



แพทย์ชนบท รรมาภิบาล กับ การเมืองสุขภาพ

ระชา ภูซงค์
นภนาก อนุพงศ์พัฒน์
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์



ชื่อเรื่อง : **แพทย์ชนบท รรมากับการเมืองสุขภาพ**

ที่ปรึกษา : นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์

ผู้เขียน : ระชา ฤชชงค์ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ประสานงาน : สุภาวดี นุชรินทร์ นิธิภา อุดมสาส์

ฐิติมา นวชินกุล ศุภจิต สอนินุช

ศิลปกรรม : แสงไทย นิติกรนนท์

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖

ถ.ติวานนท์ ๑๔ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๑

Website : www.hsri.or.th

ISBN ๙๗๘-๙๗๔-๒๙๙-๒๐๑-๙

พิมพ์ครั้งที่ ๑ : มิถุนายน ๒๕๕๖

จำนวน : ๑,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล

ราคา ๒๔๐ บาท

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

แพทย์ชนบท รรมากับการเมืองสุขภาพ.-- นนทบุรี : สถาบัน, ๒๕๕๖.

๒๑๒ หน้า.

๑. แพทย์--วิจัย. I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๐.๙๒

ISBN ๙๗๘-๙๗๔-๒๙๙-๒๐๑-๙

คำนำ

แพทย์ชนบท เป็นองค์กรหรือกระบวนการที่มีบทบาทในระบบสุขภาพมาช้านาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ปัญหาสุขภาพของคนชนบท เราเห็นแพทย์ชนบทแสดงบทบาทในการสนับสนุนให้แพทย์ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน สร้างระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งรวมการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยให้เป็นหนึ่งเดียวกัน และมีผลสำเร็จเป็นอย่างดี

นอกจากบทบาทในเชิงพัฒนาชนบทแล้ว แพทย์ชนบทยังมีบทบาทในการคัดค้านการทุจริต การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพครั้งใหญ่ที่เรียกว่า “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากในระบบสุขภาพปัจจุบัน จนอาจกล่าวได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพได้เปลี่ยนการอภิบาลระบบสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการเมืองในกระทรวงสาธารณสุขทีเดียว ดังนั้นเพื่อเป็นการศึกษาผลกระทบดังกล่าว อีกทั้งเป็นการแสดงแง่มุมความคิดเห็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ชนบท จึงทำให้เกิดการศึกษาวินิจฉัยขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ให้สาระข้อมูลที่มีคุณภาพที่ควรแก่การพิจารณาเป็นอย่างมาก

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะช่วยเปิดโลกทัศน์ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแพทย์ชนบทและบทบาทของแพทย์ชนบทต่อสังคมและระบบสุขภาพของไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน ๒๕๕๖

แพทยชนบท
ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ

สารบัญ



บทสรุป
ผู้บริหาร
๖



บทนำ
๑๔



บทที่ ๑
๓๔

การทบทวนเชิงประวัติศาสตร์ :
กรณีศึกษาเหตุการณ์ที่สะท้อนบทบาท
ของขบวนการแพทยชนบทต่อ
การสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ



บทที่ ๒
๑๐๐

ขบวนการแพทยชนบท
ท่ามกลางความขัดแย้งแบ่งขั้ว
: ว่าด้วยประเด็น/เหตุการณ์
สำคัญต่างๆ



บทที่ ๓
๑๗๐

การวิเคราะห์บทบาทของ
ขบวนการแพทยชนบทต่อ
ธรรมาภิบาลและ
การเปลี่ยนแปลง
ระบบสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง
๑๙๖



บุทสรุ ผู้บริหาร

วิเคราะห์ขบวนการแพทยชนบท

ด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์ให้ได้มา

ซึ่งบทเรียน จุดแข็งจุดอ่อน และวิวัฒนาการ

ที่มีผลต่อระบบรรมากิบาลสุขภาพไทย

บทบาทของ “แพทย์ชนบท” หรือองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์
ที่ทำงานในชนบทนั้น เป็นที่ยอมรับกันว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบ
สุขภาพไทยอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๔ ทศวรรษ การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์
ขบวนการแพทย์ชนบทด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์ เพื่อให้เห็นถึง จุดแข็งจุดอ่อน
และวิวัฒนาการที่มีผลต่อระบบรรมากิบาลสุขภาพไทย โดยมีคำถามวิจัยที่
สำคัญคือ ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีพัฒนาการกว่า ๔ ทศวรรษ มีการ
เปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์แต่ละช่วงอย่างไร
พัฒนาการดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพของขบวนการแพทย์ชนบทในบริบทของ
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใต้สถานการณ์ทาง
สังคมการเมืองปัจจุบันที่มีการแบ่งฝักฝ่ายและเต็มไปด้วยความขัดแย้งเชิงผล
ประโยชน์และอุดมการณ์ทางการเมือง การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์
ชนบทต้องเผชิญกับความขัดแย้ง การต่อรอง ต่อต้านขัดแย้งอย่างไร และในการ
สร้างรรมากิบาลระบบสุขภาพไทยในอนาคต ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้อง
ปรับตัวต่อไปอย่างไร

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ ใช้การวิเคราะห์เอกสารทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ การสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) การคัดเลือกและวิเคราะห์กรณีศึกษา การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจากสื่อกระแสหลักและสื่อทางเลือกอื่นๆ และการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระยะเวลาทำการศึกษา ๘ เดือน

จากการศึกษาพบว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสัมพันธ์กับปัญหาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุค ในขณะเดียวกันแนวคิดเรื่อง “ธรรมาภิบาล” หรือ “การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี” รวมทั้งวิธีการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางประวัติศาสตร์และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมด้วย บทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทมีรากฐานมาจากการเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการนิสิตนักศึกษา ประชาชนที่ต่อสู้เรียกร้องประชาธิปไตยและโค่นล้มเผด็จการในยุคแรก การบุกเบิกทำงานโรงพยาบาลอำเภอในชนบทที่ห่างไกล ในระยะต่อมาได้ก่อรูปเป็นชมรมแพทย์ชนบทที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ยากไร้ในท้องถิ่นห่างไกลให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ในยุคสาธารณสุขมูลฐาน ขบวนการแพทย์ชนบทได้ขยายบทบาทสู่การทำงานสุขภาพเชิงรุกที่มองสุขภาพอย่างไม่แยกออกจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

การตระหนักว่าปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งเดียวกันกับปัญหาสังคมทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทออกมามีบทบาทด้านการรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หรือการรณรงค์เรื่องพยาธิใบไม้ในตับ และเมื่อสถานการณ์การทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุขเริ่มขยายตัว ขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้มีบทบาทสำคัญร่วมกับ

องค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชนในการรณรงค์ต่อต้านการคอร์รัปชัน จนมีบทบาทโดดเด่นและกลายเป็นอัตลักษณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นที่ยอมรับของสังคมว่าเป็นตัวแทนของการต่อต้านการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างไม่เกรงกลัวต่ออำนาจที่ไม่ชอบธรรมใดๆ

การปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างขององค์กรรัฐ มืองค์การมหาชนเกิดขึ้น โดยในภาคสาธารณสุขมีองค์กรใหม่ๆ เกิดขึ้น ทั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นโยบายสุขภาพและมาตรการทางสังคมต่างๆ ถูกผลักดันออกมาอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายและภาคีต่างๆ ที่เชื่อมโยงอยู่กับขบวนการแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ขยายสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง การควบคุมการบริโภคสุรายาสูบ การรณรงค์เรื่องสิทธิการเข้าถึงยาและการใช้มาตรการซีแอลยา การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมผ่านสมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (health impact assessment) ของนโยบายและแผนงานโครงการขนาดใหญ่ ผลของการขับเคลื่อนผลักดันเหล่านี้ทำให้ระบบสุขภาพไทยกลายเป็นระบบที่มีธรรมาภิบาลโดดเด่นแตกต่างไปจากกระทรวงอื่นหรือหน่วยงานรัฐในภาคอื่นๆ

กระบวนการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันงานที่ยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นยุคสมัยรัฐบาลเผด็จการ รัฐบาลประชาธิปไตยครึ่งใบ ค่อนใบ หรือเต็มใบ โดยเฉพาะการผลักดันกฎหมายและนโยบายที่ขัดแย้งกับผลประโยชน์ของนายทุนในช่วงรัฐบาลที่มาจากรัฐประหาร แต่ในบริบทที่สังคมมีความแตกต่างทางความคิดและแบ่งข้างแยกขั้วทาง

การเมืองอย่างชัดเจนในปัจจุบัน แนวทางแบบ “สัมฤทธิ์คตินิยม” ของแพทย์ชนบทนี้อาจต้องเผชิญกับการต่อต้าน ทั้งจากกลุ่มผู้มีอำนาจและผลประโยชน์ในระบบโครงสร้างเดิม ที่ต้องการรักษาสถานะที่เป็นอยู่ และถูกคัดค้านจากพวกอุดมคตินิยมคัมภีร์ (Dogmatic idealism) ที่ยึดถือหลักการเป็นประหนึ่งคัมภีร์ที่ไม่อาจประนีประนอมกับประโยชน์ทางสังคมอื่นได้

สัมฤทธิ์คตินิยมไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย ยิ่งในการทำงานเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้คนแล้ว การยึดถือหลักการแบบตายตัวโดยขาดความยืดหยุ่นอาจเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนเรื่องสำคัญๆ อย่างได้ผล แต่หากสัมฤทธิ์คตินิยมยังจะเป็นเครื่องหมายการค้าของขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป ก็จำเป็นที่จะต้องมีความระมัดระวัง การผลักดันนโยบายหรือการปฏิรูปที่ไม่ได้เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตนหรือพวกพ้องเป็นจุดแข็งที่สร้างความชอบธรรมให้กับขบวนการแพทย์ชนบท ยิ่งเมื่อผนวกเข้ากับภาพลักษณ์ของการเป็นแพทย์ที่มุ่งทำงานเพื่อชาวชนบทที่เสียเปรียบในทางสังคมด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นที่ยอมรับและมีอำนาจในทางสังคม แต่หากนโยบายหรือการปฏิรูปต่างๆ ที่เกิดจากการผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบทมีผลอันทำให้มองได้ว่าเป็นการแสวงหาประโยชน์ส่วนตนหรือเป็นไปเพื่อพวกพ้องของตน ก็จะทำให้ความชอบธรรมของขบวนการแพทย์ชนบทถูกตั้งคำถามได้

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้การเคลื่อนไหวที่ผ่านมามีพลวัตยืดหยุ่นและมีความคล่องตัวสูง มาจากการที่ขบวนการแพทย์ชนบทดำรงสถานะความเป็นชายขอบที่ไม่อยู่ใต้อาณัติของอำนาจ ขณะเดียวกันก็มีปฏิสัมพันธ์กับอำนาจเพื่อตรวจสอบ ตีรองและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทเติบโตขึ้นจนมีบุคคลในเครือข่ายขยายบทบาท

เข้าสู่โครงสร้างอำนาจด้วยการเป็นผู้บริหารองค์กรในระดับต่างๆ คำถามที่จะต้องสนใจก็คือ ขบวนการแพทย์ชนบทจะทำการตรวจสอบคนในเครือข่ายของตนเองที่เข้าไปมีอำนาจในองค์กรต่างๆ อย่างเคร่งครัดได้หรือไม่

ประเด็นที่ควรพิจารณาอีกประการหนึ่งก็คือ การที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีการปรับเปลี่ยนมามีบทบาทในเรื่องการต่อต้านคอร์รัปชันและการปฏิรูปสังคมมากขึ้น ได้ทำให้ภารกิจการสร้างระบบบริการสุขภาพสำหรับชาวชนบทซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญอันเป็นรากฐานของความชอบธรรมของขบวนการแพทย์ชนบทถูกลดทอนความสำคัญลงไป ในขณะที่แพทย์รุ่นใหม่มีจิตใจที่จะออกไปปรับใช้ชนบทลดน้อยลง โรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งไม่สามารถพัฒนาศักยภาพให้ทันกับสถานการณ์ ร่วมกับภาวะการขาดแคลนแพทย์ในชนบทที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ประเด็นดังกล่าวอาจสะท้อนถึงภาวะการเสื่อมถอยของจิตวิญญาณการรับใช้ชนบทของแพทย์รุ่นใหม่ ขณะเดียวกัน นโยบายส่งเสริมการแพทย์เชิงธุรกิจที่ทำให้เกิดการดึงดูดแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่ภาคเอกชนและจากภาคชนบทเข้าสู่ภาคเมืองมากขึ้น ยิ่งทำให้บริการสุขภาพในชนบทอ่อนแอลง ในสถานการณ์ดังกล่าว ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องทบทวนบทบาทของตนเพื่อกลับไปฟื้นฟูภารกิจที่เคยทำมาในอดีตคือ การสร้างจิตสำนึกความเสียสละของแพทย์และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้แพทย์รุ่นใหม่ๆ สามารถทุ่มเททำงานในชนบทได้ดียิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

การขับเคลื่อนผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบท จนเกิดองค์กรใหม่ๆ ที่เป็นกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพ นับเป็นการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลแบบใหม่เป็นระบบธรรมาภิบาลที่องค์กรภาคสังคมและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ แต่สภาพการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏความพยายามรุกคืบเข้าไปไล่รื้อและล้มล้างองค์กรเหล่านี้อย่างต่อเนื่องล้วนแต่สะท้อนถึงความขัดแย้ง

เชิงโครงสร้างและการช่วงชิงผลประโยชน์ที่ดำรงอยู่อย่างแน่นหนาในระบบ
บริหารงานสาธารณสุข การต่อสู้เพื่อสร้างธรรมาภิบาลจึงเปรียบเสมือนการเดินทาง
ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด และปัญหาไม่ได้อยู่ที่การสร้างระบบธรรมาภิบาลที่สำเร็จเสร็จสิ้น
ไปในคราวเดียว แต่อยู่ที่การมีพื้นที่ มีตัวละครที่สามารถมีบทบาทในการต่อต้าน
- ต่อกองกับอำนาจ โดยไม่ปล่อยให้เกิดภาวะการรวบอำนาจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด
อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด หากหัวใจสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลคือ การสร้าง
ระบบถ่วงดุลอำนาจ ขบวนการแพทย์ชนบทยังดำรงบทบาทสำคัญในการ
เป็นพลังต่อรองทางการเมืองที่ไม่ปล่อยให้เกิดการรวบอำนาจไว้อย่างเบ็ดเสร็จ
สิ้นเชิง แต่ปัญหาสำคัญที่ต้องพิจารณาต่อไปคือ ทำอย่างไรจะให้ขบวนการ
แพทย์ชนบทสามารถยืนหยัดในอุดมการณ์ของตนเองได้อย่างมั่นคง
ขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) ในสังคมเพื่อเป็น
พลังต่อรองในเวทีการเมืองสุขภาพที่นับวันจะยิ่งเต็มไปด้วยผลประโยชน์ได้





บทนำ

บทบาทของงานการแพทย์ชนบท
ในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ
เป็นบทเรียนที่ควรค่าต่อการศึกษา โดยเฉพาะ
ในสถานการณ์ที่การแพทย์และสุขภาพถูกรุกคืบ
ทั้งจากภาคทุนที่ต้องการแสวงหาผลกำไรและ
จากภาคการเมืองที่มีการต่อสู้และความขัดแย้ง

บทบาทขององค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์ที่ไปทำงานในชนบท ซึ่งสังคมไทยรู้จักกันในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท” (หรือ “ขบวนการแพทย์ชนบท” ในความหมายที่กว้างกว่า) นั้น เป็นที่ยอมรับว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในช่วงเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นชนบท การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งบทบาทด้านการต่อต้านคอร์รัปชัน ซึ่งส่งผลต่อการอภิบาลของระบบสุขภาพอย่างใหญ่หลวง จนอาจกล่าวได้ว่า ชมรมแพทย์ชนบทได้กลายเป็นภาพตัวแทนของการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรม การต่อต้านการทุจริต รวมทั้งการผลักดันการเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูปสำคัญๆ ในประเทศไทยในหลายกรณี

ที่ผ่านมา แม้จะมีการบันทึกหรือศึกษาบทบาทของ “ขบวนการแพทย์ชนบท” อยู่จำนวนหนึ่ง แต่การศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดอย่างน้อยสองประการด้วยกัน คือ

๑. เป็นการศึกษาที่ขาดการตีความและขาดการวิพากษ์อย่างลึก ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการศึกษาต่างๆ ไม่เพียงแต่ทำขึ้นโดยคนในแวดวงแพทย์ชนบทด้วยกันเอง ซึ่งแม้จะมีจุดเด่นในแง่ที่มีการรวบรวมข้อเท็จจริงและบอกเล่าเหตุการณ์หรือพัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทได้อย่างครอบคลุม แต่การวิเคราะห์ก็มักจะเป็นมุมมองของผู้ร่วมขบวนการและเน้นจุดแข็งของขบวนการเป็นสำคัญ การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ให้เห็นปัจจัยต่างๆ ที่รอบด้านจากหลากหลายมุมมอง รวมทั้งการประเมินให้เห็นผลพวงของการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาต่อการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบยังไม่มีมากนัก^๑

๒. การศึกษาที่ผ่านมาติดอยู่กับภาพตัวแทนแบบเหมารวมที่เสนอภาพขบวนการแพทย์ชนบทราวกับมีสาระที่ตายตัว (Essentializing view) มี “จิตวิญญาณ” ของแพทย์ชนบทที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง ไม่ขึ้นกับบริบททางสังคมการเมืองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มุมมองแบบ Essentialism ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงพลวัตภายในของขบวนการแพทย์ชนบท บทบาทที่ปรับเปลี่ยนไป จุดแข็งจุดอ่อน ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งความลักลั่น ความขัดแย้ง การต่อต้าน/ต่อรอง การจำยอมหรือการประนีประนอมที่อาจเกิดขึ้นตลอดเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทได้^๒

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

^๒ ดังเช่นงานของ พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, แพทย์ชนบท จิตวิญญาณที่ไม่เคยจางหาย: การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๑ เนื่องในงานประชุมวิชาการแพทย์ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท, ๒๕๔๙).

บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพเป็นบทเรียนที่ควรค่าต่อการศึกษา โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่การแพทย์และสุขภาพถูกรุกคืบทั้งจากภาคทุนที่ต้องการแสวงหาผลกำไรและจากภาคการเมืองที่มีการต่อสู้และความขัดแย้ง ทั้งในแวดวงวิชาชีพทางการแพทย์และในวงการการเมืองวงกว้างออกไปมีความเข้มข้นและแหลมคมอย่างยิ่ง ในด้านหนึ่งผู้ร่วมขบวนการแพทย์ชนบทได้ขยายบทบาท และเข้าไปมีอำนาจในโครงสร้างองค์กรใหม่ๆ เพื่อการผลักดันแนวคิดและนโยบายจนส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างที่ได้ยากจากกระทรวง ทบวง กรมอื่นๆ^๓ แต่ในขณะเดียวกัน ขบวนการแพทย์ชนบทก็ถูกทำลายอย่างหนักทั้งในระดับการเมืองในองค์กร ระหว่างองค์กร ในพื้นที่สื่อและในวงการการเมืองระดับสูง ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า ที่ผ่านมาขบวนการแพทย์ชนบทได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างอำนาจและผลประโยชน์ในวงการการเมืองเรื่องสุขภาพอย่างไม่อาจปฏิเสธได้

การศึกษาเพื่อวิเคราะห์บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีต่อธรรมาภิบาลและการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพเป็นบทเรียนที่สำคัญ ทั้งในด้านการประเมินผลกระทบ และการเรียนรู้จากบทเรียนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นการทบทวนเพื่อเป็นเสียงสะท้อนให้แก่องค์กรที่มีบทบาทที่ก้าวหน้าทางการเมืองที่สุดองค์กรหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย เพราะหากปราศจากการสะท้อนและวิพากษ์อย่างกล้าหาญมิตรแล้ว องค์กรที่เคยก้าวหน้าที่สุดก็อาจตกอยู่ในบ่วงความคิดที่เหนียวรั้งจนกลายเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพได้

^๓ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทกวนธรรมนูญกับการเมืองสุขภาพ

หากพิจารณาแนวคิดเรื่องธรรมนูญจากมุมมองและรากฐานทางความคิดของสังคมไทย ก็จะพบว่ามียุทธศาสตร์ทางความคิดในประเด็นนี้ปรากฏอยู่พอสมควร แม้ว่าจะไม่ตรงตามหลัก “ธรรมนูญ” ที่นำเข้าจากโลกตะวันตกเสียทีเดียวก็ตาม แต่ก็พอให้ทำความเข้าใจได้ว่า แนวคิดและรูปธรรมของธรรมนูญนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย

ในงานของ วีระ สมบูรณ์ เรื่อง รัฐธรรมนูญในอดีต^๔ ซึ่งทำการศึกษาแนวคิดว่าด้วยเรื่องการปกครองและทัศนะเกี่ยวกับรัฐจากมุมมองของพระพุทธศาสนาผ่านเนื้อความในพระสูตรบทต่างๆ ในจักกวัตติสูตรและสารันทพสูตร ซึ่งเป็นธรรมเกี่ยวกับลักษณะและโครงสร้างของรัฐในสมัยพุทธกาล ได้มีการกล่าวถึงหลักเกณฑ์ที่จะทำให้การเมืองก่อประโยชน์สุขแก่สังคม และดำรงความเป็นรัฐในอุดมคติไว้ได้ โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะถูกปรับใช้กับรูปแบบการปกครองที่ต่างกัน กล่าวคือ จักรวรรดิวัตร เป็นธรรมสำหรับการปกครองที่รวมศูนย์อำนาจในบุคคลคนเดียว และอภิธานียธรรม คือ ธรรมสำหรับการปกครองที่กระจายอำนาจไปสู่กลุ่มบุคคลและพลเมือง

จักรวรรดิวัตร คือ ข้อปฏิบัติอันควรสำหรับผู้ปกครอง เพื่อทำให้เกิดอำนาจและมีและสงบสุขของสังคม ด้วยการคุ้มครองชนกลุ่มต่างๆ ในสังคมอย่างเสมอภาค ดูแลไม่ให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบหรือความไม่เป็นธรรมขึ้นในสังคม สงเคราะห์ผู้ที่ไม่มีทรัพย์ และหมั่นปรึกษาผู้รู้ที่ตั้งมั่นในคุณธรรมว่าอะไรคือกุศลและอกุศล ซึ่งหากผู้ปกครองละเลย ไม่ปฏิบัติตาม “ธรรม” โดยนัยแห่งจักรวรรดิวัตรก็จะนำมาซึ่งความเสื่อม ส่วนหลักอภิธานียธรรม ๗ ประการนั้น เป็นธรรมของการอยู่ร่วมกัน ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับ “ภิกขุสูตร” ที่ถือเป็นวินัยเพื่อการจัด

ระเบียบสังคมในการอยู่ร่วมกันของสงฆ์ โดยหัวใจสำคัญของการอยู่ร่วมกันนั้นอยู่ที่การหมั่นประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ และพร้อมเพรียงกันประชุมปรึกษาและกระทำการต่างๆ ที่ควรทำ ซึ่งหลักการเหล่านี้คล้ายคลึงกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเน้นการประชุม ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น^๕ ซึ่งก็คือ องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการสร้างธรรมนูญตามความหมายในปัจจุบันนั่นเอง

วีระ สมบูรณ์ ยังได้ชี้ให้เห็นว่า หากพิจารณาจากธรรมเกี่ยวกับกาปครองที่พระพุทธเจ้าได้ทรงแสดงผ่านพระสูตรต่างๆ นั้น การใช้ศีลธรรมเป็นตัวกำกับผู้คนและการตัดสินใจว่าปัญหาสังคมเกิดขึ้นจากคนเห็นแก่ตัวนั้นไม่เพียงพอ เพราะนอกจากธรรมของปัจเจกบุคคลแล้ว พระสูตรต่างๆ เหล่านี้ยังได้แสดงให้เห็นถึง “รัฐธรรมนูญ” และ “ประชาธิปไตย” ที่ผู้ปกครองและสาธุชนจะต้องมี คือ นอกเหนือจากธรรมะในระดับบุคคลแล้ว ยังต้องมีการจัดระเบียบสังคมให้ถูกต้องอีกด้วย^๖ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ จำเป็นต้องมีการสร้างวิถีในการจัดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนในสังคม เพื่อให้เกิดระบบที่เป็นธรรมด้วย

นอกจากนี้ ในยุคจารีต ยังมีแนวคิดเรื่องการปกป้องพสกนิกรจากความชั่วร้ายต่างๆ ดังเราจะเห็นตัวอย่างได้จากกฎหมายที่ออกในรัชกาลที่ ๑-๓ สมัยรัตนโกสินทร์ เหตุผลที่ใช้การออกกฎหมายแต่ละฉบับจะอ้างอิงถึงแนวคิดเรื่องความเป็นพระโพธิสัตว์ของกษัตริย์ที่ป้องกันไม่ให้ประชาชนทำความชั่วและพาประชาชนให้พ้นทุกข์ในวัฏสงสาร^๗ “ธรรม” ของกษัตริย์จึงถือเป็นกลไกธรรมนูญของรัฐในยุคจารีต

^๔ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕), หน้า ๓๒-๓๔.

^๕ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๓-๓๔.

^๖ ดูตัวอย่างการออกพระราชกำหนดและการให้เหตุผลดังที่อ้างได้ใน กรมศิลปากร, กฎหมายตราสามดวง (กรุงเทพฯ, กรมศิลปากร, ๒๕๒๑), หน้า ๗๖๓, ๗๖๔-๗๗๐.

^๗ วีระ สมบูรณ์, รัฐธรรมนูญในอดีต (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บุกส์, ๒๕๕๑)

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง จากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาสู่การปกครองแบบประชาธิปไตยในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ที่เป็นผลมาจากการก่อการของคณะราษฎร โดยคณะผู้ก่อการเหล่านี้มีแนวความคิดว่า การปกครองที่ผ่านมาในระบอบกษัตริย์ ไม่ได้ประกอบไปด้วยความเป็นธรรม จึงต้องทำการเปลี่ยนแปลง ดังคำประกาศของคณะราษฎร ที่โจมตีการปกครองโดยกษัตริย์ว่า มีแต่ความทุจริต ใช้อำนาจโดยมิชอบ การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการมีการเล่นพรรคพวก ปราศจากความเป็นธรรม ทำให้บ้านเมืองเศรษฐกิจตกต่ำ^๙ เป้าหมายของการบริหารบ้านเมืองของคณะราษฎรหลังจากการยึดอำนาจคือ

ประเทศต้องมีความเป็นเอกราชอย่างพร้อมบูรณ์ ราษฎรจะได้รับความปลอดภัย ทุกคนจะมีงานทำไม่ต้องอดตาย ทุกคนจะมีสิทธิเสมอกัน และมีเสรีภาพพ้นจากความเป็นไพร่เป็นข้าเป็นทาสของพวกเจ้า หมดยศที่เจ้าจะทำนาบนหลังราษฎร สิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา คือ ความสุขความเจริญอย่างประเสริฐ ซึ่งเรียกกันเป็นศัพท์ว่า “ศรีอาริย์” นั้นก็จะพึงบังเกิดแก่ราษฎรถ้วนหน้า^{๑๐}

แม้สิ่งที่คณะราษฎรต้องการคือ ความกินดีอยู่ดี ไม่อดตายและมีเสรีภาพจะเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยังไม่ได้มีการเน้นในเรื่องของสุขภาพ จนกระทั่งในช่วงทศวรรษ ๒๔๘๐-๒๔๙๐ ซึ่งถือเป็นรอยต่อระหว่างยุคเก่าและยุคใหม่ รัฐบาลภายใต้การนำของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในคณะราษฎร แต่มีแนวคิดการพัฒนาประเทศแบบที่ใช้แนวทางทหารนิยมและชาตินิยมเป็น

แรงผลักดันให้ชาติก้าวหน้า ตามแบบอย่างของประเทศญี่ปุ่น เยอรมนี และอิตาลี ซึ่งในเวลานั้นประเทศเหล่านี้ มีแนวทางการบริหารประเทศด้วยการให้อำนาจแก่ผู้นำสูงสุดแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ดำเนินนโยบายพัฒนาประเทศตามลัทธิชาตินิยมทหารเพื่อสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ ดังนั้นการพัฒนากำลังคนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่ง^{๑๑} มีการพัฒนาปรับปรุงหน่วยงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการขยายระบบบริการสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองหรือชนบทต่างๆ โดยการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด ซึ่งในช่วงแรกกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดนก่อน เนื่องจากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย “อวดธง” เพื่อแสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของตะวันตก จังหวัดที่มีการสร้างโรงพยาบาลขึ้นในยุคแรก ได้แก่ อุบลราชธานี หนองคาย และนครพนม^{๑๒} แม้ว่าการสร้างโรงพยาบาลชายแดนจะมีเป้าหมายเพื่อแสดงตนเป็นมหาอำนาจของรัฐบาลในเวลานั้น มากกว่าจะมุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง แต่ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการขยายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยออกไปในชนบทโดยรัฐ ขณะเดียวกัน การสร้างโรงพยาบาลชายแดนในครั้งนั้นได้เกิดปรากฏการณ์เล็กๆ เรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเสมือนตำนานการเริ่มต้นของขบวนการแพทย์ชนบทกับการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย

^๙ ดูเนื้อหาของประกาศคณะราษฎร ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๕ ได้ใน ขาววิทย์ เกษตรศิริ, ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๑๒๓-๑๒๖.

^{๑๐} ขาววิทย์ เกษตรศิริ, ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๔๔.

^{๑๑} สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๘๕.

^{๑๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๗.

กรณีโรงพยาบาลเชียงรายได้ประสบเคราะห์ : ปฐมบทการจัดตั้งจากชายขอบ

จากนโยบายของรัฐบาลดังกล่าว ในปี พ.ศ. ๒๔๘๐ พระพรมนทรานุรักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ จึงเริ่มสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ขึ้น โดยการเรียกรายได้จากประชาชน ซึ่งชาวเชียงใหม่ทั้งรายและจนต่างช่วยกัน บริจาคทรัพย์และที่ดินจนเพียงพอที่จะก่อสร้างโรงพยาบาลได้ ด้วยเหตุที่ ทุนทรัพย์ที่ใช้เป็นของประชาชน โรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้รับการตั้งชื่อว่า “โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์” อันหมายถึง โรงพยาบาลของจังหวัด เชียงใหม่ที่สร้างขึ้นด้วยความอนุเคราะห์ของประชาชน ซึ่งต่างจากการสร้าง โรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ก่อนหน้านั้น ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยงบประมาณจาก ส่วนกลางเป็นหลัก^{๑๒}

โดยระเบียบการเงินการคลังของราชการแล้ว รายได้ของโรงพยาบาลทุก แห่งจะต้องส่งคืนกระทรวงการคลัง แต่นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในยุคนั้น ปฏิเสธที่จะส่งเงินรายได้ของโรงพยาบาลคืนแก่ “หลวง” โดยได้ชี้แจงเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบแก่พระยาไชยยศสมบัติ รัฐมนตรีว่าการคลังในสมัยนั้นว่า “โรงพยาบาลนี้ รัฐบาลไม่ได้ออกเงินสร้าง สักบาทเดียว ชาวบ้านเขาออกเอง ถ้าผมเอาเงินจำนวนนี้ไปให้รัฐบาล ผมไม่รู้ จะเอาอะไรมารักษาชาวบ้าน เงินนี้มันเป็นวงจรรอเอาเงินไปซื้อยามาให้ชาวบ้าน หมุนเวียนไป”^{๑๓} พระยาไชยยศสมบัติ ซึ่งใจกว้างพอที่จะยอมรับเหตุผลของ นายแพทย์หนุ่มแห่งโรงพยาบาลชายแดน จึงได้มีคำสั่งให้โรงพยาบาลไม่ต้อง

นำเงินรายได้ส่งคืนคลัง แต่ให้เก็บเป็นเงินทุนสะสมของโรงพยาบาล กลายเป็น ที่มาของระบบ “เงินบำรุง” ที่ทำให้โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศมีความคล่อง ตัวด้านการเงินและสามารถพัฒนาเติบโตมาจนกระทั่งทุกวันนี้^{๑๔} ประเทศเวลานั้นอยู่ภายใต้บรรยากาศของการสร้างชาติโดยการนำของ “ท่านผู้นำ” อย่าง จอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งเน้นการรวมศูนย์อำนาจและการสร้างสำนึกความเป็น หนึ่งเดียวของชาติเพื่อความเป็นชาติมหาอำนาจ และมีความพยายามใน การสร้าง “สิ่งประดิษฐ์ทางวัฒนธรรม” เพื่อสร้างสำนึกความเป็นหนึ่งเดียวกัน ของชาติ การกระทำของนายแพทย์เสม ที่ต้องการจะคงเงินรายได้ของโรง พยาบาลไว้ใช้จ่ายเพื่อผลประโยชน์ของชาวบ้านในท้องถิ่น โดยไม่ส่งคืนมายัง ส่วนกลาง จึงถือเป็นปฐมบทของการขัดแย้งอำนาจรวมศูนย์เข้าสู่ส่วนกลาง และ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะไม่ได้เกิดจากความต้องการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ อย่างถอนรากถอนโคน แต่กระนั้นก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อ ระบบการเงินการคลังในโรงพยาบาล จนพัฒนาต่อมาเป็นระบบ “เงินบำรุง” ที่เป็นหัวใจของระบบการเงินในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

แม้ว่า จอมพล ป. พิบูลสงคราม จะแสดงตนว่าเป็นผู้นำที่มีแนวคิดแบบ ชาตินิยมทหาร แต่อย่างไรก็ดี จอมพล ป. พิบูลสงคราม ก็ยังเป็นผลผลิตของ คณะราษฎรที่คำนึงถึงความชอบธรรมในเรื่องอำนาจการปกครองที่มาจาก ประชาชน แต่จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่ทำการรัฐประหารยึดอำนาจมาจาก จอมพล ป. พิบูลสงคราม แนวคิดเรื่องความชอบธรรมของอำนาจก็ได้รับการ นิยามขึ้นมาใหม่ ในงานของ ทักษิณ ชินวัตร เรื่อง การเมืองระบบพ่อขุน

^{๑๒} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสร้างโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ตามนโยบาย วัตถุประสงค์ของรัฐบาลคณะราษฎรได้ใน สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๖๐-๘๐.

^{๑๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๘๐.

^{๑๔} พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกียรติศักดิ์ วัชรกุลเกียรติ และ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, บรรณาธิการ, ตำนานพ่อเสมบิดาแห่งแพทย์ชนบทไทย (กรุงเทพฯ: ทวีโชคการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๒๗.

อุปถัมภ์แบบเผด็จการ^{๕๕} ซึ่งเป็นงานศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและลักษณะการเมืองการปกครองสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ชี้ว่า แม้จะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่รัฐบาลสมัยจอมพลสฤษดิ์ ก็ได้สถาปนาระบบผู้นำเผด็จการที่พร้อมจะใช้มาตรการอันเด็ดขาดและรุนแรงถึงขั้นสังหารชีวิตบุคคลที่เห็นว่าเป็น “ศัตรูแห่งรัฐและความดีงามของสังคม” และประกาศตนเป็นผู้รับผิดชอบการกระทำดังกล่าวแต่เพียงผู้เดียว

หลักฐานสำคัญที่ชี้ให้เห็นลักษณะดังกล่าวมาข้างต้นคือ การใช้อำนาจนายกรัฐมนตรีของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่สามารถออกคำสั่งประหารชีวิตได้โดยอาศัยกฎหมายมาตรา ๑๗ ของธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๐๒ ความว่า^{๕๖}

ในระหว่างที่ใช้ธรรมนูญนี้ ในกรณีที่นายกรัฐมนตรีเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการระงับหรือปราบปรามการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลายความมั่นคงของราชอาณาจักรหรือราชบัลลังก์ หรือการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลาย ก่อวุ่น หรือคุกคามความสงบที่เกิดขึ้นภายใน หรือมาจากภายนอกราชอาณาจักร ให้นายกรัฐมนตรีโดยมติของคณะรัฐมนตรีมีอำนาจสั่งการ หรือการกระทำใดๆ ได้ และให้ถือว่าคำสั่งหรือการกระทำเช่นนั้นเป็นคำสั่งหรือการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

เมื่อนายกรัฐมนตรีได้สั่งการหรือกระทำการใดไปตามความในวรรคก่อนแล้ว ให้นายกรัฐมนตรีแจ้งในสภาทราบ

เนื้อความดังกล่าว สะท้อนชัดเจนถึงอำนาจเผด็จการของผู้นำที่สามารถตัดสินโทษสูงสุด คือ การประหารชีวิตบุคคลได้ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการ

^{๕๕} ทักษิณ เจริญศิริ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๕๒)

^{๕๖} ธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๐๒.

ยุติธรรมหรือการตรวจสอบใดๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ จนถึง พ.ศ. ๒๕๐๖ จอมพลสฤษดิ์ได้ใช้มาตรา ๑๗ เพื่อสั่งประหารชีวิตบุคคลจำนวนถึง ๑๑ คน ในจำนวนนี้ถูกประหารชีวิตเนื่องจากการลอบวางเพลิง ๕ คน, ผลิตเฮโรอีน ๑ คน, เป็นผู้นำในการก่อจลาจลแบบนักรบ ๑ คน และถูกประหารชีวิตเนื่องจากข้อหาเกี่ยวกับลัทธิคอมมิวนิสต์จำนวน ๔ คน^{๕๗} การตัดสินโทษประหารชีวิตแก่บุคคลเหล่านี้ถือว่ามีความถูกต้องชอบธรรม ทั้งในแง่ของกฎหมาย (มาตรา ๑๗) และคติในเรื่องการบริหารปกครองบ้านเมืองของจอมพลสฤษดิ์เอง

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าแนวคิดหลักเรื่อง “ความเป็นธรรม” ในสมัยจอมพลสฤษดิ์นั้นแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงกับหลักการ “ธรรมาภิบาล” จากตะวันตกที่แพร่หลายในปัจจุบัน และหากเราตีความตามคิดเรื่องธรรมาภิบาลยุคใหม่ ก็อาจเข้าใจว่า การกระทำของจอมพลสฤษดิ์นั้นปราศจากซึ่งความชอบธรรมและไม่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล แต่หากพิจารณาตามบริบทของยุคนั้น ก็จะพบว่า การบริหารบ้านเมืองของจอมพลสฤษดิ์นั้นไม่เพียงแต่มี “ความชอบธรรม” และ “เป็นธรรม” ในความรับรู้ของประชาชนในยุคนั้นเท่านั้น แต่ประชาชนยัง “รู้สึกหลงใหลไปกับผู้นำที่เข้มแข็งและกล้าตัดสินใจ”^{๕๘} ด้วยเพราะแนวคิดเรื่อง “ความชอบธรรม” ในยุคสมัยนั้นได้ผูกโยงกับ “ตัวบุคคล” ซึ่งก็คือ ผู้นำที่สามารถรักษาความสงบมั่นคงเรียบร้อยแห่งรัฐได้นั่นเอง

เมื่อจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ถึงแก่อสัญกรรมลง จอมพลถนอม กิตติขจร ได้เป็นนายกรัฐมนตรีและพยายามสืบทอดอำนาจการปกครองแบบเผด็จการ แม้ว่าจะมีการประกาศใช้ธรรมนูญการปกครองราชอาณาจักรฉบับใหม่ในวันที่

^{๕๗} ทักษิณ เจริญศิริ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๕๒) หน้า ๒๓๙.

^{๕๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๐.

๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๕ แต่ในธรรมนูญฉบับนี้ก็ยังคงมีข้อความเหมือนธรรมนูญการปกครองสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ รวมทั้งยังคงมีมาตรา ๑๗ อยู่เช่นเดิม และมีบทบัญญัติทั้งหมด ๒๓ มาตรา บัญญัติให้มีสภาเดียวเรียกว่า สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีสมาชิกทั้งหมด ๒๙๙ คน ซึ่งเป็นทหารตำรวจเสียเกือบ ๒๐๐ คน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นเพียงการปรับรูปแบบภายนอกเท่านั้น แต่เนื้อหาภายในนั้นยังเป็นการรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่กลุ่มของจอมพลถนอม จึงไม่เป็นประชาธิปไตยตามบทบัญญัติที่แท้จริง^{๑๙}

นอกจากการผูกขาดและรวบอำนาจทางการเมืองสูงสุดไว้ที่กลุ่มผู้นำแล้ว รัฐบาลยังจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการร่วมดำเนินกิจกรรมหรือเรียกร้องสิทธิทางการเมืองใดๆ ในช่วงนั้นรัฐบาลมีความหวาดระแวงอย่างมากต่อการแทรกซึมของอุดมการณ์ลัทธิคอมมิวนิสต์ จึงมีการใช้อำนาจอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในการจับกุมประชาชนที่วิพากษ์วิจารณ์รัฐบาลหรือมีความขัดแย้งกับผู้ใช้อำนาจด้วยข้อหาที่ว่าบุคคลเหล่านั้น “มีการกระทำความผิดเป็นคอมมิวนิสต์”^{๒๐}

แม้ว่ารัฐบาลเผด็จการทหารของจอมพลถนอม กิตติขจร จะพยายามลดทอนสิทธิเสรีภาพและดำเนินนโยบายปิดหูปิดตาประชาชน แต่ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนการขยายตัวของระบบการศึกษา กลับส่งผลให้เกิดการก่อตัวของแนวคิดเกี่ยวกับ “ความเป็นธรรม” แบบใหม่ที่มีได้อิงกับตัวผู้นำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้นำไม่ได้แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม แต่กลับมีพฤติกรรมฉ้อฉลด้วยแล้ว จึงนำมาสู่การก่อตัวของกระแสเรียกร้องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบและต่อต้านเผด็จการและการใช้อำนาจโดยมิชอบ แนวคิดเรื่อง “ความเป็นธรรม” ที่เปลี่ยนแปลงไปจาก

ยุคก่อนสะท้อนเป็นรูปธรรมชัดเจนจากเหตุการณ์การเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น การรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชันและการเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร

การรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชันของนิสิตจุฬาฯ พ.ศ. ๒๕๑๓

ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. ๒๕๑๓ นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้เดินขบวนประท้วงการคอร์รัปชัน ไปยังพระที่นั่งอนันตสมาคมซึ่งเป็นที่ตั้งของรัฐบาลในเวลานั้น ด้วยสาเหตุจากเรื่องการทุจริตเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ดินและการเงินของมหาวิทยาลัย ที่ถูกตีพิมพ์ในวารสาร “จุฬาสาร” ฉบับเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๓ ซึ่งเป็นหนังสือของสโมสรนิสิต นิสิตราว ๕ พันคนได้มาชุมนุมกันตั้งแต่วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๑๓ และนักศึกษาได้เดินขบวนเพื่อเรียกร้องให้ผู้บริหารมหาวิทยาลัยลาออก โดยเหตุที่มีการนำที่ดินของมหาวิทยาลัยไปแสวงหาผลประโยชน์ทางการค้า ซึ่งเป็นเรื่องไม่สมควร เนื่องจากที่ดินของจุฬาฯ ได้มาจากการพระราชทานของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ให้ใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา

นักศึกษาได้เคลื่อนขบวนไปเพื่อขอพบจอมพลถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น เพื่อให้มีการสอบสวนและลงโทษผู้ที่ทุจริตในกรณีดังกล่าว แม้ว่าจะไม่ได้เข้าพบนายกรัฐมนตรี แต่ก็มี การตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อสอบสวนเรื่องนี้ แต่ผลการสอบสวนกลับพบความน่าสงสัยหลายประการ จนทำให้นิสิตนักศึกษาได้เขียนจดหมายเปิดผนึกถึงจอมพลถนอม กิตติขจร และตีพิมพ์จดหมายนี้ลงในจุฬาสาร เพื่อแสดงความมุ่งมั่นจริงจังของนิสิตที่ต้องการเห็นความรับผิดชอบต่อกรณีดังกล่าว ซึ่งในจดหมายมีการเขียนเตือนด้วยว่า^{๒๑}

^{๑๙} สันติสุข โสภณศิริ, ปฐมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๗.

^{๒๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๖.

^{๒๑} ประจักษ์ ก้องกีรติ, “ก่อนจะถึง ๑๔ ตุลาคม: ความเคลื่อนไหวทางการเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนภายใต้ระบอบเผด็จการทหาร (พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๑๖),” วิทยานพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๐, หน้า ๓๖๔-๓๗๐.



ไม่ว่าท่านเหล่านั้น จะอยู่ในวงการเมือง วงการศึกษา วงการราชการ วงการอื่นใด ท่านโปรดอย่าได้ทำอะไรที่ไม่ชอบด้วยครรลองธรรมอีกต่อไป นิสิตนักศึกษาไม่เฉพาะแต่จุฬา แต่เกษตร ธรรมศาสตร์ สงขลา เชียงใหม่ การศึกษา ขอนแก่น ทุกสถาบันนี้พร้อมที่ดั่งตัวเป็นปฏิปักษ์ต่อท่านเหล่านี้ พวกเรานิสิตมิได้เป็นพรรคพวกของผู้หนึ่งผู้ใดหรือกลุ่มหนึ่งกลุ่มใด แต่สำนึกของเราขอเป็นข้าพระบาทของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระองค์เดียว^{๒๒}

ภายใต้กระแสความเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม จากการตกอยู่ภายใต้ระบอบเผด็จการทหารมาเป็นระยะเวลายาวนานทำให้ความไม่พอใจต่อรูปแบบการปกครองที่เป็นอยู่ แผ่ขยายไปสู่คนแทบจะทุกกลุ่ม และกลุ่มที่สำคัญคือ นิสิตนักศึกษาซึ่งอยู่ในวัยหนุ่มสาวเปี่ยมไปด้วยอุดมการณ์และความหวังที่จะเห็นอนาคตที่ดีกว่าเดิม การเดินขบวนเรียกร้องของนิสิตจุฬาฯ ให้มีการจัดการปัญหาคอร์รัปชันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในครั้งนี้ เป็นการเดินขบวนครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่การยึดอำนาจของจอมพลสฤษดิ์ ใน พ.ศ. ๒๕๐๐ เป็นต้นมา^{๒๓} ก่อนที่จะมีเหตุการณ์ให้สังคมตื่นตัวในการตรวจสอบจนนำไปสู่การโค่นล้มระบอบเผด็จการทหารใน พ.ศ. ๒๕๑๖

การเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร

วันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๖ เฮลิคอปเตอร์ลำหนึ่งของกองทัพบกตกในเขตอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม มีผู้เสียชีวิต ๖ คน บาดเจ็บสาหัส ๔ คน

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

^{๒๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๖๙.

ทั้งยังพบซากสัตว์ป่าจำนวนมาก รวมไปถึงอาวุธปืนที่ใช้ล่าสัตว์หลายกระบอก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้มีการเข้าไปตรวจสอบโดยสื่อหนังสือพิมพ์ ขณะเดียวกัน กลุ่มอนุรักษ์ ๔ สถาบัน ได้แก่ ชมรมอนุรักษ์ธรรมชาติและทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กลุ่มอนุรักษ์สภาพแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มอนุรักษ์ป่า ชมรมนิเวศวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มอนุรักษ์ธรรมชาติและสภาพแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ได้ออกแถลงการณ์เปิดโปง โดยมีหลักฐานเป็นพยานบุคคลและภาพถ่ายยืนยันว่า มีกลุ่มบุคคลกว่า ๕๐ คน เดินทางเข้าไปตั้งแคมป์ในป่าทุ่งใหญ่เพื่อทำการล่าสัตว์ ในวันที่ ๒๗ เมษายน

กลุ่มนักศึกษาได้ออกเดินทางติดตามคณะดังกล่าว จนพบแคมป์ของกลุ่มนี้ตั้งอยู่ที่ริมห้วยเซาไ่ว่ และยังได้เห็นเฮลิคอปเตอร์จอดอยู่อีกลำหนึ่ง จึงเข้าพูดคุยด้วยและได้รับคำตอบจากบุคคลในคณะล่าสัตว์ดังกล่าวว่า พวกตนทราบดีว่าการเข้ามาล่าสัตว์ในบริเวณนี้เป็นการละเมิดกฎหมาย เนื่องจากป่าทุ่งใหญ่นเรศวรอยู่ระหว่างการเตรียมการจัดตั้งเป็นเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า กรมป่าไม้จึงได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปสำรวจตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ดังนั้นการเข้ามาล่าสัตว์ในเขตทุ่งใหญ่ฯ จึงเป็นการละเมิด พ.ร.บ. สงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๐๓^{๒๔}

แม้จะทราบว่ามีผิด แต่คณะบุคคลดังกล่าวมีข้ออ้างว่า ต้องการผ่อนคลายนารมณ และสัตว์ก็มีจำนวนมากล่าเท่าไรก็ไม่หมด ในคืนดังกล่าวคณะนี้ยังได้จัดงานฉลองวันคล้ายวันเกิดให้กับนายตำรวจระดับรองผู้กำกับคนหนึ่งซึ่งมาร่วมคณะมาด้วย ก่อนเรื่องทั้งหมดจะเปิดเผยสู่สาธารณชนด้วยเหตุการณ์

^{๒๔} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๘-๒๕๐. และชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

เฮลิคอปเตอร์ตก^{๒๕} การรายงานข่าวของหนังสือพิมพ์ถูกรัฐบาลแทรกแซงโดยการขอให้งดเสนอข่าว ทำให้สมาคมหนังสือพิมพ์ นักหนังสือพิมพ์ และสมาคมนักข่าว ออกแถลงการณ์คัดค้านการแทรกแซง^{๒๖} ด้านจอมพลถนอม กิตติขจร และ จอมพลประภาส จารุเสถียร ได้ให้ข่าวกรณีเฮลิคอปเตอร์ตกว่า เจ้าหน้าที่ทั้งหมดกำลังเดินทางไปปฏิบัติราชการลับบริเวณแนวชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อจัดการด้านความปลอดภัยในระหว่างที่นายพลเนวิน จากประเทศพม่าเดินทางมาเยือนประเทศไทย แต่ด้วยแรงกดดันจากเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของสาธารณชนและสื่อมวลชน ทำให้รัฐบาลต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นมาสอบสวนเรื่องดังกล่าว

ผลการสอบสวนปรากฏว่า การนำเฮลิคอปเตอร์ไปใช้ครั้งนี้ มีบุคคลบางคนในแคมป์พักได้ทำการล่อลวงซึ่งเป็นการผิดกฎหมายจริง ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทยร่วมกับชมรมอนุรักษ์ ๔ สถาบัน จึงพิมพ์หนังสือ “บันทึกกลับจากทุ่งใหญ่” ออกเผยแพร่และกล่าวกันว่ามีส่วนให้ความสนใจหนังสือเล่มดังกล่าวมาก จนขายหมด ๕,๐๐๐ เล่มในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ในหนังสือดังกล่าวมีข้อความล้อเลียนการต่ออายุราชการของจอมพลถนอม กิตติขจร โดยเปรียบเทียบกับกรณีทุ่งใหญ่ฯ ว่า “ด้วยสถานการณ์ในทุ่งใหญ่นับว่าเป็นที่น่าไว้วางใจ จึงเสนอต่ออายุการทำงานของกระหังจำฝูงเป็นเวลาอีก ๑ ปีกระหัง” จากสภารักษาความปลอดภัยแห่งชาติกระหัง^{๒๗}

^{๒๕} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๕๑. และ ชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

^{๒๖} ชาติชาย มุกสง, “เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/เฮลิคอปเตอร์เบลล์ตกที่จังหวัดนครปฐม> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕]

^{๒๗} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, หน้า ๒๕๒.

