

การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคม
ส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย



นายเชษฐา ทรัพย์เย็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชารัฐศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

A STUDY OF RURAL DOCTOR MOVEMENT IN THE POLICY PROCESS OF HEALTH
SYSTEM POLICY: THE MOVEMENT OF CIVIL SOCIETY AND ITS CONTRIBUTION
TOWARD PARTICIPATORY DEMOCRACY IN THAILAND



Mr. Chettha Sapyen

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Political Science

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบาย
ระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อ
ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย

โดย

นายเชษฐา ทรัพย์เย็น

สาขาวิชา

รัฐศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะรัฐศาสตร์

(ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย ยาวะประภาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.อนุสรณ์ ลีมนานี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นฤมล ทับจุมพล)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ วันชัย มีชาติ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.ลิขิต ธีรเวคิน)

เชษฐา ทรัพย์เย็น : การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย. (A STUDY OF RURAL DOCTOR MOVEMENT IN THE POLICY PROCESS OF HEALTH SYSTEM POLICY: THE MOVEMENT OF CIVIL SOCIETY AND ITS CONTRIBUTION TOWARD PARTICIPATORY DEMOCRACY IN THAILAND) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, 287 หน้า.

วิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาว่าขบวนการแพทย์ชนบทที่อาจยังคงมีลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตยดำรงอยู่ แต่บทบาทการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพระดับประเทศ ส่งผลต่อการส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่าขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างนวัตกรรมในการเคลื่อนไหวทางสังคม ได้แก่ ความเป็น “ทวีลักษณ์” ของการเป็น “NGOs ใน GO” และการเป็น “GO ใน NGOs” ในขณะเดียวกัน ทำให้การขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพระดับชาติตั้งอยู่บนสถานภาพสองสถานะ ในด้านหนึ่งมีลักษณะเป็น “GO ใน NGOs” เนื่องจากสถานภาพของแพทย์เหล่านี้เป็นเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้รวมตัวจัดตั้งองค์กรประชาสังคมที่อยู่ภายนอกโครงสร้างอำนาจรัฐ ในอีกด้านหนึ่งก็เป็น “NGOs ใน GO” เพราะใช้องค์กรประชาสังคมที่จัดตั้งขึ้นเคลื่อนไหวแบบ NGOs ในการผลักดันนโยบายระดับชาติ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในหน่วยงานราชการในฐานะที่ตนเป็นเจ้าของที่รัฐ (GO) มาปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจนสำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีมิติการเป็นทวีลักษณ์ของความไม่เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับชาติ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทมีผลส่งเสริมต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับประเทศ แต่ขณะเดียวกัน ภายในขบวนการก็ยังมีมิติความไม่เป็นประชาธิปไตยดำรงอยู่ แต่ท้ายที่สุด การเคลื่อนไหวของขบวนการส่งผลในทางบวกต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย

สาขาวิชา รัฐศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติกร

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5181504824 : MAJOR POLITICAL SCIENCE

KEYWORDS: RURAL DOCTOR MOVEMENT / POLICY PROCESS OF HEALTH SYSTEM / CIVIL SOCIETY / PARTICIPATORY DEMOCRACY

CHETTHA SAPYEN: A STUDY OF RURAL DOCTOR MOVEMENT IN THE POLICY PROCESS OF HEALTH SYSTEM POLICY: THE MOVEMENT OF CIVIL SOCIETY AND ITS CONTRIBUTION TOWARD PARTICIPATORY DEMOCRACY IN THAILAND. ADVISOR: ASSOC. PROF. AKE TANGSUPVATTANA, Ph.D., 287 pp.

The dissertation aims to examine the rural doctor movement, which may have in itself the non-democratic attribute, but its role in national policy process of health system has promoted the participatory democracy in Thailand. This study used the qualitative methods. This study found that the rural doctor movement had innovated new approach of social movement in Thailand: the duality nature of social movement as being a non-governmental organization (NGO) within the governmental organization (GO) whereas maintaining the nature of being GO within NGO. For the first aspect, being GO within NGO, the doctors in the movement were mostly government officials of the Ministry of Public Health but they established civil society organizations (CSOs) operating outside the terrain of state power. On the other side, being NGO within GO, they made use of the government's resources acquired by their roles and status as government officials to support their CSOs and successfully advocated many policies at the national level. In addition, the movement has had the duality in the participatory democracy aspect. At the national policy level, the movement influenced positively the development of participatory democracy at the national level whereas there remained some aspects or non-democratic attribute within the movement. However, at the end, the movement has contributed positively to the advancement of participatory democracy in Thailand

Field of Study: Political Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ในการจัดทำวิทยานิพนธ์หัวข้อ “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” (A study of rural doctor movement in the policy process of health system : The movement of civil society and its contribution toward participatory democracy in Thailand) ผู้เขียนต้องขอขอบคุณเป็นพิเศษต่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้เขียน ได้แก่ รศ.ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา ที่ท่านเป็นผู้มีความอดทน ให้โอกาส และให้ความมั่นใจต่อศิษย์ผู้นี้เป็นอย่างมาก จนในที่สุดสามารถที่จะผลิตผลงานชิ้นนี้ออกมาได้อย่างประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณแน่ที่คอยอยู่เคียงข้าง และสนับสนุนอย่างเต็มกำลังจนทำให้ผู้เขียนมีเวลาในการสร้างสรรค์วิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณศักดิ์ที่คอยช่วยเหลือสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่เสมอ ขอขอบคุณบอย นิด และเพื่อนปริญญาเอกที่ให้การสนับสนุนในทางใดทางหนึ่ง และขอบคุณเพื่อนคณาจารย์ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรีบางท่านที่เป็นกำลังใจและส่งเสริมอย่างดีเลิศตลอดเวลาการจัดทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงขอบคุณบุคคลต่าง ๆ ที่ผู้เขียนมีจากกล่าวชื่อในที่นี้ได้ครบ

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนต้องขอขอบพระคุณแม่กัลยาผู้เป็นที่รักของผู้เขียนตลอดมา แม้ว่า ณ วันนี้ท่านจะได้จากไปสู่สวรรคาลัยแล้ว แต่ผู้เขียนยังคงระลึกถึงความรักและความปรารถนาดีที่ท่านมีให้เสมอมาจวบจนวาระสุดท้าย ผู้เขียนจึงขอมอบปริญญาเอกใบนี้ให้แก่คุณแม่ผู้เป็นที่รักยิ่งของผู้เขียนตลอดกาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
นัยสำคัญของงานศึกษา.....	7
คำถามหลักของงานศึกษา	7
วัตถุประสงค์ของงานศึกษา.....	8
ขอบเขตของงานศึกษา	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2	10
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการสังเคราะห์เพื่อสร้างกรอบในการวิเคราะห์	10
กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์	29
บทที่ 3	33
ระเบียบวิธีวิจัย	33
วิธีการศึกษาที่ใช้	33
วิธีการเก็บข้อมูล.....	33
ประชากรตัวอย่างที่นำมาศึกษา.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	37
บทที่ 4	39
เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคม	39
เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทคือใคร ?.....	39

การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบท	41
วัตถุประสงค์เริ่มแรกในการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท	50
ปัจจัยส่งเสริมการเกิดขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบท	56
กิจกรรมและประเด็นการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคมที่ ทำประโยชน์สาธารณะ	68
เข้าสู่ยุคการเผชิญวิกฤตความท้าทายของขบวนการแพทย์ชนบทและการฟื้นตัว	99
ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารและดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบท	104
ทิศทางในอนาคตของขบวนการแพทย์ชนบท.....	133
บทที่ 5	141
เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ.....	141
พัฒนาการการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ	141
ประเด็นและกิจกรรมที่ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ	144
มูลเหตุที่ขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายระบบสุขภาพ.....	155
ปัจจัยที่ขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวประสบผลสำเร็จในการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพ .	160
ยุทธศาสตร์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวประสบผลสำเร็จในการเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบาย ระดับชาติ/นโยบายระบบสุขภาพ	166
หมวดที่หนึ่ง...ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual level)	167
หมวดที่สอง...ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural level).....	173
หมวดที่สาม...ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and activity level).....	181
หมวดที่สี่...ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (Impact level).....	188
ความท้าทายในกระบวนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท.....	200
บทที่ 6	207
เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทกับกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และลักษณะความไม่ เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ของขบวนการ	207
ขบวนการแพทย์ชนบท : ความเป็น “NGOs ใน GO” ตัวแบบแห่งความสำเร็จของการเคลื่อนไหว ทางสังคม ภายใต้แนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม	208
ขบวนการแพทย์ชนบทส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเป็นประชาธิปไตยของไทย	214

ลักษณะทางความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อความเป็น ประชาธิปไตย.....	229
บทที่ 7	265
บทสรุป.....	265
รายการอ้างอิง	272
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	287



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเครือข่ายรูปแบบชุมชนนโยบายและเครือข่ายประเด็นปัญหา.....	27
ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ตามลำดับเวลาระหว่างเหตุการณ์ทางการเมืองระดับประเทศและการเคลื่อนไหวสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท.....	29



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 1 : แสดงกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์.....30



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายหลังปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา การเติบโตของกลุ่มพลังทางสังคมในภาพรวมที่เรียกว่า “ประชาสังคม” (civil society) ซึ่งเป็นการรวมตัวของพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองในลักษณะของกลุ่ม ชมรม สมาคมหรือขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอื่น ๆ ได้เริ่มมีอิทธิพลมากขึ้น ในการชี้ทิศทางความเป็นไปของการเมืองไทย จะเห็นได้จากการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้พยายามทำให้เกิดการมีส่วนร่วมทางการเมืองจากประชาชนอย่างเข้มข้นโดยการส่งเสริมให้ประชาสังคมเข้ามามีบทบาทเคียงคู่อยู่กับรัฐและกลุ่มธุรกิจ¹ ภายหลังการปฏิรูปทางการเมือง พ.ศ. 2540 ขบวนการประชาสังคมได้เคลื่อนไหวประชาคมการเมืองไทยจากประชาธิปไตยตัวแทนให้เข้าสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงการสร้างบทบาทซึ่งมีผลกระทบมากขึ้นในด้านของการพัฒนาการจัดการปกครองแบบประชาธิปไตยจากประชาสังคม² ในกระบวนการนี้ประชาสังคมจะสร้างวัฒนธรรมการเมืองที่เข้มแข็งหรือวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็ง โดยการกดดันและสร้างปทัสถานของทั้งการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการตรวจสอบในการริเริ่มและการนำนโยบายมาปฏิบัติของรัฐ ยิ่งไปกว่านั้น วัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็งพร้อมทั้งช่องทางที่เปิดผ่านสถาบันที่เป็นองค์กรอิสระ เช่น คณะกรรมการการเลือกตั้ง คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ สถาบันการศึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และศาลรัฐธรรมนูญ เป็นต้น สามารถนำไปสู่การทำทลายการคอร์รัปชันและการกระทำที่ไม่ถูกต้องทางด้าน

¹ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, “การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : เผด็จการประชานิยมหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม,” รัฐศาสตร์สาร 26 (ฉบับที่ 2): 20.

² เรื่องเดียวกัน, น.24.

นโยบายของนักธุรกิจการเมือง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าประชาสังคมได้ทำให้ตัวเองสามารถสร้างดุลระหว่างพลังทางการเมืองของรัฐและพลังทางด้านตลาดของธุรกิจขึ้นมาที่ละน้อย³

ในทางทฤษฎีประชาธิปไตยจะมองว่าพลังประชาสังคมเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้น (democratization)⁴ อย่างไรก็ตามหากวิเคราะห์อย่างแท้จริงแล้วจะเห็นว่าประชาสังคมในประเทศไทยกลับไม่ได้ยอมรับหรือยอมรับคุณค่าตามแนวทางประชาธิปไตยอุดมคติอย่างแท้จริงโดยเฉพาะการรับเอาการปฏิเสธรีวิคิตและวัฒนธรรมอำนาจโดยสิ้นเชิง ตลอดจนการปฏิเสธรากฝังตึ้งของฐานคิดเรื่องชนชั้น ซึ่งดูเสมือนว่าประชาสังคมในประเทศไทยอาศัยคำว่า “แนวคิด/ทฤษฎีประชาธิปไตยสากล” เป็นเพียงเกราะกำบังในการเคลื่อนไหวทางการเมืองของตนเพื่อมุ่งบรรลุเป้าหมายของกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ตนต้องการเป็นหลัก ซึ่งมักได้ยกข้อกล่าวอ้างว่าทุกกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ตนดำเนินการนั้นเป็นไปเพื่อส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยในสังคมไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง แต่เมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ ของขบวนการประชาสังคมเพิ่มเติมจะพบว่ายังปรากฏลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยฝังตึ้งอยู่ ไม่ลบล้างหายไปอย่างแท้จริง อาทิ ค่านิยมและวิถีคิดในการเคลื่อนไหวของขบวนการประชาสังคม อาจพบว่ามึลักษณะทางค่านิยมและการดำเนินงานที่เจือปนลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยผสมอยู่ เช่น มิติการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำการเคลื่อนไหวยังเป็นไปแต่ในนามเพราะอำนาจการตัดสินใจตกอยู่ภายใต้ผู้นำที่มีบารมี การมีแนวความคิดทางชนชั้นฝังตึ้งอยู่ในขบวนการประชาสังคม การยอมรับวิธีการแก้ไขปัญหาแบบอำนาจนิยม ฯลฯ

ตามหลักการประชาธิปไตยสากลแล้วขบวนการประชาสังคมตั้งอยู่บนฐานคิดประชาธิปไตยเสรีนิยม และการอ้างอิงตนเองของขบวนการประชาสังคมมักจะเชื่อมโยงกับความ

³ เรื่องเดียวกัน, น.25.

⁴ Guillermo O'Donnell and Philippe Schmitter, *Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Democracies* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1986), p. 56. และ James Paul LoGerfo, *Civil Society and Democratization in Thailand, 1973-1992* (Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the Graduate schools of Arts and Sciences, Columbia University, 1997), p. 4. และ Kie-Duck Park, “Concepts of Civil Society and Its Proxies : An East Asian Perspective,” (Korea: The Sejong Institute), p. 9.

เป็นประชาธิปไตยเต็มรูปแบบ สิ่งนี้แสดงว่าโดยหลักการแล้วขบวนการประชาสังคมจึงควรมีความเป็นประชาธิปไตยที่สุด แต่จากที่กล่าวถึงข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าพลังประชาสังคมในไทยอาจยังสลัดไม่หลุดจากฐานคิดที่ไม่เป็นประชาธิปไตย แม้ว่าพลังประชาสังคมในประเทศไทยจะพัฒนาก้าวหน้าไปมากในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่เมื่อพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้วก็ยังไม่สามารถบรรลุพ้นจากวัฒนธรรมความคิดที่ไม่เป็นประชาธิปไตยที่ฝังตรึงอยู่

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าพัฒนาการทางการเมืองไทยตลอดสองทศวรรษที่ผ่านมา การเติบโตของกลุ่มพลังประชาสังคมถือได้ว่าเป็นตัวแสดงหลัก (key actor) ในบริบทการเมืองไทยและการพัฒนาประเทศไปสู่ประชาธิปไตยขึ้นมาทดแทนกลุ่มพลังราชการและทำทนายกลุ่มพลังธุรกิจ เพียงแต่ในท้ายที่สุดแล้ว พลังประชาสังคมในประเทศไทยยังสลัดไม่หลุดจากรากทางจิตสำนึกแบบไม่เป็นประชาธิปไตย แต่กลับปรากฏว่าการเคลื่อนไหวในระดับสังคม พลังประชาสังคมได้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประชาธิปไตยที่มากขึ้นของประเทศไทยโดยเฉพาะประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) แม้ว่าในท้ายที่สุดอาจยังไม่สามารถเป็นแรงขับเคลื่อนให้การเมืองไทยมุ่งสู่ประชาธิปไตยแบบอุดมคติได้โดยสมบูรณ์ สิ่งนี้นับว่ามีความท้าทายต่อทฤษฎีประชาสังคมแบบที่เข้าใจกันอยู่ในปัจจุบันที่มักมองกันว่าประชาสังคมเต็มไปด้วยพลังแห่งความเป็นประชาธิปไตย จึงขับเคลื่อนการเมืองไทยให้เป็นประชาธิปไตยได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการเคลื่อนไหวของประชาสังคมในรอบหลายปีที่ผ่านมา จะพบได้ว่าขบวนการประชาสังคมขบวนการหนึ่งที่ส่งอิทธิพลต่อพัฒนาการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมของไทยเป็นอย่างมาก ได้แก่ ขบวนการประชาสังคม “กลุ่มแพทย์” ซึ่งเป็นขบวนการประชาสังคมด้านสาธารณสุข อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกิจกรรมทางการเมืองและสังคมมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2513 โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่เข้าร่วมประท้วงทางการเมืองในเหตุการณ์ 14 ตุลา 16 เหตุการณ์ 6 ตุลา 19 และเหตุการณ์ 17-20 พฤษภาคม 2535 หรือ พฤษภาคมมิฬ หรือการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2523 และที่สำคัญยิ่ง คือ การที่แพทย์จำนวนมากเข้าร่วมในองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในฐานะผู้นำและผู้ร่วมปฏิบัติการ เพื่อทำการพัฒนาสังคมและการเมืองอย่างขนานใหญ่ อาทิ การเข้าร่วมกลุ่มตรวจสอบการเลือกตั้งและสมาพันธ์ประชาธิปไตย ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนา

เอกชนที่ทำงานด้านปฏิรูปการเมือง หรือการเข้าร่วมในองค์กรด้านพัฒนาชนบทของนายแพทย์ ประเวศ วะสี และนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว⁵ หรือกรณีการเข้าร่วมขับเคลื่อนให้เกิด พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นต้น

ในสังคมไทย กลุ่มวิชาชีพแพทย์จะได้รับการยอมรับนับถือมากเป็นพิเศษ โดยถือว่าเป็นกลุ่มผู้นำที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในสังคม แพทย์จึงได้รับการผลักดันจากคนทั่วไปให้เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในชุมชนหรือสังคมอยู่เสมอ อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้แพทย์จำนวนมาก จำเป็นต้องเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเมืองอย่างกว้างขวาง ประกอบกับการได้ทำงานกับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบทและสลัมในเมือง เห็นความทุกข์ยากของประชาชนและเกิดความตระหนักว่าปัญหาสุขภาพจะแก้ไขได้ต้องเริ่มต้นที่ระดับนโยบายทางการเมืองเป็นสิ่งสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น จากการศึกษาที่กลุ่มแพทย์บางส่วนมีประสบการณ์เข้าร่วมเคลื่อนไหวทางสังคมระหว่างปี พ.ศ. 2516-2519 ทำให้จิตสำนึกในเรื่องการรักความยุติธรรมเกิดขึ้นท่ามกลางกลุ่มแพทย์ กลุ่มแพทย์จึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทั้งด้านสังคมและการเมืองอย่างเต็มตัว นอกจากนี้ จากการศึกษาที่กลุ่มแพทย์เข้าร่วมในกระบวนการผลักดันการปฏิรูปการเมืองช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540 ตลอดจนการวิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจภายหลังจากเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 แล้วนั้น สถานภาพของแพทย์ในแง่การเป็นผู้นำทางสังคมและการเมืองยิ่งได้รับการยกย่องให้สูงเด่นขึ้น

กลุ่มแพทย์เริ่มเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสังคมอย่างจริงจังภายหลังจากช่วงปี พ.ศ. 2516 เป็นต้นมา เริ่มจากกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่เข้าร่วมในกระบวนการต่อสู้ 14 ตุลา และการก่อตั้งโครงการช่วยเหลือสังคม อาทิ โครงการบริการทางอนามัยและสุขภาพแก่ผู้ไร้ที่อาศัยในบริเวณสลัมคลองเตย การเข้าร่วมโครงการสาธารณสุขสำหรับประชาชน ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวนมากหลั่งไหลออกไปช่วยเหลือชาวบ้านในชนบทยากจน

⁵ Scott Bamber, "The Thai medical profession and political activism," In *Political Change in Thailand : Democracy and Participation*, ed. Kevin Hewison (London and New York: Routledge, 1997), p. 233.

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความสนใจของกลุ่มแพทย์ดังกล่าวนี้สอดคล้องกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการพัฒนาชนบท ซึ่งมีความต้องการที่จะยกระดับชีวิตความเป็นอยู่และการอนามัยของคนชนบทยากจนให้ดีขึ้น ทั้งสองฝ่ายจึงหันมาร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อร่วมทำงานพัฒนาชนบท ดังเช่นกรณีของนายแพทย์ประเวศ วะสี ที่ก่อตั้งชมรมหมอชาวบ้านขึ้น เพื่อให้ความรู้และบริการแก่ชาวบ้านยากจนเกี่ยวกับการแพทย์ที่ถูกวิธี⁶ หรือกรณีของการก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท เพื่อผนึกกำลังแพทย์ให้เข้าร่วมพัฒนาสาธารณสุขในชนบทห่างไกล เป็นต้น

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2521-2534 กลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมมีบทบาทเฉพาะด้านการพัฒนาสังคมเป็นสำคัญ แต่ภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่คณะทหารกลุ่มหนึ่งซึ่งเรียกตนเองว่าคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติทำรัฐประหารเข้ายึดอำนาจการเมือง ถือเป็นตัวจุดชนวนผลักดันให้กลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่ง หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ หันมาแสดงบทบาททางการเมืองอย่างจริงจัง อาทิ ในปี พ.ศ. 2535 กลุ่มแพทย์เข้าร่วมต่อต้านรัฐบาลที่นำโดยคณะทหารอย่างเต็มตัวในเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ โดยมีแกนนำแพทย์บางท่านอย่างเช่น นายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ และนายแพทย์เหวง โตจิราการ ร่วมกันก่อตั้งสมัชชาเพื่อประชาธิปไตยขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลที่ไม่เป็นประชาธิปไตยร่วมกับผู้ชุมนุมประท้วงอื่น ๆ ขณะที่แพทย์อาวุโสบางท่านอย่างเช่นนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ทำการเคลื่อนไหวทางการเมืองในระดับบน โดยได้เข้าเฝ้าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และโทรศัพท์สนทนากับองคมนตรี ฯพณฯ เปรม ติณสูลานนท์ เพื่อขอให้เป็นคนกลางนำผู้นำทั้งสองฝ่ายที่ปะทะกันอยู่มาเจรจาตกลงกันอย่างสันติ ส่วนกลุ่มแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดได้กระจายข่าวสารโดยการใช้โทรสารและไปบลิวเพื่อต่อต้านรัฐบาล

ต่อมาภายหลังจากเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ กลุ่มแพทย์ดังกล่าวร่วมกันจัดตั้ง “สมัชชาสาธารณสุขเพื่อประชาธิปไตย” เพื่อเคลื่อนไหวสนับสนุนให้เกิดการปกครองรูปแบบประชาธิปไตยอย่างต่อเนื่อง โดยได้ให้ความรู้ด้านการเมืองแก่ชาวเมืองและชาวชนบท และเป็นผู้นำกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เข้าร่วมสร้างสรรค์ประชาธิปไตย ตลอดจนกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้านสังคมควบคู่ไปด้วย อาทิ

⁶ Ibid., pp. 235-237.

การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ เป็นต้น⁷ นอกจากนี้ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540 กลุ่มแพทย์กลุ่มนี้ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์ประจำเวช วัชชี นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว และแพทย์คนอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก ยังทำการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองอย่างแข็งขัน เพื่อเรียกร้องให้มีรัฐธรรมนูญที่เป็นประชาธิปไตยซึ่งบรรลุผลสำเร็จในปี พ.ศ. 2540 โดยรัฐสภาได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ. 2540 อย่างเป็นทางการ อันเป็นรัฐธรรมนูญที่ถือได้ว่ามีความเป็นประชาธิปไตยอย่างแท้จริง จนได้รับการขนานนามว่าเป็น “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” เพราะประชาชนส่วนหนึ่งในประเทศมีโอกาสแสดงความคิดเห็นร่วมร่างรัฐธรรมนูญเล่มนี้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคมกลุ่มแพทย์นับเป็นขบวนการหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญทางสังคมและการเมืองเป็นอย่างสูง ถึงแม้ว่าจะเริ่มแสดงบทบาทอย่างจริงจังตั้งแต่ช่วงตุลาคม พ.ศ. 2516 แต่ด้วยสถานการณ์ทางสังคมที่สูงยิ่งในสายตาประชาชน ทำให้การเคลื่อนไหวของขบวนการประชาสังคมกลุ่มแพทย์ เป็นที่ยอมรับจากสังคมในวงกว้าง และสามารถดำเนินการเคลื่อนไหวอย่างเปี่ยมพลังในการผลักดันวาระต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนให้เกิดขึ้นในสังคมไทยได้โดยไม่ยากเย็นนัก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเบื้องต้นจะพบว่าขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคมกลุ่มแพทย์ขบวนการหนึ่งคือ *เครือข่ายชมรมแพทย์ชนบท* หรือเรียกได้ว่าเป็น *ขบวนการแพทย์ชนบท* มีอิทธิพลสูงยิ่งในการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองในประเทศไทยในแง่ของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพระดับชาติที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง การเคลื่อนไหวของขบวนการนี้ในระดับสังคมส่งผลสำคัญต่อการสร้างจิตสำนึกและขับเคลื่อนกระบวนการทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทถือเป็นขบวนการประชาสังคมในประเทศไทยขบวนการสำคัญที่สามารถส่งอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับประเทศ ทั้งที่ไม่ได้แปรสภาพเป็นพรรคการเมืองเพื่อลงเลือกตั้งและเข้าไปมีอำนาจในการกำหนดนโยบายโดยตรง แต่กลับปรากฏว่าขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำเนินตามครรลองของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ประสบผลสำเร็จในการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก และทำให้การ

⁷ Ibid., pp. 240-242.

เมืองไทยมีมิติของความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในแง่ของการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ถึงแม้ว่าการเคลื่อนไหวของขบวนการฯ ที่ปรากฏอยู่อาจยังคงมีลักษณะของวิถีคิดบางประการที่ยังไม่สามารถเรียกได้ว่ามีความเป็นประชาธิปไตยดำรงอยู่อย่างเต็มที่ก็ตาม แต่กลับส่งผลสะท้อนต่อการขับเคลื่อนการเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมระดับประเทศได้ สิ่งนี้นับว่ามีความน่าสนใจในเชิงทฤษฎีประชาสังคมกับพัฒนาการประชาธิปไตยเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้พยายามมุ่งทำการศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับมิติใหม่ทางทฤษฎีภายใต้บริบทของสังคมการเมืองไทยดังกล่าว

นัยสำคัญของงานศึกษา

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ต้องการชี้ให้เห็นช่องว่างในทางทฤษฎีและความเป็นจริงของความเป็นประชาสังคมในประเทศไทย (ขบวนการแพทย์ชนบท) ในบริบทของการขับเคลื่อนพัฒนาการความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยขบวนการทางสังคมว่า ภายในขบวนการประชาสังคมที่ยังคงมีลักษณะบางประการของความไม่เป็นประชาธิปไตยหลงเหลืออยู่ แต่กลับสามารถส่งเสริมต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในระดับนโยบายระดับชาติได้ ซึ่งเป็นการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทภายใต้บริบทการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับประเทศ

คำถามหลักของงานศึกษา

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ตั้งคำถามหลักที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การเคลื่อนไหวของขบวนการประชาสังคมในประเทศไทย ได้แก่ ขบวนการแพทย์ชนบท ที่ยังคงมีลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตยดำรงอยู่ อาทิ ลักษณะวัฒนธรรมอำนาจ ฯลฯ แต่กลับปรากฏว่าการเคลื่อนไหวในระดับสังคมในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในกระบวนการนโยบายระดับประเทศ ได้ส่งผลทางบวกต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทยหรือไม่ ?

วัตถุประสงค์ของงานศึกษา

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาว่าขบวนการประชาสังคมในประเทศไทย (ในที่นี้คือขบวนการแพทย์ชนบท) ที่อาจยังคงมีลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตยดำรงอยู่ แต่บทบาทการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพระดับสังคม สามารถมีผลต่อการส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ

ขอบเขตของงานศึกษา

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ได้กำหนดขอบเขตเนื้อหามุ่งศึกษาถึงลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคม ได้แก่ ขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งอาจยังมีลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตยในกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายฯ แต่บทบาทการเคลื่อนไหวในกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศมีผลส่งเสริมต่อพัฒนาการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย ตลอดจนการมุ่งวิเคราะห์ถึงแนวทางรูปแบบ และกลยุทธ์ในการเคลื่อนไหวที่สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ อันเป็นการยกระดับความก้าวหน้าของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ขณะที่ขอบเขตด้านประชากรมุ่งศึกษาเครือข่ายประชาสังคมด้านแพทย์/สาธารณสุข โดยกำหนดกรณีศึกษาของการเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. งานศึกษานี้จะทำให้ทราบว่าความเป็นจริงทางสังคมการเมืองนั้นไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นอุดมคติทางทฤษฎี แต่สามารถที่จะทำให้ได้รับผลลัพธ์อย่างที่แนวคิดทางทฤษฎีพึงปรารถนา ในที่นี้ได้แก่ การที่ขบวนการประชาสังคมที่ไม่จำเป็นต้องตั้งอยู่บนลักษณะความเป็นประชาธิปไตยอย่างสมบูรณ์ แต่สามารถส่งผลต่อการขับเคลื่อนความเป็นประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นในระดับสังคมได้

2. ทำให้เข้าใจว่ากลยุทธ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมทางนโยบายที่สำคัญระดับประเทศของ ขบวนการประชาสังคมนี้อาจมีวิธีการอย่างไรที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศให้ ประสบความสำเร็จได้ โดยที่ไม่ได้เข้าไปเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายโดยตรงในฐานะ รัฐบาล ซึ่งเป็นตัวอย่างของการสร้างขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคมที่มีคุณภาพในการส่งเสริม ความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำมาสู่ตัวแบบของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ ประสบความสำเร็จในการปฏิรูปนโยบายระดับประเทศ

ลำดับในการนำเสนอเรื่อง

ในการนำเสนอเนื้อหาของงานศึกษา “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการ นโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อคำถามหลัก วัตถุประสงค์ ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับการ การศึกษา จึงได้มีการลำดับการนำเสนอเป็นบทต่าง ๆ ดังนี้

บทที่ 1 บทนำ

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

บทที่ 4 เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคม

บทที่ 5 เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ

บทที่ 6 เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทกับกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมและ ลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ของขบวนการ

บทที่ 7 บทสรุป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการสังเคราะห์เพื่อสร้างกรอบในการวิเคราะห์

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดอย่างน้อยห้าเรื่องด้วยกัน กล่าวคือ (1) ประชาสังคมและขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (civil society movement) เพื่อวางฐานความคิดในเรื่องการเคลื่อนไหวของประชาสังคม ได้แก่ ขบวนการแพทย์ชนบท (2) วัฒนธรรมทางการเมืองและกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม (political culture & socialization) เพื่อสำรวจเกี่ยวกับค่านิยมและวิถีคิดแบบที่เป็นประชาธิปไตย และลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตย (3) ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) เพื่อพิจารณาถึงการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีต่อกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพระดับชาติ (4) ประชาธิปไตยและการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นประชาธิปไตย (democracy & democratization) เพื่อวางกรอบความคิดเกี่ยวกับหลักการประชาธิปไตยและการเปลี่ยนแปลงสู่ประชาธิปไตยที่มากขึ้นในสังคมโดยการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท และ (5) เครือข่ายนโยบาย (policy networks) เพื่อพิจารณาถึงขบวนการแพทย์ชนบทมีลักษณะการทำงานเชิงเครือข่ายนโยบายกับองค์กรไม่แสวงหากำไรอื่นและหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้นกรอบความคิดและทฤษฎีที่จะนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลในงานศึกษาชิ้นนี้จึงได้ทำการสำรวจเฉพาะแนวความคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

“ขบวนการประชาสังคม และประชาธิปไตย และการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นประชาธิปไตย” (Civil Society Movement and Democracy & Democratization)

แนวความคิดเรื่องประชาธิปไตยและการพัฒนาสู่ความเป็นประชาธิปไตย มีนักคิดคนสำคัญที่วางพื้นฐานความเข้าใจในเรื่องนี้ไว้ ได้แก่ ดังก์วาร์ท รัสทาว (Dankwart Rustow) ซึ่ง

นำเสนอกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตย⁸ (democratization) ของสังคมการเมืองประเทศหนึ่ง ๆ จากระบอบการเมืองที่ล้าหลังแบบอำนาจนิยมสู่การเมืองสมัยใหม่แบบประชาธิปไตยต้องผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนสถานะสามขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่หนึ่ง...การล้มลงของระบอบอำนาจนิยมที่ไม่เป็นประชาธิปไตย (The Decline of Authoritarian Rule)

ขั้นที่สอง...การเริ่มต้นของระบอบประชาธิปไตยใหม่ (The Installation of New Regime)

ขั้นที่สาม...การทำให้ประชาธิปไตยเข้มแข็ง (The Consolidation of Democracy) โดยปลูกฝังคุณค่า/อุดมการณ์ประชาธิปไตยในฐานะระบอบการปกครองให้หยั่งรากลึกในสังคมเพื่อดำรงอยู่ระยะยาว

ในประเด็นเรื่องการทำให้ประชาธิปไตยเข้มแข็ง (Consolidation of Democracy) นั้น แลร์รี ไดมอนด์ (Larry Diamond) ได้สำรวจเชิงประจักษ์ในประเทศต่าง ๆ และได้ข้อสรุปว่าประเทศที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การสร้างระบอบประชาธิปไตยจำเป็นที่จะต้องเกิดความเข้มแข็งใน 2 มิติ⁹ ได้แก่

มิติที่หนึ่ง...การหยั่งรากลึกลงในปทัสถานและความคิดความเชื่อ (norms and beliefs) โดยการปลูกฝังคุณค่าและอุดมการณ์ประชาธิปไตยในฐานะระบอบการปกครองที่พึงยึดมั่นถือมั่นในสังคม และต้องปกป้องรักษาไว้อย่างสุดความสามารถ

มิติที่สอง...การหยั่งรากลึกลงในพฤติกรรม (behavior) ต้องแสดงออกมาในทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นวิถีชีวิตที่ดำเนินตามครรลองประชาธิปไตยในการอยู่ร่วมกันในสังคม

โดยภารกิจหลักพื้นฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศประชาธิปไตยที่เกิดขึ้นใหม่ และยังมีภาวะเปราะบาง (new and fragile democracies) จะต้องคำนึงถึงภาระหน้าที่สำคัญ 3 ประการ¹⁰ ได้แก่

⁸ Dankwart Rustow, "Transitions to democracy : Towards a Dynamic Model," *Comparative Politics*, Vol. 2, No.3 (April 1970), pp. 337-363.

⁹ Larry Diamond, *Developing Democracy : Toward Consolidation* (Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press), p. 66.

¹⁰ Ibid., pp. 74-75.

ภารกิจที่หนึ่ง...การหยั่งรากลึกในคุณค่าประชาธิปไตย (democratic deepening) โดยทำให้เกิดโครงสร้างที่เป็นทางการของความเป็นประชาธิปไตยขึ้นมาให้อยู่บนพื้นฐานของหลักเสรีภาพ (liberalism), หลักการตรวจสอบได้เป็ย (accountability), หลักความเป็นตัวแทน (representativeness) และความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility)

ภารกิจที่สอง...การสร้างสถาบันการเมืองแบบประชาธิปไตยที่มีประสิทธิภาพขึ้นมารองรับ (political institutionalization) ได้แก่ ระบบราชการ พรรคการเมือง รัฐสภา ระบบการเลือกตั้ง รัฐธรรมนูญ ระบบกฎหมายและศาล ระบบการตรวจสอบ ฯลฯ¹¹ โดยที่สถาบันการเมืองต้องมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ การสอดประสานการทำงานระหว่างกันของสถาบันการเมืองต่าง ๆ (coherent), เป็นสถาบันการเมืองที่มีความสลับซับซ้อนในภารกิจหน้าที่ของตน (complex), เป็นสถาบันการเมืองที่มีความเป็นตัวของตัวเอง เป็นอิสระไม่ขึ้นอยู่กับอำนาจนอกเหนือประชาธิปไตย (autonomous), มีความสามารถในการปรับตัวสูงต่อสภาพแวดล้อมเพื่อมิให้สถาบันการเมืองล่มสลาย (adaptable), เป็นสถาบันการเมืองที่มีศักยภาพความสามารถในการทำงานได้อย่างบรรลุเป้าหมาย (capable), มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา (effective), เป็นสถาบันการเมืองที่มีคุณค่าได้รับการยอมรับ (valued), และผูกพันกับประชาชนและสังคม (binding)

ภารกิจที่สาม...การทำให้ระบอบประชาธิปไตยสร้างประโยชน์ต่อประชาชนในประเทศในทุก ๆ ด้าน (regime performance) ซึ่งโดยอนตให้มีความสำคัญมากเพราะเป็นประเด็นที่จะบ่งชี้ว่าประเทศจะก้าวข้ามไปสู่การเป็นประชาธิปไตยที่เข้มแข็งได้หรือไม่ ประเทศประชาธิปไตยที่เกิดขึ้นใหม่จำเป็นต้องทำสิ่งที่จะต้องมีผลงาน (regime performance) อย่างน้อยในสองด้าน กล่าวคือ ผลงานเชิงเศรษฐกิจ (economic performance) และผลงานเชิงการเมือง (political performance)¹² โดยต้องทำให้ประชาชนประจักษ์ชัดว่าเมื่อสังคมการเมืองผ่านเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตย จะต้องยกระดับคุณภาพชีวิตในด้านความเป็นอยู่ที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตและให้โอกาสในชีวิตที่จะสามารถบรรลุถึงความก้าวหน้าที่เพิ่มขึ้นได้ ตลอดจนหลักประกันทางสิทธิและเสรีภาพที่ประชาชนได้รับการคุ้มครองในการแสดงออกในมิติต่าง ๆ ของชีวิต โดยเมื่อเปรียบเทียบกับระบอบอำนาจนิยมแบบเก่าแล้วจะต้องเห็นชัดเจนถึงความแตกต่างและคุณค่าของการดำรงชีวิตภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

¹¹ Larry Diamond, *Developing Democracy : Toward Consolidation*, pp. 93-112.

¹² Ibid., pp. 78-90.

ในขณะที่แนวความคิดเรื่องประชาสังคม (civil society) ถูกใช้ในความหมายที่แตกต่างกันตามแต่นักคิดที่จะนำเสนอ ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านเป้าประสงค์เชิงการเมืองของการให้นิยามของแต่ละคน¹³ อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาจะทำการสังเคราะห์แนวความคิดหลักโดยสรุปของแนวคิดประชาสังคมโดยแบ่งออกเป็นสองยุคความคิด¹⁴ ได้แก่

1) แนวคิดแบบดั้งเดิม (old concept) มองว่าประชาสังคม (civil society) มีนิยามที่กว้างขวาง อันเป็นอาณาบริเวณ (sphere) ของการกระทำกิจเชิงสังคม (social action in social arena) โดยที่ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relation) ต้องมีลักษณะที่ไม่เชื่อมโยงกันทางสายเลือด/เครือญาติ (clan or family) นอกจากนี้ ในแนวความคิดแบบดั้งเดิมนั้นยังหมายรวมเอาพรรคการเมือง (political party) เข้าไว้ด้วยเพราะถือว่าการรวมตัวของบุคคลที่เข้ามาทำกิจสาธารณะ ในบางแนวคิดยังรวมถึงเศรษฐกิจแบบตลาด (market economy) ที่นับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของประชาสังคมเนื่องจากการกระทำกิจด้วยตัวของพลเมืองเองอย่างมีเสรีภาพและสามารถกำหนดชะตาชีวิตตนเองโดยปราศจากการถูกเกณฑ์/บังคับ/ครอบงำจากอำนาจรัฐ ตัวแสดง (actor) ของประชาสังคมตามแนวคิดแบบดั้งเดิมจึงหมายถึงขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) ภาคธุรกิจ (business sector) พรรคการเมือง (political party) องค์กรทางสังคม (social organization) เช่น สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา ฯลฯ

2) แนวคิดแบบใหม่ (new concept) ในปัจจุบันนั้น มองว่าประชาสังคมมีลักษณะที่อยู่นอกเหนือมิติของรัฐ ไม่ใช่รัฐ (non-state movement) จำแนกประชาสังคมออกจากทั้งรัฐ (state) และเศรษฐกิจ (economy) เป็นอาณาบริเวณของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ที่อยู่ระหว่างอาณาบริเวณของรัฐและเศรษฐกิจ เป็นตัวแสดงอิสระที่ไม่อยู่ใต้อำนาจรัฐ โดยเพิ่มคำ

¹³ Peter Dickens, *Reconstructing Nature : Alienation, Emancipation, and the Division of Labour* (London: Routledge, 1996), p. 132.

¹⁴ สังเคราะห์เนื้อหาและพิจารณาเพิ่มเติมจาก (1) Antony Black, *Guilds and Civil Society in European Political Thought from the Twelfth Century* (London: Methuen, 1984). (2) Jean L. Cohen and Andrew Arato, *Civil Society and Political Theory* (Cambridge, Massachusetts, and London: The MIT Press, 1992). (3) Salvador Giner, "Civil Society and its Future," In *Civil Society : Theory, History, Comparison*, John A. Hall (Great Britain: Polity Press, 1995), pp. 301-325. (4) John A. Hall, "In Search of Civil Society." In *Civil Society : Theory, History, Comparison*, ed. John A. Hall (Great Britain: Polity Press, 1995), pp. 1-31. (5) John Keane, *Democracy and Civil Society* (London: Verso, 1988). (6) Adam B. Seligman, *The Idea of Civil Society* (New York: The Free Press, 1992). (7) Edward Shils, "The Virtue of Civil Society," *Government and Opposition*, Vol. 26, No.2, (1991), pp.3-30.

จำกัดความในแง่ของอาณาบริเวณสาธารณะ (public sphere) ที่มุ่งความสนใจเกี่ยวกับผลประโยชน์ส่วนรวม (public interest) ไม่มุ่งแสวงหากำไร (private interest) ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในประชาสังคมมีลักษณะเป็นแนวราบ (horizontal relationship) และมีความเสมอภาค เป็นความสัมพันธ์ในการรวมตัวโดยสมัครใจ (voluntary association) ประชาสังคมสมัยใหม่ (modern civil society) ถือกำเนิดขึ้นบนพื้นฐานของควมมีอิสระของปัจเจกชนในการพยายามก่อร่างความเป็นตัวตนและการขับเคลื่อนด้วยพลังของตนเอง (self-constitution and self-mobilization) โดยปราศจากการครอบงำจากรัฐ ตัวแสดง (actor) ของประชาสังคมตามแนวคิดสมัยใหม่จึงหมายถึงกลุ่ม/องค์กรที่รวมตัวกันของพลเมืองทั้งเป็นทางการ อาทิ มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และไม่เป็นทางการ อาทิ เ็นใจโ ชมรม กลุ่ม ฯลฯ และยังหมายรวมถึงขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคม (civil society movement) หรือขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมทั้งแบบเก่าและแบบใหม่ (social movement and new social movement)

ความสัมพันธ์ระหว่างขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคม (civil society movement) กับพัฒนาการสู่ความเป็นประชาธิปไตย (democratization) ได้มีการค้นพบว่าบทบาทของประชาสังคมจะทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวนำพลเมืองสู่การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในสังคมประชาธิปไตย¹⁵ ทำให้ประชาสังคมมีความสำคัญต่อประชาธิปไตยยุคใหม่เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยทางการเมืองจะมีความหมายรวมถึงกระบวนการจัดตั้งและการขยายตัวของสถาบันการเมืองที่ส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย¹⁶ ซึ่งประชาสังคมเป็นสถาบันการเมืองหนึ่งที่เป็นแกนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสู่ประชาธิปไตยและการเสริมสร้างประชาธิปไตยให้เข้มแข็ง¹⁷ เจมส์ พอล โลเกอร์โฟ (James Paul LoGerfo) ได้แสดงความสำคัญของประชาสังคมต่อพัฒนาการประชาธิปไตยในกรณีที่ประชาสังคมถือเป็นฐานของการเคลื่อนไหวที่นำมาสู่ความเป็นประชาธิปไตย เนื่องจากประชาสังคมได้เตรียมให้เกิดภาวะผู้นำ (leadership), การสนับสนุน

¹⁵ Robert B. Albritton and Thawilwadee Bureekul, "Civil Society and The Consolidation of Democracy in Thailand," Paper Prepared for delivery at the Annual Meeting of the Southern Political Science Association, Savannah, GA, November 6-9, 2002, p. 11.

¹⁶ Manuel Antonio Garretón, "Social Movements and Democratization," In *Social Movements in Development : The Challenge of Globalization and Democratization*, ed. Staffan Lindberg and Arni Sverrisson (Great Britain: Macmillan Press, 1997), p. 68.

¹⁷ Kie-Duck Park, "Concepts of Civil Society and Its Proxies : An East Asian Perspective," (Korea: The Sejong Institute), p. 9.

(support), และทรัพยากร (resources) กล่าวคือ องค์การประชาสังคมได้สร้างโอกาสและเปิดพื้นที่ให้แก่สมาชิกในการมีประสบการณ์การเป็นผู้นำในการบริหารกิจกรรมโครงการและการจัดการในการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยให้เกิดขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ โลกเกอร์โฟยังพบว่ามีแนวโน้มเชิงโครงสร้าง (structural tendency) ภายในประชาสังคมที่ผลักดันให้เกิดความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในระบอบสังคมนิยม กล่าวคือ ภายในประชาสังคมมีปทัสถาน (norms) ที่ยกย่องคุณค่าของประชาธิปไตย จึงทำให้โครงสร้างภายในประชาสังคมและกระบวนการมีสถานะแบบประชาธิปไตย มีความตระหนักในเสรีภาพและสิทธิซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในประชาสังคมและในรัฐด้วยกัน โลกเกอร์โฟยังพบว่าความเข้มแข็งของประชาสังคมเป็นสาเหตุสำคัญของความเป็นประชาธิปไตยที่เข้มแข็ง¹⁹

ประเด็นข้างต้นสอดคล้องกับกุยแยร์โม โอดอนเนล และ ฟิลิปเป ชมิตเตอร์ (Guillermo O'Donnell and Philippe Schmitter) ซึ่งทั้งสองค้นพบว่าขบวนการเคลื่อนไหวมวลชนที่เป็นประชาธิปไตยมีแนวโน้มผลักดันให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยมากกว่าการทำลายคุณค่าประชาธิปไตย²⁰ ยิ่งไปกว่านั้น ทั้งสองยังค้นพบเพิ่มเติมว่าประชาสังคมได้ขยายขอบเขตพื้นที่สาธารณะที่เอื้อให้ประชาชนได้แสดงออกบนพื้นฐานหลักสิทธิและเสรีภาพตามแบบคุณค่าประชาธิปไตยมากกว่ารัฐบาลของประเทศที่เป็นประชาธิปไตยเกิดใหม่ดำเนินการเสียอีก ซึ่งประชาสังคมมีผลต่อการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นได้ดีกว่ากรณีที่รัฐบาลทำ²¹

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

¹⁸ James Paul LoGerfo, Civil Society and Democratization in Thailand, 1973-1992 (Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the Graduate schools of Arts and Sciences, Columbia University, 1997), p. 4.

¹⁹ Ibid., pp. 4-5.

²⁰ Guillermo O'Donnell and Philippe Schmitter, Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Democracies (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1986), p. 56.

²¹ Ibid., pp. 48-56.

“วัฒนธรรมทางการเมือง และกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม” (Political Culture & Socialization)

กรอบแนวคิดที่ว่าด้วย “วัฒนธรรมทางการเมืองและกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม” (political culture & socialization) ของ Gabriel Almonds และ Sydney Verba²² จุดมุ่งหมายหลักในการศึกษา เนื่องจากต้องการค้นหาตัววัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนทางการเมือง โดยมองว่าระบอบประชาธิปไตยจะก้าวหน้าไปได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในเป็นสำคัญ ในที่นี้คือวัฒนธรรมของคนในประเทศ โดย Almonds และ Verba ชี้ให้เห็นว่าวัฒนธรรมการเมืองที่เอื้ออำนวยต่อการปกครองแบบประชาธิปไตยให้มีความมั่นคง ต้องอยู่ในรูปของ “Civic Culture” หรือ “วัฒนธรรมพลเมือง” ซึ่งมีลักษณะสำคัญ ๆ ดังนี้

1. เป็นวัฒนธรรมที่ผสม 3 แบบ ได้แก่ “Participant-Subject-Parochial Culture”²³ แต่เน้นจุดเด่นที่วัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วม (participant) เป็นหลัก โดยมีวัฒนธรรมแบบไพร่ฟ้า (subject) เป็นรอง และวัฒนธรรมแบบคับแคบ (parochial) ผสมอยู่เล็กน้อย
2. วัฒนธรรมการเมืองแบบ civic culture ต้องสอดคล้องกับลักษณะโครงสร้างทางการเมืองและระดับการพัฒนาทางการเมืองด้วย หมายความว่า เป็นวัฒนธรรมที่เอื้ออำนวยต่อการปกครองในรูปแบบประชาธิปไตยเสรีนิยม ยิ่งวัฒนธรรมเป็นแบบ civic culture มาก จะยิ่งเป็นประชาธิปไตยมาก
3. เป็นวัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วม (participant) ที่มีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ในการตัดสินใจทางการเมือง

ในทางตรงกันข้าม หากสังคมการเมืองใดที่มีวัฒนธรรมแบบไพร่ฟ้า (subject) สูง นั้น แสดงถึงว่าสังคมดังกล่าวยังอยู่ภายใต้สภาวะหรือบรรยากาศในสังคมแบบอำนาจนิยม ขาดการมี

²² สรุปความจาก Gabriel Almonds and Sydney Verba, *The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations*. (Boston: Little, Brown and Company, 1965).

²³ Participant Culture คือ วัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วม, Subject Culture คือ วัฒนธรรมแบบยอมรับ และทำตาม, Parochial Culture คือ วัฒนธรรมแบบคับแคบ

ส่วนร่วมในการปกครองหรือดำเนินการใด ๆ ด้วยพลังของตนเอง แต่รอรับการปกป้องดูแลจากผู้ที่ไม่เห็นอกว่า

อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม (participant political culture) หรือที่ลิซิท ธีรวะดิน เรียกว่า “วัฒนธรรมการเมืองแบบประชาธิปไตย” นี้ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องสิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาค “โดยวัฒนธรรมการเมืองส่วนนี้จะต้องเคารพอำนาจอธิปไตยของปวงชน ความเสมอภาคของคนในสังคม การเคารพสิทธิเสรีภาพ เช่น เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การเลือกที่อยู่อาศัย เสรีภาพในร่างกาย เสรีภาพความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ฯลฯ นอกจากนี้ยังต้องยอมรับกฎกติกาของการใช้เสียงข้างมากในการหาข้อยุติในความขัดแย้ง (majority rule) และขณะเดียวกันก็เคารพสิทธิของคนเสียงข้างน้อย (minority right) ออกทอนอดกลั้นต่อความคิดเห็นที่แตกต่าง เดินตามแนวหลักนิติธรรมและกระบวนการยุติธรรมอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ฯลฯ”²⁴

วัฒนธรรมทางการเมืองจะถูกส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นผ่าน “กระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม” (socialization) โดยกระบวนการกล่อมเกลารเรียนรู้ทางการเมือง (political socialization) โดยทั่วไปจะมี 3 ขั้นตอน ได้แก่

(1) ความโน้มเอียง/แนวโน้มด้านการรับรู้ (Cognitive Orientation) คือ ความรู้เกี่ยวกับระบบการเมือง²⁵ “การต้องรู้ว่าหลักการ กระบวนการ รวมทั้งสิ่งที่ปรากฏเป็นวัตถุเกี่ยวข้องในทางการเมืองอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาตมมันทางการเมืองของตนเอง (political self)”²⁶

(2) ความโน้มเอียง/แนวโน้มด้านอารมณ์ (Affective Orientation) ได้แก่ “การถูกกล่อมเกลาสั่งสอนในครอบครัว ในโรงเรียน ในสถาบันศาสนา ในองค์กรสังคม และในสังคมโดยรวม ให้

²⁴ ลิซิท ธีรวะดิน, “วัฒนธรรมการเมืองและการพัฒนาประชาธิปไตย,” สยามรัฐ (27 สิงหาคม 2551). แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000617

²⁵ ม.ร.ว.พฤษถีสถิติน ชุมพล, ระบบการเมืองความรู้เบื้องต้น (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544), หน้า 96.

²⁶ ลิซิท ธีรวะดิน, “วัฒนธรรมการเมืองประชาธิปไตย,” ผู้จัดการรายวัน (21 สิงหาคม 2551). แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000615

รับหรือปฏิเสธอันได้แก่ให้ชอบหรือไม่ชอบ ... มีความผูกพันต่อเอกลักษณ์ที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่ง
ของสังคมการเมืองนั้น ๆ นอกจากนี้ ยังมีการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ในแง่ชอบการมีสิทธิ
เสรีภาพ ไม่ชอบการถูกกดขี่ รักความยุติธรรม ไม่ชอบความอคติ ฯลฯ”²⁷

(3) ความโน้มเอียง/แนวโน้มด้านการประเมินค่า (Evaluative Orientation) คือ “การตัดสิน
ว่าดี/ไม่ดี เป็นประโยชน์/ไม่เป็นประโยชน์ ซึ่งการตัดสินนี้ใช้ค่านิยมข้อมูลข้อเท็จจริง และอารมณ์
ความรู้สึกประกอบเข้าด้วยกัน”²⁸

แนวโน้มทั้งสามประการข้างต้นจะส่งผลต่อแนวโน้มที่จะมองการเมืองของแต่ละบุคคล
อย่างไร (political orientation) ซึ่งสิ่งนี้เรียกว่า “วัฒนธรรมทางการเมือง” (political culture)

วัฒนธรรมทางการเมืองจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางการเมือง (political behavior) ซึ่ง
ในระดับปัจเจกจะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพส่วนบุคคล (individual personality or selfhood)
ของแต่ละคนในสังคม และในระดับทั้งสังคมใหญ่จะเป็นตัวกำหนดลักษณะประจำชาติ (national
character or modal personality) ของสังคมการเมืองนั้น ๆ โดยมีกระบวนการถ่ายทอดทาง
วัฒนธรรม (socialization) เป็นกลไกสำคัญในการดำรงความต่อเนื่องของสังคมการเมืองที่
ถ่ายทอดวัฒนธรรมการเมืองจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้เกิดการสร้างความไว้วางใจทางการเมือง (political
trust) ต่อระบอบการเมือง ยิ่งไปกว่านั้น กระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมการเมืองสามารถเกิดขึ้น
ได้ในทุกช่วงวัย (life cycle) ต่อเนื่องตามช่วงอายุ เนื่องจากมนุษย์มีพัฒนาการทางการเรียนรู้
(learning development) ในแต่ละช่วงวัย สามารถแบ่งระดับช่วงอายุได้ 4 ระดับ ได้แก่

- (1) กระบวนการถ่ายทอดในวัยเด็กตอนต้น (Early Childhood Socialization)
- (2) กระบวนการถ่ายทอดในวัยเด็กตอนปลาย (Late Childhood Socialization)
- (3) กระบวนการถ่ายทอดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adolescence Socialization)
- (4) กระบวนการถ่ายทอดในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Late Adolescence Socialization)

²⁷ ลิขิต ธีรเวคิน, “วัฒนธรรมการเมืองประชาธิปไตย,” ผู้จัดการรายวัน (21 สิงหาคม 2551).

²⁸ ม.ร.ว.พฤษถิสาณ ชุมพล, ระบบการเมืองความรับรู้เบื้องต้น, หน้า 96.

ความเป็นตัวตนทางการเมือง (political self) ของคน ๆ หนึ่งจะถูกก่อร่างขึ้นในปีแรก ๆ ในวัยเด็ก โดยกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในวัยเด็ก (childhood socialization) จะใช้กลไกผ่านทางครอบครัวและกลุ่มพื้นฐาน (primary group) เช่น กลุ่มเพื่อน ฯลฯ เป็นหลัก ซึ่งเป็นช่องทางที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการก่อร่างทางด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล (personality) ของแต่ละคน ดังที่ ลิขิต ธีรเวคิน อธิบายเพิ่มเติมว่า “อาตมมันทางการเมือง (political self) จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการอบรมเรื่องความรู้ ค่านิยม และวัฒนธรรมทางการเมือง ตั้งแต่ในครอบครัว สถาบันการศึกษา จนถึงสังคม”²⁹ หากการพัฒนาวัฒนธรรมทางการเมืองแบบประชาธิปไตยผ่านสถาบันต่าง ๆ นี้ เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้การพัฒนาระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยมีความอ่อนแอ “เกิดความสับสนและความขัดแย้งจนมีผลต่อพฤติกรรมทางการเมืองได้ การพัฒนาระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ ผู้ที่อ้างว่าเป็นประชาธิปไตยจะไม่ยอมฟังเสียงคนที่มีความเห็นแตกต่างจากตน ลักษณะดังกล่าวก็คือความเป็นเผด็จการนั่นเอง”³⁰

นอกจากนี้ “แม้ว่าการดำรงรักษาวัฒนธรรมทางการเมืองเป็นหน้าที่ ซึ่งถือได้ว่าการกล่อมเกลாதทางการเมืองกระทำอยู่เป็นหลัก โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลมากในแง่นี้ และในสังคมที่มีเสถียรภาพสูง (stable societies) โรงเรียน สถาบันทางศาสนาเป็นอาทิ ก็จะทำหน้าที่ในแนวทางนี้เช่นกัน”³¹ แต่กลับปรากฏว่ามีความขัดกันระหว่างการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางการเมืองแบบใหม่ที่เป็นประชาธิปไตยกับการคงอยู่ของวัฒนธรรมทางการเมืองแบบดั้งเดิมก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เกิดขึ้นเสมอ ซึ่งการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางการเมืองแบบใหม่ที่เป็นประชาธิปไตย หากปรากฏว่าผู้คนในสังคมยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมทางการเมืองแบบประชาธิปไตยได้อย่างสอดคล้องอันเนื่องจากการฝังตรึงของวัฒนธรรมดั้งเดิมยังคงอยู่ จะเกิดสิ่งที่เรียกว่า “การตกหลังของวัฒนธรรม” (culture Lag) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมระยะเปลี่ยนผ่านและประชาชนจำนวนหนึ่งอาจยังปรับตัวเข้ากับบริบทสภาพใหม่ที่เกิดขึ้นไม่ได้

²⁹ ลิขิต ธีรเวคิน, “การพัฒนาอาตมมันทางการเมือง (Political Self) แบบประชาธิปไตย,” ผู้จัดการรายวัน (16 กุมภาพันธ์ 2549). แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000329

³⁰ ลิขิต ธีรเวคิน, “วัฒนธรรมการเมืองและการพัฒนาประชาธิปไตย,” สยามรัฐ (27 สิงหาคม 2551).

³¹ ม.ร.ว.พฤษิลาภ ชุมพล, ระบบการเมืองความรู้เบื้องต้น, หน้า 110.

“ในสังคมที่วัฒนธรรมทางการเมืองของประชาชนเป็นแบบดั้งเดิม เกรงกลัวอำนาจ มีแนวโน้มที่จะวางตัวเฉย ยอมรับในความแตกต่างของรัฐาณะทางสังคมอันเนื่องมาจากความคิดค่านิยมแบบจารีตนิยม หรือด้วยความเชื่อทางศาสนา การนำระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยมาปฏิบัติจะนำไปสู่ความล้มเหลว เพราะคนส่วนใหญ่ในสังคมยังไม่ได้พัฒนาวัฒนธรรมทางการเมืองแบบประชาธิปไตย”³² การตกหลังของวัฒนธรรมทางการเมืองแบบประชาธิปไตยจึงมีลักษณะของ “ขาดความไม่มั่นคงในหลักการประชาธิปไตย หลักนิติธรรม ความเสมอภาค สิทธิเสรีภาพ ความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมาย”³³

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดเรื่องการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมการเมืองถือเป็นการส่งผ่านการครอบงำทางสังคมการเมืองให้ดำรงอย่างต่อเนื่อง (hegemonic theory of socialization) ซึ่งมีแนวโน้มของการรักษาสถานะเดิมทางค่านิยม/ความคิด/วัฒนธรรมของรุ่นอดีตให้คงอยู่ในรุ่นปัจจุบัน (maintain the status quo or conservative)

“ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Democracy)

แนวความคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นภายหลังจากการเรียกร้องให้เกิดกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยที่มากขึ้น โดยเสนอให้ปรับเปลี่ยนจากระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) สู่ระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) เนื่องจากรากฐานของแนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบตัวแทนจะอิงอยู่กับกระบวนการเลือกผู้แทนราษฎรเข้าไปในสภาเพื่อทำหน้าที่แทนพลเมืองผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทนจึงได้ถูกสถาปนาขึ้นในระบอบการเมืองสมัยใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างประสิทธิภาพให้กับประชาธิปไตย โดยที่สถาบันตัวแทนดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการถกเถียง การปรึกษาหารือ และการตัดสินใจในนามของประชาชนภายใต้เจตนารมณ์ของประชาชนผู้เป็น

³² ลิขิต ธีรเวคิน, “การตกหลังของวัฒนธรรมทางการเมือง,” ผู้จัดการรายวัน (11 กรกฎาคม 2544). แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000027

³³ เรื่องเดียวกัน

เจ้าของอำนาจอธิปไตย³⁴ องค์ประกอบของประชาธิปไตยแบบตัวแทนจะอยู่ที่ความรับผิดชอบ (accountability) ของฝ่ายบริหารต่อรัฐสภา โดยมองว่ากระบวนการดังกล่าวนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของประชาชนตามระบอบประชาธิปไตยสมัยใหม่ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ระบอบประชาธิปไตยตัวแทนที่เป็นอยู่ยังห่างไกลจากคำกล่าวอ้างที่ว่า เป็นระบอบการปกครองที่เป็นไปเพื่อประชาชน ทั้งรัฐบาลและนักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งล้วนไม่ได้มีข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนผู้ที่เลือกตนเองเข้าไปนั่งในรัฐสภา หรือแม้แต่จะมีข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการกำหนดนโยบายทางการเมืองที่จะเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ³⁵ ทำให้มักจะมีคำถามอยู่เสมอในทางรัฐศาสตร์ว่าสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่เลือกเข้าไปทำหน้าที่แทนในสภานั้นรักษาผลประโยชน์แทนใคร ระหว่างผลประโยชน์ของพรรคการเมืองที่ตัวเองสังกัดอยู่ กลุ่มผู้มีอิทธิพลในเขตเลือกตั้ง ตัวสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเอง หรือผลประโยชน์ของชาติ ยิ่งคำถามเหล่านี้หาคำตอบไม่ได้มากเท่าไร ก็ยิ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องโหว่ของการเป็นตัวแทนมากยิ่งขึ้นว่าเราเลือกนักการเมืองให้ไปเป็นตัวแทนเพื่อใครกันแน่ ยิ่งไปกว่านั้น การนำเอา นโยบายไปปฏิบัตินั้นรัฐบาลต้องพึ่งพากระบวนการที่ก็มีผลประโยชน์ในตัวเอง ดังนั้นการที่ผลประโยชน์ของเราจะได้รับการตอบสนองยิ่งถูกทำให้เจือจางเข้าไปใหญ่³⁶

ความบกพร่องที่ปรากฏขึ้นในระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนจึงทำให้ทฤษฎีประชาธิปไตยเคลื่อนเข้าสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยที่ทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมองว่าพลเมืองมีพันธะเข้าสู่การตัดสินใจทางการเมืองอย่างกว้างขวางและมีส่วนร่วมแบ่งเบาความรับผิดชอบต่อส่วนรวม³⁷ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการเข้าถึงโดยตรงของการมี

³⁴ นฤมล ทับจุมพล, “ข้อถกเถียงเรื่องประชาธิปไตยจากมุมมองของผู้ไร้อำนาจ,” ใน ก้าว (ไม่) พันประชาชนนิยม แสวงหาประชาธิปไตย, รวบรวมและจัดพิมพ์โดย ธรรมรงค์ เพ็ชรประเสริฐ (กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรสโปรดักส์ จำกัด และศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551), น.73-74.

³⁵ นฤมล ทับจุมพล, ข้อถกเถียงเรื่องประชาธิปไตยจากมุมมองของผู้ไร้อำนาจ, น.75.

³⁶ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : เผด็จการประชาชนนิยมหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม, น.21.

³⁷ Thomas Zittel, “Participatory democracy and political participation,” In Participatory Democracy and Political Participation : Can participatory engineering bring citizens back in ?,

ส่วนร่วมโดยพลเมืองในการปกครองและการปรึกษาหารือและพิจารณาไตร่ตรองในการก่อร่างความคิดเห็นทางการเมือง³⁸ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมนั้นจะให้น้ำหนักกับการที่ประชาชนพลเมืองสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองอย่างแข็งขัน³⁹ แนวคิดของระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจึงให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้ประชาชน และกลุ่มต่าง ๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานของรัฐบาลและใช้อำนาจรัฐในลักษณะที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง เพื่อให้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ตั้งแต่กระบวนการกำหนดนโยบาย จนถึงกระบวนการตัดสินใจ แต่อำนาจในการตัดสินใจขั้นสุดท้ายยังคงอยู่ที่เจ้าหน้าที่รัฐ ทั้งนี้จะตรงกันข้ามกับระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่จำกัดบทบาทของประชาชนอยู่แค่เพียงการใช้สิทธิเลือกตั้งเท่านั้น⁴⁰ ด้วยเหตุนี้ การมีส่วนร่วมทางการเมืองโดยการขยายสิทธิในการมีส่วนร่วมจะส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่ขยายตัวกว้างขวางมากขึ้น (expansive democratization)⁴¹

แคโรล เพทแมน (Carole Pateman) นักรัฐศาสตร์อเมริกันที่นำเสนอเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมซึ่งว่าเกณฑ์วัดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมคือการเข้าถึงการตัดสินใจทางนโยบายและความสามารถในการมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจเหล่านั้น⁴² โดยกรอบคิดที่สำคัญของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในทัศนะของ Pateman คือ แนวคิดเรื่องความเสมอภาคของการมีส่วนร่วม อันได้แก่ การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างเสมอภาค และความเสมอภาคใน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

edited by Thomas Zittel and Dieter Fuchs (New York: Routledge, 2007), p.9.

³⁸ Dieter Fuchs, "Participatory, liberal and electronic democracy," In Participatory Democracy and Political Participation : Can participatory engineering bring citizens back in ?, edited by Thomas Zittel and Dieter Fuchs (New York: Routledge, 2007), p.39.

³⁹ นฤมล ทับจุมพล, ข้อถกเถียงเรื่องประชาธิปไตยจากมุมมองของผู้ใช้อำนาจ, น.88.

⁴⁰ สิริพรรณ นกสวน เป็นผู้ให้คำอธิบาย ใน ม.ร.ว.พฤษถีสถิติน ชุมพล และ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, บรรณาธิการ, คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย เล่ม 2 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551), น.83-84.

⁴¹ Thomas Zittel, Participatory democracy and political participation, p.16.

⁴² Ibid., p.17.

เชิงอำนาจที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการตัดสินใจดังกล่าวด้วย⁴³ แนวคิดดังกล่าวจะมองว่า นโยบายที่สำคัญยิ่งของวิถีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอยู่ที่กิจกรรม กระบวนการ การออกกฎระเบียบเอง ความคิดสร้างสรรค์ และการเปลี่ยนแปลงปฏิรูป ที่สำคัญ การสร้างความมั่นคงให้ระบบประชาธิปไตยนั้น ไม่ได้อยู่ที่การมีผู้นำที่ยิ่งใหญ่ หากแต่อยู่ที่การมีพลเมืองที่มีศักยภาพและมีความรับผิดชอบ โดยพลเมืองเหล่านี้จะถูกมองในฐานะของผู้ปกครองตนเองและเป็นนายของชะตากรรมตนเอง มากกว่าเป็นผู้ลงคะแนนเสียงหรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของรัฐบาล⁴⁴

แนวความคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมสามารถมองในแง่มุมของการเป็นเครื่องมือในการจัดการปกครอง (governance) ซึ่งการจัดการปกครองจะเกี่ยวข้องกับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพราะการจัดการปกครองเปิดช่องและเชื้อเชิญให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางการเมืองต่าง ๆ โดยเฉพาะจากทางด้านประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะ อาจกล่าวได้ว่า การแปรรูปการปกครองมาเป็นการจัดการปกครองโดยการส่งเสริมให้ประชาสังคมและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองภายใต้ระบบประชาธิปไตยตัวแทนที่มีอยู่ ก็คือสิ่งที่สอดคล้องกันกับการทำประชาธิปไตยตัวแทนให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้นโดยเปลี่ยนผ่านเข้าไปสู่การจัดการปกครองแบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม⁴⁵ นอกความคิดเรื่องการจัดการปกครองประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจะไปเกี่ยวข้องกับความคิด 2 ประการคือเรื่องการจัดการปกครองและเรื่องการทำประชาธิปไตยให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น⁴⁶ กล่าวคือ อำนาจอธิปไตยแบบเดิม (ซึ่งได้รับความชอบธรรมมาจากประชาธิปไตยตัวแทน) ที่ถูกใช้ในรูปแบบของ “การปกครอง” (government) เกิดปัญหาขึ้นมาจนต้องมาคิดถึง “วิธีการปกครองหรือการจัดการปกครอง” (governance) ใหม่ การปกครองแบบเดิมจึงต้องเปลี่ยนมาเป็นการจัดการปกครองที่มีความซับซ้อนตามความซับซ้อนของโลกาภิวัตน์ โดยมีรูปแบบของการจัดการปกครองแบบใหม่ให้มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

⁴³ นฤมล ทับจุมพล, ข้อถกเถียงเรื่องประชาธิปไตยจากมุมมองของผู้ไร้อำนาจ, น.81.

⁴⁴ เรื่องเดียวกัน, น.82.

⁴⁵ เอก ตังทรัพย์วัฒนา, การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : เผด็จการประชานิยมหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม, น.23.

⁴⁶ เรื่องเดียวกัน, น.17.

(stakeholders) หลายระดับ (multi-layered) ทั้งในระดับเหนือรัฐ ระดับรัฐ ระดับใต้รัฐ และ หลากหลาย (multi-lateral)⁴⁷

ในขณะที่การทำประชาธิปไตยให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น หมายถึง การมีมาตรการที่มี ประสิทธิภาพในการต่อสู้กับการคอร์รัปชันในทุกระดับ การมีการปฏิรูปทางสถาบันและเสริมสร้าง ความโปร่งใสในกิจกรรมทางการเมือง นอกจากนี้ ยังต้องมีวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็ง (strong civic culture) ที่เกิดขึ้นในประชาสังคม⁴⁸ การทำประชาธิปไตยให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้นนั้น เรา ต้องมีวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็งและเป็นวัฒนธรรมพลเมืองจากระดับล่างสู่ระดับบน (bottom up) ต้องมีพลังที่เป็นอิสระและที่อยู่ระหว่างรัฐและตลาด ซึ่งก็คือประชาสังคม เพื่อสร้างวัฒนธรรม พลเมืองให้เข้มแข็ง และเพื่อให้ประชาธิปไตยมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและแท้จริง⁴⁹ การทำ ประชาธิปไตยให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้นนั้นก็คือกระบวนการเดียวกันกับกระบวนการพัฒนา ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยการแปรรูปประชาธิปไตยตัวแทนให้เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เป็นการเติมการมีส่วนร่วมจากประชาชนหรือจากทางภาคประชาสังคมเข้าไปใน ประชาธิปไตยแบบตัวแทน และในขณะเดียวกันก็มีการเน้นในการสร้างวัฒนธรรมทางการเมือง แบบใหม่ซึ่งเป็นวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็งจากเบื้องล่าง สำหรับต่อสู้กับวัฒนธรรมคอร์รัปชันแบบ สมคบกันระหว่างนักการเมือง นักธุรกิจ และนักธุรกิจการเมือง⁵⁰

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การแปรรูปประชาธิปไตยตัวแทน (representative democracy) ให้ เข้ามาสู่สภาพของการเป็นประชาธิปไตยมีส่วนร่วม (participatory democracy) นั้น ไม่ได้เป็นการ ละทิ้งประชาธิปไตยตัวแทน แต่เป็นการเติมองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม เข้าไปในกระบวนการของประชาธิปไตยตัวแทนที่มีอยู่เดิมและเมื่อมีการมีส่วนร่วมจากทางภาค ประชาสังคมเข้มขึ้นขึ้น ประชาธิปไตยก็จะถูกทำให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ซึ่งก็คือการแปรรูป

⁴⁷ เรื่องเดียวกัน, น.18.

⁴⁸ เรื่องเดียวกัน

⁴⁹ เอก ตังทรัพย์วัฒนา, การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : เผด็จการประชานิยมหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม, น.19.

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน

ประชาธิปไตยตัวแทนให้เข้ามาสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมไปในตัว⁵¹ ประโยชน์ของการแปรรูปประชาธิปไตยตัวแทนมาสู่ประชาธิปไตยมีส่วนร่วมที่สำคัญประการหนึ่งก็คือเป็นการอุดช่องโหว่ของประชาธิปไตยตัวแทน⁵² การชี้ให้เห็นช่องโหว่ของประชาธิปไตยตัวแทนนี้ไม่ได้หมายความว่าเราต้องละทิ้งประชาธิปไตยตัวแทน แต่ประชาธิปไตยตัวแทนแบบเดิมต้องได้รับการประเมินและเติมส่วนที่เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเข้าไปเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายของประชาธิปไตยที่แท้จริง ซึ่งก็คือการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเข้มข้นผ่านการส่งเสริมการเข้ามา มีบทบาทของประชาสังคมในกระบวนการนโยบายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการริเริ่มหรือการนำเอานโยบายมาใช้⁵³ เมื่อเทียบกับตัวแสดงอื่น ๆ แล้ว จะเห็นได้ว่าตัวแสดงอื่น ๆ ไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็งในการต่อสู้กับคอร์รัปชันและในการทำให้การเมืองโปร่งใส เพราะนักการเมือง นักธุรกิจ นักธุรกิจการเมืองท้องถิ่นและนักธุรกิจการเมืองเมืองหลวง นอกจากจะสร้างวัฒนธรรมพลเมืองที่เข้มแข็งไม่ได้แล้ว ยังไม่ต้องการที่สร้างวัฒนธรรมแบบนี้อีก ดังนั้น เราต้องการการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาสังคมเพื่อทำให้ประชาธิปไตยตัวแทนเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น และเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างพลังของรัฐ ธุรกิจ และประชาชน⁵⁴

“เครือข่ายนโยบาย” (Policy Networks)

แนวคิดเรื่องเครือข่ายนโยบายมองว่า อำนาจสาธารณะ (public power) ถูกแบ่งปันระหว่างรัฐและตัวแสดงประชาสังคม⁵⁵ ซึ่งการอธิบายความสัมพันธ์เชิงนโยบายระหว่างรัฐและสังคมในแง่เครือข่ายนโยบายให้น่าสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระดับการกำหนดนโยบาย

⁵¹ เรื่องเดียวกัน, น.20.

⁵² เรื่องเดียวกัน, น.21.

⁵³ เน้นย้ำตัวอักษรเอนโดยผู้ศึกษา

⁵⁴ เอก ตังทรัพย์วัฒนา, การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : แผนจัดการประชานิยมหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม, น.23.

⁵⁵ William D. Coleman and Perl Anthony, “Internationalized Policy Environments and Policy Network Analysis,” *Political Studies*, XLVII (1999), p.694.

ระหว่างกลุ่มคนกับกลไกด้านต่าง ๆ ของรัฐโดยตรง⁵⁶ ลักษณะของเครือข่ายนโยบายที่สำคัญนั้น “เครือข่ายนโยบายเป็นแบบฉบับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนหรือบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของรัฐในนโยบายด้านใดด้านหนึ่ง ความสัมพันธ์ในเชิงเครือข่ายโดยทั่วไปจะดำรงอยู่ค่อนข้างยาวนาน โดยกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายประชาชนในสังคมและฝ่ายรัฐจะเชื่อมโยงในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน อย่างน้อยที่สุดกลุ่มคนในสังคมจะต้องพึ่งพารัฐในการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของตน และรัฐเองก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้นโยบาย”⁵⁷

เครือข่ายนโยบายถือเป็นกลุ่มจัดการตนเอง (self-organizing group) ที่ร่วมมือกับตัวแสดงทั้งภาครัฐ (ในฐานะผู้ทำการตัดสินใจ) และภาคเอกชน (กลุ่มผลประโยชน์) จำนวนหนึ่ง เพื่อเป้าประสงค์ของการก่อรูปนโยบายสาธารณะ และการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ⁵⁸ ซึ่ง “ปัญหาเชิงนโยบายหรือนโยบายแต่ละด้านจะเป็นจุดที่ทำให้เกิดเครือข่ายนโยบายขึ้นมาอย่างน้อยหนึ่งเครือข่าย เมื่อพิจารณาในแง่ที่นโยบายของรัฐจึงมักจะเกิดขึ้นนำไปปฏิบัติและประเมินผลกันในหมู่ของคนกลุ่มน้อย อันประกอบขึ้นเป็นเครือข่ายนโยบายด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ มากกว่าที่จะเกิดจากการผลักดันของคนส่วนใหญ่ในสังคม”⁵⁹

ในขณะที่รูปแบบของเครือข่ายนโยบายได้มีการแบ่งเครือข่ายนโยบายออกเป็นสองรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบชุมชนนโยบาย (policy community) และรูปแบบเครือข่ายประเด็นปัญหา (issue network)⁶⁰ ทั้งนี้ “สภาพของเครือข่ายนโยบายบางเครือข่ายอาจจะประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้อง

⁵⁶ อนุสรณ์ ลีम्मณี, รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์ (กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด, 2542), หน้า 90.

⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 91.

⁵⁸ Nicolas Dohan, Jonathan Doh, and Terrence Guay, “The Role of Multinational Corporations in Transnational Institution Building: A Policy Network Perspective,” *Human Relations*, Vol.59(II) (2006), p.1578.

⁵⁹ อนุสรณ์ ลีम्मณี, รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์, หน้า 91.

⁶⁰ Keith Dowding, “Model or Metaphor? A Critical Review of the Policy Network Approach,” *Political Studies*, XLIII (1995), p.140.

จำนวนจำกัดและมีแนวคิดคล้ายคลึงกันจนเรียกได้ว่าเป็นชุมชนเดียวกัน ในขณะที่บางเครือข่ายนโยบายอาจจะมีกลุ่มคนเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก และขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในแนวคิดและทิศทางของนโยบาย เครือข่ายความสัมพันธ์จึงเกิดจากการมีประเด็นปัญหาร่วมกันเท่านั้น”⁶¹ ในแง่ของรูปแบบชุมชนนโยบาย ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับการรวมตัวของชุมชนนโยบายคือการที่สมาชิกจะแบ่งปันความเชื่อ คุณค่า และปทัสถานพื้นฐานร่วมกันมากน้อยเพียงใด⁶²

เครือข่ายนโยบายทั้งสองรูปแบบมีข้อแตกต่างกัน⁶³ โดยผู้ศึกษานำมาเปรียบเทียบเป็นตารางเพื่อให้เห็นชัดเจน ดังนี้

ตารางที่ 1

ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเครือข่ายรูปแบบชุมชนนโยบาย และเครือข่ายประเด็นปัญหา

ประเด็นเปรียบเทียบ	เครือข่ายรูปแบบชุมชนนโยบาย	เครือข่ายประเด็นปัญหา
1. จำนวนสมาชิก	มีจำนวนจำกัด	มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก
2. ความต่อเนื่องของเครือข่ายนโยบาย	การมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อเนื่องและยืนยาว	ขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายจะเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ
3. ความถี่ในการพบปะกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย	มีความสม่ำเสมอ	ไม่มีความแน่นอน
4. ความเห็นพ้องกันในด้านเป้าหมายของนโยบาย	ยอมรับเป้าหมายของนโยบายและกฎเกณฑ์ในการ	เป็นไปได้ยากที่จะยอมรับเป้าหมายของนโยบายและกฎเกณฑ์ในการ

⁶¹ อนุสรณ์ ลิ้มมณี, รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์, หน้า 90-91.

⁶² William D. Coleman and Perl Anthony, “Internationalized Policy Environments and Policy Network Analysis,” p.695.

⁶³ อนุสรณ์ ลิ้มมณี, รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์, หน้า 92-95.

ประเด็นเปรียบเทียบ	เครือข่ายรูปแบบ ชุมชนนโยบาย	เครือข่ายประเด็นปัญหา
และกฎเกณฑ์ในการ ต่อรอง	เจรจาต่อรองร่วมกัน	เจรจาต่อรองร่วมกัน
5. ความสัมพันธ์ภายใน เครือข่ายนโยบาย	มีลักษณะเชิงการแลกเปลี่ยน	มีลักษณะเชิงการวิ่งเต้นต่อรองอย่าง เปิดเผย
6. สภาพของการเจรจา ต่อรอง	เน้นการต่อรองทิศทาง นโยบายโดยการแลกเปลี่ยน บางสิ่งบางอย่างระหว่าง หน่วยงานของรัฐกับกลุ่มที่ เกี่ยวข้อง	เน้นการปรึกษาหารือ และไต่ถาม เรื่องราวกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง
7. ผลประโยชน์ได้เสียจาก นโยบาย	ไม่มีใครได้หรือเสียทั้งหมด เพียงฝ่ายเดียวจากผลของ นโยบาย แต่อาจจะมีบาง ฝ่ายได้ผลประโยชน์มากขึ้น ต่างกัน	นโยบายที่ออกมาจะทำให้คนกลุ่มใด กลุ่มหนึ่งได้ ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งหรือ หลายกลุ่มเสียผลประโยชน์
8. องค์กรที่เข้าเกี่ยวข้องใน เครือข่ายนโยบาย	ผู้นำองค์กรสามารถควบคุม สมาชิกของตนได้ ข้อตกลง ในนโยบายที่ทำไว้กับ หน่วยงานของรัฐจึงมีผล ผูกมัดสมาชิกให้ปฏิบัติตาม	การควบคุมสมาชิกของกลุ่มไม่ใช่สิ่ง สำคัญ สมาชิกในกลุ่มอาจจะไม่ ยอมรับข้อตกลงก็ได้หากเห็นว่า ข้อตกลงดังกล่าวทำให้ตนต้อง สูญเสียผลประโยชน์

ที่มา : เรียบเรียงข้อมูลโดยผู้ศึกษาจากหนังสือ “รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การ
พิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์” ของ อนุสรณ์ ลิ้มมณี

นอกจากนี้ ในแง่การเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายนโยบาย เครือข่ายนโยบายรูปแบบหนึ่ง ๆ
สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อันเป็นผลมาจากสภาพความเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมของสังคมที่
กระทบต่อเครือข่ายอำนาจ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางเศรษฐกิจ การเมือง และ
เทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถานะหรือตำแหน่งของผู้แสดงบทบาทต่าง ๆ ใน
สังคม รวมถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งเหล่านั้น เครือข่ายอำนาจเดิมอาจล้มหายไป

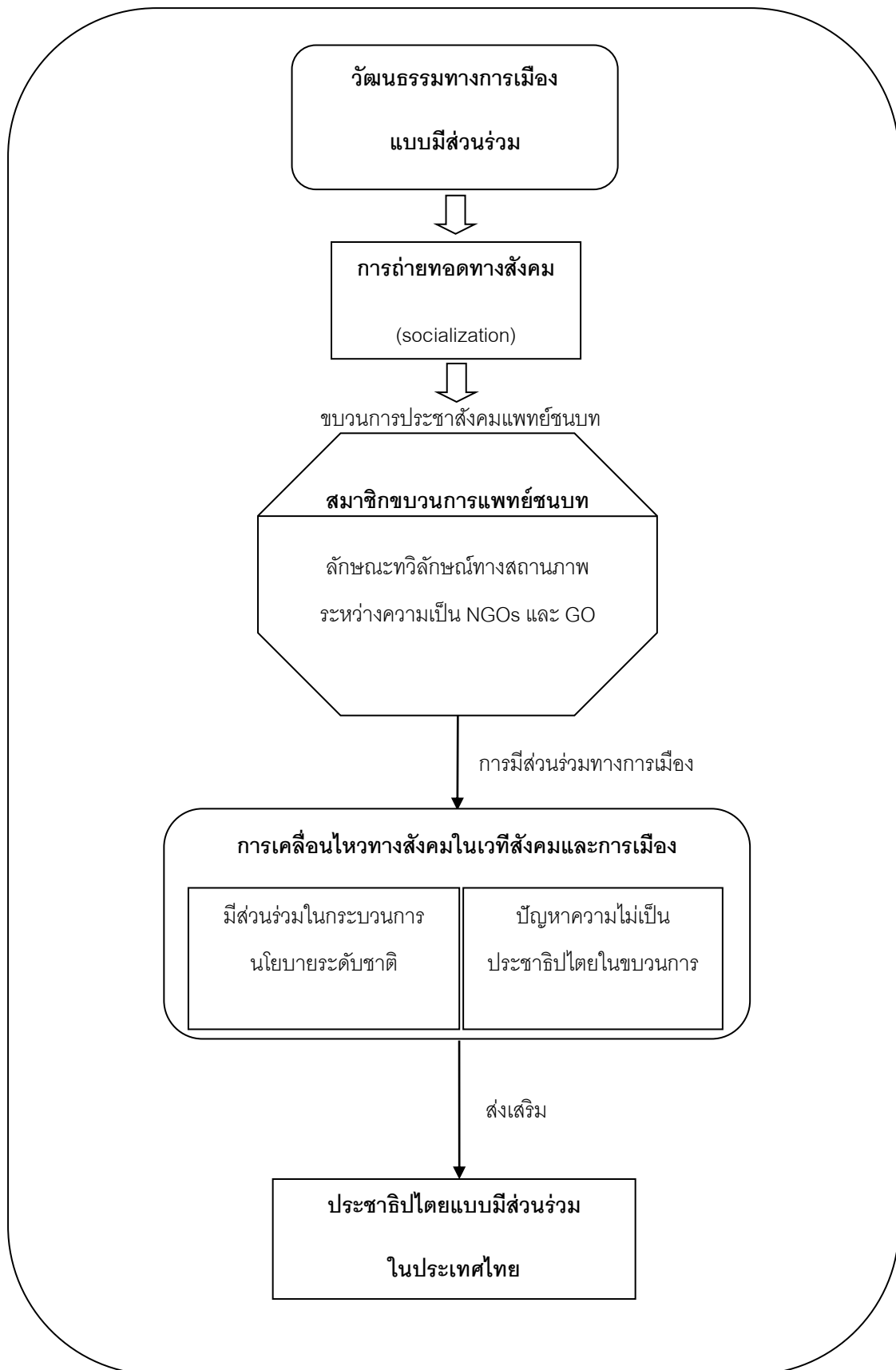
ขณะที่เครือข่ายอำนาจใหม่เกิดขึ้นเข้ามาทดแทน ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงของเครือข่ายนโยบายยังสามารถเกิดขึ้นจากปัญหาภายในของเครือข่ายเอง กล่าวคือ หากผู้แสดงบทบาทในตำแหน่งต่าง ๆ ของเครือข่ายเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียต่อตน ก็จะมีพยายามมุ่งมั่นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งหน้าที่ที่ตนเองได้ประโยชน์หรืออยู่ในสถานภาพที่เหนือกว่าภายในเครือข่ายนโยบายนั้น ๆ⁶⁴

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ผู้ศึกษาได้สร้างกรอบการวิเคราะห์ขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี 5 แนวความคิดตั้งข้างต้นอันได้แก่ ขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคม (civil society movement) ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) วัฒนธรรมทางการเมืองและกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม (political culture & socialization) ประชาธิปไตยและการพัฒนาสู่ความเป็นประชาธิปไตย (democracy & democratization) และ “เครือข่ายนโยบาย” (policy networks) โดยนำสาระสำคัญของทฤษฎีและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานศึกษาชิ้นนี้มาเชื่อมโยงในเชิงเหตุและผลเพื่อให้เห็นมโนภาพของกรอบความคิดที่จะนำมาตอบคำถามการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ต่อไปดังแผนภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

⁶⁴ อนุสรณ์ ลิ้มมณี, รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์, หน้า 95-96.



รูปที่ 1 : แสดงกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

คำอธิบายกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ในกระบวนการวิเคราะห์ของงานศึกษาชิ้นนี้เริ่มต้นขณะที่สมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าสู่ขบวนการแพทย์ชนบทอย่างเต็มตัว และทำการเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองบนพื้นฐานวัฒนธรรมทางการเมืองแบบมีส่วนร่วมที่มีการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) ภายในเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท จึงทำให้แพทย์ชนบทที่สังกัดอยู่ภายใต้ขบวนการประชาสังคมแพทย์ชนบทค่อนข้างมีลักษณะวิถีคิดและวิธีการขับเคลื่อนงานที่ดำเนินไปตามครรลองของการมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตยเป็นสำคัญ แต่ขณะเดียวกันก็อาจยังปรากฏวิถีคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วมอยู่บ้าง อันเนื่องมาจากความจำกัดทั้งในแง่ประเด็นการเคลื่อนไหว และความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวให้ทันต่อสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม แต่ด้วยลักษณะเฉพาะตัวของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำรงสถานภาพในขณะเดียวกัน ได้แก่ สถานภาพในฐานะบทบาทที่เป็นนักพัฒนาเอกชน (NGOs) และฐานะบทบาทการเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (GO) จึงทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมและการเมืองมีรูปแบบที่แตกต่างจากองค์กรประชาสังคมอื่น ๆ ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นลักษณะทวิลักษณ์ทางสถานภาพระหว่างความเป็น NGOs และ GO

ด้วยสถานภาพแบบทวิลักษณ์ดังกล่าว การเคลื่อนไหวทางสังคมในเวทีสังคมและการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบทบนพื้นฐานแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับประเทศด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมดังกล่าวมีลักษณะพิเศษในการขับเคลื่อนเกิดประสิทธิภาพในการผลักดันการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพระดับชาติจนสำเร็จ ลุล่วง การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพในระดับสังคมภาพรวมนั้น จึงมีบทบาทส่งเสริมต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย ในแง่มุมของการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพของประเทศ สามารถเข้าไปผลักดันและมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจทางนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ ทำให้รัฐตอบสนองและดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสุขภาพที่ขบวนการแพทย์ชนบทกำหนดกรอบแนวทางเอาไว้ อาทิ การที่รัฐได้จัดตั้ง “องค์กรตระกูล ส.” ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ตามที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการ เป็นต้น อันเป็นการเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการทาง

นโยบายตั้งแต่ขั้นของการริเริ่มนโยบาย การตัดสินใจนโยบาย การปฏิบัตินโยบาย และการประเมินผลนโยบายร่วมกับรัฐอย่างใกล้ชิด กล่าวได้ว่า เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับรัฐ เพราะอำนาจในการบริหารกระบวนการนโยบายโดยเฉพาะนโยบายระบบสุขภาพมิได้กระจุกตัวอยู่เฉพาะกับรัฐแต่เพียงผู้เดียวเหมือนที่ผ่านมา แต่ได้เกิดกระบวนการแบ่งปันอำนาจในการบริหารนโยบายให้กับขบวนการแพทย์ชนบท

กรอบการวิเคราะห์ข้างต้นนี้ ผู้ศึกษาจะนำมาเป็นกรอบในการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับเพื่อนำมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับงานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการศึกษาที่ใช้

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อสืบค้นว่าทำไมขบวนการประชาสังคมในประเทศไทยที่ดูเหมือนจะยังคงมีลักษณะของความเป็นประชาธิปไตยไม่สมบูรณ์ แต่กลับเสริมสร้างพัฒนาการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมขึ้นในประเทศไทยได้

วิธีการเก็บข้อมูล

ในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีสาระสำคัญเพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็น ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเลือกวิธีการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน 3 วิธีการ ได้แก่

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview) โดยในการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ผู้ศึกษาจะทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key Informant) ที่เป็นบุคคลสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทและเป็นผู้ที่สามารถเชื่อมต่อภาพรวมของขบวนการฯ ได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีสาระสำคัญเพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษาได้

2. การวิจัยด้วยเอกสาร (documentary research) โดยศึกษาจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการ เอกสารของเครือข่ายประชาสังคมที่ทำการศึกษาและที่เกี่ยวข้อง วิทยานิพนธ์ ฯลฯ และศึกษาจากสื่ออื่น ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร จุลสาร โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ นอกจากนี้การสำรวจวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับขบวนการแพทย์ชนบทแล้ว ผู้ศึกษาจะให้ความสำคัญกับการสำรวจเอกสารของกลุ่มประชาสังคมด้านแพทย์ที่มีแนวคิดตรงกัน

ข้ามกับขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งมีข้อเขียนที่แสดงประเด็นสาระสำคัญต่อขบวนการแพทย์ชนบท เป็นจำนวนมาก อันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์งานศึกษาให้ลุ่มลึกต่อไป

3. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) โดยผู้ศึกษาได้ทำการสังเกตการณ์การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทในวาระต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์และสังเคราะห์กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสำรวจเอกสาร ผู้ศึกษาได้เข้าร่วมประชุมการดำเนินงานและสังเกตการณ์ “กลุ่มสามพราน” ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มสำคัญที่เป็นเบื้องหลังการขับเคลื่อนแนวคิดการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพภายใต้แนวความคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หรือการได้เข้าร่วมสังเกตการณ์การจัดทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทที่ได้เคลื่อนไหวชุมนุมเรียกร้องประเด็นความเป็นธรรมของนโยบายสาธารณสุขระดับสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการได้มีส่วนสังเกตการณ์การทำงานของ “องค์กรตระกูล ส.” ที่เป็นหนึ่งในผลผลิตสำคัญของการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพที่ผ่านมา อันจะช่วยให้ผู้ศึกษาสามารถเห็นมิติการเคลื่อนไหวในภาพรวมของขบวนการแพทย์ชนบทได้ชัดเจนขึ้น

ประชากรตัวอย่างที่นำมาศึกษา

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” ได้คัดเลือกประชากรตัวอย่างมาศึกษา ได้แก่ เครือข่ายประชาสังคมในประเทศไทยด้านสุขภาพที่มีลักษณะดังนี้

1. เป็นขบวนการประชาสังคมที่มีวัตถุประสงค์เคลื่อนไหว (ไม่ว่าจะเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยอย่างเป็นทางการ) ที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมการเมืองไม่ว่าจะโดยตรงหรือทางอ้อมเพื่อต้องการส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยในกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพ เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ การมีบทบาทในการบริหารนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับภาครัฐ เป็นต้น

2. เป็นขบวนการประชาสังคมที่อ้างอิงตนเองว่าดำเนินงานบนหลักการประชาธิปไตย แม้ว่าจะปรากฏทั้งในรูปแบบของวัตถุประสงค์หรือเจตนารมณ์ของเครือข่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก็ตาม

3. เป็นขบวนการประชาสังคมที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วมทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมามีผลปรากฏเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะผลงานในระดับการผลักดันทางนโยบายต่อรัฐบาลที่ประสบความสำเร็จ ทำให้รัฐบาลประกาศใช้นโยบายและส่งเสริมให้นโยบายของขบวนการฯ ตน ได้รับการนำมาประกาศใช้ปฏิบัติในระดับประเทศ โดยปรากฏรายชื่ออยู่ในสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร จุลสาร โทรทัศน์ วิทยุ ฯลฯ เพราะแสดงว่าเป็นขบวนการฯ ที่มีแนวโน้มในการแสดงบทบาททางสังคมการเมืองอย่างต่อเนื่อง และมีอิทธิพลสำคัญต่อการพัฒนาความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย

จากเกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น ผู้ศึกษาได้ทำการคัดเลือกเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพ ได้แก่ *ขบวนการแพทย์ชนบท* มาทำการศึกษา

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ศึกษาได้กำหนดหลักการคัดเลือกบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลมาสัมภาษณ์ กล่าวคือ ผู้ศึกษาจะตรวจสอบเบื้องต้นว่าผู้ให้ข่าวหลักของขบวนการแพทย์ชนบท (key informant) นี้จะต้องตั้งอยู่บนหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. พิจารณาตรวจสอบจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ ดูว่าสื่อมวลชนเลือกสัมภาษณ์บุคคลใดในขบวนการแพทย์ชนบทเป็นหลัก
2. พิจารณาจากตำแหน่งและบทบาทในขบวนการแพทย์ชนบทว่าผู้ใดที่เป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการดำเนินงานของขบวนการฯ ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งคน
3. สอบถามจากสมาชิกคนอื่นของขบวนการแพทย์ชนบทว่าใครเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลหลักของขบวนการฯ ได้อย่างดี (snowball method)

นอกจากนี้ เป้าหมายด้านจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้ศึกษาจะทำการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้กำหนดหลักการไว้ว่า ผู้ศึกษาจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกครั้งละหนึ่งบุคคล และภายหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เบื้องต้นเพื่อประเมินสาระสำคัญที่ได้รับ

จากการสัมภาษณ์แต่ละรายโดยเทียบกับความต้องการประเด็นเนื้อหาของผู้ศึกษาเป็นระยะ ๆ ว่า ผู้ศึกษาสามารถได้รับประเด็นสำคัญในระดับที่เพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ใน ภาพรวมหรือไม่ โดยพิจารณาประกอบกับข้อมูลที่ได้รับจากการสำรวจเอกสารและการ สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม จนกระทั่งผลการประเมินปรากฏออกมาว่าข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์บุคคล การสำรวจเอกสาร และการสังเกตการณ์ เริ่มมีเสถียรภาพด้านเนื้อหาเชิงเหตุผล ผู้ศึกษาก็จะหยุดทำการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างไร้ทิศทาง แต่จะ คำนึงว่าการสัมภาษณ์นั้นจะต้องเป็นไปเพื่อได้ข้อมูลสำคัญที่มีความสอดคล้องและเสถียรภาพทาง ประเด็นสำหรับการวิเคราะห์ในภาพรวมอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาได้ทำการวางแผนสัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ ไว้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลที่เป็น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้คัดเลือกมานี้ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกมาจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น ดังนี้

- ก) ผู้มีอิทธิพลอย่างสูงต่อขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี
- ข) ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ได้แก่ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
- ค) ประธานหรือเลขาธิการชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบท อาทิ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, นายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์, นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา, นายแพทย์ ยงยศ ธรรมวุฒิ เป็นต้น
- ง) ผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กรที่จัดตั้งเป็นทางการตามกฎหมายอันเกิดมาจากการ ผลักดันของขบวนการแพทย์ชนบท อาทิ
 - 1) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้แก่ นายแพทย์ อำพล จินดาวัฒน์ ตำแหน่งเลขาธิการ สช.
 - 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก่ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ ตำแหน่งรักษาการเลขาธิการ สปสช.
 - 3) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้แก่ นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล ตำแหน่งเลขาธิการ สพฉ.

