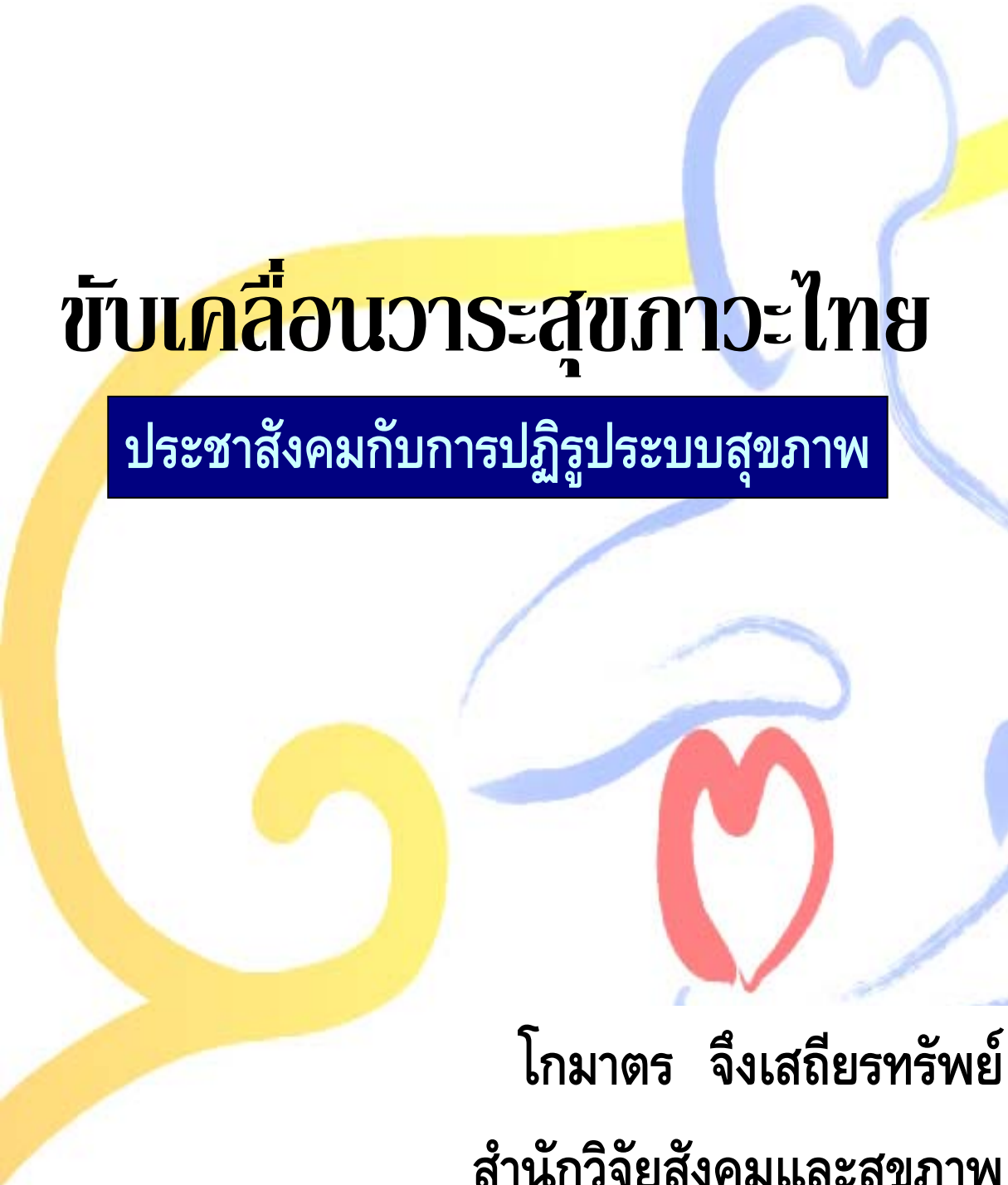




ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย

ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

พ. ศ. ๒๕๔๗

Report of a Rockefeller Foundation
Supported Project:



รายงานนี้รวบรวมและวิเคราะห์โดย
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
โดยความร่วมมือและการสนับสนุนของ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
และ Rockefeller Foundation

พ. ศ. 2547



สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) - Society and Health Institute (SHI)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ. เมือง นนทบุรี 11000 โทร 02 590-1352, 02 590-1498 โทรสาร 02 590-1498
Bureau of Policy and Strategy, 4th Floor, Building #4, Office of Permanent Secretary
Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000, Thailand. Tel 02 590-1352, 02 590-1498 Fax 02 590-1498

กิตติกรรมประกาศ

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันครั้งสำคัญของสังคมไทย กระแสการปฏิรูปที่ขยายวงออกไปอย่างกว้างขวางในระยะ 4 ปี ที่ผ่านมา ได้เชิญให้องค์กรและประชาคมต่าง ๆ เข้ามีส่วนร่วมในการทบทวนและกำหนดลักษณะของระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ของสังคมไทย ในกระบวนการดังกล่าวนี้ สิ่งที่เป็นเป้าหมายของการปฏิรูป คุณลักษณะของระบบสุขภาพใหม่ ตลอดจนวิธีการบรรลุซึ่งสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นที่รับรู้ เข้าใจ และคาดหวังแตกต่างกันไปในบรรดาองค์กรและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิรูป นอกไปจากนั้น กระบวนการปฏิรูปที่มีพลวัตและคลี่คลายในช่วงสามปีที่ผ่านมา ก็ยังเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ถูกตีความแตกต่างกันไปจากมุมมองที่หลากหลาย บทวิเคราะห์ในรายงานฉบับนี้ไม่สามารถอ้างว่าได้เป็นการวิเคราะห์ตีความกระบวนการปฏิรูปที่ต้องสมบูรณ์อย่างไม้อาจได้แย้งได้ เพราะกระบวนการปฏิรูปในช่วงสามปีที่ผ่านมาก็เป็นเช่นเดียวกับปรากฏการณ์ทางสังคมทั้งปวงที่สามารถพิจารณาได้จากหลายมุมมอง และการวิเคราะห์ตีความใด ๆ ล้วนแต่เป็นการอธิบายจากจุดยืนที่เฉพาะเจาะจงจุดใดจุดหนึ่งเสมอ การตีความในบทวิเคราะห์นี้จึงไม่อาจปราศจากข้อโต้แย้งถกเถียง ทั้งปรากฏการณ์ทางสังคมหนึ่ง ๆ ก็ยังจะต้องวิเคราะห์ตีความใหม่อย่างไม่มีที่สิ้นสุดจากมุมมองและบริบทที่คลี่คลายไปตามการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์

รายงานนี้เป็นผลของโครงการศึกษาบทบาทของภาคประชาสังคมกับการปฏิรูปสุขภาพ ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับการสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ทุนสนับสนุนดังกล่าวได้ช่วยเอื้อให้แนวคิด ยุทธศาสตร์ และกลวิธีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพสามารถแปรไปสู่การปฏิบัติได้ การศึกษาดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือกันขององค์กรประชาสังคมต่าง ๆ องค์กรภาครัฐ ตลอดจนสถาบันทางวิชาการ และคณะนักวิจัยที่ได้เข้าร่วมกระบวนการปฏิรูปในบทบาทและศักยภาพต่าง ๆ กัน โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นกลไกหลักในการประสานการขับเคลื่อนสังคมเพื่อการปฏิรูป และมีสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) เป็นกลไกประสานงานด้านการวิจัยเพื่อศึกษาติดตาม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ในนามของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ผมขอแสดงความขอบคุณต่อมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และองค์กรประชาสังคมที่ได้เข้ามาส่วนร่วมและมีบทบาทอย่างสำคัญ รวมทั้งพลเมืองที่กระตือรือร้นในการทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพถูกขับเคลื่อนไปอย่างมีความหวังตลอดช่วงสามปีที่ผ่านมา ผมหวังว่าความพยายามในช่วงเวลาที่ผ่านมาจะสามารถมีส่วนไม่มากก็น้อยในการสร้างสำนักแห่งความเป็นพลเมืองและวัฒนธรรมทางการเมืองที่เชื่อเชิญการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการนโยบายและปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งกระบวนการปฏิรูปสังคมอื่น ๆ มิได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวแล้วเสร็จสิ้น ตรงกันข้าม การเปลี่ยนแปลงเพื่อสังคมที่ดีขึ้นนั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไร้จุดสิ้นสุด เมื่อปัญหาหนึ่งคลี่คลายไปก็ย่อมมีปัญหาใหม่ ๆ เกิดขึ้น การปฏิรูประบบสุขภาพไทยจึงไม่มีวันจบสิ้นอย่างสมบูรณ์ สถานการณ์ใหม่ ๆ จะเกิดขึ้น ปัญหาใหม่ ๆ จะปรากฏ และความหวังใหม่ ๆ ต่อการมีชีวิตที่ดีขึ้นจะหมุนเวียนกันมาสร้างแรงบันดาลใจและผลักดันให้ประชาชนพลเมืองธรรมดา ร่วมแรงร่วมใจกันสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข มีความเป็นธรรมและมีสันติภาพต่อเนื่องไปในอนาคต อย่างน้อยที่สุด ผมหวังว่ารายงานฉบับนี้คงจะมีส่วนสร้างแรงบันดาลใจสำหรับผู้ที่กำลังทำงานเพื่อสร้างสรรค์สังคมไทยต่อเนื่องไปในอนาคต และรายงานฉบับนี้คงจะมีส่วนร่วมในการสร้างสังคมประชาธิปไตยและชีวิตส่วนรวมที่ดีงาม ทั้งที่สังคมไทยแห่งนี้และที่อื่น ๆ ในโลก

งานชิ้นนี้คงสำเร็จลุล่วงไม่ได้หากไม่มีเพื่อนร่วมงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพให้ความช่วยเหลือ ทั้งโดยแบ่งเบาภาระด้านอื่น ๆ ให้ผมสามารถทำงานชิ้นนี้ ทั้งช่วยในการถกเถียง ให้ความความคิดเห็น จับประเด็นต่าง ๆ ให้แหลมคมขึ้น ตลอดจนช่วยตรวจสอบ อ่าน ทวน แก้ไขคำผิด ตรวจสอบแก้บรรณานุกรม ตลอดจนจัดรูปเล่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชาติชาย มุกสง วรัญญา เพ็ชรคง และภาวิณี สวัสดิ์มานนท์ ที่ช่วยดูแลต้นฉบับจนเรียบร้อย และขอขอบคุณ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ ที่ช่วยประสานงานแผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งรายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

คำนำ

แนวคิดประชาสังคมได้รับการนำเสนอในสังคมไทย และถูกนำไปใช้เป็นแนวทางสำคัญในการทำงานเกี่ยวกับชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง ทั้งโดยองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนระดับรากหญ้า ในกระบวนการสร้างประชาสังคมที่เข้มแข็งนั้น อาจกล่าวได้ว่าภาคสุขภาพเป็นปริณทณสำคัญที่แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปใช้ขับเคลื่อน และเปิดพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่มีการนำเสนอแนวคิดนี้อย่างเป็นทางการในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา แนวคิดประชาสังคมได้รับการขานรับจนเกิดกระบวนการประชาคมสุขภาพขึ้นทั้งในระดับภาค ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน จนกระทั่งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาแนวคิดนี้ได้กลายเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นพลังประชาคมในการขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยประสานกับความรู้หรือพลังทางวิชาการและพลังทางภาคการเมืองตามยุทธศาสตร์ที่เรียกกันว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาของการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ มีการสังสมบทเรียนการสร้างคามเข้มแข็งของประชาคมท้องถิ่นและการเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพภาคประชาชนอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ตลอดช่วงเวลาดังกล่าวมีการเปิดเวทีสาธารณะในระดับต่าง ๆ มากกว่า 2,000 เวที ประชาคมที่หลากหลายมีโอกาสดูคย ถกเถียง และมีปฏิบัติการเพื่อสร้างระบบสุขภาพใหม่ ทั้งในระดับชาติโดยผ่านการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และในระดับท้องถิ่นด้วยการริเริ่มกิจกรรมและการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่ทำให้ระบบสุขภาพในท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง ผ่านความร่วมมือร่วมใจของประชาคมท้องถิ่น

แม้มักจะมีการกล่าวว่าแนวคิดประชาสังคมเป็นแนวคิดตะวันตกที่อาจใช้ไม่ได้กับสังคมไทย แต่หากเราพิจารณาอย่างเปิดกว้างแล้วจะเห็นว่ากระบวนการที่ผู้คนมารวมตัวกันนอกโครงสร้างของภาครัฐเพื่อร่วมมือกันสร้างสรรค์ชีวิตส่วนรวม และเพื่อทำการอันเป็นประโยชน์สาธารณะนั้นไม่ใช่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในสังคมตะวันตกเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่เกิดกับมนุษย์ในทุกสังคมอย่างไม่มีข้อยกเว้น จะมีความแตกต่างกันก็เพียงแต่ที่รูปแบบและเนื้อหาของกรรวมตัวซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและบริบททางการเมืองที่ต่างกันเท่านั้น และหากพิจารณาให้ลึกซึ้งแล้ว จะเห็นได้อย่างเด่นชัดว่า กระบวนการประชาสังคมไทยมีแบบแผนและวิถีการปฏิบัติการที่องงมาจากวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการรวมตัวช่วยเหลือเกื้อกูลกันซึ่งย่อมมีอยู่ในทุกวัฒนธรรมและสังคมมนุษย์

เช่นเดียวกับในทุกสังคมกระบวนการประชาสังคมไทยนั้นแยกไม่ออกจากประวัติศาสตร์ของการเมืองภาคประชาชนที่ก่อตัวและเติบโตมาอย่างต่อเนื่อง บนความหวังที่จะสร้างสังคมที่เป็นธรรมและมีคานติสุข กรณีสึกษาประชาคมและการแลกเปลี่ยนกับแกนนำประชาคมต่าง ๆ แสดงให้เห็น

อย่างชัดเจนถึงการเติบโตของจิตสำนึกทางการเมืองที่สืบเนื่องมาจากการต่อสู้เรียกร้องประชาธิปไตยที่นำไปสู่เหตุการณ์เดือนตุลาคม พ.ศ. 2516 และ พ.ศ. 2519 มาสู่เหตุการณ์การต่อต้านเผด็จการเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 ต่อเนื่องมาเป็นกระบวนการรณรงค์ที่นำมาซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน การเกิดขึ้นของโครงการกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF- Social Investment Fund) หลังวิกฤตเศรษฐกิจ รวมทั้งการเกิดองค์กรสนับสนุนต่าง ๆ ของภาครัฐไม่ว่าจะเป็น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) และล่าสุดคือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำให้องค์กรชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนได้รับการสนับสนุนต่อเนื่องจนเกิดการเกาะเกี่ยวกันและมีความเข้มแข็งมากขึ้น การเติบโตของภาคประชาชนแม้จะมีการหยุดชะงักหรือบางครั้งถูกแทรกแซงด้วยอำนาจรัฐ (เช่น การสั่งการให้จัดตั้งประชาคม การทุ่มเงินนำหน้าการพัฒนา หรือการติดป้ายตีตราองค์กรพัฒนาเอกชนว่ารับเงินต่างชาติ) แต่โดยภาพรวมแล้วเราอาจกล่าวได้ว่า ประชาสังคมไทยได้เติบโตและเข้มแข็งมากขึ้นตามลำดับ

กล่าวสำหรับในด้านสุขภาพแล้ว บทบาทของภาคประชาชนขยายตัวต่อเนื่องมาตั้งแต่มีนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในช่วงทศวรรษ 2520 แนวคิดการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขและการสร้างระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากความสำเร็จด้านการสาธารณสุขของประเทศสังคมนิยม เช่น หมอทำเปล่าในจีน และการสาธารณสุขเพื่อมวลชนของคิวบา สุขภาพและความเจ็บป่วยที่เคยเป็นเรื่องเฉพาะของแพทย์และบุคลากรวิชาชีพได้กลายเป็นพื้นที่ใหม่ที่เปิดบทบาทให้แก่ภาคประชาชนและชุมชน ผู้นำชาวบ้าน องค์กรชุมชน และกองทุนด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้เติบโตขึ้นจากบทเรียนและการได้รับโอกาสให้แสดงบทบาทในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากได้กลายเป็นผู้นำชุมชนในเวลาต่อมา หลายคนได้รับเลือกเป็นผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน อีกจำนวนมากมีบทบาทด้านต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่นและพัฒนาความเข้มแข็งของระบบชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์การจัดการกองทุนยา กองทุนสุขภาพจิต และกองทุนบัตรสุขภาพหลายชุมชน พัฒนามาสู่กองทุนสวัสดิการชุมชน ธนาคารชุมชน และกองทุนออมทรัพย์ต่าง ๆ กองทุนเหล่านี้ในบางชุมชนมีทุนหลายสิบล้านบาทและให้การคุ้มครองสวัสดิการแก่สมาชิกชุมชนได้ดีกว่านโยบายของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขในยุคที่ก้าวหน้านั้นไม่เพียงแต่ให้การสนับสนุนทั้งในแง่นโยบาย งบประมาณ และความรู้แก่องค์กรชุมชน แต่ยังเป็นกระทรวงแรกที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพอีกด้วย

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า ในปัจจุบันภาคการเมืองและข้าราชการประจำจำนวนหนึ่งได้เข้าไปใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยทำให้กลายเป็นองค์กรในระบบอุปถัมภ์ของรัฐและถูกใช้เป็นฐานคะแนนเสียงของภาคการเมืองไป ในหลายพื้นที่ที่มีการสั่งการให้รวมพล อสม. จำนวนมากเพื่อให้นักการเมืองมาปราศรัยและหาเสียง รวมทั้งบางครั้งยังมีการระดม อสม.

ให้ตบเท้ามาให้กำลังใจนักการเมืองหรือผู้บริหารในยุคที่มีปัญหาอีกด้วย อสม. จำนวนมากในปัจจุบันจึงมีสภาพไม่ต่างไปจากผู้ใหญ่บ้านที่ต้องคอยทำตามคำสั่งของกระทรวงมหาดไทยกลายเป็นแขนขาของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำงานตามแผนงานโครงการของทางราชการมากกว่าที่จะมีจิตสำนึกแบบพลเมืองที่ทำงานได้อย่างอิสระ แต่ในขณะเดียวกันก็มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยที่เติบโตอย่างเป็นอิสระหรือมีบทบาทควบคู่ไปกับองค์กรประชาสังคมที่อยู่นอกโครงสร้างอำนาจของการเมืองทางการเมือง

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นรายงานวิจัยหลักของแผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ได้ดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2546 โดยมีเป้าหมายที่จะเก็บเกี่ยวบทเรียนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมกับการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพ โดยทำการศึกษาและประมวลประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพขององค์กรภาคประชาสังคมรวม 20 กรณีศึกษา นอกเหนือจากกรณีศึกษาแล้ว การศึกษาวิจัยบทบาทประชาสังคมยังครอบคลุมไปกับการทบทวนและวิเคราะห์แนวคิด (concept paper) ที่เกี่ยวข้องกับประชาสังคมและการเมืองภาคพลเมือง 6 เรื่อง และยังมีเอกสารวิชาการที่ศึกษาเฉพาะประเด็น (commissioned paper) อีก 4 เรื่อง ซึ่งผลงานเหล่านี้เป็นของนักคิด นักวิชาการ และนักปฏิบัติการที่มีบทบาทในการเมืองภาคประชาชน เช่น ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ สุริชัย หวันแก้ว อมรา พงศาพิชญ์ ลักขณา เตมศิริกุลชัย และสมพันธ์ เตชะอธิก เป็นต้น

ความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในปริภูมิพลสุขภาพในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นประสบการณ์ที่ควรค่าแก่การเรียนรู้ การศึกษาวิจัยและการทบทวนประสบการณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อยกระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประชาสังคมไทยและการเมืองภาคประชาชน ที่ผ่านมการทบทวนบทเรียนประชาคมมักเน้นหนักไปที่การสาธยาย และการสดุดีความเข้มแข็งของประชาคมที่ประสบความสำเร็จ รายงานวิจัยที่นำเสนอในฉบับนี้ไม่มีเจตนาจะเล่าซ้ำเรื่องที่เล่ากันอยู่แล้ว แต่ต้องการนำเสนอรายละเอียดแนวคิดใหม่ ๆ กลไก และกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างมีการต่อสู้ ต่อต้าน/ ต่อรอง มากกว่าที่จะเลือกเสนอภาพสุดท้ายที่สวยงาม โดยกระบวนการวิจัยทั้งในส่วนของ การทบทวนองค์ความรู้รวมทั้งกรณีศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อเข้าใจถึงธรรมชาติของประชาสังคมไทย โดยมีความพยายามที่จะสร้างแนวคิด/ ทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคมให้ชัดเจน รวมทั้งศึกษาพัฒนาการประชาสังคมและกระบวนการปฏิบัติการของประชาสังคมในฐานะการเมืองภาคประชาชน ทั้งระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยเน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ถึงบทบาทของประชาสังคมที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพในที่ต่าง ๆ ทั่วโลกเปรียบเทียบกับกรณีที่เกิดขึ้นในสังคมไทย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพจัดตั้งขึ้นด้วยความร่วมมือการระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำหน้าที่พัฒนาวิชาการและการวิจัย และมีพันธกิจหลัก คือการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการเกี่ยวกับสังคมและสุขภาพ ทั้งในการสร้างความรู้ แนวคิดทฤษฎี และเครื่องมือทางสังคม และการนำความรู้ด้านสังคมและสุขภาพไปใช้

ประโยชน์ในทางนโยบายและปฏิบัติการ โดยการสร้างและดำเนินแผนงานวิจัยที่เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันต่าง ๆ เพื่อการพัฒนานักวิจัยและการสร้างสมองค์ความรู้ด้านสังคมและสุขภาพในระยะยาว โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการทัศน์สุขภาพ ประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขไทย งาน สุขภาพชุมชน สันติวิธีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบการแพทย์และสาธารณสุข สุขภาวะทาง จิตวิญญาณกับการตายอย่างสันติ และการวิจัยเรื่องประชาสังคมกับระบบสุขภาพภาคประชาชนซึ่งได้ทำการติดตามความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับประชาสังคมด้านสุขภาพ และมีผลการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งจะทำการเผยแพร่อย่างต่อเนื่องต่อไป

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

Summary

Deliberating Health Agenda:

Civil Society and Health Systems Reform in Thailand

This report provides an account of civil society movement and health systems reform in Thailand. As an attempt to depict and explain lessons learned from the effort to promote the roles of civil society in shaping the future of Thai national health system, the report offers a background review of how the health systems reform movement in Thailand was initiated, what were the guiding principles, and how its working strategies played out in the three years reform process, extending from the year 2000-2003. To better understand the roles and contributions of civil society in social changes, the report provides a summarizing review on concepts and theory on civil society. It defines civil society as “an autonomous sphere of social interactions in which active individuals and groups form voluntary associations and informal networks and engage in activities with public consequence.”

The three years of health systems reform movement aimed at creating a broad-based reform movement to achieve two strategic objectives: (1) The restructuring of institutional arrangement through legislative action, and (2) The forging of a new collective health consciousness. To achieve these two objective, a triangular approach was employed as the reform working strategies. There are (1) Creating knowledge base for reform, (2) Social mobilization and civil society movement, and (3) Political engagement and the creation of legal framework. These working strategies were translated into stages of action in the three years reform movement facilitated by the Health Systems Reform Office (HSRO) and the National Health Systems Reform Committee.

The first year of implementation aims at building up knowledge base and creating an infrastructure for the mobilization of civil society in reform movement. By the end of the first year, various forums were organized to inaugurate the dialogue on health problems among stakeholders. In the second year implementation, the initial framework for health reform was proposed in order to kick off the deliberation. Extensive debates on the proposed framework were encouraged. Hundreds of forums and workshops at various levels were organized to scrutinize the framework. By the end of the second year, a draft of the national health bill was introduced taking into consideration the ideas and suggestions gathered from the debates. Following hundreds of local, provincial, and regional forums, a national health

assembly was organized to revise the final draft of the bill. The third year was the year of promoting health initiatives in accordance with the bill, which was waiting to be approved by the Cabinet and the House of Representative.

The analysis of the reform process suggests that the most important aspect of mobilizing civil society in health systems reform was the creation of civic deliberation process. Various forums, meetings, conventions, and conferences at various levels created much needed spaces for the public to deliberate on how health and medical predicament should be understood and what should be the most important changes to achieve the desirable health systems. In order to engage the broadest range of social actors and civil society organizations to participate in the reform process, it was realized that the way health was conceptualized needed to be expanded from a biomedically oriented definition to health towards a more holistic, inclusive, and multidimensional definition. In the process of reform, health was consequently redefined to emphasize not only biological and psychological aspects but, more importantly, social and spiritual aspects of wellbeing and wellness. Various activities aimed at expanding and redefining health concept were provided as working examples in this report.

The report also gives detailed accounts of how concepts of health systems reform and civil society mobilization were translated into practices. Particular emphasis was on civic engagement and the creation of deliberative function of health system governance. It was in the deliberative processes that active citizen were empowered and the status quo was challenged. Health, as it was perceived and deliberated in civic forums, was not so much an individualized, depoliticized state of being achievable solely by individuals adopting personal healthy lifestyle, nor by passively following official authority or bureaucratic policy. Rather, health was viewed as socially determined and public policies that often greatly affected health were too important to be left alone to bureaucrats, politicians, and experts. It was this shift on the view of health and politics away from conventional model to one that embraced the active roles of citizen that could be said to be the true object of reform in Thailand's health systems reform movement.

The report ends with a set of recommendations on strategies to enhance the roles of civil society in health reform. It suggests that in order to involve greater spectrum of civil society organizations in health reform, the concept of health as well as the framework for reform need to be expanded and more inclusive. Policy

processes and legitimate health actions also need to be perceived in a more pluralistic manner. Coordination mechanism to encourage collaboration between civil society organizations and national agencies is crucial and the coordinating body must be flexible and able to work in a less structured, more informal way. Information and data base on existing civil society organizations is also crucial. The report also suggests that creating knowledge and understanding on civil society and health through research is essential for creating long term policy and strategy for a greater role of civil society in health and social changes.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ

คำนำ

บทสรุปสาระสำคัญ

I - IV

บทที่ 1 บทนำ: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

1

- แนวคิดใหม่การปฏิรูป 1
- การปฏิรูประบบสุขภาพไทย: แนวคิดใหม่ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพ 3
- แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคม 5
- นิยามประชาสังคม 9
- คำถามการวิจัย 12
- กรอบการวิจัยและวิธีการ 14
- ข้อมูลและกระบวนการวิจัย 15

บทที่ 2 พัฒนาการทางการเมืองและวิวัฒนาการของระบบสุขภาพไทย

17

- สภาพทางการเมืองและการก่อกำเนิดของประชาสังคมไทย 17
- รัฐและชาติไทย : พัฒนาการทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง 19
- ประเทศไทยและเศรษฐกิจการเมืองโลก 21
- จิตสำนึกทางการเมืองใหม่กับการก่อกำเนิดประชาสังคมไทย 22
- พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของประชาสังคมไทย 25
- ระบบสุขภาพและพัฒนาการของการแพทย์ในสังคมไทย 29
- การแพทย์ ความทันสมัย และรัฐชาติ 30
- สุขภาพกับกระบวนการพัฒนา 33
- สถานการณ์สุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ 36
- ระบบสุขภาพและธรรมาภิบาล 40
- การก่อกำเนิดของภาคประชาสังคมและการสร้างธรรมาภิบาลในภาคสุขภาพ 42

บทที่ 3 ประสพการณ์สากลเกี่ยวกับประชาสังคมและการปฏิรูปสุขภาพ:

การทบทวนสถานะองค์ความรู้	46
• การปฏิรูปสุขภาพกับการขาดหายไปของภาคประชาสังคม	46
• การขยายตัวขององค์กรประชาสังคมในขอบเขตทั่วโลก	48
• บทบาทของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ: บทเรียนจากนานาชาติ	51
• แนวทางการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	57
• การปฏิรูปกับข้อจำกัดของการเมืองแบบเก่า	58
• วาทกรรมทางเศรษฐศาสตร์กับการปฏิรูปบริการสุขภาพ	61
• วิธีคิดแบบลดส่วนของทักษะชีวกลไกทางการแพทย์	63
• ทางเลือกใหม่เพื่อการปฏิรูปสุขภาพ	66

บทที่ 4 ประสพการณ์ประชาสังคมไทยกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

• แนวคิดและยุทธศาสตร์การทำงาน	69
• การก่อกำเนิดของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	70
• เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ	72
• ยุทธศาสตร์การปฏิรูป: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา	74
• การปฏิรูประบบสุขภาพ: จากหลักการสู่ปฏิบัติการ การสร้างฐานความรู้- เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ	80
• สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2546: ทบทวนวิเคราะห์จากมุมมองการเคลื่อนไหว - ภาคพลเมือง	89
• ปราบกฏการณ์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2546	91
• กระบวนการแต่ละห้องประชุมย่อยทั้ง 6 ประเด็น	94
• สรุปข้อสังเกตจากสมัชชา	105
• วิเคราะห์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หน้าที่ สำคัญ และความหมายต่อการปฏิรูป การเมืองภาคพลเมือง	106
• บทสรุปและข้อเสนอแนะ	111

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

● บทเรียนประชาสังคม: พลังหลักสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ	114
● บทเรียนจากการปฏิรูปทั่วโลก...สุขภาพไม่ใช่เพียงอวัยวะและโรค	116
● ทำความเข้าใจ อะไรคือสุขภาพ	117
● ปฏิรูปสุขภาพแบบไทย: การขับเคลื่อนสังคมและประสานพลัง	119
● กระบวนการ เนื้อหาแนวคิด: ความโดดเด่นที่ชัดเจน	119
● ฐานะเชิงยุทธศาสตร์ของประชาสังคมในระบบสุขภาพไทย	121
● ทำไมต้องระดมประชาสังคมเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ	124
● บทเรียนยุทธศาสตร์ประชาสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ	126
● กลไกการประสานงาน: ยุทธวิธีเพื่อสร้างประชาสังคมปฏิรูประบบสุขภาพ	131
● ข้อเสนอการสร้างกลไกเพื่อระดมพลังประชาสังคม: บทเรียนจาก สป.รศ.	134
● การปฏิรูปสุขภาพแนวใหม่ เข้าใจยาก เห็นผลช้า แต่มั่นคง	137
● ระบบสุขภาพใหม่ บนความยั่งยืนและพึ่งพาตนเอง	139
● สร้างกลไกถักเถียงทางปัญญา สู่การปฏิรูประบบสุขภาพอย่างสมานฉันท์และสันติ	140
บรรณานุกรม	142

ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

บทสรุปสาระสำคัญ

รายงานฉบับนี้บันทึกเรื่องราวและวิเคราะห์ความเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อที่จะนำเสนอประสบการณ์และวิเคราะห์ถึงบทเรียนจากการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยโดยภาคประชาสังคมให้เป็นลำดับขั้น รายงานนี้จะเริ่มด้วยการนำเสนอความเป็นมาของความพยายามที่จะปฏิรูประบบสุขภาพไทย โดยจะเน้นวิเคราะห์หลักการและแนวคิดที่สำคัญที่อยู่เบื้องหลังของการปฏิรูป รวมทั้งยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปที่ถูกแปลเป็นการปฏิบัติในช่วงสามปีแรก (พ.ศ.2543-2546) ของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบทบาทของประชาสังคมในบริบทที่กว้างขวางขึ้น รายงานฉบับนี้ได้ทบทวนและสรุปแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ ๆ เกี่ยวกับประชาสังคมที่มีอยู่ โดยอาศัยการนิยามประชาสังคมไว้อย่างกว้าง ๆ ว่าเป็นอาณาบริเวณหรือพื้นที่ทางสังคมที่ปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคลที่ใส่ใจต่อความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมส่วนรวม มีความกระตือรือร้น ร่วมแรงร่วมใจกัน และก่อตัวกันเป็นองค์กร และเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการต่าง ๆ เพื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของสาธารณะ

ความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยการสร้างฐานสนับสนุนที่กว้างขวางครอบคลุมกลุ่มประชาคมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าในเชิงยุทธศาสตร์อยู่สองประการคือ

1. ปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพ โดยกระบวนการยกร่างกฎหมาย (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ)
2. สร้างจิตสำนึกใหม่ของสังคมไทยที่มีต่อสุขภาพ โดยให้สุขภาพมีสถานะเป็นอุดมการณ์ร่วมกันทางสังคมที่ทุกส่วนในสังคมเห็นความสำคัญและร่วมผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้โดยตระหนักว่า ลำพังการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างด้านการตรากฎหมาย โดยไม่มีการปฏิรูปจิตสำนึกหรือวิถีคิดของสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ก็จะไม่สามารถสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ได้ผลอย่างยั่งยืนได้ เช่นเดียวกับการปฏิรูปทางการเมือง ที่แม้จะมีรัฐธรรมนูญใหม่ แต่ถ้าหากจิตสำนึกทางการเมืองของสังคมไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเมืองแบบการมีส่วนร่วม การมีรัฐธรรมนูญใหม่ก็จะมีได้มีความหมายเท่าใดนักในการสร้างสังคมประชาธิปไตย

เพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์สองข้อของการปฏิรูปโครงสร้างและปฏิรูปวิถีคิดและสร้างจิตสำนึก กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพถูกขับเคลื่อนโดยอาศัยแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้นเป็นการทำงานเชื่อมโยงกันในสามมิติคือ การสร้างองค์ความรู้และวิชาการสำหรับการปฏิรูปเป็นมิติที่หนึ่ง มิติที่สองเป็นการขับเคลื่อนสังคมเพื่อให้สาธารณชนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ส่วนในมิติที่สามนั้นเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของ

ภาคการเมือง ซึ่งจะไปสู่การผ่านร่างกฎหมายที่จะปรับระบบและโครงสร้างสถาบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาจจะทำให้ได้ว่าสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อาศัยพลังสามประสาน พลังที่หนึ่งคือพลังทางวิชาการ พลังที่สองคือพลังทางสังคม และพลังด้านที่สามคือพลังทางการเมือง ซึ่งหากสามารถเชื่อมโยง ประสานสามพลังเข้าด้วยกัน การปฏิรูปก็จะประสบความสำเร็จ

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานี้ถูกแปลเป็นการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นเป็นตอนในช่วงสามปีของการปฏิรูป โดยมีสำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) และคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกหลักที่ให้การสนับสนุน ในช่วงปีแรกของการปฏิรูปนั้นได้กำหนดเป้าหมายอยู่ที่การสร้างฐานความรู้ และการสร้างโครงข่ายและกลไกเพื่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเป็นสำคัญ เมื่อสิ้นสุดการเคลื่อนไหวในปีแรกนั้นได้มีการเปิดเวทีประชาคมต่าง ๆ อย่างกว้างขวางเพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนากันถึงกันในเรื่องปัญหาและทิศทางระบบสุขภาพในหมู่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในปีที่สองของการดำเนินงาน คำโครงของการปฏิรูปและร่างโครงสร้างระบบสุขภาพใหม่ได้ถูกนำเสนอในรูปแบบของเอกสาร “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายและตรวจสอบคำโครงที่มีการนำเสนอขึ้น ในปี ที่ 2 มีการจัดเวทีประชาคมและการประชุมปฏิบัติการหลายร้อยแห่งในระดับต่าง ๆ เพื่อที่จะสำรวจตรวจสอบและระดมความเห็นของภาคประชาสังคมต่อคำโครงการปฏิรูปที่ถูกนำเสนอขึ้น ในปลายปีที่สองของการปฏิรูป คณะทำงานด้านกฎหมายได้ยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยการนำเอาความคิดและข้อเสนอแนะที่รวบรวมได้จากการอภิปรายในเวทีประชาคม และการประชุมการปฏิบัติการต่าง ๆ มาเป็นข้อพิจารณา

หลังจากมีการเปิดเวทีหลายร้อยเวทีทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดและระดับภาค เพื่อวิเคราะห์ ทบทวนและวิภาษร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก็ได้จัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อร่วมกันทบทวนร่างสุดท้ายของพระราชบัญญัติก่อนนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและเข้าสู่กระบวนการนิติบัญญัติต่อไป ในปีที่สามของการดำเนินงานนั้น เนื่องจากพระราชบัญญัติอยู่ระหว่างการนำเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาเพื่อประกาศเป็นกฎหมาย การดำเนินการในปีนี้จะจึงเป็นการสนับสนุนความริเริ่มต่าง ๆ ในการนำเอาแนวความคิดที่ปรากฏในร่างพระราชบัญญัติมาสู่การปฏิบัติที่เป็นจริงในระดับท้องถิ่นและในกระบวนการเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์การขับเคลื่อนการปฏิรูปของภาคประชาสังคมได้ชี้ให้เห็นว่า **สิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพคือการสร้างเวทีการถกแถลงแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ปัญญาและความต้องการต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาาร่วมกัน เป็นกระบวนการใช้เหตุผลและความสมานฉันท์เพื่อหาทางออกร่วมกันอย่างสันติ** เวทีการจัดการประชุม สัมมนา และการประชุมปฏิบัติการในระดับต่างๆ นั้นได้สร้างพื้นที่ทางสังคมที่สำคัญต่อการที่สาธารณะชนเข้าร่วมแสดง

ความเห็น ได้แย้ง ต่อรอง หรือแสดงความต้องการของตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการแพทย์ รวมทั้งเสนอสิ่งที่แต่ละคนเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

กระบวนการที่จะให้ผู้คนในสังคมและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการปฏิรูป จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการขยายกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพ จากเดิมที่เน้นเฉพาะมิติทางการแพทย์ ซึ่งทำให้สุขภาพกลายเป็นเพียงเรื่องของโรงพยาบาล แพทย์และยา ไปสู่นิยามสุขภาพที่มีความครอบคลุมกว้างขวางและเป็นองค์รวมมากขึ้น ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น สุขภาพได้ถูกนิยามใหม่ เพื่อที่จะเน้นให้เห็นมิติต่าง ๆ ที่หลากหลายที่บูรณาการเป็นความเป็นอยู่ที่ดีคือ สุขภาวะเพิ่มเติมขึ้นจากมิติทางกาย (Physical health) และมิติทางจิต หรือมิติทางจิตใจ (Mental health) กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพในมิติทางสังคม (Social Health) และสุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาพทางปัญญา (Spiritual Health) ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งต่อสุขภาพดีหรือการบรรลุสุขภาวะของสังคม กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะขยายกรอบแนวคิดและให้ค่านิยมสุขภาพใหม่นั้นเกิดขึ้นอย่างหลากหลายในช่วงการขับเคลื่อนการปฏิรูป ปรากฏการณ์เหล่านี้ส่วนหนึ่งได้ถูกนำเสนอและวิเคราะห์ในรายงานฉบับนี้

รายงานฉบับนี้ยังได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีความหมายที่กว้างกว่าการปฏิรูประบบสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งให้รายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทของภาคพลเมืองในการขับเคลื่อนการปฏิรูป โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการที่ประชาสังคมและองค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ เข้าร่วมเสนอความคิดเห็น และผลักดันวาระการปฏิบัติโดยถือว่า กระบวนการดังกล่าวเป็นมิติที่สำคัญในการสร้างระบบการบริหารจัดการหรือธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ กระบวนการที่บุคคลและองค์กรต่าง ๆ เข้าร่วมในการถกแถลงและแสดงความคิดเห็น เรียนรู้และขัดเกลาซึ่งกันและกันนี้เองที่พลเมืองธรรมดา ๆ ได้ร่วมกันสร้างความไฝฝืนใหม่ ๆ จากผู้คนตัวเล็กตัวน้อยเชื่อมประสานกันจนถักทอเป็นพลังในการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ กลายเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีฐานแนวร่วมกว้างขวางที่สุดในประวัติศาสตร์สุขภาพไทย

เป็นที่น่าสังเกตว่า สุขภาพในความหมายที่ถกแถลงกันในเวทีประชาคมต่าง ๆ นั้น มิได้เป็นสุขภาพแบบปัจเจกชนนิยมที่สามารถบรรลุได้โดยปัจเจกบุคคลแต่ละคนฝึกฝนตนเองให้มีลักษณะนิสัยพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่ถูกต้องตามข้อแนะนำทางการแพทย์เท่านั้น ในทางตรงกันข้าม สุขภาพในมุมมองของภาคพลเมืองนั้นมีหลายมิติ และเป็นสุขภาพที่มักถูกกำหนดจากโครงสร้างสังคมและนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและชุมชน โครงสร้างทางสังคม ตลอดจนนโยบายสาธารณะต่าง ๆ เหล่านี้จึงมีความสำคัญ เกินกว่าที่จะปล่อยให้เรื่องข้าราชการ นักการเมือง หรือผู้เชี่ยวชาญดูแลจัดการกันตามลำพัง แต่เป็นเรื่องที่ภาคประชาชนและพลเมืองทุกคนจะต้องถือเป็นธุระและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตรวจสอบต่อรองและ

สนับสนุนให้ทิศทางการพัฒนานโยบายต่างๆ เป็นไปอย่างเกื้อกูลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของบุคคลและชุมชน

การปรับกระบวนการทัศน์ในการมองสุขภาพจากที่เน้นเฉพาะเรื่องโรคและการแพทย์ไปสู่สุขภาพในนิยามของสุขภาวะทั้งในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ และการเปลี่ยนแปลงมุมมองจากการเมืองที่เป็นเรื่องของนักการเมือง มาสู่การเมืองที่ประชาชนมีบทบาทสำคัญในฐานะพลเมืองที่จะกำหนดทิศทางและนโยบายนั้น อาจจะได้ถือว่าเป็นเนื้อแท้ของการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

รายงานฉบับนี้จับลงด้วยบทเรียนการเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ในการที่จะส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนสังคมและองค์กรประชาคมต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางขึ้นในกระบวนการสุขภาพ แนวคิดเรื่องสุขภาพ รวมทั้งกรอบแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีการขยายให้กว้างขวางและครอบคลุมกระบวนการเชิงนโยบาย รวมทั้งกลไกการปฏิบัติต่าง ๆ จำเป็นที่จะต้องได้รับการพิจารณาในมุมมองที่เคารพความหลากหลายมากขึ้น กลไกที่จะส่งเสริมให้เกิดการประสานงานระหว่างองค์กรภาคประชาสังคมกับองค์กรภาครัฐนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง และกลไกการประสานงานดังกล่าว จะต้องมีความยืดหยุ่นและสามารถทำงานร่วมกับการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนที่ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน และไม่เป็นทางการได้ ระบบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับองค์กรประชาสังคมที่มีอยู่มีความสำคัญอย่างยิ่ง รายงานฉบับนี้ยังได้เสนอแนะกระบวนการส่งเสริมการวิจัย ซึ่งจะมีความสำคัญในการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ในระยะยาวที่จะส่งเสริมบทบาทของประชาสังคม ทั้งในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงสังคมในด้านอื่น ๆ

บทที่ 1

บทนำ:

ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

แนวคิดใหม่การปฏิรูป

การสร้างโรงศิริราชพยาบาลขึ้นเป็นโรงพยาบาลสำหรับสาธารณชนในปี พ.ศ. 2531 เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ในประวัติศาสตร์ของอาณาจักรสยาม ถึงแม้ว่าการแพทย์ตะวันตกจะเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไป ก็เป็นเวลาว่างเลยจากนั้นมาอีกหลายทศวรรษ แต่การสถาปนาโรงพยาบาลสมัยใหม่และโรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ของสังคมไทยในครั้งนั้น มาจนถึงปัจจุบัน ความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ไม่เพียงแต่ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บของผู้คนในสังคมไทย แต่ความรู้ใหม่ ๆ เหล่านั้นยังได้เปลี่ยนแปลงวิธีคิดและมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพที่เคยเป็นมาในอดีตให้แตกต่างไปอย่างสิ้นเชิง ที่สำคัญยิ่งกว่านั้น การแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจ ปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของรัฐ สถาปนาวิชาชีพแพทย์ขึ้นมีอำนาจในสังคมไทย รวมทั้งได้เปลี่ยนแปลงบทบาทปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคมโดยรวม (ดู โกมาตรและชาติชาย (บก.). 2545; ทวีศักดิ์ 2543 และ 2545)

ก่อนหน้านี้จะมีการสร้างโรงศิริราชพยาบาลนั้น รัฐไทยแสดงบทบาทไม่มากนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ หรือการจัดหาบริการทางการแพทย์ให้แก่สาธารณชน (เพ็ญศรี 2528) สุขภาพและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บในยุคนั้น เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวและสมาชิกภายในชุมชน โดยอาศัยยากลางบ้านหรือหมอพื้นบ้านที่มีทักษะหรือความรู้ทางการแพทย์แผนไทยอยู่บ้าง ในบริบททางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมที่ผู้คนจะต้องพึ่งพาอาศัยยากลางบ้านและหมอพื้นบ้านเป็นหลักนั้น การสถาปนาระบบบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปโดยไม่คิดเงิน ถือได้ว่าเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญของการแพทย์ไทย หรืออาจจะถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปครั้งสำคัญของระบบบริการทางการแพทย์ (วิชัย 2545) หลังการสถาปนาโรงศิริราชพยาบาลต่อเนื่องมาอีกหลายทศวรรษ การแพทย์สมัยใหม่ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากภาครัฐ รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง ได้ทำให้การแพทย์สมัยใหม่ขยายบทบาทเพิ่มขึ้น และเข้าแทนที่ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีอยู่ในสังคมไทยมากขึ้นตามลำดับ (ชนนวิทย์ 2545) จนในปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นระบบบริการหลักที่ประชาชนพึ่งพาอาศัยในยามป่วยไข้ โดยมีสถานพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยบริการหลักทางการแพทย์ให้แก่ประชาชน

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประเทศ สะท้อนถึงพัฒนาการตามลำดับที่ดีขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อัตราการตายของมารดาและทารกหลังคลอดก็ลดลงอย่างน่าพอใจ โรคติดต่อต่าง ๆ ถูกควบคุม หรือบางโรคก็ถูกขจัดจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป ระบบบริการสุขภาพได้รับการขยายจนครอบคลุมพื้นที่ทั้งในภาคเมืองและภาคชนบทอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของไทยก็เกิดขึ้นโดยที่ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปไม่น้อย ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการแพทย์ ประมาณ ๒ แสนล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละสิบต่อปีมาอย่างต่อเนื่อง (สุวิทย์ 2540: 48) ในขณะที่ปัญหาสุขภาพส่วนหนึ่งถูกจัดการและแก้ไขได้สำเร็จ ปัญหาใหม่ ๆ ที่มีความท้าทายมากยิ่งขึ้นก็มีปรากฏขึ้นอีก โรคและภัยคุกคามสุขภาพที่สามารถป้องกันได้หลายประการ ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุ โรคเอดส์ ไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู หรือวัณโรค ยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพของประชาชาติ ยิ่งไปกว่านั้นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ความปลอดภัยของอาหารและการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพได้กลายเป็นความท้าทายใหม่ ที่ทำให้แนวทางการแก้ไขปัญหายืดวิธิตดการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine) รวมทั้งระบบสุขภาพที่เน้นการให้บริการในโรงพยาบาลกำลังถูกท้าทายอย่างรุนแรง

ปัญหาหลักประการหนึ่งของแนวทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาคือ สุขภาพถูกมองว่าเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล หมายความว่าปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล และเป็นความรับผิดชอบส่วนตัวของแต่ละคน นอกจากนั้นยังถือว่าปัญหาหลักของเรื่องสุขภาพคือการจัดการความเจ็บป่วยที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ กระบวนการที่ทำให้สุขภาพเป็นเรื่องทางการแพทย์ และการเน้นมิติด้านการรักษาโรคมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพนั้น ได้เร่งให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศไทยและอีกหลาย ๆ ประเทศพุ่งสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นนี้เองที่กระตุ้นให้นานาประเทศทั่วโลกเริ่มกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศของตนขึ้น ความพยายามในประเทศต่าง ๆ ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเป้าไปที่การปฏิรูประบบการเงินการคลังที่เกี่ยวกับการจัดการด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถจัดหาบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชากรอย่างกว้างขวางถ้วนหน้า (Sanguan & Mill (eds.). 1998)

แต่กระบวนการที่ทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องการแพทย์ไม่เพียงแต่ทำให้มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น เพราะมุมมองทางการแพทย์แต่เพียงลำพังนั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์จากทั้งปัจจัยทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยทาง

การเมือง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลอย่างยิ่งต่อสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม การบรรลุซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนนั้นต้องการการเปลี่ยนแปลงที่เป็นมากกว่าการจัดหาบริการทางการแพทย์ใหม่ หรือการจัดระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขใหม่ หากพิจารณาเสียใหม่ว่าสุขภาพมิได้เป็นผลลัพธ์มาจากการรักษาโรค แต่เป็นสภาวะของความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม ซึ่งแยกไม่ได้จากบริบททางสังคมและการเมือง กระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพอาจพิจารณาได้แตกต่างออกไปจากที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูปบริการทางการแพทย์ที่ได้กลายเป็นกระแสที่เกิดขึ้นและแพร่ขยายไปทั่วโลก

การปฏิรูปภาคสุขภาพซึ่งน่าจะมีเป้าหมายที่กว้างไปกว่าระบบบริการทางการแพทย์ แต่จะต้องครอบคลุมระบบต่าง ๆ ที่มีส่วนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในความหมายที่กว้าง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง สิ่งที่ต้องการการปฏิรูป ไม่ใช่เพียงแค่ระบบบริการทางการแพทย์เท่านั้น แต่การปฏิรูปจะต้องมุ่งเป้าไปที่ระบบกลไกและกระบวนการทางสังคมต่าง ๆ ที่มีผลต่อบุคคลและสภาวะของส่วนรวม คำถามที่จำเป็นต้องพิจารณาในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพก็คือ สุขภาพถูกนิยามอย่างไรและสามารถบรรลุได้อย่างไร นอกเหนือจากในด้านที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์แล้วระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องับสุขภาพจะถูกสร้างขึ้นและดำรงรักษาไว้ได้อย่างไร เพื่อบรรลุซึ่งสังคมแห่งสุขภาพ

การมองสุขภาพว่าเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลากหลาย ทั้งทางกาย ใจและสังคม นั้น ได้ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ต้องสนใจสภาวะในความหมายที่กว้างขึ้น จึงจะสามารถขับเคลื่อนการปฏิรูปให้พ้นไปจากกระบวนการที่มองสุขภาพเป็นเพียงเรื่องราวทางการแพทย์ กระบวนการปฏิรูปจากมุมมองที่กว้างกว่าเดิมจะถูกสร้างขึ้นได้อย่างไร มันเป็นไปได้หรือไม่ ที่กระบวนการปฏิรูปจะเป็นไปในลักษณะที่เป็นองค์รวมมากขึ้นกว่าเดิม วาระการปฏิรูปที่เกี่ยวกับสุขภาพจะถูกกำหนดอย่างไรเพื่อที่จะให้ความร่วมมือร่วมใจเกิดขึ้นได้จากภาคีและองค์กรต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงในความหมายดั้งเดิม และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในความหมายใหม่ ระบบการอภิบาลด้านสุขภาพจะสามารถปรับเปลี่ยนไปได้อย่างไร เพื่อที่จะเชิญชวนให้ผู้คน องค์กร รวมทั้งชุมชนต่าง ๆ เข้าร่วมในกระบวนการเชิงนโยบายและการปฏิบัติการเพื่อสุขภาพให้กว้างขวางมากที่สุด คำถามเหล่านี้ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่นำมาสู่กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และกลายเป็นกระบวนการที่ถูกเรียกว่านวัตกรรมทางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การปฏิรูประบบสุขภาพไทย : แนวคิดใหม่ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพ

วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 รัฐบาลในขณะนั้นได้มีมติเห็นชอบกับข้อเสนอในการปฏิรูประบบสุขภาพที่นำเสนอโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะ

กรรมการการปฏิรูปและมีการตั้งสำนักงานเลขานุการขึ้น คือสำนักงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) โดยจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรอิสระเพื่อให้มีความคล่องตัวและไม่ถูกจำกัดไว้ด้วยเงื่อนไขของระบบราชการ เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพ อยู่ที่การยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นการวางกรอบหลักทางด้านกฎหมายสำหรับการสร้างและปรับเปลี่ยนกลไกโครงสร้างและระบบสุขภาพใหม่ โดยกระบวนการทั้งหมดนี้ ถูกกำหนดให้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในระยะเวลาสามปี

ตลอดช่วงระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา การอภิปรายถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพได้สั่งสมจนกลายเป็นกระบวนการที่มีฐานการเคลื่อนไหวที่กว้างขวางอยู่ในองค์กรภาคประชาสังคม ข้อเสนอแนะและทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ ได้จากเวทีประชาคมถูกนำมาสู่วาระการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ถูกอภิปรายและถกเถียงในหมู่องค์กรประชาสังคมในแง่มุมต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนทางความคิดและความคาดหวังระหว่างคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ คณะทำงานและอนุกรรมการต่าง ๆ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากเกิดขึ้นโดยการจัดให้มีเวทีประชาคม ในกระบวนการนี้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือสปรส. มีบทบาทสำคัญยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคม ชันทามติและข้อตกลงร่วมหลายประการสามารถหาข้อสรุปได้โดยการพูดคุยหรือกันระหว่างส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังมีประเด็นที่ซับซ้อน ที่ส่วนต่าง ๆ มีความเห็นแตกต่างกัน ซึ่งยังจำเป็นต้องมีกระบวนการถกเถียง อภิปราย และต่อรอง ระหว่างส่วนต่าง ๆ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในอนาคต

รายงานฉบับนี้เป็นการเก็บเกี่ยวจากประสบการณ์การเรียนรู้ในกระบวนการส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคม เพื่อที่จะสร้างระบบสุขภาพใหม่ของไทย รายงานนี้เป็นผลลัพธ์ของการวิจัยที่เกิดขึ้นคู่ขนานไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งใช้ระยะเวลาสามปี และได้รับการสนับสนุนโดยมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ โดยมีวัตถุประสงค์ของกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อเชื้ออำนวยการให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการสร้างกลไกการประสานงานและกระบวนการสื่อสารกันในเครือข่ายประชาสังคม นักวิจัย และสถาบันวิจัยต่าง ๆ องค์กรประสานงานและเครือข่ายของนักวิจัยเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนแนวคิด ประมวลประสบการณ์ และเก็บเกี่ยวบทเรียนจากการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

2. เพื่อที่จะดำเนินการวิจัยศึกษาถึงบทบาทและความสำคัญของภาคประชาสังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในการที่จะสร้างระบบสุขภาพที่มีภาคประชาสังคมเป็นรากฐานสำคัญ

3. เพื่อที่จะจดบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับกระบวนการการปฏิรูป โดยการประมวลและรวบรวมเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อการวิเคราะห์และเรียนรู้จากประสบการณ์ของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพใหม่ บทเรียนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันของภาคประชาสังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพนี้จะช่วยให้เราสามารถพัฒนาองค์ความรู้ กรอบแนวความคิด และการวิเคราะห์บทบาทของภาคประชาสังคม รวมทั้งการสร้างทฤษฎีหรือคำอธิบายใหม่ ๆ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์นี้ได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

รายงานฉบับนี้วิเคราะห์ประสบการณ์ของการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปโดยภาคประชาสังคมเป็นกระบวนการวิจัยที่เกิดขึ้นคู่ขนานกับกระบวนการเรียนรู้ของภาคประชาสังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพ ช่วงระยะเวลา 3 ปี คือปี พ.ศ. 2543-2546 ถึงแม้ว่าบทบาทของภาคประชาสังคมและองค์กรประชาคมต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้นจะเป็นที่รับรู้และตระหนักถึงของสังคมมาแล้วระยะหนึ่ง เราก็มองหวังว่าบทเรียนและประสบการณ์ที่เก็บเกี่ยวได้จากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยนั้น จะมีส่วนช่วยให้การทำความเข้าใจถึงบทบาทและศักยภาพขององค์กรภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศในโลกที่สาม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคม

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดประชาสังคม ก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 18 คำว่าประชาสังคมและรัฐ แทบจะเป็นคำเดียวกัน (Kean 1988a.: 35-38) ในยุโรปประชาสังคมได้เริ่มความหมายแยกออกจากรัฐ และกลายเป็นสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทคู่ขนานไปกับรัฐในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 จวบจนถึงในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 นี้เอง (Saligman 1992: 15 -18) การที่การค้าและพาณิชย์กรรมระหว่างประเทศเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วในยุคสมัยนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากการประดิษฐ์คิดค้นเรือเดินสมุทร เข็มทิศ และปืนไฟ ได้ทำให้การค้าแผ่ขยายออกไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในยุโรปซึ่งเป็นศูนย์กลางของการค้าในช่วงเวลาดังกล่าว การเติบโตทางเศรษฐกิจได้ก่อให้เกิดกลุ่มชนพ่อค้าวานิชที่มีความมั่งคั่งขึ้นอย่างมาก เมืองท่าต่าง ๆ ในยุโรปตะวันตกได้กลายเป็นที่พบปะชุมนุมกันของชนชั้นกลางใหม่ที่มีความมั่งคั่งเหล่านี้ สถานที่พบปะกัน เช่น สโมสร และร้านกาแฟต่าง ๆ ในเมืองใหญ่ รวมทั้งการประดิษฐ์คิดค้นเทคโนโลยีทางการพิมพ์ได้ทำให้เกิดพื้นที่ทางสังคมแบบใหม่ขึ้น ซึ่งกลายเป็นที่ทางสำหรับชนชั้นกลางใหม่เหล่านี้ได้พบปะพูดคุยเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับสังคมและความเป็นอยู่ของพวกเขา ในปริิณทลสาธาณะนี้เองที่ชีวิตสาธารณะ หรือความเป็นชุมชนอย่างใหม่ได้ก่อตัวขึ้นในยุโรปตะวันตก (Habermas 1989)

ก่อนที่พัฒนาการทางการเมืองดังกล่าวจะเกิดขึ้นในยุโรปนั้น สามัญชนหรือไพร่ในระบอบดั้งเดิมของยุโรปจะสามารถเกี่ยวข้องกับกิจกรรมสาธารณะก็แต่โดยการยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งที่รัฐกำหนดให้

ทำ เพราะในระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ดังกล่าวนั้นมีแต่รัฐหรือราชสำนักเท่านั้นที่มีความชอบธรรมที่จะกระทำการใด ๆ ซึ่งอ้างว่าเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสาธารณชน การกำเนิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะและชนชั้นกลางที่มีความตื่นตัวทางการเมืองนั้นได้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและปัจเจกชนพลเมืองเนื่องจากปัจเจกบุคคลสามารถใช้ความคิดอิสระของตนวิพากษ์หรือแสดงความคิดเห็นต่อกิจการสาธารณะของรัฐได้เป็นครั้งแรก และสามารถมองเห็นว่านอกเหนือจากสิ่งที่รัฐกำหนดแล้ว ยังมีกิจการสาธารณะอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้นอกขอบวงของอำนาจรัฐ พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ดังกล่าว ได้กลายเป็นรากฐานสำคัญสำหรับกระบวนการประชาธิปไตยและการเมืองที่เน้นบทบาทของภาคพลเมืองในยุโรป

สำหรับพัฒนาการในทวีปอเมริกาเหนือนั้นมีลักษณะที่แตกต่างออกไป อเล็กซิส เดอ ต็อกเกอร์วิลล์ ชาวฝรั่งเศสที่ได้เดินทางไปสหรัฐอเมริกาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 ได้สังเกตชีวิตของผู้คนและพบว่าชีวิตชุมชนและองค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกานั้นมีบทบาทสำคัญในการสร้างการอยู่ร่วมกันแบบประชาธิปไตยของอเมริกา เขาพบว่าชาวอเมริกันทุกกลุ่ม ทุกอายุ และทุกอาชีพต่างก็มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือสมาคม ไม่เพียงแต่มีการรวมตัวกันเป็นบริษัททำธุรกิจการค้าหรือการผลิตเท่านั้น แต่ยังมีชมรมหรือสมาคมที่มีภารกิจอื่น ๆ อีกมากมายหลากหลายนับพันประเภท ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางด้านศาสนา จริยธรรม สันทนาการ หรือสมาคมที่มีความเคร่งเครียด มีทั้งการรวมตัวกันเป็นสมาคมโดยทั่ว ๆ ไปที่ผู้คนต่างสามารถเข้าร่วมได้ หรือที่มีสมาชิกเฉพาะ มีสมาคมทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ท็อคคิววิลล์บันทึกเปรียบเทียบกับสิ่งที่เขาพบในสังคมฝรั่งเศสว่า ในฝรั่งเศสนั้นหากจะพบว่ามีกรนุกเบิกหรือริเริ่มทำสิ่งใหม่ ๆ บ้าง ก็มักจะพบว่าผู้นำปฏิบัตการดังกล่าวจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ในขณะที่ในประเทศอังกฤษผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะเป็นผู้ที่มิใช่สถาบันราชการ ชุนนาง หรือศักดินา แต่ในอเมริกาหากจะมีความคิดริเริ่มหรือการดำเนินการใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ ก็มักจะมั่นใจได้เลยว่าจะต้องมีสมาคมหรือชมรมที่ผู้สนใจเรื่องนั้นมารวมตัวกันเพื่อกระทำการนั้น ๆ (เดอ ต็อกเกอร์วิลล์ 2522)

เบนจามิน บาเบอร์ นักรัฐศาสตร์ชาวอเมริกันได้ชี้ให้เห็นว่า สังคมอเมริกันในบันทึกเรื่องราวของท็อคคิววิลล์นั้น มิได้มีแค่เพียงรัฐและตลาดเท่านั้น แต่ยังประกอบขึ้นด้วยภาคประชาสังคมคือการรวมตัวกันโดยอิสระเพื่อการช่วยเหลือกันที่เข้มแข็ง ปัจเจกบุคคลก็มีความคิดว่าตนเองนั้นมีสถานะของความเป็นพลเมือง ซึ่งมีบทบาทและความชอบธรรมที่จะทำงานร่วมกันเพื่อสร้างสรรค์ความเป็นอยู่ที่ดีของส่วนรวม (Barber 1995)

อาจกล่าวได้ว่ากระแสความสนใจในแนวคิดเรื่องประชาสังคมในปัจจุบัน ได้รับการกระตุ้นเร่งเร้าจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและประชาธิปไตยในยุโรปตะวันออกหลังยุคสงครามเย็นมากพอสมควร กล่าวโดยย่อ ยุโรปตะวันออกในยุคสงครามเย็นนั้น มีระบอบการเมืองที่มีลักษณะรวมศูนย์แบบเผด็จการระบอบดังกล่าวถูกทำลายโดยการรวมตัวกันของพลเมืองเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ที่เคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อฟื้นฟู

ชีวิตและสิทธิทางการเมือง กลุ่มเล็ก ๆ เหล่านี้ ซึ่งดูเหมือนจะกระจัดกระจายและดำรงอยู่อย่างอิสระ ได้ก่อตัวขึ้นกลายเป็นเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงกัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเป็นอิสระในความเคลื่อนไหวจนกลายเป็นภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง กระบวนการเคลื่อนไหวในภาคประชาสังคมดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการปลดปล่อยยุโรปตะวันออกและเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบอบที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ส่วนที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในยุโรปตะวันออกดังกล่าว คือแนวคิดเรื่องประชาสังคมซึ่งได้รับอิทธิพลอย่างยิ่งจากความคิดของ อันโตนิโอ กรัมสกี นักลัทธิมาร์กซ์ชาวอิตาลี (Garthy (ed.) 1989; Bernhard 1993; และ Nagengast 1991)

สิ่งที่แตกต่างออกไปจากแนวความคิดลัทธิมาร์กซ์โดยทั่วไปของกรัมสกี คือการที่กรัมสกีได้เสนอให้มองสังคมแยกออกเป็นสองส่วน คือสังคมการเมืองและประชาสังคม โดยเขาชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นวิภาษวิธีระหว่างภาครัฐกับประชาสังคม รัฐหรือสังคมการเมืองนั้น กรัมสกีถือว่าเป็นสถาบันในการบริหารจัดการกิจกรรมสาธารณะที่อาศัยอำนาจหรือการข่มขู่บังคับด้วยกำลังทหารหรือตำรวจเป็นตรรกะสำคัญ ในขณะที่ในภาคประชาสังคมกระบวนการที่ทำให้สังคมเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งนั้นไม่ได้เกิดจากการบังคับด้วยกำลัง แต่เกิดจากสถาบันต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรสาธารณะ สถาบันภาครัฐ หรือสถาบันภาคเอกชนมีค่านิยม ความคิด และให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ เหมือนกัน ก่อให้เกิดฉันทามติร่วมในสมาชิกของสังคม จนเกิดการคล้อยตามมากกว่าที่จะเป็นการอาศัยอำนาจบังคับขู่เข็ญให้ปฏิบัติ ไม่ว่าจะการบังคับขู่เข็ญนั้นจะใช้มาตรการทางกฎหมาย กำลังตำรวจ หรือการทหาร ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำหรับการบังคับใช้อำนาจของรัฐ (Nagengast 1991: 213; Babbilo 1988 และ Gramsci 1971)

ในประเพณีทางการเมืองแบบเสรีนิยมใหม่นั้น ความสนใจในเรื่องประชาสังคมได้ก่อตัวขึ้นบนความผิดหวัง และความไม่ไว้วางใจต่อรัฐที่มีอำนาจมากแต่มีประสิทธิภาพต่ำ รัฐบาลซึ่งถูกมองว่าเป็นสถาบันหลัก เป็นตัวแทนของชาติโดยส่วนรวม ได้ถูกท้าทายจากปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน และเป็นปัญหาที่มีลักษณะข้ามพ้นไปจากขอบเขตของรัฐบาล เरिक ฮอบสบอม ซึ่งเป็นนักประวัติศาสตร์คนสำคัญที่สุดคนหนึ่งในยุคสมัยปัจจุบัน ได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า ในช่วงสิ้นสุดศตวรรษที่ผ่านมาและโลกกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่ศตวรรษใหม่ในปี 2000 รัฐบาลได้ตกอยู่ในสถานะของการที่จะต้องปกป้องเอาตัวรอดจากกระแสเศรษฐกิจโลก หรือทุนนิยมโลกซึ่งมีอำนาจมหาศาล โดยที่รัฐบาลต่าง ๆ ล้วนแต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถต่อรองกับอำนาจยิ่งใหญ่ของบริษัทข้ามชาติ และทุนนิยมโลกต่าง ๆ เหล่านั้น ฮอบสบอมได้บันทึกไว้ว่าในช่วงที่รัฐบาลได้ขยายบทบาทอย่างรวดเร็วหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 นั้น ความเป็นจริงก็คือว่า รัฐบาลได้ยึดครองและควบคุมกิจการต่าง รวมทั้งได้แสดงหน้าที่โดยยึดเอาสิ่งต่าง ๆ มากมายเข้ามาเป็นภารกิจของรัฐ กระบวนการดังกล่าวได้ทำให้เกิดมาตรฐาน และความคาดหวังในเรื่องของความสงบเรียบร้อย และการควบคุมของรัฐที่จะต้องเข้าไปควบคุมจัดแจงเรื่องราวต่าง ๆ ในสังคม (Hobsbawm 1994)

ข้อเท็จจริงที่ว่านี้ได้ทำให้รัฐชาติไม่สามารถรักษอำนาจอ้างต่าง ๆ เอาไว้เมื่อต้องเผชิญกับทุนนิยมโลก ซึ่งกลายเป็นสิ่งที่เจ็บปวดสำหรับรัฐชาติอย่างยิ่ง เมื่อความไม่พึงพอใจต่อรัฐได้สะสมจนกลายเป็นกระแสของการเรียกร้องให้รัฐลดบทบาทลง (Less Government) รวมทั้งทำให้เกิดกระแสความต้องการของการปฏิรูปรัฐ (Reinventing Government) ด้วย หนังสือของ ออสบอนและเกเบิลอร์ (Osbornes and Gacbler 1992) ได้นำเสนอแนวความคิดเห็นนี้ และได้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางในกระบวนการปฏิรูปภาครัฐ และนอกจากนั้น แดเนียล เบล นักสังคมวิทยาการเมืองคนสำคัญได้กล่าวไว้ว่ารัฐชาตินั้นได้กลายเป็นจักรกลที่เล็กเกินไปสำหรับปัญหาที่ใหญ่ ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้คน แต่ในขณะเดียวกันมันก็ใหญ่ทะลึงเกินไปสำหรับปัญหาเล็ก ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้คน (Bell 1989: 55) สำหรับแดเนียล เบลล์แล้วกระบวนการที่ต้องการฟื้นฟูบทบาทของภาคประชาสังคมนั้น เป็นการเรียกร้องที่ต้องการจะกลับไปสู่ชีวิตทางสังคมในขอบเขตที่มีขนาดเหมาะสม ไม่ใช่ในลักษณะซึ่งมีขนาดใหญ่ที่ปัจเจกบุคคลไม่สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องหรือต่อรองได้

ในขณะที่ความไม่พึงพอใจจะแรงส่งซึ่งมีต่อรัฐกำลังเพิ่มมากขึ้นอยู่นั้น สภาวะการเคลือบแคลงสงสัยและกระแสการต่อต้านบริษัทข้ามชาติและทุนนิยมโลกก็ได้ก่อตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว งานศึกษาของ เดวิด กอเท่น ชื่อ “เมื่อบรรษัทครองโลก” ได้เตือนให้สังคมทั่วโลกเห็นถึงบทบาทของสถาบันการเงินระหว่างประเทศ และบริษัทข้ามชาติต่าง ๆ ซึ่งกำลังแสวงหาผลประโยชน์และความมั่งคั่งของตน โดยก้าวข้ามพรมแดนของรัฐชาติ ในกระบวนการแสวงหาความมั่งคั่งดังกล่าว เดวิด กอเท่น ได้ชี้ให้เห็นว่าจะมีผลร้ายมากกว่าผลดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาซึ่งมีอำนาจต่อรองน้อย (Korten 1995) ความไม่พึงพอใจและความไม่ไว้วางใจต่อสถาบันการเงินในระดับโลก เช่น ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ หรือ IMF และองค์การการค้าโลก (WTO) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้นจากกระบวนการประท้วง โดยองค์กรประชาสังคมในระดับโลก รวมทั้งความพยายามต่าง ๆ ขององค์กรเอกชน เช่น กระบวนการ จูบิลี 2000 ซึ่งเป็นความเคลื่อนไหวที่จะผลักดันให้มีการยกเลิกหนี้ระหว่างประเทศแก่ประเทศที่ยากจนในช่วงของการเปลี่ยนสหัสวรรษ หรือองค์กร Fifty Years Is Enough ซึ่งเป็นเครือข่ายขององค์กรภาคประชาชนในสหรัฐอเมริกาที่รณรงค์ต่อสู้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจในระดับโลก ที่ต้องการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติของธนาคารโลกและองค์การการเงินระหว่างประเทศ หรือเครือข่ายประเทศโลกที่ 3 (Third World Network: TWN) ซึ่งได้ต่อสู้อย่างต่อเนื่องเพื่อความเท่าเทียมกันในระดับโลกเพื่อสุขภาพและสิทธิมนุษยชน

จะเห็นได้จากการทบทวนโดยย่อข้างต้นว่าการดำรงอยู่และสาระสำคัญของภาคประชาสังคมได้เปลี่ยนแปลงมาตลอดประวัติศาสตร์ของสังคมมนุษย์ นิยามความหมายของภาคประชาสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ซึ่งนิยามต่าง ๆ แต่ละยุคสมัยนั้นก็สะท้อนถึงสภาวะการณ์ทางการเมืองของแต่ละยุคแต่ละสมัย แต่สิ่งที่ทำให้แนวคิดประชาสังคมน่าสนใจเป็นอย่างยิ่งก็คือ แนวคิดดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่มี