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๖ ชมรมคนรุ่นใหม่ออกหนังสือ “มหาวิทยาลัยที่ยังไม่มีคำตอบ” โดยมีข้อความล้อเลียนจอมพลถนอมคล้ายกับในหนังสือ “บันทึกกลับจากทุ่งใหญ่” ไปตีพิมพ์ ทำให้ ดร.ศักดิ์ ฝาสุกนิรันดร์ อธิการบดีในเวลานั้น สั่งลบชื่อนักศึกษาจากชมรมคนรุ่นใหม่ ๙ คน ออกจากมหาวิทยาลัย ซึ่งบางคนเป็นคนที่มิใช่เสียงรู้จักกันดีในปัจจุบัน เช่น วิสา คัญทัพ ชานี ศักดิ์เศรษฐ์ สมพงษ์ สระกวี ประเดิม ดำรงเจริญ เป็นต้น ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวคัดค้านอย่างต่อเนื่อง จากกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง ขยายไปสู่ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ที่นำโดยธีรยุทธ บุญมี นำขบวนนักศึกษากว่า ๔,๐๐๐ คนไปประท้วงที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย ในวันที่ ๒๑ มิถุนายน เพื่อเรียกร้องให้ทบวงมหาวิทยาลัยสั่งให้มหาวิทยาลัยรามคำแหงรับนักศึกษาทั้ง ๙ คนกลับเข้าเรียน พร้อมทั้งอภิปรายปัญหาบ้านเมืองและเรียกร้องให้รัฐบาลคืนอำนาจให้ประชาชน โดยการประกาศใช้รัฐธรรมนูญภายใน ๖ เดือน^{๒๘}

ข้อเรียกร้องดังกล่าว นำมาซึ่งคำสั่งปิดมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยวิชาการศึกษาในกรุงเทพฯ ทุกแห่ง แต่กลับทำให้นักศึกษาออกมาชุมนุมกันมากขึ้นไปอีก แรงกดดันจากการชุมนุมทำให้ในท้ายที่สุด นักศึกษาทั้ง ๙ คนได้กลับเข้าเรียน และ ดร.ศักดิ์ ได้ลาออกจากตำแหน่ง ก่อนที่จะเลิกการชุมนุมในครั้งนั้น นักศึกษาทั้งหลายได้ตกลงกันว่า หากรัฐบาลไม่ยอมคืนรัฐธรรมนูญให้แก่ประชาชน ก็จะกลับมาพบกันที่เดิมในอีก ๖ เดือนข้างหน้า^{๒๙}

ความคับข้องใจที่มีต่ออำนาจของรัฐบาลเผด็จการทหารที่สืบเนื่องมาหลายสิบปี ทำให้เหตุการณ์เล็กๆ อย่าง การตรวจสอบการทุจริตของนิสิตจุฬาฯ หรือกรณีการล่อลวงในทุ่งใหญ่นเรศวร สามารถระดมผู้คนมาร่วมชุมนุมเป็นจำนวนนับพัน นับหมื่นได้ ความฉ้อฉลต่างๆ ของกลุ่มผู้นำ ทำให้นักศึกษา

^{๒๘} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ, (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๕๔-๒๕๕.

^{๒๙} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๕๗



ประชาชนไม่อาจยอมให้ใครเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จ แต่ต้องการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาของชาติด้วย เหตุการณ์เล็กๆ ดังกล่าวจึงกลายเป็นจุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวทางการเมืองของขบวนการนิสิตนักศึกษาและประชาชนจนนำไปสู่เหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ที่พลังมวลชนได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่โค่นล้มอำนาจเผด็จการทหารในที่สุด

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงในเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากเงื่อนไขและบริบทแวดล้อมหลายด้าน แต่การตั้งคำถามต่อความชอบธรรมของอำนาจและสำนึกของการมีส่วนร่วมต่อการเข้ามาดูแลประเทศของคนรุ่นหนุ่มสาวก็เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งยังกลายเป็นพลังผลักดันสำคัญของกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเวลานั้น ซึ่งหมายรวมถึงผู้ที่จักกลายมาเป็นกลุ่มแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา ให้รักษาอุดมการณ์แห่งยุคสมัยมาใช้เป็นแรงบันดาลใจในการสร้างธรรมาภิบาลของระบบต่อไป

สถานการณ์ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปสุขภาพได้ส่งผลให้ระบบสุขภาพไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ทั้งในแง่ของการพัฒนานโยบาย การปฏิรูปโครงสร้างกลไกระบบสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการทางสังคมต่างๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพในความหมายกว้าง

แม้ว่าในอดีตระบบอภิบาลสุขภาพไทยจะอาศัยระบบราชการและกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการเป็นสำคัญ และมีลักษณะเด่นคือ การรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่หน่วยงานระดับกระทรวงเป็นหลัก แต่ภายหลังจากการตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ แล้ว ก็ได้มีการจัดตั้งองค์กรด้านสุขภาพระดับชาติเพิ่มขึ้นอีก ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

แห่งชาติ (สปรช.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ภายหลังจากร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จ จึงเปลี่ยนเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข^{๓๐}

นอกจากนั้น ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพยังให้ความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและองค์กรภาคประชาชนต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การทำให้ระบบสุขภาพเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ได้มีการนำข้อเสนอแนะและทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆ จากเวทีประชาคมเข้ามาสู่ระเบียบวาระการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติก็ได้ถูกอภิปรายและถกเถียงในหมู่องค์กรประชาสังคมในแง่มุมต่างๆ ทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนทางความคิดและความคาดหวังระหว่างคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพ คณะทำงานและอนุกรรมการต่างๆ ตลอดจนประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนมากโดยผ่านการจัดให้มีเวทีประชาคมตามพื้นที่ต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกว่า ๕๐,๐๐๐ คน ซึ่งมาจากองค์กรต่างๆ กว่า ๓,๓๐๐ องค์กร กระบวนการปรึกษาหารือและกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ได้สร้างฐานแนวร่วมอย่างกว้างขวางขึ้นในภาคประชาสังคม จนนำมาสู่การสร้างเวทีสมัชชาสุขภาพระดับประเทศ^{๓๑}

^{๓๐} วิรุฬ ลิ้มสวาท, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการ พัฒนา (นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒), หน้า ๙.

^{๓๑} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๒๐-๑๒๑.

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในแง่ของกลไกการอภิบาลและการ
สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนดังกล่าวถือเป็นมิติสำคัญในการสร้างระบบ
บริหารจัดการหรือธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพในปัจจุบัน





→ บทที่

การทบทวนเชิงประวัติศาสตร์ :
กรณีศึกษาเหตุการณ์ที่สะท้อนบทบาท
ของขบวนการแพทย์ชนบทต่อการสร้าง
ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทเป็น “ผลผลิต” ของประวัติศาสตร์ ที่ก่อกำเนิด
จากปัจจัยและเงื่อนไขทางสังคมการเมืองในแต่ละยุคสมัย ในขณะเดียวกัน
ก็เป็น “เหตุปัจจัย” สำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละ
ยุคสมัยด้วย ซึ่งพัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทในแต่ละช่วงจะสัมพันธ์
กับบทบาทในการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การวิเคราะห์
บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลระบบสุขภาพนี้อาศัย
การศึกษาทั้งจากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์
บุคคลและสัมภาษณ์กลุ่ม โดยเน้นไปที่พัฒนาการของชมรมแพทย์ชนบท
ซึ่งเป็นองค์กรเคลื่อนไหวที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ในที่นี้สามารถ
แบ่งยุคสมัยของขบวนการแพทย์ชนบทออกเป็น ๖ ยุค โดยสัมพันธ์กับบริบท
ทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองได้ดังนี้ คือ

ยุคที่ ๑ ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ ถึงก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖

พัฒนาการของระบบสาธารณสุขในชนบทตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ ๒๔๙๐ ถึงทศวรรษ ๒๕๑๐ นั้น ดำเนินไปภายใต้บริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับสงครามเย็นและการเมืองระหว่างประเทศภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ กล่าวคือ เมื่อสงครามโลกครั้งที่ ๒ สิ้นสุดลง ประเทศมหาอำนาจได้แบ่งออกเป็น ๒ ฝ่ายที่มีอุดมการณ์ทางการเมืองแตกต่างกัน คือ ฝ่ายโลกเสรีประชาธิปไตย นำโดยสหรัฐอเมริกาและกลุ่มพันธมิตร และอีกฝ่ายคือ ฝ่ายคอมมิวนิสต์ ซึ่งนำโดยสหภาพโซเวียต ทั้งสองฝ่ายต่างแข่งขันกันขยายอิทธิพลอำนาจและอุดมการณ์ทางการเมืองเข้าสู่ประเทศต่างๆ ในแถบเอเชีย ละตินอเมริกา และแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเทศจีนเปลี่ยนเป็นคอมมิวนิสต์ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ สหรัฐอเมริกาซึ่งตื่นตระหนกต่อการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ จึงเร่งขยายบทบาทครอบงำและเสริมสร้างอิทธิพลของตนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากขึ้น โดยมีไทยเป็นเป้าหมายและฐานที่มั่นสำคัญในการต่อต้านคอมมิวนิสต์^{๓๑}

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

การขยายอิทธิพลของสหรัฐอเมริกาเข้ามายังประเทศไทยผ่านรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ นั้น อยู่บนฐานของแนวคิดที่ว่าด้วย “การพัฒนา” ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่สหรัฐฯ ใช้ในการแย่งชิงมวลชนกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ในช่วงสงครามเย็น^{๓๒} โดยรัฐบาลเผด็จการทหารของไทยในยุคนั้น ก็ตอบรับแนวคิดและนโยบายการพัฒนาต่างๆ ของสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างดี เพราะเป็นโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรและงบประมาณจำนวนมากจากสหรัฐฯ

แนวคิดที่ว่าด้วย “การพัฒนา” ที่สหรัฐฯ ส่งผ่านมายังรัฐบาลไทยในยุคจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ สะท้อนเป็นรูปธรรมชัดเจนจากความพยายามในการจัดทำและประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ซึ่งต่อมามีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขขึ้น เพื่อใช้เป็นแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ และเพื่อให้การดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๐๙) ก็ได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางพัฒนาการสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนด้วย ยุคของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของยุคแห่งการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทอย่างมีการวางแผน

อย่างไรก็ตาม แนวคิดและนโยบายการขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองหรือชนบทต่างๆ ได้เริ่มก่อตัวขึ้นมาตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๗๗ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาล และให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในช่วงแรกให้สร้างขึ้นตามชายแดนก่อน

^{๓๑}ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย, พิมพ์ครั้งที่ ๑ (กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า, ๒๕๓๔), หน้า ๔๐๖.

^{๓๒}ดูรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดที่ว่าด้วยการพัฒนาของประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็นได้ใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณ์ และความเป็นอื่น, พิมพ์ครั้งที่ ๕ (กรุงเทพฯ: วิชา, ๒๕๕๔).

เนื่องจากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย “อวดตรง” เพื่อแสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของตะวันตก แต่ทว่าในปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ซึ่งเป็นปีที่มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัดเท่านั้น^{๓๔}

จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๔๘๙ รัฐบาลของนายปรีดี พนมยงค์ จึงมีนโยบายกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๔๙๒-๒๕๐๐ มีการจัดสรรงบประมาณจำนวนกว่าครึ่งของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ให้กรมการแพทย์ไปดำเนินการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด จนสามารถขยายโรงพยาบาลได้ครบทุกจังหวัด คือ ๗๗ โรงพยาบาล จาก ๗๒ จังหวัดภายในปี พ.ศ. ๒๕๐๐^{๓๕}

การพัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังส่วนภูมิภาคในช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ จึงเป็นการพัฒนาระบบโดยต่อยอดจากฐานความคิดเดิม เพียงแต่มีการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในรูปของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบกับความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา เช่น องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา หรือ USOM (United States Operations Mission) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ หรือ USAID (United States Agency for International Development) และองค์การประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐฯ หรือ USIS (United States Information Service) จึงทำให้ระบบสาธารณสุขในชนบทพัฒนาไปในหลายๆ ด้าน

^{๓๔} ทวีศักดิ์ เถือกสม, บรรณาธิการ, สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒), หน้า ๑.

^{๓๕} สันติสุข โสภณสิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๓๗), หน้า ๑๒๘-๑๒๙.

ในช่วงนี้การให้บริการด้านสาธารณสุขในชนบท มีลักษณะเป็นแผนงานแนวตั้ง (vertical program) กล่าวคือ ส่วนกลางจะจัดหน่วยลงไปยังพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่ดูแลและแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละเรื่องโดยเฉพาะ เป็นหน่วยงานเฉพาะด้านที่จัดการปัญหาเฉพาะเรื่อง ซึ่งแม้ว่าจะออกไปดำเนินการตามภูมิภาคต่างๆ แต่การควบคุมบังคับบัญชาจะรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางเป็นหลัก โดยไม่ได้มองปัญหาสุขภาพเชื่อมโยงกับมิติอื่นของชีวิตและไม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อมาเมื่อการทำงานในลักษณะดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างจำกัด จึงได้มีการริเริ่มแผนงานแบบที่มีชุมชนเป็นฐาน (community-based) ซึ่งมีหลักการทำงานคือ การนำปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแต่ละเรื่องมาพิจารณาในบริบทของชุมชนนั้นๆ และสร้างกลไกแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินงานสาธารณสุขโดยมีชุมชนเป็นฐานในช่วงนั้น ปรากฏรูปธรรมชัดเจนจากโครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบทในพื้นที่ต่างๆ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๐๗ โดยนายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ โครงการดังกล่าวได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๑๑ นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ได้ขอความช่วยเหลือจากสภาประชากรแห่งสหรัฐฯ จัดดำเนินโครงการสารภีขึ้นที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีแนวคิดหลักคือ การขยายบริการออกไปสู่พื้นที่ชนบททางไกล โดยวิธีฝึกอบรมชาวบ้านที่ยินดีเสียสละเวลาเพื่อบริการเพื่อนบ้านด้วยตนเองขึ้นมาทำหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขพื้นฐานต่างๆ^{๓๖}

นอกจากทั้ง ๒ โครงการดังกล่าวแล้ว ก็ยังมีโครงการในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งมีหลักการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน เช่น โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง

^{๓๖} สันติสุข โสภณสิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าราชการใหญ่แห่งการสาธารณสุขไทย (ปราจีนบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, ๒๕๕๐), หน้า ๑๑๘-๑๑๙.

โครงการบ้านไม่ จังหวัดขอนแก่น โครงการสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ โครงการ โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นพื้นฐานและก้าวแรก ที่พัฒนาไปสู่ “การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” ก่อนที่ องค์การอนามัยโลกจะประกาศอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. ๒๕๒๑^{๓๗}

กลุ่มแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการลงไปทำงานบุกเบิกในชนบทช่วงนี้ได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์ สมบูรณ์ วัชรโรทัย นายแพทย์อมร นนทสุต นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ และ นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มแพทย์ที่ได้รับทุนจากกรม อนามัยและลงไปทำงานในพื้นที่ชนบทด้วย เช่น นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์มรกต กรเกษม และนายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร เป็นต้น ซึ่งการทำงาน ของแพทย์ชนบทเหล่านี้จะเป็นไปในเชิงปัจเจก คือ ทำงานและแก้ปัญหาอันเกิดจาก ความขาดแคลนของระบบบริการสาธารณสุข โดยอาศัยความรู้ความสามารถและ ประสบการณ์เฉพาะบุคคล แต่ยังไม่มีการรวมตัวกันทำงานในลักษณะที่เป็น ขบวนการ (movement) และจากประสบการณ์การทำงานในชนบทนี้เอง ที่ได้ หล่อหลอมให้กลุ่มแพทย์เหล่านี้เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจถึงลักษณะ เฉพาะของการทำงานสาธารณสุขในชนบท และต่อมาได้กลายเป็นกลุ่มแพทย์ อาวุโสที่มีบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมและผลักดันการเคลื่อนไหวของ ขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งจะก่อตัวขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐

นอกจากบริบทของการพัฒนาและการขยายตัวของระบบบริการสาธารณสุข ดังกล่าวข้างต้นแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การขาดแคลนแพทย์อย่างมาก ในชนบท เพราะนอกจากแพทย์ส่วนใหญ่ที่ผลิตได้จะกระจุกตัวอยู่แต่ใน เขตเมืองแล้ว ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๐-๒๕๑๔ ยังเกิดปรากฏการณ์ที่แพทย์ไทย พากันเดินทางไปศึกษาต่อและทำงานในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะ

^{๓๗} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าราชการใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย (ปราจีนบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, ๒๕๕๐), หน้า ๑๑๙

อย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว สหรัฐอเมริกากำลัง ขาดแคลนแพทย์ทั่วไป เพราะแพทย์ของสหรัฐฯ เองก็ถูกส่งไปยังประเทศและ สมรภูมิสู้รบต่างๆ ที่สหรัฐฯ กำลังแผ่ขยายอิทธิพลอำนาจเข้าไป สหรัฐฯ จึงมี นโยบายดึงแพทย์จากประเทศอื่น เช่น ฟิลิปปินส์ ไทย เกาหลี ไปทำงาน ในสหรัฐฯ^{๓๘}

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทและภาวะสมองไหล ถูกวิพากษ์ วิเคราะห์จากสื่อมวลชนและกระแสสังคมในขณะนั้นอย่างมาก จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๑๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญา ปฏิบัติงานชดใช้ทุนกับรัฐบาลเป็นเวลา ๓ ปี ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา หรือมิ ฉะนั้นจะต้องจ่ายค่าบำรุงการศึกษาปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท ซึ่งต่อมา กลุ่มแพทย์ ใช้ทุนในชนบทเหล่านี้ได้พยายามรวมตัวกันในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท” มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขในชนบท โดยอาศัยกลไกสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ที่ทำงานในชนบท และการผลักดันเชิง นโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข ดังจะกล่าวรายละเอียดในส่วนต่อไป

ยุคที่ ๒ ช่วงหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ อุดมการณ์เดือนตุลาฯ: นำพาสู่ชนบท

พัฒนาการของสังคมไทยในช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ ดำเนินไปภายใต้บริบท ของระบอบเผด็จการทหาร และแม้ว่ารัฐบาลเผด็จการทหารจะลดรอนสิทธิ เสรีภาพที่ประชาชนพึงมีเพียงใด แต่ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนการขยายตัวของระบบการศึกษา กลับส่งผลให้ เกิดการก่อตัวของพลังการต่อต้านเผด็จการทหารและเรียกร้องประชาธิปไตย เพิ่มขึ้นตามลำดับ

^{๓๘} สันติสุข โสภณศิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มืดเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐๖-๑๐๗.

ในการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาประชาชนช่วงก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ นักศึกษาหัวก้าวหน้าในรั้วมหาวิทยาลัยมหิดลส่วนหนึ่งได้เข้ามามีบทบาทร่วมกับนิสิตนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยอื่น โดยเริ่มจากการเข้าร่วมเป็น “กลุ่มนิสิตนักศึกษาสังเกตการณ์เลือกตั้ง” ในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ การร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศ.น.พ.ท.) ในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ และการร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย (ศนท.) ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีการร่วมต่อสู้เรียกร้องในประเด็นต่างๆ เช่น การเดินขบวนต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น การคัดค้านประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ ๒๙๙ ที่เปิดทางให้อำนาจบริหารแทรกแซงอำนาจตุลาการ และที่สำคัญยิ่งคือ การเปิดโปงกรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร ซึ่งเป็นปมเงื่อนสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่การต่อสู้เรียกร้องประชาธิปไตยของนักศึกษาและประชาชน จนกลายเป็นเหตุการณ์ในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว^{๓๔}

การเคลื่อนไหวทางสังคมในกรณีต่างๆ ข้างต้น ดำเนินไปโดยมีนักศึกษาเป็นหัวขบวนหลักผ่านสถาบันกลางอย่าง “ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย” หรือ ศนท. ซึ่งเริ่มมีบทบาททางการเมืองที่ชัดเจนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ทั้งนี้ นอกจากบทบาทของนักศึกษาจากธรรมชาติและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ขบวนการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลก็ถือได้ว่ามีบทบาทไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน แม้ว่าจะไม่เคยอยู่ในฐานะเลขานุการโดยตรง แต่ก็มักจะอยู่ในฐานะที่เป็น “มันสมอง” หรือผู้วางแผนการเคลื่อนไหวสำคัญเกือบทุกครั้ง^{๓๕} ประสบการณ์ทางการเมืองเหล่านี้ได้หล่อหลอมให้แพทย์ที่จบจากรั้วมหาวิทยาลัยมหิดลหลายคนให้ก้าวเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการทำงานพัฒนาสาธารณสุขชนบทภายใต้องค์กรอย่าง “ชมรมแพทย์ชนบท”

บรรยากาศทางการเมืองหลัง ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ มีความคลี่คลายไปในทางที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น แนวคิดเรื่องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคเท่าเทียม กลายเป็นกระแสความคิดที่มีพลังและเข้มข้นมากในช่วงนั้น ดังพบว่ามี การออกมาเดินขบวนเรียกร้องในประเด็นต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในกรณีของนิสิตนักศึกษา รวมไปถึงกลุ่มกรรมกร ชาวนา และประชาชนกลุ่มต่างๆ^{๓๖} การเคลื่อนไหวทางการเมืองเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นธรรม ความเสมอภาคและความชอบธรรมของอำนาจ ซึ่งเป็นรากฐานของแนวคิดธรรมาภิบาลสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วม ความโปร่งใส การตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมของประชาชน

เมื่อ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมและความเสมอภาค มีผลอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายการบริหารประเทศด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาชนบท ซึ่งมีนโยบายที่สำคัญคือ การผันเงินทุนเพื่อการพัฒนาไปให้แก่องค์กรท้องถิ่นแทนที่จะให้ระบอบราชการเป็นผู้ดำเนินการอย่างที่เคยเป็นมา โครงการนี้รู้จักกันดีในนาม “โครงการเงินผัน” การผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางลงไปยังชนบทโดยตรงในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ นั้น มีมูลค่าถึง ๒,๕๐๐ ล้านบาท โดยจัดสรรให้กับสภาพัฒนาการ ๕,๐๒๓ แห่ง เพื่อสร้างสาธารณูปโภค เช่น ถนน อ่างเก็บน้ำ ที่ทำการของรัฐบาล ตลอดจนโรงงานผลิตไฟฟ้าขนาดเล็ก เป็นต้น

นอกจากนโยบาย “เงินผัน” เพื่อการพัฒนาชนบทแล้ว การสาธารณสุขก็เป็นอีกนโยบายหนึ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากจะกำหนดให้มีการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้แล้ว ต่อมา ยังได้มีนโยบายขยายระบบบริการสาธารณสุขในชนบทด้วยการ

^{๓๔} สันติสุข โสภณสิริ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค ๑: ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๓-๒๕๔.

^{๓๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๓๑-๒๔๓.

^{๓๖} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ชิลด์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๓๘๓.

สร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ และเริ่มมีการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ต่อมาในช่วงกลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ ๔ หรือราวปี พ.ศ. ๒๕๒๒ เมื่อมีนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าด้วยยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้มีนโยบายจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั้งหมดให้เป็นสถานีอนามัย^{๔๖}

การขยายตัวของโรงพยาบาลในชนบทนี้เองที่กลายเป็นฐานปฏิบัติการสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อชนบท : มีเงิน ป่วย หาย – คนจน ป่วย ตาย

ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐–๒๕๒๕ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลอำเภอมิบทบาทสำคัญที่สุดในการสกัดกั้นปัญหาสาธารณสุขในชนบทไม่ให้หลังไหลเข้าสู่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลจังหวัดไม่สามารถรองรับคนไข้ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากได้ และแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ใน ๗๑ จังหวัดของประเทศไทย จะมีโรงพยาบาลจังหวัดถึง ๘๔ แห่งก็ตาม แต่อัตราการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในชนบทยังต่ำมาก คือ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๕๐,๐๐๐ คน ขณะที่ในกรุงเทพฯ มีการกระจายของแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๒,๕๐๐ คน^{๔๗}

^{๔๖} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๓๖–๓๗.

^{๔๗} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสูต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย), หน้า ๒๘๓.

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่กำหนดให้โรงพยาบาลอำเภอเป็นปราการด่านแรกในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชนบทขณะนั้น เป็นนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะจากจำนวนอำเภอทั่วประเทศคือ ๕๓๖ แห่งนั้น มีโรงพยาบาลอำเภอเพียงครึ่งเดียวของจำนวนทั้งหมดคือ ๒๗๐ แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นฐาน^{๔๘} การบริการของโรงพยาบาลอำเภอก็ก็น่าจะมีคุณภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในแง่ของโครงสร้างการบริหารจัดการแล้ว จะพบว่าโรงพยาบาลอำเภอซึ่งต้องแบกรับภาระมากมาย กลับได้รับงบประมาณเพียงปีละ ๔.๕% ของงบประมาณ (ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑–๒๕๒๓)^{๔๙} สภาพการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอขณะนั้นจึงอยู่บนฐานทรัพยากรที่จำกัด ทั้งในแง่ของงบประมาณ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ และที่สำคัญยิ่งคือ บุคลากรสาธารณสุข แม้ว่านโยบายบังคับแพทย์ชดใช้ทุนและนโยบายขยายบริการสาธารณสุขของรัฐจะส่งผลให้มีแพทย์ที่ออกไปทำงานในชนบทเพิ่มมากขึ้น แต่แพทย์จบใหม่เหล่านั้นก็ขาดประสบการณ์การทำงานและการบริหารจัดการในโรงพยาบาลอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องทำงานท่ามกลางสภาพความขาดแคลนต่างๆ และมีปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนรอการแก้ไขอยู่เป็นจำนวนมาก การทำงานสาธารณสุขในชนบทจึงสร้างความกดดันและคับข้องใจแก่แพทย์เหล่านั้นเป็นอย่างมาก

แปรเปลี่ยนอุดมคติสู่ปฏิบัติการ : ขบวนการแพทย์ชนบท

แม้ว่าการทำงานในชนบทจะยากลำบากและต้องเผชิญกับอุปสรรคนานาประการ แต่จากการที่แพทย์เหล่านี้เติบโตมาท่ามกลางบริบททางสังคมที่ความ

^{๔๘} สันติสุข โสภณศิริ, ๘๐ ปี นายแพทย์อมร นนทสูต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย), หน้า ๒๘๓.

^{๔๙} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๖๓–๒๘๕.

คิดเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมกำลังเข้มข้นและเป็นกระแสสูงในช่วงนั้น ทั้งยังได้รับการหล่อหลอมจากประสบการณ์การเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมทางสังคมทั้งในและนอกรั้วมหาวิทยาลัยตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นนิสิตนักศึกษา กลุ่มแพทย์เหล่านี้จึงได้สั่งสมอุดมการณ์ความคิดในการทำประโยชน์เพื่อมวลชนและสังคม ดังนั้น เมื่อแพทย์เหล่านี้ต้องทำงานภายใต้ความขาดแคลนและพบเจอกับปัญหามากมาย พวกเขาจึงเลือกที่จะหาวิธีแก้ไขปัญหในการทำงานและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบทให้ดีขึ้น ด้วยการรวมตัวกันและจัดตั้งเป็น “สหพันธ์แพทย์ชนบท”

การก่อตัวของ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เริ่มต้นขึ้นจากการที่นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ใช้ทุนรุ่นที่ ๓ ซึ่งประสบปัญหาต่างๆ จากการทำงานในศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอเกิดความคิดว่า การร่วมมือกันในระหว่างผู้มีปัญหาด้วยกันเท่านั้น ที่จะสามารถหาทางบรรเทาปัญหาได้ จึงออกหนังสือเวียนถึงศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอตามที่ต่างๆ^{๔๖} นำมาสู่การนัดประชุมครั้งแรกที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ ๒๔-๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๙ จนทำให้เกิด “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม หลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ สหพันธ์แพทย์ชนบทจำต้องยุติบทบาทลง เนื่องจากบริบททางการเมืองช่วงนั้นมีการต่อต้านและปราบปรามคอมมิวนิสต์อย่างรุนแรง การรวมตัวกันเป็น “สหภาพ” หรือ “สหพันธ์” จึงเสี่ยงต่อการถูกรัฐเพ่งเล็งว่ามีความเชื่อมโยงกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ แต่ภายหลังเมื่อสถานการณ์ทางการเมืองและความหวาดกลัวต่อภัยคอมมิวนิสต์เริ่มคลี่คลายลง กลุ่มแพทย์ชนบทเหล่านี้ก็ได้กลับมารวมตัวกันอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ภายใต้ชื่อว่า “ชมรมแพทย์ชนบท”

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

ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ บรรยากาศทางการเมืองคลี่คลายมากขึ้น รัฐบาลทหารในเวลานั้นมีนโยบายผ่อนปรนไปในทางที่มีเสรีภาพมากขึ้น ภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าวนี้เองที่ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทกลับมารวมตัวกันได้อีกครั้ง ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ในนามว่า “ชมรมแพทย์ชนบท” นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ซึ่งตัดสินใจลาออกจากราชการไปในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ได้กลับมารับราชการอีกครั้ง โดยเข้ารับราชการที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงนี้เอง นายแพทย์มานิตย์ได้ชักชวนนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งขณะนั้นรับราชการอยู่ที่โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มาร่วมเดินทางตระเวนเยี่ยมแพทย์ชนบทประจำโรงพยาบาลอำเภอในภาคอีสานกว่า ๒๐ แห่ง และทุกแห่งสนับสนุนให้มีการรวมตัวขึ้นใหม่อีกครั้ง โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บอกเล่าถึงเหตุการณ์ในครั้งนั้นว่า

ช่วงประมาณปลายปี พ.ศ. ๒๕๒๐ พี่มานิตย์ลาออกจากโรงพยาบาลเอกชน แล้วกลับมารับราชการเป็นผู้อำนวยการอยู่ที่โรงพยาบาลประโคนชัย ซึ่งอยู่ห่างจากบ้านกรวดประมาณ ๓๐ กิโลเมตร วันหนึ่งพี่เขามาชวนผมว่า ไปขับรถตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคอีสานไหม ผมถามว่าไปทำไม พี่เขาตอบว่าไปเยี่ยมเยือนพรรคพวก ผมเลยไป เชื้อไหม เราสองคนไปกันตัวเปล่าไม่ใช้เงินสักบาท ค่าน้ำมัน ค่ากิน ค่าอยู่ ก็ไม่เสีย เพราะเวลาขับรถไปถึงไหน โรงพยาบาลต่างๆ เขาจัดการให้หมด^{๔๗}

ต่อมา ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๒๑ ได้มีการจัดประชุมก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทที่โรงแรมโสมะ จังหวัดขอนแก่น โดยมีนายแพทย์อนันต์ เมนะรุจิ

^{๔๖} ศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอ เปลี่ยนมาจากสถานีอนามัยชั้น ๑ และต่อมาคือ โรงพยาบาลอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน

^{๔๗} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาพแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๒๐๙.

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่และนายแพทย์ชะลอ คุปตะวินทุ รองนายแพทย์ใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาและเป็นเจ้าภาพช่วยประสานงาน เตรียมพื้นที่ ในครั้งนั้นมีแพทย์เข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐ คน และที่ประชุมตกลงให้มีการรวมกลุ่มขึ้นใหม่ โดยเปลี่ยนชื่อจาก “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” ประธานชมรมฯ คนแรก คือ นายแพทย์ อุเทน จารณศรี มีนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขานุการ และนายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ในช่วงแรกของการก่อตั้ง ชมรมแพทย์ชนบทได้ประกาศวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะมุ่งแก้ปัญหาและพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาโครงสร้างองค์กรของชมรมฯ เพื่อให้การดำเนินการต่างๆ สามารถเข้าถึงสมาชิกทั่วประเทศได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการก่อตั้งชมรมฯ ภาคต่างๆ ขึ้น ๕ ภาค คือ ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคอีสาน ซึ่งแต่ละภาคก็จะมีการตั้งประธาน รองประธาน และเลขานุการของตนเอง โดยแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิด ความช่วยเหลือกันในการประชุมประจำปีและยึดโยงกันผ่านวารสาร จุลสาร และจดหมายข่าวต่างๆ

ตลอดช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ ชมรมแพทย์ชนบทมุ่งพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอให้มีประสิทธิภาพ และเน้นการหล่อเลี้ยงแพทย์ที่ทำงานในสถานการณ์อันยากลำบากให้อยู่ในชนบทได้มากขึ้นและสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยชมรมแพทย์ชนบทได้ดำเนินงาน ๒ ส่วนหลักๆ ควบคู่กันไปคือ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ

การดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอถือเป็นภารกิจที่สำคัญของชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งได้กำหนดบทบาทในการเป็นศูนย์กลางศึกษาปัญหาและส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์ชนบททั่วประเทศที่ส่วนใหญ่ต้องทำงานในสถานการณ์อันยากลำบาก ทั้งขาดแคลนทรัพยากรและทักษะการ

บริหารจัดการ ตลอดจนประสบปัญหาอันเกิดจากระบบราชการ ชมรมแพทย์ชนบทในขณะนั้นจึงให้ความสำคัญกับการหล่อเลี้ยง ดูแลและสร้างเครือข่ายแพทย์ตามโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ โดยเน้นจัดกิจกรรมเพื่อให้มีการรวมตัวกัน พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาและปรับทุกข์ซึ่งกันและกัน ซึ่งกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ การจัดประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เยี่ยมน้อง และโครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด เป็นต้น

นอกจากการทำงานเพื่อพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอ และหล่อเลี้ยงดูแลแพทย์ในโรงพยาบาลให้สามารถทำงานในชนบทได้แล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังเป็นกำลังหลักสำคัญในการผลักดันงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นอย่างจริงจังเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันเรื่องดังกล่าวเข้าสู่นโยบายระดับประเทศคือ นายแพทย์อมร นนทสุต รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น โดยท่านได้นำงานสาธารณสุขมูลฐานเข้าบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔)^{๔๔} ทั้งนี้ การเริ่มต้นงานสาธารณสุขมูลฐานในไทยนั้นเกิดขึ้นก่อนที่จะมีคำประกาศอย่างเป็นทางการขององค์การอนามัยโลก และไทยในฐานะประเทศภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลกจะร่วมลงนามใน “กฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ” ณ กรุงอัลมา อตดา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ว่าด้วยการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพเพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๓

งานสาธารณสุขมูลฐานไทยนั้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการพัฒนาที่มีชุมชนเป็นฐาน (community – based program) ซึ่งมีการดำเนินงานมาแล้วในรูปของโครงการนำร่องสำคัญต่างๆ ในช่วงทศวรรษ ๒๕๑๐ เช่น โครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง การสาธารณสุขมูลฐาน

^{๔๔} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นันทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาพแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๖๕.

ไม่เพียงแต่เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นอุดมการณ์ทางสังคมที่เน้นความเสมอภาคเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่การมีสุขภาพดีของทุกคน

ในช่วงต้นของการเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นช่วงที่สอดคล้องกับการก่อตัวของชมรมแพทย์ชนบท แพทย์ชนบทจึงกลายเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลอำเภอถือว่าเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยในระดับพื้นที่ชมรมแพทย์ชนบทมีส่วนในการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐาน ๘-๑๒ องค์ประกอบ เช่น งานโภชนาการ งานสุขศึกษา การจัดหาวัสดุและเวชภัณฑ์ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน งานด้านทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิตชุมชน เป็นต้น

ชมรมแพทย์ชนบทยังเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาชนบทในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งมีการดำเนินนโยบายพัฒนาชนบทอย่างจริงจังและเข้มแข็ง โดยการทุ่มทรัพยากรจำนวนมากเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในชนบท และมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอเพื่อเป็นกลไกในการบูรณาการและระดมสรรพกำลังในการร่วมกันพัฒนาชนบท แต่การตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอในครั้งนั้น ไม่ได้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอเป็นกรรมการด้วย ชมรมแพทย์ชนบทจึงมีการเคลื่อนไหวผลักดันให้ผู้ว่าการโรงพยาบาลอำเภอร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาอำเภอด้วย เนื่องจากเห็นว่าโรงพยาบาลอำเภอมีองค์ความรู้และทรัพยากรมากพอที่จะร่วมระดมเข้าไปช่วยพัฒนาชนบทได้^{๔๔}

^{๔๔} ประพจน์ เกตุรากาศ และ สันติสุข โสภณสิริ, เหลียวหลัง แลหน้า ๖๐ ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลบอลซีมทอง), หน้า ๑๘๖-๑๘๗.

กล่าวโดยสรุป ในช่วงทศวรรษนี้ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๓๐) ชมรมแพทย์ชนบททำงานเคลื่อนไหวโดยมีฐานอยู่ในชนบท โดยเน้นบทบาทหน้าที่หลัก ๒ ประการ คือ การพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนและการเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จนกระทั่งในช่วงทศวรรษต่อมา (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๐) แกนนำหลักของชมรมแพทย์ชนบทจึงขยับเข้ามาทำงานในส่วนกลางและเริ่มจับประเด็นระบบสุขภาพในแง่มุมที่เชื่อมโยงกับระดับนโยบายมากขึ้น

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

ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ เป็นช่วงที่สงครามเย็นสิ้นสุดลง การต่อสู้ระหว่างอุดมการณ์ทุนนิยมและคอมมิวนิสต์ยุติไปพร้อมๆ กับการร่วมมือด้านเศรษฐกิจการค้าและการลงทุนขยายตัวทั่วทั้งภูมิภาค พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ประกาศดำเนินนโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” นโยบายดังกล่าวส่งผลต่อการค้าชายแดนซึ่งปกปิดและลักลอบค้าขายกันมานานเกือบทศวรรษ ให้กลายเป็นการค้าที่ถูกกฎหมายและสร้างรายได้แก่ประเทศอย่างมหาศาล มูลค่าการค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีนเพิ่มสูงขึ้นจาก ๓๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๒๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ และเพิ่มเป็น ๒,๐๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๓^{๔๕} เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ทำให้เศรษฐกิจไทยในสมัยพลเอกชาติชาย เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในอัตราமாகกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี^{๔๖}

^{๔๕} อติสร หมวกพิมาย, “นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php> [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕].

^{๔๖} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ซีลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๔๓๙.



การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมในช่วงนี้ส่งผลต่อมิติทางด้านสุขภาพ และการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ๒ ประการ คือ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท เนื่องจากแพทย์พากันหลังไหลออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเกิดขึ้นใหม่เป็นจำนวนมาก และยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดบทบาททิศทางการทำงานของ ขบวนการแพทย์ชนบทต่อการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพอย่างมาก

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน กับภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท

จากสภาพเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบาย ส่งเสริม สนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชน และจำกัดการขยายตัวของ ภาครัฐ ทั้งหมดนี้ส่งผลอย่างยิ่งต่อระบบการบริการสุขภาพ กล่าวคือ ทำให้ เกิดการลงทุนด้านธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๐ จึงเป็นช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในเขตเมืองและปริมณฑล ดังจะเห็นได้จากสถิติการเติบโตของ โรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนทั้งสิ้นเพียง ๖๗ แห่งเท่านั้น แต่ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น ๒๐๓ แห่ง และในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เพิ่มจำนวนขึ้นกว่าเท่าตัวเป็น ๔๗๓ แห่ง^{๕๒}

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงนี้ ส่งผลกระทบต่อกำลังคน ด้านสุขภาพในชนบท โดยเฉพาะแพทย์เป็นอย่างมาก กล่าวคือ แพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนไหลออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนสูงและมีภาระงานเบากว่า นอกจากนั้น ยังมีแพทย์

^{๕๒} ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๖: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน, (สุพรรณบุรี: ออฟเซทอาร์ทอโตเมชัน, ๒๕๔๙), หน้า ๑-๒.

ที่เลือกเรียนต่อเฉพาะทางเพื่อเตรียมตัวเป็นแพทย์ในเมืองอีกเป็นจำนวนมาก ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทหันมาทำงานเคลื่อนไหวในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของแพทย์ในชนบทและการจูงใจให้แพทย์สามารถอยู่ในชนบทได้นานขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวเรื่องค่าตอบแทน ค่าอยู่เวร การเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และการคัดค้านโครงการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ ซึ่งทำให้แพทย์หลุดออกจากชนบทเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีความพยายามในการยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาลชุมชนให้ดีขึ้น ด้วยการผลักดันโคตาให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไปเรียนต่อเฉพาะทางในสาขาสติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม^{๕๓}

ภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท ส่งผลอย่างสำคัญต่อโครงสร้างองค์กรของชมรมฯ ด้วย เพราะแพทย์ที่สนใจเข้ามามีบทบาทในชมรมฯ ลดจำนวนลงอย่างมาก ชมรมแพทย์ชนบทจึงอ่อนแอลงอย่างเห็นได้ชัด สมาชิกแพทย์ชนบทให้ความสนใจต่อกิจการของชมรมน้อยลง จนเกิดเป็นคำถามเกี่ยวกับการดำรงอยู่ บทบาทหน้าที่และความเป็นตัวแทนของชมรมแพทย์ชนบท นายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท รุ่นที่ ๑๔ (พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๕) ได้กล่าวถึงปัญหาความสัมพันธ์ของสมาชิกกับชมรมแพทย์ชนบทในยุคของตนไว้ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต ไว้ว่า “มีการตั้งคำถามกับชมรม ๒-๓ เรื่อง เช่นว่า ทำไมเลือกตั้งชมรม ทำแบบนี้เหวอ มากันเท่านี้แล้วก็มาเลือกตั้งกัน แล้วคนที่ไม่ได้มาก็ไม่ได้อนุมัติให้เป็นประธาน แล้วที่ทักท้วงว่าสมาชิกทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นสมาชิกโดยอัตโนมัติ ถูกต้องแล้วหรือไม่”^{๕๔}

^{๕๓} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๓

^{๕๔} ความทรงจำของนายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ความอ่อนแอของชมรมแพทย์ชนบทยังคงสืบเนื่องมาจนกระทั่งปีพ.ศ. ๒๕๓๘ ดังพบว่า การสรรหาผู้มาดำรงตำแหน่งประธานชมรมฯ ในช่วงนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก และยังคงมีการตั้งคำถามเกี่ยวกับความชอบธรรมของสมาชิกภาพในชมรมฯ ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมาก คำกล่าวของนายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเรื่อง ขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต สามารถยืนยันสภาพการณ์ข้างต้นได้เป็นอย่างดี ดังนี้

ยุคผมแย่ที่สุด เพราะปีนั้นเป็นปีที่มีคนมาน้อยที่สุด และจุดอ่อนคือ หาประธานชมรมไม่ได้ วันที่เลือกตั้งมีคนไปเคาะประตูห้องนอนผม ตอน ๗ โมงเช้า บอกว่าสัก ๔ โมง ช่วยรับเป็นประธานหน่อย ที่แย่คือ ปีนั้นผมรับเป็นเลขานุการ คปอส.^{๕๕} และรับเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลใหม่ที่อยุธยาในช่วงเดียวกัน... ผมวิเคราะห์ว่า กรรมการชมรมที่ดำเนินการได้ เป็นเพราะว่าทีมภาค สำหรับผมทีมภาค คือ ภาคกลางที่อยุธยา เมื่อผมไปเปิดโรงพยาบาลใหม่ทำให้ไม่มีเครือข่าย ดังนั้น การทำงานกรรมการ ในปีนั้นจะอ่อนมาก

อีกจุดที่ทำให้โดนโจมตีมากคือ เรื่องการสมัครสมาชิก สมัยก่อนผมอ่านระเบียบชมรมฯ มีเรื่องที่ว่าด้วยการสมัครสมาชิกอยู่ จะมีสมาชิกสามัญและวิสามัญ แต่ถึงช่วงหนึ่ง ที่พอไม่มีการสมัคร จนบัดนี้ ก็เลยกลายเป็นประเด็นซึ่งฝ่ายโจมตีจะมาอ้าง ว่าชมรมนี้คือใคร มีสมาชิกอย่างไร

อีกประเด็นหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนสถานะของชมรมฯ หรือ การทำงานของชมรม คือ เรื่องโครงการเพิ่มพูนทักษะ สมัยก่อนถ้าเรียนจบแล้วไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จะทำให้มีจิตวิญญาณของ

โรงพยาบาลชุมชน ว่ามีการทำงานภายใต้ข้อจำกัดอย่างไร และมองปัญหาในเชิงสาธารณสุข แต่พอถูกส่งไปโรงพยาบาลจังหวัด จะทำให้มองแต่ในเชิงวิชาชีพ ไม่ใช่สาธารณสุข และเมื่อถูกส่งไปโรงพยาบาลชุมชน จึงไม่สามารถทำงานได้... และทำให้แพทย์รู้สึกว่าเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทน้อยลง^{๕๖}

ไม่เพียงแต่ในแง่โครงสร้างองค์กรของชมรมฯ เท่านั้นที่อ่อนแอ แต่หากพิจารณาในแง่บทบาทหน้าที่แล้วจะพบว่า ช่วงดังกล่าวนี้เป็นช่วงที่ชมรมแพทย์ชนบทค่อนข้างมีความสับสนในเรื่องบทบาทหน้าที่และประเด็นเคลื่อนไหวอยู่พอสมควร เพราะนอกจากการเคลื่อนไหวเพื่อจูงใจให้แพทย์อยู่ในชนบทได้นานขึ้นจะกลายเป็นประเด็นที่ไม่ได้รับการตอบรับแล้ว บทบาทหน้าที่หลักซึ่งเคยทำมาแต่เดิม เช่น การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลอำเภอก็เริ่มคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น โรงพยาบาลในชนบทไม่ประสบกับภาวะขาดแคลนเช่นแต่ก่อน และงานสาธารณสุขมูลฐานที่กลุ่มแพทย์ชนบทเคยเป็นกำลังหลักมาโดยตลอดช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ นั้น ก็เริ่มเข้าระบบและลงหลักปักฐานอย่างชัดเจน ภายใต้การดูแลรับผิดชอบโดยหน่วยงานของรัฐ ดังเห็นได้ว่า มีการจัดตั้ง “สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน” ขึ้นมาดูแลรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงฯ เป็นการเฉพาะ การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐาน ๔ ภาค รวมทั้งมีการกำหนดสายงานรองรับในระดับจังหวัด คือ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” ภายใต้งานพัฒนาบุคลากรและสาธารณสุขมูลฐานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนมีการกำหนดบทบาทรองรับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอามัยอีกด้วย^{๕๗}

^{๕๕} คปอส. หรือ คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการทำงานด้านสาธารณสุข องค์กรนี้ต่อมาได้พัฒนามาเป็นมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

^{๕๖} ความทรงจำของนายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๔ จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

^{๕๗} ชัยณรงค์ สังข์จำง, “เหลียวหน้า แลหลัง...กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย,” [online]. แหล่งที่มา: www.moph.go.th/ops/doctor/DrApril45/special1103.doc [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๔]

การรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพ

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

ขบวนการแพทย์ชนบทนั้นอยู่ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ด้วย การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทช่วงนี้จึงเป็นการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาพ โดยนำเอารูปแบบวิธีการใหม่ๆ เช่น การรณรงค์แก้ปัญหาสุขภาพเข้ามาใช้อย่างสอดคล้องกับบริบทสังคม ถือเป็นกลุ่มที่ปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในกระแสการเปลี่ยนแปลง กลุ่มเป้าหมายที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการสื่อสารด้วยไม่ได้จำกัดตัวอยู่เฉพาะหมู่บ้านในเขตชนบทเท่านั้น แต่ขยายขอบเขตเข้าไปสู่สาธารณชนในวงกว้างด้วย ในยุคนี้เราจะเห็นการรณรงค์ในเชิงการสื่อสารกับสาธารณะในประเด็นต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ และมีส่วนร่วมใน

การรณรงค์ถอนสุตรยา A.P.C.^{๕๘} เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป จากสภาพเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ได้ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ จากภาวะสมองไหลและการขาดแคลนแพทย์ในชนบท ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทหันมาเน้นการทำงานเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิทธิของแพทย์ในชนบท เพื่อจูงใจให้แพทย์สามารถอยู่ในชนบทได้นานขึ้น นอกจากนั้น ขบวนการแพทย์ชนบทยังเน้นการขับเคลื่อนสร้างสังคมสุขภาพ โดยการรณรงค์สื่อสารกับสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่เป็นผลจากรูปแบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางเศรษฐกิจ ซึ่งแนวคิดเรื่องการรณรงค์สร้างสังคมสุขภาพหลายประเด็นได้ถูกนำเสนอ ถกเถียง จนตกผลึกกลายเป็นแนวปฏิบัติในเวทีสามพราน

การเกิดขึ้นของกลุ่มสามพราน

ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ กลุ่มบุคคลต่างๆ ที่เคยเป็นแกนเคลื่อนไหวผลักดันงานต่างๆ ของขบวนการแพทย์ชนบทได้ขยายบทบาทสู่สังคมอย่างกว้างขวางขึ้น กล่าวคือ กลุ่มคนเหล่านี้ได้เติบโตกลายเป็นผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงเข้ามาทำงานในส่วนกลางมากขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราวปี พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๘ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา, ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบข้อมูลข่าวสาร สำนักงานปลัดกระทรวงฯ และเป็นรองอธิบดีกรมควบคุม

^{๕๘} ยาสูตร เอ.พี.ซี. (A.P.C.) คือ ยาที่มีส่วนผสมของยา ๓ ชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกัน ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin ย่อเป็นตัว A), ฟีนาคีติน (Phenacetin ย่อเป็นตัว P) และคาเฟอีน (Caffeine ย่อเป็นตัว C) ยาแก้ปวดสูตร เอ.พี.ซี. มีเกือบ ๒๐๐ ยี่ห้อ แต่ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ ยาแก้ปวด “ทัมใจ” “บวดหาย” และ “บูรา” ซึ่งติดปากประชาชนมากที่สุด ยาสูตรดังกล่าวทำให้เกิดการติดยาและมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เป็นโรคกระเพาะ จนถึงขั้นกระเพาะทะลุ มีผลต่อกระดูก ดับและไต

โรคติดต่อ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๓๔ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และผู้ช่วยปลัดกระทรวงและรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๗ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขต่างประเทศ, นายแพทย์ใหญ่กรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก^{๕๙} ในช่วงนี้เองที่กลุ่มแพทย์ชนบทเริ่มจับประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพโดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างของระบบและการวางนโยบายสาธารณะ โดยมี “กลุ่มสามพราน” เป็นเวทีบ่มเพาะและตกผลึกความคิดที่สำคัญ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเริ่มการขยายบทบาทสู่สังคมอย่างรอบด้านและกว้างขวางมากขึ้น

การแลกเปลี่ยนทางวิชาการในเวทีสามพรานเป็นการนำความรู้หรือประสบการณ์จากการไปค้นคว้าทบทวนในเรื่องนั้นๆ มาพูดคุย หรือนำเสนองานวิจัย เอกสารทางวิชาการที่จะนำไปเสนอในเวทีอื่น ทั้งภายในและต่างประเทศ ตลอดจนมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการมาบรรยายในประเด็นอื่นๆ อีกด้วย และเมื่อแพทย์ชนบทเริ่มสนใจประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพในแง่มุมที่เชื่อมโยงกับการวางนโยบายสาธารณะ กลุ่มสามพรานจึงกลายเป็นพื้นที่ในการนำเสนอความคิดใหม่ๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ และเป็นที่ของการทดลอง ถกเถียง แลกเปลี่ยน จนความคิดเหล่านั้นถูกขัดเกลาจนกลายเป็นรูปธรรมด้านนโยบายและทิศทางการทำงานระดับประเทศ

นโยบายด้านสุขภาพสำคัญๆ ระดับประเทศมากมายล้วนเกิดขึ้นในกลุ่มสามพราน เช่น การวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายและแนวทางการทำงานอันเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการจัดประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย

^{๕๙} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาพแนวใหม่, ๒๕๕๓)

ครั้งที่ ๑, การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการขับเคลื่อนเรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ แพทย์ชนบทที่ผ่านเวทีสามพรานเหล่านี้จึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดการปฏิรูปดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในช่วงเดียวกับการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งมีพลวัตอย่างมากในช่วงหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ๒๕๓๕ ดังจะกล่าวโดยละเอียดในส่วนต่อไป

ยุคที่ ๕ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึงก่อนเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙

จากพลวัตบทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท ที่สัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจ การเมือง และวิถีทางประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา ส่งผลให้ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ เป็นต้นมา แพทย์ชนบทมีพัฒนาการไปใน ๒ ลักษณะ คือ เครือข่ายแพทย์ชนบทที่ก่อรูปเป็น “สถาบัน” ได้แก่ องค์กร ส.^{๖๐} ซึ่งทำหน้าที่ต่างๆ กันในระบบสุขภาพ และสายต่อด้านการทุจริตคอร์รัปชัน ซึ่งทำงานเคลื่อนไหวในนามของ “ชมรมแพทย์ชนบท”

การต่อต้านการทุจริต

การเข้ามาบริหารประเทศของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ พร้อมกับนโยบายที่สำคัญคือ นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีน และการหาตลาดใหม่ๆ ในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิกและตะวันออกกลาง บรรยาการการค้าการลงทุนของไทยในช่วงนี้จึงเป็นไปอย่างคึกคัก ราคาอสังหาริมทรัพย์สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การลงทุนในตลาดหุ้นกลายเป็นการเก็งกำไร

^{๖๐} องค์กร ส. เป็นชื่อที่ถูกใช้เรียกกลุ่มองค์กรที่ถูกผลักดันและจัดตั้งขึ้นในแวดวงสุขภาพในระยะหลัง ซึ่งชื่อย่อขององค์กรเหล่านี้มักมีอักษรนำเป็นตัว ส. เช่น สวรส. (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) สสส. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และ สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เป็นต้น



ขณะเดียวกันการเติบโตของโลกาภิวัตน์ก็ทำให้นโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ สร้างสิ่งที่เรียกกันในเวลาต่อมาว่า “เศรษฐกิจฟองสบู่” นำมาซึ่งความรุ่งเรืองมั่งคั่งให้กับคนจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นกลาง ในช่วงนี้เกิดรูปแบบวิถีชีวิตที่หรูหราฟุ้งเฟ้อของชนชั้นกลางที่มั่งคั่งขึ้นจากปรากฏการณ์ทางเศรษฐกิจดังกล่าว อาทิ การใช้สินค้าแบรนด์เนม การใช้รถยนต์ยุโรป ราคาแพง การอยู่บ้านหรือคอนโดฯ ที่ตกแต่งอย่างวิจิตรตามสถาปัตยกรรมยุโรป การเดินทางออกไปจับจ่ายสินค้าแบรนด์เนมยี่ห้อต่างๆ ทั่วโลกจนเป็นที่รับรู้กันทั่วไป จนกระทั่งเกิดเป็นค่านิยมที่วัดคุณค่าของคนจากวัตถุสิ่งของที่บริโภคขึ้นในยุคนั้น

พฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวแพร่หลายไปสู่คนเกือบทุกกลุ่ม ตั้งแต่ นักศึกษามหาวิทยาลัยไปจนถึงรัฐมนตรี^{๖๑} วอลเดน เบลโล (Walden Bello) นักวิชาการที่ทำการศึกษาค้นคว้าความล่มสลายทางสังคม เศรษฐกิจของกลุ่มประเทศนิคส์ (NICs: Newly Industrialized Countries) อ้างคำสัมภาษณ์ของผู้จัดการร้านขายรองเท้าชั้นนำร้านหนึ่งในอิตาลี ที่เล่าถึงพฤติกรรมของอดีตรัฐมนตรีไทยผู้หนึ่ง ในช่วงก่อนหน้าเกิดวิกฤตฟองสบู่แตกว่า รัฐมนตรีผู้นั้นพาคณะผู้ติดตามราว ๓๐ คน เข้ามาในร้านและบอกให้ทุกคนเลือกรองเท้าได้ตามใจชอบ โดยที่เขาจะเป็นคนจ่ายเงินเอง^{๖๒}

นอกจากนี้ องค์ประกอบของรัฐบาลซึ่งประกอบไปด้วย พรรคชาติไทยซึ่งเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาลในขณะนั้น ล้วนเป็นตัวแทนของกลุ่มทุนทั้งสิ้น ได้แก่

^{๖๑} กัจจกร หลุยยะพงศ์ และ ดวงมณ จิตรจันทน์, “สังคมไทยในพุทธศักราช ๒๕๒๐-๒๕๔๗ โดยสังเขป,” ในวารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๔๐, หน้า ๗๙-๘๕. และ วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันทิงแฮม และ ลิ เค็ง ปอห์, โศกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่, แปลโดย สุรนุช ธงศิลา, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: โกมลคิมทอง, ๒๕๕๒), หน้า ๘-๙.