- 4) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้แก่ นายแพทย์พงศ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส.
- 5) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ได้แก่ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ตำแหน่งเลขาธิการ มสช.

จ) แนวร่วมของขบวนการแพทย์ชนบท อาทิ นิมิตร์ เทียนอุดม ตำแหน่งเลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เป็นต้น

ฉ) ประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งผู้ศึกษาได้สนทนาขณะเข้าร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของขบวนการแพทย์ชนบท

ขณะที่การศึกษาข้อมูลของเครือข่ายประชาสังคมด้านแพทย์ที่มีความคิดเห็นแตกต่างจาก

ขบวนการแพทย์ชนบท อาทิ

- ก) แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.)
- ข) นายแพทย์ธงชัย ชึ่งถาวร ประธานคณะกรรมการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข (ปท.สธ.)
- ค) นายแพทย์พินิจ หิรัญโชติ กลุ่มแพทย์อาสาทำงานปฏิรูประบบการสาธารณสุขของประเทศ (พทส.) /คณะกรรมการศึกษาเพื่อการปฏิรูประบบการสาธารณสุขไทย (ก.สธ.) /กลุ่มแพทย์ไทยสามัคคี
- ง) แพทย์หญิงอรพรรณ เมธาติลกกุล คณะทำงานเข้าชื่อเสนอกฎหมายการปฏิรูปการสาธารณสุข (ขก.สธ.)

ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจข้อมูลความสัมพันธ์แล้วพบว่าเป็นกลุ่มบุคคลกลุ่มเดียวกันโดยผู้นำในการเคลื่อนไหวหลัก ได้แก่ แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสำรวจวิเคราะห์เอกสารสำหรับข้อมูลในส่วนนี้ เนื่องจากเนื้อหาสาระที่ปรากฏในเอกสารงานเขียนของบุคคลกลุ่มนี้มีสาระสำคัญเพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีวิเคราะห์ด้วยวิธีเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) โดยการรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ของข้อมูล

และนำมาพิจารณาถึงความสอดคล้องเชิงเหตุผล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยในบางประเด็นและบางภาคส่วนจะสัมภาษณ์มากกว่าหนึ่งกลุ่มตัวอย่าง และใช้เอกสารการศึกษาที่หลากหลาย นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังได้ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยการเปรียบเทียบความถูกต้องและความสอดคล้องเชิงเหตุผล ดังนี้

1. พิจารณาความถูกต้องและความสอดคล้องเชิงเหตุผล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ ในเครือข่ายประชาสังคมที่ทำการศึกษา

2. พิจารณาความถูกต้องและความสอดคล้องเชิงเหตุผล โดยการเปรียบเทียบเฉพาะข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเอกสารต่าง ๆ เช่น เอกสารของเครือข่ายประชาสังคม หนังสือ บทความทางวิชาการ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร ฯลฯ

3. พิจารณาความถูกต้องและความสอดคล้องเชิงเหตุผล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสำรวจเอกสาร และการสังเกตการณ์

ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและการพิจารณาถึงความสอดคล้องเชิงเหตุผลตามขั้นตอนดังกล่าว ผู้ศึกษาจะนำไปวิเคราะห์รายละเอียดและนำเสนอข้อมูลในเชิงการพรรณนา (descriptive) ต่อไป

บทที่ 4

เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคม

เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทคือใคร ?

เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในงานศึกษานี้มีความหมายที่ครอบคลุมถึง “เครือข่ายประชาสังคมที่ประกอบด้วยแพทย์หรือกลุ่มของแพทย์ที่เคยหรือกำลังปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีจิตสำนึกร่วมกันที่อาจเรียกว่า จิตสำนึกแพทย์ชนบท คือมุ่งเน้นการพัฒนาและการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสังคม มีการจัดตั้งกลไกแพทย์ชนบท เช่น ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน และมีการเชื่อมโยงกลไกเข้าด้วยกัน และเข้ากับเครือข่ายอื่น ผ่านสื่อและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น วารสารแพทย์ชนบท จดหมายข่าวแพทย์ชนบท และกิจกรรมการเคลื่อนไหวในกรณีต่าง ๆ”⁶⁵ สอดคล้องกับที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ได้นำเสนอว่า “ขบวนการแพทย์ชนบท หมายรวมถึงการดำเนินงานทั้งของชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท องค์กรแพทย์ชนบทอื่น ๆ ตัวแพทย์ชนบทที่ทำงานอยู่ในชนบทหรืออยู่ที่ไหน ๆ แต่มีจิตวิญญาณที่ตรงกัน ตัวชมรมแพทย์ชนบท เป็นเหมือนฟันเฟืองแกนสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทขับเคลื่อนไปอย่างไม่หยุดยั้ง แต่ชมรมแพทย์ชนบทไม่ใช่ตัวแทนขบวนการแพทย์ชนบทเสียทั้งหมด”⁶⁶ และไม่ได้หมายถึงทั้งหมดที่ไปทำงานในชนบทเท่านั้น แต่มีการเชื่อมโยงกับผู้คนที่ยู่ในที่ต่าง ๆ เช่น ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นปลัดกระทรวง เป็นอธิบดี ที่มีจิตใจที่อยากให้บริการสาธารณสุขดี อาทิ นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ อธิบดีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีสาธารณสุข นายแพทย์เสมอ พริงพวงแก้ว นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์มรกต กรเกษม นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช กลุ่มคนเหล่านี้มีบทบาทมากในการเชื่อมโยง ในขณะเดียวกัน ยังขยายการเชื่อมโยงไปถึงอาจารย์แพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์หรือในแวดวงสังคมอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้เป็น

⁶⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพมหานคร: องค์กรอนามัยโลก, 2546), หน้า 1.

⁶⁶ อำพล จินดาวัฒนะ, “ทิศทางแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 27.

แพทย์ชนบทโดยตรง แต่เชื่อมโยงถึงกัน อาทิ นายแพทย์ประเวศ วะสี นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา นายแพทย์วิจารณ์ พานิช นายแพทย์เกษม วัฒนชัย หรือแม้แต่คนที่อยู่นอกกระบวนการแพทย์และสาธารณสุข เช่น อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีความมุ่งหมายทางจิตใจไปในทางเดียวกัน กล่าวคือ อยากให้ประเทศได้รับการพัฒนา ได้รับการแก้ไขปัญหาล้างคม⁶⁷

การก่อตัวขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบทมีพื้นฐานเกิดจาก “ความตื่นตัวทางอุดมการณ์ของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ที่จะออกไปปรับใช้คนในชนบทที่เกิดขึ้นในช่วง 14 ตุลาคม และต่อมาก่อตัวเป็นชมรมแพทย์ชนบท และขบวนการที่ตามมาจากชมรมแพทย์ชนบท”⁶⁸ กลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับความเป็นขบวนการแพทย์ชนบทจึงเปรียบเสมือนสายธารที่เชื่อมต่อกันทางกาลเวลามาอย่างยาวนานหลายรุ่น ทำให้ “ชมรมแพทย์ชนบทมีตัวตนของความเป็นสายโลหิตที่มีบุคคลหลายช่วงวัย (multi-generation) ที่เคยผ่านเข้ามาในฐานะผู้ร่วมสร้างประวัติศาสตร์แพทย์ชนบท สนับสนุนและเฝ้ามองความเป็นไปตลอดเวลา ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีทั้งผู้ที่เคยเป็นผู้ปฏิบัติงานชมรมแพทย์ชนบท หรือ อาจารย์ผู้ใหญ่ในสังคมไทย ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการร่วมทำงานกับคณะกรรมการในทุกรุ่น และประดับประดาชมรมให้คงความเป็นตัวตนของชมรมแพทย์ชนบทให้ไม่เบี่ยงเบนไปสู่ทิศทางแห่งความเสื่อม จน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ใช้คำว่า ขบวนการแพทย์ชนบทแทนกลุ่มบุคคลมากมายที่เชื่อมต่อกันด้วยจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ชนบท”⁶⁹ จึงสามารถกล่าวได้ว่า “ขบวนการแพทย์ชนบทมีลักษณะขององค์ประกอบประชาสังคมครบถ้วน คือ มีทั้งจิตสำนึกแพทย์ชนบท กลไกแพทย์ชนบท (ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และกลุ่มสามพราน) และเครือข่ายแพทย์ชนบท”⁷⁰

⁶⁷ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁶⁸ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543), หน้า 1.

⁶⁹ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 64-65.

⁷⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า บทสรุป.

ขบวนการแพทย์ชนบทมีจุดเด่นที่แตกต่างจากขบวนการประชาสังคมอื่นดังที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิเคราะห์ไว้อย่างน้อยสามประการ⁷¹ กล่าวคือ

1) เป็นกลุ่มที่มีภาวะผู้นำ (leadership) ที่มีการศึกษาสูง และมีสติปัญญาดี ไม่ใช่เป็นกลุ่มแบบประเภทว่าไม่รู้เรื่องรู้ราว แต่มีความฉลาดและมีอุดมการณ์

2) ความเป็นแพทย์ทำให้มีทุนทางสังคมสูง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในชนบทยังมีภูมิตำแหน่งสูงได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน ทำให้มีพลังในการขับเคลื่อน เช่น สามารถเคลื่อนไหวเพื่อปลดปล่อยคนไข้บางคนที่ใช้อำนาจเล่นงานแพทย์ชนบทได้ เป็นต้น

3) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ในบ้านเมืองที่มีต้นทุนทางสังคมสูง เพราะล้วนเป็นคนดีและถูกยกย่องให้เป็นปูชนียบุคคล ซึ่งถือเสมือนเป็นภูมิตำแหน่งและเกราะป้องกันภัยอย่างดีแก่ขบวนการแพทย์ชนบท

ความมีลักษณะเฉพาะของขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าว มีส่วนทำให้การขับเคลื่อนขบวนการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุสัมฤทธิ์ผล

การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบท

เมื่อกล่าวถึงขบวนการแพทย์ชนบท สิ่งที่เป็นรูปธรรมของขบวนการคือกลไกของขบวนการแพทย์ชนบท ประกอบด้วยชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และกลุ่มสามพราน โดยกลไกแรกที่ก่อตั้งขึ้นมาก่อน ได้แก่ ชมรมแพทย์ชนบทซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ส่วนมูลนิธิแพทย์ชนบทซึ่งถือเป็นกลไกต่อมาได้จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2525 และกลไกที่สามคือกลุ่มสามพรานก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529⁷²

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการก่อตัวของชมรมแพทย์ชนบท คือ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น 3 “ต้นปี พ.ศ. 2519 นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ใช้ทุนรุ่นที่ 3 ขณะนั้นเป็นผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ได้ประสบปัญหาต่าง ๆ ของแพทย์ที่ทำงานในศูนย์แพทย์และอนามัยอำเภอ เกิดความคิดว่า มีแต่การร่วมมือกันในระหว่างผู้มีปัญหาด้วยกันเท่านั้น จึงจะหาทางบรรเทาปัญหาได้ จึงออกตระเวนเยี่ยมแพทย์

⁷¹ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁷² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 6.

ชนบท และออกหนังสือเวียนชักชวนให้มาร่วมประชุม⁷³ เป็นไปตามที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวไว้ “ความพยายามตอนนั้นพวกพี่ ๆ ทุกคนที่มารวมตัวกัน อยากเห็นโรงพยาบาลอำเภอมั่นคง ในปี 2518 คึกฤทธิ์เปลี่ยนสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ตอนนั้นมีแค่สองร้อยแห่ง โดยประมาณ เป็นโรงพยาบาลอำเภอที่ต้องใช้คำว่ากระจอก ในแง่นโยบายก็มีประเด็นว่ารัฐบาลจริงจังแค่ไหน”⁷⁴ ต่อมาจึงได้จัดการประชุมขึ้นครั้งแรกที่เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา “เมื่อวันที่ 24-25 เมษายน 2519 มีแพทย์ชนบทเข้าร่วม 50-60 คน และได้ตกลงเห็นพ้องต้องกันก่อตั้ง “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ขึ้น โดยมีนายแพทย์อุเทน จารณศิริ ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยปากช่องขณะนั้น เป็นประธานชั่วคราว และนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขานุการชั่วคราว”⁷⁵ ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้ยกย่องไว้ว่า “คนที่เป็น master mind คือ คุณหมอมานิตย์ แล้วถ้าจะจัดประชุมต้องไปหาคนที่ม่บารมี ก็ไปหาพี่อุเทน”⁷⁶ โดยมีเป้าประสงค์ในการจัดตั้งกลุ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำงาน และความเป็นอยู่ในชนบท⁷⁷ โดยในขณะนั้น “คณะกรรมการแพทย์ชนบทปี 2519 ประกอบด้วย ประธานคือนายแพทย์อุเทน จารณศิริ (โรงพยาบาลปากช่อง นครราชสีมา) รองประธานคือนายแพทย์ประสพ พาลพ่าย (โรงพยาบาลบางปะอิน อยุธยา) เลขานุการคือนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ หนองคาย) ผู้ช่วยเลขานุการคือนายแพทย์วิวัฒน์ เรียงวิบูลย์ (โรงพยาบาลท่าบ่อ หนองคาย) ประชาสัมพันธ์และสารานุกรมคือนายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ (โรงพยาบาลบางปะอิน อยุธยา) ปฏิคมคือนายแพทย์องอาจ วชิรพันธ์สกุล

⁷³ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*, หน้า 50.

⁷⁴ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁷⁵ “ความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน *2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท*, ชินกร โนรี, บรรณาธิการ (นนทบุรี: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 121.

⁷⁶ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

⁷⁷ มงคล ณ สงขลา, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 11.

(โรงพยาบาลอรัญประเทศ ปราจีนบุรี) เหนือญญิกคือนายแพทย์ชัย กฤตยาภิชาติกุล (โรงพยาบาลราชสีไศล ศรีสะเกษ)”⁷⁸

ต่อมาภายหลังจากที่ก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทได้ประมาณสี่เดือนก็เกิดเหตุการณ์นองเลือด 6 ตุลาคม 2519 ส่งผลให้สหพันธ์แพทย์ชนบทจำเป็นต้องยุติบทบาทลง⁷⁹ แต่เมื่อเหตุการณ์ทางการเมืองเริ่มคลี่คลาย ในเดือนธันวาคม 2520 นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ร่วมกับนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ “ร่วมเดินทางตระเวนเยี่ยมเยียนแพทย์ชนบทในภาคอีสานผ่านโรงพยาบาลอำเภอ ประมาณ 20 แห่ง ทุกแห่งเห็นด้วยที่จะให้มีการรวมกลุ่มกันขึ้น และในที่สุดการประชุมของแพทย์ชนบท ได้เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2521 ในการประชุมครั้งนี้มีแพทย์ชนบทจากทุกภาคเข้าร่วมประชุมประมาณ 50 คน ที่ประชุมตกลงให้มีการรวมกลุ่มขึ้นใหม่ แต่เปลี่ยนชื่อจาก สหพันธ์แพทย์ชนบท เป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” เพื่อลดภาพความรุนแรงทางการเมือง ประธานคนแรกคือ นายแพทย์อุเทน จารณศรี เลขานุการคนแรกคือ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ ชมรมแพทย์ชนบทจึงได้ถือกำเนิดขึ้นนับตั้งแต่นั้นมา”⁸⁰ โดยกลุ่มแพทย์ที่ร่วมกันริเริ่มชมรมขึ้นใหม่ ได้แก่ “นายแพทย์อุเทน จารณศรี นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย นายแพทย์เจริญ บุญชัย นายแพทย์ล้วน บุญชากรณ์ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อนันต์ เมนะรุจิ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์ชัย กฤตยาภิชาติกุล นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์”⁸¹ เป็นต้น ประเด็นการเปลี่ยนชื่อมาเป็นชมรมดังข้างต้นนี้ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่ชาญฉลาดเป็นอย่างยิ่งในการหลีกเลี่ยงการถูกจับตาจากฝ่ายความมั่นคงภาครัฐ เนื่องจากเปลี่ยนชื่อจาก “สหพันธ์” มาเป็น “ชมรม” ทำให้ในสายตาภาครัฐมองว่า ความรู้สึกถึงภัยคุกคามด้านคอมมิวนิสต์จากชมรมแพทย์ชนบทมีน้อยลง ภาครัฐจึงสามารถปล่อยให้ชมรมแพทย์ชนบทดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ เป็นไป

⁷⁸ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 45.

⁷⁹ ชูชัย ศุภวงศ์, “เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท จากขบวนการแพทย์ชนบทถึงสถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 33.

⁸⁰ “ความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 123.

⁸¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 124.

ตามที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ให้สัมภาษณ์ไว้ “ที่นี้บ่ทเรียนคราวที่แล้ว มันก็เกิดระบบ ประนีประนอม นั่นคือ ยังกียัดประโยชน์ประชาชน แต่เปลี่ยนชื่อ คราวนี้เปลี่ยนเป็น ชมรมแพทย์ ชนบท เพื่อไม่ให้มันเป็นซ้าย ตอนนั้นมันหน้าลิวหน้าขวาน ถ้าเราใช้ชื่อสหพันธ์ คนก็จะไม่ ใ้วางใจ”⁸²

สิ่งหนึ่งที่ทำให้การเริ่มต้นในช่วงแรก ๆ ของชมรมแพทย์ชนบทมีความต่อเนื่อง เนื่องจาก นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ มีความสนิทสนมกับ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งท่านเคย เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น จึงได้รับการช่วยเหลือจากนายแพทย์เสม ในการขับเคลื่อนงานแพทย์ชนบทในช่วงเริ่มก่อตั้ง⁸³ ขณะที่นายแพทย์ประเวศ วะสี เริ่มเข้ามาเป็น ผู้ใหญ่ที่ช่วยเหลือขบวนการแพทย์ชนบทอย่างจริงจัง เมื่อถึงวิกฤตของขบวนการที่เต็มไปด้วย ความขัดแย้ง โดยเฉพาะการเริ่มกระบวนการกลุ่มสามพรานเพื่อเป็นกลไกเชื่อมความสัมพันธ์ หลังจากนั้น นายแพทย์ประเวศจึงได้กลายเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ที่เป็นสัญลักษณ์ของขบวนการแพทย์ ชนบทนับแต่นั้นมา

อย่างไรก็ตาม “การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบทอาจย้อนหลังไปถึงการก่อตัวของ “ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์” พ.ศ. 2510 ในช่วงนั้นมีการถกปัญหาขาดแคลนแพทย์กันมาก มีการ ประชุมสัมมนากันบ่อย ๆ มีการไปดูงาน และในที่สุดมีการก่อตั้ง “ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์” ขึ้น มี การออกวารสาร “นักศึกษาแพทย์สัมพันธ์” เพื่อส่งเสริมความรู้และอุดมการณ์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับ ชนบท...การมีเครื่องมือติดต่อสื่อสารถึงกันเป็นเครื่องมือของการเมืองคักร นอกเหนือไปจากการ ประชุมและการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งในช่วงนั้นมีมาก ในช่วง 14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2519 นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลขึ้นชื่อว่าเป็นพวกหัวก้าวหน้าที่สุดในทางการเมือง”⁸⁴ เมื่อรวมกับ นโยบายของรัฐบาลบังคับให้นักศึกษาแพทย์ต้องขอใช้ทุนโดยให้ออกไปทำงานในชนบทที่ริเริ่มในปี พ.ศ. 2511 เป็นชนวนให้มีการประชุมสัมมนา “ปัญหาขาดแคลนแพทย์” อีกทั้งในช่วงปิดเทอมที่ นักศึกษาแพทย์จะต้องออกไปสัมผัสโรงพยาบาลต่างจังหวัด สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการ

⁸² สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

⁸³ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

⁸⁴ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 49-50.

ผลักดันให้นักศึกษาแพทย์รวมตัวกันจัดตั้งเป็น “ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศนพท.)” และนักศึกษาแพทย์ผู้ร่วมก่อตั้งศูนย์ฯ ดังกล่าวกลายมาเป็นกลุ่มที่เริ่มต้นขบวนการแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา⁸⁵

ชมรมแพทย์ชนบทในช่วงเริ่มต้นมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ “(1) ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในชนบท เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น (2) เป็นศูนย์กลางในการศึกษา ปัญหาและส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์ชนบท (3) ส่งเสริมความเข้าใจ แลกเปลี่ยน ความรู้ และประสานงานระหว่างสมาชิก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (4) ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง”⁸⁶ แต่ในช่วงเวลาต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์กันใหม่ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2522 ดังนี้ “(1) เป็นศูนย์รวมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแพทย์ชนบททั่วประเทศ (2) เพื่อฟื้นฟูความรู้ด้านบริการ และวิชาการของแพทย์ชนบททั่วประเทศ (3) เป็นศูนย์กลางเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการ บริการประชาชน (4) เพื่อยกฐานะแพทย์ในชนบทให้เป็นที่ยอมรับและรู้จักกันโดยทั่วไป ตัด ข้อความที่ว่า “ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง” ออกไป เพราะมองเห็นว่าการทำงานของชมรมที่แท้จริงก็ เป็นการเมืองภาคประชาชน”⁸⁷ นับว่าเป็นความฉลาดอย่างหนึ่งที่ในช่วงเริ่มก่อตั้งแสดงให้เห็น ประเด็นว่าชมรมแพทย์ชนบทไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง ในท่ามกลางบรรยากาศทางการเมืองที่แบ่ง ขั้วอย่างสุดโต่งจากภัยคุกคามคอมมิวนิสต์ เพื่อลงให้รัฐเฝ้าจับตาด้านขบวนการอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ทางการเมืองโดยตรง การกระทำเช่นนี้ยังส่งผลทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท สามารถก่อร่างสร้างความเข้มแข็งภายในขึ้นได้ เนื่องจากปะทะกับรัฐน้อยลง และเมื่อเข้มแข็งแล้ว จึงค่อยก้าวเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเมืองอย่างเต็มตัวภายหลัง และทำการปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์ โดยตัดข้อความไม่เกี่ยวข้องกับการเมืองออกไป เพื่อว่าในอนาคตหากเคลื่อนไหวทางการเมืองจะ ได้มีที่รองรับความชอบธรรมทางวัตถุประสงค์ในการเคลื่อนไหวให้กับขบวนการของตนเอง จะได้ไม่ ถูกกล่าวหาหรือข้อโต้แย้งจากสมาชิกภายในชมรมหากจะทำการเคลื่อนไหวทางการเมืองจริง เพราะลบล้างวัตถุประสงค์ข้อดังกล่าวออกไปแล้ว

⁸⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 7. และ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 44.

⁸⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 12.

⁸⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 12.

ในสามทศวรรษแรกของขบวนการแพทย์ชนบทและการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท อาจกล่าวได้ว่าวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการกิจได้ปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมต่อสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา กล่าวคือ “ทศวรรษแรก (2520+) มุ่งรวมตัวกัน ช่วยเหลือกัน แก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อชาวชนบทที่เป็นเรื่องไม่ไกลตัวมากนัก ทศวรรษที่สอง (2530+) ขยายวงการทำงานร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขกว้างขึ้น โดยยังคงมีสุขภาพของชาวชนบทเป็นเป้าหมายเหมือนเดิม ทศวรรษที่สาม (2540+) ขยายวงการทำงานสู่การผลักดันการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ปัญหาสังคมระดับประเทศมากขึ้น สอดคล้องกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุกด้าน และสอดคล้องกับการเกิดขึ้นของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ที่มีรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นฐาน”⁸⁸ โดยที่ประธานชมรม คือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ถือเป็นบุคคลที่ทำงานของชมรมขยายออกไปอย่างกว้างขวางมากกว่าที่เคยเป็นมา⁸⁹

รายนามประธานชมรมแพทย์ชนบทมีดังต่อไปนี้⁹⁰

ชุดที่ 1 ประธาน นายแพทย์อุเทน จารณศิริ

ชุดที่ 2,3 ประธาน นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์

ชุดที่ 4,5 ประธาน นายแพทย์วิชัย ไชควิวัฒน์

ชุดที่ 6 ประธาน นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ชุดที่ 7 ประธาน นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ชุดที่ 8 ประธาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ชุดที่ 9,10 ประธาน นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

⁸⁸ อำพล จินดาวัฒนะ, “ทิศทางแพทย์ชนบท,” หน้า 27-28.

⁸⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 52.

⁹⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 32.

ชุดที่ 11 ประธาน แพทย์หญิงสุพัตรา ศีรวณิชชากร

ชุดที่ 12,13 ประธาน นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

ชุดที่ 14 ประธาน นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์

ชุดที่ 15 ประธาน นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข

ชุดที่ 16 ประธาน นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ชุดที่ 17 ประธาน นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา

ชุดที่ 18 ประธาน นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ

ชุดที่ 19 ประธาน นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ

ชุดที่ 20 ประธาน นายแพทย์วีระระ บถพิบูลย์

ชุดที่ 21 ประธาน นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ”

ชุดที่ 22,23 ประธาน นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ

เมื่อการดำเนินการของชมรมแพทย์ชนบทผ่านมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทำให้เห็นถึงสภาพปัญหาของการขับเคลื่อนชมรม ทำให้ “ในปี พ.ศ. 2534 ในการประชุมชมรมแพทย์ชนบทประจำปี ที่เขื่อนลำพระเพลิง จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการสนทนากันถึงโครงสร้างอนาคตของขบวนการแพทย์ชนบท ที่จะทำให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน เป็นที่ยอมรับของวงการสาธารณสุขของสังคมไทย และมีทรัพยากรการดำเนินการที่เพียงพอได้อย่างไร ในที่สุดก็เห็นพ้องต้องกันว่า ขบวนการแพทย์ชนบทน่าจะมีกลไก 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน”⁹¹ กล่าวคือ “(1) กลไกลักษณะที่ทำงานเคลื่อนไหว เป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการ ไม่เป็นนิติบุคคล มีความคล่องตัวสูง สามารถทำงานที่อาจจะเกิดความขัดแย้งได้ ซึ่งได้แก่ ชมรมแพทย์ชนบท (2) กลไกลักษณะที่เป็นแหล่งสะสมทุน (ทั้งทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนเงิน) เป็นองค์กรที่เป็นทางการ เป็นนิติบุคคล มีผู้อาวุโส มี

⁹¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 14-15.

บารมีสูง ทำงานลักษณะสมานฉันท์และปกป้อง เป็นแหล่งสะสมทุนจากการบริจาค และทำกิจกรรม ซึ่งได้แก่ มูลนิธิแพทย์ชนบท (3) กลไกลักษณะที่ทำหน้าที่หาทรัพยากร อาจเป็นกลไกทางธุรกิจที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับด้านสุขภาพ เพื่อแสวงหาผลกำไรเข้าสู่มูลนิธิฯ และใช้สนับสนุนการทำงาน ของชมรม ซึ่งอาจเป็นรูปของบริษัทจำกัด ที่มีแพทย์ชนบทร่วมหุ้นกันก็ได้”⁹²

“ในที่สุดก็ตกลงให้มีการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้น โดยมี นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ ศิลป์ เป็นผู้รับดำเนินการ โดยสามารถจดทะเบียนมูลนิธิฯ เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2525 มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อสนับสนุนการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท (2) เพื่อสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท (3) เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท และ (4) เพื่อส่งเสริมขวัญและกำลังใจของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท”⁹³ โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วย “ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นประธาน นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นรองประธาน นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ ศิลป์ เป็นกรรมการและเลขานุการ”⁹⁴ “ขณะที่เลขาธิการ อาทิ นายแพทย์สุวิทย์ วิบูลผล ประเสริฐ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ”⁹⁵ นายแพทย์พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ฯลฯ จะเห็นได้ว่าข้อพิงสังเกตุที่เด่นชัดคือกรรมการ ชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบทมาจากกลุ่มบุคคลเดียวกัน

ในอดีตที่ผ่านมาชมรมแพทย์ชนบทมีการปรับบทบาททางกิจกรรมอยู่เสมอเพื่อให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น “เริ่มด้วยการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนก้าวเข้าไปสู่อองศ์กรวิชาชีพแพทยสภา...ยังมีการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้นมาเสริม และมีการเกิดขึ้นของกลุ่ม สยามพราน”⁹⁶ “บทบาทในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นโดยอาศัยโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน หรือเป็น กลไกในการสนับสนุนประชาสังคมท้องถิ่น บทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายประชาคม

⁹² สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 14-15.

⁹³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 15.

⁹⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 15.

⁹⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 32.

⁹⁶ มานิต ประพันธ์ ศิลป์, “ชมรมแพทย์ชนบทจะสร้างการยอมรับนับถือในสังคมต่อไปได้อย่างไร,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 19.

สาธารณสุข เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข (คปอศ.) กลุ่มศึกษาปัญหาฯ เป็นต้น บทบาทในองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภาต่อมาได้ขยายบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยอาศัยความร่วมมือจากสังคม (social mobilization) เช่น โครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่คนไทยร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านรายชื่อ บทบาทในด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยผ่านทางองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิชาการในต่างประเทศ และองค์กรภาคประชาสังคมในต่างประเทศ ที่สมาชิกแพทย์ชนบทแต่ละคนได้สร้างเครือข่ายออกไปอย่างกว้างขวาง บทบาทในการสร้างธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นกรณีแต่งตั้งโยกย้ายอย่างไม่เป็นธรรม หรือกรณีทุจริตยาจนสามารถขับไล่ผู้ว่าการเมืองระดับรัฐมนตรี และข้าราชการที่ทุจริตให้พ้นจากกระทรวงฯ ได้ ต่อมาได้ขยายบทบาทในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลปัจจุบันนำไปใช้และเรียกว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน บทบาทในการมีส่วนร่วมในการปฏิรูปการเมือง ในคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) ซึ่งเป็นฐานความรู้ที่สำคัญในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังได้แสดงบทบาทที่สำคัญในการติดตามตรวจสอบนโยบาย 30 บาท บทบาทในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่ดี (ร่าง พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในขอบเขตทั่วประเทศ”⁹⁷

พัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทข้างต้น “ได้บ่มเพาะหล่อหลอมและพัฒนาความคิดจิตสำนึกสาธารณะ อุดมการณ์ และศักยภาพของแพทย์ชนบท ทั้งในด้านวิชาการความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม ตลอดจนการสื่อสารสาธารณะ”⁹⁸ ซึ่งนายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์วิเคราะห์ไว้ที่น่าสนใจว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีจุดค้ำจุนที่สำคัญ 7 ข้อ ได้แก่ “(1) มีอุดมการณ์กระแสเดียวกัน (แม้ไม่ตรงกันหมด แต่ก็เป็นที่ศรัทธาเดียวกัน) (2) มีจิตวิญญาณถึงกัน มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณร่วมไปด้วยตลอด มีผู้ใหญ่ ผู้กลาง และผู้น้อย มีความผูกพันถึงกันอย่างงดงามเป็นธรรมชาติ (3) มีกลุ่มแกนกลางที่เกิดโดยธรรมชาติ และเป็นไปโดยธรรมชาติ ซึ่งคงเป็น critical mass โดยไม่ทันรู้ตัว และมีลักษณะเป็น collective leadership (4) มีการเรียนรู้ พัฒนา

⁹⁷ ชูชัย ศุภวงศ์, “เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบทฯ,” หน้า 34.

⁹⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 35.

ความคิด พัฒนางาน โดยการเอางานและเอาวิชาการ (5) มีจิตใจของการไม่ยอมรับความไม่ถูกต้อง ไม่ชอบธรรมเหมือน ๆ กัน (6) มีความชอบ ความถนัด จริตที่หลากหลาย มีกลุ่มย่อย ๆ หลายกลุ่มในขบวนการใหญ่ แต่สามารถสอดประสานกันได้พอสมควร (7) มีทั้งที่ทำงานในส่วนกลาง ในระบบต่าง ๆ ของสังคม และในพื้นที่ เมื่อเชื่อมกันจึงเชื่อมได้กว้าง เข้าใจความเป็นจริง ได้ชัดเจนมากพอสมควร”⁹⁹

วัตถุประสงค์เริ่มแรกในการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท

การก่อตัวของขบวนการแพทย์ชนบทที่เริ่มจากการจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบท กล่าวได้ว่ารวมตัวกันขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการในช่วงเริ่มแรก ได้แก่

1. เริ่มจากวัตถุประสงค์ทางด้านประชาชน/สาธารณะ ต้องการทำให้การสาธารณสุขในชนบทดีขึ้น

ชมรมแพทย์ชนบทมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งโดยเริ่มจาก “การเล็งเห็นถึงปัญหาระบบสุขภาพในชนบทที่ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สุขภาพยังขาดการดูแลจากสังคมไทย”¹⁰⁰ เป็นอุดมการณ์เพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพในชนบทดีขึ้นและมีความเป็นธรรม ตลอดจนความพยายามทำให้แพทย์ที่ไปอยู่ในชนบททำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁰¹ หรืออาจเรียกว่าเป้าประสงค์ของการรวมตัวเป็นชมรมแพทย์ชนบทมีความมุ่งหมายเกี่ยวข้องกับประชาชนและสาธารณะเป็นสำคัญ ตามที่นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ริเริ่มชมรมแพทย์ชนบท กล่าวว่า “เริ่มจากวัตถุประสงค์ด้านประชาชน ใช้คำว่าประชาชนดีกว่า ถ้าใช้คำว่าสาธารณสุขมันอาจจะตีความได้หลายแบบ แต่วัตถุประสงค์จริง ๆ ก็คือว่า ทำอย่างไรประชาชนจะได้รับการดูแลที่ดี โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ นั่นคือจุดเริ่มต้น เนื่องจากในอดีตการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในชนบท พูดยุติว่าตามบุญตามกรรม แล้วแต่ดวง โอกาส มันไม่มีความชัดเจน ไม่มีทิศทาง ที่ไหนมีแพทย์อยากไปอยู่ที่ไปอยู่ที่ไหนอยากมีโรงพยาบาลก็ผูกตามสภาพ มัน

⁹⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 41-42.

¹⁰⁰ สงวน นิตยารัมภพงศ์, “ชมรมแพทย์ชนบท : เหลียวหลัง 25 ปี และแลไปข้างหน้า,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 29.

¹⁰¹ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนของภาครัฐ”¹⁰² การมุ่งเป้าทำอย่างไรให้การแพทย์ การสาธารณสุขในชนบทดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมุ่งไปที่ประชาชน¹⁰³

สิ่งนี้ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการรวมตัวกันครั้งแรก เนื่องจาก “ถ้าตอนก่อตั้งชมรมมุ่งเพื่อประโยชน์ของตน ชมรมก็จะไม่มาถึงวันนี้ จะต้องสู้เพื่อประโยชน์ของตนมากขึ้นไปเรื่อย ๆ และจะห่างประชาชนไปเรื่อย ๆ แต่ถ้ามุ่งเพื่อประชาชนจะทำให้มีเหตุมีผล มีการสนับสนุน มีผู้ใหญ่มาร่วม มาส่งเสริมเต็มที่”¹⁰⁴ ซึ่งในช่วงแรกมีการถกเถียงกันมากกว่าจะรวมตัวไปทำไม ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า “มีสองกระแส กระแสหนึ่ง บอกว่า ถ้ามุ่งเพื่อคนอื่นเราจะหาพวกยาก เราต้องมุ่งเพื่อพวกเราก่อน พอเรามีกำลังแล้ว เราจะไปช่วยประชาชน อีกฝ่ายหนึ่ง บอกว่า ถ้าเมื่อเรามาทำเพื่อสวัสดิการ มันจะไม่เป็นแรงบันดาลใจพอเพียง ควรมุ่งทำเพื่อชนบท และพอทำเพื่อชนบท ประชาชนดีขึ้น มันจะเป็นเหตุผลในการอ้างที่ดีกว่าที่จะอ้างต่อผู้มีอำนาจ แต่ถ้าอ้างว่าเพื่อสวัสดิการของเรา มันก็จะติด มุ่งสู่ความเห็นแก่ตัว และจะทำให้ผู้ใหญ่มองเราไม่ดี แต่ถ้ามุ่งทางนี้จะดีกว่ามาก ตอนนั้นเป็นยุคประชาธิปไตยเบ่งบาน เป็นยุคที่นักศึกษาประชาชนตื่นตัวเพื่อมุ่งประชาชนมีเอกราช ในที่สุด กระแสที่สองชนะ”¹⁰⁵ สอดคล้องกับที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ วิเคราะห์ไว้ว่าหากทำเพื่อประโยชน์ประชาชนก่อน จะทำให้ขบวนการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องได้ สามารถช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากการมุ่งมองที่ประโยชน์ส่วนตน “การเริ่มต้นมาและการเติบโตมาถึงวันนี้ ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ตน เป็นเพื่อประโยชน์ท่าน หรือประโยชน์สาธารณะ ประโยชน์ของผู้คน เริ่มคิดมาบนอันนี้ เพราะฉะนั้นถ้าคิดบนอันนี้ ใครก็ตามที่เข้ามาอยู่ในกระบวนการนี้ จะมีการเชื่อมโยงความคิดแบบเดียวกัน สิ่งเดียวกัน เป้าก็คือเป้าเดียวกัน ถ้าเข้ามาทำแล้วคิดถึงประโยชน์ตน ก็อาจจะค่อย ๆ สลายหายออกไป แต่แก่นแกนที่ยังทำอยู่ไม่ว่ารุ่นพี่รุ่นน้องที่เชื่อมโยงอยู่ ยังคิดเป้าหมายเพื่อประโยชน์สาธารณะ คล้าย ๆ จิต

¹⁰² สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

¹⁰³ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

¹⁰⁴ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

¹⁰⁵ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

วิญญานหรืออุดมการณ์มันไม่เปลี่ยน ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ”¹⁰⁶ ส่งผลดีในการทำงาน กล่าวคือ การมีเป้าเพื่อสาธารณะร่วมกัน “จะทำให้มีความสัมพันธ์กันทางจิตใจ มีความรักกัน ไม่ทิ้งกัน บางครั้งอาจขัดแย้งกันบ้าง แต่ก็เข้าใจกันในที่สุด”¹⁰⁷ ลักษณะดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า “ขบวนการเคลื่อนไหวนี้ เป็นขบวนการเคลื่อนไหวอยู่บนอุดมการณ์มากกว่าอยู่บนยุทธศาสตร์”¹⁰⁸ ไม่ได้ตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลุ่มที่จะเรียกร้องผลประโยชน์ของตนเอง แต่ตั้งขึ้นมาเพื่อจะต่อรองอำนาจ โดยมีเป้าหมายเพื่อทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อการทำงานเพื่อประชาชน¹⁰⁹

แม้ว่าจะผ่านมหลายทศวรรษจนกระทั่งปัจจุบัน อุดมการณ์ดั้งข้างต้นยังคงดำรงอยู่ในการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทมาอย่างต่อเนื่อง ดังที่นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน กล่าวไว้ว่า “ถามว่าจุดยืน อุดมการณ์ก็มีอยู่แค่นั้น คือ ยึดประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง ให้เขาได้รับบริการที่มีความเสมอภาค มีคุณภาพ และตัวเราเองก็ต้องมีหลักธรรมาภิบาล... พวกเราที่มารวมตัวกันทำแบบนี้ มีอุดมการณ์บางส่วน ทำอะไรที่ไม่ใช่ผลประโยชน์ตัวเอง ก็เป็นต้นทุนที่สะสมมา เป็นต้นทุนทางสังคม”¹¹⁰ โดยความมุ่งหมายที่จะทำให้คนชนบทมีระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าเดิม การคำนึงถึงความยากจนของชนบท การเข้าไม่ถึงการบริการสาธารณะของคนยากจน ถือว่าเป็น “กระแสที่หล่อเลี้ยงให้ชมรมแพทย์ชนบทยืนหยัดอย่างทรนงในระบบสุขภาพของชาติไทย”¹¹¹ มาจนถึงทุกวันนี้ ยิ่งไปกว่านั้น การเริ่มต้นโดยมุ่งเพื่อประโยชน์ของประชาชน ส่งผลให้พัฒนาการในการเคลื่อนไหวในปัจจุบัน ตัวของขบวนการแพทย์

¹⁰⁶ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹⁰⁷ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹⁰⁸ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป, 17 สิงหาคม 2555.

¹⁰⁹ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹¹⁰ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

¹¹¹ ยงยศ ธรรมวุฒิ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 49.

ชนบทจึงต้องเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทางการเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นไปตามความเห็นของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่วิเคราะห์ไว้ว่า “แล้วค่อย ๆ ขยายขึ้นมาสู่เรื่องการพัฒนาขีดความสามารถของผู้บริหาร ไปเรื่อยจนถึงเรื่องของผู้ทำวิจัย ต่อมาก็ทำเรื่องสิทธิบัตรยา จนกระทั่งถึงเรื่องคอร์รัปชัน เรื่องการเมืองที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมในสังคม”¹¹² อาจกล่าวได้ว่า “ขบวนการแพทย์ชนบท มีจิตวิญญาณของการทำงานเพื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อมวลชนในชนบท จิตวิญญาณของแพทย์ชนบท เป็นเรื่องที่ยึดโยงอยู่กับความดีงาม ความมั่งคั่ง และความถูกต้องชอบธรรม”¹¹³

2. เริ่มจากวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาแพทย์ที่อยู่ในชนบทอย่างยากลำบาก

การรวมตัวเป็นชมรมแพทย์ชนบทนอกจากจะมุ่งวัตถุประสงค์ประการสำคัญข้อแรกที่ทำเพื่อประโยชน์ของประชาชนในชนบทแล้ว ยังคำนึงถึงเป้าประสงค์ประการต่อมาด้วย นั่นคือ การเป็นที่พึ่งซึ่งกันและกันของแพทย์ที่ต้องออกไปใช้ทุนในชนบท อันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลสมัยนั้นต้องการให้แพทย์เรียนจบใหม่ออกไปดูแลคนในชนบทที่ขาดระบบสาธารณสุขที่ดี แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาลอำเภอในขณะนั้นซึ่งแพทย์ต้องไปประจำอยู่ กลับขาดแคลนเครื่องมือแพทย์ ยา และงบประมาณที่เพียงพอ การใช้ชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์จบใหม่ก็เป็นไปอย่างยากลำบาก เพราะพื้นที่เหล่านั้นยังขาดความเจริญ ดังตัวอย่างที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เล่าให้ฟังว่า “มีคุณหมอบกษิตเสฐี นาคเลขา ซึ่งอยู่ที่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ท่านจะพูดบ่อย ๆ ว่า อยู่สถานีอนามัยแยะจังเลย คนไข้มารักษาที่รักษาไม่ได้เพราะว่ายานิดเดียว งบประมาณปีละหมื่น พอยาหมดก็หมด”¹¹⁴

นอกจากนี้ แพทย์ที่เรียนจบใหม่ เมื่อออกไปประจำที่โรงพยาบาลในชนบทจะต้องรับบทบาทเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลในทันที ซึ่งวิชาที่เรียนมาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับเทคนิคทาง

¹¹² สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป, 17 สิงหาคม 2555.

¹¹³ อำพล จินดาวัฒน์, ทิศทางแพทย์ชนบท, หน้า 27.

¹¹⁴ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

วิชาชีพเป็นหลัก ไม่ได้ถูกฝึกในเรื่องการบริหารองค์การ ทำให้ในการทำงานจริง “ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งเรื่องของการบริหาร เรื่องของระบบต่าง ๆ ปัญหาทางด้านสังคม ซึ่งไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์เท่านั้น”¹¹⁵ จึงเกิดความคิดที่จะรวมตัวกันขึ้นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงานอย่างยากลำบาก ดังที่นายแพทย์มิ่งคล ฌ สงขลา กล่าวว่า “การรวมตัวกันเพื่อตั้งกลุ่มในสมัยนั้นเพราะความขาดแคลน ความขัดข้อง หมอทุกคนอยากทำงานเพื่อบริการประชาชน แต่ทำได้ไม่เต็มที่เพราะขาดไปเสียเกือบทุกอย่าง แต่ละสถานีนอมนำมีเจ้าหน้าที่ไม่เกิน 10 คน ภายในหน่วยงานเองก็ต้องช่วยกันทำเต็มที่อยู่แล้ว แต่ไม่พอ จึงจำเป็นต้องแสวงหาที่ปรึกษา จึงกลายเป็นที่มาของการรวมกลุ่ม”¹¹⁶ “เป็น self reliance พึ่งพากันเอง ช่วยเหลือกันเอง เสริมความรู้ความเข้าใจ เสริมกำลังใจ เสริมอุดมการณ์เพื่อจะไปทำงาน เพื่อให้ทำงานที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน แพทย์เหล่านั้นก็มีความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานการแพทย์ การสาธารณสุขในชนบท ไม่ใช่แค่การรักษาโรคเท่านั้น แต่หมายถึงการป้องกัน การส่งเสริม การสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาความยากจน ปัญหาสังคมต่าง ๆ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาชนบท ก็มีการรวมตัวกันเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบท และปรับมาเป็นชมรมแพทย์ชนบท”¹¹⁷

ส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ชมรมแพทย์ชนบททำจึงมีลักษณะที่ส่งเสริมวิชาชีพแพทย์เช่นกัน เช่น การให้รางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นประจำปี การจัดทีมแพทย์อาสาไปเยี่ยมเยียนแพทย์ที่ทำงานอยู่ในท้องที่ไกล ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจ เมื่อมีปัญหาเรื่องสมองไหล ทำอย่างไรไม่ให้คนในโรงพยาบาลชุมชนออกจากพื้นที่มาอยู่ที่โรงพยาบาลส่วนกลางหรือโรงพยาบาลเอกชน ก็พัฒนาในเรื่องของระเบียบค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น เป็นการทำงานขับเคลื่อนเพื่อให้แพทย์ในชนบทมีจำนวนเพียงพอ มีกำลังใจในการทำงาน มีความสุขกับงาน และทำงานได้อย่างดี¹¹⁸

¹¹⁵ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹¹⁶ มิ่งคล ฌ สงขลา, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 12.

¹¹⁷ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹¹⁸ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

กล่าวโดยสรุป พบว่าชมรมแพทย์ชนบทได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรกประการหนึ่งโน้มเอียงไปในด้านการรวมตัวเป็น “กลุ่มผลประโยชน์” เพื่อดูแลกิจการของแพทย์ชนบทให้ได้รับความใส่ใจและเหลียวแลจากภาครัฐส่วนกลางมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การทำงานบริการสาธารณสุขในชนบทมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม ผสมผสานกับการเป็น “ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม” โดยเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปความเป็นธรรมในสังคม ไม่ว่าจะเป็น การริเริ่มปฏิรูประบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางการเมือง ฯลฯ อันเนื่องจากในบริบทชีวิตประจำวันต้องเชื่อมโยงกับความทุกข์ยากของประชาชนตลอดเวลา จึงเห็นความสำคัญว่าต้องแก้ไขสังคมให้ดีขึ้น การทำงานเป็นขบวนการประชาสังคมจะเป็นคำตอบในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เห็นว่า “ในแง่ของแนวทาง เมื่อแรกก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทได้กำหนดไว้โดยชัดเจนว่าชมรมจะดำรงสถานะเป็นขบวนการ (movement) เพื่อบรรลุอุดมการณ์คือ เป้าหมายเพื่อชนบท แม้ภารกิจจะเพิ่มขึ้นมากมาย การต่อสู้จะยุ่งยากซับซ้อนและแหลมคมมากขึ้น ๆ แต่เรายังดำรงสถานะเป็นขบวนการไว้ไม่เปลี่ยนแปลง ที่สำคัญคือ มิให้ชมรมแปรสภาพจากขบวนการ (movement) เป็นสถาบัน (establishment)...ถ้าขบวนการแปรสภาพเป็นสถาบัน ขบวนการก็จะเสื่อมสภาพเพราะจะมุ่งทำงานเพื่อรักษาองค์กรมากกว่าเพื่อบรรลุเป้าหมาย”¹¹⁹

ด้วยวัตถุประสงค์ทั้งสองประการในช่วงริเริ่มก่อตั้ง แม้ว่าจะมีทั้งวัตถุประสงค์เพื่อส่วนรวมดังข้อแรก และวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มดังข้อที่สอง แต่วัตถุประสงค์ในการพัฒนาวิชาชีพแพทย์ในข้อที่สองก็ยังเป็นไปเพื่อการเสริมศักยภาพของแพทย์ชนบทให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อสนับสนุนการทำงานด้านสาธารณสุขที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนเป็นหลัก จึงกล่าวได้ว่าวัตถุประสงค์ในข้อแรกเป็นวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง ขณะที่วัตถุประสงค์ในข้อที่สองส่งเสริมผลประโยชน์ประชาชนทางอ้อม จึงสามารถสรุปได้ว่าการเกิดขึ้นของชมรมแพทย์ชนบทมีวัตถุประสงค์โดยรวมเพื่อสร้างความผาสุกให้กับสาธารณะเป็นสำคัญ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคมที่มุ่งหวังให้อาณาบริเวณสาธารณะดีขึ้น

¹¹⁹ วิชัย โชควิวัฒน์, “25 ปี แพทย์ชนบท อุดมการณ์และแนวทางยังไม่เปลี่ยนแปลง,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 22-23.

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบท

การเกิดขึ้นของขบวนการประชาสังคมใด ๆ ย่อมมีเงื่อนไขและบริบทสภาพที่เอื้อต่อการปรากฏตัวของขบวนการ ขบวนการแพทย์ชนบทก็เช่นเดียวกันมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมการก่อตัวที่มีอายุมองข้ามได้ ได้แก่

1. ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมทางสังคมการเมืองในช่วงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ส่งผลต่อการสร้างจิตสำนึกทางอุดมการณ์ของนักศึกษาแพทย์

สภาพแวดล้อมทางสังคมการเมืองในช่วงเวลาดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการก่อตัวของจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมของกลุ่มแพทย์ชนบท อาจกล่าวได้ว่า “การเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของชมรมแพทย์ชนบทเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 โดยแท้”¹²⁰ ซึ่ง “นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ กล่าวว่า คนที่มีส่วนร่วมในการก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบท หรือชมรมแพทย์ชนบทส่วนใหญ่เป็น activist เก่าทั้งนั้น เป็นผลผลิตของ 14 ตุลาคม 2516 ทั้งสิ้น”¹²¹ อย่างเช่นอดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทในรุ่นบุกเบิก “นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ บุคคลเหล่านี้ย้อนกลับไปในชีวิตสมัยนักศึกษา ก็จะเป็นอดีตผู้นำนักศึกษาในยุคเหตุการณ์ตุลาคม 2516 ความตื่นตัวและจิตสำนึกทางการเมืองของนักศึกษาในช่วงที่มีวิกฤตทางการเมือง เป็นตัวบ่มเพาะให้บุคคลเหล่านี้คิดและเข้าใจสังคมอย่างเป็นระบบ”¹²² ผลพวงจากการเข้ามีส่วนร่วมในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ส่งผลให้นักศึกษาแพทย์จำนวนหนึ่งมีความกระตือรือร้นที่จะออกไปพัฒนาสังคม โดยเฉพาะการช่วยเหลือคนยากจนในชนบท ดังที่นายแพทย์ประเวศ วะสี แสดงทัศนะไว้ว่า “แล้วจู่ ๆ เหมือนลูกระเบิดตก นักศึกษาแพทย์เกิดการตื่นตัวขนานใหญ่ที่จะไปปรับใช้ชนบท มันมาทับอุดมการณ์ 14 ตุลาคม เรื่องนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะการปลูกฝังของโรงเรียนแพทย์ แต่มันมาทับอุดมการณ์ทางการเมือง”¹²³ เหตุการณ์ช่วงตุลาคม พ.ศ. 2516-2519 “จึงเป็นช่วงที่บ่ม

¹²⁰ ชูชัย ศุภวงศ์, *เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท*, หน้า 34.

¹²¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, หน้า 4.

¹²² สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

¹²³ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*, หน้า 2.

เพาะอุดมการณ์ ความกล้าหาญ และประสบการณ์ในการต่อสู้กับอำนาจรัฐเป็นอย่างมาก อุดมการณ์ จิตสำนึก ความกล้าหาญ และประสบการณ์เหล่านี้ ล้วนถูกนำมาใช้ในการเคลื่อนไหว ขบวนการแพทย์ชนบทในภายหลังทั้งสิ้น”¹²⁴ จิตสำนึกเพื่อส่วนรวมจากเหตุการณ์ดังกล่าวได้กลายมาเป็นจิตสำนึกของชมรมแพทย์ชนบทในเวลาต่อมา ดังปรากฏอยู่ในวารสารสหพันธ์แพทย์ชนบท ฉบับเดือนสิงหาคม 2519 ที่ได้บันทึกความตอนหนึ่ง “ซึ่งสะท้อนให้เห็นจิตสำนึกสาธารณะ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ว่า...สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นศูนย์กลางในการสรุปความชัดเจนของพวกเขา และสนับสนุนนโยบายสาธารณะสุขที่เอื้อประโยชน์แก่สาธารณสุขชนส่วนใหญ่ของประเทศอย่างแท้จริง สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นกำลังส่วนหนึ่งในการผลักดันให้การบริการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ชนบทได้ปรากฏเป็นจริงขึ้นมาในอนาคตอันใกล้นี้ นี่คือการหน้าที่ยั่งยืนสูงส่ง และมีเกียรติของสหพันธ์แพทย์ชนบท !”¹²⁵

ในช่วงเวลาดังกล่าวต้องยอมรับว่า “นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลขึ้นชื่อว่าเป็นพวกหัวก้าวหน้าที่สุดในทางการเมือง”¹²⁶ แม้วก่อนหน้านั้น “นักเรียนแพทย์มหิดลถือว่าเป็นนักศึกษาที่ล้ำหลังที่สุด ชอบจัดงานเดินรำ กินเหล้า ไม่สนใจใครก็ตาม แต่นายแพทย์เหวง โตจิราการเป็นผู้มาเปลี่ยนแปลงสมัยเป็นนายกสโมสรนักศึกษา ทำให้นักศึกษามหิดลมีความกระตือรือร้นทางการเมืองมาก จนกระทั่งปี 2516 เข้าไปร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ในการเคลื่อนไหว”¹²⁷ “นักศึกษาส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดในมหิดลทำกิจกรรมและออกค่าย และเป็นฐานที่เข้มแข็งมากของกระบวนการเคลื่อนไหวของนักศึกษาที่ธรรมศาสตร์ หยุดเรียน ไปทำหน่วยพยาบาลเพื่อมวลชน (พพช.) ออกไปเห็นความยากจนของชนบท เห็นความทุกข์ยาก”¹²⁸ ตรงกับที่ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า “ในช่วงนั้น นักศึกษาได้เรียกร้องความยุติธรรม เรียกร้องให้สนใจเรื่องคนจน เรียกร้องเรื่องความยากจนในชนบท เป็นปรากฏการณ์ที่เราเห็นทั่วไปหมด นักศึกษาในมหิดลก้าวหน้ามาก ไม่น้อยกว่า

¹²⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 229.

¹²⁵ ชูชัย ศุภวงศ์, เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 33.

¹²⁶ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 50.

¹²⁷ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

¹²⁸ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

ธรรมชาติในเรื่องราวการเมือง ไม่เฉพาะนักศึกษาแพทย์ แต่แทบทุกคนะ แม้แต่พยาบาล วิทยาศาสตร์ สาธารณสุขอะไรต่าง ๆ จากความตื่นตัวนี้ ความตื่นตัวอันหนึ่งคือ ไปปรับใช้คนในชนบท พอคนพวกนี้จบแพทย์ก็มีความอยากไปอยู่ในชนบทสูงมากในช่วงนั้น ต่างจากเดี๋ยวนี้อันนี้ คนชอบความสะดวกสบาย ชอบการหาเงิน ช่วงนั้นอยากไปทำงานในชนบท”¹²⁹ ตัวอย่างจาก นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ได้รับเกียรตินิยมเหรียญทองที่โรงเรียนแพทย์รามธิบดี “มีสิทธิที่จะได้รับพระราชทานทุนอานันทมหิดลไปศึกษาต่างประเทศ คนที่ได้รับทุน โดยมาก คณะกรรมการอยากให้กลับมาเป็นอาจารย์โรงเรียนแพทย์ เขาก็มาสัมภาษณ์ ผมเป็นกรรมการแผนกแพทยศาสตร์สัมภาษณ์ว่าเขาอยากทำงานอะไร หมอสุวิทย์ตอบว่าอยากทำงานในชนบท เราก็บอกเขาว่า เราส่งคนไปเรียนต่างประเทศ อยากให้กลับมาเป็นอาจารย์โรงเรียนแพทย์ เขาไม่ยอม เราก็บอกเขาว่าถ้าแบบนี้มันอาจจะไม่ได้ทุน เขาบอกว่าไม่ได้ก็ไม่มีอะไร เขาอยากไปทำงานในชนบท อันนี้ก็เป็นตัวอย่างว่าความต้องการไปทำงานในชนบทมันแรง”¹³⁰

ภายหลังจากเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2516 มีการปราบปรามนักศึกษา นักศึกษาแพทย์หลายท่านได้เข้าป่าเพื่อไปต่อสู้ อย่างเช่น นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป หลายท่านไม่ได้เข้าป่าเนื่องจากต้องการความเป็นธรรม ต้องการประชาธิปไตย แต่อาจจะไม่ต้องการระบอบคอมมิวนิสต์ จึงทำการเคลื่อนไหวต่อสู้ในเมืองอย่างเช่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ได้พยายามพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอคือโรงพยาบาลชุมชน และร่วมกันจัดตั้งเป็นเครือข่ายแพทย์ชนบทขึ้นมา ขณะที่นักศึกษาแพทย์อีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่จบการศึกษาได้รื้อฟื้นกิจกรรมเคลื่อนไหวภายในมหาวิทยาลัยที่หายไปกลับคืนมา เช่น พันฟูพรรค ก้าวใหม่ของมหิดล ทำสโมสรนักศึกษา จัดตั้งเครือข่ายนักศึกษาระหว่างมหาวิทยาลัยขึ้นมา เป็นต้น เมื่อกิจกรรมและเครือข่ายมีการดำเนินงานต่อ ก็เป็นแหล่งสร้างคนขึ้นมาใหม่ อาทิ รุ่ง นายแพทย์พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ฯลฯ¹³¹

¹²⁹ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

¹³⁰ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

¹³¹ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

จะเห็นได้ว่ากลุ่มแกนนำแพทย์ชนบทในเวลาต่อมาล้วนเป็นผลพวงจากการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์เกือบทั้งสิ้น ซึ่งนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิเคราะห์ว่า “แกนนำแพทย์ชนบทบางคนก็มีฐานะเป็นผู้นำนักศึกษาช่วงนั้น เช่น นศพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นนายกสโมสรนิสิตแพทย์จุฬาฯ นศพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นนายกสโมสรนักศึกษาแพทย์รามธิบดี นศพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ นศพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ เป็นนายกสโมสรนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น แพทย์ชนบทเหล่านี้จึงส่งสมอุดมการณ์ และทักษะในการจัดการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเอาไว้ค่อนข้างมาก”¹³² “แพทย์ชนบทหลายคนมีชื่อเป็นนักจัดตั้งเพื่อเคลื่อนไหวมวลชนด้วยในเหตุการณ์หลัง 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 เช่น นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ นายแพทย์พิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นต้น”¹³³ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงนับได้ว่าเป็นขบวนการที่เติบโตมาจากขบวนการนักศึกษาสมัยต้องการปฏิวัติประเทศไทย แนวคิดดังกล่าวนี้ได้รับการปลูกฝังมาตลอดว่า ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ปฏิรูประบบของประเทศไทยเพื่อเอื้อกับคนส่วนใหญ่ แล้วใช้วิธีการทำงานโดยให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวภาคประชาชนร่วมกับภาครัฐ ไม่ละเลยต่ออำนาจการเมืองกับภาครัฐ¹³⁴

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เกิดจากการสร้างคนในรั้วมหาวิทยาลัยท่ามกลางบรรยากาศอุดมการณ์ทางการเมือง ออกสู่การทำงานและรวมตัวเป็นเครือข่ายแพทย์ชนบท เมื่อเครือข่ายฯ เติบโตขึ้นก็ได้ขยายเข้ามายังกลไกอำนาจรัฐส่วนกลางในตำแหน่งผู้บริหารระดับกลางและสูงในกระทรวง เข้าสู่กระบวนการในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ หากจะวิเคราะห์ความเป็นมาของเครือข่ายแพทย์ชนบท จึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างเกี่ยวเนื่องกันสามส่วน ได้แก่ (1) การเข้าร่วมในขบวนการนักศึกษา โดยเฉพาะขบวนการนักศึกษา มหิดลทั้งในช่วงก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และระหว่าง 14 ตุลาคม 2516 ถึง 6 ตุลาคม 2519 ตลอดจนการฟื้นตัวของขบวนการนักศึกษาในเมือง (2) การเคลื่อนตัวจากรั้วมหาวิทยาลัย เข้าสู่โรงพยาบาลชุมชน ก่อให้เกิดขบวนการแพทย์ชนบท มีการปฏิรูประบบบริการในระดับอำเภอ

¹³² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 227.

¹³³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 228.

¹³⁴ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

ครั้งใหญ่ และ (3) ตามมาด้วยการเข้าสู่เมือง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายสุขภาพของประเทศ การปรากฏขึ้นของหน่วยงานตระกูล ส. ทั้งหลาย ซึ่งเป็นกลไกผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพครั้งใหญ่ในสังคม¹³⁵ กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าปัจจัยจากสภาพแวดล้อมทางสังคมการเมืองในช่วงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 เป็นแรงขับที่สำคัญต่อการสร้างจิตสำนึกทางอุดมการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท

2. ปัจจัยจากเงื่อนไขข้อกำหนดให้นักเรียนแพทย์ออกไปใช้ทุนในพื้นที่ชนบท

ในปี พ.ศ. 2510 รัฐมีนโยบายบังคับให้แพทย์ที่จบใหม่ต้องออกไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนในพื้นที่ชนบทเป็นระยะเวลา 3 ปี ทำให้นักศึกษาแพทย์รุ่นแรกภายใต้ข้อบังคับทางนโยบายนี้ต้องออกไปปฏิบัติงานในสถานีนามัยชั้นหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2515 ในตำแหน่งนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัย “การกำหนดให้มีสัญญาเป็นแพทย์รับทุน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถส่งแพทย์กระจายออกไปปฏิบัติงานในระดับสถานีนามัยชั้นหนึ่งได้เป็นจำนวนมาก”¹³⁶ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ตามมากับนโยบายบังคับให้แพทย์ต้องไปชดใช้ทุนในชนบท นั่นคือ ความอึดอัดคับข้องใจของแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท อันเนื่องมาจากความไม่พร้อมของกระทรวงสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น “ความขาดแคลนเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ความขาดแคลนยานพาหนะ ความขาดแคลนบุคลากร ความขาดแคลนการเหลียวแลเอาใจใส่จากผู้บังคับบัญชา ความห่างไกลจากแสงแห่งนครธรรม ความว้าเหว่ทางวิชาการ ภาระอันหนักอึ้งที่จะต้องเป็นทั้งแพทย์ที่รักษาและป้องกันโรค เป็นผู้บริหารซึ่งทำหน้าที่เสมือนผู้จัดการสถานีนามัย ความยากจนขั้นแค้นของประชาชน ผู้มีอิทธิพลและคนหัวหมอในท้องถิ่น และข้าราชการบางคนที่เกิดขี้มเหงประชาชน สภาพเหล่านี้มีอยู่ทั่วไปในขณะที่แพทย์รับทุนรุ่นแรกออกไปปฏิบัติงาน ความคับแค้นจึงสุ่มอยู่ในหัวอกของแพทย์เหล่านี้มากบ้างน้อยบ้าง”¹³⁷ ซึ่งเป็นไปตามความคิดเห็นของประเวศ วะสี

¹³⁵ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

¹³⁶ “ความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 120.

¹³⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 121.

ที่กล่าวว่า “จากที่เป็นแพทย์ชนบทกันใหม่ ๆ พอดีมันมีการออกข้อบังคับว่า นักเรียนแพทย์ต้องทำสัญญากับรัฐบาลที่จะไปทำงานในชนบท แต่กระทรวงก็ไม่มีความพร้อมในแง่การจัดการว่า เวลาแพทย์จบใหม่จะไปอย่างไร จะอบรมอย่างไร จะมีคู่มืออะไรในการทำงาน”¹³⁸ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำงานเนื่องจากแพทย์ที่เรียนจบมาจะเรียนมาทางเทคนิค ทางวิชาชีพ แต่เมื่อไปทำงานในชนบท กลับเผชิญปัญหาในมิติของการบริหารและมิติเชิงระบบต่าง ๆ¹³⁹

เมื่อเผชิญภาวะที่บีบคั้นในการไปชดใช้ทุนในชนบท กอปรกับการประกอบอาชีพแพทย์ในชนบทนั้น จะต้องสัมผัสกับคนที่มีความยากลำบาก ทุกข์จากความเจ็บป่วย ลำบากจากความยากจน การได้สัมผัสกับความทุกข์ยากกับความยากจน ถือเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้คน ๆ หนึ่งหนึ่งเฉยไม่ได้ แต่จะต้องลุกขึ้นมาดำเนินการในบางสิ่ง ดังที่วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวว่า “จะช่วยคนไข้ก็มีข้อจำกัด เครื่องไม้เครื่องมือ ความรู้ ก็จำกัดมาก มันเป็นภาวะที่บีบคั้น ภาวะเช่นนี้ มนุษย์มีทางเลือกสองทาง คือ ลู้ หรือ หีนี เพื่อทำให้ดีขึ้น สิ่งนี้ทำให้เกิดการก่อหวอดกันขึ้นมาว่า จะต้องมาประชุมปรึกษาหารือกัน ทำคนเดียวไม่สำเร็จ เพราะปัญหานั้นใหญ่โต การนั่งคิดคนเดียวจะคิดไม่ออก แต่ถ้าได้มารวมกลุ่มกัน มาถกเถียงกัน ก็จะเกิดปัญญา นั่นคือ จุดกำเนิดของการเริ่มต้น และวิธีทำคือ ใช้วิธีเหมาเซตุง คือ ปรับทุกข์ ผูกมิตร ปักหลัก จัดตั้ง”¹⁴⁰ ที่สำคัญการที่ได้ไปเห็นสภาพปัญหาความยากลำบาก ปัญหาทางด้านสังคม ทำให้แพทย์จำนวนหนึ่งในชนบทมองว่าแท้จริงแล้วการทำงานบริการสาธารณสุขที่ยากลำบากนั้น ไม่ใช่มีติปัญหาทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว แต่มีมิติเชิงโครงสร้างสังคมอยู่ด้วย เป็นเหตุผลทำให้แพทย์กลุ่มหนึ่งที่มีความคิดว่า “เราน่าจะรวมตัวช่วยเหลือกันเอง เป็น self reliance ฟังพากันเอง เสริมความรู้ความเข้าใจ เสริมกำลังใจ เสริมอุดมการณ์เพื่อจะไปทำงานที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน แพทย์เหล่านั้นก็มีความรู้สึกว่ ภารกิจในการทำงานการแพทย์ การสาธารณสุขในชนบท ไม่ใช่แค่การรักษาโรคเท่านั้น แต่หมายถึงการป้องกัน การส่งเสริม การสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาความยากจน ปัญหา

¹³⁸ สัมภาษณ์ iverse ะเวดี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

¹³⁹ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹⁴⁰ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

สังคม รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาชนบท จึงมีการรวมตัวกันเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบท และปรับมาเป็นชมรมแพทย์ชนบท”¹⁴¹

กล่าวโดยสรุป ในยุคเริ่มต้นของแพทย์ชนบทที่ต้องเผชิญปัญหาและความกดดันรอบด้านจากการออกไปชดใช้ทุน จึงส่งผลให้ก่อตัวกันขึ้นเป็นชมรมแพทย์ชนบทเพื่อมาแก้ไข “ระเบียบแบบแผน ระบบงาน กำลังคน ขวัญกำลังใจการสนับสนุนจากหน่วยเหนือ”¹⁴² ตลอดจน “ทำการเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อชุมชน และร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์ความเป็นธรรมในสังคม”¹⁴³

3. ปัจจัยเฉพาะของควมามีอุดมการณ์ส่วนบุคคล

3.1 อุดมการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเห็นคนที่ด้อยกว่ายากลำบาก

ผลพลอยได้ประการหนึ่งที่สำคัญของการต้องออกไปใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์จบใหม่ในชนบท นั่นคือ การได้มีโอกาสสัมผัสกับความทุกข์ยากของประชาชนที่มีชีวิตอยู่อย่างยากลำบากทั้งในแง่สาธารณสุขและการดำรงชีวิต ดังที่ วชิระ บถพิบูลย์ กล่าวไว้ว่า “จุดแข็งของสมาชิกแพทย์ชนบทคือ การได้มีโอกาสสัมผัสกับความทุกข์ยากของพี่น้องในสังคมชนบท ทำให้เห็นความจริงอีกด้านของสังคมไทยที่กว่า 3 ทศวรรษแห่งการพัฒนาได้ทอดทิ้งเพื่อนร่วมชาตินับล้านคนให้จมอยู่กับความทุกข์ยาก ความขาดแคลนโอกาสในด้านต่าง ๆ ผมคิดว่าจุดนี้ได้กระตุ้นเตือนให้พวกเรามีพลังมีความมุ่งมั่นที่จะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคร่วมกับเขาเหล่านั้น เพื่อแสวงหาคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า”¹⁴⁴ การทำงานในชนบทจึงเป็นโอกาสของแพทย์จบใหม่ที่ได้เข้าไปสัมผัสกับเรื่องราวของคนจน เป็น

¹⁴¹ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹⁴² อุเทน จารณศรี, “ย้อนอดีตชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 17.

¹⁴³ สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, “ก้าวต่อไปของแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 13.

¹⁴⁴ วชิระ บถพิบูลย์, “ยุทธศาสตร์ขบวนการแพทย์ชนบทในอนาคต,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 53.

การตอกย้ำจิตใจสำนึกของเหล่าแพทย์ชนบทในเรื่องคนจน ในเรื่องความยุติธรรม จากการที่ได้พบเห็นความยากลำบากของผู้คนซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ¹⁴⁵ ทำให้ทราบว่า “ความเจ็บป่วยของคนยากจนเป็นความทุกข์อย่างยิ่ง การจะทำงานเยียวรักษาคคนยากจน ต้องการทั้งหัวใจของความเป็นมนุษย์และปัญญา...การเยียวรักษาคคนยากจนในชนบทจึงเปรียบประดุจเป็นขุมทองทางปัญญาและความดี”¹⁴⁶

สิ่งนี้ได้หล่อหลอมจิตใจของแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งให้เห็นแก่คนจนที่ด้อยโอกาสกว่าพวกเขาในทุกด้าน และได้มีการตีความคำว่า “ความเท่าเทียม” ในความหมายที่ว่า “การช่วยคนที่ด้อยกว่าให้พัฒนาขึ้น” อันเป็นวิธีคิดพื้นฐานประการหนึ่งของชมรมแพทย์ชนบท ดังปรากฏชัดแจ้งในทัศนะของผู้ริเริ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทคนแรกที่ว่า “ปรัชญาของผมคือช่วยคนที่ด้อยกว่า จะไปบอกว่าเท่าเทียมไม่ได้ หมายถึงว่ากติกาเท่าเทียมกัน มาตรฐานเดียวกันไม่ใช่ ผมมองว่าถ้าคนด้อยกว่าเขาต้องมีสิทธิมากกว่า เขาต้องได้รับโอกาสมากกว่า การที่คนด้อยกว่าต้องได้มากกว่า ผมว่าเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ สิ่งมีชีวิต เช่น พ่อแม่มีกำลังก็ต้องช่วยเด็กเกิดใหม่ เศรษฐีในยุคพุทธกาลก็ต้องช่วยคนจน นายจ้างต้องช่วยลูกจ้าง นี่คือหลัก ถ้าคุณจะอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข แต่ที่ไม่เป็นสุขเพราะมีแต่จะเอาให้มากขึ้น ๆ คนมีโอกาสดูก็สูบหนัก ยิ่งหวงแหน ยิ่งดูดีไปมาก เพราะฉะนั้น เราไปดูกติกาโลกอย่างเช่นการค้า ก็พยายามช่วยประเทศที่ด้อยกว่าในการที่มีจีเอสพี ผมคิดว่าคนที่มั่งคั่งปัญญา มีมนุษยธรรมต้องช่วยผู้ที่ด้อยกว่า ผู้ด้อยกว่าต้องได้สิทธิเหนือกว่า เพราะฉะนั้นใครไปพูดแบบปัญญาอ่อนว่าต้องเท่าเทียมกันทุกอย่างนั้นไม่ใช่ สิทธิ โอกาส เท่ากันไม่ได้ คนด้อยโอกาสต้องมีโอกาสมากกว่า อย่างคนพิการ ก็ต้องให้ไปคิกก่อน นั่นคือธรรมชาติ ทำไมคนพิการต้องมีห้องน้ำพิเศษ ทำไมต้องให้ขึ้นเครื่องบินก่อน เพราะแย่งคนอื่นไม่ได้ เพราะฉะนั้นหลักก็คือทำอย่างไรเราจึงจะช่วยผู้ที่ด้อยกว่า ตรงนี้เป็นแรงขับสำคัญมาตลอดชีวิต ถ้าใครด้อยกว่าผมช่วย ผิดถูกเราต้องถือว่าต้องช่วยก่อน”¹⁴⁷

¹⁴⁵ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

¹⁴⁶ ประเวศ วะสี, “แพทย์ชนบทกับการเยียววาทโลก,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 7.

¹⁴⁷ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

การตีความหมาย “ความเท่าเทียม” ไปในลักษณะดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากความคิดตั้งแต่ วัยเยาว์และพัฒนาจนตกผลึกทำให้เป็นเหตุในการเริ่มทำชมรมแพทย์ชนบท “ผมมีความรู้สึกตั้งแต่เด็กว่า ชีวิตเราน่าจะช่วยคนอื่น คือ เราอย่าไปเอาเปรียบเขา และช่วยเหลือให้พ้นจากความทุกข์ ความหลงผิด... ไม่ใช่การช่วยเหลือแบบสงเคราะห์ มีเงินก็สงเคราะห์บริจาค แต่เป็นการช่วยเหลือแบบพัฒนา แนวคิดก็เปลี่ยนจากสงเคราะห์มาเป็นพัฒนา เมื่อผมไปเห็นปัญหา ประชาชนไม่ได้ประโยชน์ เราก็มองว่าทำงานพัฒนาระบบ พัฒนานโยบายมุ่งเป้าให้สังคมดีขึ้นได้อย่างไร นั่นเป็นที่มาของการเริ่มทำชมรม”¹⁴⁸

ความคิดเดียวกันนี้ยังปรากฏต่อเนื่องมาถึงชมรมแพทย์ชนบทในปัจจุบัน ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่าการมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยในชนบท มีผลทำให้ก่อร่างความรู้สึกในพันธะหน้าที่ที่มีต่อคนด้อยโอกาสกว่า ดังที่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ได้วิเคราะห์ความเป็นมาของตนในการเข้ามาทำหน้าที่เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน “การได้เข้าไปสัมผัสอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำให้สัมผัสบรรยากาศจริง ไปอยู่ในจุดที่ไกลปืนเที่ยง เช่น อยู่ในอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย ซึ่งตอนนั้นเกิดสงครามบ้านร่มเกล้าชาติตระการ ผมเป็นผู้อำนวยความสะดวก อยู่คนเดียวในตอนนั้น เป็นอำเภอเล็ก ๆ เพราะฉะนั้น ผมจะเห็นบรรยากาศ ได้สัมผัสมาหมดแล้ว ทั้งเจอคนที่ยากจน จนจริง ๆ เป็นอย่างไร การไม่สามารถเข้าถึงการบริการเป็นอย่างไร แล้วสมัยก่อนศัพท์แบบนี้ถือเป็นเรื่องที่ที่ยาก คำว่า การเข้าถึงการบริการ เป็นคำที่ยาก บางคนยังไม่รู้จัก บางคนที่ไม่เคยรู้จักบอกว่าทำไมคุณมีบัตรทอง มีโรงพยาบาลที่รักษาได้ ทำไมคุณไม่มา ในที่สุดเราถึงได้รู้ว่าทำไมเขาไม่มา แม้เราอยากให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เขาก็บอกว่่านอนไม่ได้เพราะไม่มีข้าวกิน เมื่อถามว่าทำไมไม่มาบ่อย ๆ เวลานั้นดพบหมอ ผู้ป่วยบอกมาไม่ได้เพราะคิวรถโดยสารแต่ละสัปดาห์มีคนเดียว เรื่องราวแบบนี้คนในเมืองไม่เคยเห็น”¹⁴⁹ ด้วยเหตุนี้ การได้พบเห็นสภาพความทุกข์ยากของคนจน จึงเกิดความรู้สึกถึงช่องว่างทางโอกาสในสังคมที่ไม่มีที่ว่างให้กับคนจน จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าไปช่วยเติมช่องว่างนั้นให้เกิดขึ้นกับคนที่ด้อยโอกาสกว่า

¹⁴⁸ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

¹⁴⁹ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

จิตสำนึกเพื่อสังคมที่ต้องการช่วยเหลือคนที่ด้อยโอกาสเช่นนี้ อธิปไตยที่ส่งเสริมให้เกิดแนวคิดดังกล่าวอย่างหนึ่งมาจากสภาพแวดล้อมทางด้านสังคม “เมื่อ 25 ปี ที่เหลียวหลังไปดูสังคมอยู่ในสภาพตื่นตัวในเรื่องการแก้ไขปัญหาความเป็นธรรมทางสังคม การช่วยเหลือผู้อ่อนแอที่ด้อยกว่าโดยเฉพาะคนชนบท มีเรื่องราวนิยายมากมายของแพทย์กับครูผู้เสียสละออกทำงานในชนบท ที่จุดประกายจิตสำนึกต่อสังคมของบัณฑิตจบใหม่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องราวของหมอลัลเบิร์ต ไวเซอร์ หมอกานต์ หมอเมืองพร้าว ครูบ้านนอก ฯลฯ”¹⁵⁰ จนมีผลทำให้ “ยุค 25 ปีที่แล้ว จึงเป็นยุคเริ่มต้นของแรงบันดาลใจของบัณฑิตจบใหม่ที่มีพลังไฟแรง ที่อยากช่วยเหลือสังคมไปสู่ชนบทอย่างต่อเนื่อง องค์การชมรมแพทย์ชนบทเป็นผลผลิตหนึ่งของแรงบันดาลใจทางด้านสังคมที่ก่อจิตสำนึกแก่การเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยเหลือส่วนรวมของคนในรุ่นนั้น”¹⁵¹ การก่อกำเนิดแห่งอุดมการณ์ที่จะทำงานเพื่อคนจนในชนบทจึงถือกำเนิดขึ้นในหมู่แพทย์ชนบท

3.2 อุดมการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดจากโรงเรียนแพทย์ (อุดมการณ์พระราชบิดา)

ปัจจัยทางอุดมการณ์ที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ชมรมแพทย์ชนบทคำนึงถึงการทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม เนื่องมาจากการถ่ายทอดคำสั่งสอนเชิงอุดมการณ์ในการทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมก่อนส่วนตนโดยสมเด็จพระบรมราชชนกหรือที่รู้จักในวงการแพทย์ว่า “พระราชบิดา” พระองค์เป็นผู้วางรากฐานวงการแพทย์ของไทยและทรงเป็นที่เคารพนับถือของแพทย์ไทยทุกรุ่น ดังเช่นวิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวถึงว่า “ในวงการแพทย์มีปูชนียบุคคลที่สำคัญคือ สมเด็จพระบรมราชชนก ที่ท่านเป็นแรงบันดาลใจให้กับวงการแพทย์ และแพทย์รุ่นอาจารย์สามารถรักษาแรงบันดาลใจอันนี้ไว้ได้”¹⁵²

¹⁵⁰ สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์, “ชมรมแพทย์ชนบท : เหลียวหลัง 25 ปี และแลไปข้างหน้า,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 29.

¹⁵¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 30.

¹⁵² สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

พระบรมราชาวาทของสมเด็จพระบรมราชชนก¹⁵³ ที่ถ่ายทอดสู่วงการแพทย์ ดังนี้

“หมอไม่ใช่ผู้รับจ้าง หมอที่ดีไม่รวย แต่ไม่อดตาย”

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัว เป็นที่สอง

ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง

ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง

ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพ ไว้ให้บริสุทธิ์”

คำสั่งสอนเชิงอุดมการณ์ดังกล่าวได้สร้างแรงบันดาลใจสำคัญให้กับนักเรียนแพทย์จำนวนมาก หรือคำสั่งสอนอื่น เช่น “I don't want you only a doctor but I also want you to be a man แปลว่า ฉันไม่ต้องการให้เธอเป็นเพียงแพทย์เท่านั้น แต่ต้องการให้เธอเป็นคนดีด้วย”¹⁵⁴ ซึ่งอำพลจินดาวัฒนา ยอมรับว่าเป็นหลักในการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เห็นแก่ประโยชน์ส่วนร่วมที่ถูกต้อง “หลักการต้องเป็นอย่างนั้น หลักในการถ่ายทอดความรู้ ไม่ว่าจะเป็นที่พระราชบิดาสอนก็เป็นหลักที่ต้องยึดกันไว้ แต่ในความเป็นจริงที่ผมบอกว่า มีประโยชน์ตน กับ ประโยชน์ท่าน จริง ๆ แล้วพระราชบิดาสอนให้เห็นประโยชน์ท่าน แล้วประโยชน์ตนจะตามมา”¹⁵⁵ อุดมการณ์ของสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลดังกล่าวนี้ก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงคือ การมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท¹⁵⁶

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁵³ ถนอมศรี ศรีชัยกุล, พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (ฉบับรื้อสร้าง) กระจกสะท้อนสถานภาพวิกฤติของสถาบันแพทย์และการสาธารณสุขไทย ปัญหาที่ต้องสนใจและแก้ไขโดยด่วน [ออนไลน์], 5 ธันวาคม 2553. แหล่งที่มา

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

¹⁵⁴ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

¹⁵⁵ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

¹⁵⁶ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป, 17 สิงหาคม 2555.

อุดมการณ์เช่นนี้ต้องใช้เวลาในการสังสมจนตกผลึกในชีวิตของแพทย์ชนบทจากรุ่นสู่รุ่น แรงบันดาลใจในการทำเพื่อส่วนรวมจึงยังรักษาไว้ได้ ซึ่งสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิเคราะห์ไว้ว่า “อุดมการณ์เป็นสิ่งที่ไม่ใช่เกิดวันนี้พรุ่งนี้ เป็นสิ่งที่สะสม สั่งสมมาเรื่อย แล้วแต่ประสบการณ์ของคน ผมก็ได้มาจากการที่ดูแพทย์ชนบทรุ่นพี่ ๆ คุณอาจารย์ผู้ใหญ่ทำเป็นตัวอย่าง เจ้าฟ้ามหิตลธิ์เป็นตัวอย่างที่ดี พระองค์ท่านเป็นแพทย์ได้ไม่กี่เดือนก็มาเสียชีวิต แต่ว่าท่านได้ทุ่มเทให้วงการนี้มาก สิ่งเหล่านี้ค่อย ๆ สั่งสมอุดมการณ์ขึ้นมาทีละน้อย จนบางที่เรายังไม่สามารถ consolidate ได้ว่า เกิดขึ้นได้อย่างไร แต่อุดมการณ์ที่จะถือเอาประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง และมีจุดยืนของตัวเองที่ชัดเจนไม่ถูกใครมาบังคับจะค่อย ๆ เกิดขึ้น และเราเห็นรุ่นพี่ทำ โดนกลั่นแกล้ง โดนรังแกก็ไม่กลัว อย่างไม่รู้สู้ จิตวิญญาณในการต่อสู้เคลื่อนไหวสะสมขึ้นทีละน้อย”¹⁵⁷

คำสั่งสอนของพระราชบิดาได้มีการผลิตซ้ำทางอุดมการณ์ผ่านการถ่ายทอดของอาจารย์โรงเรียนแพทย์ในหลายแห่ง ไม่ว่าจะเป็นรามาริบัติ ศิริราช สงขลานครินทร์ ฯลฯ¹⁵⁸ กอปรกับการถ่ายทอดประวัติชีวิตที่ดีและเสียสละของพระองค์ท่านในแบบฉบับของเรื่องเล่าจึงทำให้เสริมคุณค่าอุดมการณ์พระราชบิดามากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างการเล่าเรื่องของวิชัย โชควิวัฒน์ อาทิ “ท่านมีประวัติชีวิตที่น่าสนใจ ยกตัวอย่างเช่น ท่านมีทรัพย์สินเงินทองมาก แต่ถ้าท่านจะใช้ของส่วนตัวท่านจะประหยัดมัธยัสถ์ แล้วเอาเงินมาอุทิศให้กับวงการแพทย์ ส่งนักเรียนไปเรียนเมืองนอก และไม่ใช่แต่ให้เงิน ท่านไปดูแลนักเรียนที่เรียนเมืองนอกด้วย เช่น มีนักเรียนทุนบางคน ท่านตามไปดูแลที่หอพักว่าอยู่อย่างไร และท่านไปเห็นถุงเท้าคู่ที่ขาด เจ้าของจะโยนทิ้ง ท่านก็ไปเก็บมา แล้วก็ไปซุนถุงเท้าให้กับนักเรียนคนนั้น สิ่งนี้สร้างความสะเทือนใจให้กับคนฟังอย่างมาก ท่านเป็นเจ้าของฟ้าเจ้าแผ่นดิน แทนที่จะถือเนื้อถือตัว และเห็นว่าของเหล่านี้ควรจะไร้ค่าไปแล้ว ท่านกลับไปนำถุงเท้าเหล่านั้นมาซุนแล้วก็กลับมาให้นักเรียนทุน สิ่งนี้เป็นคำสั่งสอนที่กินใจมาก”¹⁵⁹

¹⁵⁷ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป, 17 สิงหาคม 2555.

¹⁵⁸ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี, 31 สิงหาคม 2555.

¹⁵⁹ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

การถ่ายทอดทางอุดมการณ์อย่างต่อเนื่องในโรงเรียนแพทย์ (socialization) ส่งผลทำให้นักเรียนแพทย์เกิดการซึมซับความคิดเชิงคุณธรรมเพื่อส่วนรวมตามแบบฉบับคำสั่งสอนของพระราชบิดา จึงเป็นอีกเหตุปัจจัยในการรวมตัวของแพทย์ชนบทกลุ่มหนึ่งเป็นชมรมแพทย์ชนบทเพื่อมุ่งทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม

กิจกรรมและประเด็นการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคมที่ทำประโยชน์สาธารณะ

ในระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่การก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท และมีพัฒนาการมาจนถึงปัจจุบัน กล่าวได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างคุณูปการในการเคลื่อนไหวในประเด็นส่วนรวมทั้งในแง่การส่งเสริมความเป็นแพทย์ชนบทด้วยกันและการเคลื่อนไหวเพื่อประโยชน์สาธารณะในวงกว้าง ได้แก่

...การต่อต้านการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข (มิติด้านธรรมาภิบาลในระบบราชการ)

ภารกิจการเคลื่อนไหวที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการวางรากฐานธรรมาภิบาลในการบริหารราชการที่ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสนใจตลอดมา นั่นคือ การป้องกันและต่อต้านปัญหาการทุจริต โดยเฉพาะในหน่วยงานทางนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพแพทย์โดยตรง จึงเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบความโปร่งใสในการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข ดังมีกรณีตัวอย่างจำนวนมากของการต่อสู้เพื่อต่อต้านการทุจริตของกลุ่มแพทย์ชนบท อาทิ “หมออภิเชษฐ์ นาคเลขา หรือหมอเมืองพร้าว อยู่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ชอบเขียนมาลงหนังสือพิมพ์ประชาชาติเพื่อเปิดโปงถึงความซื่อฉลต่าง ๆ หมอเลิศ จิระศิริ โรงพยาบาลโคราช แม้จะรุ่นอาวุโส แต่ก็หนุนขบวนการรุ่นน้อง และชอบเคลื่อนไหวปลุกกระดมให้เห็นความไม่ถูกต้องของผู้มีอำนาจ”¹⁶⁰ หรือกรณีของ “นายแพทย์พีร์เป็นแพทย์ชนบทรุ่นอาวุโส เป็นคนอุทิศตัว ซื่อสัตย์ สุจริต หมอบรรลุ ศิริพานิช ซึ่งเป็นรองปลัดกระทรวงต้องการส่งไปปราบคอร์รัปชันในโรงพยาบาล

¹⁶⁰ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 7.

แห่งหนึ่งในภาคอีสาน แล้วไปถูกลอบยิงเสียชีวิต ขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปเป็นธุระดูแลจัดให้มีปาฐกถาฟิร์ คำทอน ในการประชุมประจำปีของชมรมแพทย์ชนบท”¹⁶¹

โดยเฉพาะกรณีการเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตที่โด่งดังที่สุดของขบวนการแพทย์ชนบท นั่นก็คือ การต่อต้านการทุจริตยาและเวชภัณฑ์เมื่อปี พ.ศ.2541 ซึ่งต้องยอมรับว่า “บทบาทของชมรมแพทย์ชนบทในยุคปัจจุบัน เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับตั้งแต่เกิดกรณีทุจริตยาและเวชภัณฑ์เมื่อปี 2541 เป็นประวัติศาสตร์อีกหน้าหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท ... โดยเฉพาะสิ่งที่ต้องมั่นคงคือ จุดยืนที่จะธำรงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวม คุณค่าแห่งคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ”¹⁶² สิ่งนี้ถือเป็นมโนธรรมที่ทรงคุณค่าต่อการรักษาระบบอบให้ถูกต้องชอบธรรมของขบวนการแพทย์ชนบท สอดคล้องกับประเวศ วะสี วิเคราะห์ไว้ว่า “ความไวต่อความไม่ถูกต้อง แพทย์ชนบทอยู่กับความทุกข์ยากของชาวบ้าน อยู่กับของจริง ชีวิตจริง อยู่กับความถูกต้อง จึงมีความไวต่อความไม่ถูกต้องค่อนข้างสูง การออกมาเปิดโปงทุจริตจัดซื้อยาร่วมกับชมรมเภสัชชนบท จนโด่งดังไปทั่วประเทศและทั่วโลก จนรัฐมนตรีต้องลาออกไปถึง 2 คน เป็นตัวอย่างที่ดี”¹⁶³

เหตุการณ์การทุจริตยาดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2535 เป็นต้นมา ภายหลังจากการเลือกตั้งทั่วไป พรรคกิจสังคมเข้าร่วมเป็นรัฐบาลและได้รับมอบหมายให้บริหารงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นอย่างต่อเนื่องหลายปี จึงมีระยะเวลาอันยาวนานเพียงพอที่จะวางฐานอำนาจทางการเมืองของตน โดยเฉพาะการสับเปลี่ยนโยกย้ายคนของตนเองให้ดำรงตำแหน่งสำคัญ ๆ ในกระทรวง “อันนำไปสู่การแสวงหาผลประโยชน์จากการจัดซื้อจัดจ้างในระดับกระทรวง ดังจะเห็นได้จากกระแสวิจารณ์ในเรื่องของการทุจริตคอร์รัปชันภายในกระทรวงสาธารณสุขที่มีออกมาเป็นระยะดังเช่น การจัดซื้อเครื่องมือแพทย์และการก่อสร้างตึกที่มีราคาแพงผิดปกติ การประมูลโครงการบำบัดน้ำเสียที่มีเงื่อนงำส่อไปในทางทุจริต หรือการซื้อเครื่องชั่งน้ำหนักที่ไม่ได้คุณภาพของกรม

¹⁶¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 8.

¹⁶² วชิระ บถพิบูลย์, “ยุทธศาสตร์ขบวนการแพทย์ชนบทในอนาคต,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 53.

¹⁶³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 77.

อนามัยแจกโรงพยาบาลและสถานีอนามัยทั่วประเทศ เป็นต้น”¹⁶⁴ อีกทั้งได้ “เริ่มมีการทดลองจัดสรรเงินงบประมาณลงไปในจังหวัดน่านองประมาณ 10 จังหวัดที่มีคนของตนเองอยู่และสามารถควบคุมให้ทำการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพงผิดปกติจากบริษัทในเครือขายของตนเอง และประสบความสำเร็จในช่วงประมาณเดือนเมษายน 2541 ทำให้เกิดความขี้ใจและสั่งการไปทั่วประเทศในงบประมาณ 1,400 ล้านบาทโดยมิได้มีความเกรงกลัวแต่อย่างใด”¹⁶⁵ ชมรมแพทย์ชนบทจึงได้ร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ ทำการเปิดโปงและกดดันแบบ “กัดไม่ปล่อย”¹⁶⁶ ปรับการเคลื่อนไหวจาก “แนวทางสมานฉันท์ เริ่มเปลี่ยนไปเป็นแนวทางที่ต้องต่อสู้ตามสถานการณ์และความจำเป็น”¹⁶⁷ จนในที่สุดสามารถขัดขวางกระบวนการทุจริตดังกล่าวได้อย่างประสบผลสำเร็จ

“การต่อต้านการทุจริตกรณีซื้อยาและเวชภัณฑ์ 1,400 ล้านบาท ในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541 ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมไม่เกิดขึ้นในกระทรวงอื่น ทั้งที่ทุกกระทรวงหรือแทบทุกกระทรวงคงจะมีเรื่องทุจริตคอร์รัปชัน การที่จะเข้าใจว่า ทำไมราชการในกระทรวงสาธารณสุขจึงกล้าออกมาเปิดโปงการทุจริต คงจะต้องเข้าใจที่มาหรือรากของปรากฏการณ์ ไม่มีอะไรเกิดขึ้นลอย ๆ โดยไม่มีราก การจะเข้าใจรากฐานของเรื่องนี้ก็ต้องเข้าใจขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย”¹⁶⁸ เพราะการเกิดขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบทเกิดมาจากการมีจิตสำนึกเพื่อรักษาคุณธรรมของส่วนรวมและเห็นคุณค่าของผู้ได้โดยโอกาสกว่า “การต่อสู้เรื่องทุจริตยา นอกจากเพื่อดำรงรักษาเกียรติศักดิ์ของวิชาชีพแพทย์และคุณธรรมในระบบราชการแล้วยังเพื่อปกป้องงบประมาณให้ไปถึงคนยากคนจนในชนบทอย่างเต็มกอบเต็มกำ ไม่ถูกเบียดบังไปโดยระบบและบุคคลที่ฉ้อฉล”¹⁶⁹ “เหตุการณ์การเคลื่อนไหวเปิดโปงกรณีทุจริตงบประมาณ 1,400

¹⁶⁴ ภูษิต ประคองสาย, “ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข “ภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้น”,” ใน 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท, ชิดนกร โนรี, บรรณาธิการ (นนทบุรี : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 139.

¹⁶⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 139-140.

¹⁶⁶ สัมภาษณ์ ชชาติ เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

¹⁶⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, “จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 26.

¹⁶⁸ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 48.

¹⁶⁹ วิชัย ไชควิวัฒน์, 25 ปี แพทย์ชนบท อุดมการณ์และแนวทางยังไม่เปลี่ยนแปลง, หน้า 22.

ล้านบาทในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ซึ่งเริ่มในเดือนสิงหาคม 2541 ของชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท กลุ่มแพทย์อาวุโสและข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน 30 องค์กร ถือได้ว่าเป็นการเคลื่อนไหวของประชาสังคมสาธารณสุขที่เป็นเหตุการณ์สำคัญในทางประวัติศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและสังคมไทย”¹⁷⁰

กล่าวได้ว่าการเปิดโปงการทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ส่งผลสะท้อนต่อพรรคกิจสังคมเป็นอย่างมาก ทำให้นักการเมืองของพรรคต้องลาออกจากตำแหน่งทางการเมือง และ “ถูกตรวจสอบจากสังคมจนพรรคกิจสังคมอยู่ในสภาพ “แพแตก” นอกจากนี้เหตุการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อข้าราชการระดับสูงจำนวนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขต้องถูกลงโทษให้ออกจากราชการ และทำให้สังคมได้รับรู้ความเป็นจริงหลายสิ่งหลายอย่างในระบบบริหารราชการแผ่นดิน และระบบการตรวจสอบผู้กระทำผิดของสังคมไทย รวมทั้งความจริงใจในการแก้ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันขององค์กรผู้รับผิดชอบและนักการเมืองไทย”¹⁷¹ “ถ้ามองในแง่ประชาคมแล้ว การเคลื่อนไหวในครั้งนี้ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นแบบอย่างของการเคลื่อนไหวของประชาคมสาธารณสุขที่กว้างขวางที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข”¹⁷² ซึ่งนับว่าเป็นการเคลื่อนไหวของประชาสังคมที่มีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จเป็นอย่างมาก โดยเครือข่ายแพทย์ชนบท “ต้องการให้เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ตัวอย่างในการป้องปรามการทุจริตคอร์รัปชันของนักการเมืองและข้าราชการประจำในวงกว้าง”¹⁷³ แม้กระทั่งภายหลังการเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตจัดซื้อยาแล้ว ก็ยัง “มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์เป็น “เครือข่ายอนุรักษ์พิทักษ์สาธารณสุข (อพส.)” ในการเฝ้าระวังการทุจริตคอร์รัปชันและปรับปรุงพัฒนาระบบบริหารรวมทั้งวัฒนธรรมในการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข” อย่างต่อเนื่องต่อไป¹⁷⁴

¹⁷⁰ ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยา, หน้า 136.