การนำไปใช้โดยสกุลความคิดทางการเมืองต่าง ๆ ที่หลากหลาย ประชาสังคมได้กลายเป็นองค์ประกอบที่มีคุณค่ามีคุณประโยชน์ที่จะช่วยแก้ไขความผิดพลาดหรือข้อจำกัดของแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตสาธารณะและสังคมประชาธิปไตย ดังที่ ไมเคิล วอลเซอร์ (1991) ได้กล่าวไว้ว่าแนวคิดประชาสังคมนั้นเกิดขึ้นเพื่อที่จะวิพากษ์แนวคิดที่ยึดติดกับบทบาทของภาครัฐมากเกินไปในการสร้างความเป็นธรรมในสังคม ในขณะที่เดียวกัน ก็เป็นแนวคิดที่หักท้วงแนวคิดของฝ่ายที่เน้นกลไกตลาดเสรีโดยมิได้สนใจต่อผลกระทบทางด้านลบของทุนนิยมสุดขั้ว ซึ่งมีผลเสียต่อชีวิตชุมชนและชีวิตสาธารณะ แต่เสน่ห์ของแนวคิดประชาสังคมนั้น เกิดขึ้นจากข้อคิดเห็นร่วมกันของคนจากหลากหลาย แนวคิดทฤษฎีทางการเมืองที่ว่าภาคประชาสังคมเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างประชาธิปไตย และในการสร้างธรรมาภิบาลในระบบการเมืองการปกครองของประชาชาติ (Keane 1988b.; Putnam 1993a. และ Clark 1991: 7)

นิยามประชาสังคม

ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างหลากหลายอย่างมากระหว่างแนวคิดประชาสังคมซึ่งถูกใช้โดยนักคิดและนักคิดต่าง ๆ แต่ในความแตกต่างนี้ก็ยังมีความเห็นร่วมกันบางประการ ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นคุณสมบัติของภาคประชาสังคม เช่น การมองว่าประชาสังคมเป็นปริณิธลของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งมีความเป็นอิสระ มีลักษณะที่เน้นความสมัครใจ มีความเป็นประชาธิปไตย และเป็นการทำประโยชน์สาธารณะขององค์กรหรือบุคคลที่อยู่นอกภาครัฐ มิเชล เบิร์นฮาร์ด ในหนังสือที่เขียนถึงการเกิดประชาธิปไตยในโปแลนด์ ได้ชี้ให้เห็นถึงประวัติศาสตร์และพัฒนาการของแนวคิดภาคประชาสังคมว่า ภาคประชาสังคมที่เกิดจากการรวมตัวกันนอกอาณัติการควบคุมของรัฐได้สร้างปริณิธลหรือพื้นที่ทางสังคมอันใหม่ที่ผู้คนสามารถแสดงออกได้อย่างเสรี เกิดเป็นองค์กร สมาคมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นลักษณะองค์กรอาสาสมัคร องค์กรวิชาชีพ องค์กรที่ทำงานเชิงวัฒนธรรมสังคม รวมทั้งสหกรณ์และหอการค้าต่าง ๆ ตลอดจนความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ทางสังคมและสื่อมวลชนที่มีเสรีภาพมากขึ้น (Bernhard 1993: 3) ตามที่ เบิร์นฮาร์ด พูดถึงองค์กรเอกเทศต่าง ๆ ซึ่งได้มีการจัดตั้งตนเองขึ้น อยู่นอกขอบวงอำนาจของรัฐที่เป็นทางการ ได้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้รัฐยอมรับและเคารพต่อการดำรงอยู่ขององค์กรของเขาเหล่านี้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ได้เปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในระบอบการเมืองโดยรวม ความเป็นเอกเทศของความเป็นภาคประชาสังคม หมายถึงการเป็นอิสระจากการถูกควบคุมโดยภาครัฐ และภาครัฐกิจโดยเหตุนี้ภาคประชาสังคม จึงมักถูกเรียกว่าเป็นองค์กรในภาคส่วนที่สามหรือ The Third Sector

โอลิวีลาร์และ แทนดอน (Oliveira and Tandon (eds.). 1994) ได้เขียนบทความเรื่องการพัฒนาสถาบันเพื่อเสริมความเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคม โดยนิยามภาคประชาสังคมไว้ว่าหมายถึงเครือข่ายความสัมพันธ์ขององค์กร ค่านิยมของสังคมและแนวทางการปฏิบัติที่ประกอบกันขึ้นเป็นกิจกรรมทางสังคม

ที่แตกต่างออกไปจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยรัฐ (เช่น กิจกรรมในพรรคการเมือง ในองค์กรราชการของรัฐ หรือค่านิยมในการตัดสินใจในลักษณะต่าง ๆ ในแบบการเมืองที่เป็นทางการ เช่น การลงคะแนนเสียง) และแตกต่างจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นในภาคธุรกิจ (เช่น กิจกรรมของบริษัทธุรกิจ ตลาดหุ้น หรือกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์และการแสวงหากำไร) องค์กรภาคประชาสังคมจึงมีบทบาทในฐานะสถาบันหนึ่งของสังคมที่ควบคู่ไปกับภาครัฐและการตลาด และมีหลักการและเหตุผลของการดำรงอยู่ที่แตกต่างกันจากสถาบันที่เป็นทางการ เช่น พรรคการเมืองต่าง ๆ ซึ่งรวมกันบนพื้นฐานของผลประโยชน์ที่ชัดเจน หรือ องค์กรภาครัฐซึ่งดำรงอยู่โดยมีภารกิจ กฎระเบียบและโครงสร้างการจัดการที่มีลักษณะรวมศูนย์และมีอำนาจในการจัดการในลักษณะที่ลดหลั่นเป็นช่วงชั้น แม้แต่การใช้วิธีการลงคะแนนเสียงเพื่อหามติของส่วนใหญ่มาเป็นเครื่องกำหนดที่จะตัดสินใจความคิดเห็นของปัจเจกหรือของกลุ่มเฉพาะ ในขณะเดียวกันภาคประชาสังคมเองก็มีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากภาคธุรกิจ ซึ่งประกอบกันขึ้นจากบริษัท ห้างร้าน กลุ่มการค้าต่าง ๆ ตลาดหลักทรัพย์ หรือแม้แต่แบบแผนความสัมพันธ์และกระบวนการตัดสินใจในภาคตลาดเอง ที่เน้นการแสวงหากำไรและการแลกเปลี่ยนที่เป็นไปตามมาตรฐานทางการตลาด

จากแนวคิดดังกล่าว เราจะเห็นได้ชัดว่าประชาสังคมเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นของพลังทางสังคมอย่างหนึ่งที่พยายามสร้างดุลยภาพขึ้น เพื่อชดเชยวิถีคิดการเมืองกระแสหลักที่มีลักษณะเป็นประชาธิปไตยแบบตัวแทน โดยประชาชนหรือพลเมืองจะมีบทบาททางการเมือง ก็แต่เฉพาะในช่วงลงคะแนนเสียงเลือกตั้งซึ่งจะมีนาน ๆ ครั้ง และมีบทบาทเฉพาะเรื่องการเสียภาษีให้แก่รัฐเท่านั้น แนวคิดประชาสังคมเน้นการมีบทบาทอย่างต่อเนื่องของพลเมือง ซึ่งมีความกระตือรือร้นทางการเมืองอยู่ตลอดเวลา เข้ามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ติดตามตรวจสอบและสนับสนุน รวมทั้งลงมือกระทำการต่าง ๆ เพื่อสร้างสังคมส่วนรวมที่ดีขึ้น โดยไม่ผูกมัดตัวเองอยู่กับระบบการเมืองแบบตัวแทนเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน ประชาสังคมยังเน้นความร่วมมือร่วมแรงกันและมุ่งที่จะสร้างจิตสำนึกของการเสียสละเพื่อส่วนรวม แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่การแสวงหากำไรเป็นด้านหลักดังภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ หรือองค์กรการกุศลที่ทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในภาคประชาสังคม ซึ่งในแง่ขององค์กรภาคประชาสังคมอาจจะสามารถดำรงอยู่ได้ควบคู่กันไปกับภาคการตลาด และพบว่า องค์กรธุรกิจภาคเอกชนจำนวนมากก็ได้หันมาให้ความสนใจด้วยการให้การสนับสนุนและมีบทบาททางสังคมควบคู่กันไปกับการดำเนินธุรกิจด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งนั้นก็เป็นการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรที่ดี แต่ในบางกรณีก็อาจเป็นเพียงการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร โดยมีได้มีเป้าหมายอย่างแท้จริงที่จะคืนกำไรให้แก่สังคม ตามที่มีการโฆษณา

ในกระบวนการสร้างภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง นิยมจะแจกแจงให้เห็นองค์ประกอบของภาคประชาสังคมให้มีความชัดเจน เพื่อให้สามารถสร้างกระบวนการทำงานที่เสริมบทบาทของภาคประชา

สังคมได้มากยิ่งขึ้น ไมเคิล แบริตตัน (Micheal Bratton) ซึ่งเป็นนักเคลื่อนไหวทางสังคมในอาฟริกา ได้สร้างแนวความคิดการเสริมความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคม โดยการมองว่าภาคประชาสังคมเป็นพื้นที่ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างครอบครัวและรัฐ โดยลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้น มิได้เป็นเรื่องที่เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของแต่ละครอบครัว แต่ว่าปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในบริบทที่เรียกว่า “ประชาสังคม” เป็นการแสดงออกซึ่งความเอื้อเฟื้อ เกื้อกูล และความร่วมมือกันระหว่างชุมชน เป็นการสร้างเครือข่ายองค์กรหรือโครงสร้างชีวิตสาธารณะร่วมกันขึ้น เป็นรูปแบบของการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมหรือสมาคมเพื่อทำประโยชน์แก่สาธารณะ และที่สำคัญองค์กรภาคประชาสังคมเน้นกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ที่ช่วยให้สามารถสร้างความเข้าใจ และสร้างฉันทามติขึ้นได้ในสาธารณชน (Bratton citein Soccorso 1994: 7) และในแง่ที่เราจะเห็นได้ว่าภาคประชาสังคมเน้นหนักไปที่กระบวนการการมีส่วนร่วมที่ทุก ๆ คนเข้ามามีบทบาทที่จะสร้างชีวิตส่วนรวมและความเป็นสาธารณะ ซึ่งทุกคนได้รับประโยชน์ร่วมกัน

นิยามอื่นของประชาสังคมนั้น อาจเน้นในลักษณะของประชาสังคมที่แตกต่างออกไปในบางแง่มุม อย่างเช่นในงานศึกษาของโคเฮนและอาราโต้ที่ได้ให้นิยามประชาสังคมว่า เป็นบริบทของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างรัฐกับภาคเศรษฐกิจ โดยประกอบขึ้นจากส่วนต่าง ๆ ที่อยู่นอกขอบวงของภาคเศรษฐกิจและภาครัฐ เช่น ครอบครัว สมาคม หรือชมรมอาสาสมัครต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรสาธารณประโยชน์ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และรวมทั้งการสื่อสารที่ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าวเกิดขึ้นได้ (Cohen and Arato 1992: 9)

ในส่วนของการเครือข่ายอย่างเช่น Civic Practices Network หรือเครือข่ายประชาคมปฏิบัติการได้เสนอนิยามที่แตกต่างออกไปบ้าง โดยเน้นมุมมองด้านการเป็นเครือข่ายกันของภาคประชาสังคม โดยถือว่าการมีองค์กรอาสาสมัครหรือองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ นั้น เกิดขึ้นจากการถักทอกันเป็นเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ และภายใต้โครงข่ายของความสัมพันธ์เหล่านี้เอง ที่ปัจเจกบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของสาธารณะได้ (Civic Practices Network, online at: WWW.CPN.org/Sections/tools/Models/Civil_Society.html) เราอาจสรุปได้คร่าว ๆ โดยอาศัยสิ่งที่เบนจามิน บาร์เบอร์ (Barber 1995) ได้พูดไว้ว่า ประชาสังคมคือสาธารณะที่ไม่ มีการบังคับ และเป็นการอาสาสมัครที่ไม่เป็นเรื่องส่วนตัว บาร์เบอร์ได้เน้นลักษณะความเป็นอาสาสมัครเพื่อสาธารณประโยชน์ โดยไม่มีการใช้อำนาจมาบังคับซึ่งเป็นลักษณะซึ่งแตกต่างไปจากการเป็นองค์กรหรือหน่วยงานภายใต้การบริหารจัดการของภาครัฐ ที่มีระเบียบ กฎเกณฑ์ที่แน่นอน และไม่มีความเป็นเอกเทศ รวมทั้งไม่ได้เป็นความริเริ่มของปัจเจกบุคคล หรือองค์กรที่เป็นอาสาสมัครอีกด้วย ในแง่ถ้าเราพิจารณาข้อเสนอของเฟร์นันเดซ (Fernandes 1994a.: 342-343) ซึ่งได้แจกแจงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ภาคประชาสังคม ก็คือส่วนที่เรียกว่า ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม ดังตารางข้างล่างนี้ (Fernandes 1994a.: 342)

ตารางความสัมพันธ์ระหว่างเอกชนกับสาธารณชน

องค์กร	เป้าหมาย/ ประโยชน์	ภาค
เอกชน	เพื่อ เอกชน	ตลาด/ ธุรกิจ
สาธารณะ	เพื่อ สาธารณะ	รัฐ/ ราชการ
เอกชน	เพื่อ สาธารณะ	ประชาสังคม
สาธารณะ	เพื่อ เอกชน	คอร์รัปชัน

โดยสรุป เราอาจนิยามภาคประชาสังคมว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมที่เป็นเอกเทศจากการถูกควบคุมบังคับโดยรัฐ และเป็นอิสระจากการแสวงหาประโยชน์ที่เป็นผลกำไรส่วนตัว เป็นพื้นที่สาธารณะที่ปัจเจกบุคคลและกลุ่มต่างๆ รวมตัวกันเป็นองค์กรด้วยความสมัครใจ สามารถแสดงออกและเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อสร้างสรรค์สังคมส่วนรวมให้ดีขึ้น

ประชาสังคมนั้นเป็นแนวคิดตะวันตก แต่คงจะเป็นความผิดพลาด ถ้าหากจะคิดว่าแนวคิดของการรวมตัวอย่างอิสระเพื่อทำประโยชน์แก่ส่วนรวมนั้นเกิดขึ้นแต่เฉพาะในสังคมตะวันตกเท่านั้น ในสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ ทั่วโลก ก่อนที่อำนาจรัฐจะมีการพัฒนาจนกลายเป็นรัฐชาติที่เราพบเห็นได้ในปัจจุบัน บทบาทของสถาบันทางสังคมและอำนาจทางสังคมนั้นเกิดขึ้นก่อนที่อำนาจรัฐจะแผ่ขยายตัวจนกลายเป็นกลไกหลักในการควบคุมกำหนดทิศทางของการเปลี่ยนแปลงสังคม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคมที่ได้มีการสังเคราะห์และเรียนรู้ในตะวันตกนั้น อาจถือเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจหรือวิเคราะห์องค์กรภาคเอกชน หรือองค์กรภาคประชาชนที่กำลังมีบทบาทมากขึ้นในฐานะภาคประชาสังคม

ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยที่ได้มีการขับเคลื่อนมาจนกระทั่งกลายเป็นความเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีฐานแนวร่วมกว้างขวาง และมีประชาคมสุขภาพเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เป็นรูปธรรมของความเป็นไปได้ที่บทบาทของภาคประชาสังคมจะมีขึ้นในกระบวนการสร้างสังคมที่ดีขึ้น เชื่อดังกล่าวนี้อาจทำให้การสร้างระบบสุขภาพใหม่และกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นหนักไปที่การแลกเปลี่ยน และการอภิปรายถกแถลง ระหว่างกลุ่มองค์กรที่มีความเห็น และมีเจตนารมณ์ที่จะสร้างสังคมส่วนรวมให้ดีขึ้น โดยถือว่าเป็นภารกิจหลักสำคัญที่จะนำไปสู่ระบบสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกัน

คำถามการวิจัย

เพื่อที่จะประมวลและสรุปบทเรียนที่มีการสั่งสมกันมาตลอดกระบวนการปฏิรูปอย่างเป็นระบบ การศึกษากระบวนการปฏิรูปได้ออกแบบการวิจัยให้ดำเนินการคู่ขนานกันไปในช่วงตอนต่าง ๆ ของการขับ

เคลื่อนการปฏิรูป โดยการวิจัยนี้เน้นที่จะทำความเข้าใจปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม ในการปฏิรูปด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ คำถามการวิจัยจึงถูกกำหนดไว้เป็นแนวทางกว้าง ๆ สำหรับการเก็บ ข้อมูลและการวิเคราะห์โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ๆ คำถามวิจัยเหล่านี้ แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีของประชาสังคมและสุขภาพ คำถามในด้านแนวคิดและทฤษฎีสุขภาพ มุ่งที่จะทำความเข้าใจว่า ประสบการณ์ของสังคมไทยในการขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยภาคประชาสังคมนั้นเราจะสามารถสังเคราะห์ขึ้นเป็นความเข้าใจในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยได้อย่างไร? แนวคิดเรื่องประชาสังคมซึ่งมีการนำเสนอในลักษณะที่แตกต่างหลากหลายนั้น สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการณ์ได้อย่างไร? แง่มุมต่าง ๆ ในทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคมมีแง่มุมใดที่สำคัญและถูกเน้นโดยภาคปฏิบัติการ? และความสัมพันธ์ระหว่างประชาสังคม นโยบายสาธารณะ และการปฏิรูประบบสุขภาพมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันอย่างไร?

2. ยุทธศาสตร์และแนวทางในการเสริมสร้างบทบาทของภาคประชาสังคม คำถามกลุ่มนี้ มุ่งที่จะเข้าใจถึงแนวทางในการสนับสนุนภาคประชาสังคมให้มีบทบาทมากขึ้น โดยอาศัยความเข้าใจจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้จากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบต่อคำถามที่ว่า ยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงานที่จะช่วยให้บทบาทของภาคประชาสังคมเด่นชัดมากขึ้นและสามารถที่จะขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไรบ้าง? อะไรคือจุดแข็งและจุดอ่อนของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้นเพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้การพัฒนาและส่งเสริมบทบาทภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นจริงขึ้นมาได้เป็นอย่างไร?

3. ธรรมชาติของระบบสุขภาพและภาคประชาสังคม ในกระบวนการการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ นั้น เราจะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ดังกล่าว และสามารถที่จะเข้าใจถึงหน้าที่สำคัญของภาคประชาสังคม ในกระบวนการและกลไกเชิงนโยบายทางสุขภาพอย่างไรบ้าง? และภาคประชาสังคมจะมีส่วนร่วมทำให้การทำงานของระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพเป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องชอบธรรมและเป็นธรรมได้มากขึ้นอย่างไร?

คำถามหลัก ๆ เหล่านี้เป็นคำถามที่ใช้ชี้แนะ หรือใช้เป็นกรอบในการศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูปที่ผ่านมา ข้อค้นพบจากการทบทวนสถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการศึกษากฎการศึกษาต่าง ๆ ถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยอาศัยคำถามต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว เพื่อที่จะบรรลุ

ซึ่งความเข้าใจที่มีความชัดเจนมากขึ้นในเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างบทบาทของประชาสังคมและการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยที่กระบวนการวิจัยนั้นอาศัยการศึกษาเชิงคุณภาพ และมีระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

กรอบการวิจัยและวิธีการ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่ากระบวนการวิจัยถูกสร้างคู่ขนานไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้นงานวิจัยต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการ จึงเป็นไปอย่างสอดคล้องสัมพันธ์กับการคลี่คลายของกระบวนการปฏิรูป โดยแผนการปฏิรูปในปีแรกเป็นการดำเนินการเพื่อสร้างฐานความรู้ รวมทั้งสร้างเครือข่ายอันเป็นรากฐานสำหรับการขับเคลื่อนภาคประชาสังคมในการปฏิรูป ในช่วงการดำเนินการในปีแรกนั้น นอกจากจะมีการศึกษาวิจัยและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพโดยคณะนักวิจัยจากหลากหลายสถาบันแล้ว ยังได้มีการสร้างเวทีสาธารณะหรือเวทีประชาคมขึ้นมาอย่างมากมาย เพื่อที่จะส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเรื่องระบบสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ทั้งในระดับชุมชน ในระดับจังหวัด และในระดับภูมิภาค ประเด็นต่าง ๆ ที่มีการระดมขึ้นมาในเวทีประชาคมเหล่านั้น ได้ถูกเก็บรวบรวม และถูกใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการวิเคราะห์ และในการสร้างกรอบสำหรับการปฏิรูปในช่วงเวลาต่อมา

ในต้นปีที่สองของการดำเนินงานนั้น กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายการปฏิรูประบบสุขภาพและระบบสุขภาพใหม่ ได้ถูกยกกว้างขึ้นเพื่อที่จะเชิญชวนให้เกิดการอภิปราย ถกเถียงถึงความเหมาะสม และสิ่งที่จะดำเนินการในช่วงระยะเวลาอีกสองปีข้างหน้า การถกเถียงพูดคุยกันในเรื่องของการรอบที่มีการนำเสนอ นั้น ได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดขึ้นผ่านการจัดเวที การสัมมนา และการประชุมปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อที่จะให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามีส่วนร่วมในการปรับแต่งเค้าโครงดังกล่าว ในช่วงท้ายของการดำเนินงานในปีที่สองนั้น ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ถูกยกกว้างขึ้น โดยนำเอาข้อคิด ความเห็น และข้อเสนอจากการอภิปรายที่เกิดขึ้นในเวทีต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาประกอบกรอกร่าง หลังจากนั้นจึงจัดกระบวนการเพื่ออภิปรายและปรับแต่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยได้มีการจัดวงสนทนาและเวทีในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด ระดับภูมิภาค และประมวลมาสู่การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อที่จะทบทวนร่างสุดท้ายของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ก่อนที่จะเสนอเข้าสู่กระบวนการทางนิติบัญญัติ กระบวนการถกเถียง อภิปรายดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง มีการสังเกตและรวบรวมบันทึกไว้เป็นกรณีศึกษาเพื่อเป็นการวิเคราะห์ในระยะต่อมา

ในปีที่สามของการปฏิรูป เป็นช่วงที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติถูกนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และอยู่ระหว่างการรอการพิจารณาจากคณะรัฐมนตรีก่อนจะนำเสนอต่อรัฐสภา ในการขับเคลื่อนในปีที่สามของการปฏิรูป จึงเป็นการสนับสนุนให้เกิดการริเริ่มในกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแนวความ

คิดที่มีอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยกิจกรรมและความริเริ่มต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจริง ในระดับท้องถิ่น ในระดับชุมชน หรือในระดับภูมิภาค ที่เป็นการระดมพลังของภาคพลเมืองเพื่อร่วมกันสร้างระบบสุขภาพที่ดี และรูปธรรมต่าง ๆ เหล่านี้ถูกนำเสนอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่ายประชาคมสุขภาพที่มีการก่อตัวมาตลอดช่วง 3 ปี ของการขับเคลื่อนการปฏิรูป

ข้อมูลและกระบวนการวิจัย

คณะทำงานการวิจัย คณะผู้วิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัยจากสถาบันต่าง ๆ ทั้งจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น และนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ อีกจำนวนหนึ่ง ได้เริ่มกระบวนการวิจัยด้วยการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยและมีการประชุมปฏิบัติการร่วมกันอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ทั้งเพื่อการประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการวิจัย ดำเนินการศึกษารายละเอียด รวมทั้งติดตามกระบวนการวิจัยและกรณีศึกษาต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการ ประสพการณ์ที่ได้จากและติดตามการร่วมงานและการติดตามการปฏิรูประบบสุขภาพได้ถูกประมวลมาอย่างครอบคลุมและกว้างขวาง และทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อที่จะสร้างความเข้าใจในเชิงทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและศักยภาพขององค์กรประชาสังคมในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

นอกเหนือไปจากการทบทวน การสัมภาษณ์ และการศึกษากรณีศึกษาต่าง ๆ แล้ว กระบวนการวิจัยยังได้มีการจัดการประชุมปฏิบัติการร่วมกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะอภิปรายและสร้างความเข้าใจในระดับลึกต่อกระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปภายใต้บริบททางสังคมการเมืองไทยในปัจจุบัน การประชุมและพบปะกันอย่างสม่ำเสมอทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการปฏิรูปมีโอกาสนำมุมมอง ความคิด และความเข้าใจมาแลกเปลี่ยนกับนักวิจัยและมาเรียนรู้จากบทเรียนซึ่งนักวิจัยได้ประมวลขึ้น ในช่วงสุดท้ายของระยะสามปีของการศึกษามีการประชุมปฏิบัติการร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมในระดับภูมิภาคขึ้นทั้งสี่ภาค โดยกระบวนการประชุมปฏิบัติการทั้งสี่ภาคนี้ ได้มีส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งองค์กรภาคประชาสังคมที่มีได้มีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพได้เข้าร่วมในการสะท้อนมุมมอง และประสพการณ์ความคิดเห็นต่อกระบวนการปฏิรูปในช่วงที่ผ่านมาด้วย

ในส่วนของกระบวนการทำงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ หรือสปรส. ก็ได้นำมาทบทวนวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะศึกษาถึงบทบาทขององค์กรที่มีภารกิจในการเชื่อมประสานกับภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนวาระการปฏิรูป โดยวิเคราะห์ถึงวิสัยทัศน์ แนวคิด พันธกิจ และยุทธศาสตร์

ในการทำงานว่าเป็นอย่างไร และสะท้อนทิศทางเพื่อสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพอย่างไรในอนาคต

รายงานการวิจัยนี้นำเสนอการทบทวนสถานการณ์ ติดตามความเคลื่อนไหว และพัฒนาการของกระบวนการปฏิรูป รวมทั้งวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ได้จากความพยายามในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพไทย นอกจากนั้นรายงานฉบับนี้ ยังนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาบทบาทของภาคประชาสังคมในด้านสุขภาพและด้านการพัฒนาสังคมในตอนท้ายอีกด้วย

โดยรายงานฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วนด้วยกัน ซึ่งนอกเหนือจากบทนำบทนี้แล้ว

ในส่วนที่สองของรายงานฉบับนี้นำเสนอถึงประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการเมืองไทย และพัฒนาการของระบบสุขภาพไทย เพื่อที่จะให้เห็นถึงบทบาทของรัฐในอดีต และการเติบโตของภาคประชาสังคมในด้านสุขภาพและพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางประวัติศาสตร์

ในส่วนที่สามนั้น เป็นการทบทวนประสบการณ์ของการปฏิรูปภาคสุขภาพในระดับสากล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกที่มีได้ปรากฏถึงบทบาทของภาคประชาสังคมที่เด่นชัดนัก ภาพประชาสังคมได้เลือนหายไปจากกระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพในสองแง่คือ ในแง่ที่ภาคประชาสังคมได้สูญหายไปในฐานะภาคส่วนที่ควรจะมีบทบาทในระบบสุขภาพใหม่ นอกจากนั้นภาคประชาสังคมยังขาดหายไปจากการเป็นตัวละครสำคัญ หรือพลังทางการเมืองที่จะกำหนดวาระการปฏิรูปอีกด้วย

ในส่วนที่สี่ของรายงานฉบับนี้ ได้นำเสนอกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย โดยเริ่มต้นด้วยการอภิปรายถึงแนวคิด และยุทธศาสตร์การทำงานที่เกิดขึ้นในระยะสามปี ซึ่งเน้นหนักไปที่การสร้างการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนวาระการปฏิรูปโดยภาคประชาสังคม นอกเหนือจากแนวคิดยุทธศาสตร์แล้ว ในส่วนต่อมายังได้อภิปรายถึงแนวทางในการแปรแนวคิดและยุทธศาสตร์เหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติ เพื่อที่จะศึกษาถึงบทเรียนที่เกิดขึ้น และตัวอย่างการขับเคลื่อนที่ได้จากการเรียนรู้ในช่วงระยะสามปี

ส่วนสุดท้ายของรายงาน เป็นการมองถึงสถานการณ์ในปัจจุบัน และเป็นการฉายภาพไปสู่อนาคต ซึ่งพยายามนำเสนอให้เห็นบทบาทภาคประชาสังคมในสถานการณ์ทางการเมืองใหม่ของประเทศไทย รวมถึงข้อเสนอแนะในการสนับสนุน และส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในด้านสุขภาพ ในส่วนสุดท้ายนี้ยังได้มีการนำเสนอคำถามวิจัย ซึ่งอาจจะใช้เพื่อที่จะศึกษาค้นคว้า ทำความเข้าใจ ให้ลึกซึ้งถึงบทบาทและศักยภาพของภาคประชาสังคมในอนาคตอีกด้วย

บทที่ 2

พัฒนาการทางการเมืองและวิวัฒนาการของระบบสุขภาพไทย

สภาพทางการเมืองและการก่อกำเนิดของประชาสังคมไทย

สิ่งแวดล้อมและกระบวนการทางการเมืองในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง บทวิเคราะห์นี้พยายามพิจารณาการเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมท่ามกลางพลวัตของการเมืองร่วมสมัย และจากการวิเคราะห์พัฒนาการทางการเมือง ทำให้เห็นถึงการขยายตัวของภาคประชาสังคมในสังคมไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาอย่างชัดเจน และปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นที่สนใจในแวดวงวิชาการเป็นอย่างมาก การประชุมวิชาการไทยศึกษาระดับนานาชาติประเทศครั้งที่ 7 ที่จัดขึ้นในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 ที่กรุงอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ นักวิชาการ นักวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่สนใจความเป็นไปของสังคมไทยกว่า 700 คน ได้ประชุมร่วมกัน โดยมีหัวข้อหลักในการประชุมครั้งนั้นว่า Thailand: A Civil Society? ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แง่มุมต่าง ๆ ของความเป็นประชาสังคมไทย คำศัพท์และแนวคิดต่าง ๆ เช่น คำว่า พลเมือง ปริณทลสาธารณะ จิตสำนึกสาธารณะ หรือการเมืองภาคประชาชนถูกใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในแวดวงต่าง ๆ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยคำและแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นถูกนำมาใช้ ไม่เฉพาะแต่ในกลุ่มผู้เคลื่อนไหวทางสังคมหรือนักวิชาการเท่านั้น แต่ยังปรากฏอยู่ในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งในแวดวงนโยบายและแผนงานของภาครัฐอีกด้วย (สุวิทย์ (บก.) 2540; อนุชา และกฤติยา (บก.) 2542; และ ยุทธนาและสุพิตา (บก.) 2543)

ในหนังสือที่ คริส ฮาน และอลิซาเบธ ดัน (Chris Hann & Elizabeth Dunn. 1996) เป็นบรรณาธิการ ชื่อว่า “ประชาสังคม: การท้าทายแบบจำลองของตะวันตก” ฮานได้อาศัยคำนิยามของอดัม เซลิเกแมน (Saligman 1992) ในการชี้ให้เห็นว่าการนำเอาแนวคิดเรื่องประชาสังคมมาใช้นั้นมีความแตกต่างกันไปใน 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกคำว่า ประชาสังคม ถูกนำมาใช้เป็นคำขวัญทางการเมืองที่มีลักษณะต่อต้านรัฐ ประชาสังคมในแง่นี้เป็นพลังทางการเมืองเพื่อการต่อรองหรือคัดค้านอำนาจที่ไม่ชอบธรรมของรัฐ ลักษณะที่สองคำว่า ประชาสังคม ถูกใช้ในแง่ที่เป็นแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หรือศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมต่าง ๆ ลักษณะนี้ถึงแม้คำว่า ประชาสังคม จะได้รับความสนใจในแวดวงวิชาการใน 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่นักวิชาการจำนวนหนึ่งมีความเห็นว่า ประชาสังคมยังเป็นแนวคิดที่มีความสับสนและซ้ำซ้อน และยังไม่มีการนิยามที่ชัดเจนพอที่จะเป็นประโยชน์ในการใช้วิเคราะห์สังคม ในแง่ที่สามคำว่า ประชาสังคม ถูกใช้ในแง่ที่เป็นลักษณะที่พึงจะมี พึงจะเป็นของสังคม หรือสังคมอันพึงประสงค์ โดยการเกิดขึ้นของประชาสังคมมีความหมายเท่ากับว่า สังคมนั้นเป็นสังคมที่ดีและมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น

บทความต่าง ๆ ในหนังสือดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า คำว่าประชาสังคมนั้นถูกใช้และถูกเข้าใจในลักษณะที่แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมการเมือง และพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของสังคมที่มีการนำเอาคำนี้มาใช้ในสังคมไทย แม้ว่าแนวคิดเรื่องประชาสังคมจะได้รับการนำเสนอเข้ามาในสังคมไทย ในช่วงประมาณสองทศวรรษที่ผ่านมา และได้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในแวดวงต่าง ๆ แต่ก็ยังมีข้อทักท้วงกันอยู่เสมอว่า แนวคิดดังกล่าวมีต้นกำเนิดมาจากทฤษฎีตะวันตก และเป็นไปตามบริบททางประวัติศาสตร์การเมืองของยุโรปเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม แนวคิดใด ๆ ที่มีการนำมาใช้ข้ามขอบเขตทางวัฒนธรรม ก็ย่อมจะดำรงไว้ซึ่งความหมายดั้งเดิมอยู่แต่เพียงบางส่วน และเกิดความหมายใหม่ขึ้นภายใต้บริบทที่แนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ แนวคิดเรื่องประชาสังคมที่ถูกใช้สังคมไทยนั้น ได้มีการให้ความหมายในลักษณะที่แตกต่างกันอยู่พอสมควร และในท่ามกลางความแตกต่างกันของแนวคิดต่าง ๆ เหล่านั้น ก็ยังมีส่วนที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกันอยู่ด้วยเช่นเดียวกัน

ลักษณะเด่นของแนวคิดประชาสังคมที่ได้กลายเป็นแนวคิดสำคัญ อยู่ตรงที่แนวคิดเรื่องประชาสังคมได้เสนอความเป็นได้ใหม่ ๆ สำหรับปฏิบัติการทางการเมือง และกระบวนการสร้างความเป็นประชาธิปไตยขึ้น โดยแทนที่จะมองว่าการเมืองที่เป็นทางการเมืองหรือประชาธิปไตยแบบตัวแทนเป็นเพียงวิถีทางเดียวที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของสังคม ความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมไทยนั้นเป็นผลให้เกิดการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ ที่จะสร้างพื้นที่ทางการเมือง หรือปริณทลสาธารณะที่เปิดทางเลือกให้กับบทบาทภาคประชาชนในการสร้างสรรค์ สิ่งที่เราอาจจะเรียกได้ว่า การเมืองสาธารณะ ซึ่งเป็นส่วนเสริมที่ใช้ตรวจสอบ ถ่วงดุล หรือคัดค้าน ตลอดจนสนับสนุนแนวทางการเมืองที่เกิดขึ้นภายใต้ระบอบรัฐ (ชัยวัฒน์ 2547) จากองค์กระดับรากหญ้าในชุมชน จนถึงความเคลื่อนไหวในระดับประเทศ องค์กรภาคประชาสังคมได้ปรากฏบทบาทที่เด่นชัดขึ้น และได้พยายามขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมส่วนรวม ซึ่งเราอาจจะกล่าวได้ว่าการเมืองไทยในปัจจุบันนั้น กระบวนการเรียกร้องการมีส่วนร่วมในทางการเมืองของภาคพลเมืองเป็นไปอย่างเข้มข้น และได้มีการตระหนักถึงบทบาทของภาคประชาสังคมในการสร้างกระบวนการประชาธิปไตยที่กว้างขวางขึ้น

บทวิเคราะห์ที่จะนำเสนอต่อไปนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อยด้วยกัน โดยในส่วนแรกจะนำเสนอถึงประวัติศาสตร์ความเป็นมา และพัฒนาการทางการเมืองไทย การทบทวนประวัติศาสตร์ความเป็นมาและการก่อตัวของรัฐไทย ในช่วงศตวรรษที่ 19 นั้นแสดงให้เห็นว่า ราชอาณาจักรไทยภายใต้การปกครองระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ได้เปลี่ยนแปลงไปสู่การเมืองแบบรัฐราชการที่มีระบบราชการเป็นกลจักรสำคัญของการปกครอง และได้เปลี่ยนแปลงมาสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบปัจจุบันในที่สุด ภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์ดังกล่าวนี้เอง ที่เราจะได้สำรวจถึงพัฒนาการของภาคประชาสังคมและบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมในประเทศไทย ซึ่งจะได้กล่าวถึงในส่วนที่สอง ที่จะให้เห็นว่าองค์กรภาคประชาสังคม

ในยุคแรกนั้นส่วนใหญ่เป็นสาธารณประโยชน์หรือองค์การการกุศลของชนชั้นนำในสังคมเป็นหลัก ต่อมาได้ทวีความหลากหลายและมีพัฒนาการ จนเกิดเป็นบทบาทต่าง ๆ กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา

ส่วนที่สาม วิเคราะห์วิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย โดยสืบสาวประวัติศาสตร์ของการแพทย์จากเมื่อครั้งที่การแพทย์สมัยใหม่ได้ถูกนำเข้ามาเผยแพร่ในสยามประเทศครั้งแรกในยุคจักรวรรดินิยม และจะวิเคราะห์ถึงบทบาทของการแพทย์สมัยใหม่ในการสร้างรัฐประชาชาติไทยด้วย และในส่วนที่สี่การวิเคราะห์จะจบลงด้วยการอภิปรายถึงสถานะปัจจุบันของการแพทย์ และสถานะการบริหารและการควบคุมกำกับระบบการแพทย์การสาธารณสุขไทย รวมทั้งบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นของภาคประชาสังคมในการตรวจสอบและการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสาธารณสุข จากการทบทวนดังกล่าว เราจะเห็นได้อย่างชัดเจนในตอนท้ายของบทวิเคราะห์ว่า สุขภาพนั้นเป็นปริณิธลสำคัญที่ภาคประชาสังคมสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมและประสบความสำเร็จในการสถาปนาบทบาท และฐานการยอมรับในสังคมขึ้น

รัฐและชาติไทย: พัฒนาการทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง

การเผชิญหน้ากับจักรวรรดินิยมในยุคล่าอาณานิคม ซึ่งตรงกับรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 (พ.ศ. 2394-2411) และพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2411-2453) ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการก่อกำเนิดของรัชชาติไทยสมัยใหม่ แรงกดดันที่เกิดขึ้นเกิดจากอำนาจจักรวรรดินิยมฝรั่งเศสและอังกฤษได้บีบบังคับให้ราชอาณาจักรสยาม จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบการปกครองบ้านเมืองมาเป็นรัชชาติสมัยใหม่มากขึ้นตามลำดับ แรงกดดันของจักรวรรดินิยมนี้ได้สะสม และบีบคั้นจนนำไปสู่การลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริงในปี พ.ศ. 2398 ซึ่งเซอร์ จอห์น เบาว์ริง ตัวแทนของรัฐบาลอังกฤษได้กดดันและชักนำจนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้เปิดประเทศเพื่อให้เกิดการค้ากับต่างประเทศอย่างเสรี นับตั้งแต่นั้นยุคหลังการลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริงเป็นต้นมา สยามได้ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการค้าและการตลาดโลกมากขึ้นตามลำดับ (Keyes 1987 และ Ingram 1971)

การก่อกำเนิดขึ้นของรัชไทยนั้นเกิดพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นสมัยใหม่หลายด้าน ทั้งการปฏิรูปทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการสร้างระบบราชการที่มีลักษณะรวมศูนย์ขึ้น (Riggs 1966; Siffin 1966; Wyatt 1969; และ เศษ 2530) การเปลี่ยนแปลงที่ระบบราชการเข้มแข็งขึ้นนั้นได้ทำให้มีชนชั้นนำซึ่งเป็นข้าราชการที่ได้รับการศึกษามาจากประเทศตะวันตกจำนวนหนึ่งเกิดขึ้น กลุ่มข้าราชการทหารและพลเรือนมีบทบาทสำคัญในการสร้างรัชชาติ และกระบวนการพัฒนาทางการเมืองซึ่ง

นำไปสู่การปฏิวัติของคณะราษฎรในปี พ.ศ. 2475 ขึ้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาสู่ระบอบประชาธิปไตยที่มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญ (Stowe 1991: 9-22; นครินทร์ 2540) ด้วยกระบวนการดังกล่าวนี้เองที่ก่อให้เกิดการสถาปนา “รัฐราชการ” ขึ้น โดยมีข้าราชการกุมอำนาจสำคัญในทางการเมือง (Riggs 1966) ถึงแม้ว่าในจุดเริ่มต้นของการปฏิวัติของคณะราษฎรนั้นจะมีเป้าหมายที่การเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบอบที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น แต่กระบวนการพัฒนาไปสู่ระบอบประชาธิปไตยนี้ก็ต้องชะงักงันลง เนื่องจากได้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงฝ่ายพลเรือนกับฝ่ายทหารในเวลาต่อมา ซึ่งมีผลให้ฝ่ายทหารยึดครองอำนาจและจัดตั้งรัฐบาลทหารขึ้นปกครองประเทศในหลายช่วงทศวรรษต่อมา

ในราวทศวรรษ 2500 ระบบเศรษฐกิจไทยได้ถูกผนวกเข้ากันกับตลาดโลกมากขึ้นด้วยนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อความทันสมัย รัฐบาลภายใต้การนำของจอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้สนับสนุนให้มีการปลูกพืชเชิงเดี่ยว เช่น ปอ มันสำปะหลัง ขึ้นในท้องถิ่นชนบท ป่าไม้ทั่วประเทศถูกรุกรานจากการตัดทำลายเพื่อบุกเบิกพื้นที่ในการปลูกพืชเศรษฐกิจ (เจิมศักดิ์ 2535) ในขณะเดียวกันอิทธิพลของธนาคารโลกและสหรัฐอเมริกาได้ทำให้รัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ปรับบทบาทของภาครัฐ และให้การสนับสนุนเอกชนได้ขึ้น มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้น โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมในเมืองที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีการลงทุนของรัฐบาลในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจเป็นแรงหนุนสำคัญ ในกระบวนการดังกล่าวนี้เองที่ชนชั้นกลางไทยได้เริ่มก่อตัวขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญยังไม่ได้เกิดขึ้น จนกระทั่งอีกสองทศวรรษต่อมา ที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

จากสังคมเกษตรกรรมประเทศไทยได้หันเข้าหาการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเป็นผลให้การเติบโตด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลผลิตมวลรวมประชาชาติของไทยได้เติบโตขึ้นในอัตราเฉลี่ยสูงกว่า 7% ต่อปีอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2513-2525 ยิ่งไปกว่านั้น ผลผลิตมวลรวมของประเทศยังเพิ่มทวีมากขึ้นเป็นกว่า 10% ในปี พ.ศ. 2531-2533 การเติบโตอย่างต่อเนื่องของเศรษฐกิจดังกล่าว เกิดขึ้นจากการพัฒนาไปสู่ความเป็นอุตสาหกรรม การส่งเสริมการท่องเที่ยว และการชักชวนให้มีการลงทุนของต่างชาติในด้านการผลิตเพื่อการส่งออกเป็นด้านหลัก การเติบโตของเศรษฐกิจไทยที่เป็นไปอย่างโดดเด่นในยุคสมัยดังกล่าวได้ทำให้ธนาคารโลกตีพิมพ์รายงานเกี่ยวกับเศรษฐกิจในภูมิภาค และได้เสนอภาพของเมืองไทยในฐานะที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ความเป็นนิคส์ หรือประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ตามติดกับกลุ่มประเทศนิคส์เดิม 4 ประเทศในเอเชีย ได้แก่ ฮองกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ และไต้หวัน (Tan 1993)

ถึงแม้ว่า อัตราการเติบโตอย่างรวดเร็วจะสร้างรายได้ขึ้นเพิ่มมากกว่า 8 เท่า ในช่วงสองทศวรรษตั้งแต่ทศวรรษ 2510 แต่ความรุ่งโรจน์ดังกล่าวก็มีปัญหาบางประการชุกซ่อนอยู่ด้วย ในประการแรก ความ

เหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ และความยากจนในหมู่ประชาชนไทย ยังเป็นปัญหาหลักที่สำคัญประการหนึ่ง ถึงแม้ว่ารายได้ในครัวเรือนจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ตัวเลขสัมประสิทธิ์นี้ ซึ่งเป็นดัชนีสำหรับชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของความมั่งคั่งในสังคมนั้นก็ได้เปลี่ยนไปในลักษณะที่เลวร้ายยิ่งขึ้น โดยความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้นจาก 0.426 ในปี พ.ศ. 2519 ไปเป็น 0.500 ในปี พ.ศ. 2529 ความเหลื่อมล้ำในทางเศรษฐกิจนั้นเป็นผลให้ประชากรน้อยกว่า 20% ที่สถานะร่ำรวยอย่างยิ่ง ได้ครอบครองรายได้และความมั่งคั่งของประเทศไว้ถึง 50% โดยที่ประชากรที่มีสถานะอยู่ต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจนกลับไม่พบว่ามีภาระต้อขึ้นในด้านความเป็นอยู่และในด้านรายได้ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (Hutaserani et al. 1988)

ประเทศไทยและเศรษฐกิจการเมืองโลก

การศึกษาพัฒนาการเศรษฐกิจของไทยชี้ให้เห็นว่า การผลิตในภาคเกษตรกรรมนั้นได้ลดบทบาทลง และมีผลผลิตเพื่อการส่งออกน้อยลงตามลำดับ นับตั้งแต่ราวพ.ศ. 2514 ผลผลิตทางการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 62 ของการส่งออกทั้งหมด โดยมีสินค้าอุตสาหกรรมโรงงานคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 10 ของรายได้ของประเทศ แต่ในปี พ.ศ. 2531 คือในอีก 17 ปีต่อมา สินค้าจากระบบอุตสาหกรรมการผลิตได้กลายเป็นแหล่งรายได้สำคัญที่มีส่วนแบ่งถึงร้อยละ 66 ของสินค้าส่งออกทั้งสิ้น โดยที่ภาคการเกษตร อัตราการส่งออกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 26 (Tambunlertchai 1989) การเสื่อมถอยของภาคการเกษตรยิ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ในปีพ.ศ. 2533 ส่วนแบ่งของภาคการเกษตรลดลงจากเดิมอีก เหลือเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น (Yongyuth & Somsak 1993: 208) คงปฏิเสธไม่ได้ว่า นโยบายของรัฐบาลที่เป็นไปอย่างก้าวร้าวในการส่งเสริมอุตสาหกรรมได้รับอิทธิพลอย่างยิ่งจากเศรษฐกิจการเมืองในระดับโลก โดยที่เศรษฐกิจกระแสหลักของไทยเป็นไปในลักษณะที่เน้นการผลิตเพื่อการส่งออก และอาศัยการไหลเข้าของทุนจากต่างประเทศเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2540 เศรษฐกิจไทยซึ่งร้อนแรงเกินไปได้ล่มสลายลง มีผลให้เศรษฐกิจของประเทศเพื่อนบ้านจำนวนหนึ่งต้องเผชิญภาวะวิกฤตตามไปด้วย วิกฤตเศรษฐกิจครั้งนั้นได้กดดันให้รัฐบาลต้องลดค่าเงินบาทลงมากกว่าร้อยละ 100 เพื่อปรับระดับประกอบเศรษฐกิจ ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นวิกฤตที่รุนแรงมากที่สุดนับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ในช่วงปีแรกของวิกฤตเศรษฐกิจนั้น ค่าของเงินบาทที่ถูกลดลงมากกว่า 100% กดดันให้รัฐบาลไทยต้องขอความช่วยเหลือโดยการกู้เงินจากธนาคารโลกและกองทุนการเงินระหว่างประเทศ เพื่อที่จะปรับระดับประกอบระบบเศรษฐกิจเอาไว้ (Pasuk & Baker 1998) ถึงแม้ว่าวิกฤตทางการเงินครั้งนั้น จะส่งผลกระทบสำคัญต่อภาคอุตสาหกรรมและภาคการเงินเป็นหลัก แต่ผลกระทบที่ส่งผลสืบเนื่องต่อมานั้น ก็ได้ทำให้ชุมชนและภาคเศรษฐกิจที่อยู่นอกอุตสาหกรรม หรือภาคการเงินต้องได้รับผลกระทบตามไปด้วย

อย่างไรก็ตาม วิฤตเศรษฐกิจก็ยังมีด้านดีอยู่บ้าง เนื่องจากในช่วงการเกิดวิฤตเศรษฐกิจนั้น เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางว่าวิฤตที่ประเทศกำลังเผชิญอยู่ แท้ที่จริงมีรากเหง้าที่ยังลึกอยู่ในระบบการเมืองที่มีการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างกว้างขวาง ชนชั้นกลางที่เติบโตและเพิ่มจำนวนมากขึ้นในสังคมไทย ซึ่งในช่วงสองทศวรรษก่อนหน้านี้ได้ประสบกับความล้มเหลวและร่วงลงอย่างไม่เคยมีมาก่อน ต้องเผชิญกับภาวะวิฤตเศรษฐกิจที่ทำให้ความมั่งคั่งที่สะสมมากกว่าสองทศวรรษนั้นเหือดหายไปในช่วงพริบตา กลุ่มชนชั้นกลางเหล่านี้จึงได้มีบทบาทสำคัญในการเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปทางการเมืองโดยการชุมนุมประท้วง และเรียกร้องให้มีการร่างรัฐธรรมนูญใหม่ การร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ เกิดขึ้นโดยมีการแต่งตั้งสภาร่างรัฐธรรมนูญขึ้น ถึงแม้ว่าข้อเสนอต่าง ๆ ที่เป็นผลลัพธ์จากกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญ ซึ่งได้จากการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างกว้างขวาง จะเป็นข้อเสนอที่ทำให้อำนาจทางการเมืองของผู้ที่กำลังดำรงตำแหน่งทางการเมืองในขณะนั้นถูกลดทอนลงไป แต่ทว่ากระแสความกดดันที่เกิดขึ้นในสังคมก็ได้ทำให้ร่างรัฐธรรมนูญได้รับการลงมติรับรอง และประกาศใช้ในที่สุด รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ซึ่งเรียกว่าเป็นรัฐธรรมนูญของประชาชน ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงในภาคการเมือง และยังเป็นการเปิดยุคสมัยใหม่ของการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในกระบวนการประชาธิปไตย และการปกครองของประเทศอีกด้วย

จิตสำนึกทางการเมืองใหม่กับการก่อกำเนิดประชาสังคมไทย

กำเนิดประชาสังคมในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคมรวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างภาคการเมืองและภาคธุรกิจนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบนเงื่อนไขของประวัติศาสตร์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พัฒนาการของประชาสังคมขึ้นอยู่กับบริบททางประวัติศาสตร์และมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังที่กล่าวไปแล้วก่อนหน้านี้ว่า ก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 18 คำว่าประชาสังคมและรัฐนั้นแทบจะเป็นความหมายเดียวกัน ในยุโรปประชาสังคมเพิ่งแยกตัวเองออกจากภาครัฐในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ต่อด้านศตวรรษที่ 19 นี้เอง เมื่อการค้าระหว่างประเทศเจริญรุ่งเรืองจนก่อให้เกิดชนชั้นกลางใหม่ขึ้น ซึ่งไม่มีแต่เพียงสถานะทางเศรษฐกิจที่มั่งคั่งแต่ยังมีอำนาจและความตื่นตัวทางการเมืองอีกด้วย (Keane 1988a.; Habermas 1989) เมื่อเกิดชุมชนเมืองท่า ซึ่งเป็นสถานที่ค้าขายและพบกันของผู้คน รวมทั้งมีการคิดค้นการพิมพ์และการพิมพ์หนังสือพิมพ์ขึ้นเผยแพร่ ปริมาณพลสาธารณะก็ก่อกำเนิดขึ้นในยุโรปตะวันตก ในอเมริกาเหนือบันทึกของทอคควิลล์ได้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรอาสาสมัครและชีวิตสาธารณะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและเป็นรากฐานสำคัญของการก่อร่างระบอบประชาธิปไตยในศตวรรษที่ 19 ของสหรัฐอเมริกา ส่วนความตื่นตัวเรื่องแนวคิดประชาสังคมในปัจจุบันนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลลัพธ์มาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และการเกิดขึ้น

ของประชาธิปไตยในยุโรปตะวันออก รวมทั้งยังเป็นผลของการเสื่อมบทบาทของระบอบราชาธิปไตย และกระแสความตื่นตัวและการตั้งคำถามกับกระบวนการโลกาภิวัตน์ในยุคของทุนนิยมโลก

นอกจากแนวคิดประชาสังคม จะถูกใช้โดยกลุ่มต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ความหมายของแนวคิดดังกล่าวก็ยังคงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ของแต่ละสังคมที่มีการนำเอาแนวคิดดังกล่าวไปใช้อีกด้วย ในกรณีของสังคมไทยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นประเทศที่การเติบโตทางเศรษฐกิจ และมีการพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ในบริบทดังกล่าวแนวคิดประชาสังคมที่มีการนำมาใช้นั้นสะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยมีความเข้มแข็งและความสัมพันธ์ระหว่างสังคมกับรัฐอย่างเด่นชัด ในบทความเกี่ยวกับ “รัฐและประชาสังคมในระบบทุนนิยมไทย” ซึ่งธเนศ อาภรณ์สุวรรณ ได้อ้างอิงงานเขียนของอาคม ชنانกุล ไว้ในบทความที่วิเคราะห์รัฐและการเมืองไทยไว้ว่า เส้นแบ่งที่เลือนรางระหว่างภาคประชาสังคมกับภาคการเมืองนั้นแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในรูปแบบความสัมพันธ์ที่แฝงฝังอยู่ในระบบราชการ คือการมีเส้นสาย รวมทั้งระบบสังคมที่มีลักษณะเป็นช่วงชั้นเหลื่อมล้ำต่ำสูง คนไทยโดยทั่วไปก็มิได้มีความเข้าใจถึงพื้นฐานความแตกต่างระหว่างรัฐกับสังคม ผู้คนส่วนใหญ่มักถือเอาว่า สังคมก็คือรัฐและรัฐก็คือสังคมนั่นเอง (อาคม ชنانกุล 1992: 208)

ชัยอนันต์ สมุทวณิช (2535) ได้พยายามอธิบายปรากฏการณ์โดยชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของประเทศไทยสมัยใหม่ว่า การก่อตัวขึ้นของประเทศไทยสมัยใหม่นั้นเป็นกระบวนการของการตอบโต้ต่อการท้าทายจากภายนอกของลัทธิจักรวรรดินิยม การขยายตัวของลัทธิจักรวรรดินิยมในศตวรรษที่ 19 ได้คุกคามต่ออำนาจอธิปไตยของราชสำนักสยาม กระบวนการพัฒนาประเทศให้ทันสมัยรวมทั้งการสร้างรัฐชาติจึงเป็นการตอบโต้กับสภาวะคุกคามดังกล่าว และมีเป้าหมายหลักอยู่ที่การสร้างกลไกหลักของรัฐที่แข็งแกร่งเพียงพอที่จะรักษาไว้ซึ่งอำนาจอธิปไตยของราชอาณาจักรสยาม จุดเน้นของการพัฒนาประเทศไทยสมัยใหม่จึงอยู่ที่การสร้างกลไกของระบบข้าราชการที่มีการรวมศูนย์และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อที่จะสถาปนาอำนาจอธิปไตยส่วนกลาง ให้มีความมั่นคงอยู่เหนือขอบเขตท้องถิ่น กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นกระบวนการสร้างรัฐมากกว่าจะเป็นกระบวนการสร้างชาติ กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่เน้นการสร้างกลไกของรัฐ ที่มีความเข้มแข็งที่จะควบคุมกิจการบ้านเมืองของประเทศได้

หากพิจารณาตามข้อเสนอของชัยอนันต์จะเห็นว่า กระบวนการสร้างกลไกของรัฐที่เข้มแข็งและการรวมศูนย์ขององค์การปกครองเป็นเหตุผลสำคัญของระบบรัฐราชการที่รวมศูนย์อำนาจหนึ่งเดียวไว้ที่ส่วนกลาง องค์การภาคสังคมอื่นที่อยู่นอกขอบวงของอำนาจอธิปไตยไม่ได้มีพัฒนาการควบคู่ไปกับการพัฒนาที่เข้มแข็งขึ้นของกลไกในภาครัฐ ในข้อนี้ชัยอนันต์ได้เปรียบเทียบสถานการณ์ของไทยกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุโรปและอังกฤษ โดยเขาได้ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการก่อตัวของรัฐชาติในยุโรปและอังกฤษ มี

พัฒนาการคู่ขนานกันของภาคเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้องค์กรและการรวมตัวกันที่นอกภาครัฐนั้นมีพัฒนาการควบคู่อย่างมีดุลยภาพกันไปกับอำนาจรัฐ จนถึงขั้นที่สามารถจะมีบทบาทต่อพัฒนาการทางการเมืองและมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ได้ในที่สุด ในกรณีของประเทศไทย ประเทศไทยได้มีการพัฒนาโดยปราศจากเติบโตคู่ขนานกันไปของภาคสังคม แต่อย่างไรก็ตามในราว 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านการเมืองและเศรษฐกิจของสังคมไทย กระบวนการเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วได้ทำให้เกิดชนชั้นกลาง ที่นับวันจะขยายบทบาททั้งในภาคเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองไทย

ในเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 ได้มีการลุกฮือขึ้นของชนชั้นกลางเพื่อต่อต้านเผด็จการทหารที่นำโดยพลเอก สุจินดา คราประยูร และในที่สุดก็สามารถขับไล่รัฐบาลทหารลงจากอำนาจ การชุมนุมกันของผู้คนในครั้งนั้นได้รับการขนานนามว่าเป็น “มือบมือถือ” โดยผู้เข้าร่วมการประท้วงมีการพกพาโทรศัพท์มือถือ และใช้เครื่องมือสื่อสารชนิดใหม่นี้ในการติดต่อประสานงานและบอกเรื่องราวการประท้วงให้แก่เพื่อนและครอบครัว รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์สมัยใหม่ เช่น แฟกซ์ และโทรศัพท์ตอบโต้กับข้อมูลข่าวสารที่รัฐบาลทหารในขณะนั้นได้เผยแพร่อย่างบิดเบือนบนสื่อวิทยุและโทรทัศน์อย่างมีประสิทธิภาพ (อเนก 2536) ความเข้าใจเดิมที่เคยวิเคราะห์สังคมไทยก่อนหน้านี้ว่าเป็นรัฐราชการจึงกำลังถูกท้าทายเป็นอย่างยิ่งในช่วงของการเปลี่ยนแปลงในสองทศวรรษดังกล่าว อเนก เหล่าธรรมทัศน์ ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยได้ถูกเปลี่ยนผ่านจากการเป็นรัฐราชการไปสู่ระบอบที่เป็น สังคมเสรีนิยมมากขึ้น โดยได้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้น ปรากฏให้เห็นชัดเจนจากการเกิดขึ้นของชนชั้นกลางที่มีอำนาจต่อรองทางการเมืองและการรวมตัวกันที่เข้มแข็งของภาคเศรษฐกิจจนประสบผลสำเร็จในการผลักดันนโยบายของภาครัฐหลายเรื่อง (Anek 1992)

คู่ขนานกันไปกับการวิเคราะห์ของอเนก เหล่าธรรมทัศน์ ธีรยุทธ บุญมี ก็ได้นำเสนอการวิเคราะห์การเมืองไทย โดยได้ชี้ให้เห็นถึงยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม คือการสร้างสังคมเข้มแข็ง (ธีรยุทธ 2536) เขาได้ชี้ให้เห็นถึงการเกิดขึ้นของจิตสำนึกทางสังคม ซึ่งแสดงออกผ่านความเคลื่อนไหวทั้งในภาคประชาชนและภาควิชาชีพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ความเคลื่อนไหวดังกล่าวมีลักษณะที่แพร่กระจาย แทรกซึมอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของสังคม และเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน มากกว่าที่เป็นความเคลื่อนไหวที่มีลักษณะรวมศูนย์หรือการจัดตั้งเป็นช่วงชั้นเหมือนดังเช่น การเคลื่อนไหวในช่วงทศวรรษ 2510 ของกระบวนการประชาชนฝ่ายซ้าย ความเคลื่อนไหวของภาคสังคมนั้นมีลักษณะที่เน้นความริเริ่มของท้องถิ่น การเสริมพลังอำนาจให้แก่องค์กรนอกภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรพัฒนาภาคเอกชน องค์กรธุรกิจ ตลอดจนองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่ขึ้นมามีบทบาทคู่ขนานกันไปกับบทบาทของภาครัฐ

ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ธีรยุทธได้ชี้ให้เห็นว่า อุดมการณ์ทางการเมืองที่เน้นสถาบันชาติที่ถูกใช้โดยรัฐเพื่อที่จะสร้างความจงรักภักดี และความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันแบบชาตินิยมนั้น กำลังได้สูญเสียอำนาจที่จะดึงดูดผู้คนให้หลงเชื่อไปแล้ว ธีรยุทธได้ชี้ให้เห็นว่า “สังคม” จะกลายเป็นอุดมการณ์อย่างใหม่ที่จับใจผู้คนมากขึ้น และเข้าทดแทนอุดมการณ์ความเป็นชาติที่กำลังเสื่อมพลังลงไป กระบวนการสร้างสังคมเข้มแข็ง โดยการทำให้ภาคประชาสังคมเป็นสถาบันทางสังคมจะเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่มีลักษณะที่ยั่งยืนขึ้น ธีรยุทธได้ชี้ให้เห็นถึงขั้นตอน 4 ขั้นตอน ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของสังคม อันได้แก่ การเกิดขึ้นของจิตสำนึกทางสังคม การเกิดขึ้นขององค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ และการตกผลึกของแนวคิดประชาสังคมจนกลายเป็นอุดมการณ์ของชาติ และขั้นตอนสุดท้ายคือกระบวนการสร้างประชาสังคมให้กลายเป็นสถาบันหลักสถาบันหนึ่งของสังคม ธีรยุทธได้ชี้ให้เห็นว่า ในระหว่างสามทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่ช่วงที่สามซึ่งแนวคิดประชาสังคมได้กลายเป็นอุดมการณ์อย่างหนึ่งของสังคมไปแล้ว

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของประชาสังคมไทย

ประชาสังคมในฐานะที่เป็นสถาบันหนึ่งของสังคม มีพัฒนาการที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขของแต่ละประเทศ ในบริบทของสังคมไทยองค์กรนอกภาครัฐที่จะมีบทบาทในทางการเมืองเป็นปรากฏการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ดังที่งานวิเคราะห์ของอเนก เหล่าธรรมทัศน์ได้ชี้ให้เห็นว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ก่อตัวช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาเอง ที่สมาคมธุรกิจต่าง ๆ มีอำนาจต่อรองทางการเมืองมากพอที่จะเปลี่ยนแปลงหรือมีอิทธิพลต่อนโยบายของรัฐ อเนก เหล่าธรรมทัศน์ได้วิเคราะห์ให้เห็นว่า ประเทศไทยได้ถูกเปลี่ยนผ่านจากรัฐราชการไปสู่รัฐที่เป็นสังคมเสรีนิยมมากขึ้น โดยการเกิดขึ้นของชนชั้นกลางและการก่อตัวเป็นพลังที่เข้มแข็งของภาคธุรกิจ (Anek 1992)

หากเราพิจารณาจากที่ ฮาบามาส (Habermas 1989) ซึ่งได้วิเคราะห์ถึงพัฒนาการทางการเมืองในยุโรปและชี้ให้เห็นว่า การเกิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะในยุโรปตะวันตกได้กลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ชนชั้นกลางที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่งคั่ง ได้มีโอกาสแสดงบทบาทในการอภิปราย ถกเถียงกันเกี่ยวกับความเป็นอยู่สาธารณะของผู้คนพื้นที่สาธารณะดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่ทำให้ภาคสังคมนอกภาครัฐได้ปรากฏตัวขึ้นและมีบทบาทต่อกิจกรรมสาธารณะ แต่ถ้าหากจะพิจารณาถึงบทบาทของภาคสังคมในประวัติศาสตร์ไทยแล้วคงเป็นการไม่ถูกต้องหากจะวินิจฉัยว่าการเกิดขึ้นของภาคสังคมนอกภาครัฐเป็นผลผลิตของชนชั้นกลางในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19

หลักฐานทางประวัติศาสตร์ ได้แสดงให้เห็นว่า องค์กรนอกภาครัฐที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของสาธารณะ เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในอาณาจักรสยามก่อนการพัฒนา

มาสู่ความทันสมัย ส่วนที่สำคัญที่สุดขององค์กรสาธารณชนนอกภาครัฐเห็นจะเป็นบทบาทของพระสงฆ์และวัด ในฐานะที่เป็นศูนย์กลางชีวิตชุมชน วัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้คนมาพบปะและรวมตัวกัน เป็นชุมชนที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น และไม่เพียงแต่มีกิจกรรมทางศาสนา เช่นทำบุญหรือพิธีกรรมต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังเป็นสถานที่ที่มีกิจกรรมด้านการกุศลและด้านวัฒนธรรมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมออีกด้วย วัดต่าง ๆ ในท้องถิ่นเหล่านี้ยังมีบทบาทอย่างยิ่งในการจัดการการศึกษาให้แก่ชุมชน ทั้งการศึกษาด้านศาสนา งานศิลปะ และความรู้เพื่อการยังชีพต่าง ๆ นอกจากวัดซึ่งเป็นสถาบันในชุมชนแล้ว งานเกี่ยวกับการสาธารณประโยชน์และการสังเคราะห์ที่เกี่ยวเนื่องกันในสังคมไทยสมัยก่อนยังเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการโดยเจ้านายในราชสำนักในปี พ.ศ. 2433 สมาคมอุลอมแดงได้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 5 สถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า ก็ถูกจัดขึ้นด้วยเช่นเดียวกันในเขตกรุงเทพมหานคร และในปี พ.ศ. 2447 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และข้าราชการชั้นผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งได้จัดตั้ง “สยามสมาคม” ขึ้น เพื่อเป็นองค์กรที่ทำงานด้านสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ

นอกเหนือจากควมริเริ่มของชนชั้นนำในสังคมสยามเหล่านี้แล้ว ก็ยังมีการรวมกลุ่มกันขององค์กรทางชาติพันธุ์และองค์กรศาสนาต่าง ๆ ที่เด่นชัดที่สุดคือ สมาคมตระกูลแซ่ของชาวจีนโพ้นทะเล ซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อสงเคราะห์และจัดหาอาหาร ที่พำนักอาศัย ตลอดจนการให้สวัสดิการทางสังคม เช่นการสงเคราะห์ทางการแพทย์แก่ผู้อพยพชาวจีนที่ได้เข้ามาอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย โรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นในระยะแรกสุดก็ยังเป็นสิ่งริเริ่มโดยองค์กรของชาวจีนเหล่านี้ด้วย ดังเช่น โรงพยาบาลเทียนฟ้า มูลนิธิและโรงพยาบาลหัวเฉียว เป็นต้น โรงพยาบาลเหล่านี้ ให้การสงเคราะห์แก่ครอบครัวชาวจีนหรือแรงงานจีนอพยพที่เข้ามาอาศัยอยู่ในเมืองไทยโดยไม่มีที่พึ่งพา นอกไปจากนั้น กลุ่มทางศาสนาอื่น ๆ ก็ยังได้ทำหน้าที่จัดหาความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมต่าง ๆ อย่างเช่น กลุ่มมิชชันนารีตะวันตกที่ได้เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในราชอาณาจักรไทย และได้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ชาวไทยด้วย อาทิโรงพยาบาลแม็คคอร์มิคในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยมิชชันนารี ซึ่งหากจะนับไปแล้ว อาจจะถือได้ว่าเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในราชอาณาจักรไทย โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนและโรงพยาบาลมิชชันก็ถูกจัดตั้งขึ้นโดยความพยายามของมิชชันนารี ที่จะจัดหาความช่วยเหลือทางการแพทย์สำหรับคนในท้องถิ่น ความช่วยเหลือและความพยายามต่าง ๆ เหล่านี้ โดยองค์กรการกุศลนอกภาครัฐยังมีลักษณะเด่นชัดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา

งานศึกษาของ อมรา พงศาพิชญ์ (2545) เกี่ยวกับพัฒนาการของภาคประชาสังคมไทย ได้แยกแยะให้เห็นว่า การเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมไทยอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะด้วยกัน กล่าวคือ ในระยะแรก ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองจนกระทั่งถึงในยุคที่ทหารมีบทบาทสำคัญในการบริหารประเทศ ยุคที่สอง จะเป็นช่วงที่มีการเรียกร้องการปกครองแบบประชาธิปไตย ซึ่งมีผลให้การปกครองโดยรัฐบาลเผด็จ

การทหารสิ้นสุดลง ยุคที่สาม เป็นยุคที่เกิดขึ้นหลังจากการมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการเคลื่อนไหวขององค์กรภาคประชาชน จนทำให้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวถูกเรียกขานว่า “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” โดยในแต่ละยุคจะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ยุคแรก หลังสงครามโลกครั้งที่สองและระหว่างรัฐบาลเผด็จการทหาร องค์กรนอกภาครัฐที่ทำงานด้านสาธารณประโยชน์ในยุคนี้จำกัดบทบาทของตัวเองไว้เฉพาะในด้านการให้บริการทางสังคม และกิจการการกุศลเท่านั้น และองค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ก็มีเพียงจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรที่ดำเนินการโดยชนชั้นนำในสังคมชั้นสูง เพื่อจัดหาบริการและให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่าง ๆ แก่ผู้ที่ประสบเคราะห์กรรม อุทกภัย หรือทุพภิกขภัยต่าง ๆ และจัดหาทุนการศึกษาเล่าเรียนแก่เด็กนักเรียนที่ยากจน รวมทั้งการบริจาคทุนทรัพย์แก่โรงพยาบาล เพื่อใช้สำหรับเยียวการรักษาผู้ป่วยอนาถาต่าง ๆ นอกจากองค์กรเหล่านี้ ก็ยังมีสมาคมตระกูลแซ่ของชาวจีนโพ้นทะเลที่ให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในตระกูลแซ่เดียวกัน องค์กรชาวจีนโพ้นทะเลเหล่านี้บางแห่งในยุครัฐบาลเผด็จการทหารถูกตั้งข้อสงสัยว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเผยแพร่ลัทธิคอมมิวนิสต์ในประเทศไทย อย่างไรก็ตามบทบาทขององค์กรตระกูลแซ่เหล่านี้ก็ยังดำเนินมาได้อย่างเงียบ ๆ นอกเหนือจากองค์กรเหล่านี้แล้ว วัดต่าง ๆ ในท้องถิ่นก็ยังมีบทบาทสำคัญในการให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่ผู้ที่ยากไร้ รวมทั้งองค์กรศาสนาอื่น ๆ เช่น กลุ่มเผยแพร่คริสต์ศาสนา ก็ยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้ที่เป็นศาสนิกของศาสนาต่าง ๆ เหล่านั้น

ในยุคแห่งการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตย ในช่วงต้นทศวรรษ 2510 ระบบเผด็จการทหารได้ถูกท้าทายอย่างหนักจากกลุ่มที่เคลื่อนไหวเรียกร้องประชาธิปไตยซึ่งได้ก่อตัวขึ้นอย่างช้า ๆ และได้รับการสนับสนุนจากประชาชนอย่างรวดเร็ว ในช่วงหลังการลุกฮือขึ้นในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ที่ได้ขับไล่เผด็จการทหาร และได้เปิดศักราชการมีส่วนร่วมทางการเมืองและประชาธิปไตยขึ้น ได้มีการก่อตั้งองค์กรของภาคประชาชนต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางด้านแรงงาน องค์กรชาวนาชาวไร่ องค์กรนักศึกษา ตลอดจนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวในทางการเมืองอีกเป็นจำนวนมาก แต่กิจกรรมความเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมทางการเมืองดังกล่าวก็ต้องมาสิ้นสุดลงภายหลังการปราบปรามและสังหารหมู่ นักศึกษาประชาชนในเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 หลังจากการหยุดชะงักไปชั่วคราว องค์กรภาคประชาสังคมก็ค่อย ๆ พ้นขึ้นมามีบทบาทในการต่อสู้ตามอุดมคติอีกครั้งในราวปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ได้มีองค์กรพัฒนาเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเพิ่มขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้เกิดขึ้นพร้อมกับกระแสความตื่นตัวและนโยบายของรัฐที่เน้นการพัฒนาชนบท องค์กรจำนวนมากได้เริ่มงานพัฒนาชุมชนในหมู่บ้านและส่วนหนึ่งได้เติบโตขยายตัวเข้าทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและนโยบายหลายด้าน เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม งานการพัฒนาเด็ก และงานพัฒนาสุขภาพอนามัย ในยุคนี้กระแสการตื่นตัวและนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้เห็นถึงศักยภาพ และบทบาทขององค์กร