^{๖๒} วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันทิงแฮม และ ลิ เค็ง ปอห์, โศกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่, แปลโดย สุรนุช ธงศิลา, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพฯ: โกมลคิมทอง, ๒๕๕๒), หน้า ๙.

อุตสาหกรรมสิ่งทอ และบรรดานักธุรกิจท้องถิ่นในภาคกลางและภาคเหนือ ส่วนพรรคร่วมรัฐบาลที่สำคัญอีกพรรคหนึ่งคือ พรรคกิจสังคม ก็เป็นตัวแทนของกลุ่มธุรกิจและนักธุรกิจท้องถิ่นในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรวมตัวกันของบรรดานักธุรกิจทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เป็นผลจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้กลุ่มผลประโยชน์ทางธุรกิจมีความต้องการที่จะขยายบทบาทของตนในทางการเมือง โดยการเข้ามามีบทบาทสำคัญในคณะรัฐมนตรี และหาทางปรับโครงสร้างของระบบการบริหารราชการและโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เอื้อต่อประโยชน์ทางธุรกิจของพวกเขา คณะรัฐมนตรีในยุคนั้นทำการโยกย้ายข้าราชการและลดทอนความเป็นอิสระของระบบราชการ^{๖๓} รวมทั้งมีการริเริ่มโครงการสาธารณูปโภคขนาดใหญ่จำนวนมาก ทำให้มีข้อครหาเรื่องการทุจริต จนได้รับการขนานนามว่า “บุฟเฟต์ คาบิเน็ต” (Buffet Cabinet) ซึ่งหมายถึง คณะรัฐมนตรีที่เลือกโกงกินได้เหมือนเลือกรับประทานอาหารแบบบุฟเฟต์ จึงมีการทุจริตกันอย่างเต็มที่^{๖๔}

กระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถหลบเลี่ยงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงนั้นได้ และเรื่องนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของกระทรวงฯ ด้วยเช่นกัน ดังที่มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า นับตั้งแต่การหมดวาระการดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขของนายแพทย์ไพโรจน์ ธิวัณนัท (พ.ศ. ๒๕๓๑) การฉ้อราษฎร์บังหลวงในกระทรวงสาธารณสุขได้ปรากฏเป็นข่าวเพิ่มมากขึ้น อาทิ การใช้เงินซื้อตำแหน่ง^{๖๕} ดังที่อธิบดีท่านหนึ่งของกระทรวงฯ ได้ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า มีการติดต่อกันที่มีโอกาสขึ้นเป็นปลัด

^{๖๓} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ชิลด์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๔๓๕-๔๓๖.

^{๖๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๓๙.

^{๖๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๘๕.



กระทรวงฯ เพื่อเรียกรับเงินในการสนับสนุนให้ได้ตำแหน่ง สำหรับอธิบดีท่าน
ที่ให้สัมภาษณ์ถูกเรียกเป็นเงินจำนวนถึง ๑๕ ล้านบาท^{๖๖}

นอกจากนี้ ยังมีข่าวการเรียกรับเงินในการจัดซื้อจัดจ้างของกระทรวงฯ
ข่าวเรื่องขู่สาวและการใช้อำนาจในทางมิชอบ แม้วานายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์
ที่เชื่อกันว่าเป็นคนมือสะอาด จะกลับมาดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุขอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๕ แต่สถานการณ์ก็ไม่ดีขึ้น ปัญหา
การฉ้อราษฎร์บังหลวงยังลุกลามจากส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค^{๖๗} นายแพทย์บรรลุ
ศิริพานิช อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ชื่อว่าเป็นข้าราชการตงฉิน
คนหนึ่งของกระทรวงฯ ได้สะท้อนถึงเปลี่ยนแปลงเรื่องการฉ้อราษฎร์
บังหลวงในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ว่า

ก่อนหน้านั้น ผมคิดว่าเราอยู่กันอย่างพ้อย่างน้อย แต่เดี๋ยวนี้ไม่ใช่สมัยก่อน
ที่ผมไปเป็นผู้อำนวยการอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัดหลายปีก่อนโน้น มี
ข้าราชการฝ่ายปกครองมาบอกผมว่าให้ไปต้อนรับอธิบดีท่านหนึ่ง จาก
กระทรวงมหาดไทยที่จะมาเยี่ยม ผมบอกว่าจะบ้าเหรอ ผมไม่ไปหรอก
ท่านมาก็มาเถอะ ผมมีงานต้องทำ กระทรวงสาธารณสุขของเราไม่มี
ประเพณีแบบนี้ ผมเจอข้าราชการคนนั้นซึ่งปัจจุบันเป็นผู้ว่าราชการ
จังหวัด แกมาบอกผมว่า หมอ ที่หม่อว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่มีการ
ตั้งแถวต้อนรับหรือการเลี้ยงดูปูเสื่อ เดียวนี้เห็นไหม พวกกระทรวง
สาธารณสุขยังเก่งกว่ามหาดไทยเสียอีก ผมก็คิดว่าจริงนะ^{๖๘}

ปรากฏการณ์ความเปลี่ยนแปลงเรื่องจริยธรรมและธรรมาภิบาลใน
กระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ และพฤติกรรมของฝ่าย

^{๖๖} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข
(กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖), หน้า ๑๑๕.

^{๖๗} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า ๑๘๕.

^{๖๘} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและ
คอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข, (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๘.

ข้าราชการประจำในกระทรวงฯ ที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ไม่ได้เกิดจากปัจจัย
ภายนอกเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม
คนที่เข้ามาเป็นข้าราชการด้วย ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์ ได้ให้คำ
อธิบายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ซึ่งอาจจะพอทำให้เข้าใจ
ปรากฏการณ์ทางสังคมในช่วงนั้นได้อย่างลึกซึ้งขึ้น กล่าวคือ เมื่อ ๒๐-๓๐ ปี
ก่อน การใช้ชีวิตของข้าราชการและนักธุรกิจค่อนข้างจะมีลักษณะต่างคนต่าง
อยู่ ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในยุคนั้น มักมีภูมิหลังมาจากครอบครัวที่เป็นขุนนาง
หรือข้าราชการ ที่คนในครอบครัวรับราชการมาหลายชั่วคน ส่วนนักธุรกิจมัก
จะมาจากครอบครัวเชื้อสายจีนอพยพ

ความแตกต่างในลักษณะแยกกลุ่มกันอยู่ลดน้อยลง นับตั้งแต่สมัยจอมพล
สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ความสัมพันธ์ที่มีระหว่างผู้นำ
ทางการเมืองและกลุ่มนักธุรกิจที่ร่วมมือกันหาประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ทาง
เศรษฐกิจและการเมือง นำไปสู่การเกิดต้องเป็นครอบครัวเดียวกัน ผ่านการ
แต่งงานของลูกหลาน นักธุรกิจก็ส่งบุตรหลานของตนเข้ารับราชการ ซึ่งลูก
หลานในตระกูลนักธุรกิจและข้าราชการต่างเข้าเรียนในสถาบันการศึกษาชั้น
นำของกรุงเทพฯ หรือไปเรียนต่อต่างประเทศในสถาบันเดียวกัน คนกลุ่มนี้ที่
จบการศึกษาและเข้าทำงานในช่วงทศวรรษที่ ๒๕๐๐-๒๕๑๐ ได้รับความ
ก้าวหน้าในอาชีพการงานจนกลายเป็นผู้บริหารในกลุ่มธุรกิจ หรือขึ้นเป็น
ข้าราชการในระดับกลางและสูงในช่วงทศวรรษที่ ๒๕๒๐ ช่องว่างทางภูมิหลัง
และวัฒนธรรมที่เคยแบ่งคนสองกลุ่มออกจากกันแทบไม่หลงเหลืออยู่ ด้วยการ
ผสมกลมกลืนกันผ่านการแต่งงาน การเป็นเพื่อนร่วมรุ่นสมัยเรียน และการเป็น
เพื่อนร่วมงาน^{๖๙}

^{๖๙} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓
(เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๗.

นอกจากนี้ ในช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๒๐ เป็นต้นมา ยังถือได้ว่าเป็นช่วงเสื่อมของเทคโนแครต (Technocrat) โดยเฉพาะในภาคเศรษฐกิจ เทคโนแครตในระบบราชการบริหารจัดการระบบเศรษฐกิจได้น้อยลง เนื่องจากโครงสร้างของระบบธุรกิจไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่หลายคนลาออกจากราชการและเข้าไปทำงานกับภาคธุรกิจเอกชนมากขึ้น ทำให้การทำงานของข้าราชการประจำในฐานะผู้เชี่ยวชาญที่เคยมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการประเทศลดความสำคัญลงไป ดังพบได้จากกรณีของธนาคารแห่งประเทศไทย ที่ถือว่าต้องมีอิสระในการทำงานสูง เพื่อรักษาวินัยทางการเงินการคลังของชาติ มีรายงานฉบับหนึ่งที่วิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานดังกล่าว โดยระบุถึงความตกต่ำของประสิทธิภาพในการทำงานของธนาคารแห่งประเทศไทยในช่วงนั้นว่า เป็นผลมาจากการลาออกของคณบดีๆ จำนวนมากในหน่วยงาน และมีปัญหาเรื่องการแก่งแย่งอำนาจภายในองค์กร พร้อมกับการเข้ามาแทรกแซงของนักการเมือง มีผลทำให้ธนาคารแห่งประเทศไทยขาดผู้นำที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์^{๗๐}

การเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ของนักธุรกิจเ็นบทบาทนักการเมืองเกิดขึ้นในแทบจะทุกกระทรวง เมื่อนักการเมืองที่ต้องการหาประโยชน์ในทางมิชอบมาพบเข้ากับข้าราชการรุ่นใหม่ที่มีภูมิหลัง ประสบการณ์ และมุมมองต่อการหาผลประโยชน์คล้ายคลึงกัน จึงทำให้การร่วมมือกันเพื่อผลประโยชน์ในทางมิชอบเกิดขึ้นทั่วไป

เมื่อกระแสการทุจริตคอร์รัปชันในกระทรวงสาธารณสุขทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ ชุมชนแพทย์ชนบทก็ได้เข้ามามีบทบาทในการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการทุจริตและความไม่เป็นธรรมต่างๆ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ผู้ได้รับการขนานนามว่าเป็น “พี่ใหญ่แห่งขบวนการ

แพทย์ชนบท” ได้แสดงทัศนคติต่อการที่ชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเข้ามาเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันไว้ว่า “โดยที่ตระหนักว่า ทรัพยากรของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องใช้อย่างมีประสิทธิภาพ หากปล่อยให้มีการทุจริตคอร์รัปชันเงินที่จะใช้ในการพัฒนาประเทศย่อมถูกเบียดบังไป และชนบทย่อมถูกกระทบก่อนและรุนแรงกว่า จึงไม่แปลกที่ชมรมแพทย์ชนบทจะเข้ามามีบทบาทในการต่อต้านคอร์รัปชันด้วย”^{๗๑}

อาจกล่าวได้ว่า อุดมการณ์ความคิดเรื่องการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเริ่มปรากฏเด่นชัดตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๒๐ เป็นต้นมา ดังเห็นได้จาก การริเริ่มปาฐกถาพิร่ คำทอนขึ้น ภายหลังการเสียชีวิตของนายแพทย์พิร่ คำทอน ซึ่งถูกลอบยิงเสียชีวิตจากการเข้าไปแก้ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันที่สะสมมาเป็นเวลานานของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เพียง ๑๐ เดือน

นายแพทย์พิร่ คำทอน เป็นแพทย์ที่ได้ชื่อว่าเป็นมือดีและมีอุดมการณ์ในการทำงานอย่างมาก จนเมื่อสถานการณ์การคอร์รัปชันของหน่วยราชการส่วนภูมิภาคตามต่างจังหวัด รวมถึงการทุจริตในโรงพยาบาลสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขยุคนั้นทวีความรุนแรงขึ้น โรงพยาบาลของรัฐกลายเป็นหม้อข้าวหม้อแกงขนาดใหญ่ของกลุ่มผลประโยชน์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยุคนั้น ก็เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศในเรื่องการทุจริตคอร์รัปชัน นายแพทย์พิร่ คำทอน จึงได้รับความไว้วางใจจากนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ผู้ใหญ่ในกระทรวงที่ได้รับสมญานามว่าเป็น “เปาปุ้นจิ้นแห่งวงการสาธารณสุขไทย” ส่งให้ไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อแก้ไขปัญหาทุจริตคอร์รัปชันของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่สะสมมาเป็นเวลานาน

^{๗๐} ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๓ (เชียงใหม่: ชิลด์เวอร์ม, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๗-๒๐๘.

^{๗๑} นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, “ข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัยขบวนการแพทย์ชนบทกับการธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ” ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

การส่งนายแพทย์พีร์ คำทอน ให้มาทำภารกิจสำคัญในการปราบทุจริต โรงพยาบาลร้อยเอ็ดครั้งนั้น ดูจะไม่เป็นผลสำเร็จ เพราะโยกย้ายเส้นสนกลในของเครือข่ายการทุจริตได้แทรกตัวอยู่ในกลไกของระบบราชการ ทั้งในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพียงช่วงระยะเวลากว่า ๑๐ เดือนของการทำงาน นายแพทย์พีร์ คำทอน ต้องเผชิญกับความอึดอัด ลำบากใจ และทุกข์ใจอย่างมาก เพราะเป็นการทำงานอย่างโดดเดี่ยวท่ามกลางความขัดแย้งกับผู้สูญเสียผลประโยชน์ แม้ว่านายแพทย์พีร์ จะพยายามใช้จิตวิทยาการบริหารต่างๆ แต่ก็ไม่อาจฟันกระแสนแห่งการฉ้อฉลที่เข้มข้นมากในยุคนั้นได้ นายแพทย์พีร์ คำทอน จึงต้องจบชีวิตลงจากการถูกลอบยิง ขณะกลับจากราชการที่จังหวัดขอนแก่น ในช่วงค่ำของวันที่ ๑๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๒๘ การจากไปของนายแพทย์พีร์ คำทอน ส่งผลทำให้เกิดการตื่นตัวเพื่อสังคายนาและกวาดล้างการคอร์รัปชันในโรงพยาบาลทั่วประเทศขนานใหญ่ รวมถึงมีการริเริ่มให้มีป้าลูกกาพีร์ คำทอน ในการประชุมประจำปีของชมรมแพทย์ชนบทขึ้นเพื่อเป็นที่รำลึกถึงนายแพทย์พีร์ คำทอน ซึ่งถือเป็นเวทีสำคัญในการถ่ายทอด บ่มเพาะอุดมการณ์ความคิดเรื่องความโปร่งใสและการต่อต้านการคอร์รัปชันให้แก่ขบวนการแพทย์ชนบท

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

การเคลื่อนไหวคัดค้านกรณีการโยกย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม อย่างไม่เป็นธรรมในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ถือว่าเป็นหมุดหมายสำคัญของการเคลื่อนไหว

เรื่องธรรมาภิบาล ด้านการทุจริตคอร์รัปชันของขบวนการแพทย์ชนบท โดยการเคลื่อนไหวคัดค้านในเรื่องดังกล่าว สืบเนื่องจากการโยกย้ายข้าราชการในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๓๖ ซึ่งมีการโยกย้ายข้าราชการระดับ ๑๐ ของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙ ราย หนึ่งในนั้นมีการโยกย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม จากตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาไปเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การโยกย้ายดังกล่าวมีความไม่ชอบมาพากลอยู่หลายประการ เนื่องจากการย้ายข้าราชการระดับอธิบดีไปเป็นผู้ตรวจราชการ ซึ่งถือเป็นการลดชั้นโดยที่ข้าราชการดังกล่าวไม่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่

สาเหตุของการโยกย้ายครั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากนายแพทย์มรกต กรเกษม ไม่ยอมให้ความร่วมมือกับนักการเมืองในการทำทุจริตคอร์รัปชัน โดยนายแพทย์มรกต กรเกษม ได้กล่าวในที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๓๖ ว่า ตนเคยถูกนักการเมืองคนหนึ่งเรียกเข้าไปพบในห้องพัก โดยนักการเมืองคนนั้นกล่าวกับนายแพทย์มรกตว่า ‘ผมต้องใช้เงินวันละสองแสน’ หลังจากนั้น เมื่อมีโอกาสดูพบกันอีกครั้ง นักการเมืองคนเดิมก็บอกกับนายแพทย์มรกตว่า ‘หมอใกล้จะเกษียณอายุแล้ว จะทำอะไรก็ทำ’ ซึ่งนายแพทย์มรกตก็เพียงแต่รับฟังและไม่ให้การตอบสนองต่อนักการเมืองคนดังกล่าว จึงทำให้ถูกโยกย้ายอย่างไม่เป็นธรรม^{๗๒} และนำมาสู่การเคลื่อนไหวคัดค้านของขบวนการแพทย์ชนบท โดยมีการแสดงความคิดเห็นต่อสื่อมวลชนว่า การโยกย้ายครั้งนี้จะมีเบื้องหลัง และแสดงท่าทีไม่เห็นด้วยต่อการที่นักการเมืองใช้อำนาจโดยมิชอบต่อข้าราชการประจำ หลังจากนั้น นายแพทย์มรกต กรเกษม ได้บรรยายเรื่อง “การกระจายอำนาจในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข-ใกล้หรือไกลความจริง” ต่อที่ประชุมผู้บริหาร

^{๗๒} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๙๒.

กระทรวง โดยกล่าวเปิดเผยพฤติกรรมของนักการเมืองพรรคกิจสังคมและ
ความในใจหลังถูกคำสั่งโยกย้าย ซึ่งมีการออกอากาศเผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์
ช่อง ๙ ในรายการ Nation News Talk พร้อมทั้งอัดสำเนาแจกจ่ายไปทั่ว
ประเทศ ถือเป็นจุดเริ่มต้นการเคลื่อนไหวที่มีการใช้สื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ
ครั้งแรก^{๗๓}

จากการเคลื่อนไหวกรณีโยกย้าย นายแพทย์มรกต กรเกษม ในปี พ.ศ.
๒๕๓๖ เป็นเสมือนบทเรียนแรกที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทได้มีประสบการณ์
และเรียนรู้ยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวเพื่อต่อสู้กับอำนาจที่ไม่เป็นธรรมของ
ฝ่ายการเมืองในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเปิดเผย ในราว ๔ ปีต่อมา ชมรม
แพทย์ชนบทก็นำบทเรียนดังกล่าว โดยเฉพาะการตระหนักถึงความสำคัญ
ของการต่อสู้โดยใช้การทำงานร่วมกับสื่อมวลชน ซึ่งจะกลายมาเป็นยุทธศาสตร์
ในการเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันครั้งสำคัญ ซึ่งก็คือ กรณีการทุจริต
ยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑

การต่อสู้เปิดโปงเรื่องการทุจริตยาของชมรมแพทย์ชนบท เริ่มต้นขึ้นใน
ช่วงที่นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ เป็นประธานชมรมฯ โดยชมรมแพทย์ชนบท
ได้รับการร้องเรียนจากแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งว่า มีคำสั่งจากผู้
มีอำนาจในส่วนกลางผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์
และวัสดุการแพทย์ที่มีราคาแพงกว่าปกติ ๒-๓ เท่า จากบริษัทที่ให้ผลประโยชน์
กับผู้มีอำนาจ ขณะเดียวกันสื่อมวลชนก็ได้นำเสนอข่าวการทุจริตในกระทรวง
สาธารณสุขไปในทำนองเดียวกัน โดยระบุว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลาย
จังหวัดถูกส่วนกลางกำหนดให้จัดซื้อเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ที่มีราคาแพง
จากบริษัทเอกชนที่ผู้มีอำนาจระบุ โดยใช้งบประมาณสงเคราะห์ประชาชนผู้มี
รายได้น้อย (สปร.) ที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมเป็นพิเศษจากรัฐบาล ๑,๔๐๐

ล้านบาท ซึ่งเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าปกติ ๒-๓
เท่า คาดว่าผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขน่าจะได้รับส่วนแบ่งจาก
ผลประโยชน์นี้ด้วย ต่อมา ข้าราชการระดับสูงต่างๆ เช่น ผู้อำนวยการกอง
พยาบาลภูมิภาค รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนนักการเมืองที่ดูแล
กระทรวงสาธารณสุขต่างออกมาปฏิเสธกระแสข่าวดังกล่าวและยืนยันว่าการ
จัดสรรงบประมาณ สปร. ของกระทรวงฯ เป็นไปด้วยความสุจริต โปร่งใส ตรง
ตามหลักเกณฑ์

ชมรมแพทย์ชนบทจึงออกมาเคลื่อนไหวเพื่อพิสูจน์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการ
ทุจริตในกระบวนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ในการขุดคุ้ยเปิดโปงข้อเท็จจริง
ดังกล่าว ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำงานโดยเชื่อมโยงกับหลายฝ่าย อาทิ ชมรม
เภสัชชนบท กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข นักวิชาการ และโดย
เฉพาะสื่อมวลชน โดยชมรมเภสัชชนบทออกมาร่วมยืนยันว่า เภสัชกรในโรง
พยาบาลชุมชนหลายแห่งต้องถูกบังคับให้เป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการจัดซื้อยา
และเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงกว่าปกติ ๑-๔ เท่า ต่อมา กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน
ด้านสาธารณสุข ๓๐ องค์กร ได้ออกมาร่วมเรียกร้องให้นักการเมือง ปลัด
กระทรวงสาธารณสุข และรองปลัดกระทรวงฯ ที่ถูกพาดพิงลาออก รวมทั้งมี
การเคลื่อนไหวเพื่อรวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน ๕๐,๐๐๐ รายชื่อ ตาม
มาตรา ๓๐๓ และ ๓๐๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี ๒๕๔๐
เพื่อเสนอให้รัฐบาลเอาผิดกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุขให้พ้นจากตำแหน่ง^{๗๔}

นอกจากนั้น กระบวนการเคลื่อนไหวเปิดโปงขบวนการทุจริตยังได้รับการ
สนับสนุนจากกลุ่มแพทย์อาวุโส ได้แก่ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์

^{๗๓} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การ
อนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๑๙๔.

^{๗๔} ดูรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์การทุจริตดังกล่าวได้ใน อำพล จินดาวัฒนะ และ พงศธร
พอกเพิ่มดี, ลำดับเหตุการณ์การตรวจสอบของสังคมกรณีทุจริตซื้อยาและเวชภัณฑ์ ๑,๔๐๐ ล้านบาท
ในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๑. (นนทบุรี: มูลนิธิแพทย์ชนบท, ๒๕๔๑)



ไพโรจน์ นิงสานนท์ และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รวมทั้งข้าราชการผู้ใหญ่ในกระทรวง ได้แก่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เลขาธิการ อย. และนายแพทย์ดำรง บุญยืน อธิบดีกรมอนามัย จึงเป็นผลให้การเคลื่อนไหวครั้งนี้มีความหนักแน่นมากยิ่งขึ้น^{๗๕} ในระหว่างที่กระแสการตรวจสอบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ชมรมแพทย์ชนบทได้ดำเนินการเคลื่อนไหวตามยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การทำงานร่วมกับสื่อมวลชนสายสาธารณสุข ตั้งแต่การออกมาเตือนบรรดาแพทย์และผู้บริหารงานสาธารณสุขผ่านหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับถึงความไม่ชอบมาพากลในการใช้งบประมาณ ๑,๔๐๐ ล้านบาท และการเตรียมการคอร์รัปชันครั้งใหญ่ที่มึนการเมืองอยู่เบื้องหลัง ราวหนึ่งเดือนต่อมา ข่าวการคอร์รัปชันในกระทรวงสาธารณสุขได้ปรากฏขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์รายวันแทบทุกฉบับและเป็นข่าวหน้าหนึ่งต่อเนื่องยาวนานเป็นเวลากว่าหนึ่งปี^{๗๖}

นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๑๗ (พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๓๘) ซึ่งถือว่าเป็นหัวขบวนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบทในการเคลื่อนไหวเรื่องทุจริตฯ ร่วมกับนายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นถัดมา (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙) ได้กล่าวถึงการทำงานโดยมีสื่อมวลชนเป็นแนวร่วมสำคัญว่า

กระแสข่าวการทุจริตยาเกิดขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม มีการเผยแพร่ข่าวออกไป โดยนายแพทย์ยงยศเป็นผู้ประสานให้เกิดการเคลื่อนไหวเรื่องนี้ กระบวนการสำคัญคือ มีการใช้สื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งนายแพทย์ยงยศมีความคิดและกลยุทธ์เรื่องการจัดการข่าวได้ดีมาก เช่น การนำอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มาจัดแสดงให้นักข่าวดูคล้าย

^{๗๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖), หน้า ๒๐๑.

^{๗๖} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๔๖) หน้า ๘๕-๘๖.

นิทรรศการ จนได้รับความสนใจและกลายเป็นข่าวหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์หลายฉบับ^{๗๗}

ในระหว่างที่กระแสการตรวจสอบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางนั้น นายรักเกียรติ สุขชนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายธีรวัฒน์ ศิริวันสานนท์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงฯ ก็ได้ลาออกจากตำแหน่ง ถือเป็นการสิ้นสุดการครอบครองอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขของพรรคกิจสังคมที่ดำเนินมาเกือบหนึ่งทศวรรษ ขณะเดียวกัน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ (ปปป.) ได้รายงานผลการสอบสวนระบุความผิดของข้าราชการระดับ ๙ จำนวนสองราย และต่อมาได้มีการลงโทษด้วยการไล่ออก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอีกห้าแห่งมีความผิดทางวินัยร้ายแรง และอีกหลายจังหวัดถูกตั้งกรรมการสอบสวน ส่วนนายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น คณะรัฐมนตรีมีมติให้พ้นจากตำแหน่งปลัดกระทรวงฯ และย้ายไปดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาระดับ ๑๑ ที่สำนักนายกรัฐมนตรี

ต่อมา ศาลฎีกาแผนกคดีอาญาผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองได้ตัดสินลงโทษจำคุกนักการเมืองจำนวน ๒ ราย คือ นายจิรายุ จรัสเสถียร อดีตที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายรักเกียรติ สุขชนะ อดีต รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นกรณีตัวอย่างในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยที่ภาคประชาชนสามารถเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตคอร์รัปชันของนักการเมือง จนสามารถนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษได้ตามกฎหมาย

ในกระบวนการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน ชมรมแพทย์ชนบทได้สร้างวิธีการซึ่งจะนำไปสู่การรับผิดชอบ (Accountability) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

^{๗๗} ความทรงจำของนายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา ในการสัมภาษณ์ผู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๔๕ จัดโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ในการทุจริต โดยเรียกร้องให้มีการรับผิดชอบเป็นลำดับขั้น กล่าวคือ แพทย์ชนบทจะไม่ใช้วิธีการเรียกร้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทุจริตลาออกพร้อมกันทั้งหมด แต่จะใช้วิธีการสำรวจความสัมพันธ์ในห่วงโซ่ของการทุจริต และกดดันให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องแสดงความรับผิดชอบต่อลำดับไปเรื่อยๆ ซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

ประสบการณ์ของพวกเราเวลาสู้มันมีจังหวะก้าวที่ดี ยกตัวอย่างเช่น...ตอนนั้นรัฐมนตรีลาออก แต่รัฐมนตรีช่วยฯ ไม่ออก ชูชัยเป็นคนกระทุ้งว่ารัฐมนตรีช่วยฯ ต้องออก เค้ถึงออกมาจะเล่นงาน จังหวะมันดี คือ ตอนนั้นพอเค้จัดการกับยี่งเกียรติ [นายรักเกียรติ สุขธนะ รัฐมนตรีสาธารณสุขขณะนั้น] เราก็บอกว่าไม่ใช่แค่นี้หรอก มันสูงกว่านั้นคือ ปรากฏกรม [นายแพทย์ปรากฏ วุฒิพงษ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น] เราก็จักถึงปลัดฯ พอเห็นว่าปลัดฯ โดนแล้ว ไม่พอ ก็ต้องชักต่อรัฐมนตรีรักเกียรติเลยลาออก พอรักเกียรติลาออก ชูชัยกระทุ้งรัฐมนตรีช่วยฯ อยู่ไม่ได้เหมือนกัน ตอนต่อสู้เรื่องไทยเข้มแข็งเหมือนกัน พอวิทยาออกมาแถลงว่ายังไม่ได้ใช้เงินชักบาท วันรุ่งขึ้น พอไปพบนายกฯ ออกมาแถลงลาออก เพราะนายกฯ อ่านรายงานแล้ว หลักฐานแน่นหนามาก วิทยาลาออก รัฐมนตรีช่วยฯ ไม่ออก คืออยู่สองอาทิตย์ แต่สุดท้ายก็ต้องออก นี่คือจังหวะก้าว เพราะถ้าหากเราบอกว่ามันต้องออกยกโขยง ไม่สำเร็จหรอก แต่พอบอกว่าคนนี้ออกแล้ว อีกคนก็ต้องออกด้วย^{๗๔}

หลังจากกรณีการทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปิดโปงกระบวนการทุจริตครั้งใหญ่อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งก็คือ กรณีการจัดสรรงบประมาณของโครงการไทยเข้มแข็งในส่วน

ที่เกี่ยวข้องกับภาคสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลของพรรคประชาธิปัตย์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ การเคลื่อนไหวกรณีทุจริตบไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนแปดหมื่นกว่าล้านบาทนี้ ถือเป็นพัฒนาการที่ต่อยอดจากบทเรียนเมื่อครั้งเปิดโปงกระบวนการทุจริตยาในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เนื่องจากขบวนการแพทย์ชนบทได้เล็งเห็นว่า หากปล่อยให้กระบวนการทุจริตดำเนินไปจนสิ้นสุดกระบวนการ จะสร้างความเสียหายแก่ระบบและงบประมาณเป็นอันมาก ขบวนการแพทย์ชนบทจึงออกมาเคลื่อนไหวและเรียกร้องให้มีการตรวจสอบ ตั้งแต่เห็นว่าเริ่มมีการเตรียมแผนการทุจริตบไทยเข้มแข็ง จนมีผลให้รัฐมนตรีและคณะทำงานต้องลาออก ทั้งยังมีการขู่ลงความผิดชัดเจนว่ามีนักการเมืองจำนวน ๔ คน และข้าราชการระดับสูงจำนวน ๘ คน ที่เกี่ยวข้อง และจะต้องรับผิดชอบต่อกระบวนการทุจริตครั้งนี้ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเคลื่อนไหวกรณีทุจริตบไทยเข้มแข็งไว้ ดังนี้

กรณีไทยเข้มแข็ง เราคิดว่าจะไปรอให้บาดเจ็บ แล้วก็จับคนทุจริตแล้วเข้าคุก ไม่ใช่วิธีการที่สมควร เพราะฉะนั้นเราต้องทำในลักษณะ Primary prevention [คือ ป้องกันไว้ก่อน] ต้องชี้ว่าลักษณะอย่างนี้มันเข้าข่ายวางแผนทุจริตแล้ว แม้จะมีคนบอกว่ายังไม่ได้ใช้เงินเลย แต่มันนั่งวางแผนเตรียมปล้น หลักฐานชัดเจนอย่างนี้แล้ว ถ้าจะปล่อยไปจนกระทั่งปล้นกันซะเต็มรูปก่อน ก็ไม่มีประโยชน์หรอก เราต้องสร้างกระแสก่อน จนในที่สุดงบประมาณแปดหมื่นกว่าล้านจะจกหมดเลย เราเซฟเงินได้หมื่นกว่าล้าน^{๗๕}

นับจากความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเปิดโปงขบวนการทุจริต กรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทมีบทบาทโดดเด่นเป็นที่ยอมรับของสังคมอย่างสูง ทั้งยังส่งผลต่อ “ภาพ” ที่สังคมโดย

^{๗๔} คำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในงาน คสน. ฟอรัม ครั้งที่ ๑๔ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

^{๗๕} คำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในงาน คสน. ฟอรัม ครั้งที่ ๑๔ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

ทั่วไปใช้มองและทำความเข้าใจชมรมแพทย์ชนบท ขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อวิธีคิดและการทำความเข้าใจตัวตนของชมรมแพทย์ชนบทเองด้วย โดยชมรมฯ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการเคลื่อนไหวที่ชัดเจน โดยเน้นจับประเด็นเรื่องการตรวจสอบและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุขเรื่อยมาจนปัจจุบัน ซึ่งหากกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ขบวนการแพทย์ชนบทได้นิยามตัวเองเป็น “หมาเฝ้าบ้าน” (watch dog) ของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่คอยสอดส่องตรวจตราความผิดปกติที่เกิดขึ้นและสื่อแว่วว่าจะเป็นการทุจริตนั่นเอง

การปฏิรูประบบสุขภาพ

ปรากฏการณ์ด้านระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ ถือได้ว่าเป็นการพลิกโฉมหน้าประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทยขนานใหญ่ เนื่องจากการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในมิติใหม่ และมีการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข จากเดิมที่เคยรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ในช่วงนี้ได้มีการจัดตั้งสถาบันทางสาธารณสุขสำคัญๆ ขึ้นมาทำหน้าที่ต่างๆ ในการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเครือข่ายสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีบทบาทในกระบวนการดังกล่าวอย่างเข้มข้น

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างสอดคล้อง กับบริบทของการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งก่อตัวขึ้นหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. ๒๕๓๕ กล่าวคือ ภายหลังการต่อต้านเผด็จการทหารและเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ๒๕๓๕ ได้เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการเมืองและสังคมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากกลุ่มแกนนำองค์กรประชาธิปไตยส่วนหนึ่งเห็นว่าการจะมีระบอบประชาธิปไตยที่ดีกว่าเดิม จำต้องมีการทบทวนโครงสร้างระบบการปกครองเสียใหม่ จึงได้มีการผลักดันให้มีการปฏิรูปการเมืองและจัดทำร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ รัฐสภาในขณะนั้นจึงแต่งตั้งคณะ

กรรมการพัฒนาประชาธิปไตยขึ้นเพื่อทำหน้าที่ศึกษาแนวทางในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญต่อไป โดยมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ และมีแพทย์ชนบทบางท่านเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย คือ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

นอกจากนั้น ยังมีการเคลื่อนไหวเพื่อที่จะร่วมกันกำหนดระบบการเมืองใหม่โดยเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง และในกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ยังเปิดโอกาสให้องค์กรภาคประชาสังคม ตั้งแต่องค์กรชุมชนระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน หรือนักวิชาการได้ออกมาประสานพลังกัน และมีการเปิดเวทีเพื่อถกเถียง วิพากษ์วิจารณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการของระบบการเมืองใหม่ด้วย^{๔๐} ปรากฏการณ์ดังกล่าว นับเป็นมิติใหม่ของระบบการเมืองไทยที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่างรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริงและเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ปวงชนชาวไทยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญอย่างกว้างขวาง กระบวนการดังกล่าวได้ดำเนินการแล้วเสร็จและประกาศเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยได้รับการเรียกขานว่าเป็น “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน”

บริบทของการปฏิรูประบบการเมืองและสังคมที่เกิดขึ้นอย่างเข้มข้นดังกล่าว เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผลักดันให้การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มก่อตัวขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ ๒๕๓๐ สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างมีพลังและเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นก่อตัวขึ้นตั้งแต่ช่วงก่อนรัฐประหาร พ.ศ. ๒๕๓๔ และเริ่มมีการเคลื่อนไหวผลักดันจนเกิดผลสำเร็จ คือ การตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อทำหน้าที่ผลิตองค์ความรู้เชิงระบบที่จำเป็นต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

^{๔๐} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๔๕.

ดังนั้น ในขณะที่สังคมไทยเดินหน้าไปสู่การปฏิรูปสังคม ด้วยการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งถือเป็นกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าในวงการสาธารณสุขก็ได้สานต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการผลักดันให้เกิดกลไกเชิงโครงสร้างอื่นๆ นอกเหนือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ขึ้นมารองรับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

นอกจากบริบทภายนอกอย่างการปฏิรูปสังคมจะเป็นตัวผลักดันให้ความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปอย่างมีพลังแล้ว สภาพการณ์ภายในของระบบสาธารณสุขเองที่กำลังเป็นปัญหามากขณะนั้น ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าเหล่านี้ยิ่งตระหนักถึงความจำเป็นในการแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาของระบบสุขภาพ

เมื่อเข้าสู่ยุคที่เศรษฐกิจไทยเจริญเติบโตถึงขีดสุดในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๐ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป จากปัญหาความขาดแคลนระดับพื้นฐานมาสู่ปัญหาการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรม การกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ กฎหมายที่ล้าสมัย ช้าซ้อน และไม่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชน ระบบการบริการที่ขาดความคล่องตัว ตลอดจนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชน^{๔๐} และจากเศรษฐกิจที่เฟื่องฟูอย่างมากระหว่างนี้เอง ทำให้ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๐ งบประมาณกว่าร้อยละ ๖๐ ถูกใช้ไปกับงานบริการในโรงพยาบาลและการลงทุนกับเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค ขณะที่สถานพยาบาลเองก็มีแนวโน้มที่จะมุ่งไปเป็นองค์กรธุรกิจด้านสุขภาพหรือองค์กรอุตสาหกรรมสุขภาพมากขึ้น

จากปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ไม่ถูกแก้ไขอย่างบูรณาการนำไปสู่การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพมิติใหม่ จากเดิมที่มองแค่การ

ปรับระบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) ซึ่งเน้นแต่เรื่องการจัดบริการทางการแพทย์และกิจกรรมทางสาธารณสุขมาเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ Health System Reform ที่ใหญ่กว่า เพราะระบบสุขภาพครอบคลุมไปถึงเรื่องระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ระบบสาธารณสุขแบบเก่าเน้นแต่เรื่องการซ่อมเป็นสำคัญ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาในอนาคต จึงต้องหันมามองระบบสุขภาพที่กว้างและเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนในสังคม พัฒนาการของความคิดเชิงก้าวหน้าที่สนใจแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ๆ ของกลุ่มขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนมาถึงแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ ปรากฏชัดเจนในข้อสังเกตของ อนันต์ เหล่าธรรมทัศน์ ที่ว่า

ผมมีข้อสังเกตว่าวงการสาธารณสุขเป็นวงการที่ก้าวหน้ามากในทางความคิดทางสังคมการเมือง... และพยายามโยงเรื่องของตนเองไปสู่เรื่องข้างนอก พักก่อนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขของคุณหมอสมศักดิ์ (ชุมพรศรี) ให้ผมช่วยคิดเรื่องการกระจายอำนาจกับสาธารณสุข ผมคิดว่าเข้าท่า ผมกำลังคิดเรื่องการกระจายอำนาจอยู่ สังคมข้างนอกกำลังพูดเรื่องการกระจายอำนาจ คุณหมอแก็คิดเรื่องการกระจายอำนาจกับสาธารณสุขได้... ผมคิดว่าคงไม่แปลกอะไรมันเป็นเรื่องดังที่คนพูดกัน แต่ผมเองสนใจเรื่องประชาสังคมอยู่ ผมคิดว่าเป็น Concept ที่ค่อนข้างจะอยู่ในหมูนักรัฐศาสตร์หรือนักสังคมศาสตร์ นักสังคมวิทยา อ้าวมาจากไหนอีกหัวจดหมายสายฟ้าแลบของคุณหมอสมศักดิ์มาอีกแล้ว เชิญชวนชักชวนให้ผมมาพูดเรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ ผมว่าอีกสักพักคงจะทำเรื่องโลกาภิวัตน์กับสุขภาพ อีกสักพักคงทำเรื่องการปฏิรูปการเมืองกับสุขภาพ...^{๔๑}

^{๔๐} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๒๗.

^{๔๑} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๒๖๒-๒๖๓.

การปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปโดยมีองค์การมหาชนใหม่ๆ ด้านสุขภาพ หรือองค์กรตระกูล ส. ต่างๆ เป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่ต่างๆ ในการตอบสนอง ต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญในการทำงานขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ การใช้พลัง ๓ ด้าน ตามหลักการของ ทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านประชาสัมพันธ์ และ ด้านวิชาการ

สถาบันแรกที่ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. ที่มาของการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเริ่มต้นจากการพูดคุยกันในเวที “คณะกรรมการระดับชาติ” ซึ่งมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ หลังจากมีการประชุมร่วมกับนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น และเห็นตรงกันว่าควรมีการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงนำไปสู่การดำเนินการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านวิชาการ การจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นตรงกันว่า ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เชิงระบบเสียก่อน และความรู้เชิงระบบดังกล่าวก็จะต้องมาจากสถาบันวิจัยระบบที่เป็นอิสระด้วย^{๘๓}

แพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยท่านเป็นผู้กราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ให้มีพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งยังช่วยดำเนินการให้กฎหมายผ่านสภานิติบัญญัติในวันสุดท้ายของการประชุมอีกด้วย หลังจากก่อตั้ง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหะวัณ ได้รับเลือกให้เป็นผู้อำนวยการคนแรกของสถาบัน ทำหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการและวางรากฐานให้แก่ สวรส. เพื่อให้สามารถทำงานสร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เป็นอิสระ^{๘๔}

จากโครงสร้างของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำให้สถาบันฯ ทำหน้าที่เป็นเสมือนฐานปฏิบัติการที่นำไปสู่การเกิดขึ้นขององค์กรอื่นๆ ในเวลาต่อมา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปรช. ซึ่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็เป็นองค์กรหนึ่งที่เกิดขึ้นโดยอาศัยโครงสร้างของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกวางรากฐานการมีส่วนร่วมปฏิรูประบบสุขภาพจากภาคประชาสังคม โดยทำหน้าที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนดกรอบของระบบสุขภาพแห่งชาติใหม่ ที่กว้างกว่าระบบสาธารณสุขเดิม และเน้นการทำงานวิชาการร่วมกับการเคลื่อนไหวให้สังคมได้ร่วมเรียนรู้แนวคิดเรื่องสุขภาพในมิติใหม่^{๘๕} ซึ่งหลังจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จและประกาศใช้เป็นกฎหมาย จึงมีการเปลี่ยนผ่านจาก สปรช. มาสู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐

องค์กรสำคัญอีกองค์กรหนึ่งที่เกิดขึ้นในบริบทของการปฏิรูปสุขภาพ คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) การเกิดขึ้นของหน่วยงานดังกล่าวถือเป็นความก้าวหน้าของประเทศไทยที่สามารถนำเอาภาษีบาปจากเหล้าบุหรี่มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้ อาจกล่าวได้ว่า การก่อตั้งหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพอย่าง สสส. ขึ้นนั้น เป็นผลมาจากการมองเห็นปัญหาในการให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพแต่ฝ่ายเดียว จึงนำมาสู่ความพยายามในการสร้างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ ซึ่งพ้นไปจาก

^{๘๓} ประเวศ วะสี, การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๔๖), หน้า ๔-๖.

^{๘๔} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ ปี้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๔๓-๔๔.

^{๘๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙-๑๙๑.



ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุกร บัวสาย ผู้จัดการคนแรก
ของ สสส. ได้กล่าวถึงแนวคิดเมื่อแรกตั้งหน่วยงานเอาไว้ที่น่าสนใจ ดังนี้

โจทย์ใหญ่ที่สุดที่เรามอง คือ ต้องเอาเรื่องสร้างเสริมสุขภาพออกจาก
กระทรวงฯ ให้ได้ เพราะถ้าอยู่ในระบบราชการไม่มีทางที่จะก้าวหน้า
ได้หรอก ทั้งนี้ กรมกองทั้งหลายเขามีโยยในการปฏิบัติงานของเขาอยู่แล้ว
ความคิดใหม่ๆ หรือยุทธศาสตร์ดีๆ ต่างถูกบล็อกด้วยความแข็งตัวของ
ระบบราชการ ส่งผลให้พลังของสังคมจริงๆ เข้ามาร่วมได้น้อยมาก ขณะที่
เรื่องบุหรี่ค่อนข้างเห็นอยู่แล้วว่ามันเดินหน้าด้วยพลังที่อยู่ข้างนอกเยอะ
ฉะนั้นเราจึงต้องหาทางโยนเรื่องนี้ไปสู่มือของสังคมให้มากที่สุด สุดท้าย
แล้วความคิดทั้งหมดก็ถูกดีไซน์ออกมาเป็น สสส.^{๘๒}

การทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
จึงเป็นกลไกสำคัญในการดึงพลังทางสังคมต่างๆ ให้เข้ามาทำงานด้านสุขภาพ
ตามความหมายกว้าง และส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้
โดยเฉพาะการส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายของคนทำงาน ซึ่งการทำงานด้านสุขภาพ
ในลักษณะของเครือข่ายนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ
อย่างยิ่ง เพราะการทำงานแบบเครือข่ายนั้นทำให้สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรม
ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบได้อย่างยั่งยืนต่างจากการทำงานของระบบ
ราชการซึ่งมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจเน้นการบริหารงานในแนวตั้ง (Top-
Down) นโยบายจึงแปรผันตามความต้องการของผู้ที่เป็นหลัก นายแพทย์
สุกร บัวสาย ได้กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้ว่า

ผลที่เกิดขึ้นจริงๆ แนวทางที่เราคิดก็เกิดขึ้น แต่ส่วนที่มากกว่านั้นคือ
มันยังทำให้เครือข่ายต่างๆ เข้มแข็งขึ้นอีกด้วย เพราะว่าการทำงานของ สสส.

^{๘๒} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประชาคมสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย
(นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาพแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๓๑๔-๓๑๕.

ไม่ได้ทำเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น แต่เราทำหลายเรื่องมาก เพราะฉะนั้น
การเชื่อมโยง การพึ่งพาอาศัยกัน ในแต่ละกลุ่มก็สูงตามไปด้วย เมื่อทุกกลุ่ม
หนุนกันหมด โอกาสที่เราจะทำงานได้สำเร็จก็สูงขึ้นตามไปด้วย^{๘๓}

ปัจจุบันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็น
หน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรไปหล่อเลี้ยงและสร้างความ
เข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคมจำนวนมากในการเป็นพลังให้การขับเคลื่อน
นโยบายสาธารณะ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ
ประชาชนจากระบบตั้งรับ “สุขภาพเสีย” มาสู่ระบบเชิงรุกเพื่อสร้าง “สุขภาพ
ดี” หรือที่เรียกว่าระบบสาธารณสุขแบบป้องกันก่อนป่วย (preventive health
care reform)^{๘๔}

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในแง่กระบวนการทัศน์ของระบบสุขภาพแล้ว
ปัญหาการกระจายทรัพยากรด้านการบริการระบบสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมก็เป็น
ประเด็นสำคัญที่กลุ่มแพทย์ชนบทให้ความสนใจและดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาได้
เป็นผลสำเร็จ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงาน
ที่ทำหน้าที่ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยผ่านมาตรการทางการเงินการคลัง
แพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทในการวางรากฐานและทุ่มเททำงานด้านการ
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ซึ่งท่านได้อธิบายถึงแนวคิดและแรงบันดาลใจในการดำเนินงานไว้ในหนังสือ
เรื่อง งานกับอุดมคติของชีวิต นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์^{๘๕} ความว่า

^{๘๓} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประชาคมสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย
(นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาพแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๓๑๖.

^{๘๔} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ็ญจ จามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔-๒๕.

^{๘๕} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, งานกับอุดมคติของชีวิต นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (มปท., มปป).

ถ้าจะลองทบทวนดู ผมคิดว่าความคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ มันตกผลึกชัดเจนมากขึ้นๆ ตามวันเวลาที่ผ่านไป ตั้งแต่เป็นนักศึกษาที่มีการทำกิจกรรม มีการพูดถึงและต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมในสังคมกันมาก เมื่อไปทำงานในชนบทก็เห็นความยากไร้ ความด้อยโอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ เห็นปัญหาสาธารณสุขทุกมิติ การที่ได้ไปรู้ไปเห็นประเทศที่เขาเจริญแล้วว่าจะระบบเขาดีอย่างไร ก็ยิ่งทำให้มีมโนภาพที่แจ่มชัดมากขึ้น และใฝ่ฝันอยู่เสมอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนเป็นจริง การศึกษาและบริการสุขภาพควรจะเป็นสิ่งที่รัฐบาลจัดหามาให้และประชาชนทุกคนควรจะได้รับ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้งระบบเริ่มต้นจากการวางจุดหมายสำคัญ คือ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข โดยหลอมรวมจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ที่เริ่มตั้งแต่สมัยรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ต่อมา มีการขยายครอบคลุมบุคคล เช่น เด็กและผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้มีการควบรวมกับโครงการบัตรสุขภาพ ทำให้โครงการดังกล่าวเป็นแหล่งรวมงบประมาณจำนวนมาก และเพื่อป้องกันการทุจริตคอร์รัปชันของนักการเมือง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้ผลักดันให้กระทรวงการคลังออกระเบียบควบคุมการใช้เงินก้อนดังกล่าว โดยกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรและกำหนดให้มีคณะกรรมการ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้ามากำกับดูแลและไม่ปล่อยให้เป็นการบริหารในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โครงสร้างของคณะกรรมการนี้เองที่พัฒนาเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา^{๙๐}

^{๙๐} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๓๗-๓๘.

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อจะมีการเลือกตั้งและพรรคการเมืองต่างๆ กำลังแสวงหา นโยบายในการหาเสียง จึงเป็นโอกาสในการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าให้กลายมาเป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งในท้ายที่สุด พรรคไทยรักไทยได้รับ แนวคิดนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหลักในการหาเสียง จนกระทั่งทำให้เกิด นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่รู้จักกันในชื่อ “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” ที่เริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงมีการออกกฎหมาย คือ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สำเร็จ ซึ่งเป็นกฎหมายที่รองรับให้นโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความเข้มแข็ง มั่นคงต่อไป^{๙๑}

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพอย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นับว่าเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญของระบบการบริการสาธารณสุขไทย และเป็นคุณูปการอันใหญ่หลวงในการสร้างความเป็นธรรมและการเข้าถึง ระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมให้แก่ประชาชน ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้เขียนอธิบายไว้ ดังนี้

ตลอดระยะเวลาที่ได้รับคัดเลือกและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. คุณหมอสงวนได้ทุ่มเททำงานที่เป็นความฝันสุดท้ายในชีวิตได้อย่าง ดียิ่ง แม้รัฐบาลจะใช้วิธีจัดสรรงบประมาณให้อย่างกระเป๋ยดกระเสีรมาก แต่ก็สามารถบริหารได้อย่างโปร่งใส มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เป็น ตัวอย่างที่ดีของระบบการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) อย่างแท้จริง ประโยชน์สุขของประชาชนเพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ เช่น ระบบบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ การขยายการผ่าตัดหัวใจและต่อกระดูกให้แก่คนไข้ที่ตกค้าง รอคิวมานาน การทำสุหนัตฟรีทั่วประเทศ การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ อย่างทั่วถึง และล่าสุดคือ การขยายบริการล้างไตทางหน้าท้องให้แก่

^{๙๑} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, งานกับอุดมคติของชีวิต นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (มปท., มปป), หน้า ๗๐-๗๒.

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รวมทั้งเรื่องซีแอลทีเลื่องชื่อระดับโลก ก็ริเริ่มมาจาก สปสช. ภายใต้การนำของคุณหมอสงวนนี้เอง^{๔๒}

ต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ หลังจากที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จและประกาศใช้เป็นกฎหมาย จึงมีการเปลี่ยนผ่านจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) มาสู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) การประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติสะท้อนนัยสำคัญของแนวคิดเรื่องสุขภาพใหม่ที่ครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาวะ การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะและกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย โดยมีการกำหนดกลไกและเครื่องมือใหม่ๆ ให้ทุกภาคส่วนใช้ทำงานร่วมกัน เช่น การมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพที่จัดทำขึ้นจากความเห็นและความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อใช้เป็นกรอบกำหนดนโยบายและทิศทางระบบสุขภาพในทุกระดับร่วมกัน การมีสมัชชาสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ เอชไอเอ (Health Impact Assessment - HIA) ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือในการประเมินนโยบายสาธารณะ และเป็นทั้งเครื่องมือหรือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยมีกลไกการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีกรรมการจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน^{๔๓} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงเป็นหน่วยงานหลักที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมปฏิรูประบบสุขภาพจากภาคประชาสังคม

^{๔๒} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประชาตาสารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๔๐-๔๐.

^{๔๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙๗-๑๙๘.

การปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ จึงดำเนินไปโดยมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้ง ๔ สถาบันดังกล่าว เป็นกลไกหรือเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งในกระบวนการผลักดันให้เกิดองค์การมหาชนใหม่ๆ ด้านสุขภาพเหล่านี้ขึ้นนั้น สัมพันธ์อย่างมากกับกลุ่มเครือข่ายสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทและนายแพทย์ประเวช เวสซี เช่น การเกิดขึ้นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้น มีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ร่างพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะผู้บริหารในวาระแรกนั้นมีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้อำนวยการ

กรณีสํานักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นริ้วแรงสําคัญในการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และผลักดันจนร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว ประกาศใช้เป็นกฎหมาย ทำให้มีการเปลี่ยนผ่านจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) มาสู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สำเร็จ ทั้งนี้ ในคณะกรรมการด้านต่างๆ ของ สปรช. ก็ยังมีแพทย์ชนบทท่านอื่นๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการอยู่ด้วย เช่น คณะอนุกรรมการสร้างความรู้ มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นเลขานุการ คณะอนุกรรมการการเคลื่อนไหวทางสังคม มีนายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป เป็นเลขานุการ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมาย มีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเลขานุการ และคณะอนุกรรมการด้านสื่อ มีนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นเลขานุการ^{๔๔} ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็เป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากการทุ่มเททำงานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยอาศัยการสนับสนุนด้านวิชาการจากการศึกษาวิจัยของนักวิชาการมือดี เช่น นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

^{๔๔} พงศธร พอกเพิ่มดี, หลังประชาตาสารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕-๒๖.

การตั้งองค์กรด้านสุขภาพหรือองค์กร ส. ต่างๆ ขึ้น ไม่เพียงแต่มีผลรองรับ กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีนัยสำคัญต่อการกระจาย อำนาจรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขและมีผลอย่างยิ่งในการสร้างระบบ ธรรมนูญบาลเชิงโครงสร้าง เพราะสามารถลดทอนอำนาจเบ็ดเสร็จรวมศูนย์ ของนักการเมืองและผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขให้ไปอยู่ภายใต้ การบริหารของ “คณะกรรมการ” ซึ่งเป็นตัวแทนที่มาจากหลายภาคส่วน ลักษณะ ดังกล่าวกระทบต่อโครงสร้างอำนาจและวัฒนธรรมการใช้อำนาจแบบเดิม ทำให้กลุ่มอำนาจเดิมเกิดความไม่พอใจและรู้สึกคับข้องใจในระบบการบริหาร จัดการขององค์กรเหล่านี้

ยุคที่ ๖ หลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙ ถึงปัจจุบัน

ช่วงปลายทศวรรษ ๒๕๔๐ ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญอีกช่วงหนึ่ง ของประวัติศาสตร์ไทย ที่นำมาสู่ความขัดแย้งทางการเมือง และการผลักดัน ช่วงชิงอำนาจของกลุ่มการเมือง โดยมีฐานมวลชนของแต่ละฝ่ายสนับสนุน จึง เป็นช่วงที่สังคมการเมืองมีลักษณะแบ่งขั้ว เลือกล้าง แยกแยะอย่างไม่เคย ปรากฏมาก่อน และลุกลามมาสู่การใช้ม็อมมองหรือจุดยืนทางการเมืองเข้ามา กำกับหรือตัดสินชีวิตทางสังคมด้านอื่นๆ ด้วย

แม้พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร จะชนะ การเลือกตั้งอย่างถล่มทลายเป็นสมัยที่สองด้วยคะแนนสูงเป็นประวัติการณ์ถึง ๑๙ ล้านเสียง ในการเลือกตั้งเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๘ แต่ภายในเวลาไม่ นานกลับถูกประท้วงต่อต้านอย่างหนักจากประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน เมืองหลวงและตัวเมืองใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากความไม่พอใจที่สะสมมายาวนาน จากการบริหารงานที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน การแทรกแซงการทำงานของ

องค์กรอิสระ และข้อกล่าวหาเรื่องการทุจริตคอร์รัปชันอย่างกว้างขวาง อันเป็น เชื้อเพลิงสำหรับการต่อสู้ทางการเมืองเพื่อโค่นล้มรัฐบาลมาทุกยุคทุกสมัย^{๔๔}

การรณรงค์ต่อต้านทักษิณ ชินวัตร เริ่มขึ้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ภายใต้การนำของสนธิ ลิ้มทองกุล ผู้ก่อตั้งและผู้นำของเครือข่ายสื่อพิมพ์ ผู้จัดการ แห่งบริษัทเมเนเจอร์ มีเดีย (มหาชน) และหนึ่งในพวกพ้องของทักษิณ ที่หันมาเป็นหัวขบวนในการคัดค้านรัฐบาลเสียเอง หลังจากที่ย้ายการเมืองไทย รายสัปดาห์ของสนธิถูกถอดออกจากสถานีโทรทัศน์ช่อง ๙ อสมท. เนื่องจาก เป็นรายการสนทนากาการเมืองที่เน้นเปิดโปง โจมตีการทุจริตและใช้อำนาจหน้าที่ โดยมีขอบของรัฐบาลอย่างรุนแรง สนธิจึงหันมาจัดรายการสนทนาสดราย สัปดาห์สัญจร โดยใช้การถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ผ่านดาวเทียม ซึ่งสามารถ ดึงดูดผู้ชมที่ต่อต้านทักษิณได้อย่างมาก^{๔๕}

ทั้งฝ่ายรัฐบาลและสนธิ ลิ้มทองกุล ต่างใช้ทุกวิถีทางในการต่อสู้ มีการใช้ กฎหมายและอำนาจศาลตอบโต้และยับยั้งอีกฝ่าย ประเด็นสำคัญที่ฝ่ายสนธิใช้ โจมตีทักษิณเรื่อยมาก็คือ การกล่าวหาว่าทักษิณมีการกระทำที่ส่อไปในทาง หมิ่นพระบรมเดชานุภาพ การโหมปลุกระดมความไม่พอใจรัฐบาลถูกกระทำ ผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนทั้งหมดในเครือข่ายสื่อพิมพ์ผู้จัดการ ไม่ว่าจะเป็น เคเบิลทีวี, หนังสือพิมพ์, นิตยสาร, หนังสือ, ซีดีและเว็บไซต์ การโจมตีรัฐบาล ทักษิณดำเนินไปอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องกว่า ๔ เดือน จนสามารถสร้างสม พลังกดดันทางการเมืองขึ้นมาได้สำเร็จ และนำมาสู่การชุมนุมเคลื่อนไหวของ มวลชนขนาดใหญ่เพื่อต่อต้านนายกฯ ทักษิณ ชินวัตร ในเดือนกุมภาพันธ์ถึง เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙^{๔๖}

^{๔๔} ภิญญ ไตรสุริยธรรมา, “คำนำ,” ใน ปฏิวัติ ๒๕๔๙, ภิญญ ไตรสุริยธรรมา, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพน บั๊กส์, ๒๕๕๐), หน้า ๖.

^{๔๕} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๑๒.

^{๔๖} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๓

การประชุมใหญ่ต่อต้านทักษิณเกิดขึ้นครั้งแรกที่ลานพระบรมรูปทรงม้า ในคืนวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙ การชุมนุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเกือบแสนคน ถือเป็นการชุมนุมทางการเมืองเพื่อโค่นล้มรัฐบาลที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุดตั้งแต่หลังเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม ๒๕๓๕ เป็นต้นมา สาเหตุของการที่มวลชนพากันหลั่งไหลมาร่วมชุมนุมครั้งนี้ สืบเนื่องจากความไม่พอใจที่ทักษิณ ชินวัตร ประกาศขายหุ้นกลุ่มชินคอร์ปมูลค่ากว่า ๗๓,๐๐๐ ล้านบาท ให้แก่บริษัทเทมาเส็ก โฮลดิ้งส์ ของสิงคโปร์ โดยวิธีการหลบเลี่ยงภาษี ทั้งยังเต็มไปด้วยรายละเอียดที่หมิ่นเหม่ต่อข้อกฎหมายและจริยธรรม ทั้งหมดนี้เป็นเสมือนการรื้อฟื้นความทรงจำของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครจึงเพิ่มทวีขึ้น^{๙๙} จนทำให้มีผู้เข้าร่วมชุมนุมจำนวนมากเป็นประวัติการณ์ในครั้งนั้น

สภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นจุดเริ่มต้นของมหากาพย์การชุมนุมทางการเมืองที่ต่อเนื่องยาวนานในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จากการนำเดี่ยวของสนธิ ลิ้มทองกุล สู่การจัดตั้งกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย อันมีสนธิ ลิ้มทองกุล พลตรีจำลอง ศรีเมือง สมศักดิ์ โกศัยสุข พิกพ ธงไชย และสมเกียรติ พงษ์ไพบูลย์ เป็นแกนนำ โดยมีสุริยใส กตะศิลา ทำหน้าที่ผู้ประสานงานร่วมกับเครือข่ายทั่วประเทศ^{๑๐๐}

เป้าหมายของพันธมิตรฯ คือ การขับไล่ทักษิณออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และล้มล้างระบอบทักษิณ ด้วยการสร้างเครือข่ายต่อต้านทักษิณเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มพลังกดดันของประชาชนและหลีกเลี่ยงความรุนแรงและการนองเลือด พันธมิตรฯ ได้จัดชุมนุมใหญ่หลายครั้งต่อเนื่องกัน จากลาน

พระบรมรูปทรงม้าสู่การประชุมที่สนามหลวง และยাত্রาสู่ทำเนียบรัฐบาล จนทำให้นายกรัฐมนตรีต้องออกสัญจรในต่างจังหวัด

ปรากฏการณ์สนธิ ลิ้มทองกุล กับพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ที่มีโชคชะตาเพียงลูกเดียวที่สาตซัดเข้ามาโค่นล้มรัฐบาลทักษิณเท่านั้น แต่ขบวนการมวลชนดังกล่าว เป็นเพียงคลื่นระลอกแรกเท่านั้น เพราะรัฐบาลทักษิณ ชินวัตรยังต้องเผชิญกับกระแสคลื่นอีกอย่างน้อย ๒ ระลอกด้วยกันคือ “กระบวนการตุลาการภิวัตน์” (judicial review) ในช่วงเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จนมาถึงคลื่นระลอกสุดท้ายที่เป็นเสมือนจุดเปลี่ยนสำคัญของวิกฤตการณ์ทางการเมืองที่ดำเนินมายาวนาน ก็คือ เหตุการณ์รัฐประหารในวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙^{๑๐๑} ที่นำโดยคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ซึ่งมีพลเอก สนธิ บุญยรัตกลิน เป็นหัวหน้าคณะ ถือเป็นการสิ้นสุดอำนาจของรัฐบาลภายใต้การนำของทักษิณ ชินวัตรและพรรคไทยรักไทย

หากย้อนดูภูมิหลังและเส้นทางการขึ้นสู่อำนาจของทักษิณ ชินวัตร จะพบว่าทักษิณเริ่มสร้างตัวเองขึ้นจากธุรกิจโทรคมนาคม ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ที่เศรษฐกิจฟองสบู่กำลังเฟื่องฟู และหลักเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่แพร่หลาย ทักษิณได้เริ่มก้าวเข้าสู่วิถีการเมือง โดยนำความรู้ด้านเทคโนโลยีมาผสานเข้ากับเส้นสายทางการเมือง ทักษิณทุ่มเทและแสดงความ “ใจกว้าง” ต่อกลไกราชการสำคัญต่างๆ จนสามารถปลูกฝังสายสัมพันธ์กับข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ตลอดจนรัฐมนตรีต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง ทำให้ทักษิณประสบความสำเร็จในการประมูลสัมปทานและขอใบอนุญาตโครงการโทรคมนาคมใหญ่ๆ หลายครั้งติดต่อกัน ทั้งยังมีการวิ่งเต้นกระหรวงการคลังเพื่อนำบริษัทสัมปทานต่างๆ ของตนเอง เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ได้สำเร็จ ท่ามกลางการหลั่งไหลของ

^{๙๙} ภัฏญญา ไตรสุริยธรรม, “คำนำ,” ใน ปฏิวัติ ๒๕๔๙, ภัฏญญา ไตรสุริยธรรม, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๐, หน้า ๑๓.

^{๑๐๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๔-๑๕.

^{๑๐๑} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๙๗.

เงินทุนต่างชาติจำนวนมหาศาลหลังการลดกฎเกณฑ์ทางการเงิน จนปี พ.ศ. ๒๕๓๗ บริษัทในเครือชินวัตรก็มียอดรวมมูลค่าทรัพย์สินสูงถึงราว ๖ หมื่นล้านบาท ทักษิณจึงกลายสภาพมาเป็นนักธุรกิจโทรคมนาคมหมื่นล้านในเวลาเพียง ๔ ปี^{๑๐๑}

ภายใต้เงื่อนไขที่ธุรกิจโทรคมนาคมนั้นผูกโยงเกี่ยวข้องกับผู้รับผิดชอบ อนุมัติสัมปทาน คือ กลไกราชการอย่างกระทรวง ทบวง กรม อย่างใกล้ชิด ทักษิณ ชินวัตร จึงก้าวเข้าสู่วงการการเมืองอย่างเต็มตัว โดยเข้าร่วมและรับช่วงการนำพรรคต่อจากพลตรีจำลอง ศรีเมือง แต่ภาพความเป็นนักล่าสัมปทานของทักษิณก็ส่งผลกระทบต่อตำแหน่งรัฐมนตรีและทำให้พรรคพลังธรรมต้องสิ้นสุดลงในที่สุด ทักษิณจึงตัดสินใจก่อตั้งพรรคไทยรักไทยของตัวเองขึ้นมาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๑ และอาจกล่าวได้ว่า ทักษิณได้ประโยชน์จากจังหวะความเปลี่ยนแปลงของสังคมหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๔๐ กับกระแสการปฏิรูปการเมืองที่กำลังร้อนแรงในช่วงนั้น ในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั่วไปในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นการเลือกตั้งครั้งแรกที่จัดขึ้นภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ ในการรณรงค์หาเสียง ทักษิณได้อัดฉีด “กลุ่มคนเดือนตุลา” และอดีตแกนนำนักศึกษา ซึ่งในจำนวนนั้นมีคนในเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท คือ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และ นายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช มาช่วยวางกลยุทธ์การหาเสียงให้ โดยเน้นนโยบายประชานิยมที่มุ่งเอาใจผู้เลือกตั้งชาวชนบท ทำให้ในที่สุด พรรคไทยรักไทยได้ก้าวขึ้นเป็นรัฐบาล ด้วยคะแนนเสียงของผู้มีสิทธิเลือกตั้งที่สูงเป็นประวัติการณ์ถึง ๑๑ ล้านเสียง และครองที่นั่งในสภาผู้แทนราษฎรถึง ๒๔๘ จาก ๕๐๐ ที่^{๑๐๒}

จากภูมิหลังและลักษณะเฉพาะของทักษิณ ชินวัตร ส่งผลให้การใช้อำนาจทางการเมืองของทักษิณเป็นไปใน ๒ ลักษณะ คือ ความเป็นอำนาจนิยมและ

เสรีนิยมใหม่^{๑๐๓} ที่เน้นการใช้อำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ไม่เปิดโอกาสให้มีการไตร่ตรองจากหลายฝ่าย และเน้นการเปิดโอกาสให้นักลงทุนอย่างเสรี ซึ่งรวมไปถึงการเปิดโอกาสให้นักลงทุนสามารถแย่งชิงทรัพยากรของประชาชนมาใช้ได้ หรือแม้กระทั่งการเอาผลประโยชน์ไปแฝงไว้ในงบประมาณแผ่นดิน ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับที่ เกษียร เตชะพีระ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ระบอบทักษิณ อาจหมายถึง ระบอบประชาธิปไตยอำนาจนิยม ภายใต้อำนาจนำของกลุ่มทุนใหญ่”^{๑๐๔}

อาจกล่าวได้ว่า รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร มีแนวนโยบายทางเศรษฐกิจที่แบ่งได้เป็น ๒ ลักษณะ ลักษณะแรก คือ นโยบายเศรษฐกิจที่เน้นความเป็นเสรีนิยม ซึ่งมีการตั้งข้อสังเกตว่าแนวนโยบายดังกล่าว มีนัยสัมพันธ์กับการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนบุคคลให้มากที่สุด (Private–Interest Maximization) โดยไม่ใส่ใจประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน และการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล^{๑๐๕} นำไปสู่สิ่งที่เรียกกันว่า “การคอร์รัปชันเชิงนโยบาย” ดังปรากฏตัวอย่างที่ชัดเจนจากธุรกิจโทรคมนาคม เช่น การเก็บภาษีสรรพสามิตโทรคมนาคม และการอนุมัติส่งเสริมการลงทุนให้โครงการดาวเทียมไอพีสตาร์^{๑๐๖} เป็นต้น ซึ่งแนวนโยบายอันนำไปสู่ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันและการใช้อำนาจอย่างไม่เป็นธรรมดังกล่าว ได้กลายเป็นประเด็นที่ชนชั้นนำและชนชั้นกลางในเมืองใช้เป็นข้ออ้างในการเคลื่อนไหวโค่นล้มทักษิณและรัฐบาลพรรคไทยรักไทยในเวลาต่อมา จนทำให้เกิดการรัฐประหารในวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

^{๑๐๑} นิธิ เอียวศรีวงศ์, วัฒนธรรม คนอย่าง ทักษิณ: รวมบทความสะท้อนความคิดเกาะติดเนื้อร้ายแห่งวัฒนธรรมที่กำลังถูกลาม (กรุงเทพฯ: มติชน, ๒๕๔๙), หน้า ๑๕-๑๗.

^{๑๐๒} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๕๔: วิกฤตประชาธิปไตย, หน้า ๙๖.

^{๑๐๓} รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, จาก Thaksinomics สู่ทักษิณานิปไตย (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บুকส์, ๒๕๕๘), หน้า ๑๓.

^{๑๐๔} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, “คอร์รัปชันนโยบาย”, ใน รู้ทันทักษิณ, เจมส์คัตตี ปันทอง, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: ขอบคิดด้วยคน, ๒๕๕๗), หน้า ๖๑.

^{๑๐๑} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๕๔: วิกฤตประชาธิปไตย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๖๒-๖๓.

^{๑๐๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๔.

ลักษณะที่สอง คือ การเน้นนโยบายประชานิยมเพื่อตอบสนองคนในชนบท ซึ่งเป็นฐานเสียงทางการเมืองที่สำคัญ โดยมีการดำเนินโครงการตามแนวนโยบายดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เช่น โครงการพักชำระหนี้แก่เกษตรกร โครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) เพื่อการฟื้นฟูอาชีพ โครงการกองทุนหมู่บ้านและการจัดตั้งธนาคารประชาชน เพื่อเป็นแหล่งเงินทุนหมุนเวียนแก่ประชาชนในชนบท เป็นต้น^{๑๐๗} อย่างไรก็ตาม มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่า นโยบายต่างๆ เหล่านี้ไม่ได้สร้างประโยชน์ให้กลุ่มคนยากจนอย่างแท้จริงและไม่มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ เนื่องจากนโยบายเหล่านี้ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้มีวินัยทางการคลังรองรับ จึงเสี่ยงต่อการสร้างภาระหนี้สินของประเทศในอนาคต ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะเงินเฟ้อในระดับสูงและเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตามมา^{๑๐๘}

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่ทำให้รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ได้รับความนิยมและเป็นที่จดจำของประชาชนมากที่สุด คือ นโยบายด้านสุขภาพที่รู้จักกันดีในนามโครงการ “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” หรือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง บุคคลสำคัญที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สำเร็จเป็นนโยบายระดับชาติได้ คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งได้เตรียมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมาเป็นเวลากว่า ๑๐ ปี ด้วยการศึกษาวินิจฉัยอย่างเป็นระบบ ทั้งจากการศึกษาวินิจฉัยของนักวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและการศึกษาวินิจฉัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป หลอมรวมเข้ากับประสบการณ์จากการเข้าไปร่วมวางระบบหลักประกันสุขภาพให้กับสำนักงานประกันสังคม จนตกผลึกเป็นแนวคิดเรื่องระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการวางแผนด้านการเงินอย่างรัดกุม สามารถดำเนินการได้จริง^{๑๐๙}

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปเสนอให้กับพรรคการเมืองต่างๆ ที่กำลังจะหาเสียงเลือกตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งพรรคไทยรักไทยขณะนั้นมีกลุ่มคนที่คุ้นเคยกับความคิดเชิงก้าวหน้าในการปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทมาก่อน เช่น นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ซึ่งเป็นเพื่อนสนิทกับนายแพทย์สงวน และเคยร่วมงานกันที่กองแผนงานสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่นายแพทย์พรหมินทร์ จะลาออกจากราชการไปร่วมงานกับกลุ่มบริษัทชินวัตร และช่วยงานด้านการวางกลยุทธ์ให้กับทักษิณ ชินวัตร พรรคไทยรักไทยจึงรับเอาแนวคิดนี้ไปเป็นนโยบายหลักของพรรคในการหาเสียง

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

^{๑๐๗} ชาติชาย มุกสง, “นโยบายประชานิยม,” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/นโยบายประชานิยม> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๐๘} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๓), หน้า ๔๔.

^{๑๐๙} โดยนัยนี้ ตามทัศนะของ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ จึงเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” ของรัฐบาลทักษิณ ไม่ใช่นโยบายประชานิยม แต่เป็นนโยบายสวัสดิการ เพราะมีการวางแผนด้านการเงิน เช่น มีการประมาณการรายจ่ายต่อหัว และมีระบบติดตามตรวจสอบขึ้นมารองรับ

อาจกล่าวได้ว่า นโยบายประชานิยมของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการก่อรูปความขัดแย้งหรือสภาวะแบ่งขั้วทางความคิดของคนในสังคมให้เกิดขึ้น เนื่องจากการดำเนินนโยบายประชานิยมที่เน้นการเอื้อประโยชน์แก่ชนชั้นล่างและคนจนในชนบทอย่างเข้มข้นจริงจังในช่วงทศวรรษ ๒๕๔๐ ของรัฐบาลทักษิณนั้น ได้ส่งผลให้ภูมิทัศน์ทางการเมืองของคนในชนบทเปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ ทำให้วิธีคิดของชนชั้นล่างในชนบทที่มีต่อการกำหนดนโยบายและอำนาจทางการเมืองเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง โดยเริ่มตระหนักว่า “เสียง” ของตนนั้นมีความหมายพอที่จะกำหนดบุคคลที่เอื้อผลประโยชน์ทางการเมืองและนโยบายแก่กลุ่มตนได้ ดังนั้น การเมืองระบอบประชาธิปไตยในการรับรู้ของผู้มีสิทธิลงคะแนนเสียงในชนบทเหล่านี้ จึงมีได้ดำรงอยู่แบบลอยๆ และแยกขาดออกจากชีวิตประจำวันของพวกเขา หากแต่คนเหล่านี้เริ่มเชื่อมโยงมิติต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการกิน การอยู่ หรือความเจ็บไข้ได้ป่วย เข้ากับการเมืองแบบ “เลือกตั้ง” ในระบอบประชาธิปไตย

จึงไม่น่าแปลกใจ เมื่อพบว่า ทักษิณ ชินวัตร ประสบความสำเร็จอย่างงดงามในการใช้นโยบายประชานิยมสร้างฐานมวลชนในชนบท เพราะนโยบายประชานิยมเป็นนโยบายผันตรงที่นำเงินและผลประโยชน์ของรัฐที่เคยมี มาสร้างเป็นระบบให้เกิดบารมีและอำนาจจากระบบอุปถัมภ์ให้กับพรรคการเมืองและผู้นำพรรค จนเกิดเป็นบุญคุณที่ติดไปในความรู้สึกของผู้คน^{๙๙} จากสำนึกทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้คนในชนบท ประกอบกับวัฒนธรรมการเมืองที่ติดยึดในบุญคุณและระบบอุปถัมภ์ ทำให้คนในพื้นที่ชนบทจำนวนมาก โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคอีสานของไทย กลายเป็นฐานเสียงสำคัญที่

คอยให้การสนับสนุนทักษิณ ชินวัตร และพรรคไทยรักไทยอย่างเหนียวแน่น จนสามารถก่อตัวเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวทางการเมืองที่สนับสนุนทักษิณ ชินวัตร ในเวลาต่อมาได้

การเคลื่อนไหวของกลุ่มมวลชนพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย เพื่อโค่นล้มรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในอีกด้านหนึ่ง ได้จุดประกายให้กลุ่มที่เป็นฐานเสียงสนับสนุนรัฐบาลทักษิณเกิดการตื่นตัวทางการเมือง และกลุ่มทักษิณเองก็เริ่มใช้ยุทธวิธีต่อสู้โดยการระดมมวลชน รวมไปถึงวิธีการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่นเดียวกับกลุ่มพันธมิตรฯ มีการระดมมวลชนเคลื่อนไหวสนับสนุนรัฐบาลและตอบโต้ขบวนการต่อต้านทักษิณ เริ่มต้นด้วยการระดมมวลชนจัดตั้งและใช้กลไกราชการพาชาวบ้านและเด็กนักเรียนมาให้กำลังใจนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบรัฐบาล และเคลื่อนไหวต่อมาตลอดช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยมีการจัดชุมนุมมวลชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด โดยเฉพาะในภาคเหนือและอีสาน ซึ่งเป็นฐานเสียงสำคัญของพรรคไทยรักไทย^{๑๐๐} พร้อมกับการระดมมวลชนของฝ่ายผู้สนับสนุนรัฐบาลทักษิณ ก็มีการจัดตั้งมวลชนอีกกลุ่ม ในชื่อว่า “คาราวานคนจนฯ” ซึ่งต้องการแสดงพลังของคนยากจนในต่างจังหวัดที่ได้รับประโยชน์จากโครงการประชานิยมต่างๆ ของทักษิณ ทั้งนี้ การเรียกขานกลุ่มมวลชนของตนเองว่าคาราวานคนจนนั้น อาจมีนัยเชิงเสียดสีการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรฯ ที่ได้รับเสียงวิพากษ์ว่าเป็นการชุมนุมของกลุ่มคนรวยและชนชั้นกลางในเมือง

อย่างไรก็ตาม หลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๒๕๔๙ ที่ทำให้ทักษิณ ชินวัตร และรัฐบาลพรรคไทยรักไทยหมดอำนาจลง สถานการณ์ทางการเมืองประสบกับความผันผวนเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อันเป็นผลจากการผลัดกันตอบโต้

^{๙๙} ทิวากร แก้วมณี, “ธุรกิจการเมือง นโยบายประชานิยม และการเมืองระบอบทักษิณ” [online]. แหล่งที่มา: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=805289> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๐๐} เกษียร เตชะพีระ, จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤตประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๐), หน้า ๑๕-๑๖.

ช่วงชิงอำนาจทางการเมืองของฝ่ายต่างๆ จนในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นนายกรัฐมนตรี ฝ่ายที่เคยสนับสนุนรัฐบาลทักษิณ จึงพลิกกลับมาเป็นผู้เคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ โดยเริ่มเคลื่อนไหวอย่างเข้มข้นภายใต้การรวมตัวในชื่อ “แนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ” (นปช.) จนขยายเป็นเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในเดือนเมษายน หรือที่เรียกกันว่า “สงกรานต์เลือด” พ.ศ. ๒๕๕๒ และเหตุการณ์การชุมนุมประท้วงรัฐบาลของกลุ่ม นปช. ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ นำไปสู่การปะทะกันระหว่างกลุ่มผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่รัฐ จนทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง ๙๑ คน และมีผู้บาดเจ็บกว่า ๒,๑๐๐ คน^{๑๑๖}

ในกระบวนการต่อสู้ขับเคี่ยวกันอย่างเข้มข้นระหว่างฝ่ายต่อต้านกับฝ่ายที่สนับสนุนทักษิณ ชินวัตร ยุทธวิธีที่ทั้งสองฝ่ายนำมาใช้ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสื่อสารมวลชนเฉพาะกลุ่ม การสร้างภาพความชั่วร้ายให้กับอีกฝ่าย รวมถึงการเรียกขานหรือสร้างชุดอุปลักษณ์ (Metaphor) ขึ้นมาเปรียบเปรยฝ่ายตรงข้าม เช่นคำว่า รากหญ้า, เลื้อยเลื้อย, สลึม, งมฉายไสยศาสตร์, ไพร่, อำมาตย์, เลื้อยแดง, ควายแดง, และแมลงสาบ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ของกลุ่มผู้ที่เห็นต่างออกไป อีกทั้งยังได้สร้างความรู้สึกเกลียดชัง เป็นปฏิปักษ์ และแบ่งขั้วแยกข้างอย่างรุนแรงให้เกิดขึ้นในสังคมไทย และทำให้จุดยืนทางการเมืองกลายเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินผู้อื่น ตลอดจนมิติด้านอื่นๆ ในชีวิตของผู้คนในสังคม

จากสภาวะสังคมการเมืองแบ่งขั้วเช่นนี้ ส่งผลต่อบทบาทการสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมีอาจเหลือภัยได้

^{๑๑๖} “การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ_พ.ศ._๒๕๕๓ [๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕]

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายได้ขยายบทบาทเข้าสู่วงจรของอำนาจมากขึ้นในช่วงหลังการรัฐประหาร ๒๕๕๔ ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเป็น “อำนาจ” ที่สัมพันธ์กับฝ่ายรัฐประหารฯ และฝ่ายการเมืองชั่วคราวข้ามกับกลุ่มทักษิณ ชินวัตรทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ที่ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งเป็นรัฐบาลพลเรือนที่ตั้งขึ้นภายหลังการรัฐประหารฯ^{๑๑๗} นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดำรงตำแหน่งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔^{๑๑๘} และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาว่าารรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้น^{๑๑๙}

นอกจากนี้ในรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อมีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศขึ้น เพื่อศึกษารวบรวมแนวทางการปฏิรูปประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ก็ได้รับแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการปฏิรูปประเทศทั้ง ๒ ชุด คือ คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) ที่มีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ที่มีนายแพทย์ประเวศ วะสี

^{๑๑๗} “คณะรัฐมนตรีไทย คณะที่ ๕๖” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/คณะรัฐมนตรีไทย_๕๖ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

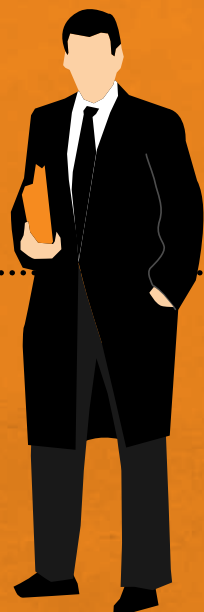
^{๑๑๘} ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สื่อมวลชนประจำรัฐสภาได้ตั้งฉายาสมานิติบัญญัติแห่งชาติชุดนี้ว่า “ชน-ที สีเขียว” เพราะหลังจากที่ สนช. ชุดนี้ได้รับการจัดสรรโดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) ให้เข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติ สมาชิกส่วนใหญ่มาจากสายทหาร ข้าราชการประจำ และอดีตข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ จนถูกมองว่าเป็นสภา “สีเขียว” ทำให้ สนช. ชุดนี้ส่อภัยหมายที่เอื้อประโยชน์ให้กับ คมช. และเพิ่มอำนาจทหารมากขึ้น ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน “สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/สภานิติบัญญัติแห่งชาติ_๒๕๕๔ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๑๙} “สภาร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/สภาร่างรัฐธรรมนูญ_๒๕๕๐ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

เป็นประธาน และยังมี นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในชุดนี้ด้วย^{๑๑๖} นอกจากนั้น ยังมีแพทย์ชนบทที่ได้เข้าไปมีตำแหน่งบริหารจัดการองค์กรต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงรัฐบาลนี้ด้วย เช่น นายแพทย์สุกกร บัวสาย ที่ดำรงตำแหน่งผู้จัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.) เป็นต้น ถึงแม้ว่าองค์กรต่างๆ เหล่านี้จะมีได้อำนาจต่างๆ ทางการเมืองการปกครองอย่างชัดเจนก็ดี แต่ก็ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทก้าวเข้าสู่เวทีความขัดแย้งของการเมืองสองขั้วอย่างเด่นชัด นำมาซึ่งการตั้งคำถามและความเคลือบแคลงสงสัยถึงสถานภาพความเป็น “กลุ่ม” “ขั้ว” หรือ “ฝ่าย” ทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท จนนำมาสู่ความขัดแย้งในรายประเด็นต่างๆ ตามมา ดังจะได้วิเคราะห์ต่อไป



^{๑๑๖} “คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]. และ “คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]



บทที่

ขบวนการแพทย์ชนบท
ท่ามกลางความขัดแย้งแบ่งขั้ว :
ว่าด้วยประเด็น/เหตุการณ์สำคัญต่างๆ

การทบทวนประวัติศาสตร์และพัฒนาการที่ผ่านมาทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทจากอดีตถึงปัจจุบันที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและบริบททางสังคมการเมือง ระยะเวลากว่า ๕ ทศวรรษของการเคลื่อนไหวและเติบโตของขบวนการแพทย์ชนบท นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบสุขภาพแล้ว สิ่งที่เกิดควบคู่ไปด้วยก็คือ การเติบโตของแพทย์ชนบทรุ่นก่อนที่ได้ก้าวขึ้นสู่โครงสร้างอำนาจในระบบราชการ และองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งองค์กรนอกภาคสาธารณสุข เช่น สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (Thai PBS) เป็นต้น ทำให้แพทย์ชนบทอาวุโสเหล่านี้เข้าไปอยู่ในปริมณฑลแห่งอำนาจมากขึ้น ในขณะที่แพทย์ชนบทรุ่นใหม่ ยังมีฐานรากอยู่ในชนบทและยังคงปฏิบัติการอยู่ที่ชายขอบของอำนาจ พลวัตดังกล่าวทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความหลากหลายภายในมากขึ้น

การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางในระบบสุขภาพมิได้เป็นไปอย่างไร้การต่อต้านหรือปราศจากความขัดแย้ง ในขณะที่ ระบบอภิบาลสุขภาพก็มีความซับซ้อนมากขึ้นจากการเกิดองค์กรด้านสาธารณสุขใหม่ๆ สถานการณ์ทางสังคมและการเมืองก็มีความขัดแย้งมากขึ้น มีการแบ่งขั้ว แยกข้าง รวมทั้งการต่อต้านต่อรองจากกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งยังทำให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ถึงวิธีและเป้าประสงค์ในการทำงานของเครือข่ายแพทย์ชนบทมากขึ้น



ซึ่งในที่นี้จะยกประเด็นสำคัญๆ ขึ้นมาวิเคราะห์และอภิปราย ดังนี้

๑. ว่าด้วยความขัดแย้ง

ความขัดแย้งและสถานการณ์แบ่งขั้วแยกข้างในวงการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน เป็นความขัดแย้งดังครีดยที่มี การก่อตัวมายาวนานเกือบ ๓ ทศวรรษ โดยจะขอยกตัวอย่างกรณีความขัดแย้ง ที่สำคัญขึ้นมาอภิปราย ๒ ประเด็น คือ ความขัดแย้งกรณี (ร่าง) พระราชบัญญัติ คัมภีร์ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และกรณีสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยจะอภิปรายให้เห็น “ตัวละคร” หลักๆ ที่มีภาพเป็นคู่ขัดแย้งของขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ กลุ่มสมพันธ์แพทย์และ บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) และ กลุ่มองค์กรวิชาชีพ คือ แพทยสภา ซึ่งล้วนเป็นตัวละครที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับ “เรื่องราว” ความขัดแย้ง ที่ปรากฏเป็นรูปธรรมในทั้งสองประเด็นดังกล่าว

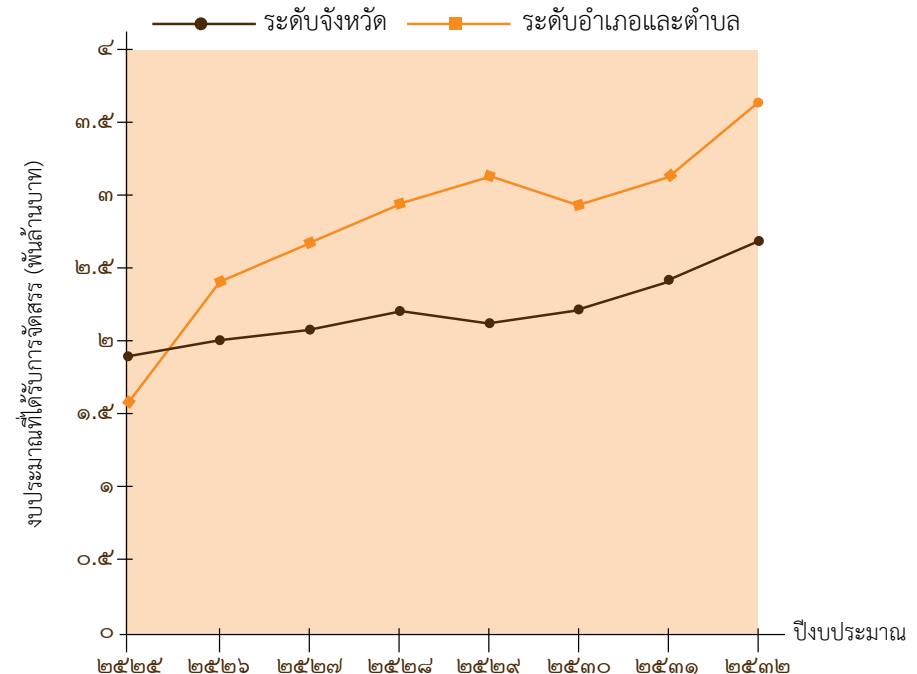
กลุ่มสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ก่อนการปรับปรุงส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๑๗ สถานบริการสุขภาพในชนบทมีเพียงสถานีอนามัยชั้น ๑ ซึ่งเน้นภารกิจ การสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ ชีต ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลที่จำกัดทำให้ผู้ป่วยทั่วไปจากอำเภอต่างๆ ไปกระจุกตัวเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ เพื่อทำหน้าที่กลั่นกรองรองรับผู้ป่วยในชนบทไว้จำนวนหนึ่ง ไม่ให้หลั่งไหลเข้า มาแออัดในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าวเกิดขึ้นในรัฐบาลสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข และมีนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาชนบทในด้านต่างๆ รวมทั้งด้าน

การแพทย์และการสาธารณสุข จึงทำให้เกิดการเกลี้ยกระจายงบประมาณจาก เมืองลงสู่ภาคชนบทเป็นอันมาก งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล จึงได้รับการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ ในปริมาณที่มากกว่า งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดนับแต่นั้นมา

ภาพแสดงการจัดสรรงบประมาณระหว่าง
งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล
กับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๒๕-๒๕๓๒



ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพความเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดกับงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลนี้แสดงให้เห็นว่างบประมาณที่ลงทุนให้กับงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลในช่วงเวลาดังกล่าว มีการเพิ่มสูงขึ้นกว่างบประมาณที่จัดสรรให้กับระดับจังหวัดที่แม้ว่าจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ก็ยังเพิ่มในอัตราที่น้อยกว่างบประมาณที่ลงทุนให้กับสถานบริการระดับอำเภอและตำบล นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและในโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัยทำให้การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขมีการสนับสนุนการเติบโตของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกคน) มีการจัดสรรงบประมาณกระจายลงสู่ระดับอำเภอเป็นหลัก

เมื่อการจัดสรรทรัพยากรลงในระดับพื้นที่ที่เป็นฐานของแพทย์ชนบทย่อมก่อให้เกิดกลุ่มที่เคยครอบครองทรัพยากรส่วนใหญ่ไว้แต่เดิมเกิดความไม่พอใจและความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์กับฝ่ายที่จัดสรรทรัพยากรเหล่านั้นไปด้วย และนำมาสู่การรวมตัวกันเพื่อต่อสู้ ต่อรอง และช่วงชิงทรัพยากรหรือผลประโยชน์ การรวมตัวกันของแพทย์กลุ่มหนึ่งเป็นสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปก่อกำเนิดขึ้นในบริบทดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพการณ์ที่แพทย์ชนบทมีการรวมตัวเป็นองค์กรขับเคลื่อนที่มีพลังอย่าง “ชมรมแพทย์ชนบท” ด้วยแล้ว การทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชนบท จึงเป็นการดึงเอางบประมาณส่วนที่ควรจะมีไว้เพื่อหล่อเลี้ยงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้ลดลงไปอีก ด้วย ความรู้สึกดังกล่าวสะท้อนผ่านคำกล่าวของนายแพทย์ศิริชัย ศิลปอาชา ที่ปรึกษาสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับคณะกรรมการตรวจสอบทุจริตตบฯ ไทยเข้มแข็งตอนหนึ่งว่า

คณะกรรมการคนดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับแพทย์ชนบท ที่เป็นต้นเหตุทำให้งบประมาณไปไม่ถึงโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

มากกว่า ๒๐ ปี ทั้งที่ภาระงานเพิ่มขึ้นกว่าเดิมถึง ๓ เท่า ผิดกับโรงพยาบาลชุมชนที่ภาระงานลดลง แต่ได้รับงบประมาณพัฒนาตลอด ส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลใหญ่ในทุกจังหวัดเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้^{๑๑๗}

ความไม่ลงรอยทางความคิดในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรระหว่างหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่มีชมรมแพทย์ชนบทเป็นหัวขบวนหลักในการทำงาน ยิ่งถูกตอกย้ำให้ปริแยกมากขึ้น เมื่อกลุ่มคนที่เคยทำงานในขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มขยายบทบาทสู่การเป็นกลุ่มอำนาจในการปฏิรูประบบสุขภาพ และเกิดการสร้างองค์กรสุขภาพใหม่ๆ เพื่อเป็นกลไกรองรับกระบวนการปฏิรูป ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เน้นการสร้างความรู้เชิงระบบเพื่อเป็นฐานด้านวิชาการในการปฏิรูประบบสุขภาพ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เน้นการสร้างกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านเครือข่ายองค์กรและคนทำงานด้านสุขภาพที่กว้างขวาง, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่สร้างความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขผ่านมาตรการทางการคลัง และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เน้นการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการสุขภาพ และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

องค์กรเหล่านี้นอกจากจะมีบทบาทที่โดดเด่นและเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพแล้วยังทำให้เกิดการกระจายบทบาทและอำนาจหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขมาสู่องค์กรใหม่ๆ เหล่านี้ด้วย หากมองในมุมกลับ จึงเสมือน

^{๑๑๗} “สมาพันธ์แพทย์ รพศ./รพท. เตือน รวม.สธ.คนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของการแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง” [Online]. แหล่งที่มา: <http://news.sanook.com/888777> สมาพันธ์แพทย์-รพศรพท-เตือน-รวมสธคนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง [๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๕]

กับว่า บทบาทและอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขกำลังถูกกลไกใหม่ๆ เหล่านี้ดึงออกไปจนหมด ไม่ว่าจะเป็นการกิจวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณะไปอยู่ภายนอกกระทรวงจนหมด^{๑๑๔} นอกจากภารกิจการทำงานแล้ว สิ่งที่กำลังกลายเป็นเป้าของความขัดแย้งก็คือ งบประมาณหรือทรัพยากรที่องค์กรเหล่านี้ถือครองอยู่นั่นเอง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีเงินรายได้หลักจากภาษีเหล้า บุหรี่ ราวปีละกว่าสองพันล้านบาท และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ควบคุมงบประมาณการจัดซื้อบริการสุขภาพและมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายและทิศทางของระบบบริการสุขภาพ

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

^{๑๑๔} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๘.