¹⁷¹ ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยา, หน้า 136.

¹⁷² เรื่องเดียวกัน, หน้า 142.

¹⁷³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 12.

¹⁷⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 144.

ในเหตุการณ์ต่อต้านการทุจริตกรณีอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขสามารถกล่าวได้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทถือเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญมาตลอด ดังที่ประเวศ วะสี อธิบายและวิเคราะห์ไว้ว่า “ยิ่งเหตุการณ์ในกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เช่น กรณีย้ายพีมรอกต่ออย่างไม่เป็นธรรม กรณีทะเลเมดิซีนของสุวิทย์ และกรณีทุจริตยา แพทย์ชนบทเป็นแรงสำคัญในการต่อสู้ทุกเรื่อง โดยการต่อสู้แต่ละครั้งมีแกนนำเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ และมีการผนึกกำลังแบบธรรมชาติ ไม่มีการร้องขอ ไม่มีการกะเกณฑ์ ไม่มีการจัดตั้ง เพียงแต่มีการประสานงานอย่างห่าง ๆ เหตุการณ์บางอย่างที่ร่วมกันทำ ร่วมกันต่อสู้ เล่าให้ใครฟัง ก็ไม่เชื่อว่าเกิดโดยธรรมชาติ มีได้นัดหมาย คล้ายกับการชูธงไสวในหัวใจของทุกคน โดยไม่ต้องนัดหมายหรือเรียกร้องใด ๆ”¹⁷⁵ การเคลื่อนไหวในประเด็นการต่อต้านการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขถือได้ว่าเป็นตัวขับเคลื่อนที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการยกย่อง เป็นที่รู้จักในวงกว้างและได้รับการยอมรับจากสังคม ก่อให้เกิดการระดมทุนทางสังคมสำหรับการเคลื่อนไหวในมิติอื่น ๆ ต่อไป

...การผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ (มิติด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข)

การผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ ถือเป็นความสำเร็จครั้งยิ่งใหญ่ในประวัติศาสตร์ของขบวนการแพทย์ชนบทและอาจารย์รวมถึงวงการสาธารณสุขไทยด้วยเช่นกัน เพราะกระบวนการเบื้องหลังในการเตรียมสรรพกำลังทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการตักตวงทางความคิดในเชิงรูปแบบโครงสร้างงานบริการสาธารณสุข ด้านการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มแพทย์ผู้นำของขบวนการแพทย์ชนบทให้เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ด้านการระดมเครือข่ายพันธมิตรภายนอกกลุ่มแพทย์ชนบท อาทิ องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ นักการเมือง ฯลฯ เพื่อหาแนวร่วมที่ใกล้ชิดสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างระบบสาธารณสุข สิ่งเหล่านี้ได้ก่อรูปดำเนินการมานับทศวรรษจนในที่สุดสามารถผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารงาน

¹⁷⁵ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 39.

สาธารณสุขของประเทศได้เป็นผลสำเร็จ ผลลัพธ์ที่ปรากฏชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ ได้แก่ การเกิดขึ้นขององค์กรตระกูล ส.¹⁷⁶ อาทิ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ.2552

จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า หากไม่นับรวมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 แล้วนั้น องค์กรอีก 5 องค์กร ตั้งแต่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2544 จนถึงสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2552 ขบวนการแพทย์ชนบทใช้เวลาทั้งสิ้นเพียง 8 ปีเท่านั้น ในการจัดตั้งหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลรับรองความชอบธรรมโดย

¹⁷⁶ เอก ตังทวีวัฒน์ และคนอื่น ๆ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาทองค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย (กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2554), หน้า 5-56.

กฎหมายของรัฐ ซึ่งทั้ง 6 องค์กร. ส. ดังข้างต้นมีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติรองรับถึง 5 องค์กร. มีเพียงองค์กร.เดียวที่จัดตั้งตามกฎหมายชั้นรองลงมาอย่างพระราชกฤษฎีกา ทั้งยังเป็นกลุ่มองค์กร. ที่มีศักยภาพในการบริหารงบประมาณจากภาษีของรัฐรวมกันมากกว่าแสนล้านบาทต่อปี อาจกล่าวได้ว่าการผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพในเชิงการปรับโครงสร้างที่ ขบวนการแพทย์ชนบทได้ขับเคลื่อนนั้น ก้าวขึ้นมาสู่จุดสูงสุดในการปฏิรูปนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ ด้านสาธารณสุขของประเทศ

การผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ ชนบทที่มีความหลากหลายเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ประเวศ วะสี แสดงความเห็นไว้ว่า “แพทย์ชนบทที่เข้าไปมีส่วนร่วมหรือผลักดันทางนโยบาย เห็นมีหลายประการ เช่น เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การควบคุมการบริโภคยาสูบ การแพทย์แผนไทย ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย การออกวารสารหมออนามัย คณะกรรมการระดับชาติแห่งชาติ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แพทยสภา การตั้งกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย การพัฒนา อย. การพัฒนากำลังคน สำนักงานองค์การอนามัยโลก และการสาธารณสุขระหว่างประเทศ”¹⁷⁷ มีแพทย์ชนบทหลายคนที่เกี่ยวข้องช่วยกันวางรากฐานการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ยุคแรก ๆ อาทิ “นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เป็นหัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติคนแรก และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นคนร่วมผลักดันอย่างจริงจัง... คณะกรรมการระดับชาติ มีแพทย์ชนบทต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างมาก นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นคนช่วยยกร่างโครงสร้างขององค์กรนี้... มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา หมอสงวนก็ช่วยยกร่างการตั้งมูลนิธินี้”¹⁷⁸ “วารสารหมออนามัย นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นบรรณาธิการคนแรก... หมอสุวิทย์ชักชวนสาธารณสุขจังหวัดให้มาสนับสนุนกิจการเจริญดี เป็นเวทีให้หมออนามัย และมีเงินเหลือหลายล้านบาทไว้ใช้บำรุงกิจการทางวิชาการของหมออนามัย หมออำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งสนใจหมอ

¹⁷⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 27-28.

¹⁷⁸ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 28, 30-31.

อนามัยอย่างยิ่ง มารับเป็นบรรณาธิการต่อจากหมอสุนทรวิทย์”¹⁷⁹ หรืออย่างการผลักดันทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย “เรื่องนี้ต้องถือว่ากลุ่มแพทย์ชนบทเป็นผู้ผลักดันโดยแท้ โดยปรึกษาหารือกันที่สวนสามพราน ด้วยเห็นว่าการพัฒนาโครงสร้างบริการสาธารณสุขได้ผ่านมา 2 ยุค คือยุคที่ 1 สร้างโรงพยาบาลจังหวัดให้ครบทุกจังหวัด ยุคที่ 2 สร้างโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ยุคที่ 3 ก็ควรจะเป็นยุคพัฒนาสถานีอนามัย”¹⁸⁰

อย่างไรก็ตาม แม้การผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการจัดโครงสร้างองค์กรด้านสุขภาพแบบใหม่จะดำเนินการอย่างสำเร็จในช่วงที่ผ่านมา แต่ปรากฏว่าในยุคต่อ ๆ มา มีความพยายามจากฝ่ายการเมืองที่จะแทรกแซงและเข้าครอบครองการนำเหนือองค์กรตระกูล ส. เหล่านี้ จึงทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทไม่สามารถปล่อยวางองค์กรกลุ่มนี้ได้ ตรงกันข้าม กลับเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและออกมาเคลื่อนไหวเพื่อปกป้องความมีอิสระขององค์กรตระกูล ส. ตลอดมาเมื่อมีสัญญาณการแทรกแซงจากฝ่ายการเมือง กรณีเหตุการณ์ในปี พ.ศ. 2555 จากการได้เข้าร่วมสังเกตการณ์การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท พบว่าเป้าประสงค์หลักของการรวมตัวชุมนุมปกป้ององค์กรตระกูล ส. องค์กรหนึ่งนั้น เป็นไปเพื่อรักษาความต่อเนื่องในระบบการทำงานขององค์กรไม่ให้ถูกแทรกแซงจากฝ่ายการเมือง ตัวอย่างจากกรณีการพิทักษ์ปกป้องสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นับเป็นความพยายามครั้งสำคัญที่จะรักษาความต่อเนื่องในการปฏิรูประบบสุขภาพที่กลุ่มตนได้ริเริ่มขึ้นไม่ให้ถูกทำลายลง

การเคลื่อนไหวในกรณีเหตุการณ์ดังกล่าวปรากฏว่ามีการรวมตัวชุมนุมกันอย่างกว้างขวาง มีเครือข่ายองค์กรอื่น ๆ ของชมรมแพทย์ชนบทเข้าร่วมสนับสนุนการชุมนุมหลากหลายกลุ่ม และชมรมแพทย์ชนบทที่เป็นแกนนำหลักในการชุมนุมต่อต้านการแทรกแซงจากฝ่ายการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้อำนาจของรัฐมนตรีนี่ว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ออกแถลงการณ์ปกป้อง สปสช.¹⁸¹ ในวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2555 มีใจความดังนี้

¹⁷⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 30.

¹⁸⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 29.

¹⁸¹ “แถลงการณ์ชมรมแพทย์ชนบท ถ้าจะไม่ล้มระบบบัตรทอง “รัฐมนตรียุทธยา” ต้องตอบ 8 เรื่อง,” [ออนไลน์], 31 มกราคม 2555. แหล่งที่มา Available from <http://webboard.serithai.net/topic/5137>

“ตามที่กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายผู้ป่วยและชมรมแพทย์ชนบทได้เปิดโปงแผนล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นขั้นตอนของกลุ่มแพทย์พาณิชย์ ที่กลัวว่าระบบ สปสช. จะทำให้เสียราคา กลุ่มผู้บริหารบางคนของกระทรวงสาธารณสุขที่กลัวการสูญเสียอำนาจของตน กลุ่มบริษัทยาข้ามชาติที่หวังผูกขาดราคายาและกลุ่มการเมืองในกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งแสวงหาประโยชน์ระยะสั้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต่อมานายวิทยา บุรณศิริ รมว.สาธารณสุขได้ชี้แจงกับสื่อมวลชนเมื่อวันที่ 27 มกราคมนี้ว่า ฝ่ายการเมืองไม่มีนโยบายหรือแผนที่จะล้มระบบบัตรทองมีแต่จะพัฒนาให้ประชาชนได้ประโยชน์มากขึ้น ถ้าคำชี้แจงดังกล่าวเป็นความจริงใจที่ต้องการสานต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจริง รมว.วิทยา ต้องตอบคำถามสังคมในสิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบ สปสช. ในขณะนี้ ดังนี้

1. รมว.วิทยาจะดำเนินการอย่างไรกับกรณี นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดปัจจุบัน ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดที่แล้วมีมติให้เสนอคณะรัฐมนตรี ให้ถอดถอนเพราะมีความประพฤติเสื่อมเสียตามมาตรา 16 (6) พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพราะใช้อำนาจหน้าที่ออกหนังสือชักชวนให้โรงพยาบาลในสังกัดสมาคมโรงพยาบาลเอกชนไม่ให้เข้าร่วมบริการผู้ป่วยไตวายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพราะทำให้เสียราคาในระบบสวัสดิการข้าราชการให้ไว้สูงกว่า

2. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไรกรณีการฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนการสรรหาและแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ดำเนินการโดยมิชอบตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวไม่มีประวัติหรือผลงานเชี่ยวชาญตามที่กฎหมายกำหนด อาทิ

2.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย นพ.ประดิษฐ์ สีนวณวงศ์ กรรมการผู้จัดการ บริษัทเตคคอร์มาร์ท จำกัด นักรุกกิจจอสังหาริมทรัพย์ เครือแสนสิริและบอร์ดีการบินไทย (โควตาพรรคเพื่อไทย??) ไม่มีประวัติหรือผลงานที่เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยต่างจากผู้ทรงคุณวุฒิเดิม คือ ญ.สำลี ใจดี ประธานกรรมการมูลนิธิบริการแพทย์แผนไทยและนักวิชาการด้านแพทย์แผนไทย

2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก นพ.พินิจ หิรัญโชค อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมและหุ้นส่วนเจ้าของโรงพยาบาลสนามจันทร์ ไม่มีประวัติและผลงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทางเลือกต่างจากผู้ทรงคุณวุฒิ เดิมคือ นพ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง อดีตผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนจีนและแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์

2.3 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคม นอ.นพ.อิทธิพร คณะเจริญ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพล และที่ปรึกษากรมการสาธารณสุขใน ส.ส. และ ส.ว. ไม่มีประวัติและผลงานที่เกี่ยวข้องกับสังคม ต่างจากผู้ทรงคุณวุฒิเดิมคือ นพ.ยุทธ โพธารามิก เลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว.

3. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไรกรณีทำผิดมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ตนเองเป็นผู้เสนอให้ นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สรรหาอนุกรรมการชุดต่าง ๆ โดยมีเงื่อนไขว่า ผู้สรรหาจะต้องไม่เป็นอนุกรรมการเสียเอง แต่กลับใช้อำนาจกลับมติ มอบให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการที่สำคัญถึงสองคณะ

4. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไรกรณีแต่งตั้งให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ และประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาศักยภาพประชาชนและระบบบริการของ สปสช. รวมทั้งแต่งตั้งผู้บริหารจำนวนมากของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอนุกรรมการทั้งสองคณะ เป็นการทำผิดเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ต้องแยก สปสช. ในฐานะตัวแทนผู้ซื้อบริการออกจากกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลหน่วยบริการ เป็นการถอยหลังเข้าคลอง และทำให้สิทธิประโยชน์ของประชาชนถูกจำกัดเหมือนในอดีต

5. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไร กรณีกำหนดให้อธิบดีและผู้บริหารจำนวนมากของกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นประธานและอนุกรรมการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของ สปสช. รวมทั้งให้อธิบดีและผู้บริหารจำนวนมากของกรมควบคุมโรคเป็นประธานและอนุกรรมการพัฒนาและบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของ สปสช. เป็นรูปธรรม

ของการต้องการตั้งการบริหารงบประมาณของกองทุนการแพทย์แผนไทยและกองทุนเอตส์กลับเข้าสู่กระทรวงสาธารณสุข

6. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไรกรณีจะเก็บ 30 บาทกับผู้ป่วยแล้วคุณภาพการให้บริการจะดีขึ้น เพราะการเก็บ 30 บาทจะได้เงินเพิ่มเติมเพียง 2,000 ล้านบาทหรือเพียงร้อยละ 1.5 ของงบเหมาจ่ายรายหัวปีละ 1,200,000 ล้านบาท และคุณภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับการลงทุนระยะยาวรวมทั้งการแก้ปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขที่ขาดแคลนจากการไหลเข้าสู่ตัวเมืองและหน่วยบริการเอกชน

7. รมว.วิทยาจะอธิบายสังคมได้อย่างไร กรณีที่จะผลักดันให้มีการแก้ไขมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อขยายเอาเงินกองทุน สปสช. ซึ่งมีอยู่จำกัดและได้รับจัดสรรต่ำกว่ากองทุนอื่นอยู่แล้วไปชดเชยความเสียหายให้กับผู้ป่วยในระบบประกันสังคมสวัสดิการข้าราชการ และโรงพยาบาลเอกชน โดยโรงพยาบาลเอกชนไม่ต้องร่วมรับผิดชอบจ่ายสมทบเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการทำธุรกิจค้ากำไรทางการแพทย์ของตน

8. รมว.วิทยาจะรับผิดชอบต่อสังคมอย่างไรที่ปล่อยให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ร่วมกับภาคประชาชนภายใต้การสนับสนุนของ พตท.ทักษิณ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี พรรคไทยรักไทย ได้เริ่มต้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 ปี จนเป็นที่ยอมรับทั้งภายในและภายนอกประเทศ จะต้องถดถอยและล่มสลายในที่สุดจากกลุ่มแพทย์พาณิชย์ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคตั้งแต่ต้น และจากกลุ่มบริษัทยาข้ามชาติ กลุ่มผู้บริหารเก่าของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งกลุ่มการเมืองนายทุนพรรค”

การคัดค้านของชมรมแพทย์ชนบทมีลักษณะ “กัดไม่ปล่อย” ตามที่ นพ.ชาติรี เจริญชีวะกุล เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เคยกล่าวไว้ เพราะต่อมาในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ชมรมแพทย์ชนบทได้เผยแพร่แถลงการณ์ฉบับที่ 182¹⁸² “เรื่องขอให้

¹⁸² “แถลงการณ์ชมรมแพทย์ชนบท จับตาความจริงใจ “รัฐมนตรีวิทยา” 17 ก.พ. เป็นครั้งสุดท้าย,” [ออนไลน์], 11 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแก้ปัญหาที่ผูกไว้ เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ตามแถลงการณ์ชมรมแพทย์ชนบทฉบับที่หนึ่ง สองและสาม ได้แสดงความห่วงใยต่อการเข้ายึดครองกลไกการกำหนดนโยบายและความพยายามจะเปลี่ยนหลักการและแสวงหาประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนตามแผนล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สี่ขั้นต้นตอน และ รมว.สาธารณสุขได้ปฏิเสธและยืนยันต่อสังคมตลอดมาว่าจะแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในระบบรวมทั้งมีนโยบายจะพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความจริงใจที่มุ่งแก้ปัญหาที่ผูกไว้เพื่อให้ระบบดังกล่าวสามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ชมรมแพทย์ชนบทขอเรียกร้องความจริงใจ ความรับผิดชอบ และความเป็นผู้นำของ รมว.สาธารณสุข ดังนี้

1. การสรรหาและคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังคนใหม่แทนผู้ที่ลาออกในวันที่ 17 กุมภาพันธ์นี้ จะต้องดำเนินการให้ได้ผู้ที่มีความรู้ด้านการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง เป็นผู้ที่มีผลงานประจักษ์เป็นที่ยอมรับทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งมีความอิสระ ปลอดจากการแทรกแซงจากกลุ่มผู้มีผลประโยชน์ทับซ้อน

2. เปลี่ยนตัวกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้ที่คณะกรรมการชุดเดิมมีมติว่าเป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียตามมาตรา 16(6) ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอื่นที่คุณสมบัติไม่เหมาะสม

3. การสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการ สปสช. กระบวนการดำเนินการและบุคคลที่ได้มา จะต้องตอบสังคมได้อย่างชัดเจนว่าเป็นผู้มีความรู้ มีความสามารถ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัดว่าสามารถบริหารและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างต่อเนื่อง มีความอิสระจากการแทรกแซงของกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน และถ้าจะมีการเปลี่ยนแปลงต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สามารถตอบสังคมได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม อย่างไร

ชมรมแพทย์ชนบทยังมีความมั่นใจว่า รมว.สาธารณสุขจากพรรคเพื่อไทยจะแสดงออกถึงความจริงใจในการแก้ไข้ปัญหาที่ผูกไว้ตามข้อเสนอข้างต้นดังกล่าวเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ที่

ส่งผลให้ตลอดเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการชุดใหม่ต้องหยุดชะงัก ไม่มีผลงานปรากฏที่เป็นประโยชน์กับประชาชนโดยรวม และสามารถทำให้สังคมเชื่อมั่นว่า รมว. สาธารณสุขจากพรรคเพื่อไทยยังมีความจริงจังในการพัฒนาและไม่สนับสนุนกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พรรคไทยรักไทยได้ริเริ่มไว้ในอดีตที่ผ่านมา โดยชมรมแพทย์ชนบท จะร่วมกับเครือข่ายผู้ป่วย กลุ่มรักหลักประกันสุขภาพ ในการจับตาดูการแสดงออกซึ่งความจริงจังในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 นี้ เป็นครั้งสุดท้าย”

การเคลื่อนไหวดังกล่าวส่งผลต่อเนื่องให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดัน นพ.วินัย สวัสดิ์วร หนึ่งในกลุ่มแพทย์ชนบทกลับเข้ามาเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัยที่สอง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญเป็นไปตามความต้องการของขบวนการแพทย์ชนบท เพราะตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. ถือว่าเป็นหัวใจหลักในการกำหนดนโยบายและทิศทางขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพของประเทศให้เป็นไปตามที่ขบวนการแพทย์ชนบทตั้งใจไว้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากรณีเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น ตลอดจนกรณีอื่น ๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบท ได้มีส่วนร่วมในการผลักดันและประคับประคองนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพเอาไว้ นับเป็นความพยายามที่สำคัญในการรักษาสถานภาพการนำของขบวนการฯ ในการกำหนดนโยบายระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นไปตามปรัชญาของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีมาตั้งแต่แรก

...การมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวทางการเมืองระดับชาติ อาทิ ปฏิรูปการเมือง ปฏิรูปสื่อ (มติด้านการเมือง) ฯลฯ

ขบวนการแพทย์ชนบทมิได้ทำการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพในความหมายที่แคบเท่านั้น แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ตลอดหลายปีที่ผ่านมาเห็นได้อย่างชัดเจนว่าตัวขบวนการฯ ก้าวเข้ามาเกี่ยวข้องกับประเด็นการเมืองโดยตรงอย่างใกล้ชิด โดยเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองในประเด็นต่าง ๆ ที่เล็งเห็นว่าจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมส่วนรวม เนื่องจาก

ขบวนการแพทย์ชนบทมีวัตถุประสงค์ในการเคลื่อนไหวประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การผดุงความยุติธรรมและธำรงรักษาสิ่งที่ถูกต้องดีงามในสังคม¹⁸³

ขบวนการแพทย์ชนบทเติบโตมาจากขบวนการนักศึกษาในยุคสมัยที่มีความต้องการปฏิวัติประเทศไทย แนวคิดดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดปลูกฝังมาโดยตลอดว่า จะต้องเปลี่ยนแปลงปฏิรูประบบของประเทศไทยให้เอื้อกับคนส่วนใหญ่ และใช้วิธีการทำงานโดยให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวภาคประชาชนร่วมมือกับภาครัฐ ไม่ละเลยต่ออำนาจการเมืองของภาครัฐ¹⁸⁴ พัฒนาการการเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มจากการเคลื่อนไหวทางด้านพื้นฐานที่ใกล้ตัวก่อน จากนั้นจึงขยายเข้าสู่ประเด็นทางสังคมและการเมืองมากขึ้นในภายหลัง โดยกลุ่มแกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงที่ผ่านมาเป็นกลุ่มคนที่มีมุมมองปัญหาสังคมเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ ไม่ได้มองแบบแยกส่วนตัดขาดจากกัน¹⁸⁵ สิ่งนี้ส่งผลให้ “ภาพลักษณ์ขบวนการที่เน้นวิชาการ เน้นการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพ เริ่มขยายไปสู่ขบวนการ เพื่อสร้างความโปร่งใส และความเป็นธรรมในสังคมไทย... แนวทางการเคลื่อนไหวจึงมีความซับซ้อน แหวมคม และจะต้องอาศัย บารมี ปัญญา สติ และพรหมวิหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความอดทน และการรู้จักอโหสิให้ภัย”¹⁸⁶ ในการเข้ามีส่วนร่วมเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมือง

หากพิจารณาถึงเฉพาะชมรมแพทย์ชนบท เป็นที่ชัดเจนว่าชมรมแพทย์ชนบทในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวในประเด็นทางการเมือง (Political issue) มากขึ้นเรื่อย ๆ¹⁸⁷ ซึ่งเป็นไปตามการกล่อมเกลாத่างสังคม (Socialization) ภายในชมรมแพทย์ชนบทจากรุ่นสู่รุ่นที่หันมาใส่ใจในประเด็นทางการเมือง ดังที่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ กล่าวไว้ว่า “องค์ประกอบของการเคลื่อนไหวขึ้นอยู่กับตัวประธานชมรมในขณะนั้น ๆ ว่าแต่ละคนเป็นอย่างไร เป็นธรรมชาติ แล้วแต่สไตล์ของแต่ละคน ตอนที่ผมขึ้นมาปี พ.ศ. 2544 สมัยก่อนเวลาเขาเชิญ

¹⁸³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 5.

¹⁸⁴ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

¹⁸⁵ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

¹⁸⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท, หน้า 26.

¹⁸⁷ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

ประชุมชมรมแพทย์ชนบท ผมก็ไปบ้าง ไม่ไปบ้าง ต่อมาเริ่มเข้ามาทำงานในส่วนกลาง เริ่มเห็นงานของชมรมฯ หมออารักษ์ วงศ์วรชาติ อดีตประธานชมรมฯ ก็เป็นเพื่อนผม เริ่มมาทำงาน ก็เห็นเขาพูดกันแต่ประเด็นเรื่องของการเมืองที่กว้างกว่าเราเยอะ สมัยก่อนผมยังจมอยู่แต่ในโรงพยาบาลตัวเอง”¹⁸⁸ ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่มาสืบทอดการทำงานภายในชมรมแพทย์ชนบทจึงเห็นความสำคัญของการเข้ามาผลักดันประเด็นทางการเมืองเพื่อส่วนรวม

ในที่นี่จะขอยกกรณีตัวอย่างการเข้ามามีส่วนผลักดันวาระทางการเมืองสาธารณะในระดับชาติที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและบรรลุผลสำเร็จในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่

กรณีการปฏิรูปสื่อสาธารณะ สถานีวิทยุโทรทัศน์ทีพีบีเอส...

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับ “สื่อ” เป็นอย่างยิ่ง เพราะเห็นว่าพลังของสื่อในปัจจุบันสามารถขับเคลื่อนพลังมวลชนในสังคมเพื่อให้การสนับสนุนการเคลื่อนไหวในประเด็นใดประเด็นหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ “เราจึงเห็นแพทย์ชนบทไปเล่นเรื่องสื่อสารมวลชน เช่น หมอสู่วิทย์กับหมออำพลไปทำรายการวิทยุกันหลายปีแล้ว หมอชัยไปทำรายการ “ลานบ้านลานเมือง” กับ ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และเมื่อเร็ว ๆ นี้หูดหวิดจะไปเป็นผู้อำนวยการ อ.ส.ม.ท. ทีเดียวก หมอสู่วิทย์เป็นดาราทำรายการ “ครองสถานการณ์” ที่มีคนติดตามกันมาก... เพราะในขณะที่เรายังไม่มีวิธีทำให้ทุกคนเป็นคนดีได้ เราอาจสร้างโครงสร้างใหม่ได้ เรื่องของประชาสังคมเป็นเรื่องโครงสร้างใหม่ของสังคม การสื่อสารถึงกันเป็นเครื่องมือสร้างโครงสร้างใหม่”¹⁸⁹ แนวคิดดังกล่าวที่ให้ความสำคัญกับพลังประชาสังคมด้านสื่อได้เป็นตัวจุดประกายให้ขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามาผลักดันในเรื่องดังกล่าวให้เป็นรูปธรรม

ขบวนการแพทย์ชนบทได้ดำเนินการผลักดันการปฏิรูปสื่อสาธารณะโดยผ่านกลไกองค์กร ส. ที่สำคัญ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เป็นแหล่งทรัพยากรทางการเงินในการให้ทุนสนับสนุนแก่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรที่ สสส. เห็นว่าทำกิจกรรมหรือ

¹⁸⁸ สัมภาษณ์ เกียรติศักดิ์ วัชรกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

¹⁸⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 66.

งานวิจัยเป็นไปตามเป้าประสงค์ที่ สสส. กำหนดเอาไว้ โดยเฉพาะเป้าประสงค์เพื่อประโยชน์สาธารณะ ดังนั้น สสส. ได้ให้ทุนวิจัยแก่ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวณิชย์ และคณะวิจัยให้ดำเนินการศึกษาถึงวิธีการจัดตั้งสื่อสาธารณะในต่างประเทศว่าทำกันอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนสถานีโทรทัศน์ไอทีวีเป็นที่พีบีเอส คณะผู้วิจัยได้ร่างกฎหมายเพื่อจัดตั้งทีวีสาธารณะไว้ให้หนึ่งฉบับ โดยติดต่อเจ้าหน้าที่คณะกรรมการกฤษฎีกาเป็นผู้ร่วมในการร่างกฎหมาย กระจวบ เหมาะกับเหตุการณ์ช่วงนั้นเกิดรัฐประหาร 19 กันยายน พ.ศ. 2549 อาจารย์ไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม ซึ่งเป็นกรรมการในคณะกรรมการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ. 2548 ได้รับแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีและรองนายกรัฐมนตรี จึงได้เกิดการผลักดันกลายมาเป็นสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอสที่เป็นทีวีสาธารณะแห่งแรกของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานที่สร้างประโยชน์ในการรับรู้ให้แก่ประชาชน¹⁹⁰ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงถือเป็นหนึ่งในองค์กรที่สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่น ๆ โดยการใช้เครื่องมือทางโครงสร้าง ได้แก่ องค์กรตระกูล ส. ร่วมผลักดันการปฏิรูปสื่อสาธารณะได้สำเร็จ

กรณีการเคลื่อนไหวในเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. 2535...

เหตุการณ์ทางการเมืองเมื่อวันที่ 17-23 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 หรือที่รู้จักกันในชื่อว่า “พฤษภาทมิฬ” นับเป็นเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นครั้งประวัติศาสตร์ครั้งหนึ่งในสารบบการเมืองไทย ในเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ถือเป็นการก้าวอย่างอีกขั้นหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้เข้าไป “มีบทบาทในการต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรมและความถูกต้อง เพื่อสร้างธรรมาภิบาลในประเทศ โดยประเด็นของการต่อสู้เป็นประเด็นทางการเมืองและการปกครอง ซึ่งนอกเหนือจากประเด็นทางด้านสาธารณสุขที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทอยู่ ในการเคลื่อนไหวดังกล่าว สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในเกือบทุกจังหวัดได้เป็นแกนหลักและกำลังสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และสนับสนุนการเคลื่อนไหวของประชาชนทั่วประเทศ โดยสมาชิกของขบวนการในส่วนกลางได้เข้าไปมีส่วนร่วมเคลื่อนไหวและช่วยเหลือประชาชนในเหตุการณ์ดังกล่าว ต่อมาภายหลังเมื่อเหตุการณ์สงบลง สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในหลายจังหวัดได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในการเป็นคณะกรรมการองค์กรกลาง

¹⁹⁰ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

เพื่อประชาธิปไตยระดับจังหวัด ทำหน้าที่ในการสอดส่องดูแลการเลือกตั้งในระดับพื้นที่ ในขณะที่สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในส่วนกลางหลายคน เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในคณะกรรมการองค์กรกลางเพื่อประชาธิปไตยของระดับประเทศ ทั้งนี้ เพื่อต้องการสนับสนุนให้เกิดการเลือกตั้งที่บริสุทธิ์ ยุติธรรม และต้องการให้เกิดธรรมาภิบาลสำหรับรัฐบาลใหม่ที่เข้ามาบริหารประเทศ”¹⁹¹

ในช่วงนั้น “ชมรมแพทย์ชนบทภายใต้การนำของ นพ.ปรีดา แต่อาภรณ์ ได้ออกแถลงการณ์ประณามรัฐบาล รสช. ที่ใช้อำนาจและความรุนแรงในการชนหน้าประชาชน พร้อมทั้งเรียกร้องให้มีการยุติการใช้ความรุนแรง การเคลื่อนไหวกองขบวนการแพทย์ชนบทในครั้งนั้นได้เริ่มต้นจากมิตินทางมนุษยธรรมที่คัดค้านการชนหน้าและการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหาโดยแพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศได้พร้อมใจกันไว้ทุกข์และแขวนป้ายดำหน้าโรงพยาบาล ขณะเดียวกันแพทย์ชนบทหลายกลุ่มก็ได้ร่วมกับประชาคมในจังหวัดตนเอง เดินไปยังศาลากลางเรียกร้องให้มีการยุติการใช้ความรุนแรงกับประชาชน”¹⁹² แพทย์ชนบทกลายเป็นพลังสำคัญพลังหนึ่งในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือประชาชนผู้มาชุมนุม โดยรับภาระดูแลในเรื่องของการบริการทางการแพทย์ให้กับกลุ่มผู้ชุมนุมเป็นหลัก ¹⁹³ และ “ยังได้ประสานกับอาจารย์แพทย์ผู้รักความเป็นธรรม จัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่โรงแรมรัตนโกสินทร์พร้อมทั้งร่วมประสานงานกับการเคลื่อนไหวกองขบวนการบุคคลที่มีบทบาทโดดเด่นอยู่เบื้องหลังหน่วยแพทย์ที่โรงแรมรัตนโกสินทร์ประกอบด้วย นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ขณะเดียวกันมีแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ส่วนกลางหลายท่านโดยเฉพาะ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม ที่ได้จัดตั้งหน่วยประสานงานที่วังเทเวศร์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งกำหนดการเคลื่อนไหวกองขบวนการใช้ความรุนแรงในการชนหน้าประชาชน รวมทั้งทำหน้าที่ส่งข่าวสารต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งโดยทางโทรศัพท์และทางโทรสาร และยังมีการส่งข่าวไปยังต่างประเทศด้วย การส่งข่าวใช้แหล่งสื่อสารหลายแห่ง บางครั้งมีการใช้

¹⁹¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 189-190.

¹⁹² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 229.

¹⁹³ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

โทรศัพท์/โทรสารจากสำนักงานคณะกรรมการระบอบาติวิทยาแห่งชาติด้วย ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้
 นักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งได้ส่งยุบเลิกคณะกรรมการระบอบาติวิทยาแห่งชาติในปี พ.ศ.
 2537”¹⁹⁴

แม้ว่าเหตุการณ์ความวุ่นวายได้สงบลงแล้ว แต่กลุ่มแพทย์ชนบทก็ยังเข้าร่วมติดตาม
 สถานการณ์ทางการเมืองอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะกรณีที่มีการเสนอชื่อ พล.อ.สมบุญ ระหงส์ ดำรง
 ตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ปรากฏว่าชมรมแพทย์ชนบทได้ร่วมเคลื่อนไหวเป็นพันธมิตรกับองค์กรภาค
 ประชาสังคมอื่น ๆ ในการคัดค้านและยื่นหนังสือถึงประธานสภาผู้แทนราษฎรในขณะนั้น เรียกร้อง
 ให้มีการเสนอบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นนายกรัฐมนตรีเพื่อมาคลี่คลายวิกฤตการณ์ทางตัน
 ทางการเมือง และปรากฏว่ารัฐสภาได้เลือกนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นที่พึง
 พอใจแก่มวลประชาชนในสมัยนั้น¹⁹⁵

ด้วยเหตุนี้ อาจกล่าวได้ว่าการที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าร่วมเคลื่อนไหวต่อต้าน
 คัดค้านอย่างแข็งขันในเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. 2535 ถือได้ว่าเป็นปรากฏการณ์การมีส่วนร่วม
 ร่วมทางการเมืองครั้งสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท และนับเป็นขบวนการประชาสังคมขบวน
 หนึ่งที่ทำกรต่อต้านที่เข้มแข็งที่สุดในต่างจังหวัด¹⁹⁶

นับจากนั้นเป็นต้นมา ขบวนการแพทย์ชนบทได้ปรากฏตนอยู่บ่อยครั้งทางหน้าสื่อ
 หนังสือพิมพ์และในแวดวงการเมืองในการเข้ามีส่วนร่วมผลักดันประเด็นต่าง ๆ ทางการเมืองตลอด
 มา จนกล่าวสรุปได้ว่าในรอบกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบทเกี่ยวข้องกับการ
 เคลื่อนไหวในประเด็นการเมืองโดยตรงในระดับประเทศมาโดยตลอด ซึ่งไม่ใช่ประเด็นด้าน
 สาธารณสุขหรือระบบสุขภาพแต่อย่างใด กรณีตัวอย่างเหตุการณ์ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556
 ก็เป็นอีกเหตุการณ์หนึ่งที่แสดงประจักษ์พยานในเรื่องนี้ กล่าวคือ ในช่วงเวลาดังกล่าว สภา
 ผู้แทนราษฎรเสียงข้างมากริบชิงปิดอภิปรายและผ่านร่าง พ.ร.บ.นิรโทษกรรมแบบสุดซอย ซึ่งเป็น
 กฎหมายที่ปลั่งการกระทำความผิดให้กับบุคคลที่ตกเป็นจำเลยในคดีทางการเมืองตั้งแต่ปี พ.ศ.

¹⁹⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 230.

¹⁹⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 230.

¹⁹⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 25.

2547 เป็นต้นมา ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มกันต่อต้านในสังคมอย่างกว้างขวางทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เนื่องจากประชาชนหลายกลุ่มจำนวนมากเห็นว่า มีการบิดเบือนหลักการของ พ.ร.บ.ฉบับนี้ในชั้นกรรมาธิการแปรญัตติในวาระที่ 2 ของสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่เป็นหลักการสำคัญของร่าง พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวในวาระที่ 1 ที่สภาผู้แทนราษฎรเสียงข้างมากได้ลงมติรับหลักการสำคัญไปแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขหลักการสำคัญในชั้นกรรมาธิการแปรญัตติในวาระที่ 2 ได้ จึงถูกพิจารณากันว่าเป็นการกระทำที่ไม่ชอบธรรมของสภาผู้แทนราษฎรเสียงข้างมาก นอกจากนี้ ประชาชนหลายกลุ่มมองว่าหากร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้มีผลบังคับใช้ จะมีผลทำให้เกิดการนิรโทษแก่ผู้นำการเมืองคนสำคัญในอดีตที่คดียังอยู่ในชั้นศาลหลายคดี ไม่ว่าจะเป็นคดีทุจริต คดีการปราบปรามประชาชน ฯลฯ ซึ่งประชาชนจำนวนหนึ่งต้องการเห็นการดำเนินคดีตามปกติในชั้นศาลเพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของผู้นำการเมืองคนสำคัญทั้งสองฝ่ายที่เป็นข้อขัดแย้งกันทางการเมือง

เหตุการณ์ทางการเมืองดังกล่าวนับเป็นอีกเหตุการณ์หนึ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปร่วมคัดค้านอย่างแข็งขัน เป็นแนวร่วมกับมวลชนอีกหลายกลุ่มที่กระจายการชุมนุมคัดค้านในหลายจังหวัดทั่วประเทศ ดังที่นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบทในขณะนั้น กล่าวไว้ว่า “ชมรมแพทย์ชนบทและโรงพยาบาลชุมชนร่วมใจกันเป่านกหวีดต่อต้าน พ.ร.บ.นิรโทษกรรมแบบเหมาเข่ง ขอให้ทุกคนร่วมแสดงพลังด้านการกระทำที่ไม่ชอบธรรม โดยพร้อมใจกันขึ้นป้ายคัดค้าน พ.ร.บ.ดังกล่าว”¹⁹⁷

ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีอาจหลีกเลี่ยงการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองในระดับชาติได้เลย อันเนื่องมาจากการตกอยู่ภายใต้กฎทางจิตใจที่หลอมรวมแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งเข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือ ความต้องการทำประโยชน์ให้กับสังคมส่วนรวม โดยหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมระบอบการเมืองให้มีบริบทที่เอื้อต่อความผาสุกของประชาชนมากที่สุด

¹⁹⁷ ไทยรัฐ (5 พฤศจิกายน 2556): 17.

...การพัฒนาระบบและกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัด (มิติ ด้านเครือข่ายวิชาชีพ)

การรวมตัวเป็นแพทย์ชนบทในแรกเริ่มเดิมทีนั้นมีการกำหนดวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งในการรวมตัวคือ การรวมกลุ่มช่วยเหลือเหล่านักบวชแพทย์ชนบทด้วยกันที่ต้องประสบภาวะยากลำบากในการออกไปทำงานชดใช้ทุนในพื้นที่ต่างจังหวัดทุรกันดาร สถานพยาบาลที่ไปประจำอยู่ไม่พร้อมด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ ความเพียงพอของยารักษาโรค ตลอดจนการบริหารงานโรงพยาบาลในฐานะผู้อำนวยการซึ่งไม่เคยผ่านการพัฒนาทักษะในการเป็นผู้บริหารองค์กรมาก่อน เพราะการเรียนวิชาชีพแพทย์ในยุคนี้ให้ความสำคัญกับการสอนเฉพาะการปฏิบัติวิชาชีพเท่านั้น การพัฒนาระบบและกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัดจึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรก เป็นไปดังที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้กล่าวไว้ “ตอนเริ่มจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบทใหม่ ๆ ปี พ.ศ. 2521-22 ชมรมฯ ทำในเรื่องของการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนทั้งนั้น ไม่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับกระทรวง แต่สถานการณ์แวดล้อมเป็นตัวบีบให้เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ก็ไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการรวมตัวครั้งแรก กล่าวคือ ถ้าไปดูระเบียบการชมรมหรือว่าเอกสารต่าง ๆ ที่มี วัตถุประสงค์ของชมรมฯ มุ่งเพื่อบริการสาธารณสุขในชนบท ที่สำคัญที่สุดคือการเข้าไปช่วยทำให้ระบบบริการสุขภาพในชนบทเข้มแข็ง เพราะว่าคนไทยส่วนใหญ่อยู่ในชนบท และหมอส่วนใหญ่อยู่ในเมือง ทำอย่างไรจึงทำให้หมอกระจายไปอยู่ชนบท อันนี้สำคัญเป็นหัวใจที่แพทย์ชนบททำ”¹⁹⁸

ชมรมแพทย์ชนบทได้กำหนดเป้าหมายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยรวม 5 กรณี (เบญจกรณี ดังนี้ “1. ให้บริการประชาชนคนยากจนอย่างสุดจิตสุดใจ 2. กระตุ้นนักศึกษาแพทย์รุ่นน้องให้ฝึกฝนในชนบท 3. ช่วยกระทรวงจัดอบรมแพทย์จบใหม่ที่เป็นไปทำงานในชนบท 4. ช่วยกระทรวงทำคู่มือมาตรฐานการบริหารโรงพยาบาลชุมชน 5. เคลื่อนไหวเพื่อความยุติธรรมในสังคมและสิ่งที่จะต้องดีงาม”¹⁹⁹ จะเห็นได้ว่าเป้าหมายในข้อที่สอง สาม และสี่ เป็นไปเพื่อการพัฒนาระบบและกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัด แต่ภารกิจที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาระบบในยุคนี้ คือการ

¹⁹⁸ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป, 17 สิงหาคม 2555.

¹⁹⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 5.

จัดทำคู่มือมาตรฐานการบริหารโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2522 และปรับปรุงในปี พ.ศ. 2523 และ 2527 เพื่อใช้เป็นแนวทางการทำงานในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำหรับแพทย์ที่ทุนที่จบใหม่ โดยกลุ่มแพทย์ชนบทรุ่นพี่เป็นผู้เข้ามาช่วยทำคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาล ตลอดจนคู่มือสำคัญอื่น ๆ เพื่อช่วยแพทย์จบใหม่ที่ไม่รู้จะหันไปหาคำปรึกษาจากใคร คู่มือเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์ดำเนินการเชิงระบบต่อไปได้ อีกทั้งช่วยลดปัญหากรณีที่แพทย์บางคนทำงานผิดพลาดโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการเงิน เนื่องจากไม่มีทักษะการบริหารงานและบริหารงบประมาณ จึงถูกเจ้าหน้าที่สายปฏิบัติที่อยู่มานานกว่าอาศัยช่องว่างที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมือใหม่ ประสบการณ์ไม่มี สอดไส้งบการเงินให้ลงนามอย่างไม่ถูกต้อง ส่งผลให้แพทย์คนนั้น ๆ ต้องรับภาระใช้หนี้สินเนื่องจากถูกข้อโกงไป²⁰⁰

นอกจากการเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนแพทย์ชนบทเกี่ยวกับปัญหาการทำงานแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทยังยื่นมือช่วยเหลือเรื่องส่วนตัวอีกด้วย เพื่อดูแลชีวิตความเป็นอยู่ให้แพทย์จบใหม่สามารถยืนหยัดปฏิบัติงานในชนบทต่อไปได้ เช่น มีการจัดตั้งกองทุนและปาฐกถานายแพทย์พีร์คำทอง ขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือ เป็นต้น²⁰¹ ตลอดจนการต่อสู้เรียกร้องจากส่วนกลางเพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในชนบท²⁰² สิ่งเหล่านี้เป็นไปเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาาระบบและกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัดให้ดีขึ้น

แม้ว่าในระยะหลัง การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและกระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัดจะไม่ได้ขับเคลื่อนมาก อันเนื่องมาจากก่อนหน้านี้ในยุคสมัยแรก ๆ ของชมรมฯ ได้มีการผลักดันอย่างจริงจังจนทำให้สภาพแวดล้อมในการทำงานในชนบทพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก ในปัจจุบันการขับเคลื่อนชมรมแพทย์ชนบทที่เกี่ยวข้องในเรื่องในด้านนี้จะมีเพียง 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การประชุมประจำเดือนของกรรมการ โดยเฉพาะประชุมเดือนละครั้งหรือแล้วแต่วาระที่เกิดขึ้น และการจัดประชุมประจำปีซึ่งจะทำการเชิญสมาชิกชมรมที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ มาร่วมประชุมประจำปี การประชุมที่จัดขึ้นนี้มี

²⁰⁰ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

²⁰¹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 7-8.

²⁰² วิชัย ไชควิวัฒน์, 25 ปี แพทย์ชนบท อุดมการณ์และแนวทางยังไม่เปลี่ยนแปลง, หน้า 22.

วัตถุประสงค์อยู่สามข้อ กล่าวคือ จะมีการประกาศรางวัลแพทย์ดีเด่นที่ทำงานอยู่ในชนบทโดย กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร เป็นประจำทุกปี จากนั้นจะมีปาฐกถาให้เกียรติแก่นายแพทย์ พีร์ คำทร ผู้ที่มีจุดยืนปกป้องการทุจริตประพฤติมิชอบ และเป็นวีรบุรุษผู้ต่อสู้กวาดล้างการ คอร์รัปชั่นจนต้องแลกด้วยชีวิต ซึ่งชมรมแพทย์ชนบทเห็นว่าวาระความซื่อสัตย์สุจริตต่อหน้าที่เป็น วาระหนึ่งที่สำคัญ และสุดท้ายจะมีการบรรยายให้ความรู้ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคจะมีผลกระทบอย่างไร บริหารกำลังคนอย่างไร เป็นต้น²⁰³

กล่าวได้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทได้ใส่ใจในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบและ กระบวนการทำงานของแพทย์ชนบทในต่างจังหวัดตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของการก่อตั้งชมรมแพทย์ ชนบทขึ้นมา จนส่งผลให้สภาพชีวิตการทำงานของแพทย์ใช้ทุนฉบับใหม่ที่ทำงานอยู่ในต่างจังหวัดมี สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยเพียงพอต่อการใช้ชีวิตอยู่ ตลอดจนการพัฒนาระบบการทำงานใน โรงพยาบาลต่างจังหวัด

...การพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน

ในระยะแรกของการรวมตัวเป็นชมรมแพทย์ชนบทได้ให้ความสนใจในเรื่องการพัฒนา สาธารณสุขมูลฐาน โดยในขณะนั้น นายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกอง สาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ปรารภกับชมรมแพทย์ชนบทว่า สาธารณสุขมูลฐานจะ ชับเคลื่อนได้ต้องผ่านสถานีอนามัยและโรงพยาบาลอำเภอ ต่อมาท่านจัดประชุมแพทย์ประจำ โรงพยาบาลอำเภอเพื่อพัฒนาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ตรงนี้ทางชมรมแพทย์ชนบทเข้าไปมีส่วนร่วมโดยตรง²⁰⁴ “ก่อให้เกิดคู่มือปฏิบัติงาน กรอบอัตรากำลังคน ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ของ โรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาด รวมทั้งการได้ตำแหน่งผู้อำนวยการของโรงพยาบาลระดับ 7 (ปี

²⁰³ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁰⁴ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

พ.ศ. 2523)²⁰⁵ สามารถกล่าวได้ว่าชมรมแพทย์ชนบทมีส่วนทำให้งานสาธารณสุขมูลฐาน
วางรากฐานได้ดีขึ้นในชนบท²⁰⁶

งานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ทำการผลักดันอย่างประสบ
ความสำเร็จ อาทิ

นโยบายพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอ...

การเคลื่อนไหวในนโยบายเรื่องโรงพยาบาลอำเภอ ชมรมแพทย์ชนบทมีความพยายามเป็น
อย่างมากที่จะชี้ให้ประชาคมสาธารณสุขเห็นว่า โรงพยาบาลอำเภอไม่ใช่โรงพยาบาลประจำ
จังหวัดขนาดเล็ก ดังนั้นจึงต้องมีสิ่งที่เรียกว่าการรักษาสมดุล (balance) ระหว่าง “การรักษา” และ
“การส่งเสริม” อีกทั้งในการพิจารณาเรื่องกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลอำเภอ ชมรมแพทย์
ชนบทจะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันทุกครั้งในการปกป้องโครงสร้างฝ่ายต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอำเภอ
เช่น ห้ามมีแต่ฝ่ายรักษาพยาบาล ห้ามยุบฝ่ายส่งเสริม ห้ามยุบฝ่ายสุขา ถึงแม้ว่ากรอบอัตรากำลัง
ของทั้งฝ่ายส่งเสริมและฝ่ายสุขาไม่เคยขยาย แต่ยังมีใจว่าอย่างน้อยก็ไม่เคยโดนยุบโครงสร้างไป
เป็นต้น²⁰⁷ นอกจากนี้ ยังมีการทำคู่มือโรงพยาบาลชุมชน การทำวารสารแพทย์ชนบท การผลักดัน
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอที่ 7 การทำดัชนีวัดผลการดำเนินงาน (performance
indicator) ซึ่งงานเหล่านี้เป็นงานเชิงการพัฒนารวมทั้ง (organization development)²⁰⁸ ทั้งสิ้น
เพื่อยกระดับมาตรฐานของโรงพยาบาลอำเภอให้มีคุณภาพมากขึ้น

นโยบายการฝึกอบรมแพทย์...

การผลักดันนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าไปมี
ส่วนร่วมในหน่วยงานกำหนดนโยบายด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทยสภา ด้วยเหตุนี้ แกนนำจำนวน
หนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทได้ผันตัวเองเข้าสู่การเป็นกรรมการแพทยสภา เพราะมีวัตถุประสงค์

²⁰⁵ อุเทน จารณศรี, “ย้อนอดีตชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3
(กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 17.

²⁰⁶ สัมภาษณ์ สมนัดดี ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²⁰⁷ สัมภาษณ์ สมนัดดี ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²⁰⁸ สัมภาษณ์ สมนัดดี ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

สำคัญอยากเห็นวงการวิชาชีพแพทย์พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขในชนบท ดังที่ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า “แพทย์ชนบทสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์การวิชาชีพแพทย์...มีส่วนเข้าไปถ่วงดุลในเวทีวิชาชีพ มิให้เอนเอียงปกป้องในแวดวงวิชาชีพอย่างไม่ลืมหูลืมตา ผลักดันให้หันมาขึ้นข้างประชาชนได้มากขึ้นในระดับหนึ่ง”²⁰⁹

แพทย์ชนบทที่เป็นกรรมการแพทยสภายังได้มีส่วนผลักดันนโยบายการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางให้เปลี่ยนไปจากเดิม เพื่อให้เอื้อต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในชนบทมากขึ้น เนื่องจากต้องการพัฒนาแพทย์ในชนบทให้มีทักษะการดูแลคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการเปิดโอกาสให้คนยากจนในชนบทเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จึงได้มีการกำหนดโควตาให้แพทย์ที่มีต้นสังกัด อาทิ โรงพยาบาลอำเภอสามารถเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางได้มากกว่าเดิม ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ (priority) ในลำดับแรก ๆ ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่โรงเรียนแพทย์ปรารถนาอยากรับใครก็รับหรือเลือกรับเฉพาะคนเก่งเท่านั้น ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางที่มีต้นสังกัด สิ่งนี้เป็นผลมาจากการผลักดันของกรรมการแพทยสภาที่เป็นแพทย์ชนบท²¹⁰

นอกจากนี้ มีการผลักดันเรื่องนโยบายการขยายโรงเรียนแพทย์ว่า ไม่ควรให้มีการเรียนการสอนกันเฉพาะในเมืองหลวงเท่านั้น แต่ควรขยายตัวสู่ต่างจังหวัดเพื่อเป็นการขยายโอกาสทางการศึกษาด้านการแพทย์ แม้ว่าการผลักดันนโยบายนี้จะไม่ได้เป็นผลงานของแพทย์ชนบทโดยตรง เพราะเป็นมติของที่ประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ แต่ว่าแพทย์ชนบทได้เข้าร่วมผลักดันอย่างแข็งขัน หรือในกรณีที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภามีการพิจารณาถึงการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์เอกชนแห่งแรกที่รังสิต กรรมการแพทยสภาที่เป็นแพทย์ชนบทแสดงความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพในการจัดการเรียนการสอน จนได้ประกาศลาออกจากกรรมการแพทยสภาเพื่อแสดงจุดยืน และส่งผลให้เกิดการถกเถียงกันมากในสังคมไทยถึงความเหมาะสมของการมีโรงเรียนแพทย์เอกชน หรือควร

²⁰⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 39.

²¹⁰ สัมภาษณ์ สัมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

ให้จำกัดการเรียนการสอนเฉพาะในมหาวิทยาลัยของรัฐเท่านั้นหรือไม่ ประเด็นดังกล่าวจึงได้รับการจัดกระแสให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายด้านกำลังคนของวงการแพทย์²¹¹

จะเห็นได้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เพราะเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ดีขึ้นได้

การเคลื่อนไหวรณรงค์ไม่สูบบุหรี่...

ชมรมแพทย์ชนบทเล็งเห็นว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนประการหนึ่งเป็นผลมาจากความนิยมในการสูบบุหรี่ จึงได้มีการประชุมหารือกันใน กลุ่มสามพราน ซึ่งเป็นการประชุมที่นำโดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี และสมาชิกกลุ่มสามพรานเป็นบุคลากรของชมรมแพทย์ชนบท เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่²¹² และเห็นร่วมกันว่าชมรมแพทย์ชนบทควรจัดวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ “โดยมีแพทย์ชนบทวิ่งเข้ามาจากทุกภาคของประเทศ รวบรวมรายชื่อของผู้สนับสนุนการไม่สูบบุหรี่มาด้วยระหว่างทาง ได้กว่า 5,000,000 ชื่อ เมื่อทุกสัปดาห์มารวมกันที่กรุงเทพฯ ได้นำรายชื่อทั้งหมดมอบให้ประธานสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งขณะนั้นคือนายชวน หลีกภัย เพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่าคนไทยรวมใจต้านภัยจากบุหรี่”²¹³ ส่งผลให้มีการออกพระราชบัญญัติที่สำคัญ 2 ฉบับ คือ “พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 รวมทั้งนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา การรณรงค์อย่างต่อเนื่องโดยแพทย์สภามีส่วนร่วมนี้ ได้ส่งผลให้ความชุกของการสูบบุหรี่ในคนไทยลดลงจากร้อยละ 25.0 ในปี พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี พ.ศ. 2544”²¹⁴ และยังสามารถจัดตั้งหน่วยงานประจำในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย²¹⁵

²¹¹ สัมภาษณ์ สมนศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²¹² สัมภาษณ์ สมนศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²¹³ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*, หน้า 8.

²¹⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, หน้า 134.

²¹⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 78.

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ตั้งข้างต้นถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในการขยายขยายจากงานพื้นฐานที่ทำให้แพทย์ชนบทก้าวออกมาเริ่มเคลื่อนไหวทางสังคม และแม้ว่าจะเป็นการทำงานเชิงบวก แต่มีโอกาสขัดแย้งกับกลุ่มผลประโยชน์อย่างเช่นบริษัทผู้ผลิตบุหรี่²¹⁶ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพระดับชาติในครั้งนี้ “นับเป็นตัวอย่างของการรณรงค์ที่แท้จริง มีส่วนผลักดันร่วมกับ NGO และหน่วยงานต่าง ๆ สร้างกระแสรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จนเป็นกระแสสังคม”²¹⁷

กล่าวโดยสรุป จากการที่ “แพทย์ชนบททยอยกันเข้ามาจับผิดชอบในงานที่เป็นงานทางวิชาการบวกรนโยบายมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น กองแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคน (สปค.) แพทยสภา กรมควบคุมโรคติดต่อและกรมอนามัย สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ”²¹⁸ หรือตามที่ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวถึง การทำงานวิชาการ สร้างองค์ความรู้ ผลักดันนโยบาย และปรับแนวคิดในเรื่องต่าง ๆ ของกลุ่มแพทย์ชนบท อาทิ

“โครงการปฏิรูประบบสุขภาพ (สงวน, พงษ์พิสุทธิ, สุพัตรา, ยงยุทธ ฯลฯ) รวมทั้งการผลักดันการปฏิรูประบบการเงินการคลัง, สปร., ประกันสังคม ฯลฯ

โครงการวิจัยระบบสาธารณสุข (สมศักดิ์, วิพุธ, อนุวัฒน์, วิโรจน์, ศุภกร, สุวิทย์, ชูชัย, อำพล ฯลฯ)

งานควบคุมโรคติดต่อ (พีรัชัย, วิวัฒน์, โรจนพิทยากร, ศุภมิตร ฯลฯ)

งานอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาพ ประชาสังคม (ชูชัย, กาญจนศักดิ์, โกมาตร ฯลฯ)

งานพัฒนา family care (สุพัตรา, ริจิวา-โคราช, ยงยุทธ, พีรพล-นครสวรรค์, อมร-หาดใหญ่ ฯลฯ)

²¹⁶ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

²¹⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 37.

²¹⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 15-16.

งานพัฒนากำลังคน-ประสานส่งคนไปเรียนหนังสือเมืองนอกที่ดี ๆ สร้างเครือข่ายแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายการพัฒนาชุมชนยั่งยืน เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาทักษะการทำงานระดับนานาชาติ สร้างองค์ความรู้ด้านกำลังคน การผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท การสนับสนุนหมออนามัยอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบ ฯลฯ (อำพล, สุวิทย์, อุกฤษฏ์, ปรีดา, บุญชัย ฯลฯ)

โรงเรียนแพทย์ (พีสุรเกียรติ, ไพบูลย์, บุษกร, สุวัฒน์-เชียงใหม่ ฯลฯ)

งานผลักดันนโยบายสำคัญต่าง ๆ ก็ช่วยกันทำเมื่อมีโอกาสและอยู่ในจุดที่แต่ละคนมีความเหมาะสม²¹⁹

การเคลื่อนไหวดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทเหล่านี้ส่งผลประการสำคัญต่อการวางรากฐานระบบสาธารณสุขมูลฐานครั้งใหญ่ของประเทศไทย และการติดตามผลักดันงานสาธารณสุขมูลฐานยังคงดำเนินต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ดังกรณีที่ผู้ศึกษาได้ไปสังเกตการณ์การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทที่กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ซึ่งนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ได้นำคณะนายแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในต่างจังหวัด รวมทั้งตัวแทนผู้ป่วย มารวมตัวชุมนุมประท้วงและทำกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ เช่น การจุดคบเพลิง จุดธูป จุดเทียน ฯลฯ ที่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อเรียกร้องกรณีความล่าช้าในการอนุมัติงบประมาณจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ ตามโครงการเงินกู้เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 หรือโครงการเงินกู้ DPL จำนวน 3,426 ล้านบาท แม้ว่าโครงการดังกล่าวได้ดำเนินการถึงขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างจากบริษัทเอกชนเสร็จแล้ว และเรียกร้องให้อนุมัติการจัดซื้อจัดจ้างสำหรับอุปกรณ์ประเภทที่ 3 ซึ่งเป็นอุปกรณ์สนับสนุนที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ที่ก่อนหน้านี้ทางกระทรวงสาธารณสุขถือว่ายังไม่มีมีความจำเป็นเร่งด่วน (วงเงินประมาณ 700 ล้านบาท) ให้ตัดออกไปก่อน แต่ทางกลุ่มแพทย์ชนบทคัดค้านและไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าอุปกรณ์ประเภทที่ 3 มีความจำเป็นในการให้บริการผู้ป่วย เช่น เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองจะใช้กรณีเมื่อเกิดไฟฟ้าดับขณะ

²¹⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 40-41.

ทำการผ่าตัด การทำคลอด หรือใช้กับเครื่องช่วยชีวิตผู้ป่วย เครื่องฆ่าเชื้อโรคสำหรับอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ซึ่งหลายแห่งเป็นเครื่องรุ่นเก่าถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ในหลายโรงพยาบาลเป็นรุ่นเก่าถูกใช้มานานกว่า 30 ปี ทำให้รังสีมีการรั่วซึมกระทบต่อเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ชมรมแพทย์ชนบทจึงขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุขจัดหางบประมาณมาจัดซื้อให้ได้²²⁰

งานด้านการวางระบบสาธารณสุขมูลฐานจึงถือเป็นหนึ่งในภารกิจหลักที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นมิติสำคัญในการสร้างประโยชน์สุขให้กับส่วนรวม และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน เป็นไปตามเจตนารมณ์ในการก่อร่างขบวนการ

อนึ่ง มีข้อสังเกตประการสำคัญจากองค์กรประชาสังคมภาคีที่ร่วมเคลื่อนไหวกับขบวนการแพทย์ชนบทถึงมูลเหตุที่การขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ ของขบวนการแพทย์ชนบทค่อนข้างประสบความสำเร็จและต่อเนื่องยาวนาน²²¹ เนื่องจาก...

ประการแรก การจัดโครงสร้างของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นโครงสร้างการจัดตั้งที่แข็งแกร่ง สามารถระดมสมาชิกที่มีศักยภาพเข้าร่วมอย่างแข็งขัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในชนบท มีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนซึ่งคนเหล่านี้ต้องยอมรับว่าเป็นกลุ่มของคนที่มีความคิดความอ่าน จึงเกิดการช่วยกันและกันในการวางแผนและดำเนินการขับเคลื่อนอย่างมียุทธศาสตร์

ประการที่สอง โดยสภาพของโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัดมีลักษณะเป็นเสมือนอาณาจักรย่อย ๆ ของตนเอง หากแพทย์หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนคนใดคนหนึ่งมีความคิดที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ทางสังคม ย่อมมีศักยภาพในการขับเคลื่อนที่เพียงพอ พร้อมสรรพไปด้วยทรัพยากร อาทิ ทรัพยากรบุคคลที่เป็นพยาบาลและนักสาธารณสุข ทรัพยากรทางการเงินและ

²²⁰ “แพทย์ชนบทกว่า 200 คน จุดคบเพลิงประท้วงหน้า สธ. ไม่พอใจงบ 3 พัน ล. จัดซื้ออุปกรณ์ล่าช้า ถูกตัดทิ้ง 700 ล.,” [ออนไลน์], 2 กรกฎาคม 2555. แหล่งที่มา

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1341212186&grpid=&catid=19&subcatid=1904

²²¹ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

งบประมาณของโรงพยาบาลที่สามารถนำไปพัฒนาชุมชน โดยใช้ประเด็นสุขภาพเป็นตัวนำ ทำให้เกิดการยอมรับและการเข้าถึงมวลชน เงื่อนไขแบบนี้ทำให้คนที่มาขับเคลื่อนในชมรมแพทย์ชนบท มีสนามฝึกทดลอง สามารถเห็นปัญหาในระบบสุขภาพซึ่งเป็นมุมมองในระดับปฏิบัติการ เพราะฉะนั้นจะทำให้เกิดพลัง มีความหนักแน่น เมื่อนำประเด็นเหล่านี้ไปผลักดันหรือต่อรองโดยอิงกับเป้าประสงค์เพื่อทำให้ในชุมชนชนบทได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ การเคลื่อนไหวดังกล่าวจะมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างสมเหตุสมผล

ประการสุดท้าย การอ้างอิงตัวเลขว่าในประเทศไทยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวนมากกว่าเจ็ดร้อยแห่งทั่วประเทศ หากมีจำนวนครึ่งหนึ่งเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทย่อมถือว่าเป็นภาพที่ทรงพลังยิ่ง เมื่อทำการต่อรองกับกระทรวงสาธารณสุขย่อมมีอำนาจในการต่อรองสูง

อนึ่ง เพื่อให้การพิจารณาการเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นไปโดยง่าย ผู้ศึกษาได้จัดทำตารางแสดงความสัมพันธ์ตามลำดับเวลาระหว่างเหตุการณ์ทางการเมืองระดับประเทศและการเคลื่อนไหวสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทไว้ ดังนี้

ตารางที่ 2

ตารางแสดงความสัมพันธ์ตามลำดับเวลาระหว่างเหตุการณ์ทางการเมืองระดับประเทศและการเคลื่อนไหวสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท

ลำดับช่วงเวลา	เหตุการณ์ทางการเมืองระดับประเทศ	การเคลื่อนไหวสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท	เครือข่ายของขบวนการแพทย์ชนบทที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
ปี 2516 - 2519	เหตุการณ์ 14 ตุลา 16 และ 6 ตุลา 19	- ก่อตั้ง “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ขึ้น ในการประชุมครั้งแรกที่เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 24-25 เมษายน 2519 - สหพันธ์แพทย์ชนบททยูติบทบาทลง เพราะเหตุการณ์นองเลือด 6 ตุลาคม 2519	-	

ลำดับ ช่วงเวลา	เหตุการณ์ทาง การเมือง ระดับประเทศ	การเคลื่อนไหวสำคัญของ ขบวนการแพทย์ชนบท	เครือข่ายของ ขบวนการแพทย์ ชนบทที่ เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
ปี 2521 - 2531	ยุคประชาธิปไตย ครึ่งใบ	- ชมรมแพทย์ชนบทก่อตั้งขึ้น เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2521 - มุลินธิแพทย์ชนบท จด ทะเบียนมุลินธิฯ เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2525 - กลุ่มสามพรานก่อตั้งขึ้นเมื่อ เดือนสิงหาคม 2529	-	
ปี 2534 - 2535	รัฐประหาร 2534 โดย รสช. และ พฤษภาทมิฬ 2535	- สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งขึ้น ตาม พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 - เข้าร่วมชุมนุมทางการเมือง ในเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ 2535	เครือข่ายของ องค์กร ส. เป็น องค์กรพัฒนา เอกชนด้าน สาธารณสุข เช่น มุลินธิเข้าถึงเอดส์, มุลินธิพัฒนา การแพทย์แผนไทย และมุลินธิ สาธารณสุขกับการ พัฒนา, กลุ่มคนรัก หลักประกัน สุขภาพ, ชมรม ผู้ป่วยโรคไตแห่ง ประเทศไทย ฯลฯ	
ปี 2538 - 2541	กระบวนการจัดทำ รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540	- เข้าร่วมรณรงค์การจัดทำ รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540 - การต่อต้านการทุจริตยาและ	เครือข่ายเข้าร่วม ต่อต้านการทุจริต ยา เช่น - ชมรมเภสัช	

ลำดับ ช่วงเวลา	เหตุการณ์ทาง การเมือง ระดับประเทศ	การเคลื่อนไหวสำคัญของ ขบวนการแพทย์ชนบท	เครือข่ายของ ขบวนการแพทย์ ชนบทที่ เกี่ยวข้อง	หมาย เหตุ
		เวชภัณฑ์ในกระทรวง สาธารณสุข ปี 2541	ชนบท - กลุ่มแพทย์อาสา และข้าราชการใน กระทรวง สาธารณสุข - องค์กรพัฒนา เอกชน 30 องค์กร	
ปี 2544 – 2548	พรรคไทยรักไทยเป็น รัฐบาลสมัยแรก	- สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.กองทุน สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ พ.ศ. 2544 - สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	เครือข่ายของ องค์กร ส. เป็น องค์กรพัฒนา เอกชนด้าน สาธารณสุข เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิพัฒนา การแพทย์แผนไทย และมูลนิธิ สาธารณสุขกับการ พัฒนา, กลุ่มคนรัก หลักประกัน สุขภาพ, ชมรม ผู้ป่วยโรคไตแห่ง ประเทศไทย ฯลฯ	
ปี 2549 - 2552	รัฐประหาร 2549 โดย คมช. และ รัฐบาลชั่วคราว ฯพณฯ พล.อ.สุรยุทธ์	- สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดตั้ง ขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550	เครือข่ายของ องค์กร ส. เป็น องค์กรพัฒนา เอกชนด้าน	

ลำดับ ช่วงเวลา	เหตุการณ์ทาง การเมือง ระดับประเทศ	การเคลื่อนไหวสำคัญของ ขบวนการแพทย์ชนบท	เครือข่ายของ ขบวนการแพทย์ ชนบทที่ เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
	จุลนานท์ และ รัฐบาลที่มาจากกร เลือกตั้งทั่วไป ภายหลังปี 2550	- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ (สพฉ.) จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 - สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.) จัดตั้ง ขึ้นตามพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน) พ.ศ.2552	สาธารณสุข เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิพัฒนา การแพทย์แผนไทย และมูลนิธิ สาธารณสุขกับการ พัฒนา, กลุ่มคนรัก หลักประกัน สุขภาพ, ชมรม ผู้ป่วยโรคไตแห่ง ประเทศไทย ฯลฯ	
ปี 2553 - 2554	การชุมนุมใหญ่ทาง การเมืองปี 2553 โดยแนวร่วม ประชาธิปไตย ต่อต้านเผด็จการ แห่งชาติ (นปช.)	- ก่อตั้งคณะกรรมการสมัชชา ปฏิรูปประเทศ โดยมีแกนนำ ขบวนการแพทย์ชนบทเข้าร่วม เป็นคณะกรรมการสมัชชาใน ตำแหน่งต่าง ๆ	-	

ที่มา : สังเคราะห์และเรียบเรียงโดยผู้ศึกษา

เข้าสู่ยุคการเผชิญวิกฤตความท้าทายของขบวนการแพทย์ชนบทและการฟื้นฟู

ชมรมแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมากในช่วงเกือบสองทศวรรษของการก่อตั้ง “โครงสร้างองค์กรของชมรมแพทย์ชนบทมีพัฒนาการมาระยะหนึ่ง และเริ่มอ่อนแรงลงในช่วงเศรษฐกิจเติบโตเร็ว (พ.ศ. 2532-2540) จนกระทั่งหลังเหตุการณ์พฤษภา (พ.ศ. 2541) จึงเริ่มเข้มแข็งใหม่อีกครั้ง”²²² มูลเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทอ่อนแอลง นั่นคือ

²²² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 17.

การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทลดน้อยลง เพราะเกิดภาวะสมองไหลเข้าสู่ภาคเอกชนอันเนื่องมาจากรายได้และค่าตอบแทนต่าง ๆ โดยเปรียบเทียบดีกว่าการทำงานอยู่ในชนบท ดังที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิเคราะห์ว่า “ในช่วงเวลาการเติบโตของเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว (พ.ศ. 2532-2540) เป็นช่วงที่ปัญหาเรื่องความขาดแคลนและความยากลำบากในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนลดน้อยลง แต่ในขณะเดียวกันมีปัญหาใหม่ที่แพทย์ชนบทต้องเผชิญคือ มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ทำให้มีการดูดแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็ขยายโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ผลจึงเกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างรุนแรง ... ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงเป็นช่วงที่ชมรมฯ อ่อนแอลง แพทย์ที่สนใจเข้ามามีบทบาทในชมรมก็ลดลงไปด้วย การทำงานในช่วงนั้นจึงเน้นเรื่องสิทธิของแพทย์ในชนบท เพื่อดึงดูดให้แพทย์สามารถอยู่ในชนบทได้นานขึ้น”²²³ แม้แต่ “นพ. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 13 (พ.ศ. 2533-2534) กล่าวว่า ช่วงที่เป็นประธานเป็นช่วงที่ตกต่ำมาก หาประธานไม่ค่อยได้ ตอนนั้นเศรษฐกิจบูม โรงพยาบาลเอกชนเยอะ ตอนนั้นจบ พ.บ. ธรรมดา เขาให้อย่างน้อยเดือนละสามถึงห้าหมื่น ถ้าเป็น Board ได้แสนนึง ตอนนั้นเป็นเรื่องสมองไหล”²²⁴

จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าสภาพการณ์ในขณะนั้นของชมรมแพทย์ชนบทประสบกับสภาวะที่เรียกว่าลุ่ม ๆ ดอน ๆ กิจกรรมต่าง ๆ เสียบหายไป บทบาทการเคลื่อนไหวไม่มี จนถึงกับไม่สามารถจัดการประชุมแพทย์ชนบทประจำปีขึ้นได้ เพราะไม่มีใครต้องการมาประชุม สิ่งนี้แสดงว่าฐานมวลชนของกลุ่มแพทย์ชนบทลดลงในช่วงนั้น ความยากลำบากในการทำงานมีมากขึ้น การเคลื่อนไหวต่าง ๆ มีอุปสรรค ไม่มีเวลาทุ่มเทและขับเคลื่อนเหมือนในอดีต กลุ่มแกนนำของชมรมแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งขยับเข้าไปเป็นกรรมการแพทยสภา ส่งผลให้กลุ่มแพทย์ชนบทรุ่นใหม่ยังไม่พร้อมรับภาระบริหารชมรมแพทย์ชนบทได้อย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากในขณะเดียวกันยังต้องรับผิดชอบการบริการสาธารณสุขที่หนักมาก นอกจากนี้ ประเด็นที่ทำการผลักดันบางเรื่อง กระแสสังคมไม่ตอบรับเพราะเป็นเรื่องไกลตัว หรือกลับถูกมองว่าไปกระทบแพทย์คนอื่น ๆ ที่ทำงานใน

²²³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 23.

²²⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 24.

ชนบทอีกจำนวนมาก กลุ่มแพทย์โรงพยาบาลขนาดใหญ่และอาจารย์แพทย์เกิดความไม่พอใจ ทั้งยังมองว่ากลุ่มแกนนำแพทย์ชนบทเองก็ไม่ได้รักษาโรค เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบทระดับแกนนำทำงานในระดับบริหาร ไม่ได้เป็นแพทย์รักษา แต่กลับเรียกร้องให้คนอื่นรักษาโรคให้ดี แพทย์ที่ทำการรักษาโรคเป็นภารกิจหลักจึงรู้สึกว่าจะต้องทำงานหนักเกิน แม้แต่แพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอจำนวนหนึ่งเริ่มไม่เข้าร่วมด้วย การประชุมประจำปีของแพทย์ชนบทบางครั้งจึงไม่เกิดขึ้น และยังคงเป็นคลื่นใต้น้ำอยู่จนถึงทุกวันนี้ แพทย์ในชนบทจำนวนหนึ่งมองว่าชมรมแพทย์ชนบทนั้น ความจริงแล้วแพทย์โรงพยาบาลอำเภอยอมรับหรือไม่ยังไม่แน่ชัด จึงมีคำถามขึ้นมาว่าแพทย์ชนบทคือใครหรือเป็นเพียงบุคคลจำนวนหนึ่งที่เคลื่อนไหวโดยอาศัยนามของกลุ่มแพทย์ชนบท หรือว่าเป็นจิตวิญญาณ ยังเป็นคำถามที่ค้างคากันอยู่²²⁵

ยิ่งไปกว่านั้น วิฤตความท้าทายอีกประการที่ต้องเผชิญ คือ ความสัมพันธ์ของชมรมแพทย์ชนบทกับกระทรวงสาธารณสุข “ก่อนหน้าที่ชมรมแพทย์ชนบทจะเริ่มออกมาเคลื่อนไหวเปิดโปงกรณีทุจริตการจัดซื้อยาแพงในช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2541 นั้น สถานการณ์ของชมรมแพทย์ชนบทกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากและกำลังถูกแทรกแซงจากผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างปี 2539-2541 มีการยุบคณะกรรมการและเปลี่ยนตัวคณะกรรมการหลายชุดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีตัวแทนของชมรมแพทย์ชนบทเข้าร่วมเป็นกรรมการเกือบทั้งหมด มีการจัดรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขัดแย้งและไม่เห็นด้วยกับการดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทเข้ามาดูแลกองสาธารณสุขภูมิภาค (กอง ภ.) และสำนักนโยบายและแผน (สนนผ.) ซึ่งชมรมแพทย์ชนบทใช้เป็นจุดประสานการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงท่าทีที่ชัดเจนในการไม่สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกในการทำงานของกรรมการชมรมแพทย์ชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับชมรมวิชาชีพอื่น ๆ ที่ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าสามารถไว้วางใจและกำกับได้ ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนรูปแบบการประชุมใหญ่ของชมรมแพทย์ชนบทในปี 2539 ให้เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงฯ โดยเน้นการพูดถึงนโยบายและทิศทางการทำงานของกระทรวงฯ แบบ TOP-DOWN และไม่มีการจัดพิธีมอบรางวัลกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์หรือปาสูกถา “พีร์ คำทอน” แต่

²²⁵ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

อย่างไรดี มีการพยายามแทรกแซงโดยการผลักดันและให้งบประมาณสนับสนุนในการจัดตั้ง “ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน” ขึ้น เพื่อสร้างกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทและสร้างความแตกแยก ความสับสนให้เกิดขึ้นกับกลุ่มแพทย์ที่ทำงานอยู่ในชนบท²²⁶ “การแทรกแซงและสร้างอุปสรรคในการทำงานของกรรมการชมรมแพทย์ชนบทในช่วงนั้น ได้ทำให้เกิดความอ่อนแอและปิดกั้นบทบาทของชมรมแพทย์ชนบทให้สามารถทำงานได้เพียงงานประจำบางอย่าง เช่น การเยี่ยมเยียนโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทุรกันดาร, การอบรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนใหม่, การเข้าร่วมการจัดสรรแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรจบใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้เหตุการณ์ที่กระทรวงฯ แทรกแซงการจัดประชุมใหญ่ในปี 2539 นั้น ได้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทไม่สามารถเลือกตั้งประธานชมรมแพทย์คนใหม่ได้”²²⁷

สภาพการณ์ความยากลำบากที่ชมรมแพทย์ชนบทต้องเผชิญในขณะนั้น สะท้อนออกมาจากตัวของประธานชมรมแพทย์ชนบทโดยตรง “สัญญาใจที่เคยให้ไว้กับผู้ร่วมขบวนการว่าจะสานต่อในห้วงเวลาที่ถือว่าการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบากยิ่ง ถูกบีบคั้นรอบด้าน ทั้งจากฝ่ายประจำ การเมืองและความคาดหวังของสังคม ใครไม่เคยอยู่ในสถานการณ์อย่างที่ผมได้รับจะไม่รู้ว่าเป็นทุกข์และสร้างความบอบช้ำให้กับชีวิตและครอบครัวอย่างหนัก จากที่มีผู้คนสรรเสริญในฐานะแพทย์ดีเด่นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทย์ชนบทดีเด่นภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้าราชการพลเรือนดีเด่น และรับรางวัลในฐานะผู้สร้างสรรค์งานสาธารณสุขในชนบทอีกมากมาย ตลอดเวลา 17 ปี ต้องกลายมาเป็นผู้ร้ายในสายตาคนบางกลุ่มและจะต้องถูกตรวจสอบอย่างหนักทั้งในที่แจ้ง และในทางลับถึงความบริสุทธิ์ของตนเอง”²²⁸

²²⁶ ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข, หน้า 137-138.

²²⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 138.

²²⁸ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, “อย่ายี้ดถือกระบวนการเหนือกว่าเป้าหมาย,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 55.

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าชมรมแพทย์ชนบท “ผ่านร้อนผ่านหนาว มีทั้งยุคเฟื่องฟู และตกต่ำ ซึ่งเป็นไปตามหลัก “อนิจจัง” แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงอยู่คือจิตวิญญาณและสายเลือดของความเป็นชนบท”²²⁹ “ชมรมแพทย์ชนบทถือได้ว่าเป็นสถาบันที่สมบูรณ์แบบสถาบันหนึ่ง มีกลุ่มคนจากไม่กี่คนช่วยก่อสร้างตัวและทำงานเริ่มจากงานเล็ก ๆ เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะของเหล่าแพทย์ที่อยู่ตามโรงพยาบาลอำเภอ และเติบโตมาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน (แม้จะมีการชบเซาไปบ้างในบางยุคบางสมัย) มีภารกิจที่มากขึ้นและกว้างขวางออกไป จากเรื่องภายในโรงพยาบาลอำเภอ จนไปถึงเรื่องระดับกระทรวงฯ และเรื่องสังคม”²³⁰ ด้วยจิตวิญญาณและความเป็นมาที่น่าภาคภูมิใจเช่นนี้ “ชมรมแพทย์ชนบทที่เคยทั้งเฟื่องและฟูบ ตามหลักของอนิจจัง ปลายทศวรรษที่ 2 ต่อดันศตวรรษที่ 3 ชมรมแพทย์ชนบทกลับมาเฟื่องฟูอย่างมากอีกครั้งหนึ่งจากการเป็นองค์กรกลุ่มแกนนำของพันธมิตรประชาคมสาธารณสุขจำนวนมาก เคลื่อนไหวกรณีการทุจริตซื้อขายและเวชภัณฑ์ราคาแพง เมื่อปี พ.ศ. 2541 ยิ่งทำให้ทั้งเกิดการยกย่อง เชิดชู ศรัทธาและเชื่อมั่นจากประชาคมสาธารณสุขและสาธารณสุขชนไปพร้อม ๆ กับความหมั่นได้และไม่พึงพอใจจากบุคคลบางกลุ่ม บางหมู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปราบฏุกการณ์ที่เกิดขึ้นโดยชมรมแพทย์ชนบทเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในครั้งนั้น ได้ขยายการยอมรับและขยายบทบาทของชมรมฯ ออกไปในวงกว้างกว่าเดิม นั้นหมายถึง “แสงไฟของสังคม” ได้จับตรงที่ชมรมแพทย์ชนบทชัดเจนยิ่งขึ้น”²³¹ จนกระทั่งปัจจุบัน

พัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบทได้ขับเคลื่อนอย่างแข็งแกร่งและเข้าสู่ยุคตกต่ำในช่วงเวลาหนึ่ง ต้องเผชิญวิกฤตความท้าทายอย่างหนักต่อสถานภาพและการดำรงอยู่ในฐานะขบวนการ แต่ในท้ายที่สุด ชมรมแพทย์ชนบทสามารถฟื้นตัวขึ้นมาทำหน้าที่ขบวนการประชาสังคมที่กระทำกิจสาธารณะตามอุดมการณ์ที่ตั้งไว้ตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง โดยมุ่งเป้าไปที่การสร้างประโยชน์ให้กับส่วนรวมได้ดังเดิม

²²⁹ สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ, “25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 51.

²³⁰ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, “ชมรมแพทย์ชนบทเบ้าหลอมวิถีชีวิต,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 41.

²³¹ อ่ำพล จินดาวัฒน์, “อนาคตของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท, ทิณกร โนรี, บรรณาธิการ (นนทบุรี : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 134-135.

ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารและดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบท

ขบวนการแพทย์ชนบทได้ผ่านการขับเคลื่อนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวแพทย์ชนบท และสังคมส่วนรวมจำนวนมาก แต่ในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ มิใช่เป็นไปโดยง่ายตาย ตรงกันข้าม ขบวนการแพทย์ชนบทกลับต้องเผชิญสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นเสมือนขวากหนามอยู่ตลอดเวลา สามารถจำแนกได้ดังนี้

ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในหมู่แพทย์ชนบท

ต้องยอมรับความเป็นจริงว่าแพทย์ที่ทำงานอยู่ในชนบทมีเป็นจำนวนมาก อันเนื่องมาจาก นโยบายบังคับให้ต้องชดใช้ทุน แต่มีผู้ที่สนใจเข้าร่วมเคลื่อนไหวกับตัวชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิ แพทย์ชนบทเพียงหยิบมือเดียว หากเจาะจงลึกลงไปเฉพาะผู้ที่เข้ามาทำงานเป็นแกนกลางในฐานะ กรรมการยังมีจำนวนน้อยลงไปอีก เป็นดังที่สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ เห็นว่า “ชมรมแพทย์ชนบทใน ความเป็นจริงมีแกนทำงานไม่มาก เครือข่ายในชมรมไม่ได้มีการจัดตั้งอย่างเข้มข้น”²³² สาเหตุ สำคัญประการหนึ่งเนื่องมาจากแพทย์ชนบทหลายคน “เรียกร้องให้ชมรมทำเรื่องการดูแลเรื่องราว ความไม่ลงตัวในการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นความ เดือดร้อนโดยตรงของสมาชิกให้มากขึ้น แม้แกนนำชมรมจะมีความสนใจและเห็นประเด็น แต่ก็มัก มีข้อจำกัดด้านเวลาและเงื่อนไขการขับเคลื่อนประเด็นใหญ่ทางสังคม โดยต้องให้ความสำคัญใน การขับเคลื่อนประเด็นให้ทันสถานการณ์ก่อน จึงไม่สู้มีโอกาสในการช่วยเหลือสมาชิกเท่าที่ควร ทำ ให้ช่องว่างของแพทย์ในชนบทที่มีความต่างศักยภาพไม่ได้รับการเยียวยาเท่าที่ควร”²³³ จึงทำให้แพทย์ ชนบทจำนวนมากในต่างจังหวัดรู้สึกว่าการเข้าร่วมงานกับชมรมฯ ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ/ ความเดือดร้อนโดยตรงของพวกเขา จึงตัดสินใจไม่เข้าร่วมผูกพันตัวกับชมรมฯ

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมงานกับชมรมแพทย์ชนบทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ “กระแสโลกาภิวัตน์ และวัฒนธรรมบริโภคนิยมที่เข้าโจมตีทุกภาคส่วนในสังคม รวมทั้ง แพทย์ชนบทที่ทำงานกระจายทั่วประเทศด้วย ร่วมกับปริมาณงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มากและ

²³² สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 65.

²³³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 66.

ต้องการใช้เวลาในการผลักดันงานนโยบายและกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้การมีส่วนร่วมของสมาชิกน้อยลง”²³⁴ นอกจากนี้ ยังเป็นเรื่องทัศนคติส่วนบุคคลของแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งที่แตกต่างกัน กล่าวคือ แพทย์กลุ่มหนึ่งมีแนวโน้มอยากทำงานเพื่อสังคมอยู่แล้ว จึงเข้ามาร่วมด้วยเต็มใจ ขณะที่แพทย์อีกกลุ่มหนึ่งจัดอยู่ในประเภทที่ไม่สนใจเรื่องส่วนรวมมากนัก กลุ่มนี้จะไม่สนใจเลย มีความคิดทำนองว่าใครอยากทำก็ทำไป ส่วนใครไม่อยากเข้าร่วมก็ไม่ใช่ไร แพทย์ประเภทที่มีจิตสาธารณะอยู่แล้วจะถูกชักชวนเข้ามาร่วมงานกับแกนนำชมรมฯ แต่ไม่ได้หมายถึงว่าเมื่อเข้ามาแล้วจะอยู่ตลอดรอดฝั่ง เพราะมีหลายกรณีที่ร่วมทำงานซักระยะ อาจออกไปทำงานหรือไปเรียนต่อ เป็นอาจารย์แพทย์ บทบาทของแพทย์กลุ่มนี้จะลดลง²³⁵

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดสภาวะการขาดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มขันจากแพทย์ที่อยู่ในชนบททุกคน เนื่องมาจากทัศนคติของแกนนำชมรมแพทย์ชนบทเองที่มองว่า การขับเคลื่อนงานของชมรมฯ ไม่จำเป็นต้องใช้คนดำเนินงานมากก็ได้ แต่วางเป้าหมายเป็นไปเพื่อแพทย์ชนบททั้งหมด โดยคิดเห็นว่าการทำงานจะมีแกนหลักอยู่เพียงจำนวนหนึ่ง ไม่ต้องใช้คนจำนวนมาก อย่างกรณีของชมรมแพทย์ชนบทไม่ได้บอกว่ามีความชอบธรรมเป็นตัวแทนของแพทย์ชนบททั้งหมด ชมรมแพทย์ชนบทเหมือนชมรมนักศึกษาซึ่งไม่ได้หมายความว่านักศึกษาทั้งหมดวิทยาลัยเป็นสมาชิกชมรมฯ แต่ชมรมแพทย์ชนบททำเพื่อแพทย์ในชนบทและไม่มีแนวคิดว่าจะต้องเอาผลประโยชน์เข้าสู่แพทย์ชนบทเท่านั้น แต่หากต้องการมุ่งให้แพทย์ทำงานในชนบทได้ดี จึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่าง ๆ ส่วนหนึ่งคือให้แพทย์มีส่วนที่จะได้กลับคืนมาในเชิงของความสะดวกสบายทางสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในชนบท สิ่งนี้จะออกมาในลักษณะของความก้าวหน้าในวิชาชีพ ค่าตอบแทน แต่ไม่ได้หมายความว่ามุ่งทำเพื่อผลประโยชน์ตรงนี้อ่างเดียว เป็นไปเพื่อสนับสนุนให้แพทย์สามารถทำงานในชนบทได้เท่านั้น หากนำไปเปรียบเทียบกับ

²³⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 66.

²³⁵ สัมภาษณ์ ชาติวี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

ผลประโยชน์ที่แพทย์ในเมืองหรือเอกชนได้รับจะมีความแตกต่างกันมาก การเคลื่อนงานของชมรมแพทย์ชนบทจึงมีลักษณะเคลื่อนด้วยแกนเพียงกลุ่มหนึ่ง โดยมุ่งเป้าทำเพื่อแพทย์ชนบททั้งหมด²³⁶

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นตัวแทนที่มีความคิดเหมือนกับแกนนำชมรมแพทย์ชนบทคนอื่น ๆ ที่เห็นว่า “ในเชิงของการทำงานที่มีอุดมการณ์ เรื่องนี้เป็นเรื่องปกติ ถ้าเผื่อมีหัวขบวนจำนวนมากคงจะวุ่นวายเหมือนกัน หัวขบวนต้องมีจำนวนหนึ่ง แต่ว่าเวลาเคลื่อนไหว คนอื่นที่ไม่ใช่หัวขบวนจะเข้าร่วมเคลื่อนหรือไม่ ถ้าคนอื่นที่ไม่ใช่หัวขบวนร่วมเคลื่อน สมมติว่าคุณหมอกเกรียงศักดิ์ (วัชรนุกูลเกียรติ) ออกมาพูดในนามแพทย์ชนบทแล้วมีคนหนึ่งออกมาบอกว่าไม่ใช่ตัวแทนเขา เขาไม่รู้เรื่อง สิ่งนี้ไม่เคยมีเพราะคนส่วนใหญ่เห็นว่าหากเคลื่อนประเด็นที่ตีพิมพ์เห็นด้วย”²³⁷ “ชมรมแพทย์ชนบทจึงถือว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ ไม่ได้มีเพียงคนสองคน แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนอ้างได้ว่าเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบท แต่ถ้าแพทย์คนนั้นปฏิเสธก็ไม่ได้บังคับแต่อย่างใด ผู้ที่เคยเป็นสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทบางคนขณะนี้ไม่ได้เป็นแล้ว หรือคนที่ไม่เคยทำงานชมรมแพทย์ชนบท แต่อยากเข้ามาทำก็ยินดี”²³⁸ ขณะที่ปัญหาในการคัดสรรแพทย์รุ่นใหม่เข้าสู่แกนนำของชมรมแพทย์ชนบทถือว่ามีปัญหาตลอดทุกยุคสมัย เนื่องจากการสรรหาต้องมั่นใจในตัวบุคคลที่จะเข้ามา จึงต้องรอบคอบในการสรรหา หากมีคนเข้ามาแล้วรู้สึกไม่ใช่ ผู้นั้นจะถอยห่างออกไปเอง หรือหากมีวัตถุประสงค์เข้ามาเพื่อใช้ชมรมแพทย์ชนบทได้สร้างคามมีชื่อเสียงให้กับตนเอง ระยะเวลาหนึ่งจะถูกพลังกลุ่มกำจัดออกไป สังคมภายในจะเกิดสภาวะขัดแย้งกัน จะมีคนที่พิสูจน์ตัวเองแล้วว่าเป็นของแท้เท่านั้นถึงจะอยู่ได้²³⁹

ความคิดดังกล่าวเกี่ยวกับจำนวนคนที่เข้าร่วมในการเคลื่อนไหวว่าสิ่งนี้ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ ยังปรากฏอยู่ในทัศนคติของเครือข่ายเอ็นจีโอของขบวนการแพทย์ชนบทด้วยเช่นกัน โดย

²³⁶ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี, 31 สิงหาคม 2555.