นอกภาครัฐ ที่จะสามารถทำงานควบคู่กันไปกับกลไกของรัฐ เพื่อการพัฒนาสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างได้ผล (บัณฑิต 2545)

ยุคที่สาม เป็นยุคแห่งการสร้างประชาคมเข้มแข็ง หลังทศวรรษ 2520 เศรษฐกิจไทยเติบโตอย่างรวดเร็วและพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมมากขึ้น การเติบโตทางเศรษฐกิจได้ทำให้ชนชั้นกลางในสังคมไทยเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การด้านธุรกิจเริ่มมีอำนาจต่อรองมากขึ้นและสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างชัดเจนมากขึ้น เมื่อมีการปฏิวัติโดยทหารซึ่งนำพลเอกสุจินดา คราประยูร ทำการยึดอำนาจจากรัฐบาลพลเรือนซึ่งเป็นรัฐบาลที่เป็นที่รู้กันว่ามีกรณีการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างกว้างขวาง แต่ต่อมารัฐบาลทหารกลับต้องการสืบทอดอำนาจของตนโดยได้ทำลายหลักการประชาธิปไตย ชนชั้นกลางที่เติบโตมาตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้กลายเป็นพลังทางการเมืองที่ยิ่งใหญ่ที่สุดอีกครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์การเมืองไทย โดยได้มีการชุมนุมเรียกร้อง กดดัน จนกระทั่งสามารถโค่นล้มรัฐบาลทหารลงได้ และมีการตั้งรัฐบาลพลเรือนขึ้นเพื่อดูแลการเลือกตั้ง นับต่อเนื่องจากช่วงนั้นมา เศรษฐกิจไทยได้มีการเติบโตอย่างยิ่ง สถานะการเติบโตที่เป็นไปอย่างไร้ความมั่นคงได้นำมาสู่ภาวะวิกฤตทางการเงินในปี พ.ศ. 2540

หลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ได้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่ชนชั้นกลางรวมตัวกันขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง และกลายเป็นพลังทางการเมืองที่เรียกร้องการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารบ้านเมือง ถึงแม้ว่าก่อนหน้านี้ชนชั้นกลางได้เรียกร้องให้มีการปฏิรูปทางการเมืองและมีการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ โดยมีคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญที่เป็นอิสระทำหน้าที่ยกร่างรัฐธรรมนูญขึ้น และมีการเคลื่อนไหวที่จะร่วมกันกำหนดระบบการเมืองใหม่โดยเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง ร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีมาตรการหลายอย่างที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง และลดทอนอำนาจของนักการเมืองบางส่วนลง แต่หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจเป็นแรงกระตุ้นสำคัญให้ร่างรัฐธรรมนูญดังกล่าวก็ได้รับการลงคะแนนเสียงสนับสนุนจากรัฐสภาและกลายเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนในที่สุด ในกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ องค์การภาคประชาสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน หรือนักวิชาการที่มีความใส่ใจต่อปัญหาสังคม ได้ออกมาประสานพลังกัน และมีการเปิดเวทีเพื่อที่จะถกเถียง วิพากษ์วิจารณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะถึงโครงสร้างกลไก และกระบวนการของระบบการเมืองใหม่ กระบวนการปฏิรูปทางการเมืองดังกล่าวนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของประชาสังคม ในฐานะตัวนำการเปลี่ยนแปลงว่า มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนประวัติศาสตร์การเมืองไทยโดยการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็นซึ่งชักชวนให้ประชาชนออกมามีบทบาทในฐานะพลเมืองเพื่อกำหนดอนาคตของระบบการเมืองไทย อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการดังกล่าว ได้สร้างมาตรฐานทางการเมืองอันใหม่ขึ้น

และได้สร้างพื้นที่การปฏิบัติการทางการเมืองของภาคพลเมืองให้มีความชอบธรรมควบคู่กันไปกับภาคการเมืองแบบประชาธิปไตยตัวแทน

ระบบสุขภาพและการพัฒนาการของการแพทย์ในสังคมไทย

บทบาทของภาคประชาสังคมในระบบสุขภาพไทยนั้นสัมพันธ์กับพัฒนาการของระบบสุขภาพ และประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม บทวิเคราะห์ต่อไปนี้มีได้มีเป้าหมายที่จะทำการบททวนประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยอย่างครบถ้วนบริบูรณ์ แต่มีวัตถุประสงค์อยู่ที่การแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ การแพทย์ รัฐ และประชาสังคม ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีพลวัตและแปรเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมการเมืองในแต่ละยุคสมัย การวิเคราะห์ต้องการจะแสดงให้เห็นว่าอำนาจบริหารและควบคุมกำกับระบบสุขภาพไทยนั้น เป็นผลลัพธ์มาจากกระบวนการต่อรองและการคัดค้านกันของพลังทางประวัติศาสตร์หลายด้าน ซึ่งพลังต่าง ๆ เหล่านี้ก็มีวัตถุประสงค์ และมีวาระทางการเมืองที่แตกต่างกัน จากยุคของการขยายตัวของจักรวรรดินิยมจนถึงยุคโลกาภิวัตน์ ความรู้ทางการแพทย์ อำนาจของวิชาชีพและรัฐ ต่างก็เป็นพลังสำคัญที่มีการขับเคลื่อน ต่อรอง ต่อต้าน และร่วมมือกันในการสร้างและผลักดันให้ระบบสุขภาพไทยมีลักษณะอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ในขณะที่อำนาจจักรวรรดินิยมได้ใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือในการควบคุมและแสดงถึงอำนาจของเทคโนโลยีที่เหนือกว่าของตนต่อประเทศอาณานิคม อำนาจรัฐในประเทศอาณานิคมต่าง ๆ ก็ได้ใช้การแพทย์ในการสร้างความชอบธรรม เพื่อขยายบทบาทของรัฐที่มีต่อพลเมืองด้วยเช่นเดียวกัน ควบคู่ไปกับการก่อตั้งโรงศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2431 การจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกหัดแพทย์ก็ได้ถูกริเริ่มขึ้นในยุคแรกของโรงเรียนแพทย์ ได้มีการจัดการสอนทั้งหลักสูตรที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย แต่ต่อมาการแพทย์แผนไทยก็ถูกยกเลิกจากการเรียนการสอน และการให้บริการที่โรงศิริราชพยาบาล เหตุผลที่มีการยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย จากโรงเรียนแพทย์สมัยนั้นก็เนื่องมาจากมีความเห็นว่า การแพทย์แผนไทยในยุคนั้นขาดมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกัน รวมทั้งมีการขัดแย้งระหว่างหมอฝรั่งกับหมอไทย (ดู วิชัย 2545)

อาจจะกล่าวได้ว่าการที่การแพทย์ตะวันตกได้รับการเผยแพร่เข้าสู่สังคมไทย ควบคู่ไปกับการที่จักรวรรดินิยมตะวันตกได้กดดันและคุกคามต่อรัฐไทยในยุคนั้น ได้ก่อให้เกิดการขยายบทบาทและอำนาจของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้และอำนาจของจักรวรรดินิยมที่แผ่ขยายเข้ามาในราชอาณาจักรสยามได้เปลี่ยนแปลงอำนาจอธิปไตยและบทบาทของรัฐไปสู่การเป็นรัฐที่ต้องพยายามพิสูจน์ถึงคุณประโยชน์ของตนเพื่อยังความชอบธรรมในการคงไว้ซึ่งอำนาจในบริบทของการแพทย์รัฐได้หันมาให้การสนับสนุนการแพทย์แผนปัจจุบันโดยการจัดหาบริการการแพทย์

สมัยใหม่ให้แก่ประชาชน แต่ในขณะเดียวกัน ก็ได้ละเลยและทอดทิ้งการแพทย์แผนโบราณจนขาดการพัฒนา และมีสถานะเป็นเพียงการแพทย์ที่ต้องดิ้นรน ต่อสู้เพื่อเอาตัวรอดด้วยความยากลำบาก ผลของการพัฒนาดังกล่าวนั้น ได้ทำให้การแพทย์กลายเป็นปริณทณของความรู้ตะวันตก และที่สำคัญ ได้ทำให้ระบบวิธีคิดทางการแพทย์ของสังคมไทยค่อย ๆ เปลี่ยนจากเดิมมาเป็นทัศนะการมองสุขภาพตามแผนของการแพทย์แบบชีวภาพ และทฤษฎีเชิงโรคมากขึ้นตามลำดับ (โกมาตร 2547)

การแพทย์ ความทันสมัย และรัฐชาติ

สามทศวรรษหลังจากการที่มีการจัดตั้งโรงเรียนศิริราชพยาบาล ดร. วิถี ไสเซอร์ ตัวแทนของมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ ซึ่งอยู่ระหว่างการเดินทางไปประจำที่ประเทศจีน ได้เดินทางผ่านเข้ามาประเทศไทย และเข้ามาเยี่ยมราชสำนักไทยในครั้งนั้น ถูกเชิญให้ไปเยี่ยมชมและให้ความคิดเห็นต่อสภาพของโรงเรียนแพทย์ที่ศิริราชในขณะนั้น คำตอบของ ดร. ไสเซอร์ซึ่งแสดงความคิดเห็นอย่างไม่เกรงอกเกรงใจที่ว่า สภาพของโรงเรียนแพทย์ศิริราชขณะนั้น เป็นสภาพที่น่าสังเวชที่สุดเท่าที่เคยเห็นมา ได้ทำให้พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ผู้ซึ่งทรงได้รับการศึกษามาจากประเทศตะวันตกและทรงมีเจตนาอย่างแน่วแน่ที่จะทำให้ประเทศไทยมีความทันสมัย เกิดความไม่พอใจพระทัยต่อสภาพที่เป็นอยู่อย่างยิ่ง และได้ทรงดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายขึ้นในระบบบริการสุขภาพของราชอาณาจักรไทย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นไม่เพียงแต่ทำให้ระบบการจัดการบริการทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดขึ้นของอำนาจของวิชาชีพแพทย์ด้วย การตราพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดให้ผู้ที่จะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์จะต้องได้รับใบอนุญาต และสมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทร ผู้ซึ่งดูแลโรงเรียนแพทย์อยู่ในขณะนั้น ก็ได้ขอให้สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอกรมหลวงสงขลานครินทร์ ซึ่งกำลังศึกษาต่ออยู่ที่สหรัฐอเมริกาในขณะนั้นติดต่อไปยังมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ เพื่อขอความสนับสนุนในการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ให้ได้มาตรฐานสากล มูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ มีความประสงค์ที่จะให้การสนับสนุนในการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ โดยได้ตั้งเงื่อนไขให้รัฐบาลตกลงที่จะลงทุนในการสร้างวิชาชีพและลงทุนในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อที่จะให้แพทย์ซึ่งเรียนจบจากโรงเรียนแพทย์สามารถที่จะทำงานได้ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ดี เมื่อข้อตกลงดังกล่าวเป็นที่ยอมรับของราชสำนักไทย มูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์จึงได้ให้การสนับสนุนทุนทรัพย์รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านการฝึกอบรมแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 13 ปี ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นโครงการความช่วยเหลือที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยในการที่จะสร้างวิชาชีพสำหรับแพทย์ (ชเนนฐ์ 2545)

การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานสูงภายใต้ระบบอุปถัมภ์และความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ การแพทย์ในประเทศไทยได้กลายเป็นวิชาชีพที่มีสถานภาพทาง

สังคม และมีอำนาจในการกำหนดนโยบายและแบบแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ด้วยอำนาจของวิชาชีพที่ได้ถูกสถาปนาขึ้นอย่างเข้มแข็ง วิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่จึงกลายเป็นวิธีคิดที่ครอบงำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในระยะต่อมา (เพ็ญศรี 2528) อย่างไรก็ตาม บทบาทการแพทย์ก็ยังคงมีอย่างจำกัด พระบาราศนราดรุได้จัดบันทึกไว้ว่า การสถาปนาโรงพยาบาลสมัยใหม่ขึ้นนั้นมิได้เป็นไปอย่างกว้างขวางก่อนหน้าที่จะมีการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 (บาราศนราดรุ 2500) การแพทย์สมัยใหม่ได้แพร่กระจายทั่วถึงขึ้นหลังจากที่คณะราษฎรผู้ว่าการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ได้แถลงถึงนโยบายที่ชัดเจน ในการที่จะขยายบริการทางการแพทย์ให้ไปสู่สาธารณชน เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการประชาธิปไตย และความเสมอภาคเท่าเทียมกันของประชาชน ถึงกับมีแผนสถาปนา “รัฐเวชกรรม” ขึ้นในสังคมไทยอีกด้วย (ทวีศักดิ์ 2545)

บทบาทของการแพทย์ในการสร้างชาติ ปรากฏเด่นชัดที่สุดในยุคของหลวงพิบูลสงคราม จอมพล ป.พิบูลสงครามได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการแพทย์การสาธารณสุขในการแถลงนโยบายหลายครั้ง (รอง 2520) เป้าหมายของนโยบายดังกล่าวก็คือ การสร้างประเทศให้กลายเป็นประเทศมหาอำนาจ ทัดเทียมกับมหาอำนาจตะวันตก เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จอมพล ป.พิบูลสงครามได้จัดให้มีกิจกรรมหลายประการเพื่อที่จะสนับสนุนให้มีจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นเพื่อที่จะเป็นกำลังสำคัญของชาติ มีการจัดงานลีลาศสโมสรเพื่อสนับสนุนให้คนโสดหนุ่มสาวมีโอกาสพบปะกัน มีการสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะให้คู่สามีภรรยาที่มีบุตรธิดาเป็นจำนวนมาก มีการสร้างโรงพยาบาลหญิงและโรงพยาบาลเด็ก เพื่อที่จะทำให้มารดาผู้ให้กำเนิดบุตรและทารกที่กำเนิดขึ้นมีความปลอดภัยและเติบโตเป็นกำลังสำคัญของชาติ นอกจากนั้นรัฐบาลหลวงพิบูลสงคราม ยังได้ประกาศรัฐนิยม ซึ่งกำหนดให้ประชาชนปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับความทันสมัยและให้มีระเบียบวินัย อันถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างชาติที่เข้มแข็ง (ชาติชาย 2547) รัฐนิยมซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากประเพณีนิยมของราชสำนัก ได้กำหนดให้ประชาชนทั่ว ๆ ไป ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด กิริยาท่าทาง การแต่งกาย รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร สุขอนามัยส่วนบุคคล ลักษณะนิสัย สุชนนิสัย และการออกกำลังกาย เป็นต้น

จอมพล ป.พิบูลสงครามได้อาศัยการแพทย์เป็นฐานสำคัญ เพื่อที่จะบรรลุถึงเป้าหมาย ในทางยุทธศาสตร์ที่สร้างความเข้มแข็งให้กับชาติด้วยการเพิ่มจำนวนประชากร ตามแผนการของจอมพล ป. นั้นเป้าหมายของการเพิ่มจำนวนประชากร อยู่ที่การทำให้ประชากรไทยมีจำนวนเพิ่มจาก 18 ล้านคนเป็น 40 ล้านคน ในคำกล่าวในการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขของจอมพล ป.พิบูลสงคราม มีเนื้อหาที่แสดงถึงแนวความคิดดังกล่าวอย่างชัดเจนดังนี้

ฉันรู้สึกยินดีที่ได้เห็นว่าการรวมแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งได้สำหรั้ดไป นับว่ากิจการสร้างชาติในด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าเป็นปึกแผ่นขึ้นได้ด้านหนึ่ง แท้จริงการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นเป็นกิจการอันจำเป็นยิ่งใหญ่อีกสาขาหนึ่งของชาติเช่นเดียวกับการทหาร การต่างประเทศ การเสถกิจ การคลัง ฯลฯ เป็นต้น ที่ฉันกล่าวว่าการแพทย์และการสาธารณสุขสำคัญนั้น มิใช่เพราะเหตุว่าเวลานี้ฉันได้เข้ามาอยู่ในสถานที่ของกะชวงสาธารณสุขจึงว่าเช่นนั้น แต่เป็นความจริงว่าการสาธารณสุขนี้ได้เป็นการสร้างชาติโดยแท้ การสร้างชาตินั้นอยู่ที่การสาธารณสุขนี้ส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์อันสำคัญแก่บ้านเมือง เพราะว่าถ้าหากการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทศชาติก็เพิ่มความมั่นคงยิ่งขึ้นกล่าวคือ จำนวนพลเมืองก็จะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เป็นพลเมืองที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและไม่ตายแต่ยังเยาว์ด้วย เมื่อจำนวนพลเมืองของเรามากขึ้น ทั้งประกอบไปด้วยผู้มีกำลังวังชาแข็งแรงแล้ว ประเทศชาติของเราก็ออมจะมีกำลังอำนาจสามารถจะช่วยกันฟันฝ่าอุปสรรคใด ๆ ได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะอะไร เพราะเหตุว่ากิจการทั้งปวงที่จะให้ประเทศชาติเจริญได้นั้นอยู่ที่กำลังคน และคนก็ต้องมีทั้งจำนวนทั้งกำลังกายแข็งแรงมีความมานะบากบั่นอดทนสามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้ด้วย เวลานี้เรามีพลเมืองเพียง ๑๔ ล้านคน เท่ากับมี ๓๖ ล้านแขนเราก็ทำงานสร้างชาติของเราได้น้อย ถ้าเรามีพลเมือง ๑๐๐ ล้านคน เราก็จะมีกำลังทำงานได้ถึง ๒๐๐ ล้านแขน ซึ่งจะเป้นทางให้ประเทศชาติของเราก้าวไปสู่ความเป็นมหาอำนาจได้ ดังนี้ท่านรัฐมนตรีและท่านผู้มีเกียรติทั้งหลายจะเห็นได้ว่า กิจการสาธารณสุขและการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง การที่พลเมืองของเรายังน้อยอยู่ก็เพราะเรามีการรักษาพยาบาลและการป้องกันไม่เพียงพอ ชาติของเราจึงไม่สามารถจะใหญ่โตได้ ถ้าเราไม่รีบบำรุงการแพทย์ของเราเสียแต่บัดนี้ (พระบรมราศนราศูร 2500: 62-63, อ้างใน ชาติชาย 2547)

ในกระบวนการทางการเมืองสร้างชาติดังกล่าว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การแพทย์ได้มีบทบาทยิ่งในการสถาปนาอำนาจของรัฐขึ้น โดยรัฐได้อาศัยความรู้ทางการเมืองการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญในการเข้าแทรกแซง กำหนดพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด และมาตรฐานต่าง ๆ ในทางสังคม (ทวีศักดิ์ 2545, ก้องสกุล 2545) การแพทย์จึงมีสถานะเป็นเครื่องมือทางการเมืองสำหรับการเคลื่อนไหวของรัฐชาตินิยม ลักษณะดังกล่าวได้ทำให้เกิดการรวมศูนย์ของระบบการแพทย์ในส่วนกลาง โดยที่ระบบการแพทย์มีความสัมพันธ์ และผูกพันแน่นแฟ้นกับศูนย์อำนาจ เช่นเดียวกันกับโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ โดยนัยนี้สถาบันทางการเมืองการแพทย์ จึงเป็นสถาบันที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของรัฐมาอย่างต่อเนื่อง อาจกล่าวได้ว่าในยุคสร้างชาติ

¹ การเขียนคงสะกดตามต้นฉบับเดิมในสมัยที่มีคำสั่งให้ปรับปรุงการใช้ภาษาไทยในยุคนั้น

ของจอมพล ป.พิบูลสงคราม สถาบันทางการแพทย์เติบโตภายใต้การอุปถัมภ์ของรัฐ และยังได้รับการสนับสนุนอย่างยิ่งภายใต้นโยบายชาตินิยม

สุขภาพกับกระบวนการพัฒนา

หลังสงครามโลกครั้งที่สอง การเมืองระหว่างประเทศได้ถูกเปลี่ยนไป สู่สภาวะการเผชิญหน้าระหว่างลัทธิทุนนิยมกับลัทธิคอมมิวนิสต์ ซึ่งมีผลให้เกิดการขยายตัวบทบาทของรัฐบาลอย่างยิ่ง ความสำเร็จของมาร์แชลแพลน (Marshall Plan) ในการฟื้นฟูยุโรปหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ทำให้เกิดความคิดเรื่องการพัฒนาเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยที่รัฐมีบทบาทสำคัญในการกอบกู้ความเสื่อมทรุดของประเทศหลังสงคราม การฟื้นฟูหรือการพัฒนาได้กลายเป็นเหตุผลสำคัญของการดำรงอยู่ของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศโลกที่สามหรือประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตาม วาทกรรมการพัฒนาดังกล่าวได้ถูกวิพากษ์และเปิดโปงว่าแท้ที่จริงแล้วเป็นกระบวนการที่ต้องการปิดบัง ช้อนเร้น ความไม่เท่าเทียมกันทางการเมืองและการเอารัดเอาเปรียบของประเทศโลกที่หนึ่งที่มีต่อประเทศโลกที่สาม (ดูรายละเอียดใน ไชยรัตน์ 2543) งานศึกษาที่เป็นตัวอย่างของการวิพากษ์กระบวนการพัฒนาที่น่าสนใจ ได้แก่งานวิจัยของเจมส์ เฟอริกูสัน (James Ferguson) ที่ได้ศึกษาโครงการพัฒนาต่าง ๆ ที่ประเทศเนปาล เฟอริกูสันได้ชี้ให้เห็นว่าโครงการและกิจกรรมการพัฒนาดังกล่าว ที่มีอยู่มากมายในเนปาลนั้นแทบจะทำให้ เศรษฐกิจของประเทศเนปาล ได้รับการขับเคลื่อนโดยแผนงานพัฒนาของหน่วยงานให้ทุนต่างชาติ กิจกรรมพัฒนาดังกล่าวนั้นได้กลายเป็นจักรกลการกลบเกลื่อนทางการเมือง (Antipolitic Machine) โดยการทำให้สาเหตุอันเป็นรากฐานของความยากจนและความทุกข์ยากในเนปาล ซึ่งเกิดขึ้นจากระบบการเมืองและความไม่เท่าเทียมกันทางการเมือง ถูกกลบเกลื่อนให้กลายเป็นเรื่องของภาวะการด้อยการพัฒนา การต่อสู้เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันจึงถูกบิดเบือนไปจากสาเหตุทางการเมืองอันรากฐานของความยากจนและความทุกข์แต่กลับทุ่มเททรัพยากรแรงงาน และความพยายามไปที่การทำงานพัฒนา (Ferguson 1994) ในวาทกรรมการพัฒนาดังกล่าวนั้น สุขภาพได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้งานพัฒนาสามารถปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนได้ การวิเคราะห์สภาวะการด้อยพัฒนาว่าเกิดจากวงจรอุบาทว์ คือ “โง่ จน เจ็บ “ ได้ทำให้การพัฒนาเพื่อกำจัดความเจ็บป่วย กลายเป็นมูลเหตุสำคัญที่รัฐและองค์กรความช่วยเหลือต่าง ๆ จะต้องเข้ามาดำเนินการเพื่อมนุษยธรรม วาทกรรมด้านการพัฒนาในแวดวงสุขภาพได้พุ่งขึ้นสู่จุดสูงสุด ในช่วงความเคลื่อนไหวตามนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในปลายทศวรรษ 1970 นโยบายสาธารณสุขได้กลายเป็นวาระการพัฒนาสำคัญระดับโลก โดยการนำขององค์กรระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือองค์การยูนิเซฟ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ได้ดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการอย่างจริงจังในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีของการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน มีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ขึ้นทั่วไปในแทบทุกชุมชนของประเทศ ในช่วงที่นโยบายดังกล่าวได้รับการดำเนินการอย่างเร่งรุดนั้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศมากกว่า 50,000 คน และผสส. อีกกว่า 500,000 คน (Thavithong et al. 1988) องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งถูกพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะทำให้สุขภาพระดับชุมชนสามารถบรรลุสู่ระดับที่ดีขึ้นได้รับการสนับสนุนและผลักดันอย่างเต็มที่จากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแต่เดิมมีอยู่ 8 ประการ ได้แก่ การโภชนาการ สุขศึกษา การสุขาภิบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การจัดหายาที่จำเป็น และการอนามัยแม่และเด็ก ต่อมาได้มีการเพิ่มองค์ประกอบอีก 2 องค์ประกอบคือ สุขภาพจิต และทันตสาธารณสุข ทั้ง 10 องค์ประกอบดังกล่าว ได้กลายเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตลอดช่วงเวลา 2-3 ทศวรรษ หลังการจากรับนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินงานในประเทศไทย

ในช่วงที่ผ่านมา มีงานศึกษาผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามติดตามเพื่อประเมินการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Thavithong et al 1988; Morgan 1993) ในงานศึกษาเหล่านี้ มีข้อค้นพบตรงกันว่า บทบาทของอาสาสมัครและองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นมีบทบาทหลักอยู่ที่การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการชั่งน้ำหนักเด็ก การจัดตั้งกองทุนโภชนาการ การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การสร้างส้วมหรือภาชนะเก็บน้ำ อาสาสมัครและองค์กรชุมชนเหล่านี้แทบจะไม่มีบทบาทใด ๆ ในการตัดสินใจว่า อะไรคือปัญหาของชุมชน และจะดำเนินการอย่างไรต่อปัญหาเหล่านั้น ในทางตรงกันข้าม อาสาสมัครและองค์กรชุมชนต่างๆเหล่านี้ มีบทบาทเพียงเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการกำหนดไว้แล้วจากการวางแผนที่มีลักษณะรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง แผนงานและกิจกรรมที่ถูกกำหนดล่วงหน้าไว้แล้วนั้น มีลักษณะเป็นมาตรฐานเดียว มีรูปแบบตายตัวที่ถอดมาจากคู่มืองานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้อยู่ทั่วโลก

งานศึกษาของ มอร์แกน ที่ประเทศคอสตาริกาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ในทางปฏิบัติได้เป็นตามหลักการแนวคิดที่ได้เขียนไว้ในเอกสารไม่ และสิ่งที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมนั้น ชุมชนแทบจะไม่มีบทบาทในกระบวนการเชิงนโยบายใด ๆ เลย แต่สิ่งที่พบเห็นอย่างเด่นชัดในงานศึกษาที่คอสตาริกาก็คืองานสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชนได้กลายเป็นคำขวัญและวลีที่สวยหรูที่จะใช้โฆษณาหาเสียงสำหรับผู้สมัครรับเลือกตั้ง และที่สำคัญกว่านั้น

นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้กลายเป็นข้ออ้างที่จะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่วาระซ่อนเร้นอื่น ๆ ที่มีได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของชุมชน (Morgan 1993)

แม้ว่างานศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่ง จะได้ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่อาจกล่าวได้ว่า ความเคลื่อนไหวของสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประสบความสำเร็จอย่างสำคัญในบางด้าน ความสำเร็จที่มีความหมายอย่างยิ่งประการหนึ่งคือ การที่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้สร้างพื้นที่สำหรับสามัญชนคนธรรมดา โดยเปิดโอกาสให้พวกเขาเหล่านั้นเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพและดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (บันทร 2545) นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มองสามัญชนเป็นเพียงผู้ที่จะต้องคอยรับบริการจากระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเปรียบเทียบกับวิธีคิดก่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่มองว่าการฝึกอบรมให้ประชาชนรักษาตนเอง แม้แต่โรคภัยไข้เจ็บที่ง่าย ๆ มักถูกต่อต้านจากฝ่ายวิชาชีพแพทย์ที่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างหายนะ แต่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปิดพื้นที่ใหม่สำหรับสามัญชนให้สามารถมีบทบาทในการรักษาเยียวยาตนเองและดูแลสมาชิกในชุมชน โดยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลอย่างเด่นชัดจากหมอเท้าเปล่าในประเทศจีน และการดูแลตนเองดังกล่าว ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บและการแก้ปัญหาด้วยองค์กรและอาสาสมัครในชุมชน เราอาจจะถือได้ว่าเป็นกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับของการปฏิบัติ มากกว่าที่จะเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการอภิปราย ถกเถียง แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจ ว่าอะไรเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

อาจจะกล่าวได้ว่า แม้การประเมินผลหรือการตีความผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมามีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับจุดยืนทางการเมืองของการวิเคราะห์ แต่หากมองย้อนหลังไป ถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ก็อาจจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นแม้ว่าจะเกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย รวมทั้งการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นการมีส่วนร่วมในระดับวิธีทำ โดยปราศจากการมีส่วนร่วมในระดับวิธีคิดและตัดสินใจ เพราะเน้นการดำเนินกิจกรรมตามสูตรสำเร็จและตามรูปแบบที่กำหนดล่วงหน้าไว้แล้วเป็นสำคัญ ภาคประชาชนจะไม่สามารถมีความเห็นได้แย้งหรือแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้แล้วได้

สถานการณ์สุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ

หากพิจารณาจากตัวชี้วัดสถานะสุขภาพและข้อมูลในเชิงระบาดวิทยา เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่าสังคมไทยในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาในด้านสุขภาพก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การลดลงของอัตราเพิ่มประชากร และการค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนไทย ได้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้โครงสร้างประชากรปรับจากรูปปิระมิดที่มีฐานกว้างในปี พ.ศ. 2510 ไปเป็นประชากรในโครงสร้างรูปแท่ง ซึ่งหมายถึง การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนของประชากรวัยกลางคนและสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ที่เน้นการมีอัตราการเพิ่มของประชากรไม่สูงเกินไป เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพของประชากรได้ดีขึ้น ในด้านอัตราการตายของทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบสาธารณสุขก็มีการปรับไปในลักษณะที่ดีขึ้น โดยอัตราการตายของทารกได้ลดลงจาก 125 ต่อ 1,000 ของการเกิดในปี พ.ศ. 2500 ไปเหลือเพียง 26.1 ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว (สุวิทย์ (บก.) 2545: 3)

อย่างไรก็ตาม ยังพบความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบทในช่วงเวลาดังกล่าวที่แสดงให้เห็นจากความแตกต่างระหว่างอัตราการตายของทารกในเมือง ซึ่งมีเพียง 27 ต่อ 1,000 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตายของทารกในชนบท ซึ่งสูงถึง 41 ต่อ 1,000 (Yongyuth & Somsak 1993) รายงานทางด้านระบาดวิทยา ยังได้ชี้ให้เห็นถึงแบบแผนการเจ็บป่วยที่เกิดในประเทศไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่อแบคทีเรีย และพยาธิ รวมทั้งโรคขาดสารอาหารได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แผนการให้ภูมิคุ้มกันก็ประสบความสำเร็จอย่างกว้างขวางจนนำไปสู่การลดลงอย่างรวดเร็วของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ เช่น โรคคอตีบ และบาดทะยัก เป็นต้น วัณโรค และมาเลเรีย ได้ถูกควบคุมจนมิได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แต่ถึงแม้ว่าโรคติดต่อต่าง ๆ จะไม่ได้เป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายของประชากรไทยอีกต่อไป ทว่าโรคติดต่อบางชนิด เช่น โรคท้องร่วง หรือการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บจากโรคติดต่อและภาวะการขาดสารอาหารมาสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้ทำให้ปัญหาอันเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังกลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชาติ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งโรคมะเร็ง ได้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประเทศ (สุวิทย์ (บก.) 2545)

แต่ปัญหาที่ดูเหมือนว่าจะเป็นข้อวิตกของประเทศไทยในขณะนี้ ดูเหมือนจะเป็นกลุ่มโรคติดต่อที่ครั้งหนึ่งเคยอยู่ภายใต้การควบคุมจนสงบแล้ว แต่กลับกลายมาเป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนอีกครั้งหนึ่ง ได้แก่ วัณโรค ทั้งนี้เป็นการเกิดควบคู่กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และปัญหาการเกิดการดื้อยาของจุลชีพ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคเท้าช้าง ไข้เลือดออก รวมทั้งโรคไข้ฉี่หนูอีกด้วย นอกจากโรคที่กลับคืนมาเป็นปัญหาเหล่านี้แล้ว ยังมีโรคใหม่ ๆ ที่มีการค้นพบ และแพร่ระบาดไปในยุคโลกาภิวัตน์ ไม่ว่า

จะเป็นโรคซาร์ส ไข้หวัดนก โรคหวัด และอื่น ๆ ซึ่งแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วเมื่อมีการเคลื่อนย้ายของผู้คนจากส่วนต่าง ๆ ของโลก (วิชัย 2545: 312) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้กลายเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้คนเจ็บป่วยและมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากเท่านั้น ยังเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและการเมือง ปัญหากลุ่มโรคที่เกิดจากปัจจัยทางนโยบายเศรษฐกิจและสังคมระดับมหภาคนี้ เป็นประเด็นที่ทำให้เรื่องสุขภาพเชื่อมโยงไปสู่มิติทางการเมืองอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้นกว่ายุคสมัยที่ผ่านมา

ในการสัมมนาเรื่องโลกาภิวัตน์ ประวัติศาสตร์ และโรคระบาดใหม่: บทเรียนจากเอดส์ สู้หวัด โรคซาร์ส และไข้หวัดนก ซึ่งจัดขึ้นโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ เมื่อวันที่ 17 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ณ ห้องประชุม 1 ตึกกรมการแพทย์ 6 ได้ชี้ให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวเกี่ยวข้องกับนโยบายเศรษฐกิจของประเทศ ที่สัมพันธ์กับมาตรการของระบบทุนนิยมโลกซึ่งต้องการให้เกิดการไหลเวียนของเงินทุน ข้อมูลข่าวสาร และสินค้าอย่างไร้พรมแดน นอกจากนั้น โรคที่เกิดขึ้นเหล่านี้ยังมีผลโดยตรงต่อผลประโยชน์การค้าของกลุ่มนายทุนต่าง ๆ กรณีไข้หวัดนกแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า มาตรการในการควบคุมโรคอาจจะมีผลต่อกลุ่มผู้ประกอบการที่แตกต่างกัน กลุ่มนายทุนขนาดใหญ่ที่มีทุนและเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งมีเส้นสายโยงใยกับนักการเมือง สามารถใช้เงื่อนไขดังกล่าวเพื่อการปรับตัวหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ขณะที่กลุ่มผู้ประกอบการรายย่อยอาจไม่สามารถลงทุนด้านการปรับปรุงสถานประกอบการหรือประกอบการให้ได้มาตรฐานสากล จึงได้รับผลกระทบโดยตรงอย่างรุนแรงจากมาตรการดังกล่าว

หากมองย้อนไปถึงประสบการณ์ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา การแพร่กระจายของโรคเอดส์ และการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ได้เคยเป็นภัยคุกคามต่อสถานะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมไทย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง จนถึงขั้นที่มีการเรียกขานกันว่า เป็นศูนย์กลางการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในเอเชีย อย่างไรก็ตามในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทั้งนี้เกิดจากความร่วมมือกันอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนขององค์กรทั้งในภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า ระหว่างที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ ได้เกิดการก่อตั้งองค์กรพัฒนาชุมชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ที่ทำงานต่อสู้กับการแพร่ระบาดโรคเอดส์ในระดับต่าง ๆ อย่างมากมาย องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชนจำนวนหนึ่งมีบทบาทอย่างยิ่งในการเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งอยู่ห่างไกลและถูกกีดกันทั้งทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ นอกจากนั้นองค์กรเอกชนเหล่านี้ ยังได้ต่อสู้อย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติในลักษณะที่รังเกียจเด็ดจันท์ของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ตัวอย่างรูปธรรมประการหนึ่งคือ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการออกมามีบท

บาทสำคัญของผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง โดยทำงานใกล้ชิดกับองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนจนสามารถลบ
ล้างภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นผู้ที่มีตราบาปเนื่องจากการประพฤติผิดทางศีล
ธรรม (Lyttleton 2000: 216-219) และสามารถจัดความสัมพันธ์ทางสังคมด้วยการสร้างอัตลักษณ์ใหม่
จนผู้คนยอมรับและอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติ (มธุรส 2544) และสามารถสร้างเครือข่ายประชาสังคม
ต่อรองกับภาครัฐอย่างเข้มแข็งต่อเนื่องจนได้รับยาต้านไวรัสตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ
(มธุรส 2546)

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลใหม่ นำโดยนายทักษิณ ชินวัตร ได้เสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนมากกว่า 40 ล้านคนได้ขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการ
รักษาพยาบาลฟรี หลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการดังกล่าวเป็นการจัดหาสิทธิ
ประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนไทยทุกคน ถึงแม้ว่าโครงการดังกล่าวจะได้เพิ่มความ
เป็นธรรมและช่วยให้สามัญชนและคนยากจนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ แต่โครงการดังกล่าว ก็มี
ค่าใช้จ่ายสูงและสิ้นเปลืองงบประมาณประเทศไปถึง 30,000 ล้านบาท ในขณะที่ปัจจุบันเจริญเติบโตทาง
เศรษฐกิจอยู่ในระดับที่ดี การเรียกร้องให้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้นดังกล่าวอาจ
จะไม่เป็นปัญหามากนัก แต่เมื่อถึงคราวที่เศรษฐกิจถดถอยลงคงจะเป็นปัญหามากขึ้น

การสร้างประกันการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จึงมิได้เป็นสิ่งที่พึงทำเพื่อให้สถานะสุขภาพ
ของประชาชนดีขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นแผนงานการสร้างหลักประกันสุขภาพดังกล่าวไม่ได้ให้ความสำคัญกับการ
ปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ แต่กลับให้ความสำคัญกับการจัดการระบบการเงินการคลังใหม่ที่มีการ
จัดงบประมาณให้เป็นรายได้ต่อหัว ซึ่งทำให้ระบบการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป
อย่างมาก รวมทั้งแผนงานโครงการดังกล่าวยังเน้นหนักในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะให้
ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพในมิติอื่น การเน้นที่มาตรการทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคอาจมีเหตุผลสำคัญ
สำหรับนักการเมืองที่จะต้องใช้โครงการและนโยบายดังกล่าวในการหาเสียง แต่การเน้นเฉพาะด้านการ
จัดสวัสดิการการรักษาโรคนั้นได้ทำให้เรื่องของสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยบุคลากรในระดับวิชา
ชีพเป็นผู้จัดบริการให้ โดยสามัญชนรวมทั้งองค์กรที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังรักษาโรคมีบทบาทน้อย
ลงในการมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพของประชาชน

ในแง่นี้ หากพิจารณาสุขภาพในความหมายที่กว้างกว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ก็อาจชี้ให้
เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ส่วนต่าง ๆ ในสังคมจะมีบทบาทเป็นฝ่ายกระทำ และมีส่วนร่วมในการถกเถียง ได้
แย้ง และกำหนดทิศทางการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากพิจารณาจากแนวโน้มของการเกิดโรคที่มัก
เกี่ยวโยงกันไปถึงโครงสร้างทางสังคมในระดับมหภาค และจากนโยบายการพัฒนาไปสู่ความเป็นประเทศ
อุตสาหกรรมที่ผ่านมาทำให้มีโรคที่เกิดจากการทำงาน โรคจากสิ่งแวดล้อมในโรงงาน ตลอดจนสารพิษ สาร

เคมีต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่แพร่ระบาดในยุคโลกาภิวัตน์ที่เกิดจากการคมนาคมสื่อสารสามารถทำได้อย่างรวดเร็วกว้างขวาง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แต่เพียงลำพัง แต่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสถานะสุขภาพของชุมชนและสังคม มิติของสุขภาพที่เชื่อมโยงไปถึงนโยบายมหภาค และทิศทางการพัฒนาเหล่านี้ อาจจะมีความสำคัญยิ่งกว่าการรอให้ผู้คนเจ็บป่วยแล้วมารับบริการทางการแพทย์เสียด้วยซ้ำ และหากเรานำเอาสถานการณ์ดังกล่าวมาพิจารณา เราก็อาจเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการขยายขอบเขตกว้างขวางมากขึ้นไปกว่าการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์แต่เพียงลำพัง

อย่างไรก็ตาม เป็นที่สังเกตได้อย่างชัดเจนว่า แม้วาระบบบริการทางการแพทย์ การรักษาโรครวมทั้งการควบคุมป้องกันโรค จะมีการพัฒนาต่อเนื่องมาในสังคมไทย แต่งานด้านสร้างเสริมสุขภาพนั้นอาจจะต้องถือว่ายังมีลักษณะที่ยังคงพัฒนาตามหลังและเชิงซ้ำกว่ามิติอื่น ๆ “คำประกาศออตตาวา” ที่กล่าวถึงนโยบายหลักสำคัญ 5 ประการ ในการสนับสนุนกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แม้จะเป็นที่กล่าวถึงบ้างในสังคมไทย แต่ก็ไม่ได้มีการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมมากมายนัก ในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับชุมชน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ อาจประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นกองทุนสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ แต่ถึงกระนั้นก็ตามมาตรการในระดับมหภาค ไม่ว่าจะเป็นในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากแผนงานโครงการหรือนโยบายต่าง ๆ ของรัฐรวมทั้งการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานที่อยู่นอกภาคการสาธารณสุขเพื่อให้มีมาตรการส่งเสริมด้านสุขภาพนั้น ก็ยังไม่ได้บรรลุผลมากมายเท่าใดนัก

ในขณะที่สังคมกำลังเคลื่อนตัวไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว มีการขยายตัวของภาคการเมืองอย่างกว้างขวาง มีการลงทุนในภาคเศรษฐกิจผ่านแผนงาน โครงการ และนโยบายต่าง ๆ ของรัฐและของภาคเอกชน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนทุกระดับอย่างกว้างขวาง (ดู โกมาตร และคณะ 2547a.) รายงานเกี่ยวกับโรงงานปล่อยสารเคมีลงแม่น้ำ หรือสร้างมลพิษทางด้านอากาศและเสียง เป็นสิ่งที่พบเห็นได้เป็นประจำมาเสมอ โครงการพัฒนาขนาดใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเขื่อน การสร้างนิคมอุตสาหกรรม การสร้างถนนขนาดใหญ่ รวมทั้งการลงทุนในระดับอื่น ๆ เพื่อที่จะเร่งรัดการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ ได้กลายเป็นมูลเหตุสำคัญของภัยคุกคามสุขภาพ และยังเป็นสาเหตุของความขัดแย้งทางสังคม และความรุนแรงต่าง ๆ อีกด้วย สถานการณ์ดังกล่าวเรียกร้องต้องการระบบธรรมาภิบาลและกระบวนการเชิงนโยบายที่แตกต่างจากเดิมที่เคยมีมา

ระบบสุขภาพและธรรมาภิบาล

จากพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการเมืองและระบบสุขภาพไทยที่ได้อภิปรายไปแล้ว เราสามารถที่จะสรุปเป็นหัวข้อที่สำคัญได้หลายประการ ดังต่อไปนี้

ประการแรก เราจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า พัฒนาการของระบบสุขภาพไทย ได้มุ่งให้ความสำคัญกับการแพทย์ โดยเน้นที่การเฝ้าระวังรักษาโรคและวิธีการคิดทางการแพทย์แบบชีวภาพเป็นสำคัญ โดยทิศทางการพัฒนาดังกล่าวได้รับการสนับสนุนเต็มที่จากรัฐและได้อิทธิพลจากมูลนิธินิรโรคกีเฟลเลอร์ที่ได้ช่วยสร้างรากฐานที่มั่นคงให้การแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย (ชเนญรัฐ 2545; Wariya 1984) การแพทย์แบบเน้นการรักษาโรคได้กลายเป็นทิศทางหลักและมีอิทธิพลต่อทิศทางการพัฒนาในยุคสมัยต่อ ๆ มา และมีหลักฐานอย่างชัดเจนว่า ทิศทางดังกล่าวได้ก่อตัวขึ้นตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย ในปี พ.ศ. 2467 สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอกรมหลวงสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นพระราชบิดาของพระมหากษัตริย์ไทยองค์ปัจจุบัน ได้เข้าร่วมการประชุมเพื่อที่จะจัดระบบการศึกษาแพทยศาสตร์ ในขณะนั้นพระองค์เพิ่งสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดด้านการสาธารณสุข และโดยเหตุที่ไม่ได้จบการศึกษาด้านแพทยศาสตร์ การเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว และการให้ความเห็นต่อนโยบายสาธารณสุขของพระองค์ จึงได้รับการเย้ยหยันจากแพทย์หลายท่านที่เข้าร่วมประชุมอยู่ หลังเหตุการณ์ครั้งนั้น จึงทำให้พระองค์เสด็จกลับไปยังสหรัฐอเมริกาเพื่อศึกษาต่อด้านวิชาการแพทย์ และกลายเป็นนายแพทย์ในที่สุด ซึ่งภายหลังจากนั้นต่อมาจึงได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย

เหตุการณ์ดังกล่าว ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แม้แต่ ณ เวลาแรกเริ่มของประวัติศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย แพทย์ก็ได้กลายเป็นชนชั้นพิเศษในสังคม ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องวิชาชีพของตน โดยที่ผู้อื่นจะเข้าแทรกแซงไม่ได้ ยิ่งเมื่ออำนาจของวิชาชีพแพทย์มีความเข้มแข็งมากขึ้น ในยุคต่อมาแพทย์ก็ยังมีอำนาจอย่างเด็ดขาดในการตัดสินใจว่า ระบบสุขภาพและบริการทางการแพทย์ควรจะมีทิศทางและรูปแบบอย่างไรบ้าง อำนาจของวิชาชีพแพทย์ได้กลายเป็นตัวกำหนดสำคัญที่ทำให้พัฒนาการของระบบสุขภาพไทยถูกครอบงำด้วยมุมมองและวิธีคิดแบบเวชศาสตร์ชีวภาพ ซึ่งเพียงช่วงระยะเวลาไม่กี่ครั้งศตวรรษ ทิศนะดังกล่าวก็แพร่กระจายเป็นกระแสความคิดหลักของสังคมไทย

การเกิดขึ้นของอำนาจวิชาชีพ ยังมีความความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับระบบราชการที่ขยายตัวและมีอำนาจมากขึ้น ระบบราชการในฐานะตัวแทนของรัฐได้สร้างกระบวนการและกลไกเชิงนโยบายที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถมีส่วนร่วม ทิศทางการพัฒนาที่ถูกกำหนดจากราชการซึ่งกลายเป็นศูนย์กลางอำนาจ และในกระบวนการดังกล่าว สุขภาพและการแพทย์ก็ได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความชอบธรรมให้แก่อำนาจของรัฐเพื่อการควบคุมพลเมือง ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าว ปรากฏเด่นชัดในยุคจอมพล ป.พิบูลสงคราม ซึ่งการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ เช่น สูตินรีเวชศาสตร์ ได้ถูกใช้

ในการสนับสนุนนโยบายชาตินิยม เพื่อที่จะเพิ่มจำนวนประชากร และสร้างประเทศให้เป็นมหาอำนาจ (ก้องสกุล 2545) นอกจากนั้นในช่วงสงครามเย็นในระหว่างทศวรรษ 2510 สุขภาพและการแพทย์รวมทั้งแผนงานโครงการต่าง ๆ ในด้านสาธารณสุขได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการสถาปนาอำนาจและสร้างความชอบธรรมของตน โดยเฉพาะในจังหวัดบริเวณพื้นที่ที่มีการแทรกซึมของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (โกมาตร และคณะ 2547) ในยุคก่อนที่รัฐบาลจะมีบทบาทมากมายในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข รัฐไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยอำนาจของวิชาชีพแพทย์เพื่อการดำรงอยู่ของรัฐ แต่ในยุคที่รัฐจำเป็นต้องสถาปนาอำนาจในการควบคุมประชากรเพื่อการผลิตและสร้างอำนาจทางการเมืองและความชอบธรรมแบบใหม่ที่ไม่มาจากจารีตประเพณี อำนาจของวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์จึงได้กลายเป็นแหล่งของความชอบธรรมที่สำคัญของอำนาจรัฐ

จากที่ได้อภิปรายมาข้างต้น เราอาจสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพที่ปรากฏดำรงอยู่ในปัจจุบันมีการแพทย์แบบชีวภาพเป็นกระบวนทัศน์กระแสหลัก กระบวนทัศน์ดังกล่าว นิยามสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับโรคและกระบวนกรทางชีววิทยา โดยถือว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์มาจากการทำหน้าที่อย่างปกติของอวัยวะและกระบวนกรทางชีววิทยาต่าง ๆ ในร่างกายเท่านั้น ทศนะแบบลดทอนดังกล่าวได้ทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องของนักวิชาชีพทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้เพราะเมื่อสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการทำงานตามปกติของอวัยวะ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบอวัยวะเท่านั้นจึงจะมีบทบาทและความรู้พอที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ วิชาชีพอื่นหรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับชีวกลไกของร่างกายมนุษย์ จึงอาจจะถือได้ว่าไม่มีความสำคัญใด ๆ ที่จะทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในทัศนะแบบลดทอนดังกล่าว มิติทางสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งมิติทางจิตวิญญาณ จึงถูกละเลยไปโดยสิ้นเชิง การระดมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกไปจากบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ จึงเป็นไปได้อย่างจำกัด ซึ่งหากเรามองจากมุมมองที่เปิดกว้างมากขึ้นแล้ว ก็พบว่าสุขภาพไม่ได้แยกขาดจากความเป็นอยู่ที่ดีด้านอื่น ๆ และความเป็อยู่ดีของมนุษย์ในสังคมนั้น เป็นผลลัพธ์ของการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม ที่จะทำให้ทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ มีส่วนเกื้อกูลและสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวได้ว่าสุขภาพหรือสุขภาพะในลักษณะเช่นนี้ จึงมิได้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงฝ่ายเดียว

กล่าวโดยสรุป ระบบอภิบาลสุขภาพไทย อาศัยระบบราชการและกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการเป็นสำคัญ การทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นเรื่องของราชการและวิชาชีพแพทย์ได้ทำให้การพัฒนาสุขภาพจำกัดวงอยู่แต่เฉพาะกลุ่มคนจำนวนน้อย ถึงแม้ว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จะมีองค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และมีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขและทำงานด้านสุขภาพ แต่บทบาทขององค์กรเหล่านี้ในการที่จะขับเคลื่อนนโยบายหรือผลักดันเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคหรือทิศทาง

การพัฒนาประเทศเพื่อสอดคล้องและเกื้อกูลต่อสุขภาพมากขึ้นนั้นก็เป็นอย่างจำกัด ระบบราชการ สาธารณสุขไทยมีลักษณะที่โดดเด่นของการมีการรวมศูนย์ตัดสินใจผ่านการวางแผนในระดับชาติ โดยชุมชนและองค์กรภาคประชาสังคมจะถูกคาดหวังให้มีบทบาทหน้าที่เพียงแค่ว่าให้ความร่วมมือกับแผนนโยบายหรือโครงการที่ได้ตัดสินใจมาจากราชการส่วนกลางเรียบร้อยแล้ว แม้แต่ในยุคที่การสาธารณสุขมูลฐานกำลังเฟื่องฟูอย่างยั่งยืน ทิศนะต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดูเหมือนจะเน้นที่การให้ความร่วมมือของภาคประชาชนต่อกิจกรรมที่ทางราชการได้กำหนดไว้แล้วมากกว่าที่จะเน้นบทบาทของภาคประชาชนในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมในการอภิบาลสุขภาพไทย ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม เพียงแค่ระดับการให้ความร่วมมือในการทำงานตามแผน มากกว่าที่จะเป็นการตรวจสอบ หรือกำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยตนเอง

การก่อกำเนิดของภาคประชาสังคมและการสร้างธรรมาภิบาลในภาคสุขภาพ

ถึงแม้ว่าบทบาทของภาคประชาสังคมที่ปรากฏเด่นชัดนั้นจะเป็นปรากฏการณ์ที่เพิ่งจะพบเห็นได้ไม่นานนัก แต่ก็มีหลักฐานในประวัติศาสตร์ไทย ที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานเพื่อสาธารณะและการสร้างชีวิตส่วนรวมที่ดีขึ้นขององค์กรต่าง ๆ นอกภาครัฐ สุขภาพเป็นมิติสำคัญในกิจกรรมดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนนอกภาครัฐการก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายจากเหตุการณ์สงคราม การเกิดขึ้นของสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้าหรือสมาคมที่ดำเนินการโดยชนชั้นนำในสังคมก็ไม่ได้มีบทบาทเพียงแค่การส่งเสริมวัฒนธรรมของชนชั้นสูง แต่ก็ได้มีการจัดหาบริการทางการแพทย์ และสวัสดิการให้แก่ผู้ยากไร้อีกด้วย (เบญจมาศ และสุรพล 2545: 16) ในยุคของการพัฒนาช่วงปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมาองค์กรพัฒนาเอกชนนอกภาครัฐ ก็มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข การประกาศทศวรรษแห่งการพัฒนาโดยองค์การสหประชาชาติและได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและด้านวิชาการจากประเทศโลกที่หนึ่งได้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอาสาสมัครต่างๆ ที่ทำงานเพื่อการพัฒนาชุมชนในระยะนั้น

ที่เห็นได้อย่างชัดเจนก็คือ สมาคมพัฒนาประชากรและสังคมซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวและนโยบายด้านประชากรจนทำให้อัตราการเกิดลดน้อยลงอย่างรวดเร็ว งานด้านการพัฒนาชนบทซึ่งริเริ่มโดยดร. ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ก็เป็นบทเรียนสำคัญและมีบทบาทอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้องค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรประชาสังคมมีสถานภาพที่จะทำงานในชนบท แนวทางการพัฒนาของโครงการลุ่มแม่น้ำแม่กลองที่เน้นการพัฒนาชนบทแบบบูรณาการได้มีส่วนสำคัญที่ทำให้ปัญหาเรื่องสุขภาพไม่ได้ถูกแยกออกจากปัญหาอื่น ๆ ในทางตรงกันข้าม สุขภาพได้ถูกพิจารณาในลักษณะที่เกี่ยวข้อง

ห้อง สัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับมิติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจและสังคม (อดิน 2522) และในช่วงทศวรรษของการพัฒนานี้เองที่องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาสังคมที่ทำงานในด้านชนบทและด้านสุขภาพอนามัยการมีขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่ทำงานกับชุมชนท้องถิ่นในระดับรากหญ้า โดยทำงานทั้งในด้านการจัดหาบริการทางการแพทย์สำหรับคนจน การทำโครงการด้านการอนามัยและสุขภาพของเด็ก การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน

นอกจากนั้นยังมีองค์กรอีกจำนวนหนึ่งที่สนับสนุนการทำงานเกษตรอินทรีย์และเกษตรทางเลือกต่าง ๆ โดยถือเป็นวิถีชีวิตที่มีความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในนโยบายระดับชาติ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเป็นตัวอย่างขององค์กรที่ทำงานด้านนโยบาย ควบคู่ไปกับการให้การศึกษาแก่สังคมรวมทั้งรณรงค์เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคอย่างกว้างขวาง องค์กรด้านสิทธิของผู้บริโภคนี้ มีการจัดตั้งเครือข่ายการทำงาน และกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันของผู้ที่ถูกละเมิดสิทธิเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองก็เป็นที่ปรากฏเด่นชัดขึ้นตามลำดับ นอกจากงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีผลในการเรียกร้องสิทธิแล้ว ความสำเร็จที่เด่นชัดอีกประการหนึ่งของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่งยวดในการเคลื่อนไหว เพื่อให้สังคมไทยลด ละ เลิกในการบริโภคนยาสูบ องค์กรเอกชนที่รณรงค์ด้านนี้ ได้ทำงานใกล้ชิดและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐจนสามารถผลักดันมาตรการด้านกฎหมาย และระเบียบราชการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการควบคุมการโฆษณาบุหรี่ยรวมทั้งการควบคุมพื้นที่ของการสูบบุหรี่มิให้เป็นภัยต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ได้อย่างเด่นชัดอีกด้วย

นอกเหนือจากองค์กรเหล่านี้ ยังมีองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งดูเหมือนจะมีบทบาทมากขึ้นในระยะหลังที่ผ่านมา โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ชุมชนแพทย์ชนบท ชนรมเภสัชชนบท และเครือข่ายหมออนามัย เป็นตัวอย่างขององค์กรที่ทำงานอย่างกระตือรือร้นในการส่งเสริมให้บุคลากรในวิชาชีพของตนทุ่มเททำงานเพื่อรับใช้คนยากจนในท้องถิ่น นอกจากนี้ องค์กรเหล่านี้ยังมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ทั้งในด้านการให้การศึกษาแก่สาธารณะ การรณรงค์ในประเด็นเฉพาะต่าง ๆ การเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย รวมทั้งยังทำหน้าที่เฝ้าระวังในด้านการเมืองและจับตาการฉ้อราษฎร์บังหลวงต่าง ๆ อีกด้วย (สุวิทย์ (บก.) 2546)

ในระหว่าง พ.ศ. 2523-2533 การเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้ทำให้ชนชั้นกลางในสังคมไทยขยายตัวมากขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์กรภาคธุรกิจก็ได้มีการริเริ่มงานโครงการ เพื่อที่จะให้บริการแก่สาธารณะมากขึ้น ในยุคแรกของการแสดงความเคลื่อนไหวดังกล่าว เราจะเห็นโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการตาวิเศษ ซึ่งรณรงค์เพื่อที่จะรักษาสัตว์แวดล้อม โครงการ Think Earth ของสยามกลการ การมีส่วนร่วมของการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของห้างเซ็นทรัลดีพาร์ตเมนต์สตรี การเกิดขึ้นของมูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ โดยการสนับสนุนของบริษัทโรงกลั่นน้ำมันบางจากปิโตรเคมีคอลจำกัด และสมาคมพัฒนาประชากรและสังคม ของคุณมีชัย วีระไวทยะ ที่

ได้ริเริ่มโครงการทีบีอาร์ดี (Thailand Business Integration for Rural Development, TBIRD) เพื่อเชื้อเชิญนักธุรกิจ ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาชนบท องค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะกล่าวได้ว่า ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพในความหมายที่กว้างและถึงแม้ว่าองค์กรธุรกิจจำนวนหนึ่งที่ดำเนินการกิจกรรมเพื่อสาธารณะประโยชน์ดังกล่าวจะถูกมองว่าเป็นเพียงความพยายามที่จะสร้างภาพลักษณ์ ในการประชาสัมพันธ์องค์กร แต่ก็มีย้องค์กรจำนวนไม่น้อยที่ได้ริเริ่มงานเพื่อสาธารณะประโยชน์ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จึงเห็นได้ว่า บทบาทขององค์กรภาคประชาสังคม มีการแตกตัวและมีความหลากหลายมากขึ้นเป็นอย่างมาก นอกเหนือจากการจัดหาบริการสาธารณะ และการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความทุกข์ยากขององค์กรประชาสังคมในช่วงที่ผ่านมาได้ทิวความหลากหลายเพิ่มมากขึ้นในแง่ของการทำงานสาธารณะประโยชน์และสาธารณกุศลแล้ว องค์กรพัฒนาเอกชนยังค่อยขยายบทบาท และได้เริ่มงานเกี่ยวกับการปกป้องพิทักษ์สิทธิ การสร้างองค์ความรู้ ตลอดจนการนำเสนอทางเลือก หรือทางออกให้แก่สังคม ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกด้านสุขภาพ ทางเลือกในวิถีชีวิตการผลิต เช่น เกษตรอินทรีย์ เกษตรธรรมชาติ เป็นต้น งานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการนำเสนอการแพทย์ทางเลือก การฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ และการแพทย์พื้นบ้าน ได้กลายเป็นงานที่โดดเด่น ซึ่งองค์กรภาคประชาชนเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทอย่างกระตือรือร้น

คุณูปการที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ปรากฏเด่นชัด ในช่วงประวัติศาสตร์ขององค์กรภาคเอกชนที่ผ่านมาก็คือ กรณีทุจจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2541 ความอื้อฉาวในกรณีทุจจริตยานี้ได้ทำให้สื่อมวลชนและสาธารณชนให้ความสนใจและติดตามเรื่องราวอย่างใกล้ชิด ในการเปิดโปงการทุจจริตดังกล่าวมีองค์กรพัฒนาภาคเอกชนและชมรมแพทย์ชนบทเป็นหัวหอกสำคัญ (โกมาตร 2546) ทำให้กรณีดังกล่าวสามารถนำผู้กระทำผิดในระดับนักการเมืองที่เป็นรัฐมนตรีประจำกระทรวงมาจับโทษได้เป็นกรณีแรกของประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย

การเปิดโปงการทุจจริตคอร์ปชั่น ได้นำมาซึ่งกระแสการตื่นตัวของสาธารณชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการปฏิบัติและวัฒนธรรมราชการที่ได้ทำให้เกิดกรณีการทุจจริตยาที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปได้ สื่อมวลชนได้ติดตามข่าวสารดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ผู้บริหารในระดับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ถูกตัดสินลงโทษจำคุกจากการกระทำผิดที่ตนเองก่อขึ้น ในการทุจจริตยาค้างครั้งนั้น แม้ว่าชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนกว่า 30 องค์กรที่เข้าร่วมกันผลักดัน และเปิดโปงกรณีทุจจริตดังกล่าวอย่างแข็งขัน จะได้รับการชื่นชมจากสาธารณชนในความกล้าหาญ และมุ่งมั่นที่จะเปิดโปงให้เห็นถึงการทุจจริตประพฤติมิชอบในวงการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อพึงระวังที่จะต้องติดตามต่อไปว่า การเปิดโปงดังกล่าวนั้น จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างที่จะได้ผลยั่งยืนอย่างไรบ้าง หรือการเปิดโปงดังกล่าว จะเป็นเพียงการหาแพะมารับบาปเป็นกรณีเฉพาะรายบุคคล โดยถึงที่สุดแล้ว ก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง หรือการอภิบาลระบบสาธารณสุข รวมทั้งไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับวัฒนธรรมราชการ ที่เชื่อให้เกิดการคอร์รัปชันดังกล่าวขึ้นได้ อย่างไรก็ตามเป็นที่เด่นชัดขึ้นว่า นอกเหนือจากบทบาทที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ยากไร้ บทบาทในแง่การเสนอทางเลือก ทางออกแก่สังคม รวมทั้งบทบาทการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อชักนำการตัดสินใจและฐานสำหรับการเรียนรู้ของสาธารณชนแล้ว องค์กรภาคประชาสังคม ยังปรากฏบทบาทเด่นชัดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง ในด้านของการสร้างความโปร่งใสและกระบวนการการมีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข โดยการเข้าตรวจสอบ การทำงานและการเปิดโปงในกรณีที่มีการทุจริต ประพฤติมิชอบบทบาทดังกล่าวนี้ จึงเป็นบทบาทที่มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา

บทที่ 3

ประสบการณ์สากลเกี่ยวกับประชาสังคมและการปฏิรูปสุขภาพ: การทบทวนสถานะองค์ความรู้

การปฏิรูปสุขภาพกับการขาดหายไปของภาคประชาสังคม

บทนี้จะเป็นการวิเคราะห์บทบาทที่มีอยู่อย่างจำกัดของภาคประชาสังคมในกระแสการปฏิรูปสุขภาพ (Health reform movement) ที่เกิดขึ้นในระดับสากล ถึงแม้ว่าในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประชาสังคมได้กลายเป็นพลังทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน และสิทธิสตรี แต่บทบาทของภาคประชาสังคมดังกล่าวนี้กลับขาดหายไปอย่างน่าแปลกประหลาดในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพที่แผ่ขยายไปทั่วโลกในราวทศวรรษที่ผ่านมา ในกระแสการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก อาจกล่าวได้ว่า การขาดหายไปจากกระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพของภาคประชาสังคมในระดับสากล เป็นการขาดหายไป 2 ลักษณะด้วยกัน คือ การปฏิรูปภาคสุขภาพที่ผ่านมาไม่ได้มีการพิจารณาถึงบทบาทของภาคประชาสังคม ในแง่ของการเป็นองค์กรที่ช่วยให้กิจการในระบบสุขภาพหรือระบบบริการทางการแพทย์มีคุณภาพและกระจายทั่วถึงขึ้น โดยกระบวนการปฏิรูปมักให้ความสนใจเฉพาะต่อบทบาทของภาครัฐกับภาคธุรกิจเอกชนเท่านั้น ภาคประชาสังคมยังขาดหายไปจากกระแสการปฏิรูปในฐานะพลังทางการเมืองที่ควรเข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดวาระการปฏิรูปต่าง ๆ

อาจกล่าวได้ว่าที่ผ่านมา การกำหนดนโยบายการปฏิรูปสุขภาพในระดับสากล ส่วนใหญ่ตกอยู่ในอำนาจควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุข และข้าราชการหรือภาครัฐเป็นสำคัญ บทวิเคราะห์ต่อไปนี้ ต้องการแสดงให้เห็นว่า การขาดหายไปของภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูปนั้น ไม่เพียงแต่เป็นผลจากโครงสร้างที่ไม่เอื้อให้องค์กรนอกภาครัฐและนอกวิชาชีพเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดวาระการปฏิรูปต่าง ๆ แต่ทว่า การขาดหายไปของภาคประชาสังคมในการปฏิรูปสุขภาพในระดับสากลนั้น ยังเกิดขึ้นจากวิธีคิดทางการแพทย์ที่สังคมทั่วโลกใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งวิธีคิดดังกล่าวนี้ได้ทำให้บทบาทของภาคประชาสังคมเป็นไปได้อย่างจำกัด รวมทั้งวิธีคิดที่ได้มองสุขภาพในกรอบที่แคบยังเป็นกระบวนการที่กีดกันภาคประชาสังคมจากการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในกระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพ

หากจะกล่าวกันโดยทางการเมืองแล้ว การที่ภาคประชาสังคมจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวในระบบสุขภาพ ก็อาจจะเป็นสิ่งที่โครงสร้างอำนาจเดิมที่ควบคุมการเมืองของภาคสุขภาพมิได้ต้องการให้เกิดขึ้นเท่าใดนัก เพราะเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว สถาบันวิชาชีพทางการแพทย์รวมทั้งบริษัทยักซ์ใหญ่ที่ผลิตและจำหน่ายเภสัชภัณฑ์ต่าง ๆ และระบบราชการมีบทบาทครอบงำระบบการแพทย์อย่างมากและดูเหมือนจะ

มีอำนาจอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ โดยโครงสร้างอำนาจดังกล่าวนั้น แทบจะไม่มีการทำทลายจากสาธารณชน หรือกลุ่มทางสังคมอื่นใดเลย ในโครงสร้างของอำนาจที่เป็นอยู่ดังกล่าว จึงเป็นไปได้ยากที่ภาคประชาสังคมซึ่งแต่แรกเริ่มมิได้มีบทบาทใด ๆ จะได้รับการยินดีต้อนรับจากองค์กรและบุคคลที่สังกัดอยู่ในโครงสร้างอำนาจเดิมให้เข้ามาในขอบวงทางการเมืองของการแพทย์และการสาธารณสุข

การที่องค์กรภาคประชาสังคมขาดหายไปจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นเกิดจากเหตุผลหลายประการ นอกจากเหตุผลที่ตรงไปตรงมาทางการเมืองที่โครงสร้างและสถาบันที่เกี่ยวข้องกับอำนาจต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งอำนาจและผลประโยชน์ของตนแล้ว ยังมีเหตุผลในเชิงวัฒนธรรมที่เป็นมูลเหตุสำคัญที่ทำให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทน้อยในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพที่ผ่านมา การทบทวนประสบการณ์การปฏิรูปภาคสุขภาพในระดับสากลชี้ให้เห็นถึงลักษณะทางวัฒนธรรมที่ได้ทำให้กระบวนการปฏิรูปเป็นสิ่งที่ภาคประชาสังคมเข้าไปมีส่วนร่วมได้ยาก อุปสรรคในเชิงวัฒนธรรมดังกล่าวนี้ ผังรากลึกอยู่ในวิถีคิดและการมองสุขภาพ รวมทั้งฝังแฝงอยู่ในกรอบแนวทางที่ใช้สำหรับดำเนินกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพต่าง ๆ ทั่วโลก ในกระบวนการถกเถียง อภิปราย เกี่ยวกับเรื่องการปฏิรูปภาคสุขภาพนั้น ความหมายของคำว่าสุขภาพถูกนิยามและตีความในลักษณะที่ยึดติดอยู่กับแนวคิดทางการแพทย์แบบเวชศาสตร์ชีวภาพเป็นหลัก ลักษณะดังกล่าวได้ทำให้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการปฏิรูปมักจะถูกจำกัดไว้แคบ ๆ เพียงแค่การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการทางการแพทย์และการทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เป็นไปได้อย่างทั่วถึงและกว้างขวางมากขึ้นเท่านั้น

ภายใต้กรอบการตีความสุขภาพและการปฏิรูปดังกล่าว วิถีคิดแบบเศรษฐศาสตร์และวิถีคิดแบบการแพทย์เวชศาสตร์ชีวภาพได้กลายเป็นกฎเกณฑ์สำคัญของแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ และกฎเกณฑ์ดังกล่าวเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในสนามการปฏิรูปภาคสุขภาพ เมื่อสุขภาพถูกมองว่าเป็นเรื่องการแพทย์และการเข้าถึงบริการภายใต้ข้อจำกัดด้านการเงิน การปฏิรูปจึงกลายเป็นเรื่องเฉพาะสำหรับนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นักการสาธารณสุขและแพทย์ที่มีความเข้าใจในเรื่องการเฝ้าระวังรักษาโรคตามแนวคิดการแพทย์แบบตะวันตกเป็นสำคัญ ลักษณะดังที่กล่าวมานั้นทำให้พื้นที่สำหรับภาคประชาสังคมในการร่วมกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือในฐานะของผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพมิได้้อย่างจำกัด ทั้งนี้เป็นเพราะกรอบวิธีมองสุขภาพตามกระแสหลักนั้นเน้นไปที่การซ่อมสุขภาพ ซึ่งเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นหลังจากที่สุขภาพเสียแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องใช้การแพทย์เป็นปัจจัยหลักในการซ่อมหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมและองค์กรสังคมนอกภาคการแพทย์สามารถเข้าร่วมกระบวนการ

การปฏิรูป และการสร้างความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสร้างเวทีที่เปิดกว้าง และสนับสนุนให้เกิดการถกเถียง ได้แย้ง อภิปรายในหมู่สาธารณชนพลเมือง เพื่อที่จะได้มาซึ่งแนวคิด และวิธีการในการปฏิรูปที่ทุกคนมีส่วนร่วม ทั้งนี้จะต้องเริ่มต้นจากกรอบความคิดที่มีความยืดหยุ่น การเริ่มต้นด้วยกรอบแนวคิดที่ตายตัวและคับแคบเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมือง และเป็นการจุดรับบทบาทของภาคสาธารณะ ที่จะเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูป

บทบทวนต่อไปนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนสำคัญ คือ ส่วนแรกจะกล่าวถึงบทบาทและการขยายตัวของภาคประชาสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยบทบาทของประชาสังคมดังกล่าวนั้นมีการขยายตัวอย่างกว้างขวางในขอบเขตทั่วโลก หลังจากนั้นในส่วนที่สองจะได้วิเคราะห์ถึงการขาดหายไปของภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยจะวิเคราะห์แนวทางการปฏิรูปสุขภาพที่แพร่ขยายไปทั่วโลกเพื่อชี้ให้เห็นถึงเหตุผลที่ทำให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทได้อย่างจำกัดในกระบวนการปฏิรูป ในตอนท้ายของบทวิเคราะห์จะนำเสนอกรณีของการปฏิรูปที่แตกต่างออกไปจากกระบวนการปฏิรูปกระแสหลักซึ่งเป็นกรณีที่มีการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อเป็นการเปรียบเทียบ โดยตัวอย่างดังกล่าวเป็นการแสดงถึงความเป็นไปได้ในการสร้างทางเลือกใหม่ ๆ ที่จะทำให้การปฏิรูปเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วมได้

