็นทั้งรัฐ เป็นทั้งองค์กรเอกชน จนมีการเรียกเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทนี้ว่า “ขุนนางเอ็นจีโอ”) ลักษณะชายขอบ กำกั่งและลื่นไหลนี้แยกไม่ออกจากแนวปฏิบัติเรื่อง “สัมฤทธิ์คตินิยม” คล้ายกับคติของเต็งเสี่ยวผิงที่ว่า “แมวไม่ว่าจะเป็นสีขาวหรือสีดำ ขอให้มันจับหนูได้ ก็ถือว่าเป็นแมวที่ดี” ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวต่างๆ ของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเป็นไปอย่างไม่ยึดแนวคิดและรูปแบบที่ตายตัว ซึ่งกลายเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน คือผลักดันการเปลี่ยนแปลงอย่างได้ผล แต่ก็สร้างความขัดแย้งได้ทั้งกับกลุ่มผลประโยชน์ที่ต้องการรักษาสถานะเดิม (Status quo) และกับกลุ่มอุดมคตินิยมต่างๆ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแบ่งขั้วในทางอุดมคติทางการเมืองสูง ก็ยังทำให้การเคลื่อนไหวของแพทย์ชนบทมีความเสี่ยงต่อการต่อต้าน ถูกวิพากษ์ หรือแม้แต่ถูกบ่อนทำลายจากผู้เสียผลประโยชน์มากขึ้น

๔. แพทย์ชนบทกับการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลใหม่แก่ระบบสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับกันดีว่าเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบทมีปฏิบัติการต่างๆ มากมายภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์แต่ละยุคสมัย ซึ่งล้วนสร้างผลกระทบต่อระบบอภีบาลสุขภาพให้มีพัฒนาการอย่างก้าวกระโดด ผลสัมฤทธิ์ที่เด่นชัดประการหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทในการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพไทย คือ การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบการอภีบาล ด้วยการตั้งองค์กรอิสระด้านสุขภาพขึ้น ทำหน้าที่เป็นกลไกต่างๆ ในการอภีบาลระบบ ซึ่งถือเป็นการสร้างระบบธรรมาภิบาลใหม่ให้เกิดขึ้นแก่ระบบสุขภาพ

ในอดีต วิธีคิดว่าการสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดแก่ระบบ มักถูกผูกโยงกับตัวบุคคลเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีสถานะเป็นผู้นำหรือผู้บังคับบัญชา และสิ่งที่จะนำพาระบบไปสู่การมีธรรมาภิบาลได้ก็คือ คุณธรรมส่วนบุคคล โดยเฉพาะคุณธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ความสุจริต เทียงตรง การไม่ฉ้อฉลหรือแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตน แม้ในช่วงที่กระแสการทุจริตคอร์รัปชันเริ่มขยายตัวมากขึ้น วิธีคิดดังกล่าวก็ยังคงมีพลังสูงมาก จนส่งผลให้มุมมองในการแก้ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันส่วนใหญ่มักมีจุดเน้นที่การสร้างคุณธรรมและจิตสำนึกส่วนบุคคล ให้ปัจเจกบุคคลปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างสุจริต โปร่งใส มากกว่าจะเป็นการแก้ปัญหาเชิงระบบ วิธีคิดที่ว่าคุณธรรมส่วนบุคคลมีส่วนสำคัญในการกำหนดระบบธรรมาภิบาลนั้น สะท้อนชัดเจนผ่านปาฐกถาของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ในหัวข้อเรื่อง “แนวทางในการแก้ปัญหาของชาติ” ซึ่งหนึ่งในนั้นมีปัญหาเรื่องการคอร์รัปชันรวมอยู่ด้วย โดยพลเอกเปรม ได้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันไว้ดังนี้

ในการที่จะขจัดปัญหาคอร์รัปชันในบ้านเมืองของเราให้ลดน้อยลงและหมดไปในที่สุด การที่จะให้หมดไปในที่สุดทำได้ยากมาก แต่ก็มีช่องทาง... ปัญหาคอร์รัปชันนี้ เราต้องเริ่มที่ผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาทุกระดับจะต้องทำตนให้เป็นเยี่ยงอย่างที่ดีต่อผู้ใต้บังคับบัญชาในเรื่องความซื่อตรง

ปราศจากคอร์รัปชัน โดยตัวเองต้องไม่ทุจริต และไม่ยอมให้คนอื่นทุจริต จะต้องมีความเที่ยงธรรม
กล้าหาญ มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่และมีเกียรติ^{๒๖๓}

สำหรับขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้เกิดระบบที่เป็นธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีความโปร่งใสตรวจสอบได้ ซึ่งแต่เดิม กลุ่มแพทย์ชนบทเองก็ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลในแง่ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างหรือขับเคลื่อนระบบธรรมาภิบาล ดังเห็นได้จากการจัดตั้งปาฐกถาพรีคำทอน ขึ้นภายหลังการเสียชีวิตของนายแพทย์พรี คำทอน ซึ่งถูกลอบสังหารจากการเข้าไปกวาดล้างการทุจริตคอร์รัปชันที่สะสมมาเป็นเวลานานของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดขณะนั้น นายแพทย์พรี คำทอน จึงเป็นบุคคลในอุดมคติของการทำงานอย่างเต็มกำลังด้วยความสุจริต เที่ยงตรง ยึดมั่นในการธำรงรักษาไว้ซึ่งความถูกต้องและระบบที่โปร่งใส เป็นธรรม แม้จะต้องแลกด้วยชีวิตก็ตาม

แม้ขบวนการแพทย์ชนบทจะมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพตลอดมา แต่การผลักดันเพื่อให้เกิดกลไกการสร้างธรรมาภิบาลอย่างเป็นระบบก็ยังไม่เกิดขึ้น กระทั่งราวปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่เริ่มมีการปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ การผลักดันระบบธรรมาภิบาลที่เอื้อต่อการเกิดธรรมาภิบาลจึงก่อตัวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

การปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เกิดขึ้นเนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณตามขนาดของโรงพยาบาล ทำให้การกระจายงบประมาณไม่เป็นไปตามจริง บางพื้นที่ที่ต้องดูแลประชากรจำนวนมาก กลับได้งบประมาณน้อย หรือจังหวัดใหญ่กลับได้งบประมาณจำนวนมาก ที่สำคัญ การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. เดิม ยังอาศัยเพียงกลไกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งในหลายกรณี การจัดสรรงบประมาณไปยังแต่ละจังหวัดไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่วางไว้ทั้งหมด หากแต่ขึ้นอยู่กับ “ดุลยพินิจ” หรือความเห็นของฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขด้วย จึงเป็นโอกาสให้คนเหล่านี้สามารถใช้อำนาจกระทำการทุจริตได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่องบประมาณของโครงการ สปร. มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นงบประมาณก้อนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนถึงปีละเกือบหมื่นล้านบาท^{๒๖๔}

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เริ่มปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. โดยเปลี่ยนจากวิธีการจัดสรรแบบเดิมมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องสำรวจและทำบัญชีผู้มีรายได้น้อยขึ้นมา แล้วจึงจัดสรรงบประมาณไปให้ตามจำนวนประชากรที่แต่ละ

^{๒๖๓} จัตุรา กลิ่นสุนทร, รัฐบุรุษชื่อเปรม (กรุงเทพฯ: มูลนิธิรัฐบุรุษ เปรม ติณสูลานนท์, ๒๕๓๘), หน้า ๙๕.

^{๒๖๔} อัญญา ณ ระนอง, “การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.),” รัฐประศาสนศาสตร์ ๑,๑ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๔๕): ๗-๓๓.

แห่งต้องดูแล โดยนัยนี้ จำนวนประชากรจึงเป็นตัวกำกับการจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดต่างๆ อย่างเป็น
ธรรม^{๒๖๕}

ที่สำคัญ นายแพทย์สงวน ยังสร้างกลไกการจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกาชัดเจน โดยการผลักดัน
ระเบียบกระทรวงการคลัง “ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควร
ช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. ๒๕๔๑” มาใช้แทนระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระเบียบดังกล่าวกำหนดให้มี
การจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลขึ้นมา ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ใน
การจัดสรรงบประมาณ ควบคุมตรวจสอบและกำกับการใช้จ่ายงบประมาณ^{๒๖๖} โดยกำหนดให้มีกลุ่มคนจาก
ภาคส่วนอื่นที่นอกเหนือไปจากภาคสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณด้วย
เพื่อสร้างอำนาจถ่วงดุล ไม่ให้การจัดสรรงบประมาณเป็น “ดุลยพินิจ” หรืออำนาจเบ็ดเสร็จเฉพาะนักการเมือง
หรือผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่ง “คนนอก” ที่นายแพทย์สงวนได้เติมเข้ามาในคณะกรรมการชุด
นั้น ได้แก่ กลุ่มคนที่ทำงานด้านสื่อสารมวลชนและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น สมหมาย ปาริจฉัตต์ นายก
สมาคมนักข่าวแห่งประเทศไทยขณะนั้น วัลลภ ตั้งคณานุรักษ์ หรือ “ครูหุ่ย” ผู้แทนของคนทำงานเกี่ยวกับ
เด็กและผู้ยากไร้ และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ผู้แทนผู้สูงอายุ เป็นต้น

การผลักดันการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
(สปร.) ที่เปลี่ยนจากการใช้ดุลยพินิจของนักการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงมาเป็นการตั้ง
คณะกรรมการที่เป็นคนจากนอกภาคสาธารณสุข เช่น สื่อมวลชนและองค์กรพัฒนาเอกชน มาทำหน้าที่ในการ
พิจารณาจัดสรรงบประมาณนั้น ถือเป็นครั้งแรกๆ ของการออกแบบกลไกการอภิบาลใหม่ที่พยายามดึงอำนาจ
การบริหารจัดการออกจากโครงสร้างรวมศูนย์อำนาจของระบบราชการ และวางโครงสร้างการบริหารจัดการ
แนวราบที่เน้นการกระจายและถ่วงดุลอำนาจอันเอื้อต่อการเกิดธรรมาภิบาล

โครงสร้างการอภิบาลดังกล่าว ได้กลายเป็นลักษณะสำคัญที่ปรากฏอยู่ในโครงสร้างการทำงานของ
องค์กร ส. ต่างๆ ที่เด่นชัดที่สุด คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถือครองงบประมาณ
จำนวนมหาศาลสำหรับหล่อเลี้ยงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนกว่า ๔๘ ล้านคน โครงสร้าง
คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำรง
ตำแหน่งเป็นประธานกรรมการแล้ว ยังมีตัวแทนจากภาคส่วนอื่นๆ เป็นคณะกรรมการกำกับการบริหารองค์กร
ร่วมกัน ได้แก่ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๔ คน ผู้แทนองค์กรเอกชน จำนวน ๕ คน ซึ่งคัดสรร
จากองค์กรที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและครอบคลุมผู้ดำเนินงานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เด็กและเยาวชน
สตรีและผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้แรงงาน ชุมชนแออัด เกษตรกร และชนกลุ่ม

^{๒๖๕} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (กรุงเทพฯ: สทิจิตร, ๒๕๕๐), หน้า ๘๔-๘๕.