²³⁷ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

²³⁸ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²³⁹ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

มองว่าประเด็นเรื่องปริมาณมีลำดับความสำคัญน้อยกว่าการยึดมั่นในจุดยืนของตัวชมรมแพทย์ชนบท ตามที่เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์เห็นว่า “จำนวนคนเข้าร่วมไม่สำคัญ ไม่ได้สู้กันด้วยจำนวนคน ถ้าเอาจำนวนคนมาสู้ ไม่มีทางสู้มีข้อเสียเหลือเชื่อแฉกได้เลย ฉะนั้นประเด็นการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทที่สำคัญคือจุดยืน ถ้ายังอยู่ในจุดยืนเดิมเพื่อประโยชน์ของคนในชนบท เพื่อให้ระบบสุขภาพแข็งแรงแล้วครอบคลุมดูแลคนชนบทอย่างทั่วถึง ถ้าจุดยืนยังคงเป็นเช่นนี้ถือว่าได้สร้างประเด็นที่เกิดประโยชน์แก่คนจำนวนมาก จึงไม่ต้องใช้จำนวนเป็นตัวตั้ง เพราะเรื่องสำคัญที่สุดคือจุดยืน ถ้าชมรมแพทย์ชนบทเปลี่ยนจุดยืนไปเข้าร่วมกับสมาพันธ์แพทย์หรือแพทย์พาณิชย์ถือว่าสิ้นสุดกัน แม้ว่ามีคนมาร่วมมากก็ไม่เป็นประโยชน์แต่อย่างใด”²⁴⁰

ยิ่งไปกว่านั้น ประเด็นสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้การขาดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นจากแพทย์ที่อยู่ในชนบททุกคน อาจเนื่องมาจากประเด็นเคลื่อนไหวระยะหลัง ๆ มีความซับซ้อนขึ้น ซึ่งต้องใช้เวลาทำความเข้าใจกับมวลหมู่สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท หากไม่มีกลไกในการทำความเข้าใจที่ดีพอ จะไม่สามารถระดมสรรพกำลังของสมาชิกร่วมขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความคิดของนิมิตร์ เทียนอุดม ที่มองว่า “ในเชิงประเด็นที่จะขับเคลื่อนมีความซับซ้อนมากขึ้น สมัยแรก ๆ ของขบวนการแพทย์ชนบท เวลาเคลื่อนไหวเรื่องคอร์รัปชันถือว่าเป็นประเด็นที่ตรงไปตรงมา แต่เมื่อประเด็นซับซ้อนขึ้นก็ต้องการความเข้าใจของสมาชิกในขบวนการฯ ถ้าเกิดคนนำไม่มีกลไกที่จะลงไปอธิบายความซับซ้อนของประเด็นให้กับสมาชิก เวลาขับเคลื่อนจะไปเฉพาะหัวขบวน สิ่งนี้ถือเป็นจุดอ่อนสำคัญ”²⁴¹

ปัญหาการบริหารงานภายในขบวนการแพทย์ชนบท

ประเด็นปัญหาในการบริหารงานของขบวนการแพทย์ชนบท ในที่นี้มุ่งเจาะลงไปที่ตัวของชมรมแพทย์ชนบทซึ่งถือเป็นรากฐานเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวในฐานะขบวนการ มีปัญหาใหญ่ ๆ ให้ประการด้วยกัน ได้แก่

²⁴⁰ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

²⁴¹ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

เงินทุน... ปัญหาพื้นฐานตั้งแต่เริ่มต้นชมรมแพทย์ชนบทจะเป็นเรื่องของการขาดปัจจัยทุนสนับสนุนสำหรับใช้ในการดำเนินงานเป็นส่วนใหญ่ ในระยะหลังแก้ไขโดยการหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนแบบให้เปล่า ขณะเดียวกันในหลายโอกาสจำเป็นต้องร่วมกันออกค่าใช้จ่ายเองในหมู่กรรมการชมรม เช่น การพิมพ์หนังสือ การจัดประชุมกรรมการ เป็นต้น กรรมการชมรมแพทย์ชนบทในรุ่นบุกเบิกจึงเห็นดีเห็นชอบทั้งร่างกาย แรงใจ และการทุ่มเทหาแหล่งเงินมาสนับสนุน²⁴² ปัญหาเรื่องเงินทุนมีผลบั่นทอนกำลังใจของกรรมการชมรมแพทย์ชนบท ถือได้ว่าเป็นจุดอ่อนสำคัญสำหรับผู้ที่ไม่เคยทำงานประเภทนี้ หากเกิดความไม่เข้าใจธรรมชาติของระบบการเคลื่อนไหวของชมรมฯ จะส่งผลให้ตัวกรรมการรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เพราะชมรมแพทย์ชนบทไม่มีทรัพยากรใดในตัวเองเลย หากจะทำการเคลื่อนไหวในแต่ละครั้งจะต้องไปขอสิ่งต่าง ๆ จากผู้อื่น หรือต้องสมทบทุนด้วยตนเอง อาทิ เมื่อก่อนชมรมฯ ทำหนังสือเคลื่อนไหวเพื่อเปิดโปงคดีทุจริตรพยาบาลจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เขียนเรียบเรียง กรรมการชมรมฯ จึงลงขันจ่ายเงินจำนวนห้าพันบาทต่อคนเพื่อจัดพิมพ์หนังสือขึ้นมา เป็นการลงมือทำเองหมดทั้งร่างหนังสือเองและออกทุนเอง สิ่งเหล่านี้หากกรรมการบางคนไม่เข้าใจอาจคิดว่าเป็นสิ่งที่สร้างความเหน็ดเหนื่อยให้กับตนอย่างมาก²⁴³ อย่างไรก็ตาม ชมรมแพทย์ชนบทเป็นหน่วยงานที่ไม่ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาจากภาครัฐ ทำให้ไม่มีเงินงบประมาณเป็นของตนเอง แต่ที่ผ่านมานี้เมื่อดำเนินงานกันมาท่ามกลางความจำกัดด้านงบประมาณ ถือว่ามีความคุ้มค่าทางต้นทุนแล้วเมื่อเทียบกับผลงานที่ออกสู่สาธารณะเป็นจำนวนมาก²⁴⁴ กล่าวโดยสรุปได้ว่า แม้จะมีปัญหาด้านเงินทุนในการเคลื่อนไหว แต่ถึงกระนั้นชมรมแพทย์ชนบทยังขับเคลื่อนประเด็นที่ตนต้องการได้ตลอดมา แม้ว่าในบางครั้งอาจจะไม่เป็นไปตามที่วางเป้าหมายไว้ตั้งแต่ก่อนเริ่มเคลื่อนไหวอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยก็ตาม

ประเด็นเคลื่อนไหว... การขับเคลื่อนของชมรมแพทย์ชนบทในช่วงแรกเกิดขึ้นจากความยากลำบากในการทำงานของเหล่านักเรียนแพทย์ที่ต้องออกไปใช้ทุนในชนบท ทำให้เกิดการริเริ่มรวมตัวกันขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ประเด็นในการดำเนินงานจึงมีความ

²⁴² สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

²⁴³ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁴⁴ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

ชัดเจนมากในช่วงเริ่มต้น และเป็นสิ่งที่แพทย์ใช้ทุนทุกคนเห็นพ้องต้องกันโดยดุษฎี เพราะเป็นเรื่องของการนำเสนอเพื่อปรับปรุงระบบต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เอื้อต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลให้กับคนชนบท ไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบโรงพยาบาลอำเภอ การเพิ่มสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและทำงานในชนบท ฯลฯ ซึ่งปรากฏว่ามีความแตกต่างจากช่วงระยะหลัง ๆ ที่มีแหล่งทุนเข้ามาสนับสนุนมากขึ้นกว่าในระยะแรก อาทิ เงินสนับสนุนจากมูลนิธิแพทย์ชนบท เงินสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ฯลฯ ทำให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปได้ง่ายขึ้น แต่ขณะเดียวกันกลับมีปัญหาอื่นตามมาเนื่องจากบริบทในสังคมเปลี่ยนไป ความคาดหวังจึงเปลี่ยนตามด้วย ภารกิจการผลิตงานของชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเปลี่ยนไป เพราะประเด็นการผลิตเรื่องความขาดแคลนขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการสาธารณสุขในชนบทได้รับการตอบสนองจากภาครัฐ สิ่งนี้ทำให้สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทในรุ่นหลังที่เข้ามาหลงเหลือสิ่งที่จะต้องผลิตกันเกี่ยวกับความเป็นแพทย์ชนบทไม่มากนัก จึงจำเป็นต้องแสวงหาประเด็นใหม่ ๆ ในการเคลื่อนไหวซึ่งอาจยังไม่ลงตัวที่จะเป็นจุดสนใจในการดึงดูดสมาชิกให้เข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทจึงไม่ลงแรงทุ่มเทกับแกนนำชมรมฯ²⁴⁵

กลไกตัดสินใจ... ในแง่ของกระบวนการตัดสินใจภายในเครือข่ายแพทย์ชนบทหากจะดำเนินการเคลื่อนไหวในเรื่องหนึ่ง ๆ นั้น ถือว่ายังไม่มีมติชัดเจนในเชิงกระบวนการ เนื่องจากที่ผ่านมาหากสมาชิกที่เป็นแกนนำบุคคลใดมีความต้องการเคลื่อนไหวในเรื่องใดสามารถกระทำได้เลยจะมีเพียงไม่กี่ประเด็นเท่านั้นที่วางแผนดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบแล้วร่วมขับเคลื่อนด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม ยกตัวอย่างเช่น กรณีการวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ถือว่าเป็นหนึ่งในการเคลื่อนไหวที่ทำร่วมกันอย่างสอดคล้องประสานทุกส่วน มีการวางแผนงานร่วมกันและร่วมดำเนินงานไปด้วยกันอย่างเป็นขั้นเป็นตอน จนออกมาประสบความสำเร็จอย่างงดงาม เป็นต้น แต่ประเด็นขับเคลื่อนอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่เน้นยึดหลักว่าต่างคนต่างรับผิดชอบดำเนินการ แล้วอาจมาเชื่อมประสานกับบุคคลอื่นในบางระดับ อาทิ กรณีผลักดันเรื่องระบาดวิทยาปรากฏว่ามีคนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ไปทำการขับเคลื่อน แม้แต่สมาชิกจำนวนไม่น้อยในกลุ่มสามพรานยังไม่ทราบการขับเคลื่อนเรื่องนี้เลย หรือในช่วงก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีคุณหมอสุมศักดิ์

²⁴⁵ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

ซุนหว์ศิมี่ เป็นผู้ผลักดันให้เกิดขึ้นในช่วงเริ่มแรก หรือการริเริ่มสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นภาระของคุณหมอศุภกร บัวสาย ที่เป็นคนดำเนินการ เป็นต้น จึงเห็นได้ว่ากระบวนการตัดสินใจในขบวนการฯ ไม่มีสิ่งที่เรียกว่าการตัดสินใจร่วม (joint decision) ส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะแต่ละคนมีแรงปรารถนาจะทำเรื่องใดก็ฉวยโอกาสทำในสิ่งที่ต้องการ แต่อยู่ภายใต้เงื่อนไขเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งอาจเป็นจุดอ่อนแต่ในอีกแง่หนึ่งอาจถือว่าเป็นตัวแบบการตัดสินใจในการขับเคลื่อนงานของขบวนการฯ ที่น่าสนใจเช่นกัน เพราะทุกคนอาสาจะเคลื่อนไหวในประเด็นที่เห็นว่าดีตามความสามารถของตนเอง²⁴⁶

แกนนำขับเคลื่อน... สิ่งนี้ถือเป็นปัญหาใหญ่ของชมรมแพทย์ชนบทโดยเฉพาะในช่วงหลัง ทั้ง ๆ ที่ชมรมแพทย์ชนบทมีความต้องการหาคนมาร่วมทำงานเป็นแกนหลัก (core group) ให้มากขึ้น แต่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะดึงและสรรหาบุคคลที่ให้ความสนใจเข้ามาร่วมดำเนินงานอย่างใกล้ชิด เพราะว่าแพทย์ชนบททุกคนต่างมีภาระงานจำนวนมากที่ต้องรับผิดชอบในโรงพยาบาลอำเภอ กอปรกับบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย การจะสรรหาคนเข้ามาเพื่อสร้างคนเป็นกรรมการชมรมฯ ที่ผูกพันตัวอย่างใกล้ชิดจึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก แม้ว่าชมรมฯ จะมีแนวคิดพื้นฐานว่าไม่มุ่งเน้นเรื่องจำนวนคนที่จะเข้ามาทำงาน แต่ในทางหนึ่งถือว่ามีคนจำเป็นสำหรับผู้ที่จะมาสานงานต่อเป็นรุ่น ๆ²⁴⁷ ในบางยุคสมัยเหตุการณ์ถึงขนาดที่ว่า การเลือกตั้งกรรมการชมรมแพทย์ชนบทไม่มีผู้ใดมีความต้องการอาสาตัวเข้ามาเป็นประธานชมรมฯ มีการโยนลูกในการรับตำแหน่งประธานและกรรมการระหว่างกันไปมา ผู้ที่ได้เป็นประธานชมรมฯ ในช่วงนั้นก็อยู่ในภาวะที่อาจเป็นกังวลใจบ้างต่อการนำพาชมรมแพทย์ชนบทขับเคลื่อนไปข้างหน้า²⁴⁸ ภาวะการขาดแคลนแกนนำที่จะสานต่อภารกิจจึงถือเป็นปัญหาสำคัญที่ชมรมแพทย์ชนบทยังคงต้องเผชิญแม้กระทั่งปัจจุบัน

สำนักงานชมรม... ชมรมแพทย์ชนบทแม้จะมีประวัติความเป็นมายาวนานกว่าสามสิบปี แต่เป็นที่น่ากังขาเป็นอย่างยิ่งที่ไม่เคยมีสำนักงานชมรมฯ ถาวรเป็นของตนเองสำหรับการเป็น

²⁴⁶ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ซุนหว์ศิมี่, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²⁴⁷ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁴⁸ สัมภาษณ์ ชาตรี เจริญชีวะกุล, เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

ศูนย์กลางในการขับเคลื่อนภารกิจและประสานงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งการไม่มีสถานที่ทำงานประจำของตนเองถือว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินงานชมรมแพทย์ชนบทเป็นอย่างมาก อาทิ ส่งผลให้การออกหัวหนังสืออย่างเป็นทางการไม่มีความแน่นอน ขึ้นกับว่าในขณะนั้น ๆ ตัวประธานชมรมแพทย์ชนบทสังกัดอยู่หน่วยงานใด หากตัวประธานชมรมฯ ประจำการอยู่ที่โรงพยาบาลภูกระดึง ชมรมแพทย์ชนบทก็มีที่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลภูกระดึง เบอร์โทรศัพท์ติดต่อเป็นเบอร์ส่วนตัวของประธานคนนั้น ๆ แต่ถ้าประธานชมรมแพทย์ชนบทประจำการ ณ โรงพยาบาลอื่น ๆ สถานที่ตั้งชมรมฯ ก็เปลี่ยนไปด้วยตามแต่วาระของประธานที่เปลี่ยนไป²⁴⁹ การไม่มีที่ตั้งที่แน่นอนและไม่มีบุคลากรประจำสำนักงานในการประสานงานทำให้การติดต่อกันไม่มีความต่อเนื่อง เพราะในบางขณะแพทย์ชนบทผู้เป็นประธานติดภารกิจรักษาคนไข้หรือประชุมเจ้าหน้าที่ จะไม่สามารถรับการติดต่อประสานงานจากองค์กรภายนอกได้ทันท่วงที อาจส่งผลต่อความล่าช้าในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ที่สำคัญได้

ปัญหาการบริหารงานภายในชมรมแพทย์ชนบทที่ยังคงมีอยู่ตลอดมาถือว่าเป็นอุปสรรคคู่ครั้งไม่ให้ชมรมแพทย์ชนบทก้าวทะยานไปข้างหน้าดังที่ตั้งใจไว้ทุกประการ แม้ว่าแพทย์ชนบทจะได้รับการฝึกฝนด้านการบริหารในภาคปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติขณะเมื่อดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแล้วก็ตาม เพราะว่า “แพทย์ที่ทำงานเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนถือได้ว่าได้ฝึกการคิดเชิงระบบและพัฒนาทักษะในการจัดการ ขณะที่แพทย์ที่ทำงานทางคลินิกในโรงพยาบาลใหญ่จะมีโลกทัศน์เชิงเทคนิค แต่ไม่มีโลกทัศน์เชิงระบบและไม่มีทักษะในการจัดการ ในที่นี้ไม่มีประเด็นว่าคนมีโลกทัศน์เชิงระบบและมีทักษะในการจัดการดีกว่าคนมีทักษะทางคลินิก เพราะแพทย์มีทั้งสองอย่างได้ การมีโลกทัศน์เชิงระบบและทักษะในการจัดการทำให้แพทย์ชนบทมีข้อแตกต่างอีกอย่างหนึ่งจากแพทย์ทั่ว ๆ ไป”²⁵⁰ แต่ปรากฏว่าปัญหาในการบริหารจัดการภายในชมรมแพทย์ชนบทยังคงมีอยู่เรื่อยมา

²⁴⁹ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁵⁰ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 8-9.

ปัญหาการต่อต้าน/ขัดขวางจากภาคส่วนอื่น เช่น กลุ่มแพทย์ชั่วคราวข้าม นักรการเมืองผู้มีอำนาจ เป็นต้น

ในฐานะของขบวนการเคลื่อนไหวประชาสังคมจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะผลักดันประเด็น
แหลมคมทางสาธารณะ อาทิ การต่อต้านการทุจริตในระบบราชการ การวิพากษ์วิจารณ์การ
ทำงานของฝ่ายการเมือง การเฝ้าระวังแนวโน้มแห่งภาวะไร้คุณธรรมในการขับเคลื่อนนโยบายของ
ภาครัฐฯ ฯลฯ ขบวนการแพทย์ชนบทจำต้องตกอยู่ในสภาพแรงกดดันจากผู้ได้รับผลกระทบจากการ
ขับเคลื่อนประเด็นของขบวนการแพทย์ชนบท เป็นสาเหตุให้การต่อต้าน/ขัดขวางการดำเนินงาน
ของขบวนการฯ เกิดขึ้นตลอดมา ดังที่ ยงยศ ธรรมวุฒิ กล่าวไว้ว่า “การเผชิญหน้ากับระบบราชการ
การเมือง เป็นหน้าที่ปกติของท่านประชาชนฯ การไม่มีการเผชิญหน้า มีความสัมพันธ์ราบรื่นกับ
ปลัดกระทรวง นักรการเมือง เป็นเรื่องแปลก และไม่มี”²⁵¹ เนื่องจาก “สถานการณ์การเมืองแบบ
เปิดในสังคมไทย การเปลี่ยนผ่านจากประชาธิปไตยระบบตัวแทนมาเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
ร่วมของประชาสังคมโดยไม่ผ่านตัวแทน ร่วมกับความซับซ้อนในระบบสุขภาพ ทำให้ชมรมแพทย์
ชนบทต้องเผชิญหน้ากับความเห็นแย้งจากบทบาทการขับเคลื่อนสังคมไปสู่ความเป็นธรรมอย่าง
หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยตัวตนของชมรมนั้นสามารถรับมือได้ แต่ภาระหนักจะตกอยู่ที่แกนนำชมรมที่มี
จำนวนจำกัด อาจส่งผลให้เป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถขับเคลื่อนประเด็นไปได้อย่างมีพลัง”²⁵²

อย่างไรก็ตาม ขบวนการแพทย์ชนบทยอมรับว่า “การต่อสู้ของชมรมแพทย์ชนบทต้องเจอ
กับสิ่งที่ไม่เป็นธรรมในสังคมมาโดยตลอด การเห็นประโยชน์ส่วนตน ประโยชน์ของกลุ่มตนเอง การ
คอร์รัปชันของข้าราชการประจำและนักรการเมือง และข้าราชการระดับสูง การถูกระแวงสงสัยจาก
สังคมว่าชมรมแพทย์ชนบทกำลังทำอะไรกันอยู่ มีประโยชน์อันใดแอบแฝงอยู่หรือไม่ ทำไม่ต้อง
ออกมาวิพากษ์วิจารณ์นโยบายของรัฐบาล นโยบายของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข
หรือแม้แต่ต้องออกมาตอบโต้ ออกมาเปิดโปงในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง จนมีกรณีตัวอย่างเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม
แต่สังคมโดยทั่วไปกังขา แพทย์ด้วยกันบางส่วนยังสับสนว่าทำไปทำไม การทำให้ข้าราชการ

²⁵¹ ยงยศ ธรรมวุฒิ, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 50.

²⁵² สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,

ระดับสูงและนักการเมืองเด็กร้อน จะทำให้แพทย์ชนบทเด็กร้อนตามไปด้วย ก็มีให้เห็นเป็น ตัวอย่าง”²⁵³ อย่างกรณีการออกมารณรงค์ต่อต้านการทุจริตการจัดซื้อยา 1,400 ล้านบาทใน กระทรวงสาธารณสุข “ทำให้คนในวิชาชีพเดียวกันไม่ชอบมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกรณีดังกล่าวได้ ทำให้คนในวิชาชีพนี้ต้องได้รับวิบากกรรมมากมายอย่างยากจะหลีกเลี่ยงได้”²⁵⁴ แม้ว่าการ เคลื่อนไหวดังกล่าวจะส่งผลในทางลบต่อตัวชมรมแพทย์ชนบทจากผู้มีอำนาจหรือแพทย์กลุ่มอื่น แต่ชมรมแพทย์ชนบทยืนหยัดถึงแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อสาธารณะต่อไปตามอุดมการณ์ที่ตั้งไว้ แต่เริ่มแรก “แต่ด้วยอุดมการณ์ของแพทย์ชนบทเราจำเป็นต้องสู้ ถ้าไม่มีชมรมแพทย์ใครจะต่อสู้ เพื่อประชาชน เพื่อประเทศชาติ ด้วยความกล้าหาญ เราจะไม่ยอมในสิ่งที่ไม่ถูกต้องที่ทำให้ ประชาชนเสียประโยชน์หรือแม้แต่เสียโอกาส”²⁵⁵

ทั้งนี้ แรงกดดันจากฝ่ายการเมืองหรือกลุ่มหัวตรงข้ามมีอาจบีบให้ชมรมแพทย์ชนบท ล้มเลิกการเคลื่อนไหวได้ “เมื่อชมรมเริ่มเข้มแข็งขึ้นก็มีคนต่อต้านและมีบางคนพยายามทำลาย โชคดีที่อุดมการณ์ของแพทย์ชนบทมีความเข้มแข็งมั่นคงและผู้ใหญ่ “ที่ใหญ่จริง” ในกระทรวง สาธารณสุขขณะนั้นมีอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์สมบุญ วัช โรทัย นายแพทย์ประกอบ ตูจินดา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์วิจิตร อัครเสนา นายแพทย์ชนะ คำบุญรัตน์ นายแพทย์มรกต กรเกษม นายแพทย์บรรลพ ศิริพานิช และอีกหลาย ๆ ท่าน ชมรมจึงรอดปากเหยี่ยวปากกามาได้ และเข้มแข็งมากขึ้น”²⁵⁶ ขณะที่การขับเคลื่อนประเด็น สาธารณะของชมรมแพทย์ชนบทนั้นมีจุดยืนชัดเจนในความเป็นกลาง ไม่เอนเอียงเข้ากับฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่ง “ชมรมแพทย์ชนบทมีจุดยืนที่ชัดเจนในการวางตัวให้ปลอดจากความเอนเอียงทางการ เมืองหรือผู้มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข แต่ยึดถือประเด็นและเนื้อหาเป็นหลักในการแสดง

²⁵³ สรลักษ์ณ์ มิ่งไทยสงศ์, “ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วง ทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 69.

²⁵⁴ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 74.

²⁵⁵ สรลักษ์ณ์ มิ่งไทยสงศ์, ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 69.

²⁵⁶ วิชัย โชควิวัฒน์, “จิตวิญญาณของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท, พิณกร โนนี, บรรณาธิการ (นนทบุรี : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 131.

ความคิดเห็น ทำให้ภาพของชมรมย่อมหลึกลงไม่ได้ที่จะวิจารณ์รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข
อยู่เนือง ๆ จุดนี้เป็นจุดแข็งที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทปลอดภัยจากผู้ที่ต้องการใช้ชมรมเป็นสะพานได้
เต้าขึ้นสู่อำนาจไปโดยปริยาย”²⁵⁷

หากจำแนกประเด็นการต่อต้าน/ขัดขวางจากภาคส่วนอื่นที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้อง
เผชิญ สามารถแบ่งได้ดังนี้

...การถูกมองว่าเป็นกลุ่มทำลายความมั่นคงในวิชาชีพแพทย์

ขบวนการแพทย์ชนบทถูกมองจากแพทย์อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความเห็นแตกต่างออกไปว่าการ
ผลักดันทางนโยบายหลายด้านของขบวนการแพทย์ชนบท ส่งผลลบต่อความมั่นคงทางวิชาชีพ
แพทย์ของเพื่อนร่วมอาชีพคนอื่น ๆ กลุ่มเครือข่ายแพทย์ชั่วคราวข้ามประกอบด้วย สหพันธ์
ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สมพท.) นำโดย แพทย์หญิงเชิดชู อริ
ยศรีวัฒนา ประธาน สมพท., แพทย์หญิงอรพรรณ เมธาติลกุล รองประธาน สมพท. และ
นายแพทย์ธงชัย ซึ่งถาวร ที่ได้ประกาศตัวเป็นชั่วคราวข้ามทางความคิดอย่างชัดเจน

ความขัดแย้งของทั้งสองกลุ่มปรากฏในทุกเวทีและกลุ่มเครือข่ายแพทย์ชั่วคราวข้ามได้แสดง
ให้เห็นถึงทางเลือกในข้อเสนอเชิงนโยบายที่แตกต่าง ตลอดจนการเสนอตัวแทนของกลุ่มเข้าแข่งขัน
กับสมาชิกจากขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้าไปเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในองค์กรต่าง ๆ ด้าน
ระบบสุขภาพของประเทศ ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนจากกรณีที่สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และ
สาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สมพท.) ส่งคนลงชิงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คนใหม่แทน นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิธ ที่พันวาระในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.
2555 โดยส่ง นายแพทย์ธงชัย ซึ่งถาวร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ลงแข่งขันกับ

²⁵⁷ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วาท ที่ลงสมัครชิงตำแหน่งอีกหนึ่งวาระ ซึ่งปรากฏว่า นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วาท ตัวแทนขบวนการแพทย์ชนบทได้รับเลือกให้ทำหน้าที่เลขาธิการ สปสช. อีกวาระหนึ่ง²⁵⁸

อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย นำโดย แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทยและประธานกลุ่มพิทักษ์สิทธิพลเมือง ได้ยื่นหนังสือขอให้นายกรัฐมนตรียกเลิกผลการสรรหาเลขาธิการ สปสช. เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการสรรหาผิดกฎหมาย โดยให้เหตุผลว่า จากการที่มีข่าวว่าคณะกรรมการสรรหาได้ตรวจเช็คคุณสมบัติของ นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และพบว่ามีความสัมพันธ์ขัดกับบทบัญญัติในมาตรา 31 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่สามารถพิจารณาการสมัครเข้ารับการสรรหาเป็นเลขาธิการ สปสช. ได้ แต่นายสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ ประธานกรรมการสรรหาฯ ก็มีคุณสมบัติขัดกับมาตรา 31 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่นเดียวกับนายแพทย์นพพร เนื่องจากเป็นผู้เข้าร่วมงานกับ สปสช. มาตลอดในฐานะประธานคณะกรรมการประกันสังคม ถ้า นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น มีคุณสมบัติขัดกับมาตรา 31 ดังที่กล่าวอ้าง นายแพทย์สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ ก็มีคุณสมบัติขัดกับมาตรา 31 เช่นเดียวกัน อีกทั้งกรรมการสรรหาเลขาธิการ สปสช. คือนายนิมิตร เทียนอุดม มีคุณสมบัติขัดกับมาตรา 32(12) ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นผู้ได้รับการสนับสนุนหรือผู้ร่วมงานหรือมีผลประโยชน์ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน เพราะมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ของนายนิมิตร เทียนอุดม ได้รับเลือกให้เป็นหน่วยงานบริหารจัดการโครงการพัฒนาการสื่อสารสาธารณะขับเคลื่อนสังคมเพื่อป้องกันเอดส์ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ด้วยเหตุนี้ จึงต้องถือว่าเป็นสาเหตุให้องค์ประกอบของกรรมการสรรหา

²⁵⁸ “เผย 8 ผู้สมัครชิงชัยเลขาฯ สปสช. "หมอวินัย" เสนอตัวคนสุดท้าย,” มติชนออนไลน์ (16 มีนาคม 2555). แหล่งที่มา

เป็นโมฆะ และขอให้นายกรัฐมนตรีดำเนินการตามกฎหมายเพื่อยกเลิกการสรรหาเลขาธิการ สปสช. ครั้งนี้ และดำเนินการสรรหาใหม่²⁵⁹

นอกจากนี้ ความขัดแย้งกรณี พ.ร.บ.บางฉบับที่เครือข่ายแพทย์ชนบทผลักดัน ปรากฏว่ามี แรงต้านอย่างหนักจากโรงพยาบาลเอกชน แพทย์พาณิชย์ หรือแพทย์สภาที่ไม่เห็นด้วยกับกฎหมาย ฉบับนั้น ๆ อย่างในเวลานี้กรรมการแพทย์สภาแทบจะไม่มีแพทย์ชนบทอยู่เลย เป็นที่ชัดเจนว่า แพทย์ชนบทมีศัตรูมาโดยตลอด แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นมาเป็นระดับบริหารไม่เอา แพทย์ชนบท เพียงแต่ที่ผ่านมา กลุ่มต่อต้านอาจไม่ได้รวมตัวกันเหนียวแน่นแล้วลุกขึ้นมา เฆี่ยนหน้า แต่ในยุคปัจจุบันเปลี่ยนไปแล้ว มีการรวมกลุ่มต่อต้านเครือข่ายแพทย์ชนบทอย่าง จริงจัง²⁶⁰

การต่อสู้กันทางความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างรุนแรงระหว่างกลุ่มแพทย์ของกลุ่ม ดังกล่าว ทำให้องคมนตรีได้แสดงออกถึงความไม่สบายใจ กล่าวคือ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี ได้มาเป็นประธานเปิดการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2555 ของสมาคมวิทยาศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย สมาคมบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2555 ที่สถาบันบำราศนราดูร และได้กล่าวปาฐกถาพิเศษว่า “ปี 2472 สมเด็จพระบรมราชาชนกได้ มีหนังสือถึงสมาชิกสโมสรแพทย์จุฬาลงกรณ์ โดยพระองค์ได้ระบุถึงคุณลักษณะที่ดีของแพทย์ ดังนี้ 1.ต้องมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง คือ มีความมั่นใจ 2. ต้องมีความไว้ใจระหว่างแพทย์ กันเอง คือ มีความเป็นปึกแผ่น 3.ต้องได้รับความเชื่อถือจากคนไข้ คือ มีความไว้ใจของคนไข้... ”ผมรู้สึกไม่ดีที่เห็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ที่เห็นแพทย์ออกมาทะเลาะกัน ทั้งที่ความเป็นจริงอาชีพ แพทย์ไม่ใช่อาชีพที่จะมาชี้หน้าด่ากัน อยากให้แพทย์หาทางชี้แจงกับประชาชนให้เข้าใจว่า อาชีพ

²⁵⁹ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, หนังสือเรียนของสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทยขอให้นายกรัฐมนตรียกเลิกผลการสรรหาเลขาธิการ สปสช. [ออนไลน์], 10 เมษายน 2555. แหล่งที่มา

[http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27.](http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27)

²⁶⁰ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

แพทย์มีหน้าที่อย่างไรบ้าง เพราะขณะนี้ถือว่า ในวงการแพทย์มีความเสื่อมลงมากแล้ว จึงควรรีบหาทางแก้ไขด่วน”²⁶¹

ความขัดแย้งทางความคิดจนแสดงออกมาเป็นการเคลื่อนไหวต่อต้านอย่างชัดเจนจากขบวนการแพทย์ชั่วคราวข้ามที่มองว่าขบวนการแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มทำลายความมั่นคงในวิชาชีพแพทย์และความเป็นปึกแผ่นของแพทย์ไทย ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของแพทย์จำนวนหนึ่งที่มีต่อขบวนการแพทย์ชนบทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

...การถูกมองว่าเป็นกลุ่มอิทธิพลอันธพาล

ภาพลักษณ์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทถูกมองว่าเป็นกลุ่มอิทธิพลอันธพาลปรากฏชัดเจนจากทัศนะของนายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ หนึ่งในสมาชิกแกนนำของขบวนการแพทย์ชนบท ที่กล่าวว่าเคยมีข้อเคลือบแคลงสงสัยจากวงการแพทย์และสาธารณสุขว่า “ชมรมแพทย์ชนบทจะเป็นการรวมกลุ่มเพื่อเป็นแก๊งค์ขี้ตั้งข้อเรียกร้องต่าง ๆ”²⁶² สอดคล้องกับทัศนะของสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ที่มองว่า “หากไปถาม นพ.บรรลพ ศิริพานิช ท่านเป็นคนหนึ่งที่เคยออกปากว่า ชมรมแพทย์ชนบทเป็นเสมือน “อั้งยี่” ท่านรู้สึกว่าคุณกลุ่มนี้เป็นผู้มีอิทธิพล ชอบมาสั่งกระทรวงให้ทำสิ่งต่าง ๆ กรณีตัวอย่างการประชุมในแต่ละครั้ง นายแพทย์วินิจจะมาเป็นประธานการประชุม ท่านมานั่งฟัง แล้วพวกแพทย์รุ่นน้องจะต่อว่ากระทรวง ท่านไม่เคยตอบได้... เป็นที่รู้กันว่าที่ประชุมแพทย์ชนบทประจำปีจะเป็นที่ ๆ ผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ มาถูกเด็กรุ่นน้องต่อว่า ด้วยเหตุนี้ นพ.บรรลพ ศิริพานิช ซึ่งอยู่สายโรงพยาบาลและไม่ถูกกับสายโรงพยาบาลอำเภอ จึงมีความรู้สึกว่าคุณกลุ่มนี้เหล่านี้มีอิทธิพลเหนือผู้ใหญ่ หรือผู้ใหญ่ให้ทำเด็กมากเกินไป แต่เมื่อท่านได้มารู้จักชมรมแพทย์ชนบท ท่านกล่าวว่าคุณกลุ่มนี้จริงใจและตั้งใจทำงาน”²⁶³

²⁶¹ “หมอมะขาม” ซึ่งวงการแพทย์เสื่อมหนัก รีบแก้ไขด่วน ดึงยุคดิจิทัลทำลายความสัมพันธ์ครอบครัว,” มติชนออนไลน์ (8 มีนาคม 2555). แหล่งที่มา

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1331196419&grpid=00&catid=&subcatid=

²⁶² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 13.

²⁶³ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

นอกจากนี้ มีบุคคลหลายคนโดยเฉพาะแพทย์ผู้ใหญ่ในวงการแพทย์จะคิดว่า “พวกชมรมแพทย์ชนบทเป็นเด็ก การออกมาพูดความจริงต่อหน้าสาธารณชนนั้น เป็นสิ่งที่ก้าวร้าวและหยาบคายในสายตาผู้ใหญ่เสมอ มักมองว่าพวกเราเป็นหมอหัวก้าวร้าว แทนที่จะมองว่าเป็นหมอหัวก้าวหน้า”²⁶⁴ ท่าทีเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทที่อาจเป็นเหตุให้ถูกมองว่าก้าวร้าว ตัวอย่างเช่น “นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นเลขาธิการ ออย. ท่านผู้นี้เป็นนักลุยมาตั้งแต่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมายโนนแล้ว เมื่อเป็นเลขาธิการ ออย. ก็เป็นที่คาดหมายกันว่าควรจะต้องมีเรื่องปะทะกันแน่ เพราะแรงทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายต่อต้านการรุก... “หมูไม่กลัวน้ำร้อน” อีกตัวหนึ่งที่ชื่อ ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล อดีตแพทย์ชนบท เข้ามาร่วมทำงานที่ ออย. กับนายแพทย์มงคล ณ สงขลา”²⁶⁵ ทำให้การปะทะเรื่องต่าง ๆ จึงมีขึ้น หรืออย่างที่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ วิเคราะห์ไว้ว่าสนใจว่า “วัฒนธรรมโครงสร้างที่ยากจะหาอาวุธหนักชนิดเดียวมายิงให้ตาย พวกชมรมแพทย์ชนบทจึงเป็นเหมือนเม็ดกรวดในรองเท้าผู้บริหารสายอนุรักษ์มาโดยตลอด จะเอาออกก็ไม่ได้ เวลาเดินก็เลยบาดตีน ทำให้ผู้บริหารรำคาญมาโดยตลอด บางครั้งเม็ดกรวดไม่กลมกลื่น เขาก็มีบาดแผลได้”²⁶⁶ ลักษณะเช่นนี้ส่งผลให้ “คนในระบบราชการอาจรู้สึกว่าการชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มหัวแข็ง เป็นกลุ่มที่ไม่ทำตามประเพณี (follow tradition) ที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งเป็นเรื่องของวัฒนธรรมเก่า แต่ขบวนการแพทย์ชนบทปรารถนาจะสร้างวัฒนธรรมใหม่ให้เกิดขึ้นในองค์กรด้านสาธารณสุข จนมีครั้งหนึ่งที่นายแพทย์เกษม วัฒนชัย กล่าวในทำนองว่า การมีองค์กร ส. ใหม่ ๆ ซึ่งเป็นกลไกที่ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันให้เกิดขึ้น ทำให้เกิดความแตกแยกในหมู่วิชาชีพแพทย์ สร้างความแปลกใจให้กับแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเป็นอย่างมากที่ท่านกล่าวออกมาเช่นนั้น”²⁶⁷

นอกจากนี้ ชมรมแพทย์ชนบทยังถูกมองจากแพทย์ส่วนใหญ่ โรงพยาบาลจังหวัดหรือแพทยสภาว่าเป็นพวกที่เอาแต่กลุ่มตัวเอง สิ่งนี้ถือเป็นจุดอ่อนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบท²⁶⁸ เพราะเสมือนเป็นกลุ่มปิดและมีลักษณะเป็นกลุ่มอิทธิพลในวงการแพทย์ ทั้งยัง “ไม่ใช่ฮีโร่ใน

²⁶⁴ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี?, หน้า 78.

²⁶⁵ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 55-56.

²⁶⁶ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี?, หน้า 74.

²⁶⁷ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

²⁶⁸ สัมภาษณ์ ชาตรี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

สายตาของคนสาธารณสุขที่ยังยึดติดกรอบอำนาจ มีความคิดที่ว่าข้าราชการเป็นใหญ่”²⁶⁹ อย่างไรก็ตาม การถูกมองจากประชาคมแพทย์ด้วยกันว่าเป็นกลุ่มอิทธิพลอันธพาล ไม่ได้ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทที่ถอยแต่ประการใด แต่กลับมีความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่อย่างตรงไปตรงมาของตน อย่างที่ทิมัมพร จ่างจิต ยืนยันว่า “มีอิสระทางความคิดของชมรม จนกล้าพูดได้ว่าไม่มีใครสามารถครอบงำ หรือสั่งการชมรมให้เป็นไปในเชิงประโยชน์ส่วนตนได้”²⁷⁰ และยอมรับว่าแม้ประชาคมแพทย์จะมองขบวนการแพทย์ชนบทในทางลบ แต่ปรารถนาเห็นการรื้อฟื้นความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ด้วยกัน “ยังหวังว่าในชีวิตนี้จะได้เห็นความเป็นพี่เป็นน้องของพวกเรากลับคืนมา แม้จะไม่เหมือนพี่น้องท้องเดียวกันก็ตาม ขอให้เป็นแค่ลูกพี่ลูกน้องได้ก็ยิ่งดี”²⁷¹

...การถูกมองว่ามีเป้าประสงค์ในการใช้ชมรมแพทย์ชนบทได้เข้าไปเป็นใหญ่ในระบบราชการและสังคม

ข้อกล่าวหานี้ดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่อยู่ควบคู่กับชมรมแพทย์ชนบทมาโดยตลอดตั้งแต่ยุคเริ่มแรกของการก่อตั้งชมรมขึ้นมา คนอื่น ๆ ที่ไม่เคยร่วมงานอย่างใกล้ชิดกับกรรมการชมรมแพทย์ชนบทจะมองว่าชมรมนี้ตั้งขึ้นมาเพื่อให้กรรมการชมรมได้เข้าขั้นสู่อำนาจสำคัญ²⁷² แต่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ กลับเห็นว่า “การมองว่าการเป็นกรรมการชมรมนั้น เพื่อหวังได้ดิบได้ดี แต่จริง ๆ แล้วตรงกันข้าม เพราะนับตั้งแต่ได้สวมหมวกใบนี้ สังคมก็คาดหวังไว้มากมาย ความสงบสุขในชีวิตหายไปทันที”²⁷³ ในการเคลื่อนไหวเรียกร้องประเด็นต่าง ๆ หากชมรมแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวประเด็นเชิงสังคมมาก แนวร่วมที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจะมองว่าไม่ให้ความสนใจพัฒนาระบบในการสร้างความเข้มแข็งให้กับโรงพยาบาลชุมชน มุ่งแต่ทำเรื่องอื่น ๆ เพราะอยากมีหน้ามีตา รับคำชื่นชมจากสังคม ซึ่งในความเป็นจริง ชมรมแพทย์ชนบทได้เคลื่อนไหวประเด็นทั้งสองด้านไป

²⁶⁹ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, อย่ายึดถือกระบวนการเหนือกว่าเป้าหมาย, หน้า 55.

²⁷⁰ ทิมัมพร จ่างจิต, “6 ปีในชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 71.

²⁷¹ มรกต กรเกษม, “จากพี่...ด้วยใจจริง,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 10.

²⁷² เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี 2, หน้า 74.

²⁷³ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี 2, หน้า 78.

พร้อม ๆ กัน อาทิ เรียกร้องให้เพิ่มค่าตอบแทน/เบี่ยงเบนกำไรโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น แต่แม้ว่าแนวร่วมในโรงพยาบาลชุมชนจะต่อว่า ชมรมแพทย์ชนบทต้องยืนบนหลักการให้มั่นคง ทำทั้งในประเด็นที่เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มแพทย์และต่อสังคมส่วนรวม ไม่ละทิ้งอย่างใดอย่างหนึ่ง²⁷⁴ การถูกมองอย่างเข้าใจผิดว่าต้องการได้รับค่าขึ้นชมและหวังเติบโตในวงราชการเป็นสิ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีโอกาสหลีกเลี่ยงได้ในช่วงที่ผ่านมา

ในเรื่องนี้กรรมการชมรมแพทย์ชนบทรุ่นแรก ๆ พึงตระหนักในข้อครหาดี จึงได้วางแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันไว้และถ่ายทอดสู่กรรมการชมรมชุดต่อ ๆ มา คณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบททุกคนจะยึดหลักว่า ห้ามเข้าไปเป็นใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น เป็นผู้อำนวยการกองหรืออื่น ๆ สิ่งนี้ต้องพึงหลีกเลี่ยง แต่ถ้าจำเป็นต้องเข้าไปมีตำแหน่งในกระทรวงฯ จะต้องลาออกจากรวมการชมรมฯ ให้เป็นระยะเวลาอันก่อนที่จะเข้ารับตำแหน่ง ดังที่สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวไว้ว่า “เราเข้ามามีตำแหน่งในกระทรวงสาธารณสุขในสมัยที่เราพ้นชมรมฯ แล้วเป็นส่วนใหญ่ เราก็รักษา (maintain) พวกนี้ไว้ดี เข้าใจว่าน้อง ๆ รุ่นหลังคงพยายามที่จะไม่ให้เกิดภาพ (image) ว่าการเป็นกรรมการชมรมฯ คือบันไดไต่เต้าขึ้นสู่อำนาจ”²⁷⁵ โดยกลุ่มแพทย์ชนบทยึดปรัชญาดั้งเดิมในการเคลื่อนไหวนั่นคือการทำให้มีส่วนร่วมไว้อย่างเหนียวแน่น “แพทย์ชนบทจะไม่ทำอะไรเพื่อผลประโยชน์ของตัวเองหรือเพื่อความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ของตัวเองและพวกพ้อง แต่จะทำสิ่งใดก็ตามเพื่อแก้ไขปัญหาของแพทย์และบุคลากรร่วมทีมสุขภาพโดยรวม เพื่อให้ทีมสุขภาพเหล่านี้เป็นที่พึ่งของคนยากไร้ในชนบทได้”²⁷⁶

อนึ่ง การที่แพทย์ชนบทเข้ามามีตำแหน่งในกระทรวงสาธารณสุขนั้น สืบเนื่องจากการที่ผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ เป็นผู้ย้ายให้เข้ามาช่วยงานในตำแหน่งสำคัญ “นายแพทย์อมร นนทสูต เมื่อเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นบุคคลสำคัญที่นำแพทย์ชนบทเข้ามาวางในตำแหน่งที่สำคัญในวัยที่ตามปกติยังเลือนมาไม่ถึง ... แนวทางของคุณหมออมรคือชนบท และคุ้นเคยกับแพทย์

²⁷⁴ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁷⁵ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²⁷⁶ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, “อดีต ปัจจุบัน และอนาคต ชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 45.

ชนบท เชื่อว่าเขาเป็นคนดีมีความรู้ความสามารถ เมื่อเป็นปลัดก็เอาแพทย์ชนบทเหล่านี้แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำคัญ ๆ มาทำงานในองค์กรส่วนกลาง เช่น กองแผนงานสำนักงานคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน สปค. เป็นต้น”²⁷⁷ หรือกรณีแพทย์ชนบทมาเป็นใหญ่ในแพทยสภา ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข “ใน พ.ศ. 2529-2530 ช่วงที่นายแพทย์ไพโรจน์ ینگานนท์ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายกแพทยสภา ได้ตั้งนายแพทย์สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ เป็นเลขาธิการแพทยสภา นับเป็นแพทย์ชนบทคนแรกที่ดำรงตำแหน่งนี้ แพทย์ชนบทที่ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภาถัดมาก็มีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์”²⁷⁸ แต่ต้องยอมรับว่า “การที่มีแพทย์ชนบทได้รับเลือกตั้งเข้าไป (แพทยสภา) จำนวนมาก ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกตกใจหรือกังวลใจแก่แพทย์อื่นเป็นธรรมดา ได้แก่ กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด และอาจารย์โรงเรียนแพทย์”²⁷⁹ เมื่อเข้าไปเป็นแพทยสภาแล้วได้ทำผลงานจำนวนมาก “งานที่เด่นน่าจะเป็นงานทางจริยธรรม อันได้แก่ งานสืบสวนสอบสวนและลงโทษแพทย์ที่ทำผิดมารยาทวิชาชีพเวชกรรม เพราะแพทย์พวกนี้เป็นแพทย์ที่เคร่งครัดทางจริยธรรม ไม่ยอมประนีประนอมง่าย ๆ เมื่อเป็นอย่างนี้ก็จะมีความซิกจำนวนหนึ่งที่ชอบ ที่จะเห็นว่ามีความเคร่งครัดเพื่อรักษาศักดิ์ศรีของวิชาชีพ แต่แพทย์อีกจำนวนมากก็คงจะไม่ชอบที่จะถูกแพทยสภามาเคร่งครัด”²⁸⁰ การเข้าไปมีส่วนในตำแหน่งสำคัญในแพทยสภาจึงมิได้หมายความว่า เป็นการไต่เต้าเพื่อหาประโยชน์เข้าสู่ตนเองและพวกพ้อง แต่เป็นการวางรากฐานจริยธรรมทางการแพทย์เพื่อส่วนรวมและสังคม

ด้วยเหตุนี้ ความเข้าใจที่ว่าใช้ชมรมแพทย์ชนบทไต่เต้าไปเป็นใหญ่ในระบบราชการและสังคมจึงอาจเป็นเพียงข้อครหาหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เพราะว่า “ตำแหน่งประธานชมรมแพทย์ชนบทไม่ใช่บันไดไต่ไปสู่ความก้าวหน้าทางราชการ เพราะมันหมดยุคนี้ไปแล้ว มีหน้าซำกลับทำให้ถดถอยและบอบช้ำ และไม่สามารถเป็นเกราะปกป้องคุ้มครองตัวประธานและกรรมการ

²⁷⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 23.

²⁷⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 25.

²⁷⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 24.

²⁸⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 25.

ชมรมได้ในยุคที่ผู้บริหารใช้อำนาจเป็นธงนำ”²⁸¹ ข้ออ้างที่ถูกมองว่าใช้ประโยชน์จากการดำรงตำแหน่งในชมรมแพทย์ชนบทเพื่อไปเป็นใหญ่ในหน้าที่การงาน จึงเป็นเพียงทัศนคติมุมมองหนึ่ง แต่กลับส่งผลให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์อย่างยาวนานใหญ่ต่อบุคคลที่จะเข้ามาร่วมขับเคลื่อนชมรมแพทย์ชนบทในทุกยุคสมัย

...การถูกมองว่าเป็นภัยคุกคามทางการเมืองต่อนักการเมืองและข้าราชการระดับสูงในกระทรวง

การเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทมีวัตถุประสงค์หลักในการสร้างบรรทัดฐานที่ถูกต้องในระบบราชการและสังคม แต่เป็นความจริงที่ว่า “ในสังคมที่โดยพื้นฐานภาคีรัฐขาดความถูกต้อง กดขี่ข่มเหงราษฎร และตัวเองก็ขาดความสุจริตและโปร่งใส ความเคลื่อนไหวอย่างนี้ของแพทย์ชนบทย่อมต้องขัดแย้งกับระบบอำนาจเป็นธรรมดา หมอวิชัยที่พยักขานผู้มีพลังขัดแย้งกับนายชำนาญ พจนาน ผู้ว่าราชการจังหวัด กรณีความยุติธรรมเกี่ยวกับคิวงรณเมล์ หมออภิเชษฐ์ นาคเลขา หรือหมอเมืองพร้าว อยู่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ชอบเขียนมาลงหนังสือพิมพ์ประชาชาติเพื่อเปิดโปงถึงความข้อผิดพลาดต่าง ๆ หมอเลิศ จิระศิริ โรงพยาบาลโคราซ แม้จะรุ่นอาวุโส แต่ก็หนุนขบวนการรุ่นน้อง และชอบเคลื่อนไหวปลุกกระดมให้เห็นความไม่ถูกต้องของผู้มีอำนาจ”²⁸² หรือ “เมื่อคุณหมอมรกด กรเกษม ซึ่งเป็นคนสุจริตและมีความสามารถได้รับแต่งตั้งเป็นเลขาธิการ อย. ได้ชวนนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นรองเลขาธิการ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ไปเป็นผู้อำนวยการกองวิชาการ 3 ทหารเสือ หรือ The Three Musketeers พยายามจะลดยทำให้ อย. เป็นองค์กรที่ดี ซึ่งก็จะเป็นที่กระทบกระเทือนผลประโยชน์ของคนบางคน”²⁸³

ด้วยเหตุนี้ จึงปฏิเสธไม่ได้ว่ามีความหวาดระแวงของภาคการเมืองที่มีต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท “แม้กระทั่งทางการเมืองอาจหวาดระแวงว่าขบวนการ ส. เหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของการโค่นล้มรัฐบาล ในยุคสมัยหนึ่งที่ผ่านมาที่การเมืองฝ่ายหนึ่งมองว่ากลุ่มเหล่านี้เป็นส่วน

²⁸¹ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, อย่ายึดถือกระบวนกรเหนือกว่าเป้าหมาย, หน้า 56.

²⁸² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 6-7.

²⁸³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 54.

แนวคิดที่ไม่ถึงกับลงรอยกับอำนาจการเมืองในยุคนั้น ตัวอย่างข่าวเรื่อง สปสช. ที่มีความพยายามเข้าไปเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้ ก็ทำให้เกิดความหวาดระแวงทางการเมือง²⁸⁴ ความหวาดระแวงที่เกิดขึ้นยังขึ้นอยู่กับว่านักการเมืองและคนในระบอบของรัฐนั้นเป็นใคร โดยรวมคือนักการเมืองที่หวังประโยชน์ที่ไม่ได้ตั้งใจจะมาทำงาน จะมองว่าองค์กรแพทย์ชนบทและองค์กรที่พัฒนาเติบโตมาจากแพทย์ชนบทอาจเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำตามความต้องการของเขา ยกตัวอย่างเช่น อาจมองว่ากลุ่มแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มที่สั่งไม่ได้ เนื่องจากนักการเมืองอาจคุ้นเคยกับการสั่งการ แต่คนที่มาจากเครือข่ายแพทย์ชนบทกลับสั่งการไม่ได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะแพทย์ชนบทไม่จำเป็นต้องประนีประนอมกับฝ่ายการเมืองเพื่อหวังเติบโตก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ สิ่งนี้ไม่ใช่วิสัยของแพทย์ชนบทและไม่ใช่วิถีปฏิบัติของคนที่เติบโตมาจากการทำงานเพื่อสังคม ดังนั้นแพทย์ชนบทจะไม่ทะเลาะเบาะแว้งเป็นการส่วนตัวกับนักการเมืองผู้สั่งการ แต่ไม่ทำตามคำสั่งที่ไม่ชอบธรรม²⁸⁵

อย่างไรก็ตาม ในสายตาภาคการเมืองในบางยุคสมัยมองชมรมแพทย์ชนบทว่าเป็นมิตร ขณะที่อีกสมัยหนึ่งเป็นศัตรู ในยุคที่ฝ่ายการเมืองจะคาดหวังผลประโยชน์นั้นถือว่าเป็นศัตรูกันแน่นอน เนื่องจากบทบาทหลักของชมรมแพทย์ชนบทคือ สู้ชนเฝ้าบ้านที่คอยปกป้องผลประโยชน์ส่วนรวม ตัวอย่างเช่น สมัยรัฐมนตรีนริศเกียรติ สุขชนะ กระทำทุจริตรับสินบนจากบริษัทยา ชมรมแพทย์ชนบทอยู่ฝ่ายตรงข้ามคัดค้านจนสำเร็จ เป็นต้น แต่ถ้าฝ่ายการเมืองกระทำการที่ถูกต้อง ชมรมแพทย์ชนบทพร้อมสนับสนุน ตัวอย่างจากกรณีรัฐมนตรีเฉลิม อยู่บำรุง ออกนโยบายเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ที่ทำงานในชนบท สิ่งนี้ถือว่าถูกต้องเนื่องจากเป็นการวางบรรทัดฐานด้านความเป็นธรรม แพทย์ที่ทำงานในพื้นที่กันดารกว่าย่อมต้องได้รับสิทธิพิเศษมากกว่าแพทย์ที่ทำงานในเมืองที่สะดวกสบายกว่าในทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย รายได้ โรงเรียนของลูก เพื่อจูงใจให้คนออกไปทำงานในชนบท เป็นต้น เพราะฉะนั้นฝ่ายการเมืองควรมองชมรมแพทย์ชนบทชั้นที่มิตรจะเป็นประโยชน์มากกว่า ขณะที่ชมรมแพทย์ชนบทไม่ได้คาดหวังสิ่งใดนอกจากขอให้ภาคการเมือง

²⁸⁴ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

²⁸⁵ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

มือสะอาด²⁸⁶ มุมมองที่ภาคการเมืองมีต่อขบวนการแพทย์ชนบทดังกล่าวตรงกับการวิเคราะห์ของ เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ที่ว่า “ในสายตาภาคการเมืองหรือในสายตาภาครัฐมองเครือข่าย แพทย์ชนบทว่า คือ คุมลำบาก ใครขึ้นมาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่างอยากจะทำ นี้อะไรได้ แต่ว่าชมรมแพทย์ชนบทอาจจะไม่ได้เล่นบทบาทที่ดี รั้งฟังก์ทุกอย่าง”²⁸⁷

นอกจากนี้ ในหลายกรณีความหวาดระแวงได้พัฒนาไปสู่ความไม่พอใจ อันเนื่องมาจากมอง ว่าหน่วยงานของตนอาจถูกกระทบกระทั่งเชิงอำนาจจากการดำเนินการของกลุ่มแพทย์ชนบท “กรณีการเกิดองค์กรตระกูล ส. ทางกระทรวงสาธารณสุขไม่พอใจ เพราะถูกดึงงบประมาณ แต่ไม่ สามารถกล่าวออกมาตรง ๆ ได้ ความจริงคือเรื่องเงินกับอำนาจไปด้วยกัน จึงต้องพยายามให้ เหตุผลเรื่องงานเข้ามาแทน เช่น ภารกิจซ้ำซ้อนกันบ้าง ทำงานไม่ให้เกิดติดกันบ้าง กระทบศักดิ์ศรี กันบ้าง เป็นต้น แต่ความจริงต้องยอมรับว่าเมื่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) แยก โครงสร้างออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีผู้ใดต่อว่า เนื่องจาก สพฉ. งบประมาณต่อปีมี จำนวนไม่มาก ประมาณ 500-600 ล้านบาทต่อปี แต่หากเป็นองค์กรอย่าง สปสช. หรือ สสส. กลับ ถูกต่อว่าอย่างหนัก เพราะงบประมาณของสององค์กรนี้รวมกันเกินแสนล้าน ดังนั้นจึงควรคิดว่าการ มีองค์กรอื่นเพิ่มขึ้นมาช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานจะเกิดประโยชน์มากกว่าทั้งต่อกระทรวงฯ และชาวบ้าน เงินเดือนของปลัดและรองปลัดไม่ได้ลดลง ตรงกันข้ามกลับทำงานสบายขึ้น”²⁸⁸

ความหวาดระแวงที่เกิดขึ้นทำให้การยื่นหยัดในมุมมองเรื่องความถูกต้องของกลุ่มแพทย์ ชนบทหลายครั้ง ถูกมองว่ากระทบต่อนักการเมืองหรือข้าราชการระดับสูง และส่งผลกระทบต่อจนถึง กลุ่มแพทย์ชนบทโดยตรง “หมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ขณะนั้นเป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผน โดดออกมาขวางโครงการเทเลเมดิซีน หรือการแพทย์ทางไกล เพราะเกรงจะมีการเขมือบ หรืออะไรทำนองนั้น... และในที่สุดหมอสุวิทย์ถูกย้ายออกจากตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผน”²⁸⁹ หรือกรณี “เมื่อเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 เมื่อกระแสชาจัดตีกลับ จึงไม่

²⁸⁶ สัมภาษณ์ ชาติวี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

²⁸⁷ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

²⁸⁸ สัมภาษณ์ ชาติวี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

²⁸⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 81.

แปลกใจว่าแพทย์ชนบทที่ก้าวหน้าจะถูกหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์ ในสมัยนั้นการพูดถึงคนจน พูดถึงความถูกต้องเป็นธรรม ก็เพียงพอแล้วที่จะถูกหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์ บางคนถูกจับ”²⁹⁰ แพทย์ชนบทในรุ่นหลัง ๆ ก็ประสบภัยจากภาคการเมืองเช่นเดียวกัน “สมัยก่อนต้องไม่ทำตัวสนิทกับชมรมแพทย์ชนบท ไม่เช่นนั้นเขาจะเอาปูนป้ายหัว ทำงานยาก พอมาสมัยหมออาร์กซ์ชัดเจนมาก เพราะ นพ.วัลลภ และ นพ.อนันต์ จงใจกำจัดชมรมแพทย์ชนบทอย่างจริงจัง...จึงได้เห็นการจงเกลียดจงชังชมรมแพทย์ชนบทของ 2 คนดังกล่าว จนหวัชบวนกรรมการชมรมแทบจะไม่มีแผ่นดินอยู่ สั่งย้ายพี่ยุทนาไปสุราษฎร์ เพียงเหตุผลเล็ก ๆ อันเดียว คือตีวัวกระทบคราด ให้ไปถึงหมออาร์กซ์ เนื่องจากพี่ยุทนาปกป้องหมออาร์กซ์ไว้ไม่ยอมรังแกหรือกีดกันหมออาร์กซ์เท่าที่ทั้ง 2 คนดังกล่าวต้องการ จะจัดประชุมชมรมแพทย์ชนบทก็ไม่ให้จัด แต่อ้อนุมัติให้ชมรมอื่น ๆ จัดได้ที่เชียงใหม่หมดเงินไปไม่รู้กี่ล้าน ทั้ง 2 คนทำประหนึ่งว่า งบประมาณและอำนาจเป็นของตนแต่ผู้เดียวจะทำอะไรก็ได้”²⁹¹

เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ เป็นอีกคนหนึ่งที่เคยโดนภัยทางการเมืองดังที่เขาเล่าว่า “ผมเองน่าจะโดนปูนป้ายหัวพอ ๆ กับหมออาร์กซ์โดนทดสอบความอดทนสารพัด เริ่มตั้งแต่เขียนบัตรสนเท่ห์เองสอบเองหลายฉบับ จนถึงขณะที่เขียนบทความนี้ผมถูกสอบต่างกรรมต่างวาระได้ 13 ครั้ง มีครั้งหนึ่งประทับใจมาก กรรมการมาถึงโรงพยาบาลผม แต่มาอย่างกับยุคทราชย์มาสอบผมโดยไม่มีหนังสือสั่งการใด ๆ สุดท้ายยอมรับกับผมว่า รองฯ อนันต์สั่งมาให้มาหาความผิดผมให้ได้ ... ผมถูกเรียกไปขู่ว่าถ้าไม่หยุดเคลื่อนไหวหรือบ่นเรื่องจัดสรรงบประมาณหรือคนไม่เป็นธรรมจะถูกสอบสวนสารพัด เคยถูกผู้บริหารเรียกไปสอบหลายครั้ง หมออนันต์ก็เรียกไปพบครั้ง 2 ครั้ง เจ้านายเรียกไปจำกัดบริเวณว่าต่อแต่นี้ไป หากจะไปประชุมที่ไม่ใช่ สป. สั่ง ต้องให้หน่วยงานนั้นไปขอจากปลัดฯ ก่อน ถ้าไม่ไปขอก่อน ไม่ให้ไปเพราะตนไม่กล้าอนุมัติ ถ้าไปโดยไม่รอกำอนุมัติจะถือว่าขาดราชการ”²⁹² “เคยแม้กระทั่งโทรศัพท์จากผู้ใหญ่มาขู่เรื่องสัมภาษณ์ 30 บาท ว่าหากไม่หยุดพูดเขาอาจจับผมย้ายเนื่องจากจะหาว่าใช้เงินเกิน ทั้ง ๆ ที่เองบของพื้นที่เราไปให้คนอื่น โดยอ้างว่าคน

²⁹⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 7.

²⁹¹ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?”, หน้า 75-76.

²⁹² เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?”, หน้า 76.

อื่นยังลดคุณภาพได้ ระวังเขาจะให้คนอื่นมาทำแทน ผมจึงต้องตอบว่า แล้วที่ปลัดคนอื่นทำไมทำได้ ปลัดคนนี้ทำไมไม่ได้ ทำไมไม่ย้ายปลัดบ้าง เคยมีเจ้านายผมคนหนึ่งเกลียดผมมากแต่ทำอะไรผมไม่ได้ก็เลยลงโทษลูกน้องผม หลายคนคงไม่เชื่อครับ ทั้งโรงพยาบาลผม มีข้าราชการ 55 คน กลับได้ชั้นครึ่งเพียง 1 อัตรา ในขณะที่ สنج.สสจ. มี จนท.ประมาณ 120 คนได้ 42 อัตรา(ไม่เชื่อก็ต้องเชื่อ) สุดท้ายหมาป่าก็กินลูกแกะจนได้ เกี่ยวกับการให้สัมภาษณ์เรื่องปลดป้าย สปสช.ว่า ผมพูดจาจาบจ้วง หมอนั่นส่งย้ายผมไปเข้ากรูที่สำนักวิชาการ”²⁹³

ความขัดแย้งกับภาคการเมืองและราชการยังเกิดขึ้นต่อเนื่อง อย่างกรณีการเปิดโปงการทุจริตจัดซื้อยา 1,400 ล้านบาทของกระทรวงสาธารณสุข “ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขอย่างหนักว่า เป็นผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงและเกียรติภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และมีความพยายามที่จะติดต่อประสานงานกับกลุ่มแกนนำผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ยุติบทบาทการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนหรือชมรมสาธารณสุขอำเภอออกมาเคลื่อนไหวในลักษณะขัดแย้งกับชมรมแพทย์ชนบทและชมรมเภสัชชนบทรวมทั้งปกป้องผู้ใหญ่ระดับสูงของกระทรวงด้วย”²⁹⁴ “แม้ว่าชมรมจะได้รับฐานะทางสังคมจากเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างมากมาย แต่เหตุการณ์ในครั้งนี้ก็ได้สร้างความไม่พอใจและความแตกร้างให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขกับชมรมแพทย์ชนบทเป็นอย่างมากอันอาจนำไปสู่การชำระหนี้แค้นและความยากลำบากในการทำงานร่วมกับกระทรวงและผู้ใหญ่ในกระทรวงบางคนในอนาคต”²⁹⁵

ความหวาดระแวงที่มีในตัวกลุ่มแพทย์ชนบทของนักการเมืองและข้าราชการระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะความรู้สึกแบบผสมผสาน (mix feeling) “ถ้าพูดแบบเข้าข้างตัวเองซึ่งน่าจะไม่มีผิด คือ อยากฆ่าก็ไม่แน่ใจ อยากเชือดก็ไม่ค่อยอยาก อาจจะเป็นเหตุปัจจัยหลาย

²⁹³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 77.

²⁹⁴ ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข, หน้า 141-142.

²⁹⁵ ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข, หน้า 142.

อย่างผสมกัน... เราไม่ยอมเป็นเครื่องมือใครทั้งนั้น เพราะฉะนั้น เขาก็ไม่ได้รักเรา แต่เขาก็ไม่กล้าจะเกลียดเรามาก... เราไม่แน่ใจเหมือนกันว่า คนที่อยากห้าห้าห้าเรา อยากดิสเครดิตเรา อยากจัดการเรา อาจมีจำนวนมากก็ได้”²⁹⁶ แต่ไม่ว่าจะมีแรงกดดันจากภาคการเมืองเพียงใด ชมรมแพทย์ชนบทก็ยังยืนหยัดในแนวทางของตนที่เห็นว่าถูกต้องเที่ยงธรรม “เรากล้า แม้บางทีไม่เกี่ยวกับเรา แต่หากกระทบเรา เราพร้อมที่จะสู้ ต้องไม่หวั่นไหว เพราะเราเชื่อว่าความกล้าคือความเสื่อม ซึ่งวันนี้ข้าราชการผู้ใหญ่หลาย ๆ คนกลัวจึงเกิดความเสื่อม เช่น กลัวนักการเมืองมากไปจนไม่กล้าทำอะไร ทั้ง ๆ ที่ผิดหลักการ”²⁹⁷ สอดคล้องกับที่ปรีดา แต่อารักษ์ ยืนยันหนักแน่นว่า “การทำในสิ่งที่ถูกต้อง บางทีอาจไม่ถูกใจผู้มีอำนาจหรือผู้ที่เสียประโยชน์ แต่เราก็ต้องยืนยันในความถูกต้อง จากนั้นต่อไปภาวะคุกคามต่อการทำงานอย่างอิสระของชมรมแพทย์ชนบทจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ บททดสอบก็จะยากขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกัน ขอให้พวกเรายึดหลักความถูกต้องเป็นธรรมไว้ให้มั่น แล้วจะได้รับการยอมรับจากสังคมตลอดไป”²⁹⁸ แต่การยืนหยัดเพื่อเคลื่อนไหวในสิ่งที่ถูกต้อง ก็ต้องเป็นไปด้วยความรอบคอบ “โดยเฉพาะการวางบทบาทหรือหาจุดยืนในประเด็นที่มีข้อขัดแย้งในสังคม ซึ่งผมคิดว่าเป็นเรื่องที่เราต้องระมัดระวัง เพราะถ้ามีข้อขัดแย้ง หรือเราไม่เป็นกลาง หรือตัดสินใจผิดพลาดไปจะบั่นทอนสถาบันของเรา จึงอยากขอให้กรรมการชมรมและสมาชิกตระหนักถึงการวางตัวในการเคลื่อนไหวให้ดี แต่ไม่ได้ให้อยู่เฉย ๆ เพียงแต่ให้สุขุมรอบคอบด้วย”²⁹⁹

การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทจึงต้องระวังตนเองและยึดหลักให้มั่นท่ามกลางภัยคุกคามที่มาจากภาคการเมือง เพื่อให้การดำเนินงานของขบวนการฯ เคลื่อนไปข้างหน้าต่อไปได้ ดังที่สรลักษณ์ มิ่งไทยสงค์ สรุปลงว่า “เราต้องยอมรับว่าการเห็นแย้งการต่อสู้กับผู้มีอำนาจ ตลอดจนการเปิดโปงที่ผ่านมา แม้จะทำเพื่อประชาชน ประเทศชาติ แต่สำหรับกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว คงไม่พอใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะฉะนั้นการดำเนินการต่อไปของชมรมแพทย์ชนบท จะต้อง

²⁹⁶ สัมภาษณ์ สัมศักดิ์ ชุณหวิทย์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

²⁹⁷ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

²⁹⁸ ปรีดา แต่อารักษ์, “แพทย์ชนบทไม่เป็นเพียงแค่องค์กรหรือสถาบันแต่มีอุดมการณ์และจิตวิญญาณเพื่อสาธารณะ,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 43.

²⁹⁹ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, *ชมรมแพทย์ชนบทเข้าหลอมวิถีชีวิต*, หน้า 42.

ยึดอุดมการณ์เป็นหลัก ร่วมแรงร่วมใจหาพันธมิตรในรูปประชาคม ไม่สนับสนุนบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทั้งนักการเมืองและข้าราชการระดับสูง จะต้องสนับสนุนแนวนโยบายที่ทำให้คนในชนบท ผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส บุคลากรด้านสุขภาพให้ได้รับความเป็นธรรม ตามเจตนารมณ์การก่อกำเนิดและดำรงอยู่ของชมรมแพทย์ชนบท”³⁰⁰

การใช้หลักในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อธำรงความเป็นขบวนการประชาสังคมให้ดำรงอยู่ : “แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง”

ในบรรดาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับขบวนการแพทย์ชนบท ปัญหาที่น่ากังวลมากที่สุดคือการแตกแยกกันเองภายใน เพราะอาจส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทล่มสลายได้ ซึ่งหากไม่มีปัญหาดังกล่าวนี้ ขบวนการฯ ยังสามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาอื่น ๆ ที่ร้ายล้อมได้ ดังนั้น การจัดการปัญหาความขัดแย้งภายในขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดที่ธำรงรักษาขบวนการฯ ให้ดำรงอยู่ต่อไปในฐานะขบวนการประชาสังคม

ขบวนการแพทย์ชนบทผ่านประสบการณ์การเคลื่อนไหวมาอย่างโชกโชน ตลอดจนประสบกับปัญหานานัปการ จนในที่สุดสามารถตกผลึกทางความคิดได้ว่าแนวทางสยบความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในและสามารถธำรงรักษากระบวนการให้ดำรงอยู่ได้ ต้องยึดหลักการ “แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง” ซึ่งเป็นหลักการที่เปิดพื้นที่ทางความคิดให้กับสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบททุกคนว่า หากสมาชิกท่านใดมีความปรารถนาจะขับเคลื่อนในประเด็นใดและประเด็นดังกล่าวมีสมาชิกจำนวนหนึ่งเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และอุดมการณ์ของขบวนการฯ สมาชิกเหล่านี้จะรวมตัวกันเคลื่อนไหวในประเด็นที่เห็นชอบร่วมกัน แต่หากสมาชิกมีความคิดต่างเกี่ยวกับประเด็นในการเคลื่อนไหว โดยที่สมาชิกคนหนึ่ง ๆ ยืนยันว่าจะเคลื่อนไหวในประเด็นนั้น ๆ แต่สมาชิกคนอื่นไม่เห็นความจำเป็นในการเคลื่อนไหวดังกล่าว ให้ใช้วิธีต่างคนต่างเคลื่อนไหวในประเด็นที่ตนเห็นชอบ ไม่มีการบังคับว่าต้องมาเคลื่อนไหวในประเด็นเดียวกันที่ไม่เห็นพ้องต้องกัน แต่ให้ถือเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมเคลื่อนไหว ใช้วิธีการจูงใจให้เห็นความสำคัญ แต่ว่าต้องไม่ขัดขวางการเคลื่อนไหวของสมาชิกคนอื่นที่เห็นต่างกับตน ยอมรับในความหลากหลายทางความคิด เคารพซึ่งกันและกัน และหากในอนาคตพร้อมที่จะช่วยสมาชิก

³⁰⁰ สรลัษณ์ มิ่งไทยสงค์, ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์ชนบท, หน้า 70.

คนอื่นที่เห็นต่างกับตนก็สามารถทำได้ ด้วยหลักการดังกล่าว จึงทำให้แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทรวมตัวอย่างเหนียวแน่นมากกว่าสามทศวรรษ และสามารถผลักดันสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะจำนวนมาก

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สรุปถึงวิธีการดังกล่าวไว้ว่า “เรียนรู้อันที่จะแยกกันเดิน ร่วมกันเคลื่อนไหว และยอมรับความเห็นที่แตกต่าง ในลักษณะแสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง แพทย์ชนบทที่ร่วมเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพทั้งหมด ไม่ได้เห็นตรงกันในทุกเรื่องทุกประเด็น บางครั้งก็เกิดความเห็นขัดแย้งที่ค่อนข้างรุนแรง แต่ประสบการณ์การเคลื่อนไหวทำให้รู้จักการประนีประนอมในหมู่แพทย์ชนบท หรือแม้กระทั่งการประนีประนอมกับกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง และอาจารย์มหาวิทยาลัย”³⁰¹ ตรงกับทัศนะของอำพล จินดาวัฒนะ ที่ว่า “ด้วยวิถีคิดเหล่านี้ เราสามารถที่จะ สงวนจุดต่างได้ แสวงจุดร่วมได้ แต่แน่นอนบางครั้งอาจมีการทะเลาะกันบ้าง มีการขัดใจกันบ้าง แต่เนื่องจากเรารักกันแล้วทำให้เข้าใจกันง่าย เมื่อเวลาผ่านไป ทุกคนเติบโตขึ้นวุฒิภาวะ (Maturity) มากขึ้น ทำให้มองข้ามในบางเรื่อง อาจจะต่อกันบ้าง แล้วก็ปล่อยให้ผ่านไปเพราะวุฒิภาวะมากขึ้น ใช้หลักว่าไม่มีใครเหมือนกัน ไม่มีใครเห็นตรงกันหมด มองจุดใหญ่ มองจุดดีของแต่ละคน แล้วแสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง ไม่ต้องมานั่งเคลียร์กัน แต่มาคิดงานด้วยกัน มาทำงานร่วมกัน ประเด็นใดไม่อยากทำด้วยกันไม่เป็นไร แต่ถ้าประเด็นสอดคล้องกันแล้ว จังหวะดีที่จะทำด้วยกันก็ทำ สิ่งนี้ทำให้เราอยู่ด้วยกันมาได้เรื่อยๆ”³⁰²

ดังนั้น “ในการเคลื่อนไหว ย่อมมีความเห็นต่าง จุดประสงค์ต่าง บางครั้งอาจถึงขั้นขัดแย้งทางความคิด บางทีก็ไม่เข้าใจกันอย่างรุนแรง แต่ท้ายที่สุดด้วยจิตวิญญาณสาธารณะที่มั่นคง และกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิก ความเห็นต่าง และความขัดแย้งทางความคิด ก็สามารถประสานไปสู่ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นสู่ประโยชน์สาธารณะ สามารถเป็นแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทให้เคลื่อนไปอย่างถูกต้องทิศทางและมีพลัง”³⁰³

³⁰¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 178.

³⁰² สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

³⁰³ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท, หน้า 26.

หลักการ “แสงจตุรร่วม สวงจตุรต่าง” ที่ขบวนการแพทย์ชนบทยึดถือสำหรับการคงรูป ขบวนการให้ดำรงอยู่นี้ ได้ถูกนำมาใช้ในการทำงานร่วมกับองค์กรเครือข่ายที่มีจิตสาธารณะ คล้ายคลึงกัน ได้แก่ กลุ่มเคลื่อนไหวเอ็นจีโอต่าง ๆ เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และจะสามารถ ผลักดันงานร่วมกันต่อไปได้ “ในการทำงานกับเครือข่ายเอ็นจีโอพวกเดียวกัน วิธีคิดมีปัญหาก็ปรับ จูนกันไปเรื่อย ๆ คือจุดยืน ในเมื่อเป้าเพื่อประชาชนแล้ว วิธีการแน่นอน แต่แตกต่างกัน เรามีบทเรียน การต่อสู้หลังสมัยสิบสี่ตุลา บทเรียนที่ยิ่งใหญ่คือ เราไม่ใช่หลัก แสงจตุรร่วม สวงจตุรต่าง เราใช้ หลักเรียกว่า *วิจารณ์ สามัคคี* *วิจารณ์* คือวิพากษ์วิจารณ์ต่อว่า แล้วพยายามสามัคคี แล้วก็วิจารณ์ กันต่อไป สิ่งนี้ทำให้เกิดความแตกแยกมาก และเรียกร้องทุกคนบริสุทธิ์ผุดผ่อง จนกระทั่งเหลือน้ำ บริสุทธิ์จุดเดียวทำให้พ่ายแพ้ จึงต้องเปลี่ยนเป็น *วิจารณ์ สามัคคี* *วิจารณ์* และในที่สุดต้องสามัคคี ถึงจะไปได้ แล้วต้องแสงจตุรร่วม จุดใดที่รวมกันได้ต้องรวมกัน สิ่งใดที่เป็นจุดต่างก็สวงของแต่ละ คนไว้ ไม่ต้องเห็นด้วย ไม่ต้องเอามาเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน”³⁰⁴ สอดคล้องกับปริดา แต่อารักษ์ ที่ กล่าวไว้ว่า “ที่ผ่านมา ไม่ได้สังเกตเห็นความขัดแย้งกับเครือข่ายเอ็นจีโออื่น ๆ หรือขัดแย้งกับภาคี เพราะการทำงานเป็นลักษณะของความร่วมมือ สิ่งใดที่เห็นตรงกันก็มาทำด้วยกัน สิ่งใดที่เห็นไม่ เหมือนกันก็ไม่ต้องทำ ไม่มีข้อผูกมัด แต่ทั้งหมดอาจจะขัดแย้งในวิธีการ การมอง วิธีการในการ จัดการ หรือวิธีการในการเดินหน้า หรือวิธีการทำงาน แต่ทั้งหมดที่ทำงานร่วมกันได้ เพราะผ่านการ ตรวจสอบอันแรกมาแล้ว ทั้งหมดนี้ทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ไม่มีประโยชน์แอบแฝง ไม่มีเรื่อง ข้อจ้อ เพราะฉะนั้นถ้าไม่มีเรื่องพวกนี้ ความขัดแย้งทั้งหมดอาจจะเป็นเรื่องไม่เป็นไร ถ้าเราไม่เห็น ด้วยกับวิธีการ พรรคพวกก็เดินหน้าไป เราไม่ต้องร่วม หรือว่าทำในส่วนที่เราทำได้ ไม่ถึงขนาดว่า ทุกคนมีประเด็นผลประโยชน์”³⁰⁵

ในการยึดหลัก “แสงจตุรร่วม สวงจตุรต่าง” ที่ดำเนินงานกับเอ็นจีโอ นั้น ต้องยอมรับว่า ธรรมชาติการมองในเรื่องการเคลื่อนไหวของเอ็นจีโอมีความต่างจากขบวนการแพทย์ชนบท เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบททำงานในระบบและเป็นนักเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน ขณะที่เอ็นจีโอเป็น

³⁰⁴ สัมภาษณ์ วิชาญ โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

³⁰⁵ สัมภาษณ์ ปริดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์,

นักเคลื่อนไหวเพียงด้านเดียว ดังที่พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข วิเคราะห์ไว้ว่า “ผมมองว่า ไปต่อว่า นักการเมืองให้สะใจแล้วได้อะไร คือ บางเรื่องเขา (เอ็นจีโอ) เห็นว่าทำไมเรื่องนี้ไม่ลุย ไม่ชน แต่เรามองเป้าหมายสุดท้ายและเคลื่อนไหวให้ได้พันธมิตรมากที่สุด และต้องเคลื่อนไหวเป็นบางที่ บางเรื่องรู้สึกทนไม่ได้แต่ต้องอดทน แต่หากเกินเส้นที่ควรจะเป็นเมื่อไร เราก็ไม่ยอมเหมือนกัน เป็นการถอยทางยุทธวิธี แต่ยุทธศาสตร์การทำงานยังเหมือนเดิม โดยรวมคนในระบบจะมีสัมผัส (sense) ในเรื่องนี้มากกว่าซึ่งเอ็นจีโออาจจะไม่เข้าใจ เป็นเรื่องธรรมดา เมื่อทำงานร่วมกันไปสักพักหนึ่งจะเข้าใจกันมากขึ้น คุยกันแล้วเข้าใจตรงกัน”³⁰⁶ โดยต้องมีพื้นฐานความคิดเบื้องต้นว่า “คนจะทำงานร่วมกันได้ต้องมีเป้าหมายสุดท้ายตรงกัน เช่น ไม่ใช่เพื่อตัวเราแต่เพื่อประเทศชาติ เพื่อคนไทยโดยรวม เอ็นจีโอจะมีลักษณะอุดมคติ อุดมการณ์สูง มีเป้าหมายเพื่อประเทศชาติ เพื่อคนส่วนรวม ซึ่งตรงนี้ไม่ต่างกัน ถ้าทำให้เกิดความไว้วางใจขึ้นได้ แล้วบอกว่า เราเล่นคนละบทย บทยที่คุณเล่นถนัดก็เล่นไปบทยใดเราเล่นได้ เราก็เล่น แต่ให้รู้ว่าไม่ได้เห็นต่างจากพวกคุณ แต่เราต้องเล่นในบทยบทยที่แตกต่างกัน โดยรวมเป็นการปรับจูนเบื้องต้นที่ทำให้รู้สึกว่าเราทำงานได้ แต่ถึงแม้จะมีความเข้าใจ มีความเชื่อมั่น แต่วิธีการบางอย่างอาจจะมองและคิดต่างกันบนพื้นฐานที่ต่างกัน”³⁰⁷

โดยสรุป สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทควรมีทัศนคติต่อเอ็นจีโอว่า “เอ็นจีโอมีแนวโน้มสุดโต่งแบบหนึ่ง คนที่อยู่ในระบบมีแนวโน้มที่จะเอียงมาอีกแบบหนึ่ง หลายครั้งเราอาจยอมประนีประนอม เพราะคิดว่าเราไม่สามารถบริหารความแตกต่างได้มีประสิทธิภาพ จึงไม่มีประโยชน์ที่จะชวนทะเลาะกัน จึงยอมบางส่วน แต่โดยรวมแล้วไม่เสียหลักการ จุดยืน และยังคงเคลื่อนไหวต่อไปได้ ขณะที่เอ็นจีโอส่วนใหญ่จะไม่ยอมเลยหากขัดหลักการ บางทีเราก็คุยกันและขอกัน แต่เขาจะยืนบนจุดยืนของเขา ซึ่งผมมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา ต้องเข้าใจ ต้องไม่ไปโกรธกันว่าทำไมขอกันไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่ทำงานด้วยกัน แต่เป็นเรื่องของจุดยืนและวิธีการทำงานที่ต่างกัน”³⁰⁸ หากขบวนการแพทย์ชนบทมีมุมมองเช่นนี้จะทำให้การทำงานกับเครือข่ายพันธมิตรเป็นไปอย่างราบรื่น

³⁰⁶ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

³⁰⁷ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

³⁰⁸ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

แนวทางขับเคลื่อนโดยยึดหลัก “แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง” ยังได้รับการยืนยันจากเครือข่ายเอ็นจีโอว่าได้ยึดแนวทางเดียวกันในการทำงานร่วมกัน ซึ่งตรงกันกับแนวทางของขบวนการแพทย์ชนบท ดังที่นิมิตร์ เทียนอุดม กล่าวว่า “การเคลื่อนไหวแบบเป็นแนวร่วมก็เป็นเอกเทศของแต่ละแนวที่เข้ามาพร้อมกันอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าหาจุดร่วมกันในประเด็นที่เคลื่อนไหว ใช้วิธีประชุมหารือกัน แล้วเคลื่อนไหวในประเด็นร่วม จะลดความขัดแย้ง หรือว่าถ้าเคลื่อนไหวร่วมกันแล้วเห็นไม่ตรงกันเป็นเรื่องธรรมดา เพราะว่าอาจจะมองจังหวะของการเคลื่อนไหวหรือมองทิศทางของการเคลื่อนไหวไม่เท่ากัน ก็มาแลกเปลี่ยนกัน แล้วช่วยกันปรับ”³⁰⁹ นอกจากนี้เอ็นจีโอยังยอมรับว่าการรู้จักกันมานานระหว่างองค์กรช่วยให้การทำงานด้วยกันราบรื่นขึ้น แต่ไม่ใช่ว่ารู้จักกันแล้วจะร่วมกันทุกเรื่อง “แม้ว่าการรู้จักกันทำให้ช่วยกันได้ ให้ความเห็นได้ ปกป้องหารือกันได้ พูดกันตรง ๆ ได้ว่าถ้ามีประเด็นที่ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น เป็นประเด็นของสุขภาพ แล้วเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่ายในการทำให้เราก็มาร่วมกันขับเคลื่อน ขึ้นอยู่กับประเด็นและสาระในเรื่อมนั้น ๆ แต่ถ้ามีประเด็นที่องค์กรเราไม่ถนัด ขณะที่กลุ่มแพทย์ชนบทต้องการกำลังและมาขอให้เราร่วม คำถามคือจะตัดสินใจร่วมหรือไม่ ซึ่งคำตอบเป็นการตัดสินใจแบบอิสระ ถ้าไม่ใช่ประเด็นของเรา เราก็ไม่ร่วม ไม่มีปัญหากัน แต่ถ้าเห็นว่าเป็นประเด็นที่กำลังเคลื่อนไหวอยู่ด้วยกัน ไม่ต้องขอรับรองก็เข้าร่วมอยู่แล้ว”³¹⁰

เมื่อความคิดในการเคลื่อนไหวทั้งของขบวนการแพทย์ชนบทและเอ็นจีโอมีความเข้าใจตรงกันและยึดหลัก “แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง” จึงส่งผลให้สามารถธำรงรักษาสัมพันธภาพภายในขบวนการแพทย์ชนบท ตลอดจนมิตรภาพกับเอ็นจีโอ อันเป็นเคล็ดลับสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทและความร่วมมือกับเครือข่ายเอ็นจีโอเกิดขึ้นอย่างเหนียวแน่นและมีความต่อเนื่องตลอดมา

กล่าวโดยสรุป การขับเคลื่อนงานของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการประชาสังคมนั้น สร้างคุณูปการต่อวงการสาธารณสุขไทยเป็นอย่างมาก ถึงกับว่ากลุ่มแพทย์ชั่วคราวข้ามยังยอมรับว่า “ชมรมแพทย์ชนบทมีผลงานที่เป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนอย่างมาก ถือว่าเป็นความจริงส่วนหนึ่งที่ประชาชนสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนคือ คนในกลุ่มนี้ได้ทำงานให้

³⁰⁹ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³¹⁰ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

เกิดผลการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีสิทธิในการได้รับการบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น ประชาชนได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ต้องกังวลกับภาระการจ่ายเงิน”³¹¹

แต่สิ่งหนึ่งที่น่าเป็นกังวล นั่นคือ ท่ามกลางบริบทสภาพยุคใหม่ที่มีการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทกำลังเปลี่ยนผ่านจากกลุ่มคนรุ่นบุกเบิกสู่คนรุ่นใหม่ในอนาคต กอปรกับบรรยากาศความเห็นแตกต่างในวงการแพทย์ที่มีต่อกลุ่มแพทย์ชนบท จะส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไปได้อย่างไร ความกังวลนี้เป็นประเด็นที่สมาชิกกลุ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทได้ตั้งคำถามดังกล่าวเอาไว้

ทิศทางในอนาคตของขบวนการแพทย์ชนบท

ขบวนการแพทย์ชนบทยังดำรงอยู่มาได้อย่างยาวนานเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ประการที่หนึ่งเพราะมีอาจารย์ผู้ใหญ่ที่เป็นหลักให้การสนับสนุน ประการที่สองคืออุดมการณ์ของผู้ไม่เปลี่ยน ยังเป็นอุดมการณ์ของเจ้าฟ้ามหิดล ถือเป็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทเกิดการยึดเหนี่ยวและดำรงอยู่ร่วมกันได้³¹² แต่ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีจุดอ่อนสำคัญที่อาจเป็นเชื้อโรคที่ฝังตัวและรอการเติบโตจนส่งผลร้ายต่อองค์การแพทย์ทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถใช้อุดมการณ์ดึงแพทย์ส่วนใหญ่มาได้ ทั้งยังมีการวิพากษ์วิจารณ์ว่าประเด็นในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทไม่เจาะจงเฉพาะในวิชาชีพ แต่มุ่งเปิดประเด็นทางสังคมการเมืองที่กว้างขวางมาก “ตอนหลังตัวชี้วัดกว้างในหลายมิติ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเกษตร สุขภาพ ฯลฯ เป็นเหตุให้หมอบางคนชอบเล่นกว้าง ส่วนพวกแพทย์ชนบทไปเรียกร้องมาตรฐานการบริการจากแพทย์ด้วยกัน เป็นที่มาของความเสื่อมของแพทย์ชนบท แต่ว่ากลุ่มที่ยังเคลื่อนไหวโดยอาศัยนามของกลุ่มแพทย์ชนบทยังมีการเกาะเกี่ยว พวกเอ็นจีโอ ทุกวันนี้อยู่ได้เพราะไปเกาะเกี่ยวเอ็นจีโอ เกาะเกี่ยวงานที่อยู่รอบ ๆ จักรวาล

³¹¹ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา http://www.thairtl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³¹² สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

ต่อมาช่วงหลังเข้าไปเป็นกรรมการคลื่นความถี่วิทยุ กสทช. และองค์กรต่าง ๆ มีการตั้งกลุ่มสามพรานขึ้นมา ทำปฏิรูปประเทศไทย ทำประเด็นต่าง ๆ กันไปใหญ่โต ซึ่งหลายคนมองว่าทำกว้างไปหรือไม่ ขณะที่อีกหลายคนมองว่าไม่กว้างไป แต่ถ้ามองในฐานะวิชาชีพแพทย์ถือว่ากว้างขึ้นอยู่กับการเข้าไปทำในบทบาทใด”³¹³

อย่างไรก็ตาม ในยุคสมัยใหม่คำว่า สุขภาพ สามารถตีความได้ทั้งกว้างและแคบ เพราะสุขภาพคือสุขภาวะ แต่หากนิยามคำว่า สุขภาวะ ไว้กว้างในเชิงความหมายดังที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ตีความไว้จะมีลักษณะครอบคลุมจักรวาล ดำเนินการประเด็นใดถือว่าถูกต้องไปหมด สิ่งนี้ต้องพึงระวังเพราะควรคำนึงว่าการผลักดันวาระในทุกเรื่องนั้น คนทั่วไปในสังคมจะยอมรับหรือไม่และรับรู้อย่างไรเข้าใจได้ดีเพียงใด ต้องยอมรับว่ามีทั้งฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายต่อต้าน ดังนั้นหากไม่ระมัดระวังความรู้สึกเช่นนี้ ขบวนการแพทย์ชนบทอาจจะล่มสลายในที่สุด³¹⁴ “เหมือนอย่างธุรกิจ อาทิ บริษัทค้าปุ๋ยหากนำผลิตภัณฑ์ความงามมาขายจะไม่รอด เพราะเป็นเรื่องของแบรนด์และภาพลักษณ์ (brand/image) ทุกวันนี้ใช้แบรนด์ของแพทย์ชนบทขายไปทั่ว ถ้ายังขายได้ก็ดีแต่จะขายผิดที่หรือไม่ เหมือนกับการนำปุ๋ยตราชี่ค้างความมาเป็นครีมทาหน้า ทำให้ฟังดูแล้วน่าจะเกินเลยไป (over) หรือไม่ แต่ถ้าทำในนามแบรนด์อื่นไม่เป็นไร เป็นต้น การอาศัยกินใบอนุญาตแบรนด์เก่าเพื่อสร้างผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ ซึ่งทางธุรกิจก็ใช้ขยายกลุ่มผลิตภัณฑ์ใหม่สามารถทำได้ แต่ว่าควรเชื่อมโยง (link) ผลิตภัณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน ทำประเด็นใกล้กัน มิเช่นนั้นแบรนด์แพทย์ชนบทจะสับสนเหมือนขณะนี้ เช่น นำแบรนด์แพทย์ชนบทไปทำเกี่ยวกับสื่อสารคลื่นความถี่ แต่หากนำไปเคลื่อนเรื่องทุจริตยาถือว่าเหมาะสมเพราะยังเป็นเรื่องเดียวกัน สิ่งนี้เป็นมุมมองที่วิพากษ์วิจารณ์แบบคนธรรมดาทั่วไป”³¹⁵

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเติบโตของขบวนการแพทย์ชนบทยิ่งน่าเป็นกังวล เพราะมีแนวโน้มเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนขบวนการ “สังคมเราเปลี่ยนไปมาก นักศึกษาแพทย์ที่เรียนรุ่นใหม่ ๆ ไม่มีอุดมการณ์ มีความเห็นแก่ตัวมากขึ้น สังคมถูกสร้างมาแบบนี้

³¹³ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³¹⁴ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³¹⁵ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

บนฐานความเห็นแก่ตัว ต่อไปอาจจะมีคนมาเข้าร่วมน้อยลง อุดมการณ์อาจจะแผ่วบางลง ชนบท ปัญหาจะน้อยลง ไม่ต้องไปสู้อะไรมาก รุ่น 1-2 ต่อสู้นัก รุ่น 3-4 เริ่มเบาแล้ว”³¹⁶ แต่ที่น่ากังวลและน่ากลัวกว่าคือ “แพทย์รุ่นใหม่ที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาลชุมชนอาจรู้จักชนบทน้อย และอาจเป็นแพทย์ใช้ทุนน้อยลง จะเป็นปัญหาของชมรมแพทย์ชนบทต่อไป ปัจจุบันมีนักศึกษาแพทย์ที่ยอมจ่ายเงินไม่ไปใช้ทุนเพิ่มขึ้นทุกปี แล้วที่สำคัญมีขบวนการที่จะลดการใช้ทุน หรือไม่ยอมเพิ่มมาตรการเข้มข้น เพื่อให้แพทย์ไม่สามารถหนีการใช้ทุนได้ เพราะถ้าเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียนและรัฐบาลออกนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub) จะต้องไปดึงดูดคนจากชนบท สิ่งนี้เป็นภาววิสัยที่ไปกระทบกับชมรมแพทย์ชนบทโดยตรง”³¹⁷ ขณะที่ในอนาคต สภาพพื้นที่ปฏิบัติการในชนบทเริ่มลดน้อยลง “ชนบทไม่มีแล้ว เพราะฉะนั้นเรื่องแพทย์ชนบทไม่มีแล้ว แต่ถ้าจิตวิญญาณแบบแพทย์ชนบทแบบโบราณยังมีอยู่ จิตวิญญาณของการช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่ายังคงมีอยู่ จะเข้าไปช่วยเหลือเรื่องใดก็ได้ แต่คำว่าแพทย์ชนบทโดยยังยึดติดอยู่กับความสำเร็จในอดีตนั้น ปัจจุบันไม่ใช่แล้ว แม้แต่แบรนต์ เมื่อถึงโอกาส แบรนต์ต้องตายไป เหมือนสินค้าหลายตัวมีอายุร้อยละ 100 ที่สุดท้ายก็ตายลง บางเรื่องที่ยังขายได้ก็ขายไปถ้าคำว่าแพทย์ชนบทยังขายได้ สื่อแล้วคนฟังก็ขายไป ถึงแม้จะผิตเพี้ยนในทางทฤษฎี แต่ภาคปฏิบัติยังใช้ได้ก็ทำกันไป ซึ่งจริง ๆ แล้ว ความเป็นตัวตนแพทย์ชนบทน่าจะหมดแล้ว เพราะความเป็นชนบทแทบไม่เหลือแล้ว แต่แบรนต์ยังขายได้อยู่ ยังใช้ทำงานได้อยู่”³¹⁸

แม้ว่าจะมีความกังวลเกี่ยวกับสภาวะที่หดตัวของความเป็นชนบท จนอาจกระทบต่อการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบท แต่ในความเป็นจริงของสภาพสังคมในอนาคต พื้นที่ที่ตั้งของชนบทยังคงมีอยู่ตามภูมิศาสตร์เพียงแต่อาจเปลี่ยนรูปแบบไป “ชีวิตชนบทยังมีอยู่ พื้นที่ส่วนใหญ่ยังเป็นชนบท เพียงแต่ว่าตอนนี้เราเข้าไปขีดเขตเมืองเป็นระดับตำบลขึ้นมา คนที่จะดูแลสุขภาพของคนในตำบลยังเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ไม่มีหายไปไหน ยังเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สุดที่ใกล้คนในระดับตำบลและอำเภอ ดังนั้นโดยโครงสร้างยังมีความสำคัญอยู่ กลไก

³¹⁶ สัมภาษณ์ ชาติวี เจริญชีวะกุล, เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

³¹⁷ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³¹⁸ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

ของชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลไกที่สำคัญอยู่ เพราะว่าโรงพยาบาลชุมชนถือว่าเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพสามารถเข้าถึงการรักษาทุกอำเภอ และเป็นระดับกลไกสำคัญที่ไปดูแลคนในตำบลแล้วเชื่อมต่อระบบข้างบน เพราะฉะนั้น ชมรมแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะอย่างไรก็ต้องมีและต้องเกาะกลุ่มกันแบบนี้ เพราะเป็นคนที่ใกล้ประชาชนมากที่สุดในเรื่องสุขภาพ”³¹⁹ วิเคราะห์ตรงกับปรีดา แต่อารักษ์ ที่มองว่า “หมู่บ้านแบบเดิมอาจไม่มีแล้ว แต่หมู่บ้านแบบใหม่จะเกิดขึ้น ภูมิภาคแบบใหม่จะเกิดขึ้น แบบที่เป็นสังคมเมืองจะเกิดขึ้น แต่ยังเป็นสังคมที่ไม่ใช่เมืองหลวง เป็นภูมิภาค เหมือนสังคมตะวันตกที่เจริญไปทุกแห่งหรือส่วนมาก แต่คนที่ยังทำงานเพื่อความถูกต้อง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมยังคงมี อุดมการณ์ยังดำรงอยู่ แต่อาจเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ การมองปัญหา สถานการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป แต่ต้องมีคนจำนวนหนึ่ง จะน้อยหรือมากขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม ถ้าบริบทในสังคม สถานการณ์ในสังคมเอื้อ กระแสบริโภคนิยม ทุนิยม ไม่ได้แรงจนมุ่งเอาผลประโยชน์ตัวเองเป็นหลัก ถ้ายังมีสถานการณ์อย่างนั้นเกิดขึ้น ตัวขบวนการแพทย์ชนบทจะเติบโต ขบวนการอื่น ๆ เช่น วิศวชนบท กฎหมายชนบท เศรษฐศาสตร์ชนบท ฯลฯ จะเติบโตเช่นกัน เหมือนกับสมัย 14 ตุลา ขยายไปทุกที่ เพียงแต่ว่าสังคมอาจตามไม่ทัน โครงสร้างสังคมอาจคุกรุ่นขัดแย้งในที่สุด จึงเสียโอกาสนั้นไปในที่สุด”³²⁰

ในขณะที่การรักษาความยั่งยืนในอนาคตของขบวนการแพทย์ชนบท แกนนำผู้ก่อตั้งจำนวนหนึ่งมองว่าไม่ต้องเป็นกังวล ควรปล่อยให้เป็นธรรมชาติของความเป็นขบวนการ “ไม่มีใครจะไปคิดว่ารักษาความยั่งยืนของขบวนการแพทย์ชนบทได้อย่างไรเพราะเป็นเรื่องธรรมชาติ ยังมีปัจจัยทั้งหลายเกื้อหนุน ไม่ต้องห่วงเลยว่าวันข้างหน้าจะวิกฤต ล่มสลาย ดีหรือเลว ต้องปล่อยให้พัฒนาตัวเองไป เพราะว่าทุกอย่างเป็นหลักอันจั้งอยู่แล้ว และถึงแม้ยากจะประคับประคองไปเหมือนที่อยากให้เป็น ก็ไม่มีใครไปบริหารจัดการได้ เนื่องจากการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวจึงไม่มีทางเลยที่จะไปกำหนดว่าให้เดินซ้ายหรือขวา แต่ต้องเดินไปด้วยตัวเอง แล้ววันข้างหน้า อีก 5 ปี 10 ปี บริบทสังคมเปลี่ยนไป หน้าตาที่เคลื่อนไหวอาจจะเปลี่ยนไป จะอยู่ยั่งยืนหรือหันเหอย่างไร ไม่

³¹⁹ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³²⁰ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์,

ต้องไปกังวลและอย่าไปคิดจัดการสิ่งใด”³²¹ ส่วนประเด็นการเคลื่อนไหวปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ แกนนำในแต่ละรุ่นจะคัดเลือกประเด็นที่เห็นว่าสำคัญในยุคสมัยนั้น ๆ ขึ้นมาทำการผลักดัน เนื่องจากปัญหาทางสังคมไม่เคยมีวันสิ้นสุด มีลักษณะเป็นพลวัตจึงต้องแก้ไขอยู่ตลอด³²² “เหตุการณ์บ้านเมืองต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป สามสิบปีที่แล้วกับตอนนี้เปลี่ยนแปลงไป อุดมการณ์ของคนทำงานในชนบทตอนนี้กับคนที่ทำงานในชนบทเมื่อ 30-40 ปีที่แล้ว ไม่ได้เหมือนกันทีเดียว แต่ว่ายังมีความคล้ายคลึงกัน เพราะฉะนั้น อย่าไปสรุปว่าต้องยั่งยืน อาจเปลี่ยนแปลงไปได้สักวันหนึ่งตามสถานการณ์ ตามเหตุและผลต่าง ๆ”³²³ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดโดยควรเปิดกว้างขึ้นกว่าเก่า จะทำให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และพร้อมรับการเคลื่อนไหวในประเด็นต่าง ๆ เช่น ประชาธิปไตย เสรีภาพ การกระจายทรัพยากร ฯลฯ³²⁴ สิ่งนี้ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ในอนาคต หากยังมุ่งอุดมการณ์ทำเพื่อสาธารณะและตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสังคม ซึ่งปัญหาสังคมไม่มีวันสิ้นสุด จึงเป็นการหล่อเลี้ยงขบวนการแพทย์ชนบทให้คงอยู่ได้

ข้อเสนอแนวทางในการรักษาความต่อเนื่องของขบวนการแพทย์ชนบทในอนาคตตามทัศนะของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท สามารถประมวลได้ดังนี้

หนึ่ง... ถ้ายทอดทางอุดมการณ์อย่างต่อเนื่อง ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องมีการถ่ายทอดอุดมการณ์ของตนอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้กลุ่มแพทย์ชนบทเดินไปข้างหน้าต่อไปได้ เพราะว่าอุดมการณ์แพทย์ชนบทไม่จำเป็นต้องอยู่ในชนบท แพทย์ในเมืองที่มีอุดมการณ์เดียวกัน ถือว่าอยู่ในขบวนการฯ ด้วย ดังที่ปรีดา แต่อารักษ์ ชีให้เห็นว่า “รุ่นพี่ยุคบุกเบิกที่เข้ามาอยู่ในศูนย์กลางอำนาจ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีอำนาจ แต่อยู่ในศูนย์กลางในเมืองก็ยังมี การเชื่อมต่อกัน

³²¹ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

³²² สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

³²³ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

³²⁴ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

ปรึกษาหารืองานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม อุดมการณ์แบบนี้ต้องสืบทอดต่อเนื่องกันไป”³²⁵ เนื่องจาก “จิตวิญญาณแพทย์ชนบทเป็นจิตวิญญาณของการช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า อย่างเช่นการเรียกร้องสิทธิให้ผู้บริโภค ถือว่าผู้บริโภคด้อยกว่าผู้ให้บริการ จึงเป็นจิตวิญญาณแพทย์ชนบทที่ตราบโอบไฉนที่ยังอยู่ในเรื่องการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า”³²⁶ ด้วยเหตุนี้ “สิ่งที่ชมรมแพทย์ชนบทต้องคิดหนักคือ จะส่งทอดหรือจะทำงานความคิดกับแพทย์ใหม่ ๆ อย่างไม่รู้ หรือว่าคนในชมรมแพทย์ชนบทอาจจะเลยไม่ได้ทำงานความคิดผ่านโรงเรียนแพทย์ มหาวิทยาลัยที่ผลิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งตรงนี้จิตวิญญาณของแพทย์ชนบทอาจต้องไปปลูกฝังตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ เพราะถ้าไม่ทำอะไรมีสิทธิหายไปได้ นักศึกษารุ่นใหม่ถูกกล่อมเกลามากทุกวันเรื่องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub) จะเป็นปัญหาแน่นอน เพราะฉะนั้น การมีส่วนร่วมหรือการให้แพทย์ใหม่ ๆ เข้ามามีบทบาทในชมรมฯ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคิดแล้วว่าจะทำอย่างไรกับเรื่องนี้”³²⁷

สอง...รักษาจุดยืนอย่างแน่วแน่ ในการรักษาจุดยืนของขบวนการแพทย์ชนบท ต้องทำให้ผู้คนเห็นว่าสิ่งที่ขับเคลื่อนเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ไม่ใช่ประโยชน์ส่วนบุคคล ที่สำคัญต้องพยายามรักษาความโปร่งใสของแกนนำขบวนการฯ ไม่ให้มีบาดแผลและความผิด เพราะว่าการเคลื่อนไหวทางสังคมหากมีบาดแผลในเรื่องจิตสำนึกหรือผลประโยชน์แล้วจะไม่สามารถขึ้นมาทำได้³²⁸ “จุดยืนทางอุดมการณ์แพทย์ชนบทจึงต้องคงเอาไว้ แล้วให้มีการตรวจสอบสังคม ตรวจสอบนโยบาย สิ่งนี้เป็นจุดแข็งของขบวนการฯ เพราะไม่มีใครทำได้ แพทย์ชนบทไม่ได้ยึดติดกับอำนาจ เมื่อไม่ได้ยึดติดกับโครงสร้างทางอำนาจ จึงไม่ลังเลที่จะตรวจสอบ ที่ผ่านมาจะเห็นว่าส่วนอื่น ๆ เมื่อเข้าสู่แท่งอำนาจ อำนาจในการตรวจสอบจะหายไป ข้าราชการส่วนอื่นยังไม่ต้องพูดถึงเลยถึงแม้ตัวเองไม่ได้โดนไปกับอำนาจก็ตาม แต่โดยโครงสร้างของราชการทำให้ไม่กล้า แล้วแพทย์ที่อยู่ในแวดวงธุรกิจไม่ต้องคิดว่าจะสนใจเรื่องตรวจสอบคอร์รัปชันหรือไม่ เพราะให้ความสนใจแต่

³²⁵ สัมภาษณ์ ปรีดา เต๋ออารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์, 31 สิงหาคม 2555.