การขยายตัวขององค์กรประชาสังคมในขอบเขตทั่วโลก

การเติบโตของภาคประชาสังคมนั้นเป็นปรากฏการณ์ในระดับโลก ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา องค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณประโยชน์ ซึ่งไม่ได้แสวงหากำไรจากกิจกรรมที่ดำเนินการนั้น ได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วในส่วนต่าง ๆ ของโลก ทั้งในส่วนของประเทศโลกที่หนึ่งและโลกที่สาม ในทวีปแอฟริกา องค์กรสาธารณประโยชน์ ได้เพิ่มขึ้นจาก 1,506 องค์กร ในปี พ.ศ. 2528 เป็นมากกว่า 20,000 องค์กรในปี พ.ศ. 2537 ในประเทศเคนยาประเทศเดียว องค์กรสาธารณะเหล่านี้เพิ่มขึ้นจาก 125 องค์กร ในปี พ.ศ. 2517 เป็นมากกว่า 400 องค์กร ในปี พ.ศ. 2523 ในขณะที่ ในซิมบับเว ปริมาณองค์กรเพิ่มขึ้นจาก 376 ในปี พ.ศ. 2523 ไปเป็น 1,506 ในปี พ.ศ. 2528 แม้แต่ในภาคตะวันออกกลาง องค์กรภาคเอกชนในเขตเวสต์แบงก์ และฉนวนกาซ่า ก็ได้เพิ่มขึ้นจาก 272 องค์กร ในปี พ.ศ. 2530 ไปเป็น 440 ในปี พ.ศ. 2535 ในจอร์แดนก็เช่นเดียวกัน จำนวนองค์กรพัฒนาเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 221 ในปี พ.ศ. 2523 ไปเป็น 587 องค์กรในปี พ.ศ. 2535 ในตูนิเซีย ตัวเลขเพิ่มขึ้นสองเท่า จาก 1,886 ในปี พ.ศ. 2531 ไปเป็น 5,186 องค์กร ในปี พ.ศ. 2534

ในยุโรปตะวันออกก็เช่นเดียวกัน องค์กรภาคประชาสังคมกว่า 70,000 องค์กร ถูกจัดตั้งขึ้นในระหว่างปี พ.ศ.2535 - 2540 ในยุโรปตะวันตกองค์กรที่ไม่แสวงหาประโยชน์กำไรก็มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว

เร็วเช่นเดียวกัน ในประเทศฝรั่งเศส ในระยะเวลาหนึ่งปีในช่วง พ.ศ.2530 ได้มีการก่อตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนมากถึง 54,000 องค์กร ทั้งที่ก่อนหน้านี้แนวโน้มอัตราการเพิ่มขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนในฝรั่งเศสในช่วงทศวรรษ 1960 มีเพียง 10,000-12,000 องค์กรต่อปีเท่านั้น ในประเทศอังกฤษ งบประมาณค่าใช้จ่ายขององค์กรภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นจาก 7.9 พันล้านปอนด์ในปี พ.ศ. 2523 ไปเป็น 12.6 พันล้านปอนด์ ในปี พ.ศ. 2529 เช่นเดียวกับในทวีปอเมริกาเหนือ การบริจาคเงินเพื่อสาธารณประโยชน์ขององค์กรเอกชนและธุรกิจต่าง ๆ เพิ่มขึ้นถึง 221 % ในสหรัฐอเมริกา และมีอัตราการเพิ่มขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนถึง 160% ในระหว่างปี พ.ศ. 2510 - 2528 นับจาก พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา มีองค์กรพัฒนาเอกชนมากกว่า 40,000 องค์กร ที่ถูกจัดตั้งขึ้นแต่ละปีในสหรัฐอเมริกา (ข้อมูลจาก Anheier & Seibel, eds. 1990; Oliveira & Tandon, eds. 1994; Weisbrod 1988; and Ben-ner & Gui 1993)

องค์กรพัฒนาภาคประชาสังคมเหล่านี้ไม่ได้เพิ่มขึ้นแต่ในเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ว่าบทบาทในการเปลี่ยนแปลงสังคมตลอดจนอิทธิพลที่องค์กรเหล่านี้มีต่อการดำเนินนโยบายของรัฐในด้านต่างๆ ก็มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ หลายประการ องค์กรเหล่านี้หลายองค์กรมีบทบาทและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นกว่าองค์กรระหว่างประเทศหรือรัฐบาลของบางประเทศเสียอีก องค์กรอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมหลายองค์กร มีงบประมาณในการดำเนินการมากกว่างบประมาณแผ่นดินของหลายประเทศ องค์กรเช่น กรีนพีซ อินเตอร์เนชันแนล (Green Peace International) และ World Wildlife Fund (WWF) เป็นตัวอย่างที่ดี องค์กรทั้งสองนี้มีงบประมาณต่อปีมากกว่า 100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ 200 ล้านดอลลาร์สหรัฐตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2535 ในขณะที่งบประมาณด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมขององค์กรสหประชาชาติรวมกันทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน มีเพียง 75 ล้านดอลลาร์สหรัฐเท่านั้น

ในระดับโลกการสนับสนุนงบประมาณสำหรับองค์กรพัฒนาภาคเอกชนจากองค์กรให้ทุนระหว่างประเทศ เพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า จาก 3.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2526 ไปเป็น 7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มมากกว่า 16% ของการช่วยเหลือต่างประเทศแบบทวิภาคีที่เป็นอยู่ (Williams 1990; Clark 1991, cited in Farrington et al, eds. 1993: 5) รายงานการศึกษาวิจัยของศูนย์การศึกษาภาคประชาสังคม ที่มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกิน (John Hopkins Center for Civil Society) ได้แสดงให้เห็นว่า ในสหรัฐอเมริกา ในยุโรป และลาตินอเมริกา องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรนั้นได้กลายเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญในทางเศรษฐกิจ โดยองค์กรเหล่านี้มีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมกันมากถึง 1.1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีการจ้างงานมากกว่า 19 ล้านคน ในภาคเอกชนไม่หวังผลกำไรดังกล่าว (Salamon et al. 1999)

ไม่เพียงแต่การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับองค์กรภาคเอกชน ที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่

ผ่านมา องค์กรเหล่านี้ยังได้พัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน จนมีศักยภาพมากกว่าองค์กรระหว่างประเทศที่มีมาก่อนอีกด้วย องค์กรนิรโทษกรรมสากล (Amnesty International) และ Human Rights Watch เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างผลกระทบที่สามารถเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของรัฐบาลต่าง ๆ ที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างเด่นชัด หรือในกรณีของกลุ่มกรีนพีซสากล (Green Peace International) ที่มีเครือข่ายการทำงาน การสื่อสาร การผลิตและการกระจายสื่ออย่างมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง โดยมีเครือข่ายการสื่อสารผ่านดาวเทียมของตนเอง ซึ่งทำให้สามารถจัดการด้านการสื่อสารกับสาธารณะอย่างได้ผล โดยสามารถที่จะส่งภาพและข่าวไปยังสำนักข่าวต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งส่งภาพวิดีโอที่เกี่ยวกับการอนุรักษ์และรณรงค์ เพื่อป้องกันสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ ไปยังประเทศต่าง ๆ ถึง 88 ประเทศ โดยส่งตรงไปที่สถานีโทรทัศน์ในประเทศเหล่านั้นได้ภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง (Wapner 1995: 321) กิจกรรมของกรีนพีซสากลจึงได้รับการเผยแพร่ไปสู่สื่อมวลชนทั่วโลกมากยิ่งขึ้นกว่ากิจกรรมใด ๆ ขององค์กรสังกัดสหประชาชาติ และมากกว่าองค์กรธุรกิจต่าง ๆ

การเติบโตอย่างเด่นชัดของภาคประชาสังคมในระดับโลก เป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏเด่นชัดเช่นนี้มาก่อน มีจากการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2535 มีองค์กรกว่า 15,000 องค์กรทั่วโลกที่มีกิจกรรมติดต่อกับประชาชน เชื่อมโยงถึงกัน และมีความพยายามที่จะสร้างเครือข่ายประชาสังคมนานาชาติขึ้น และในขณะเดียวกัน เครือข่ายขององค์กรเอกชนเหล่านี้ ก็ได้ขยายบทบาทจนเป็นที่ปรากฏชัดเจนในเวทีระดับนานาชาติหลายกรณี ไม่ว่าจะเป็นการประชุมเรื่องสิ่งแวดล้อมโลก Rio Earth Summit ที่กรุงริโอ เดอ จาเนโร การประชุมเรื่องสิทธิมนุษยชนสากลที่กรุงเวียนนา การประชุมเรื่องการพัฒนาสังคมที่กรุงโคเปนเฮเก้น หรือการประชุมเกี่ยวกับประชากร และการพัฒนา (International Conference On Population And Development) ที่กรุงไคโร

แต่ปรากฏการณ์ที่โดดเด่นเป็นที่อ้างอิงถึงมากที่สุดครั้งหนึ่ง ดูเหมือนจะเป็นการประชุมในระดับโลกเกี่ยวกับเรื่องสิทธิสตรีที่กรุงปักกิ่งในปี พ.ศ. 2538 ในการประชุมดังกล่าว องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมากได้รวมตัวและจัดกระบวนการประชุมคู่ขนานไปกับกระบวนการประชุมที่เป็นทางการของหน่วยงานภาครัฐการประชุมคู่ขนานดังกล่าวมีวาระการประชุมของตนเอง และได้กลายเป็นจุดสนใจของสื่อมวลชนระดับนานาชาติ มีการรายงานความเคลื่อนไหวและติดตามประเด็นการประชุมอย่างใกล้ชิดจากสื่อมวลชนมากยิ่งขึ้นกว่าการประชุมที่เป็นทางการขององค์กรสหประชาชาติที่เกิดขึ้นภายในห้องประชุมเสียด้วยซ้ำไป นักข่าวจากสำนักข่าว NewsWeek ได้สังเกตการประชุมดังกล่าวและได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า “ในระยะยาวแล้ว องค์กรสหประชาชาติอาจจะมีสถานะเป็นเพียงแค่หมอต้าแย ที่จะทำคลอดให้กับองค์กรระหว่างประเทศแบบใหม่ที่กำลังเกิดขึ้น” (Bogert 1995: 15) องค์กรระหว่างประเทศใหม่ที่กำลังเกิดขึ้นที่โบเกิร์ตกล่าวถึงก็

คือ เครือข่ายขององค์กรเอกชนที่เกาะเกี่ยวกันมีวาระและขับเคลื่อนนโยบายของตนเอง จนสามารถต่อรองกับรัฐและภาคธุรกิจข้ามชาติได้มากยิ่งขึ้นตลอดเวลา

บทบาทขององค์กรประชาสังคมระหว่างประเทศในปัจจุบันยังมีความโดดเด่นและมีลักษณะวิพากษ์วิจารณ์แนวทางการดำเนินการนโยบายของสถาบันระดับโลกมากยิ่งขึ้น โดยที่เป้าหมายสำคัญของการรณรงค์ของภาคเอกชนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อยู่ที่การตรวจสอบและท้าทายนโยบายของธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ และองค์การการค้าโลก ในการประชุมขององค์กรการค้าโลกครั้งที่ 3 ที่เมืองซีแอตเติล และการประชุม World Economic Forum ในปี พ.ศ. 2543 ที่ดาวอส และการประชุมอังกัด ครั้งที่ 10 ที่กรุงเทพมหานคร ตลอดจนการประชุม World Bank และ IMF ประจำปีที่กรุงวอชิงตัน ดีซี องค์กรภาคเอกชนระดับนานาชาติได้รวมพลังกันทำการประท้วง ต่อต้าน และต่อรองกับองค์กรการเงินระหว่างประเทศเหล่านี้เพื่อที่จะให้นโยบายและทิศทางการพัฒนาซึ่งสนับสนุนโดยองค์กรการเงินระหว่างประเทศเหล่านี้มีการเคารพในสิทธิมนุษยชนและเป็นธรรมกับประเทศโลกที่สามมากขึ้น

บทบาทของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ: บทเรียนจากนานาชาติ

ในด้านสุขภาพมีการประมาณการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2534 มีองค์กรพัฒนาภาคเอกชนในหมู่ประเทศที่กำลังพัฒนา มากกว่า 10,000-20,000 องค์กรที่มีกิจกรรมในการพัฒนาด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยครอบคลุมประชากรมากกว่า 100 ล้านคน (South Center, United Nation 1996 อ้างใน Jareg & Kaseje 1998: 820) บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นมีความแตกต่างหลากหลาย ลักษณะ ในยุคแรก ๆ องค์กรอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำงานในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นทำหน้าที่จัดหาบริการทางการแพทย์เพื่อมนุษยธรรมเป็นหลัก ในเวลาต่อมา องค์กรเอกชนเหล่านี้ได้ขยายบทบาท และปรับเปลี่ยนภารกิจจนมีความหลากหลายมากขึ้น นับได้ตั้งแต่การจัดหาบริการด้านสุขภาพ การแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน การเป็นองค์กรที่ส่งสัญญาณเตือนว่าปัญหาที่คุกคามสุขภาพกำลังจะเกิดขึ้น หรือการเฝ้าระวังการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมขององค์กรต่าง ๆ การเป็นองค์กรที่รวบรวม จัดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านนโยบายของรัฐหรือของบริษัทเอกชนต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการต่อต้าน ต่อรอง หรือคัดค้านนโยบายขององค์กรพัฒนาระหว่างประเทศ กองทุนการเงินหรือธนาคารโลก ที่มีผลลบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศโลกที่สาม นอกจากนั้น ยังเห็นได้ถึงบทบาทที่มีมากขึ้นขององค์กรภาคเอกชน ในการนำเสนอทางออกหรือการขับเคลื่อนสุขภาพทางเลือกด้วย

ในรายงานขององค์การสหประชาชาติ ชื่อ Our Global Neighborhood ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมาธิ

การธรรมาภิบาลระดับโลก (Commission on Global Governance) ได้มีการเขียนถึงบทบาทของภาคเอกชนที่ขยายเพิ่มมากขึ้นไว้ว่า

องค์กรเอกชนนั้นมีเพิ่มมากขึ้นและมากขึ้นตลอดเวลา และนับวันยังมีบทบาทมากขึ้นในการกำหนดวาระการพัฒนา และนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปิดประเด็นสำคัญให้สาธารณชนได้รับรู้หรือให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่ผู้ตัดสินใจในระดับนโยบายเพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น กิจกรรมใหม่ ๆ ที่องค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ได้ทำขึ้นนั้น เป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมแปลกใหม่มากขึ้นกว่าการเรียกร้องสิทธิ หรือการจัดหาบริการสาธารณะแก่ผู้ที่ขาดแคลน ซึ่งเป็นบทบาทที่เคยเป็นมา โดยกิจกรรมใหม่ ๆ มีลักษณะที่ขยายกรอบการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ อันมีผลอย่างสำคัญต่อการสร้างระบบธรรมาภิบาลขึ้น (The Commission on Global Governance, reprinted in Boston Research Center for the 21st Century 1995: 56-57)

มีความพยายามของนักวิชาการที่จะวิเคราะห์องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในงานสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจกับบทบาทขององค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ กิล วอล์ท (Gill Walt) เสนอว่า บทบาทขององค์กรต่าง ๆ เหล่านี้สามารถที่จะจัดกลุ่มเป็นกลุ่มสำคัญ ๆ 3 ประเภท คือ 1) องค์กรด้านการสนับสนุนและจัดหาบริการ 2) องค์กรด้านนโยบายและเรียกร้องคุ้มครองสิทธิ 3) องค์กรด้านการสร้างความรู้และการวิจัย (Walt 1998: 4) ในขณะที่ยาง โอโร (Nyangg' oro, อ้างใน Jareg & Kaseje 1998: 819) ได้นำเสนอบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้แตกต่างออกไป โดยเขาได้ชี้ให้เห็นว่า องค์กรพัฒนาภาคประชาสังคมเหล่านี้ มีบทบาทที่น่าสนใจ 3 ด้านคือ 1) การเสนอทางเลือกหรือทางออกคู่ขนานไปกับแนวทางกระแสหลักที่เป็นอยู่ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การเมือง เศรษฐกิจ ในด้านสุขภาพนั้น เป็นการนำเสนอทางเลือกใหม่ ๆ เช่น การแพทย์ทางเลือก หรือการกลับไปหาภูมิปัญญาดั้งเดิมทางสุขภาพของชุมชน ส่วนในทางด้านการเมืองและเศรษฐกิจ ก็คือการนำเสนอถึงแนวทางการมีส่วนร่วมทางการเมืองภาคพลเมืองใหม่ ๆ หรือการแสวงหาระบบเศรษฐกิจใหม่ที่มีการเอารัดเอาเปรียบกันน้อย ไม่ว่าจะเป็นแนวทางเศรษฐกิจทางเลือกต่าง ๆ (เช่น เศรษฐกิจพอเพียง หรือ เกษตรพึ่งตนเอง ในประเทศไทย เป็นต้น) บทบาทที่ 2) คือ บทบาทการเป็นกระบอกเสียง ซึ่งทำหน้าที่ในการตอรองหรือปกป้องสิทธิของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ องค์กรที่ทำงานในบทบาทด้านนี้ มักจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับรัฐหรือกลไกของภาครัฐ หรือการทำให้มีการสนทนาหรือตอรองเพื่อให้กลไกของภาครัฐมีความโปร่งใสมากขึ้น หรือการลดการฉ้อราษฎร์บังหลวงและนโยบายที่ไม่เหมาะสมให้น้อยลง บทบาทที่ 3) เป็นบทบาทที่ยาง โอโรถือว่า เป็นบทบาทที่ผสมผสาน

ระหว่างบทบาทที่ 1 กับบทบาทที่ 2 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ว่าจะเรียกร่องบทบาทอย่างไรได้บ้าง

หากเรานำเอาข้อเสนอของกิล ว็อลท์ และยาง โอโร มาสังเคราะห์รวมกัน ก็อาจเห็นได้ว่า มีบทบาทของภาคประชาสังคมที่ปรากฏโดดเด่นอยู่ 4 ลักษณะด้วยกันที่ทำให้องค์กรต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญในการดำรงอยู่ในภาคการพัฒนาทางสังคมและในด้านสุขภาพอนามัย บทบาททั้ง 4 นั้นได้แก่

- 1) การให้การสงเคราะห์และจัดหาบริการต่าง ๆ (Support & Service)
- 2) การเสนอทางเลือกหรือทางออกจากกระแสหลัก (Alternative & Exit Option)
- 3) การปกป้องสิทธิและการผลักดันนโยบาย (Right and Advocacy) และ
- 4) งานทางด้านการศึกษาและการสร้างความรู้ (knowledge & Research)

โดยแต่ละบทบาทจะมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. บทบาทด้านการสงเคราะห์และจัดหาบริการ บทบาทเหล่านี้อาจจะถือได้ว่า เป็นบทบาทดั้งเดิมขององค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ มาตั้งแต่อดีต องค์กรอาสาสมัครในยุคเริ่มต้นนั้น ไม่ว่าจะเป็นองค์กรการกุศลของชนชั้นนำหรือองค์กรของกลุ่มเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ต่าง ๆ ส่วนมากมักเป็นการดำเนินการให้สวัสดิการแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรม บริการทางสังคม หรือการจัดหาบริการทางการแพทย์ก็เป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเด่นขององค์กรในกลุ่มเหล่านี้ แต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา องค์กรภาครัฐและรัฐชาติได้กลายเป็นผู้จัดหาบริการสาธารณะและสวัสดิการต่าง ๆ เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม องค์กรภาคเอกชนก็ยังมีความสำคัญในการแทนที่รัฐ ในสถานการณ์หรือในประเทศที่กลไกของรัฐล้มเหลว ตัวอย่างที่เด่นชัดคือ โครงการที่ชื่อว่า Integrated Health Program ขององค์กรจันทร์เสี้ยวแดงแห่งโซมาเลีย (Somalia Red Crescent Society) หรือกิจกรรมด้านสุขภาพกับการพัฒนาของคริสตจักรในสหพันธ์ประชาธิปไตยคองโก หรือ Integrated Health and Development Program ในอาฟกานิสถาน (Jareg & Kaseje 1998: 820) ในสถานการณ์ที่กล่าวมานั้น องค์กรและกลไกของภาครัฐล้มเหลวอย่างสิ้นเชิงในการจัดหาบริการขั้นพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคมให้แก่สมาชิก องค์กรเอกชนมีบทบาทขึ้น เพื่อทดแทนกลไกของรัฐที่ไร้ประสิทธิภาพหรือล้มเหลวในการดำเนินการดังกล่าว

นอกจากนั้นองค์กรเอกชนยังมีลักษณะเด่นในแง่ที่สามารถดำเนินภารกิจได้หลายอย่าง และมีประสิทธิภาพมากกว่าในการเข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือกลุ่มชายขอบต่าง ๆ ตัวอย่างที่โดดเด่นขององค์กรที่ทำงานด้านการจัดหาบริการก็คือ เฮอกา เดอ คริสโต (Hogar de Cristo) ซึ่งจัดตั้งขึ้นในซานติเอโก ประเทศชิลี โดยนักบวชชื่อ อัลเบอโต้ เฮอตาโด (Alberto Hurtado) ในปี พ.ศ. 2487 ซึ่งในปี พ.ศ. 2535 องค์กรสาธารณประโยชน์แห่งนี้ได้ขยายตัวจนกระทั่งมีสำนักงานสาขาถึง 37 แห่งกระจายอยู่ทั่วประเทศชิลี และสามารถให้การดูแลเด็กจำนวนถึง 7,200 คน ผู้ใหญ่ 2,900 คน และผู้สูงอายุอีกกว่า 2,000 คน องค์กร

นี้มีบ้านสำหรับผู้สูงอายุจำนวนกว่า 110 หลังคาเรือนซึ่งได้รับบริจาคจากบริษัทรับเหมาก่อสร้าง นอกจากนี้ ยังมีบ้านพักสำหรับคนจนมากกว่า 40 แห่งในเมืองใหญ่ 30 เมือง (ดูรายละเอียดใน Fernandes 1994b: 52) องค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ ให้บริการทางสังคมที่หลากหลาย ตั้งแต่จัดหาสวัสดิการขั้นพื้นฐาน บริการทางการแพทย์ หรือให้บริการด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสาร หรือแม้แต่การให้การสนับสนุน โดยการช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจกัน เพื่อที่จะก้าวข้ามช่องว่างทางการเมืองที่มีระหว่าง กลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ อีกด้วย

2. บทบาทด้านการเสนอทางออกหรือทางเลือกจากกระแสหลัก ในด้านสุขภาพนั้น องค์กรภาคประชาสังคมมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่ทำงานส่งเสริมวิถีชีวิตทางเลือกหรือการรักษาสุขภาพแบบทางเลือก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะองค์กรประชาสังคมเหล่านี้ทำงานอยู่นอกโครงสร้างและกรอบแนวคิดของกระแสหลักทำให้สามารถนำเสนอทางเลือก หรือทางออกที่ก้าวพ้นจากวิถีคิดแบบกระแสหลักได้ องค์กรเหล่านี้สามารถที่จะสร้างและส่งเสริมระบบสุขภาพทางเลือกของภาคประชาสังคมที่ดำเนินการคู่ขนานไปกับระบบการแพทย์กระแสหลัก โดยนำเสนอตัวเลือกต่าง ๆ ที่หลากหลายสำหรับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับความพึงพอใจจากระบบการแพทย์ที่เป็นอยู่ องค์กรเหล่านี้อาจไม่ได้นำเสนอสุขภาพในมิติเดียวกับการแพทย์แบบเวชศาสตร์ชีวภาพ แต่กิจกรรมต่าง ๆ ก็ล้วนเกี่ยวกับสุขภาพในมิติใดมิติหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพสังคม (social health, social well-being) แม้แต่สุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) การนำเสนอทางเลือกวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นเกษตรอินทรีย์ การอนุรักษ์สภาพแวดล้อม และนิเวศวิทยา การเกษตรแบบผสมผสาน หรือการเกษตรแบบยั่งยืน รวมทั้งการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อสุขภาพทั้งสิ้น กิจกรรมเหล่านี้อาจจะถือได้ว่าเป็น ส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในความหมายที่กว้าง

นอกจากนั้นองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในด้านนี้ ยังมีบทบาทสำคัญในการนำเสนอการแพทย์ทางเลือกหรือการเยียวยาการรักษาในวิถีคิดที่แตกต่างออกไปเฉพาะกลุ่ม ซึ่งอาจจะต้องการการเยียวยา รักษาที่ไม่ได้รับการตอบสนองจากการแพทย์กระแสหลัก ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีความต้องการในด้านมิติทางสังคมจิตวิทยา เพื่อที่จะเสริมกับบริการทางการแพทย์กระแสหลักที่มีอยู่แล้ว หรือกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาได้ด้วยการแพทย์กระแสหลักก็ตาม บทบาทในการนำเสนอทางเลือกหรือทางออกใหม่ๆ เหล่านี้ มีส่วนสำคัญในการทำให้กระแสการตื่นตัวเรื่องสุขภาพในสังคมต่าง ๆ ทั่วโลกได้รับความสนใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากความเคลื่อนไหวในเรื่องสุขภาพที่ผสมผสานเอาแนวคิดการแพทย์ตะวันออก หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับดูแลสุขภาพของกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในชุมชนชั้นกลางในเมืองที่ดิ้นรนแสวงหาทางเลือกหรือทางออกใหม่ ๆ จากชีวิตในเมือง ซึ่งเต็มไปด้วยปัญหามลพิษและความเครียดที่

สะสมอยู่ในการทำงานและชีวิตประจำวัน

3. บทบาทด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิ องค์กรที่ทำงานด้านสิทธิหรือผลักดันนโยบายเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิมักเป็นองค์กรที่ปรากฏให้เห็นเป็นที่รู้จักอย่างเด่นชัด ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรเหล่านี้มักมีบทบาทชัดเจนในประเด็นเชิงนโยบายและการต่อรองทางการเมือง จึงมักปรากฏเป็นข่าวในทางสื่อมวลชนอย่างสม่ำเสมอ องค์กรเหล่านี้ทำงานเพื่อผลักดันนโยบายและแบบแผนปฏิบัติของภาครัฐและภาคธุรกิจให้เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสังคมที่ผ่านมา อิทธิพลขององค์กรต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ในบรรดาองค์กรที่ทำงานด้านนี้ กลุ่มที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อม เช่น World Wildlife Fund, Friend of The Earth, Green Peace International, Conservation International และกลุ่ม Earth Island Institute เป็นองค์กรประชาสังคมระดับโลกที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง และมีบทบาทสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง ด้านสุขภาพนั้น มีกลุ่มองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิของผู้บริโภคโดดเด่นอยู่ในหลายประเทศ หนึ่งในจำนวนนั้นได้แก่ องค์กรผู้บริโภคของ ลาฟ นาเดอ และ องค์กร HAI หรือ Health Action International ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงกำไรที่มีเครือข่ายทั่วโลก โดยทำงานเชื่อมโยงกับกลุ่มที่รณรงค์เรื่องสุขภาพ งานพัฒนาและส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีอยู่ในกว่า 70 ประเทศ นอกจากนั้น ยังทำงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมอีกด้วย (Kim et al. eds. 2000: 408) ในเอเชียแปซิฟิก องค์กรที่โดดเด่นด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ได้แก่ Consumer International สาขาเอเชียแปซิฟิกซึ่งตั้งอยู่ที่ป็นัง ประเทศมาเลเซีย องค์กรนี้แต่เดิมเป็นที่รู้จักในชื่อ IOCU หรือ International Organization of Consumer Union โดยมีเครือข่ายทำงานระหว่างประเทศที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมากกว่า 25 ปี โดย Consumer International มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่กรุงลอนดอน และมีสำนักงานอยู่ในภูมิภาค ทั้งในมาเลเซีย ซิลี และในซิมบับเว

นอกจากองค์กรด้านการคุ้มครองที่เกี่ยวข้องกับอาหารและยา บทบาทขององค์กรประชาสังคมด้านการคุ้มครองสิทธิก็ยังปรากฏเด่นชัดในด้านที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีเครือข่ายการทำงานทั่วโลก และช่วยผลักดันให้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบผ่านมาตรการต่าง ๆ โดยทำงานอย่างแข็งขันในการต่อต้านการขยายตลาดยาสูบและบุหรี่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรณรงค์ต่อต้านบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่พยายามผลักดันสินค้ายาสูบหรือบุหรี่เข้าสู่ประเทศโลกที่สาม โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การดึงดูดกลุ่มเยาวชนและผู้หญิงให้สูบบุหรี่มากขึ้น ในประเทศไทยและในอีกหลายประเทศทั่วโลก เครือข่ายการต่อต้านการสูบบุหรี่และการควบคุมการบริโภคยาสูบก็ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง จนทำให้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบและห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ รวมทั้งมีการเปิดโปงข้อมูลงานวิจัยสำคัญหลายชิ้นที่แสดงว่าบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ โดยเฉพาะยักษ์ใหญ่ระดับโลกในอุตสาหกรรมยาสูบนั้นมีการทำงานวิจัยจำนวน

มากและรู้เห็นกับข้อค้นพบที่ว่า บุหรี่มีฤทธิ์เป็นยาเสพติด ทั้งยังมีความพยายามพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่สามารถทำให้สารเสพติดในบุหรี่เข้าสู่กระแสเลือดและก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายที่เหนียวนาให้เกิดการเสพติดอย่างรวดเร็วที่สุด การเคลื่อนไหวดังกล่าว มีผลทำให้บริษัทผลิตบุหรี่ข้ามชาติสูญเสียผลประโยชน์ และมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ครั้งใหญ่ ซึ่งในปัจจุบัน เครือข่ายการควบคุมการบริโภคยาสูบและการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ขยายขอบเขตและมีบทบาทสำคัญไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

4. บทบาทด้านการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ ในปี พ.ศ. 2532 องค์การวิจัยที่ชื่อว่า Public Interest Reserch Group (PIRG) ของสถาบันลาฟ นาเดอ ได้ร่วมมือกับองค์กรปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ ชื่อ The Natural Resources Defense Council (NRDC) เคลื่อนไหวรณรงค์อย่างหนักในเรื่องของการใช้สารอะลาร์ (Alar) เคลือบผิวแอปเปิล ภายหลังจากที่มิงงานวิจัยพบว่า สารเคมีดังกล่าวทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งมากกว่าที่ประกาศไว้โดยองค์กรปกป้องสิ่งแวดล้อมของสหรัฐถึง 240 เท่า (Wapner 1995: 327) การใช้ผลงานวิจัยดังกล่าว และการเคลื่อนไหวรณรงค์อย่างกว้างขวางได้กดดันให้บริษัท Uniroyal Chemical Company หยุดการผลิตสารอะลาร์ ไม่เฉพาะแต่ในสหรัฐอเมริกาเท่านั้น แต่ยังต้องยุติการผลิตสารดังกล่าวในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอีกด้วย ตัวอย่างดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความรู้และข้อมูลข่าวสารได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญและจะทวีความสำคัญมากขึ้นในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแบบแผนการปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นของรัฐ หรือบริษัทธุรกิจเอกชน องค์กรภาคประชาสังคมจึงมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยและสร้างความรู้มากยิ่งขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ตัวอย่างที่โดดเด่นในการใช้ข้อมูลงานวิจัยและองค์ความรู้ ก็คือ การทำงานของ Worldwatch Institute ซึ่งเป็นสถาบันที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในฐานะที่เป็นผู้ผลิตรายงานประจำปีชื่อ สถานการณ์โลก หรือ State of The World Report ซึ่งมีการตีพิมพ์เผยแพร่มากกว่า 27 ภาษาทั่วโลก นอกจากรายงานประจำปีดังกล่าวแล้ว สถาบัน Worldwatch Institute ยังได้มีสิ่งพิมพ์ที่ชื่อว่า Vital Sign ซึ่งเป็นวารสารที่ติดตามตัวชี้วัดสำคัญ ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมโลก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอุณหภูมิโลกที่เพิ่มขึ้นมากเนื่องจากปฏิกิริยาเรือนกระจก ปริมาณปลาที่ถูกจับได้ในทะเลและมหาสมุทรต่าง ๆ อัตราการเพิ่มของประชากรในจุดต่าง ๆ ทั่วโลก ตลอดจนค่าใช้จ่ายทางทหารของประเทศต่าง ๆ โดย World Watch ตีพิมพ์ และมีการส่งบทความไปยังสำนักพิมพ์และหนังสือพิมพ์ต่าง ๆ ทั่วโลกมากกว่า 100 สำนักพิมพ์ หนังสือรายงานประจำปี State of The World ของ Worldwatch Institute ได้กลายเป็นตำราเรียนที่ใช้ในหลักสูตรการศึกษาต่าง ๆ ทั้งในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยในหลายประเทศทั่วโลก เฉพาะในสหรัฐอเมริกา มีวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ นำเอารายงานดังกล่าวไปประกอบเป็นหลักสูตรการเรียนมากกว่า 1,300 หลักสูตร (Keating 1994: 94)

บทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมทั้งในเรื่องสุขภาพและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ปรากฏเด่นชัดขึ้น

มาอย่างต่อเนื่อง แต่ในด้านที่เกี่ยวกับการปฏิรูปสุขภาพ (Health reform) ซึ่งได้กลายเป็นวาระการปฏิรูปสังคมที่สำคัญที่แพร่กระจายไปทั่วโลกในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นั้นดูเหมือนว่าภาคประชาสังคมจะปรากฏบทบาทในกระบวนการปฏิรูปดังกล่าวอย่างค่อนข้างจำกัด ทั้งในแง่ที่ภาคประชาสังคมน่าจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการปฏิรูป และทั้งในแง่ที่ภาคประชาสังคมเองก็ได้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดหาและให้บริการทางการแพทย์และบริการสาธารณะต่าง ๆ แก่กลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาส

แนวทางการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ความพยายามที่จะปฏิรูปภาคสุขภาพที่แพร่กระจายไปในทุกภูมิภาคนั้น เกิดขึ้นจากข้อวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย และในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว นั้น กลับมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ ถึงแม้ว่าสาธารณชนโดยทั่วไปจะเห็นด้วยกับกระบวนการปฏิรูปที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ลดลงและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทั่วถึงเท่าเทียมกันมากขึ้น แต่กระบวนการปฏิรูปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นกลับมิได้นำการมีส่วนร่วมของสาธารณะเข้ามากำหนดทิศทางและขับเคลื่อนการปฏิรูปมากนัก กระบวนการปฏิรูปที่ผ่านมาถูกชี้นำและกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย นักวิชาชีพ นักการเมือง และข้าราชการประจำ โดยภาคสาธารณะมีส่วนร่วมกำหนดวาระการปฏิรูปอย่างจำกัด ในประเทศโลกที่สาม ขบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพนั้นถูกกระตุ้นโดยองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งได้ผลักดันและให้ความช่วยเหลือในกระบวนการที่จะทำให้เกิดการปฏิรูปภาคสุขภาพขึ้น องค์กรที่ให้การสนับสนุนทุน ตลอดจนสถาบันการเงินระหว่างประเทศ ก็มีบทบาทในการเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปในส่วนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการศึกษาและการสาธารณสุข โดยถือเป็นเงื่อนไขอย่างหนึ่งที่จะทำให้เข้าถึงความช่วยเหลือด้านการกู้ยืมเงินจากสถาบันเหล่านี้ ตลอดจนเป็นเงื่อนไขของการเข้ามาช่วยเหลือในวิกฤตเศรษฐกิจต่าง ๆ

ในกรณีทั้งหลายเหล่านี้ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า แรงขับเคลื่อนสำคัญของการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกมีผลมาจากความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และการเข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียมกันเป็นด้านหลัก ถึงแม้ว่าเราจะเห็นได้จากบทวิเคราะห์ก่อนหน้านี้ว่า สุขภาพได้กลายเป็นมิติหนึ่งของการพัฒนาที่ภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น แต่ก็เป็นที่น่าทึ่งจนแทบจะไม่น่าเชื่อไม่น้อยที่ในการปฏิรูปภาคสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น บทบาทของภาคประชาสังคมมิได้ปรากฏเด่นชัดมากเท่าที่ควร ทั้งในแง่ที่ภาคประชาสังคมน่าจะมีส่วนในการผลักดันขับเคลื่อนวาระการปฏิรูป ให้เกื้อกูลต่อประชาชนคนยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาส และในแง่ที่ภาคประชาสังคมเองก็มีศักยภาพและทรัพยากรที่จะช่วย

นำบริการทางการแพทย์ไปสู่ประชาชนให้ทั่วถึงมากขึ้น เพื่อที่จะเข้าใจการขาดหายไปของภาคประชาสังคม ในการปฏิรูปนี้ เราจำเป็นต้องวิเคราะห์ให้ลึกซึ้งถึงแนวทางการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามี ลักษณะอย่างไรบ้าง หากเราพิจารณาถึงแนวทางการดำเนินการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในภาคสุขภาพในช่วงสอง ทศวรรษที่ผ่านมา เราจะเห็นลักษณะร่วมกันที่เป็นปัญหาต่อการเข้ามามีบทบาทของภาคประชาสังคมดังต่อไปนี้

การปฏิรูปกับข้อจำกัดของการเมืองแบบเก่า

ในกระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกนั้น มักมองว่ากลไกและกระบวนการเชิงนโยบาย ที่เป็นทางการ คือระบบราชการเป็นเครื่องมือสำคัญแต่เพียงประการเดียวในการนำไปสู่การปฏิรูป ลักษณะ แนวทางการดำเนินงานเช่นนี้ แม้ว่าจะเป็นที่เชื่อถือกัน จนแทบจะกลายเป็นทฤษฎีการปฏิรูปภาคสุขภาพ ไปแล้ว แต่ก็มิได้นำไปสู่ผลสำเร็จของการปฏิรูปเสมอไป แม้แต่ในประเทศที่มีระบบกลไก และกระบวนการ เชิงนโยบาย รวมทั้งมีระบบการเมืองที่ได้ชื่อว่าเป็นแม่แบบของประชาธิปไตย การเมืองที่มักเป็นการ แก่งแย่งแข่งขันและเป็นการเมืองที่มุ่งผลประโยชน์เฉพาะพรรคการเมืองก็อาจก่อให้เกิดปัญหา และทำให้ การปฏิรูปล้มเหลวเช่นเดียวกัน กรณีการปฏิรูปที่ล้มเหลวในหลายประเทศนั้น แสดงให้เห็นว่าในระบบ บริการสุขภาพนั้นสถาบันทางการแพทย์และนักวิชาชีพมีบทบาทสำคัญที่จะควบคุมทิศทางการดำเนินงาน ของระบบบริการ นอกจากนี้ ยังมีบริษัทและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนอุตสาหกรรมประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิตมักมีบทบาทสำคัญในการร่วมมือกับภาครัฐเพื่อที่จะรักษาสถานะเดิมไว้ไม่ให้เปลี่ยนแปลง ความพยายามที่จะปฏิรูปจึงมักต้องท้าทายโครงสร้างอำนาจเก่า ซึ่งทำให้เกิดกระแสการต่อต้านจาก ผู้ที่มีอำนาจอยู่ในระบบเดิม งานวิเคราะห์ของ ออดอล์ฟ มาร์ติเนซ วาลล์ (Adolfo Martinez Valle, 2000) เป็นตัวอย่างอันชัดเจนที่วิเคราะห์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศเม็กซิโก และแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ นั้น ได้พยายามเข้าแทรกแซงกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งได้พยายาม ผลักดันให้ผลลัพธ์ของการปฏิรูปเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง การปรับโครงสร้างบริการสุขภาพของ เม็กซิโกจึงประสบความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง ทั้งนี้เพราะสถาบันประกันสังคมแห่งเม็กซิโกได้ดำเนินการ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงอย่างหนัก เพราะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นจะคุกคามต่ออำนาจและผล ประโยชน์ของสถาบันของตนในภาคสุขภาพของเม็กซิโก

ไม่เพียงแต่การเมืองภายในภาคสุขภาพเท่านั้นที่เป็นไปในลักษณะที่กีดกันบุคคลจากภายนอก หรือขัดขวางความพยายามที่จะผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น แต่ทว่าความเข้าใจของสาธารณะในเรื่องปฏิรูประบบบริการสุขภาพก็ยังมีส่วนที่ทำให้กระบวนการปฏิรูปถูกจำกัดอยู่เฉพาะแต่ในแวดวง

เมืองที่เป็นทางการเท่านั้น ในกรณีการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในช่วงรัฐบาลประธานาธิบดีคลินตันเป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดตัวอย่างหนึ่ง ถึงแม้ว่าในช่วงเริ่มต้นนั้น คลินตันจะได้ประกาศอย่างชัดเจนถึงความพยายามของเขาในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และเป็นเหตุให้เขาได้รับการสนับสนุนและได้ชัยชนะอย่างท่วมท้นในการรณรงค์หาเสียงเพื่อเป็นประธานาธิบดี ในช่วงดังกล่าวนี้ มีประชาชนชาวอเมริกันจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้ความเห็นชอบและแรงหนุนจากสาธารณะเพื่อการปฏิรูปขณะนั้นกลายเป็นกระแสสูงที่สุดในประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (Skocpol 1995: 67) อย่างไรก็ตามบทบาทของภาคประชาชนและพลเมืองอเมริกันนั้นยุติลงเพียงแค่การเข้าคูหาเลือกตั้งประธานาธิบดีในปี พ.ศ. 2535 เท่านั้น

เมื่อคลินตันได้กลายเป็นประธานาธิบดีของสหรัฐ การปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ได้กลายเป็นปัญหาทางการเมือง และถูกทิ้งให้เป็นเรื่องของคณะทำงานที่ประธานาธิบดีแต่งตั้งขึ้น แทนที่จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นปัญหาร่วมกันของภาคประชาสังคมที่จะร่วมแสวงหา ถกเถียง และอภิปรายทางออกร่วมกัน พอล สตาร์ (Paul Starr) ซึ่งเป็นผู้สังเกตการณ์ทางการเมืองสหรัฐ และได้เข้าร่วมเป็นคณะทำงานของประธานาธิบดีคลินตันในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้เขียนบทความขึ้นภายหลังจากความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของคลินตันประสบความล้มเหลว โดยให้ชื่อบทความนั้นว่า “เกิดอะไรขึ้นกับระบบปฏิรูปบริการสุขภาพ” (What Happened to Health Care Reform) โดยระบุว่า การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในสหรัฐนั้น เกิดขึ้นท่ามกลางความขัดแย้งที่ทำให้ประเด็นการปฏิรูปเป็นประเด็นการต่อสู้เอาชนะคะคานกันทางการเมือง ระหว่างพรรคการเมือง 2 พรรค คือพรรคเดโมแครตและพรรครีพับลิกัน ในขณะที่พรรคเดโมแครตเองก็มีความแตกแยกกันในรายละเอียดของการปฏิรูป และมีการต่อสู้กันเองขึ้นภายในพรรค ทางฝ่ายพรรครีพับลิกันก็มีเจตนาอย่างแน่วแน่ที่จะบ่อนทำลายความชอบธรรมและสกัดกั้นทุกประเด็นที่เป็นสัญลักษณ์ของการปฏิรูปที่นำเสนอโดยประธานาธิบดีคลินตัน (Starr 1995)

ความแตกต่างและการต่อสู้กันของพรรคการเมืองได้ทำให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีประชาชนสนับสนุนอย่างท่วมท้นล่มสลายลงไปอย่างไม่น่าเชื่อ ทั้งที่ระบบการเมืองของสหรัฐอเมริกานั้นได้ชื่อว่าเป็นระบบการเมืองที่มีกระบวนการการตัดสินใจที่ยึดหลักการและการอภิปราย ถกเถียงกัน เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในอดีต บทเรียนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้ฝ่ายการเมืองมีเจตนาอย่างแน่วแน่ที่จะปฏิรูปแต่กระบวนการทางการเมือง โดยเฉพาะภาคการเมืองที่เป็นทางการและการเมืองของพรรคการเมืองแต่ลำพังนั้นไม่อาจเป็นหลักประกันได้ว่าการปฏิรูปจะบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่สาธารณชนต้องการ ความล้มเหลวในการปฏิรูปดังกล่าวของสหรัฐอเมริกา เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับผู้ตั้งข้อสงสัยว่า การตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลและการหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างพรรคและฝ่ายต่าง ๆ ทางการเมืองภายใต้ระบบการเมืองแบบ

อเมริกันนั้นจะมีทางเป็นไปได้หรือไม่ (Weir 1995: 104)

ความพยายามที่จะปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มต้นด้วยเสียงสนับสนุนอย่างท่วมท้นของมหาชน ซึ่งเป็นเสียงสนับสนุนสูงสุดในรอบ 40 ปีของการเมืองสหรัฐได้พบจุดจบที่น่าเศร้า โดยสาเหตุจากความหาสาระไม่ได้ของการเมืองแบบเก่า ที่มุ่งเน้นการเอาชนะคะคานกันระหว่างพรรคการเมืองและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ อเมริกาซึ่งเป็นชาติที่ถือว่ามีความประเพณีปฏิบัติของการร่วมมือกันในภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็ง (ดังที่การสังเกตและการบันทึกของเดอะดีออกเกอะวิลส์ได้บรรยายไว้) กลับต้องมาสยบยอมกับโรคภัยของการเมืองแบบแบ่งขั้วแยกข้างกัน ในปี พ.ศ.2536-2537 นั้น ขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐถึงจุดจบโดยปรากฏอย่างเด่นชัดว่า สิ่งที่ขาดหายไปในกระบวนการปฏิรูปดังกล่าวก็คือภาคประชาสังคมที่แม้จะมีบทบาทในการสนับสนุนในตอนต้นแต่กลับไม่มีบทบาทใด ๆ ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปเลย ข้อสรุปดังกล่าวสอดคล้องกับสิ่งที่เจนนิงส์ และแฮนสัน (Jennings & Hanson 1995) ได้ชี้เอาไว้อย่างชัดเจนว่าแนวทางที่สังคมสหรัฐอเมริกาใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะนั้น ในอดีตมีการอภิปราย ถกเถียงหาข้อสรุปร่วมกัน และมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในขบวนการเชิงนโยบายนั้น ประเพณีปฏิบัติดังกล่าวต้องล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เมื่อถูกทำลายจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การอภิปรายถกเถียงกันในเรื่องสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีขึ้นกันอย่างกว้างขวางนั้น กลับถูกขนาบนามโดยแดเนียล แยกคิลวิช ว่าเป็นการอภิปรายไร้เนื้อหา (The debate that wasn't) (Yankelovich 1995) สาธารณชนถูกคำโฆษณาปิดป้อง และทำการเข้าใจผิดโดยพรรคการเมืองที่ต่อสู้กัน รวมทั้งถูกทำให้กลัวการเปลี่ยนแปลง และถึงที่สุดเกิดการแปลกแยกจากการปฏิรูปอย่างสิ้นเชิง

เจนนิงส์กับแฮนสันได้อ้างถึงงานศึกษาของมิลส์ (Mills 1995) ว่าประชาชนส่วนข้างมากชาวอเมริกันนั้นได้เห็นจุดบกพร่องมากมายในระบบบริการสุขภาพ แต่ทว่า ความทุกข์ที่แต่ละคนเผชิญอยู่นั้นเป็นความทุกข์ที่ไม่เคยถูกแปลไปเป็นประเด็นสาธารณะที่ผู้คนร่วมกันแก้ไขได้ ข้อสรุปดังกล่าว คงจะไม่ได้เป็นการบังเอิญที่ไปพ้องกับข้อสังเกต ของนักสังเกตการณ์ทางการเมืองของสหรัฐที่ว่า ประชาสังคมและวัฒนธรรมประชาคมในสหรัฐกำลังเสื่อมลง โดยพอล สตาร์ ได้พูดถึงสังคมอเมริกันว่า ชาวอเมริกันในปัจจุบันไม่ได้รู้สึกกังวลกับปัญหาส่วนรวมเท่าไรนัก และถือคติแบบธุระไม่ใช่ต่อเรื่องราวของสังคม (Starr 1994) ส่วนโรเบิร์ต พูตน์ม ก็ได้ศึกษาชีวิตสาธารณะของสังคมอเมริกันในปัจจุบัน และได้ข้อสรุปตรงกันว่าผู้คนต่างอยู่กันอย่างปัจเจกชนนิยมมากขึ้น ซึ่งแม้แต่การไปโยนโบว์ลิ่งที่ในอดีตเคยไปเล่นกันแบบเป็นหมู่พวกนั้นปัจจุบันกลายเป็นการโยนโบว์ลิ่งแต่ลำพังคนเดียว ในหนังสือที่เขาเขียนขึ้นและให้ชื่อว่า Bowling Alone (Patnum 2000)

วาทกรรมทางเศรษฐศาสตร์กับการปฏิรูปบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่สองที่ทำให้การปฏิรูปสุขภาพไม่สามารถขยายวงไปสู่การมีส่วนร่วมของสาธารณะได้เกิดจากการที่กระบวนการปฏิรูปถูกมองว่าเป็นเรื่องของการตัดสินใจในเชิงเศรษฐศาสตร์ วาทกรรมเศรษฐศาสตร์ได้กลายเป็นกระแสหลักที่ถูกผลิตซ้ำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในขอบเขตทั่วโลกเมื่อมีการพูดถึงเรื่องการปฏิรูปสุขภาพ ในกระแสวาทกรรมดังกล่าว กระบวนการการปฏิรูปบริการสุขภาพถูกแปลไปเป็นเพียงแค่กระบวนการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุข (Health financing reform) วิธีคิดแบบเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกลายเป็นวิธีคิดหลักในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจว่า สิ่งใดบ้างควรจะต้องถูกปฏิรูป ภาษาและศัพท์แสงทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้กลายเป็นภาษาหลักที่มีตัวย่อต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นความคุ้มทุนประสิทธิภาพต่อหน่วย การจ่ายรายหัว หรือแม้แต่การจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคให้สอดคล้องกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนกลาง รายละเอียดเชิงเทคนิคเหล่านี้ได้กลายเป็นประเด็นหลักของการโต้แย้งพูดคุยถึงทิศทางการปฏิรูปที่พึงมีพึงเป็น ยิ่งกว่านั้นวาทกรรมเศรษฐศาสตร์ยังได้ลดทอนเรื่องบริการสุขภาพ ซึ่งมีมิติต่าง ๆ ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นมิติทางสังคม มิติทางจิตใจ มิติทางวัฒนธรรม และความเป็นมนุษย์ลงเหลือเพียงการเป็นกิจกรรมทางเศรษฐศาสตร์เท่านั้น ดังเช่น บริษัท Kaiser Permanente ในแคลิฟอร์เนียและเท็กซัส ซึ่งเป็นบริษัทที่บริหารจัดการระบบบริการและโรงพยาบาล ได้ออกมากล่าวว่าการปฏิรูปบริการสุขภาพนั้นก็แค่เพียงการประยุกต์สิ่งที่เรารู้เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้เข้ากับเงื่อนไขของบริการทางการแพทย์เท่านั้นเอง

ภายใต้กรอบวิธีคิดแบบเศรษฐศาสตร์ดังกล่าว จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่า การอภิปรายถกเถียงในเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นถูกจำกัดวงแคบ ๆ อยู่เพียงแค่ด้านการเงินการคลังเท่านั้น ทศนะดังกล่าวตีกรอบจำกัดการมีส่วนร่วมขององค์กรที่ไม่ได้ทำงานด้านการรักษาพยาบาลและไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเงินการคลัง ทั้งนี้เพราะทศนะดังกล่าววางอยู่บนฐานคติสำคัญคือ การมองว่าบริการสุขภาพเป็นสินค้าและบริการชนิดหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกัน ระหว่างวิธีคิดที่ว่าสินค้าและบริการดังกล่าวจะต้องเป็นไปเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้และต้องไม่มีการกีดกันและไม่มีอุปสรรคในด้านรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ โดยอาศัยการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบรวมหมู่เข้ามาจัดการ แต่ทว่า การมองว่าสุขภาพดีเป็นผลลัพธ์มาจากบริการทางการแพทย์นั้นได้ทำให้พลเมืองซึ่งมีภารกิจในการร่วมมือกันสร้างชีวิตความเป็นอยู่ของส่วนรวมที่ดีขึ้นถูกลดทอนลงไปเป็นเพียงผู้บริโภคเท่านั้น ในแง่นี้เครือข่ายปฏิบัติการประชาสังคม (Civic Practice Network) ซึ่งเป็นองค์กรที่สนับสนุนบทบาทของภาคประชาสังคมในเรื่องกิจการสาธารณะต่าง ๆ ได้เสนอว่า แทนที่จะมองว่าบริการสุขภาพเป็นเพียงสินค้าและบริการ เราควรจะต้องมองบริการสุขภาพ ในฐานะที่เป็นกิจกรรมสาธารณะที่ผู้คนต้องมาร่วมแรงร่วมใจกันสร้างและ

ดำเนินการมากกว่าเป็นสินค้าบริการที่ผู้คนจะมารับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

กิจกรรมสาธารณะ หมายถึง โอกาสสำหรับความร่วมมือร่วมใจและการแก้ปัญหาาร่วมกัน ที่ทั้งผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยจะต้องร่วมมือกันในการทำงาน มากกว่าที่จะต้องเป็นการมารับบริการอย่างเดียว โดยความเป็นกิจกรรมสาธารณะนั้นหมายถึงว่าการแก้ปัญหาดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายใต้บริบทที่ชุมชนจะต้องร่วมกันคิดและตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ เรามักมีปัญหากับการเข้าใจเรื่องกิจกรรมสาธารณะหรืองานสาธารณะประโยชน์ในแง่นี้ ถึงแม้ว่ามันน่าจะเป็นสิ่งที่เราเข้าใจได้ไม่ยากนัก และความไขว่เขวดังกล่าว อาจจะกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับบริการสุขภาพมากที่สุดสาเหตุที่ไม่สามารถเข้าใจว่าสุขภาพเป็นกิจการสาธารณะที่ต้องร่วมมือร่วมใจกันก็เพราะว่า เรามองผ่านแว่นตาที่ไม่เหมาะสม นั่นเอง

กรอบแนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์ ย่อมมีประโยชน์อย่างยิ่งในการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข แต่ทว่าฐานคติวิธีคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนการลดทอนความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของบริการสุขภาพให้เหลือความสัมพันธ์ในแนวเดียวระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ พลเมืองถูกลดทอนให้เหลือเพียงผู้บริโภคซึ่งมีหน้าที่ไปรับบริการ โดยพยายามที่จะต่อสู้เรียกร้องมาซึ่งสิทธิในการรับได้บริการที่ดีเท่านั้น บทบาทด้านอื่นนอกเหนือจากการเป็นผู้ป่วยหรือผู้บริโภคที่จะไปรับหรือซื้อบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้น แทบไม่มีปรากฏอยู่ในวาทกรรมเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยเรื่องการปฏิรูปบริการสุขภาพเลย

แนนซี แครี่ (Nancy Kari 1994) และคณะของเธอได้ตั้งข้อสังเกตเอาไว้ถึงวิธีคิดดังกล่าวว่า การปฏิรูปที่ดำเนินไปภายใต้กรอบแนวคิดเศรษฐศาสตร์ได้ทำให้ข้อถกเถียงเชิงนโยบายด้านสุขภาพกลายเป็นเรื่องการต่อสู้กันของสองความคิดคือ ความคิดหนึ่งรัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมจัดสรรทรัพยากร กับอีกความคิดหนึ่ง เป็นทัศนะที่ต้องการให้มีการแข่งขันกันของการตลาด เพื่อที่จะทำให้การกระจายทรัพยากรเป็นไปตามกลไกทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งก็มักจะมีผลประโยชน์ของบริษัทที่ผลิตยาและเวชภัณฑ์ ธุรกิจที่เกี่ยวกับโรงพยาบาล ธุรกิจประกันชีวิตและประกันสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามภาษาและข้อสมมุติฐานที่ถือว่าบริการสุขภาพเป็นสิทธิหรือเป็นสินค้าและบริการในเชิงเศรษฐศาสตร์ได้จำกัดจินตนาการทางการเมืองของเรา ทำให้มิติของความเป็นสาธารณะและบทบาทของภาคประชาสังคมในด้านสุขภาพเป็นไปได้อย่างจำกัด

วิธีคิดที่มองการปฏิรูปบริการสุขภาพผ่านกรอบแนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์ได้ทำให้สุขภาพซึ่งครั้งหนึ่งเคยเป็นประเด็นสาธารณะที่อย่างน้อยที่สุด นักการสาธารณสุข นักสุขศึกษา นักส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งผู้ปฏิบัติการด้านสาธารณสุขมูลฐานทั้งหลายซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น ถูกกีดกันออกจากการอภิปรายเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้น ประชาชนและสาธารณสุขโดยทั่วไปที่ไม่สามารถใช้ภาษาเศรษฐศาสตร์ในการอภิปรายถกเถียงก็ยังมีบทบาทได้อย่างจำกัด ทั้งนี้เราต้องไม่ลืมว่า วิธีการที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีของชุมชนและสังคมนั้นอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงควบคู่กันไปหลายมิติ การที่มองว่ามาตรการหรือกลไกทางการเงินการคลังจะกลายเป็นมาตรการสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภค พฤติกรรมอื่น ๆ ของผู้ให้บริการ รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ของระบบทั้งหมดนั้น ดูเหมือนจะเป็นการคาดหวังที่เลือนลอย ไม่เพียงแต่ปัญหาในระบบบริการมีความสลับซับซ้อนมากกว่าที่จะหาทางออกได้ด้วยวิธีคิดและการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์เท่านั้น กระบวนการปฏิรูปซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องผสมผสานให้มีความลงตัวกันของการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเชื้อเชิญการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และจะต้องวางฐานวิธีคิดที่ถูกต้องหรือสัมมาทิฐิเกี่ยวกับสุขภาพ โดยจะต้องถือว่า การจัดการด้านการเงินการคลังนั้นเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ทุกคนในสังคมจะต้องร่วมกันกำหนด

วิธีคิดแบบลดส่วนของทัศนะชีวกลไกทางการแพทย์

ปัจจัยประการที่สามที่ทำให้การปฏิรูปเป็นไปโดยไม่เชื่อต่อการมีส่วนร่วมของสังคมและสาธารณสุข เกิดจากวิธีคิดในการมองสุขภาพที่เน้นหนักไปที่มุมมองแบบชีวกลไกทางการแพทย์ ทัศนะดังกล่าวได้ทำให้การปฏิรูปบริการสุขภาพมุ่งไปที่มิติของการรักษาโรคเป็นสำคัญ วิธีคิดดังกล่าวที่มุ่งเน้นที่จะจัดการกับโรคหรือสุขภาพที่เสียแล้วเป็นวิธีคิดที่จับใจผู้คน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภัยคุกคามและความสูญเสียที่ทำให้ผู้คนหวาดกลัว จึงเป็นประเด็นที่สามารถระดมเสียงสนับสนุนทางการเมือง หรือสร้างระบบประชานิยมเพื่อการสนับสนุนทางการเมืองได้ง่าย ที่สำคัญที่สุดก็คือ วิธีการดังกล่าวเป็นไปอย่างเอื้อประโยชน์ของภาคส่วนที่มีอำนาจในการควบคุมระบบบริการทางการแพทย์เดิมอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาชีพทางการแพทย์ และบริษัทยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งมีผลประโยชน์หลักอยู่ที่กิจกรรมด้านการรักษาโรคของระบบบริการทางการแพทย์

หากพิจารณาจากแง่นี้ เราอาจจะพบได้อย่างชัดเจนว่า วิธีคิดแบบเศรษฐศาสตร์และวิธีคิดแบบลดส่วนของแพทย์แบบชีวภาพในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นเป็นสองวิธีคิดที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะว่าการมองการปฏิรูปบริการสุขภาพ ว่าเป็นเรื่องของ การเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลัง เพื่อลดค่าใช้จ่ายนั้นได้บังคับให้วาระของการปฏิรูปมุ่งไปที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นที่มาสำคัญของค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบการแพทย์ มันจึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่ธนาคารโลกได้แสดงความสนใจอย่างชัดเจนในเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพ โดยได้ออกรายงานประจำปี

ชื่อ Investing in Health ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในด้านสุขภาพ ทั้งนี้ข้อมูลจากการวิเคราะห์กิจกรรมของธนาคารโลกเอง ในการลงทุนด้านที่เกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ทั่วโลก โดยอาศัยรายงาน 77 ขึ้น ที่มีการจัดทำขึ้นในระบบงานของธนาคารโลกนั้น ซึ่งให้เห็นว่า 16% ของงบประมาณของธนาคารโลกที่ใช้ไปเกี่ยวกับสุขภาพ โภชนาการ และงานด้านประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2532-2538 ซึ่งเป็นปริมาณเงินรวมประมาณ 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ ได้ถูกใช้เป็นเงินกู้หรือเครดิตเพื่อสนับสนุนธุรกิจด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยส่วนใหญ่ของงบประมาณดังกล่าว นั่นคือ 1.05 พันล้านเหรียญสหรัฐ ได้ถูกใช้ไปเพื่อที่จะซื้อยาและเครื่องมือทางการแพทย์เป็นสำคัญ (Falkenberg & Tomson 2000)

ความสนใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในเรื่องการเงินการคลังทำให้กระบวนการปฏิรูปหันไปสนใจการใช้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นด้านชีวภาพเป็นสำคัญ ทศนะแบบลดส่วนของการแพทย์ชีวภาพนี้ ไม่เพียงแต่ได้ลดทอนความซับซ้อนของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้เหลือเพียงกระบวนการทางชีววิทยาเท่านั้น แต่การลดส่วนยังทำให้สุขภาพเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ซึ่งหมายความว่า สุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลแต่ละบุคคลสามารถบรรลุได้ด้วยการแสวงหาส่วนตัว ทศนะเช่นนี้ล้มเหลวที่จะพิจารณาสุขภาพในแง่ที่เป็นผลลัพธ์ของส่วนรวมที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุขภาพในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องเกิดขึ้นจากสังคมร่วมมือกันมากกว่าที่แต่ละบุคคลจะแสวงหากันเองได้ ถ้าหากเราเริ่มต้นใหม่ด้วยการนิยามสุขภาพ ซึ่งไม่เน้นแต่เฉพาะมิติของอวัยวะ โดยการพิจารณาสุขภาพในลักษณะที่มีความเป็นองค์รวมมากขึ้น เราจะพบว่ามีหนทางในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจะต่างออกไปจากวิธีการใช้ทศนะการแพทย์แบบแยกส่วน ทศนะที่มองสุขภาพแบบองค์รวมนี้เองที่จะชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ภาคสังคมจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูป มิใช่เป็นภารกิจเฉพาะของนักเศรษฐศาสตร์และนักการแพทย์ที่จะพิจารณาว่า ระบบสุขภาพที่ดีหรือพึงประสงค์จะเป็นอย่างไรบ้าง การที่จะส่งเสริมให้สังคมเข้าร่วมในกระบวนการปฏิรูปนั้น จำเป็นต้องมีการปรับทัศนคติในเรื่องสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยจะต้องปรับวิธีคิดที่สังคมส่วนรวมไม่มองสุขภาพ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการใช้กระบวนการหรือกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการ หรือการอาศัยผู้เชี่ยวชาญ โดยขาดการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นของสาธารณชนโดยส่วนใหญ่ได้

เพื่อที่จะบรรลุสุขภาพในความหมายที่กว้างและเป็นองค์รวมนี้ การเชื้อเชิญให้สังคมโดยรวมเข้ามามีส่วนนั้นเป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยให้เราก้าวพ้นวิธีคิดการปฏิรูปที่เน้นแต่เพียงด้านการเงินการคลังและการเข้าถึงบริการ เพราะประชาสังคมจะมีบทบาทสำคัญในส่วนของกระบวนการปฏิรูปที่กระบวนการและกลไกนโยบายที่เป็นทางการไม่สามารถที่จะจัดการได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องบทบาทของชุมชนในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น บทบาทของครอบครัวในการดูแลและเลี้ยงดู

เด็ก หรือแม้กระทั่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย สิ่งที่จะต้องผลักดันให้เกิดขึ้นจึงเป็นกระบวนการเชิงนโยบายที่แตกต่างออกไปจากที่เราคุ้นเคยที่คือมีรัฐเป็นศูนย์กลาง

หากเราพิจารณาในเชิงปรัชญา เราจะเห็นว่ากระบวนการเชิงนโยบายที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นวิธีคิดแบบสมัยใหม่ที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาที่มีลักษณะตายตัวและมีคำตอบสำเร็จรูปเป็นสำคัญ กระบวนการดังกล่าวจึงเริ่มจากการมีทฤษฎีที่เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวที่เราจะต้องดำเนินการตาม โดยที่ทฤษฎีที่ใช้ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ที่วัดได้อย่างเป็นภววิสัยและการประเมินสิ่งต่าง ๆ จากข้อมูลเชิงปริมาณ การปฏิรูปบริการสุขภาพที่เป็นอยู่นั้นได้เสนอให้การปฏิรูปเป็นไปตามทฤษฎีกรอบใหญ่ว่าด้วยเรื่องความเป็นเหตุเป็นผลในเชิงเศรษฐศาสตร์ซึ่งถือเป็นกฎเกณฑ์ที่ทุกส่วนจะต้องเคารพและดำเนินการตามทฤษฎีเหล่านั้น กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการยึดเอาทฤษฎีเป็นหลักและได้ทำให้ประสบการณ์ชีวิตซึ่งเป็นฐานสำคัญของประชาสังคม และความรู้จริงที่สังคมได้เรียนรู้มาตลอดเวลานั้น กลายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปรับใช้กับกรอบทฤษฎีของเศรษฐศาสตร์ดังกล่าวได้ แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นวิธีคิดที่แข็งทื่อและขาดความยืดหยุ่น รวมทั้งขาดมิติของความเป็นมนุษย์ และขาดความเคารพต่อประสบการณ์ท้องถิ่น ละเลยที่จะเชื่อเชิญให้ผู้คนจากภาคประชาสังคมมาร่วมกันสร้างสรรค์กระบวนการปฏิรูปจากสิ่งที่ตนเรียนรู้จากประวัติศาสตร์เฉพาะของตนเอง

หากเราจะมองจากมุมมองของภาคประชาสังคมแล้ว กระบวนการปฏิรูปจะต้องเริ่มต้นจากประสบการณ์ชีวิตของผู้คน และความทุกข์ที่สาธารณะรู้สึกร่วมกันในสถานการณ์ชีวิตจริง การปรับเปลี่ยนจากกระบวนการที่ยึดทฤษฎี มาสู่กระบวนการที่ยึดประสบการณ์ จะเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ที่จะทำให้ประสบการณ์และบทเรียนที่สะสมอยู่ในภาคประชาสังคมสามารถนำไปสู่การปลดปล่อยศักยภาพและพลังของชุมชน มากกว่าการเอาแนวคิดสำเร็จรูปมาดำเนินการในลักษณะบังคับให้เปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางเดียว กระบวนการและกลไกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปที่ภาคประชาสังคมจะมีส่วนร่วมจึงจำเป็นที่จะต้องมีลักษณะที่เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และมีลักษณะหลากหลายเป็นพหุนิยมมากขึ้น เพื่อให้เราสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างหลากหลายในสังคม มากกว่าที่จะใช้ข้อคิดความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงด้านเดียว ดังที่แครี และคณะ (Kari et al.1994) ได้กล่าวไว้ว่า

ตลอดช่วงศตวรรษที่ 20 นี้ หน่วยงานภาครัฐบาลและธุรกิจเอกชนได้ขยายตัวและเติบโตอย่างรวดเร็วจนก่อให้เกิดชนชั้นสำคัญอย่างใหม่ขึ้นคือ ชนชั้นผู้จัดการและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้จัดการเหล่านี้ได้มีบทบาทและกลายเป็นกลจักรสำคัญในการเปลี่ยนแปลง

เคลื่อนไหวสังคม โดยอาศัยวิธีคิดและภาษาจากรากฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรมของนักวิชาชีพเหล่านี้ปรากฏอยู่ทั่วไปในทุกสาขาวิชาโดยมีจุดเน้นที่ความเป็นเหตุเป็นผลมีระเบียบวิธีที่แน่นอนตายตัว และมีมาตรฐานที่กำหนดขึ้นอย่างเป็นภาวีสัย ซึ่งการเน้นเหตุผล ระเบียบวิธีและภาวีสัยนี้ได้เข้ามาแทนที่การจะอภิปรายถกเถียง หรือแสดงความคิดเห็นจากมุมมองและประสบการณ์ของพลเมือง ทุกวันนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้นิยามและวินิจฉัยปัญหา ประดิษฐ์คิดค้นภาษา และศัพท์แสงต่าง ๆ เพื่อที่จะพูดถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตนนิยามขึ้น รวมทั้งได้เสนอวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาและประเมินผลว่าปัญหานั้นถูกแก้ไขสำเร็จหรือไม่ ในสถานะเช่นนี้ พลเมืองสามัญชนมีโอกาสน้อยนิดที่จะเรียนรู้ สะสมทักษะในการทำงาน หรือมีปฏิบัติการในกิจการสาธารณะ พลเมืองสามัญชนขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ ที่จะประเมินผล หรือนำเสนอความคิดเห็น ในมุมมองที่ทำให้ประชาชนธรรมดาสามัญฐานะ เป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหา และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการเมืองภาคประชาสังคม

ทางเลือกใหม่เพื่อการปฏิรูปสุขภาพ

ถึงแม้ว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจากประสบการณ์ที่ทบทวนมาข้างต้นจะแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างจำกัด แต่ทว่าภาคประชาสังคมก็ได้เลือกหายไปอย่างสิ้นเชิงจากกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีความพยายามในหลายกรณี และบางกรณีก็ประสบความสำเร็จพอสมควรในการทำให้การปฏิรูปเป็นเรื่องที่ภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญ ในบางกรณีนั้น ความพยายามที่จะสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมอาจประสบความสำเร็จล้มเหลว อย่างเช่นแผนการปฏิรูปของประธานาธิบดีคลินตัน ซึ่งในช่วงแรกมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่จะขยายบทบาทของกลุ่ม หรือการรวมตัวกันของผู้บริโภคที่ใช้บริการสุขภาพ ในองค์กรชุมชน หรือในที่ทำงานต่าง ๆ เพื่อที่จะให้กลุ่มและเครือข่ายขององค์กรชุมชนต่าง ๆ เหล่านี้มีอำนาจต่อรองและเป็นกลจักรสำคัญในการปฏิรูป แต่ทว่าความพยายามดังกล่าวกลับล้มเหลวไปเนื่องจากกระบวนการปฏิรูปที่แยกขาดจากภาคประชาสังคมดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น อย่างไรก็ตาม มีตัวอย่างความสำเร็จบางกรณี que แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ภาคประชาสังคมจะมีบทบาทในการขับเคลื่อนการปฏิรูป ตัวอย่างที่ดีกรณีหนึ่งก็คือ การปฏิรูประบบบริการในรัฐโอเรกอน โดยองค์กรภาคประชาสังคมที่ชื่อว่า โอเรกอน เฮลท์ ดีซิชั่น (Oregon Health Decision)

กรณีของโอเรกอน เฮลท์ ดีซิชั่น เป็นการแสดงให้เห็นว่า ภาคประชาสังคมสามารถกำหนดวาระการปฏิรูปและวางแผนด้านการจัดการบริการสุขภาพ ซึ่งเรียกกันว่าแผนสุขภาพโอเรกอน (Oregon Health Plan) เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า ในกระบวนการปฏิรูปบริการสุขภาพนั้นการที่จะได้ซึ่งข้อตกลงด้านต่าง ๆ ไม่