^{๒๖๖} อัญญา ณ ระนอง, “การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลัง
โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.),” *รัฐประศาสนศาสตร์*
๑,๑ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๕): ๘.

น้อย เป็นต้น นอกจากนั้น ยังมีผู้แทนผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน ๕ คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ อีกจำนวน ๗ คน^{๒๖๗}

เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่ถือครองงบประมาณจากภาษีเหล้าบุหรี่เป็นจำนวนมากถึงราวปีละกว่าสองพันล้านบาท โครงสร้างองค์กรของ สสส. ถูกกำหนดให้มีคณะกรรมการ^{๒๖๘} ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วน ซึ่งนอกจากจะมีนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานและรองประธานฯ แล้ว ยังมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย ที่สำคัญยังมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่สรรหาจากผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านต่างๆ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาชุมชน การสื่อสารมวลชน การศึกษา การกีฬา ศิลปวัฒนธรรม กฎหมาย และการบริหารจำนวน ๘ คน ซึ่งในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง^{๒๖๘} โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารองค์กรเช่นนี้ ยังปรากฏอยู่ในองค์กรตระกูล ส. อื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

การวางโครงสร้างการอภิบาลองค์กรอิสระด้านสุขภาพ ให้มีคณะกรรมการบริหารองค์กรที่ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งนอกเหนือไปจากฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ด้านหนึ่งนอกจากจะเป็นการสร้างระบบอภิบาลที่เปิดกว้างกว่าหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมให้กว้างขวางขึ้นแล้ว ที่สำคัญยังเป็นการวางกลไกการอภิบาลแบบใหม่ ซึ่งเป็นโครงสร้างการบริหารจัดการแนวราบที่เน้นการกระจายและถ่วงดุลอำนาจ ลักษณะโครงสร้างการบริหารจัดการดังกล่าวแตกต่าง ไปจากกลไกการบริหารในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการบริหารจัดการในแนวดิ่ง เป็นลำดับชั้น เอื้อต่อการใช้อำนาจรวมศูนย์และเบ็ดเสร็จเด็ดขาด จึงนำไปสู่ช่องทางในการทุจริตคอร์รัปชันได้ง่าย โครงสร้างการบริหารองค์กรตระกูล ส. ที่เน้นการกระจายอำนาจไปยังคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ จึงเป็นโครงสร้างที่เอื้อให้เกิดธรรมาภิบาลภายในองค์กรสูง ทั้งในแง่ของความเป็นโปรงใส ตรวจสอบได้ และการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงกล่าวได้ว่า องค์กรอิสระด้านสุขภาพเหล่านี้ ได้สถาปนาระบบและวัฒนธรรมการอภิบาลแบบใหม่ที่สวนกระแสวัฒนธรรมอำนาจแบบเดิมในระบบราชการ จึงทำให้นักการเมืองที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างการบริหารงานองค์กรเหล่านี้เกิดความอึดอัด คับข้องใจต่อบทบาทของตนที่มีในโครงสร้างอำนาจแบบใหม่ เพราะนอกจากฝ่ายการเมืองจะไม่สามารถใช้อำนาจได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดแล้ว ยังรู้สึกคล้ายกับว่าอำนาจบริหารของตนถูกลดทอนลงอย่างมากด้วย จึงไม่น่าแปลก เมื่อพบว่าฝ่ายการเมือง (ทั้งรัฐมนตรีที่มาจาก

^{๒๖๗} พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. (๒๕๔๕, ๑๑ พฤศจิกายน).

^{๒๖๘} พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔. (๒๕๔๔, ๒๗ ตุลาคม)

พรรคประชาธิปัตย์และจากพรรคเพื่อไทย) ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างการบริหารงานขององค์กรตระกูล ส. จะแสดงท่าทีที่อดัดคับข้องใจอย่างมาก ดังเช่นกรณีของนายวิทยา แก้วภราดัย อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากพรรคประชาธิปัตย์ ที่ได้กล่าวถึงความรู้สึกเมื่อครั้งเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่า

...คณะกรรมการบริหารมีความเป็นอิสระสูงมากจนยากที่จะตรวจสอบ แม้ตำแหน่งรัฐมนตรีเมื่อเข้าไปอยู่ในวงล้อมของบอร์ด สปสช. ก็อาจตกอยู่ในที่นั่งลำบาก ผมไปนั่งในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดหนึ่งคน ที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่งนั่งข้างผม นอกจากนั้น เป็นตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่างๆ และกลุ่มเอ็นจีโอ ซึ่งเขามาอยู่ก่อนผมนานมาก ผมเหมือนไปอยู่กลางวงล้อม^{๒๖๙}

ไม่ต่างไปจากกรณีของ ร.ต.อ. ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ รองนายกรัฐมนตรีจากรัฐบาลพรรคไทยรักไทย ที่รับผิดชอบดูแลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เคยกล่าวให้สัมภาษณ์แสดงความรู้สึกที่มีต่อการประชุมคณะกรรมการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ว่า

การประชุมบอร์ด สสส. เมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ตนถือว่าเป็นการประชุมที่เครียดมากและไม่สร้างสรรค์ ประธานพูดอะไรก็ตะแบง ไม่ยอมฟังประธาน ใช้เวลาประมาณ ๑๐ ชั่วโมง ตนไม่กล้าออกนอกห้องประชุมเลย เพราะไม่แน่ใจว่าหากออกไปแล้ว มติจะออกมาเป็นเช่นไร...^{๒๗๐}

เหตุผลสำคัญที่ทำให้เกิดการเมืองมีความอดัดคับกับการบริหารองค์กร ส. ก็เพราะในโครงสร้างธรรมาภิบาลแบบใหม่ที่เกิดขึ้นในองค์กรเหล่านี้ ทำให้นักการเมืองไม่สามารถใช้อำนาจและจัดสรรผลประโยชน์ได้ตามอำเภอใจ ถึงแม้จะปรากฏข้อวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการบริหารงานขององค์กรตระกูล ส. อยู่บ้าง แต่การสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลแก่ระบบสุขภาพขององค์กรเหล่านี้ ถือเป็นผลสัมฤทธิ์สำคัญที่ควรนำมาถอดบทเรียนและหยิบยกขึ้นมาอภิปราย เช่น กรณีของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยผ่านกลไกอย่างสมัชชาสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือเอชไอเอ (Health Impact Assessment – HIA) ซึ่งเป็นกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาในทุกระดับของสังคม โดยยึดถือการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก กระบวนการทำงานเหล่านี้ส่งผลให้ทิศทางการพัฒนาต่างๆ ไม่ถูกกำหนดและผูกขาดโดยรัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนา หรืออีกนัยหนึ่งคือ มีส่วนร่วมในการกำหนดระบบอภิบาลนั่นเอง

^{๒๖๙} บพสัมพันธ์ วิทยา แก้วภราดัย อ้างถึงใน การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๒ – ๖๓.

^{๒๗๐} “ปู่ไม่ถอยแผนเหลาหมอประกิต” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000032042> [๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

นอกจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แล้ว อีกองค์กรหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันมาตรการทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการสร้างเครือข่ายคนทำงานในภาคประชาสังคม และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนนวัตกรรมใหม่ๆ ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชนมาสู่การป้องกันก่อนป่วย ผลงานอันโดดเด่นของ สสส. ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันดีคือ การรณรงค์และการสร้างมาตรการด้านการควบคุมการบริโภคสุรา ยาสูบ ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า การทำงานสุขภาพเชิงรุกของ สสส. นั้น ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ดังเห็นได้จาก ผลการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) ที่ทำการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในรอบ ๑๐ ปี ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๗,๓๑๑ คน ใน ๑๑ จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า ประชาชนรู้จัก สสส. ในฐานะองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคมด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ ในด้านของการประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนที่มีต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ประชาชนเล็งเห็นคุณค่างานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ยังพบว่า คุณค่าที่คนไทยมอบให้กับการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย คิดมูลค่าเป็นตัวเงินประมาณ ๗,๙๓๔ ล้านบาท หากเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ สสส. ได้รับจัดสรรปีละ ๓,๐๐๐ ล้านบาท หมายความว่าในสายตาประชาชน สังคมได้กำไรจากการมีองค์กรเช่น สสส.^{๒๗๑}

นอกจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและการผลักดันมาตรการทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพแล้ว กลุ่มแพทย์ชนบทยังให้ความสนใจปัญหาความเหลื่อมล้ำและการกระจายทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม จนกระทั่งสามารถผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผ่านมาตรการทางการเงินการคลัง โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปดังกล่าว

แนวคิดและโครงสร้างการอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนามาจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการวางกลไกการบริหารงานเพื่อให้เอื้อต่อการเกิดธรรมาภิบาลอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังควบคุมการใช้งบประมาณ ด้วยการกำหนดให้มีคณะกรรมการซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้ามากำหนดหลักเกณฑ์และกำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณ โดยไม่ปล่อยให้เป็นอำนาจสิทธิขาดของนักการเมืองและผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โครงสร้างของคณะกรรมการนี้เองที่พัฒนาเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา

^{๒๗๑} “สวรส. วิจัย ‘สสส.’ 10 ปีมีเงินล้านคัมป์ ชี้ยังเข้าถึงกลุ่มรายได้น้อยไม่พอ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/05/40622> [๒๘ มีนาคม ๒๕๕๖]

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพอย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นับเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลแก่ระบบการบริการสาธารณสุขไทย เพราะนอกจากจะเป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียมแล้ว ยังมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์อย่างทั่วถึง การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดดวงตา และการเพิ่มสิทธิการล้างไต เป็นต้น^{๒๗๒} ซึ่งทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นจากการบริหารงานที่มีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบราชการแบบเดิมที่เคยเป็นมาอย่างเห็นได้ชัด

การขับเคลื่อนผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบท จนเกิดเป็นองค์กรอิสระด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นกลไกต่างๆ ในการอภิบาลระบบสุขภาพ นับเป็นจังหวะก้าวสำคัญของการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลแบบใหม่ให้กับระบบ โดยผ่านกลไกการอภิบาลที่สำคัญเหล่านี้ แต่สภาพการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏความพยายามรุกคืบเข้าไปไล่อื้อและล้มล้างองค์กรเหล่านี้ ด้านหนึ่งได้สะท้อนให้เห็นว่า การต่อสู้เพื่อสร้างธรรมาภิบาลนั้นเป็นเส้นทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด การสร้างธรรมาภิบาลแก่ระบบสุขภาพจึงไม่ใช่ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นและเสร็จสิ้นไปในคราวเดียว เพราะในกระบวนการสร้างธรรมาภิบาลนั้น ล้วนเต็มไปด้วยพลวัตของการช่วงชิงผลประโยชน์ และการต่อรองท้าทายเชิงอำนาจ ประเด็นสำคัญจึงมิได้อยู่ที่การดำรงสถานะของความเป็นอำนาจนำในการสร้างธรรมาภิบาลไว้เท่านั้น หากหัวใจสำคัญนั้นอยู่ที่การรักษาบทบาทในการต่อรองและสร้างอำนาจถ่วงดุล ไม่ให้เกิดการรวบอำนาจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

^{๒๗๒} วิชัย โชควิวัฒน์, มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง (กรุงเทพฯ: ทีคิวพี, ๒๕๕๕), หน้า ๓๖.

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๑. บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและตามสภาพปัญหาที่กลุ่มบุคคลและเครือข่ายแพทย์ชนบทเผชิญ การทำความเข้าใจถึงบทบาทด้านธรรมาภิบาลของขบวนการแพทย์ชนบทจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางประวัติศาสตร์ ในขณะเดียวกัน แนวคิดเรื่อง “ธรรมาภิบาล” หรือ “การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี” รวมทั้งวิถีทางในการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลก็เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางประวัติศาสตร์และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมด้วย จาก “รัฐธรรม” ในอดีตที่ยึดโยงอยู่กับคติเรื่อง “จักรวรรดิวัตร” ในพุทธศาสนา ซึ่งเน้นข้อปฏิบัติอันควรสำหรับผู้ปกครอง ผนวกกับการจัดระเบียบสังคมให้เกิดระบบที่เป็นธรรม แนวคิดดังกล่าวสะท้อนผ่านเหตุผลที่ใช้ในการออกกฎหมายในช่วงต้นรัตนโกสินทร์ ที่มักอ้างอิงถึงแนวคิดเรื่องความเป็นพระโพธิสัตว์ของกษัตริย์ ที่ต้องทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้ประชาชนทำความชั่วและนำพาประชาชนให้พ้นไปจากวัฏสงสาร ในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ แนวคิดเช่นนี้เน้นย้ำ “ธรรม” ของกษัตริย์เป็นกลไกสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาล

การเปลี่ยนแปลงการปกครองมาสู่ระบอบประชาธิปไตยในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ เป็นความพยายามที่จะล้มล้างการปกครองที่คณะราษฎรเห็นว่าเต็มไปด้วยความทุจริต การใช้อำนาจโดยมิชอบ การเล่นพรรคเล่นพวก จึงเป็นการสร้างธรรมาภิบาลผ่านระบอบประชาธิปไตยที่ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพเสมอกัน แต่เมื่อลัทธิชาตินิยมทหารที่นำโดย จอมพล ป. พิบูลสงคราม เรื่องอำนาจ และโดยเฉพาะเมื่อ จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ยึดอำนาจด้วยการทำรัฐประหาร ระบบ “ธรรมาภิบาล” ก็ถูกนิยามขึ้นใหม่ในกรอบ “การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ” ที่ความถูกต้องเป็นธรรมมาจากผู้นำที่สามารถสั่งประหารชีวิตบุคคลที่เห็นว่าเป็นศัตรูแห่งรัฐและความดีงามของสังคมได้ แนวคิดดังกล่าวถูกสืบทอดผ่านต่อมายังรัฐบาลเผด็จการทหารของ จอมพลถนอม กิตติขจร ก่อนที่กระแสการเปลี่ยนแปลงสู่ประชาธิปไตยที่นำโดยนิสิตนักศึกษา กรรมกรและชาวนาจะล้มล้างระบอบเผด็จการลงและเปิดทางสู่การปกครองระบอบประชาธิปไตยที่ยังล้มลุกคลุกคลานมาอีกหลายทศวรรษ หน่ออ่อนขบวนการแพทย์ชนบทที่เติบโตในรั้วมหาวิทยาลัยเป็นผลผลิตของจิตวิญญาณและอุดมการณ์การทำงานเพื่อมวลชนในยุคนี้

การเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ทางการเมืองหลังการสิ้นสุดลงของสงครามเย็นได้ทำให้เศรษฐศาสตร์การเมืองไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบทุนนิยมเสรีนิยมมากขึ้น กระแสโลกาภิวัตน์ที่ไหลบ่ามาพร้อมกับทุนข้ามชาติขนาดใหญ่ การเกิดขึ้นของ “บุฟเฟต์ คาบิเน็ต” และการคอร์รัปชันที่แพร่สะพัดอย่างกว้างขวางจนนำไปสู่การรัฐประหารของ คณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) สะท้อนถึงความล้มเหลวของระบบธรรมาภิบาลของประเทศไทย ที่ในที่สุดยังจำเป็นต้องอาศัยอำนาจจากระบบเข้ามาจัดการ อย่างไรก็ตาม บทเรียนหลังวิกฤตทางการเงินและความเอือมระอาต่อระบบการเมืองที่ฉ้อฉลได้นำมาซึ่งการปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบการเมืองไทยอย่างมาก การเกิดขึ้นขององค์กรอิสระ องค์กรมหาชน รวมทั้งกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและสื่อสาธารณะ รวมทั้งความตื่นตัวของสังคมในเรื่องความชอบธรรมทางการเมือง การมีส่วนร่วม และความโปร่งใสในการทำงานได้เอื้อต่อการสร้างธรรมาภิบาลมากขึ้น กรณีการเปิดโปงความฉ้อฉลของนักการเมืองโดย นายแพทย์มรกต กรเกษม และเครือข่ายแพทย์ชนบท เป็นกรณีตัวอย่างของเหตุการณ์ในช่วงนี้

สถานการณ์หลังการรัฐประหารในเดือนกันยายน ๒๕๔๙ อันเป็นผลมาจากความขัดแย้งในเชิงโครงสร้างของพลังทางการเมืองฝ่ายทุนนิยม - ประชาชน กับพลังทางการเมืองฝ่ายอนุรักษนิยม ปัญหาเรื่องธรรมาภิบาลกลายเป็นประเด็นสำคัญในความขัดแย้ง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและการคอร์รัปชันเชิงนโยบายของนักการเมือง เรื่องสิทธิเสรีภาพ หรือเรื่องความโปร่งใสตรวจสอบได้ของสถาบันกษัตริย์และเครือข่ายที่โยงใย ความขัดแย้งที่แหลมคมและรุนแรงนี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระบบการเมืองไทย อันอาจนำมาได้ทั้ง “วิกฤต” หรือ “โอกาส” ในการสร้างธรรมาภิบาล กระแสความตื่นตัวและการกล้าแสดงออกทางการเมืองอาจเป็นสัญญาณที่ดีสำหรับการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ค่านิยมที่ว่า “ยอมรับได้หากรัฐบาลคอร์รัปชัน แต่ขอให้ตนเองได้ประโยชน์ด้วย” ที่ปรากฏในผลการสำรวจความคิดเห็นต่างๆ ก็อาจเป็นเครื่องสะท้อนรากฐานทางความคิดเกี่ยวกับธรรมาภิบาลของสังคมไทยในปัจจุบันได้เป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน บนเส้นทางสู่ธรรมาภิบาลของสังคมไทยที่ยังคงคดเคี้ยววกวนนี้ ประสบการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้ต่อสู้เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่โปร่งใส เป็นธรรม และประชาชนมีส่วนร่วม จึงเป็นบทเรียนสำคัญที่ควรศึกษาเรียนรู้