³²⁶ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³²⁷ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³²⁸ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

ธุรกิจ ไม่ได้บอกว่ากลุ่มนี้เป็นคนเลว แต่โดยวงจรชีวิตเป็นอย่างนั้น”³²⁹ ด้วยเหตุนี้ การรักษาความมุ่งมั่นทางจุดยืนจะช่วยให้อาชีพการแพทย์ชนบทเคลื่อนไปได้อย่างมีพลัง

สาม...สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกอย่างเข้มข้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การขับเคลื่อนงานในอนาคตของขบวนการแพทย์ชนบทมีความต่อเนื่องทางการเคลื่อนไหว และเป็นคำตอบที่สำคัญต่ออนาคตการดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบทในยุคต่อ ๆ ไป ดังเช่นมุมมองความคิดของนิมิตร์ เทียนอุดม ที่ว่า “สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของมวลสมาชิกแพทย์ชนบทที่มากขึ้น สร้างตัวตายตัวแทนให้ได้ เพราะฉะนั้นจะมีแพทย์ชนบทที่กล้าเผชิญหน้ากับใครก็ได้ในอนาคต และพร้อมเคลื่อนไหวในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ถือได้ว่าเป็นการปรับกระบวนการเพื่อรักษาจุดยืนไว้ได้”³³⁰

กล่าวโดยสรุป จากการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทพบว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีลักษณะของความเป็นประชาสังคมครบทั้งสามองค์ประกอบ กล่าวคือ

“(1) จิตสำนึกประชาสังคม (civic consciousness) หมายถึง การรวมตัวกันโดยมีความยอมรับในความเห็นซึ่งกันและกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน การรวมตัวกันจึงเป็นลักษณะภาคและมีความสัมพันธ์แนวราบ และมีอิสระทางความคิด ซึ่งการก่อกำเนิดของชมรมและการดำเนินงานของชมรมตั้งแต่ต้นมีลักษณะของการช่วยกันคิดช่วยกันทำ เรียนรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหา มีอิสระทางความคิดและไม่มีการสั่งการ ซึ่งวิธีการทำงานในลักษณะนี้ได้รับการยืนยันจากสมาชิกของชมรมทุกคนทั้งอดีตและปัจจุบัน

(2) โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (civic organization) คือการรวมกลุ่มที่มีระบบการจัดการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ที่ไม่มีลักษณะจัดตั้งขึ้นา ซึ่งสืบเนื่องมาจากจิตสำนึกประชาสังคมที่มีอยู่ในสมาชิกที่เข้าร่วมขบวนการ การจัดโครงสร้างองค์กรจึงมีลักษณะความสัมพันธ์แนวราบ แม้ว่าการทำงานของชมรมส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มประธานและกรรมการ แต่ตำแหน่งต่าง ๆ

³²⁹ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี, 31 สิงหาคม 2555.

³³⁰ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

เหล่านั้นเป็นไปเพื่อการมอบหมายความรับผิดชอบมากกว่าเป็นลักษณะผู้บังคับบัญชา นอกจากนี้ ได้สร้างกลไกระดับต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด เช่น มีชมรมภาค เป็นต้น มีการจัดระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเช่นโครงการแพทย์พี่เลี้ยง และที่สำคัญที่สุด การก่อกำเนิดชมรม ไม่ได้เกิดจากการจัดตั้ง หรือสั่งการจากผู้มีอำนาจ แต่เกิดจากการมองเห็นปัญหาาร่วมกัน และเห็นพ้องต้องกันที่จะมีการรวมกลุ่มกันขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้นร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้สร้างองค์กรอื่น ๆ ขึ้นมาอีก เช่น มูลนิธิแพทย์ชนบท และกลุ่มสามพราน

(3) เครือข่ายประชาสังคม (civic network) วิวัฒนาการตลอดช่วงสองทศวรรษ ขบวนการนี้ได้เติบโตและมีเครือข่ายขยายกว้างออกไป จากจุดเริ่มที่ชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งมีกำลัง มีความคิด และอุดมการณ์เชื่อมต่อกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติซึ่งมีบารมี และเงินทุน บางส่วนของแพทย์ชนบทเข้าไปอยู่ในแพทย์สภา บางส่วนเข้าไปอยู่ในองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข (เช่น คปอส.) บางส่วนมีเครือข่ายกับสื่อมวลชน และบางส่วนเชื่อมโยงกับทางการเมือง (ส.ส. และ ส.ว.) ทั้งหมดนี้เชื่อมโยงเข้าด้วยกันโดยมีอุดมการณ์ร่วมกันเป็นตัวเชื่อม นอกจากนี้ มีการเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกด้วยการใช้สื่อข้อมูลข่าวสารผ่านทางจุลสาร และวารสารต่าง ๆ ซึ่งออกโดยสม่ำเสมอ เครือข่ายและการสื่อสารเหล่านี้ จึงเชื่อมสมาชิกของขบวนการทั้งหมดเข้าไว้ด้วยกัน”³³¹

ในฐานะของความเป็นขบวนการประชาสังคมที่มีอุดมการณ์ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมเป็นสำคัญ จึงนับได้ว่า “สถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบทจึงเป็นปรากฏการณ์ในสังคมไทยที่อาจกล่าวได้ว่า เป็นความงามที่ประดับไว้ในแผ่นดินไทย และไม่ถ่วงน้ำหนักที่จะเกิดขึ้นในแผ่นดินอื่น เพราะเหตุปัจจัยที่ต่างกัน”³³² ความสำเร็จที่เกิดขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นสิ่งที่ควรเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลักดันทางนโยบายระดับชาติซึ่งถือได้ว่าเป็นผลสำเร็จอันงดงามที่สุดของขบวนการแพทย์ชนบท นั่นคือ การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูบบนนโยบายระบบสุขภาพที่จะทำการกล่าวถึงต่อไป

³³¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 246-247.

³³² ชูชัย ศุภวงศ์, เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท จากขบวนการแพทย์ชนบทถึงสถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบท, หน้า 35.

บทที่ 5

เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ

พัฒนาการการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ

แนวความคิดในการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการเติบโตของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท เริ่มก่อรูปอย่างจริงจังในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539 เมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ริเริ่มโครงการหนึ่งที่สำคัญ นั่นคือ “การมีบทบาทสำคัญในการก่อตั้งและผลักดันโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยกับสหภาพยุโรป โดยมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 3 ปี (พ.ศ. 2539-2542) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสหภาพยุโรป 4 ล้านยูโร และจากงบประมาณของรัฐบาลไทย 60 ล้านบาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้เกิดการพัฒนาในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและสังคมสามารถตรวจสอบได้ แพทย์ชนบทหลายคนได้เข้าร่วมดำเนินการอย่างเข้มแข็ง เช่น พญ.สุพัทธรา ศิริวณิชชากร นพ.พงษ์ พิสุทธิ จงอุดมสุข พญ.เพชรศรี ศิริรินทร์ เป็นต้น”³³³ ภายหลังจากนั้นเป็นต้นมา “การปฏิรูประบบสุขภาพได้ถูกพัฒนาเข้าสู่การเคลื่อนไหวภาคประชาชน โดยองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ คือ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เคลื่อนไหวความคิดของประชาสังคมและประชาชนไทยในเรื่องสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ”³³⁴

³³³ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพมหานคร : องค์กรอนามัยโลก, 2546), หน้า 78.

³³⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 79.

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าความเอาใจจริงเอาใจงในการปฏิรูประบบสุขภาพจะดำเนินการมาเกือบสองทศวรรษ แต่เมล็ดพันธุ์ความคิดในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพมีมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ดังที่มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ริเริ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ชี้ว่า “สิ่งแรกที่เรำทำในช่วงนั้น คือ เรื่องนโยบาย และทิศทางในการกระจายทรัพยากร เมื่อก่อนมันกระจุกอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในกรุงเทพฯ ในเมืองใหญ่ ๆ เพราะฉะนั้นสิ่งแรกต้องผลักดันให้เกิดการกระจายทรัพยากร การกระจายความเจริญไปสู่ชนบท มีโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอมาจากยุคนี้พอรุ่งต่อไปเริ่มมีคู่มือมาตรฐาน มีการจัดฝึกอบรมให้แพทย์จบใหม่”³³⁵ ในช่วงแรกของแนวคิดปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นที่การพัฒนาสาธารณสุขในชนบทก่อนเป็นลำดับแรก เพราะมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขระหว่างเมืองกับชนบทสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการถ่ายเทงบประมาณสู่ชนบท จนทำให้ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ประกาศให้เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาชนบท ตรงกับสมัยของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว รัฐบาลได้ออกนโยบายที่จะสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล³³⁶ ต่อมาเมื่อกรรมการชมรมแพทย์ชนบทยุคแรกเริ่มได้เข้ามารับผิดชอบงานที่ส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ก็ได้้นำแนวคิดการพัฒนาระบบสาธารณสุขมาสานงานต่อ โดยพยายามผลักดันเป็นนโยบายระดับประเทศ และได้ขยายความเป็น “ระบบสุขภาพ” ที่ครอบคลุมกว่าเฉพาะเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุข กอปรกับการที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในโครงสร้างการตัดสินใจเชิงนโยบายของกลไกต่าง ๆ นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้สามารถเข้าไปผลักดันการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ทางด้านสาธารณสุข หรือเรียกได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ³³⁷ ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 การปฏิรูประบบสุขภาพได้ก้าวเข้ามาสู่ขั้นสูงสุดจากการผ่านการบังคับใช้กฎหมายซึ่ง “รัฐสภาได้เห็นชอบที่จะรับรองร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ออกมาเป็นกฎหมายใช้

³³⁵ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³³⁶ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

³³⁷ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

บังคับ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขในประเทศไทย จากเดิมอย่างสิ้นเชิง”³³⁸

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ฉบับนี้ ก่อให้เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดทิศทางนโยบาย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้ อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของรัฐมนตรี เป็นการจัดโครงสร้างอำนาจใหม่ในการจัดการทางด้านสาธารณสุขระดับประเทศ “ความหมายของคำว่า *กำกับ* หมายถึงดูแลเฉพาะความชอบด้านกฎหมาย ส่วนคำว่า *บังคับบัญชา* หมายถึงดูแลทั้งความชอบด้านกฎหมาย ดุลพินิจ นโยบาย หมายความว่า ตามพระราชบัญญัตินี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะด้านสาธารณสุขใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ สปสช.ได้ ... สปสช. ไม่อยู่ในกรอบตามกฎหมายที่จะต้องทำตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเลย จะทำตามก็ได้ ไม่ทำก็ได้ รัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถกำหนดนโยบายใด ๆ ได้เลย ถ้าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เห็นด้วย นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีไม่ได้มีจุดเกาะเกี่ยวในอำนาจที่จะบังคับบัญชาหรือสั่งการใด ๆ ต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช.ได้เลย”³³⁹ ตรงนี้ทำให้เกิดข้อวิพากษ์จากเชิดชู อริยศรีวัฒนา ที่ว่า “สปสช. มีการใช้อำนาจตามอำเภอใจหลายอย่าง เช่น บัญชีเงินเดือน ก็กำหนดเอาเอง การซื้อยา ก็รวบรวมอำนาจมาทำเอง การรักษาพยาบาลของแพทย์ก็ถูกแทรกแซง ... อย่างเช่นนายสุกฤษฏ์ กิตติศรีวรพันธุ์ นักกฎหมายมหาชน ได้กล่าวไว้ในการสัมมนา “แปดปีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2552 ว่า ไม่มีประเทศประชาธิปไตยที่ไหนในโลก ที่รัฐมนตรีไม่สามารถสั่งการหน่วยงานที่ทำงานตามภาระงานในสายงานการบริหารของตนเองได้ ... รัฐมนตรีและปลัดกระทรวงไม่สามารถบริหารงบประมาณได้ตามแนวนโยบายของรัฐบาล เนื่องจาก สปสช. มี

³³⁸ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, จุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขของไทย [ออนไลน์], 9 พฤษภาคม 2554. แหล่งที่มา

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³³⁹ เรื่องเดียวกัน.

อำนาจในการควบคุมการใช้จ่ายเงิน ส่วนรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงมีเพียงคนละ 1 เสียงใน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นผู้กำหนดการใช้จ่ายเงิน”³⁴⁰

การเกิดขึ้นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรตระกูล ส. อีกหลาย องค์กร จึงถือเสมือนเป็นเครื่องหมายสัญลักษณ์ (landmark) ที่สำคัญของนโยบายการปฏิรูประบบ สุขภาพของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทจนกระทั่งปัจจุบัน

ประเด็นและกิจกรรมที่ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันการปฏิรูปกระบวนการนโยบาย ระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทได้ดำเนินการในหลายสิ่งที่ก่อกำเนิดขึ้นเป็นการปฏิรูปกระบวนการ นโยบายระบบสุขภาพ ได้แก่

...การปฏิรูปโรงพยาบาลอำเภอ

การริเริ่มผลักดันการปฏิรูปโรงพยาบาลอำเภอถือเป็นก้าวแรก ๆ ของชมรมแพทย์ชนบทที่ มุ่งหวังยกระดับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในต่างจังหวัด โดยได้ปรับเปลี่ยน มุมมองความคิดของกระทรวงสาธารณสุขจากที่เคยมองว่าโรงพยาบาลอำเภอเปรียบเสมือน โรงพยาบาลจังหวัดขนาดเล็ก มาสู่มุมมองใหม่ซึ่งสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ วิเคราะห์ไว้ว่า “นโยบายเรื่อง โรงพยาบาลอำเภอถือเป็นความพยายามอย่างมากที่จะชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลอำเภอต้องมีสิ่งที เรียกว่าการสร้างสมดุล (balance) ระหว่าง การรักษา และการส่งเสริม ยิ่งไปกว่านั้น ทุกครั้งที่มี การ defend เรื่องกรอบอัตรากำลัง ชมรมแพทย์ชนบทจะ active มากที่จะบอกว่า ห้ามยุบฝ่าย ส่งเสริม ห้ามมีแต่ฝ่ายรักษาพยาบาล ต้องมีทั้งสองฝ่ายดำเนินไปด้วยกัน แม้ว่ากรอบอัตรากำลัง ของทั้งสองฝ่ายไม่เคยโต แต่ชมรมแพทย์ชนบทก็ต่อสู้ผลักดันให้อย่างเต็มที่ถึงแม้ว่ากรอบ อัตรากำลังไม่เคยขยายกว่ารุ่นแรก ๆ ก็ตาม แต่อย่างน้อยสามารถภาคภูมิใจได้ว่าภารกิจงานทั้ง

³⁴⁰ เฑิดชู อริยศรีวัฒนา, จุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอของประเทศไทย [ออนไลน์], 9 พฤษภาคม 2554..

สองฝ่ายไม่เคยโดนยุบทิ้งไป”³⁴¹ ความสำเร็จที่เกิดจากการผลักดันการปฏิรูปโรงพยาบาลอำเภอ ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นว่าจะสามารถผลักดันประเด็นการพัฒนา ระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

...การปฏิรูปแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพ

สิ่งที่สำคัญที่ขบวนการแพทย์ชนบทยึดถือคือการทำงานทางความคิด กล่าวคือ หากมีความต้องการจะเปลี่ยนแปลงสิ่งใดให้สำเร็จจะต้องเริ่มที่การปรับเปลี่ยนความคิด ดังที่ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงปัจจัยในความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพต้องเริ่มจากการปฏิรูปแนวคิดในการมองระบบสุขภาพเสียใหม่ “การปฏิรูปที่ลึกสุดคือปฏิรูปวิธีคิด สังคมไทยถูกทำให้คิดเรื่องสุขภาพอย่างตื้นและแคบ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาตามมาเหลือคณานับ คือเมื่อคิดเรื่องสุขภาพก็คิดถึงโรงพยาบาล มดหมอ หมูยกยา เท่านั้น ซึ่งเป็น “โรคภาพ” หรือ “โรคภาวะ” ไม่ใช่ “สุขภาพ” สุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างใหญ่ไพศาลกว่านั้นมาก เกี่ยวกับชีวิตทั้งหมด สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ เพราะ สุขภาพ = สุขภาวะอย่างสมบูรณ์ (complete well-being) ทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)”³⁴² องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่ดีควรประกอบด้วย 3 สิ่ง ดังนี้

“1. การส่งเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมระบบชีวิตและสังคมที่ดี ซึ่งพอจะเห็นองค์ประกอบใหญ่ ๆ ดังนี้

- คนทั้งมวลมีพฤติกรรมสุขภาพ
- เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

2. ระบบการป้องกันโรค ไม่ว่าจะ เป็นโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ดิทยาเสพติด ฯลฯ ล้วนบ่อนทำลายความสุขของประชาชน จะต้องป้องกันให้ได้ ซึ่ง

³⁴¹ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

³⁴² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543), หน้า 93.

ต้องการปฏิรูประบบการป้องกันโรค ถ้าระบบการป้องกันโรคยังเป็นแบบปัจจุบัน ประชาชนจะเจ็บป่วยล้มตายเป็นเป็อโดยไม่จำเป็น

3. ระบบบริการสุขภาพที่ดี ระบบบริการที่ดีหมายถึงระบบที่

- มีความเป็นธรรม (equity) ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม
- มีคุณภาพ (quality)
- มีประสิทธิภาพ (efficiency)

นี่เป็นการกล่าวแบบสั้นและใช้ภาษาทางเทคนิค ในระบบบริการที่ดีประกอบด้วยอนุระบบอีกมาก เช่น ระบบบุคลากร ระบบเทคโนโลยี ระบบการเงิน ระบบประกันคุณภาพ และระบบสร้างความรู้ เป็นต้น³⁴³

แนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพนอกจากจะได้รับการขยวมุมมองในการตีความแบบใหม่ตั้งข้างต้นแล้ว ขบวนการแพทย์ชนบทยังได้รับอิทธิพลความคิดในการดำเนินการมาจากฝั่งยุโรป กล่าวคือ ระบบการบริการสุขภาพของยุโรป เช่น อังกฤษ สวีเดน ฟินแลนด์ เป็นต้น เป็นระบบที่ตรงข้ามกับฝั่งอเมริกา เนื่องจากเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่น (flexible) และไม่ถูกครอบงำด้วยบริษัทายข้ามชาติ จึงทำให้สามารถดำเนินนโยบายที่เป็นอิสระกว่าและให้ความสำคัญในมิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ อาทิ การมุ่งส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้มีหมอชาวบ้านประจำครอบครัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้โรคพื้นฐานสามารถถูกคัดกรองในชั้นแรก ไม่ต้องให้หมอรักษาและไม่ต้องใช้ยาราคาแพงเกินไป โรงพยาบาลก็ไม่ต้องรับภาระหนักมาก และยงคำนึงถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากระบบอเมริกาที่ถูกปลุกฝังผ่านระบบทุนนิยม ทำให้ถูกครอบงำจากบริษัทายขนาดใหญ่และบริษัทผลิตเครื่องมือแพทย์ ส่งผลให้การรักษามีราคาแพง โดยละเลยคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าถึงการรักษาตามหลัก “philosophy for the most” มิใช่เพียงมุ่ง “philosophy for the best” เท่านั้น วิธีคิดของขบวนการแพทย์ชนบทจึงสอดคล้องกับทางฝั่งยุโรปเป็นสำคัญ มุ่งเรื่องการให้บริการที่มี

³⁴³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 94-95.

ประสิทธิภาพ การส่งเสริมป้องกัน คำนึงว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงการรับบริการได้มากที่สุดอย่างไร บนพื้นฐานของคุณภาพและประสิทธิภาพ³⁴⁴

การปฏิรูปแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทมีความคิดก้าวไกลกว่าวงการสาธารณสุขแบบจารีต ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้ริเริ่มการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจในการบริหารจัดการระบบสุขภาพแบบองค์รวมในเวลาต่อมา

...การปฏิรูปโครงสร้างอำนาจการจัดการระบบสุขภาพ : องค์ครตระกูล ส.

ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจในการบริหารงานด้านสาธารณสุขเสียใหม่ โดยวางโครงสร้างองค์ครตระกูล ส. ให้แยกตัวออกมาจากสายการบังคับบัญชาแบบระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข มูลเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทใส่ใจในการปฏิรูปโครงสร้าง เนื่องจากภายหลังจากที่แกนนำชมรมแพทย์ชนบทได้ทำงานในชนบทมากพอ ส่วนหนึ่งย้ายเข้ามาทำงานส่วนกลาง และมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าในการทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมดีขึ้นโดยผ่านการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง เพราะเล็งเห็นว่าหากมุ่งแต่ทำงานเชิงสังคมสงเคราะห์ แม้ทำแบบนั้นจนสิ้นชีพ ปัญหาก็ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างครอบคลุม วิธีคิดในการมองเชิงโครงสร้างของระบบจึงเป็นวิธีคิดพื้นฐานของกลุ่มแพทย์ชนบทในการวิเคราะห์ปัญหาและผลักดันงานเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างครบถ้วน มุ่งประเด็นว่าจะต้องไม่แก้ปัญหาลูกหน้าปะจมูก แต่ต้องการแก้ปัญหาลูกอย่างแท้จริง การจะดำเนินการเช่นนี้ได้จำเป็นต้องแก้ไขให้ถึงระดับโครงสร้าง เนื่องจากปัญหาในเชิงโครงสร้างมาจากกลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงต้องทำการปรับกลไกต่าง ๆ โดยเฉพาะกลไกเชิงนโยบายที่เป็นส่วนสำคัญส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทั้งหมด การปฏิรูปที่ระดับโครงสร้างอำนาจจึงมีความจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³⁴⁵ ขบวนการแพทย์ชนบทได้มุ่งผลักดันการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์ครด้านระบบสุขภาพ จนสามารถแยกหน่วยงานตระกูล ส. ออกมาจากสายชั้นทางอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขได้

³⁴⁴ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

³⁴⁵ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

ขบวนการแพทย์ชนบทเล็งเห็นว่าหากจะทำการเปลี่ยนแปลงนโยบายระบบสุขภาพทั้งระบบ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มจากการวางรากฐานทางความคิด สร้างฐานพลังทางความรู้เพื่อเป็นรากฐานทางวิชาการที่มีเหตุมีผลในการชี้นำสังคมให้เกิดการยอมรับทางความคิดก่อน เป็นการเริ่มต้นในการทำงานทางความคิดเพื่อสร้างกระแสการยอมรับในสังคมว่าการปฏิรูประบบสุขภาพที่แท้จริงควรเป็นอย่างไร เมื่อมवलชนเห็นด้วยกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท ย่อมเป็นพลังกดดันสำคัญที่จะทำให้ภาครัฐจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตาม ด้วยเหตุนี้ องค์การตระกูล ส. องค์การแรกที่เป็นเสมือนเครื่องมือสร้างองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงถูกสถาปนาขึ้นมาก่อน นั่นคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535

การเกิดขึ้นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผลมาจากข้อเสนอของคณะกรรมการระบาดวิทยา จากการศึกษาเกี่ยวกับ evidence policy development นำไปสู่การเสนอแผนปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี พ.ศ. 2533-2534 โดยเสนอให้ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวง ใน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ภารกิจด้านนโยบาย (2) ภารกิจด้านการวิจัย (3) ภารกิจด้านกำลังคน และ (4) ภารกิจด้านงานสุขภาพจิต ทั้งสี่ด้านควรเป็นกลไกที่ไม่ใช่หน่วยราชการ นับเป็นครั้งแรกที่นำเสนอกลไกรัฐที่ไม่ใช่หน่วยราชการ ไม่ได้อยู่ในรูปแบบโครงสร้างกรม จัดตั้งเป็น 4 หน่วยงาน และไม่ควรร่วมใช้อำนาจเป็นหลัก จึงเรียกชื่อใหม่ว่า สถาบัน ทำให้เกิดสำนักนโยบายและแผน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพัฒนากำลังคนแห่งชาติ คณะกรรมการกองทุนด้านสาธารณสุข และสถาบันสุขภาพจิต ต่อจากนั้น การทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเริ่มขยายก่อเกิดกลไกด้านการปฏิรูประบบสุขภาพอื่น ๆ ตามมาในรูปแบบขององค์กร ส. ต่าง ๆ อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เกิดจากการใช้ สวรส. เป็นฐานในการศึกษาวิชาการและทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อไปเสนอต่อคณะรัฐมนตรีสร้างกลไก สสส. ขึ้น หรือการใช้ สวรส. ทำข้อเสนอทางวิชาการเพื่อสร้างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นต้น³⁴⁶

จะเห็นได้ว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นับเป็นองค์กรตระกูล ส. องค์การแรกที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นภายใต้แนวคิดที่ว่าต้องทำให้เกิดความถาวรเป็นทางการผ่านการสร้างกฎหมาย

³⁴⁶ สัมภาษณ์ สัมศักดิ์ ชูณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

ขึ้นมารองรับในรูปแบบพระราชบัญญัติ (พรบ.) ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิรูประบบสุขภาพมีความมั่นคง ดังที่ประเวศ วะสี วิเคราะห์ไว้ว่า “สวรรส. เป็นองค์กรสำคัญที่มี พรบ. จัดตั้งขึ้นในลักษณะที่อิสระ คล่องตัว และต่อเนื่อง เพื่อสามารถสร้างและสะสมปัญญาได้ต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบ...งานที่ สวรรส. เป็นงานที่มีความสำคัญมาก ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาศัยการสร้างความรู้เชิงระบบ”³⁴⁷ และมีลักษณะสำคัญด้านการขยายตัว นั่นคือ “เป็นองค์กร ส. ที่สามารถ ‘ออกลูก’ ได้”³⁴⁸ อาทิ ในปี พ.ศ. 2545 มีการผลักดันให้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นครั้งแรก เป็นต้น เป็นกลยุทธ์แรกที่จะผลักดันการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพในระดับประเทศ อันเป็นไปตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยเริ่มต้นจากการค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นใบเบิกทางในการสร้างความชอบธรรมสำหรับการเคลื่อนไหวในทางปฏิบัติต่อไป ซึ่งอำพล จินดาวัฒนา วิเคราะห์ว่าลักษณะทางโครงสร้างองค์กรตระกูล ส. เช่นนี้มีข้อดีอย่างมาก เนื่องจาก “จะมีความ autonomy ในการทำงานในระดับหนึ่ง แต่ไม่ใช่ independent คำในภาษาอังกฤษของคำนี้เมื่อนำมาใช้กับภาษาไทยแปลว่าองค์กรอิสระ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ผิด เพราะหลายคนมักคิดว่าเป็น independent ไม่ขึ้นกับอำนาจใดเลย แต่ความจริงยังอยู่ภายใต้กรอบกติกาการควบคุมดูแลของรัฐทั้งสิ้น เพียงแต่มี autonomy ความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และไม่ถูกครอบงำด้วยอำนาจรัฐ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ต่าง ๆ และการทำงานให้ได้มรรคผลจะกระทำได้ง่ายกว่า การทำงานที่ยึดโยงกับระบบราชการและระบบการเมืองแบบตัวแทนเช่นเดิม”³⁴⁹ นอกจากนี้ ตัวอย่างจากกระทรวงสาธารณสุขแม้ว่าในแง่ของการทำหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย (policy development function) จะเป็นสิ่งดีก็ตาม แต่ถือว่ายังไม่ดีพอ เนื่องจากปัญหาสำคัญประการหนึ่งของกระทรวงคือ มีการปรับเปลี่ยนผู้นำระดับสูง (leadership change) บ่อยครั้ง จนดูเหมือน

³⁴⁷ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*, หน้า 32.

³⁴⁸ เติชชู อริยศรีวัฒนา, *เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท”* [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา http://www.thairtl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³⁴⁹ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

ขาดเสถียรภาพทางนโยบายและการปฏิบัติ แต่การมีหน่วยงานนอกระบบราชการจะสามารถทำให้เกิดความต่อเนื่อง (continuity) ได้ดีกว่า ภารกิจด้านระบบสุขภาพจะมีความคงทนถาวรในการปฏิบัตินโยบายมากกว่า³⁵⁰

ความเป็นอิสระด้านโครงสร้างและระบบบริหารจากกระทรวงสาธารณสุขขององค์กรตระกูล ส. ยังส่งผลแง่บวกเพิ่มเติมในแง่การทำงานประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานราชการกระทรวงอื่นในการบริการประชาชนที่มีความคล่องตัวกว่า เนื่องจากหากโครงสร้างองค์กรยังคงยึดติดอยู่ภายใต้กระทรวง สายการบังคับบัญชาก็ยังอยู่ภายใต้ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรี ถ้าหน่วยงานองค์กรตระกูล ส. จะประสานเชื่อมโยงกับกระทรวงอื่นก็จำเป็นต้องผ่านสายการบังคับบัญชาที่มากขึ้นดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานล่าช้ามาก ส่งผลให้การทำงานภารกิจเร่งด่วนที่ชี้ชีวิตตายต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นไปอย่างไร้ประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) หากสังกัดอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินต้องช่วยเหลือผู้ป่วย และมีความจำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ ผู้อำนวยการศูนย์เรนทรต้องส่งเรื่องเสนออธิบดีต้นสังกัด ส่งเรื่องต่อไปยังรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เสนอเรื่องถึงปลัดกระทรวง จากนั้นผ่านเรื่องถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แล้วประสานต่อไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม จากนั้นสั่งการลงมาที่ผู้บัญชาการทหารบก ขั้นตอนยืดเยื้อยาวนานเกินไป ผู้ป่วยจะเสียชีวิตก่อนได้รับความช่วยเหลือ แต่หาก สพฉ. เป็นอิสระจากสายการบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข จะสามารถทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมและปลัดกระทรวงกลาโหม ในการขอใช้เฮลิคอปเตอร์กรณีฉุกเฉินได้ทันที แล้วเรื่องค่าใช้จ่ายมาดำเนินการภายหลัง การช่วยเหลือผู้ป่วยจะเป็นไปอย่างทันท่วงที มีประสิทธิภาพสูง ตรงตามเป้าหมาย และสามารถช่วยคนป่วยได้มากกว่า เกิดความคล่องตัวกว่าในการดำเนินงาน³⁵¹

ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าองค์กรตระกูล ส. ส่งผลแง่บวกต่อสังคมไทยอย่างมาก กระบวนการเหล่านี้เป็นกลไกใหม่ของรัฐ และมีอำนาจรัฐอยู่ด้วย แต่ยังไม่ถึงกับละทิ้งกลไกราชการแบบเดิม เช่น กระทรวงสาธารณสุข ยังเชื่อมประสานกันอยู่ในระดับหนึ่ง เป็นหน่วยงานของรัฐที่ออกแบบ

³⁵⁰ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

³⁵¹ สัมภาษณ์ ชาตรี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

โครงสร้างแบบใหม่ มีความคล่องตัว มีเป้าหมายชัดเจน ถูกขับเคลื่อนด้วยกลุ่มบุคคลที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ผ่านแนวคิดการทำงานที่เป็นรูปแบบเชิงกระบวนการและทำงานแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ตั้งแต่เรื่องการบริหารระบบต่าง ๆ ปฏิรูปหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน การเกิดสมัชชาการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย ฯลฯ องค์การตระกูล ส. จึงมีผลอย่างสูงต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพเนื้อหาด้านระบบสุขภาพของประเทศไทย³⁵² แม้แต่เครือข่ายภายนอกของขบวนการแพทย์ชนบทยังมีความเห็นสอดคล้องตรงกันในประเด็นเหล่านี้ ดังที่นิมิตร เทียนอุดม ชี้ให้เห็นว่า “ในการแยกองค์กร 6 ส. ผลดีที่เห็นชัดเจนคือความเป็นอิสระ และมีการจัดโครงสร้างองค์กรใหม่ที่ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในการขับเคลื่อนกลไกที่จะตอบสนองปัญหาได้รวดเร็วกว่าระบบราชการปกติ อย่างไรก็ตาม ในข้อดีย่อมมีข้อด้อยที่ต้องพึงระวัง กล่าวคือ ถ้าองค์กรได้คนดีเข้ามานำทิศทางได้ก็ดีไป แต่ถ้าเกิดได้คนที่ไม่มีความเข้าใจความ มีลักษณะเฉพาะเชิงวัตถุประสงค์ขององค์กรแบบนี้ขึ้นมาเป็นผู้บริหาร การกำกับและควบคุมทิศทางจะเป็นไปอย่างยากลำบาก และอาจละเลยเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น ๆ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในกระบวนการทำงานขององค์กรตระกูล ส.”³⁵³

อย่างไรก็ดี แต่ก็ยังมีข้อสังเกตเรื่องความเหมาะสมของการทำงานและการดำรงอยู่ขององค์กรตระกูล ส. ในหลายแง่มุมด้วยกัน อย่างเช่นกรณี “นายวิทยา แก้วภราดัย อดีต รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เคยกล่าวว่าปัญหาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคณะกรรมการบริหารมีความเป็นอิสระสูงมาก จนยากที่จะตรวจสอบ แม้ตำแหน่งรัฐมนตรีเมื่อเข้าไปอยู่ในวงล้อมของบอร์ด สปสช. ก็อาจตกอยู่ในที่นั่งลำบาก”³⁵⁴ หรือกรณีของสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สพพท.) มีความเห็นแย้งเรื่องความอิสระขององค์กรตระกูล ส. ว่าจะทำให้เกิดปัญหา “กระทรวง

³⁵² สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

³⁵³ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³⁵⁴ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

สาธารณสุขไม่ได้รับเงินงบประมาณในการทำงาน ต้องส่งรายงานไปขอเงินจาก สปสช. (นับเป็นกระทรวงเดียวที่แปลกประหลาดกว่ากระทรวงอื่น ๆ ในประเทศไทย) ไม่อาจกำหนดนโยบายในการทำงาน อยากทำอะไรต้องให้ สปสช. เห็นชอบและอนุมัติงบประมาณให้ก่อนจึงจะทำได้ ไม่มีอำนาจบริหารงบประมาณแผ่นดินในการดำเนินงานตามภาระรับผิดชอบ ต้องทำตามข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์ของ สปสช. ไม่อาจกำหนดตำแหน่งและอัตรากำลังของบุคลากรได้เองตามภาระงานที่มากขึ้น”³⁵⁵ โดยที่งบประมาณด้านสาธารณสุขก่อนการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ “มากกว่า 90% เป็นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข แต่หลังจากมีระบบนี้แล้ว งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขลดลงเหลือเพียง 30.4% ในปี พ.ศ. 2554 เนื่องจากงบประมาณด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ถูกจัดสรรผ่านไปให้ สปสช. แม้แต่เงินเดือนของบุคลากร การซ่อมแซมและพัฒนาอาคารสถานที่ การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์บางอย่าง ก็ต้องไป “ขอ” มาจาก สปสช. โดยงบประมาณค่ารักษาประชาชนตามรายหัว(จำนวน)ประชาชน เพิ่มขึ้นจาก 1,202 บาทต่อคนเพิ่มเป็น 2,895 บาท หรือเพิ่มจาก 51,408 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2545 เป็น 117,969 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 140,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555”³⁵⁶ ทั้ง ๆ ที่งบประมาณด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง “ก่อนจะเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพ งบประมาณแผ่นดินด้านสาธารณสุขมีประมาณ 64,500 ล้านบาท ปัจจุบันประมาณ 200,000 ล้านบาท โดยงบประมาณด้านสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 4.37% ต่อปี แต่หลังมีระบบ

³⁵⁵ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, สรุปปัญหาหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรคและข้อเสนอในการแก้ปัญหา [ออนไลน์], 24 กันยายน 2555. แหล่งที่มา

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³⁵⁶ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, การเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุข ถึงเวลาที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องตรวจสอบ สปสช. อย่างเข้มข้นแล้วหรือยัง? [ออนไลน์], 10 พฤษภาคม 2554. แหล่งที่มา

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว งบประมาณด้านสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 12 % ต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ”³⁵⁷

ในแง่ประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณขององค์กรตระกูล ส. ก็เป็นประเด็นกล่าวหาด้วยเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) “ในปี 2554 รัฐบาลให้งบเหมาจ่ายรายหัวมาเกือบ 2,500 บาทต่อหัว แต่เงินค่ารักษามาถึงโรงพยาบาลแค่ 200-1,600 บาท... เมื่อโรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาไป สปสช.ก็จ่ายเงินไม่ครบทุกครั้ง... ถ้าดูภาพรวมทั้งประเทศ รพศ./รพท. เรียกไป 37,026 ล้านบาท แต่ สปสช.จ่ายให้เพียง 17,636 ล้านบาท ส่วนโรงพยาบาลชุมชนเรียกเก็บ 30,473 ล้านบาท แต่ สปสช.จ่ายให้เพียง 23,000 ล้านบาท ฉะนั้นจะเห็นว่า สปสช.ค้างจ่ายเงินแก่ รพ.สต.เป็นจำนวนถึง 26,863 ล้านบาท ในเวลาเพียง 1 ปี... ที่ผ่านมาก สปสช.แบ่งเงินไว้ที่ สปสช.มากเกินไป ทำให้มีเงินเหลือไปถึงโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการทำงาน”³⁵⁸

จากปัญหาที่เกิดขึ้นต่าง ๆ อาทิ การขาดเอกภาพในการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข การที่ สปสช.มีอำนาจในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขได้เองภายใต้ “ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ” ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ที่เลือกพวกกันเอง) ทำให้รัฐบาลและฝ่ายราชการไม่สามารถบริหารนโยบายของตนได้ การทิ้งงบประมาณของรัฐจำนวนมากถูกจัดสรรให้กับองค์กรประเภทเดียวกันอื่น ๆ เช่น สสส. สวรส. สรพ. สปกส. ฯลฯ แต่องค์กรเหล่านี้กลับอยู่นอกเหนือการควบคุมของฝ่ายการเมืองและราชการ³⁵⁹ จึงมีข้อเสนอให้ยุบ

³⁵⁷ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, การเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขระดับสาธารณสุข ถึงเวลาที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องตรวจสอบ สปสช. อย่างเข้มข้นแล้วหรือยัง? [ออนไลน์], 10 พฤษภาคม 2554.

³⁵⁸ สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, ห้ามโรงพยาบาลแจ้งและไม่ให้ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หมอถูกบีบคั้นขนาดนี้ แล้วผู้ป่วยจะพึ่งใคร? [ออนไลน์], 6 ตุลาคม 2554. แหล่งที่มา http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³⁵⁹ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, ข้อเสนอต่อ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ในการแก้ปัญหาด้านการบริการสาธารณสุข [ออนไลน์], 5 สิงหาคม 2554. แหล่งที่มา

องค์กรตระกูล ส. “โดยการรวม สช. สปสช. สสส. สวรส. และองค์กรที่เกี่ยวข้องเนื่อง เข้ามารวมอยู่ ภายใต้การบังคับบัญชาของฝ่ายราชการและการเมือง เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขมีเอกภาพในการจัดการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข สามารถดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และปลอดภัยคุ้มค่ากับภาษีอากรของประชาชนทุกคน”³⁶⁰

แม้ว่าองค์กรตระกูล ส. จะถูกต่อต้านอย่างหนักจากกลุ่มที่มีความคิดแตกต่าง แต่กลุ่มดังกล่าวยอมรับในระดับหนึ่งว่า “สวรส. สสส. สช. และ สปสช. ก็ยังมีแหล่งเงินทุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน มาใช้ในการดำเนินงานตามแนวทางและเป้าหมายของกลุ่มมาโดยตลอดเวลา”³⁶¹ สามารถทำให้ทุกรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศดำเนินการตามแนวทางของตน เช่น “ในรัฐบาลที่มีนายกรัฐมนตรีชื่อนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะนั้น นพ.ประเวศ วะสี ผู้อาวุโสของกลุ่มก็เสนอตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้เสนองบประมาณทั้งสิ้นมา 1,187,470,000 บาท ซึ่งเป็นเงินจากงบประมาณแผ่นดินจากภาษีของประชาชน ที่ใช้หมดไปกับการทำงานของคณะกรรมการปฏิรูปและสมัชชาปฏิรูปประเทศ โดยไม่มีการตรวจสอบว่าเหมาะสม คุ้มค่าหรือไม่ และคณะกรรมการทั้งสองคณะนี้ ก็ไม่สามารถทำให้รัฐบาล ดำเนินการให้มีการ “ปฏิรูปประเทศได้เป็นรูปธรรม” คุ้มค่ากับเงินงบประมาณที่เสียไป”³⁶² องค์กรตระกูล ส. ที่เกิดขึ้นก็ยังคงสถานภาพอยู่ได้ท่ามกลางการถูกตั้งข้อสงสัยต่อความจำเป็นของการมีองค์กรประเภทนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

³⁶⁰ เติตชู อริยศรีวัฒนา, ข้อเสนอต่อ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ในการแก้ปัญหาด้านการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข [ออนไลน์], 5 สิงหาคม 2554.

³⁶¹ เติตชู อริยศรีวัฒนา, สรุปปัญหาหมั่นตภัย 30 บาทรักษาทุกโรคและข้อเสนอในการแก้ปัญหา [ออนไลน์], 24 กันยายน 2555.

³⁶² เรื่องเดียวกัน

มูลเหตุที่ขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญสูงสุดกับความพยายามในการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพ โดยคาดหวังว่าจะสามารถสร้างระบบหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมให้กับประชาชนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนให้สามารถเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการดูแลป้องกันตนเองเพื่อลดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น ภารกิจที่ตั้งไว้ดังกล่าวถือว่าเป็นความท้าทายที่สูงยิ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ จำเป็นต้องอาศัยแรงผลักดันภายในที่แรงกล้าในการจะฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ มูลเหตุสำคัญที่ผลักดันขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายระบบสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ความปรารถนาที่อยากให้คนไทยสุขภาพดี ภายใต้อุดมการณ์ “Healthy Thai Citizen”

ขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่เริ่มก่อตั้งในรูปของชมรมแพทย์ชนบทในหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีอุดมการณ์ที่แน่วแน่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มแรก นั่นคือ ความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อชาวชนบท³⁶³ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนชาวไทยทั้งหมดให้มีสุขภาพที่ดี ด้วยความปรารถนาเช่นนี้ จากประสบการณ์ความยากลำบากในการทำงานในภาคชนบทมาอย่างยาวนานของขบวนการแพทย์ชนบท ดังที่พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข แสดงความรู้สึกไว้ว่า “เวลาเห็นชีวิตของคนในชนบทแล้วสะเทือนใจ ประเทศของเราปล่อยให้เกิดสถานการณ์แบบนี้ได้อย่างไร คนบางคนตาบอดเพียงเพราะว่ามีแผลที่กระจกตาจากอุบัติเหตุเล็กน้อย แต่ไม่ได้รับการบริการ ตาก็บอดไป คนบางคน บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 5-6 กิโลเมตร แต่เพราะไม่มีรถรับส่ง ภายหลังคลอดลูกมีภาวะตกเลือดจนเสียชีวิต เคยเห็นคนเข็นผู้ป่วยในรถซาเล้งระยะทางไกลเพื่อมารักษา ในที่สุดก็เสียชีวิตกลางทาง สิ่งเหล่านี้ทำให้เรารู้สึกว่าบ้านเมืองเราไม่ควรจะมีแบบนี้เกิดขึ้น”³⁶⁴ แรงผลักดันทางใจจึงเกิดขึ้นว่าไม่อยากเห็นความทุกข์ยากของคนในชนบทที่ลำบากแสนสาหัส จึงเกิดความคิด

³⁶³ วิชัย ไชควิวัฒน์, “25 ปี แพทย์ชนบท อุดมการณ์และแนวทางยังไม่เปลี่ยนแปลง,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 21.

³⁶⁴ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

ว่าหากมีโอกาสที่จะทำสิ่งใดช่วยให้คนชนบทลดความทุกข์ยากลงได้บ้าง ก็น่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุขได้ สิ่งนี้เป็นแรงปรารถนาที่สำคัญ³⁶⁵

ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมาถึงข้อตระหนักรู้และข้อสรุปประการสำคัญว่าการจะสร้างเสริมสุขภาพของคนในสังคมไทยให้มีสุขภาพดีได้ ปัญหาที่สำคัญอยู่ที่การปฏิรูประบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยต้องเริ่มที่การปฏิรูป “ระบบ” เพราะการมีงบประมาณด้านสาธารณสุขมาก ไม่ได้รับประกันว่าระบบสุขภาพของประเทศจะดีขึ้นได้ ยกตัวอย่างจากสหรัฐอเมริกา ที่มงบประมาณด้านสุขภาพสูงสุดประมาณร้อยละ 17 ของ GDP อีกทั้งยังมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ก้าวหน้าที่สุด และมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ (well trained) ที่สุด แต่สหรัฐอเมริกาก็ไม่ได้มีระบบสุขภาพที่ดี³⁶⁶ ดังนั้น จึงต้องเปลี่ยนจากระบบตั้งรับที่ปล่อยให้เกิดความเจ็บป่วยเสียก่อนแล้วถึงทำการรักษาหรือสร้างโรงพยาบาลรองรับ ซึ่งไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้องเพราะว่าค่าเสียหายจากวิธีนี้ราคาแพงมาก ควรปรับมาเป็นระบบเชิงรุก นั่นคือ “ต้องสร้างนำซ่อม คือสร้างสุขภาพดี” และการกระทำเชิงรุกนี้ต้องการเครื่องมือสร้างสุขภาพดี จึงมุ่งสู่การออกกฎหมายปฏิรูประบบสาธารณสุขขึ้นมา เช่น สร้างกองทุน สสส. ขึ้นมาเป็นเครื่องมือหลักในการประยุกต์นโยบายเพื่อสร้างสุขภาพดีให้กับสังคมไทย³⁶⁷ ความปรารถนาที่อยากให้คนไทยสุขภาพดี ภายใต้อุดมการณ์ “Healthy Thai Citizen” เป็นมูลเหตุสำคัญที่สุดที่นำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

2. มุ่งแสวงหาแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ อันเนื่องจากสภาพปัญหาจากการรวมศูนย์อำนาจแบบราชการที่ไม่สนองตอบต่อสถานการณ์ปัญหาสังคมที่เปลี่ยนแปลง

การปฏิรูประบบสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ไขปัญหในการรวมศูนย์อำนาจแบบราชการดั้งเดิม เนื่องจากทำให้เกิดความล่าช้าและไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์ เมื่อพลวัตของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นโยบายด้านสาธารณสุขเปลี่ยนแปลง ช่วงเวลาเปลี่ยน สภาพปัญหาต่าง ๆ ที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ระบบการทำงานภาครัฐแบบ

³⁶⁵ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

³⁶⁶ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

³⁶⁷ เรื่องเดียวกัน

ราชการรูปแบบเดียวที่รวมศูนย์อำนาจเข้มข้นจะเริ่มประสบผลสำเร็จน้อยลง จึงต้องเรียกร้องการแก้ปัญหาที่มีหลากหลายวิธีการมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นคงไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโรคแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ใช่เพียงเข้ามารับบริการรักษาแล้วจะหายขาด แต่อาจมีความสลับซับซ้อนกว่าที่คิด อาทิ ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาเรื่องอุบัติเหตุ ปัญหาเรื่องผลจากเหล้า บุหรี่ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนว่าเป็นปัญหาทางสังคมซึ่งมีรากเหง้ามาจากปัจจัยทางสังคม ดังนั้น การแก้ไขปัญหาลำนี้จำเป็นต้องอาศัยวิธีการรูปแบบใหม่ ๆ นอกเหนือจากที่ตัวระบบราชการรวมศูนย์อำนาจเริ่มแก้ปัญหที่สลับซับซ้อนเหล่านี้ได้ผลลดน้อยลง สถานการณ์เช่นนี้ได้นำไปสู่แนวคิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงกลไกด้านสุขภาพแบบใหม่ อาทิ การเกิดขึ้นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2535 เพื่อมาสร้างความรู้แบบองค์รวมในระบบสาธารณสุข และขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหลักประกันสุขภาพที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาค่าความเหลื่อมล้ำความไม่เป็นธรรม แก้ไขปัญหาเรื่องประสิทธิภาพในการบริการที่ฝ่ายรัฐถือเงินเองและจัดบริการรักษาเอง ปรับมาสู่เรื่องของการมีกลไกที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (stakeholders) มาร่วมกันถือเงินและบริหารจัดการกองทุนโดยมุ่งให้พลเมืองทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ³⁶⁸

การรวมศูนย์อำนาจการสั่งการแบบราชการดั้งเดิมถือเป็นสิ่งสำคัญที่ขบวนการแพทย์ชนบททำการต่อสู้ปรับเปลี่ยนระบบมาโดยตลอด ดังที่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ หมดความอดทนกับความบกพร่องของระบบราชการเช่นนี้ได้สะท้อนความรู้สึกออกมาว่า “เห็นได้ชัดเจนว่าชมรมแพทย์ชนบทต้องต่อสู้กับปัญหาเดิม ๆ อย่างซ้ำซาก ทำให้เห็นถึงความไร้ประสิทธิภาพของระบบราชการอย่างชัดเจน ปัญหาต่าง ๆ ถูกหมักหมม วัฒนธรรมโครงสร้างที่ยากจะหาออูทหนักชนิดเดียวมายิ่งให้ตาย”³⁶⁹ และเมื่อได้เข้ามาทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ทำให้โลกทัศน์ของแพทย์ชนบทบางคนตระหนักว่าแท้จริงแล้วที่ผ่านมาที่ไม่สามารถสร้างระบบสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้ มิได้เกิดจากสาเหตุที่ว่าประเทศไทยยากจน ไม่มีงบประมาณและกำลังคนเพียงพอ แต่

³⁶⁸ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

³⁶⁹ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 74.

เป็นเพราะว่าความไร้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสุขภาพมากกว่า หลายสิ่งจำเป็นต้องพลิกโฉมปฏิรูปครั้งใหญ่เพราะเป็นการแก้ปัญหาใหญ่ ๆ หลาย ๆ ปัญหาไปพร้อมกัน เช่น แก้ปัญหาเรื่องของการเงิน (financial) โดยเปลี่ยนระบบการจ่ายเงินค่ารักษามาเป็นระบบจ่ายเงินตามรายหัวประชาชน แล้วให้หน่วยงานนั้น ๆ ไปบริหารจัดการ เป็นต้น³⁷⁰ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารการรักษาพยาบาลภาพรวม ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมุ่งแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างของการรวมศูนย์อำนาจแบบราชการดั้งเดิม เพื่อให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. มุ่งสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม

ขบวนการแพทย์ชนบทเติบโตมากับประเด็นด้านความเป็นธรรมในสังคมมาโดยตลอด ตั้งแต่สมาชิกเริ่มก่อตั้งจำนวนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมในขบวนการเรียกร้องประชาธิปไตยในช่วงปี พ.ศ. 2516 จนถึง 2519 ตั้งแต่สมัยที่เป็นนักศึกษาแพทย์ตามโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ อาทิ โรงเรียนแพทย์ศิริราชและโรงเรียนแพทย์รามธิบดีของมหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น ส่งผลให้ความรู้สึกขับเคลื่อนในการสร้างเป็นธรรมในสังคมโดยเฉพาะด้านสุขภาพซึ่งพวกเขาเกี่ยวข้องโดยตรง เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเหล่านี้มุ่งปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนยากจนในชนบท ดังที่ประเวศ วะสี กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า “เรื่องของการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อความยุติธรรมในสังคมและสิ่งที่จะต้องดิ้นรนกับขบวนการแพทย์ชนบทเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ทั้งเรื่องในระบบสาธารณสุขเอง เรื่องในระบบราชการอื่น ๆ และเรื่องในสังคม ในสังคมที่โดยพื้นฐานภาคีรัฐขาดความถูกต้อง กตขี้ขมเหิงราษฎร และตัวเองก็ขาดความสุจริตและโปร่งใส”³⁷¹ แม้กระทั่งแพทย์ชนบทรุ่นหลัง ๆ อย่างเกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ก็มุ่งต่อสู้เรื่องความไม่เป็นธรรมเช่นเดียวกัน “ได้ถูกชักชวนอีกครั้งให้ไปช่วยงานที่ส่วนกลางประมาณปี 2543 ยิ่งทำให้เห็นความไม่เป็นธรรมของสังคมชัดเจนขึ้น ทำให้เห็นว่าส่วนกลางไม่ได้เป็นหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ สร้างความไม่เป็นธรรมให้กับคนชนบทอย่างมากมาย ทั้งนี้เพราะบังเอิญได้รับมอบหมายให้ดูแลงานเรื่องการกระจายแพทย์ ทำให้เห็นว่า

³⁷⁰ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

³⁷¹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 6-7.

ในอดีตได้มีการกระจายแพทย์ กระจายโรงพยาบาลและงบประมาณอย่างไม่เป็นธรรม ทั้งโดยจงใจและไม่จงใจ เพราะผู้บริหารมักคิดว่าทรัพย์สินสมบัติเหล่านี้เป็นของตน ไม่ใช่ของประชาชน หรือสาธารณะโดยรวม”³⁷²

ความรู้สึกรุนแรงต่อความไม่เสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ คนยากจนต้องจ่ายเงินมาก การบริการสุขภาพไม่ดี มีแพทย์ในชนบทจำนวนน้อย ขณะที่คนร่ำรวยได้สมปรารถนาทุกประการ ในการรับบริการสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความไม่เป็นธรรม ความไม่เสมอภาคในสังคมอย่างยิ่งยวด เป็นเหตุให้แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทต้องผลักดันเรื่องปฏิรูป ซึ่งการปฏิรูปนั้นไม่ได้หมายความว่าให้ทุกคนเท่ากัน แต่หมายถึงปฏิรูปให้ทุกคนเท่ากันถึงระดับหนึ่งตามสิทธิขั้นพื้นฐาน ในฐานะความเป็นพลเมืองที่ควรได้รับ อาทิ ต้องได้รับยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ ความไม่ชอบมาพากล ความไร้ประสิทธิภาพ ความไม่โปร่งใสในระบบบริการ เช่น มีการใช้ยาราคาแพง มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพง มีการให้สินบนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ใช้ยาและเทคโนโลยีราคาแพง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความฟุ้งเฟ้อ และเกิดความไร้ประสิทธิภาพ นำความเสียหายสู่ประโยชน์ประชาชน ซึ่งถือว่าร้างความไม่เป็นธรรมต่อเงินภาษีของประชาชน การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำโดยมิอาจหลีกเลี่ยงได้ โดยกระบวนการของการปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงจะต้องดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือมุ่งสร้างความเป็นธรรมในสังคม³⁷³

กล่าวโดยสรุป จะสัมผัสได้ว่าความรู้สึกรู้สึกหรือความฝันในแง่ของการสร้างสังคมที่เป็นธรรม เป็นตัวสำคัญในการขับเคลื่อนการมุ่งปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท เนื่องด้วยต้องการเห็นสังคมที่ไม่มีช่องว่างมากจนเกินไป เป็นสังคมที่เปิดกว้าง มีเสรีภาพทางความคิด การแสดงออก เพื่อให้ทุกคนจะสามารถเข้าถึงความเป็นธรรมทางสังคมได้มากกว่าเดิม³⁷⁴

³⁷² เกียรติศักดิ์ วัชรกุลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?,” หน้า 74.

³⁷³ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

³⁷⁴ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

ปัจจัยที่ขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวประสบผลสำเร็จในการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทมีอุดมการณ์อย่างแรงกล้าในความพยายามที่จะปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพให้เกิดมรรคผลในวงกว้าง การผลักดันในหลาย ๆ ด้านที่ผ่านมาจึงทำให้ภารกิจด้านการปฏิรูประบบสุขภาพดำเนินไปอย่างสัมฤทธิ์ผล อาทิ การผลักดันพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องการจัดตั้งโครงสร้างองค์การการทำงานขึ้นมารองรับ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้นับเป็นความสำเร็จในการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทในการปฏิรูป อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1. บุคลากรมีคุณภาพสูง

ขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่ยุคเริ่มก่อตั้งเป็นชมรมแพทย์ชนบท บุคคลที่เข้ามาร่วมในอุดมการณ์ล้วนเป็นแพทย์ซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพสูงในช่วงชั้นทางประชากรในสังคมไทย เป็นผู้ที่มีพื้นฐานสติปัญญาดี...และมีสติปัญญาที่จะรู้เท่าเล่ห์กลของผู้แสวงหาประโยชน์ได้”³⁷⁵ จึงกล่าวได้ว่า “แพทย์ชนบททุกคน ฉลาด มีปัญญา มีความดี”³⁷⁶ สอดคล้องกับวชิระ บดพิบูลย์ วิเคราะห์ไว้ว่า “การได้มีคนดี ๆ มีความสามารถ มีสติปัญญาหลาย ๆ คน หลาย ๆ วัย มาร่วมกันทำงาน ทำให้เห็นพลังที่แข็งแกร่งมากยิ่งขึ้น และเกิดความสุขทางจิตวิญญาณกับทุกคนในขบวนการด้วย”³⁷⁷ แกนนำแพทย์ชนบทที่เข้ามาขับเคลื่อนองค์กรหลายท่านเป็นคนที่เปี่ยมหัวกะทิของบรรดาแพทย์ด้วยกัน อาทิ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ด้วยคะแนนเกียรตินิยมอันดับหนึ่งในสถาบันการเรือนการสอบทางการแพทย์ที่ตนสังกัดอยู่ เป็นต้น แกนนำหลายท่านไปเรียนต่อในสถาบันการศึกษาชั้นนำในต่างประเทศ อาทิ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์วิชัย ไชควิวัฒน์

³⁷⁵ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 77-78.

³⁷⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, “จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 26.

³⁷⁷ วชิระ บดพิบูลย์, “ยุทธศาสตร์ขบวนการแพทย์ชนบทในอนาคต,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 53.

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ฯลฯ กล่าวได้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมิได้มีเพียงแพทย์ซึ่งมีฐานทางปัญญาสูงกว่าคนทั่วไปมาสังกัดเป็นสมาชิกเท่านั้น แต่กลับได้แพทย์หัวกะทิที่เป็นคนมีสติปัญญาสูงเมื่อเทียบกับแพทย์โดยทั่วไปเข้ามาเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนขบวนการ ส่งผลให้การผลักดันภารกิจด้านการปฏิรูประบบสุขภาพจึงดำเนินไปอย่างมียุทธศาสตร์และเป็นกระบวนการ

2. ความถูกจังหวะเวลาและสถานการณ์

ปัจจัยด้านเวลาและสถานการณ์ถือเป็นสิ่งสำคัญหากจะผลักดันภารกิจที่ตนต้องการให้บรรลุผลสำเร็จ ขบวนการแพทย์ชนบทเองก็ตระหนักในสิ่งนี้ การจะกระทำสิ่งใด ๆ จะมีการวิเคราะห์สถานการณ์และจังหวะเวลาเสมอว่าเหมาะสมที่จะดำเนินการหรือยัง ช่วงเวลาใดที่ได้เปรียบในการผลักดันก็เดินหน้าอย่างเต็มที่ ช่วงเวลาใดที่มีอุปสรรคขัดขวางหนักอาจรอดูสถานการณ์ไปก่อน ดังที่มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท กล่าวไว้ว่า “การทำชมรมแพทย์ชนบทของเราเป็นการจับงานที่ถูกจังหวะ ถูกที่ และถูกเวลา กล่าวคือ ในยุคสมัยเริ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท สังคมไทยอยู่ในบริบทของการเรียกร้องสิทธิพลเมืองสูงมาก การรวมกลุ่มก่อนในสังคมไทยเริ่มสูงขึ้น กระแสการเมืองภาคประชาชนกำลังมา นับเป็นยุคสมัยหนึ่งที่มีการมีส่วนร่วมในการเข้ามาจัดการปัญหาสังคมมีสูง ด้วยเหตุนี้ หากพวกเราจะกระทำสิ่งใด ผลักดันให้ปฏิรูปโรงพยาบาลอำเภอและเรื่องอื่น ๆ โอกาสที่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขจะยินยอมให้ผ่านเรื่องเป็นไปได้อาจสูงมาก”³⁷⁸ หรือกรณีที่ในยุคเริ่มแรกผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขมีความเข้าใจและสนับสนุนการทำงานของชมรมแพทย์ชนบท การขับเคลื่อนงานก็เป็นไปโดยง่ายและลัดขั้นตอน อาทิ “ในขณะนั้น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เมื่อมีปัญหาใดเกี่ยวกับการทำงานก็ต่อสายตรงถึงท่าน ท่านก็เมตตาช่วยสั่งการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้ หรือหากมีปัญหาขาดแคลนยาในชนบทก็ติดต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ท่านก็ส่งมาให้ แต่ว่าคนเสียหน้า

³⁷⁸ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

คือสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งหากเป็นยุคสมัยนี้หรือยุคก่อนหน้าที่เป็นค่านิยมแบบเจ้าขุนมูลนาย รับรองตายสถานเดียว”³⁷⁹

การรัฐประหารจะโค่นของเวลาทางการเมืองที่ผ่านมาได้มีส่วนช่วยให้ขบวนการแพทย์ชนบท ผลักดันกฎหมายสำคัญ ๆ เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพออกมาได้ อาทิ การผลักดัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เกิดขึ้นอย่างจริงจังในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ อานันท์ ปันยารชุน นายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นรัฐบาล ชั่วคราว (interim government) หรือในยุคหลังเหตุการณ์รัฐประหาร พ.ศ. 2549 มีรัฐบาลชั่วคราว นำโดย ฯพณฯ พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี มีแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่ง เข้าไปมีอำนาจทางการเมือง อาทิ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข โดยมีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เข้าไปเป็นเลขาธิการรัฐมนตรี และได้รับโปรดเกล้าฯ เข้าไปเป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติอีกหนึ่งตำแหน่ง จึงอาศัยตำแหน่งที่ได้รับนี้ผลักดัน นโยบายด้านสุขภาพและกฎหมายต่าง ๆ ให้เกิดขึ้น เช่น การผลักดันเรื่องการประกาศใช้สิทธิเหนือ สิทธิบัตร (compulsory licensing) หรือซีแอลยา “เอฟฟาไวเรนซ์และยาเคเลตรา” ยาต้านไวรัส เอชไอวี และยา “พลาวิกส์” รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการทำซีแอลนี้ประเทศไทยสามารถ นำเข้ายาชื่อสามัญหรือผลิตยาจำเป็นที่ยังติดสิทธิบัตรได้ ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับจากกรณีซีแอลยาจะ ตกอยู่กับผู้ป่วยชาวไทยโดยตรงที่ได้ใช้ยาราคาไม่แพงและมีคุณภาพทัดเทียมกับต่างประเทศ ฯลฯ จึงเห็นได้ชัดเจนว่าการจะผลักดันเรื่องสำคัญ ๆ ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับจังหวะเวลาของการ เปลี่ยนแปลงของบ้านเมืองในแต่ละช่วง³⁸⁰

3. การคัดเลือกทีมงานแกนนำต้องเป็นคนที่ทำงานจริงจัง และไม่ต้องมีจำนวนมาก

ในการทำงานขับเคลื่อนในทางปฏิบัติแม้ว่าสมาชิกที่สังกัดชมรมแพทย์ชนบทจะมีจำนวน มากก็ตาม แต่แพทย์ที่ถูกคัดสรรเข้ามาเป็นแกนนำในการทำงานนั้นจำเป็นที่จะต้องผ่านการกรอง

³⁷⁹ เรื่องเดียวกัน

³⁸⁰ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

อย่างดี เนื่องจากการทำงานชมรมแพทย์ชนบทและเติบโตไปอยู่ในเครือข่ายองค์กรแพทย์ชนบทต่าง ๆ นั้น จำเป็นต้องอาศัยคนที่มีอุดมการณ์มั่นคงและทุ่มเทเสียสละให้กับงานส่วนรวมเป็นอย่างมาก การผลักดันงานจะเกิดมรรคผลได้ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีระบบคัดกรองคนโดยดูจากแนวโน้มความสนใจ ความผูกพันตัวกับกลุ่ม การยึดมั่นในอุดมการณ์ และพฤติกรรมในการเข้ามามีส่วนร่วมทำงานด้วยกันในวงชั้นในของแกนนำ เพื่อพัฒนาการความมีเสถียรภาพในการร่วมงานกับกลุ่ม แล้วจึงผลักดันให้ขึ้นสู่ตำแหน่งที่มีผลต่อองค์กรต่าง ๆ ในเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทอย่างมานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ชี้ให้เห็นในเรื่องนี้ว่า “คนที่มาทำงานในชมรมแพทย์ชนบทต้องเอาจริง ไม่ต้องใช้คนมาก บางทีคนมากก็เรื่องมาก ขับเคลื่อนไม่ออก อยู่ที่เรามั่นใจก่อนว่าการเคลื่อนไหวถูกทิศทางแล้วก็ทำเลย สมาชิกที่เหลือจะตามเรามาเอง ก็เห็นตามมากันทุกที ดังนั้นการเคลื่อนไหวเชิงกิจกรรมไม่ต้องการที่มใหญ่ ส่งผลให้ขับเคลื่อนช้า...ทีมแกนนำไม่ต้องมีจำนวนมาก แต่ตอนลงมือทำจริงอาจจะใช้คนเข้าร่วมมากก็ได้”³⁸¹

อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มแกนนำจำกัดให้มีเพียงไม่กี่คน แต่ต้องนำสมาชิกทั้งองค์กร เป็นสิ่งสำคัญว่าตัวแกนนำจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง มีความชัดเจนในการนำทิศทาง และมีความคมลึกในการกำหนดยุทธศาสตร์ ดังนั้นกลุ่มแกนนำจึงต้องทำงานหนักตอนเริ่มต้นให้เกิดความชัดเจนในกระบวนการคิดและกระบวนการวางแผน เพื่อให้การนำทิศทางเป็นไปโดยได้รับความน่าเชื่อถือจากผู้ตาม การนำทิศทางองค์กรจะเป็นไปได้ง่ายขึ้น³⁸²

4. มิมาตรการในการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

หากการขับเคลื่อนถูกจังหวะเวลาก็ตาม แต่ไม่มีมาตรการที่เหมาะสมในการเคลื่อนไหว ไม่ผลักดันงานอย่างจริงจังจะเป็นรูปธรรมก็ยากที่จะไปถึงความสำเร็จ³⁸³ ด้วยเหตุนี้ ในการขับเคลื่อนภารกิจของขบวนการแพทย์ชนบทจึงต้องคำนึงถึงการคิดค้นหามาตรการในการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องเหมาะสมและต้องสอดคล้องกับความเข้าใจพื้นฐานของสังคมไทยด้วยเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น กรณีการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิผู้ป่วย ต้องยอมรับว่าส่งผลทำให้กลุ่มแพทย์ฝั่งตรงข้าม

³⁸¹ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³⁸² สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

³⁸³ เรื่องเดียวกัน

โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนประสบความสำเร็จมากในการดำเนินการรักษา แม้ว่าการผลักดันเรื่องสิทธิผู้ป่วยจะถือเป็นหลักการที่ถูกต้องเหมาะสม แต่การเปลี่ยนแปลงจะกระทำอย่างทันทีทันใดไม่ได้ จะต้องมีการปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไปในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional period) ต้องเข้าใจโลกความเป็นจริงว่าแม้แต่ระบบเศรษฐกิจและสังคมยังต้องเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้น กติกากฎหมายต่าง ๆ ก็ปรับเปลี่ยนทีละน้อย ไม่ควรคิดและดำเนินการแบบเชิงกลไก (mechanical process) คือต้องเปลี่ยนแปลงในทันทีทันใด ไม่สามารถกระทำเช่นนั้นไม่ได้ เช่น สมมติว่าถ้านำมามาตรฐานคุณภาพจากสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอยู่สี่ข้อ นำมาปรับใช้กับระบบสาธารณสุขของไทยก็ต้องมีช่วงเวลาปรับตัวว่าในห้าปีแรกจะปฏิบัติกี่ข้อ แล้วข้อมาตรฐานที่เหลือสามารถนำมาใช้ได้กับบริบทสังคมไทยหรือไม่ ควรใช้ในอีกกี่ปี ฯลฯ และจะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับสาธารณชนเป็นขั้น ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติมาตรฐานขั้นต่อ ๆ ไป เป็นต้น³⁸⁴ ความสำเร็จในการผลักดันงานก็จะบรรลุผลจากการวางมาตรการในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม

5. การสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในประเด็นการเคลื่อนไหว

ต้องยอมรับว่าความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพจะเป็นไปไม่ได้เลยหากขาดความร่วมมืออย่างจริงจังและแรงสนับสนุนของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่ยอมรับในอุดมการณ์และการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขที่พร้อมให้ความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายเหล่านี้เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทมีประเด็นชัดเพื่อสร้างประโยชน์ระดับพื้นฐานด้านสุขภาพให้กับประชาชน ไม่เอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มแพทย์ของตน เช่น มุ่งปลดปล่อยความทุกข์ยากของคนในชนบท การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน การเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษา ฯลฯ และเห็นว่าการผลักดันงานร่วมกับขบวนการแพทย์ชนบทมีโอกาสสำเร็จสูง เนื่องจากมีแกนนำแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งเข้าไปเป็นระดับบริหารในกระทรวงสาธารณสุขและผูกพันผ่านสายใยพี่น้องเครือข่ายแพทย์ชนบททำให้ร่วมมือกันแบบใกล้ชิด คนในระดับภาคประชาชนจะเข้าร่วมดำเนินงานด้วยอย่างเต็มใจ เพราะมีความมั่นใจในประโยชน์ส่วนรวมที่จะเกิดขึ้นจากการร่วมมือ

³⁸⁴ เรื่องเดียวกัน

กันและความสำเร็จในการขับเคลื่อนภารกิจ และเข้าใจได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทไม่ได้เคลื่อนไหวเพื่อกลุ่มพวกพ้องของตน³⁸⁵ นอกจากนี้ ความร่วมมือใกล้ชิดกับสื่อมวลชนก็เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการขยายประเด็นวงกว้างสู่สาธารณะเพื่อสร้างแรงกดดันให้กับภาคการเมืองต้องตัดสินใจยอมรับข้อเรียกร้องของขบวนการแพทย์ชนบท หากประเด็นการเคลื่อนไหวชัดเจนมีหลักฐานเป็นรูปธรรม สื่อมวลชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออย่างใกล้ชิด³⁸⁶

การสนับสนุนจากทุกฝ่ายจึงเป็นเรื่องจำเป็นในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพให้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นขั้นเป็นตอน กลยุทธ์แสวงหาความร่วมมือจากทุกฝ่ายถูกนำมาใช้ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ดังที่มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ สะท้อนให้เห็นว่า “ตอนนั้นได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ทั้งระดับบนและระดับล่าง ฝ่ายมวลชนก็ต้องการสนับสนุนชมรมฯ ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขเป็นสปอนเซอร์สนับสนุน การจัดประชุมใหญ่แพทย์ชนบทในแต่ละครั้งจะมีคนจัดหาที่ประชุมและอาหารให้เสมอ ไม่ต้องใช้เงินมากในการจัดประชุมใหญ่ คณะแพทย์ในมหาวิทยาลัยให้การสนับสนุน บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข เช่น ผู้อำนวยการกองปลัดกระทรวงให้การส่งเสริม”³⁸⁷ กล่าวได้ว่า การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายภายนอกส่งผลสำเร็จประการสำคัญต่อการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท

6. สอดคล้องกับบริบทสภาพการณ์ของประเทศที่ต้องการปฏิรูปทุกระบบเพื่อนำพาประเทศก้าวไปข้างหน้า

การผลักดันนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จนั้น สิ่งหนึ่งจะต้องคำนึงถึงด้วยว่าบริบทสภาพแวดล้อมระดับประเทศเอื้อให้ขับเคลื่อนหรือไม่ หากการผลักดันวาระเชิงนโยบายสอดคล้องกับบริบทสภาพการณ์ของประเทศที่ต้องการปฏิรูประบบต่าง ๆ เพื่อนำพาประเทศก้าวไปข้างหน้า โอกาสความสำเร็จของการปฏิรูปจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งต้องยอมรับว่าการวิเคราะห์ของขบวนการแพทย์ชนบทในเรื่องดังกล่าวเป็นไปอย่างคมชัด กล่าวคือ ภายหลังจากประเทศไทยเริ่มคลี่คลายตัวทางระบอบการเมืองนับตั้งแต่ ๒๕๓๒ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ลง

³⁸⁵ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

³⁸⁶ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

³⁸⁷ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

จากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และเปิดโอกาสให้ ฯพณฯ พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ก้าวขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีที่มาจาก การเลือกตั้งเป็นครั้งแรกในรอบกว่าทศวรรษ ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มก้าวออกมาเคลื่อนไหวเรียกร้องให้ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ และหันมาให้ความสนใจกับการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพโดยเริ่มต้นผลักดันให้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ.2535 และภายหลังจากปีดังกล่าว บริบทประเทศได้เข้าสู่ยุคปฏิรูปเต็มตัว มีการเรียกร้องให้ปฏิรูปการเมืองและครอบคลุมมาถึงทุกระบบด้วย จึงเป็นโอกาสอันงามที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้ผลักดันนโยบายระบบสุขภาพอย่างเต็มที่ กฎหมายด้านสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพเกิดขึ้นมากในช่วงของบรรยากาศการเมืองที่เป็นเสรี จนก้าวมาสู่จุดสูงสุดคือการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้อำนาจพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลพวงมาจากบริบทประเทศเปิดรับการปฏิรูปอย่างเต็มรูปแบบดังที่อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวไว้อย่างน่าฟังว่า “ เป็นผลพวงมาจากการที่ประเทศเรามองเห็นว่า จะต้องมีการปรับตัวเรื่องระบบทุกระบบ การปฏิรูประบบสุขภาพจึงขับเคลื่อนกันอย่างเต็มกำลังด้วยความมุ่งหวังว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานให้คนยากจนทุกคนได้”³⁸⁸

ยุทธศาสตร์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวประสบผลสำเร็จในการเข้ามีส่วนร่วมในนโยบายระดับชาติ/นโยบายระบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทขับเคลื่อนวาระสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพตามที่ตนต้องการได้สำเร็จในสังคมไทย สิ่งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ แต่เกิดมาจากการกำหนดยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของตัวขบวนการฯ ตลอดมา จนสามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการปรับเปลี่ยนนโยบายระบบสุขภาพของประเทศให้เป็นไปตามความปรารถนาที่ตั้งไว้แต่แรกเริ่ม ในการวิเคราะห์การขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทว่าทำอย่างไรจึงประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหว ผู้ศึกษาจะขอแบ่งหมวดการวิเคราะห์ใน 4 ระดับ เพื่อให้เห็นรายละเอียดเชิงยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวในรูปแบบขบวนการประชาสังคม ดังนี้

³⁸⁸ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

หนึ่ง...ระดับการสร้างแนวความคิด (conceptual level)

สอง...ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (structural level)

สาม...ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (strategy and activity level)

สี่...ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้าง (impact level)

หมวดที่หนึ่ง...ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual level)

ยุทธศาสตร์ในระดับการวางรากฐานทางแนวความคิดในการขับเคลื่อนขบวนการฯ เพื่อนำสู่การปฏิรูปนั้นถือว่าสำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะเป็นการวางระบบความคิดและการถ่ายทอดอุดมการณ์ที่จะสามารถดำรงความเป็นหนึ่งเดียวและความแน่วแน่ในการเคลื่อนไหวทางสังคมให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ขบวนการฯ ตั้งเอาไว้ ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทได้วางยุทธศาสตร์ระดับแนวความคิดไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. การให้นิยามใหม่ (redefinition) ของการปฏิรูประบบสุขภาพให้กว้างไปถึงระดับปฏิรูปสังคม ทำให้ต้องเข้ามาเกี่ยวพันในการปฏิรูปสังคมทุกระบบ

ขบวนการแพทย์ชนบทได้ขยายนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ให้กว้างกว่าเดิม เดิมทีนั้นเมื่อมองถึงคำว่า “สุขภาพ” จะตีวงให้แคบเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วย การบริการทางการแพทย์ และการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งเป็นมุมมองกระแสหลักทางการแพทย์ ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขโดยตรงเท่านั้น แต่แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทได้ให้นิยามใหม่โดย “ขบวนการแพทย์ชนบทมองประเด็นสุขภาพกว้างขวางขึ้นมากกว่าระบบบริการสุขภาพมาก ขยายไปถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีการพัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ เช่น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นต้น”³⁸⁹ ดังที่ประเวศ วะสี อธิบายไว้ว่า “เรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องมดหมอ หยูกยา และโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องมองไปที่เรื่องอื่น ๆ อีกด้วย เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม เรื่องส่งเสริมสุขภาพ เรื่องประชาสังคม โดยทั่ว ๆ ไปสังคมไทยทั้งประชาชนและสถาบันการศึกษาแพทย์ยังมองเรื่อง

³⁸⁹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 178.

สุขภาพในแง่มุมมองของ “สุขภาพเสีย” คือตั้งรับการรักษาผู้ป่วยเมื่อสุขภาพเสียแล้วมากกว่าสนใจเรื่อง “สุขภาพดี” ทำให้ประเทศไทยสูญเสียเหลือคณานับ ทั้งทางเศรษฐกิจ ชีวิต จิตใจ และสังคม เป็นที่น่าดีใจว่าในหมู่แพทย์ชนบทได้ให้ความสนใจเรื่อง “สุขภาพดี” เป็นอย่างมาก ทำให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพกว้างขวางออกไป³⁹⁰ สอดคล้องกับอำพล จินดาวัฒนะ ที่มองว่าความหมายสุขภาพมิได้ตีวงจำกัดอีกต่อไป แต่ขยายไปครอบคลุมมิติต่าง ๆ ทางสังคม “เมื่อก่อนถ้าพูดถึงการสร้างเสริมสุขภาพจะอยู่แคในเรื่องของแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข แต่หากมองมิติใหม่ สุขภาพหมายถึง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่การแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น มีการสนับสนุนทุกภาคส่วนมาช่วยกันป้องกันโรค ป้องกันภัยต่าง ๆ บนฐานความคิดใหม่ที่ว่าสุขภาพเป็นของทุกคน ไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่ของแพทย์ พยาบาล แล้วก็สนับสนุนให้เกิดการปฏิรูปทั้งระบบบริการและระบบการส่งเสริมป้องกัน ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน”³⁹¹

นอกจากนี้ ยังมีการนำประเด็นสุขภาพเชื่อมโยงกับแนวความคิดอื่นทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ความหมายของสุขภาพสามารถถูกนำไปใช้ได้กับทุกเรื่อง อาทิ “เรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะความเป็นประชาสังคม (civil society) เป็นปัจจัยทำให้เศรษฐกิจดี การเมืองดี และศีลธรรมดี หรือโดยสรุป ทำให้ “บ้านเมืองอยู่เย็นเป็นสุข” ตามคำของ ดร.วาทัญญู ณ ถลาง บ้านเมืองที่อยู่เย็นเป็นสุขคือบ้านเมืองที่มีสุขภาพดี”³⁹² การขยายนิยามดังกล่าวของคำว่า “สุขภาพ” ได้สร้างพื้นที่ความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวให้กับขบวนการแพทย์ชนบทที่สามารถรุกล้ำการขับเคลื่อนประเด็นในทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นมิติทางการเมือง มิติทางเศรษฐกิจ มิติทางวัฒนธรรมและสังคม สามารถสร้างภาคีความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงในนโยบายระดับชาติและสามารถปฏิรูประบบสุขภาพเป็นผลสำเร็จในที่สุด

³⁹⁰ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 61.

³⁹¹ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

³⁹² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 63.

2. การยกย่องผู้นำความคิดที่เป็นเสมือนมันสมองนำทิศทาง ได้แก่ นายแพทย์ประเวศ วะสี และนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เพื่อเป็นจุดศูนย์รวมทางความคิดและศูนย์รวมใจของขบวนการแพทย์ชนบท

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับการมีผู้นำทางอุดมการณ์ชีวิตที่เป็นแบบอย่าง และทรงคุณธรรม เป็นการสร้างสัญลักษณ์เชิงบุคลาธิษฐานทำให้เกิดการยอมรับในมวลหมู่สมาชิก ขบวนการแพทย์ชนบท ยังประโยชน์ให้เกิดการเป็นศูนย์ความคิดและศูนย์รวมใจของขบวนการฯ ให้เป็นหนึ่งเดียว อันจะทำให้เกิดความกลมเกลียวและมีพลังในการขับเคลื่อนงานร่วมกันเพื่อผลักดันวาระที่ต้องการอย่างไม่แตกแยก โดยทั้งนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งกลุ่มแพทย์ชนบท เรียกว่า “พ่อเสม”³⁹³ และนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เข้ามาเกี่ยวพันกับขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่วัยแรกเริ่ม นายแพทย์เสมเกี่ยวพันโดยให้การสนับสนุนชมรมแพทย์ชนบทอย่างแข็งขันในระหว่างดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่นายแพทย์ประเวศไปร่วมประชุมประจำปีของชมรมแพทย์ชนบทตั้งแต่วัยระยะต้น ๆ³⁹⁴ นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา สายใยความผูกพันระหว่างนายแพทย์อาวุโสทั้งสองกับแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทได้เชื่อมโยงกันอย่างเหนียวแน่น และร่วมคิดร่วมทำในการปฏิรูประบบสุขภาพตลอดมา ดังที่อำพล จินดาวัฒน์ ชี้ให้เห็นว่า “แกนแกนระดับเหนือกว่าคือ อาจารย์เสม และอาจารย์ประเวศ โดยเฉพาะอาจารย์ประเวศเป็นคนที่ทุกคนเคารพนับถือ และเชื่อมั่นในเรื่องของการคิดเพื่อประโยชน์สาธารณะ และเป็นคนที่มีความสูง มีสติปัญญา มีการชี้นำทิศทางต่าง ๆ ทำให้เราได้เรียนรู้และทำให้เชื่อมโยง ไม่ว่าจะเป็นการเกิดของกลุ่มสามพรานเมื่อปี พ.ศ. 2529 จนถึงวันนี้”³⁹⁵

ในบางช่วงเวลาที่ปัญหาความขัดแย้งกันภายในขบวนการแพทย์ชนบท จำเป็นต้องอาศัยผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยและเชื่อมโยง จึงทำให้ขบวนการฯ อยู่รอดต่อมาได้โดยไม่แตกแยกล่มสลายลง บทบาทของนายแพทย์ประเวศ วะสี จึงเปรียบเสมือนเสาหลักที่ผูก

³⁹³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 37.

³⁹⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 52.

³⁹⁵ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

โยงใจของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไว้ด้วยกัน³⁹⁶ “โดยมีความผูกพันเชื่อมโยงทั้งด้านจิตวิญญาณ สติปัญญา วิชาการ ซึ่งเป็นการหล่อหลอม เสริมสร้างกำลังใจ ยึดมั่นในความดีงาม การใช้วิชาการ และการเรียนรู้อย่างไม่หยุดนิ่ง ภูมิธรรมที่เห็นจึงมีทั้งการทำงานวิชาการร่วมกัน การมีการเคลื่อนไหวต่อสู้ความถูกต้องร่วมกันหลายครั้งหลายครา”³⁹⁷ พลังความสามัคคีที่เกิดขึ้นส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพจึงเป็นไปอย่างทรงพลัง

อนึ่ง นอกจากบุคคลอาวุโสทั้งสองท่านข้างต้น ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีแพทย์อาวุโสอีกจำนวนหนึ่งที่ทำให้ความเคารพไว้ด้วย ได้แก่ “อาจารย์ นพ.อารี วัลยะเสวี อาจารย์ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ อาจารย์ นพ.อุทัย สุกสุข อาจารย์ นพ.บรรลุ ศิริพานิช อาจารย์ นพ.มรกต กรเกษม นพ.ปรีชา ดีสวัสดิ์ เป็นต้น”³⁹⁸

3. การมีโครงสร้างการถ่ายทอดทางอุดมการณ์อย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า “กลุ่มสามพราน” เพื่อรักษาแนวความคิดในการเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการฯ

การถ่ายทอดทางอุดมการณ์จากรุ่นสู่รุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญในการธำรงไว้ซึ่งอุดมการณ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อสาธารณะ ขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างกลไกการถ่ายทอดทางอุดมการณ์ขึ้นมากลไกหนึ่งซึ่งเรียกขานกันว่า “กลุ่มสามพราน” เวที “กลุ่มสามพราน” เป็นกลไกของความต่อเนื่องทางปัญญา “แพทย์ชนบทที่เป็นสมาชิกของกลุ่มสามพราน ไม่ว่าจะโยกย้ายงานไปอย่างไร ก็ใช้กลุ่มสามพรานเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสำคัญ ๆ เมื่อเริ่มแรกนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี จนบัดนี้เป็นผู้ตรวจราชการกระทรวง แต่ก็ยังมาประชุมกลุ่มสามพรานอยู่อย่างเดิม คนอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนา, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล, นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่น ๆ รวมทั้งแพทย์ชนบทรุ่นหลัง ๆ บางคน”³⁹⁹

³⁹⁶ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

³⁹⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 37-38.

³⁹⁸ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 5.

³⁹⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 92.

“เหตุที่เลือกสวนสามพราน เพราะเป็นที่ที่ไม่ไกลกรุงเทพฯ มากนัก ทุกคนสามารถมาได้สะดวก ทั้งชาวกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เป็นที่สงบ ไม่พลุกพล่าน มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุมอย่างครบครัน หลังทานอาหารเที่ยงแล้ว ก็มีที่ให้เดินเล่นพักผ่อน พูดคุยกัน สร้างความสัมพันธ์ และปรึกษาประเด็นอื่น ๆ นอกห้องประชุม ครั้งแรกมีการเสนอให้จัดในกรุงเทพฯ หรือในกระทรวงสาธารณสุข แต่เกรงว่าจะทำให้แพทย์ชนบทที่ทำงานในส่วนกลาง ไม่สามารถเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องได้ เพราะอาจต้องเข้าประชุมเรื่องอื่น ๆ หรือถูกผู้บังคับบัญชาเรียกตัว”⁴⁰⁰ จึงเลือกสถานที่นอกชานเมืองกรุงเทพฯ ไว้เป็นที่รวมตัวพบปะหารือเรื่องต่าง ๆ อีกทั้งในขณะนั้น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอสามพราน และเป็นผู้มีบทบาทหลักในชมรมแพทย์ชนบทได้เสนอให้ใช้สามพรานเป็นที่ตั้ง จึงเป็นอีกเหตุผลที่ไปประชุมกันที่สามพราน เพราะสะดวกสบายดี⁴⁰¹ เวทีกลุ่มสามพรานจึงเกิดขึ้นนับแต่นั้นเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

การประชุมกลุ่มสามพรานเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ยเดือนละหนึ่งครั้ง “สิ่งที่น่าสนใจด้วยกันนั้น ได้ออกไปเป็นนโยบายและทิศทางการทำงานหลายเรื่องหลายราวด้วยกัน เช่น เรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอมนามัย, เรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข, เรื่องสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, เรื่องการพัฒนากำลังคน, เรื่องการพัฒนาระบบยา, เรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ, เรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และเรื่องปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นต้น”⁴⁰² โดยยึดหลักอภิปรายนิยัตินของพระพุทธเจ้าที่สั่งสอนมานานแล้ว ได้แก่ การหมั่นประชุมกันเป็นเนืองนิตย์ พร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเลิกประชุม พร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงทำ ถ้ามาประชุมปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนความคิดกันจะเกิดการเรียนรู้จากกัน แล้วก็เกิดปัญญาาร่วม (collective wisdom) ขึ้น สำหรับนำไปทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไป⁴⁰³ เป็นเสมือนกติการ่วมกันว่า ถ้าขบวนการแพทย์ชนบทจะขับเคลื่อนเรื่องใด แสดงว่าต้องมีการมาร่วมประชุมผ่านกลุ่มสามพราน⁴⁰⁴ ซึ่งบทสรุปการประชุมที่สำคัญที่สุดของกลุ่มสามพรานหรือ “จุดสุดยอดคือการนำไปสู่การ

⁴⁰⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 57.

⁴⁰¹ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁴⁰² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 92.

⁴⁰³ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

⁴⁰⁴ สัมภาษณ์ ชาตรี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

ปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเรื่องยากสุด ๆ อาจจะเรียกว่าไกลเกินฝันที่สังคมใดสังคมหนึ่งจะพึงคิดไปถึงว่าจะทำได้ แต่ก็เป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูงสุดต่อชีวิตของคนทั้งแผ่นดิน บัดนี้มีคนกลุ่มหนึ่งพยายามจะปฏิรูประบบสุขภาพ และมั่นใจว่าจะทำได้ คนกลุ่มนี้มีแพทย์ชนบทและกัลยาณมิตรของพวกเขา และมี “กลุ่มสามพราน” เป็นที่เพาะชำจินตนาการ ความใฝ่ฝัน และปัญญา”⁴⁰⁵

อย่างไรก็ตาม แต่กว่าจะเริ่มมีกลุ่มสามพรานขึ้นก็มีสาเหตุหลักมาจากความขัดแย้งภายในกลุ่มแกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทก่อนหน้านี้ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง จนลุ่่มเสี่ยงจะทำให้เกิดความแตกแยกรุนแรงถึงกับนำมาซึ่งความล่มสลายของขบวนการ ดังที่สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ชี้ให้เห็นว่า “พวกเราทะเลาะกันบ่อย เห็นไม่ตรงกันบ่อย แล้วบางครั้งเราก็ไม่พูดกันด้วย แน่ใจว่าพวกเราพื้นฐานของความเป็นเพื่อนสนิท เราก็ต่างมีความผูกพันพื้นฐานจำนวนหนึ่งแต่อาจไม่มากพอ โดยเฉพาะเรื่องที่เราแต่ละคนมีความเห็นต่อบทบาทของคุณหมออมร นนทสุต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้านายในขณะนั้นไม่เหมือนกัน พุดง่าย ๆ คือ พี่วิชัยไม่ชอบคุณหมออมร ส่วนผม คุณหมอสงวน คุณหมอสำเร็จ คุณหมอสมชัยซึ่งทำงานโคราชอยู่ส่วนใหญ่ก็จะชอบอาจารย์อมร ต่อมาพวกเราก็เถียงกันบ่อยมาก จนคุณหมอสงวนเป็นห่วงว่าพวกนี้อยู่บ้านนอกก็ทำงานด้วยกันเป็นเรื่องเป็นราว แต่พอมายู่กรุงเทพฯ กลับทะเลาะกัน เพียงเพราะชอบเจ้านายไม่เหมือนกัน”⁴⁰⁶ “ในราวกลางปี พ.ศ. 2529 นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้ปรึกษากับ ศ.นพ. ประเวศ วะสี ว่าอยากจะจัดให้มีการพูดคุยกันระหว่างแพทย์ชนบทในส่วนกลางด้วยกัน และแพทย์ชนบทในส่วนภูมิภาค เพื่อเคลียร์ความในใจ และปัญหาข้อขัดแย้งที่เห็นไม่ตรงกัน และขอให้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นที่ปรึกษา”⁴⁰⁷ แต่นายแพทย์ประเวศเห็นว่า “อย่าไปปรับเลยความเข้าใจ เพราะคนเราไม่จำเป็นต้องเข้าใจตรงกัน แต่มาทำงาน เองงานเป็นตัวตั้ง ถ้าไปปรับความเข้าใจ จะยิ่งทะเลาะกันมากขึ้น เหมือนพยายามปรองดองยิ่งทะเลาะกัน คนเราไม่เหมือนกัน ลูกแฝดยังไม่เหมือนกันเลย ฉะนั้นมาทำงานด้วยกัน และทุกครั้งที่มาคุยกัน ต้องมีคนหนึ่งทำประเด็นข้อเสนอมา

⁴⁰⁵ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 92-93.

⁴⁰⁶ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขานุการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁴⁰⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 57.