ว่าจะเป็นสิทธิประโยชน์ของการรักษาพยาบาล การสร้างหลักประกันให้ครบถ้วนทั่วหน้า การจัดสรรเงินทุน และงบประมาณต่าง ๆ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานพยาบาลได้นั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ข้อตกลงต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องที่กลุ่มต่าง ๆ มีทัศนะแตกต่างกัน และเป็นภาระที่หนักอึ้งในความพยายามที่จะปฏิรูปใด ๆ ที่จะบรรลุถึงฉันทามติที่เห็นพ้องต้องกันโดยที่มีความขัดแย้งน้อยที่สุด ในกรณีของโอเรกอน ปัจจัยชี้ขาดที่ทำให้กระบวนการปฏิรูปในรัฐโอเรกอนประสบความสำเร็จก็คือ องค์การระดับรากหญ้าที่ชื่อว่าโอเรกอน เฮลท์ ดิวิชชั่น ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่สังกัดและไม่ฝักใฝ่พรรคการเมืองพรรคใด พรรคหนึ่ง องค์การนี้ได้พัฒนาวิธีการทำงานที่น่าสนใจขึ้น โดยการสร้างกระบวนการที่ทำให้พลเมืองที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันแสดงความคิดเห็น ถกเถียง และอภิปรายกันโดยสันติในระดับชุมชน เพื่อที่จะหาข้อตกลงว่า ระบบบริการสุขภาพอย่างใดที่ทุกคนต้องการ กระบวนการอภิปราย ถกเถียง ได้แย้งกันเป็นไปอย่างเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ในขณะเดียวกัน ผู้แสดงความคิดเห็นก็เชื่อว่า จะแสดงความคิดเห็นใด ๆ โดยไม่ต้องรับผิดชอบได้ ด้วยกระบวนการดังกล่าว มีการเปิดเวทีสาธารณะและการประชุมในระดับชุมชนหลายร้อยครั้ง และมีการเปิดสภาปฏิรูประบบบริการในระดับรัฐถึง 2 ครั้งในช่วงปี พ.ศ.2523

กระบวนการอภิปราย ถกเถียงกันในเวทีสาธารณะเช่นนี้ ได้กลายเป็นหัวใจของการปฏิรูป และได้กลายเป็นการเตรียมชุมชนให้เกิดความเข้าใจและมีข้อตกลงร่วมกัน ก่อนที่กระบวนการการปฏิรูปโดยภาครัฐจะเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2532 กระบวนการดังกล่าวประสบความสำเร็จในแง่ที่ว่า การปฏิรูปที่เกิดขึ้นได้ดึงเอาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสมาชิกในชุมชนต่าง ๆ มาร่วมในเวทีการพูดคุยกันอย่างทั่วถึง ซึ่งมีผลให้กระบวนการปฏิรูปของโอเรกอน ได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มคนยากคนจน ตลอดจนกระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ บริษัทประกันภัย ธุรกิจขนาดย่อม และผู้คนอีกจำนวนมาก ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีสิทธิและเข้าไปไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ (ดูรายละเอียดที่ WWW.cpn.org)

นอกจากความริเริ่มของโอเรกอน เฮลท์ ดิวิชชั่นแล้ว ยังมีความพยายามต่าง ๆ อีกมากมาย ในการที่จะสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรในระดับรากหญ้าที่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ความริเริ่มดังกล่าวนี้ ดูเหมือนจะเป็นข้อยกเว้นมากกว่าเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นโดยทั่วไป งานศึกษาวิจัยของฮอฟแมน (Hoffman) เมื่อไม่นานมานี้ พบว่าการรณรงค์เรื่องการปฏิรูปบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกา นั้น ถูกครอบงำและชี้นำโดยชนชั้นนำ ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล และต้องการปกป้องผลประโยชน์จากการแก่งแย่งแข่งขันมากกว่าที่จะให้ความสนใจการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ยิ่งไปกว่านั้น องค์การในระดับรากหญ้า และองค์กรภาคประชาสังคมในสหรัฐอเมริกาเอง ก็ดูเหมือนกับกำลังเผชิญกับสถานะที่ย่ำแย่และสนใจกับปัญหาเฉพาะด้านเฉพาะส่วน จนไม่สามารถเชื่อมต่อเป็นภาพรวมใหญ่ของการปฏิรูประบบสุขภาพได้ องค์

กรภาคประชาสังคมทั้งที่ทำงานในภาคแรงงาน ทำงานในด้านสิทธิมนุษยชน ในด้านสิทธิสตรี หรือในด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ ต่างก็ทุ่มเทความสนใจและทุ่มเทพลังในการทำงานอยู่กับประเด็นที่เร่งรัดและฉุกเฉินเฉพาะหน้า มากกว่าที่จะมองเห็นกระบวนการปฏิรูปในเชิงระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นภาพใหญ่ภาพเดียว (Hoffman 2003)

การทบทวนประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่ได้กล่าวถึงมาข้างต้น ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า กระบวนการปฏิรูปซึ่งขยายตัวไปยังประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นกระบวนการที่สามารถให้บทเรียนแก่เราได้ว่า การปฏิรูปที่ผ่านมามีดำเนินอยู่บนพื้นฐานของวิธีคิดและวิธีมองสุขภาพรวมทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสังคมที่มีข้อจำกัด ในด้านการมองสุขภาพนั้น การเน้นวิธีคิดแบบแยกส่วน ลดส่วนของทักษะแบบชีวกลไกทางการแพทย์นั้นได้ทำให้กระบวนการปฏิรูปหันไปให้ความสนใจกับเรื่องของโรงพยาบาลกับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก จนทำให้ละเลยมิติอื่นของสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปฏิรูปไปควบคู่กัน ในขณะเดียวกัน ทักษะและวาทกรรมแบบเศรษฐศาสตร์ก็เป็นการบ่งชี้ที่ก่อให้เกิดการบิดเบือนของภาคประชาสังคมมีบทบาทได้น้อยในการแสวงหาทางออกใหม่ ๆ แก่ระบบสุขภาพ โดยวาทกรรมเศรษฐศาสตร์ดังกล่าว เน้นหนักที่การพิจารณาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น และการบริหารการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันในการได้รับการรักษาโรคของผู้คนในสังคมอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น แม้ว่าโดยเป้าหมายที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมกัน และประสิทธิภาพให้กับการบริหารจัดการการเงินการคลัง จะเป็นสิ่งที่ถูกต้องและมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการก็ตาม แต่ทว่า วาทกรรมการปฏิรูปแบบเศรษฐศาสตร์ได้กลายเป็นวิธีคิดหลักวิธีเดียว ที่ใช้ในการทำความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นที่ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายและการกระจายทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นธรรมมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เน้นการเมืองในรูปแบบเดิม ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นกระบวนการเชิงนโยบายแบบประชาธิปไตยตัวแทน (Representative democracy) ซึ่งเป็นระบอบการเมืองที่ยังมีข้อกังขาว่า สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายและประเด็นปัญหาที่สลับซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

อาศัยข้อสรุปดังกล่าวมานี้เป็นความเข้าใจพื้นฐาน เราจะได้ศึกษาถึงประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทยในบทต่อไป ดังที่ได้กล่าวไว้ตั้งแต่ต้นแล้วว่า แนวคิดและกลวิธีในการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยนั้นได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนภาคประชาสังคมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ บทวิเคราะห์ต่อจากนี้ไปจึงเป็นไปเพื่อขยายความให้เห็นถึงแนวทาง ตลอดจนยกตัวอย่างมาประกอบให้เห็นว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยนั้นดำเนินไปอย่างไร และมีบทเรียนอะไรบ้างที่สามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ดังกล่าว

บทที่ 4

ประสบการณ์ประชาสังคมไทยกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ความนำ

กระบวนการการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยนั้น ดำเนินไปด้วยแนวคิดและหลักการกว้าง ๆ ที่มีการปรับเปลี่ยนประยุกต์ไปตามสภาพการคลี่คลายไปของสถานการณ์ กระบวนการดังกล่าวเกิดการสะสมประสบการณ์ต่อเนื่องกันมาเป็นเวลา 3 ปี โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปรช. เป็นองค์กรประสาน เพื่อการเชื่อมโยงและเชื่อมเชิงองค์ภาคประชาสังคมต่าง ๆ เข้าร่วมในกระบวนการปฏิรูป หากพิจารณาจากเป้าหมายในเชิงยุทธศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพแล้ว เราจะเห็นเป้าหมายสำคัญ 2 ประการที่จะต้องบรรลุไปพร้อมกัน ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกลไกระบบสุขภาพไทย โดยผ่านร่างกฎหมาย คือ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2) การสร้างจิตสำนึกใหม่และเจตนารมณ์ร่วมกันของสังคมไทยในด้านสุขภาพ เพื่อที่จะบรรลุซึ่งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าว ยุทธวิธีในการทำงานได้ถูกกำหนดขึ้น โดยอาศัยยุทธศาสตร์สำคัญที่รู้จักในนามของ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" โดยองค์ประกอบทั้งสามด้านของศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น จะประกอบกันขับเคลื่อนการปฏิรูปสังคม ซึ่งจะได้กล่าวถึงโดยละเอียดในช่วงบทที่ 4 นี้

แนวคิดและยุทธศาสตร์การทำงาน

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพได้เป็นกลไกสำคัญในการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา องค์กรภาครัฐ และภาคสาธารณะ ตลอดจนสถาบันทางการเมืองต่าง ๆ เพื่อที่จะสร้างกระบวนการการปฏิรูปให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ การดำเนินการดังกล่าวมีแนวคิดหลัก ๆ ที่ใช้ชี้นำกระบวนการทำงาน โดยตลอดช่วงที่ผ่านมา นั้น ได้มีผลทำให้กระบวนการการปฏิรูประบบสุขภาพไทย กลายเป็นการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมที่มีฐานแนวร่วมที่กว้างขวาง และมีองค์กรต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดหรือหลักการต่าง ๆ ที่ได้มีการนำมาใช้ขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปนี้ ก็มีข้อเป็นที่ยอมรับกันของทุก ๆ ฝ่าย โดยไม่มีข้อโต้แย้ง หรือโดยไม่ได้ถูกท้าทายใด ๆ แต่ทว่าหลักการและยุทธศาสตร์กว้าง ๆ ที่ใช้ชี้นำการปฏิรูปนั้นก็มี การปรับเปลี่ยน และดำเนินการไปตามเงื่อนไขและบริบททางสังคมที่มีการคลี่คลายตัวไปตลอดกระบวนการปฏิรูป

ในแวดวงวิชาการเกี่ยวกับการสร้างสังคมเข้มแข็งและกระบวนการประชาสังคม ความสนใจกับแนวทางการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่จะทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมนั้น เป็นประเด็นที่นักสังคมศาสตร์จากหลายสาขาวิชาการให้ความสนใจมาระยะหนึ่งแล้ว ดอดจ์ (Dodge 1992) ได้ศึกษารูปแบบปฏิสัมพันธ์ของชุมชนต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อกิจกรรมสาธารณะ ในขณะ

ที่เบบบิงตัน และฟาร์ริงตัน (Bebbington & Farrington 1992) ก็ได้ศึกษาถึงวิธีการต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดความร่วมมือที่ีระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเอกชนในงานพัฒนาที่เกี่ยวกับเกษตรกรรม ในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น แนวคิดดั้งเดิมถือว่าสุขภาพ เป็นวงการที่ภาควิชาชีพเท่านั้นที่มีบทบาทสำคัญ เพราะเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่า กระบวนการปฏิรูปจะสามารถกระตุ้นหรือเชิญให้สามัญชนพลเมืองธรรมดา ๆ ที่ไม่มีความรู้เฉพาะด้านทางการแพทย์ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย และปฏิบัติการเพื่อสุขภาพได้อย่างไรบ้าง บทวิเคราะห์จากนี้ไปเป็นบทวิเคราะห์ที่ได้จากประสบการณ์การทำงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในการสร้างการมีส่วนร่วมของสาธารณะเพื่อการสร้างระบบสุขภาพใหม่

การก่อกำเนิดของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2543 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ประกาศการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพหรือ สปรส. ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาดังต่อไปนี้

"โดยที่ระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ และไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยสมควรมีการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ สร้างระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่ยุติธรรม ตลอดจนดำเนินการให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายแม่บทในการปฏิรูประบบสุขภาพ"

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดนิยามของระบบสุขภาพไว้ว่าหมายถึง "ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ"

กำหนดนิยามของการปฏิรูประบบสุขภาพว่าหมายถึง "กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนทั้งหมดสามารถมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพมาตรฐาน"

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าวได้มีการเสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อกำกับและดูแลกระบวนการปฏิรูปโดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพหรือ สปรส. เป็นสำนักงานเลขานุการ ถึงแม้สำนักงานเลขานุการดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณของภาครัฐแต่กระบวนการจัดตั้งนั้นได้เน้นการเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระและปลอดจากข้อจำกัดกฎเกณฑ์ของระเบียบราชการ โดยภารกิจของ สปรส. ได้มีการระบุเอาไว้ดังต่อไปนี้ 5 ข้อ

- 1) รับผิดชอบในงานธุรการ งานวิชาการ งานการประชุม งานประชาสัมพันธ์ และงานเลขานุการของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน
- 2) รับผิดชอบในการบริหารงาน บริหารเงิน บริหารบุคลากร และบริหารพัสดุ ตามที่คณะกรรมการกำหนด
- 3) ติดตามสถานการณ์ ศึกษาและรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน
- 4) ประสานงานและเสนอแนะแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติแก่คณะกรรมการ
- 5) ปฏิบัติงานหรือดำเนินการอื่นใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือ สปส. เป็นองค์กรที่จัดขึ้นเฉพาะการโดยได้มีการกำหนดระยะเวลาการทำงานเบื้องต้นไว้ 3 ปี เพื่อที่จะยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

เป็นที่น่าสังเกตว่าในกระบวนการยกย่องกฎหมายตามปกติโดยทั่วไปอาจไม่ได้ใช้ระยะเวลายาวนานเช่นนี้ กฎหมายโดยส่วนใหญ่จะมีการร่างแล้วเสร็จภายในระยะเวลาไม่กี่เดือนหรือ 1 ปี แต่แนวความคิดที่อยู่เบื้องหลังการกำหนดให้กระบวนการร่างกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างยืดเยื้อนี้ เป็นเพราะเป้าประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นนั้นมิใช่เพียงแค่การผ่านกฎหมายดังกล่าวเข้าสู่รัฐสภาและประกาศออกเป็นกฎหมายเพื่อการบังคับใช้เท่านั้น แต่ยังจะอาศัยกระบวนการยกย่องกฎหมายเป็นกระบวนการที่ชักนำให้องค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ มีส่วนเข้าร่วมอภิปรายถกเถียงและแสวงหาแนวทางการปฏิรูปที่พึงประสงค์โดยกระบวนการดังกล่าวถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายอีกด้านหนึ่ง นอกเหนือจากการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพนั้นคือการสร้างจิตสำนึกและเจตนารมณ์ร่วมกันของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยไปสู่การรับใช้การมีสุขภาพที่ดีของสังคม

เพื่อที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการอภิปรายแสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางและทั่วถึง ไม่เพียงแต่ระยะเวลาในการดำเนินการเท่านั้นที่มีการขยายให้ยืดเยื้อออกไปเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คนได้มีส่วนร่วมได้มากขึ้น แต่กรอบแนวคิดและขอบเขตของกระบวนการปฏิรูปก็ยังถูกขยายให้กว้างขึ้นอีกด้วย โดยกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นในช่วงเริ่มต้นของกระบวนการปฏิรูปนั้นได้นิยามสุขภาพและระบบสุขภาพในลักษณะที่มีความหมายกว้างขวางและครอบคลุมอย่างยิ่ง สุขภาพถูกนิยามว่าเป็นสุขภาพะคือ สภาวะอันเป็นพลวัตของความเป็นอยู่ดีทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่ตัวกันระบบสุขภาพก็ได้ระบุว่าเป็นกระบวนการและระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพะของชาติ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ ตลอดจนปัจจัยภายในระบบบริการสุขภาพด้วย จะเห็นได้ว่านิยามสุขภาพและระบบสุขภาพดังกล่าวนี้เป็นไปอย่างกว้างและเป็นนิยามรวม ๆ ที่เปิดโอกาสให้ทุก

ส่วนของสังคมสามารถเข้ามามีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและผลักดันระบบสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายหรือสภาวะของปัญหาที่ตัวเองเผชิญอยู่

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

กระบวนการปฏิรูปภาคสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกนั้นมີลักษณะที่สำคัญร่วมคือ การจำกัดการปฏิรูปอยู่ในเรื่องของระบบบริการสุขภาพและเป็นการดำเนินการแบบบนลงล่าง ซึ่งมักเป็นการชี้แนะโดยผู้เชี่ยวชาญ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ผ่านมามักอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้ว่าประสบการณ์ดังกล่าวอาจจะมียุทธศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จ แต่ในหลายประเทศความพยายามดังกล่าวกลับต้องประสบกับความล้มเหลวซึ่งเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่ากระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีความยากกว่าการสร้างระบบใหม่ขึ้นมาบังคับใช้โดยมาตรการทางกฎหมาย ระบบสุขภาพอาจพิจารณาได้ว่าเป็นองค์รวมที่มีความซับซ้อน มีมิติต่าง ๆ ที่หลากหลาย สัมพันธ์และเชื่อมร้อยกัน โดยทุก ๆ ด้านเกี่ยวโยงไปยังด้านอื่น ๆ อย่างซับซ้อน กระบวนการเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูปที่จะมีผลอย่างยั่งยืนต่อระบบที่มีความซับซ้อนดังกล่าวนั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้โดยการบังคับหรือการใช้อำนาจควบคุมหรือบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการสร้างโครงสร้างใหม่ที่กดทับปัญหาต่าง ๆ ไว้จะนำไปสู่ระบบงานใหม่ที่น่าวันยิ่งเลวร้ายกว่าปัญหาเก่าที่เคยมีอยู่ ดังที่มักจะมีการอ้างอิงถึงคำกล่าวของ อัลเบิร์ต ไอสไตน์ ที่ว่าเราจะไม่สามารถแก้ปัญหาดัง ๆ ที่มีอยู่โดยการใช่วิธีคิดเดียวกับที่เป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาเหล่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นนอกจากการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ระบบสุขภาพเป็นไปเพื่อการบรรลุสังคมแห่งสุขภาพจะร่วมกันแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่จะขาดหายไม่ได้จากกระบวนการปฏิรูปของระบบที่ซับซ้อนก็คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวนี้จะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตสำนึกและสร้างเจตนารมณ์ร่วมกัน รวมทั้งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดอันเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิรูปและเป็นรากฐานของการสร้างระบบสุขภาพใหม่ในอนาคตอีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูปจึงอาจจำแนกออกได้เป็น 2 ประการด้วยกัน โดยทั้งสองส่วนนี้ประกอบกันเข้าเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ประการแรก การเปลี่ยนระบบการปฏิรูปโครงสร้างและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ประการแรกนี้จะนำมาซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างของระบบสุขภาพแห่งชาติ ด้วยเงื่อนไขของรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนและการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบอบการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการประชาธิปไตยนั้นได้ทำให้เกิดการเรียกร้องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการทางสังคมแทบทุกด้าน รัฐธรรมนูญได้กำหนดและรับรองสิทธิของภาคประชาชนที่จะร่วมกันดำเนิน

การเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้โครงสร้างของระบบสุขภาพแห่งชาติรองรับและสอดคล้องไปกับรัฐธรรมนูญใหม่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาโครงสร้างและกฎหมายที่เป็นกฎหมายแม่บทของภาคสุขภาพให้สัมพันธ์สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

ดังที่ได้อภิปรายในบทนำก่อนหน้านี้ กระบวนการนโยบายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น การตัดสินใจต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ดำเนินการโดยองค์กรหรือหน่วยงานของภาครัฐ และเป็นการดำเนินการตามนโยบายที่ถูกกำหนดไว้จากส่วนกลางแล้ว กระบวนการในการบริหารจัดการดังกล่าวขัดแย้งกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญใหม่ในแง่ที่กีดกันการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและขาดความโปร่งใสตรวจสอบได้ของการตัดสินใจในเรื่องนโยบายสุขภาพต่าง ๆ สิ่งที่จะต้องสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญคือกระบวนการที่จะทำให้การถกเถียงอภิปราย เสนอความคิดเห็นในระบบบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเพื่อสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ ในกระบวนการปฏิรูปโครงสร้างของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ประกอบด้วยระบบย่อย ๆ หลายระบบเชื่อมโยงถึงกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกรอบในทางกฎหมาย เพื่อที่จะจัดระเบียบให้สถาบันต่าง ๆ สัมพันธ์สอดคล้องกันและเป็นไปอย่างมีทิศทางที่ถูกต้อง

อย่างไรก็ตามลำพังเพียงแค่การร่างกฎหมายใหม่และบังคับใช้กฎหมายนั้น ๆ โดยไม่มีส่วนร่วมของภาคประชาชน อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่ยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงกลไกและระบบองค์กรต่าง ๆ จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและจิตสำนึกของสังคมเพื่อที่จะให้การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ องค์ประกอบในประการที่สองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงปฏิรูปเชิงโครงสร้าง คือ การสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันด้านสุขภาพ สุขภาพนั้นไม่เพียงแต่เป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมและวิถีชีวิตของปัจเจกบุคคลแต่ยังเป็นผลจากสังคมโดยรวม สังคมที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและมีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของสมาชิกในสังคมจะทำให้สุขภาพของปัจเจกบุคคลดีขึ้นตามไปด้วย ในแง่สุขภาพจึงถูกกำหนดไม่เฉพาะจากความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลแต่ยังเป็นผลลัพธ์ของระบบสังคมโดยรวม ในระบบการแพทย์แบบชีวภาพนั้นสุขภาพถูกเข้าใจว่าเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการรักษาโรคหรือปฏิบัติการทางการแพทย์ สุขภาพจึงกลายเป็นเรื่องที่ควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตัดสินใจว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ นอกจากนั้นสุขภาพซึ่งถูกพิจารณาแยกส่วนออกจากมิติทางสังคมยังทำให้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนาประเทศไม่ได้มุ่งใส่ใจกับสุขภาพมากเท่ากับการเน้นการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและความก้าวหน้าในทางวัตถุ

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการวิถีคิดเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดเจตนารมณ์ใหม่ของสังคมที่จะทำสุขภาพให้เป็นอุดมการณ์ร่วมกันนั้น จึงต้องการกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตสำนึกในระดับสังคมเพื่อทำให้สุขภาพกลายเป็นวาระสำคัญในทิศทางการพัฒนา ด้วยเหตุนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้สุขภาพและการมีสุขภาวนั้นเป็นวิสัยทัศน์ร่วมกันของสาธารณชนหรือของสังคมโดยรวม การมี

กฎหมายที่จะบังคับใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างที่จะเอื้อต่อสุขภาพของสังคมนั้นจำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันของสังคมหรือจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ เพราะหากปราศจากการเปลี่ยนแปลงในระดับลึกซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของวิถีคิดของผู้คนในสังคมแล้ว แม้กฎหมายจะถูกร่างขึ้นและบังคับใช้ก็อาจจะมีผลไม่มากนักต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสังคมที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจึงมุ่งเป้าหมายส่วนหนึ่งอยู่ที่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่จะทำให้ภาคประชาสังคมได้มาร่วมกันคิด ร่วมกันสะท้อนความรู้สึกและร่วมกันตั้งเจตนารมณ์ที่จะบรรลุซึ่งสุขภาวะของสังคม จิตสำนึกใหม่นี้มีความจำเป็นเพื่อที่จะให้กระบวนการเปลี่ยนเปลี่ยนนั้นไม่ได้ถูกจำกัดไว้เพียงในขอบเขตของกฎหมายเท่านั้น แต่จะต้องกลายเป็นสำนึกร่วมกันของสังคมโดยส่วนรวมและสำนึกใหม่นี้เองที่จะช่วยสร้างกิจกรรมและปฏิบัติการต่าง ๆ ของภาคสังคมที่แม้ว่าจะอยู่นอกขอบข่ายของอำนาจที่เป็นทางการที่จะบังคับใช้ด้วยกฎหมายก็ยังสามารถที่จะเกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีได้ วัตถุประสงค์ประการที่สองของการปฏิรูปจึงมุ่งเป้าหมายอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงในด้านจิตสำนึกและเจตนารมณ์ร่วมกันของสังคมที่จะทำให้สุขภาพเป็นเป้าประสงค์และเป็นส่วนหนึ่งของทิศทางการพัฒนา

ยุทธศาสตร์การปฏิรูป: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ในการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ทั้งสองข้อที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในการทำงานขึ้นจากประสบการณ์การขับเคลื่อนการปฏิรูปทางการเมืองไทยที่ผ่านมาซึ่งมีผลให้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้รับการลงมติรับรองในรัฐสภา ศ.นพ. ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นผู้นำสำคัญในการปฏิรูปทางสังคมได้นำเสนอยุทธศาสตร์ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อที่จะขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่ต้องอาศัยการสร้างเจตนารมณ์ทางสังคมร่วมกันและการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง โดยสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่

1. การสร้างความรู้
2. การขับเคลื่อนพลังทางสังคม
3. การขับเคลื่อนสถาบันทางการเมือง

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานี้ได้ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพมีทิศทางที่ชัดเจนและมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบมากขึ้น โดยยุทธศาสตร์แรกของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาคือการประมวลและทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องของสุขภาพและระบบสุขภาพทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ ความรู้ที่ได้จากกระบวนการดังกล่าวจะต้องถูกเตรียมอยู่ในรูปแบบที่

สามารถใช้ประโยชน์ได้สำหรับการเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ และอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม ต่อกระบวนการเรียนรู้ของสังคมโดยรวม ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าความรู้จากการวิจัยต่าง ๆ ถึงแม้จะมีการ สะสมและสร้างขึ้นอยู่ตลอดเวลา แต่ความรู้ต่าง ๆ ในรูปแบบที่ไม่สามารถที่จะสื่อสารหรือทำให้เกิด กระบวนการเรียนรู้ขึ้นในสังคมก็จะเป็นความรู้ที่ถูกจำกัดไว้ในแวดวงนักวิชาการหรือเป็นรายงานการ วิจัยที่ถูกเก็บขึ้นบนหิ้งเท่านั้น ในกระบวนการที่จะทำให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในการ ปฏิรูประบบสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างฐานความรู้ที่อยู่ในรูปที่สามารถเชื่อมต่อไป ยังกระบวนการปฏิบัติการทางสังคม ความรู้ต่าง ๆ ที่ว่านี้ไม่ใช่จะเป็นเพียงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ แพทย์แบบชีวภาพหรือความรู้ทางวิชาการของระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังจะต้องเป็นความรู้ที่มาจากมุมมองและวิถีคิดที่หลากหลาย องค์ความรู้ที่มีฐานกว้างและมาจากหลากหลายสาขาวิชานั้น มีความจำเป็นสำหรับการสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมให้มีความรู้มีส่วนร่วมที่กว้างขวาง เราอาจจะ กล่าวได้ว่าการจำกัดมุมมองสุขภาพให้อยู่ในกรอบของการแพทย์หรือวิชาการการสาธารณสุขนั้นเป็น กระบวนการที่ทำให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างจำกัด ถึงแม้ว่าความรู้ในเชิงเทคนิคทางการแพทย์ และการบริหารจัดการระบบสุขภาพจะมีความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลง แต่ว่าการเสริมให้มีมู มองด้านอื่นจะช่วยให้กระบวนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจเป็นไปได้อย่างรอบด้านมากขึ้น แต่อย่าง ไรก็ตามความรู้ในด้านเทคนิควิชาการทางการแพทย์และการบริหารจัดการระบบสุขภาพก็มีความจำ เป็นอย่างยิ่งในกระบวนการที่จะทำให้สถาบันทางการเมืองสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ระดับโครงสร้างผ่านกระบวนการทางการเมืองกฎหมายได้

เพื่อให้จะให้ยุทธศาสตร์การทำงานดังกล่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการปฏิรูป ระบบสุขภาพแห่งชาติได้แปลงเป้าหมายออกเป็นยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิบัติการ 4 ด้าน คือ

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความรู้

ยุทธศาสตร์นี้เน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพอย่างครอบคลุมทุก ด้านทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เพื่อนำสาระหลักที่สำคัญไปกำหนดเป็นสวาระบัญญัติใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และนำข้อเสนอในเชิงรูปแบบ เชิงระบบ เชิงมาตรการและอื่นๆ ไปสู่การปฏิรูป ระบบสุขภาพให้เป็นรูปธรรมในระยะยาว

2. ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น จัดทำประชาพิจารณ์การร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

3. ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง

การใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารอย่างเป็นระบบ กว้างขวางและต่อเนื่อง เป็นความจำ

เป็นเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน และเกิดความร่วมมือในการผลักดันและขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูปวิธีคิด และการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จ

4. ยุทธศาสตร์การจัดการ

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งที่การใช้พลังการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดทิศทางการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล และการประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อผลักดันให้การตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประสบผลสำเร็จ

โดยได้จัดตั้งคณะทำงาน 4 คณะ ซึ่งรับผิดชอบในยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

1. คณะอนุกรรมการวิชาการ มีหน้าที่ในการสร้างฐานความรู้และบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนกระบวนการปฏิรูป
2. คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม มีหน้าที่ในการสนับสนุนและสร้างเครือข่ายการเคลื่อนไหวให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูป
3. คณะอนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ เป็นการรับผิดชอบเพื่อที่จะให้สาธารณชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางและเพียงพอ
4. คณะอนุกรรมการยกย่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นคณะทำงานที่พัฒนากรอบของกฎหมายและยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพใหม่โดยประมวลลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพที่ได้มาจากเวทีประชาคมต่าง ๆ

การทำงานของคณะทำงานเหล่านี้เป็นไปเพื่อที่จะนำไปสู่กระบวนการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งจะเป็นกรอบสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพใหม่ เป้าหมายในการดำเนินการในช่วง 2 ปีแรกนั้นคือการสร้างฐานองค์ความรู้พร้อม ๆ ไปด้วยการสร้างเวทีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูป องค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่มีการประมวลขึ้นจะช่วยให้การมองระบบสุขภาพและการมององค์ประกอบของสุขภาพจะเป็นไปได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นักวิจัยที่มีศักยภาพในการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งมีบทบาทสำคัญในการเตรียมการวิจัยที่เป็นพื้นฐานในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป กระบวนการทบทวนองค์ความรู้และสร้างฐานความรู้เพื่อการปฏิรูปนี้มีเป้าหมายส่วนหนึ่งอยู่ที่การขยายกรอบวิธีคิดเรื่องสุขภาพจากการมองสุขภาพจำเพาะเจาะจงอยู่ที่โรคและการเฝ้าระวังรักษาโรคนั้นไปสู่การขยายความเกี่ยวข้องของสุขภาพไปถึงวิถีชีวิตและมิติต่าง ๆ กระบวนการดังกล่าวจะทำให้องค์กรภาคประชาสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปมากขึ้น ในระยะปีที่ 3 นั้นกระบวนการปฏิรูปได้เน้นหนักมากขึ้นในการที่จะเชื่อมโยงระหว่างวาระสุขภาพของท้องถิ่นไปสู่กระบวนการนโยบายในระดับชาติและเน้นการนำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่กระบวนการรับรองของกลไกด้านนิติบัญญัติของประเทศ ในบทนำเสนอต่อจากนี้ไปจะเป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ที่มีการดำเนินการทั้ง 3 ด้าน

1. การสร้างฐานความรู้เพื่อการปฏิรูป

เป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์แรกนี้คือการสร้างและการจัดการความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิรูป โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะสร้างฐานความรู้สำหรับกระบวนการปฏิรูปในระยะ 3 ปี ความรู้ที่ได้มีการประมวลหรือจัดระบบทบทวนขึ้นนั้น ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะความรู้ในด้านการแพทย์หรือสถิติทางด้านการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพนี้ถูกนิยามในขอบเขตความหมายที่กว้างขวางเพื่อที่จะให้สามารถส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการถกเถียงเพื่อแสวงหาแนวความคิดในแวดวงประชาคมรวมทั้งกระบวนการคิดใหม่ที่จะทำให้ได้มาซึ่งระบบสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม ในการสร้างฐานความรู้เพื่อการปฏิรูปนั้นจึงมิได้เป็นกิจกรรมที่จำกัดวงอยู่ในแวดวงนักวิชาการเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสร้างความรู้กับภาคสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปอีกด้วย ในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ดังกล่าวนี้ได้มีแผนงานสำคัญ 2 แผนงานซึ่งดำเนินการคู่ขนานกันไปในการสังเคราะห์ความรู้ที่จะช่วยให้การปฏิรูปมีขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น โดยแผนงานแรกนั้นมุ่งเป้าอยู่ที่การจัดโครงสร้างองค์กรและสถาบันรวมทั้งองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่เป็นทางการ โดยเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและระบบย่อยต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นไม่ว่าจะเป็นระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการควบคุมและป้องกันโรค ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคต่าง ๆ เหล่านี้เป็นต้น ในขณะที่แผนงานที่สองนั้นมุ่งการขยายกรอบแนวความคิดในเชิงปรัชญาและในเชิงทฤษฎีที่จะทำความเข้าใจในสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ แผนงานที่สองจึงพยายามที่จะขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพออกไปให้กว้างขวางไปในมิติทางด้านปรัชญา สังคม และวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้นเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมต่าง ๆ สามารถมีบทบาทในกระบวนการคิดค้นพัฒนาระบบสุขภาพใหม่ขึ้นมาได้ พร้อมทั้งทำให้กระบวนการปฏิรูปมีฐานรากที่มั่นคงขึ้นในเชิงปรัชญาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2. การขับเคลื่อนทางสังคมและภาคประชาสังคม

เป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์นี้อยู่ที่การสร้างฐานการมีส่วนร่วมที่กว้างขวางสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพพลโลกและกระบวนการต่าง ๆ ที่ได้มีการพัฒนาขึ้นจึงมุ่งเป้าไปที่การขับเคลื่อนให้ประชาคมสุขภาพต่าง ๆ มีการรวมตัวกันและมีบทบาทสำคัญในการเข้าร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาและลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพใหม่ กระบวนการขับเคลื่อนดังกล่าวมีจุดสำคัญของการขับเคลื่อนอยู่ที่ช่วงปีที่ 2 ของการดำเนินการคือการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งได้มีการดำเนินการในวันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545 ที่ศูนย์นิทรรศการและการค้ากรุงเทพฯ หรือไบเทค รวมทั้งมีกระบวนการรณรงค์เพื่อรวบรวมรายชื่อ 5 ล้านรายชื่อของผู้ที่จะสนับสนุนให้เกิดมีพระราชบัญญัติสุขภาพใหม่ขึ้น ในกระบวนการที่ขับเคลื่อนไปสู่เป้าประสงค์ 2 ประการดังกล่าวนี้ได้มีการจัดให้มีเวทีประชาคม การประชุมปฏิบัติการต่าง ๆ การประชุมปรึกษาหารือตลอดจนสมัชชาทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดขึ้นอย่างมากมาย นอกจากนั้นยังได้มีการจัดทำเวทีปฏิรูปซึ่งเป็นจดหมายข่าวรายเดือนที่มี

เป้าหมายเพื่อที่จะเชื่อมโยงความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพกับภาคประชาสังคมที่มีอยู่ทั่วไป กระบวนการจัดการประชุมและการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในระดับต่าง ๆ ตลอดจนจดหมายข่าวที่ได้มีการออกมานั้นเป็นกระบวนการที่จะเชื่อมโยงสาธารณชนให้ได้อย่างทั่วถึงมากที่สุด เพื่อที่จะร่วมกันสร้างฉันทามติเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์จากมุมมองของประชาชนกลุ่มต่างในสังคมไทย

ในกระบวนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นจุดมุ่งหมายสำคัญคือการทำให้องค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ เข้ามามีส่วนกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อดำเนินการดังกล่าวจึงได้มีการจัดเวทีประชาคมในระดับอำเภอขึ้นโดยกลุ่มองค์กรในภาคประชาสังคมต่าง ๆ ได้มีการร่วมกับองค์กรสุขภาพในระดับท้องถิ่นจัดให้มีเวทีพูดคุยเพื่อที่จะประมวลปัญหาและทิศทางการพัฒนาที่พึงประสงค์เวทีในระดับอำเภอดังกล่าวนั้นได้มีการดำเนินการขึ้นในระหว่างช่วงปีที่ 2 ของการปฏิรูป โดยมีการจัดเวทีประชาคมอำเภอขึ้นถึง 550 แห่งทั่วประเทศ เวทีต่าง ๆ เหล่านี้เปิดโอกาสให้ประเด็นปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่นได้มีการอภิปรายถกเถียงกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น ตลอดจนได้มีการประมวลข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่พึงประสงค์เกี่ยวกับระบบสุขภาพใหม่ โดยเป็นข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับปัญหาและวาระการพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่นเป็นประเด็นสำคัญ จากเวทีประชาคมในระดับอำเภอ ข้อเสนอแนะและปัญหาต่าง ๆ ได้มีการประมวลขึ้นมาในระดับจังหวัด โดยมีการจัดเวทีประชาคมจังหวัดขึ้นสำหรับพูดคุยแลกเปลี่ยนในหมู่องค์กรกลุ่มประชาคมรวมทั้งผู้อยู่อาศัยในเมืองในระดับจังหวัดต่าง ๆ เพื่อที่จะแสดงความคิดเห็นตลอดจนถกเถียงถึงข้อเสนอในการสร้างระบบสุขภาพใหม่ทั้งการพูดคุยในระดับอำเภอและระดับจังหวัดที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่ 2 ของการปฏิรูปนั้นมีส่วนร่วมมากกว่า 50,000 คนทั่วประเทศ ผู้ที่เข้าร่วมในเวทีประชาคมต่าง ๆ เหล่านี้มาจากองค์กรต่าง ๆ ที่มีการรวมตัวขึ้นมากกว่า 3,300 องค์กร โดยกระบวนการปรึกษาหารือและกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นได้สร้างฐานแนวร่วมอย่างกว้างขวางขึ้นในภาคประชาสังคม จากการประชุมเวทีประชาคมในระดับอำเภอและระดับจังหวัดนั้นได้นำไปสู่การสร้างสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นในเดือนสิงหาคม ปี 2545 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกว่า 4,000 คนทั่วประเทศได้รวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนระดับอำเภอและจังหวัดเพื่อที่จะนำเสนอและพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเวทีสมัชชาระดับประเทศ

เวทีสาธารณะต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงแต่กระบวนการที่เกิดการปรึกษาหารือหรืออภิปรายถกเถียงกันในประเด็นปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชน องค์กรประชาคมและองค์กรด้านสุขภาพต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องอีกด้วย ความคิดริเริ่มของภาคประชาสังคมและปฏิบัติการที่มีการถกเถียงพูดคุยกันเพื่อหาทางแก้ปัญหาสุขภาพนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวขึ้นในสาธารณะที่จะร่วมกันปฏิบัติการเพื่อให้ระบบสุขภาพใหม่นั้นมีความสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาในพื้นที่ ยิ่งไปกว่านั้นเวทีสาธารณะเหล่านี้ได้ทำให้เกิดมีรูปแบบของชีวิต

สาธารณะอย่างใหม่เกิดขึ้นโดยผู้คนจากองค์กรต่าง ๆ ที่หลากหลายได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่ตนสนใจและได้มารู้จักซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเริ่มสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับท้องถิ่นเชื่อมโยงไปสู่ในระดับจังหวัดและระดับชาติมากขึ้น ในแง่หนึ่งแล้วเวทีต่าง ๆ เหล่านี้ได้กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานของภาคประชาสังคมที่ทำให้ความร่วมมือต่าง ๆ ตลอดจนกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันนั้นมีความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น

3. การขับเคลื่อนภาคการเมืองเพื่อการปฏิรูปกฎหมายสุขภาพ

กระบวนการที่นำไปสู่การสนับสนุนของสถาบันทางการเมืองในการสร้างระบบสุขภาพใหม่นั้น ถือว่าเป็นภาระสำคัญอย่างยิ่งของกระบวนการปฏิรูป ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นั้นเองก็ได้เป็นฐานสำคัญประการหนึ่งของการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคการเมือง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินั้นมีนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีตลอดจนปลัดกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นสมาชิก นอกเหนือจากคณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งอย่างเป็นทางการแล้วองค์กรและกลุ่มคณะทำงานต่าง ๆ ตลอดจนการจัดประชุมปฏิบัติการ การสัมมนาและเวทีประชาคมต่าง ๆ ก็ยังเป็นเวทีสำคัญที่จะดึงการมีส่วนร่วมของภาคการเมืองในกระบวนการปฏิรูปได้ การจัดประชุมสัมมนาครั้งแรกในเรื่องระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยนั้นก็ได้มีรัฐมนตรีจากสำนักนายกรัฐมนตรีเข้าร่วมในกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้นำทางสังคมและตลอดจนวุฒิสมาชิกและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเข้าร่วม นับตั้งแต่กระบวนการปฏิรูปได้เริ่มขึ้นองค์กรทางการเมืองตลอดจนตัวแทนและผู้นำทางการเมืองต่าง ๆ ได้มาเข้ามีส่วนร่วมและเสนอแนะความคิดเห็นต่อการปฏิรูปเสมอมา การดำเนินการที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคการเมืองเพื่อที่จะสนับสนุนกระบวนการปฏิรูปก็คือกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มต้นด้วยการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับระบบสุขภาพใหม่ขึ้น โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวนี้ได้พัฒนาขึ้นจากกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ผู้นำทางการเมือง ตลอดจนตัวแทนจากภาคประชาสังคมต่าง ๆ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดดังกล่าวนี้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นเมื่อสิ้นสุดปีที่ 2 ของกระบวนการปฏิรูปโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับร่างนี้ได้นำเสนอนิยามความหมายของสุขภาพใหม่และมีการทำความเข้าใจกับแนวความคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการนำเสนอสิทธิและหน้าที่ของรัฐและของพลเมืองในการที่จะทำให้บรรลุซึ่งสุขภาพดีของสังคม องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพใหม่ตลอดจนวิธีทำงานและการจัดโครงสร้างและกลไกการทำงานของระบบสุขภาพ ร่างกฎหมายดังกล่าวได้ถูกยื่นเสนอต่อรัฐบาลและยังอยู่ในกระบวนการพิจารณารับรองโดยคณะรัฐมนตรีก่อนที่จะส่งต่อไปเพื่อการพิจารณาของสภานิติบัญญัติ ในส่วนต่อจากนี้ไปจะเป็นการวิเคราะห์รายละเอียดของกระบวนการปฏิรูปเพื่อจะชี้ให้เห็นว่าหลักการแนวคิดและยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปนั้นได้ถูกแปลงไปสู่การปฏิบัติในลักษณะใด

การปฏิรูประบบสุขภาพ: จากหลักการสู่ปฏิบัติการ การสร้างฐานความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

การสร้างองค์ความรู้เพื่อการออกแบบระบบสุขภาพใหม่

คณะทำงานวิชาการซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในช่วงต้นของกระบวนการปฏิรูปนั้นได้ปฏิบัติงานเพื่อที่จะสร้างฐานความรู้สำหรับการปฏิรูปขึ้น โดยภารกิจที่ได้รับมอบหมายคือการสร้างแผนงานวิจัยที่ครอบคลุมกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่และแนวทางการพัฒนาในอนาคต คณะทำงานได้ร่วมกันกำหนดหัวข้อวิจัยรวมทั้งสิ้น 15 หัวข้อวิจัยซึ่งถือว่าเป็นฐานความรู้ที่สำคัญสำหรับการคิดค้นระบบสุขภาพใหม่ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและด้านการแพทย์ที่สังคมไทยกำลังเผชิญหน้าอยู่ หัวข้อส่วนใหญ่ในแผนงานดังกล่าวจะเน้นที่โครงสร้างกระบวนการและระบบย่อยภายใต้ระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายของการทบทวนให้เห็นว่าโครงสร้างกลไกกระบวนการและระบบย่อยต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นระบบสุขภาพแห่งชาตินั้นควรจะมีหลักการและแนวทางสำคัญอย่างไรในการทำให้องค์ประกอบต่าง ๆ ทำหน้าที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบได้ แต่เป้าหมายของการทบทวนก็ได้มุ่งไปที่การให้คำตอบสำเร็จรูปที่จะกำหนดระบบสุขภาพว่าควรจะเป็นไปอย่างไรอย่างสิ้นเชิง เป้าหมายก็คือการสร้างระบบสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อที่จะให้กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมเป็นไปได้ โดยองค์ความรู้ที่มีการทบทวนนั้นจะใช้สำหรับการสนับสนุนให้ภาคสาธารณสุขและองค์กรประชาสังคมต่าง ๆ ได้ใช้ในการอภิปรายถกเถียงและทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพของสังคมเพื่อการตัดสินใจร่วมกันมากกว่าที่จะอาศัยการตัดสินใจชี้ขาดจากคณะทำงานวิชาการเป็นสำคัญ หัวข้อต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการทบทวนองค์ความรู้นั้นแบ่งออกเป็น กลุ่มสำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนานโยบาย

- 1.1 สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: ทบทวนองค์ความรู้นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ
- 1.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: ทบทวนโครงสร้าง ระบบ กลไก และประสบการณ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ
- 1.3 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค: ทบทวนองค์ความรู้ การจัดการองค์ความรู้ การร้องเรียน และการทดแทนค่าเสียหาย
- 1.4 ระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข: ทบทวนแนวคิดและกลไกการทำงานระดับต่าง ๆ
- 1.5 กลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ: ทบทวน และนำเสนอรูปแบบของกลไกในการกำหนดนโยบายระดับชาติ

- 1.6 การสังเคราะห์โครงสร้างและองค์การของระบบสุขภาพแห่งชาติ: ทบทวนและนำเสนอรูปแบบของกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ
- 1.7 ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการลงทุน/พัฒนาขนาดใหญ่และนโยบายต่าง ๆ : กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ
2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.1 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ทบทวนโครงสร้างของระบบและเครื่องมือในการจัดการระบบ
 - 2.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ และทบทวนบทเรียนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ
 - 2.3 ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ: ทบทวนแนวคิดและวิธีการเกี่ยวกับการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ
3. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน: ทบทวนแนวคิด และนำเสนอกลไกการสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
 - 3.2 การพัฒนาสื่อมวลชนเพื่อให้เกิดผลด้านบวกในการสร้างสุขภาพ: จัดทำข้อเสนอเพื่อเครือข่ายสื่อมวลชนด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง
 - 3.3 การสร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน: พัฒนาแนวคิดและรูปแบบของ school health package
4. ระบบการเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันโรค
 - 4.1 กรอบความคิดหลักในการปฏิรูประบบการควบคุมและป้องกันโรค: นำเสนอกรอบแนวคิดในการปรับโครงสร้าง และระบบการเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันโรค
 - 4.2 การพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันโรค: ทบทวน และนำเสนอแนวทางการปรับโครงสร้างและระบบของชาติ
5. การจัดบริการสุขภาพ
 - 5.1 ระบบบริการสุขภาพระดับต้น: ข้อเสนอการพัฒนาระบบภายใต้เงื่อนไขหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 5.2 ระบบการแพทย์ทางเลือก: ทบทวนแนวคิด และทำข้อเสนอการจัดองค์กรและการรับรองคุณภาพ
 - 5.3 ระบบการพัฒนากำลังคน: การสร้างกลไกระดับชาติเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

- 5.4 ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ: ทบทวนการจัดองค์กรกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพบริการ
- 5.5 ระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน: ทบทวน และเสนอการจัดระบบและโครงสร้างการจัดการ
- 5.6 ระบบบริการสุขภาพคนพิการ: นำเสนอแนวทางการพัฒนาบริการเฉพาะสำหรับผู้พิการ
- 5.7 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ: นำเสนอแนวทางการพัฒนาบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ
6. ความรู้และภูมิปัญญา
 - 6.1 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ: ข้อเสนอการจัดระบบการจัดการข้อมูลองค์ความรู้
 - 6.2 ระบบการจัดการงานวิจัย: ทบทวน และสร้างข้อเสนอการจัดองค์กรและการจัดสรรทรัพยากรของชาติ
 - 6.3 การวิจัยและพัฒนาในประเทศไทย: ทบทวน และนำเสนอกลไกการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งระบบการจัดสรรทรัพยากร

นักวิจัยที่มีศักยภาพ ซึ่งได้เคยทำงานในหัวข้อวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนั้น ได้มีการรวบรวมและเชื้อเชิญให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย โดยกระบวนการวิจัยนั้นไม่ใช่มุ่งที่การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ยังต้องการให้มีการศึกษาถึงตัวอย่างรูปธรรมที่มีชัดเจนของแนวความคิดและแนวทางการทำงานต่าง ๆ โดยมีความคาดหวังว่าตัวอย่างรูปธรรมหรือกรณีศึกษาต่าง ๆ เหล่านั้นจะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนหรือช่วยให้การถกเถียงพูดคุยกันขององค์กรต่าง ๆ รวมทั้งสาธารณชน จะมีความเป็นรูปธรรมมากกว่าที่จะคุยกันในเรื่องของแนวความคิดที่เป็นนามธรรมมากเกินไป นอกจากนี้จากนั้นนักวิจัยที่ได้ทำการวิจัยยังจะต้องนำเสนอถึงความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง หรือในการจัดรูปองค์กรที่จะทำให้ระบบสุขภาพใหม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวความคิดที่มีการประมวลขึ้น รวมทั้งข้อเสนอแนะในเชิงกฎหมายที่จะต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อให้้องค์กรต่าง ๆ ดำเนินการไปได้อย่างมีหลักเกณฑ์ ทั้งนี้โดยอาศัยประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากนานาประเทศที่มีการดำเนินการในลักษณะที่คล้ายคลึงกันนั้นเป็นรูปแบบกรณีศึกษาที่ใช้วิเคราะห์เพื่อสร้างข้อเสนอแนะต่าง ๆ กระบวนการทบทวนและการศึกษาวิจัยในหัวข้อต่าง ๆ นั้นได้มีการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องการสัมมนา การจัดประชุมปฏิบัติการได้ถูกจัดขึ้นเพื่อที่จะระบุและทำให้คำถามวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น องค์กรภาคประชาสังคมตลอดจนนักวิชาการและนักการเมืองที่เกี่ยวข้องได้ถูกเชื้อเชิญ

เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยถกเถียงกันในเรื่องที่กำลังมีการวิจัยอยู่เพื่อที่จะนำไปสู่การได้ข้อสรุปร่วมกันในแต่ละเรื่องที่ทำการศึกษา ผลลัพธ์ของการวิจัยได้มีการเผยแพร่ขึ้นเพื่อให้มีการพูดคุยถกเถียงกันให้กว้างขวางยิ่งขึ้นไปอีก โดยไม่ได้ถือว่าเป็นผลสรุปของกระบวนการศึกษาวิจัยที่จะนำไปใช้ได้ทันที แต่ถือเป็นการทำให้องค์ความรู้ทางวิชาการมีสถานะที่นำมาสู่การพูดคุยถกเถียงกันในเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องและในเวทีสาธารณะต่าง ๆ

ผลลัพธ์ของการทบทวนและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ยังใช้สำหรับประมวลและยกร่างเค้าโครงความคิดและผลิตเป็นเอกสารชื่อ **"ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ"** เอกสารนี้เป็นการนำเสนอแนวคิดและกรอบการปฏิรูปเพื่อกระตุ้นให้เกิดการถกเถียงอภิปรายโดยถือเป็นตัวกระตุ้นสำหรับเวทีประชาสังคมต่าง ๆ ได้แสดงความคิดเห็น อาจกล่าวได้ว่าเอกสารดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นความตื่นตัว โดยเฉพาะในส่วนต่างๆของภาคราชการสาธารณสุข รายงานการทบทวนองค์ความรู้ต่าง ๆ นี้ ถูกนำเสนอในเวทีการอภิปรายเฉพาะแต่ละประเด็นเพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียและสาธารณชนได้ร่วมกันตรวจสอบข้อเสนอดังกล่าว

นอกจากการประชุมสัมมนาและประชุมปฏิบัติการในแต่ละประเด็นเฉพาะแล้ว ในระหว่าง 2 ปีแรกของการปฏิรูปยังมีการประชุมและสัมมนาหลายครั้งที่เป็นการทบทวนและประมวลปัญหาและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพโดยภาพรวมอีกด้วย

การขับเคลื่อนทางสังคมและภาคประชาสังคม

เป้าหมายความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมิใช่อยู่ที่การออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเท่านั้น หากแต่ความสำเร็จที่แท้จริงอยู่ที่ผู้คนในสังคมได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพไปสู่มิติที่กว้าง เป็นองค์รวม และเป็นมิติของการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะในทุกภาคส่วนของสังคม นอกจากนั้นในกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่จะใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทยและสังคมไทย ประชาชนควรได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมจัดทำ และร่วมผลักดันมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้กฎหมายดังกล่าวเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทยอย่างแท้จริง ในช่วงเริ่มต้นการปฏิรูปจึงให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวของสังคมเป็นอย่างมาก โดยจัดให้มีการระดมความคิดของภาคีต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องคือ

1. สัมมนาระดับชาติจุดประกายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ในหัวข้อ **"ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ"** ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร โดยมีทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ สื่อมวลชน และผู้นำทางสังคมทั้งจากภาครัฐและภาคประชาชน เข้าร่วมสัมมนาระดมสมอง ประมาณ 200 คน มี ศ.นพ.ประเวศ วะสี ทำหน้าที่เป็นประธาน ในช่วงเช้าของการสัมมนามีการถ่ายทอดสดทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 อ.ส.ม.ท. เพื่อจุดประกายการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่วงกว้างด้วย

2. เวทีสัญจร 6 เวทีภูมิภาค จึงเกิดขึ้นเป็นความต่อเนื่องของการจัดประกายที่ขยายวงสู่ภูมิภาคของประเทศ โดยแต่ละภูมิภาคได้ร่วมมือกันในการจัดเวทีระดมสมองจัดประกายกันอย่างกระตือรือร้น และเข้มขันรวมทั้งสิ้น 6 เวที ได้แก่

- ภาคเหนือตอนบน: เวที **“คืนความรู้สู่มือประชาชน”** เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 188 คน โดยมีเจ้าดวงเดือน ณ เชียงใหม่ ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุม เวทีนี้มีกลุ่มนักจัดรายการวิทยุ ดอกเอื้องเสียงซึ้ง เป็นแกนนำ
- ภาคเหนือตอนล่าง: เวที **“ปฏิรูประบบสุขภาพ เริ่มจากปฏิรูปวิถีคิด”** เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2543 ณ โรงแรมอมรินทร์ลากูน จังหวัดพิษณุโลก มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 449 คน จาก 8 จังหวัด โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 9 ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุม และบรรยายนำโดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี เวทีนี้มีมูลนิธิชาวพิษณุโลกรวมใจต้านภัยเอดส์ และเครือข่ายประชาคมกลุ่มจังหวัดสืงแยกอินโดจีนเป็นแกนนำ
- ภาคอีสานตอนบน: เวที **“วิถีชีวิต : วิถีแห่งสุขภาพของพี่น้องอีสาน”** เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมโซฟิเทลราชาออคิด จังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 224 คนจาก 11 จังหวัด โดยมี ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุมและผู้ดำเนินรายการ เวทีนี้มีโรงพยาบาลของแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นแกนนำ ทั้งนี้มีการถ่ายทอดสดผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย ระบบ FM 99.5 MHz. ปิดการประชุมด้วยบทร้อยแก้วและบทร้อยกรองที่สรุปแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพ โดยพระมหาแจ่ม ภูิกาสาริ เจ้าอาวาสวัดป่าบ้านโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- ภาคอีสานตอนล่าง: เวที **“หน่วยงานสาธารณสุขจะกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างไร?”** เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมสีมาธานี จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 442 คน จากพื้นที่ภาคอีสานตอนล่างรวม 8 จังหวัด เวทีนี้มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นแกนนำ หลังจากนั้นได้มีจัดทำหนังสือ **“ปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทย: หน่วยงานสาธารณสุขจะกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไร”** โดยมีนายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นบรรณาธิการ
- ภาคใต้ตอนบน: เวที **“จากจิตสำนึกแห่งสุขภาพสู่ดุลยภาพแห่งชีวิต”** เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2543 ณ โรงแรมทวินโลตัส จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 155 คน มี ศ.ดร.นักสิทธิ์ คุ้มพัฒนาชัย อธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ทำหน้าที่เป็น

ประธานเปิดการประชุม และบรรยายพิเศษโดยคุณโสภณ สุภาพงษ์ เวทีนี้มีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และเครือข่ายประชาสังคมใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนเป็นแกนนำ ทั้งนี้ได้มีการถ่ายทอดสดทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ช่อง 11 กรมประชาสัมพันธ์ ไปทั่วพื้นที่ภาคใต้

- ภาคใต้ตอนล่าง: เวที “ศาสนธรรม: กลไกสำคัญขับเคลื่อนระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมรอยัลปรีนเซส จังหวัดนราธิวาส มีผู้เข้าร่วมสัมมนา 304 คน โดยมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี ทำหน้าที่เป็นประธานการประชุมและบรรยายนำ เวทีนี้มีกลุ่ม E-CLASS เป็นแกนนำร่วมด้วยองค์กรเครือข่ายประชาคมจังหวัดนราธิวาส 45 องค์กร

ผลการสัมมนาจากเวทีสัญจร 6 เวทีภูมิภาค สปรส. ได้จัดทำเป็นหนังสือชื่อ “จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ : ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

3. หน่วยงาน องค์กร ภาคี ประชาคมต่าง ๆ จัดเวทีประชุมอภิปราย สัมมนาเรื่องต่าง ๆ โดยจัดให้มีการพูดคุยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติด้วย ซึ่งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้ส่งวิทยากรและสื่อสนับสนุนไปรวมกว่า 200 เวที มีจำนวนผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 40,000 คน นอกจากนี้ สปรส. ยังได้สนับสนุนสื่อต่าง ๆ ให้กับภาคีต่าง ๆ ไปจัดเวทีกว่า 200 เวที มีจำนวนผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 34,000 คน
4. สนับสนุนการจัดประชุม สัมมนา เสวนาเฉพาะเรื่อง และทำกิจกรรมพิเศษรวม 6 เรื่อง ได้แก่
 - 4.1 สนับสนุนการจัดประชุมองค์กร ภาคีร่วมกับศูนย์ศึกษาปัญหาทะเลแคว้น จังหวัดกาญจนบุรี เกี่ยวกับปัญหาสารตะกั่วที่คลิตี้ ในหัวเรื่อง “นโยบายและแนวทางแก้ไขปัญหามลพิษสารตะกั่วต่อสุขภาพและสภาพแวดล้อมบริเวณแม่น้ำแม่กลองตอนบน” วันที่ 23 กันยายน 2543 ณ สำนักงานเทศบาลจังหวัดกาญจนบุรี โดยมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดสัมมนา มีสื่อมวลชนจากส่วนกลาง ทั้งหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ และโทรทัศน์ ประมาณ 30 คน เข้าร่วมด้วย และมีการถ่ายทอดสดทางสถานีวิทยุรายการ “ร่วมด้วยช่วยกัน”
 - 4.2 สนับสนุนศูนย์คำคุณ ในการจัดประชุม “เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านและพหุภาคีภาคอีสาน ในการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างอธิปไตยของชาติภาคประชาชน” ระหว่างวันที่ 9 - 10 ธันวาคม 2543 ณ ศูนย์คำคุณ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเผยแพร่ภูมิปัญญาการสร้างสุขภาพดี มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 600 คน มีสื่อมวลชนไปทำข่าวและบันทึกเทปรายการ “ใส่ใจในชีวิต” ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ไอทีวี

- 4.3 สนับสนุนศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ในการจัด “มหกรรมหมอมือเมือง” ระหว่างวันที่ 9 - 11 ธันวาคม 2543 ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพพื้นบ้าน สอนสมเด็จพระศรีนครินทร์เชียงใหม่ เพื่อเป็นเวทีกลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมอมือเมืองเยาวชน และประชาชนทั่วไป รวมทั้งเป็นเวทีขับเคลื่อนในภาคประชาชนเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 500 คน มีสื่อมวลชนไปทำข่าวเผยแพร่ และบันทึกเทปรายการ “เช้าวันนี้” ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5
- 4.4 สนับสนุนกลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม ในการสัมมนาและเสวนาวิชาการเรื่อง “สังคมไทยเกี่ยวกับสารพิษ วิกฤตที่หลีกเลี่ยงได้รำลึกหนึ่งทศวรรษสารเคมีระเบิดที่คลองเตย” วันที่ 1 มีนาคม 2544 ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 4.5 สนับสนุนสมาคมวิทยุชุมชนเพื่อประชาสังคมจังหวัดนราธิวาสในการผลิตม้วนเทปเพลงท้องถิ่น (ดีเกสตู) เพื่อใช้เป็นสื่อท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปสุขภาพให้กับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 3,000 ม้วน ซึ่งออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดนราธิวาส และสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย สุโขทัย-โลก ใน “รายการระบบสุขภาพที่คนได้ต้องการ” “รายการนราบ้านเรา” “รายการนราประชาคม” และ “รายการแลบ้านเกิด” นอกจากนี้ได้แจกไปเปิดตามรถตู้ที่วิ่งระหว่างจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และรถโดยสารประจำทางที่วิ่งระหว่าง 4 จังหวัดภาคใต้
- 4.6 สนับสนุนประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์กรประสานเครือข่ายในระดับจังหวัด เพื่อการประสานงานและสนับสนุนองค์กรเครือข่ายในระดับพื้นที่ให้เกิดขึ้นและเป็นการเตรียมองค์กรในพื้นที่สำหรับรองรับภารกิจต่าง ๆ ที่จะลงไปสู่พื้นที่ต่อไปในอนาคต ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2544 และวันที่ 13 มิถุนายน 2544 ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
5. ในการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปสุขภาพนั้น มีภาคีต่าง ๆ ในสังคมไทยสนใจเข้าร่วมจัดกระบวนการระดมความเห็นเป็นจำนวนมากทั้งเครือข่ายภาคีพื้นที่ใน 69 จังหวัด และเครือข่ายภาคีเฉพาะได้แก่ เครือข่ายผู้พิการทุกประเภท เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย ประชาคมคนจน เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญและเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านภาคอีสาน ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เครือข่ายหมอมือสมัครใจ เครือข่ายภูมิปัญญาล้านนา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เวทีสุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางจิต

วิญญูณ โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ และต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ จนได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอที่มีคุณค่าในการยกย่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเป็นอย่างมาก ในบางเวทีได้นำสื่อมวลชนเข้าร่วมสังเกตการณ์ และมีการถ่ายทอดสดผ่านทางสถานีวิทยุและสถานีโทรทัศน์ตามความเหมาะสม

6. หลังจากการจัดเวทีระดมความคิดเห็นข้อเสนอต่อการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปของแต่ละจังหวัดแล้ว ได้มีการสรุปภาพรวมข้อเสนอของประชาชนเข้าสู่เวทีอนุภาค ซึ่งได้ประสานงานกับเครือข่าย วิทยุชุมชนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละจังหวัดเข้าร่วมสังเกตการณ์ และเผยแพร่ ประเด็นที่มีการนำเสนอสู่เวทีอนุภาค รวม 6 เวที ได้แก่

6.1 ภาคเหนือตอนล่าง จัดในวันที่ 5 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมลาพาโลมา ที่จังหวัด พิษณุโลก มีผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดนครสวรรค์ เพชรบูรณ์ อุทัยธานี อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร สุโขทัย พิจิตร ตาก แพร่ น่าน และพิษณุโลก มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 300 คน มี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมรับ ฟังความคิดเห็น

6.2 ภาคกลางตะวันตก จัดในวันที่ 11 สิงหาคม 2544 ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จังหวัดราชบุรี โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัด กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร นครปฐม ราชบุรี และเพชรบุรี มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 100 คน โดยมี รศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส อนุกรรมการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็นด้วย

6.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จัดในวันที่ 14 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมแก่น อินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดเลย หนองคาย อุดรธานี ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สกลนคร หนองบัวลำภู มหาสารคาม และนครพนม โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 270 คน นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานอนุกรรมการยกย่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็นพร้อมกับ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

6.4 ภาคใต้ตอนบน จัดในวันที่ 17 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมเสาวลักษณ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี มีผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง ภูเก็ต พังงา กระบี่ และนครศรีธรรมราช โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 100 คน มีนพ.อำพล จินดา วัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ ร่วมรับฟังความคิดเห็นด้วย

6.5 ภาคใต้ตอนล่าง จัดในวันที่ 19 สิงหาคม 2544 ณ หาดแก้วรีสอร์ท จังหวัดสงขลา มีผู้ เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดสงขลา สตูล พัทลุง ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และตรัง มี

ผู้เข้าร่วมประชุมรวม 90 คน มี ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมรับฟังความคิดเห็น

- 1.6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จัดในวันที่ 25-26 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมทองธารินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด บุรีรัมย์ ยโสธร อุบลราชธานี นครราชสีมา อำนาจเจริญ และชัยภูมิ มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 250 คน มี ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ทำหน้าที่เป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมรับฟังความคิดเห็น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากเวทีอนุภาค และเวทีของประชาคมต่าง ๆ ตลอดจนเวทีของเครือข่ายภาคีเฉพาะได้มีการประมวลเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในงานตลาดนัดปฏิรูป (ระบบ) สุขภาพ ระหว่างวันที่ 1-5 กันยายน 2544 ด้วย

จากสมัชชาสุขภาพในปี 2544 ซึ่งเป็นการทดลองรูปแบบการประชุมที่ระดมความคิดเห็นสู่กระบวนการเชิงนโยบาย ในปีต่อมารูปแบบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปรับเปลี่ยนไปตามสภาพการณ์ความคืบหน้าของการปฏิรูป โดยในช่วงปลายปีแรกนั้นคณะกรรมการด้านกฎหมายได้กว้างกรอบแนวคิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติขึ้น และได้นำเสนอกรอบแนวคิดดังกล่าวให้แก่องค์กรและเครือข่ายภาค รวมทั้งสาธารณชนได้แสดงความคิดเห็น มีการจัดเวทีเพื่อการถกเถียง อภิปรายแนวคิดดังกล่าวอย่างกว้างขวางมากกว่า 500 เวที ในระดับอำเภอ และในเดือนสิงหาคม 2544 ยังมีการจัดเวทีระดับภาคขึ้นอีก 6 แห่ง คือ ที่จังหวัดพิษณุโลก ราชบุรี ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี สงขลา และสุรินทร์ เพื่อกระตุ้นให้มีการทบทวนถกเถียงเกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ของการปฏิรูปให้กว้างขวาง ซึ่งเป็นผลให้มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 40,000 คนในกระบวนการดังกล่าว นอกจากนั้นยังมีการจัดพิมพ์ “เวทีปฏิรูป” ซึ่งเป็นจดหมายข่าวสื่อความเคลื่อนไหวออกเผยแพร่ โดยมีการนำเสนอทั้งแนวคิดการปฏิรูป รูปภาพของระบบสุขภาพใหม่ ตลอดจนเชิญให้สังคมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปฏิรูปที่มีการดำเนินการอยู่ กระบวนการดังกล่าวได้กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวของประชาคมสุขภาพอย่างกว้างขวาง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 จึงเป็นการเปิดเวทีเพื่อประมวลข้อคิดเห็นต่อกรอบแนวคิด พ.ร.บ.สุขภาพ โดยมีการจัดประชุมแยกออกเป็นรายหมวดของกรอบแนวคิด ประเด็นสำคัญ ๆ ที่มีการนำเสนอและอภิปรายกัน เช่น กระบวนการจัดตั้งสมัชชาสุขภาพ การจัดทำนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนกลไกการทำงานอื่น ๆ กระบวนการสมัชชาในปีที่สองนี้ทำให้กรอบ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีความชัดเจนขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีประเด็นที่เกิดความเห็นไม่ลงรอยกัน เช่น ในประเด็นเรื่องสุขภาพทางจิตวิญญาณ ซึ่งปรากฏว่ามีกลุ่มผู้นับถือศาสนาพุทธจากองค์กรหนึ่งมีความเห็นว่า การใช้คำว่า จิตวิญญาณ อาจเป็นการไม่เหมาะสม และได้ทำการทักท้วงการใช้แนวคิดดังกล่าวในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งก็ปรากฏว่าที่ประชุมได้รับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แม้จะไม่สามารถ

หาข้อยุติในที่ประชุมสมัชชาได้ แต่ต่อมา สปรส. ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการทำงาน เพื่อหาทางออกในเรื่องนี้ได้ในที่สุด (ดู สปรส., 2546, จากสุขภาพทางจิตวิญญาณสู่สุขภาพทางปัญญา)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2546 มีรูปแบบที่แตกต่างออกไปอีก โดยในช่วงเวลาของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2546 นั้น เป็นช่วงที่ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติได้ถูกนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีแล้ว แต่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา ก่อนนำเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2546 จึงเป็นการเปิดเวทีเพื่อร่วมกันพิจารณาประเด็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยประเด็นเหล่านั้นถูกประมวลขึ้นมาจากสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และสุขภาพของภูมิภาคต่าง ๆ รูปแบบการประชุมจึงเป็นภาพจำลองสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแง่ที่เป็นการนำเสนอปัญหาจริงในสถานการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่ เพื่อผลักดันกระบวนการเชิงนโยบายให้ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในแง่ที่ปรากฏการณ์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2546 จึงเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ควรวิเคราะห์อย่างละเอียดลึกซึ้ง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546: บทวิเคราะห์จากมุมมองการเคลื่อนไหวภาคพลเมือง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไม่เพียงแต่เพราะเป็นเหตุการณ์การชุมนุมของเครือข่ายและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ เพื่อร่วมกันเสนอความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น แต่การเกิดขึ้นของสมัชชายังสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงและพลวัตใหม่ของความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมานี้ได้เปิดพื้นที่ทางสังคมสำหรับเครือข่ายและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ ให้มีบทบาทในการผลักดัน “กติกา” หรือ “ธรรมนูญสุขภาพ” ของสังคมไทย นับสำคัญในแง่ที่เป็นพื้นที่ทางการเมืองภาคพลเมืองนี้ เห็นได้เด่นชัดหากเราพิจารณาจากมุมมองทางประวัติศาสตร์

ย้อนหลังไป 12 ปีก่อน สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติจัดขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 12-15 กันยายน 2531 ที่โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ การประชุมสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติในครั้งนั้นถือว่าเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์การพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุข เพราะเป็นครั้งแรกที่ผู้บริหารระดับสูงสุดไม่เฉพาะแต่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่จากเกือบทุกกระทรวงในประเทศมาประชุมเพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาสุขภาพ จากเดิมที่สุขภาพถูกมองว่าเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติได้ผลักดันให้ทุกกระทรวงในประเทศมาประชุมเพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข พิธีเปิดในการประชุมวันแรกของสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเป็นองค์ประธาน คุณพิชัย รัตกุล รองนายกรัฐมนตรีเป็นผู้กล่าวรายงานในนามของรัฐบาลซึ่งเป็นผู้จัดการประชุม รัฐมนตรีจากกระทรวงต่าง ๆ เข้าร่วมในพิธีเปิดและต่อมาได้ขึ้นแสดงข้อความเห็นต่อการร่วมกันพัฒนาสุขภาพ

ผู้ร่วมประชุมกว่า 1,000 คน มาจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ เช่น อาจารย์และนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่าง ๆ ผู้บริหารระดับต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพโดยที่ประชุมมีการอภิปรายและนำเสนอผลงานวิชาการในประเด็นต่าง ๆ เช่น นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชน การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข และนโยบายการพัฒนาเด็กไทย การประชุมได้รับการกล่าวรายงานและชื่นชม เพราะเป็นครั้งแรกที่แนวคิดการประสานระหว่างสาขาและกระทรวงต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพปรากฏเป็นรูปธรรม