๒. การทบทวนประวัติศาสตร์ รวมทั้งเหตุการณ์ร่วมสมัยได้ทำให้เห็นถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เริ่มต้นตั้งแต่การเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการนิสิตนักศึกษา ประชาชนที่ต่อสู้เคลื่อนไหวเรียกร้องประชาธิปไตยและโค่นล้มอำนาจเผด็จการ การออกเผยแพร่ประชาธิปไตยในชนบท การไปบุกเบิกทำงานโรงพยาบาลอำเภอในชนบทที่ห่างไกล จนก่อรูปเป็นชมรมแพทย์ชนบทที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ยากไร้ในท้องถิ่นห่างไกลให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ สร้างระบบสนับสนุนโรงพยาบาลอำเภอ พัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลให้สูงขึ้น รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยประคับประคองแพทย์ชนบทและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้สามารถทำงานรับใช้ชนบทบนความยากลำบากได้อย่างมีอุดมการณ์ ยืนหยัดมั่นคงและมีประสิทธิภาพ

นอกจากการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอ (ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน) โดยการผลักดันให้มีบุคลากร เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอมากขึ้นแล้ว ขบวนการแพทย์ชนบทยังได้ขยายบทบาทสู่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นการทำงานสุขภาพเชิงรุกที่มองสุขภาพอย่างแยกไม่ออกจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การตระหนักว่าปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งอันเดียวกันกับปัญหาสังคมทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทออกมามีบทบาทในด้านการรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เรื่องยาสูบไม่ในดับ หรือการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเมื่อสถานการณ์ทางการเมืองนำมาซึ่งการฉ้อฉลของนักการเมืองในระบบสาธารณสุข ขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้ออกมามีบทบาทสำคัญร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชนในการรณรงค์ต่อต้านการคอร์รัปชัน จนมีบทบาทโดดเด่นและกลายเป็นอัตลักษณ์ของขบวนการแพทย์ชนบทที่เป็นที่ยอมรับของสังคมว่า เป็นตัวแทนของการต่อต้านการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างไม่เกรงกลัวต่ออำนาจที่ไม่ชอบธรรมใดๆ

การปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างขององค์กรรัฐ มีองค์การมหาชนเกิดขึ้น โดยในภาคสาธารณสุขมีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นและ

กลายเป็นจุดเริ่มของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างภาคสาธารณสุข เมืองค์กรใหม่ๆ เกิดขึ้นทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นโยบายทางสุขภาพและมาตรการทางสังคมต่างๆ ถูกผลักดันออกมาอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายและภาคีต่างๆ ที่เชื่อมโยงอยู่กับขบวนการแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ขยายสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านการควบคุมการบริโภคสุรา ยาสูบ การรณรงค์เรื่องสิทธิการเข้าถึงยาและการใช้มาตรการซีแอลยา การสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (health impact assessment) ของนโยบายและแผนงานโครงการขนาดใหญ่

ผลของการขับเคลื่อนผลักดันร่วมกันของเครือข่ายและภาคีต่างๆ ที่เชื่อมโยงอยู่กับขบวนการแพทย์ชนบทนี้ ได้ทำให้ระบบสุขภาพไทยกลายเป็นระบบที่มีธรรมาภิบาลโดดเด่นแตกต่างไปจากกระทรวงอื่นหรือหน่วยงานรัฐในภาคอื่นๆ เพราะในระบบโครงสร้างใหม่ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นเหล่านี้ล้วนกำหนดระบบการอภิบาลที่เปิดกว้างกว่ากระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การมหาชนในภาคส่วนอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการผ่านระบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากหลายภาคส่วนร่วมกัน แม้จะมีข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่าการเอื้อพวกพ้องหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อนเกิดขึ้นอยู่บ้าง ก็เป็นการสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการถูกตรวจสอบที่อาจมีไม่มากนัก ในระบบราชการแบบเดิมๆ ที่กระบวนการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรดำเนินไปอย่างไม่เปิดเผย ระบบอภิบาลดังกล่าวขัดต่อผลประโยชน์ของฝ่ายการเมืองบางกลุ่มที่ต้องการมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการเข้ามามีการจัดการทรัพยากร ในขณะที่ระบบราชการแบบเดิมนั้นง่ายต่อการควบคุมจัดการผ่านการแต่งตั้งโยกย้ายที่เป็นอำนาจเบ็ดเสร็จของนักการเมือง การยึดครององค์การมหาชนที่มีระบบอภิบาลที่ถูกออกแบบไว้อย่างรัดกุมกลับกลายเป็นเรื่องที่ยุ้งยาก จึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจและควรทำการศึกษาวิจัยให้เห็นถึงจุดแข็งจุดอ่อนของการออกแบบและการสร้างระบบอภิบาลในองค์กรต่างๆ เหล่านี้

๓. บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการต่อสู้เพื่อสร้างระบบธรรมาภิบาล จะถูกท้าทายและนับวันการต่อสู้จะยิ่งทวีความแหลมคมมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคหลังการรัฐประหาร ๒๕๔๙ ที่ความขัดแย้งทางการเมืองได้ทำให้เกิดการแย่งชิงอำนาจอย่างรุนแรง ประเด็นทางสังคมต่างๆ ถูกมองและตีความผ่านการแบ่งขั้วทางการเมืองและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การหักล้างทำลายฝ่ายตรงข้ามอย่างไม่ลดราวาศอก ข้าราชการการเมือง แพทย์และองค์การมหาชนในภาคสุขภาพ (ซึ่งถูกนิยามว่าเป็นองค์กรตระกูล ส. ในเครือข่ายลัทธิประเวศ) ที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นกรณีการเปลี่ยนคณะกรรมการอำนวยการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยการปลด ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี และฝ่ายที่สนับสนุนการทำงานของแพทย์ชนบทออก การพยายามแทรกแซงการบริหารจัดการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การจ้องที่จะล้มล้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการตั้งฝ่ายที่ต่อต้านและกลุ่มแพทย์ที่มีผลประโยชน์เข้าเป็นกรรมการ รวมทั้งการผลักดันให้มีการเพิ่มตำแหน่งรองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรที่กุมทรัพยากรด้านการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อเอาคนในกำกับของนักการเมืองเข้าไปควบคุม ล้วนแต่สะท้อนถึงความขัดแย้งเชิงโครงสร้างและการช่วงชิงผลประโยชน์ที่ดำรงอยู่อย่างแน่นหนาในระบบบริหารงานสาธารณสุข

กรณีล่าสุดและน่าจับตามองที่สุดคือการรุกเพื่อยึดครองอำนาจในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค จะเป็นนโยบายที่เป็นที่ยอมรับและสร้างความนิยมให้กับพรรคไทยรักไทย (ซึ่งต่อมากลายเป็นพรรคเพื่อไทย) อย่างล้นหลาม เพราะสามารถตอบโจทย์ความเดือดร้อนเรื่องค่ารักษาพยาบาลของประชาชน โดยเฉพาะคนยากคนจนได้เป็นอย่างดี แต่เมื่อพรรคการเมืองได้คะแนนเสียงไปแล้วและสถานการณ์การเมืองเปลี่ยนแปลงไป การเลาะรื้อและล้มล้างหลักการเดิมที่เคยเป็นที่มาของนโยบายนี้ก็เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การต่อสู้เพื่อสร้างธรรมาภิบาลจึงเปรียบเสมือนการเดินทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด เพราะเป็นกระบวนการช่วงชิงในเชิงผลประโยชน์ และเป็นการต่อรองเลาะรื้อระบบโครงสร้างอำนาจเพื่อผลประโยชน์ของแต่ละฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่การสร้างระบบธรรมาภิบาลที่สำเร็จเสร็จสิ้นไปในคราวเดียว แต่อยู่ที่การมีพื้นที่ มีตัวละครที่สามารถมีบทบาทในการต่อต้าน - ต่อรองกับอำนาจ โดยไม่ให้เกิดภาวะการรวบอำนาจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

หากหัวใจสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลคือ การสร้างระบบถ่วงดุลย์อำนาจ ขบวนการแพทย์ชนบทยังดำรงบทบาทสำคัญในการเป็นพลังต่อรองทางการเมืองที่ไม่ปล่อยให้เกิดการรวบอำนาจไว้อย่างเบ็ดเสร็จสิ้นเชิง กระบวนการดังกล่าวหากดำเนินไปได้เป็นระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอ ก็จะสร้างบรรทัดฐานใหม่ในทางการเมืองที่ทำให้การกระทำที่มีความทับซ้อนของผลประโยชน์ การฉ้อฉล หรือการกระทำที่เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว เป็นสิ่งที่ไม่เป็นที่ยอมรับได้อีกต่อไป ปัญหาที่ต้องพิจารณาก็คือ ทำอย่างไรจะให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถยืนหยัดในอุดมการณ์ของตนเองได้อย่างมั่นคง ในขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) ในสังคมเพื่อเป็นพลังต่อรองในเวทีการเมืองสุขภาพที่นับวันจะยิ่งเต็มไปด้วยผลประโยชน์ได้

๔. ในบริบทที่สังคมมีความแตกต่างทางความคิดและแบ่งข้างแยกขั้วกันอย่างชัดเจนในปัจจุบัน วิธีคิดและวิถีปฏิบัติของขบวนการแพทย์ชนบทที่เน้นแนวทาง “สัมฤทธิคตินิยม” มาตั้งแต่อดีตนั้น แม้จะทำให้สามารถผลักดันงานที่ยาก จนประสบความสำเร็จมาอย่างต่อเนื่อง แต่การแบ่งขั้วทางการเมืองที่ซับซ้อนมากขึ้นในยุคหลังทักษิณ ชินวัตร ที่เส้นแบ่งทางอุดมการณ์ระหว่างทุนนิยมกับสังคมนิยมสลายลงไป เพื่อนพ้องที่เคยร่วมอุดมการณ์ทางการเมืองต่างกระจัดกระจายไปคนละทิศละทาง ในขณะที่ น.พ. พรหมมินทร์ เลิศสุริย์เดช หรือหมอมีงค์ และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี กลายเป็นนักการเมืองคนสนิทของทักษิณ ชินวัตร นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ก็มีบทบาทอยู่ในขั้วตรงข้ามอย่างชัดเจน ยิ่งความขัดแย้งถูกนิยามเป็นเรื่องระหว่างพวก “ไพร่” ที่ “รักประชาธิปไตย” กับพวก “อำมาตย์” ที่ “สนับสนุนรัฐประหาร” แนวคิดแบบสัมฤทธิคตินิยมก็ยิ่งกลายเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น