องค์กรวิชาชีพ : แพทยสภา

แนวร่วมสำคัญของกลุ่มสมพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่จับมือเป็นพันธมิตรกันยืนคนละขั้วกับขบวนการแพทย์ชนบท คือ แพทยสภา หากพิจารณาย้อนถึงต้นธารความสัมพันธ์ระหว่างแพทยสภากับขบวนการแพทย์ชนบท จะพบว่าเดิม ขบวนการแพทย์ชนบทเคยเข้าไปมีบทบาทในแพทยสภาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ เรื่อยมาจนปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ซึ่งในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ นี้เองเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว และเริ่มมีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนอย่างกว้างขวาง ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตและทำกำไรสูง จนมีการนำโรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหุ้น วัฒนธรรมการ “ซื้อ” บริการสาธารณสุขในเชิงพาณิชย์เริ่มเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยเริ่มคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีแลกเปลี่ยนกับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย มากกว่าความสัมพันธ์แบบสงเคราะห์หรืออุปถัมภ์ จากความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้แนวโน้มของการฟ้องร้องแพทย์เริ่มมากขึ้น ซึ่งแพทยสภา (ที่มีคนในขบวนการแพทย์ชนบทร่วมอยู่ด้วย) ขณะนั้น มีหลักการที่มุ่งเน้นการรักษาชื่อเสียงและมาตรฐานวิชาชีพแพทย์มากกว่าที่จะปกป้องแพทย์ด้วยกัน มีหน้าที่ยังมีการตรวจสอบเอาผิดทางจริยธรรมแพทย์ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องอีกด้วย^{๑๑๕}

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่เติบโตมากและอัตราการฟ้องร้องที่เริ่มสูงขึ้น ประกอบกับบทบาทของแพทยสภาที่ถูกมองว่าไม่ปกป้องแพทย์และไม่เอื้อต่อการต่อสู้คดีเมื่อแพทย์ถูกฟ้องร้อง รวมถึงการผูกขาดทิศทางของแพทยสภามาเป็นระยะเวลานานของกลุ่มแพทย์ชนบท ทำให้แพทย์กลุ่มต่างๆ ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในแพทยสภามากขึ้น เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ สมพันธ์แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเจ้าของและผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน แพทย์กลุ่มต่างๆ เหล่านี้

^{๑๑๕} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๙.

ส่วนหนึ่งเคยเป็นอาจารย์แพทย์และมีลูกศิษย์ลูกหาจำนวนหนึ่ง ได้ใช้การรณรงค์ที่ต่อยอดความหวาดกลัวเรื่องการถูกฟ้องร้องและการสูญเสียผลประโยชน์จนสามารถยึดครองพื้นที่และบทบาทในแพทยสภาได้สำเร็จ ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทหมดบทบาทไปจากแพทยสภา^{๑๒๐}

แพทยสภาในปัจจุบัน ถูกมองว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอย่างใกล้ชิด จากการที่แพทยสภามีแกนนำหลายคนเป็นแพทย์ประจำผู้บริหาร หรือเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน เช่น นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา และนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ มุมมองที่ว่าแพทยสภามีผลประโยชน์ทับซ้อนกับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนและมีแนวโน้มที่จะทำงานเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนและมีแนวโน้มที่จะทำงานเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์มากขึ้นนั้น สะท้อนผ่านข้อเขียนของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เรื่อง “ภาพอัปลักษณ์ของแพทยสภา” ซึ่งหยิบยกกรณีศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาเพิกถอนมติคณะกรรมการแพทยสภาและคำสั่งแพทยสภาที่ ๑๕/๒๕๕๑^{๑๒๑} มาอภิปรายถึงบทบาทและลักษณะการทำงานของแพทยสภาในปัจจุบัน ดังนี้

คณะกรรมการแพทยสภาปัจจุบัน ประกอบด้วยบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีผลประโยชน์ในโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ได้พยายามรวมตัวกันที่จะเข้าครอบงำเป็นเสียงข้างมากในกรรมการแพทยสภา และพยายาม

หาเสียงเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาจากสมาชิกแพทยสภา โดยอ้างว่ากลุ่มตนจะพยายามรักษาผลประโยชน์ให้แก่สมาชิก จนได้รับเลือกตั้งเข้าไปเป็นกรรมการแพทยสภาติดต่อกันหลายสมัย^{๑๒๒}

หรือในบทความของ ศาสตราจารย์ ดร. นิธิ เอียวศรีวงศ์ เรื่อง “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คัดค้านความเสียหายฯ” ได้ให้คำนิยามแพทยสภาว่ามีลักษณะเป็น “กลุ่มสหภาพแพทย์โรงพยาบาลเอกชน” ซึ่งสาเหตุของการที่แพทยสภาออกมาคัดค้านร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ก็เพราะต้องการรักษาผลประโยชน์ทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนนั่นเอง^{๑๒๓}

จากความแตกต่างทางด้านจุดยืน นำมาสู่ชนวนเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาคมวิชาชีพนำโดยแพทยสภา กับขบวนการแพทย์ชนบทที่มีแนวร่วมคือ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข ความขัดแย้งเหล่านี้ปรากฏรูปธรรมชัดเจนในกรณีต่างๆ ซึ่งในที่นี้จะยกมาอภิปราย ๒ กรณี คือ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และขบวนการล้มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเรื่องปัญหาฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งเดินทางไปจนถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ ซึ่งเดิมชื่อ พรบ. สร้างเสริมความล้มพันธ์อันดีในการบริการสาธารณสุข ซึ่งกำลังเป็นเหมือน “สีเหลือง” และ “สีแดง” ที่ไม่มีทางเข้าใจกันได้

^{๑๒๐} นวลน้อย ตริรัตน์ และ เบ๊จก์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๗๐.

^{๑๒๑} ในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาเพิกถอนมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และคำสั่งแพทยสภาที่ ๑๕/๒๕๕๑ ที่มีมติว่าแพทย์ผู้ถูกกล่าวหาในกระทำความผิดไม่ถึงขั้นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ให้ลงโทษว่ากล่าวตักเตือน แต่ศาลวินิจฉัยข้อเท็จจริงในคดีนี้แล้วพบว่า แพทย์ผู้ถูกกล่าวหา รักษาผู้ป่วยโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะที่พึงได้รับการดูแลจากแพทย์จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงพิพากษาให้เพิกถอนมติที่ประชุมและคำสั่งของคณะกรรมการแพทยสภาดังกล่าว เนื่องจากไม่ชอบด้วยกฎหมาย

^{๑๒๒} วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “ภาพอัปลักษณ์ของแพทยสภา” [Online]. แหล่งที่มา: <http://suchons.wordpress.com/2012/03/13/ภาพอัปลักษณ์ของแพทยสภา> [๒๖ กันยายน ๒๕๕๕]

^{๑๒๓} นิธิ เอียวศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คัดค้านความเสียหายฯ” ใน เศรษฐสวัสดิ์, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.



เมื่อร่าง พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ฉบับของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้เสนอต่อประธานรัฐสภาในวันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๒ หลังจากนั้น ก็ได้มีร่าง พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ฉบับอื่นเสนอเข้าไปประกอบอีก ๖ ฉบับ ได้แก่ ฉบับของคณะรัฐมนตรี, ฉบับของนายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ, ฉบับของนายประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์ และคณะ, ฉบับของนายบรรพต ตันธีรวงศ์ และคณะ, ฉบับของนางอุดมลักษณ์ เพ็ญรพณ์ และคณะ และฉบับของนายสุทัศน์ เงินหมื่น และคณะ ทำให้มีร่างฯ กฎหมายที่ถูกเสนอและรอการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรรวมทั้งสิ้น ๗ ฉบับ



จากความขัดแย้งและวิวาทะว่าด้วยร่าง พ.ร.บ. คຸ່มครองผู้เสียหยาจากการรับบริการสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ขณะนั้นตัดสินใจชะลอการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกไปก่อน กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุข ฯลฯ จึงใช้โอกาสนี้รวบรวมรายชื่อจำนวน ๑๐,๐๐๐ รายชื่อ เพื่อเสนอร่าง พ.ร.บ. คຸ່มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ให้เข้าสู่อการพิจารณาของรัฐสภา เพื่อนำไปพิจารณาประกอบกับร่างของเครือข่ายภาคประชาชนและผู้ป่วยที่เข้าไปรออยู่ก่อนหน้าแล้ว^{๑๒๔}

การคัดค้านของฝ่ายที่โจมตีพระราชบัญญัติคຸ່มครองผู้เสียหยาจากการรับบริการสาธารณสุขนั้นมีการอ้างถึงเหตุผลต่างๆ เช่น การที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทยมากขึ้น จนมีผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงานของแพทย์ รวมถึงการอ้างว่ากฎหมายดังกล่าวทำให้เด็กรุ่นใหม่ไม่ยอเรียนเป็นแพทย์ ทั้งยังมีการคัดค้านในเรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยว่ามีสัดส่วนของกลุ่มองค์กรพัฒนาสาธารณสุขมากเกินไป แทนที่จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข นอกจากนั้นในแง่ของเงินกองทุนที่เรียกเก็บจากสถานพยาบาล ก็อาจซ้ำเติมให้สถานพยาบาลขาดทุนมากยิ่งขึ้น^{๑๓๐}

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ข้ออ้างและความกังวลใจ ข้างต้นนั้นคลาดเคลื่อนไปจากข้อเท็จจริงหลายประการด้วยกัน เช่นในข้อเขียนวิพากษ์วิจารณ์ พ.ร.บ. คຸ່มครองผู้เสียหยาฯ ของแพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานสมาพันธ์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแห่งประเทศไทย ที่แสดงความ

กังวลว่าหากมี พ.ร.บ. คຸ່มครองผู้เสียหยาฯ แล้วจะทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทยเป็นคดีความในศาลมากขึ้น ความว่า

มาตรา ๔๕ กำหนดให้ประชาชนฟ้องผู้ประกอบวิชาชีพในคดีอาญาได้อีกหลังจากได้รับค่าเสียหยาแล้ว-ข้อสังเกต มาตรา นี้ คือ สิ่งกระตุ้นให้เยาวชนเล็ก ‘อยอเป็นหมอ’ เพราะหมอคือจำเลยที่ ๑ ของทุกการฟ้องร้องคดีอาญา เนื่องจากหมอ เป็นผู้รับผิดชอบคนที่ ๑ ในทีมงานรักษาผู้ป่วย และหมอทั้งหลาย ก็คงจะอยอเลิกอาชีพหมอ ไป ‘ขายเต้าหอยดีกว่า’ นี้คือสัญญาณการล่มสลายของระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะดูเหมือนว่าอาชีพหมอ เป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการ ‘เข้าไปอยู่ในตาราง’ เนื่องจากอยอช่วยชีวิตคนอื่นตามร่าง พ.ร.บ. นี้^{๑๓๑}

หากพิจารณาจากสถิติที่มีภายหลังการประกาศใช้กฎหมายมาตรา ๔๑ แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่าความคิดเห็นดังกล่าวผิดไปจากข้อเท็จจริงมาก เพราะแม้ว่า สปสช. จะยังไม่มีสถิติว่าผู้ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นนำคดีขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนเท่าไร แต่จากการ “อุทธรณ์” คำวินิจฉัยของคณะกรรมการประจำจังหวัด เข้ามายังคณะกรรมการกลาง (ซึ่งหมายความว่า คำวินิจฉัยของคณะกรรมการประจำจังหวัดไม่เป็นที่พอใจ จึงร้องขอคำวินิจฉัยใหม่ หากเป็นกระบวนการทางการศาลก็คือ นำคดีขึ้นสู่ศาล) พบว่า จากที่เคยมีตัวเลขถึงร้อยละ ๑๔.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ กลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๘.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เฉลี่ยคือร้อยละ ๑๐.๕ เท่านั้น และดูจากแนวโน้มแล้ว อัตราเฉลี่ยจะต่ำกว่านี้อีกในระยะยาว^{๑๓๒} ดังนั้น ร่าง พ.ร.บ.

^{๑๒๔} “ร่าง พ.ร.บ. คຸ່มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เที่ยวยานในมุมมองของแพทย์” [Online]. แหล่งที่มา: <http://law.or.th/node/1396> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๔]

^{๑๓๐} “วิวาทะ แพทยสภา - ผู้บริโภค ว่าด้วย พ.ร.บ.คຸ່มครองผู้เสียหยาฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30544> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๔]

^{๑๓๑} เชิดชู อริยศรีวัฒนา, “วิพากษ์วิจารณ์ พรบ. คຸ່มครองผู้เสียหยาฯ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=294.0> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๔]

^{๑๓๒} นิธิ เอียวศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คຸ່มครองความเสียหยาฯ” ใน เศรษฐสวัสดิ์อนุนาล, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๕), หน้า ๒๕.

คุ้มครองผู้เสียหายฯ ซึ่งยึดหลักการเดียวกับมาตรา ๔๑ ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็น่าจะสมารถลดการนำเรื่องไปฟ้องร้องคดีในศาลได้

ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ นั้น เป็นเสมือนความพยายามในการเติมเต็มทิศทางที่ได้เริ่มดำเนินการมาจากมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การขยายการคุ้มครองให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทุกกลุ่ม การสร้างความพอใจให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายมากขึ้น โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งเงินชดเชยเบื้องต้นด้วย^{๑๓๓} ซึ่ง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ได้ยึดหลักการสำคัญของมาตรา ๔๑ แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การช่วยเหลือและชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No fault compensation) หลักการดังกล่าวเป็นประโยชน์มาก ทั้งต่อคนไข้ที่ได้รับความเสียหายและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเป็นการเร่งรัดให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายภายในเวลาอันสั้น โดยผู้เสียหายก็ไม่จำเป็นต้องไปผ่านกระบวนการที่สร้างความเสียหายเพิ่มขึ้นแก่ตนเองในศาล และความเสียหายที่เกิดขึ้นจะไม่ถูกผลักให้เป็นภาระแก่บุคลากรทางการแพทย์คนใดคนหนึ่ง เพราะถือว่าเป็นความบกพร่องของ “ระบบ” จึงมีการตั้งกองทุนสำหรับจ่ายเงินค่าช่วยเหลือเบื้องต้นโดยเฉพาะ ถือว่าหลักการข้อนี้คำนึงถึงเงื่อนไขการทำงานของบุคลากรในความเป็นจริงด้วย เนื่องจากภาระงานที่หนักมากของแพทย์แต่ละคน ความผิดพลาดย่อมมีโอกาสเกิดขึ้นได้ จึงถือเป็นความผิดพลาดของระบบ ไม่ใช่ปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว^{๑๓๔}

หลักการช่วยเหลือและชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดเป็นหลักการที่หลายประเทศใช้กัน เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียที่ไม่ต้องการให้เกิดการฟ้องร้อง จึงมีระบบประกันความรับผิดโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ระบบนี้

^{๑๓๓} นิธิ เอียวศรีวงศ์, “ใครเสียในร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายฯ” ใน เศรษฐศาสตร์สุขภาพ, ปกป้อง จันวิทย์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

^{๑๓๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๒-๒๓.

จะมีกองทุนที่หากคนไข้ได้รับความเสียหายก็จะนำเงินจากกองทุนนี้ไปใช้ ซึ่งเงินในกองทุนนี้จะเก็บสะสมจากผู้ประกอบวิชาชีพ โดยไม่มีข้อยกเว้น^{๑๓๕}

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้คัดค้านร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ไม่สมเหตุสมผลและไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ซึ่งกลุ่มผู้คัดค้าน พ.ร.บ. ฉบับนี้ มองว่ากลุ่มคนที่ผลักดันร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ ล้วนเป็นกลุ่มที่จะได้รับผลประโยชน์จากกฎหมายฉบับนี้ ความรู้สึกดังกล่าวนำมาสู่กระแสต้าน พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ และลุกลามกลายเป็นความขัดแย้งแบ่งขั้วระหว่างกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพคือ แพทยสภา กับกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งรวมถึงขบวนการแพทย์ชนบทด้วย เพราะนอกจากชมรมแพทย์ชนบทจะออกมาเคลื่อนไหวสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้อย่างเต็มที่แล้ว ในกระบวนการผลักดัน พ.ร.บ. ตั้งแต่การยกร่าง จนถึงการนำเสนอร่าง พ.ร.บ. แก่คณะรัฐมนตรี ล้วนมี “เงา” ของบุคคลที่เป็นเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทอยู่ เช่น นายแพทย์มงคล สงขลา นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นต้น กลุ่มแพทย์ชนบทจึงถูกมองว่ามีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องผลประโยชน์จากกรณีนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่า ข้อโจมตีหรือข้อกังวลใจส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้คัดค้านร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ นั้น ตั้งอยู่บนฐานคิดเรื่องการปกป้องผลประโยชน์ของบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์เป็นสำคัญ ซึ่งฐานคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางของแพทยสภา โดยที่แพทยสภาเองก็มีข้อครหาว่าถูกรอบงำโดยกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน การที่แพทย์จำนวนมากไม่เข้าใจถึงเป้าประสงค์ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ และมีความโน้มเอียงไปทางฝ่ายแพทยสภา จนออกมาต่อต้าน พ.ร.บ. ฉบับนี้อย่างกว้างขวางส่วนหนึ่ง

^{๑๓๕} “นักสิทธิคนไข้ฯ ร่างคุ้มครองผู้เสียหายฯ ช่วยลดคดีฟ้องหมอ” [Online]. แหล่งที่มา: <http://ilaw.or.th/node/545> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

มาจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงไป ที่คนไข้เริ่มตระหนักถึงสิทธิและความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมจากการรับบริการทางการแพทย์ มากกว่าความคิดเรื่องบุญคุณและสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์เช่นในอดีต กรณี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ จึงไปกระทบจุดอ่อนไหวของแพทย์ และทำให้แพทย์รู้สึกคล้ายกับว่าตนกำลังถูกจับจ้อง ตรวจสอบ หรือควบคุมจากกลไกของสังคม

วิวาทะว่าด้วย พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ถือเป็นกรณีสะท้อนภาพความขัดแย้งและการแบ่งขั้วภายในภาคสาธารณสุข ซึ่งแม้ว่าโดยหลักการของร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ จะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนจำนวนมาก แต่กลับถูกคัดค้านและ ‘แซ่แข็ง’ จนไม่สามารถผลักดันออกมาใช้เป็นกฎหมายได้สำเร็จ ทั้งหมดนี้ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากสภาวะการแบ่งขั้วเลือกข้าง ที่ทำให้แต่ละฝ่ายเลือกรับรู้ข้อเท็จจริงอย่างมีอคติ โดยมุ่งเป้าไปที่ผู้พูดมากกว่าเนื้อหา พระไพศาล วิสาโล ได้อธิบายถึงสภาพการแบ่งขั้วเลือกข้าง ทำให้เกิดอคติจนไม่สามารถรับฟังความคิดเห็นที่ต่างออกไปได้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

เมื่อยึดติดถือมั่นในตัวกูและมีการแบ่งเราแบ่งเขา หากได้ยินได้ฟังอะไรอย่างแรกที่เราสงสัยก็คือ “คนพูดเป็นใคร เป็นพวกเราหรือไม่” แต่ไม่สนใจที่จะถามว่า “สิ่งที่เขาพูดนั้นเป็นความจริงหรือไม่” เพราะหากเป็นพวกเราพูด ก็พร้อมจะเชื่อว่าเป็นความจริงตั้งแต่ต้น โดยไม่ต้องพินิจพิจารณา โดยเฉพาะหากเป็นการพูดที่ถูกต้องใจเราหรือสอดคล้องกับความคิดความเชื่อของเรา ในทางตรงข้าม หากเป็นคนละฝ่ายกับเรา ไม่ว่าจะพูดอะไร เราก็ตั้งท่าปฏิเสธไว้ก่อน ยิ่งสิ่งที่พูดนั้นขัดแย้งกับความเชื่อของเราด้วยแล้ว ก็ไม่สนใจแม้แต่จะฟังด้วยซ้ำ ทำให้ความจริงจากอีกฝ่ายยากที่จะเข้าถึงใจของเราได้^{๑๓๖}

ความขัดแย้งกรณีล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบทขณะนั้น ได้ออกมาแถลงข่าวเปิดเผยว่ามีการวางแผนล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยยืนยันว่ามีความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่ไม่พอใจระบบหลักประกันสุขภาพวางแผนเพื่อล้มระบบนี้ กรณีดังกล่าวจึงกลายเป็นประเด็นขัดแย้งที่มีการตอบโต้กันไปมาระหว่างตัวละครฝ่ายต่างๆ ซึ่งกลุ่มต่างๆ ที่นายแพทย์เกรียงศักดิ์ กล่าวอ้างถึงนั้นประกอบด้วย กลุ่มผู้ไม่พอใจกับการเสียอำนาจและผลประโยชน์ในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และกลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันฯ ร่วมมือกับบริษัทยาข้ามชาติและฝ่ายการเมือง

เมื่อพิจารณากลุ่มต่างๆ ข้างต้น จะพบว่าบางกลุ่มนั้นมีพื้นความขัดแย้งกับขบวนการแพทย์ชนบทอยู่แล้ว เช่น กลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงที่เป็นไม้เบื่อไม้เมากับกลุ่มแพทย์ชนบทมานาน ตั้งแต่ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มเคลื่อนไหวเรื่องการทุจริตคอร์รัปชันในกระทรวงฯ และเมื่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา ทำให้อำนาจในการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่เปลี่ยนมือจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ สปสช. ซึ่งจะมีการจ่ายงบประมาณตรงไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนที่ร่วมโครงการ โดย สปสช. จะเป็นผู้กำหนดราคาค่ารักษา เป็นผู้จัดซื้อ ต่อรองราคาและอุปกรณ์ทุกอย่าง กลุ่มผู้บริหารในส่วนกลางจึงรู้สึกว่าคุณเสียอำนาจและไม่สามารถบริหารเงินได้โดยตรง จึงมีความพยายามที่จะช่วงชิงอำนาจคืนอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ กลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งก็มีความไม่ลงรอยกับกลุ่มแพทย์ชนบทในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรอยู่แล้ว ความไม่พอใจของแพทย์เหล่านี้ยิ่งเพิ่มขึ้นอีกเมื่อ สปสช. จัดการปฏิรูประบบ

^{๑๓๖} พระไพศาล วิสาโล “ดูแล ‘ตัวกู’ ให้อยู่เป็นที่ เป็นทาง,” มติชน (๒ เมษายน ๒๕๕๔)

งบประมาณใหม่ จากเดิมที่จ่ายงบประมาณตามขนาดโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากร ซึ่งทำให้เกิดการกระจายงบประมาณที่ไม่สมดุล และแพทย์ พยาบาล กระจุกตัวอยู่เฉพาะตามเมืองใหญ่ มาสู่การจ่ายงบประมาณตามรายหัวประชากร งบประมาณส่วนใหญ่จึงถูกกระจายไปหล่อเลี้ยงเขตชนบทอย่างโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์และพยาบาลน้อย แต่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมาก จึงได้รับงบประมาณมาก ในขณะที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ แม้จะมีบุคลากรมาก แต่ก็ดูแลประชากรในพื้นที่น้อย ทำให้ได้รับงบประมาณน้อยลง สร้างความไม่พอใจสะสมมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่มาของการกล่าวอ้างว่า สปสช. ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน^{๑๓๗} ซึ่งในประเด็นนี้ บารมี ชัยรัตน์ อดีตกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานเรื่องสุขภาพคนจนมาก่อนได้ให้ความเห็นว่า

ในฐานะที่เป็นบอร์ดยุคแรกๆ ทำงานด้วยกันมา เชื่อกันว่า สปสช. ทำงานด้วยความโปร่งใส ไม่มีวัตถุประสงค์แอบแฝง แม้ว่าช่วงหลังจะมีผลให้โรงพยาบาลอึดอัดบ้าง ในเรื่องระบบการจัดการงบประมาณ เพราะระบบเราหย่อนยานมานาน และการจัดระบบก็ทำให้ดีขึ้น คือ ประหยัดงบประมาณและคนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น....

.....ความขัดแย้งหรือแรงต้านมาจากความหย่อนยาน แค่บิตนิดเดียวก็รู้สึก ว่าติงแล้ว จริงๆ ระบบบริการสุขภาพควรขึ้นกับประชาชนโดยตรง ฉะนั้น การค่อยๆ เพิ่มการมีส่วนร่วมที่ละระดับอย่างที่ทำอยู่ก็ถือว่า ประนีประนอมมากแล้ว.... ^{๑๓๘}

^{๑๓๗} ใบทองแดง, “ใบทองแดงออนไลน์: เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๔]

^{๑๓๘} สัมภาษณ์ บารมี ชัยรัตน์, ๙ เมษายน ๒๕๕๕.

กลุ่มต่อมา คือ กลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่มีผลประโยชน์ในโรงพยาบาลเอกชน ที่เกรงว่านโยบายหลักประกันสุขภาพอาจส่งผลให้คนไข้ของตนลดลง ซึ่งย่อมจะกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลเหล่านั้น นอกจากนั้น ในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและอาศัยรายได้พื้นฐานจากระบบหลักประกันฯ กลุ่มนี้ต้องการให้ สปสช. ขยายเขตแดนการรักษาพยาบาลให้สูงขึ้น เพื่อที่จะทำรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความพยายามที่จะเข้ามาบีบบังคับในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม^{๑๓๙}

ผู้เสียผลประโยชน์กลุ่มต่อมาคือ บริษัทยาข้ามชาติ ซึ่งได้รับผลกระทบจากระบบการเงินการคลังแบบเหมาจ่ายของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากโรงพยาบาลต่างๆ จะได้รับเงินล่วงหน้าเหมาจ่ายตามอัตราที่กำหนด จึงจำเป็นต้องประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อไม่ให้ขาดทุน ซึ่งค่าใช้จ่ายหลักส่วนหนึ่งก็คือ ค่ายา เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ โรงพยาบาลจึงไม่สามารถส่งจ่ายยาราคาแพงที่ไม่จำเป็นหรือส่งจ่ายยาอย่างพร่ำเพรื่อได้ ทั้งยังหันมาใช้ยาตามบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลกระทบต่อตลาดของบริษัทยาข้ามชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^{๑๔๐}

กลุ่มผลประโยชน์สุดท้ายที่สำคัญและมีอำนาจมากคือ ฝ่ายการเมือง ที่นอกจากจะมีความไม่พอใจอันสืบเนื่องมาจากการทิ้งงบประมาณก้อนใหญ่ของ สปสช. ถูกกำหนดให้บริหารโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้อำนาจเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในการควบคุมบริหารจัดการงบประมาณได้แล้ว ความขัดแย้งส่วนหนึ่งยังเป็นผลมาจากสภาพการเมืองหลัง ๒๕๔๙ ที่มีลักษณะเป็น “สงครามระหว่างสี”

^{๑๓๙} วิชัย โชควิวัฒน์, มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง (กรุงเทพฯ: ทิวทัศน์, ๒๕๕๕), หน้า ๓๖.

^{๑๔๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๓-๓๔.

แบ่งข้าวเลือกข้างกันอย่างชัดเจน ในประเด็นนี้ “ใบตองแห้ง” นักข่าวประจำสำนักข่าวประชาไท ได้แสดงทัศนะของตนไว้ว่า

มิตรศัตรูของนโยบาย ๓๐ บาท มาแปรเปลี่ยนเพราะการเมืองเรื่องเสื้อสี
ที่ไม่ต้องพูดมากก็รู้ว่าเครือข่ายลัทธิประเวศกลายเป็นศูนย์อำนวยการ
NGO ฝ่ายไล่ทักษิณ เขียร์รัฐประหาร และเป็นเครื่องมือของรัฐบาล
ประชาธิปไตย โดยมี สสส. เป็นท่อน้ำเลี้ยง^{๑๔๑}

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

เมื่อกลุ่มที่มีความขัดแย้งเชิงโครงสร้างอำนาจผสานแนวร่วมกับกลุ่มที่สูญเสียผลประโยชน์ทางธุรกิจ จึงนำมาสู่การจับมือกันโลว์ทาลายโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มจากการรื้อโครงสร้างคณะกรรมการฯ เดิม แล้วทดแทนด้วยกลุ่มผลประโยชน์ของฝ่ายตน ดังเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุดล่าสุด ที่ถูกตั้งคำถามอย่างมากถึงความเหมาะสมของคุณสมบัติในการดำรงตำแหน่ง^{๑๔๒} การโลว์ทาลายโครงสร้างการบริหารดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มแพทย์ชนบท

และเครือข่ายหลุดออกจากโครงสร้างการบริหารของ สปสช. และทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทถูกผลักออกจากการดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เด่นชัดที่สุด คือ การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการ สปสช. ที่มีการเอาตัวแทนภาคธุรกิจ และเครือข่ายเข้ามา มีบทบาทในโครงสร้างการบริหารของ สปสช.

๒. พันธกิจเพื่อชุมชน

หากย้อนกลับไปพิจารณาการก่อกำเนิดของขบวนการแพทย์ชนบทในอดีต จะพบว่ามูลเหตุแรกเริ่มสำคัญที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันก็คือ ความต้องการแก้ปัญหาระบบงานในโรงพยาบาลชุมชน และส่งเสริมแพทย์ให้สามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นจุดยุทธศาสตร์หรือปราการด่านสำคัญที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท และพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขในชนบทให้ดีขึ้นได้ และเมื่อวิเคราะห์ดูบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทในอดีต ก็พบว่ามีลักษณะเด่นที่สอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนว่าจะต้องครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบของโรงพยาบาล ไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชนด้วย (integral part of a social and medical organization)
๒. บริการของโรงพยาบาลต้องครอบคลุมครบถ้วน ทั้งด้านการรักษาและส่งเสริมป้องกัน (provide complete health care, both curative and preventive)
๓. บริการของโรงพยาบาลต้องไม่จำกัดเฉพาะอยู่ในโรงพยาบาล ต้องเข้าไปสู่ชุมชนด้วย (outpatient services reach out to the family in its home environment)

^{๔๔๐} ใบบทองแห้ง, “ใบบทองแห้งออนไลน์: เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

๑๔๒ เรื่องเดียวกัน



๔. โรงพยาบาลต้องเป็นศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรและพัฒนาระบบสาธารณสุข (a center for the training of health workers and for biosocial research)^{๑๔๓}

อาจกล่าวได้ว่า เมื่อแรกตั้งขบวนการแพทย์ชนบท ได้ยึดแนวทางการทำงานโดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานอย่างสอดคล้องกับหลักการข้างต้น แต่จากพลวัตความเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ทั้งในแง่สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทและทิศทางการดำเนินงานไปพอสมควร ตั้งแต่การเริ่มเข้ามาเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุข การเคลื่อนไหวผลักดันในเชิงโครงสร้างนโยบาย เช่น กรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรณี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหาย เป็นต้น ซึ่งจากบทบาทดังกล่าว นัยหนึ่งมีผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทนั้นห่างไกลออกจากรากฐานเดิม คือ โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ซึ่งในที่นี่จะขอเสนอข้อควรตระหนักบางประการเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นแง่ที่เกี่ยวข้องกับการกิจหน้าที่ด้านการบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทจำต้องนำมาใคร่ครวญไตร่ตรอง

๒.๑ โรงพยาบาลชุมชนผ่าตัดลดลง : หรือจิตวิญญาณแพทย์ชนบทกำลังเสื่อมถอย ?

ย้อนกลับไปเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่อำเภอรัตนบุรี เกิดกรณีพิพาทที่กลายเป็นข่าวครึกโครมสะเทือนวงการแพทย์ คือ กรณีที่แพทย์ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังคนไข้เพื่อผ่าตัดไส้ติ่ง แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน ยาชามีผลทำให้

^{๑๔๓} ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์, การยกเครื่องโรงพยาบาลชุมชน (นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๑), หน้า ๑๔.

ไขสันหลังส่วนบนไม่ทำงาน (High Block) ทำให้กล้ามเนื้อควบคุมการหายใจบริเวณทรวงอกไม่ทำงาน เกิดการหยุดหายใจ แม้จะปั๊มหัวใจคนไข้ขึ้นมาได้ก็สายเกินการณ์ เพราะคนไข้เกิดอาการสมองตายและเสียชีวิตในหลายวันต่อมา จากเหตุดังกล่าวทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและศาลชั้นต้นจังหวัดนครราชสีมาได้ตัดสินลงโทษจำคุกแพทย์คนดังกล่าวเป็นเวลา ๓ ปี โดยไม่มีการรอลงอาญา^{๑๔๔} ซึ่งการต่อสู้ทางกฎหมายก็ยังยืดเยื้อต่อมาอีกหลายปี

การตัดสินลงโทษจำคุกแพทย์ด้วยเหตุที่ทำการผ่าตัดไส้ติ่งโดยไม่มีความรู้วิสัญญีแพทย์ที่อำเภอรัตนบุรีได้ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อจิตใจไม่ผ่าตัดคนไข้ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ดังที่มีแพทย์รุ่นใหม่ได้แสดงความคิดเห็นต่อกรณีดังกล่าวไว้ในกระทู้ของเว็บไซต์ HYPERLINK “http://www.thaihealth.net” www.thaihealth.net ความว่า

แพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อรับทราบข่าวนี้ คงจะทราบตนเองดีว่า จะทำอะไร นี่คือ Panic! สิ่งที่ได้ดีที่สุด คือ ปิดห้องผ่าตัด และไม่รับทำหัตถการที่มีความเสี่ยง หรือมีเครื่องมือไม่พร้อม (โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินได้ เนื่องจากไม่มีแพทย์ดมยา ไม่มี ฯลฯ) สิ่งที่เกิดตามมาคือ การส่งคนไข้ที่ไม่จำเป็นต้องส่ง (ตามมาตรฐานที่ต้องทำได้ เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง หรือแม้กระทั่งการคลอด) เข้ามารักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ต้องเสียทั้งเวลาเดินทางและมาแอดมิดอยู่ในตัวเมือง^{๑๔๕}

ความคิดเห็นดังกล่าวถูกตอกย้ำด้วยข้อเท็จจริงเชิงสถิติที่ชี้ให้เห็นว่าการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อยๆ ดังปรากฏข้อมูลจาก

^{๑๔๔} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “จำคุก ๓ ปี หมอ รพ. รัตนบุรี ผ่าไส้ติ่งตาย” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000144864> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๔๕} “ไวยาวัจกรสาธารณสุขไทยใกล้ลงเอย เมื่อหมอไม่กล้าผ่าตัด!” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.net/h/article655.html> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

การสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สำรวจการผ่าตัดไส้ติ่งของโรงพยาบาลชุมชนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑ ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดกระแสข่าวแพทย์ถูกตัดสินจำคุกเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งเสียชีวิต พบว่าสถิติการผ่าตัดไส้ติ่งของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๑๘๗ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีการผ่าตัดร้อยละ ๕๕.๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ลดลงเป็นร้อยละ ๔๙ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ลดลงเป็นร้อยละ ๔๓.๓ และ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๓๐.๖ ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการผ่าตัดในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กับปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า ลดลงกว่าร้อยละ ๒๐^{๑๔๖}

ความกังวลใจของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อการถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาดขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบริบทแวดล้อมของการทำงาน ทั้งภาระงานที่มากขึ้นและการต้องทำงานโดยขาดความสมบูรณ์พร้อมด้านบุคลากร เช่น การไม่มีแพทย์ตมยา และส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากเดิมที่แพทย์เคยดำรงสถานะพิเศษหรือมีลักษณะที่อาจเรียกได้ว่าเป็น “อภิสิทธิ์ชน” และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างแพทย์กับคนไข้ก็จะมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ระหว่าง “ผู้มีความเอื้ออาทร” และ “ผู้ขอรับความช่วยเหลือ” แต่เมื่อบริบททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้คนเริ่มตระหนักว่าการได้รับการรักษาเยียวยาที่ดีเยี่ยมเจ็บป่วยนั้นเป็น “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานที่ตนพึงได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ในการรับรู้ของผู้คนจึงเป็นความสัมพันธ์ที่ทัดเทียมกันมากขึ้น มิใช่เป็นเรื่องของการสงเคราะห์โดยแพทย์อีกต่อไป^{๑๔๗} ดังนั้น การตั้งคำถามถึงความปลอดภัยในบริการทางการแพทย์ ตลอดจนตัวแพทย์ผู้ทำการรักษาจึงเริ่มเกิดขึ้น

หากพิจารณาจากมุมมองนี้ จึงอาจเป็นไปได้ว่า ความรู้สึกสั่นคลอน ไม่มั่นคงในสถานภาพของแพทย์นั้น เกิดขึ้นพร้อมกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้บริบทสังคมการเมืองปัจจุบัน

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

มีพยานหลักฐานว่า คดีนี้กรรมการแพทยสภาบางคนได้ไป “ยุ” ให้แพทย์คู่คดีและให้การปฏิเสธ จนเป็นผลให้ศาลชั้นต้นต้องตัดสินลงโทษจำคุกโดยไม่มีการรอลงอาญา เหตุหนึ่งเพราะไม่มีเหตุให้บรรเทาโทษ...

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

...ขณะนี้ โจทก์และแพทย์ผู้นั้นเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกันอย่างดี โดยแพทย์บอกโจทก์ว่า เสียใจที่ไปเชื่อคำยุยงของ “ผู้ใหญ่” บางคน^{๑๔๘}

^{๑๔๖} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “หมอขาดไม้กล้าผ่าตัดคนไข้ เหตุกลัวถูกฟ้อง” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000026446> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๔๗} นวรัตน์ ตรีรัตน์ และ เบ๊จก์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๓๑.

^{๑๔๘} วิชัย โชควิวัฒน์, ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, ๒๕๕๓), หน้า ๑๖-๑๗.

นอกจากนั้น ท่าทีของแพทยสภาต่อแนวทางในการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน ยังเป็นไปในลักษณะที่ยึดติดอยู่กับความสับสนที่อาจเกิดความผิดพลาดขึ้น อันเป็นการขับเน้นให้แพทย์เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและหวาดกลัวต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น ดังเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ เลขาธิการแพทยสภา เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ในวาระที่แพทยสภาเตรียมแถลงข่าวเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อการผ่าตัดผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข แพทยสมาคมราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ความว่า

ขณะนี้วิสัญญีแพทย์ก็มีน้อยมาก โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์จะผ่าตัดต่อไปได้หรือไม่ ถ้าดำเนินการผ่าตัดให้ โดยไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นก็เสี่ยงต่อการรับโทษในคดีอาญา^{๑๔๔}

แนวทางของแพทยสภาดังกล่าวนำมาสู่ข้อสรุปที่แพทย์หญิงคนหนึ่งเขียนเอาไว้ในบล็อกของเธอว่า “ต่อไปนี้ไม่มีหมอโรงพยาบาลชุมชนที่ไหนจะเปิดห้องผ่าตัดอีกต่อไป เพราะโรงพยาบาลชุมชน ๗๐๐ กว่าแห่งทั่วประเทศแทบทั้งหมดไม่มีวิสัญญีแพทย์”^{๑๔๕}

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ในอดีตการให้บริการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดไส้ติ่งหรือการผ่าตัดทำคลอดนั้นถือเป็นเรื่องปกติที่สามารถทำได้ แม้ว่าจะอยู่ในสภาพหรือเงื่อนไขที่ไม่พร้อมอย่างสมบูรณ์ ทั้งในแง่ของบุคลากรและอุปกรณ์ และหากเทียบกันแล้ว ความ

ขาดแคลนต่างๆ ในการทำหัตถการทางการแพทย์ในอดีตย่อมมีมากกว่าปัจจุบันหลายเท่า แต่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกลในอดีตส่วนใหญ่ก็ยังยินดีที่จะรักษาคนไข้ภายใต้เงื่อนไขความขาดแคลนดังกล่าว มากกว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ข้อเท็จจริงดังกล่าวเป็นที่ตระหนักดีในหมู่แพทย์รุ่นกลางขึ้นไป ดังปรากฏข้อคิดเห็นของแพทย์คนหนึ่งต่อกรณีที่แพทย์ไม่กล้าผ่าตัด เนื่องจากเกรงกลัวความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นว่า

สมัยก่อนหมอทุกคนมีอุดมการณ์แบบหมอเท้าเปล่า ตระกูลรักษาในโรงพยาบาลที่ห่างไกลความเจริญ แม้เครื่องมือไม่ถึง แต่ด้วยใจสู้และมีความหวังที่จะช่วยเหลือคนไข้อย่างเต็มเปี่ยม ผู้เขียนเคยช่วยทำคลอดในห้องฉุกเฉินหลายครั้ง ไม่มีแม้แต่หมอสูติ หมอดมยา หรือหมอเด็ก^{๑๔๖}

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

^{๑๔๔} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “องค์กรหมอผ่นกำลังแถลงใหญ่วันนี้ ชี้คดีไส้ติ่งทำขวัญเสีย จี้แก้ กม.อาญา” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=9500000148065> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๔๕} “ชีวิตหมอคนนึงจบสิ้น” [Online]. แหล่งที่มา: <http://thedoctorwearsprada.exteen.com/20071208/entry> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

^{๑๔๖} “ไว้อาลัยสาธารณสุขไทยใกล้ลงแล้ว เมื่อหมอไม่กล้าผ่าตัด!” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.net/h/article655.html> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕].

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความขาดแคลนในการทำเวชปฏิบัติได้คลี่คลายไปในทางที่ดีมากขึ้นแล้ว แต่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากกลับไม่กล้าที่จะทำการผ่าตัดแถมคนไข้ เนื่องจากห่วงกลัวต่อความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดขึ้น สภาพการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนถึง “จิตวิญญาณแพทย์ชนบท” ที่กำลังเสื่อมถอยลง โดยที่ชมรมแพทย์ชนบทซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบริการสุขภาพในชนบทและให้แพทย์สามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอดีต กลับไม่ได้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงใน “วิกฤตบทบาทหน้าที่” ของโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ดังนั้น หากพิจารณาปัญหาเรื่องการขาดแคลนแพทย์และภาวะสมองไหลของแพทย์โดยประกอบกับประเด็นข้างต้น ก็จะทำให้เข้าใจได้ว่า เหตุใดปัญหาการขาดแคลนแพทย์จึงมีอาจแก้ไขได้ด้วยวิธีการเช่น การผลิตแพทย์เพิ่ม หรือการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณความเป็นแพทย์ชนบทและอุดมการณ์ความคิดของแพทย์นั่นเอง

๒.๒ คำตอบแทนกับการขาดแคลนแพทย์ในชนบท

การขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทนับเป็นปัญหาเรื้อรังของระบบบริการสาธารณสุขไทยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกยุคสมัย และแม้ว่าจะมีความพยายามกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด แต่ปัญหายังไม่ได้บรรเทาเบาบางลงไป รวมทั้งการกระจายตัวของแพทย์ระหว่างเมืองและชนบทก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำอย่างยิ่งแม้ว่าปัญหานี้เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานานแต่ก็มิได้หยุดนิ่ง ตายตัว หากแต่มีพลวัตที่สัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงภายนอกด้วย

การขาดแคลนแพทย์ในชนบทนั้น ส่วนหนึ่งมีเหตุสำคัญมาจากภาวะสมองไหลของแพทย์ที่พากันหลังไหลออกจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตชนบท เข้าสู่

การเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในเขตเมือง โดยเฉพาะในธุรกิจการแพทย์เอกชน รวมถึงการ “สมองไหล” ออกไปยังต่างประเทศด้วย ทั้งนี้ ภาวะสมองไหลอันนำมาสู่สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุคล้วนอยู่ภายใต้เงื่อนไข เหตุปัจจัยและบริบทแวดล้อมเฉพาะที่ต่างกันไป

เริ่มตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๐๐ ภายใต้สถานการณ์ทางการเมืองหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ที่มีการดำเนินสงครามตัวแทนระหว่างสหรัฐอเมริกาและสหภาพโซเวียตในภูมิภาคต่างๆ ทำให้มีการดึงดูดแพทย์จากไทย รวมทั้งประเทศโลกที่สามอื่นๆ เข้าไปยังสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก ในช่วงนี้จึงมีแพทย์ไทยเดินทางไปศึกษาต่อและทำงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากขณะนั้นสหรัฐอเมริกากำลังขาดแคลนแพทย์ทั่วไป เพราะแพทย์ของสหรัฐฯ เองถูกส่งไปยังประเทศและสมรภูมิสู้รบต่างๆ ที่สหรัฐฯ กำลังแผ่ขยายอิทธิพลอำนาจเข้าไป ดังนั้น แม้ว่าในช่วงก่อนหน้าทศวรรษ ๒๕๐๐ จะมีความพยายามในการพัฒนาการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ เช่น มีการขยายการสร้างโรงพยาบาล และโรงเรียนแพทย์ตามที่ต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและส่วนภูมิภาค แต่ด้วยบริบทการเมืองระหว่างประเทศที่ทำให้แพทย์หลังไหลออกไปยังต่างประเทศจำนวนมาก ทำให้รัฐบาลต้องหามาตรการดึงแพทย์เอาไว้ในระบบด้วยการประกาศนโยบายบังคับแพทย์ใช้ทุน ๓ ปี หลังเรียนจบในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ หากไม่ทำงานใช้ทุนก็ต้องกักเสียดำปรับให้กับรัฐบาลเป็นจำนวนเงิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท^{๕๖}

แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระยะแรกด้วยมาตรการบังคับแพทย์ชดใช้ทุน แต่ปัญหาก็มีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม ในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเติบโตอย่างมาก ในภาคของการบริการสาธารณสุขก็ได้เกิดการขยายตัวของกิจการ

^{๕๖} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นอย่างนี้ เป็นอยู่ และจะเป็นไป (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ), หน้า ๑๖.

โรงพยาบาลเอกชน ในช่วง ๑๐ ปี นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๓๘ มีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นใหม่ถึง ๓๔๑ แห่ง ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เข้าไปอยู่ในกิจการใหม่ๆ เหล่านั้น บุคลากรทางการแพทย์ในระบบของรัฐจึงไหลออกไปสู่ภาคการบริการสุขภาพนอกระบบรัฐเป็นจำนวนมาก มาตรการที่รัฐใช้ลดแรงผลักดันออกจากระบบบริการสุขภาพของรัฐ คือ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในสถานบริการของรัฐ รวมทั้งมีความพยายามสร้างมาตรการด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบ นอกจากนั้น ก็ยังมีมาตรการในการผลิตบุคลากรเพิ่มด้วยโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor - CPIRD) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ กับกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเป้าเพื่อผลิตแพทย์เพิ่มให้กับชนบทปีละ ๓๐๐ คน^{๑๕๓}

ต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มีการเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษและค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในเขตทุรกันดาร ซึ่งเป็นมาตรการทางการเงินที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในระบบของรัฐที่ทำงานในพื้นที่ชนบท^{๑๕๔} อย่างไรก็ตาม มาตรการต่างๆ ก็ยังไม่สามารถรักษาแพทย์ไว้ในระบบได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขนาดที่ว่าโรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ^{๑๕๕}

สถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขดำเนินมาถึงจุดเปลี่ยนอีกครั้ง ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๔๐ ซึ่งส่งผลกระทบต่อธุรกิจการแพทย์จนทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปิดตัวลง ความต้องการกำลังคนในภาคเอกชนจึง

ลดลงตามไปด้วย วิกฤตการขาดแคลนแพทย์ในช่วงนี้ จึงค่อยๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ทำให้ความต้องการกำลังคนในภาครัฐมีเพิ่มมากขึ้น และกำลังคนที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานที่หนักมากขึ้น ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจที่กำลังฟื้นตัว ทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปรับยุทธศาสตร์หาลูกค้าที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงเริ่มก่อตัวขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ การไหลออกจากระบบของบุคลากรในภาครัฐจึงเพิ่มมากขึ้นอีกระลอกหนึ่ง ดังพบสถิติการลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับแพทย์เข้าใหม่ จากร้อยละ ๒๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๗๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒^{๑๕๖} และพบว่าแพทย์จำนวนไม่น้อยลาออกจากราชการก่อนครบกำหนดการใช้ทุน รวมทั้งมีแนวโน้มที่แพทย์จะออกจากชนบทหรือโรงพยาบาลชุมชนก่อนครบกำหนดใช้ทุนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนั้น แพทย์ที่สูญเสียไปจำนวนมากจึงเป็นแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน^{๑๕๗}

ในงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลาออกของแพทย์ เช่น งานของทักษพล ธรรมรังสี^{๑๕๘} ชี้ว่าปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้แพทย์ออกจากระบบของรัฐที่มากที่สุดได้แก่ ภาระงาน^{๑๕๙} ที่แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามันนอกเหนือจากตนจะต้องทำงานหนักภายใต้ภาวะขาดแคลนแล้ว ยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) ที่อาจเกิดขึ้นได้ วิธีคิดดังกล่าวสัมพันธ์กับการตัดสินใจออกจากภาครัฐและหันไปเข้าสู่ภาคธุรกิจการแพทย์

^{๑๕๓} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ), หน้า ๑๙-๒๐.