แล้วนำเสนอในที่ประชุมเป็นเรื่องเป็นราว กลุ่มสามพรานจึงเป็นที่พบปะของคนกลุ่มนี้ เดือนละครั้ง มา 26 ปี ทุกเดือนไม่เคยขาด”⁴⁰⁸ นับได้ว่าสิ่งนี้เป็นบุญบารมีของอาจารย์ประเวศ เพราะถ้า ขบวนการแพทย์ชนบทไม่โชคดีมีอาจารย์ประเวศมาอยู่เป็นหลักให้ตลอดเวลา ขบวนการฯ นี้คงล่ม สลายไปนานแล้ว⁴⁰⁹

หมวดที่สอง...ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural level)

การจัดการเชิงโครงสร้างมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamics) ทางพัฒนาการเชิงโครงสร้าง โดยการรวมตัวของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มจากลักษณะกึ่งโครงสร้างแล้วค่อย ๆ พัฒนา ไปสู่การเป็นโครงสร้างเชิงสถาบัน ยุทธศาสตร์ในระดับการวางโครงสร้างการดำเนินงานของ ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นกลไกสำคัญที่ชี้ว่าการขับเคลื่อนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่นหรือไม่ ทั้งนี้ เพื่อวัตถุประสงค์มุ่งให้เกิดประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนมากที่สุด ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทได้วาง ยุทธศาสตร์ระดับการจัดการเชิงโครงสร้างไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การทำงานขับเคลื่อนกันไปเป็นองค์คณะ/ทีม ด้วยความรู้สึผูกพันฉันท์พี่น้อง เพื่อสร้างพลังต่อรองในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

การทำงานของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบท “นอกจากแยกกันทำ แยกกันรับผิดชอบ ตามความถนัดตามโอกาสของแต่ละคนแล้ว ก็มีการเกาะเกี่ยวร่วมกันคิดร่วมกันทำอยู่เนือง ๆ ใน เกือบจะทุกอย่าง”⁴¹⁰ ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นองค์คณะมาก เพราะมีพื้นฐานความคิดว่า การร่วมกันเป็นทีมจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการผลักดันงานขยายตัวเท่าทวีคูณ “การทำงานเป็น ทีมเครือข่ายแพทย์ชนบทเหล่านี้ นอกจากมีความเชื่อมโยงในประเทศแล้ว เขายังเชื่อมโยงกัน ทำงานระหว่างประเทศอีกด้วย การทำงานเป็นทีมทำให้เกิดความเข้มแข็งทั้งในแต่ละบุคคลและใน ภาพรวม”⁴¹¹

⁴⁰⁸ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

⁴⁰⁹ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁴¹⁰ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 37.

⁴¹¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 77.

ลักษณะการขับเคลื่อนงานไปด้วยกันดังกล่าวนี้ สะท้อนจากตัวอย่างการเข้าร่วมเคลื่อนไหวผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีบทบาทแตกต่างกันแต่ประสานเข้าด้วยกัน กล่าวคือ (1) บทบาทการประสานการเมือง ประสานนโยบาย การพัฒนาระบบและผลักดันร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นบทบาทของนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2) บทบาทการเร่งรัด ผลักดัน ให้การดำเนินการคืบหน้าอย่างรวดเร็ว จนเป็นผลสำเร็จ ได้แก่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย และ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (3) บทบาทการพัฒนาระบบบริการระดับต้น ได้แก่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร (4) บทบาทการจัดการด้านการเงิน ได้แก่ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี (5) บทบาทการสนับสนุนทางวิชาการ ได้แก่ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี จึงอาจกล่าวได้ว่าแพทย์ชนบทมีบทบาทตั้งแต่การพัฒนานโยบายจนถึงการดำเนินการและประเมินผลนโยบาย⁴¹²

การรวมตัวอย่างเหนียวแน่นของสายสัมพันธ์พี่น้องของขบวนการแพทย์ชนบทที่ร่วมกันทำงาน เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ต้องบังคับให้อายากสัมพันธ์กัน แต่มีอุดมการณ์และจิตใจที่ตรงกัน จึงเชื่อมถึงกัน “เกิดกลุ่มแกนกลางที่เกิดโดยธรรมชาติ และเป็นไปโดยธรรมชาติ ซึ่งคงเป็น critical mass โดยไม่ทันรู้ตัว และมีลักษณะเป็น collective leadership”⁴¹³ ดังที่ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า “เกิดการเกาะเกี่ยวกันเอง มีจิตใจถึงกัน ผูกพันกันในระดับหนึ่ง (กรณีเหตุการณ์ของผม เมื่อปี 2528, กรณีการเจ็บป่วยของไต๋, กรณีการเสียชีวิตของทรงกิจ, กรณีการเจ็บป่วยของหมอธารา ฯลฯ เป็นตัวอย่างว่าพวกเราไม่ทอดทิ้งกัน ช่วยเหลือกันเท่าที่จะช่วยกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ)”⁴¹⁴ ความรู้สึกห่วงใยดุจดั่งพี่น้องกันทำให้การรวมตัวเป็นองค์คณะเป็นไปอย่างเหนียว

⁴¹² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 176.

⁴¹³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 41-42.

⁴¹⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 37.

แน่น และทำให้ระดมพลังในการขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน แม้จะเผชิญความยากลำบากในการทำงานเพียงใดก็ตาม

หากวิเคราะห์ลึกลงไปจะพบว่าแก่นนำแพทย์ชนบทแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่มีบารมี (charisma) ของแต่ละคน มีความสามารถ ทักษะ บุคลิกภาพที่แต่ละคนไม่เหมือนกัน มีความมุ่งมั่น มีความตั้งใจ แต่ทั้งหมดนี้ได้เกาะเกี่ยวเชื่อมโยงกันเกิดพลังหล่อเลี้ยงแต่ละคนไปในตัว ในขณะเดียวกัน ส่งผลต่อเนื่องทำให้หล่อเลี้ยงขบวนการใหญ่ให้ขับเคลื่อนไปได้ด้วย แม้ว่าแก่นนำแต่ละคนต้องไปต่อสู้ปัญหาอุปสรรค ทำสิ่งที่ต้องไปขัดกับคนอื่น ต้องเข้าไปเปลี่ยนแปลงปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น แต่ก็ต่อสู้ฟันฝ่ามาได้ ยิ่งไปกว่านั้น ได้มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อน มีกำลังใจและความช่วยเหลือต่อกัน บางขณะอาจมีการหยอกล้อซ้ำเติมกันบ้างแบบสนุกสนาน แต่การเชื่อมโยงกำลังใจเหล่านี้ทำให้แก่นนำแพทย์ชนบททุกคนยังหยัดยืนด้วยกันมาโดยตลอด เพราะมีสภาวะ collective คือการหล่อหลอมหนุนเสริมความแกร่งของแต่ละคนเข้ามาอยู่ด้วยกัน ซึ่งหากกลับกันกล่าวคือ ถ้าแก่นนำแต่ละคนทำงานแบบพึ่งตนเองคนเดียว โอกาสที่จะทำงานใหญ่ ๆ สำเร็จได้นั้นเป็นไปได้ยากยิ่ง เพราะว่าการทำงานใหญ่ ๆ ที่ต้องเปลี่ยนแปลงความคิด เปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้าง จะกระทบต่อผลประโยชน์คนจำนวนมาก จะเกิดปัญหาอุปสรรค มีศัตรู มีบาดแผล มีการบาดเจ็บ ถ้าทำงานแบบเป็นศิลปินเดี่ยวอาจจะไม่สามารถยึดหยัดบนความถูกต้องต่อไปได้ แต่เมื่อมีทีม มีพี่น้อง มีคนอื่นเข้ามาช่วยทำ จะเกิดการหนุนเสริมกันที่สุดในที่สุด⁴¹⁵

2. การจัดตั้งองค์กรเป็นปีกแผ่นเพื่อใช้เป็นฐานในการเคลื่อนไหวด้านการปฏิรูป

ขบวนการแพทย์ชนบทถือเป็นขบวนการหนึ่งที่เป็นมืออาชีพด้านการจัดตั้งองค์กรเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวเชิงประเด็นที่ตนต้องการ เพราะทราบดีว่าการขับเคลื่อนสิ่งใดก็ตามจะต้องมีโครงสร้างและระบบรองรับ มีการจัดการ การประสานงาน ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างเผชิญอุปสรรคน้อยที่สุดในช่วงเริ่มต้น “ขบวนการแพทย์ชนบทได้ตั้งชมรมแพทย์ชนบทเป็นเครื่องมือประสานงาน และมูลนิธิแพทย์ชนบทเป็นเครื่องมือสนับสนุน”⁴¹⁶ ดังที่

⁴¹⁵ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁴¹⁶ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 7.

“นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวถึงการเกิดมูลนิธิการแพทย์ชนบทว่าเป็นกลไกหนึ่งในการประสานแกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง และมีหลักอิงที่เป็นทางการ มีคุณพ่อเสม เป็นประธานสืบทอดมา จนกระทั่งมีอาจารย์ไพโรจน์เป็นประธานอยู่ในปัจจุบัน มีพี่มรกตเป็นรองประธาน เพื่อเตรียมสานต่องานในอนาคต (ผมเป็นเลขาธิการอยู่) โดยทำงานเชื่อมโยงเกื้อหนุนอยู่กับชมรมแพทย์ชนบท แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อเนื่องตลอดมา”⁴¹⁷ แล้วนำเอาสององค์กรนี้เป็นฐานระดมการสนับสนุนเพื่อส่งแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทหลายคนเข้าไปเป็นคณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งภายหลังมีแพทย์กลุ่มอื่น ๆ เลียนแบบโดยการตั้งกลุ่มแล้วได้เข้ามาเป็นแพทยสภา⁴¹⁸

ต่อมาเมื่อทำการผลักดันการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพอย่างจริงจัง ได้สร้างองค์กรรองรับขึ้นมาหลายองค์กร เช่น ต้องการองค์ความรู้ในการปฏิรูปก็สร้างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นมารองรับ ต้องการแหล่งทุนสนับสนุนในการผลักดันการปฏิรูปก็สร้างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ต้องการขยายเครือข่ายภาคีภาคประชาชนเข้ามาสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพก็สร้างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นต้น เหตุที่แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเป็นนักจัดตั้งองค์กรเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนเหล่านี้เรียนรู้วิธีการเคลื่อนไหวทางมวลชนกันมาในอดีต ตั้งแต่การเข้ามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันทางการเมืองในช่วงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 และ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 จึงมีแนวคิดในเรื่องการจัดตั้งสูงเพราะถือเป็นการสร้างโครงสร้างเพื่อรวบรวมมวลชนเข้ามาร่วมอุดมการณ์ ไม่ใช่เป็นการเคลื่อนไหวแบบตัวบุคคล แต่เป็นการเคลื่อนไหวอย่างเป็นขบวนการ (movement) ดังนั้น การเคลื่อนไหวแบบขบวนการจึงเป็นกลยุทธ์และเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันภารกิจ⁴¹⁹

⁴¹⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 36.

⁴¹⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 53.

⁴¹⁹ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

3. การสร้างกลไกถาวรในการปฏิรูประบบสุขภาพโดยผ่านการสร้างกฎหมายรองรับเพื่อระดมสรรพกำลังในกระบวนการปฏิรูป

ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีความเข้าใจแล้วว่าการจะธำรงรักษาการปรับเปลี่ยนนโยบายระบบสุขภาพให้มีความคงทนถาวรหรืออย่างน้อยมีแนวโน้มล้มเลิกยาก จะต้องให้ความสำคัญกับการแปลงแนวคิดการปฏิรูปให้อยู่ในรูปของกฎหมาย โดยเฉพาะการทำให้เป็นพระราชบัญญัติ เนื่องจากกฎหมายชั้นระดับพระราชบัญญัติจะต้องผ่านการพิจารณาของรัฐสภา ทั้งในขั้นการริเริ่มกฎหมายจากสภาผู้แทนราษฎร และขั้นการกลั่นกรองกฎหมายในชั้นวุฒิสภา ซึ่งกระบวนการร่างกฎหมายมีขั้นตอนอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับอำนาจของประชาชนผ่านทางสภาผู้แทนราษฎร ทำให้กฎหมายที่ออกโดยรัฐสภาจะมีศักดิ์ศรีความชอบธรรมในระดับสูง ที่สำคัญการจะล้มเลิก/แก้ไข/เปลี่ยนแปลงพระราชบัญญัติกระทำได้ยาก ต้องผ่านกระบวนการทางรัฐสภาที่ยุ่งยาก กฎหมายระดับชั้นพระราชบัญญัติค่อนข้างมีความคงทนยืนยาวกว่า ด้วยเหตุนี้ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีความพยายามที่จะนำแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพในแต่ละประเด็นกลั่นออกมาเป็นกฎหมายในระดับชั้นพระราชบัญญัติให้มากที่สุด แต่หากไม่ได้ก็ออกเป็นกฎหมายชั้นรอง เช่น พระราชกฤษฎีกา เป็นต้น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การผลักดันจนสำเร็จให้มีพระราชบัญญัติจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งนำมาสู่การจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ภายใต้พระราชบัญญัติเหล่านี้เพื่อรองรับในการขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพ

4. การวางรากฐานโครงสร้างองค์กรใหม่เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยส่งคนของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปเป็นผู้บริหารเพื่อวางระบบในองค์กรตระกูล ส.

เมื่อจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ ขึ้นมาแล้ว ภารกิจที่สำคัญนั้นคือต้องวางรากฐานเชิงระบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ระบบการบริหารเชิงรุก การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การขยายการมีส่วนร่วมกับภาคีต่าง ๆ การเชื่อมต่อกับองค์กรตระกูล ส. อื่น ๆ เป็นต้น งานวางระบบในช่วงเริ่มต้นถือว่าเป็นเรื่องที่ยาก เพราะหากวางระบบไว้ดีองค์กรจะมีแนวโน้มอยู่ยั่งยืนและบรรลุประสิทธิภาพเชิงเป้าหมายในการขับเคลื่อนงาน ดังนั้น ขบวนการแพทย์ชนบทจึงไม่สามารถปล่อยให้ภารกิจในการ

วางระบบขององค์กรตระกูล ส. ตกอยู่ในอำนาจของคนนอกขบวนการแพทย์ชนบท เพราะเกรงว่า จะทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กรตระกูล ส. ที่กลุ่มของตนสร้างขึ้นมากับมือ องค์กรตระกูล ส. ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งปัจจุบัน ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรจึงเป็นสมาชิกหรือเครือข่ายสัมพันธ์ กับขบวนการแพทย์ชนบททั้งสิ้น เป็นไปตามที่อำพล จินดาวัฒน์ ให้ความคิดเห็นว่า “ตัวละครที่สำคัญที่เข้าไปขับเคลื่อนองค์กรตระกูล ส. เหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเติบโตมาจากการทำงานอยู่ใน เครือข่ายแพทย์ชนบท เพราะว่าได้มีประสบการณ์ในการทำงานมาตั้งแต่พื้นฐาน เป็นผู้ให้บริการ เป็นผู้บริหาร เป็นผู้สนับสนุนการบริการสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้ เห็นสภาพปัญหาในชนบท และ มีการเกาะเกี่ยวยึดโยงในบรรดาแพทย์ชนบท”⁴²⁰

ยิ่งไปกว่านั้น “องค์กร ส. ต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ โดยใช้รูปแบบของการมีบุคลากรไขว้กัน (interlocking) ไม่ว่าจะ เป็นในระดับกรรมการบริหารหรือ ในระดับผู้บริหารระดับสูงของสำนักงาน หรือการมีวงเสวนา (forum) อย่างไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มสามพราน เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ซึ่งความสัมพันธ์ใน ลักษณะนี้คือจุดเด่นองค์กร ส. ต่าง ๆ และเป็นไยที่ร้อยเรียงองค์กร ส. ต่าง ๆ ให้มีปฏิสัมพันธ์กันในการดำเนินงานของหน่วยงาน”⁴²¹ นอกจากนี้ “ในส่วนขององค์กร ส. ด้วยกันเอง ก็จะมีเครือข่าย ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในการทำงานร่วมกัน ทั้งในส่วนของกรรมการประชุมร่วมกัน และการ ที่มีการย้ายผู้บริหารองค์กรระหว่างองค์กร ส. ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ส. เป็น ความสัมพันธ์ที่ผ่านบุคคลที่ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในองค์กร ส. (กรณีการย้ายผู้บริหารองค์กร ส. จะ เห็นได้ชัด เช่น นพ.ศุภกร บัวสาย จากรอง ผอ.สวรส. ไปเป็น ผอ.สสส. กรณีของ นพ.พงษ์พิสุทธิ จง อุดมสุข จากรอง ผอ.สปสช. ได้รับการสรรหาเป็น ผอ.สวรส. เป็นต้น”⁴²²

⁴²⁰ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁴²¹ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาท องค์กรอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย (กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2554), หน้า 6-14.

⁴²² เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาท องค์กรอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย, หน้า 6-18 และ 6-19.

การส่งคนของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปยึดกุมอำนาจในการบริหารจัดการองค์กร ตระกูล ส. จึงเป็นหลักประกันได้ว่าความต่อเนื่องของการปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นไปอย่างไม่ สะดุด

5. การเข้าไปมีส่วนร่วมบริหารงานในสมาคมวิชาชีพ (แพทย์สภา) เพื่อผลักดันการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบายด้านสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทตระหนักว่าการจะปฏิรูปลักษณะต่าง ๆ ด้านสุขภาพ องค์กรหนึ่งที่สำคัญ ที่เป็นหัวใจกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง คือ แพทยสภา ซึ่งมีอำนาจในการกำหนดกฎเกณฑ์ เงื่อนไข ระเบียบ แนวปฏิบัติที่ใช้กับวงการแพทย์ไทยอย่างเบ็ดเสร็จ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์แห่งนี้อย่างจริงจัง และนับได้ว่าการผลักดันบุคคลของขบวนการแพทย์ชนบทให้ได้รับคัดเลือกเป็นกรรมการแพทย สภานั้นประสบผลสำเร็จอย่างงดงาม “การเข้าไปมีบทบาทในองค์กรวิชาชีพได้เริ่มในปี พ.ศ. 2521 โดย นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ได้ชักชวน นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สมัครรับเลือกตั้งเป็น กรรมการแพทยสภา ในการสมัครครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2525 ได้รับเลือกเข้ามา...ในปี พ.ศ. 2528 ได้มีสมาชิกแพทย์ชนบทคนอื่น ๆ เข้ามาสมัครเพิ่ม เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นต้น ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จนถึงปี พ.ศ. 2535 เป็นช่วงที่แพทย์ชนบทเข้าไปมีบทบาทในแพทยสภา มาก โดยทำหน้าที่เป็นเลขาธิการแพทยสภาต่อเนื่องมา 8 ปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2538”⁴²³ “ในการเลือกตั้งปี 2527 แพทย์ชนบทได้รับเลือกตั้งถึง 8 คน จากกรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง ทั้งหมด 14 คน ได้แก่ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นายแพทย์สมชัย ศิริกนกวิไล, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ แพทย์เหล่านี้มี การจัดองค์กรคือชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มก้อน โอกาสที่จะได้รับเลือกจึงมีมากกว่าผู้ที่ไม่มีการ จัดตั้ง”⁴²⁴

⁴²³ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 19-20.

⁴²⁴ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 24.

กล่าวโดยสรุป จำนวนแพทย์ชนบทที่ได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา⁴²⁵ ดังนี้

พ.ศ. 2525-2529 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 2 คน จาก 10 ตำแหน่ง แต่เนื่องจากการประกาศใช้ พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ทำให้ต้องมีการเลือกตั้งใหม่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2525 และนับตั้งแต่ พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา กรรมการแพทยสภาทุกชุด จะมีวาระ 2 ปี

พ.ศ. 2526-2528 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 2 คน จาก 14 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2528-2530 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 3 คน จาก 14 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2530-2532 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 8 คน จาก 15 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2532-2534 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 9 คน จาก 15 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2534-2536 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 11 คน จาก 16 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2536-2538 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 5 คน จาก 16 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2538-2540 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 5 คน จาก 17 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2540-2542 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 4 คน จาก 18 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2542-2544 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 5 คน จาก 19 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2544-2546 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 4 คน จาก 19 ตำแหน่ง

พ.ศ. 2546-2548 แพทย์ชนบทได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภา 1 คน จาก 19 ตำแหน่ง

ขณะที่แพทย์ชนบทได้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภา ซึ่งถือเป็นตำแหน่งสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ดังนี้ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ หนึ่งสมัย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ห้าสมัย และ นพ.

⁴²⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 142-147.

วิชัย โชควิวัฒน์ สองสมัย ในช่วงปี พ.ศ. 2530-2538 ต่อเนื่องกันมา⁴²⁶ นับได้ว่าแพทย์ชนบทเข้ามา มีบทบาทในแพทยสภาเป็นอย่างมาก “เป็นแพทยสภายุคใหม่ที่น่าเอาการมองเชิงระบบเข้าไปใช้ ในขณะที่แพทย์ทั่ว ๆ ไปจะมองเชิงเทคนิค มีการทำแผนของแพทยสภาโดยการกระตุ้นจาก นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ซึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่งในฐานะคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนงานจะดีหรือไม่ดีแค่ไหนน่าจะมีการประเมิน งานที่เด่นน่าจะเป็น งานทางจริยธรรม อันได้แก่ งานสืบสวนสอบสวนและลงโทษแพทย์ที่ทำผิดมารยาทวิชาชีพเวชกรรม เพราะแพทย์พวกนี้เป็นแพทย์ที่เคร่งครัดทางจริยธรรม ไม่ยอมประนีประนอมง่าย ๆ”⁴²⁷

หมวดที่สาม...ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and activity level)

ยุทธศาสตร์ในระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมถือเป็นอีกหมวดหนึ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะจะทำให้สามารถจัดการสถานการณ์แวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิรูปมากที่สุด เพื่อให้กระบวนการปฏิรูปประสบปัญหาห้วงทางน้อยที่สุด ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทได้วางยุทธศาสตร์ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การบริหารความรู้สึกรวมของโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ไม่รู้สึกที่กำลังถูกลดทอนบทบาทหน้าที่ของกระทรวง

ขบวนการแพทย์ชนบทรู้ดีว่าการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องปะทะกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เพราะข้อเสนอในการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรด้านสาธารณสุขนั้น ส่งผลให้งบประมาณและกำลังคนที่กระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยจะลดน้อยลงอย่างมาก เกิดการสูญเสียประโยชน์เชิงองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข นั่นเท่ากับว่าเป็นการผลักดันให้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานราชการกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรตระกูล ส. อยู่ชั่วคราวข้ามกัน สิ่งนี้ไม่เป็นผลดีต่อการประสานการทำงานระหว่างองค์กรทั้งสองส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพ เพราะการจะปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพของประเทศให้สำเร็จและยั่งยืนได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างแข็งขันจากฝั่งราชการกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นขบวนการ

⁴²⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 141.

⁴²⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 25.

แพทย์ชนบทจึงให้ความสำคัญกับการบริหารความรู้สึกรวมของกระทรวงสาธารณสุข พยายามทำให้ดูเหมือนว่าการเกิดขึ้นขององค์กรตระกูล ส. มีลักษณะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระงานของกระทรวง หรือแสดงให้เห็นว่าลักษณะงานไม่ทับซ้อนกันระหว่างองค์กรทั้งสองประเภท ตามที่อำพล จินดาวัฒน์ กล่าวไว้ว่า “องค์กรตระกูล ส. เป็นการสร้างเครื่องมือใหม่ ระบบใหม่ กลไกใหม่ เพื่อเข้ามาแก้ปัญหาใหม่ ๆ แล้วเสริมการทำงานของภาครัฐอันเดิม คือ กระทรวงสาธารณสุข แคนนำ ขบวนการแพทย์ชนบทหลายคนนั่งทำงานในกระทรวงสาธารณสุข เช่น นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ก็ยังเป็นนักวิชาการระดับ 11 ของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้ คุณวิบูลย์ ผลประเสริฐ นายแพทย์สุรเชษฐ์ซึ่งเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขก็คือเครือข่ายแพทย์ชนบทที่ยังสังกัดภายใต้กระทรวง”⁴²⁸

นอกจากนี้ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา ชี้ให้เห็นเพิ่มเติมว่า “การทำงานร่วมหน่วยงานที่อยู่ในระบบเดิมที่มุ่งช่วยกันทำงานมากกว่าการเป็นอริระหว่างหน่วยงาน การไม่ทำลายอำนาจของหน่วยงานเดิมที่มีอยู่ ไม่ปฏิเสธองค์กรเดิมที่มีอยู่และการเริ่มจากองค์กรขนาดเล็กที่มีความคล่องตัว เกิดความรู้สึกเป็นมิตรกับองค์กรเก่าเป็นการร่วมกันทำงาน หรือช่วยกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การดำเนินการในลักษณะนี้จะช่วยในการลดการต่อต้านหรือภาวะการไม่สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานได้ เนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบเดิมไม่รู้สึกรู้สึกถูกคุกคาม และเห็นว่าหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่จะสามารถช่วยดำเนินการบางอย่างที่ในองค์กรตามระบบราชการหรือหน่วยงานเดิมไม่สามารถกระทำได้ เช่น การมี สวรส. สามารถช่วยกระทรวงสาธารณสุขในด้านของความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ เป็นต้น”⁴²⁹

กล่าวโดยสรุป องค์กรตระกูล ส. แม้ว่ากระบวนการเหล่านี้จะเป็นกลไกใหม่ของรัฐ มีอำนาจรัฐอยู่ด้วย แต่ไม่ถึงกับละทิ้งกลไกเก่า เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่น ๆ ตรงกันข้าม กลับประสานกันอยู่ในระดับหนึ่ง เพียงแต่แตกต่างตรงที่องค์กรตระกูล ส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่

⁴²⁸ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁴²⁹ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาทองค์กรอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย, หน้า 6-18.

ออกแบบใหม่ มีความคล่องตัว มีเป้าหมาย และถูกผลักดันด้วยกำลังคนที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงอย่างแรงกล้าในมิติของระบบสุขภาพ⁴³⁰ ดังนั้นแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีความพยายามอยู่ตลอดเวลาในการรักษาความสัมพันธ์และบรรยากาศทางความรู้สึกไม่ให้อุณหภูมิร้อนเกินไปคุกคามกระทรวงสาธารณสุข เพราะสิ่งนี้จะเป็เหตุให้การเชื่อมประสานระหว่างองค์กรสองประเภทเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพจะไม่สามารถบรรลุสัมฤทธิ์ผลได้

2. การส่งสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าฝึงตัวกับโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข เพื่อให้การผลักดันวาระเป็นไปอย่างราบรื่น

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความตระหนักว่าการอาศัยโครงสร้างหลักด้านสาธารณสุขคือกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นสิ่งสำคัญในลำดับสูงที่มีพลังหลีกเลี่ยงได้ แม้ว่าจะมีการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ขึ้นแล้วก็ตาม เพราะทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขและทรัพยากรการเงินอีกจำนวนมากยังคงสังกัดอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบรรดาแพทย์เงินทุนในชนบทหรือสมาชิกแพทย์ชนบทจำนวนมากยังขึ้นกับสายบังคับบัญชาของกระทรวง ดังนั้นเพื่อทำให้งานการปฏิรูปขับเคลื่อนไปได้อย่างไม่สะดุด ก็ยังมีความจำเป็นต้องมีสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทฝึงตัวทำงานอยู่ในกระทรวง เพื่อเป็นข้อต่อที่เชื่อมประสานให้การทำงานมีปัญหาน้อยที่สุด อาทิ “นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ยอมรับไปเป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชื่อมต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ”⁴³¹ หรือกรณีนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ยังเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

การที่สมาชิกแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทหน้าที่ส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข เหตุหนึ่งเนื่องมาจากคนเหล่านี้เป็นคณทำงานจริงจัง ทำงานเก่ง มีอุดมการณ์ในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวชนบท จึงเป็น

⁴³⁰ สัมภาษณ์ ปรึกษา ปรึกษา ปรึกษา, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

⁴³¹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 97.

บุคคลที่ต้องตาต่อใจผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขบางยุคสมัยในแง่ของฝีมือการทำงาน ผู้ใหญ่บางคนได้ดึงแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเหล่านี้เข้ามามีตำแหน่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในกระทรวง เริ่มจากผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าคนกลุ่มนี้มีภาวะผู้นำ มีความคิดอ่าน จึงดึงตัวเข้ามา ภารกิจที่ได้รับมอบหมายโดยส่วนใหญ่มักเป็นงานประเภทเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นไปตามความถนัดของกลุ่มแพทย์ชนบท อาทิ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นคนหนึ่งที่ถูกลูกตั้งมาจากงานพื้นที่ชนบทเพื่อมาทำงานที่ส่วนกลาง ทำงานเชิงนโยบายใหม่ ๆ ของกระทรวง เมื่อเข้ามาทำงานที่ส่วนกลางก็เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความคิดที่อยากทำงานเพื่อชนบท ความคิดที่อยากเห็นการเชื่อมกับภาคประชาสังคม และประเด็นปัญหาต่าง ๆ ในระบบสุขภาพได้กว้างขวาง ทำให้มีการผลักดันในระดับนโยบายควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนของคนที่อยู่ในระดับพื้นที่ได้อย่างสอดคล้องกัน⁴³² นายแพทย์อมร นนทสูต สมัยที่ดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นคน queen ที่เห็นคุณค่าในตัวของกลุ่มแพทย์ชนบท เชื่อว่ากลุ่มบุคคลนี้เป็นคนดีมีความรู้ความสามารถ และตัวของนายแพทย์อมรเน้นแนวทางชนบทอยู่แล้ว นายแพทย์อมรจึงเป็น “บุคคลสำคัญที่นำแพทย์ชนบทเข้ามาวางในตำแหน่งที่สำคัญ ในวัยที่ตามปกติยังเลื่อนมาไม่ถึง...แพทย์ชนบทเหล่านี้มาทำงานในองค์กรส่วนกลาง เช่น กองแผนงานสำนักงานคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน สปค. เป็นต้น”⁴³³

การที่แกนนำแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งได้ฝังตัวทำงานในกระทรวงสาธารณสุข ในมุมมองของเลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์เห็นว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งยวด เนื่องจากการมีแพทย์ชนบทขึ้นไปอยู่ในระดับบริหารในกระทรวง จะทำให้มีสายโยงการเชื่อมต่อกับแพทย์ชนบทที่กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ อย่างไม่ขาดตอน ที่สำคัญมีลักษณะความเป็นสายใยพี่น้องอย่างเหนียวแน่น ยึดหลักขบวนการแพทย์ชนบทต้องขับเคลื่อนเพื่อคนชนบท จึงทำให้การประสานงานระหว่างส่วนพื้นที่และส่วนกลางไม่ขาดช่วงในการผลักดันการปฏิรูปสุขภาพ ยังผลให้ภาคีองค์กรนอกกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นว่าถ้าร่วมงานกับขบวนการแพทย์ชนบทแล้วโอกาสประสบความสำเร็จมี

⁴³² สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

⁴³³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 23.

สูง ภาควิชาต่าง ๆ จึงเข้ามาร่วมงานด้วย เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการประสานภาคี สิ่งนี้ช่วยให้ขบวนการแพทย์ชนบทขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้⁴³⁴

3. การเริ่มผลักดันประเด็นพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อนให้บรรลุผลสำเร็จก่อน เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการขับเคลื่อนสำหรับเตรียมการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

ยุทธศาสตร์นี้ถือว่าสำคัญอย่างยิ่งยวด เนื่องจากการเริ่มผลักดันงานเชิงสังคมที่ไม่สลับซับซ้อนแล้วประสบความสำเร็จ จะเป็นการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับขบวนการแพทย์ชนบทที่จะกระทำการใหญ่ต่อไป นอกจากนี้ ยังเป็นการทดสอบระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในขบวนการแพทย์ชนบทอีกด้วยว่ามีจุดบกพร่องอย่างไร ควรปรับปรุงการทำงานอย่างไร และมีจุดดีอย่างไรที่จะเป็นแนวทางที่ใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นการปฏิรูปในลำดับถัดไปที่ยากมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ การประชุมกลุ่มสามพรานในครั้งหนึ่งจึงมีการหารือกันเรื่องการคัดเลือกประเด็นการเคลื่อนไหวที่สามารถระดมความร่วมมือได้ในระดับทั้งสังคม เพื่อเป็นการขยายภารกิจงานที่ทำทนายและเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคสังคมไว้เป็นพันธมิตรสำหรับการขับเคลื่อนเรื่องอื่นในอนาคต ที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันว่าปริมาณการสูบบุหรี่ของคนไทยอยู่ในอัตราสูง เกิดโรคร้ายไข้เจ็บและอัตราการตายจากภัยบุหรี่มีมาก ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเข้ามาทำการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่⁴³⁵

การเตรียมงานรณรงค์ได้ใช้แนวคิดเรื่องของการมีส่วนร่วมของมวลชน หรือการเคลื่อนไหวมวลชนมาเป็นพื้นฐาน วางแผนให้เกิดการเคลื่อนไหวทั่วทั้งประเทศ สร้างกระแสทั่วประเทศ โดยใช้กลไกที่ตัวเองมีอยู่คือเครือข่ายแพทย์ชนบทในทุกพื้นที่เป็นศูนย์กลางการเคลื่อนไหวในแต่ละแห่ง จัดระบบให้มีการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจากทุกภูมิภาคของประเทศเข้ามาที่ส่วนกลาง ทำให้การเคลื่อนไหวรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ครั้งนี้ครอบคลุมทั่วทุกภาคของ

⁴³⁴ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

⁴³⁵ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขานุการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

ประเทศ⁴³⁶ ผลลัพธ์ที่ได้จากการเคลื่อนไหวครั้งนี้ นอกจากเป็นการสร้างความแข็งแกร่งภายในขบวนการแพทย์ชนบทแล้ว ยังเป็นการเปิดตัวอย่างเป็นทางการต่อสาธารณะว่า ขบวนการแพทย์ชนบทพร้อมแล้วที่จะเข้ามาขับเคลื่อนงานระดับประเทศ กล่าวโดยสรุป การทำกิจกรรมเรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ถือว่าเป็นการเคลื่อนไหวรณรงค์ใหญ่ระดับประเทศครั้งแรกของ ขบวนการแพทย์ชนบท เมื่อภารกิจเสร็จสิ้นลงด้วยดีจึงเท่ากับเพิ่มความเชื่อมั่นว่าขบวนการแพทย์ชนบทสามารถขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะที่สำคัญ ๆ อย่างอื่นได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพหรือการก้าวเข้ามารณรงค์ทางการเมืองโดยตรงซึ่งมีความท้าทายมากกว่าหลายเท่าตัว

4. การมุ่งยึด “เป้าหมาย” มากกว่า “กระบวนการ” เพื่อไปถึงซึ่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในการขับเคลื่อนงานอย่างมียุทธศาสตร์เพื่อต้องการให้ภารกิจด้านการปฏิรูประบบสุขภาพประสบความสำเร็จ หลายครั้งจำเป็นต้องตัดสินใจถึงแนวทางการทำงานว่าจะเลือกอย่างไร การตัดสินใจ บางครั้งอาจจะคำนึงสิ่งใดมากกว่ากันระหว่างเป้าหมายและกระบวนการ การตัดสินใจดำเนินการ ในบางเรื่องอาจไม่เป็นที่ถูกใจของผู้คนจำนวนหนึ่ง แต่หากการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวตั้งอยู่บนเป้าหมายเชิงคุณธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนหมู่มาก โดยต้องผลักดันให้เกิดความสำเร็จ บางครั้งจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่จะเดิน มากกว่าการคำนึงถึงกระบวนการในการไปถึงเป้าหมายนั้น ตัวอย่างเช่น กรณีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งเลขาธิการ ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ท่านยอมทำไม่ถูกระเบียบถ้าการตัดสินใจดำเนินการในเรื่องนั้นมีประโยชน์ต่อส่วนรวมเป็นสำคัญ ดังที่ประเวศ วะสี อธิบายว่า “นายแพทย์มงคลถูกตั้งกรรมการสอบสวนว่าเรียกเก็บค่าธรรมเนียมไปตั้งเป็นกองทุนของ อย. เพื่อเร่งรัดงานทะเบียนที่ค้างค้างให้เร็วขึ้น หมอมงคลเป็นคนประเภท ‘ยอมทำไม่ถูกระเบียบ ถ้ามีประโยชน์ต่อส่วนรวม’ แต่ ‘ไม่ยอมออกระเบียบ โดยไม่ทำประโยชน์ให้ส่วนรวม’

⁴³⁶ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

ปรากฏลักษณะเช่นนี้ตั้งแต่ทำงานที่โรงพยาบาลพิมายเนิ่นนานมาแล้ว”⁴³⁷ ความคิดที่ยึดเป้าหมายสูงสุดนี้ถูกถ่ายทอดเชิงอุดมการณ์สู่แกนนำแพทย์ชนบทว่าหากทำงานเพื่อสาธารณะและสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริงแล้ว ให้มีความกล้าหาญที่จะดำเนินการแม้จะต้องเผชิญอุปสรรคนานัปการก็ตาม

กรณีการออกมารวมตัวประท้วงอยู่หลายครั้งของชมรมแพทย์ชนบทที่มีต่อกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในสมัยก่อน การรวมตัวประท้วงจะถูกมองว่าผิดวินัยข้าราชการของกระทรวง และอาจมีการลงโทษทางวินัยตามมา แต่ด้วยเป้าหมายของการประท้วงที่ชมรมแพทย์ชนบทดำเนินการนั้นเป็นไปเพื่อรักษาคุณธรรมในการดำเนินงานของกระทรวง อาทิ ต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน การโยกย้ายข้าราชการอย่างไม่เป็นธรรม เรียกร้องประสิทธิภาพการกระจายทรัพยากรลงสู่การสาธารณสุขในชนบท ฯลฯ ชมรมแพทย์ชนบทก็พร้อมที่จะปฏิบัติในการประท้วงดังกล่าวแม้ว่าอาจเสี่ยงต่อการถูกลงโทษทางวินัยก็ตาม ดังที่อำพล จินดาวัฒนะ ยืนยันในเป้าหมายไว้ว่า “เรายังยึดโยงอยู่ในแง่ของเป้าหมาย คือ การทำให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด ประโยชน์สาธารณะ ขบวนการแพทย์ชนบทพร้อมที่จะผลักดันเรื่องต่าง ๆ อย่างกล้าหาญ”⁴³⁸

5. การใช้กุศโลบายทางการเมืองเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนประเด็นการเคลื่อนไหว

ในการผลักดันงานการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งต้องไปกระทบต่ออำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายการเมือง หลายครั้งการมุ่งเดินไปข้างหน้าอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบรอบข้างก็อาจทำให้สิ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะผลักดันนั้นไม่บรรลุความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้ ในการผลักดันสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องใช้กุศโลบายอย่างแยบยลมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ คำว่า “กุศโลบาย” มาจาก กุศล + อุบาย คือเป็นอุบายที่ดี การจะผลักดันสิ่งใดจึงต้องวิเคราะห์ก่อนว่าปัญหาที่แท้จริงอยู่ที่ใด ขอบเขตเป็นอย่างไร มีแนวทางแก้ไขอย่างไรบ้าง ควรเลือกใช้แนวทางใดที่ได้ทั้งประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อผู้มี

⁴³⁷ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 55.

⁴³⁸ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

ส่วนได้ส่วนเสียน้อยที่สุด แต่ต้องไม่กระทบต่อความสำเร็จของเป้าหมายที่ตั้งไว้ การวิเคราะห์ให้ใช้หลักอริยสัจสี่ วิเคราะห์ว่า ทุกข์ อยู่ที่ใด, สมุทัย สาเหตุแห่งทุกข์คือสิ่งใด, นิโรธ แล้วอยากให้เป็นอย่างไร และ มรรค แสงหาหนทางไปสู่จุดดับทุกข์⁴³⁹

เมื่อใช้หลักคิดเช่นนี้ การดำเนินการของขบวนการแพทย์ชนบทไม่ต้องเข้าไปทำทนายอำนาจเก่าโดยไม่จำเป็น แต่ให้หาช่องทางในจุดที่ผู้มีอำนาจไม่สนใจและเอื้อมไปไม่ถึง แล้วก็สะสมการกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป รอจังหวะเวลาและโอกาสที่เหมาะสมซึ่งเรียกว่าหน้าต่างแห่งโอกาส จะมีอยู่ตลอดเวลาถ้าตั้งใจเฝ้ามองและค้นหา จากนั้นก็ขับเคลื่อนประเด็นเป้าหมายอย่างเต็มที่มีความสำเร็จในการผลักดันงานปฏิรูปจะเกิดขึ้น อาทิ กรณีการผลักดันให้เกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามหลักการแล้วหากจัดตั้ง สสส. ขึ้นมาได้ จะต้องยุบโครงสร้างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพราะโดยส่วนใหญ่มีภารกิจงานที่ซ้ำซ้อนกัน แต่ถ้าเลือกวิธีผลักดันองค์กร สสส. ให้เกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของการยุบกรมอนามัย จะมีแรงต่อต้านสูงและแน่นอนว่า สสส. จะไม่มีทางจัดตั้งขึ้นมาได้ เนื่องจากการต่อสู้เชิงการเมืองในประเด็นนี้รุนแรงเกินไป เพราะฉะนั้นจึงต้องใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมมาแก้ไขปัญหา กล่าวคือ ทำการวิเคราะห์ภารกิจงานทั้งหมดและมอบภารกิจส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพให้กับ สสส. ขณะที่ภาระหน้าที่งานอีกจำนวนหนึ่งก็แยกไว้ให้คงอยู่กับกรมอนามัยเช่นเดิม กรมอนามัยก็ทำหน้าที่ของส่วนงานเขาไปโดยไม่รู้ตัว สสส. ขับเคลื่อนงานอย่างไรในช่วงเริ่มต้นจัดตั้ง ต่างฝ่ายต่างก็ทำภารกิจตนเอง ความขัดแย้งระหว่างองค์กรเดิมกับองค์กรใหม่จะลดลง การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจึงทำให้กระบวนการปฏิรูปดำเนินไปได้⁴⁴⁰

หมวดที่สี่...ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (Impact level)

ยุทธศาสตร์ในระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป ถือว่าเป็นอีกหนึ่งหัวใจสำคัญที่จะทำให้กระบวนการปฏิรูปที่ดำเนินการอยู่ได้รับการยอมรับและแรงสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ในวงกว้างระดับสังคม อันเป็นการสร้างแรงกดดันต่อผู้มี

⁴³⁹ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

⁴⁴⁰ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

อำนาจในการตัดสินใจทางการเมืองที่จะหันมาให้การสนับสนุนกระบวนการปฏิรูปเพื่อก้าวไปถึงความสำเร็จ ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทได้วางยุทธศาสตร์ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างไว้ 6 ประการ ดังนี้

1. การสร้างฐานองค์ความรู้ทางวิจัยและวิชาการให้นักแน่น เพื่อสร้างการยอมรับเชิงประเด็นเคลื่อนไหว ตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ของนายแพทย์ประเวศ วะสี

ขบวนการแพทย์ชนบทได้ปฏิบัติตามแนวทาง “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่นำเสนอโดยนายแพทย์ประเวศ วะสี อย่างเคร่งครัดในการจะขับเคลื่อนประเด็นหนึ่ง ๆ เพื่อให้เกิดพลังความสำเร็จ ดังที่ประทีป ธนกิจเจริญ ประกาศอย่างเชื่อมั่นในแนวทางนี้ว่า “เราเชื่อในทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ การเคลื่อนไหวภาคประชาชน การทำงานวิชาการ และการประสานอำนาจรัฐ จุดชี้ขาดคือสามารถทำได้ทั้งสามอย่างนี้”⁴⁴¹ โดยที่นายแพทย์ประเวศ วะสี อธิบายไว้ว่าการจะเขยื้อนสิ่งยาก ๆ ประดุจการเขยื้อนภูเขานั้นสามารถทำได้⁴⁴² ดังนี้

“1. การสร้างความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องนั้น ๆ ในภาพรวม ในโครงสร้าง และกลไก เพื่อเขียนกฎหมายที่จะกำหนดระบบ โครงสร้าง กลไก และพฤติกรรม... ถ้าขาดความรู้ที่ชัดเจนองค์ประกอบอีก 2 องค์ข้างล่างก็ทำงานไม่ได้ การสร้างความรู้หรืองานทางวิชาการจึงจำเป็นอย่างยิ่งยวดในการแก้ปัญหาของบ้านเมือง

2. การเคลื่อนไหวทางสังคม หรือการเรียนรู้ทางสังคม จะสะท้อนไปทำให้เกิดการทำงานทางวิชาการที่มีความหมายขึ้น และการเมืองเข้ามาสนใจ แต่การเคลื่อนไหวทางสังคมต้องการองค์ประกอบที่หนึ่งคือความรู้ที่ชัดเจน มิฉะนั้นจะเคลื่อนไหวไม่ออกหรือเคลื่อนไหวแล้วเพี้ยนไปทางอื่น ความรู้ทางวิชาการต้องแปรรูปให้สาธารณะเข้าใจได้ง่าย จึงจะสามารถเพิ่มอำนาจ (empower) ให้คนทั่วไปได้ การประชุม การมีส่วนร่วม สื่อทุกชนิด เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเคลื่อนไหว

⁴⁴¹ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

⁴⁴² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 95-97.

3. การเชื่อมต่อการเมือง ไม่ว่าจะการเมืองจะเป็นอย่างไร ถ้าเชื่อมต่อกับองค์ประกอบอีก 2 องค์ข้างต้นก็สามารถทำสิ่งที่ได้ การเมืองเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง ถ้าขาดไปก็ไม่สำเร็จ ประโยชน์ เพราะการเมืองเป็นส่วนที่ตัดสินใจการใช้ทรัพยากรภาครัฐ เช่น คน งบประมาณ สื่อ และเป็นผู้ออกกฎหมาย”

แม้แต่กลุ่มแพทย์ที่เห็นต่างไปจากขบวนการแพทย์ชนบทยังยอมรับว่า “กลุ่มชมรมแพทย์ชนบทได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน...โดยอาศัยหลักการตามแนวคิดของ นพ.ประเวศ วะสี คือ ‘ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา’ หรือบันได 3 ขั้น”⁴⁴³ ซึ่งตามหลักการข้อที่สามที่ต้องเชื่อมกับภาคการเมืองนั้น เป็นความจริงที่ว่า “นักวิชาการและนักอุดมคติจำนวนไม่น้อยที่รังเกียจการเมือง ไม่อยากยุ่งด้วยเพราะมีความชั่วร้าย แต่ลำพังวิชาการและอุดมคติก็ยังไม่สำเร็จประโยชน์ เพราะโครงสร้างไม่ครบ คนจำนวนมากกว่าหรือเกือบทั้งหมดเพ่งเล็งเฉพาะการเมือง อยากให้การเมืองสะอาดบริสุทธิ์และมีความสามารถสูง จะได้แก้ปัญหาประเทศได้ ซึ่งก็ควรหวังอย่างนั้น แต่การที่ไปหวังอย่างนั้นเพียงอย่างเดียวก็ผิดหวังมาเรื่อย ๆ ไม่สำเร็จประโยชน์ และไม่ทำอย่างอื่น แท้ที่จริงไม่ว่าการเมืองจะเป็นอย่างไร ถ้าทำองค์ประกอบที่ 1 และที่ 2 จะเชื่อมต่อการเมืองอย่างที่เป็นอย่างนี้โดยไม่อยาก และสำเร็จประโยชน์ได้”⁴⁴⁴ ขณะที่ในหลักการข้อที่หนึ่งการสร้างองค์ความรู้ที่ชัดเจน ขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นมารองรับ และมีการนิยามระบบสุขภาพใหม่ ได้ขยายความเรื่องระบบสุขภาพออกไปจากสาธารณสุข เป็นเรื่องสุขภาพที่กว้างมาก และมีการวิจัยระบบอย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องให้การยกย่องชมเชยแก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่เน้นวิจัยองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านระบบสุขภาพ แล้วผลักดันการขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงระบบ กลไกต่าง ๆ หน่วยงานต่าง ๆ กฎหมายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพหลายฉบับที่ออกมาก็เป็นผลพวงจากการศึกษาวิจัยดังกล่าว จนทำให้เกิดกลไกองคาพยพระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป⁴⁴⁵

⁴⁴³ เติตชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁴⁴⁴ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 97.

⁴⁴⁵ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

เห็นได้อย่างชัดเจนว่า “การปฏิรูประบบสุขภาพกำลังใช้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้” ความรู้เชิงระบบได้สร้างไว้มากพอสมควร นับตั้งแต่คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และวิทยาลัยการสาธารณสุขที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตั้งขึ้นมา 7 ปี ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ในการนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ⁴⁴⁶ เป็นไปตามที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ⁴⁴⁷ ชี้ว่าแก่นนำขบวนการแพทย์ชนบทต่างก็เข้าใจในหลักการนี้เป็นอย่างดี “การทำงานในลักษณะที่เป็นองค์กรประชาสังคม แต่ทำงานร่วมกับภาครัฐ และใช้ทรัพยากรส่วนใหญ่ในภาครัฐ ทำให้แพทย์ชนบทเข้าใจในเรื่องยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นอย่างดี และได้ใช้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวในการเคลื่อนไหวเรื่องปฏิรูประบบสุขภาพอย่างได้ผล”⁴⁴⁷

2. การเกาะเกี่ยวกับข่าวอำนาจทางการเมืองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ยุทธศาสตร์การเกาะเกี่ยวกับข่าวอำนาจถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่สุดที่ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันกฎหมายและจัดตั้งโครงสร้างองค์กรด้านการปฏิรูประบบสุขภาพออกมาได้เป็นผลสำเร็จจำนวนมาก มีคนของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปฝังตัวในระบบการเมือง ทั้งการเมืองระดับชาติและการเมืองระดับท้องถิ่น องค์กรอิสระทางการเมือง อาทิ นายแพทย์ชลดน่าน ศรีแก้ว สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคเพื่อไทยและได้รับการแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ในรัฐบาล ฯพณฯ ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก อดีตนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดโคราช นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2550 นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 นายแพทย์นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ สมาชิกวุฒิสภาและคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ “นายแพทย์พรหมมินทร์ เลิศสุริย์เดช มีบทบาทเป็นเลขาธิการนายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการ

⁴⁴⁶ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 97.

⁴⁴⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 53.

กระทรวงพลังงาน และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี มีบทบาทเป็นถึงรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร...แพทย์ชนบทเหล่านี้มีส่วนเชื่อมโยงการทำงานการเมืองกับขบวนการแพทย์ชนบทด้วย”⁴⁴⁸

การไปเชื่อมโยงโดยตรงกับภาคการเมืองที่ผ่านมาจะเป็นการไม่เลือกฝ่ายเลือกข้าง แต่จะมีคนของขบวนการแพทย์ชนบทเชื่อมสัมพันธ์กับพรรคการเมืองสำคัญ ๆ ดังนั้น ไม่ว่าจะพรรคการเมืองใดได้เสียงข้างมากเป็นรัฐบาล ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถเข้าถึงรัฐบาลได้ทุกยุคสมัย เรียนรู้ที่จะทำงานกับทุกฝ่าย และผลักดันนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของตนได้สำเร็จ ดังที่สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวไว้ว่า “ไม่ตั้งตนเป็นศัตรูกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แน่นนอนเราไม่จำเป็นต้องไปเห็นด้วยหรือไปเข้าหาใคร แต่เราก็ไม่เคยจะมานั่งตำผู้คน ผมคิดว่าตรงนี้ทำให้เราสถาปนาเครดิตของเราด้านหนึ่ง แต่เราไม่ยอมเป็นเครื่องมือใครทั้งนั้น เพราะฉะนั้น เราไม่ได้รักเขา แต่เขาไม่กล้าจะเกลียดเรามากมาย”⁴⁴⁹ อาทิ สมัยรัฐบาลพรรคไทยรักไทย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้นำที่มำไปนำเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับหัวหน้าพรรคไทยรักไทย พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร จนในที่สุดกลายเป็นนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกคน⁴⁵⁰ “เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับเลือกเป็นรัฐบาล ก็ได้ส่งอดีตแพทย์ชนบทคือ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เข้ามาเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลในโครงการนี้ ซึ่งแพทย์ชนบทหลายคนได้เข้าร่วมเป็นแกนหลักในการดำเนินการ ได้แก่ นพ.มงคล ณ สงขลา (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย นพ.พิพัฒน์ ยิ่งเสรี โดยมีทีมแพทย์ชนบทที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ได้แก่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นพ.ภูษิต ประคองสาย นพ.เจด็จ ธรรมธัชชารี นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นต้น”⁴⁵¹

⁴⁴⁸ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 233.

⁴⁴⁹ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁴⁵⁰ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁴⁵¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 176.

นอกจากนี้ “สามารถทำให้รัฐบาลยุคนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (สพคส.) เป็นองค์กรลูกใน สวรส. ในปี พ.ศ. 2553 โดย สพคส. มีภารกิจสำคัญในการที่จะต้อง “รวมกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเข้าเป็นกองทุนเดียว” นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ สปสช. ได้กล่าวอย่างเปิดเผยว่าความเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุขคือในอนาคต สช. จะเป็นผู้กำหนดนโยบาย สปสช. เป็นผู้ถือเงินงบประมาณ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข”⁴⁵²

แม้กระทั่งในยุครัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง ขบวนการแพทย์ชนบทยังสามารถเชื่อมต่อได้เช่นกัน “ในยุค คมช. ได้แต่งตั้งให้นายแพทย์มงคล ณ สงขลาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์มงคลได้สั่งให้เลิกจ่าย 30 บาท เพื่อลดสภาพของ พ.ต.ท. ทักษิณ ออกจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้เพิ่มอำนาจการสั่งจ่ายเงินของเลขาธิการ สปสช. ขึ้นไปจนถึงครั้งละ 1,000 ล้านบาท ทำให้เลขาธิการ สปสช. มีอำนาจสั่งจ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินได้ครั้งละมากกว่านายกรัฐมนตรีเสียอีก”⁴⁵³ หรือกรณีการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่ดำรงตำแหน่งเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น “สามารถผลักดันพระราชบัญญัติฉบับนี้ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยที่ไม่ครบองค์ประชุม และเมื่อผลักดันสำเร็จแล้ว ก็มาดำรงตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจะมากอกกฏกระทรวงในส่วนของมาตราต่าง ๆ ตามที่คิดไว้”⁴⁵⁴

การเชื่อมต่อเกาะเกี่ยวกับขั้วอำนาจการเมืองแบบไม่เป็นศัตรูกับใคร แต่เลือกเป็นมิตรกับทุกขั้วการเมืองในแบบฉบับที่บัวไม่ให้ช้ำน้ำไม่ให้ขุ่น ทั้งในรูปแบบของการมีคนของขบวนการแพทย์ชนบทสังกัดพรรคการเมืองโดยตรงหรือการเข้าไปร่วมงานในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

⁴⁵² เติตชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁴⁵³ เรื่องเดียวกัน

⁴⁵⁴ เติตชู อริยศรีวัฒนา, การการุณยฆาตตามมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ [ออนไลน์], 11 มิถุนายน 2554. แหล่งที่มา

ทางการเมือง ส่งผลให้การมุ่งเป้าผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพจึงประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ ตามที่เชิดชู อริยศรีวัฒนา วิเคราะห์ว่า “กลุ่มชมรมแพทย์ชนบทได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน โดยการ ‘เข้าหา’ ผู้ที่มีอำนาจทุกยุคทุกสมัย เพื่อ ‘ขับเคลื่อน’ ให้แนวคิดและความต้องการของกลุ่มตนสัมฤทธิ์ผล”⁴⁵⁵

3. การเพิ่มการยอมรับทางความรู้ด้านสาธารณสุข โดยส่งแกนนำไปเรียนต่อต่างประเทศ

การจะนำเสนอประเด็นปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ด้านนี้อย่างแตกฉาน และสิ่งที่นำเสนอออกไปนั้นจะต้องมีความน่าเชื่อถือเพียงพอ และเป็นที่ยอมรับของสังคม ด้วยเหตุนี้แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทหลายคนจึงมุ่งเพิ่มพูนความรู้และความน่าเชื่อถือให้กับตนเอง โดยการไปร่ำเรียนต่อทางด้านระบบสุขภาพในต่างประเทศ “หลายคนไปเรียนที่เมืองแอนท์เวิร์ป ประเทศเบลเยียม เช่น นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ, นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก, นายแพทย์สมชัย (จวินันท์) ศิริกนกวิไล ... นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ไปเรียนที่เนเธอร์แลนด์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ และนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ไปเรียนที่สหรัฐอเมริกา นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และนายแพทย์วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒนวงศ์ ไปเรียนที่ออสเตรเลีย นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ไปเรียนที่สิงคโปร์และออสเตรเลีย เป็นต้น”⁴⁵⁶ “การได้ไปเรียนรู้นู้นต่างประเทศ ได้พบปะครูบาอาจารย์ที่มีความรู้ ได้แลกเปลี่ยนกับเพื่อนหลายชาติ ได้มีเวลาอ่านหนังสือ มีเวลาคิด มีเวลาเขียน ทำให้ขยายมุมมอง รู้จักตั้งคำถาม รู้จักแสวงหา และสร้างความรู้เมื่อกลับมาทำงานทำให้เป็นคนกระตือรือร้น ไม่เบื่อ และมีความคิดใหม่ ๆ”⁴⁵⁷

การมีมิติทางวิชาการเป็นสิ่งสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานของขบวนการแพทย์ชนบท ต้องควบคู่กันไประหว่างการมีอุดมการณ์และความรู้ทางวิชาการ ตัวอย่างเช่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไปศึกษาด้านสาธารณสุขที่ประเทศเบลเยียม มีความสนใจว่าทำอย่างไรประชาชนถึงจะ

⁴⁵⁵ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาก “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁴⁵⁶ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 11-12.

⁴⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 12.

มีหลักประกันสุขภาพที่ทั่วถึงและเป็นธรรม จึงได้ศึกษาและไปทำวิจัยเรื่องนี้ ต่อมาก็ได้ขอทุนจาก สหภาพยุโรปมาทำการวิจัยต่อเนืองว่าทำอย่างไรคนยากจนจะมีหลักประกันสุขภาพได้ ทำการวิจัยจนมีความรู้ดีในเรื่องนี้ จากนั้นจึงไปผลักดันออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพขึ้นมา และรัฐบาลในขณะนั้นได้นำไปเป็นนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค แล้วก็เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น การมีมติทางวิชาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะอาศัยเพียงมีอุดมการณ์อย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการผลักดันงานให้สำเร็จ แต่ต้องมีมติทางวิชาการด้วยเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิรูปได้⁴⁵⁸

4. การสร้างการเชื่อมโยงในระดับนานาชาติ เพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศ สำหรับนำมาขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ขบวนการแพทย์ชนบทเล็งเห็นความสำคัญในการเชื่อมต่อกับองค์กรและเครือข่ายด้านสาธารณสุขกับต่างประเทศ เพื่อนำทรัพยากรและองค์ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพมาใช้ในการขับเคลื่อนภารกิจ “แพทย์ชนบทคนแรกที่ได้แสดงบทบาทในเวทีโลกคือ คุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์...คุณหมอสมศักดิ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้แทนไทยในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกหลายครั้ง ได้รับเชิญเป็นกรรมการระหว่างประเทศที่สำคัญ ๆ เช่น เป็นกรรมการสภาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนางานวิจัยของประเทศต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาองค์กรระหว่างประเทศอย่างเช่น องค์การอนามัยโลก องค์การ UNICEF และองค์การพัฒนาระหว่างประเทศของสวีเดน คุณหมอสมศักดิ์จึงเป็นหมอชนบทที่มีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุขระหว่างประเทศมากที่สุด”⁴⁵⁹

ขณะที่แพทย์ชนบทอีกจำนวนมากก็มีการเชื่อมโยงกับการสาธารณสุขในต่างประเทศ “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ สนทนากับประชาคมยุโรปมาก ถึงกับได้ทุนของอียู (EU) มาทำโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตั้งกว่า 100 ล้านบาท และมีผู้เชี่ยวชาญชาวเบลเยียมมาประจำทำงานด้วย นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กับนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรนั้น เดินทางไปประชุมที่เจนีวาเป็นว่าเล่น และไปแสดงฝีมือคนไทยไว้ในแวดวงองค์การอนามัยโลก

⁴⁵⁸ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

⁴⁵⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 70.

ไม่ใช่บ่อย ระยะเวลาหลังนายแพทย์สุวิทย์ถูกมอบหมายให้เป็นเลขานุการของคณะกรรมการที่ดูแลเรื่ององค์การอนามัยโลกในประเทศไทย...นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เมื่อเป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้น มีความสัมพันธ์ติดต่อกับประเทศแอฟริกาได้อย่างใกล้ชิด”⁴⁶⁰ “นายแพทย์ศุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการ สวรส. นั้น ในงานส่งเสริมสุขภาพ สนิทสนมกับ Vic Health หรือองค์กรส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น นอกจากนั้น ผมยังเห็นกลุ่มแพทย์ชนบทสนิทสนมกับกลุ่มที่สตอกโฮล์มกับ Goran ทั้ง 2 คือ Goran Sturkey และ Goran Thomson ยังมีกลุ่มลอนดอนและกลุ่มที่สกอตแลนด์อีก”⁴⁶¹

ยิ่งไปกว่านั้น “คุณหมอสงวน นิตยารัมภพงศ์ เป็นหมอชนบทอีกคนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการเกลี้ยกล่อมและเจรจากับฝรั่ง ให้มาร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพในประเทศไทย (โดยเอาเงินเข้ามาด้วย) ... คุณหมอสงวนสามารถสร้างเครดิต จนสถาบันโรคเขตร้อนที่เบลเยียมยินยอมให้ทุนหมอชนบทไทยไปเรียนหลักสูตรปริญญาโทด้านสาธารณสุขทุก ๆ 2 ปี ครั้งละ 3-5 คน โดยมอบให้คุณหมอสงวนเป็นคนคัดเลือก มีหมอชนบทกว่า 20 คน ที่ได้ทุนนี้...ต่อมายังเจรจาได้เงินสนับสนุนจากสหภาพยุโรปกว่า 100 ล้านบาท มาทำโครงการ “ปฏิรูประบบวิทยาสุขภาพ” อีกด้วย”⁴⁶² “คุณหมอวิชัย ไชควิวัฒน์ เป็นหมอชนบทอีกคนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในเรื่องการวิจัยในคนอย่างหาตัวจับยาก จนองค์การอนามัยโลกเชิญไปเป็นคณะที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมของโครงการวิจัยในคนซึ่งขอทุนจากองค์การอนามัยโลก”⁴⁶³ ขณะที่ “คุณหมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ร่วมกับ คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ก็เป็นสองหมอชนบทที่เป็นผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา และได้รับการยอมรับให้เป็นผู้แทนของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในการนั่งโต๊ะเจรจากับผู้แทนของภูมิภาคอื่น ๆ ในเรื่องงบประมาณขององค์การอนามัยโลก จนประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้ชื่อเสียงของประเทศโด่งดังขึ้นในเวทีสาธารณสุขโลก”⁴⁶⁴ หรือแม้กระทั่ง “นายแพทย์สุวิทย์มีฝีมือทางการจัดการการวิจัย

⁴⁶⁰ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 59.

⁴⁶¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 60.

⁴⁶² เรื่องเดียวกัน, หน้า 70-71.

⁴⁶³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 71.

⁴⁶⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 71-72.

(Research management) สูงมาก และเป็นคนหนึ่งในจำนวนที่หายาก ขณะนี้เป็นบรรณาธิการวารสารระหว่างประเทศ ชื่อ Human Resource for Development Journal (HRDJ)...ในงานวิชาการของกลุ่มแพทย์ชนบทดังที่กล่าวมา มีเครือข่ายทางวิชาการกับต่างประเทศอย่างมาก เช่น กับลอนดอน สกอตแลนด์ เบลเยียม สวีเดน มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และองค์การอนามัยโลก”⁴⁶⁵

ความสำเร็จในการสร้างการเชื่อมโยงในระดับนานาชาติของขบวนการแพทย์ชนบท ทำให้สามารถระดมทรัพยากรเงินทุน ผู้เชี่ยวชาญ และองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทยได้อย่างประสบผลสำเร็จ

5. การสร้างเครือข่ายภาคีร่วมกับชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อเสริมพลังการขับเคลื่อนประเด็น

ขบวนการแพทย์ชนบทมีหลักการดำเนินงานที่สำคัญประการหนึ่ง นั่นคือ การมุ่งสร้างพันธมิตรกับองค์กรชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางสังคมในวงกว้าง อันจะเป็นการสร้างความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพให้ได้รับการยอมรับมากยิ่งขึ้น และยังผลให้โอกาสบรรลุผลสำเร็จในการขับเคลื่อนประเด็นมีสูง ตัวอย่างเช่นกรณีที่ “นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และ นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริยะเดช ได้อาศัยเครือข่ายองค์กรเอกชน...ผลักดันร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวจนสำเร็จ โดยมีการแก้ไขจากร่างเดิมไม่มากนัก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 โดยมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น และมี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขาธิการคนแรก”⁴⁶⁶ หรือกรณีการต่อต้านการทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ในช่วงนั้นชมรมแพทย์ชนบทเข้าร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ จำนวนมาก ออกมาประสานเสียงกันอย่างทรงพลังในการต่อต้านการคอร์รัปชัน และสามารถส่งผลให้ผู้ที่กระทำการทุจริตได้รับการลงโทษ⁴⁶⁷ ขณะที่กรณีนายสุบิน นกสกุล ประธานชมรมผู้ป่วยโรคไตแห่งประเทศไทย แสดงความรู้สึกผิดหวังต่อพฤติกรรมของฝ่ายการเมืองที่ปกป้องแพทย์พาณิชย์ในการทำลายระบบ

⁴⁶⁵ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 17 และ 21.

⁴⁶⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 177.

⁴⁶⁷ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

หลักประกันสุขภาพ จึงได้เรียกร้องให้เครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ และกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพทั่วประเทศร่วมเคลื่อนไหวกับชมรมแพทย์ชนบท เพื่อปกป้องระบบ สปสช. และขับไล่กลุ่มแสวงหาผลประโยชน์ออกไป⁴⁶⁸

การสร้างเครือข่ายกับองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ตั้งอยู่บนจุดยืนและอุดมการณ์ร่วมกันในประเด็นที่จะขับเคลื่อน โดยมององค์กรเหล่านี้เป็นพันธมิตร เหตุที่ขบวนการแพทย์ชนบทจำเป็นต้องเข้าไปเชื่อมต่อกับองค์กรพัฒนาเอกชน เนื่องจากพบว่าการทำงานแต่เพียงลำพังของกลุ่มแพทย์ชนบทจะไม่มีทางสำเร็จ จึงต้องแสวงหาแรงสนับสนุนเพิ่มเติม และเนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนมีอุดมการณ์คล้ายคลึงกับขบวนการแพทย์ชนบท คือมุ่งสร้างประโยชน์ให้กับประชาชน จึงสามารถร่วมงานกันได้ค่อนข้างราบรื่น ขณะที่จุดยืนของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีความชัดเจนกล่าวคือพร้อมเข้าไปช่วยองค์กรพันธมิตรโดยไม่เกรงกลัว มีความเป็นอิสระ และไม่แสวงหาประโยชน์อันใดจากองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้เลย ไม่เคยต้องให้เงินพวกเขาและพวกเขาก็ไม่เคยต้องให้เงินกลับมา มุ่งแต่การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในภาพรวม⁴⁶⁹ อย่างไรก็ตาม หากวิเคราะห์ขบวนการแพทย์ชนบทพบว่าจะทำงานได้ดีมากกับภาคที่เป็น NGOs ของชนชั้นกลาง อาทิ สารี อ่องสมหวัง เป็นพยาบาล หรืออรสนา ไตสิทธิ์กุล ก็เป็นเภสัชกร ถือเป็นตัวแทนของชนชั้นกลาง แต่ขบวนการแพทย์ชนบทไม่ได้ทำงานมากนักกับขบวนการของคนยากจน แม้ว่านายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป จะดำเนินงานเกี่ยวกับมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาก็ตาม แต่มีลักษณะของการทำงานแบบชนชั้นกลางลงไปช่วยคนจน จึงยังเป็นที่พิจารณาอยู่ว่าหากขบวนการแพทย์ชนบทลงไปทำงานกับภาคีเครือข่ายแบบประชาชนรากหญ้าจะเป็นอย่างไร เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีปรากฏการณ์ความร่วมมือระหว่างกันเท่าใด⁴⁷⁰

⁴⁶⁸ “ขัฒมติบอร์ต สปสช. อุ่มแพทย์เอกชนชัด,” [ออนไลน์], 8 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา <http://suchons.wordpress.com/2012/02/08/>

⁴⁶⁹ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

⁴⁷⁰ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

ในทางกลับกัน ในทัศนะขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ได้ร่วมงานกับขบวนการแพทย์ชนบท คิดว่าการได้ร่วมมือกันนับเป็นประโยชน์ยิ่ง เพราะลำพังเฉพาะแต่องค์กรพัฒนาเอกชนผลักดัน ประเด็นปฏิรูปสุขภาพแต่ฝ่ายเดียวจะไม่สำเร็จ เนื่องจากการรวมตัวและจัดตั้งอาจไม่ดีเท่าขบวนการแพทย์ชนบท ดังนั้น เมื่อสามารถแสวงหาประเด็นเฉพาะที่ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนและ ขบวนการแพทย์ชนบทร่วมกันได้ อาทิ การผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโดยไม่ติดเงื่อนไขเรื่องเงินทอง การร่วมมือกันก็เป็นไปอย่างใกล้ชิด และมีพลัง⁴⁷¹

6. การเชื่อมเครือข่ายกับสื่อมวลชนอย่างใกล้ชิด เพื่อขยายประเด็นการเคลื่อนไหวสู่ วงกว้างระดับประเทศ

สื่อมวลชนเป็นกลุ่มสำคัญที่จะขยายประเด็นการเคลื่อนไหวต่อสู้ของขบวนการแพทย์ชนบทให้เกิดการรับรู้ในวงกว้าง การสร้างพันธมิตรกับองค์กรสื่อเป็นเป้าหมายหลักในการ ดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทมาโดยตลอด ในการขับเคลื่อนประเด็นใด ๆ ก็ตาม ขบวนการแพทย์ชนบทจะประสานสื่อมวลชนให้มานำเสนอข่าวทุกครั้ง เพื่อสร้างแรงกดดันทาง การเมืองให้ฝ่ายการเมืองยอมรับในข้อเสนอและเรียกร้องของตน โดยกลุ่มแพทย์ชนบทจะทำหน้าที่ ให้ข้อมูลข้อเท็จจริงที่มีหลักฐานรองรับทุกครั้ง ในขณะที่สื่อทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลผ่านการคัด กรองความน่าเชื่อถือแล้ว การดำเนินงานในลักษณะเช่นนี้ทำให้สื่อมีความเชื่อมั่นในหลักฐาน ข้อมูลของขบวนการแพทย์ชนบทถึงขนาดที่ว่าสื่อโทรทัศน์ไทยพีบีเอสให้ความเชื่อมั่นถึงร้อยละ 80- 90 หากข้อมูลดังกล่าวมาจากการนำเสนอของเครือข่ายแพทย์ชนบท⁴⁷² ยิ่งไปกว่านั้น สื่อให้ความ เชื่อถือขบวนการแพทย์ชนบทว่ามุ่งมั่นทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ต่อสู้กับความไม่ชอบมาพากลการ ทุกจริต เมื่อสื่อมองเห็นประเด็นไม่เป็นธรรม ประเด็นที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อสังคม สื่อมวลชนเหล่านี้ก็พร้อมที่จะทำให้เป็นประเด็นขึ้นมาให้สังคมได้รับรู้⁴⁷³ เป็นดังที่สุภัทร ฮาสุวรรณ

⁴⁷¹ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

⁴⁷² สัมภาษณ์ ชาตรี เจริญชีวะกุล, เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

⁴⁷³ สัมภาษณ์ ปรีดา เต๋ออารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี,

กิจ กล่าวไว้ว่า “ชมรมแพทย์ชนบทในความเป็นจริงมีแกนทำงานไม่มาก เครือข่ายในชมรมไม่ได้มีการจัดตั้งอย่างเข้มแข็ง แต่ความมีพลังในการขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ ทางสังคมของชมรมแพทย์ชนบทคือ การนำเสนอประเด็นที่แหลมคมโดยผ่านกลไกสื่อสารมวลชน และการเชื่อมต่อกับเครือข่ายพันธมิตรในการเสริมสานประเด็น ยกกระดับไปสู่การขับเคลื่อนเป็นประเด็นทางการเมือง”⁴⁷⁴ กลไกความร่วมมือระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและสื่อมวลชน ทำให้การขับเคลื่อนภารกิจที่ขบวนการแพทย์ชนบทตั้งเป้าหมายไว้เป็นไปได้ไปอย่างสัมฤทธิ์ผล

ยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวในรูปแบบขบวนการประชาสังคมทั้งสี่ระดับ ได้แก่ (1) ระดับการสร้างแนวความคิด (conceptual level) (2) ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (structural level) (3) ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (strategy and activity level) และ (4) ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (impact level) ถือเป็นกระบวนการวางยุทธศาสตร์ที่แยบยล และเมื่อประสานยุทธศาสตร์เข้าด้วยกันในการขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาหลายทศวรรษ จึงยังผลให้เป้าหมายที่ขบวนการแพทย์ชนบทวางไว้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ความท้าทายในกระบวนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบท

ความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทยังไม่นับว่าน่าชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าจะเผชิญปัญหาหลายประการแต่ด้วยการขับเคลื่อนอย่างมียุทธศาสตร์และความเป็นปึกแผ่นของขบวนการแพทย์ชนบท เป้าหมายที่ตั้งไว้ในการปฏิรูปจึงบรรลุผล แต่สิ่งที่สำคัญกว่าคือการอย่างก้าวเดินอย่างมั่นคงต่อไปในอนาคต เพื่อรับประกันได้ว่าสิ่งที่สร้างขึ้นมาจะไม่ล่มสลายลงไป เป็นความท้าทายใหม่ที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะต้องก้าวผ่านไปให้ได้ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ให้ข้อชี้แนะต่อประเด็นการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทไว้ว่า “ต้องมีการปฏิบัติการที่เด่นชัดบนจิตวิญญาณนี้ ไม่ว่าจะเป็นการไม่ฝักใฝ่ต่อพรรคการเมืองใด (non-partisan) การไม่อิงกับอำนาจใด มีการเคลื่อนไหวที่อิสระบนพื้นฐานของผลประโยชน์ของประชาชน เพราะหากการเคลื่อนไหวใดถูกมองว่ามีการอิงผลประโยชน์ของพรรค

⁴⁷⁴ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 65.

การเมืองใดหรืออิงกับอำนาจใด อาจทำให้ความบริสุทธิ์ในความเป็นกลางที่ยืนอยู่บนผลประโยชน์ของประชาชนถูกมองอย่างเคลือบแคลง”⁴⁷⁵ ซึ่งจะทำให้ความน่าเชื่อถือของการขับเคลื่อนประเด็นได้รับการสนับสนุนได้ ขณะที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ กังวลถึงการต้องรักษาจุดยืนการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยยืนยันให้คงบทบาทการมีส่วนร่วมตรวจสอบจากภาคสังคมเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบสาธารณสุขและในระบบสุขภาพให้เข้มข้นต่อไป⁴⁷⁶

การคงรักษาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนไว้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด อย่างกรณีองค์กรตระกูล ส. ต้องทำให้เกิดภาพการเป็นองค์กรเพื่อประชาชน จึงต้องมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมโปร่งใส และทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมไม่ถูกผูกขาดอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ กล่าวคือต้องเปิดกว้าง เมื่อมีคนเข้ามาช่วยมาก ๆ จะกลายเป็นผลดีเพราะคนเหล่านี้จะควบคุมนักการเมืองให้เอง แต่ถ้าร่วมกันเฉพาะกลุ่มและผูกขาดเฉพาะกลุ่มจะสุ่มเสี่ยงต่อการถูกโจมตีกล่าวหา และหากฝ่ายการเมืองลงมาเล่นงานก็จะมีแนวโน้มที่จะช่วยต้านทานพลังทางการเมือง เพราะฉะนั้นประเด็นสำคัญนั้นคือ องค์กรตระกูล ส. ทั้งหมดจะต้องทำตัวให้โปร่งใส มีกลไกกระบวนการที่ทำให้คนตรวจสอบได้ และมีกลไกกระบวนการที่จะสร้างการมีส่วนร่วมอย่างหลากหลายและเท่าเทียม ซึ่งจะเป็นการรักษาความยั่งยืนขององค์กรไว้ได้ในที่สุด⁴⁷⁷

อุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เป็นการปะทะกันทางแนวคิดในแง่การจัดการสุขภาพ 2 กระแส กล่าวคือ แนวคิดที่หนึ่งเรียกว่าแนวคิดเชิงปฏิรูป เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมต่อประชาชน ทุกคนเข้าถึงการบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ โดยมีขบวนการแพทย์ชนบทเป็นตัวขับเคลื่อนแนวคิดนี้เป็นหลัก ขณะที่แนวคิดที่สองเป็นแนวคิดเปิดเสรีทางด้านสุขภาพ เป็นไปตามระบบตลาดเสรีตามกลไกทุนนิยมที่กำลังเติบโต เกิดธุรกิจโรงพยาบาล การรับบริการสุขภาพตามกำลังจ่ายของลูกค้า โดยมีฐานสนับสนุนเป็นกำลังคนทางสาธารณสุขทั่ว ๆ ไป ทั้งสอง

⁴⁷⁵ สวงน นิตยารัมภ์พงศ์, “ชมรมแพทย์ชนบท : เหลียวหลัง 25 ปี และแลไปข้างหน้า,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 31.

⁴⁷⁶ อำพล จินดาวัฒนะ, “ทิศทางแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 28.

⁴⁷⁷ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

แนวคิดนี้ไม่ผสมกลมกลืนกัน มีการช่วงชิงความได้เปรียบกันภายในกลไกของรัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อครองอำนาจในการผลักดันนโยบายของตน สิ่งนี้จะสร้างปัญหาอย่างมาก และไม่สามารถทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพอย่างครบวงจรเดินไป ยกตัวอย่างเช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพ แรกเริ่มเดิมทีนั้นคิดกันว่าการตั้งระบบประกันสุขภาพ เป้าหมายต้องการปฏิรูปตัวระบบประกันสุขภาพให้มีสุขภาพที่เอื้อต่อคนส่วนใหญ่ กระจายทรัพยากร และมีการใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ มารองรับอนาคต ซึ่งจะต้องมีการปฏิรูปใหญ่ ๆ พร้อมกันอย่างน้อย 3 เรื่อง ได้แก่ (1) การปฏิรูปทางการเงินการคลัง กล่าวคือ การมีกฎหมายต่าง ๆ ใช้กลไกการเงินการคลังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (2) การปฏิรูประบบบริการ ให้มีการกระจายอำนาจ มีความเป็นอิสระจากส่วนกลาง เพิ่มทางเลือกเพิ่มเติม ตรงจุดนี้ปฏิรูปไม่สำเร็จ มีแห่งเดียวที่ทำได้คือโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่สามารถออกไปอยู่นอกระบบราชการ และ (3) การปฏิรูประบบการจัดการ อาทิ การบริหารระบบ กฎระเบียบต่าง ๆ การกระจายการรวมศูนย์ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุข ผลการปฏิรูปในส่วนนี้ที่ผ่านไปได้ดี คือ ด้านการเงินการคลังซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญ แต่การปฏิรูประบบบริการไม่ประสบความสำเร็จ แม้ว่าจะปรับเปลี่ยนระบบการจัดการ เกิดกฎหมายใหม่ เกิดหน่วยงานใหม่ แต่โครงสร้างอำนาจใจกลางสำคัญไม่ได้เปลี่ยนแปลง ฉะนั้นทำให้การปฏิรูปใหญ่ไม่สามารถเดินไปได้แบบเต็มที่⁴⁷⁸

ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นนี้ หากวิเคราะห์ดูแล้วเกิดจากสถานการณ์ประเทศมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างชนชั้นกลางมีการเติบโตมากขึ้นและเป็นชนชั้นที่มีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายได้ไวที่สุด หากเติบโตในยุคสมัยที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง ยุคสมัยที่สภาพแวดล้อมเอื้อไปทางคนจน ชนชั้นกลางก็ไปสนับสนุนทางนี้ได้ แต่หากเป็นยุคสมัยที่ต้องการสร้างเนื้อสร้างตัวสร้างโอกาสก้าวหน้าในชีวิต ชนชั้นกลางจะหันมาเดินในทางนี้เช่นกัน ดังนั้นสถานการณ์ในขณะนี้ ชนชั้นกลางอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือคนรากหญ้าด้วยซ้ำ เนื่องจากชนชั้นกลางขณะนี้อาจต่อต้านการเคลื่อนไหว รู้สึกไม่พอใจที่มีมือบต่าง ๆ มาอยู่ใจกลางกรุงเทพฯ ณ ช่วงเวลานี้ที่อยู่ในเศรษฐกิจระบบเปิด ชนชั้นกลางเป็นชนชั้นที่ขยับได้จึงแสวงหาความมั่นคงและความมั่งคั่งมากกว่าก้าว

⁴⁷⁸ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

ออกมาเรียกร้องความเป็นธรรมเพื่อคนรากหญ้า ฉะนั้นการที่ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นขบวนการที่มาจากยุคสมัยเรียกร้องความเป็นธรรมทางสังคม อาจปรับตัวไม่ทันในยุคสมัยใหม่ แนวคิดแบบขบวนการนักศึกษาเดิมที่เรียกว่าแนวคิดแบบซ้ายก็ยังมีอยู่ในขบวนการแพทย์ชนบท มุ่งผลักดันแบบสุดทาง การประนีประนอมยังมีน้อย ทำให้ขบวนการฯ จำกัดวงและมีศัตรูรอบด้าน ถือเป็นข้อจำกัดที่สำคัญ ในแง่วิธีการและแนวคิดของการปฏิรูปอาจจะจำกัดเกินไป แคบเกินไป อาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องการเปิดกว้าง มีความล่าช้าในการปรับตัวให้ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป ดังนั้นหากมุ่งเป้าปฏิรูปแค่ชนชั้นกลางเป็นหลักอยู่ที่ต้องยอมรับการเปิดกว้างให้มากขึ้นเนื่องด้วยความเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติของชนชั้นกลางตามที่กล่าวมา⁴⁷⁹

ความท้าทายอีกประการของขบวนการแพทย์ชนบทในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ นั่นคือ กำลังคนในการผลักดันงานมีจำกัด ติงแคบเพียงแกนนำและเครือข่ายเพียงไม่กี่คน ทั้ง ๆ ที่สิ่งที่ต้องทำในการปฏิรูปมีเต็มไปหมด ในด้านความคิดอ่านสร้างวาระการปฏิรูปไม่ได้ เป็นปัญหาของขบวนการแพทย์ชนบท เพราะมีกลุ่มสามพรานที่กำกับเนื้อหาเชิงประเด็นและคิดอย่างเป็นระบบไว้แล้ว แต่ในการสรรหาผู้ที่จะลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ หาได้ค่อนข้างยาก เพราะคนทำงานเท่าที่มีก็มืองานล้นมือ นอกจากนี้ ในการทำงานกับคนที่มีความคิดก้าวหน้าในสังคมมาก ๆ บนพื้นฐานประเด็นการขับเคลื่อนที่มีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ก็อาจล้มในแง่ของการสื่อสารกลับไปยังคนเหล่านั้น ทำให้เกิดความห่างของช่องว่างทางความเข้าใจและการรับรู้มากขึ้น ๆ คนอาจไม่เข้าใจว่าขบวนการฯ กำลังทำอะไร และถ้าใช้วิธีคิดแบบเดิมมามองกลุ่มแพทย์ชนบทก็มีแนวโน้มที่จะถูกมองว่า แพทย์กลุ่มนี้มาทำเพื่อประโยชน์ของตัวเอง กลายเป็นความระแวงเกิดขึ้นมา เพราะฉะนั้น การสื่อสารถึงกลุ่มคนที่ทำงานระดับฐานราก จึงเป็นอีกเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหากลายเป็นฝ่ายตรงข้ามโดยที่ไม่ตั้งใจ ยิ่งไปกว่านั้น ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการทำงานของขบวนการฯ อยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของสังคมไทยซึ่งกลไกภาคส่วนอื่น ๆ ก็ยังมีพัฒนาการที่แตกต่างกันด้วย เพราะฉะนั้น เมื่อเครือข่ายของแพทย์ชนบทก้าวหน้าไปมาก มากเกินกว่าโครงสร้างส่วนอื่น ๆ จะปรับตัวได้ ไม่ใช่เฉพาะโครงสร้างในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข แต่รวมถึงภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม ก็ไม่ง่ายที่จะคงระดับของการขับเคลื่อนงานไว้ใน

⁴⁷⁹ เรื่องเดียวกัน

ระดับเดินหน้าเต็มที่แบบนั้น เพราะหากระบบอื่น ๆ ไม่พัฒนา เมื่อผลักดันงานไประยะหนึ่งก็จะไปติดกลไกโครงสร้างทางการเมืองที่ไม่ได้ปฏิรูป ยกตัวอย่าง กรณีที่เกิดขึ้นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพราะผู้มีอำนาจการเมืองในช่วงนั้นแสดงบทบาทไปในทางที่ไม่ได้เอื้อต่อการทำงานของ สปสช. เพราะฉะนั้น ในท้ายที่สุดขบวนการแพทย์ชนบทก็ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปฏิรูปการเมืองและการปฏิรูปสังคมไปพร้อมกัน เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มิเช่นนั้นงานการปฏิรูปของขบวนการแพทย์ชนบทก็อาจซบเซาลงต่อไปได้ ฉะนั้น เมื่อมีจังหวะและโอกาสเพื่อทำให้บ้านเมืองดีขึ้นในทุกด้าน มิเว้นเพียงด้านสุขภาพบุคคล แต่ต้องสุขภาพวะสังคมโดยรวม ขบวนการแพทย์ชนบทควรเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบองค์กรรวมให้ดีขึ้น⁴⁸⁰

ความกังวลที่มีต่อองค์กรตระกูล ส. มีอยู่เช่นกัน โดยเฉพาะองค์กรที่จัดตั้งระบบอย่างลงตัว (establish) แล้ว มีกฎหมายรองรับชัดเจน เนื่องจากเกรงว่าองค์กรเหล่านี้จะเริ่มสร้างเป็นอาณาจักร สร้างวัฒนธรรมแบบองค์กรยุคเก่าขึ้นมา จึงขึ้นอยู่กับคนรุ่นต่อไปที่เป็นผู้บริหารว่าจะกระทำอย่างไร ซึ่งต้องยอมรับว่าอุดมการณ์และอุดมคติของแกนนำยุคก่อตั้งไม่ได้ครอบคลุมวิถีคิดของคนทำงานในองค์กรเหล่านี้โดยส่วนใหญ่ เนื่องจากบุคคลที่มาทำงานสังกัดองค์กรตระกูล ส. มาจากหลายที่หลายวัฒนธรรม ไม่ได้มีความคิดเห็นไปในทำนองเดียวกันหมด บางคนมาเพื่อทำงานหาเลี้ยงชีพ บางคนมาร่วมทำงานอย่างมีอุดมการณ์ เพราะฉะนั้นถ้าวันหนึ่งข้างหน้ามีการเปลี่ยนแปลงผู้นำองค์กรซึ่งไม่มีการผูกพันอุทิศตัว (commitment) อย่างเหนียวแน่นและแข็งแกร่ง ในอุดมการณ์ตามแบบฉบับผู้เริ่มก่อตั้งองค์กรรุ่นบุกเบิก การธำรงรักษาวัฒนธรรมแบบใหม่เชิงรุกก็มิอาจกระทำได้ รังแต่จะกลับไปสู่วิธีการทำงานแบบระบบราชการแบบเดิม ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหานี้ต้องสร้างวัฒนธรรมแบบใหม่กว่า ไม่ได้มาทำงานเพื่อกอบโกยผลประโยชน์ แต่มาทำให้งานเพื่อส่วนรวมสำเร็จ ทำให้ทุกคนทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ต้องระวังเรื่องการลงหลักปักฐานอย่างมั่นคง (establishment) มีการกล่าวกันมากเรื่อง establishment ว่าอาจทำให้ความตั้งใจและเจตนารมณ์ขององค์กรตั้งแต่เริ่มแรกไม่ได้ถูกต่อยอดไว้ดีพอ แม้ปัจจุบันการรักษาอุดมการณ์ดั้งเดิมยังคงค่อนข้างดีอยู่ แต่ก็ไม่ถนัดนัก เพราะว่าเจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งที่เป็นระดับที่ทำงานทั่ว ๆ ไปอาจจะไม่ได้ซึมซับ (absorb) ในเรื่อง

⁴⁸⁰ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

ของสำนัก เจตนาารมณต์ต่าง ๆ เชิงอุดมการณ์ของหน่วยงานนี้ได้ดีเพียงพอ จึงต้องมีกระบวนการรื้อฟื้นเชิงอุดมการณ์ภายในองค์กรขึ้น เช่น กระบวนการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ความเข้าใจระบบต่าง ๆ ตามเจตนาารมณต์เริ่มแรก การพัฒนาวิธีคิดเชิงระบบให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับต้น ฯลฯ ความพยายามเหล่านี้คือตัวอย่างของการคงให้องค์กรไม่เข้าไปสู่ระบบที่ไม่ปรารถนาความเปลี่ยนแปลงแล้ว⁴⁸¹

ประเด็นสุดท้ายที่เป็นความท้าทายของขบวนการแพทยชนบทในการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะต่อไป เป็นสิ่งที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ยอมรับว่าแนวทางการเข้าไปมีส่วนปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมายังมีจุดอ่อน เพราะยังใช้พลังทางปัญญาน้อยเกินไป แม้ว่าตัวแบบที่ผลักดันการปฏิรูปจะมีความชัดเจนในตัวเองอยู่แล้วคือใช้แนวทางการพัฒนานโยบายบนฐานของหลักฐานข้อเท็จจริง “evidence-based policy development” แต่พลังทางปัญญาที่นำมาใช้ในการวิจัยองค์ความรู้ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ต้องพัฒนาการทำงานวิจัยให้มีคุณภาพสูงกว่าที่ผ่านมาและเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้น หากต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์เรื่องใดก็ต้องรีบลงพื้นที่เพื่อหาข้อเท็จจริงอย่างทันท่วงที ไม่ใช่เหมือนที่ผ่านมามีโครงการศึกษาสองปี แต่สุดท้ายผลการวิจัยที่ได้รับยังไม่ตอบตรงคำถามที่ตั้งไว้ในเชิงปฏิรูป⁴⁸²

ความท้าทายในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทยชนบทที่เกิดขึ้น จำเป็นที่ขบวนการแพทยชนบทต้องก้าวผ่านไปให้ได้ หากหวังว่าจะธำรงรักษาความยั่งยืนต่อเนื่องของการปฏิรูปให้คงอยู่ต่อไป เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่สูงในสังคมไทย ซึ่งการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ขบวนการแพทยชนบทกระทำต่อเนื่องมาโดยตลอดนั้น เป็นไปตามที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ผู้นำทางความคิดที่ทรงบารมีของขบวนการแพทยชนบทกล่าวไว้ว่า “จุดสุดยอดของขบวนการแพทยชนบทคือการนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ... แพทยชนบทไม่ใช่เทวดา เป็นปุถุชนคนธรรมดาที่มีกิเลส ตัณหา มีถูก มีผิด แต่ที่น่าสนใจคือกระบวนการทั้งหมดที่คนเหล่านี้ผ่านมา ทั้งอุดมการณ์ ประสบการณ์ในชนบท ประสบการณ์ทางการจัดงานทางวิชาการเชิงนโยบาย การ

⁴⁸¹ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

⁴⁸² สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

รวมกลุ่มเครือข่าย และมิติทางจิตวิญญาณ สะสมเป็นพลังแห่งการปฏิรูปเพื่อประโยชน์สุขของ
มหาชน”⁴⁸³ อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์
ชนบทนับได้ว่าเป็นไปตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมซึ่งจะได้ทำการกล่าวถึงรายละเอียดใน
ลำดับถัดไป



⁴⁸³ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 99.

บทที่ 6

เครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทกับกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ของขบวนการ

การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพตลอดที่ผ่านมานับได้ว่ามีลักษณะของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม (ขบวนการแพทย์ชนบท) ในการเข้ามาพัฒนาประเทศ บนพื้นฐานการมีจิตสาธารณะ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม และไม่ได้อยู่ภายใต้การบังคับจากอำนาจรัฐ แต่เป็นไปโดยสมัครใจอย่างเสรีที่จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มเป็นก้อน ตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของความเป็นพลเมือง ความเป็นเจ้าของประเทศ เสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อเข้ามาสร้างสังคมภาพรวมให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในมิติด้านการวางรากฐานระบบสุขภาพที่ลดความเหลื่อมล้ำ ขยายโอกาสความเสมอภาคในการเข้ารับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยถ้วนทั่ว เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองเจ้าของประเทศอย่างแท้จริง แต่การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทก็ได้จำกัดตัวอยู่เฉพาะการพัฒนาาระบบสุขภาพเท่านั้น หากทว่า “ในทศวรรษที่สาม (พ.ศ. 2540+) ขยายวงการทำงานสู่การผลักดันการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ปัญหาสังคมระดับประเทศมากขึ้น สอดคล้องกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุกด้าน และสอดคล้องกับการเกิดขึ้นของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ที่มีรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นฐาน”⁴⁸⁴

การเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพ และการผลักดันเชิงสังคมอื่น ๆ ของขบวนการแพทย์ชนบทที่ประสบผลสำเร็จได้นั้น แท้จริงแล้วเกิดขึ้นจากลักษณะความพิเศษของขบวนการแพทย์ชนบทเองที่แตกต่างจากขบวนการประชาสังคมอื่น ๆ ลักษณะที่โดดเด่นและแตกต่างในตัวขบวนการแพทย์ชนบทได้ทำให้การขับเคลื่อนประเด็นเป็นไปอย่างมีพลังและเียบคายในการผลักดันวาระการปฏิรูปที่ต้องการจนบรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

⁴⁸⁴ อ่ำพล จินดาวัฒน์, “ทิศทางแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 28.