ที่กล่าวเช่นนั้นก็เพราะเป้าหมายของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมุ่งปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคมเป็นสำคัญ แนวทางแบบสัมฤทธิคตินิยมในสถานการณ์ที่มีความแบ่งขั้วแยกข้างทางอุดมการณ์เช่นนี้ ทำให้การขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทต้องเผชิญกับการต่อต้านไม่เพียงแต่จากกลุ่มผู้มีอำนาจและผลประโยชน์ในระบบโครงสร้างเดิม ที่ต้องการอภิสิทธิ์หรือต้องการรักษาสถานะที่เป็นอยู่ (Status quo) จากทุกฝ่ายทางการเมือง ดังกรณีของนายประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ จากพรรคไทยรักไทย และนายวิทยา แก้วภราดัย จากพรรคประชาธิปัตย์ที่เมื่อเข้ามาบริหารงานสาธารณสุข ต่างก็รู้สึกเหมือนกันว่าอำนาจของนักการเมืองถูก

ลดทอนลงจากระบบการบริหารที่มีกรรมการหลายภาคส่วนร่วมตัดสินใจ นอกจากผู้มีอำนาจและผลประโยชน์ที่ต่อต้านระบบที่ลดทอนอำนาจของตนแล้ว ขบวนการแพทย์ชนบทยังต้องถูกคัดค้านจากพวกอุดมคตินิยมคัมภีร์ (Dogmatic idealism) ที่ยึดถือหลักการเป็นประหนึ่งคัมภีร์สูงสุดที่ไม่อาจประนีประนอมกับประโยชน์ทางสังคมอื่นใดได้ การที่ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันนโยบายและมาตรการต่างๆ ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล ไม่ว่าจะเป็ดยุคสมัยรัฐบาลเผด็จการ รัฐบาลประชาธิปไตยครึ่งใบ ค่อนใบ หรือเต็มใบ โดยเฉพาะการผลักดันกฎหมายและนโยบายที่ขัดแย้งกับผลประโยชน์ของนายทุนในช่วงรัฐบาลที่มาจากรัฐประหาร ก็ยังทำให้ถูกมองจากฝ่ายอุดมคตินิยมว่าเป็นพวกไร้หลักการ ประนีประนอมกับรัฐบาลรัฐประหารเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของตน

การผลักดันนโยบายหรือการปฏิรูปที่ไม่ได้เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตนหรือพวกพ้องเป็นจุดแข็งสำคัญที่สร้างความชอบธรรมให้กับขบวนการแพทย์ชนบท ยิ่งเมื่อผนวกเข้ากับภาพลักษณ์ของการเป็นแพทย์ที่มุ่งทำงานเพื่อชาวชนบทที่เสียเปรียบในทางสังคมด้วยแล้ว ก็ยังทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นที่ยอมรับและมีอำนาจอย่างยิ่งในทางสังคม แต่หากนโยบายหรือการปฏิรูปต่างๆ ที่เกิดจากการผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบทมีผลอันทำให้มองได้ว่าเป็นการแสวงหาประโยชน์ส่วนตนหรือเป็นไปเพื่อพวกพ้องของตน ก็จะทำให้ความชอบธรรมของขบวนการแพทย์ชนบทถูกตั้งคำถามได้ ดังจะเห็นได้จากกรณีการเรียกร้องผลักดันค่าตอบแทนแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้กับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนถึงรายละ ๕๐,๐๐๐ บาท ซึ่งได้รับการอนุมัติโดย ร.ต.อ. เฉลิม อยู่บำรุง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น โดยเป็นการเพิ่มค่าตอบแทนเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ก็ได้ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์จากวิชาชีพอื่นๆ ที่ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่ร่วมกันในท้องถิ่นชนบท รวมทั้งยังถูกตั้งคำถามถึงวิธีการผลักดันที่รวบรัดซึ่ง ศ. อัมมาร สยามวาลาถือว่า “เป็นการทำลายระบอบอภิบาลที่ดี”

สัมฤทธิ์คตินิยมไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย ยิ่งในการทำงานเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้คนแล้ว การยึดถือหลักการแบบตายตัวโดยขาดความยืดหยุ่นอาจเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนเรื่องสำคัญๆ อย่างได้ผล แต่หากสัมฤทธิ์คตินิยมจะยังจะเป็นเครื่องหมายการค้าของขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป ก็จำเป็นที่จะต้องมีความระมัดระวังโดยเฉพาะในเรื่องผลประโยชน์เฉพาะตัว ซึ่งย่อมไม่ได้หมายถึงเฉพาะเรื่องผลประโยชน์ค่าตอบแทนของแพทย์ชนบทดังที่กล่าวมาแล้วเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการได้มาซึ่งอำนาจ ตำแหน่ง หรือทรัพยากร ดังกรณีที่มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ถึงการก่อตั้งสำนักงานปฏิรูป หรือ สปร. ในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะที่ “เครือข่ายลัทธิประเวศ” ได้งบประมาณจำนวนหนึ่งมาใช้ในการขับเคลื่อนการปฏิรูป แม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งว่างบประมาณเหล่านั้นจัดสรรไว้สำหรับผลักดันการปฏิรูป เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมก็ตาม

๕. บทบาทในการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนจากภารกิจการสร้างระบบสุขภาพเพื่อชาวชนบทมาเป็นเรื่องการต่อต้านคอร์รัปชันและการปฏิรูปสังคมมากขึ้น แม้ภารกิจสองประการหลังนี้จะมีคามจำเป็นอย่างยิ่ง แต่การละเลยต่อภารกิจการสร้างระบบบริการสุขภาพสำหรับชาวชนบทให้เข้มแข็งก็อาจถือได้ว่าเป็นการละเลยต่อภารกิจสำคัญอันเป็นรากเหง้าของความเป็นแพทย์ชนบท ความเป็นจริงก็คือ แพทย์ชนบทที่ทำงานในโรงพยาบาล

ชุมชนทุกวันนี้มีแนวโน้มที่เฉพาะการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก เช่น ไม่ยอมผ่าตัดผู้ป่วย แม้จะเป็นการผ่าตัดที่ไม่ยากนัก เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดเอาเด็กทารกออกจากหน้าท้อง หรือแม้แต่การทำหมัน แต่มักส่งต่อคนไข้เข้าไปรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความกลัวการถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาดขึ้น ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเดือดร้อนเดินทางไปรับการรักษาไกลๆ ทั้งที่การรักษาดังกล่าวเคยทำได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมาก่อนนี้ ประเด็นดังกล่าว เป็นปัญหาที่ชมรมแพทย์ชนบทในอดีตให้ความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันกลับเป็นปัญหาที่ยังไม่มีการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบแต่อย่างใด

ยิ่งหากพิจารณาปัญหาโรงพยาบาลชุมชนไม่ยอมผ่าตัดร่วมกับภาวะการขาดแคลนแพทย์ในชนบทที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่แม้จะมีการเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ไปแล้ว ประเด็นดังกล่าวอาจสะท้อนไปถึงภาวะการเสื่อมถอยของจิตวิญญาณแพทย์ชนบทที่ไม่สามารถสืบสานต่อในแพทย์รุ่นใหม่ ๆ จนทำให้อุดมการณ์ทางสังคมและจิตวิญญาณที่จะทุ่มเทให้กับงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบทจืดจางลงไปอย่างน่าใจหาย ในขณะเดียวกันก็มีเสียงสะท้อนและคำวิพากษ์วิจารณ์ถึงการขาดจิตสำนึกความเป็นแพทย์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับนโยบายส่งเสริมการแพทย์เชิงธุรกิจเช่น เมดิคัล ฮับ (Medical hub) เพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติที่ทำให้เกิดการดึงดูดเอาแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่ภาคเอกชน และจากภาคชนบทเข้าสู่ภาคเมืองมากขึ้น ซึ่งยิ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพในชนบทอ่อนแอลง แนวโน้มปัญหาดังกล่าวทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องกลับมาทบทวนบทบาทของตนและอาจต้องหันกลับไปฟื้นฟูภารกิจที่เคยทำมาในอดีต คือการสร้างจิตสำนึกความเสียสละของแพทย์และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้แพทย์รุ่นใหม่ สามารถทุ่มเททำงานในชนบทได้ดียิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