^{๑๕๔} สุพัตรา ศรีวนิชชากร, รายงานการศึกษาวินิจฉัยเรื่อง แนวทางการจัดระบบค่าตอบแทนแพทย์ในภาครัฐที่เหมาะสมกับการพัฒนาสาธารณสุขไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ๒๕๓๙), หน้า ๓๗.

^{๑๕๕} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป, หน้า ๑๙-๒๐.

^{๑๕๖} นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ), หน้า ๒๑

^{๑๕๗} ทักษพล ธรรมรังสี, "การลาออกของแพทย์," วารสารวิชาการสาธารณสุข ๑๒, ๖ (พฤศจิกายน-ธันวาคม ๒๕๔๖): หน้า ๑๐๔๕.

^{๑๕๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๐๔๕.

เอกชน สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ จึงมีท่าทีว่าจะเลวร้ายลงทุกขณะ

หากพิจารณาปัญหาการขาดแคลนแพทย์โดยเชื่อมโยงกับบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมาในอดีต จะพบว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีส่วนอย่างมากในการทำงานเคลื่อนไหวให้เกิดการหล่อเลี้ยงแพทย์ในชนบท ให้แพทย์เหล่านั้นสามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพและอยู่ในชนบท ได้มากและนานขึ้น ตั้งแต่การผลักดันด้านมาตรการทางการเงิน โดยขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีส่วนในการพัฒนาระบบค่าตอบแทน ที่นอกเหนือจากเงินเดือนให้แก่แพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน เช่น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่บุคลากรในชนบท เป็นต้น

นอกจากการผลักดันมาตรการทางการเงินแล้ว บทบาทที่ขบวนการแพทย์ชนบทในอดีตเน้นทำงานเพื่อแพทย์ในชนบทอย่างเข้มข้น ก็คือ การพัฒนาขวัญกำลังใจและเน้นการหล่อเลี้ยงทางสังคมแก่แพทย์ในชนบท เนื่องจากขบวนการแพทย์ชนบทตระหนักดีถึงสภาพความขาดแคลนของโรงพยาบาลชุมชนและความทุกข์ยากของแพทย์ชนบท จึงเน้นทำหน้าที่เป็นแกนในการเคลื่อนไหวจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการรวมตัว พุดคุย แลกเปลี่ยนความทุกข์หรือปัญหาระหว่างกัน เช่น การประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เยี่ยมน้อง โครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด รวมไปถึงการจัดปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นการหล่อหลอมความรู้สึกเป็นเครือข่าย กลุ่มก้อน และทำให้แพทย์ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แม้ว่าจะต้องเผชิญความยากลำบากจากการทำงานก็ตาม อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าเสียดายว่า ปัจจุบันบทบาทการทำงานในลักษณะเช่นนี้ของขบวนการแพทย์ชนบทลดลงหรือขาดหายไป แต่กลับมีบทบาทอย่างยิ่งในการผลักดัน “มาตรการทางการเงิน” โดยเพิ่มค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ทำงานในชนบท ซึ่งในประเด็นนี้จะวิเคราะห์โดยเชื่อมโยงกับประเด็นข้างหน้าต่อไป

๒.๓ การเรียกร้องค่าตอบแทนแพทย์ ๒๕๕๑

มือบเลื้อขาว : เดินหน้าทวงสิทธิ์!!

ตลอดปีที่ผ่านมาดูเหมือน สธ. จะไม่ว่างเว้นจากมือบ โดยเฉพาะมือบเลื้อขาว เลื้อขาว ที่ตบเท้ากันมาเรียกร้องขอค่าตอบแทนเพิ่ม หลังจากเพิ่มค่าตอบแทนให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หรือแพทย์ชนบท เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้แพทย์ทำงานอยู่ในพื้นที่ได้นานขึ้น เนื่องจากต้องประสบปัญหาสมองไหล แพทย์ไม่ยอมอยู่ประจำพื้นที่ทุรกันดาร

หลังจากเพิ่มค่าตอบแทนครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียกร้องค่าตอบแทนจากทั้งแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

“ก้าวที่พลาด” บทเรียนรอบปี สธ.

๑ มกราคม ๒๕๕๓^{๑๕๔}

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

^{๑๕๔} “ก้าวที่พลาด” บทเรียนรอบปี สธ. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.sahavicha.com/?name=blog&file=readblog&id=3847> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

การสร้างแรงจูงใจโดยใช้ “ตัวเงิน” ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ จนกระทั่ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และดูเหมือนว่าวิธีการนี้จะถูกหยิบยกขึ้นมาใช้ในยามที่สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์มีแนวโน้มว่าจะวิกฤตมากขึ้น ผู้ที่มีส่วนในการผลักดันและพัฒนาระบบค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุขในชนบทตลอดมา ก็คือ ขบวนการแพทย์ชนบท ที่ผ่านมาการสร้างแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทนของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นการทำอย่างมองเห็นภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขในชนบททั้งระบบ คือ คำนึงถึงบุคลากรส่วนอื่นๆ ของระบบบริการสาธารณสุขด้วย ดังตัวอย่างการผลักดันความก้าวหน้าให้กับทันตภิบาลที่เคยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๗

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

เท่าที่ทราบ แรกๆ ชุมชนแพทย์ชนบทไม่ได้ focus เฉพาะกลุ่มแพทย์ แต่เค้าเน้นระบบบริการสาธารณสุขในชนบท ราวปี ๒๕๒๗ ประเด็นที่เค้าจับคือ การเพิ่มบันไดทางวิชาชีพ หรือ career path ของทันตภิบาล ซึ่งไม่ใช่แพทย์ แต่เรียนจบ ๒ ปี จากวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และไปทำงานเป็นตัวหลักในชนบท เพราะไม่มีทันตแพทย์ ซึ่งเค้าได้แค่ซี ๒ หรือซี ๔ แต่เค้าเป็นประโยชน์ต่อระบบ ชุมชนแพทย์ชนบทก็เคลื่อนไหวเพื่อให้ตำแหน่งทันตภิบาลมีความก้าวหน้า และก็ประสบผลสำเร็จ คือ มองว่าเมื่อก่อนจะเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อระบบสุขภาพใน

ชนบทไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพ เพิ่งมีช่วงหลังๆ ที่มาเน้นเฉพาะวิชาชีพแพทย์มากขึ้น....^{๑๖๐}

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

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

การเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ในชนบทดังกล่าว ถือเป็นหนึ่งในมาตรการสร้างแรงจูงใจที่ชมรมแพทย์ชนบทเชื่อว่าจะทำให้แพทย์สามารถทำงานอยู่ในชนบทได้นานขึ้น โดยที่พยายามจ่ายค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับอายุงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ ระยะเวลาที่แพทย์อุทิศตัวทำงานอยู่ในชนบท โดยไม่ย้ายหนีไปไหน ซึ่งแพทย์ที่เข้าข่ายจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราก้าวกระโดดสูงสุด (คือ ๕๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไป) นั้น มีจำนวนน้อยมาก สะท้อนถึงความยากลำบากของการทำงานในชนบทเป็นระยะเวลานาน แต่การเคลื่อนไหวให้มีการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ในชนบทดังกล่าว กลับส่งผลให้เกิดข้อครหาและกระแสวิพากษ์วิจารณ์ตามมาเป็นอย่างมาก

^{๑๖๐} สัมภาษณ์ ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.



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

เสียงวิพากษ์วิจารณ์การเคลื่อนไหวดังกล่าวของชมรมแพทย์ชนบทปรากฏในหลายประเด็น เช่น เป็นการเรียกร้องผลประโยชน์ให้เฉพาะกลุ่มแพทย์ โดยละเลยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จึงเป็นการสร้างความแปลกแยกแตกต่างให้เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มวิชาชีพในระบบบริการสาธารณสุข นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ได้แสดงทัศนะของตนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

มีความคาดหวังในฐานะคนสาธารณสุขว่า องค์กรแพทย์ชนบทจะช่วยเราได้บ้าง เช่น ในเรื่องของการทำงานอย่างเรื่องอัตรากำลังคน ความก้าวหน้าค่าตอบแทน เราลุกขึ้นสู้เองมันยาก แต่ถ้าแพทย์ทำจะง่าย เพราะมีเอกสิทธิ์ แต่ตอนหลังก็อาจจะมีความคิดว่า เมื่อเจอปัญหาดังกล่าว ชมรมแพทย์ชนบทก็ไม่ค่อยได้ช่วยเท่าไร และกลายเป็นว่าจะต้องผลักดันเองมากขึ้น ส่วนแพทย์ชนบทเองก็ถูกมองในระยะหลังๆ ว่ามาผลักดันเรื่องของตัวเองมากขึ้น จากเดิมจะช่วยๆ กันมองหลายวิชาชีพ...

การทำงานกับเครือข่ายหายไป แต่หันไปอิงการเมืองมากขึ้น เพราะเปลี่ยนแปลงได้เร็ว เดิมช่วยกันคิดแบบถึกถ้วน แต่ปัจจุบันกลายเป็นแยกกันดี ไม่มีพลัง เมื่อก่อนแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวอะไร เรายังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง เป็นเครือข่าย ตอนนี้ความคิดเรื่องทีมหรือเครือข่ายลดลง ในเครือข่ายเรายังเกิดคำถามว่า แพทย์ชนบทอุดมการณ์ลดลงหรือไม่ ทำเพื่อกลุ่มก้อนของตัวเองหรือเปล่า แล้วแพทย์ชนบทจะช่วยวิชาชีพเราได้แค่ไหน^{๑๖๑}

แต่ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ วิธีการที่นำมาสู่ผลสำเร็จของการเรียกร้องครั้งนี้ ทำให้เกิดความเสียหายต่อโครงสร้างเงินเดือนทั้งระบบ และถือเป็นการทำลายระบบอภิบาลสุขภาพที่ดี ซึ่ง ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

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

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

...เราไม่ได้ดูภาพใหญ่... คือ ถ้าเราดูประเด็นนี้เข้าสู่เวทีใหญ่และไปถกเถียงได้ใน ครม. มันถึงจะเหมาะสม แต่นี่เป็นการตัดช่องน้อยแต่พอดัว แขงฟิบเข้าไป หยิบออกมา ดูแล้วไม่งาม... ทั้งหมดนี้ แสดงว่าการกระทำอันนี้ไม่ดูระบบอภิบาลของราชการ และไม่เคารพในระบบอภิบาล^{๑๖๒}

ข้อเท็จจริงอีกประการหนึ่งคือ การเรียกร้องเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ในชนบทครั้งนี้อาจไม่มีประสิทธิภาพมากพอที่จะสามารถดึงดูดแพทย์ให้อยู่ในชนบทได้มากขึ้นอย่างที่ชมรมแพทย์ชนบทคาดหวังไว้ ดร.นงลักษณ์ พะไยกะ ซึ่งทำการศึกษาวิจัยประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในชนบท

^{๑๖๑} สัมภาษณ์ จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, ๗ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๑๖๒} สัมภาษณ์ ศ.อัมมาร สยามวาลา, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๕.

ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

ชมรมแพทย์ชนบท บางทีหลังๆ มา ค่าเคลื่อนการเงินมากเกินไป ก็มีข้อดีว่าก็ต้องมีแทร็ค [track] นี้ ออกมาวอยซ์ [voice] ออกมาแสดงจุดยืนในสังคม ซึ่งเค้าก็มีเทคนิคดี มีสัมพันธ์กับสื่อ และสามารถเคลื่อนทางด้านสังคมได้ แต่ว่าเค้าอาจจะขาดหลักในการดูแลชนบทในภาพรวม ก็เลยถูกมองว่ามันเป็นการเคลื่อนเพื่อตัวเองหรือเปล่า เคลื่อนเพื่อให้มีค่าตอบแทนมากขึ้น เพราะว่าจากการที่เราประเมินดู ปี ๒๕๕๒ เค้าเพิ่มค่าตอบแทนด้วยเหตุผลว่า เพื่อดึงแพทย์ให้อยู่ในชนบทมากขึ้น ปรากฏว่าดึงได้อยู่ปีเดียว เพราะว่า ปี ๒๕๕๒ จำนวนแพทย์ที่จะออกจากชนบทลดลงนิดเดียว แต่ปี ๒๕๕๓ กลับมาเหมือนเดิมอีก มันบอกอะไร มันบอกว่าเงินตัวเดียวมันแก้ปัญหาไม่ได้ มันทำให้คนที่อยู่นานๆ อยู่อย่างแฮปปี้ [happy] ขึ้น คือไม่ย้ายไปไหนนานๆ ก็ได้เงิน แต่ไม่สามารถที่จะดึงคนใหม่ให้อยู่มาขึ้นได้ อย่างกรณีเช่นนี้ เลยทำให้ชมรมแพทย์ชนบทถูกมองว่าทำเพื่อผลประโยชน์ของตัวเองหรือทำเพื่อผลประโยชน์ของระบบสุขภาพในชนบท จริงๆ เค้าก็ต้องทบทวนบทบาทเค้าเหมือนกัน^{๑๖๓}

การรักษาบุคลากรในระบบสาธารณสุขให้คงอยู่ในชนบท ถือเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญในอดีต โดยมีหัวใจสำคัญของการทำงาน คือ การหล่อเลี้ยงทางสังคมและเติมเต็มมิติความเป็นมนุษย์ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในชนบท เช่นในกรณีของแพทย์ ชมรมแพทย์ชนบทได้ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการจัดกิจกรรม หรือมีพื้นที่เพื่อให้เกิดการรวมตัวพูดคุย แลกเปลี่ยนความทุกข์หรือปัญหาระหว่างกัน เช่น การประชุมแพทย์ชนบทประจำปี โครงการพี่เลี้ยงน้อง โครงการแพทย์พี่เลี้ยงประจำจังหวัด รวม

ไปถึงการจัดปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ เป็นต้น ซึ่งทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกเป็นกลุ่มก้อน ไม่โดดเดี่ยว เกิดจิตวิญญาณแพทย์เพื่อชาวชนบท และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์สามารถยืนหยัดทำงานในชนบทได้อย่างเข้มแข็งคือ อุดมการณ์สาธารณสุขเพื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้บริบทการแสวงหาความเป็นธรรมของสังคมยุคประชาธิปไตยเบ่งบาน ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีการหล่อหลอมและพัฒนาอุดมการณ์ความคิดดังกล่าวขึ้น ตั้งแต่ครั้งยังเป็นนิสิตนักศึกษาในรั้วมหาวิทยาลัย และมีการส่งต่อแนวคิดอุดมคติเพื่อมวลชนจากรุ่นสู่รุ่น เป็นสายสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้อง เมื่อแพทย์เหล่านี้ออกไปทำงานในชนบท จึงเป็นการต่อยอดสายสัมพันธ์และสานสายธารอุดมการณ์ให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น สภาพแวดล้อมทางสังคมของคนหนุ่มสาวในรั้วมหาวิทยาลัยปัจจุบัน ที่ไม่ได้เอื้อให้เกิดอุดมคติหรืออุดมการณ์ดังเช่นเมื่อ ๓๐ ปีก่อน จึงจำเป็นที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องมีการสร้างสายสัมพันธ์ทางอุดมการณ์กับคนรุ่นใหม่ ซึ่งอาจเป็นการเข้าไปเชื่อมโยงกับกลุ่มนักเรียนแพทย์รุ่นใหม่ที่มีความสนใจเคลื่อนไหวในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ อย่างกลุ่ม “เครือข่ายแพทย์ยุคใหม่” หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ดังที่ ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช ได้เสนอไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

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

^{๑๖๓} สัมภาษณ์ ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.

...พวกแพทย์ชนบทเป็นพวกที่ทำงานอยู่ในบริบทจริง ถ้าไปร่วมกับทางโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล เกสซ์ฯ ทันตฯ ทั้งหลาย ก็จะทำให้เค้ามีบทบาทในการที่จะหล่อหลอมอุดมการณ์หรือสร้างความคิดให้กับคนรุ่นใหม่^{๑๖๔}

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของการทำงานด้านบุคลากรสาธารณสุขชนบทในอดีต คือ ชมรมแพทย์ชนบทจะมองภาพการทำงานสาธารณสุขในชนบทอย่างเป็นองค์รวม โดยมองว่าบุคลากรทุกวิชาชีพในระบบสาธารณสุขเป็นหนึ่งเดียวกัน เป็นองค์ประกอบที่ยึดโยงกันด้วยอุดมการณ์ของการทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชนบท การร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นองค์คณะในยุคเริ่มต้นจึงได้สร้างความสัมพันธ์โยงใยที่ก่อรูปเป็นเครือข่ายของคนทำงานด้านสุขภาพ

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

^{๑๖๔} สัมภาษณ์ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, ๔ เมษายน ๒๕๕๕.

๓. ขบวนการแพทย์ชนบทกับความขัดแย้งทางการเมืองหลัง ๒๕๕๒

นับตั้งแต่เกิดความเคลื่อนไหวทางการเมืองของพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยเพื่อโค่นล้มทักษิณ ชินวัตร ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และเกิดการพลิกขั้วทางการเมืองหลังเหตุการณ์รัฐประหาร ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ ท่ามกลางบริบทดังกล่าว กลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางการเมืองอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะการเข้าไปสัมพันธ์กับขั้วตรงข้ามของกลุ่มทักษิณ ชินวัตร ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ฝ่ายรัฐประหารฯ หรือพรรคประชาธิปัตย์ ซึ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทตกเป็นเป้าสายตาของกลุ่มการเมืองขั้วตรงข้าม นำมาสู่ข้อวิพากษ์วิจารณ์และการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเข้าไปสัมพันธ์กับกลุ่มอำนาจ และการจัดตำแหน่งแห่งที่ทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งนี้ ประเด็นวิพากษ์ที่เด่นชัดประการหนึ่งคือ การที่เข้าไปสัมพันธ์กับการเมือง โดยมี ศ. นพ.ประเวศ วะสี เป็นแกนกลางในการเชื่อมโยง ข้อวิพากษ์วิจารณ์ส่วนใหญ่ของกลุ่มการเมืองขั้วตรงข้ามจึงพุ่งเป้าไปยัง ศ.นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นแพทย์อาวุโสคนสำคัญที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อขบวนการแพทย์ชนบทอย่างมาก โดยมองว่าขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเป็นส่วนหนึ่งของ “ลัทธิประเวศ” หรือ “เครือข่ายหมอประเวศ”^{*}

^{*} การนำเสนอข้อวิพากษ์หรือข้อกล่าวหาต่อกลุ่มหรือบุคคลใด ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งแหลมคมรุนแรงนั้น อาจนำไปสู่การผลิตซ้ำ “วาทกรรม” ที่มาพร้อมกับข้อวิพากษ์หรือข้อกล่าวหาเหล่านั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคหลังรัฐประหาร ๒๕๕๔ ที่สังคมไทยเกิดการแบ่งฝักแบ่งฝ่าย ขัดแย้งแบ่งขั้วอย่างชัดเจน และมีการสร้างวาทกรรมขึ้นมาเพื่อโจมตีฝ่ายตรงข้าม ผ่านการประดิษฐ์ถ้อยคำต่างๆ เช่น “ลัทธิคนดี” “ควายแดง” “แมลงสาบ” ฯลฯ คำว่า “ลัทธิประเวศ” หรือ “เครือข่ายหมอประเวศ” ก็ได้ถูกประดิษฐ์ขึ้นในบริบทดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังนั้น การนำเสนอข้อวิพากษ์ว่าด้วยขบวนการแพทย์ชนบทและ “ลัทธิประเวศ” ในส่วนนี้ จึงเป็นการนำเสนอข้อวิพากษ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจที่มาที่ไปของข้อวิพากษ์เหล่านั้น ผ่านปฏิสัมพันธ์ของบริบทแวดล้อมต่างๆ มากกว่าจะเป็นการยืนยันข้อวิพากษ์ดังกล่าว เพื่อมิให้เป็นการผลิตซ้ำวาทกรรมที่มากับข้อวิพากษ์อีกคราวหนึ่ง



“ใบตองแห้ง” คอลัมนิสต์ แห่งสำนักข่าวประชาไท ผู้วิจารณ์เครือข่ายหมอประเวศอย่างดุเดือดที่สุดคนหนึ่งเป็นผู้นำวลีดังกล่าวมาใช้ โดยมุ่งวิพากษ์การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่บุคคลในแวดวงสาธารณสุขที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ศ.นพ.ประเวศ วะสี แม้คำว่า “ลัทธิประเวศ” จะให้ความหมายในเชิงลบต่อการเคลื่อนไหวของเครือข่ายคนทำงานสังคมที่เกี่ยวข้องกับ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งมีขบวนการแพทย์ชนบทเป็นส่วนสำคัญ แต่หากพิจารณาให้ดีก็จะพบว่าสิ่งที่ “ใบตองแห้ง” วิพากษ์วิจารณ์และไม่เห็นด้วยนั้น คือ “วิธีการ” และ “ท่าที” บางประการของเครือข่ายหมอประเวศและของขบวนการแพทย์ชนบท ส่วนในระดับ “เป้าหมาย” แล้ว “ใบตองแห้ง” แสดงความเห็นด้วยและยอมรับชื่นชมในผลงานต่างๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้เคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดขึ้นดังเห็นได้จาก กรณีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ที่เมื่อมีกระแสข่าวเกี่ยวกับ “ขบวนการล้มบัตรทอง” และมีการรุกคืบเข้าแทรกแซงอำนาจบริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ใบตองแห้ง” ก็ได้ออกมาแสดงทัศนะและท่าทีที่ชัดเจนในการปกป้องระบบหลักประกันสุขภาพจากกลุ่มผลประโยชน์และฝ่ายการเมือง เช่นในบทความเรื่อง “เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” ที่ “ใบตองแห้ง” ได้กล่าวไว้ ดังนี้

ระบบหลักประกันสุขภาพ... เป็นนโยบายที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดของพรรคไทยรักไทย... ไม่น่าเชื่อว่าเมื่อรัฐบาลพรรคเพื่อไทยเข้ามา จะง้างถึงขนาดเขียนด้วยมือ ลบด้วยเท้า... ความง้างไม่รู้จักแยกมิติแยกศัตรู ตลอดจนมองเห็นแต่ผลประโยชน์เฉพาะหน้า สามารถทำให้นโยบาย ๓๐ บาทเป็นอัมพาตไปได้...

...นโยบายนี้เป็นไอเดียที่กลุ่มสามพรานช่วยกันคิดขึ้นมา แล้วหมอสงวนกับหมอวิชัย โชควิวัฒน์ ซึ่งเป็นคนเดือนตุลา ก็เอานโยบายนี้ไปเสนอทักษิณ ผ่านทางหมอมิ่ง พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และกลุ่มคนเดือนตุลาที่อยู่รอบๆ ทักษิณ และเมื่อพรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล ก็มี

หมอเลียบเป็น รช.สาธารณสุข ผลักดันให้นโยบายสัมฤทธิ์ผล โดยมีหมอมงคล ณ สงขลา ปลัดกระทรวงฯ หมอกลุ่มสามพราน และชมรมแพทย์ชนบท เป็นหัวเรี่ยวหัวแรง...

...ชะรอยพวกเพื่อไทยคงเคยอ่านที่ผมเขียนว่า “เครือข่ายหมอประเวศล้มรัฐบาลได้” พอเข้ามาก็เลยกะจะล้างบางพวกหมอวิชัย และทนายทหมอสงวนใน สปสช. เป็นอันดับแรก แต่มันผิดฝาผิดตัวครับ... ถ้าล้างบางลัทธิหมอประเวศ ก็ควรทดแทนด้วย NGO ฝ่ายประชาธิปไตย ไม่ใช่ทดแทนด้วยกลุ่มผลประโยชน์ เพราะอย่างน้อย พวกหมอวิชัย หมอสงวน หมอสุวิทย์ แพทย์ชนบท ก็ไม่เคยมีปัญหาเรื่องทุจริตประพฤติดีมิชอบ แม้จะเคยหนุนรัฐบาลประชาธิปัตย์...

...พรรคเพื่อไทยอย่าเอากการเมืองเรื่องสีเลื้อมาเช็กบิลพวกหมอวิชัย แล้วเปิดกันให้อีกฝ่ายเข้าข้างหลัง ระวังจะแสบ...^{๑๖๕}

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

....มันก็มีสิ่งที่ผมช่วยดีเฟนด์ [defend] ด้วย อย่างเช่นการดีเฟนด์ [defend] เรื่องนโยบาย ๓๐ บาท ช่วยรณรงค์ ช่วยสู้กับพวกที่ต่อต้าน.... อันนี้ผมก็มีด้านที่รู้สึกว้า แบบนี้มันต้องสนับสนุน แต่ทีนี้ถ้ามองมุมกลับส่วนที่ผมไม่เห็นด้วยกับแพทย์ชนบทหรืออาจจะเรียกว่าไม่เห็นด้วยกับชมรมแพทย์ชนบท เรียกว่าไม่เห็นด้วยกับส่วนของคุณหมอประเวศ

^{๑๖๕} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้งออนไลน์: เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๔]

ทั้งหมด ที่ผมเรียกว่าเครือข่ายคุณหมอประเวศก็คือว่า ช่วงที่มันเกิดการรัฐประหาร แล้วก็หลังจากการเกิดรัฐประหารแล้ว คุณหมอประเวศกับกลุ่มแพทย์ชนบทอาวุโสก็ค่อนข้างจะมีบทบาทที่สนับสนุนทั้งฝ่ายรัฐประหารแล้วก็ฝ่ายรัฐบาลอภิสิทธิ์^{๑๖๖}

แม้ว่าข้อวิพากษ์วิจารณ์ของ “ใบตองแห้ง” ที่มีต่อขบวนการแพทย์ชนบท (ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายลัทธิประเวศ) ส่วนใหญ่จะเป็นความเห็นแย้งในเรื่องการวางท่าทีหรือการเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจทางการเมืองที่มาจากรัฐประหาร แต่การหยิบยกข้อวิพากษ์วิจารณ์ดังกล่าวขึ้นมาพิจารณาไตร่ตรองก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อขบวนการแพทย์ชนบท ในแง่ที่เป็นการรับฟังเสียงสะท้อนจากภายนอก ทั้งนี้ “ใบตองแห้ง” ได้อธิบายความเป็นมาของลัทธิประเวศหรือเครือข่ายลัทธิประเวศว่า เริ่มจากการที่ภาคประชาสังคมมีอำนาจต่อรองมากขึ้นหลังเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๕^{๑๖๗} ซึ่งความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับงานศึกษาของดันแคน แมคคาร์โก (Duncan McCargo) ที่ศึกษาเรื่อง Network Monarchy and legitimacy in Thailand และเสนอว่า ศ.นพ.ประเวศ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกลุ่มเครือข่ายนักเคลื่อนไหวที่มีแนวคิดเสรีนิยม ที่ทำการเคลื่อนไหวปฏิรูปสังคมไทยในหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็น การปฏิรูปการศึกษา การสาธารณสุข การวิจัยทางวิชาการ หรือการควบคุมยาสูบ ถือเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับทั้งจากทางการ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มนักเคลื่อนไหวทางสังคม โดยใช้ทั้งความสัมพันธ์ส่วนตัวและความสัมพันธ์ทางการเมืองเป็นเครื่องมือในการสร้างเครือข่าย^{๑๖๘} เพื่อขับเคลื่อนแนวคิดการปฏิรูปด้านต่างๆ

^{๑๖๖} สัมภาษณ์ อธิกิต แสงสุข, ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

^{๑๖๗} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถดถอย...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๑๖๘} Duncan McCargo, “Network Monarchy and Legitimacy in Thailand,” *The Pacific Review*, 18, 4 (2005): pp. 511

หากพิจารณาย้อนกลับไป จะพบว่า ศ.นพ.ประเวศ วะสี มีแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทมาก่อนแล้ว ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ครั้งที่เป็นการกรรมการแพทยสภา และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งเป็นเวทีพัฒนาความคิดทางสาธารณสุขอันเกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ซึ่ง ศ.นพ.ประเวศ ได้สรุปสิ่งที่ควรแก้ไขออกมา ๖ ข้อหนึ่งในนั้นคือ การขยายบทบาทของประชาชน^{๑๖๙} ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ ศ.นพ.ประเวศ แสวงหาแนวร่วมและสร้างเครือข่ายนอกวงการแพทย์

อย่างไรก็ตาม “ใบตองแห้ง” มองว่าการเกิดขึ้นของกลุ่มสามพรานในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งเป็นการประชุมของคนในเครือข่ายแพทย์ชนบท เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์สุกร บัวสาย, นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์^{๑๗๐} เป็นต้น เป็นการก่อตัวในเบื้องต้นของเครือข่ายหมอประเวศ โดย ศ.นพ.ประเวศเองได้นิยามกลุ่มสามพรานว่า เป็นที่เพาะชำความใฝ่ฝันและจินตนาการของกลุ่มคนที่ต้องการปฏิรูประบบสุขภาพกลุ่มหนึ่ง^{๑๗๑}

นอกจากเวทีแลกเปลี่ยนทางความคิดและวิชาการอย่างกลุ่มสามพรานแล้ว บรรดาองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่เติบโตขึ้นในช่วงทศวรรษ ๒๕๒๐ เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน (พ.ศ. ๒๕๒๐) คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณสุขมูลฐาน หรือ คปอ.ส. (พ.ศ. ๒๕๒๖)

^{๑๖๙} ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต* (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๔), หน้า ๒๓๑.

^{๑๗๐} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถดถอย...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๑๗๑} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จ งามอรุณโชติ, *การเมืองและตุลาการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (พ.ศ. ๒๕๒๗) ก็ถือเป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่สำคัญในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ ตามทฤษฎีดังกล่าว การสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ ๓ ประการ คือ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคนโยบาย^{๑๗๒} เมื่อมีการจัดตั้งองค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้น เพื่อเป็นกลไกรองรับกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ องค์กรเหล่านี้ก็ได้มีแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มาใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนงานของแต่ละองค์กร

หากปรากฏการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็คงปฏิเสธไม่ได้ว่า “กลุ่มคนที่ต้องการปฏิรูประบบสุขภาพ” (ตามคำของ ศ.นพ.ประเวศ) ได้สร้างประวัติศาสตร์หน้าใหม่ให้กับประวัติศาสตร์สุขภาพไทยหลายเรื่อง เช่น การผลักดันให้มีการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบได้สำเร็จถึง ๒ ฉบับ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ในช่วงรัฐบาล รสช.^{๑๗๓} ผลักดันการจัดตั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๓๕ ในสมัยรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน และผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่นำมาสู่การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมไปถึงการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing: CL) ในรัฐบาลสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นต้น ซึ่งด้านหนึ่งนำมาสู่การตั้งข้อสังเกตว่าคนในขบวนการแพทย์ชนบท รวมทั้ง “เครือข่ายลัทธิประเวศ” มักจะเลือกผลักดัน

^{๑๗๒} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๒๔.

^{๑๗๓} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, ๒๕๕๖), หน้า ๑๕๔.

ประเด็นของกลุ่มคนให้บรรลุผลสำเร็จในช่วงเวลาพิเศษหรือเป็นช่วงที่มีความอ่อนแอทางการเมือง เช่น การผลักดันผ่านรัฐบาลของคณะรัฐประหารฯ หรือรัฐบาลที่ไม่ได้มาตามวิถีทางในระบอบประชาธิปไตย ซึ่ง “ใบทองแดง” ได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

เราเข้าใจว่าตอนที่ไปเข้าร่วมในรัฐบาลสุรยุทธ์ แล้วก็ทำซีแอลยา มันเป็นข้อดี คือ ผมมองว่าคุณหมอประเวศและแพทย์ชนบทที่เป็นกลุ่มลูกศิษย์แก...เดินนโยบายแบบ...ใช้ความอ่อนแอทางการเมืองของแต่ละช่วงเข้าไปต่อรองทางการเมือง ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่ช่วงรัฐประหาร ๒๕๓๔... พอมาถึงรัฐประหารครั้งนี้ก็มีการทำซีแอล^{๑๗๔}

วิธีการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่เน้นการบรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาระบบสุขภาพมากกว่าจุดยืนตายตัวเรื่องอุดมการณ์ทางการเมืองนี้ สะท้อนผ่านคำพูดของคนในขบวนการแพทย์ชนบทเอง คือ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ซึ่งกล่าวถึงความสำเร็จจากกรณีการทำซีแอลยา โดยเชื่อมโยงกับอำนาจทางการเมือง ไว้ดังนี้

ผมคิดว่าถ้าเป็นสมัยประชาธิปไตยจำ กฎหมายอย่างนี้ไม่มีทางได้ออกเหมือนกับกฎหมายเหล้า เพราะเมื่อกฎหมายดีเข้าสู่รัฐสภาจะถูกล็อบบี้จากบริษัทต่างชาติ ไม่ให้คลอด หรือถ้าออกก็จะอ่อนจนควบคุมอะไรไม่ได้ ผมเคยพูดกับฝรั่งว่า ประชาธิปไตยไทยไม่เหมือนบ้านคุณนะ กฎหมายดีๆ มักออกในสมัยเผด็จการ บ้านเราเป็นประชาธิปไตยแบบเลือกตั้ง ไม่ใช่ประชาธิปไตยในแบบอุดมคติ^{๑๗๕}

^{๑๗๔} สัมภาษณ์ อธิกิตติ แสงสุข (ใบทองแดง), ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

^{๑๗๕} บทสัมภาษณ์ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล อ้างถึงใน “ใบทองแดง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ดล..ถ..ถ..... อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583>



ความคิดเห็นของนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ที่กล่าวถึงกระบวนการผลักดันการทำซีแอลยา ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงเบื้องหลังวิถีคิดและลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เน้นความสำคัญของ “อำนาจ” ในเชิงตัวบุคคล มากกว่า “อำนาจ” ในเชิงระบบ

ผมคิดว่าคุณหมอมองคลมมาพร้อมกับการรัฐประหารเป็นเรื่องที่ดี เพราะว่า เป็นเรื่องที่ต้องเฝ้าระวังมาจากสมัยรัฐบาลเดิมที่รัฐมนตรีพินิจ (พินิจ จารุสมบัติ) เอาทีมงานแพทย์ชนบทมาใช้งานในระบบบระยะหนึ่งแล้ว มันก็เลยต่อเนื่องได้ ซึ่งหมอมองคลก็จะกล้าทำในบางเรื่องที่ภาคทุนนิยม ไม่กล้าทำอย่างเรื่องซีแอล หรือเรื่องสุรา ก็จะกล้าทำ^{๑๗๖}

จากวิถีคิดและลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าว จึงทำให้ดูเหมือนว่ากลุ่มคนเหล่านี้ ไม่สนใจที่จะยึดติดกับจุดยืนทางการเมือง จึงสามารถเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจของภาคการเมืองได้ โดยไม่ได้ยึดติดว่าอำนาจดังกล่าวมาจากวิถีทางที่ถูกต้องตามครรลองของระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อขบวนการแพทย์ชนบทดังนี้

พวกเขาไม่เชื่อหลักนิติรัฐอยู่แล้ว (ชนชั้นใดร่างกฎหมาย ก็แก้ไขเพื่อชั้นนั้น - ยังคิดกันแบบนี้อยู่) พวกเขาจึงไม่เห็นความสำคัญของรัฐธรรมนูญ ชุมือรับทั้งที่บอกว่าขัดหลักการประชาธิปไตย พวกเขาเชื่อในอำนาจ ใครมีอำนาจก็ทำเพื่อฝ่ายตัวเอง ไม่เห็นแปลกตรงไหน และแทนที่จะทำให้อำนาจนั้นเป็นของประชาชนอย่างแท้จริงตามหลักการประชาธิปไตย พวกเขากลับเชื่อว่าเป็นไปไม่ได้^{๑๗๗}

หมอประเวศยึดหลักว่าต้องรอกับรัฐบาลไหนได้ก็เข้าข้างนั้น ไม่สนใจว่า จะเป็นประชาธิปไตย เผด็จการ หรือแมลงสาบ ขอเพียงเป็นตัวบุคคลที่เราสามารถพูดคุยได้ ถ้าคุณเป็นล็อบบี้ยีสต์ของกลุ่มทุน มันก็ไม่แปลกหรอก แต่ถ้าคุณเป็นผู้นำภาคประชาสังคม ซึ่งพูดทุกวันว่าต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็ง การสนับสนุนเผด็จการหรืออำมาตยาธิปไตย มันสวนทางกันสิ้นเชิงกับสิ่งที่พูด^{๑๗๘}

นอกจากนั้น วิถีคิดและลักษณะการทำงานดังกล่าว ยังนำมาสู่การตั้งคำถามถึงความคุ้มค่าในการยอมรับรัฐบาลรัฐประหาร เพียงเพราะต้องการผลักดันงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ และจะเป็นการดีกว่าหรือไม่ หากขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันเรื่องต่างๆ ได้ในสมัยรัฐบาลเลือกตั้ง เพราะจะเป็นการส่งเสริมการเติบโตของประชาธิปไตยให้มั่นคงมากกว่า^{๑๗๙}

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในอีกมุมหนึ่งจะพบข้อควรตระหนักว่า การขับเคลื่อนในบางประเด็นเช่น การทำซีแอลยานั้น ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำโดยไม่ควรต้องรอให้การเมืองเป็นไปตามหลักการทางอุดมคติ เพราะประเด็นดังกล่าวเกี่ยวพันกับชีวิตและโอกาสที่จะได้รับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งข้อเท็จจริงก็ปรากฏอยู่ว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ เพราะยาไม่มีราคาแพง ดังนั้น หากต้องรอเวลาที่ “เหมาะสม” (ซึ่งก็คือ ช่วงที่รัฐบาลมาจากครรลองแห่งประชาธิปไตยเท่านั้น) ย่อมหมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงยาดังนั้น

^{๑๗๖} กรณีการ กิจดิเวชกุล และ อวยพร แต้ชูตระกูล, อีกก้าวที่กล้า...ของหมอชีมาแลบ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐), หน้า ๑๖๕.

^{๑๗๗} ใบทองแห้ง, “ตอบ โจ อังภากรณ์ ว่าด้วยสังคมนิยมและซ้ายลือเลื่อง,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://turnleftthai.blogspot.com/2010/10/blog-post.html>. [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๑๗๘} ใบทองแห้ง, “ใบทองแห้ง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ถดถอย...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๑๗๙} เรื่องเดียวกัน.

จะต้องห่างไกลออกไป และสำหรับโรคบางโรค การที่ไม่มียารักษานั้นอาจหมายถึง การจบชีวิตเลยทีเดียว^{๑๘๐}

ทั้งนี้ ยังไม่ต้องกล่าวถึงข้อเท็จจริงที่ทราบกันดีอยู่ว่า รัฐบาลจากการเลือกตั้งมักมีปัญหาเรื่องจุดยืนและความกล้าหาญในการที่จะทำอะไรขัดแย้งกับนายทุนหรือขัดผลประโยชน์ของบริษัทข้ามชาติอยู่เสมอ ดังนั้น การจะผลักดันเรื่องการประกาศซีแอลยา ซึ่งเป็นการขัดผลประโยชน์ของกลุ่มทุนใหญ่อย่างบริษัทยาโดยตรง ผ่านทางนักการเมืองและรัฐบาลที่มาจากเลือกตั้งนั้น ย่อมเป็นไปได้ยาก ดังปรากฏตัวอย่างชัดเจนจากกรณีของนายไชยา สะสมทรัพย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สมัยรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช ที่ภายหลังเข้ารับตำแหน่งเพียงไม่กี่วัน ก็ได้ประกาศทบทวนการทำซีแอลยา ซึ่งเป็นผลงานที่รัฐบาลชุดก่อนได้ริเริ่มไว้ โดยอ้างว่าการทำซีแอลยา มีทั้งข้อดีและข้อเสีย แม้จะประหยังบประมาณ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อกระทรวงพาณิชย์ การประกาศทบทวนการทำซีแอลยาของนายไชยา สะสมทรัพย์ รวมไปถึงการโยกย้ายข้าราชการที่เป็นหัวหอกในการทำซีแอลยา ทำให้ถูกกล่าวหาว่าโยกย้ายข้าราชการไม่เป็นธรรม ทั้งสองกรณีนำมาสู่การล่ารายชื่อประชาชน ๒ หมื่นรายชื่อ เพื่อยื่นสภาผู้แทนราษฎร ให้ถอดถอนออกจากตำแหน่งรัฐมนตรี^{๑๘๑}

เมื่อนายไชยามีโอกาสร่วมประชุมกับกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มาคัดค้านยังกระทรวงสาธารณสุข กลับแสดงท่าทีไม่รับรู้หรือไม่เข้าใจในความรู้สึกและ

สถานการณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากนโยบายของตน ด้วยการกล่าวในทำนองว่าถ้าการยกเลิกซีแอลยาทำให้ไม่มียากิน หากเป็นตนเองก็จะให้ไปกินดอกไม้จันทร์^{๑๘๒} ในตอนนั้นยังมีกระแสข่าวว่ามีการวิ่งเต้นของบริษัทยาจนเป็นผลให้มีการทบทวนการทำซีแอลยาดังกล่าว ทำให้ นายไชยาพยายามสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ที่ตั้งคำถามถึงความสำเร็จของตนเอง ด้วยการแสดงถึงฐานะที่มั่งคั่งของตนเองด้วยการกล่าวว่า “ไม่ต้องกลัว บริษัทยาไม่รวยเท่าชนหน้าแข้งผมหรอก พวกคุณเห็นบ้านผมหรือยัง” นับเป็นการพยายามสร้างความเชื่อมั่นที่เดินตามแนวทาง “รวยแล้วไม่โกง” แบบเดียวกับทักษิณ ชินวัตร อันน่าจะมาซึ่งคำถามและข้อสงสัยของผู้ตั้งคำถามมากกว่าข้อยุติ กรณีดังกล่าวตอกย้ำวิธีคิดของขบวนการแพทย์ชนบทที่ว่า การขับเคลื่อนบางประเด็น โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือความเป็นความตายของผู้คนแล้ว มีอาจทำให้สำเร็จได้โดยอาศัยรัฐบาลที่มาจากเลือกตั้งเสมอไป เพราะนอกจากจะใช้เวลาทำความเข้าใจและตัดสินใจเรื่องหนึ่งๆ เป็นเวลานานแล้ว รัฐบาลที่มาจากเลือกตั้งก็ยังมีได้มีท่าทีชัดเจนในการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ต้องขัดต่อผลประโยชน์ของกลุ่มทุนหรือบริษัทข้ามชาติ ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของนักการเมือง จึงทำให้เข้าใจได้ถึงการยอมประนีประนอมร่วมมือกับรัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้งตามแนวทางประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทที่ต้องการผลักดันนโยบายที่แก้ปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ได้

แม้จะถูกตั้งคำถามเกี่ยวกับการเข้าไปสัมพันธ์กับอำนาจทางการเมืองในช่วงที่ “ไม่เป็นประชาธิปไตย” แต่ลักษณะสำคัญประการหนึ่งที่มีอาจปฏิเสธได้ในกระบวนการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่าย ก็คือ การ

^{๑๘๐} ภายหลังการทำซีแอลยา มีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากได้รับยาต้านไวรัสและสามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขต่อไปได้ เฉพาะผู้ที่ได้รับยาสูตร ๒ กรณีเชื้อดื้อยา มีผู้ได้รับยาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกว่าหมื่นคน จากเดิมที่มีผู้ป่วยได้รับยาเพียง ๖๔ คน

^{๑๘๑} “ไชยา สะสมทรัพย์” [Online]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/ไชยา_สะสมทรัพย์ [๑ เมษายน ๒๕๕๖]

^{๑๘๒} ASTV ผู้จัดการออนไลน์, “ไชยา พุดพลอย ไล่ผู้ป่วยเอดส์กินดอกไม้จันทร์แทนยา” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=951000016408> [๑ เมษายน ๒๕๕๖].

ทำงานสะสมทุนมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนมีพลังมากพอที่จะทำให้เรื่องนั้นๆ ประสบผลสำเร็จเป็นรูปธรรมได้ ดังเช่น กรณีการทำซีแอลยา ซึ่งสร้างคุณูปการ แก่สังคมอย่างมาก ความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้ ส่วนหนึ่งมาจาก “ความสุกอม” ของประเด็นที่ผ่านการบ่มเพาะทางความคิดมายาวนาน ผนวกกรรมการ ประสานพลังผลักดันจากฝ่ายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ภาคการเมือง ภาควิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน ประเด็นนั้นๆ จึงสำเร็จได้ นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ติดตามกระบวนการทำ ซีแอลยา มาตั้งแต่ต้น ได้แสดงความเห็นต่อกรณีดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

กรณีหมอมงคลก็เป็นคนในชมรมแพทย์ชนบท และเคยมีประสบการณ์ บทรียนเรื่องการรวมกันซื้อยาตรงกลาง และซื้อได้ราคาถูก แกกก็เห็น ประเด็นนี้ ประกอบกับเห็นประเด็นปัญหาความทุกข์ของคนป่วยที่ยาแพง จนซื้อไม่ได้ เห็นความตายของผู้ป่วยไม่ได้ยา ด้วยสำนึกแบบนี้ แกกก็กล้า ตัดสินใจ แต่สมมติว่าถ้ารัฐมนตรีไม่ใช่หมอมงคล เราก็ประกาศ CL ไม่ได้ ถึงแม้จะเป็นรัฐมนตรีของ คมช. ก็ดี เพราะว่าเรื่องนี้ขงกันมาตั้งแต่สมัย หมอสมทรง [นพ.สมทรง รัชส์เผ่า] เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรค ก็เห็น ประเด็นปัญหาแต่ไม่กล้าขง ภาคประชาชนชุมนุมเรียกร้องให้ทำตั้งแต่ สมัย กร ทักษะรังสี เป็นรัฐมนตรี ก็ไม่ทำ ทั้งที่ข้อมูลก็ชุดเดียวกัน

...กรณีที่ว่าแพทย์ชนบทมักจะผลักดันอะไรออกมาในช่วงที่จ้งหะทางการเมืองไม่ค่อยปกติ ไม่ว่าจะเป็นเคลื่อนไหวอะไรก็แล้วแต่ ผมว่ามันไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าต้อง เป็นรัฐบาลปฎิวัติหรือรัฐบาลเลือกตั้ง แต่มันขึ้นอยู่กับว่าการสุกอมของ ประเด็น และเรื่องจ้งหะเวลาในการขับเคลื่อน^{๑๕๓}

^{๑๕๓} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

ประชาธิปไตยพลิกกลับ

อย่างไรก็ตาม เราอาจทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่กลุ่มคนในขบวนการ แพทย์ชนบทหรือ “เครือข่ายหมอประเวศ” เข้าไปสัมพันธ์ใกล้ชิดกับฝ่ายที่อยู่ ขั้วตรงข้ามกับ ทักษิณ ชินวัตร และพวกพ้องในช่วงหลัง พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ โดยอาศัยคำอธิบายปรากฏการณ์ทางการเมืองในช่วง ๕-๖ ปีที่ผ่านมาของ เกษียร เตชะพีระ ที่นำเอากรอบการอธิบายของ โจชัว เคอร์แลนต์ซิค (Joshua Kurlantzick)^{๑๕๔} ซึ่งเป็นกรอบการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการเมืองใน หลายประเทศ ที่การเมืองแบบเลือกตั้งต้องเผชิญหน้ากับการรัฐประหาร โดย ความร่วมมือของชนชั้นนำและชนชั้นกลาง เคอร์แลนต์ซิค ได้ทำการศึกษา ปรากฏการณ์ทางการเมืองไทย นับตั้งแต่การเคลื่อนไหวของพันธมิตรประชาชน เพื่อประชาธิปไตยจนมาถึงปรากฏการณ์ “เสื้อแดง” ด้วยเช่นกัน เคอร์แลนต์ซิค เรียกปรากฏการณ์ที่เขาศึกษาว่า “ประชาธิปไตยอันตราย” (Democracy in Danger) หรือที่นักรัฐศาสตร์เรียกว่า “ประชาธิปไตยพลิกกลับ” (Reversal of Democracy)^{๑๕๕}

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับประชาธิปไตยในหลายประเทศทั่วโลกในระยะหลัง นับตั้งแต่ประเทศในทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ มาจนถึงเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนทางกับคำอธิบายการเกิดขึ้นของระบอบประชาธิปไตยในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่ขยายตัวนับตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษที่ ๑๙๗๐ (ราว ปี พ.ศ. ๒๕๑๓) เป็นต้นมา ซามูเอล พอล ฮันติงตัน (Samuel Paul Huntington) อธิบาย ปรากฏการณ์การเกิดขึ้นของระบอบประชาธิปไตยทั่วโลกเมื่อราว ๔๐ ปีก่อน

^{๑๕๔} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน Joshua Kurlantzick, Democracy in Retreat: The revolt of the Middle Class and the Worldwide Decline of Represent Government (New Haven : Yale University Press, 2013).

^{๑๕๕} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บุกส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๔-๒๕๖.