ขบวนการแพทย์ชนบท : ความเป็น “NGOs ใน GO” ตัวแบบแห่งความสำเร็จของการเคลื่อนไหวก้าวทางสังคม ภายใต้แนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ขบวนการแพทย์ชนบทนับได้ว่าเป็นองค์กรแรกในสังคมไทยที่มีลักษณะความเป็น “NGOs ใน GO”⁴⁸⁵ ที่ก่อตั้งขบวนการขึ้นด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ปราศจากการชี้นำ/สั่งการ/จัดตั้งโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง ลักษณะของสมาชิกในองค์กรอยู่ในรูปแบบของบุคคลสองสถานภาพในตัวคนเดียว ได้แก่ สถานภาพที่หนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ อยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาแบบระบบราชการ และสถานภาพที่สองมีสถานะเป็นพลเมืองเสรี ความเป็นอิสระไม่สังกัดอยู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจการสั่งการแบบราชการ สถานะความเป็นบุคคลมาจากการผสมผสานระหว่างความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและความเป็นพลเมืองเสรีชนภายใต้ความเป็นคน ๆ เดียวกัน ตัวคนเดียวแต่มีสองสถานภาพหรือเรียกได้ว่า “หนึ่งร่าง สองบุคคล” ในความเป็นเจ้าหน้าที่รัฐก็ปฏิบัติงานตามภารกิจที่รัฐมอบหมาย และในความเป็นบุคคลธรรมดาที่มีอิสระในการตัดสินใจรวมกันเป็นกลุ่ม/องค์กร/ขบวนการ เพื่อเคลื่อนไหวในประเด็นที่กลุ่มของตนปรารถนา โดยมีการเชื่อมโยงทางสถานภาพทั้งสองเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการเคลื่อนไหวอย่างบรรลุผลสำเร็จ กล่าวคือ ในการผลักดันประเด็นเชิงสังคมที่ต้องการจะขับเคลื่อนจะทำในนามของความเป็นนักพัฒนาขององค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรประชาสังคม เพื่อไม่ให้ถูกอำนาจรัฐมาครอบงำสั่งการและปิดกั้น แต่ขณะเดียวกันได้ใช้บทบาทความเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อสร้างประโยชน์จากกลไกและทรัพยากรของรัฐนำมาสนับสนุนและส่งเสริมให้เป้าหมายที่ต้องการขับเคลื่อนของกลุ่มประชาสังคมที่ตนสังกัดพึงสำเร็จตามที่คาดหวังไว้

ลักษณะการเคลื่อนไหวแบ่งได้เป็นสองช่วง ได้แก่ ในช่วงก่อนมีองค์กรตระกูล ส. ขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวในลักษณะเป็น NGOs ในรูปชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งมีพื้นฐานทางสถานภาพของแต่ละบุคคลเป็น GO แต่วิธีการเคลื่อนไหวแบบ NGOs เปรียบเสมือนการสวมหมวกสองใบในบุคคลคนเดียว ทำการสร้างเครือข่ายในหมู่องค์กรประชาสังคมด้วยกันโดยถือกลไกอำนาจรัฐเป็นเครื่องมือช่วยระดมทรัพยากรในการเคลื่อนไหว ซึ่งต้อง

⁴⁸⁵ คำว่า NGOs ย่อมาจาก Non-governmental organizations แปลว่า องค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ ขณะที่ GO ย่อมาจาก Governmental organization แปลว่า องค์กร/หน่วยงานภาครัฐ

ยอมรับว่ากลุ่มแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มบุคคลที่มีศักยภาพพร้อมเป็นชนชั้นนำ (elite) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ถือได้ว่าเป็นกลุ่มชนชั้นนำ (elite group) นั่นเอง และหากวิเคราะห์เชิงลึกจะพบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มแพทย์ชนบทว่าเป็น “ชนชั้นนำในชนชั้นนำ” (elite in elite) นั่นคือ ในบรรดาแพทย์ด้วยกัน อาชีพแพทย์ถือว่าเป็นชนชั้นนำทางสังคมอยู่แล้ว ยังมีการก่อตัวความเป็นชมรมแพทย์ชนบทขึ้นมา เป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวในกลุ่มแพทย์ด้วยกัน ยิ่งเห็นได้ชัดว่ามีลักษณะของชนชั้นนำในชนชั้นนำ เคลื่อนไหวมุ่งสร้างเครือข่ายในระบบราชการและสร้างเครือข่ายภายนอกโดยเฉพาะผู้ใหญ่ที่มี ต้นทุนทางสังคมสูง ได้แก่ นายแพทย์ประเวศ วะสี และนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวผลักดันจนสามารถสร้างองค์กรตระกูล ส. ขึ้นมา แตกต่างจากการ เคลื่อนไหวของ NGOs ทั่วไปที่ไม่สามารถใช้ทั้งสองสถานภาพในหมวด GO และ NGOs มาทำ การเคลื่อนไหวอย่างสอดประสานกันอย่างลงตัวได้

ในช่วงที่สอง ภายหลังจากได้จัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ขึ้นมาแล้ว เกิดลักษณะของความเป็น สถาบันและโครงสร้างองค์กรแบบกึ่งราชการ เป็นการสร้างทางเลือกเชิงโครงสร้างองค์กรให้ต่างไป จากระบบราชการ เพื่อไม่ให้รัฐเข้ามาแทรกแซงการขับเคลื่อนภารกิจ ตรงนี้สะท้อนชัดเจนว่า ขบวนการแพทย์ชนบทไม่เคยทิ้งฐานคิดแบบ GO และได้นำสถานภาพเชิงสถาบันมาใช้ประโยชน์ ในการเคลื่อนไหว โดยนำ NGOs อื่น ๆ มาร่วมกับองค์กรตระกูล ส. เป็นเครือข่ายผลักดัน เคลื่อนไหว

การที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีวิธีการคิด (mindset) เป็น “NGOs ใน GO” นับว่าเป็น ลักษณะที่ทรงพลังสูงในการขับเคลื่อนประเด็นที่ตนต้องการได้สำเร็จ ถือเป็นมิติใหม่ของขบวนการ ประชาสังคมไทยที่มีรูปแบบที่โดดเด่น มีเอกลักษณ์ที่แตกต่าง แต่มีความเข้มแข็งมากในการ เคลื่อนไหว ซึ่งมีความแตกต่างจากขบวนการประชาสังคมโดยทั่วไปในประเทศไทย และถึงแม้ว่า ขบวนการประชาสังคมอื่นอาจมีลักษณะคล้ายคลึงเช่นนี้บ้างแต่ก็ไม่เปี่ยมไปด้วยประสิทธิภาพและ ทรงพลังในการขับเคลื่อนเท่าขบวนการแพทย์ชนบท เนื่องจากความได้เปรียบของการมีวิชาชีพ แพทย์ เป็นคนชั้นสูงทางปัญญา เป็นคนหัวกะทิของประเทศ มีสถานภาพและศักดิ์ศรีทางสังคมใน ระดับสูง มีทุนทางสังคม (social capital) ที่เกิดจากตำแหน่งและบทบาทที่ได้รับการยอมรับสั่งสม กันมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่น ถูกจัดวางตำแหน่งแห่งที่ทางช่วงชั้นประชากรในระดับบนเสมอ

ตลอดประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาของสังคมไทย ลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจทำให้ขอบข่ายการแพทย์ชนบทที่มีความโดดเด่น แตกต่าง และแข็งแกร่งยิ่งขึ้นไปอีก ดังที่สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ชี้ให้เห็นว่า “ชมรมแพทย์ชนบทมีผู้ปฏิบัติงานและสมาชิกที่อยู่ไกลสุดสายบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีฐานชุมชนที่ดีที่ช่วยเป็นเกราะปกป้อง จึงมีความเป็นอิสระสูงในการแสดงความคิดเห็น และการวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างไม่ต้องเกรงกลัวอำนาจเบื้องบน ในขณะที่การทำงานในตำแหน่งอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขนั้นไม่สามารถทำเช่นนี้ได้ จนหลายคนออกวงการศึกษาภาพกล่าวว่า ชมรมแพทย์ชนบทคือ NGOs ในกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็น NGOs ที่ใส่เสื้อราชการ ซึ่งนับเป็นอีกจุดแข็งของชมรมที่องค์กรอื่นไม่มี”⁴⁸⁶

ความได้เปรียบอีกประการของการมีสมาชิกขอบข่ายการเป็นแพทย์นั่นคือเมื่อสิ้นสุดชีวิตนักเรียนแพทย์สามารถเข้าสู่กลไกรัฐได้โดย เช่น เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ตรงนี้ทำให้วิชาชีพแพทย์มีความต่อเนื่องในการมีสถานภาพแบบ GO ขอบข่ายการแพทย์ชนบทจึงได้อาศัยความได้เปรียบในเรื่องนี้สร้างความต่อเนื่องในการนำทรัพยากรของรัฐมาใช้ประโยชน์ ดังที่ประทีป ธนกิจเจริญ ชี้ว่า “ถึงแม้หลบเข้าไปเพื่อต่อสู้กับรัฐในยุคขบวนการคอมมิวนิสต์ แต่เมื่อกลับออกมาแล้วยังสามารถเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนได้ต่อไป สิ่งนี้แตกต่างจากขอบข่ายนักศึกษาของมหาวิทยาลัยอย่างเช่น ธรรมศาสตร์ รามคำแหง ฯลฯ นักศึกษาเหล่านี้เมื่อสิ้นสุดช่วงของการปราบปรามก็มักเลือนหายไปจากราชการ เพราะวาระของมหาดไทยไม่รองรับให้เข้าสู่อำนาจกลไกรัฐได้ทันทีเหมือนวิชาชีพแพทย์ ฉะนั้นบทบาทในการใช้กลไกของรัฐในการเปลี่ยนแปลงตัวระบบจึงมีน้อย หากปรารถนาจะเปลี่ยนแปลงจะต้องไปเป็นนักการเมือง แต่บุคลากรด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะอย่างไรก็ยังคงใช้กำลังคนด้านนี้ วิชาชีพแพทย์จึงมีโอกาสใช้ประโยชน์จากระบบราชการในการปฏิรูปลักษณะต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า”⁴⁸⁷ เมื่อเทียบกับคนรุ่นราวคราวเดียวกันในเหตุการณ์ตุลาคม พ.ศ. 2516 และ 2519 ที่ไม่ได้มีอาชีพแพทย์และไปเป็นนักการเมืองโดยตรง

⁴⁸⁶ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 64.

⁴⁸⁷ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

นอกจากนี้ อาชีพแพทย์มีความได้เปรียบตรงที่สามารถประกอบเป็นอาชีพอิสระ ไม่จำเป็นต้องอยู่ภายใต้การควบคุมจากระบบราชการ ดังนั้น จึงไม่ต้องมีความกลัวที่จะถูกอำนาจรัฐจัดการจนไม่สามารถหาเลี้ยงชีพตนเองได้ ขบวนการแพทย์ชนบทราบจุดแข็งในข้อนี้ของตนเองดี จึงทำให้การเคลื่อนไหวผลักดันประเด็นต่าง ๆ สามารถกระทำอย่างเต็มที่โดยปราศจากความกังวลถึงความมั่นคงทางอาชีพ ดังที่เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ กล่าวไว้ว่า “จุดแข็งอีกประการของวิชาชีพแพทย์คือไม่ต้องกังวลเรื่องของการไม่มีงานทำ ประกอบกับความเป็นวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้พอสมควรและมีความอิสระในตัวเอง จึงสามารถประกอบอาชีพอิสระทางวิชาชีพได้ และหากมีความกล้าเพิ่มเข้ามาด้วยจะทำให้การเคลื่อนไหวทางสังคมมีประสิทธิภาพ”⁴⁸⁸ ขณะที่ NGOs ทั่วไปยังต้องคำนึงถึงการทำมาหากิน แหล่งทุน แต่ขบวนการแพทย์ชนบทไม่มีปัญหาเรื่องแหล่งทุนและการหาเลี้ยงชีพ⁴⁸⁹ และมีความได้เปรียบตรงที่ว่ามีทางเลือกในชีวิตหลายทาง แม้ว่าฝ่ายการเมืองจะมาคุกคาม แต่วิชาชีพนี้ไม่ถึงขนาดตกต่ำ ตัวอย่างเช่น ที่ผ่านมามีอดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทท่านหนึ่งต่อสู้เรื่องทุจริตยา มีนักข่าวตั้งคำถามว่าไม่กลัวหรือว่าจะถูกฝ่ายการเมืองเล่นงาน ท่านนี้ตอบว่า ขณะนี้ผมอยู่ในที่ ๆ แยกที่สุดแล้วในประเทศไทย ถ้าจะทำอะไรผมได้ก็คือการส่งย้าย และหากย้ายผมทันควัน ชีวิตผมจะดีขึ้นทันที แต่หากไล่ออกจากราชการ ก็สามารถไปทำงานภาคเอกชน เงินเดือนสูงขึ้นทันที เป็นต้น⁴⁹⁰

ขณะที่ความพิเศษของการเป็นแพทย์ชนบทที่แตกต่างจากแพทย์ในเมือง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอคือการได้อยู่ใกล้ชิดประชาชน ความเป็นหนึ่งเดียวกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น ทำให้แพทย์ชนบทที่ดีมีภูมิคุ้มกันสูงจากฝ่ายการเมืองและราชการส่วนกลาง เพราะว่าชาวบ้านรักหมอของเขา หากใครจะไปกลั่นแกล้งหมอของเขา ชาวบ้านก็ไม่นิยม สิ่งนี้ถือเป็นทุนทางสังคม (social capital) ของแพทย์ชนบท ที่ทำให้ NGOs ใน GO ประสบความสำเร็จ อาศัยทุนทางสังคมที่สร้างในโรงพยาบาลอำเภอและในชุมชนที่อยู่รอบข้าง เมื่อรวมกันทั่วประเทศจะเป็นทุนทางสังคมขนาดใหญ่ที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ดังนั้นถ้าขบวนการแพทย์

⁴⁸⁸ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

⁴⁸⁹ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁴⁹⁰ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

ชนบทเคลื่อนไหวจึงมักประสบผลสำเร็จ การเคลื่อนไหวให้กระทำอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานข้อเท็จจริง นานวันเข้าสะสมเป็นความน่าเชื่อถือทางสังคม (social credit) เสมือนเป็นสถาบัน (institution) ขนาดเล็กอย่างหนึ่งที่เมื่อกลุ่มแพทย์ชนบทออกมาแสดงความคิดเห็น ชาวบ้านจะเชื่อทันที เพราะมั่นใจจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของชาวบ้านว่าเป็นความจริงทุกครั้งไป⁴⁹¹

มุมมองต่อขบวนการแพทย์ชนบทในลักษณะ “NGOs ใน GO” เป็นไปอย่างชัดเจนในสายตาของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทด้วยกัน อาทิ อัมพล จินดาวัฒนะ มองว่า “ในการเป็นชมรมแพทย์ชนบทจะเป็นในลักษณะของการเป็นประชาสังคมที่มีการรวมตัวกัน แต่ทุกคนก็อยู่ในระบบราชการ หมวกหนึ่งเป็นข้าราชการ แต่เรารวมตัวกันในลักษณะของการเป็นประชาสังคมเป็นเครือข่ายขึ้นมาที่เราเรียกว่าชมรม ในขณะที่เดียวกัน เราทำงานร่วมกับกลไกของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะในระดับจังหวัด ระดับส่วนกลาง เราไม่ได้รู้สึกว่าจะแปลกแยกจากระบบเพราะเราก็อยู่ในระบบราชการ”⁴⁹² หรือที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เห็นว่า “หากมองอย่างผิวเผินอาจคิดว่า NGOs ใน GO มีหลายกลุ่ม ข้าราชการที่ไปตั้งมูลนิธิต่าง ๆ ก็มีมาก เพียงแต่ที่ที่แตกต่างกันคือเราใช้ NGOs มาเคลื่อนไหวอยู่ภายใน GO คือเป็นข้าราชการที่ไปเคลื่อนไหวรวมกลุ่มกันอยู่ในระบบราชการและเคลื่อนไหวนอกระบบราชการด้วย ไม่เหมือนกับองค์กรประชาสังคมอื่นที่เคลื่อนไหวนอกระบบราชการ จึงถือว่าขบวนการแพทย์ชนบทเป็นลักษณะเฉพาะ (Unique) อันหนึ่งของประเทศไทย”⁴⁹³ ขณะที่เกียรติกดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ มองตัวเองว่า “พวกผมก็เหมือน NGOs ประเภทหนึ่งที่อยู่ในภาครัฐ ที่ผ่านมามีหลายคนที่อยากจะมาเรียนรู้ตรงนี้ มาสัมภาษณ์เราอยู่เสมอเรื่องแนวความคิดและแนวทางการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ตัวอย่างเช่น เครือข่ายของมหาดไทยบางส่วนอยากรู้ว่าพวกเรามีกระบวนการเคลื่อนไหวอย่างไร แต่สิ่งนี้เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของชมรมแพทย์ชนบทซึ่งนับว่ายากพอสมควรที่จะเสมอเหมือน เพราะหลายคนมักจะพูด

⁴⁹¹ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁴⁹² สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁴⁹³ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

ว่าทำอย่างไรถึงจะมี NGOs ภาครัฐแบบแพทย์ชนบท เนื่องจาก NGOs ทั่วไปไม่สามารถเข้ามาอยู่ในภาครัฐได้”⁴⁹⁴

คุณประโยชน์ของการเป็น “NGOs ใน GO” เกียรติศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ชี้ให้เห็นว่า “ผมไม่เชื่อว่าถ้าตั้งเป็น NGOs ที่ไม่อยู่ในภาครัฐ จะสามารถมีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอนำมาใช้ในการเคลื่อนไหว”⁴⁹⁵ ขณะเดียวกัน ในแง่ความคล่องตัวในการทำงาน จะสามารถใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ของรัฐ แต่ไม่ใช่เบียดบังทรัพยากร เป็นการอาศัยมุมมองการเคลื่อนไหวแบบ NGOs แล้วใช้วิธีการในการจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด การใช้มุมมองแบบ NGOs ในการขับเคลื่อนจะทำให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรในภาครัฐซึ่งต้องใช้อยู่แล้วอย่างเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ได้ไปยกย่ายถ่ายโอนเพื่อนำมาเป็นของตนเอง เช่น ในเรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของขบวนการแพทย์ชนบทก็ใช้กลไกในภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการระดมรายชื่อ การประสานงานขอทุนจัดงานจากภายนอก เป็นต้น การทำงานแบบ NGOs ใน GO ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว แต่ถ้าใช้การทำงานแบบ GO จะไม่มีโอกาสเกิดความคิดความอ่านและนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการสร้างการขับเคลื่อนสิ่งต่าง ๆ ยังคงเป็นเหมือนระบบราชการตามปกติ⁴⁹⁶

ลักษณะความเป็น “NGOs ใน GO” ของขบวนการแพทย์ชนบท ถือเป็นตัวแบบ (model) ที่โดดเด่นท่ามกลางขบวนการประชาสังคมต่าง ๆ ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการเคลื่อนไหวตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เนื่องด้วยสามารถใช้สถานภาพทั้งสองบทบาทในการเคลื่อนไหวเข้ามามีส่วนรวมในสังคม ได้แก่ การเป็นเจ้าหน้าที่รัฐและเป็นนักพัฒนาในการระดมความร่วมมือจากเครือข่ายประเภทเดียวกันในแต่ละบทบาท และใช้วิธีคิดแบบนักพัฒนาเป็นตัวขับเคลื่อนงานเชิงรุก แต่ใช้ทรัพยากรที่มีต้นเหตุนอกจากภาครัฐในการสร้างสรรค์ประโยชน์สาธารณะตามเป้าหมายที่วางไว้

⁴⁹⁴ สัมภาษณ์ เกียรติศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

⁴⁹⁵ เรื่องเดียวกัน

⁴⁹⁶ สัมภาษณ์ ปรีดา เต๋ออารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี,

ของขบวนการ ตลอดจนความยืดหยุ่นในการเลือกใช้บทบาทที่เหมาะสมต่อภารกิจที่แตกต่างออกไป จึงถือเป็นตัวแบบแห่งความสำเร็จที่อาจมีเพียงหนึ่งเดียวในสังคมไทย

ขบวนการแพทย์ชนบทส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเป็นประชาธิปไตยของไทย

การเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมาดังที่เคยกล่าวไว้แล้วว่าเป็นรูปแบบของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการเข้ามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบนโยบายระดับชาติ โดยไม่ถือว่าอำนาจกระจุกตัวอยู่ในตัวรัฐอีกต่อไป แต่อำนาจเคลื่อนตัวมาสู่ภาคสังคม ขบวนการประชาสังคมเป็นทั้งเจ้าของอำนาจและผู้ใช้อำนาจโดยแสดงผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายอย่างแท้จริง ทั้งในระดับการริเริ่มนโยบาย การจัดทำนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการประเมินผลนโยบาย เพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายสาธารณะและปฏิบัติใช้ในการแก้ไขปัญหาสังคมและพัฒนาประเทศต่อไป

จากการวางตนเป็น “นายหน้า” (broker) ผ่องถ่ายทรัพยากรของรัฐ (ในหมวดของ GO) ไปสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมผ่านการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท (ในหมวดของ NGOs) โดยได้สถาปนาองค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาล ได้แก่ องค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ ซึ่งแม้มีสถานภาพเชิงสถาบัน แต่มุ่งดำเนินการแบบ NGOs ที่นำไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การมีส่วนร่วมมีลักษณะที่ได้รับการทำให้มั่นคงมากขึ้นเพราะมีสถาบันเป็นทางออกอย่างองค์กรตระกูล ส. มารองรับ การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในนโยบายระดับชาติและการเคลื่อนไหวประเด็นอื่น ๆ ด้านสังคมและการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบทจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อความเป็นประชาธิปไตยไทยในทางบวกเป็นอย่างมาก อย่างกรณีที่คนไทยมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างทั่วถึง นอกจากจะเป็นการสร้างประโยชน์สุขให้เกิดแก่ประชาชนแล้ว ยังเป็นการเติมมิติความเสมอภาคและเท่าเทียมทางโอกาสให้กับคนที่เสียเปรียบในสังคมอีกด้วย ความเป็นประชาธิปไตยผลสุดท้ายคือประโยชน์ที่จะเกิดแก่ประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ใช่จำกัดอยู่เฉพาะเครือข่ายเลือกตั้ง ยิ่งไปกว่านั้น อย่างกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภาคประชาชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารได้เลย เพราะกฎหมายระบุชัดเจนว่ามีตัวแทนภาคประชาชนอยู่ในโครงสร้างของคณะกรรมการ แล้วยังมีเรื่องของกองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล

ในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ประชาชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในโครงสร้างอย่างใกล้ชิด จึงเป็นกระบวนการทางประชาธิปไตยอย่างแท้จริง⁴⁹⁷

การเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในสังคมไทย ได้แก่

...กระบวนการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ถูกจัดทำขึ้นโดยการตั้งเป้าหมายในกระบวนการจัดทำไว้ว่าจะต้องดึงเอาภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมทำงานมากที่สุด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนวิถีคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพเสียใหม่ ซึ่งต้องยอมรับว่ากระบวนการผลักดันให้ได้มาซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินับว่าเป็นตัวแบบด้านการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนที่น่าสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากกระบวนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใช้การทำงานทางวิชาการเป็นฐาน เชื่อมโยงเข้ากับการเคลื่อนไหวให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะอย่างกว้างขวาง มีประชาชนทั่วประเทศเข้าร่วมกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นจำนวนมาก มีการรณรงค์เชิญชวนประชาชนลงชื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้กว่า 4.7 ล้านคน ผ่านโครงการรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท เมื่อปี พ.ศ. 2545 และมีประชาชนรวมตัวกันเข้าชื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในนามภาคประชาชนตามช่องทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กว่าหนึ่งแสนคน เมื่อปี พ.ศ. 2547 ในระหว่างการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2543-2549 มีการนำสาระสำคัญบางประการในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาทดลองปฏิบัติ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ เช่น ประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประเด็นผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำอุตสาหกรรม ประเด็นเกษตรและอาหารปลอดภัย ประเด็นความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นการสร้างสุขภาพด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น ต่อมา ในปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

⁴⁹⁷ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

(สนช.) ได้เห็นชอบให้ผ่านร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติออกมาใช้เป็นกฎหมายได้อย่างเป็นทางการ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงกลายมาเป็น “เครื่องมือใหม่” อีกชิ้นหนึ่งของสังคมไทย ที่จัดให้มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพด้วยกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย⁴⁹⁸

การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติออกมาถือว่าเป็นเป้าหมายเชิงรูปธรรมที่มีการดึงเอาภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมทำงาน ร่วมเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่เรื่องสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของระบบสุขภาพ โดยแนวคิดในเชิงปฏิรูประบบสุขภาพนี้ ได้มีการเริ่มต้นก่อตั้งเป็นหน่วยงานอย่างจริงจังโดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เพื่อจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาได้ให้ สปรส. เป็นสำนักงานภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และได้แยกตัวออกมาเป็นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นฝ่ายสนับสนุนในด้านการดำเนินงาน ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงกล่าวได้ว่า สช. คือการทำงานที่ต่อยอดมาจาก สปรส. นั่นเอง และในปี พ.ศ. 2550 สช. จึงได้ถือกำเนิดขึ้นเป็นหน่วยงานที่มีที่มาจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย ที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคสังคม ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ โดยใช้ระยะเวลาถึง 8 ปีเต็ม กว่าจะมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีฐานะเป็น “ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย” เป็นกฎหมายที่มีความเป็นมาที่น่าสนใจ⁴⁹⁹

⁴⁹⁸ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอแนะขององค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย (กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2554), หน้า 5-23.

⁴⁹⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 5-22.

...การสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) และ ประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ (deliberative democracy)

การเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ถือเป็นรูปแบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ที่เพิ่มมิติคุณภาพการตัดสินใจเชิงนโยบายในรูปแบบประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ (deliberative democracy) เพราะไม่ใช่เพียงแค่การเข้ามามีส่วนร่วมธรรมดาเท่านั้น แต่เข้ามาเกี่ยวพันอย่างเข้มข้นในการพิจารณาไตร่ตรองเพื่อตัดสินใจเลือกนโยบายตามแบบที่ตนต้องการ นับว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง⁵⁰⁰ ดังที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กล่าวว่า “กระบวนการ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่ได้สร้างมิติใหม่ให้แก่สังคมไทยอย่างมากมายน มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นหลายร้อยเวที มีการจัดตลาดนัดสุขภาพและเวทีสมัชชาสุขภาพทั้งระดับจังหวัดและระดับประเทศ มีการดำเนินการทางด้านวิชาการและการเคลื่อนไหวเครือข่ายประชาสังคมทั่วประเทศ”⁵⁰¹

แรกเริ่มเดิมทีระบบต่าง ๆ ในการเมืองไทยเป็นการตัดสินใจแบบใช้ตัวแทนทั้งหมด ซึ่งเห็นชัดเจนว่าพบความล้มเหลวอยู่บ่อยครั้ง เพราะฉะนั้น ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการนำไปพัฒนาต่อยอดสู่การทำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เปิดโอกาสให้คนเข้ามาเสนอและพัฒนานโยบาย ผลักดันนโยบาย ปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ สามารถเรียกอีกนัยหนึ่งได้ว่าเป็นความพยายามที่จะสร้างตัวอย่างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดการปฏิรูปประชาธิปไตยในท้ายที่สุด โดยเน้นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม⁵⁰² ในตัวของกลไกเองได้จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น และเฉพาะพื้นที่ต่าง ๆ ขึ้นมา

⁵⁰⁰ สัมภาษณ์ วิชาญ โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

⁵⁰¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพมหานคร : องค์การอนามัยโลก, 2546), หน้า 173.

⁵⁰² สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

เป็นการสร้างกลไกทางประชาธิปไตยหรือกลไกทางนโยบายแบบมีส่วนร่วมขึ้นมาอย่างทั่วถึงและครอบคลุม⁵⁰³

...การเข้ามีส่วนร่วมทางสังคมการเมืองระดับประเทศ เพื่อขับเคลื่อนประเทศให้มีความเป็นประชาธิปไตยบนฐานคุณธรรมมากขึ้น

ขบวนการแพทย์ชนบทมีค่านิยมทางคุณธรรมที่สำคัญนั่นคือความเกียดความยุติธรรมและการทุจริตคอร์รัปชันเป็นพื้นฐาน⁵⁰⁴ ทำให้การเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อความยุติธรรมในสังคมและสิ่งที่ถูกต้องดิงามกับความเป็นขบวนการแพทย์ชนบทเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องในระบบสาธารณสุข ระบบราชการกระทรวงอื่น ตลอดจนประเด็นความยุติธรรมในสังคม กล่าวได้ว่าในสังคมที่พื้นฐานภาครัฐขาดความถูกต้องชอบธรรม กดขี่ข่มเหงราษฎร และขาดความสุจริต โปร่งใส ขบวนการแพทย์ชนบทก็พร้อมที่จะเคลื่อนไหวแม้ว่าจะต้องขัดแย้งกับอำนาจการเมืองก็ตาม⁵⁰⁵ นอกจากนี้ เหตุที่ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิรูปสังคมและการเมืองอีกประการเนื่องจากมองว่า “โรคที่กัดกร่อนสังคมไทยจนผู้โหดและไร้อุทิศคือ “อำนาจ” เมื่อพูดถึงอำนาจ อย่าไปมองถึงกองทัพหรือคนที่เรียกว่าผู้มีอำนาจเท่านั้น เพราะ “อำนาจ” ซึ่งเสมือนไวรัสนี้ได้เข้าไปสู่วิถีคิดและโครงสร้างทางสังคมอย่างทั่วถึง ฉะนั้นมันจึงอยู่ในบ้าน อยู่ในโรงเรียน อยู่ในระบบราชการ การเมือง ธุรกิจ เอ็นจีโอ สื่อ พระ หมดทุกหนทุกแห่ง และอาจจะเรียกว่าทุกคน”⁵⁰⁶ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำจัดโรคร้ายที่ฝังตัวกัดกินทุกระบบ ภารกิจการขจัดโรคเพื่อสร้างสุขภาพของสังคมไทยให้สุขภาพดีขึ้นเป็นสิ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีโอกาสเพิกเฉยได้ ที่ผ่านมามีการเข้าไปมีส่วนร่วมเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองจึงเป็นไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งจะพบว่า “การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการต่อต้านความไม่ถูกต้องและผลักดันเรื่องสำคัญ ๆ ในสังคม จะมีแพทย์ชนบทเข้าไปเกี่ยวข้องเสมอ สมัย 14 ตุลาคม 2516 – 6 ตุลาคม 2519 นักศึกษาแพทย์จากมหิดลถือว่า

⁵⁰³ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁵⁰⁴ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543), หน้า 84.

⁵⁰⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 6-7.

⁵⁰⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 12-13.

ก้าวหน้าที่สุด ประชาธิปไตยเป็นเรื่องที่แพทย์ชนบทจะสนใจเป็นพิเศษ...ต่อมาเกิดเหตุการณ์รุนแรงพฤษภาคม พ.ศ. 2535 คงจำได้ว่ามีโรงพยาบาลหลายแห่งยกป้ายต่อต้านเผด็จการ ซึ่งให้กำลังใจแก่ผู้ต่อต้านเผด็จการอย่างแรง หลังพลเอกสุจินดาลาออก ได้มีการจัด “สมัชชาสาธารณสุขเพื่อประชาธิปไตย” เพราะความตื่นตัวทางประชาธิปไตยของบุคลากรสาธารณสุข มีหมอมหัทย์ ชิตานนท์ เป็นประธานจัด มีหมอมสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขาธิการ⁵⁰⁷

ภายหลังจากเหตุการณ์พฤษภาทมิฬสงบลง มีการจัดการเลือกตั้งทั่วไปขึ้นในปี พ.ศ. 2535 “ชมรมแพทย์ชนบทได้เข้าร่วมกับองค์กรประชาชนอื่น ๆ ในการรณรงค์ต่อต้านการซื้อเสียงและแพทย์ชนบทบางท่านได้เข้าร่วมกับประชาคมในพื้นที่ จัดตั้งองค์กรกลางเพื่อรณรงค์ต่อต้านการซื้อเสียงและเป็นหน่วยสังเกตการณ์เลือกตั้ง แพทย์ชนบทที่มีบทบาทมากในองค์กรกลางดังกล่าว ได้แก่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ แพทย์ชนบทที่มีบทบาทโดดเด่นคนหนึ่งที่น่าจารึกถึงคือ นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ผู้ซึ่งเคลื่อนไหวประสานกับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและปัญญาชนในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จนสามารถมีบทบาทที่สำคัญในขบวนการประชาชนก่อนและหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ⁵⁰⁸ ขณะที่แพทย์ชนบทหลายคนเป็นกรรมการในคณะกรรมการเลือกตั้งจังหวัด⁵⁰⁹ หลังจากนั้นเกิดวิกฤตรัฐธรรมนูญขึ้นเนื่องจากมีกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการเมือง และเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเมืองดังกล่าว ประธานรัฐสภาจึงได้ตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) โดยมี “ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน และมีแพทย์ชนบท 2 ท่าน คือ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ร่วมเป็นกรรมการด้วย เป็นโอกาสที่ทั้งสองท่านได้เรียนรู้และได้สัมผัสกับแนวคิดในการปฏิรูปการเมือง และการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน และยังได้แสดงบทบาทที่สำคัญ คือ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้เข้าร่วมกับองค์กรกลางเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ตื่นตัวเรื่องการปฏิรูปการเมือง และเป็น

⁵⁰⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 83.

⁵⁰⁸ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย (กรุงเทพมหานคร : องค์กรการอนามัยโลก, 2546), หน้า 230.

⁵⁰⁹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 84.

อนุกรรมการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ส่วน นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ก็เป็นผู้ประสานงานกับรัฐบาลในการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานของ คพป.”⁵¹⁰

แม้แต่องค์กรด้านการพัฒนาชุมชนที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีอยู่ในสังกัด ได้แก่ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ซึ่งมีนายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป เป็นผู้บริหารหลัก ได้มีส่วนขับเคลื่อนงานการพัฒนาชุมชนและสร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมจัดการตนเองของชุมชน และยังร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยลงไปช่วยจัดประชาคมทุกจังหวัด ให้มีส่วนในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่าควรมีประเด็นใดบ้าง⁵¹¹

นอกจากนี้ กรณีภายหลังจากเกิดเหตุการณ์จลาจลในใจกลางกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2553 ขบวนการแพทย์ชนบทไม่ได้นิ่งนอนใจกับปัญหาทางการเมืองที่เกิดขึ้น แต่มีแนวคิดที่จะปฏิรูปประเทศไทยให้มีความเป็นประชาธิปไตยอย่างมีคุณภาพ โดยได้เข้าหานายกรัฐมนตรีในขณะนั้นจนเกิดคณะกรรมการปฏิรูปประเทศที่มีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศที่มีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน ทั้งสองคณะนี้มีแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทอย่างนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นเลขานุการทั้ง 2 คณะ และได้แต่งตั้งนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานจัดสมัชชาปฏิรูปประเทศ โดยมีสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่มีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเลขาธิการ เป็นผู้รับดำเนินการจัดทำสมัชชาปฏิรูปประเทศให้ครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2555⁵¹² เพื่อมุ่งหมายสร้างความเข้าใจอันดีและแสวงหาแนวทางร่วมกันจากภาคประชาชนที่จะสร้างความเป็นปึกแผ่นและความเจริญให้กับประเทศ

ตลอดที่ผ่านมา เป็นที่ประจักษ์แล้วว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีส่วนร่วมกับการเมืองระดับประเทศอย่างแข็งขันและต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่จะผลักดัน

⁵¹⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 231.

⁵¹¹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 86-87.

⁵¹² เติตชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาก “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

สังคมไทยให้มีสุขภาพดีในทุกด้านตามการตีความคำว่า “สุขภาพ” ในวงกว้างให้ครอบคลุมทุกระบบทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สื่อมวลชน ชุมชน ฯลฯ ขบวนการแพทย์ชนบท “ได้แสดงบทบาทในการให้ความเห็นเชิงวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ในประเด็นต่าง ๆ ในความเคลื่อนไหวด้านสังคมและการเมืองจนได้กลายเป็นสถาบันหนึ่งในสังคมไทย ที่ได้รับความเชื่อถือในการให้ความเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ โดยเฉพาะประเด็นด้านนโยบายสุขภาพ การทุจริตคอร์รัปชัน และการบริหารจัดการในกระทรวงสาธารณสุข หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการเป็นส่วนเสี้ยวหนึ่งของการขับเคลื่อนสังคมไทย”⁵¹³

...การส่งเสริมการกระจายการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับการกระจายการมีส่วนร่วมเพื่อเปิดให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เมื่อครั้งนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพทส.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น สำนักงานนี้มีแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปเกี่ยวข้องหลายท่าน อาทิ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นผู้อำนวยการสำนักงาน มีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์ปริดา เต๋ออารักษ์ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรมัย และนายแพทย์พิณิจ ฟ้าอำนวยผล แพทย์ชนบทเข้าร่วมงานในด้านต่าง ๆ ทั้งส่วนวิชาการ การสร้างเครือข่าย การทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการทำงานร่วมกับคณะกรรมการกระจายอำนาจแห่งชาติ ในที่สุดก็มีการจัดทำแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอันเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจแห่งชาติขึ้น และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายทั้งคณะรัฐมนตรีและรัฐสภา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2545⁵¹⁴

⁵¹³ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 63-64.

⁵¹⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, หน้า 174.

ยิ่งไปกว่านั้น องค์การตระกุล ส. ต่าง ๆ ยังใช้หลักกระจายอำนาจให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการขององค์การ ส. ชุดต่าง ๆ ถือได้ว่าเป็นการเปิดพื้นที่ทางการเมืองให้กับภาคประชาชน ต่างจากสมัยอดีตที่ผ่านมาที่ภาคประชาชนไม่มีสิทธิได้เข้าร่วมในคณะกรรมการกำหนดนโยบายระดับสูงขององค์กรภาครัฐ แต่ขบวนการแพทย์ชนบทเห็นถึงความสำคัญจึงได้ผลักดันการกระจายอำนาจการมีส่วนร่วมตัดสินใจลงสู่ภาคประชาชนมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ตัวแทนภาคประชาชนเข้าไปนั่งเป็นคณะกรรมการในระดับนโยบายสุขภาพ จะช่วยให้การรักษาสิทธิและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนยังคงอยู่ สิ่งนี้ถือเป็นจุดแข็งและเป็นการรุกคืบทางการเมืองการปกครองของภาคประชาชน ทำให้สังคมรู้ว่ากระบวนการตัวแทนไม่ใช่มีเพียงสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในสภาหรือรัฐมนตรีอย่างเดียวเท่านั้น แต่ภาคประชาชนก็สามารถคัดสรรตัวแทนของตนเข้าไปนั่งอยู่ในกลไกต่าง ๆ ของอำนาจรัฐได้⁵¹⁵

...การเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมภายในขบวนการแพทย์ชนบท อันเป็นการยอมรับค่านิยมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ขบวนการแพทย์ชนบทยอมรับหลักการมีส่วนร่วมภายในขบวนการ โดย “คำนี้ถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลักและยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่าง...และจะไม่ก้าวล่วงถึงการตัดสินใจของผู้อื่น แต่เปิดใจกว้างรับฟังความเห็นจากทุกฝ่าย ไม่เอาความรู้สึกเหนือเหตุผล ไม่แทรกแซงความคิดของใคร แต่จะให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ”⁵¹⁶ อย่างเช่นในสมัยของนายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ ได้วางแนวปฏิบัติในการบริหารชมรมแพทย์ชนบทซึ่งเป็นสมัยที่มีรองประธานชมรมแพทย์ชนบทจำนวนถึง 6 คน กระจายครอบคลุมความรับผิดชอบในทุกภูมิภาค และยังได้มอบหมายภารกิจความรับผิดชอบอย่างทั่วถึง โดยไม่ได้คำนึงถึงตำแหน่งเป็นสำคัญ แต่เป็นกระบวนการทำงานในแนวราบอย่างได้ผล⁵¹⁷ “ขบวนการทำงานของชมรมเป็นความสัมพันธ์ใน

⁵¹⁵ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

⁵¹⁶ อารักษ์ วงศ์วรชาติ, “อย่ายึดถือกระบวนการเหนือกว่าเป้าหมาย,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 55.

⁵¹⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 56.

แนวราบที่มีความเป็นกัลยาณมิตรเป็นหลัก มีความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจหรือแนวดิ่งน้อยมาก”⁵¹⁸ หรือในสมัยนายแพทย์ปรีดา แต่อาลักษณ์ เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบท กระบวนการตัดสินใจ ภายในจะต้องเคารพซึ่งกันและกัน กรรมการที่ทำงานด้วยกันจะต้องมาปรึกษาหารือกัน ต้องสื่อสารกัน แม้ว่าในบางครั้งอาจสื่อสารถึงกันไม่ทั่วถึงก็ตาม แต่ต้องพยายามสื่อสารความคิดต่อกัน มากที่สุด และบางทีอาจจะตามกันไม่ทันในความเข้าใจในบางสถานการณ์ แต่ต้องเชื่อมั่นกันว่า ทั้งหมดที่ตัดสินใจขับเคลื่อนเป็นไปโดยเจตนาดี หากก้าวไปแล้วผิดพลาดจุดใดก็กลับมาประชุม หารือกันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขในคราวต่อไป⁵¹⁹ การเปิดพื้นที่ให้มีส่วนร่วมทางความคิดในการ บริหารชมรมแพทย์ชนบท จึงเป็นสิ่งที่จะทำให้สามารถระดมความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์มา สังเคราะห์ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้ “ความเป็นอิสระทางความคิดของแต่ละ คนที่ร่วมขบวนการเป็นสิ่งที่ประธานและกรรมการทุกคนต้องเคารพซึ่งกันและกัน ทำยที่สุดแล้วการ ตัดสินใจของประธานถือเป็นที่สุด การเคลื่อนไหวทางสังคมเมื่อออกสู่สาธารณะจะต้องไม่ขัดแย้ง กันเอง แต่จะมีการทบทวนสิ่งที่น่าสนใจออกไปในที่ประชุมอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นกิจที่ปฏิบัติที่ ชี้ให้เห็นการทำงานอย่างเป็นขบวนการ ยึดถืออุดมการณ์หรือเป้าหมายเป็นธงนำ”⁵²⁰

นอกจากนี้ ในการทำงานขับเคลื่อนประเด็นของขบวนการแพทย์ชนบท หากประเด็นที่ ขับเคลื่อนมาจากความคิดอ่านของกรรมการชมรมแพทย์ชนบทรุ่นเด็ก แกนนำที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่ง เป็น อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทก็ไม่ก้าวก้าว ไม่มาครอบงำและแทรกแซงการตัดสินใจ ทำให้ กรรมการชมรมแพทย์ชนบทรุ่นเด็กมีความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระในการสร้างสรรค์การ เคลื่อนไหว แต่หากมีบางประเด็นที่แกนนำผู้ใหญ่ของขบวนการแพทย์ชนบทอยากให้ช่วย เคลื่อนไหว จะใช้วิธีชักจูงว่าชมรมแพทย์ชนบทพร้อมจะช่วยเหลือเพื่อเคลื่อนไหวประเด็นนั้น ๆ หรือไม่ ซึ่งที่ผ่านมากรรมการชมรมแพทย์ชนบทรุ่นเด็กพร้อมจะช่วยเหลือเรื่องอยู่แล้ว เพราะเรื่อง

⁵¹⁸ ทิสัมพันธ์ จ่างจิต, “6 ปีในชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 71-72.

⁵¹⁹ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อาลักษณ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์, 31 สิงหาคม 2555.

⁵²⁰ นพดล เสรีรัตน์, “สร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 61.

แก่นนำผู้ใหญ่ขอมาก็เป็นเรื่องที่ไม่ผิดศีลธรรม ถ้ามีข้อมูลพร้อมสรรพอยู่แล้วหรือเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดธรรมาภิบาลและการปฏิรูปไปในทางที่ดีขึ้น ประชาชนได้ประโยชน์มากขึ้น กรรมการชมรมแพทย์ชนบทรุ่นเด็กก็พร้อมดำเนินการทันที⁵²¹

...การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรประชาสังคมอื่น เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม

ขบวนการแพทย์ชนบทมีเป้าประสงค์ในการสร้างพันธมิตรทางการเคลื่อนไหวมาโดยตลอด จึงเห็นความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรประชาสังคมหลากหลายประเภท เพราะอย่างน้อยลักษณะความเป็นองค์กรประชาสังคมประเภทขององค์กรพัฒนาเอกชนย่อมรับประกันได้ว่ามีเป้าประสงค์สูงสุดคล้ายคลึงกันนั่นคือการทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม เพียงแต่ประเด็นปลีกย่อยของการขับเคลื่อนอาจมีความสนใจที่แตกต่างกันออกไป จึงถือว่าเป็นพันธมิตรร่วมอุดมการณ์ในภาพรวมได้ การขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรที่มีอุดมการณ์ใกล้เคียงกันย่อมทำให้เกิดพลังรวมหมู่ในการขับเคลื่อนประเด็นระดับสังคมได้อย่างทรงพลัง ดังที่พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข กล่าวไว้ว่า “การสร้างและขยายพันธมิตรร่วมเจตนารมณ์ ภารกิจของชมรมแพทย์ชนบทเป็นภารกิจที่ทำทนายและมิอาจดำเนินการได้โดยลำพัง การพยายามแสวงหาพันธมิตรร่วมเจตนารมณ์ไม่ว่าจะเป็นองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ หรือองค์กรภาคประชาชน ทั้งที่เป็นองค์กรทางการและไม่เป็นทางการ เป็นกระบวนการทำงานที่ต้องให้ความสำคัญในระยะต่อไป กระบวนการทำงานดังกล่าวจะเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกของสังคมโดยรวมต่อไปด้วย”⁵²²

ขบวนการแพทย์ชนบท “มีตัวตนในฐานะเครือข่ายของการเคลื่อนไหวทางสังคมร่วมกับองค์กรพันธมิตรในหลายระนาบทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ เครือข่ายชาวบ้านในบางกรณี ชมรมวิชาชีพ เช่น ชมรมทันตแพทย์ ชมรมเภสัชชนบท และชมรมพยาบาลชุมชน เป็นต้น ชมรมไม่สามารถดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ จะถูกเรียกร้อยจากองค์กรพันธมิตรในการร่วมเคลื่อนไหวใน

⁵²¹ สัมภาษณ์ เกียรติศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

⁵²² พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, “อดีต ปัจจุบัน และอนาคต ชมรมแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 46-47.

ประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือความเป็นธรรมในสังคมอยู่เสมอ”⁵²³ การทำงานก็ต้องอยู่บนฐานของข้อมูลที่ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทางการเมือง ต้องหากลยุทธการดำเนินงานที่เชื่อมต่อเครือข่ายกับภาคีอื่น ๆ รวมทั้งกับภาคประชาชนเพื่อให้มีพลังขับเคลื่อนมากขึ้น จนนำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ที่ดีขึ้น⁵²⁴ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าองค์กรพัฒนาเอกชนทุกประเภทจะเข้าร่วมกับขบวนการแพทย์ชนบท การตัดสินใจเข้าร่วมจะต้องขึ้นกับประเด็นที่มีร่วมกันในการเคลื่อนไหว ดังที่นิมิตร์ เทียนอุดม อธิบายไว้ว่า “องค์กรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่สาธารณสุขอาจยังไม่ค่อยได้เข้าร่วมกับแพทย์ชนบท เพราะขึ้นอยู่กับประเด็นที่มีร่วมกัน คือ ขบวนการประชาชนที่เขารับผิดชอบหรือทำอยู่ประเด็นใดประเด็นหนึ่ง งานของเขาก็ล้นมืออยู่แล้ว ดังนั้นถ้าไม่ได้เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับเขาเลย เขาจะไม่มาร่วม เพราะไม่ใช่มือรับจ้าง เพราะฉะนั้นประเด็นต้องเกี่ยวข้องกัน ความร่วมมือจึงจะเกิดขึ้นได้”⁵²⁵

อย่างไรก็ตาม เครือข่ายความร่วมมือของขบวนการแพทย์ชนบทมิได้กว้างขวางแต่เฉพาะในระดับท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังขยายความร่วมมือไปยังเครือข่ายระหว่างประเทศด้วย ซึ่งเป็นผลพวงมาจากภูมิหลังของแกนนำแพทย์ชนบทแต่ละท่านที่เคยไปศึกษาเล่าเรียนในต่างประเทศ เคยปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานชุดต่าง ๆ ในองค์กรระหว่างประเทศ ตลอดจนการร่วมงานกันในโอกาสใดโอกาสหนึ่งที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบทได้ระดมทรัพยากรและความร่วมมือที่ได้รับนำมาสร้างสังคมที่มีความเสมอภาคในการเข้าถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ขั้นพื้นฐานได้มากขึ้น สมดังที่ชูชัย ศุภวงศ์ ประกาศอย่างมั่นใจว่า “สถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบทสามารถเชื่อมต่อเป็น

⁵²³ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,” หน้า 64.

⁵²⁴ สุภัตรา ศรีวณิชชากร, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทควรไปทางไหน,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 38.

⁵²⁵ สัมภาษณ์ นิมิตร์ เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

เครือข่ายจากประชาสังคมท้องถิ่น (local civil society) จนถึงประชาสังคมโลก (global civil society)”⁵²⁶

**...การเปิดพื้นที่ให้มีการดำรงอยู่ของความแตกต่างหลากหลายทางความคิด
ภายในเครือข่ายแพทย์ชนบทและในสังคม สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมทางความคิดของ
กลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลาย เพื่อไม่เป็นการผูกขาดความชอบธรรมจากความคิดใดความคิด
หนึ่ง**

ความแตกต่างหลากหลายภายในขบวนการแพทย์ชนบท และพันธมิตรของขบวนการแพทย์ชนบท ย่อมเป็นสิ่งที่ต้องพบเผชิญอยู่เสมอ เนื่องจากที่มาของพื้นภูมิประสบการณ์ เป้าประสงค์ปลีกย่อยส่วนบุคคล และการหล่อหลอมทางความคิดก่อนเข้ามาร่วมงานด้วยกัน ย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้น ในการทำงานเชื่อมกันทั้งภายในขบวนการแพทย์ชนบทและภายนอกพร้อมกับภาคีอื่น จำเป็นที่จะต้องเปิดพื้นที่ให้มีการดำรงอยู่ของความแตกต่างหลากหลายทางความคิดในการดำเนินงาน ดังที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ยอมรับว่า “ในการเคลื่อนไหวย่อมมีความเห็นต่าง จุดประสงค์ต่าง บางครั้งอาจถึงขั้นขัดแย้งทางความคิด บางทีก็ไม่เข้าใจกันอย่างรุนแรง แต่ทำที่สุจริตด้วยจิตวิญญาณสาธารณะที่มั่นคง และกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิก ความเห็นต่างและความขัดแย้งทางความคิด ก็สามารถประสานไปสู่ความเข้าใจและความมุ่งมั่นสู่ประโยชน์สาธารณะ สามารถเป็นธำนาถขบวนการแพทย์ชนบทให้เคลื่อนไปอย่างถูกต้องทิศทางและมีพลัง”⁵²⁷

ยิ่งไปกว่านั้น แกนนำบางคนของขบวนการแพทย์ชนบทสนับสนุนให้ภาคีต่าง ๆ ได้มีการแสดงความคิดเห็นสาธารณะกันอย่างเต็มที่ ไม่อยากให้มีการถูกผูกขาดทางความคิดจากกลุ่มตนแต่เพียงกลุ่มเดียว เปิดพื้นที่ทางความคิดต่างให้เกิดขึ้นในสังคม แม้ว่าความเห็นดังกล่าวจะมาจาก

⁵²⁶ ชูชัย ศุภวงศ์, “เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท จากขบวนการแพทย์ชนบทถึงสถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 35.

⁵²⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, “จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท,” ใน ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 26.

เครือข่ายที่ต่อต้านขบวนการแพทย์ชนบทก็ตาม แต่ถ้าตั้งบนพื้นฐานหลักเหตุผลแล้ว ก็ควรนำมาพิจารณาอย่างถ่วงถ่วงเช่นเดียวกัน ดังที่สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เห็นว่า “ผมเองเป็นคนหนึ่งที่ทำให้คนทุกภาคส่วนในสังคมออกมาแสดงจุดยืนในเรื่องต่าง ๆ บนเงื่อนไข (on condition) ว่ามีการศึกษาวิจัยอย่างถี่ถ้วน ผมคิดว่าประเทศไม่มีทางพัฒนาถ้ามีคนกลุ่มเดียวเท่านั้นที่คิดว่าสิ่งใดดีแล้วลงมือทำที่ผ่านมา ขบวนการแพทย์ชนบททำสิ่งต่าง ๆ แล้วคิดว่าดี ก็อย่าไปเชื่อว่าดีทั้งหมด เพราะฉะนั้นสังคมที่ดีจะต้องรองรับความหลากหลายทางความคิด และมองให้ไกล (foresight) ในการพัฒนาจะต้องใส่ใจการมีส่วนร่วมมาก ๆ แม้ว่าคุณค่า (value) และจุดยืนไม่เหมือนกันก็ไม่เป็นไร”⁵²⁸

...การสร้างจิตสำนึกประชาธิปไตยให้กับประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบท

ผลการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมา สร้างคุณูปการมากต่อการสร้างจิตสำนึกประชาธิปไตยลงสู่ประชาชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้รับการถ่ายทอดอาจไม่ทราบด้วยซ้ำว่ากำลังถูกปลูกฝังอยู่ ตัวอย่างจากการเข้ามาเคลื่อนไหวในระบบสุขภาพ สิ่งนี้เป็นรากฐานของประชาธิปไตยที่แท้จริง ทำให้ผู้คนเกิดความตระหนักและเกิดความรับรู้ในเรื่องสิทธิทางสุขภาพ และในเรื่องของสิทธิหน้าที่ของประชาชนหรือของคนในวงกว้างมากขึ้น เปรียบเหมือนกับการสร้างความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ (literacy) ด้านสิทธิและหน้าที่ให้กับประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่การลุกขึ้นมาปกป้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตน เช่น สิทธิที่จะมีอากาศบริสุทธิ์ สิทธิจะอยู่ในสังคมที่มีความมั่นคงปลอดภัย สิทธิต่าง ๆ ทั้งหมด เพราะฉะนั้นการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ต้องทำให้เกิดความตื่นตัวของสังคมและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ถ้ายังมีส่วนร่วมมากเท่าใด ความตระหนักรับผิดชอบจะมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ตรงนี้เป็นรากฐานของประชาธิปไตยที่แท้จริง การรับรู้สิทธิเสรีภาพอันพึงมีพึงได้ของตนจะทำให้เกิดความหวงแหนและปกป้อง ขณะเดียวกันจะไม่ไปรุกรานหรือคุกคามเบียดเบียนสิทธิและเสรีภาพของคนอื่น⁵²⁹ สิ่งนี้สอดคล้องกับความเห็นของสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ที่ว่า “การเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการระบบสุขภาพที่ผ่านมาเป็นตัวอย่าง

⁵²⁸ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁵²⁹ สัมภาษณ์ ปรีดา เต๋ออารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์,

รูปธรรมให้ชาวบ้านได้ดำเนินการ (exercise) ชาวบ้านเรียนรู้ว่าถ้าเป็นผู้เสียเปรียบ ไม่ต่อรองจะไม่ มีทางได้ ตัวแบบการต่อรองก็มีวิธีเดียวเท่านั้นคือการประท้วง เดินขบวน แต่ถ้าเป็นกลุ่มนักธุรกิจก็ มีวิธีต่อรองด้วยการตั้งกรรมการร่วม สังคมไทยต้องทำให้ชาวบ้านเห็นว่าม็อกไกต่อรองได้อย่าง ศิวิลไลซ์และยากลำบากน้อยกว่านั้น ไม่ต้องไปนั่งตากแดดตากฝน แต่ว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า”⁵³⁰

ขบวนการแพทย์ชนบทมองว่า หากต้องการสร้างระบบประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นมาจริงได้ จะต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน ผ่านการเปิดเผยข้อมูลอย่างโปร่งใส สิ่งนี้เป็นพื้นฐานสำคัญสุด ไม่ใช่มุ่งไปสร้างกันที่รัฐสภาหรือผ่านระบบการเลือกตั้ง แต่จะต้องสร้าง ผ่านจิตสำนึกและคุณภาพของคนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการทำนโยบายต่าง ๆ ถือเป็นฐาน สำคัญของระบบประชาธิปไตย ขบวนการแพทย์ชนบทช่วงระยะหลัง ให้ความสำคัญกับการทำงาน ในลักษณะที่ไปสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นฐานรากต่าง ๆ อย่างที่สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุขมีแผนงานหนึ่งที่สำคัญคือ แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นลงไปพัฒนาใน ระดับตำบล โดยตั้งเป้าหมายไว้เพื่อให้เกิดความท้าทายว่าครึ่งหนึ่งของประเทศในห้าปีต้องมีความ เข้มแข็งมากขึ้น เพราะถ้าฐานรากเข้มแข็ง เรื่องการกระจายอำนาจและประชาธิปไตยจะตามมา⁵³¹ ด้วยเหตุนี้ การเปิดโอกาสให้คนมีส่วนร่วมเป็นเรื่องสำคัญ เพราะเป็นเหมือนกับการมอบแบบฝึกหัด แก่ผู้คนเพื่อให้แข็งแรงขึ้นในขบวนการประชาธิปไตย รู้จักการมีเสียงข้างมาก การรับฟังเสียงข้าง น้อยในขบวนการเคลื่อนไหว ดังนั้นเวลาขบวนการแพทย์ชนบทเคลื่อนไหวในประเด็นสาธารณะ จะ สะท้อนภาพว่าเป็นขบวนการที่ทำเพื่อประโยชน์สาธารณะ ส่งผลให้คนเรียนรู้ว่าผลประโยชน์ของ คนเฉพาะกลุ่มกับประโยชน์ของสาธารณะเป็นอย่างไร ถือเป็นบทเรียนนำไปสู่สังคมที่เป็น ประชาธิปไตยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵³² ขบวนการแพทย์ชนบทจึงต้องยึดมั่นในจุดแข็งของตนคือ การอยู่ข้างเดียวกับประชาชน และถ่ายทอดให้ประชาชนเกิดการรับรู้ถึงความยุติธรรมในสังคม

⁵³⁰ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

⁵³¹ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

⁵³² สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

จนก้าวออกมาเรียกร้องปกป้องสิทธิของตนเอง ฟังตระหนักรู้ว่าเสียงของประชาชนคือเสียงที่
นักการเมืองและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่เกรงกลัวเสมอ⁵³³

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าที่ผ่านมา การที่ขบวนการแพทย์
ชนบทกระทำการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมือง ส่งผลให้มีมติความเป็นประชาธิปไตยของ
สังคมไทยมีคุณภาพสูงขึ้นอย่างแท้จริง

ลักษณะทางความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อความ เป็นประชาธิปไตย

ถึงแม้ว่าการขับเคลื่อนขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามีส่วนร่วมทางสังคมและการเมือง
ที่ผ่านมา ส่งผลในทางบวกต่อมติความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาห้วง
ไปยังตัวขบวนการแพทย์ชนบทยังเห็นลักษณะทางความคิดบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อ
พัฒนาวิธิต่างแบบประชาธิปไตย ทั้งภายในขบวนการฯ และต่อสังคมภายนอก ได้แก่

1. หลักคิดที่มุ่งทำให้การบริหารงานง่ายและคล่องตัว โดยอาจละเลยการให้ ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมภายในขบวนการแพทย์ชนบทอย่างเข้มข้น

แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมาจำนวนหนึ่งที่มีตำแหน่งบทบาทสำคัญในชมรม
แพทย์ชนบท โดยเฉพาะตำแหน่งประธานชมรมมีแนวคิดบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อการสร้าง
ค่านิยมประชาธิปไตยในองค์กร นั่นคือ หลักคิดที่มุ่งเอื้อให้การบริหารงานง่ายและคล่องตัว จนบางครั้ง
อาจละเลยการเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมภายในองค์กรอย่างเข้มข้น ต้องยอมรับว่าตำแหน่งผู้นำ
สูงสุดขององค์กรมีความสำคัญอย่างมากต่อการกำหนดการตัดสินใจและความเป็นไปในองค์กร
ดังนั้น หากบางขณะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีสภาวะบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ
ค่านิยมประชาธิปไตยในองค์กร จะทำให้การปลูกฝังวิถีคิดและกระบวนการประชาธิปไตยในองค์กร
ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ความคิดและบรรยากาศความเป็นประชาธิปไตยภายในองค์กรขาด
ช่วงเป็นพัก ๆ ค่านิยมความเป็นประชาธิปไตยที่ตัวองค์กรพยายามปลูกฝังลงสู่สมาชิกจะเกิดขึ้น

⁵³³ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, “25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทจะไปทางไหนดี ?,” ใน ก้าวอย่างชมรม
แพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 78-79.

อย่างไม่เต็มที่ ทำให้ค่านิยมที่ไม่มีลักษณะความเป็นประชาธิปไตยยังถูกฝังตรึงอยู่ในตัวสมาชิกองค์กรในบางระดับ ส่งผลให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนทางวิถีคิดของตัวสมาชิกอย่างสมบูรณ์ และเมื่อกระทำการขับเคลื่อนวาระสู่สังคมภายนอก ค่านิยมความไม่เป็นประชาธิปไตยบางประการก็จะปรากฏต่อผู้ร่วมเครือข่ายภายนอกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ตัวอย่างจากนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทคนสำคัญยืนยันว่าการทำงานในทางปฏิบัติจริงไม่จำเป็นต้องใช้คนทำงานจำนวนมาก แต่ผู้ที่มาร่วมงานต้องเป็นคนจริงจั่งจำนวนเพียงไม่กี่คน “คนมากก็เรื่องมาก ขับเคลื่อนไม่ออก อยู่ที่เรามั่นใจก่อนว่าการเคลื่อนไหวถูกต้องถูกทางแล้วก็ทำเลย...มีผู้ช่วยผมคนหนึ่งบอกทำสำรวจดีไหม ผมบอกว่าไม่เอาทำเลย เพราะถูกต้อง หากรอแต่การสำรวจ ไม่ได้ทำอะไรสักที...ดังนั้นการเคลื่อนไหวเชิงกิจกรรมไม่ต้องการทีมใหญ่ ส่งผลให้ขับเคลื่อนช้า การวางตัวลำบาก ทีมแกนนำไม่ต้องมีจำนวนมาก...โดยทั่วไปเรื่องเร่งด่วนก็ทำคนเดียว ก็ไม่เชิงเร่งด่วนแต่เป็นเรื่องสำคัญก็ทำคนเดียว”⁵³⁴ สอดคล้องกับทัศนะของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 6 เห็นว่าสิ่งนี้เป็นเรื่องปกติในการทำงานชมรมแพทย์ชนบท ไม่จำเป็นต้องให้คนเข้ามาช่วยในระดับแกนนำองค์กรจำนวนมาก “เรื่องนี้เป็นเรื่องปกติ ถ้าเผื่อมีหัวขบวนมาก ๆ ก็คงจะวุ่นวายเหมือนกัน หัวขบวนคงต้องมีจำนวนหนึ่ง ที่นี้ประเด็นสำคัญคือว่า หากมีคนร่วมในหัวขบวนมาก ๆ คงดีกันตายเหมือนกันนะ”⁵³⁵ นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 14 คิดเห็นตรงกัน กล่าวคือ “การทำงานจะมีแกนหลักอยู่จำนวนหนึ่ง ไม่ต้องใช้คนจำนวนมาก หมายความว่าคนที่มาคิดมาเคลื่อนไม่จำเป็นต้องมาก อย่างแพทย์ชนบทก็ไม่ได้บอกว่าเราเป็นความชอบธรรมเป็นตัวแทนของแพทย์ทั้งหมดก็ไม่ใช่ ชมรมก็ชัดเจนเหมือนชมรมนักศึกษา ไม่ได้หมายความว่านักศึกษาทั้งมหาวิทยาลัยเป็นสมาชิกชมรม แต่ชมรมแพทย์ทำเพื่อแพทย์ในชนบท”⁵³⁶ สิ่งนี้ยังเป็นเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้องค์กรมีลักษณะองค์กรกึ่งปิดตั้งที่สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ วิเคราะห์ให้เห็นว่า

⁵³⁴ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

⁵³⁵ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁵³⁶ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี, 31 สิงหาคม 2555.

“จำกัดทั้งในแง่ความเป็นองค์กรกึ่งปิด ที่หลายคนเข้ามาร่วมงานแล้วไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับความเป็นตัวตนของชมรมแพทย์ชนบทได้ จึงจำต้องถอยห่างออกมา”⁵³⁷

อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวข้างต้นเป็นวิธีมองในเชิงการบริหารงานภายในองค์กรที่ต้องการให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็ว ซึ่งเป็นคนละวิธีคิดที่มุ่งเน้นความเป็นประชาธิปไตยในทุกกระบวนการทำงาน สิ่งนี้อาจเป็นสภาวะการเลือกที่ลำบาก (dilemma) ระหว่างหลักการบริหารให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วจับใจ กับหลักการเปิดกว้างในการมีส่วนร่วมอย่างสุดโต่ง เพราะไม่ว่าจะเลือกทางใดย่อมเกิดผลในอีกทางที่ต่างกัน อาทิ หากเลือกประสิทธิภาพที่รวดเร็วในการตัดสินใจทางการบริหารก็อาจจะละเลยการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจภายในองค์กรอย่างเข้มข้น แต่หากเลือกให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจในการบริหารก็อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานเป็นไปอย่างล่าช้า ไม่ทันสถานการณ์ในขณะนั้นที่ต้องรีบเร่งเคลื่อนไหว จะเป็นที่ทำให้เกิดการพลาดเป้าหมายที่ตั้งไว้ขององค์กรได้ เป็นต้น ประเด็นดังกล่าวจึงนำมาสู่คำถามที่สำคัญมากต่อทุกองค์กรว่า ทุกกระบวนการบริหารงานจำเป็นต้องสอดใส่หลักการประชาธิปไตยไปในทุกอนุหรือไม่นั้นเอง

อย่างไรก็ตาม ในแง่มุมมองของการบริหารซึ่งต้องการประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการดำเนินงานในบางครั้งที่เป็นเรื่องเร่งด่วน การตัดสินใจนำพาองค์กรโดยฟังความคิดเห็นของผู้นำสูงสุดในองค์กรอย่างฉับพลันทันด่วน ถือว่ามีความสำคัญต่อการแก้ไขสถานการณ์อย่างทันท่วงทีเพื่อรักษาโอกาสขององค์กรให้สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ในช่วงเวลาเฉพาะหน้า ดังนั้นการตัดสินใจดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวนี้อาจจะไม่ได้คำนึงถึงมิติความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมากนัก เพราะจำเป็นต้องขับเคลื่อนประเด็นอย่างทันท่วงที แต่หากการตัดสินใจมีผลในการยกระดับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในระดับประเทศก็ย่อมเป็นผลดีต่อสภาวะประชาธิปไตยในระดับสังคมต่อไป

⁵³⁷ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน,”

2. หลักคิดที่สนับสนุนเพื่อนพ้องเดียวกันให้เป็นผู้กุมอำนาจการบริหารในองค์กร
ตระกูล ส. โดยอาจจะเลยการเปิดโอกาสด้านการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางให้กับ
บุคลากรที่เป็นคนนอกขบวนการแพทย์ชนบทหรือนอกเครือข่ายพันธมิตรของขบวนการ
แพทย์ชนบท

แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทยอมรับว่าองค์กรตระกูล ส. เป็นกลุ่มคนพวกพ้องเดียวกัน
เป็นส่วนใหญ่ดังที่วินัย สวัสดิ์ดิตร กล่าวไว้ว่า “จากมุมมองของ สปสช. เองเห็นว่าองค์กร ส. ด้วยกัน
สามารถคุยกันได้โดยจัดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะต้องกำหนดหัวข้อและ
กำหนดพื้นที่ร่วมกัน แต่ว่ามันอยู่ในขั้นตอนของการคิด แม้คนในองค์กร ส. จะเป็น “พวกเดียวกัน”
มีความเข้าใจกันในระดับหนึ่ง แต่การทำงานร่วมกันยังไม่เกิดขึ้นเท่าที่ควร”⁵³⁸ “องค์กร ส. ต่าง ๆ
จะมีความสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการโดยใช้รูปแบบของการมีบุคลากรไขว้กัน
(interlocking) ไม่ว่าจะเป็นในระดับกรรมการบริหารหรือในระดับผู้บริหารระดับสูงของสำนักงาน
หรือการมีวงเสวนา (forum) อย่างไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มสามพราน เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการ
แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะนี้คือจุดเด่นขององค์กร ส. ต่าง ๆ และ
เป็นใยที่ร้อยเรียงองค์กร ส. ต่าง ๆ ให้มีปฏิสัมพันธ์กันในการดำเนินงานของหน่วยงาน”⁵³⁹

นอกจากนี้ “ในส่วนขององค์กร ส. ด้วยกันเอง ก็จะมีเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่าง
องค์กรในการทำงานร่วมกัน ทั้งในส่วนของการมีการประชุมร่วมกัน และการที่มีการย้ายผู้บริหาร
องค์กรระหว่างองค์กร ส. ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ส. เป็นความสัมพันธ์ที่ผ่าน
บุคคลที่ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในองค์กร ส. กรณีการย้ายผู้บริหารองค์กร ส. จะเห็นได้ชัด เช่น
นพ.ศุภกร บัวสาย จากกรอง ผอ.สวรส. ไปเป็น ผอ.สสส. กรณีของ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จากกรอง

⁵³⁸ สัมภาษณ์ วินัย สวัสดิ์ดิตร, เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 14 ตุลาคม 2553, อ้าง
ถึงใน เอก ตั่งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาทของ
อิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย (กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2554), หน้า 4-55.

⁵³⁹ เอก ตั่งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอบทบาท
องค์กรอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย, หน้า 6-14.

ผอ.สปสช. ได้รับการสรรหาเป็น ผอ.สวรส. เป็นต้น”⁵⁴⁰ สอดคล้องกับที่ประเวศ วะสี ยืนยันว่า “แพทย์ชนบทหลายคนได้ร่วมงานกับ สวรส. ทางใดทางหนึ่ง มีนายแพทย์ศุภกร บัวสาย, ยงยุทธ ขจรธรรม, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ชูชัย ศุภวงศ์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อำพล จินดาวัฒนะ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และจันทรพีญ ชูประภาวรรณ เป็นต้น”⁵⁴¹ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ องค์การตระกูล ส. เปรียบเหมือนสวรรค์สำหรับขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันงานด้านปฏิรูป

อย่างไรก็ตาม การที่องค์การตระกูล ส. เหล่านี้มีผู้บริหารและคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ภายในองค์กรมาจากเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทเสียเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากว่าความต้องการประสิทธิภาพในการทำงานสูง ไม่ว่าจะเป็นช่วงก่อร่างสร้างองค์กรขึ้นใหม่หรือระยะต่อมาที่ต้องการสานต่อความสำเร็จให้คงอยู่ต่อเนื่อง บุคลากรที่จะเข้ามาเป็นผู้บริหารในการผลักดันทิศทางจำเป็นต้องเป็นคนที่มีความเข้าใจในอุดมการณ์และวิสัยทัศน์งานปฏิรูประบบสุขภาพเป็นอย่างดี โดยส่วนใหญ่บุคลากรที่ทำหน้าที่เช่นนี้ได้มักจะจำกัดอยู่ในแวดวงของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบท เพราะแกนนำเหล่านี้เป็นผู้ร่วมผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพมาตั้งแต่เริ่มต้น เหมือนดังที่มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า “องค์กร ส. ต่าง ๆ ถูกมองจากคนข้างนอกว่า มีแต่คนที่รู้จักกันมาอยู่ ซึ่งเรื่องนี้ก็ถูกของเขา เปรียบเหมือนในทางราชการ เวลาทำ TOR จ้างคนอื่นมาทำแทนในสิ่งที่เราไม่อยากทำ ต้องมีความชัดเจนจึง outsource ได้ ถ้าไม่มีความชัดเจน ต้องเอาพรรคพวกเข้ามา เหมือนอย่างธุรกิจครอบครัว ไม่เอาคนนอกเข้ามาเพราะไม่มีความชัดเจน ต้องเอาคนไว้ใจ แต่เมื่อใดที่คุณชัดเจนก็เอามืออาชีพมาทำได้”⁵⁴²

การที่มีบุคลากรเกี่ยวกับขบวนการแพทย์ชนบทมาเป็นกรรมการ อนุกรรมการ ในองค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ สามารถอธิบายได้หลายแบบ แบบที่หนึ่งคือการรู้จักกันเป็นอย่างดีจึงทำให้เกิดความไว้วางใจ รู้จักดีไม่ลายมือก็เลยชวนกันมาทำงาน แต่มองอีกแบบหนึ่งคือถ้าเข้ามาแล้วไม่

⁵⁴⁰ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนออุปทาบทองค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย, หน้า 6-18 และ 6-19.

⁵⁴¹ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 32.

⁵⁴² สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

สามารถทำประโยชน์ในการบริหารได้ ถือเป็นความไม่ถูกต้อง หรือแม้ว่ามีศักยภาพทำประโยชน์ได้บ้าง แต่ถ้าประโยชน์ที่เป็นผลแสดงออกมาไม่ชัดเจน ก็เป็นปัญหาเช่นกัน สิ่งนี้อาจถือว่าเป็นจุดอ่อนข้อหนึ่งในสังคมไทย และแม้ว่าจะนำคนที่อยู่ในกลุ่มก้อนเดียวกันมาทำงาน เพราะรู้จักฝีมือและไว้เนื้อเชื่อใจได้ แต่ก็ถูกมองอย่างเคลือบแคลงอยู่ดี คนอื่น ๆ อาจมองว่าการที่ไม่ได้คนดีกว่านี้เนื่องจากไม่ยอมเปิดกว้างให้โอกาสคนนอกกลุ่มมาทำงาน แต่ปัญหาในทางจัดการยังคงมีกล่าวคือ จะแสวงหากคนนอกที่เหมาะสมตามต้องการมาได้อย่างไร เป็นปัญหาทางปฏิบัติแม้ว่าหลักการจะดีก็ตาม เปรียบเสมือนปัญหาแบบงูกินหาง ตัวอย่างเช่นทุกวันนี้หลายองค์กรยังหาคนเก่งที่เหมาะสมกับสภาพองค์กรนั้น ๆ เข้ามาไม่ได้ อาทิ องค์กร สสส. แม้เปิดรับสมัครคนนอก แต่ตำแหน่งว่างหลายอัตราเพราะหาคนที่เหมาะสมกับงานนั้น ๆ เข้ามาไม่ได้⁵⁴³ ด้วยเหตุนี้ เป็นปัญหาที่หลายครั้งมีอาจหลีกเลี่ยงได้แม้ว่าจะอยากหลีกเลี่ยงมากก็ตาม เพราะความจำกัดด้านบุคลากรที่มีฝีมือในการนำมาทำงานด้วย จึงมักจะได้คนเดิม ๆ มาร่วมงานแม้จะจัดตั้งขึ้นก็องค์กรก็ตาม

นอกจากการนำคนในขบวนการแพทย์ชนบทที่ใกล้ชิดกันเข้าไปทำงานด้วยกันในองค์กรตระกูล ส. แล้ว ยังมีกรณีที่น่าจะเสี่ยงว่ามีการส่งผ่านอำนาจในองค์กรเพื่อสืบทอดตำแหน่งต่อไป อาทิ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ยกวาง พ.ร.บ. จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และเมื่อเกิด สวรส. ขึ้นแล้ว ก็ให้แกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้อำนวยการ สวรส. ตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน “นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ หนึ่งในกลุ่มแพทย์ชนบทได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการอยู่ 2 สมัย เป็นเวลา 6 ปี”⁵⁴⁴ ขณะที่นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ หนึ่งในแพทย์ชนบท ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขต่อจากนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์⁵⁴⁵ ปัจจุบันผู้อำนวยการ สวรส. คือ นายแพทย์พงศ์พิศุทธิ์ จงอุดมสุข อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 15 หรือกรณีของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นายแพทย์มิ่งคล ฅ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ร่วมกับนายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์ เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการ

⁵⁴³ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

⁵⁴⁴ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 32.

⁵⁴⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 17.

กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันให้เกิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 โดยภายหลังจากนั้น นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ก็ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติคนแรกโดยไร้คู่แข่ง⁵⁴⁶ ดังที่เชิดชู อริยศรีวัฒนา ชี้ว่า “จะเห็นว่าผู้ที่เป็น “อำนาจ” ในการบริหารองค์กรที่ถือกำเนิดมาจาก พ.ร.บ. ดังกล่าวแล้ว (หรือมาคุม “บังเหียน” ขององค์กรเหล่านี้) รวมทั้งกรรมการบริหารหรืออนุกรรมการในองค์กรเหล่านี้ล้วนเป็นคนที่มีที่มาหรือใกล้ชิดกับชมรมแพทย์ชนบท และ NGOs สาธารณสุข ที่ทำงานร่วมกับกลุ่มชมรมแพทย์ชนบทมาอย่างยาวนานทั้งสิ้น”⁵⁴⁷

ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ไม่ต่างออกไป กล่าวคือ ภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ก็ได้แต่งตั้งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เข้ามาเป็นเลขาธิการคนแรกและสืบเนื่องมาจนถึงวาระที่สอง เมื่อนายแพทย์สงวนเสียชีวิตลง นายแพทย์วินัย สวัสดิ์ดิวิรร รองเลขาธิการในขณะนั้นและหนึ่งในแพทย์ชนบทได้ก้าวขึ้นมาเป็นเลขาธิการแทน โดยมีนายแพทย์วิรัช ไซควิวัฒน์ ทำหน้าที่คุมบังเหียน นอกจากนายแพทย์วิรัชจะมีตำแหน่งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของ สปสช. แล้ว ยังเป็นประธานอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ ประธานอนุกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม และเป็นอนุกรรมการงบการลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย⁵⁴⁸ ยิ่งไปกว่านั้น กรรมการและอนุกรรมการของ สปสช. ประกอบไปด้วยสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทหลายท่าน อาทิ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คนะ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ เป็นอนุกรรมการ 1 คนะ นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร เป็นกรรมการและอนุกรรมการอีก 3 คนะ เป็นต้น ขณะที่เครือข่ายพันธมิตรของขบวนการแพทย์ชนบทก็เข้ามาเป็นกรรมการและอนุกรรมการหลายท่าน เช่น นายนิมิตร เทียนอุดม เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คนะ (ในฐานะผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ผศ.ลำลี ใจดี เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 3 คนะ นายจอน อึ้งภากรณ์

⁵⁴⁶ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁴⁷ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁴⁸ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาชมรมแพทย์ชนบท (2) [ออนไลน์], 8 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา

เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 4 คณะ นายเจษฎ์ โทณะวณิก เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คณะ นายอัมมาร์ สยามวาลา เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คณะ น.ส.สุวีรัตน์ ศรีมรรคา เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 3 คณะ นางยุพดี สิริสินสุข เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คณะ นายบารมี ชัยรัตน์ เป็นกรรมการและอนุกรรมการ 2 คณะ และนางสุนทรี แซ่กิ่ง เป็นกรรมการและอนุกรรมการอีก 1 คณะ⁵⁴⁹

แม้แต่การคัดเลือกตัวแทนบอร์ด สปสช. ในสัดส่วนภาคประชาชน (องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร) ก็มีข้อสังเกตว่าได้คัดเลือก NGOs ที่เป็นพวกพ้องของขบวนการแพทย์ชนบทเข้ามา พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีกรรมการจากองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรจำนวน 5 คน ปรากฏว่ามีองค์กรเอกชนด้านเอดส์จำนวนมาก เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เป็นต้น หรือองค์กรเอกชนในนามกลุ่มผู้ป่วยโรคไต มะเร็ง ธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ จำนวนมาก มาขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ก่อนครบกำหนด 15 วัน เพื่อรับสิทธิการคัดเลือกเป็นกรรมการ ซึ่งกรรมการที่ได้รับคัดเลือกในกลุ่มผู้แทนองค์กรเอกชนนี้มีความสัมพันธ์ในทางกัลยาณมิตรกับ สปสช.⁵⁵⁰ ทำให้แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา สรุปว่า “การตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการจากกลุ่มองค์กรเอกชนในกรรมการชุดที่แล้วมา จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นคนของฝ่ายรัฐมนตรี (นพ.มงคล ณ สงขลา) และกลุ่มชมรมแพทย์ชนบท...เห็นได้ว่ากลุ่มชมรมแพทย์ชนบทสามารถกุมอำนาจการบริหารกองทุน และ สปสช. มาได้อย่างยาวนานถึง 10 ปี”⁵⁵¹

การทำกรตัดสินใจในบอร์ด สปสช. มีข้อสังเกตว่าหากเสียงข้างมากเป็นฝ่ายใดก็สามารถควบคุมการกำหนดนโยบายได้ “ส่วนการบริหารจัดการ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นั้น กำหนดไว้ว่า ให้ทำ “ตามมติกรรมการ” นั่นคือกรรมการทุกคนและประธานกรรมการต่างก็มีคนละ

⁵⁴⁹ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาชมรมแพทย์ชนบท (2) [ออนไลน์], 8 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁵⁰ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาชมรมแพทย์ชนบท (3) [ออนไลน์], 9 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27

⁵⁵¹ เรื่องเดียวกัน

1 เสียงเท่ากัน ฉะนั้น ถ้าเลขาธิการ สปสช. (หรือผู้สามารถ "สั่งการ" เลขาธิการ สปสช. ได้) มีเสียงสนับสนุนจากกรรมการกลุ่มผู้แทนองค์กรเอกชน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิอีก 7 คน แล้วรวมกับคะแนนเสียงจากรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง และกรรมการโดยตำแหน่งอีกไม่กี่คน ก็นับได้ว่ามีเสียงเกินครึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด และสามารถ "กุมอำนาจการบริหารกองทุนและการบริหาร สปสช. ไว้ในมือแล้ว"⁵⁵² จึงมีข้อสังเกตเกี่ยวกับที่มาของอำนาจในการขึ้นมาเป็นผู้บริหารและกรรมการชุดต่าง ๆ ของ สปสช. ว่า "กลุ่มคนเหล่านี้ไม่ได้รับเลือกตั้งมาให้เป็นผู้แทนของประชาชน แต่เป็นการจัดตั้งจากกลุ่มพวกพ้องในหมู่นักการเมือง โดยอาศัยความเกี่ยวพันกับนักการเมืองที่กำลังบริหารประเทศ เพื่อมาใช้อำนาจทำงานและบริหารงบประมาณแผ่นดินโดยไม่ใช้กระบวนการประชาธิปไตย แต่เป็น "คณาธิปไตย" โดยที่นักการเมืองแต่ละกลุ่มต่างก็ไม่วุ่นวายกันแผนการของคนกลุ่มนี้ เพราะนักการเมืองมีอำนาจในการบริหารไม่นาน แล้วก็ต้องออกไปตามวาระ และกลุ่มคนเหล่านี้ยังอยู่ยงคงกระพันทุกยุคทุกสมัย"⁵⁵³

นอกจากนี้ ตัวอย่างจากกรณีการทำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็เช่นกัน โดยหลักการแล้วเป็นการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมประชุมจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ แต่ ณ กระบวนการคัดสรรคนเข้าร่วมก็ยังมีคำถามว่าได้เปิดกว้างให้กลุ่มต่าง ๆ ในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมจริงหรือไม่ "การผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุข (ที่พวกเขาเรียกใหม่ว่า นโยบายสุขภาพ) ผ่านการประชุมที่เรียกว่า "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" และเอามาเสนอให้รัฐบาลรับเป็นนโยบายที่รัฐจะต้องทำตามเพราะอ้างว่าเป็น "ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ" ที่อ้างว่าเป็น "ความต้องการของประชาชน" ทั้ง ๆ ที่ประชาชนที่เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น ไม่ได้คัดเลือกมาจากกลุ่มประชาชนที่แท้จริง แต่เป็นกลุ่มเครือข่ายของเลขาธิการสำนักงานสุขภาพแห่งชาติและกลุ่ม NGOs ที่ร่วมงานกับกลุ่มชมรมแพทย์ชนบทกลุ่มนี้เท่านั้น"⁵⁵⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ ที่ชี้ประเด็นว่า "จากการศึกษาของ

⁵⁵² เรืองเดียวกัน

⁵⁵³ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากา "ชมรมแพทย์ชนบท" [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁵⁴ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, การคอร์รัปชันรูปแบบใหม่ [ออนไลน์], 1 สิงหาคม 2554. แหล่งที่มา

คณะวิจัยพบว่าการปฏิบัติงานด้านเครือข่ายขององค์การ ส. ในแต่ละพื้นที่มักจะมีผู้เข้าร่วมเป็นคนกลุ่มเดิม ๆ การเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายยังไม่ได้มีการขยายตัวหรือมีเครือข่ายใหม่ ๆ เข้ามา มากนัก ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มที่กระตือรือร้นมักจะเป็นคนกลุ่มเดิมเป็นหลัก”⁵⁵⁵

การมีกลุ่มพวกพ้องเดียวกันกระจายอยู่ตามองค์กรตระกูล ส. สุ่มเสี่ยงต่อการถูกครหาในเรื่องการจัดการผลประโยชน์ในองค์กรเหล่านั้น อย่างกรณีการตรวจสอบการใช้เงินของ สปสช. พบว่าสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินชี้มูลว่ามีการใช้เงินผิดวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผิดระเบียบคณะกรรมการรัฐมนตรี ผิดระเบียบสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และผิดระเบียบของ สปสช. เอง⁵⁵⁶ โดยเฉพาะการเหมาจ่ายรายหัวผิดประเภทเกือบ 100 ล้านบาท⁵⁵⁷ “การอนุมัติเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ ค่าเบี้ยประชุม (ซึ่งก็กำหนดกันเองในอัตราสูงกว่าที่มติกรม. กำหนดไว้ ตามที่ สตง. ชี้มูลไว้แล้ว)”⁵⁵⁸ หรือแม้กระทั่งกรณี สปสช. ถูกชี้ประเด็นความผิดจาก สตง. ในเรื่องการบริหารเงินผลประโยชน์ในการซื้อขายจากองค์การเภสัชกรรมโดยมิชอบ⁵⁵⁹ สิ่งเหล่านี้มีการตั้งข้อสังเกตว่าอาจเป็นภัยต่อระบบธรรมาภิบาลในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “โดยไม่ยึดหลักนิติธรรม (ผิด พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ไม่ยึดหลักคุณธรรม (บังคับให้ผู้ป่วยได้รับยาหรือวิธีการรักษาตามกฎหมายเกณฑ์ของ สปสช. โดยไม่ยึดหลักวิชาการและมาตรฐานการรักษา) ไม่ยึดหลักความโปร่งใส (ไม่บอกประชาชนโดยตรงไปตรงมาว่าให้เงินรักษาโรคอะไรบ้าง มีข้อจำกัดอะไรบ้าง) ไม่ยึดหลักความรับผิดชอบ (ไม่เคยออกมารับผิดชอบต่อ สปสช. เป็นผู้กำหนดการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยไต่ถามระยะสุดท้ายมีอัตราตายเฉลี่ยสูงถึง 40% และลบข้อมูลออกจาก website ของ สปสช.) ไม่ยึดหลักความถูกต้อง (ไม่ยอมให้แพทย์

⁵⁵⁵ เอก ตังทรัพย์วัฒนา และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอแนะขององค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย, หน้า 6-40.

⁵⁵⁶ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากากชมรมแพทย์ชนบท (2) [ออนไลน์], 8 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁵⁷ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากาก “ชมรมแพทย์ชนบท” [ออนไลน์], 6 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁵⁸ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, เปิดหน้ากากชมรมแพทย์ชนบท (3) [ออนไลน์], 9 กุมภาพันธ์ 2555.

⁵⁵⁹ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, สรุปปัญหาหันทภัย 30 บาทรักษาทุกโรคและข้อเสนอในการแก้ปัญหา [ออนไลน์], 24 กันยายน 2555. แหล่งที่มา

ผู้เชี่ยวชาญสังเขปรักษาตามข้อบ่งชี้ ไม่ตรวจสอบและลงโทษการกระทำที่ผิดกฎหมายของ
เลขาธิการ สปสช.)”⁵⁶⁰

กล่าวโดยสรุป “องค์กรเหล่านี้ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็น
องค์กรอิสระจากการบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรี...จึงทำให้กรรมการที่มาจาก
คัดเลือกหรือสรรหา (ซึ่งล้วนมีที่มาจากสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทและผู้ใกล้ชิด) สามารถ “กุม
บังเหียน” หรือ “กุมอำนาจในการกำหนดทิศทาง” ในการบริหารกองทุนได้ตามแนวนโยบายของ
กลุ่ม”⁵⁶¹ ในประเด็นดังกล่าวนี้ แม้แต่สมาชิกผู้ร่วมขับเคลื่อนหลักของขบวนการแพทย์ชนบทยัง
ยอมรับว่าเป็นไปในลักษณะดังกล่าว แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึงมากกว่า คือ ความมีประสิทธิภาพในการ
ขับเคลื่อนองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นให้ประสบผลสำเร็จมากกว่าคำนึงว่าเป็นพรรคพวกของใคร และที่
สำคัญคือ “คนที่ จะบริหารองค์กรใด ๆ ต้องมีความซื่อสัตย์สูง เป็นที่ไว้วางใจ ไม่เป็นที่เคลือบแคลงของ
คนทั้งหลาย จึงจะทำให้องค์กรนั้นมีความมั่นคง”⁵⁶²

อย่างไรก็ตาม แม้จะคำนึงถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานองค์กร จนต้องระดม
เครือข่ายพวกพ้องตนเองเข้ามาร่วมสานต่อการทำงาน แต่ต้องยอมรับว่าสิ่งนี้มีจุดอ่อนเช่นกัน
เพราะเท่ากับปฏิเสธความเชื่อในเรื่องการพยายามสรรหาคณะดี คนเก่ง และมีความเหมาะสมจาก
ภายนอกมาขับเคลื่อนองค์กร เกิดสภาวะทางความคิดเชิงปิดตัวเอง ทำให้มีกรอบความคิดเดียวว่า
เพื่อความต่อเนื่องของการปฏิรูปภารกิจที่เริ่มต้นไว้จึงต้องใช้เครือข่ายของตนเองมาบริหาร ไม่เปิด
โอกาสให้มีกรอบความคิดอื่นมาท้าทาย อาจส่งผลให้ละเลยการพยายามสรรหาผู้ที่มีความ
เหมาะสมที่เป็นคนภายนอกอย่างเต็มกำลังความสามารถให้เข้ามาทำงานภายในองค์กร องค์กรจึง
ติดความคิดเพียงแต่กรอบแคบ ๆ ในการสรรหาคณะคนมาร่วมงาน สิ่งนี้จะทำให้ระยะยาวองค์กรจะ
พัฒนาก้าวไปค่อนข้างยาก เพราะมีวิสัยทัศน์จากคนกลุ่มเดียวในการสร้างองค์กร ขาดความ
หลากหลายและครบด้านในการบริหารกระบวนการ

⁵⁶⁰ เรื่องเดียวกัน

⁵⁶¹ เรื่องเดียวกัน

⁵⁶² ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย, หน้า 32.

ปรากฏการณ์ดังกล่าวถูกอธิบายด้วยวาทกรรม “ความเป็นปกติ” (normality) เป็นกระบวนการสร้างความเป็นปกติ (normalization)

หลักคิดที่สนับสนุนเพื่อนพ้องเดียวกันให้เป็นผู้กุมอำนาจการบริหารในองค์กรตระกูล ส. อันเนื่องมาจากความต้องการประสิทธิภาพในการดำเนินงานทั้งในช่วงก่อตั้งเริ่มแรกและการรักษาความต่อเนื่องในการปฏิรูปนั้น แกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทมีความเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะจำเป็นต้องมีผู้นำองค์กรที่เข้าใจอุดมการณ์เริ่มแรกของการปฏิรูป มีสติปัญญาสูงในการนำทิศทาง มีทักษะในการบริหารที่ผ่านประสบการณ์ความยากลำบากมาอย่างยาวนาน ตลอดจนมีความซื่อสัตย์สุจริตเป็นที่ตั้ง ซึ่งโดยปกติผู้นำลักษณะเช่นนี้จะมาจากคนภายในขบวนการแพทย์ชนบทที่ริเริ่มงานด้วยความอดทนมาตั้งแต่ยุคสมัยแรก ๆ จึงทำให้แกนนำแพทย์ชนบทอาวุโสหลายท่านเข้ามารับตำแหน่งผู้นำสูงสุด และสมาชิกแพทย์ชนบทเข้ามาช่วยงานในฐานะผู้บริหารระดับรองและการเป็นกรรมการชุดต่าง ๆ รวมถึงชักชวนเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพและอื่น ๆ มาร่วมเป็นคณะทำงานชุดต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน

ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ถูกอธิบายด้วยวาทกรรม “ความเป็นปกติ” (normality) เป็นกระบวนการสร้างความเป็นปกติ (normalization) กล่าวคือ สร้างชุดคำอธิบายในเรื่องพวกพ้องเดียวกันเป็นผู้บริหารองค์กรตระกูล ส. ว่าไม่ใช่สิ่งที่ผิดแผกแต่อย่างใด แต่เป็นเรื่องปกติทั่วไปและเป็นไปตามธรรมชาติขององค์กร เมื่อองค์กรเกิดขึ้นมาใหม่ซึ่งเป็นองค์กรประเภทปฏิรูป จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสรรหาผู้นำที่เหมาะสม และบุคคลที่เหมาะสมควรมาจากคนภายในขบวนการเดียวกันที่ก่อร่างสร้างองค์กรเหล่านี้มาตั้งแต่แรก เพื่อประสิทธิภาพในการนำพาองค์กรให้มั่นคงและผลักดันงานปฏิรูปจนสำเร็จอย่างยั่งยืน

ทัศนคติของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทที่สะท้อนวาทกรรม “ความเป็นปกติ” เห็นได้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่คิดเห็นว่า “เป็นไปโดยธรรมชาติที่คนจากแพทย์ชนบทจะเข้าไปเป็นผู้นำองค์กรตระกูล ส. กลุ่มคนเหล่านี้เติบโตมาจากการทำงานในพื้นที่ด้วยกัน มีความรู้ความสามารถ เมื่อเกิดช่องทางและระบบต่าง ๆ ก็มีความสุขในการเข้าไปทำงานจุดนั้น ในจุดเหล่านี้มีทั้งคนที่มาจากแพทย์ชนบทและไม่ใช่ ปะปนกันไป แต่แน่นอนย่อมมาจากแพทย์ชนบทจำนวนมาก ซึ่งต้องยอมรับว่าในช่วง 30-40 ปีที่ผ่านมา คนที่อยู่ในระบบสาธารณสุข

เติบโตมาจากกลุ่มแพทย์ชนบทหลายคน เพราะฉะนั้น ถ้ามองว่ามีแพทย์ชนบทในองค์กรเหล่านี้ มากก็ไม่ใช่เรื่องแปลกอะไร หากมาโดยความรู้ความสามารถตามกระบวนการและขอบด้วยเหตุ ด้วยผล”⁵⁶³ เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นคนที่มีความรู้ความสามารถสูง มักจะถูกเชิญเข้าไป เป็นกรรมการชุดต่าง ๆ จะนั่งเป็นกรรมการก็ชุดไม่ใช่เรื่องแปลกใด ๆ ถ้าเกิดในหน่วยงานเหล่านั้น ได้ประโยชน์จากความสามารถของเขา⁵⁶⁴ ขณะที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เสริมว่า “ผม คิดว่าเป็นเรื่องของขบวนการต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน พวกแกนนำที่เคลื่อนไหวในขบวนการแพทย์ ชนบทเป็นพวกหัวก้าวหน้า การตั้งองค์กรอิสระด้านสุขภาพเหล่านี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูป ระบบสุขภาพ เพราะฉะนั้น เมื่อเขาเป็นคนขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดขึ้นมา เขาก็ต้องพยายามแสวงหา บุคลากรที่เชื่อมั่นในอุดมการณ์เดียวกันร่วมกันทำงาน สิ่งนี้เป็นเรื่องปกติ”⁵⁶⁵ สอดคล้องกับ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ที่มองว่า “คงเป็นไปตามธรรมชาติ เพราะการเกิดขึ้นขององค์กร ส. เกิดจากการที่พวกเราไปผลักดันให้เกิดขึ้น อย่างเช่น สวรรส. คุณหมอสงวนถูกผู้ใหญ่ถามว่าเสนอ โครงสร้างองค์กรแล้ว ใครจะมาทำ ซึ่งไม่มีใครอยากทำเลย แต่มีคนเสนอให้ผมไปทำ ผมไม่ได้เสนอ ตัวและไม่ได้คิดจะไปทำ หรือช่วงตั้ง สปสช. คุณหมอสงวนกลุ่มใจมาก เพราะไม่อยากทำ สปสช. อยากให้คนอื่นไปทำมากกว่า ไม่อยากให้คนอื่นต่อว่าว่าอยากเป็นใหญ่ แต่ก็หนีไม่พ้น เพราะตอน นั้นฝ่ายการเมืองอยากให้เป็นผู้ช่วยรัฐมนตรี คุณหมอสงวนไม่อยากเป็น จึงเลือกมาทำ สปสช. นี้ เป็นวัฒนธรรมที่ดีเพราะอย่างน้อยมีสติมากพอที่จะบอกตัวเองว่าเราจะไม่เข้าไปสู่กลไกแห่งอำนาจ ในจุดที่เรามีโอกาส เพียงเพราะว่าเรามีโอกาส”⁵⁶⁶

นายแพทย์เกียรติศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ คิดเห็นว่า “ผมว่าเรื่องอย่างนี้ ไม่ใช่เรื่องที่แปลก เป็นธรรมชาติ ถ้าตั้งองค์กรเพื่อการปฏิรูป แต่เอาคนที่ไม่เข้าใจปฏิรูปมาบริหาร แล้วองค์กรจะไปได้ อย่างไม่เห็นเสียหาย เพียงแต่เวลาเข้าไปทำงานในองค์กรแล้ว ทำได้ดีหรือไม่ มีธรรมาภิบาล

⁵⁶³ สัมภาษณ์ อำพล จินดาวัฒน์, เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁵⁶⁴ เรื่องเดียวกัน

⁵⁶⁵ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁵⁶⁶ สัมภาษณ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 4 พฤษภาคม 2555.

หรือไม่ น่าจะดูประเด็นตรงนี้ดีกว่า”⁵⁶⁷ เหมือนกับนายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ ที่มองว่า “เขาเป็น คนผลักดันหน่วยงานเหล่านี้เอง เขาก็ต้องเข้าไปสู่การบริหารต่าง ๆ ซึ่งกระบวนการของการบริหาร กลไกเหล่านี้ ลำพังเพียงแพทย์ชนบทส่วนเดียวไม่พอ ต้องดึงเอาแกนกลาง แพทย์พาณิชย์ แพทย์ ชนบทส่วนหนึ่งมาบ้าง เป็นเรื่องปกติ ฉะนั้น เขาสร้างกลไกของเขาจึงดึงคนพวกเดียวกันมาใช้ เป็น เรื่องปกติของการเคลื่อนไหว”⁵⁶⁸ แม้แต่นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ ยังเห็นไปในทิศทางเดียวกัน “องค์กรเหล่านี้มีอุดมการณ์ทำเพื่อส่วนรวม ต้องถามว่าการจะทำเพื่อส่วนรวม ใครควรจะมานั่ง บริหาร ผมไม่ได้มองว่าแพทย์ชนบทหรือไม่ แต่เนื่องจากว่าคนที่ทำงานด้านนี้มากก็มีโอกาส ถึงไม่ พาดตัวเองเข้ามาก็ต้องถูกเชิญเข้ามาอยู่ดี สมมติทำ สช. เราจะไปเอาหมอกจากโรงพยาบาลกรุงเทพ สมิติเวช คนละกรอบความคิดกัน ไม่ใช่ว่าเขาไม่ดี เป็นเรื่องมุมมอง อย่างนี้ก็เป็นธรรมดาของการ เคลื่อนตัวในการทำงาน”⁵⁶⁹ สอดคล้องกับนายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล ที่เห็นว่า “เมื่อองค์กร ส. เกิดขึ้นมาแล้ว ต้องถามว่าใครจะมาทำต่อได้ดี คำตอบคือต้องเป็นคนทีริเริ่ม ดังนั้นท่านก็ต้องเอา พรรคพวกของท่านขึ้นมาเป็นธรรมดา”⁵⁷⁰ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ขยายความในประเด็น นี้เพิ่มเติม “ถ้าออกแบบขององค์กรอย่างเดียวแต่ไม่มีคนที่เข้าใจมาทำ คนที่ผลักดันให้เกิดขึ้นก็ต้องมา นั่งทำเองในระยะแรก การทำอะไรที่เป็นการเริ่มต้นใหม่ยากมาก การเข้ามาตรงนี้จึงเป็นการ เสียสละ ไม่ใช่เพื่อกอบโกยอำนาจ แม้จะไม่อยากทำก็ต้องทำเพื่อให้งานสำเร็จ ส่วนกรรมการชุด ต่าง ๆ เราพบว่าคนที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องที่อยากให้มาช่วยงานมีจำกัด คนช่วยงานจึงเข้าไป เข้ามาเพราะคนเหล่านั้นคือคนที่รู้ดีในสิ่งที่เราอยากขอความรู้ เพื่อมาช่วยกันพัฒนาให้ดีขึ้น”⁵⁷¹

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อสังเกตเกี่ยวกับการนำพวกพ้องของตนเข้ามากุมอำนาจในการ บริหารจัดการองค์กรตระกูล ส. จำนวนมากก็ตาม แต่ “ชมรมแพทย์ชนบทก็ได้มีบทบาทในการ

⁵⁶⁷ สัมภาษณ์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ประธานชมรมแพทย์ชนบทปัจจุบัน, 3 กรกฎาคม 2555.