๖. จุดแข็งสำคัญอีกประการหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทในอดีตก็คือ การที่ขบวนการแพทย์ชนบทดำรงสถานะความเป็นชายขอบที่ไม่อยู่ใต้อาณัติของอำนาจ แต่ในขณะเดียวกันก็มีปฏิสัมพันธ์กับอำนาจเพื่อตรวจสอบ ตีรองและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ แต่เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทเติบโตขึ้นจนมีบุคคลในเครือข่ายขยายบทบาทเข้าสู่โครงสร้างอำนาจด้วยการเป็นผู้บริหารองค์กรในระดับต่างๆ คำถามที่จะต้องสนใจก็คือ แพทย์ชนบทจะทำการตรวจสอบคนในเครือข่ายของตนเองที่เข้าไปมีอำนาจในองค์กรต่างๆ อย่างเคร่งครัดได้หรือไม่ นอกจากนั้น การเคลื่อนไหวที่ผ่านมา อัตลักษณ์และนิยามของความเป็นแพทย์ชนบทก็ยังมีลักษณะที่สั่นไหว แพทย์ชนบทหมายความได้ทั้งตัวบุคคล องค์กร และจิตวิญญาณหรืออุดมการณ์ ซึ่งการนิยามดังกล่าวแม้จะทำให้การเคลื่อนไหวที่ผ่านมามีพลวัตและความคล่องตัว แต่ความคลุมเครือนี้ก็อาจทำให้เกิดความย้อนแย้งหรือเกิดคำถามว่า สิ่งที่บุคคลในแวดวงแพทย์ชนบทกระทำไปนั้น จะถือเป็นการกระทำในฐานะตัวแทนของขบวนการแพทย์ชนบทได้หรือไม่

ปัญหาเรื่องความเป็นองค์กรและตัวแทนองค์กรนี้ ยังเชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาเรื่องสถานะความเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน กระบวนการคัดเลือกประธานและกรรมการชมรมแพทย์ชนบท รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและการตัดสินใจต่างๆ ของแกนนำ ซึ่งดูเหมือนขบวนการแพทย์ชนบทจะยังคงจะยึดมั่นกับแนวทางสัมฤทธิคตินิยมเป็นสำคัญ รูปแบบการจัดตั้งองค์กรจึงไม่ได้วางอยู่บนกรอบความคิดหรือหลักการใดที่ตายตัว โดยถือว่า กระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่ง

ประธาน กรรมการ หรือกลไกการทำงานที่สามารถเคลื่อนไหวผลักดันงานอย่างได้ผลก็คือกระบวนการที่ดี การที่จะได้มาซึ่งตัวแทนขบวนการที่มีความกล้าหาญ กล้าท้าทายและปะทะกับอำนาจที่ไม่ชอบธรรม รวมทั้งมีทักษะและจังหวะจะโคนในการเคลื่อนไหวทางการเมืองก็อาจจำเป็นต้องใช้กระบวนการที่เป็นมากกว่าการยกมือโหวตให้กับปัจเจกบุคคล แต่ต้องอาศัยการนำแบบรวมหมู่และการสร้างทีมที่ทำงานและเรียนรู้ไปด้วยกันเป็นหมู่คณะ เป็นเรื่องยากที่จะตัดสินว่ากระบวนการดังกล่าวนี้ว่าถูกต้องชอบธรรมเพียงใดหรือไม่

ขบวนการแพทย์ชนบทได้พิสูจน์ตนเองมากกว่า ๔ ทศวรรษในการทำงานเพื่อประโยชน์ของสังคม มีบทบาทสำคัญในการสร้างสรรค์ระบบธรรมาภิบาลให้การบริหารงานสาธารณสุขไทยมาอย่างต่อเนื่อง แม้ขบวนการจะต้องเผชิญกับวิกฤติและความท้าทายที่ทำให้องค์กรมีทั้งจุดรุ่งเรืองและจุดตกต่ำ แต่คุณสมบัติที่โดดเด่นของขบวนการแพทย์ชนบทก็คือการอดทนยืนหยัดและการปรับฟื้นตัวเองขึ้นมาได้ใหม่เสมอ แต่หากขาดเสียซึ่งการนำเอาเสียงสะท้อนจากกลายณมิตรมาพิจารณาแล้ว พลังที่ก้าวหน้าที่สุดของสังคมไทยก็อาจกลายเป็นพลังปฏิกิริยาที่ล่าหลังและแปลกแยกจากผลประโยชน์ของมหาชน ข้อเสนอทั้ง ๖ ประเด็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องนำมาพิจารณาทบทวนอย่างรอบคอบเพื่อที่เราจะได้เห็นการเติบโตของขบวนการที่เป็นแบบอย่างให้การสร้างธรรมาภิบาลและการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้ดีขึ้น และเพื่อที่ผู้ร่วมผลักดันขบวนการแพทย์ชนบททุกคนจะสามารถ

“มองไปข้างหน้าก็มีความหวัง มองย้อนหลังก็มีความภาคภูมิใจ”

ข้อเสนอแนะต่อการสร้างระบบธรรมาภิบาลผ่านกลไกขบวนการแพทย์ชนบท

๑) นำชีวิตด้วยอุดมการณ์: จิตวิญญาณแพทย์ชนบท

ขบวนการแพทย์ชนบทกำเนิดและเติบโตภายใต้บรรยากาศทางสังคมช่วงปี ๒๕๑๖-๒๕๑๙ ที่คนรุ่นหนุ่มสาวมีอุดมคติเรื่องการแสวงหาสังคมที่เท่าเทียมและเป็นธรรมต่อคนยากไร้ นำไปสู่การออกไปบุกเบิกทำงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ทำให้แพทย์ชนบทได้พบเจอกับผู้ยากไร้จำนวนมากที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทำงานบริการสุขภาพแก่ผู้คนเหล่านี้ยิ่งทำให้ได้ประจักษ์และเข้าใจในความทุกข์ยากของประชาชน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้เกิดอุดมการณ์หรือจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ชนบท ที่เน้นการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มุ่งสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ยากไร้ในท้องถิ่นห่างไกล และสนับสนุนให้แพทย์สามารถยืนหยัดทำงานสาธารณสุขเพื่อมวลชนในชนบทได้อย่างเข้มแข็ง ดังนั้น การสร้างเครื่องมือหรือกระบวนการในการหล่อหลอมอุดมการณ์และส่งต่อจิตวิญญาณแพทย์ชนบท เพื่อสร้างแพทย์รุ่นใหม่ที่สามารถทำงานรับใช้ชนบทได้ จึงเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ขาดไม่ได้

๒) สร้างวิชาการเข้มแข็ง: นำความชอบธรรม

พัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบท จากขบวนการเคลื่อนไหวที่มีสถานะก้ำกวม เป็นชายขอบ จนมาสู่การสถาปนาและเข้าสู่โครงสร้างอำนาจในองค์กรอิสระด้านสุขภาพ แปรเปลี่ยนจากขบวนการเคลื่อนไหวอิสระที่อาศัยความไว้วางใจในตัวบุคคลจากฝ่ายต่างๆ เป็นตัวขับเคลื่อน มาสู่การมีภาพเป็นอีกหนึ่งกลุ่มผลประโยชน์ในโครงสร้างอำนาจ ดังนั้น หากจะมีขบวนการลักษณะนี้ต่อไปในอนาคต การสร้างงานวิชาการที่เข้มแข็ง ชัดเจน และรอบด้านขึ้นมารองรับในแต่ละประเด็นที่เคลื่อนไหว จึงเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างความชอบธรรม และป้องกันไม่ให้ถูกมองว่าเป็นเพียงกลุ่มผลประโยชน์อีกกลุ่ม

๓) “เลือกสรร” นำ “เลือกตั้ง”

ขบวนการแพทย์ชนบท แม้จะมีองค์กร เช่น ชมรมแพทย์ชนบท ออกมาทำหน้าที่เคลื่อนไหวอยู่ แต่ก็ไม่ได้มีสถานะเป็นตัวแทนในลักษณะที่ได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มอย่างสมบูรณ์ ชมรมแพทย์ชนบทและคณะทำงานของชมรมฯ มีความเป็นตัวแทนอยู่ในระดับหนึ่งเท่านั้น จุดนี้ถือเป็นจุดแข็งหากต้องการทำงานเพื่อต่อสู้กับความไม่ถูกต้องในระบบ เนื่องจากการคัดเลือกประธานและกรรมการชมรมแพทย์ชนบท อาจจำเป็นต้องใช้กระบวนการมากกว่าการเลือกตั้งหรือยกมือโหวต เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแทนที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับสถานการณ์ขณะนั้น

๔) ความหลากหลายนำสู่ความเป็นหนึ่ง

แม้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทจะมีอุดมการณ์มุ่งเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ และสร้างระบบที่โปร่งใสเป็นธรรม แต่บรรดาแพทย์ที่ทำงานในชนบทต่างก็มีความสนใจส่วนบุคคลที่หลากหลาย อาทิ สารสนเทศ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ หากสามารถสร้างพื้นที่ให้กลุ่มที่มีความสนใจสอดคล้องกัน มาทำกิจกรรมร่วมกันได้ ใต้ร่มของความเป็นขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อให้เกิดชุมชนที่มีความหลากหลายของกิจกรรม แต่เชื่อมโยงเป็น

เครือข่ายภายใต้จิตวิญญาณหรืออุดมการณ์ชุดเดียวกัน ย่อมสร้างความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและขยายแนวร่วมของขบวนการแพทย์ชนบทออกไปให้กว้างขวางขึ้น