ซึ่งเขาเรียกว่า “คลื่นประชาธิปไตยระลอกที่สาม” (The Third Wave: Democratization in the Late Twentieth Century)* โดยเสนอว่า องค์ประกอบของการเกิดประชาธิปไตยคือ การเติบโตทางเศรษฐกิจที่นำไปสู่ การมีอำนาจมากขึ้นของชนชั้นกลางและก่อให้เกิดระบอบประชาธิปไตย^{๑๕๖} หรือหมายความว่าชนชั้นกลางคือตัวละครสำคัญในการสร้างระบอบประชาธิปไตย แต่ชนชั้นกลางในงานศึกษาของเคอร์แลนซ์ซิคคือ กลุ่มคนที่ร่วมมือหรือ สนับสนุนการทำรัฐประหารโค่นล้มรัฐบาลที่มาจากเลือกตั้ง

ในกรณีของประเทศไทย เกษียร เตชะพีระ ได้นำคำอธิบายเรื่อง ภาวะ ประชาธิปไตยอันตรายของ โจชัว เคอร์แลนซ์ซิค มาอธิบายว่า ปรากฏการณ์ ความขัดแย้งในการเมืองไทย มีพัฒนาการมาจากความไม่มั่นใจอันเกิดจาก กระแสโลกาภิวัตน์ (ตัวอย่างของประเทศไทยคือ กรณีวิกฤตต้มยำกุ้ง เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๐) ทำให้ชนชั้นกลางหันกลับไปเป็นพวกอนุรักษนิยม ส่วนผู้นำที่มาจาก การเลือกตั้งกลับกลายเป็นพวกอำนาจนิยม เนื่องมาจากนโยบายเปิดเสรีตาม นโยบายโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจและนโยบายประชานิยมที่กดดันให้ฝ่าย บริหารมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจมากขึ้น

ประการต่อมา สถาบันที่ตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจฝ่ายบริหารอ่อนแอ ทำให้การคอร์รัปชันเพิ่มมากขึ้น ชนชั้นกลางจึงขัดแย้งกับผู้นำอำนาจนิยมที่ มาจากการเลือกตั้งและบรรดาแนวร่วมที่เป็นชนชั้นล่างของผู้นำ ทำให้เกิดความ แตกแยกระหว่างชนชั้นกลางกับชนชั้นล่าง เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น ชนชั้นกลาง ก็จะแสวงหาหนทางในการโค่นล้มอำนาจของผู้นำดังกล่าว ด้วยการสนับสนุน วิธีการอันไม่เป็นประชาธิปไตย นำไปสู่ประชาธิปไตยพลิกกลับ (หรือประชาธิปไตย

ที่ชนชั้นนำครอบงำเพื่อให้ตัวเองได้กุมอำนาจส่วนใหญ่ไว้ได้ต่อไป)^{๑๕๗} สำหรับ เคอร์แลนซ์ซิคเอง ในอีกด้านหนึ่ง ปรากฏการณ์ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นผล สืบเนื่องมาจากการที่ผู้นำที่มาจากเลือกตั้ง ไม่ได้ตั้งใจที่จะสร้างประชาธิปไตย ด้วยการสร้างองค์ประกอบหรือกลไกอื่นที่เกื้อหนุนต่อประชาธิปไตย เช่น กลไก การตรวจสอบถ่วงดุลอำนาจ เป็นต้น สำหรับผู้นำประชาธิปไตยที่ได้คะแนนเสียง มากล้นจากนโยบายประชานิยมเหล่านั้น ประชาธิปไตยคือการได้คะแนนเสียง ข้างมากจากการเลือกตั้งเท่านั้น^{๑๕๘}

สมมติฐานเรื่องการแย่งชิงอำนาจระหว่างกลุ่มคนที่มีความต่างทาง เศรษฐกิจในสังคมไทย ได้รับการยืนยันจากงานวิชาการหลายชิ้นที่ทำการสำรวจ เรื่องความขัดแย้งทางการเมืองหลัง ๒๕๔๙ เช่น สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ ที่ได้ เสนอว่า ความขัดแย้งทางการเมืองที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างคนสอง กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน แม้ว่าประเด็นหลักของ ความขัดแย้งไม่ได้เป็นประเด็นด้านเศรษฐกิจโดยตรง แต่ก็ประเด็นทางการเมือง ที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ โดยความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจนั้นปรากฏให้ เห็นอยู่ในหลายประเด็น เช่น เรื่องรายได้ การถือครองทรัพย์สิน ที่ดิน การศึกษา การบริการสาธารณสุข จนนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีตำแหน่ง แ่งที่ในสังคม^{๑๕๙}

^{๑๕๖} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บুকส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๘, ๒๖๐.

^{๑๕๗} ดูการให้สัมภาษณ์ของ Joshua Kurlantzick ใน Carol J. Williams, “Interview : Why the world is losing faith in democracy” [Online] (March 30, 2013) Available From <http://www.latimes.com/news/world/worldnow/la-fg-wn-book-democracy-in-retreat-20130326,0,859970.story> (16 May 2013)

^{๑๕๘} สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย (กรุงเทพฯ : มูลนิธิ ๑๔ ตุลา, ๒๕๕๓), หน้า ๑๘-๒๔.

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

^{๑๕๖} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด, หน้า ๒๕๘



ปรากฏการณ์ทางการเมืองสมัยใหม่ที่ประชาธิปไตยมีลักษณะ “พลิกกลับ” ดังกล่าวนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นกับรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในประเทศไทยเพียงประเทศเดียวเท่านั้น แต่ยังเกิดกับรัฐบาลของประธานาธิบดีเอสตราดา (Joseph Estrada) ของฟิลิปปินส์ (ปี พ.ศ. ๒๕๔๔) รัฐบาลการาเซ (Laisenia Qarase) แห่งฟีจี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๙) รัฐบาลเบกม คาลิดา เซีย (Begum Khaleda Zia) แห่งบังกลาเทศ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๐) รัฐบาลของประธานาธิบดีราวัลมานานา (Marc Ravalomanana) แห่งมาดากัสการ์ และรัฐบาลของประธานาธิบดีเซลาเยา (Manuel Zelaya) ของฮอนดูรัส (ปี พ.ศ. ๒๕๕๒) เป็นต้น^{๑๕๐}

ท่าทีทางการเมืองและบทบาทการเคลื่อนไหวปฏิรูปสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายหมอประเวศในระยะหลังจึงสัมพันธ์กับบริบทของ “ประชาธิปไตยพลิกกลับ” ที่การเมืองกลายเป็นความขัดแย้งแบ่งขั้วของอำนาจเก่าที่อ้าง “ความดี” และ “ความถูกต้องชอบธรรม” แต่ละเลยต่อความเป็น “ประชาธิปไตย” และอำนาจใหม่ที่อาศัยรูปแบบประชาธิปไตยเป็นรากฐานความชอบธรรมโดยละเลยความถูกต้องชอบธรรมในด้านอื่นๆ การเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายการปฏิรูปต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือให้สัมฤทธิ์ผลเป็นหลักโดยไม่ละเอียดย้อนต่อที่มาของอำนาจ จึงมีความสัมพันธ์ต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากมุมมองของหลักการทางการเมืองที่แตกต่างกัน ซึ่งประเด็นนี้จะได้ขยายความในบทวิเคราะห์ในตอนท้ายต่อไป

เสียงสะท้อนและข้อวิพากษ์ : ว่าด้วยการผูกขาดความดี การเอื้อพวกพ้อง และการเลือกข้าง

ในส่วนนี้เป็นความพยายามจะประมวลข้อกล่าวหาและเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของฝ่ายต่างๆ ที่มีต่อขบวนการแพทย์ชนบทมาแสดงไว้ ซึ่งข้อกล่าวหา

และการวิพากษ์วิจารณ์เหล่านี้เป็นการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่พยายามจะสื่อสารความรู้สึกหรือความต้องการภายในของพวกเขาออกมา แม้ว่าความรู้สึกนึกคิดนั้นจะไม่ชอบด้วยเหตุผลหรือไม่ตรงตามข้อเท็จจริง ฯลฯ ก็ตาม แต่การพยายามรับฟังข้อวิพากษ์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจสิ่งที่อยู่เบื้องหลังความรู้สึกเหล่านั้น ย่อมจะนำไปสู่การสร้างสรรค์หนทางของการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีพื้นที่เปิดกว้างสำหรับทุกฝ่ายและเปิดโอกาสให้กับความเป็นไปได้ใหม่ๆ ได้ตลอดเวลา

ข้อกล่าวหา : ว่าด้วยการผูกขาด “ความดี”

ประเด็นว่าด้วยการผูกขาดบทบาทการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นประเด็นหนึ่งที่ปรากฏเสียงสะท้อนให้ได้ยินได้ฟังอย่างหนาหู ซึ่งหากพิจารณาอย่างลึกซึ้งก็จะพบว่า ข้อวิพากษ์ว่าด้วย “การผูกขาด” ของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ได้ คือ การผูกขาดบทบาทการทำงานภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง และการผูกขาดบทบาทด้านการปฏิรูประบบสุขภาพและการบริหารงานในองค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อวิพากษ์วิจารณ์ในบางกรณีจะมีลักษณะเหมารวมระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ทำงานปฏิรูประบบสุขภาพและกลุ่มแพทย์ที่ทำงานเคลื่อนไหวในชมรมแพทย์ชนบท

สำหรับข้อวิพากษ์ที่มีต่อการผูกขาดบทบาทภายในขบวนการแพทย์ชนบทนั้น ส่วนใหญ่มีจุดเน้นที่องค์กรเคลื่อนไหวคือ ชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงหลังๆ ที่มีการเคลื่อนไหวรายประเด็นต่างๆ มักปรากฏภาพแกนนำของชมรมฯ กลุ่มเดิมๆ เพียงไม่กี่คน ซึ่งแม้ว่าลักษณะดังกล่าวจะมีข้อดีในแง่ที่ทำให้การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทมีความคล่องตัวสูง และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี แต่อีกด้านหนึ่ง ก็นำมาสู่การตั้งคำถามเกี่ยวกับบทบาทดังกล่าว ซึ่งนายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์

^{๑๕๐} เกษียร เตชะพีระ, สงครามระหว่างสี : ในคืนวันอันมืดมิด (กรุงเทพฯ : โอเพ่น บั๊กส์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๕๖.

ได้สะท้อนทัศนคติของตนต่อชมรมแพทย์ชนบทไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

...แต่ว่าจุดหนึ่ง ชมรมแพทย์ชนบทก็อาจจะต้องมีตัวหลักหรือตัวเด่น มากขึ้นก็ได้ เพราะเท่าที่รู้จัก มีหมอที่เป็นแกนนำของชมรมแพทย์ชนบท อยู่จำนวนหนึ่งเท่านั้นเอง อันนี้ผมก็คิดว่ามันเป็นไปได้ทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดแข็งก็คือ มันเคลื่อนไหวได้เร็ว และตัดสินใจได้ง่าย เพราะเป็นทีมเล็กๆ แต่จุดอ่อน คือ มันต้องมีตัวตายตัวแทน มันต้องมีคนรุ่นใหม่ของชมรม แพทย์ชนบทที่เข้ามา ซึ่งเป็นคนที่กระตือรือร้นจะเท่าๆ กันกับรุ่นพี่ ฉะนั้น ต้องมีเวทีที่จะเทรนด้อมรุ่นใหม่ขึ้นมา ให้ชมรมแพทย์ชนบทแข็งแรง ด้วย^{๑๙๑}

ลักษณะเด่นสำคัญประการหนึ่งในการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท คือ การอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและความสัมพันธ์แบบเครือข่ายในการ ขับเคลื่อนงานต่างๆ เนื่องจากประเด็นเคลื่อนไหวต่างๆ ส่วนใหญ่ล้วนเป็นความ คิดเชิงก้าวหน้า จึงจำเป็นต้องอาศัยกลุ่มคนที่มีแนวคิดและวิธีการสอดคล้องกัน ดังนั้น การทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีลักษณะเป็นการสัมพันธ์เชื่อมโยง กันของคนกลุ่มหนึ่งที่รู้จัก คำนึง และเชื่อใจกันได้ นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี อดีตกรรมการมูลนิธิแพทย์ชนบท ได้กล่าวถึงกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบท ไว้ว่า

ชมรมแพทย์ชนบทไม่มีเอกภาพ ทุกคนอาจจะมีอุดมการณ์ร่วมกัน แต่ว่า การทำงานไม่เคยมีการวางแผนแบบมีเอกภาพเลย ไม่มีการนั่งสูมหัว วอร์รูม [War room] วางแผนกัน แต่เป็นการใช้คอนเนกชัน [Connection] มากกว่า ไม่ใช่เป็นกระบวนการที่อ็อกไกเนชัน [Organization] เป็น

ทางการเมืองว่าจะขับเคลื่อน แต่เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ขอความช่วยเหลือ เชื่อใจ^{๑๙๒}

การทำงานในลักษณะที่เน้นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและเครือข่าย เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า ความต่อเนื่องทางปัญญา (Continuity of Wisdom) โดย นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ เห็นว่า การทำงานปฏิรูประบบ สาธารณสุขที่ต่อเนื่องยาวนานของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี กับกลุ่มเทคโนโลยี (Technocrat) ในกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การผูกขาดบทบาท การปฏิรูป (intellectual monopoly) การผูกขาดบทบาทการปฏิรูประบบ สุขภาพของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าว ทำให้เกิดกระแสต้าน จากกลุ่มต่างๆ ดังเช่น กรณีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับ สปสช. ซึ่งได้มีผู้วิเคราะห์ ไว้ว่า การต่อต้านคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายที่เข้าไปมีบทบาท ใน สปสช. ไม่ใช่การต่อต้านการปฏิรูปที่กลุ่มได้ทำไว้ หากแต่เป็นการต่อต้าน เพื่อแย่งชิงสถานะการนำทิศทางทางการปฏิรูป ไม่ให้ถูกผูกขาดโดยขบวนการแพทย์ ชนบทและเครือข่าย^{๑๙๓}

นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี และกลุ่มเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท สามารถควบคุม บทบาทในการกำกับดูแลทิศทางการขบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุขมาอย่าง ยาวนานว่าเป็นผลสืบเนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๒ ประการ คือ จากในอดีตที่ กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นแหล่งผลประโยชน์ที่สำคัญมากนัก ของเหล่านักการเมืองที่เข้ามาดำรงตำแหน่งทางการบริหาร จึงทำให้ถูกแทรกแซงน้อยกว่า กระทรวงอื่น และ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้สร้างเครือข่ายภาคประชาสังคม

^{๑๙๑} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๑๙๒} สัมภาษณ์ นายแพทย์ พงศธร พอกเพิ่มดี, ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕.

^{๑๙๓} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๖๒.



ไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งต่อมาเครือข่ายเหล่านี้จะกลายเป็นกลุ่มที่ออกมาเรียกร้อง ต่อรองเรื่องการปฏิรูปกับฝ่ายการเมืองอย่างมีพลัง^{๑๙๔}

อย่างไรก็ตาม กระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงการผูกขาดบทบาทในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้ถูกขยายความให้กลายเป็นเรื่องของการผูกขาด “ความดี” จากการที่เลือกร่วมงานเฉพาะกลุ่มคนที่พวกตนเห็นว่าเป็น “คนดี” เท่านั้น โดยนัยนี้ จึงอาจเป็นการผูกขาดการนิยามความหมายของ “ความดี” และ “คนดี” ซึ่งอาจเป็นการกีดกันผู้ที่มีความเห็นต่างให้ไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย ดังที่มีผู้วิจารณ์ไว้ว่า

หมอในกลุ่มสามพรานเคยอธิบายกับคนวงในว่า เขาเชื่อว่าวิธีการแบบนี้ได้ผล อย่างเช่นการคัดเลือกคนให้ได้รับทุนวิจัย ถ้าใช้การสอบ ปรากฏว่าเกินครึ่งออกไปทำงานให้เอกชน ถ้าใช้การแนะนำรับรองกันมาว่านี่ “คนดี” ปรากฏว่าพลาดแค่ ๓๐% แต่นานเข้ามันก็เป็นปัญหา เพราะมันทำให้การทำงานย่ำเท้าอยู่กับที่ มีแต่คนคิดเหมือนกัน ไม่มีความคิดหลากหลาย โยกย้ายโยกขวาก็มีแต่เครือข่ายลัทธิประเวศ...ลัทธิลูกหมอนานไปก็มีความเชื่อว่า มีแต่พวกตนเท่านั้นเป็นคนดี...^{๑๙๕}

ข้อกล่าวหา : ว่าด้วยการเอื้อพวกพ้อง

ความพยายามทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ด้วยการนำคนที่คุ้นเคย เชื่อใจได้ หรือมีทุนทางสังคมร่วมกันมาก่อนเข้ามาทำงานทดแทนกันจากรุ่นสู่รุ่น นำมาสู่การถูกวิพากษ์วิจารณ์จากคนกลุ่มอื่นว่าเป็นการทำงานที่เอื้อต่อพวกพ้องของตนเอง

ข้อวิพากษ์วิจารณ์ดังกล่าว ปรากฏตัวอย่างชัดเจนจากกรณีการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ซึ่งมีข้อตรวจพบตอนหนึ่งระบุว่ากระบวนการพิจารณาให้เงินอุดหนุนแก่ภาคีนั้น ภาคีที่ได้รับเงินอุดหนุนมีความกระจุกตัว และมักเป็นภาคีกลุ่มเดิมๆ นอกจากนั้น การพิจารณาอนุมัติให้เงินอุดหนุนภาคียังไม่เหมาะสม เนื่องจาก สสส. ใช้หลักความไว้วางใจ (trust) แก่ภาคีที่เคยร่วมงานกับ สสส. และใช้ดุลยพินิจในการอนุมัติค่าตอบแทนเป็นสำคัญ^{๑๙๖}

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตของ สตง. ที่มีต่อการทำงานของ สสส. อาจมาจากวิธีคิดและมุมมองที่แตกต่างกัน โดย สตง. นั้นยึดการบริหารจัดการงบประมาณ ตามระเบียบการบริหารงบประมาณแผ่นดินของราชการเป็นหลัก ซึ่ง สสส. ก็ได้มีคำชี้แจงต่อข้อสังเกตของ สตง. ในประเด็นต่างๆ เช่น การจะตัดสินใจว่ากระบวนการพิจารณาให้เงินอุดหนุนแก่ภาคีของ สสส. มีความไม่เหมาะสมหรือไม่นั้นเป็นเรื่องยาก เพราะจะต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงข้อมูลพื้นฐานและลักษณะเฉพาะของ สสส. ที่เป็นองค์กรนวัตกรรม มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ และมีกฎระเบียบของตนเองเสียก่อน โดย สสส. ได้ชี้แจงต่อกรณีที่ สตง. เห็นว่าภาคีที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก สสส. มีความกระจุกตัว และมักเป็นภาคีกลุ่มเดิมๆ นั้น สสส. ได้ชี้แจงว่า สถิติข้อมูลภาคีที่ สตง. วิเคราะห์ออกมา ครอบคลุมเพียงภาคีหลักที่ทำสัญญากับ สสส. โดยตรงเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริง ภาคีหลักเหล่านี้จะไปพัฒนาให้เกิดโครงการย่อยภายใต้แผนงานอีกเป็นจำนวนมาก แต่กระนั้นก็ดี การพิจารณาอนุมัติเงินอุดหนุน

^{๑๙๔} นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ๊จค์ งามอรุณโชติ, การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕), หน้า ๓๐-๓๑.

^{๑๙๕} ใบทองแห้ง, “ใบทองแห้ง...ออนไลน์: อภิสัทธด..ถ..ถ...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

^{๑๙๖} “สตง. ชำแหละ สสส. ภาษีบาป...เพื่อใคร” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/23110> [๕ เมษายน ๒๕๕๖]

แก่ภาคีโดยใช้หลักการไว้วางใจ (Trust) ก็เป็นหลักการที่ สสส. ยอมรับว่าใช้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน โดยควบคู่กับระบบกลไกในการติดตามกำกับภาคี ซึ่งทันตแพทยภคณาธิการ ร่องอารีรักษ์ รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ยังกล่าวยอมรับถึงการใช้หลักการเรื่องความไว้วางใจ (Trust) ดังนี้

การกระจายเงิน ผมคิดว่าเป็นประเด็นรองที่เราต้องดู แต่ตอนหลังเราก็ระมัดระวังขึ้น เราก็จะดูว่าโอกาสในทุกภาคี เช่น ทำเรื่องอุบัติเหตุ ก็ควรให้ทุกภาคีที่ทำเรื่องอุบัติเหตุมีสิทธิเท่ากัน แต่เราคงไม่สามารถไปบอกว่า ใครก็ไม่ว่าทำงานตรงนี้ มันก็อาจจะไม่ถูก อันนี้คือประเด็น^{๑๖๔}

การเอื้อพวกพ้องหรือการให้ความสนับสนุนเครือข่ายของตนเอง แม้จะเป็นการสนับสนุนคนที่คิดว่าเป็น “คนดี” เชื่อใจได้ แต่อีกด้านหนึ่งก็ทำให้ถูกมองว่า ...นานๆ เข้า มันก็กลายเป็น ‘ลัทธิลูกหม้อ’ ทั้งแนวคิดและวิธีการทำงาน อย่างที่ สดง. วิจัยการทำงานของ สสส. ว่ามันจะมีแต่องค์กรหน้าเก่าคนหน้าเดิมในเครือข่ายเท่านั้นที่ไต่จบ...^{๑๖๕} ซึ่งอาจส่งผลให้การทำงานขาดความหลากหลายทางความคิด และอาจเชื่อมโยงไปสู่ข้อวิพากษ์ว่าด้วยการผูกขาดความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย

ความต้องการดำเนินงานปฏิรูประบบสุขภาพให้ต่อเนื่องและยั่งยืน คงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท จำเป็นต้องเลือกวิธีการทำงานในลักษณะที่ดูเหมือนเป็นการผูกขาดบทบาทและเอื้อต่อพวกพ้อง อย่างไรก็ตาม

แม้ว่าลักษณะการทำงานดังกล่าวจะถูกวิพากษ์วิจารณ์จากฝ่ายต่างๆ อย่างมาก แต่ก็มีเสียงสะท้อนที่แสดงถึงความเข้าใจในเจตจำนงของการเลือกแนวทางดังกล่าว เช่น ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ที่ได้แสดงทัศนะต่อลักษณะการทำงานของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทไว้ว่า

ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับแพทย์ชนบทและเครือข่าย รวมถึงกลุ่มแพทย์ปฏิรูป แม้ดูเหมือนว่าจะพยายามขยายการมีส่วนร่วม แต่คนที่ร่วมอยู่ก็หน้าเดิมๆ หรือเปล่า ซึ่งอาจจะสะท้อนหลายภาพ คือ คนที่อยากมีส่วนร่วมในการปฏิรูปจริงๆ ยังไม่ขยายตัวในวงกว้าง เพราะฉะนั้นถ้าจะทำงานปฏิรูปให้ได้ผลเร็ว ก็ต้องเอาคนที่คุ้นเคยกันก่อน มีทุนทางสังคมอยู่ก่อนมาร่วม แต่คนข้างนอก อาจมองว่ากลุ่มนี้หรือเปล่าที่ผูกขาดการปฏิรูป หรือเป็นหมอแต่มายุ่งอะไรกับเรื่องสารพัดที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งอันนี้เป็นเรื่องของมุมมองโลกที่แตกต่างกัน ส่วนตัวผมเชื่อในเจตนาที่ดีของหมอเหล่านี้ แต่วิธีการคงต้องพิจารณาปรับปรุงให้คนภายนอก ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มเกิดการยอมรับว่ามันเป็นเวทีเปิดที่แท้จริง...

...มันมีทุนทางสังคมอีกแบบหนึ่ง นั่นคือ Bridging Social Capital ก็คือทุนที่ไปเชื่อมกับกลุ่มภายนอก ซึ่งพอมีการเชื่อมกับกลุ่มภายในที่เข้มแข็ง การเชื่อมกับกลุ่มภายนอกก็อาจจะน้อยลง ซึ่งมันมีกลุ่มทางสังคมอื่นอีกเยอะ เข้าใจว่าก็คงพยายามอยู่ เช่น เวทีปฏิรูปมีความพยายามดึงกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่แพทย์เข้ามาร่วมด้วย เช่น กลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มชุมชน กลุ่มผู้บริหาร แต่ภาพกับภายนอกก็ยังคงดูเหมือนว่า มีหมอกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำทุกเรื่อง นี่เป็นภาพลักษณ์หรือความจริง ผมก็ไกลเกินไปที่จะรู้ แต่อย่างน้อยเคยได้ยินเสียงคนที่คิดต่างจากกลุ่มแพทย์ชนบทและวิพากษ์วิจารณ์กลุ่มนี้ว่าผูกขาดความคิด ผูกขาดการ

^{๑๖๔} “สดง. ตรวจสอบ สสส. ใช้เงินภาษีบาท ๑๓,๐๐๐ ล้าน ปัญหาว่าด้วยความเหมาะสม?” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.108acc.com/articles/327772/> <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/23110> [๕ เมษายน ๒๕๕๖].

^{๑๖๕} ใบตองแห้ง, “ใบตองแห้ง...ออนไลน์: อภิสัทธด...ณ...อยู่,” [Online]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

ปฏิรูป ผูกขาดความคิดต่างๆ คนในก็ต้องเอาไปพิจารณาว่าจะทำอย่างไร
ให้วงของการมีส่วนร่วมกว้างขึ้นและทำให้งานใหญ่สำเร็จ^{๑๙๙}

สอดคล้องกับเสียงจากภาคประชาชน นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการ
มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งเป็นแนวร่วมสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้แสดง
ความเข้าใจในลักษณะการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบทที่จำเป็นต้องเน้น
การใช้สายสัมพันธ์ ความเชื่อใจ และความไว้วางใจส่วนบุคคล แต่ขณะเดียวกัน
ก็ได้สะท้อนข้อเสนอแนะที่ขบวนการแพทย์ชนบทพึงปฏิบัติเพื่อรักษาธรรมาภิบาล
ไว้ด้วย ดังนี้

การช่วยเหลือพวกพ้องตัวเอง เช่น กรณี สสส. กรณีอย่างนี้คงไม่ผูกขาด
เฉพาะชมรมแพทย์ชนบทหรือคนที่มาจากชมรมแพทย์ชนบท... คิดว่าเป็น
เรื่องความสัมพันธ์ ความเชื่อใจหรือไว้วางใจของบุคคล แต่ควรสร้างระบบ
ขึ้นมาให้เป็นเรื่องที่เป็ระบบ ไม่ใช่การตัดสินใจแบบตัวบุคคล คือ ต้อง
มีระบบที่ตรวจสอบ ถ่วงดุล หรือทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ
ไม่ใช่บริหารแบบครอบครัว^{๒๐๐}

ข้อกล่าวหา : ว่าด้วยการเลือกจ้าง

ในช่วงหลังการรัฐประหาร ๒๕๕๙ ความขัดแย้งทางการเมืองได้ทำให้เกิด
สภาวะสังคมแบ่งขั้วแยกข้างอย่างรุนแรงขึ้น ประเด็นทางสังคมต่างๆ ถูกมอง
และตีความผ่านจุดยืนทางการเมืองของแต่ละฝ่าย ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่
การหักล้างทำลายฝ่ายตรงข้ามอย่างเข้มข้น กรณีการแทรกแซงองค์กรภาค
สุขภาพและความพยายามที่จะล้างกลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือ
ข่ายออกจากโครงสร้างอำนาจขององค์กรด้านสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ที่มี
ให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกรณีของการเปลี่ยนคณะกรรมการอำนวยการของ

^{๑๙๙} สัมภาษณ์ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ๓ เมษายน ๒๕๕๕.

^{๒๐๐} สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การพยายามแทรกแซงการบริหาร
จัดการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และโดย
เฉพาะอย่างยิ่ง คือ กรณีการรุกคืบเข้ายึดอำนาจการบริหารในสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการแต่งตั้งฝ่ายที่ต่อต้านและกลุ่มแพทย์
พาณิชย์ที่มีผลประโยชน์เข้าเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งการผลักดันให้มีการเพิ่ม
ตำแหน่งที่สำคัญอย่าง รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อนำคนในกำกับของฝ่ายการเมืองเข้าไปควบคุมองค์กรที่ถือว่าครอบครอง
ทรัพยากรก้อนโตเพื่อการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งในกรณีนี้ “ใบตองแห้ง”
แห่งสำนักข่าวประชาไท ได้ให้ความเห็นต่อมติคณะรัฐมนตรีเรื่องการแต่งตั้ง
นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เป็นประธานองค์การเภสัชกรรม ซึ่งเชื่อมโยงมาสู่การ
ยึดอำนาจในคณะกรรมการ สปสช. ไว้ว่า

ผมเคยเขียนไว้แล้วในเรื่อง “เพื่อไทยจะทำลาย ๓๐ บาท” ว่า ตอนแรก
[พรรค] เพื่อไทยจะดัน นพ.พิพัฒน์มาเป็นบอร์ด สปสช. ด้านผู้เชี่ยวชาญ
แพทย์แผนไทย แต่มีปัญหาขัดคุณสมบัติเพราะตอนนั้นยังเป็นเลขา อ.ย.
[สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา] ยังไม่เกษียณ เลยต้องเปลี่ยน
เป็นหมอประดิษฐ์ รมต.คนปัจจุบัน มาเป็นบอร์ดแทน ทั้งที่เป็นหมอนักธุรกิจ
ขายเฟอร์นิเจอร์ ไม่เคยรู้เรื่องแพทย์แผนไทยลึกนิด ก็ยัดเข้ามา
จนได้ (เข้ามาเป็น รมต.เงาจนเป็น รมต.ตัวจริงในที่สุด)

ประเด็น [พรรค] เพื่อไทยกับ สปสช. เป็นเรื่องน่าจับตา เพราะยังมีความ
พยายามจะเอาพวกหมอธุรกิจ หมอ รพ.ใหญ่ เข้ามาแทรกผ่านการเพิ่ม
รองเลขา ๒ คน เรื่องนี้ยังเป็นความขัดแย้งเดิมๆ อย่างที่ผมเคยเขียน คือ
สายหมอวิชัย เครือข่ายหมอประเวศ ก็มีปัญหายุ่งยากฝ่ายเชียร์อำมาตย์
(แต่ก็เป็นกลุ่มที่ทำงานเพื่อประชาชนมาตลอด [โครงการ] ๓๐ บาทเป็น
ผลงานครั้ง-ครั้งระหว่างทักษิณกับเครือข่ายหมอประเวศ) แต่ฝ่ายเพื่อไทย
เองก็เฝ้าจับตาดู เพราะพอจ้องเล่นเครือข่ายหมอประเวศ ก็ไปคบพวก

แพทย์พาณิชย์ หรือหมอ รพ.ใหญ่ที่ต่อต้าน ๓๐ บาทมาแต่แรก ซึ่งถ้าเอาพวกนี้เข้ามา ๓๐ บาทก็พัง^{๑๐๑}

การที่ฝ่ายการเมืองโดยพรรคเพื่อไทยพยายามจะล้างบางกลุ่มคนในขบวนการแพทย์และเครือข่ายออกจากโครงสร้างอำนาจขององค์กรด้านสุขภาพ น่าจะมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่กลุ่มคนในขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายได้เข้าไปมีบทบาทในเวทีการเมืองระดับชาติอย่างชัดเจน รวมทั้งการแสดงจุดยืนทางการเมืองที่อยู่ตรงข้ามกับทักษิณ ชินวัตรและรัฐบาลพรรคเพื่อไทย ทำให้มีความเป็นไปได้ว่าฝ่ายการเมืองจะเกิดความไม่พอใจ และเข้ามา “ไล่อื้อ” ฐานที่มั่นของขบวนการแพทย์ชนบทในองค์กรตระกูล ส. ทั้งหลาย ดังปรากฏความพยายามในการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการบริหารหรือแทรกแซงการทำงานขององค์กรด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตาม ภายใต้บริบทสังคม การเมืองปัจจุบันที่นอกจากจะมีความอ่อนไหวเรื่องการแบ่งขั้วแย่งชิงกันอย่างรุนแรงแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นผลจากสภาวะการฉกฉวยอำนาจก็คือ ความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และยากที่จะขีดเส้นแบ่งระหว่าง “ขาว” กับ “ดำ” ของตัวละครแต่ละฝ่ายได้ ซึ่งในปัจจุบันคงมีอาจปฏิเสธได้ว่า กลุ่มแพทย์ชนบทได้กลายเป็นหนึ่งในตัวละครของเรื่องราวความขัดแย้ง ทั้งในการเมืองระดับประเทศและระดับย่อยลงมาคือกระทรวงสาธารณสุข นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรี ได้แสดงทัศนคติต่อกลุ่มแพทย์ชนบทด้วยสายตาของภาคการเมืองไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

เสน่ห์ของกลุ่มแพทย์ชนบทก็คือ เวลาเสนอในเรื่องนโยบาย ความคิดพอเริ่มเข้ามาเรื่องของตัวเองบุคคล และการบริหาร จึงทำให้เกิดคำถามว่า แพทย์ชนบทตั้งตนเป็นอีก “กลุ่ม” หนึ่งหรือเปล่า และมีเรื่องอำนาจ

สถานะ ผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ลดน้ำหนักข้อเสนอในเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต ซึ่งผมเห็นว่าข้อเสนอเชิงนโยบายนี้แหละ ที่ควรเป็นหัวใจของเป้าหมายการทำงาน

.... จุดอ่อนที่ต้องทบทวน ปรับปรุงดู ซึ่งอยากจะเน้นมาก ก็คือ ทำอย่างไรให้ประเด็นหลักมันเป็นเรื่องของความคิด หลักการนโยบาย และทำอย่างไรอย่าให้แพทย์ชนบทกลายเป็นกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเป็นคู่แข่งกับกลุ่มอื่นไปเสีย ซึ่งถ้าเป็นอย่างนั้นจะกลายเป็นตัวบั่นทอนจุดแข็ง ซึ่งบางทีกลุ่มที่เสียผลประโยชน์ ต้องพยายามทำให้ขบวนการนี้กลายเป็นแค่อีกรูปแบบผลประโยชน์ และมันน่าจะเป็นการลดทอนน้ำหนัก ซึ่งกระทบรุนแรงมาก ฉะนั้น อะไรที่ทำแล้วจะตกเป็นเหยื่อของการทำให้เกิดความรู้สึก ความเข้าใจอย่างนั้น ต้องหลีกเลี่ยงและระมัดระวังให้มาก^{๑๐๒}

ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่อ่อนไหวต่อการแบ่งขั้วแย่งชิง และความสับสนเสี่ยงต่อการกลายสภาพเป็น “กลุ่ม” หรือ “ขั้ว” เช่นนี้ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ได้เสนอแนวทางในการนำงานวิชาการที่มาจากการทำงานวิจัยอย่างลึกซึ้ง รอบด้านมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งนอกจากจะทำให้การเคลื่อนไหวในประเด็นต่างๆ เป็นไปอย่างมีน้ำหนักและมีประสิทธิภาพแล้ว ที่สำคัญยังเป็นการป้องกันข้อกล่าวหาว่าเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มด้วย ดังนี้

สภาพในปัจจุบันที่วงการแพทย์แบ่งเป็น ๒ ขั้ว คือ ขั้วแพทย์ชนบทกับแพทย์ในเมืองหรือแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ อันหนึ่งที่น่าจะขาดไปในฐานะที่แพทย์ชนบทมีบทบาทเด่น ก็คือ การเสนอเงื่อนไขหลักการ หรือกติกาเกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากรทั้งหลาย โดยมีหลักฐานสนับสนุน

^{๑๐๑} ไบตองแห่ง ประชาไท. [Online]. แหล่งที่มา: <https://www.facebook.com/baitongpost> [๔ ธันวาคม ๒๕๕๕]

^{๑๐๒} สัมภาษณ์ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ, ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕.

ที่จริงก็มี แต่เป็นข้อมูลที่มีองเฉพาะมุมของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่ได้มองภาพรวมทั้งหมด ไม่ได้เสนอสิ่งที่เรียกว่า ความพอดี คือมองข้อมูลหลักฐานของฝ่ายตรงข้าม หรืออีกฝ่ายหนึ่ง คือ ฝ่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ฝ่ายโรงพยาบาลในเมืองเทียบกับชนบท และทำให้เห็นความพอดีระหว่างสองอันนี้ การสวิตกลายเป็นสองชั่ว ก็อาจจะไม่เกิด...

...การพยายามเสนอเงื่อนไขกติกาในบางเรื่องหรืออีกหลายๆ เรื่อง เพื่อที่จะขับเคลื่อนทรัพยากรอะไรบางอย่างให้แก่ชนบทหรือคนส่วนใหญ่ โดยหลักฐาน มันเป็นหลักฐานเพื่อสนับสนุนข้อเสนอของตน แต่ไม่ใช่หลักฐานเพื่อมองภาพรวมทั้งหมด ฝ่ายที่เป็นฝ่ายตรงข้ามจึงมองว่า ขบวนการแพทย์ชนบทพยายามเสนอและหาหลักฐานเพื่อการทำงานของตน ผลประโยชน์ของตน เพราะฉะนั้น ในฐานะนักวิชาการ หรือนักวิจัยอย่างผม ก็จะบอกว่าตรงนี้ที่พยายามทำต้องปิดป้องอาวุธจากฝ่ายที่เค้าไม่เห็นด้วย ให้มากขึ้น ที่ผ่านมามีการปิดป้องน้อยไป การปิดป้องนั้นก็คือ การวิจัยที่ให้เห็นภาพทั้งหมด...^{๒๐๓}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเสียงสะท้อนหรือข้อวิพากษ์เหล่านี้อาจมาจากกลุ่มคนฝ่ายต่างๆ ที่มีจุดยืนหรือความคิดแตกต่างกัน ซึ่งข้อวิพากษ์บางประเด็นก็อาจไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรืออาจไม่ชอบด้วยเหตุผล แต่ก็ถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งยวด ที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องรับฟังและนำเสียงสะท้อนหรือข้อวิพากษ์เหล่านี้มาทบทวนพิจารณาไตร่ตรองอย่างรู้เท่าทัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างสรรค์และจรรโลงธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพต่อไปได้อย่างยั่งยืน





► บทที่

การวิเคราะห์บทบาท
ของขบวนการแพทย์ชนบท
ต่อธรรมาภิบาลและ
การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

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

หากจะไล่เรียงความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้สร้างผลกระทบ ต่อธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพก็จะเห็นได้ชัดจากปฏิบัติการมากมายผ่าน ช่วงตอนทางประวัติศาสตร์ต่างๆ กัน ตั้งแต่การทำให้แพทย์สามารถออกไป ทำงานในชนบท อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคเมืองกับภาคชนบท การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการบริหาร การหล่อเลี้ยงแพทย์ที่ทำงานในสถานการณอันยากลำบากให้อยู่ในชนบทได้มาก ขึ้นและสามารถทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น การผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุข ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน จนปัจจุบันเป็นองค์กรที่อาจจะกล่าวได้ว่า เข้มแข็งและมีศักยภาพที่สุดในบรรดาหน่วยงานระดับอำเภอ ตลอดจนภารกิจ การบุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานและการเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตาม นโยบายชนบทยากจนในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ จนกลายเป็น ส่วนนำในการพัฒนาชนบทของสี่กระทรวงหลัก จนกระทั่งมาถึงเรื่องการปรับ เปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขจากเดิมที่รวมศูนย์อำนาจอยู่ที่กระทรวงฯ จนเกิดองค์กรและกลไกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ร่วมกันผลักดันนโยบายและมาตรการสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จนอาจกล่าวได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันการอภิบาล ระบบสุขภาพให้มีวิวัฒนาการได้อย่างก้าวกระโดด

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งสถานการณ์ภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคม และสถานการณ์ภายใน คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในขบวนการแพทย์ชนบทเอง ทำให้ขบวนการแพทย์ ชนบทยังต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การศึกษาวิจัยนี้จะขอเสนอข้อ ควรพิจารณาบางประการที่ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องนำมาไตร่ตรอง

เพื่อที่จะรักษาลัทธิของสังคมดังกล่าวให้สามารถนำพาระบบสุขภาพไปสู่การมี ธรรมาภิบาลที่ดีขึ้น ดังที่จะอภิปรายต่อไป

๑. แพทยชนบท ความกำกวมกับภาวะชายขอบ

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

Mary Douglas.

ในงานของ Mary Douglas เรื่อง Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and Taboo^{๒๐๔} ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับลักษณะ ของความเป็นชายขอบไว้ว่า ภาวะชายขอบคือภาวะที่หลุดพ้นไปจากโครงสร้าง ปกติของสังคม เป็นสถานะกำกวม กำกวม ที่ไร้ตำแหน่งแห่งที่อย่างเป็นทางการ ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าอยู่ภายนอกหรือภายใน และไม่สามารถจัดลงกลุ่มใด กลุ่มหนึ่งได้อย่างเด่นชัด ผู้ที่อยู่ในภาวะชายขอบสามารถทำอะไรก็ได้โดยไม่ ผิดจารีตของสังคมนั้นๆ สถานะของกลุ่มคนชายขอบก็ยากที่จะระบุได้อย่าง ชัดเจนว่าพวกเขาเป็นอะไรกันแน่ ในบางขณะพวกเขาดูเหมือนจะอยู่นอก โครงสร้างที่เป็นปกติ ห่างไกลและแยกขาดออกจากศูนย์กลางของสังคม แต่ ศูนย์กลางก็ไม่สามารถดำรงอยู่โดยปราศจากชายขอบได้ และบ่อยครั้ง สถานะ ความเป็นชายขอบนี้เองที่อนุญาตให้พวกเขากระทำตนขัดแย้งกับบรรทัดฐาน ทางสังคมที่ยึดถือปฏิบัติอยู่ทั่วไป โดยที่สังคมเองก็ไม่สามารถควบคุมเขาได้ การดำรงอยู่ของความเป็นชายขอบจึงเป็นสภาวะที่คุกคามต่ออำนาจศูนย์กลาง และเป็นสิ่งท้าทายที่มักนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงของสังคม

^{๒๐๔} Mary Douglas, Purity and danger; an analysis of concepts of pollution and taboo (London: Ark paperbacks, 1966.) pp. 95-97.

สภาวะก้ำกึ่ง ยากที่จะระบุตำแหน่งแห่งที่นี้ได้รับความสนใจจากนักมานุษยวิทยา เพราะมันเป็นสภาวะที่ทำให้ความเป็นไปได้ใหม่ๆ ก่อกำเนิดขึ้นได้ วิกเตอร์ เทอร์เนอร์ (Victor Turner) ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับพิธีกรรมและการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและแสดงให้เห็นว่า สภาวะก้ำกึ่งอันเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญนี้จำเป็นต้องมีความกำกวม เพราะเป็นสภาวะที่การจำแนกแบ่งกลุ่มและการกำหนดตำแหน่งแห่งที่ชัดเจนในโครงสร้างปกติเป็นไปได้ยาก มันจึงเป็นสภาวะที่มีอิสระและมีอำนาจที่จะกระทำการนอกเหนือจากกฎเกณฑ์ปกติได้^{๒๐๕} และการแสดงออกที่สำคัญประการหนึ่งของกลุ่มที่ดำรงตัวอยู่ที่ชายขอบก็คือ การทำตัวต่อต้านขัดขืนแบบแผนการปฏิบัติอันเป็นปกติวิสัยในสังคม การอยู่ในตำแหน่งชายขอบของสังคมถือเป็นตำแหน่งของการเผชิญหน้ากับอันตราย ขณะเดียวกันก็เป็นที่มาของอำนาจด้วย

หากพิจารณาขบวนการแพทย์ชนบทจากมุมมองดังกล่าว เราจะพบว่าการเป็นชายขอบของขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งในแง่ของโครงสร้างอำนาจและยุทธศาสตร์ทางกายภาพ คือ โรงพยาบาลชุมชนนั้น ทำให้กลุ่มแพทย์เหล่านี้ห่างไกลจากปริณทลแห่งอำนาจของศูนย์กลาง แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้พวกเขาสามารถสร้างหรือกำหนดปริณทลแห่งอำนาจ (Mandala of Power)^{๒๐๖} ของพวกเขาเองขึ้นมาได้ ดังนั้น แม้ว่าในแง่หนึ่ง กลุ่มแพทย์ชนบทจะต้องอยู่

ภายใต้โครงสร้างอำนาจการบังคับบัญชาตามลำดับชั้นของกระทรวงสาธารณสุข แต่ขณะเดียวกัน กลุ่มแพทย์เหล่านี้ก็ได้ตระหนักถึง “อำนาจภายในแห่งตน” ที่มีอยู่ด้วย ฉะนั้นพวกเขาจึงกล้าที่จะลุกขึ้นมาทำสิ่งที่เชื่อว่าถูกต้อง โดยไม่กังวลถึงอำนาจจากส่วนกลางที่จะมากระทบต่อตัวพวกเขา ซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้อธิบายถึงประเด็นดังกล่าวไว้ ดังนี้

จุดสำคัญอยู่ที่ฐานใหญ่ คือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอำนาจรัฐอ่อนแอที่สุด ในขณะที่การยอมรับของประชาชนสูงที่สุด และมีเป้าหมายถูกต้อง คือ ทำงานเพื่อยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขชนบทของประเทศให้ดีขึ้น ต้องทำงานและอยู่กับประชาชน ฉะนั้น ประธานชมรมฯ ทุกคนจึงต้องเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มิฉะนั้นจิตวิญญาณจะเปลี่ยน โรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ เพราะเป็นจุดที่อำนาจรัฐจำกัด จึงเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีเมื่อมีการเคลื่อนไหวที่กระทบต่อผู้ใหญ่ ก็จะไม่สามารถสั่งย้ายได้^{๒๐๗}

ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท คือ ขณะที่แพทย์ชนบทนั้นอยู่ภายใต้โครงสร้างของระบบราชการ แต่กลับมีปฏิบัติการหรือทำงานเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระ ในลักษณะที่ไม่ต่างไปจากองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ซึ่งลักษณะดังกล่าว สะท้อนสำนึกภาวะชายขอบ ที่มีความก้ำกึ่งและกำกวมของกลุ่มแพทย์ชนบทในแวดวงวิชาชีพของตัวเอง แพทย์ที่ชายขอบของระบบเหล่านี้จึงเป็นอิสระระดับหนึ่งจากสิ่งที่พึงจะเป็นตามแบบแผน เช่น การเป็นข้าราชการที่ต้องสยบยอมต่ออำนาจของผู้บริหารหรือการเป็นแพทย์ที่มีความสามารถในการรักษา “โรค” เพียงอย่างเดียว

^{๒๐๕} Victor Turner, “Liminality and Communitas”, in The Ritual Process: Structure and Anti-Structure, (New Brunswick: Aldine Transaction Press, 2008)

^{๒๐๖} “มณฑลแห่งอำนาจ” ในที่นี้เป็นการยืมความคิดมาจากแนวคิดเรื่อง Mandala ซึ่งเป็นการอธิบายการแบ่งสรรอำนาจทางการเมืองในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของรูปร่างก่อนหน้าที่แนวคิดเรื่องรัฐชาติ (Nation State) จะเข้ามามีอิทธิพล พร้อมกับการขยายอิทธิพลของมหาอำนาจจากโลกตะวันตกสู่ดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ “มณฑล” แปลว่า วงรอบ ดังนั้น จุดศูนย์กลางของมณฑลจึงเป็นบริเวณที่มีอำนาจมากที่สุด และค่อยๆ ลดความเข้มข้นลงไปตามวงรอบที่ขยายออกไป ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก Wolters O.W., History, culture, and region in Southeast Asian perspectives, (Singapore : Institute of Southeast Asian Studies, 1982.)