⁵⁶⁸ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

⁵⁶⁹ สัมภาษณ์ ปรีดา แต่อารักษ์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี, 31 สิงหาคม 2555.

⁵⁷⁰ สัมภาษณ์ ชาติรี เจริญชีวะกุล, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 27 มีนาคม 2555.

⁵⁷¹ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

เคลื่อนไหวเพื่อความถูกต้องเป็นธรรมต่อบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขและสังคมโดยรวมมา โดยตลอด “ไม่เคยมีผลประโยชน์แอบแฝงอยู่เบื้องหลัง นี่กระมังที่ทำให้เรามีเกียรติภูมิและได้รับการ ยอมรับจากสังคม”⁵⁷² แต่ถึงอย่างไร ความพยายามใช้การอธิบายด้วยวาทกรรมความเป็นปกติมา ให้ความชอบธรรมต่อการผองถ่ายอำนาจสู่พวกพ้องเดียวกัน ก็ยังสู้มเสียดังต่อความอ่อนแอของ องค์กรในระยะยาว เพราะจะไม่สามารถเปิดพื้นที่ทางความคิดยอมรับผู้นำองค์กรที่เป็น บุคคลภายนอกที่มีความสามารถสูงหรือมีประสบการณ์ในการบริหารองค์กรมาอย่างโชกโชน ซึ่งสิ่ง เหล่านี้อาจสร้างความแข็งแกร่งให้กับการขับเคลื่อนองค์กรในระยะยาว

3. หลักคิดที่มุ่งทำให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงานของขบวนการแพทย์ชนบท จากรุ่นสู่รุ่น โดยการเปลี่ยนถ่ายอำนาจการบริหารองค์กรให้กับคณะกรรมการรุ่นต่อไปที่ เป็นคนใกล้ชิดที่ทำงานด้วยกันมาก่อน ซึ่งอาจมีลักษณะผูกขาดการเปลี่ยนผ่านทาง อำนาจ

การเปลี่ยนถ่ายอำนาจการบริหารชมรมแพทย์ชนบทมีลักษณะจำกัดวงเฉพาะแกนนำวง ในที่คลุกคลีในการทำงานมาก่อนหน้านี้ ซึ่งนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ยอมรับว่าผู้ที่รับไม้ต่อ เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทก็คือคนที่เป็นกรรมการทำงานร่วมกันมาก่อนหน้านี้ เป็นไปตาม ธรรมชาติของการส่งผ่านอำนาจ “ถ้าพูดจริง ๆ ตัวประธานรุ่นต่อไปยังไม่ใช่คนนอกกลุ่มแกนนำ จะ เป็นการส่งต่อกันภายในวงใกล้ชิด กรณีของแพทย์ชนบทยังมีความผูกขาดในวงแกนนำ แม้ว่าเปิด ให้มีการสมัคร แต่สมัครมาก็ไม่ได้ยุติเพราะเขาไม่รู้เรื่อง ไม่รู้วิธีทำงาน พวกที่คลุกวงในย่อมรู้ ดีกว่า ย่อมมีโอกาสแสดงฝีมือมากกว่า คนวงนอกไม่มีโอกาสแสดงฝีมือ ย่อมไม่ได้รับการคัดเลือก หากไม่ได้เข้ามาทำงานก็ไม่มีผลงาน จะเรียกว่าผูกขาดก็ได้ ถ้าเขากันไม่ให้คุณเข้ามามีผลงาน ถึงแม้คุณจะเป็นคนเก่ง คุณไม่สามารถที่จะแสดงผลงานได้ เป็นสิ่งที่ผมบอกว่าบางคนไม่ยอมเข้า มาเพราะพวกเราไม่ยอมให้เข้ามา”⁵⁷³ นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ เป็นคนร่วมก่อตั้งชมรม แพทย์ชนบทร่วมกับนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ต่อมาก็รับช่วงเป็นประธานชมรม “ผมรับไม้

⁵⁷² ปรีดา แต่อารักษ์, “แพทย์ชนบทไม่เป็นเพียงแค่องค์กรหรือสถาบัน แต่มีอุดมการณ์และจิตวิญญาณ เพื่อสาธารณะ,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 43.

⁵⁷³ สัมภาษณ์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท, 21 สิงหาคม 2555.

ต่อจากนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ พี่วิชัยเตรียมตัวแทนไว้สองสามคน พอครบสองปีต้องเลือกประธานชมรมแพทย์ชนบทคนใหม่ พี่วิชัยคิดว่าผมเหมาะสมที่สุด คนอื่น ๆ ก็ว่าผมเหมาะสม ผมจึงรับเป็นประธาน ไม่ใช่ต้องมาต่อสู้แก่งแย่งกัน เป็นผู้นำตามธรรมชาติ”⁵⁷⁴ หรืออย่างกรณีนายแพทย์ อารักษ์ วงศ์วรชาติ และนายแพทย์วชิระ บดพิบูลย์ เป็นคณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 18 ปี พ.ศ. 2541-2542⁵⁷⁵ ต่อมาคนเหล่านี้ได้เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทกันทุกคน โดยที่ นายแพทย์วชิระ บดพิบูลย์ เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 19 ปี พ.ศ. 2544-2545 ขณะที่ นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 20 ปี พ.ศ. 2546-2547

ต่อมาแม้ว่าได้มีการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้นมาอีกหนึ่งองค์กร แต่บุคคลที่เป็นประธาน และแกนนำในการขับเคลื่อนก็เป็นคนที่เคยเป็นประธานและแกนนำในชมรมแพทย์ชนบทมาก่อน เป็นส่วนใหญ่ “ในปี พ.ศ. 2523 ชมรมแพทย์ชนบทดำริให้มีการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทเป็น องค์กรนิติบุคคลขึ้นเป็นเครื่องมืออีกประการหนึ่ง...ก่อตั้งมูลนิธิเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2525 โดยมี อาจารย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นประธานอยู่นาน ขณะนี้นายแพทย์ไพโรจน์ ینگานนท์ เป็นประธาน นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเลขาธิการ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นเหรัญญิก... นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ ได้ช่วยบริหารงานของมูลนิธิเป็นอย่างมากในช่วง 2535-2536”⁵⁷⁶ หรืออย่างนายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เป็นคณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 18 ปี พ.ศ. 2541-2542 ต่อมาก็ย้ายข้ามฟากองค์กรมาเป็นเลขานุการมูลนิธิแพทย์ชนบท

ดังนั้น จะเห็นได้ชัดเจนว่าการคัดเลือกตัวประธานชมรมแพทย์ชนบทคนต่อ ๆ ไป เกิดมาจากการวางตัวไว้เบื้องต้นล่วงหน้าแล้ว โดยคัดสรรจากแกนนำวงในที่ทำงาด้วยกันมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเท่ากับเป็นการรับประกันการสานต่อสืบเนื่องอย่างไม่สะดุด เพราะแกนนำรุ่นต่อไปได้เรียนรู้งาน ซึมซับอุดมการณ์/ค่านิยม/วัฒนธรรมองค์กร ผ่านประสบการณ์ปัญหาในการทำงาน ถูก

⁵⁷⁴ สัมภาษณ์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมาชิกปฏิรูป (คจสป.), 17 สิงหาคม 2555.

⁵⁷⁵ “ความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท,” ใน *2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท*, ชิดกร โนรี, บรรณาธิการ (นนทบุรี : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 128.

⁵⁷⁶ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย*, หน้า 52-53.

ฝึกทักษะไหวพริบแก้ปัญหาเฉพาะหน้า รู้จักเครือข่ายพันธมิตรภายนอก สิ่งเหล่านี้เกิดจากการเข้าร่วมงานกับประธานชมรมแพทย์ชนบทคนก่อนหน้านี้ เปรียบเสมือนการติดอาวุธทางปัญญาและฝึกฝนงานบริหารไว้พร้อมสรรพแล้ว การทำงานก็จะต่อเนื่องและไหลลื่น แต่หากประธานชมรมแพทย์ชนบทคนใหม่มาจากบุคคลที่ไม่ใช่วงในแกนนำซึ่งไม่เคยทำงานด้านนี้มาก่อน การนำพาองค์กรอาจพึงเกิดปัญหาในการนำทิศทางขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพได้ สิ่งนี้ถือเป็นความจำเป็นภาคบังคับที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ เพราะธรรมชาติของการทำงานแบบกลุ่มเคลื่อนไหวจำเป็นต้องอาศัยคนที่มีความรู้ความเข้าใจในการขับเคลื่อน และมีประสบการณ์สูงในการรับมือและแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นไปได้ยากที่ผู้นำรุ่นต่อไปจะไม่ถูกฝึกฝนด้านการทำงานร่วมกับผู้นำรุ่นก่อน เพราะการทำงานในลักษณะองค์กรประชาสังคม ประสบการณ์การเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำพาองค์กรให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างทรงพลัง

4. หลักคิดที่มองว่ากลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับขบวนการแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มที่อาจมีเจตนาไม่ถูกต้องเหมาะสม

การขับเคลื่อนประเด็นปฏิรูประบบสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทนับได้ว่าส่งผลกระทบต่อครั้งยิ่งใหญ่ต่อภาพรวมการสาธารณสุขไทยทั้งในแง่ปรับเปลี่ยนนโยบายระดับชาติ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างสถาบัน ระบบงบประมาณ ระบบบุคลากร ฯลฯ การเคลื่อนไหวในระดับนี้เป็นที่แน่นอนว่าย่อมส่งผลกระทบต่อไปยังกลุ่มที่ได้รับผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการรวมตัวของกลุ่มแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับแนวทางการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบท และได้ปะทะคารมความคิด ข้อมูล การเคลื่อนไหวทางสังคม ตลอดจนการต่อสู้ในเวทีภายในองค์กรตระกูล ส. ที่สำคัญ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่โดยภารกิจงานแล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มแพทย์ที่เห็นต่างจากแพทย์ชนบทมากที่สุด ทำให้มุมมองของแพทย์ชนบทบางส่วนที่มีต่อกลุ่มแพทย์ที่เห็นต่าง มีทั้งลักษณะในแง่ของความไม่เข้าใจกลุ่มดังกล่าว ความไม่พอใจต่อการเคลื่อนไหวต่อต้านของกลุ่มแพทย์ชั่วคราวข้าม เป็นต้น ตัวอย่างเช่น การที่กลุ่มแพทย์ชั่วคราวข้ามให้การสนับสนุนนายวิทยา บุรณศิริ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นบอร์ด สปสช. ใหม่ที่ไม่ใช่คนกลุ่มเดิม ๆ ที่เป็นสายสัมพันธ์ของแพทย์ชนบท “ทำให้ NGOs และชมรมแพทย์ชนบทออกมา “กล่าวหา” ว่ามีกลุ่มก๊วน 7 กลุ่ม ที่จ้องจะล้มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รวมทั้งนักการเมืองและสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.) ด้วย⁵⁷⁷ สอดคล้องกับวิชัย ไชควิวัฒน์ แสดงความเห็นไว้ว่า “คนบางกลุ่มต่อต้านพวกองค์กร ส. ซึ่งทำแต่ประโยชน์ ทั้งกลุ่มแพทย์และกลุ่มปัญญาชนบางกลุ่ม สื่อบางกลุ่ม อาจจะได้รับจ้างมา ผมมองกลุ่มที่ต่อต้านสองด้าน ด้านหนึ่งเขารำคาญ หมอมายุ่งเรื่องนอกวงการ ไม่น่าจะเป็นสายหมอบ เขาหมั่นได้ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งอาจจะได้รับจ้างมาจากผู้เสียผลประโยชน์”⁵⁷⁸

ตัวอย่างอีกกรณีหนึ่งของความขัดแย้งใน สปสช. คือกรณีที่บอร์ด สปสช. มีมติเห็นชอบให้ส่งเรื่องพฤติกรรมบอร์ด สปสช. บางราย ซึ่งเคยทำหนังสือเวียนไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนร่วมรักษาโรคไตวายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เพราะจะสูญเสียราคา เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นก่อนที่บอร์ด สปสช. ชุดปัจจุบันจะเข้ามาดำรงตำแหน่ง จึงไม่มั่นใจว่าบอร์ด สปสช. ชุดปัจจุบันจะมีอำนาจดำเนินการอย่างไรได้บ้าง ตรงนี้ “นพ.พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เลขาธิการมูลนิธิแพทย์ชนบท เปิดเผยว่า มติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด สปสช.) เมื่อวันที่ 6 ก.พ.ที่ผ่านมา ชัดเจนว่าเป็นการอุ้มและพอกตัวให้บอร์ด สปสช. บางรายที่มาจากเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน ทั้งๆ ที่มีความผิดชัดเจน เพราะเห็นประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าชีวิตของผู้ป่วยโรคไต และเคยมีผลสอบยืนยันความผิดดังกล่าว นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท กล่าวว่า มติบอร์ด สปสช. สะท้อนให้เห็นถึงการสมคบระหว่งนักการเมืองที่มุ่งแสวงหาประโยชน์ระยะสั้นกับกลุ่มแพทย์พาณิชย์ในการทำร้ายระบบหลักประกันสุขภาพอย่างชัดเจน”⁵⁷⁹

⁵⁷⁷ เชิดชู อริยศรีวัฒนา, แฉลวงการณ์สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.) เรื่องความจริงเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [ออนไลน์], 23 มกราคม 2555. แหล่งที่มา

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27.

⁵⁷⁸ สัมภาษณ์ วิชัย ไชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

⁵⁷⁹ “ขัดมติบอร์ด สปสช. อุ้มแพทย์เอกชนชัด,” [ออนไลน์], 8 กุมภาพันธ์ 2555. แหล่งที่มา <http://suchons.wordpress.com/2012/02/08/>

ปัญหาความขัดแย้งเห็นต่างในเรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่มแพทย์ทั้งสองกลุ่ม ก็นำมาสู่ความไม่เข้าใจของกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีต่อกลุ่มแพทย์ชั่วคราวข้ามเช่นกัน เพราะ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากระบบบริการ ไม่ว่าจะวิเคราะห์อย่างไร จะเป็นคุณทั้งกับประชาชนและแพทย์อย่างแท้จริง เพราะว่าถ้าเสียหายไม่ว่าจากกรณีใด จะได้รับการช่วยเหลือ แพทย์เองก็น่าจะมีเจตนาดี ถ้าเสียหายไม่ว่าจากเหตุอันใดก็ควรได้รับการช่วยเหลือ แพทย์จะถูกฟ้องน้อยลง แต่ด้วยความทริฐของวิชาชีพ และเนื่องจากวงการแพทย์ของไทย ได้อนุญาตให้การแพทย์กลายเป็นธุรกิจค้ากำไรได้ ทำให้มีวาระซ่อนเร้น (Hidden agenda) อีกอันหนึ่งเกิดขึ้น เพราะกลัวที่จะต้องถูกเก็บเงินเข้ากองทุนมาชดเชยจึงทำให้เกิดการต่อต้านขึ้นมา ตอนนี้มีกลุ่มที่ตั้งเป็นประชาคมของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วย แต่ทิศทางและวิถีคิดของเขาอนุรักษ์เพื่อประโยชน์ของแพทย์เท่านั้น⁵⁸⁰

หากพิเคราะห์ทัศนคติโดยรวมของกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีต่อกลุ่มผลประโยชน์แพทย์กลุ่มอื่นที่มีความเห็นตรงข้ามกับขบวนการแพทย์ชนบท แบ่งได้ดังนี้

หนึ่ง...มองว่ากลุ่มชั่วคราวข้ามไม่เข้าใจและไม่ยอมรับในพัฒนาการที่ก้าวหน้าที่มีมุ่งผลประโยชน์ประชาชนเป็นสำคัญ

งานของขบวนการแพทย์ชนบทคือการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคน ซึ่งการปฏิรูปแปลว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปจากของเดิม สิ่งใดที่เปลี่ยนแปลงไปจากของเดิมที่เคยชินกัน ย่อมนำความไม่สบายใจมาสู่คนที่ปฏิบัติอยู่ แต่ก็ต้องยอมรับว่าระบบเก่า ๆ ก็มีปัญหา เพราะเป็นเรื่องแนวตั้ง สั่งการและควบคุมจากบนลงล่าง แต่แนวทางใหม่จากการปฏิรูปเป็นการให้ความเคารพศักดิ์ศรีประชาชน ประชาชนมีอำนาจมากขึ้น มีการต่อรองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้คนที่อยู่ในระบบเดิมไม่สบายใจ ก็ต้องใช้ความอดทน ใช้ความเมตตา ให้เวลากันไป⁵⁸¹ แต่ปัญหาสำคัญคือว่าการจะเปลี่ยนแปลงให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ระบบใหม่ ซึ่งคนยังจินตนาการไปไม่ถึงนั้น ทำให้คนเกิดความไม่มั่นใจ ไม่ไว้วางใจ และที่สำคัญ ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย ต่อต้านไม่เอากการเปลี่ยนแปลง

⁵⁸⁰ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒน์, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁵⁸¹ สัมภาษณ์ ประเวศ วะสี, ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ, 25 เมษายน 2555.

อาจจะมียผลประโยชน์ทับซ้อนอยู่ในระบบเก่า และไปสร้างทัศนคติที่ทำให้เห็นว่ากฎหมายปฏิรูปจะมาคุกคามต่อสวัสดิภาพและการทำงานของเขา ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและเผชิญหน้ากัน จุดสำคัญจึงอยู่ตรงที่การให้ข้อมูล เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข กฎหมายเขียนขึ้นมาเพื่อป้องกันไม่ให้คนฟ้องแพทย์ แต่แพทย์กลับบอกว่ากฎหมายนี้จะทำให้คนฟ้องร้องเขามากขึ้น แต่ถ้าให้คนที่ไม่ได้อยู่ในวงการแพทย์มาอ่าน อัยการ นักกฎหมาย ผู้พิพากษา ทุกคนจะบอกว่ากฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่ดี สิ่งนี้เป็นกรณีหนึ่งของการไปปลุกปั่นให้คนเกิดความไม่ไว้วางใจกัน เริ่มเป็นการต่อสู้ของกลุ่มผลประโยชน์ที่มีรากฐานมาจากความคิดเห็นที่ต่างต่างกัน แต่สะท้อนสิ่งสำคัญที่เรากลัวมากที่สุดคือ ในที่สุดทั้งหมดนี้เกิดขึ้นเพราะผลประโยชน์ที่กำลังจะสูญหายไปของบางกลุ่มหรือไม่ เพราะในกฎหมายเขียนว่าต้องให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ่ายเงิน แล้วแพทย์ส่วนหนึ่งตอนนี้ยืนอยู่บนสองระบบคู่ขนานกัน ในช่วงเวลากลางวันทำงานอยู่ที่ภาครัฐ ช่วงเวลาเย็นทำงานอยู่ภาคเอกชน และบางคนเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน⁵⁸²

สอง...มองว่าเป็นการปะทะทางอุดมการณ์ระหว่าง “บริโภคนิยม” กับ “สาธารณชนนิยม”

การปะทะทางอุดมการณ์ระหว่าง “บริโภคนิยม” กับ “สาธารณชนนิยม” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก กล่าวคือ อารยธรรมหนึ่งเป็นอารยธรรมใหญ่ซึ่งดำรงอยู่เรียกว่าอารยธรรมบริโภคนิยม/ทุนนิยม ได้สร้างความคิด สร้างโครงสร้างองค์กรและระบบต่าง ๆ ไว้มาก ถ้าเกิดมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้คนจะรู้สึกเสียประโยชน์ ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ยาก เพราะตัวโครงสร้างที่ฝังตรึงแน่น ด้านหนึ่งกำลังเกิดวิกฤตของอารยธรรมเก่านี้ เพราะเน้นแต่กระตุ้นการบริโภค และขณะนี้ยุโรปเงินทุนแทบจะไม่มีแล้ว ประชาชนยังไม่ได้ประโยชน์ทั่วถึง แต่ขณะเดียวกันกำลังเกิดอารยธรรมใหม่ขึ้นซึ่งเห็นชัดเจนว่าเป็นกระแส เป็นการมุ่งทำประโยชน์ให้สังคม มีความเอื้ออาทรกัน ถ้าเข้าใจปรากฏการณ์นี้ก็เป็นเรื่องธรรมดา จะไม่นำไปสู่ความโกรธความเกลียด จึง

⁵⁸² สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

ต้องเห็นใจและต้องให้เวลา ต้องอาศัยความอดทนต่อกลุ่มที่ต่อต้าน ถ้าไม่ทำความเข้าใจให้กระจ่างชัดจะเข้าไปสู่ความโกรธเกลียดกัน เพราะเป็นเหมือนการปะทะของสองอารยธรรม⁵⁸³

ปรากฏการณ์บริโภคนิยมดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของทุนนิยม จึงต้องแก้ที่อิทธิพลของทุนนิยมซึ่งครอบงำอยู่ทุกวงการ ทำให้ข้าราชการและแพทย์มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน มนุษย์ทำหลายอย่างไม่มีเหตุผลและการทำเช่นนั้นสามารถคาดการณ์ได้ว่าทำไมถึงทำ อาทิ แพทย์อาจจะผ่าตัดคนไข้โดยไม่จำเป็นเพราะได้ค่าตอบแทน ให้ยารักษาข้อเข่าเสื่อมซึ่งหลักฐานจำนวนมาวยืนยันแล้วว่าไม่ต่างอะไรกับการให้ยาหลอก แต่ก็สั่งยาให้คนไข้ด้วยเหตุผลสองเรื่องคือ 1) เพื่อจะได้ประโยชน์ในการรักษา และ 2) บริษัทยาบอกว่าหากสั่งยาเข้าเป้าแล้วจะจ่ายเงินให้ เป็นต้น สิ่งนี้คือความไม่มีเหตุผล (irrational) ที่คาดเดาได้ (predictable) มีคำอธิบายได้ ลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นทั่วไป ดังนั้นการที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกกฎหมายว่าคนไข้มีสิทธิที่จะไม่รับการรักษาที่เป็นการยืดความตาย ปรากฏว่าแพทย์เอกชนกับแพทย์สหาคัดค้าน อ้างว่าแพทย์มีคุณธรรมจะต้องรักษาชีวิตจนถึงที่สุด แต่ความจริงคือต้องการค่ารักษาพยาบาลจากคนไข้ให้มากที่สุดหรือไม่ ก็อธิบายได้ด้วยสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น⁵⁸⁴

การที่ทุนนิยมด้านสุขภาพในประเทศไทยเฟื่องฟู เหตุหนึ่งมาจากรัฐไทยอนุญาตให้นำโรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหลักทรัพย์ ทำเป็นธุรกิจสุขภาพ ความเป็นธุรกิจต้องหวังผลกำไรสูงสุด (maximize profit) คนที่ไปซื้อหุ้นหวังว่าจะได้เงินปันผล การบริหารจึงต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดประโยชน์ตนสูงสุด ระบบบริการสุขภาพจะเป็นประโยชน์ตนสูงมาก ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ บริการในส่วนเกินที่ไม่ควรบริการ ต่างจากในเบลเยียม การแพทย์แบบเอกชน บริหารแบบมืออาชีพ ไม่เป็นราชการ แต่ไม่อนุญาตให้นำเงินกำไรไปแบ่งหุ้นปันผลเลย คล้าย ๆ โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลหัวเฉียว บริหารแบบเอกชนแต่ไม่มีการแบ่งเงินปันผล แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลแบบนี้ได้เงินวิชาชีพ มีเงินเดือนประจำ แต่ไม่ว่าจะกำหนดเพดานเงินเท่าใด ประโยชน์ตนก็ไม่สูงสุด ไม่อนุญาตให้เอากำไรไปแบ่งปันผล มีกำไรเพื่อเอามาพัฒนาระบบ เพราะฉะนั้นเรื่อง

⁵⁸³ สัมภาษณ์ iverse ะวะสี, ปรระธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศไทย, 25 เมษายน 2555.

⁵⁸⁴ สัมภาษณ์ วิชัย โชควิวัฒน์, อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5, 24 สิงหาคม 2555.

การบริหารก็ไม่ต้องทำกำไรสูงสุด สิ่งนี้เป็นปัญหาใหญ่ที่เป็นรากเหง้าปัญหาการแพทย์ของไทยในปัจจุบัน ทำให้วิถีคิดของแพทย์จำนวนหนึ่งเอียงไปในทางทุนนิยม⁵⁸⁵

สาม...มองกลุ่มชั่วตรงข้ามว่าเป็นการปกป้องผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มเฉพาะตน (วิชาชีพ) มากกว่าคำนึงถึงประโยชน์ในภาพรวม

แนวคิดของกลุ่มแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการมุ่ง “พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สร้างระบบบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม”⁵⁸⁶ ทำให้อาจขัดแย้งกับแพทย์เอกชน เนื่องจาก “กลุ่มแพทย์เอกชนพร้อมที่จะเข้ามาเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตัวเอง เป็นธรรมชาติของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคม ดังนั้นถ้าเราออกแบบระบบไม่ดี แล้วปล่อยให้คนที่ผลประโยชน์ทับซ้อนมานั่งอยู่ในกรรมการระดับนโยบายสุขภาพชุดต่าง ๆ ก็คงต้องโทษตัวเองที่เราออกแบบระบบป้องกันไว้ไม่ดี”⁵⁸⁷ จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มแพทย์พาณิชย์และแพทย์ชนบทยื่นกันคนละฝั่ง มีจุดยืนทางการเมืองต่างกัน ถ้าการเมืองหมายถึงการเคลื่อนไหวเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อสังคมโดยรวม จุดยืนทั้งสองกลุ่มต่างกัน กลุ่มสมาพันธ์แพทย์ที่ตั้งขึ้นมาเป็นไปเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตน เช่น ไม่เห็นด้วยกับการมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข จึงลุกขึ้นมาคัดค้าน เพราะกลัวว่าคนจะไปฟ้องแพทย์ ในขณะที่แพทย์ชนบทรู้สึกว่าเป็นต้องมีกลไกขึ้นมาเยียวยาคนที่ได้รับความเสียหาย และเป็นเรื่องจริงที่มีคนที่ได้รับความเสียหาย ฉะนั้น แพทย์อีกกลุ่มตั้งขึ้นมาเพื่อเผชิญหน้าและรักษาผลประโยชน์ของตัวเอง ขบวนการของสมาพันธ์แบบนี้จะไม่เติบโตแน่ เพราะว่าเคลื่อนไหวได้เฉพาะประเด็นเป็นพัก ๆ และประเด็นก็เป็นไปเพื่อกลุ่มผลประโยชน์เฉพาะ ไม่ใช่

⁵⁸⁵ สัมภาษณ์ อัมพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 20 เมษายน 2555.

⁵⁸⁶ สุรเกียรติ อชานานุภาพ, “ก้าวต่อไปของแพทย์ชนบท,” ใน *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3* (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2547), หน้า 14.

⁵⁸⁷ สัมภาษณ์ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2555.

เพื่อประโยชน์ส่วนรวม การไปสนับสนุนหรือเข้าไปมีส่วนร่วมจะต้องระมัดระวังตัว การขยายแนวร่วมกระทำได้อย่าง⁵⁸⁸

อย่างไรก็ตาม การมองกลุ่มแพทย์เป็นสองกลุ่มชี้ตรงข้ามอาจเป็นการมองที่ตื่นเกินเกินไป เพราะโดยธรรมชาติจะมีอยู่อย่างน้อยสามกลุ่มเสมอ กล่าวคือ กลุ่มที่มุ่งไปชั่วหนึ่ง กลุ่มที่มุ่งไปชั่วตรงข้าม และกลุ่มที่อยู่กลาง ๆ ประเด็นสำคัญในการเคลื่อนไหวทางสังคม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าชั่วใดจะเป็นอย่างไร แต่คำถามสำคัญกว่าคือจะแย่งชิงมวลชนชี้ตรงกลาง ๆ ให้มาเห็นด้วยกับฝ่ายตนได้อย่างไร ดังที่ประทีป ธนกิจเจริญ วิเคราะห์ไว้ว่า “ทุกกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง กลุ่มคนจะมีอยู่สามส่วนเสมอ ส่วนแรกคือกลุ่มที่มองไกลจากตัวเองออกไปนั่นคือกลุ่มหัวปฏิรูป อีกส่วนหนึ่งคือกลุ่มที่มองแบบแพทย์พาณิชย์เน้นที่ผลประโยชน์ทางวิชาชีพ ขณะที่ส่วนที่สามคือกลุ่มที่ยังไม่ได้สรุปตัวเองว่าเป็นอย่างไรแต่เป็นกลุ่มที่มีความเป็นตัวเองอยู่ จุดสำคัญคือการช่วงชิงกลุ่มที่สามนี้ ทุกครั้งของการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ตามจะเป็นเช่นนี้เสมอ มีอยู่สามส่วนนี้ตลอด ไม่ได้มีแค่สองกลุ่มตรงข้ามกัน ในแง่ของการช่วงชิงกลุ่มที่สาม หากพิจารณาตัวเป้าหมายของกลุ่มแพทย์พาณิชย์ อาจจะไม่ดึงดูดใจคนกลุ่มกลาง ๆ เพราะว่าการทำงานในแง่ของการทำกำไรสูงสุด คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยยอมรับ ไม่ได้เห็นด้วยกับกลุ่มแพทย์พาณิชย์”⁵⁸⁹

สิ่งที่ต้องพึงระวังอีกประเด็นคือ หากเชื่อมั่นและยึดมั่นในกระบวนการของตนเองว่าดีเลิศและเปี่ยมด้วยคุณธรรมสูงส่งเมื่อเทียบกับกลุ่มชี้ตรงข้ามแล้ว อาจจะมีเสียงทำให้รู้สึกหึงผยองในความคิดของตนเอง จนความรู้สึกลึกและวิถีคิดถูกเปลี่ยนให้กลายเป็นเหยียดฝ่ายตรงข้ามหรือกดฝ่ายตรงข้ามให้ต่ำลง ซึ่งจะเป็นการบั่นทอนค่านิยมประชาธิปไตยในแง่ของการยอมรับความเสมอภาคและความแตกต่างหลากหลายได้

5. หลักคิดที่อาจมุ่งให้นำหน้าการทำงานกับภาคีเครือข่าย NGOs ที่มีอิทธิพลต่อการเรียกร้องนโยบาย มากกว่าภาคีแบบประชาชนรากหญ้า

⁵⁸⁸ สัมภาษณ์ นิมิตร เทียนอุดม, เลขานุการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 4 กันยายน 2555.

⁵⁸⁹ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,

จากการศึกษาข้อมูลที่เป็นเอกสารและการลงไปสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวกของกลุ่มแพทย์ชนบท เป็นที่น่าสังเกตว่าเครือข่ายพันธมิตรที่มาร่วมงานกับกลุ่มแพทย์ชนบทจะเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพหลากหลายองค์กร นักวิชาการ สื่อมวลชน เป็นสำคัญ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อการเรียกร้องนโยบาย แม้แต่ภาคีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้มาร่วมเครือข่ายก็จัดได้ว่าเป็นสายสัมพันธ์ของขบวนการแพทย์ชนบทในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นแกนนำกลุ่มคนในพื้นที่ที่ไม่ใช่คนระดับรากหญ้าเท่าใดนัก การขับเคลื่อนขบวนการของกลุ่มแพทย์ชนบทจึงมีความโน้มเอียงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีอิทธิพลต่อการเรียกร้องนโยบายเป็นหลัก โดยยังไม่มีโอกาสมากนักที่จะเข้าร่วมกับภาคีประชาชนระดับรากหญ้าอย่างแท้จริง

แกนนำขบวนการแพทย์ชนบทเป็นเสมือนชนชั้นนำ (elite) ของ NGOs เมือง เนื่องด้วยสถานภาพทางสังคมและบุคลิกทางปัญญาส่วนบุคคลที่ตนมี แกนนำเหล่านี้มีวิสัยคิดและกระบวนการทำงานที่อาจจำกัดตัวอยู่กับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในเมือง แม้จะมีการสร้างการมีส่วนร่วมไปยังคนรากหญ้า แต่ก็ยังเป็นไปในแง่โครงสร้างการเคลื่อนไหวก่อนหน้านั้น กล่าวคือ เป็นเสมือนฐานในการสนับสนุนการเคลื่อนไหว แต่แกนนำสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทยังยึดโยงกับ NGOs เมืองเป็นสำคัญ

เครือข่ายแพทย์ชนบทจึงทำงานได้ดีมากกับภาคีที่เป็น NGOs ที่มีอิทธิพลต่อการเรียกร้องนโยบาย แต่ขบวนการแพทย์ชนบทไม่ได้ทำงานมากกับขบวนการของคนยากจนรากหญ้า ถึงแม้ว่านายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป จะผลักดันเรื่องมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา แต่เป็นการทำงานแบบลงไปช่วยพัฒนาชุมชนของคนรากหญ้า โดยเฉพาะหากเป็นกลุ่มคนที่มีพื้นฐานความสนใจด้านสุขภาพร่วมกัน เช่น คุณสารี อ๋องสมหวัง เป็นพยาบาล คุณรสนา โตสิตระกูล เป็นเภสัชกร ซึ่งมีพื้นฐานที่อยู่ในแวดวงเดียวกัน จะยังทำงานด้วยกันได้ง่าย ถ้ามี NGOs ด้านอื่น ๆ แต่ยังเป็น NGOs ด้านสังคม ก็ไม่ค่อยมีปัญหาในแง่พื้นฐานแนวคิดในการทำงานด้วยกัน แต่สิ่งที่ไม่สามารถ

วิเคราะห์ได้คือว่า เครือข่ายแพทย์ชนบทเมื่อไปทำงานกับภาคที่เป็นภาคีแบบประชาชนรากหญ้า จะเป็นอย่างไร เพราะที่ผ่านมาไม่มีปรากฏการณ์นี้เท่าใดนัก⁵⁹⁰

ด้วยเหตุนี้ การไม่มีโอกาสขับเคลื่อนงานลงสู่ระดับรากหญ้าอย่างลงลึกจึงอาจเป็นข้ออ่อนที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท

6. หลักคิดที่อาจมีความไม่ชัดเจนในเรื่อง “ผลประโยชน์ทับซ้อน”

มิติในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้นกับองค์กรตระกูล ส. อย่างเช่นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนแก่สถาบันอิสระโดยผ่านมูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย เฉพาะองค์กรนี้องค์กรเดียวเป็นจำนวนเงินเกือบหนึ่งร้อยล้านบาท โดยอนุมัติในการทำโครงการจำนวน 14 โครงการ ซึ่งเป็นบที่อนุมัติให้ในช่วงเวลา 8 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2558 เป็นจำนวนเงินทั้งหมดรวมถึง 96.47 ล้านบาท⁵⁹¹ มีรายละเอียดดังนี้⁵⁹²

1. สัญญาเลขที่ 51000250 ชื่อ “โครงการปฏิรูประบบสื่อสารเพื่อสุขภาพ” งบประมาณ 14,452,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 16 ก.พ. 2551-15 ส.ค. 2552

2. สัญญาเลขที่ 52000823 ชื่อ “โครงการพัฒนาองค์ความรู้สื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนระบบสื่อสารสุขภาพ” งบประมาณ 5,590,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 1 ก.ย. 2552 – 28 ก.พ. 2554

⁵⁹⁰ สัมภาษณ์ ประทีป ธนกิจเจริญ, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 26 เมษายน 2555.

⁵⁹¹ “ชวรงค์” ยอมรับสถาบันอิสระได้งบ สสส. เกือบร้อยล้านใน 8 ปี แจงเงินกระจายหลายส่วน [ออนไลน์]. 2557. แหล่งที่มา :

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1395717540&grpId=&catid=01&subcatid=0100

⁵⁹² “หลุด เอกสารประวัติรับทุน “สสส.” หวัง “สถาบันอิสระ มูลนิธิพัฒนาสื่อฯ” ผูกขาด 7 ปีต่อเนื่อง อ้าง “สื่อสารสุขภาพ” ถลุงไม่ต่ำกว่า 96 ล้าน จับตา “ขัดวัตถุประสงค์กองทุน” หรือไม่? [ออนไลน์]. 2557.

แหล่งที่มา : <http://www.phranakornsarn.com/sukhumbhand/3119.html>

3.สัญญาเลขที่ 52000849 ชื่อ “โครงการระดมความเห็นเพื่อจัดทำแผนงานปฏิรูประบบสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่ดี” งบประมาณ 455,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 1 ก.ย. 2552 – 31 ธ.ค. 2552

4.สัญญาเลขที่ 53000103 ชื่อ “โครงการพัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลข่าวสารปฏิรูปประเทศไทย” งบประมาณ 1,994,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลา 25 พ.ย. 2552 – 30 พ.ย. 2553

5.สัญญาเลขที่ 53000157 ชื่อ “โครงการแผนงานส่งเสริมระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ” งบประมาณ 19,670,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 1 ม.ค. 2553 – 30 มิ.ย. 2554

6.สัญญาเลขที่ 54000068 ชื่อ “โครงการระดมความเห็นบทบาทสื่อมวลชนต่อการปฏิรูปประเทศไทย” งบประมาณ 1,990,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 5 พ.ย. 2553 – 31 ม.ค. 2554

7.สัญญาเลขที่ 54000095 ชื่อ “โครงการศูนย์ข้อมูลข่าวสารปฏิรูปประเทศไทยเพื่อขยายการรับรู้และการมีส่วนร่วม” งบประมาณ 2,714,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 19 พ.ย. 2553 – 30 พ.ย. 2554

8. สัญญาเลขที่ 54000278 ชื่อ “โครงการการจัดเวทีสาธารณะเพื่อสื่อสารประเด็นร่วมสร้างประเทศไทย” งบประมาณ 195,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 1 มี.ค. 2554 – 30 พ.ค. 2554

9.สัญญาเลขที่ 54000279 ชื่อ “โครงการพัฒนาองค์ความรู้สื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนระบบสื่อสารสุขภาวะ” งบประมาณ 6,649,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายชวรงค์ ลิมป์ปัทมปาณี ระยะเวลาโครงการ 1 มี.ค. 2554 – 31 ส.ค. 2555

10.สัญญาเลขที่ 54000911 ชื่อ “โครงการส่งเสริมระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” งบประมาณ 18,000,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ระยะเวลาโครงการ 1 ก.ย. 2554 – 30 มิ.ย. 2556

11.สัญญาเลขที่ 55000186 ชื่อ “โครงการศูนย์ข่าวสารนโยบายสาธารณะ” งบประมาณ 1,700,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ระยะเวลาโครงการ 1 ก.พ. 2555 – 31 ม.ค. 2556

12.สัญญาเลขที่ 55000948 ชื่อ “โครงการพัฒนาองค์ความรู้สื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนระบบสื่อสารสุขภาพ” งบประมาณ 4,888,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ระยะเวลาโครงการ 15 ก.ย. 2555-14 ก.ย. 2556

13.สัญญาเลขที่ 56000569 ชื่อ “โครงการส่งเสริมระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” งบประมาณ 12,973,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ระยะเวลาโครงการ 1 มิ.ย. 2556 – 31 พ.ค. 2557

14.สัญญาเลขที่ 56001809 ชื่อ “โครงการพัฒนาองค์ความรู้สื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนระบบสื่อสารสุขภาพ” งบประมาณ 5,200,000 บาท ผู้รับผิดชอบ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ระยะเวลาโครงการ 1พ.ย. 2556-30 เม.ย. 2558

เฉพาะแค่ 14 โครงการตลอดระยะเวลาดังกล่าว เป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น 96,470,000 บาท นับเป็นเรื่องสุ่มเสี่ยงต่อการมีภาวะผลประโยชน์ทับซ้อน เพราะการอนุมัติให้ทุนกับองค์กรเดียวด้วยจำนวนเงินเกือบหนึ่งร้อยล้านบาทเป็นประจำทุกปีอาจทำให้ถูกพิจารณาถึงการเอื้อแก่เครือข่ายพวกพ้องตนเองได้

นอกจากนี้ มิติในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้นกับองค์กรตระกูล ส. อีกร่องค์กรหนึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นับว่าเป็นสิ่งที่น่ากังวลใจถึงแนวทางการบริหารงบประมาณของรัฐ จากผลการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ชี้ประเด็นความผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ซึ่งสามารถ

พิจารณาโดยละเอียดข้อมูลด้านล่าง เพื่อจะได้ชี้ชัดว่าความน่ากังวลที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้กับองค์กรตระกูล ส. อาจทำให้ภาพลักษณ์การเป็นองค์กรปฏิรูปมีผลสะท้อนได้

ผลการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินที่มีต่อประเด็นความผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁵⁹³ ดังนี้

(1) การใช้งบประมาณไม่ถูกต้องและไม่ประหยัด

1.1 การปรับขึ้นเงินเดือนของเลขาธิการ สปสช. จากเดือนละ 171,600 บาท และเงินประจำตำแหน่งเดือนละ 42,900 บาท เป็นเงินเดือน ๆ ละ 200,000 บาท และเงินประจำตำแหน่งเดือนละ 50,000 บาท ปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.55 ไม่เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี (กรม.)

1.2 การจ่ายค่าเบี้ยประชุมคณะอนุกรรมการไม่เป็นไปตามมติ กรม. โดย สปสช. ให้ค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายเดือน ประธานอนุกรรมการได้เดือนละ 20,000 บาท และอนุกรรมการได้เดือนละ 16,000 บาท ซึ่งสูงกว่าที่ กรม. กำหนดไว้ โดยประธานอนุกรรมการไม่เกินเดือนละ 7,500 บาท และอนุกรรมการไม่เกินเดือนละ 6,000 บาท ซึ่งนับจากวันที่ กรม. มีมติเมื่อวันที่ 7 ก.ย. 2547 ถึงเดือนมี.ค. 2553 (ที่ สตง. ตรวจสอบ) สปสช. จ่ายค่าเบี้ยประชุมอนุกรรมการตรวจสอบสูงกว่าที่ กรม. กำหนดไป 3,105,000.00 บาท

1.3 สปสช. จ่ายเงินโบนัสให้แก่เจ้าหน้าที่และลูกจ้างโดยไม่มีมติของคณะกรรมการ และยังจ่ายเงินให้ลูกจ้างภายนอก สปสช. อีก ซึ่งนับว่าไม่ถูกต้องเหมาะสม

1.4 การใช้จ่ายเงินบางรายการไม่ประหยัดและไม่เป็นไปตามประกาศของ สปสช. เอง ได้แก่

⁵⁹³ ข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดนำมาจาก เชิดชู อริยศรีวัฒนา, ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพไทยที่ สปสช. พยายามปกปิดและบิดเบือนความจริง [ออนไลน์], 29 มกราคม 2555. แหล่งที่มา

1.4.1 ผู้ที่ไม่ใช่ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ หรือรองผู้อำนวยการสำนัก ต่างก็เดินทางโดยเครื่องบิน ทั้ง ๆ ที่ สปสช. ประกาศให้เฉพาะตำแหน่งดังกล่าวเท่านั้นที่เดินทางโดยเครื่องบินได้

1.4.2 เบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าอาหารในการประชุมซ้ำซ้อน

1.5 การจ้างที่ปรึกษาไม่เหมาะสม กล่าวคือต่อสัญญาไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการประเมินผลงาน และจ้างในอัตราที่สูงมาก และยังจ้างอดีตเจ้าหน้าที่ สปสช. มาเป็นที่ปรึกษาอีกด้วย บางรายก็ไม่มีการต่อสัญญาจ้างแต่ก็จ่ายเงินค่าจ้างทุกปี

1.5.1 สปสช. จ้างที่ปรึกษาในลักษณะต่อเนื่องและอัตราค่าจ้างค่อนข้างสูง

1.5.2 การจัดทำสัญญาจ้างที่ปรึกษาไม่ครบถ้วน

1.5.3 สปสช. จ้างที่ปรึกษาทำหน้าที่บริหารระดับสูง เช่นเดียวกับเลขาธิการ รองเลขาธิการหรือผู้ช่วยเลขาธิการ ทั้ง ๆ ที่มีหน่วยงานและผู้ปฏิบัติรับผิดชอบภารกิจเหล่านั้นอยู่แล้ว แต่กำหนดให้ที่ปรึกษาทำงานเต็มเวลาเหมือนเจ้าหน้าที่ สปสช.

1.5.4 เอกสารการประเมินผลการปฏิบัติงานของที่ปรึกษาสำหรับปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ไม่สมบูรณ์

(2) การบริหารพัสดุไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

2.1 การบริหารพัสดุของ สปสช. ไม่เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และข้อบังคับที่กำหนดไว้ดังนี้

2.1.1 การบริหารพัสดุของ สปสช. ไม่เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน

2.1.1.1 สปสช. ไม่ได้ส่งแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างให้ สตง. ภายในเวลาที่กำหนด

2.1.1.2 แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างมีรายการไม่ครบถ้วนตามประกาศสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน พบว่า สปสช. จัดซื้อจัดจ้างจริงมากกว่ารายการตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างที่ส่งให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินถึงร้อยละ 77.8

2.1.2 สปสช. ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2546 และคู่มือการจัดหาพัสดุ ซึ่งอาจทำให้ซื้อพัสดุในราคาแพง

2.1.3 การให้เลขที่ใบสั่งซื้อไม่ครบทุกรายการ

2.2 การคัดเลือกผู้ขาย/ผู้รับจ้างในการจัดหาโดยวิธีการเปรียบเทียบราคา ด้วยการเปิดประมูลทั่วไปไม่เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด ทำให้ในบางกรณีผู้ยื่นซองเสนอราคาต่ำสุดไม่ได้รับคัดเลือกให้เป็นคู่สัญญาโดยการต่อรองราคา ซึ่งเป็นการผิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 การที่ สปสช. เรียกผู้เสนอราคามาต่อรองที่ละรายตามที่ สปสช. กำหนดขึ้นมาเอง จึงขัดต่อหลักการจัดหาที่โปร่งใสและเป็นธรรม

(3) การนำเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐจากการซื้อยาองค์การเภสัชกรรมโดยใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้เป็นเงินสวัสดิการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

การที่ สปสช. อ้างว่าซื้อยาจำนวนมากได้ราคาถูกลงนั้น ความจริงก็คือ สปสช. ได้เงินตอบแทนจากการซื้อยาถึง 189,339,067.38 บาท และ สปสช. นำเงินนี้ไปเป็นสวัสดิการให้บุคลากรของ สปสช. ทั้ง ๆ ที่เงินนี้ควรนำไปใช้ประโยชน์แก่หน่วยบริการ (โรงพยาบาล) เนื่องจากเป็นการเอางบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ประชาชน (ที่ต้องส่งให้โรงพยาบาลมาซื้อยา) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชน

(4) การจัดส่วนงานและการกำหนดตำแหน่งงานไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเลขาธิการ สปสช. ไม่ได้นำเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทราบหรือพิจารณาใดๆ

(5) ค่าใช้จ่ายบุคลากรไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด และการบรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ไม่เป็นไปตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job Specification) จาก

การตรวจสอบการบริหารทรัพยากรบุคคลของ สปสช. พบว่าค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงกว่าเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

5.1 สปสช. มีค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงเกินกว่าที่ ครม.กำหนด โดยค่าใช้จ่ายสูงเกินร้อยละ 30 ของเงินอุดหนุนประจำปี และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจ้างบุคลากรเกินกว่ากรอบอัตรากำลังที่คณะกรรมการกำหนด

5.2 มีการบรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ไม่เป็นไปตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job specification) โดยเฉพาะคุณสมบัติด้านคุณวุฒิการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนัก ผู้เชี่ยวชาญ และหัวหน้ากลุ่มงาน

(6) การใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พบว่าในปี พ.ศ. 2552 เลขานุการ สปสช. ได้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 95,235,000.00 บาท ไปจ่ายให้หน่วยงานอื่นที่มีใช้หน่วยบริการเพื่อดำเนินงานอื่นที่นอกเหนือจากบริการสาธารณสุข

(7) การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เป็นไปตามคู่มือที่กำหนด และจัดให้แก่หน่วยงานอื่นที่มีใช้หน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังแบ่งเป็นงบบริหาร อีกร้อยละ 10 ทำให้หน่วยบริการได้รับเงินงบประมาณน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ

จากรายละเอียดการตรวจสอบการใช้งบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้างต้น เป็นที่ประจักษ์ชัดเจนว่ามีหลายประเด็นที่เป็นที่น่ากังวลต่อภาพลักษณ์ของการเป็นองค์กรที่นำมาซึ่งการปฏิรูป เนื่องจากองค์กรแห่งการปฏิรูปจำเป็นต้องมีภาพลักษณ์เชิงคุณธรรมจริยธรรมเป็นพื้นฐาน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและความมั่นใจให้กับกระบวนการปฏิรูป ตลอดจนการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ อย่างโปร่งใส เข้าถึง และเป็นธรรม เพื่อระดมสรรพกำลังในการผลักดันการปฏิรูปให้สำเร็จ ด้วยเหตุนี้ การมีข้อกังขาถึงประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อนจึงอาจทำให้เป็นจุดอ่อนสำคัญ

ในการขับเคลื่อนองค์กรปฏิรูปท่ามกลางกระบวนการประชาธิปไตยที่เน้นการมีส่วนร่วมในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบททั้งในแง่การผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ ตลอดจนการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปการเมืองในภาพใหญ่ มีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมคุณภาพประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในเชิงกระบวนการนโยบายระดับประเทศหรือเรียกได้ว่าเป็นกระบวนการนโยบายอย่างมีส่วนร่วม แต่ขณะเดียวกัน ด้วยมิติทางวิถีคิดบางประการที่กล่าวไว้ข้างต้น อาจสุ่มเสี่ยงและขัดขวางต่อการสร้างค่านิยมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับชาติ ทั้งในหมู่สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทหรือเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้าร่วมมือกัน ซึ่งในความเป็นจริง ลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ในขบวนการแพทย์ชนบทถือว่าเป็นสิ่งที่องค์กรจำเป็นต้องเลือกระหว่างการมุ่งประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ในหลายสถานการณ์ต้องให้ความสำคัญกับความรวดเร็วและมุ่งผลลัพธ์เพื่อทำให้เป้าประสงค์ทางยุทธศาสตร์ที่องค์กรตั้งไว้ประสบผลสำเร็จ จนไม่สามารถดำเนินกระบวนการตัดสินใจภายในองค์กรที่เป็นประชาธิปไตยอย่างเต็มรูปแบบได้ กับการทำให้ค่านิยมประชาธิปไตยฝังตัวอยู่ในทุกอณูขององค์กรซึ่งอาจทำให้การขับเคลื่อนเชิงการบริหารองค์กรเป็นไปอย่างล่าช้า องค์กรที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในเป้าหมายเป็นสำคัญจึงมีลักษณะที่เรียกว่า *กฎเหล็กแห่งคณาธิปไตย* (iron law of oligarchy) ของโรเบิร์ต มิทเชล (Robert Michels) แนวความคิดความเป็นคณาธิปไตยในองค์กรชี้ให้เห็นว่ามิติของประชาธิปไตยภายในองค์กรในทางปฏิบัติจะถูกควบคุมโดยกลุ่มผู้นำองค์กรเพียงกลุ่มเล็กๆ หากกล่าวถึงความเป็นองค์กรก็จะต้องกล่าวถึงลักษณะคณาธิปไตยในองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่ควบคู่กันเสมอ⁵⁹⁴ ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทจะพยายามให้ความสำคัญกับมิติความเป็นประชาธิปไตยภายในขบวนการ แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีลักษณะของความเป็นกฎเหล็กแห่งคณาธิปไตยอยู่ด้วยเช่นกัน แต่ทว่าการเคลื่อนไหวในกระบวนการนโยบายระดับชาตินั้นกลับสามารถสร้างกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมภายใต้การขับเคลื่อนในรูปแบบทวิลักษณ์ของ GO และ NGOs ได้ในขณะเดียวกัน

⁵⁹⁴ Iain McLean and Alistair McMillan, eds., *The Concise Oxford Dictionary of Politics* (Oxford University Press: New York, 2003), p.275.

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีความมุ่งหวังผลักดันกระบวนการปฏิรูปนโยบายสุขภาพระดับชาติให้ลุล่วงไปได้ นั้น แกนนำและสมาชิกของเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทมีความพยายามสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น โดยได้เปิดโอกาสให้พันธมิตรทางการเคลื่อนไหว อาทิ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ฯลฯ เข้ามาร่วมมือกันในระดับที่ตัวขบวนการแพทย์ชนบทเห็นว่าจะเกิดประโยชน์ต่อความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ อาทิ การสร้างความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ ชมรมผู้ป่วยโรคไตแห่งประเทศไทย ฯลฯ และได้นำเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมเคลื่อนไหวในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับการขอกำลังคนสนับสนุนเพื่อรวมตัวชุมนุมประท้วงฝ่ายข้าราชการประจำและฝ่ายการเมืองในบางกรณี การขอให้องค์กรพัฒนาเอกชนรณรงค์ในวงกว้างเพื่อสร้างแรงกดดันต่อฝ่ายการเมืองให้ออกกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ การผลักดันแกนนำองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน ในหน่วยงานองค์กรตระกูล ส. ภายหลังจากที่ได้จัดตั้งองค์กรขึ้นตามกฎหมายรองรับแล้วเพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพให้ก้าวหน้ามากขึ้นต่อไป จนกระทั่งถึงในปัจจุบันพิสูจน์แล้วว่ากระบวนการนี้ประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ แม้แต่กลไกที่เป็นหน่วยงานของรัฐ องค์กรอิสระ และพรรคการเมือง ขบวนการแพทย์ชนบทยังแสวงหาความร่วมมือเชิงเครือข่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อาทิ กรมต่าง ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข พรรคการเมืองที่มีโอกาสก้าวขึ้นเป็นผู้นำรัฐบาล องค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ เป็นต้น โดยขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างความสัมพันธ์และมีแกนนำแพทย์ชนบทบางท่านได้เข้าไปร่วมกับองค์กรเหล่านี้ เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือให้องค์กรเหล่านี้หันมาให้การสนับสนุนจุดมุ่งหมายด้านการปฏิรูปสุขภาพตามที่กลุ่มตนต้องการ

ลักษณะการเคลื่อนไหวที่พยายามมุ่งสร้างเครือข่ายพันธมิตรทั้งกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคการเมือง และองค์กรประชาสังคมอื่น ๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทเห็นว่ามีประโยชน์ต่อการผลักดันเป้าหมายของตนเองซึ่งเป็นเป้าหมายเพื่อสาธารณะ กล่าวคือ พยายามมุ่งปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เพื่อขยายความเป็นธรรมในการรับ

บริการทางสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรผู้ยากไร้และด้อยโอกาส แม้ว่าอาจมีความเคลือบแคลงสงสัยจากฝ่ายตรงกันข้ามกับขบวนการแพทย์ชนบทที่มองว่าผลักดันการสร้างองค์การปฏิรูปเพื่อวัตถุประสงค์ให้ตนเองมีที่ยืนในสังคมหรือเป็นไปเพื่อสร้างตำแหน่งระดับสูงเพื่อรองรับเครือข่ายของพวกเขาหรือไม่ แต่ทางหนึ่งต้องยอมรับว่าการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทที่สร้างแนวร่วมพันธมิตรทั้งองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคมอย่างใกล้ชิด เพื่อผลักดันให้สิ่งที่ตนคาดหวังสำเร็จลงนั้น เป็นไปในรูปแบบของการสร้าง “เครือข่ายนโยบาย” (policy networks) ที่ทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปนโยบายสุขภาพ แม้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการเคลื่อนไหว การแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ จะอยู่ในรูปแบบเครือข่ายประเด็นปัญหา (issue network) ที่รวมตัวกันเพียงเพราะสนใจประเด็นใดประเด็นหนึ่งร่วมกัน แต่จากการมีส่วนร่วมเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิดระหว่างกันตลอดมาหลายปี เครือข่ายความร่วมมือในการมีส่วนร่วมปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพได้เคลื่อนเข้าสู่รูปแบบชุมชนนโยบาย (policy community) ที่มีความร่วมมือค่อนข้างถาวรและต่อเนื่อง ไม่ฉาบฉวยเพียงชั่วคราว ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากการที่ช่วงเริ่มแรกในการผลักดันนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพในนามชมรมแพทย์ชนบทได้ขอความร่วมมือจากองค์กรพัฒนาเอกชนบางองค์กรให้มารวมตัวชุมนุมผลักดันบางขณะ บางเวลา แต่ภายหลังจากที่ได้สถาปนาองค์กรปฏิรูปสำเร็จแล้ว เช่น องค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ เป็นต้น ก็ได้สร้างพื้นที่ทางตำแหน่งอย่างเป็นทางการในองค์กรเหล่านี้เพื่อให้องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขที่ร่วมมือกันมาตลอดได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานด้านการปฏิรูปอย่างใกล้ชิดและมีลักษณะค่อนข้างถาวร สามารถกล่าวได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างความร่วมมือกับตัวแสดงทั้งภาครัฐ (ในฐานะผู้ทำการตัดสินใจ) และภาคเอกชน (กลุ่มผลประโยชน์) ได้อย่างประสบผลสำเร็จ จนทำให้เป้าประสงค์ในการสร้างกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นเป็นจริงได้

ความพยายามของแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้ริเริ่มสร้างเครือข่ายนโยบายในการเคลื่อนไหวทางสังคมขึ้นมานั้น ตั้งอยู่บนฐานของวัฒนธรรมทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในนโยบายระดับชาติ และด้วยลักษณะเฉพาะตัวของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำรงสองสถานภาพในขณะเดียวกัน ได้แก่ สถานภาพในฐานะบทบาทที่เป็น

นักพัฒนาเอกชน (NGOs) และฐานะบทบาทการเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (GO) ในกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่งแพทย์ จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพระดับชาติมีรูปแบบที่แตกต่างจากองค์กรประชาสังคมอื่น ๆ ซึ่งสามารถเรียกได้ว่าเป็นลักษณะ “ทวิลักษณ์” ทางสถานภาพระหว่างความเป็น NGOs และ GO โดยในตัวขบวนการแพทย์ชนบทมีแกนนำและสมาชิกที่มีลักษณะเป็น GO ใน NGOs เนื่องจากสถานภาพของแพทย์เหล่านี้เป็นเจ้าหน้าที่รัฐสังกัดกระทรวงหรือมีส่วนสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความปรารถนารวมตัวสร้างองค์การเคลื่อนไหวแบบประชาสังคมที่อยู่ภายนอกโครงสร้างอำนาจรัฐ ขณะเดียวกันการขับเคลื่อนขบวนการแพทย์ชนบทใช้วิธีการเคลื่อนไหวแบบ NGOs โดยเข้าไปใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในหน่วยงานราชการ (GO) และใช้สถานภาพการเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในนาม NGOs ไม่ว่าจะ เป็นประโยชน์ทางข้อมูลเชิงลึกของระบบราชการ ระบบงบประมาณ การเชื่อมต่อกับบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ

ด้วยสถานภาพแบบทวิลักษณ์ดังกล่าว ส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพเกิดประสิทธิภาพในการผลักดันนโยบายระดับชาติ ซึ่งนับเป็นรูปแบบเฉพาะของกระบวนการนโยบายอย่างมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในนามขบวนการแพทย์ชนบท อาจกล่าวได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทส่งเสริมต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในแง่มุมของการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิรูปนโยบายระดับประเทศ สามารถเข้าไปผลักดันและมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจทางนโยบายด้านสุขภาพของภาครัฐ ขยายมิติเชิงโครงสร้างของกระบวนการกำหนดนโยบายรัฐให้กว้างไกลไปกว่าเดิม กล่าวคือ ในอดีต อำนาจการกำหนดนโยบายมักกระจุกตัวอยู่กับฝ่ายข้าราชการประจำและฝ่ายการเมืองแต่เพียงกลุ่มเดียว บทบาทภาคประชาสังคมอาจมีส่วนร่วมบ้างแต่ก็เพียงเล็กน้อยและไม่มีพลัง รูปแบบการผลักดันนโยบายภาคประชาสังคมก่อนหน้านี้ใช้วิธีการเดิม ๆ อาทิ รวมตัวประท้วงเรียกร้อง การยื่นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อพรรคการเมืองและรัฐบาล เป็นต้น ความสำเร็จที่เกิดจากการผลักดันนโยบายในรูปแบบเดิม ๆ เช่นนี้ไม่เกิดขึ้นมากนัก แต่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากกรณีของขบวนการแพทย์ชนบทบนฐานของความเป็นทวิลักษณ์ทางสถานภาพซึ่งผสมผสานระหว่างการเป็น NGOs และ GO ใน

ขณะเดียวกัน ปรากฏว่าการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการปฏิรูประบบสุขภาพระดับชาติ เป็นไปอย่างมีพลังและประสบความสำเร็จอย่างสูง เกิดผลเป็นรูปธรรมหลายประการ อาทิ มีผลในการแบ่งสรรงบประมาณจากภาครัฐด้านสาธารณสุขมาบริหารนับแสนล้านบาทภายใต้การกำกับดูแลของขบวนการแพทย์ชนบทผ่านโครงสร้างองค์กรตระกูล ส. ต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งการสร้างกฎหมายอย่างเป็นทางการรองรับโครงสร้างองค์กรที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการให้ถือกำเนิดขึ้นเพื่อดูแลการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างครบวงจร เป็นต้น นับได้ว่าความเป็นทวิลักษณ์ทางสถานภาพดังกล่าวของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นเคล็ดลับความสำเร็จสูงสุดในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายระดับชาติอย่างมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม กล่าวอีกนัยหนึ่งได้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่มากขึ้นในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับรัฐ อันเนื่องมาจากอำนาจในการบริหารกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพกระจายลงสู่ภาคประชาสังคม ในที่นี้คือขบวนการแพทย์ชนบทนั่นเอง ดังนั้น ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มีความโดดเด่นเพราะมีความเป็นทวิลักษณ์ของความเป็น GO และ NGOs ซึ่งยังมีมิติการเป็นทวิลักษณ์ของความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับชาติควบคู่กับลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ในขบวนการเคลื่อนไหวทั้งในช่วงก่อนเกิดองค์กรตระกูล ส. และภายหลังก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. แล้ว

ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีผลในทางบวกต่อกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในแง่มุมกระบวนการทางนโยบายระดับชาติ ด้วยเหตุนี้ “สถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบทจึงนับเป็นทุนทางสังคมอันไพศาลที่สมาชิกทั้งรุ่นอาวุโสสูง (ชมรมแพทย์ผู้สูงอายุ) รุ่นอาวุโส รุ่นกลาง และรุ่นใหม่ ตลอดจนคนสมาชิกในรุ่นหน้า สามารถใช้เป็นเครื่องมือ (รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ) ในการสร้างและพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้ สังคมเข้มแข็ง (civil society) การเมืองภาคพลเมือง ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (ทางตรง) เพื่อให้เกิดความร่มเย็นเป็นสุขทั่วทั้งแผ่นดินไทย”⁵⁹⁵

⁵⁹⁵ ชูชัย ศุภวงศ์, “เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท จากขบวนการแพทย์ชนบทถึงสถาบันเครือข่ายแพทย์ชนบท,” หน้า 35.

บทที่ 7

บทสรุป

ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยงานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : แบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” (A study of rural doctor movement in the policy process of health system : The movement of civil society and its contribution toward participatory democracy in Thailand) ซึ่งให้เห็นว่าขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งเป็นการรวมตัวของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทจำนวนหนึ่ง มีอุดมการณ์และเป้าประสงค์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานในชนบทให้ดีขึ้น จนนำมาสู่จุดสุดยอดในการเคลื่อนไหวทางสังคมระดับประเทศนั่นคือ การมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศโดยรวมให้มีความเสมอภาคและเป็นธรรมอย่างถ้วนทั่ว จึงได้จัดตั้งกลุ่มก้อนของตนขึ้นมาครั้งแรกภายใต้ชื่อชมรมแพทย์ชนบท และขยายต่อมาเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทและองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทั่งเกิดการผลักดันระบบสุขภาพครั้งใหญ่ได้สำเร็จเกิดองค์กรต่อเนื่องตามมาจำนวนมากเพื่อเอื้อต่องานปฏิรูป ได้แก่ องค์กรตระกูล ส.

การผลักดันเชิงยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวที่มีส่วนทำให้การปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพสำเร็จลงได้ เกิดจากยุทธศาสตร์ที่สำคัญมากใน 4 ระดับ ได้แก่

หนึ่ง...ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual level)

สอง...ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural level)

สาม...ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and activity level)

สี่...ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (Impact level)

หมวดที่หนึ่ง...ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual level) ดังนี้

1. การให้นิยามใหม่ (redefinition) ของการปฏิรูประบบสุขภาพให้กว้างไปถึงระดับปฏิรูปสังคม ทำให้ต้องเข้ามาเกี่ยวพันในการปฏิรูปสังคมทุกระบบ

2. การยกย่องผู้นำความคิดที่เป็นเสมือนมันสมองนำทิศทาง ได้แก่ นายแพทย์ประเวศ วะสี และนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เพื่อเป็นจุดศูนย์รวมทางความคิดและศูนย์รวมใจของขบวนการแพทย์ชนบท

3. การมีโครงสร้างการถ่ายทอดทางอุดมการณ์อย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า “กลุ่มสามพราน” เพื่อรักษาแนวความคิดในการเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการฯ

หมวดที่สอง...ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural level) ดังนี้

1. การทำงานขับเคลื่อนกันไปเป็นองค์คณะ/ทีม ด้วยความรู้สึกร่วมกันที่พี่น้อง เพื่อสร้างพลังต่อรองในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

2. การจัดตั้งองค์กรเป็นปีกแผ่นเพื่อใช้เป็นฐานในการเคลื่อนไหวด้านการปฏิรูป

3. การสร้างกลไกถาวรในการปฏิรูประบบสุขภาพโดยผ่านการสร้างกฎหมายรองรับ เพื่อระดมสรรพกำลังในกระบวนการปฏิรูป

4. การวางรากฐานโครงสร้างองค์กรใหม่เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยส่งคนของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปเป็นผู้บริหารเพื่อวางระบบในองค์กรตระกูล ส.

5. การเข้าไปมีส่วนร่วมบริหารงานในสมาคมวิชาชีพ (แพทย์สภา) เพื่อผลักดันการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบายด้านสุขภาพ

หมวดที่สาม...ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and activity level) ดังนี้

1. การบริหารความรู้สึกร่วมกันของโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ไม่รู้สึกว่าการกำลังถูกลดทอนบทบาทหน้าที่ของกระทรวง

2. การส่งเสริมสิทธิของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าฝังตัวกับโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข เพื่อให้การผลักดันวาระเป็นไปอย่างราบรื่น
3. การเริ่มผลักดันประเด็นพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อนให้บรรลุผลสำเร็จก่อน เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการขับเคลื่อนสำหรับเตรียมการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป
4. การมุ่งยึด “เป้าหมาย” มากกว่า “กระบวนการ” เพื่อไปถึงซึ่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ
5. การใช้กุศโลบายทางการเมืองเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนประเด็นการเคลื่อนไหว
หมวดที่สี่...ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป
(Impact level) ดังนี้
 1. การสร้างฐานองค์ความรู้ทางวิจัยและวิชาการให้หนักแน่น เพื่อสร้างการยอมรับเชิงประเด็นเคลื่อนไหว ตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”
 2. การเกาะเกี่ยวกับหัวอำนาจทางการเมืองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
 3. การเพิ่มการยอมรับทางความรู้ด้านสาธารณสุข โดยส่งแกนนำขบวนการแพทย์ชนบทไปเรียนต่อต่างประเทศ
 4. การสร้างการเชื่อมโยงในระดับนานาชาติ เพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศสำหรับนำมาขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบสุขภาพ
 5. การสร้างเครือข่ายภาคีร่วมกับชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อเสริมพลังการขับเคลื่อนประเด็น
 6. การเชื่อมเครือข่ายกับสื่อมวลชนอย่างใกล้ชิด เพื่อขยายประเด็นการเคลื่อนไหวสู่วงกว้างระดับประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทนำมาขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าว ส่งผลสำคัญให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีลักษณะของความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในแง่ของการเพิ่มมิติการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในกระบวนการนโยบายระดับชาติ

การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างนวัตกรรมสำคัญในการจัดรูปองค์กรประชาสังคมที่มีรูปแบบโดดเด่น มีเอกลักษณ์ที่แตกต่าง แต่มีความเข้มแข็งมากในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความเป็น “NGOs ใน GO” ซึ่งนับได้ว่าเป็นตัวแบบแห่งความสำเร็จของการเคลื่อนไหวทางสังคมภายใต้แนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับชาติ ความเป็น “NGOs ใน GO” (คำว่า NGOs ย่อมาจาก non-governmental organizations และ GO ย่อมาจาก governmental organization) ลักษณะของสมาชิกในองค์กรแบบ “NGOs ใน GO” อยู่ในรูปของบุคคลสองสถานภาพในตัวคนเดียว ได้แก่ สถานภาพที่หนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ อยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาแบบระบบราชการ และสถานภาพที่สองมีสถานะเป็นพลเมืองเสรี มีความเป็นอิสระ ไม่สังกัดอยู่ภายใต้โครงสร้างราชการ ตัวคนเดียวแต่มีสองสถานภาพหรือ “หนึ่งร่าง สองบุคคล” ในความเป็นเจ้าหน้าที่รัฐก็ปฏิบัติงานตามภารกิจที่รัฐมอบหมาย และในความเป็นบุคคลธรรมดาก็มีอิสระในการตัดสินใจรวมกันเป็นกลุ่ม/องค์กร/ขบวนการ เพื่อเคลื่อนไหวในประเด็นที่กลุ่มของตนปรารถนา โดยมีการเชื่อมโยงทางสถานภาพทั้งสอง กล่าวคือ ในการผลักดันประเด็นเชิงสังคมที่ต้องการจะกระทำในนามขององค์กรประชาสังคม ขณะเดียวกันใช้บทบาทความเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อสร้างประโยชน์จากกลไกและทรัพยากรของรัฐบาลมาสนับสนุนและส่งเสริมให้เป้าหมายที่ต้องการขับเคลื่อนของกลุ่มประชาสังคมที่ตนสังกัดพึงสำเร็จตามที่คาดหวังไว้

ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะจะพบว่า มีลักษณะของความเป็น “ทวีลักษณ์” ในตัวขบวนการแพทย์ชนบท กล่าวคือ นอกจากมีลักษณะของ NGOs ใน GO แล้ว ในอีกขณะหนึ่งมองได้ว่าเป็น GO ใน NGOs ควบคู่กัน กล่าวคือ มุมมองหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทเป็นนักพัฒนาเอกชน (NGOs) แต่ในอีกมุมหนึ่งก็มีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (GO) ด้วยเช่นเดียวกัน ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพระดับชาติตั้งอยู่บนสถานภาพสอง

สถานะระหว่างความเป็น NGOs และ GO โดยแง่มุมหนึ่งมีลักษณะเป็น GO ใน NGOs เนื่องจากสถานภาพของแพทย์เหล่านี้เป็นเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้รวมตัวจัดตั้งองค์กรประชาสังคมที่อยู่ภายนอกโครงสร้างอำนาจรัฐ ขณะเดียวกันก็เป็น NGOs ใน GO เพราะได้ใช้องค์กรประชาสังคมที่จัดตั้งขึ้นเคลื่อนไหวแบบ NGOs ในการผลักดันนโยบายระดับชาติ แต่ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในหน่วยงานราชการในฐานะที่ตนเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (GO)

แม้ว่าการเคลื่อนไหวทางสังคมของขบวนการแพทย์ชนบทเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพระดับชาติจะพยายามตั้งมั่นอยู่บนฐานของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมก็ตาม อาทิ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน การเปิดพื้นที่ให้มีการดำรงอยู่ของความแตกต่างหลากหลายทางความคิดภายในเครือข่ายแพทย์ชนบทและในสังคม การสร้างจิตสำนึกประชาธิปไตยให้กับประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบท เป็นต้น แต่บางช่วงเวลายังคงเจือปนไปด้วยลักษณะที่ไม่เอื้อต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เช่น ผู้นำองค์กรตัดสินใจคนเดียวหรือตัดสินใจในกลุ่มคนเพียงไม่กี่คน โดยไม่ได้ให้ประชาคมแพทย์ชนบทที่เป็นสมาชิกทั้งหมดมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนเพื่อนพ้องเดียวกันให้เป็นผู้กุมอำนาจการบริหารในองค์กรตระกูล ส. โดยอาจละเลยการเปิดโอกาสด้านการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางให้กับบุคลากรที่เป็นคนนอกขบวนการแพทย์ชนบท การมุ่งให้น้ำหนักการทำงานกับภาคีเครือข่าย NGOs ที่มีอิทธิพลต่อการเรียกร้องนโยบายมากกว่าภาคีแบบประชาชนรากหญ้า ความไม่ชัดเจนในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพในระดับสังคมภาพรวมนั้น เห็นได้ชัดเจนว่ามีผลต่อการส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในแง่มุมของกระบวนการมีส่วนร่วมในเชิงนโยบายระดับประเทศ เพราะอำนาจในการบริหารนโยบายระบบสุขภาพมิได้กระจุกตัวอยู่เฉพาะกับรัฐแต่เพียงผู้เดียวเหมือนที่ผ่านมา แต่ได้เกิดกระบวนการแบ่งปันอำนาจในการบริหารนโยบายให้กับขบวนการแพทย์ชนบท

ดังนั้น ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มีความโดดเด่นเพราะมีความเป็นทวิลักษณ์ของความเป็น GO และ NGOs ซึ่งยังมีมิติการเป็นทวิลักษณ์ของความเป็น

ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายระดับชาติควบคู่กับลักษณะความไม่เป็นประชาธิปไตยที่ยังคงดำรงอยู่ในขบวนการเคลื่อนไหวทั้งในช่วงก่อนเกิดองค์การตระกูล ส. และภายหลังก่อตั้งองค์การตระกูล ส. แล้ว

งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” สร้างคุณค่าทางการรับรู้อย่างน้อยสองประการ ได้แก่ (1) ทำให้ทราบว่าความเป็นจริงทางสังคมการเมืองนั้น ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นอุดมคติทางทฤษฎี แต่สามารถที่จะทำให้ได้รับผลลัพธ์อย่างที่ไม่แน่วคิดทางทฤษฎีพึงปรารถนา ในที่นี้คือการที่ขบวนการแพทย์ชนบทอาจมีลักษณะภายในที่ยังไม่เอื้อต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ แต่ก็ยังสามารถส่งผลต่อการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในนโยบายระดับชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (2) ทำให้เข้าใจว่ายุทธศาสตร์ในการเข้ามามีส่วนร่วมทางนโยบายที่สำคัญระดับประเทศของขบวนการแพทย์ชนบทมีกลยุทธ์ที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศให้ประสบความสำเร็จได้อย่างมีลักษณะโดดเด่น และเป็นตัวแบบการเคลื่อนไหวที่เป็นเอกลักษณ์ซึ่งยากที่จะหาขบวนการประชาสังคมอื่นใดในประเทศไทยเสมอเหมือน

ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการประชาสังคมที่ทรงคุณค่าต่อการค้นหาความหมายและศึกษาเป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษามีความเชื่อมั่นว่างานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” จะสร้างประโยชน์ในการรับรู้แก่ผู้ที่สนใจขับเคลื่อนงานประชาสังคมให้เต็มไปด้วยความมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จดังที่ต้องการ อันจะเป็นเหตุให้เกิดการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในประเทศไทยให้เข้มแข็งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่สำคัญของงานศึกษาเรื่อง “การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” นั่นคือ งานศึกษาชิ้นนี้ศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งถือกำเนิดขึ้นมา นานกว่าสามทศวรรษ บุคลากรที่ทำการสัมภาษณ์แม้ว่าจะเป็นผู้มีส่วนก่อตั้งและขับเคลื่อนตัวขบวนการ

การแพทย์ชนบทมาตั้งแต่ยุคแรกเริ่ม แต่งานศึกษาชิ้นนี้ได้กระทำการสัมภาษณ์จากช่วงเวลา ณ ปัจจุบัน จึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลหลักเหล่านี้ให้สัมภาษณ์จากทัศนคติที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน โดยละเอียดหรือลึ้มเลือนทัศนคติความคิดเห็นตั้งแต่ช่วงแรกเริ่ม เนื้อหาข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ได้รับ อาจขาดมิติความครบถ้วนในเชิงประเด็นทางประวัติศาสตร์องค์กรเชิงลึกในช่วงเริ่มแรก นอกจากนี้ งานศึกษาชิ้นนี้มุ่งสัมภาษณ์เฉพาะผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นคนวงใน (insider) ของขบวนการแพทย์ชนบทหรือเรียกว่าเป็นการสัมภาษณ์เฉพาะผู้เชี่ยวชาญ (expert interview) เพื่อคัดสรรประเด็นเชิงลึกในหลายแง่มุม ทำให้อาจไม่ครอบคลุมการสัมภาษณ์สมาชิกระดับธรรมดาของขบวนการแพทย์ชนบท

นอกจากนี้ เพื่อให้งานศึกษาในประเด็นนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในอนาคต ผู้ศึกษาเห็นว่าควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงวัฒนธรรมทางการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตยที่อาจยังคงมีอยู่ในขบวนการแพทย์ชนบทให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเน้นศึกษาวิจัยถึงกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยเด็ก (childhood) ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญในการอบรมสั่งสอนวัฒนธรรมทางการเมือง โดยนำมาเปรียบเทียบเชิงลึกกับกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในคุณค่าประชาธิปไตยที่ปรากฏเมื่อโตเต็มวัยแล้ว

รายการอ้างอิง

Albritton, R. B. and T. Bureekul (2002). "Civil Society and The Consolidation of Democracy in Thailand." Paper Prepared for delivery at the Annual Meeting of the Southern Political Science Association, Savannah, GA, November 6-9, 2002.

Almonds, G. and S. Verba (1965). The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations. Boston, Little, Brown and Company.

Baker, G. (2002). Civil Society and Democratic Theory : Alternative voices. London and New York, Routledge.

Barber, B. R. (1984). Strong Democracy : Participatory Politics for a New Age. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Bermeo, N. (2003). Ordinary People in Extraordinary Times : The Citizenry and The Breakdown of Democracy. Princeton and Oxford, Princeton University Press.

Black, A. (1984). Guilds and Civil Society in European Political Thought from the Twelfth Century. London, Methuen.

Cohen, J. L. and A. Arato (1992). Civil Society and Political Theory. Cambridge, Massachusetts, and London, The MIT Press.

Coleman, W. D. and P. Anthony (1999). "Internationalized Policy Environments and Policy Network Analysis." Political Studies XLVII 691-709.

Diamond, L. (n.d.). Developing Democracy : Toward Consolidation. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press.

- Dickens, P. (1996). Reconstructing Nature : Alienation, Emancipation, and the Division of Labour. London, Routledge.
- Dohan, N., et al. (2006). "The Role of Multinational Corporations in Transnational Institution Building: A Policy Network Perspective." Human Relations 59(II): 1571-1600.
- Dowding, K. (1995). "Model or Metaphor? A Critical Review of the Policy Network Approach." Political Studies XLIII: 136-158.
- Foweraker, J. (1995). Theorizing Social Movements. London, Colorado, Pluto Press.
- Fuchs, D. (2007). Participatory, liberal and electronic democracy. Participatory Democracy and Political Participation : Can participatory engineering bring citizens back in ? T. Zittel and D. Fuchs. New York, Routledge: 29-54.
- Garreton, M. A. (1997). Social Movements and Democratization. Social Movements in Development : The Challenge of Globalization and Democratization. S. Lindberg and A. Sverrisson. Great Britain, Macmillan Press.
- Giner, S. (1995). Civil Society and its Future. Civil Society : Theory, History, Comparison. J. A. Hall. Great Britain, Polity Press.
- Girling, J. (2002). Conclusion : Economics, Politics, and Civil Society. Reforming Thai Politics. D. McCargo. Copenhagen, Nordic Institute of Asian Studies: 261-266.
- Girling, J. (Girling, John). Interpreting Development : Capitalism, Democracy, And The Middle Class in Thailand. New York, SEAP Cornell University.

- Hall, J. A. (1995). In Search of Civil Society. Civil Society : Theory, History, Comparison. J. A. Hall. Great Britain, Polity Press: 1-31.
- Jumbala, P. and M. Mitprasat (1997). Non-governmental development organisations : Empowerment and environment. Political Change in Thailand: Democracy and Participation. K. Hewison. London and New York, Routledge: 195-216.
- Keane, J. (1988). Democracy and Civil Society. London, Verso.
- LoGerfo, J. P. (1997). Civil Society and Democratization in Thailand, 1973-1992 Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the Graduate Schools of Arts and Sciences, Columbia University.
- McLean, I. and A. McMillan, eds (2003). The Concise Oxford Dictionary of Politics. New York, Oxford University Press.
- Naruemon Thabchumpon (2002). NGOs and Grassroots Participation in The Political Reform Process. Reforming Thai Politics. D. McCargo. Copenhagen, Nordic Institute of Asian Studies: 183-202.
- O'Donnell, G. and P. Schmitter (1986). Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Democracies. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Park, K.-D. (n.d.). Concepts of Civil Society and Its Proxies : An East Asian Perspective. Korea, The Sejong Institute.
- Rustow, D. (1970). "Transitions to democracy : Towards a Dynamic Model." Comparative Politics 2 (April 1970)(3): 337-363.

Seligman, A. B. (1992). The Idea of Civil Society. New York, The Free Press.

Shils, E. (1991). "The Virtue of Civil Society." Government and Opposition 26(2): 3-30.

Somchai, P. (2002). Civil Society and Democratization in Thailand : A Critique of Elite Democracy. Reforming Thai Politics. D. McCargo. Copenhagen, Nordic Institute of Asian Studies: 125-142.

Somchai, P. (2006). Civil Society and Democratization : Social Movements in Northeast Thailand. Copenhagen, NIAS Press.

Young, I. M. (2000). Inclusion and Democracy. New York, Oxford University Press.

Zittel, T. (2007). Participatory democracy and political participation. Participatory Democracy and Political Participation : Can participatory engineering bring citizens back in ? T. Zittel and D. Fuchs. New York, Routledge: 9-28.

(2555). ชัดมตีบอรัต สปสช. อุ่มแพทยเอกชนชัด.[ออนไลน์]., แหล่งที่มา :<http://suchons.wordpress.com/2012/02/08/> [8 กุมภาพันธ์ 2555].

(2557). "หลุด เอกสารประวัติร้บทุน "สสส." ห้ง "สถาบันอศรฯ มูลนิธิพัฒนาสื่อฯ "ผูกขาด 7 ปี ต่อเนื่องอ้าง "สื่อสารสุขภาวะ" ถลุงไม่ต่ำ 96 ล้าน จัปตา "ชัดวัตฤประสงค้กองทุน" หรือไม่ ?[ออนไลน์]., แหล่งที่มา : <http://www.phranakornsarn.com/sukhumbhand/3119.html>.

เกรียงค้กดี วัชรนุกูลเกียรติ (2547). 25 ปี ชมรมแพทยชนบทจะไปทางไหนดี ? ก้าวย่างชมรมแพทยชนบทในช่วงทศวรรษที่3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทยชนบท: 73-79.

เกรียงค้กดี วัชรนุกูลเกียรติ.ประธานชมรมแพทยชนบทปัจจุบัน สัมภาษณ์. 3 กรกฎาคม 2555.

ชาติรี เจริญชีวะกุล and อภิวินท์ นิตยารัมภ์พงศ์ (ม.ป.ป.). แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยา
รัมภ์พงศ์. กรุงเทพมหานคร, สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชาติรี เจริญชีวะกุล. เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สัมภาษณ์. 27 มีนาคม 2555.

ชูชัย ศุภวงศ์ (2547). เสี้ยวศตวรรษของชมรมแพทย์ชนบท จากขบวนการแพทย์ชนบทถึงสถาบัน
เครือข่ายแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิ
แพทย์ชนบท: 33-35.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554). การคอร์รัปชันรูปแบบใหม่. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [1 สิงหาคม 2554].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554). การเงินการคลังของระบบบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข ถึงเวลาที่
หน่วยงานภาครัฐ ต้องตรวจสอบ สปสช. อย่างเข้มข้นแล้วหรือยัง ? [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :
http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [10 พฤษภาคม 2554].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554). บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้คัดค้านการคุ้มครองประชาชน. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา :
http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [25 สิงหาคม 2554].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). การการุณยฆาตตามมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา :
http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [11 มิถุนายน 2554].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). ข้อเสนอต่อ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ในการแก้ปัญหาด้าน
การบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [5 สิงหาคม 2554].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). จุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขของ
ไทย.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [9 พฤษภาคม 2554]

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). แถลงการณ์สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่ง
ประเทศไทย (สผพท.) เรื่องความจริงเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.[ออนไลน์].
แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [23 มกราคม 2555].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพไทยที่ สปสช.พยายามปกปิดและ
บิดเบือนความจริง.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [29 มกราคม 2555].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). เปิดหน้ากาก “ชมรมแพทย์ชนบท.” [ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [1 ตุลาคม 2555]

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). เปิดหน้ากากชมรมแพทย์ชนบท (2).[ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [1 ตุลาคม 2555].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). เปิดหน้ากากชมรมแพทย์ชนบท (3).[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [1 ตุลาคม 2555].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). สรุปปัญหาหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรคและข้อเสนอในการแก้ปัญหา. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [4 กันยายน 2555].

เชิดชู อริยศรีวัฒนา (2555). หนังสือร้องเรียนของสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข แห่งประเทศไทยขอให้นายกรัฐมนตรียกเลิกผลการสรรหาเลขาธิการ สปสช.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [10 เมษายน 2555].

ทิมมพร จ่างจิต (2547). 6 ปีในชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 71-72.

ทิณกร โนรี (2542). ความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท. 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 120-129.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล (2553). พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (ฉบับรัฐบาล) กระงะจกสะท้อนสถานภาพวิกฤติของสถาบันแพทย์และการสาธารณสุขไทย ปัญหาที่ต้องสนใจและแก้ไขโดยด่วน.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา

:http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [1 กันยายน 2555].

ไทน์รัฐออนไลน์ (2555). แถลงการณ์ชมรมแพทย์ชนบท ถ้าจะไม่ล้มระบบบัตรทอง "รัฐมนตรีวิทยา" ต้องตอบ 8 เรื่อง.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา :<http://webboard.serithai.net/topic/5137> [31 มกราคม 2555].

นภดล เสรีรัตน์ (2547). สร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.

กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 61-62.

นฤมล ทับจุมพล (2551). “ข้อถกเถียงเรื่องประชาธิปไตยจากมุมมองของผู้ไร้อำนาจ.” ก้าว (ไม่) พ้น

ประชานิยม แสวงหาประชาธิปไตย. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. กรุงเทพฯ, เอดิชั่นเพรสโปรดักส์ จำกัด และศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวนน้อย ตีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545). การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน.

กรุงเทพมหานคร, ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , มูลนิธิเอเชีย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

นิมิตร เทียนอุดม. เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ สัมภาษณ์. 4 กันยายน 2555.

ประภิต วาทีสาธกกิจ (2550). อนาคตของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ประภิต วาทีสาธกกิจ (ม.ป.ป.). เหลียวหลัง แลหน้า... แปดปีกองทุน สสส.. กรุงเทพมหานคร, :

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ประทีป ธนกิจเจริญ. รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สัมภาษณ์. 26 เมษายน

2555.

ประเวศ วะสี (2543). บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร,

หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี (2547). แพทย์ชนบทกับการเยียวยาโลก. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.

กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 7-8.

ประเวศ วะสี (2554). บนเส้นทางชีวิต. กรุงเทพมหานคร, หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. ประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปประเทศ สัมภาษณ์. 25 เมษายน 2555.

ปรีดา แต่อารักษ์ (2547). แพทย์ชนบทไม่เป็นเพียงแค่องค์กรหรือสถาบันแต่มีอุดมการณ์และจิตวิญญาณเพื่อสาธารณะ. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 43-44.

ปรีดา แต่อารักษ์. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี สัมภาษณ์. 31 สิงหาคม 2555.

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, et al. (2551). ผลการดำเนินงานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 22 ปี 2551 แพทย์ชนบท : ระบบสุขภาพชุมชน : การปฏิวัติระบบสุขภาพ... นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข.

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, et al. (2554). ตำนานพ่อเสมอ บิดาแห่งแพทย์ชนบทไทย... กรุงเทพมหานคร, ชมรมแพทย์ชนบท.

พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, et al. (2551). ด้วยรักและหวัง 6 เมื่อหนอนน้อย.....กลายเป็นผีเสื้อ ความเรียงด้วยรักและหวังดี จากพี่...สู่น้อง. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท.

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข (2547). อดีต ปัจจุบัน และอนาคต ชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 45-47.

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สัมภาษณ์. 13 มีนาคม 2555.

พฤทธิสาดน ชุมพล, ม. ร. ว. (2544). ระบบการเมืองความรู้เบื้องต้น. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พฤทธิสถาน ชุมพล, ม. ร. ว. and เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา (2551). คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย เล่ม 2. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภูษิต ประคองสาย (2542). ชมรมแพทย์ชนบทกับกรณีปัญหาการทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข "ภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้น" 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท. ทิณกร โนรี. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 136-145.

มงคล ณ สงขลา (2547). 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 11-12.

มติชนออนไลน์ (2555). แถลงการณ์ชมรมแพทย์ชนบท จับตาความจริงใจ "รัฐมนตรีวิทยา" 17 ก.พ. เป็นครั้งสุดท้าย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1328943121&grp_id=&catid=01&subcatid=0100 [11 กุมภาพันธ์ 2555].

มติชนออนไลน์ (2555). เผย 8 ผู้สมัครชิงชัยเลขาธิการ สปสช. "หมอวินัย" เสนอตัวคนสุดท้าย. แหล่งที่มา :
:
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1331893915&grp_id=03&catid=&subcatid= [16 มีนาคม 2555].

มติชนออนไลน์ (2555). แพทย์ชนบทกว่า 200 คน จุดคบเพลิงประท้วงหน้า สธ. ไม่พอใจบ 3 พัน ล. จัดซื้ออุปกรณ์ล่าช้าถูกตัดทิ้ง 700 ล. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :
:
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1341212186&grp_id=&catid=19&subcatid=1904 [2 กรกฎาคม 2555].

มติชนออนไลน์ (2555). "หมอเกษม" ชี้วงการแพทย์เสื่อมหนัก รัฐบาลควรรื้อฟื้นคดียึดถือทำลายความสัมพันธ์ครอบครัว [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :
:
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1331196419&grp_id=00&catid=&subcatid= [8 มีนาคม 2555].

มติชนออนไลน์ (2557). "ชวรงค์" ยอมรับสถาบันอิศราได้งบ สสส. เกือบร้อยล้านใน 8 ปี แจงเงิน

กระจายหลายส่วน.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1395717540&grpId=&catid=01&subcatid=0100.

มรกต กรเกษม (2547). จากพี่...ด้วยใจจริง. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.

กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 9-10.

มานิต ประพันธ์ศิลป์ (2547). ชมรมแพทย์ชนบทจะสร้างการยอมรับนับถือในสังคมต่อไปได้อย่างไร.

ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 19-20.

มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท สัมภาษณ์. 21 สิงหาคม 2555.

ยงยศ ธรรมวุฒิ (2547). 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.

กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 49-50.

ลิขิต ธีรเวคิน (2544). การตกหลังของวัฒนธรรมทางการเมือง[11 กรกฎาคม 2544]. ผู้จัดการรายวัน

แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000027.

ลิขิต ธีรเวคิน (2549). การพัฒนาอัตมันทางการเมือง (Political Self) แบบประชาธิปไตย. ผู้จัดการ

รายวัน[16 กุมภาพันธ์ 2549]. แหล่งที่มา :

http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000329.

ลิขิต ธีรเวคิน (2551). วัฒนธรรมการเมืองประชาธิปไตย. ผู้จัดการรายวัน [21 สิงหาคม 2551].

แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000615.

ลิขิต ธีรเวคิน (2551). วัฒนธรรมการเมืองและการพัฒนาประชาธิปไตย. สยามรัฐ [27 สิงหาคม

2551]. แหล่งที่มา : http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000617.

ลิขิต ธีรเวคิน (2553). ขบวนการทางการเมือง. สยามรัฐ [29 เมษายน 2553]. แหล่งที่มา

:http://www.dhiravegin.com/detail.php?item_id=000852.

วิริยะ บดพิบูลย์ (2547). ยุทธศาสตร์ขบวนการแพทย์ชนบทในอนาคต. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบท

ในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 53-54.

วิชัย ไชควิวัฒน์ (2542). จิตวิญญาณของชมรมแพทย์ชนบท. 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท. พิณกร

โนรี. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 130-133.

วิชัย ไชควิวัฒน์ (2547). 25 ปี แพทย์ชนบท อุดมการณ์และแนวทางยังไม่เปลี่ยนแปลง. ก้าวอย่างชมรม

แพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 21-23.

วิชัย ไชควิวัฒน์ (2550). เหลียวหลัง แลหน้า ๒๐ ปี หมอวิชัย ไชควิวัฒน์. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิ

โกมลคีมทอง.

วิชัย ไชควิวัฒน์. อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 4 และ 5 สัมภาษณ์. 24 สิงหาคม 2555.

วินัย สวัสดิ์วร (2553). เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม

2553 อ้างถึงใน เอก ตั้งทัพวิวัฒนา และคณะ. . รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและ

ข้อเสนอบทบาทองค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ, คณะรัฐศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2547). ชมรมแพทย์ชนบทเข้าหลอมวิถีชีวิต. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบท

ในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 41-42.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2546). ปฐมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 : ก่อเกิดขบวนการ.

นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547). ชมรมแพทย์ชนบท : เหลียวหลัง 25 ปี และแลไปข้างหน้า. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 29-31.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547). ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 : ประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 – 6 ตุลาคม 2519). นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สัมภาษณ์. 4 พฤษภาคม 2555.

สรลक्षण มิ่งไทยสงค์ (2547). ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 69-70.

สหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (2554). ห้ามโรงพยาบาลแจ้งและไม่ให้ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หมอถูกบีบคั้นขนาดนี้ แล้วผู้ป่วยจะพึ่งใคร? แหล่งที่มา : http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=56&limit=9&limitstart=27 [6 ตุลาคม 2554].

สันติสุข โสภณสิริ (2548). ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 3 : ฝันความหวัง สร้างกำลังใจ มุ่งรับใช้สังคม (หลัง 6 ตุลาคม 2519 – 2525). นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2547). 25 ปี ชมรมแพทย์ชนบทควรไปทางไหน. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร มูลนิธิแพทย์ชนบท: 37-40.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2547). ทิศทางชมรมแพทย์ชนบทในอนาคต มุมมองจากผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 63-67.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2551). โรงเรียนแพทย์ชนบท 3. กรุงเทพมหานคร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2547). ก้าวต่อไปของแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร มูลนิธิแพทย์ชนบท: 13-15.

สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ (2547). 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 51-52.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546). 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพมหานคร, องค์การอนามัยโลก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2547). จิตวิญญาณอมตะของแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 25-26.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ประธานคณะกรรมการดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.) สัมภาษณ์. 17 สิงหาคม 2555.

อนุสรณ์ ลีมถวี (2542). รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง : การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่ายความสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร, บริษัท โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด.

อารักษ์ วงศ์วรชาติ (2547). อย่ายึดถือกระบวนการเหนือกว่าเป้าหมาย. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. กรุงเทพมหานคร มูลนิธิแพทย์ชนบท: 55-57.

อารักษ์ วงศ์วรชาติ และ วิรุฬห์ ลิ้มสวาท (2547). อำนาจ ความเป็นธรรม ธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้น ชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 20 (2546 – 2547). นนทบุรี, ชมรมแพทย์ชนบท.

อำพล จินดาวัฒนะ (2542). อนาคตของชมรมแพทย์ชนบท. 2 ทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท. พิธีกรในรี. นนทบุรี, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 134-135.

อำพล จินดาวัฒนะ (2547). ทิศทางแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.
กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 27-28.

อำพล จินดาวัฒนะ. เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สัมภาษณ์. 20 เมษายน
2555.

อุเทน จารณศิริ (2547). ย้อนอดีตชมรมแพทย์ชนบท. ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3.
กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิแพทย์ชนบท: 17.

เอก ตั๋งทรัพย์วัฒนา “การเมืองหลังการเลือกตั้งปี 2548 : เผด็จการประชานิยมหรือประชาธิปไตยแบบ
มีส่วนร่วม” รัฐศาสตร์สาร 26 (ฉบับที่ 2): 1-34.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล นาย เชษฐา ทรัพย์เย็น

การติดต่อ email address : chetthasapyen@yahoo.com

คุณวุฒิทางการศึกษา

- ปริญญาเอนจิเนียริง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (GPA 3.90)
- ปริญญาโทรัฐศาสตร์ (การปกครอง) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (GPA 3.67)
- ปริญญาตรีรัฐศาสตร์ (บริหารรัฐกิจ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ปริญญาตรีเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- Certificate on Education, International Academy for Leadership, Germany

การทำงานปัจจุบัน

คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

หัวข้อในความสนใจ

- Civil Society, Social Movement and Globalization
- Democratization and Democracy
- Thai Politics
- Public Policy
- Political Philosophy
- Local Government and Political Participation
- Organizational Theory
- Qualitative Research