๕) สถานการณ์ใหม่นำสู่ความยั่งยืน

การเติบโตของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเฉพาะในยุคก่อตั้ง เป็นผลพวงของการหล่อหลอมแนวคิดและอุดมการณ์มาแต่ครั้งเป็นนิสิตนักศึกษาในโรงเรียนแพทย์ ภายใต้บรรยากาศแสวงหาความเป็นธรรมของสังคมช่วงปี ๒๕๑๖-๒๕๑๙ การแสวงหาหนทางในการทำงานร่วมกับโรงเรียนแพทย์ เพื่อสร้างหลักสูตรที่มีเนื้อหาและอุดมการณ์สอดคล้องกับการทำงานเพื่อรับใช้ชนบท และต่อต้านกระแสการมุ่งตอบสนองความต้องการของตลาดในหมู่แพทย์รุ่นใหม่ เพื่อเป็นหนทางของการสร้างขบวนการแพทย์ที่มุ่งทำงานเพื่อมวลชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กนกศักดิ์ แก้วเทพ และ นวณ้อย ตรีรัตน์. (๒๕๔๕). การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน. กรุงเทพฯ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และ อวยพร แต่ชูตระกูล. (๒๕๕๐). อีกก้าวที่กล้า...ของหมอชีม้แมกลบ นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๒๕). อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ ๔๐ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕ - ๒๕๒๕. กรุงเทพฯ, สหประชาพานิชย์.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ. (๒๕๕๑). บทสำรวจวาทกรรมเรื่องสุขภาวะและการเมืองเรื่อง สมัชชาสุขภาพ. นนทบุรี, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- กำจร หลุยยะพงศ์ และ ดวงมน จิตรจำนงค์. (๒๕๕๐). "สังคมไทยในพุทธศักราช ๒๕๒๐ - ๒๕๔๗ โดยสังเขป." วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ๓, ๑ (มกราคม - มิถุนายน): ๗๓ - ๙๕.
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูล และคณะ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐). C๙ โรงพยาบาลชุมชน ก้าวแรกแห่งการปฏิรูป แรงจูงใจบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท. กรุงเทพฯ, ชมรมแพทย์ชนบท.
- _____. (๒๕๕๔). ผลการดำเนินงานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๒ พ.ศ. ๒๕๕๔ ด้วยความอาลัยรักและเคารพ คุณพ่อเสมอ พริ้งพวงแก้ว. นนทบุรี, ชมรมแพทย์ชนบท.
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ และ อาร์กษ วงศ์วรชาติ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐). ผลการดำเนินงานของชมรม แพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๒ ปี ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ, ชมรมแพทย์ชนบท.
- เกษียร เตชะพีระ. (๒๕๕๓). สงครามระหว่างสี: ในคืนวันอันมืดมิด. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บুকส์.
- _____. (๒๕๕๐). จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิฤตประชาธิปไตยไทย. กรุงเทพฯ, มูลนิธิ ๑๔ ตุลา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๖). อำนาจและคอร์รัปชัน : ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ , อมรินทร์.
- _____. (๒๕๔๘). ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ, สร้างสื่อ.
- _____. (๒๕๕๕). สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ. นนทบุรี, สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ). (๒๕๔๘). พรหมแดนความรู้ประวัติศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- คณะกรรมการวิชาการ คณะกรรมการการระบาดวิทยาแห่งชาติ. (๒๕๓๕). รายงานการศึษาวิจัยเรื่อง การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, คณะกรรมการการระบาดวิทยาแห่งชาติ.
- โครงการปฏิบัติการองค์การอิสระผู้บริโภค. (๒๕๕๓). สมุดปกขาว ชี้แจงข้อเท็จจริงกรณี (ร่าง) พรบ. คุ่มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. กรุงเทพฯ, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.
- จรัส สุวรรณเวลา. (๒๕๔๖). จุดบอดบนทางสู่ธรรมาภิบาล บทบาทของบอร์ดองค์การมหาชน. กรุงเทพฯ, ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค.
- จัตวา กลินสุนทร. (๒๕๓๘). รัฐบุรุษชื่อเปรม. กรุงเทพฯ, มูลนิธิรัฐบุรุษ เปรม ติณสูลานนท์.
- จุไรรัตน์ แสนใจรักษ์. (๒๕๔๖). ธรรมาภิบาลกับคอร์ปชั่นในสังคมไทย. กรุงเทพฯ, สถาบันวิชิตรศน์
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (บรรณาธิการ) (๒๕๔๗). รู้ทันทักษิณ. กรุงเทพฯ, ขอคิดด้วยคน.
- ชมรมแพทย์ชนบท. (๒๕๔๘). จากทุจริตยาถึงรพพยาบาลฉาว. กรุงเทพฯ, ชมรมแพทย์ชนบท.
- ชาญวิทย์ เกษตรศิริ. (๒๕๔๓). ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ชาติชาย มุกสง. (๒๕๔๘). ธรรมาภิบาลและการเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค: ศึกษากรณีกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกสวนป่า อำเภอบางชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช. นนทบุรี, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวส.).
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (บรรณาธิการ). (๒๕๓๑). บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนกับการพัฒนาสาธารณสุขในทศวรรษที่ผ่านมาและแนวโน้มในอนาคต. กรุงเทพฯ, ม.ป.พ.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (๒๕๕๔). วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์ และความเป็นอื่น. กรุงเทพฯ, วิภาษา.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๒). สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ. นนทบุรี, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ทักษ์ เฉลิมเตียรณ. (๒๕๔๕). การเมืองระบบพ้อชนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (๒๕๔๖). "การลาออกของแพทย์." วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๑๒,๖ (พฤศจิกายน - ธันวาคม): ๑๐๔๔ - ๑๐๔๗.
- ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. (๒๕๔๙). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. สุพรรณบุรี, ออฟเซทอาร์ทอโตเมชั่น.
- ธีรยุทธ บุญมี. (๒๕๔๑). ธรรมนูญแห่งชาติ: ยุทธศาสตร์กู่หายณะประเทศไทย. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์สายธาร.

นงลักษณ์ พะโกยะ. (๒๕๕๔). *กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เข้ามา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จค์ งามอรุณโชติ. (๒๕๕๕). *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

นิติ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๔๙). *วัฒนธรรมคนอย่างทักษิณ: รวมบทความสะท้อนความคิดเกาะติดเนื้อร้ายแห่งวัฒนธรรมที่กำลังลุกลาม*. กรุงเทพฯ, มติชน.

บรรลุ ศิริพานิช. (๒๕๔๗). *มองอย่างบรรลุ*. กรุงเทพฯ, สร้างสื่อ.

ปกป้อง จันวิทย์ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๕). *เศรษฐกิจสวนดุสิต*. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บুকส์.

ประจักษ์ ก้องกีรติ. (๒๕๔๕). *ก่อนจะถึง ๑๔ ตุลาฯ: ความเคลื่อนไหวทางการเมือง วัฒนธรรมของนักศึกษา และปัญญาชนภายใต้ระบอบเผด็จการทหาร (พ.ศ.๒๕๐๖ - ๒๕๑๖)*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์. กรุงเทพฯ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประพจน์ เกตุราภาศ และ สันติสุข โสภณสิริ. (๒๕๕๐). *เหลียวหลัง แลหน้า ๖๐ ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโกลดคิมทอง.

ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา. (๒๕๔๑). *การยกเครื่องโรงพยาบาลชุมชน*. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประเวศ วะสี. (๒๕๔๓). *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน.

_____. (๒๕๔๕). *การสร้างธรรมาภิบาลในขบวนการพัฒนา*. กรุงเทพฯ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน).

_____. (๒๕๔๖). *การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ, สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

_____. (๒๕๕๔). *บนเส้นทางชีวิต*. กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน.

ปรีชา ช่างขวัญยืน. (๒๕๔๒). *ธรรมรัฐ-ธรรมราชา*. กรุงเทพฯ, โครงการตำราคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีดา ตั๋งอารักษ์ และคณะ. (๒๕๔๖). *ธรรมาภิบาลกับการจัดการด้านสุขภาพ*. นนทบุรี, สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์. (๒๕๔๖). *เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ*. เชียงใหม่, ซิลค์เวอร์ม.

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ และ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ. (๒๕๕๑). *หมอสงวน จากแพทย์ชนบทสู่รัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ, ชมรมแพทย์ชนบท.

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ อารักษ์ วงศ์วรชาติ (บรรณาธิการ). (๒๕๔๙). แพทย์
ชนบท จิตวิญญาณที่ไม่เคยจางหาย : การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๑ เนื่องในงาน
ประชุมวิชาการแพทย์ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

_____. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๕). ตำนานพ่อเสมบิดาแห่งแพทย์ชนบทไทย. กรุงเทพฯ, ทวีโชคการพิมพ์.

พงศธร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ). (๒๕๕๓). หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบ
สุขภาพไทย. นนทบุรี, เครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.).

ภิญโญ ไตรสุริยธรรมา (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐). ปฏิวัติ ๒๕๔๙. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บুকส์.

มานวิภา อินทรทัต และ อาจุฑา เนติธนากุล. (๒๕๕๒). การศึกษาบทบาทนสถานการณัธรรมาภิบาลระบบ
สุขภาพ. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มูลนิธิแพทย์ชนบท. (๒๕๔๘). แพทย์ชนบทดีเด่นกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร พุทธศักราช ๒๕๔๘.
กรุงเทพฯ, สร้างสื่อ.

รังสรรค์ ณะพรพันธุ์. (๒๕๔๘). จาก Thaksinomics สู่ทักษิณาธิปไตย. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บุกส์.

วอลเดน เบนโล เชียร์ คันนิงแฮม และ ลี เค็ง ปอห์. (๒๕๔๒). โศกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตก
สลายของสังคมไทยสมัยใหม่. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโกลคิมทอง.

วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๔๔). แนวคิดและแบบอย่างการทำงานสาธารณสุขเพื่อชนบท. นนทบุรี, โครงการ
สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

_____. (๒๕๕๓). ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ, พิมพ์ดี.

_____. (๒๕๕๕). มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง. กรุงเทพฯ, ทิควี.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (๒๕๔๓). สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.

วิรุฬ ลิ้มสวาท. (๒๕๕๒). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลัง
การประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการ
พัฒนา. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วีระ สมบูรณ์. (๒๕๕๑). รัฐธรรมในอดีต. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บุกส์.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (๒๕๕๐). บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ, ส.พิจิตร.

_____. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๖). ปุ่มประวัติศาสตร์มืดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ ๑: ก่อเกิดขบวนการ.
กรุงเทพฯ, บริษัท อัลฟ่า มิเลินเนียม จำกัด.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๗). *ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ ๒: ประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์* (๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖-๖ ตุลาคม ๒๕๑๙). กรุงเทพฯ, บริษัท อัลฟ่า มิเลเนียม จำกัด.