ในปี พ.ศ. 2543 หนึ่งรอบนักษัตรหลังสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติครั้งแรก มีการจัดสมัชชาด้านสุขภาพขึ้นอีกครั้ง แต่ครั้งนี้ใช้ชื่อว่า “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” การเปลี่ยนแปลงของชื่อจากสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นเป็นมากกว่าความบังเอิญ และแม้ว่าผู้จัดสมัชชาทั้งสองครั้งจะเกี่ยวโยงกันอย่างใกล้ชิด แต่เหตุการณ์ทั้งสองที่ทิ้งช่วงห่างกันกว่าทศวรรษนี้ แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นผู้เข้าร่วมการประชุมไม่ได้เป็นข้าราชการระดับสูงแต่เป็นพลเมืองที่มีบทบาทในองค์กรเอกชนและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ ทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในองค์กรชุมชนระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ มูลนิธิสาธารณสุขประโยชน์ และองค์การภาคประชาสังคมอื่น ๆ จุดเด่นของสมัชชาไม่ได้อยู่ที่การมารับฟังนโยบายหรือแนวคิดจากผู้บริหารระดับสูง แต่อยู่ที่การนำเสนอความคิดริเริ่มต่าง ๆ ในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เป็นสิ่งที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือ สปปรส. ร่วมกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพต่าง ๆ จัดขึ้นต่อเนื่องกันมาเป็นปีที่ 3 แม้ว่าการจัดสมัชชาสุขภาพ สปปรส. จะได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดงานให้แตกต่างกันไปในแต่ละปี ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการทำงานของ สปปรส. การประชุมมุ่งนำเสนอรูปธรรมการทำงานสุขภาพและนวัตกรรมต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับแนวความคิดใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถูกแขวนรอการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองก่อนที่จะเสนอเข้าสู่คณะรัฐมนตรี โดยมีการเสนอรูปธรรมปัญหาของท้องถิ่นที่จะเชื่อมโยงสู่นโยบายระดับชาติควบคู่ไปด้วย

บทวิเคราะห์เพื่อการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ฉบับนี้ไม่ได้มีเจตนาที่จะประเมินว่าการจัดสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2546 นั้นได้ดำเนินการอย่างมีวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่ มีประสิทธิภาพอย่างไร หรือบรรลุซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้สักเท่าไร แต่บทวิเคราะห์นี้มุ่งไปที่การวิเคราะห์กระบวนการสมัชชาสุขภาพในแง่ที่เป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยต้องการประเมินบทบาทหน้าที่ความสำคัญและความหมายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยถือว่าสมัชชาสุขภาพนี้เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นภายใต้บริบททางสังคม การเมือง เช่นเดียวกับปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดจากการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ผลของการกระทำนั้นไม่ได้ มีความหมายจำกัดตามเจตนาของผู้กระทำ แต่อาจมีความหมายสำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้กระทำ

คาดไม่ถึงก็เป็นได้ การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 นี้จึงเป็นการวิเคราะห์จากปรากฏการณ์ภายใต้บริบทแวดล้อมเพื่อให้เห็นถึงนัยสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

บทวิเคราะห์ประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนหลัก ๆ คือ ส่วนแรกเป็นการเสนอให้เห็นถึงภาพบรรยากาศและกระบวนการสมัชชาที่เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 7-8 สิงหาคม พ.ศ. 2546 โดยจะนำเสนอบรรยากาศและเนื้อหาโดยรวม และรายละเอียดในแต่ละห้องประชุมพร้อมกับตั้งข้อสังเกตเบื้องต้น ในส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์กระบวนการสมัชชาเพื่อชี้ให้เห็นถึงลักษณะเด่นที่สะท้อนถึงความหมายและนัยสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อการขับเคลื่อนวาระการปฏิบัติและการเมืองสุขภาพของภาคพลเมือง ในส่วนที่ 3 จะเป็นการชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อน และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการสมัชชาเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการทำงานเช่นนี้ในอนาคต

ปรากฏการณ์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2546

บรรยากาศทั่วไปของงานสมัชชาสุขภาพตลอด 2 วัน (วันที่ 7- 8 สิงหาคม 2546)

วันแรกของสมัชชาสุขภาพ เริ่มต้นอย่างมีชีวิตชีวาผู้คนต่างทยอยเดินทางมาร่วมงานกันอย่างคับคั่งและกระตือรือร้น คณะที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดจะมีผู้ประสานงานระดับพื้นที่เป็นหัวหน้าคณะรับหน้าที่ติดต่อลงทะเบียน ซึ่งเป็นไปอย่างราบรื่น โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงผู้เข้าร่วมประชุมที่มีกว่า 3,000 คน การเปิดให้ลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2546 ช่วยลดความแออัด ชุลมุน ณ จุดลงทะเบียนในตอนเช้าวันแรกของงานได้มาก บริเวณหน้าจุดลงทะเบียนไม่ค่อยเห็นการจับกลุ่มพูดคุยกันมากนัก ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการจัดงานปีนี้ได้แยกจุดลงทะเบียนและบริเวณงานแสดงนิทรรศการแยกจากกันไว้คนละชั้นของสถานที่จัดงาน หลังลงทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้เข้าร่วมประชุมต่างชว่นกันขึ้นชั้นสองของอาคารจัดงานซึ่งมีซุ้มนิทรรศการกลุ่ม องค์การเครือข่ายระดับภูมิภาคจัดแสดง

สำหรับผู้ที่เคยมาร่วมงานในปีที่ผ่านมาและเข้าใจรูปแบบการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ จะมีความคุ้นชินกับบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความแตกต่างหลากหลายทั้งลักษณะกลุ่ม องค์กร หรือบุคคลหลากหลายสถานภาพทางสังคมที่เข้าร่วมงานและสามารถผสมผสานกันได้อย่างค่อนข้างกลมกลืนเป็นธรรมชาติ บรรยากาศของงานบริเวณลานสมัชชาด้านนอกห้องประชุมถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่จัดเป็นเวทีการแสดงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นตั้งอยู่ตรงกลางลานสมัชชา อีกส่วนคือบริเวณข้างเวทีทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยซุ้มนิทรรศการแสดงรายละเอียดกิจกรรมหลักของแต่ละเครือข่าย และการออกร้านจำหน่ายสินค้าพื้นเมืองประเภทต่าง ๆ จากกลุ่มสมัชชาระดับภูมิภาค กลุ่มคนที่เดินทางมาถึงบริเวณงานต่างหมุนเวียน สับเปลี่ยน เข้า-ออกระหว่างห้องประชุมใหญ่กับลานสมัชชาเพื่อเดินเยี่ยมชมกิจกรรมและพูดคุยซักถามในแต่ละซุ้ม พร้อมทั้งดูศิลปะการแสดงพื้นบ้านก่อนที่พิธีเปิดอย่างเป็นทางการจะเริ่มขึ้น

เมื่อถึงพิธีเปิดการประชุม การแสดงบริเวณลานสมัชชาจึงหยุดลงชั่วคราว จากนั้นพิธีกรขายหญิงกล่าวต้อนรับผู้ร่วมประชุม พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุมจากแต่ละภาคกล่าวทักทายคนในห้องด้วยภาษาท้องถิ่น ก่อนปล่อยให้เป็นที่ของเท่งกับหนู๋นและน้องแก้วมณีผู้แสดงนำหนังตะลุงคนจากจังหวัดนครศรีธรรมราชออกมาทักทายเล่าความเป็นมาการจัดสมัชชาสุขภาพด้วยลีลาภาษาใต้เสร็จแล้วส่งให้สองพ่อเพลงฉ่อยเมืองสุพรรณร้องเย้ากระเช้าผู้ชม พร้อมกับน้องแก้วมณีหนังตะลุงคนที่ออกมาผสมโรงสาธยายวัตถุประสงค์การจัดงาน

เป็นที่น่าสังเกตว่าสมัชชาสุขภาพครั้งนี้ มีผู้แทนจากภาคราชการสาธารณสุขมาร่วมในพิธีเปิดอย่างบางตา ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งตัวแทนจากวิชาชีพแพทย์ไม่มีบทบาทใด ๆ ในพิธีเปิด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข “ติดภารกิจ” ไม่สามารถมาเป็นประธานในพิธีเปิดได้ จึงเป็นบทบาทของนายแพทย์ไพโรจน์ ینگานนท์ทำหน้าที่แทน

หลังประธานทำพิธีเปิดการประชุมสมัชชาอย่างเป็นทางการและเรียบร้อยเสร็จเรียบร้อยแล้ว การประชุมห้องย่อยทั้ง 6 ห้อง 6 ประเด็นจึงเริ่มขึ้น ขณะที่ลานสมัชชา นอกจากการแสดงนิทรรศการจะดำเนินไปตลอดวันแล้ว ยังมีการแสดงพื้นบ้านสลับบนเวทีด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพที่ยาวจุใจทั้งคนฟัง คนแสดง ไม่ถูกกำกับเรื่องเวลาอย่างการแสดงบนเวทีห้องประชุมใหญ่ จนเป็นปัญหากับการประชุมแต่ละห้องย่อยไม่น้อย เนื่องจากผู้มาร่วมประชุมสมัชชาส่วนหนึ่งสนใจการแสดงบนเวทีมากกว่า และสนใจการเลือกซื้อสินค้าท้องถิ่น ขณะที่วาระและประเด็นของห้องย่อยนั้นผู้เข้าร่วมประชุมต่างเคยเข้าร่วมมาครั้งหนึ่งแล้วในเวทีระดับจังหวัดและระดับภาค อีกทั้งยังมีเอกสารแจกให้อ่านได้นอกจากนั้นบรรยากาศการพูดคุยในห้องประชุมย่อย บางห้องมีเนื้อหาอัดแน่นจนเกินไป ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายและง่วงนอนได้ในช่วงบ่าย จนทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนหนึ่งหลบออกมาหาบรรยากาศที่ครื้นเครงนอกห้อง ปัญหาอีกประการคือ เรื่องเสียง เนื่องจากหลายรายการของการแสดงส่งเสียงดังเข้ามารบกวนถึงในห้องประชุมย่อย จนทางคณะผู้จัดต้องขอร้องผู้แสดงให้ช่วยลดเสียงลงเป็นระยะ และบางช่วงของการแสดงจำเป็นต้องทิ้งช่วงการแสดงให้นานขึ้นเพื่อให้คนทยอยเข้าร่วมประชุมห้องย่อยแล้วจึงกลับมาแสดงกันใหม่ การประชุมสมัชชาสุขภาพวันแรกจบลงด้วยการที่ผู้ร่วมประชุมแยกย้ายกันเข้าตามห้องประชุมย่อยแต่ละประเด็น เพื่อระดมความคิดเห็นร่างเป็นข้อเสนอของแต่ละประเด็นนำเสนอต่อที่ประชุมห้องใหญ่ในวันที่ 2 ของการประชุมต่อไป (รายละเอียดการประชุมแต่ละห้องย่อยจะนำเสนอต่อไป)

การประชุมวันที่ 2 เริ่มด้วยการทบทวนกิจกรรมวันแรกผ่านวีดิทัศน์โดยมีสองพ่อเพลงฉ่อยเป็นผู้เดินเรื่อง ต่อด้วยการนำข้อสรุปแต่ละประเด็นจากแต่ละห้องย่อยเสนอต่อเวทีสมัชชาใหญ่ ไล่เรียงตามประเด็นทั้ง 6 ประเด็น ท่ามกลางคนเข้าร่วมประมาณ 3,000 คน ประเด็นละประมาณ 50 นาที ต่อเนื่องกันตั้งแต่เช้าถึงบ่ายเกือบ 6 ชั่วโมง ผู้ที่เคยมาร่วมงานในครั้งที่ผ่านมามีต่างบ่นว่าบรรยากาศขาดสีสันและขาดการมีส่วนร่วม มีเพียงตัวแทนจากแต่ละห้องย่อยนำเสนอข้อสรุปแต่ละประเด็น และมี

ผู้เสนอเพิ่มเติมเพียงไม่กี่คนที่ถูกคัดเลือกให้ขึ้นพูดจากคณะผู้จัด โดยมีหุ่นมือโรงเล็กรับช่วงเป็นพิธีกรช่วยประธานแต่ละช่วงสร้างบรรยากาศลดความตึงเครียดการเตือนเรื่องเวลาแก่ผู้นำเสนอแต่ละประเด็น การแสดงพื้นบ้านที่นำมาเกริ่นก่อนการนำเสนอของแต่ละประเด็นมีส่วนช่วยสร้างบรรยากาศให้ชวนติดตาม จนผู้เข้าร่วมบางคนสะท้อนว่า แทบไม่ได้ดูไปไหนเพราะต้องคอยรอดูว่าแต่ละประเด็นจะมีการแสดงพื้นบ้านอะไรมาขึ้นรายการก่อนนำเข้าสู่เนื้อหา

การที่เวทีสมัชชามีการนำเอาการแสดงออกทางวัฒนธรรมโดยนำเสนอผ่านการแสดงพื้นบ้านมีการใช้ภาษาท้องถิ่นประกอบทั้งในการให้สาระและความบันเทิง ถือเป็นความน่าสนใจและลักษณะเด่นของการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 การใช้รูปแบบนำเสนอในเชิงวัฒนธรรมทำให้ชาวบ้านสามารถแสดงความเป็นตัวตนออกมาได้อย่างชัดเจน แทนที่จะใช้การนั่งถกเถียงพูดคุยกันในเวทีทางการซึ่งเป็นวิธีการที่ชาวบ้านไม่ถนัด ลักษณะเช่นนี้ของการจัดสมัชชาซึ่งแตกต่างจากรูปแบบในปีที่ผ่านมา มาสะท้อนถึงการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปอย่างมีพลวัต และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ไม่ยึดติดกับรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ตายตัว การนำวัฒนธรรมมาใช้ประโยชน์เช่นที่ว่่านี้ทำให้คนท้องถิ่นต่าง ๆ มีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการได้ตอบแสดงความคิดเห็นด้วยวิธีการที่เขาคุ้นเคย ซึ่งอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพในนิยามของชาวบ้านเอง อาทิ พ่อหลวงจอนิ โอโดเขา ผู้นำชาวบ้านปากเอะญอเคยให้ความหมายสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ คือ ความมั่นใจในสิ่งที่ตัวเองเป็นอยู่ เมื่อเราไม่รู้สึกอายในวัฒนธรรมของเราเอง นี่แหละ คือ สุขภาพ”

จบการนำเสนอประเด็นทั้ง 6 ประเด็นต่อเนื่องกันตั้งแต่เช้าถึงบ่าย ลานสมัชชาด้านหน้าห้องประชุมกลับมาคึกคักขึ้นอีกครั้งเมื่อนายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานในพิธีเดินทางมาถึงบริเวณงาน ภาพบนวีดิทัศน์ในห้องประชุมใหญ่ฉายให้เห็นขบวนแถวผู้จัดงานนำโดยนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการและคณะเจ้าหน้าที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ยืนรอรับประธานในพิธีก่อนจะนำขึ้นมายังชั้น 2 ของอาคารบริเวณงาน พ่อเพลงอ๊อแซวชาวสุพรรณรับหน้าที่ร้องต้อนรับเมื่อประธานเดินทางมาถึงบริเวณงาน ก่อนผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจะนำประธานในพิธีเดินชมนิทรรศการของเครือข่ายระดับภูมิภาคเสร็จแล้ว คณะกลองสะบัดชัยตีกลองต้อนรับประธานในพิธีพร้อมคณะผ้าป่ากองทุนสร้างเสริมสุขภาพและกองทุนกอดูรีของชาวมุสลิมเดินขบวนช้างเข้าสู่ห้องประชุมใหญ่ไปพร้อมกัน เมื่อประธานพร้อมบนเวทีโดยมีชาวบ้านแต่งชุดหลากหลายภูมิภาคและชาติพันธุ์ยืนเป็นฉากหลัง ตัวแทนจากเวทีสมัชชาสุขภาพได้นำเสนอรายละเอียดของแต่ละประเด็นที่ได้จากการระดมความคิดเห็นตลอด 2 วันต่อประธานพิธี หลังรับฟังจบลง ประธานได้กล่าวปราศรัยกับผู้เข้าร่วมประชุมเน้นย้ำว่าวาระที่เวทีสมัชชาสุขภาพเสนอทั้งหมดนั้นกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นแผนงานยุทธศาสตร์หลักและดำเนินการอย่างต่อเนื่องเช่นกันเสร็จแล้วจึงเชิญชวนผู้เข้าร่วมสมัชชาทั้งหมดประมาณ 3,000 คน ร่วมร้องเพลงคำสัญญา โดยมีดนตรีโฟล์คของหมอลอนาญภาคเหนือบรรเลงประกอบ งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 จบลงด้วยภาพ

การเกาะเกี่ยวแขนร้องเพลงพร้อมโยกตัวซ้ายขวาเข้ากับทำนองเพลงระหว่างชาวบ้านที่แต่งชุดหลากหลายภูมิภาคกับประธานพิธีและทางคณะผู้จัดงานบนเวที รวมทั้งผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมดข้างล่างเวที

กระบวนการแต่ละห้องประชุมย่อยทั้ง 6 ประเด็น

1. เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ

อันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรเป็นปัญหาที่องค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรมส่วนหนึ่งได้ร่วมกันขับเคลื่อนแก้ไขปัญหามาช้านาน การตรวจเลือดคัดกรองเกษตรกรและคนในครอบครัวแล้วพบว่าปริมาณสารเคมีในร่างกายมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ มีหลายคนที่สุขภาพเสื่อมโทรมป่วยเป็นโรคและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร รูปธรรมเหล่านี้ล้วนเป็นภาพปรากฏให้พบเห็นในชีวิตประจำวันของเกษตรกร จนมีตัวอย่างเกษตรกรจำนวนหนึ่งที่ตัดสินใจเลิกทำเกษตรแบบใช้สารเคมีหลังจากสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต อย่างไรก็ตามเกษตรกรที่เอื้อต่อสุขภาพยังไม่สามารถขยายเครือข่ายได้มากนัก ส่วนหนึ่งเนื่องจากปัญหาหนี้สินที่เกษตรกรยังคงต้องแบกรับและต้องทำการเกษตรตามตลาดเพื่อขายมาหมุนเวียนค่าใช้จ่ายหนี้สิน

การนำเสนอประเด็นเรื่องเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ เน้นการลดละเลิกหรือห้ามโฆษณาการใช้สารเคมี เพื่อมุ่งหวังให้การลดการใช้สารเคมี เป็นวาระในระดับชาติ มีความชัดเจนทั้งในระดับหลักการและในรายละเอียดของข้อเสนอ ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อเสนอที่รัฐต้องกระทำ ข้อเสนอที่รัฐต้องทำร่วมกับภาคประชาชน และข้อเสนอที่ภาคประชาชนต้องลงมือกระทำร่วมกันเอง ผลสรุปข้อเสนอจากการประชุมในห้องย่อยถูกนำไปเสนอในห้องประชุมใหญ่อย่างเป็นทางการในวันที่สองของการประชุม (วันที่ 8 สิงหาคม 2546) การต่อสู้เชิงนโยบายนี้ถือเป็นการนิยามสุขภาพในความหมายใหม่ นั่นคือ การทำการเกษตรที่มีความสุข ลดการใช้สารเคมีที่มีอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นการเกษตรที่ไม่มุ่งเน้นรายได้เป็นตัวเงินแต่มีผลผลิตที่ปลอดภัยและเพียงพอ ผู้ที่ดำรงชีวิตแบบพออยู่พอกินทำให้มีเวลารว่างสำหรับครอบครัวและเพื่อการพูดคุยสันทนการและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ ในชุมชน เมื่อมีความสัมพันธ์ที่ดีและมีเวลาพักผ่อน จิตใจสบาย ร่างกายไม่เคร่งเครียด ไม่เจ็บป่วยล้มตายก่อนวัยอันสมควร

การนำเสนอในห้องประชุมย่อยมีแต่เนื้อหาที่เข้มข้นโดยมุ่งผลักดันนโยบายอย่างเต็มที่ บทบาทของทีมีวิชาการมีความชัดเจนมาก ประเด็นที่นำเสนอ มีลักษณะร่วมสูงคือ การต้านการนำเข้าและโฆษณาสารเคมี เป็นที่น่าสังเกตว่ารายละเอียดเฉพาะแต่ละภาคมีความแตกต่างกันค่อนข้างน้อย สังเกตจากการนำเสนอของตัวแทนเกษตรกรจากภาคใต้ ภาคกลาง และภาคอีสาน มีเนื้อหาที่ใกล้เคียงกันมาก ทำให้ความเป็นประเด็นร่วมเด่นชัดแม้ว่าจะมีความแตกต่างในภาษาถิ่นที่ใช้ในการพูดบนเวที

การที่ห้องย่อยเกษตรเชื้อต่อสุขภาพมีผู้เข้าร่วมเป็นเกษตรกรประมาณร้อยละ 90 บุคลากรส่วนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการจากมูลนิธิวัณข้าว และเครือข่ายที่เคยทำงานประชาคมจังหวัดของกองทุนการลงทุนทางสังคม (Social Investment Fund/ SIF) มาก่อน ก็มีความสัมพันธ์กับเกษตรกรในลักษณะที่ทำให้การจัดความสัมพันธ์ในการเจรจาหรือเป็นไปในลักษณะของที่ปรึกษา อย่างไรก็ตามพบว่ามีการฝ่ายเกษตรกรบางคนมีที่ที่ไม่สามารถยอมรับบทบาทการนำของภาคชาวบ้านเกษตรกรได้

2. อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน

การประชุมห้องย่อยอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพยั่งยืนเริ่มต้นเมื่อเวลาประมาณ 13.00 น. มีผู้เข้าร่วมประชุมเกือบเต็มราว 50 คน กลุ่มผู้เข้าร่วมมีสัดส่วนชายหญิงเกือบเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป แบ่งคร่าว ๆ ได้เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มใหญ่สุด คือ ชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค และขายอาหารปลอดภัยสารพิษหรือตลาดสีเขียวซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมขับเคลื่อนประเด็นกับ สปรส. มาตลอด กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มผู้สนใจทั่วไปที่ทราบข่าวจากสื่อมวลชน

การประชุมเริ่มต้นด้วยการระดมประเด็นจากผู้เข้าร่วมประชุมในห้อง มีผู้เสนอข้อคิดความเห็นและประสบการณ์การส่งเสริมอาหารปลอดภัยเป็นกรณีตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงเป็นการสรุปข้อเสนอแนะเรื่องอาหารปลอดภัยจากเวทีประชุมสมัชชาภาคทั้ง 3 ภาคที่จัดมาก่อนหน้า และได้ข้อสรุปว่าที่ประชุมเห็นด้วยกับนโยบายการมุ่งให้ประเทศไทยเป็นครัวโลก แต่ต้องทำให้อาหารปลอดภัยทั้งหมดไม่ว่าให้คนไทยบริโภคหรือส่งออกก็ตามโดยต้องมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เคร่งครัด และมีปัญหาเรื่องการกระจายข่าวสารที่ผู้บริโภคควรรับรู้ ที่ประชุมเสนอว่าการมีวิทยุชุมชนอาจทำให้สถานการณ์ดีขึ้นในการเป็นช่องทางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้บริโภค

อย่างไรก็ตาม ก่อนการเข้าร่วมประชุมสังเกตการณ์ห้องย่อยอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน ทางคณะผู้ประเมินได้รับทราบข้อมูลมาว่า ประเด็นย่อยห้องนี้ทางราชการ คือ กระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายการเมืองโดยรัฐบาลได้ผลักดันให้จัดขึ้น เพื่อสนองนโยบาย “ครัวไทยสู่ครัวโลก” ของรัฐบาล ดังนั้น หลังการนำเสนอข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากเวทีสมัชชาแต่ละภาคจบลงมีการฉายวิดีโอของ พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีที่กล่าวถึงนโยบายและแผนการของรัฐบาลที่จะเร่งทำตามนโยบายนี้อย่างเร่งด่วน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบร่วมกัน

จากนั้นจึงเป็นการนำเสนอถึงแผนและยุทธศาสตร์การทำงานของทั้งสองกระทรวง โดย ดร.ภักดี โพธิศิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และดร. อำพน กิตติอำพน จากกระทรวงเกษตรโดยมีนายแพทย์ลือชา วนรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติด้านอาหาร

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินรายการ เนื้อหาที่พูดส่วนใหญ่เป็นการนำนโยบายของทางราชการมานำเสนอให้กับผู้เข้าร่วมประชุมฟัง โดยทางผู้เข้าร่วมประชุมแทบจะไม่ได้มีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดเห็นแต่อย่างใด มีผู้เข้าร่วมประชุมบางคนได้ทักท้วงและแสดงความคิดเห็นว่าสิ่งที่ ดร. ภัคดี นำมาพูดเป็นยุทธศาสตร์ที่ภาคประชาชนได้นำเสนอเอาไว้ในเวทีระดับภูมิภาคที่ สปรส. จัดขึ้นก่อนหน้านี้ทั้งสิ้น พร้อมกับชี้ให้ผู้กระตือรือร้นที่บันทึกผลการระดมความคิดเห็นจากแต่ละภาคซึ่งติดอยู่ในห้องประชุมด้วย บรรยายการประชุมในช่วงบ่ายที่ผู้เข้าร่วมเป็นเพียงผู้รับฟังอย่างเดียวยิ่งชวนเชิญให้วงสนทนามากเป็นพิเศษ

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ประสานงานประจำห้องซึ่งทำหน้าที่เป็นพิธีกรนั้นเป็นข้าราชการมาจากสำนักงานสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข แม้จะรู้เรื่องนโยบายของภาครัฐดี แต่ไม่ค่อยรู้จักกับคณะทำงานด้านผู้บริโภคที่มาจากพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ หรือกลุ่มผู้ผลิตอาหารปลอดภัยพิช ทั้งยังดำเนินรายการโดยเคร่งครัดกับตารางเวลาทำให้บรรยากาศการพูดคุยไม่เป็นกันเองและไม่มีส่วนร่วม

หลังการนำเสนอเสร็จสิ้นลงเวลา 14.40 น. และเริ่มเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น ดร. ภัคดี ก็กลับโดยให้เหตุผลว่าติดราชการด่วน ทำให้ไม่ได้ตอบข้อสงสัยที่ชาวบ้านและกลุ่มผู้บริโภคต้องการจะแลกเปลี่ยนด้วยหลายเรื่อง จึงมีเสียงบ่นจากผู้เข้าร่วมประชุมที่มาแสดงความคิดเห็นว่าภาคราชการไม่อยู่รับฟังข้อเสนอของชาวบ้าน แต่มาพูดยืดยาวให้ชาวบ้านต้องนั่งฟัง

การเปิดเวทีประชุมให้ผู้เข้าประชุมได้แสดงความคิดเห็นเป็นไปอย่างคึกคักมีผู้เสนอความคิดเห็นทั้งหมด 22 คน นายแพทย์ลือชา วรรัตน์ ซึ่งดำเนินรายการช่วงนี้สามารถควบคุมเวทีการประชุมให้ดำเนินไปได้ดีพอสมควรจนถึงเวลา 16.15 น. จึงเป็นการสรุปความคิดเห็นที่เสนอมาทั้งหมด โดยนายสัตวแพทย์ ปกรณ์ ซึ่งเป็นทีมงานในเวทีสมัชชาระดับภาค ผลการประชุมห้องย่อยถูกนำไปเสนอในเวทีใหญ่ในวันรุ่งขึ้น โดยอาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล 1 คนและอีกสองคนเป็นตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคจากภาคเหนือและภาคใต้

โดยสรุป กระบวนการภายในห้องประชุมย่อยเน้นการพูดถึงนโยบายอาหารปลอดภัยในปี พ.ศ. 2547 ของรัฐบาล โดยนักวิชาการของ 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้เฝ้าระวังในส่วนที่เกี่ยวกับผู้บริโภค และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตรที่ทำในส่วนของผู้ผลิตคล้ายกับว่าเป็นเวทีของการแสดงวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การทำงาน ผู้ร่วมงานมีทั้งคนทำงานเคลื่อนไหวด้านอาหารปลอดภัยพิช องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค และคนขายอาหารปลอดภัยพิช เป็นต้น เนื้อหาโดยรวมกล่าวถึงว่าใครทำอะไรอยู่ไหนแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพในแง่ไหนอย่างไรบ้างเท่านั้น ไม่ได้เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในประเด็นเดียวกัน แต่เป็นลักษณะของต่างคนก็เตรียมเอาเรื่องราวที่เกี่ยวกับงานที่ตัวเองทำอยู่มาพูดให้คนอื่นได้รับรู้ ส่วนข้อสรุปเป็นข้อเสนอให้ทำอาหารปลอดภัยตั้งแต่กระบวนการ

ผลิตจนไปถึงมือของผู้บริโภค โดยยังมุ่งพึ่งกลไกภาครัฐเป็นหลักพร้อมทั้งเสนอเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมด้วยให้มากที่สุด

3. นโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อม

ห้องย่อยนโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อม มีแกนนำที่รับผิดชอบคือคณะทำงานจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้แก่ อาจารย์เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ ซึ่งรับผิดชอบแผนงานนโยบายสาธารณะของ สวรส. และเป็นทีมเดียวกับทีมนำระดมความคิดเห็นในเวทีสมัชชาสุขภาพภาคใต้ (เนื่องจากเวทีสมัชชาสุขภาพภาคใต้นั้น เป็นเวทีหนึ่งที่ได้เลือกเอาประเด็นเรื่องนี้เป็นประเด็นหลักสำคัญในการประชุมย่อยแต่ละครั้ง) นอกจากนั้นก็เป็นตัวแทนจากกลุ่มรักษนุสรปฐม และตัวแทนจากอุดรธานี ซึ่งมีประเด็นร้อนแรงจากปัญหาเหมืองแร่โปแตช และผู้สนใจทั่วไปที่เข้าร่วมการประชุม

ช่วงเช้าเริ่มรายการด้วยการเกริ่นนำโดยอาจารย์เดชรัตน์ สุขกำเนิด กล่าวถึงความเป็นมา และแสดงความห่วงใยต่อปัญหาที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในขณะนี้ และความจำเป็นที่จะต้องหาข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการทางการเมือง จากนั้นเป็นการกล่าวถึงความคืบหน้าของปัญหา 5 กรณีที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ได้แก่ 1) กรณีเหมืองแร่โปแตช 2) การปรับปรุงระบบการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม(การมีส่วนร่วมของประชาชน การประเมินผลกระทบในระดับนโยบายและแผนงาน และการคำนึงถึงมิติสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและสังคม) 3) การเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) การพัฒนาเมือง เช่น กรณีเมืองเชียงใหม่ มีผลต่อการเลือกตัวนายกเทศมนตรีเมืองเชียงใหม่ 5) นโยบายพัฒนาพลังงานทางเลือก โดยมีประเด็นข้อสรุปในแง่ภารกิจของกลุ่มที่จะดำเนินต่อไป ได้แก่ การระดมและประสานการใช้ทรัพยากรโดยภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น สถาบันวิจัย และส่วนราชการ อีกทั้งการสื่อสารกับสาธารณะให้มากยิ่งขึ้น

การนำเสนอประเด็นของห้องย่อยพบว่าน่าสนใจอย่างมากเนื่องจาก มีการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ามาช่วยในการแสดงความหมายที่ทางคณะผู้จัดต้องการนำเสนอ อาทิ

การแสดงของภาคอีสาน เล่าเรื่องสถานการณ์ภาคอีสาน เป็นคำกลอน โดยประธานเครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญ และใช้ดนตรีพื้นบ้านคือ พิณและแคน ประกอบการเล่าเรื่อง พร้อมกันนั้นก็มีการสไลด์ประกอบการอ่านกลอน เป็นภาพเกี่ยวกับสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาคอีสาน และมีคำบรรยายอยู่ใต้ภาพ ซึ่งอุปกรณ์และสื่อต่าง ๆ ช่วยให้การนำเสนอสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสื่อได้กับคนเกือบทุกกลุ่ม โดยประเด็นที่นำเสนอเป็นประเด็นเกี่ยวกับปัญหาระบบนิเวศ ซึ่งเป็นผลจากการที่นายทุนเข้ามาฉกฉวยผลประโยชน์ ปัญหาสำคัญๆ ได้แก่ 1) กรณีเหมืองแร่โปแตช จังหวัดอุดรธานี 2) ปัญหาน้ำเน่าเสียที่หนองหาร จังหวัดอุดรธานี 3) กรณีเขื่อนปากมูล 4) กรณีปัญหาโครงการโขง ชี มูล 5) ปัญหาสังคม วิถีชีวิตของผู้คนที่เปลี่ยนไป เพราะมีการอพยพไปทำงานต่างถิ่น 6) ปัญหาอุตสาหกรรม 7) ปัญหาการสูญเสียป่าบุ่งป่าทามจำนวนมาก

การแสดงของภาคกลาง นำเสนอผ่านเพลงอีแซวซึ่งเป็นการแสดงพื้นบ้านของภาคกลาง โดยใช้ชื่อการแสดงว่า เพลงอีแซวบอกเล่าเรื่องน้ำและพลังงาน มีภาพประกอบการร้องเพลงอีแซว เนื้อหาเน้นเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของแหล่งน้ำ ผลกระทบจากการมีโรงไฟฟ้าหลายแห่งตั้งอยู่ในบริเวณชุมชนแถบภาคกลาง ปัญหาความปลอดภัยของอาหารและสนับสนุนการบริโภคอาหารปลอดภัย

การแสดงของภาคใต้ ใช้การแสดงเกี่ยวกับวรรณกรรมท้องถิ่นเรื่องมโนราห์กับนายพราน เล่าเรื่องในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นด้วยกัน ซึ่งเป็นประเด็นเด่น ๆ ที่เวทีสมัชชาสุขภาพหยิบยกขึ้นมานำเสนอคือภูมิทัศน์อ่าวบ้านดอน นโยบายท่องเที่ยวในจังหวัดแถบฝั่งอันดามันที่มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม และปัญหาแรงงานต่างด้าวที่จังหวัดระนอง ซึ่งส่งผลกระทบทางสังคมต่อคนในจังหวัด การนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับภูมิทัศน์อ่าวบ้านดอนมีปัญหา กล่าวถึงบริเวณอ่าวบ้านดอนว่ามีทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ ทั้งพันธุ์สัตว์น้ำ ปู ปลา กุ้ง หอยชนิดต่าง ๆ ทั้งเป็นป่าต้นน้ำที่สำคัญในพื้นที่แถบนั้น แต่พบว่าสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งการทำเกษตรเชิงเดี่ยว นักรุกทำเหมืองแร่ดูดยาย การใช้เครื่องมือจับสัตว์ผิดประเภท เช่น อวนรุน การบุกรุกป่าชายเลนเพื่อทำนากุ้ง การแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เป็นรูปธรรมบ้างแล้ว คือ การจัดป่าชายเลนชุมชนให้ทุกคนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแล มีกติการ่วมกัน ปลูกป่าชายเลนเพิ่มเติม เพาะหอยแมลงภู่ เพาะพันธุ์ปูม้า และปล่อยพันธุ์ปูกลับสู่ทะเล โดยที่ประชุมมีข้อเสนอต่อรัฐ ดังนี้

- ให้รัฐประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำผิดที่ก่อปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมอย่างเข้มข้น และเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมการเพาะเลี้ยงสัตว์แบบพื้นบ้าน
- ระดมเพาะเลี้ยง และปล่อยพันธุ์สัตว์ในฤดูปิดอ่าว
- ให้รัฐทบทวนนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อทะเลเสียใหม่

ประเด็นเกี่ยวกับนโยบายท่องเที่ยวในจังหวัดแถบฝั่งอันดามันที่มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม มีข้อเสนอว่าให้จำกัดเขตอุตสาหกรรม ในจังหวัดภูเก็ต กระบี่ พังงา ตรัง โดยจัดให้เป็นพื้นที่ควบคุมและให้มีแผนการท่องเที่ยวของท้องถิ่น โดยให้ทุกภาคที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมการแก้ปัญหาและหาทางออก ใช้การท่องเที่ยวแบบอนุรักษ์ และมีการเก็บภาษีค่าธรรมเนียมท่องเที่ยวเข้าท้องถิ่น

การแสดงของภาคใต้โดยรวม มีลักษณะการใช้สัญลักษณ์บางอย่างในการนำเสนอ เดิมการแสดงนี้ พรานบุญเป็นคนไล่จับมโนราห์ แต่คราวนี้เปลี่ยนมาเป็นมโนราห์ไล่จับพรานบุญ ใช้เชือกเป็นตัวแทนของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มโนราห์เป็นตัวแทนของประชาชนและพรานบุญคือตัวแทนของรัฐ เนื้อหาการแสดงบางช่วงน่าเบื่อจนทำให้ช่วงหลังของการแสดงผู้เข้าร่วมประชุมทยอยออกจากห้องประชุม และมีหลายคนที่นั่งหลับ

หากพิจารณาภาพรวมการแสดงทั้ง 3 ภาค ที่มีการเลือกสื่อท้องถิ่นมาช่วยนำเสนอ ภาคกลางน่าจะประสบความสำเร็จมากที่สุด เนื่องจากการแสดงเพลงอีแซวมีจังหวะ ท่วงทำนองของดนตรี ที่น่า

ฟังและติดตาม แต่หากมองในเรื่องเนื้อหาที่น่าสนใจคิดว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากกล่าวถึงเพียงสภาพปัญหาทั่ว ๆ ไป ที่เกิดในภาคกลาง ความเข้มข้นของปัญหาไม่ได้สื่อออกมามากนัก ในขณะที่การแสดงของภาคอื่น ๆ แม้จะพยายามเลือกความเป็นท้องถิ่นมานำเสนอแล้ว แต่ความน่าสนใจและเนื้อหาในการนำเสนอยังไม่ค่อยดึงดูดความสนใจของคนเข้าร่วมในห้องมากนัก

ตอนบ่ายในห้องประชุมนโยบายสาธารณะฯ แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจัดที่นั่งโดยวางเก้าอี้หันหน้าเข้าหากันเป็นรูปครึ่งวงกลม มีตัวแทนกลุ่มนำระดมความคิดเห็น และเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อหาข้อสรุปนำเสนอต่อเวทีการประชุมใหญ่วันที่ 2 ของการประชุม การจัดห้องในลักษณะนี้ ไม่เหมาะกับการพูดคุยกลุ่มย่อย เพราะเสียงจากแต่ละกลุ่มย่อยดังรบกวนกัน ทำให้ความสนใจติดตามเนื้อหาในกลุ่มลดน้อยตามไปด้วย

ข้อสรุปจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่มย่อยมีความคิดเห็นเพิ่มเติมที่หลากหลาย มีหลายคนที่ยกมาให้เน้นวาระแต่ละท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น สำหรับกระบวนการเลือกตัวแทนนำเสนอข้อสรุปต่อที่ประชุมใหญ่ใช้หลักการเลือกแบบฉันทามติ อย่างไรก็ตาม คณะทำงานวิชาการมีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า ข้อเสนอจากเวทีไม่ค่อยมีกระบวนการจัดการปัญหาที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีข้อถกเถียงระหว่างผู้ร่วมประชุมว่า ข้อเสนอปีนี้อยู่ใกล้เคียงอย่างมากกับข้อเสนอปีที่ผ่านมา

4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามข้อตกลงในธรรมนูญสุขภาพ หมายถึง การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจึงมาจากการรวมตัวของหมอพื้นบ้าน หรือหมอแผนไทย ที่มีหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนทำงานสนับสนุนเครือข่ายที่อาจมีประเด็นแนวทางการพัฒนาที่เป็นจุดเริ่มต้นแตกต่างกัน เครือข่ายเหล่านี้มีบทเรียนและประสบการณ์การทำงานมาก่อนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ถือได้ว่าเป็นต้นทุนทางสังคมของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และต้นทุนทางสังคมในเครือข่ายที่มีลักษณะความเป็นพี่เป็นน้องอยู่ก่อนแล้วนี้ มีผลต่อการสร้างและจัดวางวาระของตนเองในการเข้าร่วมกับวาระการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินี้

เวทีห้องย่อย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นห้องหนึ่งที่น่าจะได้ว่ามีกระแสความสนใจจากผู้เข้าร่วมงานสมัชชาอยู่ในอันดับต้น ๆ ผู้เข้าร่วมส่วนมาก (หรือเกินกว่าร้อยละ 80 จากการคาดประมาณด้วยสายตา) เช่น หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย ภาสัชกรแผนโบราณ และผู้สืบทอดเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ส่วนที่เหลือเป็นผู้ประสานงานกลุ่ม เครือข่ายสังกัดองค์กรรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและผู้สนใจสนับสนุนแนวนโยบายการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้เข้าร่วมนำเสนอความเห็นในห้องนี้จึงเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่อยู่ในภาคประชาชนเป็นหลัก แต่ครั้งนี้มีความพิเศษจากครั้งที่ผ่านาคือ มีเยาวชนกลุ่มหนึ่งเข้าร่วมรับฟังและเสนอความเห็นต่อเวทีการประชุม เป็นความแตกต่างจากครั้งที่ผ่านมาที่ผู้เข้าร่วมเกือบทั้งหมดคือ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุมเต็มห้อง

ที่จุประมาณ 300 คน และมีผู้นั่งอยู่นอกห้องในลักษณะหมุนเวียนกันอีกประมาณ 60 คน บรรยายภาคของคนที่เข้าร่วมส่วนหนึ่ง คือ ต้องการเสนอความคิดเห็น อีกส่วนหนึ่งต้องการฟังผลการสัมมนา มีส่วนน้อยมากที่มาเป็นผู้สังเกตการณ์ ทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มใหญ่นั่งฟังจนเสร็จสิ้นการสัมมนา อีกนัยหนึ่งวาระห้องนี้เป็นของภาคประชาชนอย่างชัดเจน ที่ผู้เข้าร่วมต้องการมีส่วนร่วมเสนอความเห็นให้เรื่องนี้เป็นวาระหนึ่งในระบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการรับฟังข้อเสนอจากผู้เข้าร่วมสมัชชาได้ถูกจัดการและประเมินสถานการณ์จากทีมงานไว้ระดับหนึ่งแล้ว จึงทำให้มีการชี้แจงภาพรวมของการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในเชิงกระบวนการทำงานและเนื้อหาวิชาการ โดยก่อนการประชุมห้องย่อย นายแพทย์ประพจน์ เกตุราภาส ประธานคณะทำงาน ชี้แจงว่า “...คณะทำงานนี้เป็นผู้รับใช้พวกท่าน เป็นผู้ประสานและรวบรวมข้อคิด ความเห็นจากทุกท่าน...” สะท้อนการจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของคณะทำงานในกระบวนการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ การชี้แจงและสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้เข้าร่วมสัมมนาในเวทีนี้ จึงเป็นขั้นตอนที่คณะทำงานให้ความสำคัญและแสดงออกด้วย “การอธิบาย” ไม่ใช่ “กฎเกณฑ์” ที่ทีมงานทุกคนที่ขึ้นพูดหน้าเวทีจะพูดเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจเป็นหลัก นัยหนึ่งต้องการให้ผู้เข้าร่วมรับฟังและยอมรับความถูกต้องของกระบวนการระดมความคิดเห็นระดับภูมิภาคที่ผ่านมา และกำลังจะเกิดขึ้นในห้องนี้

เวทีห้องย่อย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จัดวาระการรับฟังความคิดเห็นตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ข้อ คือ

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านนโยบาย กฎหมาย สิทธิ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้าน การจัดการองค์ความรู้
- 3) ยุทธศาสตร์ด้าน การจัดการทรัพยากร
- 4) ยุทธศาสตร์ด้าน การจัดการสุขภาพชุมชน
- 5) ยุทธศาสตร์เชื่อมโยงเครือข่ายการเรียนรู้

ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ข้อ ถูกนำเสนอสู่เป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน โดยเชื่อมโยงให้เห็นองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ หมอพื้นบ้าน/หมอแผนไทย/ผู้รู้ (ตัวบุคคล) ภูมิปัญญาท้องถิ่น (กระบวนการ) และชุมชน/ประชาสังคม (บริบทและเงื่อนไขผู้เกี่ยวข้อง) ผู้เข้าร่วมแสดงความเห็น จึงถูกกำหนดเงื่อนไขการแสดงความเห็นตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงเวลา

แม้กระบวนการจัดขึ้นอย่างมีเป้าหมายชัดเจน และสามารถลดปัญหาจากข้อเสนอนี้ซ้ำซ้อนหากการเปิดโอกาสให้แสดงรายละเอียดข้อมูลและชี้แจงบนเวทีที่รวบรัดตัดความจนทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีมีความรู้สึกเหมือนกับ ถูกจำกัดสิทธิการแสดงความคิดเห็น นอกจากนั้น ความผิดพลาดที่คาดไม่ถึงจากแนวคิด “ความเป็นตัวแทน” ของกลุ่ม เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นในระดับภูมิภาค กลายเป็นประเด็นที่ถูกตั้งคำถามจากผู้เข้าร่วมคนหนึ่งที่เคยมีตัวมานำเสนอความเห็นในฐานะตัวแทนกลุ่มของจังหวัด

แห่งหนึ่ง แต่เนื่องจากคณะทำงานได้เลือกผู้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในฐานะ “ผู้แทนสมัชชาสุขภาพระดับภาค” ไว้ก่อนแล้ว ทำให้ผู้เข้าร่วมเสนอความเห็นท่านนั้นไม่ยอมรับ ต่อเมื่อภายหลังคณะทำงานได้เข้าไปประสานและชี้แจงจนเกิดความเข้าใจ ผู้ประท้วงรายนั้นจึงยินยอมรับมติ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่า เวทีสาธารณะแบบนี้ กระบวนการรับฟังความคิดเห็นมีความสำคัญ ทั้งก่อนการจัดเวที ช่วงขณะการสัมมนาของเวที และภายหลังการประชุมมีส่วนสร้างความสมานฉันท์ และการหาฉันทามติร่วมกันอย่างมาก

5. บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม

ห้องประชุมย่อยบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมเริ่มต้นด้วยอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องมีการประชุม ระดมความคิดเห็นประเด็นบริการสาธารณสุขของครุฑ ก่อนที่นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์จะ รับหน้าที่บรรยายหัวข้อ “กระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม” ระหว่างที่นายแพทย์โกมาตร บรรยายคน ยังคงเดินเข้า-ออก ภายในห้องประชุมเป็นระยะ ส่วนคนที่เลือกที่นั่งได้แล้วส่วนใหญ่จะตั้งใจฟังการ บรรยายพร้อมกับจดรายละเอียดลงบนสมุดบันทึกเล่มเล็กที่ได้รับแจกตอนลงทะเบียนประชุม จากการ ตรวจสอบสมุดลงทะเบียนพบว่ามีคนเข้าร่วมประชุมประมาณ 200 กว่าคน เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 93 คน หรือร้อยละ 46.5 ส่วนที่เหลือเป็นเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และตัวแทนชาวบ้าน จากกลุ่ม องค์กระดัดภูมิภาคที่เป็นพันธมิตรกับ สปสช. ซึ่งร่วมกันเคลื่อนไหวงานด้านสาธารณสุขของครุฑ และการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนมาด้วยกัน

หลังจบการบรรยายของ นพ.โกมาตร ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณเกือบ 10 คน ได้ทยอยเดินออก นอกห้องประชุม การประชุมดำเนินต่อด้วยคุณบุษบง ตัวแทนเครือข่ายกลุ่ม องค์กร จากจังหวัด ปราจีนบุรี ขึ้นบรรยายพร้อมทั้งฉายวิดีโอทัศน์สถานพยาบาลแห่งหนึ่งที่เปิดให้บริการในลักษณะแบบ องค์รวม มีการผสมผสานการรักษาพยาบาลทั้งแผนปัจจุบันและพื้นบ้าน ช่วงระหว่างที่คุณบุษบง กำลังบรรยายพร้อมฉายวิดีโอทัศน์ อาจารย์ท่านหนึ่งจากมหาวิทยาลัยทางภาคเหนือได้กล่าวกับผู้เข้าร่วม ประชุมที่นั่งข้าง ๆ ว่า คุณบุษบงกำลังกล่าวชี้นำ (dominate) ผู้ฟังในเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม พยายามสร้างกรอบให้ชาวบ้านเห็นว่าบริการสุขภาพแบบองค์รวมควรจะมีรูปแบบตามที่คุณบุษบง กำลังนำเสนอ การประชุมดำเนินต่อไปจนถึงเวลาประมาณ 12.40 น. ที่ประชุมจึงหยุดพักรับประทานอาหารเที่ยง

ช่วงบ่ายการประชุมเริ่มด้วยการแสดงลิเกของกลุ่มเยาวชนจากจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นเครือข่ายหลักที่รับผิดชอบห้องประชุมย่อยบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม เนื้อหาการแสดงสรุปสังเขปได้ว่า

มีคนใช้ฐานะยากจนถูกกักตักระหว่างทำสวน ญาติพี่น้องได้พากันนำส่งสถานีนามัย แต่เนื่องจากขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ยาไม่สามารถเยียวยารักษาคนไข้ได้ จึงแนะนำให้ญาตินำคนไข้ส่งโรงพยาบาล พอถึงโรงพยาบาลปรากฏว่าหมอประจำโรงพยาบาลมีท่าทีไม่ใส่ใจคนไข้

ที่มีฐานะยากจนและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน หากมีเวลาเสียเวลากับการเอาใจใส่รักษาคนไข้ รายที่มีฐานะดี แต่งตัวภูมิฐาน จนสุดท้ายคนไข้ฐานะยากจนที่ถูกกักตุนพิษงูไม่ไหวเสียชีวิตลง

แม้การแสดงลิเกจะได้รับ ความสนใจ ปรบมือ เป็นระยะจากผู้ชม แต่ตั้งข้อสังเกตว่าการแสดงที่สื่อทำนองว่าหมอนามัยเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ทุ่มเททำงานเสียสละ เห็นอกเห็นใจชาวบ้านผู้เจ็บป่วยแม้มีฐานะยากจน กับหมอโรงพยาบาลซึ่งให้ภาพแตกต่างออกไป ก่อให้เกิดความรู้สึกแยกเขาแยกเราหรือไม่ เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพแบบองค์รวมคงเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย แต่การแสดงที่ดีทำให้ภาพว่าบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มหนึ่ง เข้าใจ เห็นใจคนไข้มากกว่าอีกกลุ่ม แม้จะเป็นการแสดงที่สนุกสนาน ประทับใจผู้ชม แต่ไม่น่าจะเป็นการแสดงที่ถูกกาลเทศะ ในช่วงเวลาที่ต้องการพลังการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพจากทุกภาคส่วนรวมกัน

จบการแสดงลิเกเยาวชนจากจังหวัดปราจีนบุรี ต่อด้วยการแสดงลิเกป่าจากภาคใต้ที่ใช้ภาษาปากเข้าใจตลอดการแสดง ทำให้มีเสียงสะท้อนจากผู้เข้าร่วมที่มาจากต่างภูมิภาคว่าฟังไม่เข้าใจและเดินออกจากห้องประชุมไป หลังจบการแสดงลิเกป่าบนเวที ตัวแทนกลุ่มผู้หญิงมุสลิมได้นำเสนอข้อสรุปที่ได้จากการจัดเวทีระดับภาคเกี่ยวกับประเด็นจารีตทางศาสนาอิสลามกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากมีหลายประเด็นที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองได้สอดคล้องกับวัฒนธรรม หรือจารีตเฉพาะศาสนาอิสลาม อาทิ เวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ บางครั้งผู้ป่วยผู้หญิงมุสลิมต้องอยู่ในห้องเฉพาะกับหมอผู้ชายสองต่อสอง ซึ่งผิดหลักศาสนาที่ไม่อนุญาตให้ผู้ชายที่ไม่ใช่สามีแตะเนื้อต้องตัวผู้หญิงมุสลิมที่แต่งงานแล้ว และไม่สามารถอยู่ในห้องเฉพาะกับผู้ชายที่ไม่ใช่สามี หรือพิธีกรรมหลังคลอด ตามข้อบัญญัติทางศาสนาหมอตำแยผู้ทำคลอดต้องกล่าวนามพระเจ้าเป็นเจ้า (ฮะซาน) ใส่หูเด็กที่เกิดทันที รวมทั้งมีพิธีกรรมปลุกย่อยตามจารีตศาสนาอิสลามอีกหลายประการ ที่กลุ่มผู้หญิงมุสลิมเกรงว่าหมอที่โรงพยาบาลประกอบพิธีจะไม่อนุญาตให้ทำได้ ส่งผลต่อการไม่กล้ามาใช้บริการยังโรงพยาบาลรัฐ

จบการนำเสนอของตัวแทนผู้หญิงมุสลิม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ได้ทำความเข้าใจร่วมกันถึงรูปแบบการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมในวาระสุขภาพแบบองค์รวมพร้อมกับให้คำถาม 3 ข้อ ให้ช่วยกันระดมความคิดจากแต่ละกลุ่มย่อยดังนี้

1. บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมคืออะไร ยกตัวอย่าง
2. บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมใครสามารถดำเนินการ
3. เราจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมขยายได้อย่างไร

หลังจากทำความเข้าใจร่วมกันเสร็จภายในห้องประชุมถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย กระจายอยู่ตามมุมต่าง ๆ ภายในห้องประชุมเพื่อไม่ให้เสียงดังรบกวนกันจนเกินเหตุ เป็นที่น่าสังเกตว่าพอถึงช่วงการแบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็นคนส่วนใหญ่เริ่มทยอยออกจากห้องประชุมเหลือเพียง 1 ใน 3 หรือ

ประมาณ 80 คน จากทั้งหมด พอทุกคนพร้อมในแต่ละกลุ่มย่อย เจ้าหน้าที่ผู้จัดงานได้เสนอให้ภายในกลุ่มย่อยเลือกตัวแทนเป็นผู้ดำเนินรายการหลักของกลุ่มเพื่อทำหน้าที่จดรายละเอียดจากการระดมความคิดเห็นตอบข้อคำถาม 3 ข้อ การคัดเลือกตัวแทนใช้หลักการเสนอชื่อและยกมือลงคะแนน

จากความไม่ชัดเจนของนิยามสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งเป็นคำศัพท์เชิงวิชาการ เมื่อถึงเวลาระดมความคิดกลุ่มย่อย ชาวบ้านจึงพูดถึงคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กระทำต่อผู้รับบริการ มากกว่าการเสนอว่าบริการสุขภาพแบบองค์รวมคืออะไร นอกจากนั้น ประเด็นที่เสนอต่อกลุ่มย่อยวนเวียนและซ้ำซ้อนกัน และเมื่อผู้ดำเนินรายการแต่ละกลุ่มย่อยไม่ชัดเจนในนิยามสุขภาพแบบองค์รวมทำให้การทำหน้าที่ควบคุมการระดมความคิดเห็นทำได้ไม่ดีนัก อีกทั้งยังปล่อยให้มีคนเสนอความคิดเห็นอยู่เพียงไม่กี่คน

จากความไม่ชัดเจนและความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ข้อสรุปจากเวทีกลุ่มย่อยจึงเป็นการสรุปจากกรอบคิดวิชาการของผู้รับผิดชอบงานเพื่อให้ลงตัวตรงกับวาระที่ทาง สปสธ. ตั้งไว้ นอกจากนั้น ประเด็นสุขภาพแบบองค์รวม อาจยังเป็นเรื่องที่ชาวบ้านคิดว่าไกลตัว เพราะจากการสังเกตการมีส่วนร่วมเมื่อระดมความคิดกลุ่มย่อย คนที่พูด คนที่เสนอข้อคิดเห็น มักเป็นเจ้าหน้าที่มากกว่าชาวบ้าน

หลังใช้เวลาระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมตามกำหนดเวลาที่ตกลงร่วมกันไว้ เวลาประมาณ 16.15 น. ตัวแทนแต่ละกลุ่มย่อยเริ่มนำเสนอรายละเอียดที่ได้จากการระดมความคิดต่อที่ประชุมจนครบทั้ง 4 กลุ่มย่อย จนกระทั่งเวลาประมาณ 17.00 น. นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ได้สรุปข้อเสนอแนะทั้งหมดที่ได้จากการระดมความคิดเห็นจากแต่ละกลุ่มย่อย สรุปได้ดังนี้

1. ดูเหมือนว่าคำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม อาจยังไม่ต้องได้ข้อยุติเป็นลักษณะการทำไป เรียนรู้ไป
2. ภาคประชาชนต้องเป็นพระเอก ชุมชนต้องเริ่มเอง ส่วนภาคอื่นนั้นหน้าที่คอยหนุนเสริมจะหวังพึ่งภาครัฐสั่งการคงไม่ได้ ต้องเริ่มจากฐานล่างก่อนเพราะบูรณาการได้มากที่สุด
3. รายละเอียด วิธีการที่จะนำมาซึ่งสุขภาพแบบองค์รวมแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แต่ละวัฒนธรรม ไม่ควรกำหนดตายตัวจากส่วนกลาง หลักการสำคัญจึงควรทำในลักษณะเชิงนโยบายเพื่อรับรองสิทธิให้แต่ละพื้นที่สามารถปฏิบัติได้

แม้ประเด็นข้อสรุปที่ นายแพทย์พลเดช นำเสนอถือเป็นข้อสรุปที่น่าสนใจเพราะได้จากการระดมความคิดของผู้ร่วมประชุม หากระยะเวลาการประชุมที่ร่นยาวมาถึงเกือบ ๆ 6 โมงเย็น ทำให้เหลือผู้ฟังอยู่ในห้องประชุมเพียงแค่ประมาณ 40 กว่าคน และค่อย ๆ ทอยออกนอกประชุมเป็นระยะ จากการสอบถามคนที่กำลังจะออกนอกห้องประชุมได้ความว่าต้องการไปสังเกตการประชุมยังห้องย่อยห้องอื่น ๆ ตามประเด็นที่ตนเองสนใจบ้าง และกว่าที่ นพ. พลเดช จะกล่าวปิดประชุมภายในห้องเหลือผู้เข้าร่วมประมาณแค่ 20 กว่าคนเท่านั้น ซึ่งแทบทั้งหมดเป็นคนะเจ้าหน้าที่ผู้จัดงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสาเหตุส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการปล่อยให้มีการแสดงบนเวทีที่ยืดยาวจนเกินไปทำให้รบกวนเวลาการ

ประชุมระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมร่าง พ.ร.บ. สุขภาพ ซึ่งถือเป็นเป้าหมายหลักของการจัดประชุม สัมมนาสุขภาพครั้งนี้

6. การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน

ส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้าร่วมการประชุมในห้องนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ประเด็นพูดคุยมุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุขที่เป็นทางการ ทั้งในเรื่องระบบบริหารจัดการและประสิทธิภาพการให้บริการ แต่มี จุดน่าสนใจตรงที่ชาวบ้านที่เข้าร่วมการประชุมห้องนี้แม้จะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็ได้กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้หันมาให้ความสำคัญในประเด็นสุขภาพที่นอกเหนือจากมิติการแพทย์แบบชีวกลไก อีกทั้งเชื่อมโยงการให้บริการกับกลุ่มชาวบ้านและชุมชนมากขึ้น ดังเช่นกรณี คุรุบาทูทินันท์ได้กล่าวถึงแนวทางการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขว่า

ทุกวันนี้มีโรคทางสังคมมากมายที่เกิดขึ้นบนแผ่นดินไทย ดังนั้นเราต้องสร้างการเฝ้าระวังรักษา โรคทางสังคมให้เกิดขึ้นให้ได้ นอกจากนี้ต้องระดมพลังเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพให้มากที่สุด การเพิ่มจำนวนคนด้านสาธารณสุขนั้นต้องมีนโยบายที่คมและชัดเจน ไม่ ยึดติดกับแนวทางเดิม ๆ ไม่ใช่แค่เก่งทางด้านรักษาแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรเป็นแพทย์ “เอื้อ อาทร” ด้วย

คุรุบาทูทินันท์ยังได้เน้นย้ำประเด็นเกี่ยวกับการให้คุณค่าแก่ท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้าน ต่าง ๆ เช่น ต้องมีการปลูกฝังให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน “รักท้องถิ่น” จิตสำนึกดังกล่าวนั้นจะไม่ สามารถเกิดขึ้นในหลักสูตรการศึกษาที่เน้นลงไปศึกษาชุมชนอย่างฉาบฉวย แต่ต้องสร้าง “พันธะทาง ใจ” ให้เกิดขึ้นด้วย ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทุ่มเททำงานเพื่อท้องถิ่น เช่น การให้ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตอนท้ายคุรุบาทูทินันท์ได้สรุปแก่ที่ประชุมว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ ควรให้องค์กรท้องถิ่นเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องการจัดการทั้งด้านงบประมาณและกำลังคน เพื่อเปิดพื้นที่ ให้ชุมชนได้มีโอกาสคัดเลือกบุคลากรที่เหมาะสม (อาจเป็นคนท้องถิ่น) สนับสนุนการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมมากขึ้นเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่หลากหลาย

นี้สอดคล้องกับประเด็นที่ลุงน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์ เสนอที่ประชุมว่าควรมีการเพิ่มศักยภาพของ ประชาชนในการดูแลสุขภาพชุมชน ด้วยการคัดเลือกคนจากท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในการ จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการปรับเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบประมาณไปที่ท้องถิ่น ที่ขาดแคลนโดยตรง จะเห็นได้ว่าการประชุมสัมมนาครั้งนี้ได้เปิดพื้นที่ให้ชาวบ้านได้นำเอาประเด็นท้องถิ่น (Local agenda) มานำเสนอบนเวทีระดับชาติเพื่อยกระดับประเด็นขึ้นสู่วาระระดับชาติ และสร้าง ความหมายสุขภาพใหม่ที่ว่า “สุขภาพไม่ใช่เรื่องของหมอ แต่สุขภาพเป็นเรื่องของชุมชนที่ต้องเข้าไปมี

ส่วนร่วมในการจัดการเช่นเดียวกัน” อาจกล่าวได้ว่าพื้นที่สมัชชาที่มีความเป็นพื้นที่ทางเลือก (Alternative Space) ที่มีความเป็นตัวของตัวเอง ปฏิเสธโครงสร้างอำนาจที่ครอบงำทั้งในเรื่องโครงสร้างวิธีคิด ดังกรณีที่ครูบาสุทธินันท์และลุงน้ำค้างพยายามนำเสนอเรื่องสุขภาพที่อยู่นอกเหนือไปจากมิติทางกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีมิติทางสังคมและจิตวิญญาณรวมอยู่ด้วย และการประชุมสมัชชาครั้งนี้จึงมีลักษณะที่ไม่มีการแบ่งแยกผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่เป็นความสัมพันธ์แนบوابซึ่งชาวบ้านและบุคลากรสาธารณสุขมีสถานะร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการประเด็นสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

เวทีสมัชชาระดับชาติครั้งนี้ยังถือว่ามียุทธศาสตร์สำคัญในการทำหน้าที่จุดประกายความคิดเรื่องจัดการกำลังคนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีมิติที่หลากหลายมากขึ้น และช่วยชักจูงเครือข่ายของผู้คนให้ได้แสดงบทบาทของตนเอง เช่น ครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพฤกษ์ ลุงน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์ ที่สะท้อนมุมมองด้านสุขภาพของชาวบ้าน ดร.ชนิษฐา นันทบุตร จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่นำเสนอรูปแบบการศึกษาที่เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้ง นพ. เกรียงศักดิ์ ที่นำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่ดูแลชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

สรุปข้อสังเกตจากสมัชชา

จะเห็นได้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2546 นี้ ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ หลากหลาย การประชุมในช่วงพิธีเปิดและกลุ่มย่อยมีเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอ และการแลกเปลี่ยนอภิปรายที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมของการประชุมมีข้อสังเกตสำคัญ ๆ 3 ประการคือ

1. ในช่วงพิธีเปิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นพบว่า มีผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงเข้าร่วมในพิธีเปิดอย่างบางตา แม้เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะถือได้ว่าเป็นเวทีของภาคประชาสังคม แต่การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายก็นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเมืองภาคพลเมือง ดูเหมือนว่าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะกลายเป็นสิ่งแปลกแยกไปแล้วระดับหนึ่งสำหรับผู้บริหารระดับสูงในระบบราชการและแพทย์จากองค์กรวิชาชีพที่ไม่คุ้นเคยกับเวทีภาคพลเมือง แพทย์ท่านหนึ่งจากมหาวิทยาลัยกล่าวถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมงานสมัชชาฯ ว่า “ไม่รู้จะไปยืนตรงไหน วางตัวไม่ค่อยถูก” ซึ่งอาจเป็นเพราะตามปกติแล้ว การประชุมเวทีระดับชาติเกี่ยวกับสุขภาพเช่นนี้ จะมีการจัดที่ทางไว้เป็นการเฉพาะสำหรับ “บุคคลสำคัญ” ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับการปฏิบัติต่อการพิเศษและจะรู้ว่าที่ทางของตนเองอยู่ที่ใด แต่ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น ทั้งเวที สถานที่ ลานวัฒนธรรมและนิทรรศการมีสภาพเหมือน “ตลาดนัดพื้นบ้าน” ที่ผู้คนมาชุมนุมกันอย่างง่าย ๆ ไม่มีพิธีต้องอะไรมากนัก หมอพื้นบ้านนวดให้ผู้สนใจ หมอเมืองดูดวงชะตา ผู้คนเดินไปมาหาคุยกับคนรู้จัก หมอเมืองดูดวงชะตา ผู้คนเดินไปมาหาคุยกับคนรู้จัก ไม่มีใครเป็นบุคคลสำคัญหรือ “เจ้านาย” ที่ต้องนบนอบให้เป็นพิเศษ พื้นที่ทางสังคมเช่นนี้ทำให้เกิดความแปลกแยกได้ระดับหนึ่ง แต่การไม่เข้าร่วมของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขก็เป็นจุด

อ่อนที่ต้องแก้ไข เพราะทำให้ขาดการเรียนรู้ร่วมกันในเวทีของภาคพลเมือง เพื่อที่จะสามารถปรับบทบาทระหว่างกันให้เหมาะสม สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อทดแทนความแปลกแยกคือ มิตรภาพ ซึ่งจำเป็นต้องสร้างให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจกัน (Trust) และการเปิดกว้างยอมรับกันและกัน (Inclusiveness) ถือว่าเป็นค่านิยมที่สำคัญของการสร้างประชาสังคมที่เข้มแข็ง

2. ในแง่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกันซึ่งถือเป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญของการเมืองภาคพลเมืองนั้น นอกจากจะต้องส่งเสริมความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นภายในชุมชนหรือเครือข่ายของตน (Bonding Network) แล้ว ยังจำเป็นต้องสร้างการเชื่อมโยงข้ามเครือข่ายขยายไปสู่องค์กรอื่น ๆ โดยเฉพาะในภาคราชการทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ซึ่งยังเป็นไปได้อย่างจำกัด การให้องค์กรภาคีซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรภาคเอกชนประสานกับหน่วยงานราชการเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะได้ผล เพราะความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเหล่านี้ถูกกำหนดไว้แล้วด้วยประวัติศาสตร์การทำงานที่ตอรอง คัดค้าน หรือตรวจสอบกัน สปรส.จึงมีภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ที่จะช่วยเชื่อมโยงเครือข่ายจากหลากหลายภาคีเหล่านี้ แต่ตามที่ปรากฏในการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งนี้ การเชื่อมโยงข้ามเครือข่ายดูจะยังดำเนินการได้อย่างจำกัด

3. ในกระบวนการประชุมห้องย่อยตามประเด็นที่ระดมได้จากสมัชชาภาคนี้ แต่ละห้องมีความแตกต่างกันในแง่ประเด็นนำเสนอที่ชัดเจน (เช่น เกษตรเชื่อมต่อสุขภาพ) จนถึงประเด็นกว้าง ๆ ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม (เช่น สุขภาพองค์รวม) หรือการมีตัวแทนจากภาครัฐและเอกชนร่วมแสดงความเห็นอย่างกลมกลืน (เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ) ไปจนถึงห้องย่อยที่ภาครัฐใช้เวทีชี้แจงนโยบายและข้อเสนอสิ่งที่ต้องการ (เช่น อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพ) และห้องที่ภาครัฐเข้ามาเรียนรู้จากปราชญ์ชาวบ้าน (เช่น การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน) ความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้เป็นไปตามพลวัตและปัจจัยเอื้อที่แตกต่างกันโดยไม่มีการควบคุมบังคับ หรือกะเกณฑ์จาก สปรส.ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการจัดการตนเอง (self-organizing) ระดับหนึ่ง แม้ว่าจะทำให้แต่ละห้องย่อยได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน แต่ก็เป็นไปอย่างอิสระและเปิดโอกาสให้ประชาคมทุกภาคส่วนมีโอกาสเรียนรู้พูดคุย แลกเปลี่ยนและตอรองระหว่างกัน กระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ฉันทามติร่วมกันโดยสันติวิธีเป็นหัวใจสำคัญที่ทุกฝ่ายต่างต้องเรียนรู้ เพื่อให้สามารถรองรับกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นจริง

วิเคราะห์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หน้าที่ นัยสำคัญ และความหมายต่อการปฏิรูปการเมืองภาคพลเมือง

หากพิจารณาจากการเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ เราอาจเห็นได้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และนัยสำคัญบางประการที่โดดเด่นคือ

1. เป็นเวทีการโต้แย้งแสดงเจตจำนงและเหตุผลของผู้เกี่ยวข้อง หน้าที่นี้เป็นสิ่งที่ถูกละเลยและขาดหายไปในระบบการบริหารจัดการภาครัฐบาล (public governance) แบบเดิมซึ่งรัฐอาศัยความชอบธรรมในการเป็นตัวแทนตัดสินใจแทนประชาชน โดยที่ประชาชนไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือโต้แย้งแสดงเจตจำนงของตนเอง เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาหรือนโยบายสาธารณะ ประชาชนจึงเป็นแค่เพียงผู้ให้ความร่วมมือในการทำตามนโยบาย หรือเรียกว่าร่วมมือโดยไม่มีส่วนร่วมคิด (Implementation without deliberation) เวทีสมัชชาจึงทำหน้าที่เสมือนเวทีร่วมคิดในระบบธรรมาภิบาล (deliberative function of governance) อันเป็นกระบวนการที่ไม่ใช่เพียงการนำนโยบายที่ภาครัฐเป็นผู้กำหนดแล้วนำไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามรูปแบบของการสั่งการมาจากบนลงล่างที่ไม่ใช่เพียงแค่ประชาชนเท่านั้นที่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ แต่ในกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพจะเน้นการเปิดเวทีให้ผู้คนได้มาถกเถียงพูดคุยกัน (deliberate) เพื่อแสวงหาเหตุผลและวิธีการที่เหมาะสมที่สุด โดยเน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกภาคส่วน

กระบวนการขับเคลื่อนที่ผ่านมาจนถึงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดเวทีสมัชชาจังหวัดและสมัชชาภาคให้ผู้คนได้ใช้เป็นเวทีเพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นที่เป็นวาระของแต่ละท้องถิ่นกันก่อนแล้ว ต่อเนื่องจนถึงเวทีสมัชชาในระดับชาติอันเป็นกระบวนการของการกำหนดนโยบายร่วมกันของสังคม ประเด็นที่มีการถกเถียงและขับเคลื่อนให้เป็นนโยบายมีตั้งแต่สุขภาพของผู้พิการ การคุ้มครองผู้บริโภค การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งทั้งหมดไม่มีพิมพ์เขียวกำหนดมาก่อนล่วงหน้า กระบวนการเหล่านี้คือรูปธรรมของกระแสความคิดที่กำลังเกิดขึ้นทั่วโลกที่กำลังพยายามจะขับเคลื่อนการเมืองที่สาธารณชนมีส่วนร่วมน้อย ในลักษณะประชาธิปไตยผ่านตัวแทน (representative democracy) แบบเดิม ไปสู่สิ่งที่เรียกว่าเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory หรือ deliberative democracy) อันเป็นกระบวนการสำคัญในการเรียนรู้ความเป็นพลเมืองขณะเดียวกันก็เป็นการตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางการเมืองตามรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่เรียกขานกันว่ารัฐธรรมนูญฉบับประชาชนที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในฐานะพลเมืองที่มีสิทธิและหน้าที่เสมอหน้ากันได้เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองและกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ตามหลักการธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของรัฐธรรมนูญฉบับนี้

2. การเป็นเวทีท้าทายกระบวนการทัศน์การแพทย์กระแสหลัก เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เปิดพื้นที่สำหรับวาทกรรมสุขภาพนอกกระแสหลัก โดยนำเสนอผ่านรูปธรรมบนลานสมัชชานอกห้องประชุมใหญ่ที่เปรียบเสมือนตลาดนัดสุขภาพขนาดใหญ่ หมอพื้นบ้านจากภาคอีสานและภาคเหนือสาธิตการดูแลรักษาสุขภาพในนิยามที่แตกต่างออกไปจากการแพทย์กระแสหลัก การแสดงนิทรรศการของเครือข่ายระดับภูมิภาค อาทิ เหมืองแร่โปแตชจังหวัด