^{๒๐๗} ความทรงจำของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ในการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นขบวนการแพทย์ชนบท: อดีต ปัจจุบัน อนาคต เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ จัดโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

โดยไม่ตระหนักถึงในบริบทแวดล้อมของ “โลก” ที่นำมาสู่ปัญหาสุขภาพ ฉะนั้น จึงไม่แปลกที่แพทย์ชนบทจะทำได้เป็นเสมือน “คนนอก” ที่มองกลับเข้ามาใน สังคมของตนเองด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์

ภาวะชายขอบและความกำกวมกำกั่งของขบวนการแพทย์ชนบทนี้ไม่ได้ ดำรงอยู่อย่างปราศจากข้อสงสัยหรือการตั้งคำถาม ภาวะกึ่งราชการ กึ่งองค์กร เอกชนนี้บางครั้งถูกเรียกว่าเป็น “ขุนนางเอ็นจีโอ” เพราะแม้จะมีสถานะเป็น แบบเอ็นจีโอแต่ก็ดำรงตำแหน่งและมีอำนาจหน้าที่ในระบบราชการ หรือใน องค์การมหาชนควบคู่ไปด้วย ยิ่งขบวนการเติบโตขยายบทบาทและผลักดันให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ก็ยิ่งกระทบต่อผลประโยชน์และโครงสร้างอำนาจ ที่ดำรงอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตอบโต้กลับของผู้ได้รับผลกระทบมักปรากฏ ในรูปของ “การเปิดโปง” ขุมกำลังและเส้นสนกลในของกลุ่มบุคคลที่ได้ชื่อว่า เป็น “เครือข่ายของแพทย์ชนบท” และ “การรุกเชิงโครงสร้าง” คือ การใช้ อำนาจทางการเมืองเข้าจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารขององค์กรที่ถูกมอง ว่าถูกยึดครองโดยพวกแพทย์ชนบทอยู่ การต่อสู้ต่อรองของขบวนการแพทย์ ชนบทที่ผ่านมาจึงมีทั้งจิ้งหรีดและจิ้งหรีดถอย แต่จุดเด่นที่สำคัญคือ ความ สามารถในการฟื้นคืนสู่จุดแข็งของบทบาทด้านการสร้างเสริมธรรมาภิบาลของ ระบบสุขภาพได้ ซึ่งเกิดจากภาวะชายขอบและความกำกวมกำกั่งของสถานะ ที่ดำรงอยู่นั่นเอง

๒. วิเคราะห์สภาวะการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท

สถานะและการดำรงอยู่ของแพทย์ชนบทมีพลวัตคลี่คลายสัมพันธ์ไปกับ บริบททางประวัติศาสตร์และเงื่อนไขความจำเป็นในแต่ละยุค ตั้งแต่สถานะที่ เป็นเพียงการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เพื่อพูดคุย ปรับทุกข์ จนพัฒนามาสู่การ รวมตัวเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทหรือชมรมแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา จากพัฒนาการกว่า ๓ ทศวรรษของการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท

อาจกล่าวได้ว่า การดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมีสภาวะที่กำกวม อย่างมากตามกาลเวลา เส้นแบ่งที่เบลอและบางระหว่างสิ่งที่เรียกว่า “ชมรมแพทย์ชนบท” และ “ขบวนการแพทย์ชนบท” สะท้อนการดำรงอยู่ ที่เหลื่อมซ้อนกันของสภาวะทั้งสอง หากพิจารณาจากความรู้เกี่ยวกับ แพทย์ชนบท ก็อาจจำแนกความเข้าใจที่สังคมมีในการนิยามว่า “อะไรคือแพทย์ ชนบท ?” ออกเป็น ๔ ลักษณะ ดังนี้

- ๑) แพทย์ชนบท คือ ตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์กลุ่มหนึ่ง ที่ทำงาน (หรือเคยทำงาน) ในชนบทและมีบทบาทในกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับแพทย์ชนบทมาก่อน บุคคลเหล่านี้ไม่ว่าจะไปทำอะไร ที่ไหน เกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับแพทย์ในชนบทหรือไม่ก็ตาม ก็มักถูกเข้าใจ ว่าสิ่งที่ทำนั้นเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท
- ๒) แพทย์ชนบท คือ โครงสร้างหรือองค์กร หมายถึง ชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยมีโครงสร้าง กรรมการ มีภารกิจ ระเบียบการ และกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการโดย ความเป็นส่วนรวมร่วมกัน (Collective)
- ๓) แพทย์ชนบท คือ อุดมการณ์หรือจิตวิญญาณ แพทย์ชนบทใน ความหมายนี้ มักใช้หมายถึงแพทย์ที่เคยทำงานในชนบททุกคนที่ แม้จะไม่ได้ทำงานในชนบทอีกแล้ว แต่ก็ยังทำงานเพื่อสร้างความ เป็นธรรม ต่อสู้เพื่อความถูกต้อง และเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม เรียกว่ามีจิตวิญญาณของแพทย์ชนบท
- ๔) แพทย์ชนบท หมายถึง ขบวนการเคลื่อนไหว (Movement) เพื่อความ เป็นธรรม ความถูกต้อง และประโยชน์ส่วนรวม เป็นความหมายที่ คนภายในขบวนการแพทย์ชนบทอยากใช้มากที่สุด

ความกำกวมกำกวม ไม่ชัดเจนของสถานะการดำรงอยู่ของ “แพทย์ชนบท” ที่ถูกใช้ทั้งในความหมายของ “บุคคล” “องค์กร” “จิตวิญญาณ” และ “การเคลื่อนไหว” นี้ ด้านหนึ่งก่อให้เกิดการตั้งคำถามขึ้นมากมายกับขบวนการแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะเป็นเรื่องตัวบุคคลที่มีสถานะเป็นตัวแทนของแพทย์ชนบท องค์กรที่เรียกว่า ชมรมแพทย์ชนบทมีสถานะอย่างไร ใครเป็นสมาชิกบ้าง เชื่อมโยงผูกพันกับสมาชิกอย่างไร จิตวิญญาณแพทย์ชนบทเป็นของคนในแวดวงแพทย์ชนบทเท่านั้นหรือ แต่ในทางกลับกัน ความกำกวมกำกวมนี้ก็กลายเป็นจุดแข็งของขบวนการแพทย์ชนบท คือ ทำให้ขบวนการมีความคล่องตัวสูง มีพลังของความไม่เป็นทางการ และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งยังทำให้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทสามารถลัดเปลี่ยนหมุนเวียน มีตัวละครออกมาเคลื่อนไหวในเรื่องต่างๆ ได้แตกต่างกันไป ลักษณะดังกล่าวอาจถือได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement) แนวใหม่ที่ไม่เน้นการจัดรูปแบบองค์กรที่ตายตัว แต่เน้นไปที่ประเด็นการเคลื่อนไหว

อย่างไรก็ตาม ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องพิจารณาและบริหารความกำกวมที่ว่านี้อย่างระมัดระวัง เพราะประเด็นคำถามเหล่านี้มักปรากฏขึ้นพร้อมกับการท้าทายของฝ่ายผู้เสียผลประโยชน์ และหากการจัดวางสถานะและการจัดสรรบทบาทนำไปสู่ความลักลั่นหรือความขัดแย้ง ก็อาจกลายเป็นการบั่นทอนศักยภาพขององค์กรไปในทางตรงกันข้าม หากสถานภาพและการจัดสรรบทบาทเป็นไปอย่างแข็งตัวจนขาดความยืดหยุ่น ก็อาจทำให้สูญเสียจุดแข็งของขบวนการไป การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา จึงเป็นเรื่องจำเป็น

๓. แพทย์ชนบท : ความชอบธรรม

สัมพันธคตินิยมกับสถานะการเมืองที่แบ่งขั้ว

พลังที่ทำให้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางคือ พลังแห่งความถูกต้องชอบธรรมที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ต่อสู้เพื่อความเป็นธรรม เพื่อชาวชนบทที่เสียเปรียบ วิชาชีพแพทย์ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสทางสังคม แต่เลือกที่จะมาทุ่มเททำงานเพื่อชนบทจึงถือว่าเป็นกลุ่มคนที่เสียสละ ความคิดดังกล่าวปรากฏอยู่ทั้งในวรรณกรรมเรื่องสำคัญว่าด้วยแพทย์ผู้เสียสละในชนบทเรื่อง “เขาชื่อกานต์” และ “หมอเมืองพร้าว” ในภาพยนตร์ รวมถึงการจัดตั้งรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลให้ผู้คนรับรู้ถึงบทบาทการทำงานของแพทย์ชนบทเหล่านี้ได้ ภายใต้บริบทดังกล่าว การดำรงอยู่และการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีความชอบธรรมสูง ทั้งโดยตัวประเด็นเป้าหมายของการเคลื่อนไหวและโดยความรับรู้และสถานภาพของขบวนการ

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายแพทย์ชนบทที่ผ่านมาามีลักษณะสำคัญคือการมุ่งผลสัมฤทธิ์หรือมีลักษณะที่เรียกว่า สัมพันธคตินิยม (Pragmatism) คือให้ความสำคัญกับเป้าหมายและถือว่าเป้าหมายเป็นสิ่งที่ให้ความชอบธรรมแก่วิธีการ ซึ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท “หาเป้า” และดำเนินการอย่างมียุทธวิธีในการบรรลุถึงเป้าหมายนั้นได้ในเกือบทุกสถานการณ์การเมือง ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้เกิดองค์กร กฎหมายและการระดมทรัพยากรที่เป็นไปอย่างได้ผลทั้งในยุคเผด็จการ เช่น รัฐบาล รสช. ยุคประชาธิปไตยครึ่งใบ เช่น รัฐบาล คุณอนันต์ ปันยารชุน ยุครัฐบาลประชาธิปไตย รัฐบาลพรรคชาติไทย รวมทั้งยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์กลวิธีต่างๆ กันจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างต่อเนื่องตลอดมา จนกล่าว

ได้ว่า จะโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ปฏิบัติการของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมีลักษณะที่เรียกได้ว่าเป็น “สัมฤทธิ์คตินิยม” อย่างไม่อาจปฏิเสธได้

อาจกล่าวได้ว่า ปฏิบัติการของแพทย์ชนบทนั้นเป็นไปในทางที่สอดคล้องกับแนวคิดสัมฤทธิ์คตินิยมตามข้อเสนอของจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ที่เห็นว่าสัมฤทธิ์คตินิยมเป็นวิธีคิดที่มุ่งแสวงหาความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของมนุษย์ เป็นวิธีคิดที่เน้นการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ได้มากกว่าการเน้นที่แนวคิดทฤษฎี ดิวอี้ถือว่าแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เป็นเพียงเครื่องช่วยนำทางที่ทำให้ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่าง “สิ่งที่ปฏิบัติได้” กับ “ผลที่เกิดขึ้นตามมา” เพราะทฤษฎีซึ่งมนุษย์ประกอบสร้างขึ้นเป็นภาพตัวแทนของความจริงนั้น ไม่สามารถแทนที่ความจริงได้อย่างสมบูรณ์ ทฤษฎีจึงมีจุดอ่อนเสมอและไม่ควรสรุปว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงสุดท้ายที่แน่นอน (Fixed truth) แนวทางของดิวอี้ถือเป็นแนว Instrumentalism ที่เน้นว่าการปฏิบัติที่น่าไปสู่ผล เป็นเครื่องพิสูจน์ความรู้ที่ดีที่สุด โดยดิวอี้เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกับผลของมันนั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ไม่สิ้นสุด มนุษย์จึงต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจิตใจของมนุษย์จะไม่สามารถสร้างทฤษฎีที่สมบูรณ์ได้แต่จิตใจก็เป็นเครื่องมือในการค้นหาและพัฒนาทฤษฎี สำหรับการปฏิบัติที่ได้ผลในแต่ละประเด็นปัญหาและแต่ละบริบท เราจึงไม่สามารถใช้ทฤษฎีหรือแนวทางปฏิบัติอันเดียวเพื่อบรรลุผลทุกอย่างที่ต้องการได้ตลอดไป^{๒๐๘} แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของประเวศ วะสี เรื่อง การเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการกระทำ (Interactive Learning through action) ที่เน้นว่า

ความจริงที่เกิดจากการเรียนรู้ในทางทฤษฎีไม่มีความแน่นอนเท่ากับความจริงที่เกิดจากการร่วมกันปฏิบัติจนได้ผล^{๒๐๙}

ในสถานการณ์ทางการเมืองที่มีการแบ่งขั้วแยกข้างกันรุนแรงยิ่งขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งการแบ่งขั้วของสังคมการเมืองภายนอกและการแบ่งขั้วในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขเอง การเคลื่อนไหวที่เน้นผลสัมฤทธิ์เป็นรายประเด็นของแพทย์ชนบท อาจก่อให้เกิดความระแวงสงสัยในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของแพทย์ชนบทได้ โดยเฉพาะหากการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรนั้นมีลักษณะที่ทำให้เห็นได้ว่าเอื้อประโยชน์เฉพาะให้กับกลุ่มของตน แม้ว่าในเชิงเหตุผลจะสามารถถกเถียงได้ว่าผลของการผลักดันนั้นก็เพื่อผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขและเพื่อสุขภาพของชาวชนบทที่เสียเปรียบก็ตาม

พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) ศาสตราจารย์ นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ผู้ต่อสู้เพื่อสิทธิสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของชาวบ้านผู้ยากไร้ ได้เสนอแนวคิดสำคัญสำหรับการทำงานเพื่อผู้คนที่เสียเปรียบ ที่เขาเรียกว่า “Pragmatic solidarity” หรือ “สัมฤทธิ์คติผลบนความเป็นหนึ่งเดียวกัน” ซึ่งถือเอาความเป็นหนึ่งเดียวกันกับคนทุกข์ยากและการแก้ปัญหาความทุกข์ยากของผู้ที่เสียเปรียบทางสังคมเป็นเจตนารมณ์ร่วมแต่เจตนารมณ์ร่วมหรือความสามัคคีกลมเกลียวกันนั้น ไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป จำเป็นต้องมีวิธีการอันนำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหาร่วมด้วย เพราะสำหรับคนทุกข์ยากหรือผู้เสียเปรียบแล้ว การมีเจตจำนงและความสามัคคีกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวกันโดยที่ไม่สามารถแก้ปัญหาคความทุกข์ยาก

^{๒๐๘} John Dewey, “The Quest for Certainty,” John Dewey: The Later Works, 1925-1953 8 (1984): 1929.

^{๒๐๙} ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๔), หน้า ๔๕๔-๔๕๕.

ให้เกิดผลลัพธ์อะไรเลยนั้นมันดูคล้ายกับความสงสารที่เลื่อนลอย ดังที่ พอล ฟาร์เมอร์ เขียนไว้ว่า “solidarity without the pragmatic component can seem like so much abstract piety”^{๒๑๐}

แต่สำหรับขบวนการแพทยชนบทแล้ว ปัญหาไม่ได้อยู่ที่การขาดผลสัมฤทธิ์ เพราะที่ผ่านมามันดูเหมือนแพทยชนบทจะสามารถปฏิบัติการอย่างมีผลสัมฤทธิ์เสมอมา ปัญหาอยู่ที่การสร้างผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นนั้นมันจะยิ่งทำให้ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันลดน้อยถอยลงหรือไม่ ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันกับความทุกข์ของประชาชนที่อยู่ในชนบทที่ห่างไกล ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันของบุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมงานอยู่ในชนบท ที่นับวันยิ่งรู้สึกว่าขบวนการแพทยชนบทมุ่งเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์ของวิชาชีพตนเป็นสำคัญ จากเดิมที่เคยร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือวิชาชีพต่างๆ ให้สามารถทำงานในชนบทด้วยกัน ทั้งความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันของแพทย์ที่ทำงานในชนบทเองที่นับวันจะยิ่งห่างเหินไปจาก “ส่วนนำ” ของขบวนการและมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวประเด็นการเมืองต่างๆ น้อยลงไปตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการขับเคลื่อนที่เน้นผลลัพธ์จึงเป็นการแลกมาด้วยความแปลกแยกของแนวร่วม เครือข่ายเพื่อนร่วมงานและเพื่อนร่วมวิชาชีพจนกลายเป็นจุดอ่อนที่ทำให้กลุ่มที่เสียผลประโยชน์และคู่ขัดแย้งต่างๆ ขยายแนวร่วมได้อย่างต่อเนื่องในระยะที่ผ่านมา ในสถานการณ์ทางการเมืองที่มีการแบ่งข้างแยกตัวกันอย่างรุนแรงในปัจจุบัน สัมพันธคตินิยมของขบวนการแพทยชนบทมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความขัดแย้งทั้งกับกลุ่มผลประโยชน์ชนชั้นนำเดิมที่ต้องสูญเสียอำนาจหรือผลประโยชน์

จากการเคลื่อนไหวของแพทยชนบทในประเด็นนโยบายต่างๆ และกับกลุ่มอุดมคตินิยมคัมภีร์ (Dogmatic idealism) ที่ยึดถือหลักการหรือทฤษฎีบางอย่างว่าเป็นสิ่งถูกต้องสูงสุดและเป็นความจริงสุดท้าย (Fixed truth) ตัวอย่างที่เด่นชัดที่สุดก็คือ กรณีการเคลื่อนไหวเรื่องซีแอลยา ดังที่มีการตั้งข้อสังเกตว่าการได้มาซึ่งยาราคาถูกที่จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพสามารถจัดหาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งเครือข่ายแพทยชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนผลักดันจนสำเร็จในช่วงรัฐบาลรัฐประหารนั้น “คุ้มค่าหรือไม่” กับการยอมร่วมมือกับรัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้งตามแนวทางประชาธิปไตย เพราะหากผลักดันเรื่องนี้ได้ในสมัยรัฐบาลเลือกตั้งก็จะเป็นประโยชน์ต่อการเติบโตของประชาธิปไตย

ความขัดแย้งแตกต่างทางความคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงตรรกะที่แตกต่างกันระหว่างความคิดแบบ “สัมพันธคตินิยม” ของแพทยชนบทที่ต้องการแก้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนคนเจ็บคนป่วยที่เห็นอยู่ตรงหน้ากับ “อุดมคตินิยม” ที่ถือว่ารัฐบาลจากการเลือกตั้งและระบอบประชาธิปไตยตัวแทนเป็นสิ่งสูงสุดที่ไม่สามารถประนีประนอมกับอะไรได้เลย ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพความเจ็บป่วยหรือชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งหากถามจากผู้ป่วยที่รอรับการเยียวยาหรือถามจากพ่อแม่ สามิภรรยา และญาติพี่น้องของผู้ป่วย ว่าให้การรักษาไปจนกว่าประเทศจะได้มาซึ่งรัฐบาลที่เป็นประชาธิปไตยจากการเลือกตั้ง คำตอบก็ย่อมแตกต่างไปจากคำตอบของนักอุดมคตินิยมอย่างแน่นอน ทั้งนี้ยังไม่ต้องกล่าวถึงข้อเท็จจริงที่รู้กันอยู่ว่า รัฐบาลจากการเลือกตั้งมักไม่มีความกล้าหาญที่จะทำอะไรขัดแย้งกับนายทุนหรือขัดผลประโยชน์ของบริษัทข้ามชาติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ทั้งภาวะกำกวม ขายขอบ (แต่ก็ยังเกาะเกี่ยวเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอำนาจ) และลักษณะสั่นไหวในเชิงอัตลักษณ์ที่ทำให้ “ขบวนการแพทยชนบท” เป็นได้ทั้งอุดมการณ์ จิตวิญญาณ ตัวบุคคล

^{๒๑๐} Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, (Berkeley: University of California Press, 2005), pp. 146.

และองค์กรจัดตั้งนี้แยกไม่ออกจากแนวปฏิบัติเรื่อง “สัมฤทธิ์คตินิยม” ทำให้การเคลื่อนไหวต่างๆ ของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเป็นไปอย่างไม่ยึดแนวคิดและรูปแบบที่ตายตัว ซึ่งกลายเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน คือผลักดันการเปลี่ยนแปลงอย่างได้ผล แต่ก็สร้างความขัดแย้งได้ทั้งกับกลุ่มผลประโยชน์ที่ต้องการรักษาสถานะเดิม (Status quo) และกับกลุ่มอุดมคตินิยมต่างๆ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแบ่งขั้วในทางอุดมคติทางการเมืองสูงยิ่งทำให้การเคลื่อนไหวของแพทย์ชนบทมีความสับสนเสี่ยงต่อการต่อต้านถูกวิพากษ์ หรือแม้แต่ถูกบ่อนทำลายจากผู้เสียผลประโยชน์มากขึ้น

๔. แพทย์ชนบทกับการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลใหม่แก่ระบบสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับกันดีว่าเกือบ ๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบทมีปฏิบัติการต่างๆ มากมายภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์แต่ละยุคสมัย ผลสัมฤทธิ์ที่เด่นชัดประการหนึ่งก็คือ การผลักดันองค์การมหาชนด้านสุขภาพขึ้นทำหน้าที่เป็นกลไกต่างๆ ในการอภิบาลระบบ ซึ่งถือเป็นการสร้างระบบธรรมาภิบาลใหม่ให้เกิดขึ้นแก่ระบบสุขภาพ

ในอดีต วิธีคิดว่าด้วยการสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดแก่ระบบ มักถูกผูกโยงกับตัวบุคคลเป็นสำคัญ โดยถือว่า สิ่งที่จะนำพาระบบไปสู่การมีธรรมาภิบาลได้ก็คือ คุณธรรมส่วนบุคคล เช่น ความสุจริต เทียงตรง การไม่ฉ้อฉลหรือแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตน การแก้ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันส่วนใหญ่จึงมักมีจุดเน้นที่การสร้างคุณธรรมและจิตสำนึกส่วนบุคคล ให้ปัจเจกบุคคลปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างสุจริต โปร่งใส มากกว่าจะเป็นการแก้ปัญหาเชิงระบบ

แม้ขบวนการแพทย์ชนบทจะมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อสร้างธรรมาภิบาลระบบสุขภาพตลอดมา แต่การผลักดันเพื่อให้เกิดกลไกการสร้างธรรมาภิบาลอย่างเป็นระบบก็ยังไม่เกิดขึ้น กระทั่งราวปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่เริ่มมีการปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ การผลักดันระบบอภิบาลที่เอื้อต่อการเกิดระบบที่มีธรรมาภิบาลจึงก่อตัวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

การปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เกิดขึ้นเนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเดิม ไม่มีความโปร่งใสและไม่เป็นธรรม ที่สำคัญ การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. เดิม ยังอาศัยเพียงกลไกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งในหลายกรณีการจัดสรรงบประมาณไปยังแต่ละจังหวัดขึ้นอยู่กับ “ดุลยพินิจ” หรือความเห็นของฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขด้วย จึงเป็นโอกาสให้คนเหล่านี้สามารถใช้อำนาจกระทำการทุจริตได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่องบประมาณของโครงการ สปร. มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นงบประมาณก้อนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนถึงปีละเกือบหมื่นล้านบาท^{๒๓๑}

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เริ่มปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. โดยเปลี่ยนจากวิธีการจัดสรรแบบเดิมมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องสำรวจและทำบัญชีผู้มีรายได้น้อยขึ้นมา แล้วจึงจัดสรรงบประมาณไปให้ตามจำนวนประชากรที่แต่ละแห่งต้องดูแล โดยนับนี้ จำนวนประชากรจึงเป็นตัวกำกับกับการ

^{๒๓๑} อัญชนา ณ ระนอง, “การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.),” รัฐประศาสนศาสตร์ ๑,๑ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๔๕): ๗-๓๓.

จัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดต่างๆ อย่างเป็นธรรม^{๒๑๒} และไม่ขึ้นกับ “ดุลยพินิจ” ที่จะจัดสรรงบประมาณตามอำเภอใจของผู้มีอำนาจ

ที่สำคัญ นายแพทย์สงวน ยังสร้างกลไกการจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกาชัดเจน โดยการผลักดันระเบียบกระทรวงการคลัง “ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. ๒๕๔๑” มาใช้แทนระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระเบียบดังกล่าวกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลขึ้นมาทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ ควบคุมตรวจสอบและกำกับค่าใช้จ่ายงบประมาณ^{๒๑๓} โดยกำหนดให้มีกลุ่มคนจากภาคส่วนอื่นที่นอกเหนือไปจากภาคสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณด้วย เพื่อสร้างอำนาจถ่วงดุล ไม่ให้การจัดสรรงบประมาณเป็น “ดุลยพินิจ” หรืออำนาจเบ็ดเสร็จเฉพาะนักการเมืองหรือผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่ง “คนนอก” ที่นายแพทย์สงวนได้เติมเข้ามาในคณะกรรมการชุดนั้น ได้แก่ กลุ่มคนที่ทำงานด้านสื่อสารมวลชนและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น สมหมาย ปาริจฉัตต์ นายกสมาคมนักข่าวแห่งประเทศไทยขณะนั้น วลลภ ตั้งคณานฤกษ์ หรือ “ครูหยุย” ผู้แทนของคนทำงานเกี่ยวกับเด็กและผู้ยากไร้ และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ผู้แทนผู้สูงอายุ เป็นต้น

โครงสร้างการอภิบาลดังกล่าว ได้กลายเป็นลักษณะสำคัญที่ปรากฏอยู่ในโครงสร้างการทำงานขององค์กร ส. ต่างๆ ที่เด่นชัดที่สุด คือ สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถือครองงบประมาณจำนวนมหาศาลสำหรับหล่อเลี้ยงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนกว่า ๔๘ ล้านคน โครงสร้างคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำรงตำแหน่งเป็นประธานกรรมการแล้วยังมีตัวแทนจากภาคส่วนอื่นๆ เป็นคณะกรรมการกำกับการบริหารองค์กร่วมกัน ได้แก่ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๔ คน ผู้แทนองค์กรเอกชน จำนวน ๕ คน ซึ่งคัดสรรจากองค์กรที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไรและครอบคลุมผู้ดำเนินงานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เด็กและเยาวชน สตรีและผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้แรงงาน ชุมชนแออัด เกษตรกร และชนกลุ่มน้อย เป็นต้น นอกจากนั้น ยังมีผู้แทนผู้ประกอบการด้านสาธารณสุขจำนวน ๕ คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ อีกจำนวน ๗ คน^{๒๑๔}

เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่ถือครองงบประมาณจากภาษีเหล้าบุหรี่เป็นจำนวนมากถึงราวปีละกว่าสองพันล้านบาท โครงสร้างองค์กรของ สสส. ถูกกำหนดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วน ซึ่งนอกจากจะมีนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานและรองประธานฯ แล้ว ยังมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย ที่สำคัญยังมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่สรรหาจากผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านต่างๆ

^{๒๑๒} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรุงเทพฯ: สฟิจิตร, ๒๕๕๐), หน้า ๘๔-๘๕.

^{๒๑๓} อัญชนา ณ ระนอง, “การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.),” รัฐประศาสนศาสตร์ ๑,๑ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๔๕): ๘.

^{๒๑๔} พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. (๒๕๔๕, ๑๑ พฤศจิกายน).

เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาชุมชน การสื่อสารมวลชน การศึกษา การกีฬา ศิลปวัฒนธรรม กฎหมาย และการบริหารจำนวน ๘ คน ซึ่งในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง^{๒๑๕} โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารองค์กรที่มีภาคส่วนต่างๆ เข้ามีส่วนร่วมเช่นนี้ ยังปรากฏอยู่ในองค์กรตระกูล ส. อื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

การวางโครงสร้างองค์กรใหม่ๆ ด้านสุขภาพเหล่านี้ ให้มีคณะกรรมการบริหารองค์กรที่ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ นอกจากจะเป็นการสร้างระบบอภิบาลที่เปิดกว้างกว่าหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมให้กว้างขวางขึ้นแล้ว ยังเป็นโครงสร้างการบริหารจัดการที่เน้นการกระจายและถ่วงดุลอำนาจ ลักษณะโครงสร้างการบริหารจัดการดังกล่าวแตกต่างไปจากระบบราชการที่เน้นการบริหารจัดการในแนวดิ่งเป็นลำดับขั้น เอื้อต่อการใช้อำนาจรวมศูนย์และเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ซึ่งอาจนำไปสู่การทุจริตคอร์รัปชันได้ง่าย โครงสร้างการบริหารองค์กรตระกูล ส. ที่เน้นการกระจายอำนาจไปยังคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ จึงเป็นโครงสร้างที่เอื้อให้เกิดธรรมาภิบาลภายในองค์กรสูง ทั้งในแง่ของความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมและการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรใหม่ๆ ด้านสุขภาพเหล่านี้ ได้สถาปนาระบบอภิบาลแบบใหม่ที่สวนกระแสวัฒนธรรมอำนาจแบบเดิมในระบบราชการ จนทำให้นักการเมืองที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างการบริหารงานองค์กรเหล่านี้เกิดความอึดอัดคับข้องใจต่อบทบาทของตนที่มีในโครงสร้างอำนาจแบบใหม่นี้ เพราะนอกจากฝ่ายการเมืองจะไม่สามารถใช้อำนาจได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดแล้ว ยังรู้สึกคล้าย

กับว่าอำนาจบริหารของตนถูกลดทอนลงอย่างมากด้วย จึงไม่น่าแปลก เมื่อพบว่าฝ่ายการเมือง (ทั้งรัฐมนตรีที่มาจากพรรคประชาธิปัตย์และจากพรรคเพื่อไทย) ที่เข้ามาบริหารงานขององค์กรเหล่านี้จะแสดงท่าทีอึดอัดคับข้องใจอย่างมาก ดังเช่นกรณีของนายวิทยา แก้วภราดัย อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากพรรคประชาธิปัตย์ ที่ได้กล่าวถึงความรู้สึกเมื่อครั้งเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่า

...คณะกรรมการบริหารมีความเป็นอิสระสูงมากจนยากที่จะตรวจสอบ แม้ตำแหน่งรัฐมนตรีเมื่อเข้าไปอยู่ในวงล้อมของบอร์ด สปสช. ก็อาจตกอยู่ในที่นั่งลำบาก ผมไปนั่งในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดหนึ่งคน ที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่งนั่งข้างผม นอกจากนั้น เป็นตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่างๆ และกลุ่มเอ็นจีโอ ซึ่งเขามาอยู่ก่อนผมนานมาก ผมเหมือนไปอยู่กลางวงล้อม^{๒๑๖}

การต้องไปอยู่กลางวงล้อมคงจะไม่เป็นปัญหาอะไรมากนัก หากการดำเนินนโยบายและการใช้อำนาจเป็นไปอย่างถูกต้อง โปร่งใส และเป็นไปเพื่อประโยชน์ส่วนรวม แต่หากการใช้อำนาจมีวาระซ่อนเร้นเคลือบแฝงอยู่ การถูกจับจ้องและต้องตัดสินใจท่ามกลางการตรวจสอบของตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ก็คงทำให้เกิดความอึดอัดขัดใจไม่น้อย ไม่ต่างไปจากกรณีของ ร.ต.อ. ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ รองนายกรัฐมนตรีจากรัฐบาลพรรคไทยรักไทย ที่รับผิดชอบดูแลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เคยกล่าวให้สัมภาษณ์แสดงความรู้สึกที่มีต่อการประชุมคณะกรรมการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ว่า

^{๒๑๕} พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔. (๒๕๔๔, ๒๗ ตุลาคม).

^{๒๑๖} บทสัมภาษณ์ วิทยา แก้วภราดัย อ้างถึงใน การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๕), หน้า ๖๒-๖๓.

การประชุมบอร์ด สสส. เมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ตนถือว่าเป็นการประชุมที่เครียดมากและไม่สร้างสรรค์ ประธานพูดอะไรก็ตะแบง ไม่ยอมฟังประธาน ใช้เวลาประมาณ ๑๐ ชั่วโมง ตนไม่กล้าออกนอกห้องประชุมเลย เพราะไม่แน่ใจว่าหากออกไปแล้ว มติจะออกมาเป็นเช่นไร...^{๒๑๗}

เหตุผลสำคัญที่ทำให้นักการเมืองมีความอึดอัดกับการบริหารองค์กร ส. ก็เพราะในโครงสร้างธรรมาภิบาลแบบใหม่ที่เกิดขึ้นในองค์กรเหล่านี้ ทำให้นักการเมืองไม่สามารถใช้อำนาจและจัดสรรผลประโยชน์ได้ตามอำเภอใจ ถึงแม้จะปรากฏข้อวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการบริหารงานขององค์กรตระกูล ส. อยู่บ้าง แต่การสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลแก่ระบบสุขภาพขององค์กรเหล่านี้ ถือเป็นผลสัมฤทธิ์สำคัญที่ควรนำมาถอดบทเรียนและหยิบยกขึ้นมาอภิปราย เช่น กรณีของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยผ่านกลไกอย่าง สมัชชาสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือเอชไอเอ (Health Impact Assessment – HIA) ซึ่งเป็นกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาในทุกระดับของสังคม โดยยึดถือการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก กระบวนการทำงานเหล่านี้ส่งผลให้ทิศทางนโยบายต่างๆ ไม่ถูกกำหนดและผูกขาดโดยรัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนา หรืออีกนัยหนึ่งคือมีส่วนร่วมในการกำหนดระบอบภิบาลนั่นเอง

^{๒๑๗} “ปฐพีไม่ถอยแฉเหลกหมอบประกิต” [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000032042> [๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

แนวคิดและโครงสร้างการอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนามาจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเป็นจุดเริ่มสำคัญของการวางกลไกการบริหารงานเพื่อให้เอื้อต่อการเกิดธรรมาภิบาลอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังควบคุมการใช้งบประมาณ ด้วยการกำหนดให้มีคณะกรรมการซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้ามามีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และกำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณ โดยไม่ปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของนักการเมืองและผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โครงสร้างของคณะกรรมการนี้เองที่พัฒนาเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพอย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นับเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญของการสร้างธรรมาภิบาลแก่ระบบบริการสาธารณสุขไทย เพราะนอกจากจะเป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียมแล้ว ยังมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์อย่างทั่วถึง การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดดวงตา และการเพิ่มสิทธิการล้างไต เป็นต้น^{๒๑๘} ซึ่งทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นจากการบริหารงานที่มีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบราชการแบบเดิมที่เคยเป็นมาอย่างเห็นได้ชัด

การขับเคลื่อนผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบท จนเกิดองค์กรใหม่ๆ ด้านสุขภาพที่เป็นกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพ นับเป็นการสร้างสรรค์ธรรมาภิบาลแบบใหม่ แต่สภาพการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏความพยายามรื้อคืบ

^{๒๑๘} วิชัย โชควิวัฒน์, มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง (กรุงเทพฯ: ทิศวิทย์, ๒๕๕๕), หน้า ๓๖.

เข้าไปโล่เรือและล้มล้างองค์กรเหล่านี้ ด้านหนึ่งได้สะท้อนให้เห็นว่า การต่อสู้เพื่อสร้างธรรมาภิบาลนั้นเป็นเส้นทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด การสร้างธรรมาภิบาลแก่ระบบสุขภาพ จึงไม่ใช่ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นและเสร็จสิ้นไปในคราวเดียว เพราะในกระบวนการสร้างธรรมาภิบาลนั้น ล้วนเต็มไปด้วยพลวัตของการช่วงชิงผลประโยชน์ และการต่อรองท้าทายเชิงอำนาจ ประเด็นสำคัญจึงมิได้อยู่ที่การดำรงสถานะของความเป็นอำนาจนำในการสร้างธรรมาภิบาลไว้เท่านั้น หากหัวใจสำคัญนั้นอยู่ที่การรักษาบทบาทในการต่อรองและสร้างอำนาจถ่วงดุล ไม่ให้เกิดการรวบอำนาจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

ขบวนการแพทย์ชนบทได้พิสูจน์ตนเองมากกว่า ๔ ทศวรรษในการทำงานเพื่อประโยชน์ของสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการสร้างสรรค์ระบบธรรมาภิบาลให้กับการบริหารงานสาธารณสุขไทยมาอย่างต่อเนื่อง แม้ขบวนการจะต้องเผชิญกับวิกฤตและความท้าทายที่ทำให้องค์กรมีทั้งจุดรุ่งเรืองและจุดตกต่ำ แต่คุณสมบัติที่โดดเด่นของขบวนการแพทย์ชนบทก็คือ การอดทนยืนหยัดและการปรับพื้นที่ตัวเองขึ้นมาได้ใหม่เสมอ ในสถานการณ์ที่การเมืองในวงการสุขภาพนับวันจะยิ่งผูกพันกับผลประโยชน์ทางธุรกิจ การรุกคืบของอำนาจจึงมีความรุนแรง การต่อสู้เพื่อรักษาธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพมิได้เป็นการต่อสู้เพื่อความถูกต้องชอบธรรมที่เป็นนามธรรม แต่เป็นการต่อสู้ที่มีสุขภาพของมหาชนและผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่เป็นเดิมพัน ข้อเสนอทั้ง ๔ ประเด็นดังกล่าว หากได้นำมาพิจารณาทบทวนอย่างรอบคอบก็อาจช่วยให้การเติบโตของขบวนการที่เป็นแบบอย่างให้กับการสร้างธรรมาภิบาลและการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมไทยมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น และเพื่อที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะยังเป็นความหวังและเป็นพลังทางประวัติศาสตร์ที่จะสร้างความเป็นธรรมให้กับสังคมไทยต่อไป





เอกสารอ้างอิง

- กนกศักดิ์ แก้วเทพ และ นวลน้อย ตริรัตน์. (๒๕๔๕). การต่อต้านทุจริตยา
ภาคประชาชน. กรุงเทพฯ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กรณีการ กิจติเวชกุล และ อวยพร แต่ชุตระกุล. (๒๕๕๐). อีกก้าวที่กล้า....
ของหมอชีมัวแกลบ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL
ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๒๕). อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ ๔๐ ปี
พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๕๒๕. กรุงเทพฯ, สหประชาพานิชย์.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ. (๒๕๕๑). บทสำรวจจลากรรม
เรื่องสุขภาวะและการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ. นนทบุรี, สำนักงานคณะ
กรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- กำจร หลุยยะพงศ์ และ ดวงมน จิตรจำนงค์. (๒๕๕๐). “สังคมไทยใน
พุทธศักราช ๒๕๒๐-๒๕๔๗ โดยสังเขป”. วารสารวิชาการคณะ
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ๓, ๑ (มกราคม-มิถุนายน): ๗๓-๙๕.
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และคณะ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐). C9 โรงพยาบาล
ชุมชน ก้าวแรกแห่งการปฏิรูปแรงจูงใจบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท.
กรุงเทพฯ, ชมรมแพทย์ชนบท.
- _____. (๒๕๕๔). ผลการดำเนินงานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๒ พ.ศ. ๒๕๕๔
ด้วยความอาลัยรักและเคารพ คุณพ่อเสมอ พริ้งพวงแก้ว. นนทบุรี, ชมรม
แพทย์ชนบท.
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ อารักษ์ วงศ์วรชาติ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐).
ผลการดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๒ ปี ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ,
ชมรมแพทย์ชนบท.
- เกษียร เตชะพีระ. (๒๕๕๓). สงครามระหว่างสี: ในคืนวันอันมืดมิด. กรุงเทพฯ,
โอเพ่น บั๊กส์.
- _____. (๒๕๕๐). จากระบอบทักษิณสู่รัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙: วิกฤต
ประชาธิปไตยไทย. กรุงเทพฯ, มูลนิธิ ๑๔ ตุลา.

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๖). อำนาจและคอร์รัปชัน : ถอดรหัสวัฒนธรรม
ราชการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, อมรินทร์.
- _____. (๒๕๔๘). ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบ
สุขภาพ. กรุงเทพฯ, สร้างสื่อ.
- _____. (๒๕๕๕). สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ. นนทบุรี,
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาดิชา มุกสง (บรรณาธิการ). (๒๕๔๘). พรหมแดน
ความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ,
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ. (๒๕๓๕). รายงานการ
ศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ,
คณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ.
- โครงการปฏิบัติการองค์การอิสระผู้บริโภค. (๒๕๕๓). สมุดปกขาว ชี้แจงข้อเท็จจริง
กรณี (ร่าง) พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.
.... กรุงเทพฯ, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.
- จรัส สุวรรณเวลา. (๒๕๔๖). จุดบอดบนทางสู่ธรรมาภิบาล บทบาทของบอร์ด
องค์การมหาชน. กรุงเทพฯ, ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค.
- จิตวา กลิ่นสุนทร. (๒๕๓๘). รัฐบุรุษชื่อเปรม. กรุงเทพฯ, มูลนิธิรัฐบุรุษ
เปรม ติณสูลานนท์.
- จุไรรัตน์ แสนใจรักษ์. (๒๕๔๖). ธรรมาภิบาลกับคอร์รัปชันในสังคมไทย. กรุงเทพฯ,
สถาบันวิชิตรสน์
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (บรรณาธิการ) (๒๕๔๗). รู้ทันทักษิณ. กรุงเทพฯ,
ขอคิดด้วยคน.
- ชมรมแพทย์ชนบท. (๒๕๔๘). จากทุจริตยาถึงรพยาลาฉาว. กรุงเทพฯ,
ชมรมแพทย์ชนบท.



ชาญวิทย์ เกษตรศิริ. (๒๕๔๓). ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.

ชาติชาย มุกสง. (๒๕๔๘). ธรรมนูญและการเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค: ศึกษากรณีกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคแยกสวนป่า อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช. นนทบุรี, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวส.).

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (บรรณาธิการ). (๒๕๓๑). บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนกับการพัฒนาสาธารณสุขในทศวรรษที่ผ่านมาและแนวโน้มในอนาคต. กรุงเทพฯ, ม.ป.พ.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (๒๕๕๔). วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณ์ และความเป็นอื่น. กรุงเทพฯ, วิชาษา.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๒). สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ. นนทบุรี, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ทักษ์ เฉลิมเตียรณ. (๒๕๕๕). การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.

ทักษพล ธรรมรังสี. (๒๕๔๖). “การลาออกของแพทย์”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๑๒,๖ (พฤศจิกายน-ธันวาคม): ๑๐๔๔-๑๐๔๗.

ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. (๒๕๔๙). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. สุพรรณบุรี, ออฟเซตอาร์ทอโตเมชั่น.

ธีรยุทธ บุญมี. (๒๕๔๑). ธรรมนูญแห่งชาติ: ยุทธศาสตร์กู่หายหน้าประเทศไทย. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์สายธาร.

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

นวนน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ. (๒๕๕๕). การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๔๙). วัฒนธรรมคนอย่างทักษิณ: รวมบทความสะท้อนความคิดเกาะติดเนื้อร้ายแห่งวัฒนธรรมที่กำลังลุกลาม. กรุงเทพฯ, มติชน.

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

ปกป้อง จันวิทย์ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๕). เศรษฐศาสตร์ดอญบาล. กรุงเทพฯ, โอเพน บุกส์.

ประจักษ์ ก้องกีรติ. (๒๕๕๕). ก่อนจะถึง ๑๔ ตุลาฯ: ความเคลื่อนไหวทางการเมือง วัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนภายใต้ระบอบเผด็จการทหาร (พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๑๖). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์. กรุงเทพฯ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

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

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

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

_____. (๒๕๕๕). การสร้างธรรมนูญในขบวนการพัฒนา. กรุงเทพฯ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน).

_____. (๒๕๕๖). การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ, สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

_____. (๒๕๕๕). บนเส้นทางชีวิต. กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน.

ปรีชา ช้างขวัญยืน. (๒๕๕๒). ธรรมนูญ-ธรรมนูญ. กรุงเทพฯ, โครงการตำราคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ. (๒๕๕๖). ธรรมนูญกับการจัดการด้านสุขภาพ. นนทบุรี, สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.



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

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

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ อารักษ์ วงศ์วรชาติ (บรรณาธิการ). (๒๕๔๙). *แพทย์ชนบท จิตวิญญาณที่ไม่เคยจางหาย : การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ ๒๑ เนื่องในงานประชุมวิชาการแพทย์ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

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

พงศธร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ). (๒๕๕๓). *หลังประติมาสาธารณสุข ๒๐ เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*. นนทบุรี, เครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คชน.).

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

มานวิภา อินทรทัต และ อาจุฑา เนติธนากุล. (๒๕๕๒). *การศึกษาทบทวนสถานการณ์ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ*. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

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

รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. (๒๕๔๘). *จาก Thaksinomics สู่ทักษิณาธิปไตย*. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บั๊กส์.

วอลเดน เบนโล เชียร์ คันนิงแฮม และ ลิ เค็ง ปอห์. (๒๕๔๒). *โคกนาฏกรรมสยาม การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโกลดคิมทอง.

วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๔๔). *แนวคิดและแบบอย่างการทำงานสาธารณสุขเพื่อชนบท*. นนทบุรี, โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

_____. (๒๕๕๓). *ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ, พิมพ์ดี.

_____. (๒๕๕๕). *มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความหวัง*. กรุงเทพฯ, ทีคิวบี.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (๒๕๔๓). *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิรุฬ ลิ้มสวาท. (๒๕๕๒). *รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา*. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วีระ สมบูรณ์. (๒๕๕๑). *รัฐธรรมนูญในอดีต*. กรุงเทพฯ, โอเพ่น บั๊กส์.

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

_____. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๖). *ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ ๑: ก่อเกิดขบวนการ*. กรุงเทพฯ, บริษัท อัลฟ่า มิเลเนียม จำกัด.

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

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

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



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

สมบุญ ศรีประชัย. (๒๕๕๒). “ธรรมนูญภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย.” รัฐศาสตร์สาร ๓๐, ๒: ๑-๑๑๒.

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

_____. (๒๕๔๘). ลูกผู้ชายชื่อบรรลุ : อนุทินชีวิตนายแพทย์บรรลุ ศรีพานิช เป้าบันจันแห่งวงการสาธารณสุข. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

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

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

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

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

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

สุวจิ กู๊ด. (๒๕๔๗). ประชาสังคมไทยกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ: พัฒนาการของทุนทางสังคมเพื่อการสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. กรุงเทพฯ, วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

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

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

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ สุพจน์ อัครพันธ์ธกุล. (๒๕๓๐). จากวิกฤตการณ์สุ่มติใหม่ของสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ, มูลนิธิโกลดคิมทอง.

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

อรพินท์ สฟโชคชัย. (๒๕๔๑). “สังคมเสถียรภาพและกลไกประชาธิปไตยที่ดี (good governance)”. รายงานที่ตีอาร์ไอ ๒๐ (มกราคม).

อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. (๒๕๔๓). “การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)”. ใน การสัมมนาวิชาการประจำปี ๒๕๔๓ เรื่องสังคมโปร่งใสไร้ทุจริต. ชลบุรี, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

อาร์กซ์ วงศ์วรชาติ และ วิรุฬห ลิมสวาท (บรรณาธิการ) (๒๕๔๗). อำนาจความเป็นธรรม ธรรมนูญในกระทรวงสาธารณสุข การกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้นชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ ๒๐ (๒๕๔๖-๒๕๔๗). นนทบุรี, ชมรมแพทย์ชนบท.



อำพล จินดาวัฒนะ และ พงศธร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ) (๒๕๔๑). *ลำดับเหตุการณ์ การตรวจสอบของสังคม กรณีทุจริตซื้อขายและเวชภัณฑ์ ๑,๔๐๐ ล้านบาท ในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๑*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทยชนบท.
_____. (๒๕๓๘). *แกะรอยแพทยชนบท : ๑๐ ปี กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร*. กรุงเทพฯ, มูลนิธิแพทยชนบท.

เอเจอร์ แชม (๒๕๔๕). *ธรรมาภิบาล: การบริหารการปกครองที่โปร่งใสด้วย จริยธรรม*. ไชยรัตน์ คำชู และคณะ แปล. กรุงเทพฯ, น้ำฝน.

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

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

Douglas, Mary (1966). *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo* London, Arkpaperbacks.

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

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

McCargo, Duncan. (2005). "Network Monarchy and Legitimacy in Thailand". 499-519. *The Pacific Review* 18/4.

Phongpaichit, Phasuk. (2001). *Good governance: Thailand's experience*. Bangkok, Chulalongkorn University.

William, David and Young, Tom (1994). "Governance, the world bank and liberal theory", 84-100. *Political study* 42/1.

Wolters, O.W. (1982). *History, culture, and region in Southeast Asian perspectives*. Singapore, Institute of Southeast Asian Studies.

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

Turner, Victor (2008). *The ritual process: Structure and Anti-Structure*. News Brunswick, Aldine Transaction Press.





แหล่งสืบค้นออนไลน์

- “ก้าวที่พลาด” บทเรียนรอบปีสธ. [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา: <http://www.sahavicha.com/name=blog&file=readblog&id=3847> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ASTV ผู้จัดการออนไลน์. (๒๕๕๐). จำคุก ๓ ปี หมอ รพ. ร่อนพิบูลย์ ผ่าไส้ติ่งตาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000144864> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- _____. (๒๕๕๒). หมอขยายโตไม่กล้าผ่าตัดคนไข้ เหตุกลัวถูกฟ้อง [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000026446> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (๒๕๕๓). หมอ รพ. ทั่วประเทศ แต่งดำค้ำร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้เสียหาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/analysis/20100729/345467/หมอ รพ. ทั่วประเทศ แต่งดำค้ำร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้เสียหาย.html> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/การชุมนุมของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ_พ.ศ._๒๕๕๓ [๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ศูนย์ข้อมูลการเมืองไทย. (๒๕๕๕). คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ศูนย์ข้อมูลการเมืองไทย. (๒๕๕๕). คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://politicalbase.in.th/index.php/คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ> [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- คณะรัฐมนตรีไทย คณะที่ ๕๖ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/คณะรัฐมนตรีไทย_๕๖ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

- ชัยณรงค์ สังข์จำง. (๒๕๕๕). เหลียวหน้า แลหลัง...กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.moph.go.th/ops/doctor/DrApril45/special1103.doc [๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕]
- ชาติชาย มุกสง. (๒๕๕๕). นโยบายประชานิยม [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/นโยบายประชานิยม> [๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ชีวิตหมอคนนึงจบสิ้น [ออนไลน์]. (๒๕๕๐). แหล่งที่มา: <http://thedoctor.wearsprada.exteen.com/20071208/entry> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (๒๕๕๓). วิพากษ์วิจารณ์ พ.ร.บ. คัดกรองผู้เสียหาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=294.0> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ไชยา พุดพลอย ไล่ผู้ป่วยเอดส์กินดอกไม้จันทน์ยา [ออนไลน์]. (๒๕๕๑) แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000016408> [๑ เมษายน ๒๕๕๖]
- ไชยา สะสมทรัพย์ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/ไชยา_สะสมทรัพย์ [๑ เมษายน ๒๕๕๖]
- ทิวากร แก้วมณี. (๒๕๕๕). ธุรกิจการเมือง นโยบายประชานิยม และการเมืองระบอบทักษิณ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=805289> [๘ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- นักสิทธิคนไข้ ร้างคัดกรองผู้เสียหาย ช่วยลดคดีฟ้องหมอ [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา: <http://ilaw.or.th/node/545> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]
- ใบทองแดง. (๒๕๕๓). ตอบ ‘ใจ อึ้งภากรณ์’ ว่าด้วยสังคมนิยมและซ้ายเลื้อยเหลือง [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://turnleftthai.blogspot.com/2010/10/blog-post.html> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]
- _____. (๒๕๕๓). ใบทองแดง...ออนไลน์: อภิสิทธิ์ตถ...ถ...อยู่ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30583> [๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

ใบทองแท่ง. (๒๕๕๕). ใบทองแท่งออนไลน์: เพื่อไทยจะถลุง ๓๐ บาท [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2012/01/38831>
[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ปู่สื้ไม่ถอยแฉะแหลกหมอบประกิต. [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000032042>
[๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕]

ยาแก้ปวดที่ปวดหัวใจ [ออนไลน์]. (๒๕๒๖). แหล่งที่มา: <http://www.doctor.or.th/article/detail/6106> [๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๕]

ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เยียวยาใน
มุมมองของแพทย์ [ออนไลน์]. (๒๕๕๕). แหล่งที่มา: <http://ilaw.or.th/node/1396> [๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (๒๕๕๕). ภาพอัปลักษณ์ของแพทย์สภา [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://suchons.wordpress.com/2012/03/13/ภาพอัปลักษณ์ของแพทย์สภา> [๒๖ กันยายน ๒๕๕๕]

วิวาทะ แพทย์สภา - ผู้บริโภค ว่าด้วย พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหาย [ออนไลน์]. (๒๕๕๓).
แหล่งที่มา: <http://prachatai.com/journal/2010/08/30544>
[๒ ตุลาคม ๒๕๕๕]

ไว้อาลัยสาธารณสุขไทยใกล้ลงเอย เมื่อหมอไม่กล้าผ่าตัด! [ออนไลน์]. (๒๕๕๐).
แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.net/h/article655.html>
[๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สดง.ชาแหละ สสส. ภาพชิบอบ...เพื่อใคร [ออนไลน์]. (๒๕๕๒). แหล่งที่มา:
<http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/23110>
[๕ เมษายน ๒๕๕๖]

สถานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา:
http://th.wikipedia.org/wiki/สถานิติบัญญัติแห่งชาติ_๒๕๔๙
[๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สภาร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ [ออนไลน์]. (๒๕๕๖). แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/สภาร่างรัฐธรรมนูญ_๒๕๕๐ [๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๕]

สมาพันธ์แพทย์ รพท./รพท. เตือน รว.สธ.คนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของ
การแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง [ออนไลน์]. (๒๕๕๓). แหล่งที่มา:
<http://news.sanook.com/888777> สมาพันธ์แพทย์-รพท-เตือน-
รว. สธ คนใหม่อย่าตกเป็นเครื่องมือของแย่งชิงอำนาจภายในกระทรวง
[๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๕]

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

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

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

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



สัมภาษณ์

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์. สัมภาษณ์, ๗ เมษายน ๒๕๕๕.

นงลักษณ์ พะไยยะ. สัมภาษณ์, ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕.

นิมิตร เทียนอุดม. สัมภาษณ์, ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕.

บารมี ชัยรัตน์. สัมภาษณ์, ๙ เมษายน ๒๕๕๕.

พงศธร พอกเพิ่มดี. สัมภาษณ์, ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕.

มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. สัมภาษณ์, ๒ เมษายน ๒๕๕๕.

ยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก. สัมภาษณ์, ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๕.

วิจารณ์ พานิช. สัมภาษณ์, ๔ เมษายน ๒๕๕๕.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. สัมภาษณ์, ๓ เมษายน ๒๕๕๕.

สุพรรณ ศรีธรรมมา. สัมภาษณ์, ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕.

อริกกิต แสงสุข. สัมภาษณ์, ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕.

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ. สัมภาษณ์, ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕.

อัมมาร สยามวาลา. สัมภาษณ์, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๕.