สถาบันพระปกเกล้า. (๒๕๔๙). *ทศวรรษ: ตัวชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี*. กรุงเทพฯ, สถาบันพระปกเกล้า.

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน. (๒๕๓๒). *สรุปผลการประชุมสัมมนาองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้เข้าร่วมระดับท้องถิ่นเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (รณรงค์ไม่กินปลาดิบ)*. นครปฐม, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. (๒๕๕๓). *ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิ ๑๔ ตุลา.

สมบูรณ์ ศิริประชัย. (๒๕๕๒). "ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย." *รัฐศาสตร์สาร* ๓๐, ๒: ๑-๑๑๒.

สันติสุข โสภณสิริ. (๒๕๓๗). *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*. กรุงเทพฯ, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).

_____. (๒๕๔๘). *ลูกผู้ขายชื่อบรรลุ : อนุทินชีวิตนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป่าปูนเงินแห่งวงการสาธารณสุข*. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

_____. (๒๕๕๐). *๘๐ ปี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าราชการใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย*. ปราจีนบุรี, มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.

_____. (๒๕๕๒). *๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสูต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี, โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย.

_____. (๒๕๔๘). *ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ ๓: ฟื้นความหวัง สร้างกำลังใจ มุ่งรับใช้สังคม* (หลัง ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ - ๒๕๒๕). กรุงเทพฯ, บริษัท ปาปิรุส พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค และชมรมแพทย์ชนบท. (๒๕๓๔). *เอกสารการประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทประจำปี ๒๕๓๔*. กรุงเทพฯ, กองสาธารณสุขภูมิภาค.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (๒๕๓๙). *รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการจัดระบบค่าตอบแทนแพทย์ในภาครัฐที่เหมาะสมกับการพัฒนาสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุวจิ ภูิด. (๒๕๔๗). *ประชาสังคมไทยกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ: พัฒนาการของทุนทางสังคมเพื่อการสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. กรุงเทพฯ, วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (๒๕๓๙). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. นนทบุรี, โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____. (๒๕๔๔). ๓๐ บาทรักษาทุกโรคกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. นครปฐม, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

_____. (๒๕๔๖). ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ, องค์การอนามัยโลก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ สุพจน์ อัสวพันธ์ธนกุล. (๒๕๓๐). *จากวิกฤตการณ์สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโกลบอลคิมทอง.

อติคม คุณาวุฒิ (บรรณาธิการ). (๒๕๔๓). *เปิดมุมมองนักคิดกับโรงพยาบาลชุมชนใน ๒ ทศวรรษหน้า*. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

อรพินท์ สฟโชคชัย. (๒๕๔๑). "สังคมเสถียรภาพและกลไกประชาธิปไตย (good governance)." *รายงานที่ดีอาร์ไอ ๒๐* (มกราคม).

อัญชญา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. (๒๕๔๓). "การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)." ใน *การสัมมนาวิชาการประจำปี ๒๕๔๓ เรื่องสังคมโปร่งใสไร้ทุจริต*. ชลบุรี, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

อารักษ์ วงศ์วรชาติ และ วิรุฬ ลิ้มสวาท (บรรณาธิการ) (๒๕๔๓). *อำนาจ ความเป็นธรรม ธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข การกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้นชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ ๒๐* (๒๕๔๖-๒๕๔๗). นนทบุรี, ชมรมแพทย์ชนบท.

อำพล จินดาวัฒนะ และ พงศธร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ) (๒๕๔๑). *ลำดับเหตุการณ์การตรวจสอบของสังคมกรณีทุจริตซื้อยาและเวชภัณฑ์ ๑,๔๐๐ ล้านบาทในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๑*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

_____. (๒๕๓๘). *แกะรอยแพทย์ชนบท : ๑๐ ปี กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

เอเจอร์ แชม (๒๕๔๕). *ธรรมาภิบาล: การบริหารการปกครองที่โปร่งใสด้วยจริยธรรม*. ไชยรัตน์ คำชู และคณะแปล. กรุงเทพฯ, น้าฝน.

Dewey, John (1984). *John Dewey: The Later Works, 1925 - 1953*. J. A. Boydston. Carbondale and Edwardsville, Southern illinois University press.

Dodgson, Richard, Lee, Kelly and Drager, Nick (2002). *Global Health Governance: A Conceptual Review*. London, Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine. (Unpublished paper).

- Douglas, Mary (1966). *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. London, Arkpaperbacks.
- Farmer, Paul (2005). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press.
- Huntington, Samuel P. (1991). *The third wave: democratization in the late twentieth century*. London, University of Oklahoma Press.
- McCargo, Duncan. (2005). "Network Monarchy and Legitimacy in Thailand." 499 - 519. *The Pacific Review* 18/4.
- Phongpaichit, Phasuk. (2001). *Good governance: Thailand's experience*. Bangkok, Chulalongkorn University.
- William, David and Young, Tom (1994). "Governance, the world bank and liberal theory," 84-100. *Political study* 42/1.
- Wolters, O.W. (1982). *History, culture, and region in Southeast Asian perspectives*. Singapore, Institue of Southeast Asian Studies.
- The World Bank (1989). *Sub - saharan Africa: from crisis to sustainable growth*. Washington, D.C. , The World Bank.
- Turner, Victor (2008). *The ritual process: Structure and Anti - Structure*. News Brunswick, Aldine Transaction Press.

แหล่งสืบค้นออนไลน์

- “ ก้าวที่พลาด ” บทเรียนรอบปีสธ. [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา : <http://www.sahavicha.com/?name=blog&file=readblog&id=3847> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ASTV ผู้จัดการออนไลน์. (๒๕๕๐). จำคุก ๓ ปี หมอ รพ. ร่อนพิบูลย์ ผ่าไส้ติ่งตาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000144864> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- _____. (๒๕๕๒). หมอขยายดมไม่กล้าผ่าตัดคนไข้ เหตุกลัวถูกฟ้อง [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000026446> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (๒๕๕๓). *หมอรพ.ทั่วประเทศแต่งดำค้ำร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/analysis/20100729/345467/หมอรพ.ทั่วประเทศแต่งดำค้ำร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย.html> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ_พ.ศ._๒๕๕๓ [๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ศูนย์ข้อมูลการเมืองไทย. (๒๕๕๕). *คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ศูนย์ข้อมูลการเมืองไทย. (๒๕๕๕). *คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

คณะรัฐมนตรีไทย คณะที่ ๕๖ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/คณะรัฐมนตรีไทย_๕๖ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ชัยณรงค์ สังข์จำง. (๒๕๕๕). *เหลียวหน้า แลหลัง...กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.moph.go.th/ops/doctor/DrApril45/special1103.doc [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕]

ชาติชาย มุกสง. (๒๕๕๕). *นโยบายประชานิยม* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/นโยบายประชานิยม> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ชีวิตหมอคนนึงจบสิ้น [ออนไลน์]. (๒๕๕๐). แหล่งที่มา: <http://thedoctorwearsprada.exteen.com/20071208/entry> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (๒๕๕๓). *วิพากษ์วิจารณ์ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหาย* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=294.0> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ไชยา พุดพล้อย *ไล่ผู้ป่วยเอดส์กินดอกไม้จันทน์* [ออนไลน์]. (๒๕๕๑) แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000016408> [๑ เมษายน ๒๕๕๖]

ไชยา สะสมทรัพย์ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/ไชยา_สะสมทรัพย์ [๑ เมษายน ๒๕๕๖]

ทิวากร แก้วมณี. (๒๕๕๕). *ธุรกิจการเมือง นโยบายประชานิยม และการเมืองระบอบทักษิณ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=805289> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

นักสิทธิคนไข้ ร้างคุ้มครองผู้เสียหาย ช่วยลดคดีฟ้องหมอ [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา: <http://ilaw.or.th/node/545> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สวรต. วิจัย 'สสส.' ๑๐ ปีหมิ่นล้านคุ้ม ชี้ยังเข้าถึงกลุ่มรายได้น้อยไม่พอ. [ออนไลน์]. (๒๕๕๕). แหล่งที่มา:
<http://prachatai.com/journal/2012/05/40622> [๒๘ มีนาคม ๒๕๕๖]

องค์กรหมอนึกกำลังแกลงใหญ่วันนี้ ชี้คดีไล่ตั้งทำขวัญเสีย จี้แก้ กม.อาญา [ออนไลน์]. (๒๕๕๐). แหล่งที่มา:
<http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000148065> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

อดิศร หมวกพิมาย. (๒๕๕๔). นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า> [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕]

Carol J. Williams, (2013). *Interview : Why the world is losing faith in democracy* [Online].
 Available From <http://www.latimes.com/news/world/worldnow/la-fg-wn-book-democracy-in-retreat-20130326,0,859970.story> [16 May 2013]

สัมภาษณ์

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์. สัมภาษณ์, ๗ เมษายน ๒๕๕๕.

นงลักษณ์ พะโกยะ. สัมภาษณ์, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.

นิมิตร เทียนอุดม. สัมภาษณ์, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

บารมี ชัยรัตน์. สัมภาษณ์, ๙ เมษายน ๒๕๕๕.

พงศธร พอกเพิ่มดี. สัมภาษณ์, ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕.

มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. สัมภาษณ์, ๒ เมษายน ๒๕๕๕.

ยงค์ดี ต้นติปิฎก. สัมภาษณ์, ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๕.

วิจารณ์ พานิช. สัมภาษณ์, ๔ เมษายน ๒๕๕๕.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. สัมภาษณ์, ๓ เมษายน ๒๕๕๕.

สุพรรณ ศรีธรรมมา. สัมภาษณ์, ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕.

อึ้งกิต แสงสุข. สัมภาษณ์, ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ. สัมภาษณ์, ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕.

อัมมาร สยามวาลา. สัมภาษณ์, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๕.