อุดรธานี ปัญหามลภาวะทางน้ำผลกระทบจากเขื่อนกันแม่น้ำท่าจีนของชมรมรักษ์ท่าจีน จังหวัดนครปฐม ที่ขยายกรอบการรับรู้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพว่าไม่ใช่เพียงเชื้อโรคหรือปัจจัยทางกายภาพตามกระบวนการทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพ หากแต่นโยบายและโครงการรัฐก็สามารถคุกคามส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนได้เช่นเดียวกัน การขยายนิยามสุขภาพที่ครอบคลุมหลากหลายมิติมีส่วนสนับสนุนเจตนารมณ์ร่วมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ที่ต้องการเคลื่อนจากกรอบของการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ที่มุ่งปฏิรูประบบการเงินการคลังและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เป็นสำคัญ ออกมาสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพแท้จริงแล้วมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับกระบวนทัศน์ (paradigm) จากระบบวิธีคิดเดิมทางการแพทย์ที่เน้นอวัยวะและโรค (Biomedical paradigm) ที่มองสุขภาพแบบแยกส่วน โดยถือว่าสุขภาพคือผลลัพธ์ของอวัยวะแต่ละส่วนที่ทำงานปกติ เป็นการให้ความสำคัญแต่เฉพาะมิติทางกาย ชาติมิติทางสังคมวัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณ กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้พยายามนิยามสุขภาพในความหมายที่กว้างโดยถือว่าการปฏิรูปวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพของสังคมจะต้องเกิดขึ้นควบคู่กับการร่างกฎหมาย กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดจึงเป็นการปฏิรูปที่ยากและลึก นั่นคือการปฏิรูปวิธีคิดของสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด เพราะหากว่าการปฏิรูปเกิดขึ้นโดยที่โครงสร้างวิธีคิดของสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย แม้จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นแต่ก็จะเป็นการปฏิรูปที่ล้มเหลว ความพยายามดังกล่าวสะท้อนออกมาในการนำเสนอกรอบมโนทัศน์ใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ซึ่งเป็นความพยายามเปลี่ยนระบบคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า สุขภาพไม่ใช่เป็นเรื่องที่ปล่อยให้เสียแล้วค่อยมาซ่อม หรือการเสนอวิธีคิดว่า สุขภาพคือสุขภาวะที่ต้องมองอย่างเป็นองค์รวมและเป็นพลวัตทั้งสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นการพยายามปฏิรูปวัฒนธรรมสุขภาพขึ้นในกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูป ไม่ได้ไปเน้นที่จะต้องมีกฎหมายออกมามีผลบังคับใช้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องการสร้างสำนึกของทั้งสังคมที่จะยอมรับเอากฎหมายมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ด้วย

3. การแสดงออกทางวัฒนธรรมเพื่อตอกย้ำอัตลักษณ์ทางการเมือง เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เน้นการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสื่อช่วยยืนยันอัตลักษณ์ท้องถิ่น ที่หลากหลายแตกต่างกันให้เรียนรู้และสามารถยอมรับซึ่งกันและกัน โดยการเสนอมุมมองสุขภาพตามรากเหง้าและวิถีชีวิตของตนเอง จากความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม และชาติพันธุ์ และเป็นการเสนอผ่านสื่อที่ไม่ใช่ภาษาพูดที่เป็นทางการ แต่อาศัยการแสดงของท้องถิ่นอันเป็นศิลปะที่แต่ละท้องถิ่นมีทักษะเฉพาะตน ทำให้สามารถนำเสนอให้เกิดความประทับใจหรือตรงกับใจของคนท้องถิ่น ตลอดจนจึงเน้นการแสดงผ่านสื่อภาษาและศิลปะการแสดงพื้นบ้าน

เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้เข้าร่วมประชุมเดินทางมาถึงหน้างานจะได้ยินเสียง**เพลงอีแซว**พ่อเพลงชาวสุพรรณบุรีร้องเล่นต้อนรับอยู่ที่กลางลานสมัชชา พร้อมกับต้นกล้วย 7 ต้นที่ตั้งเป็น**กองผ้าป่า**ให้เลือกสมทบเข้ากองทุนสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็น แต่ละต้นระบุประเด็นการเคลื่อนไหวครั้งนี้ 6 ประเด็น คือ เกษตรเอื้อต่อสุขภาพ อาหารปลอดภัย นโยบายสาธารณะ ภูมิปัญญาท้องถิ่น สุขภาพองค์รวม และการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะต้นผ้าป่าแบบพุทธขณะที่ต้นผ้าป่าที่ 7 เป็นการทำบุญตามวัฒนธรรมแบบมุสลิม การสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมเช่นนี้ เป็นการประยุกต์อุดมการณ์ทางศาสนาใช้เพื่อการเคลื่อนไหวต่อสู้ในมิติใหม่ โดยเฉพาะใน 6 ประเด็นนั้นเป็นการประยุกต์จากชนบทเดิมของชาวพุทธที่นิยมทำบุญแก่พระสงฆ์ คนยากไร้ และขอทาน มาสู่การทำบุญเพื่อแสดงตัวตนทางอุดมการณ์ ตามความสนใจในแต่ละวาระ (agenda) ของแต่ละปัจเจกบุคคลที่มาร่วมงานในครั้งนี้

เมื่อถึงเวลาเปิดงาน เท่งกับหนู้อยและน้องแก้วมณี**หนังตะลุงคน**จากจังหวัดนครศรีธรรมราชออกมาทักทายทำความดีถึงวัตถุประสงค์การจัดงาน แล้วส่งต่อให้สองพ่อ**เพลงฉ่อย**เมืองสุพรรณมาร้องเย้ากระเช้าต่อ พร้อมกับได้น้องแก้วมณี**หนังตะลุงคน**ออกมาร่วมผสมโรงกับสองพ่อเพลงชาวสุพรรณ เมื่อการประชุมเริ่มอย่างเป็นทางการหลังจากประธานกล่าวเปิด**คณะกลองเงี้ยว**จากสกลนครตีระโคมใหม่โรง ตลอดจนการใช้ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านยืนยันรับรองวาระท้องถิ่นของแต่ละภาค (Confirm Local Identity) เช่น การบอกเล่าเรื่องราว “น้ำและพลังงาน” ด้วยบท**เพลงอีแซว** ภาคกลาง “โครงการโขง ชี มูล และเหมืองแร่โปแตช” ด้วย**เสียงพิณ** ภาคอีสาน ห้องประชุมรวม หรือการใช้**ลิเก** ศิลปะการแสดงพื้นบ้านของสมัชชาเด็กจังหวัดปราจีนบุรี ดำเนินเรื่องบอกเล่าปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการซึ่งเป็นชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผู้ให้บริการในห้องประชุมย่อยสุขภาพแบบองค์รวม และการสื่อสารประเด็นเฉพาะกลุ่มด้วยภาษาท้องถิ่นเช่น ประเด็นสุขภาพผู้หญิงมุสลิมด้วย**ภาษายาวี** บนเวทีสมัชชา

กระทั่งพิธีปิด ลานสมัชชาด้านหน้าห้องประชุมกลับมามีชีวิตอีกครั้งกับ**เพลงอีแซว** ร้องต้อนรับปลดกระทรวงสาธารณสุขที่เดินทางมาถึง ก่อนที่**คณะกลองสะบัดชัย** ตีกลองส่งเข้าห้องประชุม โดยมีสมาชิกสมัชชายก**พุ่มผ้าป่า**ที่ปักธงทิวสลอนพร้อมกองทุน**กอดูริ**ของพี่น้องมุสลิมเดินขนาบข้างเข้าสู่ห้องประชุมใหญ่ ตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมนำเสนอข้อสรุปจากที่ประชุมสมัชชาต่อประธานพิธี หลังประธานกล่าวปราศรัยจบ จึงเชิญชวนผู้เข้าร่วมสมัชชาทั้งหมดประมาณ 3,000 คน ร่วมร้องเพลง คำสัญญา โดยมี **ดนตรีโฟล์คซอง**หมอลอนาญภาคเหนือร้องนำ และมีชาวบ้าน**แต่งชุดหลากหลายภูมิภาค**ชาติพันธุ์ร่วมเกาะเกี่ยวแขนร้องเพลงกับประธานพิธีบนเวทีสมัชชา

ความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมชาติพันธุ์ที่แสดงผ่านสื่อภาษาและศิลปะการแสดงพื้นบ้านถูกใช้เพื่อการสร้างพื้นที่ทางสังคมแบบใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ความแตกต่างหลากหลายแต่ละภาคส่วน ทั้งผู้เข้าร่วมที่มาจากต่างภูมิภาค ต่างสถานภาพทางสังคม และประเด็นความสนใจแต่ละท้องถิ่นสามารถมาร่วมพิจารณาไตร่ตรองร่วมกัน ด้วยการทำงานที่เคารพ อดทน อดกลั้นต่อความแตกต่าง

หลากหลายบนพื้นฐานที่ว่า แตกต่างแต่ไม่แตกแยกในอุดมการณ์ร่วม ในที่นี้หมายถึงการร่วมกันผลักดันร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

4. ความสัมพันธ์แนวราบ เป็นอุดมคติพื้นฐานของความสัมพันธ์แบบเท่าเทียม เสมอภาค ที่สมาชิกรัฐสภาพยายามทำให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการจัดงานที่ไม่เน้นความเป็นทางการซึ่งให้ความรู้สึกเป็นกันเองระหว่างผู้ร่วมงาน อีกทั้งไม่มีการกำหนดหน้าที่ตายตัวแก่พื้นที่อาณาบริเวณภายในงาน พื้นที่หนึ่ง ๆ ถูกใช้ประโยชน์หลายหน้าที่ เช่น บริเวณเวทีสมัชชา เป็นทั้งซุ้มโศโหร จักรกบ สภากาแฟ และเป็นพื้นที่เพื่อแสดงอัตลักษณ์ท้องถิ่นผ่านการแสดงศิลปะพื้นบ้านและนิทรรศการ พื้นที่รอบบริเวณงานยังเป็นพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจ เป็นที่นัดพบของชาวบ้านจากหลายเครือข่ายที่มาจากหลายพื้นที่ รวมทั้งเป็นพื้นที่เพื่อชมการแสดงอีกด้วย การเข้ามาใช้พื้นที่ไม่จำเป็นต้องแต่งกายสุภาพเรียบร้อยและนั่งอยู่บนเก้าอี้ที่จัดไว้ได้อย่างเป็นระเบียบ แต่พื้นที่รอบบริเวณลานสมัชชาเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้าง ผู้คนสามารถเดินเข้าออกได้อย่างสะดวก รวมทั้งสามารถนั่งบนพื้น นั่งบนเก้าอี้ หรือยืนดูได้ตามอัธยาศัย บางคนก็จับกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นขณะดูการแสดงไปด้วย พื้นที่ในบริเวณนี้จึงเอื้อต่อการรวมกลุ่มตามธรรมชาติได้เป็นอย่างดี เช่น กลุ่มหมอยาพื้นบ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มนักแสดง กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ กลุ่มเยาวชนที่มาร่วมงาน รวมทั้งกลุ่มแกนนำสมาชิกรัฐสภาภาคต่าง ๆ เป็นต้น

ความสัมพันธ์แนวราบจึงเอื้อต่อการถักทอเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มองค์กร เวทีกลุ่มหมอยานามัยเป็นตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นว่า การเปิดพื้นที่ที่ไม่เป็นทางการสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เช่น การเล่นเกมดนตรี บอร์ดความคิดอิสระ ต้นไม้แห่งความคิด การวาดภาพระบายสี สามารถดึงเครือข่ายอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมได้เป็นอย่างดี เช่น กรณีที่น้องแพงและน้องเกราะ (พิการสายตา) ตัวแทนจากเครือข่ายเยาวชนคนตาบอดภาคใต้ เข้ามาร่วมร้องเพลงและพูดคุยกับกลุ่มหมอยานามัยและผู้เข้าร่วมประชุมที่นั่งฟังเพลงและที่เดินผ่านไปผ่านมาและหยุดฟังด้วยความสนใจ หรือแม้แต่กรณีพี่หน้อย ตัวแทนจากกลุ่มเยาวชนสมาชิกรัฐสภาทางอากาศ มาขอใช้เวทีในการจัดรายการสด “รายการวิทยุเด็ก” เพื่อออกอากาศรายการวิทยุผ่านเว็บไซต์อีกด้วย

หากพิจารณากระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในแง่ที่เป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement) แบบหนึ่ง ภาพการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ปรากฏเด่นชัด ตลอดช่วงเวลาระหว่างวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546 นั้นสะท้อนพลวัตของการเมืองภาคพลเมืองที่ทั้งต่อรอง ตรวจสอบ คัดค้าน และประสานความร่วมมือกับภาครัฐโดยไม่ได้ขีดเส้นแบ่งชัดแยกข้างไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างตายตัว เราจึงเห็นการอาศัยโครงสร้างและกลไกของรัฐบาลบางส่วนในการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนภาคประชาคม ในขณะที่ประชาคมสุขภาพบางกลุ่มที่มีวาระของตนเองก็ได้แสดงจุดยืนหรือเจตนารมณ์ที่อาจขัดแย้งกับทิศทางการพัฒนาหรือนโยบายของรัฐ พลวัตที่ภาครัฐกับภาคประชาสังคม

มีปฏิสัมพันธ์อย่างเปิด กล่าวคือไม่ได้ติดขัดกับการแบ่งพวกเขา-เราอย่างตายตัว แต่เปิดให้ความเป็นไปได้ที่จะร่วมมือกันหรือขัดแย้งคัดทานกัน คลื่นคลายไปตามประเด็นปัญหาที่เผชิญหน้าอยู่นี้ถือเป็นจุดเด่นที่สำคัญที่สุดของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพราะความสัมพันธ์แบบเปิดที่ว่านี้จะทำให้ความเป็นไปได้ที่จะแสวงหาทางออกใหม่ ๆ จากความเห็นต่าง ๆ ไม่ว่าจะด้วยการท้าทายหรือความร่วมมือกัน เป็นไปได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ที่จะเสนอนี้จะไม่กล่าวถึงปัญหาและข้อเสนอแนะในเชิงการจัดการซึ่งเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ (เช่น การจัดพื้นที่ไม่ใช่เสียงดังรบกวนกันหรือการจัดเวลาแสดงที่ลานวัฒนธรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการแย่งผู้ชมกับเวทีห้องย่อย) แม้จะมีปัญหาอยู่บ้างแต่ก็มีผลกระทบรุนแรงต่อระบบงานโดยรวมและปัญหาเชิงการจัดการเหล่านี้เป็นสิ่งที่รู้กันดีในหมู่คณะทำงานที่จัดการประชุมสมัชชาขึ้น ข้อเสนอต่าง ๆ นี้จึงเป็นการเสนอเพื่อให้เกิดแรงคิดในการทำงานลักษณะนี้ในอนาคต โดยจะนำเสนอจากมุมมองของการเมืองภาคพลเมืองซึ่งพอจะประมวลได้ดังนี้

1. หัวใจของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือ กระบวนการใช้ความคิดและท้าทายต่อกันด้วยเหตุผลของสาธารณะในฐานะพลเมือง

ในแง่หนึ่งแล้ว การเกิดขึ้นของประชาคมและการเคลื่อนไหวทางสังคมในประเด็นสุขภาพที่ดำเนินต่อเนื่องมากกว่าทศวรรษสะท้อนถึงการก่อตัวของการเมืองภาคพลเมืองที่ต่อสู้เพื่อแสดงเจตจำนงทางการเมืองในบริบทที่การเมืองภาคทางการเมืองยังไม่เปิดโอกาสแก่ความคิดเห็นของสามัญชนเท่าใดนัก การศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวทางสังคมที่เกิดขึ้นในนานาประเทศได้ชี้ให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของการต่อสู้เพื่อให้สามัญชนธรรมดามีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้นั้นอยู่ที่การสร้างพื้นที่ทางสังคมใหม่ ๆ ซึ่งเป็นที่ทางที่สามัญชนมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นโดยไม่ถูกกดทับด้วยอำนาจและโครงสร้างทางการเมืองที่ดำรงอยู่ แต่การท้าทายหรือต่อรองกับอำนาจในพื้นที่ที่สร้างขึ้นนี้ จำเป็นต้องเกิดขึ้นด้วยการใช้ความคิดและเหตุผลร่วมกันเพื่อให้บรรลุฉันทามติได้ในระยะยาว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติแม้ว่าจะมีจุดเด่นในแง่เป็นกระบวนการที่เน้นความสมานฉันท์ แต่การสร้างฉันทามติอาจไม่ได้หมายความว่าต้องหลีกเลี่ยงที่จะพูดหรือท้าทายความแตกต่าง กรณีที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขมาเข้าร่วมประชุมสมัชชาใช้เวทีในการบรรยายงานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ในวันสุดท้ายของการจัดประชุมคือวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ได้มากล่าวปิดการประชุมด้วยการนำเสนอแนวคิดและแนวทางการพัฒนาสุขภาพในกระบวนการทัศน์แบบเดิม ๆ ที่เน้นบทบาทของทางราชการโดยมีประชาชนเป็นผู้ให้ความร่วมมือเพื่อเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่น 1) จะลดอัตราการป่วย ตาย ของเพศหญิงที่ป่วยและตายด้วยโรค มะเร็ง หัวใจ หรือลดอัตราการป่วย ตาย ของประชาชนโดยทั่วไปที่มักป่วย ตาย ด้วยอุบัติเหตุ เอดส์

วัดโรค ใช้เลือดออก 2) จะส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) ส่งเสริมการมีตลาดสดน้ำซึบ (แต่ยังมองว่า การมาดูแลหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาฆ่าแมลงยังคงค่อนข้างยาก) 4) การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม 5) การส่งเสริมการแพทย์แผนไทยสู่ความเป็นอุตสาหกรรม

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังคงกล่าวกับผู้เข้าร่วมการประชุมว่าสิ่งที่ตนนำเสนอไม่ได้แตกต่าง จากวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และพยายามผนวกข้อคิดเห็นที่ระดมจากเวทีสมัชชาสุขภาพเข้าสู่ การบริหารจัดการในระบบราชการสาธารณสุขที่ตนเองมีอำนาจอยู่ หรือในกรณีของผู้ช่วยรัฐมนตรี ซึ่ง ไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์แต่เมื่อมารับฟังความเห็นของประชาคมสุขภาพกลับเปิดฉากสอนสุข ศึกษาโดยแนะนำวิธีการมีสุขภาพดีว่าต้องประกอบด้วย 4 อ. คือ อาหาร อากาศ อารมณ์ และออก กกำลังกาย ในขณะที่ประชาคมสุขภาพได้ก้าวพ้นไปจากกรอบการพึ่งพาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญไปแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่าในระหว่างที่ผู้บริหารเหล่านี้นำเสนอความเห็นของตนนั้น ท่าทีของผู้เข้าร่วมบางคน สายหว้อย่างเบือนหน้ากับสิ่งที่ท่านพูดออกมา และเริ่มมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างอื้ออึงในลักษณะ ที่ว่าผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขยังมีกระบวนการทัศนสุขภาพแบบเดิมซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิง กับภาคพลเมืองที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพตลอด 2 วัน

คงเป็นสิ่งที่เกินความคาดหวังที่จะให้ผู้บริหารเหล่านี้เปลี่ยนวิธีคิดและเกิดความเข้าใจการเมือง ภาคพลเมืองจนสามารถเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพได้อย่างกลมกลืน ในแง่ที่เราอาจจะต้องมองใน แง่ดีว่าอย่างน้อยผู้บริหารเหล่านี้ก็มาร่วมในเวทีของภาคพลเมืองนี้ และอาจได้เรียนรู้อะไรบางอย่างไป บ้าง แต่คำถามที่จะต้องขบคิดพิจารณาก็คือ จะมีกระบวนการอย่างไรที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มากกว่าเพียงแค่การเชิญผู้บริหารเหล่านี้มาร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปได้หรือไม่ที่บุคคลที่มี ตำแหน่งเหล่านี้จะมาร่วมสมัชชาในฐานะพลเมืองเพื่อที่จะได้ใช้เวทีแห่งนี้ ถกเถียง ได้แย้ง และแสดง ความเห็นที่แตกต่างกันเพื่อร่วมกันใช้ความคิดและเหตุผลในการหาแนวทางร่วมกันในการสร้างระบบ สุขภาพใหม่

2. การเรียนรู้สู่ความเป็นพลเมือง (civic education)

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7-8 สิงหาคม 2546 ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้บทบาทของพล เมืองจากปฏิบัติการภาคประชาชนที่ต้องมีการสังสมมาก่อนหน้าการจัดสมัชชา อาทิ เรื่องอาหารปลอดภัย เป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับเกษตรกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เนื่องจาก ปัญหาเกษตรกรไทยซึ่งเจ็บป่วยและล้มตายจากการใช้สารเคมีเริ่มปรากฏมากขึ้น โดยเฉพาะบทเรียน การทำเกษตรยั่งยืนมาอย่างต่อเนื่องยาวนานของกลุ่มเกษตรกรภาคอีสาน ที่เริ่มต้นจากผู้นำชาวบ้าน และองค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมกันคิดหารูปแบบการเกษตรที่สามารถปรับปรุงคุณภาพดิน น้ำ และพื้น พืชสภาพป่าให้กลับมาอุดมสมบูรณ์อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถเป็นทางเลือกของเกษตรกรรายย่อยใน การสร้างความมั่นคงด้านปัจจัยการดำรงชีพพื้นฐานและรายได้ อาทิ กรณีกลุ่มอินแปง อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีการทำสวนที่เรียกว่า “สวนเก่า” ประกอบด้วยต้นไม้สูงใหญ่ เช่น มะพร้าว หมาก

รองลงมาคือ มะขาม มะม่วง ขนุน ไม้ไผ่ พืชชั้นล่างลงมาคือ อ้อย น้อยหน่า พืชชั้นล่างลงมาเป็น สับปะรด ขิง ข่า ย่านาง

กรณีเช่นนี้คล้ายคลึงกับการทำเกษตรผสมผสานของอีกหลายจังหวัด และมีเกษตรกรจากภาคอื่น ๆ มาดูงานภาคอีสาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และบทเรียนเรื่องหนี้สินจากการทำเกษตรกระแสหลัก เหล่านี้ถือเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำคัญนำมาสู่เจตนารมณ์ที่ชัดเจน ซึ่งเครือข่ายเกษตรกรรมและองค์กรพัฒนาเอกชนได้นำเสนอในห้วงย่อยเกษตรเพื่อต่อสุขภาพนั้นคือการลด ละ เลิก การนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรชนิดเข้มข้น เพื่อนำไปสู่การได้มาซึ่งผลผลิตผลการเกษตรที่ปลอดจากสารเคมี และปลอดภัยต่อผู้บริโภค

สำหรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเรียนรู้ของผู้คนกรณีแม่น้ำท่าจีน จังหวัดนครปฐม เกิดจากการรวมตัวของผู้คนที่มีความรักแม่น้ำที่ตนเห็นมาตั้งแต่เด็ก เมื่อบุคคลเหล่านี้ได้มารวมตัวพบปะพูดคุยกัน จึงเกิดการรณรงค์เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการอบรมแก่เยาวชนในโรงเรียน ก่อให้เกิดสำนึกรักบ้านเกิดในอีกลักษณะหนึ่ง พร้อมไปกับการเคลื่อนไหวทางสังคมลักษณะหลากหลายเพื่อต่อต้านภาคธุรกิจอุตสาหกรรมที่เป็นตัวการทำให้แม่น้ำสกปรกและเกิดมลภาวะ

กรณีของกลุ่มการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น ถือว่าเป็นพันธมิตรที่น่าสนใจของ สปสช. เพราะสามารถจูงใจพื้นที่ลุ่มชนชาชาติได้อย่างต่อเนื่องสามครั้งที่ผ่านมา เนื่องจากข้อเสนอที่ชัดเจนและรูปธรรมความเป็นเครือข่ายที่สัมผัสได้ โดยเครือข่ายสุขภาพวิถีไทได้นำเสนอแนวทางในการเรียนรู้ การสืบทอด การผสมผสานองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ของหมอพื้นบ้านในชุมชน โดยเน้นบทบาทในเชิงคุณค่า เน้นเครือข่ายการรวมกลุ่ม เพื่อสร้างอัตลักษณ์ทางจริยธรรมให้เป็นที่ปรากฏชัดเจนในชุมชน ไม่เน้นการทำให้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นกลายเป็นสินค้า โดยชุมชนระดมทุนทางสังคม ทรัพยากร ระบบนิเวศ ความหลากหลายทางชีวภาพ เข้าร่วมส่งเสริมการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านทั้งในระดับชุมชนและระดับเครือข่ายความเคลื่อนไหว เพื่อให้คนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายระยะสั้น (1-3 ปี) เน้นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและเครือข่ายการเรียนรู้ ส่วนเป้าหมายระยะยาว (5-10 ปี) เน้นการขยายเครือข่ายภูมิปัญญาและขับเคลื่อนในภาคนโยบาย และกฎหมายในเรื่องสถานภาพทางกฎหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งสิทธิชุมชนในการจัดการสุขภาพและทรัพยากร

จะเห็นได้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการที่แยกไม่ออกจากความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในวงกว้าง เป็นความเคลื่อนไหวที่เครือข่ายประชาคมต่าง ๆ ร่วมกันเรียนรู้บทบาทของความเป็นพลเมืองที่ไม่ได้รอรับการสงเคราะห์จากภาครัฐแต่ทำหน้าที่เสนอแนะ ตีกรอง ตรวจสอบ และลงมือปฏิบัติในส่วนที่ทำได้เองได้พร้อมกัน กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นภาพสะท้อนของกระบวนการเติบโตของภาคประชาสังคม และสะท้อนลักษณะเด่นของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยทั้งในด้านกระบวนการและในด้านเนื้อหาแนวคิด

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทเรียนประชาสังคม: พลัทธิการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพมีขอบเขตกว้างกว่าระบบงานสาธารณสุขเพราะรวมเอาเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาพของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ ระบบสุขภาพที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยมีปัญหาพื้นฐานอยู่ที่การมองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดทางการแพทย์ จึงจำกัดบทบาทของการพัฒนาสุขภาพอนามัยไว้ที่สถาบันและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ กระบวนทัศน์ดังกล่าวมองสุขภาพในลักษณะที่แยกขาดจากมิติอื่น ๆ ของสังคม และลดทอนการมีสุขภาพดีให้เป็นเพียงการรักษาโรคกับการจัดบริการทางการแพทย์เท่านั้น แม้ว่าในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะเน้นงานสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะในยุคที่งานสาธารณสุขมูลฐานมีฐานะเป็นนโยบายสำคัญ แต่รูปแบบและเนื้อหาการสร้างการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาสาธารณสุขล้วนถูกกำหนดโดยกรอบความคิดของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และใช้กลไกรัฐเป็นตัวตั้ง ชุมชนและภาคประชาชนมีบทบาทเพียงให้ความร่วมมือกับแผนงานโครงการที่รัฐกำหนดขึ้น การดำเนินงานที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จอยู่บ้างในระยะแรกแต่ก็ขาดความยั่งยืน

ในราว 1 ทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในสังคมไทยอย่างเป็นตัวของตัวเองเด่นชัดขึ้นมาก มีการเกิดขึ้นขององค์กรทางสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชนและสังคมในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย เช่น องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรศาสนา องค์กรวิชาชีพ และองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ โดยองค์กรเหล่านี้ให้ความสนใจกับประเด็นปัญหาสาธารณะและพยายามริเริ่มกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสังคมทั้งในภาคเมือง และภาคชนบท โดยให้ความสนใจกับปัญหาสังคมที่สำคัญเช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม แรงงาน ชุมชนแออัด เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ สิทธิมนุษยชน และปัญหาของชนชั้น เป็นต้น (ดู วิภาพันธ์ (บก.). 2542) ความเคลื่อนไหวขององค์กรอิสระนอกภาครัฐที่มุ่งสาธารณประโยชน์นี้ถูกเรียกรวม ๆ ว่าเป็น *ขบวนการประชาสังคมไทย* (อนุชาติ และกฤตยา (บก.). 2542) ปรากฏการณ์ที่มีองค์กรเอกชนหันมาสนใจปัญหาส่วนรวม (หรือองค์กรภาคประชาสังคม) ดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในสังคมไทยเท่านั้น แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในสภาวะการณ์ที่ความเป็นประชาธิปไตยกำลังเบ่งบานและโลกมีจำนวนรัฐที่เป็นประชาธิปไตยเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน (โกมาตร 2544: 36-107)

สำหรับในภาคสาธารณสุข กรณีที่มีความเด่นชัดที่องค์กรภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างชัดเจนจนเป็นที่ยอมรับกัน ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรศาสนา องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ตลอดจนองค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้ก่อตัวขึ้นเป็นเครือข่ายขององค์กรอิสระที่

ร่วมกันทำงานเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์จนทำให้สถานการณ์คลี่คลายไปอย่างมาก นอกจากนั้นยังมีโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งภาคเอกชนและภาครัฐร่วมกันรณรงค์อย่างใกล้ชิดจนเห็นผลอย่างชัดเจน กล่าวได้ว่าในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาองค์กรอิสระนอกภาครัฐที่เข้ามามีบทบาทต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขมากขึ้นอย่างเด่นชัด (บัณฑิตและคณะ 2545) องค์กรที่มีบทบาทชัดเจนได้แก่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ชมรมแพทย์ชนบท คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน โครงการสมุนไพรรักษาตนเอง มูลนิธิสุขภาพไทย โครงการฟื้นฟูการนวดไทย โครงการเข้าถึงเอดส์ สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ตลอดจนองค์กรชุมชนต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพผ่านกองทุนชุมชน และกลุ่มองค์กรหมอยาพื้นบ้านที่ร่วมกันฟื้นฟูอนุรักษ์การแพทย์แผนไทย ฯลฯ องค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญทั้งในการถ่วงดุล ตรวจสอบ เสนอแนะ และในการส่งเสริมให้การพัฒนาสุขภาพอนามัยมีทิศทางที่ถูกต้องและบรรลุผลสำเร็จเกินกว่าที่จะเป็นไปได้หากปล่อยให้รัฐดำเนินการไปโดยลำพัง กระทรวงสาธารณสุขเองก็เริ่มเห็นคุณค่าขององค์กรเอกชนเหล่านี้ และได้จัดงบประมาณสนับสนุนมาตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา

“ประชาคม” หรือ องค์กรภาคประชาสังคม เป็นคำที่ถูกใช้เรียกกลุ่มหรือองค์กรที่มีการรวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมทางสังคม องค์กรและกิจกรรมเหล่านี้มีคุณลักษณะสำคัญคือ เป็นอิสระและไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของราชการหรือได้รับการบังคับบัญชาของอำนาจทางการเมืองที่เป็นทางการ (official political authority) คำว่าประชาคมมีความหมายคล้ายคลึงกับชุมชนในแง่ที่เป็นการรวมตัวกันของบุคคลที่มีเป้าหมายร่วมกัน แต่อาจต่างจากคำว่าชุมชนอยู่บ้างในแง่ที่ว่า คำว่าประชาคมให้ความสำคัญกับการเกิดขึ้นของพื้นที่ทางสังคมที่ปัจเจกบุคคลได้มาแสดงออกซึ่งสิทธิและหน้าที่ของความเป็นพลเมืองที่ต้องการมีบทบาทในการจัดการกับกิจการสาธารณะต่าง ๆ (เช่น ประชาคมตำบล ประชาคมจังหวัด) แต่ก็ไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่เฉพาะกับชุมชนท้องถิ่นที่กำหนดด้วยพื้นที่ทางกายภาพ โดยอาจเป็นชุมชนที่มีขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้นเช่น ประชาคมแผน 8 ที่สนใจผลักดันให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งเป็นแผนในระดับชาติมีทิศทางที่เหมาะสมขึ้น หรือแม้แต่ประชาคมยุโรปที่รวมตัวกันเพื่อความร่วมมือกันของประเทศในภาคพื้นยุโรป

คำว่า ประชาคม ประชาสังคม ชุมชน และองค์กรเอกชน จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนปรากฏการณ์ที่สังคมไทยกำลังปรับจากระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) ซึ่งถือว่าสิทธิทางการเมืองของประชาชนสามารถแสดงออกผ่านตัวแทนหรือผู้แทนในระบบสภาเท่านั้น มาเป็นระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยตรง (direct democracy) ที่ประชาชนแสดงออกซึ่งสิทธิเสียงของความเป็นพลเมืองผ่านกิจกรรมทางสังคมที่ปัจเจกบุคคลสามารถเข้าร่วมโดยตรง โดยไม่ต้องผ่านระบบหรือรูปแบบทางการเมืองที่เป็นทางการ (ดู ชัยวัฒน์ 2547) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของแนวคิดประชาสังคมที่เน้นบทบาทของภาคสังคมควบคู่ไปกับภาครัฐและภาคธุรกิจในการพัฒนาประเทศ ใน

แวดวงสาธารณสุขนั้น แนวคิดเรื่องประชาสังคมได้ถูกกล่าวขานถึงอย่างเป็นทางการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2539 โดยเป็นประเด็นที่หยิบยกขึ้นมาอภิปรายในการประชุมประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ดู สุวิทย์ (บก.) 2540) หลังจากนั้นมาได้มีการคลี่คลายของแนวคิดและมีรูปธรรมของขบวนการประชาสังคมในภาคสาธารณสุขที่ชัดเจนขึ้นตามลำดับ

ตลอดช่วงเวลากว่าทศวรรษที่กระแสการปฏิรูปภาคสุขภาพ (Health Sector Reform) เกิดขึ้นทั่วโลก ด้วยนานาเหตุผล ทั้งสถานะทางสุขภาพที่ยังไม่น่าพึงพอใจ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ท่ามกลางกระแสการปฏิรูปนี้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ก่อเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมด้วย และดูเหมือนจะเป็นกระบวนการที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนกับการปฏิรูปภาคสุขภาพในประเทศอื่น ๆ

นับแต่การเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน การปฏิรูประบบสุขภาพแบบไทยได้เสนอรูปธรรมของความพยายามในการขับเคลื่อนกรอบของการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ ออกสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น ด้วยว่าสุขภาพมิใช่เพียงเรื่องการทำงานของอวัยวะ แต่เป็นเรื่องของระบบสังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณด้วย การปฏิรูประบบสุขภาพแบบไทยจึงใช้กระบวนการขับเคลื่อนสังคม และประสานพลัง เปิดเวทีให้ประชาชนได้มีโอกาสถกแถลงและอภิปรายใช้เหตุผลในการจัดการทุกบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะที่ดีของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

บทเรียนจากการปฏิรูปทั่วโลก...สุขภาพไม่ใช่เพียงอวัยวะและโรค

กระแสการปฏิรูปของภาคสุขภาพ (Health sector reform) เกิดขึ้นและกระจายไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น คุณภาพบริการต่ำ สถานะสุขภาพไม่น่าพอใจ หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง รวมทั้งการที่การปฏิรูปกำหนดเป็นเงื่อนไขของเงินกู้ ตัวอย่างเช่น ในประเทศแถบทะเลทรายสะฮารา (Sub Sahara) หรือ ลาติน อเมริกา หรือในทวีปเอเชียหลังวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้น แม้ว่าสาเหตุที่นำไปสู่การปฏิรูปในแต่ละประเทศจะแตกต่างกัน แต่แนวทางการปฏิรูปภาคสุขภาพในประเทศต่าง ๆ จะมีลักษณะร่วมกันอยู่ 3 ประการ ซึ่งเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ได้แก่

1. การปฏิรูปที่เป็นอยู่ทั่วโลกใช้วิธีคิดแบบชีวกลไกทางการแพทย์ หมายถึงการอธิบายสุขภาพโดยถือว่าเป็นผลลัพธ์ของระบบการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ด้วยวิธีการมองเช่นนี้ทำให้การปฏิรูปในทุกประเทศมุ่งไปที่การจัดการด้านบริการทางการแพทย์เป็นด้านหลัก อันนี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก

2. มุ่งปฏิรูปด้านการเงินการคลังของระบบบริการทางการแพทย์ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น เช่น ในสหรัฐอเมริกา ที่มีลักษณะระบบบริการที่ซับซ้อนเน้นบริการการแพทย์เฉพาะทางและเทคโนโลยีระดับสูง ซึ่งแม้จะใช้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ค่อนข้างสูง แต่สถานะสุขภาพของประชาชนก็ยังมีข้อจำกัด มีการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาที่ชี้ให้เห็นว่าในชุมชนแออัดในเมืองของสหรัฐเองมีอัตราการติดเชื้อเอดส์ มีการให้ภูมิคุ้มกันที่ไม่พอเพียง รวมทั้งมีภาวะการขาดอาหาร ไม่ต่างไปจากประเทศโลกที่สาม ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของสหรัฐสูงที่สุดในบรรดาประเทศที่พัฒนาแล้ว
3. กลไกที่ใช้ในการปฏิรูปทั่วโลก จะใช้กลไกที่เป็นทางการและการขับเคลื่อนของภาครัฐเป็นด้านหลัก ซึ่งแม้ว่าจะมีจุดแข็งอยู่ แต่ไม่สามารถที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมของประชาชนได้ ในขณะที่ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับชีวิตความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเครียดและพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของประชาชน การอาศัยกลไกและกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นทางการมักไม่สามารถปรับเปลี่ยนในส่วนของวิถีชีวิตและพฤติกรรม ดังนั้นแม้จะสามารถปรับระบบบริการ แต่พฤติกรรมของประชาชนไม่มีส่วนในการร่วมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ก็สร้างปัญหาตามมา

ทำความเข้าใจ อะไรคือระบบสุขภาพ

ในเชิงระบบ ระบบสุขภาพหรือระบบทางการแพทย์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ระบบวิธีคิด (Disease theory system) เป็นระบบทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและสุขภาพ
2. ระบบงาน (Health delivery system) เป็น ระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหาสุขภาพ

ทั้งสองระบบย่อยนี้จะสัมพันธ์เกี่ยวกันมาก กล่าวคือถ้าหากว่าใช้ระบบวิธีคิดแบบหนึ่ง ก็จะสัมพันธ์กับการสร้างระบบงานด้านสุขภาพแบบหนึ่งด้วย ระบบงานสุขภาพในปัจจุบันนี้มีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของกิจการด้านสุขภาพซึ่งระบบงานเช่นนี้เป็นผลลัพธ์ของระบบวิธีคิดหรือทฤษฎีที่มองว่า "สุขภาพ" คือการไม่มีโรคและต้องรักษาโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี จึงเป็นระบบที่เน้นโรคเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นราว 1 ศตวรรษมาแล้ว ในสภาวะปัจจุบันนักวิเคราะห์ระบบสุขภาพทั่วโลกมีความเห็นร่วมกันว่า ถ้าหากว่าเราลืมนึกไปก่อนว่าระบบงานที่เราเป็นอยู่ทุกวันนี้เป็นอย่างไรแล้วเอาวิธีคิดสุขภาพที่ทันสมัยกว่าเดิม คือเอาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสุขภาพที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ ๆ มาเป็นตัวตั้ง ใช้ความรู้ใหม่ ๆ นี้มาออกแบบระบบงานสุขภาพใหม่โดยไม่ต้องสนใจสิ่งที่มีอยู่มาก่อนเลย หากทำเช่นนี้เราจะได้ระบบงานสุขภาพใหม่ ที่ไม่เหมือนกับระบบบริการที่เป็นอยู่ปัจจุบันเลยแม้แต่หน่อย กล่าวคือ ระบบงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เกิดจากวิธีคิดชุดหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นมาในช่วงร้อยกว่าปีที่ผ่านมา เป็นระบบทฤษฎีทางการแพทย์ที่เน้นอวัยวะและโรค ในทางปรัชญาเราเรียกการแพทย์เช่นนี้ว่าการแพทย์แบบชีวภาพ ซึ่งต้องเข้าใจด้วยว่าเดิมทีเดียวระบบเช่นนี้มีประโยชน์มาก เพราะปัญหาที่คุกคาม

สุขภาพในอดีตนั้นได้แก่โรคติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาดติดเชื้อจึงนำไปสู่การสร้างระบบงานที่โรงพยาบาลแยกตัวเองออกจากชุมชนและรับเอาผู้ป่วยที่ติดเชื้อออกมาจากชุมชน มารักษาในโรงพยาบาล เมื่อหายป่วยแล้วก็กลับไปมีชีวิตรูปแบบเดิมในชุมชน แต่องค์ความรู้ปัจจุบันจะเห็นได้ชัดเจนว่าสุขภาพเป็นผลพวงของหลายเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง โรคใหม่ๆ ที่พบมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรืออื่นๆ ก็ไม่สามารถรักษาที่โรงพยาบาลให้หายแล้วส่งกลับไปชุมชนได้ แต่การดูแลสุขภาพต้องเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชน หรือพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้นระบบวิธีคิดที่ทำให้การปฏิรูปสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วไม่สามารถประสบความสำเร็จได้เป็นเพราะ ยังใช้ระบบวิธีคิดที่ยึดอยู่กับวิธีคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคและสุขภาพแบบการแพทย์ชีวภาพเป็นหลัก คือเน้นไปที่การจัดบริการทางการแพทย์ วิธีคิดของระบบสุขภาพจึงเป็นแบบแยกส่วน ซึ่งระบบการแพทย์แบบแยกส่วนนี้มีลักษณะสำคัญคือเน้นส่วนย่อยแต่ไม่เห็นความเชื่อมโยง เน้นว่าสุขภาพคือผลลัพธ์ของอวัยวะแต่ละส่วนที่ทำงานปกติ ซึ่งมีงานศึกษาวิจัยจำนวนมากในปัจจุบันได้ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพไม่ใช่เรื่องของอวัยวะอย่างเดียวล้วนๆ แต่เป็นเรื่องของระบบสังคมด้วย

ตัวอย่างเช่นงานวิจัยในอิตาลี พบว่าคนอยู่ในชุมชนที่มีเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคม (Social Supporting Network) ที่ดี เจ็บป่วยน้อยกว่า เจ็บป่วยแล้วหายเร็วกว่า หายแล้วกลับคืนสู่ชีวิตปกติได้เร็วกว่าชุมชนที่ขาดเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคม (Putnum 1993a) ทั้งกระบวนการตั้งแต่เจ็บป่วยจนกระทั่งหายป่วยก็ยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ดังนั้น เมื่อการปฏิรูปเน้นมาที่ระบบซึ่งแยกส่วนคือเน้นหนักที่การรักษาโรค จึงเป็นการให้ความสำคัญแต่เฉพาะมิติทางกาย ขาดมิติทางสังคม ทางวัฒนธรรมและมิติทางจิตวิญญาณ วิธีคิดดังกล่าวทำให้เน้นการเปลี่ยนแปลงเฉพาะระบบบริการทางการแพทย์ และการเน้นเรื่องโรคซึ่งเป็นความรู้ที่จำกัดในแวดวงทางการแพทย์ ยังทำให้กระบวนการขับเคลื่อนสังคมโดยรวมเข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างจำกัด

ฐานคิดของการปฏิรูปที่ทั่วโลกทำอยู่นั้นปักหลักอยู่ที่การพิจารณาเรื่องโรคเป็นสำคัญ และเมื่อโรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคล วิธีทำงานจึงเน้นไปที่ปัจเจกภาพไม่ได้เน้นไปที่สังคม ในการประชุมนานาชาติเพื่อทบทวนเรื่องมิติที่ขาดหายไปในการปฏิรูปภาคสุขภาพของโลก ซึ่งมีผู้แทนและนักวิชาการจากประเทศต่าง ๆ กว่า 20 ประเทศทั่วโลกมาประชุมกันที่ภูเก็ตเมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ได้มีการทบทวนถึงประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศต่าง ๆ และได้ข้อสรุปร่วมกันว่า การเน้นที่ตัวโรคและระบบบริการทางการแพทย์เท่านั้นเป็นข้อจำกัดของการปฏิรูปภาคสุขภาพ และได้มีข้อเสนอว่าจำเป็นจะต้องมีการเคลื่อนจากกรอบของการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ ออกมาสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น เหล่านี้เป็นสถานการณ์ในระบบสุขภาพโลกที่เราเห็นได้

จากการศึกษากระบวนการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทย และทำ 20 กรณีศึกษาทั่วประเทศ ทำให้เห็นชัดเจนว่า นอกจากพัฒนาการด้านการแพทย์สมัยใหม่แล้ว กระบวนการปฏิรูปของไทยมีจุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ การมีพหุลักษณะทางการแพทย์และการเน้นที่ความหลากหลายของระบบสุขภาพ ทำให้เราสามารถใช้อนุสัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านเข้ามาช่วยในการมองระบบสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ยังไม่เคยมีในประเทศอื่น ๆ ที่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเท่าที่ผ่านมา

ปฏิรูปสุขภาพแบบไทย: การขับเคลื่อนสังคมและประสานพลัง

การปฏิรูปของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกซึ่งเป็นการปฏิรูปที่ระบบบริการทางการแพทย์หรือปฏิรูปบริการนั้น จะเน้นการเข้ามาตราการทางการเงิน เช่น การจัดระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ การตัดสินใจว่าจะจ่ายลักษณะเป็นรายหัว(capitation) หรือจ่ายเป็นรายการการรักษา (fee for service) มาตรการเช่นนี้มีลักษณะเด่นที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นได้เร็วแต่มักจะมีปัญหาตามมา ในหลาย ๆ ประเทศพบว่ามีความไม่พอใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งก็รวมถึงประเทศไทยด้วย แต่ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) กำลังดำเนินการอยู่นี้ ไม่ได้เน้นมาตรการทางการเงินเพียงอย่างเดียว

แต่เน้นการขับเคลื่อนสังคมและการประสานพลัง พลังที่ว่านี้คือ พลังทางวิชาการ พลังทางสังคมและพลังการเมือง โดยในช่วงที่ผ่านมาการทำงานวิชาการจำนวนมากเกิดขึ้น มีงานวิจัยมากกว่า 200 ชิ้นเกิดขึ้นในช่วงสามปีที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนพลังทางสังคมอย่างกว้างขวางมีผู้คนลงนามสนับสนุนเรื่องนี้กว่า 5 ล้านชื่อ ในทางการเมืองมีการผลักดันเรื่องกฎหมาย ซึ่งในปัจจุบันนี้การขับเคลื่อนก็จะเข้ามาสู่ช่วงระยะของการประสานพลังทางการเมืองเพื่อให้ระบบสุขภาพใหม่นี้เกิดขึ้นโดยผ่านพระราชบัญญัติ เหล่านี้คือความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่าง การปฏิรูประบบบริการที่เน้นมาตรการทางการเงิน ขณะที่การปฏิรูประบบสุขภาพเน้นการขับเคลื่อนสังคมและประสานพลัง

กระบวนการ เนื้อหาแนวคิด: ความโดดเด่นที่ชัดเจน

ลักษณะเด่นในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพของไทย พิจารณาได้เป็น 2 ด้านคือ ลักษณะเด่นด้านกระบวนการ และลักษณะเด่นด้านเนื้อหาแนวคิด

ลักษณะเด่นด้านกระบวนการ ได้แก่

1. กระบวนการขับเคลื่อนเน้นการสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันแทนที่จะเน้นเฉพาะการออกกฎหมาย ซึ่งหลาย ๆ ประเทศเนื่องจากใช้มาตรการการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่เป็นกลไกนโยบายทางการ (official policy process) และการขับเคลื่อนของภาครัฐ เมื่อมีการปฏิรูป

ก็ใช้การออกกฎหมายโดยไม่มีการสร้างเจตนารมณ์ร่วมกัน ทำให้กฎหมายมีพลังทางสังคม สันติสนุนน้อยและประชาชนมีส่วนร่วมน้อย

2. กระบวนการปฏิรูปของไทยมีการเคลื่อนไหวที่มีฐานกว้างมาก มีประชาคมต่าง ๆ เกิดขึ้น มี **ความคิดริเริ่มทางด้านสุขภาพของท้องถิ่น** เกิดขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน มีเครือข่ายประชาคมกว่าสองร้อยเครือข่ายเข้าร่วม และริเริ่มการทำงานสุขภาพท้องถิ่นในท่ามกลาง กระแสการปฏิรูป
3. เป็นกระบวนการที่ **เน้นการถกแถลงและการอภิปรายใช้เหตุผลในเชิงวิถิตัด (Deliberation)** ไม่ใช่เพียงการนำความคิดสำเร็จรูปไปปฏิบัติ(Implementation) ซึ่งเดิมการดำเนินการทางด้านสุขภาพจะเน้น Implementation คือ กระบวนการที่ภาครัฐตัดสินใจมาก่อนว่านโยบายใดบ้างเหมาะสม แล้วก็เน้นการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่ลักษณะกระบวนการปฏิรูปที่ขับเคลื่อนมาจะเห็นการเปิดเวที เพื่อให้คนมา deliberate มากถกแถลง พูดคุย เพื่อที่จะมาแสวงหาเหตุผลและวิธีการที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งตรงนี้ทำให้เห็นชัดเจนว่าเกิดมีกระบวนการทบทวนในระดับวิถิตัด ไม่ใช่แค่การนำเอาวิธีทำไปปฏิบัติในชุมชนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมกระบวนการปฏิรูปอย่างกว้างขวาง กิจกรรมที่มีการถกเถียงกันก็มีประเด็นเฉพาะเจาะจงตั้งแต่สุขภาพของผู้พิการ การคุ้มครองผู้บริโภค การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านซึ่งทั้งหมดก็ไม่มีพิมพ์เขียวมาก่อนล่วงหน้า สิ่งนี้คือตัวอย่างรูปธรรมของ กระแสความคิดทั่วโลกที่กำลังพยายามที่จะขับเคลื่อนจากการเมืองที่สาธารณชนมีส่วนร่วมน้อย ไปสู่สิ่งที่เรียกว่าเป็น deliberative democracy
4. **มีรูปแบบของการขับเคลื่อนที่หลากหลาย** สังเกตได้จากสมัชชาสุขภาพสามครั้งที่ผ่าน มา มีการปรับและเสริมรูปแบบการจัดประชุมตลอดเวลา มีการนำเอาการแสดงออกทางวัฒนธรรม ซึ่งเท่าที่ได้เรียนรู้จากการเปิดเวทีสัมมนาร่วมกับองค์กรที่ขับเคลื่อนเรื่องเหล่านี้ในสี่ภาค ก็สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่าการใช้รูปแบบนำเสนอในเชิงวัฒนธรรมทำให้ชาวบ้านสามารถแสดงความเป็นตัวตนออกมาได้ แทนที่จะใช้การนั่งถกเถียงพูดคุยกันในเวทีซึ่งเป็นวิธีการที่ชาวบ้านไม่ถนัด ลักษณะอย่างนี้ทำให้การขับเคลื่อนมีพลวัต และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ไม่ยึดติดกับรูปแบบใด รูปแบบหนึ่งที่ตายตัว
5. ใช้กระบวนการที่ **เน้นความสมานฉันท์และสันติวิธีในการแก้ปัญหา** ประเด็นที่มีความแตกต่างกันทางความคิด ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง จิตวิญญาณ ความตาย การแพทย์ในเชิงแสวงหากำไร จะเห็นว่าไม่มีการตอบโต้กันแบบรุนแรง หรือหักท้วงกันโดยไม่รับฟัง เช่นเรื่องจิตวิญญาณ ก็มีการคุยกันหลายครั้งจนกระทั่งฝ่ายร่างกฎหมายเองก็ยอมเปลี่ยนคำที่ไปกระทบกระเทือนความรู้สึกของคนบางกลุ่ม ในที่สุดก็ได้คำที่ทุก ๆ ฝ่ายเห็นว่าดี ก็เสนอให้มีการปรับแก้ไป หรือว่า เรื่องการแพทย์เชิงพาณิชย์หรือการค้ากำไรก็มีการสนทนาพูดคุยกัน

มากกว่า อาจเป็นการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม เพราะเรื่องของการแพทย์ก็เป็นเรื่องวิชาชีพ ทุกเรื่องที่เป็นวิชาชีพต้องมีกำไรเพื่อการยังชีพได้ของผู้มีวิชาชีพนั้นๆ เพียงแต่ว่าในทุก ๆ สังคมจะมีการควบคุมให้เหมาะสมอย่างไร ในการสนทนาพูดคุยกันหลายครั้งก็คลี่คลาย ประเด็นไปจนสามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันได้

ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่ง คือลักษณะเด่นด้านเนื้อหาและแนวคิด ได้แก่

1. **เนื้อหาที่มีการนำเสนอในการปฏิรูปส่วนที่ลึกและยาก คือเป็นการปฏิรูปในระดับ วิถีคิด** ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดเพราะหากว่าการปฏิรูปเกิดขึ้นโดยที่โครงสร้างวิถีคิดของ สังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ก็จะเป็นการปฏิรูปที่ล้มเหลวอีกเช่นเดิม เพราะว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานของวิถีคิด เช่น "สร้างนำซ่อม" ก็เป็นการเปลี่ยนวิถีคิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่ใช่ว่าปล่อยให้เสียสุขภาพแล้ว ค่อยมาซ่อม ซึ่งก็เป็นเรื่องวิถีคิดของสังคมที่ต้องปรับเปลี่ยน
2. **มองสุขภาพหลากหลายมิติ ครอบคลุมและเชื่อมโยงกัน** เท่าที่ทบทวนความพยายาม ขององค์การอนามัยโลกที่จะสร้างนิยามของสุขภาพใหม่ก็มองไปในทิศทางนี้ คือมองสุขภาพ ไปในหลายมิติ เชื่อมโยงกันเป็นพลวัต ซึ่งกระบวนการปฏิรูปของไทยถือได้ว่าเป็นการบุกเบิก ทำมาก่อน หลายครั้งที่ไปนำเสนอการขับเคลื่อนเรื่องนี้ของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพของ ไทย จะได้รับความสนใจจากประเทศต่าง ๆ ที่อยากจะเรียนรู้เรื่องนี้มาก
3. **มีการใช้วิชาการมาก** มีการวิจัย ทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกิดขึ้นมากมายทุกระดับ รวมทั้งมีการผสมผสานทั้งภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาสากลซึ่งมีความเด่นชัดในแง่ ที่มีเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่กระตือรือร้นที่จะเข้าร่วม และพยายามทำให้การแพทย์ที่มาจาก ภูมิปัญญาไทยผสมผสานเข้ามาสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติให้ได้

ที่สำคัญคือ พบว่าเนื้อหาที่มีการพูดคุยที่แฝงอยู่ในกระบวนการขับเคลื่อนประเด็นเรื่องสุขภาพ เป็นประเด็นการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่กว่าเรื่องสุขภาพมาก คือเป็น การเรียนรู้เรื่องความเป็นพลเมือง ซึ่งนับ เป็นจุดเด่นที่สุดประการหนึ่ง กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้เชิญให้ประชาชนและกลุ่มคนต่าง ๆ เข้ามาทบทวน ในเรื่องของสุขภาพในกรอบวิถีคิดของพลเมือง ที่มีสิทธิและหน้าที่ เป็นการเรียนรู้จริง ผ่านปฏิบัติการทางสังคมที่ทำให้ตระหนักถึงความเป็นพลเมือง ซึ่งการปฏิรูปครั้งนี้สามารถสร้างเนื้อหา และการเรียนรู้แนวคิดนี้ได้ค่อนข้างเด่นชัด

ฐานะเชิงยุทธศาสตร์ของประชาสังคมในระบบสุขภาพไทย

การที่จะเห็นฐานะเชิงยุทธศาสตร์ของประชาคมหรือองค์กรภาคประชาสังคมในกระบวนการ ปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงปัญหาของตัวระบบสุขภาพและระบบงานสาธารณสุขที่เป็นอยู่เสียก่อน ระบบสุขภาพที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยมีปัญหาพื้นฐานที่สำคัญ ๆ สามประการ คือ

1. ระบบที่ดำรงอยู่เป็นระบบที่มองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดแบบการแพทย์ที่ขาดความเป็นองค์รวม ทั้งนี้เพราะระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นกระแสหลักในสังคมไทยนั้นสนใจมนุษย์ก็แต่ในส่วนที่เป็นชีววิทยา และมองความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ เป็นส่วน ๆ แยกจากกัน โดยแต่ละอวัยวะก็มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางดูแลเป็นส่วน ๆ ไป ระบบวิธีคิดแบบแยกส่วนนี้ไม่มีที่ทางสำหรับมิติทางสังคม หรือมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ ดังที่มักพูดกันว่าเมื่อคนไข้มาหาหมอนั้น หมอมักจะเห็นแต่ "ไข้" ไม่เห็น "คน" คือไม่เห็นความทุกข์ยากด้านอื่น ๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหรือความทุกข์ยากที่โรคภัยไข้เจ็บไปทำให้เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คนที่ต้องเดือดร้อนจากความเจ็บป่วย ระบบวิธีคิดดังกล่าวเป็นรากที่ฝังลึกและเป็นมิติดำรงที่ยากที่จะถอดถอนที่สุด องค์การและสถาบันทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่จะดำเนินงานบนฐานคติของวิธีคิดแบบชีววิทยานี้เป็นหลัก การที่จะ "ผ่าทางตัน" ในแง่กรอบวิธีคิดให้เห็นสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงมิติทางกาย และโรคภัยไข้เจ็บไปสู่มิติอื่นให้ระบบและกลไกทางสุขภาพมีความเป็นบูรณาการได้มากขึ้นนั้น ประชาคมและองค์กรภาคประชาคมมีฐานะสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์เพราะเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดกับวิถีชีวิตชุมชน และมักจะเป็นองค์กรขนาดเล็กที่ดำเนินงานในลักษณะรอบด้าน คือไม่ได้จำกัดบทบาทของตนแบบแยกส่วน จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะเสนอมุมมองที่เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพกับปัญหาเรื่องอื่น ๆ เช่น สิทธิมนุษยชน สิทธิในที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน สิ่งแวดล้อม หรือ เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. ระบบสุขภาพในปัจจุบันถูกจ้องจําโดยระบบระเบียบของราชการสาธารณสุขซึ่งกลายเป็นพันธนาการที่ทำให้แก้ปัญาสุขภาพได้อย่างจำกัด ระบบงานสาธารณสุขที่เป็นอยู่มีทัศนะการมองปัญหาสุขภาพที่ผิดมิฉะทิวที่พบบ่อยๆที่แฝงอยู่ในแผนงานและโครงการการพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมา สตีเฟ่น พอลการ์ (Steven Polgar) นักกระบวนวิธีวิทยาสังคมชาวอเมริกาได้ทบทวนและรวบรวมแผนงานโครงการด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ พอลการ์ (Polgar 1963) ได้ระบุไว้ว่า มิฉะทิวหรือความคิดเห็นที่ผิดพลาดที่พบร่วม ๆ กันในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้มีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ (The Four Fallacies) ได้แก่

- 1) The Fallacy of Empty Vessel แผนงานสาธารณสุขมักถือเอาว่า ชุมชนเปรียบเสมือนภาชนะว่างกล่าวคือ ชุมชนไม่มีความรู้ ความคิด เทคนิค หรือกลไกทางสังคมใด ๆ ที่จะจัดการกับปัญหาของตน ต้องรอให้นักวิชาการสุขภาพนำเอาความรู้ และแนวทางการแก้ปัญหาามาเทใส่ให้ ทัศนะนี้ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพและ "ทุนทางสังคม" ที่ชุมชนมีอยู่
- 2) The Fallacy of Single Pyramid แผนงานสาธารณสุขมักถือเอาว่า ชุมชนมีองค์กรหรือโครงสร้างเพียงอันเดียว ซึ่งก็คือกรรมการหรือองค์กรที่รัฐเข้าไปแต่งตั้ง หรือสถาปนาขึ้นเท่านั้น ในระดับนโยบายนั้นแผนงานโครงการต่าง ๆ มักจำกัดแนวทางการดำเนินนโยบายไว้แต่เฉพาะในกลไกนโยบายที่เป็นทางการ หรือ official policy

process เท่านั้น ทักษะนี้ทำให้มองไม่เห็นความหลากหลายของกลไกทางสังคมที่จะใช้แก้ปัญหาสุขภาพ

- 3) **The Fallacy of Separate Capsule** แผนงานสาธารณสุขถือว่า ปัญหาสาธารณสุขแต่ละอย่างดำรงอยู่แยกขาดไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอื่น ๆ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีตัดตอนมาแก้ไขเฉพาะเป็นส่วน ๆ ขาดการเชื่อมโยงให้ครอบคลุมประกอบ
- 4) **The Fallacy of Interchangeable Face** แผนงานสาธารณสุขถือว่า หากแผนงานหรือโครงการใดโครงการหนึ่งดำเนินการได้ผลดีในที่หนึ่ง ก็จะสามารถนำแบบจำลองเดียวกันไปใช้ได้กับชุมชนอื่น ๆ ทุก ๆ แห่ง ทักษะนี้ทำให้เกิดการรวมศูนย์การตัดสินใจซึ่งทำให้แผนงานและโครงการต่าง ๆ ล้มเหลว

ในแง่้นับบทบาทหรือศักยภาพของประชาคมหรือองค์กรภาคประชาสังคมจะเป็นการช่วยให้มองสุขภาพให้เชื่อมโยงเห็นความหลากหลายและเคารพในสิ่งที่ชุมชนมีอยู่ การมองสุขภาพด้วยทักษะใหม่นี้จะช่วยให้เห็นการพัฒนาสุขภาพสามารถก้าวพ้นข้อจำกัดของแนวทางและกลวิธีการพัฒนาสุขภาพอนามัยที่ผ่านมา ที่มักจะเน้นกลไกและกระบวนการทางนโยบายที่เป็นทางการ (official policy process) ด้วย กรณีที่อาจใช้เป็นตัวอย่างในการพิจารณาเรื่องนี้คือมีอยู่มากที่สะท้อนความล้มเหลวของการแก้ปัญหาแบบแยกส่วน เช่น การควบคุมโรคเอดส์ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาการค้าประเวณี ปัญหาการกตัญญูเอาเปรียบผู้หญิงในสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ปัญหาจากการส่งเสริมการท่องเที่ยว ฯลฯ การแก้ปัญหาสาธารณสุขในแง่นี้จึงไม่สามารถบรรลุผลได้หากมิได้มีการแก้ปัญหาในขอบเขตอื่นควบคู่ไปด้วย

3. ระบบสุขภาพกำลังถูกทำให้เป็นการค้ามากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลแบบธุรกิจ ซึ่งมีกรขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วง 1-2 ทศวรรษนี้ บริการทางการแพทย์ได้กลายเป็นธุรกิจที่มีกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาแสวงประโยชน์ การแพทย์พาณิชย์ที่เกิดขึ้นนี้มีผลให้ค่ารักษาพยาบาลมีราคาแพงเนื่องมาจากการแข่งขันกันสร้างตลาดและใช้เทคโนโลยีราคาแพงในการดึงดูดลูกค้าให้เข้ามาใช้บริการ ปรากฏการณ์ดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนในช่วงนี้ เศรษฐกิจฟองสบู่ที่การเติบโตของสถานบริการทางการแพทย์ภาคเอกชนเป็นไปอย่างรวดเร็วอย่างไม่ปรากฏมาก่อน คือ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 180 แห่งเป็น 420 แห่งในช่วงปี พ.ศ. 2530-2540 (ทรงยศ 2540: 280)

นอกจากนั้นยังปรากฏมีธุรกิจด้านอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนำเข้าเพิ่มขึ้นจาก 75 ชนิดเป็น 620 ชนิดในปี พ.ศ. 2542 และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตภายในประเทศเพิ่มขึ้นจาก 65 ชนิดเป็น 752 ชนิดในปี พ.ศ. 2542 ธุรกิจด้านสุขภาพนี้เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้เกิดค่านิยมของการใช้เทคโนโลยีการแพทย์เป็นคำตอบสำเร็จรูปของการมีสุขภาพดี โดยที่มีกลไกตลาดและการโฆษณาเป็นจักรกลสำคัญดังจะเห็นจากผลิตภัณฑ์เพื่อ

ความงามหรือศีลธรรมเพื่อความงามต่าง ๆ มีการโฆษณากันอย่างกว้างขวาง แม้แต่กรณีการโฆษณาไต่ก็นับว่าเป็นผลมาจากการทำสุขภาพและการแพทย์ให้เป็นการค้า

องค์กรภาคประชาสังคมซึ่งดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไรเป็นกลไกสำคัญที่จะถ่วงดุลกับกระแสพาณิชย์วัตน์นี้ สถานพยาบาลหลายแห่งที่ดำเนินการโดยมูลนิธิหรือเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่หวังกำไรจะสามารถเป็นกลไกที่ช่วยเหนี่ยวรั้งการแพทย์พาณิชย์ได้ ในขณะที่องค์กรด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคและองค์กรวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบการดำเนินงานของภาคธุรกิจให้มีจริยธรรม

ทำไมต้องระดมประชาสังคมเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญทั้งในแง่สนับสนุน ส่งเสริม ตรวจสอบและผลักดันให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและมีความโปร่งใสตรวจสอบได้มากขึ้น ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับรัฐและภาคธุรกิจ ทั้งในภาคสาธารณสุขเองและในภาคเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า ระบบสุขภาพอุดมคติที่จะมีการสร้างขึ้นในกระบวนการปฏิรูปนี้จำเป็นต้องถือเอาประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งที่จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างสรรค์สุขภาพของสังคมไทย

แต่ที่สำคัญอย่างยิ่งย่อนไปกว่าการเห็นบทบาทของประชาคมและองค์กรประชาสังคมในระบบสุขภาพใหม่ก็คือ การที่จะต้องระดมประชาคม และองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ให้เข้าไปมีบทบาทในกระบวนการปฏิรูป มีเหตุผลสำคัญ 4 ประการที่จะต้องทำให้กระบวนการปฏิรูปเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เป็นแบบเปิด และให้องค์กรต่าง ๆ ในภาคประชาสังคมเข้าเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. กลไกภาครัฐแม้จะมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิรูประบบ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในแง่ที่มีแบบแผนและระเบียบขั้นตอนทางราชการที่เป็นทางการ ในขณะที่รูปแบบองค์กรของภาคประชาสังคมอาจมีความไม่เป็นทางการมากเท่า ลักษณะการรวมกลุ่มไม่เป็นทางการนี้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ชี้ให้เห็นว่าเป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้การทำงานต่าง ๆ สำเร็จโดยไม่ถูกจำกัดไว้ด้วยแบบแผนการทำงานที่เน้นความเป็นทางการหรือแบบราชการ เพราะกลุ่มไม่เป็นทางการนี้มีคุณสมบัติตรงข้ามกับกลไกที่เป็นทางการหลายประการ คือ

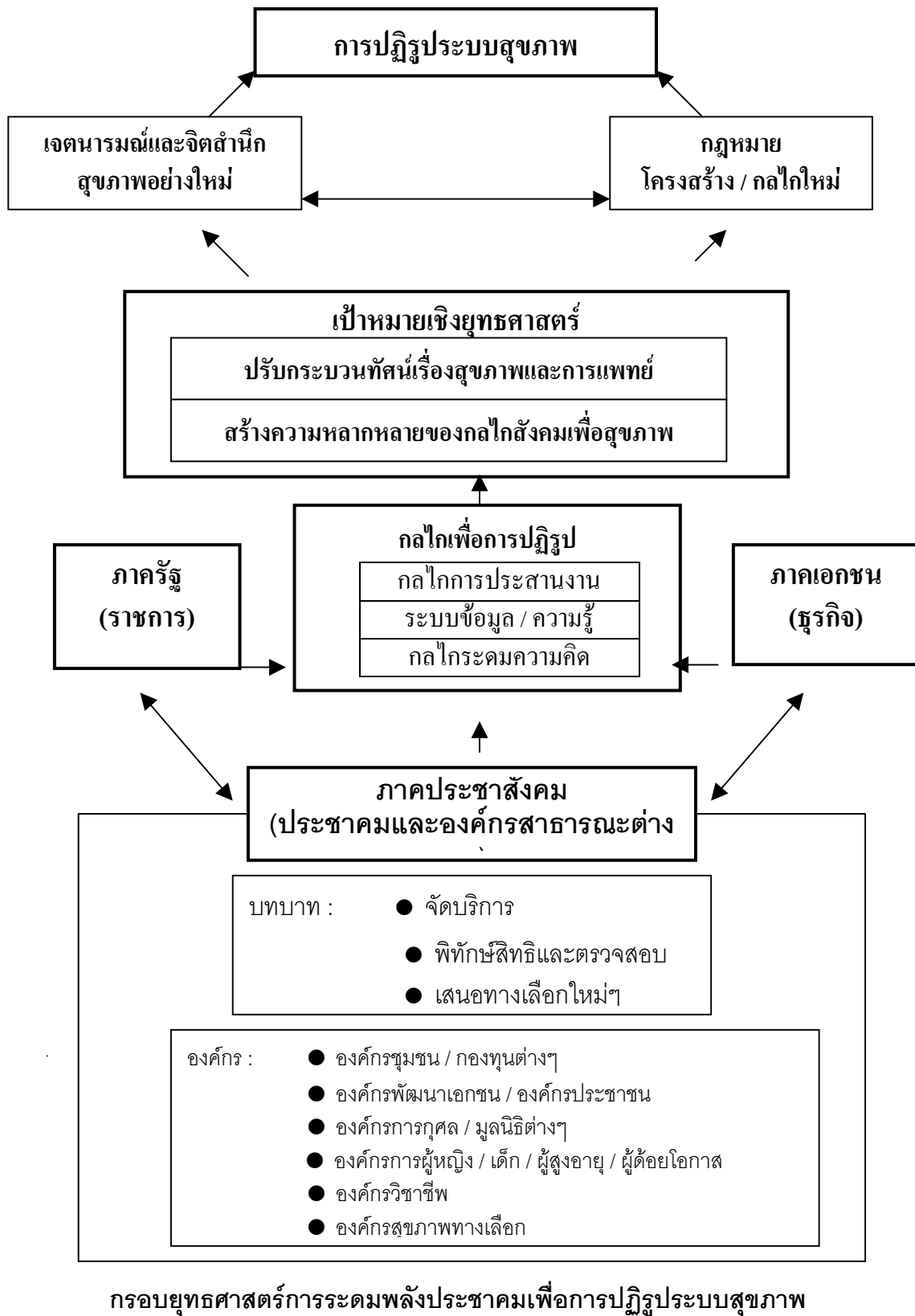
- คนที่มารวมและกลุ่มมีความเป็นอิสระ ไม่ขึ้นกับใคร
- มีเฉพาะคนที่มีความสนใจในเรื่องนั้น ๆ มาร่วมกัน
- สามารถดำเนินงานเป็นตัวตั้งเพราะไม่ต้องขึ้นกับการบังคับบัญชาของหน่วยงานต้นสังกัด
- ไม่ทำงานแยกส่วนตามสายบังคับบัญชา

- มีความต่อเนื่อง เพราะไม่มีใครปลด เนื่องจากไม่ใช้การทำโดยตำแหน่ง
- ในขณะที่องค์กรภาคราชการมีจุดแข็งในแง่การมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย การมีกลไกการจัดการและทรัพยากร และมีระบบงานครอบคลุมทั่วประเทศ การระดมองค์กรภาคประชาสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของแรงขับเคลื่อนการปฏิรูปจะช่วยให้กระบวนการปฏิรูปก้าวพ้นรูปแบบการทำงานที่ตายตัว รวมทั้งช่วยลดทอนของหน่วยงานภาครัฐที่มักใช้ระเบียบแบบแผนทางราชการเป็นตัวตั้ง
2. ยุทธศาสตร์หลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งจะเป็นกติการ่วมกันของสังคม แม้ว่าการเขียนสาระบัญญัติของตัวกฎหมายอาจไม่ยากเกินไปนัก แต่ตัวเจตนารมณ์ของกฎหมายก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าตัวสาระบัญญัติ เพราะเจตนารมณ์ของกฎหมายจะกลายเป็นสิ่งอ้างอิงในการตีความสาระบัญญัติที่สำคัญก็คือ เจตนารมณ์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและองค์กรต่าง ๆ นี่จะต้องเป็นสิ่งที่สังคมโดยรวมมาร่วมกันกำหนด ร่วมกันสร้างจินตนาการใหม่เพื่อหาข้อตกลงที่จะเป็นกติการ่วมของสังคม การสร้างเจตนารมณ์ของกฎหมายให้มีพลังเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงระบบและโครงสร้างต่าง ๆ ที่มีมานานและมีผลประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องอยู่ จะต้องระดมทุกภาคส่วนของสังคมให้มาหล่อหลอมเจตนารมณ์ร่วมกัน องค์กรภาคประชาสังคมและประชาคมสุขภาพต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างจินตนาการใหม่ๆ และเจตนารมณ์ที่จะให้ระบบสุขภาพเป็นไปอย่างที่เกิดขึ้นต่อผู้คนส่วนใหญ่ในสังคม
 3. ประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคมถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ องค์กรอิสระเหล่านี้ได้สะสมประสบการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปัญหาสังคมไทยด้วยมุมมองอิสระมากกว่า 3 ทศวรรษ ความรู้และประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าที่จะใช้ในการตรวจสอบ และกำหนดทิศทางของการปฏิรูปเพื่อมิให้ปัญหาการพัฒนาสุขภาพมีความผิดพลาดซ้ำเดิมกับที่เคยเป็นมาในอดีต ในขณะเดียวกัน องค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ซึ่งเคยต้องตามไปแก้ปัญหาที่เกิดจากความผิดพลาดของระบบจะต้องระดมรูปแบบปัญหาต่าง ๆ ที่เคยพบ เพื่อสังเคราะห์เป็นวาระการปฏิรูปที่ต้องการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง องค์กรเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มคนยากไร้ หรือ กลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ จะเป็นตัวจักรสำคัญที่จะคอยดูแลให้การปฏิรูปมีทิศทางที่เกื้อกูลต่อกลุ่มที่สังคมควรให้ความสนใจดูแล
 4. ระบบสุขภาพใหม่ที่จะถูกกำหนดโดยกระบวนการตราพระราชบัญญัตินี้ จะต้องเป็นหลักประกันให้กับบทบาทของประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคม โดยจะต้องให้สิทธิและความชอบธรรมแก่องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ ตลอดจนองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ในอันที่จะแสดงบทบาทของตนในระบบสุขภาพใหม่ องค์กรและ

ประชาคมต่าง ๆ จึงจะต้องช่วงชิงเป็นฝ่ายกระทำในการเข้าร่วมกำหนดวาระการปฏิรูป ไม่ใช่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดกำหนดจนเกิดเป็นปัญหาวากติกาหลักให้สิทธิประโยชน์แก่บางกลุ่ม เช่นในกรณีพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่แก่วงการกิจการวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2543 ที่กำลังเป็นปัญหาอยู่

บทเรียนยุทธศาสตร์ประชาสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่สังคมกำลังเผชิญอยู่นั้นแท้ที่จริงเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง บทเรียนจากทั่วโลกและประเทศไทยได้แสดงให้เห็นว่า ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพให้มีความยั่งยืนนั้นไม่สามารถดำเนินให้ลุล่วงได้ด้วยกลไกของรัฐแต่เพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องระดมสังคมทั่วทั้งหมดยุบรวมกันปรับเปลี่ยนระบบวิธีคิด และระบบโครงสร้างต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพกรอบแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการระดมพลังของประชาคมอาจเขียนเป็นแผนผัง ได้ดังนี้



การที่จะเกิดการปฏิรูประบบสุขภาพได้นั้นจำเป็นต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในสององค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ องค์ประกอบแรกคือจิตสำนึกของสังคมโดยรวมเกี่ยวกับสุขภาพ โดยต้องทำให้เกิดความตระหนักว่าการมีสุขภาพดีเป็นอุดมการณ์ร่วมกันของสังคม จิตสำนึกที่เกิดขึ้นจะทำให้เจตนารมณ์ของการปฏิรูปชัดเจนขึ้น และสามารถแปลไปเป็นเจตนารมณ์ของกฎหมายหรือ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีพลัง องค์ประกอบที่สองได้แก่ การจัดโครงสร้าง/กลไกและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใหม่ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคมในการสร้างให้มีสุขภาพที่ดี ในการเคลื่อนไหวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสององค์ประกอบเหล่านี้ การระดมพลังประชาคมเพื่อการปฏิรูปมีเป้าหมายในเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญอยู่ 2 ประการด้วยกันคือ

1. การปรับกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการแพทย์ มีความจำเป็นที่จะต้องระดมองค์กรและประชาคมต่าง ๆ ในสังคมให้มาร่วมกันทบทวนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพเสียใหม่ นิยามของคำว่าสุขภาพในทัศนะทางการแพทย์ที่เป็นอยู่จำกัดการมีสุขภาพดีอยู่ที่การมีร่างกายที่ปราศจากโรคหรือภาวะความผิดปกติทางชีววิทยาเท่านั้น ทัศนะดังกล่าวทำให้ระบบสุขภาพของสังคมไทยเป็นแบบตั้งรับ คือเป็นระบบสุขภาพที่มีภาระหน้าที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ดีก็แต่เฉพาะเมื่อเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น มาตรการต่าง ๆ จึงเป็นไปเพื่อซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ การขยายกรอบและคำนิยามของสุขภาพให้รวมความถึงมิติอื่น ๆ ของการมีสุขภาพที่ดี จึงเป็นเป้าหมายในเชิงยุทธศาสตร์ที่ต้องเกิดขึ้น และต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะการปรับกระบวนทัศน์เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะแบบแผนการคิดและการปฏิบัติที่มีรากฐานการคิดแบบแยกส่วนและใช้โรคเป็นตัวตั้งนี้มีมาช้านานและฝังตัวลึกอยู่ในโครงสร้างระบบสุขภาพไปแล้ว

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพจำเป็นต้องระดมประชาคมและองค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ มาร่วมกันให้กว้างขวาง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบสุขภาพได้มากถกเถียงกันถึงปัญหาที่กระทบต่อ "สุขภาพะ" ของผู้คนในสังคม ที่ต้องเป็นเช่นนี้เพราะการนิยามความหมายของสุขภาพนั้น แท้ที่จริงเป็นกระบวนการทางสังคมมากกว่าการเป็นขั้นตอนทางเทคนิคที่นักวิชาการจะมาประชุมกันเพื่อกำหนดว่านิยามใดเป็นนิยามที่ถูกต้อง ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนก็คือ นิยามสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่า "Health is a complete state of mental, physical and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity". ซึ่งเป็นนิยามที่กำหนดไว้แล้วกว่า 2 ทศวรรษ ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการแก้ไขนิยามของคำว่าสุขภาพดีเสียใหม่โดยปรับเป็น "Health is a complete dynamic state of physical, mental, social and spiritual well-being, and not merely the absence of disease and infirmity " ซึ่งนิยามการมีสุขภาพดีว่าเป็นภาวะที่มีความเป็นอยู่ดีทั้งทางกาย ใจ สังคมและทางจิตวิญญาณ โดยสุขภาพะนี้มีลักษณะเป็นพลวัต คือ ไม่ได้อยู่นิ่งแต่เปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขปัจจัยต่าง ๆ ของชีวิต

แม้ว่านิยามใหม่จะเป็นนิยามที่สะท้อนทัศนะใหม่ที่เห็นความสำคัญของมิติทางจิตวิญญาณ และความเป็นพลวัตของสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติ นิยามดังกล่าวก็มิได้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบวิธีคิด และวิถีการปฏิบัติเรื่องสุขภาพของบุคลากร องค์กร หรือสถาบันทางการแพทย์เท่าไรนัก ทั้งนี้เพราะการแก้ไขนิยามความหมายโดยจำกัดอยู่ในแวดวงของนักวิชาการและปราศจากปฏิบัติการทางสังคมมารองรับนั้น ก็เป็นเพียงแค่การแก้คำพูดบนแผ่นกระดาษเท่านั้น การปรับเปลี่ยนทัศนะจึงต้องเป็นกระบวนการที่ระดมสังคมนวงกว้างเข้าร่วมคิดและทบทวนความหมายของสุขภาพดีเสียใหม่ การปรับกระบวนการทัศน์จะเกิดขึ้นควบคู่กับการปฏิบัติการเคลื่อนไหวทางสังคมซึ่งต้องระดมพลังของส่วนต่าง ๆ มาร่วมกัน

2. สร้างความหลากหลายของกลไกสังคมเพื่อสุขภาพ ระบบงานสาธารณสุขโดยทั่วไปมักจะอาศัยเฉพาะกลไกนโยบายและการปฏิบัติที่เป็นทางการ (official policy process) เป็นหลัก ในระบบเช่นนี้นั้นกระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนานโยบาย การจัดทำแผนงานโครงการ ตลอดจนการดำเนินงานตามแผนและการประเมินผลจะเป็นการดำเนินการเฉพาะในแวดวงของหน่วยงานที่เป็นทางการในระบบงานสาธารณสุขเท่านั้น หากมองย้อนหลังไปถึงการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในสองทศวรรษที่ผ่านมาจะเห็นได้ชัดว่า วิทยาลัยโรค "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543" นั้นเป็นไปไม่ได้ที่จะบรรลุผลโดยอาศัยกลไกของระบบราชการ หรือ หน่วยงานที่เป็นทางการแต่เพียงลำพัง องค์กรพัฒนาเอกชนรวมทั้งองค์กรชุมชนต่าง ๆ ควรจะมีฐานะเป็น "แนวร่วม" หรือ "หุ้นส่วน" การพัฒนามากกว่าที่จะเป็นเพียงผู้ให้ความร่วมมือเพื่อดำเนินการตามแผนงานโครงการที่ภาคที่เป็นทางการเป็นผู้กำหนดเท่านั้น

ประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพของไทยที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพอย่างเด่นชัดคือ การควบคุมโรคเอดส์ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อปัญหาเอดส์เริ่มทวีความรุนแรงขึ้นในราว 10 กว่าปีก่อนนั้น สังคมไทยโดยเฉพาะวงการแพทย์การสาธารณสุขอยู่ในสภาพอับจนกับสถานการณ์ ทางออกของปัญหาที่ถูกพันเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางเพศ การใช้ยาเสพติด และความรังเกียจเดียดฉันท์ของสังคมขณะนั้นค่อนข้างมีดমন หากพิจารณาจากการคลี่คลายของสถานการณ์มาจนถึงปัจจุบันคงต้องยอมรับว่า สภาพปัญหาในปัจจุบันโดยเปรียบเทียบแล้วดีกว่าที่คาดการณ์ในอดีตมาก บทเรียนที่สำคัญที่สุดในเรื่องการแก้ปัญหาโรคเอดส์ก็คือ การตื่นตัวของชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และผู้ได้รับผลกระทบ องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานเอกชนที่ร่วมกันแสวงหาทางออกและความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหา นี้ องค์กรและประชาคมทั้งน้อยใหญ่ที่เกิดขึ้นและเคลื่อนเข้าไปจัดกระจายอยู่เต็มพื้นที่โดยเฉพาะในภาคเหนือที่มีปัญหารุนแรงที่สุด ก่อรูปเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบมากที่สุดในการแก้ปัญหา คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน (ดู มธุรส 2544)

ในขณะที่องค์กรและหน่วยงานในระบบราชการมีระเบียบแบบแผนในการดำเนินงานที่แข็งและตายตัว ทำให้การทำงานขาดความยืดหยุ่นและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก การแก้ปัญหาโรคเอดส์ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน องค์กรชุมชนและองค์กรเอกชนนอกภาครัฐสามารถพลิกแพลงใช้กระบวนการทำงานที่ไม่เน้นความเป็นทางการมากเกินไป จนทำให้ชุมชนมีความเข้าใจและสามารถปรับตัวมารับมือกับสถานการณ์โรคเอดส์ได้อย่างน่าสนใจ นอกจากนั้นองค์กรเอกชนยังสามารถปรับบทบาทไปตามเงื่อนไขปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงได้ เช่น โครงการเข้าถึงเอดส์ แม้ในช่วงแรกจะดำเนินการกิจด้านการให้คำปรึกษาและเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในปัญหาโรคเอดส์แก่ผู้สนใจ แต่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดแคลนยาราคาถูกที่จะให้เยียวยาผู้ติดเชื้อ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว โครงการเข้าถึงเอดส์ก็ได้ปรับบทบาทมาทำหน้าที่ต่อรองกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหาทางผลิตยาที่จะช่วยบรรเทาปัญหาแก่ผู้ติดเชื้อ (ดูรายละเอียดจาก มธุรส 2546) ความสามารถปรับบทบาทไปตามสถานการณ์ปัญหานี้เป็นคุณลักษณะที่หน่วยงานภาครัฐไม่มี เพราะโครงสร้างขององค์กรภาครัฐมีลักษณะแข็งและตายตัว ปรับเปลี่ยนภารกิจได้ยาก จนมักกล่าวกันว่า โรคบางโรคแม้จะสูญพันธุ์ไปแล้วหรือมีธรรมชาติของปัญหาเปลี่ยนแปลงไปมากแล้ว แต่ภาครัฐก็ต้องคงหน่วยงานนั้น ๆ ไว้ เพราะการยุบหน่วยงานหรือการปรับภารกิจเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ในแง่นี้องค์กรพัฒนาเอกชนจึงสามารถมีบทบาทสำคัญในปัญหาที่ซับซ้อนละเอียดอ่อนหรือในการแก้ปัญหาที่มีพลวัตและต้องการความยืดหยุ่นสูง

กรณีตัวอย่างอีกกรณีหนึ่งได้แก่ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เมื่อมูลนิธิหมอชาวบ้านรณรงค์จนความตื่นตัวต่อโทษภัยของบุหรี่เกิดขึ้นในสังคมอย่างทั่วถึง กลไกนโยบายที่เป็นทางการคือ คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ก็สามารถนำมาตราการที่เป็นทางการต่าง ๆ เช่น กฎหมาย ระเบียบราชการ รวมทั้งมาตรการทางภาษี อย่างได้ผลมากขึ้น การรณรงค์ด้วยกลไกขององค์กรภาคเอกชนมีผลกระทบมากอย่างเห็นได้ชัด จนองค์การอนามัยโลกได้แสดงความชื่นชมเมื่อไม่นานนี้ หากการรณรงค์ดังกล่าวทำแต่โดยภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงลำพัง โดยอาศัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและกรมกองต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขก็คงจะไม่สามารถสร้างผลกระทบอย่างที่เป็นอยู่นี้ได้

เป้าหมายในเชิงยุทธศาสตร์จึงจำเป็นต้องสร้างความหลากหลายของกลไกทางสังคมเพื่อสุขภาพ โดยให้กลไกเหล่านี้เชื่อมโยงสุขภาพไปสู่มิติอื่น ๆ ของสังคม เช่น มิติทางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ทั้งนี้เพราะกลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ของระบบงานสาธารณสุขไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาสุขภาพที่ทวีความสลับซับซ้อนมากขึ้นได้ การเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กลไกทางสังคมอื่น ๆ นอกเหนือจากภาครัฐและกลไกของสถาบันการแพทย์สามารถมีบทบาทมากขึ้น จะเป็นหลักประกันในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพให้เกิดจิตสำนึกและโครงสร้าง/กลไกใหม่ ๆ ในการสร้างสรรค์สุขภาพของสังคม

กลไกการประสานงาน : ยุทธวิธีเพื่อสร้างประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ

การระดมประชาคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกลไกการประสานเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทในการร่วมกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ ประสบการณ์ของสังคมไทยในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการมีส่วนร่วมในระดับรากฐานที่กว้างและครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ ตัวอย่างที่เด่นชัด คือการก่อรูปของเครือข่ายประชาสังคมไทยที่เข้ามามีบทบาทเชิงรุกในกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (กป.อพช.) ได้ร่วมกันดำเนินการในปี พ.ศ. 2538 ในกระบวนการดังกล่าวได้ทำให้เกิดเวทีประชาคมจังหวัดเกิดขึ้น กลายเป็นเวทีประสานงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลและองค์กรที่ทำงานด้านเศรษฐกิจชุมชนและพัฒนาชนบทจนกลายเป็นตัวอย่างของการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายของท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

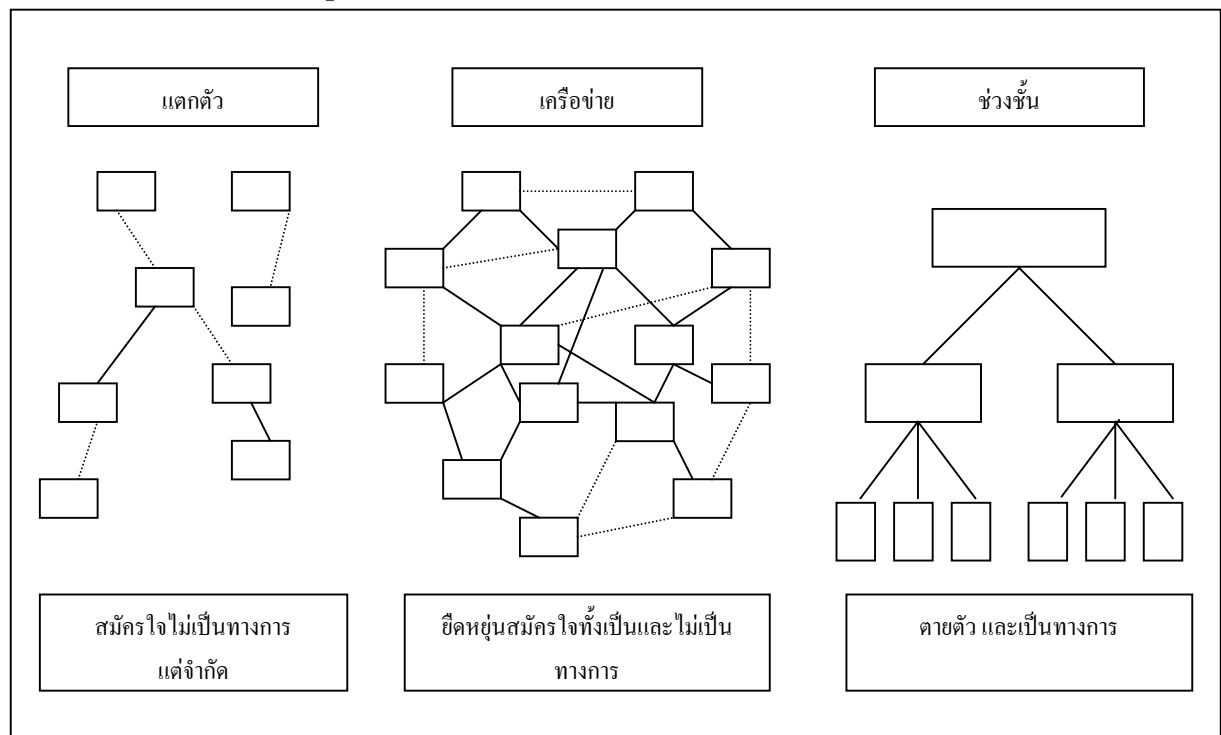
พัฒนาการดังกล่าวต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงการจัดเตรียมแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ด้วยโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ การจัดทำแผน 9 ได้ขยายการมีส่วนร่วมของประชาคมในจังหวัดต่าง ๆ ออกไปกว้างขวางยิ่งกว่าเดิมโดยมีสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) เป็นกลไกการประสานงานที่สำคัญ จัดทำเวทีวิสัยทัศน์ระดับจังหวัดจำนวน 100 เวทีทั่วประเทศ เวทีแผน 9 ระดับอนุภาค จำนวน 10 ครั้ง และเวทีระดับประเทศอีก 2 ครั้ง ถึงแม้ว่าแผนที่มีการจัดทำขึ้นจะมีผลไม่มากนักในระดับการปฏิบัติงานของหน่วยราชการ แต่กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันของเครือข่ายประชาคมจังหวัด และสร้างกระแสความตื่นตัวของชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม การประสานงานระหว่างประชาคมกับกลไกภาครัฐนั้นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายใต้สังกัดราชการ ในแง่ที่ว่าทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมจะต้องเคารพและยอมรับเงื่อนไขของกันและกันบนพื้นฐานของความเป็นอิสระต่อกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะแตกต่างไปจากความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับองค์กรชุมชนที่รัฐจัดตั้งขึ้น เพราะองค์กรชุมชนที่จัดตั้งโดยรัฐจะอยู่ใต้อาณัติของภาครัฐในระดับหนึ่ง จึงมักไม่มีความเห็นขัดแย้งกับสิ่งที่รัฐดำเนินการ หรืออย่างมากที่สุดหากไม่เห็นด้วยก็ทำได้เพียงแค่มิให้ความร่วมมือกับนโยบายนั้น ๆ แต่องค์กรภาคประชาสังคมโดยพื้นฐานแล้วเป็นองค์กรอิสระที่ไม่อยู่ใต้อาณัติของรัฐหรือราชการ การทำงานร่วมกันจึงมีลักษณะเท่าเทียมกัน โดยจะใช้วิธีการทำงานแบบ "สั่งการ" หรือ "ว่าจ้าง" ให้ดำเนินการโดยไม่ให้ตั้งคำถามกับหลักการและเหตุผลของนโยบายนั้น ๆ ไม่ได้ (Mogedel 1998: 8)

ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐ และประชาคมต่าง ๆ อาจมีรูปแบบความสัมพันธ์ต่าง ๆ กัน ประชาคมและองค์กรในภาคประชาสังคมเป็นองค์กรที่มีลักษณะเป็นเอกเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในภาคประชาสังคมด้วยกันเองก็มักจะมีลักษณะยืดหยุ่นไม่ขึ้นตรงต่อ

กันในลักษณะสายบังคับบัญชา รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรโดยทั่วไปอาจจำแนกออกคร่าว ๆ ได้เป็น 3 ลักษณะคือ แบบแตกตัว แบบเครือข่าย และแบบช่วงชั้น (ดูแผนผัง) ในทั้งสามรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรนี้ เครือข่ายองค์กรได้กลายเป็นรูปแบบวิธีการจัดการความร่วมมือและการประสานงานระหว่างประชาคมและองค์กรในภาคประชาสังคมที่สำคัญที่สุด

สามรูปแบบของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร



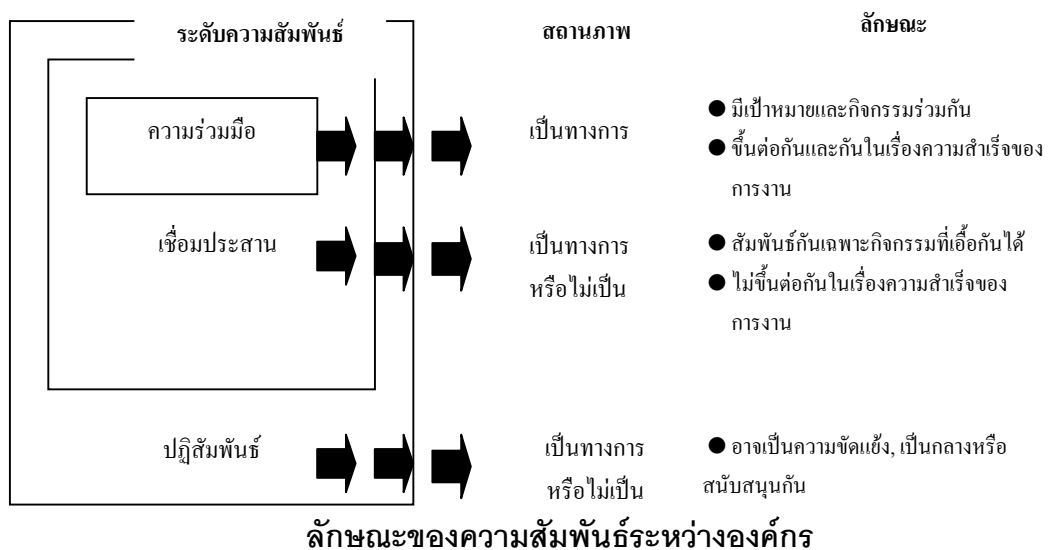
(ดัดแปลงจาก "Alternative Models for Intercommunity Governance," William R. Dodge 1992: 406-407)

การแตกตัว หมายถึงความสัมพันธ์ขององค์กรที่ค่อนข้างจะแยกตัวจากองค์กรอื่น โดยจะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับองค์กรอื่นอย่างจำกัด แต่ละองค์กรจะคงความเป็นเอกเทศของตนเองเป็นสำคัญ และความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ มักจะเป็นแบบทวิภาคีคือ เป็นการหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างสององค์กร โดยองค์กรอื่น ๆ ไม่มีส่วนร่วม เครือข่ายเป็นรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่มีลักษณะยืดหยุ่น ใช้ความสมัครใจและมีทั้งลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ความสัมพันธ์แบบเครือข่ายนี้มักจะเป็นแบบพหุภาคี กล่าวคือ มีองค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมกันแสวงหาข้อตกลงหรือความร่วมมือกันมากกว่า 2 องค์กร ลักษณะความสัมพันธ์แบบเครือข่ายนี้ แต่ละองค์กรในเครือข่ายจะคงความเป็นเอกเทศของตนเองไว้ระดับหนึ่ง ความร่วมมือจึงเกิดขึ้นจากการเห็นชอบร่วมกันไม่ใช่เกิดจากการสั่งการ ส่วนความสัมพันธ์แบบช่วงชั้นนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ตายตัวและเป็นทางการ ซึ่งองค์กรในระดับล่างจะขึ้นตรงต่อและรับคำสั่งหรือนโยบายจากองค์กรระดับที่สูงกว่า จึงเป็นลักษณะความสัมพันธ์ตามแบบฉบับของราชการ

ในภาคประชาสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของการเป็นเครือข่าย ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์อื่นปรากฏอยู่ในประชาสังคม แต่ความสัมพันธ์แบบเครือข่ายเป็นลักษณะเด่นและทำให้องค์กรภาคประชาสังคมมีจุดแข็งที่แตกต่างออกไปจากองค์กรในภาครัฐหรือองค์กรธุรกิจเอกชน ก่อนที่ความร่วมมือและการประสานงานอย่างเป็นทางการจะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการนักเพื่อสร้างความไว้วางใจ ความคุ้นเคยและความรู้สึกมีส่วนร่วมในเป้าหมายทางสังคมจากการประสานงานแบบไม่เป็นทางการก่อน (Bebbington & Farrington, eds. 1992)

ความสัมพันธ์ระหว่างประชาคม รัฐ และภาคธุรกิจ อาจเป็นไปในลักษณะเสริมหรือขัดแย้งกัน ความขัดแย้งกันนี้เป็นลักษณะพิเศษที่แตกต่างไปจากการใช้รัฐเป็นตัวตั้งและระดมการมีส่วนร่วมจากภาคชุมชนโดยชุมชนไม่สามารถแสดงออกซึ่งความไม่เห็นด้วย หรือคัดค้านนโยบายของรัฐที่อาจมีผลกระทบต่อตนได้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบฉบับของการพัฒนาที่ใช้รัฐเป็นศูนย์กลางที่ทำให้แผนงานและโครงการของรัฐขาดการตรวจสอบจากภาคสังคม หากพิจารณาในแง่การประสานความร่วมมือที่ยอมรับในความแตกต่าง และความขัดแย้งที่ดำรงอยู่ได้นั้นต้องการวุฒิภาวะของทุก ๆ ภาคส่วน

Farrington & Lewis (1993) ได้จำแนกระดับของความสัมพันธ์ขององค์กรไว้เป็น 3 ระดับ คือ ปฏิสัมพันธ์ เชื่อมประสานและความร่วมมือ ตามนัยของ ฟาร์ริงตันและลูอิส ปฏิสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ในความหมายที่กว้าง ๆ ซึ่งครอบคลุมการเชื่อมประสานและความร่วมมือ แต่ยังเป็นความสัมพันธ์ที่อาจมีลักษณะขัดแย้งกันหรือเผชิญหน้ากันได้ด้วย ในขณะที่ความร่วมมือจะเป็นความสัมพันธ์แบบเป็นทางการที่ต่างฝ่ายต่างต้องพึ่งพาอีกฝ่ายหนึ่งและความสำเร็จของแต่ละฝ่ายจะขึ้นกับการดำเนินการงานของอีกฝ่ายด้วย ความสัมพันธ์จึงเป็นลักษณะที่ต้องเกื้อกูลต่อกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ในขณะที่การเชื่อมประสานเป็นรูปแบบกลาง ๆ ระหว่างการปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือ กล่าวคือเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ผูกมัดแต่ก็มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ที่เอื้ออำนวยต่อกัน



ข้อเสนอการสร้างกลไกเพื่อระดมพลังประชาคม : บทเรียนจาก สปรส.

1. กลไกการประสานงาน จัดให้มีกลไกเพื่อการประสานงานกับประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่ชัดเจน ทั้งตัวบุคคล จุดประสานงาน และวิธีการทำงานที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน โดยมีข้อควรคำนึงถึงคือ

- 1.1 ตัวบุคคลที่รับผิดชอบควรเป็นบุคคลที่ได้รับความยอมรับจากประชาคมต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง และมีทัศนคติที่ดีกับองค์กรภาคประชาสังคม
- 1.2 กลไกการประสานงานต้องเข้าใจวิถีงานและการจัดความสัมพันธ์แบบเครือข่ายของประชาคม ซึ่งใช้ความไว้วางใจและความเห็นชอบร่วมกันเป็นพื้นฐาน ไม่ใช่ใช้การสั่งการหรือว่าจ้าง
- 1.3 ผู้รับผิดชอบต้องมีความต่อเนื่อง ในการทำงานเพื่อให้สามารถสานต่องานได้ในระยะยาว
- 1.4 ลดระเบียบขั้นตอนแบบราชการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปขององค์กรที่ไม่เป็นทางการต่าง ๆ
- 1.5 มีการประกาศแผนงานและกรอบเวลาการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน และล่วงหน้าเพียงพอที่จะเป็นที่รับรู้และให้เวลาแก่องค์กรและเครือข่ายต่าง ๆ ในการเตรียมตัวสำหรับการเข้าร่วมอย่างพอเพียง

2. ระบบข้อมูล สร้างระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้จริงเพื่อการระดมพลังปฏิรูป ระบบข้อมูลดังกล่าวมีจุดสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ

2.1 ต้องเน้นข้อมูล "ศักยภาพ" ควบคู่ไปกับข้อมูล "ความทุกข์" หรือข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ข้อมูลในระบบโดยทั่วไปมักเป็นข้อมูลปัญหาทำให้ไม่สามารถหาทางออกใหม่ ๆ ได้ จำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงศักยภาพ เช่น

- ข้อมูลผู้นำความคิดที่มีทักษะหรือภูมิปัญญาในการแก้ปัญหาสุขภาพทั่วประเทศ
- ข้อมูลระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สามารถใช้เป็นตัวอย่างเปรียบเทียบกันหรือให้ข้อเสนอใหม่ ๆ ได้
- ข้อมูลองค์กรชุมชนที่สามารถเป็น "เจ้าภาพ" หรือ "เจ้าของ" ประเด็นปัญหาของระบบ และต้องการผลักดันวาระปฏิรูปของตน
- ข้อมูลบุคคลที่เป็น "ตัวเชื่อม" หรือ "แกนหลัก" ในการเชื่อมต่อกับองค์กรต่าง ๆ ให้สามารถระดมพลังได้จริง

2.2 สร้างระบบข้อมูลองค์กรและประชาคมควบคู่ไปกับสร้างระบบความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแนวร่วมในการปฏิรูป เนื่องจากระบบข้อมูลที่รวบรวมรายชื่อหรือตัวเลข

ไว้ล่อย ๆ มักมีประโยชน์จำกัด เพราะไม่มีความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ที่จะทำให้สามารถระดมศักยภาพของส่วนต่าง ๆ ออกเป็นปฏิบัติการทางสังคมได้ การรู้ว่าใครเป็นแกนหลักในภาคหนึ่งสำคัญพอ ๆ กับการมีความสัมพันธ์ที่ดีที่จะระดมความร่วมมือจากภาคนั้น ๆ ได้ การสร้างระบบข้อมูลเพื่อการปฏิรูปจึงต้องลงทุนไม่เฉพาะแต่ Hardware หรือ Software แต่ต้องมี Human ware ด้วย หมายความว่าผู้ประสานงานต้องรู้จัก และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กรหรือบุคคลมากกว่าที่จะรู้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน

2.3 ระบบข้อมูลต้องไม่ใช่ระบบรวมศูนย์ หมายความว่า ไม่ใช่ระบบข้อมูลที่องค์กรปฏิรูประบบสุขภาพเท่านั้นที่ใช้ประโยชน์ได้ แต่ต้องเป็นระบบข้อมูลที่เปิดกว้างให้องค์กรและประชาคมต่าง ๆ เข้าถึงได้โดยง่าย เพื่อให้ข้อมูลเหล่านี้ถูกใช้เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายหรือแนวร่วมการปฏิรูปในระดับประเด็นได้อย่างเป็นอิสระ

3. กลไกการระดมความคิด เปิดเวทีเพื่อระดมความคิดและหล่อหลอม เจตนารมณ์แห่งการปฏิรูป การปฏิรูปที่จะสำเร็จและมีผลยั่งยืนจะต้องเป็นการเคลื่อนไหวที่มีฐานกว้าง หมายความว่าความร่วมมืออย่างแท้จริงจากสังคมวงกว้าง แม้ว่าการที่จะได้ข้อตกลงในประเด็นต่าง ๆ ของระบบสุขภาพใหม่ เช่น การครอบคลุมของสิทธิการรักษาพยาบาลถ้วนหน้า บริการขั้นพื้นฐาน หรือสิทธิในการเลือกรับบริการจะเป็นปัญหาที่หาข้อสรุปร่วมกันได้ยาก กรณีตัวอย่างที่มีการระดมประชาคมและองค์กรภาคประชาสังคมให้ร่วมกันหาข้อสรุปของระบบสุขภาพกับการปฏิรูปบริการคือ กรณีการปฏิรูประบบบริการที่รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา โดยองค์กรระดับรากหญ้าชื่อ Oregon Health Decisions ได้พัฒนาเครื่องมือและวิธีการในการทำให้องค์กรชุมชนและกลุ่มต่าง ๆ แสดงความคิดเห็นในการประชุมระดมความคิดในระดับชุมชนต่าง ๆ มีการจัดประชุมหลายร้อยครั้งในระดับชุมชน ผลก็คือ แนวทางการปฏิรูปที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสมาแสดงออกซึ่งความต้องการของตน ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางจากกลุ่มองค์กรและประชาชนทั่วไป รวมทั้งบริษัทประกันของเอกชนและองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน การเปิดเวทีเพื่อระดมความคิดเห็นมีข้อคิดที่ควรคำนึงถึงคือ

3.1 ต้องมีเวทีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ความเห็นจากระดับรากหญ้าอาจระดมได้จากเวทีที่ไม่เป็นทางการ แต่จะต้องนำมาประมวลเพื่อหาข้อสรุปที่เป็นทางการ จึงจะทำให้ความเห็นต่าง ๆ มีผลต่อระบบงานปฏิรูป

3.2 เวทีที่ระดมได้แต่ "ทุกข์" หรือปัญหาจะทำให้ขอบเขตการปฏิรูปขาดพลังและขาดความกระตือรือร้น การจัดเวทีจำเป็นต้องมีข้อมูล หรือประสบการณ์จากแหล่งต่าง ๆ ที่เป็นตัวอย่างทางออกให้กับปัญหาที่ระดมได้ด้วย ในแง่การระดมตัวอย่างรูปธรรมของความพยายามปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพจากทั้งในและต่างประเทศ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดจินตนาการอย่างใหม่ในการสร้างระบบสุขภาพที่ดีกว่าเดิมได้

3.3 เวทีแต่ละเวทีจะต้องเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นที่ปฏิบัติการต่อได้ ในแง่นี้การจัดเวทีจำเป็นต้องมีนักวิเคราะห์และนักวิชาการที่จะช่วยจับประเด็น หรือ แปลปัญหาให้เป็น "โจทย์" สำหรับการวิจัยด้วย

3.4 เวทีระดมความคิดต่าง ๆ นอกจากจะเป็นที่รวบรวมความคิดเห็นแล้ว ยังเป็นกลไกการเรียนรู้ที่สำคัญเพื่อการสร้าง "สัมมาทัศนะ" ในเรื่องสุขภาพด้วย บทเรียนจากการปฏิรูปในหลายวง การแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีการวางกติกาหรือโครงสร้างใหม่ ๆ แต่หากไม่มีการปรับกระบวนการทัศนคติในเรื่องนั้น ๆ ให้ถูกต้องก็ยากที่จะแก้ปัญหาในเชิงระบบให้ได้ผล ทัศนะที่ถูกต้องหรือสัมมาทัศนะเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่สำคัญ ๆ ที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจของทั้งสังคมได้แก่

- ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพจะดีหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นกับความดีชั่วส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร หรือผู้ใช้บริการแต่ขึ้นอยู่กับการสร้างระบบและกลไกให้มีความถูกต้องและครบถ้วน
- ระบบสุขภาพต้องเป็นระบบ "เชิงรุก" มากกว่าระบบ "ตั้งรับ" คือต้องสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ
- ระบบสุขภาพต้องมีความเป็นองค์รวม คือให้ความสำคัญกับมิติทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ และเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์

3.5 เวทีระดมความคิด จะต้องเป็นกลไกสำคัญในการทำให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการปฏิรูปมีลักษณะเปิดกว้าง โดยเฉพาะเมื่อยุทธศาสตร์ของการปฏิรูปอยู่ที่การใช้กลไกทางกฎหมาย เพราะกรอบทางกฎหมายจะมีลักษณะค่อนข้างตายตัว ยิ่งหากเป็นกฎหมายที่ร่างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญกลุ่มใดกลุ่มเดียวที่ทำตัวเป็นผู้รู้ยังจะมีโอกาสสร้างปัญหาได้มากกว่าที่จะแก้ปัญหา ตัวอย่างของร่าง พ.ร.บ. การประกอบกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ และร่าง พ.ร.บ.การประกอบกิจการโทรคมนาคมที่กำลังเป็นประเด็นถกเถียงกันอยู่น่าจะเป็นตัวอย่างที่น่าศึกษาในเรื่องนี้

ที่สำคัญคือต้องทำให้กระบวนการร่างกฎหมายเปิดกว้างให้ทุกส่วนในสังคมมีส่วนร่วมให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่ให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาเป็นผู้กำหนดว่าควรเป็นอย่างไร แต่ต้องให้สังคมทั้งหมดมาร่วมกันกำหนด มาร่วมกันหล่อหลอมให้เจตนารมณ์ของกฎหมายเป็นเจตจำนงร่วมกันของทั้งสังคมที่จะสร้างสวัสดิ์ระบบสุขภาพ เพื่อสุขภาพของคนไทยทุกคน

ระบบสุขภาพไทยที่ผ่านมามีปัญหาหลายด้านและจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในเชิงระบบ หากจะใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือเพื่อการปฏิรูปก็ต้องแน่ใจว่ากระบวนการร่างกฎหมายนั้นเป็นไปอย่างเปิดกว้าง ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกำหนด ไม่ใช่ให้ผู้มีอำนาจในระบบที่เป็นอยู่มาชี้ขาด เพราะคงไม่มีใครที่เป็นอยู่สุขสบายดีกับระบบที่เป็นอยู่จะต้องการปฏิรูประบบที่เอื้อประโยชน์กับตนเอง

การปฏิรูปจึงต้องการภาคีและแนวร่วมทุกฝ่ายที่จะมาร่วมกันสร้างระบบใหม่ ต้องการเครือข่ายที่เข้มแข็งและเจตนารมณ์ของทั้งสังคมที่แรงพอที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบได้

การปฏิรูปสุขภาพแนวใหม่ เข้าใจยาก เห็นผลช้า แต่มั่นคง

สำหรับประเด็นเชิงหลักการที่เป็นจุดอ่อนให้การดำเนินการยังชะงักงันอยู่ ได้แก่

1. เนื้อหาหรือ**ประเด็นที่มีการปฏิรูปมีความสลับซับซ้อน เข้าใจยาก** กล่าวคือ ระบบสุขภาพในกระบวนการปฏิรูปมีความกว้างขวางและครอบคลุมมาก ระบบการสาธารณสุขก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพเท่านั้น เมื่อระบบใหญ่ครอบคลุมและซับซ้อนก็ยากที่จะสื่อให้เข้าใจกันในทุกระดับได้
2. การปฏิรูปในลักษณะนี้**ไม่เห็นผลเร็วหรือไม่เห็นประโยชน์ในระยะสั้น** แต่เป็นมาตรการที่จะให้ผลในระยะยาวเท่านั้น คือไม่ต่ำกว่า 5 หรือ 10 ปี ถึงจะเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ สามารถที่จะปรับตัวเข้าสู่ระบบบิบาลองค์กรแบบใหม่ ถ้าเปรียบเทียบกันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคจะเห็นความแตกต่างชัดเจน นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคจะเห็นผลเร็วเห็นผลเฉพาะหน้าและชัดเจน สามารถสร้างหลักประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง แต่ว่าการเปลี่ยนแปลงบางอย่างจำเป็นต้องมีกรอบวิธีคิดในระยะยาว เช่นการปรับวิธีคิดของสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ในเร็ววัน หรือว่าไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยออกกฎหมายฉบับเดียว
3. **ยังมีความลังเลสงสัย**ว่ามีผลประโยชน์อื่นแอบแฝงอยู่หรือไม่ จะไปกระทบกระเทือนกลุ่มหรือโครงสร้างบางองค์กรหรือเปล่า ดังนั้นต้องมีกระบวนการทำให้ประเด็นนี้มีความชัดเจน ถ้าการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งที่จะใช้พลังของความรู้ คือพลังทางปัญญา มาช่วยแก้ปัญหา นั้น จำเป็นต้องตั้งโจทย์คือ**เมื่อยังมีความลังเลสงสัยในเรื่องใดอยู่ ก็จะต้องจัดกระบวนการเพื่อที่สร้างความรู้เพื่อที่จะทำให้ความลังเลสงสัยนั้นหมดไป** เช่น ฝ่ายโรงพยาบาลเอกชน ยังมีความลังเลว่าจะมีผลกระทบอย่างไรกับภาคเอกชนบ้าง ก็ต้องตั้งเป็นโจทย์หาคำตอบ หากไม่สนใจข้อสงสัยของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในอนาคตอาจจะทำให้ติดค้างได้
4. **เป็นแนวทางการทำงานที่ใหม่ ต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง** จากการทบทวนการปฏิรูปภาคสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ จะเป็นแต่ Health care reform ไม่มีประเทศไหนที่ทำเรื่อง Health system reform การเปลี่ยนแปลงนี้จึงเป็นแนวทางใหม่ และจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ค่อนข้างมาก แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีความสนใจของหลายแห่ง เช่น ทางองค์การอนามัยโลกเองก็มีความสนใจอยากจะเรียนรู้ในเรื่องการปฏิรูปของไทยมาก รายงานการศึกษาที่

กำลังทำอยู่คาดว่าจะนำประสบการณ์การขับเคลื่อนเรื่องนี้ไปร่วมเรียนรู้กับนักวิชาการของ
ประเทศอื่น ๆ ในการประชุมระดับนานาชาติในปี 2547 ด้วย

เสริมความเข้มแข็งด้วยวิถีคิด กระบวนการ วัฒนธรรมและการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

แนวทางที่น่าจะดำเนินการต่อไปในอนาคต และจุดเน้นที่ต้องเสริมขึ้น ได้แก่

1. จุดเน้นที่ควรเป็นหัวใจของการปฏิรูปคือ **ต้องเน้นวิถีคิดสุขภาพแบบใหม่** ที่เป็น
สัมมาทฐิ การดำเนินการโดยเน้นวิธีทำไม่สนใจวิถีคิด ทำให้ล้มเหลวง่ายและไม่สามารถที่จะ
นำไปสู่คุณภาพใหม่ได้
2. ต้องเน้น**การเสริมสร้างกระบวนการถกเถียงเชิงวิถีคิดของระบบอภิบาลสุขภาพ**
(*Deliberative function of health governance*) ซึ่งปัจจุบันขาดไปมาก กล่าวคือ ในส่วน
ของประชาคม ชุมชน ประชาชน หรือกลุ่มของผู้คนต่าง ๆ ที่มีความคิดความเห็นต่าง ๆ กัน
ทำอย่างไรจึงจะมีกลไกที่เป็น deliberative function ช่วยให้ระบบอภิบาลสุขภาพใหม่
สามารถระดมเอาความคิดความอ่านและความเห็นต่าง ๆ นี้ ขึ้นมาได้ ในลักษณะที่เป็นการ
สนทนาสองทาง ซึ่งในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติก็จะมีการพูดถึงกระบวนการ
สมัชชาที่มีลักษณะเป็น Deliberative function ในระดับต่าง ๆ อยู่มาก
3. **เน้นไปที่การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ไม่ได้เน้นไปที่การออกกฎหมายอย่างเดียว**
เพราะกฎหมายออกมาก็จะไม่ได้ผลถ้าวัฒนธรรมสุขภาพไม่ได้รับการสร้างขึ้น ทั้งนี้วัฒน
ธรรมสุขภาพสามารถที่จะได้รับการเกื้อกูลจากกฎหมายได้ โดยกฎหมายเปิดโอกาสให้เกิด
ความคิดสร้างสรรค์ หรือเกิดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนได้ ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติก็มีการพูดถึงเรื่องของการทำสมัชชาในระดับพื้นที่ หรือว่าการมีส่วนร่วมใน
ลักษณะต่าง ๆ ของประชาชนอยู่ค่อนข้างมาก แต่ในมาตรการอื่น ๆ อาจจะต้องพิจารณา
เพิ่มเติมการที่จะทำให้วัฒนธรรมสุขภาพมีความเข้มแข็งขึ้นโดยการมีเครือข่ายของภาคประชา
คมขึ้นมารองรับ
4. ผลลัพธ์ของการดำเนินการให้มีกฎหมายออกมาก็มีความสำคัญ แต่ในขณะเดียวกันหัวใจ
ของเรื่องนี้คือ **การเรียนรู้ร่วมกันของสังคมหลาย ๆ ส่วนที่จะทำงานโดยเสริมแรงกัน
เพื่อแก้ปัญหาที่ยาก** เรื่องระบบสุขภาพเป็นปัญหาที่ยากและยังไม่เคยมีกระบวนการอย่าง
เป็นระบบ เท่าที่ได้ทำมาให้เห็น ถ้าเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกัน ก็
จะสามารถแก้ปัญหาที่ยากนี้ได้

ระบบสุขภาพใหม่ บนความยั่งยืนและพึ่งพาตนเอง

ระบบสุขภาพใหม่ อันเป็นเป้าหมายที่การปฏิรูประบบสุขภาพอยากจะไปให้ถึงในอนาคต ควรเป็นระบบสุขภาพที่

1. **มีราคาถูกลง และมีประสิทธิภาพ** ยกตัวอย่างง่าย ๆ เช่น ในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีวิธีคิดเรื่องสุขภาพที่ผิด โดยเฉพาะวิธีคิดเกี่ยวกับความตายที่ผิด ก็ทำให้ระบบสุขภาพของสหรัฐมีราคาแพงมาก ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ซึ่งใช้ถึงร้อยละ 12 ของ GDP และมากกว่าร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์นี้ถูกใช้ไปใน 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตของคนไข้ที่ใกล้ตายคือใช้ไปเพื่อสู้กับความตาย (ดูโกมาตร งามลักษณ์ และพจน์ (บก.) 2545) หมายความว่าทัศนคติหรือวิธีคิดต่อเรื่องสุขภาพและความตายของคนอเมริกันที่เห็นว่าความตายเป็นศัตรู และจะต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้าไปสู้เพื่อเอาชนะความตาย เมื่อเป็นอย่างนั้น คนไข้เมื่อเข้าสู่โรงพยาบาลก็มักจะไปสิ้นสุดที่ ICU แล้วที่ ICU นี่เองที่ใช้งบประมาณทางการแพทย์ร้อยละ 60-70 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด วิธีคิดอย่างนี้แพงและไม่มีประสิทธิภาพ นักวิจัยและผู้ที่ทำงานทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์วิพากษ์วิจารณ์ระบบนี้ว่ามันไม่ได้ยืดชีวิต แต่มันเป็นการยืดความตายให้ยาวนานและแพงขึ้น ในทางกลับกัน หากว่าระบบทำการขับเคลื่อนเรื่องความตายให้ดีและมีประสิทธิภาพให้คนเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ได้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระยะยาวไปได้มาก ถ้าหากว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนนั้น โครงสร้างประชากรไทยซึ่งมีผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะเป็นภาระสำคัญของกองทุน 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างมาก ดังนั้น ถ้ามีวิธีคิดที่ถูกต้องจะนำไปสู่วิธีทำที่ถูกเงิน ถ้าคิดผิดนำไปสู่ค่าใช้จ่ายมาก ถ้ามีสัมมาทิฐิก็มีโอกาสจะหาวิธีการที่ถูกเงิน แต่หากคิดทุกเรื่องต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงคือ คิดผิด ก็จะต้องจ่ายแพง
2. **ลักษณะของความยั่งยืนและพึ่งตนเองได้มากขึ้น** หากว่ามีการกระจายความรับผิดชอบลงสู่ชุมชนมากขึ้น และชุมชนสามารถที่จะจัดระบบสุขภาพในท้องถิ่นได้ดี ก็จะมีสุขภาพดีขึ้น และไม่ต้องพึ่งรัฐส่วนกลางมากเท่าทุกวันนี้ ภาพที่เห็นในปัจจุบัน บางแห่งเริ่มมีความคิด เช่นที่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ทางองค์การบริหารส่วนตำบลเห็นว่าตั้งทุนการศึกษาให้ลูกหลานในตำบลไปเรียนพยาบาล เรียนจบออกมาไม่ต้องรับราชการ เรียนจบออกมาเป็น community nurse ดูแลกันเองและพึ่งตนเองได้
3. **กระบวนการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพได้ทำให้ประชาชนเข้มแข็ง** ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาด้านอื่นด้วย และเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในแง่ของการ**เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์** ในแง่ที่ทุก ๆ คนมีส่วนร่วมในการที่จะสร้างระบบสุขภาพใหม่ เป็นระบบที่เคารพในความรู้สึกนึกคิดของประชาชน

4. **เป็นแบบอย่างให้นานาชาติได้ร่วมเรียนรู้ได้** การสร้างระบบสุขภาพแห่งชาติแนวใหม่นี้ น่าจะเป็นบทเรียนบทหนึ่งซึ่งสำคัญมาก กับการพยายามที่จะทำให้ระบบสุขภาพไทยซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบสุขภาพที่เข้มแข็งเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ต่างจากเมื่อ 20 ปีก่อน ขณะที่งานสาธารณสุขมูลฐานเพิ่งเริ่มต้น ไทยต้องไปดูงานที่ประเทศอินเดีย เพราะเขามีการพัฒนามาก แต่ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยมีการพัฒนาดีขึ้นมาก แนวคิดเรื่องการพัฒนา ระบบสุขภาพ ที่ไม่ใช่เฉพาะเรื่องระบบบริการทางการแพทย์ น่าจะเป็นทิศทางสำคัญที่จะ สร้างระบบสุขภาพใหม่ให้ดีขึ้นได้ในอนาคต

สร้างกลไกถกเถียงทางปัญญา สู่การปฏิรูประบบสุขภาพอย่างสมานฉันท์และสันติ

ประเด็นสำคัญที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ คือหากนำเสนอว่าการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็น ความเห็นที่ขัดแย้งกับการปฏิรูปอื่น ๆ ก็จะเป็นการขับเคลื่อนในทิศทางที่ผิด แท้จริงแล้วการปฏิรูป ระบบสุขภาพเป็นการปรับในระดับกระบวนทัศน์ (paradigm) ระบบวิธีคิดแบบกระบวนทัศน์เดิมที่เป็น กระบวนทัศน์แบบชีวแพทย์ (Bio-medical paradigm) ไม่ใช่ผิดไปหมด หากแต่กระบวนทัศน์ใหม่มี ลักษณะที่เชื่อมโยงหลายมิติมากกว่า วิธีคิดที่ใช้ในปัจจุบันต้องไม่แยกส่วนเรื่องระบบสุขภาพออกจาก ระบบบริการทางการแพทย์ ทั้งคู่ต้องปรับตัวไปพร้อมกัน หลักในการขับเคลื่อนอาจกล่าวได้ว่า กระบวนทัศน์ปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการ *include and transcend* กระบวนทัศน์เดิม ในลักษณะที่ *ครอบคลุม และขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงไปด้วยพร้อมกัน* เพราะถ้าไปเปลี่ยนหน่วยใดหน่วยเดียวไม่ได้ ผลแน่นอน ประเด็นนี้ต้องระมัดระวังไม่ให้กระบวนกรปฏิรูปถูกสร้างออกมาในลักษณะที่เป็น *anti thesis* กับวิธีคิดอื่น

ในเรื่อง "พลังทางการเมือง" แม้ระบบใหญ่เป็นระบบภาคประชาชน และมีระบบการเมืองภาค ที่เป็นทางการเมืองเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองทั้งหมด ปัญหาที่จำเป็นจะต้องมองให้ชัดคือ จะทำอย่างไรให้ การเมืองสองภาคนี้จะเกื้อกูลและมีบูรณาการต่อกันได้ โดยไม่ปะทะและขัดแย้งจนเกิดความรุนแรงอยู่ เสมอ สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมี *deliberative function* ของ *governance* ซึ่งระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากความคาดหวังของประชาชนจะมากขึ้น และปัญหาต่าง ๆ จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาเรื่องสารเคมีในการผลิตภาคเกษตร ปัญหาโครงการขนาดใหญ่ เช่น การสร้างเขื่อน สร้าง ถนน โรงไฟฟ้าที่เข้ามากระทบวิถีชีวิตประชาชน ดังนั้นการสร้างกระบวนกรที่ช่วยแก้ไขข้อขัดถกและ ความคิดของภาคประชาชนให้สามารถสัมพันธ์และพูดคุยกันได้กับกระบวนกรนโยบายที่เป็นทางการเมือง อย่างเสมอภาค สมานฉันท์และเคารพซึ่งกันและกัน จึงเป็นเรื่องสำคัญ สิ่งดังกล่าวคือ *deliberative function* ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้เรื่องความเป็นพลเมืองที่มีหน้าที่และสิทธิเป็นสิ่งที่คู่กัน ในทาง การเมือง กระบวนกรที่จะทำให้พลเมืองตระหนักในหน้าที่ของตน ควบคู่ไปกับการรู้ในสิทธิของตนเอง คือกระบวนกร *deliberation* หรือกระบวนกรที่เอาประชาชนมาถกเถียงทางปัญญา คุยกันว่าปัญหา

ของเขา คืออะไรนั่นเอง การรู้จักจำแนกแยกแยะและใช้กระบวนการสาธารณะมาช่วยกันขัดเกลา การเรียนรู้ทั้งเรื่องสิทธิและหน้าที่จึงต้องเกิดขึ้นคู่กันผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ใช่ผ่านห้องเรียน วิชาหน้าที่พลเมือง หรือไม่ใช่ผ่านการฟ้องร้องกันเพื่อทวงหาสิทธิ แต่ผ่านกิจกรรมสาธารณะที่เขาต้องมาร่วมกัน ซึ่งอาจจะเรียกว่าได้ว่า ประชาคมหรือประชาสังคมนั่นเอง

บรรณานุกรม

ก้องสกล กวินรวีกุล. 2545

การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487. วิทยานิพนธ์
มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (มานุษยวิทยา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2542. *ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2544. รวมข้อเขียนว่าด้วย *ประชาสังคมกับสุขภาพ*. นนทบุรี: แผนงานวิจัย
สังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ (บรรณาธิการ). 2545. *มิติ
สุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. นนทบุรี: แผนงานวิจัยสังคมและ
สุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ). 2545. *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์
การแพทย์และสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม (บรรณาธิการ), 2545. *30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 9*. นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2547

“ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก” บทความวิชาการนำเสนอใน
การประชุมวิชาการเรื่อง “ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท เพื่อชาวไทยและชาวโลก” ณ ศูนย์
นิทรรศการและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี วันที่ 1-3 กันยายน 2547.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. 2547a

พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง: ภาคเมือง. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. 2547b

พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง: ภาคชนบท. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. 2547c

ชาติพันธุ์กับการแพทย์. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (บรรณาธิการ). 2535

วิวัฒนาการของการบุกเบิกที่ดินทำกินในเขตป่า. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

ชาติชาย มุกสง. 2547

“วาทกรรมทางการเมืองแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487),” บทความวิชาการนำเสนอในการสัมมนาทางวิชาการเพื่อเป็นเกียรติแก่อาจารย์ ดร.ชยันต์ วรรณะภุติ เนื่องในโอกาสเกษียณอายุ 60 ปี เรื่อง “สังคมศาสตร์บูรณา: วิชาวิธีของความรู้และปฏิบัติการทางสังคม” ระหว่างวันที่ 24-25 มกราคม 2547 ณ ห้องเชียงใหม่-เชียงใหม่ ศูนย์วิชาการนานาชาติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์. 2547

มองอนาคตการเมืองไทยกับทิศทางประชาธิปไตยโลก: บทวิเคราะห์ว่าด้วยประชาสังคมกับการเมืองภาคประชาชนผ่านวิธีคิดเชิงกระบวนการ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชัยอนันต์ สมุทวณิช. 2535

100 ปีแห่งการปฏิรูประบอบราชาธิปไตย: วิวัฒนาการของอำนาจรัฐและอำนาจการเมือง. กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เชนฐ์ วัลลภ ชุมทอง. 2545.

“ประวัติศาสตร์ทางการเมืองสังคม และเศรษฐกิจของระบบสุขภาพไทย,” ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ). *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

เดช บุญนาค. 2532

การปกครองระบบเทศบาลของประเทศไทย พ.ศ. 2435-2458. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทองยศ ชัยชนะ. 2540

“สถานการณ์โรงพยาบาลเอกชน ปี 2540,” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข*. 5 (5), 286-287.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2543

“วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น,” *วารสารธรรมศาสตร์*. ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543)

ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2545

การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรคร่างกาย และรัฐเวชกรรม. โครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ. 2535

“รัฐและการเมืองไทยในทศวรรษที่ 1990,” ใน ผาสุก พงษ์ไพจิตร และสังคีต พิริยรังสรรค์ (บรรณาธิการ). รัฐ ทุน เจ้าพ่อท้องถิ่นกับสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรยุทธ บุญมี. 2536

สังคมเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: มิ่งมิตร.

นครินทร์ เมฆไตรรัตน์. 2540

การปฏิบัติสยาม พ.ศ. 2475. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

เบญจมาศ ศิริภัทร และสุรพล มุละดา. 2545

“เอ็นจีโอ” นักพัฒนาระดับรากหญ้า. กรุงเทพฯ: บริษัทอาทิตย์ โปรดักส์ กรุ๊ปจำกัด.

บัณฑกร อ่อนดำ และคณะ. 2545

บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประเวศ วะสี. 2536

“แนวคิดและยุทธศาสตร์สังคมสมานภาพและวิชา” ใน มติชนรายสัปดาห์ 23 กรกฎาคม 2536, หน้า 15-18. และ 30 กรกฎาคม 2536, หน้า 31-34.

พระบาราศนราดूर. 2500.

ประวัติกระทรวงสาธารณสุข. ใน อนุสรณ์ 15 ปี กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พระจันทร์.

มธุรส ศิริสถิตยกุล. 2544

การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มธุรส ศิริสถิตยกุล. 2546

“ประชาคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การเมืองวัฒนธรรมของกระบวนการเคลื่อนไหวจากรากหญ้าสู่นโยบายสุขภาพ,” รายงานการวิจัย แผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์.

ยุทธนา วรณปิติกุลและสุพิดา เริงจิต. 2542

สำนักพลเมือง: ความเรียงว่าด้วยประชาชนบนเส้นทางประชาสังคม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม.

รอง ศยามานนท์. 2520

ประวัติศาสตร์ไทยในระบอบรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

วิชัย โชควิวัฒน์. 2545a

“การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2431-2543,” ใน โงมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ). *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

วิชัย โชควิวัฒน์. 2545b

“การควบคุมและป้องกันโรค: ความท้าทายใหม่,” ใน โงมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์และสุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม (บรรณาธิการ), 2545. 30 *ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9*. นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิภาพันธุ์ ก่อเกียรติขจร (บรรณาธิการ). 2542

สรุปสถานการณ์สังคมไทย 2541 จากมุมมององค์กรพัฒนาเอกชน. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2540

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2545

การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2546

25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.

อดิน รพีพัฒน์, ม.ร.ว., 2522

ปัญหาในการทำงานพัฒนาชนบทประสบการณ์โครงการพัฒนาชนบทลุ่มแม่น้ำแม่กลอง. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อนุชาติ พวงสำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2542

ขบวนการประชาสังคมไทย: ความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรา พงศาพิชญ์. 2545

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รายงานหลักโครงการองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อเนก เหล่าธรรมทัศน์. 2536

มือบมือถือ ชนชั้นกลางและนักธุรกิจกับพัฒนาการประชาธิปไตย. กรุงเทพฯ: มติชน.

อเล็กซิส เดอแ ต็อกเกอะวิลล์. 2522

ประชาธิปไตยในอเมริกา. แปลจาก *Dela democratie en Amerique*. โดย วิชาวรรณ ตูยา
นนท์. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.(2 เล่ม).

ภาษาอังกฤษ

Anek Laothamatas

1992 *Business Associations and the New Political Economy of Thailand*. Boulder, Westview Press.

Anheier, Helmut K., and Wolfgang Seibel, eds.

1990 *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organization*. Berlin & New York: Walter de Gruyter.

Babblio, Norberto

1988 Gramsci and the Concept of Civil Society. *In Civil Society and the State: New European Perspective*. J. Keane, ed. London: Verso.

Barber, Benjamin R

1995 The Search for Civil Society, in "Rebuilding Civil Society," A Symposium from The New Democrat 7(2)(March/April), available online at:
www.cpn.org/sections/partisans/perspectives/new_democrat/rebuild_civil_society.html.

Bebbington, A.J., and J. Farrington

1992 The scope for NGO-government interactions in agricultural technology development: an international overview. London: Agricultural Research and Extension Network.

Bell, Daniel

1989 American Exceptionalism Revisited: The Role of Civil Society. *The Public Interest* 95:38-56.

Ben-ner, Avner and Benedetto Gui, eds.

1993. *The Nonprofit Sector in the Mixed Economy*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Bernhard, Michael

1993 *The Origins of Democratization in Poland: Workers, Intellectuals, and Oppositional Politics, 1976-1980*. New York: Columbia University Press.

Bogert, Carroll

1995 Midlife Crisis: The United Nations is Broke and Demoralized; But the World Still Needs It. *In Newsweek*. October 30, 1995. Pp. 12-18.

Bratton, Michael

1994 *Civil Society and Political Transition in Africa*. Institution for Development Research XI(VI).

Clark, J.

1991 *Democratising Development: The Role of Voluntary Organizations*. London: Earthscan.

Cohen, Jean, and Andrew Arato

1992 *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, MA: MIT Press.

Commission on Global Governance, The United Nations.

1995 "Our Global Neighborhood." The Report of the Commission on Global Governance, reprinted in *The United Nations and Civil Society*. Boston: Boston Research Center for the 21st Century. Pp. 55-62.

Dodge, William R.

1992 Strategic Intercommunity Governance Network. *In National Civic Review* (Fall-Winter 1992): 403-417.

Falkenberg, Torkel and G. Tomson.

2000 "The World Bank and Pharmaceuticals." *In Health Policy and Planning*; 15(1): 52-58.

Farrington, John, et al., eds.

1993 *Non-Governmental Organizations and The State in Asia: Rethinking Roles in Sustainable Agricultural Development*. London and New York: Routledge.

Ferguson, J.

1994 *The Anti-Politics Machine: "Development," Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*. Minneapolis, University of Minnesota Press.

Fernandes, Rubem Cesar

1994a *Threads of Planetary Citizenship*. *In Citizens: Strengthening Global Civil Society*. M.D. de Oliveira and Rajesh Tandon, eds. Washington, DC: CIVICUS: World Alliance for Citizen Participation. Pp. 319-346.

1994b *Private but Public: The Third Sector in Latin America*. *In Citizens: Strengthening Global Civil Society*. M.D. de Oliveira and Rajesh Tandon, eds. Washington, DC: CIVICUS: World Alliance for Citizen Participation. Pp. 19-70.

Garthy, Vera, ed.

1989 *State and Civil Society: Relationships in Flux*. Budapest.

Gramsci, Antonio

1971 *Selections from the Prison Notebooks*. Quintin Hoare and Geoffrey Nowell Smith, eds and transl. New York: International Publishers.

Habermas, Jurgen

1989 *The Transformation of Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Thomas Burger, transl. Cambridge, MA: MIT Press.

Hann, Chris and Elizabeth Dunn, eds.

1996 *Civil Society: Challenging western models*. London and New York: Routledge.

Hobsbawm, Eric

1994 *The Age of Extreme: The Short Twentieth Century*. Oxford: Oxford University Press.

Hoffman, Beatrix.

2003 "Health Care Reform and Social Movements in the United States." *In American Journal of Public Health*. January Vol 93 (1): 75-85

- Hutaserani, S. et al.
1988 Thailand's Income Distribution and Poverty Profile and Their Current Situations. Bangkok: Thailand Development Research Institute.
- Ingram, J. C.
1971 Economic Change in Thailand, 1850-1970. Stanford, Stanford University Press.
- Jareg, Pal, and Dan Kaseje
1998 Growth of civil society in developing countries: implications for health. *In Lancet* 351: 819-822.
- Jennings, B. and M. J. Hanson.
1995 "Commodity or Public Works? Two Perspectives on Health Care," *In Bioethics Forum*, Fall 1995. Pp. 3-11.
- Jung, Ku-Hyun, et al.
2003 Civil Society Response to Asian Crisis : Thailand, Indonesia and Korea. Seoul: Institute of East and West Studies, Yonsei University.
- Kari, N., H. C. Boyte, & B. Jennings et al.
1994 Health as a Civic Question. Prepared for American Civic Forum. November 28, 1994. Available online at <http://www.cpn.org/topics/health/healthquestion.html>.
- Keane, John
1988a Despotism & Democracy: The Origin and Development of the Distinction Between Civil Society and the State. *In Civil Society and the State: New European Perspective*. J. Keane, ed. London: Verso.
1988b Democracy and Civil Society. London: Verso.
- Keating, Michael
1994 North America's Independent Sector. *In Citizens: Strengthening Global Civil Society*. M.D.d. Oliveira and R. Tandon, eds. Washington, DC: CIVICUS; World Alliance for Citizen Participation. Pp. 71-105.
- Keyes, C.
1987 *Thailand: Buddhist Kingdom as Modern Nation-State*. Boulder & London, Westview Press.
- Kim, Jim Yong, et al., eds.
2000 Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Korten, David
1995 When Corporations Rule the World: Kumarian Press and Berrett-Koehler Publishers.
2000 "The Civil Society: An Unfolding Cultural Struggle," available online at <http://cyberjournal.org/cj/authors/korten/CivilizingSociety.shtml>.
- Lyttleton, C.
2000 Endangered Relations: Negotiating Sex and AIDS in Thailand. Bangkok, White Lotus.
- Martinez Valle, Adolfo.
2000 Politics and inequality in Mexico's health care reform. Paper presented at the 128th Annual Meeting of APHA.

Mills, C. Wright.

1995 The Sociological Imagination. New York: Oxford University Press: 3-24.

Møgedal, Sigrun

1998 Supportive Functions of International Health Organizations. *In* Paper prepared for Meeting on World Health, Mexico City, 29 March 1998 - 1 April 1998.

Morgan, L.

1993 Community participation in health, The politics of primary care in Costa Rica. Cambridge, UK, Cambridge University Press.

Nagengast, Carole

1991 Reluctant Socialists, Rural Entrepreneurs: Class, Culture, and the Polish State. Boulder, San Francisco and Oxford: Westview Press.

Oliveira, Miguel D. de, and Rajesh Tandon, eds.

1994 Citizens: Strengthening Global Civil Society. Washington, DC: CIVICUS.

Osborne, David, and Ted Gaebler

1992 Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. Reading, MA: Addison-Wesley.

Pasuk Phongpaichit and C. Baker

1998 Thailand's Boom and Bust. Bangkok, Silk Worm.

Polgars, Steven.

1993 Health action in cross-cultural perspective. In Freeman, H.E., S. Levien and L.G. Reader (eds.). Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliff: Prentice Hall.

Putnum, Robert

1993a Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press

1993b What Makes Democracy Work? National Civic Review (Spring 1993):101-107.

2000 Bowling Alone, The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster.

Riggs, F. W.

1966 Thailand: The Modernization of a Bureaucratic Polity. Honolulu, East-West Center Press.

Salamon, Lester M. et al.

1999 Global Civil Society: Dimensions of the Nonprofit Sector. Baltimore, MD.: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies.

Saligman, Adam

1992 The Idea of Civil Society. New York: The Free Press.

Sanguan Nitayarumphong & Anne Mills. Eds.

1998. Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries. Nontaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health. Thailand.

Siffin, W. J.

1966 The Thai Bureaucracy: Institutional Change and Development. Honolulu, East-West Center Press.

Skocpol, Theda.

1995 The Rise and Resounding Demise of the Clinton Plan. *In Health Affairs*, spring 1995: 66-85.

Soccorso, Andrea

1994 The Role of Development NGOs in Strengthening Civil Society. Master thesis, Kennedy School of Government, Harvard University.

Starr, Paul

1994 "The Disengaged." *In The American Prospect* (Fall 1994):7-8.

1995 "What Happened to Health Care Reform?," *The American Prospect* 6 (20), December 1, 1995 .

Stowe, J. A.

1991 Siam Became Thailand: A Story of Intrigue. London, Hurst & Company.

Tambunlertchai, S.

1989 Economic Prospects and External Economic Relations of Thailand. *In Asian Development Review*, 7 (2): 88-112.

Tan, Gerald.

1993 The Next NICs of Asia. *In Third World Quarterly*, 14 (1): 57-73.

The World Bank.

1984 Thailand: Managing Public Structural Adjustment. A World Bank Country Study. World Bank, Washington, DC.

Thavitong Hongvivatana, et al.

1988 Alternatives to Primary Health Care Volunteers in Thailand. Nakornpathom, Thailand: Center for Health Policy Studies, Mahidol University

Walt, Gill

1996 "Enhancing Performance of International Health Institution: Pocanito Retreat," reprinted in "Rx for Global Health Cooperation Beyond 2000," a report from the Conference on World Health Cooperation Beyond 2000. Chulalongkorn University School of Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Mexican Health Foundation, and Overseas Development Council.

1998 Crisis of Identity: Health cooperation in a global network. Meeting on World Health, Mexico City, 1998.

Walzer, Michael.

1991. "The Idea of Civil Society: A Path of Social Reconstruction" in *Dissent*, spring 1991, pp.293-304.

Walzer, Michael

1992 The Civil Society Argument. *In Dimensions of Radical Democracy: Pluralism, Citizenship, Community*. C. Mouffe, ed. London: Verso. Pp. 89-107.

Wapner, Paul

1995 Politics beyond the State: Environmental Activism and World Civic Politics. *In* World Politics 47 (April 1995): 311-340.

Wariya Siwasariyanon

1984 The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1932-1935). Hawaii, University of Hawaii.

Weir, Margaret.

1995 Institutional and Political Obstacles to Reform. *In* Health Affairs. Spring 1995: 102-104.

Weisbrod, Burton A.

1988 The Nonprofit Economy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Williams, A.

1990 "A growing role for NGOs in development." *In* Finance and Development. December 31: 3.

World Health Organization.

1981 Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization.

Wyatt, D. K.

1969 The Politics of Reform in Thailand: Education in the Reign of King Chulalongkorn. New Haven, Yale University Press.

Yankelovich, Daniel.

1995 "The Debate That Wasn't: The Public and the Clinton Plan." *Health Affairs* 14 (Spring): 8-23.

Yongyuth Kachondham & Somsak Chunharas.

1993 At the Crossroads: Challenges for Thailand's Health Development. *In* Health Policy and Planning, 8 (3): 208-216.